

LAPORAN TUGAS AKHIR
ASUHAN KEBIDANAN BERKELANJUTAN PADA
Ny. U. L. DI PUSKESMAS REWARANGGA
PERIODE 25 APRIL S/D 12 JUNI 2019

Sebagai Laporan Tugas akhir yang Diajukan untuk Memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan DIII Kebidanan pada Program Studi DIII Kebidanan Kesehatan Kemenkes Kupang



HENDRIKA DALIMA
NIM. P0 5303240181 364

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
JURUSAN KEBIDANAN
2018/2019

HALAMAN PERSETUJUAN
LAPORAN TUGAS AKHIR

ASUHAN KEBIDANAN BERKELANJUTAN PADA
Ny. U. L. DI PUSKESMAS REWARANGGA
PERIODE 25 APRIL S/D 12 JUNI 2019

OLEH

HENDRIKA DALIMA
NIM. P0 5303240181 364

Telah disetujui untuk diperiksa dan dipertahankan dihadapan Tim Penguji
Laporan Tugas Akhir
Program Studi Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

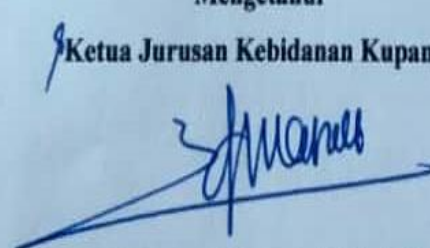
Pada tanggal: 02 Juli 2019

Pembimbing


Serlyansie V. Boimau, S. ST. M. Pd

NIP. 19691006 198903 2 001

Mengetahui


Ketua Jurusan Kebidanan Kupang

Dr. Mareta B. Bakoil, SST, MPH

NIP. 19760310 200012 2 001

HALAMAN PENGESAHAN

ASUHAN KEBIDANAN BERKELANJUTAN PADA
Ny. U. L. DI PUSKESMAS REWARANGGA
PERIODE 25 APRIL S/D 12 JUNI 2019

OLEH


HENDRIKA DALIMA
NIM. P0 5303240181 364

Telah dipertahankan dihadapan Tim Pengujr
Pada tanggal : 15 Juli 2019

Penguji I

Bringiwatty Batbual, AMd.Keb,S. Kep,Ns, MSc

NIP. 19710515 1994032002


.....

Penguji II

Serlyanse V. Boimau, S.ST.M,Pd

NIP. 1969 1006 1989 03 2 001


.....

Mengetahui

Ketua Jurusan Kebidanan Kupang

Dr. Mareta B Bakoil, SST,MPH

NIP : 19760310 200012 2 001

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini saya :

Nama : Hendrika Dalima

NIM : Po 5303240181 364

Jurusan : Kebidanan

Angkatan : II (Kedua)

Jenjang : Diploma III

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan plagiat dalam penulisan Laporan Tugas Akhir saya yang berjudul: **“ASUHAN KEBIDANAN BERKELANJUTAN PADA NY. U. L. DI PUSKESMAS REWARANGGA TANGGAL 25 APRIL S/D 12 JUNI 2019”**. Apabila suatu saat nanti saya terbukti melakukan plagiat, maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Ende, 13 Juni 2019

Penulis

Hendrika Dalima
NIM. PO 5303240181 364

RIWAYAT HIDUP

Nama : Hendrika Dalima

Tempat tanggal lahir : Puutuga, 18 September 1973

Agama : Katholik

Jenis kelamin : Perempuan

Alamat : RT. 001, RW. 001, Desa Nanganesa, Kecamatan Ndona,
Kabupaten Ende

Riwayat Pendidikan :

SDK Puutuga 2, Tahun 1985

SMPK Maria Goreti, Tahun 1989

SPK Depkes Ende, Tahun 1994

PPBA di SPK Depkes Ende, Tahun 1995

DIII Kebidanan Poltekkes Kemenkes Kupang (Kelas RPL Ende), 2018 sampai
sekarang

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa yang telah memberikan berbagai kemudahan, petunjuk serta karunia yang tak terhingga sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir yang berjudul **“ASUHAN KEBIDANAN BERKELANJUTAN PADA NY. U. L. DI PUSKESMAS REWARANGGA TANGGAL 25 APRIL S/D 12 JUNI 2019”**, dengan baik dan tepat waktu.

Laporan Tugas Akhir ini penulis susun untuk memenuhi salah satu persyaratan memperoleh derajat Ahli Madya Kebidanan di Prodi DIII Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang. Dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini penulis telah mendapatkan banyak bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak. Untuk itu, pada kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada:

1. drg. Muna Fatma, M.Kes, selaku Kepala Dinas kesehatan kabupaten Ende
2. R. H. Kristina, SKM, M.Kes, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kupang.
3. Mareta B. Bakoil, SST, MPH, selaku Ketua Jurusan Kebidanan DIII Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.
4. Bringiwatty Batbual, A. Md. Keb, S. Kep. M. Sc, selaku Penguji I yang juga telah memberikan bimbingan, arahan serta motivasi kepada penulis dalam penulisan Laporan Tugas Akhir ini.
5. Serlyansie V. Boimau, SST., M. Pd, selaku penguji II /pembimbing yang telah memberikan bimbingan, arahan serta motivasi kepada penulis sehingga laporan tugas akhir ini dapat terwujud.
6. Maria Marselina B. Ruka, SKM, selaku PLT Kepala Puskesmas Rewarangga beserta pegawai yang telah memberi ijin dan membantu penelitian ini.
7. Suami dan anak-anak tercinta, yang telah memberikan dukungan baik moril maupun material, serta kasih sayang yang tiada terkira dalam setiap langkah kaki penulis.

8. Seluruh teman-teman mahasiswa Jurusan Kebidanan Program RPL Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang telah memberikan dukungan baik berupa motivasi maupun kompetisi yang sehat dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini.
9. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang ikut andil dalam terwujudnya Karya Tulis Ilmiah ini.

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

Ende, 13 Juni 2019

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
HALAMAN PERNYATAAN	iv
RIWAYAT HIDUP	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR SINGKATAN	x
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
ABSTRAK	xv
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	4
C. Tujuan Penelitian	4
D. Manfaat Penelitian	4
E. Keaslian Penelitian	5
BAB II TINJUAN PUSTAKA	6
A. Konsep Dasar Kehamilan	6
B. Konsep Dasar Persalinan	39
C. Konsep Dasar Bayi Baru Lahir	77
D. Konsep Dasar Nifas	108
E. Konsep Dasar KB	148
F. Standar Asuhan Kebidanan	151
G. Kewenangan Bidan	155
H. Kerangka Pikir	161
BAB III Metode Penelitian	162
A. Jenis dan Rancangan Penelitian	162
B. Lokasi dan Waktu Penelitian	162

C. Subyek Penelitian	162
D. Instrument Pengumpulan Data	163
E. Teknik Pengumpulan Data	163
F. Alat dan Bahan	165
G. Dokumentasi	166
H. Etika Penelitian	166
BAB IV. TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN	167
A. Gambaran Lokasi Penelitian	167
B. Tinjauan Kasus	168
C. Asuhan Kebidanan Berkelanjutan.....	169
BAB V. SIMPULAN DAN SARAN	212
A. Kesimpulan	212
B. Saran	213
DAFTAR PUSTAKA	214

DAFTAR SINGKATAN

Hmt	: Haematokrit
HPHT	: Hari Pertama Haid Terakhir
HPL	: Human Placental Lactogen
HIV	: Human Immuno Deficiency Virus
INC	: Intranatal Care
IM	: Intra Muskular
IMD	: Inisiasi Menyusu Dini
IMS	: Infeksi Menular Seksual
IMT	: Indeks Massa Tubuh
IUD	: Intra Uterin Device
IU	: International Unit
IV	: Intra Vena
KB	: Keluarga Berencana
KF	: Kunjungan Nifas
KIA	: Kesehatan Ibu Anak
KIE	: Komunikasi Informasi Edukasi
KN	: Kunjungan Neonatal
KMS	: Kartu Menuju Sehat
Kg	: Kilogram
K1	: Kunjungan Pertama
K4	: Kunjungan Keempat
KIS	: Kartu Indonesia Sehat

KRR	: Kehamilan Risiko Rendah
Kemenkes	: Kementerian Kesehatan
KTD	: Kehamilan Tidak Diinginkan
KPD	: Ketuban Pecah Dini
LBK	: Letak Belakang
Kepala LILA	: Lingkar Lengan Atas
LH	: Luteinizing Hormone
LTA	: Laporan Tugas Akhir
MmHg	: Milimeter merkuri Hydrargyrum
MAK III	: Manajemen Aktif Kala 3
MAL	: Metode Amenorhea Laktasi
NTT	: Nusa Tenggara Timur
O ₂	: Oksigen
P	: Penatalaksanaan
PAP	: Pintu Atas Panggul
pH	: Potential Hydrogen
PASI	: Pendamping Asi
PNC	: Postnatal Care
POSYANDU	: Pos Pelayanan Terpadu
PUS	: Pasangan Usia Subur
PUSTU	: Puskesmas Pembantu
PBP	: Pintu Bawah Panggul
PTT	: Penegangan Tali Pusat Terkendali
RISKESDES	: Riset Kesehatan Dasar
RS	: Rumah Sakit
S	: Subyektif
SC	: Sekcio Caesarea

SBR	: Segmen Bawah Rahim
SOAP	: Subyektif Obyektif Analisis Penatalaksanaan
SDKI	: Survei Demografi Kesehatan Indonesia
SDGs	: Sustainable Development Goals
SpOG	: Spesialis Obstetric Ginekologi
SMA	: Sekolah Menengah Atas
TT	: Tetanus Toxoid
TFU	: Tinggi Fundus Uteri
USG	: Ultrasonography
UUK	: Ubun - Ubun Kecil
UK	: Usia Kehamilan
UNICEF	: United Nations Emergency Children's Fund
VT	: Vaginal Toucher
WITA	: Waktu Indonesia Tengah
WHO	: World Health Organization

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Skor Poedji Rochjati	22-23
Tabel 2.2 TFU Menurut Penambahan 3 Jari	30
Tabel 2.3 Rentang Waktu Pemberian Imunisasi dan Lama Perlindungannya	31
Tabel 2.4 Nilai Apgar	77
Tabel 2.5 Komposisi Kandungan ASI	92
Tabel 2.6 Asuhan dan Jadwal Kunjungan Rumah	108-109
Tabel 2.7 Involusi Uteri.....	111
Tabel 2.8 Perbedaan Masing-Masing Lochea.....	112-113
Tabel 2.9 Pengawasan 2 jam post partum.....	191

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I : Lembar Konsultasi

Lampiran II : Partograf

Lampiran III : Leaflet

ABSTRAK

Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang Prodi DIII Kebidanan

Karya Tulis Ilmiah 2018

Hendrika Dalima

**“Asuhan Kebidanan Berkelanjutan pada Ny. U. L. Di Puskesmas
Rewarangga Tanggal 25 April – 12 Juni 2019”**

Latar Belakang : Asuhan Kebidanan Berkelanjutan adalah asuhan kebidanan yang dilakukan mulai antenatal care, intranatal care, postnatal care, dan bayi baru lahir pada pasien secara keseluruhan. SDKI mencatat AKI di Indonesia tahun 2016 mengalami penurunan dari 395 per 100.000 kelahiran hidup menjadi 305 per 100.000 kelahiran hidup. AKI di NTT pada tahun 2015 meningkat yakni sebanyak 176 kasus (133 per 100.000 KH). Di Puskesmas Rewarangga tahun 2017 tidak ada kematian ibu dan kematian dan bayi.

Tujuan umum : Mampu menerapkan Asuhan Kebidanan Berkelanjutan pada Ny. U. L. di Puskesmas Rewarangga tanggal 25 April s/d 12 Juni 2019.

Metode : Jenis penelitian yang digunakan adalah studi penelaahan kasus dengan unit tunggal. Lokasi penelitian di Puskesmas Rewarangga. Subyek penelitian Ny. U. L. umur 34 tahun, GIII PII A0 AHIII, usia kehamilan 38 minggu . Metode pengumpulan data menggunakan data primer dan data sekunder.

Hasil : Kehamilan normal. Melahirkan secara spontan di Puskesmas Rewarangga pada tanggal 03 Mei 2019 jam 10.20 wita. Keadaan ibu dan bayi baik. Asuhan untuk bayi baru lahir dan ibu nifas dilakukan melalui kunjungan nifas 1-4, dan kunjungan neonatus 1-3. Keadaan ibu selama masa nifas baik. Ibu sudah mengikuti metode kontrasepsi suntik 3 bulan saat 40 hari post partum.

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

Kata kunci : Asuhan Kebidanan Berkelanjutan, hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas dan KB.

Kepustakaan : 48 buku (2007 – 2016).

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

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

Di Indonesia Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) merupakan salah satu indikator penting untuk menilai kualitas pelayanan kesehatan di suatu wilayah. Menurut definisi WHO “kematian maternal ialah kematian seorang wanita waktu hamil atau dalam waktu 42 hari sesudah berakhirnya kehamilan oleh sebab apapun, terlepas dari tuanya kehamilan dan tindakan yang dilakukan untuk mengakhiri kehamilan” (Saifuddin, 2014).

Hasil Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) mencatat kenaikan AKI di Indonesia yang signifikan, yakni dari 228 menjadi 359/100.000 KH. Lima penyebab kematian ibu terbesar yaitu perdarahan, hipertensi dalam kehamilan (HDK), infeksi, partus lama/macet, dan abortus. Kematian ibu di Indonesia masih didominasi oleh tiga penyebab utama kematian yaitu perdarahan, HDK, dan infeksi. Namun proporsinya telah berubah, dimana perdarahan dan infeksi cenderung mengalami penurunan sedangkan HDK proporsinya semakin meningkat. Lebih dari 25% kematian ibu di Indonesia pada tahun 2013 disebabkan oleh HDK (Kemenkes RI, 2015).

Laporan profil Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota se-Provinsi NTT menunjukkan kasus kematian Ibu pada tahun 2017 sebanyak 10 kasus, (Dinkes NTT, 2017) dengan penyebab utama perdarahan 9 kasus, infeksi 19 kasus, Hipertensi Dalam Kehamilan (HDK) 20 kasus, abortus 4 kasus, partus lama 2 kasus, dan lain-lain 45 kasus. (Dinkes Propinsi NTT, 2015).

Angka kematian di wilayah NTT terutama di Kabupaten Ende terbilang cukup tinggi. Berdasarkan data yang dilaporkan oleh Bidang Kesehatan Keluarga tercatat angka kematian Ibu pada tahun 2017 mengalami kenaikan yaitu 8 kasus jika dibandingkan dengan tahun sebelumnya 9 kasus.

Perhatian terhadap upaya penurunan Angka Kematian Neonatal (0-28 hari) juga menjadi penting karena kematian neonatal memberi kontribusi terhadap 59 % kematian bayi. Berdasarkan SDKI tahun 2012, Angka Kematian Neonatus (AKN) sebesar 19 per 1.000 kelahiran hidup. Angka ini sama dengan AKN berdasarkan SDKI tahun 2007 dan hanya menurun 1 poin dibanding SDKI tahun 2002-2003 yaitu 20 per 1.000 kelahiran hidup (Kemenkes RI, 2015).

Berdasarkan data Angka Kematian Bayi (AKB) di Kabupaten Ende pada tahun 2017 sebesar 59 per 1.000 kelahiran hidup. Angka ini menunjukkan adanya penurunan AKB bila dibandingkan dengan AKB pada tahun 2016. Pada tahun 2017 dari data yang dikumpulkan Bidang Kesehatan Keluarga terdapat 12,25 kasus kematian bayi, sedangkan untuk kasus lahir mati berjumlah 10 kasus kematian (Dinkes Kabupaten Ende, 2017). Sedangkan AKB Puskesmas Rewarangga tahun 2017 sebanyak 8 kematian bayi.

Data yang didapat jumlah sasaran Ibu hamil Puskesmas Rewarangga 180 orang, PWS KIA Puskesmas Rewarangga periode Januari - Desember, 2017 cakupan K1 sebanyak 187 orang (100%) dari target cakupan 100%, cakupan K4 sebanyak 96 orang (60%) dari target cakupan 100%, cakupan bumil resti ditangani oleh Nakes 105 orang (65,5%) dari target cakupan 100%, cakupan pemberian tablet Fe3 Ibu hamil sebanyak 96 orang (60%), cakupan pertolongan persalinan oleh Nakes sebanyak 160 orang (100%)

dari cakupan target 99%, nifas sebanyak 161 orang (100%) dari target cakupan 100%, neonatus sebanyak 135 orang (92,4%) dari cakupan target 81%, akseptor KB aktif 649 peserta sedangkan PUS sebanyak 1.550 orang.

Sebenarnya AKI dan AKB dapat ditekan melalui pelayanan asuhan kebidanan secara komprehensif. Asuhan Kebidanan Komprehensif adalah suatu pemeriksaan yang dilakukan secara lengkap dengan adanya pemeriksaan laboratorium dan konseling (Varney, 2006).

Asuhan Kebidanan Komprehensif mencakup empat kegiatan pemeriksaan berkesinambungan diantaranya adalah Asuhan Kebidanan Kehamilan (*Ante Natal Care*) Asuhan Kebidanan Persalinan (*Intra Natal Care*) Asuhan Kebidanan Masa Nifas (*Post Natal Care*) dan Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir (*Neonatal Care*). (Varney, 2006). Tujuan Asuhan Kebidanan Komprehensif adalah melaksanakan pendekatan manajemen kebidanan pada kasus kehamilan dan persalinan, sehingga dapat menurunkan atau menghilangkan angka kesakitan ibu dan anak.

Standar Asuhan Kebidanan adalah acuan dalam proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh Bidan sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup prakteknya berdasarkan ilmu dan kiat Kebidanan, mulai dari pengkajian, perumusan diagnosa atau masalah kebidanan, perencanaan, implementasi, evaluasi dan pencatatan asuhan kebidanan. Dalam Standar Asuhan Kebidanan yakni meliputi perencanaan, salah satu kriteria perencanaan yaitu melakukan rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien, tindakan segera, tindakanantisipasi dan asuhan secara komprehensif, sehingga Asuhan Kebidanan Komprehensif dilakukan berdasarkan Standar Asuhan Kebidanan.

Berdasarkan uraian di atas, maka penulis tertarik untuk melakukan studi kasus yang berjudul “Asuhan Kebidanan Berkelanjutan Pada Ny. U. L. Di Puskesmas Rewarangga Periode Tanggal 25 April Sampai 12 Juni 2018.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang diatas dapat dirumuskan sebagai berikut:
“Bagaimanakah Penerapan Asuhan Kebidanan Berkelanjutan Pada Ny. U. L. di Puskesmas Rewarangga Periode tanggal 25 April Sampai 12 Juni 2019.

C. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Mampu memberikan asuhan kebidanan secara berkelanjutan pada Ny. U. L. di Puskesmas Rewarangga periode Tanggal 25 April sampai 12 Juni 2019.

2. Tujuan Khusus

Pada akhir studi kasus mahasiswa mampu:

- a. Melakukan asuhan kebidanan kehamilan pada Ny. U. L. di Puskesmas Rewarangga
- b. Melakukan asuhan kebidanan persalin pada Ny. U. L. di Puskesmas Rewarangga
- c. Melakukan asuhan kebidanan bayi baru lahir pada bayi Ny. U. L. di Puskesmas Rewarangga
- d. Melakukan asuhan kebidanan masa nifas pada Ny. U. L. di Puskesmas Rewarangga
- e. Melakukan asuhan kebidanan Keluarga Berencana pada Ny. U. L. di Puskesmas Rewarangga

D. Manfaat Penelitian

1. Teoritis

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

2. Aplikatif

a. Institusi/ Puskesmas Rewarangga

Hasil studi kasus ini dapat dimanfaatkan sebagai masukan dalam pengembangan ilmu pengetahuan asuhan kebidanan berkelanjutan serta dapat dijadikan acuan untuk penelitian lanjutan.

b. Profesi Bidan

Hasil studi kasus ini dapat dijadikan acuan untuk meningkatkan keterampilan dalam memberikan asuhan kebidanan secara berkelanjutan.

c. Klien dan Masyarakat

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

d. Pembaca

Hasil studi kasus ini dapat menjadi sumber pengetahuan bagi para pembaca mengenai asuhan kebidanan secara berkelanjutan.

E. Keaslian Penelitian

Karya tulis ilmiah mengenai asuhan berkelanjutan pada ibu, penelitian serupa pernah diteliti oleh Siti Desi Agustina yang berjudul Asuhan Kebidanan Berkelanjutan pada Ibu Hamil Trimester III Di RB Jati Uwung Kota Tangerang tahun 2014, memiliki kesamaan asuhan kebidanan berkelanjutan mulai dari kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir dan Keluarga Berencana dengan menggunakan 7 langkah Varney dan pendokumentasian menggunakan SOAP. Perbedaan yang di dapat oleh peneliti sekarang dan sebelumnya adalah Tahun Penelitian, Subyek Penelitian, Tempat Penelitian.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. KONSEP DASAR KEHAMILAN

1. Pengertian Kehamilan

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

Menurut Federasi Obstetric Ginekologi Internasional, kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi dan implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan atau 9 bulan menurut kalender internasional. Kehamilan terbagi dalam 3 trimester, dimana trimester kesatu berlangsung dalam 12 minggu (0 minggu-12 minggu), trimester kedua 15 minggu (minggu ke 13-minggu ke 27), dan trimester ke tiga 13 minggu (minggu ke 28 hingga minggu ke 40), (prawirohardjo,2014).

1). Tanda – Tanda Kehamilan

a. Tanda pasti (positif sign)

Tanda pasti adalah tanda yang menunjukkan langsung keberadaan janin, yang dapat dilihat langsung oleh pemeriksa. Tanda pasti kehamilan terdiri atas hal-hal berikut ini:

b. Gerakan janin dalam rahim

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

c. Denyut jantung janin

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

d. 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.

e. Kerangka janin

Kerangka janin dapat dilihat dengan foto rontgent maupun USG.

2. Klasifikasi Usia Kehamilan

Menurut Walyani 2014 kehamilan terbagi menjadi tiga trimester, dimana trimester satu berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 15 minggu (minggu ke 13 hingga ke 27), dan trimester ke tiga (minggu ke 28 hingga ke 40).

Ditinjau dari lamanya kehamilan, kita bisa menentukan kehamilan dengan membaginya dalam tiga bagian yaitu: kehamilan triwulan I, antara 0-12 minggu, 2014), kehamilan triwulan II, antara 12-28 minggu, kehamilan triwulan II, antara 28-40 minggu.

3. Perubahan fisiologi dan psikologi kehamilan trimester III

a. Perubahan Fisiologi kehamilan trimester III

(a) Sistem Reproduksi

1). Vulva dan Vagina

Pada usia kehamilan trimester III dinding vagina mengalami perubahan persiapan untuk mengalami peregangan pada waktu persalinan dengan meningkatkan ketebalan mukosa, mengendorkan jaringan ikat dan hipertrofi sel otot polos. (Romauli, 2011).

2) Serviks Uteri

Pada saat kehamilan mendekati aterm, terjadi penurunan lebih lanjut dari konsentrasi kalogen. (Romauli, 2011).

3) Uterus

Pada akhir kehamilan uterus akan terus membesar dalam rongga pelvis dan seiring perkembangannya uterus akan menyentuh dinding abdomen, mendorong usus ke samping dan ke atas, terus tumbuh sehingga menyentuh hati. (Romauli, 2011).

4) Ovarium

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

(b) Sistem Payudara

Pada trimester III pertumbuhan kelenjar mammae membuat ukuran payudara semakin meningkat. Pada kehamilan 35 minggu warna cairan agak putih seperti air susu yang sangat encer (Romauli, 2011).

(c) Sistem Endokrin

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

(d) Sistem Perkemihan

Pada kehamilan trimester III kepala janin sudah turun ke pintu atas panggul. Keluhan kencing sering timbul lagi karena kandung kencing akan mulai tertekan kembali. (Romauli, 2011).

(e) 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 yang mendesak organ-organ dalam perut khususnya saluran pencernaan, usus besar, ke arah atas dan lateral (Romauli, 2011).

(f) Sistem Muskuloskeletal

Perubahan tubuh secara bertahan dan peningkatan berat wanita hamil menyebabkan postur dan cara berjalan wanita berubah secara menyolok. (Romauli, 2011).

(g) Sistem kardiovaskular

Selama kehamilan jumlah leukosit akan meningkat yakni berkisar antara 5000-12.000 dan mencapai puncaknya pada saat persalinan dan masa nifas berkisar 14.000-16.000. Penyebab peningkatan ini belum diketahui. Pada kehamilan, terutama trimester III, terjadi peningkatan jumlah granulosit dan limfosit dan secara bersamaan (Romauli, 2011). Menurut Marmi (2014) perubahan sistem kardiovaskuler pada wanita hamil yaitu:

a. Tekanan Darah (TD)

Selama pertengahan masa hamil, tekanan sistolik dan diastolik menurun 5-10 mmHg, kemungkinan disebabkan vasodilatasi perifer akibat perubahan hormonal, edema pada ekstremitas bawah dan varises terjadi akibat obstruksi vena iliaka dan vena cava inferior oleh uterus. Hal ini juga menyebabkan tekanan vena meningkat.

b. Volume dan Komposisi Darah

Volume darah meningkat sekitar 1500 ml. Peningkatan terdiri atas: 1000 ml plasma + 450 ml sel darah merah. Terjadi sekitar minggu ke-10 sampai dengan minggu ke-12, Vasodilatasi perifer mempertahankan TD tetap normal walaupun volume darah meningkat, Produksi SDM (Sel Darah Merah) meningkat (normal 4 sampai dengan 5,5 juta/mm³). Walaupun begitu, nilai normal Hb (12-16 gr/dL) dan nilai normal Ht (37%-47%) menurun secara menyolok, yang disebut dengan anemia fisiologis, Bila nilai Hb menurun sampai 10 gr/dL atau lebih, atau nilai Ht menurun sampai 35 persen atau lebih, bumil dalam keadaan anemi.

c. Curah Jantung

Meningkat 30-50 persen pada minggu ke-35 gestasi, kemudian menurun sampai sekitar 20 persen pada minggu ke-40.

d. Sistem Integumen

Pada wanita hamil *basal metabolik rate* (BMR) meningkat. BMR meningkat hingga 15-20 persen yang umumnya terjadi pada triwulan terakhir. Peningkatan BMR mencerminkan kebutuhan oksigen pada janin, plasenta, uterus serta peningkatan konsumsi oksigen akibat peningkatan kerja jantung ibu (Romauli, 2011).

e. Sistem Metabolisme

Pada wanita hamil *basal metabolik rate* (BMR) meningkat. BMR meningkat hingga 15-20% yang umumnya terjadi pada trimester terakhir. BMR kembali setelah hari kelima atau keenam setelah pascapartum. (Romauli, 2011).

b. Perubahan Psikologis Kehamilan Trimester III

- a) Rasa tidak nyaman timbul kembali, merasa dirinya jelek, aneh, dan tidak menarik.
- b) Merasa tidak menyenangkan ketika bayi hadir tidak tepat waktu.
- c) Takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang timbul pada saat melahirkan, khawatir akan keselamatannya.
- d) Merasa sedih karena terorisah dari bayinya.
- e) Merasa kehilangan perhatian
- f) Perasaan ibu menjadi lebih sensitive
- g) Libido menurun. (Romauli, 2011).

c. Ketidaknyamanan Kehamilan Trimester III dan Cara Mengatasinya

Tidak semua wanita mengalami ketidaknyamanan yang muncul selama kehamilan, tetapi kebanyakan wanita hamil mengalaminya, mulai dari tingkat ringan hingga berat. Cara mengatasi ketidaknyamanan ini didasarkan pada penyebab dan penatalaksanaan didasarkan pada gejala yang muncul (Marmi, 2011).

1) Leukorea (Keputihan)

Keputihan dapat disebabkan oleh karena terjadinya peningkatan produksi kelenjar dan lendir endoservikal sebagai akibat dari peningkatan kadar estrogen. Hal lain yang dicurigai sebagai penyebab terjadinya *leukorea* adalah perubahan sejumlah

besar glikogen pada sel epitel vagina menjadi asam laktat oleh basil Doderlein.

Upaya yang dapat dilakukan untuk mengatasi *leukorea* adalah dengan:

- a) Memperhatikan kebersihan tubuh pada area genital.
- b) Membersihkan area genital dari arah depan ke arah belakang.
- c) Mengganti panty berbahan katun dengan sering.
- d) Mengganti celana dalam secara rutin.
- e) Tidak melakukan douch atau menggunakan semprot untuk menjaga area genital.

2) Nocturia (Sering berkemih)

Peningkatan frekuensi berkemih pada trimester ketiga paling sering dialami oleh wanita primigravida setelah lightening terjadi. Lightening menyebabkan bagian pretensi (terendah) janin akan menurun masuk ke dalam panggul dan menimbulkan tekanan langsung pada kandung kemih.

Cara yang dapat dilakukan untuk mengatasi hal ini adalah:

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

3) Oedema dependen

Terjadi pada trimester II dan III, Peningkatan kadar sodium dikarenakan pengaruh hormonal. Kongesti sirkulasi pada

ekstermitas bawah, Peningkatan kadar permeabilitas kapiler. Tekanan dari pembesaran uterus pada vena pelvic ketika duduk/pada vena kava inferior ketika berbaring.

Cara meringankan atau mencegah:

- a) Hindari posisi berbaring terlentang.
- b) Hindari posisi berdiri untuk waktu lama, istirahat dengan berbaring ke kiri, dengan kaki agak ditinggikan.
- c) Angkat kaki ketika duduk/istirahat.
- d) Hindari kaos yang ketat/tali/pita yang ketat pada kaki.
- e) Lakukan senam secara teratur.

Apabila oedema muncul pada muka dan tangan dan disertai dengan proteinuria serta hipertensi, maka perlu diwaspadai adanya tanda bahaya kehamilan yaitu preeklampsia/eklampsia.

4) Konstipasi

Konstipasi biasa terjadi pada trimester II dan III. Diduga terjadi akibat penurunan peristaltik yang disebabkan oleh relaksasi otot polos pada usus besar ketika terjadi peningkatan jumlah progesteron. Konstipasi juga dapat terjadi sebagai akibat dari efek samping penggunaan zat besi, hal ini akan memperberat masalah pada wanita hamil. Cara mengatasinya yaitu:

- a) Dengan minum air minimal 8 gelas per hari ukuran gelas minum
- b) Minum air hangat
- c) Istirahat yang cukup
- d) Buang air besar segera setelah ada dorongan
- e) Serta makan makanan berserat dan mengandung serat alami, misalnya selada dan seledri
- f) Latihan secara umum seperti berjalan setiap pagi, mempertahankan postur tubuh yang baik, mekanisme tubuh yang baik, konsumsi laksatif ringan, pelunak feses dan atau supositoria gliserin jika ada indikasi.

5) Sakit punggung bagian bawah

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

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

Cara meringankan:

- (1) Gunakan body mekanik yang baik untuk mengangkat benda.
- (2) Hindari sepatu atau sandal hak tinggi.
- (3) Hindari mengangkat beban yang berat.
- (4) Gunakan kasur yang keras untuk tidur.
- (5) Gunakan bantal waktu tidur untuk meluruskan punggung.
- (6) Hindari tidur terlentang terlalu lama karena dapat menyebabkan sirkulasi darah menjadi terhambat.

6) Sakit kepala

Biasa terjadi pada trimester II dan III yang disebabkan oleh kontraksi otot/spasme otot (leher, bahu dan penegangan pada kepala), serta kelelahan. Cara meringankannya, yaitu dengan mandi air hangat, istirahat, teknik relaksasi, memassase leher dan otot bahu, serta penggunaan kompres panas/es pada leher. Tanda bahaya terjadi bila sakit kepala bertambah berat atau berlanjut, jika disertai dengan hipertensi dan proteinuria (preeklampsia), jika ada migrain, serta penglihatan kabur atau berkurang.

7) Nyeri ulu hati

Ketidaknyamanan ini biasanya timbul pada akhir trimester kedua sampai trimester ketiga. Hal ini disebabkan karena adanya

refluk atau regurgitasi (aliran balik esophagus) yang menyebabkan timbulnya rasa panas seperti terbakar di area tersebut dengan retrosternal timbul dari aliran balik asam gastrik ke dalam esophagus bagian bawah. Faktor penyebab terjadinya hal tersebut adalah:

- a) Produksi progesteron yang meningkat
- b) Relaksasi spingter esopagus bagian bawah bersamaan perubahan dalam gradien tekana sepanjang spingter.
- c) Kemampuan gerak serta tonus gastro intestinal yang menurun dan relaksasi spingter cardia yang meningkat.
- d) Pergeseran lambung karena pembesaran uterus.

