

LAPORAN TUGAS AKHIR

ASUHAN KEBIDANAN BERKELANJUTAN PADA NY.N.D

DI PUSKESMAS SIKUMANA KOTA KUPANG

PERIODE 13 MEI S/D 05 JULI

TAHUN 2020



Oleh

YADAH SHARON E CH HOTAN
NIM : 172111036

PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN

UNIVERSITAS CITRA BANGSA

KUPANG 2019/2020

LAPORAN TUGAS AKHIR

ASUHAN KEBIDANAN BERKELANJUTAN PADA NY.N.D
DI PUSKESMAS SIKUMANA KOTA KUPANG
PERIODE 13 MEI S/D 05 JULI
TAHUN 2020

Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Persyaratan
Memperoleh Gelar Ahli Madya Kebidanan



Oleh

YADAH SHARON E CH HOTAN
NIM : 172111036

PROGRAM STUDI D III KEBIDANAN
UNIVERSITAS CITRA BANGSA
KUPANG 2019/2020

SURAT PERNYATAAN

Yang bertandatangan dibawah ini, saya :

Nama : Yadah Sharon.E.Ch.Hotan
Nim : 172111036
Program Studi : D-III Kebidanan
Alamat rumah : Jln.Empraja Namosain Kec.Alak RT05/RW03
No Telepon : 082237450012

Dengan ini menyatakan bahwa:

1. Laporan Tugas Akhir ini adalah asli dan benar-benar hasil karya sendiri, dan bukan hasil karya orang lain dengan mengatas namakan saya, serta bukan merupakan hasil peniruan atau penjiplakan (**Plagiarism**) dari hasil karya orang lain. Laporan Tugas Akhir ini (LTA) belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik di Universitas Citra Bangsa, maupun di perguruan tinggi lainnya.
2. Laporan Tugas Akhir ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain, kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dan disebutkan nama pengarang serta dicantumkan dalam daftar pustaka.
3. Pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini, maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar saya yang telah diperoleh, serta sanksi lainnya sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Kupang, 19-08-2020

Yang membuat pernyataan :



Yadah Sharon.E.Ch.Hotan

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Tugas Akhir ini telah disetujui
Pada tanggal 19 Agustus 2020

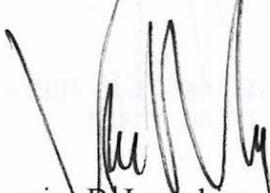
Menyetujui,
Pembimbing



Frida S. Pay, SST., M.Kes
NIDN: 8876740017

Mengetahui

Dekan,
Fakultas Kesehatan
Universitas Citra Bangsa



Vinsensius B. Lemaking, S.KM., M.Kes
NIDN: 0827118301

Ketua
Program studi
DIII Kebidanan



Meri Flora Ernestin, SST., M.Kes
NIDK: 8869860018

PANITIA PENETAPAN PENGUJI

Telah diuji
Pada tanggal 10 September 2020

Panitia Penguji

Ketua : Frida S. Pay, S. ST., M. Kes

Anggota : 1. Hironima N. Fitri, S. ST., M.Keb

2. Theresia Mindarsih S.ST, M.Kes

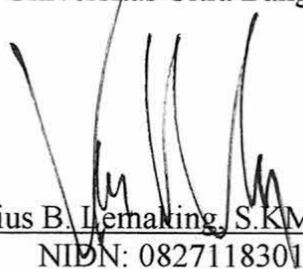


Ditetapkan dengan surat keputusan Rektor Universitas Citra Bangsa

Nomor :

Tanggal :

Dekan,
Fakultas Kesehatan
Universitas Citra Bangsa


Vinsensius B. Lemaking, S.KM., M.Kes
NIDN: 0827118301

Ketua
Program studi
DIII Kebidanan


Meri Flora Ernestin, SST., M.Kes
NIDK: 8869860018

PENGESAHAN

Dipertahankan di depan Tim Penguji Ujian Laporan Tugas Akhir
Program Studi D III Kebidanan Universitas Citra Bangsa
Dan diterima untuk memenuhi persyaratan guna memperoleh Gelar Ahli Madya
Kebidanan (Amd.Keb) tanggal 10 September 2020

Mengesahkan

Rektor Universitas Citra Bangsa



Prof. Dr. Frans Salesman, SE.,M.Kes
NIP: 195505091980031013

BIODATA PENULIS

Nama : Yadah Sharon.E.Ch Hotan
TTL : Kupang, 15 November 1999
Agama : Kristen Protestan
Alamat : Jln.M.Praja Namosain Kec.Alak RT05/RW03



Riwayat Pendidikan

1. Tahun 2005-2011 : SD Kristen Tunas Bangsa Kupang
2. Tahun 2011-2014 : SMP Kristen Tunas Bangsa Kupang
3. Tahun 2014-2017 : SMA Kristen Tunas Bangsa Kupang
4. Tahun 2017-2020 : D-III Kebidanan di Universitas Citra Bangsa

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

Motto

Amsal 1 : 7 (a)

Takut akan Tuhan adalah permulaan pengetahuan.

Persembahan

Laporan Tugas Akhir ini saya persembahkan kepada Tuhan Yesus atas segala hikmat, kesehatan, dan kesabaran yang dilimpahkan kepada saya. Juga untuk Papa, mama, dan adik, serta keluarga dan teman-teman yang selalu mendukung dan memotivasi saya.

ABSTRAK

Universitas Citra Bangsa Kupang
Jurusan D III kebidanan
Laporan Tugas Akhir
Tahun 2020

Yadah.Sharon E.CH. Hotan

NIM : 1172111036

Asuhan Kebidanan Berkelanjutan Pada Ny. N.D Umur 36 Tahun

Latar Belakang : Asuhan kebidanan Berkelanjutan adalah pelayanan yang dicapai ketika terjalin hubungan yang terus-menerus antara seorang wanita dengan bidan. Tujuan asuhan berkelanjutan yang diberikan yaitu untuk memberikan asuhan kebidanan berkelanjutan secara intensif kepada ibu selama masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir dan keluarga berencana. Profil kesehatan di indonesia tahun 2018 sebanyak 305 per 100.000 kelahiran hidup dan AKB sebanyak 24 per 1000 kelahiran hidup. Dengan dilakukan asuhan kebidanan berkelanjutan pada ibu hamil Trimester III sampai berKB diharapkan dapat memberikan kontribusi dalam upaya menurunkan AKI dan AKB di indonesia.

Tujuan Penelitian, menerapkan asuhan kebidanan berkelanjutan pada ibu hamil Trimester III, persalinan, bayi baru lahir, nifas hingga KB dengan pendekatan manajemen kebidanan dan dokumentasi SOAP.

Metode Penelitian : Laporan Tugas Akhir menggunakan metode penelaah kasus, di Puskesmas Sikumana, dilaksanakan pada tanggal 13 Mei sampai 05 juli 2020, Populasi dalam penelitian ini adalah semua ibu hamil yang berada di wilayah kerja Puskesmas Sikumana sampel yang diambil adalah salah satu ibu hamil trimester III dengan menggunakan instrument pengumpulan data.

Hasil : Asuhan Kebidanan berkelanjutan yang dilakukan pada Kehamilan Trimester III tidak terdapat kesenjangan dimana ibu rutin melakukan pemeriksaan kehamilannya di puskesmas pada kehamilan trimester 1,2, dan 3, pada Persalinan terjadi kesenjangan perpanjangan kala II sehingga persalinan diakhiri oleh persalinan tindakan (Induksi oksitosin), Nifas KF I-III, BBL KN I-III sudah dilakukan sesuai standar pelayanan, dan ibu memilih MAL (Metode Amenorhoe Laktasi) untuk KB.

Kesimpulan : Penulis telah melakukan asuhan kebidanan berkelanjutan dengan pendekatan manajemen kebidanan dan pendokumentasian SOAP pada Ny.N.D dari hamil, masa nifas, bayi baru lahir dan keluarga berencana.

Kata Kunci : Berkelanjutan, hamil, bersalin, BBL, Nifas, KB.

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa yang telah memberikan berbagai rahmat, kemudahan, petunjuk serta karunia yang tak terhingga sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir yang berjudul “Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny.N.D di Puskesmas Sikumana Kota Kupang tanggal 13 Mei s/d 05 Juli 2020.

Laporan Tugas Akhir ini penulis susun untuk memenuhi salah satu persyaratan memperoleh gelar Ahli Madya Kebidanan di Prodi DIII Kebidanan Universitas Citra Bangsa Kupang. Penulis mendapat banyak bimbingan dan dukungan dalam menyelesaikan penyusunan Laporan Tugas Akhir ini. Untuk itu, pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih kepada Frida S.Pay,SST.,M.Kes selaku Pembimbing serta penguji yang telah memberikan arahan dan motivasi kepada penulis, sehingga Laporan Tugas Akhir ini dapat terwujud. Ucapan terima kasih juga penulis ucapkan pada :

1. Ir. Abraham Liyanto selaku pembina Yayasan Citra Bina Insan Mandiri Kupang, yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menuntut ilmu di Universitas Citra Bangsa
2. Dr.drg.Jeffrey Jap, M.Kes Selaku Rektor Universitas Citra Bangsa periode 2019/2020 yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada penulis untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan D-III Kebidanan.
3. Prof.Dr. Frans Salesman S.E, M.Kes selaku Rektor Universitas Citra Bangsa periode 2020/2025 yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada penulis untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan D-III Kebidanan
4. drg. Retnowati, M.Kes selaku Kepala Dinas Kesehatan Kota Kupang, yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk melakukan penelitian di Puskesmas Sikumana
5. dr.Maria Veronica Ivonny Dondao Ray M.Kes selaku Kepala Puskesmas Sikumana yang mengijinkan penulis untuk mengambil kasus di Wilayah kerja
Puskesmas
Sikumana

6. Meri Flora Ernestin, SST.M.Kes selaku Ketua Jurusan Kebidanan Universitas Citra Bangsa Kupang yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk belajar dengan baik dalam pendidikan formal maupun lahan praktik
7. Semua dosen prodi DIII Kebidanan yang telah membekali penulis dengan pengetahuan dan ketrampilan di Universitas Citra Bangsa
8. Keluarga Tn. S.O yang sudah bersedia menjadi keluarga binaan untuk penulis melaksanakan asuhan berkelanjutan dalam penulisan laporan tugas akhir.
9. Orang tua Tercinta Bapak Pdt. Johnny Peter Hotan dan Mama Loura Esther Touselakh, Adik Yoyada Hotan serta seluruh keluarga besar yang telah memberikan dukungan baik moril maupun materi, motivasi serta Doa dalam setiap perjuangan penulis.
10. Teman-teman seperjuangan Kebidanan A angkatan X terkhususnya sahabat-sahabat Vemy S. Kale Lena A.md.Keb, Maria A.S Bere A.md.Keb, yang selalu saling memotivasi hingga sampai ke tahap akhir.
11. Teman-Teman Youth GBI Shekinah Glory yang selalu mendoakan dan memotivasi penulis.
12. Sahabat-sahabat yang telah memberikan motivasi dan berkontribusi dalam penulisan laporan ini dengan cara masing-masing.

Penulis menyadari bahwa penyusunan Laporan Tugas Akhir ini masih jauh dari kesempurnaan, maka penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun demi penyempurnaan Laporan Tugas Akhir ini. Akhirnya semoga ini dapat bermanfaat bagi seluruh pembaca.

Kupang, 22-08-2020

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERNYATAAN	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
HALAMAN PENETAPAN PANITIA PENGUJI.....	iv
HALAMAN PENGESAHAN.....	v
BIODATA PENULIS	vi
MOTTO DAN PERSEMBAHAN	vi
ABSTRAK	vii
KATA PENGANTAR	viii
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR SINGKATAN	xiv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xvi
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Perumusan Masalah	5
1.3 Tujuan Penelitian	5
1.4 Manfaat Penelitian	6
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Dasar Teori	7
2.1.1 Konsep Dasar Kehamilan TM III	7
2.1.2 Konsep Dasar Persalinan	48
2.1.3 Inertia uteri	78
2.1.4 Persalinan Lama	79
2.1.5 Gawat Janin Dalam Persalinan	83
2.1.6 Induksi Persalinan	84
2.1.7 Konsep Dasar Bayi Baru Lahir.....	91
2.1.8 Konsep Dasar Masa Nifas	117

2.1.9 Konsep KB	160
2.1.10 Midwifery Led-Care.....	162
2.2 Konsep Dasar Asuhan	163
2.2.1 Konsep Asuhan Kebidanan Berkelanjutan	163
2.2.2 Standar Asuhan Kebidanan Berkelanjutan	168
2.3 Pathway	198
BAB 3 METODE PENELITIAN	
3.1 Desain Penelitian	199
3.2 Lokasi dan Waktu	199
3.3 Populasi dan Sampel	200
3.4 Teknik Pengumpulan Data.....	200
3.5 Instrumen Pengumpulan Data	202
3.6 Etika Penelitian	204
BAB 4 TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN	
4.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian	205
4.2 Tinjauan Kasus.....	207
4.3 Pembahasan.....	257
BAB 5 PENUTUP	
5.1 Kesimpulan	279
5.2 Saran	280
DAFTAR PUSTAKA	281
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Skor Poedji Rohyati.....	29
Tabel 2.2 TFU menurut penambahan 3 jari.....	31
Tabel 2.3 Pemberian Imunisasi TT.....	31
Tabel 2.4 Regimen Oksitosin Dosis Rendah dan Tinggi.....	89
Tabel 2.5 Infus Oksitosin untuk Induksi Persalinan	90
Tabel 2.6 Infus Oksitosin Untuk Multigravda.....	91
Tabel 2.7 Jadwal pemberian imunisasi.....	109
Tabel 2.8 Cara pemberian jumlah, waktu imunisasi.....	110
Tabel 2.9 Involusi uterus	121
Tabel 2.10 Macam-macam lochea.....	122
Tabel 2.11 Perubahan uterus selama postpartum	147
Tabel 2.12 Macam-Macam Lochea	151

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Leopold I	32
Gambar 2.2 Leopold II.....	33
Gambar 2.3 Leopold III.....	33
Gambar 2.4 Leopold IV	33
Gambar 2.5 Posisi jongkok/berdiri	56
Gambar 2.6 Posisi duduk/setengah duduk	56
Gambar 2.7 Posisi miring kiri	57
Gambar 2.8 Posisi merangkak.....	58
Gambar 2.9 Passage (Jalan lahir)	64

DAFTAR SINGKATAN

ACNM	: <i>American Collega of Nurse Midwife</i>
AIDS	: <i>Acquired Immune Deficiency Syndrome</i>
AKB	: Angka Kematian Bayi
AKDR	: Alat Kontrasepsi Dalam Rahim
AKI	: Angka Kematian Ibu
ANC	: <i>Antenatal Care</i>
APN	: Asuhan Persalinan Normal
BB	: Berat Badan
BBL	: Bayi Baru Lahir
BBLR	: Berat Bayi Lahir Rendah
CPD	: <i>Cepalo Pelvic Disproportion</i>
DJJ	: Denyut Jantung Janin
DM	: <i>Diabetes Milletus</i>
DO	: Data Objektif
DPT	: <i>Difteri Pertusis Tetanus</i>
DS	: Data Subjektif
EDD	: <i>Estimated Date of Delivery</i>
FSH	: <i>Follicle Stimulating Hormone</i>
HCG	: <i>Human Chorionic Gonadrootopin</i>
HB	: <i>Hemoglobin</i>
HIV	: <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
HPHT	: Hari Pertama Haid Terakhir
IMD	: Inisiasi Menyusu Dini
IMS	: Infeksi Menular Seksual
IMT	: Indeks Masa Tubuh
IPM	: Indeks Pembangunan Manusia
ISK	: Infeksi Saluran Kencing
IUD	: <i>Intrauterine Device</i>
IUGR	: <i>Intra Uterine Growth Restriction</i>

KB	: Keluarga Berencana
KEK	: Kekurangan Energi Kronis
KIA	: Kesehatan Ibu dan Anak
KIE	: Komunikasi Informasi dan Edukasi
KRR	: Kehamilan Resiko Rendah
KRST	: Kehamilan Resiko Sangat Tinggi
KRT	: Kehamilan Resiko Tinggi
LH	: <i>Luteinizing Hormone</i>
LILA	: Lingkar Lengan Atas
MOP	: Medis Operatif Pria
MOW	: Medis Operatif Wanita
OUE	: Ostium Uteri Eksternal
OUI	: Ostium Uteri Internum
PAP	: Pintu Atas Panggul
PONED	: Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar
PONEK	: Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komperhensif
PKM	: Puskesmas
PUS	: Pasangan Usia Subur
SBR	: Segmen Bawah Rahim
SC	: <i>Seksio Sesarea</i>
SDG's	: <i>Sustainable Development Goals</i>
SDM	: Sumber Daya Manusia
TB	: Tinggi Badan
TBC	: <i>Tuberculosis</i>
TFU	: Tinggi Fundus Uteri
TM	: Trimester
TP	: Tafsiran Persalinan
TT	: Tetanus Toxoid
UNICEF	: <i>United Nations Children's Fund</i>
VT	: <i>Vaginal Toucher</i>
WHO	: <i>World Health Organization</i>

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Surat Permohonan Pengambilan Data Awal

Lampiran 2 Lembar Persetujuan Menjadi Responden

Lampiran 3 Askeb

Lampiran 4 Dokumentasi Partograf

Lampiran 5 Dokumentasi MTBM

Lampiran 6 Skor Poedji Rohyati

Lampiran 7 Dokumentasi

Lampiran 8 Lembar Konsul

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Asuhan kebidanan adalah penerapan fungsi dan kegiatan yang menjadi tanggung jawab bidan dalam memberikan pelayanan kepada ibu yang mempunyai kebutuhan atau masalah dalam bidang kesehatan ibu pada masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, serta keluarga berencana (Rukiah, 2013). Asuhan kebidanan Berkelanjutan (*continuity of care*) adalah pemberian asuhan kebidanan sejak kehamilan (*Antenatal Care*), bersalin (*Intranatal Care*), nifas (*Postnatal Care*), bayi baru Lahir (*Neonatal Care*), hingga memutuskan menggunakan KB, *Continuity of care* merupakan pelayanan yang dicapai ketika terjalin hubungan yang terus menerus antara seorang wanita dan bidan (Pratami,2014).

Asuhan kebidanan berkelanjutan adalah pelayanan yang dicapai ketika terjalin hubungan yang terus–menerus antara seorang ibu dengan bidan. Tujuan asuhan kebidanan berkelanjutan ialah asuhan diberikan secara intensif kepada ibu selama masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir dan keluarga berencana sehingga mencegah agar tidak terjadi komplikasi. Bidan mempunyai peran yang sangat penting dengan memberikan asuhan kebidanan yang berfokus pada perempuan secara berkelanjutan (*continueity of care*). Bidan memberikan asuhan kebidanan komprehensif, mandiri dan bertanggung jawab, terhadap asuhan yang berkesinambungan sepanjang siklus kehidupan perempuan (Varney, 2015).

Mortalitas dan Mobiditas pada wanita hamil dan melahirkan adalah masalah besar di Negara berkembang Kematian saat melahirkan biasanya menjadi faktor utama mortalitas wanita muda pada masa puncak, produktivitasnya lebih dari 50% kematian di Negara

berkembang sebenarnya dapat di cegah dengan teknologi yang ada serta biaya relatif rendah.

Angka Kematian Ibu (AKI) adalah kematian yang terjadi selama kehamilan atau 42 hari sejak terminasi kehamilan yang disebabkan atau diperparah oleh kehamilan atau pengetahuan kehamilan tersebut. Angka Kematian Bayi (AKB) adalah jumlah kematian bayi dalam usia 28 hari pertama kehidupan per 1000 kelahiran hidup.

Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) merupakan salah satu indikator penting untuk menilai kualitas pelayanan kesehatan di suatu daerah. Masalah ibu dan bayi masuk dalam salah satu *Goals* SDG's (*Sustainable Development Goals*) yang dalam targetnya mengatakan pada tahun 2030 mengurangi AKI di bawah 70 per 100.000 kelahiran hidup dan mengakhiri kematian bayi dan balita yang dapat dicegah dengan seluruh Negara berusaha menurunkan angka kematian neonatal setidaknya hingga 12 per 1.000 kelahiran hidup balita 25 per 1.000 kelahiran hidup (Bappenas, 2016).

Indikator kesehatan ibu dan anak juga ditargetkan dalam Standar Pelayanan Minimal (SPM) tahun 2019 yang harus dicapai di setiap puskesmas kabupaten/kota, antara lain : cakupan pelayanan antenatal K1 100%, cakupan pelayanan antenatal K4 95%, persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan 98%, cakupan pelayanan KN1 99%, cakupan pelayanan KN lengkap 96%, cakupan pelayanan KF1 97%, cakupan pelayanan KF3 90%, cakupan penjangkaran ibu hamil dengan faktor resiko/komplikasi oleh masyarakat 80%, cakupan penanganan komplikasi obstetri 98%, cakupan peserta KB aktif 94%, cakupan neonatus dengan komplikasi yang ditangani 92%, cakupan pelayanan bayi 96%, dan cakupan pelayanan anak balita 96%.

Data *World Health Organization* (WHO) tahun 2019 menunjukkan 216/100.000 angka kelahiran hidup dan angka kematian bayi diperkirakan 19/1000 kelahiran hidup. Menurut hasil Riskesdas 2018 AKI di Indonesia mencapai 305/ 100.000 KH, cakupan ANC 96,1%,

lahir di faskes 79%, KF 37%, KB 42,4%. AKB di Indonesia mencapai 24 /100 KH, cakupan KN1 84,1%, KN2 71,1%, KN3 50,6%. Provinsi NTT tahun 2019 AKI sebanyak 90 per 100.000 kelahiran hidup dan AKB sebanyak 722 per 1.000 kelahiran hidup (Profil Kesehatan NTT,2019). Kota kupang AKI sebanyak 49 per 100.000 Kelahiran Hidup dan AKB sebanyak 4,57 per 1.000 Kelahiran Hidup (Dinkes Kota Kupang, 2018).

Data PWS KIA di Puskesmas Sikumana tahun 2019 telah mencapai target 1.476 sasaran ibu hamil, ibu hamil yang melakukan K1 sebanyak 1.536 (100,5%) ibu hamil. sedangkan cakupan K4 sebanyak 1.090(73,08%) ibu hamil. Sasaran ibu bersalin sebanyak 1.409 orang, persalinan yang di tolong oleh tenaga kesehatan sebanyak 1.079 (76,05%) ibu. Sasaran untuk KF I sebanyak 1.114 (79 %), KF II sebanyak 1.039 (73%), KF III sebanyak 1.192 (84,05%). Sasaran BBL sebanyak 1.122 bayi, KN I sebanyak 1.118 (83,06%), KN II sebanyak 1.051 (78,03%), KN III 1.199 (89,03%) bayi. Jumlah PUS di Puskesmas Sikumana sebanyak 2.096, yang menggunakan alat kontrasespsi IUD 179 (15%) orang, Impalant 342 orang, PIL 124 orang, Suntik 272 orang, MOW 190 orang, MOP 3 orang, dan Kondom 60 orang.

Tingginya AKI dan AKB merupakan dampak masih kurangnya kesadaran untuk memeriksa kehamilan, dengan memeriksa kehamilan dampak-dampak seperti komplikasi yang dapat terjadi akan mudah terdeteksi sedini mungkin sehingga dapat ditangani dengan penanganan yang tepat. Masalah ini juga erat kaitannya dengan kurangnya kemauan masyarakat untuk mengikuti program keluarga berencana untuk menjarakan kehamilan, program keluarga berencana sendiri juga merupakan salah satu upaya untuk meningkatkan kesehatan ibu dan keluarga.

Penyebab kematian maternal di Indonesia dapat di kelompokkan menjadi penyebab langsung, penyebab antara dan penyebab tidak

langsung menurut data survey Demografi kesehatan Indonesia tahun 2007 penyebab langsung kematian tertinggi di Indonesia adalah pendarahan, pre-eklamsi dan eklamsi, infeksi, abortus, partus macet atau partus lama emboli obstetric komplikasi masa peuperium dan lain-lain. Penyebab antara yakni persalinan dengan dukun, cakupan KB, pelayanan abortus ilegal dan hamil interval pendek usia mudah dan usia tua, Penyebab tidak langsung antara lain anemia, kurang energi kronik (KEK) dan keadaan empat terlalu, terlalu muda, terlalu tua, terlalu sering, dan terlalu banyak.

Intervensi yang dapat dilakukan yaitu dengan cara mencegah AKI dan AKB dengan cara melakukan program KB (Keluarga berencana), untuk mengurangi kemungkinan seseorang perempuan hamil mengalami komplikasi dalam kehamilan, persalinan dan masa nifas. Dengan melakukan asuhan antenatal, persalianan bersih dan aman serta mengurangi kemungkinan komplikasi persalinan yang terakhir dengan kematian atau kesakitan melalui pelayanan Obstetri dan Neonatal Esensial dasar dan Komprehensif.

Upaya penanganan dari pemerintah dalam menjaga komplikasi dalam kehamilan, komplikasi pada kehamilan yaitu pemberdayaan keluarga dan masyarakat dengan menggunakan buku kesehatan ibu dan anak (KIA), kunjungan ulang, kelas ibu hamil. Untuk masa persalinan dibuat program perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi (P4K), serta penyediaan fasilitas kesehatan pelayanan obstetric neonatal emergency dasar (PONED) di Puskesmas dan juga penyediaan pelayanan obstetric neonatal emergency komperhensif (PONEK) di rumah sakit, disediakan rumah tunggu di sekitar fasilitas kesehatan bagi ibu yang akan bersalin. Pada masa nifas dan bayi baru lahir bidan melakukan kunjungan ke puskesmas minimal 3 kali. Asuhan berkelanjutan juga merupakan salah satu upaya untuk memperbaiki derajat kesehatan ibu dan bayi. Provinsi NTT telah melakukan terombosan untuk menurunkan AKI dan AKB, yaitu dengan program

revolusi KIA yang ditetapkan melalui peraturan Gubernur Nusa Tenggara Timur NO. 42 tahun 2009. Program revolusi KIA telah serentak dilaksanakan disemua kabupaten/kota di NTT tahun 2009.

Berdasarkan uraian diatas maka penulis tertarik untuk memberi Laporan Tugas Akhir dengan judul Asuhan Kebidanan Berkelanjutan Pada Ny.N.D dengan pendekatan manajemen kebidanan dan pendokumentasian SOAP di Puskesmas Sikumana Kota Kupang periode 13 Mei s/d 05 Juli 2020

1.2 Rumusan Masalah

Dari uraian diatas dapat dirumuskan masalahnya adalah bagaimana asuhan kebidanan berkelanjutan pada Ny.N.D dengan pendekatan manajemen kebidanan dan pendokumentasian SOAP di Puskesmas Sikumana Kota Kupang periode 13 Mei s/d05 Juli 2020

1.3 Tujuan Penulisan

1.3.1 Tujuan umum

Menerapkan Asuhan Kebidanan Berkelanjutan pada Ny.N.D di Puskesmas Sikumana Kota Kupang dengan Pendekatan Manajemen Kebidanan dan pendokumentasian SOAP di Puskesmas Sikumana Kota Kupang periode 13 Mei s/d 05 Juli 2020

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mahasiswa mampu melakukan asuhan kebidanan kehamilan dengan pendekatan manajemen kebidanan dan pendokumentasian SOAP
2. Mahasiswa mampu melakukan asuhan kebidanan persalinan dengan pendekatan manajemen kebidanan dan pendokumentasian SOAP.
3. Mahasiswa mapu melakukan asuhan kebidanan pada Bayi Baru berdasarkan manajemen kebidanan Varney dan pendokumentasian SOAP.
4. Mahasiswa mampu melakukan asuhan kebidanan pada ibu Nifas dengan pendekatan manajemen kebidanan dan pendokumentasian SOAP.

5. Mahasiswa mampu melakukan asuhan kebidanan pada keluarga berencana dengan pendekatan manajemen kebidanan dan pendokumentasian SOAP.
6. Mahasiswa mampu menjelaskan kesenjangan antara teori dan kasus asuhan kebidanan dari Kehamilan, Persalinan, Bayi baru lahir, Nifas, Keluarga berencana dengan pendekatan manajemen kebidanan dan pendokumentasian SOAP

1.4 Manfaat

1.4.1 Teoritis

Hasil penelitian dapat digunakan sebagai ilmu pengetahuan dalam memberikan asuhan kebidanan berkelanjutan pada ibu hamil, bersalin, nifas dan Bayi Baru Lahir (BBL) maupun KB.

1.4.2 Praktis

1. Bagi Institusi Pendidikan
Sebagai bahan kajian terhadap materi asuhan pelayanan kebidanan serta referensi bagi mahasiswa dan memahami pelaksanaan asuhan kebidanan secara berkelanjutan pada ibu hamil, bersalin, nifas dan bayi baru hamil.
2. Bagi Profesi Bidan
Sebagai bahan acuan untuk menentukan pendekatan yang tepat dalam meningkatkan kesehatan ibu dan bayi.
3. Bagi Klien dan Masyarakat
Sebagai bahan edukasi untuk klien maupun masyarakat agar lebih mengetahui mengenai pentingnya Asuhan Kebidanan berkelanjutan
4. Bagi Penulis
Menambah wawasan pengetahuan serta memperoleh pengalaman secara langsung dan memberikan Asuhan Kebidanan berkelanjutan pada ibu hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas dan program Keluarga Berencana.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Teori

2.2.1 Konsep Dasar Kehamilan TM III

1. Pengertian

Kehamilan adalah masa ketika seorang wanita membawa embrio atau fetus di dalam tubuhnya (Maya Astuti, 2011). Periode antepartum adalah periode kehamilan yang dihitung sejak hari pertama haid terakhir (HPHT) hingga persalinan sejati, yang menandai awal periode antepartum. Sebaliknya periode prenatal adalah kurun waktu terhitung sejak hari pertama haid terakhir hingga kelahiran bayi yang menandai awal periode pascanatal (Varney 2007).

Kehamilan adalah hasil dari sperma dan sel telur. Dalam prosesnya, perjalanan sperma untuk menemui sel telur (ovum). Dari sekitar 20-40 juta sperma yang dikeluarkan, hanya sedikit yang di *survive* dan berhasil mencapai tempat sel telur. Dari jumlah sperma tersebut hanya 1 yang akan membuahi sel telur (Mirza 2008).

2. Kehamilan Trimester III

Kehamilan trimester III adalah periode 3 bulan terakhir kehamilan yang dimulai pada minggu ke-28 sampai minggu ke-40. Pada wanita hamil trimester III akan mengalami perubahan fisiologis dan psikologis yang disebut sebagai periode penantian. Menanti kehadiran bayinya sebagai bagian dari dirinya, wanita hamil tidak sabar untuk segera melihat bayinya. Saat ini juga merupakan waktu untuk mempersiapkan kelahiran dan kedudukan sebagai orang tua seperti terpusatnya perhatian pada kelahiran bayi (Pantikawati,2010).

Kehamilan trimester III menurut Satandar International dari *American Collage Of Obstetricans and Gynocologyst* dalam jurnal *Midwifery* (2016) adalah kehamilan yang umumnya berlangsung

selama minggu ke-28 sampai dengan 42 minggu atau yang lebih di hitung dari haid pertama haid terakhir. Jika kehamilan berlangsung lebih dari 42 minggu maka dapat dikatakan sebagai kehamilan postterm atau kehamilan lewat waktu.

3. Tanda Pasti Kehamilan

Tanda pasti adalah tanda yang menunjukkan langsung keberadaan janin, yang dapat dilihat langsung oleh pemeriksa.

Tanda pasti kehamilan menurut Hani (2010) terdiri atas hal-hal berikut ini :

a. Gerakan janin dalam rahim

Gerakan janin ini harus dapat diraba dengan jelas oleh pemeriksa. Gerakan janin batu dapat dirasakan pada usia kehamilan sekitar 20 minggu.

b. Denyut jantung janin

Dapat didengar dengan pada usia 12 minggu dengan menggunakan alat fetal electrocardiograf (misalnya dopler). Dengan stethoscope laenec, DJJ baru dapat didengar pada usia kehamilan 18-20 minggu.

c. Bagian-bagian janin

Bagian-bagian janin yaitu bagian besar janin (kepala dan bokong) serta bagian kecil janin (lengan dan kaki) dapat diraba dengan jelas pada usia kehamilan lebih tua (Trimester terakhir), bagian janin ini dapat dilihat lebih sempurna lagi menggunakan USG.

d. Kerangka janin

Kerangka janin dapat dilihat dari foto rontgen maupun USG.

1) Klasifikasi Usia Kehamilan

Menurut Sofian (2012) menyatakan, usia kehamilan dibagi menjadi:

- a) Kehamilan Trimester pertama : 0- <14 minggu
- b) Kehamilan Trimester kedua : 14- <28 minggu
- c) Kehamilan Trimester ketiga : 28-42 minggu

Menurut WHO (2013) menyatakan, kehamilan dibagi menjadi :
Kehamilan normal, gambarannya seperti :

- a) Keadaan umum ibu baik
 - b) Tekanan darah < 140/90 mmHg
 - c) Bertambahnya berat badan sesuai minimal 8 kg selama kehamilan (1kg tiap bulan) atau sesuai IMT ibu
 - d) Edema hanya pada ekstremitas
 - e) Denyut jantung janin 120-160 kali/menit
 - f) Gerakan janin dapat dirasakan setelah usia kehamilan 18-20 minggu hingga melahirkan
 - g) Tidak ada kelainan riwayat obstetrik
 - h) Ukuran uterus sesuai dengan usia kehamilan
 - i) Pemeriksaan fisik dan laboratorium dalam batas normal.
- 2) Kehamilan dengan masalah khusus, gambarannya: Seperti masalah keluarga atau psikososial, kekerasan dalam rumah tangga, kebutuhan finansial, dll.
- 3) Kehamilan dengan masalah kesehatan yang membutuhkan rujukan untuk konsultasi dan atau kerjasama penanganannya.
- a) Riwayat pada kehamilan sebelumnya: janin atau neonatus mati, keguguran $\geq 3x$, bayi dengan BB <2500 gram atau >4500 gram, hipertensi, pembedahan pada organ reproduksi.
 - b) Kehamilan saat ini: kehamilan ganda, usia ibu < 16 atau >40 tahun, Rh (-), hipertensi, masalah pelvis, penyakit jantung, penyakit ginjal, DM, malaria, HIV, *sifilis*, TBC, anemia berat, penyalahgunaan obat-obatan dan alkohol, LILA < 23,5 cm, tinggi badan < 145 cm, kenaikan berat badan < 1kg atau 2 kg tiap bulan atau tidak sesuai IMT, TFU tidak sesuai usia kehamilan, pertumbuhan janin terhambat, ISK, penyakit kelamin, malposisi/malpresentasi, gangguan kejiwaan, dan kondisi-kondisi lain yang

dapat memburuk kehamilan. Kehamilan dengan kondisi kegawatdaruratan yang membutuhkan rujukan segera. Gambarannya : Perdarahan, preeklampsia, eklampsia, ketuban pecah dini, gawat janin, atau kondisi-kondisi kegawatdaruratan lain yang mengancam nyawa ibu dan bayi.

4. Perubahan Fisiologi dan Psikologi Kehamilan Trimester III

a. Perubahan Fisiologi

Trimester III adalah sering disebut periode penantian dengan penuh kewaspadaan. Pada periode ini wanita mulai menyadari kehadiran bayi sebagai makhluk yang terpisah sehingga ia menjadi tidak sabar menanti kehadiran sang bayi. Pergerakan janin dan pembesaran uterus, keduanya menjadi hal yang terus menerus mengingatkan tentang keberadaan bayi. Pada kehamilan trimester akhir, ibu hamil akan merasakan ketidaknyamanan fisik yang semakin kuat menjelang akhir kehamilan (Pantikawati, 2010). Menurut Pantikawati (2010) perubahan fisiologi ibu hamil trimester III kehamilan sebagai berikut :

1) Uterus

Pada trimester III itmus lebih nyata menjadi bagian *korpus uteri* dan berkembang menjadi Segmen Bawah Rahim (SBR). Pada kehamilan tua karena kontraksi otot-otot bagian atas uterus, SBR menjadi lebih lebar dan tipis, tampak batas yang nyata antara bagian atas yang lebih tebal dan segmen bawah rahim yang lebih tipis. Batas ini dikenal sebagai lingkaran retraksi fisiologis dinding uterus.

2) Sistem Payudara

Pada trimester III pertumbuhan kelenjar mammae membuat ukuran payudara semakin meningkat. Pada 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.

3) Sistem Traktus Urinarius

Pada akhir kehamilan kepala janin mulai turun ke pintu atas panggul yang menyebabkan keluhan sering kencing akan timbul lagi karena kandung kencing akan mulai tertekan kembali. Pada kehamilan tahap lanjut pelvis ginjal kanan dan ureter lebih berdilatasi dari pelvis kiri akibat pergeseran uterus yang berat ke kanan. Perubahan-perubahan ini membuat pelvis dan ureter mampu menampung urin dalam volume yang lebih besar dan juga memperlambat laju aliran urin.

4) Sistem Pencernaan

Biasanya terjadi konstipasi karena pengaruh hormon progesteron yang meningkat. Selain itu, perut kembung juga terjadi karena adanya tekanan uterus yang membesar dalam rongga perut khususnya saluran pencernaan, usus besar, ke arah atas dan lateral.

5) Sistem Respirasi

Pada kehamilan 32 minggu ke atas karena usus-usus tertekan uterus yang membesar ke arah diafragma sehingga diafragma kurang leluasa bergerak mengakibatkan kebanyakan wanita hamil mengalami derajat kesulitan bernafas.

6) 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. Pada kehamilan, terutama trimester ke-3, terjadi peningkatan jumlah

granulosit dan limfosit dan secara bersamaan limfosit dan monosit.

7) Sistem Integumen

Pada kulit dinding perut akan terjadi perubahan warna menjadi kemerahan, kusam dan kadang-kadang juga akan mengenai daerah payudara dan paha perubahan ini dikenal dengan striae gravidarum. Pada multipara, selain striae kemerahan itu sering kali ditemukan garis berwarna perak berkilau yang merupakan sikatrik dari striae sebelumnya. Pada kebanyakan perempuan kulit digaris pertengahan perut akan berubah menjadi hitam kecoklatan yang disebut dengan linea nigra. Kadang-kadang muncul dalam ukuran yang variasi pada wajah dan leher yang disebut dengan chloasma atau melasmagravidarum, selain itu pada areola dan daerah genetalia juga akan terlihat pigmentasi yang berlebihan. Pigmentasi yang berlebihan biasanya akan hilang setelah persalinan.

8) Sistem muskuloskeletal

Sendi pelvik pada kehamilan sedikit bergerak. Perubahan tubuh secara bertahap dan peningkatan berat wanita hamil menyebabkan postur dan cara berjalan wanita berubah secara menyolok. Peningkatan distensi abdomen yang membuat panggul miring ke depan, penurunan tonus otot dan peningkatan beban berat badan pada akhir kehamilan membutuhkan penyesuaian ulang. Pusat gravitasi wanita bergeser ke depan. Pergerakan menjadi sulit dimana struktur ligament dan otot tulang belakang bagian tengah dan bawah mendapat tekanan berat. Wanita muda yang cukup berotot dapat mentoleransi perubahan ini tanpa keluhan. Lordosis progresif merupakan gambaran karakteristik pada kehamilan normal. Selama trimester akhir rasa pegal, mati rasa dan lemah dialami oleh anggota badan atas yang disebabkan lordosis yang besar dan fleksi anterior leher.

9) Sistem Metabolisme

Perubahan metabolisme adalah metabolisme basal naik sebesar 15%-20% dari semula terutama pada trimester ke III.

- a) Keseimbangan asam basa mengalami penurunan dari 155mEq per liter menjadi 145 mEq perliter disebabkan hemodelusi darah dan kebutuhan mineral yang diperlukan janin.
- b) Kebutuhan protein wanita hamil makin tinggi untuk pertumbuhan dan perkembangan janin, perkembangan organ kehamilan janin dan persiapan laktasi. Dalam makanan diperlukan protein tinggal $\frac{1}{2}$ gr/kg BB atau sebutir telur ayam sehari.
- c) Kebutuhan kalori didapat dari karbohidrat, lemak dan protein.
- d) Kebutuhan zat mineral untuk ibu hamil meliputi:
 - (1) Fosfor rata-rata 2 gram dalam sehari
 - (2) Zat besi, 800 mgr atau 30-50 mgr sehari. Air, ibu hamil memerlukan air cukup banyak dan dapat terjadi retensi air (Romauli, 2011).

10) Sistem Berat Badan dan Indeks Masa Tubuh

Kenaikan berat badan sendiri sekitar 5,5 kg dan sampai akhir kehamilan 11-12 kg. Cara yang di pakai untuk menentukan berat badan menurut tinggi badan adalah dengan menggunakan indeks mas tubuh yaitu dengan rumus berat badan dibagi tinggi badan pangkat 2. Pertambahan berat badan ibu hamil menggambarkan status gizi selama hamil, oleh karena itu perlu dipantau setiap bulan. Jika terdapat keterlambatan dalam penambahan berat badan ibu, ini dapat mengindikasikan adanya malnutrisi sehingga dapat menyebabkan gangguan pertumbuhan janin intrauteri (Romauli, 2011).

11) Sistem darah dan pembekuan darah

1) Sistem darah

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

2) Pembekuan darah

Pembekuan darah adalah proses yang majemuk dan berbagai faktor diperlukan untuk melaksanakan pembekuan darah sebagaimana telah diterangkan. Trombin adalah alat dalam mengubah fibrinogen menjadi benang fibrin. Thrombin tidak ada dalam darah normal yang masih dalam pembuluh. Protombin yang kemudian diubah menjadi zat aktif thrombin oleh kerja trombokinase Trombokinase atau trombokiplastin adalah zat penggerak yang dilepaskan ke darah ditempat yang luka.

3) Sistem persyarafan

Perubahan fungsi sistem neurologi selama masa hamil, selain perubahan-perubahan neurohormonal hipotalami hipofisis. Perubahan fisiologik spesifik akibat kehamilan dapat terjadi timbulnya gejala neurologi dan neuromuscular berikut:

- (a) Kompresi saraf panggul atau statis vaskular akibat pembesaran uterus dapat menyebabkan perubahan sensori di tungkai bawah.
- (b) Lordosis dan dorsolumbal dapat menyebabkan nyeri akibat tarikan pada saraf atau kompresi akar saraf.
- (c) Hipokalsenia dapat menyebabkan timbulnya masalah neuromuscular, seperti kram otot atau tetani.

- (d) Nyeri kepala ringan, rasa ingin pingsandan bahkan pingsan (sinkop) sering terjadi awal kehamilan.
- (e) Nyeri kepal akibat ketegangan umum timbul pada saat ibu merasa cemas dan tidak pasti tentang kehamilannya.
- (f) Akroestesia (gatal ditangan) yang timbul akibat posisi bahu yang membungkuk, dirasakan dirasakan pada beberapa wanita selama hamil.
- (g) Edema yang melibatkan saraf periver dapat menyebabkan *carpal tunnel syndrome* selama trimester akhir kehamilan (Romauli, 2011).

b. Perubahan Psikologis

Trimester III sering disebut periode penantian dengan penuh kewaspadaan. Sekarang wanita menanti kehadiran bayinya sebagai bagian dari dirinya, dimana wanita hamil tidak sabar untuk segera melihat bayinya. Ada perasaan tidak menyenangkan ketika bayinya tidak lahir tepat pada waktunya. Fakta yang menempatkan wanita tersebut gelisah hanya bisa melihat dan menunggu tanda-tanda dan gejala. Trimester ketiga adalah waktu untuk mempersiapkan kelahiran dan kedudukan sebagai orang tua (Pantikawati, 2010). Perubahan itu antara lain:

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

5. Kebutuhan Dasar Ibu Hamil Trimester III

Menurut Walyani (2015) kebutuhan fisik seorang ibu hamil adalah sebagai berikut :

a. Nutrisi

Pada trimester III, ibu hamil butuh energi yang memadai sebagai cadangan energi kelak saat proses persalinan. Pertumbuhan otak janin terjadi cepat saat dua bulan terakhir menjelang persalinan. Menurut Walyani (2015) gizi yang sebaiknya lebih diperhatikan pada kehamilan trimester III yaitu :

1) Kalori

Kebutuhan kalori selama kehamilan adalah sekitar 70.000-80.000 kkal, dengan penambahan berat badan sekitar 12,5 kg. Pertambahan kalori ini diperlukan terutama pada 20 minggu terakhir. Untuk itu kalori yang diperlukan setiap hari adalah 285-300 kkal. Tambahan kalori diperlukan untuk pertumbuhan jaringan dan menambah volume darah serta cairan amnion (ketuban). Selain itu, kalori juga berguna sebagai cadangan ibu untuk keperluan persalinan dan menyusui (Walyani, 2015).

2) Vitamin B

Vitamin ini dibutuhkan untuk menjalankan lebih dari 100 reaksi kimia dalam tubuh yang melibatkan enzim. Selain membantu metabolisme asam amino, karbohidrat, lemak dan pembentukan sel darah merah juga berperan dalam pembentukan *neurotransmitter*. Angka kecukupan ibu trimester III kurang lebih 2,2 mg sehari. Makanan hewani adalah sumber daya yang kaya akan vitamin ini (Walyani, 2015).

3) Yodium

Yodium dibutuhkan sebagai pembentuk senyawa tiroksin yang berperan mengontrol metabolisme sel yang baru masuk. Jika tiroksin berkurang maka bayi akan tumbuh kerdil, sebaliknya jika berlebihan maka janin tumbuh akan berlebihan dan melampaui

ukuran normal. Angka ideal untuk mengonsumsi yodium adalah 175 mg/hari (Walyani, 2015).

b. Vitamin (vitamin B1), Riboflavin (B2) dan Niasin (B3)

Deretan vitamin ini akan membantu enzim untuk mengatur metabolisme sistem pernapasan dan energi. Ibu hamil dianjurkan mengonsumsi tiamin 1,2 mg/hari, riboflavin sekitar 1,2 mg/hari dan niasin 11 mg/hari. Ketiga vitamin ini bisa ditemukan di keju, susu, kacang-kacangan, hati dan telur (Walyani, 2015).

c. Air

Air sangat penting untuk pertumbuhan sel-sel baru, mengatur suhu tubuh, melarutkan dan mengatur proses metabolisme zat gizi serta mempertahankan volume darah yang meningkat selama kehamilan. Jika cukup mengonsumsi cairan kira-kira 8 gelas perhari maka akan terhindar dari resiko terkena infeksi saluran kemih dan sembelit (Romauli, 2011).

d. Oksigen

Menurut Walyani (2015) kebutuhan oksigen adalah yang utama pada manusia termasuk ibu hamil. Berbagai gangguan pernafasan bisa terjadi saat hamil sehingga akan mengganggu pemenuhan kebutuhan oksigen pada ibu yang akan berpengaruh pada bayi yang dikandung. Untuk mencegah hal tersebut dan untuk memenuhi kebutuhan oksigen maka ibu hamil perlu :

- 1) Latihan nafas selama hamil
- 2) Tidur dengan bantal yang lebih tinggi
- 3) Makan tidak terlalu banyak
- 4) Kurangi atau berhenti merokok (Jika ibu merokok)
- 5) Konsul kedokter bila ada kelainan atau gangguan seperti asma, dll

e. Personal hygiene

Kebersihan harus dijaga selama hamil. Mandi dianjurkan sedikitnya dua kali sehari karena ibu hamil cenderung untuk mengeluarkan keringat, menjaga kebersihan diri terutama lipatan kulit, ketiak dengan

cara membersihkan dengan air dan keringkan. Kebersihan gigi dan mulut perlu mendapat perhatian karena sering sekali mudah terjadi gigi berlubang, terutama dengan ibu yang kekurangan kalsium. Rasa mual selama hamil dapat mengakibatkan perburukan hygiene mulut dan dapat menimbulkan karies gigi (Romauli, 2011).

f. Pakaian

Meskipun pakaian bukan hal yang berakibat langsung terhadap kesejahteraan ibu dan janin, namun perlu kiranya jika tetap dipertimbangkan beberapa aspek dari kenyamanan ibu (Romauli, 2011). Menurut Pantikawati dan Saryono (2012) beberapa hal yang harus diperhatikan ibu hamil adalah memenuhi kriteria berikut ini :

- 1) Pakaian harus longgar, bersih, dan tidak ada ikatan yang ketat di daerah perut
- 2) Bahan pakaian yang mudah menyerap keringat
- 3) Pakailah bra yang menyokong payudara
- 4) Memakai sepatu dengan hak yang rendah
- 5) Pakaian dalam yang selalu bersih

g. Eliminasi

Keluhan yang sering muncul pada ibu hamil berkaitan dengan eliminasi adalah sering buang air kecil dan konstipasi. Konstipasi terjadi karena adanya pengaruh hormon progesterone yang mempunyai efek rileks terhadap otot polos salah satunya otot usus. Selain itu desakan usus oleh pembesaran janin juga menyebabkan bertambahnya konstipasi (Romauli, 2011).

Tindakan pencegahan yang dilakukan adalah dengan mengkonsumsi makanan tinggi serat dan banyak minum air putih, terutama ketika lambung kosong. Sering buang air kecil merupakan keluhan utama yang dirasakan terutama pada trimester 1 dan 3. Ini terjadi karena pembesaran uterus yang mendesak kandung kemih. Tindakan mengurangi asupan cairan untuk mengurangi keluhan sangat

tidak dianjurkan, karena akan menyebabkan dehidrasi (Romauli, 2011).

h. Mobilisasi

Ibu hamil boleh melakukan 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)

i. 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. Menurut Romauli (2011) Sikap tubuh yang perlu diperhatikan adalah:

1) Duduk

Duduk adalah posisi yang paling sering dipilih, sehingga postur yang baik dan kenyamanan penting. Ibu harus diingatkan duduk bersandar dikursi dengan benar, pastikan bahwa tulang belakangnya tersangga dengan baik.

2) Berdiri

Untuk 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 memperhatikan semua aspek dan postur tubuh harus tetap tegak.

3) 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 sanggaan dua bantal dibawah kepala dan satu dibawah lutut dan abdomen. Nyeri pada simpisis

pubis dan sendi dapat dikurangi bila ibu menekuk lututnya ke atas dan menambahnya bersama-sama ketika berbalik ditempat tidur.

j. Exercise

Menurut Pantikawati & Saryono (2012) 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, *varices*, bengkak dan lain– lain.
- 2) Melatih dan menguasai tehnik pernafasan yang berperan penting dalam kehamilan dan proses persalinan
- 3) Memperkuat dan mempertahankan elastisitas otot-otot dinding perut otot dasar panggul dan lain-lain
- 4) Membantu sikap tubuh yang sempurna selama kehamilan
- 5) Memperoleh relaksasi yang sempurna dengan latihan kontraksi dan relaksasi
- 6) Mendukung ketenangan fisik.

k. Imunisasi

Vaksin adalah substansi yang diberikan untuk melindungi dari zat asing (infeksi). Ada 4 macam vaksin :

- 1) Toksoid dari vaksin yang mati
- 2) Vaksin virus mati
- 3) Virus hidup
- 4) Preparat globulin imun

Toksoid adalah preparat dari racun bakteri yang diubah secara kimiawi atau endotoksin yang di buat oleh bakteri. Vaksin mati berisi mikroorganisme yang dibuat tidak aktif dengan panas atau bahan kimia. Vaksin virus hidup dibuat dari *strain* virus yang memberikan perlindungan tetap tidak cukup kuat untuk menimbulkan penyakit. Preparat imun globulin adalah protein yang terbuat dari darah manusia yang dapat menghasilkan perlindungan

antibody pasif atau temporer. Vaksin ini untuk melawan penyakit hepatitis B, rabies, varicela (Pantikawati dan Saryono, 2012).

1. Seksualitas

Selama kehamilan normal *Coitus* boleh sampai akhir kehamilan, meskipun beberapa ahli berpendapat tidak lagi berhubungan selama 14 hari menjelang kelahiran. *Coitus* tidak dibenarkan bila terdapat perdarahan pervaginam, riwayat abortus berulang, abortus, ketuban pecah sebelum waktunya. Pada saat organisme dapat dibuktikan adanya fetal *bradichardia* karena kontraksi uterus dan para peneliti menunjukkan bahwa wanita yang berhubungan seks dengan aktif menunjukkan insidensi fetal distress yang lebih tinggi (Romauli, 2011).

m. Istirahat dan tidur

Ibu hamil sebaiknya memiliki jam istirahat/tidur yang cukup. Kurang istirahat atau tidur, ibu hamil akan terlihat pucat, lesu kurang gairah. Usahakan tidur malam \pm 8 jam dan tidur siang \pm 1 jam. Ibu mengeluh susah tidur karena rongga dadanya terdesak perut yang membesar atau posisi tidurnya jadi tidak nyaman. Tidur yang cukup dapat membuat ibu menjadi rileks, bugar dan sehat (Nugroho, dkk, 2014).

6. Rasa Ketidaknyamanan Pada Trimester III dan cara mengatasinya

Menurut Romauli (2011) ketidaknyamanan trimester III dan cara mengatasinya sebagai berikut :

a. Sering buang air kecil :

- 1) Mengurangi asupan karbohidrat murni, makanan yang mengandung gula
- 2) Batasi minum kopi, teh, dan soda.

b. Hemoroid

- 1) Makan makanan yang berserat, buah dan sayuran
- 2) Banyak minum air putih dan sari buah
- 3) lakukan senam hamil untuk mengatasi hemoroid.

c. Keputihan / *Leukorhea*

- 1) Tingkatkan kebersihan dengan mandi tiap hari

- 2) Memakai pakaian dalam dari bahan katun dan mudah menyerap
 - 3) Tingkatkan daya tahan tubuh dengan makan buah dan sayur.
- d. Sembelit
- 1) Minum 3 liter cairan setiap hari terutama air putih atau sari buah
 - 2) Makan makanan yang kaya serat dan juga vitamin C
 - 3) melakukan senam hamil.
- e. Sesak napas
- 1) Jelaskan penyebab fisiologi bahwa dengan bertambahnya usia kehamilan maka akan disertai dengan tinggi fundus uteri sehingga ibu akan merasakan sesak.
 - 2) Merentangkan tangan diatas kepala serta menarik napas panjang
 - 3) mendorong postur tubuh yang baik.
- f. Nyeri ligamentum rotundum
- 1) Berikan penjelasan mengenai penyebab nyeri
 - 2) Tekuk lutut kearah abdomen
 - 3) Mandi air hangat
 - 4) Gunakan sebuah bantal untuk menopang uterus dan bantal lainnya letakkan diantara lutut sewaktu dalam posisi berbaring miring.
- g. Perut kembung
- 1) Hindari makan makanan yang mengandung gas.
 - 2) Mengunyah makanan secara teratur.
 - 3) Lakukan senam secara teratur.
- h. Pusing /sakit kepala
- 1) Bangun secara perlahan dari posisi istirahat.
 - 2) Hindari berbaring dalam posisi terlentang.
- i. Sakit punggung atas dan bawah
- 1) Posisi atau sikap tubuh yang baik selama melakukan aktivitas.
 - 2) Hindari mengangkat barang yang berat.
 - 3) Gunakan bantal ketika tidur untuk meluruskan punggung.

j. Varises pada kaki

- 1) Istirahat dengan menaikan kaki setinggi mungkin untuk membalikkan efek gravitasi.
- 2) Jaga agar kaki tidak bersilangan
- 3) Hindari berdiri atau duduk terlalu lama.

7. Tanda Bahaya Trimester III

Penting bagi seorang bidan untuk mengetahui dan memeriksa tanda-tanda bahaya pada setiap kali kunjungan antenatal. Dan pada setiap kunjungan antenatal, bidan harus mengajarkan kepada ibu bagaimana mengenal tanda-tanda bahaya, dan menganjurkan untuk datang ke klinik dengan segera jika mengalami tanda bahaya tersebut. Dan tindakan selanjutnya bagi bidan adalah melaksanakan semua kemungkinan untuk membuat suatu assesment atau diagnosis dan membuat rencana penatalaksanaan yang sesuai.

Menurut Pantikawati (2010) tanda bahaya tersebut adalah sebagai berikut :

a. Perdarahan pervaginam

Perdarahan pada kehamilan lanjut adalah perdarahan pada trimester terakhir dalam kehamilan sampai bayi dilahirkan. Perdarahan yang tidak normal adalah berwarna merah, banyak, dan kadang-kadang tidak selalu disertai dengan nyeri. Perdarahan ini bisa disebabkan oleh plasenta previa, solusio plasenta dan gangguan pembekuan darah.

b. Sakit kepala yang hebat

Sakit kepala yang menunjukkan suatu masalah serius adalah sakit kepala yang menetap, tidak hilang dengan beristirahat dan biasanya disertai dengan penglihatan kabur. Sakit kepala yang hebat dalam kehamilan adalah gejala dari preeklamsi.

c. Penglihatan Kabur

Wanita hamil mengeluh pandangan kabur. Karena pengaruh hormonal, ketajaman penglihatan ibu dapat berubah dalam

kehamilan. Perubahan ringan atau minor adalah normal. Perubahan penglihatan disertai dengan sakit kepala yang hebat diduga gejala preeklampsia. Deteksi dini dari pemeriksaan data yaitu periksa tekanan darah, protein urine, reflex dan oedema (Pantikawati dan Saryono, 2012)

d. Bengkak pada muka dan tangan

Bengkak bisa 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 dan preeklampsia.

e. Gerakan janin yang berkurang

Normalnya ibu mulai merasakan pergerakan janinnya selama bulan ke 5 atau ke 6 tetapi beberapa ibu dapat merasakan gerakan bayinya lebih awal. Normalnya bayi bergerak dalam satu hari adalah lebih dari 10 kali.

f. Keluar cairan pervaginam

Keluarnya cairan berupa air-air dari vagina pada trimester III bisa mengindikasikan ketuban pecah dini jika terjadi sebelum proses persalinan berlangsung.

8. Deteksi Dini Faktor Resiko Kehamilan Trimester III

Deteksi dini faktor resiko kehamilan trimester III (menurut Poedji Rochyati dan penanganan serta prinsip rujukan kasus)

a. Menilai faktor resiko dengan skor Poedji Rochyati

1) Kehamilan Resiko Tinggi

Resiko adalah suatu ukuran statistik dari peluang atau kemungkinan untuk terjadinya suatu keadaan gawat-darurat yang tidak diinginkan pada masa mendatang, yaitu kemungkinan terjadi komplikasi obstetrik pada saat persalinan yang dapat menyebabkan kematian, kesakitan, kecacatan, atau ketidakpuasan pada ibu atau bayi (Poedji Rochjati, 2003). Definisi yang erat hubungannya dengan risiko tinggi (*high risk*):

- a) Wanita risiko tinggi (*High Risk Women*) adalah wanita yang dalam lingkaran hidupnya dapat terancam kesehatan dan jiwanya oleh karena sesuatu penyakit atau oleh kehamilan, persalinan dan nifas.
- b) Ibu risiko tinggi (*High Risk Mother*) adalah faktor ibu yang dapat mempertinggi risiko kematian neonatal atau maternal.
- c) Kehamilan risiko tinggi (*High Risk Pregnancies*) adalah keadaan yang dapat mempengaruhi optimalisasi ibu maupun janin pada kehamilan yang dihadapi. (Manuaba, 2010).

Risiko tinggi atau komplikasi kebidanan pada kehamilan merupakan keadaan penyimpangan dari normal, yang secara langsung menyebabkan kesakitan dan kematian ibu maupun bayi. Untuk menurunkan angka kematian ibu secara bermakna maka deteksi dini dan penanganan ibu hamil berisiko atau komplikasi kebidanan perlu lebih ditingkatkan baik fasilitas pelayanan KIA maupun di masyarakat (Meilani, dkk, 2009).

b. Faktor-Faktor Risiko Ibu Hamil

Beberapa keadaan yang menambah resiko kehamilan, tetapi tidak secara langsung meningkatkan risiko kematian ibu. Keadaan tersebut dinamakan faktor resiko. Semakin banyak ditemukan faktor risiko pada ibu hamil, semakin tinggi resiko kehamilannya (Syafudin dan Hamidah, 2009). Beberapa peneliti menetapkan kehamilan dengan risiko tinggi sebagai berikut :

- 1) Puji Rochayati : primipara muda berusia < 16 tahun, primipara tua berusia > 35 tahun, primipara sekunder dengan usia anak terkecil diatas 5 tahun, tinggi badan < 145 cm, riwayat kehamilan yang buruk (pernah keguguran, pernah persalinan premature, lahir mati, riwayat persalinan dengan tindakan (ekstraksi vakum, ekstraksi forsep, operasi sesar), pre-eklamsi-eklamsia, gravid serotinus, kehamilan dengan perdarahan antepartum, kehamilan dengan

kelainan letak, kehamilan dengan penyakit ibu yang mempengaruhi kehamilan.

Gastelazo Ayala : faktor antenatal, faktor intrapartum, faktor obstetri dan neonatal, faktor umum serta pendidikan. Berdasarkan anamnesis Usia ibu (<19 tahun, > 35 tahun, perkawinan lebih dari 5 tahun).

- 2) Riwayat operasi (operasi plastik pada vagina-fistel atau tumor vagina, operasi persalinan atau operasi pada rahim).
- 3) Riwayat kehamilan (keguguran berulang, kematian intrauterin, sering mengalami perdarahan saat hamil, terjadi infeksi saat hamil, anak terkecil berusia lebih dari 5 tahun tanpa KB, riwayat molahidatidosa atau korio karsinoma).
- 4) Riwayat persalinan (persalinan prematur, persalinan dengan berat bayi rendah, persalinan lahir mati, persalinan dengan induksi, persalinan dengan plasenta manual, persalinan dengan perdarahan postpartum, persalinan dengan tindakan (ekstraksi vakum, ekstraksi forsep, letak sungsang, ekstraksi versi, operasi sesar)
- 5) Hasil pemeriksaan fisik

Hasil pemeriksaan fisik umum (tinggi badan kurang dari 145 cm, deformitas pada tulang panggul, kehamilan disertai: anemia, penyakit jantung, diabetes mellitus, paru-paru atau ginjal). Hasil pemeriksaan kehamilan (kehamilan trimester satu : hiperemesis gravidarum berat, perdarahan, infeksi intrauterin, nyeri abdomen, servik inkompeten, kista ovarium atau mioma uteri, kehamilan trimester dua dan tiga: preeklamsia-eklamsia, perdarahan, kehamilan kembar, hidroamnion, dismaturitas atau gangguan pertumbuhan, kehamilan dengan kelainan letak: sungsang, lintang, kepala belum masuk PAP minggu ke 36 pada primigravida, hamil dengan dugaan disproporsi sefalo-pelfik, kehamilan lewat waktu diatas 42 minggu).

6) Saat inpartu

Pada persalinan dengan risiko tinggi memerlukan perhatian serius, karena pertolongan akan menentukan tinggi rendahnya kematian ibu dan neonatus (perinatal) :

- a) Keadaan risiko tinggi dari sudut ibu (ketuban pecah dini, infeksi intrauterin, persalinan lama melewati batas waktu perhitungan partograf WHO, persalinan terlantar, *rupture uteri iminens*, *ruptur uteri*, persalinan dengan kelainan letak janin: (sungsang, kelainan posisi kepala, letak lintang), *distosia* karena tumor jalan lahir, *distosia* bahu bayi, bayi yang besar, perdarahan antepartum (*plasenta previa*, solusio plasenta, *ruptur sinus marginalis*, *ruptur vasa previa*).
- b) Keadaan risiko tinggi ditinjau dari sudut janin (pecah ketuban disertai perdarahan (pecahnya *vasa previa*), air ketuban warna hijau, atau *prolapsus funikuli*, *dismaturitas*, *makrosomia*, infeksi intrauterin, distress janin, pembentukan kaput besar, *retensio plasenta*).
- c) Keadaan risiko tinggi postpartum (persalinan dengan *retensio plasenta*, *atonia uteri postpartum*, persalinan dengan robekan perineum yang luas, robekan serviks, vagina, dan ruptur uteri).

c. Tujuan sistem skor

Adapun tujuan sistem skor Poedji Rochjati adalah sebagai berikut:

- 1) Membuat pengelompokkan dari ibu hamil (KRR, KRT, KRST) agar berkembang perilaku kebutuhan tempat dan penolong persalinan sesuai dengan kondisi dari ibu hamil.
- 2) 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.

d. Fungsi skor

- 1) Sebagai alat komunikasi informasi dan edukasi/KIE - bagi klien/ibu hamil, suami, keluarga dan masyarakat. Skor digunakan sebagai sarana KIE yang mudah diterima, diingat, dimengerti sebagai ukuran kegawatan kondisi ibu hamil dan menunjukkan adanya kebutuhan pertolongan untuk rujukan. Dengan demikian berkembang perilaku untuk kesiapan mental, biaya dan transportasi ke rumah sakit untuk mendapatkan penanganan yang adekuat.
- 2) 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.

e. Cara pemberian skor

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, letak lintang, perdarahan antepartum dan preeklamsia 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 (Poedji Rochjati, 2003).

