

**ASUHAN KEBIDANAN PADA NY. “N” PADA MASA HAMIL
SAMPAI KB DI PMB NY. MASBAHAH HANIM, SST
DS. PANGKAH KULON KEC. UJUNGPANGKAH
KAB. GRESIK**

LAPORAN TUGAS AKHIR



Oleh :

BAIQ ZUHRIYATI JALILAH
NIM. 18.02.02.1773

**PRODI D3 KEBIDANAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH LAMONGAN
2021**

**ASUHAN KEBIDANAN PADA NY. “N” PADA MASA HAMIL
SAMPAI KB DI PMB NY. MASBAHAH HANIM, SST
DS. PANGKAH KULON KEC. UJUNGPANGKAH
KAB. GRESIK**

LAPORAN TUGAS AKHIR

Disusun Sebagai Salah Satu Syarat Menyelesaikan Pendidikan Ahli Madya
Kebidanan Pada Program Studi DIII Kebidanan Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Lamongan



BAIQ ZUHRIYATI JALILAH
NIM. 18.02.02.1773

**PRODI D3 KEBIDANAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH LAMONGAN
2021**

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

NAMA : BAIQ ZUHRIYATI JALILAH
NIM : 18.02.02.1773
TEMPAT, TANGGAL LAHIR : GRESIK, 04 APRIL 1997
INSTITUSI : UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH
LAMONGAN

Menyatakan bahwa Laporan Tugas Akhir (LTA) yang berjudul : **“Asuhan Kebidanan Pada Ny. “N” Pada Masa Hamil Sampai KB Di PMB Ny. Masbahah Hanim, SST Desa Pangkah Kulon Kec. Ujungpangkah Kab. Gresik”** adalah bukan Laporan Tugas Akhir (LTA) orang lain baik sebagian maupun keseluruhan, kecuali dalam bentuk kutipan yang telah disebutkan sumbernya.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya dan apabila pernyataan ini tidak benar, saya bersedia mendapat sanksi akademis.

Lamongan, 01 Februari 2021

Yang menyatakan

BAIQ ZUHRIYATI JALILAH
NIM. 18.02.02.1773

LEMBAR PERSETUJUAN

LAPORAN TUGAS AKHIR INI TELAH DISETUJUI UNTUK
DIPERTAHANKAN PADA UJIAN SIDANG LAPORAN TUGAS AKHIR

TANGGAL 08 MARET 2021

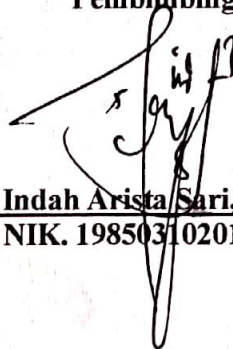
Oleh :

Pembimbing I



Lilin Turlina, S.SiT., M.Kes
NIK. 197702232005010

Pembimbing II





Ponco Indah Arista Sari, S.SiT., M.Kes
NIK. 19850310201702082

LEMBAR PENGESAHAN

NAMA : BAIQ ZUHRIYATI JALILAH
NIM : 18.02.02.1773
JUDUL : ASUHAN KEBIDANAN PADA NY. "N" PADA MASA HAMIL SAMPAI KB DI PMB NY. MASBAHAH HANIM, SST DESA PANGKAH KULON KEC. UJUNGPANGKAH KAB. GRESIK

LAPORAN TUGAS AKHIR INI TELAH DIPERTAHANKAN DI DEPAN TIM PENGUJI UJIAN SIDANG LAPORAN TUGAS AKHIR PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN FAKULTAS ILMU KESEHATAN UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH LAMONGAN PADA TANGGAL 01 JULI 2021

MENGESAHKAN

		TANDA TANGAN
Ketua	<u>Ati'ul Impartina, S. ST., M. Kes</u> NIP. 19840901 200610 021	
Anggota I	<u>Lilin Turlina, S. SiT., M. Kes</u> NIP. 19770223 200508 008	
Anggota II	<u>Ponco Indah Arista Sari, S. SiT., M. Kes</u> NIP. 19850310 201702 082	

Mengetahui,

Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Lamongan



Arifal Aris, S.Kep., Ns., M.Kes
NIP. 19760821200601015

CURICULUME VITAE

Nama : BAIQ ZUHRIYATI JALILAH
Tempat tanggal lahir : GRESIK, 04 APRIL 1997
Alamat Rumah : Ds. Randuboto Rt 03 Rw 04 Kec. Sidayu Kab.
Gresik

Pekerjaan : Belum Bekerja

Riwayat Pendidikan :

1. TK AL-MUNIROH III Lulus Tahun 2003
2. SDN 1 RANDUBOTO Lulus Tahun 2009
3. MTs NURUL JADID Lulus Tahun 2012
4. SMK ROUDLOTUL HIKMAH Lulus Tahun 2015
5. Jurusan D-III Kebidanan Universitas Muhammadiyah Lamongan Mulai Tahun 2018 Sampai Sekarang Tahun 2021

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat, hidayah dan inayahNya sehingga Laporan Tugas Akhir yang berjudul "**Asuhan Kebidanan Pada Ny. "N" Pada Dari Kehamilan, Persalinan, Nifas, Neonatus, Sampai KB Di Pmb Ny. Masbahah Hanim, SST Desa Pangkah Kulon Kec. Ujungpangkah Kab. Gresik**", sebagai salah satu syarat menyelesaikan pendidikan Ahli Madya Kebidanan pada Program Studi DIII Kebidanan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Lamongan.

Dalam penyusunan laporan ini, penulis banyak mendapatkan bantuan dari berbagai pihak, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis mengucapkan banyak terima kasih kepada yang terhormat:

1. Bapak Drs.H. Budi Utomo M.Kes, selaku Rektor Universitas Muhammadiyah Lamongan
2. Bapak Arifal Aris, S.Kep., Ns, M.Kes, selaku Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Lamongan
3. Ibu Amirul Amalia, S.SiT., M.Kes, selaku Ketua Program Studi D-III Kebidanan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Lamongan yang telah memberikan kesempatan menyusun Laporan Tugas Akhir.
4. Ibu Lilin Turlina, S.SiT., M.Kes, selaku Pembimbing I yang telah memberikan bimbingan sehingga tugas akhir ini dapat terselesaikan.
5. Ibu Ponco Indah Aristasari SST., M.Kes, selaku Pembimbing II yang telah memberikan bimbingan sehingga tugas akhir ini dapat terselesaikan.

6. PMB Ibu Hj. Masbahah Hanim, S.ST, selaku tempat Praktik Klinik Kebidanan, yang telah mengizinkan kami bisa mengambil pasien untuk dijadikan laporan tugas akhir ini
7. Ny."N" dan keluarga sebagai subyek kasus atas kerjasamanya yang baik
8. Rekan seangkatan dan semua pihak yang terkait yang telah memberikan bantuan moril maupun material dalam penyelesaian tugas ini.

Semoga Allah SWT memberikan balasan pahala atas segala amal baik yang telah diberikan. Penulis menyadari Laporan Tugas Akhir (LTA) ini masih banyak kekurangan, untuk itu segala kritik dan saran yang bersifat membangun sangat penulis harapkan, akhirnya penulis berharap semoga Laporan Tugas Akhir ini bermanfaat bagi penulis pada khususnya dan bagi semua pembaca pada umumnya.

Lamongan, 08 Maret 2021

Penulis

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

“Diam Adalah Emas, Berlian, Intan yang Berharga “

(Baiq Zuhriyati Jalilah)

Kupersembahkan Laporan Tugas Akhir ini untuk:

- Ayah ibu tercinta, orang tuaku yang telah mengorbankan materi, tenaga dan seluruh hembusan nafasnya untuk berdo'a demi kesuksesan hidup saya.
- Keluarga saya yang selalu mendukung saya dengan memberikan motivasi untuk selalu berusaha membanggakan kedua orang tua saya.
- Dosen-Dosen yang telah memberikan nasehat ilmu dan bimbingannya selama ini.
- Teman Spesial Mohammad Febri Ramadhan, S.Kep yang telah memberikan semangat dan dukungan berupa tenaga dan kasih sayang tetap dan bertahan serta mendampingi hingga saat ini.
- Keluarga teman spesialku yang telah memberikan semangat dan dukungan berupa materi dan doa sehingga saya dapat bertahan dan melangkah sejauh ini.
- Sahabat yang selalu menjadi tempat bercerita dan membantu serta memberikan semangat.
- Teman-Teman sejawat atas dukungan, motivasi, dan kenangan yang telah diberikan selama bersama-sama berjuang untuk yang terbaik, semoga kita semua senantiasa diberikan kebahagiaan dan kesuksesan oleh Allah SWT.

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
SURAT PERNYATAAN	ii
LEMBAR PERSETUJUAN	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
KURIKULUM VITAE	v
MOTTO	vi
KATA PENGANTAR.....	viii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL.....	xiii
DAFTAR GAMBAR.....	xiv
BAB 1 : PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Identifikasi Masalah	4
1.3 Tujuan Penyusunan LTA	4
1.4 Ruang Lingkup.....	5
1.5 Manfaat	5
BAB 2 : TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep dasar Kehamilan.....	7
2.1.1 Pengertian Kehamilan.....	7
2.1.2 Proses Kehamilan	8
2.1.3 Klasifikasi Masa Kehamilan.....	12
2.1.4 Perubahan Fisiologis Kehamilan	12
2.1.5 Tanda-Tanda Kehamilan	15
2.1.6 Perubahan Psikologis Kehamilan	18
2.1.7 Diagnosis Kehamilan.....	31
2.1.8 Pemeriksaan Diagnostik Kebidanan	39
2.1.9 Standar Pelayanan ANC	41
2.1.10 Jadwal Minimal Kunjungan ANC	44
2.1.11 Kebutuhan Ibu Hamil	46
2.1.12 Klasifikasi Kehamilan	60
2.1.13 Cara Mengatasi dan Penyebab Ketidaknyamanan Ibu Hamil	62
2.1.14 Tanda-Tanda Bahaya Kehamilan	72
2.1.15 Deteksi Dini Ibu Hamil Risiko Tinggi	86
2.1.16 Konsep Dasar Kram Kaki.....	105
2.2 Konsep Dasar Persalinan.....	109
2.2.1 Pengertian Persalinan.....	109
2.2.2 Klasifikasi Persalinan	109
2.2.3 Teori Mulainya Persalinan.....	110
2.2.4 Tanda Permulaan Persalinan.....	112
2.2.5 Tanda dan Gejala Persalinan	113
2.2.6 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Persalinan	114
2.2.7 Pembagian Kala dalam Persalinan	118
2.2.8 Mekanisme Persalinan Normal.....	122

2.2.9	Teori Vaginal Toucher (VT).....	126
2.2.10	Perubahan Fisiologis Pada Ibu Bersalin	127
2.2.11	Lima Benang Merah Persalinan.....	132
2.2.12	Penapisan Awal Pada Kala I Asuhan Persalinan.....	132
2.2.13	Persiapan Asuhan Persalinan	133
2.2.14	Asuhan Sayang Ibu	137
2.2.15	Menejemen Kebidanan Persalinan 7 Langkah Varney.....	138
2.3	Konsep Dasar Masa Nifas	152
2.3.1	Pengertian Nifas.....	152
2.3.2	Tahapan Masa Nifas	153
2.3.3	Tujuan Asuhan Masa Nifas dan Peran Tanggung Jawab Bidan	153
2.3.4	Perubahan Fisiologis pada Masa Nifas	156
2.3.5	Perubahan Psikologis pada Masa Nifas.....	162
2.3.6	Kebutuhan Pada Masa Nifas.....	163
2.3.7	Konsep Pemberian ASI	173
2.3.8	Masalah Dalam Menyusui	187
2.3.9	Masalah Menyusui Pada Bayi	195
2.3.10	Deteksi Dini Komplikasi pada Masa Nifas	198
2.4	Konsep Dasar Bayi Baru Lahir	200
2.4.1	Definisi Bayi Baru Lahir	200
2.4.2	Karakteristik BBL.....	200
2.4.3	Transisi Fisiologis ke Kehidupan Ekstrauteri.....	201
2.4.4	Pemeriksaan BBL	214
2.4.5	Pencegahan Infeksi	217
2.4.6	Penilaian Segera Setelah Lahir	218
2.4.7	Pencegahan Kehilangan Panas	219
2.4.8	Asuhan Tali Pusat	220
2.4.9	Inisiasi Menyusu Dini (IMD)	222
2.4.10	Pemberian Vit K	222
2.4.11	Pemberian Salep Mata	223
2.4.12	Pemberian Imunisasi.....	223
2.4.13	Tanda Bahaya Bayi Baru Lahir	225
2.4.14	Rawat Gabung	226
2.4.15	Rencanan Asuhan Bayi Baru Lahir Usia 2-6 Hari.....	227
2.4.16	Asuhan Kebidanan Pada Bayi >4 Minggu	232
2.4.17	Kunjungan Neonatal	235
2.4.18	Menejemen Asuhan Kebidanan Pada BBL	236
2.5	Konsep Dasar Keluarga Berencana	244
2.5.1	Pengertian KB.....	244
2.5.2	Tujuan Program Keluarga Berencana.....	244
2.5.3	Macam-Macam Alat Kontrasepsi (KB PASCA SALIN)	245
2.5.4	Konsep dasar Menejemen Asuhan Kebidanan Teori.....	293
BAB 3	: TINJAUAN KASUS	305
3.1	Asuhan Kebidanan Kehamilan.....	305
3.2	Asuhan Kebidanan Persalinan	326
3.3	Asuhan Kebidanan Nifas.....	347

3.4 Asuhan Kebidanan Neonatus	371
3.5 Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana.....	387
BAB 4 : PEMBAHASAN.....	397
4.1 Asuhan Pada Kehamilan	397
4.2 Asuhan Pada Persalinan	400
4.3 Asuhan Pada Masa Nifas	403
4.4 Asuhan Pada Neonatus.....	404
4.5 Asuhan Pada Keluarga Berencana	406
BAB 5 : PENUTUP	408
5.1 Kesimpulan	408
5.2 Saran.....	410
DAFTAR PUSTAKA	412
LAMPIRAN.....	416

DAFTAR TABEL

		Halaman
Tabel 2.1	TFU Menurut Penambahan per Tiga Jari	19
Tabel 2.2	TFU Menurut Penambahan dalam Centimeter	19
Tabel 2.3	Bentuk Uterus Berdasarkan Usia Kehamilan	20
Tabel 2.4	Komponen Pertambahan Berat Badan Ibu selama Kehamilan	28
Tabel 2.5	Perbedaan Fisik Nulipara dengan Multipara.	32
Tabel 2.6	Perkiraan TFU terhadap Usia Kehamilan.....	34
Tabel 2.7	Perbedaan Ciri Janin Hidup dan Mati.....	35
Tabel 2.8	Perbedaan Janin Tunggal atau Kembar.	36
Tabel 2.9	Perbedaan Janin Intrauteri Dan Ekstrauteri	39
Tabel 2.10	Informasi Kunjungan Kehamilan.....	44
Tabel 2.11	Jadwal Pemberian Suntikan TT	58
Tabel 2.12	Klasifikasi Kehamilan.....	61
Tabel 2.13	Ketidaknyamanan Masa Hamil, Cara Mengatasinya dan Penyebab	62
Tabel 2.14	Cara Perhitungan Jumlah Scor dan Kode Warna.....	105
Tabel 2.15	Mekanisme Persalinan Normal Pervaginam.....	126
Tabel 2.16	Jadwal Kunjungan.....	157
Tabel 2.17	Perubahan sistem Kardiovaskuler (Rohani, 2014).....	206
Tabel 2.18	Refleks Pada Neonatus	209
Tabel 2.19	Kriteria APGAR Score pada BBL	218
Tabel 2.20	Imunisasi Rutin Pada Bayi Dan Anak (Kemenkes 2016)....	227
Tabel 2.21	Seleksi Klien Pengguna Kondom.....	255
Tabel 2.22	Penanganan Efek Samping dan Masalah Kesehatan Lainnya.....	257
Tabel 2.23	Indikasi dan Kontraindikasi Suntik Kombinasi.....	259
Tabel 2.24	Efek Samping dan Penanganan Masalah Penggunaan Suntik Kombinasi.....	260
Tabel 2.25	Efek Samping dan Penanganan Penggunaan Pil Kombinasi	267
Tabel 2.26	Keadaan yang Perlu Mendapat Perhatian Penggunaan Pil Kombinasi.....	268
Tabel 2.27	Efek Samping dan Penanganan Minipil.....	277

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Halaman Depan Lembar Skrining Dan Skor Poedji Rochjati.....	97
Gambar 2.2 Halaman Belakang Kartu Skor Poedji Rohjati.....	103
Gambar 2.3 Penurunan Kepala Janin Menurut Sistem Perlimaan.....	122
Gambar 2.5 Posisi Janin.....	122
Gambar 2.6 Penyimpanan ASI Segar.....	186
Gambar 2.7 Sucking Reflex.....	188
Gambar 2.8 Swallowing reflex	188
Gambar 2.9 Sistem Kardiovaskular Sebelum Lahir.....	204
Gambar 2.10 Sistem Kardiovaskular Setelah Lahir	204
Gambar 2.11 Mekanisme Kehilangan Panas pada BBL	208
Gambar 2.12 Menyimpan ASI di Lemari Es	231
Gambar 2.13 Kondom	258
Gambar 2.14 Pil KB 28 Hari	280
Gambar 2.15 Pil KB 21 Hari	280
Gambar 2.16 IUD Spiral, IUD Copper T	289
Gambar 2.17 AKDR Nova T	290

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Proses kehamilan, persalinan, nifas, dan bayi abru lahir merupakan suatu tahapan yang fisiologis, namun dalam prosesnya terdapat kemungkinan suatu keadaan yang dapat mengancam jiwa ibu dan bayi bahkan dapat menyebabkan kematian. Oleh karena itu harus diwaspadai apabila terjadi hal-hal yang dapat membahayakan kesehatan ibu dan bayi, terutama pada ibu yang tidak mendapatkan asuhan dari tenaga kesehatan. (Prawirohardjo, 2014)

Pada Profil Kesehatan Indonesia (Kemenkes RI) tahun 2019 cakupan ibu hamil di Indonesia pada tahun 2019 mencapai 88,54%, sedangkan cakupan ibu bersalin di Indonesia pada tahun 2019 mencapai 88,75%, kemudian cakupan ibu nifas di Indonesia pada tahun 2019 sebesar 78,78%, untuk cakupan neonatus di Indonesia pada tahun 2019 (94,9%) , dan untuk cakupan Keluarga Berencana (KB) di Indonesia 62,5% (2019).

Cakupan ibu hamil di Provinsi Jawa Timur mencapai 90,31% (2019), sedangkan cakupan ibu bersalin di Provinsi Jawa Timur mencapai 95,88% (2019), cakupan neonatus di Provinsi Jawa Timur 100,24% (2019), dan cakupan ibu nifas di Provinsi Jawa Timur mencapai 95,88% (2019), serta cakupan pasangan usia subur yang mengikuti program KB di Provinsi Jawa Timur mencapai 95,88% (2019).

Cakupan ibu hamil di Kabupaten Gresik mencapai 88,5% (2018), cakupan ibu bersalin di Kabupaten Gresik mencapai 92,9% (2018), cakupan ibu nifas di Kabupaten Gresik sebanyak 91,6% (2018), dan cakupan neonatus di Kabupaten Gresik sebanyak 96,3% (2018), serta untuk cakupan Keluarga Berencana (KB) di Kabupaten Gresik sebanyak 71,6% (2018).

Menurut data di PMB Ny. Hj. Masbahah Hanim, SST pada tahun 2020, cakupan kunjungan ibu hamil (K1) yaitu sebesar 70%. Cakupan kunjungan ibu hamil (K4) yaitu sebesar 50%. Cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan (PN) yaitu sebesar 100%. Cakupan kunjungan ibu nifas (KF) yaitu sebesar 100%. Cakupan kunjungan neonatus (KN1) yaitu sebesar 100% dan kunjungan neonatus lengkap (KN lengkap) yaitu sebesar 100%. Cakupan peserta KB aktif yaitu sebesar 87,75%.

Faktor yang mempengaruhi penyebab kematian ibu dan bayi menurut Kemenkes RI (2018) dapat dikategorikan dalam penyebab langsung dan tidak langsung. Penyebab langsung terjadinya AKI adalah karena perdarahan, tekanan darah tinggi saat hamil (*eklamsia*), infeksi, persalinan macet dan komplikasi keguguran. Sedangkan pada AKB disebabkan karena bayi berat lahir rendah (BBLR), kekurangan oksigen (*asfiksia*), dan infeksi. Penyebab tidak langsung AKI dan AKB adalah karena kondisi masyarakat seperti pendidikan, sosial ekonomi dan budaya. Kondisi geografis serta sarana pelayanan yang kurang siap ikut memperberat permasalahan ini. Beberapa hal tersebut mengakibatkan kondisi

3 terlambat (terlambat mengambil keputusan, terlambat sampai ke tempat

pelayanan dan terlambat mendapatkan pertolongan yang adekuat) dan 4 terlalu (terlalu tua, terlalu muda, terlalu banyak dan terlalu rapat jarak kelahiran).

Keterlambatan mengambil keputusan ditingkat keluarga dapat dihindari apabila ibu dan keluarga mengetahui tanda bahaya kehamilan dan persalinan serta tindakan yang perlu dilakukan untuk mengatasinya ditingkat keluarga.

Hal-hal yang mungkin dapat terjadi bila tidak melakukan asuhan yang komprehensif pada ibu hamil diantara lain molahidatidosa, hiperemesis, anemia berat, preeklamsia, plasenta previa, solusio plasenta, sedangkan pada bayi biasa terjadi hipertermi, hipoglikemia, asfiksia, infeksi dan ikterus patologis. Apabila hal ini terjadi akan meningkatkan angka kesakitan dan kematian ibu dan bayi (Prawiroharjo, 2018).

Maka dari itu dibutuhkan pelayanan berkesinambungan dari tenaga kesehatan atau yang biasa disebut dengan *Continuity Of Care*. *Continuity Of Care* sendiri merupakan salah satu cara yang dapat digunakan bidan untuk mengurangi AKI dan AKB, dengan memberikan asuhan secara berkelanjutan dan holistic, bidan dapat terus memantau kondisi ibu dan bayi sehingga apabila terjadi komplikasi dapat segera tertangani. Apabila asuhan kebidanan *Continuity Of Care* dilaksanakan oleh setiap bidan pemberi pelayanan maka diharapkan target pencapaian indikator kesehatan dapat terpenuhi. (Prawirohardjo, 2014)

Berdasarkan data tersebut penulis tertarik untuk melaksanakan Asuhan Kebidanan Komprehensif pada ibu secara berkelanjutan (*Continuity Of Care*) dimulai dari masa hamil trimester III, persalinan, bayi baru lahir, nifas, neonatus, dan, KB sehingga dapat membantu dalam program penurunan AKI dan AKB.

1.2 Identifikasi Masalah

Berdasarkan data di atas maka asuhan kebidanan yang diberikan pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir, neonatus dan KB diberikan asuhan yang berkelanjutan (*Continuity Of Care*).

1.3 Tujuan Penyusunan LTA

1.3.1 Tujuan Umum

Diharapkan penulis mampu memberikan Asuhan Kebidanan pada ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas, neonatus dan KB sesuai standar asuhan dengan menggunakan pendekatan secara bertahap dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian pada ibu hamil, ibu bersalin, bayi baru lahir, neonatus, ibu nifas dan KB.
2. Menyusun diagnosa asuhan kebidanan sesuai dengan prioritas pada ibu hamil, ibu bersalin, bayi baru lahir, neonatus, ibu nifas dan KB.
3. Merencanakan asuhan kebidanan identifikasi potensial dan masalah yang terjadi pada ibu hamil, ibu bersalin, bayi baru lahir, neonatus, ibu nifas dan KB.
4. Melaksanakan asuhan kebidanan identifikasi tindakan segera pada ibu hamil, ibu bersalin, bayi baru lahir, neonatus, ibu nifas dan KB.
5. Melakukan rencana asuhan kebidanan yang akan diberikan pada ibu hamil, ibu bersalin, bayi baru lahir, neonatus, ibu nifas dan KB.

6. Melakukan implementasi yang dilakukan sesuai dengan kebutuhan ibu.
7. Melakukan evaluasi dan dokumentasi hasil asuhan telah dilakukan pada ibu hamil, ibu bersalin, bayi baru lahir, neonatus, ibu nifas dan KB dengan pendekatan manajemen kebidanan (7 langkah Varney).

1.4 Ruang Lingkup

1.4.1 Sasaran

Sasaran asuhan kebidanan ditujukan kepada ibu bersalin.

1.4.2 Tempat

Lokasi yang dipilih untuk memberikan asuhan kebidanan pada ibu bersalin di PMB Ny. Hj. Masbahan Hanim, S.ST.

1.4.3 Waktu

Waktu dalam penyusunan laporan dimulai pada bulan Maret 2021.

1.5 Manfaat

1.5.1 Manfaat Teoritis

Memberikan rasa aman dan nyaman kepada ibu akan pendampingan dalam menghadapi masa kehilangan hingga setelah melahirkan sampai KB serta menambah pengetahuan ibu tentang informasi dan edukasi mengenai asuhan kebidanan yang telah diterima oleh ibu.

1.5.1 Manfaat Praktis

Dapat menjadi bahan masukan bagi tenaga kesehatan agar dapat memberikan peningkatan program pelayanan kesehatan dengan pemantauan pada ibu hamil, bersali, nifas, bayi baru lahir, neonatus, dan KB.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Kehamilan

2.1.1 Pengertian

Proses kehamilan merupakan mata rantai yang berkesinambungan dan terdiri dari ovulasi, migrasi spermatozoa dan ovum, konsepsi, dan pertumbuhan zigot, nidasi (implantasi) pada uterus, pembentukan plasenta, dan tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm (Manuaba, 2010).

Pengertian kehamilan merupakan fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan di lanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila di hitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi. Kehamilan normal akan berlangsung dalam 40 minggu atau 10 bulan atau 9 bulan menurut kalender international (Prawirohardjo, 2015). Periode antepartum adalah periode kehamilan yang dihitung sejak hari pertama haid terakhir (HPHT) hingga dimulainya persalinan sejati yang menandai awal periode antepartum.

Kehamilan merupakan proses fisiologis yang memberikan perubahan pada ibu maupun lingkungannya. Dengan adanya kehamilan maka seluruh sistem genitalia wanita mengalami perubahan yang mendasar untuk mendukung perkembangan dan pertumbuhan janin dalam rahim selama proses kehamilan berlangsung (Hutahaean, 2013).

Berdasarkan beberapa definisi kehamilan tersebut dapat disimpulkan bahwa kehamilan merupakan bertemunya sel telur dan dan sperma yang telah

matang sehingga terjadilah nidasi dan tumbuh berkembang sampai aterm, lamanya hamil normal adalah 280 hari atau 40 minggu dihitung dari hari pertama haid terakhir.

2.1.2 Proses Kehamilan

Menurut Prawirohardjo (2014) untuk terjadi kehamilan harus ada spermatozoa, ovum, pembuahan ovum (fertilisasi), dan nidasi (implantasi). Secara garis besar, proses kehamilan meliputi beberapa tahap sebagai berikut :

1. Fertilisasi

Fertilisasi (pembuahan) adalah penyatuan ovum (oosit sekunder) dan spermatozoa yang biasanya berlangsung di ampulla tuba. Fertilisasi meliputi penetrasi spermatozoa ke dalam ovum, fusi spermatozoa dan ovum, diakhiri dengan fusi materi genetik. Hanya satu spermatozoa yang telah mengalami proses kapisitasi mampu melakukan penetrasi membran sel ovum, untuk mencapai ovum sperma harus melewati korona radiata (lapisan sel di luar ovum) dan zona pelusida (suatu bentuk glikoprotein ekstraselular), yaitu dua lapisan yang menutupi dan mencegah ovum mengalami fertilisasi lebih dari satu spermatozoa. Suatu komplemen khusus di permukaan kepala spermatozoa kemudian mengikat glikoprotein di zona pelusida, pengikatan ini memicu akrosom melepaskan enzim yang membantu spermatozoa menembus zona pelusida.

Pada saat spermatozoa menembus zona pelusida terjadi reaksi korteks ovum. Granula korteks di dalam ovum berfusi dengan membran plasma sel,

sehingga enzim di dalam granula-granula dikeluarkan secara eksositosis ke zona pelusida. Spermatozoa yang telah masuk ke vitelus kehilangan membran nukleusnya yang tinggal hanya pronukleusnya, sedangkan ekor spermatozoa dan mitokondrianya berdegenerasi, masuknya spermatozoa membangkitkan nukleus ovum yang masih dalam metafase untuk proses pembelahan selanjutnya (pembelahan meiosis kedua), ovum sekarang hanya mempunyai pronukleus yang haploid, pronukleus spermatozoa juga telah mengandung jumlah kromosom yang haploid.

Kedua pronukleus saling mendekati dan bersatu membentuk zigot yang terdiri atas bahan genetik dari perempuan dan laki-laki. Dari penyatuan itu mungkin menghasilkan :

- 1) XX zigot akan menghasilkan bayi perempuan
- 2) XY zigot akan menghasilkan bayi laki-laki

Dalam beberapa jam setelah pembuahan, mulailah pembelahan zigot yang berjalan lancar dan dalam 3 hari sampai dalam stadium morula, hasil konsepsi ini dengan ukuran tetap bergerak ke arah rongga rahim oleh arus dan getaran silia serta kontraksi tuba, selama dalam perjalanan ke kavum uteri morula mengalami pembelahan-pembelahan menjadi blastula.

2. Nidasi

Nidasi adalah peristiwa tertanamnya atau bersarangnya sel telur yang telah dibuahi ke dalam endometrium, sel telur yang telah dibuahi (zigot) akan segera menjadi blastomer, pada hari ketiga 16 blastomer disebut morula. Pada hari keempat di dalam morula akan terbentuk rongga, bangunan ini

disebut blastula.

Dua struktur penting di dalam blastula adalah :

- 1) Lapisan luar disebut trofoblast, yang akan menjadi plasenta
- 2) Emblastu (inner cell mass) yang akan menjadi janin

Pada hari ke-4 blastula masuk kedalam endometrium dan pada hari ke-6 menempel pada endometrium, pada hari ke-10 seluruh blastula sudah terbenam dalam endometrium dengan demikian nidasi sudah selesai tempat nidasi biasanya pada dinding belakang didaerah fundus uteri.

3. Plasentasi

Plasentasi adalah proses pembentukan struktur dan jenis plasenta. setelah nidasi embrio kedalam endometrium, plasentasi dimulai, pada manusia plasentasi berlangsung sampai 12-18 minggu setelah fertilisasi. Terjadinya implantasi mendorong sel blastula mengadakan diferensiasi, sel yang dekat dengan ruang eksoderm membentuk “entoderm” dan yolk sac (kantung *yolk*) sedangkan sel yang lain membentuk “ectoderm” dan ruangan amnion. Plat embrio (*embryonal plate*) terbentuk diantara dua ruangan yaitu ruangan amnion dan kantung yolk, plat embrio terdiri dari unsur ectoderm, endoderm, dan mesoderm, ruangan amnion dengan cepat mendekati korion. sehingga jaringan yang terdapat antara amnion dan embrio padat dan berkembang menjadi tali pusat.

Pada permulaan kantung *yolk* berfungsi sebagai pembentuk darah bersama dengan hepar, limfe, dan sumsum tulang, pada minggu kedua sampai ketiga terbentuk bakal jantung dengan pembuluh darahnya yang menuju *body stalk*

(bakal tali pusat), jantung bayi mulai dapat dideteksi pada minggu keenam sampai delapan dengan mempergunakan ultrasonografi atau doppler, pembuluh darah pada body stalk terdiri dari arteri umbilikalis dan vena umbilikalis. Cabang arteri dan vena umbilikalis masuk ke vili korialis sehingga dapat melakukan pertukaran nutrisi dan sekaligus membuang hasil metabolisme yang tidak diperlukan.

Vili korialis menghancurkan desidua sampai pembuluh darah, mulai dengan pembuluh darah vena pada hari ke-10 sampai ke-11 setelah konsepsi. Bagian desidua yang tidak dihancurkan membagi plasenta menjadi sekitar 15 sampai 20 kotiledon maternal, sedangkan dari sudut fetus, maka plasenta dibagi menjadi 200 kotiledon fetus, setiap kotiledon fetus terus bercabang dan bercabang di tengah aliran darah untuk menjalankan fungsinya memberikan nutrisi, pertumbuhan, dan perkembangan janin dalam rahim ibu tetapi dipisahkan langsung oleh lapisan trofoblas dinding pembuluh darah janin, fungsinya dilakukan berdasarkan sistem osmosis dan enzimatis serta pinositosis, situasi plasenta demikian disebut sistem plasenta-hemokorial.

2.1.3 Klasifikasi Masa Kehamilan

Pada umumnya kehamilan diklasifikasikan dalam 3 trimester, yaitu : Menurut Kamariyah (2014) trimester pertama berlangsung pada minggu pertama sampai minggu ke-12 (12 minggu), trimester kedua berlangsung pada minggu ke-13 sampai minggu ke-24 (12 minggu), sedangkan pada trimester ketiga berlangsung pada minggu ke-25 sampai minggu ke-40 (16 minggu)

2.1.4 Perubahan Fisiologis Pada Kehamilan

Perubahan fisiologis pada kehamilan Trimester I, II dan III

1. Vagina – vulva

Vagina dan serviks akibat hormon estrogen mengalami perubahan pula. Adanya hipervaskularisasi mengakibatkan vagina dan vulva tampak lebih merah, sedikit kebiruan (livide) disebut tanda chandwick. Vagina membiru karena pelebaran pembuluh darah, PH 3.5-6 merupakan akibat meningkatnya produksi asam laktat karena kerja laktobaci *Acidophilus*, keputihan, selaput lender vagina mengalami edematous, hypertrophy, lebih sensitive meningkat pada seksual terutama trimester III (Rukiyah, 2013).

Pada awal kehamilan, vagina dan serviks memiliki warna merah yang hampir biru (normalnya, warna bagian ini pada wanita yang tidak hamil adalah merah muda). Warna kebiruan ini disebabkan oleh dilatasi vena yang terjadi akibat kerja hormon *progesteron* (Rukiyah, 2013).

2. Serviks Uteri

Serviks yang terdiri terutama jaringan ikat hanya sedikit mengandung jaringan otot tidak mempunyai fungsi sebagai sfingter pada multipara dengan porsio yang bundar, porsio tersebut mengalami cedera lecet dan robekan, sehingga post partum tampak adanya porsio yang terbelah-belah dan menganga. Vaskularisasi ke serviks meningkat selama kehamilan, sehingga serviks menjadi lebih lunak dan warnanya lebih biru. Serviks akan mengalami perlunakan atau pematangan secara bertahap akibat bertambahnya aktivitas uterus selama kehamilan, dan akan mengalami dilatasi sampai pada kehamilan trimester ketiga.

3. Uterus

Uterus akan membesar pada bulan-bulan pertama dibawah pengaruh estrogen dan progesterone yang kadarnya meningkat. Pada kehamilan 8 minggu uterus membesar, sebesar telur bebek, pada kehamilan 12 minggu sebesar telur angsa. Pada 16 minggu sebesar kepala bayi/tinju orang dewasa, dan semakin membesar sesuai dengan usia kehamilan dan ketika usia kehamilan sudah aterm dan pertumbuhan janin normal, pada kehamilan 28 minggu tinggi fundus uteri 25 cm, pada 32 minggu 27 cm, pada 36 minggu 30 cm. pada kehamilan 40 minggu TFU (Tinggi Fundus Uteri) turun kembali dan terletak 3 jari dibawah prosessus xifoideus.

4. Mammae

Mammae akan membesar dan tegang akibat hormone somatomammotropin, estrogen dan progesterone akan tetapi belum

mengeluarkan air susu pada kehamilan trimester I, perubahan pada payudara yang membawa kepada fungsi laktasi disebabkan oleh peningkatan kadar estrogen, progesterone, laktogen plasental dan prolactin. Beberapa wanita dalam kehamilan trimester II akan mengeluarkan kolostrum secara periodik hingga trimester III yang menuju kepada persiapan untuk laktasi.

5. Sistem Respirasi

Perubahan hormonal pada trimester tiga yang mempengaruhi aliran darah ke paru-paru mengakibatkan banyak ibu hamil akan merasa susah bernafas. Ini juga didukung oleh adanya tekanan rahim yang membesar yang dapat menekan diafragma. Akibat pembesaran uterus, diafragma terdorong ke atas sebanyak 4 cm, dan tulang iga juga bergeser ke atas (Hutahaean, 2013).

6. Pencernaan

Pada kehamilan trimester tiga, lambung berada pada posisi vertikal dan bukan pada posisi normalnya, yaitu horizontal. Kekuatan mekanis ini menyebabkan peningkatan tekanan intragastrik dan perubahan sudut persambungan gastro-esofageal yang mengakibatkan terjadinya refluks esophageal yang lebih besar (Hutahaean, 2013).

7. Sistem perkemihan

Pada bulan pertama kehamilan kandung kemih tertekan sehingga sering timbul kencing. Selanjutnya di kehamilan trimester kedua, kandung kemih tertarik ke atas dan keluar dari panggul sejati ke arah abdomen. Pada akhir kehamilan, terjadi peningkatan frekuensi BAK karena kepala janin mulai turun sehingga kandung kemih tertekan kembali. Perubahan struktur ginjal ini

juga merupakan aktivitas hormonal (estrogen dan progesteron), tekanan yang timbul akibat pembesaran uterus, dan peningkatan volume darah.

2.1.5 Tanda-Tanda Kehamilan

Untuk dapat menegakan kehamilan di tetapkan dengan melakukan penilaian terhadap beberapa tanda dan gejala kehamilan (Manuaba, 2010), sebagai berikut :

1. Tanda kehamilan Pasti

1) Amenorea (terlambat datang bulan)

Konsepsi dan nidasi yang menyebabkan tidak terjadi pembentukan folikel de graff dan ovulasi. Dengan mengetahui hari pertama haid terakhir (HPHT) dengan perhitungan rumus Neagle dapat ditentukan hari perkiraan lahir (HPL) yaitu dengan menambah tujuh pada hari, mengurangi tiga pada bulan, dan menambah satu pada tahunnya. Ukuran pada kehamilan cukup bulan, ukuran uterus adalah 30x25x20 cm dengan kapasitas lebih dari dari 4.000 cc. Hasil ini membuktikan bagi adekuatnya akomodasi pertumbuhan janin. Pada saat ini rahim membesar akibat hipertropi dan hiperplasi otot polos rahim, serabut-serabut kolagennya menjadi higroskopik, dan endometrium menjadi desidua (Sulistiyawati, 2011). Secara klinis, pembesaran uterus dapat ditentukan berdasarkan tinggi fundus uteri.

2) Mual (Nause) dan muntah (Emesis)

Pengaruh estrogen dan progesteron yang menyebabkan pengeluaran asam lambung yang berlebihan. Mual dan muntah pada pagi hari disebut

morning sickness. Dalam batas yang fisiologis, keadaan ini dapat diatasi. Akibat mual dan muntah, nafsu makan berkurang.

3) Ngidam

Wanita hamil sering menginginkan makanan tertentu, keinginan yang demikian disebut ngidam.

4) Payudara tegang

Pengaruh hormon estrogen dan progesteron dan somatomamotrofin menimbulkan deposif lemak, air dan garam pada payudara. Payudara membesar dan tegang.

2. Tanda Kemungkinan (*Probability Sign*)

Tanda kemungkinan adalah perubahan-perubahan fisiologis yang dapat diketahui oleh pemeriksa dengan melakukan pemeriksaan fisik kepada wanita hamil.

- 1) Pembesaran perut : terjadi akibat pembesaran uterus. Hal ini terjadi pada bulan keempat kehamilan.
- 2) Tanda hegar : adalah pelunakan dan dapat ditekannya isthmus uteri.
- 3) Tanda goodel : adalah pelunakan serviks. Pada wanita yang tidak hamil serviks seperti ujung hidung, sedangkan pada wanita hamil melunak seperti bibir.
- 4) Tanda Chadwick : perubahan warna menjadi keunguan pada vulva dan mukosa vagina termasuk juga porsio dan serviks.
- 5) Tanda Piscaseck : merupakan pembesaran uterus yang tidak simetris. Terjadi karena ovum berimplantasi pada daerah dekat dengan kornu

sehingga daerah tersebut berkembang lebih dulu.

- 6) Kontraksi *Braxton hicks* : merupakan peregangan sel-sel otot uterus, akibat meningkatnya actomysin di dalam otot uterus. Kontraksi ini tidak beritmik, 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 *ballottement* : ketukan yang mendadak pada uterus menyebabkan janin bergerak dalam cairan ketuban yang dapat dirasakan oleh tangan pemeriksa. Hal ini harus ada pada pemeriksaan kehamilan karena perabaan bagian seperti bentuk janin saja tidak cukup karena dapat saja merupakan mioma uteri.
- 8) Pemeriksaan tes biologis kehamilan (planotest) positif : pemeriksaan ini adalah untuk mendeteksi *adanya* Human Chorionic Gonadotropin (HCG) yang diproduksi oleh sinsiotropoblastik sel selama kehamilan. Hormon ini disekresi di peredaran darah ibu (pada plasma darah), dan di ekskresi pada urine ibu. Hormon ini dapat mulai dideteksi pada 26 hari setelah konsepsi dan meningkat dengan cepat pada hari ke 30-60. Tingkat tertinggi pada hari 60-70 usia gestasi, kemudian menurun pada hari ke 100-130.

3. Tanda Pasti (*Positive Sign*)

Tanda pasti adalah tanda yang menunjukkan langsung keberadaan janin, yang dapat dilihat langsung oleh pemeriksa.

- 1) Gerakan janin dalam rahim : gerakan janin ini harus dapat diraba dengan

jelas oleh pemeriksa. Gerakan janin baru dapat dirasakan pada usia kehamilan sekitar 20 minggu.

- 2) Denyut jantung janin : dapat didengar pada usia 12 minggu dengan menggunakan alat fetal electrocardiograf (misalnya dopler). Dengan stetoskop laenec, DJJ baru dapat didengar pada usia kehamilan 18-20 minggu.
- 3) Bagian-bagian janin : yaitu bagian besar janin (kepala dan bokong) serta bagian kecil janin (lengan dan kaki) dapat diraba dengan jelas pada usia kehamilan lebih tua (trimester terakhir). Bagian janin ini dapat dilihat lebih sempurna lagi menggunakan USG.
- 4) Kerangka janin : dapat dilihat dengan foto rontgen maupun USG.

2.1.6 Perubahan Fisiologis pada Kehamilan

1. Uterus

Uterus yang semula besarnya hanya sebesar jempol atau beratnya 30 gram akan mengalami hipertrofi dan hiperplasia, sehingga menjadi seberat 1000 gram saat akhir kehamilan. Otot dalam rahim mengalami hiperplasia dan hipertrofi menjadi lebih besar, lunak, dan dapat mengikuti pembesaran rahim karena pertumbuhan janin (Manuaba, 2010).

Usia Kehamilan	Tinggi Fundus Uteri (TFU)
----------------	---------------------------

(Minggu)	
12	3 jari diatas simfisis
16	Pertengahan simfisis-pusat
20	3 jari di bawah pusat
24	Setinggi pusat
28	3 jari diatas pusat
32	Pertengahan pusat-prosesus xiphoideus(px)
36	3 jari di bawah prosesus xiphoideus(px)
40	Pertengahan pusat-prosesus xiphoideus(px)

Tabel 2.1. TFU menurut Penambahan per Tiga Jari. Sumber : Sulistyowati, 2011

Usia Kehamilan (Minggu)	TFU cm
22	20-24 cm
28	26-30 cm
30	28-3 cm
32	30-34 cm
34	32-36 cm
36	34-38 cm
38	36-40 cm
40	38-42 cm

Tabel 2.2 TFU menurut Penambahan dalam centimeter *Sumber : Saifudin, 2014*

Berat. Berat uterus naik secara luar biasa, dari 30 gram menjadi 1.000 gram pada akhir bulan (Sulistyawati, 2011).

Usia Kehamilan	Bentuk Dan Konsistensi Uterus
Bulan Pertama	Seperti buah alpukat. Isthmus rahim menjadi hipertropi dan bertambah panjang sehingga bila diraba terasa lebih lunak, keadaan ini yang disebut dengan tanda Hegar
2 bulan	Sebesar telur bebek
3 bulan	Sebesar telur angsa
4 bulan	Berbentuk bulat
5 bulan	Rahim teraba seperti berisi cairan ketuban, rahim terasa tipis, itulah sebabnya mengapa bagian-bagian janin ini dapat dirasakan melalui perabaan dinding perut

Tabel 2.3 Bentuk Uterus Berdasarkan Usia Kehamilan. Sumber : Sulistiyawati, 2011

2. Posisi rahim dalam kehamilan.

Pada permulaan kehamilan dalam posisi antefleksi atau retrofleksi, pada 4 bulan kehamilan rahim tetap berada dalam rongga pelvis, setelah itu mulai memasuki rongga perut yang dalam pembesarannya dapat mencapai batas hati, pada ibu hamil rahim biasanya mobile lebih mengisi rongga abdomen kanan atau kiri (Sulistiyawati, 2011). Vaskularisasi. Arteri uterin dan ovarika bertambah dalam diameter, panjang, dan anak-anak cabangnya, pembuluh darah vena mengembang dan bertambah (Sulistiyawati, 2011).

3. Serviks uteri.

Bertambah vaskularisasinya dan menjadi lunak, kondisi ini yang

disebut dengan tanda Goodell. Kelenjar endoservikal membesar dan mengeluarkan banyak cairan mucus. Oleh karena penambahan dan pelebaran pembuluh darah, warnanya menjadi livid, dan ini disebut dengan tanda Chadwick (Sulistiyawati, 2011).

4. Ovarium

Ovulasi berhenti namun masih terdapat korpus luteum graviditas sampai terbentuknya plasenta yang akan mengambil alih pengeluaran estrogen dan progesteron (Sulistiyawati, 2011).

5. Vagina dan Vulva.

Oleh karena pengaruh esterogen, terjadi hipervaskularisasi pada vagina dan vulva, sehingga pada bagian tersebut terlihat lebih merah atau kebiruan, kondisi ini disebut tanda Chadwick (Sulistiyawati, 2011).

6. Sistem Kardiovaskular

Selama kehamilan, jumlah darah yang dipompa oleh jantung setiap menitnya atau biasa disebut curah jantung (cardiac output) meningkat sampai 30-50%. Peningkatan ini mulai terjadi pada usia kehamilan 6 minggu dan mencapai puncaknya pada usia kehamilan 16-28 minggu. Oleh karena curah jantung yang meningkat, maka denyut jantung pada saat istirahat juga meningkat (dalam keadaan normal 70 kali/menit menjadi 80-90 kali/menit). Pada ibu hamil dengan penyakit jantung, ia dapat jatuh dalam keadaan decompensate cordis.

Setelah mencapai kehamilan 30 minggu, curah jantung akan menurun karena pembesaran rahim menekan vena yang membawa darah dari tungkai

ke jantung. Selama persalinan, curah jantung meningkat sebesar 30%, setelah persalinan curah jantung menurun sampai 15-25% di atas batas kehamilan, lalu secara perlahan kembali ke batas kehamilan.

Peningkatan curah jantung selama kehamilan kemungkinan terjadi karena adanya perubahan dalam aliran darah ke rahim. Janin yang terus tumbuh, menyebabkan darah lebih banyak dikirim ke rahim ibu. Pada akhir usia kehamilan, rahim menerima seperlima dari seluruh darah ibu. Saat ibu melakukan aktivitas/olahraga, curah jantung, denyut jantung, dan laju pernapasan menjadi lebih tinggi dibandingkan dengan wanita yang tidak sedang hamil.

Selama trimester kedua biasanya tekanan darah menurun tetapi akan kembali normal pada trimester ketiga. Selama kehamilan, volume darah dalam peredaran meningkat sampai 50%, tetapi jumlah sel darah merah yang mengangkut oksigennya meningkat sebesar 25-30%.

Pada hitungan jenis dan Hb ditemukan adanya hematokrit yang cenderung menurun karena kenaikan relatif volume plasma darah. Jumlah eritrosit cenderung meningkat untuk memenuhi kebutuhan transport oksigen yang sangat diperlukan selama kehamilan. Konsentrasi Hb terlihat menurun, walaupun sebenarnya lebih besar dibandingkan dengan Hb pada orang yang tidak hamil, kondisi ini disebut anemia fisiologis. Anemia fisiologis ini disebabkan oleh meningkatnya volume plasma darah.

7. Sistem Urinaria

Selama kehamilan, ginjal bekerja lebih berat. Ginjal menyaring darah

yang volumenya meningkat (sampai 30-50% atau lebih), yang puncaknya terjadi pada usia kehamilan 16-24 minggu sampai saat sebelum persalinan (pada saat ini aliran darah ke ginjal berkurang akibat penekanan rahim yang membesar). Dalam keadaan normal, aktifitas ginjal meningkat ketika berbaring dan menurun ketika berdiri. Keadaan ini semakin menguat pada saat kehamilan, karena itu wanita hamil sering merasa ingin berkemih ketika mereka mencoba untuk berbaring/tidur.

Pada akhir kehamilan, peningkatan aktivitas ginjal yang lebih besar terjadi saat wanita hamil yang tidur miring. Tidur miring mengurangi tekanan dari rahim pada vena yang membawa darah dari tungkai sehingga terjadi perbaikan aliran darah yang selanjutnya akan meningkatkan aktivitas ginjal dan curah jantung.

8. Sistem Gastrointestinal

Rahim yang semakin membesar akan menekan rektum dan usus bagian bawah, sehingga terjadi sembelit atau konstipasi. Sembelit semakin berat karena gerakan otot didalam usus diperlambat oleh tingginya kadar progesteron. Wanita hamil sering mengalami rasa panas di dada (heartburn) dan sendawa, yang kemungkinan terjadi karena makanan lebih lama lebih lama berada di dalam lambung dan karena relaksasi sfingter di kerongkongan bagian bawah yang memungkinkan isi lambung mengalir kembali ke kerongkongan. Ulkus gastrikum jarang ditemukan pada wanita hamil dan jika sebelumnya menderita ulkus gastrikum biasanya akan membaik karena asam lambung yang dihasilkan lebih sedikit.

9. Sistem Metabolisme

Janin membutuhkan 30-40 gram kalsium untuk pembentukan tulangnya dan ini terjadi ketika trimester terakhir. Oleh karena itu, peningkatan asupan kalsium sangat diperlukan untuk menunjang kebutuhan. Peningkatan kebutuhan kalsium mencapai 70% dari diet biasanya. Penting bagi ibu hamil untuk selalu sarapan karena kadar glukosa darah ibu sangat berperan dalam perkembangan janin, dan berpuasa saat kehamilan akan memproduksi lebih banyak ketosis yang dikenal dengan “cepat merasakan lapar” yang mungkin berbahaya pada janin.

Kebutuhan zat besi wanita hamil kurang lebih 1.000 mg, 500 mg dibutuhkan untuk meningkatkan massa sel darah merah dan 300 mg untuk transportasi ke fetus ketika kehamilan memasuki usia 12 minggu, 200 mg sisanya untuk menggantikan cairan yang keluar dari tubuh. Wanita hamil membutuhkan zat besi rata-rata 3,5 mg/hari.

Pada metabolisme lemak terjadi peningkatan kadar kolesterol sampai 350 mg atau lebih per 100 cc. Hormon somatotropin mempunyai peranan dalam pembentukan lemak pada payudara. Deposit lemak lainnya tersimpan di badan, perut, paha dan lengan. Pada metabolisme mineral yang terjadi adalah sebagai berikut : (1) Kalsium. Dibutuhkan rata-rata 1,5 gram sehari, sedangkan untuk pembentukan tulang terutama di trimester akhir dibutuhkan 30-40 gram, (2) Fosfor. Dibutuhkan rata-rata 2 gr/hari, (3) Air. Wanita hamil cenderung mengalami retensi air.

10. Sistem Muskuloskeletal

Estrogen dan progesteron memberi efek maksimal pada relaksasi otot dan ligament pelvis pada akhir kehamilan. Relaksasi ini digunakan oleh pelvis untuk meningkatkan kemampuannya menguatkan posisi janin pada akhir kehamilan dan pada saat kelahiran. Ligament pada simfisis pubis dan sakroiliaka akan menghilang karena berelaksasi sebagai efek dari estrogen. Simfisis pubis melebar sampai 4 mm pada usia kehamilan 32 minggu dan sakrokoksigeus tidak teraba, diikuti terabanya koksigsis sebagai pengganti bagian belakang. Adanya sakit punggung dan ligament pada kehamilan tua disebabkan oleh meningkatnya pergerakan pelvis akibat pembesaran uterus. Bentuk tubuh selalu berubah menyesuaikan dengan pembesaran uterus ke depan karena tidak adanya otot abdomen.

Bagi wanita yang kurus lekukan lumbalnya lebih dari normal dan menyebabkan lordosis dan gaya beratnya berpusat pada kaki bagian belakang. Hal ini menyebabkan rasa sakit yang berkurang terutama di bagian punggung. Oleh karena rasa sakit ini membutuhkan waktu yang cukup lama untuk relaksasi, biasanya wanita hamil menganggap apa yang ia rasakan adalah suatu penderitaan yang kadang memengaruhi suasana psikologisnya. Selain sikap tubuh yang lordosis, gaya berjalan juga menjadi berbeda dibandingkan ketika tidak hamil, yang kelihatan seperti akan jatuh dan tertatih-tatih.

11. Kulit

Topeng kehamilan (*cloasma gravidarum*) adalah bintik-bintik pigmen kecoklatan yang tampak di kulit kening dan pipi. Peningkatan pigmentasi juga

terjadi di sekeliling puting susu, sedangkan di perut bawah bagian tengah biasanya tampak garis gelap, yaitu spider angioma (pembuluh darah kecil yang memberi gambaran seperti laba-laba) bisa muncul di kulit, dan biasanya di atas pinggang. Pelebaran pembuluh darah kecil yang berdinding tipis sering kali tampak di tungkai bawah.

Pembesaran rahim menimbulkan peregangan dan menyebabkan robeknya serabut elastis dibawah kulit, sehingga menimbulkan striae gravidarum/striae lividae. Bila terjadi peregangan yang hebat, misalnya pada hidramnion dan gemeli, dapat terjadi diastasis rekti bahkan hernia. Kulit perut pada linea alba bertambah pigmentasinya dan disebut sebagai linea nigra. Adanya vasodilatasi kulit menyebabkan ibu mudah berkeringat.

12. Payudara

Payudara sebagai organ target untuk proses laktasi mengalami banyak perubahan sebagai persiapan setelah jalan lahir. Beberapa perubahan yang dapat diamati oleh ibu adalah sebagai berikut : (1) Selama kehamilan payudara bertambah besar, tegang, dan berat, (2) Dapat teraba nodul-nodul, akibat hipertropi kelenjar alveoli, (3) Bayangan vena-vena lebih membiru, (4) Hiperpigmentasi pada areola dan puting susu, (5) Kalau diperas akan keluar kolostrum berwarna kuning.

13. Sistem Endokrin

Selama siklus menstruasi normal, hipofisis anterior memproduksi LH dan FSH. Follicle stimulating hormon (FSH) merangsang folikel de graaf untuk menjadi matang dan berpindah ke permukaan ovarium dimana ia

dilepaskan. Folikel yang kosong dikenal sebagai korpus luteum dirangsang oleh LH untuk memproduksi progesteron. Progesteron dan estrogen merangsang proliferasi dari desidua (lapisan dalam uterus) dalam upaya mempersiapkan implantasi jika kehamilan terjadi. Plasenta, yang terbentuk secara sempurna dan berfungsi 10 minggu setelah pembuahan terjadi, akan mengambil alih tugas korpus luteum untuk memproduksi estrogen dan progesteron.

14. Indeks Masa Tubuh (IMT)

Menurut Sulistiyawati (2011) Cara yang dipakai untuk menentukan berat badan menurut tinggi badan adalah dengan menggunakan indeks masa tubuh (IMT) dengan rumus berat badan (kg) dibagi tinggi badan (m) pangkat 2. Contoh, wanita dengan berat badan sebelum hamil 51 kg dan tinggi badan 1,57 meter. Maka IMT nya adalah $51/(1,57)^2 = 20,7$. Rumus :

$$IMT = \frac{BB(kg)}{TB(m)^2}$$

Nilai IMT mempunyai rentang sebagai berikut : (1) 19,8-26,6 : Normal, (2) < 19,8: Underweight, (3) 26,6-29,0 : Overweight, (4) > 29,0 : Obese

Pertambahan berat badan ibu hamil menggambarkan status gizi selama hamil, oleh karena itu perlu dipantau setiap bulan. Jika terdapat kelambatan dalam penambahan berat badan ibu, ini dapat mengindikasikan adanya malnutrisi sehingga dapat menyebabkan gangguan pertumbuhan janin intra-uteri (*Intra-Uterin Growth Retardation - IUGR*).

Disarankan pada ibu primigravida untuk tidak menaikkan berat

badannya lebih dari 1 kg/bulan. Perkiraan peningkatan berat badan yang dianjurkan adalah 4 kg pada kehamilan trimester I, 0,5 kg/minggu pada kehamilan trimester II dan III, totalnya sekitar 15-16 kg (Sulistiyawati, 2011).

Komponen	Jumlah (dalam kg)
Jaringan ekstrauterin	1
Janin	3-3,8
Cairan amnion	1
Plasenta	1-1,1
Payudara	0,5-2
Tambahan darah	2-2,5
Tambahan jaringan cairan	1,5-2,5
Tambahan jaringan lemak	2-2,5
Total	11,5-16

Tabel 2.4 Komponen Pertambahan Berat Badan Ibu selama Kehamilan. *Sumber :*

Sulistiyawati, 2011

15. Sistem Pernafasan

Ruang abdomen yang membesar oleh karena meningkatnya ruang rahim dan pembentukan hormon progesteron menyebabkan paru-paru berfungsi sedikit berbeda dari biasanya. Wanita hamil bernafas lebih cepat dan lebih dalam karena memerlukan lebih banyak oksigen untuk janin dan untuk dirinya. Lingkar dada wanita hamil agak membesar. Lapisan saluran pernapasan menerima lebih banyak darah dan menjadi agak tersumbat oleh penumpukan darah (kongesti). Kadang hidung dan tenggorokan mengalami

penyumbatan parsial akibat kongestin ini. Tekanan dan kualitas suara wanita hamil agak berubah (Sulistiyawati, 2011)

16. Perubahan Psikologis Kehamilan

- 1) Perubahan Psikologis Trimester I (Periode Penyesuaian) : ibu merasa tidak sehat dan kadang kadang merasa benci dengan kehamilannya, kadang muncul penolakan, kecemasan, dan kesedihan, bahkan kadang ibu berharap agar dirinya tidak hamil saja, ibu akan terus mencari tanda-tanda apakah dia benar-benar hamil. Hal ini dilakukan sekedar untuk meyakinkan dirinya, setiap perubahan yang terjadi pada dirinya akan selalu mendapat perhatian dengan seksama, oleh karena masih kecil kehamilan merupakan rahasia seorang ibu yang mungkin akan diberitahukan kepada orang lain atau malah mungkin dirahasiakannya, hasrat untuk melakukan hubungan seks pada setiap wanita berbeda-beda, tetapi kebanyakan akan mengalami penurunan.
- 2) Perubahan Psikologis Trimester II (Perubahan Kesehatan Yang Baik) : ibu merasa sehat, tubuh ibu sudah terbiasa dengan kadar hormon yang tinggi, ibu sudah bisa menerima kehamilan, merasakan gerakan janin, merasa terlepas dari ketidaknyamanan, kekhawatiran, libido meningkat, menuntut perhatian dan cinta, merasa bahwa bayi sebagai individu yang merupakan bagian dari dirinya, hubungan sosial meningkat dengan wanita hamil lainnya atau pada orang lain yang baru menjadi ibu, ketertarikan dan aktivitasnya terfokus pada kehamilan, kelahiran, dan persiapan untuk peran baru.

3) Perubahan Psikologis Trimester III (Periode Penantian Penuh Kewaspadaan) : rasa tidak nyaman timbul kembali, merasa dirinya jelek, aneh, dan tidak menarik, merasa tidak menyenangkan ketika bayi tidak lahir tepat waktu, takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang timbul pada saat melahirkan, khawatir akan keselamatan, khawatir bayi akan dilahirkan dalam keadaan tidak normal, bermimpi yang mencerminkan perhatian dan kekhawatirannya, merasa sedih karena akan terpisah dari bayinya, merasa kehilangan perhatian, perasaan mudah terluka (sensitif), libido menurun (Sulistiyawati, 2011

Seiring dengan bertambahnya usia kehamilan, ibu akan mengalami perubahan psikologis dan pada saat ini pula wanita akan mencoba untuk beradaptasi terhadap peran barunya melalui tahap sebagai berikut :

- 1) Tahap antisipasi : dalam tahap ini wanita akan mengawali adaptasi dengan merubah peran sosialnya melalui latihan formal (misalnya kelas-kelas khusus kehamilan) dan informasi melalui model peran (*role model*).
- 2) Tahap honeymoon (menerima peran, mencoba menyesuaikan diri) : pada tahap ini wanita sudah mulai menerima peran barunya dengan cara mencoba menyesuaikan diri. Secara interna wanita akan mengubah posisinya sebagai penerima kasih sayang dari ibunya menjadi pemberi kasih sayang terhadap bayinya.
- 3) Tahap stabil (bagaimana mereka melihat penampilan dalam perut) : tahap sebelumnya mengalami peningkatan sampai ia mengalami suatu titik stabil dalam penerimaan peran barunya.

- 4) Tahap akhir (perjanjian) : pada masa ini ibu sudah cukup stabil dalam menerima perannya, namun ibu tetap mengadakan “perjanjian” dengan dirinya sendiri untuk dapat mungkin menepati janjinya mengenai kesempatan-kesempatan internal yang telah ia buat berkaitan dengan apa yang akan ia perankan sejak saat ini sampai bayinya lahir kelak.

2.1.7 Diagnosa Kehamilan

Menurut Sulitiyawati (2011) Pertimbangan untuk menegakkan diagnosa kehamilan meliputi :

1. Hamil atau Tidak Hamil : dengan mencari tanda dugaan hamil, tanda tidak pasti hamil, dan tanda pasti hamil.
2. Primigravida (Nulipara) atau Multigravida (Multipara) : terdapat perbedaan dalam perawatan kehamilan sampai dengan pertolongan persalinan antara primigravida dan multigravida. Dalam proses pengkajian, bidan perlu mencocokkan hasil anamnesa dengan pemeriksaan fisik agar data sebagai dasar pertimbangan diagnosa valid dan dapat dipertanggungjawabkan.

No	Nulipara	Multipara
1	Perut menonjol	Tidak begitu menonjol
2	Rahim tegang	Agak lunak
3	Perut tegang	Perut longgar, perut penggantung, banyak striae.
4	Labia mayora tampak bersatu	Labia mayora terbuka
5	Hymen koyak pada beberapa tempat	Karunkula himenalis
6	Payudara tegang	Kurang tegang dan tergantung ada striae

7	Vagina sempit dan rugae yang utuh	Lebih besar rugae kurang menonjol
8	Serviks licin, bulat, dan tidak dapat dilalui oleh satu jari	Bias terbuka satu jari , kadang ada bekas robekan persalinan yang lalu
9	Perenium utuh dan baik	Ada bekas robekan /episiotomi
10	Pembukaan serviks, diawali dengan mendatarkan serviks setelah itu membuka, pembukaan 1-2cm.	Serviks mendatar sekaligus membuka, pembukaan 2 cm dalam 1 jari
11	Bagain bawah janin turun 4-6 minggu sebelum persalinan	Biasanya tidak terfiksali pada PAP sampe persalinan di mulai

Tabel 2.5 Perbedaan Fisik Nulipara dengan Multipara. Sumber : Sulistiyawati (2011)

3. Tuanya kehamilan

Usia kehamilan dapat ditentukan berdasarkan lama amenore, hari pertama haid terakhir (HPHT), tinggi fundus uteri (TFU), mulai merasakan pergerakan, mulai terdengar DJJ pada usia 12 minggu menggunakan dopler, 16 minggu dengan menggunakan funanduskop, masuknya kepala ke dalam panggul (Sulistiyawati, 2011).

1) Rumus Naegle

Usia kehamilan diukur dari 280 hari, patokan HPHT atau TP (taksiran persalinan). HPHT adalah hari pertama haid terakhir seorang wanita sebelum hamil. Cara menentukan HPHT adalah dengan melakukan anamnesa pada ibu secara tepat karena apabila terjadi kesalahan, maka penentuan usia kehamilan juga menjadi tidak tepat. Haid terakhir tersebut harus normal, baik dari lamanya maupun dari

banyaknya. Jadi beberapa pertanyaan yang bisa diajukan adalah sebagai berikut :

- a. Kapan ibu mengeluarkan haid terakhir sebelum hamil.
- b. Apakah pada tanggal tersebut sudah bersih atau masih baru keluar darah haidnya.
- c. Berapa lama menstruasinya.
- d. Berapa banyak menstruasinya (jika hanya sedikit maka kemungkinan sudah terjadi nidasi).

