

LAPORAN TUGAS AKHIR

**ASUHAN KEBIDANAN BERKESINAMBUNGAN
PADA NY. "M" USIA 42 TAHUN G4P3Ab0Ah3 DENGAN
FAKTOR RISIKO UMUR \geq 42 TAHUN
DI PUSKESMAS MLATI II SLEMAN**



Disusun Oleh:

MARYETHA RUMSARWIR

NIM : P07124114109

**PRODI D-III KEBIDANAN
JURUSAN KEBIDANAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN YOGYAKARTA
TAHUN 2018**

LAPORAN TUGAS AKHIR

**ASUHAN KEBIDANAN BERKESINAMBUNGAN
PADA NY. "M" USIA 42 TAHUN G4P3Ab0Ah3 DENGAN
FAKTOR RISIKO UMUR \geq 42 TAHUN
DI PUSKESMAS MLATI II SLEMAN**

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Ahli Madya Kebidanan**



Disusun Oleh:

MARYETHA RUMSARWIR
NIM : P07124114109

**PRODI D-III KEBIDANAN
JURUSAN KEBIDANAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN YOGYAKARTA
TAHUN 2018**

PERSETUJUAN PEMBIMBING

LAPORAN TUGAS AKHIR

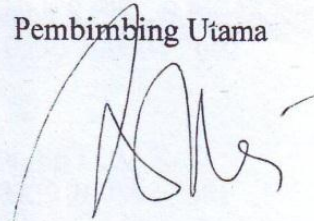
**ASUHAN KEBIDANAN BERKESINAMBUNGAN
PADA NY. "M" USIA 42 TAHUN G4P3Ab0Ah3 DENGAN
FAKTOR RISIKO UMUR \geq 42 TAHUN
DI PUSKESMAS MLATI II SLEMAN**

Disusun Oleh:

MARYETHA RUMSARWIR
NIM : P07124114109

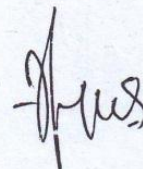
Telah disetujui oleh pembimbing pada tanggal : 00 - 02 - 2018

Pembimbing Utama



Niken Meilani, S.SiT., S.Pd., M.Kes.
NIP. 1982 0530 200604 2002

Pembimbing Pendamping



Tri Maryani, SST., M.Kes.
NIP. 19810329 200501 2001

Mengetahui,
Ketua Jurusan Kebidanan



Dyah Noviawati Setya Arum, S.SiT., M.Keb.
NIP. 19801102 200112 2 002

HALAMAN PENGESAHAN

LAPORAN TUGAS AKHIR

**ASUHAN KEBIDANAN BERKESINAMBUNGAN
PADA NY. "M" USIA 42 TAHUN G4P3Ab0Ah3 DENGAN
FAKTOR RISIKO UMUR \geq 42 TAHUN
DI PUSKESMAS MLATI II SLEMAN**

Disusun Oleh :

MARYETHA RUMSARWIR

NIM : P07124114109

Telah diseminarkan di depan Dewan Penguji
Pada tanggal 00 - 02 - 2018

SUSUNAN DEWAN PENGUJI

Ketua

Niken Meilani, S.SiT., S.Pd., M.Kes.

NIP. 1982 0530 200604 2002

Anggota

Tri Maryani, SST., M.Kes.

NIP. 19810329 200501 2001

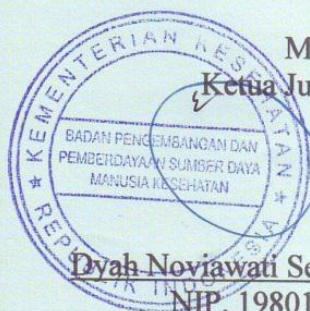
Anggota

Yuliasti Eka Purnamaningrum, SST., MPH.

NIP. 19810705 200212 2001

Mengetahui

Ketua Jurusan Kebidanan



Dyah Noviwati Setya Arum, S.SiT., M.Keb.

NIP. 19801102 200112 2 002

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : MARYETHA RUMSARWIR

NIM : P07124114109

Tanda Tangan : 

Tanggal : 09 - 02 - 2018

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas rahmat-Nya, penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini. Penulisan Laporan Tugas Akhir ini dilakukan dalam rangka mengajukan Tugas Akhir untuk mencapai gelar Ahli Madya Kebidanan pada Program Studi DIII Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta. Tugas Akhir ini dapat diselesaikan dengan bimbingan dosen Jurusan Kebidanan dan untuk itu rasa terimakasih penulis ucapkan kepada Tri Maryani, SST., M.Kes. dan Niken Meilani, S.SiT.,S.Pd.,M.Kes. atas jerih payah beliau dalam membimbing Laporan Tugas Akhir ini hingga selesai. Pada kesempatan ini Penulis mengucapkan terimakasih kepada:

1. Joko Susilo, SKM, M.Kes., selaku Direktur Poltekkes Kemenkes Yogyakarta
2. Dyah Noviawati Setya Arum, S. SiT, M.Keb selaku Ketua Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta
3. Tri Maryani, SST., M.Kes, selaku Ketua Program DIII Studi Kebidanan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta
4. Sumarni, Amd.Keb., selaku Pembimbing Lahan
5. dan Keluarga responden atas kerjasamanya yang baik
6. Orang tua dan keluarga yang telah memberikan dukungan doa dan material

Akhir kata, penulis berharap kepada Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Sebelumnya penulis mohon apabila terdapat kesalahan kata-kata dalam penulisan penulis memohon kritik dan saran demi perbaikan Laporan Tugas Akhir ini.

Yogyakarta, Desember 2017

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	vi
DAFTAR TABEL	viii
DAFTAR GAMBAR	ix
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penelitian	3
C. Ruang Lingkup.....	5
D. Manfaat Penelitian	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	6
A. Tinjauan Teori.....	6
1. Tinjauan Teori Kehamilan	6
2. Tinjauan Teori Persalinan	19
3. Bayi Baru Lahir.....	27
4. Nifas	31
5. Keluarga Berencana	39
B. Konsep Dasar Asuhan Kebidanan.....	44
1. Pengertian.....	44
2. Ruang Lingkup Pelayanan Kebidanan.....	45
3. Standar Profesi Bidan.....	45
4. Langkah langkah manajemen asuhan kebidanan	47
C. <i>Flowchart</i>	52
BAB III TINJAUAN KASUS	53
A. Gambaran Lokasi Pengambilan Kasus.....	53
B. Tinjauan Kasus Kehamilan	53
C. Tinjauan Kasus Persalinan	63
D. Asuhan BBL / Neonatus	64
E. Asuhan Nifas	65
F. Asuhan Keluarga Berencana	67

BAB IV	PEMBAHASAN	68
	A. Konsep Asuhan Kebidanan	68
	B. Asuhan Kehamilan	68
	C. Asuhan Persalinan	70
	D. Asuhan BBL / Neonatus	71
	E. Asuhan Nifas	71
	F. Asuhan Keluarga Berencana	72
BAB V	KESIMPULAN DAN SARAN.....	73
	A. Kesimpulan	73
	B. Saran.....	74
	DAFTAR PUSTAKA	75

DAFTAR TABEL

		Halaman
Tabel	1. Tinggi Fundus Uteri sesuai Umur Kehamilan	7
Tabel	2. Rekomendasi penambahan berat badan selama Kehamilan berdasarkan IMT	10
Tabel	3. Perubahan Uterus Masa Nifas	33

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 1. Kerangka Asuhan Berkesinambungan Modifikasi Pedoman Antenatal Terpadu tahun 2010.....	52

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Angka kematian Ibu (AKI) menurut WHO adalah kematian selama kehamilan atau periode 42 hari setelah berakhirnya kehamilan, akibat semua sebab yang terkait dengan atau diperberat oleh kehamilan atau penanganannya, tetapi bukan disebabkan oleh kecelakaan atau cedera. Hasil Survey Dasar Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012 mengatakan bahwa AKI mengalami peningkatan yang signifikan sebesar 228 per 100.000 kelahiran hidup menjadi 359 per 100.000 kelahiran hidup. (Kemenkes RI, 2015)

Profil Kesehatan DIY (2013) mengatakan bahwa AKI di provinsi DIY tahun 2012 mengalami penurunan yaitu 56 per 100.000 kelahiran hidup menjadi 40 per 100.000 kelahiran hidup. Profil Kesehatan Kota Yogyakarta (2015) mengatakan bahwa AKI di kota Yogyakarta tahun 2014 terjadi penurunan yang signifikan yaitu 204 per 100,000 kelahiran hidup turun menjadi 46 per 100.000 kelahiran hidup (Dinkes Kota Yogyakarta, 2015).

Penyebab kematian ibu pada tahun 2013 yaitu. perdarahan (28%), Hipertensi Dalam Kehamilan (HDK) (26%), infeksi (7%), dan lain-lain (39%), yaitu penyebab tidak langsung kematian ibu dan bayi adalah kondisi masyarakat seperti pendidikan, sosial ekonomi dan budaya, kondisi geografis keadaan sarana pelayanan yang kurang siap ikut memperberat permasalahan ini. (Direktorat Kesehatan Ibu, 2010-2013).

Hipertensi bertumpang tindih dengan kejadian preeklamsia pada saat hamil. Faktor yang mempengaruhi preeklamsia antara lain umur ibu, jarak kehamilan, lingkungan, imunitas, nutrisi, kehamilan ganda, kehamilan mola, riwayat hipertensi kronis, interval dalam kehamilan, riwayat preeklamsia pada ibu hamil dan keluarga ibu.

Penyebab tingginya AKI dan AKB di Indonesia terdapat beberapa faktor terutama pada ibu hamil. Beberapa faktor yang menjadi risiko pada ibu hamil antara lain usia ibu ketika hamil dan jarak persalinan ibu dengan kehamilan sekarang yang terlalu lama. Usia ibu hamil saat hamil ≥ 35 tahun merupakan salah satu faktor risiko tinggi ibu hamil. Banyak wanita yang menunda usia kehamilan bahkan sampai usia 40 tahun, dengan alasan tertentu seperti alasan pendidikan, alasan profesional, pekerjaan. Apabila kehamilan diatas usia 35 tahun dapat mempengaruhi kondisi ibu, usia ibu hamil ≥ 35 tahun memiliki hubungan signifikan dengan preeklamsia, kelahiran bayi premature, berat badan lahir rendah, dan seksio sesarea (Aghamohammadi dan Noortarijor, 2011). Jarak persalinan terakhir dengan kehamilan sekarang yang terlalu jauh mengakibatkan ibu dalam kehamilannya seolah-olah menghadapi kehamilan/persalinan yang pertama lagi (Rochjati, 2011).

Menurut SDKI tahun 2012, penyebab tertinggi kematian bayi di Indonesia adalah bayi berat lahir rendah (BBLR). Ibu hamil usia ≥ 35 tahun memiliki risiko lebih tinggi mengalami penyakit obstetrik serta *mortalitas* dan *mobilitas perinatal* (Kemenkes RI 2012 dan *Measure Dhs IcfInternasional*, 2012).

Salah satu usaha untuk menurunkan AKI dan AKB di Indonesia pemberian asuhan secara berkesinambungan atau *Continuity Of Care (COC)*. *Continuity of Care (COC)* merupakan model asuhan kebidanan yang diberikan kepada pasien dilakukan secara berkesinambungan. Penggunaan model ini mampu memberikan proses pembelajaran yang unik dimana bidan menjadi lebih memahami tentang filosofi kebidanan.

Hasil studi pendahuluan di Puskesmas Mlati II ditemui ibu hamil normal dengan risiko usia ibu >42 tahun. Dari uraian di atas penulis tertarik untuk memberikan asuhan kebidanan berkesinambungan pada ibu hamil, bersalin, nifas dan bayi baru lahir serta penggunaan keluarga berencana; pada Ny. M usia 42 tahun G4P3Ab0Ah3 hamil 32 minggu dengan risiko usia ibu ≥ 42 tahun di Puskesmas Mlati II Sleman.

B. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Menerapkan manajemen asuhan kebidanan berkesinambungan pada ibu hamil, bersalin, BBL, nifas, dan KB di Puskesmas Mlati II Sleman.

2. Tujuan Khusus

Ny. M usia 42 tahun G4P3Ab0Ah3 hamil 32 minggu dengan faktor risiko usia ibu ≥ 42 tahun dan jarak kehamilan 7 tahun di Puskesmas Mlati II Sleman, meliputi:

- a. Dilakukan pengumpulan semua data yang dibutuhkan dengan cara anamnesis, pemeriksaan fisik dan tanda-tanda vital, pemeriksaan khusus, dan pemeriksaan penunjang pada ibu hamil trimester III, bersalin, nifas, BBL, neonatus dan KB.
- b. Dilakukan interpretasi semua data yang telah dikumpulkan sehingga dapat merumuskan diagnosis dan masalah yang spesifik pada ibu hamil trimester III, bersalin, nifas, BBL, neonatus dan KB
- c. Dilakukan identifikasi diagnosis atau masalah potensial dan mengantisipasi penanganannya pada ibu hamil trimester III, bersalin, nifas, BBL, neonatus dan KB
- d. Diketahui kebutuhan terhadap tindakan segera, konsultasi, kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain serta rujukan berdasarkan kondisi pada ibu hamil trimester III, bersalin, nifas, BBL, neonatus dan KB
- e. Disusun rencana asuhan secara menyeluruh dengan tepat dan rasional berdasarkan keputusan yang dibuat pada langkah-langkah sebelumnya pada pada ibu hamil trimester III, bersalin, nifas, BBL, neonatus dan KB
- f. Dilakukan pelaksanaan asuhan secara pada ibu hamil trimester III, bersalin, nifas, BBL, neonatus dan KB
- g. Dilakukan evaluasi keefektifan asuhan yang diberikan pada ibu hamil trimester III, bersalin, nifas, BBL, neonatus dan KB

C. Ruang Lingkup

Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Ibu (hamil, bersalin, nifas) dan pelaksanaan pelayanan kesehatan bayi baru lahir/neonatus.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat teoritis

Hasil laporan ini dapat sebagai pertimbangan masukan untuk menambah wawasan tentang Asuhan kebidanan berkesinambungan pada ibu hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas, dan KB.

