

Kemenkes
Poltekkes Yogyakarta

TUGAS AKHIR

**ASUHAN BERKESINAMBUNGAN PADA NY. W USIA 23 TAHUN
G2P1A0AH1 DI PRAKTIK MANDIRI BIDAN ROHANI WIDIYANTI
PAJANGAN BANTUL**

Disusun untuk Memenuhi Tugas Praktik Kebidanan Komunitas dalam Konteks
Continuity of Care (COC)

Oleh :
AYU UKHVIYATI
P07124523055

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI BIDAN
JURUSAN KEBIDANAN POLTEKKES KEMENKES YOGYAKARTA
2024**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Tugas Akhir ini adalah hasil karya sendiri, dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Ayu Ukhviyati

NIM : P07124523055

Tanda tangan :



Tanggal : 29 April 2024

HALAMAN PERSETUJUAN DAN PENGESAHAN

TUGAS AKHIR

**ASUHAN BERKESINAMBUNGAN PADA NY. W USIA 23 TAHUN
G2P1A0AH1 DI PRAKTIK MANDIRI BIDAN ROHANI WIDIYANTI
PAJANGAN BANTUL**

Disusun Oleh :

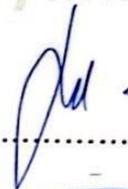
**AYU UKHVIYATI
P07124523055**

Telah dipertahankan dalam seminar di depan Penguji
Pada tanggal : 29 April 2024

SUSUNAN PENGUJI

Penguji Akademik

Dian Trisnasari, S.SiT., Bdn
NIP. 198102052008122001

(.....


Penguji Klinik

Rohani Widiyanti, S.Tr.Keb., Bdn
NIP. 197803042002122007

(.....


Mengetahui,
Ketua Jurusan




Dr. Heni Puji Wahyuningsih, S.SiT., M.Keb
NIP. 197511232002122002

KATA PENGANTAR

Puji Syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT karena berkat rahmatnya penulis dapat menyelesaikan Tugas akhir yang berjudul “Asuhan Berkesinambungan pada Ny. W usia 23 tahun G2P1A0AH1 di Praktik Mandiri Bidan Rohani Widiyanti Pajangan Bantul”. Tersusunnya laporan *Continuity of Care* (COC) penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Dr. Iswanto, S.Pd., M.Kes, selaku Direktur Poltekkes Kemenkes Yogyakarta
2. Dr. Heni Puji Wahyuningsih, S.SiT., M.Keb, selaku ketua jurusan kebidanan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta
3. Munica Rita Hernayanti, S.SiT., Bdn., M.Kes, selaku ketua prodi pendidikan profesi bidan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta
4. Dian Trisnasari, S.SiT., Bdn, selaku dosen pembimbing akademik yang telah memberikan kesempatan dan bimbingan atas terlaksananya Praktik Asuhan Berkesinambungan pada Ny. W usia 23 tahun G2P1A0AH1 di Praktik Mandiri Bidan Rohani Widiyanti Pajangan Bantul.
5. Rohani Widiyanti, S.Tr.Keb., Bdn, selaku pembimbing lahan yang telah memberikan arahan serta bimbingan selama Praktik Asuhan Berkesinambungan pada Ny. W usia 23 tahun G2P1A0AH1 di Praktik Mandiri Bidan Rohani Widiyanti Pajangan Bantul.
6. Orangtua, suami dan teman-teman yang telah membantu, memberikan semangat serta doanya kepada penulis yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa masih banyak kekurangan dalam penulisan laporan COC ini. Oleh sebab itu, segala kritik dan saran yang membangun dari pembaca. Demikian yang bisa penulis sampaikan, semoga Laporan COC ini dapat menambah khazanah ilmu pengetahuan dan memberikan manfaat nyata untuk masyarakat luas.

Yogyakarta, 29 April 2024

Penulis

SINOPSIS

Asuhan Kebidanan Berkesinambungan pada Ny. W Usia 23 Tahun G2P1A0AH1 di Praktik Mandiri Bidan Rohani Widiyanti Pajangan Bantul

Berdasarkan data dari Bappeda D.I.Yogyakarta, jumlah kematian ibu tahun 2022 sebanyak 43 kasus dan jumlah kematian bayi 300 kasus. Data Profil Kesehatan Kabupaten Bantul tahun 2023, angka kematian ibu (AKI) pada tahun 2022 sebanyak 20 kasus, sedangkan angka kematian bayi (AKB) sebanyak 90 kasus. Penyebab umum kematian ibu adalah pendarahan dan infeksi. Kematian ibu dan bayi merupakan ukuran terpenting dalam menilai indikator keberhasilan pelayanan kesehatan di Indonesia. Salah satu upaya dalam mengurangi AKI dan AKB yaitu dengan meningkatkan pelayanan kesehatan yang bersifat menyeluruh dan bermutu kepada ibu dan bayi dalam lingkup kebidanan adalah melakukan asuhan kebidanan secara komprehensif (*continuity of care*). Salah satu ibu hamil yang dilakukan pemberian asuhan *continue of care* di Praktik Mandiri Bidan Rohani Widiyanti adalah Ny. W.

Kunjungan ANC yang pertama ditemukan ibu mengalami ketidaknyamanan sering buang air kecil, sedangkan pada kunjungan ANC kedua ibu mengalami nyeri perut bawah dan *braxton hicks*. Pada tanggal 22 januari 2024 ibu bersalin di PMB Rohani Widiyanti secara spontan, bayi lahir cukup bulan dan tidak ada komplikasi. Selama masa nifas ibu dilakukan kunjungan 3 kali. Saat kunjungan nifas kedua ibu mengalami puting lecet, ibu diberikan asuhan hingga masalah teratasi. Pada kunjungan nifas ketiga, sudah tidak ada masalah puting lecet. Ibu dan suami memutuskan untuk menggunakan KB suntik progestin.

Kesimpulan dari asuhan ini adalah ibu hamil dengan ketidaknyamanan sering buang air kecil. Pada persalinan tidak terjadi komplikasi pada ibu maupun bayi. Bayi lahir spontan dengan berat badan lahir cukup. Pada nifas hari ke-7 ibu mengalami puting lecet. Saran untuk bidan agar dapat meningkatkan asuhan berkesinambungan dengan cara memantau secara ketat ibu dan janin sehingga ketika ditemukan komplikasi dapat dilakukan tindakan tepat sesuai prosedur.

DAFTAR ISI

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN DAN PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
SINOPSIS	v
DAFTAR ISI.....	vi
DAFTAR TABEL.....	vii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan.....	2
C. Ruang Lingkup	3
D. Manfaat.....	3
BAB II KAJIAN KASUS DAN TEORI.....	4
A. Kajian Kasus.....	4
B. Kajian Teori.....	8
BAB III PEMBAHASAN	58
A. Asuhan Kebidanan Kehamilan	58
B. Asuhan Kebidanan Persalinan dan BBL	61
C. Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui	64
D. Asuhan Kebidanan Neonatus	66
E. Keluarga Berencana (KB)	69
BAB IV PENUTUP	71
A. Kesimpulan.....	71
B. Saran.....	72
DAFTAR PUSTAKA	73

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Waktu pemasangan AKDR.....	53
-------------------------------------	----

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) merupakan salah satu indikator untuk melihat keberhasilan upaya kesehatan ibu dan anak. AKI dan AKB merupakan indikator derajat kesehatan suatu negara karena sensitifitasnya terhadap perbaikan pelayanan kesehatan baik dari sisi aksesibilitas maupun kualitas. Berdasarkan data pada Profil Kesehatan Indonesia tahun 2019 terjadi penurunan kematian ibu selama periode 1991-2015 dari 390 menjadi 305 per 100.000 kelahiran hidup. Sedangkan AKB di Indonesia adalah 24 per 1000 kelahiran hidup dan Angka Kematian Neonatus (AKN) yaitu 15 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2019. Pada tahun 2021 tercatat 7.389 kematian ibu di Indonesia. Berdasarkan penyebab, sebagian besar kematian ibu pada tahun 2021 terkait COVID-19 sebanyak 2.982 kasus, perdarahan sebanyak 1.330 kasus, dan hipertensi dalam kehamilan sebanyak 1.077 kasus.¹

Berdasarkan data dari Bappeda DIY, jumlah kematian ibu tahun 2022 sebanyak 43 kasus dan jumlah kematian bayi 300 kasus. Data Profil Kesehatan Kabupaten Bantul tahun 2023, angka kematian ibu pada tahun 2022 sebanyak 20 kasus yaitu sebesar 146,88 tiap 100.000 kelahiran hidup. Hasil Audit Maternal Perinatal (AMP) menyimpulkan bahwa penyebab kematian ibu pada Tahun 2022 adalah Pendarahan 4 kasus, PEB/Eklampsi 2 kasus, Infeksi 6 kasus, kelainan jantung dan pembuluh darah 2 kasus, gangguan autoimun 1 kasus dan gangguan serebrovaskuler.^{2,3} Angka Kematian Bayi (AKB) di Kabupaten Bantul tahun 2022 terdapat 90 kasus, yaitu sebesar 8,3/1000 kelahiran hidup. AKB terbanyak pada usia 0-28 hari 64 kasus dan usia 29 hari-11 26 kasus. Penyebab kematian bayi karena BBLR 13 kasus, asfiksia 23, kelainan bawaan 19, lain-lain (aspirasi, diare, perdarahan intracranial dan penyebab lainnya).³

Masih tingginya angka kematian ibu dan bayi maka diperlukan asuhan kebidanan berbasis *Continuity of Care (COC)* mulai dari ibu hamil, bersalin, nifas, neonatus, dan keluarga berencana. *COC* adalah pelayanan yang dicapai ketika terjalin hubungan terus-menerus antara seorang wanita dengan bidan. Asuhan

yang berkelanjutan berkaitan dengan kualitas pelayanan dari waktu ke waktu yang membutuhkan hubungan terus-menerus antara pasien dengan tenaga profesional kesehatan.

Asuhan kebidanan yang komprehensif (*Continuity of Care/CoC*) dapat mengoptimalkan deteksi resiko tinggi maternal dan neonatal. Upaya ini dapat melibatkan berbagai sektor untuk melaksanakan pendampingan pada ibu hamil sebagai upaya promotif dan preventif dimulai sejak ditemukan ibu hamil sampai ibu dalam masa nifas berakhir melalui konseling, informasi dan edukasi (KIE) serta kemampuan identifikasi resiko pada ibu hamil sehingga mampu melakukan rujukan.⁴

Berdasarkan ruang lingkup asuhan yang diberikan pada ibu hamil, bersalin, nifas, neonatus, dan program Keluarga Berencana maka penulis melakukan penyusunan *continuity of care* pada pasien Ny. W usia 23 tahun G2P1A0AH1 di Wilayah PMB Rohani Widiyanti.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Mahasiswa mampu memberikan asuhan kebidanan berkesinambungan pada Ny. W usia 23 tahun di PMB Rohani Widiyanti, Pajangan, Bantul, yang meliputi asuhan kehamilan, persalinan, nifas, BBL dan KB dengan menggunakan pola pikir manajemen kebidanan.

2. Tujuan Khusus

- a. Mahasiswa mampu melaksanakan pengkajian kasus pada ibu hamil, bersalin, nifas dan BBL, secara *Continuity of Care*.
- b. Mahasiswa mampu mengidentifikasi diagnosa/masalah kebidanan dan masalah potensial berdasarkan data subyektif dan data obyektif pada ibu hamil, bersalin, nifas dan BBL, secara *Continuity of Care*.
- c. Mahasiswa mampu menentukan kebutuhan segera pada ibu hamil, bersalin, nifas dan BBL, secara *Continuity of Care*.
- d. Mahasiswa mampu melakukan perencanaan tindakan yang akan dilakukan pada ibu hamil, bersalin, nifas dan BBL, secara *Continuity of Care*.

- e. Mahasiswa mampu melaksanakan tindakan untuk menangani ibu hamil, bersalin, nifas dan BBL, secara *Continuity of Care*.
- f. Mahasiswa mampu melaksanakan evaluasi dalam menangani kasus ibu hamil, bersalin, nifas dan BBL, secara *Continuity of Care*.
- g. Mahasiswa mampu melakukan pendokumentasian kasus ibu hamil, bersalin, nifas dan BBL, secara *Continuity of Care*.

C. Ruang Lingkup

Ruang lingkup asuhan adalah asuhan kebidanan holistik pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir, secara *Continuity of Care*.

D. Manfaat

1. Bagi mahasiswa Profesi Kebidanan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta
Menambah pengetahuan, pengalaman, dan wawasan, serta bahan dalam penerapan asuhan kebidanan secara *Continuity of Care* terhadap ibu hamil, bersalin, nifas, serta sebagai masukan dalam melaksanakan dan mengimplementasikan teori asuhan kebidanan berkesinambungan
2. Bagi Bidan di PMB Rohani Widiyanti
Laporan studi kasus ini dapat dimanfaatkan untuk diaplikasikan dalam melakukan pelayanan secara berkesinambungan (*Continuity of Care*.)
3. Bagi Pasien, Keluarga dan Masyarakat Wilayah PMB Rohani Widiyanti
Menambah pengetahuan dan wawasan bagi pasien, keluarga dan masyarakat tentang kehamilan, persalinan, masa nifas, neonatus dan keluarga berencana, sehingga ibu dan keluarga dapat mengenali sedini mungkin tanda bahaya pada masa hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir, dan program keluarga berencana sehingga memungkinkan segera mencari pertolongan untuk mendapatkan penanganan segera.

BAB II

KAJIAN KASUS DAN TEORI

A. Kajian Kasus

Kasus dikaji pada tanggal 13 Januari 2024, Ny.W berumur 23 tahun G2P1A0AH1 datang bersama suaminya Tn. F ke PMB Rohani Widiyanti Pajangan Bantul untuk mendapatkan pemeriksaan kehamilan. Pendidikan terakhir Ny. W yaitu SMP dan pekerjaan sehari-hari sebagai karyawan swasta. Ny.W mengatakan ini merupakan kehamilan keduanya, belum pernah keguguran, anak pertama lahir spontan di PMB ditolong oleh bidan pada tahun 2020. Ny.W mengatakan keluhan saat ini sering buang air kencing, ibu juga belum merasakan kencing- kencing.

Riwayat kesehatan ibu dan keluarga dari garis keturunan bapak maupun ibu tidak mempunyai dan tidak menderita penyakit menurun seperti hipertensi, diabetes, jantung dan asma. Ibu dan keluarga tidak ada riwayat penyakit menular seperti penyakit infeksi maupun penyakit menular yang lain.

Riwayat pernikahan ibu ini merupakan perkawinan pertama, menikah pada bulan Agustus 2019 dan lama pernikahan 4 tahun 7 bulan. Riwayat haid ibu HPHT: 22-4-2023, dan HPL: 29-01-2024. Ny W pernah menggunakan kontrasepsi suntik 3 bulan selama 2 tahun sampai tahun 2022. Pola aktivitas seksual ibu melakukan hubungan seksual 2 minggu sekali. Riwayat pemeriksaan kehamilan Ny. W pertama sejak umur kehamilan 5 pada tanggal 26 mei 2023 dan sudah melaksanakan ANC terpadu tanggal 15 juni 2023 di Puskesmas Sedayu II. Pemeriksaan kehamilan trimester I tiga kali, trimester II 3 kali, trimester III 4 kali. Status imunisasi TT terakhir adalah T5 pada tahun 2019 saat sebelum menikah. Riwayat berat badan sebelum hamil 53 kg.

Pola nutrisi ibu makan 3 kali sehari dengan nasi dan lauk pauk, sayur dan buah. Ibu selalu konsumsi protein nabati ataupun hewani pada setiap menu makan. Ibu sangat suka makan makanan selingan atau ngemil. Pengetahuan klien tentang nutrisi kurang termasuk bahaya makanan berlemak yang sering dikonsumsi ibu seperti goreng-gorengan, daging berlemak dan lain-lain. Ibu minum sehari 7-8 gelas/hari air putih, dan ibu juga suka minum manis baik itu teh manis ataupun sirup.

Hasil kajian pengetahuan ibu mengenai perawatan kehamilan sudah cukup baik dengan rutin periksa ke fasilitas kesehatan, dimana selain melakukan pemeriksaan kehamilan di Puskesmas ibu juga sudah melakukan pemeriksaan di dokter SPOG untuk USG dimana hasil USG kehamilan ibu dengan presentasi kepala, besar janin sesuai usia kehamilan dan tidak ada kelainan.

Hasil pengkajian data objektif dilakukan melalui pemeriksaan inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perkusi diperoleh hasil kondisi fisik klien secara umum normal, tidak ada masalah dan keluhan. Hasil pengukuran TB: 153 cm BB: 64 kg, BB sebelum hamil : 53 kg, Lila 26 cm, TD: 130/80 mmHg, N: 89x/m, R: 21 x/m, Suhu: 36,5 °C. Status gizi kategori normal dengan nilai IMT 22.6 kg/m². Hasil pemeriksaan laboratorium kadar Hb pada trimester 3 yaitu 11 gr/dl. Dan hasil pemeriksaan laboratorium saat kunjungan awal yaitu Hb 13,3 gr/dL, GDS 92 mg/dL, HbSAg non reaktif, tes HIV/AIDS non reaktif, TPHA non reaktif, urine lengkap dalam batas normal. Pada palpasi Leopold I teraba bagian lunak dan tidak melenting, Leopold II Teraba bagian datar memanjang di sebelah kiri perut ibu, Leopold III Teraba bagian bulat dan melenting, kepala masih bisa digoyangkan, Leopold IV bagian terbawah janin belum masuk PAP (konvegen), DJJ 140 x/menit, TFU 30 cm dan TBJ 2945 gram.

Pada tanggal 20 Januari 2024 pukul 17.00 WIB, Ny. W dilakukan kunjungan rumah. Ny W mengeluh nyeri perut bawah dan sudah mulai kenceng-kenceng tapi masih jarang (belum teratur), belum ada pengeluaran lendir darah. Gerakan janinnya masih baik lebih dari 10 kali dalam 12 jam. Dilakukan pengukuran TD: 130/780 mmHg, N: 88 x/m, S: 36,5 °C, BB: 64 kg. Pemeriksaan abdomen palpasi didapatkan TFU 30 cm, punggung sebelah kiri, dan presentasi kepala, DJJ 133 x/menit teratur. Secara keseluruhan kondisi ibu dalam keadaan baik dan diberikan konseling untuk mengurangi aktivitas berat serta melakukan persiapan persalinan dengan mengatur barang atau pakaian yang akan di butuhkan jika sewaktu-waktu sudah masuk fase persalinan dan harus segera datang ke fasyankes.

Riwayat persalinan diperoleh berdasarkan pengalaman ibu dan dari rekam medik. Dimana ibu mengatakan setelah melakukan kunjungan ulang pada tanggal 22 januari 2024, kenceng mulai dirasakan teratur mulai tanggal 22 januari 2024

pukul 11.00 WIB, keluar lendiri darah pukul 15.30 WIB dan ibu segera datang ke Puskesmas pada pukul 15.55 WIB. Pada pukul 16.00 WIB setelah dilakukan pemeriksaan dalam (VT) didapatkan hasil bahwa pembukaan sudah 3 cm. Dilakukan observasi 4 jam pertama pada pukul 20.00 WIB dilakukan pemeriksaan dalam hasilnya 7 cm. Selama proses persalinan suami dan keluarga terus memberikan dukungan dan motivasi. Pukul 23.00 ibu mengatakan kencing-kencing semakin sering dirasakan, ibu merasa ingin mengejan seperti BAB dan keluar air-air dari jalan lahir. Kemudian ibu dilakukan pemeriksaan dalam, hasil pemeriksaan dalam sudah pembukaan lengkap dan selaput ketuban sudah pecah spontan jernih. Selanjutnya dilakukan persiapan persalinan.

Pukul 23.00 WIB ibu dibimbing untuk meneran ketika ada his dan setelah 25 menit meneran pada pukul 23.25 WIB bayi lahir spontan dengan jenis kelamin perempuan, menangis kuat, gerakan bayi aktif. Segera setelah bayi lahir dilakukan IMD dengan berat lahir 3100 gram dan panjang badan 48 cm. Ibu mengatakan merasa mules, terdapat tanda-tanda semburan darah dari jalan lahir dan talipusat memanjang. Selanjutnya ibu dilakukan penegangan tali pusat terkendali. Setelah \pm 10 menit dilakukan PTT, plasenta lahir spontan dan tidak ada laserasi jalan lahir. Selama 2 jam post partum dilakukan observasi untuk memantau kondisi ibu dimana didapatkan hasil pemeriksaan masih dalam batas normal. Sedangkan pelayanan yang diberikan pada bayi Ny W setelah bayi lahir yaitu bayi telah diberikan terapi salep mata, kemudian Vitamin K 1 mg diinjeksikan pada paha kiri secara IM dosis 0,1 ml kemudian 1 jam setelah pemberian vitamin K diberikan imunisasi HB0 secara IM pada paha kanan.

Kunjungan nifas pada Ny. W dilakukan sebanyak 3 kali yaitu pada 7 jam postpartum, postpartum hari ke 7 dan hari ke 14. KF 1 dilakukan pada tanggal 23 Januari 2024 pukul 06.30 WIB. Ibu mengatakan senang atas kehadiran bayinya, ibu masih merasa lelah setelah lahiran. Hasil pemeriksaan KU ibu baik, kesadaran composmentis, TD : 120/70 mmhg, N : 85 x/menit, R : 21 x/menit, S : 36,5°C. Pada kunjungan nifas ke 2 (KF 2) tanggal 29 Januari 2024 yaitu 7 hari post partum di dapatkan hasil pemeriksaan TD 117/80 MmHg, N: 82 x/menit, R: 21 x/menit, S: 36,5 °C, ASI: lancar (+/+), TFU pertengahan antara pusat dan simpisis, kontraksi

uterus baik. Pengeluaran pervaginam lochia sanguinolenta (merah kecoklatan), tidak ada tanda-tanda infeksi. Pada KF 2 ibu mengalami puting lecet, tidak ada tanda-tanda infeksi. TTV dalam batas normal. Ibu diberikan asuhan hingga membaik. Post partum hari ke-14 (KF 3) yaitu dalam pemeriksaan tanda-tanda vital dalam batas normal, TFU bertambah kecil, pengeluaran darah sudah berwarna putih (lochia alba). ASI tetap lancar serta tidak ada komplikasi nifas.

Bayi Ny W dilakukan kunjungan neonatus sebanyak 2 kali yaitu pada hari ke 7 dan hari ke 14 setelah bayi lahir. Pada kunjungan pertama dilakukan untuk menilai adanya tanda bahaya pada bayi baru lahir serta menganjurkan ibu untuk memenuhi kebutuhan nutrisi bayi. Pada hasil kunjungan pertama didapatkan hasil keadaan bayi baik, tanda-tanda vital dalam batas normal, tidak ikterus, tidak terdapat tanda-infeksi, tali pusat sudah lepas, menyusui dengan baik. Pada kunjungan ke 2 keadaan bayi baik, tanda-tanda vital dalam batas normal, talipusat sudah terlepas dan kering, bayi menyusui dengan baik, tumbuh kembang sesuai dengan usia. Pada kunjungan ketiga melakukan penilaian kembali untuk melihat tumbuh kembang bayi dan adanya tanda bahaya serta menganjurkan ibu untuk memberikan imunisasi sesuai dengan umurnya dan rutin mengikuti kegiatan di posyandu.

Pada kasus Ny. W untuk penggunaan KB pasca salin telah dilakukan konseling pada awal kehamilan yaitu konseling P4K, salah satu dari konseling P4K adalah perencanaan KB pasca persalinan. Pada kunjungan nifas kedua dilakukan konseling kembali tentang macam-macam KB yang diperbolehkan untuk ibu menyusui serta efek samping, keuntungan dan kerugian. Ibu dan suami bersepakat untuk memilih menggunakan KB suntik 3 bulan (progestin). Ibu tidak memiliki kontra indikasi dengan KB suntik progestin. Dari hasil pengkajian melalui chat whatsapp tanggal 5 maret 2024, ibu mengatakan sampai saat ini belum melakukan hubungan seksual dan sepakat dengan suami mulai ber KB pada awal mei 2024.

B. Kajian Teori

1. Kehamilan

a. Pengertian Kehamilan

Kehamilan merupakan serangkaian proses yang diawali dari konsepsi atau pertemuan antara ovum dengan sperma sehat dan dilanjutkan dengan fertilisasi, nidasi dan implantasi.⁵

b. Perubahan Fisiologi pada Ibu Hamil

1) Sistem Reproduksi

Uterus akan membesar pada awal kehamilan di bawah pengaruh hormon, yaitu hormon estrogen dan progesteron. Hormon ini akan mempengaruhi perbesaran uterus dengan cara meningkatkan vaskularisasi dan dilatasi pembuluh darah, hyperplasia, hipertrofi, serta perkembangan desidua. Usia kehamilan akan ditaksir dengan palpasi ukuran uterus pada abdomen. uterus yang cukup usia kehamilannya memiliki ukuran 30 cm, lebar 23 cm, tebal 20 cm, berat uterus meningkat dari 57 gram menjadi 1000 gram. Pada endometrium kelenjar menjadi lebih vaskuler dan sekresi meningkat. Perubahan ini dipengaruhi hormon estrogen, progesteron, relaksin. Perubahan estrogen dan progesteron tidak hanya berpengaruh terhadap dilatasi endometrium tetapi dapat juga mempengaruhi serviks, serviks akan menghasilkan lebih banyak mucoid, cairan ini berfungsi untuk melindungi vagina dari infeksi bakteri selama kehamilan. Perbesaran uterus berkontribusi juga terhadap tanda kehamilan yaitu munculnya kontraksi Braxton Hiks yang terjadi pada minggu ke 6 kehamilan namun akan menjadi semakin jelas pada 28 minggu kehamilan.⁶

2) Payudara

Akibat pengaruh hormon estrogen maka dapat memacu perkembangan duktus (saluran) air susu pada payudara. sedangkan hormon progesterone menambah sel-sel asinus pada payudara. Hormon laktogenik plasenta (diantaranya somatomammotropin) menyebabkan hipertrofi dan pertambahan sel-sel asinus payudara, serta meningkatkan

produksi zat-zat kasein, laktoalbumin, laktoglobulin, sel-sel lemak, kolostrum. Pada ibu hamil payudara membesar dan tegang, terjadi hiperpigmentasi kulit serta hipertrofi kelenjar Montgomery, terutama daerah areola dan papilla akibat pengaruh melanofor, puting susu membesar dan menonjol. Hypertropi kelenjar sebacea (lemak) muncul pada areola mammae disebut tuberkel Montgomery yang kelihatan di sekitar puting susu. Kelenjar sebacea ini berfungsi sebagai pelumas puting susu, kelembutan puting susu terganggu apabila lemak pelindung ini dicuci dengan sabun. Puting susu akan mengeluarkan kolostrum yaitu cairan sebelum menjadi susu yang berwarna putih kekuningan pada trimester ketiga.⁷

3) Sistem Perkemihan

Hormon estrogen dan progesteron dapat menyebabkan ureter membesar, tonus otot-otot saluran kemih menurun. Pada Trimester I dan III dinding saluran kemih dapat tertekan oleh pembesaran uterus sehingga menyebabkan *hidroureter* dan mungkin *hidronefrosis* sementara. Pada Trimester I dan III ibu hamil akan mengalami sering BAK sehingga sangat dianjurkan untuk sering mengganti celana dalam supaya tetap kering.⁷

4) Sistem Kardiovaskular

Perubahan kardiovaskuler akan nampak jelas pada minggu ke 8 kehamilan dan berlanjut hingga trimester 3. Perubahan terjadi pada jantung, perubahan ukuran jantung akibat hipertrofi atau dilatasi ringan sebagai adaptasi terhadap peningkatan volume dan curah jantung. Perubahan curah jantung dimulai pada saat minggu ke 5. Perubahan ini terjadi pada tekanan arteri dan resistensi pembuluh darah mengalami penurunan, volume darah dan metabolisme basal mengalami peningkatan volume yang cukup, penurunan resistensi pembuluh darah sistemik, dan peningkatan denyut jantung. Sirkulasi dan tekanan darah, tekanan darah arteri dipengaruhi oleh usia, selama masa kehamilan tekanan sistolik menurun 8-10 mmHg, sementara itu tekanan diastolic

menurun sekitar 12 mmHg, namun tekanan darah ibu biasanya kembali normal selama trimester tiga.⁷

5) Sistem Hematologi

Ibu akan mengalami peningkatan volume darah pada usia kehamilan 32-34 minggu. Volume darah akan meningkat 20%, jika wanita hamil memiliki badan yang lebih besar peningkatan bisa mencapai 100% (rata-rata 45-50%). Peningkatan ini berbeda jika kehamilan ganda, peningkatan volume darah berfungsi untuk memenuhi kebutuhan metabolik dari dua uterus dengan hipertrofi system vaskuler serta memberikan nutrisi dan elemen untuk menunjang pertumbuhan cepat plasenta dan janin, hemoglobin dan hematokrit. Total keseluruhan plasma menyumbang 75% (kurang lebih 1000mL) dari kenaikan tersebut. Volume darah jadi meningkat 33%, akibat hal ini dapat terjadi hemodilusi. Anemia seringkali terjadi di usia 24 - 32 minggu biasanya dibawah 11 g/dL. Leukosit dan trombosit akan meningkat pada trimester kedua dan mencapai puncaknya di trimester ketiga peningkatan ini berkisar 5000 - 10.000/L.⁶

6) Sistem Pernafasan

Wanita hamil sering mengeluh sesak napas yang biasanya terjadi pada umur kehamilan 32 minggu lebih, hal ini disebabkan oleh karena uterus yang semakin membesar sehingga menekan usus dan mendorong keatas menyebabkan tinggi diafragma bergeser 4 cm sehingga kurang leluasa bergerak. Kebutuhan oksigen wanita hamil meningkat sampai 20%, sehingga untuk memenuhi kebutuhan oksigen wanita hamil bernapas dalam. Peningkatan hormon estrogen pada kehamilan dapat mengakibatkan peningkatan vaskularisasi pada saluran pernafasan atas. Kapiler yang membesar dapat mengakibatkan edemadan hiperemia pada hidung, faring, laring, trakhea dan bronkus. Hal ini dapat menimbulkan sumbatan pada hidung dan sinus, hidung berdarah (epstaksis) dan perubahan suara pada ibu hamil. Peningkatan vaskularisasi dapat juga mengakibatkan membran timpani dan tuba

eustaki bengkak sehingga menimbulkan gangguan pendengaran, nyeri dan rasa penuh pada telinga.⁷

7) Sistem Pencernaan

Estrogen dan HCG meningkat dengan efek samping mual dan muntah-muntah, Apabila mual muntah terjadi pada pagi hari disebut Morning Sickness. Selain itu terjadi juga perubahan peristaltic dengan gejala sering kembung, dan konstipasi. Pada keadaan patologik tertentu dapat terjadi muntah-muntah banyak sampai lebih dari 10 kali per hari (hiperemesis gravidarum). Aliran darah ke panggul dan tekanan vena yang meningkat dapat mengakibatkan hemoroid pada akhir kehamilan. Hormon estrogen juga dapat mengakibatkan gusi hiperemia dan cenderung mudah berdarah. Tidak ada peningkatan sekresi saliva, meskipun banyak ibu hamil mengeluh merasa kelebihan saliva (ptialisme), perasaan ini kemungkinan akibat dari ibu hamil tersebut dengan tidak sadar jarang menelan saliva ketika merasa mual sehingga terkesan saliva menjadi banyak. Ibu hamil trimester pertama sering mengalami nafsu makan menurun, hal ini dapat disebabkan perasaan mual dan muntah yang sering terjadi pada kehamilan muda. Pada trimester kedua mual muntah mulai berkurang sehingga nafsu makan semakin meningkat.⁷

c. Perubahan Psikologi Trimester III

Menurut Saiffudin, dkk yang dikutip oleh Sutanto menyatakan pada trimester III adaptasi psikologis ibu hamil berkaitan dengan bayangan risiko kehamilan dan proses persalinan, sehingga wanita hamil sangat emosional dalam mempersiapkan atau mewaspadai segala sesuatu yang mungkin akan dihadapinya.⁸

Saat usia kehamilan 39-40 minggu, seorang ibu akan merasa takut akan rasa sakit melahirkan dan merasa khawatir dengan keselamatannya. Rasa tidak nyaman akibat kehamilan mulai muncul kembali pada trimester ketiga dan banyak ibu merasa dirinya aneh dan jelek. Di samping itu, ibu mulai sedih karena akan terpisah dengan bayinya dan kehilangan perhatian

khusus yang diterima selama hamil, terdapat perasaan mudah terluka (sensitif).⁸

d. Tanda Bahaya Kehamilan

Menurut Prawirohardjo, deteksi dini gejala dan tanda bahaya selama kehamilan merupakan upaya terbaik untuk mencegah terjadinya gangguan yang serius terhadap kehamilan ataupun keselamatan ibu hamil.⁹

1) Perdarahan pervaginam

Perdarahan pada kehamilan muda atau usia kehamilan dibawah 20 minggu, umumnya disebabkan oleh keguguran. Sekitar 10-12% kehamilan akan berakhir dengan keguguran yang pada umumnya (60-80%) disebabkan oleh kelainan kromosom yang ditemui pada spermatozoa ataupun ovum. Perdarahan pada kehamilan lanjut atau diatas 20 minggu pada umumnya disebabkan oleh plasenta previa. Perdarahan yang terjadi sangat terkait dengan luas plasenta dan kondisi segmen bawah rahim yang menjadi tempat implantasi plasenta tersebut. Pada plasenta yang tipis dan menutupi sebagian jalan lahir, maka umumnya terjadi perdarahan bercak berulang dan apabila segmen bawah rahim mulai terbentuk disertai dengan sedikit penurunan bagian terbawah janin, maka perdarahan mulai meningkat hingga tingkatan yang dapat membahayakan keselamatan ibu.

2) Pre-Eklamsia

Pada umumnya ibu hamil dengan usia kehamilan diatas 20 minggu disertai dengan peningkatan tekanan darah diatas normal sering diasosiasikan dengan pre-eklamsia. Data atau informasi awal terkait dengan tekanan darah sebelum hamil akan sangat membantu petugas kesehatan untuk membedakan hipertensi kronis (yang sudah ada sebelumnya) dengan pre-eklamsia. Gejala dan tanda lain dari pre-eklamsia adalah sebagai berikut:

a) Hiperfleksia

b) Sakit kepala atau sefalgia yang tidak membaik dengan pengobatan umum.

- c) Gangguan penglihatan seperti pandangan mata kabur, skotomata, silau atau berkunang – kunang.
- d) Nyeri epigastrik.
- e) Oliguria (luaran kurang dari 500 ml/jam).
- f) Tekanan darah sistolik 20 – 30 mmHg dan diastolik 10 – 20 mmHg di atas normal.
- g) Proteinuria (>+1)
- h) Edema menyeluruh.

3) Nyeri Hebat di Daerah Abdominopelvikum

Bila hal tersebut di atas terjadi pada kehamilan trimester kedua atau ketiga dan disertai dengan riwayat dan tanda dibawah ini, maka diagnosis nya mengarah pada solusio plasenta, baik dari jenis yang disertai perdarahan (*revealed*) maupun tersembunyi (*concealed*):

- a) Trauma abdomen.
- b) Preeklamsia.
- c) Tinggi fundus uteri lebih besar dari usia kehamilan (UK).
- d) Bagian – bagian janin sulit diraba.
- e) Uterus tegang dan nyeri.
- f) Janin mati dalam rahim.

Menurut buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) (2022), tanda bahaya kehamilan adalah sebagai berikut:¹⁰

- 1) Perdarahan pervaginam pada hamil muda dan hamil tua.
- 2) Sakit kepala yang hebat.
- 3) Penglihatan kabur.
- 4) Bengkak kaki, tangan dan wajah, atau sakit kepala disertai kejang.
- 5) Keluar cairan pervaginam (Air ketuban keluar sebelum waktunya).
- 6) Janin dirasakan kurang bergerak dibandingkan sebelumnya.
- 7) Nyeri perut yang hebat
- 8) Demam tinggi.
- 9) Muntah terus dan tidak mau makan

e. *Antenatal Care* Terpadu

Menurut Permenkes RI Nomor 21 Tahun 2021 Pelayanan antenatal terpadu merupakan pelayanan kesehatan komprehensif dan berkualitas yang dilakukan melalui:¹¹

- 1) Pemberian pelayanan dan konseling kesehatan termasuk stimulasi dan gizi agar kehamilan berlangsung sehat dan janinnya lahir sehat dan cerdas
- 2) Deteksi dini masalah, penyakit dan penyulit/komplikasi kehamilan
- 3) Penyiapan persalinan yang bersih dan aman
- 4) Perencanaan antisipasi dan persiapan dini untuk melakukan rujukan jika terjadi penyulit/komplikasi
- 5) Penatalaksanaan kasus serta rujukan cepat dan tepat waktu bila diperlukan.
- 6) Melibatkan ibu hamil, suami dan keluarganya dalam menjaga kesehatan dan gizi ibu hamil, menyiapkan persalinan dan kesiagaan bila terjadi penyulit/komplikasi.