Tabel 2.1 Skor Poedji Rochjati

I K E L F. R R	II NO.	III Masalah/Faktor Resiko	SKOR	IV Triwulan			
				I	II	III.1	III.2
		Skor Awal Ibu Hamil	2				
I	1.	Terlalu muda, hamil <16 tahun	4				
	2.	Terlalu tua, hamil 1 >35 tahun	4				
	3.	Terlalu cepat hamil lagi (<2 tahun)	4				
	4.	Terlalu lama hamil lagi (>10 tahun)	4				
	5.	Terlalu banyak anak, 4/lebih	4				
	6.	Terlalu tua, umur >35 tahun	4				
	7.	Terlalu pendek <145 cm	4				
	8.	Pernah gagal kehamilan	4				
	9.	Pernah melahirkan dengan :	4				
		a Tarikan tang/vakum	4				
	. Uri dirogoh	4					
	. Diberi infus/Transfusi	4					
	10.	Pernah operasi sesar	8				
II	11.	Penyakit pada ibu hamil :	4				
		a. Kurang darah b. Malaria	4				
		b. TBC Paru d. Payah jantung	4				
		e. Kencing Manis (Diabetes)	4				
		a) 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				
II	19.	Perdarahan dalam kehamilan ini	8				
I	20.	Pre-eklampsia Berat/Kejang-kejang	8				

Sumber : Buku Kesehatan Ibu Dan Anak (2015)

a)	ibu hamil dengan skor 2 adalah kehamilan tanpa masalah/ resiko, fisiologis dan kemungkinan besar diikuti oleh persalinan normal dengan ibu dan bayi hidup sehat.
b)	Ibu hamil dengan skor 6 adalah kehamilan dengan 1 atau lebih faktor risiko, baik dari pihak ibu maupun janinnya yang memberi dampak kurang menguntungkan baik bagi ibu maupun janinnya, memiliki kegawatan tetapi tidak darurat dan lebih dianjurkan untuk bersalin ditolong oleh tenaga kesehatan.
c)	Bila skor ≥ 12 adalah kehamilan dengan risiko tinggi, memberi dampak gawat dan darurat bagi jiwa ibu dan bayinya, membutuhkan dirujuk tepat waktu dan tindakan segera serta dianjurkan bersalin di RS/DSOG.

9. Standar Pelayanan Antenatal (10 T)

Menurut Kemenkes RI (2015) dalam melakukan pemeriksaan antenatal, tenaga kesehatan harus memberikan pelayanan yang berkualitas sesuai dengan 10 T yaitu sebagai berikut :

a. Timbang Berat Badan Dan Ukur Tinggi Badan

Penimbangan berat badan pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya gangguan pertumbuhan janin. Penambahan berat badan yang kurang dari 9 kilogram selama kehamilan atau kurang dari 1 kilogram setiap bulannya menunjukkan adanya gangguan pertumbuhan janin. Pengukuran tinggi badan pada pertama kali kunjungan dilakukan untuk menapis adanya faktor pada ibu hamil. Tinggi badan ibu hamil kurang dari 145 cm meningkatkan risiko untuk terjadinya CPD (*Cephalo Pelvic Disproportion*).

b. 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 preeklampsia (hipertensi disertai edema wajah dan atau tungkai bawah; dan atau proteinuria).

c. Nilai Status Gizi (ukur lingkaran lengan atas/LILA)

Pengukuran LILA hanya dilakukan pada kontak pertama oleh tenaga kesehatan di trimester I untuk skrining ibu hamil berisiko kurang energy kronis (KEK). Ibu hamil yang mengalami KEK di mana ukuran LILA kurang dari 23,5 cm. Ibu hamil dengan KEK akan dapat melahirkan bayi berat lahir rendah (BBLR). Ibu hamil yang mengalami obesitas di mana ukuran LILA > 28 cm (Kemenkes RI, 2015).

d. 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 2.2 TFU Menurut Penambahan Tiga Jari

Tinggi	Fundus uteri (TFU)
16	Pertengahan pusat–simfisis
20	Dibawa pinggir pusat
24	Pinggir pusat atas
28	3 jari atas pusat
32	½ pusat – <i>proc. Xiphoides</i>
36	1 jari dibawa <i>proc. Xiphoides</i>
40	3 jari dibawa <i>proc. Xiphoides</i>

Sumber (Nugroho.20142014)

- e. Pemberian imunisasi tetanus dan pemberiann imunisasi tetanus tokosiod sesuai status imunisasi (T5)

Tabel 2.3 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)

- f. Tentukan Presentase Janin dan Denyut Jantung Janin

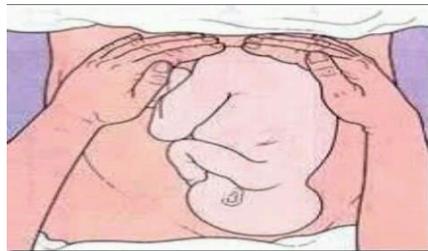
Menentukan presentase janin dilakukan pada akhir trimester II dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. Jika pada trimester III bagian bawah janin bukan kepala, atau kepala janin belum masuk ke panggul berarti ada kelainan letak, panggul sempit atau masalah lain. Penilaian DJJ dilakukan pada akhir 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).

1) Palpasi Uterus

Palpasi adalah pemeriksaan yang dilakukan dengan cara meraba. Tujuannya untuk mengetahui adanya kelainan dan mengetahui perkembangan kehamilan. Leopold bertujuan untuk evaluasi iritabilitas, tonus, nyeri tekan, konsistensi dan kontraktibilitas uterus; evaluasi tonus otot abdomen, deteksi gerakan janin, perkiraan gerak janin, penentuan letak, presentasi, posisi, dan variasi janin; penentuan apakah kepala sudah masuk PAP.

a) Leopold I

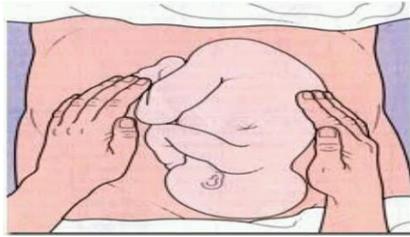
Lengkungkan jari-jari kedua tangan anda mengelilingi puncak fundus. Normal tinggi fundus uteri sesuai dengan usia kehamilan. Pada fundus teraba bagian lunak dan tidak melenting (bokong). Tujuan: untuk mengetahui tinggi fundus uteri dan bagian yang ada di fundus (Walyani, 2015).



Gambar 2.1 Leopold I

b) Leopold II

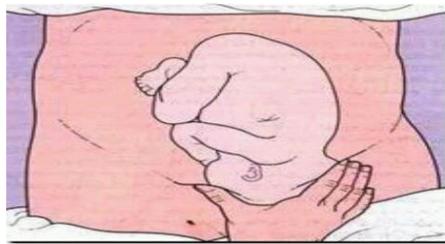
Tempatkan kedua tangan anda dimasing-masing sisi uterus. Normal teraba bagian panjang, keras seperti papan (punggung) pada satu sisi uterus, dan pada sisi lain teraba bagian kecil janin. Tujuan: untuk mengetahui batas kiri atau kanan pada uterus ibu, yaitu punggung pada letak bujur dan kepala pada letak lintang.



Gambar 2.2 Leopold II

c) Leopold III

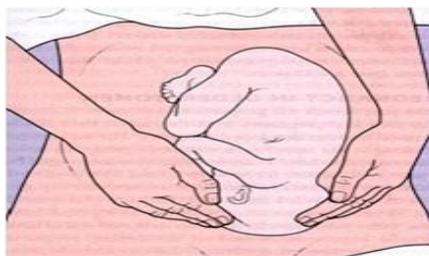
Dengan ibu jari dan jari tengah satu tangan, berikan tekanan lembut, tetapi dalam pada abdomen ibu, di atas simpisis pubis, dan pegang bagian presentasi. Normal pada bagian bawah janin teraba bagian yang bulat, keras dan melenting (kepala janin). Tujuan: mengetahui presentasi/bagian terbawah janin yang ada di simpisis ibu.



Gambar 2.3 Leopold III

d) Leopold IV

Tempatkan kedua tangan di masing-masing sisi uterus bagian bawah beri tekanan yang dalam dan gerakan ujung-ujung jari ke arah pintu atas panggul. Posisi tangan masih bertemu, dan belum masuk PAP (konvergen), posisi tangan tidak bertemu dan sudah masuk PAP (divergen). Tujuan: untuk mengetahui seberapa jauh masuknya bagian terendah janin ke dalam PAP.



Gambar 2.4 Leopold IV

2) Auskultasi

Auskultasi adalah pemeriksaan yang mendengarkan bunyi yang dihasilkan oleh tubuh melalui alat stetoskop. Auskultasi dengan menggunakan stetoskop monoaural atau doppler untuk menentukan Denyut Jantung Janin (DJJ) setelah umur kehamilan 18 minggu, yang meliputi frekuensi, keteraturan, dan kekuatan DJJ. DJJ normal adalah 120-160/menit. Bila DJJ <120 atau >160/menit, maka kemungkinan ada kelainan janin atau plasenta (Walyani, 2015).

Jumlah denyut jantung janin normal antara 120 sampai 140 denyut permenit (Manuaba, 2012). Bila bunyi jantung kurang dari 120 permenit atau lebih dari 160 permenit atau tidak teratur, maka janin dalam keadaan asfiksia (kekurangan oksigen) (Marmi, 2014).

Pada presentasi biasa (letak kepala), tempat ini kiri atau kanan dibawah pusat. Jika bagian-bagian anak belum dapat ditentukan, maka bunyi jantung harus dicari pada garis tengah di atas simpisis. Cara menghitung bunyi jantung adalah dengan mendengarkan 3x5 detik kemudian jumlah bunyi jantung dalam 3x5 detik dikalikan dengan 4. Apakah yang dapat kita ketahui dari bunyi jantung anak :

- a) Dari adanya bunyi jantung anak
 - (1) Tanda pasti kehamilan
 - (2) Anak hidup
- b) Dari tempat bunyi jantung anak terdengar
 - (1) Presentasi anak
 - (2) Posisi anak (kedudukan punggung)
 - (3) Sikap anak (habitus)
 - (4) Adanya anak kembar

Kalau bunyi jantung terdengar di kiri atau di kanan, di bawah pusat maka presentasinya kepala, kalau terdengar di kiri kanan setinggi atau di atas pusat maka presentasinya bokong (letak sungsang). Kalau bunyi jantung terdengar sebelah kiri,

maka punggung sebelah kiri, kalau terdengar sebelah kanan maka punggung sebelah kanan.

Kalau terdengar di pihak yang berlawanan dengan bagian-bagian kecil, sikap anak fleksi. Kalau terdengar sepihak dengan bagian-bagian kecil sikap anak defleksi. Pada anak kembar bunyi jantung terdengar pada dua tempat dengan sama jelasnya dan dengan frekuensi yang berbeda (perbedaan lebih dari 10/menit)

c) Dari sifat bunyi jantung anak

Dari sifat bunyi jantung anak kita mengetahui keadaan anak. Anak yang dalam keadaan sehat bunyi jantungnya teratur dan frekuensinya antara 120-160/menit. Kalau bunyi jantung <120/menit atau >160/menit atau tidak teratur, maka anak dalam keadaan asfiksia atau kekurangan O₂ (Obstetri Fisiologi UNPAD, 1984).

g. Pemberian Tablet Tambah Darah

Tablet tambah darah dapat mencegah anemia gizi besi, setiap ibu hamil harus mendapat tablet tambah darah dan asam folat minimal 90 tablet selama kehamilan yang diberikan sejak kontak pertama. Tiap tablet mengandung 60 mg zat besi dan 0,25 mg asam folat (Kemenkes RI, 2015).

h. Pemeriksaan Laboratorium

- 1) Tes golongan darah, untuk mempersiapkan donor bagi ibu hamil bila diperlukan
- 2) Tes haemoglobin, untuk mengetahui apakah ibu kekurangan darah
- 3) Tes pemeriksaan urin (air kencing)
- 4) Tes pemeriksaan darah lainnya, sesuai indikasi seperti malaria, HIV, sifilis, dan lain-lain (Kemenkes RI, 2015).

i. Tatalaksana 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).

j. 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)

10. Kebijakan kunjungan antenatal care

Menurut (Kemenkes, 2013) jadwal pemeriksaan antenatal adalah sebagai berikut :

- a. Minimal 1 kali pada trimester pertama (0 - < 14 minggu)
- b. Minimal 1 kali pada trimester kedua (0 - < 28 minggu)
- c. Minimal 2 kali pada trimester ketiga (0 - \geq 36 minggu)

Menurut Walyani (2015) mengatakan interval kunjungan pada ibu hamil minimal sebanyak 4 kali, yaitu setiap 4 minggu sekali sampai minggu ke 28, kemudian 2–3 minggu sekali sampai minggu ke 36 dan sesudahnya setiap minggu.

11. Sistem Rujukan

a. Definisi rujukan

Rujukan adalah suatu kondisi yang optimal dan tepat waktu ke fasilitas rujukan atau fasilitas yang memiliki sarana lebih lengkap yang diharapkan mampu menyelamatkan jiwa para ibu dan bayi baru lahir (JNPK-KR, 2012).

Sistem rujukan adalah suatu sistem jaringan fasilitas pelayanan kesehatan yang memungkinkan terjadinya penyerahan tanggung jawab secara timbal balik atas masalah yang timbul, baik secara vertikal maupun horizontal ke fasilitas pelayanan yang lebih berkompeten, terjangkau, rasional, dan tidak dibatasi oleh wilayah administrasi (Syafrudin, 2009).

b. Rujukan kebidanan

Sistem rujukan dalam mekanisme pelayanan obstetri adalah suatu pelimpahan tanggung jawab timbal-balik atas kasus atau masalah kebidanan yang timbul baik secara vertikal, maupun horizontal. Rujukan vertikal, maksudnya adalah rujukan dan komunikasi antara satu unit ke unit yang telah lengkap. Misalnya dari rumah sakit kabupaten ke rumah sakit provinsi atau rumah sakit tipe C ke rumah sakit tipe B yang lebih spesialistik fasilitas dan personalianya. Rujukan horizontal adalah konsultasi dan komunikasi antar unit yang ada dalam satu rumah sakit, misalnya antara bagian kebidanan dan bagian ilmu kesehatan anak (Syafudin, 2009)

c. Jenis rujukan

Terdapat dua jenis istilah rujukan yaitu (Pudiastuti, 2011) :

- 1) Rujukan Medik yaitu pelimpahan tanggungjawab secara timbal balik atas satu kasus yang timbal balik secara vertikal maupun horizontal kepada yang lebih berwenang dan mampu menanganinya secara rasional. Jenis rujukan medik:
 - a) Pengiriman bahan untuk pemeriksaan laboratorium lebih lengkap.
 - b) Konsultasi penderita untuk keperluan diagnosa, pengobatan, tindakan operatif dan lain-lain.
 - c) Pengiriman tenaga yang lebih kompeten atau ahli untuk meningkatkan mutu layanan pengobatan setempat.
 - d) Rujukan Kesehatan yaitu hubungan dalam pengiriman, pemeriksaan bahan atau spesimen ke fasilitas yang lebih mampu dan lengkap.

d. Tujuan rujukan

Tujuan rujukan, yaitu (Syafudin, 2009) :

- 1) Setiap penderita mendapat perawatan dan pertolongan yang sebaik-baiknya.

- 2) Menjalin kerjasama dengan cara pengiriman penderita atau bahan laboratorium dari unit yang kurang lengkap ke unit yang lengkap fasilitasnya.
- 3) Menjalin pelimpahan pengetahuan dan keterampilan (*Transfer knowledge and skill*) melalui pendidikan dan latihan antara pusat pendidikan dan daerah.

e. Langkah-langkah rujukan

Langkah-langkah rujukan,yaitu (Syafrudin, 2009) :

- 1) Menentukan kegawatdaruratan penderita
Pada tingkat kader atau dukun bayi terlatih ditemukan penderita yang tidak dapat ditangani sendiri oleh keluarga atau kader/dukun bayi, maka segera dirujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan yang terdekat, oleh karena itu mereka belum tentu dapat menerapkan ke tingkat kegawatdaruratan.
- 2) Pada tingkat bidan desa
Puskesmas Pembantu dan Puskesmas Tenaga kesehatan yang ada pada fasilitas pelayanan kesehatan tersebut harus dapat menentukan tingkat kegawatdaruratan kasus yang ditemui, sesuai dengan wewenang dan tanggung jawabnya, mereka harus menentukan kasus mana yang boleh ditangani sendiri dan kasus mana yang harus dirujuk.
- 3) Menentukan tempat rujukan
Prinsip dalam menentukan tempat rujukan adalah fasilitas pelayanan yang mempunyai kewenangan dan fasilitas terdekat yang termasuk fasilitas pelayanan swasta dengan tidak mengabaikan kesediaan dan kemampuan penderita.
- 4) Memberikan informasi kepada penderita dan keluarga
- 5) Mengirimkan informasi pada tempat rujukan yang dituju
- 6) Memberitahukan bahwa akan ada penderita yang dirujuk.
- 7) Meminta petunjuk dan cara penanganan untuk menolong penderita bila penderita tidak mungkin dikirim. Dijabarkan persiapan penderita

yang harus diperhatikan dalam melakukan rujukan yaitu dengan melakukan

BAKSOKUDAPAN yang merupakan singkatan dari (Bidan, Alat, Keluarga, Surat, Obat, Kendaraan, Uang, Darah, Posisi, Nutrisi). (JNPK-KR, 2012).

Bidan (B) : Pastikan bahwa ibu dan/atau bayi baru lahir didampingi oleh penolong persalinan yang kompeten dan memiliki kemampuan untuk menatalaksanakan kegawatdaruratan obstetri dan bayi baru lahir untuk dibawa ke fasilitas rujukan.

Alat (A) : Bawa perlengkapan dan bahan-bahan untuk asuhan persalinan, masa nifas dan bayi baru lahir (tabung suntik, selang Intra Vena, dan lain-lain) bersama ibu ke tempat rujukan. Perlengkapan dan bahan-bahan tersebut mungkin diperlukan jika ibu melahirkan sedang dalam perjalanan.

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

Surat (S) : Berikan 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. Lampirkan partograf kemajuan persalinan ibu pada saat rujukan.

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

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

Uang (U) : 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.

Darah (Da) : Siapkan darah untuk sewaktu-waktu membutuhkan transfusi darah apabila terjadi perdarahan.

Posisi (P) : Perhatikan posisi ibu hamil saat menuju tempat rujukan.

Nutrisi (N) : Pastikan nutrisi ibu tetap terpenuhi selama dalam perjalanan

f. Persiapan rujukan

Sebelum melakukan persiapan rujukan yang pertama dilihat adalah mengapa bidan melakukan rujukan. Rujukan bukan suatu kekurangan, melainkan suatu tanggung jawab yang tinggi dan mendahulukan kebutuh masyarakat. Dengan adanya sistem rujukan, diharapkan dapat meningkatkan pelayanan kesehatan yang lebih bermutu. Bidan sebagai tenaga kesehatan harus memiliki kesiapan untuk merujuk ibu atau bayi ke fasilitas kesehatan rujukan secara optimal dan tepat waktu jika menghadapi penyulit. Yang melatar belakangi tingginya kematian ibu dan anak adalah terutama terlambat mencapai fasilitas pelayanan kesehatan. Jika bidan lalai dalam melakukannya akan berakibat fatal bagi keselamatan jiwa ibu dan bayi (Syafrudin, 2009).

g. Pelaksanaan rujukan, yaitu (Pudiastuti, 2011) :

- 1) Internal antara petugas di satu rumah.
- 2) Antara Puskesmas pembantu dan Puskesmas.
- 3) Antara masyarakat dan puskesmas.
- 4) Antara Puskesmas dengan puskesmas lainnya.
- 5) Antara puskesmas dan rumah sakit, laboratorium atau fasilitas pelayanan kesehatan lainnya.

- 6) Antara rumah sakit, laboratorium atau fasilitas pelayanan lain dari rumah sakit.

12. Anemia Dalam Kehamilan

a. Pengertian

Anemia dalam kehamilan adalah kondisi ibu dengan kadar hemoglobin dibawah 11gr % pada trimester 1 dan 3 atau kadar < 10,5 gr % pada trimester 2, nilai batas tersebut dan perbedaannya dengan kondisi wanita tidak hamil, terjadi karena hemodelusi, terutama pada trimester 2 (Cunningham. F, 2005).

Anemia yang paling sering dijumpai dalam kehamilan adalah anemia akibat kekurangan zat besi karena kurangnya asupan unsur besi dalam makanan. Gangguan penyerapan, peningkatan kebutuhan zat besi atau karena terlampau banyaknya zat besi yang keluar dari tubuh, misalnya pada perdarahan. Wanita hamil butuh zat besi sekitar 40 mg perhari atau 2 kali lipat kebutuhan kondisi tidak hamil. Jarak kehamilan sangat berpengaruh terhadap kejadian anemia saat kehamilan. Kehamilan yang berulang dalam waktu singkat akan menguras cadangan zat besi ibu. Pengaturan jarak kehamilan yang baik minimal dua tahun menjadi penting untuk diperhatikan sehingga badan ibu siap untuk menerima janin kembali tanpa harus menghabiskan cadangan zat besinya (Mardliyanti, 2006).

Anemia pada kehamilan adalah anemia karena kekurangan zat besi, menurut WHO kejadian anemia hamil berkisar antara 20 % sampai dengan 89 % dengan menetapkan Hb 11 gr % sebagai dasarnya. Hb 9 – 10 gr % disebut anemia ringan. Hb 7 – 8 gr % disebut anemia sedang. Hb < 7 gr % disebut anemia berat (Manuaba, 2010).

b. Faktor yang mempengaruhi kejadian anemia pada ibu hamil

1) Umur Ibu

Menurut Amiruddin (2007), bahwa ibu hamil yang berumur kurang dari 20 tahun dan lebih dari 35 tahun yaitu 74,1% menderita anemia dan ibu hamil yang berumur 20 – 35 tahun yaitu 50,5% menderita anemia. Wanita yang berumur kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun, mempunyai risiko yang tinggi untuk hamil, karena akan membahayakan kesehatan dan keselamatan ibu hamil maupun janinnya, beresiko mengalami pendarahan dan dapat menyebabkan ibu mengalami anemia.

2) Paritas

Menurut Herlina (2006), Ibu hamil dengan paritas tinggi mempunyai resiko 1.454 kali lebih besar untuk mengalami anemia dibandingkan dengan paritas rendah. Adanya kecenderungan bahwa semakin banyak jumlah kelahiran (paritas), maka akan semakin tinggi angka kejadian anemia.

3) Kekurangan Energi Kronis (KEK)

Timbulnya masalah gizi pada ibu hamil, seperti kejadian KEK, tidak terlepas dari keadaan sosial, ekonomi, dan bio sosial dari ibu hamil dan keluarganya seperti tingkat pendidikan, tingkat pendapatan, konsumsi pangan, umur, paritas, dan sebagainya. Pengukuran lingkaran lengan atas (LILA) adalah suatu cara untuk mengetahui resiko Kurang Energi Kronis (KEK) Wanita Usia Subur (WUS). Pengukuran LILA tidak dapat digunakan untuk memantau perubahan status gizi dalam jangka pendek. Pengukuran lingkaran lengan atas (LILA) dapat digunakan untuk tujuan penapisan status gizi Kurang Energi Kronis (KEK). Ibu hamil KEK adalah ibu hamil yang mempunyai ukuran LILA <23.5 cm. Deteksi KEK dengan ukuran LILA yang rendah mencerminkan kekurangan energi dan protein dalam *intake* makanan sehari hari yang

biasanya diiringi juga dengan kekurangan zat gizi lain, diantaranya besi. Dapat diasumsikan bahwa ibu hamil yang menderita KEK berpeluang untuk menderita anemia (Darlina, 2003).

4) Infeksi dan Penyakit

Zat besi merupakan unsur penting dalam mempertahankan daya tahan tubuh agar tidak mudah terserang penyakit. Menurut penelitian, orang dengan kadar Hb <10 g/dl memiliki kadar sel darah putih (untuk melawan bakteri) yang rendah pula. Seseorang dapat terkena anemia karena meningkatnya kebutuhan tubuh akibat kondisi fisiologis (hamil, kehilangan darah karena kecelakaan, pascabedah atau menstruasi), adanya penyakit kronis atau infeksi (infeksi cacing tambang, malaria, TBC) (Anonim, 2004). Ibu yang sedang hamil sangat peka terhadap infeksi dan penyakit menular. Beberapa di antaranya meskipun tidak mengancam nyawa ibu, tetapi dapat menimbulkan dampak berbahaya bagi janin. Diantaranya, dapat mengakibatkan abortus, pertumbuhan janin terhambat, bayi mati dalam kandungan, serta cacat bawaan. Penyakit infeksi yang di derita ibu hamil biasanya tidak diketahui saat kehamilan. Hal itu baru diketahui setelah bayi lahir dengan kecacatan. Pada kondisi terinfeksi penyakit, ibu hamil akan kekurangan banyak cairan tubuh serta zat gizi lainnya (Bahar, 2006). Penyakit yang diderita ibu hamil sangat menentukan kualitas janin dan bayi yang akan dilahirkan. Penyakit ibu yang berupa penyakit menular dapat mempengaruhi kesehatan janin apabila plasenta rusak oleh bakteri atau virus penyebab penyakit. Sekalipun janin tidak langsung menderita penyakit, namun Demam yang menyertai penyakit infeksi sudah cukup untuk menyebabkan keguguran. Penyakit menular yang disebabkan virus dapat menimbulkan cacat pada janin

sedangkan penyakit tidak menular dapat menimbulkan komplikasi kehamilan dan meningkatkan kematian janin 30% (Bahar, 2006).

5) Jarak Kehamilan

Menurut Ammirudin (2007) proporsi kematian terbanyak terjadi pada ibu dengan prioritas 1 – 3 anak dan jika dilihat menurut jarak kehamilan ternyata jarak kurang dari 2 tahun menunjukkan proporsi kematian maternal lebih banyak. Jarak kehamilan yang terlalu dekat menyebabkan ibu mempunyai waktu singkat untuk memulihkan kondisi rahimnya agar bisa kembali ke kondisi sebelumnya. Pada ibu hamil dengan jarak yang terlalu dekat beresiko terjadi anemia dalam kehamilan. Karena cadangan zat besi ibu hamil pulih. Akhirnya berkurang untuk keperluan janin yang dikandungnya.

6) Pendidikan

Pada beberapa pengamatan menunjukkan bahwa kebanyakan anemia yang di derita masyarakat adalah karena kekurangan gizi banyak di jumpai di daerah pedesaan dengan malnutrisi atau kekurangan gizi. Kehamilan dan persalinan dengan jarak yang berdekatan, dan ibu hamil dengan pendidikan dan tingkat social ekonomi rendah (Manuaba, 2010). Menurut penelitian Amirrudin dkk (2007), faktor yang mempengaruhi status anemia adalah tingkat pendidikan rendah.

c. Anemia Fisiologi Kehamilan

Pada kehamilan relatif terjadi anemia karena ibu hamil mengalami *hemodelusi* (pengenceran) dengan peningkatan volume 30 % sampai 40 % yang puncaknya pada kehamilan 32 sampai 34 minggu. Jumlah peningkatan sel darah 18 % sampai 30 % dan hemoglobin sekitar 19 % (Manuaba, 2010).

d. Kalsifikasi Anemia Ibu Hamil

Klasifikasi menurut WHO dan Depkes RI yaitu :

- 1) Normal : Kadar Hb dalam darah ≥ 11 gr%
- 2) Anemia Ringan : Kadar Hb dalam darah 8 - 10 gr%
- 3) Anemia berat : Kadar Hb dalam darah < 8 gr%.

Klasifikasi menurut Marmi, Retno Muri Suryaningsti (2011) yaitu :

- 1) Normal : Hb 11 gr/dl
- 2) Anemia Ringan: Hb 9-10 gr/dl
- 3) Anemia sedang: 7-8 gr/dl
- 4) Anemia berat: < 7 gr/dl

e. Bahaya anemia dalam kehamilan menurut Manuaba (2010)

Pengaruh anemia pada kehamilan. Risiko pada masa antenatal: berat badan kurang, plasenta previa, eklamsia, ketuban pecah dini, anemia pada masa intranatal dapat terjadi tenaga untuk mengedan lemah, perdarahan intranatal, shock, dan masa pascanatal dapat terjadi subinvolusi. Sedangkan komplikasi yang dapat terjadi pada neonatus : premature, apgar scor rendah, gawat janin.

Bahaya pada Trimester II dan trimester III, anemia dapat menyebabkan terjadinya partus premature, perdarahan ante partum, gangguan pertumbuhan janin dalam rahim, asfiksia intrapartum sampai kematian, gestosis dan mudah terkena infeksi, dan dekompensasi kordis hingga kematian ibu (Mansjoer, 2008).

Bahaya anemia pada ibu hamil saat persalinan, dapat menyebabkan gangguan his primer, sekunder, janin lahir dengan anemia, persalinan dengan tindakan-tindakan tinggi karena ibu cepat lelah dan gangguan perjalanan persalinan perlu tindakan operatif (Mansjoer A. dkk., 2008). Anemia kehamilan dapat menyebabkan kelemahan dan kelelahan sehingga akan mempengaruhi ibu saat mengedan untuk melahirkan bayi (Smith *et al.*, 2012). Bahaya anemia pada ibu hamil saat persalinan : gangguan his- kekuatan mengejan, Kala I dapat berlangsung lama

dan terjadi partus terlantar, Kala II berlangsung lama sehingga dapat melelahkan dan sering memerlukan tindakan operasi kebidanan, Kala III dapat diikuti retensio plasenta, dan perdarahan postpartum akibat atonia uteri, Kala IV dapat terjadi perdarahan post partum sekunder dan atonia uteri. Pada kala nifas : Terjadi sub involusi uteri yang menimbulkan perdarahan post partum, memudahkan infeksi puerperium, pengeluaran ASI berkurang, dekompensasi kordis mendadak setelah persalinan, anemia kala nifas, mudah terjadi infeksi mammae (Saifudin, 2006)

f. Pengaruh anemia terhadap kehamilan :

- 1) Abortus
- 2) Persalinan prematuritas
- 3) Hambatan tumbuh kembang janin
- 4) Mudah infeksi
- 5) Ancaman dekompensasi kordis ($Hb < 6 \text{ gr } \%$)
- 6) Heperemesis gravidarum
- 7) Perdarahan antepartum
- 8) Ketuban pecah dini

g. Akibat anemia terhadap kehamilan:

- 1) Abortus
- 2) Kematian intra uterine
- 3) Persalinan prematuritas tinggi
- 4) Berat badan lahir rendah
- 5) Kelahiran dengan anemia
- 6) Cacat bawaan
- 7) Bayi mudah infeksi sampai kematian perinatal
- 8) Intelegensia rendah (Manuaba, 2010)

h. Pencegahan Anemia

Pencegahan anemia pada ibu hamil antara lain :

- 1) Mengonsumsi pangan lebih banyak dan beragam, contoh sayuran warna hijau, kacang – kacang, protein hewani, terutama hati.
- 2) Mengonsumsi makanan yang kaya akan vitamin C seperti jeruk, tomat, mangga dan lain–lain yang dapat meningkatkan penyerapan zat besi. Suplemen zat besi memang diperlukan untuk kondisi tertentu, wanita hamil dan anemia berat misalnya. Manfaat zat besi selama kehamilan bukan untuk meningkatkan atau menjaga konsentrasi hemoglobin ibu, atau untuk mencegah kekurangan zat besi pada ibu. Ibu yang mengalami kekurangan zat besi pada awal kehamilan dan tidak mendapatkan suplemen memerlukan sekitar 2 tahun untuk mengisi kembali simpanan zat besi dari sumber-sumber makanan sehingga suplemen zat besi direkomendasikan sebagai dasar yang rutin (Depkes, 2008). Penderita anemia ringan sebaliknya tidak menggunakan suplemen zat besi. Lebih cepat bila mengupayakan perbaikan menu makanan. Misalnya dengan konsumsi makanan yang banyak mengandung zat besi seperti telur, susu, hati, ikan, daging, kacang-kacangan (tahu, oncom, kedelai, kacang hijau, sayuran berwarna hijau, sayuran berwarna hijau tua (kangkung, bayam) dan buah-buahan (jeruk, jambu biji dan pisang). Selain itu tambahkan substansi yang memudahkan penyerapan zat besi seperti vitamin C, air jeruk, daging ayam dan ikan. Sebaliknya substansi penghambat penyerapan zat besi seperti teh dan kopi patut dihindari (Anonim, 2004).

2.1.2 Konsep Dasar Persalinan

1. Pengertian Persalinan

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 dan Sujiyatini, 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 maka dapat disimpulkan pengertian persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri) pada kehamilan 37-42 minggu dapat hidup diluar kandungan, lahir spontan dengan presentasi belakang kepala dengan bantuan atau tanpa bantuan.

2. Sebab-sebab Mulainya Persalinan

a. Penurunan kadar progesteron

Progesteron menimbulkan relaksasi otot-otot rahim sebaliknya estrogen meninggikan keretaan otot rahim. Selama kehamilan terdapat antara kadar progesterone dan estrogen di dalam darah, tetapi pada akhir kehamilan kadar progesteron menurun menjadikan otot rahim sensitif sehingga menimbulkan kontraksi atau his (Rukiah, 2009).

b. Teori oksitosin dan kontraksi Braxton His

Pada akhir kehamilan kadar oksitosin bertambah sehingga dapat mengakibatkan his. Perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron dapat mengubah sensitifitas otot rahim, sehingga sering terjadi kontraksi braxton hicks. Dengan menurunnya konsentrasi progesteron akibat tuanya kehamilan maka oksitosin

meningkatkan aktifitas, sehingga persalinan dapat mulai.

c. Teori kerenggangan (distensi rahim)

Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu. Setelah melewati batas tersebut terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai. Rahim yang menjadi besar dan meregang menyebabkan iskemia otot-otot rahim, sehingga mengganggu sirkulasi utero plasenter. Misalnya ibu hamil ganda sering terjadi kontraksi setelah peregangan tertentu sehingga menimbulkan proses persalinan.

d. Teori pengaruh prostaglandin

Prostaglandin E dan prostaglandin F (pE dan pF) bekerja di rahim wanita untuk merangsang kontraksi selama kelahiran. PGE2 menyebabkan kontraksi rahim dan telah digunakan untuk menginduksi persalinan. Prostaglandin yang dikeluarkan oleh decidua konsentrasinya meningkat sejak usia kehamilan 15 minggu. Pemberian prostaglandin saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga hasil konsepsi dikeluarkan.

e. Teori plasenta menjadi tua dan berkurangnya nutrisi

Menurut teori ini, plasenta yang menjadi tua akan menyebabkan turunnya kadar estrogen dan progesteron yang menyebabkan kekejangan pembuluh darah, hal ini akan menimbulkan kontraksi rahim (Marmi, 2012).

3. Tahapan Persalinan

a. Kala I

1) Pengertian 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 bercampur 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 (Rukiah, dkk 2009).

Menurut Erawati (2011) berdasarkan kemajuan pembukaan serviks kala I dibagi menjadi :

a) Fase laten

Fase laten yaitu fase pembukaan yang sangat lambat dari 0 sampai 3 cm yang membutuhkan waktu \pm 8 jam.

b) Fase aktif

Fase aktif yaitu fase pembukaan yang lebih cepat yang terbagi lagi menjadi :

- (1) Fase akselerasi (fase percepatan), dari pembukaan 3 cm sampai 4 cm yang dicapai dalam 2 jam.
- (2) Fase dilatasi maksimal, dari pembukaan 4 cm sampai 9 cm yang di capai dalam 2 jam.
- (3) Fase deselerasi (kurangnya kecepatan), dari pembukaan 9 cm sampai 10 cm selama 2 jam.

2) Pemantauan kemajuan persalinan kala I dengan partograf

a) Pengertian partograf

Partograf adalah merupakan alat untuk mencatat informasi berdasarkan observasi atau riwayat dan pemeriksaan fisik pada ibu dalam persalinan dan alat (Hidayat dan Sujiyatini, 2010).

b) Kemajuan persalinan

Menurut Hidayat dan Sujiyatini (2010) hal yang diamati pada kemajuan persalinan dalam menggunakan partograf adalah :

(1) Pembukaan serviks

Pembukaan serviks dinilai pada saat melakukan pemeriksaan vagina dan ditandai dengan huruf (x). Garis waspada adalah sebuah garis yang dimulai pada saat pembukaan servik 4 cm hingga titik pembukaan penuh yang diperkirakan dengan laju 1 cm per jam (Hidayat dan Sujiyatini, 2010).

(2) Penurunan bagian terbawa janin

Metode perlimaan dapat mempermudah penilaian terhadap turunnya kepala maka evaluasi penilaian dilakukan setiap 4 jam melalui pemeriksaan luar dengan perlimaan diatas simphisis, yaitu dengan memakai 5 jari, sebelum dilakukan pemeriksaan dalam. Bila kepala masih berada diatas PAP maka masih dapat diraba dengan 5 jari (rapat) dicatat dengan 5/5, pada angka 5 digaris vertikal sumbu X pada partograf yang ditandai dengan "O". Selanjutnya pada kepala yang sudah turun maka akan teraba sebagian kepala di atas simphisis (PAP) oleh beberapa jari 4/5, 3/5, 2/5, yang pada partograf turunnya kepala ditandai dengan "O" dan dihubungkan dengan garis lurus (Marmi, 2012).

(3) Kontraksi uterus (His)

Persalinan yang berlangsung normal his akan terasa makin lama makin kuat, dan frekuensinya bertambah. Pengamatan his dilakukan tiap 1 jam dalam fase laten dan tiap ½ jam pada fase aktif. Frekuensi his diamati dalam 10 menit lama his dihitung dalam detik dengan

cara memalpasi perut, pada partograf jumlah his digambarkan dengan kotak yang terdiri dari 5 kotak sesuai dengan jumlah his dalam 10 menit. Lama his (*duration*) digambarkan pada partograf berupa arsiran di dalam kotak: (titik - titik) 20 menit, (garis-garis) 20–40 detik, (kotak dihitamkan) > 40 detik (Marmi, 2012).

(4) Keadaan janin

(a) DJJ

Denyut jantung janin dapat diperiksa setiap setengah jam. Saat yang tepat untuk menilai denyut jantung segera setelah his terlalu kuat berlalu selama ± 1 menit, dan ibu dalam posisi miring, yang diamati adalah frekuensi dalam satu menit dan keteraturan denyut jantung janin, pada partograf denyut jantung janin di catat dibagian atas, ada penebalan garis pada angka 120 dan 160 yang menandakan batas normal denyut jantung janin (Marmi, 2012).

(b) Warna dan selaput ketuban

Menurut Marmi (2012) nilai kondisi ketuban setiap kali melakukan pemeriksaan dalam dan nilai warna air ketuban jika selaput ketuban pecah. Catat temuan-temuan dalam kotak yang sesuai dibawah lajur DJJ dengan menggunakan lambang-lambang berikut ini: U : Selaput ketuban masih utuh, J: Selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban jernih, M: Selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur mekonium, D : Selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur darah, K: Air ketuban pecah tapi sudah kering

(c) Molase tulang kepala janin

Menurut Marmi (2012) moulage berguna untuk memperkirakan seberapa jauh kepala bisa menyesuaikan dengan bagian keras panggul. Kode moulage yaitu : 0. Tulang–tulang kepala janin terpisah, sutura dapat dengan mudah dilepas, 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.

(d) Keadaan ibu

Waktu pencatatan kondisi ibu dan bayi pada fase aktif adalah: DJJ setiap 30 menit, frekuensi dan lamanya kontraksi uterus setiap 30 menit, nadi setiap 30 menit tandai dengan titik, pembukaan serviks setiap 4 jam, penurunan tiap 4 jam tandai dengan panah, tekanan darah setiap 4 jam, suhu setiap 2 jam (Marmi, 2012).

(e) Urine, aseton, protein tiap 2–4 jam (catat setiap kali berkemih).

3) Asuhan sayang ibu kala I

Menurut Marmi (2012) asuhan yang dapat diberikan kepada ibu selama kala I yaitu :

- a) Dengarkan keluhannya dan cobalah untuk mendukung karena ibu lebih sensitif terhadap perasaannya.
- b) Jika ibu tersebut tampak gelisah dukungan atau asuhan yang dapat diberikan.
- c) Lakukan perubahan posisi.
 - (1) Posisi sesuai dengan keinginan, tetapi jika ibu di tempat tidur sebaiknya dianjurkan tidur miring ke kiri.

- (2) Sarankan ibu untuk berjalan.
- d) Ajaklah orang yang menemaninya (suami atau ibunya) untuk memijat atau menggosok punggungnya.
- e) Ibu diperbolehkan melakukan aktivitas sesuai dengan kesanggupannya.
- f) Ajarkan kepada ibu teknik bernafas.
- g) Menjaga hak privasi ibu dalam persalinan.
- h) Menjelaskan kemajuan persalinan dan perubahan yang terjadi serta prosedur yang akan dilakukan dan hasil pemeriksaan.
- i) Membolehkan ibu untuk mandi dan membasuh sekitar kemaluannya setelah BAK dan BAB.
- j) Berikan cukup minum untuk mencegah dehidrasi.
- k) Sarankan ibu untuk berkemih

b. Kala II

1) Pengertian kala II

Dimulai dari pembukaan lengkap (10 cm) sampai bayi lahir. Gejala dan tanda kala II, telah terjadi pembukaan lengkap, tampak kepala janin melalui bukaan introitus vagina, ada rasa ingin meneran saat kontraksi, ada dorongan pada rektum atau vagina, perineum terlihat menonjol, vulva dan spingter ani membuka, peningkatan pengeluaran lendir dan darah. Proses ini biasanya berlangsung 2 jam pada primi dan 1 jam pada multi (Rukiah, dkk, 2009).

2) Asuhan sayang ibu kala II

Menurut Marmi (2012) asuhan sayang ibu adalah asuhan asuhan yang menghargai budaya, kepercayaan dan keinginan sang ibu. Asuhan sayang ibu dalam kala II yaitu :

a) Pendampingan keluarga

Selama proses persalinan berlangsung ibu membutuhkan teman dan keluarga. Biasa dilakukan oleh suami, orang tua atau kerabat yang disukai ibu. Dukungan dari keluarga yang mendampingi ibu

selama proses persalinan sangat membantu mewujudkan persalinan lancar (Marmi, 2012).

b) Libatkan keluarga

Keterlibatan keluarga dalam asuhan antara lain bantu ibu berganti posisi, teman bicara, melakukan ransangan taktil, memberikan makanan dan minuman, membantu dalam mengatasi rasa nyeri dengan memijat bagian lumbal atau pinggang belakang (Marmi, 2012).

c) KIE proses persalinan

Penolong persalinan memberi pengertian tentang tahapan dan kemajuan persalinan atau kelahiran janin pada ibu dan keluarga agar ibu tidak cemas menghadapi persalinan, dan memberikan kesempatan ibu untuk bertanya hal yang belum jelas sehingga kita dapat memberikan informasi apa yang dialami oleh ibu dan janinnya dalam hasil pemeriksaan yang telah dilakukan (Marmi, 2012).

d) Dukungan psikologi

Dukungan psikologi dapat diberikan dengan bimbingan dan menanyakan apakah ibu memerlukan pertolongan. Berusaha menenangkan hati ibu dalam menghadapi dan menjalani proses persalinan dengan rasa nyaman (Rukiah, dkk, 2009).

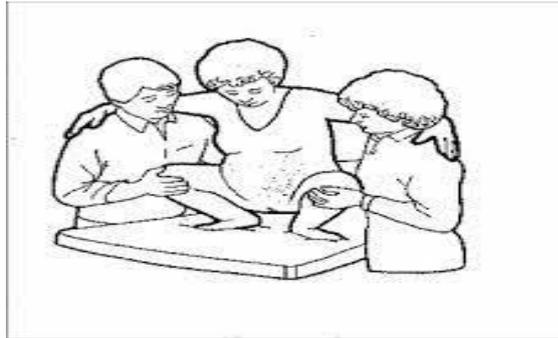
e) Membantu ibu memilih posisi.

(1) Posisi jongkok atau berdiri

Menurut Marmi (2012) Posisi jongkok memudahkan penurunan kepala janin, memperluas rongga panggul sebesar 28 persen lebih besar pada pintu bawah panggul, memperkuat dorongan meneran.

Menurut Erawati (2011) keuntungan posisi jongkok atau berdiri yaitu sebagai berikut : membantu penurunan kepala, memperbesar dorongan untuk meneran, dan mengurangi rasa nyeri.

Menurut Marmi (2012) kekurangan dari posisi jongkok tau berdiri yaitu memberi cidera kepala bayi, posisi ini kurang menguntungkan karena menyulitkan pemantauan perkembangan pembukaan dan tindakan–tindakan persalinan lainnya.

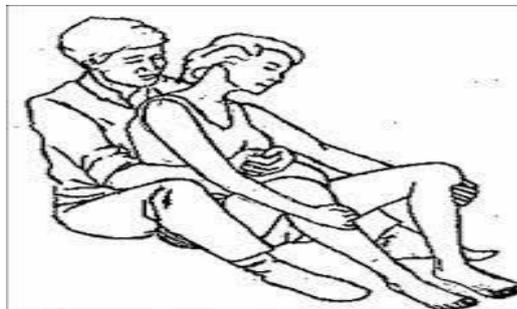


Gambar 2.5 Posisi jongkok/berdiri

(2) Setengah duduk

Posisi ini posisi yang paling umum diterapkan diberbagai RS di segenap penjuru tanah air, pada posisi ini pasien duduk dengan punggung bersandar bantal, kaki ditekuk dan paha dibuka ke arah samping. Posisi ini cukup membuat ibu merasa nyaman (Rohani, dkk 2011).

Menurut Rohani, dkk (2011) keuntungan dari posisi ini adalah sebagai berikut: memudahkan melahirkan kepala bayi, membuat ibu nyaman dan jika merasa lelah ibu bisa beristirahat dengan mudah.

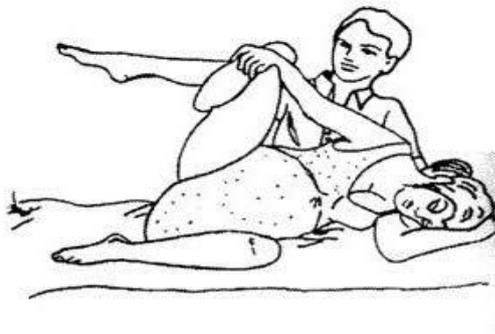


Gambar 2.6 Posisi duduk/setengah duduk

(3) Posisi berbaring miring ke kiri

Posisi berbaring miring ke kiri dapat mengurangi penekanan pada vena cava inferior sehingga dapat mengurangi kemungkinan terjadinya *hipoksia* karena suplay oksigen tidak terganggu dapat memberi suasana rileks bagi ibu yang mengalami kecapean dan dapat pencegahan terjadinya laserasi/robekan jalan lahir (Marmi, 2012).

Menurut Lailiyana, dkk (2011) Keuntungan posisi berbaring miring ke kiri yaitu sebagai berikut : memberi rasa santai pada ibu yang letih, memberi oksigenasi yang baik bagi bayi dan membantu mencegah terjadinya laserasi. Sedangkan kekurangannya yaitu menyulitkan bidan dan dokter untuk membantu proses persalinan karena letak kepala bayi susah dimonitor, dipegang maupun diarahkan.



Gambar 2.7 Posisi miring kiri

(4) Posisi merangkak

Menurut Erawati (2011) keuntungan posisi merangkak yaitu mengurangi rasa nyeri punggung saat persalinan, membantu bayi melakukan rotasi, dan peregangan perineum lebih sedikit.



Gambar 2.8 Posisi merangkak

f) Cara meneran

Ibu dianjurkan meneran jika ada kontraksi atau dorongan yang kuat dan adanya spontan keinginan untuk meneran. Dan pada saat relaksasi ibu dianjurkan untuk istirahat untuk mengantisipasi agar ibu tidak kelelahan atau dan menghindari terjadinya resiko afiksia (Marmi, 2012).

g) Pemberian nutrisi

Ibu bersalin perlu diperhatikan pemenuhan kebutuhan cairan, elektrolit dan nutrisi. Hal ini untuk mengantisipasi ibu mengalami dehidrasi. Dehidrasi dapat berpengaruh pada gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit yang penting artinya dalam menimbulkan kontraksi uterus (Marmi, 2012).

c. Kala III

1) Pengertian kala III

Dimulai dari bayi lahir sampai dengan plasenta lahir. 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 waktu 6-15 menit setelah bayi lahir secara spontan maupun dengan tekanan pada fundus uteri (Hidayat dan Sujiyatini, 2010).

Menurut Lailiyana, dkk (2011). Setelah kala II, kontraksi uterus berhenti sekitar 5–10 menit, dengan lahirnya bayi sudah mulai pelepasan plasenta pada lapisan *nitabusch*, karena sifat retraksi otot

rahim. Lepasnya plasenta dapat diperkirakan dengan memperhatikan tanda–tanda dibawah ini :

- a) Uterus menjadi bundar
- b) Uterus terdorong keatas, karena plasenta dilepas ke bawa segmen bawah rahim.
- c) Tali pusat bertambah panjang.

2) Manajemen kala III

Menurut Hidayat dan Sujiyatini (2010) manajemen kala III yaitu :

- a) Jepit dan gunting tali pusat sedini mungkin
- b) Memberi oksitosin
- c) Lakukan PTT
- d) Masase fundus.

d. Kala IV

Kala IV (kala pengawasan) adalah kala pengawasan selama dua jam setelah bayi lahir dan uri lahir untuk mengamati keadaan ibu terutama terhadap bahaya perdarahan pascapartum. Kehilangan darah pada persalinan biasa disebabkan oleh luka pada pelepasan uri dan robekan pada serviks dan perineum. Dalam batas normal, rata–rata banyaknya perdarahan adalah 250 cc, biasanya 100–300 cc. Jika persalinan lebih dari 500 cc, ini sudah dianggap abnormal dan harus dicari penyebabnya (Erawati, 2011).

3. Tujuan Asuhan Persalinan

Menurut Widia (2015) tujuan dari asuhan persalinan antara lain sebagai berikut :

- a. Memberikan dukungan baik secara fisik maupun emosional kepada ibu dan keluarga selama persalinan
- b. Melakukan pengkajian, membuat diagnosis, mencegah, menangani komplikasi–komplikasi dengan cara pemantauan ketat dan dekteksi dini selama persalinan dan kelahiran.
- c. Melakukan rujukan pada kasus–kasus yang tidak bisa ditangani sendiri untuk mendapat asuhan spesialis jika perlu.

- d. Memberikan asuhan yang adekuat pada ibu sesuai dengan intervensi minimal tahap persalinannya.
- e. Memperkecil resiko infeksi dengan melaksanakan pencegahan infeksi yang aman.
- f. Selalu memberitahu kepada ibu dan keluarganya mengenai kemajuan, adanya penyulit maupun intervensi yang akan dilakukan dalam persalinan.
- g. Memberikan asuhan yang tepat untuk bayi setelah lahir.
- h. Membantu ibu dengan pemberian ASI dini.

4. Tanda-tanda Persalinan

- a. Tanda–tanda persalinan sudah dekat

1) *Lightening*

Menjelang minggu ke 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 kearah bawa. Masuknya kepala bayi ke pintu atas panggul dirasakan ibu hamil sebagai terasa ringan di bagian atas, rasa sesaknya berkurang, dibagian bawah terasa sesak, terjadi kesulitan saat berjalan dan sering miksi (Lailiyana, dkk, 2011).

2) His permulaan

Menurut Marmi (2012) makin tuanya kehamilan, pengeluaran esterogen 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–tanda kemajuan persalinan, durasinya pendek tidak bertambah bila beraktivitas.

b. Tanda–tanda timbulnya persalinan

1) 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 istimus uteri (teregang dan menipis) terhadap kanalis servikalis (*effacement* dan pembukaan). His persalinan memiliki ciri–ciri sebagai berikut :

- a) Pinggang terasa sakit dan menjalar kedepan
- b) Sifat his teratur, interval semakin pendek, dan kekuatan semakin besar
- c) Terjadi perubahan pada serviks.
- d) Jika pasien menambah aktivitasnya, misalnya dengan berjalan, maka kekuatan his akan bertambah

2) Pengeluaran lendir darah (*Bloody Show*)

Plak lendir disekresi serviks sebagai hasil proliferasi kelenjar lendir serviks pada awal kehamilan. Plak ini menjadi sawar pelindung dan menutup jalan lahir selama kehamilan. Pengeluaran plak inilah yang yang di maksud dengan *bloody show*. *Bloody show* paling sebagai rabas lendir bercampur darah yang lengket dan harus dibedakan dengan cermat dari perdarahan murni. *Bloody show* merupakan tanda persalinan yang akan terjadi biasanya dalam 24 sampai 48 jam (Sukarni dan Margareth, 2013).

3) Perubahan serviks

Pada akhir bulan ke-9, hasil pemeriksaan serviks menunjukkan bahwa serviks sebelumnya tertutup, panjang, dan kurang lunak menjadi lebih lunak. Hal ini telah terjadi pembukaan dan penipisan serviks. Perubahan ini berbeda pada masing–masing ibu, misalnya pada multipara sudah terjadi pembukaan 2 cm namun pada

sebagian besar primipara, serviks masih dalam keadaan tertutup (Erawati, 2011).

4) Pengeluaran cairan ketuban

Pada 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).

5. Faktor – faktor yang mempengaruhi persalinan

a. *Power*

Power adalah kekuatan yang mendorong janin keluar. Kekuatan yang mendorong janin keluar dalam persalinan ialah his, kontraksi otot perut, kontraksi diafragma, dan aksi dari ligament dengan kerja sama yang baik dan sempurna (Lailiyana, dkk, 2011).

1) His (kontraksi otot uterus)

Menurut Lailiyana, dkk (2011) his adalah kontraksi otot–otot polos rahim pada persalinan. Sifat his yang baik dan sempurna yaitu: kontraksi simetris, fundus dominan, relaksasi, pada setiap his dapat menimbulkan perubahan yaitu serviks menipis dan membuka. Dalam melakukan observasi pada ibu bersalin hal–hal yang harus diperhatikan dari his:

- 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.

2) Pembagian his dan sifat-sifatnya

Pembagian sifat his menurut Marmi (2012) sebagai berikut :

a) His pendahuluan

His tidak kuat, tidak teratur dan menyebabkan *bloody show*.

b) His pembukaan

His yang terjadi sampai pembukaan serviks 10 cm, mulai kuat, teratur, terasa sakit atau nyeri.

c) His pengeluaran

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.

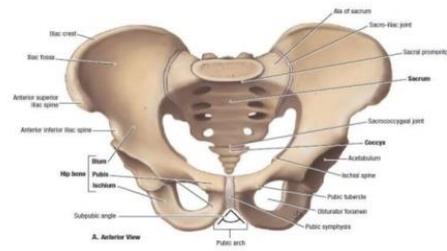
e) His pengiring

Kontraksi lemah, masih sedikit nyeri, pengecilan rahim dalam beberapa jam atau hari.

b. Passage (Jalan Lahir)

1) Pengertian *passage*

Menurut Lailiyana, dkk (2011) Passage atau jalan lahir terdiri bagian keras (Tulang-tulang panggul dan sendi-sendinya) dan bagian lunak (otot-otot atau jaringan, dan ligament) tulang-tulang panggul meliputi 2 tulang pangkalan paha (*Ossa coxae*), 1 tulang kelangkang (*ossa sacrum*), dan 1 tulang tungging (*ossa coccygis*).



Gambar 2.8 Passage (Jalan lahir)

2) Ukuran–ukuran panggul

a) Pintu Atas Panggul (PAP)

Menurut Lailiyana, dkk (2011) batas–batas pintu atas panggul (PAP) adalah promontorium, sayap sacrum, linea innominata, ramsu superior osis pubis, dan tepi atas simfisis. Ukuran–ukuran PAP yaitu :

- (1) Ukuran muka belakang/diameter antero posterior/konjugata vera (CV) adalah dari promontorium ke pinggir atas simfisis >11 cm. Cara mengukur $CV = CD - 1\frac{1}{2}$. CD (Conjugata diagonalis) adalah jarak antara promontorium ke tepi atas simfisis.
- (2) Ukuran melintang adalah ukuran terbesar antara linea iniminata diambil tegak lurus pada konjugata vera (12,5–13,5).
- (3) Ukuran serong dari artikulasio sakroiliaka ke tuberkulum pubikum dari belahan panggul yang bertentangan.

b) Bidang luas panggul

Menurut Lailiyana, dkk (2011) bidang luas panggul adalah bidang dengan ukuran–ukuran yang terbesar terbentang antara pertengahan *asetabulum* dan pertemuan antara ruas sacral II dan III. Ukuran muka belakang 12,75 cm dan ukuran melintang 12,5 cm.

c) Bidang sempit panggul

Menurut Lailiyana, dkk (2011) bidang sempit panggul adalah bidang dengan ukuran–ukuran yang terkecil. Terdapat setinggi

tepi bawah simfisis, kedua spina iskiadika dan memotong sacrum 1–2 cm di atas ujung sacrum. Ukuran muka belakang 11,5 cm, ukuran melintang 10 cm dan diameter segitalis posterior (dari sacrum ke pertengahan antara spina ischiadica) 5 cm.

d) Pintu bawah panggul

Menurut Lailiyana, dkk (2011) Pintu Bawah Panggul (PBP) terdiri dari 2 segitiga dengan dasar yang sama, yaitu garis yang menghubungkan kedua tuberiskiadikum kiri dan kanan. Puncak segitiga belakang adalah ujung os sacrum sedangkan segitiga depan adalah arkus pubis. Menurut Lailiyana, dkk (2011) ukuran–ukuran PBP :

- (1) Ukuran muka belakang. Dari pinggir bawa simfisis ke ujung sacrum (11,5 cm)
- (2) Ukuran melintang antara tuberiskiadikum kiri dan kanan sebelah dalam (10,5 cm).
- (3) Diameter sagitalis posterior, dari ujung sacrum ke pertengahan ukuran melintang (7,5 cm).

e) Bidang Hodge

Menurut Marmi (2012) bidang hodge antara lain sebagai berikut : *Hodge I* : dibentuk pada lingkaran PAP dengan bagian atas symphysis dan promontorium, *Hodge II* : sejajar dengan *hodge I* setinggi pinggir bawah *symphysis*, *Hodge III* : sejajar *hodge I* dan *II* setinggi spina ischiadika kanan dan kiri, *Hodge IV* : sejajar *hodge I, II, III* setinggi os coccygis.

c. Passenger (janin)

1) Janin

Hal yang menentukan kemampuan janin untuk melewati jalan lahir adalah :

- a) Presentasi janin dan bagian janin yang terletak pada bagian depan jalan lahir, seperti (Asri dan Christin, 2010) :
 - (1) Presentasi kepala (vertex, muka, dahi)

(2) Presentasi bokong : bokong murni, bokong kai, letak lutut atau letak kaki.

(3) Presentasi bahu.

b) Sikap janin

Sikap janin adalah hubungan bagian tubuh janin yang satu dengan bagian tubuh yang lain, yang sebagian merupakan akibat pola pertumbuhan janin sebagai akibat penyesuaian janin terhadap bentuk rongga rahim. Pada kondisi normal, punggung janin sangat fleksi, kepala fleksi kedua arah dada dan paha fleksi ke arah sendi lutut. Tangan disilangkan didepan thoraks dan tali pusat terletak diantara lengan dan tungkai. Penyimpangan sikap normal dapat menimbulkan kesulitan saat anak dilahirkan (Marmi, 2012).

c) Letak janin

Letak adalah bagaimana sumbu janin berada terhadap sumbu ibu misalnya letak lintang dimana sumbu janin tegak lurus pada sumbu ibu. Letak membujur dimana sumbu janin sejajar dengan sumbu ibu, ini bisa letak kepala atau sungsang (Marmi, 2012).

2) Plasenta

Plasenta adalah bagian dari kehamilan yang penting. Dimana plasenta memiliki peranan berupa transport zat dari ibu ke janin, penghasil hormon yang berguna selama kehamilan, serta sebagai *barieer*. Kelainan pada plasenta dapat berupa gangguan fungsi dari plasenta atau gangguan implantasi dari plasenta. Kelainan letak implantasinya dalam hal ini sering disebut plasenta previa. Sedangkan kelainan kedalaman dari implantasinya sering disebut plasenta akreta, inkreta dan perkreta (Marmi, 2012).

d. Psikis

Banyak wanita normal bisa merasakan kegairahan dan kegembiraan disaat mereka merasa kesakitan awal menjelang kelahiran bayinya. Perasaan positif ini berupa kelegaan hati, seolah-olah pada saat itulah benar-benar terjadi realitas kewanitaan sejati (Marmi, 2012).

Membantu wanita berpartisipasi sejauh yang diinginkan dalam melahirkan, memenuhi harapan wanita akan hasil akhir persalinannya. Membantu wanita menghemat tenaga, mengendalikan rasa nyeri merupakan suatu upaya dukungan dalam mengurangi proses kecemasan pasien (Marmi, 2012).

e. Peran Penolong (Bidan)

Peran penolong adalah memantau dengan seksama dan memberikan dukungan serta kenyamanan pada ibu baik dari segi emosi atau perasaan maupun fisik (Marmi, 2012).

6. Perubahan dan Adaptasi Fisiologi Psikologis pada Ibu Bersalin

a. Kala I

1) Perubahan dan Adaptasi Fisiologis

a) Perubahan uterus

Kontraksi uterus terjadi karena adanya rangsangan pada otot polos uterus dan penurunan hormon progesteron yang menyebabkan keluarnya hormon oksitosin. Selama kehamilan terjadi keseimbangan antara kadar progesteron dan estrogen di dalam darah, tetapi pada akhir kehamilan kadar estrogen dan progesteron menurun kira-kira satu sampai dua minggu sebelum partus dimulai sehingga menimbulkan uterus berkontraksi. Kontraksi uterus mula-mula jarang dan tidak teratur dengan intensitasnya ringan. Kemudian menjadi lebih sering, lebih lama dan intensitasnya semakin kuat (Walyani, 2015).

b) Perubahan serviks

Menurut Lailiyana, dkk (2011) perubahan pada serviks meliputi :

(1) Pendataran

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.

(2) Pembukaan

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 kardiovaskular

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 dan Melina, 2013).

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 daripada 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, 2009).

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, 2009).

g) Perubahan pernapasan

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, 2009).

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 uirin berkurang Selama persalinan (Lailiyana, dkk, 2011)

j) Perubahan 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 lamban. 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 haemoglobin

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 Mami (2012) Perubahan dan adaptasi psikologi kala I yaitu:

a) Fase laten

Pada 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. Namun wanita yang tidak pernah mempersiapkan diri terhadap apa yang akan terjadi, fase laten

persalinan akan menjadi waktu dimana 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. Bagi 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 *koping* tanpa memperhatikan tempat persalinan.

b) Fase aktif

Pada fase ini kontraksi uterus akan meningkat secara bertahap dan ketakutan wanita pun meningkat. Pada saat kontraksi semakin kuat, lebih lama, dan terjadi lebih sering, semakin jelas baginya bahwa semua itu berada diluar kendalinya. Dengan kenyataan ini wanita ingin seseorang mendampinginya karena dia takut ditinggal sendiri dan tidak mampu mengatasi kontraksi. Dia mengalami sejumlah kemampuan dan ketakutan yang tidak dapat dijelaskan.

c) Fase transisi

Pada 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.