2. Manfaat praktis

a. Bidan

Hasil laporan ini dapat dimanfaatkan sebagai masukan dalam pemberian asuhan berkesinambungan pada ibu hamil, bersalin, BBL, nifas, dan KB di Puskesmas Mlati II Sleman.

b. Pelaksana Kebidanan

Sebagai sumbangan teoritis maupun aplikatif bagi profesi bidan dalam asuhan berkesinambungan pada ibu hamil, bersalin, BBL, nifas, dan KB di Puskesmas Mlati II Sleman.

c. Ibu Hamil

Agar ibu hamil maupun masyarakat dapat melakukan deteksi dini penyulit yang mungkin timbul pada masa hamil, bersalin, BBL dan nifas, sehingga memungkinkan segera mencari pertolongan untuk mendapatkan penanganan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. Tinjauan Teori Kehamilan

a. Pengertian Kehamilan.

Periode antepartum adalah periode kehamilan yang dihitung sejak hari pertama haid terakhir (HPHT) hingga dimulainya persalinan sejati, yang menandai awal periode antepartum. Sebaliknya periode prenatal adalah kurun waktu terhitung sejak hari pertama haid terakhir hingga kelahiran bayi yang menandai awal periode pascanatal (Varney, Kriebs, dan Gegor, 2007).

Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir. Kehamilan dibagi dalam 3 triwulan yaitu triwulan pertama dimulai dari konsepsi sampai 3 bulan, triwulan kedua dari bulan keempat sampai 6 bulan, triwulan ketiga dari bulan ketujuh sampai 9 bulan (Prawirohardjo, 2009).

b. Perubahan Fisiologis Ibu Hamil Trimester III

1) Sistem Reproduksi

Pada kehamilan cukup bulan ketebalan dinding uterus awalnya 5 mm dan beratnya 2 ons menjadi lebih dari 2 pon. Pembesaran

uterus ikut menyebabkan adanya kontraksi *BraxtonHicks* karena perenggangan sel-sel otot uterus (Varney, Kriebs dan Gegor, 2007).

Tabel 1. Tinggi Fundus Uteri sesuai Umur Kehamilan

No.	Tinggi fundus uteri (cm)	Tinggi fundus uteri (leopold)	Umur kehamilan (minggu)
1	12	3 jari atas simfisis	12
2	16	Pertengahan pusat dan simfisis	16
3	20	3 jari bawah pusat	20
4	24	Sepusat	24
5	28	3 jari atas pusat	28
6	32	Pertengahan pusat dan <i>processus xifoideus</i> 1(px)	32
7	36	1-2 jari bawah px	36
8	40	2-3 jari bawah px	40

Sumber: Sarwono, (2009)

Peningkatan ukuran pembuluh darah dan pembuluh limfe uterus menyebabkan vaskularisasi, kongesti dan edema menyebabkan serviks bertambah lunak dan warnanya lebih biru sampai keunguan yang disebut tanda *Chadwick*. Dalam persiapan persalinan, esterogen dan hormon placenta relaxin membuat cervix lebih lunak yang disebut juga tanda Goodell (Varney, Kriebs dan Gegor, 2007).

2) Mammae

Mammae akan membesar, tegang, memiliki unsur laktogenik, dan memengaruhi sejumlah perubahan metabolik akibat adanya hormon somatomamotropin korionik (*human*

placental lactogen atau HPL) (Varney, Kriebs dan Gegor, 2007).

3) Sistem Muskuloskeletal

Selama kehamilan terjadi peningkatan mobilitas sendiri sakroiliaka, sakrokoksigeus dan pubis, yang kemungkinan akibat perubahan hormon. Ini memungkinkan pelvis meningkatkan kemampuannya untuk mengakomodasi bagian presentasi selama kala akhir kehamilan dan persalinan. Simfisis pubisa akan melenar dan sendi sakro-koksigeal menjadi longgar menyebabkan koksigis tergeser. Perubahan ini menyebabkan rasa tidak nyaman di punggung bawah seperti nyeri punggung bawah dan nyeri ligamen terutama di akhir kehamilan (Varney, Kriebs dan Gegor, 2007).

4) Sistem pencernaan

Pada usus besar menyebabkan konstipasi karena waktu transit melambat dan air banyak diserap sehingga menyebabkan peningkatan flatulen karena usus mengalami pergeseran usus akibat desakan dari uterus yang makin besar (Varney, Kriebs dan Gegor, 2007).

5) Traktus Urinaria

Pada akhir kehamilan, akan terjadi poliuria akibat kepala janin sudah mulai turun ke pintu atas panggul menekan kandung kemih dan disebabkan oleh adanya peningkatan sirkulasi darah

di ginjal pada kehamilan, sehingga filtrasi di glomerulus juga meningkat (Wiknjosastro, 2007). Ibu hamil mengumpulkan cairan (air dan natrium) selama siang hari dalam bentuk edema dependen akibat tekanan uterus pada pembuluh darah panggul vena kava inferior, dan mengeluarkan cairan pada malam hari (nokturia) melalui kedua ginjal ketika berbaring terutama lateral kiri (Varney, Kriebs, dan Gegor, 2007).

6) Sistem Respirasi

Frekuensi pernapasan hanya mengalami sedikit perubahan selama kehamilan, tetapi volume tidal, volume ventilasi permenit dan pengambilan oksigen permenit akan bertambah secara signifikan pada kehamilan lanjut. Perubahan ini akan mencapai puncaknya pada minggu ke 37 dan akan kembali hampir seperti sediakala dalam 24 minggu setelah persalinan (Saifuddin, 2009).

7) Sistem Metabolisme

Pada ibu hamil *basal metabolic rate* (BMR) bertambah tinggi hingga 15-20 % yang umumnya ditemui pada trimester ketiga dan membutuhkan banyak kalori untuk dipenuhi sesuai kebutuhannya (Wiknjosastro, 2007). Pada trimester ke-2 dan ke-3 pada perempuan dengan gizi baik dianjurkan menambah berat badan per minggu sebesar 0,4 kg, sedangkan pada perempuan dengan gizi kurang atau berlebih dianjurkan menambah berat

badan per minggu masing-masing 0,5 kg dan 0,3 kg (Saifuddin, 2009).

Tabel 2 Rekomendasi penambahan berat badan selama Kehamilan berdasarkan IMT

Kategori	IMT	Rekomendasi (kg)
Rendah	< 19,8	12,5-18
Normal	19,8-26	11,5-16
Tinggi	26-29	7-11,5
Obesitas	> 29	≥ 7
Gemelli		16-20,5

Sumber : Prawirohardjo, (2009)

c. Perubahan Psikologis Ibu Hamil Trimester III

Trimester III disebut periode penantian dengan penuh waspada karena ibu merasa tidak sabar menunggu kelahiran bayinya. Sejumlah ketakutan muncul seperti ibu merasa khawatir bayi yang dilahirkannya tidak normal, takut akan-rasa sakit dan bahaya fisik yang timbul sewaktu melahirkan dan muncul rasa tidak nyaman akibat kehamilan timbul kembali pada Trimeter III (Varney, Kriebs dan Gegor, 2007).

d. Faktor Risiko pada Ibu Hamil

Faktor risiko pada ibu hamil menurut Depkes RI (2010) dan Poeji Rochjati (2011) sebagai berikut:

1) Hamil lebih dari 35 tahun.

Usia ibu hamil saat hamil \geq 35 tahun merupakan salah satu faktor resiko tinggi ibu hamil. Banyak wanita yang menunda usia kehamilan bahkan sampai usia 40 tahun, dengan alasan

tertentu seperti alasan pendidikan, alasan professional, pekerjaan, (Aghamohamaidi, A and Noortarijor M, 2011). Apabila kehamilan diatas usia 42 tahun dapat mempengaruhi kondisi ibu,usia ibu hamil >42 tahun memiliki hubungan signifikan dengan preeklamsia, kelahiran bayi premature, berat badan lahir rendah, dan seksio sesarea. Penyakit hipertensi dapat menyebabkan preeklamsia, dan mempengaruhi pertumbuhan plasenta yaitu hypertropi plasenta. (Aghamohammadi dan Noortarijor, 2011). Kehamilan usia ibu lebih dari 42 tahun akan mempengaruhi fungsi plasenta dan akan mempengaruhi pertumbuhan janin (Winkjosastro, 2005)

2) Jarak persalinan terakhir dan kehamilan sekarang

Jarak persalinan terakhir dengan kehamilan apabila kurang dari 12 bulan meningkatkan kemungkinan risiko prematur. Anemia juga lebih sering terjadi jika interval antarkehamilan kurang dari satu tahun (Wheeler, 2004).

Menurut BKKBN, jarak kehamilan yang paling tepat adalah 2 tahun atau lebih. Jarak kehamilan yang pendek akan mengakibatkan belum pulihnya kondisi tubuh ibu setelah melahirkan. Sehingga meningkatkan risiko kelemahan dan kematian ibu (Kemenkes RI, 2013).

Ibu hamil dengan persalinan terakhir ≥ 10 tahun yang lalu. Ibu dalam kehamilan dan persalinan ini seolah-olah mengalami persalinan yang pertama lagi.

Bahaya yang dapat terjadi :

- a) Persalinan dapat berjalan tidak lancar
- b) Perdarahan pasca persalinan
- c) Penyakit ibu Hipertensi (tekanan darah tinggi), diabetes, dan lain-lain.

3) Anemia

Pada saat hamil terjadi peningkatan volume darah ibu yang terjadi akibat peningkatan volume plasma, bukan akibat peningkatan sel darah merah. Walaupun terjadi peningkatan sel darah merah namun jumlahnya tidak seimbang dengan peningkatan volume plasma, sehingga mengakibatkan penurunan kadar haemoglobin (Varney, Kriebs, dan Gegor, 2007).

4) Riwayat keluarga

Riwayat BBLR berulang dapat terjadi biasanya pada kelainan anatomis dari uterus, seperti septum uterus, biasanya septum padapada uterus avascular dan terjadi kegagalan vaskularisasi ini menyebabkan gangguan pada perkembangan plasenta hal ini juga didukung oleh faktor usia ibu ≥ 35 tahun yang mempengaruhi perkembangan plasenta. Septum mengurangi

kapasitas dan endometrium sehingga dapat menghambat pertumbuhan janin, selain itu juga dapat menyebabkan keguguran pada trimester dua dan persalinan premature (Prawirohardjo, 2008).

e. Ketidaknyamanan Pada Ibu Hamil Trimester III

Menurut Varney (2007) terdapat beberapa ketidaknyamanan yang dialami oleh ibu hamil trimester III, antara lain yaitu:

1) Peningkatan frekuensi berkemih

Frekuensi berkemih terjadi karena bagian presentasi makin menurun masuk ke dalam panggul dan menekan kandung kemih dan menyebabkan wanita ingin berkemih.

2) Nyeri Ulu Hati

Penyebab nyeri ulu hati adalah peningkatan hormon progesterone sehingga merelaksasikan sfingter jantung pada lambung, motilitas gastrointestinal karena otot halus relaksasi dan tidak ada ruang fungsional untuk lambung karena tekanan pada uterus.

3) Insomnia

Ketidaknyamanan ini timbul akibat uterus yang membesar, ketidaknyamanan lain selama kehamilan, dan pergerakan janin, terutama jika janin tersebut aktif

4) Nyeri Ligamentum Teres Uteri

Ligamentum teres uteri melekat pada sisi-sisi uterus tepat di bagian bawah dan depan tempat masuknya tuba falopi kemudian menyilang ligamentum latum pada lipatan peritoneum. Kedua ligamentum terdiri dari otot polos lanjutan otot polos uterus dan memudahkan terjadinya hipertrofi selama kehamilan berlangsung dan meregang seiring pembesaran uterus. Nyeri pada ligamentum teres uteri disebabkan peregangan dan penekanan berat uterus.

5) Edema Ekstremitas Bawah

Edema fisiologis memburuk seiring penambahan usia kehamilan karena aliran balik vena terganggu akibat berat uterus yang membesar.

6) Hiperventilasi dan sesak nafas

Peningkatan jumlah progesteron selama kehamilan memengaruhi langsung pusat pernafasan untuk menurunkan kadar karbondioksida dan meningkatkan kadar oksigen. Hiperventilasi akan menurunkan kadar dioksida. Uterus membesar dan menekan diafragma sehingga menimbulkan rasa sesak.

f. Gejala dan Tanda Bahaya Selama Kehamilan

Menurut Saiffudin (2010), tanda bahaya yang terjadi pada ibu hamil dengan umur kehamilan lanjut ialah:

- 1) Perdarahan pervaginam
- 2) Sakit kepala yang hebat dan menetap
- 3) Gangguan penglihatan
- 4) Nyeri abdomen
- 5) Bengkak pada muka dan tangan
- 6) Janin kurang bergerak seperti biasa

g. *Antenatal Care*

Pemeriksaan Antenatal Care (ANC) adalah pemeriksaan kehamilan untuk mengoptimalkan kesehatan mental dan fisik ibu hamil, hingga mampu menghadapi persalinan, kala nifas, persiapan pemberian ASI dan kembalinya kesehatan reproduksi secara wajar (Manuaba, 2010).

