

**ASUHAN KEBIDANAN MASA HAMIL, BERSALIN, NIFAS,
BAYI BARU LAHIR DAN KELUARGA BERENCANA PADA
NY.B DI BIDAN PRAKTEK MANDIRI Y. H KOTA
PEMATANGSIANTAR**

LAPORAN TUGAS AKHIR



DISUSUN OLEH:

DEVI MONICA PURBA

NIM : PO. 73.24.2.15.046

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES RI MEDAN
PROGRAM STUDI D-III KEBIDANAN
PEMATANGSIANTAR
TAHUN 2018**

**ASUHAN KEBIDANAN MASA HAMIL, BERSALIN, NIFAS,
BAYI BARU LAHIR DAN KELUARGA BERENCANA PADA
NY.B DI BIDAN PRAKTEK MANDIRI Y. H KOTA
PEMATANGSIANTAR**

LAPORAN TUGAS AKHIR

Disusun Sebagai Salah Satu Syarat Menyelesaikan Pendidikan Ahli Madya Kebidanan
Pada Program Studi D.III Kebidanan Pematangsiantar
Poltekkes Kemenkes RI Medan



DISUSUN OLEH:

DEVI MONICA PURBA

NIM : PO. 73.24.2.15.046

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES RI MEDAN
PROGRAM STUDI D-III KEBIDANAN
PEMATANGSIANTAR
TAHUN 2018**

LEMBAR PENGESAHAN

**JUDUL : ASUHAN KEBIDANAN MASA HAMIL, BERSALIN, NIFAS,
BAYI BARU LAHIR DAN KELUARGA BERENCANA
PADA NY.B DI BIDAN PRAKTEK Y.H KOTA
PEMATANGSIANTAR**

NAMA : DEVI MONICA PURBA

NIM : P0.73.24.2.15.046

Laporan Tugas Akhir Ini Telah Diuji Pada Sidang Ujian Akhir Program
Poltekkes Kemenkes Medan Program Studi Kebidanan
Pematangsiantar, 17 Juli 2018

Penguji I



Ribka Nova Sembiring, SST, M.Kes
NIP.197905272002122001

Penguji II



DR. Dame E. Simangunsong, M.Kes
NIP.197009021993032002

Ketua Penguji



Juliani Purba, S.Pd, M.Kes
NIP.195907081983032001

Plt. Ketua Program Studi D-III Kebidanan Pematangsiantar
Politeknik Kesehatan Kemenkes Medan



Tengku Sri Wahyuni, S.Si.T, M.Keb
NIP. 197404242001122002

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa, atas berkat dan rahmatNya Penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir yang berjudul ” **Asuhan Kebidanan Pada Masa Hamil,Bersalin, Nifas, Bayi Baru Lahir dan Keluarga Berencana Pada Ny.B di Bidan Praktek Mandiri Y.H Kota Pematangsiantar** ” sebagai salah satu syarat menyelesaikan pendidikan Ahli Madya Kebidanan pada Program Studi Kebidanan Pematangsiantar Politeknik Kesehatan RI Medan.

Dalam hal ini, penulis mendapatkan bantuan dari berbagai pihak, karena itu pada kesempatan ini penulis mengucapkan terimakasih kepada:

1. Dra. Ida Nurhayati, M.Kes Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Medan.
2. Betty Mangkuji, SST, M.Keb Ketua Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes Medan.
3. Tengku Sri Wahyuni, S.Si.T, M.Keb Ketua Program Studi Kebidanan Pematangsiantar Politeknik Kesehatan Kemenkes RI Medan.
4. Ribka Nova Sembiring, SST, M.Kes selaku dosen Pembimbing Utama yang telah memberikan bimbingan dalam penyusunan proposal tugas akhir.
5. Inke Malahayati, S.Si.T, M.Keb selaku dosen Pembimbing Pendamping yang telah memberikan bimbingan dalam penyusunan Laporan tugas akhir.
6. Bapak/Ibu Dosen beserta staff pegawai di Prodi Kebidanan Pematangsiantar.
7. Ibu B telah bersedia menjadi klien Penulis.
8. Keluarga tercinta yang telah memberikan dukungan dan doa baik secara materi maupun spritual selama penulis mengikuti pendidikan dan menyelesaikan laporan tugas akhir ini.

Penulis menyadari laporan tugas akhir ini masih banyak kekurangan baik secara kata, isi, bahasa. Maka penulis mengharapkan kritik dan saran demi kesempurnaan laporan tugas akhir ini. Segala bantuan dan dukungan serta kebaikan yang penulis terima dari semua pihak mendapatkan berkat dari Tuhan Yang Maha Esa.

Pematangsiantar, Juni 2018

DEVI MONICA PURBA

NIM:P0.73.24.2.15.046

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MEDAN
PROGRAM STUDI KEBIDANAN PEMATANGSIANTAR
LAPORAN TUGAS AKHIR

DEVI MONICA PURBA

Laporan Asuhan Kebidanan Masa Hamil, Bersalin, Nifas, Bayi Baru Lahir Dan Keluarga Berencana pada NY.B di Bidan Praktek Mandiri Y.H Kota Pematangsiantar

ABSTRAK

Umumnya ukuran yang dipakai untuk menilai baik-buruknya keadaan pelayanan kebidanan (maternity care) dalam suatu Negara atau daerah ialah kematian maternal (maternal motality). Laporan ini disusun menggunakan manajemen kebidanan dengan metode SOAP (Subjective, Objective, Assesment dan Planning).

Standar asuhan kebidanan adalah acuan proses pengambilan keputusan dan tindakan yang diambil oleh bidan sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup praktiknya pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir, dan KB sesuai dengan asuhan berdasarkan ilmu dan kiat kebidanan, perumusan diagnosa, dan atau masalah kebidanan, perencanaan, implementasi, evaluasi, dan pencatatan asuhan kebidanan.

NY. B gravida 4, partus 3, abortus 0. Pemeriksaan kehamilan dimulai dari trimester III. Pemeriksaan kehamilan dilakukan sebanyak 4 kali, persalinan ditolong oleh dokter, kunjungan nifas sebanyak 4 kali, dan kunjungan bayi baru lahir sebanyak 3 kali, dan telah menerima pelayanan KB. Hasil pemeriksaan kehamilan didapatkan Ny.B tidak memiliki riwayat penyakit asma, jantung, hipertensi, diabetes mellitus, dan tidak ada riwayat alergi obat. Tidak ada riwayat keturunan kembar, dan tidak ada riwayat kebiasaan yang merugikan kesehatan.

Pelaksanaan ANC pada Ny.A ditemukan suatu masalah yaitu resiko pada ibu hamil meliputi umur ibu yang tergolong resiko tinggi sehingga kehamilan yang dialami bersifat patologis. Secara psikososial kehamilan ini diterima dengan baik oleh ibu dan keluarga. Pemeriksaan masa nifas ibu bersifat fisiologis dilihat dari perdarahan dan lainnya. Begitu juga dengan bayi yang dilahirkan sehat dengan panjang badan : 52 cm, berat badan: 4100 gr, jenis kelamin laki-laki dan lahir sehat. Ibu memilih menjadi akseptor KB MOW.

Asuhan yang diberikan mulai dari kehamilan sampai menjadi akseptor KB tersebut sesuai dengan standart asuhan dan kewenangan bidan.

Kata kunci : Continuity of Care, Ibu hamil dengan Resiko Tinggi.
Daftar Pustaka : 30 sumber (2012-2017).

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MEDAN
PROGRAM STUDI KEBIDANAN PEMATANGSIANTAR
THE FINAL REPORT

DEVI MONICA PURBA

Midwifery care during pregnancy, giving Birth, Puerperium, Newborn Baby, and Family Planning in Mrs. B in independent practice midwives Y.H Pematangsiantar

ABSTRAK

Generally the measure used to assess the condition of maternity care in a country or region is maternal death (maternal mortality). This report was prepared using the method of obstetric management SOAP (Subjective, Objective, Assessment, and Planning).

The standard of midwifery care is a reference apply the decision making process and measures midwife. It is corresponding with authority and its scope of practice in pregnancy, maternity, postpartum, newborn, and family planning or KB. It is based on the knowledge and tips midwifery. Formulation diagnosis and obstetric problems, planning, implementation, evaluation, and recording midwifery care.

Mrs. B Gravida 4, Parturition 3, Abortion 0. Antenatal care have been started from trimester III. Antenatal care have four times, labor was helped by midwife, postpartum visit have four times, and newborn baby visit have three times, and have received family planning care. The result of antenatal care are Mrs. B does not have a history of asthma, heart disease, hypertension, diabetes mellitus, and no history of drug allergy. No history of the twin offspring, and no history of adverse health habits.

Implementation ANC to her found a problem is high risk for pregnant women. Includes the age of the mother who are classified as high risk so that the pregnancy experienced is pathologic. The pregnancy psychosocial well received by the mother and family. Postpartum are physiologica because post partum hemorrhage are normal. The baby are good with a body length : 52 cm, weight : 4100gr, Gender : male and healthy birth. The mother chose to become a MOW family planning acceptor.

The care provided is began from pregnancy up to be a family planning acceptors in accordance with the standards of care and authority midwife.

Keywords : continuity of care, pregnant women with high risk

Bibliography : 30 sources (2012-2017)

DAFTAR ISI

| | Halaman |
|--|----------------|
| LEMBAR PERSETUJUAN | |
| KATA PENGANTAR | i |
| DAFTAR ISI | iii |
| BAB 1 PENDAHULUAN | 1 |
| 1.1. Latar Belakang | 1 |
| 1.2. Identifikasi masalah..... | 2 |
| 1.3. Tujuan Penyusunan LTA..... | 3 |
| 1.4. Sasaran, Tempat dan Waktu Asuhan Kebidanan..... | 4 |
| 1.5. Manfaat..... | 4 |
| BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA | 5 |
| 2.1 Bayi Baru Lahir | 5 |
| 2.2 Manajemen asuhan Kebidanan..... | 12 |
| BAB 3 PENDOKUMENTASIAN | 18 |
| 3.1 Asuhan Kebidanan..... | 18 |
| 3.2 Asuhan Kebidanan Pada Bayi Ikterus Fisisologis | 18 |
| BAB 4 PEMBAHASAN | 23 |
| 4.1 Bayi Baru Lahir | 23 |
| BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN | 25 |
| 5.1 Kesimpulan | 25 |
| 5.2 Saran | 25 |
| DAFTAR PUSTAKA | |
| LAMPIRAN | |

DAFTAR TABEL

| | |
|--|----|
| Tabel 2.1 Imunisasi TT..... | 25 |
| Tabel 2.2 Perubahan normal uterus selama postpartum..... | 31 |
| Tabel 2.3 Perubahan Lochea..... | 32 |
| Tabel 2.4 Tanda APGAR..... | 41 |
| Tabel 2.5 Mekanisme Hemostatis/adaptasi bayi baru lahir..... | 43 |

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Surat Persetujuan

Lampiran 2 Partograf

Lampiran 3 Sidik Kaki Bayi dan Jempol Ibu

Lampiran 4 Kartu Akseptor KB

Lampiran 5 Kartu Bimbingan LTA

Lampiran 6 Presensi Menghadiri Seminar Proposal

Lampiran 7 Daftar Riwayat Hidup Penulis

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Umumnya ukuran yang dipakai untuk menilai baik-buruknya keadaan pelayanan kebidanan (maternity care) dalam suatu Negara atau daerah ialah kematian maternal (maternal mortality). menurut defenisi WHO “kematian maternal ialah kematian seorang wanita waktu hamil atau dalam 42 hari sesudah berakhirnya kehamilan oleh sebab apa pun, terlepas dari tuanya kehamilan dan tindakan yang dilakukan untuk mengakhiri kehamilan sebab-sebab kematian ini dapat dibagi mejadi 2 golongan, yakni yang langsung disebabkan oleh komplikasi-komplikasi kehamilan pada kelompok ibu hamil yang dapat menyebabkan resiko/bahaya kemungkinan terjadinya komplikasi persalinan berdasarkan kelompok faktor resiko kapan ditemukan, cara pengenalan, dan sifat risikonya ini dikelompokkan dalam 3 kelompok faktor resiko yaitu I, II, dan III . salah satunya adalah faktor umur primi terlalu muda dan hamil ≥ 35 tahun atau dapat menyebabkan pendarahan antepartum dan sebab-sebab yang lain seperti penyakit jantung, kanker, dan sebagainya. Keadaan gawat darurat seringkali sangat mncemaskan pasien dan keluarganya dan dapat memicu berbagai gangguan emosi dengan segala akibatnya dimana ini terjadi akibat factor keadaan sosial pasien dan pasangannya, budaya, agama, keyakinan, dan harapan mereka (Prawirohardjo, 2014).

Tingginya AKI, AKBA, AKB termasuk tantangan paling berat untuk mencapai MDG's pada tahun 2030. Penurunan AKI di Indonesia terjadi sejak tahun 1991 sampai dengan 2007, yaitu dari 390 menjadi 228. Namun demikian, SDKI tahun 2012 menunjukkan peningkatan AKI yang signifikan yaitu menjadi 359 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup. Setelah itu angka kematian Ibu turun dari 4.999 pada tahun 2015 menjadi 4912 di tahun 2016 dan di tahun 2017 (semester I) sebanyak 1712 kasus (kemenkes, 2016) . Sedangkan berdasarkan laporan profil kesehatan kabupaten/kota jumlah kematian ibu pada tahun 2016 dilaporkan sebanyak 239 kematian atau jika dikonversikan, maka berdasarkan

profil kabupaten/kota maka AKI Sumatera Utara adalah sebesar 85/100.000 kelahiran hidup (Dinkes Provsu, 2016).

Berbeda dengan data yang ada di Pematang Siantar pada tahun 2016 kematian ibu ditemukan di kecamatan Siantar Utara, Siantar Timur, Siantar Marihat, dan Siantar Selatan masing-masing sebanyak 1 kematian yang disebabkan oleh ibu bersalin eklampsia, Limfadinitis, dan masih ditemukan juga pendarahan pada ibu bersalin dan faktor penyebab lainnya (Dinkes Pematangsiantar, 2016).

Upaya lain yang dilakukan untuk menurunkan kematian ibu dan kematian bayi yaitu dengan mendorong agar setiap persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih yaitu dokter spesialis kebidanan dan kandungan (SpOG), dokter umum, dan bidan, serta diupayakan dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan. Pertolongan persalinan adalah proses pelayanan persalinan yang dimulai pada kala I sampai dengan kala IV persalinan. Keberhasilan program ini diukur melalui indikator persentase persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan.

Sejak tahun 2015, penekanan persalinan yang aman adalah persalinan ditolong tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan. Oleh karena itu, Rencana Strategis Kementerian Kesehatan tahun 2015-2019 menetapkan persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan sebagai salah satu indikator upaya kesehatan ibu, menggantikan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan. Sejauh ini 80,61% ibu hamil yang menjalani persalinan dengan ditolong oleh tenaga kesehatan dan dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan di Indonesia (Kemenkes 2016). Berbeda dengan presentasi cakupan data K4 di Sumatera Utara ternyata cakupan persalinan yang ditolong tenaga kesehatan menunjukkan adanya kecenderungan yang meningkat, yaitu dari 86,73% tahun 2010 menjadi 90,05% pada tahun 2016. Dan dari 33 kabupaten/kota di Sumatera Utara yang mampu mencapai target Standar Pelayanan Minimal bidang kesehatan salah satunya Kota Pematang Siantar (Dinkes Provsu, 2016).

Seksisio Sesarea (SC) adalah proses persalinan dengan melalui pembedahan di mana irisan dilakukan di perut ibu (laparotomi) dan rahim (histerektomi) untuk mengeluarkan bayi. Bedah caesar umumnya dilakukan ketika proses persalinan

normal melalui vagina tidak memungkinkan karena beresiko kepada komplikasi medis lainnya (Purwoastuti, Dkk, 2015).

Di Indonesia section cesarean umumnya dilakukan bila ada indikasi medis tertentu sebagai tindakan mengakhiri kehamilan dengan komplikasi. Selain itu section cesarean juga menjadi alternative persalinan dengan idikasi medis karena dianggap lebih mudah dan nyaman. Sectio cesarean sebanyak 25 % dari jumlah kelahiran yang ada dilakukan pada ibu – ibu yang tidak memiliki resiko tinggi untuk melahirkan secara normal maupun komplikasi lainnya (Kemenkes, 2012).

World Health Organization (WHO) menetapkan standar rata – rata persalinan section cesarea disebuah Negara adalah sekitar 5 – 15 % per kelahiran hidup didunia. Menurut WHO, peningkatan persalinan degan section cesarea di seluruh Negara terjadi semenjak tahun 2007 -2008 yaitu 110.000 per kelahiran yang ada di seluruh Asia. Di Indonesia sendiri, angka kejadian section caserea juga terus meningkat baik di rumah sakit pemerintah maupun rumah sakit swasta. Hasil riskesdas 2013 menunjukkan kelahiran dengan metode section cesarea sebesar 9,8 % dari total 49.603 kelahiran sepanjang tahun 2010 sampai dengan 2013 (Novianti, 2017).

Pelayanan kesehatan ibu nifas juga adalah salah satu indikator AKI . Pelayanan kesehatan pada ibu nifas sesuai standar dilakukan sekurang-kurangnya tiga kali sesuai jadwal yang dianjurkan, yaitu pada enam jam sampai dengan tiga hari pasca persalinan, pada hari ke empat sampai dengan hari ke-28 pasca persalinan, dan pada hari ke-29 sampai dengan hari ke-42 pasca persalinan. Cakupan kunjungan nifas (KF3) di Indonesia menunjukkan kecenderungan peningkatan dari tahun 2008 sampai dengan tahun 2016. Namun demikian nampak adanya penurunan cakupan KF3 pada tahun 2016 (84,41 %), yaitu lebih rendah dibandingkan tahun 2015 (87, 06%) (Kemenkes, 2016).Berbeda dengan rata-rata cakupan pelayanan ibu nifas di provinsi sumatera utara adalah 86,76%, angka ini menurun dibandingkan tahun 2015 (87,36%) dan tiga kota dengan cakupan tertinggi yaitu sibolga (96,05%), pematang siantar (93,43%), dan langkat (92,02%) (Diskes, 2016) .

Begitu juga Jumlah kasus kematian Bayi turun dari 33.278 di tahun 2015 menjadi 32.007 pada tahun 2016, dan di tahun 2017 di semester I sebanyak 10.294 kasus (Kemenkes, 2016) . Data kesehatan Provinsi Sumatera Utara bahwa tahun 2016, dari 281.449 bayi lahir hidup terdapat 1.132 bayi meninggal sebelum usia 1 tahun. Berdasarkan angka ini secara kasar dapat diperhitungkan perkiraan Angka kematian bayi (AKB) di Sumatera Utara tahun 2016 yakni 4 /1000 kelahiran hidup (KH) (Diskes, 2016)

Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 87 Tahun 2014 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga, Keluarga Berencana, dan Sistem Informasi Keluarga menyebutkan bahwa program keluarga berencana (KB) adalah upaya mengatur kelahiran anak, jarak dan usia ideal melahirkan, mengatur kehamilan, melalui promosi, perlindungan, dan bantuan sesuai dengan hak reproduksi untuk mewujudkan keluarga yang berkualitas. Cakupan KB baru dan KB aktif di Indonesia pada tahun 2016 dengan jumlah pasangan usia subur (PUS) sebanyak 174.375.008 dimana persentase peserta KB aktif terhadap pasangan usia subur di Indonesia pada tahun 2016 sebesar 74,8% dan peserta KB baru (58,93%) serta persentase PUS yang merupakan kelompok *unmet need* di Indonesia sebesar 12,77%. Dari seluruh PUS yang memutuskan tidak memanfaatkan program KB, sebanyak 6,22% beralasan menunda memiliki anak, dan sebanyak 6,55% beralasan tidak ingin memiliki anak lagi (Kemenkes, 2016). Data kesehatan Provinsi Sumatera Utara bahwa tahun 2016 jumlah pasangan usia subur (PUS) sebanyak 9.033.897, peserta KB aktif yang paling dominan adalah penggunaan alat kontrasepsi suntik yaitu (45,52%) dan tidak jauh berbeda Pil (42,41%), selebihnya menggunakan implant (20,63% dan sebanyak (15%) menggunakan IUD,MOP,MOW dan Kondom (Diskes 2016).

