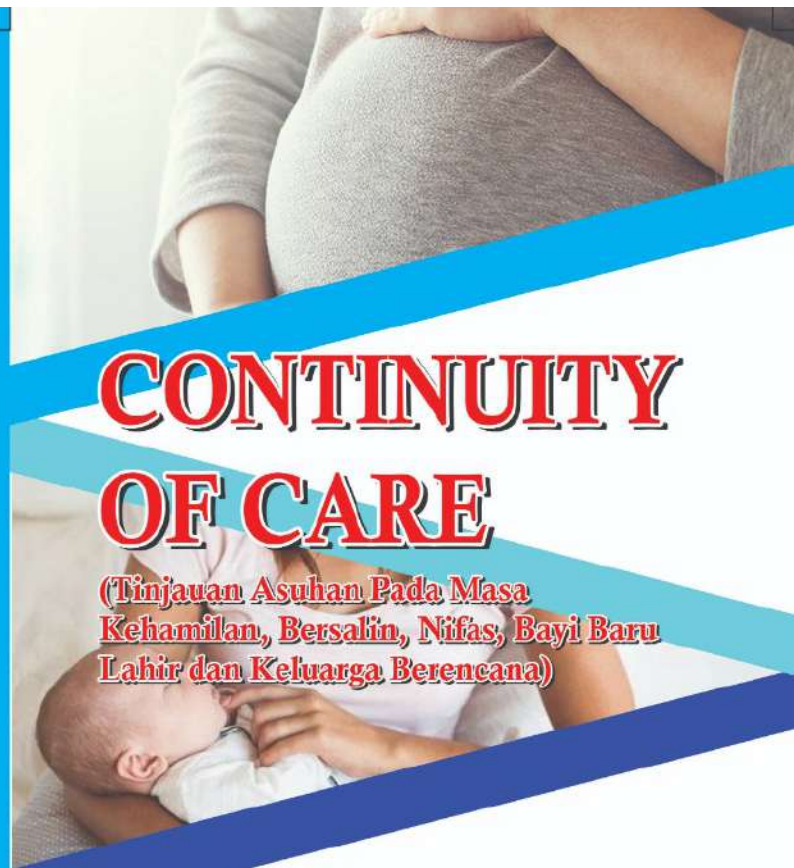


CONTINUITY OF CARE

(Tinjauan Asuhan Pada Masa Kehamilan, Bersalin, Nifas, Bayi Baru Lahir dan Keluarga Berencana)

Penulisan buku ini bertujuan untuk memenuhi kebutuhan referensi baik bagi dosen maupun bagi mahasiswa pada khususnya serta bagi ilmu kebidanan pada umumnya. Materi yang dibahas dalam buku ini adalah

- Bab 1 Pendahuluan
- Bab 2 Tinjauan Pustaka
- Bab 3 Tinjauan Kasus
- Bab 4 Pembahasan
- Bab 5 Penutup

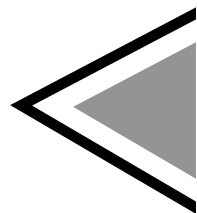


CONTINUITY OF CARE

(Tinjauan Asuhan Pada Masa Kehamilan, Bersalin, Nifas, Bayi Baru Lahir dan Keluarga Berencana)



Yulizawati, SST., M.Keb
Henni Fitria, SST., M.Keb
Yunita Chairani, S.Keb., Bd



CONTINUITY OF CARE

(Tinjauan Asuhan Pada Masa
Kehamilan, Bersalin, Nifas, Bayi Baru
Lahir dan Keluarga Berencana)



Yulizawati, SST., M.Keb
Henni Fitria, SST., M.Keb
Yunita Chairani, S.Keb., Bd

CONTINUITY OF CARE

(Tinjauan Asuhan Pada Masa Kehamilan, Bersalin, Nifas, Bayi Baru Lahir dan Keluarga Berencana)

Yulizawati, SST., M.Keb

Henni Fitria, SST., M.Keb

Yunita Chairani, S.Keb., Bd



Edisi Asli

Hak Cipta © 2021 pada penulis

Griya Kebonagung 2, Blok I2, No.14

Kebonagung, Sukodono, Sidoarjo

Telp.: 0812-3250-3457

Website: www.indomediapustaka.com

E-mail: indomediapustaka.sby@gmail.com

Hak cipta dilindungi undang-undang. Dilarang memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini dalam bentuk apa pun, baik secara elektronik maupun mekanik, termasuk memfotokopi, merekam, atau dengan menggunakan sistem penyimpanan lainnya, tanpa izin tertulis dari Penerbit.

UNDANG-UNDANG NOMOR 19 TAHUN 2002 TENTANG HAK CIPTA

1. Barang siapa dengan sengaja dan tanpa hak mengumumkan atau memperbanyak suatu ciptaan atau memberi izin untuk itu, dipidana dengan pidana penjara paling lama 7 (**tujuh**) tahun dan/atau denda paling banyak **Rp 5.000.000.000,00 (lima miliar rupiah)**.
2. Barang siapa dengan sengaja menyiarkan, memamerkan, mengedarkan, atau menjual kepada umum suatu ciptaan atau barang hasil pelanggaran Hak Cipta atau Hak Terkait sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dipidana dengan pidana penjara paling lama 5 (**lima**) tahun dan/atau denda paling banyak **Rp 500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah)**.

Yulizawati

Fitria, Henni

Chairani Yunita

Continuity of Care/Yulizawati, Henni Fitria, Yunita Chairani

Edisi Pertama

—Sidoarjo: Indomedia Pustaka, 2021

Anggota IKAPI No. 195/JTI/2018

1 jil., 17 × 24 cm, 104 hal.

ISBN: 978-623-6133-03-3

1. Kebidanan

I. Judul

2. Continuity of Care

II. Yulizawati, Henni Fitria, Yunita Chairani

PRAKATA

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT. Karena atas rahmat dan karunia-Nya yang tak terhingga penulis dapat menyelesaikan Buku *Continuity Of Care*. Penulisan buku ini bertujuan untuk memenuhi kebutuhan referensi baik bagi dosen maupun bagi mahasiswa pada khususnya serta bagi ilmu kebidanan pada umumnya. Pada kesempatan kali ini penulis mengucapkan terima kasih yang tiada hingga kepada:

1. Rektor Universitas Andalas Prof. Dr. Yuliandri, SH., MH yang selalu memberikan kesempatan pengembangan bagi dosen dalam pelaksanaan tri dharma perguruan tinggi
2. Ketua LPPM Universitas Andalas Dr. Ing. Gatot S. Dinata, yang telah memberikan dorongan dan kesempatan kepada penulis
3. Dekan Fakultas Kedokteran Dr. dr. Rika Susanti, Sp.FM (K), yang selalu memberikan motivasi dan arahan bagi penulis
4. Bapak Heru Dibyo Laksono, ST., MT, yang selalu memfasilitasi dan memotivasi penulis
5. Bapak dan ibu dosen yang selalu memberikan inspirasi kepada penulis

Padang, 14 Pebruari 2021

Penulis

DAFTAR ISI

PRAKATA	iii
DAFTAR ISI	v
DAFTAR TABEL	viii
DAFTAR GAMBAR	viii
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	3
2.1 Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan	3
2.1.1. Pengertian Kehamilan	3
2.1.2. Tanda Kehamilan	3
2.1.3. Fisiologi Kehamilan	4
2.1.4. Perubahan Psikologis Dalam Kehamilan	6
2.1.5. Tanda Bahaya Dalam Kehamilan.....	8
2.1.6. Asuhan Kehamilan	9
2.1.7. Tujuan Asuhan Kehamilan.....	9
2.1.8. Standar Pelayanan <i>Antenatal Care</i>	10
2.1.9. Kunjungan <i>Antenatal Care</i>	12
2.1.10. Model Praktik Asuhan Kehamilan	14
2.2 Asuhan Kebidanan Pada Persalinan	15
2.2.1. <i>Pengertian Persalinan</i>	15
2.2.2. <i>Teori Persalinan</i>	16
2.2.3. <i>Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan</i>	16
2.2.4. <i>Tahapan Persalinan</i>	18

2.2.5. Mekanisme Persalinan Normal.....	20
2.2.6. Asuhan Persalinan.....	22
2.3 Asuhan Kebidanan Nifas.....	25
2.3.1. Pengertian Nifas.....	25
2.3.2. Fisiologi Nifas.....	26
2.3.3. Perubahan Psikologis Pada Masa Nifas.....	28
2.3.4. Kebutuhan Masa Nifas.....	29
2.3.5. Asuhan Kebidanan Ibu Nifas.....	31
2.4 Asuhan Kebidanan Pada Bayi Baru Lahir.....	32
2.4.1. Konsep Bayi Baru Lahir.....	32
2.4.2. Kebutuhan Bayi Baru Lahir.....	33
2.4.3. Asuhan Bayi Baru Lahir.....	34
2.4.4. Tanda Bahaya BBL dan Neonatus.....	38
2.4.5. Kunjungan Neonatus.....	38
2.5 Asuhan Kebidanan Pada Keluarga Berencana.....	38
2.5.1. Pengertian Keluarga Berencana.....	38
2.5.2. Tujuan Program KB.....	39
2.5.3. Sasaran Program KB.....	39
2.5.4. Jenis Kontrasepsi.....	39
2.5.5. Asuhan Keluarga Berencana.....	42
2.6 Manajemen Asuhan Kebidanan.....	43
2.7 Dokumentasi Asuhan Kebidanan.....	45
2.7.1. Metode SOAP.....	45
2.7.2. Refleksi Kasus.....	46
BAB III TINJAUAN KASUS	48
3.1 Asuhan Kebidanan Kehamilan.....	48
3.2 Asuhan Kebidanan Persalinan.....	54
3.3 Asuhan Kebidanan Nifas.....	60
3.4 Asuhan Kebidanan Pada Bayi Baru Lahir.....	67
3.5 Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana.....	73
BAB IV PEMBAHASAN	77
4.1 Asuhan Kebidanan dalam Kehamilan.....	78
4.2 Asuhan Kebidanan dalam Persalinan.....	80
4.3 Asuhan Kebidanan Masa Nifas.....	83
4.4 Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir.....	84
4.5 Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana (Pasca Salin).....	86

BAB V PENUTUP	89
5.1 Kesimpulan.....	89
DAFTAR PUSTAKA.....	91

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Perkembangan Janin Intrauterin (Prawirohardjo, 2016 dan Fatimah, 2017).....	6
Tabel 2.2 Tugas Psikologis pada Masa Hamil (Sinclair, 2010 dan Tyastuti, 2017).....	7
Tabel 2.3 Pemberian Imunisasi TT (Kemenkes, 2013 dan 2015)	12
Tabel 2.4 Rekomendasi Minimal Kunjungan Antenatal WHO 2016 (WHO, 2018).....	13
Tabel 2.5 Jadwal kunjungan ANC dan Tujuan Setiap Kunjungan.....	14
Tabel 2.6 Pemantauan Kala II (Kurniarum, 2016)	19
Tabel 2.7 Evidence Based Kala II Persalinan (Yulizawati, 2019)	19
Tabel 2.8 Perubahan Normal Pada Uterus Selama Masa Nifas (Heryani, 2015)	26
Tabel 2.9 Pengeluaran Lochea (Heryani, 2015).....	27
Tabel 2.10 APGAR Score	37

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Asinklitismus Anterior, Sinklitismus, dan Asinklitismus Posterior.....	20
Gambar 2.2 Proses Penurunan Kepala Janin.....	21
Gambar 2.3 Gibb's Reflective Cycle.....	47

Bab 1 PENDAHULUAN

1.1 LATAR BELAKANG

Indikator kesejahteraan suatu negara salah satunya dilihat dari Angka Kematian Ibu (AKI). Target AKI pada tahun 2030 adalah untuk menurunkan angka kematian ibu hingga 70 per 100.000 (UN, 2017). Hingga tahun 2019 AKI di Indonesia masih jauh dari target tersebut yaitu 305 per 100.000 kelahiran hidup (Susiana, 2019). Data Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat menyebutkan bahwa di tahun 2017 terdapat 113 kasus kematian ibu. Jumlah tersebut bahkan meningkat dibandingkan tahun 2016 silam yaitu 108 kasus. Berbeda dengan keadaan AKI di Kota Padang 2018 yang mengalami penurunan sebanyak 17 kasus menjadi 16 kasus per 100.000 kelahiran hidup (Dinkes Kota Padang, 2019).

Tingginya AKI ini diakibatkan komplikasi kebidanan yang dialami oleh ibu yang tidak ditangani dengan baik dan tepat waktu. Komplikasi tersebut dapat terjadi sepanjang masa kehamilan, persalinan dan nifas. Sekitar 15% kehamilan dan persalinan mengalami komplikasi (Achadi, 2019). Selain itu, kesiapan untuk menghadapi kehamilan dan pemeriksaan selama kehamilan juga memengaruhi AKI (Susiana, 2019).

Berbagai usaha dilakukan untuk menurunkan AKI. Upaya yang sudah pernah dilakukan oleh pemerintah adalah membentuk program diantaranya Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) dan Bantuan Operasional Kesehatan (BOK), program *safe motherhood initiative* tahun 1990, *Making Pregnancy Safer* tahun 2000 dan pada tahun 2012 program *Expanding Maternal and Neonatal Survival* (EMAS) (Susiana, 2019).

Penurunan AKI sebagai bentuk peningkatan kualitas kesehatan ibu dan bayi. Hal ini menjadi prioritas kesehatan dunia. Salah satu langkah yang direkomendasikan *World Health Organization* (WHO) adalah memberikan pelayanan menyeluruh dan berkelanjutan

pada ibu dan bayi atau disebut dengan *continuity of care* (COC), salah satunya adalah *midwife-led continuity of care* (Ricchi, 2019).

Midwife-led continuity of care (MLCC) adalah asuhan yang diberikan kepada seorang wanita dari bidan atau tim bidan yang sama selama masa kehamilan. Berdasarkan hasil penelitian dan data yang telah dikumpulkan oleh WHO bekerjasama dengan Cochrane menyatakan bahwa ibu hamil yang mendapatkan MLCC meningkatkan kemungkinan kelahiran pervaginam sebanyak 1,05 kali dibandingkan dengan ibu hamil yang tidak mendapatkan MLCC. Selain itu, model asuhan MLCC ini juga dapat menaikkan tingkat kepuasan klien sebesar 1,31 kali terhadap layanan pada masa kehamilan yang didapatkan. (WHO, 2018).

Bidan harus memiliki filosofi asuhan kebidanan yang menekankan asuhannya terhadap perempuan (*Woman Centered Care*). Salah satu upaya untuk meningkatkan klasifikasi bidan adalah menerapkan juga model asuhan kebidanan yang berkelanjutan (MLCC/COC) dalam proses pendidikan kebidanan klinik (Hanifaria, 2015).

Berdasarkan uraian diatas, maka penulis tertarik untuk melakukan *midwife-led continuity of care during pregnancy* sebagai bentuk *continuity of care* (COC) atau asuhan kebidanan berkelanjutan kepada satu klien mulai dari masa kehamilan (>38 minggu), persalinan, nifas, bayi baru lahir dan pemilihan kontrasepsi (Keluarga Berencana).

Bab 2 **TINJAUAN PUSTAKA**

2.1 ASUHAN KEBIDANAN PADA KEHAMILAN

2.1.1 Pengertian Kehamilan

Kehamilan adalah hasil dari proses pertemuan sel sperma dan ovum dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi, berlangsung selama 40 minggu (Prawirohardjo, 2016). Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin (280 hari/40 minggu) atau 9 bulan 7 hari (Yulizawati, 2017). Manuaba (2010) juga menyebutkan bahwa kehamilan merupakan sebuah proses mata rantai berkesinambungan dan terdiri dari ovulasi, migrasi, spermatozoa dan ovum, konsepsi dan pertumbuhan zigot, nidasi pada uterus, pembentukan plasenta dan tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm.

Selain itu, kehamilan juga merupakan proses alamiah untuk menjaga kelangsungan peradaban manusia. Kehamilan baru bisa terjadi jika seorang wanita sudah mengalami pubertas yang ditandai dengan terjadinya menstruasi (Ummi, 2010). Berdasarkan uraian diatas dapat disimpulkan bahwa kehamilan adalah proses alamiah yang dapat terjadi pada wanita yang sudah pubertas mulai dari pertemuan sel sperma dan ovum hingga tumbuh kembang janin sampai aterm selama lebih kurang 40 minggu. Masa kehamilan terbagi dalam tiga trimester, trimester satu berlangsung dalam 13 minggu, trimester kedua 14 minggu (minggu ke-14 hingga ke-27), dan trimester ketiga 13 minggu (minggu ke-28 hingga ke-40) (Yulistiana, 2015).

2.1.2 Tanda Kehamilan

Untuk menentukan seorang wanita dalam keadaan hamil atau tidak, maka perlu di tegakkan diagnosa kehamilan. Dalam menegakkan diagnosis kehamilan terdapat beberapa tanda

yang dapat diperhatikan baik dari hasil anamnesa maupun dari pemeriksaan fisik dan hasil laboratorium. Menurut Manuaba (2010), terdapat tiga tanda kehamilan, yaitu tanda dugaan hamil, tanda tidak pasti hamil dan tanda pasti hamil.

Tanda dugaan hamil terbagi menjadi dua yaitu gejala subjektif dan gejala objektif. Gejala subjektif didapatkan dari pengakuan ibu/klien hasil anamnesa. Beberapa gejala subjektif adalah mual muntah (*morning sickness*), gangguan miksuria, cepat lelah, terasa gerakan janin. Tanda ini tidak dapat memastikan sebuah kehamilan karena juga merupakan tanda gejala dari beberapa diagnosis lain seperti anemia, infeksi saluran kemih dan psikosomatis karena tingginya harapan ibu untuk hamil. Gejala objektif dikenal oleh ibu yang sudah pernah mengalami kehamilan, yaitu seperti terlambat menstruasi, perubahan pada mammae, pigmentasi kulit dan abdominal striae (Manuaba, 2010).

Tanda tidak pasti hamil diantaranya adalah terjadinya pembesaran abdomen, terjadi perubahan konsistensi bentuk dan ukuran uterus, perubahan anatomi serviks. Selain itu terjadinya *braxton hicks* dan munculnya tanda chadwick, piscasek dan tanda hegar (Manuaba, 2010). Tanda chadwick adalah perubahan warna menjadi kebiruan atau keunguan pada vulva, vagina dan serviks. Tanda piscacek adalah pembesaran asimetri dan penonjolan pada salah satu kornu pada pemeriksaan bimanual. Tanda hegar adalah pelunakan dan kompresibilitas ismus serviks sehingga ujung-ujung jari seakan dapat ditemukan apabila ismus ditekan dari arah yang berlawanan. Ketiga tanda ini biasa terjadi pada masa kehamilan awal, namun tidak dapat dijadikan tanda pasti kehamilan karena juga dapat merupakan tanda patologi atau pertumbuhan tumor ada sistem reproduksi (Prawirohardjo, 2016).

Tanda pasti hamil didapatkan dari hasil pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang. Tanda pasti hamil diantaranya adalah terdengar detak jantung janin. Biasanya detak jantung janin mulai bisa didengarkan pada usia kehamilan 16-20 minggu (doppler) atau mulai terdengar usia kehamilan 14-16 minggu (Ultrasonografi/USG). Tanda pasti hamil lainnya yaitu terasa gerakan janin pada saat palpasi leopold, pada pemeriksaan USG tampak kerangka, jantung dan gerak janin (Manuaba, 2010).

2.1.3 Fisiologi Kehamilan

Perubahan fisiologis muncul selama kehamilan karena perkembangan janin dan mempersiapkan ibu untuk persalinan dan kelahiran. Perubahan fisiologi yang terjadi selama masa kehamilan ini diakibatkan peningkatan metabolisme yang terjadi untuk perkembangan janin serta mempersiapkan untuk proses persalinan. Beberapa perubahan ini mempengaruhi tingkat biokimia normal dan mungkin juga menimbulkan gejala penyakit. Penting untuk dapat membedakan perubahan psikologi yang masih dalam batas normal dengan yang patologi. Beberapa perubahan penting pada masa kehamilan terjadi ada kardiovaskular, pernapasan, hormonal, dan sistem tubuh lainnya (Pillay, 2016 dan Bhatia, 2018).

Perubahan terjadi pada beberapa sistem tubuh, salah satunya pada haematologi. Terjadi peningkatan yang tinggi pada volume plasma selama kehamilan. Peningkatan dimulai dari usia kehamilan 6-8 minggu. Peningkatan maksimum terjadi sebanyak 20% pada pertengahan trimester III dengan 50% muncul pada usia kehamilan 34 minggu dan bergantung pada berat bayi. Peningkatan ini sekitar 40-50% dari volume plasma. Karena peningkatan volume plasma tidak diikuti dengan peningkatan sel darah merah, maka akan mengakibatkan penurunan pada kadar haemoglobin, hematokrit, dan jumlah sel darah merah. Kejadian ini disebut dengan hemodilusi. Pengurangan jumlah platelet pada kehamilan normal adalah 100×10^9 cells/l, jika rendah dari itu, maka dikatakan trombositopenia. Kebutuhan akan asam folat juga meningkat. Terjadi perubahan pada sistem koagulasi. Perubahan ini juga menimbulkan anemia fisiologis pada ibu hamil (Pillay, 2016 dan Bhatia, 2018).

Perubahan juga terjadi pada jantung. Perubahan ini terjadi akibat peningkatan kadar hormon estrogen dan progesteron yang menyebabkan vasodilatasi pada pembuluh darah perifer dan penurunan pada resistensi vaskular sistemik (Bhatia, 2018). Kardiak output sudah meningkat sebanyak 20% pada kehamilan 8 minggu. Kardiak output tertinggi terjadi pada usia kehamilan 20-28 minggu. Peningkatan denyut jantung 10-20 bpm. Tekanan darah biasanya menurun pada trimester 1 dan 2 tapi kembali meningkat pada keadaan sebelum hamil pada trimester 3 (Pillay, 2016).

Perubahan pada sistem renal. Aliran darah ke ginjal meningkat karena peningkatan aliran darah oleh jantung, hal ini mengakibatkan peningkatan Glomerular filtration rate (GFR), resistensi vaskular renal menurun, dan hal ini yang pada akhirnya mendapati ibu hamil dengan proteinuria. Peningkatan aliran darah ginjal menyebabkan peningkatan kapasitas ginjal sekitar 1-1.5 cm dan terjadi dilatasi pada saluran-saluran ginjal serta ureter (Pillay, 2016).

Selain perubahan pada sistem jantung, darah dan ginjal, juga terjadi perubahan pada sistem yang lainnya seperti metabolisme air, dimana jumlah volume yang meningkat mengikuti peningkatan volume plasma, pada trimester 3 peningkatan dapat mencapai 50-60%. Selain itu juga terjadi perubahan pada sistem pernapasan. Kebutuhan oksigen meningkat menjadi 20% dan metabolismenya meningkat 15%. Terjadi juga peningkatan ventilasi selama 40-50% (Pillay, 2016).

Perubahan terutama juga terlihat pada sistem hormon, diantaranya hormon tiroid, kelenjar adrenal, kelenjar pituitari (terutama mengatur hormon progesteron dan estrogen, serta untuk memproduksi prolaktin dan prostaglandin untuk memulai persalinan). Perubahan hormonal juga terlihat pada ibu pada awal trimester I dan trimester III. Ibu pada saat ini mengalami pola tidur yang tidak teratur antara waktu tidur dan bangun disebabkan gangguan miksi dan ketidaknyamanan lainnya. Hal ini mempengaruhi kadar hormon kortisol dan melatonin yang kemudian berdampak pada tingkat stress ibu hamil (Kovacs, 2019).

Selain itu terjadi juga perubahan pada metabolisme gula, lemak, protein, serta kalsium. Kebutuhan ibu akan mikro dan makro mineral meningkat selama kehamilan, maka harus diimbangi dengan konsumsi dari luar tubuh. Selain itu, pada ibu hamil terjadi perubahan pada sistem muskuloskeletal (Pillay, 2016). Selain perubahan ada sistem tubuh ibu, juga terdapat beberapa perubahan berupa pertumbuhan dan perkembangan sistem tubuh janin didalam uterus selama masa kehamilan. Secara singkat dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 2. 1 Perkembangan Janin Intrauterin (Prawirohardjo, 2016 dan Fatimah, 2017)

Usia Gestasi (Minggu)	Perkembangan Organ
6	Pembentukan hidung, dagu, palatum, dan tonjolan paru. Jari-jari telah terbentuk, namun masih terenggam. Jantung telah terbentuk penuh
7	Mata tampak pada muka. Pembentukan alis dan lidah
8	Mirip bentuk manusia, mulai pembentukan genitalia eksterna. Sirkulasi melalui tali pusat dimulai. Tulang mulai terbentuk.
9	Kepala meliputi separuh besar janin, terbentuk wajah, kelopak mata terbentuk namun belum membuka sampai usia kehamilan 2 minggu
13-16	Janin berukuran 15 cm. Ini merupakan awal dari trimester 2. Kulit janin masih transparan, telah mulai tumbuh lanugo. Janin bergerak aktif, yaitu menghisap dan menelan air ketuban. Telah terbentuk mekonium dalam usus. Jantung berdenyut 120-150 x/menit.
17-24	Komponen mata terbentuk penuh, jugasidik jari. Seluruh tubuh diliputi verniks kaseosa. Janin mempunyai refleks.
25-28	Permulaan trimester 3. Terdapat perkembangan otak yang cepat. Sistem saraf mengendalikan gerakan dan fungsi tubuh, mata sudah terbuka. Kelangsungan hidup pada periode ini sangat sulit bila lahir.
29-32	Bila bayi dilahirkan kemungkinan hidup 50-70%. Tulang telah terbentuk sempurna, gerakan napas telah reguler, suhu relatif stabil.
33-36	Berat janin 1500-2500 gram. Lanugo mulai berkurang, pada saat 35 minggu paru telah matur. Janin akan dapat hidup tanpa kesulitan.
38-40	Sejak 38 minggu kehamilan telah aterm. Bayi memenuhi seluruh uterus. Air ketuban mulai berkurang, tapi masih dalam batas normal.

2.1.4 Perubahan Psikologis Dalam Kehamilan

Selama kehamilan tidak hanya terjadi perubahan fisik tapi juga perubahan psikologis. Peran orangtua muncul selama masa kehamilan. Perubahan peran ini terjadi pada ibu dan ayah bayi. Adapun tugas psikologi orang tua selama kehamilan dijabarkan pada tabel berikut :

Tabel 2. 2 Tugas Psikologis pada Masa Hamil (Sinclair, 2010 dan Tyastuti, 2017)

Trimester Pertama	Trimester Kedua	Trimester Ketiga
IBU		
<ul style="list-style-type: none"> • Perasaan ambivalensi hilang. • Mulai mengamati perubahan akibat kehamilan, • Menerima janin sebagai sesuatu yang sekaligus nyata. • Lebih tertutup (introvert). • Terjadi perubahancitra diri • menjadi lebih <i>moody</i>. • takut untuk melakukan senggama atau tidak terlalu nyaman untuk melakukan aktivitas seksual. 	<ul style="list-style-type: none"> • Perasaan mulai nyaman namun, merasa kurang puas dengan perubahan tubuh • mulai bisa menikmati seks atau ada juga yang masih menghindarinya. • Mulai menikmati perkembangan identitas maternal. • Menggali dan mengembangkan hubungan dengan ibunya. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mencoba-cobaperan. • Kondisi rentan, sangat ingin disayang. • Semangat menantikan kehamilan berakhir disertai perasaan takut. • Bermimpi, berfantasi tentang bayi. • Memulai persiapan menyambut persalinan dan kelahiran. • Menyusun rencana untuk periode pascapartum. • Membutuhkan penerimaan sosial. • Kurang percaya diri. • Senggama menjadi kurang nyaman.
AYAH		
<ul style="list-style-type: none"> • Menerima realitas kehamilan • Merasa bangga ataupun bersalah • Perasaan ambivalen hilang • Dapat mengalami seolah-olah hamil seperti ngidam • Merasakan kebutuhan untuk melindungi dan fokus pada peran mencari nafkah 	<ul style="list-style-type: none"> • Membangun jaringan dengan pria lain untuk mendengarkan pengalaman mereka • Mengembangkan identitas seorang ayah • Mengalamirasa cemas dan mudah tersinggung • Bervariasi dalam bereaksi terhadap perubahan fisik dan dapat lebih atau kurang tertarik dalam berhubungan seks 	<ul style="list-style-type: none"> • Mempersiapkan diri menyambut persalinan dan kelahiran. • Dapat merasa cemas terhadap tubuh pasangannya • Melakukan introspeksi • Menggali hubungan dengan ayah sendiri sambil mengembangkan citra seorang “ayah”

Selain itu, selama masa kehamilan juga mulai dijalin kelekatan (*bounding*) antara ibu dan janin. Kelekatan ibu dan janin digambarkan dalam lima dimensi yaitu diferensiasi diri dari janin, interaksi dengan janin, karakteristik yang menyertai pada janin, persiapan diri dan menjalankan peran. Kelekatan ini akan meningkat seiring pertambahan usia kehamilan. Kelekatan juga akan memengaruhi kompetensi pengasuhan yang akan ibu lakukan. Beberapa hal yang dapat dilakukan untuk membentuk kelekatan ibu dan janin diantaranya adalah berbincang-bincang dengan janin, bercakap-cakap dengan janin sebagai respon gerakan janin, memanggil janin dengan sebuah nama, memperhatikan perbedaan gerakan janin, membaca tentang perkembangan janin dan anak, perilaku kesehatan dan menyiapkan rumah. Kelekatan ibu dan janin dipengaruhi oleh dukungan ayah janin (Sinclair, 2010).