HPHT yang tepat adalah tanggal dimana ibu baru mengeluarkan darah menstruasi dengan frekuensi dan lama seperti menstruasi yang seperti biasa. TP adalah tanggal taksiran perkiraan persalinan ibu, bisa ditentukan setelah HPHT didapatkan. Berikut rumus yang digunakan:

TP : Tanggal HPHT ditambahkan 7

Bulan HPHT dikurangi 3

Tahun HPHT ditambahkan 1 (jika bulan lebih dari 4-12)

2) Gerakan pertama fetus.

Diperkirakan terjadinya gerakan pertama fetus pada usia kehamilan 16 minggu terdapat perbedaan. Namun, perkiraan ini tidak tepat karena perbedaan merasakan gerakan antara primigravida dengan multigravida. Pada primigravida biasanya dirasakan pada usia 18 minggu, sedangkan pada multigravida sekitar 16 minggu (Hani dkk, 2010).

3) Perkiraan tinggi fundus uteri

Perkiraan dengan TFU ini merupakan perkiraan yang diketahui oleh bidan. Perkiraan dengan TFU akan lebih tepat pada kehamilan pertama, tetapi kurang tepat pada kehamilan berikutnya.

Usia Kehamilan (Minggu)	Tinggi Fundus Uteri (TFU)
12	3 jari diatas simfisis
16	Pertengahan simfisis-pusat
20	3 jari di bawah pusat
24	Setinggi pusat
28	3 jari diatas pusat
32	Pertengahan pusat-prosesus xiphoideus(px)
36	3 jari di bawah prosesus xiphoideus(px)
40	Pertengahan pusat-prosesus xiphoideus(px)

Tabel 2.6 Perkiraan TFU terhadap usia kehamilan. *Sumber: Sulistiyawati,*

2011

4) USG

Perkiraan dengan USG ini dapat dilakukan melalui perhotungan dari beberapa hal sebagai berikut ini.

a. Diameter kantong gestasi/KG.

$$\text{UK (minggu)} : (\text{diameter KG} + 2,543)/0,702$$

$$\text{UK (hari)} : (\text{diameter KG} + 30)$$

b. Jarak kepala-bokong/ JKB (Crown-Rump Length/ CRL)

$$\text{UK (minggu)} : \text{JKB (cm)} + 6,5$$

c. Diameter biparietal dan femur, untuk UK > 9 minggu

a. DBP

<u>DBP (cm)</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>	<u>8</u>	<u>9</u>
Faktor	x4	x4	x4	x4	x4	x4	x4	x4
<u>Koreksi + 5</u>		+3	+2	+1				

UK (minggu) 13 15 18 21 24 28 32 36

b. Femur

<u>Femur (cm)</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>	<u>8</u>	<u>9</u>
Faktor	x5	x5	x5	x5	x5	x5	x5	x5
<u>Koreksi</u>	+6	+4	+3	+2	+1			

UK (minggu) 16 19 23 27 31 35 40

4. Janin hidup atau mati

Dalam menegakkan diagnosis janin dalam keadaan hidup atau mati, ada beberapa hal yang dapat kita jadikan sebagian dasar meliputi pada tabel dibawah ini :

No	Janin hidup	Janin mati
1.	DJJ terdengar	DJJ tidak terdengar
2.	Rahim membesar seiring dengan bertumbuhnya TFU	Rahim tidak membesar/TFU menurun
3.	Pada palpasi teraba jelas bagian bagian janin	Palpasi tidak jelas
4	Ibu merasa tidak merasa gerakan janin	Ibu tidak merasa gerakan janin Pada pemeriksaan rontgen terdapat tanda spalding (tulang tengkorak tumpang tindih), tulang punggung melengkung, ada gelembungan gas dalam janin

		Reaksi biologis akan muncul setelah 10 hari janin mati.
--	--	---

Tabel 2.7 Perbedaan Ciri Janin Hidup dan Mati. Sumber :Sulistiyawati, 2011

5. Janin tunggal atau kembar

Selain kesejahteraan janin, banyaknya janin dalam uterus dipastikan agar dapat diprediksi gambaran persalinan yang akan dilalui. Untuk memastikan janin tunggal atau ganda dapat dibedakan dari beberapa hal, seperti dalam tabel berikut ini.(Sulistiyawati, 2011).

No	Janin tunggal	Janin kembar
1	Pembesaran perut sesuai dengan usia kehamilan.	Pembesaran perut tidak sesuai dengan usia kehamilan.
2	Palpasi teraba dua bagian besar (kepala,bokong)	Teraba 3 bagian besar (kepala,bokong). Meraba bagian besar berdampingan.
3	Teraba bagian-bagian kecil hanya di satu pihak (kanan/kiri)	Meraba banyak bagian kecil
4	Denyut jantung janin DJJ terdengar hanya stu tempat.	Terdengar DJJ pada dua tempat dengan perbedaan 10 denyutan lebih.

Tabel 2.8 Perbedaan Janin Tunggal atau Kembar. Sumber :Sulistiyawati, 2011

6. Postur janin dalam rahim

1) Situs atau letak : letak janin adalah letak sumbu panjang anak terhadap sumbu panjang ibu, misalnya memanjang atau melintang. Jenis-jenis letak janin dalam rahim adalah sebagai berikut :

a. Letak membujur (*longitudinal*)

Letak membujur (*longitudinal*) adalah letak memanjang dalam rahim, kepala berada di fundus dan bokong di bawah. Letak kepala terdiri dari

letak fleksi atau letak belakang kepala, letak dahi, letak muka. Letak sungsang atau bokong terdiri dari letak bokong sempurna (*complete breech*), letak bokong, letak bokong tidak sempurna.

b. Letak lintang (*transversal*)

Letak lintang adalah bila dalam kehamilan atau dalam persalinan sumbu panjang janin melintang terhadap sumbu panjang ibu (termasuk didalamnya bila janin dalam posisi *oblique*).

c. Letak miring (*oblik*)

Oblik adalah posisi janin di rahim dengan keadaan miring atau melintang, sedangkan posisi normal adalah posisi janin berada di bagian bawah tepatnya di pintu rahim sang ibu.

- 2) Sikap (*habitus*) : menunjukkan hubungan bagian-bagian janin terhadap sumbunya, khususnya terhadap tulang punggungnya, misalnya fleksi atau defleksi. Umumnya janin dalam keadaan fleksi dimana kepala, tulang punggung, dan kaki dalam keadaan fleksi beserta kedua lengan bersilang di dada.
- 3) Posisi (*position*) : dipakai untuk menetapkan apakah bagian janin yang ada dibagian bawah uterus berada disebelah kanan, kiri, belakang atau depan terhadap sumbu tubuh ibu (ubun-ubun kiri depan).
- 4) Presentasi (*presentation*) : ditentukan untuk menentukan bagian janin yang ada dibagian uterus, seperti presentasi kepala atau bokong. Cara menentukan Presentasi Janin
 - a. Inspeksi : gambaran bentuk perut ibu secara umum. Apakah

memanjang secara sejajar atau tegak lurus terhadap sumbu panjang ibu.

- b. Palpasi : Adapun temuan *manuver Leopold*, pada kehamilan normal digambarkan sebagai berikut :

Leopold I : Perabaan fundus uteri, menentukan tinggi fundus (guna menilai usia kehamilan) dan menentukan bagian janin yang teraba pada fundus (keras = kepala, lembut = bokong)

Leopold II : Perabaan lateral abdomen ibu untuk menentukan posisi punggung (rata, luas, simultan) dan ekstremitas (berongga, teraba bagian keci-kecil)

Leopold III : Perabaan bagian segmen bawah rahim (jika teraba keras = kepala, lunak = bokong) dengan sedikit diguncang (bila terdapat lentingan = janin belum masuk PAP)

Leopold IV : Perabaan bagian bawah segmen rahim dengan mencoba mempertemukan kedua tangan (bila bertemu atau membentuk sudutkonvergen = janin belum masuk PAP, bila tidak bertemu atau membentuk sudut divergen = janin sudah masuk PAP)

Perabaan dilanjutkan dengan meraba kepala janin dengan jari, untuk menentukan kisaran derajat pemasukan janin ke PAP (Sulistiyawati, 2011).

7. Janin intrauteri atau ektrauteri

Kepastian janin berada diluar atau didalam uteri sangat diperlukan. Ini berkaitan dengan tindakan yang akan dilakukan karena menyangka kondisi kegawatdaruratan, meskipun diagnose ini sebenarnya jika kembali kita cermati dalam tabel berikut ini :

No	Intrauteri	Ektrauteri
1	Ibu tidak merasakan adanya nyeri jika ada pergerakan janin	Pergerakan janin dirasa nyeri sekali
2	Janin tidak begitu mudah dirubah	Janin lebih mudah diraba
3	Ada kemajuan persalinan Pembukaan Frekuensi dan lamanya kontraksi uterus bertambah sering dengan berjalannya waktu persalinan Penurunan kepala bertambah	Tidak ada kemajuan persalinan

Tabel 2.9 Perbedaan Janin Intrauteri Dan Ektrauteri. Sumber :Sulistiyawati,2011

8. Keadaan jalan lahir

Adanya tanda *Chadwick*, adanya tanda hegar, tidak adanya kemungkinan panggul sempit (melalui pemeriksaan).

2.1.8 Pemeriksaan Diagnostik Kebidanan

1. Tes urin kehamilan (tes HCG)

Dilakukan seawal mungkin begitu ada amenore (satu minggu setelah koitus).Upayakan urine yang digunakan adalah urine pagi hari. Ada beberapa cara yang digunakan untuk uji kehamilan pada saat ini, berbagai macam reaksi antara lain : reaksi dari hobgen, reaksi dari consulof, reaksi dari

Friedman, reaksi Gali Manini, reaksi Aschim Zondek, test pack, dan plano test. Tes urin kehamilan yang sering dilakukan adalah dengan menggunakan test pack. Test pack merupakan alat uji kehamilan yang sangat simpel dan dapat dilakukan di rumah. Bentuk test pack ini ada dua macam yaitu strip dan compact. Bentuk strip harus dicelupkan ke dalam urin yang telah ditampung pada sebuah wadah atau disentuh pada saat buang air kecil. Sedangkan bentuk compact yaitu dengan meneteskan urin langsung pada bagian tertentu dari alatnya.

Alat uji kehamilan ini memiliki dua buah garis. Garis yang pertama mengisyaratkan test dilakukan dengan benar, yang biasa dilakukan dengan benar, yang biasa disebut dengan garis control. Garis tersebut akan tampak bila test pack mendapatkan cukup urin untuk diuji. Sementara garis kedua menunjukkan hasil tes, yang merupakan bagian alat yang memiliki antibodi yang bereaksi dengan HCG dan dapat berubah warna apabila hormon ini terdeteksi. (Sulistiyawati,2011)

2. Palpasi abdomen

Menggunakan cara Leopold dengan langkah sebagai berikut.

- 1) Leopold I : Bertujuan untuk mengetahui TFU dan bagian janin yang ada di fundus
- 2) Leopold II : Bertujuan untuk mengetahui bagian janin yang ada disebelah kanan atau kiri ibu.
- 3) Leopold III : Bertujuan untuk mengetahui bagian janin yang ada dibawah uterus.

- 4) Leopold IV : Bertujuan untuk mengetahui bagian janin yang ada dibawah dan untuk mengetahui apakah kepala sudah masuk panggul atau belum (Sulistiyawati,2011)

3. Pemeriksaan USG

Dilaksanakan sebagai salah satu diagnosis pasti kehamilan, gambaran yang terlihat, yaitu adanya rangka janin dan kantong kehamilan. (Sulistiyawati,2011). Adapun manfaat lain dari USG antara lain adalah :

- 1) Untuk mengkonfirmasi kehamilan
- 2) Untuk memeriksa plasenta, uterus, ovarium dan leher rahim.
- 3) Untuk mengetahui kondisi bayi dalam kandungan.
- 4) Memeriksa perkembangan bayi dalam kandungan.
- 5) Untuk mengetahui usia kehamilan dan berat badan bayi.
- 6) Untuk mengetahui adanya kelainan pada janin.
- 7) Mengetahui masalah-masalah selama hamil.
- 8) Memeriksa pertumbuhan janin pada tingkat yang normal.
- 9) Memonitor kadar cairan ketuban.
- 10) Mengetahui jenis kelamin.

2.1.9 Standar Pelayanan *Antenatal Care*

Teknis pemberian pelayanan antenatal dapat diuraikan sebagai berikut (Walyani, 2015):

1. Kunjungan awal atau pertama
 - a) Anamnesa

Identitas (nama, umur, suku, agama, pendidikan, pekerjaan dan alamat)

b) Keluhan utama

Apakah semata-mata ingin periksa kehamilan atau ada keluhan atau masalah lain yang dirasakan.

c) Riwayat kehamilan sekarang

Riwayat kehamilan sekarang meliputi HPHT dan apakah normal, gerak janin (kapan mulai dirasakan dan apakah ada perubahan yang terjadi), masalah atau tanda-tanda bahaya, keluhan-keluhan lazim pada kehamilan, penggunaan obat-obatan termasuk jamu-jamuan kekhawatiran-kekhawatiran lain yang dirasakan ibu. Menghitung perkiraan tanggal persalinan dapat menggunakan rumus *Naegle*'.

HPHT : Hari+7, bulan-3, tahun+1 (untuk bulan maret ke atas)

Hari+7, bulan+9, tahun (untuk bulan Januari sampai maret)

Indikasi hanya pada ibu yang mempunyai riwayat menstruasi 28 hari dan haid teratur, tidak dapat digunakan pada ibu sudah hamil saat masih menyusui (Rukiyah,2013).

d) Riwayat kebidanan yang lalu

Riwayat kebidanan yang lalu meliputi jumlah anak, anak yang lahir hidup, persalinan prematur, keguguran atau kegagalan kehamilan, persalinan dengan tindakan operasi seksio sesaria, riwayat perdarahan pada kehamilan, persalinan atau nifas sebelumnya. Kehamilan dengan tekanan darah tinggi, berat badan bayi <2.500 gram atau >4.000 gram dan masalah masalah yang dialami ibu.

e) Riwayat kesehatan

Riwayat kesehatan termasuk penyakit-penyakit yang didapat dahulu dan sekarang seperti masalah-masalah hipertensi, kardiovaskuler, diabetes, malaria, PMS atau HIV/AIDS dan lain-lain.

f) Riwayat sosial ekonomi

Riwayat sosial dan ekonomi meliputi status perkawinan, respon ibu dan kehamilan terhadap kehamilan ibu, riwayat KB, dukungan keluarga, pengambilan keputusan dalam keluarga, gizi yang dikonsumsi dan kebiasaan makan, kebiasaan hidup sehat, merokok dan minuman keras, mengkonsumsi obat terlarang beban kerja dan kegiatan sehari-hari, tempat dan petugas kesehatan yang diinginkan untuk membantu persalinan.

2. Pemeriksaan Umum

a) Keadaan umum dan kesadaran penderita

Compos mentis (kesadaran baik) gangguan kesadaran (apatis, koma)

b) Tekanan darah

Tekanan darah yang normal adalah 110/80 mmHg sampai 140/90 mmHg.

Bila >140/90 hati-hati adanya hipertensi atau preeklamsi.

c) Nadi

Nadi normal adalah 60 sampai 100 permenit. Bila abnormal mungkin ada kelainan paru-paru atau jantung. Suhu badan

Suhu badan normal adalah 36,5°C sampai 37,5°C. Bila suhu lebih tinggi dari 37,5°C, kemungkinan ada infeksi.

d) Tinggi badan

Diukur dalam cm, tanpa sepatu. Tinggi badan kurang dari 145 cm ada kemungkinan terjadi *Cepalo PelvicDisproposition* (CPD).

e) Berat badan

Berat badan yang bertambah terlalu besar atau kurang perlu mendapatkan perhatian khusus karena kemungkinan terjadi penyulit kehamilan.

2.1.10 Jadwal Minimal Kunjungan ANC

Menurut Hani,dkk (2011), untuk menerima manfaat yang maksimum dari kunjungan-kunjungan antenatal ini, maka sebaiknya ibu tersebut memperoleh sedikitnya 4 kali kunjungan selama kehamilan, yang terdistribusi dalam 3 trimester, atau dengan istilah rumus 1 1 2, yaitu : 1 kali pada trimester I, 1 kali pada trimester II, 2 kali pada trimester III.

Pada setiap kali kunjungan antenatal tersebut, perlu didapatkan informasi yang sangat penting. Garis-garis besarnya dijelaskan dalam tabel dibawah ini :

Kunjungan	Waktu	Informasi Penting
Trimester pertama	Sebelum minggu ke-14	Membangun hubungan saling percaya antara petugas kesehatan dengan ibu hamil Mendeteksi masalah dan menanganinya Melakukan tindakan pencegahan seperti tetanus neonetorum, anemia, kekurangan zat besi, penggunaan praktik tradisional yang merugikan

		Memulai persiapan kelahiran bayi dan kesiapan untuk menghadapi komplikasi Mendorong perilaku yang sehat (gizi, latihan dan kebersihan, istirahat dan sebagainya).
Trimester kedua	Sebelum minggu ke-28	Sama seperti diatas, ditambah kewaspadaan khusus mengenai preeklamsia (tanya ibu tentang gejala-gejala preeklamsia, pantau tekanan darah, evaluasi edema, periksa untuk mengetahui proteinuria).
Trimester ketiga	Antara minggu 28-36	Sama seperti diatas, ditambah palpasi abdominal untuk mengetahui apakah ada kehamilan ganda.
Trimester ketiga	Minggu ke-36 sampai menjelang persalinan	Sama seperti diatas, di tambak deteksi letak bayi yang tidak normal, atau kondisi lain yang memerlukan kelahiran di rumah sakit.

Tabel. 2.10 Informasi Kunjungan Kehamilan. Sumber : Hani,dkk, 2011

Pada waktu memberikan asuhan, penting diingat bahwa orang akan lebih suka menggunakan jasa yang bermutu dan akan menghindari mutu jasa yang tidak baik. Pada waktu wanita merasakan bahwa dirinya akan di asuh dan di hormati, maka dia akan kembali untuk berkunjung. Disini terlihat bahwa cara atau model kita pemberi asuhan akan menentukan juga frekuensi kunjungan ibu untuk pemeriksaan kehamilannya.

2.1.11 Kebutuhan Ibu Hamil

1. Kebutuhan Fisik

- 1) Diet makanan : Kebutuhan makanan pada ibu hamil mutlak harus dipenuhi. Kekurangan nutrisi pada ibu hamil dapat menyebabkan anemia, abortus, IUGR, inersia uteri, perdarahan pasca persalinan, sepsis puerpuralis, dan lain-lain. Sedangkan kelebihan makanan karena beranggapan pemenuhan makanan untuk dua orang, akan berakibat kegemukan, pre-eklamsia, janin terlalu besar, dan sebagainya. Hal penting yang harus diperhatikan adalah cara mengatur menu makan dan pengolahan menu tersebut dengan berpedoman pada pedoman gizi seimbang. Status gizi ibu yang kurang baik sebelum dan selama hamil merupakan penyebab utama dari berbagai personal kesehatan yang serius pada ibu dan bayi, berakibat bayi lahir dengan berat badan rendah, kelahiran prematur, serta kematian neonatal dan prenatal. Berat badan sebelum hamil, penambahan berat badan hamil (PBBH), dan Indeks masa tubuh (IMT) masih merupakan indikator yang banyak dipakai untuk menentukan status gizi ibu. Rendahnya PBBH yang diperburuk oleh rendahnya berat badan sebelum hamil dan otomatis rendahnya IMT ditengarai akan meningkatkan gizi resiko kehamilan seperti BBLR, kelahiran, dan komplikasi pada saat melahirkan. PBBH yang terlalu tinggi beresiko terhadap komplikasi kehamilan seperti hipertensi, diabetes, dan pre-eklamsia, dan komplikasi saat melahirkan, serta

makrosomi. Untuk menghindari resiko tersebut ibu hamil harus memperhatikan asupan gizi sebelum, ketika, dan setelah kehamilan, karena rerata PBBH yang dianjurkan di negara berkembang adalah 12,5 kg (Sulistyawati,2011). Kebutuhan nutrisi ibu hamil yang harus dipenuhi diantara lain yaitu :

- Kebutuhan Energi : Widya Karya Pangan Dan Gizi Nasional menganjurkan pada ibu hamil untuk meningkatkan asupan kebutuhan energy sebesar 285 kkal perhari. Tambahan energi bertujuan untuk memasok kebutuhan ibu dalam memenuhi kebutuhan janin. Pada trimester satu kebutuhan energi meningkat untuk organogenesis atau pembentukan organ-organ penting janin, dan jumlah tambahan energi ini terus meningkat pada trimester dua dan tiga untuk pertumbuhan janin.
- Kebutuhan Protein : Ibu hamil mengalami peningkatan kebutuhan protein sebanyak 68 %. Widya karya pangan dan gizi nasional menganjurkan untuk menambah asupan protein menjadi 12 % perhari atau 75-100 gram. Bahan pangan yang dijadikan sebagai sumber protein sebaiknya bahan pangan dengan nilai biologi yang tinggi, seperti daging tak berlemak, ikan, telur, susu dan hasil olahannya.
- Kebutuhan zat besi : Anemia sebagian besar disebabkan oleh defisiensi zat besi, oleh karena itu perlu ditekankan pada ibu hamil untuk mengkonsumsi zat besi selama hamil dan setelah melahirkan.

Kebutuhan zat besi selama hamil meningkat sebesar 300 % (1.040 mg selama hamil) dan peningkatan ini tidak dapat mencukupi hanya dari makanan sang ibu selama hamil melainkan perlu ditunjang dengan suplemen zat besi. Pemberian suplemen zat besi dapat diberikan sejak minggu ke-12 kehamilan sebesar 30-60 gram setiap hari selama kehamilan dan enam minggu setelah kelahiran untuk mencegah anemia postpartum. Disamping itu harus dilakukan pemantauan cara meminum yang benar karena berpengaruh terhadap efektivitas penyerapan zat besi. Vitamin C dan protein hewani merupakan elemen yang sangat membantu dalam penyerapan zat besi, sedangkan kopi, teh, garam kalsium, magnesium akan menghambat penyerapan zat besi. Namun demikian bukan berarti zat makanan yang menghambat penyerapan zat besi tidak bermanfaat bagi tubuh. Zat-zat ini tetap dikonsumsi namun jangan diminum bersamaan dengan tablet zat besi. Berilah jarak waktu kurang lebih dua jam dari pemberian zat besi (Sulistiyawati, 2011).

Penurunan sedang kadar hemoglobin terjadi selama kehamilan pada perempuan sehat yang tidak kekurangan besi atau folat. Hal ini disebabkan oleh ekspansi volume plasma yang relatif lebih besar jika dibandingkan dengan peningkatan massa hemoglobin dan volume sel darah merah yang menyertai kehamilan normal. Pada awal kehamilan mendekati aterm, kadar hemoglobin sebagian besar wanita sehat dengan simpanan besi adalah 11 g/dL atau lebih tinggi. Konsentrasi hemoglobin

lebih rendah pada pertengahan kehamilan. Oleh sebab itu Centers for Disease Control and Prevention (CDC) mendefinisikan anemia sebagai kondisi dengan kadar hemoglobin kurang dari 11 g/ dL pada trimester pertama dan ketiga dan kurang dari 10,5 g/ dl pada trimester kedua. Penyebab anemia selama kehamilan yaitu anemia akibat kehilangan darah akut, anemia yang disebabkan oleh penyakit kronik seperti penyakit ginjal kronik, radang usus, lupus eritematosus sistemik, infeksi granulomatosa, neoplasma ganas, dan artritis reumatoid, anemia megaloblastik yang disebabkan oleh defisiensi vitamin B12 selama kehamilan, dan anemia defisiensi zat besi. (Kenneth J, 2015)

Menurut hasil penelitian Mucholifah, (2013) adalah :

- a) Anemia defisiensi besi adalah anemia kurangnya konsumsi makanan yang mengandung zat besi.
- b) Anemia hipoplastik adalah anemia yang disebabkan oleh kurangnya asam folik. Anemia ini muncul karena kurangnya malnutrisi dan infeksi kronik.
- c) Anemia hemolitik adalah anemia yang disebabkan oleh hipofungsi fungsi sum-sum tulang belakang dalam membentuk sel-sel darah merah.

Menurut hasil penelitian Astriana, (2017) Tanda dan gejala anemia pada ibu hamil kelelahan, badan lemah, penurunan kapasitas/kemampuan atau produktifitas kerja. Penyebab paling umum dari anemia pada kehamilan adalah kekurangan zat besi, asam folat, dan

perdarahan akut dapat terjadi karena interaksi antara keduanya.

Diagnosis anemia pada kehamilan menurut Manuaba (2010) bahwa pemeriksaan dan pengawasan Hb dapat dilakukan dengan menggunakan alat cyanmet. Hasil pemeriksaan Hb dengan Cyanmet dapat digolongkan sebagai berikut : a. Hb 11gr% : tidak anemia, b. Hb 9-10gr% : anemia ringan, c. Hb 7-8gr%: anemia sedang, d. Hb <7gr% : anemia berat.

Menurut hasil penelitian Deswatil dkk (2019) adalah :

- Kekurangan zat besi sejak sebelum kehamilan bila tidak diatasi dapat mengakibatkan ibu hamil menderita anemia merupakan salah satu resiko kematian ibu (Depkes RI, 2016). Selain itu, anemia kurang zat besi pada ibu hamil juga dapat meningkatkan risiko pada bayi yang dilahirkannya. Dalam hal ini bayi akan menderita kurang zat besi, serta berdampak buruk pada pertumbuhan sel-sel otak anak yang dapat mengurangi kecerdasan anak.
- Kebutuhan Asam folat : Merupakan satu-satunya vitamin yang kebutuhannya mengikat dua kali lipat selama hamil. Asamfolat sangat berperan dalam metabolisme normal makanan menjadi energi, pematangan sel darah merah, sintesis DNA, pertumbuhan sel, dan pembentukan heme. Jika kekurangan asam folat maka ibu dapat menderita anemia megaloplastik dengan gejala diare, depresi, lelah berat, dan selalu mengantuk. Jenis makanan yang banyak mengandung asam folat adalah ragi, hati, brokoli, sayur berdaun

hijau dan kacang-kacangan. Sumber lain yaitu ikan, daging, buah jeruk dan telur. (Sulistyawati, 2011).

- Kebutuhan kalsium : Metabolisme kalsium selama hamil mengalami perubahan yang sangat berarti. Kadar kalsium dalam darah ibu hamil turun drastis sebanyak 5 %. Oleh karena itu, asupan yang optimal perlu dipertimbangkan. Sumber utama kalsium adalah susu, udang, sayuran warna hijau tua dan lain-lain. (Sulistyawati, 2011).
- 2) Obat-Obatan : Sebenarnya jika kondisi ibu hamil tidak dalam keadaan yang benar-benar berindikasi untuk diberikan obat-obatan, sebaiknya pemberian obat dihindari. Penatalaksanaan keluhan dan ketidaknyamanan yang dialami lebih dianjurkan kepada pencegahan dan perawatan saja. Dalam pemberian terapi, dokter biasanya akan sangat memperhatikan reaksi obat terhadap kehamilan, karena ada obat tertentu yang kadang bersifat kontra terhadap kehamilan. (Sulistyawati, 2011)
 - 3) Lingkungan Yang Bersih : Salah satu pendukung untuk keberlangsungan kehamilan yang sehat dan aman adalah adanya lingkungan yang bersih, karena kemungkinan terpapar kuman dan zat toksik yang berbahaya bagi ibu dan janin akan terminimalisasi. Lingkungan yang bersih disini adalah termasuk dari polusi udara seperti asap rokok. Selain udara perilaku hidup bersih dan sehat juga perlu dilaksanakan, seperti menjaga kebersihan diri, makanan yang dimakan, buang air besar di jamban.
 - 4) Senam Hamil : Kegunaan senam hamil adalah melancarkan sirkulasi darah, nafsu makan bertambah, pencernaan menjadi lebih baik, dan tidur

menjadi lebih nyaman. Ibu hamil melakukan masing-masing gerakan sebanyak dua kali pada awal latihan dan dilanjutkan dengan kecepatan dan frekuensi menurut kemampuan dan kehendak mereka sendiri minimal lima kali tiap gerakan. (Sulistyawati, 2011).

Senam hamil merupakan terapi latihan gerakan untuk menjaga stamina dan kebugaran ibu selama kehamilan dan mempersiapkan ibu secara fisik maupun mental untuk menghadapi persalinan dengan optimal. Senam hamil menjadi anjuran wanita hamil agar mempersiapkan baik fisik maupun mental menuju persalinan yang lancar. Menurut *Canadian Society for Exercise Physiology* (CSEP), prinsip pelaksanaan senam pada ibu hamil yang aman dikenal dengan istilah FITT, yaitu :

Frequency (F) : Senam hamil dilakukan 3-4 kali dalam seminggu.

Intensity (I) : Diukur dengan melihat denyut jantung ibu disesuaikan dengan umur, intensitas ini bisa juga diobservasi melalui “talk test”. Jika ibu berbicara dengan nafas terengah-engah, maka intensitas senam harus diturunkan.

Time (T) : Durasi senam hamil dimulai dari 15 menit, kemudian dinaikkan 2 menit perminggu hingga dipertahankan pada durasi 30 menit. Setiap kegiatan senam, disertai dengan pemanasan dan pendinginan masing-masing 5-10 menit.

Type (T) : pemilihan jenis gerakan harus beresiko minimal dan tidak membahayakan. Senam hamil dapat dimulai pada usia kehamilan 22 minggu dan dilakukan atas nasihat dokter atau bidan. Terdapat beberapa hal yang harus dipertimbangkan sebelum seorang ibu melakukan senam hamil, yaitu

apakah ibu termasuk dalam kelompok resiko rendah, resiko tinggi atau kontraindikasi (kontra indikasi relatif dan spesifik) untuk melakukan senam hamil. Ibu yang aman untuk melakukan senam hamil ialah kelompok resiko rendah. Pada ibu kelompok resiko tinggi diperlukan pengawasan dan perhatian kemungkinan terdapat faktor resiko. Sedangkan pada kelompok dengan kontraindikasi, jika kontraindikasi yang masih relatif maka ibu masih memungkinkan untuk melakukan senam hamil apabila kondisi ibu membaik. Namun jika kelompok kontraindikasi yang spesifik melakukan senam hamil akan membahayakan kondisinya maupun janin yang dikandung. (Irianti, 2013)

- 5) Pakaian : Meskipun pakaian tidak berkaitan secara langsung dengan kesejahteraan ibu dan janin, namun tetap perlu dipertimbangkan karena pakaian dan kelengkapannya yang kurang tepat akan mengakibatkan beberapa ketidaknyamanan yang akan mengganggu fisik dan psikologis ibu. Pakaian yang baik digunakan pada ibu hamil yaitu diantara lain 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 dan pakaian dalam yang selalu bersih. (Sulistyawati, 2011)
- 6) Istirahat : Dengan adanya perubahan fisik pada ibu hamil, salah satunya beban berat pada perut sehingga terjadi perubahan sikap tubuh, tidak jarang ibu akan mengalami kelelahan, oleh karena itu istirahat dan tidur

sangat penting untuk ibu hamil. Pada trimester akhir kehamilan sering diiringi dengan bertambahnya ukuran janin, sehingga terkadang ibu kesulitan untuk menentukan posisi yang paling baik dan nyaman untuk tidur. Posisi yang dianjurkan untuk ibu hamil adalah posisi miring ke kiri, kaki kiri lurus, kaki kanan sedikit menekuk dan diganjal dengan bantal, dan untuk mengurangi rasa nyeri pada perut, ganjal dengan bantal pada perut bawah sebelah kiri.

- 7) Kebersihan Tubuh : Kebersihan tubuh ibu hamil perlu diperhatikan karena dengan penambahan sistem metabolisme mengakibatkan peningkatan pengeluaran keringat. Keringat yang menempel dikulit meningkatkan kelembapan kulit dan meningkatkan menjadi tempat pertumbuhan mikroorganisme. Jika tidak dibersihkan dengan mandi, maka ibu hamil tersebut akan sangat mudah terkena penyakit kulit. Bagian yang lain yang perlu diperhatikan dan perlu mendapatkan perawatan kebersihan adalah alat vital, karena saat hamil terjadi pengeluaran secret vagina yang berlebihan selain dengan mandi, mengganti celana dalam minimal dua kali sehari sangat dianjurkan. (Sulistyawati, 2011)
- 8) Perawatan Payudara : Payudara merupakan aset paling penting sebagai persiapan penyambutan kelahiran sang bayi dalam proses menyusui. Beberapa hal yang harus diperhatikan dalam perawatan payudara adalah sebagai berikut : (1) Hindari pemakaian bra dengan ukuran yang terlalu ketat dan yang menggunakan busa, karena akan mengganggu

penyerapan keringat payudara. (2) Gunakan bra yang dapat menyangga payudara. (3) Hindari membersihkan puting dengan sabun mandi karena akan menyebabkan iritasi. Bersihkan puting susu dengan minyak kelapa atau baby oil lalu bilas dengan air hangat. (4) Jika ditemukan pengeluaran cairan yang berwarna kekuningan dari payudara berarti produksi ASI sudah dimulai. (Sulistiyawati, 2011)

- 9) Eliminasi : Keluhan yang sering muncul pada hamil berkaitan dengan eliminasi adalah konstipasi dan sering buang air kemih. Konstipasi sering terjadi karena adanya pengaruh hormon progesteron yang mempunyai efek rileks terhadap otot polos, salah satunya otot usus. Selain itu, desakan usus oleh pembesaran janin juga menyebabkan bertambahnya konstipasi. Tindakan pencegahan yang dapat dilakukan adalah dengan mengonsumsi makanan tinggi serat, dan banyak minum air putih, terutama ketika lambung dalam keadaan kosong. Minum air putih hangat dapat merangsang gerakan peristaltik pada usus. Jika ibu sudah mengalami dorongan, maka segeralah untuk buang air besar agar tidak terjadi konstipasi. Sering buang air kecil merupakan keluhan yang umum dirasakan oleh ibu hamil, terutama pada trimester I dan III. Hal tersebut adalah fisiologis. Ini terjadi karena pada awal kehamilan terjadi pembesaran uterus yang mendesak kantong kemih sehingga kapasitasnya 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.(Sulistyawati, 2011)

- 10) Seksual : Hubungan seksual selama kehamilan tidak dilarang selama tidak ada riwayat penyakit seperti berikut : (1) Sering abortus dan kelahiran prematur. (2) Perdarahan pervaginam. (3) Koitus harus dilakukan dengan hati-hati terutama pada minggu terakhir kehamilan. (4) Bila ketuban telah pecah, koitus dilarang karena dapat menyebabkan infeksi janin intrauterine. (Sulistyawati, 2011)
- 11) Sikap Tubuh yang Baik : Seiring dengan bertambahnya usia kehamilan, tubuh akan mengadakan penyesuaian fisik dengan bertambah ukuran janin. Perubahan tubuh yang paling jelas adalah tulang punggung bertambah lordosis karena perempuan tubuh bergeser lebih kebelakang dibandingkan sikap tubuh ketika tidak hamil. Keluhan yang sering muncul dari perubahan ini ialah rasa pegal di punggung dan kram di kaki pada malam hari. Untuk mencegah mencegah dan mengurangi keluhan ini perlu adanya sikap tubuh yang baik. Beberapa hal yang perlu diperhatikan sebagai berikut : (1) Pakailah sepatu dengan hak yang rendah/tanpa hak dan jangan terlalu sempit. (2) Posisi tubuh saat mengangkat beban, yaitu dalam keadaan tegak dan pastikan beban terfokus pada lengan. (3) Tidur dengan posisi kaki agak ditinggikan. (4) Duduk dengan posisi punggung tegak. (5) Hindari duduk/berdiri terlalu lama (ganti posisi secara bergantian untuk mengurangi ketegangan otot). (Sulistyawati, 2011)
- 12) Imunisasi : Imunisasi selama hamil sangat penting dilakukan untuk

mencegah penyakit yang dapat menyebabkan kematian ibu dan janin. Jenis imunisasi yang diberikan adalah *tetanus toxoid* (TT) yang dapat mencegah penyakit tetanus. Imunisasi TT pada ibu harus terlebih dahulu ditentukan status kekebalan/imunisasinya. Bumil yang belum pernah mendapat imunisasi TT maka statusnya T0, jika mendapatkan 2 kali dosis dengan interval 4 minggu atau pada masa balitanya telah mendapat imunisasi DPT sampai 3 kali maka statusnya adalah T2, bila telah mendapat dosis TT yang ke-3 (Interval minimal 6 bulan dari dosis ke-2) maka statusnya T3, status T4 bila telah mendapat bila telah mendapatkan 4 dosis (interval minimal 1 tahun dari dosis ke-4). Selama masa kehamilan bila ibu hamil statusnya ibu hamil statusnya T0 maka hendaknya mendapatkan minimal 2 dosis (TT1 dan TT2 dengan interval 4 minggu dan bila memungkinkan untuk mendapatkan TT3 sesudah 6 bulan berikutnya). Bagi bumil dengan status T2 maka bisa diberikan 1 kali suntikkan selama hamil dengan jarak minimal 1 tahun dari suntikan sebelumnya. Bumil dengan status T4 pun dapat diberikan sekali suntik (TT5) bila suntik tersebut telah lebih dari setahun dan bagi ibu hamil dengan status T5 tidak perlu disuntik lagi TT lagi karena telah mendapatkan kekebalan seumur hidup (25 tahun). Walaupun tidak hamil maka bila wanita usia subur belum mencapai status T5 diharapkan mendapatkan dosis TT hingga tercapai status T5 dengan interval yang ditentukan. Hal ini penting untuk mencegah terjadinya tetanus pada bayi yang akan dilahirkan dan keuntungan bagi wanita untuk kekebalan aktif

terhadap tetanus long life card (LLC) (Kemenkes RI, 2015).

Imunisasi	Selang waktu minimal pemberian imunisasi	Lama perlindungan
T1		Langkah awal pembentukan kekebalan tubuh terhadap penyakit tetanus
T2	1 bulan setelah TT 1	3 tahun
T3	6 bulan setelah TT2	5 tahun
T4	12 bulan setelah TT3	10 tahun
T5	12 bulan setelah TT4	≥25 tahun

Tabel 2.11 Jadwal pemberian suntikan TT. Sumber : Kementerian Kesehatan RI,

2011

2. Kebutuhan Psikologis

- 1) Persiapan saudara kandung (*sibling*) : *Sibling rivalry* adalah persaingan diantara saudara kandung akibat kelahiran anak berikutnya. Biasanya terjadi pada anak usia 2-3 tahun. *Sibling rivalry* ini biasanya ditunjukkan dengan penolakan terhadap kelahiran adiknya, menangis, menarik diri dari lingkungannya, menjauh dari ibunya atau melakukan kekerasan terhadap adiknya. Untuk mencegah *sibling rivalry* yaitu jelaskan pada anak tentang posisinya (meskipun ada adiknya, ia tetap disayang oleh ayah dan ibu), libatkan anak dalam mempersiapkan kelahiran adiknya, dan ajak anak untuk berkomunikasi dengan bayi sejak masih dalam kandungan. (Sulistyawati, 2011)
- 2) Dukungan Keluarga : ibu sangat membutuhkan dukungan dan ungkapan

kasih sayang dari orang-orang terdekatnya, terutama suami. Kadang ibu dihadapkan pada situasi yang ia sendiri mengalami ketakutan dan kesendirian, terutama pada trimester akhir. Kekhawatiran tidak disayang setelah bayi lahir kadang juga muncul, sehingga diharapkan bagi keluarga terdekat agar selalu memberikan dukungan dan kasih sayang. Bidan sangat berperan dalam memberikan pengertian ini pada suami dan keluarga. (Sulistyawati, 2011).

- 3) Perasaan aman dan nyaman selama kehamilan : Selama kehamilan ibu banyak mengalami ketidaknyamanan fisik dan psikologis. Bidan bekerja sama dengan keluarga diharapkan berusaha dan secara antusias memberikan perhatian serta mengupayakan untuk mengatasi ketidaknyamanan dan ketidakamanan yang dialami oleh ibu. Kondisi psikologis yang dialami ibu akan sangat berpengaruh terhadap perkembangan bayi. Tingkat kepercayaan ibu terhadap bidan dan keluarga juga sangat memengaruhi kelancaran proses persalinan. (Sulistyawati, 2011)
- 4) Persiapan menjadi orangtua : Ini sangat penting dipersiapkan karena setelah bayi lahir akan banyak perubahan peran yang terjadi, mulai dari ibu, ayah dan keluarga. Bagi pasangan yang baru pertama punya anak, persiapan dapat dilakukan dengan banyak berkonsultasi dengan orang yang mampu untuk membagi pengalamannya dan memberikan nasehat mengenai persiapan menjadi orang tua. (Sulistyawati, 2011)
- 5) Dukungan dari tenaga kesehatan : bidan harus dapat dijadikan sebagai

teman terdekat dimana ia dapat mencurahkan isi hati dan kesulitannya dalam menghadapi kehamilan dan persalinan. Adanya hubungan saling percaya akan memudahkan bidan dalam memberikan penyuluhan kesehatan. (Sulistyawati, 2011)

2.1.12 Klasifikasi Kehamilan

Kategori	Gambaran
Kehamilan Normal	1) Keadaan umum ibu baik <ul style="list-style-type: none"> - Tekanan darah <140/90 mmHg - Bertambahnya berat badan sesuai minimal 8 kg selama kehamilan (1kg tiap bulan) atau sesuai IMT ibu. - Edema hanya pada ekstremitas - Denyut jantung janin 120-160 kali/menit 2) Gerakan janin dapat dirasakan setelah usia kehamilan 18-20 minggu hingga melahirkan <ul style="list-style-type: none"> - Tidak ada kelainan riwayat obstetric - Ukuran uterus sesuai dengan usia kehamilan - Pemeriksaan fisik dan laboratorium dalam batas normal
Kehamilan dengan masalah khusus	1) Seperti masalah keluarga atau psikososial, kekerasan dalam rumah tangga, kebutuhan finansial, dll

<p>Kehamilan dengan masalah kesehatan yang membutuhkan rujukan untuk konsultasi dan atau kerjasama penanganannya</p>	<p>2) Riwayat pada kehamilan sebelumnya janin atau neonatus mati, keguguran $\geq 3x$, bayi $< 2500g$ atau $> 4500 g$, hipertensi, pembedahan pada organ reproduksi</p> <p>Kehamilan saat ini: kehamilan ganda, usia ibu < 16 atau 40, Rh(-), hipertensi, masa pelvis, penyakit jantung, penyakit ginjal, DM, malaria, HIV, sifilis, TBC, anemia berat, penyalahgunaan obat-obatan dan alcohol, LILA $< 23,5$ cm, tinggi badan < 145 cm, kenaikan berat badan $< 1kg$ atau $> 2kg$ tiap bulan atau tidak sesuai IMT, TFU tidak sesuai usia kehamilan, pertumbuhan janin terhambat, infeksi saluran kemih, penyakit kelamin, malposisi/malpresentasi, gangguan kejiwaan, dan kondisi-kondisi lain yang dapat memburuk kehamilan.</p>
<p>Kehamilan dengan kondisi kegawatdaruratan yang membutuhkan rujukan segera</p>	<p>Perdarahan, pre-eklamsia, eklamsia, ketuban pecah dini, gawat janin, atau kondisi-kondisi kegawatdaruratan lain yang mengancam nyawa ibu dan bayi.</p>

Tabel 2.12 Klasifikasi Kehamilan. Sumber: Kemenkes RI, 2015

2.1.13 Ketidaknyamanan, Cara Mengatasinya dan Penyebab.

Dalam proses kehamilan terjadi perubahan sistem dalam tubuh ibu yang semuanya membutuhkan suatu adaptasi, baik fisik maupun psikologis. dalam proses adaptasi ibu akan mengalami ketidaknyamanan yang meskipun hal itu adalah fisiologis namun tetap perlu diberikan suatu pencegahan dan perawatan. Beberapa ketidaknyamanan dan cara mengatasinya adalah sebagai berikut :

No	Ketidaknyamanan	Cara Mengatasi	Penyebab
1	Sering buang air kecil Trimester I dan III	1) Penjelasan mengenai sebab terjadinya. 2) Kosongkan saat ada dorongan untuk kencing. 3) Perbanyak minum pada siang hari. 4) Jangan kurangi minum untuk mencegah nukturia, kecuali nukturia sangat mengganggu tidur malam hari. 5) Batasi minum kopi,teh, dan soda 6) Jelaskan bahaya	1) Uterus membesar akibat pelunakan istmus menyebabkan kandung kemih tertekan. 2) Pada akhir kehamilan, turunnyanya bagian presentasi janin, kandung kemih kembali mendapat tekanan. 3) Karena wanita berada dalam posisi rekumben dan kekuatan yang lebih kecil menekan vena cava inferior,

		<p>tentang infeksi saluran kemih dengan menjaga posisi tidur, yaitu dengan berbaring iring ke kiri dan kaki ditinggikan mencegah deurisis</p>	<p>yang menambah aliran darah ke ginjal dan meningkatkan kecepatan filtrasi glomerulus.</p>
2	<p>Hemorid timbul pada trimester II dan III</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Hindari konstipasi 2) makan makanan yang berserat dan perbanyak minum air putih. 3) Gunakan kompres hangat atau air es. 4) Dengan perlahan masukkan kembali anus dengan perlahan setiap selesai BAB. 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Relaksasi-diperantarai progesteron pada dinding vena berat uterus, kongesti vena pelvis, dan tegangan konstipasi.
3	<p>Kelelahan pada trimester I</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Yakinkan bahwa ini normal pada masa kehamilan. 2) Dorong ibu untuk sering beristirahat. 3) Hindari istirahat yang 	<ol style="list-style-type: none"> 2 Peningkatan kecepatan metabolik basal. 3 Karena janin yang tumbuh menjadi berat

		berlebihan.	
4	Keputihan terjadi di trimester I,II, dan III	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tingkatkan kebersihan dengan mandi setiap hari. 2. Memakai pakaian dalam seperti katun dan yang mudah menyerap keringat. 3. Tingkatkan daya tahan tubuh dengan mengkonsumsi sayur dan buah. 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Perubahan hormonal yang terjadi atau karena hal lain seperti virus, parasit dan jamur. 2) Pengaruh hormon pada umumnya akibat aliran darah pada daerah kewanitaan meningkat sehingga cairan organ intim wanita pun meningkat.
5	Keringat menambah. Secara perlahan terus meningkat sampai akhir kehamilan	<ol style="list-style-type: none"> 1) Pakailah pakaian yang tipis dan longgar 2) Tingkatkan asupan cairan 3) Mandi secara teratur 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Peningkatan hormon progesteron yang memicu terbukanya pembuluh darah kulit. 2) Meningkatnya aliran darah di area kulit 3) Pertumbuhan janin yang menyebabkan rasa lelah pada ibu

			hamil saat beraktifitas
6	Sembelit trimester II dan III	<p>a. Tingkatkan diet asupan cairan.</p> <p>b. Buah frem dan juz frem.</p> <p>c. Istirahat cukup.</p> <p>d. Senam hamil.</p> <p>e. Buang air besar segera setelah ada Dorongan.</p> <p>f. Minum air dingin atau air hangat terutama saat perut kosong.</p>	<p>1) Penurunan kecepatan kerja peristaltis.</p> <p>2) Disebabkan oleh progesteron</p> <p>3) Pergeseran usus akibat pertumbuhan uterus atau suplementasi zat besi.</p>
7	Kram pada kaki setelah kehamilan 24 minggu	<p>1) Kurangi konsumsi susu (kandungan fosfor tinggi)</p> <p>2) Latihan dorsofleksi pada kaki dan meregangkan pada otot yang terkena</p> <p>3) Gunakan penghangat otot</p>	<p>(1)Diet rendah kalsium atau melakukan aktifitas yang sama sekali baru.</p> <p>(2)Tekanan pada uterus mengganggu sirkulasi ke ekstremitas bawah dan dapat memberi tekanan pada saraf yang berjalan melewati</p>

			foramen obturator.
8	Ngidam trimester I	1. Tidak perlu dikhawatirkan selama diet memenuhi kebutuhan.	<p>1) Cara tubuh memberikan signal apa yang dibutuhkannya. Indera perasa dan penciuman wanita hamil biasanya memainkan peranan penting dalam menginterpretasikan kebutuhan tubuh.</p> <p>2) Dengan aktifnya beberapa hormon pada masa kehamilan. Diantaranya hormon chorionic gonadotropin (HCG). Aktifnya hormon-hormon ini membuat indra penciuman lebih kuat sehingga mengakibatkan ibu menginginkan</p>

			makanan tertentu.
9	Nafas sesak terjadi pada trimester II dan III	<p>1) Jelaskan penyebab fisiologisnya</p> <p>2) Dorong agar secara sengaja mengatur laju dan dalamnya pernafasan pada kecepatan normal yang terjadi</p> <p>3) Merentangkan tangan diatas kepalaserta menarik nafas panjang.</p> <p>4) Mendorong postur tubuh yang baik, melakukan pernafasan interkostal.</p>	<p>2 Peningkatan kadar progesteron berpengaruh secara langsung pada pusat pernafasan untuk menurunkan kadar CO₂ serta meningkatkan kadar CO₂, meningkatkan aktifitas metabolik, meningkatkan kadar CO₂, hiperventilasi yang lebih ringan ini adalah SOB</p> <p>3 Uterus membesar dan menekan pada diafragma.</p>
10	Nyeri ligament rotundom trimester II dan III	<p>1) Berikan penjelasan penyebab nyeri.</p> <p>2) Tekuk lutut kearah abdomen</p> <p>3) Mandi air hangat.</p>	<p>1) Peregangan dan hipertrofi ligament tersebut seiring pembesaran uterus.</p> <p>2) Sering kali, nyeri</p>

		<p>4) Gunakan pemanas pada area yang akit hanya jika tidak terdapat kontraindikasi.</p> <p>5) Gunakan sebagian bantal untuk menopang uterus dan bantal lainnya letakkan di antara lutut sewaktu dalam posisi berbaring miring</p>	<p>memburuk sesuai paritas karena tonus uterus, dan abdomen menurun, yang menimbulkan lebih banyak ketegangan pada ligamen.</p>
13	Pusing/sinkop terjadi pada trimester II dan III	<p>1) Bangun secara perlahan dari posisi istirahat</p> <p>2) Hindari berdiri terlalu lama dalam lingkungan yang hangat dan sesak</p> <p>3) Hindari berbaring dalam posisi terlentang.</p>	<p>1) Hipertensi postural yang berhubungan dengan perubahan-perubahan hemodinamis</p> <p>2) Pengumpulan darah didalam pembuluh tungkai,yang mengurangi aliran balik vena dan menurunkan output</p>

			<p>cardiac serta tekanan darah dengan tegangan othostatis yang meningkat. Mungkin dihubungkan dengan hipoglikemia</p> <p>3) Sakit kepala pada triwulan terakhir dapat merupakan gejala preeklamsi berat</p>
14	Sakit punggung atas dan bawah pada trimester II dan III	<p>1) Gunakan posisi tubuh yang baik.</p> <p>2) Gunakan bra yang menopang dengan ukuran yang tepat</p> <p>3) Gunakan kasur yang keras</p> <p>4) Gunakan bantal ketika tidur guna untuk meluruskan bantal</p>	<p>1) Kadar relaksin, kenaikan berat badan, dan derajat tekukan anterior pada pelvis tidak berkorelasi dengan nyeri punggung. Nyeri yang terjadi hanya pada malam hari, yang tidak terkait dengan perubahan posisi dapat diakibatkan oleh hypervolemia dan</p>

			tekanan pada vena cava inferior pada posisi terlentang.
15	Varises pada kaki, pada trimester II dan III	<ol style="list-style-type: none"> 1) Tinggikan kaki sewaktu berbaring. 2) Jaga kaki agar kaki tidak bersilang. 3) Hindari berdiri atau duduk terlalu lama. 4) Senam untuk melancarkan peredaran darah. 5) Hindari pakaian atau korset yang ketat. 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Selama masa hamil progesteron merelaksasi dinding vena, dan aliran balik vena dari ekstremitas bawah terganggu oleh uterus yang terus membesar sehingga sistem vena mendapat tekanan semakin besar dan akibatnya timbul varises.
16	Mual muntah trimester I	<ol style="list-style-type: none"> 1) Hindari bau atau faktor yang menyebabkan mual muntah. 2) Makan sedikit tapi sering. 3) Duduk tegak setiap kali makan 	Mual dan muntah dikaitkan dengan hasil-akhir kehamilan positif-peningkatan risiko abortus spontan, kelahiran prematur, IUGR, dan kematian perinatal. Asupan

		<p>4) Hindari Makanan yang berminyak dan berbumbu</p> <p>5) Minum minuman berkarbonat.</p> <p>6) Hindari menggosok gigi setelah makan.</p> <p>7) Istirahat sesuai kebutuhan.</p>	<p>energi yang rendah menstimulasi pertumbuhan plasenta pada kehamilan dini dan gejala mual dan muntah ini dapat merupakan mekanisme yang membantu pertumbuhan plasenta. Kadar gula rendah, beban lambung berlebihan, peristaltis yang lambat, pembesaran uterus, faktor-faktor hormonal (khususnya HCG), kebiasaan diet, dan faktor-faktor emosional juga berpengaruh.</p>
--	--	--	---

Tabel 2.13 Ketidaknyamanan Masa Hamil, Cara Mengatasinya dan Penyebab

Sumber :Sulistyawati, 2011

2.1.14 Tanda Bahaya Kehamilan

Tanda bahaya pada kehamilan muda meliputi: Abortus, Kehamilan mola, Kehamilan Ektopi.

1. Perdarahan pervaginam

Perdarahan pada kehamilan muda kemungkinan mengindikasikan abortus, kehamilan mola, kehamilan ektopi, pengkajian yang perlu dilakukan meliputi:

1) Abortus

- a) Abortus imminens. Sering juga disebut dengan keguguran membakat dan akan terjadi jika ditemukan perdarahan pada kehamilan muda, namun pada tes kehamilan masih menunjukkan hasil yang positif. Dalam kasus ini keluarnya janin masih dapat dicegah dengan memberikan terapi hormonal dan antispasmodic serta istirahat. Jika setelah beberapa minggu ternyata masih perdarahan dan dalam dua kali tes kehamilan menunjukkan hasil yang negatif, maka harus dilakukan kuretase karena hal tersebut menandakan abortus sudah terjadi.

Tatalaksana khusus : a) pertahankan kehamilan, b) tidak perlu pengobatan khusus, c) jangan melakukan aktivitas fisik berlebihan atau hubungan seksual, d) jika perdarahan berhenti pantau kondisi ibu selanjutnya pada pemeriksaan antenatal termasuk pemantauan kadar Hb dan USG panggul serial setiap 4 minggu lakukan penilaian ulang bila perdarahan terjadi lagi, e) jika perdarahan tidak berhenti nilai kondisi janin dengan USG nilai kemungkinan adanya penyebab lain (Kemenkes RI, 2015).

- b) Abortus insipiens (keguguran sedang berlangsung). Terjadi apabila ditemukan adanya perdarahan pada kehamilan muda disertai dengan membukanya ostium uteri dan terabanya selaput ketuban.

Tatalaksana khusus : a) lakukan konseling untuk menjelaskan kemungkinan resiko dan rasa tidak nyaman selama tindakan evakuasi, serta memberikan informasi mengenai kontrasepsi pascakeguguran, b) Jika usia kehamilan < 16 minggu, lakukan evakuasi isi uterus, jika evakuasi tidak dilakukan segera : berikan ergometrin 0,2 mg IM (dapat diulang 15 menit kemudian bila perlu), rencanakan evakuasi segera. c) Jika usia kehamilan > 16 minggu, tunggu pengeluaran hasil konsepsi secara spontan dan evakuasi hasil sisa konsepsi dari dalam uterus, bila perlu berikan infus 40 IU oksitosin dalam 10 liter NaCl 0,9% atau RL dengan kecepatan 40 tetes per menit untuk membantu pengeluaran hasil konsepsi. d) lakukan pemantauan pasca tindakan setiap 30 menit selama 2 jam, bila kondisi ibu baik, pindahkan ibu ke ruang rawat. Lakukan pemeriksaan jangan makroskopik dan kirimkan untuk pemeriksaan patologi kelaboratorium. Lakukan evaluasi tanda vital perdarahan pervaginam tanda akut abdomen dan produksi urin setiap 6 jam, periksa kadar hemoglobin setelah 24 jam. Bila hasil pemantauan baik dan kadar Hb > 8g/dl, ibu dapat diperbolehkan pulang (Kemenkes RI, 2015).

- c) Abortus inkompletus (keguguran bersisa). Jika terjadi perdarahan pervaginam disertai pengeluaran janin tanpa pengeluaran desidua atau plasenta. Gejala yang menyertai adalah amenore, sakit perut karena

kontraksi, perdarahan yang keluar bisa banyak atau sedikit. Pada pemeriksaan dalam ditemukan ostiom yang terbuka dan kadang masih teraba jaringan, serta ukuran uterus yang lebih kecil dari usia kehamilannya. Jika terdapat tanda-tanda syok, maka atasi dengan pemberian transfusi darah dan cairan, kemudian keluarkan jaringan secepatnya dengan menggunakan dua jari atau kuretase dan selanjutnya berikan obat-obatan uterotonika dan antibiotik.

Tatalaksanaan Khusus : a) Lakukan konseling, b) jika perdarahan ringan atau sedang dan kehamilan usia <16 minggu, gunakan jari atau forcep cincin untuk mengeluarkan hasil konsepsi yang mencuat dari serviks. c) jika perdarahan berat dan usia kehamilan <16 minggu : lakukan evakuasi isi uterus, aspirasi vakum manual adalah metode yang dianjurkan, kuret tajam sebaiknya hanya dilakukan bila AVM tidak tersedia, jika evakuasi tidak segera dilakukan, berikan ergometrin 0,2mg IM (dapat diulang 15 menit kemudian bila perlu). d) jika usia kehamilan lebih dari 16 minggu, berikan infus 40 IU oksitosin dalam 1 liter NaCl 0,9% atau RL dengan kecepatan 40 tetes permenit untuk membantu pengeluaran hasil konsepsi. e) lakukan evakuasi tanda vital pasca tindakan setiap 30 menit selama 2 jam bila kondisi ibu baik, pindahkan ibu ke ruang rawat. f) lakukan pemeriksaan jaringan secara makroskopik dan kirimkan untuk pemeriksaan patologi ke laboratorium. g) lakukan evaluasi tanda vital, perdarahan pervaginam, tanda akut abdomen, dan produksi urin setiap 6 jam selama 24 jam,

periksa kadar hemoglobin setelah 24 jam, bila hasil pemantauan baik dan kadar Hb >8g/dl ibu dapat diperbolehkan pulang (Kemenkes RI, 2015).

- d) Abortus kompletus (keguguran lengkap) abortus dengan perdarahan pervaginam disertai dengan pengeluaran seluruh hasil konsepsi (janin dan desidua) sehingga rahim dalam keadaan kosong.

Tatalaksana Khusus : tidak diperlukan evakuasi lagi, a) lakukan konseling untuk memberikan dukungan emosional dan menawarkan kontrasepsi pasca keguguran. b) apabila terdapat anemia sedang, berikan tablet sulfas ferosus 600mg/hari selama 2 minggu, jika anemia berat berikan transfusi darah. c) evaluasi keadaan ibu setelah 2 minggu.

2) Kehamilan Mola

Disebut juga kehamilan anggur yaitu adanya jonjot korion yang tumbuh ganda berupa gelembung-gelembung kecil yang mengandung banyak cairan sehingga menyerupai anggur atau mata ikan.

Tatalaksana Umum : (1) kasus ini tidak boleh ditatalaksanakan pada fasilitas dasar, ibu harus dirujuk kefasilitas kesehatan yang lebih lengkap, (2) jika serviks tertutup pasang batang laminaria selama 24 jam untuk mendilatasi serviks. (3) siapkan darah untuk transfusi terutama pada mola berukuran besar.

Tatalaksana Khusus : (1) lakukan evakuasi dengan menggunakan aspirasi vakum manual, dan kosongkan isi uterus secara cepat pastikan tersedia 3 tabung AVM yang siap dipakai karena banyak jaringan yang dievakuasi, aspirasi vakum elektrik lebih diutamakan bila tersedia. (2) sementara proses evakuasi

berlangsung, pasang infus oksitosin 10 unit dalam 500 ml NaCl 0,9% atau RL dengan kecepatan 40-60 tetes per menit untuk mencegah perdarahan. (3) ibu dianjurkan menggunakan kontrasepsi hormonal bila masih ingin memiliki anak atau tubektomi bila ingin menghentikan kesuburan. (4) selanjutnya ibu dipantau pemeriksaan HCG serum terus menetap atau naik dalam 2x pemeriksaan berturut-turut, ibu dirujuk ke rumah sakit rujukan tersier yang mempunyai fasilitas kemoterapi. HCG urin yang belum memberi hasil negatif setelah 8 minggu juga mengindikasikan ibu perlu dirujuk ke rumah sakit rujukan tersier.

3) Kehamilan ektopik

Kehamilan dengan hasil konsepsi tidak berada di dalam endometrium uterus. Keadaan ini akan meningkat menjadi kehamilan ektopik terganggu (KET) pada usia kehamilan lebih dari 10 minggu. Sebagian besar KET terjadi pada kehamilan yang terletak di tuba.

Tatalaksana umum : (1) Restorasi cairan tubuh dengan cairan kristaloid NaCl 0,9 % atau Rl (500 ml dalam 15 menit pertama) atau 2 liter dalam 2 jam pertama. 2) Segera rujuk ibu ke rumah sakit.

Tatalaksana khusus : (1) Segera uji silang darah dan persiapan laparotomi. (2) Saat laparotomy lakukan eksplorasi kedua ovarium dan tuba falopii : jika terjadi kerusakan berat pada tuba lakukan salpingektomi (eksisi bagian tuba yang mengandung hasil konsepsi), jika terjadi kerusakan ringan pada tuba usahakan melakukan selpingostomi untuk mempertahankan tuba (hasil konsepsi dikeluarkan, tuba dipertahankan). (3) Sebelum memulangkan pasien berikan konseling untuk penggunaan kontrasepsi, jadwalkan kunjungan ulang setelah 4

minggu. Atasi anemia dengan pemberian tablet besi sulfas ferosus 60 mg per hari selama 6 bulan.

2. Hiperemesis Gravidarum

Hiperemesis gravidarum adalah mual muntah berlebihan sehingga menimbulkan gangguan aktivitas sehari-hari dan bahkan dapat membahayakan kehidupan. Faktor-faktor yang dapat menimbulkan hiperemesis antara lain kemungkinan villi kariolis masuk ke dalam darah, adanya faktor alergi, adanya faktor predisposisi seperti primigravida dan overdistensi rahim, adanya faktor psikologis seperti ketidaksiapan untuk memiliki anak (takut untuk hamil). Gejala hiperemesis gravidarum berdasarkan tingkat keparahannya.

- Tingkat I : 1) mual muntah terus menerus sehingga mempengaruhi keadaan umum, terjadi dehidrasi; 2) tekanan darah menurun, denyut nadi meningkat, dan dapat disertai dengan naiknya suhu tubuh; 3) nyeri epigastrium.
- Tingkat II : 1) dehidrasi bertambah, yang ditandai dengan turgor kulit makin berkurang, lidah kering dan kotor, berat badan menurun, mata cekung; 2) gangguan sirkulasi darah, yang ditandai dengan nadi cepat dan tekanan darah menurun, hemokonsentrasi, oliguria, obtipasi; 3) gangguan metabolisme, yang ditandai dengan terjadinya metabolisme anaerob dalam pemecahan lemak yang menyebabkan adanya badan keton, dijumpai dalam urin dan nafas (bau keton), gangguan fungsi liver terjadi ikterus.
- Tingkat III : Dehidrasi makin berat, mual muntah berhenti, terjadi perdarahan dari esophagus dan retina, gangguan fungsi liver (ikterus) yang terus meningkat, penurunan kesadaran samnolen sampai koma, gangguan

syaraf berupa ensefalopati wernicke, yang ditandai dengan nistagmus, diplopia, dan perubahan mental.

Tatalaksana umum : 1) Sedapat mungkin pertahankan kecukupan nutrisi ibu, termasuk suplementasi vitamin dan asam folat diawal kehamilan. 2) Anjurkan istirahat yang cukup dan hindari kelelahan.

Tatalaksana khusus : 1) bila perlu berikan 10 mg doksilamin dikombinasikan dengan 10 mg vitamin B6 hingga 4 tablet per hari (misalnya 2 tablet saat akan tidur, 1 tablet saat pagi, dan 1 tablet saat siang). 2) Bila masih belum teratasi tambahkan dimenhidrinat 50-100 mg per oral atau supositoria, 4-6 kali sehari (maksimal 200 mg per hari bila meminum 4 tablet doksilamin per piridoksin), atau prometazin 5-10 mg 3-4 kali sehari per oral atau supositoria. 3) Bila masih belum teratasi, tapi tidak terjadi dehidrasi berikan salah satu obat dibawah ini : klorpomazin 10-25 mg per oral atau 50-100 mg IM setiap 4-6 jam, proklorperazin 5-10 mg per oral atau IM atau supositoria setiap 6-8 jam, prometazin 12,5-25 mg per oral atau IM tiap 4-6 jam, metoklopramid 5-10 mg per oral atau IM tiap 8 jam, ondansetron 8 mg per oral tiap 12 jam. 4) Bila masih belum teratasi pasang kanula intravena dan cairan sesuai dengan derajat dehidrasi dan kebutuhan cairannya lalu : berikan suplemen multivitamin IV, berikan dimenhidrinat 50 mg dalam 50 ml NaCl 0,9 % IV selama 20 menit setiap 4-6 jam sekali, bila perlu tambahkan salah satu obat berikut : klorpomazin 25- 50 mg IV setiap 4-6 jam, proklorperazin 5-10 mg per IV tiap 6-8 jam, prometazin 12,5-25 mg IV tiap 4-6 jam, metoklopramid 5-10 mg tiap 8 jam per oral, bila perlu tambahkan metil predmisolon 15-20 mg IV tiap 8 jam atau ondancetron 8 mg selama 15 menit IV

tiap 12 jam atau 1 mg per jam terus menerus selama 24 jam.