Upaya untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan ibu dan anak salah satunya melakukan asuhan kebidanan berkelanjutan (*continuity of care*) pada Ny.B di BPM Y.Hutahean kota pematangsiantar dan mengatasi masalah dari kehamilan dan persalinan yang lalu.

1.2. Identifikasi masalah

Berdasarkan dari latar belakang di atas, maka asuhan kebidanan yang berkelanjutan (*continuity of care*) perlu dilakukan dengan pengambilan kasus muli dari Asuhan Kehamilan (*Ante Natal Care*) dengan melakukan 4 kali kunjungan selama kehamilan. Asuhan Persalinan section caesarea dengan asuhan sayang ibu dan sayang bayi, Asuhan masa nifas (*Post Natal Care*) dengan melakukan minimal 3 kali kunjungan, Kunjungan nifas pertama (6jam-3 hari pertama), Kunjungan nifas kedua (4-28 hari), Kunjungan nifas ketiga (29-42 hari) setelah persalinan, Asuhan bayi baru lahir yaitu: pencegahan infeksi, penilaian, pencegahan kehilangan panas, merawat tali pusat dan Inisiasi Menyusui Dini segera setelah bayi baru lahir dan asuhan selama 28 hari yang dilakukan pada kunjungan neonatus, yaitu Kunjungan Neonatal 1 (6-48 jam), Kunjungan Neonatal 2 (3-7 hari), Kunjungan Neonatal 3 (8-28 hari) setelah lahir serta Memberi penjelasan tentang KB MOW, sehingga ibu tidak ragu untuk menggunakan KB dengan MOW.

1.3. Tujuan Penyusunan LTA

1.3.1. Tujuan Umum

Mampu menerapkan asuhan kebidanan yang komprehensif pada ibu hamil, bersalin, nifas, neonatus, dan calon akseptor KB sesuai dengan standar asuhan dengan menggunakan manajemen kebidanan.

1.3.2. Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian pada ibu hamil, bersalin, nifas, neonatus dan calon akseptor KB.
2. Menyusun diagnosa kebidanan sesuai dengan prioritas pada ibu hamil, bersalin, nifas, neonatus, dan calon akseptor KB.
3. Merencanakan asuhan kebidanan secara kontinyu pada ibu hamil, bersalin, nifas, neonatus, dan calon akseptor KB.
4. Melaksanakan asuhan kebidanan secara kontinyu pada ibu hamil, nifas, neonatus, dan calon akseptor KB.

5. Melakukan evaluasi asuhan kebidanan yang telah dilakukan pada ibu hamil, nifas, neonatus, dan akseptor KB.
6. Mendokumentasikan asuhan kebidanan yang telah dilakukan pada ibu hamil, nifas, neonatus, dan calon akseptor KB.

1.4 Ruang Lingkup

1.4.1. Sasaran

Asuhan kebidanan ditujukan kepada Ny. **B** dengan memperhatikan *continuity of care* mulai masa hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir, dan KB.

1.4.2. Tempat

Di Bidan Praktek Mandiri Y. H, Jln Balige 2 no 70 kota Pematangsiantar.

1.4.3 Waktu

Waktu yang diperlukan dalam pelaksanaan *continuity of care* pada Ny.B yaitu mulai bulan Juli 2017 sampai dengan bulan Februari 2018.

1.5. Manfaat

1.5.1. Manfaat Teoritis

Menambah pengetahuan, pengalaman, dan wawasan dalam penerapan asuhan kebidanan dalam batas *continuity of care* terhadap ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir, dan akseptor KB.

1.5.2. Manfaat bagi ibu hamil

Untuk menambah wawasan ibu tentang kehamilan, persalinan, nifas, perawatan bayi baru lahir, dan KB. Dan untuk membantu ibu mengenali masalah ataupun tanda-tanda bahaya pada saat kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, dan KB.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Kehamilan

2.1.1 Konsep Dasar Kehamilan

a. Pengertian Kehamilan

Kehamilan adalah fertilisasi atau penyatuan spermatozoa dan ovum kemudian dilanjutkan dengan implantasi atau nidasi. Kehamilan normal akan berlangsung selama 40 minggu atau 9 bulan menurut kalender internasional jika dihitung dari fertilisasi sampai bayi lahir. Kehamilan dibagi menjadi 3 trimester yaitu trimester pertama mulai 0- 12 minggu, trimester kedua 13-27 minggu, dan trimester ketiga 28-40 minggu.

Kehamilan dimulai dari pembuahan sel telur oleh sperma yang terjadi di bagian menggembung dari tuba fallopi dimana Ovum yang telah dibuahi akan segera membela diri (stadium morula) sambil bergerak (oleh rambut getar tuba) menuju Rahim, kemudian melekat pada mukosa Rahim untuk selanjutnya bersarang diruang Rahim (kavum uteri) pada tingkat blastula dan akan bernidasi (implantasi) pada tingkat trofoblas dari pembuahan sampai nidasi diperlukan waktu kira-kira 6-7 hari . Untuk menyuplai darah dan zat-zat makanan bagi mudigah (embrio) dan janin, dipersiapkan uri (plasenta). Jadi dapat dikatakan bahwa untuk setiap kehamilan harus ada ovum (sel telur), spermatozoa (sel mani), pembuahan (konsepsi = fertilisasi), nidasi dan plasentasi (Prawirohardjo,2014)

2.1.2 Tanda -Tanda Kehamilan

a. Tanda tidak pasti kehamilan

Adapun tanda tidak pasti kehamilan (Andina & Yuni, 2015) yaitu :

1. Amenorea

Konsepsi dan nidasi menyebabkan tidak terjadi *pembentukan folikel de graaf* dan *ovulasi* sehingga menstruasi tidak terjadi. Lamanya *amenorea* dapat diinformasikan dengan memastikan hari pertama haid terakhir (HPHT), dan digunakan untuk memperkirakan usia kehamilan dan tafsiran persalinan.

2. Mual (*nausea*) dan muntah (*emesis*)

Pengaruh *estrogen* dan *progesteron* terjadi pengeluaran asam lambung yang berlebihan dan menimbulkan mual muntah yang terjadi terutama pada pagi hari yang disebut *morning sickness*.

3. Mengidam

Wanita hamil sering menginginkan makanan tertentu, keinginan yang demikian disebut ngidam. Ngidam sering terjadi pada bulan-bulanan pertama kehamilan dan akan menghilang dengan tuanya kehamilan.

4. *Syncope* (pingsan)

Terjadinya gangguan sirkulasi ke daerah kepala (*sentral*) menyebabkan iskemia susunan saraf pusat dan menimbulkan *syncope* atau pingsan. Hal ini sering terjadi terutama jika berada pada tempat yang ramai, biasanya akan hilang setelah 16 minggu.

5. Payudara Tegang

Estrogen meningkatkan perkembangan sistem duktus pada payudara, sedangkan *progesteron* menstimulasi perkembangan sistem *alveolar* payudara. Bersama *somatotropin*, hormon-hormon ini menimbulkan pembesaran payudara, menimbulkan perasaan tegang dan nyeri selama dua bulan pertama kehamilan, pelebaran puting susu, serta pengeluaran kolostrum.

6. Sering miksi

Desakan rahim kedepan menyebabkan kandung kemih cepat terasa penuh dan sering miksi. Frekuensi miksi yang sering, terjadi pada triwulan pertama akibat desakan uterus ke kandung kemih. Pada triwulan kedua umumnya keluhan ini akan berkurang karena uterus yang membesar keluar dari rongga panggul. Pada akhir triwulan, gejala bisa timbul karena janin mulai masuk ke rongga panggul dan menekan kembali kandung kemih.

7. Pigmentasi kulit

Keluar *melanophore stimulating hormone* hipofisis anterior menyebabkan pigmentasi kulit disekitar pipi (*kloasma gravidarum*), pada

dinding perut(*striae lividae, striae nigra, linea alba* makin hitam), dan sekitar payudara (*hiperpigmentasi areola mammae*, puting susu semakin menonjol)

8. Varises atau penampakan pembuluh darah vena

Karena pengaruh *esterogen* dan *progesteron* terjadi penampakan pembuluh darah vena. penampakan pembuluh darah itu terjadi disekitar genetalia eksternal, kaki dan betis serta payudara.

b. Tanda Kemungkinan Kehamilan

Adapun tanda kemungkinan kehamilan (Romauli, 2016) yaitu :

1. Pembesaran perut

Terjadi akibat pembesaran *uterus*. Hal ini terjadi pada bulan keempat kehamilan.

2. Tanda *hegar*

Yaitu segmen bawah rahim melunak, tanda ini terdapat pada dua pertiga kasus dan biasanya muncul pada minggu keenam dan sepuluh serta terlihat lebih awal pada perempuan yang hamilnya berulang. Pada pemeriksaan bimanual, segmen bawah uterus terasa lebih lembek.

3. Tanda *goodell*

Merupakan tanda yang biasanya muncul pada minggu ke enam dan terlihat lebih awal pada wanita yang hamilnya berulang tanda ini berupa *serviks* menjadi lunak dan jika dilakukan pemeriksaan dengan *speculum*, *serviks* terlihat berwarna lebih kelabu kehitaman.

4. Tanda *chadwick*

Merupakan tanda yang biasanya muncul pada minggu kedelapan dan terlihat lebih jelas pada wanita yang hamil berulang tanda ini berupa perubahan warna. Warna pada vagina dan vulva menjadi lebih merah dan agak kebiruan timbul karena adanya *vaskularisasi* pada daerah tersebut.

5. Tanda *piscaseck*

Uterus membesar secara simetris menjauhi garis tengah tubuh (setengah bagian terasa lebih keras dari yang lainnya) bagian yang lebih besar tersebut terdapat pada tempat melekatnya (*implantasi*) tempat kehamilan.

6. Kontraksi *braxton hicks*

Merupakan peregangan sel-sel otot uterus, akibat meningkatnya *actomycin* didalam otot uterus. Kontraksi ini tidak *bermitrik*, *sporadis*, tidak nyeri, biasanya timbul pada kehamilan delapan minggu, tetapi baru dapat diamati dari pemeriksaan abdominal pada trimester ketiga. Kontraksi ini akan terus meningkat frekuensinya, lamanya dan kekuatannya sampai mendekati persalinan.

7. Teraba *ballotement*

Ketukan yang mendadak pada uterus menyebabkan janin bergerak dalam cairan ketuban yang dapat dirasakan oleh tangan pemeriksa. Hal ini ada pemeriksaan kehamilan kerana perabaan bagian seperti bentuk janin saja tidak cukup karena dapat saja merupakan myoma uteri.

8. Pemeriksaan tes biologis kehamilan positif

Pemeriksaan ini dalam untuk mendeteksi adanya *HCG* yang diproduksi oleh *sinsitotrofoblas* sel selama kehamilan. Hormon ini disekresi diperedaran darah ibu (pada plasma darah) dan dieksresikan pada *urine* ibu. Hormon ini mulai di deteksi pada 26 hari setelah konsepsi dan meningkat dengan cepat pada hari 30-60. Tingkat tertinggi pada hari ke 60-70 usia gestasi dan akan menurun pada hari ke 100-130.

c. Tanda pasti hamil

Adapun tanda pasti kehamilan (Andina & Yuni, 2015) yaitu :

1. Gerakan janin dalam rahim

Gerakan janin ini harus dapat diraba dengan jelas oleh pemeriksa. Gerakan janin baru dapat dirasakan pada usia kehamilan 20 minggu.

2. Denyut jantung janin

Dapat didengar pada usia 12 minggu dengan menggunakan alat fetal electrocardiograf (misalnya dopler). Dengan *stethoscope laenec*, DJJ baru dapat didengar pada usia kehamilan 18 - 20 minggu.

3. Bagian - bagian janin

Bagian - bagian janin yaitu bagian besar janin (kepala dan bokong) serta bagian - bagian kecil janin (lengan dan kaki) dapat diraba dengan jelas pada

usia kehamilan lebih tua (trimester terakhir). Bagian janin ini dapat dilihat lebih sempurna dengan menggunakan USG.

d. Pertumbuhan dan Perkembangan Janin

Perkembangan selama periode janin terjadi antara pertumbuhan dan pematangan struktur-struktur saat periode *embrionik*. karna bervariasinya panjang tungkai dan sulitnya mempertahankan tungkai dalam posisi ekstensi. Ukuran kepala bokong yang sesuai saat duduk, lebih akirat dibanding ukuran yang sesuai dengan tinggi saat berdiri. Adapun pertumbuhan dan perkembangan janin dalam minggu (Cunningham, et all 2014) yaitu:

1. Minggu ke-12 *gestasi*

Uterus biasanya teraba diatas *simfisis pubis* dan panjang kepala bokong janin adalah 6-7 cm. Pusat penulangan sudah timbul pada bagian tulang janin, jari tangan dan kaki sudah *berdiferensiasi*. Kulit dan kuku sudah berkembang dan genetalia eksternal telah memperlihatkan tanda pasti jenis kelamin dan janin sudah melakukan pergerakan spontan

2. Minggu ke-16 *gestasi*

Panjang kepala sampai bokong janin adalah 12 cm dan berat janin 110 gr. jenis kelamin telah dapat di tentukan dengan cara inspeksi *genetalia eksterna* pada minggu ke 16.

3. Minggu ke-20 *gestasi*

Merupakan titik pertengahan kehamilan menurut usia yang di perkirakan dari awal menstruasi terakhir. Janin memiliki berat lebih dari 300 gr dan berat ini mulai bertambah secatra *linier*. Kulit janin telah menjadi kurang *transparan*, *lanugo* seperti beledu menutupi seluruh tubuh janin dan telah terbentuk sebagian rambut di kulit kepala.

4. Minggu ke-24 *gestasi*

Janin sekarang memiliki berat sekitar 630 gram kulit secara khas tampak keriput dan penimbunan lemak di mulai, kepala masih relatif besar, alis mata dan bulu mata biasanya dapat dikenal. Periode *kanalikular* perkembangan paru-paru, saat perkembangan paru-paru, saat membesarnya duktus *alveolaris* hampir selesai.

5. Minggu ke-28 *gestasi*

Panjang kepala bokong sekitar 25 cm dan berat badan janin sekitar 1100 gram. Kulit janin yang tipis berwarna merah dan di tutupi oleh *verniks kaseosa* dan membran *pupil* baru saja menghilang dari mata.

6. Minggu ke-32 *gestasi*

Janin telah mencapai panjang kepala – bokong 28 cm dan berat badan 1800 g. Kulit permukaan masih merah dan keriput.

7. Minggu ke-36 *gestasi*

Panjang kepala-bokong pada janin usia ini adalah sekitar 32 cm dan berat rata-rata sekitar 2500 gram. Karna penimbunan lemak *subkutan*, tubuh menjadi menjadi lebih bulat, serta gambaran keriput pada wajah telah menghilang.

8. Minggu ke-40 *gestasi*

Merupakan periode saat janin dianggap aterm menurut usia yang dihitung dari awitan periode menstruasi terakhir, janin telah berkembang sempurna. Panjang rerataan kepala-bokong adalah sekitar 36 cm dan berat kira-kira 3400 gram.

2.1.3 Fisiologi kehamilan

a. Perubahan fisiologis pada kehamilan

Selama kehamilan terjadi adaptasi anatomis, fisiologis dan biokimiawi yang mencolok. Banyak perubahan ini dimulai segera setelah pembuahan dan berlanjut selama kehamilan dan sebagian besar terjadi sebagai respon terhadap rangsangan fisiologis yang ditimbulkan oleh janin dan plasenta. Yang juga mencolok adalah bahwa wanita hamil akan kembali, hampir secara sempurna ke keadaan prahamil, setelah melahirkan dan menyusui. Adapun perubahan fisiologis yang pada ibu hamil (Cunningham, et all 2014) diantaranya :

1) *Uterus*

Selama kehamilan, *uterus* berubah menjadi organ *muskular* dengan dinding relatif tipis yang mampu menampung janin, plasenta dan cairan *amnion*. Volume total isi *uterus* pada aterm adalah sekitar 5 Liter meskipun

dapat juga mencapai 20 liter atau lebih. Pada akhir kehamilan, *uterus* telah mencapai kapasitas dari 500 sampai 1000 kali lebih besar daripada keadaan tidak hamil. Peningkatan berat *uterus* juga setara sehingga pada aterm organ ini memiliki berat sekitar 1100 gram.

2) Serviks

Pada 1 bulan setelah konsepsi *serviks* sudah mulai mengalami perlunakan dan *sianosis* mencolok. perubahan- perubahan ini terjadi karena peningkatan *vaskularitas* dan *edema serviks* keseluruhan disertai oleh *hipofisis* dan *hiperplasia* kelenjar *serviks*. Meskipun *serviks* mengandung sejumlah kecil otot polos namun komponen utamanya adalah jaringan ikat yang di perlukan agar *serviks* mampu mempertahankan kehamilan hingga aterm, berdilatasi untuk mempermudah proses kelahiran dan memperbaiki diri setelah persalinan sehingga dapat terjadi kehamilan berikutnya.

3) Ovarium

Selama kehamilan, ovulasi berhenti dan pematangan folikel-foliker baru di tunda. Biasanya hanya satu *korpus luteum* yang ditemukan pada wanita hamil. Struktur ini berfungsi maksimal selama 6 sampai 7 minggu pertama kehamilan 4 sampai 5 minggu paska ovulasi dan setelah itu tidak banyak berkontribusi dalam produksi progesteron.

4) Vagina dan Perenium.

Selama kehamilan, terjadi peningkatan *vaskularitas* dan *hiperemia* di kulit dan otot *perenium* dan *vulva* di sertai perlunakan jaringan ikat di dalamnya. Dengan meningkatnya *vaskularitas* sangat mempengaruhi vagina dan menyebabkan warna menjadi keunguan (*tanda Chedwick*). Dinding vagina mengalami perubahan yyang mencolok sebagai persiapan meragang pada saat persalinan dan kelahiran.

5) Payudara

Pada Minggu awal kehamilan, wanita sering mengalami *perestensi* dan nyeri payudara. Pada bulan kedua, payudara membesar dan memperlihatkan vena-vena di bawah kulit dan puting menjadi jauh lebih besar, berwarna lebih gelap dan lebih tegak. Setelah pada bulan pertama, pemijatan pada puting

sering mengeluarkan cairan kental kekuningan. Pada *areola* tersebar sejumlah tonjolan kecil yang disebut kelenjar *Montgomery* yaitu kelenjar *sebace hipertrofik*.

6) Perubahan *Hematologi*

a) Volume Darah

Setelah 32 sampai 34 minggu kehamilan, *hipervolemia* yang telah lama diketahui besar rerataan adalah 40 sampai 45 persen diatas volume darah tak hamil. Volume darah ibu hamil mulai meeningkat selama trimester pertama. Pada minggu ke 12, volume plasma bertambah sebesar 15 persen dibandingkan dengan keadaan sebelum hamil. Volume drah ibu hamil bertambah sangat cepat selama trimester II dan melambat selama trimester II dan mendarat selama beberapa minggu terakhir kehamilan.

Ekspansi volume darah terjadi karena peningkatan plasma dan *eritrosit*, meskipun jumlah plasma yang ditambahkan kedalam sirkulasi ibu biasanya lebih banyak dari pada jumlah *eritrosit* namun peningkatan *eritrosit* cukup mencolok rata-rata sekitar 450 ml. Oleh karena bertambahnya plasma yang cukup besar maka konsentrasi hemoglobin dan hematokrit akan berkurang selama kehamilan yang mengakibatkan kekentalan darah secara keseluruhan berkurang.

Konsentrasi *hemoglobin* pada aterm adalah 12,5 g/dl dan pada 5% wanita konsentrasinya akan berkurang dari 11,0 g/dl. Karna itu, konsentrasi *hemoglobin* di bawah 11,0 g/dl dianggap abnormal dan disebabkan oleh *defisiensi* zat besi.

b) Metabolisme Besi.

