TUGAS AKHIR

ASUHAN BERKESINAMBUNGAN PADA NY. SA USIA 33 TAHUN G3P2A0AH2 DARI MASA KEHAMILAN SAMPAI KELUARGA BERENCANA DI PUSKESMAS SEDAYU I KABUPATEN BANTUL

OLEH :

LIA BADRIA
NIM: P07124520100

PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI BIDAN

JURUSAN KEBIDANAN POLTEKKES KEMENKES YOGYAKARTA

2021

TUGAS AKHIR

ASUHAN BERKESINAMBUNGAN PADA NY. SA USIA 33 TAHUN G3P2A0AH2 DARI MASA KEHAMILAN SAMPAI KELUARGA BERENCANA DI PUSKESMAS SEDAYU I KABUPATEN BANTUL

OLEH :

LIA BADRIA
NIM: P07124520100

PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI BIDAN
JURUSAN KEBIDANAN POLTEKKES KEMENKES YOGYAKARTA
2021

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Lia Badria
NIM : P07124520100
Tanda Tangan :

Tanggal :

PERSETUJUAN PEMBIMBING

TUGAS AKHIR

"ASUHAN BERKESINAMBUNGAN PADA NY. SA USIA 33 TAHUN G3P2A0AH2 DARI MASA KEHAMILAN SAMPAI KELUARGA BERENCANA DI PUSKESMAS SEDAYU I KABUPATEN BANTUL"

Disusun Oleh :
LIA BADRIA
NIM. P07124520100

Telah disetujui oleh pembimbing pada tanggal :

14 Oktober 2021

Menyetujui,

Pembimbing Akademik,	Pembimbing Klinik,
Anita Rahmawati, S.SiT., M.PH	Endah Bekti Rahayu, S.Tr.Keb
NIP. 197108112002122001	NIP.197003231995032008

Yogyakarta, Oktober 2021

Ketua Jurusan Kebidanan

DR. Yuni Kusmiyati, S.ST,MPH
NIP. 197606202002122001

HALAMAN PENGESAHAN

TUGAS AKHIR

"ASUHAN BERKESINAMBUNGAN PADA NY. SA USIA 33 TAHUN G3P2A0AH2 DARI MASA KEHAMILAN SAMPAI KELUARGA BERENCANA DI PUSKESMAS SEDAYU I KABUPATEN BANTUL"

Oleh:

LIA BADRIA
NIM. P07124520100

Telah dipertahankan dalam seminar di depan Penguji
Pada tanggal : 16 Oktober 2021

SUSUNAN PENGUJI

Pembimbing Akademik

Anita Rahmawati, S.SiT., M.PH.
NIP. 197108112002122001 (…….)

Pembimbing Klinik

Endah Bekti Rahayu, S.Tr.Keb.
NIP. 197003231995032008 (…….)

Yogyakarta, Oktober 2021

Ketua Jurusan Kebidanan

DR. Yuni Kusmiyati, S.ST,MPH
NIP. 197606202002122001

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa karena berkat rahmat dan hidayah-Nya penulis dapat menyelesaikan tugas akhir dengan judul "Asuhan Berkesinambungan Pada Ny. SA Usia 33 Tahun G3P2A0Ah2 dari Masa Kehamilan Sampai Keluarga Berencana di Puskesmas Sedayu I Kabupaten Bantul". Tersusunnya tugas akhir ini tentunya tidak lepas dari dukungan berbagai pihak. Oleh karena itu penyusun mengucapkan terima kasih kepada :

1. Dr. Yuni Kusmiyati, SST., MPH, selaku Ketua Jurusan Kebidanan yang telah memberikan kesempatan atas terlaksananya Praktik Kebidanan Komunitas dalam Konteks *Continuity of Care* (COC).
2. Hesty Widyasih, SST., M.Keb, selaku Ketua Prodi Pendidikan Profesi Bidan yang telah memberikan kesempatan atas terlaksananya Praktik Kebidanan Komunitas dalam Konteks *Continuity of Care* (COC)
3. Anita Rahmawati, S.SiT., M.PH selaku pembimbing akademik yang telah memberikan arahan dan bimbingan pada Praktik Kebidanan Komunitas dalam Konteks *Continuity of Care* (COC)
4. Annisa Bekti Tarisma, S.Tr.Keb, Bdn selaku pembimbing akademik yang telah memberikan arahan dan bimbingan pada Praktik Kebidanan Komunitas dalam Konteks *Continuity of Care* (COC
5. Endah Bekti Rahayu,S.Tr.Keb selaku pembimbing lahan yang telah memberikan arahan dan bimbingan Pada Praktik Kebidanan Komunitas dalam Konteks *Continuity of Care* (COC)

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa masih banyak kekurangan dalam penulisan tugas akhir ini. Oleh sebab itu, menerima segala kritik dan saran yang membangun dari pembaca. Demikian yang bisa penulis sampaikan, semoga tugas akhir ini dapat memberikan manfaat nyata untuk masyarakat luas.

Yogyakarta, September 2021

Penulis

SINOPSIS

Asuhan Berkesinambungan pada Ny. SA Usia 33 Tahun G3P2A0Ah2 dari Masa Kehamilan sampai Keluarga Berencana di Puskesmas Sedayu I Kabupaten Bantul

Berdasarkan Profil Kesehatan DIY tahun 2019, Angka Kematian Ibu di DIY pada tahun 2019 sebanyak 36 kasus. Kasus terbanyak terjadi di Kabupaten Bantul dengan 13 kasus. Sedangkan AKB Provinsi DIY pada tahun 2019 sebanyak 315 kasus. Kasus kematian bayi tertinggi terletak di Kabupaten Bantul dengan jumlah 110 kasus. Untuk membantu mengurangi AKI dan AKB maka peran tenaga kesehatan khususnya bidan sangat penting terutama dalam mendeteksi adanya penyulit pada masa kehamilan, bersalin, nifas serta perawatan bayi baru lahir. Salah satu upaya yang dapat dilakukan untuk meningkatkan pelayanan kesehatan yang bersifat menyeluruh dan bermutu kepada ibu dan bayi dalam lingkup kebidanan adalah melakukan asuhan kebidanan secara komprehensif (*continuity of care*).[1]

Ny. SA usia 33 tahun G3P2A0Ah2 sudah melakukan pemeriksaan kehamilan sebanyak 9 kali, namun pendampingan dimulai saat usia kehamilan 35^{+2} minggu di Puskesmas Sedayu I Bantul. Selama kehamilan Ny.SA mengeluh mengenai ketidaknyaman di trimester III namun masih dalam kondisi normal Persalinan Ny. SA berlangsung secara spontan oleh bidan di Rumah Sakit rujukan Covid-19 karena pada pemeriksaan swab antigen didapatkan hasil positif. Sehingga persalinan dilakukan sesuai dengan tatalaksana persalinan Covid-19.

By.Ny.SA lahir secara spontan pada tanggal 11 Agustus 2021 pukul 11.30 WIB berjenis kelamin laki-laki. Dilakukan langkah awal resusitasi karena bayi Ny. SA tidak segera menangis, air ketuban keruh dan nilai apgar skor dalam buku KIA adalah 5/7. Pada masa nifas ibu memiliki masalah dalam mengatur pola istirahat sehingga sering mengalami kelelahan. Asuhan kebidanan ibu nifas yang diberikan pada Ny. SA telah selesai, keluhan yang dirasakan ibu dapat teratasi. ibu berencana ingin menggunakan KB IUD namun pemasangan dilakukan setelah kondisi kondusif mengingat bayinya masih melakukan kontrol.

DAFTAR ISI

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS iii
PERSETUJUAN PEMBIMBING iv
HALAMAN PENGESAHAN v
KATA PENGANTAR vi
SINOPSIS vii
DAFTAR ISI viii
BAB I PENDAHULUAN 1
A. Latar Belakang 1
B. Tujuan 3
C. Ruang Lingkup 4
D. Manfaat 4
BAB II KAJIAN KASUS DAN TEORI 5
A. Kajian Masalah Kasus 5
B. Kajian Teori 12
BAB III PEMBAHASAN 64
A. Asuhan Kebidanan Kehamilan 64
B. Asuhan Kebidanan Persalinan 68
C. Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir 71
D. Asuhan Kebidanan pada Masa Nifas 77
E. Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana 81
BAB IV PENUTUP 85
A. Kesimpulan 85
B. Saran 86
DAFTAR PUSTAKA 87
LAMPIRAN 93

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Berdasarkan data World Health Organization (WHO), sekitar 810 wanita meninggal dunia karena komplikasi kehamilan atau persalinan diseluruh dunia setiap harinya. Antara tahun 2000 dan 2017, rasio kematian ibu turun sekitar 38% diseluruh dunia. Pada tahun 2017 kematian ibu diperkirakan 295.000 wanita meninggal selama dan setelah kehamilan dan persalinan. Rasio kematian ibu dinegara berkembang pada tahun 2017 adalah 462/100.000 kelahiran hidup dibanding 11/100.000 kelahiran hidup di negara maju.[2] Kematian ibu adalah kematian seorang wanita terjadi saat hamil, bersalin atau 42 hari setelah persalinan dengan penyebab yang berhubungan langsung atau tidak langsung terhadap persalinan. Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan salah satu indikator untuk menilai derajat kesehatan dan kesejahteraan perempuan.

Berdasarkan Profil Kesehatan DIY tahun 2019, Angka Kematian Ibu di DIY pada tahun 2017 berjumlah 34 kasus namun mengalami kenaikan pada tahun 2018 menjadi 36 kasus, sedangkan pada tahun 2019 angka kematian ibu sama dengan tahun 2018 yaitu 36 kasus. Kasus terbanyak terjadi di Kabupaten Bantul dengan 13 kasus dan terendah di Kota Yogyakarta dengan jumlah 4 kasus. Penyebab kematian ibu yang paling banyak ditemukan di DIY adalah karena Penyakin lain-lain (18), perdarahan (8), hipertensi dalam kehamilan (2), infeksi (2), dan gangguan sistem peredaran darah (6). Hasil SDKI 2012 menunjukkan bahwa AKB DIY menduduki peringkat lima besar terbaik secara nasional.3 AKB di DIY berdasarakan data Profil Kesehatan DIY pada tahun 2017 terdapat 313 kasus kematian bayi, pada tahun 2018 mengalami kenaikan menjadi 318, sedangkan pada tahun 2019 ini mengalami penurunan menjadi 315 kasus. Kasus kematian bayi tertinggi terletak di Kabupaten Bantul dengan jumlah 110 kasus dan terendah di Kota Yogyakarta dengan jumlah 25 kasus. Penyebab umum kematian bayi dan neonatal di DIY

adalah asfiksia pada saat lahir karena lama di jalan kelahiran, kelainan letak, serta panggul sempit. Selain itu, penyebab lain kematian bayi yang sering dijumpai di DIY antara lain kelainan bawaan.[1]

Berdasarkan data dan informasi hasil pembangunan kesehatan di Puskesmas Sedayu I tahun 2019 yang dilaporkan Angka Kematian Ibu sebesar 0 per 100.000 kelahiran hidup, Angka Kematian Neonatal dilaporan sebesar 17,18 per 1.000 kelahiran hidup, dan Angka Kematian Bayi dilaporkan sebesar 6,87 per 1000 kelahiran hidup. Untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal khususnya dalam membantu mengurangi AKI dan AKB maka peran tenaga kesehatan khususnya bidan sangat penting terutama dalam mendeteksi adanya penyulit pada masa kehamilan, bersalin, nifas serta perawatan bayi baru lahir. Pemerikasaan dan pengawasan secara berkelanjutan sejak masa kehamilan mutlak diperlukan, karena gangguan kesehatan yang dialami oleh seorang ibu yang sedang hamil bisa berpengaruh pada kesehatan janin dikandungan, saat kelahiran hingga pertumbuhan. Untuk itu pengawasan antenatal dan postnatal sangat penting dalam upaya menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu maupun perinatal.[3]

Salah satu upaya yang dapat dilakukan untuk meningkatkan pelayanan kesehatan yang bersifat menyeluruh dan bermutu kepada ibu dan bayi dalam lingkup kebidanan adalah melakukan asuhan kebidanan secara komprehensif (*continuity of care*). Asuhan kebidanan komprehensif merupakan asuhan kebidanan yang diberikan secara menyeluruh di mulai dari ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir dan keluarga berencana. Dalam program pemerintah yaitu mengurangi kemungkinan seorang perempuan menjadi hamil dengan upaya keluarga berencana, mengurangi kemungkinan seorang perempuan hamil mengalami komplikasi dalam kehamilan, persalinan atau masa nifas dengan melakukan asuhan antenatal dan persalinan dengan prinsip bersih dan aman, mengurangi kemungkinan komplikasi persalinan yang berakhir dengan kematian atau kesakitan melalui pelayanan obstetrik, neonatal esensial dasar dan komprehensif.[4]

Berdasarkan latar belakang tersebut maka penulis tertarik untuk mengambil kasus dengan judul "Asuhan Berkesinambungan pada Ny. SA, usia 33 tahun G3P2A0Ah2 di Puskesmas Sedayu I Bantul". Asuhan ini diberikan kepada Ny. SA mulai dari hamil trimester III, bersalin, nifas, bayi baru lahir, neonatus, dan pelayanan KB sehingga diharapkan tidak terjadi komplikasi selama masa tersebut.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

   Mahasiswa mampu menjelaskan dan mengimplementasikan asuhan kebidanan berkesinambungan *Continuity of Care* dengan menggunakan pola pikir manajemen kebidanan serta mendokumentasikan hasil asuhannya.

2. Tujuan Khusus
   a. Mahasiswa mampu melaksanakan pengkajian kasus pada Ny. SA dari masa hamil, bersalin, BBL, Nifas dan Keluarga Berencana secara *Continuity of Care.*
   b. Mahasiswa mampu mengidentifikasi diagnosa/masalah kebidanan dan masalah potensial berdasarkan data subyektif dan data obyektif pada Ny. SA dari masa hamil, bersalin, BBL, Nifas dan Keluarga Berencana secara *Continuity of Care.*.
   c. Mahasiswa mampu menentukan kebutuhan segera pada Ny. SA dari masa hamil, bersalin, BBL, Nifas dan Keluarga Berencana secara *Continuity of Care.*
   d. Mahasiswa mampu melakukan perencanaan tindakan yang akan dilakukan pada Ny. SA dari masa hamil, bersalin, BBL, Nifas dan Keluarga Berencana secara *Continuity of Care.*
   e. Mahasiswa mampu melaksanakan tindakan untuk menagani kasus pada Ny. SA dari masa hamil, bersalin, BBL, Nifas dan Keluarga Berencana secara *Continuity of Care.*

f. Mahasiswa mampu melaksanakan evaluasi dalam menangani kasus pada Ny. SA dari masa hamil, bersalin, BBL, Nifas dan Keluarga Berencana secara *Continuity of Care.*

g. Mahasiswa mampu melakukan pendokumentasian kasus pada Ny. SA dari masa hamil, bersalin, BBL, Nifas dan Keluarga Berencana secara *Continuity of Care.*

C. Ruang Lingkup

Ruang lingkup asuhan ini adalah pelaksanaan asuhan kebidanan berkesinambungan yang berfokus pada masalah kesehatan pada masa hamil, bersalin, BBL, nifas dan KB.

D. Manfaat

1. Bagi Institusi pendidikan

   Laporan studi kasus ini dapat menjadi tambahan bahan pustaka agar menjadi sumber bacaan sehingga dapat bermanfaat dan menambah wawasan bagi mahasiswa terhadap tata laksana kasus secara *Continuity of Care.*

2. Bagi Bidan Pelaksana di Puskesmas Sedayu I Bantul

   Dapat digunakan sebagai bahan masukan untuk meningkatkan dan mempertahankan kualitas pelayanan kesehatan ibu hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas dan keluarga berencana berupa pemberian pendidikan kesehatan serta sebagai skrining awal untuk menentukan asuhan kebidanan berkesinambungan yang sehat.

3. Bagi Mahasiswa Kebidanan

   Dapat Menambah pengetahuan, pengalaman, dan wawasan, serta bahan dalam penerapan asuhan kebidanan secara *Continuity of Care* terhadap ibu hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas, dan keluarga berencana.

4. Bagi Pasien, Keluarga dan Masyarakat

   Dapat menambah pengetahuan tentang asuhan berkesinambungan serta melakukan pemantauan kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas dan keluarga berencana dengan baik.

BAB II
KAJIAN KASUS DAN TEORI

A. Kajian Masalah Kasus

Menurut data dari website resmi Pemerintah Daerah Kabupaten Bantul, Padukuhan Jurug merupakan bagian dari Desa Argosari. Padukuhan Jurug berada di sebelah Utara Padukuhan Gunungmojo. Dengan luas wilayah 51.93 ha. Secara administrasi wilayah Padukuhan Jurug terbagi menjadi 5 Rukun Tetangga/RT. Yaitu RT 044, 045, 046, 047, dan 048. Di Padukuhan Jurug hampir 47.73 % atau 24.79 ha berupa lahan pertanian, 43.5 % atau 22.41 ha berupa lahan permukiman. Hal ini menunjukan bahwa lahan pertanian mendominasi padukuhan Jurug. Pedukuhan Jurug terbagi menjadi 5 Rukun Tetangga/RT. Yaitu RT 044, 045, 046, 047, dan 048. Pedukuhan Jurug berada di sebelah Utara Pedukuhan Gunungmojo dengan luas wilayah 51.93 Ha. Kondisi iklim di sebagian besar wilayah Desa Argosari termasuk tropis basah yang sangat cocok untuk pertanian, dengan curah hujan 1.654,00 mm/hari dalam 6 bulan masa hujan dalam setahun dengan suhu rata-rata tidak kurang dari 24° C.

1. Asuhan Kebidanan pada Kehamilan

   Pengkajian dilakukan di Puskesmas Sedayu I dimulai sejak pengambilan data awal pada tanggal 6 Juli 2021. Pengkajian dilakukan di Poli KIA Puskesmas Sedayu I. Jenis data yaitu data primer dari anamnesa dan pemeriksaan, serta data sekunder yang diperoleh melalui rekam medis dan buku KIA pasien.

   a. Pengkajian tanggal 6 Juli 2021

      Kontak pertama kali dengan Ny. SA dilakukan pada tanggal 6 Juli 2021 saat Ny. SA melakukan kunjungan kehamilan rutin di Puskesmas Sedayu I Bantul dengan usia kehamilan 35 minggu 2 hari. Ny. SA berusia 33 tahun, sudah menikah dengan Tn A sudah 10 tahun, dan ini merupakan pernikahan pertamanya. Selama pernikahannya Ny. SA sudah dikarunia 2 orang anak, anak pertama berjenis kelamin perempuan berusia 9 tahun , lahir normal dengan berat 3100 gram di

RS karena ketuban pecah sebelum waktunya dan anak kedua laki-laki berusia 5 tahun, lahir spontan dengan berat 2500 gram di bidan. Ny. SA bekerja sebagai guru disebuah Sekoah Dasar dan Tn. A adalah seorang karyawan disebuah yayasan dimana Ny.SA bekerja. Ny. SA dan Tn. A tinggal Bersama dengan anak-anaknya, tanpa ada keluarga lainnya di wilayah Jurug, RT.44, Argosari, Sedayu, Bantul.

Ibu datang ke puskesmas ingin kontrol rutin dan keluhan yang dirasakan terkadang pinggang terasa pegal-pegal. Berdasarkan Riwayat menstruasi, ibu pertama kali menstruasi usia 14 tahun, siklusnya 28-32 hari, normal dengan lama 6-7 hari, biasanya ganti pembalut 3-4x/ hari dan tidak ada keluhan. HPHT 1-11-2020 dan HPL 8-8-2021. Ibu memeriksakan kehamilan sejak usia kehamilan 5 minggu 4 hari dan sudah 9 kali melakukan pemeriksaan rutin. Selama kehamilan ini ibu mengatakan tidak ada masalah yang berarti. Selama kehamilan ibu mendapat multivitamin seperti vitamin B6, asam folat, tablet FE, dan kalsium dan ibu selalu meminumnya secara rutin sesuai anjuran bidan. Pola pemenuhan nutrisi 3-4x/hari dengan nasi, lauk, sayur dengan porsi sedang dan minum kurang lebih 1-1,5L/hari. Ibu mengatakan tidak ada keluhan mengenai pola nutrisi. Pola eliminasi yaitu 1 kali dalam 1-2 hari dan BAK + 5-6 x/hari dan tidak ada keluhan. Ibu mengatakan kegiatannya yaitu bekerja sebagai seorang guru SD dan melakukan pekerjaan rumah tangga pada umumnya seperti memasak, mencuci, menyapu, dll. Ibu mengatakan jarang tidur siang, saat malam ibu tidur selama 8-9 jam. Ibu memiliki kebiasaan mandi dan ganti pakaian 2x/hari, selalu membersihkan genetalia saat mandi, setelah BAB dan BAK dengan air mengalir yang dibersihkan dari arah depan ke belakang. Bahan pakaian sehari-hari dan pakaian dalam yang digunakan juga bahan yang menyerap keringat.

Berdasarkan Riwayat kesehatan, Ny. SA tidak sedang atau memiliki Riwayat penyakit sistemik seperti jantung, hipertensi, diabetes, ginjal, dan lainnya serta penyakit menular sperti HIV/AIDS,

hepatitis, TBC. Ny. SA dan sekeluarga juga tidak memiliki Riwayat perjalanan jauh dalam 14 hari terakhir dan tidak pernah terkonfirmasi covid-19 sebelumnya. Berdasarkan hasil pemeriksaan keadaan ibu baik yaitu TD 121/76 mmHG, N: 83 x/menit, R: 19 x/menit, S: 36,6 TB 159 cm berat badan awal 62 kg sehingga hasil perhitungan IMT nya 24,52 kg/m^2, berat badan sekarang 73,1 kg. pemeriksaan fisik dalam batas normal. Palpasi abdomen ditemukan Leopold I TFU pertengahan pusat Px teraba bokong janin, TFU mcdonald 27 cm, Leopold II punggung kanan, dan Leopold III teraba kepala janin masih dapat digoyangkan, DJJ 140x/menit. Dilakukan pemeriksaan lab tanggal 6 juli 2021 dengan hasil Hb 11,4 gr/dL, protein urin negative dan Rapid test antibodi IgG dan IgM Non Reaktif.

b. Pengkajian tanggal 13 Juli 2021

Ny. SA datang ke Puskesmas Sedayu I untuk kontrol rutin dan tidak ada keluhan, kehamilan saat ini sudah berusia 36^{+2} minggu. Obat yang diberikan masih ada. Ibu mengatakan gerakan janin aktif > 10 kali dalam 12 jam. Berdasarkan hasil pemeriksaan keadaan umum baik, TD: 116//77 mmHg, N: 82x/m, RR: 20x/m, BB : 73,6 kg. Palpasi abdomen didapatkan hasil, Leopold I TFU Mc Donald 28 cm, pada fundus teraba kepala, Leopold II menunjukkan punggung di sebelah kanan, Leopold III menunjukkan bagian terbawah terba kepala masih dapat digoyangkan, Leopold IV tangan konvergen, bagian terendah janin belum masuk panggul. DJJ 142 kali/menit, ekstremitas tidak terdapat oedem, tidak ada varices, kuku pendek dan bersih.

c. Pengkajian tanggal 27 Juli 2021

Ny.SA datang ke Puskesmas Sedayu I mengatakan saat ini ia tidak merasakan keluhan apapun dengan kehamilannya dan hanya ingin kontrol rutin, obat yang diberikan tinggal sedikit. Ibu mengatakan gerakan janin aktif > 10 kali dalam 12 jam. Saat ini umur kehamilan 38 minggu 2 minggu. Berdasarkan hasil pemeriksaan keadaan umum baik, 119//81 mmHg, N: 80x/m, RR: 19 x/m, BB : 74 kg. Berdasarkan palpasi leopold TFU 30 cm, punggung kanan, presentasi kepala, dan sudah masuk panggul. DJJ : 144x/menit, teratur.

2. Asuhan Kebidanan pada Persalinan (melalui *WhatsApp*)

Ibu mengatakan kenceng-kenceng dirasakan sejak semalam tanggal 9/8/2021 pukul 23.00 WIB, dan mulai teratur setiap 1 jam sejak 10/8/201 pukul 05.00 WIB. Pengeluaran lendir darah pada pukul 08.40 WIB. Kontraksi dirasakan semakin sering dan semakin lama setiap 15 menit sekali pada pukul 17.00 WIB. Ibu datang ke Puskemas Sedayu I pada pukul 20.40 WIB kemudian dilakukan pemeriksaan swab antigen dengan hasil positif namun tanpa gejala dengan pembukaan 2cm, dan dilakukan rujukan ke RS Panembahan Senopati Bantul menggunakan ambulan desa dengan didampingi satgas COVID-19.

Pada pukul 23.00 WIB ibu sampai di RSPS, pemeriksaan dilakukan sesuai prosedur COVID-19. Kondisi ibu dan janin terpantau baik, pembukaan 2 cm. Dilakukan pemantauan sampai tgl 11/8/2021 pada pukul 11.00 pembukaan lengkap. Bayi lahir spontan pada pukul 11.30 berjenis kelamin laki-laki, tidak segera menangis dan gerakan lemah. Plasenta lahir spontan dan lengkap, terdapat robekan pada jalan lahir sehingga dilakukan penjahitan dengan anastesi.

3. Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir

a. Pengkajian tanggal 11 Agustus 2021 melalui *whatsapp*

Bayi Ny. SA usia 3 jam cukup bulan sesuai masa kehamilan lahir secara spontan pada tanggal 11 Agustus 2021 pukul 11.30 WIB berjenis kelamin laki-laki. Air ketuban keruh dan bayi tidak segera

menangis, nilai apgar skor dalam buku KIA adalah 5/7. By.Ny.SA Tidak rawat gabung, karena 30 menit setelah kelahiran By.Ny.SA mengalami nafas cepat dan ada tarikan dinding dada sehingga By.Ny.SA dirawat di ruang NICU dan dipasang oksigen. Berdasarkan data pada buku KIA diperoleh berat badan lahir 3500 gram, panjang badan 50 cm, dan lingkar kepala 35 cm. Bayi sudah diberikan suntik vit k, salep mata.

b. Pengkajian tanggal 12 Agustus 2021 (KN I 6 jam – 2 hari)

Pengkajian dilakukan melalui *whatsapp*. Ibu merasa khawatir dengan kondisi bayinya karena berada di ruang NICU dengan terpasang selang oksigen dan infus. Selain itu hasil rontgen menunjukan adanya plak-plak putih pada paru-paru. Berdasarkan hasil pengkajian data pada buku KIA didapatkan data bahwa bayi sudah diberikan suntik vit k, salep mata kanan dan kiri, dan imunisasi Hb 0.

c. Pengkajian tanggal 16 Agustus 2021 (KN II 3-7 hari)

Pengkajian dilakukan melalui *whatsapp*. Ibu mengatakan bayinya masih berada di ruang NICU, masih terpasang selang oksigen dan infus. Ibu mengatakan bayinya kuning dan hari ini mendapatkan hasil dari dokter bahwa kadar bilirubin bayinya tidak normal sehingga perlu dilakukan fototerapi selama kurang lebih 60 jam. Ny.SA sudah diperbolehkan pulang sehingga setiap pagi Ny.SA datang ke ruang NICU untuk menyusui bayinya, bayinya dapat menyusu dengan baik..

d. Pengkajian tanggal 28 Agustus 2021 (KN III 8-28 hari)

By. Ny. SA berusia 17 hari normal, kunjungan dilakukan di Rumah Ny.SA, ibu mengatakan bayinya tidak ada keluhan, sehat, menyusunya kuat, BAK dan BAB lancar. Pemenuhan nutrisi : ASI on demand, BAK 6-8x/hari, BAB 3x/hari, tekstur lunak warna kekuningan. Berdasarkan pengkajian data objektif. HR 134x/menit, RR 48x/menit, S: 36,7^{o}C. warna kulit merah muda, tali pusat telah

puput pada hari ke-6, pernafasan baik tidak ada tarikan dinding dada. BB 3800 gram.

4. Asuhan Nifas

a. Pengkajian tanggal 12 Agustus 2021 (KF I 6 jam-2 hari)

Pengkajian via Whatsapp. Ny. SA usia 33 tahun P3A0 post partum spontan hari ke-1. Ibu mengatakan tidak ada keluhan hanya khawatir karena bayinya masih dirawat di ruang NICU dan pengeluaran asinya masih sedikit. Ibu sudah bisa berdiri dan beraktifitas. Ibu sudah dapat BAK spontan dan sudah cukup mengerti mengenai perawatan hygiene selama masa nifas karena bidan di RS sudah menjelaskan.

b. Pengkajian tanggal 16 Agustus 2021 (KF II 3-7 hari)

Pengkajian dilakukan via Whatsapp. Ibu mengatakan saat ini keadaannya baik dan sehat. Perdarahan pervaginam dalam batas normal, darah berwarna merah bercampur kekuningan, luka jahitan perineum sudah kering, tidak ada tanda infeksi seperti demam, pada luka jahitan terasa nyeri dan bengkak, pengeluaran cairan dari vagina berbau, Ibu sudah diperbolehkan pulang sejak hari minggu tanggal 15 agustus 2021 dengan hasil PCR negative (pemeriksaan swab dilakukan pada hari rabu tanggal 11 agustus 2021, hasil keluar pada hari minggu pagi hari, ASI lancar dan memberikan ASI secara langsung tiap pagi di NICU selebihnya ibu hanya menggunakan pump dan disetorkan oleh suami ke ruang NICU. Pemenuhan nutrisi : makan 3-4 kali/hari dengan nasi, sayur, lauk dan buah, minum 2-3 liter/hari dengan air putih, teh, jus. Ibu sudah melakukan aktivitas sehari-hari, BAB dan BAK lancar tidak ada keluhan.

c. Pengajian tanggal 28 Agustus 2021 (KF III 8-28 hari)

Melakukan kunjungan rumah pada Ny. SA usia 33 tahun P3A0 postpartum spontan hari ke-17. Ibu mengatakan akhir-akhir ini sering merasa kelelahan karena mulai bekerja tatap muka di sekolah sehingga belum terbiasa membagi waktu dengan adanya bayi,

sehingga ibu kurang tidur dan kurang istirahat. Pola istirahat Ny.SA dalam 2 minggu terakhir tidak pernah tidur siang, pada malam hari ibu tidur kurang lebih 5-6 jam. Pengeluaran ASI lancar dan memberikan ASI tiap 2 jam sekali atau on demand. Pemenuhan nutrisi : makan 3-4 kali/hari dengan nasi, sayur, lauk dan buah, minum 2-3 liter/hari dengan air putih, teh, jus. BAB dan BAK tidak ada keluhan. Berdasarkan hasil pemeriksaan tanda-tanda vital TD 115/75 mmHg, N : 78 x/menit, R 18 x/menit, S : 36,6^{o}C, konjungtiva merah muda, puting susu menonjol, bersih, dan tidak lecet, pengeluaran ASI baik, TFU tidak teraba, pengeluaran lendir putih (lochea alba), luka jahitan perineum sudah kering dan tidak ada tanda-tanda infeksi.

d. Pengajian tanggal 12 September 2021 (KF IV 29-42 hari)

Melakukan kunjungan rumah pada Ny. SA usia 33 tahun P3A0 postpartum spontan hari ke- 32. Ibu mengatakan saat ini tidak ada keluhan, seiring waktu ibu sudah dapat mengatur pola istirahatnya dengan baik, selain itu suami dan anak-anak saling membantu satu sama lain dalam urusan pekerjaan rumah dan merawat bayi.. ASI keluar lancar. Ibu sudah bisa melakukan aktivitas normal. Pemenuhan nutrisi tidak ada keluhan. BAB dan BAK tidak ada keluhan. Pola tidur baik, ibu menyesuaikan dengan pola tidur bayinya sehingga pemenuhan istirahat ibu tercukupi. Ibu mengatakan ingin menggunakan alat kontrasepsi IUD namun akan di diskusikan terlebih dahulu dengan suaminya. Berdasarkan hasil pemeriksaan TD 110/70 mmHg, N : 81x/menit, R 20 x/menit, S : 36,7^{o} C, TFU tidak teraba. Pengeluaran darah tidak ada, luka jahitan perineum sudah kering, tidak ada tanda-tanda infeksi.

