

**LAPORAN TUGAS AKHIR
ASUHAN KEBIDANAN BERKELANJUTAN
PADA NY. F.N DI PUSKESMAS PEMBANTU
MAULafa PERIODE 18 FEBRUARI SAMPAI
DENGAN 18 MEI 2019**

Sebagai Laporan Tugas Akhir yang Diajukan untuk Memenuhi Salah Satu Syarat dalam Menyelesaikan DIII Kebidanan pada Program Studi DIII Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang



Oleh

HANA NOVITA HAUMENI
NIM. PO. 530324016 799

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

**LAPORAN TUGAS AKHIR
ASUHAN KEBIDANAN BERKELANJUTAN
PADA NY. F.N DI PUSKESMAS PEMBANTU
MAULafa PERIODE 18 FEBRUARI SAMPAI
DENGAN 18 MEI 2019**

Sebagai Laporan Tugas Akhir yang Diajukan untuk
Memenuhi Salah Satu Syarat dalam Menyelesaikan
DIII Kebidanan pada Program Studi DIII Kebidanan
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang



Oleh

HANA NOVITA HAUMENI
NIM. PO. 530324016 799

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

HALAMAN PERSETUJUAN

LAPORAN TUGAS AKHIR

**ASUHAN KEBIDANAN BERKELANJUTAN PADA NY F. N DI PUSTU
MAULafa PERIODE TANGGAL 18 FEBRUARI S/D 18 MEI 2019**

Oleh :

HANA NOVITA HAUMENI

NIM : PO. 530324016799

Telah Disetujui untuk diperiksa dan dipertahankan dihadapan Tim Penguji
Laporan Tugas Akhir Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes
Kupang

Pada tanggal : 28 Mei 2019

Pembimbing



SERLYANSIE V. BOIMAU, SST.,M.Pd

NIP : 19691006 198903 2 001

Mengetahui

Ketua Jurusan Kebidanan Kupang



Dr. MARETA B. BAKOIL, SST.,MPH

NIP : 19760310 200012 2 001

HALAMAN PENGESAHAN

LAPORAN TUGAS AKHIR

**ASUHAN KEBIDANAN BERKELANJUTAN PADA NY F. N DI PUSTU
MAULafa PERIODE TANGGAL 18 FEBRUARI SAMPAI 18 MEI 2019**

Oleh :

IANA NOVITA HAUMENI
NIM : PO. 530324016799

Telah Dipertahankan di hadapan Tim Penguji
Pada tanggal : 10 Juni 2019

Penguji I

Penguji II



Bringiwatty Batbual, Amd.Keb,S.Kep.Ns,MSc
NIP : 19710515 199403 2 002



Serlyansie V. Boimau, SST.,M.Pd
NIP : 19691006 198903 2 001

Mengetahui

^Ketua Jurusan Kebidanan Kupang



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

SURAT PERNYATAAN

Yang bertandatangan dibawah ini, saya :

Nama : Hana Novita Haumeni
NIM : PO. 530324016 799
Jurusan : Kebidanan
Angkatan : XVIII
Jenjang : Diploma III

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan plagiat dalam penulisan Laporan Tugas Akhir saya yang berjudul :
"ASUHAN KEBIDANAN BERKELANJUTAN PADA NY. F. N DI PUSKESMAS PEMBANTU MAULafa PERIODE 18 FEBRUARI DENGAN 18 MEI 2019 "

Apabila suatu saat nanti saya terbukti melakukan tindakan plagiat, maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan
Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Kupang, Mei 2019

Penulis



Hana N. Haumeni

NIM. PO. 530324016 799

RIWAYAT HIDUP



Nama : Hana Novita Haumeni
Tempat Tanggal Lahir: Kupang, 19 November 1997
Agama : Kristen Protestan
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat : Jln. R.A. Kartini.

Riwayat Pendidikan

1. Tamat SD Negeri Bertingkat Kelapa Lima 2 Kupang tahun 2010
2. Tamat SMP Negeri 16 Kupang tahun 2013
3. Tamat SMA Negeri 2 Kupang tahun 2016
4. Tahun 2016 sampai sekarang penulis menempuh pendidikan Diploma III di Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang Program Studi Kebidanan.

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 Ibu I. H di Puskesmas Pembantu Maulafa” 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. Raga Harming Kristina, SKM., M. Kes, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kupang.
2. Dr. Mareta Bakale Bakoil, SST, MPH selaku Ketua Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang
3. Bringiwatty Batbual, A.Md.Keb, S.Kep.Ns., M.Sc., selaku penguji yang telah memberikan masukan arahan dan bimbingan, arahan serta motivasi kepada penulis, sehingga Laporan Tugas Akhir ini dapat terwujud.
4. Selyansie V. Boimau, SST, M.Pd selaku pembimbing yang telah memberikan bimbingan, arahan, sehingga Laporan Tugas Akhir ini dapat terwujud.
5. Theresia F. Lay Rihi, Amd. Keb selaku Kepala Puskesmas Pembantu Maulafa beserta staf (Ibu Elsa, Kak Orin, Kak Ale) yang telah memberi ijin dan membantu penelitian ini.
6. Ibu Ferderika Natonis beserta keluarga yang telah bersedia menjadi responden selama penulis memberikan asuhan kebidanan berkelanjutan.
7. Orang tuaku tercinta Bapak, Mama, Ti'i Yane, Ka Andi, dan Adik Enjel yang telah memberikan dukungan baik moril maupun materil, serta kasih sayang yang tiada terkira dalam setiap langkah kaki penulis.

8. Sahabat-sahabat Ka Ros, Ka Rida, Ka Kristin, Ka Sikin, Ka Kety serta teman-teman seperjuangan khususnya Ka Ros, Ka Rida, Ka Feby, Ka Daly, Ka Farida, Ka Fani, Ka Deri, Ka Ida, semua teman-teman tingkat III B, Seluruh teman-teman mahasiswa Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang telah memberikan dukungan baik berupa motivasi maupun kompetisi yang sehat dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini.
9. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, yang ikut andil dalam terwujudnya Laporan Tugas Akhir 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.

Mei 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 TABEL	x
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
DAFTAR SINGKATAN	xiii
ABSTRAK	xvi
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang Masalah.....	1
B. Rumusan Masalah.....	6
C. Tujuan Penelitian.....	6
D. Manfaat Penelitian.....	7
E. Keaslian Penelitian.....	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Konsep dasar Kasus.....	9
1. Konsep dasar hamil.....	9
2. Konsep dasar Persalinan.....	38
3. Konsep Dasar Nifas.....	79
4. Konsep Dasar Bayi Baru Lahir.....	126
5. Konsep Dasar KB.....	151
B. Kewenangan Bidan.....	155
C. Kerangka Pikir.....	159
D. Kerangka Konsep.....	160

BAB III METODE PENELITIAN

A. Jenis Laporan Kasus	161
B. Lokasi dan Waktu	161
C. Subjek Laporan Kasus.....	162
D. Instrumen Laporan Kasus	162
E. Teknik Pengumpulan Data	164
F. Triangulasi Data.....	166
G. Etika Penelitian	167

BAB IV TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Lokasi Penelitian.....	168
B. Tinjauan Kasus	169
C. Pembahasan	193

BAB V PENUTUP

A. Simpulan	203
B. Saran	204

Daftar Pustaka

Daftar Lampiran

DAFTAR TABEL

Tabel 1 Pengukuran Tinggi Fundus Uteri Menggunakan Pita Ukuran	12
Tabel 2 Pengukuran Tinggi Fundus Uteri Menggunakan Jari.....	12
Tabel 2.1 Kebutuhan Makanan Sehari-hari Untuk Ibu Hamil	18
Tabel 2.2 Selang waktu pemberian imunisasi Tetanus Toxoid.....	21
Tabel 2.3 Ketidaknyamanan Trimester III dan Cara Mengatasi	22
Tabel 2.4 Kartu Skor Poedji Rochjati.....	28
Tabel 2.5 Rentang Waktu Pemberian Imunisasi TT.....	35
Tabel 2.6 Jadwal Kunjungan dan Asuhan Masa Nifas.....	74
Tabel 2.7 Involusi Uterus	75
Tabel 2.8 Jenis – jenis Lokia	76
Tabel 2.9 Jadwal Pemberian Imunisasi Bayi Baru Lahir	138
Tabel 2.10 Cara, Jumlah, Intervensi dan Waktu Pemberian Imunisasi.....	138

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Posisi jongkok atau berdiri	47
Gambar 2.2 Posisi setengah duduk	48
Gambar 2.3 Posisi miring/lateral.....	48
Gambar 2.4 Posisi Duduk.....	49

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Kartu Konsultasi Laporan Tugas Akhir
- Lampiran 2 Persetujuan Responden
- Lampiran 3 Dokumentasi
- Lampiran 4 Leaflet

DAFTAR SINGKATAN

ABPK	: Alat Bantu Pengambilan Keputusan
AIDS	: <i>Acquired Immonudeficiency Syndrome</i>
AKB	: Angka Kematian Bayi
AKBK	: Alat Kontrasepsi Bawah Kulit
AKDR	: Alat Kontrasepsi Dalam Rahim
AKI	: Angka Kematian Ibu
ANC	: <i>Antenatal Care</i>
ASI	: Air Susu Ibu
BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
Balita	: Bawah Lima Tahun
BB	: Berat Badan
BBL	: Bayi Baru Lahir
BBLR	: Berat Badan Lahir Rendah
Ca	: Kalsium
Cc	: Centimeter kubik
Cm	: Centimeter
CO ₂	: Karbondioksida
CV	: <i>Conjugata vera</i>
CVA	: <i>Cerebro Vasculas Accident</i>
Depkes	: Departemen Kesehatan
Dinkes	: Dinas Kesehatan
DJJ	: Denyut Jantung Janin
DII	: Dan lain – lain
DMPA	: <i>Depo Medroksi Progesteron Asetat</i>
DTT	: Desinfeksi Tingkat Tinggi
F	: Fosfor
FSH	: <i>Follicle Stimulating Hormone</i>
Gr	: Gram
HB	: Hemoglobin
Hcg	: <i>Human Chorionic Gonadotropin</i>
HIV	: <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
HPHT	: Hari Pertama Haid Terakhir
HPL	: <i>Human Placenta Lactogen</i>
IgA	: Imunoglobulin A
IgE	: Imunoglobulin E
IgM	: Imunoglobulin M
IM	: Intra Muskular
IMD	: Inisiasi Menyusu Dini
IMS	: Infeksi Menular Seksual
INC	: <i>Intranatal Care</i>

ISK	: Infeksi Saluran Kencing
IU	: Internasional Unit
IUD	: <i>Intra Uterine Device</i>
K1	: Pemeriksaan Kesehatan Pertama
K4	: Kontak minimal 4 kali
KB	: Keluarga Berencana
KEK	: Kekurangan Energi Kronik
Kemenkes	: Kementerian Kesehatan
KET	: Kehamilan Ektopik Terganggu
KF	: Kunjungan Nifas
Kg	: Kilogram
KH	: Kelahiran Hidup
KIA	: Kesehatan Ibu dan Anak
KIE	: Komunikasi Informasi dan Edukasi
KK	: Kepala Keluarga
KMS	: Kartu Menuju Sehat
KN	: Kunjungan Neonatus
KN1	: Kunjungan Neonatus pertama
KN3	: Kunjungan Neonatus ketiga
KRR	: Kehamilan Resiko Rendah
KRST	: Kehamilan Resiko Sangat Tinggi
KRT	: Kehamilan Resiko Tinggi
KSPR	: Kartu Skor Poedji Rochjati
Lansia	: Lanjut Usia
LH	: <i>Liteinizing Hormone</i>
LILA	: Lingkar Lengan Atas
MDGs	: <i>Millenium Development Goal's</i>
Mg	: Miligram
mmHg	: Milimeter Hidrogium
MTBS	: Manajemen Terpadu Balita Sakit
NTT	: Nusa Tenggara Timur
Ny	: Nyonya
O ₂	: Oksigen
P4K	: Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi
PAP	: Pintu Atas Panggul
PKK	: Pembina Kesejahteraan Keluarga
PNC	: <i>Postnatal Care</i>
Posyandu	: Pos Pelayanan Terpadu
Prov.	: Provinsi
Puskesmas	: Pusat Kesehatan Masyarakat
Pustu	: Puskesmas Pembantu
PWS	: Pemantauan Wilayah Setempat
Px	: <i>Proccecus Xyphoideus</i>
Renstra	: Rencana Strategi
RI	: Republik Indonesia
RS	: Rumah Sakit

RT	: Rukun Tetangga
RW	: Rukun Warga
S.I	: Satuan Internasional
SAR	: Segmen Atas Rahim
SBR	: Segmen Bawah Rahim
SD	: Sekolah Dasar
SDKI	: Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia
SOAP	: Subyektif, Objektif, Assessment, Penatalaksanaan
SpOG	: Spesialis Obgyn dan Ginekologi
TB	: Tinggi Badan
TBBJ	: Tafsiran Berat Badan Janin
TBC	: Tuberkulosis
TFU	: Tinggi Fundus Uteri
TM	: Trimester
TT	: Tetanus Toksoid
UK	: Usia Kehamilan
USG	: <i>Ultrasonography</i>
VT	: <i>Vaginal Toucher</i>
WHO	: <i>World Health Organization</i>
WITA	: Waktu Indonesia Tengah

ABSTRAK

Politeknik Kesehatan
Kemenkes Kupang
Jurusan Kebidanan
Laporan Tugas Akhir
Mei 2019

Hana Novita Haumeni

Asuhan Kebidanan Berkelanjutan Pada Ny.F.N. di Pustu Maulafa Kecamatan Maulafa Periode 18 Februari Sampai 18 Mei 2019.

Latar Belakang: Angka kematian di wilayah NTT terutama Kota Kupang terbilang cukup tinggi. Berdasarkan data yang dilaporkan oleh Bidang Kesehatan Keluarga tercatat tahun 2016 AKI di Kota Kupang sebesar 131/100.000 KH. AKB di Kota Kupang tahun 2016 sebesar 5/1.000 KH. Dengan dilakukan asuhan kebidanan berkelanjutan pada ibu hamil Trimester III sampai dengan perawatan masa nifas diharapkan dapat memberikan kontribusi dalam upaya menurunkan AKI dan AKB di Indonesia serta tercapai kesehatan ibu dan anak yang optimal.

Tujuan Penelitian: Menerapkan asuhan kebidanan berkelanjutan pada ibu hamil Trimester III Ny. F. N.

Metode Penelitian: Studi kasus menggunakan metode penelaahan kasus, lokasi studi kasus di Pustu Maulafa, subjek studi kasus adalah Ny. F. N dengan menggunakan format asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan metode Varney dan pendokumentasian SOAP, teknik pengumpulan data menggunakan data primer dan data sekunder.

Hasil: Ny. F. N. selama masa kehamilannya dalam keadaan sehat, proses persalinan normal, pada masa nifas involusi berjalan normal, bayi tidak mengalami ikterus dan berjalan dengan normal, konseling ber-KB ibu memilih metode Suntik.

Simpulan: Penulis telah menerapkan asuhan kebidanan berkelanjutan pada Ny. F. N. yang ditandai dengan ibu mengikuti semua anjuran, keluhan ibu selama hamil teratasi, ibu melahirkan di fasilitas kesehatan, ibu dan bayi sehat dan mengikuti KB suntik .

Kata Kunci : asuhan kebidanan, hamil, persalinan, nifas, bayi baru lahir, KB

Referensi : 61 buku (1984 – 2016).

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Asuhan kebidanan adalah proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai dengan 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) secara berkelanjutan pada pasien. Ukuran yang dipakai untuk menilai baik-buruknya keadaan pelayanan kebidanan (*maternity care*) dalam suatu negara atau daerah pada umumnya ialah kematian maternal (*maternal mortality*). Menurut definisi *World Health Organization* “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).

Ibu dan anak merupakan anggota keluarga yang perlu mendapatkan prioritas dalam penyelenggaraan upaya kesehatan, karena ibu dan anak merupakan kelompok rentan terhadap keadaan keluarga dan sekitarnya secara umum. Keberhasilan upaya kesehatan ibu, di antaranya dapat dilihat dari indikator Angka Kematian Ibu (AKI). Indikator ini tidak hanya mampu menilai program kesehatan ibu, terlebih lagi mampu menilai derajat kesehatan masyarakat, karena sensitifitasnya terhadap perbaikan pelayanan kesehatan, baik dari sisi aksesibilitas maupun kualitas (Kemenkes, 2015).

Menurut definisi WHO (*World Health Organization*) “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”.

Cara meningkatkan status kesehatan ibu, Puskesmas dan jaringannya menyelenggarakan berbagai upaya kesehatan ibu baik bersifat promotif, preventif, maupun kuratif dan rehabilitatif. Upaya tersebut berupa pelayanan kesehatan pada ibu hamil, pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan, penanganan komplikasi, pelayanan konseling KB dan kesehatan reproduksi (Kemenkes RI, 2015).

Berdasarkan agenda pembangunan berkelanjutan, Sustainable Development Goals (SDGs) yang telah disahkan pada tahun 2015 memiliki 17 tujuan yang terdiri dari 169 target. Sesuai dengan tujuan yang ke-3 yaitu menjamin kehidupan yang sehat dan mendorong kesejahteraan bagi semua orang di segala usia, pemerintah mengeluarkan program sistem kesehatan nasional untuk menurunkan AKI dan AKB. Selaras dengan SDGs, Departemen kesehatan (Depkes) menargetkan penurunan AKI di Indonesia pada tahun 2030 adalah 70 per 100.000 kelahiran hidup yang sebelumnya Millennium Development Goals (MDGs) menargetkan AKI 102/100.000 kelahiran hidup (Dirjen Bina Gizi KIA, 2015).

Berdasarkan Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS), didapati jumlah AKI di Indonesia pada tahun 2015 sebanyak 305 kasus, terlihat ada penurunan bila dibandingkan dengan tahun 2012 yaitu 359 kasus. Sedangkan kasus AKB menurun pada tahun 2015 sebanyak 22,23 kasus bila dibandingkan dengan AKB pada tahun 2012 sebanyak 32 kasus (Kemenkes, 2015). Kematian ibu disebabkan oleh penyebab tidak langsung yaitu kematian ibu oleh penyakit dan bukan karena kehamilan dan persalinannya, seperti penyakit tuberculosis, anemia, malaria, sifilis, HIV, AIDS dan penyebab kematian ibu langsung yaitu

perdarahan (25% biasanya perdarahan pasca persalinan), sepsis (15%), hipertensi dalam kehamilan (12%), partus macet (8%), komplikasi abortus tidak aman (13%) dan sebab-sebab lain (8%) (Sarwono, 2014).

Penyebab lainnya yang menyebabkan kematian ibu bidan tidak melakukan kunjungan rumah dan tidak menjelaskan tanda-tanda bahaya, dan beberapa bidan merujuk pasien terlambat dan tidak melakukan tindakan segera untuk kasus Patologi (Kaparang, dkk, 2015). Pada tahun 2015 di Indonesia frekuensi ibu hamil yang sudah melakukan pemeriksaan kehamilan minimal 4 kali selama masa kehamilannya telah memenuhi target Rencana Strategis (Renstra) Kementerian kesehatan sebesar 72%. Namun demikian, terdapat lima provinsi yang belum mencapai target tersebut yaitu Papua, Papua Barat, Maluku, Nusa Tenggara Timur dan Sulawesi Tengah (Profil Kesehatan Indonesia, 2018).

Persentase pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di Indonesia terdapat penurunan dari 90,88% pada tahun 2013 menjadi 88,55% pada tahun 2015. Pada tahun 2015 cakupan persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan 79,72%. Secara nasional, indikator tersebut telah memenuhi target Renstra sebesar 75%. Namun demikian masih terdapat 18 provinsi (52,9%) yang belum memenuhi target tersebut (Profil Kesehatan Indonesia, 2015).

Pelayanan masa nifas sangat diperlukan karena merupakan masa kritis bagi ibu. Diperkirakan bahwa 60% kematian ibu pada masa nifas dalam 24 jam pertama yaitu perdarahan postpartum. Pelayanan kesehatan masa nifas dimulai dari enam jam sampai dengan tiga hari pasca persalinan (KF1), pada hari ke empat sampai dengan hari ke-28 pasca persalinan (KF2), dan pada hari ke-29 sampai dengan hari ke-42 pasca persalinan (KF3). Terdapat 87,06% ibu bersalin yang mendapat kunjungan nifas periode 29 sampai 42 hari setelah melahirkan (KF3) (Profil Kesehatan Indonesia, 2015).

Capaian kunjungan neonatal (KN) 1 Indonesia pada tahun 2015 sebesar 83,67% dan capaian KN lengkap di Indonesia pada tahun 2015 sebesar 77,31%. Pada akhir tahun 2014 cakupan KN1 telah mencapai 97%. Target KN1 dan KN lengkap pada tahun 2015 sebesar 75%, lebih rendah dari tahun sebelumnya, karena perubahan definisi operasional indikator KN1 KN lengkap. Sebelumnya cakupan KN1 KN lengkap merupakan indikator KN1 dan KN lengkap akses kemudian pada Renstra 2015 berubah definisi dengan peningkatan kualitas kunjungan neonatal (Profil Kesehatan Indonesia, 2018).

Pada permenkes RI No. 39/2016 tentang pedoman penyelenggaraan program Indonesia sehat dengan pendekatan keluarga. Kemenkes mendukung tercapainya program Indonesia sehat dalam renstra kementerian kesehatan 2015-2019 yang terdiri dari 12 indikator keluarga sehat. Salah satu indikatornya adalah keluarga mengikuti program keluarga berencana (KB). Pada tahun 2015 sebagian besar WUS saat ini menggunakan kontrasepsi, yakni sebanyak 57,58%. Jika dibandingkan dengan tahun sebelumnya yang menggunakan kontrasepsi sebanyak 59,7%. Dari data tersebut dapat kita ketahui bahwa program KB mengalami penurunan dari tahun sebelumnya. Dari seluruh pasangan usia subur yang menjadi sasaran program KB, terdapat sebagian yang memutuskan untuk tidak memanfaatkan program tersebut dengan berbagai alasan di antaranya ingin menunda memiliki anak atau tidak ingin memiliki anak lagi.

Kelompok PUS ini disebut sebagai unmet need (Profil Kesehatan Indonesia 2015). Untuk menurunkan AKI dan AKB diperlukan upaya untuk meningkatkan kelangsungan dan kualitas ibu dan anak dilakukan dengan pendekatan continuum of care. Jika pendekatan intervensi continuum of care ini dilaksanakan maka akan memberi dampak yang signifikan terhadap kelangsungan dan kualitas hidup ibu dan anak (Kemenkes, 2014).

Laporan Profil Kesehatan Kabupaten/ Kota se-Provinsi NTT pada tahun 2016 presentase rata-rata cakupan kunjungan ibu hamil (K1) di Kota Kupang sebesar 98,60%, sedangkan pada tahun 2015 sebesar 97, 70% berarti terjadi kenaikan sebanyak 0,90%, sedangkan target yang harus dicapai adalah sebesar 100%, berarti untuk cakupan K1 ini belum tercapai. Presentase rata-rata cakupan kunjungan ibu hamil (K4) tahun 2016 sebesar 83,90%, sedangkan target pencapaian K4 yang harus dicapai sesuai Renstra Dinkes. Prov. NTT sebesar 95%, berarti belum mencapai target (Dinkes Kota Kupang 2016).

Setiap ibu hamil dapat diharapkan melakukan pelayanan pemeriksaan antenatal sekurang-kurangnya empat kali selama masa kehamilan. Standar waktu pelayanan tersebut dianjurkan untuk menjamin perlindungan terhadap ibu hamil dan atau janin berupa deteksi dini faktor resiko, pencegahan dan penanganan dini komplikasi kehamilan (Kemenkes RI, 2015).

Sasaran ibu hamil di Pustu Maulafa 859 orang cakupan K1 sebanyak 289 orang atau dari targer cakupan 100%, cakupan K4 sebanyak 278 orag atau dari target cakupan 100%, cakupan ibu hamil resiko tinggi sebanyak 107 orang atau dari target cakupan 100%, cakupan neonatus sebanyak 214 bayi atau 59% dari target cakupan 100%, dan cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan 213 orang atau 56% dari target cakupan 100%, jumlah akseptor KB pada tahun 2018 di Pustu Maulafa sebanyak 610 orang yang terdiri dari IUD 105 orang, Implant 65 orang, Suntik 334 orang, MOW 4 orang, MOP 3 orang, Kondom 12 orang, dan Pil 51 orang (PWS KIA Pustu Maulafa Periode Januari/Desember 2018).

Beberapa kasus dirujuk dari Pustu Maulafa yang dirujuk yang dirujuk ke RUMAH Sakit Swasta dan Rumah Sakit Umum. Rujukan dengan kasus hipertensi 5 orang, HbSAg (+) ada 2 orang, KPD ada 5 orang, letak sungsang 1 orang, letak lintang 2 orang, serotinus 9 orang , dan abortus 1 orang. Berdasarkan hasil yang telah dicapai oleh Pustu

Maulafa menunjukkan pelayanan kesehatan (Profil Kesehatan Pustu Maulafa 2018).

Upaya mempercepat penurunan AKI di Pustu Maulafa melakukan pelayanan ANC terpadu sesuai kebijakan Kemenkes (2015) dengan standar ANC 14 T yaitu: Timbang berat badan : ukur berat badan dalam kilo gram tiap kali kunjungan. Kenaikan berat badan normal pada waktu hamil 0,5 kg per minggu mulai trimester kedua; Ukur Tekanan Darah: tekanan darah yang normal 110/80-140/90 mmHg, bila melebihi dari 140/90 mmHg perlu diwaspadai adanya preeklamsia; Ukur Tinggi Fundus Uteri; Pemberian Tablet Fe sebanyak 90 tablet selama kehamilan; Pemberian Imunisasi TT; Pemeriksaan Hb; Pemeriksaan VDRL; Perawatan Payudara, Senam Payudara dan Pijat Tekan Payudara; Pemeliharaan Tingkat Kebugaran/ Senam Ibu Hamil; Temu Wicara dalam rangka persiapan rujukan; Pemeriksaan Protein Urin atas indikasi; Pemeriksaan Reduksi Urin atas indikasi; Pemberian Terapi kapsul Yodium untuk daerah endemis gondok; dan Pemberian Terapi Anti Malaria untuk daerah endemis malaria.

Berdasarkan uraian diatas penulis tertarik untuk melakukan asuhan kebidanan secara berkelanjutan pada Ny. F. N di Pustu Maulafa periode 18 Februari-18 Mei 2019.

B. RUMUSAN MASALAH

Berdasarkan uraian latar belakang diatas, maka disusun rumusan masalah sebagai berikut “ Bagaimana Asuhan Kebidanan Berkelanjutan pada Ny. F. N di Puskesmas Pembantu Maulafa dari 18 Februari - 18 Mei 2019?”.

C. TUJUAN PENULISAN

1. Tujuan Umum

Menerapkan Asuhan Kebidanan Berkelanjutan pada Ny. F. N di Puskesmas Pembantu Maulafa dari 18 Februari- 3 Maret & 22 April- 18 Mei 2019.

2. Tujuan Khusus

Mahasiswa mampu :

- a. Melakukan Asuhan Kebidanan kehamilan pada Ny. F. N di Puskesmas Pembantu Maulafa berdasarkan metode tujuh langkah Varney.
- b. Melakukan Asuhan Kebidanan persalinan pada Ny. F. N menggunakan metode SOAP.
- c. Melakukan Asuhan Kebidanan nifas pada Ny. F. N menggunakan metode SOAP.
- d. Melakukan Asuhan Kebidanan bayi baru lahir pada By. Ny. F. N menggunakan metode SOAP.
- e. Melakukan Asuhan Kebidanan KB/Kespro pada Ny. F. N menggunakan metode SOAP.

D. MANFAAT PENULISAN

1. Teoritis

Hasil studi ini dapat sebagai pertimbangan, masukan untuk menambahkan wawasan tentang penatalaksanaan asuhan kebidanan berkelanjutan (*Antenatal Care, Intranatal Care, Postnatal Care dan Neonatus*).

2. Aplikatif

a. Institusi

Hasil studi kasus ini dapat dimanfaatkan untuk memberikan masukan penanganan asuhan kebidanan berkelanjutan sehingga dapat menambah pengetahuan tentang asuhan-asuhan yang dapat diberikan pada asuhan kebidanan secara berkelanjutan.

b. Puskesmas Pembantu Maulafa

Hasil studi kasus ini dapat dimanfaatkan sebagai masukan untuk Puskesmas Pembantu Maulafa agar lebih meningkatkan mutu pelayanan secara berkelanjutan pada ibu hamil dengan menggambarkan perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi mengenai manajemen kebidanan.

c. Profesi

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

d. Klien dan Masyarakat

Diharapkan klien dan masyarakat lebih aktif dan tanggap terhadap semua informasi dan pelayanan kesehatan kehamilan, persalinan, nifas dan bayi baru lahir. Hal ini bertujuan untuk mendeteksi secara dini komplikasi yang mungkin saja terjadi, sebagai pencegah komplikasi lebih lanjut dan sebagai peningkatan taraf kesehatan klien dan masyarakat.

E. KEASLIAN LAPORAN KASUS

Studi kasus serupa sudah pernah dilakukan oleh Sarah Ningtyas Br Sinaga tentang Asuhan Kebidanan Pada Masa Hamil Sampai Dengan Pelayanan Keluarga Berencana Di Rumah Bersalin Dinajl, Selamat Bromo Ujung Medan Tahun 2017. Persamaan dengan studi kasus terdahulu adalah sama-sama melakukan asuhan kebidanan komprehensif dengan menggunakan metode 7 langkah Varney dan catatan perkembangan menggunakan SOAP. Ada perbedaan antara studi kasus yang penulis lakukan dengan studi kasus sebelumnya baik dari segi waktu, tempat, dan subjek. Studi kasus yang penulis ambil dilakukan pada tahun 2019 dengan judul “Asuhan Kebidanan

Berkelanjutan Pada Ny. F. N. di Puskesmas Pembantu Maulafa Kota Kupang Periode Tanggal 18 Maret Sampai 18 Mei 2019”, ruang lingkup studi kasus ini dimulai dari kehamilan trimester III normal, bersalin normal, nifas normal, BBL normal, dan konseling KB.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. KONSEP DASAR KASUS

1. Konsep Dasar Kehamilan

a. Pengertian

Menurut Bobak, Lowdermilk dan Jensen dalam Asuhan Keperawatan Antenatal, Intranatal dan Bayi Baru Lahir Fisiologis dan Patologis (2016) kehamilan adalah peristiwa yang didahului bertemunya sel telur atau ovum dengan sel sperma dan akan berlangsung selama kira-kira 10 bulan lunar atau 9 bulan kalender atau 40 minggu atau 280 hari yang dihitung dari hari pertama periode menstruasi terakhir/Last Menstrual Period (LMP).

Menurut Saifuddin kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum 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. Kehamilan terbagi dalam 3 trimester, dimana trimester kesatu berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 15 minggu (minggu ke-13 hingga ke-27), trimester ketiga 13 minggu (minggu ke-28 hingga ke-40) (Walyani dan Purwoastuti, 2015).

b. Klasifikasi usia kehamilan

1) Kehamilan triwulan I antara 0-12 minggu.

Masa triwulan I disebut juga masa organogenesis, dimana dimulainya perkembangan organ-organ janin. Apabila terjadi cacat pada bayi nantinya, pada masa inilah penentuannya. Jadi pada masa ini ibu sangat membutuhkan cukup asuhan nutrisi dan juga perlindungan dari trauma.

Masa ini uterus mengalami perkembangan pesat untuk mempersiapkan plasenta dan pertumbuhan janin (Sulistyawati, 2009^a)

2) Kehamilan triwulan II, antara 12-28 minggu

Organ-organ dalam tubuh janin sudah terbentuk tetapi viabilitasnya masih diragukan. Apabila janin lahir, belum bisa bertahan hidup dengan baik. Masa ini ibu sudah merasa nyaman dan bisa beradaptasi dengan kehamilan (Sulistyawati, 2009^a).

3) Kehamilan triwulan III antara 28-40 minggu

Masa ini perkembangan kehamilan sangat pesat. Masa ini disebut masa pematangan. Tubuh telah siap untuk proses persalinan. Payudara sudah mengeluarkan kolostrum. Pengeluaran hormon estrogen dan progesteron sudah mulai berkurang. Terkadang akan timbul kontraksi atau his pada uterus. Janin yang lahir pada masa ini telah dapat hidup atau viable (Sulistyawati, 2009^a).

Cara menghitung usia kehamilan:

1) Rumus Naegele

Usia kehamilan dihitung 280 hari yang berpatokan pada HPHT dan atau tafsiran persalinan (TP). HPHT adalah hari pertama haid terakhir seorang wanita sebelum hamil. HPHT yang tepat adalah tanggal dimana ibu baru mengeluarkan darah menstruasi dengan frekuensi dan lama seperti menstruasi yang biasa. TP adalah tanggal taksiran perkiraan persalinan ibu. Bisa ditentukan setelah HPHT didapat. Jika bulan lebih dari 4-12, tanggal HPHT ditambahkan 7 bulan dikurangi 3 dan tahun ditambah 1, sedangkan jika bulan 1-3, tanggal HPHT ditambah 7 bulan ditambah dengan 9 dan tahun ditambah 0 (Nugroho dkk, 2014^a).

2) Perkiraan tinggi fundus uteri (TFU)

Perkiraan dengan TFU ini merupakan perkiraan yang harus diketahui oleh bidan. Perkiraan oleh TFU akan lebih tepat pada kehamilan pertama, tetapi kurang tepat pada kehamilan berikutnya (Nugroho dkk, 2014^a).

Tabel 1
Pengukuran Tinggi Fundus Uteri
Menggunakan Pita Ukuran

Tinggi Fundus Uteri (cm)	Umur Kehamilan Dalam Bulan
20	5
23	6
26	7
30	8
33	9

Sumber: Obstetri fisiologi UNPAD (1983)

Tabel 2
Pengukuran Tinggi Fundus Uteri
Menggunakan Jari

Umur Kehamilan	Tinggi Fundus Uteri (TFU)
Sebelum bulan III	Fundus uteri belum dapat diraba dari luar
Akhir bulan III (12 minggu)	Fundus uteri 1-2 jari atas symfisis
Akhir bulan IV (16 minggu)	Pertengahan simfisis umbilikus
Akhir bulan VI (24 minggu)	3 jari di bawah pusat
Akhir bulan VII (28 minggu)	3 jari diatas pusat
Akhir bulan VIII (32 minggu)	Pertengahan prosesus xiphoideus (Px)- umbilikus
Akhir bulan IX (36 minggu)	Mencapai arcus costalis atau 3 jari dibawah prosesus xiphoideus (Px)

Sumber: Obstetri fisiologi UNPAD (1983)

c. Perubahan Fisiologi dan Psikologi Kehamilan Trimester III

1) Perubahan Fisiologi

Perubahan fisiologis yang dialami oleh wanita selama hamil diantaranya:

a) Sistem Reproduksi

(1) Vagina dan Vulva

Pada usia kehamilan Trimester III dinding vagina mengalami banyak perubahan yang merupakan persiapan mengalami peregangan pada waktu persalinan dengan meningkatnya ketebalan mukosa, mengendornya jaringan ikat, dan *hipertrofi* sel otot polos. Perubahan ini mengakibatkan bertambah panjangnya dinding vagina (Romauli, 2011).

(2) Serviks Uteri

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

(3) Uterus

Pada trimester III karena kontraksi otot-otot bagian atas uterus, SBR menjadi lebih lebar dan tipis. Batas itu dikenal dengan lingkaran retraksi fisiologis dinding uterus, diatas lingkaran ini jauh lebih tebal dari pada dinding SBR. Setelah minggu ke 28 kontraksi *Braxton hicks* semakin jelas. (Pantikawati dan Saryono, 2010).

(4) Ovarium

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

(5) Aksi Hipotalamus – Hipofisis – Ovarium

Selama hamil estrogen dan progesteron menekan sekresi FSH dan LH; maturasi folikel, ovulasi, dan menstruasi menjadi terhenti; setelah implantasi, ovum yang dibuahi vili korionik memproduksi hCG yang mempertahankan korpus luteum untuk produksi estrogen dan progesteron selama 8-10 minggu pertama kehamilan sampai plasenta terbentuk (Marmi, 2014).

b) Payudara

Menurut Marmi (2014) perubahan yang terjadi pada payudara selama kehamilan yaitu rasa penuh, peningkatan sensitivitas, rasa geli, dan rasa berat di payudara muncul sejak minggu ke-6 gestasi. Namun pada akhir minggu ke-6 dapat keluar prakolostrum yang cair, jernih dan kental. Sekresi ini mengental yang kemudian disebut kolostrum, cairan sebelum menjadi susu, berwarna krem atau putih kekuningan yang dapat dikeluarkan selama trimester III.

c) Sistem Urinaria

Pada akhir kehamilan kepala janin akan turun ke pintu atas panggul keluhan sering kencing akan timbul lagi karena kandung kemih tertekan kembali. Selain itu juga terjadi *haemodilusi* menyebabkan metabolisme air menjadi lancar. Pada kehamilan tahap lanjut, pelvis ginjal kanan dan ureter lebih berdilatasi dari pada pelvis kiri akibat pergeseran uterus yang berat kekanan akibat terdapat *kolon rektosigmoid* disebelah kiri (Pantikawati dan Saryono, 2010).

d) Sistem Endokrin

Pada trimester III pengaturan konsentrasi kalsium sangat berhubungan erat dengan magnesium, fosfat, hormone pada tiroid, vitamin D dan kalsium. Adanya gangguan pada salah satu faktor itu akan menyebabkan perubahan pada yang lainnya (Romaui, 2011).

e) Sistem Kardiovaskular

Selama kehamilan jumlah leukosit akan meningkat yakni berkisar antara 5000 – 12000 dan mencapai puncaknya pada saat persalinan dan masa nifas berkisar 14000–16000. Pada kehamilan, terutama trimester III, terjadi peningkatan jumlah granulosit dan limfosit dan secara bersamaan limfosit dan monosit (Romaui, 2011).

f) Sistem Muskuloskeletal

Marmi (2014) menjelaskan perubahan sistem muskuloskeletal pada wanita hamil yaitu peningkatan distensi abdomen membuat panggul miring ke depan, penurunan tonus otot perut, peningkatan beban berat badan pada akhir kehamilan membutuhkan penyesuaian ulang *kurvatura spinalis*. Pusat gravitasi wanita bergeser ke depan.

g) Sistem Integumen

Menurut Marmi (2014) perubahan pada sistem integumen yaitu percepatan aktivitas kelenjar keringat dan kelenjar *sebacea*, peningkatan sirkulasi dan aktivitas vasomotor. Jaringan elastis kulit mudah pecah, menyebabkan *striae gravidarum*, atau tanda regangan (disebabkan kerja *adenokortikosteroid*), respon alergi kulit meningkat. Pigmentasi timbul akibat peningkatan hormon *hipofisis anterior melanotropin* selama masa hamil, contoh pigmentasi pada wajah (*cloasma*) (Marmi, 2014).

h) Sistem Pernapasan

Menurut Marmi (2014) perubahan pada sistem pernapasan yang terjadi pada ibu hamil yaitu:

(1) Fungsi Paru

Wanita hamil bernafas lebih dalam (meningkatkan volume tidal), peningkatan volume nafas 1 menit disebut hiperventilasi kehamilan, Beberapa ibu mengeluh mengalami dispnea saat istirahat (Marmi, 2014).