Pada ibu multigravida juga perlu memperhatikan persiapan psikologis saudara kandung. Jika saudara kandung tidak disiapkan dari awal maka berisiko terjadinya sibling rivalry atau timbulnya rasa persaingan antar saudara kandung karena takut kehilangan kasih sayang dari orang tua. Biasanya kejadian ini banyak terjadi pada anak usia toddler (2-3 tahun). Cara mencegah hal ini terjadi, orang tua dapat memberi tahu anak sejak dini tentang kehamilan, anak diberi kesempatan merasakan bayi atau adiknya bergerak dalam rahim dan dijelaskan bahwa rahim adalah tempat adiknya tumbuh dan berkembang. Selain itu, anak dapat diikutsertakan dalam membantu mempersiapkan keperluan adiknya dan orangtua membantu anak menyesuaikan perubahan ini (Yulizawati, 2017).

2.1.5 Tanda Bahaya Dalam Kehamilan

Pada masa kehamilan dapat terjadi beberapa komplikasi atau masalah. Komplikasi atau masalah ini akan menimbulkan tanda ataupun gejala yang terjadi atau dirasakan oleh ibu hamil. Adapun beberapa tanda bahaya tersebut adalah perdarahan, oedema, demam tinggi, keluar air ketuban dan berkurangnya gerakan janin (Kemenkes, 2019).

Perdarahan dapat terjadi pada kehamilan muda (<20 minggu) ataupun kehamilan lanjut (>20 minggu). Perdarahan pada saat hamil muda dapat menyebabkan keguguran. Sedangkan, perdarahan pada saat kehamilan tua dapat membahayakan keselamatan ibu dan janin dalam kandungan. Perdarahan kehamilan muda dapat berupa abortus, kehamilan ektopik terganggu, mola hidatidosa ataupun missed abortus. Perdarahan kehamilan tua dapat berupa plasenta previa dan solutsio plasenta. Tanda bahaya lainnya adalah bengkak pada kaki, tangan, dan wajah, atau sakit kepala kadang kala disertai kejang. Bengkak atau sakit kepala pada ibu hamil dapat membahayakan keselamatan ibu dan bayi dalam kandungan karena dapat merupakan tanda gejala awal keadaan preeklamsia/eklamsia pada ibu (Prawirohardjo, 2016 dan Kemenkes, 2019).

Selain itu, demam tinggi pada ibu hamil juga dapat menjadi tanda bahaya. Biasanya kondisi ini disebabkan oleh infeksi atau malaria. Demam tinggi dapat membahayakan keselamatan ibu, menyebabkan keguguran atau kelahiran kurang bulan. Normalnya, selaput ketuban akan pecah pada saat proses persalinan saat pembukaan hampir lengkap. Keluarnya air ketuban sebelum waktunya merupakan tanda bahaya. Hal ini menandakan gangguan pada kehamilan dan dapat membahayakan bayi dalam kandungan. Selama kehamilan lanjut ibu diminta untuk memperhatikan gerakan janin. Keadaan gerakan janin dalam kandungan berkurang atau tidak bergerak menjadi tanda adanya keadaan bahaya pada janin (Prawirohardjo, 2016 dan Kemenkes, 2019).

Jika ditemukan tanda bahaya dalam kehamilan, hal ini menjadi indikasi untuk dilakukan penanganan kegawatdaruratan dan membutuhkan rujukan segera. Rujukan dilakukan ke fasilitas pelayanan kegawatdaruratan obstetri yang sesuai. Sebelum

dilakukan rujukan harus dilakukan penanganan awal pada kegawatdaruratan sebelumnya (Kemenkes, 2013).

2.1.6 Asuhan Kehamilan

Asuhan pada masa kehamilan disebut juga dengan Antenatal care (ANC) merupakan pengawasan pada ibu hamil yang dilakukan selama masa kehamilan. Pengawasan antenatal dan postnatal sangat penting dalam menurunkan angka kesakitan dan angka kematian ibu maupun perinatal (Manuaba, 2010). Antenatal Care adalah pengawasan sebelum persalinan terutama ditujukan pada pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim (WHO, 2018). Asuhan selama masa antenatal adalah upaya preventif program pelayanan kesehatan obstetrik untuk optimalisasi luaran maternal dan neonatal melalui serangkaian kegiatan pemantauan rutin selama kehamilan (Prawirohardjo, 2016).

Pelayanan kesehatan selama masa kehamilan bertujuan untuk memenuhi hak setiap ibu hamil memperoleh pelayanan kesehatan berkualitas sehingga mampu menjalani kehamilan dengan sehat, bersalin dengan selamat dan melahirkan bayi yang sehat dan berkualitas (Permenkes, 2014). Pelayanan Antenatal Care adalah pelayanan kesehatan oleh tenaga kesehatan terlatih untuk ibu selama masa kehamilannya, dilaksanakan sesuai dengan standar pelayanan antenatal yang ditetapkan dalam standar pelayanan kebidanan (Kemenkes, 2019). Pelayanan ini dapat diperoleh dari bidan atau dokter atau dokter spesialis kebidanan di fasilitas pelayanan kesehatan milik negara ataupun swasta yang memiliki surat tanda registrasi dan surat ijin praktik (Permenkes, 2016).

Asuhan kehamilan memiliki prinsip bahwa kehamilan dan kelahiran adalah sebuah proses yang normal, dalam asuhan melakukan pemberdayaan pada ibu dan keluarga, ibu dan keluarga diberikan informasi agar dapat membuat suatu keputusan, intervensi yang diberikan tidak secara rutin namun berdasarkan indikasi dan bersifat tidak membahayakan bagi ibu dan janin, serta bidan bertanggung jawab terhadap kualitas asuhan yang diberikan (Yulizawati, 2017).

2.1.8 Tujuan Asuhan Kehamilan

Adapun beberapa alasan pentingnya asuhan kehamilan adalah untuk membangun rasa saling percaya antara klien dan petugas kesehatan, mengupayakan terwujudnya kondisi terbaik bagi ibu dan janin, memperoleh informasi dasar tentang kesehatan ibu dan kehamilannya, mengidentifikasi dan menatalaksana kehamilan risiko tinggi, memberikan informasi yang diperlukan dalam menjaga kualitas kehamilan dan merawat bayi, menghindari gangguan kesehatan selama kehamilan yang dapat membahayakan keselamatan ibu dan janin (Prawirohardjo, 2016).

Selain itu, asuhan kebidanan juga bertujuan memantau kehamilan dan memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang janin, meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental dan sosial ibu dan janin, mengenali secara dini ketidaknormalan selama hamil, mempersiapkan persalinan cukup bulan dengan trauma seminimal mungkin, mempersiapkan masa nifas normal dan pemberian ASI Eksklusif, serta mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima bayi (Yulizawati, 2017 dan Tyastuti, 2017).

Untuk mencapai tujuan dari ANC tersebut dilakukan pemeriksaan dan pengawasan wanita selama kehamilannya secara berkala dan teratur agar bila timbul kelainan kehamilan atau gangguan kesehatan sedini mungkin diketahui sehingga dapat dilakukan perawatan yang cepat dan tepat. (Kemenkes, 2019). Pelayanan ANC yang berkualitas dapat meningkatkan deteksi dini komplikasi pada ibu dan janin selama masa kehamilan dan menjaga keamanan persalinan yang berpotensi sulit (Downe et al, 2015 dan Marniyati, 2016).

2.1.8 Standar Pelayanan *Antenatal Care*

Dalam melaksanakan pelayanan Antenatal Care, terdapat sepuluh standar pelayanan yang harus dilakukan oleh bidan atau tenaga kesehatan yang dikenal dengan 10 T. Pelayanan atau asuhan standar minimal 10 T diantaranya timbang berat badan dan ukur tinggi badan, ukur tekanan darah, nilai status gizi (Ukur Lingkar Lengan Atas/ LILA), ukur tinggi puncak rahim (fundus uteri), tentukan presentasi janin dan Denyut Jantung Janin (DJJ), skrining status imunisasi tetanus dan berikan imunisasi Tetanus Toksoid (TT) bila diperlukan, pemberian tablet tambah darah minimal 90 tablet selama kehamilan, tes laboratorium: tes kehamilan, pemeriksaan hemoglobin darah (Hb), pemeriksaan golongan darah (bila belum pernah dilakukan sebelumnya), pemeriksaan protein urin (bila ada indikasi); yang pemberian pelayanannya disesuaikan dengan trimester kehamilan, tatalaksana/penanganan kasus sesuai kewenangan dan temu wicara (konseling) (Permenkes, 2016).

Timbang berat badan dan ukur tinggi badan. Pertambahan berat badan yang normal pada ibu hamil yaitu berdasarkan massa tubuh (body mass Index/BMI) dimana metode ini untuk pertambahan berat badan yang optimal selama masa kehamilan, karena merupakan hal yang penting mengetahui BMI wanita hamil. Total pertambahan berat badan pada kehamilan yang normal 11,5 – 16 kg atau pertambahan berat badan setiap minggunya adalah 0,4 – 0,5 kg (Kusmiyati, 2008). Menurut Kemenkes (2010), mengukur tinggi badan adalah salah satu deteksi dini kehamilan dengan faktor resiko, dimana bila tinggi badan ibu hamil kurang dari 145 cm atau dengan kelainan bentuk panggul dan tulang belakang.

Pemeriksaan tekanan darah. Pada saat kehamilan, tekanan darah seorang ibu hamil merupakan faktor penting dalam memberikan makanan pada janin pengaturan tekanan

darah selama kehamilan sangat tergantung pada hubungan antara curah jantung dan tekanan atau resistensi pada pembuluh darah, yang keduanya berubah selama kehamilan. Tekanan darah yang normal 110/80 – 140/90 mmHg, bila melebihi 140/90 mmHg perlu diwaspadai adanya preeklamsia (Jannah, 2012).

Nilai status gizi (ukur lingkaran lengan atas). Menurut Kristiyana (2010), pada ibu hamil pengukuran lingkaran lengan atas/LILA merupakan satu cara untuk mendeteksi dini adanya kurang energi kronik (KEK) atau kekurangan gizi. Malnutrisi pada ibu hamil mengakibatkan transfer nutrisi ke janin berkurang, sehingga pertumbuhan janin terhambat dan berpotensi melahirkan bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR).

BBLR berkaitan dengan volume otak dan IQ seorang anak. Disebut KEK apabila ukuran LILA <23,5 cm, yang menggambarkan kekurangan pangan dalam jangka baik dalam jumlah maupun kualitasnya. Selanjutnya, pemeriksaan puncak rahim (tinggi fundus uteri). Pemeriksaan kehamilan untuk menentukan tuanya kehamilan dan berat badan janin dilakukan dengan pengukuran tinggi fundus uteri yang dapat dihitung dari tanggal haid terakhir yang menggunakan rumus. Apabila usia kehamilan dibawah 20 minggu pengukuran dilakukan dengan jari, tetapi apabila kehamilan diatas 20 minggu pengukuran menggunakan pita ukur (sentimeter) dari pinggir atas simfisis ke fundus uteri kemudian ditentukan sesuai rumusnya. Cara menghitungnya adalah modifikasi Spiegelberg yaitu jarak fundus – simfisis dalam centimeter dibagi 3,5 merupakan tuanya kehamilan (Kusmiyati, 2008).

Tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ). Menurut Kusmiyati (2008), tujuan pemantauan janin itu adalah mendeteksi dini ada atau tidaknya faktor – faktor resiko kematian prenatal tersebut (hipoksia/aspeksia, gangguan pertumbuhan, cacat bawaan, dan infeksi). Pemeriksaan denyut jantung janin adalah salah satu cara untuk memantau janin. Pemeriksaan denyut jantung janin harus dilakukan pada ibu hamil. Denyut jantung janin baru dapat didengar pada usia kehamilan 16 minggu/4 bulanan.

Skrining status imunisasi Tetanus dan berikan imunisasi Tetanus Toksoid (TT) bila diperlukan. Imunisasi terutama pada ibu hamil bertujuan untuk mencegah terjadinya tetanus neonatorum, dengan cara pemberian suntik tetanus toksoid pada ibu hamil. Pemberian imunisasi TT pada wanita usia subur atau ibu hamil harus sisahului dengan skrining untuk mengetahui jumlah dosis (dan status) imunisasi TT yang telah diperoleh selama hidup. Pemberian imunisasi TT tidak terdapat batas maksimal pemberian dosis hanya terdapat batas interval minimal antar dosis TT. Jika ibu belum pernah mendapatkan imunisasi TT atau status imunisasi tidak diketahui, maka beri dosis 0.5 mL secara IM dilengan atas jika ibu sudah pernah mendapatkan imunisasi TT, maka melanjutkan pemberian imunisasi booster sesuai dengan status imunisasi TTnya dengan ketentuan pada Tabel berikut.

Tabel 2. 3 Pemberian Imunisasi TT (Kemenkes, 2013 dan 2015)

Pemberian	Selang Waktu Minimal	Lama Perlindungan
TT 1	Saat kunjungan pertama (sedini mungkin pada kehamilan)	Langkah awal pembentukan kekebalan tubuh terhadap penyakit tetanus
TT 2	4 minggu setelah TT1 (Kehamilan)	3 tahun
TT 3	6 bulan setelah TT2 (pada kehamilan, jika selang waktu minimal terpenuhi)	5 tahun
TT 4	1 tahun setelah TT3	10 tahun
TT 5	1 tahun setelah TT4	>25 tahun/seumur hidup

Pemberian Tablet zat besi minimal 90 tablet selama kehamilan. Wanita memerlukan zat besi lebih tinggi dari laki – laki karena terjadinya menstruasi dan perdarahan. Di mulai dengan memberikan 1 tablet zat besi sehari sesegera mungkin setelah rasa mual hilang. Tiap tablet besi mengandung FeSO₄ 320 mg (zat besi 60 mg) dan asam folat 500 mikrogram. Minimal masing – masing 90 tablet besi yang berfungsi untuk meningkatkan jumlah sel darah merah dan membentuk sel darah merah janin dan plasenta. Bila ditemukan anemia pada ibu hamil (<11 gr%), berikan tablet zat besi 2 atau 3 kali sehari. Tablet zat besi sebaiknya tidak diminum bersamaan dengan teh atau kopi karena mengganggu penyerapan. Namun, lebih baik bersamaan dengan vitamin C karena dapat membantu penyerapan maksimal (Kemenkes, 2013).

Test laboratorium (rutin dan khusus). Pemeriksaan laboratorium rutin pada kunjungan pertama meliputi kadar haemoglobin, golongan darah dan rhesus, tes HIV dan rapid test pada ibu hamil dengan riwayat perjalanan ke wilayah endemik malaria dalam 2 minggu terakhir. Pemeriksaan laboratorium khusus sesuai indikasi meliputi urinalisis (terutama protein urin pada TM II dan III jika terdapat hipertensi), kadar haemoglobin pada TM III jika dicurigai anemia, pemeriksaan sputum bakteri tahan asam (BTA) untuk ibu dengan riwayat defisiensi imun, batuk >2 minggu atau LiLa <23.5 cm, tes sifilis dan tes gula darah puasa (Kemenkes, 2013).

Setelah semua pemeriksaan telah dilaksanakan maka dilakukan tatalaksana kasus sesuai dengan masalah yang didapatkan. Selanjutnya dilakukan temu wicara (konseling), termasuk Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) serta KB paska persalinan (Kemenkes, 2013).

2.1.9 Kunjungan Antenatal Care

Berdasarkan rekomendasi terbaru WHO (2018) beberapa rekomendasi dalam pelaksanaan ANC yang berkualitas diantaranya setiap ibu memiliki buku dokumentasi pencatatan pemeriksaan ANC yang telah diberikan, pembagian tugas pemberian informasi kesehatan

kepada ibu antara bidan, petugas kesehatan lain ataupun kader, perekrutan dan pelatihan tenaga kesehatan yang kompeten untuk daerah terpencil dan di pedesaan, menggunakan model asuhan ANC berkelanjutan oleh bidan (Midwife-led Continuity of Care/ MLCC), pemberdayaan masyarakat untuk ikut berpartisipasi ataupun memfasilitasi keberhasilan ANC, serta pembentukan kelas ibu hamil/ kelas ANC.

Asuhan berkelanjutan atau Continuity of care tidak hanya meningkatkan kepuasan dalam hal perawatan selama hamil, persalinan, dan nifas namun lebih dari itu dapat meningkatkan tercapainya pemberian ASI Eksklusif, hal ini berkaitan dengan pemberian informasi secara kontinu dan dukungan menyusui yang diberikan oleh bidan (Mortensen B et al, 2019). Dilakukannya asuhan kebidanan yang berkelanjutan bertujuan untuk mengetahui kesehatan ibu dan janin secara berkala dan teratur sehingga diharapkan dapat mengurangi resiko komplikasi baik untuk ibu maupun bayi yang akan dilahirkannya (Oftarica J et al, 2019).

Model asuhan antenatal yang direkomendasikan oleh WHO adalah minimal 8 kali kunjungan selama kehamilan untuk mengurangi kematian perinatal dan meningkatkan kepuasan asuhan pada wanita. Kunjungan minimal ANC tersebut dengan rincian pada Tabel berikut.

Tabel 2. 4 Rekomendasi Minimal Kunjungan Antenatal WHO 2016 (WHO, 2018)

Trimester I
Kontak 1 : >12 minggu
Trimester II
Kontak 2: 20 minggu Kontak 3: 26 minggu
Trimester III
Kontak 4: 30 minggu Kontak 5: 34 minggu Kontak 6: 36 minggu Kontak 7: 38 minggu Kontak 8: 40 minggu
Kembali lagi pada 41 minggu jika belum melahirkan. <i>Catatan : pemberian pengobatan malaria pada kehamilan harus dimulai pada ≥ 13 minggu</i>

Sementara itu, Kebijakan program pelayanan antenatal care di Indonesia menetapkan frekuensi kunjungan antenatal care sebaiknya minimal 4 (empat) kali selama kehamilan (Kemenkes 2019 dan Permenkes, 2016). Pemeriksaan tersebut pada Minimal satu kali pada trisemester pertama, satu kali pada trimester kedua dan dua kali pada trimester ketiga. Secara garis besar jadwal kunjungan antenatal care dan tujuan setiap kunjungannya dijelaskan pada Tabel dibawah.

Tabel 2. 5 Jadwal kunjungan ANC dan Tujuan Setiap Kunjungan (Kemenkes 2019, Permenkes, 2016., Yulizawati, 2017 dan Tuncalp, 2017)

Kunjungan	Waktu	Informasi Penting
TM I		
K1	Awal kehamilan – 16 minggu	<ul style="list-style-type: none"> • Menjalin hubungan saling percaya • Melakukan penapisan dan pengobatan anemia, TT dan kesiapan menghadapi kelainan • Perencanaan persalinan (P4K) • Motivasi hidup sehat (gizi, latihan, istirahat, hygiene)
TM II		
K2	24 – 28 minggu	<ul style="list-style-type: none"> • Asuhan K1 • Pengenalan komplikasi akibat kehamilan dan pengobatannya • penapisan pre-eklamsia, gemelli, infeksi alat reproduksi dan saluran perkemihan dan • Mengulangperencanaan persalinan
TM III		
K3	30 -32 minggu	<ul style="list-style-type: none"> • Asuhan K1 • Deteksi letak janin dan tanda-tanda abnormal lain • Memantapkan rencana persalinan • Mengenali tanda-tanda persalinan
K4	>36 minggu	

Pemeriksaan pertama sebaiknya dilakukan segera setelah diketahui terlambat haid dan pemeriksaan khusus dilakukan jika terdapat keluhan-keluhan tertentu. Dalam pemberian ANC, selain memperhatikan waktu kunjungan yang direkomendasikan, standar minimal pelayanan yang diberikan, juga perlu untuk memperhatikan aspek psikososial. Aspek psikososial belum banyak diperhatikan dalam memberikan pelayanan ANC. Pelayanan lebih terfokus pada aspek klinis dan monitoring kondisi fisiologis. Penilaian psikososial yang tidak adekuat dapat mengakibatkan kurangnya dukungan psikososial pada ibu hamil sehingga ibu lebih mudah mengalami stress selama kehamilan dan persalinan (Neke, 2018).

2.1.10 Model Praktik Asuhan Kehamilan

Model praktik seorang bidan dalam memberikan asuhan selama masa kehamilan adalah model partnership antara bidan dan perempuan. Partnership berarti terdapat sharing antara bidan dan ibu hamil yang melibatkan kepercayaan, pembagian kontrol dan tanggung jawab serta berbagi makna melalui saling pengertian. Pada model ini pelayanan kebidanan berpusat kepada perempuan, berkesinambungan, sebuah proses yang normal dan diberikan oleh bidan sebagai profesi yang mandiri dengan beberapa prinsip yaitu kesetaraan, membagi ketertarikan yang sama, melibatkan keluarga, membangun

kepercayaan, menggunakan waktu sebaik-baiknya dan terdapat pembagian kekuatan dan kontrol (Yulizawati, 2017).

Selain itu, asuhan kebidanan bersifat *women centered care* yaitu pelayanan yang berpusat pada pemberdayaan wanita. Menempatkan ibu hamil sebagai mitra sejajar dalam perencanaan dan pelayanan kebidanan maternitas, pelayanan yang diberikan untuk memenuhi kebutuhan dan keinginan ibu, meningkatkan pengetahuan ibu mengenai kesehatan dan kehamilan dengan memberikan penyuluhan sehingga mampu membentuk hubungan saling percaya, serta bidan memberikan kontrol atas keputusan dalam memberikan pelayanan kebidanan (Yulizawati, 2017).

2.2 ASUHAN KEBIDANAN PADA PERSALINAN

2.2.1 Pengertian Persalinan

Persalinan normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung tidak lebih dari 18 jam tanpa komplikasi baik bagi ibu maupun janin. Proses ini di mulai dengan adanya kontraksi persalinan sejati, yang ditandai dengan perubahan serviks secara progresif dan diakhiri dengan kelahiran plasenta. Persalinan normal adalah proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup dari dalam uterus melalui vagina ke dunia luar dengan presentasi belakang kepala tanpa memakai alat-alat atau pertolongan istimewa serta tidak melukai ibu dan bayi, dan pada umumnya berlangsung dalam waktu kurang dari 24 jam (Prawirohardjo, 2016 dan Sholichah, 2017).

Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (Yulizawati, 2019).

Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit. Persalinan di mulai (*inpartu*) sejak uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada serviks (membuka dan menipis) dan berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap. Ibu belum *inpartu* jika kontraksi uterus tidak mengakibatkan perubahan serviks (JNPK-KR, 2017).

Pengertian asuhan persalinan normal (APN) adalah asuhan yang bersih dan aman dari setiap tahapan persalinan yaitu mulai dari kala satu sampai dengan kala empat dan upaya pencegahan komplikasi terutama perdarahan pasca persalinan, hipotermi serta asfiksia pada bayi baru lahir (JNPK-KR, 2017). Persalinan adalah suatu proses yang dimulai dengan adanya kontraksi uterus yang menyebabkan terjadinya dilatasi progresif dari serviks, kelahiran bayi, dan kelahiran plasenta dan proses tersebut merupakan proses alamiah (Kurniarum, 2016).

2.2.2 Teori Persalinan

Terjadinya proses persalinan diakibatkan oleh beberapa hal. Hal tersebut diungkapkan dalam beberapa teori diantaranya teori penurunan progesteron, teori oksitosin, teori keregangan otot rahim, teori prostaglandin, teori janin, teori berkurangnya nutrisi, teori plasenta menjadi tua.

Teori Penurunan Progesteron. Penuaan plasenta telah dimulai sejak umur kehamilan 28 minggu, terjadi penurunan konsentrasi progesterone sehingga otot rahim lebih sensitif terhadap oksitosin. Hal ini akan menimbulkan Braxton Hicks yang selanjutnya bertindak sebagai kontraksi persalinan (Kurniarum, 2016).

Teori Oksitosin. Menjelang persalinan terjadi peningkatan reseptor oksitosin dalam otot rahim, sehingga mudah terangsang saat disuntikkan oksitosin dan menimbulkan kontraksi, diduga bahwa oksitosin dapat menimbulkan pembentukan prostaglandin dan persalinan dapat berlangsung terus atau minimal melakukan kerjasama (Yulizawati, 2019).

Teori Ketegangan Otot Rahim. Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu. Setelah melewati batas akan terjadi kontraksi sehingga persalinan dimulai (Rosyati, 2017). Hal ini terjadi karena otot mengalami iskemia dan mengganggu sirkulasi uteroplasenta sehingga plasenta mengalami degenerasi (Yulizawati, 2019). Hal ini yang menyebabkan awitan muda braxton hicks pada kehamilan ganda (Kurniarum, 2016).

Teori Janin. Sinyal yang diarahkan kepada maternal sehingga tanda bahwa janin telah siap lahir, belum diketahui dengan pasti. Kenyataan menunjukkan bila terdapat anomali hubungan hipofisis dan kelenjar suprarenalis persalinan akan menjadi lebih lambat (Yulizawati, 2019).

Teori Prostaglandin. Konsentrasi prostaglandin meningkat sejak umur kehamilan 15 minggu, yang dikeluarkan oleh desidua (Yulizawati, 2019). Pemberian prostaglandin pada saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga terjadi persalinan. Prostaglandin dianggap dapat merupakan pemicu terjadinya persalinan (Kurniarum, 2016).

2.2.3 Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan

Terdapat beberapa faktor utama yang mempengaruhi terjadinya persalinan :

1. Power

His (Kontraksi ritmis otot polos uterus), kekuatan mengejan ibu dan keadaan kardiovaskuler resprasi metabolik ibu. Kontraksi uterus berirama teratur dan involunter serta mengikuti pola yang berulang. Kontraksi uterus terjadi karena adanya penimbunan dan peningkatan kalsium pada reticulum endoplasma yang bergantung pada Adeno Triphospat (ATP) dan sebaliknya E2 dan F2 α mencegah

penimbunan dan peningkatan oleh ATP pada retikulum endoplasma, membebaskan kalsium kedalam intraseluler dan menyebabkan kontraksi myofibril. Setelah myofibril berkontraksi, kalsium kembali lagi ke RE sehingga kadar kalsium intraseluler akan berkurang dan menyebabkan relaksasi myofibril (Mochtar, 2013). Peregangan serviks oleh kepala janin akhirnya menjadi cukup kuat untuk menimbulkan refleksi yang meningkatkan daya kontraksi korpus uteri dan akan mendorong janin maju sampai janin dikeluarkan. Ini sebagai umpan balik positif kepala janin meregang serviks, regangan serviks merangsang kontraksi fundus, kontraksi fundus mendorong bayi kebawah dan meregangkan serviks lebih lanjut, siklus ini berlangsung terus menerus (Mochtar, 2013).