Selain perubahan yang spesifik, kondisi psikologis seorang wanita yang sedang menjalani persalinan sangat bervariasi, tergantung persiapan dan bimbingan antisipasi yang diterima, dukungan yang diterima dari pasangannya, orang dekat lain, keluarga, dan pemberi perawatan, lingkungan tempat wanita tersebut berada, dan apakah bayi yang dikandung merupakan

bayi yang diinginkan. Beberapa keadaan dapat terjadi pada ibu dalam persalinan, terutama pada ibu yang pertama kali bersalin yaitu:

(1) Perasaan tidak enak dan kecemasan

Biasanya perasaan cemas pada ibu saat akan bersalin berkaitan dengan keadaan yang mungkin terjadi saat persalinan, disertai rasa gugup.

(2) Takut dan ragu-ragu akan persalinan yang dihadapi Ibu merasa ragu apakah dapat melalui proses persalinan secara normal dan lancar

(3) Menganggap persalinan sebagai cobaan

Apakah penolong persalinan dapat sabar dan bijaksana dalam menolongnya. Kadang ibu berpikir apakah tenaga kesehatan akan bersabar apabila persalinan yang dijalani berjalan lama, dan apakah tindakan yang akan dilakukan jika tiba-tiba terjadi sesuatu yang tidak diinginkan, misalnya tali pusat melilit bayi.

(4) Apakah bayi normal atau tidak

Biasanya ibu akan merasa cemas dan ingin segera mengetahui keadaan bayinya apakah terlahir dengan sempurna atau tidak.

(5) Apakah ibu sanggup merawat bayinya

Sebagai ibu baru atau muda biasanya ada pikiran yang melintas apakah ia sanggup merawat dan bisa menjadi seorang ibu yang baik bagi anaknya.

b. Kala II

1) Perubahan fisiologi pada ibu bersalin kala II

a) Kontraksi

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 (Rukiah, dkk, 2009). Sifat khusus kontraksi yaitu :

- (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 peritoneum sebagai organ yang menyelimuti uterus.

b) Pergeseran organ dalam panggul

Setelah pembukaaan 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, 2009).

c) Ekspulsi janin

Setelah putaran paksi luar bahu depan sampai dibawa symphysis dan menjadi *hypomochlion* untuk melahirkan bahu belakang. Kemudian bahu depan menyusul dan selanjutnya seluruh badan anak lahir searah dengan paksi jalan lahir (Rukiah, dkk, 2009).

c. Kala III

1) Fisiologi kala III

a) Pengertian

Kala III merupakan periode waktu dimana penyusutan volume rongga uterus setelah kelahiran bayi, penyusutan ukuran ini menyebabkan berkurangnya ukuran tempat perlekatan plasenta. Oleh karena tempat perlekatan menjadi kecil,

sedangkan ukuran plasenta tidak berubah maka plasenta menjadi berlipat, menebal dan kemudian melepas dari dinding uterus. Setelah lepas, plasenta akan turun ke bagian bawah uterus atau vagina (Marmi, 2012).

Setelah bayi lahir uterus masih mengadakan kontraksi yang mengakibatkan penciutan permukaan kavum uteri tempat implantasi plasenta. Uterus terasa 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 (Lailiyana, dkk, 2011).

b) Cara–cara pelepasan plasenta

(1) Pelepasan dimulai dari tengah (*schultze*)

Plasenta lepas mulai dari tengah (sentral) atau dari pinggir plasenta. Ditandai oleh makin panjang keluarnya tali pusat dari vagina (Tanda ini dikemukakan oleh Alfred) tanpa adanya perdarahan pervaginam. Lebih besarr kemungkinannya terjadi pada plasenta yang melekat di *fundus* (IImah, 2015).

(2) Pelepasan dimulai dari pinggir (*Duncan*)

Plasenta lepas mulai dari bagian pinggir (marginal) yang ditandai dengan adanya perdarahan dari vagina apabila plasenta mulai terlepas (IImah, 2015). Umumnya perdarahan tidak melebihi 400 ml. Tanda–tanda pelepasan plasenta :

- (a) Perubahan bentuk uterus.
- (b) Semburan darah tiba–tiba.
- (c) Tali pusat memanjang
- (d) Perubahan posisi uterus.

(3) Beberapa prasad untuk mengetahui apakah plasenta lepas dari tempat implantasinya :

- (a) Perasat kustner

Tangan kanan meregangkan atau menarik sedikit tali pusat, tangan kiri menekan daerah di atas simpis. Bila tali pusat masuk kembali ke dalam vagina berarti plasenta belum lepas dari dinding uterus (Ilmah, 2015).
 - (b) Perasat strassman

Tangan kanan meregangkan atau menarik sedikit tali pusat, tangan kiri mengetok–ngetok fundus uteri. Bila terasa getaran pada tali pusat yang diregangkan, berarti plasenta belum lepas dari dinding uterus (Ilmah, 2015).
 - (c) Perasat klien

Wanita tersebut disuruh mengejan, tali pusat tampak turun ke bawah. Bila pengejanannya dihentikan dan tali pusat masuk kembali ke dalam vagina, berarti plasenta belum lepas dari dinding uterus (Ilmah, 2015).
- (4) Tanda – tanda pelepasan plasenta
- (a) Perubahan bentuk dan tinggi fundus

Setelah bayi lahir dan sebelum miometri mulai berkontraksi, uterus berbentuk bulat penuh dan tinggi fundus biasanya di bawah pusat. Setelah uterus berkontraksi dan pelepasan terdorong ke bawah, uterus berbentuk segitiga atau seperti buah pear atau alpukat dan fundus berada di atas pusat (Ilmah, 2015).
 - (b) Tali pusat memanjang

Tali pusat terlihat menjulur keluar (Ilmah, 2015).
 - (c) 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 (Ilmah, 2015).

d. Kala IV

Menurut Marmi (2012) 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.

1) 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 kavum uteri dan butuh untuk ditekan dan dikeluarkan. Uterus yang berada di atas umbilicus dan bergeser paling umum ke kanan menandakan adanya kandung kemih 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.

2) Servik, vagina dan perineum

Segera setelah lahiran serviks bersifat terkulai dan tebal. Tepi anterior selam persalinan atau setiap bagian serviks yang terperangkap akibat penurunan kepala janin selam periode yang panjang, 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.

3) Tanda vital

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

4) 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.

5) 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.

7. Deteksi / Penapisan Awal Ibu Bersalin (19 penapisan)

- a. Riwayat bedah *Caesar*
- b. Perdarahan pervaginam
- c. Persalinan kurang bulan (UK < 37 minggu)
- d. Ketuban pecah dengan mekonium kental
- e. Ketuban pecah lama (> 24 jam)
- f. Ketuban pecah pada persalinan kurang bulan (< 37 minggu)
- g. Ikterus
- h. Anemia berat
- i. Tanda dan gejala infeksi
- j. Preeklamsia / hipertensi dalam kehamilan
- k. Tinggi fundus 40 cm atau lebih
- l. Primipara dalam fase aktif persalinan dengan palpasi kepala janin masih 5/5
- m. Presentasi bukan belakang kepala
- n. Gawat janin
- o. Presentasi majemuk
- p. Kehamilan gemeli
- q. Tali pusat menubung
- r. Syok
- s. Penyakit-penyakit yang menyertai ibu.

2.1.3 Inertia uteri

1. Pengertian

Inersia uteri adalah kelainan his yang kekuatannya tidak adekuat untuk melakukan pembukaan serviks atau mendorong janin keluar. Disini kekuatan his lemah dan frekuensinya jarang. Sering dijumpai pada penderita dengan keadaan umum kurang baik seperti anemia, uterus yang terlalu teregang misalnya akibat hidramnion atau kehamilan kembar atau makrosomia, grandemultipara atau primipara, serta para penderita dengan keadaan emosi kurang baik.

Dapat terjadi pada kala pembukaan serviks, fase laten atau fase aktif maupun pada kala pengeluaran.

2. Penyebab inersia uteri

Menurut Rustam Mochtar (1998) sebab-sebab inersia uteri :

- a. Kelainan his sering dijumpai pada primipara
- b. Faktor herediter, emosi dan ketakutan
- c. Salah pimpinan persalinan dan obat-obat penenang
- d. Bagian terbawah janin tidak berhubungan rapat dengan segmen bawah rahim, ini dijumpai pada kesalahan-kesalahan letak janin dan disproporsi sevalopelvik
- e. Kelainan uterus
- f. Kehamilan postmatur (postdatism)
- g. Penderita dengan keadaan umum kurang baik seperti anemia
- h. Uterus yang terlalu teregang misalnya hidramnion atau kehamilan kembar atau makrosomia

3. Macam-macam Inertia uteri

- a. Inersia uteri primer : Jika His lemah dari awal persalinan
- b. Inersia uteri sekunder : Jika mula-mula His baik, tetapi kemudian menjadi lemah karena otot-otot rahim lelah akibat persalinan berlangsung lama (inersia karena kelelahan).

4. Penanganan

Berikan oksitosin drips 5-10 satuan dalam 500 cc dekstroza 5%, dimulai dengan 12 tetes per menit, dinaikkan setiap 30 menit sampai 40-50 tetes per menit. Maksud dari pemberian oksitosin adalah supaya serviks dapat membuka (Nugroho, 2012:169)

2.1.4 Persalinan Lama

1. Pengertian

Partus lama adalah persalinan berlangsung lebih dari 24 jam pada primi, dan lebih dari 18 jam pada multi (Mochtar, 1998).

Persalinan lama adalah persalinan (partus) lama yang ditandai dengan fase laten lebih dari 8 jam, persalinan telah berlangsung 12

jam atau lebih tanpa kelahiran bayi, dan dilatasi serviks di kanan garis waspada pada partograf (Wiknjosastro, 2002).

Persalinan lama adalah persalinan yang berlangsung lebih dari 18 jam yang dimulai dari tanda-tanda persalinan (Ardhiyanti, 2016).

Partus kasep adalah fase terakhir dari suatu persalinan yang macet dan berlangsung terlalu lama sehingga timbul komplikasi pada ibu dan bayi (Mochtar, 1998).

Partus tak maju adalah persalinan dengan his adekuat tidak menunjukkan kemajuan pembukaan serviks, penurunan kepala, dan putar paksi selama 2 jam terakhir (Mochtar, 1998).

2. Faktor Predisposisi Persalinan Lama

a. Bayi

Kepala janin besar, hidrosefalus, presentasi wajah-bahu-alis, malposisi persisten, kembar yang terkunci, kembar siam.

b. Jalan lahir

Panggul kecil karena malnutrisi, deformitas panggul karena trauma atau polio, tumor daerah panggul, infeksi virus di perut atau uterus, jaringan parut.

c. Faktor yang berhubungan dengan persalinan lama

Aktifitas fisik rumah tangga, aktifitas fisik olahraga, kekuatan ibu (*power*), *passanger*, posisi janin, psikologi (dominan); pendidikan ibu, umur ibu, paritas ibu (Soviyati, 2016; Ardhiyanti, 2016).

3. Etiologi Persalinan Lama

Menurut Sarwono (2002), penyebab persalinan lama digolongkan menjadi 3:

a) Kelainan Tenaga (His)

His yang tidak normal dalam kekuatan atau sifatnya menyebabkan kerintangan pada jalan lahir yang lazim terdapat pada setiap persalinan, tidak dapat diatasi sehingga persalinan

mengalami hambatan atau kemacetan. Kelainan his disebabkan karena inersia uteri, yaitu: sifat his biasa, fundus berkontraksi lebih kuat dan lebih dahulu pada bagian lainnya. *Incoordinate uterine action*, yaitu: sifat his berubah, tonus otot uterus meningkat, juga di luar his dan kontraksinya berlangsung seperti biasa karena tidak ada sinkronisasi antara kontraksi.

b) Kelainan Janin

Kelainan dalam bentuk atau ukuran jalan lahir bisa menghalangi kemajuan persalinan atau menyebabkan kemacetan.

c) Kelainan Jalan Lahir

Kelainan dalam bentuk atau ukuran jalan lahir bisa menghalangi kemajuan persalinan atau menyebabkan kemacetan.

4. Klasifikasi Persalinan Lama Dan Penanganan

a) Fase laten memanjang : fase laten yang melampaui 20 jam pada primi gravida atau 14 jam pada multipara

Penanganan :

- (1) Jika ada kemajuan dalam pendataran dan pembukaan serviks, lakukan amniotomi dan induksi persalinan dengan oksitosin atau prostaglandin (lakukan penilaian setiap 4 jam; jika pasien tidak masuk fase aktif setelah pemberian oksitosin selama 8 jam, lakukan SC).
- (2) Jika didapatkan tanda-tanda infeksi (demam, cairan vagina berbau), maka lakukan akselerasi persalinan dengan oksitosin; berikan antibiotik kombinasi sampai persalinan.
- (3) Jika ada kemajuan dalam pendataran dan pembukaan serviks, lakukan amniotomi dan induksi persalinan dengan oksitosin atau prostaglandin (lakukan penilaian setiap 4 jam; jika pasien tidak masuk fase aktif setelah pemberian oksitosin selama 8 jam, lakukan SC).

- (4) Jika didapatkan tanda-tanda infeksi (demam, cairan vagina berbau), maka lakukan akselerasi persalinan dengan oksitosin; berikan antibiotik kombinasi sampai persalinan.
- b) Fase aktif memanjang : fase aktif yang berlangsung lebih dari 12 jam pada primi gravida dan lebih dari 6 jam pada multigravida, serta laju dilatasi serviks kurang dari 1,5 cm per jam.

Penanganan :

- (1) Jika tidak ada tanda-tanda disproporsi sefalopelvik atau obstruksi dan ketuban masih utuh, pecahkan ketuban.
- (2) Nilai his
Jika his tidak adekuat (kurang dari 3 his dalam 10 menit dan lamanya kurang dari 40 detik) pertimbangkan adanya inertia uteri. Jika his adekuat (3 kali dalam 10 menit dan lamanya lebih dari 40 detik), pertimbangkan adanya disproporsi, obstruksi, malposisi atau malpresentasi. Lakukan penanganan umum yang akan memperbaiki his dan mempercepat kemajuan persalinan.
- c) Kala II lama : kala II yang berlangsung lebih dari 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multipara

Penanganan :

- (1) Memimpin ibu meneran jika ada dorongan untuk meneran spontan.
- (2) Jika tidak ada malposisi/malpresentasi berikan drip oksitosin.
- (3) Jika tidak ada kemajuan penurunan kepala :
- (a) Jika letak kepala lebih dari 1/5 di atas simfisis pubis atau bagian tulang kepala dari *stasion* (0) lakukan ekstraksi vakum.
- (b) Jika kepala antara 1/5 – 3/5 di atas simfisis pubis lakukan ekstraksi vakum.

- (c) Jika kepala lebih dari 3/5 di atas simfisis pubis lakukan SC.

2.1.5 Gawat Janin dalam Persalinan

1. Pengertian

Denyut jantung janin (DJJ) kurang dari 120 per menit atau lebih dari 160 per menit (Nugroho, 2012). Gawat janin terjadi bila janin tidak menerima O₂ yang cukup, sehingga akan mengalami hipoksia. Situasi ini dapat terjadi (kronik) dalam jangka waktu yang lama atau akut.

Disebut gawat janin bila ditemukan denyut jantung janin diatas 160/menit atau dibawah 100/menit, denyut 21 jantung tidak teratur, atau keluarnya mekonium yang kental pada awal persalinan (Prawirohardjo, 2009).

Gawat janin merupakan suatu reaksi ketika janin tidak memperoleh oksigen yang cukup (Dewi.A.h., Cristine.C.P., 2010).

2. Penyebab Gawat Janin

- a. Persalinan berlangsung lama Persalinan lama adalah persalinan yang terjadi lebih dari 24 jam pada primigravida dan lebih dari 18 jam pada multigravida (Nugrahaeni, 2010). Persalinan lama dapat mengakibatkan ibu menjadi Gelisah, letih, suhu badan meningkat, berkeringat, nadi cepat, pernapasan cepat dan meteorismus.
- b. Ada perdarahan Perdarahan yang dapat mengakibatkan gawat janin yaitu karena solusio plasenta. Terjadinya solusio plasenta dipicu oleh perdarahan kedalam desidua basalis.
- c. Infeksi yang disebabkan oleh pecahnya ketuban pada partus lama dapat membahayakan ibu dan janin,karena bakteri didalam amnion menembus amnion dan menginvasi desidua serta pembuluh korion sehingga terjadi bakteremia dan sepsis pada ibu dan janin.

- d. Insufisiensi uteroplaster akut hal ini terjadi karena akibat berkurangnya aliran darah uterus plasenta dalam waktu singkat, berupa: aktivitas uterus yang berlebihan, hipertonia uterus, kompresi vena kava karena posisi ibu terlentang.
- e. Preeklamsia dapat menyebabkan kegawatan janin seperti sindroma distress napas. Hal tersebut dapat terjadi karena vasospasme yang merupakan akibat dari kegagalan invasi trofoblas kedalam lapisan otot pembuluh darah sehingga pembuluh darah mengalami kerusakan dan menyebabkan aliran darah dalam plasenta menjadi terhambat dan menimbulkan hipoksia pada janin yang akan menjadikan gawat janin.

3. Penilaian Klinik Gawat Janin

- a. Denyut jantung janin irreguler dalam persalinan sangat bervariasi dan dapat kembali setelah beberapa waktu. Bila DJJ tidak kembali normal setelah kontraksi, hal ini menunjukkan adanya hipoksia.
- b. Bradikardi yang terjadi diluar saat kontraksi, atau tidak menghilang setelah kontraksi menunjukkan adanya gawat janin
- c. Takchikardi dapat merupakan reaksi terhadap adanya: Demam pada ibu, Obat-obat yang menyebabkan takchikardi (misal: obat tokolitik)

2.1.6 Induksi Persalinan

1. Pengertian

Induksi persalinan adalah upaya menstimulasi uterus untuk memulai terjadinya persalinan. Sedangkan augmentasi atau akselerasi persalinan adalah meningkatkan frekuensi, lama, dan kekuatan kontraksi uterus dalam persalinan (Saifuddin,2002).

Induksi dimaksudkan sebagai stimulasi kontraksi sebelum mulai terjadi persalinan spontan, dengan atau tanpa *rupture membrane*. Augmentasi merujuk pada stimulasi terhadap kontraksi spontan yang dianggap tidak adekuat karena kegagalan dilatasi serviks dan penurunan janin. (Cunningham, 2013).

Induksi persalinan adalah upaya memulai persalinan dengan cara-cara buatan sebelum atau sesudah kehamilan cukup bulan dengan jalan merangsang timbulnya his. (Sinclair, 2010)

Secara umum induksi persalinan adalah berbagai macam tindakan terhadap ibu hamil yang belum inpartu, baik secara operatif maupun medisinal, untuk merangsang timbulnya atau mempertahankan kontraksi rahim sehingga terjadi persalinan. Atau dapat juga diartikan sebagai inisiasi persalinan secara buatan setelah janin *viable*. (Llewellyn, 2002).

2. Indikasi Induksi Persalinan

Induksi diindikasikan hanya untuk pasien yang kondisi kesehatannya atau kesehatan janinnya berisiko jika kehamilan berlanjut. Induksi persalinan mungkin diperlukan untuk menyelamatkan janin dari lingkungan intrauteri yang potensial berbahaya pada kehamilan lanjut untuk berbagai alasan atau karena kelanjutan kehamilan membahayakan ibu. (Llewellyn, 2002).

Adapun indikasi induksi persalinan yaitu ketuban pecah dini, kehamilan lewat waktu, oligohidramnion, korioamnionitis, preeklampsia berat, hipertensi akibat kehamilan, *intrauterine fetal death* (IUFD) dan pertumbuhan janin terhambat (PJT), insufisiensi plasenta, perdarahan antepartum, dan *umbilical abnormal arteri doppler*. (Oxford, 2013).

3. Kontra Indikasi

Kontraindikasi induksi persalinan serupa dengan kontraindikasi untuk menghindari persalinan dan kelahiran spontan. Diantaranya yaitu : *disproporsi sefalopelvik* (CPD), plasenta previa, gamelli, polihidramnion, riwayat *sectio caesar* klasik, malpresentasi atau kelainan letak, gawat janin, vasaprevia, hidrosefalus, dan infeksi herpes genital aktif. (Cunningham, 2013 & Winkjosastro, 2002).

4. Resiko Melakukan Induksi Persalinan

Komplikasi dapat ditemukan selama pelaksanaan induksi persalinan maupun setelah bayi lahir. Komplikasi yang dapat ditemukan antara lain : atonia uteri, hiperstimulasi, fetal distress, prolaps tali pusat, rupture uteri, solusio plasenta, hiperbilirubinemia, hiponatremia, infeksi intrauterin, perdarahan postpartum, kelelahan ibu dan krisis emosional, serta dapat meningkatkan pelahiran caesar pada induksi elektif. (Cunningham, 2013 & Winkjosastro, 2002).

5. Persyaratan

Untuk dapat melaksanakan induksi persalinan perlu dipenuhi beberapa kondisi/persyaratan sebagai berikut :

- a. Tidak ada *disproporsi sefalopelvik* (CPD)
- b. Sebaiknya serviks uteri sudah matang, yakni serviks sudah mendatar dan menipis, hal ini dapat dinilai menggunakan tabel skor *Bishop*. Jika kondisi tersebut belum terpenuhi maka kita dapat melakukan pematangan serviks dengan menggunakan metode farmakologis atau dengan metode mekanis.
- c. Presentasi harus kepala, atau tidak terdapat kelainan letak janin.
- d. Sebaiknya kepala janin sudah mulai turun kedalam rongga panggul. (Oxorn, 2010).

Apabila kondisi-kondisi diatas tidak terpenuhi maka induksi persalinan mungkin tidak memberikan hasil yang diharapkan. Untuk menilai keadaan serviks dapat dipakai skor Bishop. Berdasarkan kriteria Bishop, yakni :

- a. Jika kondisi serviks baik (skor 5 atau lebih), persalinan biasanya berhasil diinduksi dengan hanya menggunakan induksi
- b. Jika kondisi serviks tidak baik (skor <5), matangkan serviks terlebih dahulu sebelum melakukan induksi. (Yulianti, 2006 & Cunningham, 2013)

Pada kebanyakan kasus, teknik yang digunakan untuk meningkatkan *favorability* atau kematangan serviks juga menstimulasi kontraksi. Jadi teknik tersebut dapat digunakan untuk menginduksi persalinan. Metode yang digunakan untuk mematangkan serviks meliputi preparat farmakologis dan berbagai bentuk distensi serviks mekanis. (Cunningham, 2013). Metode farmakologis diantaranya yaitu pemberian prostaglandinE₂ (dinoprostone, cervidil, dan prepidil), prostaglandin, (Misoprostol/taucec), dan donor nitritoksida. Sedangkan yang termasuk kedalam metode mekanis yakni kateter trans servikal (kateter foley), ekstra amnionik salin infusion (EASI), dilator servikal higroskopik, dan stripping membrane. (Cunningham, 2013)

6. Proses induksi

Ada dua cara yang biasanya dilakukan untuk memulai proses induksi, yaitu kimia dan mekanik. Namun pada dasarnya, kedua cara ini dilakukan untuk mengeluarkan zat prostaglandin yang berfungsi sebagai zat penyebab otot rahim berkontraksi.

a. Secara kimia atau medicinal/farmakologis

1) Prostaglandin E₂ (PGE₂)

PGE₂ tersedia dalam bentuk gel atau pesarium yang dapat dimasukkan intravaginal atau intraserviks. Gel atau pesarium ini yang digunakan secara lokal akan menyebabkan pelonggaran kolagen serviks dan peningkatan kandungan air di dalam jaringan serviks. PGE₂ memperlunak jaringan ikat serviks dan merelaksasikan serabut otot serviks, sehingga mematangkan serviks. PGE₂ ini pada umumnya digunakan untuk mematangkan serviks pada wanita dengan nilai bishop <5 dan digunakan untuk induksi persalinan pada wanita yang nilai bishopnya antara 5 - 7. (Sinclair, 2010, Llewellyn, 2002).

Bentuk gelnya (prepidil) tersedia dalam suntikan 2,5 ml untuk pemberian intraserviks berisi 0,5 mg dinoprostone. Ibu dalam

posisi terlentang, ujung suntikan yang belum diisi diletakkan di dalam serviks, dan gel dimasukkan tepat dibawah os serviks interna. Setelah pemberian, ibu tetap berbaring selama setidaknya 30 menit. Dosis dapat diulang setiap 6 jam, dengan maksimum tiga dosis yang direkomendasikan dalam 24 jam.

2) Prostaglandin E₁(PGE₁)

Misoprostol (cytotec) oral maupun vagina dapat digunakan untuk pematangan serviks atau induksi persalinan. Dosis yang digunakan 25 – 50 µg dan ditempatkan didalam forniks posterior vagina. 100 µg misoprostol peroral atau 25 µg misoprostol per vagina memiliki manfaat yang serupa dengan oksitosin intravena untuk induksi persalinan pada perempuan saat atau mendekati cukup bulan, baik dengan ruptur membrane kurang bulan maupun serviks yang baik. Misoprostol dapat dikaitkan dengan peningkatan angka hiperstimulasi, dan dihubungkan dengan ruptur uterus pada wanita yang memiliki riwayat menjalani seksio sesaria. Selain itu induksi dengan PGE₁, mungkin terbukti tidak efektif dan memerlukan augmentasi lebih lanjut dengan oksitosin, dengan catatan jangan berikan oksitosin dalam 8 jam sesudah pemberian misoprostol. Karena itu, terdapat pertimbangan mengenai risiko, biaya, dan kemudahan pemberian kedua obat, namun keduanya cocok untuk induksi persalinan. Pada augmentasi persalinan, hasil dari penelitian awal menunjukkan bahwa misoprostol oral 75 µg yang diberikan dengan interval 4 jam untuk maksimum dua dosis, aman dan efektif. (Saifuddin, 2002, Cunningham, 2013).

3) Pemberian oksitosin intravena

Tujuan induksi atau augmentasi adalah untuk menghasilkan aktifitas uterus yang cukup untuk menghasilkan perubahan serviks dan penurunan janin. Sejumlah regimen oksitosin untuk stimulasi persalinan direkomendasikan oleh

American College of Obstetricians and Gynecologists (1999a). Oksitosin diberikan dengan menggunakan protokol dosis rendah (1–4mU/menit) atau dosis tinggi (6–40 mU/menit), awalnya hanya variasi protokol dosis rendah yang digunakan di Amerika Serikat, kemudian dilakukan percobaan dengan membandingkan dosis tinggi, dan hasilnya kedua regimen tersebut tetap digunakan untuk induksi dan augmentasi persalinan karena tidak ada regimen yang lebih baik dari pada terapi yang lain untuk memperpendek waktu persalinan.

Oksitosin digunakan secara hati-hati karena gawat janin dapat terjadi dari hiperstimulasi. Walaupun jarang, ruptur uteri dapat pula terjadi, lebih-lebih pada multipara. Untuk itu senantiasa lakukan observasi yang ketat pada ibu yang mendapat oksitosin. Dosis efektif oksitosin bervariasi, kecepatan infus oksitosin untuk induksi persalinan dapat dilihat pada tabel berikut :

Table 2.4 Regimen Oksitosin Dosis Rendah dan Tinggi

Regimen	Dosis awal (mU/menit)	Penaikan dosis (IU/menit)	Interval (menit)
Rendah	0,5 - 1,5	1	15-40
	2	4,8,12,16,20,25,30	15
Tinggi	4	4	15
	4,5	4,5	15-30
	6	6	20-40

Sumber : Dublin (1984)

Protokol untuk penatalaksanaan aktif persalinan yang menggunakan oksitosin dosis awal dan tambahan 6mU/menit. Dan di Parkland Hospital, Satin, dkk (1992) mengevaluasi regimen oksitosin dengan dosis tersebut, peningkatan dengan interval 20 menit jika diperlukan, menghasilkan rata-rata waktu masuk ke persalinan yang lebih singkat, lebih sedikit induksi

yang gagal, dan tidak ada kasus sepsis neonatus. Dan dengan percobaan pada sampel yang berbeda, mereka yang mendapat regimen 6mU/menit memiliki durasi waktu persalinan yang lebih singkat, persalinan forseps yang lebih sedikit, kelahiran caesar karena distosia yang lebih sedikit, dan menurunnya korioamnionitis intrapartum atau sepsis neonatorum. Dengan demikian, manfaat yang lebih banyak didapatkan dengan memberikan regimen dosis yang lebih tinggi dibandingkan dosis yang lebih rendah. Di Park land hospital penggunaan regimen oksitosin dengan dosis awal dan tambahan 6mU/menit secara rutin telah dilakukan hingga saat ini Sedangkan di Birmingham Hospital di University Alabama memulai oksitosin dengan dosis 2 mU/menit dan menaikannya sesuai kebutuhan setiap 15 menit yaitu menjadi 4,8,12,16,20,25, dan 30 mU/menit. Walaupun regimen yang pertama tampaknya sangat berbeda, jika tidak ada aktifitas uterus, kedua regimen tersebut mengalirkan 12mU/menit selama 45 menit ke dalam infuse. Di bawah ini merupakan tabel untuk salah satu protab kecepatan infus oksitosin untuk induksi persalinan

Table 2.5 Infus Oksitosin untuk Induksi Persalinan

Waktu induksi (Jam)	Konsentrasi Oksitosin	Tetes per menit	(Dosis mIU/menit)	Volume infuse
0.0	2,5 unit dalam 500 ml dekstrose / garam fisiologi (5 mIU/ml)	10	3	0
0,5	Sama	20	5	15
1	Sama	30	8	30
1,5	Sama	40	10	45
2	Sama	50	13	60
2,5	Sama	60	15	75
3	5 unit dalam 500 ml dekstrose/ garam fisiologi (10 mIU/ml)	30	15	90

Sumber : Dublin (1984)

Jika setelah mengikuti protokol berdasarkan tabel di atas tetap belum terbentuk pola kontraksi yang baik dengan penggunaan konsentrasi oksitosin yang tinggi maka pada multigravida induksi dinyatakan gagal, dan lahirkan janin dengan *sectio caesar*. Pada primigravida dapat diberikan infuse oksitosin konsentrasi tinggi (10 unit dalam 500 ml) sesuai dengan protokol berikut :

Table 2.6 Kecepatan Infus Oksitosin Lanjutan untuk Induksi Persalinan pada multigravida

Waktu induksi (Jam)	Konsentrasi Oksitosin	Tetes per menit	(Dosis mIU/menit)	Volume infuse
0.0	2,5 unit dalam 500 ml dekstrose / garam fisiologi (5 mIU/ml)	15	4	0
0,5	Sama	30	8	23
1	Sama	45	11	45
1,5	Sama	60	15	58
2	5 unit dalam 500 ml dekstrose/ garam fisiologi (10 mIU/ml)	30	15	90
2,5	Sama	45	23	45
3	Sama	60	30	68
3,5	10 unit dalam 500 ml dekstrose / garam fisiologi (20 mIU/ml)	30	30	90
4	Sama	45	45	45
4,5	Sama	60	60	68
5	Sama	60	60	90

Sumber : Dublin (1984)

Jika masih tidak terbentuk kontraksi yang baik pada dosis maksimal, lahirkanlah janin melalui *sectio caesar*. Dalam pemberian infuse oksitosin, selama pemberian ada beberapa hal yang harus diperhatikan oleh petugas kesehatan yaitu:

- 1) Observasi ibu selama mendapatkan infuse oksitosin secara cermat.
- 2) Jika infuse oksitosin menghasilkan pola persalinan yang baik, pertahankan kecepatan infuse yang sama sampai kelahiran.
- 3) Ibu yang mendapat oksitosin tidak boleh ditinggal sendiri
- 4) Jangan menggunakan oksitosin 10 unit dalam 500 ml (20 m IU/ml) pada multigravida dan pada ibu dengan riwayat section caesar.

5) Peningkatan kecepatan infus oksitosin dilakukan hanya sampai terbentuk pola kontraksi yang baik, kemudian pertahankan infus pada kecepatan tersebut. (Saifuddin,2002)

b. Secara mekanis atau tindakan

1) Kateter Transservikal (Kateter Foley)

Kateter foley merupakan alternatif yang efektif disamping pemberian prostaglandin untuk mematangkan serviks dan induksi persalinan. Akan tetapi tindakan ini tidak boleh digunakan pada ibu yang mengalami servisitits, vaginitis, pecah ketuban, dan terdapat riwayat perdarahan. Kateter foley diletakan atau dipasang melalui kanalis servikalis (os serviks interna) didalam segmen bawah uterus (dapat diisi sampai 100 ml). tekanan kearah bawah yang diciptakan dengan menempelkan kateter pada paha dapat menyebabkan pematangan serviks. Modifikasi cara ini, yang disebut dengan extra-amnionic saline infusion (EASI), cara ini terdiri dari infuse salin kontinu melalui kateter ke dalam ruang antara os serviks interna dan membran plasenta. Teknik ini telah dilaporkan memberikan perbaikan yang signifikan pada skor bishop dan mengurangi waktu induksi ke persalinan. (Cunningham, 2013).

Penempatan kateter, dengan atau tanpa infuse salin yang kontinu, menghasilkan perbaikan *favorability* serviks dan seringkali menstimulasi kontraksi. Shermadkk.(1996), merangkum hasil dari 13 percobaan dengan metode ini menghasilkan peningkatan yang cepat pada skor bishop dan persalinan yang lebih singkat. Chung dkk. (2003) secara acak mengikutsertakan 135 wanita untuk menjalani teknik induksi persalinan dengan kateter foley ekstra amnion dengan inflasi balon sampai 30 ml juga menghasilkan waktu rata-rata induksi ke kelahiran memendek secara nyata. Dan Levy dkk. (2004) melaporkan bahwa penggunaan balon kateter foley transservikal 80 ml lebih efektif untuk pematangan serviks dan induksi dari pada yang 30ml. (Cunningham, 2013)

2) Dilator Servikal Higroskopik (Batang Laminaria)

Dilatasi serviks dapat juga ditimbulkan menggunakan dilator serviks osmotik higroskopik. Teknik yang dilakukan yakni dengan batang laminaria dan pada keadaan dimana serviks masih belum membuka Dilator mekanik ini telah lama berhasil digunakan jika dimasukkan sebelum terminasi kehamilan, tetapi kini alat ini juga digunakan untuk pematangan serviks sebelum induksi persalinan. Pemasangan laminaria dalam kanalis servik dan dibiarkan selama 12-18 jam, kemudian jika perlu dilanjutkan dengan infus oksitosin. (Cunningham, 2013).

3) Stripping membrane

Stripping membrane yaitu cara atau teknik melepaskan atau memisahkan selaput kantong ketuban dari segmen bawah uterus. Induksi persalinan dengan “*stripping*” membrane merupakan praktik yang umum dan aman serta mengurangi insiden kehamilan lebih bulan. *Stripping* dapat dilakukan dengan cara manual yakni dengan jari tengah atau telunjuk dimasukkan dalam kanalis servikalis. (Cunningham, 2013).

4) Induksi Amniotomi

Amniotomi (Pemecahan ketuban buatan memicu pelepasan prostaglandin) dapat dilakukan sejak awal sebagai tindakan induksi, dengan atau tanpa oksitosin. Pada uji acak, *Bacosdan Backstrom* (1987) menemukan bahwa amniotomi saja atau kombinasi dengan oksitosin lebih baik dari pada oksitosin saja. Induksi persalinan secara bedah (amniotomi) lebih efektif jika keadaan serviks baik (skor *Bishop* > 5). Amniotomi pada dilatasi serviks sekitar 5 cm akan mempercepat persalinan spontan selama 1 sampai 2 jam, bahkan Mercer dkk.(1995) dalam penelitian acak dari 209 perempuan yang menjalani induksi persalinan baik itu amniotomi dini pada dilatasi 1-2 cm ataupun amniotomi lanjut pada dilatasi 5 cm didapatkan persalinan yang lebih singkat yakni 4 jam. (Cunningham, 2013;

Sinclair,2010). Namun ada komplikasi atau resiko yang dapat timbul setelah dilakukan amniotomi yakni: sekitar 0,5 % terjadi prolaps tali pusat, infeksi (jika jangka waktu antara induksi-persalinan >24 jam), perdarahan ringan, perdarahan post partum (resiko relatif 2 kali dibandingkan dengan tanpa induksi persalinan), hiperbilirubinemia neonatus (bilirubin > 250 μ mol/l). (Llewellyn, 2002).

5) Stimulasi puting susu

Untuk stimulasi payudara gunakan pedoman CST dan pantau DJJ dengan auskultasi atau pemantauan janin dengan cardiotografi. Observasi adanya hiperstimulasi pada uterus. (Varney, 2002)

2.1.7 Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

1. Pengertian

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 dan tanpa tanda-tanda asfiksia dan penyakit penyerta lainnya (Wahyuni, 2011).

Bayi Baru lahir adalah bayi yang lahir dan umur kelahiran 37 minggu sampai 42 minggu berat lahir 2.500 gram (Ilmiah, 2015). Berdasarkan beberapa pengertian dapat disimpulkan bahwa Bayi Baru Lahir normal adalah bayi yang lahir dari umur kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dengan berat lahir 2.500 gram–4.000 gram tanpa ada penyakit penyerta lainnya.

2. Penampilan fisik / ciri-ciri BBL normal

Menurut Wahyuni (2012) ciri-ciri bayi baru lahir sebagai berikut:

- a. Berat badan 2500–4000 gram.
- b. Panjang badan lahir 48–52 cm.
- c. Lingkar dada 30–38 cm.
- d. Lingkar kepala 33–35 cm.
- e. Lingkar lengan 11–12 cm.
- f. Bunyi jantung dalam menit pertama kira-kira 180 menit denyut/menit, kemudian sampai 120–140 denyut/menit.

- g. Pernapasan pada menit pertama cepat kira-kira 80 kali/menit, kemudian menurun setelah tenang kira-kira 40 kali/menit.
- h. Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan cukup terbentuk dan meliputi *vernix caseosa*.
- i. Rambut lanugo tidak terlihat lagi, rambut kepala biasanya telah sempurna.
- j. Kuku agak panjang dan lunak.
- k. Genitalia : labia mayora sudah menutupi labia minora (pada perempuan) testis sudah turun pada anak laki-laki.
- l. Refleks isap dan menelan telah terbentuk dengan baik.
- m. Reflek mori sudah baik, bayi ketika terkejut akan memperlihatkan gerakan tangan seperti memeluk.
- n. Eliminasi baik, *urine* dan *mekonium* akan keluar dalam 24 jam pertama mekonium berwarna hitam kecoklatan.

3. Fisiologi / adaptasi pada BBL

a. Perubahan pada sistem pernapasan

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. Sedangkan keadaan yang dapat memperlambat *maturitas* paru-paru adalah diabetes ringan, inkompetibilitas Rh, *gemeli* satu ovum dengan berat yang berbeda dan biasanya berat badan yang lebih kecil paru-parunya belum matur (Marmi, 2012).

Rangsangan untuk gerakan pernapasan pertama kali pada neonatus disebabkan karena : saat kepala melewati jalan lahir, ia akan mengalami penekanan pada toraksnya dan tekanan ini akan hilang dengan tiba-tiba setelah bayi lahir. Proses mekanis ini menyebabkan cairan yang ada dalam paru-paru hilang karena terdorong pada bagian perifer paru untuk kemudian diabsorpsi,

karena terstimulus oleh sensor kimia, suhu, serta mekanis akhirnya bayi memulai aktifitas bernapas untuk pertama kali (Marmi, 2012).

Fungsi alveolus dapat maksimal jika dalam paru-paru bayi terdapat surfaktan yang adekuat. Surfaktan membantu menstabilkan dinding alveolus sehingga alveolus tidak kolaps saat akhir napas. Surfaktan ini mengurangi tekanan paru dan membantu untuk menstabilkan dinding alveolus sehingga tidak kolaps pada akhir pernapasan (Asrinah, dkk 2010).

b. Rangsangan untuk gerakan pernapasan

Rangsangan untuk gerakan pernapasan pertama kali pada neonatus disebabkan karena : saat kepala melewati jalan lahir, ia akan mengalami penekanan pada toraksnya dan tekanan ini akan hilang dengan tiba-tiba setelah bayi lahir. Proses mekanis ini menyebabkan cairan yang ada dalam paru-paru hilang karena terdorong pada bagian perifer paru untuk kemudian diabsorpsi, karena terstimulus oleh sensor kimia, suhu, serta mekanis akhirnya bayi memulai aktifitas bernapas untuk pertama kali (Marmi, 2012).

Fungsi alveolus dapat maksimal jika dalam paru-paru bayi terdapat surfaktan yang adekuat. Surfaktan membantu menstabilkan dinding alveolus sehingga alveolus tidak kolaps saat akhir napas. Surfaktan ini mengurangi tekanan paru dan membantu untuk menstabilkan dinding alveolus sehingga tidak kolaps pada akhir pernapasan (Asrinah, dkk, 2010).

Rangsangan taktil dilakukan apabila tidak terjadi pernafasan spontan, dilakukan pengusapan punggung, jentikan pada telapak kaki mungkin bisa merangsang pernapasan spontan (Rukiah, 2009).

c. Upaya pernapasan bayi pertama

Menurut Asrinah, dkk (2010) 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 aliran 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.

d. Perubahan pada sistem kardiovaskuler

Setelah lahir, darah bayi baru lahir harus melewati paru untuk mengambil oksigen dan mengadakan sirkulasi melalui tubuh guna mengantarkan oksigen ke jaringan. Untuk membuat sirkulasi yang baik guna mendukung kehidupan diluar rahim, harus terjadi dua perubahan besar (Asrinah, dkk, 2010) :

- 1) Penutupan foramen ovale pada atrium jantung
- 2) Penutupan duktus arteriosus antara arteri dan paru-paru serta aorta. Oksigen menyebabkan system pembuluh darah mengubah tekanan dengan cara mengurangi atau meningkatkan resistensinya, sehingga mengubah aliran darah. Dua peristiwa yang mengubah tekanan dalam system pembuluh darah :
 - a) Pada saat tali pusat dipotong, resistensi pembuluh sistemik meningkat dan tekanan atrium kanan menurun. Tekanan atrium kanan menurun karena berkurangnya

aliran darah ke atrium kanan tersebut. Ini menyebabkan penurunan volume dan tekanan atrium kanan. Kedua kejadian ini membantu darah, dengan sedikit kandungan oksigen mengalir ke paru-paru dan menjalani proses oksigenasi ulang (Asrinah, dkk, 2010).

b) Pernapasan pertama menurunkan resistensi pembuluh darah paru-paru dan meningkatkan tekanan atrium kanan. Oksigen pada saat pernapasan pertama ini menimbulkan relaksasi dan terbukanya system pembuluh darah paru-paru. Peningkatan sirkulasi ke paru-paru mengakibatkan peningkatan volume darah dan tekanan pada atrium kanan. Dengan peningkatan volume darah dan tekanan pada atrium kiri, foramen ovale secara fungsional akan menutup (Asrinah, dkk, 2010).

e. Perubahan pada sistem termoregulasi

Bayi baru lahir mempunyai kecenderungan untuk mengalami stress fisik akibat perubahan suhu di luar uterus. Fluaktasi (naik turunnya) suhu dalam uterus minimal, rentang maksimal hanya $0,6^{\circ}\text{C}$ sangat berbeda dengan kondisi diluar uterus. Tiga faktor yang berperan dalam kehilangan panas tubuh bayi : luasnya permukaan tubuh bayi, pusat pengaturan suhu tubuh bayi yang belum berfungsi secara sempurna, dan tubuh bayi yang terlalu kecil untuk memproduksi dan menyimpan panas (Marmi, 2012). Adapun mekanisme kehilangan panas pada bayi (Asrinah, dkk, 2010) :

1) Konduksi

Panas dihantarkan dari tubuh bayi ke tubuh benda sekitarnya yang kontak langsung dengan tubuh bayi. (Pemindahan panas dari tubuh bayi ke obyek lain melalui kontak langsung)

2) Konveksi

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

3) Radiasi

Panas dipancarkan dari bayi baru lahir, keluar tubuhnya ke lingkungan yang lebih dingin (pemindahan panas antar dua objek yang mempunyai suhu berbeda).

1) Evaporasi

Panas hilang melalui proses penguapan tergantung kepada kecepatan dan kelembaban udara (perpindahan panas dengan cara mengubah cairan menjadi uap).

f. Perubahan pada sistem renal

Ginjal bayi baru lahir menunjukkan penurunan aliran darah ginjal dan penurunan kecepatan filtrasi glomerulus, kondisi ini mudah menyebabkan retensi cairan dan intoksikasi air. Fungsi tubules tidak *matur* sehingga dapat menyebabkan kehilangan natrium dalam jumlah besar dan ketidakseimbangan elektrolit lain. Bayi baru lahir tidak dapat mengonsentrasikan urine dengan baik, tercermin dari berat jenis urine (1,004) dan *osmolalitas* urine yang rendah. Semua keterbatasan ginjal ini lebih buruk pada bayi kurang bulan (Marmi, 2012).

Bayi baru lahir mengekskresikan sedikit urine pada 48 jam pertama kehidupan, yaitu hanya 30–60 ml. Normalnya dalam urine tidak terdapat protein atau darah, *debris* sel yang dapat banyak mengindikasikan adanya cedera atau iritasi dalam sistem ginjal. Adanya massa abdomen yang ditemukan pada pemeriksaan fisik adalah ginjal dan mencerminkan adanya tumor, pembesaran, atau penyimpangan dalam ginjal (Marmi, 2012).

g. Perubahan pada sistem GI

Bila dibandingkan dengan ukuran tubuh, saluran pencernaan pada neonatus relatif lebih berat dan panjang dibandingkan orang dewasa. Pada neonatus, traktus digestivus mengandung zat-zat yang berwarna hitam kehijauan yang terdiri dari mukopolosakarida dan disebut mekonium. Pada masa neonatus saluran pencernaan mengeluarkan tinja pertama biasanya dalam 24 jam pertama berupa mekonium. Dengan adanya pemberian susu, mekonium mulai digantikan dengan tinja yang berwarna coklat kehijauan pada hari ketiga sampai keempat (Marmi, 2012).

Pada saat lahir, aktifitas mulut sudah berfungsi yaitu menghisap dan menelan, saat menghisap lidah berposisi dengan *pallatum* sehingga bayi hanya bisa bernapas melalui hidung, rasa kecap dan penciuman sudah ada sejak lahir, *saliva* tidak mengandung enzim tepung dalam tiga bulan pertama dan lahir volume lambung 25–50 ml (Marmi, 2012). Adapun adaptasi pada saluran pencernaan adalah (Marmi, 2012) :

- 1) Pada hari ke 10 kapasitas lambung menjadi 100 cc.
- 2) Enzim tersedia untuk mengkatalisis protein dan karbohidrat sederhana yaitu monosakarida dan disakarida.
- 3) *Difesiensi* lipase pada pancreas 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.

h. Perubahan pada sistem imunitas

Sistem imunitas BBL masih belum matang, menyebabkan BBL rentan terhadap berbagai infeksi dan alergi. Sistem imunitas yang matang akan memberikan kekebalan alami maupun yang didapat. Kekebalan alami terdiri dari

struktur 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 matang artinya BBL belum mampu *melokalisasi* infeksi secara efisien. Bayi yang baru lahir dengan kekebalan pasif mengandung banyak virus dalam tubuh ibunya. Reaksi antibody terhadap antigen asing masih belum bias dilakukan di sampai awal kehidupan. Tugas utama selama masa bayi dan balita adalah pembentukan sistem 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 pada sistem integument

Lailiyana, dkk (2012) menjelaskan bahwa 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 didaerah 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.

j. Perubahan pada sistem reproduksi

Lailiyana dkk (2012) menjelaskan sistem reproduksi pada perempuan saat lahir, ovarium bayi berisi beribu-ribu sel germinal primitif. Sel-sel ini mengandung komplemen lengkap oval yang matur karena tidak terbentuk oogonia lagi setelah bayi cukup bulan lahir. Korteks ovarium yang terutama terdiri dari folikel primordial, membentuk bagian ovarium yang lebih tebal pada bayi baru lahir dari pada orang dewasa. Jumlah ovum berkurang sekitar 90 persen sejak bayi lahir sampai dewasa.

k. Perubahan pada sistem skeletal

Lailiyana, dkk (2012) menjelaskan pada 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. Pada bayi baru lahir lutut saling berjauhan saat kaki diluruskan dan tumit disatukan, sehingga tungkai bawah terlihat agak melengkung. Saat 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.

1. Perubahan pada sistem neuromuskuler (refleks–refleks)

Sistem neurologis bayi secara anatomik atau 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 ekstermita. Perkemihan neonatus terjadi cepat. Sewaktu bayi bertumbuh, perilaku yang lebih kompleks (misalkan kontrol kepala, tersenyum, dan meraih dengan tujuan) akan berkembang (Wahyuni,2011). Bayi baru lahir normal memiliki banyak refleks neurologis yang primitif. Ada atau tidaknya refleks tersebut menunjukkan kematangan perkembangan sistem saraf yang baik yaitu :

1) Refleks glabelar

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

2) Refleks hisap

Refleks ini dinilai dengan memberi tekanan pada mulut bayi di bagian dalam antara gusi atas yang akan menimbulkan isapan yang kuat dan cepat. Refleks juga dapat dilihat pada saat bayi melakukan kegiatan menyusui.

3) Refleks *rooting* (mencari)

Bayi menoleh kearah benda yang menyentuh pipi. Dapat dinilai dengan mengusap pipi bayi dengan lembut, bayi akan menolehkan kepalanya ke arah jari kita dan membuka mulutnya.

4) Refleks Genggam (*grapsing*)

Refleks ini dinilai dengan mendekatkan jari telunjuk pemeriksa pada telapak tangan bayi, tekanan dengan perlahan, normalnya bayi akan menggenggam dengan

kuat. Jika telapak bayi ditekan, bayi akan mengepalkan tinjunya.

5) Refleks babinsky

Pemeriksaan refleks ini dengan memberikan goresan telapak kaki dimulai dari tumit. Gores sisi lateral telapak kaki kearah atas kemudian gerakkan kaki sepanjang telapak kaki. Maka bayi akan menunjukkan respons berupa semua jari hiperekstensi dengan ibu jari dorsofleksi.

6) Refleks moro

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

7) Refleks melangkah

Bayi menggerakkan tungkainya dalam suatu gerakan berjalan atau melangkah, jika kita memegang lengannya sedangkan kakinya dibiarkan menyentuh permukaan yang datar yang keras.

4. Penatalaksanaan awal bayi segera setelah lahir

Menurut APN (2008), asuhan segera untuk BBL meliputi ; pencegahan infeksi, penilaian segera setelah lahir, pencegahan kehilangan panas, memotong dan merawat tali pusat, inisiasi menyusu dini, manajemen laktasi, pencegahan infeksi mata, pemberian vitamin K1, pemberian imunisasi dan pemeriksaan BBL.

a. Pencegahan infeksi

Pencegahan infeksi merupakan penatalaksanaan awal yang harus dilakukan pada bayi baru lahir karena BBL sangat rentan terhadap infeksi.

Pencegahan infeksi adalah sebagai berikut (Marmi, 2012) :

- 1) Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan bayi.

- 2) Menggunakan sarung tangan bersih sebelum menangani bayi yang belum dimandikan.
- 3) Memastikan semua peralatan, termasuk klem gunting dan benang tali pusat telah di disinfeksi tingkat tinggi atau steril.
- 4) Memastikan bahwa semua pakaian, handuk, selimut serta kain yang digunakan untuk bayi dalam keadaan bersih.
- 5) Memastikan bahwa timbangan dan pita pengukur, thermometer, stetoskop dan benda-benda lainnya akan bersentuhan dengan bayi dalam keadaan bersih.
- 6) Menganjurkan ibu menjaga kebersihan diri, terutama payudara dan mandi setiap hari.
- 7) Membersihkan muka, pantat dan tali pusat bayi baru lahir dengan air bersih, hangat dan sabun setiap hari.
- 8) Menjaga bayi dari orang-orang yang menderita infeksi dan memastikan orang yang memegang bayi sudah cuci tangan sebelumnya.

b. Penilaian segera setelah lahir

Setelah lahir, letakkan bayi diatas kain bersih dan kering di atas perut ibu. Segera lakukan penilaian awal untuk menjawab pertanyaan berikut :

- 1) Apakah bayi cukup bulan?
- 2) Apakah air ketuban jernih?
- 3) Apakah bayi menangis kuat dan atau bernafas spontan tanpa kesulitan?
- 4) Apakah kulit bayi berwarna kemerahan?
- 5) Apakah tonus dan kekuatan otot cukup, apakah bayi bergerak dengan aktif?.

Jika bayi tidak cukup bulan, dan atau air ketuban keruh bercampur mekonium, dan atau tidak menangis, atau

jika bayi tidak bernapas atau bernapas megap-megap, dan atau lemah maka segera lakukan tindakan resusitasi bayi baru lahir.

c. Upaya untuk mencegah kehilangan panas bayi

Kehilangan panas bayi dapat dihindarkan melalui (Marmi, 2012):

- 1) Keringkan bayi secara seksama.
- 2) Selimuti bayi dengan kain atau selimut yang bersih, kering dan hangat.
- 3) Tutup kepala bayi setiap saat dengan topi atau kain yang bersih. Bagian kepala memiliki luas permukaan yang relative luasan bayi akan cepat kehilangan panas jika bagian tubuh tersebut tidak ditutup.
- 4) Anjurkan ibu agar memeluk bayinya untuk dapat menyusui dini
- 5) Jangan segera menimbang atau memandikan BBL karena BBL cepat mudah kehilangan panas dari tubuhnya terutama jika tidak berpakaian, sebelum melakukan penimbangan terlebih dahulu selimuti bayi dengan kain atau selimut yang bersih dan kering.
- 6) Bayi sebaiknya dimandikan sedikitnya 6 jam setelah lahir
- 7) Tempatkan bayi dilingkungan yang hangat
- 8) Rangsangan taktil.

d. Membebaskan jalan nafas

Apabila BBL lahir tidak langsung menangis, penolong segera bersihkan jalan nafas dengan cara sebagai berikut (Marmi, 2012):

- 1) Letakkan bayi terlentang ditempat yang datar dan keras serta hangat.
- 2) Gulung sepotong kain dan letakkan dibawah bahu sehingga leher bayi lebih lurus.

- 3) Bersihkan mulut, rongga hidung, dan tenggorokan bayi dengan tangan yang dibungkus kassa steril.
 - 4) Tepuk kedua telapak kai bayi sebanyak 2-3x atau gosok kulit bayi dengan kain kering dan kasar.
 - 5) Alat penghisap lendir mulut dee lee atau alat penghisap lainnya yang steril, tabung oksigen yang selangnya sudah ditempat.
 - 6) Segera lakukan usaha menghisap dari mulut dan hidung.
 - 7) Memantau dan mencatat usaha napas yang pertama (*Apgar Score*).
 - 8) Perhatikan warna kulit, adanya cairan atau mekonium dalam hidung atau mulut
- e. Merawat tali pusat

Menurut berikut JNPK-KR/POGI, APN (2008) Cara perawatan tali pusat adalah sebagai berikut :

- 1) Hindari pembungkusan tali pusat.
- 2) Jangan oleskan zat apapun atau salep apapun ke tali pusat.
- 3) Memberi nasehat kepada ibu dan keluarga sebelum meninggalkan bayi.
- 4) Lipat popok dibawah tali pusat.
- 5) Jika putung tali pusat kotor cuci secara hati-hati dengan air matang.
- 6) Jelaskan pada ibu bahwa ia harus mencari bantuan perawatan jika pusar merah atau mengeluarkan nanah atau darah.
- 7) Jika pusar menjadi merah atau mengeluarkan nanah atau darah, segera rujuk bayi kefasilitas kesehatan yang memadai.

f. Inisiasi menyusui dini

Langkah inisiasi menyusui dini (Marmi, 2012):

- 1) Program ini dilakukan dengan cara langsung meletakkan bayi yang baru lahir didada ibunya dengan membiarkan bayi tetap merayap untuk menemukan puting ibu. IMD harus dilakukan langsung saat lahir, tanpa boleh ditunda dengan kegiatan menimbang atau mengukur bayi.
- 2) Tahapannya adalah setelah bayi diletakkan dia akan menyesuaikan diri dengan lingkungan barunya, maka kemungkinan saat itu bayi belum bereaksi. Kemudian berdasarkan bau yang ada ditangannya ini membantu dia menemukan puting susu ibu. Bayi akan menjilati kulit ibunya yang mempunyai bakteri baik sehingga kekebalan tubuh dapat bertambah.
- 3) Menunda semua prosedur lainnya yang harus dilakukan kepada BBL setelah IMD selesai dilakukan. Prosedur tersebut misalnya menimbang, pemberian vitamin K, imunisasi dan lain-lain.

g. Memberikan vitamin K

Bayi baru lahir membutuhkan vitamin K karena bayi baru lahir sangat rentan mengalami defisiensi vitamin K. Ketika bayi baru lahir, proses pembekuan darah (koagulan) menurun dengan cepat dan mencapai titik terendah pada usia 48–72 jam. Salah satu penyebabnya adalah karena dalam uterus plasenta tidak siap menghantarkan lemak dengan baik. Selain itu saluran cerna bayi baru lahir masih steril, sehingga tidak dapat menghasilkan vitamin K yang berasal dari flora di usus. Asupan vitamin K dalam susu atau ASI pun biasanya rendah. Itu sebabnya bayi baru lahir perlu diberi vitamin K injeksi 1 mg intramuskular maksimal 1 jam setelah bayi lahir. Manfaatnya adalah untuk mencegah pendarahan bayi baru

lahir akibat defisiensi vitamin K yang dapat dialami oleh sebagian bayi baru lahir (Marmi, 2012).

h. Memberikan obat tetes atau salep mata

Untuk pencegahan penyakit mata karena klamida perlu diberikan obat mata pada jam pertama persalinan yaitu pemberian obat mata eritromisin 0,5% atau tetrasiklin 1% sedangkan salep mata biasanya diberikan bersamaan dengan vitamin K setelah bayi lahir. Perawatan mata harus segera dilaksanakan, tindakan ini dapat dikerjakan setelah bayi selesai dengan perawatan tali pusat (Marmi, 2012).

i. Pemberian imunisasi BBL

Setelah pemberian injeksi vitamin K bayi juga diberikan imunisasi hepatitis B yang bermanfaat untuk mencegah infeksi hepatitis B terhadap bayi terutama jalur penularan ibu. Imunisasi hepatitis B diberikan 1 jam setelah pemberian vitamin K (Marmi, 2012). Adapun jadwal imunisasi neonatus atau bayi muda adalah sebagai berikut :

Tabel 2.7 Jadwal Pemberian Imunisasi Bayi Baru Lahir Di RS/Praktek Bidan

Usia	Vaksin	Tempat
0 bulan	HB0	Bidan/RS
1 Bulan	BCG, Polio 1	Bidan/RS
2 bulan	DPT/HB Combo 1, Polio 2	Bidan/RS
3 bulan	DPT/HB Combo 2, Polio 3	Bidan/RS
4 bulan	DPT/HB Combo 3, Polio 4	Bidan/RS
9 bulan	Campak	Bidan/RS

Sumber : (Buku KIA, 2010)

Tabel 2.8 Cara pemberian, Jumlah pemberian, Intervenal dan Waktu pemberian imunisasi

Vaksin	Dosis	Cara pemberian	Jumlah	Interval	Waktu
BCG	0,05 cc	Intracutan	1 Kali	-	0-11 bln
DPT	0,5 cc	Intramuscular	3 Kali	4 mgg	2-11 bln
Polio	2 tetes	Oral	4 Kali	4 mgg	0-11 bln
Hepatitis B	0,5 cc	Intramuscular	3 Kali	4 mgg	0-11 bln
Campak	0,5 cc	Subkutan	1 Kali	4 mgg	9-11 bln

Sumber : (Dewi, 2011)

5. Asuhan Bayi Baru Lahir 1 jam pertama

Menurut APN (2008), Penilaian Bayi Baru Lahir satu jam meliputi 23 langkah, sebagai berikut :

- a. Mengamati ibu dan bayi sebelum menyentuh bayi. Jelaskan ke ibunya bahwa sebaiknya dia melakukan kontak mata dengan bayinya, dan membelai bayinya dengan seluruh bagian tangan (bukan hanya dengan jari-jarinya saja). Mintalah ibu untuk membuka baju bayi dan tidak menyelimutinya. Periksa bayi di dalam pelukan ibu atau tempatkan pada tempat yang bersih dan hangat.
- b. Melihat pada postur normal bayi, tonus dan aktivitas. Bayi sehat akan bergerak aktif
- c. Melihat pada kulit bayi. Jelaskan pada ibunya bahwa wajah, bibir dan selaput lendir, dada harus berwarna merah muda, tanpa adanya bintik-bintik kemerahan atau bisul.
- d. Menghitung pernapasan ketika bayi sedang tidak menangis. Menjelaskan padaibun bahwa frekuensi napas normal harus 40-60 kali per menit. Lihat gerakan pernapasan didada dan

- perut: menjelaskan bahwa harus tidak ada retraksi dinding dada bawah (dada tertarik kedalam)
- e. Meletakkan stetoskop pada dada kiri bayi setinggi apeks. Hitung detak jantung dengan stetoskop. Frekuensi denyut jantung normal adalah 120-160/menit.
 - f. Meraba kehangatan bayi: jelaskan bahwa punggung atau dada harus tidak teraba panas atau dingin dibandingkan dengan orang sehat. Lakukan pengukuran suhu ketiak, jika termometer tersedia.
 - g. Melihat dan meraba bagian kepala apakah ada pembengkakan atau abnormalitas dan raba fontanel anterior
 - h. Melihat pada mata: menjelaskan bahwa harus tidak ada cairan
 - i. Melihat bagian dalam mulut (lidah, selaput lendir). Jika bayi menangis, masukkan satu jari yang menggunakan sarung tangan ke dalam dan raba langit-langit, apakah ada bagian yang terbuka dan nilai kekuatan isap
 - j. Melihat dan meraba bagian perut untuk memastikan bahwa perutnya terasa lemas
 - k. Melihat pada tali pusat. Jelaskan ke ibu bahwa seharusnya tidak ada perdarahan, cairan, pembengkakan, bau yang tidak enak atau kemerahan pada kulit sekitarnya
 - l. Melihat pada punggung dan raba tulang belakang
 - m. Melihat pada lubang anus dan alat kelamin. Hindari untuk memasukkan alat atau jari dalam melakukan pemeriksaan anus
 - n. Menanyakan pada ibu apakah bayi sudah buang air besar atau buang air kecil. Pastikan dalam 24 jam pertama bayi sudah buang air besar dan buang air kecil
 - o. Meminta ibu untuk memakaikan pakaian atau menyelimuti bayi

- p. Menimbang bayi. Menjelaskan kepada ibunya tentang perubahan berat bayi, bahwa berat mungkin turun dahulu baru kemudian naik kembali ke berat lahir pada umur 7–10 hari, selanjutnya berat bayi akan naik terus
- q. Mengukur panjang dan lingkar kepala bayi
- r. Mencuci tangan dengan sabun dan keringkan dengan kain yang bersih dan kering
- s. Meminta ibu untuk menyusui bayinya.
 - 1) Menjelaskan posisi yang baik bayi pada payudara: kepala dan badan dalam garis lurus; wajah bayi menghadap payudara, ibu mendekatkan bayi ke tubuhnya.
 - 2) Menjelaskan tanda–tanda bahwa bayi melekat pada payudara ibu dengan benar : bibir bawah melengkung keluar, sebagian besar areola berada didalam mulut bayi
 - 3) Menjelaskan tanda–tanda bahwa bayi menghisap dengan baik: menghisap dalam dan pelan dan terdengar suara penuh kadang–kadang disertai berhenti sesaat, rahang bayi bergerak dan pipi tidak masuk kedalam
 - 4) Menganjurkan ibu untuk menyusui sesuai dengan keinginan bayi tanpa memberi makanan atau minuman lain
- t. Berikan imunisasi yang diperlukan
- u. Melihat tanda–tanda bahaya berikut pada bayi, tidak dapat menyusu, kejang, mengantuk atau tidak sadar, napas cepat (>60 per menit), merintih, retraksi dinding dada bawah, sianosis sentral.
- v. Menjelaskan pada ibu untuk merujuk bayinya ke fasilitas kesehatan bila terdapat tanda bahaya yang ada pada langkah 20, pentingnya mendapat imunisasi di posyandu sesuai jadwal, kapan mendapat imunisasi dan waktu untuk kunjungan berikutnya

- w. Melengkapi catatan medis, dengan catatan secara rinci: kondisi bayi dan imunisasi yang diberikan
6. Asuhan bayi baru lahir 1–24 jam pertama kelahiran
- Menurut Marmi (2012) jika hasil pemeriksaan tidak ada masalah maka tindakan yang harus dilakukan adalah mengajarkan orang tua cara merawat bayi yaitu :
- a. Nutrisi
 - 1) Berikan ASI sesuai keinginan bayi atau kebutuhan ibu (jika payudara ibu penuh)
 - 2) Ferkuensi menyusui setiap 2–3 jam.
 - 3) Pastikan bayi mendapat cukup kolostrum selama 24 jam.
 - 4) Berikan ASI saja sampai berusia 6 bulan.
 - b. Mempertahankan suhu ruangan
 - 1) Suhu ruangan setidaknya 18 °c–21 °c
 - 2) Jika bayi kedinginan, harus di dekap erat ketubuh ibu.
 - 3) Jangan menggunakan alat penghangat buatan di tempat tidur (misalnya botol berisi air panas).
 - c. Mencegah infeksi
 - 1) Cuci tangan sebelum memegang bayi dan setelah menggunakan toilet untuk BAK dan BAB.
 - 2) Jaga tali pusat bayi dalam keadaan bersih, selalu dan letakan popok di bawah tali pusat. Jika tali pusat kotor cuci dengan air bersih dan sabun. Laporkan ke bidan jika timbul perdarahan, pembengkakan, keluar cairan, tampak merah atau bau busuk.
 - 3) Ibu menjaga kebersihan bayi dan dirinya terutama payudara dengan mandi setiap hari.
 - 4) Muka pantat dan tali pusat dibersihkan dengan air bersih hangat dan sabun setiap hari.