Standar pelayanan antenatal menurut Standar Pelayanan Kebidanan adalah:

1) Standar 3: Identifikasi Ibu Hamil

Bidan melakukan kunjungan rumah dan berinteraksi dengan masyarakat secara berkala untuk memberikan penyuluhan dan memotivasi ibu, suami dan anggota keluarganya agar mendorong ibu untuk memeriksakan kehamilannya sejak dini dan teratur.

2) Standar 4: Pemeriksaan dan Pemantauan Antenatal

Bidan memberikan sedikitnya 4x pelayanan antenatal. Pemeriksaan meliputi anamnesis dan pemantauan ibu dan janin

untuk menilai apakah perkembangan normal. Bidan juga harus mengenal kehamilan risti/kelainan, khususnya anemia, kurang gizi, hipertensi, PMS/infeksi HIV, memberikan pelayanan imunisasi, nasehat dan penyuluhan kesehatan serta tugas terkait lainnya yang diberikan oleh puskesmas. Mereka harus mencatat data yang tepat pada setiap kunjungan. Bila ditemukan kelainan, segera melakukan tindakan selanjutnya.

3) Standar 5: Palpasi Abdominal

Bidan melakukan pemeriksaan abdominal secara seksama dan melakukan palpasi untuk memperkirakan usia kehamilan; serta bila umur kehamilan bertambah memeriksa posisi, bagian terendah janin dan masuknya kepala ke dalam rongga panggul, untuk mencari kelainan serta melakukan rujukan tepat waktu.

4) Standar 6: Pengelolaan Anemia pada Kehamilan

Bidan melakukan tindakan pencegahan, penemuan, penanganan dan/atau rujukan semua kasus anemia pada kehamilan sesuai dengan ketentuan.

5) Standar 7: Pengelolaan Dini Hipertensi pada Kehamilan Bidan

menemukan secara dini setiap kenaikan tekanan darah pada kehamilan dan mengenal tanda-tanda serta gejala preeklampsia lainnya, serta mengambil tindakan yang sesuai.

6) Standar 8: Persiapan Persalinan

Bidan memberikan saran yang tepat kepada ibu hamil, suami, serta keluarganya pada trimester ketiga, untuk memastikan persiapan persalinan yang bersih dan aman serta suasana yang menyenangkan akan direncanakan dengan baik, di samping persiapan transportasi dan biaya untuk merujuk, bila terjadi keadaan gawat darurat. Bidan hendaknya melakukan kunjungan rumah untuk hal ini.

Capaian pelayanan kesehatan ibu hamil dapat dinilai dengan menggunakan indikator cakupan K1 dan K4. cakupan K1 adalah jumlah ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan antenatal pertamakali oleh tenaga kesehatan dibandingkan jumlah sasaran ibu hamil di satu wilayah kerja pada kurun waktu satu tahun. Sedangkan cakupan K4 adalah jumlah ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan antenatal sesuai dengan standar paling sedikit empat kali sesuai jadwal yang dianjurkan

h. Pelayanan Kesehatan Ibu Hamil

Menurut Kemenkes (2014), pelayanan kesehatan ibu hamil diwujudkan melalui pemberian pelayanan antenatal sekurang-kurangnya empat kali selama masa kehamilan, dengan distribusi waktu minimal satu kali pada trimester pertama (usia kehamilan 0-12 minggu), satu kali pada trimester kedua (usia kehamilan 12-24 minggu), dan dua, kali pada trimester ketiga (usia kehamilan 24

minggu sampai persalinan). Standar waktu pelayanan tersebut dianjurkan untuk menjamin perlindungan terhadap ibu hamil dan atau janin berupa deteksi dini faktor risiko, pencegahan, dan penanganan dini komplikasi kehamilan. Pelayanan antenatal yang dilakukan diupayakan memenuhi standar kualitas, yaitu 10T:

- 1) Penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan;
- 2) Pengukuran tekanan darah;
- 3) Pengukuran Lingkar Lengan Atas (LILA);
- 4) Pengukuran tinggi puncak rahim (fundus uteri);
- 5) Penentuan status imunisasi tetanus dan pemberian imunisasitetanus toksoid sesuai status imunisasi;
- 6) Pemberian tablet tambah darah minimal 90 tablet selamakehamilan;
- 7) Penentuan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ);
- 8) Pelaksanaan temu wicara. (pemberian komunikasi interpersonal dan konseling, termasuk keluarga berencana);
- 9) Pelayanan tes laboratorium, sederhana, minimal tes hemoglobin darah (Hb), pemeriksaan protein urin dan pemeriksaan golongan darah(bila belum pernah dilakukan sebelumnya); dan
- 10) Tatalaksana kasus.

i. Program Pemerintah P4K

Upaya terobosan dalam penurunan angka kematian ibu dan bayi di Indonesia salah satunya melalui Program Perencanaan

Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) yang menitikberatkan fokus totalitas monitoring yang menjadi salah satu upaya deteksi dini, menghindari risiko kesehatan pada ibu hamil serta menyediakan akses dan pelayanan kegawatdaruratan obstetrik dan neonatal dasar. Dalam stiker P4K harus didapatkan informasi identitas ibu, taksiran persalinan, rencana penolong persalinan, pendamping dan tempat persalinan serta calon pendonor, transportasi yang digunakan dan pembiayaan. Semua harus disiapkan dengan baik. Selain itu perencanaan KB pasca bersalin juga perlu direncanakan. Pelaksanaan P4K diharapkan mampu membantu keluarga dalam membuat perencanaan persalinan yang baik dan meningkatkan kesiap-siagaan keluarga dalam menghadapi tanda bahaya kehamilan, persalinan dan nifas agar dapat mengambil tindakan yang tepat. (Kemenkes RI, 2014)

2. Tinjauan Teori Persalinan

a. Definisi

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau jalan lahir lain dengan bantuan atau tanpa bantuan / kekuatan sendiri (Manuaba, 2010)

b. Tanda tanda persalinan

Tanda mulai persalinan yaitu timbulnya his persalinan dengan ciri:

- 1) Kekuatan his makin sering terjadi dan teratur dengan jarak kontraksi yang semakin pendek.
- 2) Terasa nyeri di abdomen dan menjalar ke pinggang.
- 3) Menimbulkan perubahan progresif pada serviks berupa perlunakan dan pembukaan.
- 4) Dengan aktivitas his persalinan bertambah (Manuaba, 2010).
- 5) Keluar lendir bercampur darah (show) yang lebih banyak karena robekan robekan kecil, pada serviks.
- 6) Kadang kadang ketuban pecah dengan sendirinya (Sofian, 2012).

c. Tahapan Proses persalinan

1) Kala I

Kala I persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus dan pembukaan serviks, hingga mencapai pembukaan lengkap (10 cm). (Saifuddin, 2010).

Persalinan kala I dibagi menjadi dua fase, yaitu

- a) Fase laten, dimana pembukaan serviks dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan secara bertahap sampai pembukaan 3 cm, berlangsung selama 7-8 jam (Mochtar, 2012). Fase laten yang berkepanjangan apabila lebih dari 20 jam untuk nulipara dan 14 jam untuk multi para (Saifuddin, 2010). KPD dapat menyebabkan fase laten berlangsung lama karena tekanan intrauterine turun sehingga pembukaan serviks berlangsung

lama (Cunningham, 2012). Yang perlu dicatat di lembar observasi pada kala I fase later; yaitu :

- (1) Denyut jantung janin (DJJ) diperiksa setiap 1 jam.
- (2) Frekuensi dan lamanya kontraksi uterus diperiksa setiap 1 jam
- (3) Nadi diperiksa setiap 30-60 menit
- (4) Suhu tubuh diperiksa setiap 4 jam
- (5) Tekanan darah diperiksa setiap 4 jam
- (6) Pembukaan serviks dan penurunan kepala diperiksa setiap 4 jam sekali (Saifuddin, 2009).

b) Fase aktif (pembukaan serviks 4-10 cm), berlangsung selama 6 jam dan dibagi dalam 3 subfase (Mochtar, 2012).

Partograf harus digunakan untuk semua ibu dalam fase aktif kala I persalinan sampai dengan kelahiran bayi sebagai elemen penting asuhan persalinan. Partograf dimulai pada pembukaan 4 cm.(Saifuddin, 2010).

c). Penatalaksanaan Kala I, yaitu

1. Memberitahukan kepada ibu hasil pemeriksaan bahwa ibu dan janin dalam keadaan baik
2. Memberitahu ibu bahwapembukaan baru 2 cm, danmenganjurkan ibu untuk tetap makan dan minum untuk menambah tenaga

3. Menganjurkan ibu untuk miring kiri agar kepala cepat turun, dan mengajarkan ibu untuk narik nafas panjang lewat mulut dan menghembuskannya lewat mulut (Saifuddin, 2010).

2) Kala II

Kala II persalinan dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi proses ini biasanya berlangsung 2 jam pada primi dan 1 jam pada multi (Saifuddin, 2009).

a) Tanda dan gejala kala II:

- (1) His semakin kuat, dengan interval 2 sampai 3 menit dengan durasi 50-100 detik
- (2) Menjelang akhir kala I ketuban pecah dan ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak (Manuaba, 2010).
- (3) Ibu merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi
- (4) Ibu merasakan makin meningkatnya tekanan pada rektum dan/ atau vagina
- (5) Perineum terlihat menonjol
- (6) Vulva-vagina dan sfingter ani terlihat membuka (Saifuddin, 2010).

b) Penatalaksanaan Kala II, yaitu

- (1) Memberikan dukungan terus menerus kepada ibu
- (2) Menjaga kebersihan ibu
- (3) Mengipasi dan masase untuk menambah kenyamanan ibu
- (4) Memberikan dukungan mental untuk mengurangi kecemasan ibu
- (5) Mengatur posisi ibu.
- (6) Menjaga kandung kemih tetap kosong
- (7) Memberikan minum yang cukup (Saifuddin, 2009).

3) Kala III

Kala III persalinan dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban. Seluruh prosesnya biasanya berlangsung 5-30 menit setelah bayi lahir. (Prawiroharjo, 2009). Penatalaksanaan kala III yaitu dengan manajemen aktif kala III. Penataksanaan aktif kala III persalinan mempercepat kelahiran plasenta dan dapat mencegah atau megurangi perdarahan pasca persalinan (Saifuddin, 2009).

4) Kala IV

Kala IV dimulai setelah lahirnya piasenta dan berakhirnya dua jam setelah proses tersebut. (Saifuddin, 2009). Asuhan dan pemantauan pada kala. IV:

- a) Kesadaran penderita.

- b) Pemeriksaan yang dilakukan: tekanan darah, nadi, dan pernapasan dan suhu; kontraksi rahim yang keras; perdarahan yang mungkin terjadi, luka episiotomi, perlukaan pada serviks; kandung kemih dikosongkan karena dapat mengganggu kontraksi rahim.
- c) Bayi yang telah dibersihkan diletakkan disamping ibunya agar dapat memulai pemberian ASI
- d) Observasi dilakukan selama 2 jam dengan interval pemeriksaan setiap jam (Manuaba, 2010).

d. Ketuban Pecah Dini

Ketuban pecah dini (KPD) adalah pecahnya ketuban sebelum in partu; yaitu bila pembukaan pada primi kurang dari 3 cm dan pada multipara kurang dari 5 cm.

Bila periode laten terlalu panjang dan ketuban sudah pecah, maka dapat terjadi infeksi yang dapat meningkatkan angka kematian ibu dan anak. Untunglah karena adanya antibiotika spektrum luas maka hal ini dapat ditekan.

Sampai saat ini masih banyak pertentangan mengenai penatalaksanaan KPD yang bervariasi dari tindakan biasa sampai pada tindakan yang berlebih-lebihan.

e. Penatalaksanaan Ketuban Pecah Dini

Penatalaksanaan KPD memerlukan pertimbangan usia kehamilan, adanya infeksi pada komplikasi ibu dan janin dan adanya tanda-tanda persalinan. Penanganan ketuban pecah dini menurut Sarwono (2013), meliputi :

a) Konserfatif

- 1) Pengelolaan konserfatif dilakukan bila tidak ada penyulit (baik pada ibu maupun pada janin) dan harus di rawat dirumah sakit.
- 2) Berikan antibiotika (ampicilin 4 x 500 mg atau eritromicin bila tidak tahan ampicilin) dan metronidazol 2 x 500 mg selama 7 hari.
- 3) Jika umur kehamilan <32-34 minggu, dirawat selama air ketuban masih keluar, atau sampai air ketuban tidak keluar lagi.
- 4) Jika usia kehamilan 32-37 minggu, belum in partu, tidak ada infeksi, dan diberi deksametason, observasi tanda-tanda infeksi, dan kesejahteraan janin, terminasi pada kehamilan 37 minggu.
- 5) Jika usia kehamilan 32-37 minggu, sudah inpartu, tidak ada infeksi, berikan tokolitik (salbutamol), deksametason, dan induksi sesudah 24 jam.