5. Asuhan Keluarga Berencana

Pengkajian pada tanggal 12 September 2021 melalui kunjungan rumah. Ibu mengatakan mengatakan sudah mendiskusikan dengan suami dan ingin menggunakan metode kontrasepsi IUD namun pemasangannya menunggu setelah kondisi kondusif mengingat bayinya belum lama ini

pulang dari RS dan masih melakukan kontrol, sehingga untuk saat ini ibu hanya menggunakan kondom sebagai alat kontrasepsi sementara. Saat ini Ny.SA memberikan ASI eksklusif kepada bayinya. Ibu belum mendapatkan haid kembali. Ibu tidak pernah menderita atau sedang menderita penyakit hipertensi, jantung, DM, kanker payudara, tumor payudara, miom.

B. Kajian Teori

1. Asuhan Berkesinambungan (*Continuity of Care)*

Continuity of care dalam kebidanan merupakan serangkaian kegiatan pelayanan berkesinambungan mulai dari kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, serta keluarga berencana.[5] Kemenkes RI menyatakan bahwa asuhan kebidanan berkelanjutan terdiri dari pelayanan kesehatan masa sebelum hamil, masa hamil, persalinan, dan masa sesudah melahirkan, penyelenggaraan pelayanan kontrasepsi, serta pelayanan kesehatan seksual diselenggarakan dengan pendekatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang dilaksanakan secara menyeluruh terpadu dan berkesinambungan. *Continuity of care* yang dilakukan oleh bidan pada umumnya berorientasi untuk meningkatkan kesinambungan pelayanan dalam suatu periode.

Continuity of care memiliki 3 jenis pelayanan yaitu manajemen, informasi dan hubungan. Kesinambungan manajemen melibatkan komunikasi antar perempuan dan bidan. Kesinambungan informasi menyangkut ketersediaan waktu yang relevan. Kedua hal tersebut penting untuk mengatur dan memberikan pelayanan kebidanan.[5] Perempuan yang mendapat pelayanan berkesinambungan dari bidan hampir 8 kali lipat lebih besar untuk melakukan persalinan di bidan yang sama. Perempuan yang mendapat pelayanan berkesinambungan oleh bidan melaporkan kepuasan lebih tinggi terkait informasi, saran, penjelasan, tempat persalinan, persiapan persalinan, pilihan untuk menghilangkan rasa sakit dan pengawasan oleh bidan. Penelitian di Denmark memiliki kesamaan hasil penelitian bahwa dengan *Continuity of care* mendapatkan pengalaman yang

membaik, mengurangi morbiditas maternal, mengurangi penggunaan intervensi pada saat persalinan termasuk operasi *Caesar*, meningkatkan jumlah persalinan normal dibandingkan dengan perempuan yang merencanakan persalinan dengan tindakan. Hasil yang signifikan secara *continuity of care* secara *women center* meliputi dukungan, partisipasi dalam pengambilan keputusan, perhatian terhadap psikologis, kebutuhan dan harapan pada saat akan melahirkan, informasi dan menghargai perempuan.[6]

2. Kehamilan
   a. Definisi Kehamilan

      Kehamilan adalah pertumbuhan dan perkembangan janin intrauterin mulai sejak konsepsi dan berakhir sampai permulaan persalinan.[7] Lamanya kehamilan normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir. Kehamilan dibagi dalam 3 periode yaitu triwulan pertama dari konsepsi sampai 3 bulan, triwulan kedua dari bulan keempat sampai 6 bulan, triwulan ketiga dari bulan ketujuh sampai 9 bulan. Kehamilan melibatkan perubahan fisik maupun emosional dari ibu serta perubahan sosial dalam keluarga, pada umumnya kehamilan berkembang dengan normal dan menghasilkan kelahiran bayi sehat cukup bulan melalui jalan lahir namun kadang-kadang tidak sesuai dengan yang diharapkan.[8]

   b. Perubahan anatomi dan fisiologis
      1) Sistem Reproduksi
         a) Uterus

            Pada kehamilan cukup bulan ketebalan dinding uterus awalnya 5 mm dan beratnya 2 ons menjadi lebih dari 2 pon. Kapasitas awal kurang dari 10 ml meningkat menjadi 5000 ml atau lebih.[9]

Tabel 1. Tinggi Fundus Uteri Sesuai Usia Kehamilan

Tinggi Fundus Uteri	Usia Kehamilan
1/3 di atas simfisis	12 minggu

½ di atas simfisis – pusat	16 minggu
2/3 di atas simfisis	20 minggu
Setinggi pusat	22 minggu
1/3 di atas pusat	28 minggu
½ pusat –prosesus xifoideus	34 minggu
Setinggi prosesus xifoideus	36 minggu
Dua jari di bawah prosesus Xifoideus	40 minggu

Sumber: Manuaba dkk, 2010

Dalam memantau tumbuh kembang janin dengan mengukur Tinggu Fundus Uteri (TFU) dalam satuan sentimeter (cm) dengan alat pengukur metlin bahwa TFU sama dengan ±2 cm dari usia kehamilan saat itu**.**[8]

b) Vagina dan Vulva

Akibat peningkatan hormon estrogen, vagina dan vulva mengalami hipervaskularisasi mengakibatkan vagina dan vulva berwarna tampak lebih cerah, agak kebiruan (livide).[8]

2) Mammae

Mammae akan membesar, tegang, memiliki unsur laktogenik, dan memengaruhi sejumlah perubahan metabolik akibat adanya hormon somatomamotropin korionik (human placental lactogen atau HPL). Progesteron dan estrogen juga menstimulasi melanosit sehingga puting dan areola mammae primer menjadi gelap. Pada kehamilan 12 minggu ke atas keluar cairan berwarna putih agak jernih dari putting yang disebut kolostrum.[9]

3) Sistem Muskuloskletal

Ligamen pelvis mengalami relaksasi dalam pengaruh relaksin dan esterogen, yang memungkinkan pelvis meningkat kemampuan mengakomodasi bagian presentasi selama kala akhir kehamilan dan persalinan. Simfisis pubis akan melebar dan sendi sakro-koksigeal menjadi longgar, memungkinkan koksigis tergeser. Perubahan ini

menyebabkan rasa tidak nyaman di punggung bawah seperti nyeri punggung bawah dan nyeri ligamen.[10]

4) 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.[7]

5) 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.[7] 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 masingmasing 0,5 kg dan 0,3 kg.[11]

Tabel 2. Rekomendasi Penambahan Berat Badan Selama Hamil

Kategori	Indeks Masa Tubuh (IMT)	Rekomendasi Kenaikan BB (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: Saifuddin dkk, 2009

6) Sistem Integumen

Pigmentasi kulit dipengaruhi oleh meningkatnya *Melanophore Stimulating Hormone* (MSH) yang dikeluarkan oleh hipofisis anterior. Deposit pigmen ini dapat terjadi pada muka yang disebut kloasma gravidarum, areola mammae, linea alba, linea nigra dan pada perut seperti retak-retak yang disebut striae livide.[7]

c. Faktor Risiko

Kehamilan dan persalinan selalu mempunyai risiko, dengan kemungkinan bahaya yang terjadi komplikasi dalam kehamilan, persalinan, dan nifas.[12] Faktor risiko adalah kondisi pada ibu hamil yang dapat menyebabkan kemungkinan risiko/bahaya terjadinya komplikasi pada persalinan yang dapat menyebabkan kematian atau kesakitan pada ibu dan atau bayinya. [13]

1) Kelompok I

Ada Potensi Gawat Obstetrik/APGO, terdapat 10 faktor risiko yaitu 7 Terlalu dan 3 Pernah. Kelompok ini pada kehamilan yang mempunyai masalah yang perlu diwaspadai. Selama kehamilan, Ibu hamil sehat tanpa ada keluhan yang membahayakan tetapi harus waspada karena ada kemungkinan dapat terjadi penyulit atau komplikasi dalam persalinan.

2) Kelompok II

Ada Gawat Obstetrik/AGO, terdapat 8 faktor risiko yaitu tanda bahaya pada saat kehamilan, ada keluhan tetapi tidak darurat.

3) Kelompok III

Ada Gawat Darurat Obstetrik/AGDO, terdapat 2 faktor risiko, ada ancaman nyawa ibu dan bayi.

d. Antenatal care

Menurut Profil Kehatan Indonesia, pelayanan kesehatan ibu hamil diwujudkan melalui pemberian pelayanan antenatal sekurang-kurangnya enam kali selama masa kehamilan, dengan distribusi waktu minimal dua kali pada trimester pertama (usia kehamilan 0-12 minggu), satu kali pada trimester kedua (usia kehamilan 12-24 minggu), dan tiga kali pada trimester ketiga (usia kehamilan 24 minggu sampai persalinan). Minimal 2x diperiksa oleh dokter saat kunjungan 1 di Trimester 1 dan saat kunjungan ke 5 di Trimester 3. Pelayanan antenatal yang dilakukan diupayakan memenuhi standar kualitas:

1) Penimbangan berat badan;
2) Pengukuran LILA;

3) Pengukuran tekanan darah
4) Pengukuran tinggi puncak rahim (fundus uteri);
5) Penentuan denyut jantung janin (DJJ);
6) Penentuan presentasi janin;
7) Penentuan status imunisasi tetanus dan pemberian imunisasi tetanus toksoid sesuai status imunisasi;
8) Pemberian tablet tambah darah minimal 90 tablet selama kehamilan;
9) Pelayanan tes laboratorium sederhana, minimal tes hemoglobin darah (Hb), pemeriksaan protein urin dan pemeriksaan golongan darah (bila belum pernah dilakukan sebelumnya);
10) Tatalaksana kasus;
11) KIE efektif.[14]

3. Persalinan

a. Definisi

Persalinan adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37–42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin.[8] Persalinan adalah rangkaian proses yang berakhir dengan pengeluaran hasil konsepsi oleh ibu yang dimulai dengan kontraksi persalinan sejati, yang ditandai oleh perubahan progesif pada serviks, dan diakhiri dengan kelahiran plasenta. Persalinan harus dilakukan difasilitas kesehatan.

b. Jenis-jenis

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.[4] 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.[15]

2) Persalinan Buatan

Persalinan buatan adalah proses persalinan yang berlangsung dengan bantuan tenaga dari luar, misalnya ekstraksi dengan forceps atau dilakukan operasi *section caesarea*.[15]

3) Persalinan Anjuran

Persalinan anjuran adalah bila kekuatan yang diperlukan untuk persalinan ditimbulkan dari luar dengan jalan rangsangan misalnya pemberian pitocin dan prostaglandin.[15]

c. Tujuan Asuhan Persalinan

Tujuan asuhan persalinan adalah memberikan asuhan yang memadai selama persalinan dalam upaya mencapai pertolongan persalinan yang bersih dan aman, dengan memperhatikan aspek sayang ibu dan sayang bayi.[16]

d. Etiologi

Beberapa teori yang menyebabkan mulainya persalinan adalah sebagai berikut:[17]

1) Penurunan Kadar Progesterone

Progesterone menimbulkan relaksasi otot-otot rahim, sebaliknya estrogen meninggikan kerentanan otot rahim. Selama kehamilan terdapat keseimbangan antara kadar progesteron dan estrogen dalam darah, tetapi pada akhir kehamilan kadar progesteron menurun sehingga timbul his. Produksi progesterone mengalami penurunan, sehingga otot rahim lebih sensitif terhadap oksitosin. Akibatnya otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesterone tertentu.

2) Teori Oksitosin

Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar *hipofisis parst posterior*. Perubahan keseimbangan estrogen dan progesterone dapat mengubah sensitivitas otot rahim, sehingga sering terjadi kontraksi *Braxton*

Hicks. Di akhir kehamilan kadar progesteron menurun sehingga oksitosin bertambah dan meningkatkan aktivitas otot-otot rahim yang memicu terjadinya kontraksi sehingga terdapat tanda-tanda persalinan.

3) Keregangan otot-otot

Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu. Setelah melewati batas tertentu terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai. Seperti halnya dengan Bladder dan Lambung, bila dindingnya teregang oleh isi yang bertambah maka timbul kontraksi untuk mengeluarkan isinya. Demikian pula dengan rahim, maka dengan majunya kehamilan makin teregang otot-otot dan otot-otot rahim makin rentan.

4) Pengaruh Janin

Hipofise dan kelenjar suprarenal janin rupa-rupanya juga memegang peranan karena pada anencephalus kehamilan sering lebih lama dari biasa, karena tidak terbentuk hipotalamus. Pemberian kortikosteroid dapat menyebabkan maturasi janin, dan induksi (mulainya) persalinan.

5) Teori Prostaglandin

Konsentrasi prostaglandin meningkat sejak umur kehamilan 15 minggu yang dikeluarkan oleh desidua. Prostaglandin yang dihasilkan oleh desidua diduga menjadi salah satu sebab permulaan persalinan. Hasil dari percobaan menunjukkan bahwa prostaglandin F2 atau E2 yang diberikan secara intravena, intra dan extra amnial menimbulkan kontraksi miometrium pada setiap umur kehamilan. Pemberian prostaglandin saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga hasil konsepsi dapat keluar. Prostaglandin dapat dianggap sebagai pemicu terjadinya persalinan. Hal ini juga didukung dengan adanya kadar prostaglandin yang tinggi baik dalam air ketuban maupun daerah perifer pada ibu hamil, sebelum melahirkan atau selama persalinan.

6) Teori Iritasi Mekanis

Pada area belakang serviks terletak ganglion servikalis (fleksus frankenhauser), bila ganglion ini digeser dan ditekan (misalnya oleh kepala janin), maka akan timbul kontraksi uterus.

e. Faktor yang Mempengaruhi Persalinan

Tiga faktor utama yang menentukan prognosis persalinan adalah kekuatan (*power*), jalan lahir (*passage*), janin (*passanger*), dan ada dua faktor lain yang juga sangat berpengaruh terhadap keberhasilan asuhan persalinan yaitu faktor posisi dan psikologi.[18]

1) Kekuatan (*power*)

Power adalah kekuatan yang mendorong janin keluar. Kekuatan yang mendorong janin keluar dalam persalinan adalah his, kontraksi otot-otot perut, kontraksi diafragma dan aksi dari ligament, dengan kerja sama yang baik dan sempurna. Kekuatan terdiri dari kemampuan ibu melakukan kontraksi involunter dan volunteer secara bersamaan untuk mengeluarkan janin dan plasenta dari uterus. Kontraksi involunter disebut juga kekuatan primer, menandai dimulainya persalinan. Apabila serviks dilatasi, usaha volunteer dimulai untuk mendorong, yang disebut kekuatan sekunder, dimana kekuatan ini memperbesar kekuatan kontraksi involunter.[16]

2) Jalan lahir (*Passage*)

Jalan lahir terdiri atas panggul ibu, yakni bagian tulang yang padat, dasar panggul, vagina, dan introitus. Janin harus berhasil menyesuaikan dirinya terhadap jalan lahir yang relative kaku, oleh karena itu ukuran dan bentuk panggul harus ditentukan sebelum persalinan dimulai. Jalan lahir dibagi atas bagian keras yang terdiri dari tulang-tulang panggul dan bagian lunak yang terdiri dari uterus, otot dasar panggul dan perineum.[8]

3) Janin, Plasenta dan Air Ketuban (*Passanger*)

Passanger atau janin bergerak sepanjang jalan lahir merupakan akibat interaksi beberapa faktor, yakni ukuran kepala janin, plasenta, letak, sikap, dan posisi janin.

a) Janin

Hubungan janin dengan jalan lahir:

(1) Sikap: Menunjukkan hubungan bagian-bagian janin satu sama lain. Biasanya tubuh janin berbentuk lonjong (*avoid*) kira-kira sesuai dengan kavum uterus.

(2) Letak (situs): Menunjukkan hubungan sumbu janin dengan sumbu jalan lahir. Bila kedua sumbunya sejajar disebut letak memanjang, bila tegak lurus satu sama lain disebut letak melintang.

(3) Presentasi dan bagian bawah: Presentasi menunjukkan bagian janin yang berada di bagian terbawah jalan lahir.

(4) Posisi dan Penyebutnya: Posisi menujukan hubugan bagian janin tertentu (penyebut, umpamanya ubun-ubun kecil, dagu atau sacrum) dengan bagian kiri, kanan, depan, lintang (lateral) dan belakang dari jalan lahir.[19]

b) Plasenta[16]

Plasenta juga harus melalui jalan lahir, sehingga ia juga dianggap sebagai penumpang yang menyertai janin. Namun plasenta jarang menghambat proses persalinan pada persalinan normal. Dimana plasenta memiliki peranan berupa transport zat dari ibu ke janin, penghasil hormon yang berguna selama kehamilan, serta sebagai barier. Melihat pentingnya peranan dari plasenta maka bila terjadi kelainan pada plasenta akan menyebabkan kelaianan pada janin ataupun mengganggu proses persalinan.

c) Air ketuban

Air ketuban dapat dijadikan acuan dalam menentukan diagnosa kesejahteraan janin.[19]

4) Posisi

Ganti posisi secara teratur kala II persalianan karena dapat mempercepat kemajuan persalinan. Bantu ibu memperoleh posisi yang paling nyaman sesuai dengan keinginannya.

5) Psikologi ibu

Melibatkan psikologi ibu, emosi dan persiapan intelektual, pengalaman bayi sebelumnya, kebiasaan adat, dukungan dari orang terdekat pada kehidupan ibu.[20] Kehadiran pendamping pada saat persalinan dapat menimbulkan efek positif terhadap persalinan, dalam arti dapat menurunkan morbiditas, mengurangi rasa sakit, mempersingkat persalinan, dan menurunkan angka persalinan dengan operasi termasuk bedah besar. Selain itu, kehadiran pendamping persalinan dapat memberikan rasa nyaman, semangat, dukungan emosional, dan dapat membesarkan hati ibu.

6) Penolong persalinan

Kehadiran penolong yang berkesinambungan dengan memelihara kontak mata seperlunya, memberi rasa nyaman, sentuhan pijatan dan dorongan verbal, pujian serta penjelasan mengenai apa yang terjadi dan beri berbagai informasi.

7) Pendamping persalinan

Pendamping persalinan merupakan faktor pendukung dalam lancarnya persalinan. Dorong dukungan berkesinambungan, harus ada sesorang yang menunggui setiap saat, memegang tangannya dan memberikan kenyamanan.

f. Tanda dan Gejala Persalinan

1) Tanda-tanda persalinan sudah dekat

Sebelum terjadi persalinan, beberapa minggu sebelumnya wanita memasuki “bulannya” atau “minggunya” atau “harinya” yang di sebut dengan kala pendahuluan. Ini memberikan tanda-tanda sebagai berikut:[17]

a) *Lightening*

Lightening yang mulai dirasa kira-kira dua minggu sebelum persalinan, adalah penurunan bagian presentasi janin kedalam pelvis minor. Pada minggu ke 36 pada primigravida terjadi penurunan fundus karena kepala bayi sudah memasuki pintu atas panggul yang disebabkan oleh: Kontraksi *braxton hicks*, ketegangan otot, ketegangan ligamentum rotundum dan gaya berat janin kepala kearah bawah.[17]

b) Terjadinya his permulaan

Makin tua usia kehamilan pengeluaran progesterone dan estrogen semakin berkurang sehingga oksitosin dapat menimbulkan kontraksi, yang lebih sering yang disebut his palsu, sifat his palsu yaitu rasa nyeri ringan dibagian bawah, datanganya tidak teratur, tidak ada perubahan serviks, durasinya pendek, tidak bertambah jika beraktivitas.[21]

2) Tanda-tanda persalinan[17]

a) Timbulnya kontraksi uterus

Timbulnya his persalinan dengan sifat-sifat sebagai berikut: Nyeri melingkar dari punggung memancar ke perut bagian depan, pinggang terasa sakit dan menjalar ke depan, sifatnya teratur, inerval makin lama makin pendek dan kekuatannya makin besar, mempunyai pengaruh pada pendataran dan atau pembukaan serviks, makin beraktifitas ibu akan menambah kekuatan kontraksi, kontraksi uterus yang mengakibatkan perubahan pada serviks (frekuensi minimal 2 kali dalam 10 menit), kontraksi yang terjadi dapat menyebabkan pendataran, penipisan dan pembukaan serviks.[17]

b) Penipisan dan pembukaan serviks

Penipisan dan pembukaan serviks ditandai dengan adanya pengeluaran lendir dan darah sebagai tanda pemula.[21] Pada akhir bulan ke-IX hasil pemeriksaan serviks menunjukkan bahwa serviks yang tadinya tertutup, panjang dan kurang lunak, kemudian

menjadi lebih lembut, dan beberapa menunjukkan telah terjadi pembukaan dan penipisan. Perubahan ini berbeda untuk masing-masing ibu, misalnya pada multipara sudah terjadi pembukaan 2 cm namun pada primipara sebagian besar masih dalam keadaan tertutup.

c) *Bloody show* (lendir disertai darah dari jalan lahir)

Plak lender disekresi serviks sebagai hasil proliferasi kelenjar lendir serviks pada awak kehamilan. Plak ini menjadi sawar pelindung dan menutup jalan lahir selama kehamilan. Pengeluaran plak inilah yang dimaksud sebagai *bloody show*. *Bloody show* paling sering terlihat sebagai rabas 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. Dengan pendataran dan pembukaan, lendir dari canalis cervicalis keluar disertai dengan sedikit darah. Perdarahan yang sedikit ini disebabkan karena lepasnya selaput janin pada bagian bawah segmen bawah rahim hingga beberapa capillair darah terputus.[22]

d) Ketuban Pecah

Pada kondisi normal, ketuban pecah pada akhir kala I persalinan. Apabila terjadi sebelum awitan persalian (sebelum umur kehamilan 37 minggu) dan terjadi saat sudah memasuki waktunya tetapi dalam 24 jam tidak terjadi persalinan, keadaan tersebut adalah ketuban pecah dini (KPD). Kurang lebih 80% wanita yang mendekati usia kehamilan cukup bulan dan mengalami KPD mulai mengalami persalinan spontan mereka dalam waktu 24 jam.[23]

g. Tahapan Persalinan

1) Kala I

Persalinan kala I meliputi fase pembukaan 1-10 cm, yang di tandai dengan penipisan dan pembukaan serviks, kontraksi uterus yang mengakibatkan perubahan serviks (frekuensi minimal 2 kali

dalam 10 menit), cairan lendir bercampur darah (*show*) melalui vagina. Darah berasal dari pecahnya pembuluh darah kapiler serta kanalis servikalis karena pergeseran serviks mendatar dan terbuka.[21]

Kala I dibagi atas 2 fase yaitu:

a) Fase laten, dimana pembukaan serviks berlangsung lambat, dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan secara bertahap sampai 3 cm, berlangsung dalam 7-8 jam. Hal yang perlu dicatat di lembar observasi pada kala I fase laten, yaitu: denyut jantung janin (DJJ) diperiksa setiap 1 jam, frekuensi dan lamanya kontraksi uterus diperiksa setiap 1 jam, nadi diperiksa setiap 30-60 menit, suhu tubuh diperiksa setiap 4 jam, tekanan darah diperiksa setiap 4 jam, pembukaan serviks dan penurunan kepala diperiksa setiap 4 jam sekali.
b) Fase aktif (pembukaan serviks 4-10 cm), pada fase aktif frekuensi dan lama kontraksi uterus akan meningkat secara bertahap (kontraksi dianggap adekuat/ memadai jika terjadi 3 kali atau lebih dalam waktu 10 menit, dan berlangsung selama 40 detik atau lebih) dan terjadi penurunan bagian terbawah janin. Dari pembukaan 4 hingga mencapai pembukaan lengkap atau 10 cm, akan terjadi dengan kecepatan rata-rata per jam (*primipara*) atau lebih 1 cm hingga 2 cm (*multipara*).[21] Fase aktif berlangsung selama 6 jam dan dibagi dalam 3 subfase, yaitu:[24]
   (1) Periode akselerasi: berlangsung selama 2 jam, pembukaan menjadi 4 cm.
   (2) Periode dilatasi maksimal: berlangsung selama 2 jam, pembukaan berlangsung cepat menjadi 9 cm.
   (3) Periode deselerasi: berlangsung lambat, dalam 2 jam pembukaan jadi 10 cm atau lengkap.

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. Tanda dan gejala kala II yaitu: his semakin kuat, dengan interval 2 sampai 3 menit dengan durasi 50-100 detik, menjelang akhir kala I ketuban pecah dan ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak.[23] Ibu merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi, ibu merasakan makin meningkatnya tekanan pada rektum dan/ atau vagina, perineum terlihat menonjol, vulva-vagina dan sfingter ani terlihat membuka.[8] Pada waktu his kepala janin mulai terlihat, vulva membuka dan perenium meregang. Dengan his mengedan yang terpimpin akan lahirlah kepala dengan diikuti seluruh badan janin. Kala II pada primi 1½ – 2 jam, pada multi ½ – 1 jam. Pada saat kala II, pendamping persalinan harus menjaga kenyamanan ibu, memberikan dukungan mental untuk mengurangi kecemasan ibu, mengatur posisi sesuai kenyamanan ibu, menjaga kandung kemih tetap kosong, memberikan minum yang cukup, memimpin persalinan, memantau DJJ, melahirkan bayi, merangsang bayi.

3) Kala III

Kala III dimulai sejak bayi bayi lahir sampai lahirnya plasenta dan selaput ketuban. Partus kala III disebut juga kala uri. Seluruh prosesnya biasanya berlangsung 5-30 menit setelah bayi lahir.[8] Kala III merupakan periode waktu dimana penyusutan volume rongga uterus setelah kelahiran bayi. Penyusutan ukuran ini menyebabkan berkurangnya ukuran tempat perlengketan plasenta. Setelah bayi lahir kontraksi rahim istirahat sebentar. Uterus teraba keras dengan fundus uterus setinggi pusat, dan berisi plasenta yang menjadi tebal 2 kali sebelumnya. Beberapa saat kemudian timbul his pelepasan dan pengeluaran uri. Dalam waktu 5-10 menit plasenta terlepas, terdorong

ke dalam vagina akan lahir spontan atau sedikit dorongan dari atas simfisis atau fundus uteri.[17]

Penatalaksanaan kala III yaitu dengan manajemen aktif kala III. Manajemen aktif kala III berupa jepit potong tali pusat, sedini mungkin, pemberian oksitosin 10 IU sesegera mungkin dengan mengecek janin tunggal, melakukan penegangan tali pusat terkendali (PTT) dan masase fundus setelah plasenta lahir.

4) Kala IV

Dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam setelah itu. Paling kritis karena proses perdarahan yang berlangsung. Masa 1 jam setelah plasenta lahir. Pemantauan 15 menit pada jam pertama setelah kelahiran plasenta, 30 menit pada jam kedua setelah persalinan, jika kondisi ibu tidak stabil, perlu dipantau lebih sering. Observasi intensif karena perdarahan yang terjadi pada masa ini. Observasi yang dilakukan yaitu: tingkat kesadaran penderita, pemeriksaan tanda vital, kontraksi uterus, perdarahan, dianggap masih normal bila jumlahnya tidak melebihi 400-500 cc.[17]

Asuhan dan pemantauan pada kala IV:[23]

a) Kesadaran ibu, mencerminkan kebahagiaan karena tugasnya untuk mengeluarkan bayi telah selesai.
b) Pemeriksaan yang dilakukan: tekanan darah, nadi, dan pernapasan dan suhu; kontraksi rahim yang keras; perdarahan yang mungkin terjadi dari plasenta rest, luka episiotomi, perlukaan pada serviks; kandung kemih dikosongkan karena dapat menggangu 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.

h. Mekanisme Persalinan

Mekanisme persalinan normal adalah gerakan janin menyesuaikan ukuran dirinya dengan ukuran panggul ibu saat kepala melawati panggul yang meliputi gerakan:

1) Engagement

Peristiwa ketika diameter biparietal melewati pintu atas panggul dengan sutura sagitalis melintang/oblig di dalam jalan lahir dan sedikit fleksi. penurunan dimulai sebelum inpartu. Penurunan kepala terjadi bersamaan dengan mekanisme lainnya. Kekuatan yang mendukung antara lain tekanan cairan amnion, tekanan langsung fundus pada bokong janin, dan kontaksi otot abdomen.

2) Fleksi

Pada permulaan persalinan kepala janin biasanya berada dalam sikap fleksi. Dengan adanya his dan tahan dari dasar panggul yang makin besar, maka kepala janin makin turun dan semakin fleksi sehingga dagu janin menekan pada dada dan belakang kepala (oksiput) menjadi bagian bawah. Keadaan ini dinamakan fleksi maksimal. Dengan fleksi maksimal kepala janin dapat menyesuaikan diri dengan ukuran panggul ibu.

3) Rotasi dalam atau putaran paksi dalam

Makin turunnya kepala janin dalam jalan lahir, kepala janin akan berputar sedemikian rupa sehingga diameter terpanjang rongga panggul atau diameter antero posretior kepala janin akan bersesuaian dengan diameter terkecil antero postero pintu bawah panggul. Hal ini karena kepala janin tergerak spiral sewaktu turun dalam jalan lahir. Bahu tidak berputar bersama-sama dengan kepala akan membentuk sudut 45 derajat. Keadaan demikian disebut putaran paksi dalam dan ubun-ubun kecil barada dibawah simpisis.

4) Ekstensi

Setelah putaran paksi selesai dan kepala sampai didasar panggul, terjadilah ektensi atau defleksi dari kepala. Hal ini disebabkan karena

sumbu jalan lahir dari pintu bawah panggul mengarah ke depan dan ke atas.

5) Rotasi luar/putaran paksi luar

Setelah ekstensi kemudian diikuti dengan putaran paksi luar yang pada hakikatnya keopala janin menyesuaikan kembali dengan sumbuh panjang bahu, sehingga sumbuh panjang bahu dengan sumbuh kepala janin berada pada satu garis lurus.

6) Ekspulsi

Setelah putaran paksi luar, bahu depan sampai di bawah sympisis dan menjadi sumbuh putar untuk kelahiran bahu belakang. Kemudian bahu belakang menyusul dan selanjutnya seluruh tubuh bayi lahir searah dengan paksi jalan lahir.[25]

i. Penatalaksanaan

1) Asuhan Persalinan Kala I

a) Dukungan emosional

Dukungan serta anjurkan suami dan anggota keluarga mendampingi ibu selama persalinan dan minta untuk berperan aktif dalam mendukung dan mengenali berbagai upaya yang mungkin sangat membantu kenyamanan ibu.

b) Mengatur posisi nyaman

Anjurkan ibu untuk mencoba posisi-posisi yang nyaman selama persalinan dan melahirkan bayi dan anjurkan suami atau keluaga untuk mendampingi, seperti berjalan, berdiri, duduk, jongkok, berbaring miring, merangkak. Beri tahu ibu untuk tidak berbaring telentang lebih 10 menit (posisi ini dapat menimbulkan tekanan uterus dan isinya menekan vena cava inferior yang berakibat turunnnya aliran darah dari sirkulasi ibu ke plasenta dan menyebabkan hipoksia).

c) Memberikan cairan dan nutrisi

Anjurkan ibu mendapatkan asupan (makanan ringan dan minum) selama persalinan dan kelahiran bayi, karena hal ini akan memberikan banyak energi dan mencegah dehidrasi.

d) Monitoring kemajuan persalinan

Monitoring kemajuan persalinan kala I dilakukan dengan lembar observasi untuk fase laten, sedangkan untuk fase aktif menggunakan partograf. Yang perlu dilakukan pencatatannya adalah:

(1) DJJ, Frekuensi dan lamanya kontraksi uterus, Nadi setiap 30 menit.
(2) Pembukaan servik, penurunan bagian terbawah janin, Tekanan Darah setiap 4 jam.
(3) Produksi urin, aseton dan protein setiap 2 sampai 4 jam.
(4) Persiapan Pertolongan (jika sudah masuk fase aktif)

2) Asuhan persalinan kala II

a) Mengenali tanda gejala kala II seperti: Ibu merasa ada dorongan kuat dan meneran (doran), tekanan yang semakin meningkat pada rectum dan vagina (teknus), *Perineum* tampak menonjol (perjol), *Vulva* dan *singter ani* membuka (vulva).

b) Menyiapkan pertolongan persalinan

(1) Pastikan kelengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolon persalinan dan menatalaksanakan komplikasi ibu dan BBL.
(2) Pakai celemek plastik
(3) Mencuci tangan (sekitar 15 detik) dan keringkan dengan *tissue*/handuk.
(4) Pakai sarung tangan DDT pada tangan yang digunakan untuk periksa dalam
(5) Masukkan oksitosin kedalam *spuit* (gunakan tangan yang memakai sarung tangan DTT/steril, pastikan tidak terjadi kontaminasi pada *spuit*).

c) Memastikan Pembukaan Lengkap dan Keadaan Janin Baik
   (1) Membersihkan *vulva* dan *perineum*, mengusapnya dengan hati-hati dari depan kebelakang dengan menggunakan kapas DTT.
   (2) Lakukan pemeriksaan dalam (PD) untuk memastikan pembukaan lengkap (bila selaput ketuban belum pecah dan pembukaan sudah lengkap, lakukan *amniotomi*).
   (3) Periksa DJJ setelah kontraksi/ saat relaksasi *uterus* bahwa DJJ dalam batas normal (120-160x/menit).
d) Menyiapkan Ibu dan Keluarga untuk Membantu Proses Meneran
   (1) Memberitahu ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik dan bantu ibu dalam menemukan posisi yang nyaman dan seusuai dengan keinginannya.
   (2) Minta keluarga membantu menyiapkan posisi meneran (Bila ada rasa ingin meneran dan terjadi kontraksi yang kuat, bantu ibu keposisi setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman).
   (3) Laksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran
   (4) Memberikan dukungan dan semangat kepada ibu
   (5) Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai; Segera rujuk jika bayi belum atau tidak akan segera lahir stelah 120 menit meneran (primigravida) atau 60 menit meneran (multigravida).
e) Membantu Pertolongan Kelahiran Bayi
   (1) Jika kepala bayi telah terlihat di vulva 5-6 cm letakkan handuk bersih di atas perut dan letakkan kain yang bersih dilipat 1/3 bagian di bawah bokong ibu.
   (2) Membantu melahirkan kepala dan badan bayi sesuai dengan langkah APN

(3) Setelah bayi lahir, lakukan pemotongan tali pusat dan melakukan pertolongan bayi baru lahir

3) Asuhan Persalinan Kala III

a) Pemberian suntikan oksitosin dalam 1 menit pertama setelah bayi lahir

b) Melakukan penegangan tali pusat terkendali (PTT), dengan langkah berikut ini.