Kontraksi uterus bersifat otonom artinya tidak dapat dikendalikan oleh parturien, sedangkan serat simpatis dan parasimpatis hanya bersifat koordinatif (Mochtar, 2013). Kekuatan His Kala I bersifat kontraksi bersifat simetris, fundal dominan, involunter artinya tidak dapat diatur parturient, kekuatan makin besar dan pada kala pengeluaran diikutidengan reflek mengejan, diikuti retraksi artinya panjang otot rahim ayng berkontraksi tidak akan kembali ke panjang semula, setiap kontraksi mulai dari “pace maker” yang terletak disekitar insersi tuba dengan arah penjalaran ke daerah serviks uteri dengan kecepatan 2cm/detik.

Kekuatan his pada akhir kala pertama atau permulaan kala dua mempunyai amplitude 60 mmHg, interval 3-4 menit, durasi berkisar 60-90 detik. Kekuatan his menimbulkan putaran paksi dalam, penurunan kepala atau bagian terendah menekan serviks dimana terdapat fleksus frakenhauser sehingga terjadi reflek mengejan. Kekuatan his dan refleks mengejan menimbulkan ekpulsi kepala sehingga berturut- turut lahir ubun-ubun besar, dahi, muka, kepala dan seluruhnya. Pada kala III, setelah istirahat 8-10 menit berkontraksi untuk melepaskan plasenta dari insersinya. Setelah plasenta lahir kontraksi rahim tetap kuat dengan amplitude 60 – 80 mmHg, kekuatan kontraksi ini tidak diikuti oleh interval pembuluh darah tertutup rapat dan terjadi kesempatan membentuk thrombus. Melalui kontraksi yang kuat dan pembentukan thrombus terjadi penghentian pengeluaran darah postpartum (Prawirohardjo, 2016).

2. Passage

Jalan lahir yang paling penting dan menentukan proses persalinan adalah pelvis minor, yang terdiri dari susunan tulang yang kokoh dihubungkan oleh persendian dan jaringan ikat yang kuat. Yang dimaksud dengan jalan lahir adalah pelvis minor atau panggul kecil. Panggul kecil terdiri dari atas : pintu atas panggul, bidang terluas panggul, bidang sempit panggul dan pintu bawah panggul (Manuaba, 2010).

3. Passanger

Keadaan janin meliputi letak, presentasi, ukuran atau berat janin, ada tidaknya kelainan termasuk anatomik mayor. Pada beberapa kasus dengan anak yang

besar, dengan ibu DM, terjadi kemungkinan kegagalan persalinan bahu karena persalinan bahu yang berat cukup berbahaya, sehingga dapat terjadi asfiksia. Pada letak sungsang mekanisme persalinan kepala dapat mengalami kesulitan karena persalinan kepala terbatas dengan waktu 8 menit (Manuaba, 2010).

2.2.4 Tahapan Persalinan

1. Kala I (Kala Pembukaan)

Inpartu ditandai dengan keluarnya lendir bercampur darah karena serviks mulai membuka dan mendatar. Darah berasal dari pecahnya pembuluh darah kapiler sekitar kanalis servikalis karena pergeseran-pergeseran, ketika serviks mendatar dan membuka (Kurniarum, 2016). Awal persalinan dimulai ketika wanita merasakan kontraksi yang signifikan dan teratur (Hutchison, 2019). Kala I persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus dan pembukaan serviks, hingga mencapai pembukaan lengkap (10cm) (Prawirohardjo, 2016).

Persalinan kala I dibagi menjadi 2 fase, yaitu fase laten dan fase aktif. Pada fase late pembukaan serviks berlangsung lambat dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan secara bertahap sampai pembukaan 3 cm, berlangsung dalam 7-8 jam. Fase aktif yaitu pembukaan serviks 4-10 cm. Fase ini berlangsung selama 6 jam dibagi menjadi 3 subfase yaitu Periode akselerasi berlangsung selama 2 jam, pembukaan menjadi 4 cm, periode dilatasi maksimal berlangsung selama 2 jam, pembukaan berlangsung cepat menjadi 9 cm dan periode deselerasi : berlangsung lambat, dalam 2 jam pembukaan menjadi 10 cm atau lengkap (Sumarah, 2009).

Pada fase aktif persalinan, frekuensi dan lama kontraksi uterus umumnya meningkat (kontraksi dianggap adekuat jika terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit dan berlangsung selama 40 detik atau lebih) dan terjadi penurunan bagian terbawah janin. Berdasarkan kurve Friedman, diperhitungkan pembukaan pada primigravida 1cm/jam dan pembukaan multigravida 2 cm/jam (Kurniarum, 2016). Mekanisme membukanya serviks berbeda antara primigravida dan multigravida. Pada primigravida, ostium uteri internum akan membuka lebih dulu, sehingga serviks akan mendatar dan menipis, kemudian ostium uteri internum sudah sedikit terbuka. Pada multigravida ostium uteri internum dan eksternum serta penipisan dan pendataran serviks terjadi dalam waktu yang sama (Rosyati, 2017).

2. Kala II (Kala Pengeluaran Janin)

Kala II persalinan dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi (Yulizawati, 2019). Kala II pada primipara berlangsung selama 2 jam dan pada multipara 1 jam (Kurniarum, 2016). Adapun tanda gejala kala II adalah his semakin kuat, dengan interval 2 sampai 3 menit,

Ibu merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi, Ibu merasakan makin meningkatnya tekanan pada rektum dan atau vagina, perineum terlihat menonjol, vulva-vagina dan sfingter ani terlihat membuka dan peningkatan pengeluaran lendir dan darah (JNPK-KR, 2017 dan Rosyati, 2017). Pada kala II dilakukan pemantauan pada ibu dan janin sebagai berikut.

Tabel 2. 6 Pemantauan Kala II (Kurniarum, 2016)

Kemajuan Persalinan	Kondisi ibu	Kondisi Janin
Usaha mendedan	Periksa nadi dan tekanan darah tiap 30 menit	Periksa DJJ setiap 15 menit atau lebih sering seiring makin dekatnyakelahiran
Palpasi kontraksi uterus (kontrol tiap 10 menit) meliputi frekuensi, lama dan kekuatan his	Respon keseluruhan pada kala II: Keadaan dehidrasi, perubahan sikap/perilaku, tingkat tenaga	Penurunan presentasi dan perubahan posisi Warna cairan ketuban

Selain itu, juga terdapat beberapa hal yang sudah tidak direkomendasikan untuk dilakukan pada kala II persalinan, seperti dijelaskan pada Tabel 2.7 dibawah.

Tabel 2. 7 Evidence Based Kala II Persalinan (Yulizawati, 2019)

No	Tindakan	Sebelum EBM	Setelah EBM
1	Asuhan saying ibu	Ibu bersalin dilarang makan dan minum bahkan untuk membersihkan diri	Ibu bebas melakukan aktifitas apapun yang disukai
2	Pengaturan posisi persalinan	Ibu hanya boleh bersalin dengan posisi telentang	Ibu bebas untuk memilih posisi yang mereka inginkan
3	Menahan nafas	Ibu harus menahan nafas saat meneran	Ibu boleh bernafas seperti biasa saat meneran
4	Episiotomy	Bidan rutin melakukan episiotomi saat persalinan	Hanya dilakukan pada saat tertentu

3. Kala III (Pengeluaran Plasenta)

Kala III persalinan dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban. Seluruh proses biasanya berlangsung 5-30 menit setelah bayi lahir. Pada kala tiga persalinan, otot uterus berkontraksi mengikuti penyusutan volume rongga uterus stelah lahirnya bayi. Penyusutan ini menyebabkan berkurangnya ukuran tempat perlekatan palsenta, keran tempat perlekatan menjadi semakin kecil, sedangkan ukuran plasenta tidak berubah maka plasenta akan berlipat, menebal dan kemudian lepas dari dinidng uterus Setelah lepas, plasenta akan turun ke bawah uterus atau ke dalam vagina (Kurniarum, 2016 dan Rosyati, 2017).

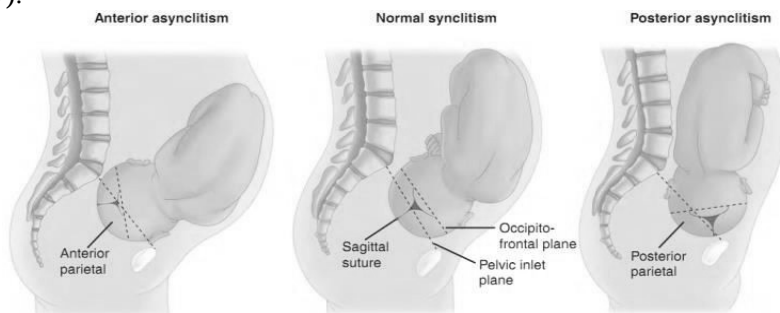
4. Kala IV (Pengawasan)

Kala IV adalah kal 1-2 jam setelah lahirnya plasenta (Yulizawati, 2019). Observasi yang harus dilakukan pada kala IV adalah tingkat kesadaran, pemeriksaan tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi, dan pernapasan), kontraksi uterus dan observasi terjadinya perdarahan. Perdarahan dianggap masih normal jika jumlahnya tidak melebihi 400 sampai 500 cc (JNPK-KR, 2017).

2.2.5 Mekanisme Persalinan Normal

1. Engagement

Pada primigravida terjadi pada bulan terakhir kehamilan sedangkan pada multigravida dapat terjadi pada awal persalinan. Engagement adalah ketika diameter biparietal melewati pintu atas panggul dengan sutura sagitalis melintang atau oblik didalam jalan lahir dan sedikit fleksi. Jika kepala masuk dengan sutura sagitalis melintang dan os parietal sama tinggi maka disebut sinklitismus. Namun jika sutura sagitalis lebih dekat ke promontorium disebut asinklitismus anterior, jika dekat ke simfisis disebut asinklitismus posterior (Sumarah, 2009 dan Yulizawati, 2017).



Gambar 2. 1 Asinklitismus Anterior, Sinklitismus, dan Asinklitismus Posterior
Sumber : Cunningham et. al William Obstetric 23rd Edition

2. Penurunan

Penurunan terjadi bersamaan dengan mekanisme lainnya. Penurunan disebabkan oleh tekanan kontraksi uterus ke bawah, dan pada kala II dibantu oleh daya mengejan dari pasien dan sedikit oleh gaya berat (Rosyati, 2017 dan Yulizawati, 2019).

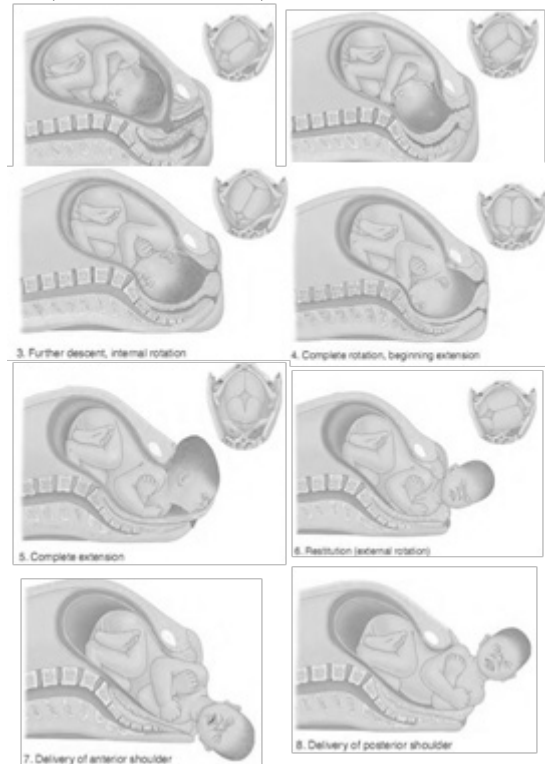
3. Fleksi

Sebelum persalinan mulai sudah terjadi flexi sebagian oleh karena ini merupakan sikap alamiah janin dalam uterus. Tahanan terhadap penurunan kepala menyebabkan bertambahnya flexi. Occiput turun mendahului sinciput, UUK lebih rendah daripada bregma, dan dagu janin mendekati dadanya. Biasanya

ini terjadi PAP, tetapi mungkin pula baru sempurna setelah bagian terendah mencapai dasar panggul. Efek dari flexi adalah untuk merubah diameter terendah dari Occipitofrontalis (11,0 cm) menjadi suboccipito bregmatika (9,5 cm) yang lebih kecil dan lebih bulat. Oleh karena penyesuaian antara kepala janin dengan panggul ibu mungkin ketat, pengurangan 1,5 cm dalam diameter terendah adalah penting (Kurniarum, 2016).

4. Putar paksi dalam

Sumbu panjang kepala janin harus sesuai dengan sumbu panjang panggul ibu. Karenanya kepala janin yang masuk PAP pada diameter transfersa atau oblique harus berputar ke diameter anteroposterior supaya dapat lahir (Oxorn & William, 2012). Akibat kombinasi elastisitas diafragma oelvis dan tekanan intrauterine, disebabkan oleh his yang berulang – ulang, kepala mengadakan rotasi yang dinamakan dengan putar paksi dalam. Umumnya putar paksi dalam terjadi pada kala II persalinan (Kurniarum, 2016).



Gambar 2. 2 Proses Penurunan Kepala Janin.
Sumber : Cunningham et. al William Obstetric 23rd Edition

5. Ekstensi
Ekstensi pada dasarnya disebabkan oleh dua kekuatan yaitu kontraksi uterus yang menimbulkan tekanan ke bawah, dan Dasar panggul yang memberikan tahanan. Perlu diperhatikan bahwa dinding depan panggul (pubis) panjangnya hanya 4 – 5 cm sedangkan dinding belakang (sacrum) 10 sampai 15 cm. Dengan demikian simpit harus menmpuh jarak yang lebih panjang dari occiput. Denagn demikian turunnya kepala terjadilah penonjolan perineum diikuti dengan kepala membuka pintu (crowning). Occiput lewat melalui PAP perlahan – lahan dan tengkuk menjadi titik putar di angulus subpubicus. Kemudian dengan proses extensi yang cepat simpit menelurus sepanjang sacrum dan berturut-turut lahirlah bregma, dahi, hidung, mulut dan dagu melalui perineum (Kurniarum, 2016 dan Yulizawati, 2019).
6. Putar Paksi Luar
Merupakan gerakan memutar ubun-ubun kecil ke arah punggung janin, bagian belakang kepala akan berhadapan dengan tuber iskhidikum kanan atau kiri, sedangkan muka janin menghadap salah satu paha ibu. Setelah putaran paksi luar maka sutura sagitalis kembali melintang (Yulizawati, 2019).
7. Ekspulsi
Setelah putaran paksi luar selesai, bahu depan akan berfungsi sebagai hypomochlion untuk membantu kelahiran bahu belakang. Setelah itu akan diikuti kelahiran trochanter depan dan belakng sampai bayi lahir seluruhnya (Yulizawati, 2019).

2.2.6 Asuhan Persalinan

Tujuan asuhan persalinan adalah memberikan asuhan yang memadai selama persalinan, dalam upaya mencapai pertolongan persalinanyang bersih dan aman dengan memperhatikan aspek sayang ibu dan sayang bayi (JNPK-KR, 2017). Kebijakan pelayanan asuhan persalinan adalah semua persalinan harus dihindari dan dipantau oleh petugas kesehatan terlatih, rumah bersalin dan tempat rujukan dengan fasilitas memadai untuk menangani kegawatdaruratan obstetric dan neonatal harus tersedia 24 jam, obat-obatan esensial, bahan, dan perlengkapan harus tersedia bagi seluruh petugas terlatih. Menurut JNPK-KR (2017), asuhan persalinan normal memiliki tujuan yaitu mengupayakan kelangsungan hidup dan memberikan derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya, melalui berbagai upaya yang terintegrasi dan lengkap serta dengan intervensi yang minimal sehingga prinsip keamanan dan kualitas pelayanan tetap terjaga pada tingkat yang optimal.

Menurut APN (JNPK-KR, 2017), tindakan pencegahan komplikasi yang dilakukan selama proses persalinan adalah :

1. Secara konsisten dan sistematis menggunakan praktik pencegahan infeksi seperti cuci tangan, penggunaan sarung tangan, menjaga sanitasi lingkungan yang sesuai bagi proses persalinan, kebutuhan bayi dan proses dekontaminasi serta sterilisasi peralatan bekas pakai.
2. Memberikan asuhan yang diperlukan, memantau kemajuan dan menolong persalinan serta kelahiran bayi. Menggunakan partograf untuk membuat keputusan klinik, sebagai upaya pengenalan adanya gangguan proses persalinan atau komplikasi dini agar dapat memberikan tindakan paling tepat dan memadai.
3. Memberikan asuhan saying ibu di setiap tahapan persalinan, kelahiran bayi dan masa nifas, termasuk memberikan penjelasan bagi ibu dan keluarga tentang proses persalinan dan kelahiran bayi serta menganjurkan suami atau anggota keluarga untuk berpartisipasi dalam proses persalinan dan kelahiran bayi.
4. Merencanakan persiapan dan melakukan rujukan tepat waktu dan optimal bagi ibu di setiap tahapan persalinan dan tahapan baru bagi bayi baru lahir.
5. Menghindarkan berbagai tindakan yang tidak perlu dan atau berbahaya seperti misalnya kateterisasi urin atau episiotomy secara rutin, amniotomi sebelum terjadi pembukaan lengkap, meminta ibu untuk meneran secara terus menerus, penghisapan lender secara rutin pada bayi baru lahir.
6. Melaksanakan penatalaksanaan aktif kala tiga untuk mencegah perdarahan pasca persalinan
7. Memberikan asuhan segera pada bayi baru lahir termasuk mengeringkan dan menghangatkan bayi, pemberian ASI sedini mungkin dan eksklusif, mengenali tanda-tanda komplikasi dan mengambil tindakan – tindakan yang sesuai untuk menyelamatkan ibu dan bayi baru lahir.
8. Memberikan asuhan dan pemantauan pada masa awal nifas untuk memastikan kesehatan, keamanan dan kenyamanan ibu dan bayi baru lahir, mengenali secara dini gejala dan tanda bahaya komplikasi pasca persalinan/bayi baru lahir dan mengambil tindakan yang sesuai.
9. Mengajarkan pada ibu dan keluarganya untuk mengenali gejala dan tanda bahaya pada masa nifas pada ibu dan bayi baru lahir.
10. Mendokumentasikan semua asuhan yang telah diberikan (JNPK-KR, 2017).

1. Asuhan Persalinan Kala I

- Mempersiapkan ruangan untuk persalinan dan kelahiran bayi
Persalinan dan kelahiran bayi baik di rumah, di tempat bidan puskesmas, polindes atau rumah sakit. Pastikan ketersediaan bahan-bahan dan sarana yang memadai (JNPK-KR, 2017). Hal-hal pokok yang diperlukan dalam persalinan dan kelahiran bayi yaitu:

- a. Ruang yang hangat dan bersih, memiliki sirkulasi udara yang baik dan terlindung dari tiupan angin.
 - b. Sumber air bersih dan mengalir untuk cuci tangan.
 - c. Air desinfektan tingkat tinggi untuk membersihkan perineum, serta terdapat air bersih, klorin, deterjen, kain pembersih, kain pel dan sarung tangan karet untuk membersihkan ruangan.
 - d. Penerangan yang cukup, baik siang maupun malam hari.
 - e. Meja untuk meletakkan peralatan persalinan.
 - f. Meja untuk tindakan resusitasi bayi baru lahir.
- Memberikan asuhan sayang ibu
 Persalinan adalah suatu yang menegangkan atau bahkan dapat menggugah emosi ibu dan keluarganya atau bahkan dapat terjadi saat yang menyakitkan dan menakutkan bagi ibu. Upaya untuk mengatasi gangguan emosional dan pengalaman yang menegangkan tersebut sebaiknya dilakukan melalui asuhan sayang ibu selama persalinan dan proses kelahiran bayi (JNPK-KR, 2017).
 Prinsip-prinsip umum asuhan sayang ibu adalah:
 - a. Menyapa ibu dengan ramah dan sopan, bersikap dan bertindak tenang, serta berikan dukungan penuh selama persalinan dan kelahiran.
 - b. Menganjurkan suami dan anggota keluarga untuk memberikan dukungan.
 - c. Gejala dan tanda penyakit selama proses persalinan dan lakukan tindakan yang sesuai jika diperlukan.

Asuhan sayang ibu selama persalinan termasuk:

- a. Memberikan dukungan emosional
- b. Membantu pengaturan posisi ibu
- c. Memberikan cairan dan nutrisi
- d. Keleluasaan untuk menggunakan kamar mandi secara teratur
- e. Pencegahan infeksi (JNPK-KR, 2017).

2. Asuhan Persalinan Kala II

- Membimbing ibu untuk meneran
- Pencegahan robekan perineum
- Melahirkan kepala
- Melahirkan Bahu
- Melahirkan seluruh tubuh bayi
- Penilaian sepintas bayi baru lahir
- Inisiasi menyusui dini

3. Asuhan Persalinan Kala III
 - Manajemen aktif kala III terdiri dari tiga langkah utama :
 - Pemberian suntikan oksitosin dalam 1 menit pertama setelah bayi lahir.
 - Melakukan peregangan tali pusat terkendali
 - Masase fundus uteri.

4. Asuhan Persalinan Kala IV
 - Lakukan rangsangan taktil (seperti pemijatan) pada uterus, untuk merangsang uterus berkontraksi.
 - Evaluasi tinggi fundus dengan meletakkan jari tangan secara melintang antara pusat dan fundus uteri.
 - Perkirakan kehilangan darah secara keseluruhan. Penilaian kehilangan darah sukar dilakukan karena darah seringkali bercampur dengan cairan atau urin dan mungkin terserap handuk, kain atau sarung. Salah satu cara untuk menilai kehilangan darah adalah dengan melihat volume darah yang terkumpul dan memperkirakan berapa banyak botol 500 ml dapat menampung semua darah tersebut. Jika darah bias mengisi dua botol, ibu telah kehilangan satu liter darah. Jika darah bias mengisi setengah botol ibu kehilangan 250 ml darah. Cara tidak langsung untuk mengukur jumlah kehilangan darah melalui pemeriksaan tekanan darah (JNPK-KR, 2017).
 - Periksa perineum dari perdarahan aktif (misalnya apakah ada laserasi atau episiotomy).
 - Evaluasi kondisi ibu secara umum.
 - Dokumentasikan semua asuhan dan temuan selama kala IV persalinan di halaman belakang partograf segera setelah asuhan diberikan atau setelah penilaian dilakukan (JNPK-KR, 2017).
 - Perawatan bayi baru lahir
 - Pemberian ASI
 - Pencegahan infeksi pada mata
 - Profilaksis perdarahan bayi baru lahir (BBL)

2.3 ASUHAN KEBIDANAN NIFAS

2.3.1 Pengertian Nifas

Nifas atau puerperium atau postpartum adalah masa setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. biasanya berakhir sekitar enam minggu atau 42 hari (Kemenkes, 2019).

Masa nifas merupakan hal yang penting untuk diperhatikan untuk menurunkan angka kematian ibu dan bayi di Indonesia. Asuhan kebidanan yang diberikan oleh seorang pemberi pelayanan kebidanan sangat mempengaruhi kualitas asuhan yang diberikan dalam tindakan kebidanan seperti upaya pelayanan antenatal, intranatal, postnatal, dan perawatan bayi baru lahir (Wahyuni, 2018).

Menurut Sukma (2017) tahapan masa nifas dibagi menjadi tiga yaitu:

1. Puerperium dini, yaitu kepulihan ketika ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan.
2. Puerperium intermedial, yaitu kepulihan menyeluruh alat-alat genital.
3. Remote puerperium, yaitu waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna, terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna mungkin beberapa minggu, bulan, atau tahun.

2.3.2 Fisiologi Nifas

Setelah kelahiran bayi dan pengeluaran plasenta, ibu mengalami suatu periode pemulihan kembali kondisi fisik dan psikologisnya.

1. Involusi Uterus

Perubahan alat-alat genitalia baik internal maupun eksternal kembali seperti semula sebelum hamil disebut involusi. Involusi atau pengerutan uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil dengan berat sekitar 60 gram. Proses ini dimulai segera setelah plasenta lahir akibat kontraksi otot-otot polos uterus.

Tabel 2. 8 Perubahan Normal Pada Uterus Selama Masa Nifas (Heryani, 2015)

Involusi Uteri Tinggi	Fundus Uteri	Berat Uterus	Diameter Uterus
Plasenta Lahir	Setinggi Pusat	1000 gram	12,5 cm
7 hari (1 minggu)	Pertengahan pusat dan simpisis	500 gram	7,5 cm
14 hari (2 minggu)	Tidak teraba	350 gram	5 cm
6 minggu	Normal	60 gram	2,5 cm

2. Lochea

Lochea adalah istilah untuk secret dari uterus yang keluar dari vagina selama masa nifas. Lochea mempunyai bau yang amis meskipun tidak menyengat dan volumenya berbeda-beda pada setiap waktu.

Tabel 2. 9 Pengeluaran Lochea (Heryani, 2015)

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

3. Serviks

Perubahan yang terjadi pada serviks ialah bentuk serviks agak menganga seperti corong, setelah bayi lahir. Serviks berwarna merah kehitam-hitaman karena penuh dengan pembuluh darah. Konsistensinya lunak, kadang-kadang terdapat laserasi atau permukaan kecil. Karena robekan kecil yang terjadi selama berdilatasi maka serviks tidak akan pernah kembali lagi ke keadaan seperti sebelum hamil (Wahyuni, 2018).

4. Vulva dan Vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan, serta pergangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi. Dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut, kedua organ ini tetap dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu, vulva dan vagina kembali kepada keadaan tidak hamil dan rugae dalam vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali sementara labia menjadi lebih menonjol. Pada masa nifas, biasanya terdapat luka-luka jalan lahir. Luka pada vagina umumnya tidak seberapa luas dan akan sembuh dengan sendirinya (Kemenkes, 2019).

5. Perineum

Setelah melahirkan, perineum menjadi kendur karena sebelumnya terenggang oleh tekanan bayi yang bergerak maju. Pada postnatal hari ke-5 perineum sudah mendapatkan kembali sebagian tonusnya sekalipun tetap lebih kendur daripada keadaan sebelum hamil (Sukma, 2017).

6. Sistem Pencernaan

Biasanya ibu akan mengalami konstipasi setelah persalinan. Hal ini disebabkan karena pada waktu persalinan alat pencernaan mengalami tekanan yang menyebabkan kolon menjadi kosong, pengeluaran cairan berlebih pada waktu persalinan kurangnya asupan cairan dan makanan, serta kurangnya aktivitas tubuh. Supaya buang air besar kembali normal, dapat diatasi dengan diet tinggi serat, peningkatan asupan cairan, dan ambulasi awal (Sukma, 2017).

7. Sistem Perkemihan

Hari pertama biasanya ibu mengalami kesulitan buang air kecil, selain khawatir nyeri jahitan juga karena penyempitan saluran kencing akibat penekanan kepala bayi saat proses melahirkan. Kandung kemih dalam masa nifas menjadi kurang sensitif dan kapasitas bertambah sehingga setiap buang air kecil masih tertinggal urine residual (Heryani, 2015).

8. Sistem Musculoskeletal

Ligamen-ligamen dan diafragma pelvis serta fasia yang meregang sewaktu kehamilan dan partus, setelah jalan lahir, berangsur-angsur menciut kembali seperti sediakala. Tidak jarang pula wanita mengeluh kandungannya turun setelah melahirkan oleh karena ligament, fasia, dan jaringan penunjang alat genitalia menjadi agak kendur (Wahyuni, 2018).

9. Sistem Endokrin

Setelah melahirkan, sistem endokrin kembali kepada kondisi seperti sebelum hamil. Hormon kehamilan mulai menurun segera setelah plasenta keluar. Turunnya estrogen dan progesteron menyebabkan peningkatan prolaktin dan menstimulasi air susu. Perubahan fisiologis yang terjadi pada wanita setelah melahirkan melibatkan perubahan yang progresif atau pembentukan jaringan jaringan baru (Heryani, 2015).

10. Payudara

Perubahan pada payudara dapat meliputi: Penurunan kadar progesterone secara tepat dengan peningkatan hormon prolaktin setelah persalinan Kolostrum sudah ad saat persalinan produksi ASI terjadi pada hari ke-2 atau hari ke-3 setelah persalinan payudara menjadi besar dan keras sebagai tanda mulainya proses laktasi (Heryani, 2015).