- 5) Jaga bayi dari orang-orang menderita infeksi dan pastikan setiap orang yang memegang bayi selalu cuci tangan terlebih dahulu.
- d. Ajarkan tanda-tanda bahaya pada bayi
 - 1) Pernafasan sulit/ > 60 x/menit.
 - 2) Suhu > 38 °c atau < 36,5°c
 - 3) Warna kulit biru atau pucat.
 - 4) Hisapan lemah, mengantuk berlebihan, rewel, banyak muntah, tinja lembek, sering warna hijau tua ada lendir dan darah.
 - 5) Tali pusat merah, bengkak, keluar cairan bau busuk.
 - 6) Tidak berkemih dalam 3 hari, 24 jam.
 - 7) Menggigil tangis yang tidak biasa, rewel lemas, terlalu mengantuk lunglai, kejang.
7. Asuhan kebidanan pada bayi 2–6 hari

Menurut Wahyuni (2012) asuhan kebidanan pada bayi 2–6 hari yaitu:

a. Kebutuhan nutrisi

Renacan asuhan untuk memenuhi kebutuhan minum atau makan bayi adalah membantu bayi mulai menyusui dengan pemberian ASI eksklusif. Untuk itu perlu diketahui perinsip umum dalam menyusui secara dini dan eksklusif yaitu:

- 1) Bayi harus disusui segera mungkin (terutama satu jam pertama).
- 2) Kolostrum harus diberikan tidak boleh dibuang.
- 3) Bayi harus diberi ASI secara eksklusif selama 6 bulan pertama. Hal ini berarti tidak boleh memberikan makan apapun pada bayi selain ASI.
- 4) Bayi harus disusui kapan saja bayi mau siang atau malam yang akan merangsang payudara memproduksi ASI secara adekuat.

b. Kebutuhan eliminasi

Bayi miksi sebanyak minimal 6 kali sehari. Defekasi pertama berwarna hijau kehitaman. Pada hari ke 3-5 kotoran berubah warna kuning kecoklatan. Bayi defekasi 4-6 kali sehari. Kotoran bayi yang hanya minum susu biasanya cair. Bayi mendapat ASI kotorannya kuning dan agak cair dan berbiji. Asuhan yang diberikan pada bayi :

- 1) Monitor berkemih/defekasi bayi dalam 24 jam, seberapa sering bayi berkemih.
- 2) Jelaskan pada ibu bahwa kotoran bayi yang kuning dan agak berbiji-biji merupakan hal yang normal.
- 3) Defekasi dapat menyebabkan infeksi, segera bersihkan dan buang kotoran ke dalam toilet atau dikubur.

c. Kebutuhan tidur

Dalam dua minggu pertama setelah lahir, bayi normalnya sering tidur. Neonatus sampai usia 3 bulan rata-rata tidur sekitar 16 jam sehari. Asuhan yang diberikan dalam hal ini adalah :

- 1) Jelaskan kepada orang tua bahwa pola tidur seperti itu adalah hal yang normal.
- 2) Bayi harus tidur tanpa kena angin namun cukup mendapat udara segar.
- 3) Letakan bayi berbaring miring untuk tidur atau tidurkan kembali tanpa bantal.
- 4) Jaga agar bayi tidak berguling atau jatuh ke lantai. Hindari bayi dari jangkauan anak lain atau binatang peliharaan.

d. Kebersihan kulit

Kulit bayi mempunyai peranan penting melindungi bayi dan sangat penting untuk menjaga kesehatan kulit bayi agar tidak muncul komplikasi atau penyakit. Bayi dimandikan harus

ditunda sampai dengan minimal 6 jam dan di sarankan setelah 24 jam pertama untuk mencegah terjadinya hipotermia.

- e. Kebutuhan keamanan
 - 1) Pencegahan infeksi
 - a) Mencuci tangan sebelum dan sesudah menangani bayi merupakan cara efektif untuk mencegah infeksi.
 - b) Memandikan bayi memang tidak terlalu penting/mendasar. Harus sering dilakukan mengingat terlalu sering pun akan berdampak pada kulit yang belum sempurna.
 - c) Mengganti popok dan menjaga kebersihan area bokong.
 - 2) Mencegah masalah pernapasan
 - a) Mencegah hipotermi dan kemungkinan infeksi.
 - b) Menyendawakan bayi setelah menyusui untuk mencegah aspirasi pada saat terjadi *gumoh* atau muntah.
 - 3) Mencegah hipotermia
 - a) Hindarkan bayi terpapar dengan udara yang dingin.
 - b) Jaga suhu ruangan sekitar 18–21 °c.
 - c) Bayi mengenakan pakian yang hangat dan tidak terlalu ketat.
 - d) Segera menggantikan kain yang basah.
 - e) Memandikan bayi dengan air hangat ± 37 °c.
 - f) Pembungkus bayi harus memfasilitasi pergerakan dari tangan dan kaki.
 - 4) Pencegahan perlukaan dan trauma
 - a) Jangan meninggalkan bayi/jangan lepas pengawasan terhadap bayi.
 - b) Pada saat memandikan bayi perhatikan atau cek suhu air terlebih dahulu. Hindari memasukan air panas

terlebih dahulu karena akan menyebabkan panas yang cukup menetap pada bagian dasar bak mandi dan ditakutkan bayi tercebur.

- c) Gunakan bak mandi yang tidak tinggi/ terlalu dalam serta gunakan air kurang dari setengah tinggi bak mandi untuk mencegah tenggelamnya bayi.
- d) Memindahkan bayi harus menggunakan kain untuk menghindari bayi terjatuh karena permukaan kulit dan pergerakan bayi.
- e) Pergunakan sarung tangan bayi untuk mencegah perlukaan karena kuku bayi yang panjang.
- f) Sarung tangan bayi yang digunakan harus elastis tidak ketat untuk mencegah penekanan terhadap sirkulasi darah ke bagian jari tangan.

8. Jadwal kunjungan neonatus (KN)

Menurut Buku KIA (2015) kunjungan neonatus yaitu :

- a. Kunjungan pertama 6 jam–48 jam setelah lahir.
- b. Kunjungan kedua 3–7 hari setelah lahir.
- c. Kunjungan ketiga 8–28 hari setelah lahir

2.1.8 Konsep Dasar Nifas

1. Pengertian masa nifas

Masa nifas adalah masa dimulainya beberapa jam sesudah lahirnya plasenta sampai 6 minggu setelah melahirkan (Pusdiknakes, 2003 dalam Yanti dan Sundawati, 2011).

Masa nifas (*puerperium*) adalah masa yang dimulai setelah plasenta keluar dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan semula (sebelum hamil) yang berlangsung selama kira-kira 6 minggu (Nugroho, dkk, 2014).

Berdasarkan beberapa pengertian diatas masa nifas adalah masa yang dimulai setelah plasenta keluar dan berakhir ketika alat-

alat kandungan kembali seperti semula yang berlangsung selama 6 minggu.

2. Tujuan masa nifas

a. Tujuan umum

Membantu ibu dan pasangan selama masa transisi awal masuk anak.

b. Tujuan khusus.

1) Menjaga kesehatan ibu dan bayi baik fisik maupun psikologis.

2) Melaksanakan skrining yang komprehensif

3) Mendeteksi masalah, mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu dan bayinya.

4) Memberikan pendidikan kesehatan, tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, KB, menyusui, pemberian imunisasi dan perawatan bayi sehat.

5) Memberi pelayanan kesehatan berencana (Elisabet, 2017).

3. Peran dan tanggung jawab bidan masa nifas

a. Memberikan dukungan secara berkesinambungan selama masa nifas sesuai dengan kebutuhan ibu untuk mengurangi tegangan fisik dan psikologis selama masa nifas.

b. Sebagai promotor hubungan antara ibu dan serta keluarga.

c. Mendorong ibu untuk menyusui bayinya dengan meningkatkan rasa nyaman.

d. Membuat kebijakan, perencanaan program kesehatan yang berkaitan dengan ibu dan anak dan mampu melakukan kegiatan administrasi.

e. Mendeteksi komplikasi dan perlunya rujukan.

f. Memberikan konseling untuk ibu dan keluarga mengenai cara pencegahan perdarahan, mengenali tanda-tanda bahaya, menjaga gizi yang baik, serta mempraktekkan kebersihan yang aman.

- g. Melakukan manajemen asuhan dengan cara mengumpulkan data, menetapkan diagnosa dan rencana tindakan serta melaksanakannya untuk mempercepat kebutuhan ibu dan bayi selama priode nifas.
 - h. Memberikan asuhan secara professional.
4. Tahapan masa nifas
- Menurut Nugroho, dkk (2014) tahap–tahap masa nifas yaitu :
- a. Puerperium dini. Suatu masa pemulihan dimana ibu diperbolehkan untuk berdiri dan berjalan–jalan.
 - b. Puerperium intermedial. Suatu masa dimana kepulihan dari organ–organ reproduksi selama kurang lebih enam minggu.
 - c. Remote puerperium. Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat kembali dalam keadaan sempurna terutama ibu bila ibu selama hamil atau waktu persalinan mengalami komplikasi.
5. Kebijakan program nasional masa nifas
- Menurut Kemenkes RI (2015), pelayanan kesehatan ibu nifas oleh bidan dan dokter dilaksanakan minimal 3 kali yaitu :
- a. Kunjungan pertama 6 jam- 3 hari post partum.
 - b. Kunjungan kedua 4-28 hari post partum.
 - c. Kunjungan ketiga 29-42 hari post partum.
- Menurut Buku Kesehatan Ibu dan Anak (2015) juga dituliskan jenis pelayanan yang dilakukan selama kunjungan nifas diantaranya:
- a. Melihat kondisi ibu nifas secara umum.
 - b. Memeriksa tekanan darah, suhu tubuh, respirasi, dan nadi
 - c. Memeriksa perdarahan pervaginam, kondisi perineum, tanda infeksi, kontraksi rahim, tinggi fundus uteri dan memeriksa payudara.
 - d. Memeriksa lochea dan perdarahan.
 - e. Melakukan pemeriksaan jalan lahir.

- f. Melakukan pemeriksaan payudara dan anjuran pemberian ASI eksklusif.
- g. Memberi kapsul vitamin A.
- h. Pelayanan kontrasepsi pasca persalinan.
- i. Penanganan risiko tinggi dan komplikasi pada nifas
- j. Memberi nasihat seperti:
 - 1) Makan makanan yang beraneka ragam yang mengandung karbohidrat, protein hewani, protein nabati, sayur, dan buah-buahan.
 - 2) Kebutuhan air minum ibu menyusui pada 6 bulan pertama adalah 14 gelas sehari dan pada 6 bulan kedua adalah 12 gelas sehari.
 - 3) Menjaga kebersihan diri, termasuk kebersihan daerah kemaluan, ganti pembalut sesering mungkin.
 - 4) Istirahat cukup, saat bayi tidur ibu istirahat.
 - 5) Bagi ibu yang melahirkan dengan cara operasi *caesar* maka harus menjaga kebersihan luka bekas operasi.
 - 6) Cara menyusui yang benar dan hanya memberi ASI saja selama 6 bulan.
 - 7) Perawatan bayi yang benar.
 - 8) Jangan membiarkan bayi menangis terlalu lama, karena akan membuat bayi stres.
 - 9) Lakukan stimulasi komunikasi dengan bayi sedini mungkin bersama suami dan keluarga.
 - 10) Untuk berkonsultasi kepada tenaga kesehatan untuk pelayanan KB setelah persalinan.

6. Perubahan fisiologis masa nifas
 - a. Perubahan sistem reproduksi
 - 1) Involusi Uterus
 - a) Pengertian

Involusi atau pengerutan uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil dengan berat sekitar 60 gram. Proses ini dimulai segera setelah plasenta lahir akibat kontraksi otot-otot polos uterus (Anggraini, 2010).

- b) Proses involusi uterus

Tabel 2.9 Involusi Uterus

Involusi	TFU	Berat
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000 gr
Plasenta lahir	2 Jari bawah pusat	750 gr
1 Minggu	Pertengahan pusat-sympisis	500 gr
2 Minggu	Tidak teraba atas sympisis	300 gr
6 Minggu	Bertambah kecil	60 gr

Sumber : (Anggraini, 2010)

- c) Lochea

Lochea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas dan mempunyai reaksi basa /alkali yang yang membuat organisme berkembang lebih cepat dari pada kondisi asam yang ada vagina normal (Nugroho, dkk, 2104). Lochea mempunyai bau yang amis (*anyir*) meskipun tidak terlalu menyengat dan volumenya berbeda setiap wanita. Perbedaan masing-masing lochia dapat dilihat sebagai berikut :

Tabel 2.10 Macam-macam Lochea

Lochea	Waktu	Warna	Ciri-ciri
Rubra	1-3 hari	Merah kehitaman	Terdiri dari sel desidua, verniks caseosa, rambut lanugo, sisa mekonium, sisa darah.
Sanguilenta	3-7 hari	Putih bercampur merah	Sisa darah bercampur lendir.
<i>Serosa</i>	7-14 hari	Kuning kecoklatan	Lebih sedikit darah, banyak serum, leukosit dan robekan laserasi plasenta.
<i>Alba</i>	>14 hari	Putih	leukosit, selaput lendir serviks, Jaringan yang mati

Sumber : Nugroho, dkk, 2014)

d) Serviks

Delapan belas jam pasca partum, serviks memendek dan konsistensinya menjadi lebih padat dan kembali ke bentuk semula. Muara serviks, yang berdilatasi 10 cm sewaktu melahirkan, menutup secara bertahap, 2 jari mungkin masih dapat dimasukkan kedalam muara serviks pada hari ke-4 sampai ke-6 pasca partum, tetapi hanya tangkai kuret terkecil yang dapat dimasukkan pada akhir minggu ke-2. Muara serviks eksterna tidak akan berbentuk lingkaran seperti sebelum melahirkan, tetapi terlihat memanjang seperti suatu celah, sering disebut seperti mulut ikan (Nugroho, dkk, 2014).

b. Perubahan pada sistem pencernaan

Sistem gastrotinal selama hamil dipengaruhi oleh beberapa hal, diantaranya tingginya kadar progesterone yang dapat mengganggu keseimbangan cairan tubuh, meningkatkan kolesterol darah, dan melambatkan kontraksi otot-otot polos. Pasca melahirkan, kadar progesterone juga mulai menurun. Namun demikian, faal usus memerlukan 3–4 hari untuk kembali normal (Yanti dan sundawati, 2011).

Beberapa hal yang berkaitan dengan perubahan sitem pencernaan antara lain (Yanti dan sundawati, 2011) :

1) 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 progesterone menurun setelah melahirkan, asupan makanan juga mengalami penurunan selama satu atau dua hari.

2) 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.

3) 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. Sistem 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 hunknah atau obat yang lain (Nugroho, dkk, 2014).

c. Perubahan sistem perkemihan

Menurut Nugroho, dkk (2014) perubahan sistem perkemihan pada wanita melahirkan yaitu urin dalam jumlah yang besarakan dihasilkan dalam waktu 12–36 jam sesudah melahirkan. Hal yang menyebabkan kesulitan buang air kecil pada ibu postpartum, antara lain :

- 1) Adanya odema trigonium yang menimbulkan *obstruksi* sehingga terjadi retensi urin.
- 2) Diaphoresis yaitu mekanisme tubuh untuk mengurangi cairan yang terentasi dalam tubuh, terjadi selama 2 hari setelah melahirkan.
- 3) Depresi dari sfinter uretra oleh karna penekanan kepala janin dan spasme oleh iritasi muskulus sfinter ani selama persalinan, sehingga menyebabkan *miksi* tidak tertahankan. Perubahan system perkemihan pada wanita melahirkan.

d. Perubahan sistem muskuloskeletal

Pada saat postpartum sistem muskuloskeletal akan berangsur–angsur pulih kembali. Ambulasi dini dilakukan segera setelah melahirkan untuk membantu mencegah komplikasi dan mempercepat involusi uteri. Menurut Nugroho, dkk (2014) adaptasi sistem muskuloskeletal pada masa nifas meliputi :

- 1) Dinding perut dan peritonium
Dinding perut akan longgar pasaca persalinan. Keadaan ini akan pulih kembali dalam 6 minggu. Pada wanita yang

asthenis terjadi diastasis dari otot-otot rectus abdominis, sehingga sebagian dari dinding perut di garis tengah hanya terdiri dari peritoneum, fascia tipis dan kulit

2) 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.

3) Perubahan ligamen

Janin lahir, ligamen–ligamen, diafragma pelvis dan vasia yang meregang sewaktu kehamilan dan partus berangsur–angsur menciut kembali seperti sediakala.

4) Simfisis pubis

Pemisahan simpisis pubis jarang terjadi namun demikian. Gejala dari pemisahan simpisis pubis antara lain nyeri tekan pada pubis disertai peningkatan nyeri saat bergerak di tempat tidur ataupun waktu berjalan. Pemisahan simpisis dapat dipalpasi. Gejala ini akan menghilang setelah beberapa minggu atau bulan pasca melahirkan, bahkan ada yang menetap.

5) Nyeri punggung bawa

Nyeri punggung merupakan gejala pasca partum jangka panjang yang sering terjadi. Hal ini disebabkan adanya ketegangan postural pada sistem muskuloskeletal akibat posis saat persalinan.

6) Sakit kepala dan nyeri leher

Pada minggu pertama dan tiga bulan setelah melahirkan, sakit kepala dan migrain bisa terjadi. Gejala ini dpat mempengaruhi aktifitas dan ketidaknyamanan pada ibu post partum. Sakit kepala dan nyeri leher yang jangka

panjang dapat timbul akibat setelah pemberian anastesi umum.

e. Perubahan sistem endokrin

Turunnya estrogen dan progesteron menyebabkan peningkatan prolaktin dan menstimulasi air susu. Perubahan fisiologis yang terjadi pada wanita setelah melahirkan melibatkan perubahan yang progresif atau pembentukan jaringan-jaringan baru. Selama proses kehamilan dan persalinan terdapat perubahan pada sistem endokrin, terutama pada hormon-hormon yang berperan dalam proses tersebut (Nugroho, dkk, 2014). Hormon yang berperan dalam sistem endokrin sebagai berikut :

1) Oksitosin

Oksitosin disekresikan dari kelenjar otak bagian belakang. Selama tahap kala III persalinan, hormon oksitosin berperan dalam pelepasan plasenta dan mempertahankan kontraksi, sehingga mencegah pendarahan. Isapan bayi dapat merangsang produksi ASI dan sekresi oksitosin yang dapat membantu uterus kembali ke bentuk normal (Saifuddin, 2011)

2) Prolaktin

Hormon ini berperan dalam pembesaran payudara untuk merangsang produksi susu, pada wanita yang menyusui bayinya, kadar prolaktin tetap tinggi dan pada permulaan ada rangsangan folikel dalam ovarium yang diteka, pada wanita yang tidak menyusui tingkat sirkulasi prolaktin menurun dalam 14 sampai 21 hari setelah persalinan, sehingga merangsang kelenjar bawah depan otak yang mengontrol ovarium kearah permulaan pola produksi estrogen dan progesteron yang normal, pertumbuhan folikel ovulasi dan menstruasi.

3) Hormon plasenta

Pengeluaran plasenta menyebabkan penurunan hormone yang diproduksi oleh plasenta. Hormone plasenta menurun dengan cepat pasca persalinan. Penurunan hormone HPL (human plasenta lactogen) menyebabkan kadar gula darah menurun pada masa nifas. Human chorionic gonadotropin (HCG) menurun dengan cepat dan menetap sampai 10 persen dalam 3 jam hingga hari ke-7 post partum dan sebagai onset pemenuhan *mamae* pada hari ke-3 post partum (Marmi, 2012).

4) Hormon pituitary

Hormon pituitary antara lain: hormon prolaktin, FSH, LH. Hormon prolaktin darah meningkat dengan cepat, pada wanita tidak menyusui menurun selama dalam waktu 2 minggu. Hormon prolaktin berperan dalam pembesaran payudara untuk merangsang produksi susu. FSH dan LH meningkat pada fase konsentarsi folikuler pada minggu ke-3, dan LH tetap rendah hingga ovulasi terjadi (Marmi, 2012).

5) Hormon pituitary ovarium

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

6) Estrogen dan progesteron

Diperkirakan bahwa tingkat estrogen yang tinggi memperbesar hormon antidiuretik yang meningkatkan volume darah, disamping itu, progesterone mempengaruhi otot halus yang mengurangi perangsangan dan peningkatan pembuluh darah yang sangat mempengaruhi saluran kemih, ginjal, usus, dinding vena, dasar panggul, perineum dan vulva, serta vagina (Nugroho, dkk, 2014)

f. Perubahan tanda–tanda vital

1) Tekanan Darah

Tekanan darah adalah tekanan yang dialami darah pada pembuluh arteri ketika darah dipompa oleh jantung ke seluruh anggota tubuh manusia. Pasca melahirkan pada kasus normal tekanan darah biasanya tidak berubah. Perubahan tekanan darah menjadi lebih rendah pasca melahirkan dapat diakibatkan oleh perdarahan (Marmi, 2012).

2) Suhu

Suhu maternal kembali normal dari suhu yang sedikit meningkat selama periode intrapartum dan stabil dalam 24 jam pertama pascapartum. Suhu tubuh wanita inpartu tidak lebih dari $37,2^{\circ}\text{C}$ dan satu hari (24 jam). Dapat naik $\leq 0,5^{\circ}\text{C}$ dari keadaan normal menjadi sekitar ($37,5^{\circ}\text{C}$ - 38°C). namun tidak akan melebihi 38°C . Sesudah 2 jam pertama melahirkan umumnya suhu badan akan kembali normal (Saifuddin, 2011).

3) Nadi

Denyut nadi yang meningkat selama persalinan akhir, kembali normal setelah beberapa jam pertama *pascapartum*. *Hemoragi*, demam selama persalinan dan nyeri akut atau persisten dapat mempengaruhi proses ini.

Apabila denyut nadi di atas 100 selama puerperium, hal tersebut abnormal dan mungkin menunjukkan adanya infeksi atau hemoragi pascapartum lambat (Marmi, 2012).

4) Pernafasan

Pada ibu post partum umumnya pernafasan lambat atau normal. Hal ini dikarenakan ibu dalam keadaan pemulihan atau dalam kondisi istirahat. Keadaan pernafasan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Bila suhu nadi tidak normal pernafasan juga akan mengikutinya (Nugroho, dkk, 2014).

g. Perubahan sistem kardiovaskuler

Perubahan system kardiovaskuler pada persalinan pervaginam kehilangan darah sekitar 300–400 cc. Volume darah ibu relative akan bertambah, keadaan ini akan menimbulkan beban pada jantung menimbulkan dekomposisi jantung pada penderita *vitium cordial*, untuk keadaan ini dapat diatasi dengan mekanisme kompensasi dengan timbulnya haemokonsentrasi sehingga volume darah kembali seperti sedia kala. Umumnya hal ini dapat terjadi pada hari ke-3 sampai hari ke-5 postpartum (Nugroho, dkk, 2014).

h. Perubahan sistem hematologi

Perubahan haematologi pada hari pertama postpartum, kadar fibrinogen dan plasma akan sedikit menurun tetapi darah lebih mengental dengan peningkatan viskositas meningkatkan faktor pembekuan darah leukositosis yang meningkat dimana jumlah sel darah putih dapat mencapai 15.000 selama persalinan akan tetap tinggi dalam beberapa jumlah sel darah putih pertama dari masa postpartum. Kira-kira selama kelahiran dan masa postpartum terjadi kehilangan darah sekitar 250–500 ml. Penurunan volume dan peningkatan sel darah merah pada kehamilan diasosiasikan dengan peningkatan

hematokrit dan haemoglobin pada hari ke 3-7 postpartum dan akan kembali normal dalam 4–5 minggu postpartum.

7. Proses adaptasi psikologis ibu masa nifas

a. Adapasi psikologis ibu dalam masa nifas

Pada periode ini kecemasan wanita dapat bertambah. Pengalaman yang unik dialami oleh ibu setelah persalinan. Masa nifas merupakan masa yang rentan dan terbuka untuk bimbingan dan pembelajaran. Perubahan peran seorang ibu memerlukan adaptasi. Tanggung jawab ibu mulai bertambah. Menurut Yanti dan Sundawati (2011) 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. Fase-fase yang akan dialami oleh ibu pada masa nifas antara lain (Yanti dan Sundawati, 2011):

1) Fase *taking in*

Fase ini merupakan periode ketergantungan, yang berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Ibu terfokus pada dirinya sendiri, sehingga cenderung pasif terhadap lingkungannya. 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.

2) Fase *taking hold*

Fase ini berlangsung antara 3–10 hari setelah melahirkan. Ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan 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.

3) Fase *letting go*

Fase ini adalah fase menerima tanggung jawab akan peran barunya. 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 : Sosial. Perhatian, rasa kasih sayang, menghibur ibu saat sedih dan menemani saat ibu merasa kesepian; Psikososial.

b. *Post partum blues*

Marmi (2012) *post partum blues* merupakan kesedihan atau kemurungan setelah melahirkan, biasanya hanya muncul sementara waktu yakni sekitar dua hari hingga dua minggu sejak kelahiran bayi. Beberapa penyesuaian dibutuhkan oleh wanita dalam menghadapi aktivitas dan peran barunya sebagai ibu pada minggu-minggu atau bulan-bulan pertama setelah melahirkan, baik dari segi fisik maupun psikologi. Beberapa gejala *post partum blues* sebagai berikut: cemas tanpa sebab, menangis tanpa sebab, tidak sabar, tidak percaya diri, sensitive mudah tersinggung, merasa kurang menyayangi bayinya.

Menurut Yanti dan Sundawati (2011) hal-hal yang disarankan pada ibu sebagai berikut: Minta bantuan suami atau keluarga jika ibu ingin beristirahat; Beritahu suami tentang apa yang dirasakan ibu; Buang rasa cemas dan khawatir akan kemampuan merawat bayi; Meluangkan waktu dan cari hiburan untuk diri sendiri. Adapun gejala dari depresi post partum antara lain: Sering menangis; Sulit tidur; Nafsu makan hilang ; Gelisah ; Perasaan tidak berdaya atau hilang control; Cemas atau kurang perhatian pada bayi ; Tidak menyukai atau takut menyentuh bayi ; Pikiran menakutkan mengenai bayi; Kurang perhatian terhadap penampilan dirinya sendiri; Perasaan bersalah dan putus harapan (*hopeless*) ; Penurunan atau peningkatan berat badan; Gejala fisik, seperti sulit nafas atau perasaan berdebar-debar.

c. Postpartum psikososial.

Postpartum psikosa adalah depresi yang terjadi pada minggu pertama dalam 6 minggu setelah melahirkan. Meskipun psikosis pada masa nifas merupakan sindrom pasca partum yang sangat jarang terjadi, hal itu dianggap sebagai gangguan jiwa paling berat dan dramatis yang terjadi pada periode pascapartum. Gejala postpartum psikosa meliputi perubahan suasana hati, perilaku yang tidak rasional ketakutan dan kebingungan karena ibu kehilangan kontak realitas secara cepat. Saran kepada penderita yaitu: beristirahat cukup, mengkonsumsi makanan dengan gizi yang seimbang, bergabung dengan orang-orang yang baru, berbagi cerita dengan orang yang terdekat, bersikap *fleksibel* (Maritalia, 2014).

d. Kesedihan dan duka cita

Berduka adalah respon psikologi terhadap kehilangan. Berduka adalah proses normal, dan tugas berduka penting

agar berduka tetap normal. Kegagalan untuk melakukan untuk melakukan tugas berduka, biasanya disebabkan keinginan untuk menghindari nyeri yang sangat berat dan stress serta ekspresi yang penuh emosi. Seringkali menyebabkan reaksi berduka abnormal atau patologis

8. Faktor-faktor yang mempengaruhi masa nifas dan menyusui

a. 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).

b. Faktor psikologis

Berkurangnya perhatian keluarga, terutama suami karena semua perhatian tertuju pada anak yang baru lahir. Padahal selesai persalinan ibu merasa kelelahan dan sakit pasca persalinan membuat ibu membutuhkan perhatian. Kecewa terhadap fisik bayi tidak sesuai bisa memicu *baby blue*.

c. Faktor lingkungan, sosial, budaya dan ekonomi

Adanya adat istiadat yang dianut oleh lingkungan dan keluarga sedikit banyak akan memengaruhi keberhasilan ibu dalam melewati saat transisi ini. Apalagi 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. Keterlibatana keluarga dari awal dalam menentukan bentuk asuhan dan perawatan yang harus diberikan pada ibu dan bayi akan memudahkan bidan dalam pemberian asuhan.

d. Kesedihan dan duka cita

Kesedihan adalah reaksi emosi, mental dan fisik dan sosial yang normal dari kehilangan suatu yang dicintai dan

diharapkan. Berduka yang paling besar adalah disebabkan karena kematian bayi meskipun kematian terjadi saat kehamilan. Bidan harus memahami psikologis ibu dan ayah untuk membantu mereka melalui pasca berduka dengan cara yang sehat. Berduka adalah respon psikologis terhadap kehilangan. Proses berduka terdiri dari tahap atau fase identifikasi respon tersebut. Berduka adalah proses normal, dan tugas berduka penting agar berduka tetap normal. Kegagalan untuk melakukan tugas berduka, biasanya disebabkan keinginan untuk menghindari nyeri yang sangat berat dan stress serta ekspresi yang penuh emosi. Seringkali menyebabkan reaksi berduka abnormal atau patologis. Tahap-tahap berduka yaitu syok, berduka, dan resolusi (Yanti dan Sundawati, 2011).

9. Kebutuhan dasar ibu masa nifas

a. Nutrisi dan cairan

Ibu nifas harus mengkonsumsi makanan yang mengandung zat-zat yang berguna bagi tubuh ibu pasca melahirkan dan untuk persiapan produksi ASI, bervariasi dan seimbang, terpenuhi kebutuhan karbohidrat, protein, zat besi, vitamin dan mineral, untuk mengatasi anemia, cairan dan serat untuk memperlancar ekskresi (Maritalia, 2014).

Menurut Marmi (2012) wanita dewasa memerlukan 2.200 kalori. Ibu menyusui memerlukan kalori yang sama dengan wanita dewasa \pm 700 kalori pada 6 bulan pertama kemudian \pm 500 kalori bulan selanjutnya. Gizi ibu menyusui :

- 1) Mengonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari.
- 2) Makan diet berimbang untuk mendapatkan protein, mineral, dan vitamin yang cukup.
- 3) Minum sedikitnya 3 liter setiap hari (anjurkan ibu untuk minum setiap kali menyusui).

- 4) Pil zat besi harus diminum untuk menambah zat gizi setidaknya selama 40 hari pasca bersalin.
- 5) Minum vitamin A (200.000 IU) agar bisa memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASI.

b. Ambulasi

Menurut Maritalia (2014) mobilisasi sebaiknya dilakukan secara bertahap. Diawali dengan gerakan miring ke kanan dan ke kiri diatas tempat tidur, mobilisasi ini tidak mutlak bervariasi tergantung pada ada tidaknya komplikasi persalinan, nifas dan status kesehatan ibu sendiri. Terkait dengan mobilisasi, ibu sebaiknya memperhatikan hal-hal berikut :

- 1) Mobilisasi jangan dilakukan terlalu cepat karena bisa menyebabkan ibu terjatuh.
- 2) Pastikan bahwa ibu bisa melakukan gerakan-gerakan tersebut di atas secara bertahap, jangan terburu-buru.
- 3) Pemulihan pasca salin akan berlansung lebih cepat bila ibu melakukan mobilisasi dengan benar dan tepat, terutama untuk sistem peredaran darah, pernafasan dan otot rangka.
- 4) Jangan melakukan mobilisasi secara berlebihan karena bisa menyebabkan meningkatnya beban kerja jantung.

c. Eliminasi

1) Miksi

Buang air kecil sendiri sebaiknya dilakukan secepatnya. Miksi normal bila dapat BAK spontan seetiap 3-4 jam. Kesulitan BAK dapat disebabkan karena sfingter uretra tertekan oleh kepala janin dan spesmen oleh iritasi muskulo spingter ani selama persalinan. Lakukan keteterisasi apabila kandung kemih penuh dan sulit berkemih.

2) Defekasi

Ibu diharapkan dapat BAB sekitar 3–4 hari post partum. Apabila mengalami kesulitan BAB, lakukan diet teratur ; cukup cairan, konsumsi makanan berserat, olahraga, berikan obat perangsang per oral/ rectal atau lakukan klisma bilamana perlu (Yanti dan Sundawati, 2011).

d. Kebersihan diri atau perineum

Kebutuhan 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.

e. 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 ketidak mampuan dalam merawat bayi (Yanti dan Sundawati, 2011)

f. Seksual

Secara fisik aman untuk memulai hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukan satu atau dua jarinya kedalam vagina tanpa rasa nyeri. Begitu darah merah

berhenti dan ibu tidak merasakan ketidaknyamanan, aman untuk memulai melakukan hubungan suami istri kapan saja ibu siap (Rukiyah, dkk, 2010).

g. Senam nifas

Senam nifas merupakan latihan yang tepat untuk memulihkan kondisi tubuh ibu dan keadaan ibu secara fisiologi maupun psikologi. Senam nifas sebaiknya dilakukan dalam 24 jam setelah persalinan, secara teratur setiap hari. Dengan melakukan senam nifas yang tepat waktu maka hasil yang didapat pun bisa maksimal. Tujuan dari senam nifas secara umum adalah untuk mengembalikan keadaan ibu agar kondisi ibu kembali ke sediakala sebelum kehamilan (Marmi, 2012).

10. Respon orang tua terhadap bayi baru lahir

a. *Bounding attachment*

1) Pengertian

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 (Menurut Nelson, 1986 dalam Yanti dan Sundawati, 2011). Dengan kata lain *bounding attachment* adalah proses membangun ikatan kasih sayang antara ibu dan bayi melalui sentuhan, belaian dan dengan tepat dapat disalurkan melalui pemberian ASI eksklusif.

2) Tahap-tahap *Bounding Attachment* : Perkenalan (*acquaintance*), dengan melakukan kontak mata, menyentuh, berbicara dan mengeksplorasi segera setelah mengenal bayinya; *Bounding* (keterikatan); *Attachment*, perasaan sayang yang mengikat individu dengan individu lain.

3) Elemen-elemen *Bounding Attachment*

Menurut Yanti dan Sundawati (2011) elemen-elemen *bounding attachment* sebagai berikut :

a) Sentuhan

Sentuhan, atau indera peraba, di pakai secara ekstensif oleh orang tua atau pengasuh lain sebagai suatu sarana untuk mengenali bayi baru lahir dengan cara mengeksplorasi tubuh bayi dengan ujung jarinya.

b) 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.

c) Suara

Saling mendengar dan merespon suara antara orangtua dengan bayinya juga penting. Orangtua menunggu tangisan pertama bayinya dengan tenang.

d) Aroma

Ibu mengetahui bahwa setiap anak memiliki aroma yang unik.

e) *Entrainment*

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. *Entrainment* terjadi saat anak mulai berbicara. Irama ini berfungsi member umpan balik positif kepada orangtua dan menegakkan suatu pola komunikasi efektif yang positif.

f) *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 member kasih sayang yang konsisten dan dengan memanfaatkan waktu saat bayi mengembangkan perilaku yang responsif.

g) Kontak dini

Saat ini, tidak ada bukti- bukti alamiah yang menunjukkan bahwa kontak dini setelah lahir merupakan hal yang penting untuk hubungan orangtua-anak.

b. Respon ayah dan keluarga

1) Respon Positif

Adapun beberapa respon positif ayah menurut Yanti dan Sundawati (2011) adalah: 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.

2) Respon Negatif

Menurut Yanti dan Sundawati (2011) respon negatif dari seorang ayah adalah yaitu :

- a) Kelahiran bayi yang tidak diinginkan keluarga karena jenis kelamin yang tidak sesuai keinginan.
- b) Kurang bahagia karena kegagalan KB.
- c) Perhatian ibu pada bayi yang berlebihan yang menyebabkan ayah kurang mendapat perhatian.

- d) Faktor ekonomi mempengaruhi perasaan kurang senang atau kekhawatiran dalam membina keluarga karena kecemasan dalam biaya hidupnya.
- e) Rasa malu baik bagi ibu dan keluarga karena anak lahir cacat. Anak yang dilahirkan merupakan hasil berbuat zina, sehingga menimbulkan rasa malu dan aib bagi keluarga

c. *Sibling rivalry*

1) Pengertian

Sibling rivalry adalah kecemburuan, persaingan dan pertengkaran saudara laki-laki dan saudara perempuan. Hal ini terjadi pada semua orang tua yang mempunyai dua anak atau lebih (Yanti dan Sundawati, 2011).

2) Penyebab *sibling rivalry*

Banyak faktor yang menyebabkan *sibling rivalry*, antara lain (Yanti dan Sundawati, 2011) :

- a) Masing-masing anak bersaing untuk menentukan pribadi mereka, sehingga ingin menunjukkan pada saudara mereka.
- b) Anak merasa kurang mendapatkan perhatian, disiplin dan mau mendengarkan dari orang tua mereka.
- c) Anak-anak merasa hubungan dengan keluarga dengan orang tua mereka terancam oleh kedatangan anggota keluarga baru/bayi.
- d) Tahap perkembangan anak baik fisik maupun emosi yang dapat mempengaruhi proses kedewasaan dan perhatian satu sama lain.
- e) Anak frustrasi karena merasa lapar, bosan atau letih sehingga memulai pertengkaran.

- f) Kemungkinan anak tidak tahu cara untuk mendapatkan perhatian atau memulai permainan dengan saudara mereka.
 - g) Dinamika keluarga dalam memainkan peran.
 - h) Pemikiran orang tua tentang agresi dan pertengkaran anak yang berlebihan dalam keluarga adalah normal.
 - i) Tidak memiliki waktu untuk berbagi, berkumpul bersama dengan anggota keluarga.
 - j) Orang tua mengalami stress dalam menjalani kehidupan.
 - k) Anak-anak mengalami stress dalam kehidupannya.
 - l) Cara orang tua memperlakukan anak dan menangani konflik yang terjadi pada mereka.
- 3) Mengatasi *sibling rivalry*
- Beberapa hal yang perlu diperhatikan orang tua untuk mengatasi *sibling rivalry* sehingga anak dapat bergaul dengan baik, antara lain (Yanti dan Sundawati, 2011) :
- a) Tidak membandingkan antara anak satu sama lain.
 - b) Membiarkan anak menjadi diri pribadi sendiri.
 - c) Menyukai bakat dan keberhasilan anak-anak anda.
 - d) Membuat anak-anak mampu berkerja sama dari pada bersaing antara satu sama lain.
 - e) Memberikan perhatian setiap waktu atau pola lain ketika konflik biasa terjadi.
 - f) Mengajarkan anak-anak cara positif untuk mendapatkan perhatian dari satu sama lain.
 - g) Bersikap adil sangat penting, tetapi disesuaikan dengan kebutuhan anak. Sehingga adil bagi anak satu dan yang lainnya berbeda.
 - h) Merencanakan kegiatan keluarga yang menyenangkan bagi semua orang.

- i) Meyakinkan setiap anak mendapatkan waktu yang cukup dan kebebasan mereka sendiri.
- j) Orangtua tidak perlu langsung campur tangan kecuali saat tanda-tanda akan kekerasan fisik.
- k) Orangtua harus dapat berperan memberikan otoritas kepada anak-anak bukan untuk anak-anak.
- l) Orangtua dalam memisahkan anak-anak dari konflik tidak menyalahkan satu sama lain.
- m) Jangan memberi tuduhan tertentu tentang negatifnya sifat anak.
- n) Kesabaran dan keuletan serta contoh-contoh yang baik dari perlakuan orangtua sehari-hari adalah cara pendidikan anak-anak untuk menghindari *sibling rivalry* yang paling bagus.

11. Proses laktasi dan menyusui

a. Anatomi dan fisiologi payudara

1) 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 dan Sundawati, 2011).

Menurut Mansyur dan Dahlan (2014) ada 3 bagian utama payudara yaitu:

a) *Korpus* (badan), yaitu bagian yang membesar

Didalam korpus mamae terdapat alveolus yaitu unit terkecil yang memproduksi susu. Alveolus terdiri dari beberapa sel aciner, jaringan lemak, sel plasma, sel otot polos dan pembuluh darah. Beberapa lobulus berkumpul menjadi 15–20 lobus pada tiap payudara

b) 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. Pada daerah ini akan didapatkan kelenjar keringat, kelenjar lemak dari montgomery yang membentuk tuberkel dan akan membesar selama kehamilan. Kelenjar lemak ini akan menghasilkan suatu bahan yang melicinkan kalangan payudara selama menyusui. Di bawah ini kalang payudara terdapat duktus laktiferus yang merupakan tempat penampungan air susu. Luasnya kalang payudara bias $\frac{1}{3}$ – $\frac{1}{2}$ dari payudara.

c) 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. Pada 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

2) Fisiologi payudara

Laktasi/menyusui mempunyai 2 pengertian yaitu produksi dan pengeluaran ASI. Pengeluaran ASI merupakan suatu intraksi yang sangat kompleks antara rangsangan mekanik, saraf dan bermacam-macam hormone (Mansyur dan Dahlan, 2014).

a) Pengaruh hormonal

Mulai dari bulan ketiga kehamilan, tubuh wanita memproduksi hormon yang menstimulasi munculnya ASI dalam sistem payudara. Saat bayi mengisap sejumlah sel syaraf di payudara ibu mengirimkan pesan ke hipotalamus, ketika menerima pesan itu, hipotalamus melepas “rem” penahan prolaktin, untuk mulai menghasilkan ASI, prolaktin.

- (1) Progesteron : mempengaruhi pertumbuhan dan ukuran alveoli, tingkat progesterone dan estrogen menurun sesaat setelah melahirkan, hal ini menstimulasi produksi secara besar-besaran.
- (2) Estrogen : menstimulasi sistem saluran ASI untuk membesar. Tingkat estrogen menurun saat melahirkan dan tetap rendah atau beberapa bulan selama tetap menyusui.
- (3) Prolaktin : berperan dalam membesarnya alveoli dalam kehamilan.
- (4) Oksitosin : mengencangkan otot halus dalam rahim pada saat melahirkan dan setelahnya. Setelah melahirkan, oksitosin juga mengencangkan otot halus disekitar alveoli memeras ASI menuju saluran susu. Oksitosin berperan dalam proses turunnya susu *let-down*. Pengaturan hormon terhadap pengeluaran ASI dapat dibedakan menjadi 3 bagian yaitu:
 - (a) Membentuk kelenjar payudara, sebelum pubertas; masa pubertas; masa siklus menstruasi; masa kehamilan; pada 3 bulan kehamilan; pada trimester kedua kehamilan.

(b) Pembentukan air susu

Refleks prolaktin 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.

Refleks *letdown* : Oksitosin yang sampai pada alveoli masuk ke system duktulus yang untuk selanjutnya mengalir melalui duktus laktefirus masuk ke mulut bayi. Faktor–faktor yang meningkatkan refleks *letdown* adalah: melihat bayi; mendengar suara bayi; mencium bayi; memikirkan untuk menyusui bayi. Hormon ini merangsang sel–sel alveoli yang berfungsi untuk membuat air susu. Kadar prolaktin pada ibu 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.

b. Dukungan bidan dalam pemberian ASI

Peran awal bidan dalam mendukung pemberian ASI adalah (Yanti dan Sundarwati, 2011) :

- 1) Meyakinkan bahwa bayi memperoleh makanan yang mencukupi dari payudara ibunya.
- 2) Membantu ibu sedemikian rupa sehingga ia mampu menyusui bayinya sendiri. Bidan dapat memberikan dukungan dalam pemberian ASI, dengan cara yaitu :

- a) Membiarkan bayi bersama ibunya segera sesudah lahir selama beberapa jam pertama.
 - b) Mengajarkan cara merawat payudara yang sehat pada ibu untuk mencegah masalah umum yang timbul.
 - c) Membantu ibu pada waktu pertama kali member ASI.
 - d) Menempatkan bayi di dekat ibu pada kamar yang sama (rawat gabung).
 - e) Memberikan ASI pada bayi sesering mungkin.
 - f) Menghindari pemberian susu botol.
- c. Manfaat pemberian ASI

Adapun beberapa manfaat pemberian ASI adalah (Dahlan dan Mansyur, 2014):

1) Bagi bayi

- a) Nutrient (zat gizi) yang sesuai untuk bayi.
- b) Mengandung zat protektif.
- c) Mempunyai efek psikologis yang menguntungkan.
- d) Menyebabkan pertumbuhan yang baik.
- e) Mengurangi kejadian karies dentis.
- f) Mengurangi kejadian malokulasi.

2) Bagi ibu

a) Aspek kesehatan ibu

Isapan bayi pada payudara akan merangsang terbentuknya oksitosin oleh kelenjar hypofisis. Oksitosin membantu involusi uterus dan mencegah terjadinya perdarahan pasca persalinan.

b) Aspek KB

Menyusui secara murni (esklusif) dapat menjarangkan kehamilan. Hormon yang mempertahankan laktasi berkerja menekan hormon ovulasi, sehingga dapat menunda kembalinya kesuburan.

c) Aspek psikologis

Ibu akan merasa bangga dan diperlukan, rasa yang dibutuhkan oleh semua manusia.

d. Tanda bayi cukup ASI

Menurut Yanti dan Sundawati (2011) bahwa bayi usia 0-6 bulan, dapat dinilai mendapat kecukupan ASI bila mencapai keadaan sebagai berikut :

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

e. ASI eksklusif

Menurut Mansyur dan Dahlan (2014) ASI adalah pemberian ASI yang dimulai sejak bayi baru lahir sampai dengan usia 6 bulan tanpa tambahan makanan dan minuman

seperti susu, formula jeruk, madu, air gula, air putih, air teh, pisang, bubur susu, biscuit, bubur nasi, dan nasi tim.

Menurut WHO dalam Yanti dan Sundawati (2011) 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.

Komposisi ASI sampai 6 bulan sudah cukup untuk memenuhi kebutuhan Gizi bayi, meskipun tambahan makanan ataupun produk minum pendamping. Kebijakan ini berdasarkan pada beberapa hasil penelitian (evidence based) yang menemukan bahwa pemberian makanan pendamping ASI justru akan menyebabkan pengurangan kapasitas lambung bayi dalam menampung asupan cairan ASI sehingga pemenuhan ASI yang seharusnya dapat maksimal telah terganti oleh makanan pendamping (Mansyur dan Dahlan, 2014).

f. Cara merawat payudara

Menurut Dahlan dan Mansyur (2014) cara merawat payudara adalah :

- 1) Persiapan alat dan bahan
 - a) Minyak kelapa dalam wadah.
 - b) Kapas/kasa beberapa lembar.
 - c) Handuk kecil 2 buah.
 - d) Waslap 2 buah.
 - e) Waskom 2 buah (isi air hangat atau dingin).
 - f) Neierbeken.

2) Persiapan pasien

Sebelum melakukan perawatan payudara terlebih dahulu dilakukan persiapan pasien dengan memberitahukan kepada ibu apa yang akan dilaksanakan. Sedangkan petugas sendiri persiapannya mencuci tangan terlebih dahulu.

- 3) Langkah petugas
 - a) Basahi kapas atau kasa dengan minyak kelapa, kemudian bersihkan puting susu dengan kapas atau kasa tersebut hingga kotoran di sekitar areola dan puting terangkat.
 - b) Tuang minyak kelapa sedikit ke dua telapak tangan kemudian ratakan di kedua payudara.
 - c) Cara pengurutan (massage) payudara :
 - (1) Dimulai dengan gerakan melingkar dari dalam keluar, gerakan ini diulang sebanyak 20-30 kali selama 5 menit. Selanjutnya lakukan gerakan sebaliknya yaitu mulai dari dalam ke atas, ke samping, ke bawah hingga menyangga payudara kemudian dilepas perlahan-lahan.
 - (2) Tangan kiri menopang payudara kiri, tangan kanan mengerut payudara dari pangkal atau atas ke arah puting. Lakukan gerakan selanjutnya dengan tangan kanan menopang payudara kanan kemudian tangan kiri mengerut dengan cara yang sama. Dengan menggunakan sisi dalam telapak tangan sebanyak 20–30 kali selama 5 menit.
 - (3) Rangsangan payudara dengan pengompresan memakai washlap air hangat dan dingin secara bergantian selama kurang lebih 5 menit. Setelah selesai keringkan payudara dengan handuk kecil, kemudian pakai BH kusus untuk menyusui.
 - (4) Mencuci tangan.

g. Cara menyusui yang baik dan benar

Adapun cara menyusui yang benar menurut Dahlan dan Mansyur (2014) adalah :

- 1) Cuci tangan yang bersih menggunakan sabun dan dapa air yang mengalir. Perah sedikit ASI oleskan disekitar puting, duduk dan berbaring dengan santai.
- 2) Bayi diletakkan menghadap ke ibu dengan posisi sanggah seluruh tubuh bayi, jangan hanya leher dan bahunya ssaja, kepala dan tubuh bayi lurus, hadapkan bayi ke dada ibu, sehingga hidung bayi berhadapan dengan puting susu, dekatkan badan bayi ke badan ibu, menyentuh bibir bayi ke puting susunya dan menunggu mulut bayi terbuka lebar. Segera dekatkan bayi ke payudara sedemikian rupa sehingga bibir bawah bayi terletak di bawah puting susu.
- 3) Cara meletakkan mulut bayi dengan benar yaitu dagu menempel pada payudara ibu, mulut bayi terbuka dan bibir bawah bayi membuka lebar.
- 4) Setelah memberikan ASI dianjurkan ibu untuk menyendawakan bayi. Tujuan menyendawakan adalah mengeluarkan udara lambung supaya bayi tidak muntah setelah menyusui. Adapun cara menyendawakan adalah:
 - a) Bayi digendong tegak dengan bersandar pada bahu ibu kemudian punggung di tepuk perlahan-lahan.
 - b) Bayi tidur tengkurap dipangkuan ibu, kemudian punggung di tepuk perlahan-lahan.

h. Masalah dalam pemberian ASI

Menurut Yanti dan Sundawati (2011) ada beberapa masalah dalam pemberian ASI, antara lain :

- 1) Bayi sering menangis
Tangisan bayi dapat dijadikan sebagai cara berkomunikasi antara ibu dan buah hati. Pada saat bayi menangis, maka

cari sumber penyebabnya. Dan yang paling sering karena kurang ASI.

2) Bayi bingung putting (*Nipple confusion*)

Bingung putting (*Nipple confusion*) terjadi akibat pemberian susu formula dalam botol yang berganti-ganti.

Hal ini akibat mekanisme menyusu pada putting susu ibu berbeda dengan mekanisme menyusu pada botol. Tanda bayi bingung putting antara lain :

- a) Bayi menolak menyusu.
- b) Isapan bayi terputus-putus dan sebentar-bentar.
- c) Bayi mengisap putting seperti mengisap dot.

Hal yang diperhatikan agar bayi tidak bingung dengan putting susu adalah :

- a) Berikan susu formula menggunakan sendok ataupun cangkir.
- b) Berikan susu formula dengan indikasi yang kuat.

3) Bayi dengan BBLR dan bayi prematur

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 menyusui.

4) 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 :

- a) Segeralah menyusui bayi baru lahir.
- b) Menyusui bayi, sesering mungkin tanpa jadwal dan *on demand*.

5) 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 ada keadaan ini dengan cara :

- a) Posisi bayi duduk.
- b) Saat menyusui, puting dan areola dipegang.
- c) Ibu jari digunakan sebagai panyumbat celah di bibir bayi. ASI perah diberikan pada bayi dengan *labiopalatoskisis* (sumbing pada bibir dan langit-langit).

6) 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.

7) Bayi sakit

Bayi sakit dengan indikasi khusus tidak diperbolehkan mendapatkan makanan per oral, tetapi saat kondisi bayi sudah memungkinkan maka berikan ASI. Menyusui bukan kontraindikasi 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. Pada saat

bayi ditidurkan, posisikan tengkurap atau miring kanan untuk mengurangi bayi tersendak karena regulasi.

8) 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 elastik, sehingga membatasi gerak lidah dan bayi tidak mendapat menjulurkan lidahnya untuk “mengurut” puting dengan optimal. Akibatnya lidah bayi tidak sanggup “memegang” puting 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” puting dan areola dengan benar.

9) Bayi yang memerlukan perawatan

Pada saat bayi sakit memerlukan perawatan, padahal bayi masih menyusui, sebaiknya ibu tetap merawat dan memberikan ASI. Apabila tidak terdapat fasilitas, maka ibu dapat memerah ASI dan menyimpannya. Cara menyimpan ASI perahpun juga perlu diperhatikan.

12. Deteksi dini komplikasi masa nifas dan penanganannya

a. Infeksi masa nifas

Beberapa bakteri dapat menyebabkan infeksi setelah persalinan. Infeksi alat genitalia merupakan komplikasi masa nifas. Infeksi yang meluas ke saluran urinary, payudara dan pembedahan merupakan penyebab terjadinya AKI tinggi. Gejala umum infeksi dapat dilihat dari temperature atau suhu pembengkakan takikardi dan malaise. Sedangkan gejala lokal uterus lembek, kemerahan, dan rasa nyeri pada payudara atau adanya disuria (Marmi, 2012).

b. Masalah payudara

Menurut Yanti dan Sundawati (2011) Payudara Berubah menjadi merah, panas dan terasa sakit disebabkan oleh payudara yang tidak disuse secara adekuat, putting susu yang lecet, BH yang terlalu ketat, ibu dengan diet jelek, kurang istirahat, anemia.

1) Mastitis

Mastitis adalah peradangan pada payudara. Mastitis ini dapat terjadi kapan saja sepanjang periode menyusui, tapi paling sering terjadi pada hari ke 10 dan hari ke 28 setelah kelahiran. Penyebab : Payudara bengkak akibat tidak disusukan secara adekuat; Bra yang terlalu ketat ; Putting susu lecet yang menyebabkan infeksi; Asupan gizi kurang, anemi. Gejala: Bengkak dan nyeri ; Payudara tampak merah pada keseluruhan atau di tempat tertentu; Payudara terasa keras dan benjol-benjol ; Ada demam dan rasa sakit umum.

Penanganan : Payudara dikompres dengan air hangat, Untuk mengurangi rasa sakit dapat diberikan pengobatan analgetik, untuk mengatasi infeksi diberikan antibiotic, Bayi mulai menyusui dari payudara yang mengalami peradangan; Anjurkan ibu untuk menyusui bayinya; Anjurkan ibu untuk mengonsumsi makanan yang bergizi dan istirahat kusus.

2) Abses payudara

Abses payudara berbeda dengan mastitis. Abses payudara terjadi apabila mastitis tidak ditangani dengan baik, sehingga memperberat infeksi. Gejala : Sakit pada payudara ibu tampak lebih parah; Payudara lebih mengkilap dan berwarna merah; Benjolan terasa lunak karena berisi nanah.

Penanganan : Teknik menyusui yang benar kompres payudara dengan air hangat dan air dingin secara bergantian; Tetap menyusui bayi; Mulai menyusui pada payudara yang sehat; Hentikan menyusui pada payudara yang mengalami *abses* tetapi ASI tetapi dikeluarkan; Apabila *abses* bertambah parah dan mengeluarkan nanah, berikan antibiotika, Rujuk apabila keadaan tidak membaik.

3) Puting susu lecet

Puting susu lecet dapat disebabkan trauma pada puting susu saat menyusui, selain itu dapat pula terjadi retak dan pembentukan celah-celah. Retakan pada puting susu bisa sembuh sendiri dalam waktu 48 jam.

Penyebab: Teknik menyusui tidak benar ; Puting susu terpapar cairan saat ibu membersihkan puting susu; Moniliasis pada mulut bayi yang menular pada puting susu ibu; Bayi dengan tali lidah pendek; Cara menghentikan menyusui yang kurang tepat.

Penatalaksanaan: Cari penyebab susu lecet; Bayi disusukan lebih dahulu pada puting susu yang normal atau lecetnya sedikit; Tidak menggunakan sabun, krim atau alcohol untuk membersihkan puting susu; Menyusui lebih sering 8–12 kali dalam 24 jam; Posisi menyusui harus benar, bayi menyusui sampai ke kalang payudara ; Keluarkan sedikit ASI dan oleskan ke puting yang lecet dan biarkan keering; Menggunakan BH yang menyangga; Bila terasa sangat sakit, boleh minum obat pengurang rasa sakit; Jika penyebabnya *monilia*, diberi pengobatan; Saluran susu tersumbat (*obstructed duct*).

4) Saluran susu tersumbat

Penyebab : Air susu mengental hingga menyumbat lumen saluran. Hal ini terjadi sebagai akibat air susu

jarang dikeluarkan;Adanya penekanan saluran air susu dari luar; Pemakaian BHA yang terlalu ketat. Gejala: Pada payudara terlihat jelas dan lunak pada perabaan (pada wanita kurus); Payudara terasa nyeri dan bengkak pada payudara yang tersumbat.

Penanganan : Payudara dikompres dengan air hangat dan air dingin setelah bergantian. Setelah itu bayi disusui.; Lakukan massase pada payudara untuk mengurangi nyeri dan bengkak; Menyusui bayi sesering mungkin; Bayi disusui mulai dengan payudara yang salurannya tersumbat; Gunakan bra yang menyangga payudara; Posisi menyusui diubah-ubah untuk melancarkan aliran ASI.

c. Hematoma

Hematoma terjadi karena kompresi yang kuat di sepanjang traktus genitalia, dan tampak sebagai warna ungu pada mukosa vagina atau perineum yang ekimotik. Hematoma yang kecil diatasi dengan es, analgetik, dan pemantauan yang terus-menerus. Biasanya hematoma ini dapat diserap secara alami. Hematoma yang lebih besar atau yang ukurannya meningkat perlu diinsisi dan didrainase untuk mencapai hemostasis. Pendarahan pembuluh diligasi (diikat). Jika diperlukan dapat dilakukan dengan penyumbatan dengan pembalut vagina untuk mencapai hemostasis. karena tindakan insisi dan drainase bisa meningkatkan kecenderungan ibu terinfeksi, perlu dipesankan antibiotik spektrum luas. Jika dibutuhkan,berikan transfusi darah dan faktor-faktor pembekuan (Ramona dan Patricia, 2013).

d. Hemoragia postpartum

Perdarahan post partum adalah kehilangan darah secara abnormal dengan kehilangan 500 mililiter atau lebih darah (Mansyur dan Dahlan, 2014). Menurut Yanti dan Sundawati

(2011) perdarahan pervaginam yang melebihi 500 mililiter setelah persalinan didefinisikan sebagai perdarahan pasca persalinan. Perdarahan pasca persalinan dapat dikategorikan menjadi 2 yaitu :

- 1) Perdarahan postpartum primer (*early postpartum hemorrhage*) yang terjadi dalam 24 jam setelah anak lahir.
- 2) Perdarahan postpartum sekunder (*late postpartum hemorrhage*) yang terjadi setelah 24 jam sampai, biasanya antara hari ke-5 sampai hari ke-15 postpartum.

Perdarahan post partum dapat terjadi akibat terjadinya Atonia uteri dan adanya sisa plasenta atau selaput ketuban, subinvolusi, lacerasi jalan lahir dan kegagalan pembekuan darah (Mansyur dan Dahlan, 2014).

e. Subinvolusi

Subinvolusi adalah kegagalan uterus untuk mengikuti pola normal involusi, dan keadaan ini merupakan satu dari penyebab terumum perdarahan pascapartum. Biasanya tanda dan gejala subinvolusi tidak tampak, sampai kira-kira 4 hingga 6 minggu pasca partum. Fundus letaknya tetap tinggi di dalam abdomen/pelvis dari yang diperkirakan. Kemajuan lochea seringkali gagal berubah dari bentuk rubra ke bentuk serosa, lalu ke bentuk lochea alba. *Lochea* ini bisa tetap dalam bentuk rubra, atau kembali ke bentuk rubra dalam beberapa hari pascapartum. Jumlah lochea bisa lebih banyak daripada yang diperkirakan. Leukore, sakit punggung, dan lochea berbau menyengat, bisa terjadi jika ada infeksi. (Ramona dan Patricia 2013).

f. Trombophabilitis

Trombofabilitas terjadi karena perluasan infeksi atau invasi mikroorganisme patogen yang mengikuti aliran darah sepanjang vena dengan cabang-cabangnya. Adapun tanda dan

gejala yang terjadi pada penderita adalah (Mansyur dan Dahlan, 2014) :

- 1) Suhu mendadak naik kira-kira pada hari ke 10–20, yang disertai dengan menggigil dan nyeri sekali.
- 2) Biasanya hanya 1 kaki yang terkena dengan tanda-tanda : kaki sedikit dalam keadaan fleksi, sukar bergerak; salah satu vena pada kaki terasa tegang dan eras pada paha bagian atas; nyeri betis, yang dapat terjadi secara spontan atau dengan memijat betis atau meregangkan tendon achilles. Kaki yang sakit biasanya lebih panas; nyeri hebat pada daerah paha dan lipatan paha; edema kadang terjadi sebelum atau setelah nyeri.

Menurut Mansyur dan Dahlan, 2014) sesuai dengan gejala tersebut dapat dilakukan penanganan masalah, yaitu :

- 1) Rawat inap.
- 2) Meninggikan kaki untuk mengurangi edema, lakukan kompresi pada kaki. Setelah mobilisasi kaki hendaknya di balut elastic atau memakai kaos kaki panjang yang elastic selama mungkin.
- 3) Sebaiknya jangan menyusui, mengingat kondisi ibu yang jelek.
- 4) Terapi medik, pemberian antibiotik dan analgetik.

g. Sisa plasenta

Menurut Mansyur dan Dahlan (2014) adanya sisa plasenta dan selaput ketuban yang melekat dapat menyebabkan perdarahan karena tidak dapat berkontraksi secara efektif. Penanganan yang dapat dilakukan dari adanya sisa plasenta dan sisa selaput ketuban adalah :

- 1) Penemuan secara dini, hanya dimungkinkan dengan melakukan pemeriksaan kelengkapan plasenta setelah dilahirkan. Pada kasus sisa plasenta dengan perdarahan

kasus pasca-persalinan lanjut, sebagian besar pasien akan kembali lagi ketempat bersalin dengan keluhan perdarahan selama 6–10 hari pulang kerumah dan subinvolusi uterus.