(1) Pindahkan klem pada tali pusat sekitar 5-10 cm dari vulva, satu tangan ditempatkan di abdomen ibu untuk mendeteksi kontraksi dan tangan lain memegang klem untuk menegangkan tali pusat.

(2) Bila uterus bekontraksi maka tegangkan tali pusat ke arah bawah, lakukan tekanan dorso-kranial hingga tali pusat makin menjulur dan korpus uteri bergerak ke atas menandakan plasenta telah lepas dan dapat dilahirkan.

(3) Setelah plasenta lepas anjurkan ibu untuk meneran agar plasenta terdorong keluar melalui introitus vagina.

(4) Lahirkan plasenta dengan mengangkat tali pusat ke atas dan menopang plasenta dengan tangan lainnya untuk meletakkan dalam wadah penampung.

(5) Pegang plasenta dengan kedua tangan dan secara lembut putar plasenta hingga selaput ketuban terpilin menjadi satu.

(6) Lakukan penarikan dengan lembut dan perlahan-lahan untuk melahirkan selaput ketuban.

c) Melakukan massase fundus uteri, dengan meletakkan telapak tangan di fundus dan melakukan massase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras) untuk mencegah perdarahan.

4) Asuhan Persalinan Kala IV

Melakukan pemantauan tekanan darah, nadi, kontraksi uterus, kandung kemih, dan perdarahan setiap 15 menit pada 1 jam pertama

dan 30 menit pada 1 jam kedua. Tujuan dari pemantauan ini adalah untuk memastikan ibu dan bayi berada dalam kondisi stabil serta mendeteksi dini komplikasi pasca bersalin dan mengambil tindakan yang tepat untuk melakukan stabilisasi.

4. Bayi Baru Lahir

a. Definisi

Bayi baru lahir (Neonatus) bahwa adalah bayi yang baru mengalami proses kelahiran, berusia 0-28 hari. BBL memerlukan penyesuaian fisiologis berupa maturasi, adaptasi (menyesuaikan diri dari kehidupan intra uterin ke kehidupan ekstrauterine) dan toleransi bagi BBL untuk dapat hidup dengan baik.[26] Bayi baru lahir atau neonatus adalah masa kehidupan neonatus pertama di luar rahim sampai dengan usia 28 hari dimana terjadi perubahan yang sangat besar dari kehidupan di dalam rahim menjadi di luar rahim. Pada masa ini terjadi pematangan organ hampir di semua sistem.[27] Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dengan umur kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dan berat lahir 2500 gram sampai 4000 gram.[4]

b. Klasifikasi

Bayi baru lahir atau neonatus di bagi dalam beberapa kasifikasi yaitu :[28]

1) Neonatus menurut masa gestasinya
   a) Kurang bulan (*preterm infant*): < 259 hari (37 minggu)
   b) Cukup bulan (*term infant*): 259-294 hari (37-42 minggu)
   c) Lebih bulan (*postterm infant*): > 294 hari (42 minggu atau lebih)
2) Neonatus menurut berat badan lahir
   a) Berat lahir rendah: < 2500 gram
   b) Berat lahir cukup: 2500-4000 gram
   c) Berat lahir lebih: > 4000 gram
3) Neonatus menurut berat lahir terhadap masa gestasi (masa gestasi dan ukuran berat lahir yang sesuai untuk masa kehamilan)
   a) Nenonatus cukup/kurang/lebih bulan (NCB/NKB/NLB)
   b) Sesuai/kecil/besar untuk masa kehamilan (SMK/KMK/BMK)

c. Karakteristik Bayi Baru Lahir

Ciri-ciri bayi baru lahir normal adalah lahir aterm antara 37 – 42 minggu, berat badan 2500 – 4000 gram, panjang lahir 48 – 52 cm. lingkar dada 30 – 38 cm, lingkar kepala 33 – 35 cm, lingkar lengan 11 – 12 cm, frekuensi denyut jantung 120 – 160 kali/menit, kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan yang cukup, rambut lanugo tidak terlihat dan rambut kepala biasanya telah sempurna, kuku agak panjang dan lemas, nilai APGAR >7, gerakan aktif, bayi langsung menangis kuat, genetalia pada laki-laki kematangan ditandai dengan testis yang berada pada skrotum dan penis yang berlubang sedangkan genetalia pada perempuan kematangan ditandai dengan vagina dan uterus yang berlubang labia mayora menutup labia minora, refleks *rooting* (mencari putting susu) terbentuk dengan baik, refleks *sucking* sudah terbentuk dengan baik, refleks *grasping* sudah baik, eliminasi baik, urin dan mekonium keluar dalam 24 jam pertama berwarna hitam kecoklatan.[4]

d. Penatalaksanaan

Semua bayi diperiksa segera setelah lahir untuk mengetahui apakah transisi dari kehidupan intrauterine ke ekstrauterine berjalan dengan lancar dan tidak ada kelainan. Pemeriksaan medis komprehensif dilakukan dalam 24 jam pertama kehidupan. Pemeriksaan rutin pada bayi baru lahir harus dilakukan, tujuannya untuk mendeteksi kelainan atau anomali kongenital yang muncul pada setiap kelahiran dalam 10-20 per 1000 kelahiran, pengelolaan lebih lanjut dari setiap kelainan yang terdeteksi pada saat antenatal, mempertimbangkan masalah potensial terkait riwayat kehamilan ibu dan kelainan yang diturunkan, dan memberikan promosi kesehatan, terutama pencegahan terhadap *sudden infant death syndrome* (SIDS).[29] Tujuan utama perawatan bayi segera sesudah lahir adalah untuk membersihkan jalan napas, memotong dan merawat tali pusat, mempertahankan suhu tubuh bayi, identifikasi, dan pencegahan infeksi. Asuhan bayi baru lahir meliputi:

1) Pencegahan Infeksi (PI)

2) Penilaian awal untuk memutuskan resusitasi pada bayi untuk menilai apakah bayi mengalami asfiksia atau tidak dilakukan penilaian sepintas setelah seluruh tubuh bayi lahir dengan tiga pertanyaan:
   a) Apakah kehamilan cukup bulan?
   b) Apakah bayi menangis atau bernapas/tidak megap-megap?
   c) Apakah tonus otot bayi baik/bayi bergerak aktif?

   Jika ada jawaban "tidak" kemungkinan bayi mengalami asfiksia sehingga harus segera dilakukan resusitasi. Penghisapan lendir pada jalan napas bayi tidak dilakukan secara rutin.[30]
3) Pemotongan dan perawatan tali pusat

   Setelah penilaian sepintas dan tidak ada tanda asfiksia pada bayi, dilakukan manajemen bayi baru lahir normal dengan mengeringkan bayi mulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks, kemudian bayi diletakkan di atas dada atau perut ibu. Setelah pemberian oksitosin pada ibu, lakukan pemotongan tali pusat dengan satu tangan melindungi perut bayi. Perawatan tali pusat adalah dengan tidak membungkus tali pusat atau mengoleskan cairan/bahan apa pun pada tali pusat. Perawatan rutin untuk tali pusat adalah selalu cuci tangan sebelum memegangnya, menjaga tali pusat tetap kering dan terpapar udara, membersihkan dengan air, menghindari dengan alkohol karena menghambat pelepasan tali pusat, dan melipat popok di bawah umbilicus.[29]
4) Inisiasi Menyusu Dini (IMD)

   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. Biarkan bayi mencari, menemukan puting, dan mulai menyusu. 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.[30] Jika bayi

belum menemukan puting ibu dalam waktu 1 jam, posisikan bayi lebih dekat dengan puting ibu dan biarkan kontak kulit dengan kulit selama 30-60 menit berikutnya. Jika bayi masih belum melakukan IMD dalam waktu 2 jam, lanjutkan asuhan perawatan neonatal esensial lainnya (menimbang, pemberian vitamin K, salep mata, serta pemberian gelang pengenal) kemudian dikembalikan lagi kepada ibu untuk belajar menyusu.

5) Pencegahan kehilangan panas melalui tunda mandi selama 6 jam, kontak kulit bayi dan ibu serta menyelimuti kepala dan tubuh bayi.
6) Pemberian salep mata/tetes mata

   Pemberian salep atau tetes mata diberikan untuk pencegahan infeksi mata. Beri bayi salep atau tetes mata antibiotika profilaksis (tetrasiklin 1%, oxytetrasiklin 1% atau 11 antibiotika lain). Pemberian salep atau tetes mata harus tepat 1 jam setelah kelahiran. Upaya pencegahan infeksi mata tidak efektif jika diberikan lebih dari 1 jam setelah kelahiran.
7) Pencegahan perdarahan melalui penyuntikan vitamin K1 dosis tunggal di paha kiri

   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. Pemberian vitamin K sebagai profilaksis melawan *hemorragic disease of the newborn* dapat diberikan dalam suntikan yang memberikan pencegahan lebih terpercaya, atau secara oral yang membutuhkan beberapa dosis untuk mengatasi absorbsi yang bervariasi dan proteksi yang kurang pasti pada bayi.[29] Vitamin K dapat diberikan dalam waktu 6 jam setelah lahir
8) Pemberian imunisasi Hepatitis B (HB 0) dosis tunggal di paha kanan 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

9) Pemeriksaan Bayi Baru Lahir (BBL)

Pemeriksaan BBL bertujuan untuk mengetahui sedini mungkin kelainan pada bayi. Bayi yang lahir di fasilitas kesehatan dianjurkan tetap berada di fasilitas tersebut selama 24 jam karena risiko terbesar kematian BBL terjadi pada 24 jam pertama kehidupan. saat kunjungan tindak lanjut (KN) yaitu 1 kali pada umur 1-3 hari, 1 kali pada umur 4-7 hari dan 1 kali pada umur 8-28 hari.

10) Pemberian ASI eksklusif

ASI eksklusif adalah pemberian ASI tanpa makanan dan minuman tambahan lain pada bayi berusia 0-6 bulan dan jika memungkinkan dilanjutkan dengan pemberian ASI dan makanan pendamping sampai usia 2 tahun. Pemberian ASI ekslusif mempunyai dasar hukum yang diatur dalam SK Menkes Nomor 450/Menkes/SK/IV/2004 tentang pemberian ASI Eksklusif pada bayi 0-6 bulan. Setiap bayi mempunyai hak untuk dipenuhi kebutuhan dasarnya seperti Inisiasi Menyusu Dini (IMD), ASI Ekslusif, dan imunisasi serta pengamanan dan perlindungan bayi baru lahir dari upaya penculikan dan perdagangan bayi.

5. Asfiksia

a. Definisi

Menurut WHO asfiksia neonatorum adalah kegagalan bayi untuk mulai bernafas segera setelah lahir dan mempertahankannya beberapa saat setelah lahir. Asfiksia Neonatorum merupakan sebuah emergensi neonatal yang dapat mengakibatkan hipoksia (rendahnya suplai oksigen ke otak dan jaringan) dan kemungkinan kerusakan otak atau kematian jika tidak ditangani dengan benar.[31]

b. Penilaian Asfiksia

Menentukan keadaan bayi baru lair dengan nilai Apgar. Menentukan tingkatan bayi baru lahir dengan nilai 0, 1, atau 2 untuk masing-masing dari lima tanda.[32]

Tabel 3. Scoring APGAR Bayi Baru Lahir

Tanda	Angka 0	Angka 1	Angka 2
Warna kulit (*Appeareance*)	Tidak ada	Badan merah muda, ekstremitas	Seluruh tubuh berwarna merah muda
Denyut jantung (*Pulse*)	Tidak ada	Di bawah 100	Di atas 100
Refleks terhadap rangsang (*Grimace*)	Tidak ada	Menyeringai	Batuk atau bersin
Tonus otot (*Activity*)	Tidak ada	Fleksi ekstremitas	Gerak aktif
Upaya respirasi (*Respiration*)	Tidak ada	Lambat, tidak teratur	Baik, menangis kuat

Sumber: Ilmu Kebidanan: Fisiologi dan Patologi Persalinan

c. Faktor risiko

1) Faktor antepartum
   a) Hipertensi dalam kehamilan
   b) Perdarahan Antepartum
   c) Umur ibu
   d) Paritas
2) Faktor janin
   a) Berat lahir
   b) Prematuritas

3) Faktor intrapartum
    a) Jenis Persalinan
    b) Ketuban dengan meconium
    c) Masalah tali pusat
    d) Presentasi janin
    e) Ketuban Pecah Dini

6. Respiratory Distress of Newborn (RDN)

a. Definisi

Gangguan pernafasan pada bayi baru lahir merupakan gejala kompleks yang timbul dari proses penyakit yang menyebabkan kegagalan mempertahankan pertukaran gas. Respiratory Distress of Newborn (RDN) atau gangguan pernafasan pada bayi baru lahir adalah salah satu gangguan yang paling umum ditemui dalam 48-72 jam pertama kehidupan.[33] RDN merupakan sekumpulan gejala gangguan nafas pada bayi baru lahir dengan tandatanda takipnea (>60x/menit), grunting, retraksi dada, nafas cuping hidung, dan sianosis yang biasanya disebabkan oleh ketidakmaturan dari sel tipe II untuk menghasilkan surfaktan yang memadai.

b. Etiologi dan Patofisiologi

Bayi baru lahir akan melakukan usaha untuk menghirup udara kedalam paru-parunya yang mengakibatkan cairan dalam paru-paru keluar dari alveoli ke jaringan interstitial di paru sehingga oksigen dapat dihantarkan ke arteriol pulmonal dan menyebabkan arteriol berelaksasi Jika keadaan ini terganggu maka arteriol pulmonal akan tetap konstriksi, alveoli tetap terisi cairan dan pembuluh darah sistemik tidak mendapat oksigen. Penyebab umum gangguan pernapasan pada bayi baru lahir adalah takipnea transien pada bayi baru lahir (TTN), sindrom gangguan pernapasan (RDS), sindrom aspirasi mekonium, pneumonia, sepsis, asfiksia lahir, CHD, ensefalopati iskemik hipoksia dan malformasi kongenital.[34]

1) Meconium Aspiration Syndrome (MAS)

Sindrom Aspirasi Mekonium biasanya terjadi pada janin cukup bulan atau lewat bulan. Di dalam uterus atau lebih sering pada pernafasan pertama, meconium yang kental teraspirasi ke dalam paru-paru yang mengakibatkan obstruksi jalan nafas sehingga menimbulkan gejala kegawatan pernafasan dalam beberapa jam pertama dengan gejala takipnea, retraksi, mendengkur dan sianosis pada bayi yang terkena gejala berat. Distensi dada yang berlebihan dapat menonjol. Takipnea dapat menetap dalam beberapa hari bahkan beberapa minggu. Rontgen dada bersifat khas ditandai dengan bercak-bercak infiltrat, corak kedua lapang paru kasar, diameter antero posterior tambah dan diafragma mendatar. Pencegahan dapat dilakukan dengan infus amnion dan pengisapan DeLee orofaring sesudah kepala dilahirkan dapat mengurangi insiden aspirasi meconium.[35]

2) Asfiksia lahir

Asfiksia adalah keadaan dimana bayi baru lahir tidak mampu bernafas secara spontan dan teratur segera setelah lahir.[36] Asfiksia didefinisikan sebagai kondisi pertukaran gas tidak adekut, yang mengarah pada hipoksia progresif, hiperkarbia, dan asidosis tergantung pada luas dan lamanya gangguan ini. Hal ini dapat terjadi sebelum, selama atau setelah melahirkan. Asfiksia bayi baru lahir merupakan keadaan dimana bayi tidak mampu untuk bernafas secara spontan dan teratur setelah lahir. Hal ini erat kaitannya dengan hipoksia janin dalam uterus. Hipoksia ini berhubungan dengan faktor-faktor yang timbul dalam kehamilan, persalinan atau segera lahir.[37]

Patofisiologinya sangat kompleks dan dapat disebabkan oleh faktor yang berhubungan dengan ibu, plasenta dan/atau bayi baru lahir. Asfiksia dapat terjadi pada periode neonatal segera jika bayi tidak dapat melakukan pertukaran gas sendiri tanpa plasenta. Penyakit ibu seperti diabetes, hipertensi atau preeklampsia dapat

mengubah pembuluh darah plasenta dan menurunkan aliran darah. Selain itu, abrupsi perdarahan janin atau peradangan juga dapat mengganggu aliran darah. Faktor jalan napas anomaly pada bayi baru lahir kembungkinan mengakibatkan pertukaran gas di paruparu tidak memadai ketika sirkulasi plasenta berhenti.[33]

c. Manifestasi Klinis

Takipnea adalah presentasi paling umum pada bayi baru lahir dengan gangguan pernapasan. Kecepatan pernapasan normal adalah 40 hingga 60 pernapasan per menit. Takipnea didefinisikan sebagai tingkat pernapasan lebih dari 60 kali per menit. Tanda-tanda lain mungkin termasuk nasal flaring, grunting, retraksi dada dan sianosis. Retraksi, terbukti dengan penggunaan otot-otot pernafasan di leher, tulang rusuk, sternum, atau perut, terjadi ketika kemampuan paru-paru buruk atau resistensi saluran napas terlalu tinggi.[35]

d. Pemeriksaan diagnostik

Diagnosa RDN dapat ditegakkan melalui pemeriksaan foto thoraks, AGD, hitung darah lengkap, perubahan elektrolit dan biopsy paru.[38]

1) Foto Thoraks
   a) Pemeriksaan radiologis, mula-mula tidak ada kelainan jelas pada foto dada, setelah 12-24 jam akan tampak infiltrate alveolar tanpa batas yang tegas diseluruh paru.
   b) Pola retikulogranular difus bersama bronkhogram udara yang saling tumpah tindih.
   c) Tanda paru sentral, batas jantung sukar dilihat, inflasi paru buruk.
   d) Kemungkinan terdapat kardoimegali bila system lain juga terkena (bayi dari ibu diabetes, hipoksia, gagal jantung kongestif
   e) Bayangan timus yang besar
   f) Bergranul merata pada bronkhogram udara, yang menandakan penyakit berat jika terdapat pada beberapa jam pertama.

2) AGD menunjukkan asidosis respiratory dan metabolik yaitu adanya penurunan pH, penurunan PaO2, dan peningkatan paCO2, penurunan HCO3.
3) Hitung darah lengkap
4) Perubahan elektrolit, cenderung terjadi penurunan kadar: kalsium, natrium, kalium dan glukosa serum.
5) Biopsi paru, terdapat adanya pengumpulan granulosit secara abnormal dalam parenkim paru.

7. Neonatus

a. Definisi

Neonatus adalah bayi berumur 0 (baru lahir) sampai dengan usia 28 hari. Neonatus dini adalah bayi berusia 0-7 hari. Neonatus lanjut adalah bayi berusia 8-28 hari.[39]

b. Kunjungan Neonatal

Kunjungan neonatal dalah pelayanan kesehatan kepada neonatus sedikitnya 3 kali yaitu Kunjungan neonatal I (KN 1) pada 6 jam sampai dengan 48 jam setelah lahir, Kunjungan neonatal II (KN 2) pada hari ke 3 s/d 7 hari, dan Kunjungan neonatal III (KN 3) pada hari ke 8 – 28 hari. Asuhan bayi baru lahir pada 0 – 6 jam yaitu asuhan bayi baru lahir normal, dilaksanakan segera setelah lahir, dan diletakkan di dekat ibunya dalam ruangan yang sama.[40]

Asuhan bayi baru lahir dengan komplikasi dilaksanakan satu ruangan dengan ibunya atau di ruangan khusus. Pemeriksaan neonatus pada 6 jam sampai 28 hari pada periode ini dapat dilaksanakan di puskesmas/pustu/polindes/poskesdes dan/atau melalui kunjungan rumah oleh tenaga kesehatan. Pemeriksaan neonatus dilaksanakan di dekat ibu, bayi didampingi ibu atau keluarga pada saat diperiksa atau saat diberikan pelayanan kesehatan. Pada setiap kunjungan neonatus dilakukan pemeriksaan antopometri seperti berat badan, panjang badan, lingkar kepala, dan suhu bayi. Bayi yang disusui dapat meningkat berat badannya sedikit kurang 1 ons (100 gram) per hari.[9].

c. Kebutuhan Dasar Neonatus

1) Nutrisi

Pada jam-jam pertama energi didapatkan dari perubahan karbohidrat. Pada hari kedua energy berasal dari pembakaran lemak setelah mendapat susu kurang lebih hari ke-6. Kebutuhan energy bayi pada tahun pertama sangat bervariasi menurut usia dan berat badan. Taksiran kebutuhan selama dua bulan adalah sekitar 120 kkal/kgBB/hari. Secara umum, selama 6 bulan pertama bayi membutuhkan energy sebesar 115-120 kkal/kgBB/hari.[39]

2) Eliminasi

Pengeluaran mekonium biasanya dalam 10 jam pertama dan dalam 4 hari biasanya tinja sudah berbentuk dan berwarna biasa.[39] Feses pertama ini berwarna hijau kehitaman, lengket serta mengandung empedu, asam lemak, lendir dan sel epitel. Sejak hari ketiga hingga ke lima kelahiran, feses mengalami tahap transisi dan menjadi berwarna kuning kecoklatan. Urin pertama dikeluarkan dalam 24 jam pertama dan setelahnya dengan frekuensi yang semakin sering seiring meningkatnya asupan cairan. Urin encer, berwarna kuning dan tidak berbau.[41]

3) Istirahat dan Tidur

Bayi baru lahir tidur 16-18 jam sehari, paling sering blog waktu 45 menit sampai 2 jam. Bayi dapat menangis setidikitnya 5 menit per hari sampai sebanyak-banyaknya 2 jam per hari.

4) Personal Hygiene

Bayi dimandikan ditunda sampai sedikitnya 4-6 jam setelah kelahiran, setelah suhu bayi stabil. Mandi selanjutnya 2-3 kali seminggu. Mandi menggunakan sabun dapat menghilangkan minyak dari kulit bayi, yang sangat rentan untuk mongering. Pencucian rambut hanya perlu dilakukan sekali atau dua kali dalam seminggu. Pemakaian popok harus dilipat sehingga putung tali pusat terbuka ke udara, yang

mencegah urin dan feses membasahi tali pusat. Popok harus diganti beberapa kali sehari ketika basah.

5) Aktifitas

Bayi normal melakukan gerakan-gerakan tangan dan kaki yang simetris pada waktu bangun. Adanya tremor pada bibir , kaki dan tangan pada waku menangis adalah normal, tetapi bila hal ini terjadi pada waktu tidur, kemungkinan gejala kelainan yang perlu dilakukan pemeriksaan lebih lanju.[41] Bayi dapat menangis sedikitnya 5 menit per hari sampai sebanyak-banyaknya 2 jam per hari, bergantung pada temperamen individu. Alasan paling umum untuk menangis adalah lapar, ketidaknyamanan karena popok basah, suhu ekstrim, dan stimulasi berlebihan.

6) Psikososial

Kontak kulit dengan kulit juga membuat bayi lebih tenang sehingga didapat pola tidur yang lebih baik. Bayi baru lahir waspada dan sadar terhadap lingkungannya saat ia terbangun. Jauh dari pasif, bayi bereaksi terhadap rangsang ddan mulai pada usia yang sangat dini untuk mengumpulkan informasi tentang lingkungannya.[40]

8. Nifas

a. Definisi

Masa nifas berasal dari bahasa latin, yaitu *puer* artinya bayi dan *parous* artinya melahirkan atau masa sesudah melahirkan. Asuhan kebidanan masa nifas adalah penatalaksanaan asuhan yang diberikan pada pasien mulai dari saat setelah lahirnya bayi sampai dengan kembalinya tubuh dalam keadaan seperti sebelum hamil atau mendekati keadaan sebelum hamil.[42] Masa Nifas dimulai setelah 2 jam postpartum dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil, biasanya berlangsung selama 6 minggu atau 42 hari, namun secara keseluruhan baik secara fisiologi maupun psikologis akan pulih dalam waktu 3 bulan.[42]

Masa nifas dibagi dalam beberapa tahap, yaitu:

1) Puerperium dini (*immediate postpartum*)

Puerperium dini merupakan masa segera setelah plasenta lahir sampai dengan 24 jam atau masa pemulihan di mana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan (waktu 0-24 jam postpartum). Pada masa ini merupakan fase kritis, sering terjadi insiden perdarahan postpartum karena atonia uteri. Oleh karena itu, bidan perlu melakukan pemantauan secara kontinu, yang meliputi; kontraksi uterus, pengeluaran lokhea, kandung kemih, tekanan darah dan suhu.

2) Puerperium intermedial (*early postpartum*)

Puerperium intermedial merupakan suatu masa dimana pemulihan dari organ-organ reproduksi secara menyeluruh selama kurang lebih 6-8 minggu. Pada fase ini bidan memastikan involusi uteri dalam keadaan normal, tidak ada perdarahan, lokia tidak berbau busuk, tidak demam, ibu cukup mendapatkan makanan dan cairan, serta ibu dapat menyusui dengan baik.

3) Periode *late postpartum* (>1 minggu-6 minggu)

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

4) *Remote puerperium*

Remote puerperium adalah waktu yang diperlukan ibu untuk pulih dan sehat kembali dalam keadaan yang sempurna secara bertahap terutama bila selama hamil atau bersalin memiliki penyulit atau komplikasi.

b. Perubahan Fisiologis Nifas

1) Sistem Reproduksi

a) Uterus

Uterus secara berangsur-angsur menjadi kecil (involusi) sehingga akhirnya kembali seperti sebelum hamil. Setelah persalinan, kondisi tubuh ibu secara anatomi akan mengalami

perubahan, salah satunya adalah kembalinya rahim pada ukuran semula. Proses ini disebut dengan involusi uterus. Ketika involusi berlangsung, pada tempat implantasi plasenta ditemukan banyak pembuluh darah yang terbuka sehingga resiko perdarahan postpartum sangat besar.[43] Bekas luka perlekatan plasenta membutuhkan waktu 8 minggu untuk sembuh sepenuhnya. Selama 1 sampai 2 jam pertama postpartum intensitas kontraksi uterus dapat berkurang dan menjadi teratur.

Tabel 4. Perubahan Bentuk Uterus

Involusi	TFU	Berat uterus (gr)
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000
Plasenta lahir	2 jari bawah pusat	750
1 minggu (7 hari) postpartum	Pertengahan pusat simpisis	500
2 minggu (14 hari) postpartum	Tidak teraba diatas simpisis	350
6 minggu postpartum	Bertambah kecil	50-60
8 minggu postpartum	Normal	30

b) Lochea

Lochea berasal dari bahasa Latin, yang digunakan untuk menggambarkan perdarahan pervaginam setelah persalinan. Lochea adalah cairan secret yang berasal dari cavum uteri dan vagina dalam masa nifas.