2.3.3 Perubahan Psikologis Pada Masa Nifas

Wanita akan mengalami perubahan psikologis yang nyata sehingga memerlukan adaptasi. Perubahan mood seperti sering menangis, lekas marah, dan sering sedih, atau cepat berubah menjadi senang merupakan manifestasi dari emosi yang labil. Beberapa faktor yang berperan dalam penyesuaian ibu antara lain (Sukma, 2017).

Adaptasi psikologis pada masa nifas dalam memberikan dukungan dan support bidan dapat melibatkan suami, keluarga dan teman di dalam melaksanakan asuhan sehingga akan melahirkan hubungan antar manusia yang baik, antar petugas dengan klien dan antar klien sendiri. Dengan adanya hubungan baik antara bidan dan klien diharapkan akan memenuhi kebutuhan psikologis ibu setelah melahirkan anak (Sukma, 2017).

1. Taking in (1-2 hari post partum)
Wanita menjadi pasif dan sangat tergantung serta berfokus pada dirinya, tubuhnya sendiri, mengulang-ulang menceritakan pengalaman proses bersalin yang dialami. Wanita yang baru melahirkan ini perlu istirahat atau tidur untuk mencegah gejala kurang tidur dengan gejala lelah, cepat tersinggung, campur aduk dengan proses pemulihan.
2. Taking hold (2-4 hari post partum)
Ibu khawatir akan kemampuannya untuk merawat bayinya dan khawatir tidak mampu bertanggung jawab untuk merawat bayinya. Wanita post partum ini berpusat pada kemampuannya dalam mengontrol diri, fungsi tubuh. Berusaha untuk menguasai kemampuan untuk merawat bayinya, cara menggendong dan menyusui, memberi minum, mengganti popok.
3. Letting go
Pada masa ini pada umumnya ibu sudah pulang dari RS. Ibu mengambil tanggung jawab untuk merawat bayinya, dia harus menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayi, begitu juga adanya greefing karena dirasakan sebagai mengurangi interaksi sosial tertentu. Depresi post partum sering terjadi pada masa ini. Pada masa nifas ibu mengalami tahapan perubahan psikologis. Pada masa ini ibu membutuhkan dukungan baik dari keluarga maupun dari tenaga kesehatan. Dengan modek MLCC, dapat membantuk meningkatkan luaran postpartum yang lebih baik pada ibu primipara dan menurunkan tingkat stress ibu, kontrol diri ibu cenderung lebih baik (Hua, 2018)

2.3.4 Kebutuhan Masa Nifas

1. Nutrisi dan Cairan
Masa nifas membutuhkan nutrisi yang cukup, bergizi seimbang terutama kebutuhan protein dan karbohidrat. Mengkonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari (ibu harus mengkonsumsi 3 sampai 4 porsi setiap hari). Minum sedikitnya 3 liter air putih setiap hari (anjurkan ibu untuk minum setiap kali menyusui) Cairan sebanyak 8 gelas per hari. Pil zat besi harus diminum, untuk menambah zat gizi setidaknya 40 hari pasca bersalin. Minum kapsul vitamin A (200.000 unit) agar bisa memberikan vitamin A kepada bayi nya melalui ASI nya. Kebutuhan kalori pada masa menyusui sekitar 400-500 kalori. Kebutuhan kalsium dan vitamin D didapat dari minum susu rendah kalori atau berjemur di pagi hari. Konsumsi kalsium pada masa menyusui meningkat menjadi 5 porsi perhari. Selama masa nifas hindari konsumsi garam berlebihan.

2. Ambulasi Dini

Ambulasi dini adalah mobilisasi segera setelah ibu melahirkan dengan membimbing ibu untuk bangun dari tempat tidurnya. Ibu nifas diperbolehkan bangun dari tempat tidurnya 24-48 jam setelah melahirkan. Anjurkan ibu untuk memulai mobilisasi dengan miring kanan/kiri, duduk kemudian berjalan. Aktivitas tersebut amat berguna bagi semua sistem tubuh terutama fungsi usus, kandung kemih, sirkulasi dan paru-paru. Hal tersebut juga membantu mencegah trombosis pada pembuluh tungkai dan membantu kemajuan ibu dari ketergantungan peran sakit menjadi sehat.

3. Eliminasi

▪ Buang Air Kecil

Rasa nyeri kadang mengakibatkan ibu nifas enggan untuk berkemih (miksi), tetapi harus diusahakan untuk tetap berkemih secara teratur. Hal ini dikarenakan kandung kemih yang penuh dapat menyebabkan gangguan kontraksi uterus yang dapat. Menyebabkan perdarahan uterus. BAK sebaiknya dilakukan secara spontan/mandiri. BAK yang normal pada masa nifas adalah BAK spontan setiap 3- 4 jam.

▪ Buang Air Besar

Buang Air Besar (BAB) normal sekitar 3-4 hari masa nifas. Feses yang dalam beberapa hari tidak dikeluarkan akan mengeras dan dapat mengakibatkan terjadinya konstipasi. Setelah melahirkan, ibu nifas sering mengeluh mengalami kesulitan untuk BAB, yang disebabkan pengosongan usus besar sebelum melahirkan serta faktor individual misalnya nyeri pada luka perineum ataupun rasa takut jika BAB menimbulkan robekan pada jahitan perineum.

4. Kebersihan Diri/Perineum

Kebersihan diri ibu membantu mengurangi sumber infeksi dan meningkatkan perasaan nyaman pada ibu. Beberapa hal yang dapat dilakukan ibu nifas dalam menjaga kebersihan diri yaitu :

- 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 genetalia

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. Kurang istirahat dapat menyebabkan jumlah ASI berkurang, menyebabkan depresi dan ketidakmampuan dalam merawat bayi nya sendiri.
6. **Seksual**
Hubungan seksual dapat dilakukan dengan aman ketika luka episiotomi telah sembuh dan lokia berhenti. Hendaknya pula hubungan seksual dapat di tunda sedapat mungkin sampai 40 hari setelah persalinan, karena pada waktu itu diharapkan organ-organ tubuh telah pulih kembali (Heryani, 2015).
7. **Senam Nifas**
Senam nifas ialah senam yang dilakukan sejak hari pertama melahirkan sampai hari kesepuluh. Tujuan senam nifas ialah membantu mempercepat pemulihan kondisi ibu, memperkuat dan mempertahankan elastisitas otot-otot dinding perut, memperlancar pengeluaran lokia, membantu mengurangi sakit, mengurangi kelainan dan komplikasi pada masa nifas.

2.3.5 Asuhan Kebidanan Ibu Nifas

Asuhan Masa Nifas dimulai sejak 1 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (42 hari) setelah itu. Tujuan asuhan nifas ialah menjaga kesehatan ibu dan bayi baik, mendeteksi masalah, mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu dan bayinya (Kemenkes, 2019). Tujuan asuhan nifas lainnya adalah menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik fisik maupun psikologis, melaksanakan skrining secara komprehensif, deteksi dini, mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayi, memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, KB, cara dan manfaat menyusui, pemberian imunisasi serta perawatan bayi sehari-hari, memberikan pelayanan keluarga berencana dan mendapatkan kesehatan emosi (Sukma, 2017)

Paling sedikit 4 kali kunjungan masa nifas dilakukan untuk menilai status ibu dan bayi baru lahir, untuk mencegah, mendeteksi dan menangani masalah-masalah yang terjadi.

1. **Kunjungan I**
Kunjungan dalam waktu 6 jam – 2 hari setelah persalinan, yaitu :
 - Mencegah terjadinya perdarahan pada masa nifas
 - Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan dan memberikan rujukan bila perdarahan berlanjut
 - Memberikan konseling kepada ibu atau salah satu anggota keluarga mengenai bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri.

- Pemberian ASI pada awal menjadi ibu
 - Menganjurkan ibu untuk mempererat hubungan antara ibu dan bayi baru lahir
 - Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi.
2. Kunjungan II
- Kunjungan dalam waktu 3 – 7 hari setelah persalinan, yaitu :
- Memastikan involusi uteri berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilicus tidak ada perdarahan abnormal, dan tidak ada bau
 - Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau kelainan pasca melahirkan
 - Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan, dan istirahat
 - Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak ada tanda-tanda penyulit
 - Memberikan konseling kepada ibu mengenai asuhan bayi, cara merawat tali pusat, dan menjaga bayi agar tetap hangat.
3. Kunjungan III
- Kunjungan dalam waktu 8 – 14 hari setelah persalinan, yaitu:
- Memastikan involusi uteri berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilicus tidak ada perdarahan abnormal, dan tidak ada bau
 - Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau kelainan pasca melahirkan
 - Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan, istirahat
 - Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak ada tanda-tanda penyulit
 - Memberikan konseling kepada ibu mengenai asuhan pada bayi, cara merawat tali pusat, dan menjaga bayi tetap hangat
4. Kunjungan IV
- Kunjungan dalam waktu 29 – 42 hari setelah persalinan, yaitu:
- Menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang dialami atau bayinya.
 - Memberikan konseling untuk KB secara dini (Sukma, 2017 dan Wahyuni, 2018 dan Kemenkes, 2020).

2.4 ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI BARU LAHIR

2.4.1 Konsep Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dengan umur kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dan berat lahir antara 2500-4000 gram (Kemenkes, 2019). Bayi baru lahir 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 2500-4000 gram, nilai apgar >7 dan tanpa cacat bawaan (Lockhart, 2014 dan Prawirohardjo, 2016).

Ciri-ciri bayi baru lahir :

1. Berat badan 2500 - 4000 gram
2. Panjang badan 48-52 cm
3. Lingkar dada 30-38 cm
4. Lingkar kepala 33-35 cm
5. Frekuensi jantung 120 - 160 kali/menit
6. Pernafasan \pm 40 - 60 kali/menit
7. Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan cukup
8. Rambut lanugo tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna
9. Kuku agak panjang
10. Genitalia; Perempuan labia mayora sudah menutupi labia minora . Laki-laki testis sudah turun, skrotum sudah ada
11. Reflek hisap dan menelan sudah terbentuk dengan baik
12. Reflek morrow atau bergerak memeluk bila di kagetkan sudah baik
13. Reflek grasps atau menggenggam sudah baik
14. Eliminasi baik, meconium akan keluar dalam 24 jam pertama, mekonium berwarna hitam kecoklatan (Lockhart, 2014).

2.4.2 Kebutuhan Bayi Baru Lahir

Kebutuhan bayi baru lahir adalah sebagai berikut:

1. Pemberian Minum
Salah satu dan yang pokok minuman yang boleh dikonsumsi oleh bayi baru lahir dan diberikan secara cepat/dini adalah ASI (Air Susu Ibu), karena ASI merupakan makanan yang terbaik bagi bayi. Berikan ASI sesering mungkin sesuai keinginan bayi (on demand) atau sesuai keinginan ibu (jika payudara penuh) atau sesuai kebutuhan bayi setiap 2-3 jam (paling sedikit setiap 4 jam), berikan ASI dari salah satu sebelahnya. Berikan ASI saja (ASI eksklusif) sampai bayi berumur 6 bulan.
2. Kebutuhan Istirahat/Tidur
Dalam 2 minggu pertama setelah lahir, bayi normalnya sering tidur. Neonatus usia sampai 3 bulan rata-rata tidur sekitar 16 jam sehari. Pada umumnya bayi mengenal malam hari pada usia 3 bulan. Jumlah total tidur bayi akan berkurang seiring dengan bertambahnya usia bayi.
3. Menjaga Kebersihan Kulit Bayi
Bayi sebaiknya dimandikan sedikitnya 6 jam setelah lahir. Sebelum dimandikan periksa bahwa suhu tubuh bayi stabil (suhu aksila antara 36,5°C-37,5°C), jika suhu tubuh bayi masih di bawah batas normal maka selimuti tubuh bayi dengan longgar, tutupi bagian kepala, tempatkan bersama dengan ibunya (skin to skin),

tunda memandikan bayi sampai suhu tubuhnya stabil dalam waktu 1 jam. Tunda juga untuk memandikan bayi jika mengalami gangguan pernapasan.

4. Menjaga Keamanan Bayi

Jangan sesekali meninggalkan bayi tanpa ada yang menunggu. Hindari pemberian apapun kemulut bayi selain ASI, karena bayi bisa tersedak. Jangan menggunakan penghangat buatan ditempat tidur bayi. (Lockhart, 2014., Kurniarum, 2016 dan ICM, 2017)

2.4.3 Asuhan Bayi Baru Lahir

Asuhan bayi baru lahir adalah menjaga bayi agar tetap hangat, membersihkan saluran napas (hanya jika perlu), mengeringkan tubuh bayi (kecuali telapak tangan), memantau tanda bahaya, memotong dan mengikat tali pusat, melakukan inisiasi menyusui dini (IMD), memberikan suntikan vitamin K1, memberi salep mata antibiotik pada kedua mata, memberi imunisasi Hepatitis B, serta melakukan pemeriksaan fisik (Lyndon Saputra, 2014).

2.4.3.1 Tujuan Asuhan Bayi Baru Lahir

Menurut Lockhart (2014) tujuan Asuhan Bayi Baru Lahir adalah untuk membersihkan jalan nafas dan merangsang pernapasan, memantau ada tidaknya anomali eksternal, memberikan kehangatan pada neonatus secara adekuat, membantu neonatus beradaptasi dengan lingkungan ektrauterin, mencegah infeksi dan cedera, dan untuk membersihkan bayi.

2.4.3.2 Penanganan dan Penilaian Bayi Baru Lahir

1. Menjaga Bayi Agar Tetap Hangat

Langkah awal dalam menjaga bayi tetap hangat adalah dengan menyelimuti bayi sesegera mungkin sesudah lahir, tunda memandikan bayi selama 6 jam atau sampai bayi stabil untuk mencegah hipotermi (El Shinta, 2019).

2. Membersihkan Saluran Napas

Saluran napas dibersihkan dengan cara mengisap lendir yang ada di mulut dan hidung (jika diperlukan). Tindakan ini juga dilakukan sekaligus dengan penilaian APGAR skor menit pertama. Bayi normal akan menangis spontan segera setelah lahir. Apabila bayi tidak langsung menangis, jalan napas segera dibersihkan.

3. Mengeringkan Tubuh Bayi

Tubuh bayi dikeringkan dari cairan ketuban dengan menggunakan kain atau handuk yang kering, bersih, dan halus. Tubuh bayi dikeringkan mulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lainnya dengan lembut tanpa menghilangkan verniks. Verniks

akan membantu menyamankan dan menghangatkan bayi. Setelah dikeringkan, selimuti bayi dengan kain kering untuk menunggu 2 menit sebelum tali pusat di klem. Hindari mengeringkan punggung tangan bayi. Bau cairan amnion pada tangan bayi membantu bayi mencari puting ibunya yang berbau sama (El Shinta, 2019).

4. Perawatan Awal Tali Pusat

Ketika memotong dan mengikat/menjejit tali pusat, teknik aseptik dan antiseptik harus diperhatikan. Tindakan ini dilakukan untuk menilai APGAR skor menit kelima. Cara pemotongan dan pengikatan tali pusat adalah sebagai berikut :

- Klem, potong, dan ikat tali pusat dua menit pasca bayi lahir. Penyuntikan oksitosin dilakukan pada ibu sebelum tali pusat di potong (oksitosin IU intramuskular).
- Lakukan penjepitan ke-1 tali pusat dengan klem logam DTT 3 cm dari dinding perut (pangkal pusat) bayi. Dari titik jepitan, tekan tali pusat dengan dua jari kemudian dorong isi tali pusat ke arah ibu (agar darah tidak terpancar pada saat dilakukan pemotongan tali pusat). Lakukan penjepitan ke-2 dengan jarak 2 cm dari tempat jepitan ke-1 ke arah ibu.
- Pegang tali pusat diantara kedua klem tersebut, satu tangan menjadi landasan tali pusat sambil melindungi bayi, tangan yang lain memotong tali pusat diantara kedua klem tersebut dengan menggunakan gunting DTT (steril).
- Ikat tali pusat dengan benang DTT pada satu sisi, kemudian lingkarkan kembali benang tersebut dan ikat dengan simpul kunci pada sisi lainnya. Atau dapat juga dengan menggunakan penjepit tali pusat
- Lepaskan klem penjepit tali pusat dan masukkan ke dalam larutan klorin 0,5%.
- Letakkan bayi tengkurap di dada ibu untuk upaya inisiasi menyusui dini.

Beberapa nasehat perlu diberikan kepada ibu dan keluarganya dalam hal perawatan tali pusat, yaitu :

- Cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan perawatan tali pusat.
- Jangan membungkus tali pusat atau mengoleskan cairan atau bahan apapun ke puntung tali pusat.
- Mengoleskan alkohol atau povidon yodium masih diperkenankan apabila terdapat tanda infeksi.
- Lipat popok harus di bawah puntung tali pusat.
- Luka tali pusat harus dijaga tetap kering dan bersih sampai sisa tali pusat mengering dan terlepas sendiri.
- Jika pangkal tali pusat kotor, bersihkan (hati-hati) dengan air DTT dan sabun dan segera keringkan secara saksama dengan menggunakan kain bersih. Perhatikan tanda- tanda infeksi tali pusat: kemerahan pada kulit sekitar tali

pusat, tampak nanah atau berbau. Jika terdapat tanda infeksi, nasihati ibu untuk membawa bayinya ke fasilitas kesehatan.

- **Melakukan Inisiasi Menyusui Dini**
Prinsip pemberian ASI adalah dimulai sedini mungkin, eksklusif selama 6 bulan dilanjutkan sampai 2 tahun dengan makanan pendamping ASI sejak usia 6 bulan. Pemberian ASI pertama kali dapat dilakukan setelah mengikat tali pusat. Langkah IMD pada bayi baru lahir adalah sebagai berikut :
 - a. Lakukan kontak kulit ibu dengan kulit bayi selama paling sedikit satu jam.
 - b. Biarkan bayi mencari dan menemukan puting dan mulai menyusui. (El Shinta, 2019)

- **Memberikan Identitas Diri**
Segera setelah IMD, bayi baru lahir di fasilitas kesehatan segera mendapatkan tanda pengenal berupa gelang yang dikenakan kepada bayi dan ibunya untuk menghindari tertukarnya bayi. Gelang pengenal tersebut berisi identitas nama ibu dan ayah, tanggal, jam lahir, dan jenis kelamin. Apabila fasilitas memungkinkan, dilakukan juga pembuatan cap telapak kaki bayi pada rekam medis kelahiran.

- **Memberikan Suntikan Vitamin K1**
Karena sistem pembekuan darah pada bayi baru lahir belum sempurna, semua bayi baru lahir beresiko mengalami perdarahan. Untuk mencegah terjadinya perdarahan pada semua bayi baru lahir, terutama bayi BBLR diberikan suntikan vit K1 (phytomenadione) sebanyak 1 mg dosis tunggal, intramuskular pada anterolateral paha kiri. Suntikan vit K1 dilakukan setelah proses IMD dan sebelum pemberian imunisasi Hepatitis B (El Shinta, 2019).

- **Memberi Salep Mata Antibiotik pada Kedua Mata**
Salep mata diberikan kepada bayi untuk mencegah terjadinya infeksi pada mata. Salep ini sebaiknya diberikan 1 jam setelah lahir. Salep mata yang biasa digunakan adalah tetrasiklin 1 % (El Shinta, 2019).

- **Memberikan Imunisasi**
Imunisasi Hepatitis B pertama (HB-0) diberikan 1-2 jam setelah pemberian vitamin K1 secara intramuskular. Imunisasi Hepatitis B bermanfaat untuk mencegah infeksi Hepatitis B terhadap bayi, terutama jalur penularan ibu-bayi. Imunisasi Hepatitis B harus diberikan pada bayi usia 0-7 hari (El Shinta, 2019).

- **Melakukan Pemeriksaan Fisik**
Pemeriksaan atau pengkajian fisik pada bayi baru lahir dilakukan untuk mengetahui apakah terdapat kelainan yang perlu mendapat tindakan segera serta kelainan yang berhubungan dengan kehamilan, persalinan, dan kelahiran.

Prosedur pemeriksaan fisik pada bayi baru lahir antara lain :

- Menginformasikan prosedur dan meminta persetujuan orangtua
- Mencuci tangan dan mengeringkannya: Jika perlu gunakan sarung tangan
- Memastikan penerangan cukup dan hangat untuk bayi
- Memeriksa secara sistematis head to toe (dari kepala hingga jari kaki)
- Mengidentifikasi warna kulit dan aktivitas bayi
- Mencatat miksi dan mekonium bayi
- Mengukur lingkaran kepala (LK), lingkaran dada (LD), lingkaran perut (LP), lingkaran lengan atas (LILA), dan panjang badan, serta menimbang berat badan.

Penilaian awal dilakukan pada setiap BBL untuk menentukan apakah tindakan resusitasi harus segera dimulai. Segera setelah lahir, dilakukan penilaian pada semua bayi dengan cara petugas bertanya pada dirinya sendiri dan harus menjawab segera dalam waktu singkat.

1. Apakah bayi lahir cukup bulan ?
2. Apakah air ketuban jernih dan tidak bercampur mekonium ?
3. Apakah bayi bernafas adekuat atau menangis ?
4. Apakah tonus otot baik ?

Bila semua jawaban di atas “Ya”, berarti bayi baik dan tidak memerlukan tindakan resusitasi. Pada bayi ini segera dilakukan Asuhan Bayi Normal. Bila salah satu atau lebih jawaban “tidak”, bayi memerlukan tindakan resusitasi segera dimulai dengan langkah awal Resusitasi (JNPK-KR, 2017). Menurut Marchant (2014) kondisi umum bayi baru lahir pada menit pertama dan kelima dapat dikaji dengan menggunakan nilai APGAR.

Tabel 2. 10 APGAR Score

Tanda	Nilai 0	Nilai 1	Nilai 2
A- <i>Appearance</i> (warna kulit)	Biru, pucat	Tubuh merah muda, ekstremitas biru	Seluruh tubuh merah muda
P- <i>Pulse</i> (frekuensi jantung)	Tidak ada	Kurang dari 100x/menit	Lebih dari 100x/menit
G- <i>Grimace</i> (respon terhadap rangsangan)	Tidak ada	meringis	Batuk/bersin
A- <i>Active</i> (tonus otot)	Lunglai	Fleksi ekstremitas	Aktif
R- <i>Respiration</i> (pernapasan)	Tidak ada	Lambat, tidak teratur	Baik atau menangis

Sumber : Marchant, 2014. Myles Textbook for Midwives. 16th E.

Dari hasil pemeriksaan APGAR score, dapat diberikan penilaian kondisi bayi baru lahir sebagai berikut:

1. Nilai 7-10 : Normal
2. Nilai 4-6 : Asfiksia ringan-sedang
3. Nilai 0-3 : Asfiksia Berat

2.4.4 Tanda Bahaya BBL dan Neonatus

Tanda bahaya pada bayi baru lahir adalah :

1. Tidak mau menyusu atau memuntahkan semua yang diminum
2. Bayi kejang
3. Bayi lemah, bergerak hanya jika dirangsang/dipegang
4. Nafas cepat (>60x/menit).
5. Bayi merintih
6. Tarikan dinding dada ke dalam yang sangat kuat
7. Pusar kemerahan, berbau tidak sedap, keluar nanah
8. Demam (suhu > 37,0c) atau suhu tubuh bayi dingin (suhu < 36,50c)
9. Mata bayi bernanah
10. Bayi diare
11. Kulit bayi terlihat kuning pada telapak tangan dan kaki. Kuning pada bayi yang berbahaya muncul pada hari pertama (kurang dari 24 jam) setelah lahir dan ditemukan pada umur lebih dari 14 hari
12. Tinja berwarna pucat. (Lockhart, 2014)

2.4.5 Kunjungan Neonatus

Kunjungan neonatus dilakukan sebanyak 3 kali :

1. Pada usia 6-48 jam (kunjungan neonatal 1)
2. Pada usia 3-7 hari (kunjungan neonatal 2)
3. Pada usia 8-28 hari (kunjungan neonatal 3) (Kemenkes, 2019)

2.5 ASUHAN KEBIDANAN PADA KELUARGA BERENCANA

2.5.1 Pengertian Keluarga Berencana

Keluarga berencana merupakan usaha untuk mengukur jumlah anak dan jarak kelahiran anak yang diinginkan. Maka dari itu, Pemerintah mencanangkan program atau cara untuk mencegah dan menunda kehamilan (WHO, 2013). Keluarga berencana merupakan usaha suami istri untuk menghindari kelahiran yang tidak diinginkan, mendapatkan kelahiran yang memang diinginkan, mengatur interval diantara kehamilan, mengontrol waktu saat kehamilan dalam hubungan dengan suami istri dan menentukan jumlah anak dalam keluarga (BKKBN, 2017).

2.5.2 Tujuan Program KB

Tujuan umum KB adalah membentuk keluarga kecil sesuai kekuatan sosial ekonomi suatu keluarga dengan cara mengatur kelahiran anak, agar diperoleh suatu keluarga bahagia dan sejahtera yang dapat memenuhi kebutuhan hidupnya (Sri Handayani, 2014).

Tujuan khusus program KB meliputi :

1. Mengatur kehamilan dengan menunda perkawinan, menunda kehamilan anak pertama dan menjarangkan kehamilan setelah kelahiran anak pertama serta menghentikan kehamilan bila dirasakan anak telah cukup.
2. Mengobati kemandulan atau infertilitas bagi pasangan yang telah menikah lebih dari satu tahun tetapi belum juga mempunyai keturunan hal ini memungkinkan untuk tercapainya keluarga bahagia.
3. Konseling perkawinan atau nasehat perkawinan bagi remaja atau pasangan yang akan menikah dengan harapan bahwa pasangan akan mempunyai pengetahuan dan pemahaman yang cukup tinggi dalam membentuk keluarga yang bahagia dan berkualitas.

2.5.3 Sasaran Program KB

Sasaran program KB dibagi menjadi 2 yaitu sasaran langsung dan sasaran tidak langsung, tergantung tujuan yang ingin dicapai. Sasaran langsung adalah pasangan usia subur (PUS) yaitu pasangan yang wanitanya berusia antara 15- 49 tahun, karena kelompok ini merupakan pasangan yang aktif melakukan hubungan seksual dan setiap kegiatan seksual dapat mengakibatkan kehamilan. Sasaran langsung ini bertujuan untuk menurunkan tingkat kelahiran dengan cara penggunaan kontrasepsi secara berkelanjutan (Affandi, 2014 dan Yulizawati, 2019).

Sedangkan Sasaran tidak langsung adalah pelaksana dan pengelola program KB. Tujuannya adalah untuk menurunkan tingkat kelahiran melalui pendekatan kebijaksanaan kependudukan terpadu dalam rangka mencapai keluarga yang berkualitas dan sejahtera (Yulizawati, 2019).

2.5.4 Jenis Kontrasepsi

Menurut Affandi (2014) jenis-jenis alat kontrasepsi, yaitu:

1. Kondom
 - Kondom adalah suatu karet tipis yang dipakai menutupi zakar sebelum dimasukkan ke dalam vagina untuk mencegah terjadinya pembuahan.
 - Cara kerja kondom : mencegah spermatozoa bertemu dengan ovum/sel telur pada waktu senggama karena sperma tertampung dalam kondom.

- Keuntungan :
 - a. Murah, mudah didapat.
 - b. Mudah dipakai sendiri.
 - c. Dapat mencegah penyakit kelamin.
 - d. Efek samping hampir tidak ada.
- Kerugian :
 - a. Mengganggu kenyamanan bersenggama.
 - b. Harus selalu ada persediaan.
 - c. Dapat sobek bila tergesa-gesa.
 - d. Efek lecet, karena kurang licin.

2. Pil KB

Pil KB atau oral contraceptives pill merupakan alat kontrasepsi hormonal yang berupa obat dalam bentuk pil yang dimasukkan melalui mulut (diminum), berisi hormon estrogen atau progesterone.