Beberapa cara yang dapat mengurangi ketidaknyamanan ini adalah sebagai berikut:

- (1) Makan sedikit tapi sering
- (2) Pertahankan postur tubuh yang baik supaya ada ruang lebih besar bagi lambung. Regangkan lengan melampaui kepala untuk memberi ruang bagi perut untuk berfungsi.
- (3) Hindari makanan berlemak
- (4) Hindari minum bersamaan dengan makan
- (5) Hindari makanan dingin
- (6) Hindari makanan pedas atau makanan lain yang dapat menyebabkan terjadinya gangguan pencernaan.
- (7) Hindari rokok, kopi, coklat dan alkohol.
- (8) Upayakan minum susu murni dari pada susu manis
- (9) Hindari makanan berat atau lengkap sesaat sebelum tidur.
- (10) Gunakan preparat antasida dengan kandungan hidroksi alumunium dan hidroksi magnesium
- (11) Hindari berbaring setelah makan.

8) Diare

Terjadi pada trimester I,II,III. Mungkin akibat dari peningkatan hormon,efek samping dari infeksi virus.

Cara meringankan: cairan pengganti rehidrasi oral, hindari makanan berserat tinggi seperti sereal kasar,sayur-sayuran, buah-buahan, makanan yang mengandung laktosa, makan sedikit tapi sering untuk memastikan kecukupan gizi.

9) Kram kaki

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

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

10) Insomnia

Terjadi mulai pertengahan masa kehamilan. Disebabkan oleh perasaan gelisah, khawatir ataupun bahagia, ketidaknyamanan fisik seperti membesarnya uterus, pergerakan janin, bangun di tengah malam karena nocturia, dyspnea, heartburn, sakit otot, stres dan cemas.

Cara meringankan : gunakan teknik relaksasi, mandi air hangat, minum minuman hangat sebelum tidur, melakukan aktifitas yang tidak menstimulasi sebelum tidur. Tanda bahaya : kelelahan yang berlebihan, tanda - tanda depresi.

11) Perut kembung

Terjadi pada trimester II dan III. Motilitas gastrointestinal menurun, menyebabkan terjadinya perlambatan waktu pengosongan menimbulkan efek peningkatan progesteron pada relaksasi otot polos dan penekanan uterus pada usus besar.

Cara meringankan : hindari makanan yang mengandung gas, mengunyah makanan secara sempurna, pertahankan kebiasaan BAB yang teratur, posisi kne chest (posisi seperti sujud tapi dada ditempelkan ke lantai) hal ini dapat membantu ketidaknyamanan dari gas yang tidak keluar.

12) Haemoroid

Hemoroid selalu didahului dengan konstipasi, oleh sebab itu semua hal yang menyebabkan konstipasi berpotensi menyebabkan hemoroid. Progesteron juga berperan dalam menyebabkan terjadinya relaksasi dinding vena dan usus besar, pembesaran uterus juga menyebabkan peningkatan tekanan pada dinding vena dan usus besar.

Adapun sejumlah hal yang dapat dilakukan untuk mencegah atau mengurangi hemoroid adalah:

- a) Hindari konstipasi, pencegahan merupakan penanganan yang paling efektif.
- b) Hindari mengejan saat defekasi
- c) Mandi berendam dengan air hangat
- d) Kompres witch hazel
- e) Kompres es
- f) Kompres garam epsom
- g) Memasukkan kembali hemoroid ke dalam rektum (menggunakan lubrikasi) dilakukan sambil latihan mengencangkan perinium (kegel)
- h) Tirah baring dengan cara mengaevaluasi panggul dan ekstremitas bagian bawah

i) Salep analgesik dan anastesi topikal.

13) Sesak napas (hiperventilasi)

Dasar anatomis dan fisiologis adalah peningkatan kadar progesteron berpengaruh secara langsung pada pusat pernapasan untuk menurunkan kadar CO₂ serta meningkatkan kadar O₂, meningkatkan aktifitas metabolik, meningkatkan kadar CO₂, hiperventilasi yang lebih ringan ini adalah SOB. Uterus membesar dan menekan pada diafragma.

Cara mencegah dan meringankan:

- a) Latihan napas melalui senam hamil
- b) Tidur dengan bantal ditinggikan
- c) Makan tidak terlalu banyak
- d) Hentikan merokok (untuk yang merokok)
- e) Konsul dokter bila ada asma dan lain-lain. (Kusmiyati, 2010).

14) Nyeri ligamentum rotundum.

Dasar anatomis dan fisiologis adalah terjadi hipertrofi dan peregangan ligamentum selama kehamilan, tekanan dari uterus pada ligamentum.

Cara meringankan atau mencegah yaitu:

- a) Penjelasan mengenai penyebab rasa nyeri
- b) Tekuk lutut ke arah abdomen
- c) Mandi air hangat
- d) Gunakan bantalan pemanas pada area yang terasa sakit hanya jika diagnosa lain tidak melarang
- e) Topang uterus dengan bantal di bawahnya dan sebuah bantal di antara lutut pada waktu berbaring miring. (Kusmiyati, 2010).

15) Varises pada kaki atau vulva

Dasar anatomis dan fisiologisnya adalah kongesti vena dalam bagian bawah yang meningkat sejalan dengan kehamilan karena

tekanan dari uterus yang hamil. Kerapuhan jaringan elastis yang diakibatkan oleh estrogen. Kecenderungan bawaan keluarga, dan disebabkan faktor usia dan lama berdiri.

Cara meringankan atau mencegah:

- a) Tinggikan kaki sewaktu berbaring atau duduk
- b) Berbaring dengan posisi kaki ditinggikan kurang lebih 90 derajat beberapa kali sehari
- c) Jaga agar kaki jangan bersilangan
- d) Hindari berdiri atau duduk terlalu lama
- e) Istirahat dalam posisi berbaring miring ke kiri
- f) Senam, hindari pakaian dan korset yang ketat, jaga postur tubuh yang baik
- g) Kenakan kaus kaki yang menopang (jika ada)
- h) Sediakan penopang fisik untuk variositis vulva dengan bantalan karet busa yang ditahan di tempat dengan ikat pinggang sanitari. (Kusmiyati, 2010).

d. Tanda Bahaya Trimester III

Menurut Kusmiyati, 2010 terdapat enam tanda-tanda bahaya yang perlu diperhatikan dan diantisipasi dalam kehamilan lanjut adalah sebagai berikut:

1) Perdarahan Pervaginam

Batasan : Perdarahan antepartum atau perdarahan pada kehamilan lanjut adalah perdarahan pada trimester terakhir dalam kehamilan sampai bayi dilahirkan.

Pada kehamilan lanjut, perdarahan yang tidak normal adalah merah, banyak dan kadang-kadang tapi tidak selalu disertai dengan rasa nyeri. Jenis-jenis perdarahan antepartum:

- a) Plasenta previa adalah plasenta yang berimplantasi rendah sehingga menutupi sebagian atau seluruh ostium uteri internum (implantasi plasenta yang normal adalah pada

dinding depan atau dinding belakang rahim atau didaerah fundus uteri).

Gejala-gejala plasenta previa: gejala yang terpenting adalah perdarahan tanpa nyeri bisa terjadi tiba-tiba dan kapan saja, bagian terendah anah sangat tinggi karena plasenta terletak pada bagian bawah rahim sehingga bagian terendah tidak dapat mendekati pintu atas panggul, pada plasenta previa ukuran panjang rahim berkurang maka pada plasenta previa lebih sering disertai kelainan letak.

- b) Solusio plasenta adalah lepasnya plasenta sebelum waktunya. secara normal plasenta terlepas setelah anak lahir. Tanda dan gejala solusio plasenta yaitu:
- (1) Darah dari tempat pelepasan keluar dari serviks dan terjadilah perdarahan keluar atau perdarahan tampak.
 - (2) Kadang-kadang darah tidak keluar terkumpul di belakang plasenta (perdarahan tersembunyi atau perdarahan ke dalam)
 - (3) Solusio plasenta dengan perdarahan tersembunyi menimbulkan tanda yang lebih kas (rahim keras seperti papan karena seluruh perdarahan tertahan di dalam. Umumnya berbahaya karena jumlah perdarahan yang keluar tidak sesuai dengan beratnya syok.
 - (4) Perdarahan disertai nyeri, juga di luar his karena isi rahim.
 - (5) Nyeri abdomen kpada saat dipegang
 - (6) Palpasi sulit dilakukan
 - (7) Fundus uteri makin lama makin naik
 - (8) Bunyi jantung biasanya tidak ada.

c) Gangguan pembekuan darah

Koagulopati dapat menjadi penyebab dan akibat perdarahan yang hebat. Pada banyak kasus kehilangan darah yang akut, perkembangan dapat dicegah jika volume darah dipulihkan segera dengan pemberian cairan infus (NaCl atau Ringer Laktat).

2) Sakit kepala yang hebat

Batasan : wanita hamil mengeluh nyeri kepala yang hebat. Sakit kepala sering kali merupakan ketidaknyamanan yang normal dalam kehamilan. Sakit kepala yang menunjukkan suatu masalah serius adalah sakit kepala yang menetap dan tidak hilang dengan beristirahat. Kadang-kadang dengan sakit kepala yang hebat ibu mungkin menemukan bahwa penglihatannya menjadi kabur atau berbayang.

3) Penglihatan Kabur

Batasan : wanita hamil mengeluh penglihatan yang kabur. Karena pengaruh hormonal, ketajaman penglihatan ibu dapat berubah dalam kehamilan. Perubahan ringan (minor) adalah normal.

Tanda dan Gejala :

- a) Masalah visual yang mengindikasikan keadaan yang mengancam adalah perubahan visual yang mendadak, misalnya pandangan kabur dan berbayang.
- b) Perubahan penglihatan ini mungkin disertai sakit kepala yang hebat dan mungkin menandakan pre-eklamsia.

4) Bengkak di wajah dan jari-jari tangan

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

5) Keluar cairan Pervaginam

Batasan : keluar cairan berupa air-air dari vagina pada trimester ketiga. Ketuban dinyatakan pecah dini jika terjadi sebelum proses persalinan berlangsung. Pecahnya selaput ketuban dapat terjadi pada kehamilan preterm (sebelum kehamilan 37 minggu) maupun pada kehamilan term. Normalnya selaput ketuban pecah pada akhir kala satu atau awal kala persalinan, bisa juga belum pecah saat mencedan.

e. Deteksi Dini Faktor Resiko Kehamilan Trimester III dan Penanganan serta Prinsip-Prinsip Rujukan Kasus

1) Risiko Tinggi

Risiko 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*).

2) 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.

3) Ibu risiko tinggi (*High Risk Mother*) adalah faktor ibu yang dapat mempertinggi risiko kematian neonatal atau maternal.

4) Kehamilan risiko tinggi (*High Risk Pregnancies*) adalah keadaan yang dapat mempengaruhi optimalisasi ibu maupun janin pada kehamilan yang dihadapi.

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.

5) Faktor-Faktor Risiko Ibu Hamil

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

- a) Puji Rochyati : primipara muda berusia <16 tahun, primipara tua berusia >35 tahun, primipara skunder 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-eklampsia-eklamsia, gravid serotinus, kehamilan dengan perdarahan antepartum, kehamilan dengan kelainan letak, kehamilan dengan penyakit ibu yang mempengaruhi kehamilan.
- b) Riwayat operasi (operasi plastik pada vagina-fistel atau tumor vagina, operasi persalinan atau operasi pada rahim).
- c) 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).
- d) 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 forseps, letak sungsang, ekstraksi versi, operasi sesar).

e) 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, serviks inkompeten, kista ovarium atau mioma uteri, kehamilan trimester dua dan tiga: preeklamsia-eklamsia, perdarahan, kehamilan kembar, hidramnion, dismaturitas atau gangguan pertumbuhan, kehamilan dengan kelainan letak: sungsang, lintang, kepala belum masuk PAP minggu ke 36 pada primigravida, hamil dengan dugaan disproporsi sefalopelvik, kehamilan lewat waktu diatas 42 minggu).

f) Saat inpartu

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

- 6) Keadaan risiko tinggi dari sudut ibu (ketuban pecah dini, infeksi intrauterin, persalinan lama melewati batas waktu perhitungan partograf WHO, persalinan terlantar, ruptur 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).
- 7) 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).

8) Keadaan risiko tinggi postpartum (persalinan dengan retensio plasenta, atonia uteri postpartum, persalinan dengan robekan perineum yang luas, robekan serviks, vagina, dan ruptur uteri).

9) Skor Poedji Rochjati

a) Pengertian

Skor Poedji Rochjati adalah suatu cara untuk mendeteksi dini kehamilan yang memiliki risiko lebih besar dari biasanya (baik bagi ibu maupun bayinya), akan terjadinya penyakit atau kematian sebelum maupun sesudah persalinan (Rochyati, 2003).

Ukuran risiko dapat dituangkan dalam bentuk angka disebut skor. Skor merupakan bobot prakiraan dari berat atau ringannya risiko atau bahaya. Jumlah skor memberikan pengertian tingkat risiko yang dihadapi oleh ibu hamil. Menurut Rochyati (2003) berdasarkan jumlah skor kehamilan dibagi menjadi tiga kelompok:

- (1) Kehamilan Risiko Rendah (KRR) dengan jumlah skor 2
- (2) Kehamilan Risiko Tinggi (KRT) dengan jumlah skor 6-10
- (3) Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST) dengan jumlah skor ≥ 12 (Rochjati Poedji, 2003).

b) Tujuan sistem skor

- (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.

c) Fungsi Skor

- (1) 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.

d) 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 pre-eklamsi berat/eklamsi diberi skor 8. Kartu Skor 'Poedji Rochjati' (KSPR) (Rochyati, 2003)

Tabel 2.1. Skor Poedji Rochjati

I	II	III	IV				
			SKOR	TRIWULAN			
KEL	NO	Masalah / Faktor Risiko		I	II	III	IV
I		Skor Awal Ibu Hamil	2				
	1.	Terlalu Muda, hamil \leq 16 tahun	4				
	2.	Terlalu tua, hamil \geq 35 tahun	4				
	3.	Terlalu lambat hamil I, kawin \geq 4 tahun	4				
	4.	Terlalu lama hamil lagi, \geq 10 tahun	4				
	5.	Terlalu cepat hamil lagi \leq 2 tahun	4				
	6.	Terlalu banyak anak, 4/ lebih	4				
	7.	Terlalu pendek \leq 145 tahun	4				
	8.	Pernah gagal kehamilan	4				
	9.	Pernah melahirkan dengan : a. Tarikan Tang/ vakum b. Uri Dirogoh c. Diberi Infus/ Transfusi	4 4 4				
	10.	Pernah Operasi Caesar	8				
II	11.	Penyakit pada ibu hamil : a.Kurang darah b.Malaria	4				
		c. TBC Paru d.Payah jantung	4				
		e. Kencing manis (DM)	4				
		f. Penyakit Menular Seksual	4				
	12.	Bengkak pd muka/tungkai kaki dan tekanan darah tinggi	4				
	13.	Hamil kembar 2 atau lebih	4				
	14.	Hamil kembar air / hidramnion	4				
	15.	Bayi mati dalam Kandungan	4				
	16.	Kehamilan lebih bulan	4				
	17.	Letak Sungsang	8				
	18.	Letak Lintang	8				
III	19.	Perdarahan dalam	8				

	kehamilan					
20.	Preeklampsia berat/ kejang	8				
JUMLAH SKOR						

Keterangan :

- (1) Ibu hamil dengan skor 6 atau lebih dianjurkan untuk bersalin ditolong oleh tenaga kesehatan.
- (2) Bila skor 12 atau lebih dianjurkan bersalin di RS/DSO
 - e) Pencegahan Kehamilan Risiko Tinggi
 - (1) Penyuluhan, komunikasi, informasi, edukasi/KIE untuk kehamilan dan persalinan aman.
 - (2) Kehamilan Risiko Rendah (KRR), tempat persalinan dapat dilakukan di rumah maupun di polindes, tetapi penolong persalinan harus bidan, dukun membantu perawatan nifas bagi ibu dan bayinya.
 - f) Kehamilan Risiko Tinggi (KRT)

Petugas kesehatan memberi penyuluhan agar pertolongan persalinan oleh Bidan atau Dokter Puskesmas, di Polindes atau Puskesmas (PKM), atau langsung dirujuk ke Rumah Sakit, misalnya pada letak lintang dan ibu hamil pertama (primi) dengan tinggi badan rendah.
 - g) Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST), diberi penyuluhan dirujuk untuk melahirkan di Rumah Sakit dengan alat lengkap dan dibawah pengawasan Dokter Spesialis (Rochjati Poedji, 2003).
 - h) Pengawasan antenatal, memberikan manfaat dengan ditemukannya berbagai kelainan yang menyertai kehamilan secara dini, sehingga dapat diperhitungkan dan dipersiapkan langkah-langkah dalam pertolongan persalinannya.
 - (1) Mengetahui dan menangani sedini mungkin penyulit yang terdapat saat kehamilan, saat persalinan, dan kala nifas.
 - (2) Mengetahui dan menangani penyakit yang menyertai hamil, persalinan, dan kala nifas.

- (3) Memberikan nasihat dan petunjuk yang berkaitan dengan kehamilan, persalinan, kala nifas, laktasi, dan aspek keluarga berencana.
- (4) Menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu dan perinatal. (Manuaba, 2010).

i) Prinsip Rujukan

Menurut walyani,2014

- (1) Menentukan kegawatdaruratan penderita
 - (a) 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.
 - (b) 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.
- (2) Menentukan tempat rujukan

Prinsip dalam menentukan tempat rujukan adalah fasilitas pelayanan yang mempunyai kewenangan dan terdekat termasuk fasilitas pelayanan swasta dengan tidak mengabaikan kesediaan dan kemampuan penderita.

 - (a) Memberikan informasi kepada penderita dan keluarga
 - (b) Mengirimkan informasi kepada tempat rujukan yang dituju
 - (c) Memberitahukan bahwa akan ada penderita yang dirujuk
 - (d) Meminta petunjuk apa yang perlu dilakukan dalam rangka persiapan dan selama dalam perjalanan ke tempat rujukan.

- (e) Meminta petunjuk dan cara penanganan untuk menolong penderita bila penderita tidak mungkin dikirim.
- (3) Persiapan penderita (BAKSOKUDAPAN)
- (a) B (Bidan)

Pastikan bahwa ibu atau bayi didampingi oleh penolong persalinan yg kompeten untuk menatalaksanakan gawat darurat obstetri dan bayi dibawa ke fasilitas rujukan.
 - (b) A (Alat)

Bawa perlengkapan dan bahan-bahan untuk asuhan persalinan, masa nifas dan bayi baru lahir bersama ibu ketempat rujukan.
 - (c) K (Keluarga)

Beritahu ibu dan keluarga kondisi terakhir ibu atau bayi dan mengapa perlu dirujuk. Jelaskan pada mereka alasan dan tujuan dirujuk kefasilitas tersebut. Suami atau anggota keluarga lain harus menemani hingga ke fasilitas rujukan.
 - (d) S (Surat)

Berikan surat ketempat rujukan. Surat ini harus memberikan identifikasi mengenai ibu atau bayi, cantumkan alasan rujukan, dan uraikan hasil pemeriksaan, asuhan atau obat-obatan yang diterima ibu atau bayi. Sertakan juga partograf yang dipakai untuk membuat keputusan klinik.
 - (e) O (Obat)

Bawa obat-obatan esensial pada saat mengantar ibu ke fasilitas rujukan. Obat-obatan tersebut mungkin akan diperlukan selama di perjalanan.
 - (f) K (Kendaraan)

Siapkan kendaraan yg paling memungkinkan untuk merujuk ibu dalam kondisi cukup nyaman. Pastikan kendaraan cukup baik untuk mencapai tujuan tepat waktu.

(g) U (Uang)

Ingatkan pad keluarga untuk membawa uang yg cukup untuk membeli obat-obatan yg diperlukan dan bahan kesehatan lain yg diperlukan selama ibu atau bayi tinggal di fasilitas rujukan.

(h) DO (Donor)

Siapkan donor darah yang mempunyai golongan darah yang sama dengan pasien minimal 3 orang.

(i) PN (Posisi dan Nutrisi)

Posisi sesuai kasus yang dialami dan Nutrisi cairan infuse.

a. Pengiriman Penderita

b. Tindak lanjut penderita :

c. Untuk penderita yang telah dikembalikan

d. Penderita yang memerlukan tindakan lanjut tapi tidak melapor harus kunjungan rumah.

j) Pendidikan kesehatan

(1) Diet dan pengawasan berat badan, kekurangan atau kelebihan nutrisi dapat menyebabkan kelainan yang tidak diinginkan pada wanita hamil. Kekurangan nutrisi dapat menyebabkan (anemia, partus prematur, abortus, dll), sedangkan kelebihan nutrisi dapat menyebabkan (pre-eklamsia, bayi terlalu besar, dll) (Sarwono, 2014).

(2) Hubungan seksual, hamil bukan merupakan halangan untuk melakukan hubungan seksual (Manuaba, 2010). Pada umumnya hubungan seksual diperbolehkan pada masa kehamilan jika dilakukan dengan hati-hati (Sarwono, 2014).

(3) Kebersihan dan pakaian, kebersihan harus selalu dijaga pada masa hamil. Pakaian harus longgar, bersih, dan mudah dipakai, memakai sepatu dengan tumit yang tidak

terlalu tinggi, memakai kutang yang menyokong payudara, pakaian dalam yang selalu bersih (Sarwono, 2014).

- (4) Perawatan gigi, pada triwulan pertama wanita hamil mengalami enek dan muntah (*morning sickness*). Keadaan ini menyebabkan perawatan gigi yang tidak diperhatikan dengan baik, sehingga timbul karies gigi, *gingivitis*, dan sebagainya (Sarwono, 2014).
 - (5) Perawatan payudara, bertujuan memelihara *hygiene* payudara, melenturkan/menguatkan puting susu, dan mengeluarkan puting susu yang datar atau masuk ke dalam (Manuaba, 2010).
 - (6) Imunisasi TT, untuk melindungi janin yang akan dilahirkan terhadap tetanus neonatorum (Sarwono, 2014).
 - (7) Wanita pekerja, wanita hamil boleh bekerja tetapi jangan terlampau berat. Lakukanlah istirahat sebanyak mungkin. Menurut undang-undang perburuhan, wanita hamil berhak mendapat cuti hamil satu setengah bulan sebelum bersalin atau satu setengah bulan setelah bersalin (Sarwono, 2014).
 - (8) Merokok, minum alkohol dan kecanduan narkotik, ketiga kebiasaan ini secara langsung dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin dan menimbulkan kelahiran dengan berat badan lebih rendah, atau mudah mengalami abortus dan partus prematurus, dapat menimbulkan cacat bawaan atau kelainan pertumbuhan dan perkembangan mental (Manuaba, 2010).
- Obat-obatan, pengobatan penyakit saat hamil harus memperhatikan apakah obat tersebut tidak berpengaruh terhadap tumbuh kembang janin (Manuaba, 2010).

k) Konsep Antenatal Care Standar Pelayanan Antenatal (14 T)

1) Timbang Berat Badan dan Ukur Tinggi Badan (T1)

Penimbangan berat badan setiap kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya gangguan pertumbuhan janin. Penambahan berat badan yang kurang dari 9 kg selama kehamilan atau kurang dari 1 kg setiap bulanya menunjukkan adanya gangguan pertumbuhan janin. Pengukuran tinggi badan pada pertama kali kunjungan dilakukan untuk menapis adanya faktor resiko pada ibu hamil. Tinggi badan ibu hamil 145 cm meningkatkan resiko untuk terjadinya CPD (*Cephalo Pelvic Disproportion*) (Kemenkes RI, 2015).

2) Ukur Tekanan Darah (T2)

Pengukuran tekanan darah pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya hipertensi (tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg). Pada kehamilan dan preeclampsia (hipertensi disertai edem wajah dan atau tungkai bawah dan atau protein uria) (Kemenkes RI, 2015).

3) Nilai Status Gizi (Ukur Lingkar Lengan Atas/LILA) (T3)

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).

4) Ukur Tinggi Fundus Uteri (T4)

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 (Kemenkes RI, 2015).

Tabel 2.2 TFU Menurut Perabahan Tiga Jari

Tinggi (cm)	Fundus uteri (TFU)
16	Pertengahan pusat-simfisis
20	Dibawa pinggir pusat
24	Pinggir pusat atas
28	3 jari atas pusat
32	$\frac{1}{2}$ pusat- <i>proc. Xiphoideus</i>
36	1 jari dibawa <i>proc. Xiphoideus</i>
40	3 jari dibawa <i>proc. Xiphoideus</i>

Sumber: Nugroho,dkk, 2014.

5) Tentukan Presentasi Janin dan Denyut Jantung Janin (T5)

Menentukan presentasi janin dilakukan pada akhir trimester II dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. Pemeriksaan ini dimaksudkan untuk mengetahui letak janin. Jika pada trimester III bagian bawah janin bukan kepala, atau kepala janin belum masuk ke panggul berarti ada kelainan letak, panggul sempit atau ada masalah.

Penilaian DJJ dilakukan pada akhir trimester I dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. DJJ lambat kurang dari 120x/menit atau DJJ cepat lebih dari 160x/menit menunjukkan adanya gawat janin.

- 6) Pemantauan Imunisasi Tetanus dan Pemberian Imunisasi tetanus Toksiod sesuai Status Imunisasi (T6).

Tabel 2.3 Rentang Waktu Pemberian Imunisasi dan Lama Perlindungannya

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	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.

- 7) Tentukan Presentase Janin dan Denyut Jantung Janin (T7)

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 (Kemenkes RI, 2015).

- 8) Beri Tablet Tambah Darah (T8)

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).

- 9) Periksa Laboratorium (T9)

- a) Tes golongan darah, untuk mempersiapkan donor bagi ibu hamil bila diperlukan

- b) Tes haemoglobin. Dilakukan minimal sekali pada trimester 1 dan sekali pada trimester 3. Pemeriksaan ini bertujuan untuk mengetahui apakah ibu menderita anemia. Pemeriksaan Hb pada trimester 2 dilakukan atas indikasi.
- c) Tes pemeriksaan urin (air kencing). Dilakukan pada ibu hamil trimester kedua dan ketiga atas indikasi. Pemeriksaan ini dilakukan untuk mengetahui ada protein urin dalam air kencing ibu. ini merupakan salah satu indikator terjadinya preeklampsia pada ibu hamil.
- d) Pemeriksaan kadar gula darah dilakukan pada ibu hamil dengan indikasi diabetes melitus. Pemeriksaan ini sebaiknya dilakukan sekali setiap trimester.
- e) Tes pemeriksaan darah lainnya, sesuai indikasi seperti malaria, HIV, sifilis, dan lain-lain (Kemenkes RI, 2015).
- f) Tatalaksana atau penanganan kasus (T9)
Berdasarkan hasil pemeriksaan antenatal di atas dan hasil laboratorium, setiap kelainan yang ditemukan pada ibu hamil harus ditangani dengan standar dan kewenangan tenaga kesehatan (Kemenkes RI, 2015).

10) Perawatan Payudara (T10)

Perawatan payudara untuk ibu hamil dilakukan 2 kali sehari sebelum mandi dimulai pada usia kehamilan 6 minggu.

11) Senam Hamil (T11)

12) Pemberian Obat Malaria (T12)

Pemberian obat malaria diberikan pada ibu hamil pendatang dari daerah malaria juga kepada ibu hamil dengan gejala malaria dan hasil pemeriksaan darah yang positif.

13) Pemberian Kapsul Minyak Yodium (T13)

Pemberian kapsul minyak yodium diberikan pada kasus gangguan akibat kekurangan yodium di daerah endemis yang dapat berefek buruk terhadap tumbuh kembang bayi.

14) Temu wicara atau Konseling (T14)

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). Kebijakan kunjungan antenatal care.

Kebijakan Kunjungan Antenatal Care Menurut Kemenkes

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

- 1) Minimal 1 kali pada trimester pertama (K1)
- 2) Minimal 1 kali pada trimester kedua
- 3) Minimal 2 kali pada trimester ketiga.

Jadwal pemeriksaan antenatal menurut Walyani, 2015 adalah sebagai berikut:

- 1) Pemeriksaan pertama. Pemeriksaan pertama dilakukan segera setelah diketahui ibu terlambat haid.
- 2) Pemeriksaan ulangan. Adapun jadwal pemeriksaan ulangan (Walyani, 2015) sebagai berikut :
 - a) Setiap bulan sampai umur kehamilan 6 sampai 7 bulan
 - b) Setiap 2 minggu sampai usia kehamilan berumur 8 bulan

- c) Setiap 1 minggu sejak umur kehamilan 8 bulan sampai terjadi persalinan.

Frekuensi pelayanan menurut WHO (Marmi, 2014) ditetapkan kali 4 kunjungan ibu hamil dalam pelayanan antenatal, dengan ketentuan sebagai berikut:

- 1) Satu kali kunjungan selama trimester pertama (sebelum usia kehamilan 14 minggu)
- 2) Satu kali kunjungan selama trimester kedua (usia kehamilan 14-28 minggu)
- 3) Dua kali kunjungan selama trimester ketiga (usia kehamilan antara 28-36 minggu dan sesudah usia kehamilan 36 minggu).

B. KONSEP DASAR PERSALINAN

a. Pengertian Persalinan

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

Persalinan adalah serangkaian kejadian yang berakhir dengan pengeluaran bayi cukup bulan atau hampir cukup bulan, disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin dari tubuh ibu (Erawati, 2011).

Berdasarkan pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa persalinan merupakan proses membuka dan menipisnya *serviks* sehingga janin dapat turun ke jalan lahir dan berakhir dengan pengeluaran bayi disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin.

b. Sebab-Sebab Mulainya Persalinan

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

1. Penurunan Kadar Progesteron

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

2. Teori Oksitocin

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

3. Peregangan Otot

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

4. Pengaruh janin

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

5. Teori Prostaglandin

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

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

1. Kala I

Kala I dimulai dengan *serviks* membuka sampai terjadi pembukaan 10 cm. Kala I dinamakan juga kala pembukaan. Dapat dinyatakan *partus* dimulai bila timbul *his* dan wanita tersebut mengeluarkan lendir yang bersama darah disertai dengan pendataran (*effacement*). Lendir bersemu (*bloodyshow*) darah berasal dari lendir *kanalis servikalis* karena *serviks* mulai membuka dan mendatar. Darah berasal dari pembuluh-pembuluh *kapiler* yang berada di sekitar *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 *ultigravida* kira-kira 7 jam (Ilmiah W, 2015).

Proses membukanya serviks sebagai akibat his dibagi dalam 2 fase:

a. Fase Laten

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

b. Fase aktif

Fase aktif yaitu fase pembukaan yang lebih cepat yang terbagi lagi menjadi 3 yaitu: fase akselerasi (fase percepatan) dari pembukaan 3 cm sampai 4 cm yang dicapai dalam 2 jam, fase dilatasi maksimal dari pembukaan 4 cm sampai 9 cm yang dicapai dalam 2 jam, fase deselerasi (kurangnya kecepatan) dari pembukaan 9 cm sampai 10 cm selama 2 jam. His tiap 3 sampai 4 menit selama 40 detik fase-fase tersebut di atas dijumpai pada primigravida. Multigravida pun terjadi demikian, akan tetapi fase laten, fase aktif dan fase deselerasi terjadi lebih pendek. Mekanisme membukanya serviks berbeda antara primigravida dan multigravida. Primigravida ostium uteri internum akan membuka lebih dahulu sehinggalah serviks akan mendatar dan menipis. Multigravida ostium uteri internum sudah sedikit terbuka. ostium uteri internum dan eksternum serta penipisan dan pendataran serviks terjadi dalam saat yang sama (Ilmiah W, 2015).

Penggunaan Partograf

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

jam, tekanan darah dan temperature tubuh setiap 4 jam dan produksi urin, aseton dan protein setiap 2 sampai 4 jam (Marmi, 2012).

Pencatatan selama fase aktif persalinan antara lain: informasi tentang ibu, kondisi janin (DJJ, warna dan adanya air ketuban, penyusupan (*molase*) kepala janin), kemajuan persalinan (pembukaan *serviks*, penurunan bagian terbawah janin atau presentasi janin, garis waspada dan garis bertindak), jam dan waktu (waktu mulainya fase aktif persalinan, waktu aktual saat pemeriksaan dan penilaian), kontraksi *uterus* (frekuensi dan lamanya), obat-obatan dan cairan yang dibeikan (okситosin dan obat-obatan lainnya dan cairan IV yang diberikan), kondisi ibu (nadi, tekanan darah dan temperature tubuh, volume urin, aseton urin atau protein urin), asuhan, pengamatan dan keputusan klinik lainnya dicatat dalam kolom yang tersedia di sisi partograf atau dicatat kemajuan persalinan (Marmi, 2012).