(2) Laju *Basal Metabolic Rate* (BMR)

BMR meningkat pada bulan ke-4 gestasi, meningkat 15%-20% pada akhir kehamilan, peningkatan ini mencerminkan peningkatan kebutuhan O₂. Perasaan lemah dan letih sebagian besar disebabkan peningkatan aktivitas metabolik (Marmi, 2014).

i) Sistem Neurologi

Marmi (2014) menyebutkan perubahan yang terjadi pada sistem neurologi pada wanita hamil yaitu nyeri kepala akibat ketegangan umumnya akan timbul saat ibu cemas, atau juga gangguan penglihatan seperti kesalahan *reflaksi*, *sinusitis*, atau *migraine*.

j) Sistem Kekebalan Tubuh

Menurut Marmi (2014) kadar serum igA dan igM meningkat selama kehamilan karena adanya peningkatan resiko infeksi.

k) Berat Badan

Pada trimester III terjadi kenaikan berat badan sekitar 5,5 kg. Penambahan berat badan dari awal kehamilan sampai akhir kehamilan adalah 11-12 Kg. Kemungkinan penambahan berat badan hingga maksimal 12,5 Kg (Walyani, 2015).

l) Sistem Metabolisme

Marmi (2014) menyebutkan perubahan yang terjadi pada metabolisme wanita hamil yaitu berbagai masalah seperti hiperemesis, diabetes dan lain-lain.

m) Sistem Pencernaan

(a) Mulut

Gusi *hiperemi*, berongga, dan membengkak, cenderung mudah berdarah karena kadar estrogen yang meningkat. Tidak ada peningkatan sekresi saliva, tapi ibu mengeluhkan *ptialisme* (kelebihan saliva) diduga karena ibu secara tidak sadar jarang menelan saat rasa mual (Marmi, 2014).

(b) Gigi

Kebutuhan Ca dan F lebih tinggi sekitar 0,4 gr daripada kebutuhan saat ibu tidak hamil. *Demineralisasi* gigi tidak terjadi selama kehamilan. Kebersihan gigi yang buruk sewaktu hamil atau pada setiap waktu dan *gingivitis* dapat menimbulkan karies gigi yang dapat menyebabkan gigi rusak (Marmi, 2014).

2) Perubahan Psikologi

Perubahan psikologis yang terjadi pada ibu hamil Trimester III (Romauli, 2011) :

- a) Rasa tidak nyaman timbul kembali, merasa dirinya jelek, aneh, dan tidak menarik.
- b) Merasa tidak menyenangkan ketika bayi tidak lahir tepat waktu.
- c) Takut akan merasa sakit dan bahaya fisik yang timbul pada saat melahirkan, khawatir akan keselamatannya.
- d) Khawatir bayi akan dilahirkan dalam keadaan tidak normal, bermimpi yang mencerminkan perhatian dan kekhawatirannya.

- e) Merasa sedih karena akan terpisah dari bayinya.
- f) Merasa kehilangan perhatian.
- g) Perasaan sudah terluka(*sensitive*).

d. Kebutuhan Dasar Ibu Hamil Trimester III

1) Oksigen

Marmi (2014) menjelaskan paru-paru bekerja lebih berat untuk keperluan ibu dan janin. Pada hamil tua sebelum kepala masuk panggul, paru-paru terdesak ke atas sehingga menyebabkan sesak nafas. Ibu hamil dapat mencegah hal tersebut dengan latihan nafas seperti senam hamil, tidur dengan bantal tinggi, makan tidak terlalu banyak, hentikan merokok, konsultasikan ke dokter bila ada gangguan nafas seperti asma, posisi miring dianjurkan untuk meningkatkan *perfusi* uterus dan oksigenasi fetoplasenta dengan mengurangi tekanan vena asenden (Marmi, 2014).

2) Nutrisi

Pada trimester ketiga nafsu makan sangat baik, tetapi jangan kelebihan, kurangi karbohidrat, tingkatkan protein, sayur-sayuran dan buah-buahan, lemak harus tetap dikonsumsi. Selain itu kurangi makanan terlalu manis (seperti gula) dan terlalu asin (seperti garam, ikan asin, telur asin, tauco, dan kecap asin) karena makanan tersebut akan memberikan kecenderungan janin tumbuh besar dan merangsang timbulnya keracunan saat kehamilan (Marmi, 2014).

Tabel 2.1.
Kebutuhan Makanan Sehari-hari Untuk Ibu Hamil

Jenis	Tidak Hamil	Hamil	Laktasi
Kalori	2500	2500	3000
Protein (gr)	60	85	100
Calcium (gr)	0,8	1,5	2
Ferrum (mg)	12	15	15

Jenis	Tidak Hamil	Hamil	Laktasi
Vit A (satuan internas)	5000	6000	8000
Vit B (mg)	1,5	1,8	2,3
Vit C (mg)	70	100	150
Riboflavin (mg)	2,2	2,5	3
As nicotin (mg)	15	18	23
Vit D (S.I)	+	400 – 800	400 – 800

Sumber: Marmi, 2014

3) Personal Hygiene

Kebersihan harus dijaga selama hamil. Mandi dianjurkan sedikitnya dua kali sehari karena ibu hamil cenderung untuk mengeluarkan keringat, menjaga kebersihan diri terutama lipatan kulit, ketiak dengan cara membersihkan dengan air dan keringkan. Kebersihan gigi dan mulut perlu mendapat perhatian karena sering sekali mudah terjadi gigi berlubang (Romauli, 2011).

4) Pakaian

Meskipun pakaian bukan hal yang berakibat langsung terhadap kesejahteraan ibu dan janin, namun perlu kiranya jika tetap dipertimbangkan beberapa aspek dari kenyamanan ibu (Romauli, 2011).

Menurut Pantikawati dan Saryono (2010) beberapa hal yang harus diperhatikan ibu hamil adalah memenuhi kriteria berikut ini :

- a) Pakaian harus longgar, bersih, dan tidak ada ikatan yang ketat di daerah perut.
- b) Bahan pakaian yang mudah menyerap keringat.
- c) Pakailah bra yang menyokong payudara.
- d) Memakai sepatu dengan hak yang rendah.
- e) Pakaian dalam yang selalu bersih.

5) Eliminasi

Romauli (2011) menjelaskan keluhan yang sering muncul pada ibu hamil berkaitan dengan eliminasi adalah konstipasi dan sering buang air kecil. Konstipasi terjadi karena adanya pengaruh hormon progesteron yang mempunyai efek rileks terhadap otot polos, salah satunya otot usus. Sedangkan sering buang air kecil adalah kondisi yang fisiologis. Ini terjadi pada awal kehamilan terjadi pembesaran uterus yang mendesak kandung kemih sehingga kapasitasnya berkurang. Sedangkan pada trimester III terjadi pembesaran janin yang juga menyebabkan desakan pada kandung kemih.

Walyani (2015) menuliskan dengan kehamilan terjadi perubahan hormonal, sehingga daerah kelamin menjadi lebih basah. Situasi basah ini menyebabkan jamur (*trichomonas*) tumbuh sehingga wanita hamil mengeluh gatal dan mengeluarkan keputihan. Untuk melancarkan dan mengurangi infeksi kandung kemih akibat keputihan yaitu dengan minum dan menjaga kebersihan sekitar alat kelamin.

6) Mobilisasi dan Body Mekanik

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

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

a) Duduk

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

pastikan bahwa tulang belakangnya tersangga dengan baik.

b) Berdiri

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

7) Tidur

Sejalan dengan tuanya usia kehamilan, biasanya ibu merasa semakin sulit mengambil posisi yang nyaman, karena peningkatan ukuran tubuh dan berat badannya. Nyeri pada simpisis pubis dan sendi dapat dikurangi bila ibu menekuk lututnya ke atas dan menambahnya bersama-samaketika berbalik ditempat tidur.

8) Imunisasi

Romauli (2011) menjelaskan imunisasi selama kehamilan sangat penting dilakukan. Jenis imunisasi yang diberikan adalah Tetanus Toxoid (TT) yang dapat mencegah penyakit tetanus.

Tabel 2.2.

Selang waktu pemberian imunisasi Tetanus Toxoid

Antigen	Interval (selang waktu minimal)	Lama perlindungan
TT 1	Pada kunjungan antenatal pertama	-
TT 2	4 minggu setelah TT 1	3 tahun
TT 3	6 bulan setelah TT 2	5 tahun
TT 4	1 tahun setelah TT 3	10 tahun
TT 5	1 tahun setelah TT 4	25 tahun / seumur hidup

Sumber:Kemenkes RI, 2015.

9) *Exercise* / Senam Hamil

Menurut Walyani (2015) tujuan utama persiapan fisik dari senam hamil yaitu mencegah terjadinya *deformitas* (cacat) kaki dan memelihara fungsi hati untuk dapat menahan berat badan yang semakin naik, nyeri kaki, varises, bengkak, dan lain-lain; melatih dan menguasai teknik pernapasan yang berperan penting dalam kehamilan dan proses persalinan.

Menurut Rukiah, dkk (2009) syarat mengikuti senam hamil yaitu telah dilakukan pemeriksaan kesehatan dan kehamilan oleh dokter atau bidan, latihan dilakukan setelah usia kehamilan mencapai 22 minggu, latihan dilakukan secara teratur dan disiplin, sebaiknya latihan dilakukan di rumah sakit atau klinik bersalin dibawah pimpinan instruktur senam hamil.

10) Seksualitas

Selama kehamilan normal *koitus* boleh sampai akhir kehamilan, meskipun beberapa ahli berpendapat tidak lagi berhubungan selama 14 hari menjelang kelahiran. *Koitus* tidak dibenarkan bila terdapat perdarahan pervaginam, riwayat abortus berulang, dan ketuban pecah sebelum waktunya. (Romauli, 2011).

11) Istirahat dan Tidur

Ibu hamil sebaiknya tidur malam \pm 8 jam dan tidur siang \pm 1 jam. . Tidur yang cukup dapat membuat ibu menjadi rileks, bugar dan sehat (Nugroho, dkk, 2014).

12) Persiapan Kelahiran Bayi

Walyani (2015) menjelaskan komponen penting dalam rencana kehamilan yaitu membuat rencana persalinan yang meliputi tempat persalinan, memilih tenaga kesehatan terlatih, bagaimana menghubungi tenaga kesehatan tersebut, transportasi yang akan digunakan ke tempat persalinan,

biaya yang dibutuhkan dan bagaimana cara mengumpulkan biaya tersebut, orang yang akan menjaga keluarganya jika ibu tidak ada, pembuat keputusan utama dalam keluarga, orang yang akan membuat keputusan jika pembuat keputusan utama tidak ada saat terjadi kegawatdaruratan.

e. Ketidaknyamanan Ibu Hamil Trimester III dan Cara Mengatasinya

Dalam proses kehamilan terjadi perubahan sistem dalam tubuh ibu yang semuanya membutuhkan suatu adaptasi, baik fisik maupun psikologis. Dalam proses adaptasi tersebut tidak jarang ibu akan mengalami ketidaknyamanan yang meskipun hal ini adalah fisiologis namun tetap perlu diberikan suatu pencegahan dan perawatan. Ketidaknyamanan dalam kehamilan antara lain :

Tabel 2.3.

Ketidaknyamanan Trimester III dan Cara Mengatasi

Ketidaknyamanan	Cara Mengatasi
Sering Buang Air Kencing (BAK)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kurangi asupan karbohidrat murni dan makanan yang mengandung gula. 2. Batasi minum kopi, teh, dan soda.
Hemoroid	<ol style="list-style-type: none"> 1. Makan makanan yang berserat, buah dan sayuran serta banyak minum air putih dan sari buah. 2. Lakukan senam hamil untuk mengatasi hemoroid.
Keputihan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tingkatkan kebersihan dengan mandi tiap hari. 2. Memakai pakian dalam dari bahan katun dan mudah menyerap. 3. Tingkatkan daya tahan tubuh dengan makan buah dan sayur.
Sembelit	<ol style="list-style-type: none"> 1. Minum 3 liter cairan setiap hari terutama air putih atau sari buah. 2. Makan makanan yang kaya serat dan juga vitamin C. 3. Lakukan senam hamil.
Sesak Napas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab fisiologi. 2. Merentangkan tangan diatas kepala serta menarik napas panjang.

Ketidaknyamanan	Cara Mengatasi
	3. Mendorong postur tubuh yang baik.
Nyeri Ligamentum Rotundum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan penjelasan mengenai penyebab nyeri. 2. Tekuk lutut kearah abdomen. 3. Mandi air hangat. 4. Gunakan sebuah bantal untuk menopang uterus dan bantal lainnya letakkan diantara lutut sewaktu dalam posisi berbaring miring
Perut Kembung	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hindari makan makanan yang mengandung gas. 2. Mengunyah makanan secara teratur. 3. Lakukan senam secara teratur.
Pusing / Sakit Kepala	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bangun secara perlahan dari posisi istirahat. 2. Hindari berbaring dalam posisi terlentang.
Sakit Punggung Atas dan Bawah	<ol style="list-style-type: none"> 1. Posisi atau sikap tubuh yang baik selama melakukan aktivitas. 2. Hindari mengangkat barang yang berat. 3. Gunakan bantal ketika tidur untuk meluruskan punggung.
Varises Pada Kaki	<ol style="list-style-type: none"> 1. Istirahat dengan menikan kaki setinggi mungkin untuk membalikan efek gravitasi. 2. Jaga agar kaki tidak bersilangan. 3. Hindari berdiri atau duduk terlalu lama.
Susah Tidur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menggunakan teknik relaksasi 2. Mandi air hangat 3. Minum minuman hangat sebelum tidur 4. Melakukan aktivitas yang tidak menstimulasi sebelum tidur
Konstipasi (Sembelit / Susah BAB)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Minum air 8 gelas per hari 2. Mengonsumsi makanan yang mengandung serat seperti buah dan sayur serta istirahat yang cukup
Bengkak (Oedema) pada kaki	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hindari posisi berbaring terlentang 2. Istirahat dengan berbaring miring ke kiri dengan kaki yang agak ditinggikan 3. Angkat kaki ketika duduk atau istirahat 4. Hindari pakaian yang ketat pada kaki

(Sumber : Romauli, 2011)

f. Tanda Bahaya Kehamilan Trimester III

Beberapa tanda bahaya kehamilan lanjut antara lain:

1) Penglihatan Kabur

Karena pengaruh hormonal, ketajaman penglihatan ibu berubah dalam kehamilan. Perubahan ringan adalah normal. Perubahan penglihatan ini mungkin suatu tanda dari pre-eklampsia (Walyani, 2015).

2) Bengkak Pada Wajah dan Jari-Jari Tangan

Hampir separuh ibu-ibu hamil akan mengalami bengkak yang normal pada kaki yang biasanya muncul pada sore hari dan biasanya hilang setelah beristirahat atau dengan meninggikan kaki lebih tinggi daripada kepala. Bengkak dapat menjadi masalah serius jika muncul pada wajah dan tangan, tidak hilang setelah beristirahat dan disertai dengan keluhan fisik lain. Hal ini dapat merupakan pertanda dari anemia, gangguan fungsi ginjal, gagal jantung ataupun pre eklampsia (Walyani, 2015).

3) Keluar Cairan Pervaginam

Keluarnya cairan berupa air-air dari vagina pada trimester 3. Cairan pervaginam dalam kehamilan normal apabila tidak berupa perdarahan banyak, air ketuban maupun leukhore yang patologis. Penyebab terbesar persalinan prematur adalah ketuban pecah sebelum waktunya (Walyani, 2015).

4) Gerakan Janin Tidak Terasa

Bayi harus bergerak paling sedikit 3 kali dalam periode 3 jam (10 gerakan dalam 12 jam). Gerakan janin berkurang bisa disebabkan oleh aktivitas ibu yang berlebihan sehingga gerakan janin tidak dirasakan, kematian janin, perut tegang akibat kontraksi berlebihan ataupun kepala sudah masuk panggul pada kehamilan aterm (Walyani, 2015).

5) Nyeri Perut yang Hebat

Nyeri abdomen yang tidak berhubungan dengan persalinan adalah tidak normal. Nyeri abdomen yang mengindikasikan mengancam jiwa adalah yang hebat, menetap dan tidak hilang setelah beristirahat, kadang-kadang dapat disertai dengan perdarahan lewat jalan lahir. Nyeri perut ini bisa berarti *appendicitis* (radang usus buntu), kehamilan ektopik (kehamilan di luar kandungan), aborsi (keguguran), penyakit radang panggul, persalinan preterm, *gastritis* (maag), penyakit kantong empedu, solutio plasenta, penyakit menular seksual, infeksi saluran kemih atau infeksi lain (Walyani, 2015).

6) Sakit Kepala Hebat dan Menetap

Sakit kepala yang menunjukkan satu masalah yang serius adalah sakit kepala yang hebat dan menetap serta tidak hilang apabila beristirahat. Kadang-kadang dengan sakit kepala tersebut diikuti pandangan kabur atau berbayang. Sakit kepala yang demikian adalah tanda dan gejala dari preeklamsia (Hani,dkk, 2011).

7) Perdarahan Pervaginam

Perdarahan pada kehamilan setelah 22 minggu sampai sebelum bayi dilahirkan dinamakan perdarahan intrapartum sebelum kelahiran, pada kehamilan lanjut perdarahan yang tidak normal adalah merah banyak, dan kadang-kadang tapi tidak selalu disertai dengan rasa nyeri. Jenis perdarahan antepartum diantaranya plasenta previa dan absurpsio plasenta atau solusio plasenta (Hani, dkk, 2011).

g. Deteksi Dini Faktor Risiko Kehamilan Trimester III dan Penanganan Serta Prinsip Rujukan Kasus

1) Menilai Faktor Resiko Dengan Skor Poedji Rochjati

Resiko tinggi atau komplikasi kebidanan pada kehamilan merupakan keadaan penyimpangan dari normal, yang secara langsung menyebabkan kesakitan dan kematian ibu maupun bayi. Beberapa keadaan yang menambah resiko kehamilan, tetapi tidak secara langsung meningkatkan resiko kematian. Keadaan tersebut dinamakan faktor resiko.

Salah satu peneliti menetapkan kehamilan dengan resiko tinggi sebagai berikut: primipara muda berusia < 16 tahun, primipara tua berusia > 35 tahun, primipara sekunder dengan usia anak terkecil diatas 5 tahun, tinggi badan < 145 cm, riwayat kehamilan yang buruk (pernah keguguran, pernah persalinan prematur, lahir mati), riwayat persalinan dengan tindakan (ekstraksi vakum, ekstraksi forsep, operasi sesar), preeklamsia, eklamsia, gravida serotinus, kehamilan dengan perdarahan antepartum, kehamilan dengan kelainan letak, kehamilan dengan penyakit ibu yang mempengaruhi kehamilan (Rochjati, 2003).

2) Skor Poedji Rochjati

Dalam bukunya Rochjati (2003) menjelaskan skor Poedji Rochjati adalah suatu cara untuk mendeteksi dini kehamilan yang memiliki risiko lebih besar dari biasanya (baik bagi ibu maupun bayinya), akan terjadinya penyakit atau kematian sebelum maupun sesudah persalinan. Ukuran risiko dapat dituangkan dalam bentuk angka disebut skor. Skor merupakan bobot prakiraan dari berat atau ringannya risiko atau bahaya. Jumlah skor memberikan pengertian tingkat risiko yang dihadapi oleh ibu hamil.

Berdasarkan jumlah skor kehamilan dibagi menjadi tiga kelompok yaitu kehamilan risiko rendah (KRR) dengan jumlah skor 2, kehamilan risiko tinggi (KRT) dengan jumlah

skor 6-10, dan kehamilan risiko sangat tinggi (KRST) dengan jumlah skor ≥ 12 .

3) Tujuan Sistem Skor

Tujuan sistem skor Poedji Rochjati adalah membuat pengelompokan dari ibu hamil (KRR, KRT, KRST) agar berkembang perilaku kebutuhan tempat dan penolong persalinan sesuai dengan kondisi dari ibu hamil dan 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 (Rochjati, 2003).

4) Fungsi Skor

Fungsi skor Poedji Rochjati yaitu sebagai alat komunikasi informasi dan edukasi/KIE bagi klien, ibu hamil, suami, keluarga dan masyarakat; skor digunakan sebagai sarana KIE yang mudah diterima, diingat, dimengerti sebagai ukuran kegawatan kondisi ibu hamil dan menunjukkan adanya kebutuhan pertolongan untuk rujukan. Sehingga berkembang perilaku untuk kesiapan mental, biaya dan transportasi ke Rumah Sakit untuk mendapatkan penanganan yang adekuat; alat peringatan bagi petugas kesehatan agar lebih waspada. (Rochjati, 2003).

5) Cara Pemberian Skor

Setiap 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.

Tiap faktor risiko dapat dilihat pada gambar yang ada pada Kartu Skor 'Poedji Rochjati' (KSPR). Ibu hamil dengan

skor 6 atau lebih dianjurkan untuk bersalin ditolong oleh tenaga kesehatan, bila skor 12 atau lebih dianjurkan bersalin di RS / dokter SPOG (Rochjati, 2003).

Deteksi dini faktor resiko kehamilan trimester III menurut Poedji Rochyati disajikan dalam tabel berikut :

Tabel 2.4
Kartu Skor Poedji Rochjati

Kel FR	II No	Masalah/Faktor Resiko	III Skor	IV Triwulan			
				1	11	111 1	111 2
I	1.	Terlalu muda, hamil \leq 16 tahun	4				
	2.	Terlalu tua, hamil \geq 35 tahun	4				
	3.	Terlalu lambat hamil I, kawin \geq 4 tahun	4				
		Terlalu lama hamil lagi (\geq 10 tahun)	4				
	4.	Terlalu cepat hamil lagi ($<$ 2 tahun)	4				
	5.	Terlalu banyak anak, 4 / lebih	4				
	6.	Terlalu tua, umur \geq 35 tahun	4				
	7.	Terlalu pendek \leq 145 cm	4				
	8.	Pernah gagal kehamilan	4				
	9	Pernah melahirkan dengan:					
	a. Tarikan tang / vakum	4					
	b. Uri dirogoh	4					
	c. Diberi infus / transfusi	4					
	10	Pernah operasi saesarea					
II	11	Penyakit pada Ibu Hamil:					
		a. Kurang darah b. Malaria	4				
		c. TBC paru d. Payah jantung	4				
		e. Kencing manis (Diabetes)	4				
		f. Penyakit menular seksual	4				
	12.	Bengkak pada muka / tungkai dan Tekanan darah tinggi	4				
	13.	Hamil kembar 2 atau lebih	4				
	14.	Hamil kembar air (Hydramnion)	4				

	15.	Bayi mati dalam kandungan	4				
	16.	Kehamilan lebih bulan	4				
	17.	Letak sungsang	8				
	18.	Letak lintang	8				
III	19.	Perdarahan dalam kehamilan ini	8				
	20.	Preeklampsia berat / kejang - kejang	8				
		JUMLAH SKOR					

Sumber: Rochjati, (2003)

- a) Ibu hamil dengan skor 6 atau lebih dianjurkan untuk bersalin ditolong oleh tenaga kesehatan.
- b) Bila skor 12 atau lebih dianjurkan bersalin di RS

h. Sistem Rujukan

1) Definisi Rujukan

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

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

2) Rujukan Kebidanan

Sistem rujukan dalam mekanisme pelayanan *obstetri* adalah suatu pelimpahan tanggung jawab timbal-balik atas kasus atau masalah kebidanan yang timbul baik secara vertikal, maupun horizontal. Rujukan vertikal, maksudnya adalah rujukan dan komunikasi antara satu unit ke unit yang telah lengkap. Misalnya dari rumah sakit kabupaten ke rumah sakit provinsi atau rumah sakit tipe C ke rumah sakit

tipe B yang lebih spesialistik fasilitas dan personalianya. Rujukan horizontal adalah konsultasi dan komunikasi antar unit yang ada dalam satu rumah sakit, misalnya antara bagian kebidanan dan bagian ilmu kesehatan anak (Syafrudin, 2009)

3) Jenis Rujukan

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

a) Rujukan Medik yaitu pelimpahan tanggungjawab secara timbal balik atas satu kasus yang timbal balik secara vertikal maupun horizontal kepada yang lebih berwenang dan mampu menanganinya secara rasional.

Jenis rujukan medik :

(1) Pengiriman bahan untuk pemeriksaan laboratorium lebih lengkap.

(2) Konsultasi penderita untuk keperluan diagnosa, pengobatan, tindakan operatif dan lain-lain.

(3) Pengiriman tenaga yang lebih kompeten atau ahli untuk meningkatkan mutu layanan pengobatan setempat.

b) Rujukan Kesehatan yaitu hubungan dalam pengiriman, pemeriksaan bahan atau spesimen ke fasilitas yang lebih mampu dan lengkap.

4) Tujuan Rujukan

Tujuan rujukan, yaitu (Syafrudin, 2009) :

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

b) Menjalin kerjasama dengan cara pengiriman penderita atau bahan laboratorium dari unit yang kurang lengkap ke unit yang lengkap fasilitasnya.

- c) Menjalinkan pelimpahan pengetahuan dan keterampilan (*Transfer knowledge and skill*) melalui pendidikan dan latihan antara pusat pendidikan dan daerah.

5) Langkah – langkah Rujukan

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

- a) Menentukan kegawatdaruratan penderita
Pada tingkat kader atau dukun bayi terlatih ditemukan penderita yang tidak dapat ditangani sendiri oleh keluarga atau kader/dukun bayi, maka segera dirujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan yang terdekat, oleh karena itu mereka belum tentu dapat menerapkan ke tingkat kegawatdaruratan.
- 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.
- c) Menentukan tempat rujukan
Prinsip dalam menentukan tempat rujukan adalah fasilitas pelayanan yang mempunyai kewenangan dan fasilitas terdekat yang termasuk fasilitas pelayanan swasta dengan tidak mengabaikan kesediaan dan kemampuan penderita.
- d) Memberikan informasi kepada penderita dan keluarga
- e) Mengirimkan informasi pada tempat rujukan yang dituju

- f) Memberitahukan bahwa akan ada penderita yang dirujuk.
- g) Meminta petunjuk apa yang perlu dilakukan dalam rangka persiapan dan selama dalam perjalanan ke tempat rujukan.
- h) Meminta petunjuk dan cara penanganan untuk menolong penderita bila penderita tidak mungkin dikirim. Dijabarkan persiapan penderita yang harus diperhatikan dalam melakukan rujukan yaitu dengan melakukan BAKSOKU yang merupakan singkatan dari (Bidan, Alat, Keluarga, Surat, Obat, Kendaraan, Uang) (JNPK-KR, 2012).

- Bidan (B) : Pastikan bahwa ibu dan/atau bayi baru lahir didampingi oleh penolong persalinan yang kompeten dan memiliki kemampuan untuk menatalaksanakan kegawatdaruratan obstetri dan bayi baru lahir untuk dibawa ke fasilitas rujukan.
- Alat (A) : Bawa perlengkapan dan bahan-bahan untuk asuhan persalinan, masamnifas dan bayi baru lahir (tabung suntik, selang Intra Vena, dan lain-lain) bersama ibu ke tempat rujukan. Perlengkapan dan bahan-bahan tersebut mungkin diperlukan jika ibu melahirkan sedang dalam perjalanan.
- Keluarga(K) : Beritahu ibu dan keluarga mengenai kondisi terakhir ibu dan/atau bayi dan mengapa ibu dan/atau bayi perlu dirujuk. Jelaskan pada mereka alasan

- dan keperluan upaya rujukan tersebut. Suami atau anggota keluarga yang lain harus menemani ibu dan/atau bayi baru lahir ke tempat rujukan.
- Surat(S) : Berikan surat ke tempat rujukan. Surat ini harus memberikan identifikasi mengenai ibu dan/atau bayi baru lahir, cantumkan alasan rujukan dan uraikan hasil pemeriksaan, asuhan atau obat-obatan yang diterima ibu dan/atau bayi baru lahir. Lampirkan partograf kemajuan persalinan ibu pada saat rujukan.
- Obat (O) : Bawa obat-obatan esensial pada saat mengantar ibu ke tempat rujukan. Obat-obatan mungkin akan diperlukan selama perjalanan.
- Kendaraan (K) : Siapkan kendaraan yang paling memungkinkan untuk merujuk ibu dalam kondisi yang cukup nyaman. Selain itu pastikan bahwa kondisi kendaraan itu cukup baik untuk mencapai tempat rujukan dalam waktu yang tepat.
- Uang (U) : Ingatkan pada keluarga agar membawa uang dalam jumlah yang cukup untuk membeli obat-obatan yang diperlukan dan bahan-bahan kesehatan lain yang diperlukan selama ibu dan/atau bayi baru lahir tinggal di fasilitas rujukan.

6) Persiapan Rujukan

Sebelum melakukan persiapan rujukan yang pertama dilihat adalah mengapa bidan melakukan rujukan. Rujukan bukan suatu kekurangan, melainkan suatu tanggung jawab yang

tinggi dan mendahulukan kebutuhan masyarakat. Dengan adanya sistem rujukan, diharapkan dapat meningkatkan pelayanan kesehatan yang lebih bermutu. Bidan sebagai tenaga kesehatan harus memiliki kesiapan untuk merujuk ibu atau bayi ke fasilitas kesehatan rujukan secara optimal dan tepat waktu jika menghadapi penyulit. Jika bidan lalai dalam melakukannya akan berakibat fatal bagi keselamatan jiwa ibu dan bayi (Syafrudin, 2009).

- 7) Pelaksanaan Rujukan (Pudiastuti, 2011), yaitu :
- a) Internal antara petugas di satu rumah.
 - b) Antara Puskesmas pembantu dan Puskesmas.
 - c) Antara masyarakat dan puskesmas.
 - d) Antara Puskesmas dengan puskesmas lainnya.
 - e) Antara puskesmas dan rumah sakit, laboratorium atau fasilitas pelayanan kesehatan lainnya.
 - f) Antara rumah sakit, laboratorium atau fasilitas pelayanan lain dari rumah sakit.

- i. Konsep Antenatal Care Standar Pelayanan Antenatal (14 T)
Menurut Kemenkes RI (2015) dalam melakukan pemeriksaan antenatal, tenaga kesehatan harus memberikan pelayanan yang berkualitas sesuai dengan 10 T yaitu sebagai berikut :

- 1) Timbang Berat Badan dan Ukur Tinggi Badan

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

2) Ukur Tekanan Darah

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

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

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

4) Ukur Tinggi Fundus Uteri

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

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

Tabel 2.5
Rentang Waktu Pemberian Imunisasi TT

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

Sumber : (Kemenkes RI, 2015)

6) Tentukan Presentasi Janin dan Denyut Jantung Janin

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

7) Beri Tablet Tambah Darah

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

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

8) Periksa Laboratorium

Pemeriksaan Laboratorium yang dilakukan pada ibu hamil adalah pemeriksaan laboratorium rutin dan khusus. Pemeriksaan laboratorium rutin adalah pemeriksaan

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

Pemeriksaan laboratorium dilakukan pada saat antenatal tersebut meliputi :

a) Pemeriksaan golongan darah

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

b) Pemeriksaan kadar hemoglobin darah (HB)

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

c) Pemeriksaan protein dalam urine

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

d) Pemeriksaan kadar gula darah

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

e) Pemeriksaan darah malaria

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

f) Pemeriksaan tes sifilis

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

g) Pemeriksaan HIV

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

9) Tata Laksana atau Penanganan Kasus

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

10) Temu wicara atau konseling

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

11) Pemeriksaan protein urin atas indikasi

12) Pemeriksaan reduksi urin atas indikasi

13) Pemberian terapi kapsul yodium untuk daerah endemis gondok

14) Pemberian terapi anti malaria untuk daerah endemis

j. Kebijakan Kunjungan Antenatal Care

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

1) Minimal 1 kali pada trimester pertama (0 - <14 minggu).

2) Minimal 1 kali pada trimester kedua (14 - <28 minggu).

3) Minimal 2 kali pada trimester ketiga (29 - \geq 40minggu).

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

Pada trimester ketiga, kunjungan ketiga antara minggu ke 28-36.

Pada kunjungan ini bidan memberikan asuhan sama dengan trimester I dan trimester II ditambah palpasi abdomen untuk deteksi gemeli. Setelah 36 minggu, kunjungan keempat asuhan yang diberikan sama dengan TM I, II, III ditambah deteksi

kelainan letak, kondisi lain yang memerlukan kelahiran di rumah sakit (Marmi, 2014).

2. Konsep Dasar Persalinan

a. Pengertian Persalinan

Menurut Marmi (2012) persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri) yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau tanpa melalui jalan lahir dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri).

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

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

b. Tanda – tanda Persalinan

Menurut Marmi (2012), tanda-tanda persalinan yaitu :

1) Tanda – tanda persalinan sudah dekat

a) *Lightening*

Menjelang minggu ke 36 pada primigravida terjadi penurunan fundus uteri karena kepala bayi sudah masuk pintu atas panggul yang disebabkan oleh : kontraksi *braxton hicks*, ketegangan dinding perut, ketegangan *ligamentum rotundum* , dan gaya berat janin dengan kepala kearah bawah. Masuknya kepala

bayi ke pintu atas panggul dirasakan ibu hamil sebagai terasa ringan di bagian atas, dibagian bawah terasa sesak, terjadi kesulitan saat berjalan dan sering *miksi* (Lailiyana, dkk, 2011).

b) His permulaan

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

2) Tanda – tanda timbulnya persalinan

a) Terjadinya his persalinan

Menurut Marmi (2012) his yang menimbulkan pembukaan serviks dengan kecepatan tertentu disebut his efektif. Pengaruh his sehingga dapat menimbulkan : desakan daerah uterus (meningkat), terhadap janin (penurunan), terhadap korpus uteri (dinding menjadi tebal), terhadap istimus uteri (teregang dan menipis) dan terhadap kanalis servikalis (*effacement* dan pembukaan). His persalinan memiliki ciri – ciri sebagai berikut :

- (1) Pinggang terasa sakit dan menjalar kedepan.
- (2) Sifat his teratur, interval semakin pendek, dan kekuatan semakin besar.
- (3) Terjadi perubahan pada serviks.

(4) Jika pasien menambah aktivitasnya, misalnya dengan berjalan, maka kekuatan his akan bertambah.

b) Pengeluaran lendir darah (*bloody show*)

Plak lendir disekresi serviks sebagai hasil proliferasi kelenjar lendir serviks pada awal kehamilan. Pengeluaran plak inilah yang yang di maksud dengan *bloody show*. *Bloody show* merupakan tanda persalinan yang akan terjadi biasanya dalam 24 sampai 48 jam (Sukarni dan Margareth, 2013).

c) Perubahan serviks

Pada akhir bulan ke-9, hasil pemeriksaan serviks menunjukkan bahwa serviks sebelumnya tertutup, panjang, dan kurang lunak menjadi lebih lunak. Hal ini telah terjadi pembukaan dan penipisan serviks. Perubahan ini berbeda pada masing – masing ibu, misalnya pada multipara sudah terjadi pembukaan 2 cm namun pada sebagian besar primipara, serviks masih dalam keadaan tertutup (Erawati, 2011).

d) Pengeluaran cairan ketuban

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

c. Sebab - sebab Mulainya Persalinan

Menurut Marmi (2012), ada beberapa teori yang menyatakan kemungkinan proses persalinan yaitu :

1) Teori Penurunan Kadar Hormon Prostaglandin

Progesteron merupakan hormon penting untuk mempertahankan kehamilan, yang fungsinya menurunkan kontraktilitas dengan cara meningkatkan potensi membrane istirahat pada sel miometrium sehingga menstabilkan Ca membran dan kontraksi berkurang. Pada akhir kehamilan, terjadi penurunan kadar progesteron yang mengakibatkan peningkatan kontraksi uterus karena sintesa prostaglandin di *chorioamnion* (Marmi, 2012).

2) Teori Rangsangan Estrogen

Estrogen menyebabkan *irritability* miometrium karena peningkatan konsentrasi *actin-myocin* dan *adenosin tripospat* (ATP). Estrogen juga memungkinkan sintesa prostaglandin pada decidua dan selaput ketuban sehingga menyebabkan kontraksi uterus (miometrium) (Marmi, 2012).

3) Teori Reseptor Oksitosin dan Kontraksi *Braxton Hicks*

Oksitosin merupakan hormon yang dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis parst posterior. Distribusi reseptor oksitosin, dominan pada fundus dan korpus uteri, dan akan berkurang jumlahnya di segmen bawah rahim dan tidak banyak dijumpai pada serviks uteri. Perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron dapat mengubah sensitivitas otot rahim sehingga terjadi kontraksi *BraxtonHicks*. Menurunnya konsentrasi progesteron menyebabkan oksitosin meningkat sehingga persalinan dapat dimulai (Marmi, 2012).

4) Teori Keregangan (Destensi Rahim)

Rahim yang menjadi besar dan meregang menyebabkan iskemia otot-otot rahim, sehingga mengganggu sirkulasi utero plasenter (Marmi, 2012).

5) Teori *Fetal Cortisol*

Teori ini sebagai pemberi tanda untuk dimulainya persalinan akibat peningkatan tiba-tiba kadar kortisol plasma janin. Kortisol janin mempengaruhi plasenta sehingga produksi progesteron berkurang dan memperbesar sekresi estrogen sehingga menyebabkan peningkatan produksi prostaglandin dan *irritability* miometrium. Pada cacat bawaan janin seperti anensefalus, hipoplasia adrenal janin dan tidak adanya kelenjar hipofisis pada janin akan menyebabkan kortisol janin tidak diproduksi dengan baik sehingga kehamilan dapat berlangsung lewat bulan (Marmi, 2012).

d. Tahapan Persalinan

1) Kala I

a) Pengertian Kala I

Kala I dimulai dengan serviks membuka sampai terjadi pembukaan 10 cm. Kala I dinamakan juga kala pembukaan. Dapat dinyatakan partus dimulai bila timbul his dan wanita tersebut mengeluarkan lendir yang bersama darah disertai dengan pendataran (*effacement*). Lendir bercampur darah berasal dari lendir kanalis servikalis karena serviks mulai membuka dan mendatar. Darah berasal dari pembuluh – pembuluh kapiler yang berada disekitar kanalis servikalis (kanalis servikalis pecah karena pergeseran – pergeseran ketika serviks membuka). Kala I selesai apabila pembukaan serviks uteri telah lengkap, pada primigravida kala I berlangsung kira – kira 13 jam dan *multigravida* kira – kira 7 jam (Rukiah, dkk 2009).

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

(1) Fase Laten

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

(2) Fase Aktif

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

(a) Fase Akselerasi (fase percepatan), dari pembukaan 3 cm sampai 4 cm yang dicapai dalam 2 jam.

(b) Fase dilatasi maksimal, dari pembukaan 4 cm sampai 9 cm yang dicapai dalam 2 jam.