Tabel 5. Jenis-jenis Lochea

Jenis Lochea	Waktu	Warna	Ciri-ciri
Rubra (cruenta)	1-3 hari	Merah	Berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, verniks kaseosa, lanugo dan meconium

Sanguinolenta	3-7 hari	Merah kekuningan	Berisi darah dan lendir
Serosa	7-14 hari	Merah jambu kemudian kuning	Cairan serum, jaringan desidua, leukosit, dan eritrosit
Alba	2-6 minggu	Putih	Cairan berwarna putih seperti krim terdiri dari leukosit dan sel-sel desidua

Selain lochea diatas, ada jenis lochea yang tidak normal yaitu:

(1) Lochea purulenta, terjadi karena adanya infeksi. Biasanya ditandai dengan keluar cairan seperti nanah berbau busuk.
(2) Locheastasis, lochea yang pengeluarannya tidak lancar

c) Serviks

Segera setelah melahirkan, serviks menjadi lembek, kendur, terkulai dan berbentuk seperti corong. Hal ini disebabkan korpus uteri berkontraksi, sedangkan serviks tidak berkontraksi, sehingga perbatasan antara korpus dan serviks uteri berbentuk cincin. Warna serviks merah kehitam-hitaman karena penuh pembuluh darah. Segera setelah bayi lahir, tangan pemeriksa masih dapat dimasukkan 2-3 jari dan setelah 1 minggu hanya 1 jari saja yang dapat masuk. Namun demikian, selesai involusi, ostium eksternum tidak sama seperti sebelum hamil.[44]

d) Vulva, Vagina dan Perineum

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi, dan dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut, kedua organ ini tetap berada 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.[20] Perubahan pada perineum

postpartum terjadi pada saat perineum mengalami robekan. Robekan jalan lahir dapat terjadi secara spontan ataupun dilakukan episiotomi dengan indikasi tertentu. Meskipun demikian, latihan otot perineum dapat mengembalikan tonus tersebut dan dapat mengencangkan vagina hingga tingkat tertentu. Hal ini dapat dilakukan pada masa nifas dengan latihan atau senam nifas.[45] Robekan perineum umumnya terjadi di garis tengah dan bisa menjadi luas apabila kepala janin melewati pintu bawah panggul dengan ukuran yang lebih besar. Dalam penyembuhan luka memiliki fase-fase pada keluhan yang dirasakan ibu pada hari pertama sampai hari ke-3 ini merupakan fase inflamasi, dimana pada fase ini ibu akan merasakan nyeri pada luka jahitan di perineum, hal ini akan terjadi sampai 4 hari postpartum.[46]

e) Payudara

Pada semua wanita yang telah melahirkan proses laktasi terjadi secara alami. Proses menyusui mempunyai dua mekanisme fisiologis, yaitu produksi susu dan sekresi susu *(let down)*. Selama sembilan bulan kehamilan, jaringan payudara tumbuh menyiapkan fungsinya untuk menyediakan makanan bagi bayi baru lahir. Setelah melahirkan, ketika hormon yang dihasilkan plasenta tidak ada lagi untuk menghambat kelenjar *pituitary* akan mengeluarkan prolaktin (hormon laktogenik). Ketika bayi menghisap puting, reflek saraf merangsang *lobus posterior pituitary* untuk menyekresi hormon oksitosin. Oksitosin merangsang reflek *let down* (mengalirkan), sehingga menyebabkan ejeksi ASI melalui *sinus aktiferus* payudara ke duktus yang terdapat pada puting. Ketika ASI dialirkan karena isapan bayi atau dengan dipompa sel-sel acini terangsang untuk menghasilkan ASI lebih banyak.[42]

2) Tanda-tanda Vital

Perubahan tanda-tanda vital diantaranya, yaitu:[47]

a) Suhu Badan

Satu hari (24 jam) postpartum suhu badan akan naik sedikit (37,5^{o}C-38^{o}C) sebagai akibat kerja keras waktu melahirkan, kehilangan cairan (dehidrasi) dan kelelahan karena adanya bendungan vaskuler dan limfatik. Apabila keadaan normal suhu badan menjadi biasa. Biasanya pada hari ketiga suhu badan naik lagi karena adanya pembentukan ASI, payudara menjadi bengkak, berwarna merah karena banyaknya ASI. Bila suhu tidak turun kemungkinan adanya infeksi endometrium, mastitis, tractus genetalis atau sistem lain.

b) Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa antara 60-80 kali per menit atau 50-70 kali per menit. Sesudah melahirkan biasanya denyut nadi akan lebih cepat. Denyut nadi yang melebihi 100 kali per menit, harus waspada kemungkinan infeksi atau perdarahan postpartum. Frekuensi dan intensitas nadi merupakan tanda vital yang sensitif terhadap adanya perubahan keadaan umum ibu.

c) Tekanan Darah

Tekanan darah meningkat pada persalinan 15 mmHg pada systole dan 10 mmHg pada diastole. Biasanya setelah bersalin tidak berubah (normal), kemungkinan tekanan darah akan rendah setelah ibu melahirkan karena ada perdarahan. Tekanan darah tinggi pada postpartum dapat menandakan terjadinya preeklamsi pada masa postpartum.

d) Pernafasan

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

3) Sistem Kardiovaskuler

Perubahan volume darah bergantung pada beberapa faktor, misalnya kehilangan darah selama melahirkan dan mobilisasi, serta pengeluaran cairan ekstravaskular (edema fisiologis). Kehilangan darah merupakan akibat penurunan volume darah total yang cepat, tetapi terbatas. Setelah itu terjadi perpindahan normal cairan tubuh yang menyebabkan volume darah menurun dengan lambat. Pada minggu ke-3 dan ke-4 setelah bayi lahir, volume darah biasanya menurun sampai mencapai volume darah sebelum hamil.[48] Pada persalinan pervaginam, ibu kehilangan darah sekitar 300-400 cc. Pada persalinan dengan tindakan SC, maka kehilangan darah dapat dua kali lipat. Perubahan pada sistem kardiovaskuler terdiri atas volume darah (*blood volume*) dan hematokrit (*haemoconcentration*). Pada persalinan pervaginam, hematokrit akan naik sedangkan pada persalinan dengan SC, hematokrit cenderung stabil dan kembali normal setelah 4-6 minggu postpartum.[48]

4) Sistem Hematologi

Pada hari pertama postpartum, kadar fibrinogen dan plasma akan sedikit menurun tetapi darah lebih mengental dengan peningkatan viskositas, dan juga terjadi peningkatan faktor pembekuan darah serta terjadi Leukositosis dimana jumlah sel darah putih dapat mencapai 15.000 selama persalinan akan tetap tinggi dalam beberapa hari pertama dari masa postpartum. Jumlah sel darah putih tersebut masih bisa naik lagi sampai 25.000-30.000, terutama pada ibu dengan riwayat persalinan lama. Kadar hemoglobin, hemotokrit, dan eritrosit akan sangat bervariasi pada awal-awal masa postpartum sebagai akibat dari volume placenta dan tingkat volume darah yang berubah-ubah. Semua tingkatan ini akan dipengaruhi oleh status gizi dan hidrasi ibu. Kira-kira selama persalinan normal dan masa postpartum terjadi kehilangan darah sekitar 250-500 ml. penurunan volume dan peningkatan sel darah merah pada kehamilan diasosiasikan dengan peningkatan hematokrit dan hemoglobin pada

hari ke-3 sampai 7 postpartum dan akan kembali normal dalam 4 sampai 5 minggu postpartum.[49]

5) Sistem Pencernaan

Sistem pencernaan selama kehamilan dipengaruhi oleh beberapa hal, diantaranya tingginya kadar progesteron yang dapat mengganggu keseimbangan cairan tubuh, meningkatkan kolestrol darah, dan melambatkan kontraksi otot-otot polos. Pasca melahirkan, kadar progesteron juga mulai menurun. Namun demikian, faal usus memerlukan waktu 3-4 hari untuk kembali normal.[50]

6) Sistem Perkemihan

Fungsi ginjal kembali normal dalam waktu satu bulan setelah wanita melahirkan. Urin dalam jumlah yang besar akan dihasilkan dalam waktu 12–36 jam sesudah melahirkan. Buang air kecil sering sulit selama 24 jam pertama kemungkinan terdapat spasme sfingter dan edema leher buli-buli ureter, karena bagian ini mengalami kompresi antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan. Urin dalam jumlah yang besar akan dihasilkan dalam waktu 12–36 jam sesudah melahirkan. Setelah plasenta dilahirkan, kadar hormon estrogen yang bersifat menahan air akan mengalami penurunan yang mencolok. Keadaan ini menyebabkan diuresis. Ureter yang berdilatasi akan kembali normal dalam tempo 6 minggu. Diuresis dapat terjadi setelah 2-3 hari postpartum.[50]

7) Sistem Muskuloskeletal

Ligamen, fasia, dan diafragma pelvis yang meregang pada waktu persalinan, setelah bayi lahir, secara berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali sehingga tidak jarang uterus jatuh ke belakang dan menjadi retrofleksi, karena ligamen rotundum menjadi kendor. Stabilisasi secara sempurna terjadi pada 6-8 minggu setelah persalinan. Sebagai akibat putusnya serat-serat elastik kulit dan distensi yang berlangsung lama akibat besarnya uterus pada saat hamil, dinding abdomen masih lunak dan kendur untuk sementara

waktu. Pemulihan kembali jaringan-jaringan penunjang alat genitalia, serta otot-otot dinding perut dan dasar panggul, dibantu dengan latihan atau senam nifas, bisa dilakukan sejak 2 hari postpartum.[49]

8) Sistem Endokrin

a) Oksitosin

Oksitosin disekresikan dari kelenjar hipofisis posterior. Pada tahap kala III persalinan, hormon oksitosin berperan dalam pelepasan plasenta dan mempertahankan kontraksi, sehingga mencegah perdarahan. Isapan bayi dapat merangsang produksi ASI dan meningkatkan sekresi oksitosin, sehingga dapat membantu uterus kembali ke bentuk normal.

b) Prolaktin

Menurunnya kadar estrogen menimbulkan terangsangnya kelenjar hipofisis posterior untuk mengeluarkan prolaktin. Hormon ini berperan dalam pembesaran payudara untuk merangsang produksi ASI. Pada ibu yang menyusui bayinya, kadar prolaktin tetap tinggi sehingga memberikan umpan balik negatif, yaitu pematangan folikel dalam ovarium yang ditekan. Pada wanita yang tidak menyusui tingkat sirkulasi prolaktin menurun dalam 14 sampai 21 hari setelah persalinan, sehingga merangsang kelenjar gonad pada otak yang mengontrol ovarium untuk memproduksi estrogen dan progesteron yang normal, pertumbuhan folikel, maka terjadilah ovulasi dan menstruasi.

c) Estrogen dan progesterone

Selama hamil volume darah normal meningkat, diperkirakan bahwa tingkat kenaikan hormon estrogen yang tinggi memperbesar hormon antidiuretik yang meningkatkan volume darah. Disamping itu, progesteron mempengaruhi otot halus yang mengurangi perangsangan dan peningkatan pembuluh darah yang sangat mempengaruhi saluran kemih, ginjal, usus, dinding vena, dasar panggul, perineum dan vulva, serta vagina.

d) Hormon plasenta

Human Chorionic Gonadotropin (HCG) menurun dengan cepat setelah persalinan dan menetap sampai 10% dalam 3 jam-hari ke 7 postpartum. Enzim insulinasi berlawanan efek diabetogenik pada saat enurunan hormon *Human Placenta Lactogen* (HPL), estrogen dan kortisol, serta placenta kehamilan, sehingga pada masa postpartum kadar gula darah menurun secara yang bermakna. Kadar estrogen dan progesteron juga menurun secara bermakna setelah plasenta lahir, kadar terendahnya dicapai kira-kira satu minggu postpartum. Penurunan kadar estrogen berkaitan dengan dieresis ekstraseluler berlebih yang terakumulasi selama masa hamil. Pada wanita yang tidak menyusui, kadar estrogen mulai meningkat pada minggu ke 2 setelah melahirkan dan lebih tinggi dari ibu yang menyusui pada postpartum hari ke 17.

e) Hormon hipofisis dan fungsi ovarium

Waktu mulainya ovulasi dan menstruasi pada ibu menyusui dan tidak menyusui berbeda. Kadar prolaktin serum yang tinggi pada wanita menyusui berperan dalam menekan ovulasi karena kadar hormon FSH terbukti sama pada ibu menyusui dan tidak menyusui, di simpulkan bahwa ovarium tidak berespon terhadap stimulasi FSH ketika kadar prolaktin meningkat. Kadar prolaktin meningkat secara pogresif sepanjang masa hamil. Pada ibu menyusui kadar prolaktin tetap meningkat sampai minggu ke 6 setelah melahirkan. Kadar prolaktin serum dipengaruhi oleh intensitas menyusui, durasi menyusui dan seberapa banyak makanan tambahan yang diberikan pada bayi, karena menunjukkan efektifitas menyusui. Untuk ibu yang menyusui dan tidak menyusui akan mempengaruhi lamanya ia mendapatkan menstruasi. Sering kali menstruasi pertama itu bersifat anovulasi yang dikarenakan rendahnya kadar estrogen dan progesteron.

c. Perubahan Psikologis Nifas

Periode kehamilan, persalinan, dan pascanatal merupakan masa terjadinya stress yang hebat, kecemasan, gangguan emosi, dan penyesuian diri. Periode postpartum menyebabkan stress emosional terhadap ibu baru, bahkan lebih menyulitkan bila terjadi perubahan fisik yang hebat. Dalam menjalani adaptasi psikososial menurut Rubin setelah melahirkan, ibu akan melalui fase-fase sebagai berikut:[51]

1) Masa *Taking In*

   Masa ini terjadi 1-3 hari pasca-persalinan, ibu yang baru melahirkan akan bersikap pasif dan sangat tergantung pada dirinya (trauma), segala energinya difokuskan pada kekhawatiran tentang badannya. Dia akan bercerita tentang persalinannya secara berulang-ulang.

2) Masa *Taking On*

   Masa ini terjadi 3-10 hari pasca-persalinan, ibu menjadi khawatir tentang kemampuannya merawat bayi dan menerima tanggung jawabnya sebagai ibu dalam merawat bayi semakin besar. Perasaan yang sangat sensitive sehingga mudah tersinggung jika komunikasinya kurang hati-hati.

3) Masa *Letting Go*

   Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu mengambil langsung tanggung jawab dalam merawat bayinya, dia harus menyesuaikan diri dengan tuntutan ketergantungan bayinya dan terhadap interaksi social. Ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan. Keinginan untuk merawat diri dan bayinya meningkat pada fase ini.

d. Asuhan Masa Nifas

Asuhan ibu masa nifas adalah asuhan yang diberikan kepada ibu segera setelah kelahiran sampai 6 minggu setelah kelahiran. Tujuan dari masa nifas adalah untuk memberikan asuhan yang adekuat dan terstandar pada ibu segera setelah melahirkan dengan memperhatikan riwayat selama kehanilan, dalam persalinan dan keadaan segera setelah

melahirkan. Adapun hasil yang diharapkan adalah terlaksanakanya asuhan segera atau rutin pada ibu postpartum termasuk melakukan pengkajian, membuat diagnose, mengidentifikasi masalah dan kebutuhan ibu, mengidentifikasi diagnose dan masalah potensial, tindakan segera serta merencanakan asuhan.[42] Adapun jadwal kunjungan pada masa nifas adalah sebagai berikut:[52]

1) Kunjungan I (6 -8 jam *postpartum*)
   a) Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri
   b) Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, rujuk bila perdarahan berlanjut.
   c) Memberikan konseling pada ibu dan keluarga tentang cara mencegah perdarahan yang disebabkan atonia uteri.
   d) Pemberian ASI awal.
   e) Mengajarkan cara mempererat hubungan antara ibu dan bayi baru lahir.
   f) Menjaga bayi tetap sehat melalui pencegahan hipotermi.
2) Kunjungan II (6 hari *postpartum*)
   a) Memastikan involusi uterus berjalan normal: uterus berkontraksi dengan baik, tinggi fundus uteri dibawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal.
   b) Menilai adanya tanda -tanda demam, infeksi dan perdarahan.
   c) Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, ciaran, dan istirahat
   d) Memastikan ibu menyusui dengan baik, dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit
   e) Memberikan konseling tentang perawatan bayi baru lahir.
3) Kunjungan III (2 minggu *postpartum*)

   Asuhan pada 2 minggu *postpartum* sama dengan asuhan yang diberikan pada kunjungan 6 hari *postpartum*.
4) Kunjungan IV (6 minggu *postpartum*)
   a) Menanyakan penyulit-penyulit yang dialami ibu selama masa nifas.

b) Memberikan konseling KB secara dini
c) Menganjurkan/mengajak ibu membawa bayinya ke posyandu atau puskesmas untuk penimbangan dan imunisasi.

e. Penatalaksanaan Nifas
1) Memberitahu ibu hasil pemeriksaan
2) Mengajarkan ibu cara untuk mengurangi ketidaknyamanan yang terjadi pada masa nifas
3) Demonstrasi pada ibu cara menilai kontraksi dan masase uterus
4) Memberitahu ibu tanda bahaya pada masa nifas
5) Bantu ibu melakukan mobilisasi dini secara bertahap
6) Mengingatkan ibu untuk tidak menahan BAK dan BAB
7) Memberi ibu KIE mengenai istirahat
8) Memberi KIE mengenai nutrisi ibu nifas
9) Memberi KIE mengenai personal hygiene
10) Memberi ibu KIE mengenai pentingnya ASI Ekslusif dan teknik menyusui yang benar
11) Jelaskan pada ibu tentang kunjungan berkelanjutan, diskusikan dengan ibu dalam menentukan kunjungan berikutnya.

9. Neonatus

d. Definisi

Neonatus adalah bayi berumur 0 (baru lahir) sampai dengan usia 28 hari. Neonatus dini adalah bayi berusia 0-7 hari. Neonatus lanjut adalah bayi berusia 8-28 hari.[39]

e. Kunjungan Neonatal

Kunjungan neonatal dalah pelayanan kesehatan kepada neonatus sedikitnya 3 kali yaitu Kunjungan neonatal I (KN 1) pada 6 jam sampai dengan 48 jam setelah lahir, Kunjungan neonatal II (KN 2) pada hari ke 3 s/d 7 hari, dan Kunjungan neonatal III (KN 3) pada hari ke 8 – 28 hari. Asuhan bayi baru lahir pada 0 – 6 jam yaitu asuhan bayi baru lahir normal, dilaksanakan segera setelah lahir, dan diletakkan di dekat ibunya dalam ruangan yang sama.[40]

Asuhan bayi baru lahir dengan komplikasi dilaksanakan satu ruangan dengan ibunya atau di ruangan khusus. Pemeriksaan neonatus pada 6 jam sampai 28 hari pada periode ini dapat dilaksanakan di puskesmas/pustu/polindes/poskesdes dan/atau melalui kunjungan rumah oleh tenaga kesehatan. Pemeriksaan neonatus dilaksanakan di dekat ibu, bayi didampingi ibu atau keluarga pada saat diperiksa atau saat diberikan pelayanan kesehatan. Pada setiap kunjungan neonatus dilakukan pemeriksaan antopometri seperti berat badan, panjang badan, lingkar kepala, dan suhu bayi. Bayi yang disusui dapat meningkat berat badannya sedikit kurang 1 ons (100 gram) per hari.[9].

f. Kebutuhan Dasar Neonatus

1) Nutrisi

Pada jam-jam pertama energi didapatkan dari perubahan karbohidrat. Pada hari kedua energy berasal dari pembakaran lemak setelah mendapat susu kurang lebih hari ke-6. Kebutuhan energy bayi pada tahun pertama sangat bervariasi menurut usia dan berat badan. Taksiran kebutuhan selama dua bulan adalah sekitar 120

kkal/kgBB/hari. Secara umum, selama 6 bulan pertama bayi membutuhkan energy sebesar 115-120 kkal/kgBB/hari.[39]

2) Eliminasi

Pengeluaran mekonium biasanya dalam 10 jam pertama dan dalam 4 hari biasanya tinja sudah berbentuk dan berwarna biasa.[39] Feses pertama ini berwarna hijau kehitaman, lengket serta mengandung empedu, asam lemak, lendir dan sel epitel. Sejak hari ketiga hingga ke lima kelahiran, feses mengalami tahap transisi dan menjadi berwarna kuning kecoklatan. Urin pertama dikeluarkan dalam 24 jam pertama dan setelahnya dengan frekuensi yang semakin sering seiring meningkatnya asupan cairan. Urin encer, berwarna kuning dan tidak berbau.[11]

3) Istirahat dan Tidur

Bayi baru lahir tidur 16-18 jam sehari, paling sering blog waktu 45 menit sampai 2 jam. Bayi dapat menangis setidikitnya 5 menit per hari sampai sebanyak-banyaknya 2 jam per hari.

4) Personal Hygiene

Bayi dimandikan ditunda sampai sedikitnya 4-6 jam setelah kelahiran, setelah suhu bayi stabil. Mandi selanjutnya 2-3 kali seminggu. Mandi menggunakan sabun dapat menghilangkan minyak dari kulit bayi, yang sangat rentan untuk mongering. Pencucian rambut hanya perlu dilakukan sekali atau dua kali dalam seminggu. Pemakaian popok harus dilipat sehingga putung tali pusat terbuka ke udara, yang mencegah urin dan feses membasahi tali pusat. Popok harus diganti beberapa kali sehari ketika basah.

5) Aktifitas

Bayi normal melakukan gerakan-gerakan tangan dan kaki yang simetris pada waktu bangun. Adanya tremor pada bibir , kaki dan tangan pada waku menangis adalah normal, tetapi bila hal ini terjadi pada waktu tidur, kemungkinan gejala kelainan yang perlu dilakukan pemeriksaan lebih lanju.[11] Bayi dapat menangis sedikitnya 5 menit per

hari sampai sebanyak-banyaknya 2 jam per hari, bergantung pada temperamen individu. Alasan paling umum untuk menangis adalah lapar, ketidaknyamanan karena popok basah, suhu ekstrim, dan stimulasi berlebihan.

6) Psikososial

Kontak kulit dengan kulit juga membuat bayi lebih tenang sehingga didapat pola tidur yang lebih baik. Bayi baru lahir waspada dan sadar terhadap lingkungannya saat ia terbangun. Jauh dari pasif, bayi bereaksi terhadap rangsang ddan mulai pada usia yang sangat dini untuk mengumpulkan informasi tentang lingkungannya.[40]

9. Keluarga Berencana (KB)

a. Definisi Keluarga Berencana

Keluarga Berencana adalah upaya mengatur kelahiran anak, jarak dan umur ideal melahirkan, mengatur kehamilan, melalui promosi, perlindungan, dan bantuan sesuai dengan hak reproduksi untuk mewujudkan keluarga yang berkualitas.[53] Pelayanan KB merupakan salah satu strategi untuk mendukung percepatan penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) melalui mengatur waktu, jarak dan jumlah kehamilan, kemudian untuk mencegah atau memperkecil kemungkinan seorang perempuan hamil mengalami komplikasi yang membahayakan jiwa atau janin selama kehamilan, persalinan dan nifas, dan mencegah atau memperkecil terjadinya kematian pada seorang perempuan yang mengalami komplikasi selama kehamilan, persalinan dan nifas.[54]

b. Tujuan Keluarga Berencana

Menurut Peraturan Pemerintah Republik Indonesia nomor 87 tahun 2014 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pengembangan Keluarga, Keluarga Berencana, dan Sistem Informasi Keluarga, kebijakan KB bertujuan untuk:

1) Mengatur kehamilan yang diinginkan
2) Menjaga kesehatan dan menurunkan angka kematian ibu dan bayi

3) Meningkatkan akses dan kualitas informasi, pendidikan, konseling, dan pelayanan KB dan kesehatan reproduksi
4) Meningkatkan partisipasi dan kesertaan pria dalam praktik KB
5) Mempromosikan penyusuan bayi sebagai upaya untuk menjarangkan jarak kehamilan.

c. Sasaran Keluarga Berencana

Sasaran Keluarga Berencana dibagi menjadi dua yaitu sasaran secara langsung dan sasaran tidak langsung. Adapun sasaran secara langsung adalah Pasangan Usia Subur (PUS) yang wanitanya berusia antara 15-49 tahun, bertujuan untuk menurunkan tingkat kelahiran dengan cara penggunaan kontrasepsi secara berkelanjutan. Sedangkan untuk sasaran tidak langsungnya adalah pelaksana dan pengelola KB, dengan tujuan menurunkan tingkat kelahiran hidup melalui pendekatan kebijaksanaan kependudukan terpadu dalam rangka mencapai keluarga yang berkualitas, keluarga sejahtera.[54]

Sedangkan sasaran strategis BKKBN tahun 2015-2019 yang tertera pada Renstra BKKBN 2015-2019 adalah sebagai berikut:[55]

a. Menurunnya Laju Pertumbuhan Penduduk (LPP)
b. Menurunnya angka kelahiran total (TFR) per WUS (15-49 tahun)
c. Meningkatnya pemakaian kontrasepsi (CPR)
d. Menurunnya unmet need
e. Menurunnya angka kelahiran pada remaja usia 15-19 tahun (ASFR 15–19 tahun)
f. Menurunnya kehamilan yang tidak diinginkan dari WUS (15-49 tahun)

d. Definisi Kontrasepsi

Kontrasepsi berasal dari kata kontra dan konsepsi. Kontra yang berarti "melawan" atau mencegah", sedangkan konsepsi adalah pertemuan antara sel telur yang matang dengan sperma yang menakibatkan kehamilan. Jadi kontrasepsi adalah menghindari atau

mencegah terjadinya kehamilan akibat adanya pertemuan antara sel telur.[56]

e. Prinsip Kerja Kontrasepsi

Cara kerja kontrasepsi pada dasarnya adalah meniadakan pertemuan antara sel telur (ovum) dengan sel mani (sperma). Ada tiga cara untuk mencapai tujuan tersebut diantaranya adalah menekan keluarnya sel telur (ovulasi), menahan masuknya sperma ke dalam saluran kelamin wanita sampai mencapai ovum dan yang ketiga adalah menghalangi nidasi.[57]

f. Macam-macam Metode Kontrasepsi

1) Metode Tradisional

Metode yang sudah lama digunakan akan tetapi memiliki tingkat keberhasilan yang rendah. Metode tradisional ini antara lain penggunaan semprot vagina, sengggama terputus dan penggunaan agens pembersih vagina.

2) Metode Kontrasepsi Sederhana

Metode kontrasepsi sederhana terdiri dari 2 yaitu metode kontrasepsi sederhana tanpa alat dan metode kontrasepsi dengan alat. Metode kontrasepsi tanpa alat antara lain: Metode Amenorhoe Laktasi (MAL), Couitus Interuptus, Metode Kalender, Metode Lendir Serviks, Metode Suhu Basal Badan, dan Simptotermal yaitu perpaduan antara suhu basal dan lendir servik. Sedangkan metode kontrasepsi sederhana dengan alat yaitu kondom, diafragma, cup serviks dan spermisida.[58]

3) Metode kontrasepsi Hormonal

Metode kontrasepsi hormonal pada dasarnya dibagi menjadi 2 yaitu kombinasi (mengandung hormone progesteron dan estrogen sintetik) dan yang hanya berisi progesteron saja. Kontrasepsi hormonal kombinasi terdapat pada pil dan suntikan/injeksi. Sedangkan kontrasepsi hormon yang berisi progesteron terdapat pada pil, suntik dan implant.[58]

4) Metode Kontrasepsi dengan Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

Metode kontrasepsi ini secara garis besar dibagi menjadi 2 yaitu AKDR yang mengandung hormon sintetik (sintetik progesteron) dan yang tidak mengandung hormone. AKDR yang mengandung hormon Progesterone atau Leuonorgestrel yaitu Progestasert (Alza-T dengan daya kerja 1 tahun, LNG-20 mengandung Leuonorgestrel.[58]

5) Metode Kontrasepsi Mantap

a) Kontrasepsi mantap pada wanita

Penyinaran, penyumbatan tuba fallopii secara mekanis dan penyumbatan tuba fallopii secara kimiawi, serta Medis Operatif Wanita (MOW). MOW sering dikenal dengan tubektomi karena prinsip metode ini adalah memotong atau mengikat saluran tuba/tuba falopii sehingga mencegah pertemuan antara ovum dan sperma.

b) Kontrasepsi mantap pada pria

Medis Operatif Pria (MOP) atau vasektomi yaitu penyumbatan vas deferens secara mekanis dan penyumbatan vas deferens secara kimiawi sehingga cairan sperma tidak dapat keluar atau ejakulasi.[58,56]

g. Fase dalam Penggunaan Kontrasepsi pada Program Keluarga Berencana

1) Fase menunda/mencegah kehamilan

Pada PUS dengan istri umur kurang dari 20 tahun dianjurkan untuk menunda kehamilannya karena berbagai alasan. Untuk itu perlu penggunaan kontrasepsi untuk mencegah adanya kehamilan yang tidak direncanakan. Adapun syarat alat kontrasepsi yang diperlukan untuk fase ini adalah reversibilitas yang tinggi, artinya kembalinya kesuburan dapat terjamin hampir 100%, karena pada masa ini akseptor belum mempunyai anak; efektivitas yang tinggi, karena kegagalan akan menyebabkan terjadinya kehamilan dengan risiko tinggi dan kegagalan ini merupakan kegagalan program. Alat

kontrasepsi yang direkomendasikan pada fase ini berturut-turut adalah pil, IUD mini, dan kontrasepsi sederhana.[53]

2) Fase menjarangkan kehamilan

Periode umur istri antara 20-35 tahun merupakan periode umur paling baik untuk melahirkan dengan jumlah anak 2 orang dan jarak kelahiran adalah 2-4 tahun. Adapun ciri-ciri kontrasepsi yang sesuai pada fase ini adalah efektivitas cukup tinggi; reversibilitas cukup tinggi karena akseptor masih mengharapkan punya anak lagi; dapat dipakai 2-4 tahun yaitu sesuai dengan jarak kehamilan yang disarankan; tidak menghambat ASI, karena ASI merupakan makanan terbaik untuk anak sampai umur 2 tahun dan akan mempengaruhi angka kesakitan serta kematian anak. Alat kontrasepsi yang direkomendasikan pada fase ini berturut-turut adalah IUD, suntik, pil, implant, dan kontrasepsi sederhana.[53]

3) Fase menghentikan/mengakhiri kehamilan

Periode istri berumur lebih dari 35 tahun sangat dianjurkan untuk mengakhiri kesuburan setelah mempunyai anak lebih dari 2 orang dengan alasan medis yaitu akan timbul berbagai komplikasi pada masa kehamilan maupun persalinannya. Adapun syarat kontrasepsi yang disarankan digunakan pada fase ini adalah efektivitas sangat tinggi karena kegagalan menyebabkan terjadinya kehamilan dengan risiko tinggi bagi ibu maupun bayi, terlebih lagi akseptor tidak mengharapkan punya anak lagi; dapat dipakai untuk jangka panjanag; tidak menambah kelainan yang sudah/mungkin ada karena pada masa 14 umur ini risiko terjadi kelainan seperti penyakit jantung, hipertensi, keganasan dan metabolik meningkat. Alat kontrasepsi yang direkomendasikan pada fase ini berturut-turut adalah kontrasepsi mantap, IUD, implant, suntikan, sederhana, dan pil.[53]

BAB III
PEMBAHASAN

A. Asuhan Kebidanan Kehamilan

1. Pengkajian

Asuhan kebidanan berkesinambungan yang diberikan asuhan pada Ny. SA pertama kali dilakukan pada tanggal 6 Juli 2021 di Puskesmas Sedayu I diperoleh data Ny. SA berusia 33 tahun G3P2A0 UK 35^{+2} minggu datang ke puskesmas ingin memeriksakan kehamilannya dengan keluhan punggung sering terasa pegal-pegal. Hal ini sesuai dengan teori Varney yang menyebutkan punggung pegal-pegal merupakan salah satu ketidaknyamanan trimester III terjadi karena berat uterus yang membuat wanita harus menopang saat berjalan sehingga wanita berjalan dengan posisi lordosis.[9] Selain itu ligamen pelvis juga mengalami relaksasi dalam pengaruh relaksin dan esterogen, yang memungkinkan pelvis meningkat kemampuan mengakomodasi bagian presentasi selama kala akhir kehamilan dan persalinan. Simfisis pubis akan melebar dan sendi sakrokoksigeal menjadi longgar, memungkinkan koksigis tergeser. Perubahan ini menyebabkan rasa tidak nyaman di punggung bawah seperti nyeri punggung bawah dan nyeri ligament.[10]

Berdasarkan pengkajian data subjektif, Riwayat menstruasi Ny. SA normal dan siklusnya teratur dan HPHT 1-11-2020 dan HPL 8-8-2021, saat kontak pertama pada tanggal 6 Juli 2021 usia kehamilan Ny. SA adalah 35 minggu 2 hari. Metode Rumus Neagle digunakan untuk menghitung usia kehamilan berdasarkan hari pertama haid terakhir (HPHT) hingga tanggal saat anamnese dilakukan. Rumus Naegele dilakukan dengan asumsi bahwa siklus haid rata-rata adalah 28 hari dengan ovulasi terjadi pada hari ke-14 dan lama kehamilan rata-rata 280 hari dari hari pertama haid terakhir. Usia kehamilan ditentukan dalam satuan minggu. Selain umur kehamilan, dengan rumus Neagle dapat diperkirakan pula hari perkiraan persalinan/lahir (HPL). Berdasarkan

perhitungan menggunakan rumus neagle telah sesuai bahwa umur kehamilan saat ini adalah 35 minggu 2 hari dan HPL tanggal 13 Agustus 2021.[59]

Berdasarkan hasil pemeriksaan keadaan ibu baik yaitu TD 121/76 mmHG, N: 83 x/menit, R: 19 x/menit, S: 36,6^{o} C. TB : 159 cm, LLA: 27,4 cm, BB sebelum hamil 62 kg, BB sekarang 73,1 kg, IMT: 24,5 kg/m^{2}. berdasarkan penghitugan IMT, Ny. SA memiliki status gizi yang normal. Indeks massa tubuh (IMT) merupakan tolak ukur sederhana untuk memantau status gizi orang dewasa khususnya yang berkaitan dengan kelebihan dan kekurangan berat badan. Ibu yang berat badannya kurang akan berisiko melahirkan bayi yang BBLR dan prematur.[60] Pengukuran antropometri LILA merupakan indikator lemak subkutan dan otot sehingga dapat digunakan untuk mengetahui cadangan protein di dalam tubuh. Ukuran LILA dapat digunakan sebagai indikator Protein Energy Malnutrition (PEM) pada anak-anak serta mengetahui risiko Kekurangan Energi Kronis (KEK) pada wanita usia subur. Apabila status gizi ibu yang diukur berdasarkan LILA memperoleh hasil <23,5 cm maka dikategorikan mengalami KEK. Ibu yang tergolong KEK mengalami kekurangan energi dalam waktu yang lama, bahkan sejak sebelum masa kehamilan. Status gizi ibu hamil sangat mempengaruhi pertumbuhan janin dalam kandungan. Apabila status gizi buruk, baik sebelum kehamilan maupun selama kehamilan akan menyebabkan terganggunya pertumbuhan pada janin, menyebabkan terhambatnya pertumbuhan otak janin, anemia pada bayi baru lahir, bayi baru lahir mudah infeksi, abortus dan sebagainya sehingga memiliki risiko melahirkan bayi dengan BBLR.[61]

Pada tanggal 27 Juli 2021 ibu kembali datang untuk kunjungan ulang, usia kehamilan ibu sekarang 38 minggu 2 hari. Ibu mengatakan 2 hari ini bagian bawah perut dekat kemaluan terasa pegal dan kadang disertai nyeri sampai punggung. Menjelang minggu ke-36 lebih, pada ibu hamil terjadi penurunan fundus uteri karena kepala bayi sudah masuk pintu atas panggul yang disebabkan oleh kontraksi Broxton Hiks, ketegangan

dinding perut, ketegangan ligamentum Rotundum, dan gaya berat janin dimana kepala ke arah bawah. Masuknya bayi ke pintu atas panggul menyebabkan ibu merasakan ringan di bagian atas, dan rasa sesaknya berkurang, bagian bawah perut ibu terasa penuh dan mengganjal (ibu hamil sering mengartikan dengan pegal-pegal), terjadi kesulitan saat berjalan, dan sering kencing.[16] Pada kehamilan timbul rasa nyeri pinggang bawah akibat pengaruh hormone yang menimbulkan gangguan pada substansi dasar bagian penyangga dan jaringan penghubung sehingga mengakibatkan menurunnya elastisitas dan fleksibilitas otot. Selain itu juga disebabkan oleh factor mekanika yang mempengaruhi kelengkungan tulang belakang oleh perubahan sikap statis dan penambahan beban pada saat ibu hamil dan juga terjadi perpindahan pusat gravitasi berat tubuh dikarenakan membesarnya uterus.