Menurut Pencatatan dalam Partograf

a. Pembukaan (Ø) Serviks

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

b. Penurunan Kepala Janin

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

setiap pemeriksaan dengan garis tidak terputus (JNPK-KR, 2008).

c. Kontraksi Uterus

Periksa frekuensi dan lamanya kontraksi uterus setiap jam fase laten dan tiap 30 menit selama fase aktif. Nilai frekuensi dan lamanya kontraksi selama 10 menit. Catat lamanya kontraksi dalam hitungan detik dan gunakan lambang yang sesuai yaitu: kurang dari 20 detik titik-titik, antara 20 dan 40 detik diarsir dan lebih dari 40 detik diblok. Catat temuan-temuan di kotak yang bersesuaian dengan waktu penilaian (JNPK-KR, 2008).

d. Keadaan Janin

Nilai dan catat denyut jantung janin (DJJ) setiap 30 menit (lebih sering jika ada tanda-tanda gawat janin). Setiap kotak pada bagian ini menunjukkan waktu 30 menit. Skala angka di sebelah kolom paling kiri menunjukkan DJJ. Catat DJJ dengan memberi tanda titik pada garis yang sesuai dengan angka yang menunjukkan DJJ. Kemudian hubungkan titik yang satu dengan titik lainnya dengan garis tidak terputus. Kisaran normal DJJ terpapar pada partograf di antara garis tebal angka 1 dan 100. Tetapi, penolong harus sudah waspada bila DJJ di bawah 120 atau di atas 160 kali/menit (JNPK-KR, 2008).

Nilai air ketuban setiap kali dilakukan pemeriksaan dalam, dan nilai warna air ketuban jika selaput ketuban pecah. Gunakan lambang-lambang seperti **U** (ketuban utuh atau belum pecah), **J** (ketuban sudah pecah dan air ketuban jernih), **M** (ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur mekonium), **D** (ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur darah) dan **K** (ketuban sudah pecah dan tidak ada air ketuban atau kering) (JNPK-KR, 2008).

Molase berguna untuk memperkirakan seberapa jauh kepala bisa menyesuaikan dengan bagian keras panggul. Kode molase

(0) tulang-tulang kepala janin terpisah, sutura dengan mudah dapat dipalpasi, (1) tulang-tulang kepala janin saling bersentuhan, (2) tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih tapi masih bisa dipisahkan, (3) tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih dan tidak bisa dipisahkan (JNPK-KR, 2008).

e. Keadaan Ibu

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

2. Kala II

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

Menurut JNPK-KR (2008) umumnya fase laten berlangsung hampir atau hingga 8 jam. Fase aktif dari pembukaan 4 cm hingga mencapai pembukaan lengkap atau 10cm, akan terjadi dengan

kecepatan rata-rata 1 cm per jam (nulipara atau primigravida) atau lebih dari 1 cm hingga 2 cm (multipara).

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

a. Mengenali Gejala Dan Tanda Kala Dua

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

b. Menyiapkan Pertolongan Persalinan

2. Memastikan kelengkapan peralatan bahan dan obat-obat esensial untuk pertolongan persalinan dan penatalaksanaan komplikasi segera pada ibu dan bayi baru lahir. Untuk asuhan bayi baru lahir atau resusitasi, siapkan: tempat datar, rata, bersih, kering dan hangat, tiga handuk/kain bersih dan kering (termasuk ganjal bahu bayi), alat pengisap lender, lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm dari tubuh bayi. Persiapan untuk ibu yaitu: menggelar kain di atas perut bawah ibu, mematahkan ampul oksitosin, memasukan alat suntikan sekali pakai 2 ½ ml ke dalam wadah *partus set*.
3. Memakai celemek plastic atau dari bahan yang tidak tembus cairan.
4. Memastikan lengan tidak memakai perhiasan, mencuci dengan sabun dan air mengalir. Kemudian keringkan tangan dengan tissue atau handuk pribadi kering dan bersih.
5. Menggunakan sarung tangan DTT pada tangan kanan yang akan digunakan untuk pemeriksaan dalam.
6. Mengambil alat suntik sekali pakai dengan tangan yang bersarung, memasukan oksitosin ke dalam tabung suntik dan letakan kembali dalam wadah *partus* (PP IBI, 2016).

c. Memastikan Pembukaan Lengkap Dan Keadaan Janin

7. Membersihkan *vulva* dan *perineum*, menyeka dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kassa yang dibasahi dengan air DTT. Jika *introitus vagiana*, *perineum* atau anus terkontaminasi dengan tinja, bersihkan dengan seksama dari arah depan ke belakang. Buang kapas atau kassa pembersih (terkontaminasi) dalam wadah yang tersedia. Ganti sarung tangan jika terkontaminasi (*dekontaminasi*), lepaskan dan rendam dalam larutan chlorin 0,5%. Pakai sarung tangan steril untuk melaksanakan langkah selanjutnya.
8. Melakukan pemeriksaan dalam pastikan pembukaan sudah lengkap. Bila selaput ketuban masih utuh saat pembukaan sudah lengkap maka lakukan *amniotomi*.
9. Dekontaminasi sarung tangan dengan cara Mencilupkan tangan yang bersarung tangan ke dalam larutan clorin 0,5% membuka sarung tangan dalam keadaan terbalik dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5 %. Cuci tangan kembali dengan sabun dan air mengalir.
10. Memeriksa denyut jantung janin setelah kontraksi *uterus* selesai (pastikan denyut jantung janin dalam batas normal 120-160 x/menit). Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal. Mendokumentasikan hasil pemeriksaan dalam, DJJ dan semua penilaian serta asuhan lainnya dalam *partograf* (PP IBI, 2016).

d. Menyiapkan Ibu Dan Keluarga Untuk Membantu Proses Meneran

11. Memberi tahu ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik, membantu ibu dalam menemukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya. Tunggu hingga timbul rasa ingin meneran, lanjutkan

pemantauan kondisi dan kenyamanan ibu dan janin (ikuti pedoman penyalaksanaan fase aktif) dan dokumentasikan semua temuan yang ada. Jelaskan pada anggota keluarga tentang bagaimana peran mereka untuk mendukung dan memberi semangat kepada ibu untuk meneran secara benar.

12. Meminta bantuan keluarga untuk membantu menyiapkan posisi meneran (pada saat *his* kuat dan rasa ingin meneran membantu ibu dalam posisi setengah duduk atau posisi lainnya yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman).
 13. Melakukan pimpinan meneran apabila ibu ingin meneran atau timbul kontraksi yang kuat: bimbing ibu agar dapat meneran secara benar dan efektif, dukung dan beri semangat pada saat meneran dan perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai, bantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya (kecuali posisi berbaring terlentang dalam waktu yang lama), anjurkan ibu untuk beristirahat di antara waktu kontraksi, anjurkan keluarga memberi dukungan dan semangat untuk ibu, berikan cukup asupan cairan per oral (minum), menilai DJJ setiap kontraksi *uterus* selesai, segera rujuk jika bayi belum atau tidak akan segera lahir setelah pembukaan lengkap dan dipimpin meneran ≥ 2 jam pada *primi gravida* atau ≥ 1 jam pada *multi gravid*.
 14. Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok, atau mengambil posisi yang nyaman, jika ibu merasa belum ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit (PP IBI, 2016).
- e. Persiapan Untuk Melahirkan Bayi
15. Meletakkan handuk bersih di perut bawah ibu untuk mengeringkan bayi, jika kepala bayi terlihat 5-6 cm di depan vulva.

16. Meletakkan kain yang dilipat 1/3 bagian di bawah bokong ibu.
17. Membuka tutup partus set, memperhatikan kembali alat dan bahan.
18. Memakai sarung tangan DTT/ steril pada ke dua tangan (PP IBI, 2016).

Lahirnya Kepala

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

Lahirnya Bahu.

22. Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang secara *biparetal*. Anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakan kepala ke arah bawah dan *distal* hingga bahu depan muncul di bawah *arkus pubis* dan kemudian gerakan ke arah atas dan disatal untuk melahirkan bahu belakang.

Lahirnya Badan dan Tungkai.

23. Setelah kedua bahu lahir satu tangan menyangga kepala dan bahu belakang, tangan yang lain menelusuri dan memegang lengan dan siku bayi sebelah atas.
 24. Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang ke 2 mata kaki (masukan jari diantara kedua kaki dan pegang kedua kaki dengan melingkarkan ibu jari pada satu sisi dan jari jari lainnya pada sisi yang lain agar bertemu dengan jari telunjuk) (PP IBI, 2016).
- f. Asuhan Bayi Baru Lahir
25. Lakukan Penilaian Selintas yaitu: apakah bayi cukup bulan? apakah bayi menangis kuat dan atau bernapas tanpa kesulitan? apakah bayi bergerak dengan aktif? Bila salah satu jawaban adalah “tidak” lanjut ke langkah resusitasi pada bayi baru lahir dengan asfiksia (lihat penuntun belajar resusitasi). Bila semua jawaban “ya” lanjut ke langkah 26
 26. Keringkan tubuh bayi, Mengeringkan tubuh bayi. Keringkat mulai dari wajah, kepala, dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan *verniks*. Ganti handuk basah dengan kering. Biarkan bayi tetap di perut ibu.
 27. Memeriksa kembali *uterus* dan pastikan tidak ada lagi bayi dalam *uterus* (hamil tunggal).
 28. Memberitahu ibu bahwa akan disuntik oksitosin agar *uterus* berkontraksi dengan baik.
 29. Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikan oksitosin 10 IU secara IM di 1/3 paha distal lateral (lakukan *aspirasi* sebelum menyuntik oksitosin).
 30. Setelah 2 menit pasca persalinan jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Mendorong isi tali

pusat ke arah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama.

31. Memotong dan mengikat tali pusat. Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi) dan lakukan pengguntingan tali pusat di antara 2 klem tersebut. Ikat tali pusat dengan benang DTT atau steril pada satu sisi kemudian melingkarkan kembali benang tersebut dan mengikatnya dengan simpul kunci pada sisi lainnya. Lepaskan klem dan memasukan ke dalam wadah yang telah disediakan.
32. Letakan bayi tengkurap di dada ibu untuk kontak kulit ibu-bayi. Luruskan bahu bayi sehingga dada bayi menempel di dada ibunya. Usahakan kepala bayi berada di antara payudara ibu, dengan posisi lebih rendah dari puting susu atau daerah *areola mammae* ibu. Menyelimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi di kepala bayi. Biarkan bayi melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam. Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan inisiasi menyusui dini dalam waktu 30-60 menit. Menyusu untuk pertama kali akan berlangsung sekitar 10-15 menit. Bayi cukup menyusui dari 1 payudara. Biarkan bayi berada di dada ibu selama 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusu (PP IBI, 2016).

3. Kala III

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

dengan tekanan pada *fundus uteri*. Pengeluaran *plasenta* disertai dengan pengeluaran darah (Rukiah, dkk, 2012).

g. Manajemen Aktif Kala Tiga Persalinan (MAK III)

33. Pindahkan klem tali pusat hingga berjarak 5 – 10 cm dari *vulva*.
34. Letakan 1 tangan di atas kain pada perut ibu, tepi atas *simpisis*, untuk mendeteksi, tangan lain memegang tali pusat.
35. Setelah *uterus* berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong *uterus* ke belakang (*dorso cranial*) secara hati-hati (untuk mencegah *inversio uteri*). Jika *plasenta* tidak lahir setelah 30-40 menit. Hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan ulangi prosedur di atas. Jika uterus tidak segera berkontraksi, minta ibu, suami, atau anggota keluarga untuk melakukan stimulasi puting susu (PP IBI, 2016).

Mengeluarkan Plasenta

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

menyiapkan rujukan, ulangi tekanan *dorso kranial* dan penegangan tali pusat 15 menit berikutnya, jika *plasenta* tidak lahir dalam 30 menit setelah bayi lahir atau bila terjadi perdarahan, segera lakukan *plasenta manual*.

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

Rangsangan Taktil (Masase) *Uterus*.

38. Segera setelah *plasenta* dan selaput ketuban lahir, melakukan masase *uterus*. Letakan telapak tangan di *fundus* dan lakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga *uterus* berkontraksi dengan baik (*fundus* teraba keras). Lakukan tindakan yang diperlukan (*kompresi bimanual interna, kompresi aorta abdominalis, tampon kondom- kateter*) jika *uterus* tidak berkontraksi dalam 15 detik setelah rangsangan taktil/masase (PP IBI, 2016).

h. Menilai Perdarahan

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

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

4. Kala IV

Kala atau fase setelah *plasenta* selaput ketuban dilahirkan sampai dengan 2 jam *post partum*. Kala IV persalinan dimulai sejak *plasenta* lahir sampai \pm 2 jam setelah *plasenta* lahir (Hidayat dkk, 2010).

Menurut Marmi (2012) kala empat adalah 0 menit sampai 2 jam setelah persalinan *plasenta* berlangsung ini merupakan masa kritis bagi ibu karena kebanyakan wanita melahirkan kehabisan darah atau mengalami suatu keadaan yang menyebabkan kematian pada kala IV.

i. Asuhan *Pasca* Persalinan

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

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

Evaluasi.

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

44. Ajarkan ibu/keluarga cara melakukan masase *uterus* dan menilai kontraksi.

45. Periksa nadi ibu dan pastikan keadaan umum ibu baik.

46. Evaluasi dan *estimasi* kehilangan darah.

47. Pantau keadaan bayi dan pastikan bahwa bayi bernapas dengan baik (40-60x/menit). Jika bayi sulit bernapas, merintih, atau retraksi diresusitasi dan segera merujuk ke RS. Jika bayi bernapas terlalu cepat atau sesak napas, segera rujuk ke RS rujukan. Jika kaki teraba dingin, pastikan ruangan hangat. Lakukan kembali kontak kulit

ibu-bayi dan hangatkan ibu-bayi dalam satu selimut (PP IBI, 2016).

Kebersihan dan keamanan.

48. Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah didekontaminasi.
49. Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ketempat sampah yang sesuai.
50. Bersihkan ibu dari paparan darah dan cairan tubuh dengan menggunakan air DTT. Bersihkan cairan ketuban, lendir dan darah, di ranjang atau di sekitar ibu berbaring. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
51. Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga untuk memberi ibu minum dan makan yang diinginkan.
52. *Dekontaminasi* tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%.
53. Celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik, dan rendam dalam larutan klorin 0,5 % selama 10 menit.
54. Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan tangan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering.
55. Pakai sarung tangan bersih/DTT untuk melakukan pemeriksaan fisik bayi
56. Lakukan pemeriksaan fisik bayi baru lahir. Pastikan kondisi bayi baik, pernapasan normal (40-60x/menit) dan temperatur tubuh normal ($36,5^{\circ}\text{C}$ - $37,5^{\circ}\text{C}$) setiap 15 menit.
57. Setelah 1 jam pemberian vitamin K₁, berikan suntikan imunisasi Hepatitis B di paha kanan *antero lateral*. Letakkan bayi dalam jangkauan ibu agar sewaktu-waktu

bisa disusukan atau letakkan kembali bayi pada dada ibu bila bayi belum berhasil menyusui dalam 1 jam pertama dan biarkan bayi sampai berhasil menyusui

58. Lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam didalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.

59. Cuci tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering (PP IBI, 2016).

Dokumentasi

60. Lengkapi partograf (halaman depan dan belakang) periksa tanda-tanda vital dan asuhan kala IV (PP IBI, 2016).

d. Tujuan asuhan persalinan

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

1. Memberikan dukungan baik secara fisik maupun emosional kepada ibu dan keluarga selama persalinan.
2. Melakukan pengkajian, membuat diagnosis, mencegah, menangani komplikasi – komplikasi dengan cara pemantauan ketat dan deteksi dini selama persalinan dan kelahiran.
3. Melakukan rujukan pada kasus – kasus yang tidak bisa ditangani sendiri untuk mendapat asuhan *spesialis* jika perlu.
4. Memberikan asuhan yang adekuat pada ibu sesuai dengan *intervensi* minimal tahap persalinannya.
5. Memperkecil resiko infeksi dengan melaksanakan pencegahan infeksi yang aman.
6. Selalu memberitahu kepada ibu dan keluarganya mengenai kemajuan, adanya penyulit maupun *intervensi* yang akan dilakukan dalam persalinan.p
7. Memberikan asuhan yang tepat untuk bayi setelah lahir.
8. Membantu ibu dengan pemberian ASI dini.

e. Tanda-tanda persalinan

1. Tanda-tanda persalinan sudah dekat

1. Lightening

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

2. His Permulaan

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

2. Tanda-tanda Timbulnya Persalinan

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 *korpis uteri* (dinding menjadi tebal,) terhadap *istimus uteri* (teregang dan menipis), terhadap *kanalis servikalis* (*effacement* dan pembukaan). *His* persalinan memiliki cirri-

ciri sebagai berikut: pinggang terasa sakit dan menjalar kedepan, sifat his teratur, interval semakin pendek, dan kekuatan semakin besar, terjadi perubahan pada *serviks*, jika pasien menambah aktivitasnya, misalnya dengan berjalan, maka kekuatan his akan bertambah.

2. Pengeluaran Lendir Darah (Bloody Show)

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

3. Dilatasi dan effacement

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

4. Pengeluaran cairan ketuban

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

f. Faktor – faktor yang mempengaruhi persalinan

1. Power

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

Kekuatan yang mendorong janin keluar (*power*) terdiri dari:

a. His (Kontraksi Otot Uterus)

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

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

2. Perubahan-perubahan akibat his, antara lain:

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

3. Hal-hal yang harus diperhatikan dari his saat melakukan observasi pada ibu bersalin :

a) Frekuensi his jumlah his dalam waktu tertentu biasanya per menit atau persepuluh menit.

b) Intensitas his kekuatan his diukur dalam mmHg. Intensitas dan frekuensi kontraksi uterus bervariasi selama persalinan, semakin meningkat waktu

persalinan semakin maju. Telah diketahui bahwa aktifitas uterus bertambah besar jika wanita tersebut berjalan – jalan sewaktu persalinan masih dini.

- c) Durasi atau lama his. Lamanya setiap his berlangsung diukur dengan detik, dengan durasi 40 detik atau lebih.
- d) Datangnya his apakah datangnya sering, teratur atau tidak.
- e) Interval jarak antara his satu dengan his berikutnya, misalnya his datang tiap 2 sampai 3 menit.
- f) Aktivitas his Frekuensi x amplitudo diukur dengan unit Montevideo (Ilmiah W, 2015).

4. Pembagian his dan sifat-sifatnya

a) His pendahuluan

His tidak kuat, tidak teratur dan menyebabkan bloody show.

b) His pembukaan (kala I)

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

c) His pengeluaran (kala II)

Sangat kuat, teratur, simetris, terkoordinasi dan lama merupakan *his* untuk mengeluarkan janin. Koordinasi bersama antara *his* kontraksi otot perut, kontraksi diafragma dan *ligament*.

d) His pelepasan *uri* (kala III)

Kontraksi sedang untuk melepas dan melahirkan *plasenta*.

e) His pengiring (kala IV)

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

b. Kekuatan mengedan ibu

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

ii. Passage (Jalan Lahir)

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

Passage terdiri dari :

- 1) Bagian keras tulang-tulang panggul (rangka panggul)
 - a). Os coxae (tulang pangkal paha), terdiri dari 3 buah tulang yang berhubungan satu sama lain pada acetabulum yaitu tulang usus (os illium), tulang duduk (os ischium), tulang kemaluan (os pubis).
 - b) Os sacrum (tulang kelangkang). Berbentuk segi tiga, melebar di atas dan meruncing ke bawah. Terletak di sebelah belakang antara kedua pangkal paha.
 - c) Os coccygis (tulang tungging). Berbentuk segi tiga dan terdiri dari 3-5 ruas yang bersatu, pada persalinan ujung tulang tungging dapat ditolak sedikit ke belakang, hingga

ukuran pintu bawah panggul bertambah besar (Ilmiah W, 2015).

- 2) Bagian lunak : otot-otot, jaringan dan ligamen-ligamen pintu panggul.
 - a) Pintu atas panggul (PAP), disebut inlet dibatasi oleh promontorium, linea inominata dan pinggir atas symphysis.
 - b) Ruang tengah panggul (RTP), kira-kira pada spina ischiadica, disebut midlet.
 - c) Pintu bawah panggul (PBP), dibatasi simpisis dan arkus pubis, disebut outlet.
 - d) Ruang panggul yang sebenarnya (pelvis cavity) berada antara inlet dan outlet (Ilmiah W, 2015).

3) Bidang-Bidang Hodge

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

4) Ukuran-ukuran panggul

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

a) Ukuran Luar Panggul

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

- b) Ukuran panggul dalam
Konjugata vera: dengan periksa dalam diperoleh konjugata diagonalis: 10,5- 11 cm. Konjugata transversa: 12-13 cm. Konjugata oblique: 13 cm. Konjugata obstetrik adalah jarak bagian tengah simpisis ke promontorium.
 - c) Ruang tengah panggul
Bidang terluas ukuranya 13 x 12,5 cm. Bidang tersempit ukuranya 11,5 x 11 cm. Jarak antara spina ischiadica 11 cm.
- 5) Pintu bawah panggul
Ukuran anterior posterior 10-11 cm. Ukuran melintang 10,5 cm. Arcus pubis membentang sudut 90 derajat lebih, pada laki-laki kurang dari 80 derajat. Inklinasi pelvis (miring panggul) adalah sudut yang dibentuk dengan horison bila wanita berdiri tegak dengan inlet 55-60 derajat.
- 6) Otot dasar panggul ligamen-ligamen penyangga uterus.
- a) Ligamentum kardinale sinistrum dan dekstrum: ligamen terpenting untuk mencegah uterus tidak turun. Jaringan ikat tebal serviks dan puncak vagina ke arah lateral dinding pelvis.
 - b) Ligamentum sacro uterina sinistrum dan dekstrum: menahan uterus tidak banyak bergerak melengkung dari bagian belakang servikal kiri dan kanan melalui dinding rektum ke arah os sacrum kiri dan kanan.
 - c) Ligamentum rotundum sinistrum dan dekstrum: ligamen yang menahan uterus dalam posisi antefleksi, sudut fundus uterus kiri dan kanan ke inguinalis kiri dan kanan.
 - d) Ligamentum latum sinistrum dan dekstrum: dari uterus ke arah lateral.

- e) Ligamentum infundibulo pelvikum: menahan tuba falopi, dari infundibulum ke dinding pelvis (Ilmiah W, 2015).

iii. Passenger (Janin)

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

1. Janin (Kepala Janin Dan Ukuran-Ukurannya)

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

a. Tulang tengkorak (cranium)

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

b. Ukuran-Ukuran Kepala Janin

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

c. Postur Janin Dalam Rahim

Sikap (habitus), menunjukkan hubungan bagian-bagian janin dengan sumbu janin, biasanya terhadap tulang punggungnya. Janin umumnya dalam sikap fleksi, kepala, tulang punggung, dan kaki dalam keadaan fleksi, serta lengan bersilang di dada. Letak janin, adalah bagaimana sumbu panjang janin berada terhadap sumbu

ibu. Misalnya letak lintang di mana sumbu janin sejajar dengan sumbu panjang ibu, ini bisa letak kepala atau letak sungsang (Ilmiah W, 2015).

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

iv. **Plasenta**

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

v. **Air Ketuban**

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

vi. Faktor Penolong

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

vii. Faktor Psikis (Psikologis)

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

g. Perubahan dan Adaptasi Fisiologi Psikologi Pada Ibu bersalin

1. Perubahan dan Adaptasi Fisiologi Kala I

a) Perubahan Uterus

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

b) Perubahan Serviks

Menurut Lailiyana, dkk (2011) perubahan pada serviks meliputi pendataran dan pembukaan. Pendataran adalah

pemendekan dari kanalis servikalis, yang semula berupa saluran yang panjangnya beberapa millimeter sampai 3 cm, menjadi satu lubang saja dengan tepi yang tipis. Pembukaan adalah pembesaran dari ostium eksternum yang semula berupa suatu lubang dengan diameter beberapa millimeter menjadi lubang yang dapat dilalui janin. Serviks dianggap membuka lengkap setelah mencapai diameter 10 cm

c) Perubahan Kardiovaskuler

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

d) Perubahan Tekanan Darah

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

e) Perubahan Nadi

Perubahan yang mencolok selama kontraksi disertai peningkatan selama fase peningkatan, penurunan selama titik puncak sampai frekuensi yang lebih rendah dari pada frekuensi diantara kontraksi dan peningkatan selama fase penurunan hingga mencapai frekuensi lazim diantara kontraksi. Penurunan yang mencolok selama kontraksi uterus tidak terjadi jika wanita berada pada posisi miring bukan telentang. Frekuensi denyut

nadi diantara kontraksi sedikit lebih meningkat dibanding selama periode menjelang persalinan. Hal ini mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi selama persalinan (Rukiah, dkk, 2012).

f) Perubahan Suhu

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

g) Perubahan Pernafasan

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

h) Perubahan Metabolisme

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

i) Perubahan Ginjal

Poliuria sering terjadi selama persalinan. Mungkin diakibatkan oleh curah jantung dan peningkatan filtrasi glomerulus serta aliran plasma ginjal. Proteinuria yang sedikit + 1 dianggap normal dalam persalinan. Poliuria menjadi kurang jelas pada

posisi terlentang karena posisi ini membuat aliran urin berkurang selama persalinan (Lailiyana, dkk, 2011).

j) Perubahan pada Gastrointestinal

Gerakan lambung dan penyerapan makanan padat secara substansial berkurang drastis selama persalinan. Selain itu pengeluaran asam lambung berkurang, menyebabkan aktivitas pencernaan hampir berhenti, dan pengosongan lambung menjadi sangat 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 Hematologi

Haemoglobin akan meningkat 1,2 mg/100ml selama persalinan dan kembali seperti sebelum persalinan pada hari pertama postpartum jika tidak ada kehilangan darah yang abnormal. Koagulasi darah akan berkurang dan terjadi peningkatan plasma. Sel darah putih secara progresif akan meningkat selama kala I persalinan sebesar 5000-15.000 saat pembukaan lengkap (Lailiyana, dkk, 2011).

2. Perubahan dan Adaptasi Psikologi Kala I

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

a) Fase Laten

Fase ini, wanita mengalami emosi yang bercampur aduk, wanita merasa gembira, bahagia dan bebas karena kehamilan dan penantian yang panjang akan segera berakhir, tetapi ia mempersiapkan diri sekaligus memiliki kekhawatiran apa yang akan terjadi. Secara umum ibu tidak terlalu merasa tidak nyaman dan mampu menghadapi keadaan tersebut dengan baik. Namun wanita yang tidak pernah mempersiapkan diri terhadap apa yang akan terjadi, fase laten persalinan akan menjadi waktu

di mana ibu akan banyak berteriak dalam ketakutan bahkan pada kontraksi yang paling ringan sekalipun dan tampak tidak mampu mengatasinya seiring frekuensi dan intensitas kontraksi meningkat, semakin jelas bahwa ibu akan segera bersalin. Wanita yang telah banyak menderita menjelang akhir kehamilan dan pada persalinan palsu, respon emosionalnya pada *fase laten* persalinan kadang-kadang dramatis, perasaan lega, relaksasi dan peningkatan kemampuan coping tanpa memperhatikan tempat persalinan.

b) Fase Aktif

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

c) Fase Transisi

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

3. Perubahan Fisiologi pada Ibu Bersalin Kala II

a) Kontraksi, Dorongan Otot-Otot Dinding

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

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

4. 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, 2012).

5. Ekspulsi Janin

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

h. Fisiologi Kala III

Kala III dimulai sejak bayi lahir sampai lahirnya *plasenta*. Selama kala III proses pemisahan dan keluarnya *plasenta* serta membran terjadi akibat faktor-faktor mekanis dan *hemostasis* yang saling mempengaruhi. Karakteristik unit otot *uterus* terletak pada kekuatan retraksinya. Selama kala II persalinan, rongga *uterus* dapat secara

cepat menjadi kosong, memungkinkan proses retraksi mengalami *aselerasi* (Marmi, 2012).

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

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

Tanda-tanda pelepasan *plasenta* yaitu:

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

1. Fisiologi kala IV

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

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

a. Uterus

Setelah kelahiran plasenta, uterus dapat ditemukan di tengah-tengah abdomen kurang lebih dua pertiga sampai tiga seperempat antara simfisis pubis dan umbilicus. Jika uterus ditemukan di tengah, di atas 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.

b. Servik, Vagina dan Perineum

Segera setelah lahir serviks bersifat patulous, terkulai dan tebal. Tepi anterior selama persalinan atau setiap bagian serviks yang terperangkap akibat penurunan kepala janin selama periode yang memanjang, tercermin pada peningkatan edema dan memar pada area tersebut. Perineum yang menjadi kendur dan tonus vagina juga tampil jaringan, dipengaruhi oleh peregangan yang terjadi selama kala II persalinan. Segera setelah bayi lahir tangan bisa masuk, tetapi setelah 2 jam introitus vagina hanya bisa dimasuki dua atau tiga jari.

c. Tanda Vital

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

d. Sistem Gastrointestinal

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

e. Sistem Renal

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

j. Deteksi/Penapisan Awal Ibu Bersalin (19 Penapisan)

Menurut Marmi (2012) indikasi-indikasi untuk melakukan tindakan atau rujukan segera selama persalinan (19 penapisan awal) adalah: riwayat bedah Caesar, perdarahan pervaginam, persalinan kurang bulan (UK < 37 minggu), ketuban pecah dengan mekonium kental, ketuban pecah lama (> 24 jam), ketuban pecah pada persalinan kurang bulan (< 37 minggu), ikterus, anemia berat, tanda dan gejala infeksi, preeklamsia / hipertensi dalam kehamilan, tinggi fundus 40 cm atau lebih, primipara dalam fase aktif persalinan dengan palpasi kepala janin masih 5/5, presentasi bukan belakang kepala, gawat janin, presentasi majemuk, kehamilan gemeli, tali pusat menubung, syok, penyakit-penyakit yang menyertai ibu.

k. Rujukan

Rujukan dalam kondisi optimal dan tepat waktu ke fasilitas kesehatan yang memiliki sarana lebih lengkap, diharapkan mampu

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

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

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

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

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

S: (Surat) : Beri surat ke tempat rujukan. Surat ini harus memberikan identifikasi mengenai ibu dan/ atau bayi baru lahir, cantumkan alasan rujukan dan uraikan

hasil pemeriksaan, asuhan atau obat-obatan yang diterima ibu dan/ atau bayi baru lahir, sertakan juga partograf yang dipakai untuk membuat keputusan klinik.

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

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

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

Da: (Darah dan doa):

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

C. KONSEP DASAR BBL NORMAL

1. Pengertian

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

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

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

Berdasarkan ketiga pengertian di atas maka dapat disimpulkan pengertian bayi baru lahir adalah bayi yang lahir saat umur kehamilan 37-42 minggu, dengan berat lahir 2500-4000 gram dan harus dapat menyesuaikan diri dari kehidupan *intrauterine* ke kehidupan *ekstrauterine*.

2. Ciri-Ciri Bayi Baru Lahir Normal

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

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

3. Penilaian Baru Lahir

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

- a. Apakah bayi cukup bulan?
- b. Apakah air ketuban jernih, tidak bercampur *mekonium*?
- c. Apakah bayi menangis atau bernapas?
- d. Apakah tonus otot bayi baik?

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

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

Tabel 2.4 Nilai APGAR

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

Sumber: Prawirohardjo, 2014.

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

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

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

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

a. Adaptasi Fisik

a) Perubahan Sistem Pernafasan

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

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

b) Rangsangan untuk Gerak Pernafasan

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

c) Upaya Pernafasan Bayi Pertama

Upaya pernapasan pertama seorang bayi berfungsi untuk mengeluarkan cairan dalam paru-paru dan mengembangkan jaringan *alveolus* paru-paru untuk pertama kali. Agar *alveolus* dapat berfungsi, harus terdapat *surfaktan* yang cukup dan 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 (Asrinah, dkk, 2010).

d) Perubahan Sistem Kardiovaskuler

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

Kombinasi tekanan antara dua system ini menyebabkan terjadi perubahan pada tekanan aliran darah dalam jantung. Tekanan dari peningkatan aliran darah di sisi kiri jantung menyebabkan *foramen ovale* tertutup dan *duktus arteriosus* yang mengalirkan oksigen dari ibu ke janin melalui *plasenta* tidak lagi dibutuhkan. Duktus ini akan menutup dalam 3 hari

akibat penurunan kadar *prostaglandin* yang sebelumnya disuplai *plasenta*. Darah teroksigenasi ini rutin dialirkan melalui *duktus arteriosus* juga menyebabkan *duktus* itu mengecil. Akibat perubahan dalam tahanan *sistemik* dan paru serta penutupan pintu *duktus arteriosus* dan *foramen ovale* melengkapi perubahan radikal pada anatomi dan fisiologi jantung. Darah yang tidak kaya oksigen ini masuk ke jantung neonatus dan teroksigenasi sepenuhnya dalam paru dan dipompa ke seluruh tubuh lainnya melalui sirkulasi darah (Dewi, 2010).

e) Perubahan Sistem Thermoregulasi

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

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

✓ Konduksi

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

✓ Evaporasi

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

✓ Konveksi

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

✓ Radiasi

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

f) Perubahan Sistem Renal

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

g) Perubahan Sistem Gastrointestinal

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

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

- (1) Hari ke-10 kapasitas lambung menjadi 100 cc.
- (2) Enzim tersedia untuk mengkatalisis protein dan karbohidrat sederhana yaitu monosakarida dan disakarida.
- (3) Difisiensi lipase pada pankreas menyebabkan terbatasnya absorpsi lemak sehingga kemampuan bayi untuk mencerna lemak belum matang, maka susu formula sebaiknya tidak diberikan pada bayi baru lahir.
- (4) Kelenjar ludah berfungsi saat lahir tetapi kebanyakan tidak mengeluarkan ludah sampai usia bayi \pm 2-3 bulan.