Menurut Permenkes RI (2021) semua ibu hamil dan suami/keluarga diharapkan ikut serta minimal 1x pertemuan. Untuk mendapatkan pelayanan terpadu dan komprehensif sesuai standar minimal 6 kali selama kehamilan. Kontak 6 kali dilakukan sebagai berikut:

- 1) 1x pada trimester I, yaitu sebelum usia kehamilan 14 minggu
- 2) 2x pada trimester II, yaitu selama umur kehamilan 14–28 minggu
- 3) 3x pada trimester ketiga, yaitu selama kehamilan 28–36 minggu dan setelah umur kehamilan 36 minggu.

Pelayanan antenatal bisa lebih dari 6 kali bergantung pada kondisi ibu dan janin yang dikandungnya. Pelayanan kesehatan pada ibu hamil tidak dapat dipisahkan dengan pelayanan persalinan, pelayanan nifas dan pelayanan kesehatan bayi baru lahir. Kualitas pelayanan antenatal yang diberikan akan mempengaruhi kesehatan ibu hamil dan janinnya, ibu bersalin dan bayi baru lahir serta ibu nifas.¹¹

Dalam pelayanan antenatal terpadu, tenaga kesehatan harus dapat memastikan bahwa kehamilan berlangsung normal, mampu mendeteksi dini masalah dan penyakit yang dialami ibu hamil dan melaksanakan rujukan dengan cepat dan tepat sesuai dengan indikasi medis, dan dengan melakukan intervensi yang adekuat diharapkan ibu hamil siap menjalani persalinan. Dalam pemberian antenatal terpadu, diharapkan ibu hamil dapat melakukan kontak dengan dokter setidaknya minimal 1 kali, yaitu:

- 1) Kontak dengan dokter Spesialis Obstetri dan Ginekologi (SpOG)
 - 2) Kontak dengan dokter gigi.
 - 3) Kontak dengan dokter umum.
 - 4) Kontak dengan dokter paru-paru.
 - 5) Kontak dengan ahli gizi.
- f. Pedoman Program Perencanaan Pencegahan Komplikasi (P4K)¹²
- 1) Pengertian

P4K dengan stiker adalah kepanjangan dari Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi, yang merupakan suatu kegiatan yang difasilitasi oleh bidan di desa dalam rangka peningkatan peran aktif suami, keluarga, dan masyarakat dalam merencanakan persalinan yang aman dan persiapan menghadapi komplikasi bagi ibu hamil, termasuk perencanaan penggunaan KB pasca persalinan dengan menggunakan stiker sebagai media notifikasi sasaran dalam rangka meningkatkan cakupan dan mutu pelayanan kesehatan bagi ibudan bayi baru lahir.
 - 2) Tujuan umum adanya program P4K

Meningkatnya cakupan dan mutu pelayanan kesehatan bagi ibu hamil dan bayi baru lahir melalui peningkatan peran aktif keluarga dan masyarakat dalam merencanakan persalinan yang aman dan persiapan menghadapi komplikasi dan tanda bahaya kebidanan bagi ibu sehingga melahirkan bayi yang sehat.
 - 3) Tujuan khusus adanya program P4K antara lain
 - a) Terdatanya status ibu hamil dan terpasangnya stiker P4K disetiap

rumah ibu hamil yang memuat informasi tentang lokasi tempat tinggal ibu hamil, identitas ibu hamil, taksiran persalinan, penolong persalinan, pendamping persalinan, fasilitas tempat persalinan, calon pendonor darah, transportasi yang akan digunakan serta pembiayaan.

- b) Adanya perencanaan persalinan termasuk pemakaian metode KB pasca persalinan yang sesuai dan disepakati ibu hamil, suami, keluarga dan bidan.
 - c) Terlaksananya pengambilan keputusan yang cepat dan tepat bila terjadi komplikasi selama kehamilan, persalinan, dan nifas.
 - d) Meningkatkan keterlibatan tokoh masyarakat baik formal maupun non formal, dukun atau pendamping persalinan dan kelompok masyarakat dalam perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi dengan stiker, dan KB pasca salin sesuai dengan perannya masing-masing.
- 4) Manfaat P4K antara lain:
- a) Mempercepat berfungsinya desa siaga.
 - b) Meningkatkan cakupan pelayanan *Ante Natal Care* (ANC) sesuai standart.
 - c) Meningkatkan cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan terampil.
 - d) Meningkatkan kemitraan bidan dan dukun.
 - e) Tertanganinya kejadian komplikasi secara dini.
 - f) Meningkatkan peserta KB pasca salin.
 - g) Terpantaunya kesakitan dan kematian ibu dan bayi.
 - h) Menurunnya kejadian kesakitan dan kematian ibu serta bayi.
- g. Terapi Yang Diberikan Pada Ibu Hamil Selama Masa Kehamilan

1) Kalk (*Calcium lactate*)

Calcium lactate atau kalsium laktat adalah obat untuk mencegah atau mengobati rendahnya kadar kalsium dalam darah pada orang-orang yang tidak mendapatkan cukup kalsium dalam makanannya. *Calcium lactate* biasanya digunakan oleh ibu hamil dan

menyusui, serta penderita penyakit yang diakibatkan tingkat kalsium rendah seperti osteoporosis, hipoparatiroidisme, dan penyakit otot tertentu. Kalk ini diberikan untuk memenuhi kebutuhan kalsium terutama bagi ibu hamil. Kalk diberikan dengan dosis 1x1. Perlu diperhatikan bahwa penggunaan yang berlebihan akan mengganggu metabolisme.

2) Tablet Besi (Fe)

Zat besi adalah mineral yang dibutuhkan untuk membentuk sel darah merah (haemoglobin). Penyerapan besi dipengaruhi oleh banyak faktor. Protein hewani dan vitamin C meningkatkan penyerapan, sedangkan kopi, teh, susu, coklat, minuman bersoda dapat menghambat penyerapan zat besi di dalam tubuh, jadi waktu dan tepatnya untuk minum Fe yaitu pada malam hari menjelang tidur hal ini untuk mengurangi rasa mual dan timbul setelah ibu meminumnya.

i. Kehamilan *Post Term*

1) Definisi

Istilah yang sering digunakan '*post-term*', '*post-dates*' dan '*prolonged*' pada kehamilan tidak dipahami secara universal memiliki arti yang sama. Konsep umum yang mendasari istilah-istilah ini adalah untuk menunjukkan kehamilan yang telah melewati titik waktu yang dianggap terlalu lama. Dalam istilah sebenarnya, usia kehamilan yang dianggap terlalu lama berkisar antara 41 hingga 43 minggu (287–301 hari). Sebagai salah satu contoh, Federasi Internasional Ginekologi dan Obstetri (FIGO) mendefinisikannya sebagai lebih dari 42 minggu.¹³

2) Insiden Kehamilan Posterm

Angka kejadian kehamilan lewat waktu kira-kira 10%, bervariasi antara 3,5-14%. Data statistik menunjukkan, angka kematian dalam kehamilan lewat waktu lebih tinggi ketimbang dalam kehamilan cukup bulan, di mana angka kematian kehamilan lewat waktu mencapai 5-7% (Bowe, Staff, and Sugulle 2020).¹⁴

3) Etiologi Kehamilan Post term

Penurunan kadar estrogen pada kehamilan normal umumnya tinggi. Faktor hormonal yaitu kadar progesterone tidak cepat turun walaupun kehamilan telah cukup bulan, sehingga kepekaan uterus terhadap oksitosin berkurang. Faktor lain adalah hereditas, karena post matur sering dijumpai pada suatu keluarga tertentu. Fungsi plasenta memuncak pada usia kehamilan 38-42 minggu, kemudian menurun setelah 42 minggu, terlihat dari menurunnya kadar estrogen dan laktogen plasenta. Terjadi juga spasme arteri spiralis plasenta. Akibatnya dapat terjadi gangguan suplai oksigen dan nutrisi untuk hidup dan tumbuh kembang janin intrauterin. Sirkulasi uteroplasenta berkurang sampai 50%. Volume airtuban juga berkurang karena mulai terjadi absorpsi. Keadaan- keadaan ini merupakan kondisi yang tidak baik untuk janin. Risiko kematian perinatal pada bayi postmatur cukup tinggi, yaitu 30% prepartum, 55% intrapartum, dan 15% postpartum. Diduga faktor yang mempengaruhi adalah :

- a) Faktor potensial yaitu adanya defisiensi hormone adenocorticotropik (ACTH) pada fetus atau defisiensi sulfatase plasenta, dan kelainan system saraf pusat pada 7 janin yang sangat berperan misalnya pada keadaan anensefal.
- b) Selain faktor yang mengganggu mulainya persalinan baik faktor ibu, plasenta maupun anak.
- c) Sebagai keadaan langka yang berkaitan dengan kehamilan yang lama mencakup anensefalus hipoplasia adrenal janin, tidak adanya kelenjar hipofise pada janin, defisiensi sulfatase plasenta dan kehamilan ekstrauteri. Meskipun etiologi kehamilan yang lama tidak dipahami sepenuhnya, keadaan klinis ini memberikan suatu gambaran yang umum yaitu penurunan kadar estrogen pada kehamilan normal yang umumnya tinggi.
- d) Faktor lain yang mempengaruhi dari berbagai faktor demografik ibu seperti paritas, graviditas, umur, riwayat post term sebelumnya dan status social ekonomi.

4) Penanganan Kehamilan Post term

- a) Setelah usia kehamilan >40 minggu yang penting adalah monitoring janin sebaik-baiknya
- b) Apabila tidak ada tanda-tanda insufisiensi plasenta, persalinan spontan dapat ditunggu dengan pengawasan ketat
- c) Lakukan pemeriksaan dalam untuk menilai kematangan serviks, kalau sudah matang boleh dilakukan induksi persalinan dengan atau tanpa amniotomi.
- d) Tindakan Operasi Sectio Cesarea dapat dipertimbangkan pada:
 - (1) Insufisiensi plasenta dengan keadaan serviks belum matang
 - (2) Pembukaan yang belum lengkap
 - (3) Persalinan lama
 - (4) Terjadi tanda gawat janin
 - (5) Primigravida tua
 - (6) Kematian janin dalam kandungan
 - (7) Preeklamsia
 - (8) Hipertensi menahun
 - (9) Infertilitas
 - (10) Kesalahan letak janin.

a. IUGR (*Intrauterine Growth Restriction*)

1) Definisi

IUGR atau *Intrauterine Growth Restriction* adalah istilah yang digunakan untuk menjelaskan suatu kondisi dimana janin lebih kecil dari yang diharapkan untuk jumlah bulan kehamilan. Pertumbuh kembangan bayi terjadi sangat lambat dan tidak sesuai dengan usia kehamilan seharusnya.¹⁵

2) Etiologi

a) Gangguan fungsi plasenta

Sebagai media penyalur nutrisi dan semua kebutuhan gizi yang diperlukan bayi, apabila plasenta mengalami gangguan maka akan langsung mengganggu tumbuh kembang janin. Beberapa gangguan seperti

pembuluh darah plasenta yang tidak tumbuh sesuai usia dimana pembuluh darah justru mengecil akan mengurangi suplai darah ke janin. Selain itu, melalui plasenta bayi bisa mengeluarkan hasil ekskresinya seperti urine.

b) Kekurangan nutrisi selama kehamilan

Nutrisi memegang peran penting dalam pertumbuhan kembangan janin selama kehamilan. Melalui nutrisi yang diperoleh oleh ibu hamil. Janin akan ikut menggunakannya. Sayangnya, pada awal kehamilan gangguan emesis sering kali mengganggu kebutuhan gizi janin dan ibu. Meski mual dan muntah tak tertahankan, ibu hamil harus tetap membiasakan diri memakan makanan dengan kandungan nutrisi yang cukup.

c) Usia kehamilan IUGR ini sering kali menyerang wanita dengan usia hamil dibawah atau diatas normal. Wanita yang hamil di usia muda 17 tahun dan wanita usia lanjut yakni 12 diatas 35 tahun sangat berpotensi terkena IUGR. ¹⁵

3) Patofisiologi

Pada kelainan sirkulasi antara ibu dan janin terjadi gangguan akibat dari perkembangan plasenta yang abnormal, pasokan oksigen, masukan nutrisi, dan pengeluaran hasil metabolik menjadi abnormal. Janin menjadi kekurangan oksigen dan nutrisi pada trimester akhir sehingga timbul PJT.⁹

4) Manifestasi klinik

Bayi-bayi lahir IUGR biasanya tampak kurus, pucat dan berkulit keriput, tali pusat umumnya tampak rapuh dan layuh dibandingkan pada bayi normal yang tampak tebal dan kuat, IUGR muncul sebagai akibat dari berhentinya pertumbuhan jaringan atau sel.

5) Prognosis

Pada kasus-kasus IUGR yang sangat parah dapat berakibat janin lahir mati atau jika bertahan hidup dapat memiliki efek buruk jangka panjang dalam masa kanak-kanak nantinya. Kasus IUGR dapat muncul sekalipun ibu dalam kondisi sehat.

6) Diagnosis

Untuk menegakan diagnosa perlu dilakukan pemeriksaan dengan menanyakan riwayat ibu apakah faktor-faktor ibu, periksa tinggi fundus uteri (TFU) apakah sesuai atau tidak dengan usia kehamilan, lakukan Ultrasonografi (USG) fetomaternal, periksa denyut jantung janin dengan menggunakan Doppler velocimetry.

7) Pencegahan

Hal-hal yang harus diperhatikan untuk mencegah IUGR, adalah sebagai berikut: usahakan hidup sehat, hindari stress selama kehamilan, hindari mengkonsumsi obat-obatan yang tidak dianjurkan selama hamil, olahraga teratur, hindari alkohol, rokok dan narkoba, periksakan kehamilan secara rutin.

8) Penanganan

Penanganan harus segera dilakukan apabila janin terkena IUGR. Pada kondisi hamil tua, ibu hamil biasanya disarankan untuk bedrest dan mempersiapkan persalinan. Beberapa terapi lain seperti pengobatan aspirin dan konsumsi suplemen minyak ikan juga membantu menunjang kebutuhan gizi janin.¹⁵

2. Persalinan

a. Definisi Persalinan

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup dari dalam uterus ke dunia luar. Persalinan dan kelahiran normal merupakan proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam waktu 18 jam, tanpa komplikasi baik ibu maupun janin.²⁰ Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang dapat hidup ke dunia luar dari dalam rahim melalui jalan lahir dengan LBK atau dengan tenaga ibu sendiri, tanpa bantuan alat-alat, serta tidak melukai ibu dan bayi, yang umumnya berlangsung kurang dari 24 jam.¹⁶

b. Jenis-jenis Persalinan

1) Persalinan Normal

Persalinan normal adalah proses pengeluaran janin dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun janin.²² Persalinan normal dimulai dengan kala I persalinan yang didefinisikan sebagai pemulaan kontraksi persalinan sejati, yang ditandai dengan perubahan serviks yang progresif, dan diakhiri dengan pembukaan lengkap (10 cm). Persalinan normal disebut juga sebagai persalinan spontan, yaitu persalinan yang berlangsung dengan kekuatan ibunya sendiri dan melalui jalan lahir.²²

2) Persalinan Buatan

Persalinan buatan adalah proses persalinan yang berlangsung dengan bantuan tenaga dari luar, misalnya ekstraksi dengan forceps atau dilakukan operasi *section caesarea*.⁹

3) Persalinan Anjuran

Persalinan anjuran adalah bila kekuatan yang diperlukan untuk persalinan ditimbulkan dari luar dengan jalan rangsangan misalnya pemberian pitocin dan prostaglandin.¹⁷

c. Tanda-tanda Persalinan

1) Tanda pendahuluan adalah :¹⁷

- a) *Ligtening* atau *setting* atau *dropping*, yaitu kepala turun memasuki pintu atas panggul.
- b) Perut kelihatan lebih melebar dan fundus uteri turun.
- c) Sering buang air kecil atau sulit berkemih (*polakisuria*) karena kandung kemih tertekan oleh bagian terbawah janin.
- d) Perasaan nyeri di perut dan di pinggang oleh adanya kontraksi-kontraksi lemah uterus, kadang-kadang disebut "*false labor pains*".
- e) Serviks menjadi lembek; mulai mendatar; dan sekresinya bertambah, mungkin bercampur darah (*bloody show*).

2) Tanda Pasti Persalinan meliputi:

- a) Rasa nyeri oleh adanya his yang datang lebih kuat, sering, dan

teratur.

- b) Keluar lendir bercampur darah yang lebih banyak karena robekan-robekan kecil pada serviks.
 - c) Kadang-kadang, ketuban pecah dengan sendirinya.
 - d) Pada pemeriksaan dalam, serviks mendatar dan telah ada pembukaan.
- d. Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan, yaitu faktor *power*, faktor *passenger*, faktor *passage*, dan faktor *psyche*:¹⁷
- 1) Faktor *Power* (Kekuatan)

Power adalah kekuatan janin yang mendorong janin keluar. Kekuatan yang mendorong janin keluar dalam persalinan ialah his, kontraksi otot-otot perut, kontraksi diafragma dan aksi dari ligament, dengan kerja sama yang baik dan sempurna.
 - 2) Faktor *Passanger* (Bayi)

Faktor lain yang berpengaruh terhadap persalinan adalah faktor janin, yang meliputi sikap janin, letak janin, presentasi janin, bagian terbawah janin, dan posisi janin.
 - 3) Faktor *Passage* (Jalan Lahir)

Passage atau faktor jalan lahir dibagi atas :

 - a) Bagian keras : tulang-tulang panggul (rangka panggul).
 - b) Bagian lunak: otot-otot, jaringan-jaringan, dan ligament-ligament.
 - 4) Faktor *psyche* (Psikis)

Psikis ibu bersalin sangat berpengaruh dari dukungan suami dan anggota keluarga yang lain untuk mendampingi ibu selama bersalin dan kelahiran anjurkan merreka berperan aktif dalam mendukung dan mendampingi langkah-langkah yang mungkin akan sangat membantu kenyamanan ibu, hargai keinginan ibu untuk didampingi, dapat membantu kenyamanan ibu, hargai keinginan ibu untuk didampingi.¹⁷
 - 5) Posisi Ibu (*Positioning*)

Posisi ibu dapat memengaruhi adaptasi anatomi dan fisiologi

persalinan. Perubahan posisi yang diberikan pada ibu bertujuan untuk menghilangkan rasa letih, memberi rasa nyaman, dan memperbaiki sirkulasi.¹⁷

e. Tahap Persalinan

Tahapan persalinan dibagi menjadi 4 kala, yaitu:

1) Kala I

Persalinan dibagi dalam empat kala yaitu: 1) Kala I (kala pembukaan) Kala I persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus yang teratur dan meningkat (frekuensi & kekuatannya) hingga serviks membuka lengkap.

Pembagian Fase pada Kala I Persalinan :

a) Fase Laten

- (1) Dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap
- (2) Berlangsung hingga serviks membuka <4cm
- (3) Pada umumnya fase laten berlangsung hampir atau hingga 8 jam

b) Fase Aktif

- (1) Frekuensi dan lama kontraksi uterus akan meningkat secara bertahap. Kontraksi dianggap adekuat jika terjadi $\geq 3x$ dalam waktu 10 menit dengan durasi ≥ 40 detik
- (2) Dari pembukaan 3 cm hingga 10 cm (lengkap), akan terjadi dengan kecepatan rata-rata :
 - (a) Primigravida : 1 cm perjam
 - (b) Multigravida : >1 hingga 2 cm per jam
- (3) Terjadi penurunan bagian bawah janin

2) Kala II (pengeluaran janin)

His terkoordinir cepat dan lebih lama, kira-kira 2-3 menit sekali, kepala janin telah turun dan masuk ruang panggul, sehingga terjadilah tekanan pada otot-otot dasar panggul yang secara reflek menimbulkan rasa ngedan karena tekanan pada rektum sehingga merasa seperti BAB

dengan tanda anus membuka. Pada waktu his kepala janin mulai kelihatan, vulva membuka dan perineum meregang. Dengan his mengejan yang dipimpin akan lahir dan diikuti oleh seluruh badan janin. Kala II pada primi 1.5-2 jam, pada multi 0.5 jam.

3) Kala III (Pengeluaran Plasenta) 19

Kala III dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban. Pada kala III persalinan, miometrium berkontraksi mengikuti penyusutan volume rongga uterus sehingga lahirnya bayi. Penyusutan ukuran ini menyebabkan berkurangnya ukuran pelekatan plasenta. Karena tempat pelekatan menjadi semakin kecil, sedangkan ukuran plasenta tidak berubah maka plasenta akan terlihat, menebal dan kemudian lepas dari dinding uterus. Pengeluaran plasenta disertai dengan pengeluaran darah kira-kira 100-200 cc.

4) Kala IV

Persalinan kala IV dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir 2 jam setelah itu. Selama 2 jam post partum pantau tekanan darah, nadi, tinggi fundus, kandung kemih, dan darah yang keluar setiap 15 menit selama satu jam pertama dan setiap 30 menit selama 1 jam kedua. Masase uterus untuk membuat kontraksi menjadi baik. Pantau temperatur tubuh setiap jam dalam dua jam pertama pasca persalinan. Nilai perdarahan.¹⁸

3. Bayi Baru Lahir

a. Definisi Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir atau neonatus adalah masa kehidupan (0–28 hari), dimana terjadi perubahan yang sangat besar dari kehidupan di dalam rahim menuju luar rahim dan terjadi pematangan organ hampir pada semua sistem. Bayi hingga umur kurang satu bulan merupakan golongan umur yang memiliki risiko gangguan kesehatan paling tinggi dan berbagai masalah kesehatan bisa muncul, sehingga tanpa penanganan yang tepat bisa berakibat fatal.¹⁹

Bayi baru lahir merupakan individu yang sedang bertumbuh dan

baru saja mengalami trauma kelahiran serta harus dapat melakukan penyesuaian diri dari kehidupan intrauterin ke kehidupan ekstrauterin.²⁰

b. Perawatan Neonatal Essensial Pada Saat Lahir

Bayi Baru Lahir (BBL) sangat rentan terhadap infeksi yang disebabkan oleh paparan atau kontaminasi mikroorganisme selama proses persalinan berlangsung maupun beberapa saat setelah lahir. Beberapa mikroorganisme harus diwaspadai karena dapat ditularkan lewat percikan darah dan cairan tubuh misalnya virus HIV, Hepatitis B dan Hepatitis C. Sebelum menangani BBL, pastikan penolong persalinan telah melakukan upaya pencegahan infeksi berikut:⁹

1) Persiapan Diri

- a) Sebelum dan setelah bersentuhan dengan bayi, cuci tangan dengan sabun kemudian keringkan
- b) Memakai sarung tangan bersih pada saat menangani bayi yang belum dimandikan.

2) Persiapan Alat

Pastikan semua peralatan dan bahan yang digunakan, terutama klem, gunting, alat-alat resusitasi dan benang tali pusat telah di desinfeksi tingkat tinggi (DTT) atau sterilisasi. Gunakan bola karet pengisap yang baru dan bersih jika akan melakukan pengisapan lendir dengan alat tersebut. Jangan menggunakan bola karet pengisap yang sama untuk lebih dari satu bayi. Bila menggunakan bola karet pengisap yang dapat digunakan kembali, pastikan alat tersebut dalam keadaan bersih dan steril. Pastikan semua pakaian, handuk, selimut dan kain yang digunakan untuk bayi sudah dalam keadaan bersih dan hangat. Demikian pula halnya timbangan, pita pengukur, termometer, stetoskop dan benda-benda lain yang akan bersentuhan dengan bayi, juga bersih dan hangat. Dekontaminasi dan cuci semua alat setiap kali setelah digunakan.

3) Persiapan Tempat

Gunakan ruangan yang hangat dan terang, siapkan tempat resusitasi yang bersih, kering, hangat, datar, rata dan cukup keras, misalnya meja atau dipan. Letakkan tempat resusitasi dekat pemancar panas dan tidak berangin, tutup jendela dan pintu. Gunakan lampu pijar 60 watt dengan jarak 60 cm dari bayi sebagai alternatif bila pemancar panas tidak tersedia.

4) Penilaian Awal

Untuk semua BBL, lakukan penilaian awal dengan menjawab 4 pertanyaan:²¹

- a) Sebelum bayi lahir: Apakah kehamilan cukup bulan? Apakah air ketuban jernih, tidak bercampur mekonium?
- b) Segera setelah bayi lahir: sambil meletakkan bayi di atas kain bersih dan kering yang telah disiapkan pada perut bawah ibu. Segera lakukan penilaian berikut:
 - (4) Apakah bayi menangis atau bernapas/tidak megap-megap?
 - (5) Apakah tonus otot bayi baik/bayi bergerak aktif?

Dalam bagan alur manajemen BBL dapat dilihat alur penatalaksanaan BBL mulai dari persiapan, penilaian dan keputusan serta alternatif tindakan yang sesuai dengan hasil penilaian keadaan BBL. Untuk BBL cukup bulan dengan air ketuban jernih yang langsung menangis atau bernapas spontan dan bergerak aktif cukup dilakukan manajemen BBL normal. Jika bayi kurang bulan (< 37 minggu/259 hari) atau bayi lebih bulan (≥ 42 minggu/283 hari) dan atau air ketuban bercampur mekonium dan atau tidak bernapas atau megap-megap dan atau tonus otot tidak baik lakukan manajemen BBL dengan Asfiksia.

c. Klasifikasi Nilai APGAR

- 1) Nilai 7-10 : bayi normal
- 2) Nilai 4-6 : bayi asfiksia ringan-sedang
- 3) Nilai 0-3 : bayi asfiksia berat

d. Asuhan Bayi Baru Lahir

1) Pencegahan infeksi

Bayi baru lahir sangat rentan terhadap infeksi yang disebabkan mikroorganisme yang terpapar selama proses persalinan berlangsung ataupun beberapa saat setelah bayi lahir.

2) Menilai bayi baru lahir

Penilaian bayi baru lahir dilakukan dalam waktu 30 detik pertama.

Keadaan yang harus dinilai pada saat bayi baru lahir sebagai berikut :

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

3) Menjaga bayi tetap hangat

Mekanisme kehilangan panas tubuh bayi baru lahir adalah sebagai berikut :

- a) Evaporasi adalah kehilangan panas dapat terjadi karena penguapan cairan ketuban pada permukaan tubuh oleh panas tubuh bayi karena setelah lahir tubuh bayi tidak segera dikeringkan, bayi yang terlalu cepat dimandikan, dan tubuhnya tidak segera dikeringkan dan diselimuti.
- b) Konduksi adalah kehilangan panas tubuh bayi melalui kontak langsung antara tubuh bayi dengan permukaan yang dingin
- c) Konveksi adalah kehilangan panas tubuh yang terjadi saat bayi terpapar udara sekitar yang lebih dingin
- d) Radiasi adalah kehilangan panas yang terjadi karena bayi ditempatkan dekat benda-benda yang mempunyai suhu yang lebih rendah dari suhu tubuh bayi

4) Perawatan tali pusat

Lakukan perawatan tali pusat dengan cara mengklem dan memotong tali pusat setelah bayi lahir, kemudian mengikat tali pusat tanpa membubuhi apapun.

5) Inisiasi menyusui dini

Segera setelah bayi lahir dan tali pusat diikat. Kenakan topi pada bayi dan bayi diletakkan secara tengkurap di dada ibu, kontak langsung antara kulit dada bayi dan kulit dada ibu. Bayi akan merangkak mencari puting susu ibu dan menyusui. Suhu ruangan tidak boleh $< 26^{\circ}\text{C}$.

6) Pencegahan infeksi mata

Dengan pemberian salep mata antibiotic tetrasiklin 1 % pada kedua mata, setelah satu jam kelahiran bayi.

7) Pemberian suntikan Vitamin K1

Bayi baru lahir harus diberi suntikan vitamin K1 mg intramuskuler, di paha kiri anterolateral segera setelah pemberian salep mata. Suntikan vitamin K1 untuk mencegah perdarahan bayi baru lahir akibat defisiensi vitamin K.

8) Pemberian imunisasi bayi baru lahir

Imunisasi HB-0 diberikan 1 jam setelah pemberian vitamin K1 dengan dosis 0,5 ml intramuskuler di paha kanan anterolateral. Imunisasi HB-0 untuk mencegah infeksi Hepatitis B terhadap bayi. Pelayanan kesehatan atau kunjungan ulang bayi baru lahir dilaksanakan minimal 3 kali :²²

- a) Saat bayi usia 6-48 jam
- b) Saat bayi usia 3-7 hari
- c) Saat bayi usia 8-28 hari

4. Nifas

a. Masa Nifas

Masa nifas (*puerperium*) dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu atau 42 hari, namun secara keseluruhan akan pulih dalam waktu 3 bulan. Masa nifas atau masa post partum disebut juga *puerperium* yang berasal dari bahasa latin yaitu dari kata "*puer*" yang artinya bayi dan "*parous*" berarti melahirkan. Nifas yaitu darah yang keluar dari rahim karena sebab melahirkan atau setelah melahirkan. Darah nifas yaitu darah yang tertahan tidak bisa keluar dari

rahim dikarenakan hamil. maka ketika melahirkan, dara tersebut keluar sedikit demi sedikit. Darah yang keluar sebelum melahirkan disertai tanda-tanda kelahiran, maka itu termasuk darah nifas.²³

b. Tujuan Asuhan Masa Nifas

Menurut Prawirohardjo (2016), tujuan asuhan masa nifas antara lain:²⁴

- 1) Menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik fisik maupun psikologi.
- 2) Melaksanakan skrining secara komprehensif, deteksi dini mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayi.
- 3) Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatandiri, nutrisi, KB, cara dan manfaat menyusui, pemberian imunisasi serta perawatan bayi sehat.
- 4) Memberikan pelayanan keluarga berencana.

c. Tahapan Masa Nifas

Tahapan yang terjadi pada masa nifas adalah sebagai berikut:²⁵

1) Periode *immediate postpartum*

Masa segera setelah plasenta lahir sampai dengan 24 jam. Pada masa ini sering terdapat banyak masalah, misalnya pendarahan karena atonia uteri, oleh karena itu, bidan dengan teratur harus melakukan pemeriksaan kontraksi uterus, pengeluaran *lochea*, tekanan darah, dan suhu.

2) Periode *early postpartum* (24 jam-1 minggu)

Pada fase ini bidan memastikan involusi uteri dalam keadaan normal, tidak ada perdarahan, *lochea* tidak berbau busuk, tidak demam, ibu cukup mendapatkan makanan dan cairan, serta ibu dapat menyusui dengan baik. Selain itu, pada fase ini ibu sudah memiliki keinginan untuk merawat dirinya dan diperbolehkan berdiri dan berjalan untuk melakukan perawatan diri karena hal tersebut akan bermanfaat pada semua sistem tubuh.

3) Periode *late postpartum* (1 minggu- 5 minggu)

Pada periode ini bidan tetap melakukan perawatan dan pemeriksaan sehari-hari serta konseling KB.

Periode *immediate postpartum* dan *early postpartum* merupakan periode yang sering terjadi komplikasi pada ibu.²⁶ Periode masa nifas yang beresiko terhadap kematian ibu terutama terjadi pada periode *immediate postpartum* (50%), pada masa *early postpartum* (20%) dan masa *late postpartum* (5%).²⁷ Resiko sering terjadi ketika satu minggu pertama post partum (*Early postpartum*) karena hampir seluruh sistem tubuh mengalami perubahan secara drastis.²⁸

d. Perubahan Fisiologi Masa Nifas

Dalam masa nifas, alat-alat genitalia internal maupun externa akan berangsur-angsur pulih kembali seperti keadaan sebelum hamil. Perubahan alat-alat genital ini kembali ke ukuran sebelum hamil disebut involusi. Perubahan yang terjadi di dalam tubuh seorang wanita diantaranya uterus atau rahim yang berbobot 60 gram sebelum kehamilan secara perlahan-lahan bertambah besarnya hingga 1 kg selama masa kehamilan dan setelah persalinan akan kembali ke keadaan sebelum hamil. Seorang bidan dapat membantu ibu untuk memahami perubahan-perubahan ini.²³

e. Involusi uterus

Involusi uterus atau pengerutan uterus merupakan proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil dengan bobot hanya 60 gr. Involusi uteri dapat juga dikatakan sebagai proses kembalinya uterus pada keadaan semula atau keadaan sebelum hamil. Involusi uterus melibatkan reorganisasi dan penanggalan desidua atau endometrium dan pengelupasan lapisan pada tempat implantasi plasenta sebagai tanda penurunan ukuran dan berat serta perubahan tembat uterus, warna dan jumlah lochea.

Perubahan normal pada uterus selama postpartum adalah sebagai berikut:²³

- 1) Plasenta lahir tinggi fundus uteri setinggi pusat, berat uterus 1000

gr, diameter uterus 12,5 cm

- 2) 7 hari (1 minggu) tinggi fundus uteri pertengahan pusat dan simpisis berat uterus 500 gr, diameter uterus 7,5 cm.
- 3) 14 hari (2 minggu) tinggi fundus uteri tidak teraba berat uterus 350 gr, diameter uterus 5 cm
- 4) 6 minggu tinggi fundus uteri normal, berat uterus 60gr, diameter uterus 2,5 cm

f. Involusi tempat plasenta

Setelah persalinan tempat plasenta merupakan tempat dengan permukaan kasar, tidak rata dan kira-kira sebesar permukaan tangan. Dengan cepat luka ini mengecil, pada akhir minggu ke 2 hanya sebesar 3-4 cm dan pada akhir nifas 1-2 cm. Penyembuhan luka bekas plasenta khas sekali.

Pada permulaan nifas bekas plasenta mengandung banyak pembuluh darah besar yang tersumbat oleh thrombus. Biasanya luka yang demikian sembuh dengan menjadi parut, tetapi luka bekas plasenta tidak meninggalkan parut. Hal ini disebabkan karena luka ini sembuh dengan cara dilepaskan dari dasarnya tetapi diikuti pertumbuhan endometrium baru di bawah permukaan luka. Endometrium ini tumbuh dari pinggir luka dan juga dari sisa-sisa kelenjar pada dasar luka. Regenerasi endometrium terjadi di tempat implantasi selama sekitar 6 minggu. Epitelium berproliferasi meluas ke dalam dari sisi tempat ini dan dari lapisan sekitar uterus serta dibawah tempat implantasi plasenta dari sisa-sisa kelenjar basilar endometrial di dalam desidua basalis. Pertumbuhan kelenjar endometrium ini berlangsung dalam desidua basalis. Pertumbuhan kelenjar ini pada hakekatnya mengikis pembuluh darah yang membeku pada tempat implantasi plasenta yang menyebabkan menjadi terkelupas dan tidak dipakai lagi pada pembuangan lochea.²³

g. Perubahan ligamen

Ligamen-ligmen dan diafragma pelvis serta fascia yang merenggang sewaktu kehamilan dan partus, setelah jalan lahir, berangsur-angsur

menciut kembali seperti sedia kala. Tidak jarang ligamentum rutundum menjadi kendur dan mengakibatkan letak uterus menjadi retroflexi. Tidak jarang pula wanita mengeluh “kandungannya turun” setelah melahirkan oleh karena ligament, fasia, jaringan penunjang alat genitalia menjadi agak kendur.²³

1) Perubahan pada serviks

Serviks mengalami involusi bersama-sama uterus. Perubahan yang terdapat pada serviks postpartum adalah bentuk serviks yang akan menganga seperti corong. Bentuk ini disebabkan oleh korpus uteri yang dapat mengadakan kontraksi, sedangkan serviks tidak berkontraksi, sehingga seolah-olah pada perbatasan antara korpus dan serviks uteri terbentuk semacam cincin. Warna serviks sendiri merah kehitam-hitaman karena penuh pembuluh darah. Beberapa hari setelah persalinan, ostium externum dapat dilalui oleh 2 jari, pinggir-pinggirnya tidak rata tetapi retak retak karena robekan dalam persalinan. Pada akhir minggu pertama hanya dapat dilalui oleh 1 jari saja, dan lingkaran retraksi berhubungan dengan bagian atas dari canalis cervicalis.