(c) Fase deselerasi (kurangnya kecepatan), dari pembukaan 9 cm sampai 10 cm selama 2 jam.

b) Pemantauan Kemajuan Persalinan Kala I dengan Partograf

(1) Pengertian Partograf

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

(2) Kemajuan Persalinan

(a) Pembukaan serviks

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

(b) Penurunan bagian terbawah janin

Bila kepala masih berada diatas PAP maka masih dapat diraba dengan 5 jari (rapat) dicatat dengan 5/5, pada angka 5 digaris vertikal sumbu X pada partograf yang ditandai dengan "O" dan dihubungkan dengan garis lurus (Marmi, 2012).

(c) Kontraksi uterus (His)

Pengamatan his dilakukan tiap 1 jam dalam fase laten dan tiap ½ jam pada fase aktif. Frekuensi his diamati dalam 10 menit lama his dihitung dalam detik dengan cara mempalpasi perut, pada partograf jumlah his digambarkan dengan kotak yang terdiri dari 5 kotak sesuai dengan jumlah his dalam 10 menit. Lama his (*duration*) digambarkan pada partograf berupa arsiran di dalam kotak : (titik - titik) 20 detik, (garis - garis) 20 – 40 detik, (kotak dihitamkan) >40 detik (Marmi,2012).

(d) Keadaan janin

(1) Denyut Jantung Janin (DJJ)Denyut

jantung janin dapat diperiksa setiap setengah jam. Saat yang tepat untuk menilai denyut jantung segera setelah his terlalu kuat berlalu selama \pm 1 menit. Pada partograf denyut jantung janin di catat dibagian atas, ada penebalan garis pada angka 120 dan 160 yang menandakan batas normal denyut jantung janin(Marmi, 2012).

(2) Warna dan selaput ketuban

Menurut Marmi (2012) nilai kondisi ketuban setiap kali melakukan periksa dalam dan nilai warna air ketuban jika selaput ketuban pecah. Catat temuan-temuan dalam kotak yang sesuai dibawah lajur DJJ dengan menggunakan lambang-lambang berikut ini:

- U : Selaput ketuban masih utuh.
- J : Selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban jernih.
- M : Selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur mekonium.
- D : Selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur darah.
- K : Air ketuban pecah tapi sudah kering.

(3) Moulage tulang kepala janin

Menurut Marmi (2012)moulage berguna untuk memperkirakan seberapa jauh kepala bisa menyesuaikan dengan bagian keras panggul. Kode moulage yaitu :

- 0 : Tulang – tulang kepala janin terpisah, sutura dapat dengan mudah dilepas.
- 1 : Tulang – tulang kepala janin saling bersentuhan.
- 2 : Tulang – tulang kepala janin saling tumpang tindih tapi masih bisa dipisahkan.
- 3 : Tulang – tulang kepala janin saling tumpang tindih dan tidak bisa dipisahkan.

(4) Keadaan ibu

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

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

c) Asuhan Sayang Ibu Kala I

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

- 1) Bantulah ibu dalam persalinan jika ibu tampak gelisah, ketakutan dan kesakitan.
- 2) Berikan dukungan dan yakinkan dirinya.
- 3) Berilah informasi mengenai peroses kemajuan persalinan.
- 4) Dengarkan keluhannya dan cobalah untuk lebih sensitif terhadap perasaannya.
- 5) Jika ibu tersebut tampak gelisah dukungan atau asuhan yang dapat diberikan.
- 6) Lakukan perubahan posisi
 - (a) Posisi sesuai dengan keinginan, tetapi jika ibu di tempat tidur sebaiknya dianjurkan tidur miring ke kiri.
 - (b) Sarankan ibu untuk berjalan
- 7) Ajaklah orang yang menemaninya (suami atau ibunya) untuk memijat atau menggosok punggungnya.

- 8) Ibu diperbolehkan melakukan aktivitas sesuai dengan kesanggupannya.
- 9) Ajarkan kepada ibu teknik bernafas.
- 10) Menjaga hak privasi ibu dalam persalinan.
- 11) Menjelaskan kemajuan persalinan dan perubahan yang terjadi serta prosedur yang akan dilakukan dan hasil pemeriksaan.
- 12) Membolehkan ibu untuk mandi dan membasuh sekitar kemaluannya setelah BAK dan BAB.
- 13) Berikan cukup minum untuk mencegah dehidrasi.
- 14) Sarankan ibu untuk berkemih sesering mungkin.

2) Kala II

a) Pengertian Kala II

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

b) Asuhan Sayang Ibu Kala II

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

(1) Pendampingan keluarga

Selama proses persalinan berlangsung ibu membutuhkan teman dan keluarga. Dukungan dari keluarga yang mendampingi ibu selama proses

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

(2) Libatkan keluarga

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

(3) KIE proses persalinan

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

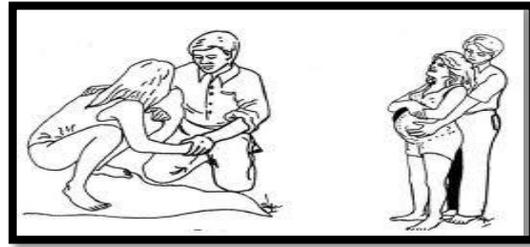
(4) Dukungan psikologi

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

(5) Membantu ibu memilih posisi

(a) Posisi jongkok atau berdiri

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



Gambar 2.1 Posisi jongkok atau berdiri

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

(b) Posisi setengah duduk

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

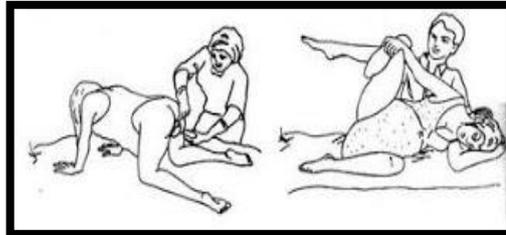


Gambar 2.2 Posisi setengah duduk

(c) Posisi berbaring miring ke kiri

Posisi berbaring miring ke kiri dapat mengurangi penekanan pada vena *cava inferior* sehingga dapat mengurangi kemungkinan terjadinya *hipoksia* karena suplai oksigen tidak terganggu dapat memberi suasana rileks bagi ibu yang

mengalami kecapean dan dapat pencegahan terjadinya laserasi/robekan jalan lahir (Marmi, 2012).



Gambar 2.3 Posisi miring/lateral

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

(d) Posisi duduk

Posisi ini membantu penolong persalinan lebih leluasa dalam membantu kelahiran kepala janin serta lebih leluasa untuk dapat memperhatikan perineum (Marmi, 2012).



Gambar 2.4 Posisi Duduk

Menurut Erawati (2011) keuntungan posisi duduk yaitu memberikan rasa nyaman bagi ibu,

memberikan kemudahan untuk istirahat saat kontraksi, dan gaya gravitasi dapat membantu mempercepat kelahiran.

(6) Cara meneran

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

(7) Pemberian nutrisi

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

3) Kala III

a) Pengertian Kala III

Dimulai dari bayi lahir sampai dengan plasenta lahir. Setelah bayi lahir uterus teraba keras dengan fundus uteri agak di atas pusat. Beberapa menit kemudian uterus berkontraksi lagi untuk melepaskan placenta dari dindingnya. Biasanya placenta lepas dalam waktu 6-15 menit setelah bayi lahir secara spontan maupun dengan tekanan pada fundus uteri (Hidayat dan Sujiyatini, 2010). Menurut Lailiyana, dkk (2011). Setelah kala II, kontraksi uterus berhenti sekitar 5 – 10 menit, dengan lahirnya bayi sudah mulai pelepasan plasenta pada lapisan *nitabusch*, karena sifat retraksi otot rahim. Lepasnya

plasenta dapat diperkirakan dengan memperhatikan tanda – tanda dibawa ini :

(1) Uterus menjadi bundar.

Uterus terdorong keatas, karena plasenta dilepas ke bawah segmen bawah rahim.

(2) Tali pusat bertambah panjang.

b) Manajemen Kala III

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

(1) Jepit dan gunting tali pusat sedini mungkin.

(2) Memberi oksitosin.

(3) Lakukan PTT.

(4) Masase fundus.

c) Cara - cara Lepasnya Plasenta

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

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

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

Plasenta lepas mulai dari bagian pinggir (marginal) yang ditandai dengan adanya perdarahan dari vagina apabila plasenta mulai terlepas (Iimah, 2015).

Umumnya perdarahan tidak melebihi 400 ml. Tanda - tanda pelepasan plasenta :

(a) Perubahan bentuk uterus.

(b) Semburan darah tiba – tiba.

(c) Tali pusat

(d) memanjang.

(e) Perubahan posisi uterus.

4) Kala IV

Kala IV adalah kala pengawasan selama dua jam setelah bayi lahir dan uri lahir untuk mengamati keadaan ibu terutama terhadap bahaya perdarahan pascapartum. Dalam batas normal, rata – rata banyaknya perdarahan adalah 250 cc, biasanya 100 – 300 cc. (Erawati, 2011).

e. Faktor – faktor yang Mempengaruhi Persalinan

1) *Power* (Tenaga Mendedan)

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

(a) His (Kontraksi Uterus)

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

- (1) Frekuensi his, jumlah his dalam waktu tertentu biasanya per menit atau persepuluh menit.
- (2) Intensitas his, kekuatan his diukur dalam mmHg. Intensitas dan frekuensi kontraksi uterus bervariasi selama persalinan, semakin meningkat waktu persalinan semakin maju.
- (3) Durasi atau lama his lamanya setiap his berlangsung diukur dengan detik, dengan durasi 40 detik atau lebih.

- (4) Datangnya his apakah datangnya sering, teratur atau tidak.
- (5) Interval jarak antara his satu dengan his berikutnya, misalnya his datang tiap 2 sampai 3 menit.

(b) Pembagian his dan sifat-sifatnya

Pembagian sifat his menurut Marmi (2012) sebagai berikut :

(1) His pendahuluan

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

(2) His pembukaan

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

(3) His pengeluaran

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

(4) His pelepasan uri (Kala III)

Kontraksi sedang untuk melepas dan melahirkan plasenta.

(5) His pengiring

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

(c) Kekuatan mendedan ibu

Setelah serviks terbuka lengkap kekuatan yang sangat penting pada ekspulsi janin adalah yang dihasilkan oleh peningkatan tekanan intra-abdomen yang diciptakan oleh otot-otot abdomen. Dalam bahasa obstetric biasa disebut mengejan. Pada saat kepala sampai di dasar panggul, timbul suatu refleks yang mengakibatkan

pasien menutup glotisnya, mengkontraksikan otot-otot perutnya dan menekan diafragmanya kebawah (Sukarni, 2013).

2) *Passage* (Jalan Lahir)

a) Pengertian *passage*

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

b) Ukuran – ukuran panggul

(1) Pintu Atas Panggul (PAP)

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

(a) Ukuran muka belakang/diameter anteroposterior/*conjugata vera* (CV) adalah dari *promontorium* ke pinggir atas simfisis > 11 cm. Cara mengukur $CV = CD - 1\frac{1}{2} \cdot CD$ (*conjugata diagonalis*) adalah jarak antara *promontorium* ke tepi atas simfisis.

(b) Ukuran melintang adalah ukuran terbesar antara *linea iniminata* diambil tegak lurus pada *conjugata vera* (12,5 – 13,5).

(c) Ukuran serong dari *artikulasio sakroiliaka* ke *tuberkulumpubikum* dari belahan panggul yang bertentangan.

(2) Bidang Luas Panggul

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

(3) Bidang Sempit Panggul

Menurut Lailiyana, dkk (2011) bidang sempit panggul adalah bidang dengan ukuran – ukuran yang terkecil. Terdapat setinggi tepi bawah simfisis, kedua *spina ischiadica* dan memotong sacrum 1 – 2 cm di atas ujung sacrum. Ukuran muka belakang 11,5 cm, ukuran melintang 10 cm, dan diameter *segitalis posterior* (dari *sacrum* ke pertengahan antara *spina ischiadica*) 5 cm.

(4) Pintu Bawah Panggul

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

- (a) Ukuran muka belakang. Dari pinggir bawa simfisis ke ujung *sacrum* (11,5 cm).
- (b) Ukuran melintang antara *tuberiskiadikum* kiri dan kanan sebelah dalam (10,5 cm).

(c) Diameter *sagitalis posterior*, dari ujung *sacrum* ke pertengahan ukuran melintang (7,5 cm).

(5) Bidang *Hodge*

Menurut Marmi (2012) bidang *hodge* yaitu sebagai berikut :

(1) *Hodge I* : dibentuk pada lingkaran PAP dengan bagian atas *symphysis* dan *promontorium*.

(2) *Hodge II* : sejajar dengan *hodge I* setinggi pinggir bawah *symphysis*.

(3) *Hodge III* : sejajar *hodge I* dan *II* setinggi *spina ischiadica* kanan dan kiri.

(4) *Hodge IV* : sejajar *hodge I, II, III* setinggi *os coccygis*.

3) *Passenger* (Janin)

Hal yang menentukan kemampuan janin untuk melewati jalan lahir adalah :

a) Presentasi janin dan bagian janin yang terletak pada bagian depan jalan lahir, seperti (Asrinah, 2010):

(1) Presentasi kepala (vertex, muka, dahi).

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

(3) Presentasi bahu.

b) Sikap janin

Sikap janin adalah hubungan bagian tubuh janin yang satu dengan bagian tubuh yang lain. Pada kondisi normal, punggung janin sangat fleksi, kepala *fleksi* kedua arah dada dan paha *fleksi* ke arah sendi lutut. Tangan disilangkan didepan thoraks dan tali pusat

terletak diantara lengan dan tungkai. Peyimpangan sikap normal dapat menimbulkan kesulitan saat anak dilahirkan (Marmi, 2012).

c) Letak janin

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

d) Plasenta

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

e) Psikologi

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

Psikis ibu bersalin sangat berpengaruh dari dukungan suami dan anggota keluarga yang lain untuk mendampingi ibu selama bersalin dan kelahiran. Anjurkan mereka berperan aktif dalam mendukung dan mendampingi langkah-langkah yang mungkin akan

sangat membantu kenyamanan ibu, hargai keinginan ibu untuk didampingi (Rukiah, dkk, 2012).

f) Posisi

Posisi ibu mempengaruhi adaptasi anatomi dan fisiologi persalinan. Apabila ibu mengedan dalam posisi jongkok atau setengah duduk, otot-otot abdomen akan bekerja lebih sinkron (saling menguatkan dengan otot uterus) (Marmi, 2012).

g) Penolong

Penolong persalinan adalah petugas kesehatan yang mempunyai legalitas dalam menolong persalinan antara lain dokter, bidan serta mempunyai kompetensi dalam menolong persalinan, menangani kegawatdaruratan serta melakukan rujukan jika diperlukan. Penolong persalinan selalu menerapkan upaya pencegahan infeksi yang dianjurkan termasuk diantaranya cuci tangan, memakai sarung tangan dan perlengkapan pelindung pribadi serta pengolahan alat bekas pakai dan pendokumentasian (Rukiah, dkk, 2009).

f. Perubahan dan Adaptasi Fisiologi Psikologis Ibu Bersalin

1) Kala I

a) Perubahan dan adaptasi fisiologi

(1) Perubahan uterus

Sejak kehamilan yang lanjut uterus terbagi menjadi 2 bagian. 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).

Kontraksi uterus terjadi karena adanya rangsangan pada otot polos uterus dan penurunan hormon

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

(2) Perubahan serviks

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

(a) Pendataran

Pendataran adalah pemendekan dari kanalis servikalis, yang semula berupa saluran yang panjangnya beberapa mm sampai 3 cm, menjadi satu lubang saja dengan tepi yang tipis.

(b) Pembukaan

Pembukaan adalah pembesaran dari *ostium eksternum* yang semula berupa suatu lubang dengan diameter beberapa mm menjadi lubang yang dapat dilalui janin. Serviks membuka lengkap setelah mencapai diameter 10 cm.

(3) Perubahan kardiovaskuler

Denyut jantung diantara kontraksi sedikit lebih tinggi dibandingkan selama periode persalinan atau sebelum masuk persalinan. Hal ini mencerminkan kenaikan dalam metabolisme yang terjadi selama persalinan (Kuswanti dan Melina, 2013).

Selama kala I kontraksi menurunkan aliran darah menuju uterus sehingga jumlah darah dalam sirkulasi ibu meningkat dan resistensi perifer meningkat sehingga tekanan darah meningkat rata-rata 15 mmHg. Saat mengejan kardiak output meningkat 40-50%. Oksigen yang menurun selama kontraksi menyebabkan hipoksia tetapi dengan kadar yang masih adekuat sehingga tidak menimbulkan masalah serius. Peningkatan aktifitas direfleksikan dengan peningkatan suhu tubuh, denyut jantung, respirasi kardiak output dan kehilangan cairan (Marmi, 2012).

(4) Perubahan tekanan darah

Tekanan darah akan meningkat selama kontraksi disertai peningkatan sistolik rata-rata 10 – 20 mmHg, pada 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 kekhawatiran dapat semakin meningkatkan tekanan darah (Marmi, 2012).

(5) Perubahan nadi

Perubahan yang mencolok selama kontraksi disertai peningkatan selama fase peningkatan, penurunan selama titik puncak sampai frekuensi yang lebih rendah daripada frekuensi diantara kontraksi dan peningkatan selama fase penurunan hingga mencapai frekuensi lazim diantara kontraksi. Frekuensi denyut nadi diantara kontraksi sedikit lebih meningkat dibanding selama periode

menjelang persalinan. Hal ini mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi selama persalinan (Rukiah, dkk, 2009).

(6) Perubahan suhu

Perubahan suhu sedikit meningkat selama persalinan dan tertinggi selama dan segera setelah melahirkan. Perubahan suhu dianggap normal bila peningkatan suhu yang tidak lebih dari 0,5 – 1°C yang mencerminkan peningkatan metabolisme selama persalinan (Rukiah, dkk, 2009).

(7) Perubahan pernapasan

Peningkatan frekuensi pernapasan normal selama persalinan dan mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi. (Rukiah, dkk, 2009).

(8) Perubahan metabolisme

Selama persalinan, metabolisme karbohidrat *aerobic* maupun *anaerobic* 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, pernapas, 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).

Peningkatan curah jantung dan cairan yang hilang mempengaruhi fungsi ginjal dan perlu mendapatkan perhatian serta tindak lanjut guna mencegah terjadinya dehidrasi. Anjurkan ibu untuk mendapat asupan (makanan ringan dan minum air) selama

persalinan dan kelahiran bayi. Sebagian ibu masih ingin makan selama fase laten, tetapi setelah memasuki fase aktif, biasanya mereka hanya menginginkan cairan saja. (Marmi, 2012).

(9) Perubahan ginjal

Poliuria sering terjadi selama persalinan. 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).

(10) 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).

(11) Perubahan hematologi

Hb akan meningkat 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 saat pembukaan lengkap (Lailiyana, dkk, 2011).

b) Perubahan dan adaptasi psikologi

Menurut Marmi (2012) perubahan psikologi dan perilaku ibu, terutama yang terjadi pada fase laten, aktif, dan transisi pada kala satu persalinan dapat dijelaskan sebagai berikut :

(1) Fase laten

Pada fase ini, wanita mengalami emosi yang bercampur aduk, wanita merasa gembira, bahagia dan bebas karena kehamilan dan penantian yang panjang akan segera berakhir, tetapi ia mempersiapkan diri sekaligus memiliki kekhawatiran tentang apa yang akan terjadi. Secara umum, dia tidak terlalu merasa tidak nyaman dan mampu menghadapi situasi tersebut dengan baik. Namun untuk wanita yang tidak pernah mempersiapkan diri terhadap apa yang akan terjadi, fase laten persalinan akan menjadi waktu ketika ia banyak berteriak dalam ketakutan bahkan pada kontraksi yang paling ringan sekalipun dan tampak tidak mampu mengatasinya sampai seiring frekuensi dan intensitas kontraksi meningkat, semakin jelas baginya bahwa ia akan segera bersalin. Bagi wanita yang telah banyak menderita menjelang akhir kehamilan dan persalinan palsu, respon emosionalnya terhadap fase laten persalinan kadang-kadang dramatis, perasaan lega, relaksasi dan peningkatan kemampuan koping tanpa memperhatikan lokasi persalinan. Walaupun merasa letih, wanita itu tahu bahwa pada akhirnya ia benar-benar bersalin dan apa yang ia alami saat ini adalah produktif (Marmi, 2012).

(2) Fase aktif

Pada fase ini kontraksi uterus akan meningkat secara bertahap dan ketakutan wanita pun meningkat. Pada saat kontraksi semakin kuat, lebih lama, dan terjadi lebih sering, semakin jelas baginya bahwa semua itu berada di luar kendalinya (Marmi, 2012).

(3) Fase transisi

Kondisi psikologis keseluruhan seorang wanita yang sedang menjalani persalinan sangat bervariasi tergantung persiapan dan bimbingan antisipasi yang ia terima selama persiapan menghadapi persalinan, dukungan yang diterima wanita dari pasangannya, orang dekat lain, keluarga, dan pemberi perawatan, lingkungan tempat wanita tersebut berada dan apakah bayi yang dikandung merupakan bayi yang diinginkan. Banyak bayi yang tidak direncanakan, tetapi sebagian besar bayi akhirnya diinginkan menjelang akhir kehamilan. Apabila kehamilan bayi tidak diharapkan bagaimanapun aspek psikologis ibu akan mempengaruhi perjalanan persalinan (Marmi, 2012).

Menurut Marmi (2012) beberapa keadaan dapat terjadi pada ibu dalam persalinan, terutama pada ibu yang pertama kali bersalin yaitu:

(a) Perasaan tidak enak dan kecemasan

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

(b) Takut dan ragu-ragu akan persalinan yang dihadapi

Ibu merasa ragu apakah dapat melalui proses persalinan secara normal dan lancar.

(c) Menganggap persalinan sebagai cobaan

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

(d) Apakah bayi normal atau tidak

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

(e) Apakah ibu sanggup merawat bayinya

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

2) Kala II

a) Perubahan fisiologi pada ibu bersalin Kala II

(1) Kontraksi uterus

Kontraksi menimbulkan nyeri, kontraksi ini dikendalikan oleh saraf intrinsik, tidak disadari, tidak dapat diatur oleh ibu bersalin, baik frekuensi maupun lama kontraksi (Rukiah, dkk, 2009). Sifat khusus kontraksi yaitu :

(a) Rasa sakit dari fundus merata ke seluruh uterus sampai berlanjut ke punggung bawah.

(b) Beberapa penyebab rasa nyeri antara lain : pada saat kontraksi terjadi kekurangan O₂ pada miometrium, penekanan ganglion saraf di

serviks dan uterus bagian bawah, peregangan serviks akibat dari pelebaran serviks, peregangan peritoneum sebagai organ yang menyelimuti uterus.

(2) Pergeseran organ dalam panggul

Setelah pembukaaan lengkap dan ketuban telah pecah terjadi perubahan, terutama pada dasar panggul yang diregangkan oleh bagian depan janin, sehingga menjadi saluran yang dinding – dindingnya tipis karena suatu regangan dan kepala sampai di vulva, lubang vulva menghadap kedepan atas dan anus, menjadi terbuka, perineum menonjol dan tidak lama kemudian kepala janin tampak pada vulva (Rukiah, dkk, 2009).

(3) Ekspulsi janin

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

3) Kala III

Persalinan kala III dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. 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 – 15 menit setelah bayi lahir (Rukiah, dkk, 2012).

Kala III persalinan otot uterus (miometrium) berkontraksi mengikuti penyusutan volume rongga uterus setelah bayi lahir. Penyusutan ukuran ini menyebabkan berkurangnya

ukuran tempat perlekatan plasenta. Karena tempat perlekatan menjadi semakin kecil, sedangkan ukuran plasenta tidak berubah maka plasenta akan terlipat, menebal dan kemudian lepas dari dinding rahim. Setelah lepas plasenta akan turun ke bagian bawah uterus atau kedalam vagina. Tanda-tanda lepasnya plasenta mencakup beberapa hal seperti perubahan bentuk dan tinggi fundus, tali pusat memanjang, serta semburan darah mendadak dan singkat (Buku acuan APN, 2008)

4) 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 yang disebabkan perdarahan. Selama kala IV bidan harus memantau ibu setiap 15 menit pada 1 jam pertama dan 30 menit pada 1 jam kedua setelah persalinan. Jika kondisi ibu tidak stabil maka ibu harus dipantau lebih sering (Rukiah, dkk, 2009).

a) Uterus

Setelah kelahiran plasenta, uterus dapat ditemukan ditengah-tengah abdomen kurang lebih dua pertiga sampai tiga seperempat antara simfisis pubis dan *umbilicus*. 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* (Marmi, 2012).

b) Servik, vagina dan perineum

Segera setelah lahiran serviks bersifat *patulous*, terkulai dan tebal. Tepi anterior selama persalinan atau setiap bagian serviks yang terperangkap akibat penurunan kepala janin selama periode yang panjang, tercermin pada peningkatan *edema* dan memar pada area tersebut. Perineum yang menjadi kendur dan tonus vagina juga tampil jaringan, dipengaruhi oleh peregangan yang terjadi selama kala II persalinan. Segera setelah bayi lahir tangan bisa masuk, tetapi setelah 2 jam *introitus* vagina hanya bisa dimasuki dua atau tiga jari (Marmi, 2012).

c) Tanda vital

Tekanan darah, nadi dan pernapasan harus kembali stabil selama jam pertama pasca partum. Pemantauan tekanan darah dan nadi yang rutin selama interval ini merupakan sarana mendeteksi syok akibat kehilangan darah berlebihan. Sedangkan suhu tubuh ibu meningkat, tetapi biasanya dibawah 38°C. (Marmi, 2012).

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 (Marmi, 2012).

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.

Uterus yang berkontraksi dengan buruk meningkatkan resiko perdarahan dan keparahan nyeri. Jika ibu belum bisa berkemih maka lakukan kateterisasi (Marmi, 2012).

g. Kebutuhan Ibu bersalin

- 1) Dukungan fisik dan psikologis
- 2) Kebutuhan makanan dan cairan
- 3) Kebutuhan eliminasi
- 4) Positioning dan aktifitas
- 5) Pengurangan rasa nyeri

h. Deteksi / Penapisan Awal Ibu Bersalin

Menurut Marmi (2012) Indikasi – indikasi untuk melakukan tindakan atau rujukan segera selama persalinan (19 penapisan awal) :

- 1) Riwayat bedah *caesarea*.
- 2) Perdarahan pervaginam selain lendir dan darah.
- 3) Persalinan kurang bulan (< 37 minggu).
- 4) Ketuban pecah dini disertai *mekonial* kental.
- 5) Ketuban pecah pada persalinan awal (>24jam)
- 6) Ketuban pecah bercampur sedikit *mekonium* pada persalinan kurang bulan.
- 7) Ikterus.
- 8) Anemia berat.
- 9) Tanda gejala infeksi (suhu >38°C, demam, menggigil, cairan ketuban berbau).
- 10) Presentase majemuk (ganda).
- 11) Tanda dan gejala persalinan dengan fase laten memanjang.
- 12) Tanda dan gejala partus lama.
- 13) Tali pusat menubung.
- 14) Presentase bukan belakang kepala (letih, lesu).
- 15) Pimpinan dalam fase aktif dengan kepala masih 5/5.
- 16) Gawat janin (DJJ <100 atau > 180 menit).

- 17) Preeklamsi berat.
- 18) Syok.
- 19) Penyakit – penyakit penyerta.

i. Tujuan Asuhan Persalinan

Tujuan dari asuhan persalinaan normal adalah menjaga kelangsungan hidup dan memberikan derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya, melalui upaya yang terintegrasi dan lengkap serta intervensi minimal agar prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang optimal, dengan pendekatan seperti ini berarti bahwa setiap intervensi yang akan dilakukan diaplikasikan dalam asuhan persalinan normal harus mempunyai bukti ilmiah yang kuat tentang manfaat intervensi tersebut bagi kemajuan dan keberhasilan proses persalinan (Rukiah, dkk, 2009).

Menurut Erawati (2011) 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 dekteksi dini selama persalinan dan kelahiran.
- 3) Melakukan rujukan pada kasus – kasus yang tidak bisa ditangani sendiri untuk mendapat asuhan spesialis jika perlu.
- 4) Memberikan asuhan yang adekuat pada ibu sesuai dengan intervensi minimal tahap persalinannya.
- 5) Memperkecil resiko infeksi dengan melaksanakan pencegahan infeksi yang aman.
- 6) Selalu memberitahu kepada ibu dan keluarganya mengenai kemajuan, adanya penyulit maupun intervensi yang akan dilakukan dalam persalinan.

7) Memberikan asuhan yang tepat untuk bayi setelah lahir.

8) Membantu ibu dengan pemberian ASI dini.

j. Asuhan Kebidanan Persalinan Normal

1) Mendengar dan melihat tanda dan gejala kala II:

a) Ibu sudah merasa adanya dorongan kuat untuk meneran.

b) Ibu sudah merasa adanya tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan vagina.

c) Perineum tampak menonjol.

d) Vulva dan sfingter ani membuka.

2) Pastikan kelengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan menatalaksana komplikasi ibu dan bayi baru lahir.

Untuk asuhan bayi baru lahir atau resusitasi siapkan:

a) Tempat datar, rata, bersih, kering, dan hangat

b) handuk/kain bersih dan kering (termasuk ganjal bahu bayi)

c) Alat penghisap lender

d) Lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm dari tubuh bayi

Untuk ibu

a) Menggelar kain di perut bawah ibu

b) Menyiapkan oksitosin 10 unit

c) Alat suntik steril sekali pakai di dalam partus set

3) Pakai celemek plastic atan dari bahan yang tidak tembus cairan.

4) Melepaskan dan menyiapkan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir kemudian keringkan tangan dengan tissue atau handuk yang bersih dan kering.

5) Memakai satu sarung tangan desinfeksi tingkat tinggi (DTT) atau steril pada tangan yang akan digunakan untuk pemeriksaan dalam.

6) Memasukan oksitosin kedalam tabung suntik (gunakan tangan yang memakai sarung tangan DTT atau steril dan pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik.

- 7) Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas yang sudah dibasahi air desinfeksi tingkat tinggi (DTT).
 - a) Jika mulut vagina, perineum atau anus terkontaminasi oleh kotoran ibu, membersihkannya dengan seksama dengan cara menyeka dari depan ke belakang.
 - b) Membuang kapas atau kasa pembersih (terkontaminasi) dalam wadah yang tersedia.
 - c) Jika terkontaminasi, lakukan dekontaminasi, lepaskan dan rendam sarung tangan tersebut dalam larutan chlorin 0,5%.
- 8) Lakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan lengkap. Bila selaput ketuban masih utuh saat pembukaan sudah lengkap maka lakukan amniotomi.
- 9) Dekontaminasi sarung tangan (mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik, dan rendam dalam clorin 0,5% selama 10 menit). Cuci kedua tangan setelah sarung tangan dilepaskan. Tutup kembali partus set.
- 10) Periksa Denyut Jantung Janin (DJJ) setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120-160 x/menit). Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal. Mendokumentasikan hasil pemeriksaan dalam, DJJ dan semua hasil-hasil penilaian serta asuhan lain dalam partograf. Menyiapkan ibu dan keluarga untuk membantu proses pimpinan meneran.
- 11) Memberitahukan pada ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik. Membantu ibu menentukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya.
 - a) Tunggu hingga timbul kontraksi atau rasa ingin meneran, lanjutkan pemantauan kondisi dan kenyamanan ibu dan janin (ikut pedoman penatalaksanaan fase aktif) dan dokumentasikan semua temuan yang ada

- b) Jelaskan pada anggota keluarga tentang peran mereka untuk mendukung dan member semangat pada ibu dan meneran secara benar
- 12) Minta keluarga membantu menyiapkan posisi meneran jika ada rasa ingin meneran atau kontraksi yang kuat. Pada kondisi itu, ibu di posisikan setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman
 - 13) Laksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ingin meneran atau timbul kontraksi yang kuat:
 - a) Bimbing ibu agar dapat meneran secara benar dan efektif.
 - b) Dukung dan beri semangat pada saat meneran dan perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai
 - c) Bantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya (kecuali posisi berbaring terlentang dalam waktu yang lama).
 - d) Anjurkan ibu untuk beristirahat diantara kontraksi.
 - e) Anjurkan keluarga untuk memberikan dukungan dan semangat.
 - f) Berikan cairan peroral (minum).
 - g) Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai
 - h) Segera rujuk jika bayi belum atau tidak akan segera lahir setelah pembukaan lengkap dan pimpin meneran ≥ 120 menit (2 jam) pada primigravida atau ≥ 60 menit (1 jam) pada multigravida
 - 14) Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam selang waktu 60 menit
 - 15) Letakan kain bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut bawah ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm
 - 16) Letakan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian sebagai alas bokong ibu
 - 17) Buka tutup partus set dan periksakembali kelengkapan peralatan dan bahan
 - 18) Pakai sarung tangan DTT/steril pada kedua tangan

- 19) Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering, tangan yang lain menahan belakang kepala untuk mempertahankan posisi *refleks* dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu untuk meneran secara efektif atau bernafas cepat dan dangkal
- 20) Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat (ambil tindakan yang sesuai jika hal ini terjadi), segera lanjutkan proses kelahiran bayi. Perhatikan:
 - a) Jika tali pusat melilit leher secara longgar, lepaskan lilitan lewat bagian atas kepala bayi
 - b) Jika tali pusat melilit leher secara kuat, klem tali pusat di dua tempat dan potong tali pusat diantara dua klem tersebut
- 21) Setelah kepala lahir, tunggu putaran paksi luar yang berlangsung secara spontan
- 22) Setelah putaran paksi luar selesai, pegang kepala bayi secara biparental. Anjurkan ibu untuk meneran saat kontraks. Dengan lembut gerakkan kepala ke arah bawah dan distal hingga bahu depan muncul dibawah arkus pubis dan kemudian gerakkan ke arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang
- 23) Setelah kedua bahu lahir, satu tangan menyangga kepala dan bahu belakang, tangan yang lain menelusuri dan memenganglengan dan siku bayi sebelah atas
- 24) Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukan telunjuk 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)
- 25) Lakukan penilaian selintas:
 - a) Apakah bayi cukup bulan?
 - b) Apakah bayi menangis kuat dan/atau bernapas tanpa kesulitan.

c) Apakah bayi bergerak dengan aktif?

Bila salah satu jawaban adalah “TIDAK” lanjut ke langkah resusitasi pada bayi baru lahir dengan asfiksia

Bila semua jawabannya adalah “YA” lanjut ke langkah 26

- 26) Keringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya (kecuali kedua tangan) tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan handuk/kain yang kering dan bersih. Pastikan bayi dalam posisi dan kondisi aman di perut bagian bawah ibu
- 27) Periksa kembali uterus untuk memastikan hanya satu bayi yang lahir (hamil tunggal) dan bukan kehamilan ganda (gemeli)
- 28) Beritahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi baik
- 29) Dalam waktu satu menit setelah bayi lahir, suntikan oksitosin 10 unit (intramuskuler) di 1/3 distal lateral paha (lakukan aspirasi sebelum menyuntikan oksitosin)
- 30) Dalam waktu 2 menit setelah bayi lahir, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 2-3 cm dari pusat bayi. Gunakan jari telunjuk dan jari tengah tangan yang lain untuk mendorong isi tali pusat ke arah ibu, dan klem tali pusat pada sekitar 2 cm distal dari klem pertama
- 31) Pemotongan dan pengikat tali pusat
 - a) Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah di jepit (lindungi perut), dan lakukan pengguntingan tali pusat di antara 2 klem tersebut
 - b) Ikat tali pusat dengan benang DTT/steril pada satu sisi kemudian lingkarkan lagi benang tersebut dan ikat tali pusat dengan simpul kunci pada sisi lainnya
 - c) Lepaskan klem dan masukan dalam wadah yang telah disediakan
- 32) Letakan bayi tengkurap di dada ibu untuk kontak kulit ibu dengan 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 aerola mammae ibu

- a) Selimuti ibu dan bayi dengan kain yang kering, bersih dan hangat, pasang topi di kepala bayi
 - b) Biarkan bayi melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam
 - c) 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 satu payudara
 - d) Biarkan bayi berada di dada ibu selama 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusui
- 33) Pindahkan klem tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva
- 34) Letakkan satu tangan diatas kain pada perut bawah ibu (diatas simfisis), untuk mendeteksi kontraksi. Tangan lain memegang klem untuk menegangkan tali pusat
- 35) Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat kearah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus kearah atas (dorsokranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversion uteri). Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan ulangi kembali prosedur di atas
- Jika uterus tidak segera berkontraksi, minta ibu, suami atau anggota keluarga untuk melakukan stimulasi puting susu
- 36) Bila pada penekanan bagian bawah dinding di depan uterus kearah dorsal ternyata diikuti dengan pergeseran tali pusat ke arah distal maka lanjutkan dorongan ke arah cranial hingga plasenta dapat dilahirkan
- a) Ibu boleh meneran tetapi tali pusat hanya di tegangkan (jangan di tarik secara kuat terutama jika uterus tak berkontraksi) sesuai dengan sumbu jalan lahir (kearah bawah-sejajar lantai-atas)
 - b) Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva dan lahirkan plasenta

c) Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat:

- (1) Ulangi pemberian oksitosin ke dua 10 unit IM
- (2) Lakukan katektisasi (gunakan teknik aseptik) jika kandung kemih penuh
- (3) Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan
- (4) Ulangi tekanan dorsol-kranial dan penegangan tali pusat 15 menit berikutnya
- (5) Jika plasenta tak lahir dalam 30 menit sejak bayi lahir atau terjadi perdarahan maka segera lakukan tindakan plasenta manual

37) Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpelin kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah di sediakan

Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian gunakan jari-jari tangan atau klem ovum DTT/steril untuk mengeluarkan selaput yang tertinggal

38) Segera setelah plasenta lahir dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, letakkan telapak tangan di fundus dan lakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras) lakukan tindakan yang diperlukan (kompresi bimanual internal, kompresi aorta abdominalis, tampon kondom-kateter) jika uterus tidak berkontraksi dalam 15 detik setelah rangsangan taktil/masase

39) Menilai perdarahan periksa kedua sisi plasenta (maternal-fetal) pastikan plasenta telah dilahirkan lengkap. Masukkan plasenta kedalam kantung plastic atau tempat khusus

- 40) Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Lakukan penjahitan bila terjadi laserasi derajat 1 dan 2 yang menimbulkan perdarahan
- 41) Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam
- 42) Pastikan kandung kemih kosong. Jika penuh lakukan katerisasi
- 43) Celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5% bersihkan noda darah dan cairan tubuh, dan bilas di air DTT tanpa melepas sarung tangan, kemudian keringkan dengan handuk
- 44) Anjurkan kepada ibu/keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi
- 45) Periksa nadi ibu dan pastikan keadaan umum ibu baik
- 46) Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah
- 47) Pantau keadaan bayi dan pastikan bahwa bayi bernafas dengan baik (40-6 kali/menit)
- 48) Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah di dekontaminasi
- 49) Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai
- 50) Bersihkan ibu dari paparan darah dan cairan tubuh dengan menggunakan air DTT. Bersihkan cairan ketuban, lender 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 makanan yang diinginkannya
- 52) Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin

- 53) Celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam 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 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 (40-60 kali/menit) dan temperature tubuh normal (36,5-37,5) setiap 15 menit
- 57) Setelah 1 jam pemberian vitamin K1, berikan suntikan hepatitis B dipaha kanan bawah lateral. Letakkan bayi dalam di dalam jangkauan ibu agar sewaktu-waktu dapat disusukan.
- 58) Lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam didalam larutan clorin 0,5% selama 10 menit
- 59) Cuci kedua tangan engan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan tissue atau handuk yang bersih dan kerig
- 60) Lengkapi patograf (halaman depan dan belakang), periksa tanda vital dan asuhan kala IV Persalinan

3. Konsep Dasar Nifas

a. Pengertian Masa Nifas

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

Masa nifas merupakan masa selama persalinan dan segera setelah kelahiran yang meliputi minggu-minggu berikutnya pada waktu saluran reproduksi kembali ke keadaan tidak hamil yang normal (Marmi, 2012).