Pada kehamilan, akan terjadi perubahan pelvis menjadi sedikit berputar kedepan karena pengaruh hormonal dan kelemahan ligament. Pada keadaan hiperekstensi tulang belakang terjadi pergesekan antara kedua facet dan menjadikan tumpuan berat badan, sehingga permukaan sendi tertekan, keadaan ini akan menimbulkan rasa nyeri. Kadang-kadang dapat mengiritasi saraf ischiadicus. Dan apabila terjadi penyempitan pada bantalan tulang belakang, nyeri akan bertambah hebat. Keadaan ini akan menimbulkan ketidakseimbangan antara otot perut dan otot punggung.[62]

2. Analisa

Berdasarkan pengkajian data subjektif dan objektif dapat ditegakkan diagnose bahwa Ny. SA usia 33 tahun G3P2A0Ah2 usia kehamilan 38 minggu 2 hari kehamilan normal.

3. Penatalaksanaan

Memberikan KIE kepada ibu tentang ketidaknyamanan pada trimester III yaitu sesak napas, perut kenceng dan sering kencing. Sesak napas pada ibu hamil trimester III disebabkan karena rahim semakin besar yang akan mendesak diafragma keatas sehingga ibu hamil mengalami kesulitan bernapas, untuk perut terasa kenceng merupakan kontraksi palsu

yang muncul dengan ciri yaitu kenceng-kenceng ringan, pendek, tidak menentu jumlahnya dalam 10 menit dan hilang saat digunakan untuk istirahat, dan sering kencing yang dialami ibu hamil pada trimester III terjadi karena kandung kemih tertekan oleh janin yang semakin mengalami penurunan.[63]

Menjelaskan pada ibu bahwa pegal pada pinggang yang dirasakan ibu juga merupakan salah satu ketidaknyamanan yang normal terjadi pada ibu hamil di trimester III hal tersebut terjadi karena kandungan ibu yang semakin besar dan sehingga membuat ibu harus menopang saat berjalan.[10] Hal ini sesuai dengan teori Varney yang menyebutkan punggung pegal-pegal merupakan salah satu ketidaknyamanan trimester III terjadi karena berat uterus yang membuat wanita harus menopang saat berjalan sehingga wanita berjalan dengan posisi lordosis.[9]

Menjelaskan pada ibu bahwa pegal pada area dekat kemaluan yang dirasakan ibu merupakan salah satu ketidaknyamanan yang normal terjadi pada ibu hamil di trimester III hal tersebut terjadi karena bagian kepala janin sudah memasuki pintu atas panggul, untuk mengurangi keluhan tersebut bisa dengan sering berolahraga ringan seperti prenatal yoga, menggunakan gym ball, atau hanya berjalan-jalan santai. Istirahat yang cukup, apabila terlalu mengganggu makan ibu bisa kompres hangat bagian yang tidak nyaman tersebut. penurunan.[63]

Menjelaskan pada ibu tentang tanda bahaya kehamilan trimester III agar sedini mungkin mendeteksi masalah atau komplikasi baik pada ibu maupun janin. Tanda bahaya kehamilan trimester III meliputi: penglihatan kabur, nyeri kepala hebat, bengkak pada wajah, kaki dan tangan, keluar darah dari jalan lahir, air ketuban keluar sebelum waktunya, pergerakan janin dirasakan kurang dibandingkan sebelumnya. Jika ibu mengalami salah satu atau lebih tanda bahaya yang disebutkan ibu segera menghubungi petugas kesehatan dan datang ke fasilitas kesehatan untuk mendapatkan penangan secepat mungkin.[52]

Menginformasikan kepada ibu tentang persiapan persalinan meliputi rencana untuk memilih tempat persalinan, memilih tenaga kesehatan yang akan menolong ibu saat persalinan di fasilitas kesehatan, siapa yang akan menemani ibu saat persalinan, persiapan dana yaitu dana tabungan atau dana cadangan untuk biaya persalinan, menyiapkan calon pendonor yang memiliki golongan darah sama dengan ibu, menyiapkan kendaraan untuk mengantar ibu ke fasilitas kesehatan ketika terdapat tanda-tanda persalinan, menyiapkan keperluan ibu dan bayi saat persalinan seperti pakian ibu, pakian bayi, dan pembalut untuk ibu, serta KTP dan kartu jaminan kesehatan.

Memberikan KIE kepada Ny. SA tentang tanda-tanda persalinan yaitu kenceng-kenceng sering dan teratur. Kenceng-kenceng persalinan tidak akan berkurang dengan istirahat. Keluar lendir darah atau air ketuban dari jalan lahir. Hal ini juga sesuai dengan teori yang menyebutkan bahwa tanda-tanda persalinan meliputi terjadinya his yang menimbulkan pembukaan serviks. Lendir disekresi sebagai hasil proliferasi kelenjar lendir serviks. Keluarnya lendir ini karena timbulnya kontraksi yang membuka mulut rahim menjadi lunak dan membuka. Keluarnya lendir bercampur darah ini berasal dari pembukaan kanalis servikalis, sedangkan terjadinya pengeluaran darah disebabkan oleh robeknya pembuluh darah ketika serviks membuka.[64]

B. Asuhan Kebidanan Persalinan

1. Pengkajian

Pengkajian dilakukan melalui *whatsapp,* ibu mengatakan kenceng-kenceng dirasakan sejak semalam tanggal 9/8/2021 pukul 23.00 WIB, dan mulai teratur setiap 1 jam sejak 10/8/201 pukul 05.00 WIB. Pengeluaran lendir darah pada pukul 08.40 WIB. Kontraksi dirasakan semakin sering dan semakin lama setiap 15 menit sekali pada pukul 17.00 WIB. Tanda-tanda pasti dari persalinan adalah adanya kontraksi uterus yang biasa disebut his persalinan/his pembukaan yang memiliki sifat nyeri melingkar dari punggung memancar ke perut bagian depan, pinggang terasa sakit dan

menjalar kedepan, sifatnya teratur, inerval makin lama makin pendek dan kekuatannya makin besar, mempunyai pengaruh pada pendataran dan atau pembukaan serviks, makin beraktifitas ibu akan menambah kekuatan kontraksi, serta kontraksi yang terjadi dapat menyebabkan pendataran, penipisan dan pembukaan serviks.[65]

Selain itu, tanda pasti persalinan yang lain adalah pengeluaran lendir disertai darah melalui vagina (*bloody show*). Dengan adanya his pembukaan, terjadi perubahan pada serviks yang menimbulkan pendataran dan pembukaan, lendir yang terdapat di kanalis servikalis terlepas dan kapiler pembuluh darah pecah yang menjadikan perdarahan sedikit.[65] Lendir darah yang keluar melalui jalan lahir merupakan hasil proliferasi kelenjar lendir serviks pada awal kehamilan. Lendir ini menjadi pelindung dan menutup jalan lahir selama kehamilan. Pengeluaran plak inilah yang dimaksud sebagai bloody show. Blody show paling sering terlihat sebagai rabas lendir bercampur darah yang lengket dan harus dibedakan dengan cermat dari perdarahan murni. Ketika melihat rabas tersebut, wanita seringkali berfikir bahwa ia melihat tanda persalinan. Kadang-kadang seluruh plak lendir dikeluarkan dalam bentuk masa. Blody show merupakan tanda persalinan yang akan terjadi, biasanya dalam 24 sampai 48 jam.[66]

Ibu datang ke Puskemas Sedayu I pada pukul 20.40 WIB kemudian dilakukan pemeriksaan swab antigen dengan hasil positif namun tanpa gejala dengan pembukaan 2cm, dan dilakukan rujukan ke RS Panembahan Senopati Bantul menggunakan ambulan desa dengan didampingi satgas COVID-19. Skrining Universal untuk Covid-19 pada semua ibu hamil yang akan melahirkan perlu dilakukan secara rutin. Hal ini berdasar temuan pada studi di New York, dari 215 ibu yang melahirkan, 15.3% (33 kasus) yang positif, dengan mayoritas kasus yang positif tersebut (88%) tanpa gejala (2). Idealnya semua ibu hamil yang akan melahirkan dilakukan pemeriksaan Reverse Transcription Polymerase Chain Reaction test (RT-PCR) yang didapat melalui swab nasopharing dan oropharing

sehingga bisa dilakukan penegakan diagnosis pasti ("Universal testing dengan Swab RT-PCR").

Namun jika di fasilitas kesehatan tersebut tidak memiliki kemampuan untuk melakukan hal ini, dapat dilakukan skrining terlebih dahulu dengan metode lain.[67] Dari hasil skrining pasien dapat dikategorikan sebagai kasus non covid, suspek atau konfirmasi, Pasien suspect harus diperlakukan sebagai pasien Covid-19 positif sebelum ada hasil pemeriksaan PCR yang menyatakan sebaliknya, maka penatalaksanaan selanjutnya yaitu melakukan rujukan ke RS rujukan COVID-19 atau RS mampu PONEK.[68]

Pada pukul 23.00 WIB ibu sampai di RSPS, pemeriksaan dilakukan sesuai prosedur COVID-19. Kondisi ibu dan janin terpantau baik, pembukaan 2 cm. Dilakukan pemantauan sampai tgl 11/8/2021 pada pukul 11.00 pembukaan lengkap. Bayi lahir spontan pada pukul 11.30 berjenis kelamin laki-laki. Pasien suspect harus diperlakukan sebagai pasien Covid-19 positif sebelum ada hasil pemeriksaan PCR yang menyatakan sebaliknya. Sehingga perawatannya di ruang isolasi dan jika diperlukan penatalaksanaan persalinan yang tidak dapat ditunda, maka dilakukan penatalaksanaan persalinan sesuai dengan tatalaksana persalinan Covid-19. Pasien suspect perlu dimasukkan di ruang isolasi/ruang khusus di IGD/UGD untuk mencegah penularan kepada pasien maupun tenaga kesehatan sambil menunggu pemeriksaan diagnostik lanjutan. Upayakan untuk mempersingkat waktu pasien berada di ruang publik di IGD/UGD.[67]

2. Analisa

   Ny.SA usia 33 tahun G3P2A0Ah2 usia kehamilan 40^{+2} minggu dengan persalinan normal

3. Penatalaksanaan

   Melakukan KIE mengenai pola kontraksi yang baik adalah frekuensi semakin sering dan kontraksi semakin lama dan kuat. Menganjurkan ibu untuk segera ke Puskesmas apabila setiap 10 menit kontraksi yang dirasakan 2-3 kali. Tanda-tanda pasti dari persalinan adalah

adanya kontraksi uterus yang biasa disebut his persalinan/his pembukaan yang memiliki sifat nyeri melingkar dari punggung memancar ke perut bagian depan, pinggang terasa sakit dan menjalar kedepan, sifatnya teratur, inerval makin lama makin pendek dan kekuatannya makin besar, mempunyai pengaruh pada pendataran dan atau pembukaan serviks, makin beraktifitas ibu akan menambah kekuatan kontraksi, serta kontraksi yang terjadi dapat menyebabkan pendataran, penipisan dan pembukaan serviks. Selain itu, tanda pasti persalinan yang lain adalah pengeluaran lendir disertai darah melalui vagina (bloody show). Dengan adanya his pembukaan, terjadi perubahan pada serviks yang menimbulkan pendataran dan pembukaan, lendir yang terdapat di kanalis servikalis terlepas dan kapiler pembuluh darah pecah yang menjadikan perdarahan sedikit.[69]

Tetap mendampingi ibu selama proses tanda-tanda persalinan sampai dilakukan rujukan melalui *whatsapp* serta memberikan dukungan kepada ibu untuk tetap kuat dan semangat menghadapi proses persalinan. Melakukan follow up mengenai kondisi Ny.SA selanjutnya.

C. Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir

1. Pengkajian

Bayi Ny. SA usia 1 hari cukup bulan sesuai masa kehamilan lahir secara spontan pada tanggal 11 Agustus 2021 pukul 11.30 WIB berjenis kelamin laki-laki. Air ketuban keruh dan bayi tidak segera menangis, nilai apgar skor dalam buku KIA adalah 5/7. Asfiksia neonatorum adalah keadaan dimana bayi baru lahir tidak dapat bernafas secara spontan dan teratur yang disebabkan oleh hipoksia yang progresif, penimbunan CO2 dan asidosis. Keadaan ini ditandai dengan hipoksemia, hiperkardia, dan asidosis.[70] Setiap bayi baru lahir dievaluasi dengan nilai APGAR untuk menentukan tingkat atau derajat asfiksia, apakah ringan, sedang, atau asfiksia berat dengan klasifikasi sebagai berikut:

a. Asfiksia berat (nilai APGAR 0-3)

Memerlukan resusitasi segera secara aktif, dan pemberian oksigen terkendali. Pada pemeriksaan fisik ditemukan frekuensi jantung 100

kali/menit, tonus otot buruk, sianosis berat, dan terkadang pucat, refleks iritabilitas tidak ada.

b. Asfiksia sedang (nilai APGAR 4-6)

Memerlukan resusitasi dan pemberian oksigen sampai bayi dapat bernapas kembali. Pada pemeriksaan fisik ditemukan frekuensi 3 jantung lebih dari 100 kali/menit, tonus otot kurang baik atau baik, sianosis, refleks iritabilitas tidak ada.

c. Bayi normal atau asfiksia ringan (nilai APGAR 7-10)

Bayi dianggap sehat dan tidak memerlukan tindakan istimewa.

Hampir setiap proses kelahiran selalu menimbulkan asfiksia ringan yang bersifat sementara, proses ini dianggap perlu sebagai perangsang kemoreseptor pusat pernafasan agar terjadi primary gasping yang kemudian berlanjut dengan pernafasan teratur. Pada asfiksia neonatorum seperti ini tidak memiliki efek buruk karena diimbangi dengan reaksi adaptasi pada neonatus. Pada penderita asfiksia berat usaha napas ini tidak tampak dan bayi selanjutnya dalam periode apneu. Apneu atau kegagalan pernafasan mengakibatkan berkurangnya oksigen dan meningkatkan karbondioksida, pada akhirnya mengalami asidosis respiratorik.[71] Menurut penelitian yang dilakukan di Banjarnegara didapatkan hasil bahwa kondisi air ketuban pada ibu yang melahirkan bayi baru lahir dengan asfiksia paling banyak dengan air ketuban bercampur mekonium sejumlah 68,18%.[72] Penelitian lain yang dilakukan oleh Alfiati (2020) menyatakan efek dari mekonium dalam cairan ketuban secara statistik signifikan dalam meningkatkan risiko asfiksia pada bayi baru lahir sebesar 5,16 kali dibandingkan dengan yang bersih (aOR 5,16; 95% CI = 3,73-7,13; p <0,001).[73]

Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan Septiana yang menunjukkan bahwa ada hubungan antara kondisi ketuban bercampur mekonium dengan kejadian asfiksia ada bayi baru lahir. Bayi yang lahir dengan kondisi ketuban yang bercampur mekonium beresiko sebanyak 2,6 kali terjadi asfiksia pada bayi baru lahir dibandingkan bayi yang lahir tidak

dengan ketuban yang bercampur mekonium.[74] Mekonium yang kental merupakan penanda hipoksia pada janin, hipotesis ini ditarik dari anggapan bahwa dalam rahim, hipoksia meningkatkan persitalsis usus dan relaksasi tonus sfingter ani. Aspirasi kemungkinan besar terjadi inutero akibat megap-megap janin yang anoksia. Akibatnya timbul kontroversi mengenai seberapa besar manfaat pengisapan agresif pada jalan nafas atas.[75]

By.Ny.SA Tidak rawat gabung, karena 30 menit setelah kelahiran By.Ny.SA mengalami nafas cepat dan ada tarikan dinding dada sehingga By.Ny.SA dirawat di ruang NICU dan dipasang oksigen. Sesaat setelah dilahirkan disebut sebagai periode pertama reaktivitas. Pada saat ini, pernafasan berlangsung cepat (mencapai frekuensi 80 kali per menit), dan dapat terjadi nafas cuping hidung sementara, retraksi dada, dan grunting. Setelah periode ini, frekuensi pernafasan bayi baru lahir biasanya berkisar antara 30 dan 60 kali per menit tetapi kecepatan dan kedalamannya secara kontinu menjadi tidak teratur. Gerakan nafas berhenti sampai 20 detik juga dapat terjadi. Tetapi, berhenti nafas lebih dari 20 detik dianggap apnea dan merupakan suatu hal yang harus menjadi perhatian.[38]

Takipnea adalah presentasi paling umum pada bayi baru lahir dengan gangguan pernapasan. Kecepatan pernapasan normal adalah 40 hingga 60 pernapasan per menit. Takipnea didefinisikan sebagai tingkat pernapasan lebih dari 60 kali per menit. Tanda-tanda lain mungkin termasuk nasal flaring, grunting, retraksi dada dan sianosis. Retraksi, terbukti dengan penggunaan otot-otot pernafasan di leher, tulang rusuk, sternum, atau perut, terjadi ketika kemampuan paru-paru buruk atau resistensi saluran napas terlalu tinggi.[35]

Gangguan pernafasan pada bayi baru lahir merupakan gejala kompleks yang timbul dari proses penyakit yang menyebabkan kegagalan mempertahankan pertukaran gas. Respiratory Distress of Newborn (RDN) atau gangguan pernafasan pada bayi baru lahir adalah salah satu gangguan yang paling umum ditemui pada bayi baru lahir.[33]

Penyebab umum gangguan pernapasan pada bayi baru lahir adalah takipnea transien pada bayi baru lahir (TTN), sindrom gangguan pernapasan (RDS), sindrom aspirasi mekonium, pneumonia, sepsis, asfiksia lahir, CHD, ensefalopati iskemik hipoksia dan malformasi kongenital.[34]

Sindrom Aspirasi Mekonium biasanya terjadi pada janin cukup bulan atau lewat bulan. Di dalam uterus atau lebih sering pada pernafasan pertama, meconium yang kental teraspirasi ke dalam paru-paru yang mengakibatkan obstruksi jalan nafas sehingga menimbulkan gejala kegawatan pernafasan dalam beberapa jam pertama dengan gejala takipnea, retraksi, mendengkur dan sianosis pada bayi yang terkena gejala berat. Distensi dada yang berlebihan dapat menonjol. Takipnea dapat menetap dalam beberapa hari bahkan beberapa minggu. Rontgen dada bersifat khas ditandai dengan bercak-bercak infiltrat, corak kedua lapang paru kasar, diameter antero posterior tambah dan diafragma mendatar.[35]

Selain itu apabila dikaitkan dengan ibu yang dikonfirmasi *suspeck* covid-19 penelitian yang dilakukan di korea tahun 2020 memberikan hasil empat bayi baru lahir yang lahir dari ibu yang terkena COVID-19 dilaporkan memiliki infeksi Sindrom Pernafasan Akut Parah setelah dilakukan tes Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) yang dikonfirmasi laboratorium dalam waktu 48 jam setelah lahir. Namun, tes Reverse Transcription- Polymerase Chain Reaction dari ASI, plasenta, cairan ketuban, dan darah tali pusat dan sekresi vagina ibu semuanya negatif untuk SARS-CoV-2 dalam kasus yang dilaporkan. Tiga dari 168 (1,8%) neonatus dengan data yang tersedia mengalami asfiksia lahir. Manifestasi klinis yang paling umum termasuk sesak napas (9,6%), gejala gastrointestinal (misalnya, intoleransi makan). ance, muntah) (7,2%), sindrom gangguan pernapasan (RDS, 6,4%), dan demam (4,0%). Pneumonia yang dikonfirmasi secara radiologis ditunjukkan pada 18 dari 68 neonatus (26,5%).[76]

2. Analisa

   Berdasarkan pengkajian data dapat ditegakkan diagnosis By. Ny. P usia 0 jam cukup bulan sesuai masa kehamilan dengan asfiksia

3. Penatalaksanaan

   Penatalaksanaan yang dilakukan di rumah sakit pada By. Ny. SA adalah melakukan penilaian awal untuk menilai apakah bayi mengalami asfiksia atau tidak dilakukan penilaian sepintas setelah seluruh tubuh bayi lahir dengan tiga pertanyaan. Apakah kehamilan cukup bulan, apakah bayi menangis atau bernapas/tidak megap-megap, apakah tonus otot bayi baik/bayi bergerak aktif. Jika ada jawaban "tidak" kemungkinan bayi mengalami asfiksia sehingga harus segera dilakukan resusitasi. Resusitasi pada bayi baru lahir bertujuan untuk memulihkan fungsi pernapasan bayi baru lahir yang mengalami asfiksia.[77]

   Sedangkan penatalakasanaan pada bayi baru lahir dengan gangguan pernafasan sebagai berikut :[38]

   a. Terapi Oksigen

      Tujuan terapi oksigen adalah untuk menyediakan oksigen yang memadai bagi jaringan, mencegah akumulasi asam laktat yang dihasilkan oleh hipoksiaserta pada waktu yang sama menghindari efek negative yang potensial dari hiperoksia dan radikal bebas. Jika bayi tidak membutuhkan ventilasi mekanik, oksigen dapat dipasok menggunakan tudung plastic yang ditempatkan di atas kepala bayi, menggunakan nasal kanul, atau continuous positive airway pressure (CPAP) untuk menyediakan konsentrasi dan kelembapan oksigen yang bervariasi. Ventilasi mekanik (bantuan pernafasan dengan memberikan sejumlah oksigen yang ditentukan melalui tabung endotrakeal) diatur untuk memberikan sejumlah oksigen yang telah ditentukan pada bayi selama nafas spontan dan menyediakan pernafasan mekanik pada saat tidak ada nafas spontan.

   b. Resusitasi Neonatal

Pengkajian bayi yang cepat dapat mengidentifikasi bayi yang tidak membutuhkan resusitasi : bayi lahir cukup bulan tanpa ada bukti meconium atau infeksi pada pada cairan amnion, bernafas atau menangis, dan memiliki tonus otot yang baik. Keputusan untuk melanjutkan langkah tindakan berdasarkan pengkajian pernafasan, denyut jantung dan warna

c. Terapi Penggantian Surfaktan

Surfaktan dapat diberikan sebagai tambahan untuk terapi oksigen dan ventilasi. Pada umumnya, bayi yang lahir sebelum usia kehamilan 32 minggu belum mempunyai surfaktan paru yang cukup adekuat untuk kelangsungan hidup di luar rahim. Penggunaan surfaktan disarankan pada bayi dengan distress pernafasan sesegera mungkin, setelah kelahiran, terutama bayi BBLR, yang belum terpapar steroid antenatal pada ibu hamil. Pemberian steroid antenatal pada ibu hamil dan penggantian surfaktan dapat mengurangi insiden distress pernafasan dan penyakit penyerta.

d. Terapi Tambahan

Terapi tambahan Nitrat hidup (inhaled nitric oxcide-INO), extracorporeal membrane oxygenation (ECMO), dan cairan ventilasi merupakan terapi tambahan yang digunakan pada digunakan bagi bayi matur/cukup bulan dan prematur akhir dengan kondisi seperti hipertensi pulmonal, sindrom aspirasi mekonium, pneumonia, sepsis, dan hernia diafragmatika kongenital untuk mengurangi atau membalikkan hipertensi pulmonal, vasokontstriksi paru, asidosis, serta distres pernapasan dan gagal napas bayi baru lahir. Terapi INO digunakan bersamaan dengan terapi penggantian surfaktan, ventilasi frekuensi tinggi, atau ECMO.

Sedangkan penatalaksanaan yang dilakukan penulis melalui media *whatsapp* yaitu memberikan dukungan pada Ibu untuk tetap kuat dan semangat serta tidak lupa berdoa untuk kebaikan bayinya, mengingatkan ibu untuk tidak terlalu cemas dan harus berfikir positif agar tidak

mempengaruhi pengeluaran ASI dan proses recovery ibu setelah melahirkan, tetap memberikan KIE mengenai pentingnya pemberian ASI ekslusif pada bayi. Menurut penelitian yang dilakukan di Amerika Serikat pada maret 2021 memberikan hasil yaitu pada ibu yang terkonfirmasi positif di dalam ASI nya, mengalir antibodi Imunoglobulin A dan G, mengalir pula Lactalbumin, Lactoferin dll yang secara spesifik merupakan benteng perlawanan terhadap SARS-CoV-2. Inilah yang disebut imunisasi pasif yang alami, yang diberikan ibu penyintas COVID-19 kepada bayinya. Tidak hanya dalam hal kapasitas perlindungan antibodi untuk bayi yang disusui, namun penggunaan antibodi tersebut sebagai terapi COVID-19, mengingat hasil IgA sekretorik sangat stabil tidak hanya dalam susu dan mulut dan usus bayi, tetapi di semua mukosa termasuk saluran pencernaan, saluran napas bagian atas, dan paru-paru.[78]

D. Asuhan Kebidanan pada Masa Nifas

1. Pengkajian

Berdasarkan pengkajian data kunjungan rumah pada tanggal 28 Agustus 2021. Ny. SA usia 33 tahun P3A0 postpartum spontan hari ke-17, mengatakan akhir-akhir ini sering merasa kelelahan karena mulai bekerja tatap muka di sekolah sehingga belum terbiasa membagi waktu dengan adanya bayi, sehingga ibu kurang tidur dan kurang istirahat. Pola istirahat Ny.SA dalam 2 minggu terakhir tidak pernah tidur siang, pada malam hari ibu tidur kurang lebih 5-6 jam. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Ayu Devita Citra Dewi Tentang Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kelancaran Produksi ASI menunjukan bahwa ada hubungan antara pola istirahat terhadap kelancaran produksi ASI dan istirahat yang kurang memiliki risiko 10,5 kali menyebabkan ketidaklancaran produksi ASI daripada istirahat yang cukup. Kebutuhan tidur ibu nifas dalam sehari kurang lebih delapan jam pada malam hari dan satu jam pada siang hari. Pola istirahat dan aktivitas ibu selama nifas yang kurang dapat menyebabkan kelelahan dan berdampak pada produksi ASI. Kondisi ibu yang terlalu letih dan kurang istirahat akan menyebabkan ASI berkurang,

hal yang bisa diantisipasi dengan mengikuti pola tidur bayi, setidaknya ibu bisa terbantu dengan mendapatkan waktu istirahat yang lebih cukup. Selain itu ibu dapat meminta bantuan suami untuk ikut membantu merawat bayi dan melakukan beberapa tugaas rumah tangga.[79]

Pengeluaran ASI lancar dan memberikan ASI tiap 2 jam sekali atau on demand. Air Susu Ibu (ASI) adalah suatu emulsi lemak dalam larutan protein, laktosa dan garam-garam anorganik yang sekresi oleh kelenjar mamae ibu, yang berguna sebagai makanan bagi bayinya. ASI dalam jumlah cukup merupakan makanan terbaik pada bayi dan dapat memenuhi kebutuhan gizi bayi selama 6 bulan pertama. ASI Eksklusif adalah pemberian ASI saja pada bayi sampai usia 6 bulan tanpa tambahan cairan ataupun makanan lain. Menurut Khasanah sebaiknya dalam menyusui bayi tidak dijadwal, sehingga tindakan menyusui bayi dilakukan di setiap saat bayi membutuhkan karena bayi akan menentukan sendiri kebutuhannya. 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 tidak memiliki pola yang teratur dalam menyusui dan akan mempunyai pola tertentu setelah 1 sampai 2 minggu kemudian. Menyusui yang dijadwal akan berakibat kurang baik karena isapan bayi sangat berpengaruh pada rangsangan produksi ASI selanjutnya. Dengan menyusui tanpa jadwal, sesuai kebutuhan bayi akan mencegah timbulnya masalah menyusui.[80]

Ibu mengataan tidak mengalami masalah pada pemenuhan nutrisi, ibu makan 3-4 x/hari dengan nasi, lauk, sayur, dan buah serta minum air putih kurang lebih 1,5 - 2 L per hari. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Ni Kadek Radharisnawati dkk tentang Hubungan Pemenuhan Kebutuhan Gizi Ibu Dengan Kelancaran Air Susu Ibu (ASI) Pada Ibu Menyusui Di Puskesmas Bahu Kota Manado menunjukan bahwa ada hubungan antara pemenuhan kebutuhan gizi ibu dengan kelancaran Air Susu Ibu (ASI) pada ibu menyusui. Kurang lancarnya Air Susu Ibu (ASI) dan tidak terpenuhinya kebutuhan gizi ibu dipicu oleh ketidakseimbangan

makanan yang dikonsumsi ibu dengan Air Susu Ibu (ASI) yang diproduksi. Sehingga ibu menyusui harus memperhatikan dan meningkat kebutuhan gizinya karena dengan gizi yang seimbang akan mendukung pada kelancaran produksi air susu ibu.[81]

Agar produksi air susu ibu lancar, ibu dianjurkan makan sebanyak 6 kali per hari, minum 3 liter air per hari sesuai frekuensi menyusui bayinya karena setelah menyusui ibu akan merasa lapar. Selain itu ibu dianjurkan minum setiap kali menyusui dan mengkonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari. Ibu menyusui dengan gizi yang baik, mampu menyusui bayi minimal 6 bulan. Sebaliknya pada ibu yang gizinya kurang baik tidak mampu menyusui bayinya dalam jangka waktu selama itu, bahkan ada yang air susunya tidak keluar.[79]

Pada hari ke 17 post partum fundus sudah tidak teraba. Hal ini sesuai dengan teori involusi uterus yang menjelaskan bahwa pada hari ke 7 post partum, uterus sudah tidak teraba. Involusi uteri dapat dikatakan sebagai proses kembalinya uterus pada keadaan semula atau keadaan sebelum hamil setelah melahirkan. Perubahan pada uterus terjadi segera setelah persalinan karena kadar estrogen dan progesteron yang menurun yang mengakibatkan proteolisis pada dinding uterus.[82]

Setelah dilakukan follow up pada tanggal 12 September 2021 Ny.SA usia 33 tahun P3A0Ah3 postpasrtum hari ke-32, Ibu mengatakan saat ini tidak ada keluhan, seiring waktu ibu sudah dapat mengatur pola istirahatnya dengan baik, selain itu suami dan anak-anak saling membantu satu sama lain dalam urusan pekerjaan rumah dan merawat bayi.

2. Analisa

Berdasarkan pengkajian data subjektif dan objektif dapat ditegakkan diagnosis bahwa Ny. SA usia 33 tahun P3A0Ah3 Post partum spontan hari ke-17. Masalah yang dialami ibu selama nifas adalah belum dapat mengatur pola istirahat dengan baik sesudah bayi pulang dari Rumah Sakit.