Kandungan besi total pada wanita dewasa normal berkisar dari 2,0 sampai 2,5 gram atau sekitar separuh dari jumlah yang normalnya terdapat pada pria. Yang utamanya simpanan besi pada wanita muda normal hanyalah sekitar 300 mg. Dari sekitar 1000 mg besi yang dibutuhkan selama kehamilan normal , sekitar 300 mg secara aktif dipindahkan ke janin dan plasenta dan 200 di keluarkan melalui saluran cerna.

Volume total *eritrosit* dalam darah sekitar 450 ml dan memerlukan 500 mg lainnya karena 1 *eritrosit* mengandung 1,1 mg besi. Karena sebagian besar besi di gunakan selama paruh kedua kehamilan maka kebutuhan besi menjadi besar setelah pertengahan kehamilan dan mencapai sekitar 6 sampai 7 mg/hari.

7) Sistem *respirasi*

Sistem *respirasi* pada kehamilan, terjadi juga perubahan sistem respirasi untuk dapat memenuhi kebutuhan O₂. Disamping itu, terjadi desakan *diafragma* karena dorongan rahim yang membesar pada usia kehamilan 32 minggu. Sebagai kompensasi terjadinya desakan rahim dan kebutuhan O₂ yang meningkat ibu hamil akan bernafas lebih dalam sekitar 20 sampai 25% dari pada biasanya.

8) Perubahan *Metabolik*

Ibu hamil mengalami perubahan-perubahan *metabolik* yang besar dan *intens*. Pada trimestes III, laju *metabolik basal* ibu meningkat 10 sampai 20 persen dibandingkan dengan keadaan tidak hamil. Tambahan kebutuhan total energi selama kehamilan diperkirakan mencapai 80.000 kkal atau sekitar 300 kkal/hari. Sebagian besar penambahan berat badan selama kehamilan disebabkan oleh oleh uterus dan isinya, payudara dan peningkatan volume darah serta cairan eksternal. Sebagian kecil dari peningkatan ini dihasilkan oleh perubahan *metabolik* yang menyebabkan peningkatan air sel dan pengendapan lemak dan protein baru yang disebut cadangan ibu hamil (*Maternal- Reserves*). Penambahan berat badan rata-rata selama kehamilan adalah sekitar 12,5 kg.

8) *Traktus Urinarius*

Karena pengaruh desakan hamil muda dan turunnya kepala bayi pada kehamilan tua, terjadi gangguan miksi dalam bentuk sering berkemih. Desakan tersebut menyebabkan kandung kemih cepat terasa penuh

9) Perubahan pada kulit

Sejak setelah pertengahan kehamilan, sering terbentuk alur-alur kemerahan yang sedikit cekung dan biasanya di kulit payudara dan paha yang disebut *stria gravidarum* atau *stretch marks*. Pada *multipara* sering juga tampak garis-garis putih keperakan berkilap yang mencerminkan *sikatriks* dari

striae lama. *Hiperpigmentasi* biasanya lebih mencolok pada mereka yang berkulit gelap.

Garis tengah pada kulit abdomen yang disebut *linea alba* mengalami *pigmentasi* sehingga warnanya berubah menjadi hitam kecoklatan (*linea nigra*). Kadang muncul bercak kecoklatan dengan berbagai ukuran di wajah dan leher yang menimbulkan *kloasma* atau *melasma gravidarum*.

10) Saluran Pencernaan

Pirosis sering dijumpai pada kehamilan dan kemungkinan besar disebabkan oleh *refleks sekresi* asam ke *esofagus* bawah. Pada wanita hamil juga tekanan *intraesofagus* berkurang dan tekanan *intra* lambung meningkat. *Hemoroid* cukup sering terjadi selama kehamilan yang disebabkan oleh *konstipasi* dan peningkatan tekanan di vena-vena dibawah uterus yang membesar.

b. Perubahan Psikologis Pada Ibu Hamil

Adapun perubahan psikologis pada ibu hamil (Asrina, dkk 2017) yaitu :

1) Trimester I

Segera setelah konsepsi, kadar hormon *progesteron* dan *estrogen* dalam tubuh akan meningkat. ini yang menyebabkan timbulnya mual muntah pada pagi hari, lemah dan membesarnya payudara. Ibu merasa tidak sehat dan sering kali membeci kehamilannya. Ibu merasa kecewa, penolakan, kecemasan dan sedih. Pada masa ini juga ibu akan selalu mencari tanda-tanda untuk meyakinkan bahwa dirinya memang hamil.

2) Trimester ke II

Periode ini biasanya ibu sudah merasa sehat. Tubuh ibu sudah terbiasa dengan kadar hormon yang lebih tinggi dan rasa tidak nyaman karna hamil sudah berkurang. Ibu sudah dapat menerima kehamilannya dan dapat menggunakan energi serta pikirannya secara pikirannya secara *konstruktif* dan ibu sudah dapat merasakan gerakan janinnya.

3) Trimester III

Periode ini sering disebut periode menunggu dan waspada karena pada saat itu ibu tidak sabar menunggu kelahirannya. Perhatian ibu berfokus pada

bayinya. Gerakan janin dan semakin membesarnya uterus membuat ibu waspada untuk melindungi bayinya dari bahaya dan cedera. Pada trimester ke III ibu merasa khawatir, takut akan kehidupan dirinya, bayinya, kelainan pada bayinya, persalinan dan nyeri persalinan dan ibu tidak akan tahu kapan ia akan melahirkan.

c. Tanda-Tanda Bahaya Kehamilan

Adapun tanda-tanda bahaya kehamilan (Astuti, 2016) diantaranya :

1) Pendarahan Pervaginam

Pada awal kehamilan, pendarahan yang tidak normal adalah pendarahan banyak atau pendarahan dengan disertai nyeri (*Abortus*, *KET*, *Molahidatidosa*). Pada trimester II dan III bisa terjadi pendarahan *pervaginam* baik disertai rasa nyeri maupun tidak (*Plasenta previa*, *solusio plasenta*).

2) Sakit Kepala yang Berat

Sakit kepala yang menunjukkan suatu masalah yang serius adalah sakit kepala yang hebat, yang menetap dan tidak hilang dengan istirahat. Kadang-kadang dengan sakit kepala yang hebat tersebut, ibu mungkin menemukan bahwa penglihatannya menjadi kabur atau berbayang. Sakit kepala yang hebat dalam kehamilan adalah gejala dari preeklamsia.

3) Pandangan Kabur

Masalah *visual* yang mengindikasikan keadaan yang mengancam jiwa adalah perubahan *visual* mendadak, misalnya pandangan kabur atau berbayang.

4) Nyeri *abdomen* yang hebat

Nyeri yang hebat, menetap dan tidak hilang setelah istirahat, hal ini berarti *KET*, *abortus*, penyakit radang panggul, persalinan pra-term, gastritis, penyakit kantong empedu.

5) Bengkak pada muka atau tangan

Bengkak bisa menunjukkan adanya masalah serius jika muncul pada muka dan tangan, tidak hilang setelah beristirahat dan disertai dengan keluhan fisik yang lain. Hal ini dapat merupakan pertanda gejala anemia, gagal jantung, atau *pre eklamsia*.

6) Bayi kurang gerak seperti biasa

Ibu mulai merasa gerakan bayinya pada bulan ke-5 atau ke 6. Beberapa ibu dapat merasakan gerakan bayinya lebih awal. Jika bayi tidur, gerakannya akan melemah. Bayi harus bergerak paling sedikit 3 kali dalam periode 3 jam. gerakan bayi akan lebih mudah terasa jika ibu berbaring atau beristirahat dan jika ibu makan dan minum dengan baik.

d. Usia Ibu

Wanita pada kedua ujung spektrum usia reproduksi memiliki prognosis kehamilan yang unik yaitu Kehamilan Remaja dan Kehamilan setelah usia 35 tahun. Namun angka kehamilan ibu dengan usia lebih dari 35 Tahun lebih tinggi daripada ibu hamil usia 20 tahun kebawah. Wanita yang lebih tua dengan penyakit kronik atau yang kondisi fisiknya kurang biasanya telah jelas memiliki resiko. Namun untuk wanita yang fisiknya bugar tanpa masalah medis, resiko jauh lebih rendah daripada yang semula dilaporkan. Namun juga akan tetap memiliki resiko seperti persalinan dengan abrupsio, plasenta previa, persalinan premature, BBLR, diabetes dan yang paling tinggi yaitu ibu dengan hipertensi (Cunningham, 2013).

2.1.4 Kebutuhan Dasar Pada Ibu Hamil

a. Kebutuhan Ibu Hamil pada Trimeseter I, Trimester II, Trimester III

Adapun kebutuhan ibu hamil pada trimester I, trimester II dan trimester III (Nugroho, dkk 2017) yaitu :

1) Oksigen

Kebutuhan oksigen adalah yang utama pada manusia termasuk ibu hamil meningkat 20%. Berbagai gangguan pernafasan bisa terjadi saat hamil sehingga akan mengganggu pemenuhan kebutuhan oksigen pada ibu yang akan berpengaruh pada bayi yang dikandung. Untuk mencegah hal tersebut dan untuk memenuhi kebutuhan oksigen maka ibu hamil perlu yaitu latihan nafas melalui senam hamil, tidur dengan bantal yang lebih tinggi, makan tidak terlalu banyak, kurangi dan hentikan merokok, konsul ke dokter bila ada kelainan atau gangguan pernafasan seperti asma dan lain-lain.

2) Nutrisi

a) Kalori

Untuk ibu hamil trimester I dengan berat badan normal memerlukan tambahan 100 kkal/hari, sedangkan untuk trimester II dan III meningkat menjadi 300 kkal/hari.

Untuk proses pertumbuhan, janin memerlukan tenaga. Oleh karena itu, saat hamil ibu memerlukan tambahan jumlah kalori. Asupan makan ibu hamil pada trimester pertama sering mengalami penurunan karena menurunnya nafsu makan dan sering timbul mual dan muntah. Pada trimester kedua nafsu makan biasanya sudah mulai meningkat, kebutuhan zat tenaga lebih banyak dibanding kebutuhan saat hamil muda. Demikian juga zat pembangun dan zat pengatur seperti lauk pauk, sayur, dan buah-buahan berwarna. Dan pada trimester ketiga, janin mengalami pertumbuhan dan perkembangan janin yang pesat ini terjadi pada usia 20 minggu terakhir kehamilan.

b) Protein

Protein adalah zat utama untuk membangun jaringan bagian tubuh. Seiring dengan perkembangan dan pertumbuhan janin serta perkembangan dan pertumbuhan payudara ibu, keperluan protein pada waktu hamil sangat meningkat. Kekurangan protein dalam makanan ibu hamil mengakibatkan bayi akan lahir lebih kecil dari normal. Kekurangan tersebut juga mengakibatkan pembentukan air susu dalam masa *laktasi* kurang sempurna. Sumber zat protein yang berkualitas tinggi adalah susu. Susu merupakan minuman yang berkualitas tinggi untuk memenuhi kebutuhan wanita hamil terhadap zat gizi karena mengandung protein, kalsium, fosfat, vitamin A, serta vitamin B1 dan B2. Sumber lain meliputi sumber protein hewani (misalnya daging, ikan, unggas, telur, dan kacang) dan sumber nabati (misalnya kacang-kacangan seperti kedelai, kacang tanah, kacang polong, dan hasil kacang-kacangan misalnya tahu dan tempe).

c) Mineral

Pada prinsip semua mineral dapat terpenuhi dengan makan-makanan sehari-hari yaitu buah-buahan, sayur-sayuran dan susu. Hanya zat besi yang

tidak bisa terpenuhi dengan makan sehari-hari. Kebutuhan besi pada pertengahan kedua kehamilan kira-kira 17 mg/hari. Untuk memenuhi kebutuhan ini dibutuhkan suplemen besi 30 mg sebagai *ferrous, ferofumarat* atau *ferroglukonat* per hari dan kehamilan kembar atau pada wanita yang sedang anemia dibutuhkan 60 – 100 mg per hari. Kebutuhan kalsium umumnya terpenuhi dengan minum susu. Satu liter susu mengandung kira - kira 0,9 gram kalsium.

d) Vitamin

Vitamin sebenarnya telah terpenuhi dengan makanan sayur dan buah – buahan, tetapi dapat pula diberikan ekstra vitamin. Pemberian asam folat terbukti mencegah kecacatan pada bayi. Kebutuhan makanan bagi ibu hamil lebih banyak dari pada kebutuhan untuk wanita tidak hamil. Kegunaan makanan tersebut yaitu untuk pertumbuhan janin yang ada dalam kandungan, untuk mempertahankan kesehatan dan kekuatan badan ibu sendiri, agar supaya luka – luka persalinan lekas sembuh dalam nifas, dan guna mengadakan cadangan untuk masa laktasi.

4) *Personal hygiene*

Kebersihan harus dijaga masa hamil. Mandi dianjurkan sedikit dua kali sehari karena ibu hamil cenderung untuk mengeluarkan banyak keringat. Menjaga kebersihan diri terutama lipatan kulit (ketiak, buah dada bagian bawah, daerah *genetalia*) dengan cara dibersihkan dengan air dan dikeringkan. Kebersihan gigi dan mulut, perlu mendapatkan perhatian karena seringkali mudah terjadi gigi berlubang, terutama pada ibu yang kekurangan kalsium. Rasa mual selama masa hamil dapat mengakibatkan pemburukan *hygiene* mulut dan dapat menimbulkan karies pada gigi.

5. **Pakaian**

Beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam pakaian ibu hamil yaitu pakaian harus longgar, bersih, dan tidak ada ikatan yang ketat pada daerah perut, bahan pakaian usahakan yang mudah menyerap keringat, pakailah bra yang menyokong payudara, memakai sepatu dengan hak yang rendah, pakaian dalam yang selalu bersih.

6. Eliminasi

Sering buang air kecil merupakan keluhan yang utama dirasakan oleh ibu hamil, terutama pada trimester I dan trimester III. Hal tersebut adalah kondisi yang fisiologis. Hal terjadi karena pada awal kehamilan terjadi pembesaran uterus yang mendesak kantong kemih sehingga kapasitas berkurang. Sedangkan pada trimester III terjadi pembesaran janin yang juga menyebabkan desakan pada kantong kemih. Tindakan mengurangi asupan cairan untuk mengurangi keluhan ini sangat tidak dianjurkan, karena akan menyebabkan *dehidrasi*.

7. Seksual

Selama kehamilan berjalan normal, koitus diperbolehkan sampai akhir kehamilan, meskipun beberapa ahli berpendapat sebaiknya tidak lagi berhubungan seks selama 14 hari menjelang kelahiran. Koitus tidak dibenarkan bila terdapat pendarahan *pervaginam*, riwayat *abortus*, berulang, *abortus* atau *partus prematurus imminens*, ketuban pecah sebelum waktunya.

8. Istirahat

Wanita hamil dianjurkan untuk merencanakan istirahat yang teratur khususnya seiring kemajuan kehamilannya. Jadwal istirahat dan tidur perlu diperhatikan dengan baik, karena istirahat dan tidur yang teratur dapat meningkatkan kesehatan jasmani dan rohani untuk kepentingan perkembangan dan pertumbuhan janin. Tidur pada malam hari selama kurang lebih 8 jam dan istirahat dalam keadaan rileks pada siang hari selama 1 jam (Romauli, 2016).

9. Senam hamil

Senam hamil adalah terapi latihan gerak untuk mempersiapkan ibu hamil, secara fisik atau mental pada persalinan cepat, aman dan spontan. Keuntungan senam hamil adalah melenturkan otot, memberikan kesegaran, meningkatkan *self esteem* dan *self image* dan sarana berbagai informasi. Waktu yang diperlukan untuk senam hamil ketika usia kandungan sudah mencapai 6 bulan keatas atau 24 minggu (Nugroho, dkk 2016).

10. **Persiapan *laktasi***

Payudara perlu dipersiapkan sejak sebelum bayi lahir sehingga dapat segera berfungsi dengan baik pada saat diperlukan. Penyurutan payudara untuk mengeluarkan *sekresi* dan membuka *duktus sinus laktiferus*, sebaiknya dilakukan secara hati-hati dan benar, karena pengurutan keliru bisa dapat menimbulkan kontraksi pada rahim, sehingga terjadi kondisi seperti uji kesejahteraan janin menggunakan *uterotonika*. Basuhan lembut setiap hari pada *areola* dan puting susu akan dapat mengurangi retak dan lecet pada daerah tersebut. Untuk sekresi yang mengering pada puting susu, dilakukan pembersihan dengan menggunakan campuran gliserin dan alkohol. Karena payudara menegang, sensitif, dan menjadi lebih besar, sebaiknya gunakan penopang payudara yang sesuai (Asrinah, dkk 2013).

2.1.5 **Kebutuhan Psikologis dalam Masa Kehamilan**

Adapun kebutuhan psikologis dalam masa kehamilan (Nugroho, dkk 2016) yaitu :

a. Trimester Pertama

Trimester pertama sering dianggap sebagai periode penyesuaian. Penyesuaian yang dilakukan wanita adalah terhadap kenyataan bahwa ia sedang mengandung. Pada masa ini kurang lebih 80% wanita mengalami kekecewaan, penolakan, depresi. Selain bidan seorang suami juga perlu memberi dukungan dan memberi perhatian pada istri yang sedang hamil.

b. Trimester Kedua

Trimester kedua sering dikenal sebagai periode kesehatan yang baik, yakni wanita merasa nyaman dan bebas dari segala ketidaknyamanan yang normal dialami saat hamil. Karena ibu merasa lebih sehta maka pertugas kesehatan dapat memberikan dukungan dengan mengajarkan kepada ibu tentang nutrisi, pertumbuhan bayi, tanda-tanda bahay, rencana kelahiran dan rencana kegawatdaruratan.

c. Trimester Ketiga

Trimester tiga sering disebut periode penantian dengan penuh kewaspadaan. Pada periode ini wanita mulai menyadari kehadiran bayi sebagai makhluk yang terpisah sehingga ia menjadi tidak sabar menanti kehadiran sang bayi. Keluarga dan suami dapat terus memberikan perhatian dan seorang tenaga kesehatan dapat memberikan dukungan dengan memberikan penjelasan bahwa yang dirasakan oleh ibu dalam normal.

2.1.6 Asuhan Kebidanan pada Kehamilan

a. Pengertian Asuhan Kehamilan (*Antenatal care*)

Asuhan antenatal adalah upaya preventif program pelayanan kesehatan obstetrik untuk optimalisasi luaran maternal dan neonatal melalui serangkaian kegiatan pemantauan rutin selama kehamilan (Prawirohardjo, 2014).

b. Tujuan Asuhan Kehamilan

Adapun tujuan asuhan kehamilan (Lockhart & Saputra, 2016) yaitu :

1. Memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang janin.
2. Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, maternal dan sosial ibu dan bayi.
3. Menemukan secara dini adanya masalah masalah/gangguan dan kemungkinan komplikasi yang terjadi selama masa kehamilan
4. Mempersiapkan kehamilan dan persalinan dengan selamat, baik ibu maupun bayi dengan trauma seminimal mungkin.
5. Mempersiapkan ibu agar masa nifas dan pemberian ASI eksklusif berjalan normal
6. Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang secara normal.

c. Standart Minimal ANC adalah 10 T

Ibu hamil mendapatkan pelayanan pemeriksaan kehamilan yang meliputi 10 T (Kemenkes RI, 2016) yaitu :

1) Pengukuran tinggi badan cukup satu kali.

Bila tinggi badan <145 maka faktor resiko panggul sempit dan kemungkinan sulit melahirkan secara normal. Berat badan di timbang setiap kali periksa karna sejak bulan ke 4 penambahan BB paling sedikit 1 kg/bulan.

2) Tekanan Darah

Tekanan Darah normal 120/80 mmHg. Bila tekanan darah lebih besar atau sama dengan 140/90 mmHg ada faktor resiko hipertensi (Tekanan darah tinggi dalam kehamilan).

3) Pengukuran Lingkar Lengan Atas (LILA)

Bila < 23,5 cm menunjukkan ibu hamil menderita kurang energi kronis (Ibu hamil KEK) dan beresiko melahirkan bayi berat lahir rendah (BBBL).