Pada serviks terbentuk sel-sel otot baru yang mengakibatkan serviks memanjang seperti celah. Karena proses hiperpalpasi ini, arena retraksi dari serviks, robekan serviks menjadi sembuh. Walaupun begitu, setelah involusi selesai, ostium externum tidak serupa dengan keadaan sebelum hamil, pada umumnya ostium externum lebih besar dan tetap ada retak-retak dan robekan-robekan pada pinggirnya, terutama pada pinggir sampingnya. Oleh robekan ke samping ini terbentuk bibir depan dan bibir belakang pada serviks.²³

2) Lochea

Lochea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas. Lochea mengandung darah dan sisa jaringan desidua yang nekrotik dari dalam uterus. Lochea mempunyai reaksi basa/alkalis yang dapat membuat organisme berkembang lebih cepat dari kondisi asam yang

ada pada vagina normal. Lochea mempunyai bau yang amis (anyir) meskipun tidak terlalu menyengat dan volumenya berbeda-beda pada setiap wanita. Lochea yang berbau tidak sedap menandakan adanya infeksi. Lochea mengalami perubahan karena proses involusi. Pengeluaran lochea dapat dibagi berdasarkan waktu dan warnanya, seperti berikut:²³

- a) Lochea Rubra, waktu 1-3 hari warna merah kehitaman, ciri-cirinya terdiri dari darah segar, jaringan sisa-sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, lanugo (rambut bayi), dan sisa mekoneum.
 - b) Sanguinolenta, waktu 4-7 hari warna merah kecoklatan berlendir, ciri-cirinya sisa darah bercampur lendir.
 - c) Serosa, waktu 7-14 warna kuning kecoklatan, ciri-cirinya lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri dari leukosit dan robekan/ laserasi plasenta.
 - d) Alba, waktu >14 hari berlangsung 2–6 minggu postpartum warna putih, ciri-cirinya mengandung leukosit, sel desidua dan sel epitel, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati.
 - e) Lochea purulenta, ciri-cirinya terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk.
 - f) Lochiastasis, yaitu lochea yang tidak lancar keluar.
- 3) Perubahan Vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan, serta peregangan 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.²⁹

4) Perubahan Sistem Pencernaan

Biasanya ibu mengalami konstipasi setelah persalinan. Hal ini disebabkan karena pada waktu melahirkan alat pencernaan mendapat

tekanan yang menyebabkan kolon menjadi kosong, pengeluaran cairan yang berlebihan pada waktu persalinan, kurangnya asupan makan, hemoroid dan kurangnya aktivitas tubuh.²⁹

5) Perubahan Sistem Perkemihan

Setelah proses persalinan berlangsung, biasanya ibu akan sulit untuk buang air kecil dalam 24 jam pertama. Penyebab dari keadaan ini adalah terdapat spasme sfinkter dan edema leher kandung kemih setelah mengalami kompresi (tekanan) antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan berlangsung. Kadar hormon estrogen yang bersifat menahan air akan mengalami penurunan yang mencolok. Keadaan tersebut disebut “diuresis”.²⁹

6) Perubahan Sistem Muskuloskeletal

Otot-otot uterus berkontraksi segera setelah partus, pembuluh darah yang berada di antara anyaman otot-otot uterus akan terjepit, sehingga akan menghentikan perdarahan. Ligamen-ligamen, diafragma pelvis, serta fasia yang meregang pada waktu persalinan, secara berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali. Stabilisasi secara sempurna terjadi pada 6-8 minggu setelah persalinan.²⁹

7) Perubahan Sistem Kardiovaskuler

Setelah persalinan, shunt akan hilang tiba-tiba. Volume darah bertambah, sehingga akan menimbulkan dekompensasi kordis pada penderita vitum cordia. Hal ini dapat diatasi dengan mekanisme kompensasi dengan timbulnya hemokonsentrasi sehingga volume darah kembali seperti sediakala. Pada umumnya, hal ini terjadi pada hari ketiga sampai kelima *postpartum*.²⁹

8) Perubahan Tanda-tanda Vital

Pada masa nifas, tanda-tanda vital yang harus dikaji antara lain:^{30,31}

a) Suhu badan

Dalam 1 hari (24 jam) *postpartum*, suhu badan akan naik sedikit (37,50 – 380C) akibat dari kerja keras waktu melahirkan, kehilangan cairan dan kelelahan. Apabila dalam keadaan normal,

suhu badan akan menjadi biasa. Biasanya pada hari ketiga suhu badan naik lagi karena ada pembentukan ASI. Bila suhu tidak turun, kemungkinan adanya infeksi pada endometrium.

b) Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa 60-80 kali per menit. Denyut nadi sehabis melahirkan biasanya akan lebih cepat. Denyut nadi yang melebihi 100x/ menit, harus waspada kemungkinan dehidrasi, infeksi atau perdarahan postpartum.

c) Tekanan darah

Tekanan darah biasanya tidak berubah. Kemungkinan tekanan darah akan lebih rendah setelah ibu melahirkan karena ada perdarahan. Tekanan darah tinggi pada saat *postpartum* menandakan terjadinya *preeklampsia postpartum*.

d) Pernafasan

Keadaan pernafasan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Bila suhu nadi tidak normal, pernafasan juga akan mengikutinya, kecuali apabila ada gangguan khusus pada saluran nafas. Bila pernafasan pada masa postpartum menjadi lebih cepat, kemungkinan ada tanda-tanda syok.

9) Perubahan Psikis Masa Nifas

Kelahiran anggota baru bagi suatu keluarga memerlukan penyesuaian bagi ibu. Perubahan peran seorang ibu memerlukan adaptasi yang harus dijalani, perubahan tersebut berupa perubahan emosi dan sosial. Adaptasi psikologis ini menjadi periode kerentanan pada ibu *postpartum*, karena periode ini membutuhkan peran profesional kesehatan dan keluarga. Tanggung jawab ibu *postpartum* bertambah dengan hadirnya bayi yang baru lahir. Proses penyesuaian ibu atas perubahan yang dialaminya terdiri atas tiga fase yaitu:^{32,29}

(1) *Fase taking in*

Fase taking in yaitu periode ketergantungan. Periode ini berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah

melahirkan. Pada fase ini, ibu sedang berfokus terutama pada dirinya sendiri. Ibu akan berulang kali menceritakan proses persalinan yang dialaminya dari awal sampai akhir. Ibu perlu bicara tentang dirinya sendiri. Ketidaknyamanan fisik yang dialami ibu pada fase ini seperti rasa mules, nyeri pada jahitan, kurang tidur dan kelelahan merupakan sesuatu yang tidak dapat dihindari. Hal tersebut membuat ibu perlu cukup istirahat untuk mencegah gangguan psikologis yang mungkin dialami, seperti mudah tersinggung, menangis. Hal ini membuat ibu cenderung menjadi pasif. Pada fase ini petugas kesehatan harus menggunakan pendekatan yang empatik agar ibu dapat melewati fase ini dengan baik.

(2) *Fase taking hold*

Fase taking hold yaitu periode yang berlangsung 3-10 hari setelah melahirkan. Pada fase ini ibu timbul rasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Ibu mempunyai perasaan sangat sensitif sehingga mudah tersinggung dan gampang marah. Kita perlu berhati-hati menjaga komunikasi dengan ibu. Dukungan moral sangat diperlukan untuk menumbuhkan kepercayaan diri ibu.

(3) *Fase letting go*

Fase letting go yaitu periode menerima tanggung jawab akan peran barunya. Fase ini berlangsung sepuluh hari setelah melahirkan. Ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya. Ibu memahami bahwa bayi butuh disusui sehingga siap terjaga untuk memenuhi kebutuhan bayinya. Keinginan untuk merawat diri dan bayinya sudah meningkat pada fase ini. Ibu akan lebih percaya diri dalam menjalani peran barunya. Pendidikan kesehatan yang kita berikan pada fase sebelumnya akan sangat berguna bagi ibu. Ibu lebih mandiri dalam memenuhi kebutuhan diri dan bayinya.

Dukungan suami dan keluarga masih terus diperlukan oleh ibu. Suami dan keluarga dapat membantu merawat bayi, mengerjakan urusan rumah tangga sehingga ibu tidak terlalu terbebani. Ibu memerlukan istirahat yang cukup, sehingga mendapatkan kondisi fisik yang bagus untuk dapat merawat bayinya.³³

h. Jadwal Kunjungan Masa Nifas

Menurut Kementerian Kesehatan RI (2020), jadwal kunjungan pada masa nifas sebagai berikut:

1) Kunjungan nifas pertama/KF1 (6 jam-2 hari postpartum)

Pada kunjungan pertama, asuhan yang perlu dilakukan adalah melakukan pencegahan perdarahan dan memberikan konseling pencegahan akibat atonia uteri, mendeteksi dan perawatan penyebab lain perdarahan serta melakukan rujukan jika diperlukan, pemberian ASI awal, memberikan edukasi tentang cara mempererat hubungan ibu dan bayi, menjaga bayi agar tetap sehat dan mencegah hipotermi.³⁴

2) Kunjungan nifas kedua/KF2 (3 - 7 hari postpartum)

Pada kunjungan kedua, asuhan yang dilakukan meliputi memastikan involusi uteri tetap berjalan normal, kontraksi uterus baik, TFU di bawah umbilicus, dan tidak ada perdarahan yang abnormal, menilai adanya infeksi dan demam, memastikan ibu dapat beristirahat dengan baik, mengonsumsi nutrisi dan cairan yang cukup, dan dapat menyusui bayinya dengan baik, serta memberikan konseling tentang perawatan bayi baru lahir.³⁴

3) Kunjungan nifas ketiga/KF3 (8 hari – 28 hari postpartum)

Asuhan yang diberikan pada kunjungan ketiga sama dengan asuhan yang diberikan pada kunjungan kedua.

4) Kunjungan nifas keempat (29 hari – 42 hari postpartum)

Pada kunjungan keempat, asuhan yang diberikan adalah memberikan konseling KB secara dini dan menanyakan hal-hal yang menyulitkan ibu selama masa nifas.³⁴

i. Perawatan Masa Nifas

Perawatan masa nifas adalah perawatan terhadap wanita hamil yang telah selesai bersalin sampai alat-alat kandungan kembali seperti sebelum hamil, lamanya kira-kira 6-8 minggu. Akan tetapi, seluruh alat genitalia baru pulih kembali seperti sebelum ada kehamilan dalam waktu 3 bulan.³⁵ Perawatan masa nifas dimulai sebenarnya sejak kala uri dengan menghindarkan adanya kemungkinan-kemungkinan perdarahan *postpartum* dan infeksi.^{36,37}

Perawatan masa nifas merupakan tindakan lanjutan bagi wanita sesudah melahirkan. Perawatan diri pada masa nifas diperlukan karena pada masa nifas wanita akan banyak mengalami perubahan pada dirinya, baik fisik maupun psikologis.³⁸ Perawatan diri adalah aktivitas yang dilakukan oleh individu untuk memelihara kesehatan. Ibu nifas diharapkan mampu melakukan pemenuhan perawatan pada dirinya agar tidak mengalami gangguan kesehatan.³⁹

Perawatan diri ibu nifas terdiri dari berbagai macam, meliputi.³⁰

1) Memelihara Kebersihan Perseorangan (*Personal Hygiene*)

Kebersihan diri ibu membantu mengurangi sumber infeksi dan meningkatkan perasaan kesejahteraan ibu. *Personal Hygiene* yang bisa dilakukan ibu nifas untuk memelihara kebersihan diri tidak hanya mandi, tetapi juga menggosok gigi dan menjaga kebersihan mulut, menjaga kebersihan rambut dengan keramas, menjaga kebersihan pakaian, dan menjaga kebersihan kaki, kuku, telinga, mata dan hidung.⁴⁰ Selain itu juga mencuci tangan sebelum memegang payudara, setelah mengganti popok bayi, setelah buang air besar dan kecil dan sebelum memegang atau menggendong bayi.²⁹

2) Perawatan perineum

Perawatan khusus perineum bagi wanita setelah melahirkan bayi bertujuan untuk pencegahan terjadinya infeksi, mengurangi rasa tidak nyaman dan meningkatkan penyembuhan. Walaupun prosedurnya bervariasi dari satu rumah sakit lainnya, prinsip-prinsip dasarnya bersifat

universal yaitu mencegah kontaminasi dari rektum, menangani dengan lembut pada jaringan yang terkena trauma dan membersihkan semua keluaran yang menjadi sumber bakteri dan bau.⁴⁰

Perawatan perineum yang dianjurkan untuk ibu postpartum adalah membasuh perineum dengan air bersih dan sabun setelah berkemih dan buang air besar. Perineum harus dalam keadaan kering dan dibersihkan dari depan ke belakang. Ibu dianjurkan untuk mengganti pembalut setiap kali mandi, setelah buang air besar atau kecil atau setiap tiga sampai empat jam sekali.^{40,30}

Munculnya infeksi perineum dapat merambat pada saluran kandung kemih ataupun pada jalan lahir, infeksi tidak hanya menghambat proses penyembuhan luka tetapi dapat juga menyebabkan kerusakan sel penunjang, sehingga akan menambah ukuran dari luka itu sendiri baik panjang maupun kedalaman dari luka.⁴⁰

3) Perawatan Payudara

Perawatan payudara adalah suatu tindakan untuk merawat payudara terutama pada masa nifas (masa menyusui) untuk melancarkan pengeluaran ASI. Perawatan payudara pasca persalinan merupakan kelanjutan perawatan payudara semasa hamil. Bagi ibu yang menyusui bayinya, perawatan puting susu merupakan suatu hal amat penting. Payudara harus dibersihkan dengan teliti setiap hari selama mandi dan sekali lagi ketika hendak menyusui. Hal ini akan mengangkat kolostrum yang kering atau sisa susu dan membantu mencegah akumulasi dan masuknya bakteri baik ke puting maupun ke mulut bayi.⁴¹

Adapun langkah-langkah dalam melakukan perawatan payudara yang baik, yaitu : mengompres kedua puting dengan baby oil selama 23 menit, membersihkan puting susu, melakukan pegurutan dari pangkal ke puting susu sebanyak 20-30 kali pada tiap payudara, pegurutan dengan menggunakan sisi kelingking, pegurutan dengan posisi tangan mengepal sebanyak 20-30 kali pada tiap payudara dan kompres dengan air kemudian keringkan dengan handuk kering.^{30,42}

4) Mobilisasi Dini dan Senam Nifas

Mobilisasi Dini adalah secepat mungkin membimbing ibu keluar dari tempat tidurnya dan membimbing ibu secepat mungkin segera berjalan. Jika tidak ada kelainan, mobilisasi dapat dilakukan sedini mungkin, yaitu dua jam setelah persalinan normal.³⁰ Mobilisasi dini sangat bermanfaat untuk mempertahankan fungsi tubuh, memperlancar peredaran darah sehingga mencegah terjadinya tromboemboli, membantu pernafasan menjadi lebih baik, mempertahankan tonus otot, memperlancar eliminasi, dan mengembalikan aktivitas sehingga dapat memenuhi kebutuhan gerak harian.⁴³ Pelaksanaan mobilisasi pada sectio caesarea dengan metode konvensional yaitu 20,41 jam setelah operasi, sedangkan pada sectio caesarea dengan metode ERACS pasien dapat melakukan mobilisasi dalam 10 jam pasca operasi.⁴⁴

Seorang ibu yang melahirkan dengan metode ERACS dapat melakukan mobilisasi dalam waktu kurang dari 24 jam. Pasien dapat mengangkat kaki 2 jam setelah dilakukannya anestesi spinal, dan dapat berjalan ke toilet tanpa bantuan dalam 6 jam setelah anestesi spinal. Mobilisasi di dalam ruang pemulihan dilakukan setelah pemberian intake secara oral. Bed pasien dinaikan 30 derajat dan seterusnya secara bertahap, kemudian pasien dilatih untuk duduk tanpa bersandar ke bed. Kemudian pasien dicoba untuk menjuntakan kakinya ke bawah bed. Setelah itu pasien dibantu untuk berdiri dan berjalan.⁴⁴

Senam nifas dilakukan sejak hari pertama setelah melahirkan hingga hari kesepuluh, terdiri atas beberapa gerakan tubuh yang dilakukan untuk mempercepat pemulihan keadaan ibu. Senam nifas dilakukan pada saat kondisi ibu benar-benar pulih dan tidak ada hambatan atau komplikasi pada masa nifas.⁴⁵ Senam nifas dilakukan setelah 6 jam persalinan normal dan 8 jam setelah persalinan dengan sectio caesarea. Gerakan senam nifas pada ibu dengan kelahiran sectio caesarea yang berfokus pada perut bagian atas dan bawah yaitu dengan gerakan jalan-jalan kecil di ruangan.

5) Perawatan Luka

Dengan adanya luka sayatan pada dinding perut dan rahim ibu akibat persalinan *sectio caesarea*, maka luka tersebut harus diperhatikan kebersihannya. Jika luka tidak dirawat dengan baik maka akan dapat terjadi infeksi. Perban luka harus diganti setelah 24 jam persalinan sekaligus dinilai keadaan lukanya.

Perawatan umum pada luka paska operasi *sectio caesarea* diantaranya melindungi luka menggunakan perban atau balutan steril selama 24-48 jam setelah operasi; mencuci tangan sebelum maupun sesudah mengganti perban/balutan ataupun bersentuhan dengan luka; menggunakan teknik aseptik saat mengganti perban atau balutan.

6) Defekasi

Buang air besar harus dilakukan 3-4 hari setelah melahirkan. Namun buang air besar secara spontan biasanya tertunda selama 2-3 hari setelah ibu melahirkan. Keadaan ini disebabkan karena tonus otot usus menurun selama proses persalinan dan pada masa pascapartum, dehidrasi, kurang makan dan efek anastesi. Fungsi defekasi dapat diatasi dengan mengembalikan fungsi usus besar dengan diet teratur, pemberian cairan yang banyak, makanan cukup serat dan olahraga atau ambulasi dini. Jika pada hari ketiga ibu juga tidak buang air besar maka dapat diberikan laksatif per oral atau per rectal.³⁶

7) Diet

Diet harus mendapat perhatian dalam nifas karena makanan yang baik mempercepat penyembuhan ibu, makanan ibu juga sangat mempengaruhi air susu ibu. Makanan harus bermutu dan bergizi, cukup kalori, serta banyak mengandung protein, banyak cairan, sayur-sayuran dan buah-buahan karena ibu nifas mengalami hemokonsentrasi.⁴⁶

Kebutuhan gizi pada masa nifas meningkat 25 % dari kebutuhan biasa karena berguna untuk proses kesembuhan sehabis melahirkan dan untuk memproduksi air susu yang cukup.⁴⁷ Ibu yang menyusui perlu mengkonsumsi protein, mineral dan cairan ekstra. Makanan ini juga bisa

diperoleh dengan susu rendah lemak dalam dietnya setiap hari. Ibu juga dianjurkan untuk mengonsumsi multivitamin dan suplemen zat besi.⁴²

a) Nutrisi dan Cairan

- (1) Mengonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari.
- (2) Minum sedikitnya 1 liter air setiap hari.
- (3) Pil zat besi harus diminum untuk menambah zat gizi, setidaknya selama 30 hari pasca persalinan.

b) Pemberian Kapsul Vitamin A 200.000 IU

Kapsul vitamin A 200.000 IU pada masa diberikan sebanyak dua kali, pertama segera setelah melahirkan, kedua di berikan setelah 24jam pemberian kapsul vitamin A pertama.

Manfaat kapsul vitamin A untuk ibu nifas sebagai berikut :

- (1) Meningkatkan kandungan vitamin A dalam Air Susu Ibu (ASI).
- (2) Bayi lebih kebal dan jarang kena penyakit infeksi.
- (3) Kesehatan ibu lebih cepat pulih setelah melahirkan.
- (4) Ibu nifas harus minum 2 kapsul vitamin A karena :
 - (a) Bayi lahir dengan cadangan vitamin A yang rendah, kebutuhan bayi akan vitamin A tinggi untuk pertumbuhan dan peningkatan daya tahan tubuh
 - (b) Pemberian 1 kapsul vitamin A 200.000 IU warna merah pada ibu nifas hanya cukup untuk meningkatkan kandungan vitamin A dalam ASI selama 60 hari, sedangkan dengan pemberian 2 kapsul dapat menambah kandungan vitamin A sampai bayi 6 bulan.

8) Penanganan Nyeri

Pengendalian nyeri pasca operasi perlu dilakukan dengan hati-hati karena mempengaruhi lamanya waktu pemulihan. Skor nyeri yang tinggi akan berpotensi menghambat upaya ibu untuk mandiri dan merawat bayinya. Penggunaan kombinasi parasetamol dan NSAID seperti parasetamol 650 - 1000 mg per 6 jam dan ibuprofen 600 mg per 6 jam

(sediaan oral). Pasca operasi Kombinasi parasetamol dan NSAID sangat dianjurkan karena efektif, mudah diberikan, murah, dan hemat opioid, sehingga mengurangi efek samping yang berhubungan dengan opioid. Sehingga untuk penanganan nyeri pada ibu post SC ERACS dilakukan pemberian ketorolac 30 mg per 8 jam secara intravena pada hari pasca operasi, diikuti dengan oral paracetamol 1 gr per 6 jam pada hari pasca operasi.⁴⁸

9) Eliminasi Urin

Miksi atau eliminasi urin sebaiknya dilakukan sendiri secepatnya. Kadang-kadang wanita mengalami sulit buang air kecil selama 24 jam pertama setelah melahirkan. Hal ini terjadi karena kandung kemih mengalami trauma atau lebam selama melahirkan akibat tertekan oleh janin sehingga ketika sudah penuh tidak mampu untuk mengirim pesan agar mengosongkan isinya, dan juga karena sfingter utertra yang tertekan oleh kepala janin. Bila kandung kemih penuh ibu sulit kencing sebaiknya lakukan kateterisasi, sebab hal ini dapat mengandung terjadinya infeksi. Bila infeksi terjadi maka pemberian antibiotik sudah pada tempatnya.³⁰

Ibu diminta untuk buang air kecil 6 jam postpartum. jika dalam 8 jam belum dapat berkemih atau sekali berkemih atau belum melebihi 100 cc, maka dilakukan kateterisasi. Akan tetapi, kalau ternyata kandung kemih penuh, tidak perlu menunggu 8 jam untuk kateterisasi.

10) Istirahat

Setelah persalinan, ibu mengalami kelelahan dan butuh istirahat/tidur telentang selama 8 jam kemudian miring kiri dan kanan. Ibu harus bisa mengatur istirahatnya.³⁰

j. Deteksi Dini Penyulit pada Masa Nifas dan Penanganannya

Perdarahan pasca persalinan dibagi menjadi perdarahan pasca persalinan primer dan sekunder.

1) Perdarahan Pasca Persalinan

- a) Perdarahan pasca persalinan primer (early postpartum)
 - Haemorrhage, atau perdarahan pasca persalinan segera. Perdarahan

pasca persalinan primer terjadi dalam 23 jam pertama. Penyebab utama perdarahan pasca persalinan primer adalah atonia uteri, retensio plasenta, sisa plasenta, dan robekan jalan lahir. Terbanyak dalam 2 jam pertama.

- b) Perdarahan paska persalinan sekunder (late postpartum haemorrhage), atau perdarahan masa nifas, perdarahan paska persalinan lambat.

Perdarahan pasca persalinan sekunder terjadi setelah 23 jam pertama. Penyebab utama perdarahan pasca persalinan sekunder adalah robekan jalan lahir dan sisa plasenta atau membran.

b. Infeksi Masa Nifas³⁰

Merupakan infeksi peradangan pada semua alat genitalia pada masa nifas oleh sebab apapun dengan ketentuan meningkatnya suhu badan melebihi 38°C. tanpa menghitung hari pertama dan berturut-turut selama 2 hari.

Gejala infeksi masa nifas sebagai berikut :

- 1) Tampak sakit dan lemah.
- 2) Suhu meningkat > 38°C.
- 3) TD meningkat/menurun.
- 4) Pernapasan dapat meningkat/menurun.
- 5) Kesadaran gelisah/koma.
- 6) Terjadi gangguan involusi uterus.
- 7) Lochea bernanah berbau.

c. Langkah-langkah Menyusui yang Benar

Berberapa langkah yang benar dalam menyusui bayi antara lain:⁴⁹

- 1) Sebelum menyusui, ASI dikeluarkan sedikit kemudian dioleskan pada puting susu dan areola sekitarnya. Cara ini mempunyai manfaat sebagai desinfektan dan menjaga kelembaban puting susu.
- 2) Bayi diletakkan menghadap perut ibu/payudara.

- 3) Ibu duduk atau berbaring santai. Bila duduk lebih baik menggunakan kursi yang rendah agar kaki ibu tidak tergantung dan punggung ibu bersandar pada sandaran kursi.
- 4) Bayi dipegang dengan satu lengan, kepala bayi terletak pada lengkung siku ibu dan bokong bayi terletak pada lengan. Kepala bayi tidak boleh tertengadah dan bokong bayi ditahan dengan telapak tangan ibu.
- 5) Satu tangan bayi diletakkan dibelakang badan ibu, dan yang satu di depan.
- 6) Perut bayi menempel badan ibu, kepala bayi menghadap payudara (tidak hanya membelokkan kepala bayi).
- 7) Telinga dan lengan bayi terletak pada satu garis lurus.
- 8) Ibu menatap bayi dengan kasih sayang.
- 9) Payudara dipegang dengan ibu jari di atas dan jari yang lain menopang di bawah. Jangan menekan puting susu atau areolanya saja.
- 10) Bayi diberi rangsangan untuk membuka mulut (rooting reflek) dengan cara:
 - a) Menyentuh pipi dengan puting susu, atau
 - b) Menyentuh sisi mulut bayi.
 - c) Setelah bayi membuka mulut, dengan cepat kepala bayi didekatkan ke payudara ibu dengan puting serta areola dimasukkan ke mulut bayi.
 - d) Usahakan sebagian besar areola dimasukkan ke mulut bayi, susu berada dibawah langit-langit dan lidah bayi akan menekan ASI keluar dari tempat penampungan ASI yang terletak dibawah areola.
 - e) Setelah bayi mulai menghisap, payudara tak perlu dipegang atau disangga lagi.
- 11) Melepas isapan bayi Setelah menyusui pada satu payudara sampai terasa kosong, sebaiknya ganti menyusui pada payudara yang lain. Cara melepas isapan bayi:
 - a) Jari kelingking ibu dimasukkan ke mulut bayi melalui sudut mulut atau,

- b) Dagub bayi ditekan kebawah.
- 12) Menyusui berikutnya mulai dari payudara yang belum terkosongkan (yang dihisap terakhir).
- 13) Setelah selesai menyusui, ASI dikeluarkan sedikit kemudian dioleskan pada puting susu dan areola sekitarnya. Biarkan kering dengan sendirinya.
- 14) Menyendawakan bayi Tujuan menyendawakan bayi adalah mengeluarkan udara dari lambung supaya bayi tidak muntah (gumoh-jawa) setelah menyusui. Cara menyendawakan bayi:
 - a) Bayi digendong tegak dengan bersandar pada bahu ibu kemudian punggungnya ditepuK perlahan-lahan atau,
 - b) Bayi tidur tengkurap dipangkuan ibu, kemudian punggungnya ditepuK perlahan-lahan.⁴⁹
- d. Lama dan frekuensi menyusui

Sebaiknya bayi disusui secara on demand karena bayi akan menentukan sendiri kebutuhannya. Ibu harus menyusui bayinya bila bayi menangis bukan karena sebab lain (kencing, kepanasan/ kedinginan, atau sekedar ingin didekap) atau ibu sudah merasa perlu menyusui bayinya. Bayi yang sehat dapat mengosongkan satu payudara sekitar 5-7 menit dan ASI dalam lambung bayi akan kosong dalam waktu 2 jam. Pada awalnya bayi akan menyusui dengan jadwal yang tak teratur, dan akan mempunyai pola tertentu setelah 1-2 minggu kemudian.⁵⁰

e. Masalah-masalah dalam Pemberian ASI

Kegagalan dalam proses menyusui sering disebabkan karena timbulnya beberapa masalah, antara lain:⁵¹

1) Puting susu lecet

1. Penyebab

Kesalahan dalam teknik menyusui yang benar, akibat dari pemakaian sabun, alkohol, krim, dll untuk mencuci puting susu. Mungkin saja terjadi pada bayi yang frenulum lingue (tali lidah yang pendek), sehingga menyebabkan bayi sulit menghisap

sehingga hisapannya hanya pada puting susu. Rasa nyeri dapat timbul jika ibu menghentikan menyusui kurang hati-hati.

2. Pencegahan puting susu lecet diantaranya :

- (1) Ibu perlu mengetahui posisi menyusui yang benar.
- (2) Ibu perlu tahu cara melepaskan bayi dari payudara.
- (3) Jangan membersihkan puting dengan sabun atau alkohol

3. Penatalaksanaan yang dapat dilakukan untuk puting susu lecet yaitu:

- (1) Perbaiki posisi menyusui.
- (2) Mulai menyusui dari payudara yang tidak sakit.
- (3) Tetap mengeluarkan ASI dari payudara yang putingnya lecet
- (4) Keluarkan sedikit ASI dan oleskan ke puting yang lecet dan biarkan kering
- (5) Pergunakan BH yang menyangga
- (6) Bila terasa sangat sakit boleh minum obat pengurang rasa sakit.

2) Payudara bengkak

a) Penyebab

Pembengkakan ini terjadi karena ASI tidak disusui secara adekuat, sehingga sisa ASI terkumpul pada system duktus yang mengakibatkan terjadinya pembengkakan. Pembengkakan bisa terjadi pada hari ketiga dan keempat sesudah melahirkan.

b) Pencegahan

Apabila memungkinkan, susukan bayi segera setelah lahir, Susukan bayi tanpa dijadwal, Keluarkan ASI dengan tangan atau pompa bila produksi ASI melebihi kebutuhan bayi, melakukan perawatan payudara.

3) Saluran susu tersumbat (obstruktive duct)

Suatu keadaan dimana terdapat sumbatan pada duktus laktiferus. Penyebabnya karena adanya tekanan jari ibu pada waktu menyusui, pemakaian BH yang terlalu ketat, komplikasi payudara bengkak, yaitu

susu yang terkumpul tidak segera dikeluarkan sehingga menimbulkan sumbatan.

4) Mastitis

Hal ini merupakan radang pada payudara, yang disebabkan oleh:

- a) Payudara bengkak yang tidak disusui secara adekuat
- b) Puting lecet yang memudahkan masuknya kuman dan terjadi payudara bengkak
- c) BH yang terlalu ketat
- d) Ibu yang diet jelek, kurang istirahat, anemi akan mudah terinfeksi.

5) Abses payudara

Abses payudara merupakan kelanjutan dari mastitis, hal ini dikarenakan meluasnya peradangan payudara. Payudara tampak merah mengkilap dan terdapat nanah sehingga perlu insisi untuk mengeluarkannya.

6) Kelainan anatomis pada puting susu (puting tenggelam/datar)

Pada puting tenggelam kelainan dapat diatasi dengan perawatan payudara dan perasat Hoffman secara teratur. Jika puting masih tidak bisa diatasi maka untuk mengeluarkan ASI dapat dilakukan dengan tangan/pompa kemudian dapat diberikan dengan sendok/pipet.

5. Keluarga Berencana (KB)

a. Pelayanan kontrasepsi

Menurut waktu pelaksanaannya, pelayanan kontrasepsi dilakukan pada:

- 1) Masa interval, yaitu pelayanan kontrasepsi yang dilakukan selain pada masa pascapersalinan dan pascakeguguran
- 2) Pascapersalinan, yaitu pada 0-42 hari sesudah melahirkan
- 3) Pascakeguguran, yaitu pada 0 - 14 hari sesudah keguguran
- 4) Pelayanan kontrasepsi darurat, yaitu dalam 3 hari sampai dengan 5 hari pascasenggama yang tidak terlindung dengan kontrasepsi yang tepat dan konsisten.

Tindakan pemberian pelayanan kontrasepsi meliputi pemasangan atau pencabutan Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR), pemasangan atau pencabutan Implan, pemberian Suntik, Pil, Kondom, pelayanan

Tubektomi dan Vasektomi serta pemberian konseling Metode Amenore Laktasi (MAL).⁵²

b. Jenis kontrasepsi⁵²

1) KB Sederhana

- a) Metode pantang berkala / kalender
- b) Koitus Interruptus /senggama terputus
- c) Metode amenore laktasi /MAL d) kondom

2) KB hormonal

Adapun macam-macam jenis kontrasepsi hormonal yang ada antara lain:

a) Kontrasepsi Hormonal Kombinasi terdapat dua jenis yaitu:

(1) Pil Efektif

Harus diminum setiap hari, pada bulan pertama efek samping berupa mual dan perdarahan bercak, dapat dipakai oleh semua ibu usia reproduksi, dapat diminum setiap saat bila yakin tidak hamil, tidak dianjurkan pada ibu yang menyusui karena mengurangi produksi ASI. Kontrasepsi ini mengandung dua hormon (Andalan pil KB, Microgynon), mengandung 1 hormon (Andalan pil KB, Microlut)

(2) Suntik

Disuntikkan secara IM, diberikan setiap 1 bulanan dan mengandung dua hormon, Sangat efektif (terjadi kegagalan 0,1-0,4 kehamilan per 100 perempuan). Jenisnya ada tiga yaitu cyclofem sebanyak 1 cc, sedangkan Gestin F2 sebanyak 1,5 cc, tetapi kalau cyclogeston sebanyak 1 cc.

b) Kontrasepsi Hormonal Progestin terdapat 4 jenis:

(1) Suntik Progestin

Kontrasepsi suntik yang mengandung Progestin saja seperti hormon progesteron alami dalam tubuh perempuan. Cara kerja yaitu mencegah pelepasan telur dari ovarium (menekan ovulasi). Mengentalkan lendir serviks sehingga menurunkan

kemampuan penetrasi sperma. Menjadikan selaput lendir rahim tipis dan atrofi.

Keuntungan metode suntik tribulan adalah sebagai berikut :

- (a) Efektivitas tinggi
- (b) Sederhana pemakaiannya
- (c) Cukup menyenangkan bagi akseptor (injeksi hanya 4x setahun)
- (d) Reversible (kesuburan dapat kembali)
- (e) Cocok untuk ibu yang menyusui anak⁵³

Kerugian yang ditimbulkan :

- (a) Sering menimbulkan perdarahan yang tidak teratur
- (b) Spotting break-trough bleeding
- (c) Dapat menimbulkan amenore
- (d) Berat badan bertambah 2,3 kg pada tahun pertama dan meningkat 7,5 kg selama enam tahun
- (e) Sakit kepala
- (f) Efeknya pada sistem kardiovaskular sangat sedikit, mungkin ada sedikit peninggian dari kadar insulin dan penurunan HDL kolesterol. ⁵³

(2) Pil Progestin (Minipil)

Cocok untuk semua ibu menyusui, dosis rendah, tidak menurunkan produksi ASI, tidak memberikan efek samping estrogen, spotting dan perdarahan tidak teratur, dapat di pakai sebagai kondar.

(3) Implan/Susuk

Merupakan metode kontrasepsi efektif yang dapat memberi perlindungan lima tahun untuk Norplant, tiga tahun untuk Jadena, Indoplant atau Implanon, Terbuat dari bahan semacam karet lunak berisi hormon levonorgestrel. Cara penyebaran zat kontrasepsi dalam tubuh, yaitu progestin

meresap melalui dinding kapsul secara berkesinambungan dalam dosis rendah. Kandungan levonorgestrel dalam darah yang cukup untuk menghambat konsepsi dalam 24 jam setelah pemasangan.

3) KB Non Hormonal

a) AKDR / IUD

(1) Cara Kerja

Menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke saluran telur karena tembaga pada AKDR menyebabkan reaksi inflamasi steril yang toksik buat sperma.