Berdasarkan beberapa pengertian diatas maka dapat disimpulkan masa nifas adalah masa setelah bayi dan plasenta lahir hingga 42

hari atau enam minggu yang disertai dengan kembalinya alat-alat kandungan seperti sebelum hamil.

b. Tujuan Asuhan Masa Nifas

Menurut Ambarwati (2010) asuhan yang diberikan kepada ibu nifas bertujuan untuk:

- 1) Meningkatkan kesejahteraan fisik dan psikologis ibu dan bayi.
Pemberian asuhan bertujuan untuk memberi fasilitas dan dukungan bagi ibu untuk menyesuaikan diri dengan kondisi dan peran barunya sebagai seorang ibu dan untuk membentuk pola baru dalam keluarga sehingga perannya sebagai ibu tetap terlaksana dengan baik.
- 2) Pencegahan, diagnosa dini, dan pengobatan komplikasi.
Pemberian asuhan pada ibu nifas diharapkan permasalahan dan komplikasi yang terjadi akan lebih cepat terdeteksi sehingga penanganannya pun dapat lebih maksimal.
- 3) Dapat segera merujuk ibu ke tenaga kesehatan bilamana perlu.
Pendampingan pada ibu pada masa nifas bertujuan agar keputusan tepat dapat segera diambil sesuai dengan kondisi pasien sehingga kejadian mortalitas dapat dicegah.

c. Peran dan Tanggungjawab Bidan Masa Nifas

Menurut Anggraini (2009), peran bidan dan tanggung jawab bidan dalam masa nifas sebagai berikut:

- 1) Memberi dukungan yang terus menerus selama masa nifas yang baik dan sesuai dengan kebutuhan ibu agar mengurangi ketegangan fisik dan psikologi selama persalinan dan nifas.
- 2) Sebagai promotor hubungan yang erat antara ibu dan bayi secara fisik maupun psikologi mengkondisikan ibu untuk menyusui bayinya dengan cara meningkatkan rasa nyaman.

d. Tahapan Masa Nifas

Menurut Nugroho, dkk (2014) tahap – tahap masa nifas yaitu :

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

e. Kebijakan Program Nasional Masa Nifas

Menurut Buku Kesehatan Ibu dan Anak (2015) juga dituliskan jenis pelayanan yang dilakukan selama kunjungan nifas diantaranya:

- 1) Melihat kondisi ibu nifas secara umum.
- 2) Memeriksa tekanan darah, suhu tubuh, respirasi, dan nadi
- 3) Memeriksa perdarahan pervaginam, kondisi perineum, tanda infeksi, kontraksi rahim, tinggi fundus uteri dan memeriksa payudara.
- 4) Memeriksa lokia dan perdarahan.
- 5) Melakukan pemeriksaan jalan lahir.
- 6) Melakukan pemeriksaan payudara dan anjuran pemberian ASI eksklusif.
- 7) Memberi kapsul vitamin A.
- 8) Pelayanan kontrasepsi pascapersalinan.
- 9) Penanganan risiko tinggi dan komplikasi pada nifas.
- 10) Memberi nasihat seperti:
 - a) Makan makanan yang beraneka ragam yang mengandung karbohidrat, protein hewani, protein nabati, sayur, dan buah-buahan.

- b) Kebutuhan air minum ibu menyusui pada 6 bulan pertama adalah 14 gelas sehari dan pada 6 bulan kedua adalah 12 gelas sehari.
- c) Menjaga kebersihan diri, termasuk kebersihan daerah kemaluan, ganti pembalut sesering mungkin.
- d) Istirahat cukup, saat bayi tidur ibu istirahat.
- e) Bagi ibu yang melahirkan dengan cara operasi caesar maka harus menjaga kebersihan luka bekas operasi.
- f) Cara menyusui yang benar dan hanya memberi ASI saja selama 6 bulan.
- g) Perawatan bayi yang benar.
- h) Jangan membiarkan bayi menangis terlalu lama, karena akan membuat bayi stres.
- i) Lakukan stimulasi komunikasi dengan bayi sedini mungkin bersama suami dan keluarga.
- j) Untuk berkonsultasi kepada tenaga kesehatan untuk pelayanan KB setelah persalinan.

Tabel 2.6

Jadwal Kunjungan dan Asuhan Masa Nifas

Kunjungan	Waktu	Asuhan
I	6 – 8 jam <i>postpartum</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mencegah perdarahan masa nifas oleh karena atonia uteri 2. Mendeteksi dan perawatan penyebab lain perdarahan serta melakukan rujukan bila perdarahan berlanjut 3. Memberikan konseling pada ibu dan keluarga tentang cara mencegah perdarahan yang disebabkan atonia uteri 4. Pemberian ASI awal 5. Mengajarkan cara mempererat hubungan antara ibu dan bayi baru lahir. 6. Menjaga bayi tetap sehat melalui pencegahan hipotermi 7. Setelah bidan melakukan pertolongan persalinan, maka bidan harus menjaga ibu dan bayi untuk 2 jam pertama setelah kelahiran atau sampai keadaan

Kunjungan	Waktu	Asuhan
		ibu dan bayi baru lahir dalam keadaan baik.
II	6 hari <i>postpartum</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memastikan involusi uterus berjalan dengan normal, uterus berkontraksi dengan baik, tinggi fundus uteri dibawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal. 2. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, dan perdarahan. 3. Memastikan ibu mendapatkan istirahat yang cukup. 4. Memastikan ibu mendapat makanan yang bergizi dan cukup cairan. 5. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan benar serta tidak ada tanda-tanda kesulitan menyusui. 6. Memberikan konseling tentang perawatan bayi baru lahir
III	2 minggu <i>postpartum</i>	Asuhan pada 2 minggu post partum sama dengan asuhan yang diberikan pada kunjungan 6 hari post partum.
IV	6 minggu <i>postpartum</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menanyakan penyulit-penyulit yang dialami ibu selama masa nifas. 2. Memberikan konseling KB secara dini.

(Sumber : Marmi : 2012)

f. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

1) Perubahan Sistem Reproduksi

a) Involusi Uterus

Involusi atau pengerutan uterus seperti sebelum hamil. Proses ini dimulai segera setelah plasenta lahir akibat kontraksi otot – otot polos uterus (Anggraini, 2010).

Tabel 2.7
Involuti Uterus

Involuti	TFU	Berat Uterus
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000 gram
Uri/plasenta lahir	2 jari bawa pusat	750 gram
1 minggu	Pertengahan pusat - simfisis	500 gram
2 minggu	Tidak teraba di atas simfisis	300 gram
6 minggu	Beratambah kecil	60 gram

Sumber : (Anggraini, 2010)

b) Lokia

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

Tabel 2.8
Jenis – jenis Lokia

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

(Sumber : Nugroho, dkk, 2014)

c) Serviks

Serviks mengalami involusi bersama-sama dengan uterus. Warna serviks sendiri merah kehitam-hitaman karena penuh pembuluh darah. Konsistensinya lunak, kadang-kadang terdapat laserasi/perluasan kecil. Karena robekan kecil yang terjadi selama dilatasi, serviks tidak pernah kembali pada keadaan sebelum hamil. Bentuknya seperti corong karena disebabkan oleh korpus uteri yang mengadakan kontraksi, sedangkan serviks tidak berkontraksi sehingga pada perbatasan antara korpus uteri dan serviks terbentuk cincin. Muara serviks yang berdilatasi 10 cm pada waktu persalinan, menutup secara bertahap. Setelah bayi lahir, tangan masih bisa masuk rongga rahim, setelah 2 jam dapat dimasuki 2-3 jari, pada minggu ke 6 postpartum serviks menutup (Marmi, 2012).

d) Vulva dan Vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses persalinan dan akan kembali secara bertahap dalam 6-8 minggu post partum. Penurunan hormon estrogen pada masa post partum berperan dalam penipisan mukosa vagina dan hilangnya rugae. Rugae akan terlihat kembali pada sekitar minggu ke-4 (Marmi, 2012).

2) Perubahan Sistem Pencernaan

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

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

a) Nafsu makan

Pasca melahirkan ibu biasanya merasa lapar, dan diperbolehkan untuk makan. Pemulihan nafsu makan dibutuhkan 3 – 4hari sebelum faal usus kembali normal. Meskipun kadar progesterone 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, kurang makan, dehidrasi, hemoroid ataupun laserasi jalan lahir. Sistem pencernaan pada masa nifas membutuhkan waktu untuk kembali normal. Beberapa cara agar ibu dapat buang air besar kembali teratur, antara lain : Pemberian diet/makanan yang mengandung serat; Pemberian cairan yang cukup; Pengetahuan tentang pola eliminasi; Pengetahuan tentang perawatan luka jalan lahir; Bila usaha di atas tidak berhasil dapat dilakukan pemberian huknah atau obat yang lain (Nugroho, dkk, 2014).

3) Perubahan Sistem Perkemihan

Perubahan hormonal pada masa hamil menyebabkan peningkatan fungsi ginjal. Fungsi ginjal kembali normal dalam waktu satu bulan setelah ibu melahirkan. Dalam 12 jam pertama postpartum, ibu mulai membuang kelebihan cairan yang tertimbun di jarinagn selama hamil. Salah satu mekanisme

untuk mengurangi retensi cairan selama masa hamil adalah *diaphoresis* luas, terutama pada malam hari, selama dua sampai tiga hari pertama setelah melahirkan. Diuresis postpartum yang disebabkan oleh penurunan kadar estrogen, hilangnya peningkatan tekanan vena pada ekstremitas bawah dan hilangnya peningkatan volume darah akibat kehamilan, merupakan mekanisme tubuh untuk mengatasi kelebihan cairan. Kehilangan cairan melalui keringat dan peningkatan jumlah urine menyebabkan penurunan berat badan sekitar 2,5 kg selama postpartum (Marmi, 2012).

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

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

4) Perubahan Sistem Muskuloskeletal

Menurut Nugroho, dkk (2014) adaptasi sistem muskuloskeletal pada masa nifas meliputi :

- a) Dinding perut dan peritonium
Dinding perut akan longgar pasaca persalinan. Keadaan ini akan pulih kembali dalam 6 minggu.

b) *Striae*

Striae pada dinding abdomen tidak dapat menghilang sempurna melainkan membentuk garis lurus yang samar.

c) Perubahan ligamen

Janin lahir, ligamen – ligamen, diafragma pelvis dan vasia yang meregang berangsur – angsur menciut kembali seperti sedia kala.

d) Nyeri punggung bawah

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

e) Sakit kepala dan nyeri leher

Pada minggu pertama dan tiga bulan setelah melahirkan, sakit kepala dan *migrain* bisa terjadi. Gejala ini dapat mempengaruhi aktifitas dan ketidaknyamanan pada ibu post partum. Sakit kepala dan nyeri leher yang jangka panjang dapat timbul akibat pemberian anastesi umum.

5) Perubahan Sistem Endokrin

Selama proses kehamilan dan persalinan terdapat perubahan pada sistem endokrin, terutama pada hormon–hormon yang berperan dalam proses tersebut (Nugroho, dkk, 2014).

Hormon yang berperan dalam sistem endokrin menurut Saifuddin (2011) adalah sebagai berikut :

a) Oksitosin

Oksitosin disekresikan dari kelenjar otak bagian belakang. Isapan bayi dapat merangsang produksi ASI dan sekresi oksitosin yang dapat membantu uterus kembali ke bentuk normal.

b) Prolaktin

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

c) Hormon plasenta

Hormone plasenta menurun dengan cepat pasca persalinan. Penurunan hormone HPL menyebabkan kadar gula darah menurun pada masa nifas. Human chorionic gonadotropin (HCG) menurun dengan cepat dan menetap sampai 10 persen dalam 3 jam hingga hari ke-7 post partum dan sebagai onset pemenuhan mammae pada hari ke-3 post partum.

d) Hormon pituitary

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

e) Estrogen dan progesteron

Diperkirakan bahwa tingkat estrogen yang tinggi memperbesar hormon antidiuretik yang meningkatkan volume darah, disamping itu, progesterone mempengaruhi otot halus yang mengurangi perangsangan dan peningkatan pembuluh darah yang sangat mempengaruhi saluran kemih,

ginjal, usus, dinding vena, dasar panggul, perineum dan vulva, serta vagina.

6) Perubahan Tanda – tanda Vital

a) Tekanan darah

Tekanan darah normal 120/80 mmHg. Perubahan tekanan darah lebih rendah pasca melahirkan bisa disebabkan oleh perdarahan dan tekanan darah tinggi pada post partum merupakan tanda terjadinya pre eklampsia post partum (Marmi, 2012).

b) Suhu

Pasca melahirkan, suhu tubuh dapat naik kurang dari 0,5°C dari keadaan normal. Kenaikan suhu badan ini akibat 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 genitalia ataupun sistem lain. Apabila kenaikan suhu diatas 38°C, waspada terhadap infeksi post partum (Marmi, 2012).

c) Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa 60 sampai 80 kali permenit. Pasca melahirkan denyut nadi dapat menjadi brakikardi maupun lebih cepat. Denyut nadi yang melebihi 100 kali permenit, harus waspada kemungkinan infeksi atau perdarahan post partum (Marmi, 2012).

d) Pernapasan

Frekuensi pernafasan normal pada orang dewasa adalah 16 sampai 20 kali permenit. Pada 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. Bila

suhu nadi tidak normal, pernafasan juga akan mengikutinya, kecuali apabila ada gangguan khusus pada saluran nafas. Bila bernafas lebih cepat pada post partum kemungkinan ada tanda-tanda syok (Marmi, 2012).

7) Perubahan Sistem Kardiovaskuler

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

8) Perubahan Sistem Hematologi

Perubahan hemotologi pada hari pertama postpartum, kadar fibrinogen dan plasma akan sedikit menurun tetapi darah lebih mengental. Kira-kira selama kelahiran dan masa postpartum terjadi kehilangan darah sekitar 250–500ml (Nugroho, dkk, 2014).

g. Proses Adaptasi Psikologi Ibu Masa Nifas

1) Adaptasi Psikologi Ibu dalam Masa Nifas

Pada periode ini kecemasan wanita dapat bertambah. Pengalaman yang unik dialami oleh ibu setelah persalinan. Masa nifas merupakan masa yang rentan dan terbuka untuk bimbingan dan pembelajaran. Perubahan peran seorang ibu memerlukan adaptasi. Tanggung jawab ibu mulai bertambah. Menurut Yanti dan Sundawati (2011) hal-hal yang dapat membantu ibu dalam adaptasi masa nifas adalah : fungsi menjadi orangtua, respon dan dukungan dari keluarga, riwayat

dan pengalaman kehamilan serta persalinan, harapan, keinginan dan aspirasi saat hamil dan melahirkan.

Fase-fase yang akan dialami oleh ibu pada masa nifas antara lain (Yanti dan Sundawati, 2011):

a) Fase *taking in*

Fase ini merupakan periode ketergantungan, yang berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Ibu terfokus pada dirinya sendiri, sehingga cenderung pasif terhadap lingkungannya. Ketidaknyamanan yang dialami antara lain rasa mules, nyeri pada luka jahitan, kurang tidur, kelelahan. Hal yang perlu diperhatikan pada fase ini adalah istirahat cukup, komunikasi dan asupan nutrisi yang baik. (Yanti dan Sundawati, 2011)

b) Fase *taking hold*

Fase ini berlangsung antara 3– 10 hari setelah melahirkan. Ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawab dalam perawatan bayinya. 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 dan Sundawati, 2011)

c) Fase *letting go*

Fase ini adalah fase menerima tanggung jawab akan peranbarunya. Fase ini berlangsung pada hari ke 10 setelah melahirkan. Ibu sudah dapat menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya. Terjadi peningkatan akan perawatan diri dan bayinya. Ibu merasa percaya diri akan

peran barunya, lebih mandiri dalam memenuhi kebutuhan bayi dan dirinya. Hal-hal yang harus dipenuhi selama nifas adalah sebagai berikut : istirahat, asupan gizi, lingkungan bersih (Fisik).; Dukungan dari keluarga sangat diperlukan (Psikologi) ; Perhatian, rasa kasih sayang (Sosial), menghibur ibu saat sedih dan menemani saat ibu merasa kesepian (Psikososial)(Yanti dan Sundawati, 2011).

2) Post Partum Blues

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

3) Post partum psikosa

Postpartum psikosa adalah depresi yang terjadi pada minggu pertama dalam 6 minggu setelah melahirkan. Gejala postpartum psikosa meliputi perubahan suasana hati, perilaku yang tidak rasional ketakutan dan kebingungan karena ibu kehilangan kontak realitas secara cepat. Saran kepada penderita yaitu : beristirahat cukup, mengkonsumsi makanan dengan gizi yang seimbang, bergabung dengan orang – orang yang baru, berbagi cerita dengan orang yang terdekat, bersikap *fleksibel* (Maritalia, 2014).

4) Kesedihan dan sukacita

Berduka adalah respon psikologi terhadap kehilangan. Berduka adalah proses normal. Kegagalan untuk melakukan untuk

melakukan tugas berduka, biasanya disebabkan keinginan untuk menghindari nyeri yang sangat berat dan stress serta ekspresi yang penuh emosi. Seringkali menyebabkan reaksi berduka abnormal atau patologis (Maritalia, 2014).

h. Faktor – faktor yang Mempengaruhi Masa Nifas dan Menyusui

1) Faktor fisik

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

2) Faktor psikologis

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

3) Faktor lingkungan, sosial, budaya dan ekonomi

Adanya adat istiadat yang dianut oleh lingkungan dan keluarga sedikit banyak akan memengaruhi keberhasilan ibu dalam melewati saat transisi ini. Dalam hal ini, bidan harus bijaksana dalam menyikapi, namun tidak mengurangi kualitas asuhan yang harus diberikan. Keterlibatan keluarga dari awal dalam menentukan bentuk asuhan dan perawatan yang harus diberikan pada ibu dan bayi akan memudahkan bidan dalam pemberian asuhan (Sulistyawati, 2009).

i. Kebutuhan Dasar Ibu Nifas

1) Nutrisi dan Cairan

Ibu nifas harus mengkonsumsi makanan yang mengandung zat – zat yang berguna bagi tubuh ibu pasca melahirkan dan untuk persiapan produksi ASI, bervariasi dan seimbang, terpenuhi

kebutuhan karbohidrat, protein, zat besi, vitamin dan mineral, untuk mengatasi anemia, cairan dan serat untuk memperlancar ekskresi (Maritalia, 2014).

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

- a) Mengonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari.
- b) Makan diet berimbang untuk mendapatkan protein, mineral, dan vitamin yang cukup.
- c) Minum sedikitnya 3 liter setiap hari (anjurkan ibu untuk minum setiap kali menyusui).
- d) Pil zat besi harus diminum untuk menambah zat gizi setidaknya selama 40 hari pasca bersalin.
- e) Minum vitamin A (200.000 IU) agar bisa memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASI.

2) Ambulasi

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

- a) Mobilisasi jangan dilakukan terlalu cepat karena bisa menyebabkan ibu terjatuh.
- b) Pastikan bahwa ibu bisa melakukan gerakan - gerakan bertahap, jangan terburu – buru.
- c) Pemulihan pascasalin akan berlangsung lebih cepat bila ibu melakukan mobilisasi dengan benar dan tepat, terutama untuk sistem peredaran darah , pernafasan dan otot rangka.

d) Jangan melakukan mobilisasi secara berlebihan karena bisa menyebabkan meningkatnya beban kerja jantung

3) Eliminasi

a) *Miksi*

Buang air kecil sendiri sebaiknya dilakukan secepatnya. Miksi normal bila dapat BAK spontan seetiap 3-4 jam. Kesulitan BAK dapat disebabkan karena sfingter uretra tertekan oleh kepala janin dan spesmen oleh iritasi muskulo spingter ani selama persalinan. Lakukan keteterisasi apabila kandung kemih penuh dan sulit berkemih (Yanti dan Sundawati, 2011).

b) *Defekasi*

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

4) Kebersihan diri / perineum

Kebutuhan diri berguna mengurangi infeksi dan meningkatkan perasaan nyaman. Kebersihan diri meliputi kebersihan tubuh, pakaian, tempat tidur maupun lingkungan. Beberapa hal yang dapat dilakukan ibu post partum dalam menjaga kebersihan diri, adalah sebagai berikut : Mandi teratur minimal 2 kali sehari; Mengganti pakaian dan alas tempat tidur; Menjaga lingkungan sekitar tempat tinggal; Melakukan perawatan perineum; Mengganti pembalut minimal 2 kali sehari; Mencuci tangan setiap membersihkan daerah genitalia (Yanti dan Sundawati, 2011).

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 depresi dan ketidakmampuan dalam merawat bayi (Yanti dan Sundawati, 2011).

6) Seksual

Secara fisik aman untuk memulai hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jarinya kedalam vagina tanpa rasa nyeri. Begitu darah merah berhenti dan ibu tidak merasakan ketidaknyamanan, aman untuk memulai melakukan hubungan suami istri kapan saja ibu siap (Rukiyah, dkk, 2009).

7) Senam nifas

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

j. Respon Orangtua Terhadap Bayi Baru Lahir

1) *Bounding Attachment*

a) *Pengertian Bounding Attachment*

Bounding Attachment adalah kontak awal antara ibu dan bayi setelah kelahiran, untuk memberikan kasih sayang yang merupakan dasar interaksi antara keduanya secara terus menerus.

Dengan kasih sayang yang diberikan terhadap bayinya maka akan terbentuk ikatan batin antara orang tua dan bayinya. *Bonding* dimulainya interaksi emosi sensorik fisik antara orang tua dan bayi segera setelah lahir. *Attachment* yaitu ikatan yang terjalin antara individu yang meliputi pencurahan perhatian, yaitu hubungan emosi dan fisik yang akrab (Menurut Nelson, 1986 dalam Yanti dan Sundawati, 2011).

Dengan kata lain *Bonding Attachment* adalah proses membangun ikatan kasih sayang antara ibu dan bayi melalui sentuhan, belaian dan dengan tepat dapat disalurkan melalui pemberian ASI eksklusif.

b) Tahap – tahap *Bonding Attachment* : Perkenalan (*acquaintance*), dengan melakukan kontak mata, menyentuh, berbicara dan mengeksplorasi segera setelah mengenal bayinya; *Bonding* (keterikatan); *Attachment*, perasaan sayang yang mengikat individu dengan individu lain (Marmi, 2012).

c) Elemen – elemen *Bonding Attachment*

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

(1) Sentuhan

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

(2) Kontak mata

Ketika bayi baru lahir atau secara fungsional mempertahankan kontak mata, orangtua dan bayi akan menggunakan lebih banyak waktu untuk saling memandang. Beberapa ibu mengatakan dengan

melakukan kontak mata mereka merasa lebih dekat dengan bayinya.

(3) Suara

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

(4) Aroma

Ibu mengetahui bahwa setiap anak memiliki aroma yang unik.

(5) *Entrainment*

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

(6) *Bioritme*

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.

(7) Kontak dini

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

2) Respon Ayah dan Keluarga

a) Respon Positif

Adapun beberapa respon positif ayah menurut Yanti dan Sundawati (2011) adalah : Ayah dan keluarga menyambut kelahiran bayinya dengan bahagia; Ayah bertambah giat bekerja untuk memenuhi kebutuhan bayi dengan baik; Ayah

dan keluarga melibatkan diri dalam perawatan bayi; Perasaan sayang terhadap ibu yang telah melahirkan bayi.

b) Respon Negatif

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

- (1) Kelahiran bayi yang tidak diinginkan keluarga karena jenis kelamin yang tidak sesuai keinginan
- (2) Kurang bahagia karena kegagalan KB
- (3) Perhatian ibu pada bayi yang berlebihan yang menyebabkan ayah kurang mendapat perhatian
- (4) Faktor ekonomi mempengaruhi perasaan kurang senang atau kekhawatiran dalam membina keluarga karena kecemasan dalam biaya hidupnya
- (5) Rasa malu baik bagi ibu dan keluarga karena anak lahir cacat
- (6) Anak yang di lahirkan merupakan hasil berbuat zina, sehingga menimbulkan rasa malu dan aib bagi keluarga

3) *Sibling Rivalry*

a) Pengertian

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

b) Penyebab *Sibling Rivalry*

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

- (1) Masing – masing anak bersaing untuk menentukan pribadi mereka, sehingga ingin menunjukkan pada saudara mereka.

- (2) Anak merasa kurang mendapatkan perhatian, disiplin dan mau mendengarkan dari orang tua mereka.
- (3) Anak – anak merasa hubungan dengan keluarga dengan orang tua mereka terancam oleh kedatangan anggota keluarga baru/bayi.
- (4) Tahap perkembangan anak baik fisik maupun emosi yang dapat mempengaruhi proses kedewasaan dan perhatian satu sama lain.
- (5) Anak frustrasi karena merasa lapar, bosan atau letih sehingga memulai pertengkaran.
- (6) Kemungkinan anak tidak tahu cara untuk mendapatkan perhatian atau memulai permainan dengan saudara mereka.
- (7) Dinamika keluarga dalam memainkan peran.
- (8) Pemikiran orang tua tentang agresi dan pertengkaran anak yang berlebihan dalam keluarga adalah normal.
- (9) Tidak memiliki waktu untuk berbagi, berkumpul bersama dengan anggota keluarga.
- (10)Orangtua mengalami stress dalam menjalani kehidupan.
- (11)Anak-anak mengalami stres dalam kehidupannya.
- (12)Cara orangtua memperlakukan anak dan menangani konflik yang terjadi pada mereka.

c) Mengatasi *Sibling Rivalry*

Beberapa hal yang perlu diperhatikan orang tua untuk mengatasi *sibling rivalry* sehingga anak dapat bergaul dengan baik, antara lain (Yanti dan Sundawati, 2011) :

- 1) Tidak membandingkan antara anak satu sama lain.
- 2) Membiarkan anak menjadi diri pribadi sendiri.
- 3) Menyukai bakat dan keberhasilan anak-anak anda.
- 4) Membuat anak-anak mampu berkerja sama dari pada bersaing antara satu sama lain.

- 5) Memberikan perhatian setiap waktu atau pola lain ketika konflik biasa terjadi.
- 6) Mengajarkan anak-anak cara positif untuk mendapatkan perhatian dari satu sama lain.
- 7) Bersikap adil sangat penting, tetapi disesuaikan dengan kebutuhan anak. Sehingga adil bagi anak satu dan yang lainnya berbeda.
- 8) Merencanakan kegiatan keluarga yang menyenangkan bagi semua orang.
- 9) Meyakinkan setiap anak mendapatkan waktu yang cukup dan kebebasan mereka sendiri.
- 10) Orangtua tidak perlu langsung campur tangan kecuali saat tanda-tanda akan kekerasan fisik.
- 11) Orangtua harus dapat berperan memberikan otoritas kepada anak-anak bukan untuk anak-anak.
- 12) Orangtua dalam memisahkan anak-anak dari konflik tidak menyalahkan satu sama lain.
- 13) Jangan memberi tuduhan tertentu tentang sifat negatifnya anak.
- 14) Kesabaran dan keuletan serta contoh-contoh yang baik dari perlakuan orangtua sehari-hari adalah cara pendidikan anak-anak untuk menghindari *sibling rivalry* yang paling bagus.

k. Proses Laktasi dan Menyusui

1) Pengertian

Laktasi adalah keseluruhan proses menyusui mulai dari ASI di produksi, disekresi dan pengeluaran ASI sampai pada proses bayi menghisap dan menelan ASI (Marmi, 2012).

Proses laktasi tidak terlepas dari pengaruh hormonal, adapun hormon yang berperan adalah:

- a) Progesteron: mempengaruhi pertumbuhan dan ukuran alveoli. Tingkat progesterone dan estrogen menurun sesaat setelah melahirkan. hal ini menstimulasi produksi secara besar-besaran (Marmi, 2012).
- b) Estrogen: menstimulasi system saluran ASI untuk membesar. Tingkat estrogen menurun saat melahirkan dan tetap rendah atau beberapa bulan selama tetap menyusui (Marmi, 2012).
- c) Prolaktin : berperan dalam membesarnya alveoli dalam kehamilan (Marmi, 2012).
- d) Oksitosin : mengencangkan otot halus dalam rahim pada saat melahirkan dan setelahnya, seperti halnya juga dalam orgasme. Setelah melahirkan, oksitosin juga mengencangkan otot halus disekitar alveoli memeras ASI menuju saluran susu (Marmi, 2012).

Berkurangnya produksi ASI pada ibu menyusui mungkin disebabkan oleh ibu kurang sering/jarang menyusui bayinya sehingga payudara selalu penuh; bayi tidak bisa menghisap puting susu ibu secara langsung akibat kelainan bentuk mulut dan rahang atau teknik menyusui yang salah; kelainan endokrin seperti kurangnya hormon prolaktin pada ibu; jaringan payudara mengalami hipoplastik; ibu yang menderita gizi buruk (Marmi, 2012).

2) Anatomi dan Fisiologi Payudara

a) Anatomi Payudara

Secara vertikal payudara terletak diantara kostal II dan IV, secara horisontal mulai dari pinggir sternum sampai linea aksilaris medialis. kelenjar susu berada di jaringan subkutan, tepatnya diantara jaringan subkutan superfisial dan profundus, yang menutupi muskulus pectoralis mayor (Ambarwati, 2010).

Payudara (mamae, susu) adalah kelenjar yang terletak di bawah kulit, di atas otot dada. Fungsi dari payudara adalah memproduksi susu untuk nutrisi bayi. Manusia mempunyai sepasang kelenjar payudara, yang beratnya kurang lebih 200 gram, saat hamil 600 gram dan saat menyusui 800 gram (Yanti dan Sundawati, 2011).

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

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

Didalam korpus mamae terdapat alveolus yaitu unit terkecil yang memproduksi susu. Alveolus terdiri dari beberapa sel aciner, jaringan lemak, sel plasma, sel otot polos dan pembuluh darah. Beberapa lobulus berkumpul menjadi 15–20 lobus pada tiap payudara (Mansyur dan Dahlan, 2014).

(2) *Areola* yaitu bagian yang kehitaman ditengah

Letaknya mengelilingi puting susu dan berwarna kegelapan yang disebabkan oleh penipisan dan penimbunan pigmen pada kulitnya. Perubahan warna ini tergantung dari corak kulit dan adanya kehamilan. Pada daerah ini akan didapatkan kelenjar keringat, kelenjar lemak dari *montgomery* yang membentuk *tuberkel* dan akan membesar selama kehamilan. Kelenjar lemak ini akan menghasilkan suatu bahan yang melicinkan kalangan payudara selama menyusui. Di bawah ini kalang payudara terdapat duktus laktiferus yang merupakan tempat penampungan air susu. Luasnya kalang payudara bisa $\frac{1}{3}$ – $\frac{1}{2}$ dari payudara (Mansyur dan Dahlan, 2014).

(3) *Papilla*

Papilla (putting yaitu bagian yang menonjol di puncak payudara) terletak setinggi interkosta IV, tetapi berhubungan dengan adanya variasi bentuk dan ukuran payudara maka letaknya pun akan bervariasi pula.

Pada tempat ini terdapat lubang-lubang kecil yang merupakan muara duktus dari laktiferus, ujung-ujung serat saraf, pembuluh darah, pembuluh getah bening, serat-serat otot polos duktus laktiferus akan memadat dan menyebabkan putting susu ereksi sedangkan serat-serat otot yang longitudinal akan menarik kembali putting susu tersebut (Mansyur dan Dahlan, 2014).

b) Fisiologi Payudara

(1) Laktasi atau menyusui mempunyai dua pengertian yaitu:

(a) Produksi ASI (prolaktin)

Selama masa kehamilan hormon prolaktin dari plasenta meningkat tetapi ASI belum keluar karena pengaruh hormon estrogen yang masih tinggi (Maritalia, 2014).

Kadar estrogen dan progesteron akan menurun pada saat hari kedua atau ketiga pasca persalinan, sehingga sekresi ASI. Pada proses laktasi terdapat dua refleks yang berperan yaitu refleks prolaktin dan refleks aliran yang timbul akibat perangsangan puting susu dikarenakan hisapan bayi. Pasca persalinan yaitu saat lepasnya plasenta dan berkurangnya fungsi korpus luteum maka estrogen dan progesteron

juga berkurang. Hisapan bayi akan merangsang puting susu dan kalang payudara, karena ujung-ujung saraf sensoris yang berfungsi sebagai reseptor mekanik (Maritalia, 2014).

Rangsangan ini dilanjutkan ke hipotalamus melalui medulla spinalis hipotalamus dan akan menekan pengeluaran faktor penghambat sekresi prolaktin dan sebaliknya merangsang pengeluaran faktor pemacu sekresi prolaktin. Faktor pemacu sekresi prolaktin akan merangsang hipofise anterior sehingga keluar prolaktin. Hormon ini merangsang sel-sel alveoli yang berfungsi untuk membuang air susu (Maritalia, 2014).

Kadar prolaktin pada ibu menyusui akan menjadi normal 3 bulan setelah melahirkan sampai penyapihan anak dan pada saat tersebut tidak akan ada peningkatan prolaktin walau ada hisapan bayi, namun pengeluaran air susu tetap berlangsung. Pada ibu nifas yang tidak menyusui kadar prolaktin akan menjadi normal pada minggu ke 2-3 (Maritalia, 2014).

Bersamaan dengan pembentukan prolaktin oleh hipofise anterior, rangsangan yang berasal dari hisapan bayi dilanjutkan ke hipofise posterior yang kemudian dikeluarkan oksitosin. Melalui aliran darah hormon ini menuju uterus sehingga menimbulkan kontraksi. Kontraksi dari sel akan memeras air susu yang telah diproduksi keluar alveoli dan masuk ke sistem duktus dan

selanjutnya mengalir melalui duktus lactiferus masuk ke mulut bayi (Maritalia, 2014).

Faktor-faktor yang meningkatkan *let down* adalah melihat bayi, mendengarkan suara bayi, mencium bayi, memikirkan untuk menyusui bayi. Faktor-faktor yang menghambat refke let down adalah stress, seperti keadaan bingung/pikiran kacau, takut dan cemas (Maritalia, 2014).

Refleks yang penting dalam mekanisme hisapan bayi yaitu *rooting refleks*, *sucking refleks*, *swallowing refleks*.

(b) Pengeluaran ASI (oksitosin)

Apabila bayi disusui, maka gerakan menghisap yang berirama akan menghasilkan rangsangan saraf yang terdapat pada glandula pituitaria posterior sehingga mensekresi hormon oksitosin. Hal ini menyebabkan sel-sel mioepitel di sekitar alveoli akan berkontraksi dan mendorong ASI masuk dalam pembuluh ampula. Pengeluaran oksitosin selain dipengaruhi oleh hisapan bayi juga oleh reseptor yang terletak pada duktus. Bila duktus melebar maka secara reflektoris oksitosin dikeluarkan oleh hipofisis (Maritalia, 2014).

3) Dukungan Bidan dalam Pemberian ASI

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

- a) Meyakinkan bahwa bayi memperoleh makanan yang mencukupi dari payudara ibunya.

b) Membantu ibu sedemikian rupa sehingga ia mampu menyusui bayinya sendiri. Bidan dapat memberikan dukungan dalam pemberian ASI, dengan cara yaitu :

- (1) Membiarkan bayi bersama ibunya segera sesudah lahir selama beberapa jam pertama.
- (2) Mengajarkan cara merawat payudara yang sehat pada ibu untuk mencegah masalah umum yang timbul.
- (3) Membantu ibu pada waktu pertama kali memberi ASI.
- (4) Menempatkan bayi di dekat ibu pada kamar yang sama (rawat gabung).
- (5) Memberikan ASI pada bayi sesering mungkin.
- (6) Menghindari pemberian susu botol.

4) Manfaat Pemberian ASI

Memberikan ASI pada bayi sangatlah penting dilakukan oleh seorang ibu minimal sampai bayi berusia 2 tahun. Adapun manfaat pemberian ASI adalah:

a) Bagi Bayi

- (1) Dapat membantu memulai kehidupannya dengan baik. Bayi yang mendapatkan ASI mempunyai kenaikan berat badan yang baik setelah lahir, pertumbuhan setelah periode perinatal baik, dan mengurangi kemungkinan obesitas. Ibu - ibu yang diberi penyuluhan tentang ASI dan laktasi, umumnya berat badan bayi (pada minggu pertama kelahiran) tidak sebanyak ibu-ibu yang tidak diberi penyuluhan. Frekuensi menyusui yang sering (tidak dibatasi) juga dibuktikan bermanfaat karena volume ASI yang dihasilkan lebih banyak sehingga penurunan berat badan bayi hanya sedikit (Maritalia, 2014).

(2) Mengandung antibodi

Mekanisme pembentukan antibodi pada bayi adalah sebagai berikut: apabila ibumendapat infeksi maka tubuh ibu akan membentuk antibodi dan akan disalurkan dengan bantuan jaringan limposit. Dalam tinja bayi yang mendapat ASI terdapat antibodi terhadap bakteri E. coli dalam konsentrasi yang tinggi sehingga jumlah bakteri E.Coli dalam tinja bayi tersebut juga rendah.Di dalam ASI kecuali antibodi terhadap enterctoksm E.Coli, juga pernah dibuktikan adanya antibodi terhadap salmonella typhi, shigeia dan antibodi terhadap virus, seperti rota virus, polio dan campak (Maritalia, 2014).

(3) ASI mengandung komposisi yang tepat

Berbagai bahan makanan yang baik untuk bayi yaitu terdiri dari proporsi yang seimbang dan cukup kuantitas semua zat gizi yang diperlukan untuk kehidupan 6 bulan pertama (Maritalia, 2014).

(4) Mengurangi kejadian karies dentis

Insiden karies dentis pada bayi yang mendapat susu formula jauh lebih tinggi dibanding yang mendapat ASI, karena kebiasaan menyusui dengan botol dan dot terutama pada waktu akan tidur menyebabkan gigi lebih lama kontak dengan susu formula dan menyebabkan asam yang terbentuk akan merusak gigi (Maritalia, 2014).

(5) Memberi rasa nyaman dan aman pada bayi dan adanya ikatan antara ibu dan bayi

Hubungan fisik ibu dan bayi baik untuk perkembangan bayi, kontak kulit ibu ke kulit bayi

yang mengakibatkan perkembangan psikomotor maupun sosial yang lebih baik (Maritalia, 2014).