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

h) Perubahan Sistem Imunitas

Sistem imunitas bayi baru lahir masih belum matang, menyebabkan BBL rentan terhadap berbagai infeksi dan alergi. Sistem *imunitas* yang matang akan memberikan kekebalan alami maupun yang didapat. Kekebalan alami 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. Beberapa contoh kekebalan alami seperti: perlindungan dari membran mukosa, fungsi saring saluran pernafasan, pembentukan *koloni mikroba* di kulit dan usus, perlindungan kimia oleh lingkungan asam lambung. Bayi yang baru lahir dengan kekebalan pasif mengandung banyak virus dalam tubuh ibunya. Reaksi *antibodi* terhadap *antigen* asing masih belum bisa dilakukan sampai awal kehidupan. Tugas utama selama masa bayi dan balita adalah pembentukan system kekebalan tubuh, BBL sangat rentan terhadap infeksi. Reaksi BBL terhadap infeksi masih lemah dan tidak memadai, pencegahan terhadap *mikroba* seperti pada praktek persalinan yang aman dan menyusui . ASI dini terutama kolostrum dan deteksi dini infeksi menjadi penting (Marmi, 2012).

i) Perubahan Sistem Integumen

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

Keadaan ini normal, bersifat sementara, dan bertahan selama 7 sampai 10 hari, terutama bila terpajan udara dingin.

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

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

j) Perubahan Sistem Reproduksi

Lailiyana dkk (2011) menjelaskan sistem reproduksi pada perempuan saat lahir, ovarium bayi berisi beribu-ribu sel germinal primitif. Sel-sel ini mengandung komplemen lengkap ova yang matur karena tidak terbentuk oogonia lagi setelah bayi cukup bulan lahir. Peningkatan kadar estrogen selama

hamil, yang diikuti dengan penurunan setelah bayi lahir, mengakibatkan pengeluaran suatu cairan mukoid atau, kadang-kadang pengeluaran bercak darah melalui vagina (pseudomenstruasi). Genitalia eksternal biasanya edema disertai pigmentasi yang lebih banyak. Bayi baru lahir cukup bulan, labio mayora dan minora menutupi vestibulum. Bayi prematur, klitoris menonjol dan labio mayora kecil dan terbuka (Lailiyana, dkk, 2011).

Laki-laki testis turun ke dalam skrotum sekitar 90% pada bayi baru lahir laki-laki. Usia satu tahun, insiden testis tidak turun pada semua anak laki-laki berjumlah kurang dari 1%. Spermatogenesis tidak terjadi sampai pubertas. Prepusium yang ketat sering kali dijumpai pada bayi baru lahir. Muara uretra dapat tertutup prepusium dan tidak dapat ditarik kebelakang selama 3 sampai 4 tahun. Sebagai respon terhadap estrogen ibu ukuran genitalia eksternal bayi baru lahir cukup bulan dapat meningkat, begitu juga pigmentasinya. Terdapat rugae yang melapisi kantong skrotum. Hidrokel (penimbunan cairan disekitar testis) sering terjadi dan biasanya mengecil tanpa pengobatan (Lailiyana, dkk, 2011).

k) Perubahan Sistem Skeletal

Bayi baru lahir arah pertumbuhan sefalokaudal pada pertumbuhan tubuh terjadi secara keseluruhan. Kepala bayi cukup bulan berukuran seperempat panjang tubuh. Lengan sedikit lebih panjang dari pada tungkai. Wajah relatif kecil terhadap ukuran tengkorak yang jika dibandingkan lebih besar dan berat. Ukuran dan bentuk kranium dapat mengalami distorsi akibat molase (pembentukan kepala janin akibat tumpang tindih tulang-tulang kepala). Ada dua kurvatura pada kolumna vertebralis, yaitu toraks dan sakrum. Ketika bayi mulai dapat mengendalikan kepalanya, kurvatura lain terbentuk

di daerah servikal. Bayi baru lahir lutut saling berjauhan saat kaki diluruskan dan tumit disatukan, sehingga tungkai bawah terlihat agak melengkung. Bayi baru lahir tidak terlihat lengkungan pada telapak kaki. Ekstremitas harus simetris. Harus terdapat kuku jari tangan dan jari kaki. Garis-garis telapak tangan sudah terlihat. Terlihat juga garis pada telapak kaki bayi cukup bulan (Lailiyana dkk, 2011).

1) Perubahan Sistem Neuromuskuler

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

✓ Refleks Glabella

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

✓ Refleks Hisap

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

✓ Refleks Mencari (rooting)

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

✓ Refleks Genggam (palmar grasp)

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

✓ Refleks Babinski

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

✓ Refleks Moro

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

✓ Refleks Ekstrusi

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

✓ Refleks Tonik Leher “Fencing”

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

b. Adaptasi Psikologi

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

1. Periode Transisional

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

2. Periode Pertama Reaktivitas

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

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

3. Fase Tidur

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

4. Periode Kedua Reaktivitas

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

5. Periode Pascatransisional

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

c. Kebutuhan Fisik Bayi Baru Lahir

1. Nutrisi

Marmi (2012) menganjurkan berikan ASI sesering mungkin sesuai keinginan ibu (jika payudara penuh) dan tentu saja ini lebih berarti pada menyusui sesuai kehendak bayi atau

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

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

- a) ASI mengandung hampir semua zat gizi yang diperlukan oleh bayi dengan konsentrasi yang sesuai dengan kebutuhan bayi
- b) ASI mengandung kadar laktosa yang lebih tinggi, laktosa ini dalam usus akan mengalami peragian sehingga membentuk asam laktat yang bermanfaat dalam usus bayi, yaitu, menghambat pertumbuhan bakteri yang pathologis, merangsang pertumbuhan mikroorganik yang dapat menghasilkan berbagai asam *organic* dan *mensintesa* beberapa jenis vitamin dalam usus, memudahkan pengendapan *kalsium casenat* (protein susu), memudahkan penyerapan berbagai jenis mineral.

- c) ASI mengandung *antibody* yang dapat melindungi bayi dari berbagai penyakit infeksi
- d) ASI lebih aman dari kontaminasi, karena diberikan langsung, sehingga kecil kemungkinan tercemar zat berbahaya
- e) Resiko alergi pada bayi kecil sekali karena tidak mengandung betaloglobulin
- f) ASI dapat sebagai perantara untuk menjalin hubungan kasih sayang antara ibu dan bayi
- g) Tempertur ASI sama dengan temperature tubuh bayi
- h) ASI membantu pertumbuhan gigi lebih baik
- i) Kemungkinan tersedak pada waktu menetek ASI kecil sekali
- j) ASI mengandung laktoferin untuk mengikat zat besi
- k) ASI lebih ekonomis, praktis tersedia setiap waktu pada suhu yang ideal dan dalam keadaan segar
- l) Memberikan ASI kepada bayi berfungsi menjarangkan kelahiran.

Beberapa prosedur pemberian ASI yang harus diperhatikan :

- ❖ Tetekkan bayi segera atau selambatnya setengah jam setelah bayi lahir
- ❖ Biasakan mencuci tangan dengan sabun setiap kali sebelum menetekkan.
- ❖ Sebelum menyusui ASI dikeluarkan sedikit kemudian dioleskan pada puting susu dan aerola sekitarnya.
- ❖ Cara ini mempunyai manfaat sebagai disinfektan dan menjaga kelembaban puting susu.

Bayi diletakkan menghadap perut ibu :

- ❖ Ibu duduk dikursi yang rendah atau berbaring dengan santai, bila duduk lebih baik menggunakan kursi yang

rendah (kaki ibu tidak bergantung) dan punggung ibu bersandar pada sandaran kursi.

- ❖ Bayi dipegang pada bahu dengan satu lengan, kepala bayi terletak pada lengkung siku ibu (kepala tidak boleh menengadah, dan bokong bayi ditahan dengan telapak tangan).
- ❖ Satu tangan bayi diletakkan pada badan ibu dan satu di depan.
- ❖ Perut bayi menempel badan ibu, kepala bayi menghadap payudara.
- ❖ Telinga dan lengan bayi terletak pada satu garis lurus.
- ❖ Ibu menatap bayi dengan kasih sayang.
- ❖ Payudara dipegang dengan ibu jari di atas dan jari yang lain menopang di bawah.
- ❖ Bayi diberi rangsangan untuk membuka mulut dengan cara: menyentuh pipi bayi dengan puting susu atau menyentuh sisi mulut bayi.
- ❖ Setelah bayi membuka mulut dengan cepat kepala bayi diletakkan ke payudara ibu dengan puting serta areolanya dimasukkan ke mulut bayi. Usahakan sebagian besar aerola dapat masuk ke dalam mulut bayi sehingga puting berada di bawah langit-langit dan lidah bayi akan menekan ASI keluar. Setelah bayi mulai menghisap payudara tidak perlu dipegang atau disanggah.
- ❖ Melepas isapan bayi. Setelah selesai menyusui, ASI dikeluarkan sedikit kemudian dioleskan pada puting susu dan aerola sekitar dan biarkan kering dengan sendirinya untuk mengurangi rasa sakit. Selanjutnya sendawakan bayi, tujuannya untuk mengeluarkan udara dari lambung supaya bayi tidak muntah (gumoh) setelah menyusui.

- ❖ Cara menyendawakan bayi: bayi dipegang tegak dengan bersandar pada bahu ibu kemudian punggungnya ditepuk perlahan-lahan, atau bayi tidur tengkurap di pangkuan ibu, kemudian punggungnya ditepuk perlahan-lahan.
- ❖ Jangan mencuci puting payudara menggunakan sabun atau alkohol karena dapat membuat puting payudara kering dan menyebabkan pengerasan yang bisa mengakibatkan terjadinya luka. Selain itu, rasa puting payudara berbeda, sehingga bayi enggan menyusui (Marmi, 2012).

Tabel 2.5 Komposisi Kandungan ASI

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

Sumber: Kritiyanasari, 2011

○ Cairan dan Elektrolit

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

- Personal Hygiene

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

Menurut Sodikin (2010) prinsip perawatan tali pusat adalah: jangan membungkus pusat atau mengoleskan bahan atau ramuan apapun ke puntung tali pusat. Mengusapkan alkohol ataupun iodine povidine (Betadine) masih diperkenankan sepanjang tidak menyebabkan tali pusat basah atau lembab. Mengoleskan alkohol atau povidone iodine masih diperkenankan apabila terdapat tanda infeksi, tetapi tidak dikompreskan karena menyebabkan tali pusat basah atau lembab. Hal-hal yang perlu menjadi perhatian ibu dan keluarga yaitu: memperhatikan popok di area puntung tali pusat, jika puntung tali pusat kotor, cuci secara hati-hati dengan air matang dan sabun. Keringkan secara seksama dengan air bersih, jika pusat menjadi merah atau mengeluarkan nanah atau darah, harus segera bawa bayi tersebut ke fasilitas kesehatan.

Tali pusat biasanya lepas dalam 1 hari setelah lahir, paling sering sekitar hari ke 10. Jika tali pusat bayi baru lahir sudah pupus, bersihkan liang pusar dengan cotton bud yang telah diberi minyak telon atau minyak kayu putih. Usapkan minyak telon atau minyak kayu putih di dada dan perut bayi sambil dipijat lembut. Kulit bayi baru lahir terlihat sangat kering karena dalam transisi dari lingkungan rahim ke

lingkungan berudara. Oleh karena itu, gunakan baby oil untuk melembabkan lengan dan kaki bayi. Setelah itu bedaki lipatan-lipatan paha dan tangan agar tidak terjadi iritasi. Hindari membedaki daerah wajah jika menggunakan bedak tabur karena bahan bedak tersebut berbahaya jika terhirup napas bayi. Bisa menyebabkan sesak napas atau infeksi saluran pernapasan (Marmi, 2012).

- **Kebutuhan Kesehatan Dasar**
 - **Pakaian**

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

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

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

dengan sinar matahari namun hindari dengan pancaran langsung sinar uv matahari dipandangan matanya. Keadaan rumah bisa dijadikan sebagai tempat bermain yang aman dan menyenangkan untuk anak (Marmi, 2012).

- **Kebutuhan Psikososial**

- **Kasih Sayang (Bouding Attachment)**

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

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

- ❖ **Pemberian ASI Eksklusif**

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

- ❖ **Rawat Gabung**

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

❖ Kontak Mata (Eye to Eye Contact)

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

❖ Suara (Voice)

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

❖ Aroma (odor)

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

ibunya, bau tubuh, dan bau air susunya. Indra penciuman bayi akan sangat kuat jika seorang ibu dapat memberikan ASI-nya pada waktu tertentu.

❖ Sentuhan (Touch)

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

❖ Entrainment

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

❖ Bioritme

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

○ Rasa Aman

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

○ Harga Diri

Harga diri dipengaruhi oleh orang sekitar dimana pemberian kasih sayang dapat membentuk harga diri anak. Hal ini bergantung pada

pola asuh, terutama pola asuh demokratis dan kecerdasan emosional (Marmi, 2012).

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

- Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir

- a. Pelayanan Essensial pada Bayi Baru Lahir

- ❖ Jaga Bayi Tetap Hangat

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

- ❖ Pembebasan Jalan Napas

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

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

❖ Perawatan Tali Pusat

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

❖ Inisiasi Menyusu Dini

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

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

❖ Pemberian Salep Mata

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

❖ Pemberian Vitamin K

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

❖ Pemberian Imunisasi Hb 0

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

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

b. Kunjungan Neonatal

Pelayanan kesehatan bayi baru lahir oleh bidan/perawat/dokter dilaksanakan minimal 3 kali, yaitu kunjungan I pada 6 jam-48 jam setelah lahir, kunjungan II pada hari ke 3-7 setelah lahir, kunjungan III pada hari ke 8-28 setelah lahir.

Jenis pelayanan yang diberikan yaitu: penimbangan berat badan, pengukuran panjang badan, pengukuran suhu tubuh, menanyakan pada ibu, bayi sakit apa?, memeriksa kemungkinan penyakit berat atau infeksi bakteri, frekuensi nafas/ menit, frekuensi denyut jantung (kali/ menit), memeriksa adanya diare, memeriksa ikterus/ bayi kuning, memeriksa kemungkinan berat badan rendah, memeriksa status pemberian Vitamin K1, memeriksa status imunisasi HB-0, memeriksa masalah/keluhan ibu (Kemenkes RI, 2015).

c. Tanda Bahaya pada Bayi Baru Lahir

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

❖ Inisiasi Menyusu Dini

✓ Langkah inisiasi menyusu dini (IMD)

- Bayi harus mendapat kontak kulit dengan kulit ibunya segera setelah lahir selama paling sedikit 1 jam

- Bayi harus dibiarkan untuk melakukan IMD dan ibu dapat mengenali bahwa bayinya siap untuk menyusu serta memberi bantuan jika diperlukan.
- Menunda semua prosedur lainnya yang harus dilakukan kepada BBL hingga inisiasi menyusu selesai (JNPK-KR, 2008).

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

- ✓ Keuntungan inisiasi menyusu dini bagi ibu dan bayi
 - a. Keuntungan kontak kulit ibu dengan kulit bayi untuk bayi:
 - (1) Menstabilkan pernapasan dan detak jantung
 - (2) Mengendalikan temperatur tubuh bayi
 - (3) Memperbaiki atau membuat pola tidur bayi lebih baik
 - (4) Mendorong ketrampilan bayi untuk menyusu lebih cepat dan efektif
 - (5) Meningkatkan kenaikan berat (bayi lebih cepat kembali keberat lahirnya)
 - (6) Meningkatkan hubungan psikologis antara ibu dan bayi
 - (7) Mengurangi tangis bayi

- (8) Mengurangi infeksi bayi dikarenakan adanya kolonisasi kuman di usus bayi akibat kontak kulit ibu dengan kulit bayi dan bayi menjilat kulit ibu
- (9) Mengeluarkan mekonium lebih cepat, sehingga menurunkan kejadian ikterus BBL
- (10) Memperbaiki kadar gula dan parameter biokimia lain selama beberapa jam pertama kehidupannya
- (11) Mengoptimalisasi keadaan hormonal bayi.

b. Keuntungan IMD untuk ibu

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

c. Keuntungan IMD untuk bayi

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

meningkatkan jalinan kasih sayang ibu dengan bayi,
mencegah kehilangan panas.

✓ Faktor-faktor pendukung insiasi menyusui dini

Kesiapan fisik dan psikologi ibu yang sudah dipersiapkan sejak awal kehamilan, informasi yang diperoleh ibu mengenai insiasi menyusui dini, tempat bersalin dan tenaga kesehatan (Roesli, 2008).

Aspek psikologik, rasa percaya diri ibu untuk menyusui: bahwa ibu mampu menyusui dengan produksi ASI yang mencukupi untuk bayi. Menyusui dipengaruhi oleh emosi ibu dan kasih sayang terhadap bayi akan meningkatkan produksi hormon terutama oksitoksin yang pada akhirnya akan meningkatkan produksi ASI. Interaksi ibu dan bayi: pertumbuhan dan perkembangan psikologik bayi tergantung pada kesatuan ibu-bayi tersebut (Proverawati dan Asfuah, 2010).

✓ Insiasi Menyusui Dini yang Kurang Tepat

Saat ini, umumnya praktek insiasi menyusui seperti berikut:

- a) Begitu lahir, bayi diletakan di perut ibu yang sudah dialasi dengan kain kering.
- b) Bayi segera dikeringkan dengan kain kering. Tali pusat dipotong, lalu diikat.
- c) Karena takut kedinginan, bayi dibungkus atau digendong dengan selimut bayi.
- d) Jika dalam keadaan digendong, bayi diletakan di dada ibu (tidak terjadi kontak dengan kulit ibu). Bayi dibiarkan di dada ibu (bonding) untuk beberapa lama 10-15 menit atau sampai tenaga kesehatan selesai menjahit perinium.

- e) Selanjutnya, diangkat dan disusukan pada ibu dengan cara memasukan puting susu ibu ke mulut bayi
- f) Setelah itu bayi dibawa ke kamar transisi atau kamar pemulihan untuk ditimbang, diukur, dicap, diberi suntikan vitamin K, dan kadang diberi tetes mata (Roesli, 2008).

✓ Penghambat Inisiasi Menyusu Dini

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

D. KONSEP DASAR NIFAS

1. Pengertian Masa Nifas

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

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

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

2. Tujuan Masa Nifas

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

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

3. Peran dan Tanggung Jawab Bidan Masa Nifas

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

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

4. Tahap Masa Nifas

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

- a. Puerperium dini, yaitu suatu masa pemulihan dimana ibu diperbolehkan untuk berdiri dan berjalan-jalan.

- b. Puerperium intermedial, yaitu suatu masa dimana kepulihan dari organ-organ reproduksi selama kurang lebih 6 minggu
 - c. Remote Puerperium, yaitu waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat kembali dalam keadaan sempurna terutama ibu bila ibu selama hamil atau waktu persalinan mengalami komplikasi.
5. Kebijakan Program Nasional Masa Nifas
- Kebijakan program nasional pada masa nifas yaitu paling sedikit empat kali melakukan kunjungan pada masa nifas, dengan tujuan :
- ❖ Menilai kondisi kesehatan ibu dan bayi.
 - ❖ Melakukan pencegahan terhadap kemungkinan-kemungkinan adanya gangguan kesehatan ibu nifas dan bayinya.
 - ❖ Mendeteksi adanya komplikasi atau masalah yang terjadi pada masa nifas.
 - ❖ Menangani komplikasi atau masalah yang timbul dan mengganggu kesehatan ibu nifas maupun bayinya (Yanti dkk, 2014).

Tabel 2.6 Asuhan dan Kunjungan Masa Nifas

NO	Waktu	Asuhan
1	6 Jam – 3 Hari	<ul style="list-style-type: none"> a. Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri. b. Pemantauan keadaan umum ibu. c. Melakukan hubungan antara bayi dan ibu (Bonding Attachment). d. Asi eksklusif.
2	6 Hari	<ul style="list-style-type: none"> a. Memastikan involusi uterus berjalan dengan normal, uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal dan tidak berbau b. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, atau perdarahan abnormal

		<ul style="list-style-type: none"> c. Memastikan ibu mendapat istirahat yang cukup. d. Memastikan ibu mendapat makanan yang bergizi. e. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda infeksi
3	2 minggu	<ul style="list-style-type: none"> a. Memastikan involusi uterus berjalan dengan normal, uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal dan tidak berbau b. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, atau perdarahan abnormal c. Memastikan ibu mendapat istirahat yang cukup. d. Memastikan ibu mendapat makanan yang bergizi. e. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda infeksi
4	6 minggu	<ul style="list-style-type: none"> a. Menanyakan pada ibu tentang penyulit yang ia alami. b. Memberikan konseling untuk KB secara dini, imunisasi, senam nifas dan tanda-tanda bahaya yang dialami oleh ibu dan bayi.

Sumber: Ambarwati (2010).

Pelayanan ibu nifas dilakukan sebanyak 3 kali yaitu, kunjungan pertama 6 jam – 3 hari, kunjungan kedua 4-28 hari, dan kunjungan ketiga 29- 42 hari. Jenis pelayanan dan pemantauan yang dilakukan berupa pemeriksaan fisik, pemberian kapsul vitamin A, pelayanan kontrasepsi, penanganan resti dan komplikasi serta nasihat tentang perawatan sehari-hari (Kemenkes RI, 2015).

WHO/UNICEF merekomendasikan pemberian 2 dosis vitamin A 200.000 IU dalam selang waktu 24 jam pada ibu pasca bersalin untuk memperbaiki kadar vitamin A pada ASI dan mencegah terjadinya lecet puting susu. Suplementasi vitamin A akan meningkatkan daya tahan ibu terhadap infeksi perlukaan atau laserasi akibat proses persalinan (JNPK-KR, 2008).

6. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

❖ Perubahan Sistem Reproduksi

✓ Involusi Uterus

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

Proses involusi uterus adalah sebagai berikut :

(1) Iskemia miometrium

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

(2) Atrofi jaringan

Atrofi jaringan terjadi sebagai reaksi penghentian hormone estrogen saat pelepasan plasenta.

(3) Autolysis.

Merupakan proses penghancuran diri sendiri yang terjadi di dalam otot uterus. Enzim proteolitik akan memendekkan jaringan otot yang telah mengendur sehingga panjangnya 10 kali panjang sebelum hamil dan lebarnya 5 kali lebar sebelum hamil yang terjadi selama kehamilan. Hal ini

disebabkan karena penurunan hormone estrogen dan progesterone.

(4) Efek oksitoksin.

Oksitosin menyebabkan terjadinya kontraksi dan retraksi otot uterus sehingga akan menekan pembuluh darah dan mengakibatkan berkurangnya suplai darah ke uterus. Proses ini membantu untuk mengurangi situs atau tempat implantasi plasenta serta mengurangi perdarahan (Yanti, dkk, 2014).

Ukuran uterus pada masa nifas akan mengecil seperti sebelum hamil. perubahan-perubahan normal pada uterus selama post partum adalah sebagai berikut:

Tabel 2.7 Involusi Uteri

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

Sumber: Yanti dkk, 2014

✓ Involusi Tempat Plasenta

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

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

✓ **Perubahan Ligamen**

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

✓ **Perubahan Pada Serviks**

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

pinggirnya, terutama pada pinggir sampingnya (Yanti dkk, 2014).

✓ Lochea

Akibat involusi uteri, lapisan luar desidua yang mengelilingi situs plasenta akan menjadi nekrotik. Desidua yang mati akan keluar dengan sisa cairan. Pencampuran darah dan desidua inilah yang dinamakan lochea. Pengeluaran lochea dapat dibagi menjadi lochea *rubra*, *sanguilenta*, *serosa*, dan *alba* (Yanti dkk, 2014).

Perbedaan masing-masing *lochea* dapat dilihat sebagai berikut:
Tabel. 2.8 Perbedaan masing-masing lochea

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

Sumber: Yanti dkk, 2014

✓ Vulva, Vagina dan Perineum

Selama proses persalinan vulva, vagina dan perineum mengalami penekanan dan peregangan, setelah beberapa hari persalinan kedua organ ini akan kembali dalam keadaan kendor. *Rugae* timbul kembali pada minggu ketiga. *Himen* tampak sebagai tonjolan kecil dan dalam proses pembentukan

berubah menjadi *karankulae mitiformis* yang khas bagi wanita *multipara*. Ukuran *vagina* akan selalu lebih besar dibandingkan keadaan saat sebelum persalinan pertama. Perubahan pada *perinium pasca* melahirkan terjadi pada saat *perinium* mengalami robekan. Meskipun demikian, latihan otot *perinium* dapat mengembalikan *tonus* tersebut dan dapat mengencangkan *vagina* hingga tingkat tertentu. Hal ini dapat dilakukan pada akhir *puerperium* dengan latihan harian (Yanti dkk, 2014).

❖ Perubahan Sistem Pencernaan

Sistem gastrointestinal 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 dkk, 2014).

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

a. Nafsu Makan

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

b. Motilitas

Secara khas, penurunan tonus dan motilitas otot traktus cerna menetap selama waktu yang singkat setelah bayi lahir.

Kelebihan analgesia dan anastesia bisa memperlambat pengambilan tonus dan motilitas ke keadaan normal.

c. Pengosongan Usus

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

❖ Perubahan Sistem Perkemihan

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

Hal yang berkaitan dengan fungsi sistem perkemihan, antara lain :

1. Hemostasis Internal

Tubuh, terdiri dari air dan unsure-unsur yang larut di dalamnya, dan 70 persen dari cairan tubuh terletak di dalam sel-sel, yang disebut dengan cairan intraseluler. Cairan ekstraseluler terbagi dalam plasma darah, dan langsung diberikan untuk sel-sel yang disebut cairan interstisial. Beberapa hal yang berkaitan dengan cairan tubuh antara lain

edema dan dehidrasi. Edema adalah tertimbunnya cairan dalam jaringan akibat gangguan keseimbangan cairan dalam tubuh. Dehidrasi adalah kekurangan cairan atau volume tubuh (Yanti, dkk, 2014).

2. Keseimbangan Asam Basa Tubuh

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

3. Pengeluaran Sisa Metabolisme Racun dan Zat Toksin Ginjal

Zat toksin ginjal mengekskresikan hasil akhir dari metabolisme protein yang mengandung nitrogen terutama urea, asam urat dan kreatini. Ibu post partum dianjurkan segera buang air kecil, agar tidak mengganggu proses involusi uteri dan ibu merasa nyaman. Kadar hormon estrogen akan menurun setelah plasenta dilahirkan, hilangnya peningkatan tekanan vena pada tungkai bawah, dan hilangnya peningkatan volume darah akibat kehamilan, hal ini merupakan mekanisme tubuh untuk mengatasi kelebihan cairan. Keadaan ini disebut dengan diuresis pasca partum. Ureter yang berdilatasi akan kembali normal dalam tempo 6 minggu. Kehilangan cairan melalui keringat dan peningkatan jumlah urin menyebabkan penurunan berat badan sekitar 2,5 kg selama masa pasca partum. Pengeluaran kelebihan cairan yang tertimbun selama hamil kadang-kadang disebut kebalikan metabolisme air pada masa hamil (Yanti dkk, 2014).

❖ Perubahan Sistem Muskuloskeletal

Perubahan sistem muskuloskeletal terjadi pada saat umur kehamilan semakin bertambah, adaptasinya mencakup: peningkatan berat badan, bergesernya pusat akibat pembesaran rahim, relaksasi dan mobilitas. Namun demikian, pada saat post partum system musculoskeletal akan berangsur-angsur pulih

kembali. Ambulasi dini dilakukan segera setelah melahirkan, untuk membantu mencegah komplikasi dan mempercepat involusi uteri (Yanti dkk, 2014).

Adaptasi sistem muskuloskeletal pada masa nifas, meliputi :

a. Dinding Perut dan Peritoneum

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

b. Kulit abdomen

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

c. Striae

Striae adalah suatu perubahan warna seperti jaringan parut pada dinding abdomen. Striae pada dinding abdomen tidak dapat menghilang sempurna melainkan membentuk garis lurus yang samar. Tingkat distasis muskulus rektus abdominis pada ibu post partum dapat di kaji melalui keadaan umum, aktivitas, paritas dan jarak kehamilan, sehingga dapat membantu menentukan lama pengembalian tonus otot menjadi normal.

d. Perubahan Ligament

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

e. Simpisis Pubis

Pemisahan simpisis pubis jarang terjadi, namun demikian hal ini dapat menyebabkan morbiditas maternal. Gejala dari

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

❖ **Perubahan Sistem Endokrin**

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

1. **Hormon Plasenta**

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

2. **Hormon Pituitary**

Hormon pituitary antara lain : hormon prolaktin, FSH dan LH. Hormon prolaktin darah meningkat dengan cepat, pada wanita tidak menyusui menurun dalam waktu 2 minggu. Hormone prolaktin berperan dalam pembesaran payudara untuk merangsang produksi susu. FSH dan LH meningkat pada fase konsentrasi folikel pada minggu ke 3 dan LH tetap rendah hingga ovulasi terjadi.

3. **Hipotalamik Pituitary Ovarium**

Hipotalamik pituitary ovarium akan mempengaruhi lamanya mendapatkan menstruasi pada wanita yang menyusui maupun

yang tidak menyusui. Wanita menyusui mendapatkan menstruasi pada 6 minggu pasca salin berkisar 16 persen, dan 45 persen setelah 12 minggu pasca salin. Wanita yang tidak menyusui, akan mendapatkan menstruasi berkisar 40 persen setelah 6 minggu pasca melahirkan dan 90 persen setelah 24 minggu.

4. Hormon Oksitosin

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

Hormon Estrogen dan Progesterone

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

❖ Perubahan Tanda-Tanda Vital

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

a. Suhu Badan

Suhu wanita inpartu tidak lebih dari $37,2^{\circ}\text{C}$. pasca melahirkan, suhu tubuh dapat naik kurang dari $0,5^{\circ}\text{C}$ dari keadaan normal. Kenaikan suhu badan ini akibat dari kerja keras sewaktu melahirkan, kehilangan cairan maupun kelelahan. Kurang lebih pada hari ke-4 post partum suhu akan naik lagi. Hal ini

diakibatkan adanya pembentukan ASI, kemungkinan payudara membengkak, maupun kemungkinan infeksi pada *endometrium, mastitis, traktus genetalia* ataupun sistem lain. Apabila kenaikan suhu di atas 38⁰c, waspada terhadap infeksi *post partum* (Yanti dkk, 2014).

b. Nadi

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

c. Tekanan Darah

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

d. Pernafasan

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

❖ Perubahan Sistem Kardiovaskuler

Volume darah yang normal yang diperlukan plasenta dan pembuluh darah uterin meningkat selama kehamilan. Diuresis terjadi akibat adanya penurunan hormone estrogen, yang dengan cepat mengurangi volume plasma menjadi normal kembali. Kadar estrogen menurun selama nifas, namun kadarnya masih tetap tinggi dari pada normal. Plasma darah tidak banyak mengandung cairan sehingga daya koagulasi meningkat. Aliran ini terjadi dalam 2-4 jam pertama setelah kelahiran bayi. Selama masa ini ibu mengeluarkan banyak sekali jumlah urine. Hilangnya progesteron membantu mengurangi retensi cairan yang melekat dengan meningkatnya vaskuler pada jaringan tersebut selama kehamilan bersama-sama dengan trauma selama persalinan (Yanti, dkk, 2014).

Kehilangan darah pada persalinan pervaginam sekitar 300-400 cc sedangkan kehilangan darah dengan persalinan seksio sesar menjadi dua kali lipat. Perubahan yang terjadi terdiri dari volume darah dan hemokonsentrasi. Pasca persalinan, shunt akan hilang dengan tiba-tiba. Volume darah ibu relatif akan bertambah. Keadaan ini akan menimbulkan decompensasi cordis. Hal ini dapat diatasi dengan mekanisme kompensasi dengan timbulnya hemokonsentrasi sehingga volume darah kembali seperti sedia kala. Umumnya, hal ini terjadi pada hari ketiga sampai hari kelima post partum (Yanti dkk, 2014).