4) Pengukuran Tinggi Rahim

Pengukuran tinggi rahim berguna untuk melihat pertumbuhan janin apakah sesuai dengan usia kehamilan.

5) Penentuan status Imunisasi *Tetanus Toksoid* (TT)

Oleh petugas kesehatan untuk selanjutnya bilamana diperlukan mendapatkan suntikan *tetanus toksoid* sesuai anjuran petugas kesehatan untuk mencegah tetanus pada ibu dan bayi

Tabel 2.1
Imunisasi TT

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

Sumber: Kemenkes RI, 2016. Buku Kesehatan Ibu dan Anak. Jakarta.

- 6) Penentuan Letak janin (Presentasi janin) dan perhitungan denyut jantung janin.

Apabila trimester III bagian bawah janin bukan kepala atau kepala belum masuk panggul, kemungkinan ada kelainan letak atau ada masalah lain. Bila denyut jantung janin kurang dari 120 kali/menit atau lebih dari 160 kali/menit menunjukkan adanya tanda gawat janin, segera rujuk.

- 7) Pemberian Tablet Tambah darah

Ibu hamil sejak awal kehamilan minum 1 tablet tambah darah setiap hari minimal selama 90 tablet. Tablet tambah darah di minum pada malam hari untuk mengurangi rasa mual.

- 8) Tes Laboratorium.

Yang meliputi golongan darah untuk mempersiapkan donor bagi ibu hamil bila diperlukan, tes hemoglobin untuk mengetahui apakah ibu kekurangan darah (Anemia), pemeriksaan *urine* (Air kencing), tes pemeriksaan darah lainnya seperti HIV dan sifilis, sementara pemeriksaan malaria dilakukan di daerah endemis.

- 9) Konseling atau penjelasan

Tenaga kesehatan memberikan penjelasan mengenai perawatan kehamilan, pencegahan kelainan bawaan, persalinan dan inisiasi menyusui dini (IMD), nifas, perawatan bayi baru lahir, ASI eksklusif, KB dan imunisasi pada bayi.

- 10) Tata laksanaan atau mendapatkan pengobatan

Meliputi perawatan payudara, pijat tekan payudara yang ditunjukkan pada ibu hamil.

d. konseling Pra Persalinan

Faktor-faktor penyebab terjadinya factor resiko pada ibu hamil menurut Rochjati.P (2013) meliputi: umur ibu yang tergolong risiko tinggi ≤ 20 tahun dan ≥ 35 tahun, paritas yang termasuk risiko tinggi adalah ibu yang pernah hamil atau melahirkan anak 4 kali atau lebih , jarak anak yang tergolong risiko tinggi ≤ 2 tahun dan , tinggi badan yang termasuk risiko tinggi 145 cm atau kurang , yang

tergolong risiko tinggi berdasarkan riwayat obstetrik jelek meliputi persalinan yang lalu dengan tindakan, bekas operasi *caesarea*, penyakit ibu, pre-eklamsi ringan, hamil kembar, hidramnion/ hamil kembar air, janin mati dalam kandungan, hamil lebih bulan, kelainan letak, perdarahan antepartum, dan pre-eklamsi berat / eklamsi. Dampak yang dapat terjadi pada ibu hamil risiko tinggi yaitu keguguran, persalinan prematur, mudah terjadi infeksi, anemia pada kehamilan, *gestosis*, serta kematian ibu yang tinggi (Saifuddin, 2005).

Upaya yang dilakukan untuk mencegah terjadinya kehamilan risiko tinggi adalah dengan meningkatkan cakupan pelayanan antenatal, kemudian kepada semua ibu hamil diberikan perawatan dan skrining antenatal untuk deteksi dini secara pro-aktif, yaitu mengenal masalah yang perlu diwaspadai dan menemukan secara dini adanya tanda bahaya dan faktor risiko pada kehamilan, meningkatkan kualitas pelayanan sesuai dengan kondisi dan faktor risiko yang ada pada ibu hamil, serta meningkatkan akses rujukan yaitu dengan pemanfaatan sarana dan fasilitas pelayanan kesehatan ibu sesuai dengan faktor risikonya melalui rujukan terencana bagi ibu / janin risiko tinggi masih sehat , ibu ada gawat darurat obstetric misalnya eklamsi dan ibu dengan komplikasi obstetrik dini (Rochjati, 2013).

2.2 Persalinan

2.2.1 Konsep Dasar Persalinan

Persalinan adalah periode dari awitan kontraksi uterus yang regular sampai *ekspulsi* plasenta secara normal (Cunningham, *et all* 2013).

Persalinan dapat didefenisikan secara medis sebagai kontraksi uterus yang teratur dan semakin kuat, menciptakan penipisan dan dilatasi serviks di sepanjang waktu, yang menimbulkan dorongan kuat untuk melahirkan janin melalui jalan lahir melawan resistansi jaringan lunak, otot dan struktur tulang panggul (Kennedy, *et all*. 2014).

a. Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan

Adapun faktor- faktor yang mempengaruhi persalinan (Hidayat & Sujiyatini, 2016) yaitu :

1. Power

- a) His (Kontraksi otot rahim).
- b) Kontraksi otot dinding perut.
- c) *Inertia Uteri* (His yang sifatnya lemah).

2. Passenger

Janin dan Plasenta

3. Passage

Jalan lahir lunak dan jalan lahir tulang.

4. Psikis

- a) Melibatkan psikologi ibu, emosi dan persiapan intelektual.
- b) Kebiasaan adat.

5. Penolong

Peran dari penolong persalinan adalah mengantisipasi dan menangani komplikasi yang mungkin terjadi pada ibu dan bayi.

b. Teori kemungkinan terjadinya proses persalinan

Ada beberapa teori kemungkinan terjadinya proses persalinan (UNPAD, 1983) :

1. Penurunan kadar *progesteron*.

Progesteron menimbulkan relaksasi otot-otot rahim. Sebaliknya *esterogen* meninggikan kerentanan otot rahim. Selama kehamilan terdapat keseimbangan antara kadar *progesterogen* dan *esterogen* didalam darah, tetapi pada akhir kehamilan kadar *progesteron* menurun sehingga timbul his.

2. Teori *Oxytocin*.

Pada akhir kehamilan kadar *oxytocin* bertambah, Oleh karena itu timbul kontraksi otot-otot rahim.

3. Keregangan Otot-otot.

Seperti halnya dengan kandung kencing dan lambung, bila dindingnya teregang oleh karena isinya 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.

Hypofise dan kelenjar *suprarenal* janin rupa-rupanya juga memegang peranan oleh karena pada anencephalus kehamilan sering lebih lama dan biasa.

5. Teori *prostaglandin*.

Prostaglandin yang dihasilkan oleh *decidua*, disangka menjadi salah satu sebab permulaan persalinan. Hasil dari percobaan menunjukkan bahwa prostaglandin F₂ atau E₂ yang berikan secara intravena, intra dan extraminal menimbulkan kontraksi yang *myometrium* pada setiap umur kehamilan. Hal ini juga disokong dengan adanya kadar *prostaglandin* yang tinggi baik dalam iar ketuban maupun darah *perifer* pada ibu-ibu hamil sebelum melahirkan atau selama persalinan.

c. Tanda - tanda inpartu

Beberapa minggu sebelum persalinan, Calon ibu merasa bahwa keadaannya menjadi lebih enteng (*lightening*). Ia merasa kurang sesak, tetapi sebaliknya ia merasa, bahwa berjalan sedikit lebih sukar dan sering diganggu oleh perasaan nyeri pada anggota. Secara singkat terlihat pada ibu bahwa adanya tanda-tanda persalinan yaitu sebagai berikut : Keluarnya lendir bercampur darah dari jalan lahir (*show*). Timbulnya his persalinan ialah his pembukaan dan nyeri pada anggota bawah (UNPAD, 1983).

d. Tinjauan Khusus Tentang Seksio Sesarea (SC)

1) Definisi

Seksio Sesarea (SC) adalah proses persalinan dengan melalui pembedahan di mana irisan dilakukan di perut ibu (laparatomi) dan Rahim (histerektomi) untuk mengeluarkan bayi. Seksio Sesarea umumnya dilakukan ketika proses persalinan normal melalui vagina tidak memungkinkan karena beresiko kepada komplikasi medis lainnya (Purwoastuti, Dkk, 2015).

2) Klasifikasi operasi Seksio Sesarea (SC)

Ada beberapa jenis Seksio Sesarea (SC), yaitu diantaranya :

- a. Jenis klasik yaitu dengan melakukan sayatan vertikal sehingga memungkinkan ruangan yang lebih besar untuk jalan keluar bayi. Akan tetapi jenis ini sudah sangat jarang dilakukan saat ini karena sangat beresiko terhadap terjadinya komplikasi.
- b. Sayatan mendatar di bagian atas dari kandung kemih sangat umum dilakukan pada masa sekarang ini. Metode ini meminimalkan risiko terjadinya perdarahan dan cepat penyembuhannya.
- c. Histerektomi caesar yaitu bedah caesar diikuti dengan pengangkatan rahim. Hal ini dilakukan dalam kasus-kasus di mana pendarahan yang sulit tertangani atau ketika plasenta tidak dapat dipisahkan dari rahim.
- d. Bentuk lain dari Seksio Sesarea (SC) seperti extraperitoneal CS atau Porro CS (Purwoastuti, Dkk, 2015).

e. Persiapan Pasien Pra sectio

Terangkan prosedur yang akan dilakukan pada pasien. Jika pasien tidak sadar, terangkan pada keluarganya. Dapatkan persetujuan tindakan medik.

- a) Bantu dan usahakan pasien dan keluarganya siap secara mental.
- b) Gati baju pasien menjadi baju bedah, lepas semua perhiasan serta bersihkan kuku jika ada ibu memakai cat kuku.
- c) Cek kemungkinan alergi dan riwayat medik lain yang diperlukan.
- d) Lakukan anamnesis dan pemeriksaan fisik awal yang baik merupakan langkah esensial setiap pembedahan..
- e) Siapkan contoh darah untuk pemeriksaan hemoglobin dan golongan darah. Jika diperkirakan diperlukan, minta darah terlebih dahulu.
- f) Pemeriksaan laboratorium diperlukan disesuaikan dengan kebutuhan. Apabila umur semakin tua diperlukan pemeriksaan EKG dan foto toraks.
- g) Cuci dan bersihkan lapangan insisi dengan sabun dan air.

- h) Mencukur rambut pubis agar mengurangi resiko infeksi.
 - i) Pantau dan catat tanda vital (tekanan darah, nadi, pernapasan, suhu)
 - j) Berikan pramedikasi yang sesuai.
 - k) Pasang Infus.
 - l) Pasang kateter dan monitor pengeluaran urine.
 - m) Pastikan semua informasi sudah disampaikan pada seluruh tim bedah.
- Baik dokter Obgin maupun dokter anastesi sudah mengetahui kondisi pasien terlebih dahulu.

f. Pencegahan Infeksi

Pencegahan infeksi tidak terpisah dari komponen-komponen lainnya dalam asuhan selama persalinan dan kelahiran bayi. Tindakan ini harus diterapkan dalam setiap aspek asuhan untuk melindungi ibu dan bayi baru lahir keluarga, penolong persalinan dan tenaga kesehatan lainnya. Tujuan dilakukan pencegahan infeksi (Prawirohadjo, 2014) yaitu :

1. Untuk menghindari transmisi penyakit yang disebabkan oleh bakteri, virus dan jamur.
2. Untuk menurunkan resiko terjangkit atau terinfeksi mikroorganisme yang menimbulkan penyakit-penyakit berbahaya yang hingga kini belum ditemukan cara pengobatannya, seperti hepatitis dan HIV/AIDS (Prawirohadjo, 2014).

2.3 Nifas

2.3.1. Konsep Dasar Nifas

a. Pengertian nifas

Masa nifas (puerperium) adalah masa pulih kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat - alat kandungan kembali seperti pra hamil. Masa nifas (puerperium) dimulai sejak 1 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (42 hari) setelah itu (Prawirohardjo, 2014).

b. Tahapan masa nifas

Masa nifas seperti yang dijelaskan diatas merupakan serangkaian proses persalinan yang dilalui oleh seorang wanita, beberapa tahapan yang harus dipahami oleh seorang bidan (Maritalia, 2015) antara lain :

1. Puerperium dini yaitu pemulihan dimana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan - jalan.
2. Puerperium intermedial yaitu pemulihan menyeluruh alat-alat genital yang lamanya 6 minggu.
3. Remote puerperium adalah waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat terutama bila selama hamil atau bersalin memiliki komplikasi.

c. Fisiologis Masa Nifas

Adapun fisiologis yang terjadi pada masa nifas (Anggarini, 2016) diantaranya :

1. Perubahan pada sistem reproduksi

Perubahan alat-alat genital baik interna maupun eksterna kembali seperti semula seperti sebelum hamil disebut involusio uteri. Bidan dapat membentuk ibu untuk mengatasi dan memahami perubahan-perubahan seperti:

- a. Involusio

Involusio uteri atau pengerutan uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil.

Tabel 2.2
Perubahan normal uterus selama post partum

| Waktu | Tfu | Bobot uterus | Diameter uterus | Palpasi uterus |
|-----------------------|------------------|---------------|-----------------|----------------|
| Pada akhir persalinan | Setinggi pusat | 900-1000 gram | 12,5 cm | Lembut/inak |
| Akhir minggu ke-1 | ½ pusat simfisis | 4530-500 gram | 7,5 cm | 2 cm |
| Akhir minggu ke-2 | Tidak teraba | 200 gram | 5,0 gram | 1cm |
| Akhir minggu ke-3 | Normal | 60 gram | 2,5 cm | Menyepit |

Sumber: Anggarini, 2016. Asuhan Kebidanan Masa nifas. Yogyakarta.

- b. Lochea

Akibat involusio uteri, lapisan desidua yang mengelilingi situs plasenta akan menjadi nekrotik. Desidua yang mati akan keluar bersama dengan sisa cairan. Pencampuran antara desidua dan darah inilah yang di namakan *lochea*. *Lochea* adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas dan mempunyai basa/alkalis yang membuat organisme berkembang lebih cepat daripada kondisi asam yang ada pada vagina normal.

Tabel 2.3
Perubahan Lochea

| <i>Lochea</i> | Waktu | Warna | Ciri-ciri |
|-------------------------|-----------|---------------------------|--|
| <i>Rubra</i> | 1-3 hari | Merah kehitaman | Terdiri dari sel desidua, verniks caseosa, rambut lanugo, sisa mekonium dan sisa darah |
| <i>Sanguilenta</i> | 3-7 hari | Putih bercampur merah | Sisa darah bercampur lendir |
| <i>Serosa</i> | 7-14 hari | Kekuningan/ Kecoklatan | Lendir bercampur darah dan lebih banyak serum, juga terdiri dari leukosit dan robekan laserasi plasenta. |
| <i>Alba</i> | > 14 hari | Putih | Mengandung leukosit, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati |
| <i>Lochea purulenta</i> | | | Terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk |
| <i>Lochiastasis</i> | | | Tidak lancar keluarnya |

Sumber: Anggarini. 2016. *Asuhan Kebidanan Masa Nifas*. Yogyakarta.

c. Vulva, vagina dan perineum

Rugae kembali timbul pada minggu ke tiga. *Himen* tampak sebagai tonjolan kecil dan dalam proses pembentukan berubah menjadi *karankulae mitiformis* yang khas pada wanita *multipara*. Ukuran vagina akan selalu lebih besar dibandingkan keadaan sebelum saat persalinan pertama.

Perubahan pada perineum pasca melahirkan 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.

d. Perubahan pada sistem pencernaan

Pasca melahirkan, kadar *progesteron* menurun dan pada usus memerlukan waktu 3- 4 hari untuk kembali normal.

e. Perubahan pada sistem perkemihan.

Pada masa hamil, perubahan hormonal yaitu kadar *steroid* tinggi yang berperan meningkatkan fungsi ginjal. Begitu sebaliknya, pada pasca melahirkan kadar *steroid* menurun sehingga menyebabkan penurunan fungsi ginjal. 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.

f. Perubahan pada tanda-tanda vital

Pada masa nifas tanda-tanda vital yang dikaji antara lain: Suhu badan, nadi, tekanan darah, pernapasan.

g. Payudara

1. Anatomi

Pada payudara terdapat puting susu yang terletak setinggi *interkosta IV*. Pada tempat ini terdapat lubang-lubang kecil yang merupakan muara dan *duktus laktiferus*, ujung-ujung syaraf, pembuluh darah, pembuluh getah bening, serat otot polos sirkuler. Payudara terdiri dari 15-25 lobus. Masing-masing terdiri dari 20-40 lobulus, selanjutnya masing-masing lobules terdiri dari 10-100 alveoli dan masing-masing dihubungkan dengan saluran air susu sistem duktus. Manusia mempunyai sepasang kelenjar payudara, yang beratnya kurang lebih 200 gram saat hamil 600 gram dan saat menyusui 800 gram pada payudara terdapat tiga bagian utama, yaitu:

a) *Korpus* (badan) yaitu bagian yang membesar.

Korpus Alveolus, yaitu unit terkecil yang memproduksi susu. Bagian dari alveolus adalah *sel Aciner*, jaringan lemak, sel plasma, sel otot polos dan pembuluh darah.

b) *Areola*, yaitu bagian kehitaman di tengah.

Areola Sinus laktiferus, yaitu saluran dibawah areola yang besar melebar, akhirnya memusat ke dalam puting dan bermuara ke luar.

c) *Papilla atau puting*, yaitu bagian yang menonjol di puncak payudara.

2. Patofisiologi

Patofisiologi laktasi tidak hanya diperhatikan dari sisi fungsi *glandula mammae* dalam memproduksi air susu, tetapi juga melibatkan proses pertumbuhan *glandula mammae* dari saat fetus sampai usia dewasa. Adanya gangguan pada setiap fase pertumbuhan payudara akan mengurangi atau bahkan meniadakan kapasitas fungsional *glandula mammae*.

Pengaturan hormon terhadap pengeluaran ASI dibagi 3 bagian yaitu pembentukan kelenjar payudara, pembentukan air susu dan pemeliharaan pengeluaran air susu.

Pembentukan kelenjar payudara

a) Sebelum pubertus

Duktus primer dan *duktus sekunder* sudah terbentuk pada masa *fetus*. Mendekati *purbetas* akan terjadi pertumbuhan yang cepat dari *system duktus* terutama dibawah pengaruh *hormone estrogen* sedang pertumbuhan *alveoli* oleh *hormone progesterone*.

b) Masa *purbetas*

Terjadi pertumbuhan cabang-cabangan *system duktus proliferasi* dan *kanalisasi* dari unit-unit *lobulo alveolar* yang terletak pada ujung-ujung *distal duktus*. Jaringan penyangga stoma mengalami organisasi dan membentuk *septum interlobalir*.

c) Masa siklus Menstruasi

Perubahan kelenjar payudara wanita dewasa berhubungan siklus menstruasi dan pengaruh-pengaruh hormone yang mengatur siklus

tersebut seperti *estrogen* dan *progesteron* yang dihasilkan oleh *korpus luteum*.

d) Masa kehamilan

Pada awal kehamilan terjadi peningkatan yang jelas dari *duktulus* yang baru, percabangan-percabangan dan *lobules*, yang dipengaruhi hormon plasenta dan *korpus luteum*. Hormon yang membantu mempercepat pertumbuhan adalah *prolaktin*, *laktogen* plasenta, *korion gonadotropin*, *insulin*, *kortisol*, *paratiroid* dan hormon pertumbuhan.

e) Pada 3 bulan kehamilan

Prolaktin dari *adenohipofise* mulai merangsang kelenjar air susu untuk menghasilkan air susu yang disebut kolostrum. Pada masa ini kolostrum masih dihambat oleh *estrogen* dan *progesteron*. Tetapi jumlah *prolaktin* meningkat hanya aktifitas pembuatan kolostrum yang ditekan

f) Pada trimester kedua kehamilan

Laktogen plasenta mulai merangsang pembentukan kolostrum. Keaktifan dari rangsangan hormon terhadap pengeluaran air susu telah didemonstrasikan kebenarannya bahwa seorang ibu yang melahirkan bayi berumur 4 bulan dimana bayinya meninggal tetap keluar kolostrum.