3. Penatalaksanaan

Mengingatkan ibu untuk mengatur pola istirahat dengan baik salah satunya dengan cara istirahat atau tidur saat bayi juga tertidur atau dengan kata lain mengikuti pola aktifitas bayi sehingga ibu tidak merasa kelelahan karena apabila ibu kelelahan dapat mempengaruhi produksi ASI. Kebutuhan tidur ibu nifas dalam sehari kurang lebih delapan jam pada malam hari dan satu jam pada siang hari. Pola istirahat dan aktivitas ibu selama nifas yang kurang dapat menyebabkan kelelahan dan berdampak pada produksi ASI. Kondisi ibu yang terlalu letih dan kurang istirahat akan menyebabkan ASI berkurang, hal yang bisa diantisipasi dengan mengikuti pola tidur bayi, setidaknya ibu bisa terbantu dengan mendapatkan waktu istirahat yang lebih cukup.[79]

Memberikan pengertian kepada suami Ny.SA untuk ikut membantu merawat bayi dan melakukan beberapa tugas rumah tangga agar dapat meringankan aktifitas ibu sehingga ibu tidak merasa kelelahan yang berlebihan. Dukungan yang terpenting adalah peran suami, suami merupakan kepala keluarga sekaligus patner istri dalam mengarungi bahtera rumah tangga mereka. Seorang laki-laki yang menjadi ayah baru dituntut dapat membantu istrinya yang baru saja melewati pengalaman persalinan. Karena salah satu peran suami dalam keluarga adalah menjaga kesehatan istri setelah melahirkan yaitu dengan cara memberikan cinta kasih kepada istrinya agar sang istri merasa diperhatikan, mengantarkan untuk kontrol, menganjurkan untuk makan makanan bergizi, istirahat yang cukup, dan membantu merawat bayi. Terbukti dari beberapa hasil penelitian yang telah dilakukan dukungan keluarga dan suami terhadap masa nifas ibu dapat meningkatkan kesejahteraan fisik, mental dan sosial. Terutama, sebagai aspek yang berada dari kesejahteraan ibu masa nifas.[45]

Memberikan KIE kepada ibu tentang perawatan bayi yaitu dengan menjaga kebersihan bayi dengan mandi 2 kali sehari, menjaga suhu tubuh bayi tetap hangat, tidak memakaikan gurita kepada bayi, memberikan ASI sesering mungkin, selalu mengajak bicara, melakukan kontak mata serta

memberika sentuhan saat menyusui bayi. Ibu mengerti dan akan melakukan anjuran yang diberikan. Perawatan bayi tidak terlepas dari peran serta keluarga. Perawatan bayi yang baik dan benar akan dapat mencegah bayi dari suatu keadaan yang tidak diinginkan dan bisa membuat bayi menjadi bugar dan sehat. Diharapkan bayi akan bisa tumbuh dan berkembang menjadi generasi yang cerdas. Oleh karena itu, perawatan bayi haruslah dimulai sedini mungkin dengan melibatkan keluarga terutama orang yang dekat dengan bayi seperti ibu. Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam perawatan bayi adalah menjaga kebersihan bayi, perawatan tali pusat, menjaga suhu bayi tetap hangat, pemenuhan nutrisi bayi dengan memberikan ASI sesering mungkin, serta memberikan kasih sayang kepada bayi.

E. Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana

1. Pengkajian

Pengkajian pada tanggal 12 September 2021 melalui kunjungan rumah. Ibu mengatakan mengatakan sudah mendiskusikan dengan suami dan ingin menggunakan metode kontrasepsi IUD namun pemasangannya menunggu setelah kondisi kondusif mengingat bayinya belum lama ini pulang dari RS dan masih melakukan kontrol, sehingga untuk saat ini ibu hanya menggunakan kondom sebagai alat kontrasepsi sementara. Saat ini Ny.SA memberikan ASI eksklusif kepada bayinya. Ibu belum mendapatkan haid kembali. Ibu tidak pernah menderita atau sedang menderita penyakit hipertensi, jantung, DM, kanker payudara, tumor payudara, miom. Pada masa nifas bidan telah memberitahu ibu untuk berdiskusi dengan suami mengenai metode KB apa yang akan digunakan setelah masa nifas selesai. Bidan telah memberikan asuhan sesuai dengan kebutuhan ibu khususnya kebutuhan konseling akan alat kontrasepsi pascasalin yang tidak mengganggu produksi ASI. Pemberian konseling mengenai macam-macam alat kontrasepsi pada Ny.SA sudah dilakukan pada masa nifas hari ke-32.

Ny.SA sudah pernah menggunakan AKDR sebelumnya maka penulis mengajak ibu berdiskusi untuk mengingat mengenai efektifitas, keuntungan dan kerugian, serta efek samping yang mungkin timbul. IUD merupakan benda asing dalam Rahim sehingga menyebabkann reaksi peradangan dengan adanya penumpukan leukosit, makrofag dan limfosit. IUD memicu pengeluaran prostaglandin yang mencegah kapasitasi spermatozoa. Endometrium yang dipenuhi oleh leukosit, makrofag dan limfosit mengakibatkan blastokis tidak bisa berimplantasi pada dinding endometrium. Selain menyebabkan rekasi peradangan, ion Cu pada IUD dapat menyebabka ngangguan motilitas spermatozoa sehingga mengurangi kemampuannya untuk melakukan fertilisasi.[3]

Keuntungan dan kerugian menggunakan alat kontrasepsi IUD adalah sebagai berikut :[57]

a. Keuntungan
    1) Sebagai kontrasepsi, efektivitasnya tinggi yaitu >0,6-0,8 kehamilan/1000 perempuan dalam 1 tahun pertama (1 kegagalan dalam 125-170 kehamilan)
    2) AKDR dapat efektif segera setelah pemasangan
    3) Metode kontrasepsi jangka panjang (10 tahun proteksi /dari CuT-380A dan tidak perlu diganti
    4) Sangat efektif karena tidak perlu lagi mengingat-ingat
    5) Tidak mempengaruhi hubungan seksual
    6) Meningkatkan kenyamanan seksual karena ti4kdak perlu takut untuk hamil
    7) Tidak mempunyai efek samping hormonal dengan Cu AKDR (CuT- 380A)
    8) Tidak mempengaruhi kualitas dan volume ASI
    9) Dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesudah abortus (apabila tidak terjadi infeksi)
    10) Dapat digunakan sampai menopouse (1 tahun atau lebih setelah haid terakhir)

11) Tidak ada interaksi dengan obat-obat
12) Membantu mencegah kehamilan ektopik

b. Kerugian
1) Efek samping yang umum terjadi:
2) Perubahan siklus haid (umumnya pada 3 bulan pertama dan akan berkurang setelah 3 bulan pemakaian)
3) Haid lebih lama dan banyak
4) Perdarahan (spotting) antar menstruasi
5) Saat haid lebih sakit

2. Analisa

Ny. SA usia 33 tahun P3A0Ah3 akseptor lama KB kondom

3. Penatalaksanaan

Efektivitas AKDR tergolong tinggi yaitu 99,2 – 99,4% (0,6 – 0,8 kehamilan/100 perempuan dalam 1 tahun pertama). Telah dibuktikan tidak menambah risiko infeksi, perforasi dan perdarahan. Kemampuan penolong meletakkan di fundus amat memperkecil risiko ekspulsi.[83]

Mengingatkan ibu mengenai metode KB IUD, keuntungan dan kerugian, serta efek samping yang mungkin timbul. Keuntungan dan kerugian menggunakan alat kontrasepsi IUD adalah sebagai berikut :[57]

a. Keuntungan
1) Sebagai kontrasepsi, efektivitasnya tinggi yaitu >0,6-0,8 kehamilan/1000 perempuan dalam 1 tahun pertama (1 kegagalan dalam 125-170 kehamilan)
2) AKDR dapat efektif segera setelah pemasangan
3) Metode kontrasepsi jangka panjang (10 tahun proteksi /dari CuT-380A dan tidak perlu diganti
4) Sangat efektif karena tidak perlu lagi mengingat-ingat
5) Tidak mempengaruhi hubungan seksual
6) Meningkatkan kenyamanan seksual karena ti4kdak perlu takut untuk hamil

7) Tidak mempunyai efek samping hormonal dengan Cu AKDR (CuT- 380A)
8) Tidak mempengaruhi kualitas dan volume ASI
9) Dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesudah abortus (apabila tidak terjadi infeksi)
10) Dapat digunakan sampai menopouse (1 tahun atau lebih setelah haid terakhir)
11) Tidak ada interaksi dengan obat-obat
12) Membantu mencegah kehamilan ektopik

b. Kerugian

Efek samping yang umum terjadi:

1) Perubahan siklus haid (umumnya pada 3 bulan pertama dan akan berkurang setelah 3 bulan pemakaian)
2) Haid lebih lama dan banyak
3) Perdarahan (spotting) antar menstruasi
4) Saat haid lebih sakit
5) Merasakan sakit dan kejang selama 3 sampai 5 hari setelah pemasangan.
6) Perdarahan berat pada waktu haid atau diantaranya yang memungkinkan penyebab terjadinya anemia.
7) Penyakit radang panggul dapat terjadi pada wanita dengan IMS jika memakai IUD, penyakit radang panggul dapat memicu terjadinya infertilitas.
8) Sedikit nyeri dan perdarahan (spooting) terjadi segera setelah pemasangan IUD, biasanya menghilang dalam 1-2 hari

Menjelaskan pada Ny.SA mengenai waktu pemasangan IUD yaitu bila pemasangan IUD tidak dilakukan dalam waktu seminggu setelah bersalin, menurut beberapa ahli, sebaiknya IUD ditangguhkan sampai 6 – 8 minggu postpartum oleh karena jika pemasangan IUD dilakukan antara minggu kedua dan minggu keenam setelah melahirkan, bahaya perlukaan atau pengeluaran IUD dari dalam rahim lebih besar.[57]

BAB IV
PENUTUP

A. Kesimpulan

1. Berdasarkan hasil pengkajian data subjektif dan objektif, diperoleh suatu diagnosa Ny. SA usia 33 tahun $G_3P_2Ab_0Ah_2$ usia kehamilan 38^{+2} minggu dengan kehamilan normal. Ny. SA memiliki keluhan selama pengkajian yaitu pinggang dan bagian bawah perut dekat area kemaluan terasa pegal-pegal. Tidakan yang dilakukan yaitu KIE mengenai ketidaknyamanan pada trimester III dan cara menanganinya
2. Persalinan Ny. SA berlangsung secara spontan oleh bidan di Rumah Sakit rujukan Covid-19 karena pada pemeriksaan swab antigen didapatkan hasil positif. Sehingga persalinan dilakukan sesuai dengan tatalaksana persalinan Covid-19.
3. Asuhan kebidanan pada By.Ny.SA lahir secara spontan pada tanggal 11 Agustus 2021 pukul 11.30 WIB berjenis kelamin laki-laki. Dilakukan langkah awal resusitasi karena bayi Ny. SA tidak segera menangis, air ketuban keruh dan bayi, nilai apgar skor dalam buku KIA adalah 5/7.
4. Selama masa nifas, keadaan Ny. SA baik. Pada nifas hari ke-17 Ny. SA . memiliki masalah dalam mengatur pola istirahat sehingga sering mengalami kelelahan. Asuhan kebidanan yang diberikan kepada Ny. SA sesuai dengan keluhan yang dirasakan sehingga masalah dapat teratasi. Selain itu juga dilakukan asuhan kebidanan nifas sesuai dengan kebutuhan ibu nifas meliputi KIE mengenai nutrisi, personal hygiene, pola aktifitas dan pola istirahat, ASI ekslusif, serta perawatan bayi
5. By. Ny. SA berada di ruang NICU selama 14 hari karena mengalami gangguan pernafasan. Namun masa neonatus setelah pulang dari RS berlangsung normal, berat badan By. Ny SA mengalami peningkatan setiap melakukan kontrol.
6. Saat dilakukan pengkajian data subjektif, Ny SA mengatakan sudah mendiskusikan dengan suami dan akan menggunakan metode kontrasepsi

IUD namun pemasangannya menunggu setelah kondisi kondusif mengingat bayinya belum lama ini pulang dari RS dan masih melakukan kontrol, sehingga untuk saat ini ibu hanya menggunakan kondom sebagai alat kontrasepsi sementara

B. Saran

1. Bagi Institusi Pendidikan

   Diharapakan Laporan studi kasus ini bisa menjadi tambahan bahan pustaka agar menjadi sumber bacaan sehingga dapat bermanfaat dan menambah wawasan bagi mahasiswa di institusi pendidikan pada tata laksana kasus asuhan berkesinambungan

2. Bagi Bidan Pelaksana Puskesmas Sedayu I Bantul

   Diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan dan pelayanan dalam memberikan asuhan kebidanan yang berkesinambungan sejak hamil, bersalin, BBL,nifas dan keluarga berencana sehingga dapat melakukan skrining awal untuk menentukan asuhan kebidanan berkesinambungan yang sehat.

3. Bagi Mahasiswa Kebidanan

   Diharapkan dapat meningkatkan kemampuan dalam penatalaksanaan kasus ibu hamil, bersalin, BBL, nifas dan KB sehingga mahasiswa mampu memberikan asuhan yang tepat dan sesuai dengan kebutuhan pasien serta mengetahui kesesuaian tata laksana kasus antara teori dengan praktik.

4. Bagi Pasien, Keluarga dan Masyarakat

   Diharapkan dapat menambah pengetahuan dan wawasan bagi pasien, keluarga dan masyarakat tentang kehamilan, persalinan, BBL, nifas dan keluarga berencana, sehingga mampu mengantisipasi, mencegah dan menanggulangi terjadinya kegawatdaruratan dan dapat mengurangi angka morbiditas dan mortalitas di masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

1. Dinas Kesehatan Daerah Istimewa Yogyakarta. Profil Kesehatan D.I. Yogyakarta tahun 2019. (Dinas Kesehatan Daerah Istimewa Yogyakarta, 2020).
2. World Health Organization (WHO). *Trends in maternal mortality 1990 to 2015. Estimates developed by* WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank. (2015).
3. Manuaba & Chandranita, I. A. Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan KB. (EGC, 2013).
4. Prawirohardjo, S. Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal Dan Neonatal. (Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, 2010).
5. Ningsih, D.A. (2017). *Continuity Of Care* Kebidanan. Oksitosin: Jurnal Ilmiah Kebidanan, 2017, 4.2: 67-77.
6. Sandall, J, et.all. 2013. *Midwife-led Continuity versus others Models of care for Childbearing women (review). The Cochrane Collaboration* http://www.thecochranelibrary.com.
8. Hanifa Wiknjosastro. Sarwono. Ilmu Kebidanan. (Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, 2011).
9. Varney, Helen, Jan M.Kriebs. Carolyn L.Gegor. 2015. Varney's *Midwifery*: EGC.
10. Medforth,Janet dkk.2013. Kebidanan Oxford dari bidan untuk bidan, jakarta:buku kedokteran EGC.
11. Saifuddin, A. B. Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal. (PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, 2012).
12. Menteri Kesehatan Republik Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 97 Tahun 2014. (2014).
13. Pudji, R. Skrining Antenatal Pada Ibu Hamil. (Airlangga University Press., 2011).
14. Kemenkes RI. Pelaksanaan Pendekatan Keluarga Sehat. (2017).
15. Sari, E. P. & Rimandini, K. D. Asuhan Kebidanan Persalinan (Intranatal

Care). (TIM, 2015).
16. Marmi. Asuhan Kebidanan pada Persalinan. (Pustaka Pelajar, 2012).
17. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir. in (2016).
18. Sumarah, Widyastuti, Y. & Wiyati, N. Perawatan Ibu Bersalin: Asuhan Kebidanan pada Ibu Bersalin. (Fitramaya, 2010).
19. Sulistyawati, A. & Nugraheny, E. Asuhan Kebidanan pada Ibu Bersalin. (Salemba Medika, 2010).
20. Walyani & Purwoastuti. Ilmu Obstetri dan Ginekologi Sosial untuk Kebidanan. (Pustaka Baru Press., 2015).
21. Nursiah, A. dkk. Asuhan Persalinan Normal Bagi Bidan. (PT. Refika Aditama, 2014).
22. Asri dwi, dkk. Asuhan Persalinan Normal. (Nuha Medika, 2011).
23. Manuaba. Ilmu Kebidanan;Penyakit Kandungan Dan Keluarga Berencana Untuk Pendidikan Bidan. (EGC, 2013).
24. Jannah, N. Asuhan Kebidanan II Persalinan Berbasis Kompetensi. (ECG, 2017).
25. Ai, Y. Asuhan Kebidanan II. (Trans Info Media, 2014).
26. Marmi & Rahardjo, K. Asuhan Neonatus, Bayi, Balita, dan Anak Prasekolah. (Pustaka Pelajar, 2015).
27. Cunningham. Obstetri William. (Penerbit Kedokteran EGC, 2014).
28. Rustam, M. Sinopsis Obstetri: Obstetri Fisiologi, Obstetri Patologi: Jilid 1. (EGC, 2013).
29. Lissauer, T. & Avroy, A. Selayang Neonatologi. (Indeks, 2013).
30. Kemenkes. Pentingnya Pemantauan Kesehatan pada Masa Periode Emas Balita. (Kemenkes RI, 2015).
31. World Health Organization (WHO). *Perinatal asphyxia*. (2015).
32. Oxorn H, W. R. Ilmu Kebidanan: Patologi dan Fisiologi Persalinan. (Yayasan Essensia Medika, 2010).
33. Brahmaiah, P., & Reddy, K. R. *Etiological Study of Respiratory Distress in Newborn.* Int. J. Contemp. Pediatr. 4, 490 (2017).

34. Hanretty, K. Ilustrasi Obstetri. (CV. Pentasada Medika Edukasi, 2014).
35. Hermansen CL, M. A. *Newborn Respiratory Distress.* (Hospital LG, 2015).
36. Caroline dkk. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Asfiksia Neonatotum. J. Ilm. Bidan 2, 66–72 (2014).
37. Taufan, N. Kasus *Emergency* Kebidanan. (Nuha Medika, 2010).
38. Bobak, Lowdermilk, J. Buku Ajar Keperawatan Maternitas. (EGC, 2012).
39. Marmi K, R,. 2015. Asuhan Neonatus, Bayi, Balita, dan Anak Prasekolah. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
40. Dewi, Vivian Nanny Lia. (2010). Asuhan Neonatus bayi dan Anak Balita. Jakarta: Salemba Medika.
41. Saifudin, A. . Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal. (PT. Bina Pustaka, 2012).
42. Saleha, S. Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas. (Salemba Medika, 2013).
43. Nugroho, T., Nurrezki, Warnaliza, D. & Wilis. Buku Ajar Asuhan Kebidanan Nifas 3. (Nuha Medika, 2014).
44. Rukiyah, A. Y. & Yulianti, L. Asuhan Kebidanan Patologi Kebidanan. (Trans Info Media, 2010).
45. Elly, W. Asuhan Kebidanan Nifas dan Mnyusui. in Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2018).
46. Tulas Verby Divini Prety dkk. Hubungan Perawatan Luka Perineum Dengan Perilaku Personal Hygiene Ibu Post Partum Di Rumah Sakit Pancaran Kasih Gmim Manado. e-Journal Keperawatan (e-Kp) 5, (2017).
47. Nurjanah, S. N., Maemunah, A. S. & Badriah, D. L. Asuhan Kebidanan Post Partum Dilengkapi dengan Asuhan Kebidanan Post Sectio Caesarea. (PT Refrika Aditama, 2013).
48. Wahyuningsih, H. P. Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui. (PPSDM Kemenkes RI, 2018).
49. Sukma, F., Hidayati, E. & Jamil, S. N. Buku Ajar Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas. (Fakultas Kedokteran dan Kesehatan Universitas Muhammadiyah Jakarta, 2017).
50. Bahiyatun. Buku Ajar Asuhan Kebidanan Nifas Normal. (EGC, 2016).

51. Nurjanah Siti Nunung dkk. Asuhan Kebidanan Postpartum. (PT Refika Aditama, 2013).
52. Kemenkes RI. Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan. (Kementerian Kesehatan RI, 2013).
53. Sulistyawati, A. Pelayanan Keluarga Berencana. (Salemba Medika, 2013).
54. BKKBN. Keluarga Berencana Dan Kesehatan Reproduksi. (BKKBN, 2011).
55. BKKBN. Rencana Strategis Badan Kependudukan Dan Keluarga Berencana Nasional. BKKBN 1–43 (2015). doi:10.1017/CBO9781107415324.004
56. Hananto. Keluarga Berencana dan Kontrasepsi. (Pustaka Sinar Harapan, 2013).
57. Saifuddin, A. B. Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi. (PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, 2012).
58. Handayani, S. Buku Ajar Pelayanan Keluarga Berencana. (Pustaka Rihama, 2010).
59. Sulistyawati. Asuhan Kebidanan pada Masa Kehamilan. (Salemba Medika, 2013).
60. Supariasa, Nyoman, B, B. & I, F. Penelitian Status Gizi. (2012).
61. Kamariyah, N. & Musyarofah. Lengan Atas Ibu Hamil Akan Mempengaruhi Peningkatan Berat Badan Bayi Lahir Di BPS Artiningsih Surabaya. J. Ilm. Kesehat. 9, 98–106 (2016).
62. Suharto. Exercise untuk Nyeri Pinggang Bawah pada Ibu Hamil. (Cermin Dunia Kedokteran, 2011).
63. Yeyen, S. Asuhan Kebidanan Kehamilan Terkini. (Anugrah Utama, 2017).
64. Siwi Walyani & Elisabeth. Asuhan Persalinan dan Bayi Baru Lahir. (PT Pustaka Baru, 2015).
65. Kuriarum, A. Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir. (Pusdik SDM Kesehatan, 2016).
66. Asri dwi, dkk. 2010. Asuhan Persalinan Normal. Yogyakarta: Nuha Medika.
67. POGI. Rekomendasi Penanganan Infeksi Cocid-19 pada Maternal (Hamil, Bersalin, dan Nifas). (POKJA Infeksi Saluran Reproduksi POGI, 2020).
68. Gugus Tugas Percepatan Penanganan Covid-19. Petunjuk Praktis Layanan

Kesehatan Ibu dan Bayi Baru Lahir Selama Pandemi COVID-19 Nomor: B-4. (Pemerintah RI, 2020).

69. Kuriarum. Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir. (Pusdik SDM Kesehatan, 2016).
70. Fanny, F. Sectio Caesarea sebagai Faktor Risiko Kejadian Asfiksia Neonatorum. 4, 57–62 (2015).
71. Winkjosastro. Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal. (Yayasan Pustaka Prawirohardjo, 2010).
72. Ratmawati, L. A. & Sulistyorini, D. Gambaran Faktor-Faktor Terjadinya Asfiksia Pada Bayi Baru Lahir Di Puskesmas Banjarnegara 2 Kabupaten Banjarnegara. J. Med. Saince 6, 26–32 (2020).
73. Widiyaningrum, A. N., Pamungkasari, E. P. & Murti, B. *Meta-Analysis: Amniotic Meconium and Low Birth Weight as Predictors of Asphyxia in Newborns. J. Matern. Child Heal*. 5, 590–600 (2020).
74. Septiana, E. A. Hubungan Antara Partus Lama Dan Kondisi Air Ketuban Dengan Kejadian Asfiksia Pada Bayi Baru Lahir di RSUD Kota Salatiga. J. Kebidanan Adila Bandar Lampung 7, (2015).
75. Woodward, V., Bates, K., Y. Kedaruratan Persalinan. (EGC, 2012).
76. Yoon, S. H., Kang, J. M. & Ahn, J. G. *Clinical outcomes of 201 neonates born to mothers with* COVID-19: A *systematic review*. Eur. Rev. Med. Pharmacol. Sci. 24, 7804–7815 (2020).
77. Perinasia. Buku Panduan Resusitasi Neonatus. (2012).
78. Fox, A. et al. NOTE: *The Spike-specific IgA in milk commonly-elicited after SARS-Cov-2 infection is concurrent with a robust secretory antibody response, exhibits neutralization potency strongly correlated with IgA binding, and is highly durable over time*. (2021).
79. Dewi, A. D. C. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kelancaran Produksi Asi. J. Aisyiyah Med. 4, (2019).
80. Khasanah. ASI atau Susu Formula ya?. Panduan Lengkap Seputar ASI dan Susu Formula. (*Flashbook,* 2011).

81. Radharisnawati, N. K. & Kundre, R. Hubungan Pemenuhan Kebutuhan Gizi Ibu Dengan Kelancaran Air Susu Ibu (Asi) Pada Ibu Menyusui. 5, (2017).
82. Marmi. Asuhan Kebidanan Masa Nifas. (Pustaka Pelajar, 2012).
83. Kementerian Kesehatan RI 2014. Pedoman Pelayanan Keluarga Berencana Pasca Persalinan di Fasilitas Kesehatan. Jakarta: Kemenkes RI.

LAMPIRAN

Lampiran 1 Dokumentasi Asuhan Kebidanan

POLTEKKES KEMENKES YOGYAKARTA

JURUSAN KEBIDANAN

JL. Mangkuyudan MJ III/304 Yogyakarta. Telp (0274) 374331

==========

ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU HAMIL

NY. SA USIA 33 TAHUN G3P2A0 UK 35^{+2} MINGGU DENGAN KEHAMILAN NORMAL DI PUSKESMAS SEDAYU I BANTUL

No RM : 01001616

Tanggal pengkajian : 06 Juli 2021

Biodata	Ibu	Suami
Nama	: Ny. SA	: Tn. A
Umur	: 33 tahun	: 42 tahun
Pendidikan	: S1	: SMA
Pekerjaan	: Guru (SD IT)	: Karyawan (SD IT)
Agama	: Islam	: Islam
Suku/ Bangsa	: Jawa/ Indonesia	: Jawa/ Indonesia
Alamat	: Jurug, RT.44, Argosari, Sedayu, Bantul	

DATA SUBYEKTIF

1. Kunjungan saat ini

   Ibu mengatakan ingin memeriksakan rutin kehamilannya, keluhan yang dirasakan terkadang pinggang gampang terasa pegal-pegal

2. Riwayat Perkawinan

   Kawin 1 kali. Kawin pertama umur 23 tahun. Dengan suami sekarang 10 tahun

3. Riwayat Menstruasi

   Menarche umur 14 tahun. Siklus 28-32 hari. Teratur. Lama 6-7 hari. Sifat Darah : Encer. Flour Albus: tidak. Dysmenorhoe : tidak . Banyak Darah kurang lebih 3-4 x ganti pembalut dalam sehari.

4. Riwayat Kehamilan ini

a. Riwayat ANC

HPHT 1 November 2020

HPL 8 Agustus 2021

ANC Sejak umur kehamilan 5^{+4} minggu. ANC di Bidan dan Puskesmas Sedayu I

Frekuensi.

Trimester I : 3 kali

Trimester I : 3 kali

Trimester II : 3 kali

b. Ibu mengatakan makan 3-4x dalam sehari dengan nasi (porsi sedang atau satu piring tidak penuh) menggunakan lauk dan sayur. Lauk nabati seperti tahu,tempe hampir tersedia setiap hari dan untuk lauk/ protein hewani seperti telur (2-3x/ minggu) dan daging ayam/ daging merah/ ikan hanya 1x/minggu. Ibu mengatakan sering makan buah-buahan namun tidak setiap hari dan untuk kebiasaan minum air putih (10-12 gelas/hari) terkadang ibu mengkonsumsi jus dan teh

c.

Pola Eliminasi	BAB	BAK
Frekuensi	1 kali dalam 1-2 hari	5 – 6 x/hari
Warna	Kuning kecoklatan	Kuning jernih
Bau	Khas feses	Khas urine
Konsisten	Lunak	Cair
Keluhan	Tidak ada keluhan	Tidak ada keluhan

d. Pola aktivitas

Kegiatan sehari-hari :

Bekerja sebagai seorang guru SD dan melakukan pekerjaan rumah tangga pada umumnya seperti memasak, mencuci, menyapu, dll

Istirahat/Tidur :

Ibu mengatakan jarang tidur siang, saat malam ibu tidur selama 8-9 jam

e. Personal Hygiene

Kebiasaan mandi 2 kali/hari

Kebiasaan membersihkan alat kelamin :

Setiap selesai BAB, BAK dan setiap mandi

Kebiasaan mengganti pakaian dalam :

Setiap mandi, atau saat dirasa sudah tidak nyaman

Jenis pakaian dalam yang digunakan :

Katun

5. Riwayat Kehamilan, Persalinan dan nifas yang lalu

G3P2A0

Hamil ke	Persalinan								Nifas	
	Tanggal Lahir	Umur Kehamilan	Jenis Persalinan	Penolong	Komplikasi		Jenis kelamin	BB Lahir	Laktasi	Komplikasi
					Ibu	Bayi				
1.	29-8-2012	Aterm	Normal (induksi)	Bidan (RS)	KPD	tdk	Perempuan	3100	Ya	Tdk
2.	19-9-2016	Aterm	spontan	Bidan	tdk	tdk	Laki-laki	2500	Ya	Tdk
3.	Hamil ini									

6. Riwayat Kontrasepsi yang digunakan

No	Jenis kontrasepsi	Mulai Memakai				Berhenti / ganti cara			
		Tanggal	Oleh	Tempat	Keluhan	Tanggal	Oleh	Tempat	Alas an
1.	IUD post plasenta	29/9/2012	bdn	RS	t.a.k	2016	bdn	PMB	Ingin hamil
2.	Kondom	2016	mandiri	mandiri	t.a.k	2020	bdn	mandiri	Ingin hamil

7. Riwayat Kesehatan

a. Penyakit sistemik yang pernah/sedang diderita

Ibu mengatakan tidak sedang / pernah menderita penyakit sistemik seperti DM, Asma, Jantung, HIV, dan Hepatits

b. Penyakit yang pernah/sedang diderita keluarga

Ibu mengatakan keluarganya tidak sedang / pernah menderita penyakit DM, Asma, Jantung, HIV, dan Hepatits

c. Riwayat keturunan kembar : Tidak ada

d. Riwayat Alergi : Tidak ada

e. Kebiasaan-kebiasaan Ibu dan keluarga (Suami dan anggota keluarga lain)

Merokok : Tidak

Minum jamu jamuan : tidak

Minum-minuman keras : tidak

Makanan/minuman pantang : tidak ada

Perubahan pola makan (termasuk nyidam, nafsu makan turun, dll) : tidak

DATA OBYEKTIF

1. Pemeriksaan Umum
   a. Keadaan umum Baik, Kesadaran Comps Mentis
   b. Tanda Vital

      Tekanan darah : 121/76 mmHg

      Nadi : 83 kali per menit

      Pernafasan : 19 kali per menit

      Suhu : 36,6^{o} C
   c. Antopometri

      TB : 159 cm

      BB : sebelum hamil 62 kg, BB sekarang 73,1 kg

      IMT : 24,52 kg/m^2

      LLA : 27,4 cm
   d. Kepala dan leher

      Oedem Wajah : tidak ada

      Chloasma gravidarum : tidak ada

      Mata : konjungtiva merah muda, sklera putih

      Leher :tidak ada pembesaran kelenjar limfe dan vena jugularis
   e. Abdomen

      Bentuk : membesar , sesuai dengan usia kehamilan.