- 6) Jika usia kehamilan 32-37 minggu, ada infeksi, beri antibiotik dan lakukan induksi.
- 7) Nilai tanda-tanda infeksi (suhu, leukosit, tanda-tanda infeksi intra uterin).
- 8) Pada usia kehamilan 32-34 minggu berikan steroid, untuk memicu kematangan paru janin, dan kalau memungkinkan periksa kadar lesitin dan spingomielin tiap minggu. Dosis betametason 12 mg sehari dosis tunggal selama 2 hari, deksametason IM 5 mg setiap 6 jam sebanyak 4 kali.

b. Aktif

- 1) Kehamilan >37 minggu, induksi dengan oksitosin, bila gagal seksio sesarea. Dapat pula diberikan misoprostol 50 mg intravaginal tiap 6 jam maksimal 4 kali.
- 2) Bila ada tanda-tanda infeksi berikan antibiotika dosis tinggi. Dan persalinan diakhiri.
- 3) Bila skor pelvik < 5, lakukan pematangan servik, kemudian induksi. Jika tidak berhasil, akhiri persalinan dengan seksio sesarea
- 4) Bila skor pelvik > 5, induksi persalinan, partus pervaginam
Sampai saat ini masih banyak pertentangan mengenai penatalaksanaan KPD yang bervariasi dari tindakan biasa sampai pada tindakan yang berlebih-lebihan.

3. Bayi Baru Lahir

a. Pengertian Bayi Baru Lahir (BBL)

Bayi Baru Lahir adalah bayi segera setelah lahir sampai usia 4 minggu (Manuaba, 2010).

b. Tanda-Tanda Bayi Lahir Sehat

Menurut Kemenkes (2010), tanda-tanda bayi lahir sehat yaitu:

- 1) Berat badan bayi 2500-4000 gram
- 2) Umur kehamilan 37-40 mg
- 3) Bayi segera menangis
- 4) Bergerak aktif kulit kemerahan
- 5) Mengisap ASI dengan baik
- 6) Tidak ada cacat bawaan

c. Adaptasi Fisiologis Bayi Baru Lahir

1) Sistem Pernafasan

Bayi normal mempunyai frekuensi pernafasan 30-60 kali per menit, pernafasan diafragma dada dan perut naik dan turun secara bersamaan (Fraser dan Cooper, 2009).

2) Penurunan Berat Badan Awal

Karena mungkin kurang mendapat nutrisi selama 3 atau 4 hari pertama kehidupan dan pada saat yang sama mengeluarkan urin, feses, dan keringat dalam jumlah yang bermakna, neonatus secara progresif mengalami penurunan berat tubuh sampai diberikan air susu ibu. Dalam minggu pertama berat bayi

mungkin turun dahulu tidak lebih dari 10% dalam waktu 3-7 hari kemudian naik kembali dan hal ini normal (Direktorat kesehatan anak khusus, 2010).

4) Sistem Kardiovaskuler dan darah

Frekuensi denyut jantung bayi rata-rata 120-160 kali/ menit.

5) Sistem Pencernaan

Mekonium yang telah ada di usus besar sejak usia 16 minggu kehamilan, dikeluarkan dalam 24 jam pertama kehidupan dan dikeluarkan seluruhnya dalam 48-72 jam. Bayi dapat berdefekasi 8-10 kali perhari atau berdefekasi tidak teratur sekitar 2 atau 3 hari.

d. Penanganan bayi baru lahir meliputi:

1) Pencegahan Kehilangan Panas

Pada waktu bayi baru lahir, bayi belum mampu mengatur tetap suhu badannya. Bayi baru lahir harus dibungkus hangat (Saifuddin, 2010).

2) Pembersihan Jalan Napas

Saat kepala bayi dilahirkan, sekresi lender yang berlebih dari mulut dapat dibersihkan dengan lembut (Fraser dan Cooper, 2009).

3) Memotong dan Merawat Tali Pusat

Dalam memotong tali pusat, dipastikan bahwa tali pusat telah diklem dengan baik untuk mencegah terjadinya perdarahan.

Pemotongan tali pusat dilakukan secara aseptis untuk mencegah infeksi tali pusat dan tetanus neonatorum. Yang terpenting dalam perawatan tali pusat adalah menjaga, agar tali pusat tetap kering dan bersih (Saifuddin, 2010).

4) Inisiasi Menyusui Dini dan Pemberian Nutrisi

Segera, setelah dilahirkan bayi diletakkan di dada atau perut atas ibu selama paling sedikit satu jam untuk memberi kesempatan pada bayi untuk mencari dan menemukan puting ibunya. Manfaat IMD adalah membantu stabilisasi pernafasan, mengendalikan suhu tubuh, menjaga kolonisasi kuman yang aman, dan mencegah infeksi nosokomial (Saifuddin, 2010).

5) Injeksi Vitamin K

Pemberian vitamin K dapat menurunkan insiden kejadian perdarahan akibat defisiensi vitamin K1 yang dapat menyebabkan kematian neonatus. Untuk mencegah perdarahan tersebut, semua bayi baru lahir diberikan suntikan vitamin K1 (phthomenadione) sebanyak 1 mg dosis tunggal, intra muskuler pada anterolateral paha kiri. (Kementrian Kesehatan RI, 2010).

6) Pemberian Salep Mata

Pemberian antibiotik profilaksis pada mata dapat mencegah terjadinya konjungtivitis. Profilaksis mata yang sering digunakan yaitu tetes mata silver nitrat 1%, salep mata, eritromisin, dan salep, mata tetrasiklin (Saifuddin, 2010).

7) Pemberian Imunisasi Hb O

Imunisasi hepatitis pertama (Hbo) dalam kemasan unicek diberikan 1-2 jam setelah pemberian vitamin K1 secara intra muskuler. Pemberian imunisasi hepatitis B bermanfaat untuk menjaga infeksi hepatitis B, terutama jalur penularan Ibu/Bayi (kemenkes RI 2010).

e. Kunjungan Neonatal

Kunjungan neonatal adalah pelayanan kesehatan kepada neonatus sedikitnya 3 kali yaitu:

1) Kunjungan neonatal I (KN 1) pada 6 jam sampai dengan 48 jam setelah lahir:

- a. mempertahankan suhu tubuh bayi
- b. pemeriksaan fisik bayi
- c. Dilakukan pemeriksaan fisik: telinga, mata, hidung, leher, dada.
- d. Konseling: jaga kehangatan, pemberian Asi sulit, kesulitan bernafas, warna kulit abnormal.

2) Kunjungan neonatal II (KN2) pada hari ke 3 s/d 7 hari

- a. Menjaga tali pusat dalam keadaan bersih dan kering
- b. Pemeriksaan tanda bahaya seperti kemungkinan infeksi bakteri, ikterus, dan diare
- c. Memberikan Asi bayi disusukan minimal 10-15 kali dalam 24 jam

- d. Menjaga suhu tubuh bayi
 - e. Menjaga kehangatan bayi
 - f. Konseling terhadap ibu dan keluarga untuk memberikan Asi eksklusif, pencegahan hipotermi, dan perawatan bayi baru lahir dirumah dengan menggunakan buku KIA.
 - g. Diberitahukan teknik menyusui yang benar
- 3) Kunjungan neonatal III (KN3) pada hari ke 8-28 hari
- Pelayanan kesehatan diberikan oleh dokter/bidan/perawat, dapat dilaksanakan di Puskesmas atau melalui kunjungan rumah:
- a. Pemeriksaan fisik
 - b. Menjaga kebersihan bayi
 - c. Memberitahukan ibu tentang tanda-tanda bahaya bayi baru lahir
 - d. Memberikan Asi minimal 10-15 kali dalam 24 jam
 - e. Menjaga kehangatan bayi
 - f. Menjaga suhu tubuh bayi
 - g. Memberitahu ibu tentang imunisasi BCG (Kementrian Kesehatan RI, 2010).

4. Nifas

- a. Pengertian Nifas

Masa nifas atau puerperium dimulai sejak 1 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (42 hari) setelah itu. Pelayanan pascapersalinan harus terselenggara pada masa itu untuk

memenuhi kebutuhan ibu dan bayi, yang meliputi upaya pencegahan, deteksi dini, dan pengobatan komplikasi dan penyakit yang mungkin terjadi, serta penyediaan pelayanan pemberian ASI, cara menjarangkan kehamilan, imunisasi, dan nutrisi bagi ibu. (Saiftiddin, 2010).

b. Tujuan Perawatan Nifas

- 1) Menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik fisik maupun psikologik.
- 2) Melaksanakan skrining yang komperhensif, mendeteksi masalah, mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayinya.
- 3) Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, keluarga berencana, menyusui, pemberian imunisasi, kepada bayinya, dan perawatan bayi sehat.
- 4) Memberikan pelayanan keluarga berencana (Saifuddin, 2010).

c. Perubahan Fisiologis Masa Nifas Normal

1) Involusi Uterus

Involusi uterus merupakan proses kembalinya uterus ke keadaan sebelum hamil setelah melahirkan (Varney, dkk, 2007).

Tabel 3. Perubahan Uterus Masa Nifas

Involusi	TFU	Berat Uterus
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000 gram
Uri lahir	2 jari bawah pusat	750 gram
1 minggu	Pertengahan pusat simpisis	500 gr
2 minggu	Tidak teraba diatas simpisis	350 gr
6 minggu	Normal	50 gr
8 minggu	Normal tapi sebelum hamil	30 gr

Sumber : Sofian, 2012

2) Lochea

Menurut Sofian (2012) lochia adalah cairan sekret yang berasal dari kavum uteri dan vagina dalam masa nifas

(a) Lochea Rubra (cruenta)

Berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel decidua, verniks kaseosa, lanugo, mekonium selama 2 hari pasca persalinan.

(b) Lochea Sanguilenta

Berwama merah kuning, berisi darah dan lendir hari ke 3-7 pasca persalinan.

(c) Lochea Serosa

Berwama kuning, cairan tidak berdarah lagi, pada hari ke 7-14 pasca persalinan

(d) Lochea Alba

Cairan putih, setelah 2 minggu.

(e) Lochia purulenta

Terjadi infeksi yaitu keluar cairan seperti nanah berbau busuk.

(f) Lochiostasis

Lochia tidak lancar keluaranya.

3) Vagina dan Perineum.

Segera setelah kelahiran, vagina tetap terbuka lebar, mungkin mengalami beberapa derajat edema memar, dan celah pada introitus. Setelah satu hingga dua hari pertama pascapartum, tonus otot vagina kembali, celah vagina tidak lebar dan vagina tidak lagi edema. Sekarang vagina menjadi berdinding lunak, lebih besar dari biasanya, dan umumnya longgar (Varney, 2007).

4) Payudara

Laktasi dimulai pada semua wanita dengan perubahan hormon saat melahirkan. Apakah wanita memilih menyusui atau tidak, ia dapat mengalami kongesti payudara selama beberapa hari pertama pascapartum karena tubuhnya mempersiapkan untuk memberikan nutrisi kepada bayi. Wanita yang menyusui berespons terhadap menstimulus bayi yang disusui akan terus melepaskan hormon dan stimulasi alveoli yang memproduksi susu (Varney, 2007).

d. Kebutuhan ibu nifas

1) Nutrisi

Konsumsi makanan dengan menu seimbang, bergizi dan cukup kalori, membantu memulihkan tubuh dan mempertahankan tubuh dari infeksi, mempercepat pengeluaran Asi serta konstipasi, selain itu ibu memerlukan tambahan kalori 500 kalori tiap hari.

2) Pola Istirahat

Ibu nifas dianjurkan tidur siang dan beristirahat selagi bayi tidur merupakan cara untuk mencegah kelelahan pada ibu nifas (Saifuddin, 2009). Istirahat cukup dibutuhkan karena apabila kurang Istirahat akan mempengaruhi produksi air susu ibu, memperlambat proses involusi, dan menyebabkan depresi (Saifuddin, 2010).

3) Personal Hygiene

Membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air pada daerah di sekitar vulva terlebih dahulu, dari depan ke belakang, kemudian membersihkan daerah sekitar anus. Membersihkan diri setiap kali selesai buang air kecil atau besar dan mengganti pembalut minimal dua kali sehari (Saifuddin, 2009)

4) Pola eliminasi

Kesulitan buang air besar (konstipasi) dapat terjadi karena ketakutan akan rasa sakit, takut jahitan terbuka, atau hemoroid, kesulitan ini dapat dibantu dengan mobilisasi dini,

mengonsumsi makanan tinggi serat dan cukup minum sehingga bisa buang air besar dengan lancar

5) Dukungan Psikologis

1. Perubahan peran seorang ibu memerlukan adaptasi yang harus dijalani :

a. Fase Taking In

Periode ketergantungan, periode ini berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan.

b. Fase Taking Hold

Pada fase ini akan timbul rasa khawatir akan ketidaknyaman dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi.

c. Fase Leting Go

Menerima tanggung jawab akan peran barunya, fase ini akan berlangsung sepuluh hari.

2. Post Partum Blues

Melahirkan adalah sebuah karunia terbesar bagi wanita dan momen yang sangat bahagia, tapi kadang harus menemui kenyataan bahwa tak semua menganggap nseperti itu karena ada juga wanita yang mengalami depresi setelah melahirkan.

e. Waktu kunjungan nifas

Menurut kementerian kesehatan RI (2015) ibu dianjurkan melakukan kontrol/ kunjungan masa nifas setidaknya 3 kali, serta menurut panduan operasional persalinan dan nifas normal bagi tenaga kesehatan (2015), waktu kunjungan nifas KF1 – KF 3:

1. Kunjungan nifas pertama (KF1)

KF1 adalah kunjungan nifas pada masa 6 jam sampai 3 hari setelah persalinannya, asuhannya:

- a. Memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi fundus dibawah umbilikus dan tidak ada tanda-tanda perdarahan abnormal .
- b. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, dan perdarahan abnormal.
- c. Memastikan ibu mendapat istirahat yang cukup
- d. Memastikan ibu mendapat makanan yang bergizi
- e. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit
- f. Memberikan konseling kepada ibu mengenai asuhan bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.