3. Pembentukan air susu

Ada dua refleks dalam pembentukan air susu ibu yaitu :

1. Refleks prolaktin

Pada akhir kehamilan hormon *prolaktin* memegang peranan untuk membuat kolostrum, namun jumlah kolostrum terbatas karena aktivitas *prolaktin* dihambat oleh *estrogen* dan *progesteron* yang kadarnya memang tinggi. Saat bayi menyusu, isapan bayi akan merangsang ujung-ujung saraf *sensoris* yang sebagai *reseptor mekanik*.

Rangsangan dilanjutkan ke *hipotalamus* melalui *medula spinalis* *hipotalamus* akan menekan pengeluaran faktor-faktor yang menghambat *sekresi prolaktin* dan sebaliknya merangsang pengeluaran faktor-faktor yang memicu *sekresi prolaktin*. *Sekresi prolaktin* akan merangsang

hipofise anterior sehingga keluar *prolaktin*. Hormon ini merangsang sel-sel *alveoli* yang berfungsi untuk membuat air susu

2. *Refleks let down*

Bersama dengan pembentukan *prolaktin* oleh *hipofise anterior*, rangsangan yang bersal dari isapan bayi ada yang dilanjutkan ke *hipofise posterior (neurohipofise)* yang kemudian dikeluarkan oksitosin. Melalui aliran darah, hormon ini diangkat menuju uterus yang dapat menimbulkan kontraksi uterus sehingga terjadi *invulusi*. Kontraksi dari sel akan memeras air susu yang telah terbuat keluar dari *alveoli* dan masuk ke *system duktus* dan selanjutnya membalir melalui *duktus lavtiferus* masuk ke mulut bayi.

Faktor-faktor yang mempengaruhi peningkatan dan penghambat *refleks let down* (Sukarni & Margareth, 2013) :

a. Peningkatan *refleks let down* :

- 1) Mellihat bayi
- 2) Mendennngarkan bayi
- 3) Mencium bayi
- 4) Memikirkan untuk menyusui bayi

b. Penghambat *refleks let down* :

- 1) Keadaan bingung/pikiran kacau
- 2) Takut
- 3) Cemas

c. Mekanisme menyusui

Ada tiga refleks dalam mekanisme menyusui (sukarni & margareth, 2013) :

1. Refleks mencari (*Rooting Reflex*)
2. Refleks menghisap (*Sucking Refleks*)
3. Refleks menelan (*Swallowing Refleks*)

2.3.2. Asuhan Nifas

a. Tujuan Nifas

Tujuan asuhan masa nifas (Dewi, 2013) :

1. Menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik fisik maupun psikologis.
2. Melaksanakan skrining secara komprehensif, deteksi dini mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi.
3. Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, KB, cara dan manfaat menyusui, pemberian imunisasi serta perawatan bayi sehari-hari
4. Memberikan pelayanan keluarag berencana (KB)
5. Mendapatkan kesehatan emosi.

b. Program dan Kebijakan Teknis Pelayanan Nifas

Pelayanan kesehatan ibu nifas oleh bidan dan dokter dilaksanakan minimal 3 kali (Kemenkes RI, 2016) yaitu :

1. Kunjungan pertama, dilakukan 6 jam-3 hari setelah persalinan tujuan untuk:
 - a) Mencegah perdarahan masa nifas oleh karena atonia uteri.
 - b) Mendeteksi dan perawatan penyebab lain perdarahan serta melakukan rujukan 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 dan hangat sehingga tidak terjadi *hipotermi*.
 - g) Setelah bidan melakukan pertolongan persalinan, maka bidan harus menjaga ibu dan bayi untuk 2 jam pertama. Setelah kelahiran atau sampai keadaan ibu dan bayi baru lahir dalam keadaan baik.
2. Kunjungan kedua dilakukan hari ke 4 – 28 hari setelah persalinan tujuan untuk :

- a) Memastikan *involsi uterus* berjalan dengan normal, uterus berkontraksi dengan baik, tinggi fundus uteri di bawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal
 - b) Menilai adanya tanda - tanda demam, infeksi dan perdarahan
 - c) Memastikan ibu mendapat makanan yang bergizi dan cukup cairan
 - d) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan benar serta tidak ada tanda kesulitan menyusui
 - e) Memberikan konseling tentang perawatan bayi baru lahir.
3. Kunjungan ketiga, dilakukan hari ke 29 - 42 hari persalinan tujuannya untuk :
- a) Menanyakan penyulit - penyulit yang dialami ibu selama masa nifas
 - b) Memberikan konseling KB secara dini.

2.3.3 Nifas Pasca Sectio Caesar

Pasca operasi, jumlah perdarahan dari vagina harus dipantau ketat, dan fundus uterus harus sering dipalpasi untuk memastikan uterus tetap berkontraksi kuat. Sayangnya, setelah efek analgesia konduksi menghilang atau wanita telah sadar dari anastesi umum, palpasi abdomen mungkin menimbulkan rasa tidak nyaman, hal ini dapat diatasi dengan memberikan obat analgesik intravena seperti meperidin 75 hingga 100 mg, atau morfin 10 hingga 15 mg. Bebat tebal dengan plester erat yang banyak pada abdomen akan mengganggu tindakan palpasi dan pijatan fundus dan selanjutnya menyebabkan ketidaknyamanan saat plester dilepas. Pasien dieduksi untuk batuk dan bernafas lebih dalam. Setelah pasien sadar sepenuhnya, perdarahan minimal, tekanan darah baik, dan aliran urine sedikitnya 30 mL/jam, pasien dapat dipindahkan keruangannya.

1. Tanda Vital

Setelah dipindahkan keruangannya, pasien diperiksa sedikitnya setiap jam selama 4 jam dan selanjutnya dalam interval 4 jam. Tekanan darah, denyut nadi, suhu, tonus uterus, keluaran urin dan jumlah perdarahan dievaluasi.

2. Terapi Cairan dan Diet

Masa nifas ditandai dengan ekskresi cairan yang tertahan selama kehamilan. Pasien memulai pembedahan secara normal dengan volume ekstrasvaskular berlebih yang fisiologis selama kehamilan dan akan di mobilisasi dan ekskresikan setelah kelahiran. Karena itu, volume cairan intra vena yang besar selama dan setelah operasi tidak diperlukan untuk mengganti sekuestrasi cairan ekstrasel. Sebagai generalisasi, 3L cairan harus terbukti adekuat selama 24 jam pertama setelah pembedahan. Namun, bila keluaran urin turun 30 mL/jam, pasien harus segera dievaluasi ulang. Penyebab oliguria dapat terjadi berkisar dari kehilangan darah yang tidak diketahui hingga efek antidiuretik dari infus oksitosin.

3. Fungsi Kandung Kemih Dan Usus

Kateter kandung kemih paling sering dapat dilepas dalam waktu 12 jam pasca operasi atau supaya lebih nyaman, dilepas pada pagi hari setelah operasi. Prevelensi retensi urin setelah kelahiran caesar mencapai 3 persen.

Pada kasus tanpa komplikasi, makanan dapat diberikan dalam waktu 8 jam setelah operasi. Walaupun beberapa derajat ileus adinamik selalu terjadi setelah operasi abdomen, namun tidak perlu dikhawatirkan pada sebagian besar kelahiran caesar. Gejalanya mencakup distensi abdomen dan nyeri saat buang gas, tidak dapat flatus atau buang air besar. Patofisiologi ileus pasca operasi itu kompleks dan melibatkan faktor hormonal, neural, dan lokasi yang tidak sepenuhnya dipahami. Cedera usus yang tidak diketahui mungkin berhubungan dengan demam yang tidak jelas penyebabnya. Pengobatan ileus akan mengalami sedikit perubahan selama beberapa dekade terakhir, termasuk pemberian cairan dan elektrolit intravena. Jika berat, perlu dilakukan dekompresi nasogastrik. Pemberian supositoria bisacodyl 10 mg per rektal cukup baik meredakan gejala.

4. Ambulasi

Wanita yang mengalami kelahiran caesar memiliki resiko mengalami emboli paru 2 sampai 20 kali lebih besar dari pada yang melahirkan per vagina. Faktor resiko tersebut antara lain > 35 tahun; IMT > 30; paritas > 3; caesar darurat; histerektomi caesar; infeksi yang terjadi bersamaan, penyakit berat, atau varises yang besar, imobilitas, dan trombosis vena dalam atau trombofilia sebelumnya. Ambulasi dini menurunkan resiko trombosis vena dan emboli paru.

5. Perawatan Luka

Insisi diinspeksi setiap hari, dan jahitan pada klip atau kulit dapat diangkat pada hari keempat setelah operasi. Namun, jika khawatir akan pelepasan luka superfisial, misalnya pada pasien yang gemuk, benang atau klip harus dipertahankan selama 7 sampai 10 hari. Pada hari ketiga pascapartum mandi tidak berbahaya pada luka insisi.

6. Perawatan Payudara

Menyusui dapat dimulai pada hari operasi. Apabila pasien memilih untuk tidak menyusui, pengikat yang menopang payudara tanpa kompresi yang kuat akan mengurangi ketidaknyamanan pasien

7. Keluar dari Rumah Sakit

Jika tidak terdapat komplikasi selama nifas, ibu biasanya dipulangkan pada hari ketiga atau keempat pasca partum, tetapi pemulangan pada hari kedua boleh dilakukan pada wanita tertentu yang memiliki motivasi tinggi. Aktivitas ibu selama minggu pertama harus dibatasi hanya pada perawatan diri dan perawatan bayinya dengan bantuan.

2.4. Bayi Baru Lahir

2.4.1. Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

a. Pengertian Bayi Baru Lahir

Bayi yang baru lahir normal adalah pada usia kehamilan 37-42 minggu dan berat badan 2500- 4000 gram. Bayi yang baru lahir normal adalah pada usia kehamilan 37-42 minggu dan berat badan 2500- 4000 gram (Saputra,

2016). Masa bayi baru lahir (neonatal) adalah saat kelahiran sampai umur 1 bulan, sedangkan masa bayi adalah saat bayi umur 1 bulan sampai 12 bulan (prawirohardjo, 2014).

b. Ciri-ciri Bayi Baru Lahir Normal :

Adapun ciri-ciri bayi baru lahir normal (Dewi, 2013) :

1. Lahir Aterm antara 37- 42 minggu
2. Berat badan 2500 - 4000 gram
3. Panjang badan 48 - 52 cm
4. Lingkar dada 30 - 38 cm
5. Lingkar kepala 33- 35 cm
6. Lingkar lengan atas 11-12 cm
7. Pernapasan \pm 40-60 x/i
8. Frekuensi denyut jantung 120-160 x/i
9. Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan yang cukup.
10. Rambut lanugo tidak terlihat dan rambut kepala biasanya telah sempurna, Kuku agak panjang dan lemas.
11. Nilai APGAR $>$ 7

Tabel 2.4
Tanda Apgar Pada Bayi Baru Lahir

| Tanda | 0 | 1 | 2 |
|------------------------------------|--------------------------|------------------------------|-------------------------|
| <i>Appearance</i> (Warna Kulit) | Pucat/biru seluruh tubuh | Tubuh merah/ekstremitas biru | Seluruh tubuh kemerahan |
| <i>Pulse</i> (Denyut jantung) | Tidak ada | <100 | >100 |
| <i>Grimace</i> (Tonus Otot) | Tidak ada | Ekstremitas sedikit fleksi | Gerakan aktif |
| <i>Activity</i> (Aktifitas) | Tidak ada | Sedikit Gerak | Langsung Menangis |
| <i>Respiration</i> (Pernapasan) | Tidak ada | Lemah/tidak teratur | Menangis |

Sumber: Dewi, 2013. Asuhan neonatus, bayi dan balita. Jakarta.

12. Genetalia pada laki-laki ditandai dengan testis yang berada pada skrotum dan penis yang berlubang, pada perempuan ditandai dengan adanya uretra dan vagina yang berlubang serta adanya labia minora dan mayora.
13. Eleminasi yang baik ditandai dengan keluarnya mekonium dalam 24 jam pertama berwarna hitam kecoklatan.

c. Adaptasi terhadap kehidupan *ekstrauterin*

Adaptasi neonatal (bayi baru lahir) adalah proses penyesuaian fungsional neonatus dari kehidupan di dalam uterus ke kehidupan di luar uterus. Kemampuan adaptasi fisiologis ini disebut juga homeostasis. (Mushlihatun, 2014).

Tabel 2.5
Mekanisme *Hemostatis*/Adaptasi Bayi Baru Lahir

| Sistem | <i>Intra uterin</i> | <i>Ekstra uterin</i> |
|----------------------------|---------------------------|---------------------------|
| <i>Respirasi/sirkulasi</i> | | |
| Pernapasan volunter | Belum berfungsi | Berfungsi |
| <i>Alveoli</i> | <i>Kolaps</i> | berkembang |
| <i>Vaskularisasi paru</i> | Belum aktif | aktif |
| Resistensi paru | Tinggi | rendah |
| <i>Intake oksigen</i> | Dari plasenta ibu | Dari paru bayi sendiri |
| Pengeluaran <i>CO2</i> | Di plasenta | Di paru |
| Sirkulasi paru | Tidak berkembang | Berkembang banyak |
| Sirkulasi sitemik | <i>Resistensi perifer</i> | <i>Resistensi perifer</i> |
| Denyut jantung | Rendah, lebih cepat | Tinggi, lebih lambat |
| <i>Saluran cerna</i> | | |
| <i>Absorpsi nutrien</i> | Belum aktif | aktif |
| Kolonisasi kuman | Belum | segera |
| <i>Feses</i> | <i>Mekonium</i> | >hari ke-4, feses biasa |
| <i>Enzim pencernaan</i> | Belum aktif | aktif |

Sumber: Muslihatun, 2014. Asuhan Neonatus Bayi dan Balita. Yogyakarta

1. Adaptasi *pulmonal* (paru)

Perkembangan sistem *polmuner* terjadi sejak masa *embrio*, tepatnya pada umur kehamilan 24 hari dan ini bakal paru terbentuk. Pada umur 26-28 hari kedua *ronchi* membesar, pada 6 minggu terbentuk *segmen bronchus*, pada 12 minggu terjadi *diferensiasi lobus*, pada umur 24 minggu terbentuklah *alveolus*, pada 28 minggu terbentuk *sufaktan* dan pada umur 34-36 minggu struktur paru-paru matang (Muslihatun, 2014).

Sebelum kelahiran, janin melakukan gerakan pernapasan dan paru-paru terbelang cukup *matur*. Paru janin penuh oleh cairan yang diekskresikan sendiri oleh paru tersebut. Selama kelahiran, cairan ini meninggalkan *alveoli*,

baik dengan menutup jalan napas dan keluar melalui mulut hidung. *Stimulus* pernapasan mencakup *hiperkapnia* ringan, *hipoksia* dan *asidosis* ringan yang terjadi akibat persalinan normal (Fraser, 2012).

Cara neonatus bernafas dengan cara *diafragmatik* dan *abdominal*, sedangkan untuk frekuensi dan dalamnya bernapas belum teratur. Apabila surfaktan berkurang, maka *alveoli* akan *kolaps* dan paru-paru kaku, sehingga terjadi *atelektasis*. Dalam kondisi seperti ini (*anoksia*), neonatus masih dapat mempertahankan hidupnya karena adanya kelanjutan metabolisme *anaerobik* (Dewi, 2013).

2. Adaptasi *kardiovaskuler*

Sistem sirkulasi bayi harus membuat penyesuaian besar untuk mengalihkan darah yang kurang oksigen (*deoksigenasi*) ke paru untuk paru *reoksigenasi*. Dengan pengembangan paru dan penurunan tahanan *vaskuler* paru, semua curah jantung dikirim ke paru. Darah kaya oksigen yang kembali ke jantung dari paru meningkatkan tekanan didalam *atrium* kiri. Tekanan di *atrium* kanan menurun karena darah berhenti mengalir melalui tali pusat. Penutupan *foramen ovale* terjadi secara fungsional. Selama hari pertama kehidupan, penutupan ini bersifat *reversibel* dan dapat terbuka kembali jika tahanan *vaskuler* paru tinggi (Fraser, 2012).

3. Suhu tubuh

Mekanisme kehilangan panas pada bayi baru lahir (Fraser, 2012) antara lain :

- a) *Konduksi*, terjadi saat bayi bersentuhan dengan permukaan yang dingin.
- b) *Konveksi*, disebabkan oleh aliran dingin yang melewati permukaan tubuh bayi.
- c) *Radiasi*, panas terpancar ke objek-objek dingin di lingkungan yang tidak bersentuhan dengan bayi
- d) *Evaporasi*, cairan ketuban dari kulit. Setiap milimeter cairan yang ter evaporasi mengeluarkan 560 kalori panas. Rasio area permukaan

tubuh bayi yang besar : massa tubuh berpotensi menghilangkan panas, terutama dari kepala yang menyusun 25% massa tubuh.

4. *Traktus Digestivus*

Traktus digestivus relatif lebih panjang dibandingkan dengan orang dewasa. Pada neonatus, *traktus digestivus* mengandung zat berwarna hitam kehijauan yang terdiri atas *mukopolisakarida* atau disebut dengan *mekonium*. Pengeluaran *mekonium* biasanya 10 jam pertama kehidupan dan dalam 4 hari setelah kelahiran biasanya *feses* sudah terbentuk dan berwarna biasa. Enzim dalam *traktus digestivus* biasanya sudah terdapat pada neonatus, kecuali *enzim amilase pankreas* (Muslihatun, 2014).

5. Hati

Segera setelah lahir, hati menunjukkan perubahan kimia dan *morfologis* yang berupa kenaikan kadar protein dan penurunan kadar lemak serta *glikogen* (Dewi, 2013).

6. Keseimbangan air dan fungsi ginjal

Fungsi ginjal belum sempurna, karena jumlah *nefron* belum sebanyak orang dewasa, ketidakseimbangan luas permukaan *glomelurus* dan volume *tubulus proksimal*, serta *renal blood flow* relatif kurang bila dibandingkan dengan orang dewasa (Muslihatun, 2014).

7. *Imunoglobulin*

Pada neonatus tidak terdapat sel plasma pada sumsum tulang, *lamina propa ilium* serta *apendiks*. Plasenta merupakan sawar sehingga *fetus* bebas dari *antigen* dan *stress imunologis* (Muslihatun, 2014).

8. Gastrointestinal

Hubungan antara *esofagus* bawah dan lambung masih belum sempurna sehingga masih mengakibatkan gumoh. Kapasitas lambung sangat terbatas, kurang dari 30 ml (15-30 ml). Usus bayi terdiri dari sejumlah besar kelenjar sekresi dan daerah permukaan yang besar untuk menyerap gizi makanan. Sejumlah enzim sudah dihasilkan, walaupun masih terdapat kekurangan *amilase* dan *lipase* yang menyebabkan bayi kurang mampu mencerna karbohidrat lemak (Rochmah, dkk 2012).

9. *Muskuloskeletal*

Otot bayi berkembang dengan sempurna karena *hipertrofi*, bukan *hiperplasia*. Tulang panjang tidak mengeras dengan sempurna untuk memudahkan pertumbuhan pada *epifise* (Rochmah, dkk 2012).

10. Reproduksi

Spermatogenesis pada anak laki-laki tidak terjadi hingga masa pubertas, namun total tambahan *folikel primordial* yang mengandung *ova primitif* ada pada *gonad* wanita (Rochmah, dkk 2012).

11. Neurologi

Sistem saraf bayi baru lahir masih sangat mudah, ini menyebabkan kegiatan *refleks spina* dan batang otak dengan kontrol minimal oleh lapisan luar *serebrum* pada beberapa bulan pertama. Beberapa refleks tersebut (Rochmah, dkk 2012) diantaranya :

- a. Refleks *moro*, terjadi karena adanya reaksi miring terhadap rangsanagn mendadak. Ketiadaan refleks moro menandakan imaturus otak. Jika pada usia 6 bulan refleks tersebut masih ada, ini menunjukkan reterdasi mental.
- b. Refleks *rooting*, reaksi terhadap belaian di pipi atau dimulut bayi mulai menoleh ke arah sumber rangsangan
- c. Refleks mengedip/refleks mata, melindungi mata dari trauma
- d. Refleks menggenggam, bayi akan menggenggam dengan erat benda yang ditempatkan di dalam telapak tangan bayi
- e. Refleks berjalan dan melangkah, bayi akan berjalan jika telapak kakinya menyentuh permukaan yang rata
- f. Refleks leher *tonik asimetrisk*, jika kepala bayi menoleh ke satu arah, lengan di sisi tersebut akan ekstensi sedangkan lengan sebelahnya fleksi.