(2) Pemakaian

Jangka waktu pemakaian berjangka panjang dapat hingga 10 tahun, serta sangat efektif dan bersifat reversibel. Dapat dipakai oleh perempuan pada usia reproduksi. Memiliki efektivitas tinggi berkisar 0,6-0,8 kehamilan/100 perempuan dalam satu tahun pertama (1 kegagalan dalam 125-170 kehamilan). Kembalinya kesuburan tinggi setelah AKDR copper T dilepas

(3) Keuntungan

(3) Mencegah kehamilan dengan sangat efektif Kurang dari satu kehamilan per 100 perempuan yang menggunakan AKDR selama tahun pertama

(4) Efektif segera setelah pemasangan

(5) Berjangka Panjang, Studi menunjukkan bahwa AKDR CuT-380A efektif hingga 12 tahun, namun ijin edar berlaku untuk sepuluh tahun penggunaan.

(6) Tidak mempengaruhi hubungan seksual

(7) Tidak mempengaruhi kualitas dan volume ASI Dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesudah abortus (apabila tidak terjadi infeksi)

(8) Dapat digunakan sampai menopause (satu tahun atau lebih setelah haid terakhir)

(9) Kesuburan segera kembali setelah AKDR dilepas.

(4) Keterbatasan

(a) Pemasangannya dilakukan oleh tenaga kesehatan yang terlatih secara khusus memasangnya pada rahim 41 perempuan melalui vagina dan serviks. Seringkali klien takut selama pemasangan

(b) Tidak ada perlindungan terhadap Infeksi Menular Seksual (IMS)

(c) Tidak baik digunakan pada perempuan dengan IMS atau perempuan yang sering berganti pasangan

(d) Klien tidak dapat melepas AKDR sendiri

(e) AKDR mungkin keluar dari uterus tanpa diketahui

(f) Klien harus memeriksa posisi benang AKDR dari waktu ke waktu dengan cara memasukkan jari ke dalam vagina (sebagian perempuan tidak mau melakukan ini).

(5) Waktu Pemasangan

Tabel 1. Waktu pemasangan AKDR

Kondisi klien	Waktu Pemasangan AKDR
Menstruasi teratur	Kapan saja pada bulan tersebut - Jika mulai dalam 12 hari setelah permulaan menstruasi, tidak perlu metode kontrasepsi tambahan. - Jika mulai lebih dari 12 hari setelah permulaan menstruasi, AKDR dapat dipasang kapan saja jika yakin ia tidak hamil. Tidak perlu metode kontrasepsi tambahan
Berganti dari metode lain	- Segera, jika klien menggunakan metode secara konsisten dan benar atau jika sudah yakin tidak hamil. Tidak perlu menunggu menstruasi berikutnya. Tidak perlu metode kontrasepsi tambahan. - Jika berganti dari suntik, AKDR dapat dipasang saat suntik ulangan seharusnya diberikan. Tidak perlu metode kontrasepsi tambahan
Segera setelah	- Kapanpun dalam 48 jam setelah melahirkan, termasuk persalinan sesar. (Penyedia layanan memerlukan

melahirkan (tanpa memandang status menyusui)	<p>pelatihan khusus untuk pemasangan paskapersalinan dengan tangan atau dengan forsep.)</p> <p>- Jika lebih dari 48 jam, tunda hingga setidaknya 4 minggu setelah melahirkan.</p>
ASI eksklusif atau hampir eksklusif Kurang dari 6 bulan setelah melahirkan	<p>- Jika AKDR tidak dipasang dalam 48 jam pertama setelah melahirkan dan menstruasi klien belum muncul kembali, AKDR dapat dipasang kapan saja antara 4 minggu dan 6 bulan. Tidak perlu metode kontrasepsi tambahan.</p> <p>- Jika telah menstruasi, AKDR dapat dipasang seperti saran yang diberikan kepada perempuan yang memiliki siklus menstruasi</p>
ASI eksklusif atau hampir eksklusif Lebih dari 6 bulan setelah melahirkan	<p>- Jika belum menstruasi, AKDR dapat dipasang kapan saja jika yakin tidak hamil. Tidak perlu metode kontrasepsi tambahan.</p> <p>- Jika telah menstruasi, AKDR dapat dipasang seperti yang dianjurkan pada perempuan yang memiliki siklus menstruasi (lihat halaman sebelumnya).</p>
ASI tidak eksklusif atau tidak menyusui Lebih dari 4 minggu setelah melahirkan	<p>- Jika belum menstruasi, AKDR dapat dipasang kapan saja sepanjang dapat dipastikan bahwa klien tidak hamil. Tidak perlu metode kontrasepsi tambahan.</p> <p>- Jika telah menstruasi, AKDR dapat dipasang seperti saran yang dianjurkan pada perempuan yang memiliki siklus menstruasi normal</p>
Tidak menstruasi (tidak berhubungan dengan melahirkan atau menyusui)	<p>Kapan saja jika dapat dipastikan bahwa klien tidak hamil Tidak perlu metode kontrasepsi tambahan.</p>
Tidak menstruasi setelah keguguran atau aborsi	<p>- Segera, jika AKDR dipasang dalam 12 hari setelah keguguran atau aborsi trimester satu atau trimester dua dan jika tidak terjadi infeksi. Tidak perlu metode kontrasepsi tambahan.</p> <p>- Jika lebih dari 12 hari setelah keguguran atau aborsi trimester satu atau trimester dua dan tidak terjadi infeksi, AKDR dapat dipasang kapan saja jika yakin ia 44 tidak hamil. Tidak perlu metode kontrasepsi tambahan.</p> <p>- Jika terjadi infeksi, obati atau rujuk dan bantu klien memilih metode lain. Jika klien tetap ingin</p>

	<p>menggunakan AKDR, AKDR tersebut dapat dipasang setelah infeksi sembuh sempurna.</p> <p>- Pemasangan AKDR setelah keguguran atau aborsi trimester dua membutuhkan pelatihan khusus. Jika tidak terlatih secara khusus, tunda pemasangan hingga setidaknya empat minggu pasca keguguran atau aborsi</p>
Setelah menggunakan Pil Kontrasepsi Darurat (PKD)	<p>- AKDR dapat dipasang pada hari yang sama dengan hari minum PKD (PKD progestin, kombinasi, atau ulipristal acetate). Tidak perlu metode kontrasepsi tambahan.</p> <p>- Jika tidak dipasang segera, namun klien kembali untuk pemasangan AKDR, AKDR dapat dipasang kapan saja sepanjang dapat ditegaskan bahwa klien tidak hamil</p>
Untuk kontrasepsi darurat	<p>- Dalam lima hari setelah hubungan seksual tanpa pengaman.</p> <p>- Bila waktu ovulasi dapat diperkirakan, AKDR dapat dipasang sampai dengan lima hari setelah ovulasi. Terkadang lebih dari lima hari setelah hubungan seksual tanpa pengaman.</p>

b) Kontap (kontrasepsi mantap): Tubektomi dan vasektomi

1) Tubektomi

Tubektomi adalah prosedur bedah sukarela untuk menghentikan kesuburan secara permanen pada perempuan yang tidak ingin anak lagi.

2) Vasektomi

Metode sterilisasi pada pria.

c. Kewenangan Bidan

a) Dalam UU No 4 Tahun 2019 tentang Kebidanan, Pasal 46, Bidan bertugas memberikan pelayanan yang meliputi:⁵⁴

- 1) Pelayanan kesehatan ibu;
- 2) Pelayanan kesehatan anak; dan
- 3) Pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan Keluarga Berencana.
- 4) Pelaksanaan tugas berdasarkan pelimpahan wewenang; dan/atau
- 5) Pelaksanaan tugas dalam keadaan keterbatasan tertentu.

b) Dalam Kepmenkes No 320 Tahun 2020 tentang Standar Profesi Bidan Lulusan bidan mampu melakukan asuhan kebidanan komprehensif

dan berkualitas pada bayi baru lahir (neonatus), bayi, balita dan anak prasekolah, remaja, masa sebelum hamil, masa kehamilan, masa persalinan, masa pasca keguguran, masa nifas, masa antara, masa klimakterium, pelayanan Keluarga Berencana, kesehatan reproduksi dan seksualitas perempuan yang fisiologis.⁵⁵

- 1) Area kompetensi pada masa kehamilan yaitu: perubahan anatomi fisiologi pada ibu hamil, adaptasi pada ibu hamil, diagnosis kehamilan, pemantauan kehamilan, asuhan kebidanan pada masa hamil, deteksi dini komplikasi dan penyulit pada masa kehamilan, tatalaksana awal kegawatdaruratan masa hamil dan rujukan.
 - 2) Area kompetensi masa persalinan yaitu: perubahan fisik dan psikologis pada masa persalinan, pemantauan dan asuhan kala i-iv, deteksi dini, komplikasi dan penyulit persalinan, partograf, tatalaksana awal kegawatdaruratan pada masa persalinan dan rujukan.
 - 3) Area kompetensi bayi baru lahir: adaptasi fisiologis bayi baru lahir, asuhan esensial bayi baru lahir, inisiasi menyusui dini (IMD), asuhan bayi baru lahir usia 0-28 hari, masalah dan penyulit bayi baru lahir, tatalaksana awal kegawatdaruratan neonatal dan rujukan.
 - 4) Area kompetensi masa nifas yaitu: perubahan fisik dan psikologis pada ibu nifas, masa laktasi, asuhan kebidanan masa nifas, deteksi dini, komplikasi dan penyulit masa nifas, tatalaksana awal kegawatdaruratan pada masa nifas dan rujukan.
 - 5) Pelayanan Keluarga Berencana: pelayanan KB masa sebelum hamil, pelayanan KB pasca persalinan, pelayanan KB pasca keguguran, pelayanan KB masa nifas, pelayanan KB masa antara
- c) Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 tahun 2017 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan
- 1) Pasal 18, dalam penyelenggaraan praktik kebidanan bidan memiliki kewenangan untuk memberikan pelayanan kesehatan

ibu, pelayanan kesehatan anak, dan pelayanan keluarga berencana.

- 2) Pasal 19, pelayanan kesehatan ibu diberikan pada masa hamil, masa persalinan, masa nifas, dan masa menyusui. Pelayanan kesehatan ibu meliputi antenatal pada kehamilan normal, persalinan normal, ibu nifas normal, dan ibu menyusui. Dalam memberikan pelayanan bidan berwenang melakukan episiotomi, pertolongan persalinan normal, penjahitan luka jalan lahir tingkat I dan II, pemberian tablet tambah darah pada ibu hamil, pemberian vitamin A dosis tinggi pada ibu nifas, fasilitasi/bimbingan inisiasi menyusui dini dan promosi air susu ibu eksklusif, pemberian uterotonika pada manajemen aktif kala tiga dan postpartum, penyuluhan dan konseling.
- 3) Pasal 20, pelayanan kesehatan anak diberikan pada bayi baru lahir. Dalam memberikan pelayanan bidan berwenang melakukan pelayanan neonatal esensial, konseling dan penyuluhan. Pelayanan neonatal esensial meliputi IMD, pemotongan dan perawatan tali pusat, pemberian suntikan vitamin K1, pemberian imunisasi Hb0, pemeriksaan fisik bayi baru lahir, dan pemantauan tanda bahaya. Konseling dan penyuluhan meliputi pemberian KIE kepada ibu dan keluarga tentang perawatan bayi baru lahir, pelayanan kesehatan, imunisasi, gizi seimbang, dan tumbuh kembang.
- 4) Pasal 21, dalam memberikan pelayanan keluarga berencana bidan berwenang memberikan penyuluhan dan konseling keluarga berencana dan pelayanan kontrasepsi oral, kondom, dan suntikan.⁵⁵

BAB III

PEMBAHASAN

A. Asuhan Kebidanan Kehamilan

1. Pengkajian

Asuhan kebidanan berkesinambungan yang diberikan pada Ny. W dimulai pada tanggal 13 Januari 2024 di PMB Rohani Widiyanti. Pada pengkajian data dan anamnesa, Ny. W mengatakan ingin periksa hamil sesuai jadwal dan mengeluh sering buang air kecil. Sering buang air kecil pada ibu hamil trimester 3 merupakan hal yang normal terjadi. Menurut teori yang dikemukakan oleh Megasari, keluhan sering buang air kecil merupakan ketidaknyamanan yang normal terjadi pada ibu hamil trimester 3, hal ini terjadi karena bertambahnya usia kandungan sehingga dengan membesarnya ukuran rahim karena pertumbuhan janin akan memberikan tekanan pada kandung kemih dan kandung kemih akan tertekan oleh kepala janin yang mulai masuk ke rongga panggul.⁵⁶ Ketidaknyamanan yang biasa terjadi pada ibu hamil trimester III (pada umur kehamilan 28 minggu hingga 40 minggu) antara lain nyeri punggung, susah bernafas, kram atau pembengkakan pada kaki, cemas, sering buang air kecil dan ketidaknyamanan lainnya.⁵⁷

Berdasarkan riwayat menstruasi, Ny W mendapatkan menstruasi pertama saat usia 12 tahun, siklus menstruasi 28-30 hari, lamanya 7 hari, ganti pembalut 2-3 kali dalam sehari. Ny W tidak mengalami keputihan maupun dismenorea. Ny W mengatakan ini merupakan kehamilan kedua dan tidak pernah abortus. Persalinan pertama secara spontan dengan bidan dan tidak ada komplikasi dari ibu maupun bayi. Ny W mengatakan usia anak terakhir yaitu 3 tahun 8 bulan. Selama kehamilan Ny W melakukan *Antenatal care (ANC)* 10 kali termasuk ANC terpadu dan melakukan pemeriksaan ke SpOG sebanyak 4 kali. *Antenatal care* adalah pelayanan kesehatan oleh tenaga profesional untuk ibu hamil selama masa kehamilan yang dilaksanakan sesuai dengan standar pelayanan antenatal yang ditetapkan. Pemeriksaan ANC Ny W sudah memenuhi standar pelayanan pemeriksaan *Antenatal Care* terbaru menurut Kemenkes RI (2020) yaitu minimal 6 kali pemeriksaan selama kehamilan, dan

minimal 2 kali pemeriksaan oleh dokter pada trimester I dan 3. 3 kali pada trimester pertama (kehamilan hingga 12 minggu), 3 kali pada trimester kedua (kehamilan diatas 12 minggu sampai 26 minggu), 4 kali pada trimester ketiga (kehamilan diatas 24 minggu sampai 40 minggu).⁵⁸

Berdasarkan pengkajian data objektif, keadaan umum ibu baik, TD: 130/80 mmHg, nadi: 89 x/menit, respirasi: 21 x/menit, dan suhu: 36,5°C. BB: 64 kg, BB sebelum hamil: 53 kg, TB: 153 cm, IMT: 22,6 kg/m² dan LiLA: 26 cm. Kenaikan berat badan ibu selama hamil yaitu 11 kg. Hasil pemeriksaan pemeriksaan fisik dalam batas normal dan leopold TFU: 31 cm, punggung kiri, presentasi kepala, kepala sudah masuk panggul, dan DJJ: 140 x/menit. TBJ: $(31-11) \times 155 = 3100$ gr. Hasil pemeriksaan penunjang kolaborasi dengan laboratorium (15/06/2023, ANC terpadu di Puskesmas) didapatkan hasil Hb: 13,3 gr/dL, golongan darah/rhesus: AB/+, GDS: 92 mg/dL, HbsAg: Negatif (-), HIV: Non Reaktif, dan Siphilis: Negatif (-). Hasil laboratorium kunjungan terakhir di Puskesmas (20/11/2023) Hb: 11 gr/dL, Protein: Negatif (-).

Pada tanggal 20 Januari 2024 pukul 15.30 WIB dilakukan kunjungan rumah ke-2. Hasil anamnesa, ibu mengatakan nyeri perut bawah dan kenceng-kenceng tetapi masih jarang. Kenceng-kenceng yang dialami Ny W disebut kontraksi palsu. Beberapa ibu hamil mengalami kontraksi palsu pada kehamilan trimester 3 atau biasanya disebut sebagai *Braxton Hicks*. Persalinan palsu sangat erat kaitannya dengan kontraksi *braxton hicks* pada kehamilan aterm.⁹ Nyeri ligamentum, torsi uterus yang parah dan adanya kontraksi *Braxton Hicks* juga memengaruhi keluhan ibu terkait dengan nyeri pada perut bagian bawah.⁵⁹

Ibu sudah mengonsumsi rutin tablet tambah darah dan kalsium yang telah diberikan dan mengatakan sudah minum air putih banyak, tidak menahan BAK dan sudah mempraktikkan *personal hygiene* yang benar. Hasil pemeriksaan KU baik, kesadaran composmentis, TD 130/80 mmHg, nadi 88 kali/menit, suhu badan 36,5 °C, wajah tidak pucat, konjungtiva tidak anemis dan pemeriksaan abdomen TFU 31 cm, fundus teraba bokong, punggung kanan,

presentasi kepala, belum masuk panggul, DJJ 133 x/menit, terdapat striae gravidarum.

2. Analisa

Berdasarkan data subjektif dan data objektif yang diperoleh dapat ditegaskan diagnosa pada kunjungan ANC I Ny. W usia 23 tahun G2P1A0AH1 usia kehamilan 38 minggu, janin tunggal hidup, presentasi kepala dengan ketidaknyamanan sering buang air kecil. Kunjungan ANC ke-2 Ny. W usia 23 tahun G2P1A0AH1 usia kehamilan 39 minggu, janin tunggal hidup, presentasi kepala dengan *braxton hicks*.

3. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan yang diberikan pada Ny. W yaitu memberitahu ibu bahwa kondisi ibu dan bayi dalam keadaan baik. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan kepada pasien bertujuan untuk mengurangi rasa khawatir pasien terhadap keluhannya. Informasi harus diberitahukan kepada pasien karena berkaitan dengan psikologis pasien dalam menanggapi kesehatannya sehingga dengan adanya informasi yang baik maka pasien merasa lega dan kooperatif dalam setiap tindakan.⁶⁰

Memberikan penjelasan kepada ibu bahwa keluhan sering buang air kecil yang ibu rasakan merupakan hal yang normal yang biasa dirasakan oleh ibu hamil trimester 3, hal ini disebabkan oleh kepala janin yang mulai masuk ke rongga panggul menekan kandung kemih. Berdasarkan teori, upayakan untuk mengatasi ketidaknyamanan sering BAK diantaranya, kosongkan kandung kencing pada saat terasa ingin BAK. Perbanyak minum pada siang hari untuk menjaga keseimbangan hidrasi. Apabila BAK pada malam hari tidak mengganggu tidur maka tidak dianjurkan mengurangi minum di malam hari. membatasi minum yang mengandung diuretik seperti teh, kopi, cola dengan kafein. Saat tidur posisi berbaring miring ke kiri dengan kaki ditinggikan lebih baik. Ibu hamil harus secara rutin membersihkan dan mengeringkan alat kelamin setiap selesai BAK untuk mencegah infeksi saluran kemih.⁶¹

Memberikan KIE tentang gizi seimbang, istirahat yang cukup, personal hygiene. Menjelaskan kepada ibu tentang tanda bahaya kehamilan seperti

pendarahan pervaginam, nyeri perut yang hebat, sakit kepala yang hebat, pandangan kabur, nyeri ulu hati, gerakan janin berkurang dari biasanya, oedema pada ekstrimitas dan wajah dan beritahu ibu jika mengalami hal tersebut untuk segera datang ke fasilitas kesehatan terdekat.

Tanggal 20 Januari 2024 ibu merasakan kenceng-kenceng tapi masih jarang dan nyeri perut bawah. Kenceng-kenceng yang ibu alami disebut kontraksi palsu. Beberapa ibu hamil mengalami kontraksi palsu pada kehamilan trimester 3 atau biasanya disebut sebagai *Braxton Hicks*.⁹ Nyeri ligamentum, torsi uterus yang parah dan adanya kontraksi Braxton Hicks juga memengaruhi keluhan ibu terkait dengan nyeri pada perut bagian bawah. Torsi uterus yang parah biasanya dapat diatasi dengan tirah baring, menganjurkan ibu untuk menghindari berdiri secara tiba-tiba dari posisi jongkok, mengubah posisi ibu agar uterus yang mengalami torsi dapat kembali ke keadaannya semula tanpa harus diberikan manipulasi. Hasil anamnesa menunjukkan bahwa ibu merasakan nyeri perut bagian bawah, sehingga tidak terdapat kesenjangan.⁵⁹

Menjelaskan tanda-tanda inpartu kepada ibu, diskusikan pada ibu tentang persiapan persalinan dan kelahiran seperti tempat persalinan, penolong persalinan, biaya persalinan, dan perlengkapan ibu dan bayi, pendamping persalinan, kendaraan, biaya, dokumen, pendonor darah, baju ibu dan janin serta menganjurkan ibu untuk mulai mendiskusikan dengan suami terkait penggunaan metode kontrasepsi setelah lahiran.

B. Asuhan Kebidanan Persalinan dan BBL

1. Pengkajian

Ibu mengatakan datang ke PMB Rohani Widiyanti pada 22 Januari 2024 pukul 16.00 WIB dengan keluhan sudah merasakan kenceng-kenceng lebih dari 2 kali dalam 10 menit sejak pukul 11.00 WIB dan sudah keluar lendir bercampur darah sejak pukul 15.30 WIB. Ibu mengatakan tidak ada air-air keluar dari jalan lahir. Hal-hal yang dialami ibu tersebut merupakan tanda-tanda terjadinya persalinan. Hal ini sesuai dengan tanda mulai persalinan yaitu keluar lendir bercampur darah dan kekuatan his makin sering terjadi dan teratur

dengan jarak kontraksi yang semakin pendek. Pendataran dan pembukaan, lendir dari kanalis servikalis keluar disertai dengan sedikit darah. Pengeluaran plak inilah yang dimaksud sebagai *bloody show*. *Bloody show* paling sering terlihat sebagai lendir bercampur darah yang lengket dan harus dibedakan dengan cermat dari perdarahan murni. *Bloody show* merupakan tanda persalinan yang akan terjadi, biasanya dalam 24 sampai 48 jam.⁶²

Hasil pemeriksaan ibu memasuki persalinan dengan pembukaan mulut rahim 3 cm. Ibu sudah memasuki proses persalinan kala I fase laten. Ny W diminta untuk rawat inap di PMB untuk dilakukan observasi persalinan meliputi observasi *vital sign*, pembukaan tiap 4 jam, his, dan DJJ. Tanda dimulainya persalinan menimbulkan perubahan pada serviks berupa perlunakan dan pembukaan. Pembukaan serviks 3 cm termasuk dalam persalinan fase laten. Fase laten dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap. Fase laten berlangsung hingga serviks membuka <4cm dan berlangsung hampir atau hingga 8 jam.¹⁸

Pukul 20.00 WIB Ny W dilakukan pemeriksaan dalam, hasilnya pembukaan 7 cm dimana ibu sudah memasuki persalinan kala I fase aktif. Fase aktif berlangsung dimulai sejak pembukaan 4 cm, kontraksi akan menyebabkan penipisan dan pembukaan secara bertahap sampai pembukaan 10 cm.⁶³ Pukul 23.00 WIB Ny W mengatakan perut terasa semakin kencang dan merasa ingin mengejan seperti BAB, keluar air-air dari jalan lahir berwarna jernih. Ibu dilakukan pemeriksaan dalam, hasilnya vulva uretra tenang, portio tidak teraba, pembukaan 10 cm, selaput ketuban (-), preskep, kepala turun Hodge III, moulase 0, UUK jam 12, STLD (+), Air Ketuban jernih (+). KU ibu baik, kesadaran composmentis, TD : 119/77 mmHg, S : 36,5°C, N : 85 kali/menit, R : 22 kali/menit.

2. Analisa

Berdasarkan pengkajian data dapat ditegakkan diagnosis bahwa Ny. W usia 23 tahun P2A0AH2 dengan persalinan normal.

3. Penatalaksanaan

Memberitahu ibu dan suami hasil pemeriksaan bahwa pembukaan mulut rahim sudah lengkap. Ibu dipimpin untuk meneran pukul 23.01 WIB. Dari data diatas dapat disimpulkan bahwa Ny. W dalam persalinan kala 2. Persalinan kala dua dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap atau 10 cm dan berakhir dengan lahirnya bayi. Adapun yang menjadi tanda dan gejala kala II yaitu, ibu merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi, ibu merasakan adanya peningkatan tekanan pada rectum atau vaginanya, perineum menonjol, vulva-vagina dan sfingter ani membuka, dan meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah.

Bayi lahir spontan, menangis kuat dan gerak aktif pada tanggal 22 Januari 2024 pukul 23.25 WIB, berjenis kelamin perempuan. Berat lahir 3.100 gram, panjang badan 48 cm, dan lingkar kepala 33 cm. Ibu mengatakan setelah lahir, dilakukan IMD karena ibu dan bayi tidak ada masalah.⁶⁴ Menurut Kemenkes RI (2015) IMD adalah proses bayi menyusu segera setelah dilahirkan dimana bayi dibiarkan menyusu sendiri tanpa dibantu orang lain. Setelah bayi lahir dan tali pusat dipotong, segera letakkan bayi tengkurap di dada ibu, kulit bayi kontak dengan kulit ibu untuk melaksanakan proses IMD selama 1 jam. Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan IMD dalam waktu 60-90 menit, menyusu pertama biasanya berlangsung pada menit ke- 45-60 dan berlangsung selama 10-20 menit dan bayi cukup menyusu dari satu payudara. Adanya inisiasi menyusu dini memungkinkan bayi mendapat kolostrum pertama. Pemberian kolostrum yaitu ASI yang keluar pada minggu pertama sangat penting karena kolostrum mengandung zat kekebalan dan menjadi makanan bayi yang utama.⁶⁵

Setelah bayi lahir, Ny. W dilakukan manajemen aktif kala 3. Kala tiga juga disebut sebagai kala uri, yang biasanya berlangsung antara 5-15 menit. Lama kala III lebih singkat, jumlah perdarahan berkurang sehingga dapat mencegah perdarahan postpartum. Hal ini karena dilakukan manajemen aktif kala III sesuai dengan teori yaitu pemberian oksitosin segera mungkin, melakukan penegangan tali pusat terkendali (PTT), rangsangan taktil pada dinding uterus. Pemberian suntikan oksitosin pada Ny W dilakukan dalam 1

menit pertama setelah bayi lahir. Pada pukul 23.30 WIB plasenta lahir lengkap, kala 3 berlangsung selama 5 menit dan dilakukan massase pada fundus uteri dengan hasil kontraksi keras. Hal tersebut sesuai dengan teori dari Pusdik SDM Kesehatan (2016) bahwa manajemen aktif kala III meliputi pemberian oksitosin dengan segera, pengendalian tarikan pada tali pusat, dan pemijatan uterus segera setelah plasenta lahir.⁶²

Ny W tidak mengalami ruptur perineum. Selanjutnya dilakukan pemantauan kala 4 meliputi tekanan darah, nadi, suhu, tinggi fundus uteri, perdarahan dan kandung kemih. Selama kala 4, kondisi ibu harus dipantau setiap 15 menit pada jam pertama setelah plasenta lahir, dan setiap 30 menit pada jam kedua setelah persalinan.⁶⁶ Dari hasil pengkajian, proses persalinan Ny. W berjalan dengan lancar dan tidak ditemukan adanya masalah, komplikasi, maupun kegawatdaruratan bagi ibu dan janin.

C. Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui

1. Pengkajian

Post partum 7 jam Ny. W mengatakan ASI sudah keluar dan masih merasa lelah setelah persalinan. Ibu sudah BAK tetapi belum BAB karena masih takut. Ibu sudah meminum terapi obat yang diberikan. Ibu mengatakan darah nifas yang keluar hari berwarna merah kehitaman. Darah yang keluar 1-4 hari postpartum disebut lokhea rubra. Selama masa nifas, ibu akan mengeluarkan lochea. Lokhea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas yang berasal dari campuran antara darah dan desidua, biasanya berwarna merah muda atau putih pucat, memiliki bau amis meskipun tidak terlalu menyengat dan volumenya berbeda-beda pada setiap wanita. Cairan yang keluar berwarna merah karena terisi darah segar, jaringan sisa-sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, lanugo (rambut bayi), dan mekonium.⁶⁷

Pada tanggal 29 Januari 2024 dilakukan kunjungan rumah. Ny. W mengatakan produksi ASI keluar lancar, puting susu sebelah kiri lecet. Ny w memberikan ASI tiap 2 jam sekali atau *on demand*. Pemenuhan nutrisi ibu makan 3 kali/ hari dengan nasi, sayur, lauk dan buah, cemilan. Minum 8 gelas/hari dengan air putih. Ibu sudah melakukan aktivitas sehari-hari dan tidak

ada keluhan. BAB 1 kali/hari dan BAK 4-5 kali/ hari serta tidak ada keluhan. Pada malam hari ibu tidur selama 4 jam dan siang hari 1 jam (kadang-kadang).

Berdasarkan hasil pemeriksaan keadaan umum ibu baik, kesadaran *compos mentis*, TD 120/70, mmHg, Nadi 85 x/menit, Respirasi 21x/menit, Suhu 36,5°C. Hasil pemeriksaan fisik : tidak ada pembengkakan pada wajah, sklera mata putih, konjungtiva merah muda, payudara tidak ada kemerahan, tidak ada pembengkakan, tidak ada bendungan ASI, pemeriksaan abdomen, TFU pertengahan antara pusat dan simpisis, kontraksi baik. Pengeluaran darah merah campur putih kecoklatan (*lochea sanguinolenta*) dalam batas normal, tidak berbau busuk, tidak ada tanda-tanda infeksi. ASI lancar, terdapat lecet pada puting susu sebelah kiri. Saat dievaluasi, ibu kurang tepat cara menyusuinya. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian dari Pratiwi dan Apidianti (2020) bahwa ada hubungan antara teknik menyusui dengan kejadian puting susu lecet pada ibu nifas primipara di Kelurahan Kangenan Kecamatan Pamekasan Kabupaten Pamekasan. Teknik menyusui yang dilakukan oleh ibu nifas merupakan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi terjadinya puting susu lecet, karena bagaimanapun juga perilaku positif (seperti teknik menyusui yang benar) yang dilakukan oleh seseorang akan memiliki dampak positif pula terhadap kondisi orang tersebut, sehingga sangat dianjurkan pada setiap ibu nifas untuk melakukan teknik menyusui secara benar.⁶⁸

Analisa berdasarkan hasil pemeriksaan yaitu Ny. w usia 23 tahun P2A0AH2 postpartum hari ke-7 normal dengan puting lecet. Kemudian saat dilakukan kunjungan nifas ketiga, ibu mengatakan sudah beraktivitas seperti biasa. ASI keluar lancar, tidak ada bendungan ASI, tidak ada pembengkakan, puting sudah tidak lecet, tidak ada keluhan. Perdarahan nifas berwarna merah kekuningan, *lokhea serosa*. Dari hasil pemeriksaan, ibu dalam keadaan baik tidak ada tanda-tanda infeksi.

2. Analisa

Berdasarkan pengkajian data diperoleh diagnosa Ny. W usia 23 tahun P2A0AH2 post partum hari ke-7 normal dengan masalah puting lecet. Dan postpartum hari ke-14 normal.

3. Penatalaksanaan

Memberitahu hasil pemeriksaan bahwa ibu dalam kondisi baik tetapi ada masalah puting lecet yang terjadi karena teknik menyusui yang kurang tepat. Penelitian yang dilakukan oleh Endang dalam Amalia dkk (2020) bahwa beberapa hal yang perlu dilakukan pada saat perawatan puting susu lecet selama puting susu lecet puting susu di istirahatkan, sebaiknya ASI tetap dikeluarkan dengan tangan, dan tidak dianjurkan dengan pompa karena dapat menyebabkan nyeri atau bayi disusukan terlebih dahulu pada puting susu yang tidak lecet atau yang lecetnya hanya sedikit. Jangan memberikan obat lain seperti krim, salep dan lain-lain saat membersihkan payudara yang sakit, puting susu yang sakit dapat diistirahatkan untuk sementara waktu kurang lebih 1x24 jam, dan biasanya sembuh sendiri dalam waktu 2x24 jam. Sedangkan dalam penelitian Pratiwi (2020) Ibu nifas dengan puting lecet dianjurkan menghindari penggunaan sabun, alkohol, dan zat iritan lainnya. Membersihkan puting susu, sebaiknya setiap kali habis menyusui, bekas ASI tidak perlu dibersihkan, atau keluarkan sedikit ASI untuk dioleskan ke puting, dianginkan-anginkan sebentar agar kering dengan sendirinya sebelum memakai bra. Karena bekas ASI berfungsi sebagai pelembut puting dan sekaligus sebagai anti infeksi.⁶⁸

D. Asuhan Kebidanan Neonatus

1. Pengkajian

Bayi Ny. W lahir spontan diusia kehamilan 39⁺² minggu pada tanggal 22 Januari 2024 pukul 23.25 WIB. Bayi lahir cukup bulan dan menangis kuat, bayi berada dalam kondisi normal. Berdasarkan klasifikasi bayi baru lahir menurut masa gestasinya, bayi Ny. W termasuk dalam klasifikasi cukup bulan (37-42 minggu). Setelah lahir, bayi Ny W dilakukan IMD karena ibu dan bayi tidak ada masalah selama kurang lebih 1 jam. Menurut Kemenkes RI (2015) IMD adalah proses bayi menyusu segera setelah dilahirkan dimana bayi dibiarkan menyusu sendiri tanpa dibantu orang lain. Setelah bayi lahir dan tali pusat dipotong, segera letakkan bayi tengkurap di dada ibu, kulit bayi kontak dengan kulit ibu untuk melaksanakan proses IMD selama 1 jam. Sebagian

besar bayi akan berhasil melakukan IMD dalam waktu 60-90 menit, menyusui pertama biasanya berlangsung pada menit ke- 45-60 dan berlangsung selama 10-20 menit dan bayi cukup menyusui dari satu payudara. Adanya inisiasi menyusui dini memungkinkan bayi mendapat kolostrum pertama. Pemberian kolostrum yaitu ASI yang keluar pada minggu pertama sangat penting karena kolostrum mengandung zat kekebalan dan menjadi makanan bayi yang utama.⁶⁵

Pukul 00.25 WIB dilakukan pemeriksaan pada bayi baru lahir 1 jam. Bayi Ny W dilakukan pemberian salep mata pada mata kanan dan mata kiri, bayi diberi injeksi vitamin K 1 mg secara IM pada paha kiri serta imunisasi Hb 0 pada paha kanan bayi pukul 01.25 WIB. Salep mata diberikan dengan tujuan agar bayi terhindar dari infeksi mata atau neonatal conjunctivitis. Salep mata ini diberikan 1 jam setelah bayi lahir. Penyuntikan vitamin K1 (Phytomenadione) 1 mg dilakukan secara intramuskuler di paha kiri. Tujuan penyuntikan vitamin K1 ini adalah untuk mencegah perdarahan BBL akibat defisiensi vitamin yang dapat dialami oleh sebagian bayi baru lahir. Pemberian vitamin K sebagai profilaksis melawan *hemorrhagic disease of the newborn*. Pemeriksaan fisik bayi menunjukkan bayi dalam keadaan normal, tidak diare, tidak ikterus, tidak ada kelainan maupun kecacatan. Tujuan utama perawatan bayi segera sesudah lahir adalah penilaian awal untuk memutuskan resusitasi pada bayi, Pemotongan dan pengikatan tali pusat, IMD, mempertahankan suhu tubuh bayi, pemberian salep mata, injeksi Vit K, Injeksi imunisasi Hb0, dan pemeriksaan bayi.^{69,70}

Bayi dilakukan pemeriksaan antropometri, hasil menunjukkan berat lahir 3100 gram, panjang badan 48 cm, dan lingkar kepala 33 cm. Bayi Ny. w berjenis kelamin perempuan. Berdasarkan klasifikasi berat badan lahir bayi, By. Ny. w tergolong dalam berat lahir cukup (2500-4000 gram) karena berat lahir By. Ny. w 3100 gram. Bayi baru lahir normal mempunyai ciri-ciri berat badan lahir 2500- 4000 gram, umur kehamilan 37-40 minggu, bayi segera menangis, bergerak aktif, kulit kemerahan, menghisap ASI dengan baik, dan tidak ada cacat bawaan. Bayi baru lahir normal memiliki panjang badan 48-52

cm, lingkaran dada 30-38 cm, lingkaran lengan 11-12 cm, frekuensi denyut jantung 120-160 x/menit, pernapasan 40-60 x/menit, lanugo tidak terlihat dan rambut kepala tumbuh sempurna.