- 2) Lakukan eksplorasi digital (bila servik terbuka) dan mengeluarkan bekuan darah dan jaringan / sisa plasenta dengan cunan vacum atau kuret besar.
- 3) Berikan antibiotik.

h. Inversio uteri

Inversio uteri pada waktu persalinan disebabkan oleh kesalahan dalam memberi pertolongan pada kala III. Kejadian inversio uteri sering disertai dengan adanya syok. Perdarahan merupakan faktor terjadinya syok, tetapi tanpa perdarahan syok tetap dapat terjadi karena tarikan kuat pada peritoneum, kedua ligamentum infundibulo-pelvikum, serta ligamentum rotundum. Syok dalam hal ini lebih banyak bersifat neurogenik. Pada kasus ini, tindakan operasi biasanya lebih dipertimbangkan, meskipun tidak menutup kemungkinan dilakukan reposisi uteri terlebih dahulu (Sulistyawati, 2009).

i. Masalah psikologi

Pada minggu–minggu pertama setelah persalinan kurang lebih 1 tahun ibu postpartum cenderung akan mengalami perasaan–perasaan yang tidak pada umumnya seperti merasa sedih, tidak mampu mengasuh dirinya sendiri dan bayinya. Faktor penyebab yaitu kekecewaan emosional yang mengikuti kegiatan bercampur rasa takut yang dialami kebanyakan wanita selama hamil dan melahirkan, rasa nyeri pada awal masa nifas, kelelahan akibat kurang tidur selama persalinan dan telah melahirkan kebanyakan di rumah sakit, kecemasan akan kemampuannya untuk merawat bayinya setelah meninggalkan rumah sakit (Nugroho, dkk, 2014).

2.1.9 Konsep KB

1. Pengertian KB

KB adalah suatu program yang direncanakan oleh pemerintah untuk mengatur jarak kelahiran anak sehingga dapat tercapai keluarga kecil yang bahagia dan sejahtera (Handayani, 2011).

2. Tujuan

Tujuan utama program KB Nasional adalah mewujudkan keluarga kecil bahagia sejahtera yang menjadi dasar bagi terwujudnya masyarakat yang sejahtera dengan memenuhi permintaan masyarakat akan pelayanan KB dan kesehatan reproduksi yang berkualitas, menurunkan angka kematian ibu dan bayi serta penanggulangan masalah kesehatan reproduksi.

3. Sasaran

- a. Pasangan Usia Subur (PUS) yaitu pasangan suami istri yang hidup bersama dimana istrinya berusia 15-45 tahun yang harus dimotivasi terus-menerus.
- b. Non PUS yaitu anak sekolah, orang yang belum menikah, pasangan di atas 45 tahun, tokoh masyarakat.
- c. Institusional yaitu berbagai organisasi, lembaga masyarakat, pemerintah dan swasta.

4. Metode Amenore Laktasi (MAL)

a. Pengertian

Metode Amenorea Laktasi (MAL) adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif, artinya hanya diberikan ASI tanpa makanan atau minuman apa pun lainnya.

MAL dapat dipakai sebagai kontrasepsi bila :

- 1) Menyusui secara penuh (*full breast feeding*); lebih efektif bila pemberian ≥ 8 x sehari;
- 2) Belum haid
- 3) Umur bayi kurang dari 6 bulan.

Metode ini efektif sampai 6 bulan. Harus dilanjutkan dengan pemberian metode kontrasepsi lainnya.

- b. Cara kerja : penundaan / penekanan ovulasi
- c. Keuntungan Kontrasepsi
 - 1) Efektivitas tinggi (keberhasilan 98% pada 6 bulan pascapersalinan)
 - 2) Segera efektif.
 - 3) Tidak mengganggu senggama.
 - 4) Tidak efek samping sistemik.
 - 5) Tidak perlu pengawasan medis.
 - 6) Tidak perlu obat atau alat.
 - 7) Tanpa biaya.
- d. Keuntungan Nonkontrasepsi
 - 1) Untuk bayi
 - a) Mendapat kekebalan pasif (mendapat antibodi perlindungan lewat ASI)
 - b) Sumber asupan gizi yang terbaik dan sempurna untuk tumbuh kembang bayi yang optimal.
 - c) Terhindar dari keterpaparan terhadap kontaminasi dari air, susu lain atau formula, atau alat minum yang dipakai.
 - 2) Untuk Ibu
 - a) Untuk mengurangi perdarahan pascapersalinan.
 - b) Mengurangi resiko anemia.
 - c) Meningkatkan hubungan psikologik ibu dan bayi.
- e. Keterbatasan
 - 1) Perlu persiapan sejak perawatan kehamilan agar segera menyusui dalam 30 menit pascapersalinan.
 - 2) Mungkin sulit dilaksanakan karena konsisi social
 - 3) Efektivitas tinggi hanya sampai kembalinya haid adat sampai dengan 6 bulan.

- 4) Tidak melindungi terhadap IMS termasuk virus hepatitis B/HSV dan HIV/AIDS.
- f. Yang dapat menggunakan MAL
Ibu yang menyusui secara eksklusif, bayinya berumur kurang dari 6 bulan dan belum mendapatkan haid setelah melahirkan.
- g. Yang seharusnya tidak memakai MAL
Sudah mendapat haid setelah bersalin, tidak menyusui secara eksklusif, bayinya sudah berumur lebih dari 6 bulan, dan bekerja dan terpisah dari bayi lebih lama dari 6 jam

2.1.10 Midwifery Led-Care

Model Asuhan “*Midwifery Led Care*” mengartikan bahwakehamilan dan kelahiran adalah peristiwa kehidupan yang normal dan berpusat pada wanita, mencakup: asuhan berkelanjutan pemantauan fisik, psikologis, spiritual dan sosial kesejahteraan perempuan dan keluarga di seluruh siklus kesehatan reproduksi perempuan; menyediakan pendidikan kesehatan individual, konseling dan antenatal care, pendampingan terus menerus selama persalinan, kelahiran dan masa postpartum, dukungan terus-menerus selama periode postnatal; meminimalkan intervensi teknologi; dan mengidentifikasi dan merujuk wanita yang memerlukan perhatian khusus obstetri atau lainnya.

Bidan merupakan seorang pemimpin profesional yang menyediakan asuhan berkelanjutan mulai dari perencanaan, pengorganisasian dan pemberian asuhan yang diberikan kepada perempuan mulai dari kunjungan awal hingga masa nifas. Menyediakan konsultasi oleh staf medis lain (obgyn atau tenaga kesehatan lain) pada beberapa kasus asuhan antenatal, kolaborasi atau rujukan intranatal dan postnatal. Bidan merupakan pemimpin profesional yang bertanggung jawab untuk menilai kebutuhan perempuan, merencanakan asuhan, merujuk kepada tenaga profesional lain yang tersedia. Model *Midwifery led care* bertujuan untuk

menyediakan pelayanan tidak hanya di masyarakat atau rumah sakit tetapi pada perempuan sehat tanpa komplikasi atau kehamilan dengan risiko rendah

Standar pelayanan kebidanan untuk mempromosikan kelahiran normal :

- a. Tersedia bidan yang akan di kontak.
- b. Persalinan adalah pilihan untuk semua perempuan
- c. Perempuan seharusnya di layani oleh orang yang mereka kenal.
- d. Disertai kebijakan untuk asuhan persalinan.
- e. Rencana persalinan yang rinci.
- f. Asuhan berkelanjutan yang dilakukan oleh bidan yang dikenal.
- g. Kebijakan yang sama pada semua tempat.
- h. Sistem rujukan yang mudah di akses

2.2 Konsep Dasar Asuhan

Manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, penemuan-penemuan keterampilan dalam rangkaian atau tahapan yang logis untuk pengambilan suatu keputusan yang berfokus pada klien (Varney, 1997).

2.2.1 UU RI No. 4 Tahun 2019 Tentang Kebidanan

Tugas dan Wewenang

Pasal 46

1. Dalam menyelenggarakan Praktik Kebidanan, Bidan bertugas memberikan pelayanan yang meliputi :
 - a. Pelayanan kesehatan ibu
 - b. Pelayanan kesehatan anak;
 - c. Pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana
 - d. Pelaksanaan tugas berdasarkan pelimpahan wewenang, dan/atau
 - e. Pelaksanaan tugas dalam keadaan keterbatasan tertentu

2. Tugas Bidan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dilaksanakan secara bersama atau sendiri.
3. Pelaksanaan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan secara bertanggung jawab dan akuntabel.

Pasal 47

1. Dalam menyelenggarakan Praktik Kebidanan, Bidan dapat berperan sebagai :
 - a. Pemberi Pelayanan Kebidanan
 - b. Pengelola Pelayanan Kebidanan
 - c. Penyuluh Dan Konselor;
 - d. Pendidik, Pembimbing, Dan Fasilitator Klinik
 - e. Penggerak Peran Serta Masyarakat Dan Pemberdayaan Perempuan Dan/Atau
 - f. Peneliti
2. Peran Bidan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 48

Bidan dalam penyelenggaraan Praktik Kebidanan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 46 dan Pasal 47, harus sesuai dengan kompetensi dan kewenangannya.

Paragraf 1

Pelayanan Kesehatan Ibu

Pasal 49

Dalam menjalankan tugas memberikan pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud dalam Pasal 46 ayat (1) huruf a, Bidan berwenang :

- a. Memberikan Asuhan Kebidanan pada masa sebelum hamil
- b. Memberikan Asuhan Kebidanan pada masa kehamilan normal;
- c. Memberikan Asuhan Kebidanan pada masa persalinan dan menolong persalinan normal
- d. Memberikan Asuhan Kebidanan pada masa nifas;
- e. Melakukan pertolongan pertama kegawatdaruratan ibu hamil, bersalin, nifas, rujukan, dan

- f. Melakukan deteksi dini kasus risiko dan komplikasi pada masa kehamilan, masa persalinan, pascapersalinan, masa nifas, serta asuhan pascakeguguran dan dilanjutkan dengan rujukan.

Paragraf 2
Pelayanan Kesehatan Anak

Pasal 50

Dalam menjalankan tugas memberikan pelayanan kesehatan anak sebagaimana dimaksud dalam Pasal 46 ayat (1) huruf b, Bidan berwenang:

- a. Memberikan Asuhan Kebidanan pada bayi baru lahir, bayi, balita, dan anak prasekolah ;
- b. Memberikan imunisasi sesuai program Pemerintah Pusat;
- c. Melakukan pemantauan tumbuh kembang pada bayi, balita, dan anak prasekolah serta deteksi dini kasus penyulit, gangguan tumbuh kembang, dan rujukan; dan
- d. Memberikan pertolongan pertama kegawatdaruratan pada bayi baru lahir dilanjutkan dengan rujukan.

Paragraf 3
Pelayanan Kesehatan Reproduksi Perempuan dan
Keluarga Berencana

Pasal 51

Dalam menjalankan tugas memberikan pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana sebagaimana dimaksud dalam Pasal 46 ayat (1) huruf c, Bidan berwenang melakukan komunikasi, informasi, edukasi, konseling, dan memberikan pelayanan kontrasepsi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 52

Ketentuan lebih lanjut mengenai pelayanan kesehatan ibu, pelayanan kesehatan anak, dan pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana sebagaimana dimaksud dalam Pasal 49 sampai dengan Pasal 51 diatur dengan Peraturan Menteri.

Paragraf 4
Pelimpahan Wewenang

Pasal 53

Pelimpahan wewenang sebagaimana dimaksud dalam Pasal 46 ayat (1) huruf d terdiri atas :

- a. Pelimpahan secara mandat, dan
- b. Pelimpahan secara delegatif.

Pasal 54

1. Pelimpahan wewenang secara mandat sebagaimana dimaksud dalam Pasal 53 huruf a diberikan oleh dokter kepada Bidan sesuai kompetensinya.
2. Pelimpahan wewenang secara mandat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus dilakukan secara tertulis.
3. Pelimpahan wewenang secara mandat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dengan tanggung jawab berada pada pemberi pelimpahan wewenang.
4. Dokter yang memberikan pelimpahan wewenang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus melakukan pengawasan dan evaluasi secara berkala.

Pasal 55

1. Pelimpahan wewenang secara delegatif sebagaimana dimaksud dalam Pasal 53 huruf b diberikan oleh Pemerintah Pusat atau Pemerintah Daerah kepada Bidan.
2. Pelimpahan wewenang secara delegatif sebagaimana dimaksud pada ayat (1) yang diberikan oleh Pemerintah Pusat atau Pemerintah Daerah dalam rangka pelaksanaan tugas dalam keadaan keterbatasan tertentu; atau program pemerintah.
3. Pelimpahan wewenang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan dengan disertai pelimpahan tanggung jawab.

Pasal 56

1. Pelaksanaan tugas dalam keadaan keterbatasan tertentu sebagaimana dimaksud dalam pasal 46 ayat (1) huruf e merupakan penugasan pemerintah yang dilaksanakan pada keadaan tidak adanya tenaga medis dan/atau tenaga kesehatan lain di suatu wilayah tempat bidan bertugas.

2. Keadaan tidak adanya tenaga medis dan/atau tenaga kesehatan lain sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Pemerintah Daerah.
3. Pelaksanaan tugas dalam keadaan keterbatasan tertentu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan oleh Bidan yang telah mengikuti pelatihan dengan memperhatikan Kompetensi Bidan.
4. Pelatihan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dilakukan oleh Pemerintah Pusat dan/atau Pemerintah Daerah.
5. Dalam menyelenggarakan pelatihan sebagaimana dimaksud pada ayat (4), Pemerintah Pusat dan/atau Pemerintah Daerah dapat melibatkan Organisasi Profesi Bidan dan/atau organisasi profesi terkait yang diselenggarakan oleh lembaga yang telah terakreditasi.

Pasal 57

1. Program pemerintah sebagaimana dimaksud dalam pasal 55 ayat (2) huruf b merupakan penugasan pemerintah pusat atau pemerintah daerah untuk melaksanakan program pemerintah.
2. Program pemerintah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
3. Pelaksanaan program pemerintah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan oleh Bidan yang telah mengikuti pelatihan dengan memperhatikan Kompetensi Bidan.
4. Pelatihan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dilakukan oleh Pemerintah Pusat dan/atau Pemerintah Daerah.
5. Dalam menyelenggarakan pelatihan sebagaimana dimaksud pada ayat (4), Pemerintah Pusat dan/atau Pemerintah Daerah dapat melibatkan Organisasi Profesi Bidan dan/atau organisasi profesi terkait yang diselenggarakan oleh lembaga yang telah terakreditasi.

Pasal 58

Ketentuan lebih lanjut mengenai pelimpahan wewenang sebagaimana dimaksud dalam Pasal 53 sampai dengan Pasal 57 diatur dengan Peraturan Menteri.

Paragraf 5
Keadaan Gawat Darurat

Pasal 59

1. Dalam keadaan gawat darurat untuk pemberian pertolongan pertama, Bidan dapat melakukan pelayanan kesehatan di luar kewenangan sesuai dengan kompetensinya.
2. Pertolongan pertama sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertujuan untuk menyelamatkan nyawa Klien.
3. Keadaan gawat darurat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan keadaan yang mengancam nyawa Klien.
4. Keadaan gawat darurat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Bidan sesuai dengan hasil evaluasi berdasarkan keilmuannya.
5. Penanganan keadaan gawat darurat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sampai dengan ayat (4) dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

2.2.2 Standar Asuhan Kebidanan Berkelanjutan

Standar asuhan kebidanan adalah acuan dalam proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup praktiknya berdasarkan ilmu kebidanan. Mulai dari pengkajian, perumusan diagnose dan atau masalah kebidanan, perencanaan, implementasi, evaluasi dan pencatatan asuhan kebidanan.

1. Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Pada Ibu hamil

a. Pengkajian

1) Data Subyektif

a) Umur

Ibu hamil pada usia kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun menjadi salah satu faktor terjadinya BBLR. Usia reproduksi optimal bagi seorang wanita adalah usia antara 20-35 tahun, di bawah dan diatas usia tersebut akan meningkatkan resiko kehamilan maupun persalinan, karena usia di bawah 20 tahun perkembangan organ-organ reproduksinya belum optimal, kematangan emosi dan

kejiwaan kurang serta fungsi fisiologis maupun reproduksi secara umum. Sebaliknya pada usia di atas 35 tahun telah terjadi kemunduran fungsi fisiologi secara umum. Hal-hal tersebutlah yang mengakibatkan proses perkembangan janin menjadi tidak optimal dan menghasilkan anak yang lahir dengan berat badan rendah (Proverawati, 2010).

Resiko yang dapat terjadi pada ibu hamil dengan usia diatas 35 tahun adalah rentan terhadap kelahiran prematur, abortus, terjadinya hipertensi dalam kehamilan dan kematian ibu dan janin (Setowati, 2011).

Usia ibu yang ideal untuk mengandung adalah usia 20 – 35 tahun, karena pada usia ini organ reproduksi telah matang dengan sempurna sehingga lebih siap untuk menerima kehamilan (Noer, Ermawati, & Afdal, 2016).

b) Pendidikan

Tingkat pendidikan merupakan faktor yang mendasari pengambilan keputusan dan hasil persalinan dan juga ditunjang oleh tingkat pengetahuan ibu tentang kesehatan, lingkungan, ekonomi interaksi dengan tenaga kesehatan dan kesadaran ibu itu sendiri. Terdapat juga beberapa ibu hamil yang sudah memiliki pengetahuan yang cukup baru akan memeriksa kehamilannya jika merasa mual muntah yang sangat mengganggu, kurangnya dukungan dari keluarga yang mempengaruhi kesadaran ibu dalam memeriksa kehamilannya (Verdani, dkk 2012).

Penelitian menunjukkan bahwa semakin tinggi pendidikan seseorang, maka semakin baik pula pengetahuannya tentang sesuatu. Pada ibu hamil dengan pendidikan rendah, kadang ketika tidak mendapatkan cukup informasi mengenai kesehatannya maka ia tidak tahu

mengenai bagaimana cara melakukan perawatan kehamilan yang baik (Romauli, 2011).

Pendidikan berpengaruh dalam tindakan kebidanan dan untuk mengetahui tingkat intelektualnya, sehingga bidan dapat memberikan konseling sesuai dengan pendidikannya (Eny, dkk, 2010).

c) Pekerjaan

Pekerjaan merupakan aktivitas manusia untuk menunjang hidupnya. Penghasilan seseorang ditentukan oleh pekerjaannya. Sehingga, penghasilan yang terbatas dapat mempengaruhi kelangsungan kehamilan yang menimbulkan berbagai masalah kebidanan (Manuaba, 2012).

Mengetahui pekerjaan klien adalah penting untuk mengetahui apakah klien berada dalam keadaan utuh dan untuk mengkaji potensi kelahiran, prematur dan pajanan terhadap bahaya lingkungan kerja yang dapat merusak janin (Walyani, 2015). Ibu yang bekerja mempunyai tingkat pengetahuan yang baik karena ibu memiliki banyak peluang untuk mendapatkan informasi tentang kesehatan (Walyani, 2015). Maka dapat dikatakan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara pekerjaan dan kehamilan ibu.

d) Keluhan Utama

Beberapa keluhan ringan yang sering dijumpai dalam konseling. Diantaranya: edema dependen, nuktoria, konstipasi, sesak napas, nyeri ulu hati, kram tungkai, nyeri punggung bagian bawah (Varney, 2007).

Keluhan utama ditanyakan untuk mengetahui alasan pasien melakukan kunjungan ke fasilitas pelayanan kesehatan (Romauli, 2014).

(1) Kehamilan

Dikaji untuk menegakkan diagnose berdasarkan tanda dan gejala yang ada. serta mengetahui alasan klien datang sehingga asuhan yang diberikan sesuai dengan harapan dan kebutuhan klien.

(2) Persalinan

Dikaji untuk menegakkan diagnosa dan memberikan asuhan dalam pertolongan persalinan, serta mengetahui apakah keluhan tersebut merupakan keluhan yang fisiologis atau patologis.

(3) Nifas

Asuhan pada masa nifas dilakukan untuk memperoleh atau menemukan masalah yang dapat terjadi. Menanyakan keluhan utama pada ibu nifas membantu mengetahui keadaan ibu yang membutuhkan pemeriksaan yang baik agar ibu terhindar dari masa nifas yang patologis.

e) Riwayat Kesehatan

(1) Penyakit yang pernah dialami (yang lalu)

Wanita yang mempunyai riwayat kesehatan buruk atau wanita dengan komplikasi kehamilan sebelumnya, membutuhkan pengawasan yang lebih tinggi pada saat kehamilan karena hal ini akan memperberat kehamilan bila ada penyakit yang telah diderita ibu sebelum hamil. Penyakit yang diderita ibu dapat mempengaruhi kehamilannya. Sebagai contoh penyakit yang akan mempengaruhi dan dapat dipicu dengan adanya kehamilan adalah hipertensi, penyakit jantung, diabetes melitus, anemi dan penyakit menular seksual (Marmi,2011).

f) Riwayat Kehamilan, Persalinan, Nifas yang Lalu

(1) Kehamilan

Mengetahui jumlah dan hasil akhir dari semua kehamilan dan komplikasinya, termasuk infeksi dan perdarahan merupakan hal baik. Perawatan harus diberikan untuk meyakinkan bahwa faktor resiko seperti berat badan lahir rendah, lahir prematur dan melahirkan sebelum waktunya dapat teridentifikasi (Walsh, 2012). Penelitian ini sejalan dengan teori yang menyatakan bahwa risiko abortus meningkat pada ibu yang hamil pada usia terlalu muda (< 20 tahun) atau terlalu tua (> 35 tahun) (Prawirohardjo, 2009).

Sumber lain juga menyebutkan bahwa wanita hamil memiliki risiko sebesar 10 – 25% mengalami abortus seiring meningkatnya usia (Darmawati, 2015). Pada usia < 20 tahun risiko abortus sebesar 10%, meningkat menjadi 20% pada usia 35 – 49 tahun, dan meningkat lagi menjadi 50% pada usia 40 – 45 tahun (Darmawati, 2015).

(2) Persalinan

Informasi esensial tentang persalinan yaitu mengenai usia gestasi, tipe persalinan (spontan, forcep, ekstraksi vacum, atau bedah sesar), penolong persalinan, lama persalinan, berat janin, jenis kelamin dan komplikasi lain (Marmi, 2011).

(3) Nifas

Segera setelah persalinan dapat terjadi peningkatan suhu tubuh. Oleh karena itu, menerangkan riwayat nifas yang perlu diketahui adakah panas atau perdarahan, bagaimana laktasi. (Walyani, 2015), untuk mengantisipasi terjadinya infeksi.

g) Riwayat KB

Riwayat kontrasepsi diperlukan karena kontrasepsi hormonal dapat mempengaruhi *estimated date of delivery* (EDD) dan karena penggunaan metode lain dapat membantu “menanggali kehamilan”. Riwayat penggunaan IUD terdahulu meningkatkan resiko kehamilan ektopik, dan tanyakan pada klien lamanya pemakaian alat kontrasepsi dan jenis kontrasepsi yang digunakan serta keluhan yang dirasakan (Marmi, 2014).

h) Riwayat seksualitas

Pada umumnya koitas diperbolehkan pada kehamilan jika dilakukan dengan hati-hati. Pada akhir kehamilan jika kepala sudah masuk rongga panggul, koitas sebaiknya dihentikan karena dapat menimbulkan perasaan sakit dan pendarahan (Saifuddin, 2010).

i) Riwayat Pernikahan

Ini penting untuk dikaji karena dari data ini kita akan mendapatkangambaran mengenai suasana rumah tangga pasien. Beberapa pertanyaan yang perlu ditanyakan kepada klien menurut Walyani (2015), antara lain yaitu:

(1) Menikah

Mengetahui status klien apakah ia sekarang sudah menikah atau belum menikah. Hal ini penting untuk mengetahui status kehamilan tersebut apakah dari hasil pernikahan yang resmi atau hasil dari kehamilan yang tidak diinginkan. Status pernikahan bisa berpengaruh pada psikologi ibunya pada saat hamil.

(2) Usia saat menikah

Mengetahui pada usia berapa ia menikah hal ini diperlukan karena jika ia mengatakan bahwa menikah di usia muda sedangkan klien pada saat kunjungan awal ke tempat bidan tersebut sudah tak lagi muda dan kehamilannya adalah

kehamilan pertama, ada kemungkinan bahwa kehamilannya saat ini adalah kehamilan yang sangat diharapkan. Hal ini akan berpengaruh bagaimana asuhan kehamilannya.

(3) Lama pernikahan

Mengetahui klien sudah berapa lama ia menikah, apabila klien mengatakan bahwa telah lama menikah dan baru saja mempunyai keturunan anak kemungkinan kehamilannya saat ini adalah kehamilan yang sangat diharapkan

j) Pola Makan

Jumlah protein yang diperlukan oleh ibu hamil adalah 85 gram perhari. Sumber protein tersebut dapat diperoleh dari tumbuh-tumbuhan (kacang-kacangan) atau hewani (ikan, ayam, keju, susu, telur). Defisiensi protein dapat menyebabkan kelahiran premature, anemia, dan oedema.

k) Pola Eliminasi

Peningkatan frekuensi berkemih pada TM III paling sering dialami oleh wanita primigravda setelah *lightening*. *Lightening* menyebabkan bagian presentasi (terendah) janin akan menurun masuk kedalam panggul dan menimbulkan tekanan langsung pada kandung kemih. Konstipasi diduga akibat penurunan peristaltik yang disebabkan relaksasi otot polos pada usus besar ketika terjadi peningkatan hormon progesteron. Konstipasi juga dapat terjadi sebagai akibat dari efek samping penggunaan zat besi, hal ini akan memperberat masalah pada wanita hamil (Marmi, 2014)

2) Data Objektif

a) Pemeriksaan Umum

Dalam pemeriksaan umum yang perlu dilakukan diantaranya pemeriksaan:

(1) Keadaan umum

Keadaan umum ibu baik, keadaan emosional stabil, kesadaran komposmentis. Pada saat ini diperhatikan pula bagaimana sikap tubuh, keadaan punggung dan cara berjalan. Ibu cenderung bersikap lordosis. Apabila ibu berjalan dengan sikap kifosis, skoliosis atau pincang maka kemungkinan ada kelainan panggul (Romauli, 2011).

(2) Tinggi Badan

Tubuh yang pendek dapat menjadi indikator gangguan genetic. Tinggi badan harus diukur pada saat kunjungan awal. Batas normal tinggi badan ibu hamil adalah ≥ 145 cm (Marmi, 2014). Ibu hamil dengan tinggi badan kurang 145 cm tergolong resiko tinggi (Romauli, 2011).

Tinggi badan diukur dalam cm, tanpa sepatu. Tinggi badan kurang dari 145 cm ada kemungkinan terjadi *Cepalo Pelvic Disproportion* (CPD), (Walyani, 2015).

(3) Berat Badan

Berat badan ibu hamil akan bertambah antara 6,5 sampai 15 kg selama hamil atau terjadi kenaikan berat badan sekitar 0,5kg/minggu (Manuaba, 2012). Ibu yang menurut kategori BMI berada pada rentang obesitas lebih beresiko mengalami komplikasi kehamilan. Komplikasi tersebut antara lain diabetes gestasional, hipertensi akibat kehamilan dan distosia bahu (Fraser *et al*, 2009). Berat badan yang bertambah terlalu besar atau kurang, perlu mendapat perhatian khusus karena kemungkinan terjadi penyulit kehamilan (Walyani, 2015).

(4) Lingkar Lengan Atas (LILA)

Standar minimal ukuran LILA pada wanita dewasa atau usia reproduksi adalah 23,5. Jika kurang dari 23,5 cm maka interpretasinya adalah Kurang Energi Kronis (KEK) (Jannah, 2012). Selain itu merupakan indikator kuat status

gizi ibu yang kurang/buruk, sehingga beresiko untuk melahirkan Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR). Dengan demikian bila hal ini ditemukan sejak awal kehamilan, petugas dapat memotivasi ibu agar lebih memperhatikan kesehatannya serta jumlah dan kualitas makanannya (Romauli, 2011). Menurut Pantiawati & Saryono (2010) standar minimal untuk lingkaran lengan atas pada wanita dewasa atau usia reproduksi adalah 23,5 cm. Jika ukuran LILA kurang dari 23,5 cm maka interpretasinya adalah kurang energi kronik (KEK).

(5) Tanda-Tanda Vital

(a) Tekanan Darah

Tekanan darah dalam batas normal, yaitu 100/70-130/90 mmHg. Wanita yang tekanan darahnya sedikit meningkat di awal pertengahan kehamilan mungkin mengalami hipertensi kronis atau jika wanita multipara dengan sistolik >120 mmHg, beresiko mengalami preeklamsia (Marmi, 2014).

Menurut Walyani (2015) tekanan darah yang normal adalah 110/80 mmHg sampai 140/90 mmHg. Bila >140/90 mmHg, hati-hati adanya hipertensi/preeklamsia.

(b) Nadi

Denyut nadi maternal sedikit meningkat selama hamil, tetapi jarang melebihi 100 denyut per menit (dpm). Curigai hipotiroidisme jika denyut nadi < 100 dpm. Periksa adanya eksoftalmia dan hiperrefleksia yang menyertai (Marmi, 2014).

(c) Pernafasan

Untuk mengetahui fungsi sistem pernapasan. Normalnya 16-20 kali/menit (Romauli, 2011).

(d) Suhu

Menurut Walyani (2015) suhu badan normal adalah 36,5°C sampai 37,5°C. Bila suhu lebih dari 37,5°C kemungkinan ada infeksi. Suhu tubuh yang normal adalah 36-37,5°C. Bila suhu tubuh lebih dari 37°C perlu diwaspadai adanya infeksi (Romauli, 2011).

b) Pemeriksaan Fisik

Menurut Walyani (2015), pemeriksaan fisik yang dilakukan yaitu:

(1) Muka

Tampak cloasma gravidarum sebagai akibat deposit pigmentasi yang berlebihan, tidak sembab. Bentuk simetris, bila tidak menunjukkan adanya kelumpuhan (Romauli, 2011). Edema pada muka atau edema seluruh tubuh merupakan salah satu tanda gejala adanya preeklamsia (Saifuddin, 2010)

(2) Mata

Bentuk simetris, konjungtiva normal warna merah muda, nilai pucat menandakan anemia. Sklera normal berwarna putih, bila kuning menandakan ibu mungkin terinfeksi hepatitis, bila merah kemungkinan ada konjungtivitis. Kelopak mata yang begkak kemungkinan adanya preeklamsia (Romauli, 2011)

(3) Telinga

Tujuan pengkajian ini adalah untuk mengetahui ketajaman pendengaran, letak, bentuk, benjolan, lesi, warna, adanya benda asing pada saluran pendengaran eksternal, membrane timpani (Varney, 2007).

(4) Mulut

Dalam kehamilan sering timbul stomatitis dan gingivitis yang mengandung pembukuh darah dan mudah berdarah, maka perlu perawatan mulut agar selalu bersih (Romauli, 2011).

(5) Gigi

Adanya caries atau keropos yang menandakan ibu kekurangan kalsium. Saat hamil sering terjadi *caries* yang berkaitan dengan *emesis* atau *hiperemesis gravidarum*. Adanya kerusakan gigi dapat menjadi sumber infeksi (Romauli, 2011).

(6) Leher

Normal bila tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran limfe dan tidak ditemukan benduga vena jugularis. Pembesaran pada tiroid menunjukkan adanya penyakit hipotiroid dan hipertiroid dapat menimbulkan masalah pada ibu dan bayi. Wanita hipertiroid beresiko mengalami preeklamsi gagal jantung. Bayi dapat mengalami tirotoksikosis neonatus dan meninggal dalam rahim. Pembesaran kelenjar limfe terdapat penyakit jantung, sedangkan ditemukan bendungan vena jugularis terdapat adanya infeksi (Romauli, 2011).

(7) Dada

Bentuk dada, pemeriksaan paru harus mencakup observasi sesak nafas, nafas dangkal, nafas cepat, pernafasan yang tidak teratur, mengi, batuk, dispnea, penurunan bunyi nafas (Marmi, 2011).

(8) Payudara

Adanya hiperpigmentasi areola, puting susu bersih dan menonjol. Pada minggu ke-12 kolostrum mulai keluar dari papila mammae pada pasien multigravida yang telah mantap menyusui pada masa kehamilan sebelumnya. Wanita primigravida baru akan memproduksi kolostrum pada masa akhir kehamilan (Romauli, 2011).

(9) Perut

Ukuran uterus dapat dikaji melalui observasi. Kandung kemih yang penuh, kolon yang terdistensi atau obesitas dapat memberi kesan yang salah tentang ukuran janin. Pada sebagian besar kasus, bentuk uterus lebih panjang ketika janin berada pada posisi

longitudinal. Jika janin berada pada posisi transversal, uterus berbentuk melebar dan terletak lebih rendah. Umbilikus menjadi kurang cekung sejalan dengan perkembangan kehamilan dan cepat sedikit menjorok pada minggu-minggu terakhir. Ketika ibu sedang berdiri, abdomen dapat tampak lebih tipis. Otot abdomen yang lemah pada ibu multipara dapat menyebabkan uterus condong kedepan. Linea nigra dapat terlihat sebagai garis berwarna gelap akibat pigmentasi yang terletak memanjang di bagian tengah abdomen dibawah dan terkadang di atas umbilikus. BSC (bekas *sectio caesarea*) dapat mengidentifikasi adanya operasi abdomen atau obstetrik yang pernah dilakukan sebelumnya (Fraser *et al*, 2009)

(10) Ekstremitas

Pada ibu hamil trimester III sering terjadi edema dependen, yang disebabkan karena kongesti sirkulasi pada ekstremitas bawah, peningkatan kadar permeabilitas kapiler, tekanan dari pembesaran uterus pada vena pelvik ketika duduk atau pada vena kava inferior ketika berbaring. Jika edema muncul pada muka, tangan dan disertai proteiuria serta hipertensi perlu diwaspadai adanya preeklamsia (Marmi, 2014). Bila tungkai bawah akan bergerak sedikit ketika tendon diketuk. Bila gerakannya berlebihan dan cepat, maka hal ini mungkin merupakan tanda preeklamsia. Nilai refleksi negatif kemungkinan pasien mengalami kekurangan B1 (Romauli, 2011).

(11) Pemeriksaan Ano-Genital

Pemeriksaan alat genitalia eksterna terdiri dari inspeksi vulva untuk mengetahui pengeluaran cairan atau darah dari liang senggama, perlukaan pada vulva/labium mayus ada pertumbuhan abnormal (kondiloma akuminata-lata, kista bartholini, abses bartholini, fibroma labium mayus). Pada palpasi vulva akan teraba

tumor pada vulva, teraba benjola atau penebalan labium mayus dan teraba pembengkakan kelenjar Bartholini (Manuaba, 2012).

Pemeriksaan genitalia dilakukan dengan mencari adanya lesi, eritema, perubahan warna, pembengkakan, ekskoriiasi dan memar. Bila ada lesi kemungkinan menunjukkan sifilis atau herpes (Marmi, 2014).

Hemoroid sering didahului oleh konstipasi. Oleh karena itu, semua penyebab konstipasi berpotensi menyebabkan hemoroid. Progesteron juga menyebabkan relaksasi dinding vena dan usus besar. Selain itu, pembesaran uterus mengakibatkan peningkatan tekanan, secara spesifik juga secara umum pada vena hemoroid (Varney *et al*, 2007).

(12) Perkusi

Menurut Walyani (2015), pada perkusi dikatakan normal bila tungkai bawah akan bergerak sedikit ketika tendon diketuk. Bila gerakannya berlebihan dan cepat, maka hal ini mungkin tanda pre eklamsi. Bila refleks patella negatif kemungkinan pasien mengalami kekurangan B1.

(13) Pemeriksaan Penunjang

(a) Pemeriksaan Darah

Menurut Romauli (2011) yang diperiksa adalah golongan darah ibu dan kadar hemoglobin. Pemeriksaan hemoglobin dilakukan untuk mendeteksi faktor risiko kehamilan yang adanya anemia.

(b) Pemeriksaan Urin

Menurut Romauli (2011) pemeriksaan yang dilakukan adalah reduksi urin dan kadar albumin dalam urin sehingga diketahui apakah ibu menderita preeklamsi atau tidak.

(c) Pemeriksaan golongan darah pada ibu hamil ini penting dilakukan untuk mengetahui golongan darah pada ibu. Pemeriksaan golongan darah pada ibu hamil dilakukan pada awal kehamilan. Pemeriksaan golongan darah mempunyai

berbagai manfaat dan mempersingkat waktu dalam identifikasi. Golongan darah penting untuk diketahui dalam hal kepentingan transfusi dan donor yang tepat (Azmielvita, 2009).

- (d) Pemeriksaan urin dilakukan pada kunjungan pertama dan setiap kunjungan trimester III. Diperiksa dengan cara dibakar, dilihat warnanya, kemudian ditetesi asam asetat 2-3 tetes, lalu dilihat warnanya lagi. Cara menilai hasil yaitu tidak ada kekeruhan (-). Ada kekeruhan ringan tanpa butir-butir (+). Kekeruhan mudah terlihat dengan butir-butir (++) . Kekeruhan jelas dan berkeping-keping (+++). Sangat keruh berkeping besar atau bergumpal (++++) (Romauli, 2011).

b. Perumusan Diagnosa dan atau Masalah Diagnosa.

Analisa data adalah melakukan interpretasi data yang telah dikumpulkan, mencakup: diagnosis/masalah kebidanan, diagnosis/masalah potensial serta perlunya antisipasi diagnosis/masalah potensial serta perlunya antisipasi diagnosis/masalah potensial dan tindakan segera (Muslihatun, 2009). G...P...A...UK...Minggu Janin Tunggal Hidup Intrauteri Presentasi Kepala Keadaan Ibu Dan Janin.

c. Perencanaan

Menurut Varney dkk, tahun 2004, perencanaan merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnosa atau masalah yang telah diidentifikasi atau diantisipasi, pada langkah ini informasi atau data dasar yang tidak lengkap dapat dilengkapi. Semua keputusan yang dikembangkan dalam asuhan menyuluruh ini harus rasional dan benar-benar valid berdasarkan pengetahuan dan teori yang up to date serta sesuai dengan asumsi tentang apa yang akan atau tidak akan dilakukan pasien (Febryanti, 2013).

Tujuan : Ibu dan janin sehat, sejahtera sampai melahirkan.

Kriteria hasil :

- 1) Keadaan umum baik.
- 2) Kesadaran composmentis.

- 3) Tanda-tanda vital normal (TD:100/70-130/90 mmHg, N:76-88 x/menit, S:36,5 – 37,5°C, RR:16-24 x/menit).
- 4) Pemeriksaan laboratorium.
- 5) Hb \geq 11 gr%, protein urine (-), reduksi urine (-).
- 6) DJJ 120-160 x/menit, kuat, irama teratur.
- 7) TFU sesuai dengan usia kehamilan.
- 8) Situs bujur dan presentasi kepala.

Intervensi menurut Varney *et al* (2007)

- 1) Jelaskan pada ibu tentang hasil pemeriksaan
R/Bila ibu mengerti keadaannya, ibu bisa kooperatif dengan tindakan yang diberikan.
- 2) Jelaskan tentang ketidaknyamanan dan masalah yang mungkin timbul pada ibu hamil trimester III.
R/Ibu dapat beradaptasi dengan keadaan dirinya.
- 3) Diskusikan dengan ibu tentang kebutuhan dasar ibu hamil meliputi nutrisi, eliminasi, istirahat dan tidur, personal hygiene, aktivitas, hubungan seksual, perawatan payudara, dan senam hamil.
R/Dengan memenuhi kebutuhan dasar ibu hamil, maka kehamilan dapat berlangsung dengan aman dan lancar.
- 4) Jelaskan pada ibu tentang tanda bahaya kehamilan trimester III yang mengindikasikan pentingnya menghubungi tenaga kesehatan dengan segera.
R/Mengidentifikasi tanda bahaya dalam kehamilan, supaya ibu mengetahui kebutuhan yang harus dipersiapkan untuk menghadapi kemungkinan keadaan darurat.
- 5) Jelaskan pada ibu tentang persiapan persalinan.
R/Dengan adanya rencana persalinan akan mengurangi kebingungan dan kekacauan pada saat persalinan serta meningkatkan kemungkinan bahwa ibu akan menerima asuhan yang sesuai dan tepat waktu (Marmi, 2011).

6) Jelaskan pada ibu tentang tanda-tanda persalinan.

R/Mengidentifikasi kebutuhan yang harus dipersiapkan untuk mempersiapkan persalinan dan kemungkinan keadaan darurat.

7) Pesankan pada ibu untuk kontrol ulang sesuai jadwal atau sewaktu-waktu bila ada keluhan.

R/Memantau keadaan ibu dan janin, serta mendeteksi dini terjadinya komplikasi.

d. Implementasi

Menurut Varney, pada langkah ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang diuraikan pada langkah perencanaan, dilaksanakan secara efisien dan aman. Penatalaksanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian oleh klien atau tenaga kesehatan lainnya. Walaupun bidan tidak melakukannya sendiri tetapi dia tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan penatalaksanaannya (Varney, 2007).

Menurut Kemenkes RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Praktik Kebidanan, tindakan kebidanan dilaksanakan berdasarkan diagnose, rencana dan perkembangan keadaan klien.

e. Evaluasi

Menurut Kemenkes RI No.938/Menkes/NK/VII 2007/7 tentang Standar Asuhan Kebidanan. Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dan asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Evaluasi atau penilaian dilakukan segera setelah selesai melakukan asuhan sesuai kondisi klien. Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada klien dan keluarga. Hasil evaluasi harus ditindaklanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien:

f. Pencatatan Asuhan Kebidanan

Dokumentasi merupakan salah satu bukti bagi seorang bidan telah melaksanakan pelayanan. Asuhan yang dilakukan harus dicatat secara benar, jelas, singkat, logis dalam suatu metode pendokumentasian.

Pendokumentasian yang baik dan benar merupakan upaya untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan.

2. Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin

a. S (Subyektif) :

1) Keluhan

Menurut Manuaba (2012) tanda-tanda persalinan adalah:

- a) Terjadinya his persalinan. His persalinan mempunyai ciri khas pinggang terasa nyeri yang menjalar ke depan, sifatnya teratur, interval makin pendek, dan kekuatannya makin besar, mempunyai pengaruh terhadap pembukaan serviks, makin beraktivitas (jalan) makin bertambah.
- b) Pengeluaran lendir dan darah (pembawa tanda). Dengan his persalinan terjadi perubahan pada serviks yang menimbulkan pendataran dan pembukaan. Pembukaan menyebabkan lendir yang terdapat pada kanalis servikalis lepas. Terjadi perdarahan karena kapiler pembuluh darah pecah.
- c) Pengeluaran cairan. Pada beberapa kasus terjadi ketuban pecah yang menimbulkan pengeluaran cairan. Sebagian besar ketuban baru pecah menjelang pembukaan lengkap. Dengan pecahnya ketuban diharapkan persalinan berlangsung dalam waktu 24 jam.

2) Pola Aktifitas Sehari-hari

a) Pola Nutrisi

Menanyakan kepada ibu kapan ibu makan terakhir.

b) Pola Eliminasi

Menanyakan kepada ibu kapan ibu BAB dan BAK terakhir.

c) Pola Personal Hygiene

Kebersihan tubuh senantiasa dijaga kebersihannya. Baju hendaknya yang longgar dan mudah dipakai, sepatu atau alas kaki dengan tumit tinggi agar tidak dipakai lagi.

d) Pola fisik dan istirahat

Menanyakan kepada ibu jam berapa ibu istirahat terakhir.

b. (O) Objektif

1) Pemeriksaan Umum

a) Kesadaran

b) Tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi, suhu, dan pernapasan)

c) LILA

Untuk mengetahui status gizi ibu, normalnya 23,5 Cm

d) Berat badan

Ditimbang waktu tiap kali ibu datang untuk control kandungannya

2) Pemeriksaan fisik obstetri

a) Muka : apakah oedema atau tidak, sianosis atau tidak

b) Mata : konjungtiva : normalnya berwarna merah muda
Sclera : normalnya berwarna putih

c) Hidung : bersih atau tidak, ada luka atau tidak, ada caries atau tidak

d) Leher : ada pembesaran kelenjar tiroid dan kelenjar limfe atau tidak

e) Dada : payudara simetris atau tidak, puting bersih dan menonjol atau tidak, hiperpigmentasi aerola atau tidak, colostrums sudah keluar atau tidak.

f) Abdomen : ada luka bekas SC atau tidak, ada linea atau tidak, striae albicans atau lividae

Leopold I : tinggi fundus uteri sesuai dengan usia kehamilan atau tidak, di fundus normalnya teraba bagian lunak dan tidak melenting.

Leopold II : normalnya teraba bagian panjang, keras seperti papan, pada satu sisi uterus dan pada sisi lainnya teraba bagian kecil.

Leopold III : normalnya teraba bagian yang bulat keras dan melenting pada bagian bawah uterus ibu apakah sudah masuk PAP atau belum.

Leopold IV : dilakukan jika pada Leopold III teraba bagian janin sudah masuk PAP. Dilakukan dengan menggunakan patokan dari penolong dan simpisis ibu, berfungsi untuk mengetahui penurunan presentasi.

Denyut Jantung Janin(DJJ) : terdengar denyut jantung dibawah pusat ibu (baik di bagian kiri atau kanan).
Normalnya 120-160 x/menit

- g) Genetalia : vulva dan vagina bersih atau tidak, oedema atau tidak, ada flour albus atau tidak, ada pembesaran kelenjar skene dan kelenjar bartolini atau tidak, ada kandidoma atau tidak, ada kandidoma akuminata atau tidak, ada kemerahan atau tidak. Pada bagian perineum ada luka episiotomy atau tidak. Pada bagian anus ada benjolan atau tidak, keluar darah atau tidak.
- h) Ektremitas atas dan bawah : simetris atau tidak, oedema atau tidak, varises atau tidak. Pada ekstremitas terdapat gerakan refleks pada kaki, baik pada kaki kiri maupun kanan.

3) Pemeriksaan khusus

Vaginal toucher sebaiknya dilakukan setiap 4 jam selama kala I persalinan dan setelah selaput ketuban pecah, catat pada jam berapa diperiksa, oleh siapa dan sudah pembukaan berapa, dengan VT dapat diketahui juga effacement, konsistensi, keadaan ketuban, presentasi, denominator, dan hodge. Pemeriksaan dalam dilakukan atas indikasi ketuban pecah sedangkan bagian depan masih tinggi, apabila kita mengharapkan pembukaan lengkap, dan untuk menyelesaikan persalinan.

c. A (Analisa Masalah/Assesment)

Umur...Tahun G...P...A... AH... Janin Tunggal Hidup Intrauteri Presentasi Kepala, Inpartu Kala I Fase Laten Keadaan Ibu Dan Janin Baik.

d. P (Penatalaksanaan)

Melaksanakan semua kegiatan yang telah direncanakan.

3. Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas

a. S (Subyektif) :

Pengkajian atau pengumpulan data dasar adalah mengumpulkan semua data yang dibutuhkan untuk mengevaluasi keadaan pasien. Merupakan langkah pertama untuk mengumpulkan semua sumber yang berkaitan dengan kondisi pasien

1) Umur

Usia di bawah 16 tahun atau di atas 35 tahun mempredisposisi wanita terhadap sejumlah komplikasi. Usia di bawah 16 tahun meningkatkan insiden pre eklampsia. Usia di atas 35 tahun meningkatkan insiden diabetes tipe II (yang menyebabkan peningkatan insiden diabetes kehamilan juga diagnosis tipe II); hipertensi kronis yang menyebabkan peningkatan insiden pre eklapsia dan abrupsi plasenta. Persalinanyang lama pada nulipara, seksio sesarea, kelahiran preterm, IUGR, anomali kromosom dan kematian janin (Varney *et al*, 2007).

2) Pendidikan

Tingkat pendidikan yang rendah terutama jika berhubungan dengan usia yang muda, berhubungan erat dengan perawatan prenatal yang tidak adekuat (Walsh, 2012).

3) Pekerjaan

Gunanya untuk mengetahui dan mengukur tingkat social ekonominya, karena ini juga mempengaruhi dalam gizi pasien tersebut.

4) Keluhan Utama

Untuk mengetahui masalah yang dihadapi yang berkaitan dengan masa nifas, misalnya pasien merasa mules, sakit pada jalan lahir, karena adanya jahitan pada perineum.

5) Riwayat Kesehatan

Kehamilan, persalinan dan anak sebelumnya perlu dikaji untuk mengetahui berapa umur kehamilan yang lalu. Persalinan ibu yang lalu dilakukan secara spontan atau buatan, lahir aterm atau premature, ada perdarahan, waktu persalinan ditolong oleh siapa, dan dimana tempat melahirkan. Riwayat anak juga perlu dikaji untuk mengetahui riwayat anak, jenis kelamin, hidup atau mati, kalau meninggal pada usia berapa dan sebab meninggal, berat badan dan panjang badan waktu lahir (Wiknjosastro, 2007). Sedangkan masa nifas yang lalu perlu juga dikaji untuk mengetahui untuk dapat melakukan pencegahan atau waspada terhadap kemungkinan kekambuhan komplikasi (Nursalam, 2008). Selain itu, juga perlu mengkaji riwayat laktasi anak untuk mengetahui berapa lama ibu pernah menyusui, adakah keluhan atau tidak saat menyusui (Wiknjosastro, 2007).

6) Riwayat Perkawinan

Yang perlu dikaji adalah berapa kali menikah, status menikah sah atau tidak, karena bila melahirkan tanpa status yang jelas akan berkaitan dengan psikologinya sehingga akan mempengaruhi proses nifas.

7) Riwayat KB

Untuk mengetahui apakah pasien pernah ikut KB dengan kontrasepsi jenis apa, berapa lama, adakah keluhan selama menggunakan kontrasepsi serta rencana KB setelah masa nifas ini dan beralih ke kontrasepsi apa.

8) Kehidupan Sosial Budaya

Untuk mengetahui pasien dan keluarga yang menganut adat istiadat yang akan menguntungkan atau merugikan pasien khususnya pada masa nifas misalnya pada kebiasaan pantang makan.

9) Data Psikososial

Banyak masyarakat dari berbagai budaya percaya akan hubungan asosiatif antara suatu bahan makanan menurut bentuk dan sifatnya dengan akibat buruk yang ditimbulkannya. Makanan panas diberikan untuk menghilangkan perdarahan setelah melahirkan. Menyusui juga dipengaruhi oleh panas dan dingin, panas dipercayai meningkatkan ASI dan dingin mengurangi (Baumali, 2009). Untuk mengetahui respon ibu dan keluarga terhadap bayinya. Wanita mengalami banyak perubahan emosi / psikologis selama masa nifas sementara ia menyesuaikan diri menjadi seorang ibu. Cukup sering ibu menunjukkan depresi ringan beberapa hari setelah kelahiran.

10) Pola / Data fungsional Kesehatan

(a) Nutrisi

Menanyakan kepada ibu kapan ibu makan terakhir.

(b) Istirahat

Menanyakan kepada ibu jam berapa ibu Istirahat terakhir.

(c) Aktivitas

Perlu dikaji untuk mengetahui apakah bendungan ASI yang dialami ibu disebabkan karena aktivitas fisik secara berlebihan

(d) Eliminasi

Menanyakan kepada ibu kapan BAB dan BAK terakhir.

(e) Kebersihan diri

Menanyakan kepada ibu kapan melakukan kebersihan diri seperti mandi, ganti pakaian luar dan dalam, dan ganti softex.

b. O (objektif):

1) Pemeriksaan Umum

a) Keadaan Umum dan kesadaran penderita

Composmentis (kesadaran baik) gangguan kesadaran (apatis, samnolen, spoor, koma).

b) Tanda-tanda vital

Ditujukan untuk mengetahui keadaan ibu berkaitan dengan kondisi yang dialaminya.

2) Pemeriksaan fisik

a) Muka

Periksa palpebra, konjungtiva, dan sclera. Periksa palpebra untuk memperkirakan gejala oedema umum. Periksa konjungtiva dan sclera untuk memperkirakan adanya anemia dan ikterus.

b) Mata

Dilakukan pemeriksaan dengan melihat konjungtiva, sclera, kebersihan, kelainan, serta gangguan pengelihatatan.

c) Hidung

Dilakukan pemeriksaan dengan melihat kebersihan, adanya polip, dan alergi pada debu.

d) Mulut

Periksa adanya karies, tonsillitis atau faringitis. Hal tersebut merupakan sumber infeksi.

e) Leher

Periksa adanya pembesaran kelenjar limfe da parotitis.

f) Ketiak

Periksa adanya kelainan atau tidak serta periksa adanya luka atau tidak.

g) Payudara

Inspeksi bentuk payudara, benjolan, pigmentasi putting susu. Palpasi adanya benjolan (tumor mammae) dan colostrums.

h) Abdomen

Pemeriksaan adomen terdiri dari Involusi uteri, Kontraksi uterus, TFU: ... jari dibawah pusat.

i) Genitalia

(1) Lochea normal: merah hitam (lochea rubra), bau biasa, tidak ada bekuan darah atau butir-butir darah beku (ukuran jeruk kecil), jumlah perdarahan yang ringan atau sedikit (hanya perlu mengganti pembalut setiap 3-5 jam). Lochea abnormal: merah terang, bau busuk, mengeluarkan darah beku, perdarahan berat (memerlukan penggantian pembalut setiap 0-2 jam).

(2) Keadaan perineum : oedema, hematoma, bekas luka episiotomi/ robekan, hecing.

j) Kandung kemih : kosong atau tidak

k) Anus : tidak ada hemorrhoid

l) Ekstremitas : tidak ada oedema, varices pada ekstrimitas atas dan bawah.

m)Pemeriksaan penunjang/laboratorium

Melakukan tes laboratorium yang diperlukan yakni protein urine, glukosa urine dan hemoglobin, golongan darah.

c. A (Analisa Masalah/Asessment)

Umur ...tahun P.. A.. AH.. Post Partum Normal Keadaan Ibu Baik.

4. Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Pada Bayi Baru Lahir Normal

a. S (Subyektif)

Menggambarkan pendokumentasian hasil pengumpulan data klien melalui anamnesa sebagai Permenkes 938/ 2007. Subyektif ini merupakan informasi yang diperoleh langsung dari klien.Tanda gejala subyektif yang diperoleh dari hasil bertanya dari pasien, suami atau keluarga yaitu:

1) Menanyakan identitas neonatus yang meliputi:

a) Nama bayi ditulis dengan nama ibu, misal bayiNy.Nina

- b) Tanggal dan Jam Lahir
- c) Jenis Kelamin
- 2) Identitas orangtua
- b. O (objektif)

Tanda gejala objektif yang diperoleh dari hasil pemeriksaan antara lain:

- 1) Periksa keadaan umum:
 - a) Ukuran secara keseluruhan (perbandingan tubuh bayi proporsional/tidak).
 - b) Tonus otot, tingkat aktivitas (gerakan bayi aktif atau tidak)
 - c) Warna kulit dan bibir (kemerahan/kebiruan)
 - d) Tangis bayi
 - e) Periksa tanda vital
 - f) Periksa laju napas dihitung selama 1 menit penuh dengan mengamati naik turun dinding dada dan abdomen secara bersamaan. Laju napas normal 40-60 x/menit.
 - g) Periksa laju jantung menggunakan stetoskop dapat didengar dengan jelas. Dihitung selama 1 menit. Laju jantung normal 120-160 x/menit.
 - h) Suhu tubuh bayi baru lahir normalnya $36,5-37,5^{\circ}\text{C}$ diukur dengan termometer di daerah aksila bayi
 - i) Lakukan penimbangan
Letakkan kain dan atur skala timbangan ke titik nol sebelum penimbangan. Hasil timbangan dikurangi dengan berat alas dan pembungkus bayi.
 - j) Lakukan pengukuran panjang badan
Letakkan bayi di tempat datar. Ukur panjang badan bayi menggunakan alat pengukur panjang badan dari kepala sampai tumit dengan kaki/badan bayi diluruskan.

- k) Ukur lingkar kepala
Pengukuran dilakukan dari dahi kemudian melingkari kepala kembali ke dahi
- l) Periksa kepala
Periksa ubun-ubun, sutura/molase, pembengkakan/ daerah yang mencekung.
- m) Ukur lingkar lengan atas
Pengukuran dilakukan pada pertengahan lengan bayi
- n) Periksa telinga
Periksa hubungan letak mata dan kepala. Tatap wajahnya, bayangkan sebuah garis melintas kedua matanya dan bunyikan bel/suara, apabila terjadi refleks terkejut maka pendengaran baik, apabila tidak terjadi refleks kemungkinan mengalami gangguan pendengaran.
- o) Periksa mata
Bersihkan kedua mata bayi dengan kapas dan buka mata bayi dan lihat apakah ada tanda infeksi/pus serta kelainan pada mata.
- p) Periksa hidung dan mulut
Apakah bayi dapat bernapas dengan mudah melalui hidung/ada hambatan dan lakukan pemeriksaan pada bibir dan langit, refleks isap dinilai dengan mengamati pada saat bayi menyusui. Perhatikan adanya kelainan kongenital.
- q) Periksa leher
Amati apakah ada pembengkakan atau benjolan serta amati juga pergerakan leher.
- r) Periksa dada
Periksa bentuk dada, puting, bunyi napas, dan bunyi jantung dan ukur lingkar dada dari daerah dada ke

punggung kembali ke dada (pengukuran dilakukan melalui kedua puting susu).

- s) Periksa bahu, lengan dan tangan
Sentuh telapak tangan bayi dengan jari anda dan hitung jumlah jari tangan bayi; bayi akan menggenggam tangan anda kuat-kuat sehingga tubuhnya terangkat naik.
- t) Periksa sistem saraf, adanya refleks *morro*
Pemeriksa bertepuk tangan, jika terkejut bayi akan membuka telapak tangannya seperti akan mengambil sesuatu.
- u) Periksa perut bayi
Perhatikan bentuk, penonjolan sekitar tali pusat, perdarahan tali pusat, dan benjolan di perut bayi.
- v) Periksa alat kelamin
Untuk laki-laki, periksa apakah kedua testis sudah berada dalam skrotum dan penis berluang diujungnya. Untuk bayi perempuan periksa labia mayora dan minora, apakah vagina dan uretra berlubang.
- w) Periksa tungkai dan kaki
Perhatikan bentuk, gerakan dan jumlah jari.
- x) Periksa punggung dan anus bayi
Letakkan bayi dalam posisi telungkup, raba sepanjang tulang belakang untuk mencari ada tidaknya kelainan. Periksa juga lubang anus.
- y) Periksa kulit bayi
Perhatikan *vernix caseosa* (tidak perlu dibersihkan karena menjaga kehangatan tubuh), warna kulit, pembengkakan, bercak hitam dan tanda lahir.

c. A (Analisa Masalah/Asessment)

Neonatus cukup bulan sesuai umur kehamilan usia.. keadaan umum baik.

d. P (Penatalaksanaan)

Menggambarkan pendokumentasi dari perencanaan, tindakan dan evaluasi berdasarkan assesment sebagai langkah 5,6 dan 7 Varney.

- 1) Membuat perencanaan tindakan saat itu atau yang akan datang untuk mengusahakan mencapai kondisi pasien sebaik mungkin atau menjaga atau mempertahankan kesejahteraan.
- 2) Proses ini termasuk kriteria tujuan terdiri dari kebutuhan pasien yang harus dicapai dalam batas waktu tertentu.
- 3) Tindakan yang diambil harus membantu pasien mencapai kemajuan dalam kesejahteraannya dan harus mendukung rencana dokter bila itu dalam manajemen kolaborasi atau rujukan.

5. Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Pada Keluarga Berencana

a. S (Subyektif)

Keluhan utama : Keluhan utama dikaji untuk mengetahui keluhan yang dirasakan pasien saat ini.

b. O (Objektif)

- 1) Keadaan umum dilakukan untuk mengetahui keadaan umum kesehatan klien.
- 2) Tanda vital
 - a) Tekanan darah
 - b) Nadi
 - c) Suhu
 - d) Pernapasan
- 3) Berat badan : mengetahui berat badan pasien sebelum dan sesudah menggunakan alat kontrasepsi
- 4) Kepala : pemeriksaan dilakukan secara inspeksi dan palpasi, dilakukan dengan memperhatikan bentuk kepala yang abnormal, distribusi rambut bervariasi pada setiap

orang, kulit kepala dikaji dari adanya peradangan, luka maupun tumor.

- 5) Mata: untuk mengetahui bentuk dan fungsi mata, teknik yang digunakan inspeksi dan palpasi, mata yang diperiksa simteris atau tidak, kelopak mata cekung atau tidak, konjungtiva anemis atau tidak, sclera ikterik atau tidak.
- 6) Hidung : diperiksa untuk mengetahui ada polip atau tidak
- 7) Mulut : untuk mengetahui apakah ada stomatitis atau tidak, ada karies dentis atau tidak
- 8) Telinga : diperiksa untuk mengetahui tanda infeksi telinga ada atau tidak
- 9) Leher : apakah ada pembesaran kelenjar limfe dan kelenjar thyroid
- 10) Dada : dikaji untuk mengetahui dada simetris atau tidak, ada retraksi dinding dada saat respirasi atau tidak
- 11) Payudara : dikaji untuk mengetahui apakah ada kelainan pada bentuk payudara seperti benjolan normal atau tidak.
- 12) Abdomen : untuk mengkaji adanya distensi, nyeri tekan dan adanya massa, apakah ada pembesaran dan konsistensi, apakah ada bekas luka operasi pada daerah abdomen atau tidak.
- 13) Pinggang : untuk mengetahui adanya nyeri tekan waktu diperiksa atau tidak
- 14) Genetalia: dikaji apakah ada kondiloma akuminata, dan diraba adanya infeksi kelenjar bartholini dan skene atau tidak
- 15) Anus : apakah pada saat inspeksi ada haemoroid atau tidak
- 16) Ekstremitas : diperiksa apakah ada varises atau tidak, ada oedema atau tidak.

c. A (Analisa Masalah/Asessment)

P...A..AH.. Aktif KB Implan

d. P (Penatalaksanaan)

Perencanaan/intervensi

Tanggal..... jam.....

Lakukan komunikasi terapeutik pada pasien dan merencanakan asuhan kebidanan sesuai dengan kasus yang ada yang didukung dengan pendekatan yang rasional sebagai dasar untuk mengambil keputusan sesuai langkah selanjutnya. Perencanaan berkaitan dengan diagnosa, masalah dan kebutuhan.