(6) Terhindar dari alergi

Pada bayi baru lahir sistem IgE belum sempurna. Pemberian susu formula akan merangsang aktivasi sistem ini dan dapat menimbulkan alergi. ASI tidak menimbulkan efek ini. Pemberian protein asing yang ditunda sampai umur 6 bulan akan mengurangi kemungkinan alergi (Maritalia, 2014).

(7) ASI meningkatkan kecerdasan bagi bayi

Lemak pada ASI adalah lemak tak jenuh yang mengandung omega 3 untuk pematangan sel-sel otak sehingga jaringan otak bayi yang mendapat ASI eksklusif akan tumbuh optimal dan terbebas dari rangsangan kejang sehingga menjadikan anak lebih cerdas dan terhindar dari kerusakan sel-sel saraf otak (Maritalia, 2014).

(8) Membantu perkembangan rahang dan merangsang pertumbuhan gigi karena gerakan menghisap mulut bayi pada payudara

Telah dibuktikan bahwa salah satu penyebab maloklusi rahang adalah kebiasaan lidah yang mendorong ke depan akibat menyusu dengan botol dan dot (Maritalia, 2014).

b) Bagi Ibu

(1) Aspek kontrasepsi

Hisapan mulut bayi pada puting Susu merangsang ujung syaraf sensorik sehingga post anterior hipofise mengeluarkan prolaktin. Prolaktin masuk ke indung telur, menekan produksi estrogen akibatnya tidak ada ovulasi. Pemberian ASI memberikan 98% metode

kontrasepsi yang efisien selama 6 bulan pertama sesudah kelahiran bila diberikan hanya ASI saja (eksklusif) dan belum terjadi menstruasi kembali (Maritalia, 2014).

(2) Aspek kesehatan ibu

Isapan bayi pada payudara akan merangsang terbentuknya oksitosin oleh kelenjar hipofisis. Oksitosin membantu involusi uterus dan mencegah terjadinya perdarahan pasca persalinan. Penundaan haid dan berkurangnya perdarahan pasca persalinan mengurangi prevalensi anemia defisiensi besi. Kejadian *carcinoma mammae* pada ibu yang menyusui lebih rendah dibanding yang tidak menyusui. Mencegah kanker hanya dapat diperoleh ibu yang menyusui anaknya secara eksklusif. Penelitian membuktikan ibu yang memberikan ASI secara eksklusif memiliki risiko terkena kanker payudara dan kanker ovarium 25% lebih kecil dibanding daripada yang tidak menyusui secara eksklusif (Maritalia, 2014).

(3) Aspek penurunan berat badan

Ibu yang menyusui eksklusif ternyata lebih mudah dan lebih cepat kembali ke berat badan semula seperti sebelum hamil. Saat hamil, badan bertambah berat, selain karena adajarin, juga karena penimbunan lemak pada tubuh. Cadangan lemak ini sebaiknya disiapkan sebagai sumber tenaga dalam proses produksi ASI. Dengan menyusui, tubuh akan menghasilkan ASI lebih banyak lagi sehingga timbunan lemak yang berfungsi sebagai cadangan tenaga akan terpakai. Logikanya, jika timbunan lemak menyusut, berat badan ibu akan cepat kembali ke keadaan seperti sebelum hamil (Maritalia, 2014).

(4) Aspek psikologis

Keuntungan menyusui bukan hanya bermanfaat untuk bayi, tetapi juga untuk ibu. Ibu akan merasa bangga dan diperlukan, rasa yang dibutuhkan oleh semua manusia (Maritalia, 2014).

5) Tanda Bayi Cukup ASI

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

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

6) ASI Eksklusif

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

bulan tanpa tambahan makanan dan minuman seperti susu, formula jeruk, madu, air gula, air putih, air teh, pisang, bubur susu, biskuit, bubur nasi, dan nasi tim.

Menurut WHO dalam Yanti dan Sundawati (2011) ASI eksklusif adalah pemberian ASI saja pada bayi sampai usia 6 bulan dianjurkan oleh tanpa tambahan cairan ataupun makanan lain. ASI dapat diberikan sampai bayi berusia 2 tahun.

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

7) Cara Merawat Payudara

a) Pengertian Perawatan Payudara

Perawatan payudara merupakan suatu tindakan perawatan payudara yang dilaksanakan baik oleh pasien maupun dibantu oleh orang lain yang dilaksanakan mulai hari pertama atau kedua setelah melahirkan (Bahiyatun, 2009).

b) Tujuan Perawatan Payudara

Perawatan payudara pasca persalinan mempunyai tujuan untuk menjaga kebersihan payudara sehingga terhindar dari infeksi; untuk mengenyalkan puting susu supaya tidak mudah lecet; untuk menonjolkan puting susu; menjaga bentuk buah dada tetap bagus; untuk mencegah terjadinya penyumbatan; untuk memperbanyak produksi ASI; untuk mengetahui adanya kelainan (Bahiyatun, 2009).

c) Langkah-Langkah Perawatan Payudara

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

(1) Persiapan alat dan bahan

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

(2) Persiapan pasien

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

(3) Langkah – Langkah Perawatan Payudara

- (a) Basahi kapas atau kasa dengan minyak kelapa, kemudian bersihkan puting susu dengan kapas atau kasa tersebut hingga kotoran di sekitar areola dan puting terangkat.
- (b) Tuang minyak kelapa sedikit ke dua telapak tangan kemudian ratakan di kedua payudara.
- (c) Cara pengurutan (massage) payudara :

Dimulai dengan gerakan melingkar dari dalam keluar, gerakan ini diulang sebanyak 20-30 kali selama 5 menit. Selanjutnya lakukan gerakan sebaliknya yaitu mulai dari dalam ke atas, ke samping, ke bawah hingga menyangga payudara kemudian dilepas perlahan-lahan. Tangan kiri menopang payudara kiri, tangan kanan mengerut

payudara dari pangkal atau atas ke arah puting. Lakukan gerakan selanjutnya dengan tangan kanan menopang payudara kanan kemudian tangan kiri mengurut dengan cara yang sama. Dengan menggunakan sisi dalam telapak tangan sebanyak 20–30kali selama 5 menit. Rangsangan payudara dengan pengompresan memakai washlap air hangat dan dingin secara bergantian selama kurang lebih 5 menit. Setelah selesai keringkan payudara dengan handuk kecil, kemudian pakai BH kusus untuk menyusui. Mencuci tangan.

8) Cara Menyusui yang Baik dan Benar

a) Posisi ibu dan bayi yang benar

(1) Berbaring miring

Posisi yang amat baik untuk pemberian ASI yang pertama kali atau bila ibu menyusui yang melahirkan melalui operasi sesar. Yang harus diwaspadai dari teknik ini adalah pertahankan jalan nafas bayi agar tidak tertutup oleh payudara ibu. Oleh karena itu, ibu harus selalu didampingi orang lain ketika menyusui (Sulistyawati, 2009).

(2) Duduk

Ibu yang menyusui dengan posisi duduk dapat memilih beberapa posisi tangan dan bayi yang paling nyaman (Sulistyawati, 2009).

b) Proses perlekatan bayi dengan ibu

Hal penting yang harus dilakukan untuk mendapatkan perlekatan yang maksimal yaitu memberikan topangan/sandaran pada punggung ibu dalam posisinya tegak lurus terhadap pangkuannya. Ini mungkin dapat

dilakukan dengan duduk bersila di atas tempat tidur, di lantai atau di kursi (Sulistyawati, 2009).

Posisi berbaring miring atau duduk (punggung dan kaki ditopang), akan membantu bentuk payudaranya dan memberikan ruang untuk menggerakkan bayinya ke posisi yang baik. Badan bayi harus dihadapkan ke arah badan ibu dan mulutnya berada di hadapan puting susu ibu. Leher bayi harus sedikit ditengadahkan (Sulistyawati, 2009).

Bayi sebaiknya ditopang pada bahunya sehingga posisi kepala agak tengadah dapat dipertahankan. Kepala dapat ditopang dengan jari-jari tangan yang terentang atau pada lekukan siku ibunya. Hal ini akan membantu dengan membungkus bayi sehingga tangannya berada di sisi badan (Sulistyawati, 2009).

Bila mulut bayi disentuh dengan lembut ke puting susu ibunya maka ia akan membuka mulutnya lebar-lebar (refleks rooting). Pada saat mulut bayi terbuka, gerakkan dengan cepat ke arah payudara (Sulistyawati, 2009).

Sasarannya adalah memposisikan bibir bawah paling sedikit 1,5 cm dari pangkal puting susu. Bayi harus mengulum sebagian besar dari areola di dalam mulutnya, bukan hanya ujung puting susunya saja. Hal ini akan memungkinkan bayi menarik sebagian dari jaringan payudara masuk ke dalam mulutnya dengan lidah dan rahang bawah. Bila diposisikan dengan benar, bayi akan membentuk suatu pentil, jaringan puting susu, dan payudara, serta sinus lactiferus sekarang akan berada dalam rongga mulut bayi. Puting susu akan masuk sampai sejauh langit-langit lunak (*velum palatinum*) dan akan bersentuhan dengan langit-langit tersebut. Sentuhan ini akan merangsang refleks penghisapan. Rahang bawah bayi menutup pada jaringan payudara, penghisapan

akan terjadi dan puting susu ditangkap dengan baik dalam rongga mulut, sementara lidah memberikan penekanan yang berulang-ulang secara teratur sehingga ASI akan keluar dari duktus lactiferous (Sulistyawati, 2009).

c) Tanda-tanda pelekatan yang benar

Tanda-tanda pelekatan yang benar yaitu tampak areola masuk sebanyak mungkin, areola bagian atas lebih banyak terlihat, mulut terbuka lebar, bibir atas dan bawah terputar keluar, dagu bayi menempel pada payudara, jaringan payudara merenggang sehingga membentuk “dot” yang panjang, puting susu sekitar $\frac{1}{3}$ – $\frac{1}{4}$ bagian “dot” saja, bayi menyusui pada payudara, bukan puting susu, lidah bayi terjulur melewati gusi bawah (di bawah gudang ASI), melingkari “dot” jaringan payudara (Sulistyawati, 2009).

9) Masalah dalam Pemberian ASI

a) Masalah menyusui pada masa nifas dini

(1) Puting susu lecet

Puting susu lecet dapat disebabkan trauma pada puting susu saat menyusui, selain itu dapat pula terjadi retak dan pembentukan celah-celah. Retakan pada puting susu sebenarnya bisa sembuh sendiri dalam waktu 48 jam. Penyebab puting susu lecet yaitu teknik menyusui yang tidak benar; puting susu terpapar oleh sabun, krim, alkohol atau zat iritan lain saat ibu membersihkan puting susu; bayi dengan tali lidah pendek (*frenulum linguae*); cara menghentikan menyusui yang kurang tepat (Sulistyawati, 2009).

Penatalaksanaan dalam menangani masalah ini adalah cari penyebab puting susu lecet; bayi disusukan lebih dulu pada puting susu yang normal atau lecetnya sedikit; tidak menggunakan sabun, krim, alkohol

ataupun zat iritan lain saat membersihkan payudara; menyusui lebih sering (8-12 kali dalam 24 jam); posisi menyusui harus benar, bayi menyusu sampai ke kalang payudara dan susukan secara bergantian diantara kedua payudara; keluarkan sedikit ASI dan oleskan ke puting yang lecet dan biarkan kering; gunakan BH/bra yang dapat menyangga payudara dengan baik; bila terasa sangat sakit boleh minum obat pengurang rasa sakit; jika penyebabnya miniliasis diberi pengobatan dengan tablet nistatin (Sulistyawati, 2009).

(2) Payudara bengkak

Payudara bengkak disebabkan karena menyusui yang tidak kontinyu. Selain itu penggunaan bra yang ketat serta keadaan puting susu yang tidak bersih dapat menyebabkan sumbatan pada duktus (Sulistyawati, 2009).

Perbedaan antara payudara bengkak dengan payudara penuh yaitu pada payudara bengkak : payudara oedema, sakit, puting susu kencang, kulit mengkilat walau tidak merah dan ASI tidak keluar kemudian badan menjadi demam setelah 24 jam; sedangkan pada payudara penuh: payudara terasa berat, panas dan keras. Bila ASI dikeluarkan, tidak terjadi demam pada ibu menyusui bayi segera setelah lahir dengan posisi dan perlekatan yang benar (Sulistyawati, 2009).

(3) Saluran susu tersumbat

Penyebab tersumbatnya saluran susu pada payudara adalah akibat air susu jarang dikeluarkan, adanya penekanan saluran air susu dari luar, pemakaian bra yang terlalu ketat. Gejala yang timbul pada ibu adalah

pada payudara terlihat jelas dan lunak pada perabaan, pada payudara tersumbat terasa nyeri dan bengkak (Sulistyawati, 2009).

Penanganan masalah ini yaitu payudara dikompres dengan air hangat dan air dingin secara bergantian, setelah itu bayi disusui; lakukan masase pada payudara untuk mengurangi nyeri dan bengkak; susui bayi sesering mungkin; bayi disusui mulai dengan payudara yang salurannya tersumbat; gunakan bra yang menyangga payudara dan posisi menyusui diubah-ubah untuk melancarkan aliran ASI. (Sulistyawati, 2009).

(4) Mastitis

Mastitis adalah peradangan pada payudara. Mastitis ini dapat terjadi kapan saja sepanjang periode menyusui, tapi paling sering terjadi antara hari ke-10 dan hari ke- 28 setelah kelahiran. Penyebab masalah ini yaitu payudara bengkak karena karena menyusui yang jarang/tidak adekuat; bra yang terlalu ketat; puting susu lecet yang menyebabkan infeksi; asupan gizi kurang, istirahat tidak cukup dan terjadi anemia (Sulistyawati, 2009).

Gejala awal dalam masalah ini adalah bengkak dan nyeri, payudara tampak merah pada keseluruhan atau ditempat tertentu, payudara terasa keras dan berbenjol-benjol, dan ada demam dan rasa sakit. Mastitis dapat diatasi dengan mengompres payudara dengan air hangat, mengurangi rasa sakit dapat diberikan pengobatan analgetik, mengatasi infeksi diberikan antibiotika, bayi mulai menyusui dari payudara yang mengalami peradangan, anjurkan ibu

selalu menyusui bayinya, dan anjurkan ibu untuk mengonsumsi makanan yang bergizi dan istirahat yang cukup (Sulistyawati, 2009).

(5) Abses payudara

Abses payudara terjadi apabila mastitis tidak ditangani dengan baik, sehingga memperberat infeksi. Gejala abses payudara yaitu sakit pada payudara ibu tampak lebih parah, payudara lebih mengkilap dan berwarna merah, serta benjolan terasa lunak karena berisi nanah (Sulistyawati, 2009).

Penanganan abses payudara yaitu teknik menyusui yang benar; kompres payudara dengan air hangat dan air dingin secara bergantian; mulai menyusui pada payudara yang sehat; hentikan menyusui pada payudara yang mengalami abses tetapi ASI harus tetap dikeluarkan; apabila abses bertambah parah dan mengeluarkan nanah berikan antibiotika; rujuk apabila keadaan tidak membaik (Sulistyawati, 2009).

b) Masalah menyusui pada masa nifas lanjut

Menurut Marmi (2012) ada beberapa masalah dalam pemberian ASI, antara lain :

(1) Bayi sering menangis

Tangisan bayi dapat dijadikan sebagai cara berkomunikasi antara ibu dan buah hati. Pada saat bayi menangis, maka cari sumber penyebabnya. Dan yang paling sering karena kurang ASI (Marmi, 2012).

(2) 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 (Marmi, 2012).

Tanda bayi bingung puting yaitu bayi menolak menyusu, isapan bayi terputus-putus dan sebentar-bentar, bayi mengisap puting seperti mengisap dot. Hal yang diperhatikan agar bayi tidak bingung dengan puting susu yaitu berikan susu formula menggunakan sendok atau cangkir, berikan susu formula dengan indikasi yang kuat (Marmi, 2012).

(3) Bayi dengan BBLR dan bayi prematur

Bayi dengan berat badan lahir rendah, bayi prematur maupun bayi kecil mempunyai masalah menyusui karena refleks menghisapnya lemah. Oleh karena itu, harus segera dilatih untuk menyusu (Marmi, 2012).

(4) Bayi dengan ikterus

Ikterik pada bayi sering terjadi pada bayi yang kurangmendapatkan 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 baru lahir sesering mungkin tanpa jadwal dan *ondemand* (Marmi, 2012).

(5) Bayi dengan bibir sumbing

Bayi dengan bibir sumbing tetap masih bisa menyusu. Pada bayi dengan bibir sumbing *pallatum molle* (langit-langit lunak) dan *pallatum durum* (langit-langit keras), dengan posisi tertentu masih dapat menyusu tanpa kesulitan. Meskipun terdapat kelainan, ibu harus tetap menyusui karena dengan menyusui dapat

melatih kekuatan otot rahang dan lidah (Marmi, 2012).

(6) Bayi kembar

Posisi yang dapat digunakan pada saat menyusui bayikembar adalah dengan posisi memegang bola (*footballposition*). Pada saat menyusui secara bersamaan, bayi menyusui secara bergantian. Susuilah bayi sesering mungkin. Apabilabayi ada yang dirawat di rumah sakit, berikanlah ASI peras dan susuilah bayi yang ada di rumah (Marmi, 2012).

(7) Bayi sakit

Bayi sakit dengan indikasi khusus tidak diperbolehkan mendapatkan makanan per oral, tetapi saat kondisi bayi sudah memungkinkan maka berikan ASI menyusui bukan kontraindikasi pada bayi sakit dengan muntah-muntah ataupun diare. Posisi menyusui yang tepat untuk mencegah terjadinya muntah, antara lain dengan posisi duduk. Berikan ASI sedikit tapi sering kemudian sendawakan. Pada saat bayi ditidurkan, posisikan tengkurap atau miring kanan untuk mengurangi bayi tersendak karena regulasi (Marmi, 2012).

(8) 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 pemerah ASI dan menyimpannya. Cara menyimpan ASI perah juga perlu diperhatikan (Marmi, 2012).

1. Deteksi Dini Komplikasi Masa Nifas dan Penanganannya

1) Infeksi masa nifas

Beberapa bakteri dapat menyebabkan infeksi setelah persalinan. Infeksi alat genitalia merupakan komplikasi masa nifas. Gejala umum infeksi dapat dilihat dari temperature atau suhu pembengkakan takikardi dan malaise. Sedangkan gejala local uterus lembek, kemerahan, dan rasa nyeri pada payudara atau adanya disuria (Marmi, 2012).

2) Masalah payudara

a) Mastitis

Mastitis adalah peradangan pada payudara. Mastitis ini dapat terjadi kapan saja sepanjang periode menyusui, tapi paling sering terjadi pada hari ke 10 dan hari ke 28 setelah kelahiran. Penyebab: Payudara bengkak akibat tidak disusukan secara adekuat; Bra yang terlalu ketat ; Puting susu lecet yang menyebabkan infeksi; Asupan gizi kurang, anemi. Gejala: Bengkak dan nyeri ; Payudara tampak merah pada keseluruhan atau di tempat tertentu; Payudara terasa keras dan benjol-benjol ; Ada demam dan rasa sakit umum (Yanti dan Sundawati, 2011).

Penanganan : Payudara dikompres dengan air hangat ; Untuk mengurangi rasa sakit dapat diberikan pengobatan analgetik; Untuk mengatasi infeksi diberikan antibiotic; Bayi mulai menyusui dari payudara yang mengalami peradangan; Anjurkan ibu untuk menyusui bayinya; Anjurkan ibu untuk mengonsumsi makanan yang bergizi dan istirahat cukup (Yanti dan Sundawati, 2011).

b) Abses payudara

Abses payudara berbeda dengan mastitis. Abses payudara terjadi apabila mastitis tidak ditangani dengan baik, sehingga memperberat infeksi. Gejala: Sakit pada

payudara ibu tampak lebih parah; Payudara lebih mengkilap dan berwarna merah; Benjolan terasa lunak karena berisi nanah. Penanganan : Teknik menyusui yang benar kompres payudara dengan air hangat dan air dingin secara bergantian; Tetap menyusui bayi; Mulai menyusui pada payudara yang sehat; Hentikan menyusui pada payudara yang mengalami *abses* tetapi ASI tetapi dikeluarkan; Apabila *abses* bertambah parah dan mengeluarkan nanah, berikan antibiotika; Rujuk apabila keadaan tidak membaik (Yanti dan Sundawati, 2011).

c) Puting susu lecet

Puting susu lecet dapat disebabkan trauma pada puting susu saat menyusui, selain itu dapat pula terjadi retak dan pembentukan celah-celah. Retakan pada puting susu bisa sembuh sendiri dalam waktu 48 jam. Penyebab : Teknik menyusui tidak benar ; Puting susu terpapar cairan saat ibu membersihkan puting susu; Moniliasis pada mulut bayi yang menular pada puting susu ibu; Bayi dengan tali lidah pendek; Cara menghentikan menyusui yang kurang tepat. Penatalaksanaan: Cari penyebab susu lecet; Bayi disusukan lebih dahulu pada puting susu yang normal atau lecetnya sedikit; Tidak menggunakan sabun, krim atau alcohol untuk membersihkan puting susu; Menyusui lebih sering 8–12kali dalam 24 jam; Posisi menyusui harus benar, bayi menyusui sampai ke kalang payudara ; Keluarkan sedikit ASI dan oleskan ke puting yang lecet dan biarkan keering; Menggunakan BH yang menyangga; Bila terasa sangat sakit, boleh minum obat pengurang rasa sakit; Jika penyebabnya *monilia*, diberi pengobatan; Saluran susu tersumbat (*obstructed duct*) (Yanti dan Sundawati, 2011).

d) Saluran susu tersumbat

Penyebab : Air susu mengental hingga menyumbat lumen saluran. Hal ini terjadi sebagai akibat air susu jarang dikeluarkan; Adanya penekanan saluran air susu dari luar; Pemakaian bra yang terlalu ketat. Gejala: Pada payudara terlihat jelas dan lunak pada pemerabaan (pada wanita kurus); Payudara terasa nyeri dan bengkak pada payudara yang tersumbat. Penanganan : Payudara dikompres dengan air hangat dan air dingin setelah bergantian. Setelah itu bayi disusui.; Lakukan massase pada payudara untuk mengurangi nyeri dan bengkak; Menyusui bayi sesering mungkin; Bayi disusui mulai dengan payudara yang salurannya tersumbat; Gunakan bra yang menyangga payudara; Posisi menyusui diubah-ubah untuk melancarkan aliran ASI (Yanti dan Sundawati, 2011).

3) *Hematoma*

Hematoma terjadi karena kompresi yang kuat di sepanjang *traktus genitalia*, dan tampak sebagai warna ungu pada mukosa vagina atau perineum yang *ekimotik*. *Hematoma* yang kecil diatasi dengan es, analgetik, dan pemantauan yang terus-menerus. Biasanya *hematoma* ini dapat diserap secara alami (Patricia, 2013).

4) Hemoragia postpartum

Perdarahan post partum adalah kehilangan darah secara abnormal dengan kehilangan 500 mililiter atau lebih darah. Perdarahan pervaginam yang melebihi 500 mililiter setelah persalinan didefinisikan sebagai perdarahan pasca persalinan (Mansyur dan Dahlan, 2014).

Perdarahan pasca persalinan dapat dikategorikan menjadi 2 yaitu (Mansyur dan Dahlan, 2014) :

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

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

5) *Subinvolusi*

Subinvolusi adalah kegagalan uterus untuk mengikuti pola normal involusi, dan keadaan ini merupakan satu dari penyebab terumum perdarahan pascapartum. Kemajuan *lochea* seringkali gagal berubah dari bentuk rubra ke bentuk serosa, lalu ke bentuk lochea alba. *Lochea* ini bisa tetap dalam bentuk rubra, atau kembali ke bentuk rubra dalam beberapa hari *pascapartum*. Jumlah lochea bisa lebih banyak daripada yang diperkirakan. (Patricia, 2013).

6) *Trombophabilitis*

Trombophabilitis terjadi karena perluasan infeksi atau invasi mikroorganisme patogen yang mengikuti aliran darah sepanjang vena dengan cabang-cabangnya. Adapun tanda dan gejala yang terjadi pada penderita adalah (Mansyur dan Dahlan, 2014) :

- a) Suhu mendadak naik kira-kira pada hari ke 10– 20, yang disertai dengan menggigil dan nyeri sekali.
- b) Biasanya hanya 1 kaki yang terkena dengan tanda-tanda : kaki sedikit dalam keadaan fleksi, sukar bergerak; salah satu vena pada kaki terasa tegang dank eras pada paha bagian atas; nyeri betis, yang dapat terjadi secara spontan

atau dengan memijat betis atau meregangkan tendon achilles. Kaki yang sakit biasanya lebih panas; nyeri hebat pada daerah paha dan lipatan paha; edema kadang terjadi sebelum atau setelah nyeri.

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

- a) Rawat inap.
 - b) Meninggikan kaki untuk mengurangi edema, lakukan kompresi pada kaki. Setelah mobilisasi kaki hendaknya di balut elastic atau memakai kaos kaki panjang yang elastis selama mungkin.
 - c) Sebaiknya jangan menyusui, mengingat kondisi ibu yang jelek.
 - d) Terapi medik, pemberian antibiotik dan analgetik
- 7) Sisa plasenta

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

- a) Penemuan secara dini, hanya dimungkinkan dengan melakukan pemeriksaan kelengkapan plasenta setelah dilahirkan.
 - b) Lakukan eksplorasi digital (bila serviks terbuka) dan mengeluarkan bekuan darah dan jaringan bila servik hanya dapat dilalui oleh instrument, keluarkan sisa plasenta dengan cunan vacum atau kuret besar.
 - c) Berikan antibiotik.
- 8) Inversio uteri

Inversio uteri pada waktu persalinan disebabkan oleh kesalahan dalam memberi pertolongan pada kala III. Kejadian *inversio*

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

9) Masalah psikologis

Pada minggu–minggupertama setelah persalinan kurang lebih 1 tahun ibu postpartum cenderung akan mengalami perasaan–perasaan yang tidak pada umumnya seperti merasa sedih, tidak mampu mengasuh dirinya sendiri dan bayinya. (Nugroho, dkk, 2014).

4. Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

a. Pengertian Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir (BBL) normal adalah bayi yang lahir dalam presentasi belakang kepala melalui vagina tanpa memakai alat, pada usia kehamilan genap 37 minggu sampai dengan 42 minggu dengan berat badan antara 2500 gram sampai 4000 gram nilai apgar > 7 dan tanpa cacat bawaan. Masa neonatal dibagi dua yaitu neonatus dini (0-7 hari) dan neonatus lanjut (8-28 hari). (Rukiah, 2012).

b. Penampilan Fisik / Ciri – ciri Bayi Normal

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

- 1) Berat badan 2500 – 4000 gram.
- 2) Panjang badan lahir 48 – 52 cm.
- 3) Lingkar dada 30 – 38 cm.
- 4) Lingkar kepala 33 – 35 cm.

- 5) Lingkar lengan 11 – 12 cm.
- 6) Bunyi jantung dalam menit pertama kira – kira 180 menit denyut/menit, kemudian sampai 120 – 140 denyut/menit.
- 7) Pernapasan pada menit pertama cepat kira – kira 80 kali/menit, kemudian menurun setelah tenang kira – kira 40 kali/menit.
- 8) Kulit kemerah – merahan dan licin karena jaringan subkutan cukup terbentuk dan meliputi *vernix caseosa*.
- 9) Rambut lanugo tidak terlihat lagi, rambut kepala biasanya telah sempurna.
- 10) Kuku agak panjang dan lunak.
- 11) Genitalia : labia mayora sudah menutupi labia minora (pada perempuan) testis sudah turun pada anak laki – laki.
- 12) Refleks isap dan menelan telah terbentuk dengan baik.
- 13) Refleks *moro* sudah baik, bayi ketika terkejut akan memperlihatkan gerakan tangan seperti memeluk.
- 14) Eliminasi baik, *urine* dan *mekonium* akan keluar dalam 24 jam pertama mekonium berwarna hitam kecoklatan.

c. Fisiologi / Adaptasi pada Bayi Baru Lahir

1) Adaptasi Fisik

a) Perubahan pada sistem pernapasan

Keadaan yang dapat mempercepat *maturitas* paru-paru adalah toksemia, hipertensi, diabetes yang berat, infeksi ibu, ketuban pecah dini. Keadaan tersebut dapat mengakibatkan stress pada janin, hal ini dapat menimbulkan rangsangan untuk pematangan paru-paru (Marmi, 2012).

Sedangkan keadaan yang dapat memperlambat *maturitas* paru-paru adalah diabetes ringan, inkompatibilitas Rh, *gemeli* satu ovum dengan berat

yang berbeda dan biasanya berat badan yang lebih kecil paru-parunya belum matur (Marmi,2012).

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

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

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

b) Perubahan pada system kardiovaskuler

Setelah lahir, darah bayi baru lahir harus melewati paru untuk mengambil oksigen dan mengadakan sirkulasi melalui tubuh guna mengantarkan oksigen ke jaringan maka terjadi dua perubahan besar (Asrinah,dkk, 2010) :

- (1) Penutupan foramen ovale pada atrium jantung
- (2) Penutupan duktus arteriosus antara arteri dan paru paru serta aorta.

Dua peristiwa yang mengubah tekanan dalam system pembuluh darah :

(1) Pada saat tali pusat dipotong, *resistensi* pembuluh sistemik meningkat dan tekanan atrium kanan menurun. Tekanan atrium kanan menurun karena berkurangnya aliran darah ke atrium kanan tersebut. Ini menyebabkan penurunan volume dan tekanan atrium kanan. Kedua kejadian ini membantu darah, dengan sedikit kandungan oksigen mengalir ke paru-paru dan menjalani proses oksigenasi ulang (Asrinah, dkk, 2010).

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

c) Perubahan pada system termoregulasi

Tiga faktor yang berperan dalam kehilangan panas tubuh bayi : luasnya permukaan tubuh bayi, pusat pengaturan suhu tubuh bayi yang belum berfungsi secara sempurna, dan tubuh bayi yang terlalu kecil untuk memproduksi dan menyimpan panas (Marmi,2012).

Adapun mekanisme kehilangan panas pada bayi (Asrinah, dkk, 2010) :

(1) Konduksi

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

(2) Konveksi

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

(3) Radiasi

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

(4) Evaporasi

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

d) Perubahan pada system renal

Ginjal bayi baru lahir menunjukkan penurunan aliran darah ginjal dan penurunan kecepatan filtrasi glomerulus, kondisi ini mudah menyebabkan retensi cairan dan intoksikasi air. Fungsi tubules tidak *matur* sehingga dapat menyebabkan kehilangan natrium dalam jumlah besar dan ketidakseimbangan elektrolit lain, bayi baru lahir tidak dapat mengonsentrasikan urine dengan baik. Semua keterbatasan ginjal ini lebih buruk pada bayi kurang bulan. Bayi baru lahir

mengekskresikan sedikit urine pada 48 jam pertama kehidupan, yaitu hanya 30–60ml . Adanya massa abdomen yang ditemukan pada pemeriksaan fisik adalah ginjal dan mencerminkan adanya tumor, pembesaran, atau penyimpangan dalam ginjal (Marmi,2012).

e) Perubahan pada sistem Gastrointestinal

Bila dibandingkan dengan ukuran tubuh, saluran pencernaan pada neonatus relatif lebih berat dan panjang dibandingkan orang dewasa. Pada neonatus, traktus digestivus mengandung zat-zat yang berwarna hitam kehijauan yang terdiri dari mukopolisakarida dan disebut mekonium (Marmi, 2012).

Pada masa neonatus saluran pencernaan mengeluarkan tinja pertama biasanya dalam 24 jam pertama berupa mekonium. Dengan adanya pemberian susu, mekonium mulai digantikan dengan tinja yang berwarna coklat kehijauan pada hari ketiga sampai keempat (Marmi,2012).

Adapun adaptasi pada saluran pencernaan adalah (Marmi,2012) :

- (1) Pada hari ke 10 kapasitas lambung menjadi 100cc.
- (2) Enzim tersedia untuk mengkatalisis protein dan karbohidrat sederhana yaitu monosakarida dan disakarida.
- (3) *Difisiensi* lipase pada pancreas menyebabkan terbatasnya absorpsi lemak sehingga kemampuan bayi untuk mencerna lemak belum matang, maka susu formula sebaiknya tidak diberikan pada bayi baru lahir.

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

f) Perubahan pada sistem imunitas

Sistem imunitas BBL masih belum matang, menyebabkan BBL rentan terhadap berbagai infeksi dan alergi. 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. Bayi yang baru lahir dengan kekebalan pasif mengandung banyak virus dalam tubuh ibunya. Reaksi antibody terhadap, antigen asing masih belum bisa dilakukan di sampai awal kehidupan. Tugas utama selama masa bayi dan balita adalah pembentukan sistem kekebalan tubuh, BBL sangat rentan terhadap infeksi (Marmi,2012).

g) Perubahan pada sistem integument

Lailiyana,dkk (2011) menjelaskan bahwa semua struktur kulit bayi sudah terbentuk saat lahir, tetapi masih belum matang. Epidermis dan dermis tidak terikat dengan baik dan sangat tipis. *Verniks kaseosa* juga berfungsi dengan epidermis dan berfungsi sebagai lapisan pelindung. Kulit bayi sangat sensitif dan mudah mengalami kerusakan. Bayi cukup bulan mempunyai kulit kemerahan (merah daging) beberapa setelah lahir, setelah itu warna kulit memucat menjadi warna normal. Kulit sering terlihat berbecak, terutama 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.

h) Perubahan pada 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 oval yang matur karena tidak terbentuk oogonia lagi setelah bayi cukup bulan lahir. Korteks ovarium yang terutama terdiri dari folikel primordial, membentuk bagian ovarium yang lebih tebal pada bayi baru lahir dari pada orang dewasa. Jumlah ovum berkurang sekitar 90 persen sejak bayi lahir sampai dewasa.

i) Perubahan pada sistem skeletal

Lailiyana, dkk (2011) menjelaskan pada bayi baru lahir arah pertumbuhan *sefalokaudal* pada pertumbuhan tubuh terjadi secara keseluruhan. Wajah relatif kecil terhadap ukuran tengkorak yang jika dibandingkan lebih besar dan berat. Ukuran dan bentuk kranium dapat mengalami distorsi akibat molase (pembentukan kepala janin akibat tumpang tindih tulang-tulang kepala).

Ada dua *kurvatura* pada *kolumna vertebralis*, yaitu toraks dan sakrum. Ketika bayi mulai dapat mengendalikan kepalanya, kurvatura lain terbentuk di daerah servikal. Pada bayi baru lahir lutut saling berjauhan saat kaki diluruskan dan tumit disatukan, sehingga tungkai bawah terlihat agak melengkung. Saat baru lahir, tidak terlihat lengkungan pada telapak kaki.

Ekstremitas harus simetris. Harus terdapat kuku jari tangan dan jari kaki. Garis-garis telapak tangan sudah terlihat. Terlihat juga garis pada telapak kaki bayi cukup bulan (Lailiyana, 2011).

- j) Perubahan pada sistem neuromuskuler (refleks – refleks)

Sistem neurologis bayi secara anatomik atau fisiologis belum berkembang sempurna. Sewaktu bayi bertumbuh, perilaku yang lebih kompleks akan berkembang. Bayi baru lahir normal memiliki banyak refleks neurologis yang primitif, yaitu :

- (1) Refleks *glabellar*

Refleks ini dinilai dengan mengetuk daerah pangkal hidung secara perlahan menggunakan jari telunjuk pada saat mata terbuka. Bayi akan mengedipkan mata pada 4-5 ketukan pertama(Wahyuni, 2011).

- (2) Refleks hisap

Refleks ini dinilai dengan memberi tekanan pada mulut bayi di bagian dalam antara gusi atas yang akan menimbulkan isapan yang kuat dan cepat. Refleks juga dapat dilihat pada saat bayi melakukan kegiatan menyusu (Wahyuni,2011).

- (3) Refleks *rooting* (mencari)

Bayi menoleh kearah benda yang menyentuh pipi. Dapat dinilai dengan mengusap pipi bayi dengan lembut, bayi akan menolehkan kepalanya ke arah jari kita dan membuka mulutnya(Wahyuni, 2011).

- (4) Refleks Genggam (*grapsing*)

Refleks ini dinilai dengan mendekatkan jari telunjuk pemeriksa pada telapak tangan bayi,

tekanan dengan perlahan, normalnya bayi akan menggenggam dengan kuat. Jika telapak bayi ditekan, bayi akan mengepalkan tinjunya(Wahyuni, 2011).

(5) Refleks *babinsky*

Pemeriksaan refleks ini dengan memberikan goresan telapak kaki dimulai dari tumit. Gores sisi lateral telapak kaki kearah atas kemudian gerakkan kaki sepanjang telapak kaki. Maka bayi akan menunjukkan respons berupa semua jari hiperekstensi dengan ibu jari dorsofleksi(Wahyuni, 2011).

(6) Refleks moro

Refleks ini ditunjukkan dengan timbulnya pergerakan tangan yang simetris apabila kepala tiba-tiba digerakkan atau dikejutkan dengan cara bertepuk tangan(Wahyuni, 2011).

2) Adaptasi Psikologi

Pada beberapa jam pertama kehidupan bayi, perlu dilakukan beberapa asuhan antara lain: memantau tanda-tanda vital, menimbang berat badan dan mengukur panjang badan, lingkar kepala dan lingkar dada, melakukan pengkajian usia gestasi bayi dalam 4 jam pertama kehidupan bayi, dilihat dari karakteristik fisik eksternal dan keadaan neuromuskuler bayi (Muslihatun, 2010).

a) Reaktivitas I

Periode pertama reaktivitas berakhir pada 30 menit pertama setelah kelahiran. Karakteristik pada periode ini antara lain: denyut nadi apikal berlangsung cepat dan irama tidak teratur, frekuensi pernapasan mencapai 80 kali permenit dan irama tidak teratur. Pada periode ini

mata bayi terbuka lebih lama dari hari-hari sesudahnya, sehingga merupakan waktu yang tepat untuk memulai proese perlekatan karena bayi dapat mempertahankan kontak mata dalam waktu lama (Muslihatun, 2010).

b) 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 (Muslihatun, 2010).

c) Reaktivitas 2

Periode kedua reaktivitas ini berakhir sekitar 4-6 jam setelah kelahiran. Karakteristik pada periode ini adalah adalah bayi memiliki tingkat sensitivitas yang tinggi terhadap stimulus internal dan lingkungan. Frekuensi nadi apikal berkisar 120-160 kali/menit, frekuensi pernapasan berkisar 30-60 kali/menit. Terjadi fluktuasi warna kulit dari warna merah jambu atau kebiruan ke sianotik ringan disertai bercak-bercak. Bayi sering berkemih dan mengeluarkan mekonium pada periode ini. Terjadi peningkatan sekresi mukus dan bayi bisa tersedak pada saat sekresi. Refleks mengisap bayi sangat kuat dan bayi sangat aktif (Muslihatun, 2010).

d. Kebutuhan Fisik, Kesehatan Dasar dan Psikososial Bayi Baru Lahir

1) Kebutuhan Fisik Bayi Baru Lahir

a) Nutrisi

Menurut Marmi (2012) pemberian ASI saja cukup. Pada 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.