Selanjutnya pada kehamilan lanjut, meliputi: perdarahan pervaginam, sakit kepala yang hebat, penglihatan kabur, bengkak pada wajah dan jari-jari tangan, gerakan janin tidak terasa, nyeri perut yang hebat.

3. Perdarahan pervaginam

Adapun perdarahan pervaginam kehamilan lanjut kemungkinan mengindikasikan plasenta previa, solusio plasenta.

1) Plasenta previa

Keadaan dimana plasenta berimplantasi pada tempat abnormal, yaitu pada segmen bawah rahim sehingga menutupi sebagian atau seluruh jalan lahir. Plasenta previa terdiri dari tiga klasifikasi yaitu sebagai berikut : (1) plasenta previa totalis (sentralis) yaitu seluruh ostium ditutupi plasenta; (2) plasenta previa parsialis (lateralis) yaitu sebagian ostium ditutupi plasenta; (3) plasenta previa letak rendah (marginalis) yaitu tepi plasenta berada 3-4 cm diatas pinggir pembukaan, pada pemeriksaan dalam tidak teraba.

Tatalaksana umum : (1) Tidak dianjurkan melakukan pemeriksaan dalam sebelum tersedia kesiapan untuk SC. Pemeriksaan inspekulo dilakukan secara hati-hati, untuk menentukan sumber perdarahan. (2) Perbaiki kekurangan cairan atau darah dengan infus cairan intravena (NaCl 0,9% atau RL). (3) lakukan penilaian jumlah perdarahan. Jika perdarahan banyak dan berlangsung, persiapkan SC tanpa memperhitungkan usia kehamilan, jika perdarahan sedikit dan berhenti dan janin hidup tapi prematur pertimbangan terapi ekspektatif.

Tatalaksana khusus : Terapi konservatif (agar janin tidak prematur dan

upaya diagnosis dilakukan secara non invasive) : (1) syarat terapi ekpektatif : kehamolan preterm dengan perdarahan sedikit yang kemudian berhenti dengan tau tanpa pengobatan topolitik, belum ada tanda inpartu, keadaan ibu cukup baik (kadar Hb dalam batas normal), janin masih hidup dan kondisi janin baik. (2) rawat inap, tirah baring dan berikan antibiotik provilaksis. (3) lakukan pemeriksaan USG untuk memastikan letak plasenta. 4) berikan Tokolitik bila perlu ada kontraksi: MgSO₄ 4 g IV dosis awal, dilanjutkan 4 gr setiap 6 jam, atau nifedipin 3x20 mg per hari, pemberian tokolitik dikombinasikan dengan betamethasone 12 mg IV dosis tunggal untuk pematangan paru janin. (5) perbaiki anemia dengan sulfas ferosus atau ferrous fumarat per oral 60 mg selama 1 bulan. (6) pastikan tersedianya sarana tranfusi. (7) jika perdarahan berhenti dan waktu untuk mencapai waktu 37 minggu masih lama ibu dapat dirawat jalan dengan pesan segera kembali ke rumah sakit jika terjadi perdarahan. Terapi Aktif meliputi : (1) rencana terminasi kehamilan jika : usia kehamilan cukup bulan, janin mati atau menderita anomaly atau keadaan yang mengurangi kelangsungan hidupnya (misalnya anencefali), pada perdarahan aktif dan banyak segera dilakukan terapi aktif tanpa memandang usia kehamilan. (2) jika terdapat plasebta letak rendah perdarahan sedikit dan persentasi kepala maka dapat dilakukan pemecahan selaput ketuban dan persalinan pervaginam masih dimungkinkan jika tidak lahirkan dengan SC. (3) jika persalinan dilakukan dengan SC dan terjadi perdarahan dari tempat plasenta: jahit lokasi perdarahan dengan benang, pasang infus oksitosi 10 unit 500 ml secara IV (NaCl 0,9% atau RL) dengan kecepatan 60 tetes per menit, jika perdarahan terjadi pasca salin

segera lakukan penanganan yang sesuai seperti ligasi arteri dan histerektomi.

2) Solusio Plasenta

Suatu keadaan dimana plasenta yang letaknya normal terlepas sebagian atau seluruhnya sebelum janin lahir, biasanya dihitung sejak usia kehamilan lebih dari 28 minggu. Solusio plasenta diklasifikasikan menjadi tiga menurut derajat lepasnya plasenta adalah sebagai berikut : (1) solusio plasenta lateralis/parsialis yaitu bila hanya sebagian dari plasenta yang terlepas dari tempat perlekatannya; (2) solusio plasenta totalis yaitu bila seluruh bagian plasenta sudah terlepas dari perlekatannya; (3) prolapsus plasenta yaitu kadang-kadang plasenta ini turun kebawah dan dapat teraba pada pemeriksaan dalam.

Tatalaksana umum : (1) kasus ini tidak boleh ditatalaksana pada fasilitas kesehatan dasar harus dirujuk ke fasilitas kesehatan yang lebih lengkap, tatalaksana berikut ini hanya boleh dilakukan di fasilitas kesehatan yang lengkap. (2) jika terjadi perdarahan yang hebat (nyata atau tersembunyi) dengan tanda-tanda awal syok pada ibu lakukan persalinan segera : jika pembukaan servik lengkap lakukan persalinan dengan ekstraksi vakum, jika pembukaan servik belum lengkap lakukan persalinan dengan SC. (3) waspadalah terhadap kemungkinan perdarahan pasca salin. (4) jika perdarahan ringan atau sedang dan belum terdapat tanda-tanda syok tindakan bergantung pada DJJ: DJJ normal lakukan SC, DJJ tidak terdengar namun nadi dan tekanan darah ibu normal pertimbangkan persalinan pervagina, DJJ tidak terdengar dan nadi serta tekanan darah ibu bermasalah pecahkan ketuban ibu dengan Kocher: jika kontraksi jelek perbaiki dengan pemberian oksitosin, jika servik kenyal dan tertutup lakukan SC,

DJJ abnormal kurang dari 100 atau lebih dari 180/menit: lakukan persalinan pervaginam segera atau SC bila persalinan pervaginam tidak memungkinkan. (5) lakukan uji pembekuan darah sederhana: ambil 2 ml darah vena ke dalam tabung reaksi kaca yang bersih dan kering (kira-kira 10 mm x 75mm), pegang tabung tersebut dalam genggamannya untuk menjaganya tetap hangat, setelah 4 menit ketuk tabung secara perlahan untuk melihat apakah pembekuan sudah terbentuk ketuk setiap 5 menit sampai darah membeku dan tabung dapat dibalik, kegagalan terbentuknya pembekuan setelah 7 menit atau adanya bekuan lunak yang dapat pecah dengan mudah menunjukkan koagulapati, jika dijumpai koagulapati berikan darah lengkap segar atau bila tidak tersedia berikan salah satu dibawah ini berdasarkan ketersediannya: *fresh frozen plasma*, *packed red cell*, *rioresipitad*, konsentrasi trombosit.

4. Sakit Kepala Yang Hebat

Sakit kepala bisa terjadi selama kehamilan, dan seringkali merupakan ketidaknyamanan yang normal dalam kehamilan. Sakit kepala yang menunjukkan masalah serius adalah sakit kepala yang hebat yang menetap, dan tidak hilang setelah beristirahat. Kadang-kadang dengan sakit kepala yang hebat tersebut ibu mungkin merasa penglihatannya menjadi kabur atau berbayang. Sakit kepala yang hebat dalam kehamilan adalah gejala dari pre-eklamsi.

5. Penglihatan Kabur

Oleh karena pengaruh hormonal, ketajaman penglihatan ibu dapat berubah selama proses kehamilan. Perubahan ringan (minor) adalah normal. Masalah visual yang mengindikasikan keadaan yang mengancam jiwa adalah perubahan visual

yang mendadak, misalnya pandangan yang kabur atau berbayang secara mendadak. Perubahan penglihatan ini mungkin disertai dengan sakit kepala yang hebat dan mungkin merupakan gejala dari pre-eklamsi.

6. Bengkak di Wajah dan Jari-Jari Tangan

Hampir dari separuh ibu hamil akan mengalami bengkak yang normal pada kaki yang biasanya muncul pada sore hari dan biasanya hilang setelah beristirahat dengan meninggikan kaki. 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 anemia, gagal jantung atau pre-eklamsi.

7. Gerakan Janin Tidak Terasa

Kesejahteraan janin dapat diketahui dari keaktifan gerakannya. Minimal adalah 10 kali dalam 24 jam. Jika kurang dari itu, maka waspada akan adanya gangguan janin dalam rahim, misalnya asfiksia janin sampai kematian janin.

8. Nyeri perut yang hebat

Pada kehamilan lanjut, jika ibu merasakan nyeri yang hebat, tidak berhenti setelah beristirahat, disertai dengan tanda-tanda syok yang membuat keadaan umum ibu makin lama makin memburuk, dan disertai perdarahan yang tidak sesuai dengan beratnya syok, maka kita harus waspada akan kemungkinan terjadinya solusio plasenta.

Pada istilah kesehatan, *antenatal care* merupakan pelayanan kesehatan yang diberikan oleh tenaga profesional kepada wanita selama masa hamil. Ini disesuaikan dengan standar yang ditetapkan dalam buku pedoman petugas

puskesmas dan rumah sakit yaitu 10T :

1. Timbang Berat Badan dan Ukur Tinggi Badan

Pengukuran ini dilakukan untuk memantau perkembangan tubuh ibu hamil. Hasil ukur juga dapat dipergunakan sebagai acuan apabila terjadi sesuatu pada kehamilan, seperti bengkak kehamilan kembar, hingga kehamilan dengan obesitas.

Penambahan berat badan pada trimester I berkisar 0,5 kg setiap bulan. Di trimester II-III, kenaikan berat badan bisa mencapai 0,5 kg setiap minggu. Pada akhir kehamilan, pertambahan berat badan berjumlah sekitar 20-90 kg dari berat badan sebelum hamil.

2. Pemeriksaan Tekanan Darah

Selama pemeriksaan antenatal, pengukuran tekanan darah atau tensi selalu dilakukan secara rutin. Tekanan darah yang normal berada di angka 110/80 – 140/90 mmHg. Bila lebih dari 140/90 mmHg, gangguan kehamilan seperti pre-eklampsia dan eklampsia bisa mengancam kehamilan Anda karena tekanan darah tinggi (hipertensi)

3. Pemeriksaan Tinggi Fundus Uteri (Puncak Uteri)

Tujuan pemeriksaan puncak rahim adalah untuk menentukan usia kehamilan. Tinggi puncak rahim dalam sentimeter (cm) akan disesuaikan dengan minggu usia kehamilan. Pengukuran normal diharapkan sesuai dengan tabel ukuran fundus uteri sesuai usia kehamilan dan toleransi perbedaan ukuran ialah 1-2 cm. Namun, jika perbedaan lebih kecil 2 cm dari umur kehamilan, kemungkinan ada gangguan pada pertumbuhan janin.

4. Skrining Status Imunisasi Tetanus dan Pemberian Imunisasi Tetanus Toksoid (TT)

Pemberian imunisasi harus didahului dengan skrining untuk mengetahui dosis dan status imunisasi tetanus toksoid yang telah Anda peroleh sebelumnya. Pemberian imunisasi TT cukup efektif apabila dilakukan minimal 2 kali dengan jarak 4 minggu.

5. Pemberian Tablet Zat Besi

Pada umumnya, zat besi yang akan diberikan berjumlah minimal 90 tablet dan maksimal satu tablet setiap hari selama kehamilan. Hindari meminum tablet zat besi dengan kopi atau teh agar tidak mengganggu penyerapan.

6. Tetapkan Status Gizi

Pengukuran ini merupakan satu cara untuk mendeteksi dini adanya kekurangan gizi saat hamil. Jika kekurangan nutrisi, penyaluran gizi ke janin akan berkurang dan mengakibatkan pertumbuhan terhambat juga potensi bayi lahir dengan berat rendah. Cara pengukuran ini dilakukan dengan pita ukur mengukur jarak pangkal bahu ke ujung siku, dan lingkaran legan atas (LILA).

7. Tes Laboratorium (Rutin dan Khusus)

Pemeriksaan laboratorium terdiri dari pemeriksaan kadar hemoglobin, golongan darah dan rhesus, tes HIV juga penyakit menular seksual lainnya, dan rapid test untuk malaria. Penanganan lebih baik tentu sangat bermanfaat bagi proses kehamilan.

8. Tentukan Presentasi Janin dan Denyut Jantung Janin (DJJ)

Tujuan dari pemeriksaan ini adalah untuk memantau, mendeteksi , dan

menghindarkan faktor risiko kematian prenatal yang disebabkan oleh hipoksia, gangguan pertumbuhan, cacat bawaan, dan infeksi. Pemeriksaan denyut jantung sendiri biasanya dapat dilakukan pada usia kehamilan 16 minggu.

9. Tatalaksana Kasus

Anda berhak mendapatkan fasilitas kesehatan yang memiliki tenaga kesehatan yang kompeten, serta perlengkapan yang memadai untuk penanganan lebih lanjut di rumah sakit rujukan. Apabila terjadi sesuatu hal yang dapat membahayakan kehamilan, Anda akan menerima penawaran untuk segera mendapatkan tatalaksana kasus.

10. Temu Wicara Persiapan Rujukan

Temu wicara dilakukan setiap kali kunjungan. Biasanya, bisa berupa konsultasi, persiapan rujukan dan anamnesa yang meliputi informasi biodata, riwayat menstruasi, kesehatan, kehamilan, persalinan, nifas, dan lain-lain.

2.1.15 Deteksi Dini Ibu Hamil Resiko Tinggi

1) Pengertian

Menurut Poedji Rochjati (2011) deteksi dini (*skrining*) adalah suatu kegiatan deteksi proaktif pada semua ibu hamil untuk menemukan faktor risiko yang belum memberikan gejala atau keluhan dengan menggunakan alat skrining. Resiko adalah suatu ukuran statistik dari peluang atau kemungkinan untuk terjadinya sesuatu keadaan gawat darurat yang tidak diinginkan pada masa mendatang, yaitu kemungkinan terjadinya komplikasi *obstetric* pada saat

persalinan yang dapat menyebabkan kematian, kesakitan, kecacatan, ketidaknyamanan atau ketidakpuasan pada ibu atau bayi.

Dari uraian diatas dapat disimpulkan bahwa deteksi dini ibu hamil resiko tinggi adalah suatu kegiatan yang mendeteksi semua ibu hamil untuk menemukan faktor resiko yang belum memberikan faktor gejala sehingga meminimalisir terjadinya keadaan gawat darurat yang tidak diinginkan pada masa mendatang.

2) Ciri-ciri faktor resiko

Menurut Poedji Rochyati (2011) beberapa ciri dari faktor resiko pada ibu hamil, meliputi:

- 1) faktor resiko atau masalah mempunyai hubungan dengan kemungkinan terjadinya komplikasi tertentu pada persalinan.
- 2) faktor resiko dapat ditemukan dan diamati atau dipantau selama kehamilan sebelum peristiwa yang diperkirakan terjadi.
- 3) pada seorang ibu hamil dapat mempunyai faktor resiko atau masalah tunggal atau ganda yaitu dua atau lebih yang bersifat sinergistik dan komulatif.

3) Kelompok faktor resiko, meliputi:

- 1) Kelompok faktor resiko 1 (kehamilan yang perlu diwaspadai), kelompok 1 ditemukan dengan mudah melalui pemeriksaan sederhana yaitu wawancara oleh tenaga kesehatan maupun tenaga non kesehatan pada kehamilan muda saat kontak pertama. Ibu resiko tinggi dengan faktor resiko kelompok 1 tidak mempunyai keluhan selama kehamilan ibu dalam keadaan sehat dan merasa sehat. Adapun masalah atau faktor resiko yang

masuk dalam kelompok 1 antara lain :

- (1) terlalu muda, ibu hamil pertama pada umur kurang dari 16 tahun.

Rahim dan panggul ibu belum tumbuh mencapai ukuran dewasa, akibatnya diragukan keselamatan dan kesehatan janin dalam kandungan. Selain itu mental ibu belum cukup dewasa sehingga diragukan keterampilan perawatan diri dan bayinya. Bahaya yang dapat terjadi antara lain : bayi lahir belum cukup bulan, perdarahan dapat terjadi sebelum dan sesudah bayi lahir,

- (2) terlalu lambat hamil dan terlalu tua untuk hamil. Terlalu lambat hamil

merupakan ibu hamil pertama setelah kawin 4 tahun atau lebih dengan kehidupan perkawinan biasa, sedangkan terlalu tua untuk hamil merupakan ibu yang hamil pada umur >35 tahun. Pada usia tersebut mudah terjadi penyakit pada ibu dan organ kandungan menua. Adapun komplikasi kehamilan yang bisa terjadi antara lain : hipertensi, pre-eklamsi, ketuban pecah dini, persalinan lama, perdarahan setelah bayi lahir dan BBLR,

- (3) terlalu cepat hamil lagi (anak terkecil umur <2 tahun), ibu hamil yang

jarak kelahirannya dengan anak terkecil <2 tahun. Kesehatan fisik dan rahim ibu masih butuh cukup istirahat. Ada kemungkinan ibu masih menyusui. Bahaya yang dapat terjadi pada ibu hamil antara lain : perdarahan pasca bayi lahir, bayi lahir prematur, bayi berat lahir rendah,

- (4) terlalu lama hamil lagi, ibu hamil dengan persalin terakhir <10 tahun

yang lalu. Ibu dalam kehamilan dan persalinan ini seolah-olah menghadapi kehamilan dan persalinan yang pertama lagi. Kehamilan ini bisa terjadi pada : anak pertama mati, anak terkecil hidup umur 10 tahun lebih dan ibu tidak ber-KB. Bahaya yang dapat terjadi pada ibu primi tua sekunder : persalinan dapat berjalan tidak lancar, perdarahan pasca persalinan, penyakit hipertensi, diabetes dan lain-lain,

(5) terlalu banyak anak (4 atau lebih), ibu pernah hamil atau melahirkan anak 4 kali atau lebih. Karena ibu sering melahirkan maka kemungkinan akan banyak ditemui keadaan : anemia, kurang gizi, kekendoran pada dinding perut, tampak ibu dengan perut menggantung. Bahaya yang terjadi pada kelompok ini antara lain: persalinan letak lintang, ruptur uteri, persalinan lama, perdarahan pasca persalinan,

(6) terlalu tua (Umur >35 tahun), ibu hamil berumur 35 tahun atau lebih dimana pada usia tersebut terjadi perubahan pada jaringan alat-alat kandungan dan jalan lahir tidak lentur lagi. Bahaya yang dapat terjadi pada kelompok ini : tekanan darah tinggi dan pre-eklampsia, ketuban pecah dini, persalinan macet, perdarahan setelah bayi lahir,

(7) terlalu pendek ≤ 145 cm, terdapat tiga batasan pada kelompok resiko ini, yaitu :

- 1) Ibu hamil pertama sangat membutuhkan perhatian khusus. Luas panggul ibu dan besar kepala janin mungkin tidak proposional. Dalam hal ini, ada 2 kemungkinan yang mungkin terjadi:

panggul ibu sebagai jalan lahir ternyata sempit dan kepala janin tidak besar atau ukuran normal tetapi ukuran kepala janin besar.

2) Ibu hamil kedua dengan kehamilan lalu bayi lahir mati.

3) Ibu hamil, kehamilan sebelumnya belum pernah melahirkan cukup bulan, meningkatkan resiko bayi berat lahir rendah,

(8) pernah gagal hamil (riwayat obstetri jelek), dapat terjadi pada ibu hamil dengan:

a) Kehamilan kedua, dimana kehamilan yang pertama mengalami keguguran, lahir belum cukup bulan, lahir mati, lahir hidup lalu mati umur <7 tahun. Kehamilan ketiga atau lebih, kehamilan yang lalu pernah mengalami keguguran > 2 kali.

b) kehamilan kedua atau lebih, kehamilan terakhir janin mati dalam kandungan. Bahaya yang dapat terjadi pada kelompok resiko ini antara lain: (a) kegagalan kehamilan dapat berulang dan terjadi lagi, dengan tanda-tanda pengeluaran buah kehamilan sebelum waktunya keluar darah, perut kencang, (b) Penyakit dari ibu yang menyebabkan kegagalan kehamilan, misalnya kencing manis, radang saluran kencing dan lain-lain,

(9) persalinan yang lalu dengan tindakan, persalinan yang ditolong dengan alat atau jalan lahir biasa atau pervaginam :

a) Tindakan dengan tarikan cuman/vorsep atau vacuum, bahaya yang terjadi akibat tindakan dantarikan: robekan jalan lahir dan perdarahan pasca persalinan.

- b) manual plasenta yaitu tindakan pengeluaran plasenta dari rongga rahim dengan menggunakan tangan, bahaya yang dapat terjadi adalah radang bila penolong tidak steril, perforasi dan perdarahan.
 - c) ibu diberi transfusi pada persalinan lalu, persalinan yang lalu mengalami perdarahan pasca persalinan yang banyak lebih dari 500 cc, sehingga ibu menjadi syok dan membutuhkan infus serta transfusi darah, (10) pernah operasi sesar, ibu hamil pada persalinan lalu dilakukan operasi sesar. Oleh karena itu pada dinding rahim ibu terdapat cacat bekas luka operasi.
- 2) Kelompok II. Pada kelompok ini terdapat gawat *obstetric* atau AGO dan merupakan tanda bahaya pada saat kehamilan, persalinan dan nifas. Pada ibu hamil kelompok faktor resiko II kebanyakan terjadi pada usia kehamilan 6 bulan atau lebih. Faktor resiko yang masuk dalam kelompok II antara lain:
- (1) penyakit pada ibu hamil, diantaranya adalah anemia, malaria, tuberkulosa paru, payah jantung, *diabetes militus*, *HIV/AIDS*, dan *toksoplasmosis*,
 - (2) bengkak pada muka dan tungkai *pre-eklamsia* ringan, kondisi ibu yang disebabkan oleh kehamilan, disebut keracunan kehamilan, dengan tanda-tanda edema (pembengkakan), terutama tampak pada tungkai dapat pada muka. Edema disebabkan ada penumpukan cairan yang berlebihan disela-sela jaringan tubuh,

- (3) tekanan darah tinggi,
- (4) dalam air seni terdapat zat putih telur (pemeriksaan urine dari laboratorium),
- (5) *gemelli* hamil kembar atau lebih, ibu hamil dengan dua janin (*gemeli*) atau tiga (*triplet*) atau lebih dalam rahim. Pada hamil kembar perut tampak membesar lebih besar dari biasanya. Rahim juga ikut membesar yang menekan organ tubuh disekitarnya dan menyebabkan keluhan-keluhan : napas tidak longgar seolah-olah sesak napas, pembengkakan dua bibir kemaluan dan tungkai, pemekaran urat-urat (*varises*), haemoroid, kadang-kadang keluar darah dari dubur. Bahaya yang dapat terjadi pada kehamilan kembar yaitu : keracunan kehamilan, polihidramnion, anemia, persalinan prematur, kelainan letak, persalinan sukar, perdarahan pasaca persalinan,
- (6) hidramnion, kehamilan dengan jumlah air ketuban lebih dari dua liter keadaan ini mulai tampak pada trimester tiga, dapat terjadi perlahan-lahan atau sangat cepat. Pada kehamilan normal, jumlah air ketuban setengah sampai satu liter karena rahim sangat membesar. Menekan pada organ tubuh sekitarnya yang menyebabkan keluhan-keluhan sebagai berikut : sesak napas, perut membesar, nyeri perut, pembengkakan pada labia mayora dan minora serta tungkai. Bahaya yang dapat terjadi pada kehamilan kembar yaitu: keracunan kehamilan, polihidramnion, anemia, persalinan prematur, kelainan letak, persalinan sukar, perdarahan pasaca persalinan,

- (7) janin mati dalam kandungan, keluhan-keluhan ibu hamil dengan janin mati dalam kandungan/rahim: tidak terasa gerakan anak, perut terasa mengecil, payudara mengecil. Pada kehamilan normal gerakan janin dapat dirasakan ibu pertama kali pada umur kehamilan empat sampai lima bulan. Sejak saat itu gerakan janin sering dirasakan ibu. Bila gerakan janin berkurang, melemah, atau tidak bergerak sama sekali dalam 12 jam, kehidupan bayi mungkin terancam, sehingga ibu perlu segera mencari pertolongan,
- (8) *post date* atau hamil lebih bulan, ibu dengan umur kehamilan/hamil lebih bulan ≥ 42 minggu, pada hamil lebih bulan, plasenta sebagai alat penyalur makanan dan zat asam dari ibu ke janin mengalami proses menjadi tua, sehingga fungsi dari jaringan plasenta dan pembuluh darah menurun, dampak bagi janin adalah, tubuh mengecil, kulit mengkerut, lahir dengan berat lahir rendah, janin dapat mati mendadak,
- (9) letak sungsang, pada kehamilan tua (hamil 8-9 bulan), letak janin dalam rahim dengan kepala diatas dan bokong atau kaki dibawah. Bayi letak sungsang lebih sukar lahir karena kepala lahir terakhir. Bahaya yang dapat timbul pada kelainan letak sungsang : persalinan dapat macet pada bahu, kepala sangat sukar dilahirkan,
- (10) letak lintang. Merupakan kelainan letak janin didalam rahim pada kehamilan tua (hamil 8-9 bulan) : kepala ada disamping kanan atau kiri dalam rahim. Bahaya yang dapat terjadi pada kelainan letak

lintang : persalinan ditangani secara operasi, terjadi robekan rahim yang mengakibatkan perdarahan anemia berat, infeksi, ibu syok atau mati.

- 3) Kelompok III, mudah ditemukan dengan tanda-tanda perdarahan dan kejang-kejang. Keadaan ini merupakan kondisi ibu yang langsung mengancam nyawa ibu dan janin. Ibu dengan faktor resiko ini harus segera dirujuk ke rumah sakit sebelum kondisi ibu dan janin bertambah jelek, yang membutuhkan penanganan atau tindakan pada saat itu juga dalam upaya menyelamatkan nyawa ibu dan bayinya yang terancam. Faktor resiko pada kelompok III adalah :

- (1) perdarahan *antepartum* atau perdarahan sebelum bayi lahir, adalah tiap perdarahan keluar dari liang senggama pada ibu hamil setelah 28 minggu. Perdarahan antepartum harus mendapat perhatian penuh karena merupakan tanda bahaya yang dapat mengancam nyawa ibu dan janinya. Perdarahan dapat keluar sedikit-sedikit tetapi terus menerus lama-lama ibu mengalami anemia berat. Sekaligus banyak yang menyebabkan ibu syok, lemas/nadi kecil dan tekanan darah menurun. Bahaya yang dapat terjadi akibat perdarahan sebelum bayi lahir :

- a) bayi terpaksa dilahirkan sebelum cukup bulan.
- b) dapat membahayakan ibu, kehilangan darah, timbul anemia berat dan syok. Ibu dapat meninggal.
- c) Dapat membahayakan janinya yaitu mati dalam kandungan,

- (2) *pre-eklamsia* berat atau *eklamsia*. Pre-eklamsia berat terjadi bila ibu dengan pre-eklamsia ringan tidak dirawat, ditangani, dan diobati dengan benar. Pre-eklamsia berat, bila tidak ditangani dengan benar akan terjadi kejang-kejang, menjadi eklamsia. Pada waktu kejang-kejang, sudip lidah dimasukkan ke dalam mulut ibu diantara kedua rahang supaya lidah tidak tergigit. Bahaya yang dapat terjadi, yaitu :
- a) Bahaya bagi ibu, dapat tidak sadar atau koma sampai meninggal.
 - b) Bahaya bagi janin : dalam kehamilan ada gangguan pertumbuhan janin dan bayi lahir kecil, mati dalam kandungan.
- 4) Alat deteksi dini ibu hamil resiko tinggi, salah satu alat yang digunakan dalam mendeteksi ibu hamil adalah kartu skor Poedji Rochjati, alat ini pertama kali digunakan di Jawa Timur pada tahun 1994 sampai sekarang yang dikembangkan oleh Poedji Rochjati (2011). Berikut adalah penjelasan tentang kartu skor Poedji Rochjati :
- 1) Pengertian : Kartu skor digunakan sebagai alat rekam kesehatan ibu hamil berbasis keluarga. Format KSPR disusun sebagai kombinasi antara checklist dan sistem skor. Checklist dalam faktor resiko ada 20 : kelompok 1 terdiri atas 10 faktor resiko, kelompok 2 terdiri dari 8 resiko dan kelompok 3 terdiri atas 3 resiko.
 - 2) Fungsi : Kartu skor mempunyai 4 fungsi, yaitu :
 - (1) skrining antenatal atau deteksi dini faktor resiko pada ibu hamil resiko tinggi,
 - (2) pemantauan dan pengendalian ibu hamil selama kehamilan,

- (3) pencatat kondisi ibu selama kehamilan, persalinan, nifas, mengenai ibu dan bayi,
 - (4) pedoman untuk pemberi penyuluhan, validasi data kehamilan, persalinan, nifas dan perencanaan KB.
- 3) Tampilan kartu : Kartu skor dibuat dalam satu helai dengan halaman depan dan belakang, dapat dilipat dua, tiap halaman menjadi bagian kiri dan kanan, disusun dengan praktis untuk mudah dimengerti, digunakan oleh tenaga kesehatan dan non-kesehatan PKK, dukun, serta mudah dibawa dan disimpan. Dengan warna hijau agar mudah dikenal dan mudah ditemukan.
- 4) Deteksi Dini Ibu Risiko Tinggi

Gambar 2.1 Halaman depan lembar skrining dan skor Poedji Rochjati

Kiri atas : Identitas ibu hamil, diisi pada kontak pertama :

- a) Nama,
- b) Umur

- c) Pendidikan,
- d) Pekerjaan,
- e) Kehamilan beberapa,
- f) Riwayat kehamilan yang lalu, tanggal hari pertama dari hari haid, tanggal dan bulan dari perkiraan persalinan, identitas suami :
 - (a) pendidikan dan
 - (b) pekerjaan,

Kiri tengah : Isi yang digunakan untuk melakukan skrining atau deteksi dini masalah atau faktor resiko, skor dari faktor resiko yang ditemukan dan jumlah skor. Bagian ini terbagi dalam kolom, yaitu :

- kolom 1 (kelompok faktor resiko 1, 2, 3),
- kolom 2 (nomor urut dari masalah atau faktor resiko 1-20),
- kolom 3 (skor awal ibu hamil macam masalah atau faktor resiko pada ibu hamil, ada 20),

Nomor urut 1-10 : kelompok I, ada potensi gawat obsetri/APGO, 7 terlalu dan 3 pernah. Kondisi ibu hamil/faktor yang berhubungan dengan umur, paritas dan riwayat persalinan yang lalu, yaitu: primi muda (terlalu muda, hamil \leq 16 th), primi tua (terlalu tua, hamil \geq 35 th dan terlalu lambat hamil I, kawin \geq 4 th), terlalu cepat hamil lagi ($<$ 2 th), primi tua sekunder (terlalu lama hamil lagi \geq 10 th), grande multi (terlalu banyak anak, 4 atau lebih), terlalu tua umur ibu \geq 35th, tinggi badan terlalu pendek \leq 145 cm, riwayat obsetri jelek (penah gagal hamil yang lalu), pernah melahirkan dengan tindakan bukan operasi (tarikan tang/vacuum, uri dirogoh, diberi infuse/tranfusi), pernah operasi sesar. Faktor

resiko yang ditemukan dicocokkan dengan gambar pada nomor yang sesuai dengan faktor resiko diberi skor 4 dan khusus untuk bekas seksio diberi skor 8. Faktor resiko no. 1-10 mudah ditemukan melalui tanya jawab dan periksa pandang terhadap ibu hamil pada kontak 1 pada kehamilan muda oleh ibu hamil, suami, keluarga, PKK, dukun, tenaga kesehatan, bidan desa,

Nomor urut 11-18 : kelompok II, ada gawat obsetri /AGO, 8 faktor resiko. Penyakit pada ibu hamil bengkak pada tungkai muka dan tekanan darah tinggi, hamil kembar, hidramnion, bayi mati dalam kandungan, kehamilan lebih bulan, letak sungsang dan letak lintang. Skor diberi 4, kecuali letak sungsang dan letak lintang diberi skor 8. Bila tenaga non kesehatan, PKK, atau dukun menduga adanya faktor resiko misalnya hamil kembar, dirujuk ke bidan, kemudian bidan memeriksa, bila betul baru diberi skor bersama-sama dengan bidan,

Nomor urut 19-20 : kelompok III, ada gawat darurat obsetri (AGDO) perdarahan antepartum dan pre-eklamsia skor 8. Faktor resiko ini langsung mengancam jiwa ibu, Kolom IV :

- a) Pemantauan terhadap ibu hamil selama kehamilan : tanggal dan bulan pada tiap kontak ditulis diatas umur kehamilan yang sesuai : kontak pada tribulan I, tribulan II, dan dua kali Tribulan III
- b) Tanggal dari rencana kontak berikutnya juga segera tertulis pada kolom umur kehamilan berikutnya. Tanggal ini ditulis juga dalam buku catatan ibu hamil untuk membantu memudahkan mengingat kapan kontak berikutnya harus dilaksanakan,

- c) Berisi nilai skor awal 2 untuk semua ibu hamil. Skor untuk masing-masing faktor resiko adalah 4 atau 8
- d) Untuk pemberian dan pencatatan skor pada tiap kontak. Terdapat 4 kolom kecil untuk pengisian skor dari faktor resiko yang ditemukan pada tiap kontak dengan ibu hamil oleh petugas.

Jumlah skor; mengisi jumlah skor pada tiap kontak, jumlahkan skor awal ibu hamil dan skor dari faktor resiko yang ada pada waktu kontak yang sama.

Halaman Kiri bawah : penyuluhan/komunikasi informasi edukasi-KIE. Penyuluhan untuk kehamilan/persalinan aman dan rujukan terencana. Jumlah skor, kelompok resiko dengan kode warnanya akan memudahkan pemberian penyuluhan kepada ibu hamil, suami dan keluarga dalam bentuk komunikasi, informasi dan edukasi (KIE) mengenai kehamilan/persalinan aman. Berikut adalah tindakan perawatan yang dilakukan setelah mengetahui hasil skor yang didapat : (1) Perawatan kehamilan, menggunakan buku KIA dan rujukan kehamilan bagi ibu resiko tinggi ke puskesmas atau rumah sakit. Berikut tindakan yang dilakukan setelah mengkaji skor, yaitu :

- a) Skor 2 : perawatan kehamilan ke bidan di desa, baik di posyandu, polindes, puskesmas, tidak perlu dirujuk
- b) Skor 6-10 : diberi nasehat periksa kehamilan dan rujukan kehamilan ke bidan atau puskesmas untuk menetapkan dugaan faktor resiko yang ditemukan, misalnya pada gemeli, letak sungsang, janin mati atau IUFD

c) Skor ≥ 12 : Ibu hamil dengan faktor resiko ganda (2 atau lebih) dinasehatkan untuk periksa kehamilannya, dan bila perlu dirujuk ke rumah sakit untuk pemeriksaan lebih intensif,

5) Persalinan, ibu hamil resiko tinggi KRT, ibu resiko sangat tinggi KRST:

a) KIE mengenai tempat menolong persalinan yang sesuai dengan kelompok resiko dan macam faktor resiko

b) Rujukan persalinan dengan pola rujukan terencana :

(a) Rujukan pada ibu APGO dan ibu AGO. Ibu hamil dirujuk dalam kondisi sehat, walaupun ada faktor resiko ibu dapat berjalan, naik kendaraan umum ke rumah sakit.

(b) Rujukan dalam rahim (RDR), dilakukan pada janin resiko tinggi dengan upaya penyelamatan janin dalam rahim, agar setelah dilahirkan dapat langsung ditangani oleh dokter spesialis anak. Misalnya pada ibu hamil riwayat obstetrik jelek dengan penyakit diabetes mellitus.

(c) Rujukan Tepat Waktu (RTW) pada : ibu AGDO dengan perdarahan antepartum dan pre-eklampsia, komplikasi pada komplikasi persalinan dini.

Penggunaan ceklist dari kondisi ibu hamil faktor resiko dan perhitungan skor. Ada 3 hal yang perlu diperhatikan yaitu :

(1) Deteksi adanya faktor resiko pada setiap kontak

(2) Cara pemberian skor dan cara pencatatan skor dalam kolom IV dan dengan kolom 4 kolom kecil pada umur kehamilan pada waktu kontak.

- (3) Penghitungan jumlah skor dari skor awal dan skor kondisi ibu hamil/ faktor resiko.

Cara pengisian kolom IV tempat menulis skor :

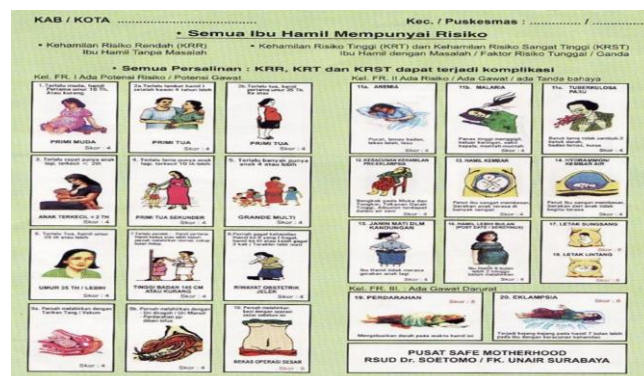
- 1) Bila salah satu ibu hamil dengan faktor resiko nomor 1-20 maka skor ditulis pada kolom umur kehamilan yang sesuai saat itu.
- 2) jumlah skor adalah jumlah dari skor awal dan skor pada faktor resiko nomor 1-20 ditulis pada baris jumlah skor.

Halaman depan kanan :

- 1) Tempat perawatan kehamilan : posyandu, polindes, rumah bidan, puskesmas, rumah sakit, pilih dan tandai dengan melingkari tempat perawatan dari ibu hamil.
- 2) Data persalinan ibu dan bayi :
 - a) Tanggal dari persalinan.
 - b) Rujukan persalinan, Jika dilakukan rujukan, asal rujukan dan tujuan dari rujukan. Beri lingkaran sesuai jawaban yang didapat.
 - c) Komplikasi obstetri jika dalam kehamilan atau persalinan terdapat komplikasi obstetri tandai jawaban yang sesuai.
 - d) Tempat bersalin, tiap persalinan membutuhkan tempat tandai pada salah satu jawaban yang tersedia dimana tempat ibu melahirkan.
 - e) Penolong persalinan, tiap persalinan pasti membutuhkan penolong persalinan. Pilih dan tandai macam persalinan sesuai dengan yang dialami ibu.

- f) Macam persalinan, dari penolong persalinan dapat diketahui jenis/macam persalinan. Pilih dan tandai salah satu jawaban yang tersedia.
- g) Keadaan ibu dan bayi pasca persalinan harus dicatat. Jika ibu dalam keadaan sehat dan selamat, tandai pada pilihan hidup, jika terjadi kematian tanyakan apa penyebabnya dan dimana tempat kematian ibu.
- h) Keadaan ibu selama nifas yaitu 42 hari setelah persalinan, tanyakan pada ibu apakah keadaan sehat atau sakit pada masa nifas. Tanyakan pada ibu apakah ia memberikan ASI pada bayinya. Jika ibu memberikan makanan tambahan tanya apa jenisnya. Jika ibu meninggal tanyakan kepada suami atau keluarganya apa penyebab kematian.
- i) Perencanaan KB, Tanyakan pada ibu atau suami tentang perencanaan KB. Jika ya, jenis KB apa yang dipilih. Tandai jawaban tersebut pada kartu skor. Setelah persalinan, apakah pada ibu langsung dilakukan sterilisasi.

Halaman Belakang pada kartu skor Poedji Rohjati, yaitu :



Gambar 2.2 Halaman Belakang Kartu Skor Poedji Rohjati

Kiri dan kanan : Terdapat gambar faktor resiko 1-20 kelompok I, II, dan III dengan urutan pada ceklis. Pada masing-masing nomor ada penjelasan batasan dari faktor resiko dan skornya. Pada pojok kanan bawah : Identitas instansi/organisasi yang memberi bantuan biaya untuk pengandaan kartu skor.

Cara pemberian skor pada halaman belakang yaitu : tiap kondisi ibu hamil (umur dan paritas) dan faktor resiko diberi nilai 2,4,8. Umur dan paritas pada semua ibu hamil diberi skor 2 sebagai skor awal. Tiap faktor resiko skornya 4, kecuali bekas operasi sesar, letak sungsang, letak lintang, perdarahan ante partum dan pre-eklamsia berat/eklamsi diberi skor 8. Tiga faktor resiko dapat dilihat pada gambar yang ada dalam kartu skor Poedji Rochjati (KSPR).

Cara pemberian skor :

- (1) Skor awal X, yaitu skor dari umur dan paritas yang merupakan karakteristik pada setiap ibu hamil.
- (2) skor awal X+Y, nilai Y adalah skor dari faktor resiko yang mungkin sudah ditemukan pada kontak pertama.
- (3) jumlah skor dapat tetap atau bertambah disesuaikan dengan faktor resiko yang kemudian hari timbul.
- (4) jumlah skor tidak akan berkurang walaupun gejalanya tidak ada lagi, misalnya : edema tungkai pada pre-eklamsia ringan karena resiko tetap ada dan gejala X dari faktor resiko tersebut sewaktu-waktu dapat timbul kembali.
- (5) dengan pengertian bahaya dari pre-eklamsia dan eklamsia tetap masih ada persalinan dan nifas selesai, yaitu samai 42 hari pasca persalinan.

Kasus Kehamilan	Kontak	Pemberian Skor	Jumlah Skor	Kode Warna
Ibu hamil berumur 30 tahun sedang hamil 3 bulan kehamilan yang ke-3 Anak kedua lahir dengan operasi sesar	I	2 8	10	Kuning
Keadaan tetap	II, III	Tetap	10	Kuning
Pada umur kehamilan 8 bulan, terjadi perdarahan. Oleh ibu PKK di Rujuk dan dirawat di Rumah Sakit. Setelah perdarahan berhenti dipulangkan.	IV	8	18	Merah
Dirumah tidak ada perdarahan ibu PKK melakukan kontak.	V	Tetap	18	Merah
Mendadak perdarahan banyak ibu PKK segera merujuk ke Rumah Sakit.	-	Tetap	18	Merah

Tabel 2.14 Cara Perhitungan Jumlah Skor dan Kode Warna Sumber : Rochjati,

2011

Pada tiap kontak jumlah skor dihitung jumlah skor 2, 6-10, dan 12 atau lebih, berdasarkan jumlah skor, ibu hamil dapat ditentukan termasuk dalam 3

kelompok resiko (KRR, KRT, dan KRST), dengan kode warna (hijau, kuning dan merah) :

- (1) Jumlah skor 2: Kehamilan resiko rendah (KRR), warna hijau
- (2) Jumlah 6-10 : Kehamilan resiko tinggi (KRT), warna kuning
- (3) Jumlah > 12: Kehamilan resiko sangat tinggi (KRST), kode warna merah.

Jumlah skor pada tiap kontak, menentukan kelompok resiko yang menjadi petunjuk pemberia KIE, penanganan ibu hamil seterusnya, yaitu rujukan kehamilan dan perencanaan persalinan, baik tempat dan penolong persalinan, bila perlu rujukan sudah dapat direncanakan sebagai rujukan terencana.

2.1.16 Konsep Kram Kaki.

1. Pengertian Kram Kaki.

Kram otot adalah kontraksi dari otot secara tidak sadar dan mendadak sehingga otot kaku dan terasa nyeri. Otot yang mengalami kram sulit untuk menjadi rileks kembali. Bisa dalam hitungan menit bahkan jam untuk meregangkan otot kram. Kontraksi dari kram otot sendiri dapat terjadi dalam waktu beberapa detik sampai beberapa menit. Selain itu kram otot dapat menimbulkan rasa nyeri.

Keluhan kram kaki terutama betis disampaikan oleh ibu hamil muda. Kejadian kram kaki berkaitan dengan mual, muntah, kurangnya makan, sehingga terdapat perubahan keseimbangan elektrolit dengan kalsium, kalsium dan natrium yang menyebabkan terjadinya perubahan berkelanjutan dalam cairan tubuh, ditambah asupan makanan yang masuk berkurang sehingga

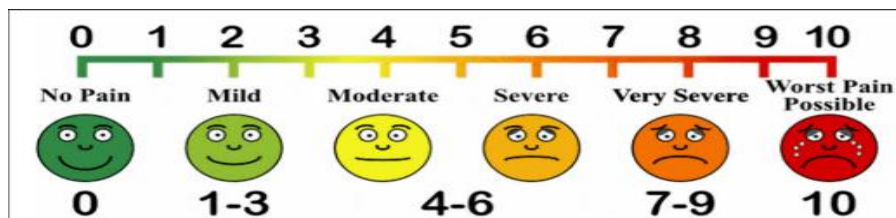
terjadi perubahan metabolisme tubuh. Perubahan metabolisme dapat mengubah keseimbangan asam basa, cairan tubuh dan darah sehingga menambah terjadinya kram pada kaki. Keluhan ini berangsur-angsur akan menghilang atau berkurang dengan semakin tuanya umur kehamilan.

2. Penyebab Kram Kaki.

Kram pada ibu hamil pada umumnya dianggap normal bagi ibu seorang wanita yang sedang menjalani masa kehamilan. Meskipun masih tergolong normal, tapi sebaiknya jangan dibiarkan hingga dapat menimbulkan sakit yang berkepanjangan. Kram biasanya terjadi saat kehamilan memasuki trimester ketiga karena berat badan yang bertambah sehingga terjadi penumpukan cairan tubuh sehingga terjadi kram pada anggota tubuh seperti kram kaki. Kram biasanya terjadi pada malam hari, diakibatkan oleh pertumbuhan janin sekaligus perubahan hormonal. Perut yang terdorong ke depan (terutama jika kehamilan sudah besar), memindahkan titik gravitasi. Keadaan ini juga dimungkinkan karena kadar kalsium serum rendah sementara fosfat tinggi sehingga system neuromuscular mudah terangsang.

Kram kaki berkaitan dengan kurangnya makan, sehingga terdapat perubahan keseimbangan elektrolit dengan kalium, kalsium, dan natrium yang menyebabkan terjadinya perubahan berkelanjutan dalam darah dan cairan tubuh. Perubahan metabolisme dapat mengubah keseimbangan asam basa, cairan tubuh dan darah sehingga menambah terjadinya kram pada kaki. Penyebab lainnya adalah kelelahan yang berkepanjangan, serta tekanan rahim pada beberapa titik persarafan yang berhubungan dengan saraf-saraf kaki.

3. Penilaian Respon Intensitas Nyeri



Penilaian Skala Nyeri 0-10 (Comparative pain scale)

0 : Tidak ada rasa sakit. Merasa normal

1 – 3 : Sedikit sakit, sebagian besar waktu anda tidak pernah berpikir tentang rasa sakit

4 – 5 : Sedikit lebih sakit, nyeri ringan seperti cubitan ringan pada kulit

6 – 7 : Jauh lebih sakit, sehingga mengganggu aktivitas

8 – 9 : jauh lebih sakit banget, sehingga sangat mengganggu aktivitas

10 : Sangat sakit luar biasa sampai nangis, sakit yang tak

4. Dampak Kram Kaki.

a. Pada Kehamilan.

Pada ibu hamil kebanyakan kram kaki tidak akan menimbulkan keluhan apa-apa kecuali pegal dan perasaan tidak nyaman pada kaki karena susah bergerak.

b. Pada Persalinan.

Pada persalinan jika kram kaki yang dirasakan ibudisebabkan karena perubahan fisik dan kelelahan otot selama kehamilan maka tidak ada bahaya selama proses persalinan, jika kram kaki terjadi karena kekurangan kalsium maka mengakibatkan peningkatan volume cairan interstisial yang luas (edema ekstraseluler) dan hipertensi akibat

peningkatan volume darah karena kebanyakan garam dan air yang bocor dari darah dan masuk ke rongga interstisial.

c. Pada Nifas.

Pada nifas meskipun hal ini normal dan akan menghilang dengan sendirinya, namun tetap saja ibu tetap tidak nyaman karena susah berjalan.

d. Pada Bayi

Kram kaki yang terjadi pada ibu, juga bisa berpengaruh pada BBL yaitu menyebabkan BBLR (berat badan lahir rendah) tahanan .nilai intensitas nyeri dapat dilakukan.

e. Pada KB

Pada ibu yang pernah mengalami kram kaki, saat masa KB ibu boleh menggunakan semua alat kontrasepsi karena kram kaki tidak termasuk resiko tinggi.

5. Penatalaksanaan.

- a. Melakukan hypnoterapi yaitu relaksasi dengan duduk dan luruskan kaki.
- b. Beritahu ibu untuk mengatur pola makan seperti mengkonsumsi makanan yang mengandung kalsium seperti sayuran hijau,kacang-kacangan kering, minum susu dll.
- c. Melakukan senam ibu hamil agar melenturkan otot-otot diseluruh tubuh.
- d. Pemijatan otot kaki yang sedang kram secara perlahan dan lembut.
- e. Anjurkan mengompres kaki dengan air hanga

2.2 Konsep Dasar Persalinan

2.2.1 Pengertian Persalinan

Definisi persalinan normal menurut WHO adalah persalinan yang dimulai secara spontan, berisiko rendah pada awal persalinan dan tetap demikian selama proses persalinan. Bayi dilahirkan secara spontan dalam presentasi kepala pada usia kehamilan 37-42 minggu lengkap. Setelah persalinan ibu maupun bayi berada dalam kondisi sehat (Setyorini, 2013).

Persalinan adalah proses pergerakan keluarnya janin, plasenta dan membrane dari dalam Rahim melalui jalan rahim. Proses ini berawal dari pembukaan dan dilatasi serviks sebagai akibat kontraksi uterus dengan frekuensi, durasi, dan kekuatan yang teratur. Mula-mula kekuatan yang muncul kecil, kemudian terus meningkat sampai pada puncaknya pembukaan serviks lengkap sehingga siap untuk pengeluaran janin dari Rahim ibu (Rohani, Saswita, & Marisa, 2011).

2.2.2 Klasifikasi Persalinan

Menurut Setyorini (2013), klasifikasi persalinan terdiri antara lain :

- a. Persalinan/*partus immaturus* : pengeluaran buah kehamilan antara umur kehamilan 22 minggu sampai dengan 28 minggu atau bayi dengan BBLR antara 500gr sampai dengan 999gr.
- b. *Partus prematurus* : pengeluaran buah kehamilan antara usia kehamilan 28 minggu sampai 37 minggu atau bayi dengan BBLR antara 1000 gr sampai 2499 gr.

- c. *partus maturus/aterm* : pengeluaran buah kehamilan antara umur kehamilan 37-42 minggu atau bayi dengan BBL antara 2500 gr atau lebih.
- d. *Partus postmaturus/parts serotinus* : pengeluaran buah kehamilan setelah kehamilan 42 minggu.

Menurut Erawati (2010), klasifikasi persalinan ada 3 jenis yaitu sebagai berikut:

- a. Persalinan spontan, jika persalinan berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri dan melalui jalan lahir ibu tersebut.
- b. Persalinan buatan, jika persalinan dibantu tenaga dari luar, misalnya ekstraksi vakum atau sectio caesarea.
- c. Persalinan anjuran, persalinan yang tidak dimulai dengan sendirinya, tetapi berlangsung setelah pemecahan ketuban, pemberian pitosin, atau prostaglandin.

2.2.3 Teori Mulainya Persalinan

Menurut Setyorini (2013), terjadinya persalinan secara pasti belum diketahui, tetapi ada beberapa teori yang berkaitan dengan timbulnya his dan terjadinya persalinan yaitu :

- a. Teori penurunan kadar progesteron

Selama kehamilan terdapat keseimbangan progesterone dan estrogen.

Pada masa kehamilan progesterone meningkat, dimana fungsinya adalah menimbulkan relaksasi pada otot-otot rahim, sedangkan hormone estrogen adalah untuk meningkatkan kerentanan otot rahim. Diakhir kehamilan kadar progesterone mengalami penurunan yaitu sekitar 1-2 minggu sebelum partus

dimulai, sehingga dapat menimbulkan his yang menyebabkan terjadinya kontraksi uterus dan pembukaan serviks, sehingga terjadi persalinan.

b. Teori oksitosin

Pada akhir kehamilan kadar oksitosin meningkat di jaringan desidua dan miometrium karena menurunnya hormone progesterone yang akan merangsang pelepasan prostaglandin yang akan menyebabkan kontraksi. Kadar oksitosin ibu sangat rendah dan tidak banyak berubah sebelum persalinan produksi oksitosin oleh hipofisis ibu secara drastis meningkat pada kala I.

c. Teori keregangan otot-otot

Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu. Majunya persalinan serta pembesaran uterus menimbulkan otot-otot rahim teregang dan semakin rentan dan melewati batas tertentu, maka akan menimbulkan kontraksi.

d. Teori prostaglandin

Prostaglandin dihasilkan oleh desidua, kadarnya yang tinggi dalam air ketuban dan darah perifer pada ibu hamil sebelum melahirkan atau selama persalinan menjadi sebab mulainya persalinan.

e. Penekanan bagian terendah janin

Tekanan bagian terendah janin pada serviks dan segmen bawah rahim, demikian pula pada bagian *pleksus nervosus* disekitar serviks (*pleksus frankenhauser*) dan vagina, bila *pleksus nervosus* ini tertekan akan terjadi kontraksi.

f. Berkurangnya nutrisi

Bila nutrisi pada janin berkurang, maka hasil konsepsi akan segera dikeluarkan.

2.2.4 Tanda-Tanda Permulaan Persalinan

Menurut Rohani, Saswita, dan Marisa (2011) sebelum terjadi persalinan, wanita beberapa minggu sebelumnya telah memasuki kala pendahuluan (*preparatory stage of labor*) dengan tanda-tanda sebagai berikut :

- a. Terjadi *lightening*. Menjelang minggu ke-36 pada primigravida, terjadi penurunan fundus uteri karena kepala bayi sudah masuk PAP. Pada multigravida, tanda ini tidak begitu kelihatan. Mulai penurunannya bagian terbawah bayi ke pelvis sekitar 2 minggu menjelang persalinan. Bila bagian terbawah bayi telah turun maka ibu akan terasa tidak nyaman, selain nafas pendek pada trimester III, ketidaknyamanan disebabkan karena adanya tekanan bagian terbawah pada struktur daerah pelvis, secara spesifik akan mengalami hal berikut : (1) Kandung kemih tertekan sedikit, menyebabkan peluang untuk melakukan ekspansi berkurang, sehingga frekuensi berkemih meningkat. (2) Meningkatnya tekanan oleh sebagian besar bagian janin pada saraf yang melewati foramen obturator yang menuju kaki, menyebabkan sering terjadi kram kaki. (3) Meningkatnya tekanan pada pembuluh darah vena menyebabkan terjadinya odema karena bagian terbesar dari janin menghambat darah yang kembali dari bagian bawah tubuh.

- b. Terjadi his permulaan. Sifat his permulaan (palsu) adalah sebagai berikut : (1) Rasa nyeri ringan dibagian bawah. (2) Datang tidak teratur. (3) Tidak ada perubahan pada pelvis atau pembawa tunda. (4) tidak bertambah bila beraktivitas.
- c. Perut kelihatan lebih melebar, fundus uteri turun
- d. Perasaan sering atau susah buang air kecil karena kandung kemih tertekan oleh bagian terbawah janin.
- e. Serviks mejadi lembek, mulai mendatar. Dan sekresinya bertambah, kadang tercampur darah (*bloody show*). Dengan mendektanya persalinan, maka serviks menjadi matang dan lembut, serta menjadi obliterasi dan kemungkinan sedikit dilatasi

2.2.5 Tanda dan Gejala Persalinan

Menurut Rohani, Saswita, dan Marisa (2011) tanda dan gejala inpartu antara lain yaitu :

- a. Timbul rasa sakit oleh adanya his yang datang lebih kuat, sering dan teratur.
- b. Keluar lender bercampur darah (*bloody show*) yang lebih banyak karena robekan kecil pada serviks. Sumbatan mucus yang berasal dari sekresi servikal dari proliferasi kelenjar mukosa servikal pada awal kehamilan, berperan sebagai barrier protektif dan menutup servikal selama kehamilan. *Bloody show* adalah pengeluaran dari mucus.

- c. Kadang-kadang ketuban pecah dengan sendirinya. Pemecahan membrane yang normal terjadi pada 12% wanita, dan lebih dari 80% wanita akan memulai persalinan secara spontan dalam 24 jam.
- d. Pada pemeriksaan dalam serviks mendatar dan telah ada pembukaan. Berikut ini adalah perbedaan penipisan dan dilatasi serviks antara nulipara dan multipara. Nulipara biasanya sebelum persalinan serviks menipis sekitar 50-60% dan pembukaan sampai 1 cm, dan dengan dimulainya persalinan biasanya ibu nulipara mengalami penipisan serviks 50-100%, kemudian mulai terjadi pembukaan. Pada multipara seringkali serviks tidak menipis pada awal persalinan tetapi hanya membuka 1-2 cm. Biasanya pada multipara serviks akan membuka, kemudian diteruskan dengan penipisan.
- e. Kontraksi uterus mengakibatkan perubahan pada serviks (frekuensi minimal 2 kali dalam 10 menit).

2.2.6 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Persalinan

Menurut Setyorini (2013), faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan antara lain sebagai berikut :

a. *Passage* (Jalan Lahir)

Passage adalah jalan lahir yang harus dilewati oleh janin terdiri dari rongga panggul, dasar panggul, serviks dan vagina. Agar janin dan plasenta dapat melalui jalan lahir tanpa ada rintangan, maka jalan lahir harus normal. Rongga-rongga pagul yang normal adalah : pintu atas panggul hamper berbentuk bundar, sacrum lebar dan melengkung, promontorium tidak

menonjol kedepan, kedua *spina ischiadica* tidak menonjol kedalam, sudut *arcus pubis* cukup luas (90-100), ukuran *conjugate vera* (ukuran muka belakang pintu atas panggul yaitu dari bawah simpisis ke promontorium) ialah 10-11 cm, ukuran diameter transversa (ukuran melintang pintu atas panggul) 12-14 cm, diameter oblique (ukuran serong pintu atas panggul) 12-14 cm, pintu bawah panggul ukuran muka melintang 10-10,5 cm. Dasar panggul terdiri dari otot-otot dan macam-macam jaringan, untuk dapat dilalui bayi dengan mudah jaringan dan otot-otot harus lemas dan mudah meregang, apabila *terdapat* kekakuan pada jaringan, maka otot-otot ini akan mudah rupture.

Bentuk panggul terjadi menjadi 4 yaitu : (1) Panggul *gynecoid*: panggul yang, paling ideal, Diameter anteroposterior sama dengan diameter transversa bulat, Jenis ini ditemukan pada 45% wanita. (2) Panggul *android*: Bentuk pintu atas panggul hamper segitiga, Umumnya pada panggul pria, Panjang diameter transversa dekat dengan sacrum, Pada wanita ditemukan 15%. (3) Panggul *anthropoid*: Bentuk pintu atas panggul agak lonjong seperti telur, Panjang diameter anteroposterior lebih besar daripada diameter transversa, Jenis ini ditemukan 35% pada wanita. (4) Panggul *platyloid*: Merupakan panggul picak, Diameter tranversal lebih besar daripada diameter anteroposterior, menyempit arah muka belakang, Jenis ini ditemukan pada 5% wanita.

Kelainan pada jalan lahir lunak diantaranya disebabkan oleh serviks yang kaku (pada primitua primer atau sekunder dan serviks yang cacat atau

skiatrik), serviks gantung (*Ostium Uteri Eksternum* terbuka lebar, namun *Ostium Uteri Internum* tidak terbuka), edema serviks (terutama karena kesempitan panggul, sehingga serviks terjepit diantara kepala dan jalan lahir dan timbul edema), terdapat vaginal septum, dan tumor pada vagina.

b. *Power* (Kekuatan)

Power/kekuatan adalah kekuatan atau tenaga yang terdiri dari his atau kontraksi uterus dan tenaga meneran ibu. *Power* merupakan tenaga primer atau kekuatan utama yang dihasilkan oleh adanya kontraksi dan retraksi otot-otot rahim. His adalah kontraksi otot-otot rahim pada persalinan. Kontraksi adalah pergerakan memendek dan menebalnya otot-otot rahim yang terjadi diluar kesadaran (*involunter*) dan dibawah pengendalian syaraf simpatik. Retraksi adalah pemendekan otot-otot rahim yang bersifat menetap setelah adanya kontraksi. His yang normal adalah timbulnya mula-mula perlahan tetapi teratur, makin lama bertambah kuat samapai kepala puncaknya yang paling kuat kemudian berangsur-angsur menurun menjadi lemah. His tersebut makin lama makin cepat dan teratur jaraknya sesuai dengan proses persalinan sampai anak dilahirkan. His yang normal mempunyai sifat : kontraksi otot mula dari salah satu tanduk rahim, kontraksi bersifat simetris, fundal dominan yaitu menjalar keseluruh otot rahim, kekuatannya seperti memeras isi rahim, otot rahim yang berkontaksi tidak kembali kepanjang semula sehingga terjadi retraksi dan pembentukan segmen bawah rahim, bersifat involuter yaitu tidak dapat diatur oleh parturient. Tenaga meneran merupakan kekuatan lain dari atau tenaga sekunder yang berperan dalam persalinan, tenaga ini digunakan

pada saat kala II dan untuk membantu mendorong bayi keluar, tenaga ini berasal dari otot perut diafragma. Meneran memberikan kekuatan yang sangat membantu dalam mengatasi resistensi otot-otot dasar panggul. Persalinan akan berjalan normal jika his dan tenaga meneran ibu baik. kelainan his dan tenaga meneran dapat disebabkan karena *hypotonic/atonia uteri* atau *hypotonica/tetania uteri*.

Kelainan kekuatan his dan meneran dapat disebabkan oleh: (1) Kelainan kontraksi rahim, antara lain : Inersia uteri primer dan sekunder, Tetania uteri dapat menyebabkan partus presipitatus, Inkoordinasi kontraksi otot rahim yang disebabkan karena usia terlalu tua, pimpinan persalinan salah, induksi persalinan, rasa takut dan cemas. (2) Kelainan tenaga meneran, antara lain: Kelelahan, Salah dalam pimpinan meneran pada kala II.

c. *Passanger*

Passanger terdiri dari janin, plasenta, dan air ketuban. Janin merupakan *passanger* utama dan bagian janin yang paling penting adalah kepala, karena kepala janin mempunyai ukuran yang paling besar, 90% bayi dilahirkan dengan letak kepala. Kelainan-kelainan yang sering menghambat dari pihak *passanger* adalah kelainan ukuran dan bentuk kepala anak seperti *hydrocephalus* atau *anenchepalus*, kelainan letak seperti letak muka atau letak dahi, kelainan kedudukan anak seperti kedudukan lintang ataupun letak sungsang. Air ketuban adalah cairan yang terdapat dalam runagan yang diliputi selaput janin yang merupakan element penting dalam proses

persalinan. Air ketuban ini dapat dijadikan acuan dalam menentukan diagnose kesejahteraan janin.

d. *Psyche* (Psikologis)

Faktor psikologis ketakutan dan kecemasan sering mdenjadi penyebab lamanya persalinan, his menjadi kurang baik, pembukaan menjadi kurang lancar. Menurut Printchard, dkk perasaan takut dan cemas merupakan faktor utama yang menyebabkan rasa sakit dalam persalinan dan berpengaruh terhadap kontraksi rahim dan dilatasi serviks sehingga persalinan menjadi lama.

e. Penolong

Peran dari penolong persalinan adalah mengantisipasi dan menangani komplikasi yang mungkin terjadi pada ibu dan janin. Dalam hal ini proses tergantung dari kemampuan skill dan kesiapan penolong dalam menghadapi proses persalinan.