2. Kunjungan Nifas Kedua (KF2)

KF2 adalah kunjungan nifas kurun waktu hari ke-4 sampai hari ke-28 setelah persalinan, asuhannya:

- a) Memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilikus, dan tidak ada tanda-tanda perdarahan abnormal
- b) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, dan perdarahan abnormal.
- c). Memastikan ibu mendapat istirahat yang cukup
- d). Memastikan ibu mendapat makanan yang bergizi.
- e). Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit.
- f). Memberikan konseling kepada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat, dan merawat bayi sehari-hari

3. Kujungan Nifas Ketiga (KF3)

KF3 adalah kujungan nifas dalam kurun waktu hari ke- 29 sampai dengan hari ke- 42 setelah persalinan asuhannya:

- a. menanyakan pada ibu tentang penyulit –penyulit yang ia ada alami
- b. memberikan konseling untuk KB secara dini, imunisasi, senam nifas, dan tanda-tanda bahaya yang dialami oleh ibu dan bayi.
- c. Periksa tanda-tanda vital (keadaan umum, fisik: perdarahan pervaginam, lokhea, kondisi perineum, tanda infeksi , kontraksi uterus, tinggi fundus dan temperatur secara rutin,

tekanan darah, nilai fungsi berkemih, fungsi cerna, penyembuhan luka, sakit kepala, rasa lelah, dan nyeri punggung)

d. Tanyakan ibu mengenai suasana emosinya, bagaimana dukungan yang didapatkannya dari keluarga, pasangan, dan masyarakat untuk perawatan bayinya.

f. Cara Merawat Luka Perineum

Lakukan perawatan perineum pada saat mandi , setelah BAK, BAB dari depan kebelakang. Perawatan sebaiknya dilakukan dikamar mandi dengan posisi ibu jongkok. Mengganti pembalut minimal 2 kali perhari atau saat dirasa tidak nyaman. Merawat luka jahitan dengan cara mengkompres sambil sedikit ditekan dengan kassa betadine sampai terasa perih (Sulistyowati, 2009)

5. Keluarga Berencana (KB)

a. Alat kontrasepsi pascapartum

Menurut Affandi (2012) macam-macam alat kontrasepsi yang aman dan tidak mengganggu laktasi meliputi metode amenhorea laktasi (MAL), pil progestin, suntik progestin, implan dengan progestin dan alat kontrasepsi dalam rahim.

b. Metode Amenorea Laktasi (MAL)

1) Pengertian

Metode Amenorea Laktasi (MAL) adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian Air Susu Ibu (ASI) secam eksklusif

artinya hanya diberikan ASI tanpa tambahan makanan atau minuman apapun lainnya. MAL dapat dipakai sebagai alat kontrasepsi bila menyusui secara penuh (lebih efektif bila pemberian > 8 x sehari), belum haid, umur bayi kurang dari 6 bulan.

2) Cara Kerja

Penundaan atau penekanan ovulasi.

3) Keuntungan

a) Keuntungan kontrasepsi

- (1) Efektivitas tinggi (keberhasilan 98% pada enam bulan pascapersalinan).
- (2) Segera efektif
- (3) Tidak mengganggu senggama
- (4) Tidak ada efek samping secara sistemik
- (5) Tidak perlu pengawasan medik
- (6) Tidak perlu obat atau alar
- (7) Tanpa biaya

b) Keuntungan non kontrasepsi

- (1) Bagi bayi : mendapatkan kekebalan pasif (mendapatkan antibodi perlindungan lewat ASO, sumber asupan gizi yang terbaik dan sempurna untuk tumbuh kembang bayi yang optimal, terhindar dari

keterpaparan terhadap kontaminasi dari air, susu lain atau formula, atau alat minum yang dipakai

(2) Bagi ibu : Mengurangi pendarahan pascapersalinan, mengurangi risiko anemia, meningkatkan hubungan psikologik ibu dan bayi

4) Keterbatasan Metode Amenore Laktasi (MAL)

- a) Perlu persiapan sejak perawatan kehamilan agar segera menyusui dalam 30 menit pasca persalinan.
- b) Mungkin sulit dilaksanakan karena kondisi sosial.
- c) Efektifitas tinggi hanya sampai kembalinya haid atau sampai dengan 6 bulan.
- d) Tidak melindungi terhadap IMS termasuk virus hepatitis B/HBV dan HIV/AIDS

5) Yang dapat Menggunakan MAL

Ibu yang menyusui secara eksklusif, bayinya berumur kurang dari 6 bulan dan belum mendapat haid setelah melahirkan.

6) Yang Seharusnya tidak pakai MAL

- a) Sudah mendapat haid setelah bersalin
- b) Tidak menyusui secara eksklusif
- c) Bayinya sudah berumur lebih dari 6 bulan
- d) Bekerja dan terpisah dari bayi lebih lama dari 6 jam.

(Saiffudin, 2012).

c. Senggama Terputus (Coitus Intetuptus)

1) Pengertian

Senggama terputus adalah metode keluarga berencana tradisional, dimana pria, mengeluarkan alat kelaminnya (penis) dari vagina sebelum pria mencapai ejakulasi.

2) Cara Kerja

Alat kelamin (penis) dikeluarkan sebelum ejakulasi sehingga sperma tidak masuk ke dalam vagina sehingga tidak ada pertemuan antara sperma dan ovum, dan kehamilan dapat dicegah.

3) Manfaat

a) Kontrasepsi

- (1) Efektif bila dilaksanakan dengan benar
- (2) Tidak mengganggu produksi ASI
- (3) Dapat digunakan sebagai pendukung metode KB lainnya.
- (4) Tidak ada efek samping
- (5) Dapat digunakan setiap waktu
- (6) Tidak membutuhkan biaya

b) Nonkontrasepsi

- (1) Meningkatkan keterlibatan suami dalam keluarga berencana

(2) Untuk pasangan memungkinkan hubungan lebih dekat dan pengertian yang sangat dalam.

4) Keterbatasan

- a) Efektivitas sangat berrgantung pada kesediaan pasangan untuk melakukan senggama terputus setiap, melaksanakannya (angka kegagalan 4-27 kehamilan per 100 perempuan per tahun)
- b) Efektivitas akan jauh menurun apabila sperma dalam 24 jam sejak ejakulasi masih melekat pada penis.
- c) Memutus kenikmatan dalam berhubungan seksual

5) Dapat dipakai untuk

- a) Suami yang ingin berpartisipasi aktif dalam keluarga berencana
- b) Pasangan yang taat beragama atau tidak mau menggunakan metode lain
- c) Pasangan yang memerlukan metode kontrasepsi segera
- d) Pasangan yang melakukan hubungan seksual tidak teratur.

6) Tidak dapat dipakai untuk

- a) Suami dengan pengalaman ejakulasi dini
- b) Suami yang sulit melakukan senggama terputus
- c) Suami yang memiliki kelainan fisik atau fisiologis
- d) Istri yang mempunyai pasangan suami yng sulit diajak bekerjasama
- e) pasangan yang kurang berkomunikasi (Saiffudin, 2012).

d. Kontrasepsi IUD (*Intra Uteri Device*) Copper T IUD 8 tahun

Adalah alat kontrasepsi non hormonal jangka panjang yang disisipkan didalam rahim dan terbuat dari bahan semacam plastik / tembaga dan bentuknya bermacam-macam. Bentuk yang paling umum dan banyak dikenal oleh masyarakat adalah spiral.

B. Konsep Dasar Asuhan Kebidanan

1. Pengertian

Menurut Kepmenkes No. 369/Menkes/SK/III/ 2007 asuhan kebidanan adalah proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup praktiknya berdasarkan ilmu dan kiat kebidanan. Adalah penerapan fungsi dan kegiatan yang menjadi tanggung jawab dalam memberikan pelayanan kepada klien yang mempunyai kebutuhan/masalah dalam bidang kesehatan ibu masa hamil, masa persalinan, nifas, bayi setelah lahir serta keluarga berencana.

Manajemen asuhan kebidanan adalah pendekatan dan kerangka pikir yang digunakan oleh bidan dalam menerapkan metode pemecahan masalah secara sistematis mulai dari pengumpulan data, analisa data, diagnosa kebidanan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi (Kemenkes RI, 2007).

Menurut Kepmenkes No. 938/ Menkes/ SK/ VIII/ 2007, standar asuhan kebidanan adalah acuan dalam proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup praktiknya berdasarkan ilmu dan kiat kebidanan. Mulai dari

pengkajian, perumusan diagnosa dan atau masalah kebidanan, perencanaan implementasi, evaluasi, dan pencatatan asuhan kebidanan (Kemenkes RI, 2007).

2. Ruang Lingkup Pelayanan Kebidanan

Pelayanan kebidanan berfokus pada upaya pencegahan, promosi kesehatan, pertolongan persalinan normal, deteksi komplikasi pada ibu dan anak, melaksanakan tindakan asuhan sesuai dengan kewenangan atau bantuan lain jika diperlukan, serta melaksanakan tindakan kegawatdaruratan.

Bidan mempunyai tugas penting dalam konseling dan pendidikan kesehatan, tidak hanya kepada perempuan, tetapi juga kepada keluarganya dan masyarakat. Kegiatan ini harus mencakup pendidikan antenatal dan persiapan menjadi orang tua serta dapat meluas pada kesehatan perempuan, kesehatan seksual atau kesehatan reproduksi dan asuhan anak (Kemenkes RI, 2007).

3. Standar Profesi Bidan

Standar Profesi Bidan yang berhubungan dengan asuhan berkesinambungan dari masa hamil, bersalin, nifas, BBL/Neonatus dan KB tertuang dalam Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 369/Menkes/SK/III2007 tentang Standar Profesi Bidan.

a. Kompetensi ke 1

Bidan mempunyai persyaratan pengetahuan dan keterampilan dari ilmu-ilmu sosial, kesehatan masyarakat dan etik yang membentuk dasar dari asuhan yang bermutu tinggi sesuai dengan budaya, untuk wanita, bayi baru lahir dan keluarganya.

b. Kompetensi ke-2

Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, pendidikan kesehatan yang tanggap terhadap budaya dan pelayanan menyeluruh dimasyarakat dalam rangka untuk meningkatkan kehidupan keluarga yang sehat, perencanaan kehamilan dan kesiapan menjadi orang tua

c. Kompetensi ke-3

Bidan memberi asuhan antenatal bermutu tinggi untuk mengoptimalkan kesehatan selama kehamilan yang meliputi: deteksi dini, pengobatan atau rujukan dari komplikasi tertentu.

d. Kompetensi ke-4

Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, tanggap terhadap kebudayaan setempat selama persalinan, memimpin selama persalinan yang bersih dan aman, menangani situasi kegawatdaruratan tertentu untuk mengoptimalkan kesehatan wanita dan bayinya yang baru lahir.

e. Kompetensi ke-5

Bidan memberikan asuhan pada ibu nifas dan menyusui yang bermutu tinggi dan tanggap terhadap budaya setempat.

f. Kompetensi ke-6

Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, komperhensif pada bayi baru lahir sehat sampai dengan 1 bulan.

g. Kompetensi ke-7

Bidan memberikan asuhan yang bernutu tinggi, komprehensif pada bayi dan balita sehat (1 bulan -5 tahun).

h. Kompetensi ke-8

Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi dan komperhensif pada keluarga, kelompok dan masyarakat sesuai dengan budaya setempat.

i. Kompetensi ke-9

Melaksanakan asuhan kebidanan pada wanita/ibu dengan gangguan sistem reproduksi.

4. Langkah langkah manajemen asuhan kebidanan

Standar Asuhan Kebidanan yang digunakan ditetapkan oleh Menteri Kesehatan yang tertuang dalam KEPMENKES Nomer 938/Menkes/SK/VII/2007 mulai dari pengkajian, perumusan diagnosa dan atau masalah kebidanan, perencanaan, implementasi, evaluasi, dan pencatatatan asuhan kebidanan.

a. Standar 1: Pengkajian

1) Pernyataan Standar

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

2) Kriteria pengkajian

a) Data tepat, akurat dan lengkap

- b) Terdiri dari data subyektif (hasil anamnesis: biodata, keluhan utania, riwayat obstetri, riwayat kesehatan dan Tatar belakang sosial budaya).
 - c) Data objektif (hasil pemeriksaan fisik, psikologi dan pemeriksaan penunjang).
- b. Standar II: Perumusan Diagnosis dan atau Masalah Kebidanan
- 1) Pernyataan standar
Bidan menganalisa data yang diperoleh pada pengkajian, menginterpretasikan secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat.
 - 2) Kriteria perumusan diagnosa dan atau masalah kebidanan
 - a) Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan
 - b) Masalah dirumuskan sesuai dengan kondisi klien
 - c) Dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.
- c. Standar III: Perencanaan
- 1) Pernyataan standar
Bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnosa dan masalah yang ditegakkan.
 - 2) Kriteria perencanaan
 - a) Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien, tindakan segera, tindakan antisipasi dan asuhan secara berkesinambungan

- b) Melibatkan klien/pasien dan atau keluarga
- c) Mempertimbangan kondisi psikologi sosial budaya klien/keluarga
- d) Memilih tindakan yang aman sesuai kondisi dan kebutuhan klien berdasarkan *evidence based* dan memastikan bahwa asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien
- e) Mempertimbangkan kebijakan dan peraturan yang berlaku, sumber daya serta fasilitas yang ada.

d. Standar IV: Implementasi

1) Pernyataan standar

Bidan melaksanakan rencana asuhan secara komprehensif, efektif, efisien, dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien/pasien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi, dan rujukan.