❖ Perubahan Sistem Hematologi

Selama minggu-minggu terakhir kehamilan, kadar fibrinogen dan plasma serta fakto-faktor pembekuan darah meningkat. Hari pertama post partum, kadar fibrinogen dan plasma akan sedikit menurun tetapi darah lebih mengental dengan peningkatan

viskositas sehingga meningkatkan faktor pembekuan darah. Leukositosis yang meningkat di mana jumlah sel darah putih dapat mencapai 15000 selama persalinan akan tetap tinggi dalam beberapa hari pertama dari masa post partum. Jumlah sel darah putih tersebut masih bisa naik lagi sampai 25000 atau 30000 tanpa adanya kondisi patologis jika wanita tersebut mengalami persalinan lama (Yanti, dkk, 2014).

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

7. Proses Adaptasi Psikologis Ibu Masa Nifas

(a) Adapasi Psikologis Ibu Masa Nifas

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

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

❖ Fase Taking In

Merupakan periode ketergantungan, yang berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Ibu terfokus pada dirinya sendiri sehingga cenderung pasif terhadap lingkungan. Ketidaknyamanan yang dialami antara lain rasa mules, nyeri pada luka jahitan, kurang tidur, kelelahan. Hal yang perlu diperhatikan pada fase ini adalah istirahat cukup, komunikasi dan asupan nutrisi yang baik. Gangguan psikologis yang dapat dialami pada fase ini, antara lain: kekecewaan pada bayinya, ketidaknyamanan sebagai akibat perubahan fisik yang dialami, rasa bersalah karena belum menyusui bayinya, kritikan suami atau keluarga tentang perawatan bayi (Yanti dkk, 2014).

❖ 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 (Yanti dkk, 2014).

❖ 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), psikosocial (perhatian, rasa kasih sayang, menghibur ibu saat sedih dan menemani saat ibu merasa kesepian) (Yanti dkk, 2014).

(b) Post Partum Blues

Menurut Widyasih dkk (2012) depresi sesudah melahirkan adalah gangguan psikologis yang dalam bahasa kedokterannya adalah depresi post partum atau baby blues atau post partum blues. Post partum blues merupakan masa transisi mood setelah melahirkan yang sering terjadi pada 50-70% wanita. Post partum blues sebagai suatu sindrom gangguan efek ringan yang sering tampak dalam minggu pertama setelah persalinan ditandai dengan gejala-gejala sebagai berikut: reaksi depresi/ sedih/ disforia, sering menangis, mudah tersinggung, cemas, labilitas perasaan, cenderung menyalahkan diri sendiri, gangguan tidur dan gangguan nafsu makan, kelelahan, mudah sedih, cepat marah, mood mudah berubah, perasaan terjebak (marah terhadap pasangan dan bayinya), perasaan bersalah, sangat pelupa.

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

(c) Post Partum Psikosis

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

(d) Kesedihan dan Duka Cita

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

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. Selesai persalinan ibu merasa kelelahan dan sakit pasca persalinan membuat ibu membutuhkan perhatian. Kecewa terhadap fisik bayi karena tidak sesuai dengan pengharapan juga bisa memicu baby blue (Sulistyawati, 2009).

c. Faktor Lingkungan, Sosial Budaya dan Ekonomi

Adat istiadat yang dianut oleh lingkungan dan keluarga sedikit banyak akan memengaruhi keberhasilan ibu dalam melewati saat

transisi ini. Jika ada hal yang tidak sinkron antara arahan dari tenaga kesehatan dengan budaya yang dianut. Dalam hal ini, bidan harus bijaksana dalam menyikapi, namun tidak mengurangi kualitas asuhan yang harus diberikan. Keterlibatan keluarga dari awal dalam menentukan bentuk asuhan dan perawatan yang harus diberikan pada ibu dan bayi akan memudahkan bidan dalam pemberian asuhan (Sulistiyawati, 2009).

9. Kebutuhan Dasar Ibu Masa Nifas

1) Nutrisi

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

Zat-zat yang dibutuhkan ibu *pasca* persalinan antara lain :

a. Kalori

Kebutuhan kalori pada masa menyusui sekitar 500 kalori, makan dengan diet gizi seimbang untuk memenuhi kebutuhan karbohidrat, wanita dewasa memerlukan 1800 kalori per hari. Sebaliknya ibu nifas jangan mengurangi kebutuhan kalori, karena akan mengganggu proses metabolisme tubuh dan menyebabkan ASI rusak.

Selama menyusui, kebutuhan karbohidrat kompleks diperlukan enam porsi perhari. Satu porsi setara dengan $\frac{1}{2}$ cangkir nasi, $\frac{1}{4}$ cangkir jagung pipi, satu porsi sereal, satu iris roti dari bijian utuh, $\frac{1}{2}$ kue mafin dari bijian utuh, 2-6 biskuit kering atau crackers, $\frac{1}{2}$ cangkir kacang-kacangan, $\frac{2}{3}$ cangkir kacang koro, atau 40 gram mi/pasta dari bijian utuh. Rata-rata kebutuhan lemak orang dewasa adalah $4\frac{1}{2}$ porsi lemak (14

gram porsi) perharinya. Satu porsi lemak sama dengan 80 gram keju, tiga sendok makan kacang tanah atau kenari, empat sendok makan krim, secangkir es krim, ½ buah alpukat, 2 sendok makan selai kacang, 120-140 gram daging tanpa lemak, Sembilan kentang goreng, 2 iris cake, satu sendok makan mayones atau mentega, atau 2 sendok makan salad (Nugroho, dkk, 2014).

b. Protein

Kebutuhan protein yang dibutuhkan adalah 3 porsi perhari. Satu protein setara dengan tiga gelas susu, dua butir telur, 120 gram keju, 1 ¾ gelas yoghurt, 120-140 gram ikan/ daging/ unggas, 200-240 gram tahu atau 5-6 sendok selai kacang (Nugroho, dkk, 2014).

c. Kalsium dan Vitamin D

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

d. Magnesium

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

e. Sayuran Hijau dan Buah

Kebutuhan yang diperlukan setidaknya tiga porsi sehari. Satu porsi setara dengan 1/8 semangka, ¼ mangga, ¾ cangkir brokoli, ½ wortel, ¼- ½ cangkir sayuran hijau yang telah dimasak, satu tomat (Nugroho, dkk, 2014).

f. Garam

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

g. Cairan

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

h. Vitamin

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

i. Zinc (Seng)

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

j. DHA

DHA penting untuk perkembangan daya lihat dan mental bayi. Asupan DHA berpengaruh langsung pada kandungan dalam

ASI. Sumber DHA ada pada telur, otak, hati dan ikan (Nugroho, dkk, 2014).

2) Ambulasi

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

3) Eliminasi

a. Miksi

Buang air kecil sendiri sebaiknya dilakukan secepatnya. Miksi normal bila dapat buang air kecil spontan setiap 3-4 jam. Kesulitan buang air kecil dapat disebabkan karena sfingter uretra tertekan oleh kepala janin dan spasme oleh iritasi muskulo sfingter ani selama persalinan. Lakukan keteterisasi apabila kandung kemih penuh dan sulit berkemih (Nugroho, dkk, 2014).

b. Defekasi

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

4) Kebersihan Diri atau Perineum

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

5) Istirahat

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

6) Seksual

Hubungan seksual aman dilakukan begitu darah berhenti dan tergantung suami istri tersebut. Selama periode nifas, hubungan seksual juga dapat berkurang. Hal yang dapat menyebabkan pola seksual selama masa nifas berkurang antara lain: gangguan atau ketidaknyamanan fisik, kelelahan, ketidakseimbangan berlebihan hormone, kecemasan berlebihan. Program Keluarga Berencana sebaiknya dilakukan ibu setelah masa nifas selesai atau 40 hari (6 minggu), dengan tujuan menjaga kesehatan ibu. Melakukan

hubungan seksual sebaiknya perhatikan waktu, penggunaan kontrasepsi, *dipareuni*, kenikmatan dan kepuasan pasangan suami istri. Beberapa cara yang dapat mengatasi kemesraan suami istri setelah periode nifas antara lain: hindari menyebut ayah dan ibu, mencari pengasuh bayi, membantu kesibukan istri, menyempatkan berkencan, meyakinkan diri, bersikap terbuka, konsultasi dengan ahlinya (Yanti dkk, 2014).

7) Latihan atau Senam Nifas

Organ-organ tubuh wanita akan kembali seperti semula sekitar 6 minggu. Ibu akan berusaha memulihkan dan mengencangkan bentuk tubuhnya. Hal ini dapat dilakukan dengan cara latihan senam nifas. Senam nifas adalah senam yang dilakukan sejak hari pertama melahirkan sampai dengan hari kesepuluh. Beberapa factor yang menentukan kesiapan ibu untuk memulai senam nifas antara lain: tingkat kebugaran tubuh ibu, riwayat persalinan, kemudahan bayi dalam pemberian asuhan, kesulitan adaptasi *post partum* (Yanti dkk, 2014).

Tujuan senam nifas adalah sebagai berikut: membantu mempercepat pemulihan kondisi ibu, mempercepat proses *involution uteri*, membantu memulihkan dan mengencangkan otot panggul, perut dan *perineum*, memperlancar pengeluaran *lochea*, membantu mengurangi rasa sakit, merelaksasikan otot-otot yang menunjang proses kehamilan dan persalinan, mengurangi kelainan dan komplikasi masa nifas (Yanti dkk, 2014).

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

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

8) Respon orang tua terhadap bayi baru lahir

a. Bounding attachment

❖ Pengertian

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

❖ Tahap-tahap bounding attachment

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

❖ Elemen-elemen bounding attachment

- Sentuhan. Sentuhan, atau indera peraba, dipakai secara ekstensif oleh orang tua atau pengasuh lain sebagai suatu sarana untuk mengenali bayi baru lahir dengan cara mengeksplorasi tubuh bayi dengan ujung jarinya.
- Kontak mata. Ketika bayi baru lahir atau secara fungsional mempertahankan kontak mata, orang tua dan

bayi akan menggunakan lebih banyak waktu untuk saling memandang. Beberapa ibu mengatakan, dengan melakukan kontak mata mereka merasa lebih dekat dengan bayinya

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

b. Respon Ayah dan Keluarga.

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

❖ Respon Positif

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

❖ Respon Negatif

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

9) Proses Laktasi dan Menyusui

❖ Anatomi dan Fisiologi Payudara

➤ Anatomi

Payudara (*mamae*, susu) adalah kelenjar yang terletak di bawah kulit, di atas otot dada. Fungsi dari payudara adalah memproduksi susu untuk nutrisi bayi. Manusia mempunyai sepasang kelenjar payudara, yang beratnya kurang lebih 200

gram, saat hamil 600 gram dan saat menyusui 800 gram (Yanti dkk, 2014).

Ada 3 bagian utama payudara yaitu :

a. Korpus (badan), yaitu bagian yang membesar

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

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. Daerah ini didapatkan kelenjar keringat, kelenjar lemak dari montgomery yang membentuk tuberkel dan akan membesar selama kehamilan. Kelenjar lemak ini akan menghasilkan suatu bahan yang melicinkan kalang payudara selama menyusui. Bagian bawah kalang payudara terdapat duktus laktiferus yang merupakan tempat penampungan air susu. Luasnya kalang payudara bisa $\frac{1}{3}$ - $\frac{1}{2}$ dari payudara (Yanti, dkk, 2014).

b. Papilla atau puting yaitu bagian yang menonjol di puncak payudara

Terletak setinggi interkosta IV, tetapi berhubungan dengan adanya variasi bentuk dan ukuran payudara maka letaknya pun akan bervariasi pula. Tempat ini terdapat lubang-

lubang kecil yang merupakan muara duktus dari laktiferus, ujung-ujung serat saraf, pembuluh darah, pembuluh getah bening, serat-serat otot polos duktus laktiferus akan memadat dan menyebabkan puting susu ereksi sedangkan serat-serat otot yang longitudinal akan menarik kembali puting susu tersebut (Yanti dkk, 2014).

➤ Fisiologi Laktasi

Laktasi/ menyusui mempunyai 2 pengertian yaitu:

a. Produksi ASI atau Prolaktin

Pembentukan payudara dimulai sejak embrio berusia 18-19 minggu. Hormone yang berperan adalah hormone estrogen dan progesterone yang membantu maturasi alveoli. Hormone prolaktin berfungsi untuk produksi ASI. Selama kehamilan hormon prolaktin dari plasenta meningkat tetapi ASI belum keluar karena pengaruh hormone *estrogen* yang masih tinggi. Kadar *estrogen* dan *progesterone* akan menurun pada saat hari kedua atau ketiga *pasca* persalinan, sehingga terjadi sekresi ASI (Yanti dkk, 2014).

Proses *laktasi* terdapat dua reflex yang berperan yaitu reflex *prolaktin* dan reflex aliran (*Let down*). Reflex *prolaktin* memegang peranan penting untuk membuat *colostrum*, tetapi jumlah kolostrum terbatas karena aktivitas *prolaktin* dihambat oleh *estrogen* dan *progesterone* yang masih tinggi. Hormon ini merangsang sel-sel *alveoli* yang berfungsi untuk membuat air susu. Kadar *prolaktin* pada ibu yang menyusui akan menjadi normal 3 bulan setelah melahirkan sampai penyapihan anak

dan pada saat tersebut tidak akan ada peningkatan *prolaktin* walaupun ada isapan bayi, namun pengeluaran air susu tetap berlangsung (Yanti dkk, 2014).

Reflex *Let Down* bersamaan dengan pembentukan *prolaktin* oleh *hipofise anterior*, rangsangan yang berasal dari hisapan bayi dilanjutkan ke *hipofise posterior* yang kemudian dikeluarkan *oksitosin*. Melalui aliran darah hormone ini menuju uterus sehingga menimbulkan kontraksi. Kontraksi dari sel akan memeras air susu yang telah terbuat, keluar dari alveoli dan masuk ke sistem *duktus* yang untuk selanjut mengalir melalui *duktus laktiferus* masuk ke mulut bayi. Faktor-faktor yang meningkatkan *let down* adalah: melihat bayi, mendengar suara bayi, mencium bayi, memikirkan untuk menyusui bayi. Faktor-faktor yang menghambat refleksi *let down* adalah keadaan bingung atau pikiran kacau, takut, cemas (Yanti dkk, 2014).

b. Pengeluaran ASI (Oksitosin)

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

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

❖ Dukungan Bidan dalam Pemberian ASI

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

❖ Manfaat Pemberian ASI

a. Manfaat pemberian ASI bagi bayi

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

b. Manfaat Pemberian ASI bagi Ibu

Aspek kesehatan ibu, hisapan bayi akan merangsang terbentuknya oksitosin yang membantu involusi uteri dan mencegah terjadinya perdarahan pasca persalinan, mengurangi prevalensi anemia dan serta menurunkan kejadian obesitas karena kehamilan. Aspek KB, menyusui secara eksklusif dapat menjarangkan kehamilan. Hormon yang mempertahankan laktasi menekan ovulasi sehingga dapat menunda kesuburan. Aspek psikologis, perasaan bangga dan dibutuhkan sehingga

tercipta hubungan atau ikatan batin antara ibu dan bayinya (Yanti dkk, 2014).

c. Manfaat Pemberian ASI bagi Keluarga

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

b. Bagi Negara

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

❖ Tanda Bayi Cukup ASI

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

- a. Bayi minum ASI tiap 2-3 jam atau dalam 24 jam minimal mendapatkan ASI 8 kali pada 2-3 minggu pertama.
- b. Kotoran berwarna kuning dengan dengan frekuensi sering, dan warna menjadi lebih muda pada hari kelima setelah lahir.
- c. Bayi akan buang air kecil paling tidak 6-8 kali/sehari.
- d. Ibu dapat mendengarkan pada saat bayi menelan ASI.
- e. Payudara terasa lebih lembek, yang menandakan ASI telah habis.
- f. Warna bayi merah (tidak kuning) dan kulit terasa kenyal.

- g. Pertumbuhan berat badan bayi dan tinggi badan bayi sesuai dengan grafik pertumbuhan.
- h. Perkembangan motorik bayi baik (bayi aktif dan motoriknya sesuai sesuai rentang usianya).
- i. Bayi kelihatan puas, sewaktu-sewaktu saat lapar bangun dan tidur dengan cukup.
- j. Bayi menyusu dengan kuat (rakus), kemudian melemah dan tertidur pulas.

❖ ASI Eksklusif

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

❖ Cara Merawat Payudara

- Menjaga payudara tetap bersih dan kering, terutama bagian puting
- Menggunakan bra yang menyokong payudara.
- Apabila puting lecet oleskan kolostrum atau ASI yang keluar di sekitar puting setiap kali selesai menyusui. Menyusui tetap dilakukan dimulai dari puting yang tidak lecet.
- Apabila lecet sangat berat dapat diistirahatkan selama 24 jam. ASI dikeluarkan dan diminumkan menggunakan sendok.
- Untuk menghilangkan nyeri, ibu dapat minum parasetamol satu tablet setiap 4 – 6 jam.
- Apabila payudara bengkak akibat pembendungan ASI maka ibu dapat melakukan pengompresan payudara dengan menggunakan kain basah hangat selama lima menit, urut payudara dari pangkal ke puting susu, keluarkan ASI sebagian

dari bagian depan payudara sehingga puting susu menjadi lunak, susukan bayi setiap 2-3 jam, letakan kain dingin pada payudara setelah menyusui (Purwanti, 2011).

❖ Cara Menyusui yang Baik dan Benar

- Sebelum menyusui, ASI dikeluarkan sedikit kemudian dioleskan pada puting susu dan areola sekitarnya, yang bermanfaat sebagai desinfektan dan menjaga kelembaban puting susu.
- Bayi diletakan menghadap perut ibu/ payudara.
- Ibu duduk atau berbaring santai. Bila duduk lebih baik menggunakan kursi yang rendah agar kaki ibu tidak bergantung dan punggung ibu bersandar pada sandaran kursi.
- Bayi dipegang dengan satu lengan, kepala bayi terletak pada lengkung siku ibu dan bokong bayi terletak pada lengan. Kepala bayi tidak boleh tertengadah dan bokong bayi ditahan dengan telapak tangan ibu.
- Satu tangan bayi diletakan di belakang badan ibu dan yang satu di depan.
- Perut bayi menempel badan ibu, kepala bayi menghadap payudara.
- Telinga dan lengan bayi terletak pada satu garis lurus.
- Ibu menatap bayi dengan kasih sayang.
- Payudara dipegang dengan ibu jari di atas dan jari yang lain menopang di bawah. Jangan menekan puting susu dan areolanya saja.
- Bayi diberi rangsangan untuk membuka mulut dengan cara menyentuh pipi dengan puting susu.
- Setelah bayi membuka mulut, dengan cepat kepala bayi didekatkan ke payudara ibu dengan puting serta areola dimasukan ke mulut bayi.

- Usahakan sebagian besar areola dapat masuk ke dalam mulut bayi, sehingga puting susu berada di bawah langit-langit dan lidah bayi akan menekan ASI keluar dari tempat penampungan ASI yang terletak di bawah areola.
- Setelah bayi mulai menghisap, payudara tidak perlu dipegang atau disanggah lagi. Setelah memberikan ASI dianjurkan ibu untuk menyendawakan bayi. Tujuan menyendawakan adalah mengeluarkan udara lambung supaya bayi tidak muntah setelah menyusui. Adapun cara menyendawakan adalah: bayi digendong tegak dengan bersandar pada bahu ibu kemudian punggung ditepuk perlahan-lahan, bayi tidur tengkurap dipangkuan ibu, kemudian punggung ditepuk perlahan-lahan (Yanti dkk, 2014).

❖ Masalah dalam Pemberian ASI

Menurut Yanti dkk, (2014) ada beberapa masalah dalam pemberian ASI, antara lain:

a. Bayi Sering Menangis

Tangisan bayi dapat dijadikan sebagai cara berkomunikasi antara ibu dan buah hati. Bayi menangis, maka cari sumber penyebabnya. Paling sering karena kurang ASI.

b. Bayi Bingung Puting (*Nipple confusion*)

Bingung puting (*Nipple confusion*) terjadi akibat pemberian susu formula dalam botol yang berganti-ganti. Hal ini akibat mekanisme menyusu pada puting susu ibu berbeda dengan mekanisme menyusu pada botol. Menyusu pada ibu memerlukan kerja otot-otot pipi, gusi, langit-langit dan lidah. Sedangkan menyusu pada botol bersifat pasif, tergantung pada factor pemberi yaitu kemiringan botol atau tekanan gravitasi susu, besar lubang dan ketebalan karet dot.

Tanda bayi bingung puting antara lain: bayi menolak menyusu, isapan bayi terputus-putus dan sebentar-bentar, bayi mengisap

putting seperti mengisap dot. Hal yang diperhatikan agar bayi tidak bingung dengan putting susu adalah: berikan susu formula menggunakan sendok ataupun cangkir, berikan susu formula dengan indikasi yang kuat (Yanti dkk, 2014).

c. Bayi dengan BBLR dan bayi 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 (Yanti dkk, 2014).

d. Bayi dengan *ikterus*

Ikterik pada bayi sering terjadi pada bayi yang kurang mendapatkan ASI. Ikterik dini terjadi pada bayi usia 2-10 hari yang disebabkan oleh kadar bilirubin dalam darah tinggi. Untuk mengatasi agar tidak terjadi hiperbilirubinemia pada bayi maka: segeralah menyusui bayi baru lahir, menyusui bayi, sesering mungkin tanpa jadwal dan on demand.

Oleh karena itu, menyusui dini sangat penting karena bayi akan mendapat kolustrum. Kolustrum membantu bayi mengeluarkan mekonium, bilirubin dapat dikeluarkan melalui feses sehingga mencegah bayi tidak kuning (Yanti dkk, 2014).

c. Bayi dengan bibir sumbing

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

diberikan pada bayi dengan labiopalatoskisis (sumbing pada bibir dan langit-langit) (Yanti dkk, 2014).

d. Bayi kembar

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

e. Bayi sakit

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

f. Bayi dengan lidah pendek (*lingual frenulum*)

Bayi dengan lidah pendek atau *lingual frenulum* (jaringan ikat penghubung lidah dan dasar mulut) yang pendek dan tebal serta kaku tak elastic, sehingga membatasi gerak lidah dan bayi tidak mendapat menjulurkan lidahnya untuk mengurut 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. Kemudian posisi kedua bibir bayi dipertahankan agar tidak berubah-ubah (Yanti dkk, 2014).

g. 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 perah pun juga perlu diperhatikan, agar tidak mudah basi (Yanti dkk, 2014).

h. Menyusui dalam keadaan darurat

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

Masalah menyusui masa pasca persalinan lanjut:

i. Sindrom ASI kurang

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

j. Ibu berkerja

Ibu berkerja bukan menjadi alasan tidak menyusui bayinya. Banyaknya cara yang dapat digunakan untuk mengatasi hal tersebut, antara lain: bawalah bayi anda jika tempat kerja ibu memungkinkan, menyusui sebelum berangkat kerja, perahlah ASI sebagai persediaan di rumah sebelum berangkat kerja, ibu dapat mengosongkan payudara setiap 3-4 jam, ASI perah

dapat disimpan di lemari es atau freezer, saat ibu di rumah, susuilah bayi sesering mungkin dan rubah jadwal menyusui, minum dan makan makanan yang bergizi serta cukup istirahat selama bekerja dan menyusui (Yanti dkk, 2014).

E. KELUAGRA BERENCANA (KB)

1. Suntik

a. Pengertian

Suntikan *progestin* merupakan kontrasepsi suntikan yang berisi hormon *progesteron* (Mulyani, 2013).

b. Cara kerja suntikan progestin adalah menekan *ovulasi*, lendir *serviks* menjadi kental dan sedikit, sehingga merupakan barrier terhadap *spermatozoa*, membuat *endometrium* menjadi kurang baik/layak untuk implantasi dari ovum yang sudah dibuahi, mungkin mempengaruhi kecepatan *transpor ovum* di dalam *tuba fallopi* (Mulyani, 2013).

c. Keuntungan Suntikan Progestin

- ❖ Keuntungan kontraseptif: sangat efektif (0.3 kehamilan per 1000 wanita selama tahun pertama penggunaan), cepat efektif (<24 jam) jika dimulai pada hari ke 7 dari siklus haid, metode jangka waktu menengah (*Intermediate-term*) perlindungan untuk 2 atau 3 bulan per satu kali injeksi, pemeriksaan panggul tidak diperlukan untuk memulai pemakaian, tidak mengganggu hubungan seks, tidak

mempengaruhi pemberian ASI, bisa diberikan oleh petugas non-medis yang sudah terlatih, tidak mengandung *estrogen*.

- ❖ Keuntungan non kontraseptif: mengurangi kehamilan *ektopik*, bisa mengurangi nyeri haid, bisa mengurangi perdarahan haid, bisa memperbaiki *anemi*, melindungi terhadap kanker *endometrium*, mengurangi penyakit payudara ganas, memberi perlindungan terhadap beberapa penyebab PID (Penyakit *Inflamasi Pelvik*) (Mulyani, 2013).

d. Kerugian Suntikan Progestin

Perubahan dalam pola perdarahan haid, perdarahan/bercak tak beraturan awal pada sebagian besar wanita, penambahan berat badan (2 kg), meskipun kehamilan tidak mungkin, namun jika terjadi, lebih besar kemungkinannya berupa *ektopik* dibanding pada wanita bukan pemakai, harus kembali lagi untuk ulangan injeksi setiap 3 bulan (*DMPA*) atau 2 bulan (*NET-EN*), pemulihan kesuburan bisa tertunda selama 7-9 bulan (secara rata-rata) setelah penghentian (Mulyani, 2013).

e. Efek samping dan penanganannya

- ❖ Amenorrhea

Penanganannya: yakinkan ibu bahwa hal itu adalah biasa, bukan merupakan efek samping yang serius, evaluasi untuk mengetahui apakah ada kehamilan, terutama jika terjadi amenorrhea setelah masa siklus haid yang teratur, jika tidak ditemui masalah, jangan berupaya untuk merangsang perdarahan dengan kontrasepsi oral kombinasi, perdarahan hebat atau tidak teratur (Mulyani, 2013).

- ❖ Spotting yang berkepanjangan (>8 hari) atau perdarahan sedang

Penanganannya: yakinkan dan pastikan, periksa apakah ada masalah ginekologis (misalnya servisit), pengobatan jangka pendek: kontrasepsi oral kombinasi (30-50 µg EE) selama 1 siklus, ibuprofen (hingga 800 mg 3 kali sehari x 5 hari) (Mulyani, 2013).

Perdarahan yang kedua kali sebanyak atau dua kali lama perdarahan normal, penanganannya: tinjau riwayat perdarahan

secara cermat dan periksa hemoglobin (jika ada), periksa apakah ada masalah ginekologi, pengobatan jangka pendek yaitu: kontrasepsi oral kombinasi (30-50 µg EE) selama 1 siklus, ibuprofen (hingga 800 mg 3 kali sehari x 5 hari) (Mulyani, 2013).

Jika perdarahan tidak berkurang dalam 3-5 hari, berikan:

- Dua (2) pil kontrasepsi oral kombinasi per hari selama sisa siklusnya kemudian 1 pil perhari dari kemasan pil yang baru
- Estrogen dosis tinggi (50 µg EE COC, atau 1.25 mg yang disatukan dengan estrogen) selama 14-21 hari.
- Pertambahan atau kehilangan berat badan (perubahan nafsu makan) Informasikan bahwa kenaikan/ penurunan berat badan sebanyak 1-2 kg dapat saja terjadi. Perhatikan diet klien bila perubahan berat badan terlalu mencolok. Bila berat badan berlebihan, hentikan suntikan dan anjurkan metode kontrasepsi yang lain (Mulyani, 2013).

F. STANDAR ASUHAN

983/Menkes/SK/VIII/2007 tentang standar asuhan kebidanan

❖ Standar I : Pengkajian

✓ Pernyataan Standar

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

✓ Kriteria Pengkajian

Data tepat, akurat dan lengkap

- Terdiri dari data subyektif (hasil anamnesa; biodata, keluhan utama, riwayat obstetri, riwayat kesehatan dan latar belakang social budaya)
- Data obyektif (Hasil pemeriksaan fisik, psikogis dan pemeriksaan penunjang)

❖ Standar II : Perumusan Diagnosa dan atau Masalah Kebidanan

✓ Pernyataan standar

Bidan menganalisis data yang diperoleh pada pengkajian, menginterpretasikan secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat.

- ✓ Kriteria Perumusan Diagnosa dan atau Masalah Kebidanan
 - Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan
 - Masalah dirumuskan sesuai dengan kondisi klien
 - Dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan

❖ Standar III : Perencanaan

- ✓ Pernyataan standar
Bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnosa dan masalah yang ditegakkan.

- ✓ Kriteria perencanaan
 - Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien, tindakan segera, tindakan antisipasi dan asuhan secara komprehensif
 - Melibatkan klien/pasien dan atau keluarga
 - Mempertimbangkan kondisi psikologi, sosial budaya klien/keluarga.
 - Memilih tindakan yang aman sesuai kondisi dan kebutuhan klien berdasarkan evidence based dan memastikan bahwa asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien.
 - Mempertimbangkan kebijakan dan peraturan yang berlaku, sumber daya serta fasilitas yang ada.

❖ Standar IV : Implementasi

Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan evidence based kepada

klien/pasien, dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

✓ Kriteria implementasi

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

❖ Standar V : Evaluasi

✓ Pernyataan standar

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

✓ Kriteria evaluasi

- Penilaian dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien.
- Hasil evaluasi segera di catat dan di komunikasikan pada klien dan keluarga.
- Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar.

- Hasil evaluasi di tindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien.

❖ Standar VI : Pencatatan Asuhan Kebidanan

✓ Pernyataan standar

Melakukan pencatan secara lengkap, akurat, ingkat dan jelas mengenai keadaan/kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan.

✓ Pencatatan dilakukan setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (Rekam medis/KMS/status pasien/buku KIA)

- Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP.
- S adalah data subyektif , mencatat hasil anamnesa.
- O adalah data obyektif, mencatat hasil pemeriksaan.
- A adalah hasil analisis mencatat diagnosa dan masalah kebidanan.

- P adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipasif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif; penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi / follow up dan rujukan.

G. KEWENANGAN BIDAN

Kewenangan Bidan sesuai Permenkes nomor 28 tahun 2017 Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan.

❖ Pasal 18

Dalam penyelenggaraan praktik kebidanan, Bidan memiliki kewenangan untuk memberikan :

- (a) Pelayanan kesehatan Ibu;
- (b) Pelayanan kesehatan Anak; dan
- (c) Pelayanan Kesehatan Reproduksi Perempuan dan Keluarga Berencana

❖ Pasal 19

- 1) Pelayanan kesehatan Ibu sebagaimana dimaksud dalam pasal 18 huruf a diberikan pada masa sebelum hamil, masa hamil, masa persalinan, masa nifas, masa menyusui dan masa antara dua kehamilan.
- 2) Pelayanan kesehatan Ibu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi pelayanan :
 1. Konseling pada masa sebelum hamil;
 2. Antenatal pada kehamilan normal;
 3. Persalinan normal;
 4. Ibu nifas normal;
 5. Ibu menyusui; dan
 6. Konseling pada masa antara dua kehamilan.
- 3) Dalam memberikan pelayanan kesehatan Ibu sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Bidan berwenang melakukan :
 - a. Episiotomi;
 - b. Pertolongan persalinan normal;
 - c. Penjahitan luka jalan lahir tingkat I dan II;
 - d. Penanganan kegawat daruratan, dianjurkan dengan rujukan;
 - e. Pemberian tablet tambah darah pada ibu hamil;

- f. Pemberian vitamin A dosis tinggi pada ibu nifas;
- g. Fasilitasi/bimibingan inisiasi menyusui dini (IMD) dan promosi air susu ibu (ASI) eksklusif;
- h. Pemberian uterotonika pada manajemen aktif kala III dan postpartum;
- i. Penyuluhan dan konseling;
- j. Bimbingan pada kelompok ibu hamil; dan
- k. Pemberian surat keterangan kehamilan dan kelahiran.