Pada tanggal 23 Januari 2024 pukul 06.30 dilakukan pengkajian dan pemeriksaan bayi baru lahir 7 jam. Kondisi bayi baik dan sehat, bayi sudah dapat menyusu dengan baik. Pemeriksaan fisik bayi menunjukkan bayi dalam keadaan normal, tidak ada kelainan maupun kecacatan. Berdasarkan klasifikasi tersebut maka By Ny. w tergolong dalam bayi baru lahir normal.

Tanggal 29 Januari 2024 dilakukan kunjungan neonatal ke-2 (KN2) yaitu bayi umur 7 hari. Kunjungan neonatal adalah pelayanan kesehatan kepada neonatus sedikitnya 3 kali yaitu Kunjungan neonatal I (KN1) pada 6 jam sampai dengan 48 jam setelah lahir, Kunjungan neonatal II (KN2) pada hari ke 3 s/d 7 hari, dan Kunjungan neonatal III (KN3) pada hari ke 8-28 hari. Berdasarkan hasil pengkajian dari kunjungan rumah, didapatkan bayi dalam keadaan sehat.

Pada tanggal 5 Februari 2024 dilakukan kunjungan neonatal ke-3 (KN3). Tidak dilakukan pengukuran berat badan dan panjang badan. Pada pemeriksaan fisik tonus otot aktif, kepala normal wajah simetris tidak ikterik, Sklera tidak ikterik, tidak ada tanda-tanda infeksi, hidung simetris, tidak ada pernapasan cuping hidung, mulut normal, tidak ada labiopallatoskisis, leher tidak ada pembengkakan kelenjar tyroid, tidak ada hambatan saat menoleh, dada normal, tidak ada retraksi, tidak ada tarikan dinding dada ke dalam, Abdomen simetris, tidak ada pembengkakan, tali pusar sudah lepas dan kering, tidak ada tanda-tanda infeksi, punggung tidak ada spina bifida, ekstremitas normal, jumlah jari lengkap, tidak ikterik, lubang anus (+), BAB (+), BAK (+). Relek mengisap dan menelan bayi baik, refleks moro aktif, refleks menggenggam sudah baik jika dikagetkan, bayi akan memperlihatkan gerakan seperti memeluk (refleks moro).

2. Analisa

Berdasarkan pengkajian data dapat ditegaskan diagnosis By. Ny. W lahir cukup bulan sesuai masa kehamilan normal.

Berdasarkan pengkajian data KN 2 dapat ditegakkan diagnosis By. Ny. W usia 7 hari cukup bulan sesuai masa kehamilan normal. Dan KN3 By. Ny. W usia 14 hari lahir cukup bulan sesuai masa kehamilan normal.

3. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan yang dilakukan pada By. Ny. W adalah melakukan penilaian awal pada bayi yaitu bayi lahir cukup bulan, air ketuban jernih, lahir menangis, warna kulit kemerahan. Memberikan salep mata pada kedua mata bayi berguna untuk mencegah infeksi pada mata bayi. Melakukan penyuntikan Vit K 1 mg di paha kiri secara IM yang berguna untuk mencegah perdarahan. Semua bayi baru lahir harus diberi penyuntikan vitamin K1 (*Phytomenadione*) 1 mg intramuskuler di paha kiri, untuk mencegah perdarahan BBL akibat defisiensi vitamin yang dapat dialami oleh sebagian bayi baru lahir. Melakukan pemeriksaan antropometri BB 3100 gram PB 48 cm, LK 33 cm. Melakukan penyuntikan Hb 0 di paha kanan secara IM yang berguna untuk penyakit hepatitis B. Imunisasi Hepatitis B diberikan 1-2 jam di paha kanan setelah penyuntikan vitamin K1 yang bertujuan untuk mencegah penularan Hepatitis B melalui jalur ibu ke bayi yang dapat menimbulkan kerusakan hati.⁷¹ Selanjutnya bayi dilakukan perawatan bayi baru lahir normal.

E. Keluarga Berencana (KB)

1. Pengkajian

Berdasarkan pengkajian KB Ny. W tanggal 13 januari 2024 pada awal kunjungan rumah, telah dilakukan konseling P4K, salah satu dari konseling P4K adalah perencanaan KB pasca persalinan. Pada kunjungan nifas kedua 2 dilakukan konseling kembali tentang macam-macam KB yang diperbolehkan untuk ibu menyusui serta efek samping, keuntungan dan kerugiannya. Ibu dan suami sepakat memilih KB suntik 3 bulanan. Metode kontrasepsi hormonal suntik DMPA merupakan jenis KB suntik yang diberikan melalui suntikan intramuskular setiap 3 bulan (12 minggu).⁷²

Pemakaian KB suntik 3 bulanan dilakukan setelah masa nifas dimana Ny. W tidak memiliki kontra indikasi sebagai KB tersebut. Menurut Nurl

(2019) indikasi pemakaian kontrasepsi suntik antara lain jika klien menghendaki pemakaian kontrasepsi jangka panjang, atau klien telah mempunyai cukup anak sesuai harapan, tetapi saat ini belum siap. Kontrasepsi ini juga cocok untuk klien yang tidak menghendaki penggunaan kontrasepsi setiap hari atau saat melakukan sanggama, atau klien yang memiliki kontraindikasi terhadap pemakaian estrogen, dan klien yang sedang menyusui. Klien yang mendekati masa menopause, atau sedang menunggu proses sterilisasi jugak cocok menggunakan kontrasepsi suntik.⁵³

2. Analisa

Berdasarkan pengkajian data, dapat ditegakkan diagnosis Ny. W usia 23 tahun P2A0AH2 akseptor baru KB suntik progestin.

3. Penatalaksanaan

Memberitahu hasil pemeriksaan kepada ibu bahwa saat ini keadaan ibu baik. Menjelaskan kembali kepada ibu tentang definisi, keuntungan dan kerugian KB suntik 3 bulanan (suntik progestin).

Keuntungan metode suntik tribulan yaitu memiliki efektivitas tinggi, sederhana pemakaiannya, reversible (kesuburan dapat kembali), cocok untuk ibu yang menyusui anak. Sedangkan kerugian yang ditimbulkan dapat terjadi perdarahan yang tidak teratur, spotting break-trough bleeding, amenore, berat badan bertambah 2,3 kg pada tahun pertama dan meningkat 7,5 kg selama enam tahun, mungkin ada sedikit peninggian dari kadar insulin dan penurunan HDL kolesterol.⁵³

BAB IV

PENUTUP

A. Kesimpulan

1. Mahasiswa sudah mampu melakukan pengkajian data secara subjektif dan objektif pada Ny. W. Berdasarkan pengkajian data subjektif dan objektif Ny. W usia 34 tahun G2P1A0AH1 usia kehamilan 39 minggu dengan ketidaknyamanan sering buang air kecil. Persalinan Ny.W secara spontan normal. Nifas hari ke-7 dengan puting lecet, dan Ny.W merupakan akseptor baru KB suntik 3 progestin. BBL cukup bulan, sesuai masa kehamilan, spontan, sehat.
2. Mahasiswa sudah mampu menentukan diagnosa, masalah, dan kebutuhan berdasarkan data subjektif dan objektif pada Ny. W. Setelah mengkaji data subjektif dan objektif didapatkan diagnosa kehamilan yaitu Ny. W usia 23 tahun G2P1A0AH1 usia kehamilan 39 minggu dengan ketidaknyamanan sering buang air kecil. Diagnosa persalinan yaitu Ny. W G2P1A0AH1 dengan persalinan normal. Diagnosa nifas yaitu Ny. W P2A0AH2 post partum spontan hari ke-7 dengan puting lecet. Diagnosa KB yaitu Ny. W P2A0AH2 akseptor baru KB Suntik progestin. Diagnosa BBL yaitu By.Ny. W usia 1 jam, 7 hari, 14 hari cukup bulan, sesuai masa kehamilan, spontan, sehat.
3. Mahasiswa sudah dapat menentukan diagnosa potensial dan masalah potensial, berdasarkan hasil pengkajian data pada kehamilan Ny. W usia 23 tahun G2P1A0AH1 usia kehamilan 38 minggu dengan ketidaknyamanan buang air kecil, ditemukan diagnosa potensial infeksi saluran kencing (ISK). Diagnosa nifas yaitu Ny. W P2A0AH2 post partum spontan hari ke-7 dengan puting lecet, ditemukan diagnosa potensial bendungan ASI. Tidak ditemukan diagnose dan masalah potensial pada persalinan, BBL dan KB.
4. Mahasiswa sudah dapat melakukan penyusunan rencana asuhan kebidanan berdasarkan analisa kebidanan, diagnosa kebidanan, diagnosa potensial, dan masalah kebidanan yang telah ditetapkan pada kasus Ny. W usia 23 tahun G2P1A0AH1 usia kehamilan 38 minggu dengan kehamilan normal. Pada kasus

Ny. W, perencanaan yang dilakukan meliputi pemantauan dan pendampingan ibu pada kehamilan, persalinan, BBL, nifas dan KB.

5. Mahasiswa sudah dapat melakukan asuhan kebidanan berdasarkan rencana asuhan yang telah disusun. Pada kasus Ny. W asuhan kebidanan yang diberikan sesuai dengan perencanaan yang telah dibuat.
6. Mahasiswa dapat melakukan evaluasi berdasarkan penatalaksanaan yang telah dilakukan. Evaluasi dari penatalaksanaan yang telah dilakukan pada Ny. W yaitu melakukan anjuran yang telah diberikan oleh bidan tidak menahan BAK dan minum air putih banyak agar tidak menjadi ISK. Ibu juga dapat menyusui bayinya dengan baik sehingga puting lecet dapat teratasi.
7. Mahasiswa sudah dapat melakukan dokumentasi kasus Ny. W usia 23 tahun G2P1A0AH1 usia kehamilan 39 minggu dengan kehamilan normal menggunakan metode SOAP.

B. Saran

1. Bagi Mahasiswa Profesi Bidan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta
Diharapkan dapat meningkatkan pendampingan dalam memberikan asuhan kebidanan berkesinambungan pada ibu hamil, bersalin, nifas, BBL, dan KB sehingga pasien dapat terlayani secara berkesinambungan dan cakupan pelayanan KIA dan KB di fasilitas kesehatan meningkat.
2. Bagi Bidan PMB Rohani Widiyanti
Bidan diharapkan dapat meningkatkan kualitas pelayanan secara komprehensif dan berkesinambungan pada ibu hamil, bersalin, nifas, BBL, dan KB dengan melakukan kunjungan rumah atau pendampingan dengan chat *whatsapp*.
3. Bagi Pasien
Pasien dan keluarga akan mendapat informasi tentang kesehatan dan tanda bahaya pada kehamilan, persalinan, nifas, BBL, KB dan pelayanan secara *Continuity of Care* yang sesuai dengan standar pelayanan kebidanan.

DAFTAR PUSTAKA

1. Kementerian Kesehatan RI. Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2019. 2020.
2. Bappeda Yogyakarta. Jumlah Kematian Ibu dan Bayi di DIY [Internet]. 2023 [cited 2024 Feb 19]. Available from: https://bappeda.jogjaprovo.go.id/dataku/data_dasar/cetak/308-pertumbuhan-penduduk
3. Dinas Kesehatan Kabupaten Bantul. Profil Kesehatan Kabupaten Bantul 2022. 2023.
4. Yulita N, Juwita S. Analisis Pelaksanaan Asuhan Kebidanan Komprehensif (Continue of Care/COC) Di Kota Pekanbaru. *Journal Of Midwifery Science* P-ISSN. 2019;3(2):2549–2543.
5. Putri VR, Rahmiati L, Andrianie K. Gambaran Kebiasaan Ibu Hamil dalam Mengatasi Ketidaknyamanan Selama Kehamilan di RSUD R. Syamsudin, SH. *Jurnal Sehat Masada*. 2018;XII(1):31–40.
6. Asturi S, Susanti AI, Rani N, Ariyanti M. Asuhan Ibu dalam masa kehamilan. In *Erlangga Medical Series*. Jakarta: Erlangga; 2017.
7. Wahyuningsih HP, Tyastuti S. Asuhan Kebidanan Kehamilan. Kemenkes RI. <http://marefateadyan.nashriyat.ir/node/150>. In 2016.
8. Sutanto AV, Yuni F. Asuhan pada Kehamilan. Yogyakarta: Pustaka Baru Press; 2017.
9. Saifudidn Abdul Bari. Ilmu Kebidanan Sarwono Prawirohardjo. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo; 2014.
10. Depkes RI. Buku Kesehatan Ibu Dan Anak (KIA). Depkes dan JICA; 2022.
11. Kemenkes RI. Permenkes RI Nomor 21 Tahun 2021 Tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, Dan Masa Sesudah Melahirkan, Pelayanan Kontrasepsi, Dan Pelayanan Kesehatan Seksual. 2021;
12. Maryunani A dkk. Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan. Komplikasi. Jakarta: Trans Info Media; 2013.
13. Walker, Nicholas, Jia Hwa Gan. Prolonged Pregnancy. *Obstet Gynaecol Reprod Med* [Internet]. 2017 [cited 2024 Feb 16];27(10):311–5. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1751721417301501>
14. Bowe S, Staff AC, Sugulle M. Gestational age reference ranges for umbilical cord blood lactate: An external validation study of post-date pregnancies [Internet]. Vol. 99, *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. Wiley-Blackwell; 2020 [cited 2024 Feb 16]. p. 1430–3. Available from: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/aogs.13922>
15. Meidya A, Fatimah. Patologi Kehamilan. Yogyakarta: Pustaka Baru Press; 2019.
16. Saifuddin AB, Rachimhadhi T, Wiknjosastro GH. Ilmu Kebidanan Sarwono Prawirohardjo. PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo; 2016.
17. Prawiroharjo S. Ilmu Kebidanan. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo; 2014.

18. Kurniarum A. Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir. Kementerian Kesehatan RI; 2016.
19. Kementerian Kesehatan RI. Pedoman Bagi Ibu Hamil, Ibu Nifas, Dan Bayi Baru Lahir Selama Social Distancing. Jakarta: Kemenkes RI; 2020.
20. Saifuddin AB. Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal. Bina Pustaka Sastro Prawirohardjo; 2015.
21. Saifuddin AB. Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal. PT Bina Pustaka; 2014.
22. Departemen Kesehatan RI. Buku Kesehatan Ibu Dan Anak (KIA). Depkes dan JICA; 2015.
23. Wahyuningsih. Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui. Kementerian Kesehatan RI; 2018.
24. Saifudddin AB, Rachimhadhi T, Wiknjosastro GH. Ilmu Kebidanan Sarwono Prawirohardjo. PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo; 2016.
25. Perry SE, Hockenberry MJ, Lowdermilk DL, Wilson D, Sams C KLL. Maternal child nursing care in canada. elsevier health sciences. 2014;
26. M. Barimani R, RM, MSc, PhD and A. Vikström, RN, RM, MSc P. Successful early postpartum support linked to management, informational, and relational continuity. *Journal midwifery*. 2015;31(811):7.
27. Cunningham FG. *Obstetri Williams*. 21st ed. Jakarta: EGC; 2014.
28. Abidin. *Nyeri Haid pada Remaja*. Jakarta: Rineka Cipta; 2014.
29. Hammes T, Sebold LF, Kempfer SS RGJ. Nursing care in postpartum adaptation: Perceptions of brazilian mothers. *J Nurs Educ Pract*. 2014;4(12):125.
30. Widyasih H dkk. *Perawatan masa nifas*. Yogyakarta: Fitrimaya; 2012.
31. Wiknjosastro, H., Saifuddin, A. B., Rachimhadhi T. *Ilmu Kebidanan*. IV. Jakarta: Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo; 2014.
32. Wiknjosastro, H., Saifuddin, A. B., Rachimhadhi T. *Ilmu Kebidanan*. IV. Jakarta: Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo; 2014.
33. Mardiatun dkk. Pengaruh pendekatan supportive-educative “orem” terhadap peningkatan kemandirian ibu nifas dalam perawatan diri selama early postpartum di Puskesmas Karang Taliwang Mataram Nusa Tenggara Barat. *jurnal poltekkes kemenkes mataram*. 2016;
34. Sari P, Rimandini D. *Asuhan Kebidanan Masa Nifas (Postnatal Care)*. CV. Trans Info Media; 2014.
35. Cunningham FG. *Obstetri Williams*. 21st ed. Jakarta: EGC; 2014.
36. Perry SE, Hockenberry MJ, Lowdermilk DL, Wilson D, Sams C KLL. *Maternal child nursing care in canada*. elsevier health sciences. 2014;
37. Potter PA PA. *Buku ajar fundamental keperawatan : konsep, proses, dan praktik*. Terjemahan: Renata, Komalasari dkk. Edisi keempat. Jakarta: EGC; 2010.
38. hamilton p. *Dasar-dasar keperawatan maternitas*. Edisi Keenam. Jakarta: EGC; 2016.
39. Timbawa S, Kundre R BY. Hubungan vulva hygiene dengan pencegahan infeksi luka perineum pada ibu post partum Di Rumah Sakit Pancaran Kasih Gmim Manado. *jurnal keperawatan*. 2015;3(2).

40. Timbawa S, Kundre R BY. Hubungan vulva hygiene dengan pencegahan infeksi luka perineum pada ibu post partum Di Rumah Sakit Pancaran Kasih Gmim Manado. *jurnal keperawatan*. 2015;3(2).
41. Yanti AD AL. Hubungan perawatan payudara dengan kelancaran pengeluaran asi pada ibu post partum Di Desa Wonorejo Kecamatan Trowulan Kabupaten Mojokerto. *Jurnal Keperawatan Bina Sehat*. 2015;11(1).
42. Yanti AD AL. Hubungan perawatan payudara dengan kelancaran pengeluaran asi pada ibu post partum Di Desa Wonorejo Kecamatan Trowulan Kabupaten Mojokerto. *Jurnal Keperawatan Bina Sehat*. 2015;11(1).
43. sofian. Rustam mochtar sinopsis obstetri edisi 3. Jakarta: EGC; 2011.
44. Humaira N, Sidharti L, Yonata A, Kedokteran F, Lampung U, Anestesi B, et al. ERACS Sebagai Metode Mobilisasi Dini Pada Pasien Sectio Caesarea ERACS as an Early Mobilization Method in Sectio Caesarea Patients. *Agromedicine*. 2022;9(86):64–8.
45. Alligood MR. *Nursing theorists and their work*: Elsevier Science Health Science. 2013;
46. Potter PA PA. *Buku ajar fundamental keperawatan : konsep, proses, dan praktik*. Terjemahan: Renata, Komalasari dkk. Edisi keempat. Jakarta: EGC; 2010.
47. Direktorat Promosi Kesehatan Kementerian Kesehatan RI. *Yuk Rutin Periksa Kesehatan Ibu dan Bayi Semasa Nifas*. In 2019.
48. Sardimon S, Yusmalinda Y, Jasa ZK, Rahmi R, Amin FB. Implementation of Enhanced Recovery After Caesarean Section (ERACS) in Elective Procedure : A Case Report. *Solo Journal of Anesthesi, Pain and Critical Care (SOJA)*. 2022;2(2):47.
49. Asih Y& S. *Asuhan Kebidanan Ibu Nifas Dan Menyusui*. CV Trans Info Media; 2016.
50. Khoiriyah A, Prihatini R. Hubungan Antara Paritas Dengan Keterampilan Menyusui Yang Benar Pada Ibu Nifas. *J Kebidanan*. 2014;5:6.
51. Saifuddin AB. *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Bina Pustaka Sastro Prawirohardjo; 2015.
52. Kementerian Kesehatan RI. *Pedoman Pelayanan Kontrasepsi dan Keluarga Berencana*. Kemenkes RI dan BKKBN; 2021.
53. Nurul Jannah SR. *Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana*. Jakarta: EGC; 2019.
54. Undang-Undang RI Nomor 4 Tahun 2019 Tentang Kebidanan.
55. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia. 2020.
56. Megasari K. Asuhan kebidanan pada Trimester III dengan Ketidaknyamanan Sering Buang Air Kecil. *Jurnal komunikasi Kesehatan VolX No2*.
57. Dheska S. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Kehamilan*. Yogyakarta; 2018.
58. Kemenkes. *Pedoman Pelayanan Antenatal, Persalinan, Nifas, Dan BayiBaru Lahir Di Era Adaptasi Baru*. 2020.
59. Klintonia Triana H, Wulandari N. *ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF COMPREHENSIVE MIDWIFERY CARE*. 2021.

60. UU RI Nomor 36 tahun 2009. Undang-Undang RI Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. 2009 [cited 2024 Mar 15];14. Available from: <https://sireka.pom.go.id/requirement/UU-36-2009-Kesehatan.pdf>
61. Fitriahadi E. Buku Ajar Asuhan Kehamilan Disertai Daftar Tilik. Yogyakarta: Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta.; 2017. . 1-224 p.
62. Kurniarum A. Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir. 1st ed. Jakarta: Pusdik SDM Kesehatan; 2016. 1–169 p.
63. Saifuddin AB. Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal. PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo; 2012.
64. Depkes RI, JNPK-KR. Asuhan Persalinan Normal. Jakarta: Departemen Kesehatan Indonesia; 2017.
65. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Standar Pelayanan Kebidanan. Kemenkes RI. 2015.
66. Manuaba IAC, Manuaba IBGF, Manuaba IBG. Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan KB. 2nd ed. Ester M, Tiar E, editors. Jakarta: EGC; 2013. 72 p.
67. Dewi VNL, Sunarsih T. Asuhan Kebidanan pada Ibu Nifas. Jakarta: Salemba Medika; 2012.
68. Pratiwi NN, Pratiwi Apidianti SI. Hubungan Antara Teknik Menyusui dengan Kejadian Puting Lecet pada Ibu Nifas. Vol. 3. 2020.
69. Ilmiah WS. Buku Ajar Asuhan Persalinan Normal. Yogyakarta: Nuha Medika; 2015.
70. Smith CA, Levvet KM, Collins CT, Armour M, Dahlen HG, Sukanuma M. Relaxation Techniques for Pain Management in Labour. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2018;3.
71. Kuriarum A. Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir. Pusdik SDM Kesehatan; 2016.
72. Raidanti D, Wahidin. Efek KB Suntik 3 bulan (DMPA) terhadap Berat Badan. Malang: CV. Literasi Nusantara Abadi; 2021.

Lampiran 1. SOAP

**ASUHAN KEBIDANAN PADA KEHAMILAN
NY. W UMUR 23 TAHUN G2P1A0AH1 USIA KEHAMILAN 38 MINGGU
DI SELOGEDONG ARGODADI SEDAYU BANTUL**

No RM : xxxx
Waktu Pengkajian : 13 Januari 2024/10.00 WIB

Biodata	Ibu	Suami
Nama	: Ny. W	Tn. F
Umur	: 23 tahun	28 tahun
Pendidikan	: SMP	SMK
Pekerjaan	: IRT	Karyawan swasta
Agama	: Islam	Islam
Alamat	: Selogedong	Selogedong

DATA SUBJEKTIF

1. Keluhan/alasan kunjungan

Ibu mengatakan ingin memeriksakan kehamilannya dan mengeluh sering buang air kecil

2. Riwayat Perkawinan

Pasien mengatakan ini merupakan perkawinan pertama. Menikah pada Agustus 2019, lama pernikahan 4 tahun 7 bulan.

3. Riwayat Menstruasi

Menarke umur 12 tahun. Siklus 28-30 hari. Teratur. Lama 7 hari. Sifat darah encer, tidak flour albus. Bau khas darah, 2-3 kali ganti pembalut, HPHT 22 April 2023.

4. Riwayat Imunisasi TT

TT 1 Tanggal : Bayi

TT 4 Tanggal : SD

TT 2 Tanggal : Bayi

TT 5 Tanggal : caten (Juli 2019)

TT 3 Tanggal : SD

5. Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu (G2P1A0AH1)

Hamil Ke-	Persalinan							Nifas		
	Tgl lahir	Umur kehamilan	Jenis persalinan	Penolong	Komplikasi		JK	BB Lahir	Laktasi	Komplikasi
					Ibu	Bayi				
1	16 Mei 2020	39 minggu	Normal	Bidan	Tidak ada	Tidak ada	L	2900	2 tahun	Tidak ada
2	Hamil ini									

6. Riwayat Kehamilan ini

HPHT : 22 April 2023

HPL : 29 Januari 2024

Riwayat ANC : TM 1 3x, TM 2 3x, TM3 4x

7. Riwayat KB :

No	Jenis Kontrasepsi	Mulai memakai				Berhenti/ganti cara			
		Tgl/bln /thn	Oleh	Tempat	keluhan	Tgl/bln/thn	Oleh	Tempat	alasan
1	KB suntik 3 bulan	Des 2020	Bidan	PMB	Amenore	Des 2022	Bidan	PMB	Ingin anak lagi

8. Riwayat pola pemenuhan Kebutuhan sehari-hari

a. Pola Nutrisi

a. Makan sehari 3 kali dengan nasi dan lauk pauk, sayur dan buah.

b. Minum air putih 7-8 gelas/hari

b. Pola Eliminasi

1) BAK : 7-10 kali/hari, kadang sedikit kuning dan kadang jernih, tidak ada keluhan

2) BAB : 1 kali/hari, kadang keras, hitam

c. Pola seksualitas

Ibu melakukan hubungan seksual 2 minggu sekali, tidak ada keluhan.

d. Pola aktivitas

Kegiatan sehari-hari : memasak, mencuci baju, membereskan rumah.

Istirahat/Tidur : 7 jam pada malam hari, 1 jam pada siang hari.

e. Kebiasaan Sehari-hari

Pasien mengatakan dirumah tidak ada anggota keluarga yang merokok, ibu tidak minum jamu-jamuan, dan tidak minum-minuman keras.

f. Personal Hygiene

Kebiasaan mandi 2 kali/hari. Kebiasaan membersihkan alat kelamin saat mandi dan setelah BAK/BAB. Kebiasaan mengganti pakaian dalam saat setelah mandi dan saat merasa tidak nyaman Jenis pakaian dalam yang digunakan katun.

9. Riwayat Kesehatan

a. Penyakit sistemik yang pernah/sedang diderita

Ibu mengatakan ia tidak pernah atau tidak sedang menderita penyakit ginjal, jantung, dan hipertensi.

b. Penyakit yang pernah/sedang diderita keluarga

Ibu mengatakan keluarga tidak ada yang menderita penyakit ginjal, jantung, dan hipertensi maupun penyakit lainnya.

c. Riwayat keturunan kembar

Ibu mengatakan ia tidak memiliki riwayat keturunan kembar

d. Riwayat Alergi Makanan/obat/zat lain : alergi minyak kayu putih

10. Riwayat Psikososial

Kehamilan ini merupakan kehamilan yang direncanakan, suami dan keluarga mendukung kehamilan ibu saat ini.

DATA OBJEKTIF

1. Pemeriksaan Umum

a. KU : Baik

Kesadaran : Compos mentis

b. Tanda-tanda vital

TD : 130/80 mmHg

N : 89 kali/menit

R : 21 kali/menit

S : 36,5 °C

c. Antropometri

TB : 153 cm

BB sebelum hamil : 53 kg
IMT sebelum hamil : 22,6
BB sekarang : 64 Kg
LiLA : 26 cm

2. Pemeriksaan Fisik

- a. Mata : sklera putih, konjungtiva merah muda
- b. Hidung : Bersih, tidak ada polip
- c. Telinga : Simetris, tidak ada serumen
- d. Bibir : Bersih, tidak pucat
- e. Mulut : tidak ada sariawan, gigi tidak caries
- f. Leher : tidak teraba pembengkakan kelenjar tiroid, limfe, dan vena jugularis
- g. Payudara : simetris, areola tampak menghitam, puting menonjol, ASI sudah keluar
- h. Abdomen: TFU 30 cm, fundus teraba bokong, punggung kiri, presentasi kepala, kepala belum masuk PAP, DJJ 140 x/menit. TBJ : $(30-11) \times 155 = 2945$ gram.
- i. Ekstremitas: tidak ada bengkak, reflek patella kaki kanan positif, kaki kiri positif

3. Pemeriksaan Penunjang

Hasil pemeriksaan laboratorium di Puskesmas (15 Juni 2023)

- a. Hb : 13,3 gr/dL
- b. GDS : 92 mg/dL
- c. Golongan darah : O (+)
- d. HIV : Non reaktif
- e. Sifilis/TPHA : Non reaktif
- f. HbsAg : Non reaktif

Hasil pemeriksaan laboratorium di Puskesmas (20 November 2023)

- a. Hb : 11 gr/dL
- b. Protein Urin : Negatif
- c. Urin Reduksi : Negatif

ANALISA

Ny. W umur 23 tahun G2P1A0AH1 Umur kehamilan 38 minggu janin tunggal hidup intrauterine, presentasi kepala, kepala belum masuk PAP.

PENATALAKSANAAN

1. Memberitahu ibu tentang hasil pemeriksaan bahwa semua dalam batas normal.
Evaluasi : Ibu mengetahui hasil pemeriksaan bahwa ibu mengalami anemia ringan
2. Menjelaskan pada ibu keluhan sering buang air kecil yang ibu rasakan merupakan hal yang normal yang biasa dirasakan oleh ibu hamil trimester 3, hal ini disebabkan oleh kepala janin yang mulai masuk ke rongga panggul menekan kandung kemih. Menganjurkan ibu untuk tidak menahan BAK, kosongkan kandung kencing pada saat terasa ingin BAK. Perbanyak minum pada siang hari untuk menjaga keseimbangan hidrasi, apabila ibu BAK pada malam hari tidak mengganggu tidur maka tidak dianjurkan mengurangi minum di malam hari. Membatasi minum yang mengandung diuretik seperti teh, kopi, cola dengan kafein, dan tidur dengan posisi miring kiri dengan posisi kaki ditinggikan, dan berikan health education tentang :gizi seimbang, istirahat yang cukup, personal hygiene dengan menjaga kebersihan daerah genitalia agar tidak lembab.
Evaluasi : Ibu mengerti penjelasan bidan
3. Memberikan KIE hal-hal yang harus dihindari selama hamil yaitu kerja berat, merokok atau terpapar asap rokok, minum minuman bersoda beralkohol dan jamu, minum obat tanpa resep dokter, stress berlebihan. Hindari melakukan aktivitas fisik seperti membungkuk tanpa pegangan, jongkok lebih dari 90 derajat, melompat, adu fisik, renang menahan napas.
Evaluasi : Ibu mengerti apa saja hal-hal yang harus dihindari selama hamil
4. Memberikan KIE terkait bahaya paparan asap rokok pada ibu hamil dan janin. Merokok ataupun terkena asap rokok (perokok pasif) selama kehamilan walaupun hanya dalam dosis yang minimalis dapat menyebabkan hal-hal buruk terjadi, seperti keguguran, kematian janin dalam kandungan, cacat janin, pertumbuhan janin terhambat, berat bayi lahir rendah (BBLR) dan lain-lain.

Evaluasi : Ibu mengerti penjelasan bidan, ibu mengatakan suami merokok diluar rumah dan tidak merokok dekat dengan ibu.

5. Menganjurkan ibu untuk mengkonsumsi obat yang telah diberikan oleh bidan yaitu Tablet Fe 183 mg (setara dengan besi elemental 60 mg) 60 tab diminum 1x1 malam sebelum tidur. Kalsium laktat 30 tab diminum 1x1 pagi, tidak boleh bersamaan dengan tablet Fe. Minum obat tidak boleh dikonsumsi bersamaan dengan teh, kopi ataupun susu karena dapat mengganggu proses penyerapan obat. Sebaiknya minum tablet tambah darah dengan air jeruk untuk membantu penyerapan zat besi.

Evaluasi : Ibu akan mengkonsumsi obat sesuai anjuran yang telah diberikan.

6. Menganjurkan ibu untuk kembali memeriksakan kehamilan 1 minggu lagi atau jika ada keluhan/tanda-tanda persalinan.

Evaluasi : Ibu mengerti dan bersedia control

7. Melakukan pendokumentasian asuhan kebidanan dengan menggunakan metode SOAP.

Evaluasi : Telah dilakukan pendokumentasian asuhan kebidanan

CATATAN PERKEMBANGAN
KUNJUNGAN RUMAH KE-2 PEMERIKSAAN ANC

Waktu Pengkajian : 20 Januari 2024/15.30 WIB

SUBJEKTIF

Ibu mengatakan perut bawah agak nyeri dan kadang kenceng-kenceng.

OBJEKTIF

1. KU : Baik Kesadaran : composmentis
2. TD : 130/80 mmHg
3. N : 88 kali/menit
4. S : 36,5 °C
5. Pemeriksaan fisik
 - Wajah : tidak terlihat pucat
 - Konjungtiva : merah muda, tidak anemis
 - Abdomen : TFU 30 cm, fundus teraba bokong, punggung kiri, presentasi kepala, belum masuk panggul, DJJ 133 x/menit, terdapat striae gravidarum.
6. Pemeriksaan laboratorium
 - Tidak dilakukan karena pemeriksaan saat kunjungan rumah

ANALISA

Ny. W usia 23 Tahun G2P1A0AH1 usia kehamilan 39 minggu

PENATALAKSANAAN

1. Menjelaskan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga bahwa ibu dan janin dalam kondisi baik.
Evaluasi : ibu dan keluarga mengetahui kondisinya saat ini.
2. Menjelaskan pada ibu keluhan yang dialami adalah normal, kondisi ini terjadi karena adanya perubahan pada ukuran perut seiring pertumbuhan bayi dalam kandungan
Evaluasi : Ibu mengerti penjelasan bidan
3. Menjelaskan pada ibu mengenai personal hygiene, membersihkan area genitalia dengan sabun dan air mengalir setelah BAK/BAB, mengeringkan menggunakan handuk/tisu agar tidak lembap, dan rutin ganti celana dalam

Evaluasi : ibu paham dan bersedia melakukan

4. Menjelaskan mengenai tanda-tanda bahaya kehamilan trimester III seperti :
 - a. Demam tinggi, menggigil dan berkeringat.
 - b. Bengkak pada kaki, tangan dan wajah atau sakit kepala disertai kejang.
 - c. Janin dirasakan kurang bergerak dibandingkan sebelumnya.
 - d. Perdarahan.
 - e. Air ketuban keluar sebelum waktunya.
 - f. Diare berulang.

Evaluasi : Ibu mengetahui tanda bahaya TM III

5. Menjelaskan kepada ibu untuk tetap memeriksakan kehamilannya rutin 1 minggu lagi atau bila ada keluhan.

Evaluasi : ibu paham dan bersedia untuk kunjungan ulang

ASUHAN KEBIDANAN PADA BU BERSALIN
NY. W USIA 23 TAHUN G2P1A0 UK 39⁺² MINGGU INPARTU KALA I
FASE LATEN DI PMB ROHANI WIDIYANTI

Waktu Pengkajian : 22 Januari 2024/15.55 WIB

DATA SUBYEKTIF

1. Alasan datang/keluhan : Ny W datang bersama suaminya ke PMB Rohani Widiyanti mengatakan sudah merasakan kenceng-kenceng lebih dari 2 kali dalam 10 menit dan sudah keluar lendir bercampur darah.
2. Riwayat Kehamilan Persalinana dan Nifas

Hamil Ke-	Persalinan							Nifas		
	Tgl lahir	Umur kehamilan	Jenis persalinan	Penolong	Komplikasi		JK	BB Lahir	Laktasi	Komplikasi
					Ibu	Bayi				
1	16 Mei 2020	39 minggu	Normal	Bidan	Tidak ada	Tidak ada	L	2900	2 tahun	Tidak ada
2	Hamil ini									

3. Riwayat Kehamilan ini
 - HPHT : 22 April 2023
 - HPL : 29 Januari 2024
 - Riwayat ANC : TM 1 3x, TM 2 3x, TM3 4x

4. Riwayat KB

No	Jenis Kontrasepsi	Mulai memakai				Berhenti/ganti cara			
		Tgl/bln/thn	Oleh	Tempat	keluhan	Tgl/bln/thn	Oleh	Tempat	alasan
1	KB suntik 3 bulan	Des 2020	Bidan	PMB	Amenore	Des 2022	Bidan	PMB	Ingin anak lagi

5. Riwayat pola pemenuhan Kebutuhan sehari-hari
 - a. Pola Nutrisi
 - 1) Makan : sehari 3 kali dengan nasi dan lauk pauk, sayur dan buah, terakhir pukul 14.00 WIB.
 - 2) Minum : air putih 7-8 gelas/hari, terakhir pukul 15.40 WIB.
 - b. Pola Eliminasi
 - 1) BAK : kadang sedikit kuning, tidak ada keluhan, terakhir pukul 15.30 WIB
 - 2) BAB : Kadang keras, hitam, terakhir pukul 09.00 WIB (22 -01-2024)

- c. Pola aktivitas
6. Riwayat Kesehatan
- a. Penyakit sistemik yang pernah/sedang diderita
Ibu mengatakan ia tidak pernah atau tidak sedang menderita penyakit ginjal, jantung, dan hipertensi.
 - b. Penyakit yang pernah/sedang diderita keluarga
Ibu mengatakan keluarga tidak ada yang menderita penyakit ginjal, jantung, dan hipertensi maupun penyakit lainnya.
 - c. Riwayat keturunan kembar
Ibu mengatakan ia tidak memiliki riwayat keturunan kembar
 - d. Riwayat Alergi Makanan/obat/zat lain : alergi minyak kayu putih
7. Riwayat Alergi
- Makanan : Tidak ada
- Obat : Obat warung seperti Saridol
- Zat : Tidak ada
8. Riwayat Psikososial
- Kehamilan ini merupakan kehamilan yang direncanakan, suami dan keluarga mendukung kehamilan ibu saat ini.