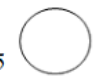
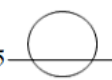

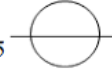


2.2.7 Pembagian Kala dalam Persalinan

Menurut Sarwono Prawirohardjo (2014) terdapat 4 pembagian kala dalam persalinan yaitu sebagai berikut :

a. Kala I

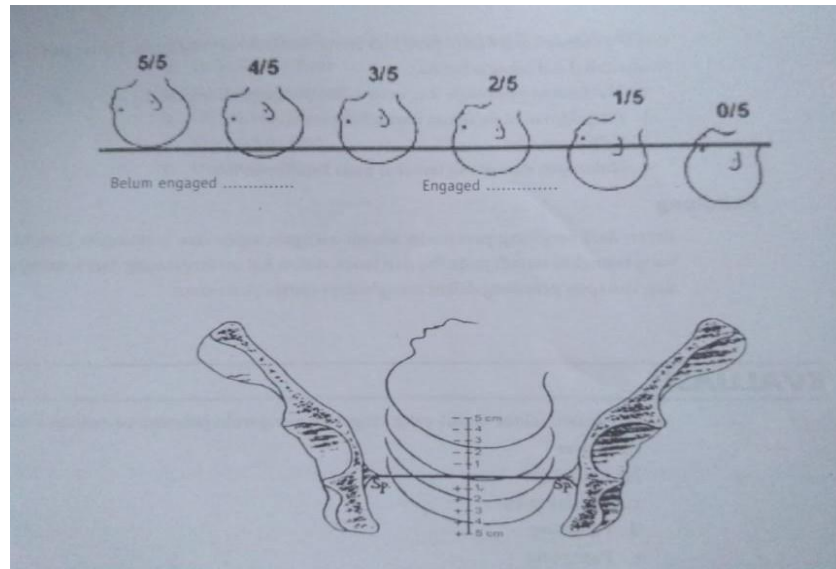
- 1) Dimulai dari saat persalinan sampai pembukaan lengkap (10 cm).
- 2) Proses ini berlangsung antara 18-24 jam, yang terbagi dalam 2 fase yaitu fase laten dan fase aktif.

- 3) Fase laten berlangsung selama 8 jam, pembukaan terjadi sangat lambat sampai ukuran diameter 3 cm.
- 4) Fase aktif dibagi 3 fase yaitu a) fase akselerasi : dalam waktu 3 jam pembukaan 3 cm tersebut menjadi 4 cm. b) fase dilatasi maksimal : dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat dari 4 cm menjadi 9 cm. c) fase deselerasi : dalam pembukaan menjadi lambat kembali, dalam waktu 2 jam pembukaan dari 9 cm menjadi lengkap. Fase-fase tersebut dapat dijumpai pada primigravida. Pada multigravida pun terjadi demikian akan tetapi fase laten, fase aktif, dan fase deselerasi terjadi lebih pendek.
- 5) Mekanisme pembukaan serviks berbeda antara primigravida dan multigravida, pada yang pertama *ostium uteri internum* akan membuka terlebih dahulu, sehingga serviks akan mendatar dan menipis. Baru kemudian *ostium uteri eksternum* membuka. Pada multigravida *ostium uteri eksternum* sudah sedikit terbuka.
- 6) *Ostium uteri internum* dan *eksternum* serta penipisan dan pendataran serviks terjadi dalam saat yang sama.
- 7) Kala I selesai apabila pembukaan serviks uteri telah lengkap.

Perlimaannya	Hodge	Keterangan
5/5 		Kepala di atas PAP mudah digerakkan
4/5 	HI-HII	Sulit di gerakan, bagian terbesar kepala belum masuk panggul
3/5 	HII-HIII	Bagian terbesar kepala belum masuk panggul
2/5 	HIII +	Bagian terbesar kepala sudah masuk panggul
1/5 	H IV	Kepala di dasar panggul
0/5 	H IV	Di Perineum

Gambar 2.3 Penurunan Kepala Janin menurut Sistem Perlimaannya (Saifuddin, 2011)





Gambar 2.5 Posisi Janin

b. Kala II

- 1) Kala II his menjadi kuat dan lebih cepat kira-kira 2-3 menit sekali.
- 2) Biasanya dalam hal ini janin sudah masuk ruang panggul, maka pada his dirasakan tekanan pada otot-otot dasar panggul, yang secara reflektoris menimbulkan rasa mencedan.
- 3) Wanita merasa pula tekanan pada rectum dan hendak buang air besar.
- 4) Perineum mulai menonjol dan menjadi lebar dengan anus membuka dan tidak lama kemudian kepala janin tampak dalam vulva pada waktu his.
- 5) Bila dasar panggul sudah lebih berelaksasi, kepala tidak masuk lagi diluar his, dengan his dan kekuatan mencedan maksimal kepala janin dilahirkan dengan suboksiput dibawah simpisis dan dahi, muka, dan dagu melewati perineum.
- 6) Setelah istirahat sebentar his mulai lagi untuk mengeluarkan badan dan anggota bayi.

c. Kala III

- 1) Setelah bayi lahir, uterus teraba keras dengan fundus uteri agak di atas pusat.
- 2) Beberapa menit kemudian uterus berkontraksi lagi untuk melepaskan plasenta dari dindingnya.
- 3) Biasanya plasenta lepas dalam 6-15 menit setelah bayi lahir dan keluar spontan atau dengan tekanan pada fundus uteri.
- 4) Pengeluaran plasenta disertai dengan pengeluaran darah.

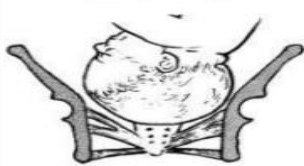




d. Kala IV





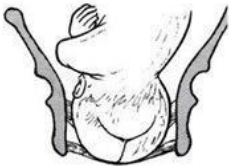

- 1) Dimulai saat plasenta lahir sampai 2 jam post partum.
- 2) Keduanya baru saja mengalami perubahan fisik yang luar biasa.
- 3) Rata-rata perdarahan normal adalah 250 cc.
- 4) Perdarahan persalinan yang lebih dari 500 cc adalah perdarahan abnormal.



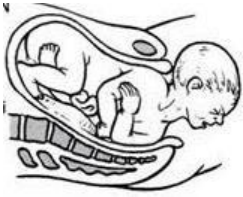

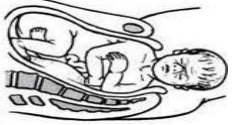
2.2.8 Mekanisme Persalinan

Mekanisme persalinan adalah rangkaian gerakan pasif dari janin terutama yang terkait dengan bagian terendah janin (*presenting part*). Secara singkat dapat disimpulkan bahwa selama proses persalinan janin melakukan gerakan utama yaitu turunnya kepala, fleksi, putar paksi dalam, ekstensi, putar paksi luar, dan ekspulsi. Dalam kenyataannya beberapa gerakan terjadi bersamaan (Setyorini, 2013).

Tabel 2.15
Mekanisme Persalinan Spontan Pervaginam (Vertex)
Menurut Setyorini, (2013)

Gambar	Keterangan
	<p>Presentasi kepala mlintang PAP dengan oksiput kiri. Sebelum <i>Engagement</i> terjadi <i>Asinklitismus</i> dimana bagian terendah janin Os. Parietalis.</p>
	<p>Diagram yang memperlihatkan bagian terendah kepala adalah OS. Parietalis (<i>Asinklitismus Posterior</i>). Bila yang terendah adalah Os. Parietalis Anterior (<i>Asinklitismus Anterior</i>).</p>
	<p>Pada awal persalinan sikap janin dalam keadaan fleksi namun leher masih belum fleksi sempurna sehingga diameter terendah Fronto Oksipito.</p>
	<p>Dengan semakin majunya persalinan fleksi semakin bertambah. Leher sudah fleksi sempurna sehingga diameter terendah adalah Suboksipito Bregmatika.</p>
	<p>Desensus dan Engagement. Engagement adalah desensus dari diameter terendah kepala janin melalui PAP. Bagian terendah kepala Vertex berada setinggi Spina Ischiadica.</p>

	<p>Desensus berlanjut dan Oksiput berputar dalam rongga panggul ke arah depan diameter Oblique kanan sehingga Oksiput bergerak ke arah depan ke foramen obturatoria kiri. Sekaranf posisi kepala adalah ubun-ubun kecil kiri depan.</p>
	<p>Posisi ubun-ubun kecil kiri depan sebagian disebabkan oleh adanya calon sigmoid pada kuadran kiri posterior panggul.</p>
	<p>Leher bayi dalam keadaan terpuntir.</p>
	<p>Desensus berlanjut dan Oksiput mencapai dasar panggul. Oksiput berputar kedepan (gerakan putaran paksi dalam).</p>
	<p>Kepala saat ini berada pada posisi oksiput anterior. Kepala, bahu, dan janin terpuntir. Saat ini bahu berada miring kiri pada PAP</p>
	<p>Bagian janin yang pertama kali menyentuh dasar panggul mengalami pemutaran ke anterior (putaran paksi dalam).</p>

	<p>Rotasi sejauh 45° dari posisi Oblique disebut sebagai rotasi anterior atau putar pendek. Sekarang oksiput berada dibawah simpisis. Proses desensus lebih lanjut menyebabkan dorongan kepala kedepan dengan gerakan Ekstensi Oksiput lahir.</p>
	<p>Gerakan ekstensi yang semakin bertambah sekitar pubis akan menyebabkan lahirnya Bregmadahi dan muka bayi.</p>
	<p>Saat lahir, kepala posisi Oblique dari garis bahu. Diameter Trisacromial berada dalam diameter Oblique kiri rongga panggul.</p>
	<p>Diameter biacromial adalah jarak antara Prosesus Acromion (11 cm). kepala berputar pada posisi natural untuk menyesuaikan dengan bahu (Restitusi).</p>
	<p>Desensus berlanjut, gerakan desensus dan rotasi ini menyebabkan perputaran kepala sehingga oksiput berada dekat paha ibu (putaran paksi luar).</p>

2.2.9 Teori *Vaginal Toucher* (VT)

Vaginal Toucher adalah tindakan memasukkan tangan ke dalam jalan lahir ibu bersalin untuk memantau perkembangan proses persalinan atau lazim disebut VT (*vaginal toucher*, *vaginal tousse* atau pemeriksaan dalam dan jenisnya. Tujuan dari pemeriksaan *vaginal toucher* ini adalah : a. Mengetahui kemajuan persalinan, b. Mengetahui keadaan jalan lahir, c. Untuk menentukan diagnosa.

Hal-hal yang dicatat dalam pemeriksaan dalam adalah a. Warna cairan amnion, b. Dilatasi serviks, c. Penurunan kepala (yang dapat dicocokkan dengan pemeriksaan luar). Jika serviks belum membuka pada pemeriksaan dalam pertama, mungkin diagnosa inpartu belum ditegakkan, jika terdapat kontraksi yang menetap periksa ulang ibu hamil setelah 4 jam untuk melihat perubahan pada serviks. Pada tahap ini jika serviks terasa tipis dan terbuka maka pasien tersebut dalam keadaan inpartu, jika tidak terdapat perubahan maka diagnosisnya adalah persalinan palsu. Pada kala II persalinan pemeriksaan dalam dilakukan setiap jam.

Pelaksanaan pemeriksaan dalam meliputi : a. Beritahu ibu tentang pemeriksaan yang akan dilakukan, b. Cuci tangan, c. Pakai sarung tangan, d. Ibu jari dan telunjuk tangan kiri membuka labia dan tangan kanan mengambil kapas vulva hygiene dan mengusap vulva dari atas ke bawah, e. Masukkan jari tengah tangan kanan ke vagina dengan menekan ke arah komisura posterior yang kemudian diikuti jari telunjuk, f. setelah jari telunjuk tangan kanan masuk tangan kiri dipindahkan ke atas fundus untuk memfiksasi bagian bawah janin, g. Yang diperhatikan pada saat pemeriksaan dalam yaitu : 1) Keadaan vulva, 2) Keadaan

perineum, 3) Keadaan vagina, 4) Adanya sistokel dan rektokel, 5) Pengeluaran pervaginam, 6) Servik: posisi, konsistensi, dilatasi (pembukaan), penipisan, 7) Kantong ketuban, 8) Presentasi, titik penunjuk (denominator) molase dan posisi, 9) Penurunan kepala : H I (setinggi PAP), H II (sejajar H I melalui pinggir bawah simpisis), H III (sejajar dengan H I melalui spina isshiadica, H IV (sejajar dengan H I melalui ujung os coccyges), h. Keluarkan tanagn pelan-pelan, i. Cuci tangan dengan larutan klorin, lepas sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam, j. Dokumentasikan hasil pemeriksaan.

2.2.10 Perubahan Fisiologis pada Ibu Bersalin

Menurut Diana (2019), perubahan fisiologis pada ibu bersalin sebagai berikut:

- 1) Perubahan Uterus: Selama persalinan uterus berubah bentuk menjadi dua bagian yang berbeda, yaitu segmen atas dan segmen bawah. Dalam persalinan perbedaan antara segmen atas dan segmen bawah rahim lebih jelas lagi. Segmen atas memegang peranan yang aktif karena berkontraksi dan dindingnya bertambah tebal dengan majunya persalinan. Sebaliknya segmen bawah rahim memegang peran pasif dan makin tipis denganmajunya persalinan karena diregangkan. Segmen bawah uterus dianalogikan dengan ismus uterus yang melebar dan menipis pada perempuan yang tidak hamil. Sebagai akibat menipisnya segmen bawah uterus dan bersamaan dengan menebalnya segmen atas, batas antara keduanya ditandai oleh suatu lingkaran pada permukaan dalam uterus yang disebut sebagai cincin retraksi fisiologik

jadi, secara singkat segmen atas berkontraksi, mengalami retraksi, menjadi tebal, dan mendorong janin keluar sebagai respon terhadap gaya dorong kontraksi pada segmen atas, sedangkan segmen bawah uterus dan serviks mengadakan relaksasi, dilatasi, serta menjadi saluran yang tipis dan teregang yang akan dilalui janin. (Ilmu Kebidanan, 2009.)

- 2) Perubahan Serviks: Tenaga yang efektif pada kala 1 persalinan adalah kontraksi uterus, yang selanjutnya akan menghasilkan tekanan hidrostatis keseluruhan selaput ketuban terhadap serviks dan segmen bawah uterus. Bila selaput ketuban sudah pecah, bagian terbawah janin dipaksa langsung mendesak serviks dan segmen bawah uterus. Sebagai akibat kegiatan daya dorong ini, terjadi 2 perubahan mendasar yaitu pendataran dan dilatasi pada serviks yang sudah melunak. Pada nullipara penurunan bagian bawah janin terjadi secara akhast agak lambat tetapi pada multipara khususnya yang paritasnya tinggi, penurunan bisa berlangsung sangat cepat. Pendataran dari serviks ialah pemendekan dari kanalis servikalis, yang semula berupa sebuah saluran yang panjangnya 1-2 cm, menjadi suatu lubang saja dengan pinggir yang tipis. Serabut-serabut setinggi os serviks internum ditarik ke atas atau dipendekkan menuju segmen bawah uterus, kondisi os eksternum untuk sementara tidak berubah. Pinggir os internum ditarik ke atas beberapa sentimeter sampai menjadi bagian (baik secara anatomi maupun fungsional) dari segmen bawah uterus. Dilatasi adalah pelebaran os serviks eksternal dari muara dengan diameter berukuran beberapa milimeter sampai muara tersebut cukup lebar untuk dilewati bayi. Ketika kontraksi uterus menimbulkan

tekanan pada selaput ketuban, tekanan hidrostatik kantong amnion akan melebarkan serviks. Dilatasi secara klinis dievaluasi dengan mengukur diameter serviks dalam sentimeter, 0-10 cm dianggap pembukaan lengkap. Kalau pembukaan telah mencapai ukuran 10 cm, maka dikatakan pembukaan lengkap. Pada pembukaan lengkap tidak teraba lagi bibir portio; segmen bawah rahim, serviks, dan vagina telah merupakan satu saluran.

- 3) Perubahan Kardiovaskuler: Penurunan yang mencolok selama acme kontraksi uterus tidak terjadi jika ibu berada dalam posisi miring bukan posisi telentang, denyut jantung diantara kontraksi sedikit lebih tinggi dibanding selama periode persalinan atau belum masuk persalinan. Hal ini mencerminkan kenaikan dalam metabolisme yang terjadi selama persalinan. Denyut jantung yang sedikit naik merupakan hal yang normal. Meskipun normal perlu dikontrol secara periode untuk mengidentifikasi infeksi. Detak jantung akan meningkat cepat selama kontraksi berkaitan juga dengan peningkatan metabolisme. Sedangkan antara kontraksi detak jantung mengalami peningkatan sedikit dibanding sebelum persalinan.
- 4) Perubahan Tekanan Darah: Perubahan tekanan darah meningkat selama kontraksi uterus dengan kenaikan sistolik rata-rata sebesar 10-20 mmHg dan kenaikan diastolik rata-rata 5-10 mmHg. Pada waktu diantara kontraksi, tekanan darah kembali ke tingkat sebelum persalinan. Dengan mengubah posisi tubuh dari telentang keposisi miring, perubahan tekanan darah selama kontraksi dapat dihindari. Nyeri, rasa takut, dan kekhawatiran dapat semakin meningkatkan tekanan darah.

- 5) Perubahan Nadi: Frekuensi denyut jantung nadi di antara kontraksi sedikit lebih tinggi dibandingkan selama periode menjelang persalinan. Hal ini mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi selama persalinan.
- 6) Perubahan Suhu: Suhu badan akan sedikit meningkat selama persalinan, suhu mencapai tertinggi persalinan dan segera setelah persalinan. Kenaikan ini dianggap normal asal tidak melebihi 0,5– 1 derajat celcius. Suhu badan yang naik sedikit merupakan hal yang wajar, tetapi keadaan ini mengindikasikan adanya dehidrasi. Parameter lain yang harus diperiksa antara lain selaput ketuban pecah atau belum karena hal ini merupakan tanda infeksi.
- 7) Perubahan Pernafasan: Terjadi sedikit peningkatan laju pernafasan dianggap normal. Hiperventilasi yang lama dianggap tidak normal dan bisa menyebabkan alkologis. Sistem pernafasan juga beradaptasi. Peningkatan aktivitas fisik dan peningkatan pemakaian oksigen terlihat dari peningkatan frekuensi pernafasan. Hiperventilasi dapat menyebabkan alkalosis respiratorik (pH meningkat), hipksoa dan hipokapnea (Karbondioksida menurun) pada tahap kedua persalina. Jika ibu tidak diberi obat-obatan, maka ia akan mengonsumsi oksigen hampir dua kali lipat. Kecemasan jugameningkatkan pemakaian oksigen. Kenaikan pernafasan dapat disebabkan karena adanya rasa nyeri, kekhawatiran, serta penggunaan teknik pernafasan yang tidak benar.
- 8) Perubahan Metabolisme: Selama persalinan, metabolisme karbohidrat aerob maupun anaerob meningkat dengan kecepatan tetap. Peningkatan ini terutama disebabkan oleh anxietas dan aktivitas otot rangka. Peningkatan aktivitas

metabolik terlihat dari peningkatan suhu tubuh, denyut nadi, pernafasan, curah jantung, dan cairan yang hilang.

- 9) Perubahan Ginjal: Poliuria sering terjadi selama persalinan. Kondisi ini dapat diakibatkan peningkatan lebih lanjut curah jantung selama persalinan dan kemungkinan peningkatan laju filtrasi glomerulus dan aliran plasma ginjal. Poliuria menjadi kurang menjadi kurang jelas pada posisi telentang karena posisi ini membuat aliran urine berkurang selama kehamilan. Sedikit proteinuria (rek,1+) umum ditemukan pada sepertiga sampai setengah jumlah wanita bersalin. Proteinuria 2+ dan lebih adalah data yang abnormal (Varney, 2017).
- 10) Perubahan Gastrointestinal: Mortilitas dan absorpsi lambung terhadap makanan padat jauh berkurang. Apabila kondisi ini diperburuk oleh penurunan lebih lanjut sekresi asam lambung selama persalinan, maka saluran cerna bekerja dengan lambat sehingga waktu pengosongan lambung menjadi lebih lama. Cairan tidak dipengaruhi dan waktu yang dibutuhkan untuk pencernaan dilambung tetap seperti biasa. Makanan yang di ingesti selama periode menjelang persalinan atau fase prodormal atau fase laten, persalinan cenderung akan tetap berada dalam lambung selama persalinan. Mual dan muntah umum terjadi selama fase transisi, yang menandai akhir fase pertama persalinan.
- 11) Perubahan Hematologi: Hemoglobin meningkat rata-rata 1,2 gr/100ml selama persalinan dan kembali ke kadar sebelum persalinan pada hari pertama pascapartum jika tidak ada kehilangan darah yang abnormal. Waktu

koagulasi darah berkurang dan terdapat peningkatan fibrinogen plasma lebih lanjut selama persalinan. Hitung sel darah putih selama progresif meningkat selama kala 1 persalinan sebesar kurang lebih 5.000 hingga jumlah rata-rata 15.000 pada saat pembukaan lengkap, tidak ada peningkatan lebih lanjut setelah ini. Gula darah menurun selama persalinan, menurun drastis pada persalinan yang lama dan sulit, kemungkinan besar akibat peningkatan aktivitas otot dan rangka.

2.2.11 Lima Benang Merah Persalinan

Menurut APN, (2017) ada lima aspek dasar atau lima benang merah, yang penting dan saling terkait dalam asuhan persalinan yang bersih dan aman. Berbagai aspek tersebut melekat pada setiap persalinan, baik normal maupun patologis. Lima benang merah tersebut adalah : 1) Membuat keputusan klinik , 2) Asuhan Sayang ibu dan sayang bayi, 3) Pencegahan infeksi, 4) Pencatatan (rekam medik) asuhan persalinan, 5) Rujukan.

2.2.12 Penapisan Awal pada Kala I Asuhan Persalinan

Ibu yang akan melahirkan harus memenuhi beberapa persyaratan yang disebut penapisan awal. Tujuan penapisan awal adalah untuk menentukan apakah ibu tersebut boleh bersalin di PMB atau harus dirujuk, diantaranya : 1) riwayat bedah Caesar, 2) perdarahan pervaginam, 3) persalinan kurang bulan (usia kehamilan kurang dari 37 minggu), 4) ketuban pecah dengan mekonium kental, 5) ketuban pecah lama, 6) ketuban pecah pada persalinan kurang bulan (usia

kehamilan kurang dari 37 minggu), 7) ikterus, 8) anemia berat, 9) tanda/gejala infeksi, 10) pre-eklamsi/hipertensi dalam kehamilan, 11) TFU 40 cm atau lebih, 12) gawat janin, 13) primipara dalam kala I fase aktif persalinan dengan palpasi masih 5/5, 14) presentasi bukan kepala, 15) presentasi majemuk, 16) kehamilan gemeli, 17) tali pusat menubung, 18) syok, 19) bumil KTI, 20) bumil dengan suami pelayaran, 21) suami/bumil bertato, 22) HIV/AIDS, 23) PMS, 24) anak mahal.

2.2.13 Persiapan Asuhan Persalinan

- a. Mempersiapkan ruangan untuk persalinan dan kelahiran bayi. Persalinan dan kelahiran bayi mungkin terjadi di rumah (rumah ibu atau rumah kerabat), di Bidan Praktik, Puskesmas, Polindes atau Rumah Sakit. Pastikan ketersediaan bahan-bahan dan sarana yang memadai. Laksanakan upaya pencegahan infeksi (PI) sesuai dengan standar yang telah ditetapkan. Dimanapun persalinan dan kelahiran yang terjadi, diperlukan hal-hal pokok seperti berikut: 1) Ruang yang hangat dan bersih, memiliki sirkulasi udara yang baik dan terlindung dari tiupan angin. 2) Sumber air bersih yang mengalir untuk cuci tangan dan memandikan ibu sebelum dan sesudah melahirkan. 3) Air disinfeksi tingkat tinggi (air yang dididihkan dan didinginkan) untuk membersihkan vulva dan perineum sebelum dilakukan pemeriksaan dalam dan membersihkan perineum ibu setelah bayi lahir. 4) Kecukupan air bersih, klorin, deterjen, kain pembersih, kain pel atau sarung tangan karet untuk membersihkan ruangan, lantai, perabotan, dekontaminasi dan proses

peralatan. 5) Kamar mandi yang bersih untuk kebersihan pribadi ibu dan penolong persalinan. Pastikan bahwa kamar kecil dan kamar mandi telah didekontaminasi dengan larutan klorin 0,5%, dibersihkan dengan deterjen dan air sebelum persalinan dimulai (untuk melindungi ibu dari resiko infeksi), dan setelah bayi lahir (untuk melindungi keluarga dari resiko infeksi melalui darah dan sekresi tubuh ibu). 6) Tempat yang lapang untuk ibu berjalan-jalan dan menunggu saat persalinan, melahirkan bayi dan untuk pemberian asuhan bagi ibu dan bayinya setelah persalinan. Pastikan bahwa ibu mendapatkan privasi yang diinginkannya. 7) Penerangan yang cukup, baik siang maupun malam hari. 8) Tempat tidur yang bersih untuk ibu. Tutupi kasur dengan plastik atau lembaran yang mudah dibersihkan jika terkontaminasi selama persalinan atau kelahiran bayi. 9) Tempat yang bersih untuk memberikan asuhan bayi baru lahir. 10) Meja yang bersih atau tempat untuk menaruh peralatan persalinan. 11) Meja untuk tindakan resusitasi bayi baru lahir.

- b. Persiapan Perlengkapan Bahan-bahan dan Obat-obatan yang diperlukan. Daftar perlengkapan, bahan-bahan dan obat-obatan yang diperlukan untuk asuhan persalinan dan kelahiran bayi. Jika tempat persalinan dan kelahiran akan terjadi jauh dari fasilitas kesehatan, bawalah semua keperluan tersebut ke lokasi persalinan. Ketidakmampuan untuk menyediakan semua perlengkapan, bahan- bahan dan obat-obat esensial pada saat diperlukan akan meningkatkan resiko terjadinya penyulit pada ibu dan bayi baru lahir sehingga keadaan ini dapat membahayakan keselamatan jiwa mereka. Pada setiap persalinan dan kelahiran bayi :
- 1) Periksa semua

peralatan sebelum dan setelah memberikan asuhan. Segera ganti peralatan yang hilang atau rusak. 2) Periksa semua obat-obatan dan bahan-bahan sebelum dan setelah menolong ibu bersalin dan melahirkan bayinya. Segera ganti obat apapun yang telah digunakan atau hilang. 3) Pastikan wadah perlengkapan dan bahan-bahan sudah bersih dan siap pakai. Partus set, peralatan untuk melakukan penjahitan, dan peralatan untuk resusitasi bayi baru lahir sudah dalam keadaan desinfeksi tingkat tinggi atau steril.

- c. Persiapan rujukan, Kaji ulang rencana rujukan bersama ibu dan keluarga. Jika terjadi penyulit keterlambatan untuk merujuk ke fasilitas yang sesuai dapat membahayakan jiwa ibu dan bayinya. Singkatan BAKSOKUDA dapat digunakan untuk mengingat hal-hal penting dalam persiapan rujukan untuk ibu dan bayi.

B (bidan) : pastikan bahwa ibu dan bayi baru lahir didampingi oleh penolong persalinan yang kompeten untuk melaksanakan gawat darurat obstetri dan bayi baru lahir untuk dibawa kefasilitas rujukan.

A (alat) : bawa perlengkapan dan bahan-bahan untuk asuhan persalinan. Perlengkapan dan bahan-bahan tersebut mungkin diperlukan jika ibu melahirkan dalam perjalanan menuju fasilitas rujukan.

K (kluarga) : beritahu ibu dan keluarga mengenai kondisi terakhir kondisi ibu dan bayi dan mengapa ibu dan bayi perlu dirujuk. Seuami dan anggota keluarga yang lain harus menemani ibu dan bayi hingga kefasilitas rujukan.

S (surat) : berikan surat ketempat rujukan. Surat ini harus memberikan identifikasi mengenai ibu dan bayi baru lahir, cantumkan alasan rujukan dan

uraikan hasil pemeriksaan, asuhan atau obat-obatan yang diterima ibu dan bayi baru lahir. Sertakan juga partograf yang dipakai untuk membuat keputusan klinik.

O (obat) : bawa obat-obatan esensial pada saat mengantar ibu ke fasilitas rujukan obat-obatan tersebut mungkin diperlukan selama perjalanan.

K (kendaraan) : siapkan kendaraan yang paling memungkinkan untuk merujuk ibu dalam kondisi cukup nyaman. Selain itu pastikan kondisi kendaraan cukup baik untuk mencapai tujuan pada waktu yang tepat.

U (uang) : ingatkan pada keluarga agar membawa uang dalam jumlah yang cukup untuk membeli obat-obatan yang diperlukan dan bahan-bahan yang diperlukan selama ibu dan bayi baru lahir tinggal difasilitas rujukan.

DA (darah) : siapkan orang yang akan menjadi pendonor darah jika transfusi diperlukan. (APN, 2017)

- d. Memberikan Asuhan Sayang Ibu, Merupakan upaya untuk mengatasi gangguan emosional dan pengalaman yang menegangkan tersebut sebaiknya dilakukan melalui asuhan sayang ibu selama persalinan dan proses kelahiran bayinya. Prinsip-prinsip umum asuhan sayang ibu adalah: 1) menyapa ibu dengan ramah dan sopan, bersikap dan bertindak tenang dan berikan dukungan penuh selama persalinan dan kelahiran bayinya. 2) Jawab setiap pertanyaan yang diajukan oleh ibu atau anggota keluarganya. 3) Anjurkan suami dan anggota keluarga ibu untuk hadir dan memberikan dukungannya. 4) Waspadailah gejala dan tanda penyulit selama proses persalinan dan lakukan tindakan yang sesuai jika diperlukan. 5) Siap dengan rencana rujukan.

Adapun Asuhan sayang ibu selama persalinan termasuk: memberikan dukungan emosional, membantu pengaturan posisi ibu, memberikan cairan dan nutrisi, keluasaan untuk menggunakan kamar mandi secara teratur, dan pencegahan infeksi. (APN, 2017)

2.2.14 Asuhan Sayang Ibu

Asuhan sayang ibu adalah asuhan dengan prinsip saling menghargai budaya, kepercayaan, dan keinginan sang ibu. Salah satu prinsip dasar asuhan sayang ibu adalah dengan mengikutsertakan suami dan keluarga selama proses persalinan dan kelahiran bayi (Sarwono Prawirohardjo, 2014).

Asuhan sayang ibu dalam proses persalinan, yaitu antara lain : 1) Panggil ibu sesuai namanya dan perlakukan ibu sesuai martabatnya. 2) Jelaskan asuhan dan perawatan yang akan diberikan pada ibu sebelum memulai asuhan tersebut. 3) Jelaskan proses persalinan pada ibu dan keluarganya. 4) Anjurkan ibu untuk bertanya dan membicarakan rasa takut atau khawatir. 5) Dengarkan dan tanggapilah pertanyaan dan kekhawatiran ibu. 6) Berikan dukungan, besarkan hatinya, dan tentramkan perasaan ibu beserta anggota keluarga lainnya. 7) Anjurkan ibu untuk ditemani suami dan anggota keluarga lainnya. 8) Ajarkan pada suami dan anggota keluarga mengenai cara-cara bagaimana memperhatikan dan mendukung ibu selama persalinan dan kelahiran bayinya. 9) Lakukan praktik-praktik pencegahan infeksi yang baik dan konsisten. 10) Hargai privasi ibu. 11) Anjurkan ibu untuk mencoba berbagai posisi selama persalinan dan kelahiran bayi. 12) Anjurkan ibu untuk minum cairan dan makanan bila ibu menginginkannya. 13) Hargai dan

perbolehkan praktik-praktik tradisional yang tidak memberi pengaruh merugikan.

14) Hindari tindakan berlebihan dan mungkin membahayakan seperti episiotomi, pencukuran, dan klisma. 15) Anjurkan ibu untuk memeluk bayinya segera setelah lahir. 16) Membantu memulai pemberian ASI dalam 1 jam pertama setelah kelahiran. 17) Siapkan rencana rujukan. 18) Mempersiapkan persalinan dan kelahiran bayi dengan baik serta bahan-bahan, perlengkapan, dan obat-obatan yang diperlukan. Siap untuk melakukan resusitasi bayi baru lahir pada setiap kelahiran bayi (Sarwono Prawirohardjo, 2014).

2.2.15 Manajemen Kebidanan pada Persalinan 7 Langkah Varney

Manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, penemuan-penemuan, ketrampilan, dalam rangkaian logis untuk pengambilan keputusan yang berfokus pada klien (Varney, 2017).

Tujuan dilakukan asuhan kebidanan adalah memberikan asuhan kebidanan yang adekuat, komprehensif dan berstandar pada ibu intranatal dengan memperhatikan riwayat ibu selama kehamilan, kebutuhan dan respon ibu serta mengantisipasi risiko-risiko yang terjadi selama persalinan (Varney, 2017).

Hasil yang diharapkan yaitu terlaksananya asuhan segera/rutin pada saat ibu intrapartum (Kala I-IV) termasuk melakukan pengkajian, membuat diagnose kebidanan, mengidentifikasi masalah dan kebutuhan terhadap tindakan segera baik oleh bidan maupun oleh dokter atau melakukan kolaborasi dengan tenaga

kesehatan lain serta menyusun rencana asuhan dengan tepat dan rasional berdasarkan keputusan yang dibuat pada langkah sebelumnya (Varney, 2017).

I. Langkah I : Pengkajian (Tahap Pengumpulan Data)

a. Anamnese, antara lain :

- 1) Biodata dan data demografi.
- 2) Riwayat kesehatan, termasuk faktor herediter dan kecelakaan.
- 3) Riwayat menstruasi.
- 4) Riwayat obstetric dan ginekologi, termasuk nifas dan laktasi.
- 5) Biopsikospiritual
- 6) Pengetahuan klien.

b. Pemeriksaan fisik

- 1) Kebutuhan dan tanda-tanda vital.
- 2) Menurut Romauli (2011) pemeriksaan obstetric antara lain
 - (a) Inspeksi abdomen : perut membesar ke atas atau ke samping, umbilicus menonjol atau masuk ke dalam, adanya striae gravidarum.
 - (b) Palpasi : Leopold I : untuk mengetahui TFU dan bagian yang berada difundus, Leopold II : untuk mengetahui batas kiri dan kanan pada rahim ibu, Leopold III : untuk mengetahui presentasi atau bagian terendah janin kedalam PAP.
 - (c) Auskultasi : mendengarkan DJJ meliputi frekuensi dan keteraturannya dihitung selama 1 menit penuh.
 - (d) Inspekulo : untuk mengidentifikasi adanya penyakit vaginitis.

(e) Pemeriksaan panggul luar meliputi distansia spinarum 24-26 cm, distansia kristarum 28-30 cm, konjungata eksternal 18 cm, ukuran lingkaran panggul 80-90 cm.

3) Pemeriksaan dalam, yang perlu dikaji antara lain :

(a) Elastisitas perineum.

(b) Suhu vagina.

(c) Sistikel dan rektokel.

(d) Bentuk porsio, posisi porsio, konsistensi porsio, pembukaan, dan effisimen.

(e) Selaput ketuban.

(f) Presentasi antara lain belakang kepala, puncak, muka, dan dahi. Denominator antara lain UUK, UUB, muka dan dahi. UUK antara lain kanan kiri melintang, kanan kiri depan dan kanan kiri belakang.

(g) Penurunan kepala antara Hodge I : sejajar dengan PAP, Hodge II : sejajar dengan tepi bawah simpisis, Hodge III : sejajar dengan spina ischiadika, Hodge IV : sejajar dengan os. Coocygeus.

(h) Penyusupan (molase) kepala janin 0= tulang-tulang kepala janin terpisah, sutura dengan mudah dapat dipalapsi, 2= tulang kepala janin saling tumpang tindih tapi masih dapat dipisahkan, 3= tulang-tulang kepala janin tumpang tindih dan tidak dapat dipisahkan.

(i) Periksa ada atau tidaknya tali pusat dan bagian kecil janin disamping presentasi.

(j) Kaji panggul antara lain bentuk dan ukuran, apakah promontorium teraba, apakah linea inominata teraba, apakah kecekungan sacrum cukup, spina ischiadika runcing atau tumpul, arcus pubis runcing atau tumpul, dasar panggul kaku, tebal, atau elastis.

c. Pemeriksaan khusus

- 1) Inspeksi
- 2) Palpasi
- 3) Auskultasi
- 4) Perkusi

d. Pemeriksaan penunjang

- 1) Laboratorium
- 2) Diagnose lain : USG, radiologi
- 3) Catatan terbaru dan sebelumnya. Data yang terkumpul ini sebagai data dasar untuk interpretasi kondisi klien untuk menentukan langkah berikutnya.

e. Pemeriksaan obstetri

II. Langkah II : Interpretasi Data Dasar

Pada langkah ini dilakukan identifikasi terhadap masalah atau diagnose berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan. Dirumuskan diagnose yang spesifik. Masalah psikososial berkaitan dengan hal-hal yang sedang dialami oleh wanita tersebut.

Contoh :

Diagnose : G₂ P₁₀₀₀₁ hamil 37 minggu, janin tunggal, hidup

Masalah : 1) Wanita tersebut tidak menginginkan kehamilan ini atau 2) Wanita tersebut takut menghadapi proses persalinan.

Kebutuhan : konseling, atau rujukan konseling.

Perasaan takut dan tidak menginginkan kehamilan termasuk dalam “nomenklatur standar diagnose kebidanan”, tetapi perlu pengkajian lanjut dan memerlukan penanganan khusus dan perencanaan yang terarah sehingga wanita ini dapat ditolong dan mendapatkan pelayanan yang memang ibu butuhkan, sehingga masalahnya tidak berlarut-larut.

III. Langkah III : Mengidentifikasi Diagnosa atau Masalah Potensial

Pada langkah ini bidan mengidentifikasi masalah atau diagnose potensial berdasarkan diagnose/masalah yang sudah teridentifikasi saat pengkajian. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila mungkin dilakukan pencegahan. Bidan diharapkan waspada dan bersiap-siap mencegah diagnose/masalah potensial ini agar tidak terjadi, kalau dimungkinkan dan bersiap-siap menghadapinya bila diagnose/masalah potensial ini benar-benar terjadi. Langkah ini penting selalu dalam melakukan asuhan yang aman.

Contoh : seorang wanita masuk kamar bersalin dengan pemuaihan uterus yang berlebihan. Bidan harus mempertimbangkan kemungkinan penyebab pemuaihan yang berlebihan tersebut, misalnya mungkin hidramnion, makrosomi, kehamilan ganda, ibu diabetes, dll.

Pada kasus di atas, bidan harus melakukan perencanaan dalam mengantisipasi dan bersiap-siap terhadap kemungkinan terjadi perdarahan post partum karena atonia uteri karena pemuaihan uterus yang berlebihan, dan

mencegahnya dengan infus protein atau uterotonika atau adanya bayi premature atau BBLR.

IV. Langkah IV : Menetapkan Kebutuhan terhadap Tindakan Segera

Langkah ini mencerminkan kesinambungan dari proses Manajemen Kebidanan. Manajemen ini berlaku baik asuhan primer periodic dan pada antenatal, juga selama wanita tersebut bersama bidan, misalnya pada masa intranatal. Data harus terus menerus harus dikumpulkan dan dievaluasi. Beberapa data mengindikasikan bidan harus segera bertindak untuk keselamatan ibu dan bayi (misalnya perdarahan antepartum, perdarahan postpartum, distosia bahu atau pada bayi yang lahir dengan Apgar rendah). Beberapa kasus mengindikasikan situasi yang membutuhkan tindakan segera sambil menunggu tindakan dokter, misalnya pada kasus prolapse tali pusat. Sedang pada kasus lainnya tidak memerlukan tindakan darurat tetapi perlu konsultasi atau kolaborasi dengan dokter. Misalnya pada kasus preeklamsia berat atau pada situasi lain yang memerlukan profesi kesehatan lain, misalnya social worker, ahli gizi, psikolog, dll. Bidan yang mengkaji kondisi pasien dan menentukan tindakan yang paling tepat dan penting untuk wanita tersebut.

V. Langkah V : Menyusun Rencana Asuhan yang Komprehensif

Pada langkah ini direncanakan asuhan menyeluruh yang ditentukan oleh hasil kajian pada langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap Diagnosa atau Masalah yang telah diidentifikasi atau diantisipasi. Pada langkah ini informasi yang kurang lengkap dapat dilengkapi.

Rencana asuhan menyeluruh tidak hanya meliputi yang sudah teridentifikasi atau setiap masalah yang berkaitan juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap wanita tersebut seperti apa yang akan terjadi, apakah dia membutuhkan penyuluhan, konseling, atau rujukan bila ada masalah yang berkaitan dengan aspek sosio-kultural, ekonomi atau psikologi. Setiap rencana asuhan harus disetujui oleh kedua belah pihak sehingga asuhan yang diberikan dapat efektif, karena sebagian dari asuhan akan dilaksanakan oleh pasien.

a. Rencana Asuhan pada Kala I

- 1) Mengevaluasi kesejahteraan ibu, termasuk diantaranya : a) Mengukur tekanan darah, nadi, suhu, pernafasan setiap 2-4 jam apabila ketuban masih utuh, setiap 1-2 jam apabila ketuban sudah pecah, b) Mengevaluasi kandung kemih minimal setiap 2 jam, c) Apabila diperlukan melakukan pemeriksaan urine terhadap protein, keton, d) Mengevaluasi hidrasi (turgor kulit), e) Mengevaluasi kondisi umum : kelelahan dan kehabisan tenaga, perilaku dan respon terhadap persalinan, rasa sakit, dan kemampuan koping.
- 2) Mengevaluasi kesejahteraan janin, termasuk diantaranya : a) Letak janin, presentasi, gerak, dan posisi, b) Adaptasi terhadap panggul apakah ada CPD, c) Mengukur DJJ dan bagaimana polanya, dapat dievaluasi setiap 30' pada fase aktif, dan perlu dilakukan pengukuran DJJ pada saat : ketuban pecah, sesudah dilakukan enema (klisma), apabila tiba-tiba ada perubahan kontraksi selama proses persalinan, sesudah pemberian obat dan apabila ada indikasi terjadi komplikasi medic & obstetric.

- 3) Mengevaluasi kemajuan persalinan, termasuk melakukan observasi : penipisan, pembukaan, turunnya bagian terendah, pola kontraksi (frekuensi, durasi, intensitas), perubahan perilaku ibu, tanda dan gejala masa transisi dan mulainya kala II, serta posisi dari puctum maksimum.
- 4) Melaksanakan perawatan fisik ibu : menjaga kebersihan dan kenyamanan, perawatan mulut.
- 5) Memberikan dukungan pada ibu dan keluarga : a) Bantulah ibu dalam persalinan jika ibu tampak gelisah, ketakutan dan kesakitan : berilah dukungan dan yakinkan dirinya, berilah informasi mengenai proses kemajuan persalinan, dengarkan keluhannya dan cobalah lebih sensitive terhadap perasaannya, b) Jika ibu tampak kesakitan, dukungan/asuhan yang dapat diberikan : lakukan perubahan posisi sesuai keinginan ibu, sarankan ibu untuk berjalan, ajaklah orang yang menemaninya (suami atau ibunya) untuk memijat atau menggosok punggung atau membasuh muka diantara kontraksi, ajarkan tehnik bernafas, c) Penolong tetap menjaga hak dan privasi ibu dalam persalinan, d) Menjelaskan kemajuan persalinan dan perubahan yang terjadi serta prosedur yang akan dilaksanakan dan hasil-hasil pemeriksaan.
- 6) Melakukan skrening untuk mengantisipasi komplikasi ibu dan janin.
- 7) Menentukan apakah ibu memerlukan monevimen dasar, yaitu a) Apakah ibu perlu diklisma?, b) Apakah ibu perlu dicukur, kalau ya variasi cukurannya bagaimana?, c) Apakah ibu perlu dipasang IV?, d) Apakah ibu perlu diberi posisi tertentu atau pembatasan gerak, apabila ya sampai dimana batasannya?, e) Apakah ibu perlu diberi makan atau minum melalui oral, apabila ya

makanan atau minuman apa yang diperbolehkan?, f) Apakah ibu perlu diberi obat, apabila ya obat apa?, berapa banyak? Dan kapan pemberiannya?, g) Frekuensi dari pemeriksaan TTV (tensi, nadi, suhu, pernafasan), h) Frekuensi dan pemeriksaan DJJ dan dengan alat apa pemeriksaan dilakukan?, i) Frekuensi dari pemeriksaan dalam, j) Identifikasi siapa yang akan mendampingi ibu dan perannya apa bagi si ibu, k) Apakah ketuban perlu dipecahkan, kapan?, l) Menentukan kapan perlu untuk konsultasi ke Sp. OG, m) Kapan persalinan perlu dipersiapkan?

Teori Partograf :

- a) Observasi persalinan dengan menggunakan partograf menurut NUrjasmii, dkk (2016). Observasi yang ketat harus dilakukan selama kala I persalinan untuk keselamatan ibu, hasil observasi dicatat dalam partograf. Partograf membantu bidan mengenali apakah ibu masih dalam kondisi normal atau mulai ada penyulit. Dengan selalu menggunakan partograf, bidan dapat mengambil keputusan klinik dengan cepat dan tepat sehingga dapat terhindarv dari keterlambatan dalam pengelolaan ibu bersalin. Partograf dilengkapi dengan halaman depan dan halaman belakang untuk diketahui dengan lengkap proses persalinan kala I-IV.
- b) Penggunaan partograf menurut Nurjasmii, dkk (2016), adalah sebagai berikut :
 - (1) Semua ibu dalam fase aktif kala I persalinan samapai dengan kelahiran bayi, sebagai elemen penting asuhan persalinan.
 - (2) Semua tempat pelayanan persalinan (/rumah, puskesmas, klinik bidan swasta, rumah sakit, dll).
 - (3) Semua penolong persalinan yang memberikan asuhan kepada ibu selama

persalinan dan kelahiran. Partograf membantu penolong persalinan dalam memantau, mengevaluasi, dan membantu keputusan klinik baik persalinan normal maupun yang disertai dengan penyulit. Pencatatan partograf dimulai pada saat proses persalinan masuk dalam fase aktif harus ditandai dengan : (a) Kontraksi yang teratur minimal 3x selama 10 menit, (b) Lama kontraksi minimal 40 detik, (c) Bagian terendah sudah masuk pintu atas panggul (PAP). Bila pembukaan sudah mencapai ≥ 4 cm tetapi kualitas kontraksi masih kurang dari 3x dalam 10 menit atau lamanya kurang dari 40 detik, pikirkan diagnose anertia uteri. Komponen yang harus diobservasi : (a) Denyut Jantung Janin setiap 30 menit, (b) Frekuensi dan lamanya kontraksi uterus setiap 30 menit, (c) Nadi setiap 30 menit, (d) Pembukaan serviks setiap 4 jam, (e) Penurunan setiap 4 jam, (f) Tekanan darah dan temperature suhu setiap 4 jam, (g) Produksi urin, aseton, dan protein setiap 2-4 jam. (4) Lembar partograf halaman depan menyediakan lajur dan kolom untuk mencatat hasil pemeriksaan selama fase aktif persalinan termasuk : (a) informasi tentang ibu yaitu nama, umur, gravida, para, abortus (keguguran), nomor catatan medis atau nomor puskesmas, tanggal dan waktu mulai dirawat (atau jika dirumah, tanggal dan waktu penolong persalinan mulai merawat ibu), waktu pecahnya selaput ketuban, (b) Kondisi janin yaitu DJJ, warna dan adanya air ketuban. Menurut Johariyah, dkk (2012) nilai air ketuban setiap kali dilakukan pemeriksaan dalam, dan nilai warna air ketuban jika selaput ketuban pecah. Gunakan lambing-lambang berikut : U= ketuban utuh (belum pecah), J= ketuban sudah pecah dan air ketuban jernih, M= ketuban sudah pecah dan air

ketuban bercampur meconium, D= ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur darah, K= ketuban sudah pecah dan air ketuban tidak ada (kering). Menurut Johariyah, dkk (2012) penyusupan (molase) kepala janin digunakan lambing-lambang berikut ini : 0= tulang-tulang kepala janin terpisah, sutura dengan mudah dapat dipalpasi, tulang-tulang kepala janin yang saling bersentuhan, 2= tulang kepala janin saling tumpang tindih tapi masih dapat dipisahkan, 3= tulang-tulang kepala janin tumpang tindih dan tidak dapat dipisahkan, (c) Kemajuan persalinan yaitu pembukaan serviks, penurunan bagian terbawah atau presentasi janin, garis waspada dan garis bertindak, (d) jam dan waktu persalinan yaitu mulai waktunya fase aktif persalinan, waktu actual saat pemeriksaan dan penilaian, (e) Kontraksi uterus yaitu frekuensi dan lamanya persalinan, (f) Obat-obatan dan cairan yang diberikan antara lain Oksitosin, obat-obatan lain dan cairan IV yang diberikan, (g) Kondisi denyut nadi, tensi, suhu, urine (volume, aseton, protein), asupan cairan dan nutrisi, (h) Asuhan, pengamatan, dan keputusan klinik lainnya (dicatat dalam kolom yang tersedia disisi partograf atau dicatat kemajuan persalinan). (5) Halaman belakang partograf diisi setelah kelahiran berlangsung, semua proses, tindakan dan obat-obatan serta observasi yang dilakukan dicatat dilembar ini. Data ini penting jika tiba-tiba ibu mengalami penyulit diklinik atau setelah dirumah.

b. Rencana Asuhan pada Kala II

Data dasar untuk menentukan kesejahteraan ibu dan janin selama kala II persalinan adalah kelanjutan dari data dasar yang dikumpulkan dan evaluasi dari

Kala I : melanjutkan evaluasi setiap tanda yang ditemukan dari riwayat pemeriksaan fisik, pemeriksaan panggul, dan pemeriksaan laboratorium yang dilakukan terhadap ibu dan bayi selama persalinan, melanjutkan evaluasi kemajuan persalinan, rata-rata lama partus kala II (menurut Friedman) 1 jam pada primipara dan 15 menit pada multipara. Pada umumnya kala II tidak lebih dari 2 jam pada primipara dan 1 jam pada multipara, kontraksi selama kala II biasanya lebih sering, kuat, lebih lama, kira-kira setiap 2 menit lamanya 60-90". Menejemen pada kala II termasuk bertanggung jawab terhadap : a) Persiapan untuk persalinan, b) Menejemen persalinan, c) Membuat menejemen keputusan untuk partus kala II.

Menentukan menejemen keputusan untuk partus kala II termasuk hal-hal dibawah ini : a) Frekuensi untuk memeriksa TTV (tensi, nadi, suhu), b) Frekuensi dari memeriksa DJJ, c) Kapan ibu dipimpin meneran, d) Kapan melakukan persiapan persalinan, e) Posisi ibu waktu bersalin, f) Kapan ibu perlu dikateter, g) Kapan menyokong perineum, h) Apakah perlu dilakukan episiotomy, dan tipe dari episiotomy, i) Kapan melahirkan kepala bayi, apakah pada saat kontraksi atau diantara kontraksi, j) Kapan mengklemp dan memotong talipusat, k) Apakah perlu dikonsulkan atau kolaborasi dengan dokter ahli. Keputusan yang diambil bermacam-macam bergantung pada ibu, harapannya, kondisinya, dan situasi.

c. Rencana Asuhan pada Kala III

Rencana asuhan pada kala III meliputi : a) Melanjutkan evaluasi setiap tanda-tanda bahaya yang ditemukan, b) Melanjutkan evaluasi kemajuan dari persalinan (pelepasan plasenta dan pengeluaran plasenta), c) Melanjutkan evaluasi

ibu termasuk mengukur Tekanan Darah, Nadi, Suhu, Pernafasan dan Aktivitas Gastrointestinal, d) Memperhatikan tanda dan gejala perdarahan.

d. Rencana Asuhan pada Kala IV

Rencana asuhan pada kala IV meliputi : a) Melakukan evaluasi terhadap uterus, b) Inspeksi dan evaluasi servik, vagina, dan perineum, c) Inspeksi dan evaluasi terhadap plasenta, selaput plasenta, dan tali pusat, d) Menjahit luka jalan lahir akibat episiotomy atau laserasi.

VI. Langkah VI : Implementasi

Pelaksanaan langsung asuhan yang efisien. Melaksanakan asuhan menyeluruh yang telah direncanakan. Pelaksanaan asuhan ini sebagian dilakukan oleh bidan sebagian oleh klien sendiri atau oleh petugas kesehatan lainnya, walau bidan tidak melaksanakan asuhan sendiri, tetapi dia tetap memiliki tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya (misalnya memantau rencananya benar-benar terlaksana). Bila perlu berkolaborasi dengan dokter misalnya karena adanya komplikasi. Manajemen yang efisien berhubungan dengan waktu, biaya serta peningkatan mutu asuhan. Kaji ulang apakah semua rencana telah dilaksanakan.

VII. Langkah VII : Evaluasi

Pada langkah ini dievaluasi keefektifan asuhan yang telah diberikan, apakah telah memenuhi kebutuhan asuhan yang telah teridentifikasi dalam diagnose maupun masalah. Pelaksanaan rencana asuhan tersebut dapat dianggap efektif bilamana memang benar-benar efektif. Ada kemungkinan bahwa sebagian

rencana tersebut terlaksana dengan efektif dan mungkin sebagian belum. Karena proses manajemen asuhan ini merupakan suatu kegiatan yang berkesinambungan maka perlu dievaluasi, kenapa asuhan yang diberikan belum efektif.

Dalam hal ini perlu mengulang kembali dari awal setiap asuhan yang belum efektif, melalui proses manajemen untuk mengidentifikasi mengapa proses tersebut tidak efektif serta melakukan penyesuaian dan modifikasi apabila memang diperlukan. Langkah-langkah proses manajemen umumnya merupakan pengkajian yang memperjelas proses berfikir, yang mempengaruhi tindakan serta berorientasi pada proses klinis, karena proses manajemen tersebut berlangsung didalam situasi klinik.

Menejemen kebidanan 7 langkah ini merupakan proses berfikir dalam mengambil keputusan klinis dalam memberikan asuhan kebidanan yang dapat diaplikasikan dalam setiap situasi. Untuk pendokumentasian pencatatan asuhan dapat diterapkan dalam bentuk SOAP yaitu :

- S : Subyektif data, menurut perspektif klien. Data ini diperoleh dari anamnesa atau allo anamnesa.
- O : Obyektif data, yaitu hasil pemeriksaan fisik klien, serta pemeriksaan diagnostic dan pendukung lain. Data termasuk catatan medic pasien lalu.
- A : Analisis, atau interpretasi berdasarkan data yang terkumpul, dibuat kesimpulan berdasarkan sesuatu yang dapat diidentifikasi : 1) Diagnosa masalah, 2) Antisipasi diagnose/masalah potensial, 3) Perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter, konsultasi/kolaborasi dan rujukan (sebagai langkah 2,3,4 dalam Menejemen Varney).

P : Planning/perencanaan merupakan gambaran pendokumentasian dari tindakan (implementasi) dan evaluasi rencana (E) berdasarkan pada langkah 5,6,7 pada manajemen varney, ini termasuk hasil observasi dan evaluasi dari flowsheet. Planning termasuk : 1) Asuhan mandiri oleh bidan, 2) Kolaborasi/konsultasi dengan dokter/nakes lain, 3) Tes diagnostic/laboratorium, 4) Konseling/penyuluhan, 5) Follow up. Ini semua termasuk keputusan klinis dalam prosedur tindakan, aktifitas, diet, kebutuhan hidrasi, pendampingan, dll

2.3 Konsep Dasar Nifas

2.3.1 Pengertian Nifas

Masa nifas berasal dari bahasa latin, yaitu puer artinya bayi dan parous artinya melahirkan atau masa sesudah melahirkan. Asuhan kebidanan masa nifas adalah penatalaksanaan asuhan yang diberikan pada pasien mulai dari saat setelah lahirnya bayi sampai dengan kembalinya tubuh dalam keadaan seperti sebelum hamil atau mendekati keadaan sebelum hamil (Saleha, 2017).

Masa Nifas dimulai setelah 2 jam postpartum dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil, biasanya berlangsung selama 6 minggu atau 42 hari, namun secara keseluruhan baik secara fisiologi maupun psikologis akan pulih dalam waktu 3 bulan (Nurjanah, dkk, 2017).

2.3.2 Tahapan Masa Nifas

Menurut Nurjanah, dkk, 2017 Masa nifas dibagi dalam 3 tahap, yaitu puerperium dini (immediate puerperium), puerperium intermedial (early puerperium) dan remote puerperium (later puerperium). Adapun penjelasannya sebagai berikut:

- (1) Puerperium dini (immediate puerperium), yaitu pemulihan di mana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan (waktu 0-24 jam Postpartum). Dalam agama islam dianggap telah bersih dan boleh bekerja setelah 40 hari.
- (2) Puerperium intermedial (early puerperium), suatu masa di mana pemulihan dari organ-organ reproduksi secara menyeluruh selama kurang lebih 6-8 minggu.
- (3) Remote puerperium (later puerperium), waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat kembali dalam keadaan yang sempurna secara bertahap terutama jika selama masa kehamilan dan persalinan ibu mengalami komplikasi, waktu untuk sehat bisa berminggu-minggu, bulan bahkan tahun.

2.3.3 Tujuan Asuhan Masa Nifas dan Peran Tanggung Jawab Bidan

Asuhan ibu masa nifas adalah asuhan yang diberikan kepada ibu segera setelah kelahiran sampai 6 minggu setelah kelahiran. Tujuan dari masa nifas adalah untuk memberikan asuhan yang adekuat dan terstandar pada ibu segera setelah melahirkan dengan memperhatikan riwayat selama kehamilan, dalam persalinan dan keadaan segera setelah melahirkan. Adapun hasil yang diharapkan adalah terlaksanakannya asuhan segera atau rutin pada ibu post partum termasuk

melakukan pengkajian, membuat diagnose, mengidentifikasi masalah dan kebutuhan ibu, mengidentifikasi diagnose dan masalah potensial, tindakan segera serta merencanakan asuhan,

Kunjungan	Waktu	Tujuan
1	6 -8 jam setelah persalinan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri 2. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, rujuk bila perdarahan berlanjut 3. Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri 4. Pemberian ASI awal 5. Melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir 6. Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi
2	6 hari setelah persalinan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memastikan involusi uterus berjalan normal: uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal, dan tidak ada bau 2. Menilai adanya tanda -tanda demam,

		<p>infeksi, atau perdarahan abnormal</p> <p>3. Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan, dan istirahat</p> <p>4. Memastikan ibu menyusui dengan baik, dan tidak memperlihatkan tanda - tanda penyulit</p> <p>5. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan perawatan bayi sehari -hari</p>
3	2 minggu setelah persalinan	Sama seperti diatas (6 hari setelah persalinan)
4	6 minggu setelah persalinan	<p>1. Menanyakan pada ibu tentang penyulit - penyulit -penyulit yang ia alami atau bayinya</p> <p>2. Membrikan konseling KB secara dini</p> <p>3. Menganjurkan/mengajak ibu membawa bayinya ke posyandu atau puskesmas untuk penimbangan dan imunisasi.</p>

Tabel 2.16 Jadwal Kunjungan (Saleha, 2016).

2.3.4 Perubahan Fisiologis pada Masa Nifas

Perubahan Fisiologis pada masa nifas: (Walyani, 2015).

1. Perubahan Sistem Reproduksi

1) Serviks

Segera setelah melahirkan, serviks menjadi lembek, kendur, terkulai dan berbentuk seperti corong. Hal ini disebabkan korpus uteri berkontraksi, sedangkan serviks tidak berkontraksi, sehingga perbatasan antara korpus dan serviks uteri berbentuk cincin. Warna serviks merah kehitam-hitaman karena penuh pembuluh darah. Segera setelah bayi lahir, tangan pemeriksa masih dapat dimasukkan 2-3 jari dan setelah 1 minggu hanya 1 jari saja yang dapat masuk. Namun demikian, selesai involusi, ostium eksternum tidak sama seperti sebelum hamil (Rukiyah, 2011).

2) Uterus

Uterus secara berangsur-angsur menjadi kecil (involusi) sehingga akhirnya kembali seperti sebelum hamil.

- (1) Bayi lahir fundus uteri setinggi pusat dengan berat uterus 1000gr
- (2) Akhir kala III persalinan tinggi fundus uteri teraba 2 jari bawah pusat dengan berat uterus 750gr
- (3) Satu minggu postpartum tinggi fundus uteri teraba pertengahan pusat simpisis dengan berat uterus 500gr
- (4) Dua minggu postpartum tinggi fundus uteri tidak teraba diatas simpisis dengan berat urterus 350gr

(5) Enam minggu postpartum fundus uteri bertambah kecil dengan berat uterus 50gr

3) Lochea

Lochea adalah cairan secret yang berasal dari cavum uteri dan vagina dalam masa nifas. Macam-macam lochea:

Lochea	Waktu	Warna	Ciri-ciri
Rubra (cruenta)	1-3 hari postpartum	Merah	Berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, verniks kaseosa, lanugo, dan meconium
Sanguinolenta	3-7 hari postpartum	Berwarna merah kekuningan	Berwarna merah kekuningan
Serosa	7-14 hari postpartum	Merah jambu kemudian kuning	Cairan serum, jaringan desidua, leukosit, dan eritrosit.
Alba	2 minggu postpartum	Berwarna Putih	Cairan berwarna putih seperti krim terdiri dari leukosit dan sel-sel desidua.
Purulenta			Terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah

			berbau busuk
Locheastatis			Lochea tidak lancar keluarnya

4) Vulva dan Vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi, dan dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut, kedua organ ini tetap berada dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu vulva dan vagina kembali kepada keadaan tidak hamil dan rugae dalam vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali sementara labia menjadi lebih menonjol. (Walyani, 2015)

2. Perubahan Sistem Pencernaan

Setelah kelahiran plasenta, maka terjadi pula penurunan produksi progesteron. Sehingga hal ini dapat menyebabkan heartburn dan konstipasi terutama dalam beberapa hari pertama. Kemungkinan terjadi hal ini karena kurangnya keseimbangan cairan selama persalinan dan adanya reflek hambatan defekasi dikarenakan adanya rasa nyeri pada perineum karena adanya luka episiotomi (Bahiyatun, 2016)

3. Perubahan Sistem Perkemihan

Diuresis dapat terjadi setelah 2-3 hari postpartum. Dieresis terjadi karena saluran urinaria mengalami dilatasi. Kondisi ini akan kembali normal setelah 4 minggu postpartum. Pada awal postpartum, kandung kemih mengalami edema, kongesti, dan hipotonik. Hal ini disebabkan oleh adanya overdistensi pada saat kala dua persalinan dan pengeluaran urine yang tertahan selama

proses persalinan. Sumbatan pada uretra disebabkan oleh adanya trauma saat persalinan berlangsung dan trauma ini dapat berkurang setelah 24 jam postpartum (Bahiyatun, 2016).

4. Sistem Muskuloskeletal

Sistem muskuloskeletal adalah sistem yang digunakan pada tubuh manusia yang berfungsi sebagai lokomotor dan penopang bagi tubuh manusia. Merupakan sistem yang sangat penting pada tubuh manusia. Kelainan pada sistem ini dapat mengganggu keseharian manusia karena menimbulkan keluhan-keluhan tertentu. Terdiri dari 2 sistem utama yaitu system kerangka dan sitem otot (Ellis, 2016).

Diastasis rectus abdominis adalah suatu kondisi dimana kedua otot rectus abdominis hancur melebar ke samping dan disertai dengan perluasan jaringan linea alba yang mengembung dari dinding perut (Michalska et al, 2018).

5. Sistem Kardiovaskular

Curah jantung meningkat selama persalinan dan berlangsung sampai kala tiga ketika volume darah uterus dikeluarkan. Penurunan terjadi pada beberapa hari pertama postpartum dan akan kembali normal pada akhir minggu ke-3 postpartum (Bahiyatun, 2016)

Perubahan Tanda-tanda Vital terdiri dari beberapa, yaitu: (Nurjanah, 2017)

- (a) Suhu Badan Satu hari (24 jam) postpartum suhu badan akan naik sedikit (37,5oC-38oC) sebagai akibat kerja keras waktu melahirkan, kehilangan cairan (dehidrasi) dan kelelahan karena adanya bendungan vaskuler dan limfatik. Apabila keadaan normal suhu badan menjadi biasa. Biasanya

pada hari ketiga suhu badan naik lagi karena adanya pembentukan ASI, payudara menjadi bengkak, berwarna merah karena banyaknya ASI. Bila suhu tidak turun kemungkinan adanya infeksi endometrium, mastitis, tractus genetalis atau system lain.

- (b) Nadi Denyut nadi normal pada orang dewasa antara 60-80 kali per menit atau 50-70 kali per menit. Sesudah melahirkan biasanya denyut nadi akan lebih cepat. Denyut nadi yang melebihi 100 kali per menit, harus waspada kemungkinan infeksi atau perdarahan postpartum.
- (c) Tekanan Darah Tekanan darah meningkat pada persalinan 15 mmHg pada systole dan 10 mmHg pada diastole. Biasanya setelah bersalin tidak berubah (normal), kemungkinan tekanan darah akan rendah setelah ibu melahirkan karena ada perdarahan. Tekanan darah tinggi pada postpartum dapat menandakan terjadinya preeklamsi pada masa postpartum.
- (d) Pernapasan Keadaan pernapasan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Bila suhu dan nadi tidak normal, pernapasan juga akan mengikutinya, kecuali apabila ada gangguan khusus pada saluran napas contohnya penyakit asma. Bila pernapasan pada masa postpartum menjadi lebih cepat, kemungkinan ada tanda-tanda syok.