2.4.2 Asuhan Bayi Baru Lahir

1. Perawatan segera bayi baru lahir

Adapun perawatan segera bayi baru lahir (Fraser, 2012) :

- a. Pencegahan kehilangan panas
- b. Membersihkan jalan napas
- c. Memotong tali pusat
- d. Mdentifikasi
- e. Pengkajian kondisi bayi

- f. Pemberian vitamin K.
2. Pelayanan *essensial* pada bayi baru lahir oleh dokter/bidan/perawat (Kemenkes RI, 2016) meliputi :
- a. Jaga bayi tetap hangat
 - b. Bersihkan jalan napas
 - c. Keringkan dan jaga bayi tetap hangat
 - d. Potong dan ikat tali pusat tanpa membubuhi apapun, kira-kira 2 menit setelah lahir
 - e. Segera lakukan inisiasi dini
 - f. Beri salep mata *antibiotika tetrasiklin* 1% pada kedua mata
 - g. Beri suntikan vitamin K1 1 mg intramuskular, di paha kiri *anterolateral* setelah IMD
 - h. Beri imunisasi *Hepatitis B0* 0,5 ml, *intramuskular*, dipaha kanan *anterolateral*, diberikan kira-kira 1-2 jam setelah pemebeiran vitamin K1
 - i. Pemberian identitas
 - j. Anamnesis dan pemeriksaan fisik
 - k. Pemulangan bayi baru lahir normal, kinseling dan kunjungan ulang.
3. Asuhan bayi usia 2-6 hari (Dewi, 2013) :
- a. Bayi harus selalu diberi ASI minimal setiap 2-3 jam.
 - b. Bayi cenderung sering tidur, berkemih dan defekasi.
 - c. Selalu menjaga kebersihan, kehangatan dan keamanan bayi dengan mengganti popok bayi sesuai keperluan, cuci tangan dan membersihkan bayi secara teratur terutama setelah BAK dan BAB, serta tidak meninggalkan bayi sendirian tanpa ada yang menjaga
 - d. Selalu perhatikan tanda-tanda bahaya pada bayi.
4. Asuhan bayi pdaa 6 minggu pertama
- l. *Bounding attachment*

Menurut *maternal neonatal health*, *bounding attachment* merupakan kontak dini secara langsung antara ibu dan bayi setelah proses persalinan, dimulai pada saat persalinan kala III sampai dengan

psotpartum. Elemen-elemen *bounding attachment* menurut Muslihatun (2014) :

- a) Sentuhan
- b) Kontak mata
- c) Suara
- d) Aroma
- e) Entrainment
- f) Bioritme
- g) Kontak dini

2.5 Keluarga Berencana

2.5.1 Konsep Dasar Keluarga Berencana

a. Pengertian Keluarga Berencana

Keluarga berencana adalah upaya yang dilakukan untuk membantu suami istri untuk mendapatkan objektif tertentu, menghindarkan kehamilan yang tidak diinginkan, mengatur interval kelahiran dan menentukan jumlah anak (Pinem, 2014).

Kontrasepsi yaitu pencegahan terbuahnya sel telur oleh sel sperma (konsepsi) atau pencegahan menempelnya sel telur yang telah dibuahi dinding rahim (Mulyani & Rinawati, 2013).

b. Tujuan keluarga berencana

Adapun tujuan program keluarga berencana (Handayani, 2017) :

- a. Tujuan umum : Membangun kembali dan melestarikan pondasi yang kokoh bagi pelaksana program KB di masa mendatang untuk mencapai keluarga berkualitas.
- b. Tujuan khusus : Meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak serta mewujudkan keluarga kecil yang bahagia dan sejahtera melalui pengendalian kelahiran dan pertumbuhan penduduk indonesia.
- c. Sasaran program KB : Sasaran langsungnya Pasangan usia subur (PUS) dan Sasaran tidak langsung Pelaksana dan pengelola KB

2.5.2. Sterilisasi Pada Wanita

Sterilisasi pada wanita atau tubektomi merupakan metode pengikatan dan pemotongan tuba falopii agar ovum tidak dapat dibuahi oleh sperma.

A. Macam-macam Sterilisasi

1. Sterilisasi tuba puerperalis

Dalam beberapa hari setelah kelahiran, tuba uterine dapat diakses pada umbilicus langsung dibawah dinding abdomen. Kelemahan dinding memberikan reposisi insisi abdomen yang mudah pada masing-masing kornu uterus. Jadi, sterilisasi puerperalis bersifat sederhana secara teknik, dan tidak diperlukan perawatan rumah sakit yang lama. Beberapa ahli lebih menyukai sterilisasi dilakukan segera setelah kelahiran, walaupun ahli lainnya menunggu selama 12 sampai 24 jam. Ini biasa dilakukan dengan insisi kecil infraumbilikal dan diambil dipertengahan tuba uterine dengan klem Babcock dan fimbria distal diidentifikasi. Ini mencegah kebingungan membedakan ligamentum teres uteri dengan bagian tengah tuba.

2. Sterilisasi tuba operatif Non Puerperalis (Interval)

Teknik sterilisasi pada nonpuerperalis operatif, mencakup modifikasi, pada dasarnya terdiri dari :

- 1) Ligasi dan reseksi pada laparotomi, seperti yang telah dijelaskan lebih awal pada sterilisasi puerperalis.
- 2) Penggunaan berbagai cincin, klip atau sisipan permanen ke tuba uterine melalui laparaskopi atau histeroskopi
- 3) Elektrokoagulasi sebuah segmen tuba, biasanya juga melalui laparoskop.

3. Pembalikan Sterilisasi Tuba

Tidak ada wanita yang menjalani sterilisasi tuba mempercayai bahwa fertilitas selanjutnya dijamin dengan pembedahan atau fertilisasi in vitro. Kedua pendekatan tersebut secara teknik sulit, mahal, dan tidak selalu berhasil. Angka keberhasilannya pun bervariasi mulai dari 45 sampai 85 persen namun hampir 10 persen dari wanita-wanita yang menjalani pembalikan sterilisasi tuba mengalami kehamilan ektopik.

4. Histerektomi

Tanpa penyakit uterus atau penyakit pelvik lainnya, histerektomi semata-mata untuk sterilisasi pada saat kelahiran Caesar, pada masa nifas awal, atau bahkan jauh setelah kehamilan sulit untuk dibenarkan. Ini meningkatkan morbiditas bedah secara signifikan dibandingkan dengan sterilisasi tuba.

5. Sterilisasi Transservikal

Sterilisasi telah dilakukan dengan menggunakan histeroskopi untuk melihat ostium tuba dan menutupnya dengan berbagai senyawa atau alat (Cunningham, 2013).

B. Cara Kerja Tubektomi

Perjalanan ovum terhambat karena tuba falopii tertutup.

C. Keuntungan dan kerugian tubektomi

Keuntungan :

1. Permanen dan efektif.
2. Tidak memengaruhi proses menyusui.
3. Pembedahan sederhana, dapat dilakukan dengan anastesi local.
4. Dapat mencegah kehamilan lebih dari 99 %.
5. Tidak ada efek samping jangka panjang dan tidak mengganggu hubungan seksual.

Kerugian :

1. Ada kemungkinan mengalami resiko pembedahan.
2. Rasa sakit/ketidakhnyamanan jangka pendek setelah tindakan.

D. Indikasi wanita yang dapat menjalani Tubektomi

1. Wanita yang berusia lebih dari 26 tahun.
2. Wanita dengan paritas lebih dari 2.
3. Wanita yang yakin telah mempunyai keluarga besar yang sesuai dengan kehendaknya.
4. Wanita yang akan memiliki resiko kesehatan yang serius apabila harus hamil lagi.
5. Wanita pasca persalinan dan pasca keguguran

E. Kontraindikasi wanita yang menjalani tubektomi

1. Wanita yang dicurigai hamil atau hamil
2. Wanita penderita hipertensi, diabetes, jantung, dan paru.
3. Wanita yang mengalami pendarahan pervagina yang belum terjelaskan (harus dievaluasi asal pendarahan)
4. Wanita yang memiliki infeksi sistemik atau panggul yang akut
5. Wanita yang tidak boleh menjalani pembedahan.
6. Wanita yang belum memberikan persetujuan tertulis.

F. Tempat memperoleh pelayanan kontrasepsi tubektomi

Pemasangan kontak wanita atau tubektomi dapat dijalani di rumah sakit dan jika ada keluhan tertentu ibu dapat kembali kerumah sakit (Yuhedi, 2016).

BAB 3
ASUHAN KEBIDANAN

3.1 ASUHAN KEHAMILAN

3.1.1 Kunjungan I

Tempat : Bidan Praktek Mandiri Y.Hutahean.

Hari / Tanggal : Selasa / 26 September 2017

Pukul : 14.20 WIB

Identitas

| | | | |
|-----------------|--|-----------------|---|
| Nama | : Ny.B | Nama | : Tn.H |
| Umur | : 44 Tahun | Umur | : 48 tahun |
| Agama | : Kristen | Agama | : Kristen |
| Suku/kebangsaan | : Batak/Indonesia | Suku/kebangsaan | : Batak/Indonesia |
| Pendidikan | : SMA | Pendidikan | : SMA |
| Pekerjaan | : Wiraswasta | Pekerjaan | : Wiraswasta |
| Alamat | : Jln.Balige 2 No 70 Kota pematangsiantar | Alamat | : Jln.Balige 2 No 70 Kotapematangsiantar |

Subjektif

Ny.B dengan G₄ P₃ A₀ kehamilan trimester III dengan usia kehamilan 28-30 minggu, dengan HPHT 15-03-2017, gerakan janin pertama kali pada usia kehamilan 16 minggu, gerakan janin dalam 24 jam 8-13 kali, ANC teratur, tidak ada riwayat penyakit DM, Jantung, Hipertensi, dan tidak ada alergi obat.

Riwayat Obstetri :

1. 11 tahun, perempuan, spontan, BB 4500 gram, PB 50 cm, bidan.
2. 8 tahun, perempuan, spontan, BB 4000 gram, PB 51 cm, bidan.
3. 5 tahun, perempuan, spontan, BB 3900 gram, PB 49 cm, bidan.
4. Hamil ini.

Objektif

K/U Baik TD 110/70 mmHg, Nadi 78 x/menit, RR 24 x/menit, Suhu 36,3°C, TB 158 cm, BB 69 kg, Lila 28 cm, conjungtiva tidak pucat, sklera tidak kuning, mulut bersih, gigi tidak ada caries, tidak ada pembesaran kelenjar limfe, mammae tidak ada benjolan, puting susu menonjol, ekstermitas atas dan bawah tidak ada oedema, tidak ada varices, refleks patela kanan dan kiri (+).

Hasil pemeriksaan Laboratorium:

Hb : 12,8 gr %.

Urine : Glukosa : Negatif.

Protein : Negatif.

Pemeriksaan palpasi :

Leopold I : TFU 2 jari diatas pusat.

Leopold II : Pada sisi kanan abdomen ibu teraba panjang, keras dan memapan, sedangkan pada sisi kiri abdomen ibu teraba bagian terkecil dari janin.

Leopold III : Pada bagian terbawah janin teraba bulat, keras berarti kepala janin.

Leopold IV : Kepala janin belum masuk pintu atas panggul.

DJJ : 138 x/menit.

TFU : 27 cm

TBBJ : 2.170 gram

Analisa

1. Diagnosa : G₄ P₃ A₀ usia kehamilan 28 - 30 minggu.
K/u ibu dan janin baik.
2. Masalah : tidak ada
3. Kebutuhan : Pemenuhan nutrisi .

Pelaksanaan

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan kehamilannya

Tanda-tanda vital dalam batas normal.

K/U Baik TD 110/70 mmHg, Nadi 78 x/menit, RR 24 x/menit, Suhu 36,3°C, TB 158 cm, BB 69 kg, Lila 28 cm, conjungtiva tidak pucat,

sklera tidak kuning, mulut bersih, gigi tidak ada caries, tidak ada pembesaran kelenjar limfe, mammae tidak ada benjolan, puting susu menonjol, eksteremitas atas dan bawah tidak ada oedema, tidak ada varices, refleks patela kanan dan kiri (+).

Hasil pemeriksaan Laboratorium:

Hb : 12,8 gr %.

Urine : Glukosa : Negatif.

Protein : Negatif.

Tujuan : agar ibu mengerti keadaannya sekarang

2. Menganjurkan ibu untuk mengkonsumsi makanan yang bergizi

Makanan bergizi yaitu terdiri dari nasi, lauk dan sayur serta buah-buahan serta cukupi kebutuhan air minum pada saat hamil.

Bila nafsu makan berkurang, maka:

- a. Makan dengan porsi kecil tapi sering.
- b. Makanan dibuat berganti-ganti.
- c. Makanan yang tidak berlemak.

Tujuan : agar ibu dan janin dalam keadaan sehat.

3. Melakukan pendokumentasian kedalam buku KIA.

Yang terdiri dari pemeriksaan dan pemberian terapi serta kunjungan ulang

Tujuan : agar mengetahui perkembangan ibu setiap pemeriksaan untuk mengantisipasi terjadinya komplikasi.

4. Mengingatkan ibu untuk melakukan kunjungan ulang atau pemeriksaan ANC bulan berikutnya..

3.1.2 Kunjungan II

Hari / Tanggal : Rabu / 11 Oktober 2017

Pukul : 13.10 WIB

Subjektif

Ny.B usia kehamilan 30-32 minggu datang ke klinik bidan di antar suami ingin memeriksakan kehamilannya dengan keluhan nyeri punggung dan rasa tidak nyaman.

Objektif

K/U Baik TD 130/80 mmHg, Nadi 80 x/menit, RR 20 x/menit, Suhu 36,5°C, Conjunctiva merah, sklera tidak kuning, kelenjar limfe dan kelenjar tyroid tidak ada pembengkakan, eksteremitas atas dan bawah tidak ada oedema, tidak ada varices, refleks patela kanan dan kiri (+), BB 70 kg, TFU pertengahan antara pusat – prosesus xypodeus.

Hasil pemeriksaan Laboratorium:

Hb : 13,2 gr %.

Urine : Glukosa : Negatif.

Protein : Negatif.

Palpasi :

Leopold I : TFU pertengahan antara pusat – prosesus xypodeus.

Leopold II : Pada sisi kanan abdomen ibu teraba panjang, keras dan memapan,

sedangkan pada sisi kiri abdomen ibu teraba bagian terkecil dari janin.

Leopold III : Pada bagian terbawah janin teraba bulat, keras berarti kepala janin.

Leopold IV : Kepala janin belum masuk pintu atas panggul.

DJJ : 138 x/menit.

TFU : 30 cm

TBBJ : 2.635 gram

Analisa

1. Diagnosa : G₄ P₃ A₀ usia kehamilan 30 -32 minggu, janin tunggal, hidup, intrauterin.
2. Masalah : Nyeri punggung dan rasa tidak nyaman
3. Kebutuhan : Pemenuhan nutrisi.

Pelaksanaan

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan dan asuhan yang akan diberikan.

Tanda-tanda vital dalam batas normal yaitu K/U Baik TD 130/80 mmHg, Nadi 80 x/menit, RR 20 x/menit, Suhu 36,5°C, HB :13,2 gr%

Keadaan umum ibu dan janin baik.

Tujuan :agar ibu mengerti keadaannya sekarang

2. Mengajarkan ibu senam hamil.

Apabila dilakukan dengan sungguh-sungguh dan gerakan-gerakan yang benar, senam hamil bermanfaat untuk :

- a. Membantu mengontrol tubuh dan menghilangkan rasa sakit/nyeri saat kehamilan.
- b. Memperbaiki sirkulasi darah.
- c. Menghilangkan sakit pinggang.
- d. Menguatkan otot-otot panggul.
- e. Membuat ibu lebih tenang.
- f. Mempersiapkan fisik dan mental dalam menjalani proses kelahiran

Senam inti yang dilakukan pada ibu hamil trimester III pada nyeri punggung adalah dengan gerakan melenturkan punggung yaitu dengan posisi seperti merangkak, bahu sejajar dengan kedua lengan yang dibuka sejajar dengan membuka kaki. Selanjutnya mengangkat punggung dan menundukkan kepala sambil menarik nafas.

Tujuan : agar nyeri pada punggung ibu berkurang.

3. Melakukan pendokumentasian kedalam buku KIA mulai dari pemeriksaan, pemberian terapi dari keluhan ibu serta kunjungan ulang.

Tujuan : agar mengetahui perkembangan ibu setiap pemeriksaan untuk mengantisipasi terjadinya komplikasi.

3.1.3 Kunjungan III

Hari / Tanggal : Jumat, 27 Oktober 2017

Pukul : 11.00 WIB

Subjektif

Ny.B usia kehamilan 32-34 minggu datang ke bidan praktik mandiri Y.Hutaean ingin memeriksakan kehamilannya dengan keluhan susah tidur dan sering kencing pada malam hari.

Objektif

K/U Baik TD 110/80 mmHg, Nadi 78 x/menit, RR 22 x/menit, Suhu 36,7°C, BB 71 Kg, Conjunctiva merah, Sklera tidak kuning, tidak ada pembesaran kelenjar limfe dan kelenjar tyroid, mulut bersih dan gigi tidak ada caries serta ada pengeluaran colostrum.

Hasil pemeriksaan Laboratorium:

Hb : 13 gr %.

Urine : Glukosa : Negatif.

Protein : Negatif.

Palpasi :

Leopold I : 3 Jari dibawah Prosesus Xypodeus.

Leopold II : Pada sisi kanan abdomen ibu teraba panjang, keras dan memapan, sedangkan pada sisi kiri abdomen ibu teraba bagian terkecil dari janin.

Leopold III : Pada bagian terbawah janin teraba bulat, keras berarti kepala janin.

Leopold IV : Kepala janin belum masuk pintu atas panggul.

DJJ : 138 x/menit.

TFU : 33 cm

TBBJ : 3.255 gram

Analisa

1. Diagnosa : G₄ P₃ A₀ usia kehamilan 32-34 minggu, janin tunggal, intrauterin, punggung kanan, presentase kepala, K/u ibu dan janin baik.
2. Masalah : Susah tidur dan sering kencing pada malam hari.
3. Kebutuhan : Memberi ibu penkes agar tidur dalam posisi nyaman dan menganjurkan ibu agar mengurangi minum pada malam hari.

Pelaksanaan

1. Memberitahu hasil pemeriksaan dan asuhan yang di berikan.

TD 110/80 mmHg, Nadi 78 x/menit, RR 22 x/menit, Suhu 36,7°C, BB 71 Kg, HB: 13 gr % . , DJJ: 138 x/menit,TFU: 33 cm, TBBJ: 3.255 gram Keadaan umum ibu dan janin baik.

Tujuan : agar ibu mengerti keadaannya sekarang.

2. Mengajarkan ibu posisi yang nyaman.

Untuk meringankan nyeri punggung yang sering dirasakan oleh ibu hamil, maka dapat dilakukan posisi yang nyaman seperti :

- a. Membusungkan pantat ke belakang, tarik bahu, berdiri lurus dan tinggi.
- b. Tidur menyamping dengan salah satu atau kedua lutut ditekuk.
- c. Menggunakan bantal di bawah perut saat tidur.
- d. Sering-seringlah mengubah posisi dan menghindari berdiri untuk jangka waktu yang lama.

Tujuan : agar ibu merasa nyaman dan nyeri punggung terasa lebih ringan

3. Memberitahu ibu untuk kunjungan ulang.

3.1.4 Kunjungan IV

Hari / Tanggal : Senin / 20 November 2017

Pukul : 14.00 WIB

Subjektif

Ny.B usia kehamilan 37-39 minggu datang ke klinik bidan bersama suami ingin memeriksakan kehamilannya.