      Bekas luka : tidak ada

      Striae gravidarum : Ada striae

      Palpasi Leopold :

1) Leopold I : TFU pertengahan pusat Px teraba bagian bulat dan kurang melenting (bokong)
2) Leopold II : Sebelah kiri : bagian sempit dan berbenjol-benjol (bagian kecil janin) Sebelah kanan : keras, datar, memanjang (punggung kanan).
3) Leopold III : presentasi terendah teraba bulat dan melenting (kepala) dan belum masuk PAP
4) Leopold IV : konvergen

TFU mc Donald : 27 cm
TBJ : 2325 gram
Auskultasi : DJJ : + (positif), frekuensi DJJ : 140 x/menit, irama : teratur, punctum maksimum : dibawah pusat sebelah kiri, kuat .

f. Ekstremitas

Oedem : tidak ada
Varices : tidak ada
Kuku : pendek dan bersih

2. Pemeriksaan Penunjang

HBSAg : Non Reaktif (14-12-2020)
PiTC : Non Reaktif (14-12-2020)
Sifilis : No Reaktif (14-12-2020)
Hb : 11,4 gr/dL (06-07-2021)
Protein urin : Negatif (06-07-2021)
Rapid test : IgG (NR), IgM (NR) (06-07-2021)

ANALISA

Ny. SA usia 33 tahun G3P2A0 UK 35^{+2} minggu dengan kehamilan normal

PENATALAKSANAAN

1. Mengingatkan kepada Ny. SA untuk tetap mentaati anjuran pemerintah mengenai protokol kesehatan yaitu dengan memakai masker, menjaga jarak minimal 1,5 meter, tidak berkerumun, mencuci tangan dengan 6 langkah cuci tangan yang baik dan benar dengan sabun dan air mengalir, serta mandi dan mengganti baju setelah bepergian keluar rumah. Ny. SA mengerti dan bersedia melakukan anjuran yang diberikan

2. Memberitahu kepada Ny. SA bahwa berdasarkan hasil pemeriksaan secara umum keadaan ibu dan janin baik. Ibu mengetahui kondisinya
3. Memberikan KIE kepada ibu tentang ketidaknyamanan pada trimester III yaitu sesak napas, perut kenceng dan sering kencing. Sesak napas pada ibu hamil trimester III disebabkan karena rahim semakin besar yang akan mendesak diafragma keatas sehingga ibu hamil mengalami kesulitan bernapas, untuk perut terasa kenceng merupakan kontraksi palsu yang muncul dengan ciri yaitu kenceng-kenceng ringan, pendek, tidak menentu jumlahnya dalam 10 menit dan hilang saat digunakan untuk istirahat, dan sering kencing yang dialami ibu hamil pada trimester III terjadi karena kandung kemih tertekan oleh janin yang semakin mengalami penurunan. Ibu mengerti dan paham penjelasan yang diberikan.
4. Menjelaskan pada ibu bahwa pegal pada pinggang yang dirasakan ibu juga merupakan salah satu ketidaknyamanan yang normal terjadi pada ibu hamil di trimester III hal tersebut terjadi karena kandungan ibu yang semakin besar dan sehingga membuat ibu harus menopang saat berjalan. Ibu memahami penyebab keluhan yang dirasakan
5. Menjelaskan pada ibu tentang tanda bahaya kehamilan trimester III agar sedini mungkin mendeteksi masalah atau komplikasi baik pada ibu maupun janin. Tanda bahaya kehamilan trimester III meliputi: penglihatan kabur, nyeri kepala hebat, bengkak pada wajah, kaki dan tangan, keluar darah dari jalan lahir, air ketuban keluar sebelum waktunya, pergerakan janin dirasakan kurang dibandingkan sebelumnya. Jika ibu mengalami salah satu atau lebih tanda bahaya yang disebutkan ibu segera menghubungi petugas kesehatan dan datang ke fasilitas kesehatan untuk mendapatkan penangan secepat mungkin. Ibu mengerti penjelasan yang diberikan.
6. Menginformasikan kepada ibu tentang persiapan persalinan meliputi rencana untuk memilih tempat persalinan, memilih tenaga kesehatan yang akan menolong ibu saat persalinan di fasilitas kesehatan, siapa yang akan menemani ibu saat persalinan, persiapan dana yaitu dana tabungan atau dana cadangan untuk biaya persalinan, menyiapkan calon pendonor yang memiliki golongan

darah sama dengan ibu, menyiapkan kendaraan untuk mengantar ibu ke fasilitas kesehatan ketika terdapat tanda-tanda persalinan seperti (nyeri pinggang menjalar keperut bagian bawah, perut mulas-mulas yang teratur, timbulnya semakin sering dan semakin lama, keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir atau keluar cairan ketuban dari jalan lahir), menyiapkan keperluan ibu dan bayi saat persalinan seperti pakian ibu, pakian bayi, dan pembalut untuk ibu, serta KTP dan kartu jaminan kesehatan. Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan.

7. Memberikan KIE kepada Ny. SA tentang tanda-tanda persalinan yaitu kenceng-kenceng sering dan teratur. Kenceng-kenceng persalinan tidak akan berkurang dengan istirahat. Keluar lendir darah atau air ketuban dari jalan lahir. Apabila ibu mengalami salah satu tanda persalinan tersebut segera datang ke pelayanan kesehatan. Ibu mengerti.
8. Melakukan rujukan internal ke laboratorium untuk pemeriksaan kadar hemoglobin, protein urin dan rapid antibody Ny.SA. Pemeriksaan sudah dilakukan dengan hasil kadar Hb 11,4 gr/dL, protein urin negative, dan hasil rapid tes antibody Non reaktif.
9. Memberitahu ibu untuk selalu memantau gerak janin. Apabila gerak janin berkurang atau tidak aktif, maka segera memeriksakan ke fasilitas kesehatan. Ibu bersedia memantau gerak janin
10. Memberikan terapi obat kepada ibu berupa kalsium (kalk) sebanyak 20 tablet diminum 1 kali sehari di pagi hari dan tablet tambah darah (Fe) sebanyak 20 tablet diminum 1 kali dalam sehari di malam hari. Menganjurkan ibu untuk minum obat setelah makan dan menggunakan air putih atau air jeruk agar penyerapan zat besi pada tablet fe lebih efektif. Ibu menerima obat yang diberikan oleh bidan dan bersedia mengonsumsi rutin.
11. Memberitahu ibu untuk melakukan kunjungan ulang tanggal 1 minggu lagi yaitu pada tanggal 13 Juli 2021 atau bila ada keluhan. Ibu mengerti dan bersedia melakukan kontrol ulang.

CATATAN PERKEMBANGAN

Tanggal : 13 Juli 2021

S	Ibu mengatakan saat ini ia tidak merasakan keluhan apapun dengan kehamilannya dan hanya kontrol rutin
O	Pemeriksaan Umum - kesadaran compos mentis, - TD: 116//77 mmHg, N: 82x/m, RR: 20x/m, BB : 73,6 kg, - pemeriksaan abdomen menunjukkan hasil palpasi - Leopold I didapat hasil TFU Mc Donald 28 cm, pada fundus teraba kepala, - Leopold II menunjukkan punggung di sebelah kanan, - Leopold III menunjukkan bagian terbawah atau presentasi adalah kepala, masih dapat digerakan - Leopold IV tangan konvergen dengan kesimpulan kepala belum masuk panggul. DJJ 142 kali/menit. - Ekstremitas tidak terdapat oedem, tidak ada varices, kuku pendek dan bersih.
A	Analisa Kebidanan berdasarkan hasi pemeriksaan tersebut yaitu Ny. SA umur 33 tahun G3P2Ab0Ah2 UK 36^{+2} minggu dengan kehamilan normal
P	1. Memberitahu hasil pemeriksaan bahwa saat ini ibu dan janin dalam keadaan sehat. Ibu mengerti kondisi kesehatan dirinya 2. Memberi ibu KIE tentang nutrisi. Memberitau ibu untuk mengonsumsi makanan yang bergizi dan memperbanyak konsumsi sayur dan buah agar janin mendapatkan nutrisi optimal 3. Memberitahu ibu untuk selalu memantau gerak janin. Apabila gerak janin berkurang atau tidak aktif, maka segera memeriksakan ke fasilitas kesehatan. Ibu bersedia memantau gerak janin 4. Menganjurkan ibu untuk melanjutkan konsumsi vitamin yang telah diberikan secara rutin. Evaluasi: ibu bersedia mengonsumsi vitamin tersebut

	5. Memberitahu ibu untuk melakukan kunjungan ulang satu minggu lagi yaitu pada hari Selasa 20 Juli 2021. Pelyanan Poli KIA dilayani mulai pukul 08.00-11.00 WIB. Evaluasi: ibu mengerti dan bersedia melakukan kunjungan ulang.

CATATAN PERKEMBANGAN

Tanggal : 27 Juli 2021

S	Ibu mengatakan 2 hari ini bagian bawah perut dekat kemaluan terasa pegal dan kadang disertai nyeri
O	Pemeriksaan Umum - kesadaran compos mentis, - TD: 119//81 mmHg, N: 80x/m, RR: 19 x/m, BB : 74 kg, - pemeriksaan abdomen menunjukkan hasil palpasi - Leopold I didapat hasil TFU Mc Donald 30 cm, pada fundus teraba kepala, - Leopold II menunjukkan punggung di sebelah kanan, - Leopold III menunjukkan bagian terbawah atau presentasi adalah kepala, tidak dapat digerakan - Leopold IV tangan divergen dengan kesimpulan kepala sudah masuk panggul. DJJ 144 kali/menit. - Ekstremitas tidak terdapat oedem, tidak ada varices, kuku pendek dan bersih.
A	Analisa Kebidanan berdasarkan hasi pemeriksaan tersebut yaitu Ny. SA umur 33 tahun G3P2Ab0Ah2 UK 38^{+2} minggu dengan kehamilan normal
P	1. Memberitahu hasil pemeriksaan bahwa saat ini ibu dan janin dalam keadaan sehat. Ibu mengerti kondisi kesehatan dirinya 2. Menjelaskan pada ibu bahwa pegal pada area dekat kemaluan yang dirasakan ibu merupakan salah satu ketidaknyamanan yang normal terjadi pada ibu hamil di trimester III hal tersebut terjadi karena bagian

	kepala janin sudah memasuki pintu atas panggul, untuk mengurangi keluhan tersebut bisa dengan sering berolahraga ringan seperti prenatal yoga, menggunakan gym ball, atau hanya berjalan-jalan santai. Istirahat yang cukup, apabila terlalu mengganggu makan ibu bisa kompres hangat bagian yang tidak nyaman tersebut. Ibu mengerti dan bersedia melakukan anjuran bidan 3. Mengingatkan kepada Ny.SA mengenai persiapan persalinan dan tanda-tanda persalinan yaitu kenceng-kenceng sering dan teratur. Kenceng-kenceng persalinan tidak akan berkurang dengan istirahat. Keluar lendir darah atau air ketuban dari jalan lahir. Apabila ibu mengalami salah satu tanda persalinan tersebut segera datang ke pelayanan kesehatan. Ibu mengerti. 4. Memberitahu ibu mengenai persyaratan untuk melahirkan difasilitas kesehatan yaitu harus menyertakan surat hasil pemeriksaan tes swab antigen mandiri dalam kurun waktu 1x24 jam, sehingga ibu disarankan untuk melakukan tes swab saat sudah ada tanda-tanda persalinan. Ibu mengerti dengan arahan bidan dan bersedia melakukannya 5. Memberikan terapi obat kepada ibu berupa kalsium (kalk) sebanyak 10 tablet diminum 1 kali sehari di pagi hari dan tablet tambah darah (Fe) sebanyak 10 tablet diminum 1 kali dalam sehari di malam hari. Menganjurkan ibu untuk minum obat setelah makan dan menggunakan air putih atau air jeruk agar penyerapan zat besi pada tablet fe lebih efektif. Ibu menerima obat yang diberikan oleh bidan dan bersedia mengonsumsi rutin 6. Memberitahu ibu untuk melakukan kunjungan ulang satu minggu lagi yaitu pada hari Selasa 3 Agustus 2021. Pelyanan Poli KIA dilayani mulai pukul 08.00-11.00 WIB. Evaluasi: ibu mengerti dan bersedia melakukan kunjungan ulang.

ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN PADA NY. SA USIA 33 TAHUN G3P2A0AH2 UMUR KEHAMILAN 40^{+2} MINGGU DENGAN PERSALINAN NORMAL

Nama Pengkaji : Lia Badria
Metode Pengkajian : Via Handphone (Whatsapp)
Hari, Tanggal : Selasa, 10 Agustus 2021
Jam : 08.56 WIB

SUBJEKTIF : Ibu mengatakan kenceng-kenceng dirasakan sejak semalam tanggal 9/8/2021 pukul 23.00 WIB, dan mulai teratur setiap 1 jam sejak 10/8/201 pukul 05.00 WIB. Pengeluaran lendir darah pada pukul 08.40 WIB. Kontraksi dirasakan semakin sering dan semakin lama setiap 15 menit sekali pada pukul 17.00 WIB. Ibu datang ke Puskemas Sedayu I pada pukul 20.40 WIB kemudian dilakukan pemeriksaan swab antigen dengan hasil positif namun tanpa gejala dengan pembukaan 2cm, dan dilakukan rujukan ke RS Panembahan Senopati Bantul menggunakan ambulan desa dengan didampingi satgas COVID-19.

Pada pukul 23.00 WIB ibu sampai di RSPS, pemeriksaan dilakukan sesuai prosedur COVID-19. Kondisi ibu dan janin terpantau baik, pembukaan 2 cm. Dilakukan pemantauan sampai tgl 11/8/2021 pada pukul 11.00 pembukaan lengkap. Bayi lahir spontan pada pukul 11.30 tidak segera menangis dan gerakan lemah. Plasenta lahir spontan dan lengkap, terdapat robekan pada jalan lahir sehingga dilakukan penjahitan dengan anastesi.

OBJEKTIF	:	Tidak dilakukan
ANALISA	:	Ny.SA usia 33 tahun G3P2A0Ah2 usia kehamilan 40^{+2} minggu dengan persalinan normal
PENATALAKSANAAN	:	1. Melakukan KIE mengenai pola kontraksi yang baik adalah frekuensi semakin sering dan kontraksi semakin lama dan kuat. Menganjurkan ibu untuk segera ke Puskesmas apabila setiap 10 menit kontraksi yang dirasakan 2-3 kali. Ibu mengerti dengan arahan yang disampaikan dan bersedia untuk melakukannya 2. Tetap mendampingi ibu selama proses tanda-tanda persalinan sampai dilakukan rujukan melalui whatsapp. Komunikasi terjalin dengan baik 3. Memberikan dukungan kepada ibu untuk tetap kuat dan semangat menghadapi proses persalinan. Ibu merasa lebih tenang 4. Melakukan follow up mengenai kondisi Ny.SA selanjutnya. Follow up sudah dilakukan via whatsapp.

ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI BARU LAHIR By.Ny.SA
USIA 1 HARI CUKUP BULAN SESUAI MASA KEHAMILAN

Nama Pengkaji : Lia Badria
Metode Pengkajian : Via Handphone (Whatsapp)
Hari, Tanggal : Rabu, 11 Agustus 2021
Jam : 15.10 WIB

Identitas Orang Tua

	Ibu	Ayah
Nama	: Ny. SA	: Tn. A
Umur	: 33 tahun	: 42 tahun
Suku/Bangsa	: Jawa/Indonesia	: Jawa/Indonesia
Pendidikan	: S1	: SMA
Pekerjaan	: Guru (SD IT)	: Karyawan (SD IT)
Alamat	: Jurug, RT.44, Argosari, Sedayu, Bantul	

DATA SUBYEKTIF

1. Riwayat Antenatal
   G3 P 2 Ab0 Ah2, Umur Kehamilan 40^{+2} minggu
   Riwayat ANC : teratur, 13 kali, di bidan, Puskesmas dan Rumah Sakit oleh bidan dan dokter
   Kenaikan BB (kg) : 12 kg
   Keluhan saat hamil : mual, pusing, pegal-pegal
   Penyakit selama hamil : Tidak ada
   Kebiasaan makan
   Obat/ Jamu : ibu hanya mengonsumsi vitamin yang diberikan oleh bidan, ibu tidak mengkonsumsi jamu
   Merokok : ibu dan suami tidak merokok
   Komplikasi ibu : tidak ada
   Janin : tidak ada

2. Riwayat Intranatal

   Lahir tanggal 11-08-2021 Jam 11.30 WIB

   Jenis persalinan : Spontan

   Penolong : Bidan di RS.Panembahan Senopati

   Warna air ketuban : keruh

   Komplikasi Ibu : Tidak ada

   Komplikasi Janin : Infeksi paru (nafas cepat dan adanya tarikan dinding dada), Apgar skor 5/7 (didapatkan dari buku KIA)

3. Keadaan bayi baru lahir

   Caput succedaneum : tidak ada

   Cephal hematom : tidak ada

   Cacat bawaan : tidak ada

   30 menit setelah kelahiran By.Ny.SA mengalami nafas cepat dan ada tarikan dinding dada sehingga By.Ny.SA dirawat di ruang NICU dan dipasang oksigen. Bayi sudah diberikan suntik vit k, salep mata.

DATA OBYEKTIF

1. Pemeriksaan Umum : Tidak dilakukan
2. Pemeriksaan Fisik : Tidak dilakukan
3. Reflek : Tidak dilakukan
4. Antropometri : Didapatkan dari buku KIA

   Berat lahir 3500 gram

   Panjang Badan Lahir 50 cm

   LK 35 cm, LD 33,5 cm, LL 11 cm

ANALISIS

Tidak dilakukan

PENATALAKSANAAN

Tidak dilakukan

CATATAN PERKEMBANGAN (KN I 6 jam - 2 hari)

Nama Pengkaji : Lia Badria
Metode Pengkajian : Via Handphone (*Whatsapp*)
Hari, Tanggal : Kamis, 12 Agustus 2021
Jam : 11.40 WIB

S	- Ibu mengatakan bayinya berada di ruang NICU dengan terpasang selang oksigen dan infus. - Ibu merasa khawatir dengan kondisi bayinya. - Hasil rontgen menunjukan adanya plak-plak putih pada paru-paru
O	Pengkajian daria buku KIA : Bayi sudah diberikan suntik vit k, salep mata, dan imunisasi Hb 0
A	Tidak dilakukan
P	1. Memberikan dukungan pada Ibu untuk tetap kuat dan semangat serta tidak lupa berdoa untuk kebaikan bayinya. Ibu merasa tenang dan mengucapkan terimakasih 2. Mengingatkan ibu untuk tidak terlalu cemas dan harus berfikir positif agar tidak mempengaruhi pengeluaran ASI dan proses recovery ibu setelah melahirkan. Ibu mengerti dan berusaha untuk lebih tenang 3. Melakukan follow up mengenai kondisi By.Ny.SA selanjutnya. Follow up sudah dilakukan via whatsapp.

CATATAN PERKEMBANGAN (KN II 3-7 hari)

Nama Pengkaji : Lia Badria
Metode Pengkajian : Via Handphone (*Whatsapp*)
Hari, Tanggal : Senin, 16 Agustus 2021
Jam : 12.30 WIB

S	- Ibu mengatakan bayinya masih berada di ruang NICU. Masih terpasang selang oksigen dan infus. - Ibu mengatakan bayinya kuning dan hari ini mendapatkan hasil dari dokter bahwa kadar bilirubin bayinya tidak normal sehingga perlu dilakukan fototerapi selama kurang lebih 60 jam. - Ny.SA sudah diperbolehkan pulang sehingga setiap pagi Ny.SA datang ke ruang NICU untuk menyusui bayinya, bayinya dapat menyusu dengan baik.
O	Tidak dilakukan
A	Tidak dilakukan
P	1. Memberikan dukungan pada Ibu untuk tetap kuat dan semangat mengASIhi dalam situasi seperti ini. Ibu merasa tenang dan berusaha melakukan yang terbaik untuk bayinya 2. Memberi konseling ibu mengenai posisi meyusui dengan baik melalui media gambar dan video. Ibu dapat melakukannya dengan baik 3. KIE mengenai pentingnya ASI ekslusif. Ibu mengerti mengenai ASI ekslusif. 4. Memberitahu ibu untuk selalu mencuci tangan sebelum memegang atau memberikan ASI pada bayinya. Ibu mengerti dengan penjelasan bidan.

CATATAN PERKEMBANGAN (KN III 8 - 28 hari)

Nama Pengkaji : Lia Badria

Metode Pengkajian : Tatap muka dengan protokol kesehatan

Hari, Tanggal : Sabtu, 28 Agustus 2021

Jam : 10.00 WIB

S	Ibu mengatakan bayinya sehat, menyusunya kuat, BAK dan BAB lancar. Pemenuhan nutrisi : ASI on demand, BAK 6-8x/hari, BAB 3x/hari, tekstur lunak warna kekuningan
O	KU : Baik Kesadaran : Composmentis BB : 3800 gr Suhu : 36,7 °C Nadi : 134 kali/menit Pernafasan : 48 kali/menit Tidak ada tarikan dinding dada Tali pusat sudah lepas Warna kulit merah muda
A	By. Ny. SA usia 17 hari normal
P	1. Memberi konseling ibu untuk menjaga kehangatan bayinya dengan membedong bayi dan memakaikan topi serta segera mengganti popok bayi apabila BAB/BAK. Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan. 2. Memberikan ibu KIE mengenai ASI ekslusif. Ibu mengerti mengenai asi ekslusif 3. Mengingatkan ibu untuk selalu mencuci tangan sebelum memegang atau memberikan ASI pada bayinya agar bayi terhindar dari virus penyakit. Ibu mengerti dengan penjelasan bidan. 4. Mengingatkan Ny.SA untuk melakukan imunisasi BCG pada bayinya sebelum berusia 2 bulan. Ibu mengerti dan bersedia mengimuniasi bayinya di PMB terdekat

ASUHAN KEBIDANAN PADA NIFAS Ny.SA USIA 33 TAHUN

P3A0AH3 POSTPARTUM HARI KE-1 NORMAL

Nama Pengkaji : Lia Badria

Metode Pengkajian : Via Handphone (Whatsapp)

Hari, Tanggal : Kamis, 12 Agustus 2021

Jam : 11.50 WIB

S (SUBJEKTIF)

1. Identitas

Biodata	Ibu	Suami
Nama	: Ny. SA	: Tn. A
Umur	: 33 tahun	: 42 tahun
Pendidikan	: S1	: SMA
Pekerjaan	: Guru (SD IT)	: Karyawan (SD IT)
Agama	: Islam	: Islam
Alamat	: Jurug, RT.44, Argosari, Sedayu, Bantul	

2. Keluhan utama

   Ibu mengatakan tidak ada keluhan namun khawatir karena bayinya masih dirawat di ruang NICU dan pengeluaran asinya masih sedikit.

3. Riwayat kehamilan dan persalinan terakhir

   Masa kehamilan : 40 minggu 2 hari

   Tanggal dan jam persalinan : 11 Agustus 2021 jam 11.30 WIB

   Tempat persalinan : RS Panembahan Senopati, Penolong : Bidan

   Jenis persalinan : spontan

   Komplikasi : tidak ada komplikasi

   Plasenta : lahir spontan dan lengkap

   Perineum : ruptur derajat 2

4. Keadaan bayi baru lahir

   Lahir tanggal : 11 Agustus 2021 jam 11.30 WIB

   Masa gestasi : 40 minggu 2 hari

   BB/PB lahir : 3500 gram/ 50 cm.

Jenis kelamin : Laki-laki

Komplikasi : Infeksi paru

Cacat bawaan : Tidak ada

Rawat gabung : Tidak

5. Riwayat post partum

Mobilisasi : Ibu sudah dapat berdiri dan berjalan sendiri

Pola makan : Ibu sudah makan makanan yang diberikan RS

Pola tidur : Ibu sudah bisa tidur normal

Pola eliminasi

a. BAB : belum

b. BAK : sudah

Pola personal hygiene : Ibu sudah cukup mengerti mengenai perawatan hygiene selama masa nifas karena bidan di RS sudah menjelaskan

6. Keadaan psiko sosial

a. Kelahiran ini : kelahiran ini diinginkan oleh ibu, suami, anak-anak dan keluarga.

b. Pengetahuan ibu tentang masa nifas dan perawatan bayi

Ibu mengetahui saat masa nifas harus makan yang banyak dan bergizi, dan harus sering meyusui bayi.

c. Tanggapan keluarga terhadap persalinan dan kelahiran bayinya

Suami, anak-anak dan keluarga merasa senang dengan kelahiran bayinya namun cemas karena kondisi bayi masih belum stabil sehingga masih perlu dirawat dieuang NICU.

7. Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

G3 P2Ab0 Ah2

No	Umur Kehamilan	Tanggal Persalinan	Jenis Persalinan	Penolong	BBL		Nifas	
					BB	PB	Menyusui	Masalah
1.	aterm	29-08-2012	Normal (induksi)	bidan	3100	48	ya	Tidak ada
2.	aterm	19-9-2016	spontan	bidan	2500	47	ya	Tidak ada
3.	Hamil ini							

8. Riwayat kontrasepsi yang digunakan

No	Jenis Kontrasepsi	Mulai Menggunakan				Berhenti/ Ganti cara			
		Tanggal	Oleh	Tempat	Keluhan	Tanggal	Oleh	Tempat	Alasan
1.	IUD post plasenta	29/8/12	bidan	RS	t.a.k	2016	bidan	PMB	Ingin hamil
2.	Kondom	2016	mdiri	mandiri	t.a.k	2020	mandiri	mandiri	Ingin hamil

9. Riwayat Kesehatan
   a. Ibu mengatakan tidak pernah atau sedang menderita penyakit hipertensi, asma, jantung, DM,TBC, HIV dan hepatitis B.
   b. Ibu mengatakan keluarga tidak pernah atau sedang menderita penyakit hipertensi, asma, jantung, DM,TBC, HIV dan hepatitis B.

O (OBJEKTIF)

1. PEMERIKSAAN UMUM : Tidak dilakukan
2. PEMERIKSAAN FISIK : Tidak dilakukan

A (ANALISIS)

Tidak dilakukan

P (PENATALAKSANAAN)

1. Memberi dukungan pada ibu untuk tetap kuat, tabah dan semangat agar dapat segera beraktifitas seperti biasa sehingga dapat menjenguk dan mengASIhi bayinya secara langsung. Ibu merasa tenang
2. Memberitahu kepada ibu tanda-tanda bahaya pada masa nifas seperti pengeluaran darah abnormal, uterus tidak berkontraksi atau ibu tidak merasa mulas, demam, nyeri perut berat, kelelahan atau sesak, bengkak pada tangan, wajah dan tungkai, sakit kepala hebat, pandangan kabur, nyeri pada payudara. Apabila ditemukan tanda bahaya segera ke petugas kesehatan. Ibu sudah mengerti tanda-tanda bahaya masa nifas dan bersedia melapor ke petugas kesehatan
3. Memberikan ibu pendidikan kesehatan tentang perawatan payudara dan posisi yang baik saat menyusui menggunakan media gambar dan video via whatsapp. Memastikan ibu menyusui bayi secara bergantian dan mengajarkan posisi yang

baik yaitu meletakkan bayi pangkuan ibu dengan posisi ibu duduk, seluruh daerah hitam harus masuk ke dalam mulut bayi. Berikan pengertian paada ibu untuk tetap menyusui bayinya agar produksi ASI dapat terangsang. Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan bersedia mempraktekannya apabila sudah diperbolehkan memberikan asi secara langsung

4. Memberikan pengertian pada ibu mengenai pengeluaran ASI, ASI mulai ada kira-kira pada hari ke-3 atau ke-4 setelah kelahiran bayi dan kolostrum berubah menjadi ASI yang matur kira-kira 15 hari sesudah bayi lahir. Oleh karena itu, bila seorang ibu telah menyusui bayinya setelah lahir tapi ASI masih sedikit keluar, itu bukanlah suatu masalah. Anjurkan ibu tetap menyusui bayinya agar dapat merangsang proses pengeluaran ASI. Ibu merasa lebih tenang setelah mendengar penyamapaian bidan
5. Memberikan KIE kepada ibu tentang nutrisi selama masa nifas yaitu ibu harus makan makanan bergizi seimbang dan beragam meliputi karbohidrat (nasi, kentang, roti), protein (telor, tahu, tempe, ikan, daging), sayur (bayam, kangkung, sawi, katuk, brokoli), buah (jeruh, manga, jambu), serta mengkonsumsi minum minimal 3 liter/hari agar produksi ASI banyak dan tercukupi. Ibu mengerti dan akan melakukan anjuran yang diberikan bidan.
6. Mengingatkan ibu tetang personal hygiene yaitu untuk selalu menjaga kebersihan diri yaitu mandi 2 kali sehari, membersihkan daerah kewanitaan dengan membasuh dari arah depan ke belakang kemudian dikeringkan dengan kain/handuk kering. ibu mengerti dan akan melakukan anjuran yang diberikan bidan.
7. Menganjurkan ibu untuk selalu memantau pengeluaran darah selama masa nifas. Selama pengeluaran darah masih normal, ibu cukup membersihkan dan mengganti pembalut maksimal 4 jam sekali. Namun bila pengeluaran darah berbau busuk, gatal dan erasa panas maka itu merupakan tamda-tanda infeksi. Apabila ibu mengalami hal tersebut maka harus segera datang ke pelayanan kesehatan . Ibu mengerti dan paham terhadap penjelasan yang diberikan.

CATATAN PERKEMBANGAN (KF II 3-7 hari)

Nama Pengkaji : Lia Badria

Metode Pengkajian : Via Handphone (Whatsapp)

Hari, Tanggal : Senin, 16 Agustus 2021

Jam : 12.40 WIB

S	Ibu mengatakan saat ini keadaannya baik dan sehat. - Perdarahan pervaginam dalam batas normal, darah berwarna merah bercampur kekuningan - Luka jahitan perineum sudah kering, tidak ada tanda infeksi seperti demam, pada luka jahitan terasa nyeri dan bengkak, pengeluaran cairan dari vagina berbau - Ibu sudah diperbolehkan pulang sejak hari minggu tanggal 15 agustus 2021 dengan hasil PCR negative (pemeriksaan swab dilakukan pada hari rabu tanggal 11 agustus 2021, hasil keluar pada hari minggu pagi hari) - ASI lancar dan memberikan ASI secara langsung tiap pagi di NICU selebihnya ibu hanya menggunakan pump dan disetorkan oleh suami ke ruang NICU. - Pemenuhan nutrisi : makan 3-4 kali/hari dengan nasi, sayur, lauk dan buah, minum 1,5-2 liter/hari dengan air putih, teh, jus. - Ibu sudah melakukan aktivitas sehari-hari dan tidak ada keluhan - BAB dan BAK tidak ada keluhan.
O	Tidak dilakukan
A	Tidak dilakukan
P	1. Memberikan KIE kepada ibu untuk istirahat yang cukup atau istirahat saat bayi tidur sehingga ibu tidak merasa kelelahan karena apabila ibu kelelahan dapat mempengaruhi produksi ASI. Kebutuhan tidur ibu nifas dalam sehari kurang lebih delapan jam pada malam hari dan satu jam pada siang hari. Pola istirahat dan aktivitas ibu selama nifas yang kurang dapat menyebabkan kelelahan dan berdampak pada produksi ASI. Ibu bersedia untuk melakukan anjuran bidan

	2. Memberikan KIE kepada ibu tentang ASI Eksklusif dan menganjurkan ibu untuk memberikan ASI eksklusif selama 6 bulan kepada bayinya. Menganjurkan ibu untuk memberikan ASI sesering mungkin atau memberikan ASI minimal 2 jam sekali. Bila bayi tidur lebih dari 2 jam, maka bangunkan bayi untuk minum ASI. Ibu sudah melakukannya dengan baik 3. Memberi dukungan pada ibu untuk tetap kuat, tabah dan semangat agar dapat segera beraktifitas seperti biasa sehingga dapat menjenguk dan mengASIhi bayinya secara langsung. Ibu merasa tenang

CATATAN PERKEMBANGAN (KF III 8 - 28 hari)

Nama Pengkaji : Lia Badria
Metode Pengkajian : Tatap muka dengan protokol kesehatan
Hari, Tanggal : Sabtu, 28 Agustus 2021
Jam : 13.00 WIB

S	- Ibu mengatakan akhir-akhir ini sering merasa kelelahan karena mulai bekerja tatap muka di sekolah sehingga belum terbiasa membagi waktu dengan adanya bayi, sehingga ibu kurang tidur dan kurang istirahat - Pola istirahat : Dalam 2 minggu terakhir tidak pernah tidur siang, pada malam hari ibu tidur kurang lebih 5-6 jam - ASI lancar dan memberikan ASI tiap 2 jam sekali atau on demand. - Pemenuhan nutrisi : makan 3-4 kali/hari dengan nasi, sayur, lauk dan buah, minum 1,5-2 liter/hari dengan air putih, teh, jus. - BAB dan BAK tidak ada keluhan.
O	Keadaan umum: baik Kesadaran: compos mentis TD : 115/75 mmHg Nadi : 78 x/menit

	Respirasi : 18 x/menit Suhu : 36,6 °C Mata : Konjungtiva merah muda, sklera putih Leher : Tidak ada pembengkakan vena jugularis dan kelenjar tiroid Payudara : Puting susu menonjol, bersih, tidak lecet, pengeluaran ASI baik Ekstremitas : tidak ada oedema dan varices TFU : tidak teraba Pengeluaran lendir putih (lochea alba), luka jahitan perineum sudah kering dan tidak ada tanda-tanda infeksi.
A	Ny. SA usia 33 tahun P3Ab0Ah3 postpartum spontan hari ke-17
P	1. Memberitahu ibu bahwa berdasarkan hasil pemeriksaan keadaan ibu baik dan sehat. Ibu mengerti kondisinya 2. Mengingatkan ibu untuk mengatur pola istirahat dengan baik salah satunya dengan cara istirahat atau tidur saat bayi juga tertidur atau dengan kata lain mengikuti pola aktifitas bayi sehingga ibu tidak merasa kelelahan karena apabila ibu kelelahan dapat mempengaruhi produksi ASI. Kebutuhan tidur ibu nifas dalam sehari kurang lebih delapan jam pada malam hari dan satu jam pada siang hari. Pola istirahat dan aktivitas ibu selama nifas yang kurang dapat menyebabkan kelelahan dan berdampak pada produksi ASI. Ibu sudah mengatur pola istirahat dengan baik 3. Memberikan pengertian kepada suami Ny.SA untuk ikut membantu merawat bayi dan melakukan beberapa tugas rumah tangga agar dapat meringankan aktifitas ibu sehingga ibu tidak merasa kelelahan yang berlebihan. Suami bersedia mengikuti anjuran bidan 4. Memberikan KIE kepada ibu tentang perawatan bayi yaitu dengan menjaga kebersihan bayi dengan mandi 2 kali sehari, menjaga suhu tubuh bayi tetap hangat, tidak memakaikan gurita kepada bayi, memberikan ASI sesering mungkin, selalu mengajak bicara,

	melakukan kontak mata serta memberika sentuhan saat menyusui bayi. Ibu memahami apa yang telah disampaikan.