- Cara kerja :
 - a. Menekan ovulasi yang akan mencegah lepasnya sel telur dari ovarium.
 - b. Mengendalikan lender mulut rahim sehingga sel mani tidak dapat masuk ke dalam rahim.
 - c. Menipiskan lapisan endometrium.
- Keuntungan :
 - a. Menunda kehamilan pertama pada PUS muda.
 - b. Mencegah anemia defisiensi zat besi.
- Kerugian
 - a. Dapat mengurangi ASI
 - b. Harus disiplin

3. Suntik

KB suntik adalah suatu cara kontrasepsi yang diberikan melalui suntikkan. Jenis yang tersedia antara lain : Depo provera 150 mg, Noristerat 200 mg, dan Depo Progestin 150 mg.

- Cara kerja :
 - a. Mencegah lepasnya sel telur dari indung telur wanita.
 - b. Mengentalkan lender mulut rahim, sehingga sel mani tidak dapat masuk dalam rahim.
 - c. Menipiskan endometrium.

- Keuntungan :
 - a. Sangat efektif dengan kegagalan kurang dari 1%.
 - b. Tidak mempengaruhi produksi ASI.
- Kerugian :
 - a. Gangguan haid.
 - b. Pusing, mual kenaikan berat badan.

4. Implant

Implant adalah alat kontrasepsi yang ditanam di bawah kulit (susuk KB). Jenis implant yang beredar di Indonesia antara lain : Norplant, implanon, indoplan, sinoplan, dan jadena.

- Kelebihan :
 - a. Praktis, efektif.
 - b. Tidak ada faktor lupa.
 - c. Tidak menekan produksi ASI.
 - d. Masa pakai jangka panjang 5 tahun.
- Kekurangan :
 - a. Harus dipasang dan diangkat oleh petugas kesehatan yang terlatih.
 - b. Lebih mahal daripada KB yang pendek.
 - c. Implant sering mengubah pola haid.

5. Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

AKDR adalah alat kontrasepsi yang dimasukkan ke dalam rahim yang bentuknya bermacam-macam.

Cara kerja: dengan adanya alat ini, maka terjadinya perubahan pada endometrium yang mengakibatkan kerusakan pada sperma yang masuk. Tembaga pada AKDR akan menghalangi mobilitas atau pergerakan sperma, mematikan hasil pembuahan

6. Vasektomi

Vasektomi adalah sterilisasi sukarela pada pria dengan cara memotong atau mengikat kedua saluran mani (vas deferens) kiri dan kanan sehingga penyaluran spermatozoa terputus.

7. Tubektomi

Tubektomi adalah sterilisasi atau kontrasepsi mantap (permanen) pada wanita yang dilakukan dengan cara melakukan tindakan pada kedua saluran.

2.5.5 Asuhan Keluarga Berencana

Bidan memiliki peranan yang penting dalam perencanaan keluarga dan penggunaan kontrasepsi. Dalam hal ini bidan berperan memberikan konseling kepada ibu dan keluarga (Hoglund, 2019). Konseling adalah proses yang berjalan dan menyatu dengan semua aspek pelayanan keluarga berencana dan bukan hanya informasi yang diberikan dan dibicarakan pada satu kali kesempatan yakni, pada saat pemberian pelayanan. Teknik konseling yang baik dan informasi yang memadai harus diterapkan dan dibicarakan secara interaktif sepanjang kunjungan klien dengan cara yang sesuai dengan budaya yang ada. Tujuan Konseling menurut yaitu Meningkatkan penerimaan, menjamin pilihan yang cocok, menjamin penggunaan cara yang efektif dan menjamin kelangsungan yang lebih lama (Handayani, 2014). Informasi ini terutama pada masa pasca persalinan. Pengetahuan dan pemahaman yang baik tentang KB pasca persalinan dapat mencegah peledakan penduduk dan mewujudkan keluarga yang sejahtera (Sitorus dan Siahaan, 2018).

Langkah Konseling KB SATU TUJU. Menurut Walyani (2015), kata kunci SATU TUJU adalah sebagai berikut:

1. SA: Sapa dan Salam
Sapa dan salam kepada klien secara terbuka dan sopan. Berikan perhatian sepenuhnya kepada mereka dan berbicara ditempat yang nyaman serta terjamin privasinya. Yakinkan klien untuk membangun rasa percaya diri tanyakan kepada klien apa yang perlu dibantu serta jelaskan pelayanan apa yang dapat diperolehnya.
2. T: Tanya
Tanyakan kepada klien informasi tentang dirinya. Bantu klien untuk berbicara mengenai pengalaman keluarga berencana dan kesehatan reproduksi, tujuan, kepentingan, harapan serta keadaan kesehatan dan kehidupan keluarganya. Tanyakan kontrasepsi yang diinginkan oleh klien.
3. U: Uraikan
Uraikan kepada klien mengenai pilihannya dan beritahu apa pilihan reproduksi yang paling mungkin, termasuk pilihan beberapa kontrasepsi. Bantulah klien pada jenis kontrasepsi yang paling ia ingini serta jelaskan pula jenis - jenis lain yang ada. Jelaskan alternative kontrasepsi lain yang mungkin diinginkan oleh klien. Uraikan juga mengenai resiko penularan HIV/ AIDS dan pilihan metode ganda
4. TU: Bantu
Bantulah klien menentukan pilihannya. Bantulah klien berfikir mengenai apa yang paling sesuai dengan keadaan dan kebutuhannya, doronglah klien untuk menunjukkan keinginannya dan mengajukan pertanyaan. Tanggapi secara terbuka, petugas membantu klien mempertimbangkan kriteria dan keinginan klien terhadap setiap jenis kontrasepsi. Tanyakan juga apakah pasangannya akan memberikan dukungan dengan pilihan tersebut.

5. J : Jelaskan
Jelaskan secara lengkap bagaimana menggunakan kontrasepsi pilihannya setelah klien memilih jenis kontrasepsinya, jika diperlukan perlihatkan alat/obat kontrasepsinya. Jelaskan bagaimana alat/obat kontrasepsi tersebut digunakan dan bagaimana cara penggunaannya.
6. U : Kunjungan Ulang
Perlunya dilakukan kunjungan ulang. Bicarakan dan buatlah perjanjian, kapan klien akan kembali untuk melakukan pemeriksaan atau permintaan kontrasepsi jika dibutuhkan. Perlu juga selalu mengingatkan klien untuk kembali apabila terjadi suatu masalah.

2.6 MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN

Menurut Varney manajemen kebidanan merupakan proses pemecahan masalah yang di gunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan dengan urutan logis dan menguntungkan, menguraikan perilaku yang diharapkan dari pemberian asuhan yang berdasarkan teori ilmiah, penemuan, ketrampilan dalam rangkaian atau tahapan yang logis untuk pengambilan keputusan yang berfokus pada klien (Subiyatin A, 2017).

1. Langkah I: Pengumpulan Data Dasar
Pada langkah pertama ini dilakukan pengumpulan data dasar untuk mengumpulkan semua data yang diperlukan guna mengevaluasi keadaan klien secara lengkap. Data terdiri atas data subjektif dan data objektif. Data subjektif dapat diperoleh melalui anamnesa langsung, maupun meninjau catatan dokumentasi asuhan sebelumnya, dan data objektif didapatkan dari pemeriksaan langsung pada pasien. Pada langkah pertama ini dikumpulkan semua informasi yang akurat dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien. (Handayani. SR, 2017)
2. Langkah II: Interpretasi Data Dasar
Pada langkah ini, Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga dapat dirumuskan diagnosa dan masalah yang spesifik. Diagnosa kebidanan adalah diagnosa yang ditegakkan oleh profesi bidan dalam praktik kebidanan dan memenuhi standar nomenklatur (tata nama) diagnosis kebidanan. Rumusan diagnosa dan masalah keduanya digunakan karena masalah tidak dapat didefinisikan seperti diagnosa tetapi tetap membutuhkan penanganan. Masalah sering berkaitan dengan hal-hal yang sedang dialami wanita yang diidentifikasi oleh bidan sesuai hasil pengkajian. Masalah sering juga menyertai diagnosa (Subiyatin.A, 2017).

3. Langkah III: Mengidentifikasi Diagnosa atau Masalah Potensial

Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosa yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi bidan, bila memungkinkan dilakukan pencegahan. Sambil mengamati klien, bidan diharapkan dapat bersiap-siap bila diagnosa/masalah potensial ini benar-benar terjadi. Pada langkah ini penting sekali melakukan asuhan yang aman. Contoh: seorang wanita yang hamil pertama kali, tetapi letak janinnya tidak normal (misalnya: bayi letak sungsang), yang harus diantisipasi adalah terhadap kemungkinan kelahiran bayi tersebut apabila ingin dilahirkan pervaginam, maka bidan harus dipertimbangkan besarnya janin dan ukuran panggul ibu, juga harus dapat mengantisipasi terjadinya persalinan macet (aftercoming head) pada waktu melahirkan kepala. (Subiyatin A,2017).

4. Langkah IV: Mengidentifikasi dan Menetapkan Kebutuhan yang Memerlukan Penanganan Segera

Pada langkah ini, bidan mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai kondisi klien. Dalam kondisi tertentu seorang wanita mungkin akan memerlukan konsultasi atau kolaborasi dengan dokter atau tim kesehatan lainnya seperti pekerja sosial, ahli gizi atau seorang ahli perawatan klinis bayi baru lahir. Dalam hal ini bidan harus mampu mengevaluasi kondisi setiap klien untuk menentukan kepada siapa konsultasi dan kolaborasi yang paling tepat dalam manajemen asuhan kebidanan. (Subiyatin A,2017).

5. Langkah V: Merencanakan Asuhan yang Menyeluruh

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh, ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnosa atau masalah yang telah diidentifikasi atau diantisipasi, dan pada langkah ini reformasi / data dasar yang tidak lengkap dapat dilengkapi. Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap masalah yang berkaitan tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap wanita tersebut seperti apa yang diperkirakan akan terjadi berikutnya apakah dibutuhkan penyuluhan, konseling, dan apakah perlu merujuk klien bila ada masalah-masalah yang berkaitan dengan sosial-ekonomi, kultural atau masalah psikologis. Dengan perkataan lain, asuhan terhadap wanita tersebut sudah mencakup setiap hal yang berkaitan dengan semua aspek asuhan. Setiap rencana haruslah disetujui oleh kedua belah pihak, yaitu oleh bidan dan klien, agar dapat dilaksanakan dengan efektif karena klien merupakan bagian dari pelaksanaan rencana tersebut. Oleh karena itu, pada langkah ini tugas bidan adalah merumuskan rencana asuhan sesuai dengan hasil pembahasan rencana bersama klien, kemudian membuat kesepakatan bersama sebelum melaksanakannya. (Handayani. SR, 2017).

6. Langkah VI: Melaksanakan Perencanaan
Pada langkah ini, rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah kelima dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan ini bisa dilakukan oleh bidan atau sebagian dilakukan oleh bidan dan sebagian lagi oleh klien, atau anggota tim kesehatan yang lain. Jika bidan tidak melakukannya sendiri, ia tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya (misalnya : memastikan agar langkah-langkah tersebut benar-benar terlaksana). Dalam situasi dimana bidan dalam manajemen asuhan bagi klien adalah bertanggungjawab terhadap terlaksananya rencana asuhan bersama yang menyeluruh tersebut. Manajemen yang efisien akan mengurangi waktu dan biaya serta meningkatkan mutu dari asuhan klien. (Handayani. SR, 2017).
7. Langkah VII: Evaluasi
Pada langkah ke-tujuh ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan sebagaimana telah diidentifikasi dalam masalah dan diagnosis. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang sesuai dengan masalah dan diagnosis klien, juga benar dalam pelaksanaannya. Disamping melakukan evaluasi terhadap hasil asuhan yang telah diberikan, bidan juga dapat melakukan evaluasi terhadap proses asuhan yang telah diberikan. Dengan harapan, hasil evaluasi proses sama dengan hasil evaluasi secara keseluruhan. (Handayani. SR, 2017).

2.7 DOKUMENTASI ASUHAN KEBIDANAN

2.7.1 Metode SOAP

Pola pikir yang digunakan oleh bidan dalam asuhan kebidanan mengacu kepada langkah Varney dan proses dokumentasi manajemen asuhan kebidanan menggunakan Subjectif, Objectif, Assesment, Planning (SOAP) dengan melampirkan catatan perkembangan (Insani, 2016).

Subjektif merupakan hasil dari anamnesis, baik informasi langsung dari klien maupun dari keluarga. Anamnesis yang dilakukan harus secara terperinci sehingga informasi yang diharapkan benar-benar akurat. Pada langkah ini, diharapkan bidan menggunakan daya nalarnya terkait informasi yang didapatkan (Insani, 2016).

Objektif merupakan hasil dari pemeriksaan yang dilakukan oleh bidan. Pemeriksaan tersebut meliputi pemeriksaan keadaan umum, pemeriksaan tanda-tanda vital, pemeriksaan fisik secara head to toe, pemeriksaan penunjang (pemeriksaan laboratorium baik darah, urin, tinja atau cairan tubuh). Data hasil kegiatan subjectif dan objectif akan beriringan. Hal ini meyakinkan bidan untuk melakukan langkah selanjutnya yaitu assessment (Insani, 2016).

Pada langkah *assessment*, bidan akan melakukan 3 poin pokok, yaitu menegakkan diagnosa kebidanan baik aktual maupun potensil, menentukan masalah (aktual dan potensial) dan menentukan kebutuhan. Diagnosa kebidanan mengacu kepada nomenklatur, artinya diagnosa yang ditegakkan merupakan diagnosa hasil anamnesis dan pemeriksaan yang merupakan kasus kebidanan, kasus yang menjadi hak, kewajiban dan wewenang bidan untuk memberikan asuhan kebidanan (Insani, 2016).

Pada langkah *planning* atau perencanaan, bidan akan merencanakan asuhan kebidanan yang akan diberikan kepada klien sesuai dengan diagnosa kebidanan yang telah ditegakkan, sesuai dengan kebutuhan yang telah disusun pada langkah *assessment*. Pada langkah perencanaan ini, bidan mempertimbangkan seluruh kebutuhan baik fisik maupun psikologis klien. Tindakan apa yang akan dilakukan, mengapa tindakan tersebut dilakukan, kapan tindakan tersebut dilakukan, siapa yang melakukan dan bagaimana caranya tindakan tersebut dilakukan. Tahap perencanaan ini terdapat beberapa analisis yang dilakukan oleh bidan meliputi tahap prioritas, mempertimbangkan apakah klien dan keluarga diikutsertakan dalam tindakan kebidanan, apakah intervensi yang direncanakan dan dilakukan sesuai dengan permasalahan dan penyakit klien, membuat rasional tindakan dan dokumentasi (Insani, 2016).

Setelah tahap perencanaan dilakukan oleh bidan maka bidan melanjutkan kegiatan pemberian asuhan. Kegiatan asuhan yang diberikan oleh bidan, dilakukan dokumentasinya dalam bentuk catatan perkembangan. Pada catatan ini, bidan secara terperinci membuat asuhan yang diberikan dengan melampirkan hari, tanggal, waktu, tanda tangan dan nama petugas yang melaksanakan. Setiap asuhan yang diberikan harus melampirkan hal tersebut (Insani, 2016).

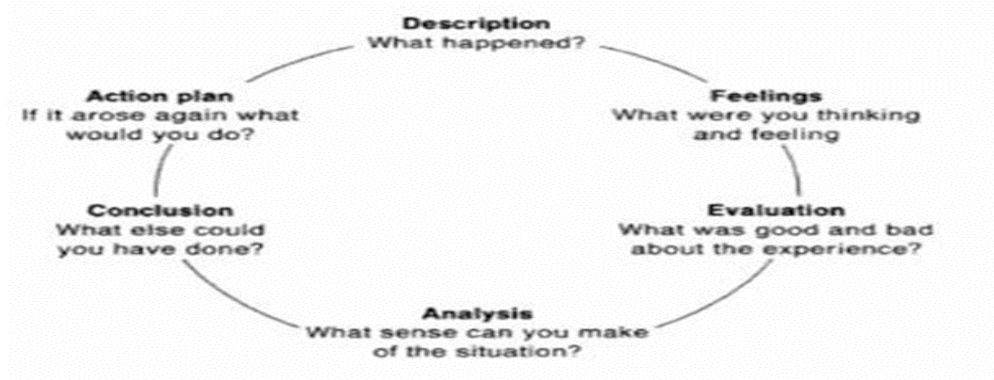
2.7.2 Refleksi Kasus

Pembelajaran berbasis praktik dan penempatan mahasiswa di lahan praktik nyata berfungsi untuk membantu mahasiswa membentuk hubungan antara praktik dan standar dalam praktik yang telah ditentukan. Setelah praktikum, mahasiswa diminta untuk mampu membandingkan pengalaman praktik yang didapatkan dengan teori yang sudah di pelajari dalam bentuk sebuah refleksi (Sweet, 2019).

Penggunaan metode refleksi terbukti meningkatkan lima komponen yaitu kesadaran, pengetahuan, refleksi kritis, bukti dalam praktik, dan berpikir kritis. Berpikir kritis menggabungkan sikap dalam menganalisis, mengevaluasi, mengklarifikasi dan berargumen serta aplikasi dari ilmu yang telah dipahami (Insani, 2016).

Terdapat beberapa bagian dalam membuat sebuah refleksi kasus yaitu *description*, *feelings*, *evaluation*, *analysis*, *conclusion* dan *action plan*. *Description* menjelaskan mengenai situasi yang terjadi, *analysis* dari perasaan penulis, *evaluasi* dari pengalaman yang dirasakan, *analisis* teori dan penelitian serta standar terbaru dari pengalaman dan

kasus yang dialami serta rencana tindakan selanjutnya untuk membuat pelayanan lebih baik (UKEssays, 2018).



Gambar 2. 3 Gibb's Reflective Cycle

Sumber: Buku The Principles and Practice of Nurse Education Fourth Edition : 571

Bab 3 TINJAUAN KASUS

3.1 ASUHAN KEBIDANAN KEHAMILAN

**Asuhan Kebidanan Kehamilan Pada Ny. "V" G2P1A0H1
Tanggal 23 April 2020, Pukul 10.00 WIB**

I. SUBYEKTIF

1.1 IDENTITAS

Nama ibu	:	Ny. V	Nama Suami	:	Tn. D
Umur	:	39 Tahun	Umur	:	43 Tahun
Suku/Bangsa	:	Minang	Suku/Bangsa	:	Minang
Agama	:	Islam	Agama	:	Islam
Pendidikan	:	SMA	Pendidikan	:	S1
Pekerjaan	:	IRT	Pekerjaan	:	Swasta
Alamat/No. HP	:	Pulau Air Parak Laweh / 081267293332			

1.2 ANAMNESIS

1. Keluhan :

Ibu mengatakan perut nyeri sejak k emarin, nyeri hilang jika dibawa berjalan
Ibu mengatakan sering BAK dan sakit pinggang.

2. Riwayat Menstruasi

Menarche	:	14	tahun
Siklus	:	30	hari
Banyaknya	:	3-4	kali ganti pembalut
Lamanya	:	6-7	hari

Sifat darah : encer
 Teratur/tidak : teratur
 Dismenorrhoe : tidak ada
 Fluor albus : tidak ada

3. Riwayat obstetri yang lalu

No	Kehamilan		Persalinan				Anak			Nifas		KB		
	Suami Ke	UK	Penyulit	Penolong	Jenis	Tempat	Penyulit	BB/PB	JK	Hidup/Umur	Mati		Lama Menyusui	Pendarahan
1	1	39-49 Minggu	Tidak Ada	Bidan	Spontan	PMB Umil Fahmi	Tidak Ada	3100/50	Perempuan	11 Tahun	-	3 Bulan	Tidak Ada	Kalender

4. Riwayat kehamilan sekarang

HPHT : 25 Juli 2019
 TP : 2 Mei 2020

Pergerakan anak pertama kali (quickening) dirasakan pada umur kehamilan : ±16 minggu

Apakah Ibu masih merasakan gerakan janinnya? Masih

Penyuluhan yang sudah di dapat yaitu : Nutrisi, tanda bahaya dalam kehamilan, tanda-tanda persalinan
 Status Imunisasi TT : TT 3 saat UK 28 minggu (10 Februari 2020)

5. Riwayat penyakit sistemik yang pernah diderita :

Jantung : tidak ada TBC : tidak ada

DM : tidak ada Hepatitis : tidak ada

Asma : tidak ada Hipertensi : tidak ada

6. Riwayat kesehatan dan penyakit keluarga :

Jantung : tidak ada TBC : tidak ada

DM : tidak ada Hepatitis : tidak ada

- Asma : tidak ada Hipertensi : tidak ada Gemelli : tidak ada
7. Pola Aktivitas sehari-hari
- a. Pola Nutrisi
- Saat hamil : 2-3 x/hari, nasi+lauk+sayur.
Makan dan Minum terakhir : makan 2 jam yang lalu, minum 30 menit yang lalu, Minum 8-10 gelas/hari, air putih, teh, susu
- b. Pola Istirahat dan tidur
- Saat hamil : siang hari \pm 1 jam, malam hari \pm 7 jam
Istirahat dan tidur terakhir: malam 7 jam
Keluhan : tidak ada
- c. Pola Eliminasi
- Saat hamil : BAK frekuensi 9-10x/hari, Warna jernih kekuningan, BAB frekuensi 1x/hari, Warna kuning kecoklatan Konsistensi lembek,
Keluhan : Sering BAK
Eliminasi terakhir: BAB jam 6 pagi, BAK 1/2 jam yang lalu
- d. Pola Kebiasaan
- Merokok : tidak ada
Minum alcohol : tidak ada
Obat-obatan : tidak ada
Konsumsi Jamu : tidak ada
8. Riwayat Sosial Budaya
- a. Perkawinan : menikah usia 26 tahun lama \pm 13 tahun
- b. Kehamilan ini : direncanakan (ya/tidak), diterima (ya/tidak)
- c. Tradisi yang mempengaruhi kehamilan : tidak ada
- d. Respon saudara kandung : ibu mengatakan anak pertama sangat menantikan kelahiran adiknya
- e. Status Spiritual : pelaksanaan ibadah ya/tidak
- f. Rencana Persalinan (P4K):
- Tempat bersalin : PMB Bidan Umil Fahmi, Amd. Keb
Penolong persalinan : Bidan Umil Fahmi, Amd. Keb
Dana persalinan : BPJS
Kendaraan : Motor/berjalan kaki
Donor darah : Adik kandung
Metode KB : belum memutuskan

II. DATA OBJEKTIF

(Berdasarkan hasil ANC terakhir kali di PMB, 20 April 2020 dan ditanyakan pada klien)

2.1 PEMERIKSAAN UMUM

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : cmc

Tanda-tanda vital :

TD : 120/70 mmHg Suhu : 36.2 0C

Nadi : 80 x/i RR : 20 x/i

Pengukuran :

BB sebelum hamil : 50 kg BB sekarang : 58 kg

TB : 158 cm LILA : 27 cm

IMT : 20

2.2 PEMERIKSAAN FISIK

1. Kepala

Wajah : tidak pucat, tidak oedema, tidak ada cloasma

Mata : simetris, konjungtiva merah muda, sclera putih, tidak ada secret

Telinga : bersih, tidak ada secret

Mulut : bibir tidak pucat, lidah bersih, gigi tidak berlubang, tidak ada carries

Dada : simetris, terdapat hiperpigmentasi areola, puting susu terbenam kiri dan kanan, ada pengeluaran kolostrum, tidak ada retraksi

Abdomen : simetris, tidak ada luka bekas operasi, ada striae gravidarum

Ekstremitas : simetris, tidak ada oedema, tidak ada varises, tidak ada kelainan

Genitalia : tidak ada oedema

Anus : tidak ada hemoroid

2. Palpasi

Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, limfe dan vena jugularis

Dada : Tidak ada pembesaran, tidak ada massa Abdomen

Leopold I : Teraba agak bulat, tidak melenting, kemungkinan bokong janin.

Leopold II : Pada sisi kiri perut ibu teraba keras, memanjang, memapan, kemungkinan punggung janin. Pada sisi kanan perut ibu teraba tonjolan-tonjolan kecil kemungkinan ekstrimitas janin.

Leopold III : Pada bagian terbawah teraba bulat, keras, melenting, kemungkinan kepala janin. Tidak dapat digoyang.

- Leopold IV :Posisi tangan sejajar
 McD : 31 cm
 TBJ : (31-12) x 155 = 2945 gram
 Genitalia : tidak ada pembesaran kelenjar bartholini
3. Auskultasi
 DJJ :
 Frekuensi : 148 x/menit, irama teratur, intensitas kuat, punctum maximum kuadran kiri bawah

2.3 PEMERIKSAAN KHUSUS

Pemeriksaan Laboratorium (17 Desember 2019)

1. Darah
 Kadar Haemoglobin : 12.4 gr/dL Golongan darah : O
 IMS : NR
 HIV : NR
2. Urine
 Urine reduksi : negatif
 Albumin : negative

III. ASSESMENT

1. Diagnosa :
 Ny. V G2P1A0H1 UK 38-39 minggu, janin tunggal, intrauterin, presentasi kepala, kesan jalan lahir normal, KU ibu dan janin baik, ibu dengan puting terbenam
2. Masalah :
 Cemas karena nyeri yang dirasakan, sering BAK
3. Diagnosa Potensial :
 Bendungan ASI (saat mulai menyusui)
4. Masalah Potensial :
 Cemas berlebihan, kurang istirahat malam
5. Kebutuhan :
 Tanda bahaya TM III, tahapan nyeri persalinan, tanda persalinan, KIE Cara mengatasi sering BAK, KIE Nipple Rolling

IV. PLANNING

1. Jelaskan pada ibu tentang kondisinya
2. Jelaskan pada ibu penyebab nyeri perut, sakit pinggang dan sering BAK
3. Jelaskan pada ibu tentang tahapan nyeri persalinan

4. Anjurkan ibu untuk menghindari duduk atau berdiri terlalu lama dan tidak memakai alas kaki yang tinggi.
5. Anjurkan ibu menghindari minum sebelum tidur dan memperhatikan kebersihan setelah BAK.
6. Jelaskan pada ibu tentang tanda-tanda persalinan
7. Jelaskan pada ibu tentang tanda bahaya dalam kehamilan TM III
8. Jelaskan dan anjurkan ibu untuk melakukan nipple rolling.
9. Anjurkan ibu untuk jalan pagi
10. Anjurkan ibu untuk konsumsi makanan tinggi serat
11. Mengingatkan kembali ibu dan suami untuk mulai memilih jenis kontrasepsi yang ingin digunakan pasca persalinan.
12. Mengingatkan kembali pada ibu untuk menyiapkan semua keperluan ibu- bayi serta berkas yang diperlukan dalam satu tas.
13. Minta ibu untuk menghubungi jika ada keluhan atau sesuatu yang ingin ditanyakan.