1) Berkaitan dengan diagnosa kebidanan:

- a) Pemberian informasi tentang hasil pemeriksaan keadaan pasien
- b) Pemberian informasi tentang indikasi, kontraindikasi
- c) Pemberian informasi tentang keuntungan dan kerugian
- d) Pemberian informasi tentang cara penggunaan
- e) Pemberian informasi tentang efek samping

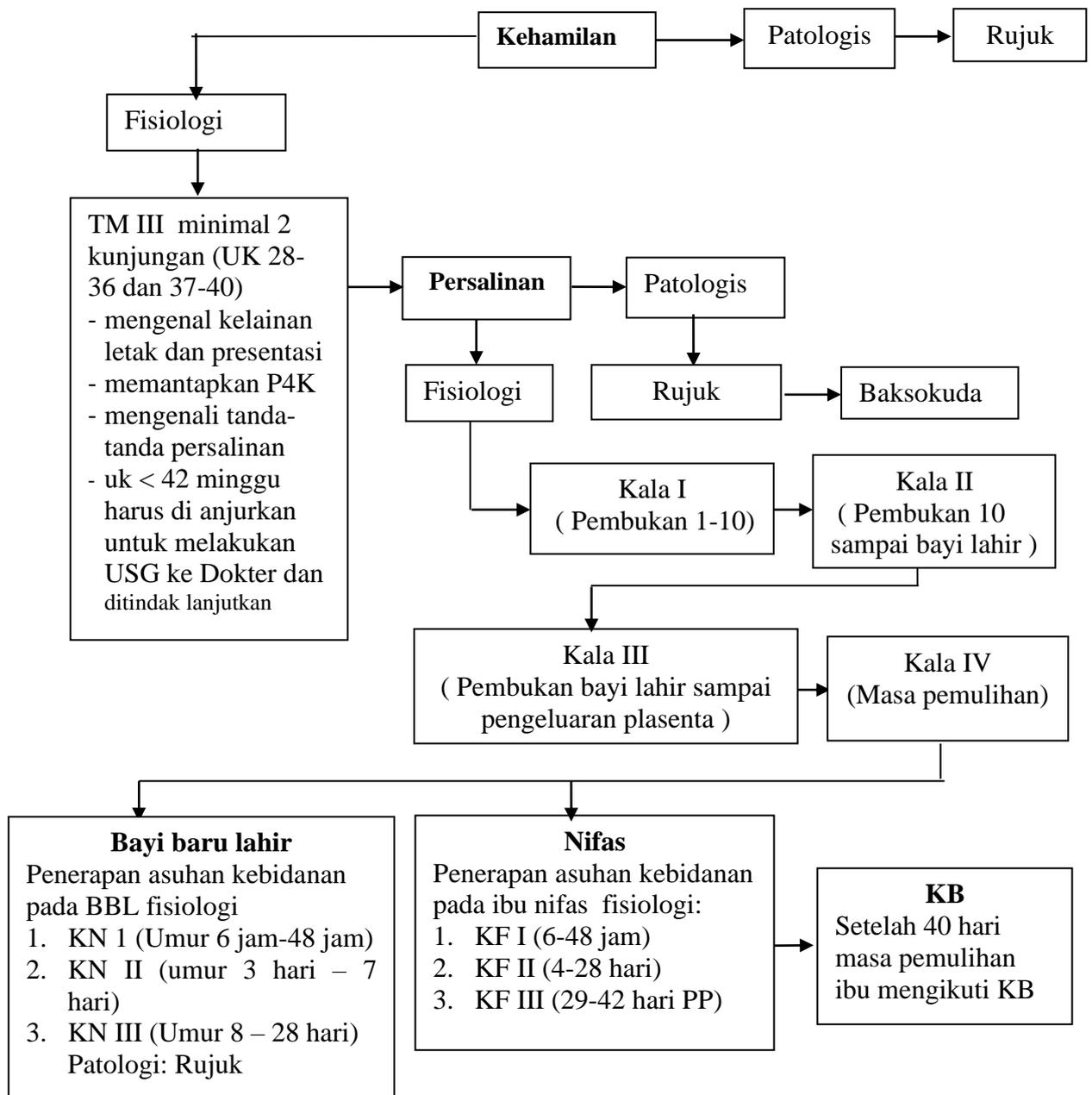
2) Berkaitan dengan masalah

Pemberian informasi mengenai proses atau cara kerja alat kontrasepsi.

Pelaksanaan/implementasi

Pelaksanaan bertujuan mengatasi diagnose kebidanan, masalah pasien, sesuai rencana yang telah dibuat. Pelaksanaan tersebut hendaknya dibuat secara sistematis agar asuhan dapat dilakukan dengan baik dan melakukan follow up. Langkah ini merupakan langkah terakhir dari semua tindakan guna mengetahui apa yang telah dilakukan bidan, apakah implementasi sesuai dengan perencanaan dan harapan dari asuhan kebidanan yang diberikan.

2.3 PATHWAY



BAB 3

METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Desain penelitian merupakan wada untuk menjawab pertanyaan penelitian atau menguji keahlian hipotesis. Desain dalam penelitian kualitatif dapat bervariasi sehubungan dengan bentuk alami yang di jumpai oleh peneliti yang bersangkutan di lapangan. Agar peneliti berjalan sesuai apa yang diharapkan, maka perlu direncanakan desain penelitian (Sujarweni,2014).

Penelitian tentang studi kasus Asuhan Kebidanan Berkelanjutan di Puskesmas Sikumana metode penelitian yang digunakan adalah studi penelaahan kasus (*case study*). Studi kasus dilakukan dengan cara meneliti suatu permasalahan melalui suatu kasus yang terdiri dari unit tunggal. Unit tunggal disini dapat berarti satu orang, sekelompok penduduk yang terkena satu masalah. Unit tunggal juga yang berart penelitian ini dilakukan kepada seorang ibu dalam menjalani masa kehamilan, persalinan, nifas, BBL dan KB. Unit yang menjadi kasus tersebut terlalu mendalam dianalisis baik dari segi yang berhubungan dengan kasus itu sendiri, factor-faktor yang mempengaruhi, kejadian-kejadian yang muncul sehubungan dengan kasus, maupun tindakan dan reaksi kasus terhadap suatu perlakuan atau pemaparan tertentu (Notoatmojo, 2010).

Desain yang digunakan pada penelitian ini adalah deskriptif kualitatif dengan pendekatan studi kasus yaitu untuk menggambarkan asuhan kebidanan pada Ny. N.D dengan menggunakan 7 langkah varney dan pendokumentasian SOAP.

3.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

Lokasi merupakan lokasi tempat dimana studi kasus diambil (Notoadmojo, 2010). Lokasi tempat studi kasus diambil yaitu di Puskesmas Sikumana Kota Kupang.

Waktu adalah jangka waktu yang dibutuhkan peneliti untuk memperoleh data yang dibutuhkan selama kasus yang berlangsung (Notoadmojo, 2012). Kasus ini diambil sejak periode 13 Mei s/d 05 Juli 2020.

3.3 Populasi dan Sampel

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas subyek atau obyek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2011). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh ibu hamil di Puskesmas Sikumana Kota Kupang

Sampel adalah bagian atau jumlah karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut. Bila populasi besar, dan peneliti tidak mungkin mempelajari semua yang ada pada populasi (Sugiyono, 2011). Sampel dalam penelitian adalah salah satu ibu hamil trimester III. Teknik pengambilan sampel yang digunakan ialah *purposive sampling* dengan kriteria inklusi ibu bersedia menjadi pasien, dan usia kehamilan TM III (38 minggu).

3.4 Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data pada kasus ini adalah:

3.4.1 Data Primer

Yaitu pada pokok atau utama yang diperoleh langsung baik dari klien itu sendiri atau anggota keluarga yang bersangkutan dengan cara :

a. Wawancara

Pemeriksaan yang dilakukan dengan cara tanya jawab langsung baik dari pasien atau anggota keluarga tentang kondisi pasien dan mengkaji biodata, keluhan-keluhan, pengetahuan pasien mengenai persalinan, tentang riwayat kesehatan, riwayat haid, riwayat perkawinan, HPHT riwayat kehamilan persalinan lalu, serta pola pemenuhan kebutuhan sehari-hari.

b. Pemeriksaan fisik

Menurut Nursalam (2009) ada 4 teknik dalam pemeriksaan fisik yaitu:

1) Inspeksi

Inspeksi adalah suatu proses observasi yang dilakukan sistematis dengan menggunakan indera penglihat, pendengar, dan penciuman sebagai suatu alat untuk mengumpulkan data (Nursalam, 2009). Pada kasus ini dilakukan pemeriksaan berurutan mulai dari kepala hingga ujung kaki (Prawirohardjo, 2006).

2) Palpasi

Palpasi atau Teknik yang menggunakan indera peraba tangan. Jari adalah suatu instrument yang sensitive yang digunakan untuk mengumpulkan data temperature, turgor, bentuk, kelembaban, dan ukuran (Nursalam, 2009).

3) Perkusi

Perkusi yaitu pemeriksaan fisik dengan cara mengetuk untuk membandingkan kiri kanan pada setiap daerah permukaan tubuh dengan tujuan menghasilkan suara (Nursalam, 2009).

4) Auskultasi

Auskultasi merupakan pemeriksaan dengan cara mendengarkan suatu yang dihasilkan oleh tubuh dengan menggunakan stetoscope (Nursalam, 2009).

Dalam kasus ini stetoscope digunakan untuk mendeteksi bunyi jantung pasien dan dopler untuk mendeteksi detak jantung janin (Nursalam, 2009).

5) Observasi

Pengamatan yang dilakukan secara langsung pada pasien mulai dari kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, dan keluarga berencana.

3.4.2 Data Sekunder

Data sekunder yaitu data yang menunjang untuk mengidentifikasi masalah dan untuk melakukan tindakan. Data sekunder ini dapat diperoleh dengan mempelajari kasus atau dokumentasi pasien (buku register kehamilan) serta catatan asuhan kebidanan dan studi perpustakaan.

3.5 Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen adalah alat atau fasilitas yang digunakan oleh peneliti dalam mengumpulkan data (Ari Setiawan dan Saryono, 2011). Pada studi kasus ini penulis menggunakan instrumen format pengkajian 7 langkah (Varney) dan SOAP.

3.5.1 Alat dan bahan untuk pemeriksaan kehamilan (ANC)

Tensimeter, stetoskop, timbangan berat badan, termometer, jam tangan, *handscoon*, *aquades*, HCL, kapas alkohol, pita LILA, *hammer refleks*, format asuhan kebidanan pada ibu hamil dan skor PR.

3.5.2 Alat dan bahan untuk pertolongan persalinan

a. Saff I

Partus Set :

Bak instrument berisi: Klem tali pusat 2 buah, Gunting tali pusat 1 buah, Gunting episiotomi 1 buah, $\frac{1}{2}$ kocher 1 buah, Penjepit tali pusat, Handscoon 2 pasang, Kassa secukupnya.

Tempat berisi obat: Oxytocin 2 ampul (10 IU), Lidokain 2%, Aquades, Dispo 3 cc, 5 cc dan 1 cc, Vitamin K/NEO K 1 ampul, Salep mata oxytetracylin 1%.

Lain-lain: Tempat berisi air DTT dan kapas DTT, Korentang dalam tempatnya, Larutan sanitizer 1 botol, Larutan klorin 0,5% 1 botol, Funanduskop, Pita cm.

b. Saff II :

Heating Set :

Bak Instrumen berisi: Naldvooder 1 buah, Gunting benang 1 buah, Jarum otot dan kulit, benang, pinset anatomis 1 buah, spuit 5cc 1 buah, Handscoon steril 1 pasang, Kassa secukupnya., tampon, Tempat plasenta dan tensi meter.

c. Saff III :

Cairan infus RL, infuse set dan abocath, Pakaian ibu dan bayi, Alat pelindung diri (celemek, penutup kepala, masker, kacamata, sepatu booth)

3. Alat dan tempat resusitasi (meja resusitasi, 3 buah kain, balon sungkup, reservoir, selang O₂, penghisap lendir de lee, stetoskop, tabung O₂).
4. Alat dan bahan yang digunakan untuk wawancara : Pulpen dan format asuhan kebidanan ibu bersalin.
5. Alat dan bahan yang diggunakan untuk melakukan studi dokumentasi adalah partograf, Skor poedji rohyati, format MTMB, catatan medik atau status pasien, register KIA dan buku KIA.
6. Obat-obatan : Sulfat ferosus, kalsium laktat, vitamin C, Amoxicillin, asam mefenamat, livron B. Plex
7. Alat yang digunakan untuk pemeriksaan BBL yaitu Alat dan tempat resusitasi (meja resusitasi, 3 buah kain, balon sungkup, reservoir, selang O₂, penghisap lendir, stetoskop, tabung O₂), pita senti, timbangan berat badan, jam tangan, stetoscope, thermometer, dan format asuhan kebidanan pada Bayi Baru Lahir,
8. Alat yang digunakan untuk pemeriksaan Nifas yaitu tensimeter, stetoscope, jam tangan, thermometer dan format asuhan kebidanan pada ibu Nifas.

3.6 Etika Penelitian

Etika adalah peristiwa interaksi social dalam social dalam kehidupan sehari-hari yang berkaitan dengan falsafah moral, sopan santun, tata-susila, budi pekerti. Penelitian kasus adalah penelitian yang dilaksanakan dengan metode ilmiah yang telah teruji validitas dan reliabilitas. Penelitian akan dibenarkan secara etis apabila penelitian dilakukan seperti 3 hal diatas, dalam menuliskan laporan kasus juga memiliki masalah etik yang harus di atasi beberapa masalah etik yang harus di atasi adalah: infom consent, anonymity, dan confidentiality.

3.6.1 *Inform Consent*

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

3.6.2 *Anonymity*

Didasari atas kerahasiaan, subjek penelitian memilki hak untuk tidak ditulis namanya atau anonym dan memiliki hak untuk berasumsi bahwa data yang dikumpulkan akan dijaga kerahasiannya.

3.6.3 *Confidentiality*

Sama halnya dengan *anonamity*, *confidentiality* adalah pencegahan bagi mereka yang tidak berkepentingan, yang ingin mengetahui secara umum data, hak dan kerahasiaan klien. Manfaat confidentiality ini adalah menjaga kerahasiaan secara menyeluruh.

BAB 4

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

4.1 Gambaran Lokasi Penelitian

Lokasi pengambilan kasus dilakukan di Puskesmas Sikumana yang terletak di jalan Oelon1, Kelurahan Sikumana Kecamatan Maulafa, Kota Kupang. Puskesmas Sikumana pada awalnya merupakan Puskesmas Pembantu Sikumana yang didirikan pada tahun 1990 dan berada di wilayah kabupaten Kupang dengan Puskesmas induk adalah Puskesmas Batakte. Pada awalnya pelayanan dilakukan di kantor Lurah Sikumana karena saat itu belum ada bangunan khusus untuk puskesmas pembantu. Pada Bulan Mei Tahun 1992, Puskesmas Pembantu Sikumana secara resmi memiliki tempat pelayanan kesehatan sendiri.

Pada Tahun 1993, status Puskesmas Pembantu Sikumana berubah menjadi Puskesmas Induk yang memberikan pelayanan kesehatan Rawat Jalan (Non Perawatan) meliputi wilayah Sikumana, Bello, Fatukoa, Tunfeu, Oemasi, Usapi, Bone, Tasikona, dan masih masuk dalam wilayah Kabupaten Kupang. Pada tahun 1995 Puskesmas Sikumana bergabung dalam wilayah kerja kota Kupang dan berubah status menjadi Puskesmas Induk dengan 2 jenis pelayanan (Rawat jalan dan Rawat Inap).

Jumlah sarana kesehatan di wilayah kerja Puskesmas Sikumana Tahun 2018 sebagai berikut : Puskesmas Induk 1, Rawat inap (PONED dan Rawat Inap umum), Puskesmas pembantu 7 (Pustu Oebelo, Pustu Oepura, Pustu Naikolan, Pustu Fatukoa, Pustu Kolhua dan Pustu Sokon) dan Poskeskel Petuk Posyandu Balita 52, Posyandu Lansia 26.

Jumlah tenaga dalam wilayah kerja Puskesmas Sikumana PNS, PTT maupun tenaga honorer sebanyak 155 orang dengan perincian PNS 69 orang, PTT bidan 11 orang, cleaning service 2 orang, satpam 2 orang, sopir 1 orang. PNS terdiri dari Dokter umum 4 orang, Dokter gigi 1 orang, Perawat 21 orang, Bidan 26 orang, Perawat gigi 4 orang,

Asisten apoteker 3 orang, Gizi 4 orang, Sanitarian 3 orang, Analis 2 orang, Kesmas 2 orang, keuangan 1 orang TU 1 orang.

Wilayah Kerja Puskesmas Sikumana berbatasan dengan wilayah-wilayah sebagai berikut :

1. Sebelah Timur berbatasan dengan Kecamatan Kupang Tengah.
2. Sebelah Barat berbatasan dengan Kecamatan Alak
3. Sebelah Utara berbatasan dengan Kecamatan Oebobo
4. Sebelah Selatan berbatasan dengan Kecamatan Kupang Barat.

Salah satu bentuk program pelayanan kesehatan untuk masyarakat yang diselenggarakan oleh Puskesmas Sikumana adalah dengan menyelenggarakan Upaya Kesehatan Perorangan yang disingkat dengan UKP. Adapun pelayanan yang termasuk dalam UKP adalah: Pelayanan pemeriksaan umum, Pelayanan kesehatan gigi dan mulut, Pelayanan KIA/KB yang bersifat UKP, Pelayanan gawat darurat, Pelayanan gizi yang bersifat UKP, Pelayanan rawat inap persalinan, Pelayanan rawat inap umum dan Pelayanan kefarmasian. Program yang selanjutnya adalah Upaya Kesehatan Masyarakat atau disingkat UKM. Dalam pelaksanaannya UKM dibagi menjadi UKM Esensial dan UKM Pengembangan.

Kegiatan pelayanan yang termasuk dalam UKM Esensial adalah: Pelayanan promosi dan kesehatan, Pelayanan kesehatan lingkungan, pelayanan KIA/KB yang bersifat UKM, Pelayanan gizi yang bersifat UKM, pelayanan pencegahan dan pengendalian penyakit dan pelayanan keperawatan kesehatan masyarakat. Sedangkan kegiatan yang termasuk dalam UKM pengembangan adalah: pelayanan kesehatan jiwa, pelayanan kesehatan gisi masyarakat, pelayanan kesehatan tradisional komplementer, pelayanan kesehatan olah raga, pelayanan kesehatan indera, pelayanan kesehatan lanjut usia, kesehatan kerja, dan kesehatan reproduksi.

Semua kegiatan pelayanan kesehatan tersebut diatas sudah sesuai dengan PMK Nomor 75 tahun 2014, PERDA Nomor 33 tahun 2016 dan Perwali BLUD Nomor 139/KEP/HK/2017.

4.2 Tinjauan Kasus

Asuhan Kebidanan Berkelanjutan Multigravida Uk 39 Minggu 3 Hari, Janin Tunggal Hidup, Intrauterine Presentase Kepala, Keadaan Ibu Dan Janin Baik Di Puskesmas Sikumana Tanggal 13 Mei 2020 Sd 05 Juli 2020

1. Pengkajian

Berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan pada seorang ibu hamil yang datang ke Puskesmas Sikumana pada tanggal 13 Mei 2020 jam 10.00 Wita, di dapatkan data subyektif yaitu nama ibu Ny. N.D umur 36 tahun, agama katolik, asal suku rote, pendidikan terakhir SMA, pekerjaan ibu sebagai ibu rumah tangga, alamat rumah di Kelurahan Kota Raja / Kecamatan Maulafa RT 16/RW 22 nomor HP 08223xxxxx. Nama suami Tn. S.O umur 37 tahun, suku Flores, agama Katolik, pendidikan terakhir S1, pekerjaan swasta.

Ibu datang dengan keluhan sakit pinggang pada malam hari sejak dua hari yang lalu, dan alasan kunjungan untuk memeriksakan kehamilannya yang ke-6. Ibu mengatakan haid pertama umur 14 tahun, siklus teratur 28-30 hari, lamanya 3-5 hari, darah encer dan tidak ada nyeri haid. Hari Pertama Haid Terakhir tanggal 12-08-2020, Ibu mengatakan pernikahannya Sah secara hukum dan agama, lama perkawinan 14 tahun, umur saat kawin 23 tahun, dan ini merupakan perkawinan pertama ibu. Ibu mengatakan belum pernah menggunakan alat kontrasepsi, ini merupakan kehamilan yang ke-2, tidak pernah keguguran, anak hidup 1 orang.

Ibu mengatakan selama hamil memeriksa kehamilannya di Puskesmas Sikumana. Ibu mengatakan pada trimester I, melakukan kunjungan 2 kali, dengan keluhan mual muntah, dan terapi yang diberikan adalah Antasida doen, Vitamin B.Complex, dan ibu dianjurkan untuk makan sedikit tapi sesering mungkin dan istirahat yang cukup. Trimester II ibu

melakukan kunjungan 2 kali dan tidak ada keluhan, terapi yang diberikan adalah Sulfat Ferosus, Vitamin C dan kalsium laktat, dan ibu dianjurkan untuk istirahat yang cukup serta banyak mengonsumsi air putih. Trimester III ibu melakukan kunjungan sebanyak 2 kali dengan keluhan nyeri pinggang, terapi yang diberikan adalah Sulfat Ferosus, Vitamin C dan kalsium laktat. Ibu dianjurkan istirahat yang cukup dan nutrisi yang seimbang. Pergerakan anak pertama kali dirasakan pada usia kehamilan 4 bulan dan pergerakan anak yang dirasakan 24 jam terakhir bisa lebih dari 10 kali.

Ibu mengatakan tidak pernah menderita penyakit seperti masalah kardiovaskuler, diabetes, hipertensi, malaria, penyakit kelamin, ginjal, asma, dan dalam keluarganya serta keluarga suaminya tidak pernah menderita penyakit kronis, penyakit menular seperti hepatitis, TBC, HIV/AIDS, sifilis, herpes dan lain – lain serta tidak ada keturunan kembar. Ibu mengatakan suami dan keluarga senang dengan kehamilan ibu saat ini. Ibu mengatakan mendapat dukungan yang baik pada masa kehamilannya, dimasa suami atau keluarga selalu menemani ibu ke Puskesmas untuk memeriksakan kehamilannya. Ibu berencana melahirkan di puskesmas Sikumana dan ditolong oleh bidan, ibu mengatakan setiap harinya ibu bekerja sebagai ibu rumah tangga. Ibu dan suami mengatakan tentang jenis kelamin yang diharapkan perempuan atau laki-laki sama saja yang penting sehat, ibu mengatakan pengambil keputusan dalam keluarga adalah suami bersama istri. Ibu mengatakan bahwa ibu tidak pernah merokok, konsumsi minuman beralkohol, konsumsi obat terlarang dan minum kopi. Kebiasaan melahirkan dikeluarga ibu ditolong oleh bidan, tidak ada pantangan pada masa hamil, sampai nifas.

Riwayat seksual ibu sebelum hamil biasanya 2-3 kali seminggu dan selama hamil biasanya tidak dilakukan dan tidak ada keluhan. Ibu mengatakan untuk pola makan, ibu biasanya makan nasi, sayur, ikan, telur, tempe, daging dan lain – lain dengan frekuensi makan 3 kali per

hari, nafsu makan baik, dan minuman yang dikonsumsi yaitu air putih. pada pola eliminasi, ibu biasanya BAB 1 kali per hari, warna kuning dengan bau khas feces dan tidak ada keluhan saat BAB dan BAK 6-7 kali per hari, warna kuning dengan bau khas urin dan tidak ada keluhan saat BAK. Ibu biasanya tidur siang 1 jam dan tidur malam 6-7 jam, tanpa ada keluhan. Ibu mengatakan untuk kebersihan diri, biasanya mandi 2 kali per hari, gosok gigi 2 kali per hari, dan ganti pakaian dalam 3-4 kali per hari atau apabila lembab dan basah, ganti pakaian luar 2 kali per hari, ibu belum melakukan perawatan payudara.

Data objektif yang didapatkan yaitu pada pemeriksaan umum keadaan umum ibu baik, kesadaran compos mentis, bentuk tubuh lordosis, wajah tidak pucat. Hasil pemeriksaan tanda – tanda vital ialah tekanan darah 100/70 mmHg, Nadi 84 kali per menit, pernapasan 19 kali per menit dan suhu 36,5 °C, berat badan sebelum hamil 50 kg dan BB selama hamil naik menjadi 59 Kg dengan tinggi badan ibu 159 cm, dan lila 25 cm.

Dilakukan pemeriksaan fisik pada ibu dengan metode inspeksi kepala bersih, tidak ada kelainan, tidak ada benjolan, rambut bersih, dan tidak rontok, wajah bentuk oval, tidak pucat, tidak ada cloasma gravidarum dan tidak ada oedema, mata konjungtiva merah muda, sklera putih, tidak ada oedema, mulut dan gigi mukosa bibir lembap, tidak ada caries, tidak ada karang gigi, lidah bersih, telinga simetris, bersih, tidak ada serumen, leher tidak ada kelainan, dada tidak ada kelainan, payudara simetris, bersih dan membesar, ada hyperpigmentasi pada aerola mammae, puting susu menonjol, tidak ada retraksi dumpling, abdomen tidak ada luka bekas operasi, tidak ada striae, tidak ada linea alba, ada linea nigra, ekstremitas simetris, dan tidak ada kelainan, genitalia dan anus tidak dilakukan pemeriksaan.

Pada pemeriksaan fisik kepada ibu dengan metode palpasi leher tidak ada pembengkakan kelenjar limfe, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembendungan vena jugularis, payudara tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan, sudah ada colostrum kiri dan kanan ⁽⁺⁾/₍₊₎,

Abdomen tidak ada nyeri tekan, membesar sesuai usia kehamilan, Leopold I Tinggi fundus uteri 3 jari dibawah *proccus xifoideus*, pada fundus teraba bulat, lunak dan tidak melenting (bokong), Leopold II pada perut bagian kanan ibu teraba datar, keras memanjang seperti papan (punggung) pada perut bagian kiri ibu teraba ekstremitas janin, Leopold III bagian terbawah teraba bulat, keras, melenting (kepala), Leopold IV bagian terbawah janin sudah memasuki PAP (pintu atas panggul). McDonald TFU 30 cm, TBBJ 2.790 gram, ekstremitas tidak ada oedema, tidak ada varises, DJJ (+) Frekuensi 132x/menit menggunakan dopler pada punctum maximum kanan bawah pusat ibu, Refex patella Ka+/Ki+.

Padapemeriksaan penunjang dilakukan Pemeriksaan laboratorium tanggal 17-11-2019 hasil HB 9,6 gr%, Golongan darah O, HBSAG Non Reaktif, HIV Non Reaktif, Shypilis Non Reaktif.

2. Analisa Masalah dan Diagnosa

Berdasarkan hasil pengkajian data subyektif dan data obyektif diatas, maka ditegakan sebuah diagnosa kebidanan yaitu G₂P₁A₀AH₁ UK 39 minggu 4 hari, janin tunggal, hidup, Letak kepala, intrauterine, keadaan ibu dan janin baik,

Masalah : Anemia ringan.

3. Antisipasi Masalah Potensial

Tidak ada masalah potensial

4. Tindakan Segera

Tidak ada tindakan segera

5. Perencanaan

Berdasarkan diagnosa pada G₂P₁A₀ AH₁ 39 minggu 4 hari, janin tunggal, hidup, intrauterine, presentase kepala, keadaan ibu dan janin baik, dengan anemia ringan. Perencanaan kehamilan pada hari Kamis, 13 Mei pukul 10.05 Wita yaitu Informasikan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan, rasionalnya Informasi yang diberikan merupakan hak ibu untuk mendapatkan penjelasan tentang keadaan

kehamilannya sehingga ibu lebih kooperatif terhadap asuhan yang diberikan.

Jelaskan pada ibu penyebab sakit pinggang yang dirasakan merupakan akibat dari turunnya kepala janin ke pintu atas panggul sehinggang menekan otot-otot panggul dan menyebabkan ibu merasa sakit.

Jelaskan ketidaknyamanan pada kehamilan trimester III, rasionalnya Dalam proses kehamilan terjadi perubahan system dalam tubuh ibu hamil 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.

Jelaskan tanda bahaya pada kehamilan trimester III, rasionalnya setiap ibu hamil mengalami perubahan fisik dan psikis yang fisiologis, ketika tubuh tidak mampu beradaptasi dengan perubahan itu maka akan berubah menjadi patologis.

Jelaskan tanda-tanda persalinan, rasionalnya pada akhir kehamilan terjadi penurunan hormonal (progesteron dan estrogen) dan terjadi peningkatan hormon oksitosin yang merangsang timbulnya kontraksi dan tanda- tanda persalinan.

Jelaskan persiapan persalinan pada ibu, rasionalnya persiapan persalinan merupakan cara untuk mengurangi kecemasan ibu dalam menghadapi persalinan dan ibu mendapat pertolongan tepat waktu serta semua kebutuhan ibu terpenuhi saat persalinan.

Ajarkan ibu cara melakukan perawatan payudara yang baik dan benar di rumah, rasionalnya perawatan payudara yang baik dan benar dapat mempermudah ibu pada saat roses menyusui saat bayinya lahir.

Jelaskan pada ibu untuk mengonsumsi makanan bergizi seimbang, rasionalnya makan makanan bergizi seimbang dapat membantu ibu dalam proses persalinan sebagai sumber energi bagi ibu agar ibu tetap sehat.

Jelaskan pada ibu untuk minum obat secara teratur, rasionalnya Sulfat Ferosus 200 mg berfungsi untuk menambah dan mempertahankan zat besi dalam tubuh, Vitamin C 50 mg berfungsi untuk membantu proses penyerapan sulfat ferosus dan meningkatkan daya tahan tubuh, Kalsium laktat 500 mg berfungsi untuk membantu pertumbuhan dan perkembangan tulang dan gigi janin.

Anjurkan ibu untuk mempersiapkan kebutuhan persalinan seperti tempat bersalin, penolong, pakaian ibu dan bayi, calon pendonor darah, kendaraan, surat-surat, uang. Rasionalnya kebutuhan persalinan yang sudah dipersiapkan secara dini dapat mempercepat penanganan proses persalinan.

Buat kesepakatan dengan ibu dan keluarga untuk kunjungan rumah, rasionalnya kunjungan rumah adalah kegiatan tenaga kesehatan ke rumah ibu hamil dalam rangka untuk membantu ibu, suami dan keluarga membuat perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi persalinan kesepakatan kunjungan rumah dengan ibu disesuaikan waktu dengan ibu.

Lakukan pendokumentasian hasil pemeriksaan, rasionalnya sebagai bukti pelayanan dan mempermudah pemberian pelayanan selanjutnya serta sebagai tanggung jawab dan tanggung gugat pelayanan kebidanan.

6. Pelaksanaan

Berdasarkan diagnosa pada pada G₂P₁A₀ AH₁ UK 39 minggu 4 hari, janin tunggal, hidup, intrauterine, presentase kepala, keadaan ibu dan janin baik, maka dibuat perencanaan kehamilan pada hari Kamis, 14 Mei pukul 10.10 Wita yaitu memberitahu ibu dan keluarga hasil pemeriksaan bahwa keadaan ibu dan janin berada dalam batas normal.

Menjelaskan pada ibu penyebab sakit pinggang yang dirasakan merupakan akibat dari turunnya kepala janin ke pintu atas panggul sehingga menekan otot-otot panggul dan menyebabkan ibu merasa sakit.

Menjelaskan pada ibu dan keluarga tentang tanda bahaya trimester III seperti perdarahan pervaginam, sakit kepala hebat, penglihatan kabur, nyeri abdomen yang hebat, bengkak pada muka dan tangan, gerakan janin berkurang, keluar cairan pervaginam. Menjelaskan pada ibu tanda-tanda persalinan seperti keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir, sakit pada pinggang menjalar keperut bagian bawah secara terus-menerus.

Menjelaskan pada ibu dan keluarga mengenai persiapan persalinan seperti memilih tempat persalinan, penolong persalinan, pengambilan keputusan apabila terjadi keadaan gawat darurat, transportasi yang akan digunakan, memilih pendamping pada saat persalinan, calon pendonor darah, biaya persalinan, serta pakaian ibu dan bayi.

Menjelaskan pada ibu cara perawatan payudara di rumah menggunakan baby oil atau minyak kepala dengan cara membasuhi kapas dengan minyak kelapa atau baby oil kemudian membersihkan bagian areola mammae hingga bersih.

Menjelaskan pada ibu untuk mengkonsumsi makanan bergizi seimbang seperti karbohidrat (nasi, jagung, ubi) yang berfungsi untuk memenuhi kebutuhan energi ibu, protein (daging, telur, tempe, tahu, ikan) yang berfungsi untuk pertumbuhan dan perkembangan janin serta pengganti sel-sel yang sudah rusak, vitamin dan mineral (bayam, daun kelor, buah-buahan dan susu) yang berfungsi untuk pembentukan sel darah merah serta sebagai persiapan tenaga bagi ibu dalam menghadapi persalinan.

Menjelaskan pada ibu untuk minum obat secara teratur berdasarkan dosis yaitu Sulfat Ferosus diminum pada malam hari satu kali satu sesudah makan dengan air putih, Vitamin C diminum setelah Ferrous Sulfat Ferosus, Kalsium laktat diminum satu kali sehari pada pagi hari dengan air putih.

Membuat kesepakatan dengan ibu untuk melakukan kunjungan rumah hari ini tanggal 13 Mei 2020. Melakukan pendokumentasian

pada buku register, buku KIA dan register. Sebagai bukti pelaksanaan/pemberian pelayanan antenatal.

7. Evaluasi

Berdasarkan diagnosa pada G₂P₁A₀ AH₁ UK 39 minggu 4 hari, janin tunggal, hidup, intrauterine, presentase kepala, keadaan ibu dan janin baik, maka didapatkan evaluasi Rabu 13 Mei 2020 pukul 10.15 Wita Ibu senang mendengarkan informasi hasil pemeriksaan, ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan tidak khawatir dengan keluhan yang terjadi pada dirinya serta bersedia mengikuti anjuran yang telah diberikan, ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan semua persiapan persalinan telah disiapkan, ibu mengerti dengan penjelasan bidan dan dapat menyebutkan salah satu tanda bahaya trimester III yaitu keluar darah dari jalan lahir sebelum waktunya dan pecahnya air ketuban, ibu mengerti dengan penjelasan yang disampaikan oleh bidan dan ibu dapat menyebutkan tanda-tanda persalinan seperti keluar air-air bercampur darah dari jalan lahir maka ibu segera ke puskesmas.

Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan mau mengonsumsi makanan bergizi seimbang, ibu mengerti dengan penjelasan yang disampaikan oleh bidan serta mau minum obat sesuai dosis yang diberikan, ibu mengerti dengan penjelasan yang disampaikan oleh bidan serta mau istirahat yang cukup dan teratur, Ibu bersedia dikunjungi tanggal 13 Mei 2019 pukul 17.30 wita di rumahnya, pendokumentasian telah dilakukan pada buku register dan buku KIA ibu.

Catatan Perkembangan Kunjungan Rumah I (Kehamilan)

Tanggal : 13-05-2020

Pukul : 17.30 wita

Tempat : Rumah Ny N.D

Subyektif:

Ibu mengatakan hamil anak kedua, tidak pernah keguguran, dan mempunyai satu anak hidup, pergerakan janin sudah dirasakan pada usia kehamilan 4 bulan, pergerakan janin 24 jam terakhir 12 kali , Pada kunjungan kali ini ibu mengatakan merasakan nyeri pinggang. HPHT: 12-08-2020

Obyektif:

TP : 19-05-2020

Keadaan umum baik, kesadaran compos mentis

Tanda vital Tekanan darah 100/70 mmhg, Nadi 84x/m, Pernapasan 20x/m, Suhu 36,5⁰C.

TP: 19-05-2020

Pemeriksaan Fisik

Abdomen

Leopold I : TFU 3 jari di bawah PX, pada bagian fundus teraba lunak,
: bulat dan tidak melenting (bokong).

Leopold II Pada perut ibu bagian kanan teraba datar, keras, dan
: memanjang seperti papan (PU-KA) , pada perut bagian kiri
: ibu teraba bagian terkecil janin.

Leopold III Pada perut bagian bawah ibu teraba keras, bulat (kepala),
: tidak dapat di goyangkan, kepala sudah masuk PAP.

Leopold IV bagian terendah janin sudah masuk PAP (divergen).
: Mc Donald : TFU (30cm)

Ekstremitas TBBJ (30-12)x155=2.790 gram.

: Tidak ada oedema dan varises

Denyut jantung janin (DJJ) + terdengar jelas, kuat dan teratur pada perut kanan ibu bagian bawah pusat dengan frekuensi 126 x/menit

Analisa :

G₂P₁A₀ AH₁ UK 39 minggu 4 hari, janin tunggal, hidup, intrauterine, presentase kepala, keadaan ibu dan janin baik

Masalah : Anemia ringan

Penatalaksanaan:

1. Melakukan pendekatan kepada ibu dan keluarga sehingga tercipta rasa percaya kepada klien. Ibu dan keluarga merasa nyaman
2. Menjelaskan hasil pemeriksaan kepada ibu keadaan umum baik serta tanda vital normal. Ibu dan keluarga memahami penjelasan yang diberikan.
3. Menjelaskan pada ibu tentang penyebab sakit pinggang terjadi karena titik berat badan pindah kedepan karena perut yang membesar dimana uterus yang membesar. Hal ini diimbangi lordosis yang menyebabkan spasme otot pinggang. Dengan berakhirnya kehamilan, postur tubuh akan kembali seperti semula, sehingga sakit pinggang akan menghilang, dan diakibatkan oleh tertariknya ligamen-ligamen uterus seiring dengan pembesaran menimbulkan sakit pinggang. Ibu mengerti dengan keadaan yang dirasakan bersedia ke fasilitas kesehatan jika rasa sakit terjadi terus-menerus dan tidak menghilang.
4. Menjelaskan pada ibu tanda-tanda bahaya TM III pada ibu yaitu sakit kepala yang hebat, penglihatan kabur, oedema pada wajah dan ekstremitas, nyeri ulu hati, gerakan janin kurang dari 10x/hari, perdarahan keluar dari jalan lahir sebelum waktunya. Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan dapat mengulanginya kembali.
5. Menjelaskan pada ibu tentang pentingnya gizi bagi ibu dan bayi. Ibu mengonsumsi berbagai ragam makanan dan banyak olahan sayuran hijau dan minum susu.
6. Menjelaskan pada ibu tentang pola istirahat yang cukup. Ibu sudah beristirahat sesuai anjuran yang diberikan dengan tidur siang 1-2 jam dan malam 7-8 jam/hari.
7. Menjelaskan pada ibu tentang manfaat obat. Ibu sudah meminum obat secara teratur sesuai dosis yang dianjurkan

8. Menjelaskan pada ibu tentang kebersihan. Ibu sudah melakukan kebersihan diri sesuai anjuran yang diberikan yaitu mandi 2x/hari, sikat gigi 2x/hari, keramas 1-2x/minggu, ganti pakaian dalam tiap kali lembab/basah, ibu selalu membersihkan genitalia tiap kali BAB/BAK dari arah depan kebelakang.
9. Menjelaskan pada ibu tanda-tanda persalinan seperti keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir, sakit perut bagian bawah menjalar ke pinggang secara terus menerus dan teratur. Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan.
10. Menjelaskan pada ibu tentang persiapan persalinan seperti memilih tempat persalinan, penolong persalinan, pengambilan keputusan apabila terjadi keadaan gawat darurat, transportasi yang akan digunakan, memilih pendamping pada saat persalinan, calon pendonor darah, biaya persalinan, serta pakaian ibu dan bayi. Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan, dan mengatakan sudah menyiapkan semua persiapan persalinan.
11. Menjelaskan pada ibu tentang perawatan payudara, ibu sudah melakukan perawatan payudara sesuai anjuran yang diberikan.
12. Memberikan asuhan keluarga : KIE keluarga untuk menjaga kebersihan lingkungan agar nyaman dan terhindar dari penyakit
13. Melakukan pendokumentasian. Sudah dilakukan pendokumentasian

Catatan Perkembangan Kunjungan Rumah II (Kehamilan)

Tanggal : 14-05-2020

Pukul : 07.30 wita

Tempat : Rumah Ny N.D

Subyektif:

Ibu mengatakan hamil anak kedua, tidak pernah keguguran, dan mempunyai satu anak hidup, pergerakan janin sudah dirasakan pada usia kehamilan 4 bulan, pergerakan janin 24 jam terakhir 12 kali , Pada kunjungan kali ini ibu mengatakan merasakan nyeri pinggang yang semakin sering.

HPHT: 12-08-2020

Obyektif:

TP : 19-05-2020

Keadaan umum baik, kesadaran compos mentis

Tanda vital

TD : 120/80 mmhg Nadi : 70x/m

RR : 17x/m Suhu : 36⁰C

Pemeriksaan Fisik

Inspeksi

- Wajah : tidak ada oedema, tidak ada cloasma gravidarum
- Mata : konjungtiva merah muda, sclera putih, kelopak mata tidak ada oedema
- Mulut : mukosa bibir lembab, tidak ada caries gigi
- Leher : tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembengkakan kelenjar limfe, tidak ada pembendungan vena jugularis.
- Dada : payudara simetris, ada hiperpigmentasi areola mammae, puting susu bersih dan menonjol
- Abdomen : tidak ada bekas operasi, tidak ada striae, tidak ada linea alba dan linea nigra.
- Ekstremitas tidak ada oedema dan varises

Palpasi

- Wajah : tidak ada oedema

- Leher : tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembengkakan kelenjar limfe, tidak ada pembendungan vena jugularis.
- Dada : tidak terdapat benjolan/massa, sudah ada pengeluaran colostrum payudara ki/ka positif, dan tidak ada nyeri tekan
- Abdomen
- Leopold I : TFU 3 jari di bawah PX, pada bagian fundus teraba lunak, bulat dan tidak melenting (bokong).
- Leopold II : Pada perut ibu bagian kanan teraba datar, keras, dan memanjang seperti papan (PU-KA), pada perut bagian kiri ibu teraba bagian terkecil janin.
- Leopold III : Pada perut bagian bawah ibu teraba keras, bulat (kepala), tidak dapat di goyangkan, kepala sudah masuk PAP.
- Leopold IV : bagian terendah janin sudah masuk PAP (divergen)
- Mc Donald : TFU : (30 cm)
- : TBBJ $(30-12) \times 155 = 2.790$ gram.
- Ekstremitas Tidak ada oedema dan varises
- Auskultasi** : Denyut jantung janin (DJJ) + terdengar jelas, kuat dan teratur pada perut kanan ibu bagian bawah pusat dengan frekuensi
- : 139 x/menit.
- Perkusi** Reflex Patella: Ka+/Ki+,

Analisa :

G₂P₁A₀ AH₁ UK 39 minggu 5 hari, janin tunggal, hidup, intrauterine, presentase kepala, keadaan ibu dan janin baik.

Penatalaksanaan:

1. Melakukan pendekatan kepada ibu dan keluarga sehingga tercipta rasa percaya kepada klien. Ibu dan keluarga merasa nyaman
2. Menjelaskan hasil pemeriksaan kepada ibu keadaan umum baik serta tanda vital normal. Ibu dan keluarga memahami penjelasan yang diberikan.

3. Menjelaskan pada ibu tentang penyebab sakit pinggang terjadi karena titik berat badan pindah kedepan karena perut yang membesar dimana uterus yang membesar. Hal ini diimbangi lordosis yang menyebabkan spasme otot pinggang. Dengan berakhirnya kehamilan, postur tubuh akan kembali seperti semula, sehingga sakit pinggang akan menghilang, dan diakibatkan oleh tertariknya ligamen-ligamen uterus seiring dengan pembesaran menimbulkan sakit pinggang, ibu mengerti dengan keadaan yang dirasakan bersedia ke fasilitas kesehatan jika rasa sakit terjadi terus-menerus dan tidak menghilang.
4. Menjelaskan pada ibu tanda-tanda persalinan seperti keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir, sakit perut bagian bawah menjalar ke pinggang secara terus menerus dan teratur. Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan.
5. Menjelaskan pada ibu tentang persiapan persalinan seperti memilih tempat persalinan, penolong persalinan, pengambilan keputusan apabila terjadi keadaan gawat darurat, transportasi yang akan digunakan, memilih pendamping pada saat persalinan, calon pendonor darah, biaya persalinan, serta pakaian ibu dan bayi. Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan, dan mengatakan sudah menyiapkan semua persiapan persalinan.
6. Melakukan pendokumentasian. Sudah dilakukan pendokumentasian

Catatan Perkembangan (Persalinan)

Hari/tanggal : 14-05-2020
Pukul : 18.50 Wita
Tempat : Puskesmas Bakunase
Oleh : Yadah Sharon E. Ch. Hotan

Subyektif :

Ibu mengatakan hamil anak ke dua pernah melahirkan 1x, tidak pernah keguguran, anak hidup 1, HPHT : 12-08-2019. merasa sakit pinggang menjalar ke perut bagian bawah sejak tanggal 14-05-2020 jam 11.00 wita disertai keluar lendir bercampur darah pada pukul 13.00 Wita, Riwayat makan terakhir pukul

18.30 Wita, BAB terakhir tadi pagi jam 07.00 Wita, BAK terakhir pukul 15.30 Wita, Istirahat terakhir pukul : 16.00-17.50. Pukul 18.30 mendampingi ibu pergi ke puskesmas.

Obyektif :

TP : 19-05-2020

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Compos mentis

Ekspresi wajah : Nampak kesakitan bila ada His

TTV :

TD : 110/70 mmhg Nadi : 78 x/menit

RR : 18x/menit Suhu : 36,5 °C

His : 2x10 menit /10-15 detik

Inspeksi : Wajah tidak ada oedema, mata konjungtiva merah muda, mulut mukosa bibir lembap, lidah bersih tidak ada karies gigi, leher tidak ada kelainan, pada payudara puting susu bersih dan menonjol, abdomen tidak ada bekas luka operasi, ada striae, ada linea alba dan nigra, ekstremitas tidak ada oedema dan varises.

wajah tidak ada oedema, leher tidak ada pembengkakan kelenjar tyroid, tidak ada pembesaran kelenjar limfe, tidak ada pembendungan vena jugularis, pada payudara tidak ada benjolan dan nyeri tekan, abdomen membesar sesuai usia kehamilan.

Wajah dan ekstremitas tidak ada oedema, leher tidak ada pembesaran tiroid, pembengkakan limfe, pembendungan vena jugularis, Payudara ki/ka sudah ada pengeluaran colostrum.

Abdomen :

Palpasi : Leopold I TFU 3 jari bawah px, pada fundus teraba bagian janin yang lunak, kurang bundar dan tidak melenting (bokong).

Leopold II Pada perut bagian kiri teraba bagian teraba bagian terkecil janin (Ekstremitas), pada perut bagian kanan teraba keras, datar dan memanjang seperti papan (Punggung).

Leopold III Pada bagian terendah janin teraba bulat keras, sulit

digoyangkan, kepala sudah masuk PAP.

Leopold IV Divergen, penurunan kepala 4/5. Mc Donald TFU 30 cm, TBBJ 2.790 gram. Auskultasi DJJ 132 x/menit terdengar jelas, teratur di punctum proximum kanan bawah pusat.

His 2x10" ~ 20-25'.

VT evaluasi : Jam: 18.50 oleh bidan

Indikasi : adanya His, Keluar lendir bercampur darah

Tujuan : untuk memastikan inpartu / menilai kemajuan : persalinan.

Hasil : Vulva/vagina tidak ada kelainan, portio tebal lunak, pembukaan 1 cm, KK utuh, bagian terendah kepala, , Turun Hodge 1-2

Analisa :

G₂P₁A₀AH₁ usia kehamilan 39 minggu 4 hari, janin Tunggal, hidup, Intra uterin, Presentase kepala, Inpartu kala I fase laten, keadaan ibu dan janin baik.

Penatalaksanaan:

1. Melakukan pendekatan kepada ibu dan keluarga sehingga tercipta rasa percaya kepada klien. Ibu dan keluarga merasa nyaman
2. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan bawah Tekanan tekanan darah 110/80 mmhg, Suhu 36.6°C, Nadi 82x/m, pernapasan 19x/m. Pembukaan 1 cm, keadaan janin baik dengan DJJ 136 x/menit. Ibu mengetahui hasil pemeriksaannya
3. Menganjurkan ibu untuk berkemih dan tidak menahannya. Ibu belum ingin berkemih.,
4. Menganjurkan ibu untuk jalan-jalan disekitar ruangan bersalin
5. Mengajarkan ibu Teknik relaksasi yaitu : Menarik napas panjang dari hidung, dan menghembuskan lewat mulut. Ibu mengerti teknik yang diajarkan.
6. Menganjurkan ibu untuk makan dan minum saat tidak ada kontraksi untuk memenuhi kebutuhan energi dan mencegah dehidrasi pada saat proses

persalinan nanti. Ibu mau minum 1 gelas air hangat dan makan 1 bungkus nasi saat belum ada kontraksi.

7. Memberikan dukungan atau dan asuhan pada ibu pada saat belum ada kontraksi. Seperti mengajarkan suami untuk memijat atau menggosok pinggang ibu, mengajarkan ibu teknik relaksasi dengan menarik napas panjang dari hidung dan melepaskan dengan cara ditiup lewat mulut pada saat kontraksi, mengipasi ibu yang berkerigat karena kontraksi. Suami dan keluarga sangat kooperatif dengan memijat punggung ibu dan ibu juga kooperatif dengan mengikuti teknik relaksasi yang diajarkan. Ibu merasa nyaman setelah dikipasi dan dipijat.
8. Menyiapkan alat dan bahan yang akan digunakan selama proses persalinan dan meja resusitasi.

a. SAFF I :

Partus set terdiri dari :

- 1) Handscoen steril 2 pasang
- 2) Klem steril 2 buah
- 3) Gunting episiotomy 1 buah
- 4) Gunting tali pusat 1 buah
- 5) Kasa secukupnya
- 6) Klem tali pusat
- 7) ½ kocher 1 buah
- 8) Kapas kering DTT dalam tempatnya
- 9) Obat-obatan dalam tempatnya
- 10) Spuit 1 cc, 3 cc dan 5 cc
- 11) Klorin spray
- 12) Betadine
- 13) Dopler dan jelly pelicin
- 14) Bengkok 2 buah
- 15) Pita cm
- 16) Wadah steril berisi sarung tangan, kassa, dan kateter

b. SAFF II :

- 1) Wadah plastik berisi cairan clorin 0,5 % untuk dekontaminasi sarung tangan bekas pakai
- 2) Tempat plasenta yang dilapisi plastik merah
- 3) Tensimeter dan stetoskop
- 4) Tempat ampul bekas
- 5) Reflek Hammer
- 6) Hecting set terdiri dari :
 - Handscoen steril 1 pasang
 - Naldvoeder 1 buah
 - Jarum otot dan kulit
 - Benang Catgut Chromic
 - Gunting benang
 - Pinset 2 buah (anatomis dan chirurgis)
 - Kasa secukupnya
 - Sput 5 cc 1 buah
 - Tampon
 - Doek steril

c. SAFF III :

Keranjang berisi : Pakaian ibu, pakaian bayi, APD (masker, kaca mata, celemek, topi) Keranjang berisi : Kelengkapan infus (Infus set, Abocath no 16G, 18G, cairan infus, tourniquet, handscoen, plester, kasa)

d. Meja resusitasi berisi resusitasi set lengkap

e. PI :

- 1) Keranjang sampah medis dan non medis
- 2) Ember berisi cairan clorin 0,5 %
- 3) waskom berisi air DTT : untuk ibu dan untuk bayi
- 4) Sepatu bot
- 5) Tempat pakaian kotor
- 6) Air bersih dalam tempatnya.

9. Melakukan observasi pada janin, ibu dan kemajuan persalinan.

Jam 19.50 Wita

Nadi: 84x/m, RR: 19x/m, DJJ: 138x/m, HIS: 3 kali dalam 10 menit lamanya 30-35 detik.

Jam 20.50 Wita

Nadi: 70x/m, RR: 17x/m, DJJ: 145x/m, HIS: 3 kali dalam 10 menit lamanya 30-35 detik. Ibu sudah makan 1 porsi dan minum 1 gelas air, dan ibu dianjurkan tidur miring kiri

Jam 21.50 Wita

Nadi: 72 x/m, RR: 18x/m, DJJ: 140x/m, HIS: 3 kali dalam 10 menit lamanya 30-35 detik. Ibu BAK 1 kali

Jam 22.50 Wita

Nadi: 82x/m, RR 19 x/m, TD : 100/70 mmHg, DJJ: 136x/m, His: 3 x 10 ‘ 35-40“.Sakit ibu semakin sering, Ada pengeluaran lendir darah yang semakin banyak.

VT oleh bidan

Indikasi : VT Evaluasi

Tujuan : memastikan pembukan dan kemajuan persalinan

Hasil :Vulva vagina tidak ada kelainan, portio tebal lunak, pembukaan 2 cm, KK utuh, bagian terendah kepala,, TH-I, Ibu dianjurkan istirahat disaat tidak ada His.

Jam 23.15

Nadi: 86x/m, RR: 20x/m, Ketuban pecah spontan warna jernih, dan berbau khas ketuban.

VT oleh bidan

Indikasi : ketuban pecah spontan, Tujuan : memastikan pembukaan lengkap.

Hasil : Vulva/vagina tidak ada kelainan, portio tebal lunak, Pembukaan 3 cm, KK (-), Molase (-), Penurunan H-I,

Tindakan : Memindahkan ibu ke ruang bersalin untuk dilakukan observasi lanjutan dan persiapan persalinan

Jam 00.30 Wita

Nadi: 80x/m, RR: 19x/m, DJJ: 138x/m, His: 4 kali dalam 10 menit lamanya 35-38 detik

Jam 01.30 Wita

Nadi:80x/m, Suhu: 36,7oc, RR: 19x/m, DJJ: 140x/m, His: 4 kali dalam 10 menit lamanya 35-38 detik.

Jam 02.30 Wita

Nadi: 80x/m, RR: 20x/m, DJJ: 140x/m,His: 4 kali dalam 10 menit lamanya 35-40 detik, His semakin sering, pengeluaran lendir darah yang semakin banyak.

Jam 03.30 Wita

Nadi: 82x/m, RR: 17x/m, DJJ: 130x/m, His: 4 kali dalam 10 menit lamanya 35-40 detik. Ibu BAB 1 kali. TD : 90/60 mmhg,

KU Ibu : Lemah

Indikasi : VT Evaluasi

Tujuan : Memastikan kemajuan persalinan

VT oleh bidan : Vulva/vagina tidak ada kelainan, potrio tipis, Pembukaan 9 cm, KK (-) , Molase (-), UUK kanan depan, Penurunan H-III

Tindakan : pasang infuse RL dengan indikasi ibu merasa lemah

Jam 04.00 Wita

Nadi: 88x/m, RR: 17x/m, DJJ: 132x/m, His : 4 kali dalam 10 menit lamanya 35-40 detik.

Jam 04.30Wita

Nadi: 90x/m, RR: 18x/m, DJJ: 120x/m, His: 4 kali dalam 10 menit lamanya 35-40 detik.

Jam 05.00 Wita

Nadi: 90x/m, RR: 19x/m, DJJ: 130x/m, His: 4 kali dalam 10 menit lamanya 35-40 detik.

Jam 05.30 Wita

Subyektif : Ibu mengatakan ingin mengedan, dan ingin buang air besar

Obyektif :

Keadaan umum: baik, kesadaran: Composmentis, His 4x dalam 10 menit lamanya 40 detik, DJJ: 98 x/menit.

TD : 100/70 mmHg RR : 19 x/menit

Suhu : 36,5°C Nadi : 84x/menit

VT oleh bidan

Indikasi : Tanda gejala kala II

Tujuan : untuk memastikan pembukaan lengkap

Hasil: Vulva vagina tidak ada kelainan, portio tidak teraba, pembukaan 10 cm, posisi UUK depan, bagian terendah kepala, tidak ada molase,

Penurunan-IV

Analisis : Inpartu kala II dengan gawat janin dan Inertia His

Masalah : Ibu Kelelelahan

Tindakan Segera :

1. Memasang infuse RL 20 Tetes/menit pada ekstremitas kanan ibu
2. Memberikan 02 4 litter/menit
3. Mengatur posisi pada ibu (Miring Kiri)
4. Memastikan kandung kemih kosong

Penatalaksanaan :

1. Melihat adanya tanda persalinan kala II
Ibu merasa ada dorongan kuat dan meneran, tekanan yang semakin meningkat pada rectum dan vagina, perenium tampak menonjol, vulva dan sfingter ani membuka
2. Pastikan kelengkapan alat, bahan dan obat esensial untuk menolong persalinan dan menatalaksanakan komplikasi segera pada ibu dan bayi baru lahir, masukan spuit dalam baki steril kemudian patah oksitoxin
3. Memakai celemek plastic atau dari bahan yang tidak tembus cairan dan sepatu booth.
4. Melepaskan dan menyimpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air mengalir, kemudian keringkan tangan dengan tissue, jam tangan telah dilepas dan sudah mencuci tangan.

5. Memakai sarung DTT pada tangan untuk memasukan oksitosin menggunakan spuit 3 cc, kemudian memasukan kembali ke partus set, sudah mengisap oksitosin.
6. Membersihkan vulva dan perenium menggunakan kapas DTT, kemudian melakukan pemeriksaan dalam, sudah melakukan pemeriksaan dalam.
7. Dekontaminasi sarung tangan (celupkan tangan yang masih menggunakan sarung tangan yang masih memakai hanscone kedalam larutan clorin 0,5%), selama 10 menit.
8. Memeriksa DJJ setelah kontraksi uterus, DJJ 110x/m
9. Memberitahu ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin cukup baik, bantu ibu untuk menemukan posisi yang nyaman, keluarga sudah mengetahui dan tetap mendukung ibu.
10. Meminta keluarga untuk menyiapkan posisi mencedan jika ada rasa ingin mencedan atau kontraksi yang kuat, keluarga sudah membantu ibu mengatur posisi
11. Melaksakan bimbingan meneran pada saat ibu ingin mencedan atau timbul kontraksi yang kuat.
12. Meletakkan kain diatas perut ibu jfika kepala bayi sudah membuka vulva 5-6 cm, kain sudah diletakan diatas perut ibu
13. Meletakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian sebagai alas bokong ibu.
14. Membuka tutupan partus set, dan periksa kembali kelengkapan peralatan dan bahan, alat dan bahan sudah lengkap
15. Pakai sarung tangan steril pada kedua tangan, sudah memakai sarung tangan.

Jam : 07.15

Tanggal : 15-05-2020

Subyektif : Ibu mengatakan merasa lemas, dan kelelahan sehingga tidak dapat meneran

Obyektif :

KU : lemas

Kesadaran : Compos mentis

TTV :

TD : 90/60 Mmhg S : 36,9°C

N : 83x/menit RR : 13x/menit

His : 2x/10 menit (25-35 detik)

DJJ : dinilai setiap selesai kontraksi, DJJ terakhir 131 kali/menit didengar menggunakan dopler, Terpasang 02 4 litter/menit

Analisis : Inpartu Kala II dengan Perpanjangan Kala II dan Inersia His

Penatalaksanaan :

1. Melakukan observasi tetesan infuse drip RL (Kosongan) / 20 Tpm
2. Mengatur posisi ibu tidur miring kiri / Sambil mengedan perlahan bila ada His
3. Memberikan ibu minuman ber-Energi (Air gula hangat 1 gelas)
4. Menganjurkan ibu berkemih
5. Kolaborasi dengan dokter advise rujuk ke RSUD. W.Z Yohanes Kupang dengan perpanjangan kala II
6. Mempersiapkan rujukan sesuai standar : B(Bidan), A(Alat), K(Kendaraan), S (Surat), O(Obat-obatan), K(Keluarga), U(Uang),
7. Da(Darah), Pa(Posisi diatur), N(Nutrisi)
8. Jam 07.15 wita. Merujuk pasien ke VK RSUD. Prof W.Z Yohanes Kupang
9. Mendampingi ibu di rumah sakit (Mahasiswa tidak diijinkan masuk)

Pukul 10.00-13.00**Subjektif :**

Keluarga mengatakan ibu akan diberikan induksi persalinan

Objektif : (Sumber bidan yang bertugas dan rekam medik)

KU : Baik

Kesadaran : Compos mentis

TTV :

TD : 120/80 MmHg S : 36°C

RR : 20 x/menit N : 98x/menit

SPO2 : 97

Observasi his jam 10.00 wita : 2-3x/menit (30-35 detik), DJJ : 134x/menit

Analisa : G2P1A0 UK 39 minggu 4 hari dengan perpanjangan kala II

Penatalaksanaan :

1. Jam 07.30, Melakukan pemasangan drip oksidasi 5 IU/ dalam larutan RL 500 cc, dengan tetesan awal 6/Tpm, dinaikan tiap 15 menit, tetesan dipertahankan 40/Tpm.
2. Jam 10.30 wita, Partus spontan aterm, bantuan induksi, Bayi lahir langsung menangis, gerakan aktif, kulit kemerahan JK : Laki-laki
3. Jam 10.40 wita Plasenta lahir spontan lengkap, tidak ada perdarahan, kontraksi uterus baik, ada laserasi perineum derajat 2.
4. Jam 10.40 Melakukan hecting perineum teknik jelujur
5. Jam 11.05 Mengobservasi keadaan ibu
6. Jam 11.15 Merapikan dan membersihkan ibu
7. Jam 12.00 Melayani ibu makan dan minum, Porsi : ibu makan 1 bungkus nasi dengan 1 gelas air
8. Jam 13.00, Memberikan obat oral: *Amoxicilin* tablet 500 mg 3x1, Asam mefenamat 500 mg 3x1, Livron 100 mg 2x1.
9. Jam 13.20, Memindahkan ibu ke ruang perawatan nifas (Ruang Flamboyan)

Catatan Perkembangan IV (Nifas) 2 jam postpartum

Tanggal : 10 Mei 2019

Pukul : 13.30 Wita

Tempat : RSUD. Prof W Z Yohanes. Kupang

Subyektif :

Ibu mengatakan perut mules, keluar darah sedikit, Ibu sudah bisa duduk di atas tempat, ibu sudah makan dan minum

Obyektif :

Keadaan umum baik, Kesadaran composmentis, Tanda vital tekanan darah 100/70 mmHg, nadi 82x/m, pernapasan 19x/m, suhu 36,8°C, wajah tidak pucat, konjungtiva merah muda, tidak ada oedema di wajah, tidak ada pembesaran kelenjar di leher, puting menonjol, ada pengeluaran ASI di kedua payudara, tinggi fundus 2 jari di bawah pusat, kontraksi uterus baik, perdarahan tidak aktif, ada luka perineum derajat 2 dan sudah dilakukan hecting perineum teknik jelujur, ekstemitas tidak ada oedema.

Analisa :

P₂A₀AH₂ postpartum normal 2 jam, keadaan ibu baik

Penatalaksanaan :

1. Melakukan pendekatan kepada ibu dan keluarga sehingga tercipta rasa percaya kepada klien. Ibu dan keluarga merasa nyaman
2. Menginformasikan kepada ibu bahwa kondisi ibu baik, tanda vital dalam batas normal, kontraksi uterus ibu baik dan perdarahan normal. Ibu mengerti dan merasa senang dengan hasil pemeriksaan.
3. Menganjurkan ibu untuk tetap banyak mengkonsumsi air minum 6-12 gelas/hari, menjaga pola makan yang bernutrisi baik demi produksi ASI yang berkualitas. Ibu mengerti dengan anjuran dan bersedia melakukan anjuran yang diberikan.
4. Menganjurkan kepada ibu untuk menjaga kebersihan diri seperti menjaga agar daerah genitalia tetap bersih dengan mengganti pembalut sesering mungkin, apabila ibu merasa sudah tidak nyaman. Ibu mengerti dan bersedia melakukan anjuran yang diberikan

5. Menganjurkan ibu untuk beristirahat yang cukup yaitu saat bayi tidur ibu juga ikut istirahat. Apabila ibu tidak cukup istirahat maka dapat menyebabkan produksi ASI berkurang, memperlambat involusio uteri, menyebabkan deprivasi dan ketidakmampuan merawat bayi sendiri. Ibu bersedia mengikuti anjuran yang diberikan
6. Menjelaskan tanda bahaya masa nifas kepada ibu seperti terjadi perdarahan lewat jalan lahir, keluar cairan yang berbau dari jalan lahir, bengkak diwajah tangan dan kaki, demam lebih dari 2 hari, payudara bengkak disertai rasa sakit, agar ibu segera mengunjungi fasilitas kesehatan agar segera mendapat penanganan. Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan.
7. Menjelaskan kepada ibu agar tidak takut untuk BAB/BAK karena ada luka perineum, jika sudah selesai ibu harus cuci tangan untuk dapat mengganti kasa pada area yang dijahit sehingga tidak lembap dan infeksi. Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan
8. Mengajarkan perlekatan bayi saat menyusui yang baik dan benar agar kegiatan menyusui ibu menjadi efektif, lalu minta ibu mempraktekan . Ibu mengerti dan dapat melakukan dengan baik.
9. Mengajarkan ibu dan keluarga cara masase dan cara penilaian kontraksi yaitu meletakkan satu tangan diatas perut ibu kemudian melakukan putaran searah jarum jam diatas perut ibu selama 15 detik atau 15 kali atau sampai perut keras, ibu mengerti dengan ajaran yang diberikan
10. Menilai pengeluaran pervaginam / Jumlah perdarahan pada ibu nifas : berapa kali ganti pembalut, perdarahan 100 cc.
11. Memindahkan ibu dan bayi ke ruang perawatan nifas (Jam 13.20) sudah memindahkan ibu dan bayi ke ruang Flamboyan RSUD.Prof.W.Z.Yohanes Kupang
12. Melakukan pendokumentasian pada status ibu, sudah dilakukan pendokumentasian

Catatan Perkembangan IV (Nifas) 6 jam postpartum

Tanggal : 10-05-2019
 Jam : 18.30 Wita
 Tempat : RSUD. Prof W Z Yohanes. Kupang

Subyektif :

Ibu mengatakan tidak ada keluhan, ibu sudah makan dan minum, sudah BAK, ibu sudah bias miring kiri dan kanan dan ibu sudah bisa berjalan sendiri di sekitar ruangan, sudah ganti pembalut 1 kali.