Prosedur pemberian ASI yang harus diperhatikan yaitu:

- (1) Tetekkan bayi segera atau selambatnya setengah jam setelah bayi lahir, biasakan mencuci tangan dengan sabun setiap kali sebelum menetekkan
- (2) Sebelum menyusui, ASI dikeluarkan sedikit kemudian dioleskan pada puting susu dan aerola sekitarnya. Cara ini mempunyai manfaat sebagai disinfektan dan menjaga kelembaban puting susu
- (3) Bayi diletakkan menghadap perut ibu; payudara dipegang dengan ibu jari diatas 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
- (4) Setelah bayi membuka mulut dengan cepat kepala bayi diletakkan ke payudara ibu dengan puting serta aerolanya dimasukkan ke mulut bayi. Usahakan sebagian besar aerola dapat masuk kedalam mulut bayi sehingga puting berada dibawah langit-langit dan lidah bayi akan menekan ASI keluar
- (5) Setelah bayi mulai menghisap payudara tidak perlu dipegang atau disanggah; dan melepas isapan bayi
- (6) Setelah selesai menyusui, ASI dikeluarkan sedikit kemudian dioleskan pada puting susu dan aerola

sekitar dan biarkan kering dengan sendirinya untuk mengurangi rasa sakit.

- (7) Selanjutnya sendawakan bayi tujuannya untuk mengeluarkan udara dari lambung supaya bayi tidak muntah (gumoh) setelah menyusui (Marmi, 2012).

Cara menyendawakan bayi yaitu bayi dipegang tegak dengan bersandar pada bahu ibu kemudian punggungnya ditepuk perlahan-lahan; 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 akan berbeda, sehingga bayi enggan menyusui (Marmi, 2012).

b) 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. Segala kebutuhan nutrisi dan cairan didapat dari ASI.

c) Personal Hygiene

Marmi (2012) menjelaskan memandikan bayi baru lahir merupakan tantangan tersendiri bagi ibu baru. Ajari ibu, jika ibu masih ragu untuk memandikan bayi.

Yang penting siapkan air hangat-hangat kuku dan tempatkan bayi didalam ruangan yang hangat tidak berangin. Lap wajah, terutama area mata dan sekujur tubuh dengan lembut. Keringkan bayi dengan cara membungkusnya dengan handuk kering.

Prinsip Perawatan tali pusat menurut Sodikin (2012) yaitu jangan membungkus pusat atau mengoleskan bahan atau ramuan apapun ke puntung tali pusat; mengusapkan alkohol ataupun iodine povidone (Betadine) masih diperkenankan sepanjang tidak menyebabkan tali pusat basah atau lembap.

Dalam Buku Saku Pelayanan Kesehatan neonatal esensial (2010) dijelaskan mengoleskan alkohol atau povidone iodine masih diperkenankan apabila terdapat tanda infeksi, tetapi tidak dikompreskan karena menyebabkan tali pusat basah atau lembap.

Marmi (2012) juga menjelaskan jika tali pusat bayi baru lahir sudah puput, bersihkan liang pusar dengan cotton bud yang telah diberi minyak telon atau minyak kayu putih. Usapkan minyak telon atau minyak kayu putih di dada dan perut bayi sambil dipijat lembut. Kulit bayi baru lahir terlihat sangat kering karena dalam transisi dari lingkungan rahim ke lingkungan berudara. Oleh karena itu, gunakan baby oil untuk melembabkan lengan dan kaki bayi. Setelah itu bedaki lipatan-lipatan paha dan tangan agar tidak terjadi iritasi. Hindari membedaki daerah wajah jika menggunakan bedak tabur karena bahan bedak tersebut berbahaya jika terhirup napas bayi. Bisa menyebabkan sesak napas atau infeksi saluran pernapasan.

2) Kebutuhan Kesehatan Dasar

a) Pakaian

Menurut Marmi (2012) pakaikan baju ukuran bayi baru lahir yang berbahan katun agar mudah menyerap keringat. Sebaiknya bunda memilih pakaian berkancing depan untuk memudahkan pemasangan pakaian. 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.

b) Sanitasi Lingkungan

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

c) Perumahan

Menurut Marmi (2012) suasana yang nyaman, aman, tenang dan rumah yang harus di dapat 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.

3) Kebutuhan Psikososial

a) Kasih Sayang (Bouding Attachment)

Marmi (2012) menjelaskan ikatan antara ibu dan bayinya telah terjadi sejak masa kehamilan dan pada saat persalinan ikatan itu akan semakin kuat. *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 *Bounding Attachment* melalui *touch*/sentuhan.

b) Rasa Aman

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

c) Harga Diri

Hal ini bergantung pada pola asuh, terutama pola asuh demokratis dan kecerdasan emosional (Marmi, 2012).

d) Rasa Memiliki

Didapatkan dari dorongan orang di sekelilingnya (Marmi, 2012).

e. Penatalaksanaan Awal Bayi Segera Setelah Lahir

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

1) Pencegahan infeksi

Pencegahan infeksi merupakan penatalaksanaan awal yang harus dilakukan pada bayi baru lahir karena BBL sangat rentan terhadap infeksi. Pencegahan infeksi adalah sebagai berikut (Marmi, 2012) :

- a) Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan bayi.
 - b) Menggunakan sarung tangan bersih sebelum menangani bayi yang belum dimandikan.
 - c) Memastikan semua peralatan, termasuk klem gunting dan benang tali pusat telah di disinfeksi tingkat tinggi atau steril.
 - d) Memastikan bahwa semua pakaian, handuk, selimut serta kain yang digunakan untuk bayi dalam keadaan bersih.
 - e) Memastikan bahwa timbangan dan pita pengukur, termometer, stetoskop dan benda-benda lainnya akan bersentuhan dengan bayi dalam keadaan bersih .
 - f) Menganjurkan ibu menjaga kebersihan diri, terutama payudara dan mandi setiap hari.
 - g) Membersihkan muka, pantat dan tali pusat bayi baru lahir dengan air bersih, hangat dan sabun setiap hari.
 - h) Menjaga bayi dari orang-orang yang menderita infeksi dan memastikan orang yang memegang bayi sudah cuci tangan sebelumnya.
- 2) Penilaian segera setelah lahir
- Setelah lahir, letakkan bayi di atas kain bersih dan kering di atas perut ibu. Segera lakukan penilaian awal untuk menjawab pertanyaan berikut :
- a) Apakah bayi cukup bulan?
 - b) Apakah air ketuban jernih?
 - c) Apakah bayi menangis kuat dan atau bernafas spontan tanpa kesulitan?
 - d) Apakah kulit bayi berwarna kemerahan?
 - e) Apakah tonus dan kekuatan otot cukup, apakah bayi bergerak dengan aktif?

Jika bayi tidak cukup bulan, dan atau air ketuban keruh bercampur mekonium, dan atau tidak menangis, atau jika bayi tidak bernapas atau bernapas megap-megap, dan atau lemah maka segera lakukan tindakan resusitasi bayi baru lahir.

3) Upaya untuk mencegah kehilangan panas bayi

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

- a) Keringkan bayi secara seksama.
- b) Selimuti bayi dengan kain atau selimut yang bersih, kering dan hangat.
- c) Tutup kepala bayi setiap saat dengan topi atau kain yang bersih.
- d) Anjurkan ibu agar memeluk bayinya untuk dapat menyusui dini.
- e) Jangan segera menimbang atau memandikan BBL karena BBL cepat mudah kehilangan panas dari tubuhnya terutama jika tidak berpakaian, sebelum melakukan penimbangan terlebih dahulu selimuti bayi dengan kain atau selimut yang bersih dan kering.
- f) Bayi sebaiknya dimandikan sedikitnya 6 jam setelah lahir.
- g) Tempatkan bayi dilingkungan yang hangat.
- h) Rangsangan taktil

4) Membebaskan jalan nafas

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

- a) Letakkan bayi terlentang ditempat yang datar dan keras serta hangat.

- b) Gulung sepotong kain dan letakkan dibawah bahu sehingga leher bayi lebih lurus.
- c) Bersihkan mulut, rongga hidung, dan tenggorokan bayi dengan tangan yang dibungkus kassa steril.
- d) Tepuk kedua telapak kai bayi sebanyak 2-3x atau gosok kulit bayi dengan kain kering dan kasar.
- e) Alat penghisap lendir mulut dee lee atau alat penghisap lainnya yang steril, tabung oksigen yang selangnya sudah ditempat.
- f) Segera lakukan usaha menhisap dari mulut dan hidung.
- g) Memantau dan mencatat usaha napas yang pertama (*Apgar Score*).
- h) Perhatikan warna kulit, adanya cairan atau mekonium dalam hidung atau mulut

5) Merawat tali pusat

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

- a) Hindari pembungkusan tali pusat.
- b) Jangan oleskan zat apapun atau salep apapun ke tali pusat.
- c) Memberi nasehat kepada ibu dan keluarga sebelum meninggalkan bayi.
- d) Lipat popok dibawah tali pusat.
- e) Jika putung tali pusat kotor cuci secara hati-hati dengan air matang.
- f) Jelaskan pada ibu bahwa ia harus mencari bantuan perawatan jika pusarmerah atau mengeluarkan nanah atau darah.
- g) Jika pusar menjadi merah atau mengeluarkan nanah atau darah, segera rujuk bayi kefasilitas kesehatan yang memadai.

6) Inisiasi menyusui dini

Langkah inisiasi menyusui dini (Marmi, 2012):

- a) Program ini dilakukan dengan cara langsung meletakkan bayi yang baru lahir didada ibunya dengan membiarkan bayi tetap merayap untuk menemukan puting ibu. IMD harus dilakukan langsung saat lahir, tanpa boleh ditunda dengan kegiatan menimbang atau mengukur bayi.
 - b) Tahapannya adalah setelah bayi diletakkan dia akan menyesuaikan diri dengan lingkungan barunya, maka kemungkinan saat itu bayi belum bereaksi. Kemudian berdasarkan bau yang ada ditangannya ini membantu dia menemukan puting susu ibu. Bayi akan menjilati kulit ibunya yang mempunyai bakteri baik sehingga kekebalan tubuh dapat bertambah.
- 7) Menunda semua prosedur lainnya yang harus dilakukan kepada BBL setelah IMD selesai dilakukan. Prosedur tersebut misalnya menimbang, pemberian vitamin K, imunisasi dan lain-lain.
- 8) Memberikan vitamin K
- Bayi baru lahir membutuhkan vitamin K karena bayi baru lahir sangat rentan mengalami *defisiensi* vitamin K. Ketika bayi baru lahir, proses pembekuan darah (*koagulan*) menurun dengan cepat dan mencapai titik terendah pada usia 48–72jam. Salah satu penyebabnya adalah karena dalam uterus plasenta tidak siap menghantarkan lemak dengan baik. Selain itu saluran cerna bayi baru lahir masih steril, sehingga tidak dapat menghasilkan vitamin K yang berasal dari flora di usus. Asupan vitamin K dalam susu atau ASI pun biasanya rendah. Itu sebabnya bayi baru lahir perlu diberi vitamin K injeksi 1 mg intramuskulaer.

Manfaatnya adalah untuk mencegah pendarahan bayi baru lahir akibat defisiensi vitamin K yang dapat dialami oleh sebagian bayi baru lahir (Marmi, 2012).

9) Memberikan obat tetes atau salep mata

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

10) Pemberian imunisasi BBL

Setelah pemberian injeksi vitamin K bayi juga diberikan imunisasi hepatitis B untuk mencegah infeksi hepatitis B terhadap bayi terutama jalur penularan ibu. Imunisasi hepatitis B diberikan 1 jam setelah pemberian vitamin K (Marmi, 2012).

Adapun jadwal imunisasi neonatus atau bayi muda adalah sebagai berikut :

Tabel 2.9
Jadwal Pemberian Imunisasi Bayi Baru Lahir

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

Sumber : (Buku KIA, 2010)

Tabel 2.10

Cara, Jumlah, Intervensi dan Waktu Pemberian Imunisasi

Vaksin	Dosis	Cara pemberian	Jumlah pemberian	Interval	Waktu pemberian
BCG	0,05	Intracutan di daerah kanan atas (<i>insertion musculus deltoideus</i>)	1 kali	-	0-11 bulan
DPT	0,5 cc	<i>Intramuscular</i>	3 kali	4 minggu	2-11 bulan
Polio	2 tetes	Diteteskan ke mulut	4 kali	4 minggu	0-11 bulan
Hepatitis B	0,5 cc	<i>Intramuscular</i> pada anterolateral paha	3 kali	4 minggu	0-11 bulan
Campak	0,5 cc	<i>Subkutan</i> , biasanya di lengan kiri atas	1 kali	4 minggu	9-11 bulan

Sumber : (Dewi, 2011)

f. Asuhan Bayi Baru Lahir 1 – 24 Jam Pertama Kelahiran

Menurut Marmi (2012) jika hasil pemeriksaan tidak ada masalah maka tindakan yang harus dilakukan adalah mengajarkan orang tua cara merawat bayi yaitu :

1) Nutrisi

- a) Berikan ASI sesuai keinginan bayi atau kebutuhan ibu (jika payudara ibu penuh).
- b) Ferkuensi menyusui setiap 2 – 3 jam.
- c) Pastikan bayi mendapat cukup kolostrum selama 24 jam.
- d) Berikan ASI saja sampai berusia 6 bulan.

2) Mempertahankan suhu ruangan

- a) Suhu ruangan setidaknya 18 – 21 °C .
- b) Jika bayi kedinginan, harus di dekap erat ketubuh ibu.

- c) Jangan menggunakan alat penghangat buatan di tempat tidur (misalnya botol berisi air panas).
- 3) Mencegah infeksi
- a) Cuci tangan sebelum memegang bayi dan setelah menggunakan toilet untuk BAK dan BAB.
 - b) Jaga tali pusat bayi dalam keadaan bersih, selalu dan letakan popok di bawah tali pusat. Laporkan ke bidan jika timbul perdarahan, pembengkakan, keluar cairan, tampak merah atau bau busuk.
 - c) Ibu menjaga kebersihan bayi dan dirinya terutama payudara dengan mandi setiap hari.
 - d) Muka pantat dan tali pusat dibersihkan dengan air bersih hangat dan sabun setiap hari.
 - e) Jaga bayi dari orang – orang menderita infeksi dan pastikan setiap orang yang memegang bayi selalu cuci tangan terlebih dahulu.
- 4) Ajarkan tanda – tanda bahaya pada bayi
- a) Pernafasan sulit/ > 60 x/menit.
 - b) Suhu > 38 °C atau < 36,5°C.
 - c) Warnah kulit biru atau pucat.
 - d) Hisapan lemah, mengantuk berlebihan, rewel, banyak muntah, tinja lembek, sering warna hijau tua ada lendir dan darah.
 - e) Tali pusat merah, bengkak, keluar cairan bau busuk.
 - f) Tidak berkemih dalam 3 hari, 24 jam.
 - g) Menggigil tangis yang tidak biasa, rewel lemas, terlalu mengantuk lunglai, kejang.
- g. Asuhan Kebidanan Bayi 2 – 6 Hari
- Menurut Wahyuni (2012) asuhan kebidanan pada bayi 2 – 6 hari yaitu:

1) Kebutuhan nutrisi

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

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

2) Kebutuhan eliminasi

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

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

3) Kebutuhan tidur

Dalam dua minggu pertama setelah lahir, bayi normalnya sering tidur. Neonatus sampai usia 3 bulan rata – rata tidur

sekitar 16 jam sehari. Asuhan yang diberikan dalam hal ini adalah :

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

Kulit bayi mempunyai peranan penting melindungi bayi dan sangat penting untuk menjaga kesehatan kulit bayi agar tidak muncul komplikasi atau penyakit. Bayi dimandikan harus ditunda sampai dengan minimal 6 jam dan disarankan setelah 24 jam pertama untuk mencegah terjadinya *hipotermia*.

5) Kebutuhan keamanan

a) Pencegahan infeksi

- (1) Mencuci tangan sebelum dan sesudah menangani bayi merupakan cara efektif untuk mencegah infeksi.
- (2) Memandikan bayi memang tidak terlalu penting/mendasar. Harus sering dilakukan mengingat terlalu sering pun akan berdampak pada kulit yang belum sempurna.
- (3) Mengganti popok dan menjaga kebersihan area bokong.

b) Mencegah masalah pernapasan

- (1) Mencegah hipotermi dan kemungkinan infeksi.

- (2) Menyendawakan bayi setelah menyusui untuk mencegah aspirasi pada saat terjadi *gumoh* atau muntah.

c) Mencegah hipotermia

- (1) Hindarkan bayi terpapar dengan udara yang dingin.
- (2) Jaga suhu ruangan sekitar 18 – 21 °C.
- (3) Bayi mengenakan pakian yang hangat dan tidak terlalu ketat.
- (4) Segera menggantikan kain yang basah.
- (5) Memandikan bayi dengan air hangat ± 37 °C.
- (6) Pembungkus bayi harus memfasilitasi pergerakan dari tangan dan kaki.

d) Pencegahan perlukaan dan trauma

- (1) Jangan meninggalkan bayi/jangan lepas pengawasan terhadap bayi.
- (2) Pada saat memandikan bayi perhatikan atau cek suhu air terlebih dahulu. Hindari memsukan air panasterlebih dahulu karena akan menyebabkan panas yang cukup menetap pada bagian dasar bak mandi dan ditakutkan bayi tercebur.
- (3) Gunakan bak mandi yang tidak tinggi/ terlalu dalam serta gunakan air kurang dari setengah tinggi bak mandi untuk mencegah tenggelamnya bayi.
- (4) Memindahkan bayi harus menggunakan kain untuk menghindari bayi terjatuh karena permukaan kulit dan pergerakan bayi.
- (5) Pergunakan sarung tangan bayi untuk mencegah perlukaan karena kuku bayi yang panjang.

(6) Sarung tangan bayi yang digunakan harus elastis tidak ketat untuk mencegah penekanan terhadap sirkulasi darah ke bagian jari tangan.

h. Jadwal Kunjungan Neonatus (KN)

Menurut Buku KIA (2015) kunjungan neonatus yaitu :

- 1) Kunjungan pertama 6 jam – 48 jam setelah lahir.
- 2) Kunjungan kedua 3 – 7 hari setelah lahir.
- 3) Kunjungan ketiga 8 – 28 hari setelah lahir.

5. Konsep Dasar Keluarga Berencana

a. Pengertian Keluarga Berencana (KB)

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

b. Jenis KB

1) Suntik

a) Suntikan Kombinasi

(1) Pengertian

Suntikan kombinasi merupakan kontrasepsi suntik yang berisi hormone sintesis estrogen dan progesteron. Jenis suntikan kombinasi adalah 25 mg *Depo Medroksi Progesteron Asetat* (DMPA) dan 5 mg Estradiol Sipionat yang diberikan injeksi IM sebulan sekali (Cyclofem) dan 50 mg Noretindron Enantat dan 5 mg Estradiol Valerat yang diberikan injeksi IM sebulan sekali (Handayani, 2011).

(2) Cara Kerja

Menurut Handayani (2011) cara kerja suntikan kombinasi yaitu :

(a) Menekan ovulasi.

(b) Membuat lendir serviks menjadi kental sehingga penetresi sperma terganggu.

(c) Menghambat transportasi gamet oleh tuba.

(3) Keuntungan

Menurut Handayani (2011) keuntungan suntikan kombinasi yaitu :

(a) Tidak berpengaruh terhadap hubungan suami istri.

(b) Tidak perlu pemeriksaan dalam.

(c) Klien tidak perlu menyimpan obat.

(d) Mengurangi jumlah perdarahan sehingga mengurangi anemia.

(e) Resiko terhadap kesehatan kecil.

(f) Mengurangi nyeri saat haid.

(4) Kerugian

Menurut Handayani (2011) kerugian suntikan kombinasi yaitu :

(a) Terjadi perubahan pada pola haid, seperti tidak teratur, perdarahan bercak/spotting atau perdarahan selama 10 hari.

(b) Mual, sakit kepala, nyeri payudara ringan, dan keluhan seperti ini akan hilang setelah suntikan kedua atau ketiga.

(c) Ketergantungan klien terhadap pelayanan kesehatan. Klien harus kembali setiap 30 hari untuk mendapat suntikan.

(d) Efektivitasnya berkurang bila digunakan bersamaan dengan obat – obat *epilepsy*.

(e) Penambahan berat badan.

(f) Kemungkinan terlambat pemulihan kesuburan setelah penghentian pemakaian.

b) Suntikan Progestin

(1) Pengertian

Menurut Handayani (2011) Suntikan progestin merupakan kontrasepsi suntikan yang berisi hormon progesteron. Tersedia 2 jenis kontrasepsi suntikan yang hanya mengandung progestin yaitu :

- (a) *Depo Medroksiprogesteron Asetat* (Depoprovera) mengandung 150 mg DMPA yang diberikan setiap 3 bulan dengan cara disuntik intramuscular.
- (b) *Depo Noretisteron Enantat* (Depo Noristerat) yang mengandung 200 mg Noretindron Enantat, diberikan setiap 2 bulan dengan cara disuntik intramuscular.

(2) Cara Kerja

Menurut Handayani (2011) cara kerja suntikan progestin yaitu :

- (a) Menghambat ovulasi.
- (b) Mengentalkan lendir serviks sehingga menurunkan kemampuan penetresi sperma.
- (c) Menjadikan selaput lendir rahim tipis dan *atrofi*.
- (d) Menghambat transportasi gamet oleh tuba.

(3) Keuntungan

Menurut Handayani (2011) keuntungan suntikan progestin yaitu :

- (a) Sangat efektif.
- (b) Pencegahan kehamilan jangka panjang.
- (c) Tidak berpengaruh terhadap hubungan suami istri.
- (d) Tidak mengandung estrogen sehingga tidak berdampak serius terhadap penyakit jantung dan gangguan pembekuan darah.
- (e) Tidak memiliki pengaruh terhadap ASI.

(4) Keterbatasan

Menurut Handayani (2011) keterbatasan suntikan progestin yaitu sering ditemukan gangguan haid, seperti :

- (a) Siklus haid yang memendek atau memanjang.
- (b) Perdarahan yang banyak atau sedikit.
- (c) Perdarahan tidak teratur atau perdarahan bercak (spotting)
- (d) Tidak haid sama sekali.
- (e) Klien sangat bergantung pada tempat sarana pelayanan kesehatan (harus kembali untuk suntik).
- (f) Tidak dapat dihentikan sewaktu – waktu sebelum suntikan berikut.
- (g) Tidak menjamin perlindungan terhadap penularan infeksi menular seksual, hepatitis B virus atau infeksi Virus HIV.
- (h) Terlambat kembali kesuburan setelah penghentian pemakaian.
- (i) Pada penggunaan jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan pada vagina menurunkan *libido*, gangguan emosi (jarang), sakit kepala, jerawat.

(5) Efek Samping

Menurut Handayani (2011) efek samping suntikan progestin yaitu :

- (a) *Amenorrhea*.
- (b) Perdarahan hebat atau tidak teratur.
- (c) Pertambahan atau kehilangan berat badan (perubahan nafsu makan).

(6) Penanganan Efek Samping

Menurut Mulyani dan Rinawati (2013) penanganan efek samping suntikan progestin yaitu :

(a) Bila tidak hamil, pengobatan apapun tidak perlu, bila telah terjadi kehamilan, rujuk klien, hentikan penyuntikan.

(b) Bila terjadi kehamilan ektopik, rujuk klien segera.

Jangan berikan terapi hormonal. Tunggu 3–6bulan kemudian, bila tidak terjadi perdarahan juga, rujuk ke klinik.

(c) Informasikan bahwa perdarahan ringan sering di jumpai, tetapi hal ini bukanlah masalah serius, dan biasanya tidak memerlukan pengobatan.

(d) Informasikan bahwa kenaikan/penurunan berat dan sebanyak 1-2 kg dapat saja terjadi. Perhatikanlah diet klien bila perubahan berat badan terlalu mencolok. Bila berat badan berlebihan, hentikan suntikan dan anjurkan metode kontrasepsi lain.

B. KEWENANGAN BIDAN

Teori hukum kewenangan bidan dalam berjalannya waktu kewenangan bidan Indonesia dari tahun ke tahun terus berkembang. Kewenangan bidan sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2017 Tentang Izin Dan Penyelenggaraan Praktik Bidan meliputi :

1. Pasal 18, Dalam penyelenggaraan Praktik Kebidanan, Bidan memiliki kewenangan untuk memberikan:
 - a. Pelayanan kesehatan ibu;
 - b. Pelayanan kesehatan anak;

- c. Pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana.
2. 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:
- a. Konseling pada masa sebelum hamil;
 - b. Antenatal pada kehamilan normal;
 - c. Persalinan normal;
 - d. Ibu nifas normal;
 - e. Ibu menyusui; dan
 - f. Konseling pada masa antara dua kehamilan.
- (3) Dalam memberikan pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Bidan berwenang melakukan:
- a. Episiotomi;
 - b. Pertolongan persalinan normal;
 - c. Penjahitan luka jalan lahir tingkat I dan II;
 - d. Penanganan kegawat-daruratan, dilanjutkan dengan perujukan;
 - e. Pemberian tablet tambah darah pada ibu hamil;
 - f. Pemberian vitamin A dosis tinggi pada ibu nifas;
 - g. Fasilitasi/bimbingan inisiasi menyusui dini dan promosi air susu ibu eksklusif;
 - h. Pemberian uterotonika pada manajemen aktif kala tiga dan postpartum;
 - i. Penyuluhan dan konseling;
 - j. Bimbingan pada kelompok ibu hamil; dan k. pemberian surat keterangan kehamilan dan kelahiran.
3. Pasal 20, (1) Pelayanan kesehatan anak sebagaimana dimaksud dalam Pasal 18 huruf b diberikan pada bayi baru lahir, bayi, anak

balita, dan anak prasekolah. (2) Dalam memberikan pelayanan kesehatan anak sebagaimana dimaksud pada ayat (1),

Bidan berwenang melakukan:

- a. pelayanan neonatal esensial;
- b. Penanganan kegawatdaruratan, dilanjutkan dengan rujukan
- c. Pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita, dan anak prasekolah;
- d. Konseling dan penyuluhan.

(3) Pelayanan neonatal esensial sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a meliputi inisiasi menyusui dini, pemotongan dan perawatan tali pusat, pemberian suntikan Vit K1, pemberian imunisasi B0, 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.

(4) Penanganan kegawatdaruratan, dilanjutkan dengan rujukan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b meliputi:

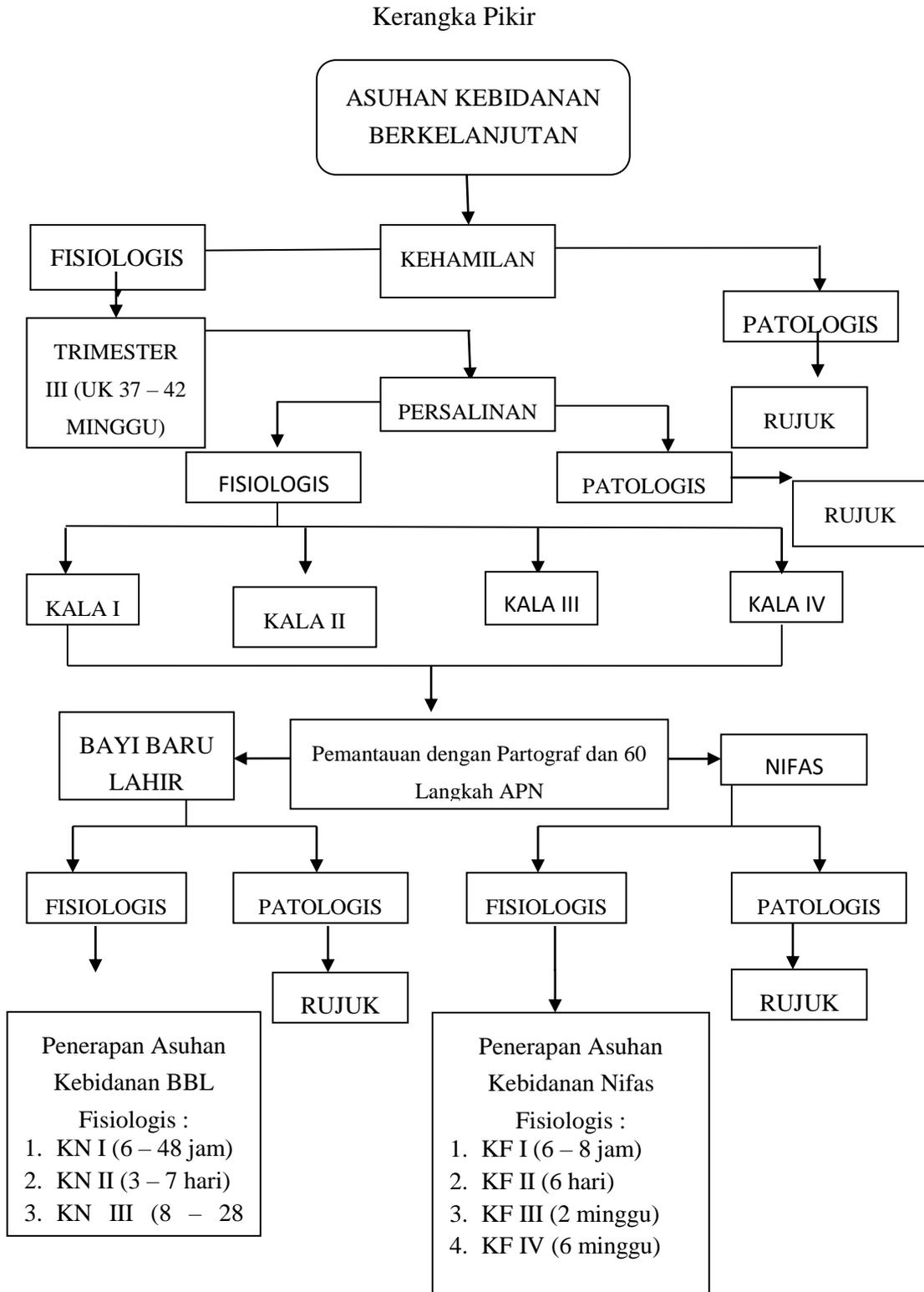
- a. Penanganan awal asfiksia bayi baru lahir melalui pembersihan jalan nafas, ventilasi tekanan positif, dan/atau kompresi jantung;
- b. Penanganan awal hipotermia pada bayi baru lahir dengan BBLR melalui penggunaan selimut atau fasilitasi dengan cara menghangatkan tubuh bayi dengan metode kangguru;
- c. Penanganan awal infeksi tali pusat dengan mengoleskan alkohol atau povidon iodine serta menjaga luka tali pusat tetap bersih dan kering; dan
- d. Membersihkan dan pemberian salep mata pada bayi baru lahir dengan infeksi gonore (GO).

(5) Pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita, dan anak prasekolah sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf c meliputi kegiatan penimbangan berat badan, pengukuran

lingkar kepala, pengukuran tinggi badan, stimulasi deteksi dini, dan intervensi dini peyimpangan tumbuh kembang balita dengan menggunakan Kuesioner Pra Skrining Perkembangan (KPSP) (6) Konseling dan penyuluhan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf d meliputi pemberian komunikasi, informasi, edukasi (KIE) kepada ibu dan keluarga tentang perawatan bayi baru lahir, ASI eksklusif, tanda bahaya pada bayi baru lahir, pelayanan kesehatan, imunisasi, gizi seimbang, PHBS, dan tumbuh kembang.

4. 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.

C. KERANGKA PIKIR



D. KERANGKA KONSEP

Ibu hamil dengan usia kehamilan 34 minggu 2 hari masuk ke dalam Ibu hamil Trimester III dimana kehamilan Trimester III dimulai dari usia kehamilan 24 – 42 minggu. Ada beberapa hal yang perlu diberikan penjelasan pada ibu hamil trimester III yaitu tentang ketidaknyamanan pada kehamilan trimester III, tanda bahaya kehamilan trimester III, persiapan persalinan, dan juga tanda – tanda persalinan.

Bayi baru lahir dikatakan normal apabila memiliki ciri-ciri sebagai berikut berat badan 2500-4000 gram, panjang badan 48-52 cm, lingkar dada 30-38 cm, lingkar kepala 33-36 cm, memiliki frekuensi denyut jantung berkisar antara 120-160 kali/menit, pernafasan 40-60 kali/menit, kulit kemerahan, dan rambut lanugo tidak terlihat. Jika bayi memiliki semua ciri-ciri ini maka di lakukan penerapan Asuhan bayi baru lahir dengan penerapan asuhan kebidanan fisiologis dengan 3 kali kunjungan dengan usia kunjungan yaitu kunjungan pertama 6-8 jam, kunjungan kedua 3-7 hari, kunjungan ketiga 8-28 hari.

Masa nifas tidak terjadi komplikasi, dan penerapan asuhan kebidanan pada ibu nifas fisiologi dengan 4 kali kunjungan yaitu kunjungan pertama 6 jam, kunjungan kedua 6 hari, kunjungan ketiga 2 minggu, dan kunjungan keempat 6 minggu setelah persalinan. Masa post partum perlu melakukan KIE tentang personal hygiene, ambulasi dini, ASI eksklusif, pemenuhan nutrisi, istirahat, dan teknik menyusui.

KB pasca persalinan merupakan suatu program yang dimaksudkan untuk menunda, menjarangkan dan mengakhiri kehamilan. Kontrasepsi suntikan 3 bulan adalah kontrasepsi yang berisi hormon progesteron untuk menunda mendapat keturunan. Indikasi kontrasepsi suntikan 3 bulan adalah wanita pada reproduktif, wanita dengan paritas, wanita pasca persalinan, nyeri haid, dan riwayat kehamilan ektopik. Efek samping kontrasepsi suntikan 3 bulan adalah kenaikan berat badan, berhenti haid, *spotting*, kesuburan akan kembali lambat.

BAB III

METODE LAPORAN KASUS

A. JENIS STUDI KASUS

Judul studi kasus : “Asuhan Kebidanan Berkelanjutan Pada Ny. F. N Usia Kehamilan 34 minggu 2 hari di Puskesmas Pembantu Maulafa Kecamatan Maulafa Periode 18 Februari - 3 Maret & 22 April - 18 Mei 2019” di lakukan dengan menggunakan jenis metode penelitian studi penelaahan kasus (*Case study*) dengan cara mengkaji suatu permasalahan dengan unit tunggal. Unit tunggal disini berarti satu orang. Unit yang menjadi kasus tersebut secara mendalam dianalisis baik dari segi yang berhubungan dengan keadaan kasus itu sendiri, faktor-faktor yang mempengaruhi, kejadian-kejadian khusus yang muncul sehubungan dengan kasus, maupun tindakan dan reaksi kasus terhadap suatu perlakuan atau pemaparan tertentu. Meskipun di dalam studi kasus ini yang diteliti hanya berbentuk unit tunggal, namun dianalisis secara mendalam, meliputi berbagai aspek yang cukup luas, serta penggunaan metode pemecahan masalah 7 langkah varney dan catatan perkembangan SOAP (*subyektif, obyektif, assesment, penatalaksanaan*).

B. LOKASI DAN WAKTU

1. Lokasi

Lokasi merupakan dimana tempat studi kasus ini diambil (Notoatmodjo, 2010). Studi kasus ini dilakukan di Puskesmas Pembantu Maulafa Kecamatan Maulafa, Kota Kupang.

2. Waktu

Waktu adalah jangka waktu yang dibutuhkan peneliti untuk memperoleh data yang dibutuhkan selama kasus berlangsung (Notoatmodjo, 2012). Kasus ini diambil sejak periode 18 Februari - 3 Maret & 22 April - 18 Mei 2019

C. SUBYEK KASUS

1. Populasi

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas obyek/subyek yang mempunyai kuantitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari kemudian ditarik kesimpulannya atau merupakan keseluruhan subyek yang diteliti (Notoatmodjo,2012). Dalam penelitian ini populasinya adalah seluruh ibu hamil trimester III yang berada di wilayah kerja Puskesmas Pembantu Maulafa.

2. Sampel

Sampel adalah bagian dari poulasi yang diteliti atau objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi. Teknik pengambilan sampelnya menggunakan *accidental sampling* yaitu mengambil kasus atau responden yang kebetulan ada atau tersedia di suatu tempat sesuai dengan konteks peneliti. Kriteria inklusi adalah kriteria atau ciri-ciri yang perlu dipenuhi oleh setiap anggota populasi yang diambil sebagai sampel, dalam penelitian ini yang memenuhi kriteria inklusi adalah satu ibu hamil trimester III (UK 32 - 42 minggu) yang berada di wilayah kerja Puskesmas Pembantu Maulafa serta bersedia menjadi sampel. Sedangkan, kriteria eksklusi adalah ciri-ciri anggota populasi yang tidak dapat diambil sebagai sampel, dalam studi kasus ini yang memenuhi kriteria eksklusi adalah ibu hamil trimester I dan II serta tidak bersedia menjadi populasi (Notoatmodjo, 2012).

Dalam Studi kasus ini sampel yang diambil adalah ibu hamil trimester III di Puskesmas Pembantu Maulafa Kecamatan periode Maulafa 18 Februari- 3 Maret & 22 April - 18 Mei 2019.

D. INSTRUMEN

Merupakan alat-alat yang akan digunakan untuk pengumpulan data. Instrumen penelitian ini dapat berupa kuesioner (daftar pertanyaan), formulir observasi, formulir-formulir lainnya yang berkaitan dengan pencatatan dan pelaporan (Notoatmodjo, 2010). Studi kasus ini

menggunakan instrument format pengkajian dengan menggunakan metode 7 langkah Varney.

Alat dan bahan yang digunakan dalam laporan kasus ini adalah :

1. Wawancara.

Alat yang digunakan untuk wawancara yaitu format pengkajian ibu hamil, KMS / Buku Kesehatan Ibu dan Anak, buku tulis, balpoin dan penggaris.

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

a. Kehamilan

Tensimeter, stetoskop, termometer, penlight, handscoen, jam tangan, pita LILA, pita centimeter, timbangan dewasa, pengukur tinggi badan; alat pengukur Hb : Set Hb sahli, kapas kering dan kapas alcohol, HCL 0,5 % dan aquades, sarung tangan, dan lanset.

b. Persalinan

Tensimeter, stetoskop, termometer, jam tangan, pita centimeter, Partus set (klem arteri 2 buah, gunting tali pusat, penjepit tali pusat, setengah kocher, kasa steril), hecting set (gunting benang, jarum dan catgut, pinset anatomis, nald furder, kasa steril), handscoon.

c. Nifas

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

d. BBL

Timbangan bayi, pita centimeter, lampu sorot, handscoon, kapas alcohol, kasa steril, jam tangan, termometer, stetoskop.

e. KB

Leaflet dan alat bantu pengambilan keputusan KB (ABPK)

3. Dokumentasi.

Alat dan bahan yang digunakan untuk dokumentasi meliputi status atau catatan pasien dan alat tulis.

E. TEKNIK PENGUMPULAN DATA

Metode pengumpulan data yang digunakan dalam studi kasus ini yaitu:

1. Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh langsung dari responden yang menjadi objek dalam penelitian ini.

a. Pemeriksaan Fisik

Menurut Marmi (2014), pemeriksaan fisik digunakan untuk mengetahui keadaan fisik pasien secara sistematis dalam hal ini dilakukan pemeriksaan *head to toe* dengan cara inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi.