2) Kriteria

- a) Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosial-kultural
- b) Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien dan atau keluarganya (*inform consent*)
- c) Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan *evidence based*
- d) Melibatkan klien/pasien dalam asuhan tindakan
- e) Menjaga privasi klien/pasien

- f) Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi
 - g) Mengikuti perkembangan klien secara berkesinambungan
 - h) Menggunakan sumber daya, sarana, fasilitas yang ada dan sesuai
 - i) Melakukan tindakan sesuai standar
 - j) Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan
- e. Standar V: Evaluasi
- 1) Pernyataan standar
Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien
 - 2) Kriteria evaluasi
 - a) Penilaian dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien
 - b) Hasil evaluasi segera di catat dan dikomunikasikan kepada klien/ keluarga
 - c) Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar
 - d) Hasil evaluasi ditindak lan uti sesuai dengan kondisi klien/pasien

f. Standar VI: Pencatatan Asuhan Kebidanan

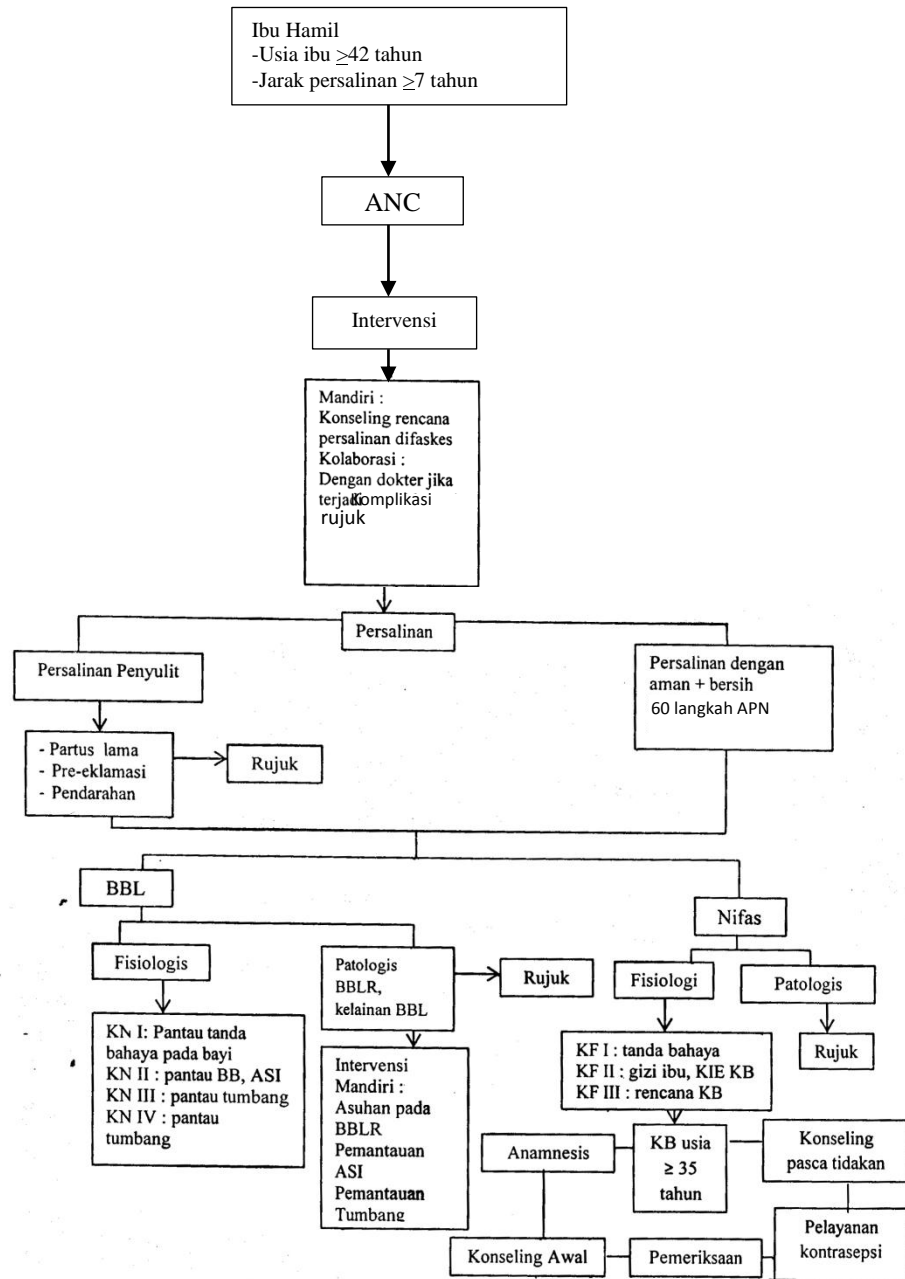
1) Pernyataan standar

Bidan melakukan pencatatan secara akurat, singkat dan jelas mengenai keadaan/kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan.

2) Kriteria pencatatan asuhan kebidanan

- a) Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (rekam medis/KMS/status pasien/buku KIA)
- b) Ditulis dalam bentuk catatan pengembangan SOAP
- c) S : adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesis
- d) O: adalah data objektif, mencatat hasil pemeriksaan
- e) A : adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan
- f) P : adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan pelaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi, *follow up* dan rujukan (Kemenkes RI, 2007).

C. Flowchart



Gambar 1. Kerangka Asuhan Berkesinambungan

Modifikasi Pedoman Antenatal Terpadu (2010)

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Gambaran Lokasi Pengambilan Kasus

Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) adalah salah satu sarana pelayanan kesehatan masyarakat yang amat penting di Indonesia. Puskesmas adalah unit pelaksanaan teknis dinas kabupaten/kota yang bertanggungjawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatu wilayah kerja (Depkes, 2011)

Puskesmas Mlati II merupakan salah satu fasilitas kesehatan tingkat I yang berada di Kabupaten Sleman. Puskesmas Mlati II terletak di Sleman, Yogyakarta. Wilayah kerja Puskesmas Mlati II meliputi Desa Tlogoadi. Puskesmas ini memberikan pelayanan kesehatan umum, kesehatan gigi dan mulut, KIA, KB dan kesehatan reproduksi, pelayanan 24 jam terbatas, gizi, rawat inap, farmasi, laboratorium, psikologi, dan fisioterapi. Ny M bertempat tinggal di Tlogoadi RT. 13 wilayah kerja Puskesmas Mlati II dan selalu melakukan kunjungan ANC di sana secara rutin.

B. Tinjauan Kasus Kehamilan

1. Kunjungan ulang tanggal 14-10-2017 di Puskesmas Mlati II Sleman

a. Data Subjektif

Asuhan kebidanan berkesinambungan di berikan kepada Ny M umur 42 tahun pada kehamilan trimester III dengan umur kehamilan

32 minggu. Asuhan kebidanan dilaksanakan pada tanggal 14-10-2017 jam 11.30 WIB.

1. Biodata

Ny M umur 42 tahun, pendidikan SMA, pekerjaan IRT, Agama Islam, Suku/Bangsa Indonesia, nama suami Tn T, umur 45 tahun, pendidikan SMA, pekerjaan buruh, Agama Islam, Suku/Bangsa Indonesia, beralamat di Sanggrahan RT.13 RW.13 Desa Tlogoadi, Sleman, Yogyakarta.

2. Kunjungan saat ini : Kunjungan Ulang

a. Alasan Kunjungan : Ibu mengatakan ingin kontrol rutin.

b. Keluhan Utama : Ibu mengatakan tidak ada keluhan.

3. Riwayat Perkawinan Kawin 1 kali. Dengan suami sekarang 15 tahun.

4. Riwayat Menstruasi : Menarche umur 13 tahun. Banyaknya 3x ganti pembalut/hari. Siklus ± 28 hari. Lama 7 hari. Sifat darah menstruasi encer, bau amis khan darah, tidak disminorhea.

5. Riwayat Kehamilan ini

HPHT ibu tanggal 4-3-2017 dan HPL ibu tanggal 11-12-2017. Ibu mengatakan rutin melakukan ANC di Puskesmas Mlati II. Pada kehamilan trimester pertama ibu melakukan ANC sebanyak 3 kali, trimester kedua sebanyak 6 kali, dan trimester ketiga sebanyak 2 kali. Pergerakan janin yang ibu rasakan pertama pada umur kehamilan 16 minggu, pergerakan janin dalam 12 jam terakhir adalah 15 kali.

a. Keluhan yang dirasakan

Pada Trimester I ibu mengatakan tidak ada keluhan, ibu telah mendapatkan terapi obat Asam Folat 500 mg XXX 1x1. Pada Trimester II ibu mengatakan tidak ada keluhan. Trimester III ibu mengatakan sering merasakan pegal-pegal, dan merasa ingin buang air kecil.

b. Imunisasi TT

Ibu sudah melakukan imunisasi TT sebanyak 4x. TT 1 dan TT 2 saat SD. TT 3 saat menjadi calon pengantin. TT 4 hamil pertama tahun 2004.

6. Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas yang Lalu

Ibu melahirkan anak pertama tanggal 16 Juli 2004 dengan umur kehamilan 39 minggu. Bayi lahir spontan di RSUD Sleman ditolong oleh bidan, jenis kelamin perempuan dengan berat bayi lahir 3000 gram tanpa komplikasi. Anak yang kedua tanggal lahir 29 Januari 2007, jenis kelamin perempuan, BB : 2800gr, PB : 48 cm. anak yang ke 3, tanggal lahir 1 Juli 2009, BB : 3100 gr, PB : 47 cm , jenis kelamin laki-laki.

Pada masa nifas anak ke 1 sampai ke 3 ibu mengatakan tidak ada komplikasi, ASI lancar sehingga ibu dapat memberikan ASI secara eksklusif pada bayi yang pertama hingga yang ketiga.

7. Riwayat Kontrasepsi

Ibu mengatakan belum pernah menggunakan KB sejak anak pertama sampai dengan kehamilan yang keempat ini.

8. Riwayat Kesehatan

a. Penyakit sistemik yang pernah/ sedang diderita ibu

Ibu mengatakan tidak pernah/ sedang menderita penyakit seperti hepatitis, HIV, TBC, jantung, asma, hipertensi, dan diabetes.

b. Penyakit sistemik yang pernah/ sedang diderita. keluarga

Ibu mengatakan dari keluarga tidak pernah/ sedang menderita penyakit hepatitis, HIV, TBC, jantung, asma, hipertensi, dan diabetes.

c. Riwayat keturunan kembar : tidak ada

d. Riwayat alergi : ibu tidak ada alergi makanan

e. Kebiasaan-kebiasaan yang merugikan selama kehamilan : Ibu dan suami tidak merokok, minum jamu ataupun minuman beralkohol.

9. Riwayat kebiasaan sehari-hari

a. Makan/minum : Selama hamil ini pola makan ibu turun saat kehamilan muda dan pada kehamilan masuk trimester ke III ini, nafsu makan bertambah, makan 3x sehari lebih banyak nasi, sayur, lauk, buah kadang-kadang. Makan satu porsi piring

sedang habis. Minum air putih 8-9 gelas sedang/ hari. Ibu terkadang minum teh 1 gelas.

- b. Eliminasi : Frekuensi BAB satu kali sehari. Bau khas feces dan warna kuning kecoklatan. Tidak ada keluhan saat ibu BAB. Frekuensi BAK ibu \pm 5-6 x sehari, bau khas urine, warna kuning jernih. Tidak ada keluhan saat BAK.
- c. Pola tidur ibu biasa tidur siang \pm 1 jam dan tidur malam \pm 8-9 jam.
- d. Aktivitas, Ibu mengatakan aktivitas sehari-harinya menyapu, memasak, mengepel, dan mencuci (kegiatan ibu rumah tangga).
- e. Pola seksual, Ibu mengatakan tidak ada keluhan saat berhubungan seksual. Ibu melakukan hubungan seksual dengan suaminya 1 kali dalam seminggu.
- f. Personal hygiene, Ibu biasa mandi 2x/hari dan membersihkan alat kelaminnya saat mandi, setelah BAB, dan setelah BAK. Ibu mengganti pakaian dalam setelah mandi dan jika terasa lembab. Celana dalam yang digunakan ibu berbahan katun.

10. Keadaan Psikososiospiritual

Ibu mengatakan sangat menginginkan kehamilan ini karena ini setelah 7 tahun, kehamilan keduanya dengan suami kedua (duda). Pengetahuan ibu mengenai masa kehamilan, persiapan persalinan, perawatan bayi, dan masa nifas sudah cukup baik berdasarkan pengalaman kehamilan dan persalinan lalu, namun ibu mengatakan

sedikit merasakan takut menjelang persalinan karena ibu sudah lupa bagaimana rasanya mengingat jarak kehamilan dan persalinan terakhir cukup lama ± 8 tahun. Ibu mengatakan bahwa dirinya sedang hamil 31⁺¹ minggu, ibu sudah mengetahui apabila gerakan janin dalam waktu 12 jam kurang dari 10x segera ke tenaga kesehatan. Keluarga dan suami sangat senang dengan kehamilan ditunjukan dengan pemberian dukungan dan perhatian kepada ibu selama hamil ini.