Objektif

K/U Baik TD 120/70 mmHg, Nadi 80 x/menit, RR 20 x/menit, Suhu 36,5°C, BB 72 kg, Conjungtiva merah, tidak ada pembesaran pada kelenjar limfe dan kelenjar tyroid dan ada pengeluaran colostrum.

Palpasi :

Leopold I : TFU 2- 3 jari di atas pusat.

Leopold II : Pada sisi kanan abdomen ibu teraba panjang, keras dan memapan, sedangkan pada sisi kiri abdomen ibu teraba bagian terkecil dari janin.

Leopold III : Pada bagian terbawah janin teraba bulat, keras berarti kepala janin.

Leopold IV : Kepala janin sudah masuk pintu atas panggul.

DJJ : 140 x/menit.

Mc.Donald : 37 cm
 TBBJ : 4030 gram

Analisa

1. Diagnosa : G₄ P₃ A₀ usia kehamilan 37-39 minggu, janin tunggal, hidup intrauterin, punggung kanan, presentase kepala, K/u ibu dan janin baik.
2. Masalah : tidak ada
3. Kebutuhan : KIE tentang persiapan persalinan dan kesiagaan menghadapi komplikasi dan KIE tentang KB pascasalin.

Pelaksanaan

1. Memberitahu hasil pemeriksaan dan asuhan yang diberikan.

Keadaan umum ibu dan janin baik TD 120/70 mmHg, Nadi 80 x/menit, RR 20 x/menit, Suhu 36,5°C, BB 72 kg, DJJ: 140 x/menit, Mc.Donald: 37 cm, TBBJ: 4030 gram.

Tujuan : agar ibu mengerti keadaannya sekarang

2. Memberikan KIE tentang asuhan persalinan yang akan didapat ibu dan anjurkan supaya ibu melukan kelahiran secara section cesarean.

Tujuan : agar mengurangi komplikasi yang terjadi baik pada ibu maupun bayi.

3. Memberitahu ibu dan keluarga untuk melakukan persiapan dalam menghadapi persalinan sectio cesarean elektif.

Tujuan : agar mengantisipasi jika terjadi komplikasi.

4. Memberikan konseling KB yang akan digunakan setelah persalinan

Tujuan : agar ibu mengetahui KB apa yang akan digunakan setelah persalinan.

3.2 ASUHAN PERSALINAN

Tempat : Rumah Sakit Harapan Jl Farel Pasaribu .

Hari / Tanggal : Selasa / 28 November 2017

Pukul : 09.10 WIB

Subjektif

Ny.B datang bersama suami dengan alasan ingin melakukan kelahiran sectio cesarea elektif sebelumnya ibu sudah dianjurkan untuk puasa satu hari sebelum

pelahiran yaitu 8 jam sebelum operasi berlangsung,gerakan janin aktif, ANC teratur. Tidak ada riwayat DM, asma, jantung, hipertensi, dan tidak ada riwayat alergi obat.

Objektif

K/U Baik TD : 110/80 mmHg, Nadi 80 x/menit, RR 20 x/menit, Suhu 36,7 °C, Conjungtiva merah, puting susu menonjol, dan ada pengeluaran colostrum.

Pemeriksaan palpasi :

- Leopold 1 : TFU 3 jari dibawah Px
- Leopold 2 : Bagian kanan abdomen teraba keras, memanjang dan memapan.
- Leopold 3 : Bagian bawah abdomen teraba keras, bulat dan melenting.
- Leopold 4 : Sudah masuk PAP.
- Mc.Donald : 37 cm.
- TBBJ : 4030 gr
- DJJ : 148 x/i
- Indikasi : Umur ibu yang terlalu tua atau ibu dengan resiko tinggi.

Analisa

1. Diagnosa : G₄ P₃ A₀ usia kehamilan 39 minggu

Pelaksanaan

Persiapan Pasien Pra Operasi

Terangkan prosedur yang akan dilakukan pada pasien.Jika pasien tidak sadar, terangkan pada keluarganya. Dapatkan persetujuan tindakan medik.

- n) Bantu dan usahakan pasien dan keluarganya siap secara mental.
- o) Gati baju pasien menjadi baju bedah,lepas semua perhiasan serta bersihkan kuku jika ada ibu memakai cat kuku.
- p) Cek kemungkinan alergi dan riwayat medik lain yang diperlukan.
- q) Lakukan anamnesis dan pemeriksaan fisik awal yang baik merupakan langkah esensial setiap pembedahan..
- r) Siapkan contoh darah untuk pemeriksaan hemoglobin dan golongan darah.Jika diperkirakan diperlukan, minta darah terlebih dahulu.
- s) Pemeriksaan laboratorium diperlukan disesuaikan dengan kebutuhan. Apabila umur semakin tua diperlukan pemeriksaan EKG dan foto toraks.

- t) Cuci dan bersihkan lapangan insisi dengan sabun dan air.
- u) Mencukur rambut pubis agar mengurangi resiko infeksi.
- v) Pantau dan catat tanda vital (tekanan darah, nadi, pernapasan, suhu)
- w) Berikan pramedikasi yang sesuai.
- x) Pasang Infus.
- y) Pasang kateter dan monitor pengeluaran urine.
- z) Pastikan semua informasi sudah disampaikan pada seluruh tim bedah. Baik dokter Obgin maupun dokter anastesi sudah mengetahui kondisi pasien terlebih dahulu.

3.3 ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU NIFAS

3.3.1 Kunjungan I

Tempat : Rumah Sakit Harapan Jl.Farel Pasaribu.

Hari / Tanggal : Selasa / 28 November 2017

Pukul : 13.25 WIB

Subjektif

Ny.B P₄ A₀ ,post partum 4 jam, ibu mengatakan masih nyeri pada luka jahitan post sectio, ibu mengatakan ASI sudah keluar dan sudah menyusui bayinya

Objektif

K/U Baik TD 110/80 mmHg, Nadi 82 x/menit, RR 20 x/menit, Suhu 36,5°C, pengeluaran lochea rubra ±50 cc, kontraksi uterus baik, tinggi fundus uteri 2 jari di bawah pusat , luka jahitan post sectio bersih, masih basah dan tidak ada tanda-tanda infeksi, puting susu menonjol, ASI sudah keluar, payudara normal, tidak ada nyeri tekan, BAK 1 kali, dan belum BAB.

Analisa

1. Diagnosa : Ny.B P₄ A₀ post partum 4 jam dan K/u ibu baik.
2. Masalah : Masih nyeri pada luka post sectio.
3. Kebutuhan : Perawatan luka post sectio dan KIE tentang nyeri pada luka post sectio.

Pelaksanaan

| | |
|---------------|---|
| Jam 13.25 WIB | memberitahu kepada ibu hasil pemeriksaan dan menjelaskan kepada ibu bahwa rasa sakit pada luka jahitan post sectio akan hilang sampai penyembuhan luka. |
| Jam 14.25 WIB | Mengobservasi pengeluaran pervaginam, kontraksi uterus, dan tinggi fundus uteri. |
| Jam 15.25 WIB | Memberitahu kepada ibu untuk istirahat yang cukup. |
| Jam 16.25 WIB | Memberitahukan ibu agar memberikan ASI setiap 2 jam. |
| Jam 20.25 WIB | Memberitahukan ibu untuk melakukan personal hygiene. |
| Jam 06.55 WIB | Memberikan konseling kepada ibu tentang hubungan seksual bahwa dapat dilakukan pada 3-4 minggu postpartum dikarenakan selama masih mengeluarkan darah merah akan dapat menyebabkan infeksi. |

3.3.2 Kunjungan II

| | |
|----------------|----------------------------|
| Tempat | : Jalan Balige 2 No 70. |
| Hari / Tanggal | : Sabtu / 05 Desember 2017 |
| Pukul | : 15.00 WIB |

Subjektif

Ny.B P₄ A₀, post partum 7 hari, ibu mengatakan kondisi ibu sudah mulai membaik, perut sudah tidak mules lagi, bayi menyusu kuat, istirahat ibu cukup dan masih ada keluhan nyeri luka jahitan post sectio.

Objektif

K/U Baik, TD : 110/80 mmHg, Nadi 80 x/menit, RR 20 x/menit, Suhu 36,5°C, ASI keluar lancar, proses laktasi berjalan lancar, kontraksi uterus baik, TFU pertengahan pusat dan simfisis, jahitan post sectio terlihat kering dan tidak ada pembengkakan, lochea sanguinolenta, jumlah lochea ±15 cc warna kecoklatan.

Analisa

1. Diagnosa : Ny.B P₄ A₀ post partum 7 hari dan K/u ibu baik.
2. Masalah : tidak ada
3. Kebutuhan : Perawatan luka jahitan post sectio dan pemenuhan nutrisi.

Pelaksanaan

| | |
|---------------|--|
| Jam 15.10 WIB | Memberitahu ibu tentang hasil perkembangan atau pemeriksaan masa nifasnya. |
| Jam 15.15 WIB | Memberitahu ibu untuk menjaga kebersihan diri. |
| Jam 15.20 WIB | Memfasilitasi pemberian ASI Eksklusif tanpa makanan tambahan |
| Jam 15.25 WIB | Memberitahu ibu untuk mengkonsumsi makanan yang bergizi dan banyak minum . |
| Jam 15.30 WIB | Menganjurkan ibu untuk kontrol ulang jika ada keluhan |

3.3.3 Kunjungan III

| | |
|----------------|----------------------------|
| Tempat | : Jalan Balige 2 No 70. |
| Hari / Tanggal | : Kamis / 21 Desember 2017 |
| Pukul | : 14.00 WIB |

Subjektif

Ny.B P₄ A₀, post partum 3 minggu, ibu mengatakan keadaannya sudah semakin membaik dan tidak ada keluhan terhadap luka jahitan post sectio.

Objektif

K/U Baik TD 110/80 mmHg, Nadi 80 x/menit, RR 22 x/menit, Suhu 36,5°C, TFU tidak teraba lagi, lochea Alba, jahitan post sectio sudah kering dan tidak ada bengkakan.

Analisa

1. Diagnosa : Ny.B P₄ A₀ post partum 3 minggu dan K/u ibu baik.
2. Masalah : tidak ada
3. Kebutuhan : Pemenuhan nutrisi dan istirahat yang cukup.

Pelaksanaan

| | |
|---------------|--|
| Jam 14.15 WIB | Memberitahu ibu tentang hasil perkembangan pemeriksaan masa nifasnya |
| Jam 14.20 WIB | Menganjurkan ibu untuk mempertahankan dalam mengkonsumsi makanan yang bergizi. |
| Jam 14.25 WIB | Mengingatkan ibu untuk melakukan personal hygiene. |

Jam 14.30 WIB Mengingatkan ibu untuk istirahat yang cukup.

3.3.4 Kunjungan IV

Tempat : Jalan Balige 2 No 70.

Hari / Tanggal : Senin /08 Januari 2018

Pukul : 15.00 WIB

Subjektif

Ny.B , P₄ A₀, post partum 5 minggu , tidak ada keluhan dan keadaan ibu baik. Bayi telah menyusui.

Objektif

K/U Baik TD 110/80 mmHg, Nadi 78 x/menit, RR 20 x/menit, Suhu 36,4°C, pengeluaran ASI lancar, TFU sudah tidak teraba, jahitan post sectio sudah baik.

Analisa

1. Diagnosa : Ny.B P₄ A₀ post partum 5 minggu dan K/u ibu baik.
2. Masalah : tidak ada
3. Kebutuhan : Istirahat yang cukup.

Pelaksanaan

Jam 15.10 WIB Memberitahukan ibu tentang hasil pemeriksaan dan perkembangan masa nifas

Jam 15.15 WIB Menganjurkan ibu untuk istirahat yang cukup

3.4 ASUHAN KEBIDANAN BAYI BARU LAHIR

Tempat : Rumah Sakit Harapan Jl.Farel Pasaribu.

Hari / Tanggal : Selasa / 28 November 2017

Pukul : 13.25 WIB

Subjektif

Bayi 4 jam, Ibu mengatakan, bayinya sudah menghisap ASI dengan kuat.

Objektif

K/U Baik, Nadi 144 x/menit, Suhu 36,7°C, RR 46 x/menit, BB 4100 gr, PB 52 cm, LK 34 cm, LD 33 cm, LLA 11 cm, A/S : 9/10, tidak ada caput suksedanum, telinga simetris, konjungtiva merah muda sklera putih, tidak ada labiopalatoskizis,

bibir kemerahan, lidah bersih, bunyi jantung normal, tidak ada pembesaran hepar, tali pusat segar dan tidak ada perdarahan, labia mayora dan labia minora sama-sama menonjol, ada lubang uretra, anus berlubang, sudah ada pengeluaran mekonium, gerakan tangan dan kaki normal, jumlah jari lengkap, kulit merah muda, ada refleks rooting, sucking, walking, moro, graphs (+).

Analisa

1. Diagnosa : Bayi Baru Lahir umur 4 jam dengan keadaan baik
2. Masalah : tidak ada
3. Kebutuhan : menghangatkan tubuh bayi dan memberikan salep mata serta vitamin K dan imunisasi Hb 0.

Pelaksanaan

| | |
|---------------|--|
| Jam 17.10 WIB | Menginformasikan hasil pemeriksaan dan asuhan yang diberikan, keluarga memahami |
| Jam 17.20 WIB | Menjaga kehangatan tubuh bayi dengan membedong bayi dan membungkus tali pusat bayi, memberikan salep mata tetrasiklin 1 % dan injeksi vitamin K dipaha kiri. |
| Jam 17.30 WIB | Memberikan imunisasi Hepatitis B |
| Jam 17.35 WIB | Melakukan rawat gabung ibu dan bayi. |

3.4.1 Kunjungan I

| | |
|----------------|--|
| Tempat | : Rumah Sakit Harapan Jl.Farel Pasaribu. |
| Hari / Tanggal | : Selasa / 29 November 2017 |
| Pukul | : 06.00 WIB |

Subjektif

Bayi baru lahir 24 jam,Ibu mengatakan bayinya menghisap ASI dengan kuat.

Objektif

K/U baik, Nadi 140 x/menit, Suhu 36,7°C, RR 48 x/menit, BB 4100 gr, PB 52 cm, bayi dalam keadaan normal dan tidak ada kelainan, BAK (+) dan BAB (+), ASI (+),tidak ada kelainan atau ciri-ciri bayi akan icterus.

Analisa

1. Diagnosa : Bayi Baru Lahir umur 24 jam, keadaan bayi baik

2. Masalah : tidak ada
3. Kebutuhan : Memandikan bayi dan perawatan tali pusat serta pemberian ASI

Pelaksanaan

- Jam 06.10 WIB Memberitahu hasil pemeriksaan dan asuhan yang diberikan, ibu memahami.
- Jam 06.15 WIB Memberitahukan ibu untuk tetap menjaga kehangatan bayi.
- Jam 06.20 WIB Memandikan bayi dan melakukan perawatan tali pusat
- Jam 06.25 WIB Menganjurkan ibu untuk tetap memberikan ASI dengan interval 1-2 jam sekehendak bayi.
- Jam 06.30 WIB Memberitahu ibu tanda-tanda bahaya pada bayi.

3.4.2 Kunjungan II

Tempat : Jalan Balige 2 No 70.

Hari / Tanggal : Sabtu / 05 Desember 2017

Pukul : 15.00 WIB

Subjektif

Ibu mengatakan bayinya menghisap ASI dan bayinya dalam keadaan sehat.

Objektif

K/U baik, Nadi 144 x/menit, Suhu 36,7°C, RR 48 x/menit, tali pusat tidak ada perdarahan, BAK (+) dan BAB (+).

Analisa

1. Diagnosa : Bayi Baru Lahir umur 7 hari, keadaan bayi baik
2. Masalah : tidak ada
3. Kebutuhan : Memandikan bayi dan perawatan tali pusat serta pemberian ASI

Pelaksanaan

- Jam 15.10 WIB Memberitahu ibu hasil pemeriksaan dan asuhan yang diberikan.
- Jam 15.15 WIB Memandikan bayi dan melakukan perawatan tali pusat
- Jam 15.25 WIB Menganjurkan ibu untuk tetap memberikan ASI.

3.4.3 Kunjungan III

Tempat : Jalan Balige 2 No 70.
 Hari / Tanggal : Kamis / 21 Desember 2017
 Pukul : 14.00 WIB

Subjektif

Ibu mengatakan bayinya menghisap ASI dan ibu mengatakan terkadang posisi mulut bayi kurang tepat saat menyusui.

Objektif

K/U baik, Nadi 138 x/menit, Suhu 36,7°C, RR 48 x/menit, tali pusat tidak ada perdarahan, BAK (+) dan BAB (+).

Analisa

1. Diagnosa : Bayi Baru Lahir umur 21 hari, keadaan bayi baik
2. Masalah : posisi mulut bayi kurang tepat saat menyusui
3. Kebutuhan : Memandikan bayi dan perawatan tali pusat serta pemberian ASI dengan mengajarkan posisi yang tepat saat menyusui.

Pelaksanaan

Jam 14.40 WIB Memberitahu ibu hasil pemeriksaan dan asuhan yang diberikan.
 Jam 14.45 WIB Memandikan bayi dan melakukan perawatan tali pusat
 Jam 14.50 WIB Menganjurkan ibu untuk tetap memberikan ASI dengan interval 1-2 jam sekehendak bayi.
 Jam 14.55 WIB Mengajarkan ibu posisi yang tepat untuk menyusui.

3.5 ASUHAN KELUARGA BERENCANA

Tempat : Rumah Sakit Harapan Jl.Farel Pasaribu.
 Hari / Tanggal : Selasa / 28 November 2017
 Pukul : 13.00 WIB

Subjektif

Ny. B baru bersalin sudah mendapatkan asuhan metode operatif.

Objektif

K/u baik TD 110/80 mmHg, Nadi 80 x/menit, RR 20 x/menit, Suhu 36,5⁰C, BB 71 kg, TFU 2 jari dibawah pusat dan perut sudah kembali seperti semula.

Analisa

Diagnosa : Ny. B P₄A₀ akseptor KB Mow

Masalah : tidak ada

Kebutuhan : Kunjungan ulang.

Pelaksanaan

Jam 17.05 WIB Memberitahu ibu hasil pemeriksaan dan asuhan yang diberikan.

Jam 17.10 WIB Melakukan observasi tanda-tanda penyulit

BAB 4

PEMBAHASAN

Pembahasan pada BAB IV didasari pada ada atau tidak adanya kesenjangan antara teori dilapangan tentang laporan asuhan kebidanan pada Ny.B umur 44 tahun, G₄P₃A₀ mulai dari kehamilan, persalinan, nifas, serta bayi baru lahir dan akseptor KB yang dilakukan pada bulan Juli 2017 s/d Januari 2018.

4.1 KEHAMILAN

Ibu melakukan pemeriksaan sebanyak 4 kali selama kehamilan ini, yang terdiri dari empat kali pada trimester ke III dan ini merupakan kunjungan ulang ibu dan kunjungan pertama penulis. Pemeriksaan kehamilan pada Ny. B dimulai pada usia kehamilan 28 minggu - 40 minggu.selama dilakukan pemeriksaan pada kehamilan ibu tidak ditemui kelainan

Faktor-faktor penyebab terjadinya factor resiko pada ibu hamil menurut Rochjati.P (2013) meliputi: umur ibu yang tergolong risiko tinggi ≤ 20 tahun dan ≥ 35 tahun, paritas yang termasuk risiko tinggi adalah ibu yang pernah hamil atau melahirkan anak 4 kali atau lebih , jarak anak yang tergolong risiko tinggi ≤ 2 tahun dan , tinggi badan yang termasuk risiko tinggi 145 cm atau kurang , yang tergolong risiko tinggi berdasarkan riwayat obstetrik jelek meliputi persalinan yang lalu dengan tindakan, bekas operasi *caesarea*, penyakit ibu, pre-eklamsi ringan, hamil kembar, hidramnion/ hamil kembar air, janin mati dalam kandungan, hamil lebih bulan, kelainan letak, perdarahan antepartum, dan pre-eklamsi berat / eklamsi. Dampak yang dapat terjadi pada ibu hamil risiko tinggi yaitu keguguran, persalinan prematur, mudah terjadi infeksi, anemia pada kehamilan, *gestosis*, serta kematian ibu yang tinggi (Saifuddin, 2005).