6. Sistem Integumen

Sistem integumen mencakup kulit pembungkus permukaan tubuh dan jaringan aksesoris lainnya, termasuk kuku, rambut, dan kelenjar. Syaifuddin (2011:48) mengatakan bahwa kulit berhubungan dengan selaput lendir yang

melapisi rongga lubang masuk. Pada permukaan kulit bermuara kelenjar keringat dan kelenjar mukosa. Kelenjar keringat merupakan kelenjar tubular bergelung tidak bercabang, terdapat pada seluruh kulit kecuali pada dasar kuku, batas bibir, gland penis, dan gendang telinga. Kelenjar ini paling banyak terdapat pada telapak tangan dan telapak kaki. Terdapat dua macam kelenjar keringat, yaitu : Kelenjar keringat ekrin yang tersebar di seluruh kulit tubuh kecuali kulup penis, bagian dalam telinga luar, telapak tangan, telapak kaki, dan dahi; kelenjar keringat apokrin merupakan kelenjar keringat yang besar hanya dapat ditemukan pada ketiak, kulit puting susu, kulit sekitar alat kelamin, dan dubur (Syaifuddin, 2011:57). Sedangkan, dalam kamus saku kedokteran Dorland (2012:476), sweat gland (Kelenjar keringat) merupakan kelenjar yang menyekresikan keringat, dijumpai pada lapisan dermis atau subkutan, salurannya bermuara dipermukaan tubuh.

7. Sistem endoktrin

Sistem endokrin Kadar estrogen menurun 10% dalam waktu sekitar 3 jam post partum, progesterone turun pada hari ke 3 post partum, kadar prolaktin dalam darah berangsur-angsur hilang.

8. Payudara dan berat badan

(1) Pasca melahirkan, payudara Moms kemungkinan akan tampak memerah, bengkak, terasa sakit dan penuh dengan air susu sekitar 1-2 hari setelah melahirkan. Lalu pada hari ke 3-4, setelah bengkak berkurang, payudara akan tampak mengendur. Payudara Moms juga akan memproduksi banyak air susu selama beberapa minggu ke depan, sehingga sebagian besar

wanita mengalami kebocoran pada pakaian yang dikenakan. Kondisi tersebut merupakan hal yang wajar saja terjadi, karena hal ini disebabkan oleh hormon. Hormon progesteron, estrogen dan oksitosin merangsang kelenjar susu payudara dan saluran susu untuk mempersiapkan kebutuhan menyusui bayi yang telah lahir.

- (2) Penurunan Berat Badan Berarti penurunan berat badan setelah melahirkan bayi, karena pengurangan cairan ketuban, dan plasenta, kira-kira sebanyak 6 kg. Penurunan berat badan dalam masa nifas juga bisa disebabkan karena keluarnya lochia dan involusi uterus, yakni sekitar 2–7 kg.

2.3.5 Perubahan Psikologis pada Masa Nifas

Perubahan psikologis pada masa nifas menurut Walyani & Purwoastuti (2015), yaitu :

- (1) Fase *taking in* yaitu periode ketergantungan, berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan, pada fase ini ibu sedang berfokus terutama pada dirinya sendiri, ibu akan berulang kali menceritakan proses persalinan yang dialaminya dari awal sampai akhir.
- (2) Fase *taking hold* adalah periode yang berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan, pada fase ini timbul rasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi.
- (3) Fase *letting go* adalah periode menerima tanggung jawab akan peran barunya sebagai orang tua, fase ini berlangsung 10 hari setelah melahirkan.

2.3.6 Kebutuhan Pada Masa Nifas

Ibu nifas memiliki beberapa kebutuhan dasar yang harus terpenuhi selama menjalani masa nifas yaitu sebagai berikut.

1. Ambulasi Dan Mobilisasi Dini

Ambulasi dini (early ambulation) ialah kebijaksanaan agar secepat mungkin bidan membimbing ibu postpartum bangun dari tempat tidurnya dan membimbing ibu secepat mungkin untuk berjalan. Ibu post partum sudah diperbolehkan bangun dari tempat tidur dalam 24–48 jam postpartum, tentunya ibu postpartum tidak dengan penyulit seperti anemia, penyakit jantung, demam, penyakit paru-paru, dan sebagainya. Adapun beberapa keuntungan ambulasi dini adalah sebagai berikut:

- a. Ibu merasa lebih sehat dan kuat dengan early ambulation.
- b. Faal usus dan kandung kemih lebih baik.
- c. Early ambulation memungkinkan kita mengajarkan ibu cara merawat anaknya selama ibu masih di rumah sakit
- d. Menurut penelitian-penelitian yang saksama, early ambulation tidak mempunyai pengaruh yang buruk, tidak menyebabkan perdarahan abnormal, tidak memengaruhi penyembuhan luka episiotomi atau luka di perut, dan lain-lain (Saleha, 2015 : 72).diberikan harus bermutu, bergizi tinggi, cukup kalori, tinggi protein, dan banyak mengandung cairan. Lakukan ambulasi dini pada ibu nifas dua jam setelah persalinan normal, sedangkan pada ibu nifas dengan partus sectio caesarea ambulasi dini

dilakukan paling tidak setelah 12 jam masa nifas setelah Kebutuhan Dasar Ibu Masa Nifas.

2. Nutrisi dan Cairan

Pada masa nifas masalah diit perlu mendapat perhatian yang serius, karena dengan nutrisi yang baik dapat mempercepat penyembuhan ibu dan memengaruhi susunan air susu. Nutrisi yang dikonsumsi oleh ibu nifas harus bermutu tinggi, bergizi dan cukup kalori. Kalori baik untuk proses metabolisme tubuh, kerja organ tubuh, proses pembentukan ASI, Wanita dewasa memerlukan 2.200 kalori. Ibu menyusui memerlukan kalori yang sama dengan wanita dewasa + 700 kalori pada 6 bulan pertama kemudian 500 kalori di bulan selanjutnya. Pemberian kapsul Vitamin A diberikan sebanyak 2 kali, pertama segera setelah melahirkan, kedua diberikan Setelah 24 jam pemberian kapsul Vitamin A pertama. Manfaat Vitamin A untuk ibu nifas sebagai berikut :

- (a) Meningkatkan kandungan Vitamin A dalam ASI
- (b) Bayi lebih kebal terkena penyakit infeksi
- (c) Kesehatan ibu lebih cepat pulih setelah melahirkan.

3. Eliminasi BAK/BAB

Buang air besar secara spontan bisa tertunda selama dua sampai tiga hari setelah ibu melahirkan. Keadaan ini bisa disebabkan karena tonus otot usus menurun selama proses persalinan dan pada awal masa pascapartum, diare sebelum persalinan, enema sebelum melahirkan, kurang makan atau dehidrasi. Kebiasaan BAB teratur perlu diterapkan kembali setelah tonus otot kembali

normal, perlu dilatih kembali untuk merangsang pengosongan usus (Dewi dan Sunarsih, 2013). Miksi disebut normal bila dapat buang air kecil spontan setiap 3 – 4 jam. Ibu diusahakan dapat BAK sendiri, apabila tidak lakukan tindakan seperti merangsang dengan mengalirkan air kran di dekat klien dan mengompres air hangat diatas simpisis. Jika tidak berhasil dengan cara tersebut maka lakukan katerisasi, namun katerisasi tidak dilakukan sebelum lewat 6 jam post partum karena prosedur kateterisasi membuat klien tidak nyaman dan resiko infeksi saluran kencing tinggi. Dower kateter diganti setelah 48 jam.

4. Personal Hygiene

Pada ibu pada masa postpartum sangat rentan terhadap infeksi. Oleh karena itu, kebersihan diri sangat penting untuk mencegah terjadinya infeksi. Beberapa hal yang perlu diperhatikan pada ibu nifas dalam personal hygiene adalah sebagai berikut:

1) Perawatan Perineum

Apabila setelah buang air besar atau buang air kecil perineum dibersihkan secara rutin. Caranya dibersihkan dengan sabun yang lembut minimal sekali sehari. Biasanya ibu merasa takut pada kemungkinan jahitannya akan lepas dan merasa sakit sehingga perineum tidak dibersihkan atau dicuci (Ambarwati dan Wulandari, 2015:106).

Ibu post partum harus mengerti untuk membersihkan daerah sekitar vulva terlebih dahulu dari depan ke belakang, kemudian membersihkan daerah sekitar anus. Anjurkan ibu untuk membersihkan vulva setiap kali

selesai buang air kecil atau besar. Defekasi biasanya 2-3 hari post partum masih sulit buang air besar. Jika klien pada hari ketiga belum juga BAB maka diberikan larutan supositoria dan minum air hangat. Lakukan diit teratur, pemberian cairan yang banyak, makanan cukup serat dan olah raga agar BAB dapat kembali teratur.

2) Perawatan luka

a. Definisi perawatan luka perineum

Perawatan luka perineum adalah pemenuhan kebutuhan untuk menyetatkan daerah antara paha dibatasi oleh vulva dan anus pada ibu yang dalam masa masa postpartum (Manson, 2013).

b. Tujuan perawatan luka perineum

Perawatan khusus perineal bagi wanita setelah melahirkan untuk mengurangi rasa ketidaknyamanan, mencegah infeksi, dan meningkatkan penyembuhan

c. Kriteria penilaian penyembuhan luka perineum.

Menurut Handayani (2014), penyembuhan luka perineum dikatakan membaik bila telah terbentuknya jaringan baru yang menutupi luka perineum dalam jangka waktu 6 hari postpartum. Kriteria penilaian penyembuhan dikatakan cepat apabila luka sembuh dalam 6 hari dan lambat bila luka sembuh lebih dari 6 hari. Sedangkan menurut Hamilton (2016) Penyembuhan luka perineum adalah mulai membaiknya luka perineum dengan terbentuknya

jaringan baru yang menutupi luka perineum dalam jangka waktu 6-7 hari postpartum. Kriteria penilaian luka adalah:

- (a) Baik, jika luka kering, perineum menutup dan tidak ada tanda infeksi (merah, bengkak, panas, nyeri, fungsioleosa), Perawatan luka perineum.
- (b) Sedang, jika luka basah, perineum menutup, tidak ada tanda-tanda infeksi (merah, bengkak, panas, nyeri, fungsioleosa)
- (c) Buruk, jika luka basah, perineum menutup/membuka dan ada tanda-tanda infeksi merah, bengkak, panas, nyeri, fungsioleosa).
Sedangkan menurut alur perubahan pascapartum milik Bobak, Lowdemilk & Jansen (2013), pada hari pertama perineum mengalami edema, bersih, utuh, tepi episiotomi menutup dengan baik. Pada hari kedua edema berkurang, utuh dan menyembuh. Edema akan mengilang pada hari ketiga (Bobak, Lowdemilk & Jansen, 2013). Pada 1 minggu setelah kepulangan luka episiotomi bebas dari edema, area indurasi, kemerahan, dan eksudat; tepi-tepi jaringan menyatu (Doenges, 2014).

d. Cara merawat luka perineum

- 1) Persiapan yang diperlukan air hangat, sabun, waslap, handuk kering dan bersih, pembalut ganti yang secukupnya, dan celana dalam yang bersih (Nurhayati, 2014).

e. Cara perawatan luka perineum

Menurut Anggraeni, Bahiyatun (2013), Reeder, Martin & Koniak-griffin (2012) merawat luka perineum adalah sebagai berikut :

- (a) Cuci tangan dengan air mengalir. Berguna untuk mengurangi risiko infeksi dengan menghilangkan mikroorganisme
- (b) Lepas pembalut yang digunakan dari depan ke belakang. Pembalut hendaknya diganti setiap 4-6 jam setiap sehari atau setiap berkemih, defekasi dan mandi. Bila pembalut yang dipakai ibu bukan pembalut habis pakai, pembalut dapat dipakai dengan dicuci dan dijemur dibawah sinar matahari.
- (c) Cebok dari arah depan ke belakang.
- (d) Mencuci daerah genital dengan air bersih atau matang dan sabun setiap kali habis BAK atau BAB.
- (e) Waslap dibasahi dan buat busa sabun lalu gosokkan perlahan waslap yang sudah ada busa sabun tersebut ke seluruh lokasi luka jahitan. Jangan takut dengan rasa nyeri, bila tidak dibersihkan dengan benar maka darah kotor akan menempel pada luka jahitan dan menjadi tempat kuman berkembang biak.
- (f) Bilas dengan air hangat dan ulangi sekali lagi sampai yakin bahwa luka benar – benar bersih. Bila perlu lihat dengan cermin kecil.
- (g) Keringkan dengan handuk kering atau tissue toilet dari depan ke belakang dengan cara ditepuk

- (h) Kenakan pembalut baru yang bersih dan nyaman dan celana dalam yang bersih dari bahan katun. Pasang pembalut perineum baru dari depan ke belakang, jangan menyentuh bagian permukaan dalam pembalut.
- (i) Cuci tangan dengan air mengalir. Berguna untuk mengurangi risiko infeksi dengan menghilangkan mikroorganisme.

2) Dampak perawatan perineum yang tidak benar

Menurut Suwiyoga, (2014) perawatan perineum yang tidak tepat dapat mengakibatkan hal berikut ini:

(a) Infeksi

Kondisi perineum yang terkena lochea dan lembab akan sangat menunjang perkembangan bakteri yang dapat menyebabkan timbulnya infeksi pada perineum.

(b) Komplikasi

Munculnya infeksi pada perineum dapat merambat pada saluran kandung kemih ataupun pada jalan lahir yang dapat berakibat pada munculnya komplikasi infeksi kandung kemih maupun infeksi pada jalan lahir.

(c) Kematian ibu post partum

Penanganan komplikasi yang lambat dapat menyebabkan terjadinya kematian pada ibu post partum mengingat ibu post partum masih lemah.

5. Istirahat Dan Tidur

Menurut Suherni dkk (2015), istirahat merupakan salah satu kebutuhan dasar masa nifas yaitu dengan menganjurnya ibu untuk:

- (a) Istirahat yang cukup untuk mengurangi rasa lelah
- (b) Tidur siang atau istirahat selagi bayi tidur
- (c) Kembali ke kegiatan rumah tangga secara perlahan-lahan
- (d) Menyediakan waktu untuk istirahat pada siang kira-kira 2 jam, dan malam 7-8 jam.

6. Perawatan Payudara

Bagi ibu postpartum, melakukan perawatan payudara itu penting yaitu dengan menjaga payudara tetap bersih dan kering terutama pada bagian puting susu dengan menggunakan bra yang menyongkong payudara. Oleskan kolostrum atau ASI yang keluar pada sekitar puting susu sebelum dan setelah menyusukan. Apabila payudara terasa nyeri dapat diberikan parasetamol 1 tablet setiap 4 – 6 jam (Ambarwati dan Wulandari, 2015 : 107). Untuk cara mengganti pembalut yaitu bagian dalam jangan sampai terkontaminasi oleh tangan. Pembalut yang sudah kotor harus diganti paling sedikit 4 kali sehari. Ibu harus memahami tentang jumlah, warna, dan bau lochea sehingga apabila ada kelainan dapat diketahui secara dini. Sarankan ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminnya. Apabila ibu mempunyai luka episiotomi atau laserasi, saranakan kepada ibu untuk menghindari menyentuh daerah luka (Ambarwati dan Wulandari, 2015).

7. Rawat gabung

Pelaksanaan rawat gabung segera mungkin dapat membantu ibu dan bayi lebih cepat untuk saling mengenal (sutrisminah, 2015). Namun ada beberapa ibu yang melahirkan dengan tindakan section caesaria. Persalinan SC ini dipilih karena ibu mengalami kesulitan melahirkan serta terdapat beberapa indikasi yang menyebabkan ibu harus dilakukan tindakan SC. Sehingga sebagian besar pelaksanaan rawat gabung dengan ibu dengan persalinan SC akan ditunda atau bahkan tidak dilakukan rawat gabung bila keadaan ibu tidak memenuhi persyaratan untuk dilakukan rawat gabung (fauzi, 2013).

8. Senam nifas

Tujuan utama dari rehabilitasi fisik/ olahraga dalam periode postnatal adalah untuk :

- 1) Meningkatkan sirkulasi
- 2) Mengembalikan fungsi keseluruhan otot dasar panggul dan untuk menghindari masalah urinary, sebagai contoh stress inkontinesia
- 3) Memperkuat otot abdominal untuk mengembalikan fungsinya sebagai sumber pergerakan, menyokong tulang belakang dan isi perut serta menjaga tekanan intra abdominal.
- 4) Menjamin perawatan yang mencukupi untuk punggung
- 5) Mempercepat pemulihan masalah musculosketal postnatal, sebagai contoh, diastasis rekti dan disfungsi simpisis pubis.

9. Hubungan seksual & Kb

- 1) Hubungan seksual dapat dilakukan dengan nyaman. Episiotomi lumayan sembuh dan lochea telah berhenti. Hendaknya pula hubungan seksual dapat ditunda sedapat mungkin sampai 40 hari, setelah persalinan, karena pada waktu itu diharapkan organ-organ tubuh telah pulih kembali. Ibu mengalami ovulasi dan mungkin mengalami kehamilan sebelum haid yang pertama timbul setelah persalinan, untuk itu bila senggama tidak mungkin menunggu sampai hari ke 40, suami/ istri perlu melakukan usaha untuk mencegah kehamilan. Pada saat inilah waktu yang tepat untuk memberikan konseling.
- 2) KB pasca persalinan adalah penggunaan alat/ obat kontrasepsi segera setelah melahirkan sampai dengan 40 hari/ 6 minggu setelah melahirkan. Hal yang perlu diperhatikan sebelum memutuskan untuk menggunakan alat/ obat kontrasepsi yaitu :
 - (1) Memberikan ASI Eksklusif pada bayi sejak lahir sampai berusia 6 bulan
 - (2) Tidak menghentikan ASI untuk memulai suatu metode kontrasepsi
 - (3) Metode kontrasepsi pada pasien menyusui dipilih agar tidak mempengaruhi ASI atau kesehatan bayi

10. HE Tanda bahaya pada masa nifas.

Wanita pasca persalinan harus cukup istirahat. Delapan jam pasca persalinan, ibu harus tidur terlentang untuk mencegah perdarahan. Sesudah 8 jam, ibu boleh miring ke kiri atau ke kanan untuk mencegah trombosis. Ibu dan

bayi ditempatkan pada satu kamar. Pada hari kedua, bila perlu dilakukan latihan senam. Pada hari ketiga umumnya sudah dapat duduk, hari keempat berjalan dan hari kelima sudah dapat dipulangkan. Makanan yang diberikan harus bermutu tinggi dan cukup kalori, cukup protein dan banyak buah. Anjurkan untuk mencegah kelelahan yang berlebihan, usahakan untuk rileks dan istirahat yang cukup, terutama saat bayi sedang tidur. Meminta bantuan suami atau keluarga ketika ibu merasa lelah. Putarkan dan dengarkan lagu-lagu klasik disaat ibu dan bayi sedang istirahat untuk menghilangkan rasa tegang dan lelah.

2.3.7 Konsep Pemberian ASI

1. Pengertian ASI

ASI adalah makanan pertama yang alami untuk bayi. ASI menyediakan semua energi dan nutrisi yang dibutuhkan bayi untuk bulan-bulan pertama kehidupan. Menyusui adalah cara yang sangat baik dalam menyediakan makanan ideal bagi pertumbuhan dan perkembangan bayi yang sehat. Dalam rangka menurunkan angka kesakitan dan kematian bayi, UNICEF dan WHO merekomendasikan sebaiknya bayi hanya disusui air susu ibu (ASI) selama paling sedikit 6 bulan, dan pemberian ASI dilanjutkan sampai bayi berumur dua tahun (WHO, 2018). Agar ibu dapat mempertahankan ASI eksklusif selama 6 bulan, WHO merekomendasikan agar melakukan inisiasi menyusui dalam satu jam pertama kehidupan, bayi hanya menerima ASI tanpa tambahan makanan atau minuman, termasuk air, menyusui sesuai permintaan atau

sesering yang diinginkan bayi, dan tidak menggunakan botol atau dot (WHO, 2018).

2. Manfaat ASI

Manfaat ASI untuk bayi sejak jam pertama kelahiran memberikan perlindungan dari kejadian kesakitan neonatal, ibu dengan pengalaman pertama diberikan support skills oleh tenaga kesehatan untuk menyusui bayinya, pertumbuhan sel otak secara optimal dan menambah perkembangan kecerdasan pada bayi dan dapat merangsang pertumbuhan sistem kekebalan tubuh (Khanal, 2015). Kandungan dalam ASI memberikan gizi yang cukup pada perkembangan dan pertumbuhan bayi sehingga bayi dapat bertahan hidup diluar kandungan ibu. Penelitian ini juga senada dengan Panten burg (2015) dengan pemberian ASI Eksklusif dapat mempercepat penyembuhan penyakit diare pada bayi, bayi dengan diare dapat menghilangkan 40% cairan dalam tubuh bayi sehingga dapat mengakibatkan kematian pada bayi, khususnya di negara berkembang dengan hygiens lebih rendah akan semakin menyebabkan tingginya kematian pada bayi. Pada penelitian ini para peneliti membuktikan bayi yang mengalami diare dan dirawat dirumah sakit diberikan ASI saja selama tujuh hari memberikan hasil yang signifikan terhadap penyembuhannya diluar dari pemberian obat dan antibiotik lainnya.

- 1) Membantu mempercepat pengembalian uterus ke bentuk semula dan mengurangi perdarahan post partum karena isapan bayi pada payudara akan merangsang kelenjar hipofise untuk mengeluarkan hormon

oksitosin. Oksitosin bekerja untuk kontraksi saluran ASI pada kelenjar air susu dan merangsang kontraksi uterus.

- 2) Menyusui secara teratur akan menurunkan berat badan secara bertahap karena pengeluaran energi untuk ASI dan proses pembentukannya akan mempercepat kehilangan lemak.
 - 3) Pemberian ASI yang cukup lama dapat memperkecil kejadian karsinoma payudara dan karsinoma ovarium.
 - 4) Pemberian ASI mudah karena tersedia dalam keadaan segar dengan suhu yang sesuai sehingga dapat diberikan kapan dan di mana saja.
3. Tahapan Asi Eksklusif
- 1) ASI Kolostrum Kolostrum keluar pada hari 1 – 4 setelah melahirkan, berwarna kekuningan dan lebih kental. Kolostrum kaya akan protein, vitamin yang larut dalam lemak, mineral, dan immunoglobulin yang berfungsi untuk melindungi bayi dari paparan bakteri dan virus yang bisa memicu timbulnya penyakit (budhijaya, 2019)
 - 2) ASI Transisi ASI transisi menggantikan kolostrum dalam waktu 4 hari setelah melahirkan berwarna putih. Kandungan ASI transisi di antaranya adalah lemak yang tinggi, laktosa, vitamin, dan kalori yang jumlahnya lebih banyak daripada kolostrum (Budhijaya, 2019)
 - 3) ASI Matur
ASI matur, yang mulai keluar sekitar akhir dari minggu kedua setelah melahirkan berwarna kekuning-kuningan. ASI matur mengandung 90% air

dan 10% karbohidrat, protein, dan lemak yang dibutuhkan untuk pertumbuhan dan energi (Budhijaya, 2019)

4. Komposisi Gizi dalam ASI

Komposisi ASI dibedakan menjadi 3 macam menurut waktunya.

1) Kolostrum

Kolostrum Adalah cairan yang dikeluarkan oleh payudara di hari pertama kelahiran bayi, kolostrum lebih kental berwarna kekuning-kuningan, karena banyak mengandung komposisi lemak dan sel-sel hidup. Kolostrum juga mengandung zat gizi yang pas untuk bayi antara lain protein 8,5%, lemak 2,5% , sedikit karbohidrat 3,5%, garam dan mineral 0,4%, air 85,1 % , antibodi serta kandungan imunoglobulin lebih tinggi jika dibandingkan dengan ASI matur yang mengakibatkan bayi tidak mudah terserang diare.¹⁵ Sekresi kolostrum hanya berlangsung sekitar 5 hari, diakibatkan oleh hilangnya estrogen dan progesteron oleh plasenta yang tiba-tiba menyebabkan laktogenik prolaktin memegang peranan tiba tiba dalam memproduksi air susu. Kemudian, kelenjar payudara mulai progresif menyekresikan air susu dalam jumlah yang besar. Manfaat besar dari kolostrum masih banyak tidak diketahui oleh ibu-ibu setelah melahirkan, sehingga mereka masih ragu untuk melakukan inisiasi dini. Kebanyakan mereka takut memberikan kolostrum karena kepercayaan yang menganggap kolostrum sebagai ASI basi atau ASI kotor sehingga harus dibuang. Padahal manfaat kolostrum tersebut sudah seringkali diberitakan melalui media, ataupun melalui penyuluhan.

2) ASI masa transisi

ASI masa transisi terjadi pada hari ke-4 sampai hari ke-10, dimana pengeluaran ASI oleh payudara sudah mulai stabil. Pada masa ini, terjadi peningkatan hidrat arang dan volume ASI, serta adanya penurunan komposisi protein. Akibat adanya penurunan komposisi protein ini diharapkan ibu menambahkan protein dalam asupan makanannya.

3) ASI Matur

ASI matur disekresi dari hari ke-10 sampai seterusnya. Kadar karbohidrat dalam kolostrum tidak terlalu tinggi, tetapi jumlahnya meningkat terutama laktosa pada ASI transisi. Setelah melewati masa transisi kemudian menjadi ASI matur maka kadar karbohidrat ASI relatif stabil.¹ Komponen laktosa (karbohidrat) adalah kandungan utama dalam ASI sebagai sumber energi untuk otak. Konsentrasi laktosa pada air susu manusia kira-kira 50% lebih banyak jika dibandingkan dengan kadar laktosa dalam susu sapi. Walaupun demikian, angka kejadian diare karena intoleransi laktosa jarang ditemukan pada bayi yang mendapatkan ASI. Hal ini disebabkan karena penyerapan laktosa ASI lebih baik jika dibandingkan dengan laktosa yang terdapat pada susu sapi. Namun sebaliknya, kandungan protein yang terdapat pada susu sapi biasanya dua kali lebih besar jika dibandingkan dengan protein pada ASI. Protein dalam susu terbagi menjadi protein whey dan casein. Protein whey banyak terdapat pada ASI, sifatnya lebih mudah diserap oleh usus bayi. Sedangkan susu sapi lebih banyak mengandung protein casein dengan

presentase kira-kira 80% yang sulit dicerna oleh usus bayi. Kadar lemak omega 3 dan omega 6 berperan dalam perkembangan otak bayi. Disamping itu terdapat asam lemak rantai panjang diantaranya asam dokosaheksanik (DHA) dan asam arakidonat (ARA) yang penting bagi perkembangan jaringan syaraf serta retina mata. Jika kekurangan asam lemak omega-3 berpotensi menimbulkan gangguan syaraf dan penglihatan.¹⁵ Kadar lemak baik tersebut lebih banyak ditemukan pada ASI dibanding susu sapi. Bayi yang mendapatkan ASI tidak akan kekurangan asam linolenat karena 6-9% kandungan energi total ASI adalah asam linolenat.

5. Pengeluaran ASI

Setelah kelahiran, terdapat dua hormon lain yang bekerja untuk mempertahankan proses laktasi, yaitu hormon prolaktin untuk meningkatkan sekresi ASI dan hormon oksitosin yang menyebabkan ejeksi ASI. Kedua hormon ini dirangsang oleh refleksi neuroendokrin saat bayi menghisap puting ibu. Dalam jangka waktu 2-3 minggu, kadar serum prolaktin pada ibu postpartum yang tidak menyusui akan kembali ke nilai normal seperti kondisi sebelum kehamilan, tetapi pada ibu yang menyusui, kadar serum prolaktin akan meningkat dengan adanya rangsangan dari puting susu. Kadar serum prolaktin meningkat dua kali lipat pada ibu yang menyusui dua bayi dibandingkan dengan menyusui seorang bayi, menunjukkan bahwa jumlah serum prolaktin yang dilepaskan berbanding lurus dengan derajat rangsangan

puting susu. Saat bayi menghisap puting susu, terjadi rangsangan saraf sensorik di sekitar areola (William dkk, 2016: 02).

Impuls aferen dihantarkan ke hipotalamus, mengawali pelepasan oksitosin dari hipofisis posterior. Sesaat sebelum ASI keluar terjadi peningkatan hormon berdasarkan lonjakan oksitosin, dan pelepasan hormon berlanjut setelah beberapa kali dilakukan penghisapan oleh bayi. Dalam 20 menit setelah menyusui, kadar hormon oksitosin turun mendadak. Pelepasan oksitosin dihambat oleh katekolamin. Pelepasan katekolamin dirangsang oleh faktor stres dan nyeri. Penanganan faktor stres dan nyeri menjadi salah satu solusi masalah menyusui (William dkk, 2016: 02-03). Selama proses laktasi terdapat beberapa hal yang dapat dilakukan untuk mendukung pengeluaran hormon pemicu sekresi ASI, seperti pemberian obat pelancar ASI, sentuhan kulit ibu dengan kulit bayi, pemompaan ASI secara rutin 12 kali per hari, konseling laktasi, dan teknik relaksasi agar dapat membantu keluarnya ASI.

6. Cara penyimpanan ASI

1) ASI Segar

ASI yang baru saja diperah atau ASI segar, bisa bertahan rata-rata 4 jam dalam suhu ruangan. Kolostrum berbentuk cairan kekuningan yang lengket dan kental, keluar pada beberapa hari setelah kelahiran hingga hari ke lima setelah persalinan, kolostrum masih aman disimpan selama 4 jam setiap kali diperah dalam suhu ruang kurang dari 25 °C. Level suhu dan durasi waktu penyimpanan yang aman untuk ASI perah yaitu:

- (1) ASI yang disimpan dalam suhu ruang 16-29 °C aman dikonsumsi dalam 3-6 jam.
- (2) ASI yang disimpan dalam kulkas dengan suhu 0-4 °C bisa bertahan hingga 3-8 bulan dan masih aman dikonsumsi.
- (3) ASI yang disimpan dalam freezer lemari es satu pintu dengan suhu kurang dari 15 °C aman dikonsumsi hingga 2 minggu. Jika ASI disimpan dalam freezer lemari es dua pintu dengan suhu kurang dari 18 °C waktu penyimpanan bisa lebih lama, yaitu hingga 3-6 bulan.
- (4) ASI yang disimpan dalam freezer tunggal/khusus dengan suhu kurang dari 18 °C, ASI aman disimpan hingga 6-12 bulan (Maryunani, 2017).



Gambar 2.6 Penyimpanan asi segar

Sumber : Jurnal Kebidanan Vol. 7, No. 2 Oktober 2018

2) ASI Beku

ASI yang sudah disimpan dalam jangka waktu tertentu dalam freezer dan menjadi beku. ASI yang menjadi beku sebelum diberikan pada bayi, sebaiknya dihangatkan ke dalam mangkuk yang diisi air hangat dan segera diberikan kepada bayi. Batas maksimal penyimpanan ASI beku dalam

suhu ruangan rata-rata selama 4 jam, meskipun 5-6 jam masih ditoleransi jika kondisinya sangat bersih. ASI yang masih tersisa jangan disimpan dalam freezer kembali tapi harus segera dibuang. Berikut cara-cara menyimpan ASI dalam lemari es atau freezer yaitu (1) ASI perah disimpan dalam botol kaca dan pengisian maksimal 3/4 dari daya tampung botol. (2) Pastikan botol yang akan digunakan telah dibersihkan dan disterilkan. (3) Menempelkan label jam dan tanggal pada botol kaca atau tempat yang akan digunakan untuk menyimpan ASI perah. (4) Pisahkan ASI dengan bahan makanan lain yang tersimpan dalam lemari es, lebih baik lagi jika mempunyai lemari es khusus untuk menyimpan ASI. Bila ASI keluar dalam jumlah banyak, simpan sebagian di freezer untuk jangka panjang dan sebagian dilemari es bagian bawah untuk pemakaian jangka pendek. (5) Menyimpan ASI di bagian dalam freezer atau lemari es, bukan dibagian pintu. Karena bagian pintu berpeluang mengalami perubahan dan variasi suhu udara. (6) ASI beku yang tersimpan di freezer dan akan diberikan kepada bayi, sehari sebelumnya diturunkan ke lemari es bagian bawah agar pelelehan ASI perah yang sudah beku berjalan perlahan. (7) Jika ASI perah belum benar-benar meleleh sempurna, masukkan botol yang berisi ASI ke dalam mangkuk yang berisi air hangat (Maryunani, 2019)

3) ASI yang Sudah Dihangatkan dengan Air Hangat

ASI perah yang sudah dicairkan dengan air hangat sebaiknya langsung diberikan kepada bayi atau sampai jadwal minum ASI

berikutnya. Menyimpan dalam botol di lemari es selama 4 jam. Cara menghangatkan ASI perah, yaitu :

- (1) Berikan ASI dengan hari dan tanggal yang paling lama disimpan dalam freezer.
 - (2) Amati bau dan rasanya, jika tercium basi jangan gunakan ASI tersebut untuk dikonsumsi
 - (3) Cairkan ASI yang sudah beku dengan memindahkannya dari freezer ke dalam lemari pendingin, simpan selama 12 jam sebelum diberikan kepada bayi.
 - (4) Hangatkan ASI dengan cara meletakkan botol atau wadah ASI kedalam mangkuk berisi air hangat.
 - (5) Tidak memanaskan atau merebus ASI diatas kompor, atau memanaskan ASI dalam wicrowave
 - (6) Periksa suhu ASI yang sudah dihangatkan dan mencicipi ASI tersebut sebelum diberika kepada bayi. (Maryunani, 2017).
- 4) ASI yang Sudah Diminum Pentingnya menyimpan ASI sesuai takaran pemakaian. Jika menyimpan ASI dalam botol atau wadah yang melebihi takaran penggunaan (tersisa), sebaiknya ASI harus dibuang. Jangan menyimpan sisa ASI yang sudah diminum bayi dari botol yang sama ke dalam lemari es dan freezer (Maryunani, 2017).

7. Tanda Bayi Cukup Mendapatkan ASI

Tanda bayi cukup mendapat ASI Supaya tidak salah kaprah, Anda juga perlu tahu tentang tanda bayi yang sudah mendapatkan cukup ASI. Adapun tanda-tanda yang dimaksud, yaitu :

- 1) Bayi terlihat sehat dan aktif, Payudara menjadi lebih lunak setelah menyusui, karena telah terjadi pengosongan ASI Bayi akan menyusu setiap 2 atau 3 jam sekali, dengan frekuensi setidaknya 8 kali dalam sehari Setelah menyusui, bayi akan terlihat nyaman, tidak rewel, bahkan mengantuk Popok kain bayi akan basah sekiranya 6 hingga 8 kali dalam sehari. Sedangkan pada penggunaan popok sekali pakai, Anda mungkin perlu menggantinya 5-6 kali dalam sehari karena urine bayi yang begitu banyak lantaran mendapat cukup ASI Bayi akan buang air besar sedikitnya 3 kali dalam sehari.
- 2) Jika bayi berusia di bawah 5 hari, feses akan berwarna hitam. Setelah hari kelima, feses bayi akan terlihat berwarna kuning. Seiring waktu, frekuensi BAB bayi akan berkurang karena ASI dapat terserap sempurna oleh tubuhnya Berat badan bayi semakin meningkat. Pada usia 1–3 bulan, bayi yang mendapat cukup ASI akan mengalami kenaikan berat badan sekitar 200 gram per minggu. Pada usia 4–6 bulan, berat badan bayi akan naik 500 atau 600 gram per bulan (Notoadmodjo, 2015).

8. Fisiologi laktasi

Laktasi atau menyusui merupakan proses integral dari daur reproduksi dan mempunyai dua pengertian yaitu produksi dan pengeluaran ASI.

Keduanya harus sama baiknya. Secara alamiah akibat pengaruh hormon maka akan terjadi perubahan secara bertahap sesuai umur dan kondisi menurut (wiji & mulyani, 2015) terdiri dari proses:

- 1) Mammogenesis, yaitu pembentukan kelenjar payudara. Pembentukan kelenjar payudara dimulai dari sebelum pubertas, masa siklus menstruasi dan masa kehamilan. Pada masa kehamilan akan mengalami peningkatan yang jelas dari duktulus yang baru, percabangan dan lobulus yang dipengaruhi oleh hormon placenta dan korpus luteum. Hormon yang ikut membantu mempercepat pertumbuhan adalah prolaktin, laktogen placenta, korionik gonadotropin , insulin, kortisol, hormon tiroid, hormon paratiroid dan hormon pertumbuhan. Pada usia tiga bulan kehamilan prolaktin dari adenohipofise (hipofise anterior) mulai merangsang kelenjar air susu untuk menghasilkan air susu yang disebut kolostrum. Pada masa ini estrogen dan progesteron menyebabkan pengeluaran kolostrum masih terhambat, tetapi jumlah prolaktin meningkat ketika aktifitasnya dalam pembuatan kolostrum yang ditekan. Setelah melahirkan estrogen dan progesteron akan menurun dan prolaktin akan meningkat, oksitosin (hipofise posterior) meningkat bila ada rangsangan hisap, sel miopitelium buah dada berkontraksi.
- 2) Galaktogenesis, yaitu proses pembentukan atau produksi ASI Pada seorang ibu menyusui dikenal 2 refleks yang masingmasing berperan sebagai pembentukan dan pengeluaran air susu yaitu refleks oksitosin atau let down refleks dan reflek prolaktin.

3) Galaktopoesis, yaitu proses mempertahankan produksi ASI Hubungan yang utuh antara hipotalamus dan hipofise akan mengatur kadar oksitosin dan prolaktin dalam darah. Hormonhormon ini berfungsi untuk pengeluaran dan pemeliharaan penyediaan air susu selama menyusui. Proses pemberian ASI memerlukan pembuatan dan pengeluaran air susu dari alveoli ke sistem duktus. Bila susu tidak dikeluarkan mengakibatkan berkurangnya sirkulasi darah kapiler yang menyebabkan terlambatnya proses menyusui. Kekuatan isapan kurang disebabkan oleh berkurangnya rangsangan menyusu oleh bayi, frekuensi isapan yang kurang dari singkatnya waktu menyusui berarti pelepasan prolaktin dari hipofise berkurang, sehingga pembuatan air susu berkurang, karena diperlukan kadar prolaktin yang cukup untuk mempertahankan pengeluaran air susu mulai sejak minggu pertama kelahiran. Komponen penghambat pengeluaran prolaktin yang belum jelas bahannya menyebabkan terhambatnya pengeluaran prolaktin, beberapa bahan seperti dopamin, serotonin, katekolamin, dihubungkan ada kaitannya dengan pengeluaran prolaktin. Oksitosin berfungsi pada sel-sel moepitelium pada alveoli kelenjar mammae. Hormon ini berperan untuk memacu kontraksi otot polos yang ada di dinding alveolus dan dinding saluran sehingga ASI dipompa keluar. Semakin sering menyusui, pengosongan alveolus dan saluran semakin baik sehingga kemungkinan terjadinya bendungan susu semakin kecil dan menyusui akan semakin lancar. Jadi peranan oksitosin dan prolaktin mutlak diperlukan dalam laktasi.

Reflek laktasi Dimasa laktasi, terdapat dua mekanisme refleks pada ibu yaitu refleks prolaktin dan refleks oksitosin yang berperan dalam produksi ASI dan involusi uterus (khususnya pada masa nifas). Pada bayi, terdapat 3 jenis refleks menurut (Wiji & Mulyani, 2013), yaitu:

- (1) reflek mencari puting susu (Rooting reflex) mulut bayi akan mendekat ke arah dimana terjadi sentuhan pada pipinya. Bayi akan membuka mulutnya apabila bibirnya disentuh dan berusaha untuk menghisap benda yang disentuhkan tersebut
- (2) Refleks menghisap (Sucking reflex) Rangsangan puting susu pada langit-langit bayi menyebabkan refleks menghisap yang dilakukan oleh bayi. Isapan ini akan menimbulkan areola dan puting susu ibu tertekan, lidah dan langit-langit bayi sehingga sinus laktiferus dibawah areola dan ASI terpancar keluar.



Gambar 2.8 Sucking reflex

Sumber : Jurnal Kebidanan Vol. 7, No. 2 Oktober 2018

- (3) Refleks menelan (Swallowing reflex) Kumpulan ASI di dalam mulut bayi menekan otot-otot di daerah mulut dan faring untuk mengaktifkan refleks menelan dan mendorong ASI ke dalam lambung bayi.



Gambar 2.9 Swallowing reflex

Sumber : Jurnal Kebidanan Vol. 7, No. 2 Oktober 2018

2.3.8 Masalah Dalam Menyusui

1. Pengertian ASI

ASI eksklusif adalah makanan pertama, utama dan terbaik bagi bayi yang bersifat alamiah. (Suherni 2016). ASI eksklusif menurut WHO adalah pemberian ASI saja tanpa tambahkan cairan lain baik susu formula, air putih, air jeruk ataupun makanan tambahan cairan lain, seperti susu formula, jeruk, madu, air teh, dan air putih, serta tanpa tambahkan makanan padat, seperti pisang, bubur susu, biskuit, bubur nasi, dan nasi tim kecuali vitamin dan mineral dan obat (Maharani 2016),

ASI adalah satu jenis makanan yang mencukupi seluruh unsur kebutuhan bayi baik fisik, psikologi, sosial maupun spiritual. ASI mengandung nutrisi, hormon, unsur kekebalan pertumbuhan, anti alergi, serta anti inflamasi. Nutrisi dalam ASI mencakup hamoir 200 unsur zat makanan (Hubertin 2016).

1) Puting Susu Lecet

Puting lecet saat menyusui biasanya terjadi di minggu pertama setelah melahirkan. Sebagian ibu mengalami lecet ringan yang membaik dalam beberapa hari. Namun, ada pula yang mengalami lecet hingga berminggu-minggu lamanya. Kondisi ini disebabkan oleh banyak hal, mulai dari cara menyusui atau pelekatan menyusui yang salah hingga infeksi

Penyebab puting susu lecet adalah, Kesalahan dalam teknik menyusui, bayi tidak menyusui sampai areola tertutup oleh mulut bayi. Bila bayi hanya menyusui pada puting susu, maka bayi akan mendapatkan ASI sedikit, karena gusi bayi tidak menekan pada sinus latiferus, sedangkan pada ibunya akan menjadi nyeri / kelecetan pada puting susu., Monoliasis pada mulut bayi yang menular pada puting susu ibu. Akibat dari pemakaian sabun, alkohol, krim atau zat iritan lainnya untuk mencuci puting susu. Bayi dengan tali lidah yang pendek (frenulum lingue), sehingga menyebabkan bayi Cara sulit menghisap sampai kelalang payudara dan isapan hanya pada puting susu saja. Rasa nyeri juga dapat timbul apabila ibu menghentikam menyusui dengan kurang hati – hati. Penanganan Hindari membersihkan bagian puting dengan sabun, karena dapat membuat kulit menjadi kering. Agar sirkulasi udara berjalan dengan baik, gunakan bra menyusui berbahan katun.Ganti bantalan payudara atau breast pad setiap habis menyusui. Setelah selesai menyusui, peras keluar sekitar dua tetes ASI, kemudian gosokkan ke sekitar kulit puting dengan lembut.Biarkan puting benar-benar kering sebelum kembali berpakaian. Jika kulit di sekitar puting berdarah atau tampak pecah-pecah, gunakan pelembap khusus puting untuk mencegah kulit di sekitar puting retak. Caranya, bersihkan area sekitar puting dengan dengan air, lalu oleskan pelembap pada puting. Lakukan ini setelah Bunda menyusui bayi, dan pastikan produk pelembap yang digunakan aman untuk Si Kecil. Kompres dingin juga bisa membantu

meredakan nyeri pada puting setelah menyusui. Caranya, bungkus es dengan selembar kain dan usapkan ke sekitar payudara dan puting. Lakukan kompres ini setiap beberapa menit sekali hingga bengkak dan nyeri berkurang.

2) Payudara Bengkak

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

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

Pencegahan apabila memungkinkan, susukan bayi segera setelah lahir susukan bayi tanpa dijadwal keluarkan ASI dengan tangan atau pompa bila produksi ASI melebihi kebutuhan bayi.



3) Bendungan ASI

Pengertian bendungan ASI (Engorgement) adalah penyempitan pada duktus laktiferus, sehingga sisa ASI terkumpul pada system duktus yang mengakibatkan terjadinya pembekakan (Sarwono, 2016). Bendungan ASI adalah pembendungan ASI karena penyempitan duktus laktiferus atau oleh kelenjar-kelenjar yang tidak d kosongkan dengan sempurna atau karena kelainan pada puting susu, payudara yang membengkak ini yang sering terjadi biasanya terjadi sesudah melahirkan pada hari ketiga atau ke empat (Bahiyatun, 2016).

Penyebab bendungan ASI terjadinya bendungan ASI adalah ASI yang tidak segera dikeluarkan yang menyebabkan penyumbatan pada aliran vena dan limfe sehingga aliran susu menjadi terhambat dan tertekan ke saluran air susu ibu sehingga terjadinya peningkatan aliran vena dan limfe yang menyebabkan payudara bengkak.

Penanganan umum bendungan asi adalah pemberian analgesik, mengosongkan payudara dengan memompa atau diurut bila bayi malas menyusui, sebelum bayi disusukan diberikan pengurutan terlebih dahulu, lakukan kompres hangat dingin, perawatan payudara secara teratur, gunakan bra yang menopang dan tidak menekan payudara.

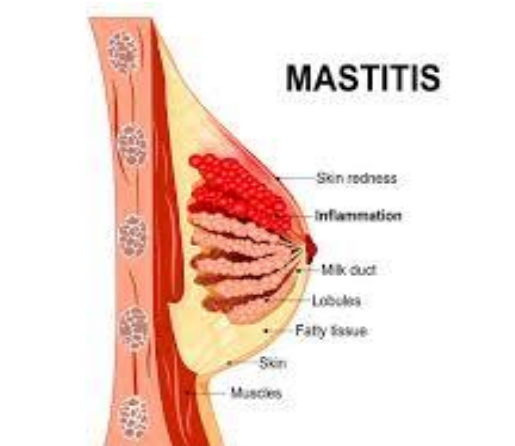


4) Mastitis

Mastitis adalah peradangan payudara yang dapat disertai atau tidak disertai infeksi. Penyebabnya adalah Payudara bengkak yang tidak disusui secara adekuat sehingga terjadi mastitis, puting lecet akan memudahkan masuknya kuman dan terjadinya payudara bengkak, bra yang terlalu ketat mengakibatkan segmental engorgement. Kalau tidak disusui dengan adekuat, bisa terjadi mastitis, ibu yang gizi jelek, ibu dengan istirahat yang kurang, teknik menyusui yang salah, sehingga pengosongan payudara tidak dapat sempurna, ibu dengan anemia akan mudah terkena infeksi

Tanda dan gejala Mastitis adalah bengkak, nyeri seluruh payudara atau nyeri lokal., kemerahan pada seluruh payudara atau nyeri lokal, payudara keras dan benjolan-benjolan (merongkol), badan panas dan rasa sakit umum.

Penanganannya sebagai berikut: pemberian analgesic, mengosongkan payudara dengan pompa atau diurut bila bayi melas menyusui, sebelum bayi disusukan dilakukan pengurutan terlebih dahulu, lakukan kompres hangat dingin, gunakan bra yang menompang dan tidak menekan payudara.



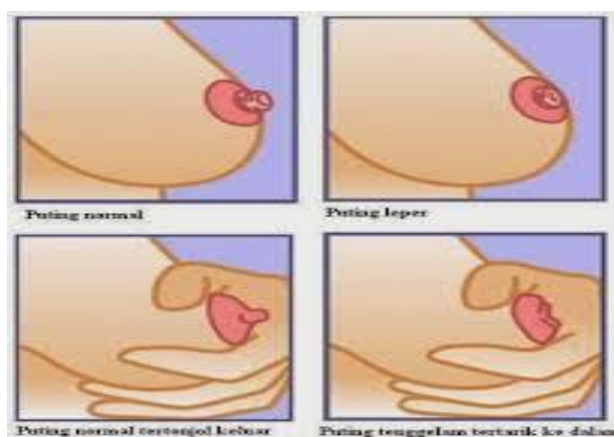
5) Puting Susu Terbenam

Pengertian puting susu terbenam adalah puting payudara masuk ke dalam atau inverted nipple adalah kondisi di mana puting seperti ditarik masuk ke dalam sehingga terlihat rata. Kondisi ini memang dapat terjadi pada beberapa orang, salah satu faktor yang memengaruhinya adalah hormone.

Penyebab infeksi yang disebabkan oleh jamur atau bakteri. Cedera atau gesekan di area puting, biasanya kasus inverted nipple ditimbulkan dengan efek menyusui atau setelah menyusui, terjadi pelebaran di sekitar puting sehingga ada kemungkinan puting menjadi 'terbalik' atau masuk ke dalam. Kulit kering pada sekita areola (kulit gelap yang berada di sekitar puting). Penyakit paget, yakni penyakit siklus perbaikan dan pertumbuhan tulang, dan dapat menyebabkan tulang menjadi lemah. Hormon, membuat payudara serta puting mengalami perubahan saat hamil, apalagi saat memasuki trimester kedua dan akhir. Saluran susu yang pendek.

Penanganan dengan metode operasi, diantaranya adalah membiarkan saluran susu utuh atau tidak menyisakan saluran susu secara utuh. Operasi ini dilakukan dengan melakukan pembentukan ulang puting dan daerah areola agar dapat keluar dari lipatan kulit atau payudara. Memperbaiki sensitivitas puting juga diperlukan dalam operasi ini. Teknik Hoffman : Letakkan ibu jari di setiap sisi ujung puting, bukan di tepi areola. Tekan kedua ibu jari ke dalam, berlawanan dengan jaringan payudara, dan

gerakkan kedua ibu jari berlawanan satu sama lain. Hal ini akan melenturkan puting Mama jika dilakukan secara rutin setiap dua kali sehari. Breast shells : Kenakan di dalam bra yang ibu pakai. Biasanya benda ini dipakai oleh ibu hamil, untuk ibu yang tidak sedang dalam masa kehamilan sebaiknya dikonultasikan terlebih dahulu dengan dokter.



6) Saluran ASI Tersumbat

Pengertian saluran ASI tersumbat adalah ketika ASI yang tersumbat di payudara menyebabkan drainase saluran ASI kurang bersih. Ini menimbulkan beberapa benjolan halus di sekitar payudara yang terasa kurang nyaman. Gejala-gejala umum penyumbatan saluran ASI termasuk: Rasa sakit di salah satu daerah payudara.

Penyebab saluran ASI tersumbat tidak menghabiskan ASI ketika menyusui. Posisi perlekatan yang kurang pas saat menyusui sehingga bayi tidak dapat minum semua ASI. Pembengkakan payudara, kelebihan persediaan ASI, berhenti menyusui secara tiba-tiba, tekanan pada payudara.

Penanganan pastikan ASI di payudara habis sepenuhnya setiap selesai menyusui. Menyusui secara teratur dan sesuai jadwal, keluarkan atau pompa ASI di antara sesi menyusui untuk mengosongkan payudara sepenuhnya, hindari posisi yang menekan payudara, kenakan pakaian longgar dan nyaman serta BH tidak berkawat.



2.3.9 Masalah Menyusui Pada Bayi

1) Pengertian Menyusui

Menyusui merupakan suatu proses alamiah manusia dalam mempertahankan dan melanjutkan kelangsungan hidup keturunannya. Organ tubuh yang ada pada seorang wanita menjadi sumber utama kehidupan untuk menghasilkan ASI yang merupakan sumber makanan bayi yang paling penting terutama pada bulan-bulan pertama kehidupan. Perkembangan zaman membawa perubahan bagi kehidupan manusia, dengan bertambahnya ilmu pengetahuan dan teknologi yang semakin pesat membuat pengetahuan manusia mengetahui pentingnya ASI bagi kehidupan bayi. Menyusui merupakan suatu pengetahuan yang sudah ada sejak lama yang mempunyai

peranan penting dalam mempertahankan kehidupan manusia (Astuti, 2017). Sedangkan menurut (Varney dkk, 2018) menyusui adalah cara yang optimal dalam memberikan nutrisi dan mengasuh bayi, dan dengan penambahan makanan pelengkap pada paruh kedua tahun pertama, kebutuhan nutrisi, imunologi, dan psikososial dapat terpenuhi hingga tahun kedua dan tahun-tahun berikutnya.

2) Bingung Puting

Bingung puting terjadi ketika bayi mengalami kesulitan untuk mengisap air susu ibu (ASI) langsung dari payudara. Hal ini biasanya dialami oleh bayi yang baru lahir atau bayi yang sudah terbiasa minum ASI dari botol. Bayi juga bisa mengalami bingung puting jika ia terlalu sering dibiarkan ngempeng

3) Bayi sering menangis

Dilansir dari baby center, faktor lain yang menyebabkan bayi menangis adalah kolik. Kolik biasanya dialami oleh bayi berusia 3 minggu hingga 3 bulan. Kolik ditandai dengan tangisan selama berjam-jam, selama minimal tiga hari dalam seminggu. Biasanya, kolik akan terjadi pada malam hari.

4) Bayi prematur dan bayi keil (BBLR)

Jika dokter memperbolehkan bayi prematur untuk disusui, Mama bisa memberikan ASI kepada Si Kecil dengan cara menyusuinya secara langsung. Namun, ada kalanya bayi prematur sulit menyusu langsung melalui payudara ibu karena kemampuan mengisap dan menelannya belum cukup baik. Sebagai

alternatif, ibu dapat memompa atau memerah ASI lalu memberikannya kepada Si Kecil melalui cup feeder. Saat memberikan ASI, Mama akan dipandu oleh bidan atau dokter ahli laktasi. Ibu tidak perlu khawatir Si Kecil akan tersedak, karena bayi prematur memiliki refleks untuk mengisap ASI dari gelas. Penggunaan dot justru tidak disarankan, karena dapat menyebabkan Si Kecil bingung puting. Pilihan lainnya adalah dengan memberikan ASI melalui selang (feeding tub). Jadikan ASI sebagai asupan utama bayi prematur, karena ASI lebih mudah dicerna dan dapat melindungi bayi dari infeksi.

5) Bayi kuning ikterik

Bayi kuning mudah terlihat karena ciri khas pewarnaan kuning pada kulit dan juga pada bagian putih mata. Istilah medis untuk kondisi ini adalah ikterus neonatorum atau ikterik. Penyebab bayi kuning atau ikterik adalah kadar bilirubin yang tinggi dalam darah.

6) Bayi kembar

Kehamilan kembar atau gemeli dapat terjadi karena adanya dua zigot atau dua sel telur yang berbeda dan dibuahi oleh dua sel sperma yang terpisah. Bayi yang dihasilkan bisa dengan jenis kelamin yang berbeda ataupun dengan jenis kelamin yang sama. Kembar non identik dan lebih umum terjadi.

7) Bayi sakit

Bayi yang sedang sakit adalah bayi yang tidak sehat seperti demam, muntah, diare, dehidrasi, sesak nafas, ruam.

8) Bayi sumbing

Bibir sumbing adalah malformasi wajah dan mulut yang terjadi pada periode awal kehamilan, ketika janin masih dalam tahap perkembangan awal pada rahim. Kecacatan ini terjadi karena tidak adanya cukup jaringan di daerah mulut atau bibir, dan jaringan yang ada tidak bisa bergabung dengan sempurna.

9) Bayi dengan lidah pendek

Sulit mengangkat atau menggerakkan lidahnya. Hal ini dapat membuat lidah bayi tidak melekat dengan benar pada puting saat menyusui. Bayi butuh waktu lama untuk menyusui, namun terlihat tetap lapar dan rewel meski baru saja menyusui. Bayi mengeluarkan suara mengecap yang menyerupai suara "ckck", tiap kali menyusui. Lidah bayi tampak memiliki lekukan di ujungnya, sehingga lidahnya terlihat seperti bentuk hati.

10) Bayi yang memerlukan perawatan

Ruang NICU adalah area steril yang tidak bisa dimasuki oleh sembarang orang. Setiap rumah sakit memiliki kebijakan yang berbeda mengenai jumlah dan jam kunjungan orang tua ke ruang NICU. Namun, semua rumah sakit pasti menyediakan sabun atau *hand sanitizer* untuk memastikan bahwa tamu yang berkunjung dalam kondisi steril. Pada umumnya, kondisi ruang NICU sangat tenang karena bayi-bayi di dalamnya sangat sensitif terhadap suara dan cahaya. Para bayi yang dirawat juga biasanya berada di dalam inkubator untuk menjaga agar suhu tubuhnya tetap

stabil. Ruang NICU dilengkapi dengan beberapa perangkat medis untuk membuat bayi merasa nyaman, di antaranya:

2.3.10 Deteksi Dini Komplikasi pada Masa Nifas.

a) Anemia postpartum

Anemia adalah suatu keadaan dimana seorang ibu sudah melahirkan sampai dengan kira-kira 5 minggu dalam kondisi pucat, lemah, dan kurang bertenaga. Anemia sedang adalah dimana kadar hemoglobin berkisar antara 6-8 gr/dL (Proverawati, 2016).

b) Pre Eklampsia dan Eklampsia,

Pre Eklampsia dan Eklampsia biasanya orang menyebutnyakeracunan kehamilan. Ini ditandai dengan munculnya tekanandarah tinggi, oedema atau pembengkakan pada tungkai, dan biladiperiksa laboratorium urinya terlihat mengandung protein. Dikatakan eklampsia bila sudah terjadi kejang, bila hanyagejalanya saja maka dikatakan preeklampsia. Selama masa nifas dihari ke-1 sampai ke 28, ibu harusmewaspada munculnya gejala preeklampsia. Jika keadaannyabertambah berat bisa terjadi eklampsia, dimana kesadaran hilang dan tekanan darah meningkat tinggi sekali. Akibatnya, pembuluhdarah otak bisa pecah, terjadi oedema pada paru-paru yang memicu batuk berdarah. Semua ini bisa menyebabkan kematian (Anggraini, 2015).

c) Perdarahan postpartum

Perdarahan post partum adalah kehilangan darah secara abnormal dengan kehilangan 500 mililiter atau lebih darah (Mansyur dan Dahlan, 2014).

Perdarahan postpartum adalah perdarahan pervaginam 500 ml atau lebih sesudah anak lahir atau setelah kala tiga (Rukiyah, dkk, 2015).

d) Hematoma

Hematoma terjadi karena kompresi yang kuat di sepanjang traktus genitalia, dan tampak sebagai warna ungu pada mukosa vagina atau perineum yang ekimotik. (Ramona dan Patricia, 2018).

e) Subinvolusi

Subinvolusi adalah kegagalan uterus untuk mengikuti pola normal involusi, dan keadaan ini merupakan satu dari penyebab terumum perdarahan pascapartum. (Ramona dan Patricia, 2018) Infeksi masa nifas

f) Infeksi nifas adalah infeksi yang dimulai pada dan melalui traktus genetalis setelah persalinan. Suhu 38 atau lebih yang terjadi hari ke 2-10 post partum dan diukur peroral sedikitnya 4 kali sehari (Yanti dan Sundawati, 2016).

g) Trombophabilitis

Trombofabilitis terjadi karena perluasan infeksi atau invasi mikroorganisme pathogen yang mengikuti aliran darah sepanjang vena dengan cabang-cabangnya (Mansyur dan Dahlan, 2015). Adapun tanda dan gejala yang terjadi pada penderita adalah :

- (1) Suhu mendadak naik kira-kira pada hari ke 10- 20, yang disertai dengan menggigil dan nyeri sekali (Mansyur dan Dahlan, 2015).
- (2) Biasanya hanya 1 kaki yang terkena dengan tanda-tanda : kaki sedikit dalam keadaan fleksi, sukar bergerak; salah satu vena pada kaki terasa tegang dan keras pada paha bagian atas; nyeri betis, yang dapat terjadi

secara spontan atau dengan memijat betis atau meregangkan tendon achilles. Kaki yang sakit biasanya lebih panas; nyeri hebat pada daerah paha dan lipatan paha; edema kadang terjadi sebelum atau setelah nyeri (Mansyur dan Dahlan, 2015).

2.4 Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

2.4.1 Definisi Bayi Baru Lahir

BBL disebut juga dengan neonatus merupakan individu yang sedang bertumbuh dan baru saja mengalami trauma kelahiran serta harus dapat melakukan penyesuaian diri dari kehidupan intrauterin ke kehidupan ektrauterin (Dewi, 2017).

Menurut Depkes RI, 2015 Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dengan usia kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dan berat lahir 2.500 gram sampai 4.000 gram (Saputra, 2014).

2.4.2 Karakteristik Bayi Baru Lahir

Menurut Sarwono (2005) dalam buku Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir (Sondakh, 2017) Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir cukup bulan, 38-42 minggu dengan berat badan sekitar 2500-3000gram dan panjang badan sekitar 50-55 cm.

Ciri-ciri bayi normal adalah, sebagai berikut:

- 1) Berat badan 2.500-4.000 gram.
- 2) Panjang badan 48-52.

- 3) Lingkar dada 30-38.
- 4) Lingkar kepala 33-35.
- 5) Frekuensi jantung 120-160 kali/menit.
- 6) Pernapasan \pm 40-60 kali/menit.
- 7) Kulit kemerah-merahan dan licu karena jaringan subkutan cukup.
- 8) Rambut lanugo tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna.
- 9) Kuku agak panjang dan lemas.
- 10) Genitalia: pada perempuan labia mayora sudah menutupi labia minora, dan pada laki-laki, testis sudah turun dan skrotum sudah ada.
- 11) Refleks isap dan menelan sudah terbentuk dengan baik.
- 12) Refleks Moro atau gerak memeluk jika dikagetkan sudah baik.
- 13) Refleks grasip atau menggenggam sudah baik.
- 14) Eliminasi baik, mekonium keluar dalam 24 jam pertama, mekonium berwarna hitam kecoklatan (Tando, 2016).

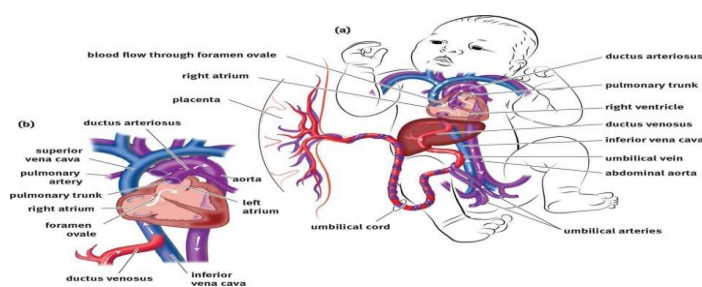
2.4.3 Transisi Fisiologis Bayi Baru Lahir Terhadap Kehidupan Ekstrauterin

1. Perubahan Pada Sistem Pernapasan

Saat kepala bayi melewati jalan lahir, ia akan mengalami penekanan yang tinggi pada toraksnya, dan tekanan ini akan hilang dengan tiba-tiba setelah bayi lahir. Proses mekanis ini menyebabkan cairan yang ada di dalam paru-paru hilang karena terdorong ke bagian perifer paru untuk kemudian diabsorpsi. Karena terstimulus oleh sensor kimia, suhu, serta mekanis akhirnya bayi memulai aktivasi napas untuk yang pertama kali (Marmi, 2015).

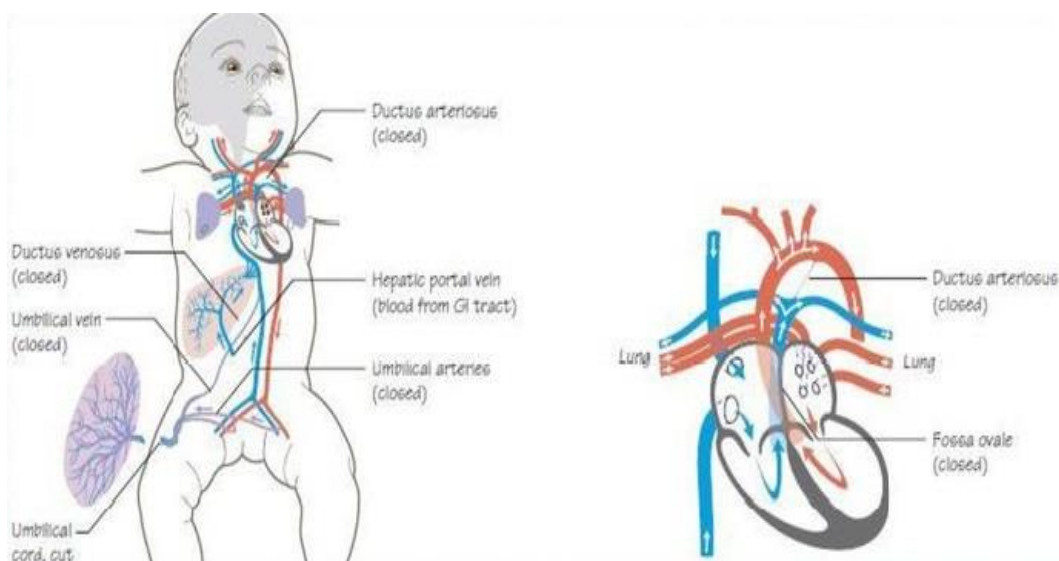
Tekanan intratoraks yang negatif disertai dengan aktivitas napas yang pertama memungkinkan adanya udara masuk ke dalam paru-paru. Setelah beberapa kali napas pertama, udara dari luar mulai mengisi jalan napas pada trakea dan bronkus, akhirnya semua alveolus mengembang karena terisi udara. Fungsi alveolus dapat maksimal jika dalam paru-paru bayi terdapat surfaktan yang adekuat. Surfaktan membantu menstabilkan dinding alveolus sehingga alveolus tidak kolaps saat akhir napas (Sulistyawati, 2014).

2. Perubahan Sistem Kardiovaskuler Sebelum lahir



Gambar 2.10 (a) System Kardiovaskuler Sebelum Lahir (Rohani, 2014).