11. Persiapan persalinan

Ibu dan suami sudah mempersiapkan rencana persalinan di Puskesmas Mlati II dengan penolong bidan, suami sebagai pendamping selama persalinan, persiapan pendonor darah adalah orangtua, kakak dan suami. Biaya persalinan ibu menggunakan Kartu BPJS. Transportasi menuju Puskesmas Mlati II menggunakan motor.

b. Data Objektif

Pada pemeriksaan diperoleh data keadaan baik, tanda vital : keadaan umum baik, kesadaran composmentis, tanda vital TD 120/80 mmHg, Nadi 80x/mnt, Respirasi 22x/mnt, suhu badan 36,2°C. Tanda vital ibu dalam batas normal, BB sebelum hamil 47 kg, BB sekarang 50kg, TB 152 cm, IMT : $47/152 = 20,34g$, LILA 24 cm, kepala bentuk simetris, rambutnya bersih, di mulut ada caries gigi, bibir lembab, tidak pucat, mata konjungtiva merah muda, sklera putih.

Leher tidak ada pembesaran kelenjar limfe, kelenjar tiroid, dan vena jugularis, Dada, payudara simetris, puting susu menonjol, aerola hiperpigmentasi, colostrum sudah keluar. Abdomen tidak ada striae gravidarum, terdapat lines nigra, tidak ada bekas luka.

Hasil pemeriksaan Leopold diperoleh data, Leopold I TFU pertengahan pusat dan px. Pada fundus teraba bulat, lunak, tidak melenting (bokong). Leopold II perut bagian kanan teraba datar, keras, memanjang seperti papan (punggung janin) bagian kiri teraba bagian-bagian kecil janin (ekstremitas). Leopold III pada Segmen Bawah Rahim (SBR) teraba bagian keras, melenting, bulat, masih dapat digoyangkan (kepala janin). Leopold IV posisi tangan pemeriksa konvergen (belum masuk panggul).

TFU McDonald 30cm, TBJ berdasarkan TFU (28-12) x 155 = TBJ 2790gr. Auskultasi DJJ punctum maksimum kanan bawah pusat, frekuensi 142 kali per menit, irama teratur. Ekstremitas tidak ada odema, refleks patella positif.

c. Analisis

Ny. M usia 42 tahun G4P3Ab0Ah3 hamil 32 minggu dengan faktor risiko usia ibu ≥ 42 tahun dan jarak kehamilan 8 tahun, janin hidup, tunggal, intrauterine, punggung kanan, presentasi kepala dengan keadaan normal.

Penatalaksanaan

1. Menginformasikan pada ibu hasil pemeriksaan yang telah dilakukan
Kondisi ibu dan bayinya dalam keadaan baik, ibu merasakan senang.

2. Menanyakan keluhan yang dirasakan

Ibu mengatakan tidak ada keluhan.

3. Menginformasikan pada ibu hasil pemeriksaan abdomen

Ibu sudah mengerti bahwa posisi janinnya saat ini sudah menetap dengan posisi bokong berada diatas dan kepala berada dibawah, kepala janin belum masuk panggul serta hasil pemeriksaan denyut jantung janin normal yaitu 142/menit.

4. Memberikan KIE pada ibu tentang ketidaknyamanan pada kehamilan trimester ke III ini

Ibu paham dengan kondisinya, saat ini merupakan hal yang normal dialami ibu pada usia kehamilan yang sudah masuk trimester III.

5. Memberikan KIE pada ibu mengenai pemenuhan kebutuhan nutrisi selama hamil.

Ibu paham dan bersedia untuk lebih memperhatikan asupan makanan sesuai dengan anjuran bidan.

6. Memberikan Kalk 500 mg XIV 1x1 dan Hemaform 300 mg masing-masing 1x1

Ibu bersedia minum sesuai anjuran bidan

7. Memberitahu ibu tanda bahaya saat kehamilan yaitu terjadi perdarahan, ketuban pecah, kaki dan tangan bengkak dengan disertai pandangan mata kabur, jika ada tanda-tanda tersebut menganjurkan ibu untuk segera ketempat pelayanan kesehatan.

Ibu memberikan respon positif, ditandai dengan ibu bisa mengulang kembali.

8. Menganjurkan ibu untuk datang berkunjung ulang 2 minggu lagi pada tanggal 27 Oktober 2017

Ibu bersedia melakukan kunjungan ulang sesuai tanggal yang telah ditentukan.

2. Kunjungan Ulang, Tanggal 28 Oktober 2017 di Puskesmas Mlati II Sleman

Data subyektif

Ibu menyatakan tidak ada keluhan

Data obyektif

Keadaan umum ibu baik, dengan kesadaran compos mentis. Tanda-tanda vital TD :100/70 mmHg, BB : 52kg.

Leopold I TFU setinggi px (bokong). Leopold II punggung kanan. Leopold III presentasi kepala. Leopold IV belum masuk panggul. TFU McDonalds, 28cm, Rumus = $(28-12) \times 155 =$ TBJ : 2480. Auskultasi DJJ 144 kali per menit, puktum maksimum kanan bawah.

Analisa

Ny. M umur 42 tahun G4P3Ab0Ah3.umur kehamilan 34 minggu dengan risiko usia \geq 42 tahun, janin hidup, tunggal, intrauterine, punggung kanan, presentasi kepala dengan keadaan normal.

Penatalaksanaan

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan yang telah dilakukan. Ibu sudah mengetahui pemeriksaan
2. Memberikan KIE tentang gizi seimbang. Ibu sudah mengerti
3. Memberi KIE tentang istirahat yang cukup. Ibu mengerti
4. Anjurkan ibu untuk kunjungan ulang 2 minggu lagi atau bila ada keluhan. Ibu bersedia untuk kunjungan ulang 2 minggu lagi atau bila ada keluhan.

3. Kunjungan Ulang, Tanggal 11 November 2017 di Puskesmas Mlati II

Sleman

Data subyektif

Ibu menyatakan tidak ada keluhan

Data obyektif

Keadaan umum ibu baik, dengan kesadaran compos mentis. Tanda-tanda vital TD : 110/70 mmHg, BB : 52,4, UK : 36 minggu.

Analisis

Dari hasil pemeriksaakan didapatkan Ny. M umur 42 tahun G4P3Ab0Ah3.umur kehamilan : 36 minggu. dengan risiko usia \geq 42 tahun, janin hidup, tunggal, intrauterine, punggung kanan, presentasi kepala dengan keadaan normal.

Leopold I TFU 3 jari bawah px, teraba lunak, tidak melenting (bokong). Leopold II perut sebelah kanan teraba ada tekanan memanjang (bokong). Perut sebelah kiri teraba bagian kecil-kecil (ekstremitas). Leopold

III bagian terendah janin teraba bulat, melenting, masih dapat digoyahkan (kepala). Leopold IV tangan pemeriksa bertemu (konvergen). TFU McDonalds, 29cm, Rumus = $(29-12) \times 155 = \text{TBJ} : 2635$

Penatalaksanaan

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan yang telah dilakukan. Ibu sudah mengetahui pemeriksaan
2. Memberikan KIE tentang gizi seimbang. Ibu sudah mengerti
3. Memberi KIE tentang istirahat yang cukup. Ibu mengerti
4. Anjurkan ibu untuk kunjungan ulang 2 minggu lagi atau bila ada keluhan. Ibu bersedia untuk kunjungan ulang 2 minggu lagi atau bila ada keluhan.

C. Tinjauan Kasus Persalinan

Kunjungan persalinan tanggal 28 November 2017, jam 09.20 WIB di Puskesmas Mlati II Sleman

Data Subjektif : Ibu mengeluh sudah keluar air ketuban sudah keluar di rumah cukup banyak sejak 17.00 WIB.

Data Obyektif : G4P3Ab0Ah3. umur kehamilan : 38 minggu, keadaan umum baik, TD 120/80 mmHg, palpasi TFU 32 cm, DJJ puki, letak kepala sudah masuk panggul, DJJ (+) 140x/mnt, His (-), PD v/u tenang, d/v licin, porsio belum ada pembukaan, tebal, mncucu, STLD (-) Ak (+)

Analisis : Ny. M usia 42 tahun, G4P3Ab0Ah3, umur kehamilan 38 minggu, dengan KPD (Ketuban Pecah Dini), BDP (Belum Dalam Persalinan)

Penatalaksanaan : Pasang infus RI 20 tetes/mnt, observasi KU dan DJJ, rujuk ke RS.

Ibu melahirkan tanggal 29 November 2017, jam 08.40 WIB, BBL : 3140 gr, di rumah sakit Sakinah Idaman. Pulang tanggal 1 Desember 2017.

D. Asuhan BBL/ Neonatus

Pengkajian dilakukan tanggal 5 Desember 2017 jam 09.20 - WIB dan dilakukan di Puskesmas Mlati II Sleman

Data subyektif : Ibu mengatakan bayinya dalam kondisi baik, bayinya sudah menyusu dengan baik

Data obyektif : Keadaan umum baik, menangis kuat, gerak aktif, reflek hisap baik, BB 3300 gr, PB 52 cm, LK 37cm, BAK (+), BAB (+), minum ASI (+), Hb 0 diberikan pada tanggal 5 Desember 2107

Analisis : Data BBL-CB umur 6 hari, kondisi normal.

Penatalaksanaan :

- a. Mencegah hipotermi, observasi KU
- b. Memberikan imunisasi BCG : 0,05ml, disuntikan di lengan kanan atas

c. Dilakukan antropometri

Berat Badan 3300 gram, Panjang Badan 52 cm, Lingkar Kepala 37 cm,
Lingkar Dada 33 cm, LiLA 11 cm

E. Asuhan Nifas

1. Kunjungan pertama tanggal 5 Desember 2017 (hari ke-6), di Puskesmas
Mlati II Sleman.

Data subyektif : Ibu mengatakan tidak ada keluhan

Data obyektif : Keadaan umum baik, kesadaran komposmentis,
TD : 120/80mmHg, wajah tidak pucat, payudara
teraba tegang, ASI (+), puting susu tidak lecet dan
tidak memerah, abdomen TFU tidak teraba, lochea
serosa, perineum tidak ada jahitan.

Analisis : Ny.M, umur 42 tahun, G4P3Ab0Ah3 dengan nifas
normal.

Penatalaksanaan :

a. Memberitahu ibu bahwa ibu secara umum baik.

Evaluasinya : ibu paham kondisinya

b. Memberitahu ibu tanda-tanda bahaya pada nifas seperti :

1) Perdarahan lewat jalan lahir

2) Bengkak di wajah, tangan dan kaki

3) Keluar cairan berbau dari jalan lahir

- 4) Demam lebih dari 2 hari
- 5) Payudara bengkak, merah disertai rasa sakit

Evaluasi: Ibu mengerti dan memahami penjelasan bidan

- c. Menganjurkan ibu minum yang banyak, baik berupa susu, maupun air putih, dan makan makanan yang cukup dan bergizi, terutama sayur hijau, tahu, tempe dan buah-buahan sehingga dapat menunjang produksi ASI.

Evaluasi : Ibu mengerti dan bersedia melakukannya

- 2. Kunjungan kedua tanggal 19 Desember 2017 (hari ke-20), dilakukan kunjungan rumah oleh mahasiswa, ibu tidak control nifas karena merasa tidak ada masalah atau keluhan.

Data Subyektif : Ibu tidak ada keluhan

Data Obyektif : Keadaan umum baik, tidak pucat, ASI (+), kontraksi (-), TD 110/70 mmHg, lockhea serosa, tidak ada jahitan premium.

Analisis : Ny.M, umur 42 tahun, P4Ab0Ah3 dengan nifas normal

Penatalaksanaan :

- a. Memberitahu ibu bahwa ibu secara umum baik.

Evaluasinya : ibu paham kondisinya

- b. KIE cara memandikan bayi
- c. KIE ASI eksklusif, sering menyusui, dan makan makanan yang dapat memperlancar ASI seperti buah-buahan, sayur-sayuran dan

lauk pauk yang mengandung karbohidrat, protein, lemak, mineral dan vitamin.

Evaluasi : Ibu mengerti dan bersedia melakukannya

d. Menganjurkan ibu untuk istirahat yang cukup

F. Asuhan Keluarga Berencana

Asuhan Keluarga Berencana dilakukan pada tanggal 19 Desember

2017 di rumah Ny. M

Data Subyektif : Ibu tidak ada keluhan

Data Obyektif : Ny.M bersedia menggunakan KB untuk menunda kehamilan

Analisis : Ny.M, umur 42 tahun, P4Ab0Ah3 konseling kontrasepsi

Penatalaksanaan :

1. Menjelaskan kepada ibu tentang alat kontrasepsi IUD
2. Ibu telah mengetahui tentang efek samping KB IUD seperti perubahan siklus haid, haid lebih lama dan banyak, perdarahan antar menstruasi, saat haid lebih sakit.
3. Ibu memilih menggunakan KB IUD 8 tahun dan sudah terpasang hari Senin tanggal 22 Januari 2018, jam 10.00 WIB di Puskesmas Mlati II Sleman.

BAB IV

PEMBAHASAN

A. Konsep Asuhan Kebidanan

Dalam memberikan asuhan kebidanan dilakukan pengkajian berupa data subjektif dan objektif sehingga didapatkan data yang tepat, akurat, dan lengkap. Setelah itu dirumuskan diagnosa dan masalah kebidanan sesuai dengan kondisi klien sehingga diketahui perencanaan dan implementasi kebidanan sesuai dengan kasus. Evaluasi dilakukan setiap selesai memberikan asuhan kebidanan untuk mengetahui keefektifan asuhan yang diberikan. Hal ini sesuai dengan Kepmenkes No. 938/Menkes/SKMI/2007. Pemberian asuhan kebidanan kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir/neonatus dan KB dilakukan sesuai dengan standar kompetensi bidan dalam Kepmenkes No. 369 tahun 2007 yaitu standar kompetensi 2 sampai 6.