Pemeriksaan yang dilakukan secara langsung dengan pasien baik menggunakan alat atau tidak. Pemeriksaan ini bisa dilakukan dengan inspeksi, auskultasi dan perkusi, pemeriksaan fisik ini dilakukan secara lengkap seperti keadaan umum tanda-tanda vital, dan pemeriksaan fisik dari kepala sampai kaki (*head to toe*), pemeriksaan leopold, pemeriksaan dalam (*vagina toucher*).

b. Wawancara

Wawancara adalah suatu metode yang digunakan untuk mengumpulkan data dimana peneliti mendapat keterangan atau pendirian secara lisan dari seseorang sasaran peneliti (responden) atau bercakap-cakap berhadapan muka dengan orang tersebut (Notoatmodjo, 2010). Wawancara dilakukan oleh peneliti dengan ibu hamil trimester III. Pemeriksaan yang dilakukan dengan tanya jawab langsung baik dari pasien atau anggota keluarga tentang kondisi klien dan mengkaji biodata, keluhan-keluhan, pengetahuan pasien mengenai persalinan, tentang riwayat kesehatan (sekarang, dahulu, keluarga), riwayat haid, riwayat perkawinan, HPHT riwayat kehamilan persalinan lalu, serta pola pemenuhan kebutuhan sehari-hari.

c. Pengamatan (observasi)

Observasi yaitu teknik pengumpulan data dengan cara mengamati subyek dan melakukan berbagai macam pemeriksaan yang berhubungan dengan kasus yang diambil. Observasi dapat berupa pemeriksaan umum, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang (Notoatmodjo, 2010).

Laporan kasus ini akan membahas tentang pemeriksaan umum, pemeriksaan tanda-tanda vital, pemeriksaan Hb dan pengukuran LILA dalam buku KIA (Kesehatan Ibu dan Anak yaitu masa antenatal seperti 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).

Peneliti melakukan kegiatan observasi atau pengamatan langsung pada pasien ibu hamil UK 39-40 minggu di Puskesmas Pembantu Maulafa dan dimulai dari tanggal 18 Februari- 3 Maret & 22 April- 18 Mei 2019 di rumah pasien dengan alamat Maulafa RT 27 RW 11 Kelurahan Maulafa Kecamatan Maulafa Kota Kupang.

2. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh selain dari responden/sasaran peneliti juga diperoleh dari keterangan keluarga, lingkungan, mempelajari kasus dan dokumentasi pasien, catatan dalam kebidanan dan studi (Saryono, 2011).

Data sekunder yaitu data yang menunjang untuk mengidentifikasi masalah dan untuk melakukan tindakan. Selain melakukan observasi dan wawancara pada pasien, peneliti juga mengambil data dari register, buku KIA dan laporan untuk melengkapi data sebelumnya serta catatan asuhan kebidanan dan studi perpustakaan.

Data sekunder diperoleh dari:

a. 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). Studi kasus tentang kehamilan trimester III.

b. Studi kepustakaan

Studi kepustakaan adalah bahan-bahan pustaka yang sangat penting dalam menunjang latar belakang teoritis dalam suatu penelitian (Notoatmodjo, 2010). Studi kasus tentang kehamilan trimester III menggunakan buku sumber dari tahun 1983 sampai 2016.

F. TRIAGULASI DATA

Triangulasi merupakan teknik pengumpulan data yang bersifat menggabungkan dari berbagai teknik pengumpulan data dan sumber data yang telah ada. Untuk mendapatkan data yang valid penulis menggunakan triangulasi sumber dan teknik. Triangulasi sumber berarti untuk mendapatkan data dari sumber yang berbeda-beda dengan teknik yang sama; triangulasi teknik berarti peneliti menggunakan teknik pengumpulandata yang berbeda-beda untuk mendapatkan data dari sumber yang sama (Sugiyono, 2009).

Triangulasi data yang digunakan untuk mendapatkan data yang valid, penulis menggunakan triangulasi sumber dan teknik.

1. Triangulasi sumber : pengumpulan data dari berbagai sumber dengan teknik yang sama.
2. Triangulasi Teknik : pengumpuan data dari berbagai macam teknik pada sumber yang sama.
3. Triangulasi sumber data dengan kriteria, yaitu :
 - a. Observasi
Uji validitas dengan pemeriksaan fisik inspeksi, palpasi, auskultasi, pemeriksaan dalam dan pemeriksaan penunjang.

b. Wawancara

Uji validitas dengan data dengan wawancara pasien, keluarga, dan tenaga kesehatan.

c. Studi dokumentasi

Uji validitas dengan menggunakan catatan medik dan arsip yang ada seperti buku KIA, register kehamilan, persalinan, nifas dan register bayi.

G. ETIKA PENELITIAN

Etika adalah peristiwa interaksi sosial dalam kehidupan sehari-hari yang berkaitan dengan falsafah moral, sopan santun, tatasusila, budi pekerti. Penelitian akan dibenarkan secara etis apabila penelitian dilakukan seperti 3 hal diatas. Menuliskan laporan kasus juga memiliki masalah etik yang harus diatasi, beberapa masalah etik yang harus diatasi adalah: *inform consent, self determination, anonymity dan confidentiality.*

1. *Inform Consent*

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

2. *Self Determination*

Hak *Self Determination* memberikan otonomi kepada subjek penelitian untuk membuat keputusan secara sadar, bebas dari paksaan untuk berpartisipasi atau tidak berpartisipasi dalam penelitian ini atau untuk menarik diri dari penelitian ini.

3. *Anonymity*

Sementara itu hak *anonymity* didasari hak kerahasiaan. Subjek penelitian memiliki hak untuk ditulis atau tidak namanya atau anonim dan memiliki hak berasumsi bahwa data yang di kumpulkan akan dijaga kerahasiaannya.

BAB IV

TINJAUAN KASUS

A. GAMBARAN LOKASI PENELITIAN

Penelitian dilakukan di Puskesmas Pembantu Maulafa rawat jalan khususnya Poli KIA. Puskesmas Pembantu Maulafa terletak dikelurahan Maulafa yang beralamat di Jalan Evergrin. wilayah kerja Puskesmas Pembantu Maulafa mencakup 9 Kelurahan yaitu: Maulafa, Kolhua, Belo, Fatukoa, Sikumana, Naikolan, Oepora, Naimata dan Penfui. Luas wilayah Kecamatan Maulafa yang menjadi wilayah kerja Puskesmas Pembantu Maulafa secara keseluruhan mencapai 54.80 km². Kecamatan Maulafa masuk dalam wilayah Kota Kupang dengan batas wilayah sebagai berikut:

1. Sebelah timur berbatasan dengan Kabupaten Kupang
2. Sebelah utara berbatasan dengan Kecamatan Oebobo
3. Sebelah barat berbatasan dengan Kabupaten Kupang
4. Sebelah selatan berbatasan dengan Kabupaten Kupang.

Puskesmas Pembantu Maulafa terdapat 4 orang tenaga kerja yang terdiri dari bidan PNS 1 orang, bidan PTT 1 orang, perawat PTT 1 orang, dan administrasi 1 orang.

Program Puskesmas yang dilakukan di Puskesmas Pembantu Maulafa antara lain:

1. Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)
2. Pelayanan Keluarga Berencan (KB)
3. Pelayanan Imunisasi
4. Pelayanan Gizi
5. Pelayanan Konseling Persalinan

Upaya pemberian pelayanan kepada masyarakat selanjutnya dikembangkan pos pelayanan terpadu (Posyandu) yang terdiri dari 2 posyandu yaitu: posyandu lansia dan posyandu balita.

B. TINJAUAN KASUS

Tinjauan kasus ini akan membahas “Asuhan Kebidanan Berkelanjutan Pada Ny. F.N di Puskesmas Pembantu Mauafa Periode Tanggal 18 Februari - 3 Maret & 22 April - 18 Mei 2019.” yang penulis ambil dengan pendokumentasian menggunakan 7 Langkah Varney dan SOAP (Subjektif, Objektif, Analisis data, dan Penatalaksanaan).

ASUHAN KEBIDANAN KEHAMILAN PADA NY. F.N UMUR 27 TAHUN G4P3A0AH3 USIA KEHAMILAN 34 MINGGU 2 HARI JANIN TUNGGAL HIDUP INTRA UTERINE PRESENTASI KEPALA POSISI PUNGGUNG KANAN DI PUSTU MAULafa

I. PENGKAJIAN

Tanggal : 25 Februari 2019
Jam : 10.00 Wita
Oleh : Hana N. Haumeni

A. Data Subyektif

1. Biodata/Identitas

Nama Ibu : Ny. F. N	Nama Suami : Tn. A. T
Umur : 27 tahun	Umur : 30 tahun
Agama : Protestan	Agama : Protestan
Suku/Bangsa : Timor/ WNI	Suku/Bangsa :
Timor/WNI	
Pendidikan : SD	Pendidikan : SD
Pekerjaan : IRT	Pekerjaan : Ojek
Alamat : Maulafa	Alamat : Maulafa

2. Keluhan Utama

Ibu mengatakan ingin memeriksakan kehamilannya yang keempat, tidak pernah keguguran, dan mengeluh sakit di bagian pinggang sejak 2 hari yang lalu dan sudah memeriksakan kehamilannya di puskesmas.

3. Riwayat Menstruasi

Menarche : 14 tahun

Siklus : 28-30 hari

Lamanya : 3-4 minggu

Banyaknya : 3 kali ganti pembalut per hari

Dismenorea: Tidak ada

HPHT : 30-06-2018

TP : 06-04-2019

4. Riwayat Perkawinan

Ibu mengatakan perkawinannya sah, dimana lamanya menikah 3 tahun, umur saat menikah 24 tahun dimana ibu menyatakan sudah 2 kali kawin. Kawin pertama pada tahun 2015

5. Riwayat Kehamilan, Persalinan, Nifas yang lalu

No	Tahun lahir	Usia Kehamilan	Jenis Persalinan	Penolong	Tempat persalinan	Jenis Kelamin	Ket
1	2010	Aterm	Spontan	Dukun	Rumah	Perempuan	
2	2013	Aterm	Spontan	Dukun	Rumah	Laki-Laki	
3	2017	Aterm	Spontan	Bidan	Rumah	Perempuan	
4	Hamil ini G ₄ P ₃ A ₀ AH ₃						

6. Riwayat Kehamilan Sekarang

a. ANC

Trimester I : Ibu belum mengetahui kehamilannya

Trimester II : Berapa kali : 1 kali

Kapan : 03/12/2018

Keluhan : Mual, muntah, pusing

Therapy : SF, vitamin C, kalk

Trimester III : Berapa kali : 4 kali

Kapan : 9/01, 10/3, 21/3,

2/4/2019

Keluhan : tidak ada

Therapy : SF, kalk, vitamin C

b. Pergerakan janin : Ibu mengatakan mulai merasakan gerakan janin sejak usia kehamilan 4 bulan.

c. Imunisasi : TT sudah lengkap

7. Riwayat KB

Ibu mengatakan menggunakan KB suntik 3 bulan selama 1 tahun dengan efek samping pusing-pusing, alasan berhenti tidak cocok dengan alat kontrasepsi tersebut.

8. Riwayat kesehatan yang lalu/penyakit yang pernah di derita

Ibu mengatakan tidak pernah menderita dan tidak sedang menderita penyakit seperti jantung, darah tinggi, ginjal, diabetes, hepatitis, asma, malaria, TBC, HIV/AIDS.

9. Riwayat kesehatan keluarga

Ibu mengatakan dalam keluarga tidak ada yang menderita penyakit seperti jantung, darah tinggi, ginjal, diabetes, hepatitis, asma, malaria, TBC, HIV/AIDS.

10. Keadaan Psikososial

- a. Respon ibu dan keluarga terhadap kehamilan: ibu dan keluarga sangat mendukung kehamilan ini.
- b. Dukungan keluarga: keluarga sangat mendukung ibu dalam menjaga kehamilan ini.
- c. Beban kerja dan kegiatan sehari-hari: ibu mengatakan melakukan aktifitas seperti biasa sebagai ibu rumah tangga selama hamil dan dibantu oleh suaminya.
- d. Pengambilan keputusan dalam keluarga: ibu mengatakan pengambilan keputusan dalam keluarga adalah ibu sendiri.

11. Latar Belakang Budaya

- a. Kebiasaan dalam keluarga melahirkan di tolong oleh :
Bidan
- b. Pantangan makanan : tidak ada
- c. Kepercayaan yang berhubungan dengan kehamilan, persalinan, dan nifas : tidak ada

12. Pola Kebutuhan Sehari-Hari

Pola Kebutuhan Dasar	Sebelum Hamil	Saat Hamil
a. Nutrisi		
✓ Jenis makanan	✓ Nasi	✓ Nasi
✓ Frekuensi	✓ 3 kali perhari	✓ 3-4 kali perhari
✓ Porsi	✓ 3 piring perhari (habiskan)	✓ 3-4 piring perhari (habiskan)
✓ Lauk-pauk	✓ Tempe, tahu dan daging	✓ Tahu, tempe dan daging jika ada
✓ Minum air	✓ 6-7 gelas perhari	✓ 8-9 gelas perhari
b. Eliminasi BAB		
✓ Frekuensi	✓ 1 kali perhari	✓ 1 kali perhari
✓ Konsistensi	✓ lunak	✓ lunak
✓ Warna	✓ kuning kecoklatan	✓ kuning kecoklatan
✓ Bau	✓ khas feses	✓ khas feses

<p>BAK</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Frekuensi ✓ Konsistensi ✓ Bau 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 6 kali perhari ✓ Cair ✓ Khas amoniak 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 8 kali perhari ✓ Cair ✓ Khas amoniak
<p>c. Istirahat / Tidur</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Tidur Siang ✓ Tidur Malam 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 2 jam perhari ✓ 7-8 jam perhari 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 2 jam perhari ✓ 7-8 jam perhari
<p>d. Aktivitas</p>	<p>Ibu mengatakan setiap hari melakukan pekerjaan rumah tangga yang ringan seperti; sapu, pel, cuci pakaian, dan masak</p>	<p>Ibu mengatakan melakukan pekerjaan rumah tangga seperti biasa.</p>
<p>e. Kebersihan Diri</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Mandi ✓ Keramas ✓ Gosok gigi ✓ Ganti pakaian 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 2 kali perhari ✓ 2 kali perminggu ✓ 2 kali perhari ✓ 2 kali perhari 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 2 kali perhari ✓ 2 kali perminggu ✓ 2 kali perhari ✓ 2 kali perhari

B. Data Obyektif

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

Tanda-Tanda Vital : Tekanan Darah : 120/70 mmHg,
Suhu : 36,°c, Nadi 90 x/menit,
Pernapasan : 22 x/menit

Tinggi Badan : 145 cm

Berat Badan sebelum hamil : 40 kg

Berat Badan saat ini : 50 kg

LILA : 25 cm

2. Pemeriksaan Fisik

a. Inspeksi

Kepala/Rambut	: Bersih, tidak ada ketombe, tidak ada benjolan dan rambut berwarna hitam
Wajah	: Tidak pucat, tidak oedema, tidak ada cloasma gravidarum
Mata	: konjungtiva merah muda, sklera sedikit kuning
Telinga dan Hidung	: Simetris, bersih, tidak ada secret, tidak ada polip dan tidak ada serumen
Mulut dan Gigi	: Bersih, tidak ada karies gigi, mukosa bibir lembab
Leher	: Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan kelenjar limfe dan tidak ada pembendungan vena jugularis
Dada	: Simetris, puting susu bersih, menonjol ada hiperpigmentasi pada areola mammae.
Abdomen	: Tidak ada luka bekas operasi, membesar sesuai usia kehamilan.
Anus	: Tidak ada hemoroid
Ektremitas	: Simetris, tidak oedema, tidak ada varises.

b. Palpasi

Leopold I	: TFU 3 jari bawah px, pada fundus teraba bagian bulat, lunak. Kurang melenting (bokong).
Leopold II	: Pada perut bagian kanan ibu teraba bagian keras, datar, memanjang seperti papan (punggung). Pada perut bagian kiri

ibu teraba bagian terkecil janin (ekstremitas).

Leopold III : Bagian bawah perut ibu teraba bagian bulat, keras, melenting (kepala).

Leopold IV : Bagian terendah janin sudah masuk PAP 3/5 bagian

TFU Mc Donald: 31 cm

c. Perkusi

Refleks Patela : +/-

d. Auskultasi

DJJ : 140 x/menit

3. Pemeriksaan Laboratorium

a. Darah

Hb : 11 g/dl

b. Urine : tidak dilakukan

II. INTERPRETASI DATA

<p>Diagnosa :</p> <p>Ny . F. N mur 27 tahun G₄P₂A₀AH₃ usia kehamilan 34 minggu 2 hari, janin hidup, tunggal, letak kepala, intrauterin keadaan ibu baik dengan kehamilan faktor resiko tinggi dan keadaan janin baik</p>	<p>1. Data subyektif Ibu mengatakan hamil anak keempat, sudah pernah melahirkan 3 kali, tidak pernah keguguran; HPHT 30-06-2018. Jarak kehamilan ini dengan kehamilan sebelumnya kurang dari 2 tahun.</p> <p>2. Data obyektif a. Tafsiran persalinan: 06 April 2019 b. Pemeriksaan umum Keadaan umum baik; kesadaran composmentis; tanda- tanda vital : tekanan darah:120/70mmHg, denyut nadi: 90 kali/menit, pernafasan: 22 kali/menit, suhu tubuh: 36°C; lingkaran lengan atas: 24 cm; tinggi badan: 145 cm, berat badan ibu saat ini 50 kg. c. Pemeriksaan Kebidanan 1) Palpasi Uterus</p>
--	---

	<p>Leopold I : tinggi fundus uteri 3 jari bawah <i>proccesus xiphoideus</i>, pada fundus teraba bagian bulat, lunak, tidak melenting</p> <p>Leopold II : bagian kanan perut ibu teraba bagian kecil-kecil janin, bagian kiri perut ibu teraba bagian keras dan datar seperti papan</p> <p>Leopold III : bagian bawah perut ibu teraba bulat, keras, dan melenting, sudah masuk PAP</p> <p>Leopold IV : Bagian terendah jani sudah masuk PAP 3/5 bagian</p> <p>2) Pemeriksaan Mc Donald : 31 cm</p> <p>3) TBBJ : $(31-11) \times 155 = 3100$ gram</p> <p>4) DJJ: frekuensi 140 kali/menit, irama teratur, punctum maximum kiri bawah pusat ibu (terdengar di 1 tempat).</p> <p>d. Pemeriksaan Penunjang</p> <p>Hb : 11 gr %</p> <p>e. Skor Poedji Rochjati yaitu :</p> <p>Skor awal ibu hamil : 2</p> <p>Terlalu cepat hamil lagi : 4</p> <p>Skor Poedji Rohjati : $2 + 4 = 6$</p>
--	---

III. ANTISIPASI MASALAH POTENSIAL

Tidak Ada

IV. TINDAKAN SEGERA

Tidak Ada

V. PERENCANAAN

Tanggal : 25 Februari 2019

Jam : 11.00 WITA

1. Beritahukan ibu hasil pemeriksaan, tafsiran persalinan, umur kehamilan.

R/ Informasi tentang hasil pemeriksaan yang dilakukan merupakan hak ibu sehingga ibu bisa lebih kooperatif dalam menerima asuhan selanjutnya.

2. Jelaskan pada ibu tentang keluhan yang dirasakan ibu.

R/ Agar ibu tidak khawatir dengan perubahan yang dirasakan ibu selama kehamilannya,

3. Jelaskan tanda bahaya pada kehamilan trimester III.

R/ Pemeriksaan dini tentang tanda-tanda bahaya dapat mendeteksi masalah patologi pada ibu dan janin.

4. Jelaskan persiapan persalinan pada ibu.

R/ Salah satu upaya pemerintah dalam rangka mempercepat penurunan angka kematian ibu (AKI) adalah melalui program perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi (P4K).

5. Jelaskan pada ibu tentang tanda-tanda persalinan.

R/ Penyuluhan memberi kesempatan untuk mematangkan persiapan persalinan dan kelahiran. Tanda tersebut muncul dari beberapa hari hingga 2 sampai 3 minggu sebelum persalinan dimulai.

6. Anjurkan ibu untuk mengonsumsi makanan yang bergizi.

R/ Makanan yang bergizi sangat penting untuk kesehatan ibu dan dapat mencukupi energi ibu serta membantu proses pertumbuhan dan perkembangan janin dalam kandungan. Keadaan gizi pada waktu konsepsi harus dalam keadaan baik dan selama hamil harus mendapat tambahan protein, mineral, dan energi.

7. Anjurkan ibu untuk menjaga kebersihan diri.

R/ Kebersihan diri dapat memberikan rasa nyaman, mencegah transfer organisme patogen, serta mencegah infeksi.

8. Dokumentasi hasil pemeriksaan dan asuhan kebidanan yang telah diberikan.

R/ Dokumentasi asuhan kebidanan sebagai bahan tanggung jawab dan tanggung gugat, serta memudahkan untuk pelayanan selanjutnya.

VI. PELAKSANAAN

Tanggal : 25 Februari 2019

Jam : 11.25 WITA

1. Memberitahukan ibu hasil pemeriksaan, tafsiran persalinan, umur kehamilan. Hasil pemeriksaan didapatkan :
Tekanan darah: 120/70 mmHg Nadi : 90 x/menit
Suhu : 36°C Pernapasan : 22 x/menit
Berat badan : 50 kg (mengalami kenaikan 4 kg dari pemeriksaan terakhir) Tafsiran persalinan 07 – 04 – 2019, usia kehamilan ibu sudah 34 minggu 3 hari atau 8 bulan 5 hari, denyut jantung janin baik 140 x/menit.
2. Menjelaskan pada ibu tentang keluhan yang dirasakannya yaitu ibu mengeluh sakit – sakit di pinggang sejak kemarin malam. Sakit pinggang yang dirasakan ibu disebabkan oleh meningkatnya berat badan akibat pembesaran rahim. Selain itu, peregangan dari jaringan yang menahan rahim (akibat rahim yang membesar) juga dapat menyebabkan nyeri ini. Cara mengatasinya yaitu dengan menggunakan posisi / sikap tubuh yang baik selama melakukan aktivitas seperti kaki atau paha yang menahan beban dan tegangan (bukan punggung), jangan membungkuk saat mengambil barang, tetapi berjongkok, lebarkan kaki dan letakkan satu kaki sedikit di depan kaki yang lain saat membungkuk agar terdapat dasar yang luas untuk keseimbangan saat bangkit dari posisi jongkok, hindari menggunakan sepatu hak tinggi, mengangkat beban berat, dan kelelahan.

3. Menjelaskan tanda bahaya pada kehamilan trimester III. Gejala yang khususnya berhubungan dengan trimester ketiga adalah nyeri epigastrik, sakit kepala, sakit kepala, gangguan visual, edema pada wajah dan tangan, tidak ada gerakan janin, gejala infeksi (vaginitis atau ISK), dan perdarahan vagina atau nyeri abdomen hebat (plasenta previa, abrupsi plasenta).
4. Menjelaskan pada ibu tentang persiapan persalinan yaitu penolong persalinan, pendamping persalinan, tempat bersalin, calon pendonor darah, transportasi yang akan digunakan ke tempat persalinan dan biaya serta pakaian ibu dan bayi.
5. Menjelaskan pada ibu tentang tanda-tanda persalinan seperti perut mulas secara teratur, semakin sering dan semakin lama, kontraksi semakin kuat, keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir, keluar air ketuban dari jalan lahir. Jika muncul salah satu tanda tersebut, suami atau keluarga segera membawa ibu hamil ke Puskesmas.
6. Menganjurkan ibu untuk mengonsumsi makanan yang bergizi dan bernutrisi baik untuk mencukupi kebutuhan energi ibu dan proses tumbuh kembang janin; Misalnya makanan yang berprotein (hewani dan nabati), daging, telur, ikan, roti, tempe, tahu dan kacang-kacangan, buah dan sayuran yang kaya Vitamin C, sayuran berwarna hijau tua, dan sayuran lainnya. Sebaiknya makanan jangan terlalu lama disimpan. Untuk jenis sayuran segera dihabiskan setelah diolah. Minum susu ibu hamil teratur setiap hari sekali.
7. Menganjurkan ibu untuk menjaga kebersihan diri terutama lipatan kulit (ketiak, bawah kulit dada, daerah genitalia) dengan cara dibersihkan dengan air dan dikeringkan; mengganti pakaian yang basah oleh keringat dan rajin memotong kuku; menjaga kebersihan alat kelamin, dengan cara selalu mengganti celana

dalam yang basah karena ibu sering kencing dan jangan sampai dibiarkan lembab, serta memberitahukan ibu cara cebok yang benar yaitu disiram dari depan ke belakang dan bukan sebaliknya.

8. Mendokumentasikan hasil pemeriksaan dan asuhan yang diberikan pada status pasien, Buku KIA, dan Buku register ibu hamil.

VII. EVALUASI

Tanggal : 25 Februari 201

Jam : 11.45 WITA

1. Hasil pemeriksaan telah diberitahukan pada ibu dan respon ibu mengerti dan senang dengan hasil pemeriksaan.
2. Ibu sudah mengetahui cara mengatasi ketidaknyamanan yang dirasakannya.
3. Ibu sudah mengetahui tentang tanda bahaya pada ibu hamil, dan akan segera ke fasilitas kesehatan bila mengalami salah satu tanda bahaya yang disebutkan.
4. Ibu sudah mengerti dengan penjelasan yang diberikan tentang persiapan persalinan dan sudah mempersiapkannya.
5. Ibu sudah mengetahui tentang tanda-tanda persalinan dan akan segera ke fasilitas kesehatan bila sudah mengalami salah satu tanda persalinan yang disebutkan.
6. Ibu sudah mengerti dan akan mengonsumsi makanan yang bergizi.
7. Ibu mengerti dan akan menjaga kebersihan dirinya.
8. Hasil pemeriksaan dan asuhan telah dicatat dalam status pasien, buku KIA dan buku register ibu hamil.

**CATATAN PERKEMBANGAN
(KUNJUNGAN ANC)**

Hari / Tanggal : Kamis, 28 Februari 2019

Tempat : Rumah Ny. F. N

Jam : 15.00 WITA

S : Ibu mengatakan sering kencing

O : a. Tanda – tanda vital : Tekanan darah 110/70 mmHg, Nadi : 80 kali/menit, Suhu : 36,8°C, Pernafasan : 18 kali/menit

b. Pemeriksaan Fisik : Sklera putih, Konjungtiva merah muda

A : Diagnosa : Ny F. N umur 27 tahun G₄P₃A₀AH₃ usia kehamilan 34 minggu 5 hari , janin hidup, tunggal, letak kepala, intrauterine dengan kehamilan faktor resiko tinggi.

Masalah :

1. Sering Kencing

P : 1. Menjelaskan kembali kepada ibu tentang ketidaknyamanan yang dialaminya yaitu sering kencing. Sering kencing disebabkan oleh penurunan bagian terendah janin sehingga kandung kemih tertekan oleh uterus. Cara mengatasinya yaitu perbanyak minum pada siang hari tidak pada malam hari dan membatasi minuman yang mengandung kafein seperti teh, kopi, dan soda. Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan berjanji akan mengikuti anjuran yang diberikan.

2. Menganjurkan ibu untuk mengurangi aktivitas berat di rumah seperti tidak mengangkat beban yang berat.

Ibu berjanji akan mengikuti anjuran yang diberikan

3. Menjelaskan kembali tentang tanda-tanda bahaya kehamilan pada trimester III seperti perdarah pervaginam yang banyak, sakit kepala terus menerus, penglihatan kabur, bengkak di kaki dan tangan, dan gerakan janin tidak dirasakan. Menganjurkan ibu untuk datang ke Pustu atau Puskesmas jika menemukan salah satu

tanda bahaya tersebut.

Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan akan mengikuti anjuran yang diberikan.

4. Memberikan konseling tentang KB Pascasalin pada ibu yaitu KB MAL (Metode Amenhorea Laktasi) yaitu metode KB dengan cara menyusui bayinya secara eksklusif selama 6 bulan tanpa memberikan makanan atau minuman lain selain ASI.

Ibu bersedia menggunakan KB yang dianjurkan.

CATATAN PERKEMBANGAN 2

(KUNJUNGAN ANC II)

Hari / Tanggal : Jumat, 8 Maret 2019

Tempat : Rumah Ny. F. N

Jam : 16.00 WITA

S : Ibu mengatakan nyeri pada bagian pinggang dan perut bagian bawah yang hilang timbul.

O : a. Tanda – tanda vital : Tekanan darah 110/70 mmHg, Nadi : 80 kali/menit, Suhu : 36,5 °C, Pernafasan : 20 kali/menit
b. Pemeriksaan Fisik : Sklera putih, Konjungtiva merah muda

A : Diagnosa :

Ny. F. N umur 27 tahun G₄P₃A₀AH₃ usia kehamilan 36 minggu 6 hari, janin hidup, tunggal, letak kepala, intrauterine dengan kehamilan faktor resiko tinggi.

Masalah : nyeri pada perut bagian bawah yang hilang timbul.

P : 1. Menjelaskan hasil pemeriksaan bahwa ibu mendekati masa persalinan.

Ibu sudah mengetahui keadaannya.

2. Menjelaskan kembali tentang tanda-tanda bahaya kehamilan pada trimester III seperti perdarah pervaginam yang banyak, sakit kepala

terus menerus, penglihatan kabur, bengkak di kaki dan tangan, dan gerakan janin tidak dirasakan.

Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan

3. Mengingatkan ibu untuk berolahraga ringan di rumah yaitu berjalan-jalan di pagi hari ditemani suami untuk membantu mempercepat penurunan kepala janin.

Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan akan melakukannya.

4. Menjelaskan tanda-tanda persalinan yaitu keluar lendir bercampur darah, sakit di daerah perut bagian bawah secara terus menerus, jika terdapat tanda-tanda tersebut, segera mengantar ibu ke Puskesmas.

Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan.

RIWAYAT PERSALINAN

(KUNJUNGAN INC)

Ibu mengatakan sakit-sakit pada perut bagian bawah, keluar lendir bercampur darah pada hari Rabu tanggal 3 April 2019 sejak pukul 18.00 Wita dan dibawa ke Rumah Sakit Kota. Setelah sampai di Rumah Sakit Kota dan di periksa oleh bidan dimana pembukaan 2 cm.

Ibu mengatakan ingin BAB, dimana pada hari Rabu tanggal 3 April 2019 telah melahirkan pada pukul 20.56 wita lahir normal langsung menangis di tolong bidan dengan jenis kelamin laki-laki, berat badan 3200 gram.

Ibu mengatakan 2 jam setelah melahirkan merasa perutnya masih mules dan ada pengeluaran darah dari jalan lahir dan di beri obat minum sebelum makan dan sebelum tidur. Ibu mengatakan bayinya sudah disuntik 2 kali di paha kiri dan paha kanan, sudah BAK 2x dan BAB 1x.

CATATAN PERKEMBANGAN PERTAMA ASUHAN NIFAS DAN ASUHAN NEONATUS HARI KE-10

Hari / Tanggal : Sabtu, 13 April 2019

Tempat : Rumah Ny. F. N

Jam : 10.00 WITA

IBU

S : Ibu mengatakan masih ada pengeluaran darah

O : Keadaan umum ibu : baik

Kesadaran : composmentis

Tanda-tanda vital: tekanan darah: 110/60 mmHg, nadi: 80 kali/menit, suhu:36°C, pernapasan : 22 kali/menit,

wajah dan ekstremitas tidak oedema, puting susu menonjol, colostrum (+), tinggi fundus uteri 2 jari diatas simpisis, pengeluaran lochea serosa

A : Diagnosa : Ny. F.N P₄A₀AH₄ Post Partum Normal 10 hari

P : 1. Menginformasikan hasil pemeriksaan kepada ibu yaitu keadaan umum baik, : 110/70 mmHg, nadi:80 kali/menit, pernapasan:22 kali/menit.

Ibu senang dengan hasil pemeriksaan

2. Memantau tinggi fundus uteri, dan pengeluaran pervaginam.

Tinggi fundus uteri 2 jari diatas simpisis, pengeluaran pervaginam lochea serosa

3. Menganjurkan ibu untuk mengkonsumsi makanan bergizi seimbang seperti: nasi, sayuran hijau, ikan, telur, tehu, tempe, daging, buah-buahan dan lain-lain, yang bermanfaat untuk menambah stamina ibu dan mempercepat proses penyembuhan

Ibu mengerti dan akan makan makanan yang mengandung nilai gizi seperti nasi, sayur-sayuran dan lauk pauk

4. Menganjurkan ibu untuk menyusui bayinya sesering mungkin dan

hanya memberikan ASI selama 6 bulan pertama tanpa memberikan makanan tambahan.

Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan mau mengikuti

5. Menjelaskan kepada ibu tentang personal hygiene seperti 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. Kebersihan diri berguna mengurangi infeksi yang mungkin terjadi pada ibu nifas serta meningkatkan perasaan nyaman untuk ibu.

Ibu mengerti dengan penjelasan yaitu akan menjaga kebersihan dirinya seperti mengganti pembalut bila ibu merasa tidak nyaman lagi

6. Mengajarkan ibu cara merawat payudaranya yaitu sebelum menyusui ibu terlebih dahulu membersihkan payudara dengan baby oil, lalu melakukan pijatan lembut secara memutar kearah puting susu, kemudian mengkompresnya dengan air hangat selama 3 menit, air dingin, air hangat 3 menit, lalu bersihkan dan keringkan dengan kain bersih.

Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan ibu berjanji sebelum memberikan ASI kepada bayinya ibu terlebih dahulu membersihkan payudarnya

7. Menganjurkan kepada ibu untuk tidak boleh melakukan hubungan seksual sampai darah berhenti. 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, kecemasan berlebihan.

Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan

8. Menganjurkan ibu untuk istirahat yang cukup dan teratur yaitu tidur siang 1-2 jam/hari dan tidur malam 7-8 jam/hari. Hal-hal yang

dapat dilakukan ibu dalam memenuhi kebutuhan istirahatnya antara lain: anjurkan ibu untuk melakukan kegiatan rumah tangga secara perlahan, ibu tidur siang atau istirahat saat bayinya tidur. Kurang istirahat dapat menyebabkan jumlah ASI berkurang, memperlambat proses involusi uteri, menyebabkan depresi dan ketidak mampuan dalam merawat bayi.

Ibu mengerti dengan penjelasan dan ibu mau istirahat di rumah jika bayinya sedang tidur.

9. Memberitahu ibu tanda-tanda bahaya masa nifas yaitu : demam tinggi, perdarahan banyak, atau berbau busuk dari vagina, pusing, dan anjurkan untuk segera datang ke fasilitas kesehatan bila mendapati tanda-tanda bahaya tersebut.

Ibu mengerti dan bersedia melapor atau datang ke fasilitas kesehatan jika mendapati tanda bahaya.

10. Mendokumentasikan hasil pemeriksaan pada status ibu atau buku register.

Pendokumentasian sudah dilakukan pada buku register, status pasien dan buku KIA

BAYI

S : Ibu mengatakan bayinya baik-baik saja, menyusui dengan kuat, sudah BAB 2x dan BAK 3x

O : 1. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum : baik

Kesadaran : composmentis

Tanda-tanda *vital* : suhu: 36,8 °C, denyut jantung:132 kali/menit, pernapasan : 55 kali/menit

BB lahir : 3200 gram

PB : 48 cm

BB saat ini : 4000 gram

Tali pusat sudah terlepas dari hari kelima

A : Diagnosa :

By. Ny. F.N Neonatus Cukup Bulan – Sesuai Masa Kehamilan, Usia 10 hari

P : 1. Melakukan pemeriksaan keadaan umum dan tanda-tanda vital serta memantau asupan bayi. Tujuannya untuk mengetahui kondisi dan keadaan bayi. Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, suhu : 36,8 °C, nadi : 132x/menit, pernapasan:55x/menit, ASI lancar, isapan kuat, BAB 2 kali, BAK 2 kali.

Hasil observasi menunjukkan Keadaan umum bayi baik, dan tanda-tanda vital dalam batas normal.

2. Memberitahu ibu menyusui bayinya sesering mungkin dan On demand serta hanya memberikan ASI saja selama 6 bulan. Bila bayi tertidur lebih dari 2 jam bangunkan bayinya dengan cara menyentil telapak kakinya.

Ibu mengerti dan sedang menyusui bayinya

3. Memberitahu ibu cara mencegah agar bayi tidak gumoh/ muntah dengan menyendawakan bayi dengan cara menepuk-nepuk punggung bayi dan posisi kepala bayi lebih tinggi dari tubuh setelah selesai disusui.

Ibu mengerti dan mencoba melakukannya

4. Menganjurkan kepada ibu untuk mengantarkan bayinya ke puskesmas atau posyandu agar bayinya bisa mendapatkan imunisasi lanjutan semuanya bertujuan untuk mencegah bayi dari penyakit.

Ibu mengerti dengan penjelasan dan mau mengantarkan anaknya ke posyandu untuk mendapatkan imunisasi lanjutan

5. Memberitahu ibu tanda-tanda bahaya pada bayi, yaitu warna kulit biru atau pucat, muntah yang berlebihan, tali pusat bengkak atau merah, kejang, tidak BAB dalam 24 jam, bayi tidak mau menyusu, BAB encer lebih dari 5x/hari dan anjurkan ibu untuk segera ketempat pelayanan terdekat bila ada tanda-tanda tersebut.

Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan

6. Memberitahu ibu untuk menjaga kebersihan diri bayi dengan mengganti pakaian bayi setiap kali basah serta memandikan bayi pagi dan sore.

Ibu mengerti dan pakaian bayi telah diganti tetapi bayi belum dimandikan

7. Melakukan pendokumentasian

Pendokumentasian sudah dilakukan pada register dan status pasien serta buku KIA.

CATATAN PERKEMBANGAN KEDUA ASUHAN NIFAS DAN ASUHAN NEONATUS HARI KE-21

Hari / Tanggal : Kamis, 24 April 2019

Tempat : Rumah Ny. F.N

Jam : 11.00 WITA

IBU

S : Ibu mengatakan tidak ada keluhan

O : Keadaan umum ibu : baik

Kesadaran : composmentis

Tanda-tanda vital: tekanan darah: 120/70 mmHg, nadi: 80 kali/menit, suhu : 36,8°C, pernapasan: 22 kali/menit

wajah dan ekstremitas tidak oedema, puting susu menonjol, pengeluaran ASI lancar, tinggi fundus uteri tidak teraba, pengeluaran lochea alba

A : Ny. F. N P₄A₀AH₄ Post Partum Normal hari ke-21

P : 1. Menginformasikan hasil pemeriksaan kepada ibu yaitu keadaan umum baik, tanda-tanda vital: tekanan darah : 120/80 mmHg, nadi: 80x/menit, pernapasan : 22x/menit, suhu : 36,8°C.