Darah yang kaya dengan nutrisi dan O₂ dialirkan melalui vena umbilikalis menuju hati, dimana terdapat duktus venosus arantii, kemudian langsung menuju dan masuk ke vena kava inferior lalu masuk ke atrium kanan jantung janin. Dari atrium kanan janin sebagian besar darah masuk ke atrium kiri melalui foramen ovale. Sebagian kecil darah dari atrium kanan masuk ke ventrikel kanan. Darah yang masuk ke atrium kiri akan dipompa ke ventrikel kiri dan dari ventrikel kiri dipompa masuk ke aorta dan selanjutnya dialirkan keseluruh tubuh janin.



Gambar 2.11 (b) System Kardiovaskuler Setelah Lahir (Rohani, 2014).

Setelah lahir, bayi akan menggunakan paru untuk mengambil oksigen. Untuk membuat sirkulasi yang baik terdapat dua perubahan adalah sebagai berikut: (Rohani, 2014).

- 1) Penutupan foramen ovale pada atrium jantung
- 2) Penutupan duktus arteriosus antara arteri paru-paru dan aorta.
- 3) Denyut nadi berkisar 120-160 kali/menit saat bangun dan 100 kali/menit saat tidur.

Tabel 2.17 Perubahan Sistem Kardiovaskuler (Rohani, 2014).

Struktur	Sebelum lahir	Setelah lahir
Vena umbilikal	Membawa darah arteri ke hati dan jantung	Menutup: menjadi ligamentum teres hepatis
Arteri umbilikal	Membawa darah arteriovenosa ke plasenta	Menutup: menjadi ligamentum venosum
Umbilikal	Arteriovenosa ke plasma	Venosum
Duktus venosus	Pirau darah arteri ke dalam	Menutup : menjadi

	vena cava inferior	ligamentum arteriosum
Foramen ovale	Menghubungkan arterium kanan dan kiri	Biasanya menutup: kadang-kadang terbuka
Paru – paru	Tidak mengandung udara dan sangat sedikit mengandung darah berisi cairan	Berisi udara dan disuplai darah dengan baik
Arteri pulmonalis	Membawa sedikit ke paru	Membawa banyak darah ke paru
Aorta	Menerima darah dari kedua ventrikel	Menerima darah hanya dari ventrikel kiri
Vena cava inferior	Membawa darah vena dari tubuh dan darah arteri dari plasenta	Membawa darah hanya dari atrium kanan

3. Perubahan Termoregulasi dan Metabolik

Timbunan lemak pada tubuh bayi mampu meningkatkan panas sampai 100%. Dengan penjepitan tali pusat saat lahir, bayi harus mulai mampu mempertahankan kadar glukosa darahnya sendiri. Pada bayi baru lahir, glukosa akan turun dalam waktu cepat (1-2 jam).

Koreksi penurunan kadar gula darah dalam tubuh dapat dilakukan dengan 3 cara, yaitu:

- 1) Penggunaan ASI
- 2) Melalui cadangan glikogen

3) Melalui pembuatan glukosa dari sumber lain terutama lemak (Sondakh, 2013).

Suhu ruang persalinan jauh lebih rendah diandingkan suhu di dalam plasenta, sedangkan bayi tidak mampu menggunakan metode termoregulasi individu dewasa. Efek stress suhu dingin pada neonates dapat membuat bayi mengalami hipotermi yang kemudian dapat mengurangi jumlah surfaktan yang di produksi (menimbulkan gangguan pernafasan) dan hipoglikemia (kadar gula darah rendah) (Williamson, A. 2013). Mekanisme kehilangan panas pada bayi baru lahir menurut Sondakh (2013):

1) Konduksi

Konduksi merupakan proses kehilangan panas yang terjadi pada bayi baru lahir melalui kontak langsung antara tubuh bayi dengan permukaan yang dingin.

2) Konveksi

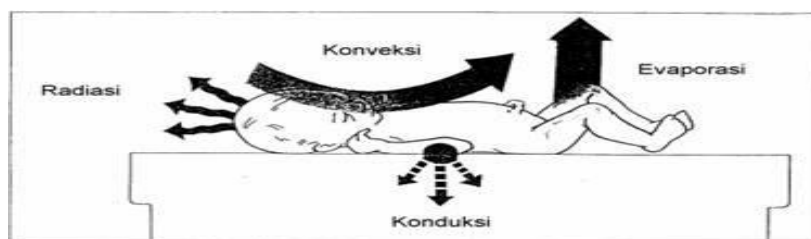
Konveksi adalah proses kehilangan panas pada tubuh bayi akibat bayi terpapar dengan udara sekitar yang lebih dingin.

3) Evaporasi

Evaporasi merupakan proses kehilangan panas yang utama pada tubuh bayi. Kehilangan panas terjadi karena meguapnya cairan ketuban pada permukaan tubuh setelah bayi lahir karena tubuh bayi tidak segera dikeringkan.

4) Radiasi

Radiasi adalah kehilangan panas yang terjadi pada tubuh bayi oleh karena adanya benda yang berada di dekat bayi dengan temperature lebih rendah dibanding suhu bayi.



Gambar 2.12 Mekanisme Kehilangan Panas Pada Bayi Baru Lahir (Sondakh, 2013).

4. Perubahan Sistem Neurologis

Sistem neurologis bayi secara anatomik atau fisiologis belum berkembang sempurna. Bayi baru lahir menunjukkan gerakan-gerakan tidak terkoordinasi, pengaturan suhu yang labil, kontrol otot yang buruk, mudah terkejut, dan tremor pada ekstremitas. Perkembangan neonatus terjadi cepat. Saat bayi tumbuh, perilaku yang lebih kompleks (misalnya: kontrol kepala, tersenyum, dan meraih dengan tujuan) akan berkembang. Adapun beberapa refleks pada bayi baru lahir antara lain:

Tabel 2.18

Refleks Pada Neonatus

Refleks	Respons Normal	Respons Abnormal
Rooting Dan Mengisap	Bayi baru lahir menolehkan kepala ke arah stimulus, membuka mulut, dan mulai mengisap bila pipi, bibir, atau sudut mulut bayi disentuh dengan jari atau puting.	Respons yang lemah atau tidak ada respons terjadi pada prematuritas, penurunan atau cedera neurologis, atau depresi sistem saraf pusat (SSP).

Refleks	Respons Normal	Respons Abnormal
Menelan	Bayi baru lahir menelan berkoordinasi dengan mengisap bila cairan ditaruh di belakang lidah.	Muntah, batuk, atau regurgitasi cairan dapat terjadi; kemungkinan berhubungan dengan sianosis sekunder karena prematuritas, defisit neurologis, atau cedera; terutama terlihat setelah laringoskopi.
Ekstruksi	Bayi baru lahir menjulurkan lidah keluar bila ujung lidah disentuh dengan jari atau puting.	Ekstruksi lidah secara kontinu atau menjulurkan lidah yang berulang-ulang terjadi pada kelainan SSP dan kejang.
Moro	Ekstensi simetris bilateral dan abduksi seluruh ekstremitas, dengan ibu jari dan jari telunjuk membentuk huruf 'c', diikuti dengan adduksi ekstremitas dan kembali ke fleksi relaks jika posisi bayi berubah tiba-tiba atau jika bayi	Respons asimetris terlihat pada cedera saraf perifer (pleksus brakialis) atau fraktur klavikula atau fraktur tulang panjang lengan atau kaki.

Refleks	Respons Normal	Respons Abnormal
	diletakkan telentang pada permukaan yang datar.	
Melangkah	Bayi akan melangkah dengan satu kaki dan kemudian kaki lainnya dengan gerakan berjalan bila satu kaki disentuh pada permukaan rata.	Respons asimetris terlihat pada cedera saraf SSP atau perifer atau fraktur tulang panjang kaki.
Merangkak	Bayi akan berusaha untuk merangkak ke depan dengan kedua tangan dan kaki bila diletakkan telungkup pada permukaan datar.	Respons asimetris terlihat pada cedera saraf SSP dan gangguan neurologis.
Tonik leher atau fencing	Ekstremitas pada satu sisi di mana saat kepala ditolehkan akan ekstensi, dan ekstremitas yang berlawanan akan fleksi bila kepala bayi ditolehkan ke satu sisi selagi beristirahat.	Respons persisten setelah bulan keempat dapat menandakan cedera neurologis. Respons menetap tampak pada cedera SSP dan gangguan neurologis.

Refleks	Respons Normal	Respons Abnormal
Terkejut	Bayi melakukan abduksi dan fleksi seluruh ekstremitas dan dapat mulai menangis bila mendapat gerakan mendadak atau suarakeras.	Tidak adanya respons dapat menandakan defisit neurologis atau cedera. Tidak adanya respons terhadap bunyi keras dapat menandakan ketulian. Respons dapat menjadi tidak ada atau berkurang selama tidur malam.
Ekstensi silang	Kaki bayi yang berlawanan akan fleksi dan kemudian ekstensi dengan cepat seolah-olah berusaha untuk memindahkan stimulus ke kaki yang lain bila diletakkan telentang; bayi akan mengektensikan satu kaki sebagai respons terhadap stimulus pada telapak kaki.	Respons yang lemah atau tidak ada respons yang terlihat pada cedera saraf perifer atau fraktur tulang panjang.
Glabellar "blink"	Bayi akan berkedip bila dilakukan 4 atau 5 ketukan pertama pada batang hidung	Terus berkedip dan gagal untuk berkedip menandakan kemungkinan gangguan

Refleks	Respons Normal	Respons Abnormal
	saat mata terbuka	Neurologis
Palmar graps	Jari bayi akan melekuk di sekeliling benda dan menggenggamnya seketika bila jari diletakkan di tangan bayi.	Respons ini berkurang pada prematuritas. Asimetris terjadi pada kerusakan saraf perifer (pleksus brakialis) atau fraktur humerus. Tidak ada respons yang terjadi pada defisit neurologis yang berat.
Plantar graps	Jari bayi akan melekuk di sekeliling benda seketika bila jari diletakkan di telapak kaki bayi.	Respons yang berkurang pada prematuritas. Tidak ada respons yang terjadi pada defisit neurologis yang Berat
Tanda Babinski	Jari-jari kaki bayi akan hiperekstensi dan terpisah seperti kipas dari dorsofleksi ibu jari kaki bila satu sisi kaki digosok dari tumit ke atas melintasi bantalan kaki.	Tidak ada respons yang terjadi pada defisit SSP

5. Perubahan Gastrointestinal

Menurut Marmi (2015) pada masa neonatus, traktus digestivus mengandung zat-zat yang berwarna hitam kehijauan yang terdiri dari mukopolosakarida dan disebut mekonium, yaitu tinja pertama yang biasanya keluar dalam dua puluh empat jam pertama setelah kelahiran. Dengan adanya pemberian susu, mekonium mulai digantikan oleh tinja tradisional pada hari ke tiga sampai empat yang berwarna coklat kehijauan. Pada saat lahir aktivitas mulut sudah berfungsi yaitu menghisap dan menelan. Saat lahir volume lambung 25-50 ml. Refleks muntah dan refleks batuk yang matang sudah terbentuk dengan baik pada saat lahir. Hubungan antara esofagus bawah dan lambung masih belum sempurna mengakibatkan "gumoh" pada bayi baru lahir dan neonatus. Adapun adaptasi pada saluran pencernaan menurut Marmi (2015), antara lain:

- 1) Pada hari ke-10 kapasitas lambung menjadi 100 cc.
- 2) Enzim tersedia untuk mengkatalisis protein dan karbohidrat sederhana yaitu monosakarida dan disakarida.
- 3) Defisiensi lipase pada pancreas menyebabkan terbatasnya absorpsi lemak sehingga kemampuan bayi untuk mencerna lemak belum matang, maka susu formula sebaiknya tidak diberikan pada bayi baru lahir.
- 4) Kelenjar ludah berfungsi saat lahir tetapi kebanyakan tidak mengeluarkan ludah sampai usia bayi \pm 2-3 bulan.

6. Perubahan Ginjal

Adaptasi ginjal pada bayi baru lahir menurut Sondakh (2014), yaitu laju filtrasi glomerulus relatif rendah pada saat lahir disebabkan oleh tidak adekuatnya

area permukaan kapiler glomerulus, meskipun keterbatasan ini tidak mengancam bayi baru lahir yang normal, tetapi menghambat kapasitas bayi untuk berespons terhadap stresor. Penurunan kemampuan untuk mengekskresikan obat-obatan dan kehilangan cairan yang berlebihan mengakibatkan asidosis dan ketidakseimbangan cairan. Sebagian besar bayi baru lahir berkemih dalam 24 jam pertama setelah lahir dan 2-6 kali sehari pada 1-2 hari pertama; setelah itu, mereka berkemih 5-20 kali dalam 24 jam. Urin dapat keruh karena lendir dan garam asam urat; noda kemerahan (debu batu bata) dapat diamati pada popok karena kristal asam urat.

7. Perubahan Hati

Selama periode neonatus, hati memproduksi zat yang esensial untuk pembekuan darah. Hati juga mengontrol kadar bilirubin tak terkonjugasi, pigmen berasal dari Hb dan dilepaskan bersamaan dengan pemecahan sel-sel darah merah. Saat bayi lahir enzim hati belum aktif total sehingga neonatus memperlihatkan gejala ikterus fisiologis. Bilirubin tak terkonjugasi dapat mengakibatkan warna kuning yang disebut jaundice atau ikterus. Asam lemak berlebihan dapat menggeser bilirubin dari tempat pengikatan albumin. Peningkatan kadar bilirubin tidak berikatan mengakibatkan peningkatan resiko kern-ikterus bahkan kadar bilirubin serum 10 mg/dL (Sondakh, 2013).

8. Adaptasi Imun

Sistem imunitas bayi baru lahir masih belum matang, sehingga menyebabkan neonatus rentan terhadap berbagai infeksi dan alergi. Sistem imunitas yang matang akan memberikan kekebalan alami maupun yang didapat.

Kekebalan alami terdiri dari struktur pertahanan tubuh yang berfungsi mencegah atau meminimalkan infeksi. Berikut beberapa contoh kekebalan alami menurut Marmi (2015):

- a) Perlindungan dari membran mukosa.
- b) Fungsi saringan saluran napas.
- c) Pembentukan koloni mikroba di kulit dan usus.
- d) Perlindungan kimia oleh lingkungan asam lambung.

Pada bayi baru lahir hanya terdapat gamaglobulin G, sehingga imunologi dari ibu dapat berpindah melalui plasenta karena berat molekulnya kecil. Akan tetapi, bila ada infeksi yang dapat melalui plasenta (lues, toksoplasma, herpes simpleks, dan lain-lain) reaksi imunologis dapat terjadi dengan pembentukan sel plasma serta antibodi gama A, G, dan M (Nanny, 2014).

1) Immunoglobulin C (IgC)

IgC didapat bayi sejak dalam kandungan melalui plasenta dari ibunya. Bayi kurang bulan mendapatkan IgC lebih sedikit dibandingkan bayi cukup bulan sehingga bayi kurang bulan lebih rentan terhadap infeksi. Bayi mendapatkan imunitas dari ibunya (imunitas pasif) dalam jumlah yang bervariasi dan akan hilang sampai usia 4 bulan sesuai dengan kuantitas IgC yang diterimanya. Setelah lahir, bayi akan membentuk sendiri immunoglobulin C. antibodi IgC melawan virus (rubella, campak, *mumps*, varicella, poliomyelitis) dan bakteri (difteria, tetanus, dan antibodistafilokokus).

2) Immunoglobulin M (IgM)

IgM tidak mampu melewati plasenta karena memiliki berat molekul yang lebih besar dibandingkan IgG. Bayi akan membentuk sendiri IgM segera setelah lahir (imunitas aktif). IgM dapat ditemukan pada tali pusat jika ibu mengalami infeksi selama kehamilannya. IgM kemudian dibentuk oleh sistem imun janin sehingga jika pada tali pusat terdapat IgM menandakan bahwa janin mendapatkan infeksi selama berada dalam uterus, seperti *Toxoplasmosis*, *Other infection* (sifilis), *Rubella*, *Cytomegalovirus infection*, dan *Herpes simplex* (TORCH).

3) Immunoglobulin A (IgA)

Dalam beberapa minggu setelah lahir, bayi akan memproduksi IgA (imunitas aktif). IgA tidak dapat ditransfer dari ibu ke janin. IgA terbentuk pada rangsangan terhadap selaput lendir dan berperan dalam kekebalan terhadap infeksi dalam aliran darah, sekresi saluran pernapasan dan pencernaan akibat melawan beberapa virus yang menyerang daerah tersebut seperti poliomyelitis dan *E. coli* (Tando, 2016).

2.4.4 Pemeriksaan BBL

1. Penilaian selintas

Penilaian awal menurut JNPK-KR, 2014, untuk semua bayi baru lahir (BBL), lakukan penilaian awal dengan menjawab 3 pertanyaan: Sebelum bayi lahir: 1) apakah kehamilannya cukup bulan? Segera setelah lahir, sambil meletakkan bayi di atas kain bersih dan kering yang telah disiapkan pada perut

bawah ibu, segera lakukan penilaian: 2) apakah bayi menangis atau bernafas tidak megap-megap? 3) apakah tonus otot bayi baik/ bayi bergerak aktif?

2. APGAR Score

Penilaian APGAR menurut Jenny J.S Sondakh, 2013, hal 158: Penilaian keadaan umum bayi dimulai satu menit setelah lahir dengan menggunakan nilai APGAR. Penilaian berikutnya dilakukan pada menit kelima dan kesepuluh. Penilaian ini perlu untuk mengetahui apakah bayi menderita asfiksia atau tidak. Penilaian keadaan umum bayi berdasarkan apgar yaitu:

Tabel 2.19 Kriteria APGAR Score pada BBL Sumber : Jenny J.S Sondakh, 2013

Kriteria	0	1	2
<i>Appearance</i> (Warna Kulit)	Pucat	Badan merah erstremitas biru	Seluruh tubuh kemerahan
<i>Pulse rate</i> (Frekuensi Nadi)	Tidak ada	< 100	> 100
<i>Grimace</i> (Reaksi Rangsangan)	Tidak ada	Sedikit gerakan mimic (<i>grimace</i>)	Batuk/ bersin
<i>Activity</i> (Tonus Otot)	Tidak ada	Ekstremitas dalam sedikit fleksi	Gerakan aktif
<i>Respiration</i> (Pernafasan)	Tidak ada	Lemah/ tidak teratur	Baik/ menangis

Setiap variable diberi nilai 0, 1, atau 2 sehingga nilai tertinggi adalah 10.

Nilai 7-10 pada menit pertama menunjukkan bahwa bayi berada dalam kondisi

baik. Nilai 4-6 menunjukkan bahwa adanya depresi sedang dan membutuhkan beberapa jenis tindakan resusitasi. Bayi dengan nilai 0-3 menunjukkan depresi serius dan membutuhkan resusitasi segera dan mungkin memerlukan ventilasi. (Jenny J.S Sondakh, 2013)

3. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik bayi menurut Sondakh (2013):

- 1) Kepala: pemeriksaan terhadap ukuran, bentuk, sutura menutup/melebar, adanya caput succedaneum, cephal hematoma, kraniotabes, dan sebagainya.
- 2) Mata: pemeriksaan terhadap perdarahan, subkonjungtiva, tanda-tanda infeksi (pus).
- 3) Hidung dan mulut: pemeriksaan terhadap labio skisis, labiopalatoskisis, dan refleks isap (dinilai dengan mengamati bayi saat menyusu).
- 4) Telinga: pemeriksaan terhadap Preauricular tag, kelainan daun/bentuk telinga.
- 5) Leher: pemeriksaan terhadap hematom sternocleidomastoideus, ductus thyroglossalis, hygroma colli.
- 6) Dada: pemeriksaan terhadap bentuk, pembesaran buah dada, pernapasan, retraksi intercostal, subcostal sifoid, merintih, pernapasan cuping hidung, serta bunyi paru-paru (sonor, vesikular, bronkial, dan lain-lain).
- 7) Jantung: pemeriksaan terhadap pulsasi, frekuensi bunyi jantung, kelainan bunyi jantung.
- 8) Abdomen: pemeriksaan terhadap membuncit (pembesaran hati, limpa, tumor aster), schaphoid (kemungkinan bayi menderita diafragma/ atresia esophagus tanpa fistula).

- 9) Tali pusat: pemeriksaan terhadap perdarahan, jumlah darah pada tali pusat, warna dan besar tali pusat, hernia di tali pusat atau di selangkangan.
 - 10) Alat kelamin: pemeriksaan terhadap testis apakah berada dalam skrotum, penis berlubang pada ujung (pada bayi laki-laki), vagina berlubang, apakah labia mayora menutupi labia minora.
 - 11) Lain-lain: mekonium harus keluar dalam 24 jam sesudah lahir, bila tidak, harus waspada terhadap atresia ani atau obstruksi usus. Selain itu, urin juga harus keluar dalam 24 jam. Kadang pengeluaran urin tidak diketahui karena pada saat bayi lahir, urin bercampur dengan air ketuban. Bila urin tidak keluar dalam 24 jam, maka harus diperhatikan kemungkinan adanya obstruksi saluran kemih.
4. Perawatan Segera Setelah Lahir (0-6 Jam Setelah Persalinan)
- Komponen asuhan bayi baru lahir menurut JNPK-KR, 2014

2.4.5 Pencegahan Infeksi

BBL sangat rentan terhadap infeksi yang disebabkan oleh paparan atau kontaminasi mikroorganisme selama proses persalinan berlangsung maupun beberapa saat setelah lahir sebelum menangani BBL, pastikan penolong persalinan telah melakukan upaya pencegahan infeksi berikut :

1. Persiapan Diri

Cuci tangan dengan seksama kemudian keringkan, sebelum dan setelah bersentuhan dengan bayi, serta memakai sarung tangan bersih pada saat menangani bayi yang belum dimandikan.

2. Persiapan Alat

Pastikan semua dan bahan yang digunakan, terutama klem, gunting, alat-alat resusitasi dan benang tali pusat telah di desinfeksi tingkat tinggi (DTT) atau sterilisasi. Gunakan bola karet penghisap yang baru dan bersih jika akan melakukan penghisapan lender dengan alat tersebut. Pastikan semua pakaian, handuk, selimut dan kain yang digunakan untuk bayi sudah dalam keadaan bersih. Demikian pula halnya timbangan, pita pengukur, termometer, stetoskop dan benda-benda lain yang akan bersentuhan dengan bayi, Juga bersih. Dekontaminasi dan cuci semua alat setiap kali setelah digunakan.

3. Persiapan Tempat

Gunakan ruangan yang hangat dan terang, siapkan tempat resusitasi yang datar, rata, cukup keras, bersih, kering dan hangat misalnya meja, dipan atau lantai beralas tikar, sebaiknya dekat pemancar panas dan terjaga dari tiupan angin (tutup jendela atau pintu).

2.4.6 Penilaian Segera Setelah Lahir

Untuk semua bayi baru lahir, lakukan penilaian awal dengan menjawab 3 pertanyaan :

Sebelum lahir yang dinilai sebagai berikut :

1. Apakah kehamilannya cukup bulan ?

Segera setelah bayi lahir, sambil meletakkan bayi diatas kain bersih dan kering yang telah disiapkan pada perut bawah ibu, segera lakukan penilaian sebagai berikut :

1. Apakah bayi menangis atau bernapas/tidak megap-megap?
2. Apakah tonus otot bayi baik/bayi bergerak aktif?

Untuk bayi baru lahir cukup bulan dengan air ketuban jernih yang langsung menangis atau bernapas spontan dan bergerak aktif maka cukup dilakukan manajemen bayi baru lahir normal.

Jika bayi tidak cukup bulan atau air ketuban bercampur mekonium dan atau tidak menangis atau tidak bernapas atau megap-megap dan atau tonus otot tidak baik lakukan langkah resusitasi.

Dalam asuhan bayi baru lahir normal lakukan langkah-langkah berikut : 1) jaga kehangatan, 2) bersihkan jalan napas (jika perlu), 3) keringkan, 4) pemantauan tanda bahaya, 5) klem, potong dan ikat tali pusat tanpa membubuhi apapun, kira-kira 2 menit setelah bayi lahir, 6) lakukan inisiasi menyusui dini, 7) beri suntikan vitamin K, 1 mg intramuscular di paha kiri anterolateral setelah inisiasi menyusui dini, 8) beri salep mata antibiotika tetrasiklin 1% pada kedua mata, 9) pemeriksaan fisik, 10) beri imunisasi Hepatitis B 0,5 ml intramuscular, di paha kanan anterolateral kira-kira 1-2 jam setelah pemberian vitamin K.

2.4.7 Pencegahan Kehilangan Panas

Mekanisme pengaturan temperatur tubuh pada bayi baru lahir belum berfungsi sempurna. Oleh Karena itu jika tidak segera dilakukan upaya pencegahan ketilangan panas tubun maka bayi baru lahir dapat mengalami hipotermia. Bayi hipotermia Sangat beresiko tinggi untuk mengalami sakit berat atau bahkan kematian. Hipotermia mudah terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam

keadaan basah atau tidak segera dikeringkan dan diselimuti walaupun berada di dalam ruangan yang relatif hangat. Bayi prematur atau berat badan rendah sangat rentan untuk mengalami hipotermia (temperature tubuh lebih dari 37,5 C). Cegah terjadi kehilangan panas melalui upaya berikut: (1) keringkan tubuh bayi tanpa membersihkan verniks, (2) letakkan bayi di dada ibu agar ada kontak kulit ibu ke kulit bayi, (3) selimuti ibu dan bayi dan pasang topi dikepala bayi, (4) jangan Segera menimbang atau memandikan bayi baru lahir.

2.4.8 Asuhan Tali Pusat

1. Memotong dan mengikat tali pusat. Klem dan potong tali pusat setelah dua menit setelah bayi lahir. Lakukan terlebih dahulu penyuntikan oksitosin sebelum tali pusat dipotong.
2. Tali pusat dijepit dengan klem DTT pada sekitar 3 cm dari dinding perut (pangkal pusat) bayi. Dari titik jepitan, tekan tali pusat dengan dua jari Kemudian dorong tali pusat ke arah ibu (agar darah tidak terpancar pada saat dilakukan pemotongan tali pusat). Kemudian jepit (dengan klem ke dua) tali pusat pada bagian yang isinya sudah dikosongkan (sisi ibu), berjarak 2 cm dari tempat jepitan pertama
3. Pegang tali pusat diantara kedua klem tersebut, satu tangan menjadi landasan tali pusat sambil melindungi bayi, tangan yang lain memotong tali pusat diantara kedua klem tersebut dengan menggunakan gunting DTT atau steril.

4. Ikat tali pusat dengan benang DTT atau steril pada satu sisi kemudian melingkar kembali benang tersebut dan mengikatnya dengan simpul kunci pada sisi lainnya.
5. Lepaskan klem logam penjepit tali pusat dan masukkan ke dalam larutan klorin 0,5%. Kemudian letakkan bayi dengan posisi tengkurap di dada ibu untuk inisiasi menyusu dini dan melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu selama 1 jam pertama setelah lahir.

Nasehat untuk merawat tali pusat

1. Jangan membungkus puntung tali pusat atau mengoleskan cairan atau bahan apapun ke putung tali pusat.
2. Mengoleskan alkohol atau povidin iodine masih diperkenankan, tapi tidak dikompreskan karena menyebabkan tali pusat basah atau lembab.
3. Beri nasehat pada ibu dan keluarga sebelum meninggalkan bayi: lipat popok dibawah putung tali pusat, jika putung tali pusat kotor maka bersihkan dengan air DTT dan sabun dan segera keringkan secara seksama dengan menggunakan kain bersih, jelaskan pada ibu bahwa ia harus mencari bantuan petugas atau fasilitas kesehatan jika pusat menjadi merah, bernanah dan atau berbau, jika pangkal tali pusat menjadi berdarah merah meluas atau mengeluarkan nanah dan atau berbau segera rujuk bayi ke fasilitas yang dilengkapi perawatan untuk bayi baru lahir.

2.4.9 Inisiasi Menyusu Dini (IMD)

Langkah inisiasi menyusu dini antara lain :

1. Bayi harus mendapatkan kontak kulit dengan kulit ibunya segera setelah lahir selama paling sedikit satu jam.
2. Bayi harus menggunakan naluri alaminya untuk melakukan Inisiasi Menyusu Dini dan ibu dapat mengenali bayinya siap untuk menyusu serta memberi bantuan jika diperlukan.
3. Menunda semua prosedur lainnya yang harus dilakukan kepada bayi baru lahir hingga inisiasi menyusu selesai dilakukan, prosedur tersebut seperti: menimbang, pemberian antibiotik salep mata, vitamin K1 dan lain-lain.
4. Manajemen infeksi mata; Neonatus rentan mengalami infeksi mata sewaktu melewati jalan lahir dari ibu gonorea, sebagian besar negara bagian mengharuskan terapi profilaksis.

2.4.10 Pemberian Vitamin K1

BBL harus diberi vitamin K1 (Phytomenadione) injeksi 1 mg intramuskuler setelah proses IMD dan bayi selesai menyusu untuk mencegah perdarahan BBL akibat defisiensi vitamin K1 yang dapat dialami oleh sebagian BBL. Cara Penyuntikan Vitamin K 1:

1. Gunakan semprit sekali pakai steril 1 mL (semprit tuberculin)
2. Jika menggunakan sediaan 10 mg/mL maka masukkan vitamin K1 ke dalam semprit sebanyak 0,15 mL. Suntikan secara intramuscular di paha kiri bayi bagian anterolateral sepertiga tengah sebanyak 0,1 mL (1 mg dosis tunggal).

3. Jika menggunakan sediaan 2 mg/mL maka masukkan vitamin K1 ke dalam semprit sebanyak 0,75 mL. Suntikkan secara intramuscular di paha kiri bayi bagian anterolateral sepertiga tengah sebanyak 0,5 mL (1 mg dosis tunggal).

2.4.11 Pemberian Salep Mata

Salep atau tetes mata untuk pencegahan infeksi mata diberikan setelah proses IMD dan bayi selesai menyusui. Pencegahan infeksi mata tersebut mengandung tetrasiklin 1% atau antibiotika lain. Upaya pencegahan infeksi mata kurang efektif jika diberikan >1 jam setelah kelahiran. Cara pemberian salep atau tetes mata antibiotic :

1. Cuci tangan, menggunakan sabun dan air bersih mengalir kemudian keringkan.
2. Jelaskan kepada keluarga apa yang akan dilakukan dan tujuan pemberian obat tersebut.
3. Berikan salep mata dalam satu garis lurus mulai dari bagian mata yang paling dekat dengan hidung bayi menuju ke bagian luar mata atau tetes mata.
4. Ujung tabung salep mata atau pipet tetes tidak boleh menyentuh bayi.
5. Jangan menghapus salep atau tetes mata dari mata bayi dan anjurkan keluarga untuk tidak menghapus obat-obat tersebut.

2.4.12 Pemberian Imunisasi

Imunisasi Hepatitis B bermanfaat untuk mencegah infeksi Hepatitis B terhadap bayi, terutama jalur penularan ibu ke bayi. Imunisasi Hepatitis B pertama

diberikan 1-2 jam setelah pemberian vitamin K. Untuk bayi yang lahir di fasilitas kesehatan dianjurkan diberikan BCG dan OPV pada saat sebelum bayi pulang dari klinik. Lakukan pencatatan dan anjurkan ibu untuk kembali untuk mendapatkan imunisasi berikutnya sesuai jadwal pemberian imunisasi. Selanjutnya Hepatitis B dan DPT diberikan pada umur 2 bulan, 3 bulan dan 4 bulan. Dianjurkan BCG dan oPV diberikan pada saat bayi berumur 24 jam (pada saat bayi pulang dari klinik) atau pada usia 1 bulan (KN). Selanjutnya OPV diberikan sebanyak 3 kali pada umur 2 bulan, 3 bulan dan 4 bulan. Lakukan pencatatan dan anjurkan ibu untuk kembali pada jadwal imunisasi berikutnya.

Imunisasi adalah suatu proses untuk membuat sistem pertahanan tubuh kebal terhadap invasi mikroorganisme (bakteri dan virus) yang dapat menyebabkan infeksi sebelum mikroorganisme tersebut memiliki kesempatan untuk menyerang tubuh kita. Tujuan dari pemberian imunisasi adalah menurunkan angka kesakitan, Kematian serta kecacatan akibat Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi D31). Pelayanan imunisasi rutin pada bayi dan anak adalah sebagai berikut:

Tabel 2.20 Imunisasi Rutin Pada Bayi Dan Anak (Kemenkes 2016)

1. Bayi

Jenis Imunisasi	Usia Pemberian	Jumlah Pemberian	Interval Minimal
Hepatitis B	0-7 Hari	1	-
BCG	1 Bulan	1	-
Polio/IPV	1,2,3,4 Bulan	4	-
DPT-HB-Hib	2,3,4 Bulan	3	4 Minggu
Campak	9 Bulan	1	4 Minggu

2. Anak Batita (Usia dibawah 3 tahun)

Jenis Imunisasi	Usia Pemberian	Jumlah Pemberian
DPT-HB-Hib	18 Bulan	1

Campak	24 Bulan	1
--------	----------	---

3. Anak Sekolah Dasar (SD) Kelas 1 (Sederajat)

Jenis Imunisasi	Usia Pemberian	Jumlah Pemberian
Campak	Bulan Agustus	Bulan Imunisasi Anak Sekolah (BIAS)
DT	Bulan November	

4. Anak Sekolah Dasar (SD) Kelas 2 dan 3 atau (Sederajat)

Jenis Imunisasi	Usia Pemberian	Keterangan
TD	Bulan November	BIAS

2.4.13 Tanda Bahaya Bayi Baru Lahir

1. Pernafasan sulit atau lebih dari 60 x/menit
2. Terlalu panas atau dingin
3. Warna kulit kuning, biru, atau pucat
4. Isapan lemah (tidak mau mengisap)
5. Mengantuk berlebihan, banyak muntah
6. Tali pusat merah, bengkak, keluar cairan, bau busuk, berdarah
7. Infeksi (suhu meningkat, pernafasan sulit)
8. Feses/kemih (tidak berkemih dalam 24 jam, feses lembek, kering, hijau tua, ada lendir atau darah)
9. Aktivitas : menggigil (tangisan tidak biasa, sangata mudah tersinggung, lemas, terlalu mengantuk, lunglai, kejang, kejang halus, tidak tenang, menangis terus menurut (Deslidel, 2012).

2.4.14 Rawat Gabung

Kontak kulit dengan kulit, serta mata dengan mata antara ibu dan bayi yang dapat dibina segera setelah bayi lahir harus tetap dipertahankan. Ibu sebaiknya tidak dibatasi untuk berhubungan dengan anaknya. Sistem rawat pisah adalah dimana ibu dan bayi hanya di perbolehkan mengunjungi bayinya jika diperlukan. Bila dibandingkan dengan rawat pisah, rawat gabung memiliki banyak keuntungan, Seperti memperkuat hubungan ibu dan anak, bayi dapat menyusui saat membutuhkan ASI dan menyusui tanpa jadwal, sehingga dapat membangun hubungan yang lebih dekat dengan Ayah maupun anggota keluarga lain.

Resiko infeksi neonatal merupakan suatu hal yang dipermasalahkan, namun kenyataannya infeksi lebih jarang terjadi di ruangan tersebut dibandingkan diruang bayi yang tertutup, dimana resiko epidemik yang luas dapat terjadi. Pentingnya rawat gabung dimana pemberian ASI dini akan dipengaruhi pada system kekebalan tubuh bayi. Ada beberapa bayi yang terpapar sekaligus terlindungi dari kuman penyakit, sehingga terbentuk kekebalan aktif pada kehidupan selanjutnya.

Sebaliknya. bayi yang dirawat di ruang bayi cenderung mendapat kuman penyakit yang didapat pada petugas rumah sakit. Mikroorganisme tersebut biasanya lebih patogen dan kadang-kadang kebal terhadap antibiotika. ASI tidak mengandung zat antibodi khusus untuk mikroorganisme ini. Hal ini menjelaskan mengapa dalam lingkungan seperti ini mudah sekali terjadi epidemi penyakit kulit ISPA dan saluran cerna. Rawat gabung juga mengurangi kebutuhan keluarga

untuk mengantar bayi keruangan ibu yang sering kali ruangnya letaknya sangat jauh, sehingga tenaga bisa dialihkan untuk hal-hal yang lainnya.

Ada beberapa cara untuk melakukan rawat gabung dengan perawatan ibu di rumah sakit. Prinsip utama yang penting adalah membiarkan ibu bebas dan mudah untuk mendekati serta merawat bayinya. Bayi dapat ditempatkan di tempat tidur ibunya atau di tempat tidur lain (boks bayi) di ruangan yang sama untuk mendekatkan pendekatan ibu dan bayinya.

2.4.15 Rencana Asuhan Bayi Usia 2-6 Hari

Menurut Buku Asuhan Kebidanan Neonatus, Bayi, Balita, dan Anak Prasekolah (Kemenkes RI, 2016) asuhan pada bayi antara lain :

1. Nutrisi

Pemberian makanan bayi dimulai sejak janin didalam rahim ibu. Oleh sebab itu makanan yang baik selama kehamilan sangat penting sehingga bayi akan lahir dengan gizi baik. Setelah bayi lahir usahakan kontak dini antara ibu dan bayi untuk memungkinkan pemberian ASI. Pemberian ASI adalah yang terbaik. Beberapa orang beranggapan pemberian susu formula merupakan tindakan yang baik namun anggapan itu keliru. Hal-hal yang perlu diperhatikan pada bayi baru lahir yang diberi ASI :

- 1) Beri ASI dalam jam pertama setelah lahir. Beri ASI sesering mungkin sesuai kebutuhan bayi, jangan dibatasi 2-3 jam sekali atau 4 jam sekali.
- 2) Jangan beri empeng pada bayi yang diberi ASI, karena dapat menyebabkan bingung puting atau sehingga bayi tidak mau minum ASI lagi.

- 3) Jangan beri makanan lain sampai anak berusia 6 bulan.
- 4) Atur posisi bayi yang benar untuk perlekatan yang baik ke payudaraibu (posisi menyusui). ASI adalah yang terbaik untuk bayi karena selalu segar, sangat aman dan bebas infeksi, dibuat secara alamiah untuk bayi, mudah dicerna, suhu tepat, mengandung beberapa antibodi dan menolong bayi menerima kasih sayang ibu. ASI juga terbaik untuk ibu, karena tidak perlu biaya, menghemat waktu dan selalu siap sedia, mempercepat rahim kembali ke ukuran normal, menolong ibu untuk menyatakan kasih sayang kepada bayi.

Jika dilihat dari manfaat ASI yang beraneka ragam, adapun beberapa komposisi ASI adalah sebagai berikut : energi, laktosa, lemak, protein, mineral, imunoglobulin (Ig A, Ig G, Ig M, lisosin, laktoferin) (Asih Yusari, 2016).

Cara Menyimpan ASI

Ada perbedaan lamanya disimpan dikaitkan dengan tempat penyimpanan.

- 1) Di temperature ruangan = 6-8 jam
- 2) Lemari es (4°C) = 1-2 hari
- 3) Freezer dalam lemari es (-4°C) = 2 minggu – 4 bulan



Gambar 2.13 Menyimpan ASI di lemari es

ASI yang telah didinginkan tidak boleh direbus bila akan dipakai, karena kualitasnya akan menurun, yaitu unsur kekebalannya. ASI tersebut cukup didiamkan beberapa saat didalam suhu kamar, agar tidak terlalu dingin atau dapat pula direndam didalam wadah yang telah berisi air panas (Kemenkes, 2016).

2. Eliminasi

Pada masa bayi, buang air kecil/besar merupakan proses involunter tanpa kontrol. Kapan dan dimana saja dapat berkemih/defekasi. Bayi biasanya mulai berkemih dalam 48 jam pertama kehidupannya. Penting bagi bidan untuk mencatat kapan bayi berkemih pertama kali setelah kelahiran. Keluarnya urine sangat bervariasi tergantung pada usia gestasi, asupan cairan dan larutan, kemampuan ginjal dalam mengonsentrasikan dan peristiwa pranatal. Saluran urine meningkat selama periode neonatal, misal bayi yang mendapat ASI mengeluarkan urine 20 cc selama 24 jam pertama, kemudian meningkat menjadi 200 cc selama 24 jam pada hari ke-10. Biasanya urine dikeluarkan secara teratur dalam jumlah sedikit dan pada minggu kedua kehidupannya bayi dapat membasahi popok. Dalam sehari bayi biasanya buang air besar antara 1-3 kali sehari. Yang perlu diperhatikan bidan adalah setelah bayi buang air besar maupun buang air kecil bayi harus segera dibersihkan, untuk mengurangi risiko lecet dan ruam popok pada kulit.

3. Hygiene

Bayi harus selalu dijaga agar tetap bersih, hangat dan kering. Beberapa cara untuk menjaga agar bayi tetap bersih adalah memandikan bayi, mengganti popok atau pakaian bayi sesuai keperluan, pastikan bayi tidak terlalu panas/dingin dan

menjaga kebersihan pakaian dan hal-hal yang bersentuhan dengan bayi. Memandikan bayi sebaiknya ditunda sampai 6 jam kelahiran. Meskipun meminimalkan resiko infeksi, tetapi memandikan bayi setiap hari merupakan hal yang tidak perlu, termasuk mencuci rambut bayi setiap kali mandi. Terlalu sering memandikan bayi, khususnya dengan sabun atau losion alkalin dapat menimbulkan infeksi pada bayi. Permukaan kulit yang asam (acid mantle) memberi perlindungan kepada bayi terhadap infeksi, pH kulit kurang dari 5,0 bersifat bakteriostatik. Pada saat lahir kulit bayi tidak begitu asam (pH 6,34) kemudian menurun sampai 4,95 dalam 4 hari. Memandikan bayi dengan sabun alkalin akan meningkatkan pH kulit sehingga keasaman kulit menurun. Oleh sebab itu dianjurkan memandikan bayi dengan air hangat saja, karena air hangat sudah cukup memadai untuk membersihkan bayi. Jika ingin memakai sabun pilih sabun yang dengan pH netral dengan sedikit bahkan tanpa parfum atau pewarna. Prinsip yang perlu diperhatikan: Jaga bayi agar tetap hangat, Jaga bayi agar tetap aman dan selamat, dan suhu air tidak boleh terlalu panas atau terlalu dingin.

Popok harus diganti sesegera mungkin bila kotor, baik karena urine atau feses. Kulit harus segera dibersihkan baik dengan air maupun dengan lap untuk mengurangi risiko lecet dan ruam popok pada kulit. Hal ini bisa terjadi bila sisa urine kontak dengan kulit, terutama bila ada organisme dari feses yang memecah urea menjadi amonia, yang biasanya menimbulkan ruam popok setelah bulan pertama. Penting bagi bidan untuk mendemonstrasikan cara mengganti popok bayi pada orang tua, dengan metode yang dipakai di rumah.

4. Keamanan

Bayi harus selalu dijaga baik dari trauma atau infeksi, baik infeksi karena ketidaksterilan ataupun infeksi nosokomial. Bayi harus dijaga dari trauma dengan meletakkan bayi di tempat yang aman dan nyaman, tidak membiarkan bayi sendirian tanpa pengamatan dan tidak meletakkan barang-barang yang mungkin membahayakan di dekat bayi.

Pencegahan infeksi dilakukan dengan mencuci tangan, menggunakan sarung tangan, memastikan semua peralatan telah didesinfeksi tingkat tinggi atau steril, memastikan bahwa semua pakaian, handuk, selimut serta kain yang digunakan untuk bayi dalam keadaan bersih dan memastikan semua benda-benda yang akan bersentuhan dengan bayi dalam keadaan baik.

KIE yang harus diberikan kepada ibu sebelum bayi pulang, yakni menjaga kehangatan bayi, mencegah hipotermi, pemberian ASI, perawatan tali pusat, mengawasi tanda-tanda bahaya, perawatan bayi sehari-hari, menjaga keamanan bayi, pencegahan infeksi pada bayi, serta imunisasi pada bayi (Kemenkes,2016).

Asuhan bayi baru lahir yang mungkin tidak efektif atau bahkan merugikan adalah:

- 1) Membatasi waktu menyusui hanya sampai 10 menit saja pada masing-masing payudara atau periode lain yang ditentukan.
- 2) Membatasi frekuensi pemberian ASI hanya sekali dalam 3 jam atau periode lain yang ditentukan.
- 3) Memberikan puting artifisial atau empeng pada bayi yang diberi ASI.
- 4) Memberi tambahan minuman botol berisi air, glukosa atau susu formula

sewaktu pemberian ASI sudah lancar.

- 5) Pemberian kontrasepsi hormonal pada ibu dalam 6 minggu pertama pascapartum.

2.4.16 Asuhan Kebidanan Pada Bayi >4 Minggu

1. Bounding Attachment

Bounding adalah merupakan suatu ketertarikan mutual pertama antar individu, pertemuan pertama kali antar orang tua dan anak. Sementara itu, attachment adalah suatu perasaan menyanyangi atau loyalitas yang meningkat dengan individu lain.

Menurut marcer (1996) dalam buku Nanny Lia Dewi, Vivian 2012 prakondisi yang mempengaruhi ikatan adalah sebagai berikut.

- a. Kesehatan emosional orang tua
- b. Sistem dukungan sosial yang meliputi pasangan hidup, teman dan keluarga.
- c. Suatu sistem ketrampilan dalam berkomunikasi dan dalam memberi asuhan yang kompeten.
- d. Kedekatan orang tua dengan bayi.
- e. Kecocokan antara orang tua dan bayi (termasuk keadaan, tempramen, dan jenis kelamin).

Tahap – Tahap Bonding Attchment

- 1) Perkenalan (acquaintence), dengan melakukan kontak mata, memberikan sentuhan, mengajak berbicara, dan meeksplorasi segera setelah mengenal bayinya.

- 2) Keterikatan (bonding)
- 3) Attachment, perasaan sayang yang mengikat individu dengan individu lain.

Elemen – Elemen Bonding Attachment :

a. Sentuhan

Sentuhan atau indra peraba, dipakai secara ekstensif oleh orang tua dan pengasuh lain sebagai suatu sarana untuk mengenali bayi baru lahir dengan cara mengeksplorasi tubuh bayi dengan ujung jarinya. Penelitian telah menemukan suatu pola sentuhan yang hampir sama, yakni pengasuh mulai mengeksplorasi jari tangan ke bagian kepala dan tungkai kaki. Tidak lama kemudian pengasuh memakai telapak tangannya untuk mengelus badan bayi dan akhirnya memeluk dengan tangannya.

b. Kontak Mata

Ketika bayi baru lahir mampu secara fungsional mempertahankan kontakmata, orang tua dan bayi akan menggunakan lebih banyak waktu untuk saling memandang. Beberapa ibu mengatakan dengan melakukan kontak mata mereka merasa lebih dekat dengan bayinya.

c. Suara

Saling mendengar dan merespon suara antar orang tua dan bayinya juga penting dilakukan. Orang tua menunggu tangisan bayinya dengan tegang. Sementara itu, bayi akan menjadi tenang dan berpaling ke arah orang tua mereka saat orang tua mereka berbicara dengan suara bernada tinggi.

d. Aroma

Prilaku lain yang terjalin antar orang tua dan bayi ialah respon terhadap aroma/bau masing-masing. Ibu mengetahui bahwa setiap anak memiliki aromayang unik. Sementara itu, bayi belajar dengan cepat untuk membedakan aroma susu ibunya.

e. Hiburan (entertainment)

Bayi baru lahir bergerak-gerak sesuai dengan struktur pembicaraan orang dewasa. Mereka menggoyangkan tangan , mengangkatn kepala, mendendang-dendang kaki, seperti sedang berdansa mengikuti nada suara orang tuanya.

f. Bioritme

Anak yang belum lahir atau baru lahir dapat dikatakan senada dengan ritme alamiah ibunya. Untuk itu, salah satu tugas bayi baru lahir ialah membentuk ritme personal (bioritme)

g. Kontak Dini

Saat ini tidak ada bukti-bukti alamiah yang menunjuk bahwa kontak dini setelahn lahir merupakan hal yang penting untuk hubungan orang tua dan anak. Ada beberapa keuntungan fisiologis yang dapat diperoleh dari kontak dini yaitu sebagai berikut : kadar oksitosin dan prolaktin meningkat, reflek menghisap dilakukan sedini mungkin, pembentukan kekebalan aktif dimulai, dan mempercepat proses ikatan antara orang tua dan anak.

1. Kehangatan tubuh (body warmht).
2. Waktu pemberian kasih sayang.
3. Stimulasi hormonal.

Prinsip-prinsip dan upaya meningkatkan Bonding Attachment yaitu : (1) bonding attachment dilakukan dimenit pertama dan jam pertama, (2) orang tua merupakan orang yang menyentuh bayi pertama kali, (3) adanya ikatan yang baik dan sistematis, (4) orang tua ikut terlibat dalam proses persalinan, (5) persiapan (perinatal care-pnc) sebelumnya, (6) cepat melakukan proses adaptasi, (7) kontak sedini mungkin sehingga dapat membantu dalam memberi kehangatan pada bayi, menurunkan rasa sakit ibu, serta memberi rasa nyaman, (8) tersedianya fasilitas untuk kontak lebih lama, (9) penekanan pada hal-hal positif, (10) adanya pe awat maternitas khusus (bidan), (11) libatkan anggota keluarga lainnya, (12) pemberian informasi bertahap mengenai bonding attachment (Nanny Lia Dewi, Vivian 2012).

2.4.17 Kunjungan Neonatus

Pelayanan kesehatan neonates menurut kemenkes RI, (2015) adalah pelayanan kesehatan sesuai standar yang diberikan oleh tenaga kesehatan kepada neonates sedikitnya 3 kali, selama periode 0 sampai dengan 28 hari setelah lahir.

- 1) Kunjungan neonates ke-1 (KN I) dilakukan 2-48 jam setelah lahir, dilakukan pemeriksaan pernapasan, warna kulit gerakan aktif atau tidak, ditimbang, ukur panjang badan, lingkaran lengan, lingkaran dada, pemberian salep mata, vitamin K1, Hepatitis B, perawatan tali pusat dan pencegahan kehilangan panas bayi.
- 2) Kunjungan neonates ke-2 (KN 2) dilakukan pada hari ke-3 sampai hari ke-7 setelah lahir, pemeriksaan fisik, melakukan perawatan tali pusat, pemberian

ASI eksklusif, personal hygiene, pola istirahat, keamanan dan tanda-tanda bahaya.

- 3) Kunjungan neonates ke-3 (KN 3) dilakukan pada hari ke-8 sampai hari ke-28 setelah lahir, dilakukan pemeriksaan pertumbuhan dengan berat badan, tinggi badan dan nutrisinya.

2.4.18 Manajemen Asuhan Kebidanan Pada Bayi Baru Lahir

Menurut Jenny J.S Sondakh (2013, hal .161-166) konsep asuhan kebidanan pada bayi baru lahir normal meliputi :

Tanggal : Jam :

Tempat :

Oleh :

I. Pengkajian Data

1. Data Subjektif

1) Biodata

Nama bayi : Untuk menghindari kekeliruan

Tanggal lahir : Untuk Mengetahui usia neonates

Anak ke- : Untuk Mengetahui struktur dari keluarga bayi\

Jenis kelamin : Untuk Mengetahui jenis kelamin bayi

Umur : Untuk Mengetahui usia bayi

Alamat : Untuk Memudahkan kunjungan rumah bila diperlukan

Nama ibu : Untuk Memudahkan memanggil agar terhindar dari kekeliruan

- Umur : Mengetahui apakah ibu termasuk golongan resiko tinggi atau tidak
- Pekerjaan : Untuk mengetahui tingkat sosial ekonomi
- Pendidikan : Untuk mempermudah pemberian KIE
- Agama : Mengetahui kepercayaan yang dianut ibu
- Alamat : Memudahkan komunikasi dan kunjungan rumah
- Nama suami : Menghindari terjadinya kekeliruan
- Umur : Mengetahui usia suami
- Pekerjaan : Untuk Mengetahui tingkat sosial ekonomi
- Pendidikan : Untuk mempermudah memberikan KIA
- Alamat : Memudahkan komunikasi dan kunjungan rumah

- 2) Keluhan utama; ibu mengatakan telah melahirkan bayinya pada tanggal..... jam WIB. Kondisi ibu dan bayi sehat.
- 3) Riwayat Antenatal; Anamnesa orang tua/keluarga ibu dengan penyakit diabetes militus, usia ibu terlalu tua, factor gizi, multiparitas, pemeriksaan didapatkan TFU lebih tinggi dari pada usia kehamilan, obesitas.
- 4) Riwayat kehamilan dan persalinan
 - (1) Riwayat Prenatal : anak beberapa, riwayat kehamilan yang mempengaruhi BBL adalah kehamilan yang tidak disertai komplikasi seperti diabetes militus (DM), hepatitis, jantung, asma, hipertensi (HT), TBC, frekuensi antenatal care (ANC), dimana keluhan-keluhan selama hamil. Riwayat prenatal meliputi apakah ada gangguan seperti perdarahan, muntah yang sangat, toxemia gravidarum.

- (2) Riwayat Natal : berapa usia kehamilan, jam berapa waktu persalinan, jenis persalinan, lama kala I, lama kala II, BB bayi, PB bayi, denyut nadi, respirasi suhu, bagaimana ketuban, ditolong oleh siapa, komplikasi persalinan dan berapa nilai APGAR untuk BBL. Riwayat natal terdiri dari apakah persalinan yang lalu spontan atau buatan, aterm atau prematur, perdarahan atau tidak, ditolong oleh siapa, bidan atau dokter.
 - (3) Riwayat Post Natal : a) Observasi TTV, b)Keadaan tali pusat, c) Apakah telah diberi injeksi vitamin K, d) Minum ASI/PASI, berapa cc setiap perjam. Riwayat natal meliputi : apakah ada panas, perdarahan dan bagaimana laktasinya apakah ada hambatan yang mungkin akan terulang karena jalannya persalinana yang lalu adalah hasil ujian segela faktor yang mempengaruhi persalinan.
- 5) Kebutuhan dasar
- (3) Pola nutrisi, setelah bayi lahir, segera susukan pada ibunya, apakah ASI keluar sedikit, kebutuhan minum hari pertama 60 cc/kgBB, selanjutnya ditambah 30 cc/kgBB untuk hari berikutnya.
 - (4) Pola eliminasi, proses pengeluaran defekasi dan urin terjadi 24 jam pertama setelah lahir, kondisinya agak lembek, berwarna hitam kehijauan. Selain itu diperiksa juga urin yang normalnya berwarna kuning.
 - (5) Pola nutrisi, pola tidur bayi baru lahir adala 14-18 jam/hari.
 - (6) Pola aktivitas, pada bayi seperti menangis, BAK, BAB, serta memutar kepala untuk mencari putting susu.

(7) Riwayat psikososial, kesiapan keluarga menerima anggota baru dan kesanggupan ibu menerima dan merawat anggota baru.

2. Data Objektif

1) Pemeriksaan Fisik Umum

Kesadaran : Composmentis

Suhu : Normal (36,5 – 37,5 °C)

: Sub Febris (37 - 38°C)

: Febris (38 - 40°C)

: Hiperpireksis (40 - 42°C)

: Hipotermi (Kurang dari 36 °C)

: Hipertermi (Lebih dari 40 °C)

Pernafasan : Normal (40-60 ×/menit)

: Tadiipnea (Pernafasan lebih dari 20x/ menit)

: Bradipnea (Pernafasan kurang dari 20x/ menit)

Denyut Jantung : Normal (120-160 ×/menit)

: Takikardia (160 – 180x/ menit)

: Brakikardia (100 – 160x/ menit)

Berat Badan : Normal (2.500 – 4.000 gram)

: BBLR (<2.500 gram)

: BBSLR (1000 – 1500 gram)

: BBLASR (< 1000 gram)

: Baby Giant (> 4000 gram)

Panjang Badan : Antara (48 – 52 cm)

2) Pemeriksaan Fisik

Kepala : Adakah caput suscedaneum, cephal hematoma, keadaan ubun-ubun tertutup

Muka : Warna kulit merah muda

Mata : Seklera putih, tidak ada perdarahan subconjungtiva

Hidung : Lubang simetris, bersih tidak ada secret

Mulut : Refleks menghisap baik, tidak ada labio atau palato skisis

Telinga : Simetris, tidak ada serumen

Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, pembesaran bendungan vena jugularis

Dada : Simetris, tidak ada retrakso dada

Tali Pusat : Bersih, tidak ada perdarahan, terbungkus kassa

Abdomen : Simetris, tidak ada massa, tidak ada infeksi

Genetalia : Kelamin laki-laki : Testis sudah turun, penis lubang pada ujung penis

Kelamin Perempuan: uretra berlubang, labia mayora sudah menutupi labia minora

Anus : Tidak terdapat atresia ani

Ekstermitas : Gerakan, bentuk dan jumlah jari, tidak terdapat sindaktil polidaktil

Punggung : Tidak terdapat spina bifida

3) Pemeriksaan Neurologis

Refleks Moro/	Apabila bayi diberi sentuhan mendadak terutama
Terkejut	dengan jari dan tangan, maka akan menimbulkan gerak

	terkejut.
Refleks Menggenggam	Apabila telapak tangan bayi disentuh dengan jari pemeriksa, maka ia akan berusaha menggenggam jari pemeriksa.
Refleks <i>Rooting</i> /Mencari	Apabila pipi bayi disentuh oleh jari pemeriksa, maka ia akan menoleh dan mencari sentuhan itu.
Refleks <i>Sucking</i> /Menghisap	Apabila diberi dot/puting, maka ia berusaha untuk menghisap.
Glabella Refleks	Apabila bayi disentuh pada daerah os glabella dengan jari tangan pemeriksa, maka ia akan mengerutkan keningnya dan mengedipkan matanya.
Gland Refleks	Apabila bayi disentuh pada lipatan paha kanan dan kiri, maka ia berusaha mengangkat kedua pahanya.
Tonick Neck Refleks	Apabila bayi diangkat dari tempat tidur (digendong), maka ia akan berusaha mengangkat kepalanya.

4) Pemeriksaan Penunjang

Adakah pemeriksaan yang dapat menunjang seperti : Pemeriksaan Hb untuk mengetahui ada atau tidaknya kondisi yang memerlukan perhatian khusus, misalnya anemia. HbsAg untuk mendeteksi penyakit hepatitis B, Bilirubbin untuk mendeteksi adanya penyakit kuning. Darah lengkap (DL) dilakukan untuk mengetahui jumlah sel darah merah, putih dan trombosit dalam tubuh. Pemeriksaan penunjang bisa dilakukan atas indikasi tertentu.

II. Identifikasi Diagnosa dan Masalah (Sondakh, 2013)

Diagnosa : Bayi baru lahir normal, umur jam
 Data Subjektif : Bayi lahir tanggal jam dengan normal
 Data Objektif : BB, PB, HR, RR, Tangisan Kuat, Warna Kulit, Tonus Otot.

III. Identifikasi Masalah Potensial

Mengidentifikasi masalah potensial atau diagnosis potensial berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosis yang diidentifikasi. (Prawirohardjo, Sarwono. 2014)

IV. Identifikasi Kebutuhan Segera

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter untuk berkonsultasi atau menangani masalah bersama anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien. (Prawirohardjo, Sarwono. 2014)

V. Intervensi (Jenny J.S Sondakh, 2013)

Diagnosis : Bayi baru lahir normal umur jam
 Tujuan : 1) Bayi tetap dalam keadaan normal
 2) Bayi tidak mengalami infeksi dan hipotermi
 Kriteria Hasil : 1) Bayi dalam keadaan sehat
 2) TTV dalam batas normal : BB, TB, HR, RR, S

Intervensi :

1) Lakukan *Informed Consent*

R/ *Informed Consent* merupakan langkah awal melakukan tindakan lebih lanjut

- 2) Cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan
R/ Cuci tangan merupakan prosedur pencegahan kontaminasi silang
- 3) Beri identitas bayi
R/ Identitas merupakan cara yang tepat untuk menghindari kekeliruan
- 4) Bungkus bayi dengan kain kerig dan lembut
R/ Membungkus bayi merupakan cara mencegah hipotermi
- 5) Rawat Tali pusat dengan cara membungkus dengan kassa
R/ Tali pusat yang terbungkus merupakan cara mencegah infeksi
- 6) Timbang berat badan setiap hari setelah dimandikan
R/ Deteksi dini pertumbuhan dan kelainan pada bayi
- 7) Ukur suhu tubuh bayi, denyut jantung, dan respirasi setiap jam
R/ Deteksi dini terjadinya komplikasi
- 8) Anjurkan ibu untuk mengganti popok bayi setelah BAB/BAK
R/ Salah satu cara untuk menghindari bayi dari kehilangan panas
- 9) Anjurkan ibu untuk memberikan ASI Eksklusif
R/ ASI adalah makanan terbaik bayi untuk tumbuh kembang dan pertumbuhan tubuh / kebutuhan bayi 60 cc/Kg/hari
- 10) Anjurkan ibu cara menyusui yang benar, maka bayi akan merasa nyaman dan tidak tersedak
R/ Bayi akan merasa nyaman dan tidak tersedak

VI. Implementasi / Pelaksanaan

Menurut Soundakh (2013) Dilakukan sesuai dengan Intervensi

Tanggal :

Jam : WIB

VII.Evaluasi

Menurut Jenny J.S Sondakh (2013) evaluasi sebagai berikut :

Tanggal : Jam : WIB

S : Data yang diperoleh dari pasien dan keluarga

O : Hasil pemeriksaan fisik beserta pemeriksaan diagnostik dan penunjang /
Pendukung lain, seta catatan medik

A : Kesimpulan Dari Data Subjektif dan Objektif

P : Merupakan gambaran pendokumentasian dari tindakan evaluasi

2.5 Konsep Dasar Keluarga Berencana

2.5.1 Pengertian KB

Keluarga Berencana adalah mengatur jumlah anak sesuai dengan keinginan dan menentukan kapan ingin hamil. Jadi, KB (family planning, planned parenthood) adalah suatu usaha untuk menjarangkan atau merencanakan jumlah dan jarak kehamilan dengan memakai alat kontrasepsi untuk mewujudkan keluarga kecil bahagia dan sejahtera. (Marmi 2018).

2.5.2 Tujuan program KB

1) Tujuan umum

Untuk mewujudkan visi dan misi program KB yaitu membangun kembali dan melestarikan fondasi yang kokoh bagi pelaksana program KB di masa mendatang untuk mencapai keluarga berkualitas tahun 2015 (Marmi 2018).

2) Tujuan khusus

Meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak serta mewujudkan keluarga kecil yang bahagia, sejahtera melalui pengendalian kelahiran dan pengendalian pertumbuhan penduduk Indonesia menciptakan produk yang berkualitas sumber daya manusia yang bermutu dan meningkatkan kesejahteraan masyarakat. Kesimpulan dari tujuan program KB adalah memperbaiki kesehatan dan kesejahteraan ibu anak keluarga dan bangsa mengurangi angka kelahiran untuk menaikkan taraf hidup masyarakat dan bangsa memenuhi permintaan masyarakat dan pelayanan KB dan KR yang berkualitas termasuk upaya upaya menurunkan angka kematian ibu bayi dan anak serta penanggulangan masalah kesehatan reproduksi (Marmi 2018).

2.5.3 Macam-Macam Metode Kontrasepsi

1) Metode Keluarga Berencana Alamiah (KBA)

Metode kalender; (1) Tidak melakukan senggama pada masa subur istri dengan menghitung waktu ovulasi. (2) Dari data haid yang dicatat selama 6-12 bulan terakhir. Harus mencatat siklus haid setiap bulan. Cara ini hanya cocok bagi wanita dengan siklus haid teratur. Harus mencatat siklus haid paling sedikit 6-12 bulan. (3) Langkah-langkah menghitung masa subur; a) Mencatat tanggal hari pertama datang bulan, b) Lakukan pencatatan ini terus menerus setiap bulan, minimal 6 bulan, c) Catatlah jumlah hari dari setiap siklus haid (siklus terpendek, terpanjang). (4) Cara menghitung masa subur wannita dengan siklus teratur 28 hari: hari pertama dalam siklus haid

dihitung sebagai hari ke-1, masa subur adalah hari ke-12 hingga hari ke 16 dalam siklus haid. (5) Cara menghitung masa subur wanita dengan siklus tidak teratur 28 hari: a) Catat jumlah hari dalam satu siklus haid selama 6 bulan (6 siklus), satu siklus haid dihitung mulai dari hari pertama haid saat ini hingga hari pertama haid berikutnya, b) Jumlah hari terpendek dalam 6 siklus haid dikurangi 18, hitungan ini menentukan hari pertama masa subur, jumlah hari terpanjang selama 6 siklus haid dikurangi 11, hitungan ini menentukan hari terakhir masa subur, (6) Patokan menentukan masa subur wanita, yaitu: a) Ovulasi terjadi ± 2 hari sebelum haid yang akan datang, b) Sperma dapat hidup dan membuahi dalam 48 jam setelah ejakulasi, c) Ovum dapat hidup 24 jam setelah ovulasi. (Marmi, 2018).