DATA OBJEKTIF

1. Pemeriksaan Umum
 - a. KU : Baik Kesadaran : Compos mentis
 - b. Tanda-tanda vital

TD	: 118/74 mmHg
N	: 89 kali/menit
R	: 21 kali/menit
S	: 36,5 °C
 - c. Antropometri

TB	: 153 cm
BB sebelum hamil	: 53 kg
IMT sebelum hamil	: 22,6
BB sekarang	: 64 Kg

LiLA : 26 cm

d. Pemeriksaan Fisik

- 1) Mata : sklera putih, konjungtiva merah muda
- 2) Hidung : Bersih, tidak ada polip
- 3) Telinga : Simetris, tidak ada serumen
- 4) Bibir : Bersih, tidak pucat
- 5) Mulut : tidak ada sariawan, gigi tidak caries
- 6) Leher : tidak teraba pembengkakan kelenjar tiroid, limfe, dan vena jugularis
- 7) Payudara : simetris, areola tampak menghitam, puting menonjol, ASI sudah keluar
- 8) Abdomen: TFU 30 cm, fundus teraba bokong, punggung kiri, presentasi kepala, kepala sudah masuk PAP, DJJ 145 x/menit.
- 9) Ekstremitas: tidak ada bengkak, reflek patella kaki kanan positif, kaki kiri positif
- 10) Vagina

Varises	: Tidak ada	Pengeluaran	: lender darah
Odema	: Tidak ada	Perineum	: normal
Luka parut	: tidak ada	Fistula	: Tidak ada
- 11) Ekstermitas

Odema	: Tidak ada
Varises	: Tidak ada
- 12) Pemeriksaan dalam (pukul 16.00 WIB)

Vulva uretra tenang, portio tebal lunak, pembukaan 3 cm, selaput ketuban (+), presentasi kepala, bagian terendah janin : ubun-ubun kecil, kepala turun Hodge I, STLD (+), Air Ketuban (-).

e. Pemeriksaan penunjang

20-11-2023 HB: 11 gr

ANALISA

Ny W umur 23 tahun G₂P₁A₀ hamil 39⁺² minggu inpartu kala I fase laten.

PENATALAKSANAAN

1. Menyampaikan hasil pemeriksaan bahwa saat ini ibu memasuki masa persalinan dengan pembukaan rahim 3 cm.
E : Ibu dan suami mengetahui hasil pemeriksaan.
2. Mengajarkan ibu teknik relaksasi dengan mengatur teknik pernapasan yaitu dengan mengambil nafas panjang dari hidung dan dikeluarkan melalui mulut.
E : Ibu merespon dengan baik dan mempraktikkan dengan benar.
3. Menganjurkan ibu untuk jalan-jalan disekitar ruangan supaya kepala bayi cepat masuk PAP dan beristirahat jika sudah cukup.
E : Ibu bersedia jalan-jalan dan istirahat jika sudah cukup.
4. Menganjurkan ibu makan dan minum untuk persiapan tenaga saat persalinan.
E : Ibu mengatakan bersedia, suami siap membantu.
5. Memberitahu ibu untuk tidak menahan BAK, dan memberitahu ibu/suami jika keluar air-air dari jalan lahir segera memberitahu bidan.
E : Ibu bersedia untuk tidak menahan BAK dan bersedia memberitahu jika keluar air-air dari kemaluan.
6. Memotivasi ibu dan memberikan dukungan mental pada ibu/keluarga untuk persiapan persalinan.
E : Ibu merespon dengan baik.
7. Melanjutkan observasi persalinan.

CATATAN PERKEMBANGAN PERSALINAN
KALA I FASE AKTIF

TANGGAL/JAM : 20-11-2021/20.00 WIB

DATA SUBJEKTIF

Ibu mengatakan kontraksi terasa semakin sering dan semakin sakit.

DATA OBJEKTIF

1. Pemeriksaan umum

KU : sedang, kesadaran composmentis

TD : 120/80 mmHg S : 36,5°C

N : 88 kali/menit R : 22 kali/menit

2. Pemeriksaan khusus

a Abdomen : DJJ 135 kali/menit, his kuat 4/10'/45"

b Genetalia : terdapat lendir bercampur darah

c Pemeriksaan dalam :

Vulva/uretra tenang, portio tipis, pembukaan 7 cm, selaput ketuban (+), preskep, kepala turun Hodge II, moulase 0, UUK jam 12, STLD (+), Air Ketuban jernih (-)

ANALISA

Diagnosa : Ny W umur 23 tahun G₂P₁A₀ hamil 39⁺² minggu inpartu kala I fase aktif.

PENATALAKSANAAN

1. Menyampaikan hasil pemeriksaan bahwa saat ini pembukaan porsio 7 cm, ibu memasuki persalinan kala I fase aktif.

E : Ibu dan suami mengetahui hasil pemeriksaan.

2. Menganjurkan ibu untuk tiduran miring kiri, jongkok atau jika masih kuat gymball

E : Ibu bersedia untuk jongkok

3. Menganjurkan ibu makan dan minum untuk persiapan persalinan.

E : Ibu mengatakan bersedia, suami siap membantu.

4. Menganjurkan ibu untuk tidak menahan BAK karena akan memperlambat proses pembukaan porsio yang terhalang oleh kandung kemih yang telah

penuh.

E : Ibu bersedia untuk tidak menahan BAK.

5. Memberikan motivasi dan dukungan mental pada ibu dan keluarga untuk persiapan persalinan.

E : Ibu merespon dengan baik.

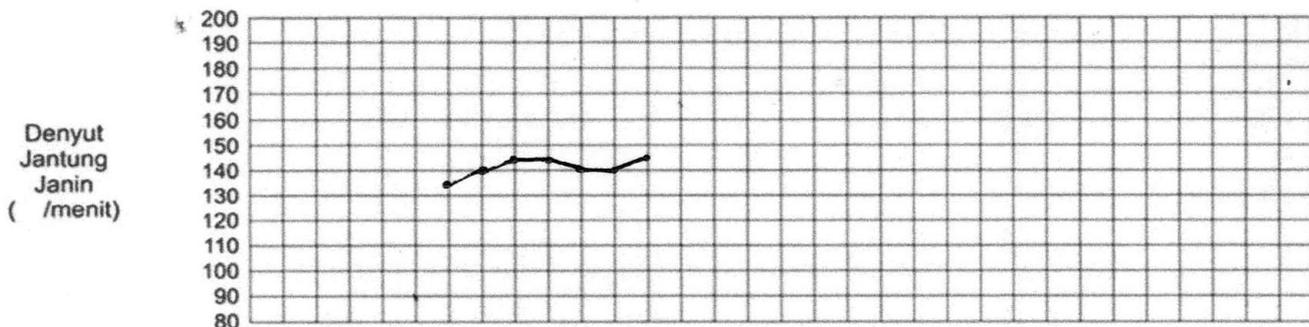
6. Melanjutkan observasi kala persalinan

PARTOGRAF

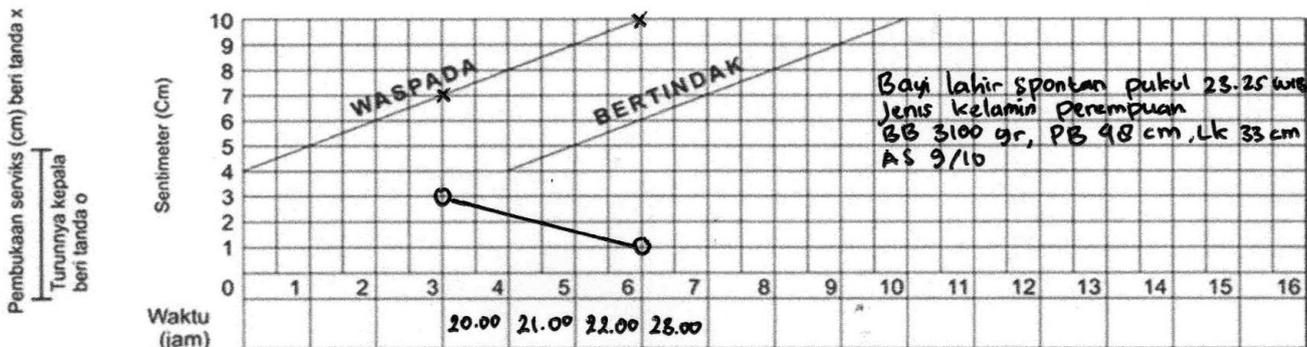
No. Register
No. Puskesmas
Ketuban pecah

x	x	x	x

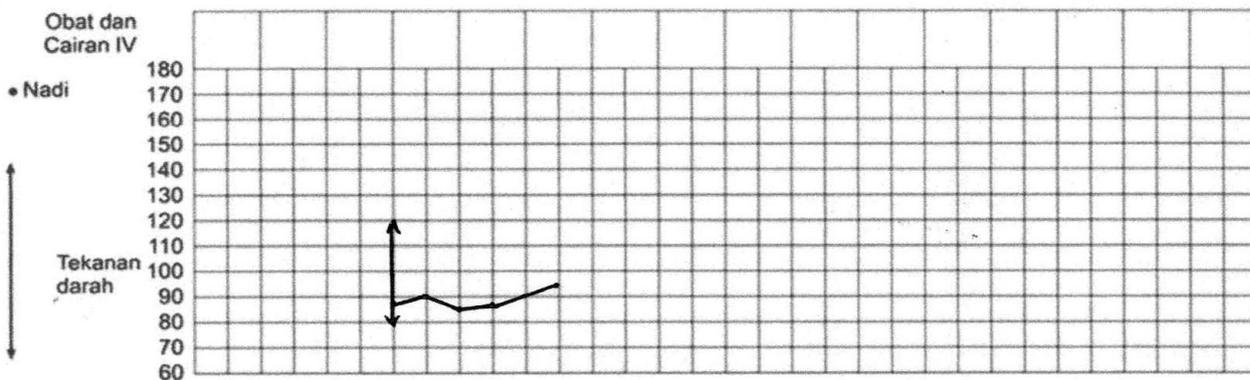
Nama Ibu : NY. W Umur : 23 tahun G. 2 P. 1 A. 0
 Tanggal : 22-1-2024 Jam : 16.00 WIB Alamat : Selogedong
 Sejak jam _____ mules sejak jam 12.00 WIB Rt. 59



Air ketuban	4	J	0	0
Penyusupan	0	0	0	0



Oksitosin U/L tetes/menit				
---------------------------	--	--	--	--



Suhu °C	36.5			
---------	------	--	--	--

Urin				
Protein				
Aseton				
Volumhe	50			

CATATAN PERSALINAN

1. Tanggal : 22 Januari 2024
2. Nama bidan :
3. Tempat Persalinan :
 Rumah Ibu Puskesmas
 Polindes Rumah Sakit
 Klinik Swasta Lainnya : PMB Rohani widiyanti
4. Alamat tempat persalinan : Pejangan
5. Catatan : rujuk, kala : I / II / III / IV
6. Alasan merujuk :
7. Tempat rujukan :
8. Pendamping pada saat merujuk :
 Bidan Teman
 Suami Dukun
 Keluarga Tidak ada

KALA I

9. Partogram melewati garis waspada : Y I (T)
10. Masalah lain, sebutkan :
11. Penatalaksanaan masalah Tsb :
12. Hasilnya :

KALA II

13. Episiotomi :
 Ya, Indikasi
 Tidak
14. Pendamping pada saat persalinan
 Suami Teman Tidak ada
 Keluarga Dukun
15. Gawat Janin :
 Ya, tindakan yang dilakukan
 a.
 b.
 c.
 Tidak
16. Distosia bahu :
 Ya, tindakan yang dilakukan
 a.
 b.
 c.
 Tidak
17. Masalah lain, sebutkan : -
18. Penatalaksanaan masalah tersebut :
19. Hasilnya :

KALA III

20. Lama kala III : 5 menit
21. Pemberian Oksitosin 10 U im ?
 Ya, waktu : menit sesudah persalinan
 Tidak, alasan
22. Pemberian ulang Oksitosin (2x) ?
 Ya, alasan
23. Penegangan tali pusat terkendali ?
 Ya,
 Tidak, alasan

PEMANTAUAN PERSALINAN KALA IV

Jam Ke	Waktu	Tekanan darah	Nadi	Suhu	Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Perdarahan
1	23.35	117/70	89	36.5	2 jr bwh pst	Keras	-	50 ml
	23.46	115/75	89		2 jr bwh pusat	Keras	-	-
	00.01	120/70	88		2 jr bwh pusat	Keras	60 ml	-
	00.16	121/71	78		2 jr bwh pusat	Keras	-	30 ml
2	00.46	118/80	88	36.7	2 jr bwh pusat	Keras	-	-
	01.16	120/70	86		2 jr bwh pusat	Keras	-	-

Masalah kala IV :

Penatalaksanaan masalah tersebut :

Hasilnya :

24. Masase fundus uteri ?
 Ya.
 Tidak, alasan
25. Plasenta lahir lengkap (intact) (Ya) Tidak
 Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan :
 a.
 b.
26. Plasenta tidak lahir > 30 menit : Ya (Tidak)
 Ya, tindakan :
 a.
 b.
 c.
27. Laserasi :
 Ya, dimana
 Tidak.
28. Jika laserasi perineum, derajat : 1 / 2 / 3 / 4
 Tindakan :
 Penjahitan, dengan / tanpa anestesi
 Tidak dijahit, alasan
29. Atoni uteri :
 Ya, tindakan
 a.
 b.
 c.
 Tidak
30. Jumlah perdarahan : ± 150 ml
31. Masalah lain, sebutkan :
32. Penatalaksanaan masalah tersebut :
33. Hasilnya :

BAYI BARU LAHIR :

34. Berat badan 3100 gram
35. Panjang 48 cm
36. Jenis kelamin (L) / P
37. Penilaian bayi baru lahir : (baik) ada penyulit
38. Bayi lahir :
 Normal, tindakan :
 mengeringkan
 menghangatkan
 rangsang taktil
 bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
 Aspiksia ringan/pucat/biru/lemas, tindakan :
 mengeringkan bebaskan jalan napas
 rangsang taktil menghangatkan
 bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
 lain - lain sebutkan
39. Pemberian ASI
 Ya, waktu : jam setelah bayi lahir
 Tidak, alasan
40. Masalah lain,sebutkan :
- Hasilnya :

CATATAN PERKEMBANGAN

ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN KALA 2

TANGGAL/JAM : 22-01-2024/23.00 WIB

DATA SUBJEKTIF

Ibu mengatakan sudah tidak tahan ingin mengejan, ketuban pecah.

DATA OBJEKTIF

1. Pemeriksaan umum

KU : sedang, kesadaran composmentis

TD : 119/77 mmHg S : 36,5°C

N : 85 kali/menit R : 22 kali/menit

2. Pemeriksaan khusus

a Abdomen : DJJ 142 kali/menit, his kuat 4/10'/50"

b Genetalia : vulva membuka, perineum menonjol

c Pemeriksaan dalam :

Vulva/uretra tenang, portio tidak teraba, pembukaan 10 cm, selaput ketuban (-), preskep, kepala turun Hodge III, moulase 0, UUK jam 12, STLD (+), Air Ketuban jernih (+)

d. Anus : membuka, tampak tekanan

ANALISA

Ny W umur 23 tahun G2P1A0 hamil 39⁺² minggu inpartu kala 2

PENATALAKSANAAN

1. Menyampaikan hasil pemeriksaan ibu bahwa saat ini pembukaan sudah lengkap, siap dipimpin mengejan untuk persalinan.

E : Ibu dan keluarga mengetahui hasil.

2. Menganjurkan suami mendampingi ibu dan memberi dukungan selama persalinan.

E : Suami bersedia, ibu menginginkan jika suami menemani.

3. Memposisikan ibu dorsal recumbent dengan posisi nyaman untuk meneran.

E : Ibu bersedia diposisikan dorsal recumbent dan merasa nyaman.

4. Melatih ibu meneran dengan posisi nyaman dan pimpin meneran ketika ada kontraksi (his).

E: Ibu dapat meneran dengan baik.

5. Menganjurkan suami untuk memberi minum ibu bila sedang tidak ada kontraksi.

E : Suami bersedia, Ibu mau minum.

6. Melakukan pemeriksaan DJJ diantara his.

E : DJJ dalam batas normal.

7. Memimpin ibu meneran setelah ada his lagi.

E: His kuat, kepala bayi tampak di depan vulva.

8. Mengecek adanya lilitan tali pusat

E : Tidak ada lilitas tali pusat

9. Melahirkan bayi sesuai 60 langkah APN. Bayi lahir spontan pukul 23.25 WIB.

E : Bayi cukup bulan, segera menangis, AK jernih.

CATATAN PERKEMBANGAN
ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN KALA 3

TANGGAL/JAM : 22-01-2024/23.26 WIB

SUBJEKTIF

Bayi lahir spontan, menangis kuat, warna kulit merah muda, gerak aktif. Ibu tampak lega, senang melihat anaknya sudah lahir.

OBJEKTIF

1. Pemeriksaan umum

KU: sedang, kesadaran: cm TD, nadi, respirasi, suhu : tidak dikaji

2. Pemeriksaan khusus

Abdomen : TFU sepusat, tidak teraba bagian janin ke-2

ANALISA

Ny W umur 23 tahun P2A0AH2 inpartu kala 3

PENATALAKSANAAN

1. Memberitahu ibu bahwa bayinya telah lahir jam 23.25 WIB, jenis kelamin perempuan, menangis kuat, saat ini ibu dalam proses akan mengeluarkan plasenta.

E : Ibu dan suami lega bayi telah lahir

2. Memberitahu ibu bahwa akan dilakukan penyuntikkan oksitosin 10 IU 1 cc di 1/3 atas paha kanan luar secara IM.

E : Oksitosin sudah disuntikkan, obat masuk seluruhnya.

3. Mengeringkan bayi, menjepit potong tali pusat. Bayi dikeringkan, kemudian mengikat tali pusat dan dilanjutkan inisiasi menyusui dini (IMD).

E : Bayi telah dilakukan jepit potong tali pusat dan telah dilakukan IMD di dada ibu.

4. Melakukan dorso kranial dan PTT ketika ada kontraksi dan ada tanda-tanda pelepasan plasenta

E : Ada semburan darah, tali pusat memanjang dan uterus globuler

5. Melahirkan plasenta. E : Plasenta lahir spontan jam 23.30 WIB, sisi maternal lengkap, sisi neonatal lengkap.

CATATAN PERKEMBANGAN

ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN KALA 4

TANGGAL/JAM : 22-01-2024/ 23.31 WIB

SUBYEKTIF

Ibu mengatakan masih merasa lemas dan mules.

OBJEKTIF

1. Pemeriksaan umum

KU : baik, kesadaran composmentis

TD : 117/70 mmHg S : 36,5°C

N : 89 kali/menit R : 20 kali/menit

2. Pemeriksaan khusus

Abdomen : TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi keras, kandung kencing kosong

Genetalia : tidak ada robekan jalan lahir, perdarahan kurang lebih ± 150 cc.

ANALISA

Ny W umur 23 tahun P2A0AH2 inpartu kala 4

PENATALAKSANAAN

1. Memberitahu ibu bahwa plasenta telah lahir spontan lengkap jam 23.30 WIB.

E : Ibu dan suami mengetahui.

2. Melakukan masase uteri selama 15 detik dan mengecek ulang kontraksi uterus.

E: Kontraksi uterus keras. TFU 2 jari dibawah pusat, tampak perdarahan ± 50 ml dari jalan lahir.

3. Menyampaikan hasil pemeriksaan bahwa kontraksi rahim ibu keras artinya kontraksi baik. Mengajarkan ibu untuk melakukan massase fundus uteri untuk mencegah resiko perdarahan.

E : Ibu bersedia melakukan massase fundus

4. Memberitahu ibu tidak ada robekan di jalan lahir,

E: Ibu mengetahui

5. Membersihkan ibu dan mengganti *underpad* dengan *underpad* yang baru.

E : Ibu telah bersih dan merasa nyaman, *underpad* telah diganti

6. Melakukan observasi kala 4 selama 2 jam pada lembar partograf. 1 jam pertama dilakukan pemantauan setiap 15 menit dan 1 jam kedua dilakukan pemantauan setiap 30 menit.

E : Telah dilakukan pemantauan observasi kala 4 selama 2 jam pada lembar partograf.

**ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU NIFAS
NY. W USIA 23 TAHUN P2A0AH2 POST PARTUM 7 JAM
DI PMB ROHANI WIDIYANTI**

TANGGAL/JAM : 23-01-2024/06.30 WIB

DATA SUBJEKTIF

1. Keluhan Utama

Ibu mengatakan senang atas kehadiran bayinya, ibu masih merasa lelah setelah lahiran.

2. Riwayat Post Partum

- a. Ambulasi : ibu sudah bisa jalan ke kamar mandi, sudah bisa menyusui bayinya secara mandiri setiap 2 jam.
- b. Makan : Makan terakhir pukul 06.00 WIB porsi 1 piring (Nasi, lauk, sayur, buah).
- c. Minum : Minum terakhir pukul 06.15 WIB 1 gelas sedang air putih
- d. Tidur : Tidur 4 jam, kurang tidur karena bayi kadang nangis untuk disusui
- e. Pola eliminasi
BAB : belum BAB
BAK : Sudah BAK spontan 2 kali

3. Riwayat Kesehatan

Tidak sedang ataupun pernah menderita penyakit seperti asma, TBC, DBD, Malaria, Typus, jantung, hepatitis B dan HIV.

4. Riwayat Kesehatan Keluarga Tidak ada keluarga yang pernah atau sedang menderita hipertensi, DM, jantung, asma, alergi, dan TBC.

5. Data Psikososial

Ibu mengatakan merasa senang atas kehadiran anaknya. Suami dan keluarga sangat senang dengan kelahiran bayi keduanya ditandai dengan selalu menemani dan membantu selama kehamilan hingga masa nifasnya.

DATA OBJEKTIF

1. Pemeriksaan Umum

- a. Keadaan Umum: Baik
- b. Kesadaran: Composmentis

c. Tanda-tanda Vital

TD : 115/70 mmhg N : 88 x/menit

R : 21 x/menit S : 36,5°C

2. Pemeriksaan Fisik

- a. Kepala : Rambut hitam, lurus, dan bersih
- b. Muka : Bersih, simetris, tidak tampak pucat
- c. Mata : Simetris, konjungtiva merah muda, sclera putih
- d. Hidung : Bersih tidak ada sumbatan
- e. Mulut : Bersih, gusi pucat, lidah bersih, gigi tidak berlubang.
- f. Telinga : Simetris, tidak ada serumen
- g. Leher : Tidak ada pembengkakan pada kelenjar tiroid dan kelenjar limfe.
- h. Payudara : simetris, tidak ada benjolan abnormal, puting susu menonjol, hiperpigmentasi areola, pengeluaran Asi +/-
- i. Abdomen : TFU 2 jari dibawah pusat, kandung kemih kosong, kontraksi keras
- j. Ekstremitas: tidak terdapat tromboemboli, tidak terdapat varises, oedem pada kaki
- k. Genetalia : tidak ada edema, lochea berwarna merah (lochea rubra), tidak berbau busuk, tidak ada tanda- tanda infeksi.
- l. Anus : tidak terdapat hemorroid

3. Pemeriksaan penunjang

Tidak dilakukan

ANALISA

Ny. W Usia 23 Tahun P2A0AH2 Post partum 7 jam dalam keadaan normal

PENATALAKSANAAN

1. Memberitahu ibu dan suami bahwa berdasarkan hasil pemeriksaan keadaan ibu baik.
Evaluasi: Ibu dan suami mengetahui hasil pemeriksaan
2. Melakukan pemeriksaan kontraksi uterus dan menganjurkan ibu untuk melakukan masase untuk mencegah perdarahan.

E : Kontraksi uterus keras dan ibu bersedia melakukan masase

3. Melakukan rawat gabung antara ibu dan bayi. Memberikan KIE dan mengajarkan ibu tentang teknik menyusui, ASI eksklusif, dan memotivasi ibu untuk memberikan ASI sesering mungkin secara on demand. Pemberian ASI yang ondemand akan menghindari terjadinya bendungan ASI dan memenuhi kebutuhan nutrisi pada bayi dan kedekatan emosional ibu dan bayi akan terjaga sehingga ikatan kasih sayang ibu dan bayi lebih kuat serta dapat mempercepat proses involusio ibu.

E : Telah dilakukan rawat gabung, ibu rutin menyusui bayi tiap 2 jam

4. Menganjurkan ibu untuk istirahat yang cukup karena dengan istirahat yang baik serta mengontrol stress dapat mempengaruhi ASI menjadi lancar.

E: Ibu mengerti dengan penjelasannya.

5. Mengajarkan ibu perawatan payudara, payudara harus dibersihkan dengan setiap mandi, ketika hendak menyusui dan selesai menyusui. Hal ini akan mengangkat sisa susu dan membantu mencegah akumulasi dan masuknya bakteri baik ke puting maupun ke mulut bayi.

E: ibu mengerti dan akan melakukan perawatan payudara.

6. Melakukan dan mengajarkan pijat oksitosin kepada ibu.

Evaluasi : ibu paham dan mengerti mengenai hal tersebut

7. Memberikan KIE ibu untuk mengkonsumsi makanan bergizi seimbang dan memenuhi kebutuhan cairan, sehingga pemenuhan nutrisi ibu dan bayi terpenuhi dengan baik.

E: Ibu mengerti dan bersedia melakukan sesuai anjuran

8. Memberitahu ibu tentang bahaya masa nifas seperti pengeluaran darah pervaginam yang abnormal, payudara bengkak kemerahan dan panas, sakit kepala hebat, pandangan kabur. Apabila terdapat salah satu tanda tersebut ibu harus memberitahu bidan dan apabila ibu sudah pulang ibu harus datang ke petugas kesehatan atau fasilitas kesehatan.

E: Ibu mengerti penjelasan bidan

9. Mengajarkan ibu tentang perawatan bayi baru lahir di rumah seperti thermoregulasi bayi yaitu menjaga suhu tubuh bayi dalam keadaan normal,

perawatan tali pusat bayi yaitu kering dan terbuka tidak diberikan atau dibubuhkan apapun.

E: Ibu mengerti dan akan melakukan sesuai anjuran

10. Memberitahu ibu untuk tetap mengkonsumsi tablet tambah darah sampai nifas hari ke 42.

E : Ibu bersedia minum tablet tambah darah

11. Memberitahu ibu untuk kunjungan ulang (KF2) 1 minggu lagi

E : Ibu bersedia untuk kunjungan ulang nifas

12. Mendokumentasikan asuhan kebidanan

E: Hasil pemeriksaan sudah didokumentasikan.

CATATAN PERKEMBANGAN ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU NIFAS

NY. W USIA 23 TAHUN P2A0AH2 POST PARTUM HARI KE-7

TANGGAL/JAM : 29-01-2024/15.30 WIB

DATA SUBJEKTIF

1. Keluhan

Ibu mengatakan sudah melakukan aktivitas seperti biasa seperti memasak, mencuci dll. Ibu mengeluh puting sebelah kiri lecet.

2. Riwayat Post Partum

a. Pola Nutrisi

Makan : Makan sehari 3 kali, porsi 1 piring (Nasi, lauk, sayur, buah).

Minum : Minum sehari 8-9 gelas, porsi 1 gelas sedang

b. Tidur : Tidur malam 4 jam, siang kadang 1 jam kadang tidak, kurang tidur karena bayi kadang nangis untuk disusui

c. Pola eliminasi

BAB : BAB sehari 1 kali, eliminasi lembek, tidak ada keluhan

BAK : BAK 4-5 kali sehari, warna jernih kekuningan, tidak ada keluhan

3. Riwayat Kesehatan

Tidak sedang ataupun pernah menderita penyakit seperti asma, TBC, DBD, Malaria, Typhus, jantung, hepatitis B dan HIV.

4. Riwayat Kesehatan Keluarga

Tidak ada keluarga yang pernah atau sedang menderita hipertensi, DM, jantung, asma, alergi, dan TBC.

5. Data Psikososial

Ibu mengatakan merasa senang atas kehadiran anaknya. Suami dan keluarga ikut membantu merawat bayinya.

DATA OBJEKTIF

1. Pemeriksaan Umum

a. Keadaan Umum: Baik

Kesadaran: Composmentis

b. Tanda-tanda Vital

TD : 120/70 mmhg

N : 85 x/menit

R : 21 x/menit

S : 36,5°C

2. Pemeriksaan Fisik

- a. Wajah : Simetris, tidak tampak pucat
- b. Mata : Simetris, konjungtiva merah muda, sclera putih
- c. Payudara : simetris, tidak ada benjolan abnormal, puting susu menonjol, hiperpigmentasi areola, pengeluaran Asi +/+, puting kiri lecet.
- d. Abdomen : TFU pertengahan pusat-simpisis, kandung kemih kosong
- e. Ekstremitas : tidak terdapat tromboemboli, tidak terdapat varises, oedem pada kaki
- f. Genetalia : tidak ada edema, lochea putih bercampur merah (lochea sanguilenta), tidak berbau busuk, tidak ada tanda- tanda infeksi.
- g. Anus : tidak terdapat hemorroid

3. Pemeriksaan penunjang

Tidak dilakukan

ANALISA

Ny. W Usia 23 Tahun P2A0AH2 Post partum hari ke-7 dengan puting lecet.

PENATALAKSANAAN

1. Memberitahu ibu dan suami hasil pemeriksaan ibu dalam keadaan ibu baik.
Evaluasi: Ibu dan suami mengetahui hasil pemeriksaan
2. Menjelaskan pada ibu bahwa puting lecet terjadi akibat teknik menyusui yang kurang tepat. Mengajarkan ibu cara menyusui dengan teknik menyusui yang benar dan mengajarkan ibu perawatan payudara. Payudara harus dibersihkan dengan setiap mandi, ketika hendak menyusui dan selesai menyusui. Hal ini akan mengangkat sisa susu dan membantu mencegah akumulasi dan masuknya bakteri baik ke puting maupun ke mulut bayi.
E: ibu mengerti dan akan melakukan perawatan payudara.
3. Memastikan ibu istirahat yang cukup dengan tidur saat bayi sedang tidur, karena dengan istirahat yang baik serta mengontrol stress dapat mempengaruhi ASI menjadi lancar.
Evaluasi: Ibu mengerti dengan penjelasannya
4. Melakukan pemeriksaan kontraksi uterus dan memeriksa adanya infeksi masa nifas.

E : Kontraksi uterus baik, tidak ada tanda-tanda infeksi masa nifas

5. Memastikan ibu telah mengonsumsi makanan bergizi seimbang dan kebutuhan cairan terpenuhi, sehingga pemenuhan nutrisi ibu dan bayi terpenuhi dengan baik.

E: Ibu telah memenuhi kebutuhan nutrisi

6. Memberitahu ibu tentang bahaya masa nifas seperti pengeluaran darah pervaginam yang abnormal, payudara bengkak kemerahan dan panas, sakit kepala hebat, pandangan kabur. Apabila terdapat salah satu tanda tersebut ibu harus segera datang ke fasilitas kesehatan terdekat.

E: Ibu mengerti penjelasan bidan

7. Mengajarkan ibu tentang perawatan bayi baru lahir di rumah dan memberitahu ibu tanda bahaya bayi baru lahir.

E: Ibu mengerti penjelasan bidan

8. Memberikan KIE pada ibu dan suami mengenai KB dan alat kontrasepsi. Menganjurkan ibu untuk menggunakan KB setelah masa nifas selesai.

E: Ibu dan suami bersepakat untuk menggunakan KB suntik 3 bulanan.

9. Memberitahu ibu untuk kunjungan ulang (KF3) 1 minggu lagi

E : Ibu bersedia untuk kunjungan ulang nifas

10. Mendokumentasikan asuhan kebidanan

E: Hasil pemeriksaan sudah didokumentasikan.

**CATATAN PERKEMBANGAN ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU NIFAS
NY. D USIA 25 TAHUN P1A0AH1 POST SC HARI KE 14**

TANGGAL PENGKAJIAN : 05-02-2024

SUBJEKTIF

1. Keluhan Utama

Ibu mengatakan sudah cukup sehat, ibu mengatakan tidur kadang masih lembur kalau bayi rewel.

2. Pola Nutrisi, Istirahat dan Eliminasi

Pola makan : Makan 3-4 kali/hari porsi 1 piring (Nasi, lauk, sayur, buah)

Minum : Air Putih 8-9 gelas/hari

Lama Tidur : malam 6-7 jam, kadang 5 jam. Siang 1 jam kadang-kadang.

Pola eliminasi

BAB : 1 kali/hari kadang tidak pasti

BAK : 4-6 kali/hari

3. Data Psikososial

Ibu mengatakan merasa senang atas kehadiran anaknya. Ibu dibantu suami dan keluarga ikut mendukung dan membantu ibu dalam mengurus ibu dan bayinya.

OBJEKTIF

1. Pemeriksaan Umum

2. Keadaan Umum: Baik

3. Kesadaran: Composmentis

4. Tanda-tanda Vital

TD : 110/70 mmhg N : 85 x/menit

R : 21 x/menit S : 36,5°C

5. Pemeriksaan Fisik

a. Muka: Tidak pucat

b. Mata : Simetris, konjungtiva merah muda, sclera putih

c. Leher: Tidak ada pembengkakan pada kelenjar tiroid dan kelenjar limfe.

d. Payudara: simetris, tidak ada benjolan abnormal, puting susu menonjol, hiperpigmentasi areola, pengeluaran Asi +/+, puting sudah tidak lecet, tidak ada bendungan ASI.

- e. Abdomen : TFU sudah tidak teraba di atas simpisis
 - f. Ekstremitas: tidak terdapat tromboemboli, tidak terdapat varises, tidak ada oedem pada kaki
 - g. Genetalia : tidak ada edema, lochea berwarna kekuningan (lochea serosa), tidak ada tanda- tanda infeksi.
 - h. Anus : tidak terdapat hemorroid
6. Pemeriksaan penunjang

Tidak dilakukan

ANALISA DATA

Ny. W Usia 23 Tahun P2A0AH2 Nifas hari ke-14 dalam keadaan normal

PENATALAKSANAAN

1. Memberitahu ibu dan suami bahwa berdasarkan hasil pemeriksaan keadaan ibu baik.
Evaluasi: Ibu dan suami mengerti dan merasa tenang
2. Melakukan evaluasi teknik menyusui ibu dan terus memotivasi ibu untuk memberikan ASI eksklusif, memberikan ASI sesering mungkin secara on demand setiap 2 jam sekali atau semauanya bayi.
Evaluasi: Ibu dapat menyusui dengan benar hanya ASI ondemand
3. Melakukan evaluasi cara perawatan payudara ibu. Payudara harus dibersihkan dengan teliti setiap hari selama mandi dan sekali lagi ketika hendak menyusui. Hal ini akan mengangkat sisa susu dan membantu mencegah akumulasi dan masuknya bakteri baik ke puting maupun ke mulut bayi.
Evaluasi: ibu mengerti dan akan melakukan perawatan payudara
4. Memotivasi ibu untuk tetap konsumsi makanan yang tinggi protein seperti telur, ikan dan daging. Makanan yang mengandung tinggi protein akan sangat memengaruhi terhadap proses penyembuhan luka jahitan karena penggantian jaringan yang rusak akan sangat membutuhkan protein untuk proses regenerasi sel baru, serta menganjurkan ibu untuk mengkonsumsi makanan bergizi seimbang sehingga pemenuhan nutrisi ibu dan bayi terpenuhi dengan baik.