Upaya yang dilakukan untuk mencegah terjadinya kehamilan risiko tinggi adalah dengan meningkatkan cakupan pelayanan antenatal, kemudian kepada semua ibu hamil diberikan perawatan dan skrining antenatal untuk deteksi dini secara pro-aktif.

Berdasarkan data-data yang terkumpul dari anamnesa, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan khusus kebidanan secara inspeksi, palpasi, auskultasi dan

perkusi tidak menemukan adanya masalah serius dalam kehamilan dengan demikian kehamilan Ny. B adalah kehamilan normal. Kehamilan normal adalah kehamilan dengan gambaran ibu yang sehat, tidak ada riwayat obstetrik yang buruk serta pemeriksaan fisik dan laboratorium normal (Saifuddin, 2016).

4.2 PERSALINAN

Asuhan persalinan diberikan yaitu persalinan dengan section cesarean dan diberikanlah pada saat persiapan masuk ruang operasi dan tidak ada kelainan atau komplikasi yang terjadi.

Persiapan Pasien Pra sectio

Terangkan prosedur yang akan dilakukan pada pasien. Jika pasien tidak sadar, terangkan pada keluarganya. Dapatkan persetujuan tindakan medik.

- aa) Bantu dan usahakan pasien dan keluarganya siap secara mental.
- bb) Ganti baju pasien menjadi baju bedah, lepas semua perhiasan serta bersihkan kuku jika ada ibu memakai cat kuku.
- cc) Cek kemungkinan alergi dan riwayat medik lain yang diperlukan.
- dd) Lakukan anamnesis dan pemeriksaan fisik awal yang baik merupakan langkah esensial setiap pembedahan..
- ee) Siapkan contoh darah untuk pemeriksaan hemoglobin dan golongan darah. Jika diperkirakan diperlukan, minta darah terlebih dahulu.
- ff) Pemeriksaan laboratorium diperlukan disesuaikan dengan kebutuhan. Apabila umur semakin tua diperlukan pemeriksaan EKG dan foto toraks.
- gg) Cuci dan bersihkan lapangan insisi dengan sabun dan air.
- hh) Mencukur rambut pubis agar mengurangi resiko infeksi.
- ii) Pantau dan catat tanda vital (tekanan darah, nadi, pernapasan, suhu)
- jj) Berikan pramedikasi yang sesuai.
- kk) Pasang Infus.
- ll) Pasang kateter dan monitor pengeluaran urine.
- mm) Pastikan semua informasi sudah disampaikan pada seluruh tim bedah.

Baik dokter Obgin maupun dokter anastesi sudah mengetahui kondisi pasien terlebih dahulu.

4.3 NIFAS

Menurut (Kemenkes Ri, 2016) pelayanan program dan kebijakan mengenai kunjungan masa nifas yaitu melakukan 3 kali kunjungan pada masa nifas yaitu 6 jam-3 hari postpartum, 4-28 hari postpartum, 29 -42 hari postpartum. untuk melihat tanda bahaya pada masa nifas, kontraksi uterus, TFU, dan tanda-tanda vital.

Pasca operasi, jumlah perdarahan dari vagina harus dipantau ketat, dan fundus uterus harus sering dipalpasi untuk memastikan uterus tetap berkontraksi kuat. Sayangnya, setelah efek analgesia konduksi menghilang atau wanita telah sadar dari anastesi umum, palpasi abdomen mungkin menimbulkan rasa tidak nyaman, hal ini dapat diatasi dengan memberikan obat analgesik intravena seperti meperidin 75 hingga 100 mg, atau morfin 10 hingga 15 mg. Bebat tebal dengan plester erat yang banyak pada abdomen akan mengganggu tindakan palpasi dan pijatan fundus dan selanjutnya menyebabkan ketidaknyamanan saat plester dilepas. Pasien dieuksi untuk batuk dan bernafas lebih dalam. Setelah pasien sadar sepenuhnya, perdarahan minimal, tekanan darah baik, dan aliran urine sedikitnya 30 mL/jam, pasien dapat dipindahkan keruangnya.

8. Tanda Vital

Setelah dipindahkan keruangnya, pasien diperiksa sedikitnya setiap jam selama 4 jam dan selanjutnya dalam interval 4 jam. Tekanan darah, denyut nadi, suhu, tonus uterus, keluaran urin dan jumlah perdarahan dievaluasi.

9. Terapi Cairan dan Diet

Masa nifas ditandai dengan ekskresi cairan yang tertahan selama kehamilan. Pasien memulai pembedahan secara normal dengan volume ekstravaskular berlebih yang fisiologis selama kehamilan dan akan di mobilisasi dan ekskresikan setelah kelahiran. Karena itu, volume cairan intra vena yang besar selama dan setelah operasi tidak diperlukan untuk mengganti sekuestrasi cairan ekstrasel. Sebagai generalisasi, 3L cairan harus terbukti

adekuat selama 24 jam pertama setelah pembedahan. Namun, bila keluaran urin turun 30 mL/jam, pasien harus segera dievaluasi ulang. Penyebab oliguria dapat terjadi berkisar dari kehilangan darah yang tidak diketahui hingga efek antidiuretik dari infus oksitosin.

10. Fungsi Kandung Kemih Dan Usus

Kateter kandung kemih paling sering dapat dilepas dalam waktu 12 jam pasca operasi atau supaya lebih nyaman, dilepas pada pagi hari setelah operasi. Prevelensi retensi urin setelah kelahiran caesar mencapai 3 persen.

Pada kasus tanpa komplikasi, makanan dapat diberikan dalam waktu 8 jam setelah operasi. Walaupun beberapa derajat ileus adinamik selalu terjadi setelah operasi abdomen, namun tidak perlu dikhawatirkan pada sebagian besar kelahiran caesar. Gejalanya mencakup distensi abdomen dan nyeri saat buang gas, tidak dapat flatus atau buang air besar. Patofisiologi ileus pasca operasi itu kompleks dan melibatkan faktor hormonal, neural, dan lokasi yang tidak sepenuhnya dipahami. Cedera usus yang tidak diketahui mungkin berhubungan dengan demam yang tidak jelas penyebabnya. Pengobatan ileus akan mengalami sedikit perubahan selama beberapa dekade terakhir, termasuk pemberian cairan dan elektrolit intravena. Jika berat, perlu dilakukan dekompresi nasogastrik. Pemberian supositoria bisacodyl 10 mg per rektal cukup baik meredakan gejala.

11. Ambulasi

Wanita yang mengalami kelahiran caesar memiliki resiko mengalami emboli paru 2 sampai 20 kali lebih besar dari pada yang melahirkan per vagina. Faktor resiko tersebut antara lain > 35 tahun; IMT > 30; paritas > 3; caesar darurat; histerektomi caesar; infeksi yang terjadi bersamaan, penyakit berat, atau varises yang besar, imobilitas, dan trombosis vena dalam atau trombofilia sebelumnya. Ambulasi dini menurunkan resiko trombosis vena dan emboli paru.

12. Perawatan Luka

Insisi diinspeksi setiap hari, dan jahitan pada klip atau kulit dapat diangkat pada hari keempat setelah operasi. Namun, jika khawatir akan

pelepasan luka superfisial, misalnya pada pasien yang gemuk, benang atau klip harus dipertahankan selama 7 sampai 10 hari. Pada hari ketiga pascapartum mandi tidak berbahaya pada luka insisi.

13. Perawatan Payudara

Menyusui dapat dimulai pada hari operasi. Apabila pasien memilih untuk tidak menyusui, pengikat yang menopang payudara tanpa kompresi yang kuat akan mengurangi ketidaknyamanan pasien

14. Keluar dari Rumah Sakit

Jika tidak terdapat komplikasi selama nifas, ibu biasanya dipulangkan pada hari ketiga atau keempat pasca partum, tetapi pemulangan pada hari kedua boleh dilakukan pada wanita tertentu yang memiliki motivasi tinggi. Aktivitas ibu selama minggu pertama harus dibatasi hanya pada perawatan diri dan perawatan bayinya dengan bantuan. Selama masa nifas ibu berjalan dengan normal tidak ada penyulit ataupun komplikasi pada masa nifas, ibu juga tidak memiliki makanan pantangan apapun, dan menganjurkan ibu untuk makan-makanan yang bergizi.

Pada saat kunjungan ke rumah Ny. B diajarkan cara melakukan perawatan luka post sectio untuk mencegah terjadinya infeksi dan juga untuk mempercepat proses penyembuhan luka seperti mengeringkan perineum dengan menggunakan tissue dari depan kebelakang pada saat BAK ataupun BAB.

4.4 BAYI BARU LAHIR

Menurut (Rukiyah, 2015) setelah bayi lahir dilakukan pemeriksaan Apgar Score pada menit 1 dan menit 2, membersihkan jalan nafas, melakukan penghisapan lendir, melakukan perawatan tali pusat, mempertahankan suhu tubuh bayi agar tidak terjadi hipotermi, dan melakukan pencegahan infeksi.

Berdasarkan teori yang ada, bayi baru lahir yang terlalu besar atau berat badan lahir lebih dari 4000 gram akan meningkatkan resiko proses persalinan yaitu kemungkinan terjadi bahu bayi tersangkut, bayi akan lahir dengan gangguan nafas dan kadang bayi lahir dengan trauma leher, bahu dan sarafnya, hal ini terjadi karena berat bayi yang besar sehingga sulit melewati panggul dan menyebabkan

terjadinya Persalinan pada ibu bersalin (Enggar, 2014) hal ini sesuai dengan penelitian (Rahmawati, 2015) menunjukkan bahwa mayoritas dengan berat badan bayi lahir lebih dari 4000 gram menyebabkan persalinan macet 46,3 %.

Pada kasus 1 jam setelah bayi Ny.B lahir, penulis melakukan pemeriksaan kepada bayi dengan k/u baik, Nadi 144 x/menit, Suhu 36,7°C, RR 46x/menit, BB 4100 gr, PB 52 cm, LK 34 cm, LD 33 cm, LLA 11 cm, A/S 9/10, selanjutnya penulis menjaga kehangatan tubuh bayi agar tidak terjadi hipotermi. Hal ini dikatakan normal.

Pada kunjungan 6 jam, k/u bayi baik, sehat, dan menangis kuat, ada muntah, tali pusat masih basah, dan terbungkus kasa steril, refleks bayi baik, bayi sudah BAK dan BAB. Menurut (Syafudin, 2015) pada perawatan tali pusat di upayakan untuk tidak membubuhkan atau mengoleskan ramuan pada tali pusat sebab akan dapat mengakibatkan infeksi. Kemudian penulis melakukan tindakan memandikan bayi dan melakukan penyuluhan kesehatan kepada ibu dan keluarga tentang perawatan tali pusat. Sehingga dari hasil pemantauan sesuai dengan teori.

Pada kunjungan 24 jam penolong melakukan tindakan memandikan bayi, perawatan tali pusat dan pemenuhan nutrisi seperti pemberian ASI eksklusif. Selama kunjungan, tidak terdapat komplikasi dan tanda-tanda bahaya. Dan tidak ada tanda- tanda bayi akan icterus.

Selama asuhan bayi baru lahir, penulis melakukan 3 kali kunjungan. Menurut (Kemenkes RI, 2015) bahwa pelayanan kesehatan bayi baru lahir dilaksanakan minimal 3 kali dan sesuai dengan standar, yakni saat bayi usia 6-48 jam, 3-7 hari, dan 8-28 hari. Selama pemantauan kunjungan bayi baru lahir, berjalan dengan normal tidak ada tanda bahaya pada bayi Ny.B Sehingga hal ini sesuai dengan teori.

4.5 KELUARGA BERENCANA

Asuhan kebidanan pada Ny.B umur 44 tahun P4A0 dengan akseptor KB MOW, sebelum menggunakan KB dilakukan konseling pada Ny.B agar ibu tahu KB yang cocok untuk ibu sesuai dengan kebutuhan ibu. Menurut (Pinem, 2014) yang menyatakan sebelum menggunakan KB perlu dilakukan konseling. Konseling adalah tindak lanjut dari kegiatan KIE, bila seseorang telah termotivasi

melalui KIE maka orang tersebut perlu konseling. Langkah-langkah konseling KB yaitu : sapa dan salam, tanya klien untuk mendapat informasi, uraikan mengenai pilihannya, perlunya kunjungan ulang.

Dari hasil penelitian (Gita, 2013) bahwa pengguna akseptor KB berdasarkan kelompok umur terbanyak berusia antara 20-35 tahun yaitu 66,7 %. Hal ini dikarenakan pada usia 20-35 tahun merupakan usia produktif sehat.

Dalam hal ini, alasan Ny. B menggunakan metode kontrasepsi efektif yaitu untuk tidak ingin mempunyai anak lagi dan ibu memilih KB MOW. Selain itu, dari hasil penelitian (Gita, 2013) paritas yang <3 sebesar 93,3 %, dalam hal ini sesuai dengan pola penggunaan kontrasepsi yang rasional pada masa mengatur kehamilan jangka panjang karena paritas >3 merupakan ancaman bagi kesehatan reproduktif dan kesejahteraan ekonomi.

KB yang digunakan Ny.B adalah KB MOW, sesuai dengan teori karena KB MOW tidak mengandung hormon progestin sehingga tidak mempengaruhi produksi ASI, memberi perlindungan Permanen, daya guna tinggi dan dapat dicabut setiap saat menurut kebutuhan. Sebelum dipasang Ny.B diberitahu tentang keuntungan dan kerugian selama menggunakan KB MOW. Menurut teori (Pinem, 2013) bahwa keuntungan KB MOW yaitu sangat efektif, pencegahan kehamilan permanen, tidak berpengaruh dalam hubungan suami isteri, tidak mengandung hormon estrogen sehingga tidak berdampak serius terhadap penyakit jantung dan gangguan pembekuan darah, tidak memiliki pengaruh terhadap ASI.

Ibu masih menyusui dengan keadaan baik, usia tidak tergolong usia reproduksi, ibu telah memiliki 3 orang anak, tidak ada riwayat DM dan penyakit lainnya. Maka ibu dapat dilakukan pemasangan KB MOW.

Setelah pemasangan Ny. B diberikan beberapa instruksi atau informasi yaitu pada daerah insisi harus tetap kering dan bersih pasca insersi, jaga balutan penekan jangan dibuka dan plester dipertahankan sampai luka sembuh dan segera ke klinik apabila terjadi masalah.

BAB 5

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

1. Faktor penyebab

Laporan yang telah dilakukan oleh pelapor tentang ibu Hamil dengan usia lebih dari 35 tahun yang dilakukan di BPM Y.H terhadap Ny. B dapat disimpulkan bahwa Ny.B Hamil diusia 44 tahun atau hamil dengan resiko tinggi dikarenakan Faktor sosial budaya dimana ibu belum mempunyai anak laki-laki , dan memang mempunyai merencanakan kehamilannya, factor penyebab tersebut sudah sesuai dengan teori yang ada.

2. Analisa Hamil usia tua

Ny. B Hamil diusia tua dapat disimpulkan bahwa ibu mempunyai resiko tinggi untuk kelahiran normal dan untuk hamil kembali . Analisa tersebut sudah sesuai dengan teori yang ada.

3. Penatalaksanaan Hamil di usia tua

Penatalaksanaan yang di berikan terhadap Ny. B ibu Hamil dengan usia 44 tahun yang dilakukan di BPM Y.H adalah menganjurkan ibu untuk mendapatkan pertolongan persalinan dengan section cesarean agar mengurangi terjadinya komplikasi serta menganjurkan ibu untuk melakukan sterilisasi atau tubektomi karena ibu sudah mempunyai resiko untuk hamil kembali. Penatalaksanaan yang di lakukan di BPM tersebut sudah sesuai teori yang ada.

5.2 Saran

1. Bagi Bidan di Lahan Praktek

Diharapkan dapat meningkatkan manajemen asuhan kebidanan yang diterapkan terhadap pasien dalam memberikan KIE tentang usia reproduktif wanita .

2. Bagi Responden

Diharapkan responden menambah pengetahuan mengenai Usia kehamilan yang aman dan Hak-hak reproduksi.

DAFTAR PUSTAKA

- Andina, V. S. & Yuni, F. Y. 2015. *Asuhan pada Kehamilan*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press
- Anggraini, Y. 2016. *Asuhan Kebidanan Masa Nifas*. Yogyakarta: Pustaka Rihama.
- Arum, D. N. S & Sujiyatini. 2017. *Panduan Lengkap Pelayanan KB Terkini*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Asrina, shinta, S. P & Dewie, S. 2017. *Asuhan Kebidanan Kehamilan*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Astuti, D. H. 2016. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Ibu 1 (kehamilan)*. Yogyakarta: Graha Medika
- Cunningham, F. G., Macdonald, P. C., dan Gant N. F. 2013. *William Obstetries*, Edisi XXIII. Jakarta: EGC
- Diskes.(2016).*Buku Profil Kesehatan Provinsi Sumatera Utara*.
- Dinkes.(2016).*Buku Profil Kesehatan Pematang siantar*.
- Dewi, V. N. L. 2013. *Asuhan Neonatus Bayi dan Anak Balita*. Jakarta: Salemba Medika.
- Fraser, D. M. & Cooper, M. A. 2012. *Buku Saku Praktik Klinik Kebidanan*. Jakarta: EGC.
- Handayani, S. 2017. *Buku Ajar Pelayanan Kesehatan Keluarga Berencana*. Yogyakarta: Pustaka Rihama.
- Hidayat & Sujiyatini. 2016. *Asuhan Kebidanan Persalinan*. Yogyakarta: Nuha Medika
- JNPK-KR. (2016). *Asuhan Persalinan Normal*. Jakarta: Jaringan Nasional Pelatihan Klinik- Kesehatan Reproduksi Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Kemendes. (2016).from *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2016*. Jakarta : Kementerian Kesehatan RI. 2017.<http://www.kemkes.go.id/pdf>
- Kementrian Kesehatan, R. (2016). *Buku Kesehatan Ibu dan Anak*. Jakarta: Kementrian Kesehatan dan JICA (Japan Internasional Cooperation Agency).
- Kennedy, B. B., Ruth, D. J., dan Martin E. J. 2014. *Manajemen Intrapartum*, Edisi IV. Jakarta: EGC
- Lockhart, A & Saputra, L. 2016. *Asuhan Kebidanan Kehamilan Fisiologi & Patologi*. Pamulang: Binarupa Aksara.

- Manuaba, I. B. (2014). *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan & Keluarga Berencana Untuk Pendidikan Kebidanan*. Jakarta: EGC.
- Maritalia, D. 2014. *Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Mulyani, N. S & Rinawati, M. 2013. *Keluarga Berencana dan Alat Kontrasepsi*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Muslihatun, W. N. 2014. *Asuhan Neonatus Bayi dan Balita*. Yogyakarta: Fitramaya
- Meliani, dkk. 2010. *Pelayanan keluarga berencana*. Yogyakarta: FitraMaya
- Nugroho, dkk. 2016. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan 3 Nifas*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Pinem, S. 2014. *Kesehatan Reproduksi & Kontrasepsi*. Jakarta Timur: TIM
- Rochmah, dkk. 2012. *Panduan Belajar Asuhan Neonatus, Bayi & Balita*. Jakarta: EGC.
- Romauli, S. 2016. *Konsep Dasar Asuhan Kehamilan*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Sukarni, I & Margareth. 2013. *Kehamilan, Persalinan dan Nifas*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- UNPAD. 1983. *Obstetri Fisiologi*. Bandung: Eleman
- Prawirohardjo, S. (2014). *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: PT BINA PUSTAKA Sarwono Prawirohardjo.
- Purwoastuti, E., & Walyani, S. E. (2015). *Asuhan Keluarga Berencana*. Yogyakarta: Pustakabaru press.
- Yuhedi, L. T., & Kurniawati, T. (2015). *Buku Ajar Kependudukan & Pelayanan KB*. Jakarta: EGC.