2) Kontrasepsi Metode Amenorea Laktasi (MAL)

Definisi: Metode Amenorea Laktasi (MAL) atau Lactational Amenorrhea Method (LAM) adalah metode kontrasepsi sementara yang mengandalkan pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif, artinya hanya diberikan ASI saja tanpa tambahan makanan dan minuman lainnya. Metode Amenorea Laktasi (MAL) atau Lactational Amenorrhea Method (LAM) dapat dikatakan sebagai metode keluarga berencana alamiah (KBA) atau natural family planning, apabila tidak dikombinasikan dengan metode kontrasepsi lain. (Marmi, 2018).

(1) Cara Kerja: Penundaan atau penekanan ovulasi (Marmi, 2018)

(2) Keuntungan kontrasepsi; Menurut (Marmi, 2018) keuntungan kontrasepsi MAL, antara lain; (1) efektifitas tinggi, (2) segera aktif, (3)

tidak perlu pengawasan medis (4) tidak perlu obat atau alat, (5) tanpa biaya.

- (3) Keuntungan nonkontrasepsi; Menurut (Marmi, 2018) keuntungan nonkontrasepsi MAL, antara lain: (1) Untuk bayi : a) mendapat kekebalan pasif (mendapat antibody perlindungan lewat ASI), b) sumber asupan gizi yang terbaik dan sempurna untuk tubuh kembang bayi yang optimal, c) terhindar dari keterpurukan terhadap kontaminasi dari air susu lain atau formula atau alat minum yang dipakai, (2) Untuk ibu : a) mengurangi post partum, b) mengurangi resiko anemia, c) meningkatkan hubungan psikologi ibu dan bayi. (Marmi, 2018).
- (4) Kekurangan/Keterbatasan; Kekurangan dari kontrasepsi MAL adalah : (1) perlu persiapan sejak perawatan kehamilan agar segera menyusui dalam 30 menit pasca persalinan, (2) mungkin sulit dilaksanakan karena kondisi social, (3) efektifitas tinggi hanya sampai kembalinya haid sampai dengan 6 bulan, (4) tidak melindungi terhadap IMS termasuk hepatitis B/HBV dan HIV/AIDS. (Sri Rahayu, 2016).
- (5) Indikasi; (1) wanita yang menyusui secara eksklusif, (2) bayi berumur kurang dari 6 bulan, (3) belum mendapatkan haid setelah melahirkan. (Sri Rahayu, 2016).
- (6) Kontraindikasi; (1) Wanita pasca melahirkan yang sudah mendapat haid, (2) Wanita yang tidak menyusui secara eksklusif, (3) Wanita yang bekerja dan terpisah dari bayinya lebih dari 6 jam, (4) Bayi sudah berumur lebih dari 6 bulan. (Sri Rahayu, 2016).

(7) Efek Samping; Berikut ini beberapa efek samping dari penggunaan alat kontrasepsi menggunakan Metode Amenorea Laktasi (MAL), antara lain: (1) Efektifitas tinggi hanya sampai kembalinya haid atau sampai dengan 6 bulan, (2) Tidak melindungi terhadap IMS termasuk virus hepatitis B/ HBV dan HIV/ AIDS Kesulitan dalam mempertahankan pola menyusui secara eksklusif, (3) Kesulitan dalam mempertahankan pola menyusui secara eksklusif. (Marmi, 2018).

3) Senggama Terputus

(1) Pengertian; Senggama terputus adalah metode keluarga berencana tradisional, dimana pria mengeluarkan alat kelaminnya (penis) dari vagina sebelum pria mencapai ejakulasi. (Marmi, 2018).

(2) Cara kerja; Alat Kelamin (penis) dikeluarkan sebelum ejakulasi sehingga sperma tidak masuk ke dalam vagina sehingga tidak ada pertemuan antara sperma dan ovum, dan kehamilan dapat dicegah. (Marmi, 2018).

(3) Manfaat; (1) Kontrasepsi, yaitu; a) Efektif bila dilaksanakan dengan benar, b) Tidak mengganggu produksi ASI, c) Dapat digunakan sebagai pendukung metode KB lainnya, d) tidak ada efek samping, e) Dapat digunakan setiap waktu, f) Tidak membutuhkan biaya, (2) Nonkontrasepsi, yaitu; a) Meningkatkan keterlibatan suami dalam keluarga berencana, b) Untuk pasangan memungkinkan hubungan lebih dekat dan pengertian yang sangat dalam. (Marmi, 2018).

(4) Keterbatasan; (1) Efektivitas sangat bergantung pada kesediaan

pasangan untuk melakukan senggama terputus setiap melaksanakannya (angka kegagalan 4- 27 kehamilan per 100 perempuan pertahun), (2) Efektivitas akan jauh menurun apabila sperma dalam 24 jam sejak ejakulasi masih melekat pada penis, (3) Memutus kenikmatan dalam berhubungan seksual. (Marmi, 2018).

- (5) Indikasi; (1) Suami yang ingin berpartisipasi aktif dalam keluarga berencana, (2) Pasangan yang taat beragama atau mempunyai alasan filosofi untuk tidak memakai metode – metode lain, (3) Pasangan yang memerlukan kontrasepsi dengan segera, (4) Pasangan yang memerlukan metode sementara, sambil menunggu metode yang lain, (5) Pasangan yang membutuhkan metode pendukung, (6) Pasangan yang melakukan hubungan seksual tidak teratur. (Marmi, 2018).
- (6) Kontraindikasi; (1) Suami dengan pengalaman ejakulasi dini, (2) Suami yang sulit sekali melakukan senggama terputus, (3) Suami yang mempunyai kelainan fisik atau psikologi, (4) Istri yang mempunyai pasangan yang sulit diajak bekerjasama, (5) Pasangan yang kurang dapat berkomunikasi, (6) Pasangan yang tidak bersedia melakukan senggama terputus. (Marmi, 2018).
- (7) Intruksi bagi klien, yaitu; (1) Meningkatkan kerjasama dan membangun saling pengertian sebelum melakukan hubungan seksual dan pasangan harus mendiskusikan dan menyepakati penggunaan metode senggama terputus, (2) Sebelum berhubungan pria sebaiknya terlebih dulu mengosongkan kandung kemih dan membersihkan ujung penis untuk

menghilangkan sperma dan ejakulasi sebelumnya, (3) Apabila merasa akan ejakulasi, pria segera mengeluarkan penisnya dari vagina pasangannya dan mengeluarkan sperma diluar vagina, (4) Pastikan pria tidak terlambat melaksanakannya, (5) Senggama tidak dianjurkan pada masa subur. (Marmi, 2018).

4) Metode Barrier

Kondom

(1) Definisi

Kondom merupakan selubung/sarung karet yang dapat terbuat dari berbagai bahan diantaranya lateks (karet), plastik (vinil), atau bahan alami (produksi hewani) yang dipasang pada penis saat berhubungan seksual. Kondom terbuat dari karet sintesis yang tipis, berbentuk silinder dengan muaranya berpinggir tebal, yang bila digulung berbentuk rata. Standar kondom dilihat dari ketebalannya, yaitu 0,02 mm (Sri Rahayu, 2016).

(2) Tipe kondom terdiri dari: a) Kondom biasa, b) Kondom berkontur (bergerigi), c) Kondom beraroma, d) Kondom tidak beraroma (Sri Rahayu, 2016).

(3) Cara Kerja; a) Mencegah sperm masuk ke saluran reproduksi wanita, b) Sebagai alat kontrasepsi c) Sebagai pelindung terhadap infeksi atau transisi mikroorganisme penyebab (IMS termasuk HBV dan HIV/AIDS) dari satu pasangan kepada pasangan yang lain (khusus kondom yang terbuat dari lateks dan vinil). (Sri Rahayu, 2016).

- (4) Efektifitas: Kondom cukup efektif bila dipakai secara benar pada setiap kali berhubungan seksual. Pada beberapa pasangan, pemakaian kondom tidak efektif karena tidak dipakai secara konsisten. Secara ilmiah didapatkan hanya sedikit angka kegagalan kondom yaitu 2-12 kehamilan per 100 perempuan per tahun (Sri Rahayu, 2016).
- (5) Manfaat
- a. Bagi kontrasepsi: a) Efektif bila digunakan dengan benar, b) Tidak mengganggu produksi ASI, c) Tidak mengganggu kesehatan klien, d) Tidak mempunyai pengaruh sistemik, e) Ekonomis/murah dan tersedia di berbagai tempat, f) Tidak perlu resep dokter atau pemeriksaan kesehatan khusus, g) Metode kontrasepsi sementara bila metode kontrasepsi harus ditunda. (Sri Rahayu, 2016).
 - b. Bagi nonkontrasepsi: a) Memberi dorongan kepada suami untuk ikut ber-KB, b) Dapat mencegah penularan IMS, c) Mencegah ejakulasi dini, d) Membantu mencegah terjadinya kanker serviks, e) Adanya interaksi sesama pasangan, f) Mencegah imuno infertilitas (Sri Rahayu, 2016).
- (6) Keterbatasan; a) Efektivitas tidak terlalu tinggi, b) Tingkat efektivitas tergantung pada pemakaian kondom yang benar, c) Adanya pengurangan sensitivitas pada penis, d) Harus tersedia setiap kali berhubungan seksual, e) Perasaan malu membeli di tempat umum, f) Masalah pembuangan kondom bekas pakai (Sri Rahayu, 2016).
- (7) Penilaian Klien; Menurut Sri Rahayu (2016), Klien tidak memerlukan

atau membutuhkan anamnesis atau pemeriksaan khusus untuk pemakaian kondom, tetapi mereka perlu diberi penjelasan atau KIE baik lisan atau intruksi tertulis. Kondisi yang perlu dipertimbangkan untuk seleksi penggunaan kondom dapat dilihat pada tabel berikut ini:

Tabel 2.21 Seleksi Klien Pengguna Kondom

KONDOM	
Baik Digunakan:	Tidak baik digunakan:
1. Ingin berpartisipasi dalam program KB. 2. Ingin segera mendapatkan alatkontrasepsi. 3. Ingin kontrasepsi sementara 4. Ingin kontrasepsi tambahan. 5. Hanya ingin menggunakan alat kontrasepsi jika akan berhubungan. 6. Berisiko tinggi tertular/menularkan IMS.	1. Mempunyai pasangan yang berisiko tinggi apabila terjadi kehamilan. 2. Alergi terhadap bahan dasar kondom. 3. Menginginkan kontrasepsi jangka panjang. 4. Tidak mau terganggu dengan berbagai persiapan untuk melakukan hubungan seksual. 5. Tidak peduli berbagai persyaratan kontrasepsi.

(8) Cara Penggunaan/Instruksi bagi klien, adalah: a) Gunakan kondom setiap akan melakukan hubungan seksual, b) Agar efek kontrasepsinya lebih baik, tambahkan spermisida kedalam kondom, c) Jangan menggunakan gigi, benda tajam seperti pisau, silet, gunting atau benda tajam lainnya pada saat membuka kemasan, d) Pasangkan kondom saat

penis sedang ereksi, tempelkan ujungnya pada glans penis dan tempatkan bagian penampung sperma pada ujung uretra. Lepaskan gulungan karetinya dengan jalan menggeser gulungan tersebut ke arah pangkal penis. Pemasangan ini harus dilakukan sebelum penetrasi penis ke vagina, e) Kondom dilepas sebelum penis melembek, f) Pegang bagian pangkal kondom sebelum mencabut penis sehingga kondom tidak terlepas pada saat penis dicabut dan lepaskan kondom diluar vagina agar tidak terjadi tumpahan cairan sperma di sekitar vagina, g) Gunakan kondom hanya untuk satu kali pakai, h) Buang kondom bekas pakai pada tempat yang aman, i) Sediakan kondom dalam jumlah cukup dirumah dan jangan disimpan ditempat yang panas karena hali ini dapat menyebabkan kondom menjadi rusak atau robek saat digunakan, j) Jangan gunakan kondom apabila kemasannya robek atau kondom tampak rapuh/kusut, k) Jangan gunakan minyak goreng, minyak mineral, atau pelumas dari bahan petrolatum karena akan segera merusak kondom (Sri Rahayu, 2016).

- (9) Kunjungan Ulang: a) Saat klien datang pada kunjungan ulang harus ditanyakan kalau ada masalah dalam penggunaan kondom dan kepuasan klien dalam menggunakannya. Kalau masalah timbul karena kekurangtahuan dalam cara penggunaan sebaiknya informasi diulangi kembali kepada klien dan pasangannya. Kalau masalah menyangkut ketidak nyamanan dan kejenuan dalam menggunakan kondom sebaiknya dianjurkan untuk memilih metode kontrasepsi lainnya.

(10)Efek Samping dan Penanganannya; Menurut Sri Rahayu (2016), dibawah ini merupakan penanganan efek samping dari pemakaian alat kontrasepsi kondom.

Tabel 2.22 Penanganan Efek Samping dan Masalah Kesehatan Lainnya

Efek Samping atau Masalah	Penanganan
Kondom rusak atau diperkirakan bocor (sebelum berhubungan).	Buang dan paki kondom baru atau pakai spermisida digabung kondom.
Kondom bocor atau dicurigai ada curahan divagina saat Berhubungan	Jika dicurigai ada kebocoran, pertimbangkan pemberian <i>Morning After Pill</i> (kontrasepsi darurat).
Dicurigai adanya reaksi alergi(spermisida).	Reaksi alergi, meskipun jarang, dapat sangat mengganggu dan bias berbahaya. Jika keluhan menetap sesudah berhubungan dan tidak ada gejala IMS, berikan kondom alami (produk hewani: <i>lamb skin gut</i>) atau bantu klien memilih metode lain.
Mengurangi kenikmatan hubungan seksual.	Jika penurunan kepekaan tidak bias ditolelir biarpun dengan kondom yang lebih tipis, anjurkan pemakaian metode lain.

Gambar 2.14 Kondom



- 5) Kontrasepsi Kombinasi
- Kontrasepsi Suntikan Kombinasi (Depo medroksiprogesterone Asetat)
 - (1) Cara kerja; 1) Menekan ovulasi, 2) Membuat lender serviks menjadi kental sehingga penetrasi sperma terganggu, 3) Perubahan pada endometrium (atrofi) sehingga implantasi terganggu, 4) Menghambat transportasi gamet oleh tuba (Sri Rahayu, 2016).
 - (2) Keuntungan kontrasepsi; 1) Resiko terhadap kesehatan kecil, 2) Tidak berpengaruh pada hubungan suami istri, 3) Tidak diperlukan pemeriksaan dalam. 4) Jangka panjang, 5) Efek samping sangat kecil, 6) Klien tidak perlu menyimpan obat suntik. (Marmi, 2018).
 - (3) Keuntungan non kontrasepsi; 1) Mengurangi dari jumlah perdarahan, 2) Mengurangi nyeri saat haid, 3) Mencegah anemia, 4) Khasiat pencegahan terhadap kanker ovarium dan endometrium, 5) Mengurangi penyakit payudara jinak dan kista ovarium, 6) Mencegah kehamilan ektopik, 7) Melindungi klien dari jenis-jenis tertentu penyakit radang panggul, 8) Pada keadaan tertentu dapat diberikan pada wanita usia premenopause. (Marmi, 2018).
 - (4) Kerugian: 1) Terjadi perubahan pada pola haid, seperti tidak teratur, perdarahan bercak atau perdarahan sela sampai 10 hari, 2) Mual, sakit

kepala, nyeri payudara ringan, 3) Ketergantungan klien terhadap pelayanan kesehatan, 4) Efektivitasnya berkurang apabila digunakan bersamaan dengan obat-obat epilepsy (penitoin dan barbiturat) atau obat tuberculosis (rifampisin), 5) Dapat terjadi efek samping yang serius seperti serangan jantung, struk, dll, 6) Penambahan Berat badan, 7) Tidak menjamin perlindungan terhadap penukaran IMS, Hepatitis B, atau HIV, 8) Kemungkinan terlambatnya pemulihan kesuburan setelah menghentikan pemakaian (Affandi, 2013).

- (5) Indikasi dan kontraindikasi; Menurut Sri Rahayu (2016), yang boleh menggunakan dan tidak boleh menggunakan suntik kombinasi adalah klien dengan kriteria seperti dibawah ini.

Tabel 2.23 Indikasi dan kontraindikasi penggunaan suntik kombinasi

Indikasi dan Kontraindikasi	
Sesuai untuk klien yang	Tidak sesuai untuk klien yang
<p>Usia reproduksi.</p> <p>Telah memiliki anak, maupun belum memiliki anak.</p> <p>Ingin mendapatkan kontrasepsi dengan efektivitas tinggi.</p> <p>Menyusui ASI pasca persalinan >6 bulan\anemia.</p> <p>Paska persalinan dan tidak menyusui.</p>	<p>Hamil atau diduga hamil.</p> <p>Menyusui dibawah 6 minggu.</p> <p>Pascapersalinan.</p> <p>Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya.</p> <p>Penyakit hati akut (virus hepatitis).</p> <p>Usia >35 tahun yang merokok.</p>

<p>Anemia.</p> <p>Nyeri haid hebat.</p> <p>Haid teratur.</p> <p>Riwayat kehamilan ektopik.</p> <p>Sering lupa menggunakan pil kontrasepsi.</p>	<p>Riwayat penyakit jantung, stroke, atau dengan tekanan darah tinggi (>180/110 mmHg).</p> <p>Riwayat kelainan tromboemboli atau dengan kencing manis >20 tahun.</p> <p>Kelainan pembuluh darah yang menyebabkan sakit kepala atau migrain.</p> <p>Keganasan pada payudara.</p>
--	---

(6) Efek samping dan penanganannya; Menurut Sri Rahayu (2016), efek samping dan penanganan metode suntik kombinasi adalah sebagai berikut.

Tabel 2.24 Efek samping dan penanganan masalah penggunaan suntik kombinasi

Efek Samping	Penanganan
Amenorea	<p>Bila tidak terjadi kehamilan, dan tidak perlu diberi pengobatan khusus. Jelaskan bahwa darah haid tidak berkumpul dalam rahim.</p> <p>Anjurkan klien untuk kembali ke klinik bila tidak datangnya haid masih menjadi masalah.</p> <p>Bila klien hamil, rujuk klien. Hentikan penyuntikan, dan jelaskan bahwa hormon</p>

	progestin dan esterogen sedikit sekali pengaruhnya pada janin.
Mual/ pusing/ muntah	Pastikan tidak ada kehamilan. Bila hamil, rujuk. Bila tidak hamil, informasikan bahwa hal ini adalah hal biasa dan akan hilang dalam waktu dekat.
Perdarahan/ perdarahan bercak (<i>spotting</i>)	Bila hamil, rujuk. Bila tidak hamil, cari penyebab perdarahan yang lain jelaskan bahwa perdarahan yang terjadi merupakan hal biasa. Bila perdarahan berlanjut dan mengkhawatirkan klien, metode kontrasepsi lain perlu dicari.

(7) Waktu mulai menggunakan suntikan kombinasi

- a. Suntikan pertama diberikan dalam waktu 7 hari siklus haid. Tidak diperlukan kontrasepsi tambahan.
- b. Bila suntikan pertama diberikan setelah 7 hari siklus haid, klien tidak boleh melakukan hubungan seksual selama 7 hari atau menggunakan kontrasepsi lain untuk 7 hari.
- c. Bila klien tidak haid, suntikan pertama dapat diberikan setiap saat, asal saja dapat dipastikan ibu tersebut tidak hamil. Klien tidak boleh melakukan hubungan seksual untuk 7 hari lamanya atau menggunakan metode kontrasepsi yang lain selama masa waktu 7 hari.

- d. Bila klien pasca persalinan 6 bulan, menyusui, serta belum haid, suntikan pertama dapat diberikan, asal saja dapat dipastikan tidak hamil.
- e. Bila pasca persalinan > 6 bulan, menyusui, serta telah mendapat haid, suntikan pertama dapat diberikan pada siklus haid hari ke 1 dan 7.
- f. Bila pasca persalinan < 6 bulan dan menyusui, jangan diberikan suntikan kombinasi.
- g. Bila pasca persalinan 3 minggu, dan tidak menyusui, suntikan kombinasi dapat diberikan.
- h. Pasca keguguran, suntikan kombinasi dapat segera diberikan atau dalam waktu 7 hari.
- i. Ibu yang sedang menggunakan metode kontrasepsi hormonal yang lain dan ingin menggantinya dengan kontrasepsi hormonal kombinasi. Selama ibu tersebut menggunakan kontrasepsi sebelumnya secara benar, suntikan kombinasi dapat segera diberikan tanpa perlu menunggu haid. Bila ragu-ragu, perlu dilakukan uji kehamilan terlebih dahulu.
- j. Bila kontrasepsi sebelumnya juga kontrasepsi hormonal, dan ibu tersebut menggantinya dengan suntikan kombinasi, maka suntikan kombinasi tersebut dapat diberikan sesuai jadwal kontrasepsi sebelumnya. Tidak diperlukan metode kontrasepsi lain.

k. Ibu yang menggunakan metode kontrasepsi nonhormonal dan ingin menggantinya dengan suntikan kombinasi, maka suntikan pertama dapat segera diberikan, asal saja diyakini ibu tersebut tidak hamil, dan pemberiannya tanpa perlu menunggu datangnya haid. Bila diberikan pada hari 1-7 siklus haid, metode kontrasepsi lain tidak diperlukan. Bila sebelumnya menggunakan AKDR, dan ingin menggantinya dengan suntikan kombinasi, maka suntikan pertama diberikan 1-7 hari siklus haid. Cabut AKDR segera. (Sri Rahayu, 2016)

(8) Cara penggunaan

Suntikan kombinasi diberikan setiap bulan dengan suntikan intramuscular dalam. Klien diminta datang setiap 4 minggu. Suntikan ulang dapat diberikan 7 hari lebih awal, dengan kemungkinan terjadi gangguan perdarahan. Dapat juga diberikan setelah 7 hari dari jadwal yang telah diberikan, asal saja diyakini ibu tersebut tidak hamil. Tidak dibenarkan melakukan hubungan seksual selama 7 hari atau menggunakan metode kontrasepsi yang lain untuk 7 hari saja. (Sri Rahayu, 2016).

- Kontrasepsi pil kombinasi (Dalam Buku Ajar Pelayanan KB, Marmi edisi 2018)

(1) Jenis; 1) Monovasiik: pil yang tersedia dalam kemasan dalam 21 tabelt mengandung hormone aktif ekstrojen atau progestin dalam dosis yang sama, dengan 7 tabelt tanpa hormone aktif, 2) Bifasik : pil

yang tersedia dalam kemasan dalam 21 tablet mengandung hormone aktif ekstrogen atau progestin dengan 2 dosis yang berbeda, dengan 7 tablet tanpa hormone aktif, 3) Trifasik : pil yang tersedia dalam kemasan dalam 21 tablet mengandung hormone aktif ekstrogen atau progestin dengan 3 dosis yang berbeda, dengan 7 tablet tanpa hormone aktif. (Marmi, 2018).

- (2) Cara Kerja; 1) Menekan ovulasi, 2) Mencegah implantasi, 3) Lender servik mengental sehingga sulit dilewati oleh sperma, 4) Pergerakan tuba terganggu sehingga transportasi telur dengan sendirinya akan terganggu pula. (Marmi, 2018).
- (3) Manfaat; 1) Memiliki efektivitas yang tinggi (hamper menyerupai efektivitas tubektomi), bila digunakan setiap hari (1 kehamilan per 1000 perempuan dalam tahun pertama penggunaan), 2) Resiko terhadap kesehatan sangat kecil, 3) Tidak mengganggu hubungan seksual, 4) Siklus haid menjadi teratur, banyaknya darah haid yang berkurang (mencegah anemia), tidak terjadi nyeri haid, 5) Dapat digunakan jangka panjang selama perempuan masih ingin menggunakannya untuk mencegah kehamilan, 6) Dapat digunakan sejak usia remaja hingga menopause, 7) Mudah dihentikan setiap saat, 8) Kesuburan segera kembali setelah penggunaan pil dihentikan, 9) Dapat digunakan sebagai kontrasepsi darurat, 10) Membantu mencegah kehamilan ektopik, kanker ovarium, kanker endometrium, kista ovarium, penyakit radang panggul, kelainan

jinak pada payudara, dan disminore. (Marmi, 2018).

(4) Indikasi; 1) Usia reproduksi, 2) Telah memiliki anak ataupun yang belum memiliki anak, 3) Gemuk atau kurus, 4) Menginginkan metode kontrasepsi dengan epektifitas tinggi, 5) Setelah melahirkan dan tidak menyusui, 6) Setelah melahirkan 6 bulan yang tidak memberikan asi eksklusif, 7) Paska keguguran, 8) Anemia karena haid berlebihan, 9) Nyeri haid hebat, 10) Siklus haid tidak teratur, 11) Riwayat kehamilan ektopik, 12) Kelainan payudara jinak, 13) Kencing manis tanpa komplikasi pada daerah ginjal, pembuluh darah, mata dan saraf, 14) Menderita tuberculosis, 15) Varises vena. (Marmi, 2018).

(5) Kontra indikasi; 1) hamil atau dicurigai hamil, 2) Menyusui eksklusif, 3) Perdarahan pervaginam yang belum diketahui penyebabnya, 4) Penyakit hati akut, 5) Perokok dengan usia lebih dari 35 tahun, 6) Riwayat penyakit jantung, setruk, tekanan darah > 180 / 110 mmHg, 7) Riwayat gangguan faktor pembekuan darah atau kencing manis > 20 tahun, 8) Kanker payudara atau dicurigai kanker payudara, 9) Tidak dapat menggunakan pil secara teratur setiap hari. (Marmi, 2018).

Pil mungkin tidak efektif saat pil lupa diingat, World Health Organization mengeluarkan pedoman baru tentang pil yang lupa diminum di tahun 2004, yang diadopsi untuk digunakan di Inggris pada tahun 2005:

1) Jika pil untuk hari tersebut lupa diminum dalam waktu lebih dari 12 jam,

sarankan wanita untuk meminum pil yang lupa diminum segera setelah ia ingat dan minum pil jadwal berikutnya pada waktu yang biasa/normal. Dalam praktik, yang sering terjadi adalah dua pil diminum secara bersama, 2) Sampai dengan dua pil dapat lupa diminum dalam satu kesamaan (hanya satu jika meminum Leostrin 20, Merciron, atau Femodette) tidak perlu kontrasepsi tambahan, 3) Jika tiga atau lebih pil lupa diminum dan wanita melakukan senggama tanpa perlindungan dalam beberapa hari terakhir, sarankan ia untuk mempertimbangkan penggunaan kontrasepsi darurat karena ia mungkin berisiko hamil, 4) Jika 7 atau lebih pil tersisa dari sekarang sampai akhir siklus ini: ia harus meneruskan meminum pil ini seperti biasa sampai akhir kemasan dan berhenti meminum pil selama 7 hari. Periode menstruasi normal harus terjadi, 5) Jika kurang dari 7 pil yang tersisa dari sekarang sampai akhir siklus ini: ia harus melanjutkan meminum pil sampai akhir kemasan, tetapi tidak perlu berhenti minum pil sampai 7 hari. Beritahu ia untuk mulai kemasan yang baru dengan segera dan laksanakan regimen harian normal untuk menghabiskan kemasan sesuai cara normal. Pada kasus ini tidak ada periode menstruasi antara 2 kemasan pil, tetapi seharusnya terjadi periode menstruasi normal di akhir kemasan kedua. (Marmi, 2018).

Poin yang harus diingat: 1) Wanita hanya perlu meminum satu pil yang lupa diminum. Jika lebih dari satu pil yang lupa diminum, anjurkan wanita untuk tidak meminum pil lain yang lupa diminum dalam kemasan tersebut. Jika ini terjadi, penting agar kondom digunakan dalam setia

aktivitas hubungan seksual selama 7 hari berikutnya, 2) Jika sebuah pil diminum selama lebih dari 12 jam dalam satu siklus, risiko kehamilan meningkat. Dengan demikian, setiap gangguan dalam siklus menstruasi harus ditindaklanjuti dengan uji kehamilan. (Marmi, 2018).

(6) Efek samping dan penanganannya: Menurut Marmi (2018), efek samping dan penanganan kontrasepsi pil kombinasi adalah sebagai berikut.

Tabel 2.25 Efek samping dan penanganan penggunaan pil kombinasi

Efek Samping	Penanganan
Amenorea (tidak ada perdarahan atau <i>spotting</i>)	Periksa dalam atau tes kehamilan, bila klien tidak hamil dan klien minum pil dengan benar, tenaglah. Tidak datang haid kemungkinan besar karena kurang adekuatnya efek estrogen terhadap endometrium. Tidak perlu pengobatan khusus. Coba berikan pil dengan dosis estrogen 50 µg atau dosis estrogen tetap, tetapi dosis progestin dikurangi. Bila klien hamil intrauterin, hentikan pil dan yakinkan pasien bahwa pil yang telah diminumnya tidak punya efek pada janin.
Mual, pusing, atau muntah (akibat reaksi anafilatik)	Tes kehamilan atau perisa ginekologik. Bila tidak hamil, minum pil saat makan malam atau sebelum tidur
Perdarahan	Tes kehamilan, atau periksa ginekologik.

pervaginam atau <i>spotting</i>	<p>Darankan minum pil pada waktu yang sama.</p> <p>Jelaskan bahwa perdarahan/<i>spotting</i> hal yang biasa terjadi pada 3 bulan pertama, dan lambat laun akan berhenti. Bila perdarahan/<i>spotting</i> tetap saja terjadi, ganti pil dengan dosis estrogen lebih tinggi (50 µg) samapi perdarahan teratasi, lalu kembali ke dosis awal. Bila perdarahan/<i>spotting</i> timbul lagi, lanjutkan lagi dngan dosis 50 µgatau ganti dengan metode kontrasepsi yang lain.</p>
---------------------------------	--

(7) Keadaan yang perlu mendapat perhatian

Tabel 2.26 Keadaan yang perlu mendapat perhatian penggunaan pil kombinasi

Tanda	Masalah yang mungkin terjadi
Nyeri dada hebat, batuk, napas pendek	Serangan jantung atau bekuan darah di dalam paru
Sakit kepala hebat	Stroke, hipertensi, migraine
Nyeri tungkai hebat (batis atau paha)	Sumbatan pembuluh darah tungkai
Nyeri abdomen hebat	Penyakit jantung empedu, bekuan darah, pancreatitis
Kelihatan penglihatan atau kabur	Stroke, hipertensi, atau problem vaskular

Tidak terjadi perdarahan / <i>spotting</i> setelah selesai minum pil	Kemungkinan kehamilan
--	-----------------------

(8) Waktu mulai menggunakan pil kombinasi

- a. Setiap saat selagi haid, untuk meyakinkan kalau perempuan tersebut tidak hamil.
- b. Hari pertama sampai hari ke-7 siklus haid
- c. Boleh menggunakan pada hari ke-8, tetapi perlu menggunakan metode kontrasepsi yang lain (kondom) mulai hari ke-8 sampai hari ke-14 atau tidak melakukan hubungan seksual sampai Anda telah menghabiskan paket pil tersebut.
- d. Setelah melahirkan : setelah 6 bulan pemberian ASI eksklusif, setelah 3 bulan dan tidak menyusui, pasca keguguran (segera atau dalam waktu 7 hari).
- e. Bila berhenti menggunakan kontrasepsi injeksi, dan ingin menggantikan dengan pil kombinasi, pil dapat segera diberikan tanpa perlu menunggu haid. (Marmi, 2018).

(9) Instruksi untuk klien

- a. Sebaiknya pil diminum setiap hari, lebih baik pada saat yang sama setiap hari.
- b. Pil yang pertama dimulai pada hari pertama sampai hari ke-7 siklus haid.
- c. Sangat dianjurkan penggunaannya pada hari pertama haid.

- d. Pada paket 28 pil, dianjurkan mulai minum pil placebo sesuai dengan hari yang ada pada paket.
 - e. Beberapa paket pil mempunyai 28 pil, yang lain 21 pil. Bila paket 28 pil habis, sebaiknya mulai minum pil dari paket yang baru. Bila paket 21 habis, sebaiknya tunggu 1 minggu baru kemudian mulai minum pil dari paket yang baru.
 - f. Bila muntah dalam waktu 2 jam setelah menggunakan pil, ambillah pil yang lain.
 - g. Bila terjadi muntah hebat, atau diare lebih dari 24 jam, maka bila keadaan memungkinkan dan tidak memperburuk keadaan, pil dapat diteruskan.
 - h. Bila muntah dan diare berlangsung sampai 2 hari atau lebih, cara penggunaak pil mengikuti cara menggunakan pil lupa.
 - i. Bila lupa minum pil (hari 1-21), segera minum pil setelah ingat boleh minum 2 pil pada hari yang sama. Tidak perlu menggunakan metode kontrasepsi yang lain. Bila lupa 2 pil atau lebih (hari 1-21), sebaiknya minum 2 pil setiap hari sampai sesuai jadwal yang ditetapkan. Juga sebaiknya gunakan metode kontrasepsi yang lain atau tidak melakukan hubungan seksual sampai telah menghabiskan paket pil tersebut.
 - j. Bila tidak haid, perlu segera ke klinik untuk tes kehamilan.
- (Marmi, 2018).

6) Kontrasepsi Progestin

- Kontrasepsi Suntikan Progestin

- (1) Pengertian; Alat kontrasepsi berupa cairan yang berisi hormon progesteron yang disuntikkan ke dalam tubuh wanita secara periodik setiap 3 bulan sekali. (Marmi, 2018).
- (2) Jenis; Tersedia 2 jenis kontrasepsi suntikan yang hanya mengandung progestin, yaitu: a) Depo Medroksiprogesteron Asetat (Depoprovera), mengandung 150 mg DMPA, yang diberikan setiap 3 bulan dengan cara disuntik intramuskular (di daerah bokong), b) Depo Noretisteron Enantat (Depo Noristerat), yang mengandung 200 mg Noretindron Enantat, diberikan setiap 2 bulan dengan cara disuntik intramuskular. (Sri Rahayu, 2016).
- (3) Cara Kerja; a) Mencegah ovulasi, b) Mengentalkan lendir serviks sehingga menurunkan kemampuan penetrasi sperma, c) Menjadikan selaput lendir rahim tipis dan atrofi, d) Menghambat transportasi gamet oleh tuba. (Sri Rahayu, 2016).
- (4) Efektivitas; Kedua kontrasepsi suntik tersebut memiliki efektivitas yang tinggi, dengan 0,3 kehamilan per 100 perempuan tahun, asal penyuntikannya dilakukan secara teratur sesuai jadwal yang telah ditentukan. (Marmi, 2018).
- (5) Keuntungan; a) Sangat efektif pencegahan kehamilan jangka panjang, b) Tidak berpengaruh pada hubungan suami-istri, c) Tidak mengandung estrogen sehingga tidak berdampak serius terhadap

penyakit jantung, dan gangguan pembekuan darah, d) Tidak memiliki pengaruh terhadap ASI, e) Sedikit efek samping, f) Dapat digunakan oleh perempuan usia >35 tahun sampai perimenopause, g) Membantu mencegah kanker endometrium dan kehamilan ektopik, h) Menurunkan kejadian penyakit payudara jinak, i) Mencegah beberapa penyebab penyakit radang panggul, j) Menurunkan krisis anemia bulan sabit (sickle cell). (Sri Rahayu, 2016).

(6) Keterbatasan

- a) Sering ditemukan gangguan haid seperti: 1) Siklus haid yang memendek atau memanjang, 2) Perdarahan yang banyak atau sedikit, 3) Perdarahan tidak teratur atau perdarahan bercak (spotting),
- b) Tidak haid sama sekali,
- c) Klien sangat bergantung pada tempat sarana pelayanan kesehatan (harus kembali untuk suntikan),
- d) Tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu sebelum suntikan berikut
- e) Permasalahan berat badan merupakan efek samping tersering
- f) Tidak menjamin perlindungan terhadap penularan infeksi menular seksual, hepatitis B virus, atau infeksi virus HIV
- g) Terlambatnya kembali kesuburan setelah penghentian pemakaian
- h) Terlambatnya kembali kesuburan bukan karena terjadinya kerusakan /kelainan pada organ genitalia, melainkan karena belum habisnya pelepasan obat suntikan dari deponya (tempat

suntikan)

- i) Pada penggunaan jangka panjang dapat sedikit menurunkan kepadatan tulang (densitas)
 - j) Pada penggunaan jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan pada vagina, menurunkan libido, gangguan emosi (jarang), sakit kepala, nervositas, jerawat. (Sri Rahayu, 2016).
- (7) Yang Dapat Menggunakan Kontrasepsi Suntikan Progestin; 1) Usia reproduksi, 2) Nulipara dan yang telah memiliki anak, 3) Menghendaki kontrasepsi jangka panjang dan yang memiliki efektivitas tinggi, 4) Menyusui dan membutuhkan kontrasepsi yang sesuai, 5) Setelah melahirkan dan tidak menyusui, 6) Setelah abortus atau keguguran, 7) Telah banyak anak, tetapi belum menghendaki tubektomi, 8) Perokok, 9) Tekanan darah <180/110 mmHg, dengan masalah gangguan pembekuan darah atau anemia bulan sabit, 10) Menggunakan obat untuk epilepsi (fenitoin dan barbiturat) atau obat tuberkulosis (rifampisin), 11) Tidak dapat memakai kontrasepsi yang mengandung estrogen, 12) Sering lupa menggunakan pil, 13) Anemia defisiensi besi, 14) Mendekati usia menopause yang tidak mau atau tidak boleh menggunakan pil kontrasepsi kombinasi. (Sri Rahayu, 2016).
- (8) Yang Tidak Boleh Menggunakan Kontrasepsi Suntikan Progestin; 1) Hamil atau dicurigai hamil (resiko cacat pada janin 7 per 100.000 kelahiran), 2) Perdarahan pervaginam yang belum jelas

penyebabnya, 3) Tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid, terutama amenorea, 4) Menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara, 5) Diabetes mellitus disertai komplikasi. (Sri Rahayu, 2016).

- (9) Waktu Mulai Menggunakan Kontrasepsi Suntikan Progestin; 1) Setiap saat selama siklus haid, asal ibu tersebut tidak hamil, 2) Mulai hari pertama sampai hari ke-7 siklus haid, 3) Pada ibu yang tidak haid, injeksi pertama dapat diberikan setiap saat, asalkan saja ibu tersebut tidak hamil selama 7 hari setelah suntikan tidak boleh melakukan hubungan seksual, 4) Ibu yang menggunakan kontrasepsi hormonal lain dan ingin mengganti dengan kontrasepsi suntikan, bila ibu telah menggunakan kontrasepsi hormonal sebelumnya secara benar, dan ibu tersebut tidak hamil, suntikan pertama dapat segera diberikan. tidak perlu menunggu sampai haid berikutnya datang, 5) Bila ibu sedang menggunakan jenis kontrasepsi jenis lain dan ingin menggantinya dengan jenis kontrasepsi suntikan yang lain lagi, kontrasepsi suntikan yang akan diberikan dimulai pada saat jadwal kontrasepsi suntikan yang sebelumnya, 6) Ibu yang menggunakan kontrasepsi non hormonal dan ingin menggantinya dengan kontrasepsi hormonal, suntikan pertama kontrasepsi hormonal yang akan diberikan dapat segera diberikan, asal saja ibu tersebut tidak hamil, dan pemberiannya tidak perlu menunggu haid berikutnya datang, bila ibu disuntik setelah hari ke-7 haid, ibu tersebut selama 7

hari setelah suntikan tidak boleh melakukan hubungan seksual, 7) Ibu ingin menggantikan AKDR dengan kontrasepsi hormonal. Suntikan pertama dapat diberikan pada hari pertama sampai hari ke-7 siklus haid, atau dapat diberikan setiap saat setelah hari ke-7 siklus haid, asal saja yakin ibu tersebut tidak hamil, 8) Ibu tidak haid atau ibu dengan perdarahan tidak teratur. Suntikan pertama dapat diberikan setiap saat, asal saja ibu tersebut tidak hamil, dan selama 7 hari setelah suntikan tidak boleh melakukan hubungan seksual. (Sri Rahayu, 2016).

(10) Efek Samping; 1) Amenorea, 2) Perdarahan bercak (spotting), 3) Menoragia. (Sri Rahayu, 2016).

- Kontrasepsi Pil Progestin (Minipil)

(1) Jenis; a) Kemasan dengan isi 35 pil: 300 µg levonorgestrel atau 350 µg noretindron, b) Kemasan dengan isi 28 pil : 75 µg desogestrel. (Sri Rahayu, 2016).

(2) Cara kerja; a) Menekan sekresi gonadotropin dan sintesis steroid seks di ovarium (tidak begitu kuat), b) Endometrium mengalami transformasi lebih awal sehingga implantasi lebih sulit, c) Mengentalkan lendir serviks sehingga menghambat penetrasi sperma, d) Mengubah motilitas tuba sehingga transportasi sperma terganggu. (Sri Rahayu, 2016).

(3) Efektivitas; Sangat efektif, 98,5%, pada penggunaan minipil jangan sampai terlupa satu-dua tablet atau jangan sampai terjadi gangguan

gastrointestinal (muntah, diare), karena akibatnya kemungkinan terjadi kehamilan sangat besar. Penggunaan obat-obatan mukolitik asetilsistein bersamaan dengan minipil perlu dihindari karena mukolitik jenis ini dapat meningkatkan penetrasi sperma sehingga kemampuan kontraseptif dari minipil dapat terganggu. Agar didapatkan kehandalan yang tinggi, maka : a) Jangan sampai ada tabelt yang lupa, b) Tabelt digunakan pada jam yang sama (malam hari), c) Senggama sebaiknya dilakukan 3-20 jam setelah penggunaan minipil. (Sri Rahayu, 2016).

- (4) Keuntungan Kontrasepsi; a) Sangat efektif bila digunakan secara benar, b) Tidak mengganggu hubungan seksual, c) Tidak mempengaruhi ASI, d) Kesuburan cepat kembali, e) Nyaman dan mudah digunakan, f) Sedikit efek samping, g) Dapat dihentikan setiap saat, h) Tidak mengandung estrogen. (Sri Rahayu, 2016).
- (5) Keuntungan nonkontrasepsi; a) Mengurangi nyeri haid, b) Mengurangi jumlah darah haid, c) Menurunkan tingkat anemia, d) Mencegah kanker endometrium, e) Melindungi dari penyakit raang panggul, f) Tidak meningkatkan pembekuan darah, g) Dapat diberikan pada penderita endometriosis, h) Kurang menyebabkan peningkatan tekanan darah, nyeri kepala, dan depresi, i) Dapat mengurangi keluhan pre menstrual sindrom (sakit kepala, perut kembung, nyeri payudara, nyeri pada betis, lekas marah), j) Sedikit sekali mengganggu metabolisme karbohidrat sehingga relatif aman

diberikan pada perempuan pengidap kencing manis yang belum mengalami komplikasi. (Sri Rahayu, 2016).

- (6) Keterbatasan; a) Hampir 30-60% mengalami gangguan haid, b) Peningkatan/penurunan berat badan, c) Harus digunakan setiap hari dan pada waktu yang sama, d) Bila lupa satu pil saja, kegagalan menjadi lebih besar, e) Payudara menjadi tegang, mual, pusing, dermatitis atau jerawat, f) Resiko kehamilan ektopik cukup tinggi (4 dari 100 kehamilan), tetapi resiko ini lebih rendah jika dibandingkan dengan perempuan yang tidak menggunakan minipil, h) Efektivitasnya menjadi rendah bila digunakan bersamaan dengan obat tuberkulosis atau obat epilepsy, g) Tidak melindungi diri dari infeksi menular seksual atau HIV/AIDS, h) Hirsutisme (tumbuh rambut/bulu berlebihan didaerah muka), tetapi sangat jarang terjadi. (Sri Rahayu, 2016)
- (7) Efek samping; Menurut Sri Rahayu (2016), efek samping dan penanganan minupil adalah sebagai berikut.

Tabel 2.27 Efek samping dan Penanganan Minipil

Efek Samping	Penanganan
Amenorhe	Pastikan hamil atau tidak bila tidak hamil, tidak perlu tindakan khusus. Cukup konseling saja. Bila amenorhe berlanjut atau hal tersebut membuat klien khawatir, rujuk ke klinik. Bila hamil, hentikan pil, dan kehamilan

	dilanjutkan. Jelaskan kepada klien bahwa minipil sangat kecil dapat menimbulkan kelainan janin. Bila diduga kehamilan ektofik, klien perlu dirujuk, jangan memberikan obat-obatan hormonal untuk menimbulkan haid. Kalaupun diberikan tidak akan ada gunanya.
Perdarahan tidak teratur/ <i>spotting</i>	Bila tidak menimbulkan masalah kesehatan/tidak hamil, tidak perlu tindakan khusus. Bila klien tetap saja tidak dapat menerima kejadian tersebut, perlu dicari metode kontrasepsi lain.

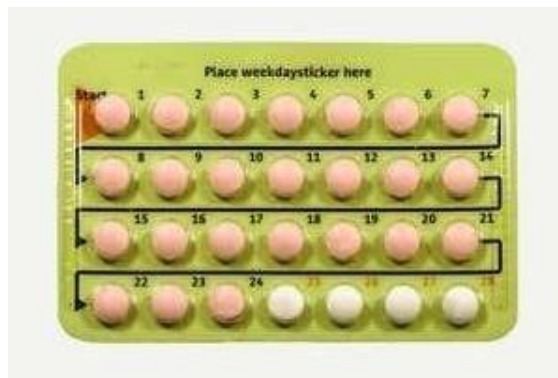
(8) Yang Boleh Menggunakan Minipil; a) Usia reproduksi, b) Telah memiliki anak, atau yang belum memiliki anak, c) Menginginkan suatu metode kontrasepsi yang sangat efektif selama periode menyusui, d) Pasca persalinan dan tidak menyusui, e) Pasca keguguran, f) Perokok segala usia, g) Mempunyai tekanan darah tinggi (selama <180/110 mmHg) atau dengan masalah pembekuan darah, h) Tidak boleh menggunakan estrogen atau lebih senang tidak menggunakan estrogen. (Sri Rahayu, 2016).

(9) Yang Tidak Boleh Menggunakan Minipil; a) Hamil atau diduga hamil, b) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya, c) Tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid, d) Menggunakan obat tuberkulosis (rifampisin), atau obat untuk epilepsi (fenitoin dan

barbiturat), e) Kanker payudara atau riwayat kanker payudara, f) Sering lupa menggunakan pil, g) Miom uterus. Progestin memicu pertumbuhan miom uterus, h) Riwayat stroke. Progestin menyebabkan spasme pembuluh darah. (Sri Rahayu, 2016).

(10) Waktu Mulai Menggunakan Minipil; a) Mulai hari pertama sampai hari ke- 5 siklus haid. Tidak diperlukan pencegahan dengan kontrasepsi lain, b) Dapat digunakan setiap saat, asal saja tidak terjadi kehamilan. Bila menggunakannya setelah hari ke-5 siklus haid, jangan melakukan hubungan seksual selama 2 hari atau menggunakan metode kontrasepsi lain untuk 2 hari saja, c) Bila klien tidak haid (amenorea), minipil dapat digunakan setiap saat, asal saja diyakini tidak hamil. Jangan melakukan hubungan seksual selama 2 hari atau menggunakan metode kontrasepsi lain untuk 2 hari saja, d) Bila menyusui antara 6 minggu dan 6 bulan pascapersalinan dan tidak haid, minipil dapat dimulai setiap saat. Bila menyusui penuh, tidak memerlukan metode kontrasepsi tambahan, e) Bila lebih dari 6 minggu pascapersalinan dan klien telah mendapat haid, minipil dapat dimulai pada hari 1-5 siklus haid, f) Minipil dapat diberikan segera pascakeguguran, g) Bila klien sebelumnya menggunakan kontrasepsi hormonal lain dan ingin menggantinya dengan minipil, minipil dapat segera diberikan, bila saja kontrasepsi sebelumnya digunakan dengan benar atau ibu tersebut sedang tidak hamil. Tidak perlu menunggu sampai datangnya haid berikutnya, h) Bila kontrasepsi

yang sebelumnya adalah kontrasepsi suntikan, minipil diberikan pada jadwal suntikan yang berikutnya. Tidak diperlukan penggunaan metode kontrasepsi yang lain, i) Bila kontrasepsi sebelumnya adalah kontrasepsi nonhormonal dan ibu tersebut ingin menggantinya dengan minipil, minipil diberikan pada hari 1-5 siklus haid dan tidak memerlukan metode kontrasepsi lain, j) Bila kontrasepsi sebelumnya yang digunakan adalah AKDR (termasuk AKDR yang mengandung hormone), minipil dapat diberikan pada hari 1-5 siklus haid. Dilakukan pengangkatan AKDR. (Sri Rahayu, 2016).



Gambar 2.15 Pil KB 28 Hari



Gambar 2.16 Pil KB 21 Hari

7) Kontrasepsi Implant

(Dalam Buku Ajar Pelayanan Keluarga Berencana, Marmi edisi 2018)

- 1) Pengertian; Implan adalah alat kontrasepsi berupa kapsul kecil karet terbuat dari silikon, berisi levonogestrel, terdiri 6 kapsul kecil dan Panjang 3 cm sebesarsebatang korek api yang disusukan dibawah kulit lengan atas bagian dalam oleh dokter atau bidan yang sudah terlatih. (Marmi, 2018).
- 2) Jenis Implan; (1) Norplant terdiri dari 6 batang silastik lembut berongga dengan panjang 3,4 cm, dengan diameter 2,4 mm, yang di isi dengan 36 mg levonorgestrel dan lama kerjanya 5 tahun, (2) Implanon, terdiri dari satu batang putih lentur denganpanjang kira-kira 40 mm, dan diameter 2 mm, yang di isi dengan 68 mg 3-Keto- desogestrel dan lama kerjanya 3 tahun, (3) Jadena dan indoplant terdiri dari 2 batangyang di isi dengan 75 mg Levonor-gestrel dengan lama kerja 3 tahun. (Marmi, 2018).
- 3) Cara Kerja; (1) Lendir serviks menjadi kental, (2) Mengganggu proses pembentukan endometrium sehingga sulit terjadi implantasi, (3) Mengurangi transportasi sperma, (4) Menekan ovulasi. (Marmi, 2018).
- 4) Efektivitas; Sangat efektif (kegagalan 0,2-1 kehamilan per 100 perempuan). (Marmi, 2018).
- 5) Keuntungan Kontrasepsi; (1) Daya guna tinggi, (2) Perlindungan jangka panjang (sampai 5 tahun), (3) Pengembalian tingkat kesuburan yang cepat setelah pencabutan, (4) Tidak memerlukan pemeriksaan dalam, (5) Bebas dari pengaruh estrogen, (6) Tidak mengganggu kegiatan

senggama, (7) Tidak mengganggu ASI, (8)Klien hanya perlu kembali ke klinik bila ada keluhan, (9) Dapat dicabut setiap saat sesuai dengan kebutuhan. (Marmi, 2018).

- 6) Keuntungan Nonkontrasepsi; (1) Mengurangi nyeri haid, (2) Mengurangi jumlah darah haid, (3) Mengurangi/memperbaiki anemia, (4) Melindungi terjadinya kankerendometrium, (5) Menurunkan angka kejadian kelainan jinak payudara, (6) Melindungi diri dari beberapa penyebab penyakit radang panggul, (7) Menurunkan angka kejadian endometriosis. (Marmi, 2018).
- 7) Keterbatasan; Pada kebanyakan pasien dapat menyebabkan perubahan pola haid berupa perdarahan bercak (spoting), hipermenorea, atau meningkatnya jumlahdarah haid serta amenorea. (Marmi, 2018).

Timbulnya keluhan-keluhan, seperti : (1) Nyeri kepala, (2) Peningkatan atau penurunan berat badan, (3) Nyeri payudara, (4) Perasaan mual, (5) Pening/pusing kepala, (6) Perubahan perasaan (mood) atau kegelisahan (nervousness), (7) Membutuhkan tindak pembedahan minor untuk insersi dan pencabutan, (8) Tidak memberikan efek protektif terhadap infeksi menular seksual termasuk AIDS, (9) Klien tidak dapat menghentikan sendiri pemakaian kontrasepsi ini sesuai dengan keinginan, akan tetapi harus pergi ke klinik untuk pencabutan, (10) Efektivitasnya menurun bila menggunakan obat-obatan tuberkulosis (rifampisin) atau obat epilepsi (fenitoin dan barbiturat), (11) Terjadinya kehamilan ektopik sedikit lebih tinggi (1,3 per 100.000 perempuan per tahun). (Marmi, 2018).

- 8) Efek Samping kontrasepsi Implan; (1) Amenorea, (2) Perdarahan bercak (spotting) ringan, (3) Ekspulsi, (4) Infeksi pada daerah insersi, (5) Berat badan naik/turun. (Marmi, 2018).
- 9) Yang boleh menggunakan implant; (1) Usia reproduksi, (2) Telah memiliki anak ataupun yang belum, (3) Menghendaki kontrasepsi yang dimiliki efektivitas tinggi dan menghendaki pencegahan kehamilan kehamilan jangka panjang, (4) Menyusui dan membutuhkan kontrasepsi, (5) Pascapersalinan dan tidak menyusui, (6) Pasca keguguran, (7) Tidak menginginkan anak lagi, tetapi menolak sterilisasi, (8) Riwayat kehamilan ektopik, (9) Tekanan darah < 180/110 mmHg, engan masalah pembekuan darah, atau anemia bulan sabit (sickle cell), (10) Tidak boleh menggunakan kontrasepsi hormonal yang mengandung estrogen, (11) Sering lupa menggunakan pil. (Marmi, 2018).
- 10) Yang tidak boleh menggunakan Implan; (1) Hamil atau diduga hamil, (2) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya, (3) Benjolan/kanker payudara atau riwayat jelas penyebabnya, (4) Tidak dapat menerima perubahan pola haid yang terjadi, (5) Miom uterus dan kanker payudara, (6) Gangguan toleransi idak teglukosa. (Marmi, 2018).
- 11) Waktu mulai menggunakan implant; (1) Setiap saat selama siklus haid hari ke-2 sampai hari ke-7. Tidak diperlukan metode kontrasepsi tambahan, (2) Insersi dapat dilakukan setiap saat, asal saja diyakini terjadi kehamilan. Bila diinsersi setelah hari ke-7 siklus haid, klien jangan

melakukan hubungan seksual atau menggunakan metode kontrasepsi lain untuk 7 hari saja, (3) Bila klien tidak haid, insersi dapat dilakukan setiap saat, asal saja diyakini tidak terjerai kehamilan, jangan melakukan hubungan seksual atau gunakan metode kontrasepsi lain untuk 7 hari saja, (4) Bila menyusui antara 6 minggu sampai 6 bulan pasca persalinan, insersi dapat dilakukan setiap saat. Bila menyusui penuh, klien tidak perlu memakai metode kontrasepsi lain, (5) Bila setelah 6 minggu melahirkan dan telah terjadi haid kembali, insersi dapat dilakukan setiap saat, tetapi jangan melakukan hubungan seksual selama 7 hari atau menggunakan metode kontrasepsi lain untuk 7 hari saja, (6) Bila klien menggunakan kontrasepsi hormonal dan ingin menggantinya dengan implan, insersi dapat dilakukan setiap saat asal saja diyakini klien tersebut tidak hamil atau klien menggunakan kontrasepsi terdahulu dengan benar, (7) Bila kontrasepsi sebelumnya adalah kontrasepsi suntikan, implan dapat diberikan pada saat jadwal kontrasepsi suntikan tersebut. Tidak diperlukan metode kontrasepsi lain, (8) Bila kontrasepsi sebelumnya adalah kontrasepsi nonhormonal (kecuali AKDR) dan klien ingin menggantinya dengan implan, insersi dapat dilakukan setiap saat asal saja diyakini klien tersebut tidak hamil. Tidak perlu menunggu sampai datangnya haid berikutnya, (9) Bila kontrasepsi sebelumnya adalah AKDR dan klien ingin menggantinya dengan implan, implan dapat diinsersikan pada saat haid hari ke-7 dan klien jangan melakukan hubungan seksual selama 7 hari atau gunakan metode kontrasepsi lain

untuk 7 hari saja. AKDR segera dicabut, (10) Pascakeguguran implan dapat segera diinsersikan. (Marmi, 2018).

12) Jadwal kunjungan kembali ke klinik; Klien tidak perlu kembali ke klinik, kecuali ada masalah kesehatan atau klien ingin mencabut implan. Klien dianjurkan kembali ke klinik tempat implan dipasang bila ditemukan hal-hal sebagai berikut : (1) Amenorea yang disertai nyeri perut bagian bawah, (2) Perdarahan yang banyak dari kemaluan, (3) Rasa nyeri pada lengan, (4) Luka bekas insisi mengeluarkan darah atau nanah, (5) Ekspulsi dari batang implan, (6) Sakit kepala hebat atau penglihatan menjadi kabur, (7) Nyeri dada hebat, (8) Dugaan adanya kehamilan. (Marmi, 2018).

8) Kontrasepsi AKDR

1) Pengertian Intra Uterin Devices (IUD) /AKDR; AKDR adalah satu alat kontrasepsi modern yang telah dirancang rupa (baik bentuk, ukuran, bahan dan masa aktif fungsi kontrasepsinya) yang dimasukkan ke dalam rahim yang sangat efektif, reversible dan berjangka Panjang, dan dapat dipakai oleh semua perempuan usia reproduksi sebagai suatu usaha pencegahan kehamilan (Marmi, 2018).

2) Jenis-jenis Intra Uterin Devices (IUD) /AKDR

Macam IUD menurut Marmi (2018) di kategorikan menjadi 2 yaitu : AKDR Cu T-380A dan AKDR NOVA T (Schering).

3) Mekanisme Kerja; Menurut Marmi (2018), antara lain: (1) Menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba fallopi, (2) Mempengaruhi

fertiitas sebelum ovum mencapai cavum uteri, (3) AKDR bekerja terutama mencegah sperma dan ovum bertemu, (4) Memungkinkan untuk mencegah implantasi telur dalam uterus. (Marmi, 2018).

- 4) Efektivitas; Menurut Affandi (2013), antara lain: (1) AKDR Post-plasenta telah dibuktikan tidak menambah resiko infeksi dan perdarahan, (2) Diakui bahwa ekspulsi lebih tinggi (6-10%), (3) Kemampuan penolong meletakkan di fundus amat memperkecil resiko ekspulsi.
- 5) Kontra indikasi pemasangan post-plasenta adalah ketuban pecah lama, infeksi intrapartum, perdarahan postpartum. (Marmi, 2018).
- 6) Keuntungan; (1) AKDR dapat efektif segera setelah pemasangan, (2) Metode jangka panjang (10 tahun proteksi dari CuT-380 A dan tidak perlu diganti), (3) Sangat efektif karena tidak perlu lagi mengingat-ingat, (4) Tidak mempengaruhi hubungan seksual, (5) Meningkatkan kenyamanan seksual karena tidak perlu takut untuk hamil, (6) Tidak ada efek samping hormonal dengan Cu AKDR (CuT-380 A), Tidak mempengaruhi kualitas ASI, (8) Dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesudah abortus (Apabila tidak terjadi infeksi), (9) Dapat digunakan sampai menopause (1 tahun atau lebih setelah haid terakhir), (10) Tidak ada interaksi dengan obat-obatan, (11) Membantu mencegah terjadinya kehamilan ektopik. (Marmi, 2018).
- 7) Kerugian; Efek samping yang akan terjadi, antara lain : (1) Perubahan siklus haid (umumnya pada 8 bulan pertama dan akan berkurang setelah 3 bulan), (2) Haid lebih lama dan banyak, (3) Perdarahan atau (spooting)

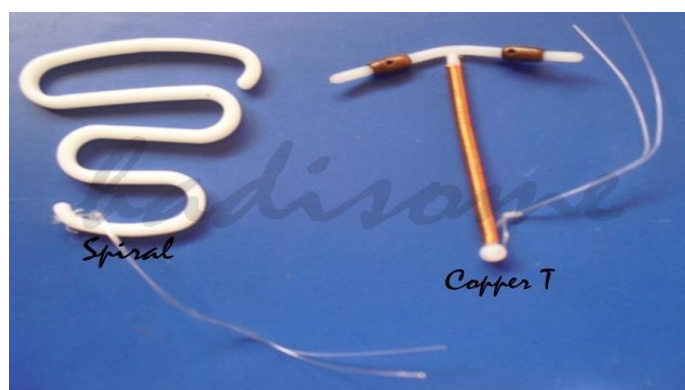
antar menstruasi, (4) Saat haid lebih sakit, (5) Tidak mencegah IMS termasuk HIV/AIDS, (6) Tidak baik digunakan pada perempuan dengan IMS atau perempuan yang sering ganti-ganti pasangan, (7) Penyakit radang panggul terjadi. Seorang perempuan dengan IMS memakai AKDR, PRP dapat memicu infertilitas, (8) Prosedur medis, termasuk pemeriksaan pelvic diperlukan dalam pemasangan AKDR. Seringkali perempuan takut selama pemasangan, (9) Sedikit nyeri perdarahan (spotting) terjadi segera setelah pemasangan AKDR. Biasanya menghilang dalam 1-2 hari, (10) Klien tidak dapat melepas AKDR oleh dirinya sendiri. Petugas kesehatan terlatih yang harus melakukannya, (10) Mungkin AKDR keluar lagi dari uterus tanpa diketahui (sering terjadi apabila AKDR di pasang setelah melahirkan), (11) Perempuan harus memeriksakan posisi benang dari waktu ke waktu, untuk melakukan ini perempuan harus bisa memasukkan jarinya ke dalam vagina. Sebagian perempuan ini tidak mau melakukannya (Marmi, 2018).

- 8) Indikasi; Menurut Marmii (2018), antara lain: (1) Usia reproduktif, (2) Keadaan nulipara, (3) Menginginkan menggunakan kontrasepsi jangka panjang, (4) Menyusui yang menginginkan menggunakan kontrasepsi, (5) Setelah melahirkan dan tidak menyusui bayinya, (6) Setelah mengalami abortus dan tidak terlihat adanya infeksi, (7) Resiko rendah IMS, (8) Tidak menghendaki metode hormonal, (9) Tidak menyukai untuk mengingat-ingat minum pil setiap hari, (10) Tidak menghendaki kehamilan setelah 1-5 hari senggama. (Marmi, 2018).

- 9) Kontra indikasi; (1) Sedang hamil (diketahui hamil atau kemungkinan hamil), (2) Perdarahan vagina yang tidak diketahui, (3) Sedang menderita infeksi alat genital, (4) Tiga bulan terakhir sedang mengalami abortus, (5) Kelainan bawaan uterus yang abnormal atau tumor jinak rahim yang dapat mempengaruhi kavum uteri, (6) Penyakit trofoblas yang ganas, (7) Diketahui menderita TBC pelvic, (8) Kanker alat genital, (9) Ukuran rahim yang kurang 5 cm. (Marmi, 2018).
- 10) Hal yang harus diketahui oleh akseptor IUD; (1) Cara memeriksa sendiri benang ekor IUD, (2) Efek samping yang sering timbul misalnya perdarahan haid yang bertambah banyak/lama, rasa sakit/kram, (3) Segera mencari pertolongan medis bila timbul gejala-gejala infeksi, (4) Macam IUD yang dipakinya, (5) Saat untuk mengganti IUD nya, (6) Bila mengalami keterlambatan haid, segera periksakan diri kepetugas medis, (7) Sebaiknya tunggu tiga bulan untuk hamil kembali setelah IUD dikeluarkan dan gunakan metode kontrasepsi lain selama waktu tersebut, (8) Bila berobat karena alasan apapun, selalu beritahu dokter bahwa akseptor menggunakan IUD, (9) IUD tidak memberi perlindungan terhadap transmisi virus penyebab AIDS. (Marmi, 2018).
- 11) Prosedur pemasangan menurut varney's, yaitu: (1) Informed Consent, (2) Pastikan bahwa wanita yang menginginkan pemasangan AKDR tidak sedang hamil, (3) Jelaskan prosedur yang akan dilakukan, (4) Lakukan pemeriksaan bimanual, (5) Pasang speculum dan sesuaikan untuk mendapatkan ruang pandang terluas sehingga memudahkan pemasangan

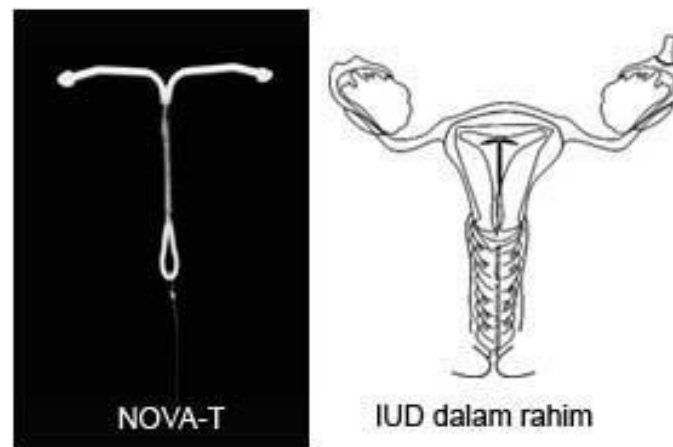
AKDR, (6) Membersihkan Serviks secara menyeluruh dengan antiseptic, (7) Memasukkan tenakulum dan jepit porsi ke arah jam 11.00 atau 13.00, (8) Mengukur kedalaman uterus dengan menggunakan sonde uterus, (9) Memasukkan IUD sesuai dengan macam alatnya. Lepaskan IUD dalam bidang transverse dari kavum uteri pada posisi setinggi mungkin difundus uteri, (10) Keluarkan tabung inseternya, (11) Periksa dan gunting benang ekor IUD sampai 2-3 cm dari ostium uteri eksternum, (12) Lepaskan tenakulum dan spekulum. (Marmi, 2018).