❖ Pasal 20

- (a) Pelayanan kesehatan anak sebagaimana dimaksud dalam pasal 18 huruf b diberikan pada bayi baru lahir, bayi, anak balita dan anak prasekolah.
- (b) Dalam memberikan pelayanan kesehatan anak sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Bidan berwenang melakukan :
 - a. Pelayanan neonatal esensial;
 - b. Penanganan kegawatdaruratan, dilanjutkan dengan perujukan;
 - c. Pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita, dan anak prasekolah; dan
 - d. Konseling dan penyuluhan.
- (c) Pelayanan neonatal esensial sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a meliputi inisiasi menyusui dini (IMD), pemotongan dan perawatan tali pusat, pemberian suntikan vitamin K1, pemberian imunisasi HB0, pemeriksaan fisik bayi baru lahir, pemantauan tanda bahaya, pemberian tanda identitas diri, dan merujuk kasus yang tidak dapat ditangani dalam kondisi stabil dan tepat waktu ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang lebih mampu.
- (d) Penanganan kegawatdaruratan, dilanjutkan dengan perujukan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b meliputi :

- a. Penanganan awal asfiksia bayi baru lahir melalui pembersihan jalan nafas, ventilasi tekanan positif dan atau kompresi jantung.
 - b. Penanganan awal hipertermia pada bayi baru lahir dengan BBLR melalui penggunaan selimut atau fasilitas dengan cara menghangatkan tubuh bayi dengan metode kanguru;
 - c. Penanganan awal infeksi tali pusat dengan mengoleskan alkohol atau providon iodine serta menjaga luka tali pusat tetap bersih dan kering; dan
 - d. Membersihkan dan pemberian salep mata pada bayi baru lahir dengan infeksi gonore (GO).
- (e) Pemantuan tumbuh kembang bayi, anak balita, dan anak prasekolah sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf c meliputi kegiatan penimbangan berat badan, pengukuran lingkar kepala,, pengukuran tinggi badan, stimulasi deteksi dini, dan intervensi dini penyimpangan tumbuh kembang balita dengan menggunkan kuesionar Pra Skrining Perkembangan (KPSP).
- (f) Konseling dan penyuluhan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf d meliputi pemberian komunikasi, informasi, edukasi (KIE) kepada ibu dan keluarga tentang perawatan bayi baru lahir, ASI eksklusif, tanda bahaya pada bayi baru lahir, pelayanan kesehatan, imunisasi, gizi seimbang, PHBS, dan tumbuh kembang.

❖ Pasal 21

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

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

❖ Pasal 22

Selain kewenangan sebagaimana dimaksud dalam pasal 18, Bidan memiliki kewenangan memberikan pelayanan berdasarkan :

- a. Penugasan dari pemerintah sesuai kebutuhan; dan/ atau
- b. Pelimpahan wewenang melakukan tindakan pelayanan kesehatan secara mandat dari Dokter.

❖ Pasal 23

- 1) Kewenangan memberikan pelayanan berdasarkan penugasan dari pemerintah sesuai kebutuhan sebagaimana yang dimaksud dalam pasal 22 huruf a, terdiri atas :
 - a. Kewenangan berdasarkan program pemerintah; dan
 - b. Kewenangan karena tidak adanya tenaga kesehatan lain disuatu wilayah tempat Bidan bertugas.
- 2) Kewenangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diperoleh Bidan setelah mendapatkan pelatihan.
- 3) Pelatihan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diselenggarakan oleh Pemerintah Pusat atau Pemerintah Daerah bersama organisasi profesi terkait berdasarkan modul dan kurikulum yang terstandarisasi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- 4) Bidan yang telah mengikuti pelatihan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) berhak memperoleh sertifikat pelatihan.
- 5) Bidan yang diberi kewenangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus mendapatkan penetapan dari Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

❖ Pasal 24

- 1) Pelayanan kesehatan yang diberikan oleh Bidan ditempat kerjanya, akibat kewenangan sebagaimana dimaksud dalam pasal 23 harus sesuai dengan kompetensi yang diperolehnya selama pelatihan.
- 2) Untuk menjamin kepatuhan terhadap penerapan kompetensi yang diperoleh Bidan selama pelatihan sebagaimana dimaksud pada ayat

- (1), Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota harus melakukan evaluasi pasca pelatihan di tempat kerja Bidan.
- 3) Evaluasi pasca pelatihan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilaksanakan paling lama 6 (enam) bulan setelah pelatihan.

❖ Pasal 25

1. Kewenangan berdasarkan program Pemerintah sebagaimana dimaksud dalam pasal 23 ayat (1) huruf a, meliputi :
 - a. Pemberian pelayanan alat kontrasepsi dalam rahim dan alat tindakankontrasepsi bawah kulit;
 - b. Asuhan antenatal terintegrasi dengan intervensi khusus penyakit tertentu;
 - c. Penanganan bayi dan anak balita sakit sesuai dengan pedoman yang ditetapkan;
 - d. Pemberian imunisasi rutin dan tambahan sesuai program pemerintah;
 - e. Melakukan pembinaan peran serta masyarakat di bidang kesehatan ibu dan anak, anak usia sekolah dan remaja, dan penyehatan lingkungan;
 - f. Pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita, anak pra sekolah dan anak sekolah;
 - g. Melaksanakan deteksi dini, merujuk, dan memberikan penyuluhan terhadap Infeksi Menular Seksual (IMS) termasuk pemberian kondom, dan penyakit lainnya;
 - h. Pencegahan penyalahgunaan narkotika, Psikotropika dan zat adiktif lainnya (NAPZA) melalui informasi dan edukasi; dan
 - i. Melaksanakan pelayanan kebidanan komunitas.

2. Kebutuhan dan penyediaan obat, vaksin, dan/atau kebutuhan logistic lainnya dalam pelaksanaan kewenangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), harus dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

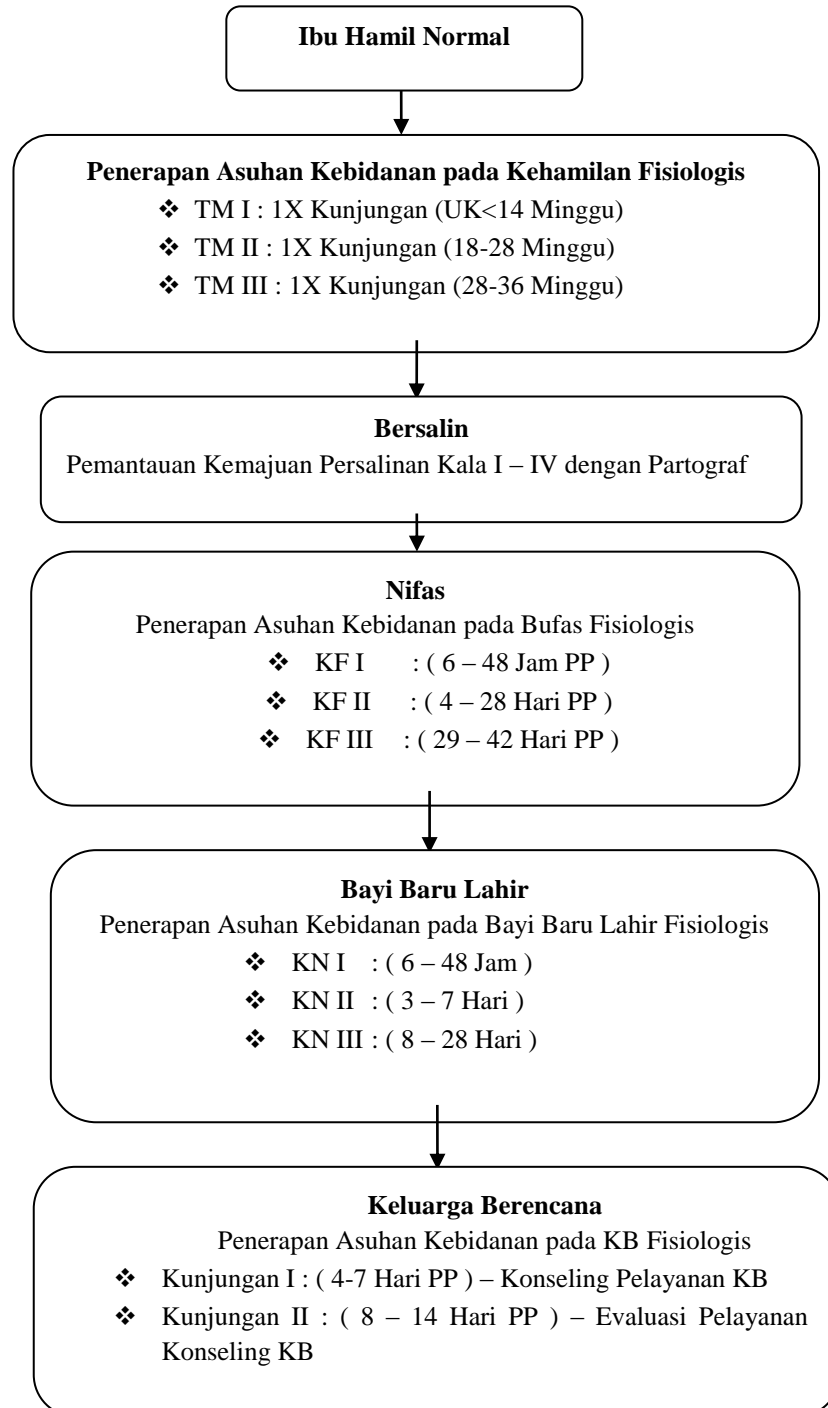
❖ Pasal 26

- 1) Kewenangan karena tidak adanya tenaga kesehatan lain disuatu wilayah tempat Bidan bertugas sebagaimana dimaksud dalam pasal 23 ayat (1) huruf a tidak berlaku, dalam hal telah tersedia tenaga kesehatan lain dengan kompetensi dan kewenangan yang sesuai.
- 2) Keadaan tidak adanya tenaga kesehatan lain disuatu wilayah tempat Bidan bertugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota setempat.

❖ Pasal 27

1. Pelimpahan wewenang melakukan tindakan pelayanan kesehatan secara mandate dari Dokter sebagaimana dimaksud dalam pasal 22 huruf b diberikan secara tertulis oleh Dokter pada fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama tempat Bidan bekerja.
2. Tindakan pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) hanya dapat diberikan dalam keadaan di mana terdapat kebutuhan pelayanan yang melebihi ketersediaan Dokter di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama tersebut.
3. Pelimpahan tindakan pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan dengan ketentuan :
 - a. Tindakan yang dilimpahkan termasuk dalam kompetensi yang telah dimiliki oleh Bidan penerima pelimpahan;
 - b. Pelaksanaan tindakan yang dilimpahkan tetap dibawah pengawasan Dokter pemberi pelimpahan;
 - c. Tindakan yang dilimpahkan tidak termasuk mengambil keputusan klinis sebagai dasar pelaksanaan tindakan; dan
 - d. Tindakan yang dilimpahkan tidak bersifat terus menerus.
4. Tindakan pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) menjadi tanggung jawab Dokter pemberi mandate, sepanjang pelaksanaan tindakan sesuai dengan pelimpahan yang diberikan.

H. KERANGKA PIKIR



BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

A. Jenis dan Rancangan Penelitian

Penelitian tentang studi kasus asuhan kebidanan berkelanjutan di Puskesmas Rewarangga dilakukan dengan menggunakan metode studi penelaahan kasus (*case study*) yang terdiri dari unit tunggal, yang berarti penelitian ini dilakukan kepada seorang ibu dalam menjalani masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir dan keluarga berencana (KB).

Rancangan penelitian ini adalah studi kasus yang merupakan suatu metode untuk memahami individu yang dilakukan secara integratif agar diperoleh pemahaman yang mendalam tentang individu tersebut beserta masalah yang dihadapinya dengan tujuan masalahnya dapat terselesaikan dan memperoleh perkembangan diri yang baik (Susilo Rahardjo & Gudnanto, 2011).

Asuhan kebidanan berkelanjutan ini dilakukan dengan penerapan asuhan kebidanan menggunakan metode 7 langkah varney dan SOAP (Subyektif, Objektif, Analisa Masalah, dan Penatalaksanaan) yang meliputi pengkajian, analisa masalah dan diagnosa, rencana tindakan, pelaksanaan, evaluasi dan pendokumentasian SOAP.

B. Lokasi dan Waktu Penelitian

Lokasi pengambilan kasus yaitu di Puskesmas Rewarangga Kecamatan Ndonga, Kabupaten Ende, Provinsi Nusa Tenggara Timur yang dilaksanakan periode 25 April-12 Juni 2019.

C. Subyek Penelitian

Dalam penulisan laporan studi kasus ini subyek merupakan orang yang dijadikan sebagai responden untuk mengambil kasus (Notoatmodjo, 2010).

Subyek kasus pada penelitian ini adalah Ibu GIII PII A0 AHII, Usia Kehamilan 38 minggu, Janin Hidup Tunggal Letak Kepala Intrauterin.

D. Instrument Pengumpulan Data

Instrumen adalah alat atau fasilitas yang digunakan oleh peneliti dalam mengumpulkan data (Ari Setiawan dan Saryono, 2011). Instrumen penelitian ini dapat berupa kuisisioner (daftar pertanyaan), formulir observasi, formulir-formulir lainnya yang berkaitan dengan pencatatan dan pelaporan (Notoatmodjo, 2010). Pada studi kasus ini penulis menggunakan instrument format pengkajian SOAP yaitu format pengkajian ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas, bayi baru lahir (BBL).

E. Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan Data

Pengumpulan data antara lain melalui data primer dan data sekunder.

1. Data Primer

Data primer adalah data yang dikumpulkan oleh peneliti sendiri (Riyanto, 2011). Data primer penulis peroleh dengan mengamati secara langsung pada pasien di Puskesmas Rewarangga dan di rumah pasien, dengan menggunakan teknik sebagai berikut :

2. Pemeriksaan fisik

Menurut Marmi (2011), pemeriksaan fisik digunakan untuk mengetahui keadaan fisik pasien secara sistematis dalam hal ini dilakukan pemeriksaan *head to toe* (pemeriksaan dari kepala sampai kaki) dengan cara:

3. Inspeksi

Inspeksi adalah pemeriksaan dilakukan dengan cara melihat bagian tubuh yang diperiksa melalui pengamatan. Fokus inspeksi pada bagian tubuh meliputi ukuran tubuh, warna, bentuk, posisi, simetris (Marmi,

2011). Inspeksi pada kasus ini dilakukan secara berurutan mulai dari kepala sampai ke kaki.

4. Palpasi

Palpasi adalah suatu teknik yang menggunakan indra peraba tangan dan jari dalam hal ini palpasi dilakukan untuk memeriksa keadaan fundus uteri dan kontraksi (Marmi, 2011). Pada kasus ini pemeriksaan Leopold meliputi nadi, Leopold I, Leopold II, III, dan IV.

5. Perkusi

Perkusi adalah pemeriksaan dengan cara mengetuk bagian tubuh tertentu untuk membandingkan dengan bagian tubuh kiri kanan dengan tujuan menghasilkan suara, perkusi bertujuan untuk mengidentifikasi lokasi, ukuran dan konsistensi jaringan (Marmi,2011). Pada laporan kasus dilakukan pemeriksaan reflex patella kanan-kiri.

6. Auskultasi

Auskultasi adalah pemeriksaan dengan cara mendengar suara yang dihasilkan oleh tubuh dengan menggunakan stetoskop. Hal-hal yang didengarkan adalah bunyi jantung, suara nafas dan bising usus (Marmi,2011). Pada kasus ibu hamil dengan pemeriksaan auskultasi meliputi dengan pemeriksaan tekanan darah dan detak jantung janin.

1) Interview (wawancara)

Interview (wawancara) adalah suatu metode yang digunakan untuk mengumpulkan data, dimana peneliti atau pewawancara mendapat keterangan secara lisan dari ibu hamil trimester III (responden), atau bercakap-cakap berhadapan muka dengan ibu tersebut (*face to face*) (Notoatmodjo, 2010). Kasus ini wawancara dilakukan dengan responden, keluarga pasien dan bidan.

2) Observasi (pengamatan)

Observasi (pengamatan) adalah suatu prosedur yang terencana, yang meliputi melihat dan mencatat fenomena tertentu yang berhubungan dengan masalah pada ibu hamil trimester III (Hermawanto, 2010). Hal ini observasi (pengamatan) dapat berupa

pemeriksaan umum, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang.

Pada laporan kasus ini akan dilakukan pemeriksaan umum, pemeriksaan tanda-tanda vital, pemeriksaan Hb dalam buku KIA (Kesehatan Ibu dan Anak) masa antenatal yaitu ibu trimester III, pengawasan persalinan ibu pada kala I,II,III,dan kala IV dengan menggunakan partograf, pengawasan ibu postpartum dengan menggunakan buku KIA (Kesehatan Ibu dan Anak).

2. Data Sekunder

Data sekunder merupakan data yang diperoleh selain dari responden tetapi juga diperoleh dari keterangan keluarga, lingkungan, mempelajari kasus dan dokumentasi pasien, catatan dalam kebidanan dan studi (Saryono,2011). Data sekunder diperoleh dari:

1. Studi dokumentasi

Studi dokumentasi adalah sumber informasi yang berhubungan dengan dokumen, baik dokumen-dokumen resmi atau pun tidak resmi. Diantaranya biografi dan catatan harian (Notoatmodjo, 2010).

2. Studi kepustakaan

Studi kepustakaan adalah bahan-bahan pustaka yang sangat penting dalam menunjang latar balakang teoritis dalam suatu penelitian (Notoatmodjo, 2010). Pada proposal ini peneliti menggunakan buku referensi dari tahun 2010-2015.

F. Alat dan bahan

Alat dan bahan yang digunakan dalam laporan kasus ini adalah

1. Wawancara

Alat yang digunakan untuk wawancara meliputi:

- 1) Format pengkajian ibu hamil, ibu bersalin, bayi baru lahir, ibu nifas dan keluarga berencana.

- 2) KMS.
 - 3) Buku tulis.
 - 4) Bolpoin dan penggaris.
2. Observasi.
- Alat dan bahan yang digunakan meliputi:
- 1) Tensimeter.
 - 2) Stetoskop.
 - 3) Thermometer.
 - 4) Timbang berat badan.
 - 5) Alat pengukur tinggi badan.
 - 6) Pita pengukur lingkaran lengan atas.
 - 7) Jam tangan dengan penunjuk detik.
 - 8) Alat pengukur Hb : Set Hb sahli, kapas kering dan kapas alcohol, HCL 0,5 % dan aquades, sarung tangan, Lanset.

G. Dokumentasi

Alat dan bahan untuk dokumentasi meliputi:

- 1) Status atau catatan pasien.
- 2) Alat tulis.

H. Etika Penelitian

Etika penelitian adalah bentuk pertanggungjawaban peneliti terhadap penelitian yang dilakukan. Masalah etika merupakan masalah yang penting karena penelitian kebidanan akan berhubungan langsung dengan manusia. Etika yang mendasari dilaksanakannya penelitian terdiri dari informed consent (persetujuan sebelum melakukan penelitian untuk dijadikan responden). Anonymity (tanpa nama), dan confidentiality (kerahasiaan).

BAB IV

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian dilakukan tepatnya di Puskesmas Rewarangga yang beralamat di Lokoboko, Kecamatan Ndona, Kabupaten Ende. Puskesmas Rewarangga memiliki empat buah Puskesmas Pembantu yaitu Poskesdes Lokoboko, Poskesdes Kedebodu, Poskesdes Ndungga dan Poskesdes Tiwutewa. Pada bulan Juni tahun 1979, Puskesmas Rewarangga merupakan sebuah Puskesmas yang di bentuk untuk mendekatkan pelayanan Kesehatan kepada masyarakat Rewarangga. Pada bulan Februari tahun 2007 resmi di jadikan Puskesmas Rawat Jalan. mempunyai fasilitas-fasilitas kesehatan yang terdiri loket, poli umum, poli gigi, poli KIA/ KB, poli gizi, poli imunisasi, poli TBC, apotik, laboratorium, dan promosi kesehatan. Puskesmas Rewarangga merupakan Puskesmas Rawat Jalan.

Tenaga kesehatan yang ada di Puskesmas Rewarangga sebanyak 58 orang yaitu Bidan 25 orang, Perawat 20 orang, tenaga Kesling 1 orang, Analis 2 orang, Gizi 2 orang, Dokter Umum 1 orang, perawat gigi 2 orang, Promosi Kesehatan 1 orang, Rekam Medik 2 orang, CS 1 orang, sopir 1, Pegawai PNS 26 orang.

Upaya pokok pelayanan di Puskesmas Rewarangga yaitu pelayanan KIA/KB, pemeriksaan bayi, balita, anak dan orang dewasa serta pelayanan imunisasi yang biasa dilaksanakan di 3 Posyandu diantaranya Posyandu Balita, Posyandu Lansia dan Posbindu (Posyandu terpadu).

Studi kasus ini dilakukan pada pasien dengan GIII PII A0 AHII, usia kehamilan 38 minggu, janin, tunggal, hidup, intrauterine, letak kepala, keadaan ibu dan janin baik, yang melakukan pemeriksaan di Puskesmas Rewarangga.

B. Tinjauan Kasus

Tinjauan kasus ini penulis akan membahas asuhan kebidanan berkelanjutan Ny. U. L, umur 34 tahun, GIII PII A0 AHII, UK 38 minggu, janin, tunggal, hidup, intrauterine, letak kepala, keadaan ibu dan janin baik, di Puskesmas Rewarangga periode tanggal 25 April sampe 12 Juni 2019 dengan metode tujuh langkah Varney dengan catatan perkembangan SOAP.

**C. ASUHAN KEBIDANAN BERKELANJUTAN PADA NY. U. L.
PERIODE TANGGAL 25 APRIL SAMPAI 12 JUNI 2019
DI PUSKESMAS REWARANGGA**

I. PENGKAJIAN

Tanggal Masuk : 25 April 2019 Pukul : 09.00 Wita
Tanggal Pengkajian : 25 April 2019 Pukul : 09.15 Wita

A. Data Subyektif

1. Biodata

Nama Istri	Ny. U. L	Nama suami	: Tn. H. D
Umur	34 tahun	Umur	: 33 Tahun
Agama	Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	SD	Pendidikan	: SD
Pekerjaan	IRT	Pekerjaan	: Petani
Suku/Bangsa	Ende/Indonesia	Suku/Bangsa	: Ende/Indonesia
Alamat	Watutoro, Kel. Lokoboko	Alamat	: Watutoro, Kel. Lokoboko
No.HP	082145129009		

- Keluhan utama : Ibu mengatakan ingin memeriksa kehamilannya ini merupakan kunjugan ke-9 di Puskesmas, mengeluh sakit pinggang.
- Riwayat keluhan : Ibu mengatakan sakit pinggang sejak 1minggu yang lalu.
- Riwayat Haid : Ibu mengatakan pertama kali haid pada umur 14 tahun. Siklus 28 hari. Teratur. Lamanya 4 hari. Sifat darah encer. Bau khas darah. Fluor albus/keputihan saat menjelang haid tidak ada. Tidak pernah merasa nyeri haid berlebihan. Banyaknya : 2-3 kali ganti pembalut dalam sehari.

5. Riwayat perkawinan : Ibu mengatakan kawin satu kali, menikah pada umur 27 tahun, perkawinan 9 tahun, status perkawinan syah.

6. Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

NO	Tahun	JK	BB / PB	Tempat	Penolong	Keterangan
1	2012	P	3000	PKM	Bidan	Hidup
2	2015	L	2900	PKM	Bidan	Hidup
3	Ini					

a. Riwayat kontrasepsi yang lalu : Ibu mengatakan memakai KB Suntik pada anak pertama selama 2 tahun dan KB suntik pada anak kedua selama 2 tahun.

b. Riwayat kehamilan sekarang

1) HPHT : 02/08/2018

2) Keluhan selama hamil : Mual dan muntah pada kehamilan awal

3) Umur kehamilan saat kontak pertama dengan petugas kesehatan 5 minggu

4) Pergerakan anak saat pertama kali umur kehamilan 5 bulan

5) Pergerakan janin sekarang lebih dari 12 kali / hari

6) Status imunisasi TT : TT1 tanggal 21/01/2019, TT2 tanggal 18/02/2019

7) Obat-obat yang pernah di konsumsi : Asam Folat, B6, SF, Kalak, Vit C, , ibu tidak pernah minum jamu-jamuan dan obat masih ada

8) BB sebelum hamil: 55, 5 kg

7. Riwayat Kesehatan ibu

Ibu mengatakan dari dulu sampai sekarang tidak pernah menderita penyakit jantung, hipertensi, diabetes, malaria, penyakit kelamin/HIV/AIDS, ginjal, asma dan tetanus serta tidak pernah di operasi.

8. Riwayat Kesehatan Keluarga

Ibu mengatakan tidak ada keluarga yang menderita penyakit jantung, hipertensi, diabetes, malaria, penyakit kelamin/HIV/AIDS, ginjal, asma dan tetanus.

9. Riwayat Psikososial

Ibu mengatakan suami dan keluarga merasa senang dengan kehamilan sekarang, selalu membantu ibu dalam melakukan pekerjaan rumah, ibu merencanakan persalinannya di Puskesmas Rewarangga, di tolong oleh bidan, pengambil keputusan dalam rumah adalah bersama. Aktivitas sehari-hari mengurus rumah tangga.

10. Pola kebiasaan sehari-hari

Pola kebiasaan	Sebelum Hamil	Selama hamil
❖ Kebutuhan Nutrisi		
Makan	3 x / Hari	4 x / Hari
Minum	5 Gelas / Hari	6-8 gelas /Hari
❖ Pola Eliminasi		
BAB	1 x / Hari	1 x / Hari
BAK	2-3 x / Hari	4-5 x / Hari
❖ Pola Seksualitas	2 x / Minggu	2 x / Minggu
❖ Personal Hygiene		
Mandi	2 x / Hari	2 x / Hari
Keramas	2 x / Minggu	2 x / Minggu
Gosok Gigi	2 x / Hari	2 x / Hari
Ganti Baju	2 x / Hari	2 x / Hari
❖ Pola Istirahat		
Siang	2 – 3 Jam / Hari	1 – 2 Jam / Hari
Malam	6 – 8 Jam / Hari	5 – 6 Jam / Hari

B. Data Obyektif

Tanggal : 25 April 2019

Pukul : 09.20 Wita

Tafsiran Persalinan : 09 Mei 2019

1. Pemeriksaan fisik umum

a. Keadaan umum : Baik

b. Kesadaran : Composmentis

- c. Berat badan sebelum : 55,5 kg
- d. Berat badan selama hamil : 62,5 kg
- e. Tinggi badan : 153 cm
- f. Bentuk tubuh : Lordosis
- g. LILA : 27 cm
- h. Tanda-tanda vital: Tekanan darah 100/70 mmhg, Nadi 80x/mnt, pernapasan : 18x/mnt suhu : 36,5°C

2. Pemeriksaan Fisik Obstetri

- Kepala : Bersih, tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan, rambut hitam.
- Wajah : Tidak oedema, tidak pucat, ada cloasma gravidarum
- Mata : Sklera putih, konjungtiva merah muda
- Hidung : Bersih, tidak ada polip
- Mulut : Bibir merah muda, tidak ada gigi yang berlubang, tidak tampak caries
- Telinga : Bersih, tidak ada serumen
- Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, vena jugularis dan kelenjar limfe.
- Payudara : Bentuk simetris, areola mengalami hiperpigmentasi, puting susu menonjol dan bersih, ada pengeluaran colostrum sedikit.
- Ketiak : Tidak ada benjolan dan nyeri tekan

Abdomen Bentuk : Membesar, sesuai dengan usia kehamilan.

Bekas luka : Tidak ada

Striae gravidarum : Ada

Palpasi Leopold :

- a. Leopold I : 3 jari bawah prosesus xifoideus, teraba bagian bulat dan melenting (bokong)

- b. Leopold II : Teraba bagian datar keras seperti papan, dan tahanan kuat pada sebelah kanan, ekstermitas atau bagian kecil disebelah kiri.
- c. Leopold III : Pada segmen bawa rahim teraba bulat dan melenting (kepala) divergen
- d. Leopold IV : sudah masuk PAP (4/5)

TFU mc Donald : 28 cm

TBBJ : 2.635 gram

Auskultasi DJJ : Punctum maksimum dibawah pusat sebelah kanan,

Frekuensi DJJ : 130x/m teratur , kuat menggunakan (doppler)

Ekstremitas atas dan bawah : Gerak Aktif, Oedema tidak oedema, varices tidak ada.

Genetalia luar : Vulva dan vagina : tidak ada keputihan, tidak ada benjolan dan nyeri tekan, tidak ada flour albus, Anus tidak ada haemoroid.

Refleks patella : +/ +

3. Pemeriksaan Penunjang

HB : 11 gr %

Protein urine : - (negative)

II. INTERPRETASI DATA DAN DIAGNOSA MASALAH

Diagnosa	Data Dasar
Ny. U. L. GIII PII A0 AHII, usia kehamilan 38 minggu, janin, hidup, tunggal, intaruterin, letak kepala, keadaan ibu dan janin baik.	Ds : Ibu mengatakan hamil anak ketiga, melahirkan 2 kali, tidak pernah keguguran, anak hidup 2 orang, mengeluh sakit pinggang, usia kehamilan 9 bulan, merasa bergerak di sebelah kiri. HPHT : 02/08/2018

	<p>Do :</p> <p>TP : 09/05/2019</p> <p>Keadaan umum ibu baik, kesadaran composmentis, tanda vital, Tekanan darah : 100/70 mmHg, Nadi 80x/m, Pernapasan 18x/m, Suhu: 36.5⁰C.</p> <p>Pemeriksaan Leopold :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Leopold I : TFU 3 jari bawah prosesus xifoideus, teraba bagian bulat dan keras melenting (bokong) 2) Leopold II : Teraba bagian datar keras seperti papan, dan tahanan kuat pada sebelah kanan, ekstermitas atau bagian kecil disebelah kiri. 3) Leopold III : Presentasi terendah teraba bulat dan melenting (kepala) divergen. 4) Leopold IV : sudah masuk PAP (4/5) TFU mc Donald : 28 cm, TBBJ : 2.635 gram <p>Auskultasi DJJ : Punctum maksimum dibawah pusat sebelah kanan, Frekuensi DJJ : 130x/menit</p> <p>Pemeriksaan Penunjang : HB 11 gr%, protein urine : - (Negatif)</p>
--	---

III. IDENTIFIKASI MASALAH POTENSIAL

Tidak Ada

IV. ANTISIPASI MASALAH POTENSIAL

Tidak Ada

V. PERENCANAAN

Tanggal : 25 April 2019

Pukul : 09.35 Wita

Tempat : Puskesmas Rewarangga

1. Informasikan kepada ibu hasil pemeriksaan
R/ Agar ibu mengetahui keadaannya ibu dan janin
2. Informasikan ketidaknyamanan trimester tiga dan cara mengatasinya
R/ Ibu mengetahui dan memahami serta dapat melakukan antisipasi dari ketidaknyamanan tersebut.
3. Anjurkan pada ibu untuk tetap mengkonsumsi makanan bergizi seimbang
R/ Makanan yang bergizi seimbang sangat penting untuk kesehatan dan dapat mencukupi kebutuhan energi ibu, serta dapat membantu pertumbuhan janin dalam kandungan serta persiapan untuk laktasi.
4. Jelaskan persiapan persalinan dan pencegahan komplikasi
R/ memastikan ibu dan keluarga telah merencanakan persalinan yang aman dan persiapan untuk penanganan komplikasi.
5. Informasikan tanda-tanda awal persalinan
R/ Membantu ibu dan keluarga mengambil keputusan segera ke fasilitas kesehatan untuk mendapat pertolongan persalinan yang aman.
6. Informasikan tanda bahaya trimester tiga
R/ Mendeteksi dini kemungkinan komplikasi yang terjadi
7. Beri ibu tablet tambah darah, vitamin c, dan kalsium laktat
R/ Tablet tambah darah untuk membantu memenuhi kebutuhan tubuh akan zat besi, vitamin c membantu penyerapan zat besi, serta kalsium laktat untuk memenuhi kebutuhan bayi dalam proses pertumbuhan tulang dan gigi.

8. Jadwal kunjungan ulang

R/ Memantau kesehatan ibu dan janin serta mendeteksi dini adanya kelainan atau komplikasi

9. Lakukan Dokumentasi

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

VI. PELAKSANAAN

Tanggal : 25 April 2019 Pukul : 09.50 Wita

Tempat : Puskesmas Rewarangga

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarganya bahwa janin yang ada dikandung ibu baik, janin hidup tunggal, begitu pula dengan keadaan ibu baik.
2. Menginformasikan ketidaknyamanan trimester tiga yang dialami ibu dan cara mengatasinya seperti :
 - a. Sakit pinggang, disebabkan oleh uterus yang membesar dan jatuh kedepan dan perubahan titik berat tubuh yang tepatnya agak ke belakang. Cara mengatasinya posisi atau sikap tubuh yang baik selama melakukan aktifitas, hindari mengangkat barang berat, gunakan bantal ketika tidur untuk meluruskan punggung.
 - b. Kram pada kaki/ betis, bisa terjadi karena kekurangan asupan kalsium, pembesaran uterus sehingga memberi tekanan pada pembuluh darah pelvik, dengan demikian dapat menurunkan sirkulasi darah ke tungkai bagian bawah. Cara mengatasinya: latihan dorso fleksi pada kaki dengan cara menekan jari-jari kaki kearah lutut, serta minum susu.
 - c. Obstipasi, terjadi karena penurunan peristaltik usus besar karena pengaruh hormon progesteron dan efek samping penggunaan zat besi. Cara mengatasinya yaitu minum air putih minimal 8 gelas/ hari, segera buang air besar setelah ada dorongan, makan

makanan berserat seperti sayuran dan buah-buahan, lakukan aktifitas jalan santai setiap pagi hari.