Evaluasi: Ibu mengerti dan bersedia melakukan sesuai anjuran

5. Memberitahu ibu tentang bahaya masa nifas seperti pengeluaran darah pervaginam yang abnormal, payudara bengkak kemerahan dan panas, sakit kepala hebat, pandangan kabur. Apabila terdapat salah satu tanda tersebut ibu harus memberitahu bidan dan apabila ibu sudah pulang ibu harus datang ke petugas kesehatan atau fasilitas kesehatan.

Evaluasi: Ibu mengerti dan bersedia datang ke fasilitas kesehatan terdekat apabila ada keluhan

6. Memastikan ibu istirahat yang cukup dengan tidur saat bayi sedang tidur, karena dengan istirahat yang baik serta mengontrol stress dapat mempengaruhi ASI menjadi lancar.

Evaluasi: Ibu mengerti dengan penjelasannya

7. Melakukan pemeriksaan kontraksi uterus dan memeriksa adanya infeksi masa nifas.

E : Kontraksi uterus baik, tidak ada tanda-tanda infeksi masa nifas

8. Melakukan evaluasi ibu dalam mengkonsumsi tablet tambah darah

Evaluasi : Ibu minum TTD rutin

9. Memberitahu ibu untuk kunjungan ulang (KF4) 2 minggu lagi

10. Mendokumentasikan asuhan kebidanan

Evaluasi: Hasil pemeriksaan sudah didokumentasikan

ASUHAN KEBIDANAN BAYI BARU LAHIR
BY NY W UMUR 1 JAM BBL CB SMK NORMAL DI PMB ROHANI
WIDIYANTI

TANGGAL/JAM : 23-01-2024/00.25 WIB

IDENTITAS

Nama Bayi : By Ny W
 Umur : 1 jam
 Jenis Kelamin : Perempuan

IBU

Nama : Ny. W
 Umur : 23 tahun
 Pekerjaan : IRT
 Alamat : Sedayu

AYAH

Tn. F
 28 tahun
 Karyawan swasta
 SedayuSUBJEKTIF

1. Riwayat antenatal

Riwayat ANC : TM1 3 kali, TM2 3 kali, TM3 4 kali
 Keluhan saat hamil : mual, muntah, sering kencing
 Penyakit/komplikasi ibu dan janin : tidak ada

2. Riwayat intranatal

Tanggal : 20-22-2021
 Jenis Persalinan : spontan
 Lama persalinan
 Kala I : 7 jam 25 menit Kala III : 5 menit
 Kala II : 25 menit Kala IV : 2 jam
 Komplikasi : Tidak ada
 Tempat persalinan/penolong : PMB Rohani Wiyanti/Bidan

3. Keadaan bayi baru lahir

Lahir tanggal : 22-01-2024 jam 23.25 WIB
 Masa gestasi : 39⁺² minggu
 Usaha napas : segera menangis
 Warna air ketuban : jernih

- Tonus otot : gerak aktif
 Nilai APGAR : 1 menit/ 5 menit/ 10 menit (9/10/10)
 IMD : ya, segera setelah lahir selama 1 jam
4. Pola eliminasi : belum mengeluarkan urin dan mekoneum sudah

OBJEKTIF

1. Antropometri

PB : 48 cm BB : 3100 gram LLA : 10 cm
 LK : 33 cm LD : 34 cm

2. Pemeriksaan umum

Denyut jantung : 148 kali/menit S : 36,6°C R : 45 kali/menit
 Tonus otot : gerak aktif
 Warna kulit : merah muda, tidak tampak kebiruan

3. Pemeriksaan khusus

- a. Kepala : tidak ada caput succedaneum, tidak ada cephal hematoma
- b. Telinga : simetris, tidak ada pengeluaran
- c. Mata : sklera putih, konjungtiva merah muda
- d. Hidung : simetris, terdapat 2 lubang dengan septum, tidak ada sekret, tidak ada pernapasan cuping hidung
- e. Mulut : bibir lembab kemerahan, bersih, tidak ada luka, tidak tampak gigi, frenulum terlihat, tidak ada labiopalatoskisis
- f. Leher : gerak bebas, tidak ada pembengkakan kelenjar limfe
- g. Klavikula dan lengan : gerak bebas, tidak ada odema dan fraktur
- h. Dada : puting sejajar tidak ada pengeluaran dari puting, tidak ada retraksi dinding dada
- i. Abdomen : tidak tampak pembesaran, gerakan sesuai irama napas, tali pusat masih basah dan bersih, tidak ada perdarahan aktif di tali pusat
- j. Genitalia : labia mayora tidak menutupi labia minora, tidak ada pengeluaran
- k. Anus : terdapat anus berlubang
- l. Ekstremitas : gerak bebas, tidak tampak kebiruan, jari lengkap

m. Punggung : tidak ada spina bifida

n. Reflek : moro (+), rooting (+), sucking (+), grasp (+), swallowing (+),
babinski (+)

5. Pemeriksaan penunjang

Tidak dilakukan

ANALISA

By Ny W umur 1 jam berat bayi lahir cukup, cukup bulan, sesuai masa kehamilan normal

PENATALAKSANAAN

1. Menyampaikan hasil pemeriksaan bahwa bayi dalam kondisi baik.
E : Ibu mengetahui hasil pemeriksaan
2. Meminta persetujuan orang tua untuk pemberian salep mata pad bayi, pemberian suntikan vitamin K, serta menjelaskan fungsi dan prosedurnya.
E : Ibu dan suami setuju dilakukan Tindakan pada bayi
3. Memberikan salep mata dan injeksi vitamin K dosis 1 mg di 1/3 atas anterolateral paha kiri. Dan memberikan injeksi HBO 2 jam setelah bayi lahir.
E : Salep mata telah diberikan dan vitamin K telah masuk seluruhnya dengan injeksi IM pada vastus lateralis sudut 90°.
4. Menjaga kehangatan bayi dan motivasi ibu untuk selalu jaga kehangatan bayi.
E : Bayi telah diberi pakaian dan dibedong kemudian dilakukan rawat gabung
5. Membantu ibu menyusui bayinya dan mengajarkan ibu teknik menyusui yang benar.
E : Ibu mampu mempraktikkan Teknik menyusui dengan baik
6. Memberikan KIE tanda bahaya pada bayi baru lahir yang harus diwaspadai.
E : Ibu merespon dengan baik dan akan memperhatikan kondisi bayi.
7. Melanjutkan observasi bayi baru lahir pasca persalinan.
E : Telah dilakukan

**CATATAN PERKEMBANGAN ASUHAN KEBIDANAN BBL
BY NY W UMUR 7 HARI BBL CB SMK NORMAL**

TANGGAL/JAM : 29-01-2024/15.30 WIB

SUBYEKTIF

1. Keluhan utama

Ibu mengatakan By Ny W dalam keadaan sehat, tidak ada keluhan, bayi menyusui dengan baik, tali pusat lepas/puput hari ke-5.

2. Keadaan bayi baru lahir

Lahir tanggal : 22-01-2024 jam 23.25 WIB
 Masa gestasi : 39⁺² minggu
 Usaha napas : segera menangis
 Warna air ketuban : jernih
 Tonus otot : gerak aktif
 Nilai APGAR : 1 menit/ 5 menit/ 10 menit (9/10/10)
 IMD : ya, segera setelah lahir selama 1 jam

3. Pola eliminasi : BAB sehari 2-3 kali, BAK >4 kali.

OBJEKTIF

1. Antropometri

PB : 48 cm BB : 3000 gram LLA : 10 cm
 LK : 33 cm LD : 34 cm

2. Pemeriksaan umum

Denyut jantung : 142 kali/menit S : 36,4°C R : 44 kali/menit
 Tonus otot : gerak aktif
 Warna kulit : merah muda, tidak tampak kebiruan, tidak ikterik

3. Pemeriksaan khusus

- a. Kepala : normal
- b. Telinga : simetris, tidak ada pengeluaran
- c. Mata : sklera tidak ikterik, konjungtiva merah muda
- d. Hidung : simetris, terdapat 2 lubang dengan septum, tidak ada sekret, tidak ada pernapasan cuping hidung
- e. Mulut : normal, bibir lembab kemerahan, bersih, tidak ada luka,

tidak tampak gigi, frenulum terlihat, tidak ada labiopalatoskisis

- f. Leher : gerak bebas, tidak ada hambatan saat menoleh, tidak ada pembengkakan kelenjar limfe
- g. Klavikula dan lengan : gerak bebas, tidak ada odema dan fraktur
- a. Dada : puting sejajar tidak ada pengeluaran dari puting, tidak ada retraksi dinding dada
- b. Abdomen : tidak tampak pembesaran, gerakan sesuai irama napas, tali pusat sudah lepas dan kering, tidak ada perdarahan aktif di tali pusat
- c. Genetalia : labia mayora tidak menutupi labia minora, tidak ada pengeluaran, BAK (+)
- d. Anus : terdapat anus berlubang, BAB (+)
- e. Ekstremitas : gerak bebas, tidak tampak kebiruan, jari lengkap
- f. Punggung : tidak ada spina bifida
- g. Reflek : moro (+), rooting (+), sucking (+), grasp (+), swallowing (+), babinski (+)

4. Pemeriksaan penunjang

26-01-2024 Skrining hipotiroid kongenital : Negatif

ANALISA

By Ny W umur 7 hari berat bayi lahir cukup, cukup bulan, sesuai masa kehamilan normal membutuhkan perawatan neonatal esensial.

PENATALAKSANAAN

1. Memberitahu kepada ibu bahwa kondisi bayinya saat ini dalam keadaan baik, tali pusat bayinya sudah lepas dengan bersih dan keadaan mengering serta tidak ada tanda-tanda infeksi.
E : Ibu lega mendengar keadaan bayinya
2. Menganjurkan kepada ibu untuk tetap mempertahankan makan-makanan yang bergizi dan menganjurkan ibu banyak makan buah dan sayuran seperti pepaya, pisang, jantung pisang, pucuk katuk, bayam untuk melancarkan ASI ibu.
E : Ibu bersedia makan makanan bergizi
3. Menyarankan ibu untuk melakukan kegiatan rumah tangga secara perlahan-lahan, serta tidur siang atau istirahat ketika bayi tidur.

E : Ibu bersedia

4. Menganjurkan ibu untuk tetap menjaga kebersihan bayinya dan dirinya meskipun tali pusat sudah lepas agar terhindar dari bakteri yang akan menimbulkan infeksi.

E : Ibu bersedia melakukan anjuran bidan

5. Memastikan ibu dapat menyusui bayinya dengan baik dan benar, menyusui secara ondemand atau setiap 2 jam.

E : Ibu mampu mempraktikkan teknik menyusui dengan baik ondemand

6. Memberikan KIE tanda bahaya pada bayi baru lahir yang harus diwaspadai, dan menganjurkan ibu segera membawa bayi ke fasyankes terdekat apabila ditemui tanda bahaya pada bayi.

E : Ibu mengerti penjelasan bidan

**CATATAN PERKEMBANGAN ASUHAN KEBIDANAN BBL
BY NY W UMUR 14 HARI BBL CB SMK NORMAL**

TANGGAL/JAM : 05-02-2024/15.30 WIB

SUBJEKTIF

Keluhan utama

Ibu mengatakan By Ny W dalam keadaan sehat, tidak ada keluhan, bayi menyusui dengan baik.

OBJEKTIF

1. Antropometri

Tidak dilakukan

2. Pemeriksaan umum

Denyut jantung : 145 kali/menit S : 36,5°C R : 45 kali/menit

Tonus otot : gerak aktif

Warna kulit : merah muda, tidak tampak kebiruan, tidak ikterik

3. Pemeriksaan khusus

a. Kepala : normal

b. Telinga : simetris, tidak ada pengeluaran

c. Mata : sklera tidak ikterik, konjungtiva merah muda

d. Hidung : simetris, terdapat 2 lubang dengan septum, tidak ada sekret, tidak ada pernapasan cuping hidung

e. Mulut : normal, bibir lembab kemerahan, bersih, tidak ada luka, tidak tampak gigi, frenulum terlihat, tidak ada labiopalatoskisis

f. Leher : gerak bebas, tidak ada hambatan saat menoleh, tidak ada pembengkakan kelenjar limfe

g. Klavikula dan lengan : gerak bebas, tidak ada odema dan fraktur

h. Dada : puting sejajar tidak ada pengeluaran dari puting, tidak ada retraksi dinding dada

i. Abdomen : tidak tampak pembesaran, gerakan sesuai irama napas, tali pusat bersih kering, tidak ada tanda tanda infeksi.

j. Genetalia : labia mayora tidak menutupi labia minora, tidak ada pengeluaran, BAK (+)

- k. Anus : terdapat anus berlubang, BAB (+)
 - l. Ekstremitas : gerak bebas, tidak tampak kebiruan, jari lengkap
 - m. Punggung : tidak ada spina bifida
 - n. Reflek : moro (+), rooting (+), sucking (+), grasp (+), swallowing (+),
babinski (+)
4. Pemeriksaan penunjang
Tidak dilakukan

ANALISA

By Ny D umur 14 hari berat bayi lahir cukup, cukup bulan, sesuai masa kehamilan normal.

PENATALAKSANAAN

1. Memberitahu kepada ibu bahwa kondisi bayinya saat ini dalam keadaan baik, tali pusat bersih dan kering, tidak ada tanda-tanda infeksi.
E : Ibu lega mendengar keadaan bayinya
2. Menganjurkan ibu untuk tetap menjaga kebersihan bayinya dan dirinya meskipun tali pusat sudah lepas agar terhindar dari bakteri yang akan menimbulkan infeksi.
E : Ibu bersedia melakukan anjuran bidan
3. Memberikan KIE tanda bahaya pada bayi baru lahir yang harus diwaspadai, dan menganjurkan ibu segera membawa bayi ke fasyankes terdekat apabila ditemui tanda bahaya pada bayi.
E : Ibu mengerti penjelasan bidan
4. Memberikan KIE kepada ibu tentang ASI eksklusif 6 bulan. Ibu dianjurkan untuk memberikan ASI saja selama 6 bulan tanpa makanan atau minuman tambahan apapun.
E : Ibu bersedia memberikan ASI saja sampai bayi berusia 6 bulan
5. Menjelaskan pada ibu tentang imunisasi BCG dan memberitahu agar anaknya diberikan imunisasi saat berusia 1 bulan.
E : Ibu mengerti penjelasan bidan dan bersedia untuk dilakukan imunisasi BCG
6. Melakukan pendokumentasian tindakan

INFORMED CONSENT (SURAT PERSETUJUAN)

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Winelerti
Tempat/Tanggal Lahir : Bantul, 13 Juni 2001
Alamat : Selogedong Argodadi Sodayu Bantul

Bersama ini menyatakan kesediaan sebagai subjek dalam praktik Continuity of Care (COC) pada mahasiswa Prodi Pendidikan Profesi Bidan T.A. 2020/2021. Saya telah menerima penjelasan sebagai berikut:

1. Setiap tindakan yang dipilih bertujuan untuk memberikan asuhan kebidanan dalam rangka meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental ibu dan bayi. Namun demikian, setiap tindakan mempunyai risiko, baik yang telah diduga maupun yang tidak diduga sebelumnya.
2. Pemberi asuhan telah menjelaskan bahwa ia akan berusaha sebaik mungkin untuk melakukan asuhan kebidanan dan menghindari kemungkinan terjadinya risiko agar diperoleh hasil yang optimal.
3. Semua penjelasan tersebut di atas sudah saya pahami dan dijelaskan dengan kalimat yang jelas, sehingga saya mengerti arti asuhan dan tindakan yang diberikan kepada saya. Dengan demikian terdapat kesepahaman antara pasien dan pemberi asuhan untuk mencegah timbulnya masalah hukum di kemudian hari.

Demikian surat persetujuan ini saya buat tanpa paksaan dari pihak manapun dan agar dipergunakan sebagaimana mestinya.

Yogyakarta,13 Januari 2024.....

Mahasiswa



.....
Ayu Ukhuwati

Klien



.....
Windarti

Lampiran 3. Surat keterangan telah menyelesaikan COC

SURAT KETERANGAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama Pembimbing Klinik : Rohani Widiyanti
Instansi : Puskesmas/PMB Rohani Widiyanti

Dengan ini menerangkan bahwa:

Nama Mahasiswa : Ayu Ukhviyati
NIM : 007124523055
Prodi : Pendidikan Profesi Bidan
Jurusan : Kebidanan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta

Telah selesai melakukan asuhan kebidanan berkesinambungan dalam rangka praktik kebidanan holistik Continuity of Care (COC)

Asuhan dilaksanakan pada tanggal 13-1-2024 sampai dengan 15-2-2024

Judul asuhan: Asuhan Berkesinambungan pada Ny.w usia 23 tahun G2P1A0AH1,
di praktik Mandiri Bidan Rohani Widiyanti Pajangan Bantul.

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sesungguhnya untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

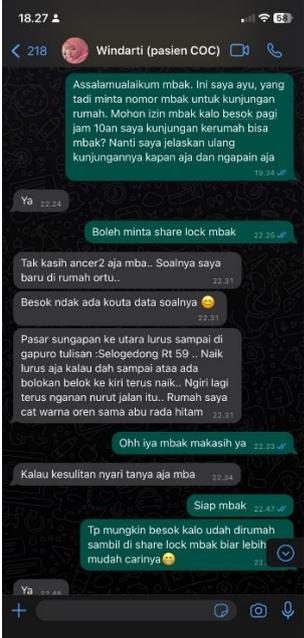
Yogyakarta, 5 Februari 2024

Bidan (Pembimbing Klinik)



Rohani Widiyanti, S.Tr.keb., Bdn

Lampiran 4. Dokumentasi foto pelaksanaan COC

	
<p>Bukti chat WA kunjungan rumah pertama (13 Januari 2024)</p>	<p>Kunjungan ANC ke-2 dan KB (20 Januari 2024)</p>
	
<p>Bayi Ny.W lahir pukul 23.25 WIB di PMB Rohani (22 Januari 2024)</p>	<p>Ny. W postpartum 7 Jam di PMB Rohani (23 Januari 2024)</p>



KN 2 dan KB (29 Januari 2024)



KN 2 (29 Januari 2024)



KN 3 (6 Februari 2024)



KN 3 (6 Februari 2024)



Pemberian souvenir dari Poltekkes Kemenkes Yogyakarta untuk pasien COC

Lampiran 5. Jurnal yang dijadikan Referensi



Article

Overactive Bladder during Pregnancy: A Prospective Longitudinal Study

Hung-Ju Chen ^{1,2}, Sheng-Mou Hsiao ^{3,4,5}, Cheng-Fang Yang ^{6,7}, Chien-Nan Lee ⁴, Yi-Wen Wang ², Da-Wei Guo ⁸ and Shioh-Ru Chang ^{9,10,*}

- ¹ Department of Nursing, Tri-Service General Hospital, Taipei 114, Taiwan; r05426007@ntu.edu.tw
- ² Women's Health & Maternal-Newborn Nursing Program, School of Nursing, College of Medicine, National Taiwan University, Taipei 100, Taiwan; r02426009@ntu.edu.tw
- ³ Department of Obstetrics and Gynecology, Far Eastern Memorial Hospital, Banqiao, New Taipei 220, Taiwan; smhsiao2@gmail.com
- ⁴ Department of Obstetrics and Gynecology, National Taiwan University College of Medicine and the Hospital, Taipei 100, Taiwan; leecn@ntu.edu.tw
- ⁵ Graduate School of Biotechnology and Bioengineering, Yuan Ze University, Taoyuan 320, Taiwan
- ⁶ Second Degree Bachelor of Science, College of Medicine, National Taiwan University, Taipei 100, Taiwan; fionayang@ntu.edu.tw
- ⁷ Department of Nursing, National Taiwan University Hospital, Yunlin Branch, Yunlin 640, Taiwan
- ⁸ Institute of Emergency and Critical Care Medicine, College of Medicine, National Yang Ming Chiao Tung University, Taipei 112, Taiwan; evavictor2001@gmail.com
- ⁹ School of Nursing, College of Medicine, National Taiwan University, Taipei 100, Taiwan
- ¹⁰ Department of Nursing, National Taiwan University Hospital, Taipei 100, Taiwan
- * Correspondence: srchang@ntu.edu.tw



Citation: Chen, H.-J.; Hsiao, S.-M.; Yang, C.-F.; Lee, C.-N.; Wang, Y.-W.; Guo, D.-W.; Chang, S.-R. Overactive Bladder during Pregnancy: A Prospective Longitudinal Study. *Medicina* **2022**, *58*, 243. <https://doi.org/10.3390/medicina58020243>

Academic Editor: Maurizio Serati

Received: 30 December 2021

Accepted: 3 February 2022

Published: 6 February 2022

Publisher's Note: MDPI stays neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.



Copyright: © 2022 by the authors. Licensee MDPI, Basel, Switzerland. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Abstract: *Background and Objectives:* Overactive bladder (OAB) is a serious urination-related symptom of unknown pathogenesis that affects one's everyday activities. The objective of this study was to examine how OAB prevalence, symptom severity, and degree of distress caused by OAB symptoms evolved throughout the course of pregnancy. *Materials and Methods:* A total of 659 pregnant women were recruited from 2015 to 2020, and were evaluated through the International Consultation on Incontinence Questionnaire-Overactive Bladder (ICIQ-OAB) on OAB symptoms, administered in the early, middle, and late stages of pregnancy. *Results:* Generalized estimating equation analysis revealed that the odds of OAB occurring in the middle and late stages of pregnancy were 1.90 and 2.33 times higher, respectively, than in early pregnancy. The corresponding odds for OAB-wet were 1.63 and 2.07 higher, respectively, and the odds of OAB-dry occurring during late pregnancy were 0.80 higher than during early pregnancy. Symptoms were more severe by 0.07 and 0.21 points (on a 4-point scale) in the middle and late stages of pregnancy, respectively, than in early pregnancy; distress was greater by 0.13 and 0.27 points (on a 10-point scale) in the middle and late stages of pregnancy, respectively, than in early pregnancy. The prevalence of OAB, OAB-dry, and OAB-wet was significantly higher in early pregnancy than pre-pregnancy. *Conclusions:* The prevalence of OAB and OAB-wet increased over the course of pregnancy, but the prevalence of OAB-dry decreased. Furthermore, symptom severity and degree of distress increased over time.

Keywords: overactive bladder; pregnancy; prevalence

1. Introduction

According to the International Continence Society (ICS), overactive bladder (OAB), usually accompanied by increased urination during the day or nocturia, is a serious urination-related symptom that occurs without urinary tract infection or other diagnosable diseases. OAB with and without the symptom of urge urinary incontinence is called OAB-wet and OAB-dry, respectively [1]. The pathogenesis of OAB remains unclear. At present, two main pathogeneses (neurogenic and myogenic) have been proposed regarding OAB's

complex pathophysiological changes [2]. The symptoms relating to OAB during pregnancy are due to normal physiological changes, and resolve following delivery [3].

OAB affects a patient's everyday life, including their work, travel, physical movements, social interactions, sleep, and even their sexual function [4]. Women are particularly affected, and they tend to avoid hobbies where urinary leaks or the lack of a toilet can pose a problem [5]. For women, OAB also affects their mental health, resulting in depression, anxiety, embarrassment, low self-esteem, and poor sleep quality, negatively influencing their quality of life and relationships [6]. Studies have indicated that approximately 25% of women encounter difficulties in experiencing sexual arousal, orgasm, and pleasure [7]. Those with severer OAB symptoms have a significantly lower quality of life [8]. A survey involving first-time mothers who were 36 weeks pregnant revealed that OAB-wet, but not OAB-dry, significantly influences their quality of life with respect to their everyday activities, bodily functions, social interactions, emotional state, and sense of embarrassment [9].

In 2001, Milsom et al. conducted a survey in six European countries, and discovered that 16.6% of the citizens aged 40 years and above had OAB symptoms [10]. In 2003, Stewart et al. also conducted a census in the U.S. and reported that 16.5% of citizens aged 18 years and above had OAB symptoms, among whom 6.1% had OAB-wet and 10.4% had OAB-dry [11]. In Asia, the prevalence of OAB in Japan is low, at 8.1% [12], whereas the prevalence of OAB in China, North Korea, and Taiwan among citizens aged 40 years was high, at 23.9%, 19.7%, and 15.8%, respectively [8]. Few studies, however, have focused on OAB among pregnant women in western countries [9,13,14]. However, studies have not used the OAB classification of the International Continence Society in their analysis. Moreover, no study in eastern countries has analyzed OAB in pregnant women. Thus, in our study, we examined the prevalence, symptom severity, and degree of distress of OAB among pregnant women, and observed how their symptoms evolved throughout the course of pregnancy.

This study tested the hypothesis that OAB prevalence, symptom severity, and degree of distress caused by OAB symptoms would increase over time throughout pregnancy.

2. Materials and Methods

We recruited women who were in the early stages of pregnancy from an obstetrics outpatient department of a medical center in Northern Taiwan between 2015 and 2020. Data relating to OAB and the participants' background were gathered throughout the early, middle, and late stages of pregnancy when the patients went for prenatal examination. A participant was included if they were (1) older than 20 years of age, (2) in early pregnancy (<17 weeks of pregnancy) and had received a pregnancy booklet, and (3) literate in traditional Chinese and lucid. A prospective participant was excluded if they (1) exhibited signs of miscarriage, (2) had a urinary tract infection, or (3) could not fill out the research consent form and questionnaire. This project was approved by the Research Ethics Committee of the hospital involved. All participants signed an informed consent declaration.

2.1. Data Collection

We explained our research aims and process to prospective participants visiting the hospital's outpatient obstetrics department for prenatal examination. The inclusion criteria were women ≥ 20 years old and during early pregnancy, and the subjects provided their written informed consent prior to their participation. Women who reported urinary tract abnormalities or urinary tract infection in need of regular medical follow-up were excluded from the study population. Participants could withdraw from the study at any time, and their medical rights were not compromised regardless of whether they participated or withdrew. Because follow-up visits were required, the participants gave their contact details on the consent form. We informed them that only the researchers would contact them using their phone number or address. The information provided was for research use only, and all information was kept confidential in order to protect the patients' right to privacy. To track the condition of their pregnancy, the participants completed another questionnaire when

they revisited the outpatient obstetrics department for prenatal examination during middle (17–28 weeks of pregnancy) and late pregnancy (≥ 29 weeks of pregnancy). Furthermore, participants were also invited to recall their experience of OAB during pre-pregnancy. In total, 961 eligible participants remained after ineligible participants were screened. Among the 961 participants, 46 refused to participate, and 26 did not complete the questionnaire; in addition, 729 and 659 participants went for middle and late pregnancy follow-up visits, respectively. In total, 197 participants withdrew or refused to participate; the rejection and participant loss rates were 20.5% and 10.9%, respectively.

2.2. Measurement

We employed two measurement tools: a sheet on basic demographic information, and a self-developed structured questionnaire that measured basic demographic attributes and obstetric variables. The demographic attributes measured were age, body mass index (BMI), level of education, occupation, and household income. The obstetric variables were number of weeks of pregnancy, number of pregnancies, and birth history.

We applied the Taiwan (i.e., traditional Chinese) version of the international consultation on incontinence questionnaire, overactive bladder module (ICIQ-OAB). The ICIQ-OAB is a self-administered questionnaire assessing the following four OAB symptoms: frequency, nocturia, urgency, and urge urinary incontinence [15]. The ICIQ-OAB comprises six items, where the first and second items concern the date of birth and gender, respectively. The third to sixth items are individually divided into two sub-items a and b. Items 3a, 4a, 5a, and 6a pertain to the severity of the four symptoms on a 5-point Likert scale (0 to 4 points), while items 3b, 4b, 5b, and 6b pertain to the degree of distress caused by the symptom, measured using a visual analog scale (0–10 points), with higher scores indicating a more distressing symptom. In the four preceding weeks, patients who urinated 7–8 times/day (3a ≥ 1 point) were defined as having frequent urination; those who reported waking up to urinate twice during the night (4a ≥ 2 points) were defined as having nocturia; those who reported having “occasionally” feel that they “have to rush to the toilet” (5a ≥ 1 point) or “urinate before reaching the toilet” (6a ≥ 1 point) were defined as having urgency or urge urinary incontinence, respectively. The total score for the four sub-items ranges from 0–16 points, with a higher score indicating increased symptom severity. Urgency in urination was defined as a necessary symptom for OAB, along with at least one other symptom. OAB with and without the occurrence of urge urinary incontinence is referred to as OAB-wet and OAB-dry, respectively. The definitions of symptoms are listed in Table 1.

Table 1. Definitions of the urinary symptoms, OAB-dry, and OAB-wet.

Frequency (3a)	Nocturia (4a)	Urgency (5a)	Urge Urinary Incontinence (6a)
≥ 1 point	≥ 2 points	≥ 1 point	≥ 1 point
OAB-dry: 5a + 3a, 5a + 4a, 5a + 3a + 4a; OAB-wet: OAB-dry + 6a, 5a + 6a.			

2.3. Statistical Analysis

We used SPSS for Mac v 25 for statistical analysis, and set the significance level to be $p < 0.05$. The basic demographic attributes and obstetric variables were analyzed using descriptive statistics. Continuous variables (e.g., symptom severity and degree of symptom distress) were expressed in terms of the mean and standard deviation, while discrete variables (e.g., OAB prevalence from early to late pregnancy) were expressed in terms of frequency and percentage. In addition, a generalized estimating equation (GEE) was adopted for repeated measurements in order to estimate the changes in OAB prevalence, symptom severity, and degree of symptom distress.

3. Results

3.1. Sample Characteristics

In total, 889, 729, and 659 women completed valid questionnaires during early, middle, and late pregnancy, respectively. The data of 659 participants were analyzed. The distributions of the demographic variables are detailed in Table 2. The mean age was 33.82 (SD = 4.13). The mean durations during early, middle, and late pregnancy were 12.54 (SD = 2.73), 23.90 (SD = 3.28), and 33.61 (SD = 2.74) weeks, respectively. The mean weights in early, middle, and late pregnancy were 57.77 (SD = 9.82), 62.35 (SD = 9.90), and 66.57 (SD = 10.03), respectively. The mean BMI values in early, middle, and late pregnancy were 22.43 (SD = 3.64), 24.18 (SD = 3.65), and 25.84 (SD = 3.71), respectively.

Table 2. Characteristics of participants during early pregnancy.

	Mean ± SD or n (%)
Age (years old)	33.82 ± 4.13
Gestational age (weeks)	
Early pregnancy	12.54 ± 2.73
Middle pregnancy	23.90 ± 3.28
Late pregnancy	33.61 ± 2.74
Parity	
Nulliparous	430 (65.3)
1	191 (29.0)
≥2	38 (5.7)
Number of previous deliveries	
Vaginal delivery	
0	508 (77.1)
1	131 (19.9)
≥2	20 (3.0)
Caesarean section	
0	572 (86.8)
1	76 (11.5)
≥2	11 (1.7)

SD: standard deviation.

3.2. Changes in OAB throughout Pregnancy

We found that the prevalence of OAB and OAB-wet increased over time from pre-pregnancy to late pregnancy, while the prevalence of OAB-dry increased from pre-pregnancy to early pregnancy, and decreased in the middle and late stages (Figure 1). We used a GEE to examine the changes in the prevalence of OAB during pregnancy, and inspected the influence of time on the prevalence of OAB, as shown in Table 3. In the results, the odds of OAB occurring in middle and late pregnancy were 1.90 and 2.33 times higher, respectively, than in early pregnancy ($p < 0.001$). The post hoc polynomial test verified that the trend was linear, at statistical significance ($p < 0.001$), and thus corroborated the finding that the prevalence of OAB (especially OAB-wet) during late pregnancy was significantly higher than during early and middle pregnancy. The odds of OAB-wet occurring in middle and late pregnancy were 1.63 and 2.07 times higher, respectively, than in early pregnancy ($p < 0.001$), meaning that OAB-wet becomes significantly more prevalent during late pregnancy.

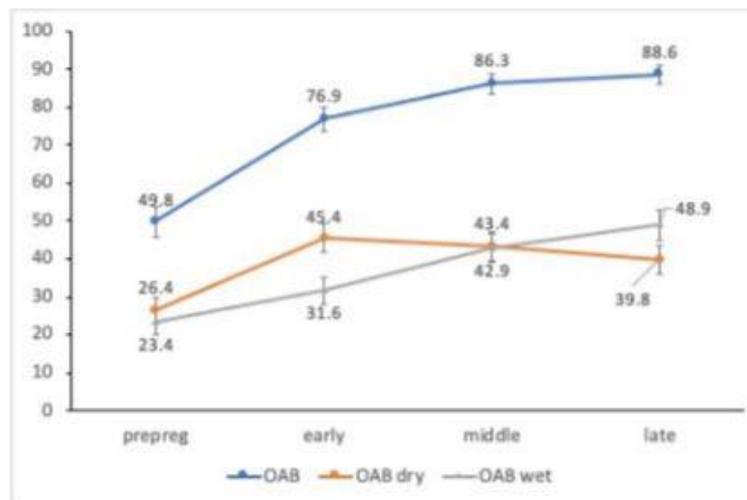


Figure 1. Prevalence of OAB, OAB-dry, and OAB-wet during early, middle, and late pregnancy.

Table 3. Changes in the prevalence of OAB.

	Beta	SE	Exp(B)	95% Confidence Interval		p-Value
				Lower	Upper	
OAB						
Early			ref.			
Middle	0.64	0.11	1.90	1.53	2.36	<0.001 **
Late	0.85	0.12	2.33	1.84	2.97	<0.001 **
OAB-dry						
Early			ref.			
Middle	-0.08	0.08	0.92	0.79	1.08	0.32
Late	-0.23	0.08	0.80	0.68	0.93	0.005 *
OAB-wet						
Early			ref.			
Middle	0.49	0.08	1.63	1.41	1.89	<0.001 **
Late	0.73	0.08	2.07	1.78	2.41	<0.001 **
Symptom severity						
Early	ref.					
Middle	0.07	0.02	-	0.03	0.10	<0.001 **
Late	0.21	0.02	-	0.17	0.24	<0.001 **
Symptom distress						
Early	ref.					
Middle	0.13	0.03	-	0.07	0.19	<0.001 **
Late	0.27	0.03	-	0.21	0.33	<0.001 **

OAB: overactive bladder; SE: standard error; ref: reference. Significance: * $p < 0.01$; ** $p < 0.001$.

The prevalence of OAB-dry, however, exhibited a different trend, increasing in early pregnancy and decreasing thereafter. We conducted GEE analysis of the changes in the prevalence of OAB-dry, and analyzed the influence of time on the prevalence of OAB; the results demonstrated that the odds of OAB-dry occurring in late pregnancy were 0.80 times the odds in early pregnancy ($p = 0.005$). The post hoc polynomial test verified that the trend was linear, at statistical significance ($p = 0.01$), and thus corroborated the finding that OAB-dry is less prevalent in late pregnancy than in early pregnancy; however, middle and late pregnancy did not differ with respect to the prevalence of OAB-dry.

The changes in symptom severity and the degree of symptom distress in OAB during pregnancy indicated that symptoms were significantly ($p < 0.001$) severer—by 0.07 and 0.21 points in middle and late pregnancy, respectively—than in early pregnancy.

Furthermore, distress was significantly ($p < 0.001$) greater—by 0.13 and 0.27 points in middle and late pregnancy, respectively—than in early pregnancy. Accordingly, symptom severity and degree of distress were significantly severer in late pregnancy than in early and middle pregnancy. We also used McNemar's test to analyze the prevalence of OAB between pre-pregnancy and early pregnancy. We found that the prevalence of OAB, OAB-dry, and OAB-wet was significantly higher in early pregnancy than pre-pregnancy ($p < 0.001$).

4. Discussion

The results demonstrate that OAB prevalence, symptom severity, and degree of distress increase with the gestational age. For early, middle, and late pregnancy, the prevalence of OAB was 76.9%, 86.3%, and 88.6%, respectively; the prevalence of OAB-dry was 45.4%, 43.3%, and 39.8%, respectively; and the prevalence of OAB-wet was 31.5%, 42.9%, and 48.8%, respectively. OAB and OAB-wet became significantly more prevalent over time, but OAB-dry became significantly less prevalent during late pregnancy. Van Brummen et al. [13] reported that the prevalence of frequent and urgent urination at the 12th week of pregnancy was very high (74% and 63%, respectively), and that the prevalence of OAB was significantly higher at the 36th than the 12th week of pregnancy. Van Brummen et al. [9] further estimated the prevalence of OAB-dry and OAB-wet individually, and reported that at the 12th and 36th weeks of pregnancy, the prevalence of OAB-dry was 46.9% and 46.9%, respectively, while that of OAB-wet was 3.5% and 14.6%, respectively. The prevalence of OAB-dry and OAB-wet reported by van Brummen et al. [9] was consistent with and lower than those obtained by our study, respectively. This difference may be due to our differences in measurement and definitions: van Brummen et al. defined OAB-wet as a disease with the symptoms of frequent urination, urgent urination, and urge urinary incontinence, whereas we defined OAB-wet as a disease with the symptoms of only urgent urination and urge urinary incontinence. Therefore, we observed a higher prevalence because our definition has fewer criteria.