Obyektif :

Keadaan umum baik, Kesadaran composmentis, Tanda vital Tekanan darah 110/70 mmhg, suhu 36.8 °C, Nadi 86x/menit, pernapasan 20x/m, Pemeriksaan fisik wajah tidak oedema dan tidak pucat, konjungtiva merah muda, sklera putih, leher tidak ada kelainan, payudara bersih, simetris, produksi ASI ada dan banyak, tinggi fundus uteri 2 jari di bawah pusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih kosong, lochea rubra, ekstermitas tidak oedema.

Analisa :

P₂A₀AH₂ postpartum normal 6 jam

Penatalaksanaan :

1. Melakukan pendekatan kepada ibu dan keluarga sehingga tercipta rasa percaya kepada klien. Ibu dan keluarga merasa nyaman
2. Menginformasikan hasil pemeriksaan pada ibu bahwa keadaan umum ibu baik-baik saja, tanda vital dalam batas normal, ibu sudah mengetahui informasi yang disampaikan.
3. Menjelaskan ulang tanda bahaya masa nifas kepada ibu seperti terjadi perdarahan lewat jalan lahir, keluar cairan yang berbau dari jalan lahir, bengkak diwajah tangan dan kaki, demam lebih dari 2 hari, payudara bengkak disertai rasa sakit, agar ibu segera mengunjungi fasilitas kesehatan agar segera mendapat penanganan, ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan.
4. Menganjurkan kepada ibu untuk menjaga kebersihan diri seperti menjaga agar daerah genitalia tetap bersih : mengganti pembalut apabila sudah

- penuh dan tidak nyaman, mengganti kasa pada luka perineum tiap selesai BAK/BAB. Ibu mengerti dan bersedia melakukan anjuran yang diberikan
5. Menganjurkan ibu untuk memberi ASI tiap 2-3 jam/*on demand*. ibu mengerti dan bersedia memberi ASI sesering mungkin sesuai keinginan bayinya.
 6. Memberikan obat *Amoxicilin* tablet 500 mg 3x1, Asam mefenamat 500 mg 3x1, Livron 100 mg 2x1 pada ibu untuk minum, sudah diberikan obat untuk ibu.
 7. Menganjurkan ibu untuk melakukan perawatan payudara. Manfaat perawatan payudara dapat mengurangi resiko luka atau lecet saat bayi menyusui, mencegah penyumbatan payudara, serta memelihara kebersihan payudara demi kenyamanan kegiatan menyusui, ibu mengerti dengan anjuran yang diberikan.
 8. Melakukan pendokumentasian. Sudah dilakukan pendokumentasian

Catatan Perkembangan IV (Nifas) Post Partum Hari Ke-1

Tanggal : 15-05-2020

Jam : 08.00 Wita

Tempat : Rumah Ny.N.D

Subyektif :

Ibu mengatakan merasa tidak enak badan dan ada sedikit nyeri pada luka perineum, ibu sudah ganti pembalut 2 x

Obyektif :

Keadaan umum baik, Kesadaran composmentis, Tanda vital : Tekanan darah 100/70 mmhg, suhu 37.7⁰C, Nadi 76x/menit, RR : 20x/m, Pemeriksaan fisik wajah tidak oedema dan tidak pucat, konjungtiva merah muda, sklera putih, leher tidak ada kelainan, payudara bersih, simetris, produksi ASI ada dan banyak, tinggi fundus uteri 3 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, ada lochea rubra, ekstermitas tidak oedema.

Analisis :

P₂A₀AH₂ postpartum normal hari ke-1

Penatalaksanaan :

1. Melakukan pendekatan kepada ibu dan keluarga sehingga tercipta rasa percaya kepada klien. Ibu dan keluarga merasa nyaman
2. Menginformasikan hasil pemeriksaan pada ibu bahwa keadaan umum ibu baik-baik saja, tanda vital dalam batas normal, Ibu sudah mengetahui hasil pemeriksaannya.
3. Menjelaskan tanda bahaya masa nifas seperti perdarahan, demam tinggi, sakit kepala hebat. Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan
4. Memastikan kontraksi dan, involusi uterus berjalan dengan baik. Sudah dilakukan pemeriksaan tidak ada perdarahan dan TFU 3 jari dibawah pusat
5. Melakukan perawatan luka perineum : Pada luka tidak ada tanda infeksi yaitu pus, darah, dan bengkak. Mengganti kasa yang sudah lembap dengan kasa steril yang sudah dibasahi betadine. Sudah dilakukan perawatan
6. Menganjurkan ibu mengkonsumsi obat oral *Amoxicilin* tablet 500 mg 1x1, dan *paracetamol* tablet 500 mg 1x1. Ibu sudah mengkonsumsi obat
7. Melakukan pendokumentasian. Telah dilakukan pendokumentasian.

Catatan Perkembangan IV (Nifas) Post Partum Hari Ke-2

Tanggal : 16-05-2020

Jam : 17.30 Wita

Tempat : Rumah Ny.N.D

Subyektif :

Ibu mengatakan tidak ada keluhan, ibu sudah ganti pembalut 2-3 x

Obyektif :

Keadaan umum baik, Kesadaran compos mentis, Tanda vital : Tekanan darah 120/70 mmhg, suhu 36⁰C, Nadi 70x/menit, RR : 17x/m, Pemeriksaan fisik wajah tidak oedema dan tidak pucat, konjungtiva merah muda, sklera putih, leher tidak ada kelainan, payudara bersih, simetris, produksi ASI ada dan banyak, tinggi fundus uteri 3 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, ada lochea rubra, ekstermitas tidak oedema.

Analisis :

P₂A₀AH₂ postpartum normal hari ke-2

Penatalaksanaan :

1. Melakukan pendekatan kepada ibu dan keluarga sehingga tercipta rasa percaya kepada klien. Ibu dan keluarga merasa nyaman
2. Menginformasikan hasil pemeriksaan pada ibu bahwa keadaan ibu baik-baik saja, Ibu senang hasil pemeriksaannya.
3. Memastikan kontraksi dan, involusi uterus berjalan dengan baik. Sudah dilakukan pemeriksaan tidak ada perdarahan dan TFU 3 jari dibawah pusat
4. Melakukan perawatan luka perineum : Pada luka tidak ada tanda infeksi yaitu pus, darah, dan bengkak. Mengganti kasa yang sudah lembap dengan kasa steril yang sudah dibasahi betadine. Sudah dilakukan perawatan
5. Menganjurkan kepada ibu untuk menjaga kebersihan diri seperti menjaga agar daerah genitalia tetap bersih : mengganti pembalut apabila sudah penuh dan tidak nyaman, mengganti kasa pada luka perineum tiap selesai BAK/BAB. Ibu mengerti dan bersedia melakukan anjuran yang diberikan
6. Melakukan pendokumentasian. Telah dilakukan pendokumentasian.

Catatan Perkembangan IV (Nifas) Post Partum Hari Ke-3

Tanggal : 17-05-2020

Jam : 17.00 Wita

Tempat : Rumah Ny.N.D

Subyektif :

Ibu mengatakan tidak ada keluhan, ibu sudah ganti pembalut 2 x

Obyektif :

Keadaan umum baik, Kesadaran compos mentis, Tanda vital : Tekanan darah 110/80 mmhg, suhu 36.5⁰C, Nadi 70x/menit, RR : 18x/m, Pemeriksaan fisik wajah tidak oedema dan tidak pucat, konjungtiva merah muda, sklera putih, leher tidak ada kelainan, payudara bersih, simetris, produksi ASI ada dan

banyak, tinggi fundus uteri 3 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, ada lochea rubra, ekstermitas tidak oedema.

Analisis :

P₂A₀AH₂ postpartum normal hari ke-3

Penatalaksanaan :

1. Melakukan pendekatan kepada ibu dan keluarga sehingga tercipta rasa percaya kepada klien. Ibu dan keluarga merasa nyaman.
2. Menginformasikan hasil pemeriksaan pada ibu bahwa keadaan ibu baik-baik saja. Ibu senang hasil pemeriksaannya.
3. Melakukan perawatan luka perineum : Pada luka tidak ada tanda infeksi yaitu pus, darah, dan bengkak. Mengganti kasa yang sudah lembap dengan kasa steril yang sudah dibasahi betadine. Sudah dilakukan perawatan
4. Menganjurkan pada ibu untuk mengkonsumsi makanan yang bergizi sehingga berguna untuk produksi ASI. Ibu bersedia melakukan anjuran
5. Menganjurkan ibu untuk melakukan perawatan payudara.ibu mengerti dengan anjuran yang diberikan
6. Melakukan pendokumentasian. Telah dilakukan pendokumentasian.

Catatan Perkembangan IV (Nifas) Post Partum Hari Ke-4

Tanggal : 18-05-2020

Jam : 08.30 Wita

Tempat : Rumah Ny.N.D

Subyektif :

Ibu mengatakan tidak ada keluhan, ibu baru 1 x ganti pembalut

Obyektif :

Keadaan umum baik, Kesadaran compos mentis, Tanda vital : Tekanan darah 100/80 mmhg, suhu 36.5⁰C, Nadi 72x/menit, RR : 19x/m, Pemeriksaan fisik wajah tidak oedema dan tidak pucat, konjungtiva merah muda, sklera putih, leher tidak ada kelainan, payudara bersih, simetris, produksi ASI ada dan

banyak, tinggi fundus uteri 4 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, ada lochea sangunolenta, ekstermitas tidak oedema.

Analisis :

P₂A₀AH₂ postpartum normal hari ke-4

Penatalaksanaan :

1. Melakukan pendekatan kepada ibu dan keluarga sehingga tercipta rasa percaya kepada klien. Ibu dan keluarga merasa nyaman
2. Menginformasikan hasil pemeriksaan pada ibu bahwa keadaan ibu baik-baik saja. Ibu senang hasil pemeriksaannya.
3. Menganjurkan kepada ibu untuk menjaga kebersihan diri seperti menjaga agar daerah genitalia tetap bersih : mengganti pembalut apabila sudah penuh dan tidak nyaman, mengganti kasa pada luka perineum tiap selesai BAK/BAB. Ibu mengerti dan bersedia melakukan anjuran yang diberikan
4. Menganjurkan pada ibu untuk mengkonsumsi makanan yang bergizi sehingga berguna untuk produksi ASI. Ibu bersedia melakukan anjuran
5. Menganjurkan ibu untuk melakukan perawatan payudara. Ibu mengerti dengan anjuran yang diberikan
6. Melakukan pendokumentasian. Telah dilakukan pendokumentasian

Catatan Perkembangan IV (Nifas) Post Partum Hari Ke-5

Tanggal : 19-05-2020

Jam : 08.00 Wita

Tempat : Rumah Ny.N.D

Subyektif :

Ibu mengatakan tidak ada keluhan

Obyektif :

Keadaan umum baik, Kesadaran compos mentis, Tanda vital : Tekanan darah 110/80 mmhg, suhu 36⁰C, Nadi 70x/menit, RR : 17x/m, Pemeriksaan fisik wajah tidak oedema dan tidak pucat, konjungtiva merah muda, sklera putih, leher tidak ada kelainan, payudara bersih, simertris, produksi ASI banyak,

tinggi fundus uteri 4 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, ada lochea sangunolenta, ekstermitas tidak oedema.

Analisis :

P₂A₀AH₂ postpartum normal hari ke-5

Penatalaksanaan :

1. Melakukan pendekatan kepada ibu dan keluarga sehingga tercipta rasa percaya kepada klien. Ibu dan keluarga merasa nyaman
2. Menginformasikan hasil pemeriksaan pada ibu bahwa keadaan ibu baik-baik saja. Ibu senang hasil pemeriksaannya.
3. Menganjurkan kepada ibu untuk menjaga kebersihan diri seperti menjaga agar daerah genitalia tetap bersih : mengganti pembalut apabila sudah penuh dan tidak nyaman, mengganti kasa pada luka perineum tiap selesai BAK/BAB. Ibu mengerti dan bersedia melakukan anjuran yang diberikan
4. Menganjurkan ibu untuk melakukan perawatan payudara. Ibu mengerti dengan anjuran yang diberikan
5. Melakukan pendokumentasian. Telah dilakukan pendokumentasian

Catatan Perkembangan IV (Nifas) Post Partum Hari Ke-6

Asuhan Kebidanan Ny.N.D P₂A₀AH₂, Postpartum normal usia 6 hari

Tanggal : 20-05-2020

Jam : 17.30 Wita

Tempat : Rumah Ny.N.D

Subyektif :

Ibu mengatakan tidak ada keluhan

Obyektif :

Keadaan umum baik, Kesadaran compos mentis, Tanda vital : Tekanan darah 110/80 mmhg, suhu 36⁰C, Nadi 70x/menit, RR : 17x/m, Pemeriksaan fisik wajah tidak oedema dan tidak pucat, konjungtiva merah muda, sklera putih, leher tidak ada kelainan, payudara bersih, simertris, produksi ASI banyak, , tinggi fundus uteri ½ pusat symptisis, kontraksi uterus baik, ada lochea sangunolenta, ekstermitas tidak oedema.

Analisis :

P₂A₀AH₂ postpartum normal hari ke-6

Penatalaksanaan :

1. Melakukan pendekatan kepada ibu dan keluarga sehingga tercipta rasa percaya kepada klien. Ibu dan keluarga merasa nyaman
2. Menginformasikan hasil pemeriksaan pada ibu bahwa keadaan ibu baik-baik saja. Ibu senang hasil pemeriksaannya.
3. Menganjurkan kepada ibu untuk menjaga kebersihan diri seperti menjaga agar daerah genitalia tetap bersih : mengganti pembalut apabila sudah penuh dan tidak nyaman, mengganti kasa pada luka perineum tiap selesai BAK/BAB. Ibu mengerti dan bersedia melakukan anjuran yang diberikan
4. Mengingatkan ibu untuk melakukan pemeriksaan ke puskesmas sikumana tanggal 21-05-2020
5. Melakukan pendokumentasian. Telah dilakukan pendokumentasian.

Catatan Perkembangan IV (Nifas) Post Partum Hari Ke-7

Tanggal : 21-05-2020

Jam : 08.00 Wita

Tempat : Puskesmas Sikumana

Subyektif :

Ibu mengatakan kontrol ulang ke puskesmas, dan tidak ada keluhan saat ini

Obyektif :

Keadaan umum baik, Kesadaran composmentis, Tanda vital Tekanan darah 110/70 mmhg, suhu 36.8 °C, Nadi 86x/menit, pernapasan 20x/m, Pemeriksaan fisik wajah tidak oedema dan tidak pucat, konjungtiva merah muda, sklera putih, leher tidak ada kelainan, payudara bersih, simetris, produksi ASI ada dan banyak, tinggi fundus uteri ½ pusat symphysis, kontraksi uterus baik, lochea sungunolenta, ekstermitas tidak oedema.

Analisis :

P₂A₀AH₂ postpartum normal hari ke-7

Penatalaksanaan :

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan pada ibu bahwa keadaan umum ibu baik-baik saja, tanda vital dalam batas normal, sudah memberitahukan hasil pemeriksaannya.
2. Melakukan pemeriksaan Hb Postpartum, hasil : 12,6 gr %. Ibu senang dengan hasil pemeriksaannya
3. Menganjurkan ibu makan makanan yang bergizi untuk pemenuhan nutrisi ibu dan produksi ASI untuk bayi. Ibu bersedia melakukan anjuran
4. Menjelaskan ulang tanda bahaya masa nifas kepada ibu seperti terjadi perdarahan lewat jalan lahir, keluar cairan yang berbau dari jalan lahir, bengkak diwajah tangan dan kaki, demam lebih dari 2 hari, payudara bengkak disertai rasa sakit, agar ibu segera mengunjungi fasilitas kesehatan agar segera mendapat penanganan, ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan.
5. Menganjurkan kepada ibu untuk menjaga kebersihan diri seperti menjaga agar daerah genitalia tetap bersih dengan mengganti pembalut sesering mungkin, apabila ibu merasa sudah tidak nyaman. Ibu mengerti dan bersedia melakukan anjuran yang diberikan
6. Menganjurkan ibu untuk melakukan perawatan payudara. Manfaat perawatan payudara dapat mengurangi resiko luka atau lecet saat bayi menyusui, mencegah penyumbatan payudara, serta memelihara kebersihan payudara demi kenyamanan kegiatan menyusu, ibu mengerti dengan anjuran yang diberikan
7. Mengingatkan ibu untuk membawa bayi agar diimunisasi tanggal 26-06-2020
8. Melakukan pendokumentasian pada buku register dan buku KIA ibu. Telah dilakukan pendokumentasian

Catatan Perkembangan Post Partum Hari ke-34

Tanggal : 17-06-2020

Jam : 09.30 Wita

Tempat : Rumah Ny. N.D

Subyektif :

Ibu mengatakan tidak ada keluhan yang ingin disampaikan, ibu masih menyusui bayinya dengan aktif

Obyektif :

Keadaan umum baik, Kesadaran composmentis, Tanda vital : Tekanan darah 110/70 mmhg, suhu 37 °C, Nadi 86x/menit, pernapasan 24x/m, Pemeriksaan fisik: wajah tidak oedema, konjungtiva merah muda, sklera putih, leher tidak ada kelainan, payudara bersih, simetris, produksi ASI ada dan banyak, tinggi fundus uteri tidak teraba, ekstermitas tidak oedema.

Analisis :

P₂A₀AH₂postpartum normal 34 hari.

Penatalaksanaan :

1. Menginformasikan kepada ibu hasil pemeriksaan terhadap ibu bahwa kondisi ibu normal, ibu senang mendengar informasi yang diberikan
2. Mengkaji pemenuhan nutrisi ibu. ibu makan dengan baik dan teratur.
3. Menganjurkan ibu dalam pemberian ASI dan bayi harus disusukan minimal 10-15 kali dalam 24 jam.
4. KIE ibu mengenai penggunaan alat kontrasepsi setelah 40 hari jenis-jenis kontrasepsi diantaranya: pil berupa obat oral yang diminum setiap hari, suntik 1 bulan dan 3 bulan dimana yang dianjurkan disini adalah suntuk 3 bulan yang tidak mengganggu produksi ASI, kontrasepsi jangka panjang yaitu Implant yang biasanya dikenal susuk yang dipasang di bawah kulit pada lengan, dan IUD yaitu alat kontrasepsi dalam Rahim, juga menggunakan KB alami dengan metode amenorea laktasi, metode ini adalah salah satu kontrasepsi yang mengandalkan pemberian ASI (Air Susu Ibu) secara eksklusif. Artinya hanya diberikan ASI tanpa makanan atau minuman lainnya. MAL dapat dipakai sebagai kontrasepsi bila :

menyusui secara penuh (*Full Breast Feeding*), lebih efektif bila pemberian >8x sehari, Ibu belum haid, umur bayi kurang dari 6 bulan pasca persalinan, tidak ada efek samping sistemik dan pengawasan medis, tanpa biaya.. Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan, ibu memilih untuk menggunakan metode amenorea laktasi.

5. Melakukan pendokumentasian. Telah dilakukan pendokumentasian.

Catatan Perkembangan Post Partum Hari ke-40

Tanggal : 23-06-2020

Jam : 18.00 Wita

Tempat : Rumah Ny. N.D

Subyektif :

Ibu mengatakan tidak ada keluhan yang ingin disampaikan, ibu masih menyusui bayinya dengan aktif

Obyektif :

Kedadaan umum baik, Kesadaran composmentis, Tanda vital : Tekanan darah 120/80 mmhg, suhu 36 °C, Nadi 78x/menit, pernapasan 24x/m, Pemeriksaan fisik: wajah tidak oedema, konjungtiva merah muda, sklera putih, leher tidak ada kelainan, payudara bersih, simetris, produksi ASI ada dan banyak, ekstermitas tidak oedema.

Analisis :

P₂A₀AH₂ postpartum normal 40 hari.

Penatalaksanaan :

1. Menginformasikan kepada ibu hasil pemeriksaan terhadap ibu bahwa kondisi ibu normal, ibu senang mendengar informasi yang diberikan
2. Memberikan konseling khusus mengenai MAL (Metode Amenorea Laktase) : Metode Amenore Laktasi (MAL) adalah metode kontrasepsi alami bersifat sementara yang dapat digunakan setelah persalinan. MAL memiliki cara kerja berupa penekanan ovulasi. Peningkatan hormon prolaktin (hormon pembentukan ASI) usai persalinan menyebabkan penurunan hormon lain seperti LH dan estrogen yang diperlukan untuk pemeliharaan siklus menstruasi sehingga ovulasi (pematangan sel

telur) tidak terjadi. MAL juga dapat meningkatkan hubungan psikologis antara ibu dan bayi. Jika ibu ingin menggunakan MAL sebagai kontrasepsi alami, berikut adalah syarat dan hal-hal yang harus diperhatikan :

- a. Ibu harus menyusui bayi secara eksklusif, yang berarti penuh atau hampir penuh selama 24 jam dalam sehari termasuk malam hari. Ibu harus menyusui bayi selama 8 kali sehari atau lebih, biasanya sebanyak 10-12 kali dalam sehari. Untuk bayi pemberian ASI secara eksklusif dapat meningkatkan daya tahan tubuh karena ASI mengandung antibodi yang dibutuhkan oleh bayi. Selain itu, bayi juga mendapatkan gizi yang terbaik dari nutrisi yang terdapat pada ASI.
 - b. Ibu harus dalam masa belum mengalami menstruasi. Jika ibu sudah mengalami menstruasi maka metode ini tidak dapat digunakan lagi karena ovulasi dapat terjadi setelah menstruasi. Pendarahan sebelum 56 hari paska salin belum dianggap sebagai haid. Meski dianggap aman, perlu diingat bahwa MAL tetap memiliki risiko kehamilan tak terduga. Dibandingkan dengan Ibu yang mengombinasikan MAL dengan metode kontrasepsi paska salin lainnya, risiko hamil tetap saja tinggi. Jika ibu ingin menggunakan Metode Amenore Laktasi dibutuhkan komitmen kuat untuk menjaga metode ini tetap efektif untuk mencegah kehamilan. (Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan)
3. Mendokumentasikan hasil pemeriksaan. Semua hasil pemeriksaan telah didokumentasikan

Catatan Perkembangan III (Bayi Baru Lahir)

Tanggal : 15-05-2020

Jam : 13.30 Wita

Tempat : RSUD. Prof. W.Z Yohanes

Subyektif :

Ibu mengatakan bayinya aktif menyusui, isapan ASI-nya kuat, Pukul 12.00 wita BAK 1 kali, dan belum BAB

Obyektif :

Keadaan umum baik, Kesadaran composmentis, tanda vital heart rate 142x/m, pernapasan 42x/m, suhu 37,2°C, kulit kemerahan, bayi terlihat menghisap kuat, tali pusat tidak ada perdarahan dan tidak ada tanda-tanda infeksi.

BB 2.500 gram, PB 47 cm, LK 31 cm, LD 30 cm, LP 26 cm

Pemeriksaan fisik

Kepala : ada caput succedanum, tidak ada hidrosefalus, tidak cephal haematoma.

Mata : Simetris, sclera putih, konjungtiva merah muda, tidak ada strabismus, reflex kornea dan pupil positif.

Hidung : Tidak ada kelainan, ada septum.

Telinga : Simetris, tidak ada kelainan.

Mulut : Tidak ada labioskisis, dan labiopalatoskisis, Reflexx menghisap dan menelan positif, tidak ada kelainan.

Leher : Tidak ada Pembesaran tiroid, Pembengkakan limfe, Pembendungan Vena Jugularis, Reflex tonik positif.

Dada : Payudara, puting susu simetris, tidak ada retraksi, suara nafas normal.

Abdomen : Tidak ada kelainan, tali pusat tidak berdarah

Genetalia dan anus : JK : laki-laki, ada scrotum dan testis, ada anus, tidak ada kelainan.

Ektremitas : tidak ada kelainan (Polidactili dan syndactili)

Reflex : Ada reflex moro, Babinski, rooting, graps, dan swallow

Analisa :

Neonatus cukup bulan sesuai masa kehamilan, usia 2 jam

Penatalaksanaan :

1. Menginformasikan kepada ibu bahwa kondisi bayinya baik-baik saja, tanda vital dalam batas normal. Ibu senang dengan informasi yang diberikan.
2. Memberitahu ibu menyusui bayinya sesering mungkin, On demand dan hanya ASI saja selama 6 bulan, bila bayi tidur lebih dari 3 jam bangunkan

bayi dengan cara menyentil telapak kakinya. Ibu mengerti dan bersedia melakukan anjuran.

3. Memberitahu ibu tanda-tanda bahaya pada bayi yaitu warna kulit biru atau pucat, muntah yang berlebihan, tali pusat bengkak atau merah, kejang, tidak BAK dalam 24 jam, bayi tidak mau menyusui, BAB encer lebih dari 5x/hari dan anjurkan ibu untuk segera ketempat pelayanan terdekat bila ada tanda-tanda tersebut. Ibu mengerti dengan anjuran yang diberikan.
4. Mengajarkan ibu tentang perlekatan menyusui bayi yang benar yaitu bayi sejajar atau satu garis lurus dengan ibu, dagu bayi menempel ke payudara ibu, mulut terbuka lebar, sebagian besar areola terutama yang berada dibawah masuk kedalam mulut bayi, bibir bayi terlipat keluar, tidak boleh terdengar bunyi decak hanya bunyi menelan saja, dan bayi terlihat tenang. Ibu mengerti dengan anjuran yang diberikan.
5. Mengajarkan kepada ibu cara merawat bayi, meliputi :Pemberian nutrisi : menganjurkan ibu memberikan ASI sesering mungkin dengan frekuensi menyusu setiap 2-3 jam dan pastikan bayi mendapatkan cukup colostrums selama 24 jam dan menganjurkan ibu memberikan ASI saja sampai usia 6 bulan. Ibu mengerti dan bersedia melakukannya.
6. Melakukan pendokumentasian pada status dan buku KIA ibu. Sudah dilakukan pendokumentasian

Catatan Perkembangan BBL 6 Jam

Tanggal : 15-05-2020

Jam : 18. 30 Wita

Tempat : RSUD. Prof. W.Z Yohanes

Subyektif :

Ibu mengatakan bayi sudah mulai menyusu dan isapan ASI nya kuat, Pukul 17.00 bayi BAK 1 kali, BAB 1 kali

Obyektif :

Keadaan umum baik, Kesadaran composmentis, tanda vital heart rate 142x/m, pernapasan 42x/m, suhu 37,2°C, kulit kemerahan, bayi terlihat menghisap kuat, tali pusat tidak ada perdarahan dan tidak ada tanda-tanda infeksi.

Analisa :

Neonatus cukup bulan sesuai masa kehamilan usia 6 jam

Penatalaksanaan :

1. Menginformasikan kepada ibu bahwa kondisi bayinya baik-baik saja, tanda vital dalam batas normal, ibu terlihat senang mendengar informasi yang diberikan.
2. Memberitahu ibu menyusui bayinya sesering mungkin, On demand dan hanya ASI saja selama 6 bulan, bila bayi tidur lebih dari 3 jam bangunkan bayi dengan cara menyentil telapak kakinya. Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan mau memberikan ASI kepada bayi seperti yang diajarkan.
3. Memberitahu ibu cara merawat tali pusat yang baik dan benar agar ibu dapat melakukannya dirumah yaitu selalu cuci tangan dengan bersih sebelum bersentuhan dengan bayi, jangan membubukan apapun pada tali pusat bayi, biarkan tali pusat bayi terbuka, tidak perlu ditutupi dengan kain kasa atau gurita. Selalu jaga agar tali pusat selalu kering
4. Memberitahu ibu tanda-tanda bahaya pada bayi yaitu warna kulit biru atau pucat, muntah yang berlebihan, tali pusat bengkak atau merah, kejang, tidak BAK dalam 24 jam, bayi tidak mau menyusui, BAB encer lebih dari 5x/hari dan anjurkan ibu untuk segera ketempat pelayanan terdekat bila ada tanda-tanda tersebut. Ibu mengerti dan bersedia ke pelayanan kesehatan terdekat bila ada tanda bahaya pada bayinya.
5. Mengajarkan ibu tentang perlekatan menyusui bayi yang benar yaitu bayi sejajar atau satu garis lurus dengan ibu, dagu bayi menempel ke payudara ibu, mulut terbuka lebar, sebagian besar areola terutama yang berada dibawah masuk kedalam mulut bayi, bibir bayi terlipat keluar, tidak boleh terdengar bunyi decak hanya bunyi menelan saja, dan bayi terlihat tenang. Ibu mengerti dan tampak dapat mempraktekkan dengan benar.
6. Mengajarkan kepada ibu cara merawat bayi, meliputi :
 - a. Pemberian nutrisi : menganjurkan ibu memberikan ASI sesering mungkin dengan frekuensi menyusui setiap 2-3 jam dan pastikan bayi

mendapatkan cukup colostrums selama 24 jam dan menganjurkan ibu memberikan ASI saja sampai usia 6 bulan

b. Menjaga kehangatan tubuh bayi

c. Mencegah terjadinya infeksi pada bayi dengan cara meminta ibu dan keluarga mencuci tangan sebelum memegang bayi atau setelah menggunakan toilet untuk BAB atau BAK, menjaga kebersihantali pusat dengan tidak membubuhkan apapun, meminta ibu menjaga kebersihan dirinya dan payudaranya, menganjurkan ibu agar menjaga bayi dari anggota keluarga yang sedang sakit infeksi.

Ibu sudah mengerti dengan penjelasan yang sudah diberikan.

7. Menjadwalkan kunjungan ibu ke Puskesmas tanggal 19-05-2020.

Ibu bersedia melakukan kunjungan ulang.

8. Melakukan pendokumentasian pada status dan buku KIA ibu. Telah dilakukan pendokumentasian

Catatan Perkembangan BBL Hari Ke-1

Tanggal :15-05-2020

Jam : 08.00 Wita

Tempat : Rumah Ny.N.D

Subyektif :

Ibu mengatakan kondisi anaknya baik-baik saja, Bayi aktif menghisap ASI, Pukul 07.00 sudah BAB (1x), BAK (3x).

Obyektif :

KU : baik, Kesadaran : composmentis, HR : 140x/menit, RR 42x/m, S : 36°C, bayi menghisap kuat, tali pusat masih basah dan tidak ada tanda-tanda infeksi/tidak berdarah.

Analisa :

Neonatus cukup bulan sesuai masa kehamilan, usia 1 hari

Penatalaksanaan :

1. Menginformasikan kepada ibu bahwa kondisi bayinya baik-baik saja, ,ibu senang dengan informasi yang diberikan

2. Menjaga agar bayi tetap hangat : segera ganti jika pakaian lembap, memakaikan topi, selimut. Ibu sudah melakukan anjuran
3. Memberitahu ibu menyusui bayinya sesering mungkin/ On demand dan hanya ASI saja selama 6 bulan. Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan mau memberikan ASI kepada bayi seperti yang diajarkan
4. Melakukan perawatan tali pusat menggunakan kasa steril dan alkohol 70%. Sudah dilakukan perawatan tali pusat
5. Memberitahu ibu tanda-tanda bahaya pada bayi yaitu warna kulit biru atau pucat, muntah yang berlebihan, tali pusat bengkak atau merah, kejang, tidak BAK dalam 24 jam, bayi tidak mau menyusui, BAB encer lebih dari 5x/hari dan anjurkan ibu untuk segera ketempat pelayanan terdekat bila ada tanda-tanda tersebut.
6. Melakukan pendokumentasian. Sudah dilakukan pendokumentasian.

Catatan Perkembangan BBL Hari Ke-2

Tanggal : 16-05-2020

Jam : 08.00 Wita

Tempat : Rumah Ny.N.D

Subyektif :

Ibu mengatakan Bayi aktif menghisap ASI, Pukul 06.00 wita bayi sudah BAB (1x), BAK (2x).

Obyektif :

KU : baik, Kesadaran : composmentis, HR : 129x/menit, RR 40x/m, S : 36°C, bayi menghisap kuat, tali pusat masih basah dan tidak ada tanda-tanda infeksi/tidak berdarah.

Analisa :

Neonatus cukup bulan sesuai masa kehamilan, usia 2 hari

Penatalaksanaan :

1. Menginformasikan kepada ibu bahwa kondisi bayinya baik-baik saja, ,ibu senang dengan informasi yang diberikan
2. Menjaga agar bayi tetap hangat : segera ganti jika pakaian lembap, memakaikan topi, selimut. Ibu sudah melakukan anjuran

3. Memberitahu ibu menyusui bayinya sesering mungkin/ On demand dan hanya ASI saja selama 6 bulan. Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan mau memberikan ASI kepada bayi seperti yang diajarkan
4. Melakukan perawatan tali pusat menggunakan kasa steril dan alkohol 70%. Sudah dilakukan perawatan tali pusat
5. Melakukan pendokumentasian. Sudah dilakukan pendokumentasian.

Catatan Perkembangan BBL Hari Ke-3

Tanggal : 17-05-2020

Jam : 08.00 Wita

Tempat : Rumah Ny.N.D

Subyektif :

Ibu mengatakan Bayi aktif menghisap ASI, belum BAB, Pukul 07.00 wita bayi BAK (2x).

Obyektif :

KU : baik, Kesadaran : composmentis, HR : 140x/menit, RR 46x/m, S : 36.5°C, bayi menghisap kuat, tali pusat masih basah dan tidak ada tanda-tanda infeksi/tidak berdarah.

Analisa :

Neonatus cukup bulan sesuai masa kehamilan, usia 3 hari

Penatalaksanaan :

1. Menginformasikan kepada ibu bahwa kondisi bayinya baik-baik saja, ,ibu senang dengan informasi yang diberikan
2. Menjaga agar bayi tetap hangat : segera ganti jika pakaian lembap, memakaikan topi, selimut. Ibu sudah melakukan anjuran
3. Memberitahu ibu menyusui bayinya sesering mungkin/ On demand dan hanya ASI saja selama 6 bulan. Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan mau memberikan ASI kepada bayi seperti yang diajarkan
4. Melakukan perawatan tali pusat menggunakan kasa steril dan alkohol 70%. Sudah dilakukan perawatan tali pusat
5. Melakukan pendokumentasian. Sudah dilakukan pendokumentasian.

Catatan Perkembangan BBL Hari Ke-4

Tanggal :18-05-2020

Jam : 17.00 Wita

Tempat : Rumah Ny.N.D

Subyektif :

Ibu mengatakan Bayi aktif menghisap ASI, sudah BAB (3x), BAK (3x).

Obyektif :

KU : baik, Kesadaran : compos mentis, HR : 140x/menit, RR 46x/m, S : 36.8°C, bayi menghisap kuat, tali pusat mulai mengering dan tidak ada tanda-tanda infeksi/tidak berdarah.

Analisa :

Neonatus cukup bulan sesuai masa kehamilan, usia 4 hari

Penatalaksanaan :

1. Menginformasikan kepada ibu bahwa kondisi bayinya baik-baik saja, ,ibu senang dengan informasi yang diberikan
2. Menjaga agar bayi tetap hangat : segera ganti jika pakaian lembap, memakaikan topi, selimut. Ibu sudah melakukan anjuran
3. Memberitahu ibu menyusui bayinya sesering mungkin/ On demand dan hanya ASI saja selam 6 bulan. Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan mau memberikan ASI kepada bayi seperti yang diajarkan
4. Melakukan perawatan tali pusat menggunakan kasa steril dan alkohol 70%. Sudah dilakukan perawatan tali pusat
5. Melakukan pendokumentasian. Sudah dilakukan pendokumentasian.

Catatan Perkembangan BBL Hari Ke-5

Tanggal :19-05-2020

Jam : 17.30 Wita

Tempat : Rumah Ny.N.D

Subyektif :

Ibu mengatakan Bayi aktif menghisap ASI, sudah BAB (3x), BAK (3x)

Obyektif :

KU : baik, Kesadaran : compos mentis, HR : 130x/menit, RR 42x/m, S : 36°C, bayi menghisap kuat, tali pusat mulai mengering

Analisa :

Neonatus cukup bulan sesuai masa kehamilan, usia 5 hari

Penatalaksanaan :

1. Menginformasikan kepada ibu bahwa kondisi bayinya baik-baik saja, ,ibu senang dengan informasi yang diberikan
2. Menjaga agar bayi tetap hangat : segera ganti jika pakaian lembap, memakaikan topi, selimut. Ibu sudah melakukan anjuran
3. Memberitahu ibu menyusui bayinya sesering mungkin/ On demand dan hanya ASI saja selam 6 bulan. Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan mau memberikan ASI kepada bayi seperti yang diajarkan
4. Melakukan perawatan tali pusat menggunakan kasa steril dan alkohol 70%. Sudah dilakukan perawatan tali pusat
5. Melakukan pendokumentasian. Sudah dilakukan pendokumentasian.

Catatan Perkembangan BBL Hari Ke-6

Tanggal : 20-05-2020

Jam : 08.00 Wita

Tempat : Rumah Ny.N.D

Subyektif :

Ibu mengatakan Bayi aktif menghisap ASI, Pukul 07.30 sudah BAB (1x), BAK (2x).

Obyektif :

KU : baik, Kesadaran : compos mentis, HR : 139x/menit, RR 46x/m, S : 36.5°C, bayi menghisap kuat, tali pusat mulai mengering

Analisa :

Neonatus cukup bulan sesuai masa kehamilan, usia 6 hari

Penatalaksanaan :

1. Menginformasikan kepada ibu bahwa kondisi bayinya baik-baik saja, ,ibu senang dengan informasi yang diberikan

2. Menjaga agar bayi tetap hangat : segera ganti jika pakaian lembap, memakaikan topi, selimut. Ibu sudah melakukan anjuran
3. Memberitahu ibu menyusui bayinya sesering mungkin/ On demand dan hanya ASI saja selama 6 bulan. Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan mau memberikan ASI kepada bayi seperti yang diajarkan
4. Melakukan perawatan tali pusat menggunakan kasa steril dan alkohol 70%. Sudah dilakukan perawatan tali pusat
5. Jadwalkan kunjungan untuk pemeriksaan ke puskesmas pada tanggal 21-05-2020. Ibu bersedia membawa bayi ke puskesmas
6. Melakukan pendokumentasian. Sudah dilakukan pendokumentasian.

Catatan Perkembangan BBL Hari Ke-7 (KN II)

Tanggal : 21-05-2020

Jam : 08.00 Wita

Tempat : Puskesmas sikumana

Subyektif :

Ibu mengatakan kondisi anaknya baik-baik saja, Bayi aktif menghisap ASI, Pukul 06.00 sudah BAB (1x), BAK (2x).

Obyektif :

KU : baik, Kesadaran : composmentis, HR : 136x/menit, pernapasan 48x/m, S : 37°C, BB : 2.300 gram ,kuit kemerahan, bayi terlihat menghisap kuat, tali pusat sudah puput dan tidak ada tanda-tanda infeksi

Analisa :

Neonatus cukup bulan sesuai masa kehamilan, usia 7 hari

Penatalaksanaan :

1. Menginformasikan kepada ibu bahwa kondisi bayinya baik-baik saja, ,ibu senang dengan informasi yang diberikan
2. Memberitahu ibu menyusui bayinya sesering mungkin/ On demand dan hanya ASI saja selama 6 bulan, sehingga membantu penambahan berat badan bayi. Bila bayi tidur lebih dari 3 jam bangunkan bayi dengan cara menyentil telapak kakinya. Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan mau memberikan ASI kepada bayi seperti yang diajarkan.

3. Memberitahu ibu tanda-tanda bahaya pada bayi yaitu warna kulit biru atau pucat, muntah yang berlebihan, tali pusat bengkak atau merah, kejang, tidak BAK dalam 24 jam, bayi tidak mau menyusui, BAB encer lebih dari 5x/hari dan anjurkan ibu untuk segera ketempat pelayanan terdekat bila ada tanda-tanda tersebut.
4. Menganjurkan kepada ibu untuk mengantarkan bayinya ke puskesmas atau posyandu tanggal (26-06-2020) agar bayinya mendapatkan imunisasi lanjutan semuanya bertujuan untuk mencegah bayi dari penyakit. Ibu mengerti dengan penjelasan dan mau mengantarkan anak ke posnyandu.
5. Melakukan pendokumentasian pada buku KIA. Sudah dilakukan pendokumentasian.

Catatan Perkembangan BBL Hari ke- 28

Tanggal : 11-06-2020
 Jam : 16.00 Wita
 Tempat : Rumah Ny. N.D

Subyektif :

Ibu mengatakan tidak ada keluhan yang ingin disampaikan mengenai bayinya

Obyektif :

Keadaan umum baik, Kesadaran composmentis, tanda vital HR 138x/m, pernapasan 43x/m, suhu 36,8°C, kulit kemerahan, bayi terlihat menghisap kuat

Analisa :

Neonatus cukup bulan, sesuai usia kehamilan usia 28 hari

Penatalaksanaan :

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan pada ibu bahwa keadaannya baik-baik saja, ibu merasa senang dengan hasil pemeriksaannya
2. Memberitahu ibu menyusui bayinya sesering mungkin, On demand dan hanya ASI saja selam 6 bulan, bila bayi tidur lebih dari 3 jam bangunkan bayi dengan cara menyentil telapak kakinya, Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan mau memberikan ASI kepada bayi seperti yang diajarkan.

3. Mengingatkan ibu untuk membawa bayinya imunisasi pada tanggal 26-06-2020 di Puskesmas dan juga membawa bayinya untuk posyandu tiap bulan untuk memantau tumbuh kembang bayi. ibu mengerti dan bersedia membawa anaknya imunisasi
4. Melakukan pendokumentasian. Telah dilakukan pendokumentasian

Catatan Perkembangan Imunisasi

Tanggal : 26-06-2020

Jam : 08.00 Wita

Tempat : Puskesmas Sikumana

Subyektif :

Ibu mengatakan bayi aktif menyusu, BAK terakhir bayi 2x, dan ibu membawa bayi ke puskesmas untuk mendapatkan imunisasi BCG dan Polio 1

Obyektif :

KU : Baik

RR : 42x/menit S : 36,6°C

HR : 137 x/menit

Analisa :

Bayi Ny.N.D usia 1 bulan 1 minggu

Penatalaksanaan :

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan bayi kepada ibu dan keluarga. Ibu dan keluarga senang dengan hasil pemeriksaan
2. Menginformasikan fungsi imunisasi BCG : bayi akan terhindar dari penyakit tuberkelosis, dan Polio 1 / OPV (*Oral Polio Vaccine I*): untuk mencegah penyakit polio. Ibu mengerti dengan informasi yang diberikan
3. Melakukan injeksi BCG secara intrakutan 0,05 ml di lengan kanan atas bayi, dan Polio oral di tetes sebanyak 2 tetes. Imunisasi sudah dilakukan
4. Menginformasikan kepada ibu bahwa area penyuntikan akan bengkak, bernanah dan memerah merupakan reaksi dari cara kerja vaksin sehingga tidak boleh dikompres dan jika bayi demam berikan paracetamol sirup sesuai berat badan bayi. Ibu mengerti dengan informasi yang diberikan

5. Mendokumentasikan tanggal pemberian imunisasi pada buku KIA. Sudah dilakukan pendokumentasian.

Catatan perkembangan KB (Keluarga Berencana 42 hari)

Tanggal : 05-07-2020

Jam : 16.30 wita

Tempat : Rumah Ny.N.D

Subyektif :

Ibu mengatakan tidak ada keluhan saat kunjungan ini, dan ibu tidak mau menggunakan alat kontrasepsi, ibu memutuskan menggunakan metode kontrasepsi sederhana yaitu MAL (Metode Amenorrhoe Laktasi), dengan alasan ibu mau memberikan ASI eksklusif selama 6 bulan, dengan riwayat jarak anak pertama 14 tahun.

Objektif :

KU : Baik Kesadaran : Composmentis

TTV :

TD : 110/70 mmHg S : 36°C

N : 70x/menit RR : 18x/menit

Analisa :

P₂A₀AH₂ dengan Akseptor KB MAL (Metode Amenorrhoe Laktasi)

Penatalaksanaan :

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan kepada ibu. Ibu senang dengan hasil pemeriksaan.
2. Mengevaluasi pengetahuan ibu mengenai MAL (Metode Amenorrhoe Laktasi). Ibu kooperatif dan menjawab dengan baik saat diajukan pertanyaan
3. Melakukan pendokumentasian. Semua hasil pemeriksaan sudah didokumentasikan

4.3 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. Dengan adanya kesenjangan tersebut dapat dilakukan pemecahan masalah untuk perbaikan atau masukan demi meningkatkan asuhan kebidanan.

Dalam penatalaksanaan proses asuhan kebidanan komprehensif pada Ny. N.D umur 36 tahun G₂P₁A₀AH₁ usia Kehamilan 39 minggu 6 hari di Puskesmas Sikumana disusun berdasarkan dasar teori dan asuhan yang nyata dengan pendekatan manajemen kebidanan 7 langkah (Varney) dan pendokumentasian SOAP.

Setelah penulis melakukan asuhan kebidanan komprehensif pada Ny. N.D umur 36 tahun di Puskesmas Sikumana, penulis ingin membandingkan antara teori dan fakta yang ada selama melakukan asuhan kebidanan pada Ny. N.D hal tersebut akan tercantum dalam pembahasan sebagai berikut:

1. Kehamilan

a. Pengakajian

Sebelum memberikan asuhan kepada ibu, terlebih dahulu dilakukan informed consent pada ibu dalam bentuk komunikasi sehingga pada saat pengumpulan data ibu bersedia memberikan informasi tentang kondisi kesehatannya. Pengkajian data dasar pada Ny. N.D dimulai dengan melakukan pengkajian identitas pasien, keluhan yang dirasakan, riwayat menstruasi, riwayat kehamilan, persalinan, bayi baru lahir dan nifas yang lalu, riwayat kehamilan sekarang, pemberian imunisasi TT, riwayat KB, pola kebiasaan sehari-hari, riwayat penyakit, riwayat psikososial serta riwayat perkawinan. Pada pengkajian terdapat data subyektif yakni identitas pasien, menurut Proverawati (2010) mengatakan bahwa Usia reproduksi optimal bagi seorang wanita adalah usia

antara 20-35 tahun, di bawah usia 20 tahun dan diatas usia 35 tahun akan meningkatkan resiko kehamilan maupun persalinan, karena usia di bawah 20 tahun perkembangan organ-organ reproduksinya belum optimal, kematangan emosi dan kejiwaan kurang serta fungsi fisiologis maupun reproduksi secara umum. Sebaliknya pada usia di atas 35 tahun telah terjadi kemunduran fungsi fisiologi secara umum. Hal-hal tersebutlah yang mengakibatkan proses perkembangan janin menjadi tidak optimal dan menghasilkan anak yang lahir dengan berat badan rendah. Pada kasus Ny. N.D berumur 32 tahun, merupakan usia yang masih bisa ada dalam persalinan normal tetapi perlu dipantau lebih lanjut, sehingga dapat disimpulkan bahwa antara kasus dan teori tidak ada kesenjangan.

Pendidikan berpengaruh dalam tindakan kebidanan dan untuk mengetahui tingkat intelektualnya, sehingga bidan dapat memberikan konseling sesuai dengan pendidikannya, pada kasus Ny. N.D pendidikan terakhir adalah SMA, dan tingkat intelektualnya cukup sehingga tidak terlalu menyulitkan dalam memberikan konseling tetapi juga perlu penyerderhanaan bahasa dalam pemberian konseling.(Eny, dkk 2010)

Pekerjaan menurut Walyani (2015), Mengetahui pekerjaan klien adalah penting untuk mengetahui apakah klien berada dalam keadaan utuh dan untuk mengkaji potensi kelahiran, prematur dan pajanan terhadap bahaya lingkungan kerja yang dapat merusak janin. Pada kasus ini pekerjaan Ny. N.D adalah ibu rumah tangga sehingga kecil resiko bagi ibu terhadap bahaya tempat kerja seperti ibu tidak terpapar dengan udara lingkungan yang tidak baik sehingga kesejahteraan janin pun terjaga.

Pada pengkajian riwayat perkawinan ibu mengatakan sudah menikah sah dengan suami. Hal ini dapat membantu kehamilan ibu karena berhubungan dengan pemenuhan kebutuhan-kebutuhan

ibu selama kehamilan, antara lain makanan sehat, bahan persiapan kelahiran, obat-obatan dan transportasi.

Pada kunjungan ANC saat dilakukan pengkajian Ny. N.D mengatakan hamil anak kedua dan usia kehamilannya saat ini kurang lebih 9 bulan. Untuk menegakkan kehamilan ditetapkan dengan melakukan penilaian terhadap beberapa tanda dan gejala kehamilan (Walyani (2015) dimana perhitungan usia kehamilan pada kasus ini dikaitkan dengan HPHT 12-08-2019 didapatkan usia kehamilan 39 minggu 3 hari, yaitu pada trimester I sebanyak 2 kali, trimester II sebanyak 2 kali, trimester III sebanyak 2 kali, hal ini sesuai dengan teori Depkes (2009) mengatakan bahwa frekuensi kunjungan antenatal minimal 4 kali yaitu: minimal 1 kali pada trimester I, minimal 1 kali pada trimester II, dan minimal 2 kali pada trimester III, sehingga penulis dapat menyimpulkan tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus.

Selain itu juga keluhan utama yang dialami ibu adalah nyeri pinggang, ketika usia kandungan memasuki 9 bulan, yang menurut teori Elanor (2007) mengatakan bahwa nyeri pinggang selama kehamilan disebabkan karena dengan bertambahnya usia kehamilan, posisi bayi dalam rahim dapat menekan saraf dan menyebabkan nyeri pinggang dan Menurut Manuaba (2007) nyeri pinggang selama kehamilan diakibatkan karena meningkatnya hormone progesterone dan relaxin yang merangsang peregangan otot-otot daerah pinggang, penambahan ukuran uterus yang mengarah ke depan, dan perubahan titik berat tubuh yang tepatnya agak ke belakang, sehingga didapatkan tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus.

Pengkajian pada data obyektif menurut Walyani (2015) tekanan darah yang normal adalah 110/80 mmHg sampai 140/90 mmHg. Bila >140/90 mmHg, hati - hati adanya hipertensi/preeklamsi. Nadi menurut Marmi (2014), Denyut nadi maternal

sedikit meningkat selama hamil, tetapi jarang melebihi 100 denyut per menit (dpm). Curigai hipotiroidisme jika denyut nadi lebih dari 100 dpm. Periksa adanya eksoftalmia dan hiperrefleksia yang menyertai. Pernafasan menurut Romauli (2011) Untuk mengetahui fungsi sistem pernapasan. Normalnya 16-20 kali/menit. Suhu Menurut Walyani (2015) suhu badan normal adalah 36,5°C sampai 37,5°C. Bila suhu lebih dari 37,5°C kemungkinan ada infeksi. Pada kasus Ny.N.D hasil pemeriksaan tanda-tanda vital yakni tekanan darah 100/70 MmHg, pernafasan 19x/m, nadi 84x/m, suhu 36,6 sehingga dapat digolongkan dalam keadaan normal.

Berat badan menurut Walyani (2015) Berat badan yang bertambah terlalu besar atau kurang, perlu mendapat perhatian khusus karena kemungkinan terjadi penyulit kehamilan, menurut Manuaba (2012), hal ini di dukung oleh teori Suryati (2011) yang mengatakan bahwa kenaikan berat badan pada awal kehamilan sampai akhir kehamilan adalah 6,5-16,5 kg, dengan demikian kenaikan berat badan Ny.N.D dalam batas normal dimana sebelum hamil berat badan Ny.N.D 50 kg dan pada hamil berat badan Ny.N.D menjadi 59 kg, sehingga tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus.

Tinggi Badan menurut Walyani (2015) Tinggi badan diukur dalam cm, tanpa sepatu. Tinggi badan kurang dari 145 cm ada kemungkinan terjadi *Cepalo Pelvic Disproportion* (CPD). Pada kasus Ny.N.D dengan tinggi badan 159 cm, sehingga penulis menyimpulkan bahwa tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus.

Lingkar Lengan Atas (LILA), menurut Pantiawati & Saryono (2010) standar minimal untuk lingkar lengan atas pada wanita dewasa atau usia reproduksi adalah 23,5 cm. Jika ukuran LILA kurang dari 23,5 cm maka interpretasinya adalah kurang energi

kronik (KEK). Pada kasus Ny.N.D dengan LILA 25 cm, sehingga penulis menyimpulkan bahwa tidak ada kesenjangan antara kasus dan teori.

Pada kasus Ny N.D didapatkan Pemeriksaan Leopold I Tinggi fundus uteri 3 jari dibawah procesus xifoideus, pada fundus teraba bulat, lunak, (bokong) leopold II pada perut bagian teraba datar, keras, memanjang seperti papan, pada perut bagian kiri ibu teraba ekstremitas janin. leopold III bagian terbawah teraba bulat, keras, dan melenting (kepala) leopold IV Divergen (kepala sudah masuk PAP) 4/5.

Pada kunjungan ANC yang ke dua yaitu pada tanggal 14-10-2019 dilakukan pemeriksaan haemoglobin dengan hasil pemeriksaan 9,6 gr%. (Kemenkes RI, 2013) mengatakan bawah pemeriksaan penunjang seperti kadar haemoglobin darah ibu dilakukan minimal satu kali pada trimester pertama dan satu kali pada trimester ketiga, yang bertujuan untuk mengetahui ibu hamil anemia atau tidak selama kehamilannya karena kondisi anemia dapat mempengaruhi tumbuh kembang janinnya, dimana pada kasus Ny.N.D ibu mengalami kondisi anemia ringan.

b. Analisa Diagnosa dan Masalah

Pada langkah kedua yaitu diagnosa dan masalah, pada langkah ini dilakukan identifikasi masalah yang benar terhadap diagnosa dan masalah serta kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data dari hasil anamnesa yang dikumpulkan. Data yang sudah dikumpulkan diidentifikasi sehingga ditemukan masalah atau diagnosa yang spesifik. Penulismendiagnosa G2P₁A₀AH₁ hamil 39 minggu 3 hari, janin hidup tunggal intrauterin, letak lintang, dalam langkah ini penulis menemukan masalah yaitu gangguan ketidaknyamanan pada trimester III nyeri pinggang, Menurut Manuaba (2007) nyeri pinggang selama kehamilan diakibatkan karena meningkatnya hormone

progesterone dan relaxin yang merangsang peregangan otot-otot daerah pinggang, penambahan ukuran uterus yang mengarah ke depan, dan perubahan titik berat tubuh yang tepatnya agak ke belakang. Kebutuhan yang diberikan pada ibu adalah dengan cara mengurangi aktivitas berlebihan.

Penulis juga menetapkan kebutuhan ibu berdasarkan analisa yang telah didapatkan yaitu KIE fisiologis ketidaknyamanan pada trimester III.

c. Antisipasi Masalah Potensial

Pada langkah ketiga yaitu antisipasi diagnosa dan masalah potensial berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosa yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi bila memungkinkan dilakukan pencegahan dan penting sekali dilakukan pencegahan (Manuaba, 2010). Penulis tidak menemukan adanya masalah potensial karena keluhan atau masalah tetap.

d. Tindakan Segera

Pada langkah keempat yaitu tindakan segera, bidan menetapkan kebutuhan terhadap tindakan segera, melakukan konsultasi, kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain berdasarkan kondisi klien (Manuaba, 2010). Penulis tidak menuliskan kebutuhan terhadap tindakan segera atau kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain, karena tidak terdapat adanya masalah yang membutuhkan tindakan segera.

e. Perencanaan

Pada langkah kelima yaitu perencanaan tindakan, asuhan yang ditentukan berdasarkan langkah-langkah sebelumnya dan merupakan kelanjutan terhadap masalah dan diagnosa yang telah diidentifikasi. Penulis membuat perencanaan yang dibuat berdasarkan tindakan segera atau kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain.

Perencanaan yang dibuat yaitu konseling dan edukasi mengenai informasi hasil pemeriksaan, informasi merupakan hak ibu, sehingga lebih kooperatif dengan asuhan yang diberikan. Ketidaknyamanan yang dirasakan pada trimester III yaitu nyeri pinggang menurut Manuaba (2007) nyeri pinggang selama kehamilan diakibatkan karena meningkatnya hormone progesterone dan relaxin yang merangsang peregangan otot-otot daerah pinggang, penambahan ukuran uterus yang mengarah ke depan, dan perubahan titik berat tubuh yang tepatnya agak ke belakang. Selain itu ada tanda-tanda bahaya kehamilan trimester III seperti demam tinggi, kejang, penglihatan kabur, gerakan janin berkurang, nyeri perut yang hebat, dan oedema pada wajah, tangan serta kaki (Saifuddin, 2010), tanda-tanda persalinan seperti nyeri perut yang hebat menjalar keperut bagian bawah, keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir, keluar air ketuban dari jalan lahir dan nyeri yang sering serta teratur (Marmi, 2012), konsumsi makanan bergizi seimbang seperti karbohidrat, protein, mineral dan vitamin (Marjati, 2011), ajarkan ibu posisi chest position atau posisi nungging adalah sebuah sikap tubuh atau gerakan yang biasanya digunakan sebagai terapi apabila adanya kelainan posisi, presentasi, atau letak pada bayi dalam kandungan (saifuddin, 2006), manfaat pemberian obat tambah darah mengandung 200 mg Sulfat ferosus untuk menambah zat besi dan kadar heamoglobin dalam darah, vitamin C 50 mg berfungsi membantu penyerapan tablet Fe dan kalsium laktat membantu pertumbuhan tulang dan gigi janin (Marjati, 2011), perawatan kehamilan sehari-hari, persiapan persalinan seperti memilih tempat persalinan, penolong persalinan, pengambil keputusan, memilih pendamping pada saat persalinan, calon pendonor darah, biaya persalinan, serta pakian ibu dan bayi. (Marmi, 2012) serta kunjungan ulang 2 minggu, kunjungan ulang pada trimester III

saat usia kehamilan dibawah 36 minggu dilakukan setiap 2 minggu (Rukiah, 2009), serta dokumentasi hasil pemeriksaan mempermudah dalam pemberian pelayanan antenatal selanjutnya (Manuaba, 2010).

f. Pelaksanaan

Pada langkah keenam yaitu pelaksanaan asuhan secara efisien dan aman. Pelaksanaan ini dapat dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagiannya oleh klien atau tim kesehatan lainnya (Manuaba, 2010).

Penulis telah melakukan Pelaksanaan sesuai dengan rencana tindakan yang sudah dibuat. Pelaksanaan yang telah dilakukan meliputi menginformasikan pada ibu tentang hasil pemeriksaan, menjelaskan pada ibu tentang ketidaknyamanan yang ia rasakan dan cara mengatasinya, tanda-tanda bahaya kehamilan seperti demam tinggi, kejang, penglihatan kabur, gerakan janin berkurang, nyeri perut yang hebat, dan oedema pada wajah, tangan serta kaki, menjelaskan tentang perawatan kehamilan, menganjurkan ibu mengkonsumsi makanan bergizi seimbang seperti karbohidrat, protein, mineral dan vitamin, menjelaskan pada ibu posisi knee cest atau posisi nungging, menjelaskan manfaat pemberian obat tambah darah, vitamin C dan Kalsium laktat, melakukan perawatan kehamilan sehari-hari, menjelaskan tentang persiapan persalinan seperti memilih tempat persalinan, penolong persalinan, pengambil keputusan, memilih pendamping pada saat persalinan, calon pendonor darah, biaya persalinan, serta pakaian ibu dan bayi, serta menjadwalkan kunjungan ulang 2 minggu, serta mendokumentasikan semua hasil pemeriksaan.

g. Evaluasi

Pada langkah ketujuh yaitu evaluasi dilakukan keefektifan dan asuhan yang diberikan. Hal ini dievaluasi meliputi apakah kebutuhan telah terpenuhi dan mengatasi diagnosa dan masalah

yang diidentifikasi. Untuk mengetahui keefektifan asuhan yang diberikan pasien dapat diminta untuk mengulangi penjelasan yang telah diberikan (Manuaba, 2010).

Hasil evaluasi yang didapatkan penulis mengenai penjelasan dan anjuran yang diberikan bahwa ibu merasa senang dengan informasi yang diberikan, ibu mengetahui dan memahami tentang: ketidaknyamanan yang dirasakan dan cara mengatasinya, tanda-tanda bahaya kehamilan trimester III, tanda-tanda persalinan, konsumsi makanan bergizi seimbang, ibu sudah diajarkan posisi knee cest atau posisi nungging, dan ibu sudah dijelaskan manfaat obat dan cara minum obat, selain itu juga ibu bersedia datang kembali sesuai jadwal yang ditentukan serta semua hasil pemeriksaan sudah didokumentasikan. Pada catatan perkembangan hari pertama penulis melakukan asuhan dirumah pasien. Ny.N,D mengatakan masih nyeri pinggang. Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital dalam keadaan normal. Pada catatan perkembangan asuhan yang diberikan saat kunjungan kedua dan ketiga keadaan ibu sudah membaik namun ibu mengatakan bahwa ia merasa sering nyeri pinggang. Ketidaknyamanan fisiologis menurut Walyani (2015) Menurut Manuaba (2007) nyeri pinggang selama kehamilan diakibatkan karena meningkatnya hormone progesterone dan relaxin yang merangsang peregangan otot-otot daerah pinggang, penambahan ukuran uterus yang mengarah ke depan, dan perubahan titik berat tubuh yang tepatnya agak ke belakang. Penulis tetap memberikan konseling tentang ketidaknyamanan fisiologis yang dialami ibu dan ibu menerima semua informasi yang diberikan.

2. Persalinan

Pada tanggal 15 Mei 2019 pukul 19.15 WITA, Ny. N.D datang ke Puskesmas dengan keluhan sudah mendapat tanda persalinan berupa sakit pada pinggang menjalar perut bagian bawah sejak pukul 16.00

WITA dan keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir pada pukul 19.00 WITA. Usia kehamilan Ny. Ny. N.D 39 minggu 3 hari dihitung dari HPHT tanggal 09-08-2018. Hal ini sesuai dengan teori, dimana dalam teori WHO (2010) yang menyebutkan bahwa persalinan normal merupakan pengeluaran hasil konsepsi pada usia kehamilan 37-42 minggu / usia aterm.

Tanda persalinan yang dirasakan oleh Ny. Ny. N.D adalah sakit pada pinggang menjalar ke perut bagian bawah, keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir, nyeri pada perut yang semakin sakit juga sering, dan merasa kencang-kencang pada perut. Tanda-tanda persalinan yang dialami sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Marmi (2012) yang menyebutkan tanda dan gejala inpartu adalah 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 his akan bertambah. Dengan demikian tidak ada kesenjangan antara kasus dan teori.

Setelah dilakukan pemeriksaan, maka didapati persalinan Ny. Ny. N.D telah memasuki kala I fase laten karena berdasarkan hasil pemeriksaan diketahui bahwa vulva/vagina tidak ada oedema, tidak ada varises, porsio tebal lunak, pembukaan 1 cm, kantong ketuban utuh, presentasi kepala, posisi ubun-ubun kecil kanan depan, tidak ada molase, turun hodge I-II. Dimana menurut teori Sukarni (2013) mengatakan bahwa fase laten yaitu pembukaan serviks kurang dari 4 cm. Hal ini dapat disimpulkan bahwa tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus.

Dalam kasus Ny. Ny. N.D kala I berlangsung selama 10 jam. Berdasarkan teori yang dikemukakan oleh Jenny (2013) bahwa pada multigravida kala I berlangsung selama kurang lebih 8-10 jam hal ini diperkuat oleh teori yang dikemukakan oleh Setyorini (2013) dan Walyani (2016) yaitu kala I fase aktif yaitu dilatasi

maksimal pembukaan berlangsung 2 jam terjadi sangat cepat dari 4-9 cm juga disebabkan oleh His yang adekuat oleh teori Marmi (2012) bahwa his yang adekuat dapat mempengaruhi pembukaan serviks, oleh karena itu tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus

Pukul 23.15 WITA ketuban pecah spontan, dilakukan pemeriksaan dalam atau *Vaginal Toucher*. Vulva tidak ada kelainan, tidak ada oedema, tidak ada tanda-tanda inflamasi, tidak ada jaringan parut. Vagina tidak ada kelainan dan Portio tebal lunak, pembukaan 3 cm, kantong ketuban negatif, presentasi kepala posisi ubun-ubun kecil kanan depan, turun *hodge* II. Menurut Hidayat (2010) kemajuan pembukaan pada multigravida adalah 2 cm setiap 1 jam. Sedangkan pada kasus kemajuan pembukaan terjadi 4 jam dengan pembukaan 3 cm-10 cm. berdasarkan hasil tersebut maka tidak terjadi kesenjangan antara teori dan kasus.