CATATAN PERKEMBANGAN (KF IV 29 - 42 hari)

Nama Pengkaji : Lia Badria
Metode Pengkajian : Tatap muka dengan protokol kesehatan
Hari, Tanggal : Minggu, 12 September 2021
Jam : 10.00 WIB

S	Ibu mengatakan saat ini tidak ada keluhan, seiring waktu ibu sudah dapat mengatur pola istirahatnya dengan baik, selain itu suami dan anak-anak saling membantu satu sama lain dalam urusan pekerjaan rumah dan merawat bayi.. - Perdarahan pervagina sudah tidak keluar - ASI lancar dan memberikan ASI secara on demand. - Pemenuhan nutrisi : makan 3-4 kali/hari dengan nasi, sayur, lauk dan buah, minum 1,5-2 liter/hari dengan air putih, teh, jus. - Pola istirahat baik, ibu menyesuaikan dengan pola tidur bayinya - BAB dan BAK tidak ada keluhan.
O	Keadaan umum baik Kesadaran compos mentis TD : 110/70 mmHg Nadi : 81 x/menit Respirasi : 20 x/menit Suhu : 36,7 °C Mata : Konjungtiva merah muda, sklera putih Leher : Tidak ada pembengkakan vena jugularis dan kelenjar tiroid Payudara : Puting susu menonjol, bersih, pengeluaran ASI baik Ekstremitas tidak ada oedema dan varices TFU : tidak teraba Pengeluaran darah tidak ada, luka jahitan perineum sudah kering dan tidak ada tanda-tanda infeksi.
A	Ny. SA usia 33 tahun P3Ab0Ah3 postpartum hari ke 32 normal

P	1. Memberitahu ibu bahwa berdasarkan hasil pemeriksaan keadaan ibu baik dan sehat. Ibu mengerti mengenai kondisinya dan merasa senang 2. Memberitahu ibu untuk mulai merencanakan dan mendiskusikan metode kontasepsi yang digunakan dengan suami. Ibu ingin menggunakan alat kontrasepsi IUD namun akan di diskusikan terlebih dahulu dengan suaminya 3. Memberikan KIE tentang macam-macam metode kontrasepsi yang aman untuk ibu menyusui. Ibu mengetahui beberapa alat kontrasepsi yang disebutka

POLTEKKES KEMENKES YOGYAKARTA JURUSAN KEBIDANAN

JL. Mangkuyudan MJ III/304 Yogyakarta. Telp (0274) 374331

==========

ASUHAN KEBIDANAN PADA NY. SA USIA 33 TAHUN

AKSEPTOR BARU KB KONDOM

Nama Pengkaji : Lia Badria

Metode Pengkajian : Tatap muka dengan protokol kesehatan

Hari, Tanggal : Minggu, 12 September 2021

Jam : 11.00 WIB

Biodata	Ibu	Suami
Nama	: Ny. SA	: Tn. A
Umur	: 33 tahun	: 42 tahun
Pendidikan	: S1	: SMA
Pekerjaan	: Guru (SD IT)	: Karyawan (SD IT)
Agama	: Islam	: Islam
Suku/ Bangsa	: Jawa/ Indonesia	: Jawa/ Indonesia
Alamat	: Jurug, RT.44, Argosari, Sedayu, Bantul	

DATA SUBJEKTIF

1. Keluhan

   Ibu mengatakan mengatakan sudah mendiskusikan dengan suami dan ingin menggunakan metode kontrasepsi IUD namun pemasangannya menunggu setelah kondisi kondusif mengingat bayinya belum lama ini pulang dari RS dan masih melakukan kontrol, sehingga untuk saat ini ibu hanya menggunakan kondom sebagai alat kontrasepsi sementar.

2. Riwayat Perkawinan

   Kawin 1 kali. Kawin pertama umur 23 tahun. Dengan suami sekarang 10 tahun.

3. Riwayat Menstruasi

   Menarche umur 14 tahun. Siklus 28-32 hari. Teratur. Lama 6-7 hari. Sifat Darah : Encer. Flour Albus: tidak. Dysmenorhoe : tidak . Banyak Darah kurang lebih 3-4 x ganti pembalut dalam sehari. (Saat ini ibu belum haid kembali setelah persalinan)

4. Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

   P3 Ab0 Ah 3

Hamil ke	Persalinan								Nifas	
	Tanggal Lahir	Umur Kehamilan	Jenis Persalinan	Penolong	Komplikasi		Jenis kelamin	BB Lahir	Laktasi	Komplikasi
					Ibu	Bayi				
1.	29-8-2012	Aterm	Normal (induksi)	Bidan (RS)	KPD	tdk	Perempuan	3100	Ya	Tdk
2.	19-9-2016	Aterm	Spontan	Bidan	tdk	tdk	Laki-laki	2500	Ya	Tdk
3	11-8-2021	Aterm	Spontan	Bidan (RS)	tdk	Infeksi paru	Laki-laki	3500	Ya	Tdk

5. Riwayat kontrasepsi yang digunakan

No	Jenis kontrasepsi	Mulai Memakai				Berhenti / ganti cara			
		Tanggal	Oleh	Tempat	Keluhan	Tanggal	Oleh	Tempat	Alasan
1.	IUD post plasenta	29/9/2012	bdn	RS	t.a.k	2016	bdn	PMB	Ingin hamil
2.	Kondom	2016	mandiri	mandiri	t.a.k	2020	bdn	mandiri	Ingin hamil

6. Riwayat kesehatan

   a. Penyakit sistemik yang pernah/sedang diderita

      Ibu mengatakan saat ini tidak mempunyai penyakit seperti Hipertensi, Asma, HIV/AIDS, TBC, DM.

   b. Penyakit yang pernah/sedang diderita keluarga

      Ibu mengatakan baik dari pihak istri maupun suami tidak ada riwayat penyakit menurun seperti hipertensi, DM dan riwayat penyakit menular seperti hepatitis, TBC dan HIV/AIDS.

   c. Riwayat penyakit ginekologi

      Tumor : Tidakada

      Operasi ginekologi : Tidakada

      Penyakit kelamin : Tidakada

      GO : Tidakada

      Sifilis : Tidakada

      Herpes : Tidakada

      Keputihan : Tidakada

      Perdarahan tanpa sebab : Tidakada

7. Pola Pemenuhan Kebutuhan Sehari – hari

a. Pola nutrisi

Ibu mengatakan makan 3-4x dalam sehari dengan nasi (porsi sedang atau satu piring tidak penuh) menggunakan lauk dan sayur. Lauk nabati seperti tahu,tempe hampir tersedia setiap hari dan untuk lauk/ protein hewani seperti telur (2-3x/ minggu) dan daging ayam/ daging merah/ ikan hanya 1x/minggu. Ibu mengatakan sering makan buah-buahan namun tidak setiap hari dan untuk kebiasaan minum air putih (10-12 gelas/hari) terkadang ibu mengkonsumsi jus dan teh

b. Pola eliminasi

	BAB	BAK
Frekuensi	: 1 kali dalam 1-2 hari	5 – 6 x/hari
Warna	: Kuning kecoklatan	Kuning jernih
Bau	: Khas feses	Khas urine
Konsisten	: Lunak	Cair
Keluhan	: Tidak ada keluhan	Tidak ada keluhan

c. Pola aktifitas

1) Kegiatan sehari-hari : Bekerja sebagai guru SD dan melakukan pekerjaan rumah tangga pada umumnya
2) Istirahat/tidur : istirahat siang 1-2 jam, dan istirahat malam 8-9 jam
3) Personal Hygiene : Mandi 2 kali perhari, Kebiasaan membersihakan alat kelamin setiap mandi, selesai BAK, dan selesai BAB

9. Keadaan Psiko Sosial Spiritual

a. Pengetahuan ibu tentang alat kontrasepsi

Ibu mengerti bahwa kegunaan alat kontrasepsi adalah untuk mencegah terjadinya kehamilan

b. Pengetahuan ibu tentang alat kontrasepsi yang dipakai sekarang

ibu mengetahui bahwa kontrasepsi kondom ini hanya alat pelindung dan tidak mengandung hormone apapun

c. Dukungan suami/keluarga

suami mendukung dan bersedia menggunakan alat kontrasepsi ini sebelum ibu menggunakan IUD

DATA OBJEKTIF

1. Pemeriksaan Fisik
   a. Keadaan umum baik, kesadaran *compos mentis*
   b. Tanda Vital

      Tekanan darah :110/70 mmHg

      Nadi : 81 kali per menit

      Pernafasan : 20 kali per menit

      Suhu : 36,7 °C
   c. Inspeksi

      Kepala dan leher

      Hiperpigmentasi : tidak ada

      Mata : konjungtiva merah muda, sklera putih

      Abdomen : Tidak teraba masa

      Ekstremitas

      Oedem : Tidak

      Varises : Tidak
2. Pemeriksan Dalam/Ginekologis

   Tidak dilakukan
3. Pemeriksaan Penunjang

   Tidak dilakukan

ANALISA

Ny. SA usia 33 tahun P3A0Ah3 akseptor lama KB kondom

PENATALAKSANAAN

1. Menjelaskan kepada Ny. SA tentang protokol kesehatan yaitu dengan memakai masker, menjaga jarak minimal 1,5 meter, tidak berkerumun, mencuci tangan dengan 6 langkah cuci tangan yang baik dan benar dengan sabun dan air mengalir, serta mandi dan mengganti baju setelah bepergian

keluar rumah. Ny. SA mengerti dan bersedia melakukan anjuran yang diberikan

2. Memberitahu hasil pemerksaan bahwa secara umum keadaan ibu baik TD : 110/70 mmHg, nadi 81x/m, respirasi 20x/m, dan suhu tubuh 36,7^{o} C. Ny. SA mengetahui keadaannya.
3. Menjelaskan kepada ibu mengenai efektivitas AKDR tergolong tinggi yaitu 99,2 – 99,4% (0,6 – 0,8 kehamilan/100 perempuan dalam 1 tahun pertama). Telah dibuktikan bahwa tidak menambah risiko infeksi, perforasi dan perdarahan. Kemampuan petugas dalam meletakkan AKDR di fundus amat memperkecil risiko keluarnya AKDR dari dalam Rahim. Ibu mengerti dengan penjelasan bidan
4. Mengingatkan ibu mengenai metode KB IUD, keuntungan dan kerugian, serta efek samping yang mungkin timbul. Ibu dapat berdiskusi dengan baik karena sebelumnya pernah menggunakan KB IUD
5. Menjelaskan pada Ny.SA mengenai waktu pemasangan IUD yaitu bila pemasangan IUD tidak dilakukan dalam waktu seminggu setelah bersalin, menurut beberapa ahli, sebaiknya IUD ditangguhkan sampai 6 – 8 minggu postpartum oleh karena jika pemasangan IUD dilakukan antara minggu kedua dan minggu keenam setelah melahirkan, bahaya perlukaan atau pengeluaran IUD dari dalam rahim lebih besar. Ibu mengerti dengan penjelasan yang disampaikan
6. Mendemonstrasikan cara pemasangan IUD pada ibu melalui media video. Ibu masih ingat dan mendapat pemahaman baru
7. Mengajak diskusi ibu mengenai alat kontrasepsi kondom. Ibu sudah paham secara garis besar mengenai penggunaan alkon tersebut karena sebelumnya sudah pernah menggunakan
8. Mengingatkan ibu untuk segera ke Puskesmas apabila sudah mantap dalam menggunakan alat kontrasepsi IUD. Ibu bersedia untuk ke fasilitas kesehatan dan akan menghubungi penulis.

Lampiran 2 Informed Consent

INFORMED CONSENT (SURAT PERSETUJUAN)

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : SUSI AGUSTINI

Tempat/Tanggal Lahir : BANTUL / 18-08-1988

Alamat : BANDUT LOR RT 31, ARGOREJO, SEDAYU 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 menghindarkan 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, 12 September 2021

Mahasiswa	Klien
LIA BADRIA	SUSI AGUSTINI

Lampiran 3 Surat Keterangan Selesai Pendampingan

SURAT KETERANGAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Endah Bekti Rahayu, S.Tr.Keb

NIP : 197003231995032008

Jabatan : Bidan Koordinator

Instansi : Puskesmas Sedayu I

Dengan ini menerangkan bahwa:

Nama : Lia Badria

NIM : P07124520100

Prodi : Pendidikan Profesi Bidan

Jurusan : Kebidanan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta

Telah selesai melakukan asuhan kebidanan berkesinambungan dalam rangka praktik kebidanan holistik Continuity of Care (COC) I.
Asuhan dilaksanakan pada tanggal 6 Juli 2021 sampai dengan 12 September 2021.
Judul asuhan: Asuhan Berkesinambungan pada Ny. SA Usia 33 tahun $G_3P_2A_0Ah_2$ Dari Masa Kehamilan Sampai Keluarga Berencana di Puskesmas Sedayu I.

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

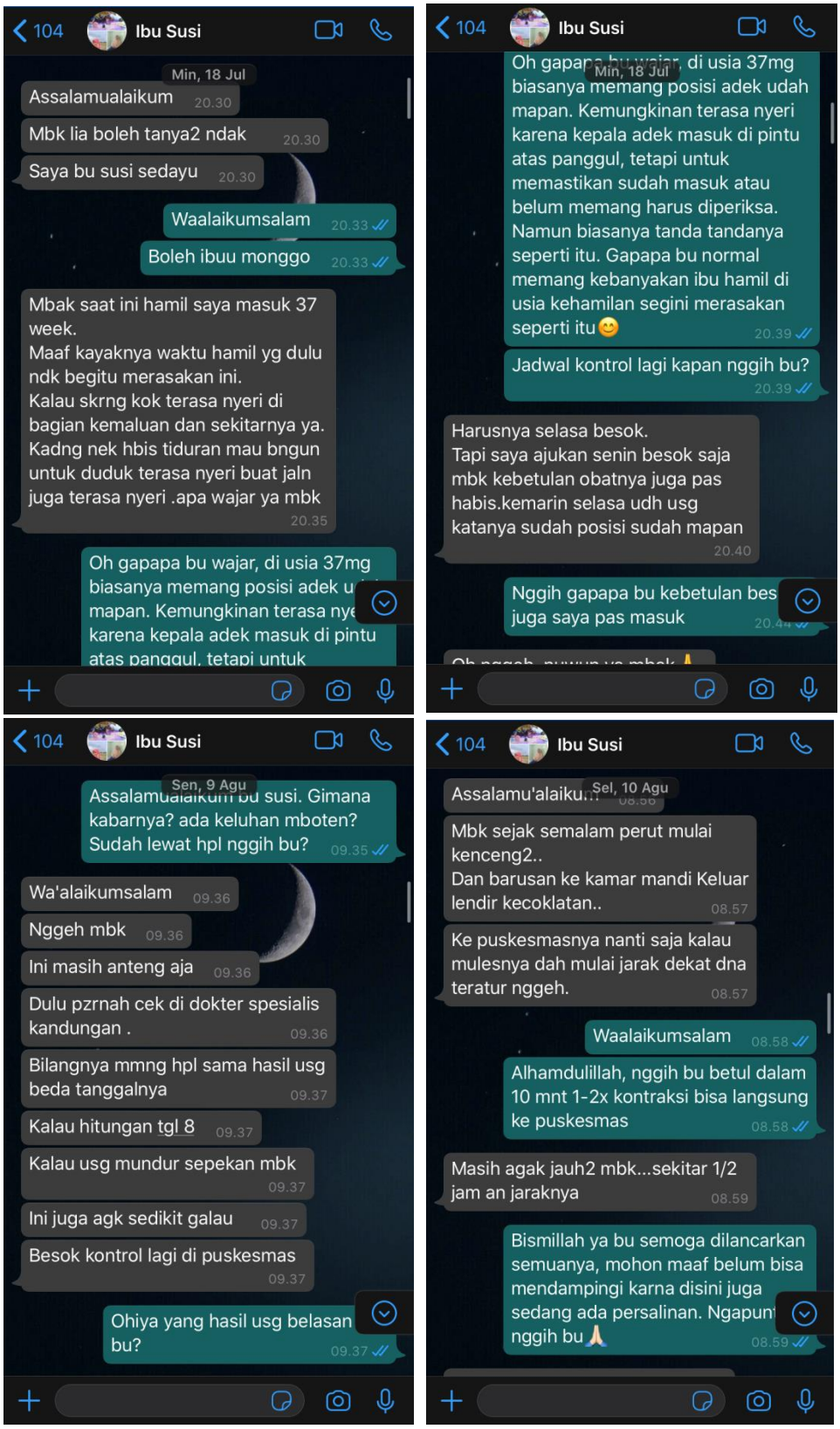
Yogyakarta, September 2021

(Pembimbing Klinik)

Endah Bekti Rahayu, S.Tr.Keb

NIP. 197003231995032008

Lampiran 4 Dokumentasi Kegiatan Pendampingan



Lampiran 5 Jurnal

JMCH Journal of Maternal and Child Health (2020), 05(05): 590-600
Masters Program in Public Health, Universitas Sebelas Maret

Research

Meta-Analysis: Amniotic Meconium and Low Birth Weight as Predictors of Asphyxia in Newborns

Alfiati Nanda Widiyaningrum[1], Eti Poncorini Pamungkasari[2], Bhisma Murti[1]

[1]Masters Program in Public Health, Universitas Sebelas Maret
[2]Faculty of Medicine, Universitas Sebelas Maret

ABSTRACT

Background: Preterm birth, intrapartum-related complications (birth asphyxia or difficulty breathing at birth), infections and birth defects accounted for the majority of neonatal deaths in 2017. Low birth weight and amniotic fluid with meconium are factors associated with perinatal asphyxia. The aim of this study was to conduct a meta-analysis to estimate the influence of meconium in the amniotic fluid and low birth weight on the risk of asphyxia in newborns based on the results of previous similar studies.

Subjects and Method: This was a systematic review and meta-analysis following the PRISMA flow diagram. The formula for PICO is as follows: P= newborn, I= mixed amniotic fluid with low birth weight, C = clear amniotic fluid and normal birth weight (≥2,500 g). Database: PubMed, Google Scholar, Clinical Key, Springer Link and Science Direct with keywords ("asphyxia" OR "birth asphyxia") AND ("meconium stained amniotic" OR "meconium stained liquor" OR "meconium stained amniotic liquor") AND "Low birth weight" AND "newborns" AND "cross sectional". The research inclusion criteria were full text articles and in English. Articles published from 2010 to 2020. The study design was cross-sectional with multivariate analysis using Revman 5.3 and results reported in adjusted odds ratio (aOR).

Results: The results of the meta-analysis in 11 primary studies showed that the effect of meconium in the amniotic fluid was statistically significant in increasing the risk of asphyxia in newborns by 5.16 times compared to clear membranes (aOR 5.16; 95% CI = 3.73-7.13; p <0.001). The effect of low birth weight was statistically significant in increasing the risk of asphyxia in newborns by 2.94 times compared to normal birth weight (aOR 2.94; 95% CI = 1.84-4.70; p <0.001).

Conclusion: Amniotic meconium and low birth weight increase the incidence of newborn asphxia. Early detection in proper control and monitoring of labor, development of a comprehensive partograph and adequate prenatal care with the provision of social support reduces the frequency and negative effects of perinatal asphyxia.

Keywords: meconium in the amniotic fluid, low birth weight, asphyxia, newborns

Correspondence:
Alfiati Nanda Widiyaningrum. Masters Program in Public Health. Universitas Sebelas Maret, Jl. Ir. Sutami 36A, Surakarta 57126, Central Java. Email: widiyaningruma@gmail.com. Mobile: 081327524537.

Cite this as:
Widiyaningrum AN, Pamungkasari EP, Murti B (2020). Meta-Analysis: Amniotic Meconium and Low Birth Weight as Predictors of Asphyxia in Newborns. J Matern Child Health. 05(05): 590-600. https://doi.org/10.26911/thejmch.2020.05.05.12.

Journal of Maternal and Child Health is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License.

BACKGROUND

Globally, in 2018, 2.5 million children died in the first month of life. Sub-Saharan Africa had the highest neonatal mortality rate in 2018 with 28 deaths per 1,000 live births, followed by Central and South Asia with 25 deaths per 1,000 live births. South Asia has the highest proportion of neonatal deaths at 62%. The majority of all neonatal deaths (75%) occur during the first week of

European Review for Medical and Pharmacological Sciences 2020; 24: 7804-7815

Clinical outcomes of 201 neonates born to mothers with COVID-19: a systematic review

S.H. YOON, J.-M. KANG, J.G. AHN

Department of Pediatrics, Severance Children's Hospital, Yonsei University College of Medicine, Seoul, Korea

Abstract. – OBJECTIVE: To evaluate the clinical manifestations and outcomes of neonates born to women who had Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) during pregnancy.

MATERIALS AND METHODS: A systematic literature search was conducted on PubMed and Embase till April 15, 2020, by combining the terms (COVID-19, Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2, SARS-CoV-2, Novel Coronavirus, 2019-nCov, Wuhan pneumonia) and (pregnancy, pregnant women, mother, fetus, neonate, newborn, infant).

RESULTS: We included 16 case series and 12 case reports describing a total of 223 pregnant women and 201 infants. Four newborns born to mothers affected by COVID-19 were reported to have laboratory-confirmed Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) infection within 48 hours after birth. However, Reverse Transcription-Polymerase Chain Reaction tests of the breast milk, placenta, amniotic fluids, and cord blood and maternal vaginal secretions were all negative for SARS-CoV-2 in the reported cases. Fetal death was reported in two cases, and 48 of 185 newborns (25.9%) were born prematurely. Infants born small for gestational age and low birth weight (< 2,500 g) accounted for 8.3% and 15.6% of reported cases, respectively. Birth asphyxia and respiratory distress syndrome were observed in 1.8% and 6.4% of neonates, respectively. There was one neonatal death due to intractable gastric bleeding among the SARS-CoV-2-negative infants.

CONCLUSIONS: Current evidence suggests that COVID-19 during pregnancy rarely affects fetal and neonatal mortality, but can be associated with adverse neonatal morbidities. Vertical transmission has not been observed in the majority of the reported cases. The infants born to mothers with COVID-19 are carefully monitored for accompanying complication, and quarantine of infected mothers is warranted.

Key Words:
COVID-19, SARS-CoV-2, Newborn, Infant, Pregnancy, Outcome.

Introduction

The outbreak of the Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2), which was first reported in Wuhan, China, is now spreading throughout the world with high infectivity and fatality rates[1]. This Novel Coronavirus has caused special concern in pregnant women and newborns, because previous Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus (SARS-CoV-1) and Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus (MERS-CoV) outbreaks caused high case mortality rates and severe complications in pregnant women and their fetuses and newborns[2-5]. Furthermore, pregnant women and neonates were both highly susceptible to infection and hypoxia[6-8]. Whether SARS-CoV-2 virus can be vertically transmitted from mother to fetus is also a crucial interest[9].

However, knowledge of neonatal outcomes when mothers are infected with Coronavirus Disease (COVID-19) during pregnancy is still limited to several case reports and case series. We conducted a systematic review of the published literature to assess the clinical impact of maternal SARS-CoV-2 infection during pregnancy on infants, including clinical and laboratory characteristics of infants and their mothers, maternal and neonatal outcomes, and evidence of mother-to-infant vertical transmission.

Materials and Methods

This review was performed in accordance with the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses Statement (PRISMA)[10]. Ethical approval was not required for this review.

Search Strategy

Medline/PubMed and Embase were searched by combining the terms (COVID-19, Severe

Corresponding Author: Jong Gyun Ahn, MD; e-mail: JGAHN@yuhs.ac

Medsains Vol. 6 No. 01, Juni 2020 : 26 - 32

GAMBARAN FAKTOR-FAKTOR TERJADINYA ASFIKSIA PADA BAYI BARU LAHIR DI PUSKESMAS BANJARNEGARA 2 KABUPATEN BANJARNEGARA

***Lia Aria Ratmawati*[*1], *Dewie Sulistyorini*[*2]**
[1]*Dosen Program Studi DIII Kebidanan Politeknik Banjarnegara*
E-mail : liaaria13@gmail.com
[2]*Dosen Program Studi DIII Kebidanan Politeknik Banjarnegara*
E-mail : dewiesulistyorini@gmail.com

ABSTRACT

Asphyxia is a failure of breath spontaneously and is born at birth or shortly after birth, which can be caused by maternal, infant and umbilical factors. The purpose of this study was to determine the description of the factors of asphyxia in newborns at the Banjarnegara Puskesmas 2 Banjarnegara District. This type of quantitative research is analytic survey design, cross sectional approach method. The population is all mothers who give birth to newborns with asphyxia in January - May 2020 at the Banjarnegara Health Center 2 as many as 22 newborns with asphyxia. The sampling technique uses total sampling. Univariate analysis looked at the frequency distribution and the percentage of each variable studied, namely maternal age, maternal parity, gestational age, difficult delivery and amniotic fluid conditions. Mothers who gave birth with asphyxia were the majority at low risk of 77.27%. Parity of mothers giving birth with asphyxia all primipara and grandemultipara amounted to 100%. The gestational age of mothers giving birth with asphyxia all term is 100%. The majority of mothers who give birth with asphyxia occur in mothers who have had a difficult delivery of 90.91%. The majority of amniotic fluid conditions are 68.18% mixed with meconium.

Keywords: *Asphyxia, Age, Parity, Gestational, Complications*

ABSTRAK

Asfiksia adalah kegagalan napas secara spontan dan teratur pada saat lahir atau beberapa saat setelah lahir, dapat disebabkan oleh faktor ibu, bayi dan tali pusat. Tujuan penelitian untuk mengetahui gambaran faktor terjadinya asfiksia pada bayi baru lahir di Puskesmas Banjarnegara 2 Kabupaten Banjarnegara. Jenis penelitian kuantitatif dengan design survey analitik, metode pendekatan *cross sectional*. Populasinya adalah semua ibu yang melahirkan bayi baru lahir dengan asfiksia pada bulan Januari - Mei 2020 di Puskesmas Banjarnegara 2 sebanyak 22 bayi baru lahir dengan asfiksia. Teknik pengambilan sampel menggunakan *Total Sampling*. Analisis univariat melihat distribusi frekuensi dan persentase setiap variabel yang diteliti yaitu usia ibu, paritas ibu, umur kehamilan, penyulit persalinan dan kondisi air ketuban. Ibu yang melahirkan bayi baru lahir dengan asfiksia mayoritas berusia beresiko rendah sejumlah 77,27%. Paritas ibu yang melahirkan bayi baru lahir dengan asfiksia semua masuk kategori primipara dan grandemultipara sejumlah 100%. Umur kehamilan ibu yang melahirkan bayi baru lahir dengan asfiksia semua kategori umur kehamilan aterm sejumlah 100%. Ibu yang melahirkan bayi baru lahir dengan asfiksia mayoritas terjadi pada ibu yang mengalami persalinan dengan penyulit sejumlah 90,91%. Kondisi air ketuban pada ibu yang melahirkan bayi baru lahir dengan asfiksia mayoritas air ketuban bercampur mekonium sejumlah 68,18%.

Kata kunci : Asfiksia, Usia, Paritas, Kehamilan, Penyulit

medRxiv preprint doi: https://doi.org/10.1101/2021.03.16.21253731; this version posted March 20, 2021. The copyright holder for this preprint (which was not certified by peer review) is the author/funder, who has granted medRxiv a license to display the preprint in perpetuity.
It is made available under a CC-BY-NC-ND 4.0 International license .

The Spike-specific IgA in milk commonly-elicited after SARS-Cov-2 infection is concurrent with a robust secretory antibody response, exhibits neutralization potency strongly correlated with IgA binding, and is highly durable over time

Alisa Fox[1], Jessica Marino[2,3], Fatima Amanat[4,5], Kasopefoluwa Oguntuyo[4,5], Jennifer Hahn-Holbrook[2,3], Benhur Lee[4], Florian Krammer[4], Susan Zolla-Pazner[1], and Rebecca L. Powell[1,6]

[1]Department of Medicine, Division of Infectious Diseases, Icahn School of Medicine at Mount Sinai, One Gustave L. Levy Place, Box 1090, New York, NY, 10029, USA

[2]Health Sciences Research Institute, University of California, Merced, 5200 Lake Rd, Merced, CA, 95343, USA

[3]Department of Psychology, University of California Merced, 5200 Lake Rd, Merced, CA, 95343, CA, USA

[4]Department of Microbiology, Icahn School of Medicine at Mount Sinai, One Gustave L. Levy Place, Box 1090, New York, NY, 10029, USA

[5]Graduate School of Biomedical Sciences, Icahn School of Medicine at Mount Sinai, One Gustave L. Levy Place, Box 1090, New York, NY, 10029, USA

*Corresponding author

NOTE: This preprint reports new research that has not been certified by peer review and should not be used to guide clinical practice.

medRxiv preprint doi: https://doi.org/10.1101/2021.03.16.21253731; this version posted March 20, 2021. The copyright holder for this preprint (which was not certified by peer review) is the author/funder, who has granted medRxiv a license to display the preprint in perpetuity. It is made available under a CC-BY-NC-ND 4.0 International license .

Abstract

Approximately 10% of infants will experience COVID-19 illness requiring advanced care (1). A potential mechanism to protect this population could be provided by passive immunity through the milk of a previously infected mother. We and others have reported on the presence of SARS-CoV-2-specific antibodies in human milk (2-5). We now report the prevalence of SARS-CoV-2 IgA in the milk of 75 COVID-19-recovered participants, and find that 88% of samples are positive for Spike-specific IgA. In a subset of these samples, 95% exhibited robust IgA activity as determined by endpoint binding titer, with 50% considered high-titer. These IgA positive specimens were also positive for Spike-specific antibodies bearing the secretory component. Levels of IgA antibodies and antibodies bearing secretory component were shown to be strongly positively correlated. The secretory IgA response was dominant among the milk samples tested compared to the IgG response, which was present in 75% of samples and found to be of high-titer in only 13% of cases. Our IgA durability analysis using 28 paired samples, obtained 4-6 weeks and 4-10 months after infection, found that all samples exhibited persistently significant Spike-specific IgA, with 43% of donors exhibiting increasing IgA titers over time. Finally, COVID-19 and pre-pandemic control milk samples were tested for the presence of neutralizing antibodies; 6 of 8 COVID-19 samples exhibited neutralization of Spike-pseudotyped VSV (IC_{50} range, 2.39 – 89.4ug/mL) compared to 1 of 8 controls. IgA binding and neutralization capacities were found to be strongly positively correlated. These data are highly relevant to public health, not only in terms of the protective capacity of these antibodies for breastfed infants, but also for the potential use of such antibodies as a COVID-19 therapeutic, given that secretory IgA is highly stable not only in milk and the infant mouth and gut, but in all mucosa including the gastrointestinal tract, upper airway, and lungs (6).