No significant difference was observed in the prevalence of OAB-dry between early and middle pregnancy, although such prevalence was significantly lower during late pregnancy. This may be due to worsening urge urinary incontinence during late pregnancy. Daly, Clarke, and Begley reported that the prevalence of urge urinary incontinence increased from 34.8% before pregnancy to 38.7% after pregnancy [16]. Another study also reported a 32.1–37.2% prevalence of urge urinary incontinence during late pregnancy, where those of urge urinary incontinence and mixed urinary incontinence were 4.8% and 16.8%, respectively [17,18]. This implies that OAB-dry developed into OAB-wet by late pregnancy, which might explain why OAB-wet significantly increases but OAB-dry significantly decreases over time. The preceding result is also partially consistent with that obtained by van Brummen et al. [9]—the prevalence of OAB-dry decreased over time (46.9% at the 12th week of pregnancy and 45% at the third trimester of pregnancy). In our study, pregnancy was divided into three trimesters in order to more precisely track the evolution of OAB's prevalence during pregnancy. We concluded that the prevalence of OAB-dry significantly increases until middle pregnancy, before decreasing in late pregnancy.

OAB severity and the degree of distress caused by OAB symptoms worsen with the number of weeks of pregnancy. Van Brummen et al. [13] employed a subscale of the urogenital distress inventory (UDI), which measures the self-perceived degree of distress caused by OAB symptoms, with a total score from 0 to 100 points. The mean score increased from 21.6 points at the 12th week to 25.7 points at the 36th week of pregnancy. This study indicates that the degree of distress caused by OAB symptoms becomes severer during pregnancy, which is consistent with our results.

Our study had the following limitations: First, we only recruited participants from a single medical center; hence, the results may not be generalizable to pregnant women from other medical institutions or regions. Furthermore, the participants' personal factors or other factors might lead to loss of valuable data; therefore, the results cannot apply to

participants who withdrew. In addition, bias may have been introduced by the participants retrospectively filling out the items for OAB during pre-pregnancy.

5. Conclusions

The prevalence of OAB and OAB-wet increased over the course of pregnancy, but the prevalence of OAB-dry decreased. Furthermore, symptom severity and degree of distress increased over time. These results can inform clinicians and the public with regard to how OAB symptoms change during pregnancy and affect pregnant women. According to our results, clinicians and health care providers may conduct further study in order to identify the proper intervention in early pregnancy to alleviate symptom severity and the impact of OAB on pregnant women.

Author Contributions: Conceptualization, S.-R.C. and H.-J.C.; funding acquisition, S.-R.C.; methodology, S.-R.C.; investigation, Y.-W.W.; formal analysis, H.-J.C. and D.-W.G.; writing—original draft preparation, H.-J.C.; writing—review and editing, S.-M.H., C.-F.Y., C.-N.L. and S.-R.C.; supervision, S.-R.C.; project administration, S.-R.C.; All authors have read and agreed to the published version of the manuscript.

Funding: This research was supported by funding from the Ministry of Science and Technology of Taiwan (MOST 104-2314-B-002-098-MY3).

Institutional Review Board Statement: This prospective cohort study was reviewed and approved by the Research Ethics Committee of the National Taiwan University Hospital (Number: 201412124RINA).

Informed Consent Statement: Informed consent was obtained from all subjects involved in the study.

Data Availability Statement: The data that support the findings of this study are available from the corresponding author upon reasonable request.

Acknowledgments: This study was supported by a grant from the Ministry of Science and Technology of Taiwan.

Conflicts of Interest: The authors do not have any conflict of interest with this work.

References

- Haylen, B.T.; de Ridder, D.; Freeman, R.M.; Swift, S.E.; Berghmans, B.; Lee, J.; Monga, A.; Petri, E.; Rizk, D.E.; Sand, P.K.; et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Neurourol. Urodyn.* **2010**, *29*, 4–20. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
- Wein, A.J.; Rackley, R.R. Overactive Bladder: A Better Understanding of Pathophysiology, Diagnosis and Management. *J. Urol.* **2006**, *175*, S5–S10. [[CrossRef](#)]
- Appell, R.A. Overactive bladder in special patient populations. *Rev. Urol.* **2003**, *5*, S37–S41. [[PubMed](#)]
- Leron, E.; Weintraub, A.Y.; Mastroli, S.A.; Schwarzman, P. Overactive Bladder Syndrome: Evaluation and Management. *Curr. Urol.* **2018**, *11*, 117–125. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
- Chen, G.-D.; Lin, T.-L.; Hu, S.-W.; Chen, Y.-C.; Lin, L.-Y. Prevalence and correlation of urinary incontinence and overactive bladder in Taiwanese women. *Neurourol. Urodyn.* **2003**, *22*, 109–117. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
- Kinsey, D.; Pretorius, S.; Glover, L.; Alexander, T. The psychological impact of overactive bladder: A systematic review. *J. Health Psychol.* **2016**, *21*, 69–81. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
- Patel, A.S.; O'leary, M.L.; Stein, R.J.; Leng, W.W.; Chancellor, M.B.; Patel, S.G.; Borello-France, D. The relationship between overactive bladder and sexual activity in women. *Int. Braz. J. Urol. Off. J. Braz. Soc. Urol.* **2006**, *32*, 77–87. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
- Chuang, Y.-C.; Liu, S.-P.; Lee, K.-S.; Liao, L.; Wang, J.; Yoo, T.K.; Chu, R.; Sumarsono, B. Prevalence of overactive bladder in China, Taiwan and South Korea: Results from a cross-sectional, population-based study. *Low. Urin. Tract Symptoms* **2019**, *11*, 48–55. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
- Van Brummen, H.J.; Bruinse, H.W.; Van De Pol, G.; Heintz, A.P.M.; Van Der Vaart, C.H. What is the effect of overactive bladder symptoms on woman's quality of life during and after first pregnancy? *BJU Int.* **2006**, *97*, 296–300. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
- Milsom, I.; Abrams, P.; Cardozo, L.; Roberts, R.; Thüroff, J.; Wein, A. How widespread are the symptoms of an overactive bladder and how are they managed? A population-based prevalence study. *BJU Int.* **2001**, *87*, 760–766. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
- Stewart, W.; Van Rooyen, J.; Cundiff, G.; Abrams, P.; Herzog, A.; Corey, R.; Hunt, T.; Wein, A. Prevalence and burden of overactive bladder in the United States. *World J. Urol.* **2003**, *20*, 327–336. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
- Ninomiya, S.; Naito, K.; Nakanishi, K.; Okayama, H. Prevalence and Risk Factors of Urinary Incontinence and Overactive Bladder in Japanese Women. *Low. Urin. Tract Symptoms* **2018**, *10*, 308–314. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]

**HUBUNGAN ANTARA TEKNIK MENYUSUI DENGAN KEJADIAN PUTING SUSU
LECET PADA IBU NIFAS PRIMIPARA DI KELURAHAN KANGENAN
KECAMATAN PAMEKASAN KABUPATEN PAMEKASAN**

Novita Ning Pratiwi¹, Sari Pratiwi Apidianti .I²
Program Studi DIII Kebidanan Universitas Islam Madura
Jl.PP. Mifathul Ulum Bettet, Pamekasan 69351, Madura
E-mail:sari_pratiwie@kebidanan.uim.ac.id

ABSTRAK

Puting susu lecet hingga saat ini mendominasi penyulit dalam proses laktasi terutama ibu nifas primipara yang dilatarbelakangi oleh kegiatan menyusui bagi primipara merupakan pengalaman pertama dan kurangnya informasi tentang proses menyusui. Tujuan penelitian ini untuk menganalisis hubungan antara teknik menyusui dengan kejadian puting susu lecet pada ibu nifas primipara di Kelurahan Kangenan Kecamatan Pamekasan Kabupaten Pamekasan. Di Kelurahan Kangenan terdapat 16 (53%) ibu nifas primipara mengalami puting susu lecet yang disebabkan karena teknik menyusui yang salah. Desain penelitian yang digunakan adalah *Case Control* dengan studi analisis korelasi. Observasi *checklist* dilaksanakan pada 30 responden (total populasi). Variabel yang diteliti terdiri atas variabel bebas yaitu teknik menyusui, dan variabel terikat yaitu kejadian puting susu lecet. Uji statistik yang digunakan adalah *Chi-Square*. Hasil penelitian didapatkan sebagian besar teknik menyusui yang dilakukan responden adalah salah (67%) dan sebagian besar mengalami puting susu lecet (57%). Setelah dianalisis menggunakan uji *Chi-Square* didapatkan hasil perhitungan χ^2 hitung (8,213) > χ^2 tabel (3,841) dengan $\alpha = 0,05$ maka H_1 diterima yaitu ada hubungan antara teknik menyusui dengan kejadian puting susu lecet pada ibu nifas primipara di Kelurahan Kangenan Kecamatan Pamekasan Kabupaten Pamekasan. Dalam mengentaskan masalah yang *urgent* ini, peran petugas kesehatan terutama bidan komunitas harusnya lebih intensif lagi dalam rangka melakukan upaya promotif dan preventif terhadap kejadian penyulit dalam laktasi.

Kata Kunci : Teknik menyusui, puting susu lecet, primipara

1. PENDAHULUAN

Tujuan pembangunan nasional adalah membangun Sumber Daya Manusia (SDM) yang berkualitas agar mereka dapat melanjutkan perjuangan pembangunan nasional untuk menuju masyarakat sejahtera, adil dan makmur. Strategi pencapaian tujuan tersebut tercantum dalam Millenium Development Goals (MDG's) 2015 dengan salah satu dari pembinaan tujuan dan pencapaian target yaitu peningkatan kesehatan maternal meliputi, kesehatan ibu hamil, melahirkan, dan nifas. Ibu nifas mempunyai peranan terpenting dalam kelangsungan hidup bayi

terutama dalam pemberian ASI (Air Susu Ibu) awal. "Menyusui adalah suatu cara yang tidak ada duanya dalam memberikan makanan ideal bagi pertumbuhan dan perkembangan bayi yang sehat bagi perkembangan jasmani, emosi, maupun spiritual yang baik dalam kehidupannya, karena ASI (Air Susu Ibu) adalah makanan satu-satunya yang paling sempurna bagi bayi" (World Health Organization (WHO) / United Nations International Children Emergency Fund (UNICEF)).

Hal tersebut diatas dapat terwujud jika didukung dengan kondisi ibu nifas yang siap dalam menghadapi

proses menyusui, sehingga pemberian ASI (Air Susu Ibu) dapat maksimal dan terhindar dari masalah-masalah menyusui. Pada kenyataannya, masih banyak ibu nifas yang mengalami masalah dalam menyusui terutama ibu nifas primipara. Hal ini dilatarbelakangi oleh kegiatan menyusui bagi ibu nifas primipara merupakan pengalaman pertama dan kurangnya informasi yang ibu terima tentang proses menyusui. “ Dari sekian banyak masalah dalam menyusui seperti puting susu lecet, bendungan ASI, *mastitis*, ASI tidak lancar dan masalah yang tersering adalah puting susu lecet, sekitar 57 % ibu nifas sedunia dilaporkan pernah menderita kelecetan pada putingnya”. Soetjiningsih (2007).

UNICEF menyebutkan bukti ilmiah yang dikeluarkan oleh jurnal *pediatric* pada tahun 2006. Terungkap data bahwa ibu yang mengalami masalah menyusui sekitar 17.230.142 juta jiwa di dunia yang terdiri dari puting susu lecet 56,4%, payudara bengkak 21,12%, bendungan payudara 15% dan mastitis sebanyak 7,5% (Damar, 2007). Menurut Survey Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) pada ibu nifas primipara tahun 2010 diperoleh, jumlah ibu nifas yang menyusui bayinya adalah 17,3% dan ibu nifas yang tidak menyusui bayinya sama sekali adalah 20,7 % serta ibu yang berhenti menyusui bayinya adalah 62%. Dari data tersebut, persentase tertinggi adalah ibu nifas yang berhenti menyusui bayinya sebelum masa nifas selesai dengan alasan 79,3% mengalami puting susu lecet, 5,8% mengalami bendungan ASI dan 12,5% ASI tidak

lancar serta 2,4% radang payudara atau mastitis.

Setelah dilakukan studi awal dengan cara wawancara dan observasi pada 10 ibu nifas primipara di Kelurahan Kangenan Kecamatan Pamekasan Kabupaten Pamekasan pada tanggal 05-08 Januari 2013 diperoleh, ibu nifas yang tidak mengalami puting susu lecet selama nifas terdapat 11 orang (36,6%) sedangkan ibu nifas yang pernah atau sedang mengalami puting susu lecet selama nifas adalah 19 orang (63,3%), dimana 13 ibu nifas (43,3%) disebabkan karena teknik menyusui yang salah, 3 ibu nifas (9,99%) karena puting susu yang terpapar sabun ketika mandi tidak dibilas hingga bersih, dan 3 ibu nifas (12,5%) karena bayinya mengalami moniliasis albicans. Data tersebut menunjukkan tingginya angka kejadian puting susu lecet disebabkan oleh teknik menyusui yang salah.

Kejadian puting susu lecet disebabkan oleh beberapa faktor yang terbagi atas faktor eksternal dan internal. Adapun faktor internal disebabkan oleh teknik menyusui dan perawatan payudara. Sedangkan faktor eksternal disebabkan karena adanya moniliasis pada mulut bayi, puting susu terpapar oleh zat iritan (sabun, alcohol, krim pembersih) serta lidah bayi yang pendek (*frenulum lingue*) (Soetjiningsih, 2007).

Dampak puting susu lecet pada ibu nifas primipara secara mikro dapat mempengaruhi psikologis ibu sehingga tidak terjalin *bounding attachment*. Sedangkan secara makro, dapat mengganggu rasa nyaman pada ibu menyusui sehingga pemberian ASI pada bayi dapat diberhentikan menyusu lebih awal sehingga

meningkatkan angka kesakitan bayi akibat kurang nutrisi dan dapat menurunkan tingkat kecerdasan bayi kelak yang merugikan bangsa karena kehilangan sebagian besar potensi cerdas dan pandai. Disisi lain, puting lecet yang tidak segera tertangani dapat menyebabkan mastitis (infeksi pada payudara) dan jika sampai pada tingkat abses dapat menyebabkan kematian pada ibu nifas (Suhardjo, 2003).

Seorang ibu dengan bayi pertamanya akan mengalami berbagai masalah, hanya karena tidak mengetahui cara yang sebenarnya yang sangat sederhana. Untuk itu seorang ibu nifas, lebih-lebih ibu nifas primipara butuh seseorang yang dapat membimbingnya dalam merawat bayi termasuk dalam menyusui. Orang yang dapat membantunya terutama adalah orang yang berpengaruh besar dalam hidupnya seperti suami, keluarga atau kelompok ibu-ibu pendukung ASI dan dokter atau tenaga kesehatan.

(Soetjiningsih, 2007)

Peranan petugas kesehatan sangat penting terutama bidan komunitas dalam melindungi, meningkatkan dan mendukung usaha menyusui baik sebelum, selama maupun setelah kehamilan, persalinan dan masa nifas. Petugas kesehatan harus mampu memotivasi, memberikan bimbingan dan penyuluhan manajemen persiapan menyusui di kalangan ibu. Misalnya dengan menggalakkan kelas ibu hamil yang didalamnya juga terdapat Bimbingan Persiapan Menyusui (BPM). Demikian pula pusat pelayanan kesehatan seperti Rumah Sakit, Rumah Bersalin atau Puskesmas harus mempunyai kebijakan yang berkenaan dengan pelayanan

menunjang keberhasilan menyusui. Dukungan tenaga kesehatan ini akan sangat membantu menurunkan kejadian puting susu lecet dikalangan ibu nifas terutama primipara yang notabene kegiatan menyusui adalah pengalaman pertama kalinya. Dengan mengikuti dan mempelajari pengetahuan mengenai menyusui atau laktasi diharapkan setiap ibu menyusui dapat memberikan ASI secara optimal sehingga bayi dapat tumbuh kebang normal sebagai calon Sumber Daya Manusia yang berkualitas.

Berdasarkan keaslian data diatas, tingginya angka kejadian puting susu lecet pada ibu nifas primipara merupakan masalah yang *urgent* dan perlu mendapat perhatian. Penelitian ini sangat dibutuhkan agar ibu nifas primipara dapat menerapkan teknik menyusui yang benar sehingga terhindar dari puting susu lecet. Menurut peneliti, belum pernah dilakukan penelitian dengan masalah ini, dan dimungkinkan untuk dilakukan penelitian berdasarkan pertimbangan waktu, tenaga, biaya serta kesesuaian kompetensi peneliti dengan tema tentang hubungan antara teknik menyusui dengan kejadian puting susu lecet pada ibu nifas primipara di Kelurahan Kangean Kecamatan Pamekasan Kabupaten Pamekasan.

2. METODE PENELITIAN

2.1. Desain penelitian

Desain yang digunakan adalah analisis korelasi yang menjelaskan suatu hubungan, memperkirakan dan menguji berdasarkan teori yang ada. (Nursalam, 2008). Sedangkan berdasarkan waktu, penelitian ini disebut *Case Control* (kasus control) adalah suatu penelitian (survei) analitik yang menyangkut bagaimana faktor resiko dipelajari dengan menggunakan

pendekatan *retrospective* (melihat kebelakang). **Identifikasi Variabel**

a. Variabel Independent

Variabel independent (bebas) dalam penelitian ini adalah teknik menyusui.

b. Variabel Dependent

Variabel dependent (terikat) dalam penelitian ini adalah kejadian puting susu lecet

2.2. Sampel Penelitian

Sampel dalam penelitian ini Seluruh ibu nifas primipara di Kelurahan Kangeran Kecamatan Pamekasan Kabupaten Pamekasan sebanyak 30 orang dengan menggunakan teknik nonprobability sampling tipe sampling jenuh/ total Sampling

2.3. Tempat Penelitian

Kelurahan Kangeran Kecamatan Pamekasan Kabupaten Pamekasan

2.4. Analisa Data penelitian

Pada proses ini peneliti melakukan distribusi frekuensi dengan menggunakan teknik analisis *univariate* yaitu mendeskripsikan variabel independen (bebas) dan variabel dependen (terikat) serta analisis bivariat dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi. Dalam penelitian ini dilakukan pengujian statistik menggunakan *Chi Square*.

3. HASIL PENELITIAN

HASIL DATA UMUM

3.1. Usia Responden

Tabel 1. Umur Responden

Umur	Jumlah	Persentase (%)
15-18	16	53
19-21	9	30
22-25	5	17
Total	30	100

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 30 ibu nifas primipara, sebagian besar berumur antara 15-18 tahun sebanyak 16 responden (53%).

3.2. Pendidikan Responden

Tabel 2. Pendidikan Responden

Pendidikan	Jumlah	Persentase (%)
Dasar	26	87
Menengah	3	10
Perguruan Tinggi	1	3
Total	30	100

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 30 ibu nifas primipara hampir seluruhnya berpendidikan Dasar sebanyak 26 responden (87%).

3.3. Pekerjaan Responden

Tabel 3. Pekerjaan Responden

Pekerjaan	Jumlah	Persentase (%)
IRT	21	70
Petani	5	17
Swasta	3	10
Guru	1	3
Total	30	100

Hasil Penelitian menunjukkan bahwa dari 30 ibu nifas primipara, sebagian besar responden yang bekerja sebagai IRT (Ibu Rumah Tangga) sebanyak 21 responden (70%)

3.4. Perawatan Payudara

Tabel 4. Perawatan Payudara

Pekerjaan	Jumlah	Persentase (%)
Melakukan	12	40
Tidak melakukan	18	60
Total	30	100

Hasil Penelitian menunjukkan bahwa dari 30 ibu nifas primipara, sebagian besar responden yang tidak melakukan perawatan payudara sebanyak 18 responden (60%).

3.5. Kejadian Moniliasis

Tabel 5. Kejadian Moniliasis

	Jumlah	Persentase (%)
Terjadi	19	63
	11	37

Tidak terjadi		
Total	30	100

Hasil Penelitian menunjukkan bahwa dari 30 ibu nifas primipara, sebagian besar responden yang mengalami moniliasis pada mulut bayi sebanyak 19 responden (63%).

3.6. Kejadian Lidah Pendek

Tabel 6. Kejadian Lidah Pendek

Pekerjaan	Jumlah	Persentase (%)
Terjadi	16	53
Tidak terjadi	14	47
Total	30	100

Hasil Penelitian menunjukkan bahwa dari 30 ibu nifas primipara, sebagian besar responden yang mempunyai lidah pendek (*frenulum linguae*) pada bayi sebanyak 16 responden (53%).

4. HASIL DATA KHUSUS

4.1. Tehnik Menyusui

Tabel 4.2.1 Tehnik Menyusui

Teknik Menyusui	Jumlah	Persentase (%)
Benar	10	33
Salah	20	67
Total	30	100

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 30 responden, sebagian besar teknik menyusui yang dilakukan salah sebanyak 20 responden (67%).

4.2. Kejadian puting susu lecet

Tabel 4.2.2 Kejadian Puting susu lecet

Kondisi Puting Susu	Jumlah	Persentase (%)
Lecet	18	60
Tidak Lecet	12	40
Total	30	100

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 30 responden, sebagian besar mengalami kelecetan pada puting susu sebanyak 18 responden (60%).

4.3. Tabulasi silang antara tehnik menyusui dengan kejadian puting lecet

Tabel 4.2.3 Tehnik menyusui dengan kejadian puting lecet

Tadekni k menyusui	Kejadian Puting Susu Lecet				Total	
	Lecet		Tidak Lecet		Σ	%
	Σ	%	Σ	%		
Benar	2	20	8	80	10	33
Salah	16	75	4	25	20	67
Total	18	95	12	105	30	100

$\alpha = 0.05$ $df = 1$
 $\chi^2_{\text{tabel}} = 3,841$ $\chi^2_{\text{hitung}} = 8,213$

Hasil penelitian menunjukkan diketahui bahwa dari 30 responden yang mengalami puting susu lecet hampir seluruhnya sebanyak 20 responden (67%).

5. PEMBAHASAN

a. Tehnik Menyusui pada Ibu Nifas Primipara

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dipaparkan menunjukkan bahwa dari 30 ibu nifas primipara, sebagian besar teknik menyusui yang dilakukan salah yaitu sebanyak 20 ibu nifas primipara (67%) dan sebagian besar teknik menyusui yang dilakukan benar yaitu sebanyak 10 ibu nifas primipara (33%). Dari data umum yang diperoleh dari hasil interview sebelum melakukan observasi menggunakan *checklist*, terdapat beberapa karakteristik ibu nifas primipara yang dapat mempengaruhi teknik menyusui, yaitu umur, pendidikan dan pekerjaan.

Umur ibu nifas primipara yang sebagian besar berkisar antara 15-18 tahun (53%) merupakan salah satu faktor pemicu tingginya teknik menyusui salah.

Monks (2006) mengelompokkan umur manusia menjadi 5 kelompok berdasarkan kondisi psikologisnya, antara lain remaja awal (12-14 tahun), remaja madya (15-18 tahun), remaja akhir (18-21 tahun), dewasa muda (22-25 tahun), dewasa penuh (26-65 tahun), dan usia lanjut (>65 tahun). Umur 15-18 tahun adalah masuk ke dalam kelompok remaja madya. Pada tahap ini, manusia berada dalam kondisi kebingungan dalam menghadapi berbagai hal, apalagi yang dihadapi merupakan hal yang baru baginya. Oleh karena itu, ibu nifas yang berumur 15-18 tahun sekaligus merupakan wanita yang telah melahirkan bayi pertama kali secara psikologis belum siap untuk menghadapi proses menyusui karena pada tahap ini kondisi psikis yang paling menonjol adalah rasa kebingungan ditambah lagi dengan kondisi ibu yang merupakan primipara sehingga pada akhirnya, teknik menyusui yang dilakukan oleh ibu nifas ini sesuai dengan cara mereka sendiri tanpa berpikir apakah yang mereka lakukan benar atau tidak, misalnya hanya sebagian areola yang masuk ke mulut bayi sehingga bayi menghisap ASI yang keluar tidak adekuat dan puting susu lecet.

Selain umur, pendidikan juga berpengaruh besar terhadap keberhasilan dan tidaknya proses menyusui terutama teknik menyusui. Dimana data yang diperoleh menunjukkan hampir seluruhnya (87%) berpendidikan Dasar sebanyak 26 ibu nifas primipara. Hal ini sesuai dengan pendapat Notoatmodjo (2003) mengatakan bahwa tingkat pendidikan merupakan suatu wahana untuk mendasari seseorang berperilaku secara ilmiah. Semakin tinggi pendidikan seseorang, maka makin mudah seseorang itu dalam menangkap dan menyerap informasi. Ibu dengan berpendidikan rendah, pengetahuan yang dimiliki juga rendah dan untuk berperilaku secara ilmiah cukup sulit. Makna tingkat pendidikan juga bertegas

oleh MJ. Longeveled (2002) bahwasanya tingkat pendidikan merupakan usaha yang diberikan kepada manusia agar tertuju pada kedewasaannya atau lebih tepatnya membantu manusia agar cukup cakap melaksanakan tugas hidupnya berdasarkan jenjang pendidikan yang telah ditempuh secara formalitas. Teknik menyusui yang baik dan benar adalah apabila areola sedapat mungkin semuanya masuk ke dalam mulut bayi, tetapi hal ini tidak mungkin dilakukan pada ibu yang areolanya besar. Untuk itu, maka sudah cukup bila rahang bayi supaya menekan tempat penampungan air susu (sinus laktiferus) yang terletak dipuncak areola di belakang puting susu. Teknik salah, yaitu apabila bayi menghisap pada puting saja, karena bayi hanya dapat menghisap susu sedikit dan pihak ibu akan timbul lecet-lecet pada puting susu (Kristiyansari, 2009).

Oleh karena itu, semakin tinggi pendidikan seseorang maka semakin cakap dalam menyikapi tugas dan perannya dalam kehidupan sehari-hari. Hal ini disebabkan karena ibu nifas primipara dengan tingkat pendidikan dasar mempunyai tingkat pemikiran dan pemahaman yang kurang tentang teknik menyusui setelah diberikan informasi sebelumnya, baik ketika dalam kelas ibu hamil maupun konseling yang diberikan segera setelah melahirkan, sehingga informasi yang diterima tentang teknik menyusui yang benar tidak diserap dengan baik dan akhirnya tidak diimplikasikan dalam proses menyusui dalam rutinitas sebagai ibu menyusui. Selain itu, tingkat pendidikan dasar belum cukup untuk membentuk karakter kecakapan ibu nifas primipara dalam melaksanakan perannya sebagai ibu menyusui.

Selain pendidikan, pekerjaan juga tidak kalah penting terhadap teknik menyusui yang dilakukan oleh ibu nifas menyusui. Hal ini sesuai dengan adanya hasil penelitian yang menyatakan bahwa sebagian besar ibu nifas primipara (67%)

teknik menyusunya salah adalah sebagian besar ibu nifas primipara (70%) sebagai Ibu Rumah Tangga (IRT) sebanyak 21 ibu nifas primipara. Disaat seorang ibu hanya memiliki kesibukan didalam rumah saja,ibu akan cenderung tertutup dan peluang untuk mendapatkan informasi akan lebih sulit daripada ibu yang bekerja. Selain itu, ibu yang bekerja lebih mudah menerima (*welcome*) terhadap saran orang lain (misalnya teman sejawat, kelompok ibu pendukung ASI, bidan dan dokter) karena pengalaman serta interaksi manusia dengan lingkungannya yang terwujud dalam bentuk pengetahuan maupun sikap akan mempengaruhi seseorang (Subandono, 2003). Jadi, dapat dikatakan bahwa respon yang dilakukan ibu untuk melakukan teknik menyusui yang benar atau salah merupakan bagian dari hasil terbentuknya interaksi dengan beberapa orang disekitarnya, terutama orang yang berpengaruh besar dalam hidupnya seperti ibu mertua, kerabat kerja atau kelompok ibu-ibu pendukung ASI, dokter atau tenaga kesehatan.

b. Kejadian Puting Susu Lecet

Berdasarkan hasil penelitian yang tertera dalam tabel 4.5 menunjukkan bahwa dari 30 ibu nifas primipara, sebagian besar mengalami kelecetan pada puting susu yaitu sebanyak 18 ibu nifas primipara (60%). Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa penyulit dalam proses menyusui pada ibu nifas menyusui cukup tinggi. “ Dari sekian banyak masalah dalam menyusui seperti puting susu lecet, bendungan ASI, mastitis, ASI tidak lancar, masalah yang tersering adalah puting susu lecet, sekitar 57% ibu nifas sedunia dilaporkan pernah menderita kelecetan pada putingnya “ (Soetjiningsih, 2007).

Terdapat beberapa faktor penyebab terjadinya puting susu lecet

yang terbagi atas faktor eksternal dan internal. Adapun faktor internal disebabkan oleh kesalahan dalam teknik menyusui dan perawatan payudara. Sedangkan faktor eksternal disebabkan karena adanya moniliasis pada mulut bayi yang menular pada puting susu ibu, puting susu terpapar oleh zat iritan seperti sabun, serta lidah bayi yang pendek (*frenulum lingue*) yang dapat menimbulkan perlekatan antara lidah dan mulut bayi tidak sempurna. Dari seluruh faktor tersebut, yang tersering adalah disebabkan oleh kesalahan dalam teknik menyusui terutama pada ibu nifas primipara “ (Soetjiningsih, 2007).

Ibu nifas yang mengalami puting susu lecet disebabkan karena teknik menyusui yang salah, tapi dapat juga disebabkan oleh keteraturan ibu melakukan perawatan payudara, misalnya menghindari penggunaan sabun, alkohol, dan zat iritan lainnya untuk membersihkan puting susu, sebaiknya setiap kali habis menyusui, bekas ASI tidak perlu dibersihkan, atau keluarkan sedikit ASI untuk dioleskan ke puting, dianginkan-anginkan sebentar agar kering dengan sendirinya sebelum memakai bra. Karena bekas ASI berfungsi sebagai pelembut puting dan sekaligus sebagai anti infeksi. Selain perawatan payudara, adanya moniliasis pada mulut bayi yang disebabkan karena adanya sisa ASI pada mulut bayi yang dibiarkan sehingga jamur yang terdapat pada mulut bayi menular pada puting susu ibu. Selain disebabkan adanya moniliasis pada mulut bayi, juga disebabkan oleh tali lidah bayi yang pendek (*frenulum lingue*) yang menimbulkan

perlekatan lidah dan mulut bayi yang tidak sempurna.

c. Hubungan Teknik Menyusui dengan kejadian Putting susu lecet

Setelah dilakukan tabulasi silang dengan menggunakan uji statistik *Chi-square* dan penghitungan secara manual, maka diperoleh, χ^2 hitung (8,213) > χ^2 tabel (3,841) dengan nilai kemaknaan ($\alpha = 0,05$) maka H_0 ditolak dan H_1 diterima dan terbukti kebenarannya, yaitu ada hubungan antara teknik menyusui dengan kejadian puting susu lecet pada ibu nifas primipara di Kelurahan Kangean Kecamatan Pamekasan Kabupaten Pamekasan.

Sesuai dengan hasil penelitian bahwasanya teknik menyusui yang dilakukan oleh ibu nifas primipara merupakan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi terjadinya puting susu lecet, karena bagaimanapun juga perilaku positif (seperti teknik menyusui yang benar) yang dilakukan oleh seseorang akan memiliki dampak positif pula terhadap kondisi orang tersebut, sehingga sangat dianjurkan pada setiap ibu nifas untuk melakukan teknik menyusui secara benar (Anggraini, 2010).

Jika mulut bayi tidak melekat dengan baik, bayi akan menarik puting, menggigit dan menggesek kulit payudara sehingga menimbulkan rasa sangat nyeri dan bila bayi terus menyusui akan merusak kulit puting dan menimbulkan luka maupun retak pada puting. Puting susu lecet dapat mengakibatkan rasa nyeri ketika menyusui atau bahkan jika sudah parah dapat merasakan nyeri

meskipun tidak dalam kondisi menyusui. Kelainan ini merupakan suatu kendala yang cukup besar dalam proses menyusui. Puting susu yang lecet dan luka dapat berakibat ibu menghentikan pemberian ASI sebelum waktunya dan dapat menimbulkan efek jera untuk menyusui bayinya.

Sesuai dengan hasil penelitian diatas bahwasanya, tingginya angka kejadian puting susu lecet ini sebanding dengan tingginya teknik menyusui salah yang dilakukan oleh sebagian besar responden. Jadi, untuk mengurangi angka kejadian puting susu lecet, maka yang harus dilakukan adalah menekan angka faktor pencetusnya dengan memberikan penyuluhan kepada ibu hamil dan ibu nifas tentang teknik menyusui yang benar. Agar penyuluhan menjadi lebih efektif maka tidak salah jika penyuluhan tersebut diimbangkan dengan pelatihan sehingga materi yang disampaikan bisa lebih dikuasai oleh ibu hamil dan ibu nifas karena dengan mendengar sekaligus mempraktikkan akan lebih mudah mengingat daripada hanya sekedar mendengarkan

6. KESIMPULAN

Berdasarkan analisa dan pembahasan hubungan antara teknik menyusui dengan kejadian puting susu lecet pada ibu nifas primipara di kelurahan kangean kecamatan pamekasan kabupaten pamekasan dapat disimpulkan bahwa : Ada hubungan antara teknik menyusui dengan kejadian puting susu lecet pada ibu nifas primipara di kelurahan Kangean kecamatan Pamekasan kabupaten Pamekasan. Kedua variabel memiliki kekuatan hubungan sedang.

Upaya yang dapat dilakukan bidan sebagai pelaksana pelayanan Untuk menurunkan angka kejadian puting susu lecet, diharapkan gerakan organisasi masyarakat (ORMAS) juga turut andil dalam upaya pencegahan penyulit dalam proses menyusui sehingga secara tidak langsung dapat mendukung tercapainya Sumber Daya Manusia (SDM) yang berkualitas.

7. DAFTAR PUSTAKA

- Achsin, Amir, dkk. (2003). *Untukmu Ibu Tercinta*. Jakarta : Prenada Media.
- Alwiya. (2008). *Artikata menyusui*. (<http://wordpress.com>. diakses 20 Desember 2012).
- Anggraini, Yetti. (2010). *Asuhan Kebidanan Masa Nifas*. Yogyakarta: Pustaka Rihama.
- Anwar, Desi. (2003). *Kamus lengkap Bhs. Indonesia*. Surabaya: Amelia.
- Arif. (2008). *Tanda dan gejala puting susu lecet* (<http://www.google.com>. diakses 18 Desember 2012).
- Arikunto, Suharsimi. (2006). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik, Edisi Revisi*. Surabaya: Rineka Cipta.
- Departemen Pendidikan Nasional. (2003). *Kamus Besar Bahasa Indonesia*. Jakarta: EGC.
- Hidayat, A. Aziz Alimul. (2007). *Metode Penelitian Kebidanan & Teknik Analisis Data*. Jakarta: Salemba Medika.
- Master, Info. (2004). *Pedoman Singkat Perawatan Ibu, Bayi & Balita*. Jakarta: CMP Medika.
- Mochtar, Rustam. (2002). *Sinopsis Obstetri Jilid I Edisi 3*. Jakarta: EGC.
- Nursalam. (2008). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- S, Notoatmodjo. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan, Edisi Revisi*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Prawirohardjo, Sarwono.(2007).*Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Tridasa Printer.
- Soehardjo. (2003). *Dampak puting susu lecet*. (<http://www.wordpress.com>. diakses 18 Desember 2012).
- Sugiyono. (2009). *Penelitian Kualitatif dan Kuantitatif*. Jakarta: Alfabeta.
- Suryaman, Maman. & Yuda, Nining. (2005). *Mempertahankan Produksi ASI*. Jakarta: PT. Musi Perkasa Utama.
- www.wikipedia.org. diakses 18 Desember 2012.