B. Asuhan Kehamilan

Pengkajian dan pemeriksaan pertama, dilakukan pada tanggal 14 Oktober 2017, berdasarkan anamnesa pada Ny.M yaitu mempunyai faktor risiko usia ≥ 42 tahun. Ny.M termasuk dalam faktor risiko kelompok 1, hal tersebut sesuai dengan Rochjati (2011) yaitu terdapat 10 faktor risiko meliputi: 7 terlalu dan 3 pernah, Ny.M termasuk dalam terlalu tua hamil karena usia ≥ 42 tahun dan faktor risiko yang terjadi yaitu KPD, tetapi hal ini

tidak sesuai dengan teori Rochjati (2011) karena ibu tidak mengalami komplikasi seperti KPD.

Ibu mengatakan sering BAK dan mengganggu tidurnya pada malam hari. Keluhan yang dirasakan ibu pada trimester III adalah fisiologis, hal ini sesuai dengan teori Varney (2006) yaitu frekuensi berkemih terjadi karena presentasi makin menurun kepala janin masuk ke dalam panggul dan menekan kandung kemih. Penatalaksanaan pada ibu yaitu memberikan KIE tentang ketidaknyamanan trimester III dan cara mengatasinya ibu memperbanyak minum pada siang hari kemudian sebelum tidur usahakan BAK terlebih dahulu. Penatalaksanaan ibu sesuai dengan teori Varney, et. al., (2006) menyebutkan penatalaksanaan ketidaknyamanan trimester III dan cara mengatasinya ibu memperbanyak minum pada siang, hari kemudian sebelum tidur usahakan BAK terlebih dahulu.

Pada tanggal 28 Oktober 2017, jam 09.30 WIB Ibu melakukan kunjungan ulang pada umur kehamilan 36 minggu ibu merasakan kenceng-kenceng tetapi hanya sebentar dan kadang tidak ada kenceng-kenceng. Keluhan Ibu ini sesuai dengan ketidaknyamanan ibu trimster III menurut teori Varney (2006) yaitu adanya peregangan sel-sel otot uterus, kontraksi tidak seirama dan menimbulkan nyeri. Penatalaksanaan keluhan ibu yaitu memberikan KIE tanda-tanda persalinan, hal ini sesuai dengan teori Varney, et al (2007) salah satu tanda persalinan yaitu terjadi braxton his yang akan semakin teratur menjelang persalinan.

C. Asuhan Persalinan

Menurut teori Rochjati (2011) usia ibu ≥ 42 tahun dalam persalinan dapat mengalami persalinan macet, tetapi teori tersebut tidak sesuai dengan Ny.M karena Ny.M pada persalinan secara fisiologis.

Tanggal 28 November 2017 jam. 17.00 WIB, ibu ke Puskesmas Mlati II Sleman, Ibu mengeluh air ketuban sudah keluar di rumah cukup banyak. Keluhan ibu sesuai dengan teori. Ketuban pecah dini (KPD) adalah pecahnya ketuban sebelum in partu; yaitu bila pembukaan pada primi kurang dari 3 cm dan pada multipara kurang dari 5 cm.

Dari hasil pemeriksaan didapatkan Ny. M umur 42 tahun G4P3Ab0Ah3. umur kehamilan : 38 minggu. dengan risiko usia ≥ 42 tahun, keadaan umum baik, TD 120/80 mmHg, palpasi TFU 32 cm, hasil puki, letak kepala sudah masuk panggul, DJJ (+) 140x/mnt, His (-), PD v/u tenang, licin, porsio belum ada pembukaan, tebal, mencucu, STLD (-) Ak (+), janin hidup, tunggal, intrauterine, punggung kanan, presentasi kepala dengan keadaan normal. Pasang infus RI 20 tetes/mnt, observasi KU dan DJJ, rujuk ke RS.

Tanggal 19 Desember melakukan kunjungan rumah dan mendapatkan data persalinan menurut ibu, ibu melahirkan spontan di rumah sakit dengan cara induksi. Tindakan induksi persalinan dilakukan karena hal tersebut memberi manfaat bagi ibu dan anaknya. Tindakan ini dilakukan karena ada indikasi ketuban pecah dini tanpa ditemukan adanya tanda-tanda persalinan sehingga dilakukan induksi. Bayi lahir tanggal 29 November 2017, jam 08.40 WIB, jenis kelamin laki-laki, BBL 3140 gr, PB 48 cm.

D. Asuhan BBL/ Neonatus

Bayi lahir di RS Sakinah tanggal 29 November 2017. BBL-CB umur 6 hari, kondisi normal, dan pada bayi baru lahir telah dilakukan manajemen bayi baru lahir sesuai dengan (Kemenkes RI, 2010) yaitu pengaturan suhu, pemotongan tali pusat, IMD, pencegahan perdarahan, dan pencegahan infeksi mata. Pada tanggal 5 Desember 2017 dilakukan KN II dan didapatkan keadaan umum baik, menangis kuat, gerak aktif, reflek hisap baik, BB 3300 gr, PB 52 cm, LK 37cm, BAK (+), BAB (+), minum ASI.

E. Asuhan Nifas

Ny. M lahir di RS Sakinah Idaman pada tanggal 29 November dan telah dilakukan asuhan nifas di RS Sakinah Idaman. Kemudian pada tanggal 5 Desember 2017 ibu melakukan kunjungan ke puskesmas Mlati II Sleman untuk melakukan pemeriksaan asuhan nifas. Tanggal 19 Desember 2017, dilakukan pemeriksaan pengeluaran pervaginam yaitu lochia rubra sesuai dengan teori Marmi (2012) menyebutkan lochia pada, hari 1 sampai 2, dan TFU 2 jari di bawah pusat ini sesuai dengan teori Mochtar (2011) yaitu TFU uri lahir 2 jari di bawah pusat. Ibu tidak ada keluhan, keadaan umum baik, tidak pucat, ASI (+), kontraksi (-), TD 110/70 mmHg, lockhea serosa, tidak ada jahitan premium. Memberi motivasi, istirahat cukup, memotivasi ibu ikut KB, obat dari RS masih ada untuk dilanjutkan.

F. Asuhan Keluarga Berencana

Ny.M bersedia menggunakan KB untuk menunda kehamilan, hal ini sesuai dengan teori Hartanto (2007) yaitu alat kontrasep adalah alat yang digunakan untuk menendalikan angka kelahiran dalam keluarga berencana (KB), yang meliputi cara alamiah, sterilisasi dan cara untuk mencegah bertemunya sel sperma dengan sel telur.

Sebelum ibu menggunakan KB, ibu telah berkonsultasi dengan bidan dan penulis tentang KB yang dapat, digunakan oleh ibu, sesuai dengan teori Prawirohardjo (2007) yaitu melakukan konsding berarti petugas membantu klien dalam memilih dan memutuskan jenis kontrasepsi yang akan digunakan sesuai dengan pilihannya, di samping itu dapat membuat klien merasa lebih puas. Ibu memilih menggunakan KB IUD 8 tahun, karena tidak mengganggu produksi ASI sesuai dengan teori Saifuddin (2010) yaitu pemasangan KB IUD tidak mengganggu kelancaran air susu ibu (ASI).

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

1. Hasil asuhan yang diberikan pada kehamilan yaitu kehamilan berjalan fisiologis, pada persalinan yaitu dilakukan secara spontan. Pada bayi baru lahir tidak mengalami komplikasi. Selama nifas ibu tidak mengalami komplikasi.
2. Hasil asuhan yang diberikan saat kehamilan berhasil yaitu tidak terdapat komplikasi yang disebabkan oleh faktor risiko usia ≥ 42 tahun. Ny.M mempunyai keluhan ketidaknyamanan trimester III dan dapat teratasi dengan baik.
3. Hasil asuhan yang diberikan oleh bidan di Puskesmas Mlati II Sleman saat akhir kehamilan mengalami KPD sehingga dilakukan rujukan RS. Persalinan terjadi setelah dilakukan induksi
4. Hasil asuhan yang diberikan oleh bidan Puskesmas Mlati II Sleman pada neonates tidak terjadi komplikasi.
5. Hasil asuhan yang diberikan selama nifas tidak terjadi komplikasi karena faktor risiko usia ≥ 42 tahun.
6. Hasil asuhan yang diberikan pada Keluarga Berencana ibu menggunakan KB IUD 8 tahun.

B. Saran

1. Bagi peneliti selanjutnya dan pembaca Laporan Tugas Akhir ini untuk mengembangkan ilmu melalui pengetahuan, keterampilan, dan pengalaman penulis dapat menjadi pembelajaran untuk memberikan Asuhan Kebidanan berkesinambungan dengan kasus usia ibu hamil ≥ 42 tahun.
2. Bagi Kepala Puskesmas Mlati II Sleman untuk memberi tanggung jawab kepada bidan pelaksana Puskesmas Mlati II Sleman agar meningkatkan pelayanan berkesinambungan kepada pasien, baik yang memiliki faktor risiko maupun yang tidak memiliki faktor risiko. Pasien yang memiliki faktor risiko maka sebaiknya, dilakukan pemantauan dan asuhan tambahan sesuai faktor risiko yang didapatkan.
3. Bagi Institusi Kesehatan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta agar memilih tempat untuk memberikan asuhan kebidanan berkesinambungan yang lebih baik seperti BPM untuk memberikan asuhan yang lebih intensif kepada pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- Affandi, 2012. *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi*. Jakarta: PT. Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Aghamohammadi A and Noortarijor M.,2011, Maternal Age as a Risk Factor for Pregnancy Out Comes: Maternal, Foetal and Neonatal Complication: 2011 African Journal of Pharmacy and Pharmacology, Vol. 5(2), pp. 264-269, February 2011
- Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta. 2015. *Profil Kesehatan Tahun 2015 Kota Yogyakarta*. Yogyakarta : Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta
- Fraser, D.M., dan M.A. Cooper. 2009. *Buku Ajar Bidan Myles Volume 14*. Jakarta : EGC
- Gant, N.F. dan Cunningham, F.G. 2011. *Dasar-dasar Ginekologi dan Obstetri*. Jakarta : EGC
- Ikatan Bidan Indonesia. 2006. *Buku 1 Standar Pelayanan Kebidanan*. Yogyakarta : Pengurus Daerah IBI Daerah Istimewa Yogyakarta
- International Confederation of Midwives. 2010. *Global Standards for Midwifery Education*. www.internationalmidwives.org (diakses 19-02-2016).
- _____. 2011. *The Philosophy and Model of Midwifery Care*. www.internationalmidwives.org (diakses 19-02-2016).
- Kemenkes RI. 2010. *Pedoman Pelayanan Antenatal Terpadu*. Jakarta : Kemenkes RI
- _____. 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan. Jakarta : Kemenkes RI
- _____. 2007. *Kepmenkes No. 369/Menkes/SK/III/2007 tentang Standar Profesi Bidan*. Jakarta : Kemenkes RI
- _____. 2012. *Survei Demografi Kesehatan Indonesia*. Jakarta : Kemenkes
- _____. 2015. *Profil Kesehatan Indonesia 2014*. Jakarta : Pusat Data dan Informasi Kemenkes RI
- Manuaba, I., & I.B, M. (2010). *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan KB*. Jakarta: EGC.

- _____. I.G.B. 2001. *Kapita Selekta Penatalaksanaan Rutin Obstetri Ginekologi dan KB*. Jakarta: EGC
- _____. Ida Bagus Gde, dkk. 2010. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan KB untuk Pendidikan Bidan*. Jakarta: EGC
- Medford J., S. Battersby, M. Evans, B. Marsh, A. Walker. 2013. *Kebidanan Oxford : dari Bidan untuk Bidan*. Jakarta : EGC
- Mochtar, Rustam, 2013. *Sinopsis Obstetri : Obstetri Fisiologi, Obstetri Patologi*, Jakarta : EGC.
- Pantikawati, I. dan Saryono. 2010. *Asuhan Kebidanan I (Kehamilan)*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Rochjati, P. 2011. *Skrining Antenatal pada Ibu Hamil Edisi 2*. Jakarta : Salemba Medika
- Sadler, T.W. 2009. *Langman Embriologi Kedokteran. Edisi 10*. Jakarta : EGC
- Saifuddin. A.B. 2009. *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- _____. 2010. *Ilmu Kebidanan Sarwono Prawirohardjo*. Jakarta Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- United Nations. 2015. *The Millenium Development Goals Report 2015*. New York : United Nations
- Varney, H., Kriebs, J.M., Gegor, C.L. 2001. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Volume 1*. Jakarta : EGC
- Wheeler, L. 2004. *Buku Saku Perawatan Pranatal dan Pascapartum*. Jakarta EGC
- WHO, UNICEF, UNFPA, *The World Bank, and the United Nations 2014. Trend Maternal Mortality: 199 to 2013 Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and the United Nations Population Devision*, Switzerland: WHO
- Wiknjosastro, H. 2007. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- World Health Organization. 2015. *World Health Statistic 2015*. Luxembourg WHO Library Cataloguing-in-Publication Data

Yanti Y. Claramita M, Emila O, dan Hami M. 2015. *Students' understanding of "Women-Centred Care Philosophy" in midwifery care through Continuity of Care (COC) learning model: aquasi-experimental study.*

_____. Provinsi DIY. 2013. *Profil Kesehatan Daerah Istimewa Yogyakarta Tahun 2013.* Yogyakarta : Dinas Kesehatan Provinsi DIY

Yusuf, Syamsu. 2008. *Psikologi Perkembangan Anak Bandung: Remaja Rosdakarya.*