3. Mengajarkan ibu tetap untuk mengkonsumsi makanan bergizi seimbang agar kebutuhan gizi ibu dan janin terpenuhi, seperti makan makanan yang mengandung karbohidrat (nasi, ubi, roti), tinggi protein (telur, susu, daging, ikan, kacang-kacangan), sayuran hijau, buah-buahan, minum air putih minimal 8 gelas perhari.
4. Menjelaskan tentang persiapan persalinan dan pencegahan komplikasi, memberitahu ibu untuk mendiskusikan bersama keluarga tentang P4K yaitu : Tafsiran persalinan ibu tanggal 09 Mei 2019, siapa yang akan menolong persalinan, tempat persalinan di mana (dianjurkan harus melahirkan di fasilitas kesehatan memadai seperti puskesmas/rumah sakit), siapa yang akan mendampingi ibu saat proses persalinan, menyiapkan transportasi untuk mengantar ibu ke fasilitas kesehatan bila sudah ada tanda persalinan, menyiapkan dana/ uang serta kartu BPJS/KIS, menyiapkan calon pendonor darah minimal 2 orang yang memiliki golongan darah yang sama dengan ibu (golongan darah O).
5. Menginformasikan tanda bahaya trimester tiga yaitu : perdarahan pervaginam, sakit kepala yang hebat, penglihatan kabur, bengkak di wajah dan jari-jari tangan, keluar cairan pervaginam, janin dirasakan kurang bergerak dibandingkan sebelumnya. Bila mengalami salah satu tanda bahaya tersebut ibu harus segera ke fasilitas kesehatan agar mendapat penanganan segera dan tepat.
6. Memberikan ibu tablet tambah darah dan vitamin c dengan dosis 1x1 tablet sesudah makan (tablet tiap pagi dan malam), dan kalsium laktat dengan dosis 2x1 tablet setiap siang sesudah makan. Obat diminum menggunakan air putih, tidak boleh minum bersamaan dengan kopi, teh atau susu karena menghambat penyerapan zat besi.
7. Menginformasikan jadwal kunjungan ulang yakni pada tanggal 02 Mei 2019 atau bila ada keluhan sebelum tanggal tersebut.

8. Melakukan pendokumentasian semua asuhan yang telah diberikan pada kartu ibu, buku KIA, dan register kohort ibu hamil.

VII. EVALUASI

Tanggal : 25 April 2019

Pukul : 10.00 Wita

Tempat : Puskesmas Rewarangga

1. Ibu mengerti dengan penjelasan hasil pemeriksaan yang diberikan bahwa kondisi umumnya normal dan keadaan janinnya baik dan sehat
2. Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan
3. Ibu mengerti dengan anjuran yang diberikan
4. Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan
5. Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan
6. Ibu mengerti dengan anjuran dan akan tetap mengonsumsi obat dan vitamin
7. Kunjungan ulangan sudah dijadwalkan yaitu tanggal 28-04-2019 atau jika ada keluhan sakit pinggang dan tanda-tanda melahirkan
8. Hasil pemeriksaan sudah didokumentasikan di buku KIA, register ibu hamil, kartu ibu dan kohort pasien.

CATATAN PERKEMBANGAN I
(KEHAMILAN)

Tanggal : 02 Mei 2019

Pukul : 10.00 Wita

Tempat : Rumah Ibu U. L

S : Ibu mengatakan masih merasa sakit pinggang sejak satu minggu yang lalu

O :

Keadaan umum baik, kesadaran composmentis. konjungtiva : merah muda. anda

vital : Tekanan darah : 110/70 mmhg, Nadi 80x/menit, Pernapasan 20x/menit,

Suhu : 36,8⁰C, palpasi Abdomen :

1. Leopold I : 3 jari bawah prosesus xifoideus, teraba bagian bulat dan melenting (bokong)
2. Leopold II : Teraba bagian datar keras seperti papan, dan tahanan kuat pada sebelah kanan, ekstermitas atau bagian kecil disebelah kiri.
3. Leopold III : Presentasi terendah teraba bulat dan melenting (kepala) divergen
4. Leopold IV : Kepala sudah masuk PAP 4/5

His -, TFU mc Donald : 28 cm, TBBJ : 2.635 gram

Auskultasi :

Punctum maksimum dibawah pusat sebelah kanan, Frekuensi DJJ 138x/menit

A :

Ny. U. L, GIII PII A0 AHII, Umur Kehamilan 39 minggu, Janin, Tunggal Hidup, Intrauterin, letak kepala, Keadaan Ibu dan Janin Baik.

P :

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan kepada ibu bahwa keadaan umum baik serta tanda vital normal. Ibu dan keluarga memahami penjelasan yang diberikan
2. Mengingatkan kembali pada ibu tanda-tanda persalinan meliputi timbulnya kontraksi semakin jelas dan bahkan menyakitkan, lendir bercampur darah

dari vagina dan dorongan energi, agar ibu segera kefasilitas kesehatan sehingga dapat ditolong.

3. Menanyakan kepada ibu mengenai persiapan persalinan meliputi biaya persalinan, rencana tempat persalinan, Penolong persalinan, sarana transportasi, persiapan pakaian ibu dan bayi.
4. Mengkaji ulang poin konseling pada kunjungan ANC lalu. Ibu masih dapat mengulang pesan yang disampaikan Bidan meliputi ketidaknyamanan, latihan pernafasan, gizi seimbang ibu hamil, tanda bahaya kehamilan trimester III, tanda persalinan, dan persiapan persalinan
5. Menjelaskan macam-macam KB pasca salin bagi persiapan ibu setelah persalinan nantinya, ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan sudah berdiskusi dengan suami memilih memakai KB suntik.
6. Menganjurkan ibu untuk tetap mengkonsumsi obat-obatan yang didapat dari Puskesmas yaitu tablet SF, Kalk dan Vit C. Ibu akan mengikuti anjuran yang diberikan.
7. Mengingatkan ibu kontrol di Puskesmas tanggal 09 Mei 2018 atau sewaktu-waktu apabila ada keluhan istimewa dan mengganggu sebelum tanggal kunjungan ulangan.

CATATAN PERKEMBANGAN II
(PERSALINAN) KALA II

Tanggal : 03 Mei 2019 **Pukul : 09.50 Wita**
Tempat : Puskesmas Rewarangga

S :

Ibu merasa mules dari pinggang menjalar ke perut yang semakin sering ,bertambah kuat, serta keluar air-air cukup banyak dan ingin BAB

O :

Keadaan ibu baik, kesadaran : komposmentis, ekspresi wajah ibu meringis kesakitan. Ketuban pecah spontan warna jernih,tampak vulva dan anus membuka, TD : 110/70 mmHg, Nadi 80x/mnt, suhu 36,7°c, His + 5x10 mnt lama 50 detik, kuat dan teratur. DJJ 148x/ mnt teratur. Pemeriksaan dalam : jam : 10.00 wita. Hasilnya :vulva vagina tidak oedema, Portio : Tidak teraba, Pembukaan 10 cm, Kantong ketuban negatif, Presentasi belakang kepala, kepala turun hodge IV

A:

Ny. U. L. GIII PII A0 AHII, Usia Kehamilan 39 minggu 1 hari, Janin Hidup, Tunggal, Letak Kepala, Intra Uterin, Inpartu kala II

P :

1. Memberitahukan kepada ibu dan suami tentang hasil pemeriksaan yaitu keadaan ibu dan janin baik. Ibu mengerti dan mengatakan sudah siap secara mental dan fisik untuk menghadapi proses persalinannya.
2. Menjelaskan proses persalinan kepada ibu dan keluarga, ibu dan keluarga mengerti dengan penjelasan yang diberikan.
3. Melakukan pertolongan persalinan sesuai 60 langkah APN (langkah 1-30)
 - 1) Melihat dan mengenal tanda gejala kala II, ada tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan vagina, perinium menonjol, vulva dan sfingter ani membuka.

- 2) Memastikan kelengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan menatalaksana komplikasi. Ibu dan bayi baru lahir.
- 3) Menyiapkan tempat yang datar, rata, bersih, dan kering, alat penghisap lendir, lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm diatas tubuh bayi untuk resusitasi. Menggelar kain diatas perut ibu, tempat resusitasi dan ganjal bahu bayi, serta menyiapkan oxytocin dan alat suntik steril sekali pakai di dalam partus set. Obat dan peralatan sudah lengkap.
- 4) Memakai celemek plastik.
- 5) Melepas dan menyimpan semua perhiasan yang dipakai, mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan tangan dengan tisu.
- 6) Memakai sarung tangan DTT untuk melakukan pemeriksaan dalam.
- 7) Memasukkan oksitosin kedalam alat suntik (menggunakan tangan yang memakai sarung tangan steril) serta memastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik.
- 8) Membersihkan vulva dan perinium, menyeka dengan hati-hati dari depan ke belakang menggunakan kapas yang dibasahi air matang (DTT).
- 9) Melakukan pemeriksaan dalam, pembukaan sudah lengkap.
- 10) Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, kemudian membuka sarung tangan dalam keadaan terbalik dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5%.
- 11) Memeriksa denyut jantung janin (DJJ) saat relaksasi uterus dan mencatat dalam lembar partograf.
- 12) Memberitahukan hasil pemeriksaan pada ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik, dan membantu ibu untuk menentukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya

- 13) Menjelaskan pada suami ibu untuk membantu menyiapkan ibu pada posisi yang sesuai keinginan ibu ketika ada dorongan untuk meneran saat ada kontraksi yaitu posisi miring kiri saat relaksasi dan posisi ½ duduk saat ingin meneran.
- 14) Melaksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran.
- 15) Membimbing ibu agar dapat meneran secara benar dan efektif yaitu ibu hanya boleh meneran saat ada dorongan yang kuat dan spontan untuk meneran, tidak meneran berkepanjangan dan menahan nafas.
- 16) Mendukung dan memberi semangat pada ibu saat meneran, serta memperbaiki cara meneran yang tidak sesuai.
- 17) Menganjurkan ibu untuk beristirahat diantara kontraksi.
- 18) Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai, DJJ 140 kali/menit.
- 19) Menganjurkan ibu untuk tidur miring kiri di antara kontraksi
- 20) Meletakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut ibu, saat kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm.
- 21) Meletakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian di bawah bokong ibu.
- 22) Membuka tutup partus set dan memperhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan, alat sudah lengkap.
- 23) Memakai sarung tangan steril pada kedua tangan.
- 24) Kepala janin terlihat pada vulva dengan diameter 5-6 cm membuka vulva, melindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala. Menganjurkan ibu untuk meneran perlahan sambil bernapas cepat dan dangkal.
- 25) Memeriksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat.
- 26) Tidak terdapat lilitan tali pusat pada leher bayi.
- 27) Menunggu hingga kepala janin selesai melakukan putaran paksi luar secara spontan. Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, kepala di pegang secara biparental. Menganjurkan ibu untuk meneran saat

kontraksi, dengan lembut, kepala bayi digerakan ke arah atas dan distal hingga bahu depan muncul di bawah arkus pubis, kemudian menggerakkan kepala ke arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang. Setelah kedua bahu lahir, menggeser tangan bawah ke arah perineum ibu untuk menyangga kepala, lengan dan siku bayi sebelah bawah. Menggunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang tangan dan siku sebelah atas. Setelah tubuh dan lengan bayi lahir, menelusuri tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai, dan kaki. Pegang kedua mata kaki (memasukan telunjuk di antara kaki dan pegang masing-masing mata kaki dengan ibu jari dan jari-jari lainnya).

- 28) Melakukan penilaian bayi Pukul 10:20 Wita : Bayi lahir spontan pervaginam, langsung menangis kuat, gerakan aktif.
- 29) Mengeringkan tubuh bayi, mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Mengganti handuk basah dengan handuk/kain yang kering meletakkan bayi diatas perut ibu.
- 30) Menempatkan bayi untuk melakukan kontak kulit ibu dan bayi, dengan posisi tengkurap di dada ibu. meluruskan bahu bayi sehingga bayi menempel dengan baik di dinding dada dan perut ibu. Usahakan kepala bayi berada diantara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting payudara ibu dan menyelimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan memasang topi di kepala bayi.

CATATAN PERKEMBANGAN III
(PERSALINAN) KALA III

Tanggal : 03 Mei 2019

Pukul : 10:22 Wita

Tempat : Puskesmas Rewarangga

S : Ibu mengatakan merasa mules pada bagian perut.

O :

Keadaan Umum : Baik, Kesadaran : Composmentis, Genetalia : Ada pengeluaran darah secara tiba-tiba dan singkat dari jalan lahir dan tali pusat bertambah panjang.

A : Ny. U. L. PIII A0 AHIII, kala III

P : Melakukan pertolongan persalinan kala III (langkah 31-40).

- 31) Memeriksa kembali uterus, TFU setinggi pusat, bayi tunggal.
- 32) Memberitahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi baik. Menyuntikkan oksitosin 10 unit IM (intramaskular) pada 1/3 paha atas bagian distal lateral pada pukul 10:21 Wita. Setelah 2 menit bayi lahir, Pukul 10:22 Wita, menjepit tali pusat dengan klem tali pusat steril kira-kira 3 cm dari pusar (umbilicus) bayi. Mendorong isi tali pusat ke arah distal (ibu) dan menjepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama. Melakukan pemotongan tali pusat dengan menggunakan satu tangan mengangkat tali pusat yang telah dijepit kemudian melakukan pengguntingan sambil melindungi perut bayi. Tali pusat telah dijepit dan dipotong.
- 33) Memindahkan klem tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva.
- 34) Meletakkan satu tangan diatas perut ibu, di tepi atas simfisis, untuk meraba kontraksi uterus dan menekan uterus dan tangan lain menegangkan tali pusat.

- 35) Uterus berkontraksi, menegangkan tali pusat dengan tangan kanan, sementara tangan kiri menekan uterus dengan hati-hati ke arah dorsokranial.
- 36) Melakukan penegangan dan dorongan dorsokranial hingga plasenta terlepas, meminta ibu meneran sambil menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian ke arah atas, mengikuti poros jalan lahir, dan kembali memindahkan klem hingga berjarak 5-10 cm dari vulva.
- 37) Plasenta muncul di introitus vagina, melahirkan plasenta dengan kedua tangan. memegang dan memutar plasenta hingga selaput terpin, kemudian melahirkan dan menempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan. Pukul 10:25 Wita : Plasenta lahir spontan.
- 38) Melakukan masase uterus dengan meletakkan telapak tangan di fundus dan melakukan masase, kontraksi uterus baik, TFU 2 jari bawah pusat.
- 39) Memeriksa kedua sisi plasenta, bagian fetal selaput utuh, insersi tali pusat sentralis, panjang tali pusat ± 50 cm, bagian maternal lengkap ada 15 kotiledon. Memasukan plasenta ke dalam kantong plastik atau tempat khusus.
- 40) Mengevaluasi kemungkinan terjadi laserasi pada vagina dan perineum, tidak terdapat luka robekan selaput perineum, kulit perineum dan mukosa vagina. Perdarahan ± 100 cc.

CATATAN PERKEMBANGAN IV
(PERSALINAN) KALA IV

Tanggal : 03 Mei 2019

Pukul : 11.00 Wita

Tempat: Puskesmas Rewarangga

S :

Ibu mengatakan merasa senang dengan kelahiran putranya, ibu juga mengatakan lelah dan mules pada bagian perut,serta nyeri pada jalan lahir.

O :

Keadaan umum : Baik, Kesadaran : Composmentis, Tanda – tanda vital : Tekanan Darah : 110/60 MmHg, Suhu : 37⁰ C, Nadi : 82 kali/menit, Pernapasan : 18 kali/menit, Pemeriksaan kebidanan : TFU : 2 jari bawah pusat, kontraksi uterus baik, Perdarahan : normal (±100cc)

A : Ny. U. L. PIII A0 AHIII, Kala IV

P : Melakukan Asuhan Kala IV (langkah 41-60)

- 41) Memastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam, kontraksi uterus baik, tidak ada perdarahan abnormal.
- 42) Mencekupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan clorin 0,5 %, mencuci tangan dan keringkan dengan tissue.
- 43) Memastikan kandung kemih kosong.
- 44) Mengajarkan ibu/keluarga cara menilai kontraksi dan melakukan masase uterus yaitu apabila perut teraba bundar dan keras artinya uterus berkontraksi dengan baik namun sebaliknya apabila perut ibu teraba lembek maka uterus tidak berkontraksi yang akan menyebabkan perdarahan dan untuk mengatasi uterus yang teraba lembek ibu atau suami harus melakukan masase uterus dengan cara meletakkan satu tangan diatas perut ibu sambil melakukan gerakan memutar searah jarum jam hingga perut teraba keras.

- 45) Mengevaluasi dan mengestimasi jumlah kehilangan darah ± 100 ml yaitu basah 2 pembalut dengan panjang 1 pembalut 18,5 cm.
- 46) Memeriksa nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit jam kedua pasca persalinan. Memeriksa temperatur suhu tubuh ibu sekali setiap jam selama 2 jam pertama pasca persalinan dan mencatat hasil pemantauan dalam lembar Partograf.
- 47) Memeriksa kembali bayi untuk memastikan bahwa ia bernapas dengan baik serta suhu tubuh normal.
- 48) Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Mencuci dan membilas peralatan setelah didekontaminasi.
- 49) Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah infeksius dan non infeksius.
- 50) Membersihkan badan ibu dengan menggunakan air DTT, serta membantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
- 51) Memastikan ibu merasa nyaman dan memberitahu keluarga untuk membantu apabila ibu ingin minum. Ibu sudah nyaman dan sudah makan dan minum pada jam 11:15 Wita.
- 52) Mendekontaminasi tempat persalinan dengan larutan klorin 0.5%.
- 53) Mencelupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, balikan bagian dalam ke luar dan rendam dalam larutan klorin 0,5 % selama 10 menit
- 54) Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir, kemudian keringkan dengan tissue.
- 55) Memakai sarung tangan DTT untuk melakukan pemeriksaan fisik bayi setelah 1 jam pertama, Pukul 11.00 Wita. Jenis kelamin Laki-laki. Tanda vital : Suhu : $36,7^{\circ}\text{C}$, Nadi : 138x/m, RR : 40 x/menit, Berat badan 3.000 gram, panjang badan 48 cm, lingkar kepala 33 cm, lingkar dada 32 cm, lingkar perut 32 cm.

a) Pemeriksaan fisik

Kepala : Tidak ada caput succadeneum dan cephal hematoma

Wajah : Kemerahan, tidak ada oedema

Mata : Konjungtiva tidak pucat dan sklera tidak ikterik, serta tidak ada infeksi

Telinga : Simetris, tidak terdapat pengeluaran secret

Hidung : Tidak ada secret, tidak ada pernapasan cuping hidung

Mulut : Tidak ada sianosis dan tidak ada labiopalato skizis

Leher : Tidak ada benjolan

Dada : Tidak ada retraksi dinding dada, bunyi jantung normal dan teratur

Abdomen : Tidak ada perdarahan tali pusat, bising usus normal, dan tidak kembung

Genitalia : Testis sudah turun kedalam skrotum, ujung penis ada lubang uretra.

Anus : Ada lubang anus

Punggung: Tidak ada kelainan

Ekstermitas : Jari tangan dan kaki lengkap, tidak oedema, gerak aktif, tidak ada polidaktili, kulit kemerahan.

b) Refleks

Refleks Moro : Baik, saat diberi rangsangan kedua tangan dan kaki seakan merangkul

Refleks Rooting : Baik, saat diberi rangsangan pada pipi bayi, bayi langsung menoleh kearah rangsangan.

Refleks sucking : Baik

Refleks Grapsing : Baik, pada saat telapak tangan disentuh, bayi seperti menggenggam.

c) Eliminasi : BAK : Belum ada, BAB : Belum ada.

- 56) Memberikan salep mata oksitetrasiklin 1 % dan menyuntikan vitamin K1 1 mg secara intramuscular di paha kiri anterolateral, mengukur suhu tubuh setiap 15 menit dan di isi partograf
- 57) Menginformasikan kepada ibu bahwa kondisi anaknya baik tidak cacat, HBO diberikan jam 13.00 Wita.
- 58) Melepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan merendam dalam larutan clorin 0,5 % selama 10 menit.
- 59) Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir lalu dikeringkan dengan tisu.
- 60) Melengkapi partograf (halaman depan dan belakang).

Tabel: 2.9 Pengawasan 2 Jam Post Partum

Pemantauan Ibu : Tiap 15 menit pada jam pertama, tiap 30 menit pada jam kedua

Waktu	Tensi	Suhu	Nadi	TFU	Kontraksi	Darah	KK	Ket
11.00	110/60	37°C	82x	2 jr bpst	Baik	50 cc	Kosong	
11.15	110/60		82x	2 jr bpst	Baik	0	Kosong	
11.30	110/60		82x	2 jr bpst	Baik	0	Kosong	
11.45	110/60		82x	2 jr bpst	Baik	0	Kosong	
12.15	120/70	37°C	84x	2 jr bpst	Baik	50 cc	Kosong	
12.45	120/70		84x	2 jr bpst	Baik	0	Kosong	

Pemantauan Bayi Bari Lahir : Tiap 15 menit pada jam pertama, tiap 30 menit pada jam kedua.

Waktu	Napas	suhu	Warna	Gerakan	Isapan ASI	Tali Pusat	Kejang	BA B/B AK
11.10	40x	36,7	Merah muda	Aktif	Kuat	Tidak Berdarah	Tidak	-/-
11.25	40x		Merah muda	Aktif	Kuat	Tidak Berdarah	Tidak	-/-
11.40	40x		Merah muda	Aktif	Kuat	Tidak Berdarah	Tidak	-/-
11.55	40x		Merah muda	Aktif	Kuat	Tidak Berdarah	Tidak	-/-
12.25	45x	37,0	Merah muda	Aktif	Kuat	Tidak Berdarah	Tidak	1/1
12.55	45x		Merah muda	Aktif	Kuat	Tidak Berdarah	Tidak	-/-

CATATAN PERKEMBANGAN V

(KN I DAN KF I)

Tanggal : 04 Mei 2019

Pukul : 09.00 Wita

Tempat : Puskesmas Rewarangga

1. BAYI

S :

Ibu mengatakan bayinya menangis kuat, isap ASI kuat, sudah buang air besar 1 kali dan buang air kecil 2 kali, keluhan lain tidak ada.

O :

Keadaan umum : Baik, kesadaran composmentis, tangisan kuat, tonus otot baik gerak aktif, warna kulit kemerahan, isap ASI kuat. Tanda-tanda vital : pernafasan 40 kali, frekuensi jantung 136 kali/menit, suhu 36,7 °C, tali pusat layu, tidak ikterus, BAB 1 kali, BAK 2 kali.

A : Neonatus Cukup Bulan Sesuai Masa Kehamilan Umur 1 Hari

P :

- 1) Menginformasikan kepada ibu dan suami bahwa bayi dalam keadaan baik.

Ibu dan suami mengerti dan merasa senang dengan keadaan bayinya.

- 2) Menganjurkan ibu untuk selalu menjaga kehangatan bayi dengan cara tidak membiarkan bayi telanjang terlalu lama, segera bungkus dengan kain hangat dan bersih, tidak menidurkan bayi di tempat dingin, dekat jendela yang terbuka, segera mengganti pakaian bayi jika basah, agar bayi tidak kehilangan panas.
- 3) Menganjurkan ibu untuk memberi ASI awal/menyusui dini pada bayinya sesering mungkin setiap \pm 2-3 jam, setiap kali bayi inginkan, paling sedikit 8-12 kali sehari tanpa dijadwalkan, menyusui bayi sampai payudara terasa kosong lalu pindahkan ke payudara disisi yang lain sampai bayi melepaskan sendiri agar kebutuhan nutrisi bayi terpenuhi serta terjalin hubungan kasih sayang antara ibu dan bayi.

- 4) Menjelaskan cara merawat tali pusat bayi agar tetap bersih dan kering yaitu mencuci tangan sebelum dan sesudah merawat tali pusat, tali pusat dibiarkan terbuka, jangan dibungkus/diolesi cairan/ramuan apapun, jika tali pusat kotor, bersihkan dengan air matang dan sabun lalu dikeringkan dengan kain bersih secara seksama serta melipat dan mengikat popok dibawah tali pusat agar tidak terjadi infeksi pada tali pusat.
- 5) Menginformasikan kepada ibu dan suami tanda bahaya pada bayi baru lahir, antara lain ; tidak mau menyusu, kejang-kejang, lemah, sesak nafas, ada tarikan dinding dada bagian bawah ke dalam, bayi merintih atau menangis terus menerus, tali pusat kemerahan sampai dinding perut, berbau atau bernanah, demam/panas tinggi, mata bayi bernanah, diare/buang air besar dalam bentuk cair lebih dari 3 kali sehari, kulit dan mata bayi kuning, tinja bayi saat buang air besar berwarna pucat.
- 6) Menyampaikan kepada ibu dan suami bahwa tanggal 08 Mei 2019, penulis akan melakukan kunjungan rumah. Pasien diijinkan pulang pukul 10.00 Wita
- 7) Mendokumentasikan hasil pemeriksaan dan asuhan pada status pasien.

2. IBU

S : Ibu mengatakan masih terasa mules.

O :

Keadaan umum : baik, kesadaran composmentis, tekanan darah 120/70 mmHg, nadi 80 kali/menit, suhu 36,8⁰c, pernapasan 20 kali/menit.

1) Inspeksi

Muka tidak ada oedema, tidak pucat, mata konjungtiva merah muda, sklera putih mulut bibir merah muda, lembab, payudara membesar, puting susu menonjol, ada pengeluaran ASI (colostrum), ekstremitas atas tidak oedema, warna kuku merah muda, ekstremitas bawah tidak odema, tidak nyeri. Genitalia tidak ada oedema, tidak terdapat luka

jahitan perineum, perdarahan normal \pm 75 cc (basah 1 ½ pembalut), warna merah, lochea rubra, anus tidak ada haemoroid.

2) Palpasi

Abdomen : Kontraksi uterus baik (keras), TFU 2 jari bawah pusat, kandung kemih kosong.

A : Ny. U. L. PIII A0 AHII, Post Partum 1 Hari.

P :

- 1) Menginformasikan hasil pemeriksaan kepada ibu, bahwa ibu dalam keadaan baik.

Ibu mengerti dan merasa senang dengan informasi yang disampaikan.

- 2) Menjelaskan kepada ibu bahwa rasa mules pada perut adalah normal pada ibu dalam masa nifas karena rahim yang berkontraksi dalam proses pemulihan untuk mengurangi perdarahan.

Ibu mengerti dengan informasi yang diterima dan ibu merasa tenang.

- 3) Mengingatkan ibu untuk selalu memantau kontraksi uterus dimana perut teraba bundar dan keras artinya uterus berkontraksi dengan baik, apabila perut ibu teraba lembek maka uterus tidak berkontraksi, akan menyebabkan perdarahan, untuk mengatasinya ibu/keluarga harus melakukan masase dengan cara meletakkan satu tangan diatas perut ibu sambil melakukan gerakan memutar searah jarum jam hingga perut teraba keras.

Ibu mengerti dan mampu melakukan masase uterus dengan benar.

- 4) Menganjurkan ibu untuk melakukan kontak dengan bayi seperti menyentuh, berbicara dengan bayi.

Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan.

- 5) Menganjurkan ibu untuk menyusui bayinya lebih awal dan tidak membuang ASI pertama yang berwarna kekuningan (kolostrum) karena ASI pertama mengandung zat kekebalan yang berguna untuk bayi.

Ibu mengerti dan akan selalu menyusui kapanpun bayi inginkan serta tidak akan membuang ASI pertama

- 6) Menganjurkan ibu untuk memberikan ASI eksklusif (memberikan ASI saja tanpa memberikan makanan tambahan apapun sampe umur 6 bulan).

Ibu mengerti dan akan selalu menyusui bayinya.

- 7) Menasehati ibu bahwa hubungan seksual dapat dilakukan setelah darah telah berhenti, tentunya dengan memperhatikan aspek keselamatan ibu. apabila hubungan seksual saat ini belum diinginkan karena ketidaknyamanan ibu, kelelahan dan kecemasan berlebih maka tidak perlu dilakukan. Pada saat melakukan hubungan seksual maka diharapkan ibu dan suami melihat waktu, dan gunakan alat kontrasepsi misalkan kondom. Ibu mengerti dan akan memperhatikan pola seksualnya.

- 8) Memberikan terapi berupa amoxilin 10 tablet dengan dosis minumnya 3x500 mg/hari, sulfat ferosus 30 tablet dengan dosis 1x1/hari, vitamin C 30 tablet dengan dosis 1x1/hari, Kalak 20 tablet dengan dosis 1x1/hari.

Ibu menerima obat dan meminumnya sesuai aturan yang diberikan.

- 9) Menyampaikan kepada ibu dan suami bahwa tanggal 08 Mei 2019 penulis melakukan kunjungan rumah .

Ibu dan suami bersedia untuk dikunjungi tanggal 08 Mei 2019.

- 10) Tanggal 04 Mei 2019, pukul 10.00 Wita ibu diperbolehkan pulang .

Ibu dan bayi sudah pulang jam 10.00 Wita.

CATATAN PERKEMBANGAN VI
HARI KE-4 POST PARTUM (KF 2 DAN KN2)

Tanggal: 08 Mei 2019

Pukul: 09.00 Wita

Tempat : Rumah Ibu U. L

1. IBU

S :

Ibu mengatakan tidak ada keluhan yang ingin disampaikan, ibu mengatakan produksi ASI nya baik serta darah yang keluar hanya sedikit dan berwarna merah kecoklatan.

O :

Keadaan umum : baik, Kesadaran : composmentis, tanda vital : tekanan darah 110/70mmHg, nadi: 80x/menit, pernapasan: 20x/menit, suhu: 37°C, tidak ada oedema di wajah, tidak ada pembesaran kelenjar di leher, puting menonjol, pengeluaran ASI sudah banyak, tinggi 2 jari di atas symphysis, kontraksi uterus baik, lochea sanguilenta, pengeluaran lochea tidak berbau, ekstermitas simetris, tidak oedema.

A : Ny. U. L. PIII A0 AHIII, postpartum normal hari ke-4

P :

1. Menginformasikan kepada ibu bahwa kondisi baik, tanda vital dalam batas normal, ibu terlihat senang mendengar informasi yang diberikan.
2. Menginformasikan bahwa kandungan ibu sudah kembali normal sesuai hasil pemeriksaan. Ibu mengerti dengan penjelasan.
3. Menganjurkan ibu untuk terus mengkonsumsi makanan bergizi seperti sayuran hijau (bayam, kangkung, daun singkong, daun kelor) protein (tahu, tempe, telur, ikan, daging, kacang hijau) buah-buahan dan porsi makan ditingkatkan 2 kali lebih banyak dari porsi sebelum hamil.
4. 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.

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 depresi, dan ketidakmampuan merawat bayi sendiri.

Ibu bersedia mengikuti anjuran yang diberikan.

6. Menjadwalkan kunjungan ulangan pada tanggal 31 Mei 2019 penulis menyampaikan akan melakukan kunjungan rumah.
7. Mendokumentasikan semua asuhan yang diberikan ke dalam buku KIA dan buku kunjungan rumah.

2. BAYI

S :

Ibu mengatakan kondisi anaknya baik-baik saja, isap ASI kuat, gerak aktif, tangis kuat, tidak ada keluhan yang lain.

O :

Keadaan umum : baik, Kesadaran : composmentis, tanda vital : nadi : 140x/mnt, pernapasan : 38x/menit, suhu : 36,8°C, BB 3500 gram PB 51 cm, kulit kemerahan, bayi terlihat menghisap kuat, tali pusat sudah lepas dan tidak infeksi, eliminasi : BAB (+) 1x, BAK (+) 5x.

A : Neonatus cukup bulan sesuai masa kehamilan usia 4 hari

P :

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan bayi kepada ibunya bahwa tanda-tanda vital bayi dalam keadaan normal.
2. Memeriksa tali pusat bayi.
3. Memastikan bayi mendapatkan ASI yang cukup.
4. Menjadwalkan kunjungan ulangan pada tanggal 01 Juni 2019, penulis akan melakukan kunjungan rumah

CATATAN PERKEMBANGAN VII

(KF 3 DAN KN 3)

Tanggal : 01 Juni 2018

Pukul : 10.00 WITA

Tempat : Rumah Ibu U. L

1. IBU

S : Ibu mengatakan tidak ada keluhan

O :

Keadaan umum : baik, Kesadaran : composmentis, Tanda vital : Tekanan darah : 120/70 mmhg, suhu : 36,5 °C, Nadi : 78 x/menit, pernapasan : 20x/menit. Pemeriksaan fisik : kepala normal, wajah tidak oedema, konjungtiva merah muda, sklera putih, leher tidak ada pembesaran kelenjar dan vena jugularis, payudara bersih, simetris, produksi ASI ada dan banyak, tinggi fundus uteri tidak teraba, genitalia lochea alba, ekstermitas tidak oedema.

A : Ny. U. L. PIII A0 AHIII, postpartum normal hari ke-28.