Menurut teori Depkes (2008) Persalinan dimulai (inpartu) sejak uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada serviks (membuka dan menipis dan berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap. Kala satu persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus yang teratur dan meningkat (frekuensi dan kekuatannya) hingga serviks membuka lengkap 10 cm.

Persalinan Kala II jam 05.30 Wita ibu mengatakan mulesnya semakin kuat, dari jalan lahir keluar air bercampur darah dan rasanya seperti ingin buang air besar serta terlihat adanya dorongan meneran, tekanan anus, perineum menonjol serta vulva, vagina dan sfingter ani membuka. kondisi tersebut merupakan tanda-tanda kala II sesuai dengan teori yang tercantum dalam buku Asuhan Persalinan Normal (2008). Data objektif saat masa persalinan ditemukan his yang adekuat yaitu 4x10 menit lamanya 35-40 detik, ibu terlihat akan meneran saat kontraksi, perineum tampak menonjol, vulva membuka dan tekanan pada anus. Hal ini sesuai dengan teori (Sumarah, 2009) gejala utama dari kala II adalah his semakin kuat dengan interval 2-3 menit dengan

durasi 50-100 detik, menjelang akhir kala II ketuban pecah yang ditandai dengan pengeluaran air, ibu merasakan ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi, ibu merasakan adanya peningkatan tekanan pada rectum, Perineum menonjol, vulva, vagina dan spingter ani membuka.

Hasil pemeriksaan dalam pada jam 05.30 wita vulva vagina tidak oedema, tidak ada jaringan parut, ada pengeluaran lendir darah, portio tidak teraba, pembukaan 10 cm, ketuban pecah spontan dan jernih (pukul 23.15 wita), presentasi belakang kepala. Pemeriksaan tanda-tanda vital tidak ditemukan adanya kelainan semuanya dalam batas normal yaitu, tekanan darah 100/70 mmHg, nadi 92x/menit, pernafasan 19x/menit his 4x dalam 10 menit lamanya 40 detik, DJJ 120x/menit, kandung kemih kosong, pada pemeriksaan abdomen menunjukkan hasil yang normal yaitu teraba punggung disebelah kanan dan penurunan kepala 0/5.

Hasil pengkajian data subyektif dan objektif, didapatkan diagnosa saat memasuki fase persalinan yaitu Inpartu kala II. Diagnosa ditegakkan berdasarkan keluhan yang disampaikan ibu dan hasil pemeriksaan oleh bidan serta telah disesuaikan dengan standar II adalah standar perumusan diagnosa menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 938/Menkes SK /VIII/2007.

Penatalaksanaan kala II. Menurut teori Marmi (2012) lamanya kala II pada multipara $\frac{1}{2}$ jam. Dalam kasus ini terjadi perpanjangan kala 2 yang berlangsung lebih dari 2 jam dimana sesuai dengan teori (Mochtar, 1998). Partus tak maju adalah persalinan dengan his adekuat tidak menunjukkan kemajuan pembukaan serviks, penurunan kepala, dan putar paksi selama 2 jam terakhir. Pada kasus Ny.N.D kala 2 berlangsung tidak sesuai dengan kala 2 multi gravida pada umumnya, yang disebabkan oleh beberapa faktor menurut (Soviyati, 2016; Ardhiyanti, 2016) Faktor yang berhubungan dengan persalinan lama: aktifitas fisik rumah tangga; aktifitas fisik olahraga; kekuatan ibu

(*power*); passanger; posisi janin; psikologi (dominan); pendidikan ibu; umur ibu, paritas ibu, jarak persalinan, ketuban pecah dini, juga His yang tidak adekuat

Sesuai dengan kasus, faktor yang mempengaruhi seperti kekuatan ibu dimana pada saat persalinan Ny.N.D kekurangan tenaga untuk meneran sehingga merasa lemas, hal ini disebabkan oleh His yang tidak adekuat dimana durasi his hanya berkisar dari 35-40 detik. Hal ini sesuai dengan teori (Sofian,2013:216)Inersia uteri adalah his yang kekuatannya tidak adekuat untuk melakukan pembukaan serviks atau mendorong janin keluar. Sehingga dengan His yang tidak adekuat kekuatan ibu sebagai sumber untuk dorongan bayi keluar tidak maksimal. Selain itu dari faktor umur ialah ibu yang berusia 32 tahun sudah mulai terjadi kemunduran fungsi system reproduksi sehingga tidak maksimal, selanjutnya jarak persalinan antara anak pertama dan yang kedua ialah 14 tahun sedangkan jarak ideal untuk dapat mempunyai anak lagi ialah 2 tahun, dan faktor terakhir yang mempengaruhi ialah ketuban pecah dini, Ny.N.D alami ketuban pecah spontan pukul 23.15 wita dan baru terjadi pembukaan lengkap pada pukul 05.30 wita, sehingga penulis menyimpulkan terjadi perpanjangan kala 2 dan didapatkan ada kesenjangan antara teori dan kasus.

Pada pukul 07.15 wita diambil keputusan untuk merujuk pasien ke RSUD.Prof.W.Z.Yohanes Kupang, dengan diagnose kala 2 lama dan gawat janin diakibatkan ibu yang sangat lemas sehingga tidak dapat mengedan. Hal ini sesuai dengan teori menurut Buku Acuan Asuhan Persalinan Normal (2008) bahwa sebagian daya dorong untuk melahirkan bayi dihasilkan oleh ibu yang Kooperatif dan kontraksi yang adekuat. Jika ibu tidak bisa memanfaatkan kontraksi lalu meneran dengan baik maka tidak ada daya dorong yang baik untuk melahirkan bayi. Hal-hal yang disiapkan pada saat merujuk ialah sesuai dengan program *Safe Motherhood*. Dari singkatan B(Bidan):

Pastikan ibu/bayi/ klien didampingi oleh petugas kesehatan yang kompeten dan memiliki kemampuan untuk melaksanakan kegawatdaruratan, A(Alat) : bawa perlengkapan dan bahan-bahan yang perlu diperlukan seperti spuit, infus set, tensimeter, dan stetoscope, K (Kendaraan) : siapkan kendaraan yang baik yang bisa membawa klien ke tempat rujukan, S(Surat) : surat ketempat rujukan yang berisi identifikasi klien, alasan dirujuk, uraian hasil rujukan, asuhan atau obat-obatan yang telah diterima klien, O(Obat) : bawa obat-obatan esensial, K (Keluarga) : beritahu keluarga tentang kondisi terakhir klien dan jelaskan mengapa harus dirujuk, U(Uang) : ingatkan keluarga untuk membawa uang yang cukup untuk membeli obat dan kebutuhan lain yang diperlukan di tempat rujukan, DA (Darah) : jelaskan pada keluarga untuk mempersiapkan pendonor, apabila sewaktu-waktu klien membutuhkan transfusi, P (Posisi diatur) : rujukan pastikan posisi klien aman dan nyaman, N (Nutrisi) : beritahu keluarga untuk tetap memperhatikan nutrisi ibu dalam perjalanan ke tempat rujukan.

KALA II

Pukul 10.30 Wita, bayi lahir spontan pervaginam, tidak ada lilitan tali pusat, bayi lahir langsung menangis, jenis kelamin laki-laki, berat badan 2.500 gram, panjang badan 47 cm, apgar score 10, segera setelah bayi lahir dilakukan IMD, hal ini sesuai dalam buku Asuhan Persalinan Normal (2008) tentang Inisiasi Menyusui Dini (IMD) sebagai kontak awal antara bayi dengan ibunya. Pada kasus ini kala II berlangsung selama 15 menit, setelah diberikan induksi oksitosin 5 IU/40 Tpm, dengan pemberian awal 6 tetesan, lalu dinaikan tiap 15 menit hingga akhirnya dipertahankan sampai dengan 40Tpm. Hal ini sesuai dengan teori Dublin (1984) menguraikan protokol untuk penatalaksanaan aktif persalinan kala II memanjang yang menggunakan oksitosin dosis awal 4 IU – 6 IU/menit dengan

dosis 30-40 Tpm. Dalam hal ini tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan kasus di lapangan.

KALA III

Segera setelah bayi lahir ibu diberikan suntikan oksitosin 10 unit secara IM di 1/3 paha kanan atas, terdapat tanda-tanda pelepasan plasenta yaitu uterus membesar, tali pusat memanjang, terdapat semburan darah dari vagina ibu, kontraksi uterus baik dan kandung kemih kosong, kemudian dilakukan penegangan tali pusat terkendali (pukul 10.35) yaitu tangan kiri menekan uterus secara dorsokranial dan tangan kanan menegangkan tali pusat. Pukul 10.40 Wita plasenta lahir spontan dan selaput amnion, korion dan kotiledon lengkap. Setelah plasenta lahir uterus ibu di massase selama 15 detik uterus berkontraksi dengan baik. Hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Marmi (2012), Pada kala III pelepasan plasenta dan pengeluaran plasenta berlangsung selama 5 menit dengan jumlah perdarahan kurang lebih 150 cc, kondisi tersebut normal sesuai dengan teori Maritalia (2012), yang menyatakan bahwa pelepasan plasenta berlangsung selama 6 sampai dengan 15 menit setelah bayi keluar atau dengan tekanan pada fundus uteri dan diperkuat oleh Sukarni (2010) bahwa kala III berlangsung tidak lebih dari 30 menit, dalam hal ini manajemen aktif kala III dilakukan dengan benar dan tepat.

KALA IV

Ibu mengatakan perutnya masih terasa mules, namun kondisi tersebut merupakan kondisi yang normal karena rasa mules tersebut timbul akibat dari kontraksi uterus. Dilakukan pemantauan pada Ny.N.D dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama post partum, kala IV berjalan normal yaitu tekanan darah 110/70mmHg, suhu 36,9⁰c, nadi 84x/menit, pernapasan 23x/menit, ada laserasi perineum derajat 2 yaitu pada mukosa vagina, kulit, otot perineum. Kontraksi uterus baik, TFU 1 jari di bawah pusat, kandung kemih kosong,

perdarahan \pm 150 cc, sudah ada pengeluaran ASI pada payudara kiri/kanan, Lochea ada pengeluaran lochea rubra, Frekuensi ganti Pembalut 1 kali,. Hal ini sesuai dengan yang dikemukakan oleh Sukarni (2010) mengatakan bahwa kala IV dimulai dari lahirnya plasenta sampai 2 jam post partum. Ibu dan keluarga diajarkan menilai kontraksi dan massase uterus untuk mencegah terjadinya perdarahan yang timbul akibat dari uterus yang lembek dan tidak berkontraksi yang akan menyebabkan atonia uteri.

3. Bayi Baru Lahir Normal

a. 2 Jam Bayi Baru Lahir Normal

Pada kasus bayi Ny.N.D didapatkan bayi normal lahir spontan jam 10.30 Wita, langsung menangis, warna kulit kemerahan, gerakan aktif, jenis kelamin laki-laki. Segera setelah bayi lahir, penulis meletakkan bayi di atas kain bersih dan kering yang disiapkan di atas perut, kemudian segera melakukan penilaian awal dan hasilnya normal. Hal ini sesuai dengan yang dikemukakan sulystiawaty, Ari (2013). Setelah dilakukan pengkajian sampai dengan evaluasi asuhan bayi baru lahir mulai dari segera setelah bayi lahir sampai dengan 2 jam setelah persalinan, maka penulis membahas tentang asuhan yang diberikan pada bayi Ny.N.D diantaranya melakukan pemeriksaan keadaan umum bayi didapatkan bayi menangis kuat, aktif, kulit dan bibir kemerahan. Antropometri didapatkan hasil berat badan Keadaan umum bayi baik, jenis kelamin Laki-laki, berat badan 2.500 gram , PB 48 cm, LK 31 cm, LD : 30 cm, LP : 28 cm, Tanda Vital : hasilnya napas 54x/menit, suhu 36,5 ⁰C, HR 130 x/menit, Pemeriksaan fisik warna kulit kemerahan, refleks hisap baik, bayi telah diberikan ASI, tidak ada tanda-tanda infeksi dan perdarahan disekitar tali pusat, bayi sudah BAB 1x dan belum BAK. Berdasarkan pemeriksaan antropometri keadaan bayi dikatakan normal atau bayi baru lahir normal, menurut Dewi (2010) mengatakan bawah berat badan bayi

2500-4000 gr, panjang badan 48-52 cm, lingkar kepala 33-35 cm, lingkar dada 30-38 cm, suhu normal 36,5-37,5°C, pernapasan 40-60x/m, denyut jantung 120-160x/menit. Keadaan bayi baru lahir normal, tidak ada kelainan dan tindakan yang dilakukan sudah sesuai dengan teori lainnya yang dikemukakan oleh Saifuddin (2009) mengenai ciri-ciri bayi baru lahir normal.

Asuhan yang diberikan pada bayi baru lahir hingga 2 jam pertama kelahiran bayi Ny.N.D yang dilakukan adalah membersihkan jalan nafas, menjaga agar bayi tetap hangat, pemberian ASI eksklusif, mengajarkan kepada ibu dan keluarga tentang cara memandikan bayi, menjelaskan tanda bahaya bayi baru lahir kepada ibu dan keluarga. Pemberian vitamin K dan Hb0 dilakukan saat 2 jam pertama bayi lahir. Marmi (2012) menyebutkan bahwa pemberian vitamin K pada bayi dimaksudkan karena bayi sangat rentan mengalami defisiensi vitamin K dan rentan terjadi perdarahan di otak. Sedangkan Hb0 diberikan untuk mencegah terjadinya infeksi dari ibu ke bayi.

b. Kunjungan I (KN I) 6 jam-48 jam

Kunjungan dilakukan pada tanggal 15-05-2020, jam 18.30 Wita, waktu ini sesuai dengan kebijakan kunjungan neonatus berdasarkan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2015) yaitu KN I 6-48 jam setelah melahirkan. Pada pengkajian data subyektif ibu mengatakan bayinya sudah mulai menyusu dan isapan ASInya kuat, sudah BAB 1 kali warna hitam kehijauan. Temuan sesuai dengan referensi yang mengemukakan bahwa pada masa neonates saluran pencernaan mengeluarkan tinja pertama biasanya dalam 24 jam pertama berupa meconium (zat yang berwarna hitam kehijauan). Hasil pengkajian obyektif Keadaan umu bayi baik, kesadaran komposmentis, Tanda-tanda vital norma, bayi aktif, reflex menghisap dan menelan kuat, warna kulit kemerahan, tali pusat tidak berdarah. Berdasarkan data subyektif dan obyektif Penulis

dapat mendiagnosakan By. Ny. N.D neonatus cukup bulan sesuai masa kehamilan umur 6 jam, keadaan umum baik.

Asuhan yang diberikan berupa kontak kulit menjaga kehangatan bayi, konseling ASI eksklusif pada ibu, cegah infeksi, tanda-tanda bahaya pada bayi, dan rawat tali pusat. Asuhan yang diberikan sesuai dengan rencana asuhan kunjungan I 6 jam yang dianjurkan oleh Kementerian Kesehatan RI (2015). Pada kasus Ny. M.N asuhan yang diberikan yakni Menjelaskan kepada ibu tentang kontak kulit, Memberitahu ibu menyusui bayinya sesering mungkin/On demand dan hanya ASI saja selama 6 bulan, bila bayi tidur lebih dari 3 jam bangunkan bayi dengan cara menyentil telapak kakinya, Memberitahu ibu cara merawat tali pusat yang baik dan benar agar ibu dapat melakukannya. Pada perawatan tali pusat terdapat kesenjangan dimana perawatan dilakukan menggunakan alkohol pada tali pusat sehingga tali pusat lepas setelah 7 hari karena Alkohol yang sering digunakan untuk kompres tali pusat mempunyai sifat bakterisid dan fungisid kuat, spektrum kerjanya meliputi gram positif dan gram negatif. Daya kerja cepat tapi singkat karena bersifat menguap, dalam lingkungan terbuka ketika alkohol sudah menguap maka yang tersisa adalah airnya sehingga tali pusat menjadi lembap. Dibandingkan dengan dibiarkan terbuka, Tali pusat yang dibiarkan terbuka memudahkan terpapar dengan udara luar sehingga terhindar dari suasana lembap, hal ini memudahkan proses pengeringan dan mumifikasi, Pada perawatan tali pusat dengan teknik terbuka, lama pupus tali pusat sebagian besar pada hari ke-4 yaitu sebesar 85% . hal ini menunjukkan bahwa lamanya lepas tali pusat tergantung bagaimana cara perawatannya. Hal ini sesuai dengan penelitian Buletin Sariputra, Februari 2017 Vol (1) “Pengaruh Perawatan Tali Pusat Secara Terbuka Dengan Alkohol Terhadap Proses Pupus Tali Pusat Bayi Baru Lahir”. Memberitahu ibu tanda-tanda bahaya pada bayi, Mengajarkan ibu tentang

perlekatan menyusui bayi yang benar Mengajarkan kepada ibu cara merawat bayi, Menjaga kehangatan tubuh bayi, Mencegah terjadinya infeksi pada bayi, Menjadwalkan kunjungan ibu ke Puskesmas tanggal 13-05-2019 untuk memantau kondisi bayinya.

c. Kunjungan kedua Neonatal hari Ke-4 (KN II) 3 hari-7 hari

Penulis melakukan kunjungan ulang pada tanggal 21-05-2020 jam 09.00 Wita di Puskesmas Sikumana, dimana pada saat ini bayi Ny.N.D berusia 4 hari. Pada kunjungan ini ibu mengatakan bayi menetek sangat kuat dan sering, BAB dan BAB juga sering, kondisi tersebut menunjukkan bahwa bayi Ny. M.N dalam keadaan sehat. Pada pemeriksaan tidak ditemukan adanya tanda bahaya pada bayi, tanda-tanda vital normal, menetek kuat, ASI keluar banyak, tidak ada tanda-tanda infeksi, tali pusat sudah mulai kering. Berdasarkan data subyektif dan obyektif penulis menegaskan diagnose yaitu bayi Ny.N.D neonatus cukup bulan sesuai usia kehamilan umur 4 hari.

Asuhan yang diberikan adalah jaga kehangatan tubuh bayi, perawatan tali pusat, ASI eksklusif dan tanda-tanda bahaya pada bayi dan perawatan bayi. Menurut Kemenkes RI (2015), pada kunjungan II Neonatus 3-7 hari asuhan yang diberikan adalah menginformasikan keadaan umum TTV serta memantau asupan bayi, menjelaskan pada ibu untuk lebih sering menyusui bayinya, memberitahu ibu cara perawatan tali pusat, menjaga bayi tetap hangat, menjelaskan pada ibu pentingnya di imunisasi serta penimbangan secara teratur, melakukan kunjungan ulang untuk memantau kondisi bayi dan untuk mendapatkan imunisasi BCG pada tanggal 28-05-2020.

d. Kunjungan Neonatal ke-3 (KN III) 8 hari-28 hari

Penulis melakukan kunjungan ulang pada tanggal 11-06-2020 jam 16.40 Wita, dimana pada saat ini bayi Ny. M.N berusia 28 hari ibu mengatakan tidak ada masalah pada bayinya, BAB dan BAK

lancer, bayi menetek kuat. Pada pemeriksaan bayi tidak ditemukan ada kelainan, TTV normal, tidak ditemukan tanda bahaya. Berdasarkan data subyektif dan obyektif penulis menegakkan diagnose yaitu bayi Ny. M.N Neonatus cukup bulan sesuai masa kehamilan umur 28 hari.

Asuhan yang diberikan berupa pemberian ASI eksklusif, tanda bahaya, kebersihan tubuh, dan jaga kehangatan, memantau tumbuh kembang bayi baru lahir (Sudarti 2010). Pada kasus bayi Ny. M.N asuhan yang diberikan adalah menginformasikan hasil pemeriksaan, keadaan umum dan tanda-tanda vital serta memantau asupan bayi, menjelaskan tanda bahaya, pemberian ASI eksklusif saja selama 6 bulan, menganjurkan untuk mengantarkan bayinya mengikuti posyandu.

4. Nifas

c. Kunjungan 2 Jam Postpartum (di RSUD.Prof.W.Z.Yohanes)

Pada 2 jam postpartum ibu mengatakan perutnya masih terasa mules, namun kondisi tersebut merupakan kondisi yang normal karena mules tersebut timbul akibat dari kontraksi uterus. Pemeriksaan 2 jam postpartum tidak ditemukan adanya kelainan keadaan umum baik, kesadaran composmentis, kandung kemih kosong, Kontraksi uterus baik, tinggi fundus uteri 2 jari di bawah pusat, perdarahan kurang lebih 50 cc, tekanan darah 110/70 mmHg, suhu 36,9⁰c, nadi 84x/menit, pernapasan 19 x/menit, tidak ada laserasi. Sesuai dengan teori yang dikemukakan sulystiawati, Ari (2010) mengatakan bahwa setelah plasenta lahir tinggi fundus uteri 2 jari di bawah pusat, kandung kemih kosong, perdarahan ± 50 cc. Pada 2 jam postpartum dilakukan asuhan yaitu anjuran untuk makan dan minum dan istirahat yang cukup, dan ambulasi dini. Penulis melakukan asuhan pada jam 05.30 Wita yang merupakan 6 jam post partum. Penulis melakukan pengkajian data

subyektif ibu mengatakan tidak ada keluhan dan sudah ganti pembalut 1 kali.

d. Kunjungan 6 Jam Postpartum (di RSUD.Prof.W.Z.Yohanes)

Pemeriksaan 6 jam post partum tidak ditemukan adanya kelainan, keadaan umum ibu baik, TFU 2 jari dibawah pusat, ASI sudah keluar banyak, ibu sudah mulai menyusui bayinya dengan posisi duduk dan ibu sudah makan dan minum seperti biasanya. Menurut Ambarwati (2010), perawatan lanjutak pada 6 jam post partum yaitu pencegahan perdarahan masa nifas karena atonia uteri, pemberian ASI awal, melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir, menjaga bayi tetap hangat untuk mencegah hipotermi. Berdasarkan kasus di atas dapat ditegakan diagnosa P2A0AH1 post partum normal 6 jam.Asuhan yang diberikan yaitu menginformasikan hasil pemeriksaan pada ibu, menjelaskan pada ibu pentingnya perawatan payudara dan teknik menyusui, menjelaskan untuk tetap menjaga kebersihan diri, menjelaskan pada ibu untuk istirahat yang cukup dan teratur, dan mengonsumsi obat secara teratur.

e. Kunjungan 7 hari Postpartum

Pada tanggal 21 Mei 2020 pukul 08.00 Wita bertempat di Puskesmas Sikumana, pada saat ini ibu memasuki 7 hari post partum sesuai dengan kunjungan yang dianjurkan oleh Kemenkes RI yaitu program masa nifas dilakukan sebanyak 3 kali yaitu 6 jam-3 hari, 4-28 hari, 29-42 hari post partum. Penulis melakukan pengumpulan data subyektif dimana ibu mengatakan tidak ada keluhan, BAB dan BAK lancar. Pada hasil pemeriksaan ditemukan tidak ada tanda-tanda kelainana tanda-tanda vital, pengeluaran pervaginam yaitu lochea sangunolenta, kandung kemih kosong, waja pucat, tidak ada oedema. Asuhan yang diberikan yaitu melakukan pemeriksaan laboratorium untuk mengetahui Hemoglobin ibu dan hasilnya 12,8 gr%, menganjurkan ibu untk

istirahat yang cukup dan teratur, dan menganjurkan ibu untuk banyak mengonsumsi sayuran hijau.

f. Kunjungan 32 hari postpartum

Pada tanggal 17 Juni 2020 jam 09.30 Wita dimana ibu memasuki 32 hari post partum. Penulis melakukan pengkajian data subyektif ibu mengatakan tidak ada keluhan. Pada hasil pemeriksaan tidak ditemukan kelainan pada tanda-tanda vital, kontraksi uterus baik, tidak ada pengeluaran darah. Hal ini sesuai dengan teori Ambrawati (2010) bahwa pada pada hari ke 29 post partum tinggi fundus tidak teraba lagi. Pada kasus ini penulis tidak menemukan masalah ataupun kelainan dalam masa post partum ibu. Berdasarkan data subyektif dan obyektif yang diperoleh, penulis menegakkan diagnose P2A0AH2 post partum hari ke-32.

Asuhan yang diberikan yaitu menginformasikan hasil pemeriksaan, menganjurkan ibu untuk terus memperhatikan makan dan minum yang bergizi untuk pemenuhan gizi bayi lewat ASI dan lakukan kesepakatan dengan ibu untuk melakukan kunjungan rumah guna untuk konseling mengenai keluarga berencana.

5. Keluarga Berencana

Penulis melakukan kunjungan pada tanggal 05 Juli 2020 jam 09.00 Wita di pada Ny. N.D Pada pengkajian ibu mengatakan saat ini belum mendapatkan haid, ibunya masi menyusui bayinya tiap 2-3 jam sekali/hari, ibu belum pernah menggunakan KB sebelumnya. Asuhan yang diberikan yaitu konseling tentang macam-macam kontrasepsi dan penulis memberikan kesempatan pada ibu untuk memilih. Ibu memilih untuk tidak menggunakan alat kontrasepsi atau dengan metode sederhana (MAL) Metode Amenorrhoe Laktasi.

BAB 5

PENUTUP

5.1 Simpulan

Setelah penulis melakukan asuhan kebidanan komprehensif pada Ny N.D usia kehamilan 39 minggu 3 hari, janin tunggal hidup intrauterine, keadaan ibu dan janin baik didapat hasil keadaan ibu sehat dari kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas dan keluarga berencana yang dimulai dari tanggal 13 Mei s/d 05 Juli 2020 maka dapat disimpulkan :

1. Mahasiswa mampu melakukan asuhan kebidanan komprehensif pada ibu hamil Ny N.D berdasarkan manajemen kebidanan Varney. Selama hamil Penulis memberikan asuhan kebidanan sesuai dengan standar minimal pelayanan kebidanan yang terdiri dari 10T yaitu: timbang berat badan dan tinggi badan, ukur tekanan darah, ukur TFU, pemberian tablet besi, skrining status imunisasi dan memberi imunisasi TT, pemeriksaan HB, pemeriksaan VDRL, pemeriksaan protein urine, pemeriksaan urine reduksi, dan temu wicara (Kemenkes RI, 2013), dan ditemukan masalah pada ibu dengan anemia sedang.
2. Mahasiswa mampu melakukan asuhan kebidanan pada ibu bersalin pada Ny N.D, dengan pertolongan sesuai dengan 60 langkah APN dengan metode SOAP. Pada persalinan kala I-IV tidak ditemukan masalah. Pada persalinan ini ditemukan bahwa penolong persalinan tidak menggunakan APD secara lengkap.
3. Mahasiswa mampu melakukan asuhan kebidanan pada Bayi Baru Lahir dilakukan pendokumentasian SOAP dimana bayi sudah diberikan salaf mata, Vit.K, Hb0. Pada bayi baru lahir dilakukan kunjungan 1-3 dimana pada saat dilakukan kunjungan tidak ditemukan adanya komplikasi.
4. Mahasiswa mampu melakukan asuhan kebidanan pada ibu Nifas dilakukan dengan metode SOAP, dimana selama masa nifas

dilakukan kunjungan nifas 1-3, sehingga selama masa nifas tidak ditemukan komplikasi pada masa nifas

5. Mahasiswa mampu melakukan asuhan kebidanan pada Ny.N.D dengan metode kontrasepsi sederhana yang dipilih yaitu MAL (Metode Amenorrhoe Laktasi). Asuhan yang diberikan yaitu menjelaskan pada ibu tentang macam-macam alat kontrasepsi, mengarahkan ibu untuk memilih kontrasepsi yang sesuai keinginan ibu serta menjelaskan keuntungan serta efek samping dari metode kontrasepsi yang dipilih ibu.

5.2 Saran

1. Bagi institusi pendidikan
Diharapkan dapat meningkatkan penyediaan fasilitas sarana dan prasarana yang mendukung peningkatan kompetensi mahasiswa sehingga dapat menghasilkan bidan yang berkualitas
2. Bagi profesi bidan
Diharapkan tenaga kesehatan khususnya bidan di Pukesmas diharapkan pada saat menolong persalinan dapat menggunakan APD secara lengkap yang sudah disediakan sehingga mencegah terjadinya hal-hal yang tidak diinginkan
3. Bagi klien dan masyarakat
Diharapkan memanfaatkan informasi yang didapat lewat penulisan LTA ini sehingga kedepannya paham untuk melaksanakan tindakan pada keluarga yang sesuai dengan kasus.
4. Bagi penulis
Semoga dengan Laporan Tugas Akhir dapat menambah wawasan dan juga sebagai satu pengalaman berharga yang diperoleh penulis.

DAFTAR PUSTAKA

- Ai Yeyeh, Rukiyah, Yulianti, Lia. 2010. *Asuhan Neonatus Bayi dan Anak Balita*. Jakarta: Trans Info Medika.
- Ambarwati, E, & Wulandari, D. 2008. *Asuhan Kebidanan Nifas*. Yogyakarta: Cendekia Press.
- Amirudin. 2007. *Studi Kasus Kontrol Anemia Ibu Hamil*. Journal Medical Unhas
- Anonim. 2004. *Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Kehamilan*. Jakarta: EGC
- Asrinah, dkk. 2010. *Asuhan Kebidanan Masa Persalinan*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Asri, D dan Cristine Clervo. 2012. *Asuhan Persalinan Normal*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Astuti, Puji Hutari, 2012. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan ibu 1 (Kehamilan)*. Yogyakarta: Rohima Pres.
- Bahar H. 2006. *Infeksi, Perbaiki Gizi Ibu Hamil*.
- Bandiyah, S. 2009. *Kehamilan, Persalinan dan Gangguan Kehamilan*. Yogyakarta: Naha Medika
- Chapman, V. 2006. *Asuhan Kebidanan Persalinan & Kelahiran*. Jakarta: EGC
- Cunningham, F. Gary (*et.all*). 2005. *Obstetri Williams*. Jakarta: EGC
- Darlin. 2003. *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Anemia Gizi pada Ibu Hamil* . Jakarta: Papis Sinar Sinanti.
- Depkes, RI. 2015. *Buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)*. Jakarta: Depkes dan JICA.
- Depkes, RI. 2009. *Kunjungan Antenatal Care*.
- Diane, M. Fraser. 2009. *Buku Ajar Myles.ed.14*. Jakarta:EGC
- Estiwidani dkk. 2008. *Konsep Kebidanan*. Yogyakarta: Fitramaya.
- Handayani, Sri. 2010. *Buku Ajar Pelayanan Keluarga Berencana*. Yogyakarta: Pustaka Rihama.

- Hani Umi, dkk. 2010. *Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Herlina N, Djamilus F. 2006. *Faktor Resiko Kejadian Anemia Pada Ibu Hamil di Wilaya Kerja Puskesmas Bogor*. Jakarta.
- Hidayat, Asri. 2010. *Asuhan Kebidanan Persalinan*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Hudono, S.T. 2007. Penyakit Darah. Dalam: Prawirohardo,S., Hanifa W., Abdul B. S., Trijatmo R.,eds. *Ilmu Kebidanan*. Edisi ketiga. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka.
- JNPK-KR. 2008. *Asuhan Persalinan Normal & Inisiasi Menyusui Dini*. Jakarta: Jhpiego.
- Kemenkes RI. 2015. *Profil Kesehatan Indonesia tahun 2014*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kementrian Kesehatan RI. 2017. *Profil Kesehatan Indonesia 2016*. Jakarta: Kementrian Kesehatan RI.
- Kemenkes RI. 2017. *Profil Kesehatan Indonesia 2016*. Jakarta: Keputusan Menteri kesehatan Republik Indonesia.
- Keputusan Manteri Kesehatan Republik Indonesia nomr 369/Menkes/SK/III/2007 tentang Standar Profesi Bidan
- Kristiyanasari, Weni. 2010. *Gizi Ibu Hamil*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Manuaba. 2010. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan KB untuk Pendidikan Bidan*. Edisi Kedua. Jakarta: EGC
- Masjoer, Arif. 2008. *Kapita Selekta Kedokteran*. Jakarta: EGC Buku Kedokteran
- Marni. 2011. *Asuhan kebidanan pada masa antenatal*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Marmi, S. ST. (2012). *Intranatal Care Asuhan Kebidanan Pada Persalinan*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Marmi. 2014. *Asuhan Kebidanan pada Masa Antenatal*. Yogyakarta: Pustaka Belajar.
- Marmi. 2014. *Asuhan Kebidanan Pada Bayi Baru Lahir*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar

- Marmi. 2014. *Asuhan Kebidanan Patologi*. Cetakan Kedua. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Marmi. 2011. *Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas*. Jakarta: Salemba Medika
- Marmi, Retno Murti Suryaningsih dan Ery Fatmawati. 2011. *Asuhan Kebidanan Patologi*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- Meilani, N., Niken S., dkk. 2009. *Kebidanan Komunitas*. Cetakatan pertama I. Jakarta: Fitramaya
- Marisah,dkk. 2010. *Asuhan Kebidanan Kehamilan*. Jakarta: Salemba Medika
- Maulana, Mirza. 2008. *Panduan Lengkap Kehamilan*. Jogjakarta: Kata hati.
- Merdliyanti, Etik. 2006. Fortifikasi Garam dan Zat Besi, Strategi Praktis dan Efektif Menanggulangi Anemia Zat Besi.
- Mardliyanti. E. 2006. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana Untuk Pendidikan Bidan*. Jakarta: EGC
- Mochtar, R. 2012. *Synopsis Obstetri*. Jilid 1. Jakarta: EGC
- Notoatmodjo, S. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nursalam. 2009. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: PT Salemba Medika
- Pantikawati, Saryono. 2010. *Asuhan Kebidanan I (Kehamilan)*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Pengurus Pusat IBI. 2016. *Buku Acuan Midwifery Update*. Cetakan 1. Jakarta: Pengurus Pusat Ikatan Bidan Indonesia.
- Prawirohardjo, Sarwono. 2008. *Ilmu Kebidanan Sarwono Prawirohardjo*. Jakarta: PT. Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Proverawati, Asfuah S. 2009. *Buku Ajar Gizi Untuk Kebidanan*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Purwandari, Atik. 2008. *Konsep Kebidanan*. Jakarta: EGC.
- Reeder, Martin, dan Koniak Griffin. 2011. *Keperawatan maternitas kesehatan wanita, bayi, dan keluarga*. Jakarta: Kedokteran EGC.
- Rismalinda. 2015. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Kehamilan*. Jakarta:TIM

- Rochjati, Poedji. 2003. *Skrining Antenatal pada Ibu Hamil*. Surabaya: Airlangga University Press.
- Romauli,S. 2011. *Buku Ajar Kebidanan Konsep Dasar Asuhan Kehamilan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Rukiah, A, Y, dkk. 2009. *Asuhan Kebidanan II (Persalinan)*. Jakarta: CV. Trans Info Media.
- Rukiyah,dkk. 2012. *Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir*. Jakarta: Trans Info Media
- Rukiyah,dkk. 2011. *Asuhan Kebidanan III (Nifas)*. Jakarta: Trans Info Media
- Saifuddin, A.B. 2006. *Buku Acuan Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka
- Saryono. 2011. *Metodologi Penelitian Kualitatif dalam Kesehatan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Sarwono. 2007. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka
- Smith, J.R. 2012. *Postpartum Hemmorage. Depertemen Of Obstetrics and Gynecology and Diagnostic Imagings Madscape*.
- Sofian, Amru. 2012. *Sinopsis Obstetri Edisi 3*. Jakarta: EGC.
- Sugiyono. 2011. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R & D*. Bandung: Afabeta
- Sujarweni, V. Wiratna. 2014. *Metode Penelitian: Lengkap, Praktis, dan Mudah Dipahami*. Yogyakarta:Pustaka Baru Press
- Sukarni, I dan Margareth, Z.H. 2013. *Kehamilan, Persalinan dan Nifas*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Sumarah,dkk. 2008. *Panduan Lengkap Melahirkan*. Yogyakarta: Diva Press
- Sunarti. 2013. *Asuhan Kehamilan*. Jakarta: In Medika
- Syafrudin, dkk. 2009. *Kebidanan Komonitas*. Jakarta:EGC
- Varney,H. 2007. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Edisi 4*. Jakarta; EGC.
- Walyani, Elisabeth Siwi. 2015. *Asuhan Kebidanan pada kehamilan*. Yogyakarta : Pustaka Barupess.

Walyani, Elisabet S. 2015. *Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*. Yogyakarta : Pustaka Baru

WHO. 2013. *Maternal Mortality*: World Health Organization

Wiknjosastro, H. 2006. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: EGC



Nomor : A.3.0087/SPm/ADMIN/UCB/VI/2020
 Lampiran : -
 Perihal : Ijin Pengambilan Kasus Laporan Tugas Akhir

Kepada Yth.
 Kepala Dinas Kesehatan Kota Kupang

di
 Tempat

Dengan Hormat,

Sehubungan dengan pengambilan kasus untuk penyelesaian Laporan Tugas Akhir (LTA), maka kami mohon kesediaan Bapak/Ibu sebagaimana perihal surat di atas. Adapun data mahasiswa/i kami adalah sebagai berikut :

Nama Mahasiswa	: YADAH S E CH HOTAN
NIM	: 172111036
Program Studi	: D III Kebidanan
Tahun Masuk / Semester	: 2017 / VI (Enam)
Judul	: Asuhan Kebidanan berkelanjutan pada Ny.N.D dengan kehamilan normal
Waktu	: 05 Juni 2020 s/d 30 Juni 2020
Lokasi	: Puskesmas Sikumana

Demikian surat permohonan kami. Atas bantuan dan kerjasama Bapak/Ibu kami sampaikan terima kasih.

Kupang, 05 Juni 2020
 Kepala LP3M

Vinsensus B. Lemaking, S.KM., M.Kes

Tembusan :
 1. Kepala Dinas Kesehatan Kota Kupang
 2. Mahasiswa yang bersangkutan
 3. Arsip



PEMERINTAH KOTA KUPANG
DINAS KESEHATAN KOTA KUPANG
 JL. S. K Lerik – Kupang, Kode Pos : 85228

Website. www.dinkes-kotakupang.web.id, Email. dinkeskotakupang46@gmail.com

Nomor : DINKES.440.870/ 799 /VI/2020
 Lampiran : -
 Perihal : Ijin Pengambilan Data

Kupang, 8 Juni 2020

Kepada
 Yth. Kepala UPTD Puskesmas Sikumana
 di-
Kupang

Menunjuk surat Kepala LP3M Universitas Citra Bangsa Kupang nomor A.3.0087/SPm/ADMIN/UCB/VI/2020 tanggal 05 Juni 2020 perihal Ijin Pengambilan Data Penelitian bagi Mahasiswa atas nama **Yadah S. E. CH. Hotan, NIM. 172111036** sehubungan dengan judul penelitian : "**Asuhan Kebidanan Berkelanjutan pada Ny. N. D. dengan Kehamilan Normal**" maka dengan ini disampaikan bahwa kami menyetujui kegiatan tersebut, dan diharapkan agar saudara dapat memberikan bantuan data dan kemudahan lainnya sesuai dengan kepentingan yang bersangkutan.

Demikian disampaikan, atas perhatian dan kerja samanya kami sampaikan terima kasih.

An. SEKRETARIS DINAS KESEHATAN
 KOTA KUPANG
 Kasubag Umum dan Kepegawaian


 Yenny Aman, SH
 Penata Tk.
 NIP. 198002062001122005

Tembusan : disampaikan dengan hormat kepada :

1. Kepala LP3M Universitas Citra Bangsa Kupang di Kupang
2. Yang bersangkutan

LEMBAR PERSETUJUAN

INFORMED CONSENT

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Novembri. Dethan

Umur : 36 Tahun

Pendidikan : SMA

Alamat : Sikumana RT06/RW02

Setelah mendapatkan penjelasan maksud dan tujuan serta memahami pelaksanaan studi kasus Asuhan Kebidanan secara *Continue Of Care* pada ibu hamil, bersalin, nifas, neonates, dan keluarga berencana oleh mahasiswa DIII Kebidanan Universitas Citra Bangsa Kupang. Dengan ini saya menyatakan bersedia menjadi klien dalam pelaksanaan asuhan kebidanan secara *Continue Of Care* tersebut.

Demikian pesetujuan ini saya buat dengan sesungguhnya tanpa adanya paksaan dari siapapun agar dapat digunakan sebagaimana semestinya.

Kupang, 13 Mei 2020

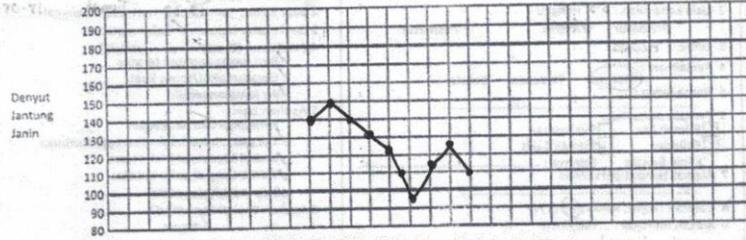


(Novembri. Dethan)

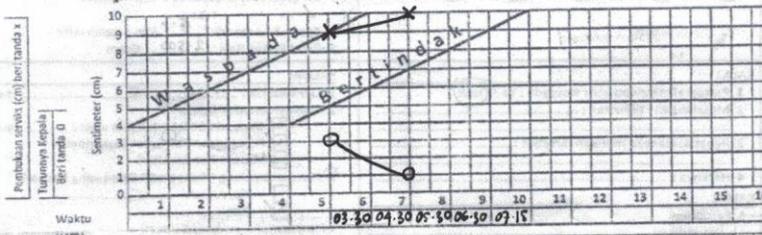
PARTOGRAF

No. Register Nama Ibu Ny. N.O Umur 36 Tahun G 2 P 1 A 0
 No. Puskesmas Tanggal 19-05-2020 Jam 10:50

Ketuban Pecah sejak jam : _____ Mules Sejak jam : 11:00

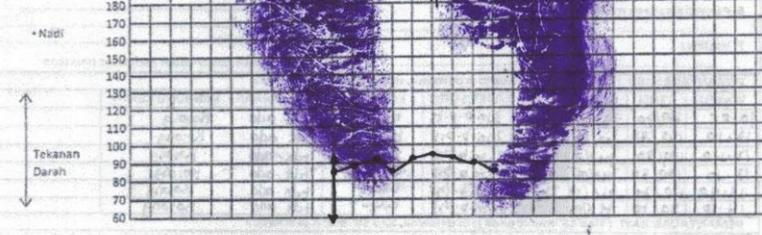


Air Ketuban	<u>7</u>	<u>7</u>
Penyusupan	<u>0</u>	<u>0</u>



Oksitosin U/L	
Tetes / menit	

Obat dan Cairan IV	
--------------------	--



Suhu °C	<u>36.9</u>
---------	-------------

Urine	Protein	
	Aseton	
	Volume	<u>50</u>

Hydrasi	<u>1x0</u>
---------	------------

CATATAN PERSALINAN 15-05-2020

1 Tanggal : 15-05-2020

2 Usia kehamilan : 39 minggu
Prematur Aterm Postmatur

3 Letak : Kepala

4 Persalinan : Norma Tindakan Seksio

5 Nama bidan :

6 Tempat persalinan : Rumah Ibu Puskesmas Polindes Rumah Sakit Klinik Swasta Lainnya :

7 Alamat tempat persalinan :

8 Catatan : rujuk, kala I III / IV

9 Alasan merujuk : ... IBU/BAWI
Kala I lama dan gawat janin

10 Tempat rujukan : RSDP Prop. W. S. Johannes

11 Pendamping pada saat merujuk : Bidan
 suami keluarga dukun kader lain2

CATATAN KELAHIRAN BAYI

1 Jenis Kelamin : LK PR

2 Saat Lahir : jam 18:30 Hari Jumat tanggal 15-05-2020

3 Bayi : Lahir hidup: Lahir mati :

4 Penilaian : (Tandai V ya x tidak)
 Bayi napas spontan teratur
 Gerakan aktif/tonus kuat
 Alir ketuban jernih

5 Asuhan bayi
 Keringkan dan hangatkan
 Tali pusat bersih, tak diberi apa, terbuca
 Inisiasi Menyusui Dini < 1 jam
 Vit K 1 mg di paha kiri atas
 Salp mata/tetes mata

6 Apakah Bayi di Registrasi?
YA TIDAK

Jika YA tindakan :
Langkah awal menit
ventilasi selama menit
Hasilnya : Berhasil / Dirujuk / Gagal

7 Suntikan vaksin Hepatitis B di paha kanan
YA TIDAK

8 Kapan bayi mandi : 8.7 jam setelah lahir

9 Berat Badan Bayi : 3.500 Gram

KALA I

1 Partograf melewati garis waspada : Ya / Tidak

2 Masalah lain : sebutkan :

3 Penatalaksanaan masalah tersebut :

4 Hasilnya :

KALA II

1 Episiotomi
 Ya, indikasi

2 Pendamping pada saat persalinan :
 Suami dukun lain2
 Keluarga kader

3 Gawat Janin : Memasang O2/Spn dan merujuk
 Ya, tindakan
 Tidak

4 Distosia bahu
 Ya, tindakan :

5 Masalah lain sebutkan :

6 Penatalaksanaan masalah tersebut :

7 Hasilnya :

KALA III

1 Lama kala III : 15 menit

2 manajemen Aktif kala III :
 Oksitocin 10 IU IM dalam waktu menit
 Peregangan Tali Pusat Terkendali
 Masase Fundus Uteri

3 Pemberian ulang Oksitocin 10 IU IM yang kedua ?
Ya, Alasan
Tidak

4 Plasenta lahir Lengkap (intact)
Ya Tidak

Jika TIDAK, tindakan :

5 Plasenta tidak lahir > 30 menit
Ya Tidak

6 Laserasi
 Ya, musosa, kulit, otot perineum
Jika YA, dimana : Heckag, perineum derajat 1 2 3 4
Tindakan :

7 Atonia Uteri
Ya Tidak

Jika YA tindakan :

8 Jumlah perdarahan ml

Gunakan catatan kasus untuk mencatat tindakan

PEMANTAUAN IBU : tiap 15' menit pada jam pertama, tiap 30' menit jam kedua

WAKTU	TENSI	NADI	SUHU	FUNDUS UTERI	KONTRAKSI	PERDARAHAN	KANDUNG KEMIH
10.55	110/70	70x/m	36.5	3.ji.b-pst	baik	tdk ada	Kosong
12.10	120/80	70x/m		3.ji.b-pst	baik	tdk ada	Kosong
12.40	100/80	74x/m		3.ji.b-pst	baik	tdk ada	Kosong
13.10	100/80	74x/m		3.ji.b-pst	baik	tdk ada	Kosong
13.40	110/70	71x/m	36.5	3.ji.b-pst	baik	tdk ada	Kosong
14.10	110/70	71x/m	36.5	3.ji.b-pst	baik	tdk ada	Kosong

PEMANTAUAN BAYI : tiap 15' menit pada jam pertama, tiap 30' menit jam kedua

WAKTU	PERNAPASAN	SUHU	WARNA KULIT	GERAKAN	ISAPAN ASI	TALI PUSAT	KEJANG	BAB	BAK
10.55	46	36.5	merah	aktif	baik	tdk berdarah	Tidak	-	-
12.10	46	36.5	merah	aktif	baik	tdk berdarah	Tidak	-	1x
12.40	48	36.5	merah	aktif	baik	tdk berdarah	Tidak	-	-
13.10	48	36.5	merah	aktif	baik	tdk berdarah	Tidak	-	1x
13.40	50	36.5	merah	aktif	baik	tdk berdarah	Tidak	-	-
14.40	52	36.5	merah	aktif	baik	tdk berdarah	Tidak	-	-

Tanda Bahaya : Ibu Bayi

Tindakan (jelaskan dicatat kasus)
 Dirujuk Tidak dirujuk

Tanda tangan Penolong

**SKRINING / DETEKSI DINI IBU RISIKO TINGGI
OLEH
PKK DAN PETUGAS KESEHATAN**

Nama : Novembi Dethan Umur Ibu : 36 Th.
 Hamil ke : Haid Terakhir tgl : Perkiraan Persalinan tgl : 1905 2020
 Pendidikan : Ibu SMA Suami Besamus Olla
 Pekerjaan : Ibu IRT Suami

KEL. F.R.	NO.	Masalah / Faktor Risiko	SKOR	Tribulan			
				I	II	III	IV
		Skor Awal Ibu Hamil	2				
I	1	Terlalu muda, hamil I < 16 th	4				
	2	a. Terlalu lambat hamil I, kawin > 4th	4				
		b. Terlalu tua, hamil I > 35 th	4				4
	3	Terlalu cepat hamil lagi (< 2 th)	4				
	4	Terlalu lama hamil lagi (> 10 th)	4				4
	5	Terlalu banyak anak, 4 / lebih	4				
	6	Terlalu tua, umur > 35 tahun	4				
	7	Terlalu pendek < 145 Cm	4				
	8	Pernah gagal kehamilan	4				
	9	Pernah melahirkan dengan :					
	a. Tankan tang / vakum	4					
	b. Uni dirogoh	4					
	c. Diberi infus/Transfusi	4					
II	10	Penyakit pada ibu hamil :					
		a. Kurang darah b. Malaria	4				
		c. TBC Paru d. Payah jantung	4				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				
III	17	4				
	18	4				
	19	4				
	20	4				
JUMLAH SKOR							14

PENYULUHAN KEHAMILAN/PERSALINAN AMAN ~ RUJUKAN TERENCANA

JML. SKOR	KEL. RISIKO	KEHAMILAN		PERSALINAN DENGAN RISIKO				
		PERA WATAN	RUJUKAN	TEMPAT	PEND. LONG	RUJUKAN		
						RDB	RDR	RTW
1-4	Rendah	BIDAN	BIDAN	RUMAH IBU	RUMAH IBU			
5-10	Rendah	BIDAN DOKTER	BIDAN PKM	POLINDES PKM/RS	BIDAN DOKTER			
11-14	Rendah	BIDAN DOKTER	BIDAN DOKTER	RUMAH SAKIT	RUMAH SAKIT			

Kematian Ibu dalam kehamilan : 1. Abortus 2. Lain-lain

**KARTU SKOR 'POEDJI ROCHJATI'
PERENCANAAN PERSALINAN AMAN**

Tempat Perawatan Kehamilan : 1. Posyandu 2. Polindep 3. Rumah Bidan
 4. Puskesmas 5. Rumah Sakit 6. Praktek Dokter

Persalinan : Melahirkan tanggal 15 05 2020

RUJUKAN DARI : 1. Sendiri 2. Dukun 3. Bidan 4. Puskesmas ✓
RUJUKAN KE : 1. Bidan 2. Puskesmas 3. Rumah Sakit ✓

RUJUKAN :
 1. Rujukan Dini Berencana (RDB) / 2. Rujukan Tepat Waktu (RTW)
 Rujukan Dalam Rahim (RDR) 3. Rujukan Terlambat (RTI)

Gawat Obstetrik :
Kel. Faktor Risiko I & II
 1.
 2.
 3.
 4.
 5.
 6.
 7.
Gawat Darurat Obstetrik :
Kel. Faktor Risiko III
 1. Perdarahan antepartum
 2. Eklampsia
Komplikasi Obstetrik
 3. Perdarahan postpartum
 4. Uni Tertinggal
 5. Persalinan Lama
 6. Panas Tinggi

TEMPAT : 1. Rumah ibu 2. Rumah bidan 3. Polindep 4. Puskesmas 5. Rumah Sakit ✓ 6. Perjalanan
PENOLONG : 1. Dukun 2. Bidan ✓ 4. Lain-2
MACAM PERSALINAN : 1. Normal ✓ 2. Tindakan pervaginam 3. Operasi Sesar

PASCA PERSALINAN :
IBU : 1. Hidup ✓ 2. Mati, dengan penyebab : a. Perdarahan b. Preeklampsia/Eklampsia c. Partus lama d. Infeksi e. Lain-2
TEMPAT KEMATIAN IBU : 1. Rumah ibu 2. Rumah bidan 3. Polindep 4. Puskesmas 5. Rumah Sakit 6. Perjalanan 7. Lain-2
BAYI : 1. Berat lahir 2.500 gram (Laki/Perempuan) 2. Lahir hidup ✓ 3. Lahir mati, penyebab
 4. Mati kemudian, umur hr, penyebab
 5. Kelainan bawaan : tidak ada / ada

KEADAAN IBU SELAMA MASA NIFAS (42 Hari Pasca Salin)
 1. Sehat ✓ 2. Sakit 3. Mati, penyebab
 Pemberian ASI : 1. Ya ✓ 2. Tidak

Keluarga Berencana : 1. Ya, / Sterilisasi
 2. Belum Tahu

Kategori Keluarga Miskin : 1. Ya 2. Tidak ✓
 Sumber Biaya : Mandiri / Bantuan :

FORMULIR PENCATATAN BAYI MUDA UMUR KURANG DARI 2 BULAN		
Tanggal Kunjungan : <u>22-05-2020</u> Alamat : _____		
Nama Bayi : <u>B.Y-X-0</u> U/P _____ Nama Ibu : <u>Ny-N-D</u>		
Tanggal Lahir/Umur : <u>15-05-2020/7</u> BB: <u>2300</u> gram PB : <u>47</u> cm Suhu: <u>37</u> °C		
Bayi sakit apa? _____ Kunjungan Pertama <input checked="" type="checkbox"/> Kunjungan Ulang _____ KN : <u>1(2)3</u>		
PENILAIAN (Lingkari semua gejala yang ditemukan)	KLASIFIKASI	TINDAKAN/ PENGOBATAN
MEMERIKSA KEMUNGKINAN PENYAKIT SANGAT BERAT ATAU INFEKSI BAKTERI <ul style="list-style-type: none"> Bayi tidak mau minum atau memuntahkan semua Ada riwayat kejang Bayi bergerak hanya ketika distimulasi atau tidak bergerak sama sekali Hitung nafas dalam 1 menit <u>48</u> kali / menit. Ulangi jika ≥ 60 kali / menit. Hitung nafas kedua _____ kali / menit. Apakah : Nafas cepat (≥ 60 x/menit), atau Nafas lambat (< 40 x/menit) _____ Tarikan dinding dada ke dalam yang sangat kuat Suhu tubuh $\geq 37,5^\circ\text{C}$ Suhu tubuh $< 36,5^\circ\text{C}$ Mata bermanah : Banyak _____ Sedikit _____ Pusar kemerahan Pusar kemerahan meluas ke dinding perut > 1 cm Pusar bermanah Ada pustul di kulit 	Mungkin bukan Infeksi bakteri	- Ajarkan Ibu Cara menyusui
MEMERIKSA IKTERUS <ul style="list-style-type: none"> Kuning timbul pada hari pertama setelah lahir (< 24 jam) Kuning ditemukan pada umur 24 jam sampai dengan 14 hari Kuning ditemukan pada umur lebih dari 14 hari Kuning sampai telapak tangan atau telapak kaki Kuning tidak sampai telapak tangan atau telapak kaki 	Tidak ada Ikterik	
APAKAH BAYI DIARE ? Ya _____ Tidak <input checked="" type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> Bayi sudah diare selama _____ hari Keadaan umum bayi : - Bayi bergerak atas kemauan sendiri atau dirangsang atau tidak bergerak sama sekali / Letargis <ul style="list-style-type: none"> Gelisah atau rewel Mata cekung Cubitan kulit perut kembalinya : - Sangat lambat (> 2 detik) <ul style="list-style-type: none"> Lambat (masih sempat terlihat lipatan kulit) Segera 	Diare tanpa dehidrasi	
MEMERIKSA STATUS HIV <ul style="list-style-type: none"> Apakah ibu pernah tes HIV ? Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak _____ Jika "ya", apakah hasilnya : Positif _____ Negatif <input checked="" type="checkbox"/> Jika "positif", apakah ibu sudah minum ARV ? Sudah _____ Belum _____ Jika "sudah", apakah ARV sudah diminum minimal 6 bulan ? Ya _____ Tidak _____ Apakah bayi pernah mendapatkan ASI atau masih menerima ASI ? Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak _____ <p>Jika status HIV ibu dan bayi tidak diketahui atau belum dites HIV, tawarkan dan lakukan TES SEROLOGIS pada ibu.</p> <p>Jika hasil tes HIV ibu "positif" rencanakan tes HIV serologis untuk bayi mulai usia 6 minggu.</p>	Mungkin bukan HIV	
MEMERIKSA KEMUNGKINAN BERAT BADAN RENDAH DAN MASALAH PEMBERIAN ASI / MINUM <ul style="list-style-type: none"> Berat badan menurut umur : - Rendah ≤ -2 SD _____ - Tidak rendah > -2 SD _____ Apakah bayi diberi ASI ? Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak _____ Jika "Ya" : <ul style="list-style-type: none"> Berapa kali dalam 24 jam ? <u>12</u> kali Apakah bayi diberi makanan atau minuman lain selain ASI ? Ya _____ Tidak <input checked="" type="checkbox"/> Jika "Ya", apa yang diberikan ? _____ berapa kali dalam 24 jam ? _____ kali alat apa yang digunakan : botol atau Cangkir ? _____ Jika bayi tidak akan dirujuk LAKUKAN PENILAIAN TENTANG CARA MENYUSUI, <ul style="list-style-type: none"> Lihat apakah posisi bayi benar : <ul style="list-style-type: none"> Seluruh badan bayi tersangah dengan baik - Kepala dan tubuh bayi lurus - Badan bayi menghadap ke dada ibu - Badan bayi dekat ke ibu. (Posisi Benar) Posisi Salah Lihat apakah perlekatan baik : <ul style="list-style-type: none"> Dagu bayi menempel payudara - Mulut bayi terbuka lebar - Bibir bawah membuka keluar Areola bagian atas tampak lebih banyak Tidak melekat sama sekali - Tidak melekat dengan baik - Melekat dengan baik 		

PENILAIAN (Lingkari semua gejala yang ditemukan)	KLASIFIKASI	TINDAKAN/ PENGOBATAN
MEMERIKSA KEMUNGKINAN BERAT BADAN RENDAH DAN MASALAH PEMBERIAN ASI / MINUM (lanjutan) • Lihat dan dengar, apakah bayi mengisap dengan efektif : Bayi mengisap dalam, teratur, diselingi istirahat, terdengar suara menelan Tidak mengisap sama sekali - Tidak mengisap dengan efektif - Mengisap dengan efektif • Terdapat luka atau bercak putih (thrush) di mulut. • Terdapat celah bibir / langit-langit.	Berat badan tidak rendah dan tidak ada masalah pemberian ASI.	
MEMERIKSA STATUS VITAMIN K1 Diberikan segera setelah lahir : Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>		Vit K1 diberikan hari ini _____
MEMERIKSA STATUS IMUNISASI (Lingkari imunisasi yang dibutuhkan hari ini) HB-0 <input checked="" type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> Polio - 1 <input type="checkbox"/>		Imunisasi yang diberikan hari ini : _____
MENILAI MASALAH ATAU KELUHAN LAIN _____ _____		
		Nasihati kapan kembali segera Kunjungan Ulang : <u>14</u> hari
MEMERIKSA MASALAH / KELUHAN IBU _____ _____		

Nama Pemeriksa
ttd _____

Dokumentasi :

Persalinan



KN-KF 1 :



KN-KF 2 :



KN-KF 3 :





LEMBAR KONSUL LAPORAN TUGAS AKHIR

Nama Mahasiswi : Yadah S E Ch Hotan
 NIM : 172111036
 Pembimbing : Frida S. Pay, S.ST., M.Kes

No.	Hari/Tanggal	Materi Konsultasi	Saran Pembimbing	Paraf
1.	24/04/2020	- Perbaiki Bab I, II - Perbaiki ASKEB - Perbaiki lampiran	- memperbaiki ASKEB - Tinjauan kasus (Perhatikan HTA-Tp.Uk.dan diagnosa)	
2.	20/05/2020	- Perbaiki Bab I, II, III - Tambahkan data	- Tambahkan data Bab I : data WHO, Dirkes Provinsi NTT, dan puskesmas silumana	
3.	16/06/2020	- Perbaiki Bab I - Bab II (Tambahkan materi sesuai kasus) - Perbaiki ASKEB	- Tambahkan materi Inerha uteri, gawat janin, persalinan lama, dan Induksi oksitosin - Sesuaikan asuhan dengan teori	
4.	22/06/2020	- Perbaiki Bab I (penulisan Tujuan umum/-) Khusus - Perbaiki pengelompokan & kerapuhan	- Perbaiki tujuan umum dan Khusus (tambahkan dengan pendekatan manajemen kebidanan & pendokumentasian SOAP)	
5.	30/06/2020	- Perbaiki Bab IV (ASKEB, paragraf, pembahasan) disesuaikan	- Perbaiki paragraf (pemeriksaan disesuaikan dengan paragraf Tinjauan kasus) - Perbaiki pengelompokan dan Perhatikan kerapuhan	
6.	24/07/2020	- perhatikan pengelompokan, Sistematisa penulisan (Bab I - III) - Perbaiki ASKEB dan Bab IV (Pembahasan)	- Perbaiki sistematisa tinjauan teori Bahan ASKEB (tambahkan teori, kasus, dan opini penulis)	
7.	30/07/2020	- Perhatikan pengelompokan Perbaiki abstrak - Perbaiki susunan materi (Bab II /Tinjauan teori) - Perbaiki ASKEB & paragraf	- perhatikan susunan tinjauan teori - Perbaiki abstrak/ disesuaikan dengan kesenjangan kasus - Sesuaikan abstrak dan paragraf	
8.	01/08/2020	- lengkapi Tinjauan kasus - Pembahasan (sertakan teori) Kasus, opini lalu menarik kesimpulan	- Tambahkan dan sesuaikan teori pada pembahasan lalu menarik kesimpulan	



LEMBAR KONSUL LAPORAN TUGAS AKHIR

Nama Mahasiswi : Yadah S E Ch Hotan
 NIM : 172111036
 Pembimbing : Frida S. Pay, S.ST., M.Kes

No.	Hari/Tanggal	Materi Konsultasi	Saran Pembimbing	Paraf
9.	04/08/2020	Perbaiki Bab 4 (Pembahasan)	Perhatikan data dasar (subjektif & objektif) pada pembahasan, sesuaikan hasil pemeriksaan.	
10.	07/08/2020	lengkapi dan perbaiki ASKEB di Tinjauan Kasus.	lengkapi SOAP kunjungan rumah nifas dan neonatus hari 1-7.	
11.	10/08/2020	Tambahkan SOAP saat pemberian imunisasi BCG-polio	lengkapi SOAP saat Bayi imunisasi tanggal 26-05-2020	
12.	15/08/2020	lengkapi kunjungan rumah.	perbaiki dan tambahkan penatalaksanaan pada kunjungan neonatus.	
13.	19/08/2020		SOAP Uji an.	



PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN

LEMBAR KONSUL REVISI LAPORAN TUGAS AKHIR

Nama Mahasiswi : Yadah. S. E. CH. Hotan

NIM : 172111036

Pembimbing : Frida S. Pay SST, M.Kes

No.	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Paraf
1.	04/03/2021	9. Lampiran di lindungi	
2.	06/03/2021	9. Rapihan Margin Ki/Ka. Pertahankan penomoran.	
3.	08/03/2021		



PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN

LEMBAR KONSUL REVISI LAPORAN TUGAS AKHIR

Nama Mahasiswi : Yadah. S. E. CH. Hotan
 NIM : 172111036
 Penguji 2 : Theresia Mindarsih, SST., M.Kes

No.	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Paraf
1.	10/11/2020	Bab 1 - 5 (Sistemahka penulisan Kerapihan.)	
2.	02/03/2021	Bab 1-5	
3.	08/03/2021	Revisi : Tambahkan SOAP Konseling Khusus MAL ACC.	