3.2 ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN

Asuhan Kebidanan Dalam Persalinan Pada Ny. "V" G2P1A0H1 Tanggal 26 April 2020, Pukul 05.30 WIB

I. SUBYEKTIF

1.1 IDENTITAS

Nama ibu	:	Ny. V	Nama Suami	:	Tn. D
Umur	:	39 Tahun	Umur	:	43 Tahun
Suku/Bangsa	:	Minang	Suku/Bangsa	:	Minang
Agama	:	Islam	Agama	:	Islam
Pendidikan	:	SMA	Pendidikan	:	S1
Pekerjaan	:	IRT	Pekerjaan	:	Swasta
Alamat/No. HP	:	Pulau Air Parak Laweh / 081267293332			

1.2 ANAMNESIS

1. Keluhan :

Ibu mengatakan nyeri pinggang menjalar ke ari-ari sejak pukul 00.00 malam, keluar lendir campur darah pukul 03.00

2. Riwayat Menstruasi

Menarche : 14 tahun
Siklus : 30 hari

Banyaknya : 3-4 kali ganti pembalut
 Lamanya : 6-7 hari
 Sifat darah : encer
 Teratur/tidak : teratur
 Dismenorrhoe : tidak ada
 Fluor albus : tidak ada

3. Riwayat obstetri yang lalu

No	Kehamilan		Persalinan			Anak			Nifas		KB				
	Suami Ke	UK	Penyulit	Penolong	Jenis	Tempat	Penyulit	BB/PB	JK	Hidup/Umur		Mati	Pendarahan		
1	1	39-49 Minggu	Tidak Ada	Bidan	Spontan	PMB Umil Fahmi	Tidak Ada	3100/50	Perempuan	11 Tahun	-	Tidak Ada	3 Bulan	Tidak Ada	Kalender

4. Riwayat Kesehatan dan Penyakit Keluarga :

Jantung : tidak ada TBC : tidak ada
 DM : tidak ada Hepatitis : tidak ada
 Asma : tidak ada Hipertensi : tidak ada
 Gemelli : tidak ada

5. Pola Aktifitas Sehari-hari
 Pola Nutrisi

Saat hamil makan 2-3 x/hari, nasi+lauk+sayur, Minum 8-10 gelas/hari, air putih, teh, susu
 Makan dan Minum terakhir : makan jam 20.00 kemarin, minum 10 menit yang lalu
 Pola Istirahat dan tidur

Saat hamil : siang hari ±1 jam, malam hari ± 7 jam Istirahat dan tidur terakhir :22.00-23.00malam tadi

Keluhan : tidak bisa tidur karena perut mules

Pola Eliminasi

Saat hamil : BAK, frekuensi 9-10x/hari, warna jernih kekuningan

Keluhan sering BAK, BAB frekuensi 1x/hari, warna kuning kecoklatan
konsistensi lembek, keluhan tidak ada

Eliminasi terakhir : BAB jam 23.00 malam, BAK 1/2 jam yang lalu

Pola Kebiasaan

Merokok : tidak ada

Minum alcohol : tidak ada

Obat-obatan : tidak ada

Konsumsi Jamu : tidak ada

6. Riwayat Sosial Budaya

Perkawinan : menikah usia 26 tahun, lama \pm 13 tahun

Kehamilan ini : direncanakan (ya/tidak), diterima (ya/tidak)

Tradisi yang mempengaruhi kehamilan : tidak ada

Status Spiritual : pelaksanaan ibadah ya/tidak

Persiapan persalinan : semua keperluan sudah dimasukkan dalam satu tas

II. DATA OBJEKTIF

(Berdasarkan hasil pemeriksaan di PMB dan keterangan klien, 26 April 2020)

2.1 PEMERIKSAAN UMUM

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : cmc

Tanda-tanda vital :

TD : 120/70 mmHg Suhu : 36.2 0C

Nadi : 80 x/i RR : 18 x/i

Pengukuran

BB sebelum hamil : 50 kg BB sekarang : 58 kg

TB : 158 cm LILA : 27 cm

2.2 PEMERIKSAAN FISIK

a. Inspeksi

Kepala

Wajah : tidak pucat, tidak oedema, tidak ada cloasma

Mata : simetris, konjungtiva merah muda, sclera putih, tidak ada secret

Telinga : Bersih, tidak ada secret

Mulut : bibir tidak pucat, lidah bersih, gigi tidak berlubang, tidak ada carries
gigi

Dada : Simetris, terdapat hiperpigmentasi areola, puting susu terbenam kiri dan kanan, ada pengeluaran kolostrum, tidak ada retraksi

Abdomen : simetris, tidak ada luka bekas operasi, ada striae gravidarum

Ekstremitas : simetris, tidak ada oedema, tidak ada varises, tidak ada kelainan

Genitalia : Bloody show (+)

Anus : tidak ada hemoroid

b. Palpasi

Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, limfe dan vena jugularis

Dada : Tidak ada pembesaran, tidak ada massa

Abdomen : Leopold I : Teraba agak bulat, tidak melenting, kemungkinan bokong janin

Leopold II : Pada sisi kiri perut ibu teraba keras, memanjang, memapan, kemungkinan punggung janin. Pada sisi kanan perut ibu teraba tonjolan-tonjolan kecil kemungkinan ekstrimitas janin.

Leopold III : Pada bagian terbawah teraba bulat, keras, melenting, kemungkinan kepala janin. Tidak dapat digoyang.

Leopold IV : Posisi tangan divergen

McD : 30 cm

TBJ : $(30-11) \times 155 = 2945$ gram

Kontraksi : $3 \times 10'$, 30-40'', kuat, teratur

c. Auskultasi

DJJ : frekuensi 148 x/menit, Irama teratur, intensitas kuat, puntum maximum bawah pusat

d. Pemeriksaan Dalam

Dinding vagina : massa (-), oedema (-)

Elastisitas perineum : elastis

Pembukaan : 3 cm

Penipisan (effacement): 50 %

Ketuban : utuh

Presentasi : kepala bagian terendah di Hodge II

III. ASESSMENT

1. Diagnosa :
2. Ny. V G2P1A0H1 UK 38-39 minggu inpartu kala I fase laten, KU ibu dan janin baik

3. Masalah : Cemas
4. Diagnosa Potensial : Perdarahan
5. Masalah Potensial : Cemas berlebihan
6. Kebutuhan : Dukungan psikologis, teknik relaksasi

IV. PLANNING

1. Jelaskan pada ibu tentang keadaannya
2. Jelaskan pada ibu terkait keluhan yang dirasakan
3. Jelaskan pada ibu tentang teknik relaksasi dalam persalinan yaitu teknik napas dalam
4. Anjurkan ibu untuk istirahat di sela kontraksi
5. Anjurkan ibu untuk tidak menahan BAB dan BAK
6. Anjurkan ibu tetap makan dan minum
7. Anjurkan keluarga untuk menemani ibu dan melakukan masase punggung bawah ibu untuk mengurangi nyeri
8. Anjurkan ibu untuk berjalan-jalan di sekitar kasur atau PMB
9. Anjurkan ibu untuk memanggil bidan jika sakit yang dirasakan semakin kuat

Catatan Pelaksanaan

<p>09.00 WIB (Kala II)</p>	<p>S : Ibu mengatakan mules semakin kuat</p> <p>O : 1. Pembukaan lengkap 2. Ketuban pecah spontan 3. Kontraksi 5x10', 50-60", kuat, teratur 4. DJJ : 150x/i</p> <p>A : Diagnosa Ny. V G2P1A0H1 UK 39-40 minggu inpartu kala II, KU ibu dan janin baik Masalah : cemas Diagnosa potensial: perdarahan Masalah potensial: cemas berlebihan Kebutuhan : dukungan psikologis, bimbingan meneran</p> <p>P : 1. Bantu ibu memilih dan mengambil posisi meneran 2. Ajarkan ibu cara meneran yang benar 3. Pimpin ibu meneran saat ada his 4. Bantu kelahiran bayi 5. Bayi lahir spontan pukul 09.45 WIB, menangis kuat, kulit kemerahan, gerakan aktif, jenis kelamin perempuan. 6. Letakkan bayi diatas perut ibu dan mengeringkan kecuali telapak tangan 7. Palpasi uterus untuk memastikan janin kedua 8. Lanjutkan asuhan kala III</p>
<p>09.45 WIB (Kala III)</p>	<p>S : Ibu mengatakan senang dengan kelahiran bayinya dan masih merasa mules</p> <p>O : 1. TFU : setinggi pusat, tidak ada janin kedua 2. Kontraksi : baik, kuat 3. VU : tidak teraba 4. Tanda pelepasan plasenta : (+)</p> <p>A : Diagnosa : Ny. V P2A0 inpartu kala III normal Masalah : ibu masih cemas Diagnose potensial: Atonia Uteri Masalah potensial: cemas berlebihan Kebutuhan: dukungan psikologis, manajemen aktif kala III</p> <p>P : 1. Suntikkan oksitosin 10 IU, IM 2. Potong tali pusat 3. Fasilitasi IMD 4. Bantu kelahiran plasenta dengan lakukan PTT dan tangan dorsokranial Plasenta lahir lengkap pukul 09.55 WIB 5. Masase fundus uterus 6. Periksa laserasi jalan lahir Terdapat laserasi derajat I 7. Lanjutkan asuhan kala IV</p>

09. 55 WIB (Kala IV)	<p>S : Ibu mengatakan merasa lega karena bayinya sudah lahir dengan selamat</p> <p>O : 1. TD : 120/70 mmHg 2. N : 88x/i 3. S : 370C 4. TFU : 2 jari dibawah pusat 5. Kontraksi : baik, VU tidak teraba 6. Terdapat laserasi derajat I</p> <p>A : Diagnosa: Ny. V P2A0 inpartu kala IV normal Masalah : lelah Diagnosa potensial: Atonia uteri Masalah potensial: Kelelahan Kebutuhan: pemenuhan nutrisi, dukungan keluarga, Pemantauan kala IV</p> <p>P : 1. Lakukan penjahitan laserasi perineum derajat I tanpa anastesi 2. Rapihan alat 3. Bersihkan ibu 4. Anjurkan keluarga memenuhi nutrisi ibu 5. Anjurkan ibu tidak menahan BAK 6. Lakukan observasi tiap 15 menit pada satu jam pertama dan tiap 30 menit pada satu jam kedua. 7. Dokumentasi dan lengkapi partograf</p>
-------------------------	---

3.3 ASUHAN KEBIDANAN NIFAS

Asuhan Kebidanan Masa Nifas Pada Ny. V P2A0 (KF I) Tanggal 26 April 2020, Pukul 16.00 WIB

I. DATA SUBYEKTIF

1.1 IDENTITAS

Nama ibu	:	Ny. V	Nama Suami	:	Tn. D
Umur	:	39 Tahun	Umur	:	43 Tahun
Suku/Bangsa	:	Minang	Suku/Bangsa	:	Minang
Agama	:	Islam	Agama	:	Islam
Pendidikan	:	SMA	Pendidikan	:	S1
Pekerjaan	:	IRT	Pekerjaan	:	Swasta
Alamat/No. HP	:	Pulau Air Parak Laweh / 081267293332			

1.2 ANAMNESIS

1. Keluhan :

- a. Ibu mengatakan masih nyeri dan mules pada ari-ari dan perut seperti menegang

b. Ibu mengatakan ASI nya belum keluar

2. Riwayat obstetrik yang lalu

No	Kehamilan		Persalinan				Anak			Nifas		KB		
	Suami Ke	UK	Penyulit	Penolong	Jenis	Tempat	Penyulit	BB/PB	JK	Hidup/Umur	Mati		Lama Menyusui	Pendarahan
1	1	39-49 Minggu	Tidak Ada	Bidan	Spontan	PMB Umil Fahmi	Tidak Ada	3100/50	Perempuan	11 Tahun	-	3 Bulan	Tidak Ada	Kalender

3. Status Perkawinan

Menikah usia 26 tahun lama ± 13 tahun

4. Riwayat Kesehatan/Penyakit Klien

Tidak ada riwayat penyakit jantung, TB, HT, Asma, DM dan Hep. B

5. Riwayat Penyakit Keluarga

Tidak ada riwayat penyakit jantung, TB, HT, Asma, DM dan Hep. B

6. Pola Kehidupan Sehari-hari

- a. Pola nutrisi : Saat hamil makan 2-3x/hari
Di ruang nifas : sudah makan 2x
- b. Pola eliminasi
BAK Saat hamil : 6-7x/hari Di ruang nifas : 2x
BAB Saat hamil : 1x/hari
Di ruang nifas : belum ada
- c. Pola istirahat
Saat hamil : siang ±1 jam, malam 6-7 jam, tidur ±1/2 jam
- d. Pola aktivitas
Saat hamil : pekerjaan ibu rumah tangga
Di ruang nifas : duduk dan berjalan ke kamar mandi

e. Personal Hygiene

Saat hamil : mandi, sikat gigi dan keramas 2x/hari

Di ruang nifas : ganti pembalut 2x, mandi 1x

7. Data Psikososial

Respon psikologi ibu : baik, ibu senang dengan kelahiran bayinya

Bounding attachment : baik, ibu dan bayi dirawat gabung

Saudara kandung : Kakak bayi belum bertemu dengan adiknya karena pembatasan jumlah pengunjung PMB selama masa pandemi COVID-19 namun sudah melakukan video call dan terlihat senang

Cara menyusui : Ibu sudah menyusui bayi namun kesulitan karena puting susu terbenam serta ASI belum banyak

Rencana KB : Belum ada

8. Informasi yang sudah didapat:

Pencegahan perdarahan masa nifas ya tidak

Perawatan bayi dan pemberian ASI ya tidak

Perawatan payudara ya tidak

Nutrisi pada masa nifas ya tidak

Senam nifas ya tidak

Keluarga berencana ya tidak

Tanda-tanda bahaya pada masa nifas ya tidak

Personal Hygiene masa nifas ya tidak

II. DATA OBJEKTIF

(Hasil pemeriksaan oleh bidan di Klinik dan keterangan dari klien)

2.1 PEMERIKSAAN FISIK

1. Tanda – tanda Vital

Tekanan darah : 120/70 mmHg Suhu tubuh : 36.8 0C

Denyut nadi : 88 x/menit

Pernafasan : 20 x/menit

2. Muka

Oedema : tidak ada

3. Mata

: conjungtiva merah muda, sclera putih

4. Mulut dan gigi

: tidak ada caries

5. Leher

: tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan lymphhe

6. Dada Payudara

Pembesaran : normal

- Konsistensi : padat
 Puting susu : terbenam kiri dan kanan
 Pengeluaran : kolostrum
7. Abdomen
 Tinggi fundus uteri : 3 jari dibawah pusat
 Kontraksi uterus : baik, keras
 Kandung kemih : tidak teraba
8. Pengeluaran pervaginam/pengeluaran lochea
 Warna : merah (rubra)
 Bau : khas darah
 Konsistensi : encer
 Jumlah : sudah 2x ganti pembalut
 Perineum : laserasi derajat I
9. Anus : tidak haemorroid
10. Heacting : ya, tanpa anastesi
11. Ekstrimitas
 Oedema tangan dan jari () ya (√) tidak
 Oedema tibia, kaki () ya (√) tidak
 Betis merah/lembek/keras () ya (√) tidak
 Varises () ya (√) tidak

III. ASSESMENT

1. Diagnosa : Ny. V P2A0 6 jam post partum dengan puting susu terbenam
2. Masalah : Ibu cemas ASI belum keluar
3. Diagnosa Potensial : Bendungan ASI
4. Masalah Potensial : Gangguan produksi ASI karena cemas berlebihan
5. Kebutuhan : KIE perubahan fisik masa nifas, tanda bahaya masa nifas, pengeluaran ASI 3 hari pertama, nipple rolling

IV. PLANNING

1. Jelaskan tentang keluhan mules yang masih ibu rasakan.
2. Jelaskan tentang perubahan pada tubuh ibu setelah bersalin.
3. Jelaskan tentang fase pengeluaran ASI dan pentingnya pemberian kolostrum.
4. Jelaskan tentang tanda bahaya pada masa nifas.
5. Anjurkan ibu untuk melakukan nipple rolling sebelum menyusui agar puting yang terbenam dapat sedikit keluar.
6. Anjurkan ibu menyusui on-demand.

7. Anjurkan ibu untuk beristirahat saat bayi tidur.
8. Anjurkan ibu untuk makan nutrisi tinggi serat dan makan sayur daun katuk atau jantung pisang.
9. Anjurkan ibu untuk menjaga luka jahitan perineum tetap kering setelah dari kamar mandi.
10. Anjurkan ibu mengganti pembalut maksimal setiap 6 jam sekali
11. Minta ibu untuk menghubungi jika ada keluhan atau sesuatu yang ingin ditanyakan

Catatan Pelaksanaan

No		SOAP
1	Kunjungan Nifas II (KF II – 3 hari p.p) 29 April 2020, Pukul 14.00 WIB	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ibu mengatakan ASI belum banyak • Ibu mengatakan tidak ada keinginan BAB sejak 2 hari yang lalu • Ibu mengatakan kakak kandung bayi menerima adik baru dengan senang • Pemenuhan nutrisi ibu baik, personal hygiene ibu baik dan ibu mengatakan tidur saat bayi tidur • Ibu mengatakan keluarga sangat membantu ibu dalam pekerjaan rumah dan merawat bayi <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pengeluaran ASI berupa kolostrum • Pengeluaran lochea : sanguienta (putih bercampur merah), 3-4 kali ganti pembalut (tidak penuh) • Luka jahitan perineum masih basah, tidak ada tanda-tanda infeksi • Tidak ada oedema dan varises pada ekstremitas <p>A :</p> <p>Diagnosa : Ny. V P2A0 3 hari post partum dengan konstipasi Masalah: ibu khawatir ASI belum banyak Diagnosa potensial: Tidak ada Masalah potensial: Gangguan produksi ASI karena cemas berlebihan Kebutuhan : KIE nutrisi, Pengeluaran ASI 3 hari pertama, Manfaat kolostrum, nipple rolling</p> <p>P :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan pada ibu tentang kondisinya 2. Jelaskan penyebab ibu belum ada keinginan BAB 3. Anjurkan ibu makan tinggi serat seperti buah dan sayur 4. Anjurkan ibu minum air putih hangat saat baru bangun tidur dalam keadaan perut kosong 5. Jelaskan kembali pada ibu tentang fase pengeluaran ASI 6. Jelaskan tentang produksi ASI dan kebutuhan bayi baru lahir 3 hari pertama 7. Anjurkan ibu untuk tetap menyusui bayi secara on- demand 8. Dukung ibu untuk memberikan ASI Eksklusif 9. Jelaskan pada ibu tentang pijat oksitosin untuk memperlancar ASI 10. Ingatkan kembali tentang tanda bahaya masa nifas 11. Minta ibu untuk menghubungi jika ada keluhan atau sesuatu yang ingin ditanyakan

No		SOAP
2	Kunjungan Nifas III (KF III – 14 hari p.p) 10 Mei 2020, Pukul 17.00 WIB	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ibu mengatakan menyusui sudah lancar dan ASI nya banyak 2. Ibu mengatakan 1 hari yang lalu payudara kanan terasa tegang, ngilu dan merasa meriang 3. Ibu mengatakan lebih sering menyusui pada payudara kiri karena lebih banyak ASI nya dan lebih mudah karena putingnya tidak terlalu terbenam 4. Ibu mengatakan sudah BAB pada hari ke-4 nifas 5. Pemenuhan nutrisi ibu baik, personal hygiene ibu baik dan ibu mengatakan tidur saat bayi tidur <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pengeluaran lochea : alba, 2-3 kali ganti pantyliner • Luka jahitan perineum sudah kering • Tidak ada oedema dan varises pada ekstremitas • Payudara kanan diraba terasa penuh dan tegang <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnosa : Ny. V P2A0 3 hari post partum dengan bendungan ASI • Masalah : nyeri pada payudara kanan Dx. P : Mastitis • Masalah potensial : Gangguan produksi ASI karena cemas berlebihan • Kebutuhan: KIE mengatasi bendungan ASI, perawatan payudara, memerah ASI <p>P:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan pada ibu tentang kondisinya bahwa kemungkinan ibu mengalami bendungan ASI 2. Jelaskan pada ibu tentang penyebab terjadinya bendungan ASI 3. Anjurkan ibu untuk menyusui pada kedua payudara secara bergantian 4. Jika anak sulit menyusu pada payudara kanan, anjurkan ibu untuk mengeluarkan ASI (perah) pada payudara kanan secara manual 5. Jelaskan dan anjurkan ibu melakukan perawatan payudara 6. Minta ibu untuk menghubungi jika ada keluhan atau sesuatu yang ingin ditanyakan

No		SOAP
3	Kunjungan Nifas IV (KF IV – 32 hari p.p) 28 Mei 2020, Pukul 16.00 WIB	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> Ibu mengatakan menyusui sudah lancar dan tidak ada masalah Pemenuhan nutrisi ibu baik, personal hygiene ibu baik dan ibu mengatakan tidur saat bayi tidur Ibu mengatakan masih belum memilih jenis kontrasepsi paska salin <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> Pengeluaran lochea : alba Tidak ada oedema dan varises pada ekstremitas <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> Diagnosa: Ny. V P2A0 32 hari post partum normal Masalah : tidak tahu metode kontrasepsi pasca salin Diagnosa potensial: Late HPP Masalah potensial: jarak kehamilan terlalu dekat Kebutuhan :KIE kontrasepsi pasca salin, pemberian ASI-E, senam nifas <p>P:</p> <ol style="list-style-type: none"> Dukung ibu memberikan ASI eksklusif Jelaskan pada ibu jenis-jenis kontrasepsi paska salin Minta ibu mulai mendiskusikan dengan pasangan jenis kontrasepsi yang ingin digunakan Jelaskan pada ibu tentang senam nifas dan jenis-jenis gerakan sederhana yang bisa ibu lakukan di rumah Minta ibu untuk menghubungi jika ada keluhan atau sesuatu yang ingin ditanyakan

3.4 ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI BARU LAHIR

Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir Pada by. Ny. V (KN I) Tanggal 26 April 2020, Pukul 16.00 WIB

I. SUBYEKTIF

1.1 IDENTITAS

Nama Bayi	: Bayi Ny. V		
Umur	: 6 jam		
Tanggal/ Jam Lahir	: 26 April 2020		
Jenis Kelamin	: Perempuan		
Nama ibu	: Ny. V	Nama Suami	: Tn. D
Umur	: 39 Tahun	Umur	: 43 Tahun
Suku/Bangsa	: Minang	Suku/Bangsa	: Minang
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: SMA	Pendidikan	: S1
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Swasta
Alamat/No. HP	: Pulau Air Parak Laweh / 081267293332		

1.2 ANAMNESIS

1. Keluhan :

- Ibu mengatakan bayi mau menyusu tapi ASI belum keluar
- Ibu mengatakan bayi sudah pipis dan sudah BAB
- Ibu mengatakan ada keluar bercak darah dari kemaluan bayi saat mengganti popok
- Ibu mengatakan bayi telah disuntik Vit. K dan diberikan salep mata oleh bidan PMB

2. Riwayat Keluarga

- Data Keluarga
- Bayi anak ke : 2
- Riwayat kesehatan keluarga : tidak ada riwayat jantung, TB, HT, DM, HEP.B dan asma

3. Riwayat kehamilan yang sekarang :

a. Pemeriksaan kehamilan :

Trimester I

Tempat Periksa : PMB Umil Fahmi

Frekuensi : 2 x

Keluhan : mual muntah

Obat obatan : Fe, Lc, Vit.C

Trimester II

Tempat Periksa : PMB Umil Fahmi dan Puskesmas

Frekuensi : 3 x

Imunisasi : tidak ada

Keluhan : tidak ada

Obat obatan : Fe, Lc, Vit.C

Trimester III

Tempat Periksa : PMB Umil Fahmi

Frekuensi : 2 x

Keluhan : nyeri pinggang

Imunisasi : ada

Obat obatan : Fe, Lc, Vit. C

b. Pergerakan janin pertama kali dirasakan oleh ibu :

Pada usia kehamilan \pm 16 minggu, dengan frekuensi \pm 10 x/hari

- c. Riwayat penyakit yang di derita sebelum hamil sekarang : Tidak ada
- d. Kebiasaan waktu hamil
 Merokok : tidak ada
 Alkohol : tidak ada
 Obat-obatan : tidak ada
 Jamu : tidak ada
- e. Riwayat persalinan sekarang :
 Tanggal persalinan : 26 April 2020
 Tempat bersalin : PMB Umil Fahmi
 Jenis persalinan : Spontan Pervaginam
 Usia Kehamilan : 39-40 minggu
 Penolong : bidan
 Lama persalinan
 Kala I : 3,5 jam
 Kala II : 45 menit
 Kala III : 10 menit
 Kala IV : 2 jam
 Ketuban pecah : pukul 09.00, jernih
 Keadaan plasenta : lengkap
 Komplikasi pada ibu dan bayi : tidak ada
 Episiotomi : tidak ada
 Laserasi : ya, derajat I
 Lochea : rubra
 Lactasi : ASI belum keluar
- f. Pola kegiatan sehari hari ibu :
 Nutrisi Makanan
 Frekuensi : 2-3 x/hari
 Menu : nasi+lauk+sayur
 Keluhan : tidak ada Minuman
 Frekuensi : 8-9 gelas/hari
 Jenis : air putih, teh hangat, susu ibu menyusui
 Keluhan : tidak ada
 Nutrisi bayi
 Frekuensi menyusui : $\pm 1x/2jam$
 Menyusu : kuat
 Keluhan/masalah : ASI belum keluar

II. OBJEKTIF

1. Pemeriksaan umum

KU Bayi : baik
Denyut nadi : 130 kali per menit
Suhu : 36°C
Pernafasan : 47 kali per menit
Berat Badan : 2500 gr
Panjang Badan : 48cm
Apgar Score : 8/9
Jenis Kelamin : Perempuan

2. Pemeriksaan Khusus

Kepala : simetris, tidak ada caput, tidak ada cephal hematoma, ubun-ubun tidak cekung, tidak ada moulage, tidak ada kelainan
Mata : ada dua bola mata, tidak juling, tidak ada tanda infeksi
Hidung : terdapat dua lubang dan septum, tidak terdapat polip
Mulut : tidak ada labiopalatoskizis
Leher : tidak ada pembengkakan
Dada : gerakan simetris irama napas

Tangan

Gerakan : aktif
Jumlah jari : lengkap
Kelainan : tidak ada

Abdomen

Bentuk perut : normal
Keadaan tali pusat: bersih, tidak ada tanda infeksi

Genitalia

Kelamin : Perempuan
Bentuk genitalia eksternal : labia mayora menutupi labia minora, terdapat pengeluaran bercak darah

Kaki

Gerakan : aktif
Jumlah jari : lengkap

Punggung

Bentuk punggung : normal
Gangguan lainnya: tidak ada

Anus

Lubang anus : ada
Kelainan : tidak ada

Kulit

Warna kulit : kemerahan
Verniks kaseosa : ada Pemeriksaan reflek

Reflek morrow : +
Reflek rooting : +
Reflek sucking : +
Reflek grasping : +

3. Pemeriksaan Antropometri

Lingkar kepala : 34 cm
Lingkar dada : 32 cm
Lingkar perut : 33 cm
Panjang Badan : 48 cm
Berat Badan : 2500 gr
Lanugo : ada, sedikit
Oedema : tidak ada

III. ASSESMENT

1. Diagnosa : By. Ny. V usia 6 jam dengan pseudomenstruasi
2. Masalah : Ibu cemas ASI belum keluar dan keluar darah dari kemaluan bayi
3. Diagnosa Potensial : Ikterus
4. Masalah Potensial : Ibu memberikan susu formula
5. Kebutuhan : KIE tanda bahaya bayi baru lahir, KIE tahap pengeluaran ASI, KIE kebutuhan bayi baru lahir

IV. PLANNING

1. Jelaskan tentang keadaan bayi
2. Jelaskan tentang keluhan bercak darah dari vagina bayi adalah hal yang biasa terjadi pada bayi perempuan saat baru lahir
3. Jelaskan tentang tahap pengeluaran ASI
4. Dukung ibu untuk memberikan ASI-E
5. Ingatkan ibu untuk menyendawakan bayi setelah disusui
6. Jelaskan tanda bahaya pada bayi baru lahir
7. Jelaskan pada ibu tentang cara perawatan tali pusat bayi
8. Anjurkan ibu menjaga kehangatan bayi
9. Anjurkan ibu menjemur bayi pada pagi hari sebelum jam 9 pagi sekitar 10- 15 menit
10. Anjurkan ibu untuk memanggil bidan di PMB jika merasa kesulitan atau butuh bantuan

11. Minta ibu untuk menghubungi jika ada keluhan atau sesuatu yang ingin ditanyakan

Catatan Pelaksanaan

No		SOAP
1	KN II (3 hari post partum), 29 April 2020, Pukul 14.00 WIB	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ibu mengatakan selalu keluar kotoran mata terus menerus pada mata kiri bayi terutama di pagi hari • Ibu mengatakan ASI masih belum lancar • Ibu mengatakan masih ada keluar bercak darah dari kemaluan bayi • Pemenuhan nutrisi dan personal hygiene ibu dan bayi baik <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ada pengeluaran kotoran mata pada mata kiri bayi • Keadaan dada, ekstremitas dan kulit dalam batas normal • Tali pusat belum lepas, bersih, tanda infeksi (-) <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnosa : By. Ny. V usia 3 hari dengan pseudomenstruasi • Masalah : Keluar kotoran di mata kiri bayi • Diagnosa potensial : infeksi mata • Masalah potensial: penumpukan kotoran mata • Kebutuhan : Kondisi fisiologis bayi baru lahir, Hygiene bayi baru lahir <p>P :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tentang kondisi bayi pada ibu 2. Jelaskan penyebab keluar kotoran dari mata kiri bayi 3. Anjurkan ibu membersihkan kotoran mata yang keluar dengan kassa steril atau cotton bud di basahi air panas yang di diamkan hingga hangat 4. Anjurkan ibu mengoleskan ASI yang dikeluarkan sebelum menyusui ke mata kiri bayi dan membersihkan dengan kassa jika sudah kering menggunakan cotton bud 5. Ingatkan kembali ibu tentang cara perawatan tali pusat bayi 6. Ingatkan kembali ibu tentang fase pengeluaran ASI 7. Ingatkan kembali ibu tentang menyusui on-demand dan dukung ibu untuk memberikan ASI eksklusif 8. Ingatkan kembali ibu tentang tanda bahaya bayi baru lahir 9. Minta ibu untuk menghubungi jika ada keluhan atau sesuatu yang ingin ditanyakan