P :

1. Menginformasikan kepada ibu hasil pemeriksaan terhadap ibu bahwa kondisi ibu normal, ibu senang mendengar informasi yang diberikan.
2. Menginformasikan bahwa kandungan ibu sudah kembali normal sesuai hasil pemeriksaan. Ibu mengerti dengan penjelasan.
3. Menginformasikan tanda-tanda bahaya pada ibu, seperti pusing, pandangan kabur, perdarahan yang banyak dari jalan lahir, panas dan demam. Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan.
4. Mengajukan kepada ibu untuk segera mengikuti program KB setelah 40 hari nanti. Ibu dan suami mengatakan akan mengikuti KB.

2. BAYI

S :

Ibu mengatakan tidak ada keluhan yang ingin disampaikan dan bayi minum ASI dengan lahap serta menghisap kuat

O :

Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, Tanda vital : Suhu : 36,7⁰c, Nadi : 134x/m, RR : 44x/m, BAB 1x dan BAK 3 kali, berat badan : 3050 gram, warna kulit kemerahan, tali pusat sudah pupus, kering, bayi menyusu kuat.

A : Neonatus cukup bulan sesuai masa kehamilan usia hari ke-28.

P :

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan kepada ibu kondisi bayinya dalam batas normal.
2. Memberitahukan kepada ibu tentang tanda-tanda bahaya yang mungkin akan terjadi pada bayi baru lahir. Ibu mengerti dengan tanda-tanda bahaya yang dijelaskan.
3. Mengingatkan kembali pada ibu dalam pemberian ASI dan bayi harus disusukan tiap 2-3 jam.
4. Menganjurkan ibu membawa bayinya ke Posyandu unruk mendapatkan imunisasi BCG dan Polio.

CATATAN PERKEMBANGAN VIII
(KELUARGA BERENCANA)

Tanggal : 12 Juni 2019

Pukul : 10:00 Wita

Tempat : Poskesdes Lokoboko

1. IBU

S :

Ibu mengatakan sudah melahirkan anak ketiga dan ingin mengikuti KB suntik lagi.

O :

Keadaan umum : baik, Kesadaran : composmentis, tanda vital : Tekanan darah : 110/80 mmhg, suhu : 36,8⁰C, Nadi : 80 x/menit, pernapasan : 20x/m, Pemeriksaan fisik : kepala normal, wajah tidak oedema, konjungtiva merah muda, sklera putih, leher tidak ada pembesaran kelenjar dan vena, payudara bersih, simetris, produksi ASI ada dan banyak, tidak ada kelainan pada abdomen dan ekstermitas normal, simetris serta tidak oedema atau kelainan.

A : Ny. U. L. PIII A0 AHII, Akseptor KB Suntik

P :

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan terhadap ibu bahwa kondisi ibu normal, ibu senang mendengar informasi yang diberikan
2. Memberikan konseling tentang KB suntik.
3. Melayani KB suntik.
4. Menganjurkan kepada untuk suntik ulangan ke Poskesdes
5. Melakukan dokumentasi atas tindakan.

C. Pembahasan

Pembahasan merupakan bagian dari laporan kasus yang membahas tentang kendala atau hambatan selama melakukan asuhan kebidanan pada klien. Kendala tersebut menyangkut kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus. Dengan adanya kesenjangan tersebut dapat dilakukan pemecahan masalah untuk perbaikan atau masukan demi meningkatkan asuhan kebidanan.

Dalam penatalaksanaan proses asuhan kebidanan berkelanjutan pada Ny. U. L. umur 34 tahun, GIII PII A0 AHII, usia Kehamilan 38 minggu 5 hari di Puskesmas Rewarangga disusun berdasarkan dasar teori dan asuhan yang nyata dengan pendekatan manajemen kebidanan 7 langkah varney dan SOAP.

Setelah penulis melakukan asuhan kebidanan berkelanjutan pada Ny. U. L. umur 34 tahun di Puskesmas Rewarangga, penulis ingin membandingkan antara teori dan fakta yang ada selama melakukan asuhan kebidanan pada Ny. U. L, hal tersebut akan tercantum dalam pembahasan sebagai berikut.

1. Kehamilan

Pada langkah pertama yaitu pengumpulan data dasar, penulis memperoleh data dengan mengkaji secara lengkap informasi dari sumber tentang klien. Informasi ini mencakup riwayat hidup, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang sesuai kebutuhan. Data pengkajian dibagi menjadi data subjektif dan data obyektif. Data subjektif adalah data yang diperoleh dari klien, dan keluarga, sedangkan data obyektif adalah data yang diperoleh berdasarkan hasil pemeriksaan (Sudarti, 2010).

Pengkajian data subjektif dilakukan dengan mencari dan menggali data maupun fakta baik yang berasal dari pasien, keluarga, maupun tenaga kesehatan lainnya (Manuaba, 2010). Data subjektif dapat dikaji berupa identitas atau biodata ibu dan suami, keluhan utama, riwayat menstruasi, riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu, riwayat kehamilan sekarang, riwayat KB, riwayat penyakit ibu maupun keluarga, riwayat pernikahan, pola kebiasaan sehari-hari (makan, eliminasi, istirahat, dan kebersihan diri, dan aktivitas), serta riwayat psikososial dan budaya.

Pada kasus diatas didapatkan biodata Ny. U. L. umur 34 tahun, pendidikan SD, pekerjaan ibu rumah tangga dan suami Tn. H. D. umur 33 tahun, pendidikan SD, pekerjaan petani, hal ini dapat mempengaruhi dalam pengambilan keputusan apabila ada masalah dengan kehamilan ibu. Saat pengkajian pada kunjungan rumah yang pertama Ny. U. L. mengatakan hamil ketiga dan usia kehamilannya 9 bulan. Perhitungan usia kehamilan dikaitkan dengan HPHT 02/08/2018 di dapatkan usia kehamilan ibu 38 minggu. Ibu juga mengatakan telah memeriksakan kehamilannya sebanyak 9 kali di Polindes dan Puskesmas.

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, yang diperkuat oleh Saifuddin (2010) sebelum minggu ke 14 pada trimester I, 1 kali kunjungan pada trimester kedua antara minggu ke 14 sampai 28, dua kali kunjungan selama trimester III antara minggu ke 28- 36 dan sesudah minggu ke 36. Hal ini berarti ibu mengikuti anjuran yang diberikan bidan untuk melakukan kunjungan selama kehamilan. Ibu juga mengatakan telah mendapat imunisasi TT sebanyak 2 kali TT1 dan TT2 diberikan saat kehamilan ini. Dalam Prawirohardjo (2010) bahwa TT1 diberikan saat kunjungan ANC pertama atau saat menjadi calon pengantin dan TT2 diberikan 4 minggu setelah TT1 dengan masaperlindungan selama 3 tahun. Hal ini berarti pemberian imunisasi TT sesuai dengan teori.

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. Selain itu juga dilakukan pemeriksaan mengenai riwayat haid, riwayat kehamilan persalinan dan nifas yang lalu, riwayat penyakit ibu dan keluarga, pola kebiasaan sehari, riwayat KB, dan riwayat

psikososial. Pada bagian ini penulis tidak menemukan adanya kesenjangan antara teori dan praktik.

Pengkajian data obyektif dilakukan dengan melakukan pemeriksaan pada klien (Manuaba, 2010). Pada data obyektif dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital tidak ditemukan kelainan semuanya dalam batas normal TD 110/70 mmhg, nadi 80x/menit, pernafasan 20x/menit, suhu 36,8^oc, berat badan sebelum hamil 55,5 kg dan selama hamil berat badan 67,5 kg, sehingga selama kehamilan mengalami kenaikan berat badan 7,5 kg. Sarwono, Prawirohardjo (2010) mengatakan hal itu terjadi dikarenakan penambahan besarnya bayi, plasenta dan penambahan cairan ketuban. Palpasi abdominal TFU 28 cm, pada fundus teraba bulat, tidak melenting (bokong), bagian kiri teraba keras, datar dan memanjang seperti papan (punggung), bagian kanan teraba bagian kecil janin, pada segmen bawah rahim teraba keras, bulat dan melenting (kepala) dan sudah masuk PAP. Manuaba (2010) menjelaskan bahwa jika kepala belum masuk PAP, maka pemeriksaan abdominal selanjutnya (Leopold IV) tidak dilakukan. Teori ini diperkuat dengan Manuaba (2010) Leopold IV tidak dilakukan jika pada pemeriksaan Leopold III bagian terendah janin belum Masuk PAP. Auskultasi denyut jantung janin 136 x/menit. Sulystiawati (2010) bahwa denyut jantung janin yang normal yaitu berkisar antara 120 hingga 160 x/menit, pada kunjungan ANC kesebelas ini pemeriksaan penunjang misalnya Haemoglobin dilakukan dengan hasilnya Hb 11 gr/dl. Salah satu pengukuran kadar Hb dapat dilakukan dengan menggunakan Hb sahli, Hb Sahli dilakukan dengan pengambilan kadar hemoglobin darah individu yang diperoleh dengan mengambil sedikit darah arteri (1-2 ml) pada ujung jari tangan dan dimasukkan dalam tabung reaksi, kemudian di larutkan dengan larutan HCL 0,1 N serta aquades (Arisman, 2010).

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. Penulis mendiagnosa GIII PII A0 AHII, hamil 38 minggu, janin hidup tunggal intrauterin, letak kepala.

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, 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 1 minggu, serta mendokumentasikan semua hasil pemeriksaan.

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.

Hasil evaluasi yang didapatkan penulis mengenai penjelasan dan anjuran yang diberikan bahwa ibu merasa senang dengan informasi yang diberikan, ketidaknyamanan yang dirasakan dan cara mengatasinya, tanda-tanda bahaya kehamilan trimester III, tanda-tanda persalinan, konsumsi makanan bergizi seimbang, manfaat obat dan cara minum obat, selain itu juga ibu bersedia datang kembali sesuai jadwal yang ditentukan serta semua hasil pemeriksaan sudah didokumentasikan.

Ketidaknyamanan, latihan pernafasan, gizi seimbang ibu hamil, tanda bahaya kehamilan trimester III, tanda persalinan, dan persiapan persalinan. Menjelaskan macam-macam KB pasca salin bagi persiapan ibu setelah persalinan nantinya, ibu mengerti dengan penjelasan yang diberi dan masih ingin berdiskusi dengan suami, karena ibu lebih memilih metode KB suntik. Menganjurkan ibu untuk tetap mengkonsumsi obat-obatan yang didapat dari puskesmas yaitu tablet SF, Kalk dan Vit C. Ibu akan mengikuti anjuran yang diberikan, Mengingatkan ibu kontrol di

Puskesmas tanggal 09 Mei 2019 atau sewaktu-waktu apabila ada keluhan istimewa dan mengganggu sebelum tanggal kunjungan ulangan.

2. Persalinan

Persalinan Kala II pada Ny. U. L. dating dengan Kala II karena jarak tempuh menuju Puskesmas tidak jauh, Ibu dan keluarga menumpang mobil untuk di antar ke Puskesmas. Tiba di Puskesmas pukul 09.50 wita.

Pukul 10.00 Wita dilakukan evaluasi untuk menilai kemajuan persalihan dengan hasil sebagai berikut di dapatkan data subyektif Ibu merasa mules dari pinggang menjalar ke perut yang semakin sering, bertambah kuat, serta keluar air-air cukup banyak dan ingin BAB. Sedangkan dari hasil pengamatan penulis keadaan ibu baik, kesadaran komposmentis, ekspresi wajah ibu meringis kesakitan, ketuban pecah spontan warna jernih, vulva dan anus membuka. Tanda vital tekanan darah :110/70 mmHg, Suhu : 36,7°C, Nadi: 80x/m, pernapasan : 20x/mnt, his: frekuensi 5x10 menit lama 55 detik , kuat, DJJ 148x/ mnt teratur. Pada pemeriksaan dalam ditemukan vulva vagina tidak oedema, tidak ada jaringan parut, ada pengeluaran lendir darah. Portio tak teraba pembukaan 10 cm, kulit ketuban negatif presentasi belakang kepala, Petunjuk : ubun-ubun kecil depan, kepala turun hodge IV. Tidak terjadi kesenjangan antara teori dan kasus karena partograf tidak melewati garis waspada. Berdasarkan pengkajian data subyektif dan obyektif penulis menentukan diagnosa GIII PII A0 AHII, Usia Kehamilan 39 minggu 1 hari, Janin Tunggal, Hidup, Intrauterin, Letak Kepala, Inpartu Kala II.

Asuhan kebidanan yang diberikan pada ibu yaitu memberitahukan kepada klien tentang hasil pemeriksaan yaitu keadaan ibu dan janin baik, sekarang ibu akan segera melahirkan, pembukaan sudah lengkap (10 cm), serta menjelaskan secara singkat tentang proses persalinan, melakukan pertolongan persalinan sesuai 60 langkah APN. Pukul 10:20 Wita partus spontan letak belakang kepala, langsung menangis, jenis kelamin laki-laki, apgar score 8/9, langsung dilakukan IMD, kala II berlangsung selama 20

menit, dalam proses persalinan Ny. U. L. tidak ada hambatan, kelainan, ataupun perpanjangan kala II, dan kala II berlangsung dengan normal.

Persalinan kala III Jam 10:25 Wita ibu mengatakan merasa senang bayinya sudah lahir dan perutnya terasa mules kembali, hal tersebut merupakan tanda bahwa plasenta akan segera lahir, ibu dianjurkan untuk tidak mengedan untuk menghindari terjadinya inversio uteri. 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 yaitu tangan kiri menekan uterus secara dorsokranial dan tangan kanan menegangkan tali pusat dan 10 menit kemudian 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 manajemen aktif kala III pada buku panduan APN (2008). Pada kala III pelepasan plasenta dan pengeluaran plasenta berlangsung selama 10 menit dengan jumlah perdarahan kurang lebih 100 cc, kondisi tersebut normal sesuai dengan teori Sukarni (2010) bahwa kala III berlangsung tidak lebih dari 30 menit dan perdarahan yang normal yaitu perdarahan yang tidak melebihi 500 ml. Hal ini berarti manajemen aktif kala III dilakukan dengan benar dan tepat.

Pada 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 dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama post partum, Konjungtiva merah muda, tinggi Fundus Uteri 2 jari bawah pusat, kontraksi uterus baik. Tekanan darah 110/60 mmHg, Nadi : 82x/m, pernapasan : 18x/m, suhu 37°C, kandung kemih kosong, perdarahan \pm 100 cc. Hal ini sesuai dengan yang dikemukakan oleh Sukarni (2010) 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. Hal tersebut sesuai dengan teori menurut Ambarwati, 2010.

Penilaian kemajuan persalinan berdasarkan data-data yang diakui oleh pasien dan hasil pemeriksaan maka dapat dijelaskan bahwa pada kasus Ny. U. L. termasuk ibu bersalin normal karena persalinan merupakan proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu secara pervaginam dengan kekuatan ibu sendiri, persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit (Marmi, 2012).

Asuhan kebidanan persalinan pada Ny. U. L. pada dasarnya tidak memiliki kesenjangan antara teori dan fakta yang ada.

3. Bayi Baru Lahir

Pada kasus bayi Ny. U. L. didapatkan bayi lahir normal jam 10:20 Wita nilai apgar 8/9, bayi segera menangis, warna kulit kemerahan, gerakan aktif, jenis kelamin Laki-laki. Segera penulis mengeringkan dan membungkus bayi lalu meletakkan diatas perut ibu.

Setelah dilakukan pengkajian sampai dengan evaluasi asuhan bayi baru lahir mulai dari segera setelah bayi lahir sampai dengan 1 jam setelah persalinan, maka penulis membahas tentang asuhan yang diberikan pada bayi Ny. U. L. diantaranya melakukan pemeriksaan Antropometri didapatkan hasil berat badan bayi 3000 gr, panjang bayi 48 cm, Tanda vital : Suhu : 36,7⁰C, Nadi : 136x/m, RR : 44x/m lingkar kepala 33 cm, lingkar dada 32 cm, lingkar perut 32 cm, warna kulit kemerahan, refleks hisap baik, bayi telah diberikan ASI, tidak ada tanda-tanda infeksi dan perdarahan disekitar tali pusat, bayi belum BAB dan BAK. Berdasarkan pemeriksaan antropometri keadaan bayi dikatakan normal atau bayi baru lahir normal menurut Dewi (2010) antara lain berat badan bayi 2500-4000gr, 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 1 jam pertama kelahiran bayi Ny. U. L. yang dilakukan adalah membersihkan jalan nafas, menjaga agar bayi tetap hangat, perawatan tali pusat, pemberian ASI dini dan 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 tidak dilakukan saat 1 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.

Kunjungan I Bayi Baru Lahir dilakukan pada tanggal 04 Mei 2019 pukul 09.00 Wita di Puskesmas Rewarangga ibu mengatakan bayinya sudah dapat buang air besar dan air kecil. Saifuddin (2010) mengatakan bahwa sudah dapat buang air besar dan buang air kecil pada 6 jam setelah bayi lahir. Hal ini berarti saluran pencernaan bayi sudah dapat berfungsi dengan baik. Hasil pemeriksaan fisik didapatkan Keadaan umum baik, tanda vital : nadi : 136x/m, pernapasan : 46x/m, suhu : 36,7°C, kulit kemerahan, bayi terlihat menghisap kuat, tali pusat tidak ada perdarahan dan infeksi, eliminasi : BAB (+), BAK (+). Asuhan yang diberikan berupa pemberian ASI, tanda-tanda bahaya, kebersihan tubuh, dan jaga kehangatan bayi. Penulis tidak menemukan adanya kesenjangan antara teori dengan kasus. Selain itu asuhan yang diberikan adalah menjadwalkan kunjungan rumah tanggal 08 Mei 2019 agar ibu dan bayi mendapatkan pelayanan yang lebih adekuat dan menyeluruh mengenai kondisinya saat ini.

Kunjungan hari ke-4 bayi baru lahir dilakukan pada tanggal 08 Mei 2019, sesuai yang dikatakan Kemenkes (2010) KN2 pada hari ke 3 sampai hari ke 7. Ibu mengatakan bayinya dalam keadaan sehat. Hasil pemeriksaan bayinya dalam keadaan sehat yaitu keadaan umum baik, kesadaran composmentis, Denyut jantung 140 x/menit, pernafasan: 36,8x/menit, suhu 36,8°C, berat badan 2900 gram panjang badan 49 cm tali sudah pupus, BAB 1x dan BAK 5x. Asuhan yang diberikan berupapemberian ASI, menilai tanda infeksi pada bayi, mengajarkan kepada ibu tentang tanda-tanda bayi cukup ASI serta jaga kehangatan.

Kunjungan hari ke-28 hari bayi baru lahir terjadi pada tanggal 01 Juni 2019. Ibu mengatakan bayinya dalam keadaan sehat. Keadaan umum baik, Keadaan umum baik, Tanda vital : Suhu : 36,7⁰c, Nadi : 134x/m, RR : 44x/m, BAB 1x dan BAK 3x, Berat Badan : 3.050 gram.

Pemeriksaan bayi baru lahir harike-28 tidak ditemukan adanya kelainan, keadaan bayi baik. Asuhan yang diberikan yaitu Pemberian ASI eksklusif, meminta ibu untuk tetap memberi ASI eksklusif selama 6 bulan dan menyusui bayinya 10-15 dalam 24 jam, serta memberikan informasi untuk membawa bayi ke puskesmas agar di imunisasi BCG dan Polio di Posyandu.

4. Nifas

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 ibu mengatakan sangat senang dengan kelahiran, konjungtiva sedikit pucat, tinggi Fundus Uteri 2 jari bawah pusat, kontraksi uterus baik, tekanan darah 110/60 mmHg, Nadi : 82x/menit, pernapasan : 18x/menit, suhu 37°C.

Hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan sulystiawati, Ari (2010) bahwa setelah plasenta lahir tingggi fundus uteri setinggi pusat, kandung kemih kosong, perdarahan ± 100 cc. Pada 2 jam postpartum

dilakukan asuhan yaitu anjuran untuk makan dan minum dan istirahat yang cukup, dan ambulasi dini.

Pada hari pertama postpartum terjadi pada tanggal 04 Mei 2019 pukul 10:00 Wita, ibu mengatakan perutnya masih terasa mules. Namun kondisi tersebut merupakan kondisi yang normal karena mules tersebut timbul akibat dari kontraksi uterus. Pemeriksaan jam post partum tidak ditemukan adanya kelainan, keadaan umum ibu baik, Kesadaran : composmentis ,tanda vital : tekanan darah 100/60 mmHg, nadi 80x/menit, pernapasan : 20x/m, suhu: 36,6°C, tidak ada oedema di wajah, tidak ada pembesaran kelenjar di leher, puting menonjol, ada produksi ASI di kedua payudara, tinggi fundus uteri 2 jari di bawah pusat, kontraksi uterus baik, lochea rubra, pengeluaran lochea tidak berbau, ekstermitas simetris, tidak oedema. TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, konsistensi keras sehingga tidak terjadi atonia uteri, darah yang keluar \pm 50 cc dan tidak ada tanda-tanda infeksi, sudah BAK dan BAB, ibu sudah mulai turun dari tempat tidur, sudah mau makan dan minum dengan menu, nasi, sayur dan ikan dan hal tersebut merupakan salah satu bentuk mobilisasi ibu nifas untuk mempercepat involusi uterus. Asuhan yang diberikan tentang personal hygiene, nutrisi masa nifas, cara mencegah dan mendeteksi perdarahan masa nifas karena atonia uteri, istirahat yang cukup serta mengajarkan perlekatan bayi yang baik. memberikan ibu amoxicilin 500 mg, tablet Fe dan vitamin c 1x1, vitamin A 200.000 unit selama masa nifas dan tablet vitamin A 200.000 unit sesuai teori yang dikemukakan oleh Ambarwati (2010) tentang perawatan lanjutan pada 6 jam postpartum.

Kunjungan post partum hari ke-4 dilakukan pada tanggal 08 Mei 2019 pada pukul 09.00 Wita, ibu mengatakan tidak ada keluhan. ASI yang keluar sudah banyak keadaan umum baik, kesadaran composmentis, tekanan darah 110/70 mmHg, nadi: 80 x/menit, pernafasan 20x/menit, suhu 37°C, kontraksi uterus baik, tinggi fundus 2 jari diatas symphysis, lochea sanguinolenta, pengeluaran lochea tidak berbau, luka perineum sudah tertutup, ekstermitas simetris, tidak oedema, kandung kemih kosong. Hal

ini sesuai yang dikemukakan oleh Dian dan Yanti (2011) bahwa pengeluaran lochea pada hari ketiga sampai hari ketujuh adalah lochea sangulenta, berwarna merah bercampur coklat karena merupakan sisa lanugo dan vernix. Asuhan yang diberikan kesehatan yang dilakukan pada hari ketujuh postpartum yaitu merawat bayi, mencegah infeksi serta memastikan ibu menyusui dengan baik dan benar serta perawatan payudara.

Kunjungan hari ke-28 post partum terjadi pada pukul 10.00 Wita, ibu mengatakan tidak ada keluhan keadaan umum baik, kesadaran composmentis, tekanan darah 120/70 mmHg, nadi 78x/menit, pernafasan 20x/menit, suhu 36,5^oc, kontraksi uterus baik, TFU tidak teraba, sesuai yang dikatakan oleh Ambarwati (2010) bahwa pada hari >14 pospartum tinggi fundus tidak teraba dan pengeluaran lochea alba dan tidak berbau, yang menurut teori mengatakan bahwa hari ke > 14 pengeluaran lochea alba berwarna putih. Hal ini berarti uterus berkontraksi dengan baik dan lochea dalam batas normal. Asuhan yang diberikan yaitu kaji asupan nutrisi, pemberian ASI dan menjaga kehangatan bayi selain itu memberitahu ibu untuk terus menyusui bayinya karena dapat menjadi kontrasepsi yaitu kontrasepsi MAL untuk menunda kehamilan jika ibu belum mau menggunakan alat atau metode suntikan 3 bulan.

5. Keluarga Berencana

Pada kunjungan hari ke 40 yang terjadi pada tanggal 12 Juni 2019 pukul 10:00 Wita, penulis lakukan untuk memastikan ibu telah mantap dengan pilihannya untuk menggunakan KB suntik. Berdasarkan pengkajian yang telah penulis lakukan, ibu mengatakan tidak ada keluhan yang ingin disampaikan, ia masih aktif menyusui bayinya selama ini tanpa pemberian apapun selain ASI saja. Pengkajian data obyektif ibu tanda vital tekanan darah : 110/80 mmhg, suhu : 36,8 ^oc, Nadi : 80 x/menit, pernafasan : 20x/menit, Pemeriksaan fisik : kepala normal, wajah tidak oedema, konjungtiva merah muda, sklera putih, leher tidak ada

pembesaran kelenjar dan vena, payudara bersih, simetris, produksi ASI ada dan banyak, tidak ada kelainan pada abdomen dan ekstermitas normal, simetris serta tidak oedema atau kelaianan.. Penatalaksanaan yang penulis lakukan antara lain melakukan promosi kesehatan tentang keluarga berencana agar ibu semakin mantap mengikuti KB suntik dan metode jangka panjang dengan alat nantinya. Ny. U. L. tetap ingin menggunakan metode KB suntik untuk sementara, setelah usia 40 hari ibu ingin menggunakan metode kontrapsi suntik.

BAB V

PENUTUP

A. KESIMPULAN

Setelah penulis melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif pada Ny. U. L. dapat disimpulkan bahwa :

1. Asuhan kebidanan pada Ny. U. L. telah dilakukan oleh penulis mulai dari usia kehamilan 38 minggu, dilakukan kunjungan antenatal 9 kali, tidak terdapat komplikasi pada kehamilan.
2. Asuhan kebidanan pada persalinan Ny. U. L. dilakukan di Puskesmas Rewarangga, ibu melahirkan saat usia kehamilan 39 minggu 1 hari, ibu melahirkan normal, bayi lahir langsung menangis dan tidak terdapat komplikasi pada saat persalinan.
3. Asuhan kebidanan pada Ny. U. L. selama nifas telah dilakukan, dilakukan mulai dari hari pertama postpartum sampai 28 hari postpartum. Masa nifas berjalan lancar, involusi terjadi secara normal, tidak terdapat komplikasi dan ibu tampak sehat.
4. Asuhan kebidanan pada bayi baru lahir, bayi Ny. U. L. lahir pada kehamilan 39 minggu 1 hari. Asuhan dilakukan mulai dari bayi hari pertama lahir sampai bayi 28 hari. Bayi menyusui semau bayi dan tidak terdapat komplikasi pada bayi dan bayi tampak sehat.
5. Dalam asuhan keluarga berencana Ny. U. L. memilih menggunakan suntik sebagai alat kontrasepsinya.

B. SARAN

1. Kepala Puskesmas Rewarangga

Diharapkan dapat meningkatkan pelayanan khususnya dalam pelayanan KIA.

2. Profesi Bidan

Bidan dapat meningkatkan mutu pelayanan dalam asuhan kebidanan yang komprehensif dengan metode 7 langkah Varney dan SOAP.

3. Pasien dan Keluarga

Diharapkan agar rajin melakukan kunjungan hamil, nifas, dan neonatal untuk imunisasi, segera datang ke fasilitas kesehatan bila ada tanda-tanda bahaya baik pada ibu maupun bayi.

DAFTAR PUSTAKA

Dinas Kesehatan NTT.2015. *Profil Kesehatan Propinsi NTT Tahun 2015*.Kupang: Dinkes NTT.

Ilmiah Widia Shofa.2015. *Buku Ajar Asuhan Persalinan Normal*. Yogyakarta: Nuha Medika.

Kemenkes RI. 2015. *Profil Kesehatan Indonesia*. Jakarta: Menkes RI.

_____2015. *Pedoman Pelayanan Antenatal Terpadu Edisi Kedua*. Jakarta: Direktorat Bina Kesehatan Ibu.

_____2015. *Buku KIA*. Jakarta: Kemenkes RI

Walyani, Elisabet Siwi. 2015. *Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan*. Yogyakarta: Pustakabarupress.

_____2014. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan 3 Nifas*. Yogyakarta: Nuha Medika.

_____2014. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: BPSP.

Nugroho, dkk. 2014. *Asuhan Kebidanan Kehamilan*. Yogyakarta: Nuha Medika.

Saifuddin, AB. 2014. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: BPSP

Yanti, Damai dan Sundawati, Dian. 2014. *Asuhan Kebidanan Masa Nifas*.Bandung: Refika Aditama.

Mulyani, Nina Siti dan Rinawati, Mega. 2013. *Keluarga Berencana Dan Alat Kontrasepsi*. Yogyakarta: Nuha Medika.

Asri, Dwi dan Clervo, Christine.2012. *Asuhan Persalinan Normal*. Yogyakarta: Nuha Medika.

2012. *Intra Natal Care*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.

Marmi dan Rahardjo, Kukuh. 2012. *Asuhan Neonatus, Bayi, Balita, dan Anak Pra*

Rahmawati, Titik. 2012. *Dasar-Dasar Kebidanan*. Jakarta: Prestasi Pustaka.

Rukiah, Ai Yeyeh, dkk. 2012. *Asuhan Kebidanan II Persalinan*. Jakarta: TransInfo Media

- Wahyuni, Sari. 2012. *Asuhan Neonatus, Bayi, dan Balita*. Jakarta: EGC.
- Dompas, Robin. 2011. *Buku Saku Asuhan Neonatus, Bayi, dan Balita*. Jakarta: EGC.
- Erawati, Ambar Dewi. 2011. *Asuhan Persalinan Normal*. Jakarta: EGC.
- Kristiyanasari, Weni. 2011. *Asuhan Keperawatan Neonatus dan Anak*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Lailiyana, dkk. 2011. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Persalinan*. Jakarta: EGC.
- Marmi. 2011. *Asuhan Kebidanan Pada Masa Antenatal*. Yogyakarta: Pustaka
- Purwanti, Eni. 2011. *Asuhan Kebidanan Untuk Ibu Nifas*. Yogyakarta: Cakrawala
- Romauli, Suryati. 2011. *Buku Ajar Asuhan Kebidana I Konsep Dasar Asuhan Kehamilan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Supartini, Yupi. 2011. *Buku Ajar Konsep Dasar Keperawatan Anak*. Jakarta: EGC.
- Ambarwati, Eny Retna dan Wulandari, Diah. 2010. *Asuhan Kebidanan Nifas*. Jogjakarta: Nuha Medika.
- Dewi, V.N.Lia. 2010. *Asuhan Neonatus, Bayi, Dan Anak Balita*. Yogyakarta: Salemba Medika.
- Hidayat, Asri dan Sujiyatini. 2010. *Asuhan Kebidanan Persalinan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Handayani, Sri. 2010. *Buku Ajar Pelayanan Keluarga Berencana*. Yogyakarta: Pustaka Rihama.
- _____ 2010. *Buku Saku Pelayanan Kesehatan Neonatal Esensial*. Jakarta: Depkes RI.
- Menteri kesehatan RI. *Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 1464/Menkes/Per/X/2010 Tentang Izin Dan Penyelenggaraan Praktik Bidan*. Jakarta: Menkes RI
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2010. *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.

Pantika, Ika dan Saryono. 2010. *Asuhan Kebidanan I (Kehamilan)*. Yogyakarta: Nuha Medika.

Proverawati, Atikah dan Asfuah Siti. 2010. *Buku Ajar Gizi Untuk Kebidanan*. Yogyakarta: Nuha Medika.

Sudarti dan Khoirunnisa, Endang. 2010. *Asuhan Kebidanan Neonatus, Bayi, dan Anak Balita*. Yogyakarta: Nuha Medika.

Sudarti dan Fauziah, Afroh. 2010. *Buku Ajar Dokumentasi Kebidanan*. Yogyakarta: Nuha Medika.

Manuaba, Ida Bagus Gde Fajar. 2009. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan Dan Keluarga Berencana*. Jakarta: EGC.

Maryunani, Anik. 2009. *Asuhan Pada Ibu Dalam Masa Nifas (Post Partum)*. Jakarta: Trans Info Medika

JNPK-KR.2008. *Pelatihan Klinik Asuhan Persalinan Normal*. Jakarta: DepkesRI.

Roesli, Utami. 2008. *Inisiasi Menyusu Dini*. Jakarta: Trubus Agriwidya.
Sulistiawati, Ari. 2009. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas*. Yogyakarta: ANDI.

Depkes RI.2007. *Keputusan Menteri Kesehatan No. 938/ Menkes/SK/ VIII/2007 Tentang Standar Asuhan Kebidanan*. Jakarta: Depkes RI.

Doenges, Marlynn dan Moorhouse, Mary Franes.2001. *Rencana Perawatan Maternal/ Bayi*. Jakarta: EGC.

Varney, Helen. 2007. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan*. Jakarta: EGC.
PP IBI. 2016. *Modul Midwifery Update*. Jakarta: PP IBI

Poedji, Rochjati. 2003. *Skrining Antenatal Pada Ibu Hamil*. Surabaya: Airlangga University Press.