Ibu senang dengan hasil pemeriksaan

2. Mengingatkan ibu untuk memenuhi kebutuhan nutrisi dan cairan selama masa nifas, ibu harus makan-makanan yang beranekaragam yang mengandung karbohidrat (seperti nasi, jagung, ubi), protein (tempe, tahu, ikan, telur), lemak (daging, kacang tanah), vitamin dan mineral (sayuran hijau, buah); minum harus lebih banyak dari sebelumnya karena ibu sedang menyusui, minum ± 14 gelas/hari, terutama selesai menyusui.

3. Mengingatkan ibu untuk menjaga kebersihan diri, termasuk kebersihan tubuh, pakaian, tempat tidur, dan terutama kebersihan daerah kemaluan, ganti pembalut sesering mungkin (minimal 2 kali sehari). Hal ini berguna untuk mencegah terjadinya infeksi dan memberikan rasa nyaman pada ibu.

4. Mengingatkan ibu untuk menjaga pola istirahatnya, tidur malam minimal 8 jam sehari dan tidur siang minimal 1 jam. Bila perlu pada saat bayi tidur ibu juga harus beristirahat. hal ini dimaksudkan karena ibu yang kurang istirahat akan berdampak pada jumlah ASI, memperlambat involusi uterus, dan menyebabkan depresi dan ketidakmampuan merawat bayi.

Ibu mengatakan tiap kali bayinya tidur ibu juga tidur.

5. Memastikan posisi ibu menyusui sudah baik dan benar dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit yaitu seluruh tubuh bayi berdekatan dan terarah pada ibu, mulut dan dagu bayi berdekatan dengan payudara, areola tertutup mulut bayi, ibu dapat melihat bayi melakukan hisapan yang lamban dan dalam serta menelan ASI-nya, bayi terlihat tenang dan senang.

Ibu sudah bisa menyusui dengan posisi yang baik.

6. Mendokumentasikan hasil pemeriksaan dan asuhan yang diberikan

sebagai bahan pertanggungjawaban dan evaluasi.

Hasil pemeriksaan dan asuhan telah dicatat.

BAYI

S : Ibu mengatakan bayinya sehat, isap ASI kuat, BAB 2x sehari, warna kecoklatan, konsistensi lunak, dan BAK 5-6x sehari, warna kekuningan;

O : Keadaan umum : baik

Kesadaran : composmentis

Tanda-tanda *vital*: suhu : 36,7°C, nadi:142 kali/menit, pernapasan : 48 kali/ menit

Bayi aktif, warna kulit kemerahan (tidak sianosis), tidak ada pernapasan menggunakan cuping hidung, reflek mengisap dan menelan kuat, menangis kuat, tidak ada retraksi dinding dada, tali pusat sudah terlepas dan tidak berdarah atau berbau busuk, perut tidak kembung.

A : By. Ny.F. N Neonatus Cukup Bulan – Sesuai Masa Kehamilan Usia 21 hari

P : 1. Menginformasikan hasil pemeriksaan pada ibu

Keadaan umum : baik

Kesadaran : composmentis

Tanda-tanda vital : Denyut jantung : 142 x/menit

Pernapasan : 48 x/menit

Suhu : 36,7°C

Hasil observasi menunjukkan Keadaan umum bayi baik, tanda-tanda vital dalam batas normal, dan tidak ada tanda-tanda infeksi pada bekas insersi tali pusat.

Ibu sudah mengetahui hasil pemeriksaan dan ibu merasa senang.

2. Mengingatkan ibu menyusui bayinya sesering mungkin dan On demand serta hanya memberikan ASI saja selama 6 bulan. Bila bayi tertidur lebih dari 2 jam bangunkan bayinya dengan cara menyentil

telapak kakinya.

Ibu mengerti dan sedang menyusui bayinya

3. Memberitahu ibu untuk menjaga kebersihan diri bayi dengan mengganti pakaian bayi setiap kali basah serta memandikan bayi pagi dan sore.

Ibu mengerti dan pakaian bayi telah diganti dan bayi sudah dimandikan

4. Melakukan pendokumentasian

Pendokumentasian sudah dilakukan

CATATAN PERKEMBANGAN KETIGA ASUHAN KB

Hari / Tanggal : Selasa, 13 Mei 2018

Tempat : Rumah Ny. F. N

Jam : 10.00 WITA

S : Ibu mengatakan tidak ada keluhan

O : Keadaan umum : baik,

kesadaran : composmentis,

tekanan darah : 110/70 mmHg, nadi : 80 kali/menit, suhu : 36⁰ C

A : Ny. F. N P₄A₀AH₄ Post Partum Normal Hari Ke-40

P : 1. Menginformasikan hasil pemeriksaan ibu dan suami bahwa keadaan ibu baik, dan tanda-tanda vital dalam batas normal.

Ibu mengerti dan merasa senang dengan hasil pemeriksaan.

2. Menjelaskan macam-macam kontrasepsi kepada suami dan isteri dimana KB yang cocok untuk ibu seperti AKDR dapat efektif segera setelah pemasangan, sangat efektif karena tidak perlu lagi mengingat-ingat, tidak mempengaruhi hubungan seksual, tidak ada efek samping hormonal, tidak mempengaruhi kualitas ASI, dapat digunakan sampai menopause (1 tahun atau lebih setelah haid terakhir), implant yang cocok bagi ibu yang sedang menyusui,

dapat digunakan untuk jangka waktu panjang 5 tahun, efek kontraseptif segera berakhir setelah implantnya dikeluarkan, perdarahan terjadi lebih ringan, sterilisasi yang aman, cepat, hanya memerlukan 5-10 menit dan ibu tidak perlu dirawat di RS, tidak mengganggu hubungan seksual selanjutnya, biaya rendah jika ibu tidak ingin punya. Ibu juga dapat menggunakan metode sederhana seperti Metode Amenorhea Laktasi yaitu kontrasepsi sederhana tanpa alat yang mengandalkan pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif, artinya hanya diberikan ASI saja tanpa pemberian makanan tambahan atau minuman apapun dan penggunaan kondom.

Ibu dan suami mengerti dan memahami jenis-jenis kontrasepsi yang telah disebutkan dan memilih menggunakan kontrasepsi sederhana yaitu metode MAL yang mengandalkan pemberian ASI eksklusif pada bayinya sampai usia bayi 6 bulan setelah itu ibu akan menggunakan alat kontrasepsi Suntikan 3 bulan.

3. Menganjurkan ibu untuk menyusui bayinya secara penuh sesering mungkin minimal 8 kali sehari selama 6 bulan untuk meningkatkan efektivitas penggunaan metode amenorrhea laktasi.

Ibu mengerti dan akan menyusui bayi sesering mungkin 8 kali sehari sampai usia 6 bulan.

4. Menganjurkan ibu segera ke Puskesmas untuk mendapatkan pelayanan kontrasepsi Suntikan jika sudah sampai usia 6 bulan atau jika ibu sudah mendapat haid.

Ibu dan suami mengerti dan akan segera kembali ke Puskesmas apabila sudah sampai usia 6 bulan dan atau ibu sudah mendapat haid lagi.

C. PEMBAHASAN

Penulis melakukan asuhan kebidanan pada Ny. F. N yang dimulai sejak tanggal 18 Maret 2019 sampai dengan 18 Mei 2019 dari kehamilan, persalinan sampai 4 minggu masa nifas. Ada beberapa hal yang penulis uraikan pada bab pembahasan ini dimana penulis akan membahas kesenjangan dan kesesuaian antara teori dan penatalaksanaan dari kasus yang ada.

1. Kehamilan

Hasil pengkajian yang penulis lakukan pada kunjungan pertama tanggal 28 Februari 2019, penulis mendapatkan data bahwa Ny. F. N umur 27 tahun, ibu mengatakan sering kencing pada malam hari, hal ini sesuai dengan teori Romauli (2011) yang mengatakan bahwa sering buang air kecil adalah salah satu ketidaknyamanan dalam kehamilan yang nampak pada ibu. Ibu mengatakan pemeriksaan kehamilan pertama kali di Puskesmas Pembantu Maulafa tanggal 28 Januari 2019 (trimester III), trimester III sebanyak 5 kali, hal ini tidak sesuai dengan teori Walyani (2015), yang menyatakan frekuensi pelayanan antenatal ditetapkan 4 kali kunjungan ibu hamil diantaranya 1x pada trimester 1, 1x pada trimester 2 dan 2 kali pada trimester 3. Ny. F. N. Tidak memeriksakan kehamilan pada trimester I.

Selama kehamilannya, ibu sudah mendapat terapi obat Sulfat Ferrosus sebanyak 90 tablet untuk mencegah anemia, hal ini sesuai dengan teori dalam Buku Kesehatan Ibu dan Anak (2015) yaitu dituliskan setiap ibu hamil harus mendapat tablet tambah darah (tablet zat besi) dan Asam Folat minimal 90 tablet selama kehamilan yang diberikan sejak kontak pertama.

Saat kunjungan ini ibu mengeluhkan sakit-sakit di pinggang dan perut bagian bawah, hal ini sesuai dengan teori menurut Astuti (2011) bahwa sakit punggung merupakan keluhan yang umum dirasakan oleh ibu hamil terutama pada trimester III. Hal tersebut adalah kondisi yang fisiologis, bentuk tulang punggung ke depan dikarenakan pembesaran

rahim, kejang otot karena tekanan terhadap akar saraf di tulang belakang, penambahan ukuran payudara, kadar hormon yang meningkat menyebabkan kartilago di dalam sendi-sendi besar menjadi lembek, keletihan, mekanisme tubuh yang kurang baik saat mengangkat barang dan mengambil barang.

Pemenuhan nutrisi pada Ny. F. N. makan dengan porsi 1 ½ piring (dihabiskan) tiap kali makan dan frekuensinya 3 kali/hari, komposisi nasi, ikan, telur, sayur-mayur, tahu, tempe, minum 8 gelas/hari jenis air putih, sesuai teori menurut Marmi (2014) hal penting yang harus diperhatikan ibu hamil adalah makanan yang dikonsumsi terdiri dari susunan menu yang seimbang yaitu menu yang mengandung unsur-unsur sumber tenaga, pembangun, pengatur dan pelindung.

Kebersihan diri ibu dijaga dengan baik, hal ini terlihat dari frekuensi mandi 2x sehari, gosok gigi 2x sehari, keramas 2x seminggu, ganti pakaian 2x sehari, cara cebok dari depan ke belakang dan perawatan payudara yang ibu lakukan selama hamil, ini sesuai dengan teori Marmi (2014) yang menuliskan menjaga kebersihan diri dengan mandi dan menyikat gigi teratur, keramas 2-3 kali seminggu, perawatan payudara dan membersihkan alat kelamin dengan gerakan dari depan ke belakang. Dengan pola personal hygiene yang baik ini ibu akan merasa nyaman selama kehamilannya dan terhindar dari infeksi. Pola istirahat dan aktifitas ibu teratur hal ini sesuai dengan teori menurut Walyani (2015) yaitu setiap ibu hamil dianjurkan untuk beristirahat yang cukup tidur malam ± 8 jam, istirahat/tidur siang ± 1 jam. Dengan pola istirahat ibu yang baik ibu tidak mengeluh keletihan karena kebutuhan metabolisemenya terpenuhi.

Ibu mengatakan sudah membuat rencana persalinan yaitu tempat bersalin, penolong persalinan, biaya, transportasi yang akan digunakan, calon pendonor darah, perlengkapan ibu dan bayi, dan pengambil keputusan jika terjadi gawat darurat. Persiapan yang

dilakukan ibu dan suami jika disesuaikan dengan teori menurut Walyani (2015) sudah sesuai karena dalam mempersiapkan persalinan komponen-komponen yang harus disiapkan yaitu seperti membuat rencana persalinan, membuat perencanaan untuk pengambilan keputusan jika terjadi kegawatdaruratan pada saat pengambilan keputusan tidak ada, mempersiapkan sistem transportasi jika terjadi kegawatdaruratan, membuat rencana/pola menabung, mempersiapkan langkah yang diperlukan untuk persalinan. Ibu dan suami perlu diberikan konseling mengenai persiapan persalinan.

Ibu mengatakan hari pertama haid terakhir kehamilan ini tanggal 30 – 06– 2018. Berdasarkan Skor Poedji Rochjati ada masalah yang didapatkan dimana skor awal ibu hamil dengan skor 2 dan jarak kehamilan ≤ 2 tahun dengan skor 4 sehingga skor Poedji Rochjati ibu $4+2 = 6$.

Data objektif yang didapatkan dari ibu yaitu HPHT tanggal 30-06-2018, menurut rumus Naegele: Tafsiran Partus (TP) = hari haid terakhir +7, bulan haid terakhir -3, tahun +1 maka tafsiran persalinan Ny.F.N adalah tanggal 07-04-2019. Usia Kehamilan ibu didapatkan dari hasil perhitungan rumus Naegele dimana Usia Kehamilan dihitung dari HPHT ke tanggal pemeriksaan saat ini, didapatkan usia 34 minggu 2 hari.

Pemeriksaan umum berat badan ibu 50 kg, kenaikan berat badan ibu 10 kg sejak sebelum hamil, hal ini berkaitan dengan teori menurut Walyani (2015) penambahan BB dari mulai awal kehamilan sampai akhir kehamilan adalah 11-12 kg. Adanya penambahan BB sesuai umur kehamilan menunjukkan pertumbuhan dan perkembangan janin yang baik dan janin tidak mengalami IUGR. Hasil pengukuran tinggi badan didapatkan tinggi badan 145 cm, kehamilan Ny. F. N tergolong resiko tinggi sesuai teori Walyani (2015) tinggi badan diukur dalam cm tanpa sepatu, tinggi badan kurang dari 145 cm ada kemungkinan terjadi *Cephalo Pelvic Disproportion* (CPD). Hasil pengukuran LILA

ibu adalah 24 cm, ini menunjukkan bahwa ibu tidak mengalami KEK, sesuai dengan teori menurut Pantikawati & Saryono (2010) standar minimal untuk lingkaran lengan atas pada wanita dewasa atau usia reproduksi adalah 23,5 cm. Jika ukuran LILA kurang dari 23,5 cm maka interpretasinya adalah kurang energi kronik (KEK). Namun untuk mengetahui seorang ibu hamil KEK atau tidak, tidak hanya didasarkan dari pengukuran LILA saja, tapi juga dari IMT ibu sebelum hamil.

Untuk kasus Ny.I. H. tidak dikatakan KEK karena hasil perhitungan IMT dalam batas normal, berikut hasil perhitungannya: $IMT = \frac{(BB \text{ dalam } kg)}{(TB \text{ dalam } cm)^2} = \frac{62}{1,55^2} = 25,8$. Dalam teori Walyani (2015) dikatakan normal/ideal bila IMT berada pada kisaran 19,8 – 26. Dan menurut teori Wirakusumah dkk (2012) Jika IMT normal (19,8-26), diperlukan penambahan BB sebesar 11-16 kg, maka jelas bahwa kenaikan BB Ny. F. N akan mengurangi risiko BBLR.

Dari hasil pemeriksaan TFU sesuai dengan teori menurut Wirakusumah dkk (2012) dimana dikatakan TFU pada akhir bulan IX (34 minggu 2 hari) mencapai arcus costalis atau 3 jari dibawah prosesus xiphoideus (Px). Namun, terdapat kesenjangan pada hasil pengukuran Mc Donald yaitu 31 cm, hal ini tidak sesuai dengan teori menurut Buku Obstetri UNPAD 1983 yang menyatakan pada usia kehamilan 34 minggu 2 hari (9 bulan) TFU seharusnya 33 cm. Untuk memastikan keadaan ibu dan janin maka ibu dianjurkan untuk USG.

Pemeriksaan abdomen belum tentu menerangkan bahwa janin mengalami IUGR, karena jika dilihat dari IMT Ny. M, Ny. F. N memiliki IMT 24. Menurut teori Walyani (2015) IMT ibu dikatakan normal/ideal apabila dalam kisaran angka 19,8-26 dan selama hamil BB ibu meningkat secara teratur. Selain itu, dari hasil pengukuran Mc Donald yaitu 31 cm maka dapat diperkirakan TBBJ dengan rumus yang dijelaskan oleh Tresnawati (2012) $(mD-12) \times 155$ maka hasil

perhitungan menunjukkan TBBJ 2945 gram. Hasil auskultasi menunjukkan DJJ 147x/menit terdengar teratur, punctum maximum kiri bawah pusat ibu (terdengar di 1 tempat), ini sesuai dengan teori Romauli (2011) pada auskultasi normal terdengar denyut jantung di bawah pusat ibu (baik bagian kanan atau kiri). Mendengarkan denyut jantung bayi meliputi frekuensi dan keteraturannya. DJJ normal antara 120 sampai 160 x/menit.

Interpretasi data dasar terdiri dari diagnosa, masalah, dan kebutuhan. Interpretasi data dasar ini sesuai dengan keputusan menteri kesehatan Republik Indonesia No. 938/MENKES/SK/VIII/2007 tentang standar kebidanan yang kedua dimana diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan, masalah dirumuskan sesuai dengan kondisi klien, dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

Penegakkan diagnosa pada Ny. F. N umur 27 tahun G₄P₃A₀ usia kehamilan 34 minggu 2 hari, janin hidup, tunggal, letak kepala, intrauterin keadaan ibu baik dengan kehamilan faktor resiko tinggi dan keadaan janin baik. Diagnosa ini ditegakkan berdasarkan data subjektif yaitu ibu mengatakan ingin memeriksakan kehamilannya yang pertama, tidak pernah keguguran, ibu juga mengatakan sudah tidak haid kurang lebih 9 bulan dari bulan Agustus 2018. HPHT 30-06-2018 sehingga jika UK ibu dihitung menurut teori Naegele maka akan didapatkan UK ibu 38 minggu 1 hari. Diagnosa janin hidup didapatkan dari hasil pemeriksaan auskultasi dimana terdengar bunyi jantung janin. Tunggal diketahui dari hasil palpasi dan auskultasi dimana pada Leopold II hanya pada satu bagian dinding abdomen yang teraba keras dan memanjang seperti papan dan juga DJJ hanya terdengar pada 1 tempat. Letak kepala diketahui dari pemeriksaan Leopold III dimana hasil pemeriksaan teraba bagian bulat, keras, dan melenting. Intrauterine diketahui saat pemeriksaan bagian abdomen ibu tidak mengeluh nyeri yang hebat. Keadaan ibu dan janin diketahui dari hasil

pemeriksaan TTV yang menunjukkan hasil normal dan ibu tidak memiliki diagnosa lain yang perlu ditangani khusus.

Masalah yang dialami ibu yaitu kurangnya pengetahuan ibu tentang fisiologis kehamilan dan persalinan. Jika dilihat dari masalah yang ada maka kebutuhan ibu yaitu KIE tentang ketidaknyamanan selama kehamilan trimester III, tanda bahaya pada kehamilan trimester III, dan tanda-tanda persalinan. Pada kasus Ny. F. N tidak ada masalah potensial dan tindakan segera dalam asuhan ini.

2. Persalinan

Ibu mengatakan sakit-sakit pada perut bagian bawah, keluar lendir bercampur darah sejak pukul 18.00 Wita dan dibawa ke Rumah Sakit Kota dan usia kehamilannya sudah 39 minggu 4 hari. Menurut Asrinah,dkk (2010) nyeri pada pinggang dan keluar lendir bercampur darah merupakan tanda-tanda persalinan teori ini diperkuat oleh Hidayat (2010) dimana tanda-tanda persalinan adanya perubahan serviks, ketuban pecah, keluar lendir bercampur darah, dan gangguan pada saluran pencernaan, usia kehamilan sudah masuk aterm untuk melahirkan sesuai teori yang dikemukakan oleh Sudarti dan Khoirunnisa (2012) bahwa usia kehamilan cukup bulan adalah usia kehamilan 37-42 minggu. Dari usia kehamilan dan keluhan yang dialami ibu semuanya merupakan hal normal dan fisiologis karena ibu sudah memasuki proses persalinan. Setelah sampai di Rumah Sakit Kota dan di periksa oleh bidan dimana pembukaan 2 cm. Ibu mengatakan ingin BAB, Berdasarkan penjelasan pasien, tanda-tanda tersebut sesuai dengan tanda-tanda persalinan menurut Marmi (2012) yaitu tanda his persalinan, nyeri pinggang menjalar ke depan, dan ketuban pecah. Tidak lama setelah keluar air-air ibu merasakan dorongan yang kuat untuk meneran, dorongan meneran ini merupakan salah satu tanda gejala kala II menurut teori Hidayat dan Clervo (2012), dimana pada hari Rabu tanggal 3 April 2019 telah melahirkan pada pukul 20.56 wita lahir normal langsung menangis di tolong bidan

dengan jenis kelamin laki-laki, berat badan 3200 gram. Ibu mengatakan 2 jam setelah melahirkan merasa perutnya masih mules dan ada pengeluaran darah dari jalan lahir dan di beri obat minum sebelum makan dan sebelum tidur. Ibu mengatakan bayinya sudah disuntik 2 kali di paha kiri dan paha kanan, sudah BAK 2x dan BAB 1x.

3. Bayi Baru Lahir

a. Kunjungan Neonatus Pertama

Kunjungan neonatus pertama saat bayi berumur 10 hari, hal ini tidak sesuai dengan teori dalam Buku Kesehatan Ibu dan Anak bahwa pelayanan kesehatan bayi baru lahir oleh bidan/perawat/dokter dilaksanakan minimal 3 kali, yaitu pertama pada 6 – 48 jam setelah lahir, kedua pada hari ke 3 – 7 setelah lahir, ketiga pada hari ke 8 – 28 setelah lahir. Ibu juga mengatakan se usai melahirkan bayi sudah BAB 2x dan BAK 5 kali , terakhir bayi BAK pukul 07.00 WITA dan BAB pukul 09.00 WITA. Hasil pemeriksaan fisik pada bayi diantaranya tanda-tanda vital : denyut jantung 132 kali/menit, suhu 36°C , pernapasan 55 kali/menit, hasil pemeriksaan ini dikatakan normal menurut teori Wahyuni (2012) yang menjelaskan laju napas normal 40-60 x/menit, laju jantung normal 120-160 x/menit, suhu tubuh bayi baru lahir normalnya $36,5-37,5^{\circ}\text{C}$.

b. Kunjungan Neonatus Kedua

Tanggal 24 April 2019 penulis melakukan kunjungan rumah neonatus ke 2 (hari ke-21). Hasil pemeriksaan yang dilakukan penulis didapatkan tanda-tanda vital bayi dalam batas yang normal sesuai teori menurut Wahyuni (2012) yang menjelaskan laju napas normal 40-60 x/menit, laju jantung normal 120-160 x/menit, suhu tubuh bayi baru lahir normalnya $36,5-37,5^{\circ}\text{C}$.

Asuhan yang dilakukan penulis terhadap bayi Ny.F. N yaitu mengingatkan ibu untuk menyusui bayinya sesering mungkin

setiap 2-3 jam sekali, menyusui secara bergantian payudara kiri dan kanan. Dan hanya susui bayi dengan ASI, tidak menambahkan dengan air/madu/bubur sampai usia 6 bulan. Pemberian ASI yang kuat akan meningkatkan enzim glukoronil transferase yang dapat menurunkan kadar bilirubin bayi sehingga mencegah bayi kuning; mengajarkan ibu cara merawat tali pusat dan menganjurkan ibu untuk segera ke fasilitas kesehatan bila terdapat tanda-tanda kulit menjadi kuning.

4. Nifas

a. Kunjungan Nifas Pertama

Tanggal 13 April 2019 pukul 10.00 WITA penulis melakukan kunjungan nifas pertama, kunjungan nifas ini tidak sesuai dengan teori dalam Buku Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak dimana kunjungan I dilakukan pada 6 jam – 8 jam postpartum. Dan dari hasil anamnesa dan pemeriksaan didapatkan tidak ada keluhan, ibu sudah BAK dan BAB pukul sekitar 08.00 WITA, ini sesuai dengan teori menurut Nugroho dkk (2014) miksi normal bila dapat BAK spontan setiap 3-4 jam dan ibu diharapkan dapat BAB sekitar 3-4 hari postpartum.

Data objektif didapatkan hasil pemeriksaan fisik yaitu tanda-tanda vital : tekanan darah 110/70 mmHg, nadi: 80 kali/menit, suhu: 36,6° C, pernapasan: 22 kali/menit. Hasil pengukuran tanda-tanda vital menunjukkan hasil yang normal sesuai dengan teori menurut Maritalia (2014) setelah proses melahirkan, suhu tubuh dapat meningkat sekitar 0,5° C dari keadaan normal namun tidak lebih dari 38°; setelah 12 jam postpartum suhu tubuh kembali seperti semula, denyut nadi normal berkisar antara 60-80 kali per menit, tekanan darah normal untuk sistole berkisar antara 110-140 mmHg dan untuk diastole antara 60-80 mmHg, frekuensi pernafasan normal berkisar antara 18-24 kali per menit. Begitu pula pada pemeriksaan fisik, tidak didapatkan adanya tanda anemia,

sesuai dengan teori menurut Romauli (2011) mata konjungtiva normal warna merah muda, bila pucat menandakan anemia. Sudah ada kolostrum yang keluar di kedua payudara. Pada palpasi tinggi fundus 2 jari diatas simpisis. Pada pemeriksaan ano-genital terlihat adanya pengeluaran lochia berwarna kekuningan (lochia serosa) jumlahnya sedikit dan tidak terdapat ruptur. Kedua hal ini sesuai dengan teori menurut Nugroho (2014) yaitu saat plasenta lahir tinggi fundus adalah setinggi pusat, dan pada hari pertama postpartum tinggi fundus berada 2 jari dibawah pusat dan pada hari 7-14 postpartum akan ada pengeluaran lochia serosa berwarna merah kekuningan.

Analisis data pada Ny.F. N H P₁A₀AH₁ postpartum 10 hari, masalah yang didapatkan pada masa nifas ini tidak ada.

Penatalaksanaan yang diberikan kepada Ny.F. N yaitu dengan melakukan pemeriksaan secara menyeluruh pada ibu untuk melihat keadaan ibu dan tanda-tanda bahaya, ibu juga diberikan KIE tentang kebutuhan nutrisi, istirahat dan ambulasi dini, dan perawatan luka perineum. Penatalaksanaan selanjutnya penulis mengajarkan ibu cara menilai kontraksi uterus, mengajarkan ibu teknik menyusui yang benar.

Asuhan yang penulis lakukan tidak semuanya sama dengan perencanaan asuhan menurut Green dan Wilkinson karena asuhan yang diberikan disesuaikan dengan kebutuhan ibu.

b. Kunjungan Nifas Kedua

Tanggal 24 April 2019 penulis melakukan kunjungan rumah ibu nifas dan merupakan kunjungan nifas hari ke-21, jadwal kunjungan ini sesuai dengan teori menurut Marmi (2012) yaitu kunjungan nifas kedua dilakukan pada hari ke-4 sampai hari ke-28. Hasil anamnesa ibu mengatakan tidak ada keluhan. Pada pemeriksaan didapatkan hasil yaitu tanda-tanda vital : tekanan darah 120/80 mmHg, nadi: 80 kali/menit, suhu: 36,8° C, pernapasan: 22

kali/menit, hasil pengukuran tanda-tanda vital menunjukkan hasil yang normal. Begitu pula pada pemeriksaan fisik, palpasi fundus uteri didapatkan tinggi fundus setengah pusat simfisis dan kontraksinya baik, terdapat kesenjangan dengan teori menurut Nugroho dkk (2014) dimana menurut Nugroho dkk tinggi fundus uteri setengah pusat simfisis bila sudah mencapai hari ke tujuh postpartum, namun hal ini tidak berpengaruh negatif pada kondisi ibu karena ukuran fundus yang cepat mengecil menandakan involusi berjalan dengan baik. Pada pemeriksaan ano-genital terlihat adanya pengeluaran normal lochia sanguinolenta berwarna putih bercampur merah, hal ini sesuai dengan teori menurut Nugroho dkk (2014) dimana setelah hari ke-14 postpartum akan ada pengeluaran lochia alba berwarna putih. Analisis data pada Ny. F. N. P₄A₀AH₄ postpartum hari ke-21, tidak ada masalah yang didapatkan pada masa nifas. Penulis melakukan pemeriksaan pada ibu untuk melihat keadaan ibu dan tanda-tanda bahaya, ibu juga diingatkan mengenai kebutuhan nutrisi, kebersihan tubuh, istirahat.

5. Keluarga Berencana

Asuhan yang diberikan adalah memberikan konseling KB secara dini dengan menjelaskan beberapa metode kontrasepsi pascasalin. Ny. F. N. menggunakan metode kontrasepsi sederhana yaitu MAL hingga datangnya haid untuk menggunakan jenis kontrasepsi suntik. Menganjurkan ibu untuk terus menyusui bayinya sampai usia 6 bulan tanpa pemberian minuman atau makanan tambahan. Hal ini sesuai dengan teori menurut Handayani (2011) bahwa metode ini hanya mengandalkan pemberian ASI eksklusif yaitu ibu hanya memberikan ASI saja tanpa makanan atau minuman apapun sampai bayi berusia 6 bulan.

BAB V

PENUTUP

A. SIMPULAN

Setelah penulis melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif pada Ny. F. N dapat disimpulkan bahwa :

1. Asuhan kebidanan pada Ny. F. N telah dilakukan oleh penulis mulai dari usia kehamilan 34 minggu 2 hari, dilakukan kunjungan antenatal 2 kali, tidak terdapat komplikasi pada kehamilan.
2. Asuhan kebidanan pada persalinan Ny. F. N. dilakukan di Rumah Sakit Kota, ibu melahirkan saat usia kehamilan 39 minggu 4 hari, ibu melahirkan normal, bayi lahir langsung menangis dan tidak terdapat komplikasi pada saat persalinan.
3. Asuhan kebidanan pada Ny. F. N selama nifas telah dilakukan, dilakukan mulai dari 6 jam postpartum sampai 40 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. F. N lahir pada kehamilan 39 minggu 4 hari, tanggal 3 April 2019 pukul 20.56 WITA, jenis kelamin laki-laki, BB 3200 gram, PB 48 cm. Asuhan dilakukan mulai dari bayi usia 2 jam sampai bayi usia 28 hari. Bayi tidak mengalami Milliarasis dan Ikterus, bayi menyusui semau bayi dan tidak terdapat komplikasi pada bayi dan bayi tampak sehat.
5. Dalam asuhan Keluarga Berencana Ny.F. N memilih menggunakan MAL sebagai alat kontrasepsinya baru setelah itu menggunakan Suntik.

B. SARAN

1. Institusi/ Program Studi Kebidanan

Meningkatkan kualitas pendidikan bagi mahasiswa dengan penyediaan fasilitas sarana dan prasarana yang mendukung peningkatan kompetensi mahasiswa sehingga dapat menghasilkan bidan yang berkualitas.

2. Kepala Puskesmas Pembantu Maulafa

Meningkatkan pelayanan khususnya dalam pelayanan KIA/KB.

3. Profesi Bidan

Meningkatkan mutu pelayanan agar dapat memberikan asuhan yang lebih baik sesuai dengan standar asuhan kebidanan serta dapat mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan kesehatan agar dapat menerapkan asuhan kebidanan sesuai dengan teori mulai dari kehamilan, persalinan, nifas dan BBL.

4. Pasien dan Keluarga

Melakukan kunjungan hamil, nifas, dan neonatal secara teratur dan segera datang ke fasilitas kesehatan bila ada tanda-tanda bahaya baik pada ibu maupun bayi.

DAFTAR PUSTAKA

- Ambarwati, Eny dan Wulandari. 2010. *Asuhan Kebidanan Nifas*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Anggraini, Yetti. 2009. *Asuhan Kebidanan Nifas*. Yogyakarta : Mita Cendikia.
- Arsinah, Dwi dan Clervo. 2010. *Asuhan Persalinan Normal*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Bagian Obstetri & Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Padjajaran Bandung. 1984. *Obstetri Patologi*. Bandung : Elstar Offset.
- Bahiyatun. 2009. *Asuhan Kebidanan Nifas Normal*. Jakarta: EGC.
- Depkes RI. 2007. *Laporan Riset Kesehatan Dasar 2007*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Depkes.
- Dewi, V.N. Lia. 2011. *Asuhan Neonatus Bayi dan Anak Balita*. Yogyakarta: Salemba Medika.
- Dinas Kesehatan Kota Kupang. 2015. *Profil kesehatan Kota Kupang 2015*. Kupang.
- Dinas Kesehatan Kota Kupang. 2016. *Profil Kesehatan Kota Kupang 2016*. Kupang.
- Dinas Kesehatan Provinsi Nusa Tenggara Timur. 2014. *Profil Kesehatan Nusa Tenggara Timur 2014*. Kupang.
- Dinas Kesehatan Provinsi Nusa Tenggara Timur. 2015. *Profil Kesehatan Nusa Tenggara Timur 2015*. Kupang.
- Dinas Kesehatan Provinsi Nusa Tenggara Timur. 2016. *Profil Kesehatan Nusa Tenggara Timur 2016*. Kupang.
- Dompas, Robin. 2011. *Buku Saku Asuhan Neonatus, Bayi, & Balita*. Jakarta: EGC.
- Dongoes, Marliynn E & Moorhouse Mari Frances. 2001. *Rencana Perawatan Maternal/Bayi*. Jakarta : EGC.
- Erawati, Ambar Dewi. 2011. *Asuhan Kebidanan Persalinan Normal*. Jakarta : EGC.
- Green, Carol J., dan Judith M Wilkinson. 2012. *Rencana Asuhan Keperawatan Maternal & Bayi Baru Lahir*. Jakarta: EGC.
- Handayani, Sri. 2011. *Buku Ajar Pelayanan Keluarga Berencana*. Yogyakarta: Pustaka Rihama.
- Hani, Ummi, dkk.2011. *Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan Fisiologis*. Jakarta : Salemba Medika.
- Hidayat, A. Aziz Alimul. 2010. *Metode Penelitian Kebidanan Teknik Analisa Data*. Jakarta : Salemba Medika.

- Hidayat, Asri & Sujiyatini. 2010. *Asuhan Kebidanan Persalinan*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Iimah, Widia Shofa . 2015. *Buku Ajar asuhan persalinan normal*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- JNPK-KR. 2008. [Pelatihan Klinik Asuhan Persalinan Normal](#).
- JNPK-KR. 2012. [Klinik Asuhan Persalinan](#) rujukan
- Kemenkes RI. 2013. *Pedoman Pelayanan Antenatal terpadu Edisi Kedua*. Jakarta: Direktorat Bina Kesehatan Ibu.
- Kemenkes RI. 2015. *Buku Kesehatan Ibu dan Anak*. Jakarta: Kementerian Kesehatan dan JICA.
- Kemenkes RI. 2015. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2014*. Jakarta: Kementerian Kesehatan.
- Kuswanti, Ina dan Melina, Fitri. 2013. *Askeb II Persalinan*. Yogyakarta : Pustaka Pelajar.
- Lailiyana, dkk . 2011. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Persalinan*. Jakarta : EGC.
- Mansyur, N.,Dahlan A.K. 2014. *Buku ajar asuhan kebidanan masa nifas*. Malang : Selaksa Medika.
- Manuaba, IBG. 2010. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan Keluarga Berencana untuk Pendidikan Bidan* . EGC : Jakarta.
- Maritalia, Dewi. 2014. *Asuhan Kebidanan Nifas Dan Menyusui*. Yogyakarta : Pustaka Pelajar.
- Marmi. 2012. *Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas*. Yogyakarta. Yogyakarta : Pustaka Pelajar.
- Marmi. 2012. *Asuhan Kebidanan Pada Persalinan*. Yogyakarta.: Pustaka Pelajar.
- Marmi. 2014. *Asuhan Kebidanan Pada Masa Antenatal*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Menkes RI. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1464/Menkes/Per/X/2010 Tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan*. Jakarta.
- Mulyani, Nina Siti dan Mega Rinawati. 2013. *Keluarga Berencana dan Alat Kontrasepsi*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Muslihatun, Wafi Nur. 2010. *Asuhan Neonatus Bayi dan Balita*. Yogyakarta Fitra Maya.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2012. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.

- Nugroho, Taufan. Dkk. 2014. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan 1 Kehamilan*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Nugroho, Taufan. Dkk. 2014. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan 3 Nifas*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Pantikawati, Ika & Saryono. 2010. *Asuhan kebidanan (Kehamilan)*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Patricia,Ramona. 2013. *Buku Saku Asuhan Ibu dan Bayi Baru Lahir Edisi 5*: Jakarta. EGC.
- Pebryatie, Elit. 2014. *Modul Mata Kuliah Asuhan Kebidanan Kehamilan*. Cirebon: Poltekkes Tasikmalaya.
- Pudiastuti, Retna Dewi. 2011. *Asuhan Kebidanan Pada Hamil Normal dan Patologi*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Purwanti, Eni. 2011. *Asuhan Kebidanan Untuk Ibu Nifas*. Yogyakarta : Cakrawala Ilmu.
- Rochjati, Poedji. 2003. *Skrining Antenatal Pada Ibu Hamil*. Pusat safe motherhood-lab/smf obgyn rsu dr. Sutomo ; Fakultas Kedokteran UNAIR Surabaya.
- Rohani, dkk. 2011. *Asuhan Kebidanan pada Masa Persalinan*. Jakarta : Salemba Medika.
- Romauli, Suryati. 2011. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan 1*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Rukiyah, Ai Yeyeh, dkk. 2012. *Asuhan Kebidanan Pada Bayi Baru Lahir*. Jakarta: Trans Info Media.
- Rukiyah, Ai Yeyeh. Dkk. 2009. *Asuhan kebidanan II Persalinan* Jakarta : Cv Trans Info Media.
- Sarinah, dkk. 2010. *Asuhan Kebidanan Masa Persalinan*. Yogyakarta : Graha Ilmu.
- Saifuddin, Abdul Bari. 2011. *Acuan Pelayanan Maternal dan Neonatal*. Jakarta EGC.
- Saifuddin, Abdul Bari, dkk. 2010. *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontasepsi*. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka.
- Saifuddin, Abdul Bari. 2014. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Saryono. 2011. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta : Mitra Cendikia Press.
- Sudarti dan Endang Khoirunisa. 2010. *Asuhan Kebidanan Neonatus, Bayi dan Anak Balita*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Sugiyono. 2009. *Memahami Penelitian Kualitatif*. Bandung: Alfa Beta.
- Sukarni, Idan Margareth Z.H. 2013. *Kehamilan, Persalinan, dan Nifas*. Yogyakarta: Nuha Medika.

- Sulistiawaty, Ari. 2009. *Buku Ajar Asuhan Pada Ibu Nifas*, Yogyakarta: Andi.
- Syafrudin, dkk. 2009. *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan Untuk Bidan*. Jakarta : CV.Trans Info Media.
- Varney, Helen. 2009. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan*. Jakarta: EGC.
- Wahyuni, Sari. 2011. *Asuhan Neonatus Bayi Dan Balita*. Jakarta : EGC.
- Walyani, Elisabeth Siwi. 2015. *Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan*. Yogyakarta : Pustaka Baru Press.
- Wiknjosastro, Hanifa. 2007. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Wirakusumah, Firman F., dkk. 2012. *Obstetri Fisiologi Ilmu Kesehatan Reproduksi Edisi 2*. Jakarta: EGC.
- Yanti, Damai dan Dian Sundawati. 2011. *Asuhan Kebidanan Masa Nifas*. Bandung : Refika Aditama.