No		SOAP
2	KN III (14 hari post partum) 10 Mei 2020, Pukul 17.00 WIB	<p>S:</p> <p>Ibu mengatakan bayi sudah lancar menyusu namun ibu kurang yakin ASI nya cukup Ibu mengatakan tali pusat bayi sudah lepas pada hari ke-5 Ibu mengatakan tidak ada lagi kotoran pada mati bayi Ibu mengatakan tidak ada lagi keluar bercak darah dari kemaluan bayi Pemenuhan nutrisi dan personal hygiene ibu dan bayi baik</p> <p>O:</p> <p>Keadaan dada, ekstremitas dan kulit dalam batas normal</p> <p>A:</p> <p>Diagnosa : By. Ny. V usia 14 hari normal Masalah : cemas dengan kecukupan ASI Diagnosa potensial : kenaikan berat badan bayi kurang Masalah potensial : bayi diberikan susu formula Kebutuhan : KIE ASI eksklusif</p> <p>P:</p> <p>Ingatkan kembali pada ibu untuk menyusui on- demand dan dukung ibu memberikan ASI-E Ingatkan ibu jadwal pemberian imunisasi pada bayi Minta ibu untuk menghubungi jika ada keluhan atau sesuatu yang ingin ditanyakan</p>

3.5 ASUHAN KEBIDANAN KELUARGA BERENCANA

Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana Pada Ny. V Usia 39 Tahun Tanggal 28 Mei 2020, Pukul 16.00 WIB

I. SUBJEKTIF

1.1 IDENTITAS

Nama ibu	: Ny. V	Nama Suami	: Tn. D
Umur	: 39 Tahun	Umur	: 43 Tahun
Suku/Bangsa	: Minang	Suku/Bangsa	: Minang
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: SMA	Pendidikan	: S1
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Swasta
Alamat/No. HP	: Pulau Air Parak Laweh / 081267293332		

1. Keluhan :
Ibu mengatakan masih bingung akan menggunakan jenis kontrasepsi pasca salin
2. HPHT : 25 Juli 2019
3. Hamil/Diduga Hamil : tidak
4. Paritas : P2A0
5. Menyusui : ya
6. Umur Anak Terkecil : 32 hari
7. Riwayat Penyakit Sebelumnya :
Penyakit Kuning : tidak ada
Perdarahan Pervaginam Yang Tidak Diketahui Penyebabnya : tidak ada
Keputihan Yang Lama: tidak ada
Tumor
Payudara : tidak ada
Rahim : tidak ada
Ovarium : tidak ada
Sakit Kepala Hebat/Gangguan Visual : tidak ada
Konsumsi Obat Anti Kejang : tidak ada
Alat Kontrasepsi Yang Pernah Digunakan : suntik 3 bulan

II. OBJEKTIF

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : cmc

BB : 54 kg

TB : 158 cm

III. ASESSMENT

Diagnosa : Ny. V usia 39 tahun KU baik

Masalah: Ibu masih bingung menentukan metode kontrasepsi pasca salin

Diagnosa Potensial : Kehamilan terlalu dekat

Masalah Potensial : Ibu tidak menggunakan kontrasepsi pasca salin

Kebutuhan : KIE kontrasepsi pasca salin

IV. PLANNING

1. Jelaskan tentang jenis-jenis kontrasepsi pasca salin
2. Minta pendapat ibu mengenai jenis kontrasepsi yang ingin digunakan
3. Jelaskan tentang Metode Amenore Laktasi (MAL) pada ibu

4. Anjurkan ibu dan suami juga menggunakan kondom sebagai kontrasepsi selain MAL
5. Anjurkan ibu dan suami untuk menggunakan metode kontrasepsi jangka panjang setelah masa kontrasepsi MAL berakhir
6. Jelaskan pada ibu jenis-jenis metode kontrasepsi jangka panjang
7. Jelaskan beberapa tempat pelayanan pilihan untuk mendapatkan pelayanan pemasangan IUD
8. Minta ibu berdiskusi dengan suami sebelum memutuskan jenis kontrasepsi yang akan digunakan
9. Minta ibu untuk menghubungi jika ada keluhan atau sesuatu yang ingin ditanyakan



Bab 4 PEMBAHASAN

Asuhan kebidanan berkelanjutan (Continuity Of Care/COC) atau Midwife-led continuity of care (MLCC) adalah asuhan yang diberikan kepada seorang wanita dari bidan atau tim bidan yang sama selama masa kehamilan, persalinan dan periode pengasuhan dini dengan pemberian rujukan ke spesialis sesuai kebutuhan. Hal ini mencakup asuhan yang terkoordinasi, pendampingan dan hubungan yang terus menerus (Sandall, 2019). Salah satu model asuhan COC yang direkomendasi WHO adalah midwife-led continuity of care during pregnancy (asuhan kebidanan berkelanjutan selama masa kehamilan) (WHO, 2018).

Berdasarkan hasil penelitian dan data yang telah dikumpulkan oleh WHO bekerjasama dengan Cochrane menyatakan bahwa ibu hamil yang mendapatkan MLCC meningkatkan kemungkinan kelahiran pervaginam sebanyak 1.05 kali dibandingkan dengan ibu hamil yang tidak mendapatkan MLCC. Selain itu, model asuhan MLCC ini juga dapat menaikkan tingkat kepuasan klien sebesar 1.31 kali terhadap layanan pada masa kehamilan yang didapatkan (WHO, 2018).

Bidan harus memiliki filosofi asuhan kebidanan yang menekankan asuhannya terhadap perempuan (Woman Centered Care). Salah satu upaya untuk meningkatkan klasifikasi bidan adalah menerapkan juga model asuhan kebidanan yang berkelanjutan (MLCC/COC) dalam proses pendidikan kebidanan klinik (Hanifaria, 2015).

Berdasarkan pengumpulan data di PMB Umila Fahmi, Amd. Keb, salah satu klien yang akan diberikan asuhan berkelanjutan adalah Ny. V usia 39 tahun G2P1A0H1 usia kehamilan 38-39 minggu. Asuhan kebidanan pada Ny. V diberikan dari masa kehamilan hingga konseling keluarga berencana.

4.1 ASUHAN KEBIDANAN DALAM KEHAMILAN

Kehamilan adalah hasil dari proses pertemuan sel sperma dan ovum dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi, berlangsung selama 40 minggu (Prawirohardjo, 2016). Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin (280 hari/40 minggu) atau 9 bulan 7 hari (Yulizawati, 2017). Masa kehamilan terbagi dalam tiga trimester, trimester satu berlangsung dalam 13 minggu, trimester kedua 14 minggu (minggu ke-14 hingga ke-27), dan trimester ketiga 13 minggu (minggu ke-28 hingga ke-40) (Yulistiana, 2015). Asuhan kehamilan diberikan pada Ny. V pada trimester 3 kehamilan yaitu usia kehamilan 38-39 minggu. Asuhan kehamilan pada Ny. V hanya dapat diberikan satu kali. Asuhan dilakukan melalui panggilan telepon. Ibu mengeluh nyeri perut sejak kemarin. Rasa nyeri hilang saat dibawa berjalan ataupun melakukan pekerjaan lain. Ibu juga mengatakan sering BAK dan sakit pada pinggang.

Berdasarkan hasil anamnesa riwayat obstetri ibu yang lalu, ini adalah kehamilan ibu yang kedua, dengan riwayat persalinan sebelumnya normal tanpa penyulit hingga masa nifas pada 11 tahun yang lalu. Ibu selama ini menggunakan metode kalender. Status imunisasi TT ibu TT3 di puskesmas saat usia kehamilan 28 minggu (10 Februari 2020). Ibu dan keluarga tidak memiliki riwayat penyakit jantung, diabetes militus, asma, TBC, hepatitis dan hipertensi. Untuk pengumpulan data objektif diambil dari hasil pemeriksaan ANC ibu terakhir kali di PMB Umil Fahmi yaitu pada tanggal 20 April 2020. Selain itu juga ada beberapa data yang ditanyakan pada ibu seperti oedema dan cloasma pada wajah, konjungtiva, gigi berlubang, kondisi areola dan papilla mammae, striae gravidarum dan lainnya. Data pemeriksaan laboratorium diambil dari data pemeriksaan terakhir yang ibu lakukan di Puskesmas (17 Desember 2019) dengan hasil semua dalam batas normal.

Tingginya kematian ibu diperberat dengan adanya faktor 4 Terlalu yaitu terlalu muda (<20 tahun), terlalu tua (>35 tahun), terlalu dekat (jarak melahirkan <2 tahun) dan terlalu banyak (>4 kali) (Puti, 2014). Hal ini dialami oleh Ny. V yang mengalami kehamilan pada usia 39 tahun. Kehamilan pada usia tua (>35 tahun) menyebabkan risiko timbulnya kombinasi antara penyakit usia tua dan kehamilan yang menyebabkan risiko meninggal atau cacat pada bayi dan ibu hamil menjadi bertambah tinggi (Marcela, 2018).

Salah satu faktor yang mempengaruhi ibu hamil terlalu tua yaitu pada usia >35 tahun adalah karena keinginan ibu untuk hamil. Ibu yang memang menginginkan kehamilan. Sebanyak 12.6% ibu hamil berusia >35 tahun mengatakan menginginkan untuk hamil dan 69%nya merupakan ibu yang memiliki anak kurang dari 3 orang (Puti, 2014). Kehamilan >35 tahun lebih banyak ditemukan pada paritas 1-3 (75.89%) (Sibuea, 2013). Hal ini juga diungkapkan menurut hasil penelitian Marceya (2018) pada ibu hamil

di wilayah kerja UPTD Puskesmas Bringin yang menyatakan bahwa terdapat hubungan antara keinginan memiliki anak dengan risiko 4T pada ibu hamil.

Hal ini dapat menjadi faktor penyebab kehamilan terlalu tua pada Ny. V. Selama ± 13 tahun pernikahannya, Ny. V baru memiliki satu orang anak yang kini sudah berusia 11 tahun. Ny. V mengatakan bahwa masih sangat ingin menambah anak. Kehamilan kedua ini menjadi kehamilan yang sangat dinantikan oleh Ny. V dan keluarga. Ibu yang menginginkan kehamilan dapat mengurangi luaran buruk dari kondisi kehamilan terlalu tua ini karena ibu sudah mempersiapkan kehamilan dan lebih memperhatikan kondisinya dan bayinya selama kehamilan (Fedorowicz, 2014). Berdasarkan hasil penelitian ini, didapatkan bahwa kehamilan >35 tahun memiliki luaran yang cukup baik yaitu lebih banyak melahirkan dengan cara spontan (48.82%) dibandingkan secara seksio sesarea, ekstraksi vakum, ekstraksi forcep ataupun ekstraksi parsial. Selain itu juga lebih banyak bayi lahir pada kategori berat lahir 2500-4000 gram (81.39%) (Sibuea, 2013).

Salah satu cara untuk mengurangi risiko pada kehamilan 4T adalah dengan rutin kunjungan ANC sehingga komplikasi persalinan dapat dicegah (Marcelya, 2018). Pada kehamilan ini, karena merupakan kehamilan yang telah direncanakan sejak lama dan kehamilan yang sangat dinantikan, Ny. V telah melakukan pemeriksaan kehamilan lebih dari standar minimal empat kali pemeriksaan ANC. Selama kehamilan kondisi Ny. V dan janinnya terkontrol dengan baik sehingga selama kehamilan hingga akhir trimester III ini tidak pernah mengalami komplikasi kehamilan.

Pada masa kehamilan, perubahan terutama terlihat pada sistem hormonal, diantaranya hormon tiroid, kelenjar adrenal, kelenjar pituitary. Kelenjar pituitary terutama mengatur hormon progesteron dan estrogen, serta untuk memproduksi prolaktin dan prostaglandin untuk memulai persalinan. Kemungkinan nyeri yang ibu rasakan adalah kontraksi braxton hicks atau disebut juga nyeri persalinan palsu. Kontraksi ini adalah cara tubuh ibu untuk mempersiapkan persalinan yang sesungguhnya, namun kontraksi ini tidak mengindikasikan dimulainya persalinan. Etiologi kontraksi braxton hicks adalah ibu yang terlalu aktif, vesika urinaria yang penuh, aktivitas seksual sebelumnya dan karena dehidrasi. Cara mengatasinya ibu dapat berganti posisi, mandi air hangat dan minum cukup air putih (Deborah, 2019).

Ibu mengatakan BAK 9-10 kali sehari. Keluhan yang ibu rasakan ini merupakan bentuk ketidaknyamanan yang sering dirasakan oleh ibu hamil pada akhir trimester 3. Pada akhir trimester 3, janin mulai masuk pintu atas panggul (PAP) hal ini menyebabkan tertekannya vesika urinaria oleh kepala janin sehingga ibu akan mengeluhkan sering BAK. Salah satu cara mengatasi keluhan sering BAK pada ibu hamil adalah dengan menghindari banyak minum air putih sebelum tidur malam. Hal ini untuk mencegah ibu terbangun karena keinginan miksi (Prawirohardjo, 2016 dan Fatimah, 2017). Kehamilan dinyatakan telah aterm sejak usia kehamilan 38. Pertumbuhan janin akan menjadi pesat dan janin akan memenuhi seluruh uterus. Penambahan berat ini mengubah titik tumpu

pada tubuh ibu dan perubahan posisi tulang belakang sehingga menyebabkan ibu hamil trimester 3 mengeluhkan nyeri pinggang (Pillay, 2016).

Selain itu, didapati juga ibu dengan kondisi puting susu terbenam pada payudara kiri dan kanan. Puting terbenam adalah keadaan puting tidak menonjol keluar melainkan masuk kedalam. Disebut juga dengan puting datar. Hal ini merupakan bentuk kelainan bawaan yang terjadi pada 16.3% perempuan. Puting terbenam dapat menjadi penghambat dalam menyusui, namun biasanya hal ini lebih terkait pada keadaan psikologis ibu. Sebesar 90.2% ibu menyusui dengan puting terbenam dapat menyusui efektif dan eksklusif dengan kenaikan berat badan bayi yang adekuat (Bagal, 2017). Salah satu cara yang dapat digunakan untuk mengatasi puting terbenam adalah menggunakan melakukan perawatan payudara berupa nipple rolling dan ekstraksi puting dengan bantuan spuit. Pada masa kehamilan cara yang lebih dianjurkan adalah melakukan nipple rolling (Nabulsi, 2019). Langkah-langkah melakukan nipple rolling terdapat pada lampiran 5.

Informasi penting yang perlu diberikan pada ANC usia kehamilan >36 minggu adalah informasi mengenai nutrisi, istirahat, hygiene. Selain itu perlu memantapkan rencana persalinan dan mengenali tanda-tanda persalinan (Kemenkes, 2013, 2019, Permenkes, 2016). Ibu trimester 3 cenderung mengalami konstipasi karena pengaruh perubahan hormon dan perubahan pada sistem pencernaan, maka penting untuk ibu hamil trimester 3 untuk konsumsi makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi (Yulizawati, 2017 dan Tuncalp, 2017). Perencanaan persalinan dilakukan dengan Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K), sebenarnya hal ini sudah dimulai dari awal kehamilan, namun diakhir kehamilan kembali di ingatkan (Kemenkes, 2013, 2019, Permenkes, 2016). Perencanaan dan persiapan persalinan Ny. V sudah matang. Ny. V berencana bersalin di PMB Umil Fahmi, ibu menggunakan BPJS, pendonor adalah adik perempuan Ny. V, untuk kendaraan terdapat motor ataupun Ny. V dapat berjalan kaki karena jarak rumah ke PMB hanya sekitar 80 meter.

4.2 ASUHAN KEBIDANAN DALAM PERSALINAN

Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (Yulizawati, 2019). Terjadinya proses persalinan diakibatkan oleh beberapa hal yang diungkapkan dalam beberapa teori diantaranya teori penurunan progesteron, teori oksitosin, teori keregangan otot rahim, teori prostaglandin, teori janin, teori berkurangnya nutrisi dan teori penuaan plasenta. Persalinan akan dipengaruhi oleh beberapa factor yaitu: Passenger (ukuran kepala janin, letak, sikap dan posisi janin), Passage (jalan

lahir), Power (his atau kekuatan ibu), Position (Posisi ibu), dan Psikis. (Kurniarum, 2016 dan Yulizawati, 2019).

Pada hari berikutnya, 26 April 2020 pukul 05.00 WIB, ibu menghubungi dan mengatakan bahwa merasakan nyeri pinggang menjalar ke ari-ari sejak pukul 00.00 WIB dan keluar lendir campur darah pukul 03.00 WIB. Nyeri yang ibu rasakan tidak hilang jika dibawa berjalan ataupun berubah posisi. Nyeri yang dirasakan subuh ini terasa lebih kuat daripada nyeri tadi malam. Ibu mengatakan tidak ada keluar air-air dan gerakan janin masih aktif. Selanjutnya diberikan penjelasan pada ibu mengenai kemungkinan kondisinya saat ini. Untuk mengurangi nyeri dan kecemasan ibu, ajarkan ibu teknik relaksasi disaat kontraksi yaitu dengan teknik pernapasan dan pijat punggung bawah. Ibu disarankan untuk memeriksakan diri ke PMB Umil Fahmi, Amd. Keb untuk memastikan kondisi ibu dengan pemeriksaan lebih lanjut.

Setelah dilakukan pemeriksaan di PMB, didapatkan bahwa ibu sudah dalam kala I persalinan fase laten yaitu pembukaan 3 cm bagian terbawah adalah kepala janin, ketuban masih utuh. Kondisi perineum ibu elastis. Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital ibu dalam batas normal. Kontraksi 3 kali dalam 10 menit dengan lamanya 30-40 detik, kuat dan teratur. DJJ juga dalam batas normal yaitu 148 kali/menit.

Asuhan selama kala I persalinan adalah mempersiapkan ruangan untuk persalinan dan kelahiran bayi dan memberikan asuhan sayang ibu. Salah satu bentuk asuhan sayang ibu yang diberikan adalah memberikan dukungan emosional dan manajemen nyeri persalinan (JNPK-KR, 2017). Selama kala I persalinan normal, nyeri bisa diakibatkan oleh kontraksi involunter otot uteri. Kontraksi cenderung dirasakan di punggung bawah pada awal persalinan. Sensasi nyeri melingkari batang tubuh bawah, yang mencakup abdomen dan punggung. Kontraksi umumnya berlangsung sekitar 45 sampai 90 detik.

Ketika persalinan mengalami kemajuan, intensitas setiap kontraksi meningkat, menghasilkan intensitas nyeri yang lebih besar (Reeder, dkk, 2014). Pada saat persalinan ibu akan mengalami rasa nyeri yang merupakan pengalaman subjektif tentang sensasi fisik yang terkait dengan kontraksi uterus, penipisan serviks, serta penurunan janin selam persalinan. Respon fisiologis terhadap nyeri meliputi: peningkatan tekanan darah, denyut nadi, pernafasan, keringat, diameter pupil, dan ketegangan otot. Rasa nyeri ini apabila tidak diatasi dengan tepat, dapat meningkatkan rasa khawatir, tegang, takut dan stres, yang pada akhirnya dapat menyebabkan terjadinya persalinan lama. Meskipun tingkat nyeri bervariasi bagi setiap ibu bersalin, diperlukan teknik yang dapat membuat ibu merasa nyaman saat melahirkan (Yulizawati et al, 2019).

Tubuh memiliki metode mengontrol rasa nyeri persalinan dalam bentuk betaendorphin. Sebagai opiat alami, beta-endorphin memiliki sifat mirip petidin, morfin dan heroin serta telah terbukti bekerja pada reseptor yang sama di otak. Seperti oksitosin, beta-endorphin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis dan kadarnya tinggi saat berhubungan seks, kehamilan dan kelahiran serta menyusui. Hormon ini dapat menimbulkan perasaan

senang dan euphoria pada saat melahirkan. Berbagai cara menghilangkan nyeri diantaranya: teknik self-help, hidroterapi, pemberian entonox (gas dan udara) melalui masker, stimulasi menggunakan TENS (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation), pemberian analgesik sistemik atau regional. (Yulizawati et al, 2019)

Nyeri persalinan dapat dikendalikan dengan dua metode yaitu farmakologis dan non-farmakologis. Metode non-farmakologi dapat dilakukan dengan teknik relaksasi yang mencakup relaksasi napas dalam, relaksasi otot, masase, musik dan aromaterapi (Tetti, 2015). Teknik relaksasi napas dalam yaitu dengan cara menarik napas dalam-dalam pada saat ada kontraksi dengan menggunakan pernapasan dada melalui hidung. Hal ini akan mengalirkan oksigen ke darah yang dibawa keseluruh tubuh sehingga merangsang pengeluaran hormon endorfin untuk mengurangi rasa sakit alami yang dialami tubuh selama persalinan (Winny, 2015 dan Mascarenhas, 2019). Berdasarkan hasil penelitian Novita (2017) pada ibu bersalin di Puskesmas Bahu Kota Manado didapatkan hasil bahwa teknik relaksasi napas dalam dapat mengurangi nyeri selama kala I persalinan.

Selain itu, dapat melakukan masase untuk mengurangi nyeri. Masase dilakukan pada punggung bawah yaitu pada area sekitar lumbal 5. Hal ini dapat merangsang pengeluaran endorfin untuk mengurangi nyeri persalinan. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh WHO pada rumah sakit di Australia, Brazil, Kanada, Iran, Taiwan dan Inggris, didapatkan bahwa masase yang dilakukan pada kala I persalinan dapat mengurangi nyeri persalinan dibandingkan dengan ibu yang tidak mendapatkan masase (WHO, 2018). Ibu juga dianjurkan untuk tidak menahan BAK dan BAB, tetap makan dan minum diantara his, serta berjalan-jalan di sekitar kasur atau klinik.

Pembukaan lengkap dan ketuban pecah spontan (jernih) pada pukul 09.00 WIB. Pembukaan lengkap adalah ketika dilatasi serviks sudah mencapai 10 cm (Prawirohardjo, 2016). Bayi lahir spontan pukul 09.45 WIB, menangis kuat, kulit kemerahan dan gerakan aktif. Segera setelah lahir, dilakukan penilaian pada semua bayi dengan cara petugas bertanya pada dirinya sendiri dan harus menjawab segera dalam waktu singkat. Diantaranya mengenai bayi lahir cukup bulan atau tidak, air ketuban jernih dan tidak bercampur meconium atau tidak, bayi bernafas adekuat atau menangis kuat atau tidak, dan tonus otot baik atau tidak (JNPK-KR, 2017). Bila semua jawaban di atas “Ya”, berarti bayi baik dan tidak memerlukan tindakan resusitasi. Pada bayi ini segera dilakukan Asuhan Bayi Normal.

Bayi kemudian diletakkan diatas perut ibu, dikeringkan kecuali telapak tangan dan dilakukan palpasi untuk memastikan ada tidaknya janin kedua. Setelah janin kedua dipastikan tidak ada, asuhan dilanjutkan dengan manajemen aktif kala III, yaitu penyuntikkan oksitosin 10 IU secara IM, penegangan tali pusat terkendali dengan tangan dorsokranial. Bayi ditelungkupkan diatas dada dan perut ibu untuk dilakukan Inisiasi

Menyusu Dini (IMD) sambil terus diawasi dan dijaga kehangatannya. Plasenta lahir lengkap pukul 09.55 WIB. Terdapat laserasi jalan lahir derajat I.

Laserasi jalan lahir terbagi menjadi empat derajat. Derajat pertama mengenai fourchette, kulit perineum, dan membran mukosa vagina, tetapi tidak mencapai fascia dan otot dibawahnya (Cunningham, 2012). Laserasi derajat I dapat dilakukan penjahitan atau juga dapat sembuh sendiri (Queensland Clinical Guideline, 2018) Besar robekan perineum dapat dipengaruhi oleh usia. Semakin bertambahnya usia seseorang membuat DNA dan molekul lain saling melengket dan memilin. Elastisitas protein dan molekul menjadi berkurang akibatnya elastisitas jaringan menurun (Rochmayanti, 2019).

Penjahitan laserasi jalan lahir dilakukan tanpa anastesi. Selanjutnya bantu bersihkan ibu dan memasang duk, anjurkan keluarga terus menemani ibu dan membantu ibu dalam pemenuhan nutrisi. Lakukan pemantauan kala IV pada tiap 15 menit pada satu jam pertama dan tiap 30 menit pada satu jam kedua. Terakhir dilengkapi pengisian partograf.

4.3 ASUHAN KEBIDANAN MASA NIFAS

Nifas atau puerperium atau postpartum adalah masa setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. biasanya berakhir sekitar enam minggu atau 42 hari (Kemenkes, 2019). Pada masa nifas terjadi involusi uterus pengeluaran lochea, pengeluaran ASI serta beberapa perubahan lainnya pada tubuh termasuk perubahan psikologi (Sukma, 2017 dan Wahyuni, 2018).

Ibu diberikan penjelasan penyebab mules yang masih dirasakan. Juga diberikan penjelasan tentang cara menyusui yang baik dan mengatasi hambatan puting terbenam selama menyusui, yaitu ibu dianjurkan untuk melakukan nipple rolling sebelum menyusui dan melumasi puting sebelum mulai menyusui. Anjurkan ibu untuk tidur saat bayi tidur, makan nutrisi tinggi serat dan anjurkan ibu untuk makan sayur yang baik bagi produksi ASI seperti daun katuk dan jantung pisang. Ibu juga perlu di berikan penjelasan mengenai tanda bahaya masa nifas, cara menjaga jahitan perineum tetap kering dan mengganti pembalut tiap 6 jam sekali. Jika ibu merasakan masalah atau keluhan bisa langsung memanggil bidan di PMB ataupun menghubungi mahasiswa untuk bertanya melalui chat atau telepon.

Kunjungan nifas (KF) dilakukan sebanyak empat kali dengan metode kunjungan rumah oleh bidan atau pemantauan menggunakan media online, dengan melakukan upaya-upaya pencegahan penularan COVID19 baik bagi petugas, ibu dan keluarga (Kemenkes, 2020). Sesuai dengan hal itu, pelayanan nifas pada Ny. V dilakukan sebanyak minimal empat kali. Bidan menghubungi Ny. V pada jadwal kunjungan nifas sesuai pedoman, namun diluar jadwal tersebut ibu dapat dengan bebas bertanya atau menghubungi Bidan. Ny. V lebih sering menyusui pada payudara kiri disebabkan

masalah puting terbenam yang dialami hal ini menyebabkan bendungan ASI pada payudara kanan Ny. V. Bendungan ASI (Engorgement) adalah penyempitan pada duktus laktiferus, sehingga sisa ASI terkumpul pada system duktus yang mengakibatkan terjadinya pembekakan (Prawirohardjo, 2016). Hal ini terjadi karena penyempitan duktus laktiferus atau oleh kelenjar-kelenjar yang tidak dikosongkan dengan sempurna atau karena kelainan pada puting susu, payudara yang membengkak ini yang sering terjadi biasanya terjadi sesudah melahirkan pada hari ketiga atau ke empat (Bahiyatun, 2017). Bendungan air susu akhirnya menyebabkan pembengkakan pada payudara karena peningkatan aliran vena dan limfe sehingga menyebabkan bendungan ASI dan rasa nyeri disertai kenaikan suhu badan (Prawirohardjo, 2016). Hal ini sesuai dengan yang terjadi dengan Ny. V yang lebih sering menyusui bayi pada payudara kiri sehingga pengosongan pada payudara kanan tidak sempurna.

Setelah melahirkan, ibu nifas sering mengeluh mengalami kesulitan untuk BAB, yang disebabkan pengosongan usus besar sebelum melahirkan serta faktor individual misalnya nyeri pada luka perineum ataupun rasa takut jika BAB menimbulkan robekan pada jahitan perineum. Konstipasi pada ibu post partum awal dapat disebabkan karena perubahan pada hormon dalam tubuh ibu, sebagai bentuk penyesuaian tubuh ibu pada keadaan setelah melahirkan. Untuk mengatasi hal ini perlu meningkatkan konsumsi makanan tinggi serat seperti buah dan sayur. Selain itu juga dilakukan rangsangan seperti minum air hangat saat baru bangun tidur dalam keadaan perut kosong. Hal ini dapat mempercepat proses pencernaan dan gerak peristaltik sehingga merangsang pengosongan rektum (Milani, 2015).

4.4 ASUHAN KEBIDANAN BAYI BARU LAHIR

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dengan umur kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dan berat lahir antara 2500-4000 gram (Kemenkes, 2019). Bayi baru lahir 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 2500-4000 gram, nilai apgar >7 dan tanpa cacat bawaan (Lockhart, 2014 dan Prawirohardjo, 2016). Hal ini sesuai dengan bayi Ny. V yang lahir pada usia kehamilan 39-40 minggu dengan berat lahir 2500 gram, panjang badan 48 cm dan apgar skor 8/9. Meskipun termasuk golongan bayi baru lahir normal, berat lahir By. Ny. V dikatakan cukup yaitu 2500 gram. Hal ini dapat disebabkan karena kenaikan berat badan selama hamil pada Ny. V tidak sesuai dengan rekomendasi.

Penambahan berat badan ibu hamil harus disesuaikan dengan IMT saat sebelum hamil yaitu jika IMT < 18,5 rekomendasi kenaikan berat badannya 13-18 kg, IMT 18,5- 24,9 kenaikan berat badannya 11-16 kg, IMT 25,0-29,9 kenaikan berat badannya 7-11 kg, dan IMT >30 kenaikan berat badan nya selama hamil yaitu 5-9 kg (Goldstein

RF, 2017). Skrining IMT sangat dianjurkan saat kunjungan pertama kehamilan untuk mengatasi kekurangan atau kelebihan berat badan karena akan dapat meningkatkan risiko BBLR dan sebaliknya juga meningkatkan risiko kelahiran sesar dan obesitas masa kecil (Nicholas et al, 2018).

Berdasarkan IMT pada awal kehamilan, IMT Ny. V adalah 20 maka rekomendasi kenaikan berat badan selama kehamilan adalah 11-16 kg. Namun selama kehamilan ini, Ny. V hanya mengalami kenaikan BB sebanyak 8 kg. Menurut penelitian Nurhayati (2016) pada ibu yang melahirkan bayi di wilayah kerja Puskesmas Sewon Bantul Yogyakarta mendapatkan hasil bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara IMT prahamil dengan berat badan lahir ($p=0.006$). Selain itu juga terdapat hubungan signifikan antara kenaikan berat badan selama hamil dengan berat badan lahir ($p=0.024$).

Ibu dengan IMT pra hamil rendah mempunyai peluang 11,6 untuk melahirkan bayi dengan berat badan lahir rendah dibanding dengan ibu yang mempunyai IMT sedang (OR: 11,6, 95% CI:0,29-38,0). IMT pra hamil digunakan untuk memonitor penambahan BB selama kehamilan karena secara rasional wanita hamil yang kurus membutuhkan penambahan BB yang lebih banyak selama kehamilan dari pada wanita normal. IMT pra hamil juga dapat digunakan sebagai indikator baik atau buruknya status gizi wanita pra hamil (Endah, 2017).

Ibu dengan IMT prahamil kurang, seharusnya mengalami kenaikan berat badan lebih banyak dibandingkan dengan ibu yang mempunyai IMT normal sebelum kehamilan dikarenakan kebutuhan fisiologis yang lebih besar untuk mendukung kehamilan. Kenaikan berat badan yang tidak sesuai dapat berdampak buruk bagi ibu dan bayi. Ibu dapat mengalami anemia, persalinan sulit, perdarahan pada saat persalinan. Pada bayi dapat mengalami anemia pada bayi, bayi dengan berat badan lahir rendah, serta bayi baru lahir dengan status kesehatan yang rendah (Nurhayati, 2016 dan Endah, 2017). Oleh karena itu dibutuhkan pengawasan bayi baru lahir yang adekuat pada By. Ny. V untuk menghindari risiko setelah kelahiran.

Asuhan bayi baru lahir adalah menjaga bayi agar tetap hangat, membersihkan saluran napas (hanya jika perlu), mengeringkan tubuh bayi (kecuali telapak tangan), memantau tanda bahaya, memotong dan mengikat tali pusat, melakukan inisiasi menyusui dini (IMD), memberikan suntikan vitamin K1, memberi salep mata antibiotik pada kedua mata, memberi imunisasi Hepatitis B, serta melakukan pemeriksaan fisik (El Shinta, 2019).

Keluarnya darah atau bercak darah dari vagina pada bayi baru lahir disebut dengan pseudomenstruasi atau neonatal menstruasi. Pada usia kehamilan 5 bulan endometrium janin sudah terbentuk sempurna secara morfologi tapi denan stroma dan kelenjar yang tidak aktif. Hingga usia kehamilan 7.5 bulan endometrium mulai bereaksi pada stimulus estrogen. Pada usia kehamilan 8 bulan terjadi peningkatan hormon progesteron yang juga memberikan efek pada kelenjar endometrium. Selama trimester 2 hingga akhir

kehamilan, endometrium janin memiliki reaksi yang sama dengan yang terjadi pada siklus menstruasi, namun dengan perkembangan kelenjar yang tidak baik dan tanpa perubahan pada desidua (Bianchi, 2018).

Kejadian belekan atau kotoran pada sudut mata sering terjadi pada bayi baru lahir. Bisa terjadi pada kedua mata atau salah satu mata. Kejadian ini normal jika tanpa disertai kemerahan pada sklera dan konjungtiva ataupun kotoran berupa nanah. Hal ini terjadi karena adanya sumbatan pada saluran atau duktus nasolakrimalis yang normalnya berfungsi mengalirkan air mata dari sudut bola mata ke hidung yang kemudian akan menguap seiring dengan udara pernapasan yang mengalir di hidung. Jika terjadi sumbatan, maka air mata tidak dapat dialirkan ke hidung dan menggenang atau menumpuk pada mata, membuat mata tampak sembab, air mata menetes, atau kemudian mengering dan bercampur dengan sekret atau kotoran yang larut pada air mata dan membuat mata belekan. Penyebab utamanya adalah karena katup Hasner pada saluran air mata yang gagal membuka secara normal pada saat kelahiran. Sebesar 90% akan sembuh sendiri. (IDAI, 2016).

4.5 ASUHAN KEBIDANAN KELUARGA BERENCANA (PASCA SALIN)

Keluarga berencana merupakan usaha untuk mengukur jumlah anak dan jarak kelahiran anak yang diinginkan. Maka dari itu, Pemerintah mencanangkan program atau cara untuk mencegah dan menunda kehamilan (WHO, 2013). Keluarga berencana merupakan usaha suami istri untuk menghindari kelahiran yang tidak diinginkan, mendapatkan kelahiran yang memang diinginkan, mengatur interval diantara kehamilan, mengontrol waktu saat kehamilan dalam hubungan dengan suami istri dan menentukan jumlah anak dalam keluarga (BKKBN, 2017).

Keluarga berencana adalah Tindakan yang membantu individu untuk mendapatkan objek – objek tertentu, menghindari kehamilan yang tidak diinginkan mendapatkan kehamilan yang diinginkan, mengatur interval kehamilan, menentukan jumlah anak dalam keluarga, mengontrol saat kelahiran dalam hubungan dengan umur suami istri. Kontrasepsi adalah upaya untuk mencegah terjadinya kehamilan, alat yang digunakan untuk menunda kehamilan dan menjarangkan jarak kelahiran (Affandi, 2015). Metode kontrasepsi alamiah yang bisa dipilih pasca persalinan salah satunya adalah Metode Amenorrhoe Laktasi (MAL). Saat menyusui akan terdapat pengeluaran hormon prolaktin dan oksitosin yang secara tidak langsung menekan produksi hormon estrogen dan progesteron sehingga tidak terjadi pematangan folikel di ovarium untuk memulai siklus menstruasi. Diantara syarat menggunakan MAL adalah bayi disusui secara eksklusif selama 6 bulan, disusui tiap 1-2 jam dengan lamanya sekitar 15-30 menit.

Metode kontrasepsi yang tidak mengganggu siklus menstruasi adalah metode non-hormonal. Pada kasus Ny. V tujuan menggunakan kontrasepsi adalah untuk menghentikan kehamilan. Metode yang paling tepat sebenarnya adalah kontrasepsi mantap (kontap) namun karena klien dan pasangan memiliki kepercayaan tertentu mengenai metode ini, maka disarankan untuk menggunakan metode kontrasepsi jangka panjang. Metode kontrasepsi jangka panjang diantaranya IUD dan implan. Ibu lebih disarankan menggunakan metode IUD karena ibu mengatakan tidak ingin mengalami gangguan pada menstruasinya.

Setelah dilakukan konseling, Ny. V belum memutuskan menggunakan metode MAL dan belum memutuskan metode lanjutan yang akan digunakan karena ingin berdiskusi dengan suami terlebih dahulu. Ny. V disarankan menggunakan metode ganda, yaitu MAL dan kondom untuk meningkatkan keefektifan dan mengurangi kemungkinan terjadinya kehamilan. Setelah itu Ny. V mengatakan ingin menggunakan IUD untuk kontrasepsi jangka panjang selanjutnya.



Bab 5 PENUTUP

5.1 KESIMPULAN

Berdasarkan hasil *Continuity of Care* (CoC) yang telah dilakukan didapatkan kesimpulan bahwa:

1. Asuhan berkelanjutan atau *Continuity of Care* yang dilaksanakan memberi dampak yang signifikan terhadap kelangsungan dan kualitas hidup ibu dan bayi.
2. Pemberian asuhan secara *Continuity of Care* menjadi salah satu upaya dalam menurunkan AKI dan AKB
3. Selama masa pandemi asuhan tetap dapat diberikan kepada klien dengan lebih memperhatikan protokol kesehatan selama asuhan persalinan dan bentuk pelayanan kunjungan nifas dan bayi baru lahir dilakukan secara homecare ataupun melalui media komunikasi.
4. Robekan perineum dapat dipengaruhi oleh usia yang berhubungan dengan elastisitas otot. Seperti pada kasus Ny. V dengan berat lahir bayi hanya 2500 gram namun terjadi robekan derajat I.
5. Keadaan bawaan seperti puting terbenam bukan menjadi penghalang mutlak proses menyusui. Ibu dapat lancar menyusui dengan melakukan beberapa langkah yang diperlukan untuk mengatasi puting terbenam seperti *nipple rolling*.
6. Penting untuk memberitahu ibu tahapan pengeluaran ASI terutama pada tiga hari pertama untuk mengurangi rasa cemas ibu.
7. Pseudomenstruasi merupakan hal yang biasa terjadi pada bayi baru lahir perempuan, hal ini merupakan pengaruh hormonal selama masa kandungan. Pseudomentruasi dapat berhenti sendiri.

8. Kejadian belekan sering terjadi pada bayi baru lahir karena belum berfungsi dengan baik saluran air mata bayi. Hal yang perlu dilakukan pada keadaan ini adalah menjaga kebersihan mata bayi agar tidak disertai dengan infeksi.
9. Konseling KB dapat diberikan pada KF4. Enam bulan pertama ibu dapat didukung untuk memberikan ASI Eksklusif sehingga dapat menggunakan MAL.
10. Perlu diskusi dengan pasangan dalam menentukan jenis kontrasepsi yang akan digunakan.

DAFTAR PUSTAKA

- Achadi, E. L. 2019. Kematian Maternal dan Neonatal di Indonesia. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Disampaikan pada Rakernas 2019. Banten
- Affandi, B., G. Adriaansz., E. R. Gunardi dan H. Koesno. 2014. Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi. PT. Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo. Jakarta
- Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional. 2017. Peraturan Kepala Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional Nomor 24 Tahun 2017 Pelayanan Keluarga Berencana Pasca Persalinan dan Pasca Keguguran. 3 November 2017. Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional. Jakarta
- Bagal, S. U., J. A. Saunkhe., A. V. Salunkhe., S. V. Kakade dan V. R. Mohite. 2017. International Journal of Health Sciences & Research. 7(4): 280-288
- Bhatia, P dan S. Chhabra. 2018. Physiological and Anatomical Changes of Pregnancy: Implications for Anaesthesia. Indian Journal of Anaesthesia. 62(9): 651-657
- Bianchi, P., I. Brosens dan G. Benagiano.; 2018. Neonatal Menstrual and its Meaning. Japan Journal of Medicine. 1(2): 140-148
- Bickley, L. S. 2008. Buku Ajar Pemeriksaan Fisik dan Riwayat Kesehatan Bates, Ed. 8. EGC. Jakarta
- Cunningham, M. D. 2012. Obstetri William Ed. 23 Vol. 2. EGC. Jakarta
- Dinas Kesehatan Kota Padang. 2019. Profil Kesehatan Tahun 2018. Dinkes Kota Padang. Padang
- Downe S, Finlayson K, O Tunçalp, dan A Metin G. 2015. What matters to women: a systematic scoping review to identify the processes and outcomes of antenatal care provision that are important to healthy pregnant women. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology. 123(4) : 1-16

- El Shinta, B., F. Andriani., Yulizawati dan A. A. Insani. 2019. Buku Ajar Asuhan Kebidanan Pada Neonatus, Bayi dan Balita. Indomedia Pustaka. Sidoardjo
- Endah, M. F., M. Thereshia dan H. P. Wahyuningsih. 2017. Hubungan Indeks Massa Tubuh Ibu Dengan Kejadian Bayi Berat Lahir Rendah Di Rsud Wonosari Gunungkidul. *Kesehatan ibu dan anak*. 11(1): 8-1.
- Fatimah dan Nuryaningsih. 2017. Buku Ajar Asuhan Kebidanan Kehamilan. Fakultas Kedokteran dan Kesehatan Universitas Muhammadiyah Jakarta. Jakarta
- Fedorowicz AR, Hellerstedt WL, Schreiner Pamela, Bolland JM. Associations of adolescent hopelessness and self-worth with pregnancy attempts and pregnancy desire. *American Journal of Public Health*. 104(8): 133-140.
- Goldstein RE, Abell SK, Ranasinha S, Misso M, Boyle JA, Black MH, et al. Association of gestational weight gain with maternal and infant outcomes: a systematic review and metaanalysis. *JAMA* 2017;317:2207–25.
- IDAI.2016. Belekan pada bayi baru lahir, normalkah?. Tersedia di URL: <http://www.idai.or.id/artikel/klinik/pengasuhan-anak/belekan-pada-bayi-baru-lahir-normalkah>. Diakses pada 28 Mei 2020
- Heryani, R. 2015. Asuhan kebidanan Ibu Nifas dan Menyusui. Trans Info Media. Jakarta
- Hua, J., L. Zhu., L. Du., Y. Li., Z. Wu., D. Wo dan W. Du. 2018. Effects Of Midwife-Led Maternity Services On Postpartum Wellbeing And Clinical Outcomes In Primiparous Women Under China’s One-Child Policy. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 18(329): 1-9
- Hoglund, B. Dan M. Larsson. 2019. Midwives’ Work And Attitudes Towards Contraceptive Counselling And Contraception Among Women With Intellectual Disability: Ficus Group Interviews In Sweden. *The European Journal of Contraception & Reproduction Health Care*. 24(1): 39-44
- Huliana, M. 2007. Panduan Menjalani Kehamilan Sehat. Pustaka Swara. Jakarta
- Hutchison, J., H. Mahdy., J. Hutchison., 2019. Stage of Labor. Diakses dari <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK544290/>
- Insani, A. A., A. Nurdiyan., Yulizawati., L.E. Bustami., D. Iryani dan Fitriyani. 2016. “Berpikir Kritis” Dasar Bidan dalam Manajemen Asuhan Kebidanan. Prodi S1 Kebidanan FK UNAND. Padang
- International Confederation of Midwives. 2017. Position Statement: Care of the Newborn. International Confederation of Midwives. Netherland.
- JNPK-KR. 2017. Buku Acuan Persalinan Normal. JNPK-KR. Jakarta
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2013. Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Jakarta
- 2015. Buku Kesehatan Ibu dan Anak. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Jakarta

- 2019. Materi Komunikasi, Informasi, dan Edukasi Pedoman untuk Puskesmas dalam Pemberdayaan Lanjut Usia Seri Kesehatan Ibu Hamil, Bersalin dan Nifas. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Jakarta
- 2019. Panduan Pelayanan Pasca Persalinan bagi Ibu dan Bayi Baru Lahir. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Jakarta
- 2020. Pedoman Bagi Ibu Hamil, Ibu Nifas dan Bayi Baru Lahir Selama Social Distancing. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Jakarta
- Kovacs, C.S dan C. L. Deal. 2019. *Maternal-Fetal and Neonatal Endocrinology: Physiology, Pathophysiology, and Clinical Management*. Elsevier. Canada
- Kurniarum, A. 2016. Modul Bahan Ajar Cetak Kebidanan: Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Jakarta
- Kusyati, E, dkk. 2012. Keterampilan dan Prosedur Laboratorium Keperawatan Dasar, Ed. EGC. Jakarta
- Lockhart R. N., Anita dan L. Saputra. 2014. Asuhan Kebidanan Neonatus Normal dan Patologis. Tangerang Selatan: Binarupa Aksara Publisher.
- Manuaba, IBG, dkk. 2010. Ilmu Kebidanan Penyakit Kandungan Dan KB. EGC. Jakarta
- 2010. Kapita selekta Penatalaksanaan Rutin Obstetri dan Ginekologi dan KB. EGC. Jakarta
- Marcelya, S dan E. Salafas. 2018. Faktor Pengaruh Risiko Kehamilan “4T” Pada Ibu Hamil. Indonesian Journal Of Midwifery. 1(2): 120-127. ISSN 2615-5095 (Online)
- Marchant, S. 2014. *Myles Textbook for Midwives*. 16th Ed. Elsevier Science Limited. UK. Editor : Marshall, J, Raynor M
- Marniyati, L. 2016. Pelayanan Antenatal Berkualitas dalam Meningkatkan Deteksi Risiko Tinggi pada Ibu Hamil oleh Tenaga Kesehatan di Puskesmas Sako. Sosial. Sei Baung dan Sei Selincah di Kota Palembang. Program Pascasarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Sriwijaya. Palembang. *Jurnal Kedokteran dan Kesehatan*. 3(1): 355-362
- Mascarenhas, V. H. A. et al. 2019. Scientific Evidence on Non-Pharmacological Methods for Relief of Labor Pain. *Acta Paul Enferm*. 32(3): 350-357
- Milani, H. S. et al. 2015. The effect of postpartum home care on constipation and hemorrhoids at sixty days postpartum. *J. Bobol Univ Med Sci*. 17(12): 26-32
- Mortensen, B., M. D. Lien., et al. 2019. Women’s satisfaction with midwife-led continuity of care: an observational study in Palestine. *BMJ Open*. 9(11): 1-9
- Nabulsi, M., R. Ghanem., M.A. Jaoude dan A. Khalil. 2019. Breastfeeding success with the use of the inverted syringe technique for management of inverted nipples in lactating women: a study protocol for a randomized controlled trial. *Bio Medical Center*. 20(737): 1-6

- Neke, M. M dan S. S. Masitenyane. 2018. Psychosocial Antenatal Care: A Midwifery Context. *IntechOpen*. 8(2): 15-35
- Nicholas P, Bhanuaja D, Andrea J. 2018. Prevalence and Trends in Prepregnancy Normal Weight-48 states, New York City, and District of Columbia 2011-2015. *Centers for Disease Control and Preventio. CDC*
- Novita, K. R., S. Rompas dan Y. Bataha. 2017. Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam terhadap Respon Nyeri pada Ibu Inpartu Kala I Fase Aktif di Puskesmas Bahu Kota Manado. *E-Journal Keperawatan*. 5(1): 1-4
- Nurhayati, E. 2016. Indeks massa tubuh (IMT) pra hamil dan kenaikan berat badan ibu selama hamil berhubungan dengan berat badan bayi lahir. *Jurnal ners dan kebidanan indonesia*. 4(1): 1-5. ISSN2354-7642
- Oftarica J, Siti F, Nur H. 2019. Asuhan Kebidanan Continuity Of Care Pada Ny I Masa “Hamil Sampai Dengan Keluarga Berencana “Di Praktik Mandiri Bidan Setyami Ngasinan Ponorogojurnal Ilmiah. *Health Science Journal. Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Ponorogo*
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 97 Tahun 2014 Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan dan Masa Sesudah Melahirkan, Penyelenggaraan Pelayanan Kontrasepsi, serta Pelayanan Kesehatan Seksual. 30 Desember 2014. *Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 135. Jakarta*
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 43 Tahun 2016 Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan. 31 Agustus 2016 . *Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 1475. Jakarta*
- Materi Komunikasi, Informasi, dan Edukasi Pedoman untuk Puskesmas dalam Pemberdayaan Lanjut Usia Seri Kesehatan Ibu Hamil, Bersalin dan Nifas. *Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Jakarta*
- Panduan Pelayanan Pasca Persalinan bagi Ibu dan Bayi Baru Lahir. *Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Jakarta*
- Pillay, P. S., C. N. Piercy., H. Tolppanen dan A. Mebazaa. 2016. Physiological in Pregnancy. *Cardiovascular Journal of Africa*. 27(2) : 89-94
- Prawirohardjo, S. 2016. Ilmu Kebidanan Sarwono Prawirohardjo. Ed 4. Cetakan. PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo. Jakarta
- Puti, S. H., D. Hapsari., I. Dharmayanti dan N. Kusumawardani. 2014. Faktor-faktor yang Berpengaruh terhadap Risiko Kehamilan “4 Terlalu (4-T)” pada Wanita Usia 10- 59 Tahun (Analisis Riskesdas 2010). *Media Litbangkes*. 24(3): 143-152.
- Queensland Clinical Guidelines. 2018. Perineal Tears. *Queensland Government. Australia*
- Raines, D. A dan Cooper, D. B. 2019. Braxton Hicks Contractions. *StatPearls Publishing*1(1): 1-15

- Reeder, S. J., Leonide, L. M. & Deborah, K. G. 2014. *Keperawatan Maternitas: Kesehatan Wanita, Bayi & Keluarga*, Ed. 18, Vol. 1. Jakarta: EGC
- Rhoads, J dan J. M. Bonnie. 2008. *Davis's Guide to Clinical Nursing Skills*. F. A. Davis Company. Philadelphia
- Ricchi, A., F. Rossi., P. Borgognoni., et al. 2019. The Midwifery-Led Care Model: A Continuity of Care Model Birth Path. *Acta Biomed for Health Professional* 90(6) : 41-52
- Rochmayanti, S. N dan K. Ummah. 2019. *Pijat Perineum Selama Masa Kehamilan Terhadap Kejadian Rupture Perineum Spontan*. Jakad Publishing. Surabaya
- Rosyati. 2017. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Persalinan*. Fakultas Kedokteran dan Kesehatan Universitas Muhammadiyah Jakarta. Jakarta
- Saleha, S. 2009. *Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas*. Salemba Medika. Jakarta
- Sandall, J. H., Soltani., A. Shennan dan D. Devane. 2019. *Implementing Midwife-Led Continuity Models Of Care And What Do We Still Need To Find Out?. Evidently Cochrane*. 13 Agustus 2019.
- Sholichah, N dan N. P. Lestari. 2017. Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny. Y (Hamil, Bersalin, Nifas, BBL, dan KB). *Jurnal Komunikasi Kesehatan*. 8(1): 1-15
- Sibuea, M. D., H. M. M. Tendean dan F. W. Wagey. 2013. *Persalinan pada Usia ≥ 35 tahun di RSU Prof. Dr. R. D. Kandou Manado*. *Jurnal e-Biomedik*. 1(1): 484-489.
- Sinclair, C. 2010. *Buku Saku Kebidanan*. EGC. Jakarta
- Sitorus, F. M dan J. M. Siahaan. 2018. *Pelayanan Keluarga Berencana Pasca Persalinan Dalam Upaya Mendukung Percepatan Penurunan Angka Kematian Ibu*. *Middwifery Journal*. 3(2): 114-119
- Sukma, F., E. Hidayati dan S. N. Jamil. 2017. *Asuhan Kebidanan Padan Masa Nifas*. Fakultas Kedokteran dan Kesehatan Universitas Muhammadiyah Jakarta. Jakarta
- Susiana, S. 2019. *Angka Kematian Ibu: Faktor Penyebab dan Upaya Penanganannya*. Bidang Kesejahteraan Sosial Info Singkat Kajian Singkat Terhadap Isu Aktual dan Strategis Vol. 9 (24). Pusat Penelitian Badan Keahlian DPR RI. Jakarta
- Sweet, L., J. Bass., M. Sidebotham., J. Fenwick dan K. Graham. 2019. *Developing Reflective Capacities in Midwifery Students: Enchancing Learning Through Reflective Writing*. Elsevier. 32(2): 119-126
- Tetti, S. & Cecep, E. K. 2015. *Konsep & Aplikasi Relaksasi Dalam Keperawatan Maternitas*. P.T Refika Aditama
- Tuncalp, O., J. P. Pena-Rosas., T. Lawrie., M. Bucagu., O. T. Oladapo., A. Portela., A dan M. Gulmezoglu. 2017. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience—going beyond survival. *BJOG*. 2017; DOI: 10.1111/1471-0528.14599.

- Tyastuti, S dan H. P. Wahyuni. 2017. Modul Bahan Ajar Cetak Kebidanan: Asuhan Kebidanan Kehamilan. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Jakarta
- UKEssays. 2018. Reflective Report On Experiences Working As A Midwife. [online]. Available from: <https://nursinganswers.net/essays/reflective-report-on-experiences-working-as-a-midwife-nursing-essay.php?vref=1> [Accessed 5 April 2020].
- Umami, H., et. al, 2010. Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan Fisiologis. Salemba Medika. Jakarta
- United Nations. 2017. Goal 3: Ensure Healthy Lives and Promote Well-being for All at All Ages. Tersedia pada URL : <http://www.un.org/sustainabledevelopment/health> . Diakses pada 26 Maret 2020 (10:00)
- Varney, H. 2014. Buku Ajar Asuhan Kebidanan. Edisi 4. EGC. Jakarta
- Wahyuni, E. D. 2018. Buku Ajar Kebidanan Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Jakarta
- World Health Organization. 2013. Programming Strategies for Postpartum Family Planning. World Health Organization. Geneva
- 2018. WHO Recommendation on Midwife-led Continuity of Care During Pregnancy. <https://extranet.who.int/rhl/topics/improving-health-system-performance/implementation-strategies/who-recommendation-midwife-led-continuity-care-during-pregnancy> . Diakses pada 26 Maret 2020 (08:00)
- WHO Recommendations on Antenatal Care for a Positive Pregnancy Experience: Summary. World Health Organization. Geneva
- WHO Recommendation on Midwife-led Continuity of Care Durins Pregnancy. Tersedia pada URL : <https://extranet.who.int/rhl/topics/improving-health-system-performance/implementation-strategies/who-recommendation-midwife-led-continuity-care-during-pregnancy>. Diakses pada 26 Maret 2020
- Winni Putri Lestari. 2015. Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Respon Adaptasi Nyeri Pada Ibu Inpartu Kala 1 Fase Aktif Di BPM Bidan P Kota Yogyakarta. http://opac.unisayogya.ac.id/818/1/NA_SKAH%20PUBLIKASI%20LENGKAP.pdf. Diakses pada 28 September 2016
- Yulistiana. E. 2015. Hubungan pengetahuan Ibu dan Dukungan Suami pada Ibu Hamil terhadap keteraturan Kunjungan Antenatal Care (ANC) di Puskesmas Wates Lampung Tengah Tahun 2014. Jurnal Kebidanan. 1(2): 81-90
- Yulizawati. 2017. Buku Ajar Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan. Erka. Bukittinggi
- 2019. Buku Ajar Asuhan Kebidanan Pada Persalinan. Indomedika Pustaka. Sidoardjo
- 2019. Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana. Indomedika Pustaka. Sidoardjo