- 12) Waktu penggunaan; Menurut Marmi (2018) antara lain: (1) Setiap waktu dalam siklus haid, yang dapat dipastikan klien tidak hamil, (2) Hari pertama sampai ke tujuh siklus haid, (3) Segera setelah melahirkan, selama 48 jam pertama atau setelah 4 minggu pasca persalinan, setelah 6 bulan apabila menggunakan metode amenore laktasi (MAL). Perlu diingat, angka ekspulsi tinggi pada pemasangan segera atau selama 48 jam pasca persalinan, (4) Setelah menderita abortus (segera atau dalam waktu 7 hari) apabila tidak ada gejala infeksi, (5) Selama 1 – 5 hari setelah senggama yang tidak dilindungi. (Marmi, 2018).



Gambar 2.17 a) IUD spiral, b) IUD Copper T

Gambar 2.18 AKDR Nova T



9) Kontrasepsi Mantap

Kontrasepsi mantap (kontap) menurut Marmi (2018) adalah suatu tindakan untuk membatasi keturunan dalam jangka waktu yang tidak terbatas; yang dilakukan terhadap salah seorang dari pasangan suami isteri atas permintaan yang bersangkutan, secara mantap dan sukarela. Berikut adalah macam – macam kontrasepsi mantap, yaitu:

- Tubektomi

- (1) Pengertian; Tubektomi adalah suatu kontrasepsi permanen untuk mencegah keluarnya ovum dengan cara tindangan mengikat atau memotong pada kedua saluran tuba (Kusmiati, 2014).
- (2) Jenis – Jenis Tubektomi; Menurut Nurul Jannah 2017 jenis-jenis tubektomi antara lain: 1) Laparoscopi, 2) Minilaparotomi = Mini-lap.
- (3) Manfaat Kontrasepsi; Menurut Nurul Jannah (2017) manfaat kontrasepsi tubektomi sebagai berikut : 1) tidak mengurangi proses menyusui, 2) Tidak bergantung pada faktor senggama, 3) Baik bagi

klien apabila kehamilan akan menjadi risiko kesehatan yang serius,
4) Pembedahan sederhana, dapat dilakukan dengan anestesi local,
5) Tidak ada efek samping dalam jangka panjang, 6) Tidak ada perubahan dalam fungsi seksual (tidak ada efek pada produksi hormon ovarium).

- (4) Manfaat Nonkontrasepsi; Affandi 2013 adalah berkurangnya resiko kanker ovarium.
- (5) Keterbatasan; Keterbatasan tubektomi menurut Nurul Jannah 2017 adalah: 1) Harus dipertimbangkan sifat permanen metode kontrasepsi ini (tidak dapat dipulihkan lagi), kecuali dengan operasi rekanalisasi, 2) Klien dapat menyesal dikemudian hari, 3) Resiko komplikasi kecil (meningkat apabila digunakan anestesi umum), 4) Rasa sakit/ketidnyamanan dalam jangka pendek setelah tindakan, 5) Dilakukan oleh dokter yang terlatih (dibutuhkan dokter spesialis ginekology atau dokter spesialis bedah untuk proses laparoscopi), 6) Tidak melindungi diri dari IMS, termasuk HBV dan HIV/AIDS.
- (6) Indikasi; Yang dapat menjalani tubektomi menurut Nurul Jannah 2017 antara lain : 1) Usia lebih dari 26 tahun, 2) Paritas lebih dari dua, 3) Yakin telah mempunyai besar keluarga yang sesuai dengan kehendaknya, 4) Pada kehamilannya akan menimbulkan resiko kesehatan yang serius, 5) Pasca persalinan, 6) Pasca keguguran, 7) Paham dan secara sukarela setuju dengan prosedur ini.

Sebaiknya tubektomi sukarela dilakukan pada wanita yang memenuhi syarat-syarat berikut : 1) Umur termuda 25 tahun dengan 4 anak hidup, 2) Umur sekitar 30 tahun dengan 3 anak hidup, 3) Umur sekitar 35 tahun dengan 2 anak hidup (Nurul Jannah, 2017).

- (7) Kotraindikasi; Menurut Marmi 2018 yang tidak boleh melakukan tubektomiantara lain : 1) Hamil (sudah terdeteksi atau dicurigai), 2) Perdarahan pervaginal yang belum terjelaskan (hingga harus dievaluasi), 3) Infeksi sistemik atau pelvik yang akut (hingga masalah itu disembuhkan atau dikontrol), 4) Tidak boleh menjalani proses pembedahan, 5) Kurang pasti mengenai keinginannya untuk fertilitas di masa depan, 6) Belum memberikan persetujuan tertulis.
- (8) Efektivitas; Menurut Affandi 2013 efektivitas tubektomi antara lain: 1) kurang dari 1 kehamilan per 100 (5 per 1000) perempuan pada tahun pertama penggunaan, 2) pada 10 tahun, terjadi sekitar 2 kehamilan per 100 perempuan (18- 19 per 1000 perempuan), 3) efektivitas kontraseptif terkait juga teknik tubektomi (penghambatan atau oklusi tuba) tapi secara keseluruhan, efektivitas tubektomi cukup tinggi dibandingkan kontrasepsi lainnya. Metode dengan efektivitas tinggi adalah tubektomi minilaparotomi pascapersalinan.
- (9) Efek Samping dan Risiko; Menurut Marmi 2018 resiko sterilisasi, seperti halnya operasi lainnya, terutama berkaitan dengan anestesi. Ahli bedah juga dapat tanpa sengaja merusak ligamin peritoneal

selama operasi. Jika ligament peritonal rusak, produksi hormone pada ovarium menurun dan menopause bisa dimulai dini. Potensi komplikasi lainnya (sangat jarang) adalah kehamilan ektopik dan gangguan menstruasi.

(10) Waktu Pelaksanaan; Menurut Marmi 2018 waktu yang tepat dilakukan tubektomi adalah : 1) Setiap waktu selama siklus menstruasi apabila diyakini secara rasional klien tersebut tidak hamil, 2) Hari ke-6 hingga ke-13 dari siklus menstruasi (fase proliferasi), 3) Pascapersalinan, 4) Minilap : di dalam waktu 2 hari atau setelah 6 minggu atau 12 minggu, 5) Laparoscopi : tidak tepat untuk klien-klien pascapersalinan, 6) Pascakeguguran, 7) Triwulan pertama : dalam waktu 7 hari sepanjang tidak ada bukti infeksi pelvik (minilap atau laparoscopi), 8) Triwulan kedua : dalam waktu 7 hari sepanjang tidak ada bukti infeksi pelvik (minilap).

- Vasektomi

(1) Pengertian; Vasektomi adalah merupakan suatu oprasi kecil dan dapat dilakukan oleh seseorang yang telah mendapat pelatihan khusus untuk itu. Selain itu, vasektomi tidak memerlukan alat-alat yang banyak, dapat dilakukan secara poliklinis, dan pada umumnya dilakukan dengan mempergunakan anesthesia lokal (Mochammad Anwar, 2014).

(2) Jenis - Jenis Vasektomi; Menurut Nurul Jannah 2017 macam-macam vasektomi ada 2 yaitu : Vasektomi standar dan Vasektomi

Tanpa Pisau (VTP).

- (3) Keuntungan; Keuntungan memakai vasektomi menurut Marmi 2018 antara lain: 1) theknik oprasi kecil dan sederhana, bisa dilakukan setiap saat 2) komplikasi yang ditemukan tidak terlalu berat, 3) efektifitas hamper 100 %, 4) biaya murah terjangkau masyarakat, 5) bisa dilakukan operasi rekanalisasi, 6) efektif, 7) aman, morbiditas rendah dan hamper tidak ada mortalitas, 8) sederhana, 9) cepat, hanya memerlukan waktu 5 – 10 menit, 10) menyenangkan bagi akseptor karena memerlukan anestesi local biasa, 11) secara kultural, sangat di anjurkan di negara- negara dimana wanita merasa malu untuk ditangani dokter pria atau kurang tersediadokter wanita dan paramedic wanita.
- (4) Kerugian; Kerugian yang ditimbulkan dari kontrasepsi vasektomi menurut Marmi 2018 adalah; 1) Diperlukan suatu tindakan operatif, 2) Kadang-kadang menyebabkan komplikasiseperti perdarahan atau infeksi, 3) Kontap pria belum memberikan perlindungan total sampai semua spermatozoa, yang sudah ada di dalam sistem reproduksi distal dari tempat oklusi vas deferens, dikeluarkan, 4) Problem psikologis yang berhubungan dengan perilaku seksual mungkin bertambah parah setelah tindakan operatif yang menyangkut sistem reproduksi pria.
- (5) Indikasi; 1) Semua usia reproduksi (<50 tahun), 2) Tidak ingin anak lagi, menghentikan kehamilan, ingin metode kontrasepsi yang

efektif dan permanen, 3) Yang istrinya mempunyai masalah usia, paritas atau kesehatan dimana kehamilan dapat menimbulkan risiko kesehatan atau mengancam keselamatan jiwa, 4) Yang memahami asas sukarela dan memberi persetujuan tindakan medik untuk prosedur tersebut. (Yulizawati *et al*, 2019).

- (6) Kontraindikasi; Yang tidak boleh menggunakan kontrasepsi vasektomi adalah: 1) Infeksi kulit lokal, misal Scabies, 2) Infeksi traktus genitalia, 3) Kelainan skrotum dan sekitarnya: (1) Varicocele, (2) Hydrocele besar, (3) Filariasis, (4) Hernia inguinalis, (5) Orchiopexy, (6) Luka parut bekas operasi hernia, (7) Scrotum yang sangat tebal, 4) Penyakit sistemik, yaitu: (1) Penyakit-penyakit perdarahan, (2) Diabetes mellitus, (3) Penyakit jantung koroner yang baru, e) Riwayat perkawinan, psikologis atau seksual yang tidak stabil. (Marmi, 2018).
- (7) Efektivitas; 1) angka kegagalan: 0-2,2 %, umumnya < 1%. 2) kegagalan vasektomi umumnya disebabkan oleh : a) sanggah yang tidak terlindung sebelum semen atau ejakulat bebas sama sekali dari spermatozoa, b) rekanalisasi spontan dari vas deferens, umumnya terjadi setelah pembentukan granuloma spermatozoa, c) pemotongan dan oklusi struktur jaringan lain selama operasi, d) jarang: duplikasi kongenital dari vas deferens (terdapat lebih dari 1 vas deferens pada satu sisi). (Marmi, 2018).
- (8) Efek samping; Efek samping yang ditimbulkan kontrasepsi

vasektomi adalah: 1) Infeksi, 2) Granula sperma, 3) Hematoma.
(Marmi, 2018).

2.5.4 Konsep Dasar Manajemen Asuhan Kebidanan Teori

I. Pengkajian

1. Data Subjektif

1) Identitas

- (1) Nama suami atau istri : untuk dapat mengenal atau memanggil nama ibu dan untuk mencegah kekeliruan bila ada nama yang sama (Romauli,2011)
- (2) Alamat: Alamat pasien dikaji untuk mempermudah kunjungan rumah bila diperlukan (Ambarwati,2010)
- (3) Suku/ bangsa: Untuk mengetahui kondisi social budaya ibu yang mempengaruhi perilaku kesehatan (Romauli, 2011).
- (4) Agama: Dalam hal ini berhubungan dengan perawatan penderita yang berkaitan dengan ketentuan agama. Antara lain dalam keadaan yang gawat ketika memberi pertolongan dan perawatan dapat diketahui dengan siapa harus berhubungan, misalnya agama islam memanggil ustad dan sebagainya (Romauli, 2011).
- (5) Usia: Perempuan berusia lebih dari 35 tahun memerlukan kontrasepsi yang aman dan efektif. Perencanaan keluarga ada 3 fase yaitu fase menunda kehamilan usia kurang dari 20 tahun, fase menjarangkan kehamilan usia 20-35 tahun dan fase tidak hamil lagi usia 35 tahun keatas (Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi, 2013).

- (6) Lama perkawinan: untuk mengetahui infertil kelahiran.
 - (7) Pendidikan: Pendidikan pasien berpengaruh dalam tindakan kebidanan dan untuk mengetahui sejauh mana tingkat intelektualnya, sehingga bidan dapat memberikan konseling sesuai dengan pendidikannya.
 - (8) Pekerjaan : hal ini untuk mengetahui taraf hidup dan social ekonomi agar nasihat yang diberikan sesuai (Romauli, 2011)
 - (9) Status perkawinan: untuk mengetahui apakah terjadi perkawinan yang sah atau tidak yang akan mempengaruhi psikologi klien.
 - (10) Usia saat kawin: untuk mengetahui apakah saat kawin, dimana keadaan fisik, mental, social, dan sistem reproduksi seorang wanita sudah matang atau belum, yang nantinya akan berpengaruh buruk pada psikologis klien.
 - (11) Penghasilan: Tingkat ekonomi merupakan suatu pertimbangan yang dapat mempengaruhi keputusan keluarga dalam menentukan ukuran keluarga , jarak antara anak dan pemilihan serta metode pengendalian kontrasepsi.
- 2) Keluhan utama;** (1) Amenore atau pendarahan tidak terjadi, (2) Pendarahan bercak atau spotting, (3) Meningkatnya atau menurunnya, (4) Mual dan nyeri payudara ringan, (5) Sakit kepala (Affandi, 2013).

3) Riwayat keluhan utama

P(provokatif/paliuatif) : apa yang menyebabkan gejala dan apa saja yang dapat mengurangi/memperbaiki gejala.

Q (quality) : bagaimana gejala dirasakan, nampak/sejauh mana pasien merasakan sekarang.

R (area radiasi) : dimana gejala terasa.

S (skala keadaan) : seberapa parah yang dialami oleh klien nilainya 0-10

T (timing) : waktu, sejak kapan keluhan terjadi dan sampai kapan.

(Prawirohardjo, 2014)

4) Riwayat menstruasi; (1) Menarche yaitu darah menstruasi pertama yang keluar (2) Siklus: teratur atau tidak, (3) Sifat darah, (4) Warna darah, (5) Lama,(6) Jumlah: bercak atau spotting, (7) Disminore: ada atau tidak,(8) Fluor albousyaitu warna normalnya putih bening, tidak gatal dan tidak berbau, (9) Kapan hari pertama haid terakhir (Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi, 2015)

5) Riwayat kehamilan, persalinan, nifas yang lalu

(1) Kehamilan: apakah ada gangguan seperti hipertensi dalam kehamilan, eklamsia

(2) Persalinan: apakah persalinannya yang lalu spontan/buatan, aterm/premature, perdarahan atau tidak, ditolong oleh siapa, bidan/dokter.

(3) Nifas: apakah terjadi perdarahan yang tidak normal dan bagaimana laktasinya, apakah ibu sedang menyusui atau tidak.

6) Riwayat penyakit sekarang

Tanyakan apakah klien memiliki penyakit jantung, kanker serviks atau

mammae, kanker endometrium atau kanker ovarium, fibroma uteri, penyakit radang panggul, IMS, AIDS, TBC, diabetes mellitus, dan hepatitis.

7) Riwayat penyakit yang lalu

Tanyakan apakah klien memiliki penyakit jantung, kanker serviks atau mammae, kanker endometrium atau kanker ovarium, fibroma uteri, penyakit radang panggul, IMS, AIDS, TBC, diabetes mellitus, dan hepatitis.

8) Riwayat penyakit keluarga

Untuk mengetahui apakah dalam keluarga mempunyai riwayat penyakit menahun, seperti: asma, DM dan apakah keluarga mempunyai/tidak penyakit menular (Manuaba, 2016).

9) Riwayat ginekologi

Infeksi genitalia eksterna interna : melindungi dari PID yang merupakan keuntungan dari kontrasepsi ini. Penyakit menular seksual: tidak melindungi terhadap IMS yang merupakan kerugian dari kontrasepsi ini. Tumor pada genitalia: mencegah kanker ovarium dan kanker endometrium yang merupakan keuntungan dari KB suntik 1 bulan. Pemeriksaan papsmear: untuk mengetahui apakah ada kanker endometrium atau ovarium.

10) Riwayat psikospiritual

Ada atau tidaknya kepercayaan dalam beragama untuk melarang memakai alat kontrasepsi (Varney, 2015).

11) Riwayat kontrasepsi

Apakah pernah menjadi akseptor KB lain sebelumnya, sudah berapa lama menjadi akseptor KB tersebut (Varney, 2015).

12) Riwayat latar belakang sosial budaya

Apakah dalam keluarga terdapat budaya tertentu yang menghambat atau mendukung penggunaan kontrasepsi.

13) Pola kebiasaan sehari-hari

- (1) Nutrisi: harus memperhatikan nutrisi agar tidak terjadi penurunan atau kenaikan BB sebanyak 1-2 kg merupakan merupakan efek samping dan bila bertambah lebih dari 2 kg maka dianjurkan untuk ganti metode lain
- (2) Aktifitas: Untuk menggambarkan pola aktifitas pasien sehari-hari, yang perlu dikaji pola aktifitas pasien terhadap kesehatannya.
- (3) Personal hygiene: harus sering ganti celana dalam karena mungkin terjadi perdarahan bercak/spotting (Saiffudin, 2014).
- (4) Seksual: pola hubungan seksual apakah dengan 1 pasangan saja atau gonta ganti pasangan, frekuensi berhubungan, kelainan atau keluhan saat berhubungan seksual.

2. Data Obyektif

1) Pemeriksaan Umum

- (1) Keadaan Umum : dilakukan untuk mengetahui keadan umum kesehatan klien. Diamati mulai saat pertama kali bertemu dengan pasien, dilanjutkan sewaktu mengukur tanda-tanda vital. Selama pemeriksaan lihat cara berbaring dan mobilitas pasien, apakah aktif atau pasif, sikap terpaksa karena nyeri, apatis atau gelisah. Kesadaran
- (2) Macam-macam tingkat kesadaran menurut Hidayat (2013)

- a) Komposmentis : Mengalami kesadaran penuh dengan memberikan respon yang cukup terhadap stimulus yang diberikan.
 - b) Apatis :Mengalami acuh tak acuh terhadap keadaan sekitarnya.
 - c) Somnolen :Memiliki kesadaran yang lebih rendah ditandai dengan tampak mengantuk, selalu ingin tidur, tidak responsif terhadap rangsangan ringan dan masih memberikan respons terhadap rangsangan yang kuat.
 - d) Sopor :Tidak memberikan respons ringan maupun sedang tetapi masih memberikan respons sedikit terhadap rangsangan yang kuat dengan adanyarefleks pupil terhadap cahaya yang masih positif.
 - e) Koma :Tidak dapat bereaksi terhadap stimulus atau rangsangan apapun sehingga refleks pupil terhadap cahaya tidak ada.
 - f) Delinum :Tingkat kesadaran yang paling bawah ditandai dengan disorientasi yang sangat iritatif, kacau dan salah persepsi terhadap rangsangan sensorik.
- (3) Pengukuran TTV
- a. TD : 90/60-140/90 mmHg Tekanan darah >160/100 mmHg tidak diperbolehkan pada pemakaian KB hormonal (pil kombinasi, suntik kombinasi, dan suntik progestin), karena akan menyebabkan meningkatnya tekanan darah dan retensi cairan, sehingga resiko stroke dan gangguan pembekuan darah pada vena dalam sedikit meningkat (Pelayanan Ibu di Fasilitas Kesehatan dasar dan

Rujukan, 2013)

- b. Nadi : Nadi normal adalah 60 sampai 100 per menit. Bila abnormal mungkin ada kelainan paru – paru atau jantung (Hidayat, dkk 2012).
- c. Suhu : Suhu badan normal adalah 36,5°C sampai 37,5°C. Bila suhu lebih tinggi dari 37,5°C kemungkinan ada infeksi (Hidayat, dkk 2012).
- d. RR : Pemeriksaan untuk mengetahui fungsi sistem pernafasan. Normalnya 16 –24 x/menit (Romauli, 2011).
- e. BB/TB : mengetahui berat badan pasien sebelum dan sesudah menggunakan alatkontrasepsi, kenaikan /penurunan berat badan 1- 2 kg ganti metode KB.

2) Pemeriksaan fisik

- (1) Kepala : pada bagian kepala melakukan inspeksi dan palpasi pada kepala dan kulit kepala untuk melihat kesimetrisan, bersih atau kotor, pertumbuhan rambut, warna rambut, mudah rontok atau tidak. Rambut yang mudah dicabut menandakan kurang gizi atau ada kelainan tertentu (Romauli, 2011).
- (2) Wajah: adanya bercak hitam atau cloasma (banyak terjadi pada pemakaian KB hormonal), adanya oedem.
- (3) Mata : bentuk simetris, konjungtiva normal warna merah muda, bila pucatmenandakan anemia. Sclera nomal berwarna putih, bila kuning menandakan ibu mungkin terinfeksi hepatitis, bila merah

kemungkinan ada conjungtivitis. Kelopak mata yang bengkak kemungkinan adanya pre eklamsi (Romauli, 2011).

- (4) Hidung: Inspeksi bentuk, adakah peradangan mukosa, adakah cairan /sekret, palpasi adakah nyeri tekan sinus.
- (5) Mulut : Inspeksi warna dan kelembabannya, adakah stomatis, adakah bercak koplik pada lidah, adakah sisa makanan, adakah caries, adakah karang gigi
- (6) Telinga: Inspeksi kebersihan dan kesimetrisan daun telinga, adakah lesi, massa, serumen maupun benda asing, membran timpani utuh / tidak.
- (7) Leher : normal tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembesaran kelenjar limfe dan tidak ditemukan bendungan vena jugularis (Romauli, 2011).
- (8) Dada : inspeksi warna dan kesimetrisan, tipe pernafasa. Palpasi apakah ada krepitasi (tanda edema paru), nyeri tekan, auskultasi suara nafas (pada pemakaian KB hormonal tidak dianjurkan pada pasien yang menderita penyakit jantung karena akan meningkatkan fase konstiksi pada jantung).
- (9) Payudara : bentuk mammae, apakah ada benjolan abnormal atau tidak pada payudara (pada penderita ca mammae tidak dianjurkan untuk memakai KB hormonal).
- (10) Abdomen : untuk mengkaji adanya distensi, nyeri tekan dan adanya massa, apakah ada pembesaran dan konsistensi, apakah ada bekas

operasi pada daerah abdomen atau tidak. Pada pemakaian KB hormonal tidak dianjurkan untuk penderita hepatitis yang ditandai dengan adanya pembengkakan pada hati.

- (11) Genitalia: apakah ada pendarahan pervaginam, apakah ada condiloma acuminata apakah, ada infeksi kelenjar skene dan bartholini (pada pasien yang memiliki kondiloma acuminata tidak dianjurkan untuk memakai KB AKDR).
- (12) Anus : tidak terdapat hemoroid
- (13) Extremitas: apakah terdapat varises , rasa sakit, bengkak dan mengandung cairan.
- (14) Pemeriksaan penunjang : Urin tes apakah ibu hamil atau tidak

II. Interpretasi Data Dasar

Dx :

Ds : Diagnosa subjective: berisi data-data berdasarkan klien, seperti: kontrasepsi apa yang pernah digunakan bagaimana efek riwayat sampingnya , bagaimana riwayat kehamilan persalinan dan nifas yang lalu

Do : Diagnosa objective: berisi data-data berdasarkan pemeriksaan seperti BB/TB, TTV, pemeriksaan fisik/pemeriksaan penunjang.

Masalah: Amenore/pendarahan bercak, spotting, meningkatnya /menurunnya BB. Mual nyeri payudara ringan, sakit kepala.

Kebutuhan: KIE, penanganan efek samping, rujuk.

III. Antisipasi Masalah Potensial

Mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial yang mungkin akan

terjadi. Pada langkah ini di identifikasikan masalah atau diagnosa potensial berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosa, hal ini membutuhkan antisipasi, pencegahan, bila memungkinkan menunggu mengamati dan bersiap-siap apabila hal tersebut benar – benar terjadi. Melakukan asuhan yang aman penting sekali dalam hal ini (Abarwati, 2010).

IV. Identifikasi Kebutuhan Segera

Langkah ini memerlukan kesinambungan dari manajemen kebidanan. Identifikasi dan menetapkan perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan atau untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan lainnya sesuai dengan kondisi pasien (Ambarwati, 2010).

V. Planning

Untuk menyusun asuhan kebidanan KB, harus melihat diagnosa kebidanan, hasil pemeriksaan dan hasil anamnesa, sehingga dalam melakukan tindakan tidak ada kesalahan, rencana asuhan kebidanan dapat dibuat bersama klien dan keluarganya. Adapun planning yang bisa dilakukan yaitu:

- 1) Informasikan kepada klien keadaan klien
- 2) Jelaskan pada klien macam-macam alat kontrasepsi
- 3) Jelaskan keuntungan dan kerugiannya serta efek sampingnya
- 4) Jelaskan cara penggunaannya/pemberiannya
- 5) Beritahu waktu kontrol kembali atau sewaktu-waktu bila ada keluhan

(Bobak, 2012)

VI. Implementasi

Pada langkah ini, bidan dituntut melakukan tindakan kebidanan secara

evakuasi perencanaan berdasarkan assesment sebagai langkah 5, 6, 7 Varney (Varney, 2015).

BAB 3
TINJAUAN KASUS

3.1 KEHAMILAN

3.1.1 PENGKAJIAN DATA KUNJUNGAN ANC (38 minggu)

Tanggal Periksa : 11-04-2021 Pukul : 17.00 WIB

Tanggal Pengkajian : 11-04-2021 Pukul : 17.00 WIB

Pengkajian oleh : Baiq Zuhriyati Jalilah

1. DATA SUBJEKTIF

1) Identitas Klien

Nama Ibu	: Ny. "N"	Nama Suami	: Tn. "R"
Umur	: 23 Tahun	Umur	: 24 Tahun
Suku/bangsa	: Jawa/INA	Suku/bangsa	: Jawa/INA
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: Strata I	Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Wiraswasta
Status pernikahan	: Kawin Sah		
Nikah	: 1 kali		
Usia nikah I	: 22 tahun		
Lama nikah	: 1 tahun		
Penghasilan	: ± 2.500.000		
Alamat	:Tajungrejo RT 02 RW13 Pangkah Wetan Ujungpangkah		
No.Telp/ Hp	: 08161506xxxx		

2) Keluhan utama

Ibu mengatakan terasa nyeri punggung bagian bawah dan terkadang sembelit

3) Riwayat Keluhan Utama

Ibu mengatakan terasa nyeri punggung dan terkadang sembelit, nyeri punggung bagian bawah dirasakan sering dan hilang timbul, terasa menjalar sampai keseluruhan punggung sampai punggung bagian atas, skala nyeri 3, keluhan dirasakan sejak 1 minggu yang lalu. Ibu mengatakan cemas dengan kondisinya saat ini

4) Riwayat Menstruasi

Menarche : 15 tahun

Siklus : 28/30 hari

Teratur/ tidak : teratur

Lama : 5-7 hari

Konsistensi : cair kadang sedikit bergumpal

Jumlah : 1 hari 2-3 pembalut

Four albus : tidak

Dishminorhea : 1-2 hari saat haid

HPHT : 19-07-2020

Status Imunisasi TT : Lengkap (terdapat pada buku KIA)

5) Riwayat Obstetri

(1) Riwayat Kehamilan Sekarang.

Ibu mengatakan periksa kehamilan :

TRIMESTER I	TRIMESTER II	TRIMESTER III
Periksa 2 kali, Saat UK: 7 & 11 mgg	Periksa 3 kali, Saat UK 13, 16, 22 mgg	Periksa 3 kali, Saat UK : 27, 31, 35 minggu
Keluhan: Mual Muntah, Lemes dan Pusing	Keluhan: Pusing, Sakit Gigi	Keluhan: Tidak ada keluhan
Terapi yang didapat: (Fe, Kalk, As.folat, TT), lain2: Folamin	Terapi yang didapat: (Fe, Kalk, As.folat, TT), lain2: Pacetik, Trimakal, SF	Terapi yang didapat: (Fe, Kalk, As.folat, TT), lain2: Likokalk, Folamin, SF, Gentamisin
HE : <ul style="list-style-type: none"> • Hindari makanan yang berminyak dan memicu mual muntah • Anjurkan ibu tetap makan dengan porsi sedikit tapi sering • Anjurkan pasien untuk istirahat cukup 	HE : <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan pasien istirahat cukup • Hindari melakukan aktivitas berat • Hindari mengkonsumsi makanan yang mengandung gula berlebih 	HE : <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan mengenai tanda persalinan • Jelaskan mengenai persiapan persalinan

(2) Riwayat Kehamilan, Persalinan, Nifas dan Anak yang lalu

Kehamilan				Persalinan				BBL			Nifas	
Sua mi ke:	Hamil ke:	UK (mg)	Pnylt	Jenis Pers	Penolong	tmp	penyulit	JK	BB/PB	H/M Usia	Keadaan	Laktasi
1	1	38 mgg	Tidak ada	H	A	M	I	L		I	N	I

6) Riwayat kontrasepsi

Ibu mengatakan setelah menikah tidak pernah menggunakan kontrasepsi apapun. Setelah melahirkan nanti berencana untuk menggunakan alat kontrasepsi.

7) Riwayat ginekologi

Ibu mengatakan tidak pernah menderita penyakit menular seksual seperti keputihan berwarna hijau, berbau dan gatal. Sakit saat buang kecil, terasa panas dan nyeri pada daerah vagina. Pada saat pemeriksaan ANC Terpadu di Puskesmas ibu tidak menderita penyakit HIV AIDS (hasilnya HIV : Non Reaktif)

8) Riwayat kesehatan sekarang

Ibu mengatakan tidak sedang menderita penyakit menular seperti batuk menahun tidak sembuh (TBC), penyakit menurun seperti sering buang air kecil (DM), dan penyakit menahun seperti jantung sering berdebar-debar, keringat dingin (Jantung).

9) Riwayat kesehatan yang lalu

Ibu mengatakan tidak sedang menderita penyakit menular seperti batuk menahun tidak sembuh (TBC), penyakit menurun seperti sering buang air kecil dan jika ada luka proses penyembuhannya lama (DM), dan penyakit menahun seperti jantung sering berdebar-debar, keringat dingin (Jantung).

10) Riwayat kesehatan keluarga

Ibu mengatakan tidak sedang menderita penyakit menular seperti batuk menahun tidak sembuh disertai darah (TBC), penyakit menurun seperti sering buang air kecil dan jika ada luka proses penyembuhannya lama (DM), dan penyakit menahun seperti jantung sering berdebar-debar, keringat dingin (Jantung), dan tidak ada keturunan kembar.

11) Pola Kebiasaan

Ibu mengatakan tidak pernah merokok dan minum-minuman keras, tidak pernah mengonsumsi narkoba dan tidak minum jamu tradisional.

12) Keadaan psikososial

Ibu mengatakan merasa tidak sabar menunggu kelahiran bayinya dan ibu juga merasa cemas karena akan memasuki proses persalinan

13) Latar belakang sosial budaya

Dilingkungan sekitar atau daerah tempat ibu tinggal tidak ada budaya adat istiadat yang membayahayakan atau menghambat kehamilan ibu

14) Pola Kesehatan Fungsional Selama Hamil

(1) Pola Nutrisi

Sebelum hamil : Ibu mengatakan makan 3 x 1 hari dengan porsi 1 piring penuh dan habis seperti nasi, sayur, lauk, minum air putih 8-9 gelas/hari.

Hamil ini : Ibu mengatakan makan 3 x 1 hari dengan porsi 1 piring dengan komposisi seperti nasi, sayur, lauk, buah, minum air putih 8 gelas/hari dan susu 1 gelas/hari.

(2) Pola Istirahat dan Tidur (ada keluhan atau tidak)

Sebelum hamil : tidur siang \pm 1 Jam/hari, jam : 13.00-14.00 WIB
tidur malam \pm 8 Jam/hari, jam : 21.00-05.00 WIB
Keluhan : tidak ada

Hamil ini : tidur siang \pm 2 Jam/hari, jam : 13.00-15.00 WIB
tidur malam \pm 7 Jam/hari, jam : 21.00-04.00 WIB

Keluhan : tidak ada

(3) Pola Eliminasi

Sebelum hamil : Ibu mengatakan BAB 1 x/Hari, Konsistensi lunak warna kuning kecoklatan, BAK 5-6x Sehari warna kuning jernih.

Hamil Ini : Ibu mengatakan BAB 1 x/Hari, Konsistensi lunak warna kuning kecoklatan, BAK 5-6x Sehari warna kuning jernih, dan tidak nyeri

(4) Pola Aktifitas

Sebelum hamil : Ibu mengatakan melakukan pekerjaan sehari-hari seperti mencuci, memasak, menyapu, mengepel dan menonton tv serta berkumpul dengan keluarga saat suami bekerja..

Hamil Ini : Ibu mengatakan melakukan pekerjaan sehari-hari seperti mencuci, memasak, menyapu, mengepel, mengajar dan lain-lain dengan dibantu oleh keluarganya dan sesekali jalan-jalan pagi.

(5) Pola Seksual

Sebelum hamil : Ibu mengatakan melakukan hubungan seksual 2x/ minggu dan tidak ada keluhan

Hamil ini : Ibu mengatakan tidak melakukan hubungan seksual pada kehamilan 0- 3 bulan, pada usia kehamilan 4 bulan - saat ini ibu melakukan hubungan seksual sebanyak 1x / minggu dan tidak ada keluhan

15) Pengetahuan dan kemampuan ibu

- (1) Nutrisi : Ibu mengatakan sudah mengerti penjelasan dari bidan tentang nutrisi yang tepat untuk ibu hamil, yaitu setiap makan ada nasi, lauk-pauk, sayur-mayur, dan buah-buahan ditambah minum susu.
- (2) Personal hygiene : Ibu mengatakan sudah mengerti penjelasan dari bidan tentang menjaga kebersihan tubuh yang benar, yaitu dengan menjaga kebersihan tubuh selama hamil terutama daerah kemaluan.
- (3) Tanda bahaya TM III : ibu mengatakan mengerti penjelasan dari bidan tentang tanda bahaya kehamilan seperti perdarahan, sakit kepala hebat, bengkak pada kaki, tangan dan wajah.
- (4) Tanda persalinan : ibu mengatakan sudah mengerti penjelasan dari bidan tentang tanda-tanda persalinan, yaitu perut terasa kenceng-kenceng dan keluar lendir atau darah dari jalan lahir
- (5) Persiapan persalinan : Ibu mengatakan sudah mengerti tentang persiapan persalinan, yaitu penolong persalinan, tempat persalinan, biaya persalinan, perlengkapan ibu dan bayi, pendamping persalinan dan kendaraan tetapi ibu belum menyiapkan.

- (6) Antisipasi persiapan rujukan : ibu mengatakan sudah mengerti tentang persiapan rujukan, seperti surat rujukan dari bidan, uang, kendaraan, donor darah, dll.
- (7) Ketidaknyamanan pada trimester 3 : ibu mengatakan belum mengerti mengenai ketidaknyamanan pada trimester 3 pada masa kehamilan (sakit punggung, sesak nafas, sering kencing, konstipasi, kram tungkai, insomnia)

2. DATA OBYEKTIF

1) Pemeriksaan umum

Keadaan umum	: Baik	RR	: 20 x/mnt
Kesadaran	: composmentis	Suhu	: 36,5°C
BB sebelum hamil	: 43 kg	Nadi	: 80 x/mnt
BB sekarang	: 52 kg	TD	: 105/70 mmHg
BB periksa terakhir	: 51 kg (05-04-2021)	Lila	: 24 cm
TB	: 155 cm	ROT	: tidak dilakukan
HPL	: 26-04-2021		

2) Pemeriksaan fisik

1. Kepala : Kulit kepala bersih, rambut bersih, rambut tidak rontok, tidak ada ketombe, tidak ada bekas luka, tidak ada benjolan abnormal dan tidak nyeri tekan
2. Muka : Tidak oedem, tidak pucat, wajah simetris, dan tidak ada cloasma gravidarum.

3. Mata : simetris, sclera putih tampak gambaran tipis pembuluh darah, conjungtiva merah muda, tidak ada secret.
4. Hidung : tidak ada secret, tidak ada polip, terdapat rambut halus.
5. Mulut : bibir lembab, lidah bersih, warna merah muda
6. Telinga : Simetris, tidak ada serumen, membran timpani utuh, warna putih mengkilat
7. Leher : tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada bendungan vena jugularis, tidak ada pembesaran kelenjar limfe, tidak ada kaku kuduk.
8. Dada : tidak ada suara nafas tambahan, tidak ada krepitasi, tidak ada nyeri tekan, tidak ada massa, tidak oedem,
9. Payudara : Simetris, terjadi hiperpigmentasi areola dan puting susu, konsistensi kenyal, puting susu menonjol, tidak ada benjolan abnormal, colostrum belum keluar
10. Abdomen (GI track) : tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembesaran organ, perkusi timpani.
11. Genetalia : tidak ada varises, tidak ada pengeluaran pervaginam
12. Anus : bersih, tidak terdapat hemoroid
13. Ekstremitas :
 - Atas : pergerakan bebas, akral hangat, tidak oedem.
 - Bawah : pergerakan bebas, akral hangat, tidak oedem, reflek patella +/+

3) Pemeriksaan obstetri

(1) Inspeksi

Pembesaran abdomen : Pembesaran abdomen sesuai dengan usia kehamilan.

Keadaan dinding abdomen : Tidak ada luka bekas operasi, terdapat striae livida, dan linea alba.

Gerakan janin : Terlihat 3 kali saat pemeriksaan

(2) Palpasi : Leopold I : TFU teraba pertengahan antara pusat dengan prosesus xyphoideus (28 cm), teraba lunak, kurang bulat, tidak mudah dilentingkan

Leopold II : Kiri : teraba bagian kecil janin.

Kanan: teraba keras, datar dan memanjang seperti papan

Leopold III : teraba keras, bulat dan mudah digoyangkan dan bagian terendah janin belum masuk PAP

Leopold IV : tidak dilakukan karena belum masuk PAP

(3) Auskultasi DJJ dengan Doppler : DJJ terdengar jelas di atas pusat sedikit ke samping perut ibu bagian kanan pada punggung janin, frekuensi 145x/mnt

(4) TBJ :

Nilai N =

Menggunakan rumus Johnson Tausack

11 : Jika kepala masih berada dibawah spina iskhiadika

Rumus = (TFU dalam cm – N) x 155

12 : Jika kepala masih berada diatas spina iskhiadika

13 : Jika kepala belum melewati PAP

$$(28-13) \times 155 = 2.325 \text{ Gram}$$

Rumus Lohson

Nilai N =

Rumus = (TFU dalam cm – N) x 155

11 : Jika kepala sudah masuk PAP

12 : Jika kepala belum masuk PAP

$$(28-12) \times 155 = 2.480 \text{ gram}$$

(5) Pemeriksaan Penunjang (26-10-2020)

Hb : 11,5 gr/dl

Urin : Protein (-) Reduksi

(-)

HBS Ag : Negatif

Gol Darah : -

HIV : Non Reaktif

3.1.2 INTERPRETASI DATA DASAR

DX : G₁P₀₀₀₀ UK 38 minggu /H/T/IU Pres. kepala_/ Pu-Ka/ K/U ibu dan janin baik dengan Sakit Punggung bagian bawah Dan Sembelit

DS : Ibu mengatakan mengeluh nyeri punggung dan terkadang sembelit

Ibu mengatakan ini adalah kehamilannya yang pertama

Ibu mengatakan cemas dengan keadaannya saat ini

DO :

Keadaan umum : Baik

RR : 20 x/mnt

Kesadaran : composmentis

Suhu : 36,5°C

BB sebelum hamil : 43 kg

Nadi : 80 x/mnt

BB sekarang : 52 kg

TD : 105/70 mmHg

BB periksa terakhir : 51 kg (05-04-2021) Lila : 24 cm

HPHT : 19-07-2020 TB : 155 cm

HPL : 26-04-2021

Pembesaran abdomen : Pembesaran abdomen sesuai dengan usia kehamilan.

Keadaan dinding abdomen : Tidak ada luka bekas operasi, terdapat striae livide,
linea alba.

Gerakan janin : Terlihat 3 kali saat pemeriksaan

Palpasi : LI : TFU teraba pertengahan antara pusat dengan prosesus
xyphoideus (28 cm),

LII : Kiri: teraba bagian kecil janin.

Kanan : teraba keras, datar dan memanjang seperti papan

LIII : teraba keras, bulat dan mudah digoyangkan dan bagian
terendah janin belum masuk PAP

LIV : tidak dilakukan, karena kepala belum masuk PAP

Auskultasi DJJ Doppler : DJJ terdengar jelas di bawah pusat perut ibu bagian
kanan

pada punggung janin, frekuensi 145x/mnt

TBJ :

Rumus Johnson Tausac = 2.325 Gram

Rumus Johnson = 2.480 gram

3.1.3 ANTISIPASI MASALAH POTENSIAL

-

3.1.4 IDENTIFIKASI KEBUTUHAN SEGERA

-

3.1.5 PERENCANAAN

1) Tujuan Jangka Pendek

Setelah dilakukan asuhan kebidanan selama \pm 30 menit, diharapkan ibu mengerti tentang kondisi kehamilan dan kebutuhannya dengan kriteria hasil ibu mampu menjelaskan kembali penjelasan bidan tentang nutrisi pada ibu hamil, ketidaknyamanan pada TM III nyeri punggung bagian bawah dan sembelit, dan persiapan persalinan.

K : ibu dapat mengutarakan kembali penjelasan yang diberikan oleh bidan

A : ibu bersedia melakukan anjuran yang diberikan bidan

P :-

P :-

2) Tujuan Jangka Panjang

Setelah dilakukan asuhan kebidanan diharapkan 1 minggu selanjutnya ibu datang kontrol dengan keadaan kehamilannya baik dengan kriteria hasil :

K :-

A :-

P :-

P : BB badan ibu naik menjadi 53 kg saat pasien kontrol, DJJ : 120-160 x/menit, TD : 100/60-120/80 mmHg, suhu : 36-37 °C, nadi : 80-100 x/menit, RR : 16-20 x/menit, TFU 33 cm.

3) Intervensi

- (1) Lakukan pendekatan terapeutik pada ibu

R/.Dengan melakukan pendekatan terapeutik pada ibu diharapkan dapat menjalin hubungan saling percaya yang nyaman dan aman antara ibu dengan petugas/bidan

- (2) Jelaskan pada ibu tentang kondisi kehamilannya.

R/ Dengan menjelaskan pada ibu tentang kondisinya saat ini diharapkan ibu dapat mengetahui kondisinya dan tidak cemas mengenai kondisinya saat ini

- (3) Jelaskan pada ibu tentang penyebab sakit punggung dan sembelit

R/ Dengan menjelaskan pada ibu tentang penyebab sakit punggung dan sembelit diharapkan ibu dapat mengetahui apa saja penyebab dari sembelit dan sakit punggung yang dirasakannya saat ini

- (4) Jelaskan pada ibu tentang cara mengatasi sakit punggung dan sembelit

R/ Dengan menjelaskan pada ibu cara mengatasi sakit punggung dan sembelit diharapkan ibu dapat mengetahui cara mengatasi sakit punggung dan sembelit yang dirasakannya saat ini sehingga dirumah nantinya ibu dapat mengatasinya sendiri.

- (5) Anjurkan pada ibu untuk olahraga secara teratur dan menghindari aktivitas-aktivitas berat

R/ Dengan menganjurkan ibu untuk olahraga secara teratur diharapkan ibu dapat melatih punggung dan perut dengan aman

- (6) Anjurkan pada ibu untuk banyak mengkonsumsi makanan yang mengandung tinggi serat dan lebih banyak minum

R/ Dengan menganjurkan ibu untuk banyak mengkonsumsi makanan yang mengandung tinggi serat dan banyak air putih diharapkan sembelit yang dirasakan ibu dapat berkurang dan teratasi

(7) Anjurkan pada ibu agar lebih berhati-hati saat beraktivitas

R/ dengan menganjurkan ibu untuk berhati-hati saat beraktivitas diharapkan ibu dapat menjaga kehamilannya dan janinnya karena usia kehamilan sudah memasuki trimester 3 dan sudah mendekati hari persalinan

(8) Ingatkan kembali pada ibu mengenai

- Kebutuhan nutrisi selama hamil (tekankan mengenai gizi seimbang)
- Tanda-tanda persalinan
- Persiapan persalinan

R/ Dengan memberikan HE pada ibu tentang kebutuhan nutrisi selama hamil, tanda-tanda persalinan dan persiapan persalinan diharapkan ibu dapat mengetahui dan memahami nutrisi yang baik selama hamil, serta dapat mengetahui apa saja tanda-tanda persalinan dan apa saja yang harus dipersiapkan menjelang persalinan karena kehamilan ibu sudah memasuki usia 38 minggu yang artinya sudah dekat dengan hari persalinan

(9) Anjurkan pada pasien untuk datang kembali untuk kontrol

R/ Dengan menganjurkan pada pasien untuk kontrol kembali 1 minggu lagi yaitu pada tanggal 18 April 2021 untuk mengetahui keadaan kehamilannya.

3.1.6 IMPLEMENTASI

Tanggal : 11-04-2021

Pukul : 17.00 WIB

Jam	Implementasi	TTD
	<p>1. Melakukan pendekatan terapeutik antara petugas/bidan dengan pasien untuk menjalin hubungan saling percaya yang nyaman dan aman antara pasien dengan petugas/bidan</p> <p>R/ Pasien kooperatif</p>	
	<p>2. Menjelaskan pada ibu hasil pemeriksaan TTV ibu dan janin bahwa hasil pemeriksaan dalam batas normal, keadaan ibu dan janin saat ini dalam kondisi baik</p> <p>R/ Ibu mengerti dan menerima</p> <p>3. Menjelaskan pada ibu penyebab sakit punggung dan sembelit yang dirasakannya saat ini. Penyebab dari sakit punggung adalah karena kelebihan berat badan (berat badan yang naik selama kehamilan menambah tekanan pada sendi dan otot tubuh. Penambahan berat badan juga menimbulkan ketegangan pada daerah panggul dan lumbar, perubahan lingkaran perut juga membebani panggul dan menyebabkan nyeri dibagian punggung), pusat gravitasi berubah (pusat gravitasi akan berubah selama masa kehamilan. Kondisi ini menambah tekanan pada punggung bawah, selain itu postur tubuh juga berkontribusi pada nyeri punggung ini), dan perubahan fisiologis (selama masa kehamilan wanita akan mengalami perubahan hormonal. Perubahan hormonal yang ditemukan menimbulkan rasa sakit dan peradangan dibagian punggung).</p>	

	<p>Peningkatan kadar hormone relaxin yang menyebabkan pembesaran serviks dapat menimbulkan nyeri punggung). Dan penyebab sembelit adalah karena adanya perubahan pada fisiologis dan anatomis saluran pencernaan menjadi alasan utama timbulnya sembelit pada ibu hamil. Mulai dari perubahan kadar hormone, Rahim yang semakin membesar, serta peningkatan penyerapan air didalam usus dan juga konsumsi makanan berserat seperti sayuran yang kurang.</p> <p>R/ Ibu mengerti dan memahami</p> <p>4. Menjelaskan pada ibu cara mengatasi sakit punggung dan sembelit.</p> <p>Mengatasi sakit punggung yaitu dengan cara</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hindari tidur dengan posisi telentang - Gunakan alas kaki yang nyaman dan hindari menggunakan sepatu berhak tinggi - Rutin olahraga dengan cara yang tepat - Istirahat yang cukup - Posisikan kaki lebih tinggi dari tubuh saat berbaring <p>Dan cara mengatasi sembelit yaitu dengan cara</p> <ul style="list-style-type: none"> - Banyak mengkonsumsi makanan yang mengandung tinggi serat seperti sayur-sayuran, kacang-kacangan, sereal, dan buah-buahan. - Cukupi kebutuhan zat besi dari asupan makan seperti daging, telur, kacang merah. - Konsumsi air putih lebih banyak minimal 12 gelas sehari. <p>R/ Ibu mengerti dan memahami</p>	
--	---	--

	<p>6. Menganjurkan pada ibu untuk rutin olahraga secara teratur dan dengan cara yang tepat untuk melatih punggung dan perut dengan aman serta mengurangi sakit punggung</p> <p>R/ Ibu bersedia</p> <p>7. Menganjurkan pada ibu untuk banyak mengonsumsi makanan yang mengandung tinggi serat dan lebih banyak minum air putih agar sembelit yang dirasakan ibu dapat berkurang dan teratasi</p> <p>R/ Ibu bersedia</p> <p>8. Menganjurkan pada ibu agar lebih berhati-hati saat beraktivitas karena usia kehamilan ibu sudah masuk di trimester 3 dan juga sudah mendekati hari persalinan, diharapkan ibu dapat menjaga kehamilannya dan janinnya</p> <p>R/ Ibu bersedia</p> <p>9. Memberikan HE tentang nutrisi yang bergizi seimbang, tanda-tanda persalinan, dan persiapan persalinan agar ibu dapat mengetahui apa saja nutrisi yang baik untuk ibu selama hamil serta apa saja tanda-tanda persalinan dan persiapan persalinan karena usia kehamilan ibu sudah mendekati hatri persalinan.</p> <p>R/ Ibu mengerti dan memahami</p>	
--	--	--

3.1.7 EVALUASI

Tanggal : 11-04-2021

Jam : 17.30 WIB

S : Ibu mengatakan lega sudah mengetahui keadaannya saat ini dalam kondisi sehat

Ibu mengatakan sudah mengetahui penyebab dari keluhan yang dirasakannya saat ini

Ibu mengatakan sudah tidak cemas lagi

O : Ibu mampu menjelaskan kembali apa yang sudah dijelaskan oleh petugas/bidan

Ibu bersedia melakukan asuhan yang telah diberikan bidan

A : Tujuan jangka pendek tercapai

P :

- 1) Mengingatkan kembali pada ibu untuk olahraga teratur dan posisi tubuh saat beraktivitas
- 2) Mengajarkan pada ibu mengenai bodi mekanik pada saat mengambil barang
- 3) Mengingatkan kembali pada ibu untuk banyak mengkonsumsi makanan yang mengandung tinggi serat dan minum air putih lebih banyak
- 4) Menekankan kembali pada ibu mengenai nutrisi yang bergiozi untuk ibu hamil
- 5) Menganjurkan pada ibu untuk segera datang kembali jika keluhan masih belum juga berkurang atau hilang dan jika ada tanda bahaya kehamilan atau ada tanda-tanda persalinan

- 6) Menganjurkan pada ibu untuk datang kembali 1 minggu lagi pada tanggal 18-04-2021

EVALUASI/CATATAN PERKEMBANGAN

Tanggal : 18-04-2021

Jam : 16.00 WIB

S : Ibu mengatakan ingin kunjungan ulang untuk memeriksakan kehamilannya dan saat ini tidak ada keluhan

O : KU : Baik

Kesadaran : Composmentis

TTV : TD : 110/80 mmHg

N : 80x/menit

S : 36,7°C

RR : 20x/menit

BB : 53 kg

BB terakhir periksa: 52 kg(11-04-2021)

TFU : 29 cm

DJJ : 145x/menit

Leopold I : TFU teraba pertengahan antara pusat dengan prosesus xyphoideus (29 cm), teraba lunak, kurang bulat, tidak mudah dilentangkan

Leopold II : Kiri : teraba bagian kecil janin.

Kanan: teraba keras, datar dan memanjang seperti papan

Leopold III : teraba keras, bulat dan mudah digoyangkan dan bagian terendah janin belum masuk PAP

Leopold IV : tidak dilakukan karena belum masuk PAP

A : Tujuan jangka panjang tercapai sebagian

P :

- 1) Memberitahu ibu hasil pemeriksaan bahwa keadaannya dan janinnya dalam kondisi baik
- 2) Memberikan HE pada ibu mengenai nutrisi
- 3) Menganjurkan ibu untuk sujud-sujud dirumah agar bagian terendah janin segera turun
- 4) Menganjurkan pada ibu untuk melakukan pemeriksaan USG di RSIA Khodijah Sidayu
- 5) Memberikan surat pengantar pemeriksaan USG pada ibu
- 6) Menganjurkan pada ibu untuk berhati-hati saat beraktivitas dan menghindari aktivitas berat
- 7) Mengingatkan kembali pada ibu tentang tanda-tanda persalinan dan persiapan persalinan
- 8) Menganjurkan pada ibu untuk segera datang jika ada keluhan dan jika merasakan ada tanda-tanda persalinan

b. Riwayat Keluhan Utama (PQRST)

Ibu mengatakan perutnya mulai kenceng-kenceng sejak kemarin malam 24-04-2021 pukul 21.00 wib, kenceng dirasa menjalar sampai ke punggung dan tidak hilang dengan istirahat, semakin sering tidak hilang dengan istirahat, dengan durasi \pm 2 menit dan ibu datang ke bidan pada 25-04-2021 jam 04.00 WIB

3) Riwayat Obstetri

(a) Riwayat Kehamilan Sekarang.

Ibu mengatakan periksa kehamilan :

TRIMESTER I	TRIMESTER II	TRIMESTER III
<p>Periksa 2 kali, Saat UK: 7 & 11 mgg</p> <p>Keluhan: Mual Muntah, Lemes dan Pusing</p> <p>Terapi yang didapat: (Fe, Kalk, As.folat,TT), lain2: Folamin</p> <p>HE :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hindari makanan yang berminyak dan memicu mual muntah • Anjurkan ibu tetap makan dengan porsi sedikit tapi sering • Anjurkan pasien untuk istirahat cukup 	<p>Periksa 3 kali, Saat UK 13, 16, 22 mgg</p> <p>Keluhan: Pusing, Sakit Gigi</p> <p>Terapi yang didapat: (Fe, Kalk, As.folat,TT), lain2: Pacetik, Trimakal,SF</p> <p>HE :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan pasien istirahat cukup • Hindari melakukan aktivitas berat • Hindari mengkonsumsi makanan yang mengandung gula berlebih 	<p>Periksa 5 kali, Saat UK : 27, 31, 35, 38, 39 minggu</p> <p>Keluhan: Nyeri Punggung Bagian Bawah dan Sembelit</p> <p>Terapi yang didapat: (Fe, Kalk, As.folat,TT), lain2: Likokalk, Folamin, SF, Gentamisin</p> <p>HE :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ajarkan mengenai bodi mekanik ssaat mengambil barang dan posisi tubuh saat aktivitas • Anjurkan banyak minum air putih dan konsumsi makanan yang mengandung tinggi serat • Jelaskan mengenai tanda persalinan • Jelaskan mengenai persiapan persalinan

(b) Pergerakan Janin

- Pertama kali dirasakan : 5 bulan
- Frekuensi pergerakan janin dalam 3 jam terakhir : 6-7 kali

(c) Riwayat Kehamilan, Persalinan, Nifas dan Anak yang lalu

Suami ke -	Kehamilan			Jenis Pers	Persalinan			BBL			Nifas	
	Ke	UK	Peny		Penolong	Tmpt	Peny	Sex	BB/PB	H/M	Keadaan	Laktasi
1	1	40 mgg	-	B E	R S	A L	I	N		I	N	I

4) Riwayat kontrasepsi

Ibu mengatakan setelah menikah tidak pernah menggunakan kontrasepsi apapun. Setelah melahirkan nanti berencana untuk menggunakan alat kontrasepsi.

5) Riwayat ginekologi

Ibu mengatakan tidak pernah menderita penyakit menular seksual seperti keputihan berwarna hijau, berbau dan gatal. Sakit saat buang kecil, terasa panas dan nyeri pada daerah vagina. Pada saat periksa ANC Terpadu di Puskesmas ibu tidak menderita penyakit HIV AIDS (hasilnya HIV : Non Reaktif)

6) Riwayat kesehatan sekarang

Ibu mengatakan tidak sedang menderita penyakit menular seperti batuk menahun tidak sembuh (TBC), penyakit menurun seperti sering buang air kecil (DM), dan penyakit menahun seperti jantung sering berdebar-debar, keringat dingin (Jantung).

7) Riwayat kesehatan yang lalu

Ibu mengatakan tidak sedang menderita penyakit menular seperti batuk menahun tidak sembuh (TBC), penyakit menurun seperti sering buang air kecil dan jika ada luka proses penyembuhannya lama (DM), dan penyakit menahun seperti jantung sering berdebar-debar, keringat dingin (Jantung).

8) Riwayat kesehatan keluarga

Ibu mengatakan tidak sedang menderita penyakit menular seperti batuk menahun tidak sembuh disertai darah (TBC), penyakit menurun seperti sering buang air kecil dan jika ada luka proses penyembuhannya lama (DM), dan penyakit menahun seperti jantung sering berdebar-debar, keringat dingin (Jantung), dan tidak ada keturunan kembar.

9) Pola Kebiasaan

Ibu mengatakan tidak pernah merokok, minum-minuman keras, tidak pernah mengkonsumsi narkoba dan tidak minum jamu tradisional.

10) Keadaan psikososial

Ibu mengatakan merasa tidak sabar menunggu kelahiran bayinya dan ibu juga merasa cemas karena akan memasuki proses persalinan

11) Latar belakang sosial budaya

Ibu mengatakan bahwa dilingkungan/daerah sekitar tempatnya tinggal tidak ada budaya atau adat istiadat yang dapat menghambat proses persalinannya

12) Pola Kesehatan Fungsional Selama Hamil

(a) Pola Nutrisi

Saat persalinan : Ibu mengatakan makan sahur kira-kira jam 3 dirumah sebelum dibawah kerumah bidan, saat dibidan makan kurma 3 biji, minum air putih \pm 600 ml

(b) Pola Istirahat dan Tidur (ada keluhan atau tidak)

Saat persalinan : Ibu mengatakan setelah sholat tarawih berjamaah dimasjid ibu pulang dan segera tidur sekitar 24-04-2021 pukul 22.00 wib
Ibu mengatakan datang ke bidan langsung terasa dorongan untuk meneran jadi tidak tidur

(c) Pola Eliminasi

Saat persalinan : Ibu mengatakan BAB terakhir pada kemarin pagi (24-04-2021), BAK terakhir pada 25-04-2021 pukul 02.00 wib

(d) Pola Aktifitas

Saat persalinan : Ibu mengatakan aktivitas terakhir hanya memasak menyiapkan makan sahur untuk suaminya

(e) Pola Seksual

Saat persalinan : Ibu mengatakan tidak melakukan hubungan seksual sama sekali pada akhir kehamilan

2. DATA OBYEKTIF

1) Pemeriksaan Umum Dan Obstetri

- a. Keadaan umum : Baik
- b. Kesadaran : Composmentis
- c. Keadaan emosional : Kooperatif

d. Tanda – tanda vital

TD : 115/77 mmHg

Nadi : 88x/menit Teratur

RR : 20x/menit Teratur

Suhu : 36°C

e. Antropometri

BB sebelum hamil : 43 Kg

BB periksa hamil terakhir : 52Kg

BB sekarang : 53 Kg

Tinggi badan : 155 Cm

LILA : 24 Cm

2) Pemeriksaan Fisik

(1) Kepala : Kulit kepala bersih, rambut bersih, rambut tidak rontok,
tidak

ada ketombe, tidak ada bekas luka, tidak ada benjolan

abnormal dan tidak nyeri tekan

(2) Muka : Tidak oedem, tidak pucat, wajah simetris, dan tidak ada
cloasma gravidarum.

- (3) Mata : simetris, sclera putih tampak gambaran tipis pembuluh darah, conjungtiva merah muda, tidak ada secret.
- (4) Hidung : tidak ada secret, tidak ada polip, terdapat rambut halus.
- (5) Mulut : bibir lembab, lidah bersih, warna merah muda
- (6) Telinga : Simetris, tidak ada serumen, membran timpani utuh, warna putih mengkilat
- (7) Leher : tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada bendungan vena jugularis, tidak ada pembesaran kelenjar limfe, tidak ada kaku kuduk.
- (8) Dada : tidak ada suara nafas tambahan, tidak ada krepitasi, tidak ada nyeri tekan, tidak ada massa, tidak oedem.
- (9) Payudara : Simetris, terjadi hiperpigmentasi areola dan puting susu, konsistensi kenyal, puting susu menonjol, tidak ada benjolan abnormal, colostrum belum keluar
- (10) Abdomen (GI track): Tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembesaran organ, perkusi timpani.
- (11) Genetalia : tidak ada varises, terdapat pengeluaran berupa lendir
- (12) Anus : bersih, tidak terdapat hemoroid
- (13) Ekstremitas :
- Atas : Pergerakan bebas, akral hangat, tidak oedem.
- Bawah : Pergerakan bebas, akral hangat, tidak oedem, reflek patella +/+

3) Pemeriksaan obstetri

(1) Inspeksi

Pembesaran abdomen : Pembesaran abdomen sesuai dengan usia kehamilan.

Keadaan dinding abdomen : Tidak ada luka bekas operasi, terdapat striae livida dan linea nigra.

Gerakan janin : Terlihat 3 kali saat pemeriksaan

(2) Palpasi

Leopold I :TFU teraba pertengahan antara pusat dengan prosesus xyphoideus (30 cm), teraba lunak, kurang bulat, tidak mudah dilentingkan

Leopold II : Kiri : teraba bagian kecil janin.

Kanan : teraba keras, datar dan memanjang seperti papan

Leopold III : Teraba keras, bulat dan tidak mudah digoyangkan

Leopold IV : Divergen teraba 1/5 bagian janin (kepala janin sudah masuk PAP)

(3) Auskultasi DJJ dengan Doppler : DJJ terdengar jelas di atas pusat sedikit ke samping perut ibu bagian kanan pada punggung janin, frekuensi 145 x/mnt

(4) TBJ :

Menggunakan rumus Johnson Tausack

Rumus = (TFU dalam cm – N) x 155

= (30-11)x155= 2.945 Gram

Rumus Lohson

Nilai N =

11 : Jika kepala masih berada dibawah spina iskhiadika

12 : Jika kepala masih berada diatas spina iskhiadika

13 : Jika kepala belum melewati PAP

Rumus = (TFU dalam cm – N) x 155

$$= (30-11) \times 155 = 2.9450 \text{ gram}$$

Nilai N =

11 : Jika kepala sudah masuk PAP

12 : Jika kepala belum masuk PAP

(5) Pemeriksaan panggul :

a) Pemeriksaan panggul luar:(tidak dilakukan)

b) Pemeriksaan dalam : Perineum elastis dan tampak menonjol, vulva dan sfingtar ani membuka.

c) Pembukaan : \varnothing 10 cm, eff 100 %, ket (-), pres, bel.kep, uuk kiri depan, Molase 0, H IV, tidak teraba bagian kecil janin disamping presentasi.

4) Pemeriksaan Penunjang (26-10-2020)

Hb : 11,5 gr Urin : Protein (-) Reduksi (-)

HBS Ag : Negatif Gol Darah : -

HIV : Non Reaktif

3.2.2 INTERPRETASI DATA

Diagnosa : Ny."N" G₁P₀₀₀₀ UK 40 minggu H/T/IU/Pres. Kepala/ Pu-Ka/ K/U ibu dan janin baik Inpartu kala II

DS : Ibu mengatakan bahwa ini adalah kehamilan yang pertama, hari pertama haid terakhir pada tanggal 19-07-2020. Ibu merasakan perutnya mulai kenceng-kenceng sejak tanggal 24-04-2021 mulai pukul 21.00 WIB, kenceng-kenceng dirasa menjalar sampai ke punggung dan tidak hilang dengan istirahat, kenceng-kenceng semakin sering dan ibu datang ke bidan pukul 04.00/25-04-2021 WIB.

DO: Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

TTV : TD : 115/77 mmHg

N : 88x/menit

S : 36°C

RR : 20x/menit

Leopold I : Teraba pertengahan pusat dengan px (30 cm), teraba kurang bulat, lunak tidak dapat digoyangkan (bokong)

Leopold II : Kiri : Teraba bagian kecil janin (ekstremitas)

Kanan : Teraba keras, datar, memanjang seperti papan (punggung).

Leopold III : Teraba bulat, keras, tidak mudah dilentingkan (kepala)

Leopold IV : Divergen teraba 1/5 bagian janin (kepala janin sudah masuk PAP)

TFU : 30 cm

EFW : 2.945 gram

Auskultasi DJJ : 145x menit teratur dengan menggunakan dopler

Pemeriksaan dalam : Ø 10 cm, eff 100 %, ket (-), pres, bel.kep, uuk kiridepan, Molase 0, H IV, tidak teraba bagian kecil janin disamping presentasi.

3.2.3 IDENTIFIKASI MASALAH POTENSIAL

-

3.2.4 IDENTIFIKASI KEBUTUHAN SEGERA

-

3.2.5 INTERVENSI

A. Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan dalam waktu selama ≤ 2 jam (ibu primigravida) diharapkan ibu dapat melewati kala II dengan normal dan masuk kala III

Kriteria hasil :

- TTV dalam batas normal (110/70 – 140 /90 mm Hg), suhu (36°C – 37°C), Nadi (60-90x/menit) , RR : (16-20x/Menit)
- UC baik
- TFU dalam batas normal (setinggi pusat)
- Perdarahan kala II ≤ 250 cc
- Djj dalam batas normal 120 – 160x/Menit
- Bayi lahir spontan
- Bayi menangis kuat, kulit kemerahan, gerakan aktif

B. Planing

No.	Perencanaan	Rasional
1.	Jelaskan hasil pemeriksaan pada pasien dan keluarga.	Penyampaian dengan penjelasan tentang hasil pemeriksaan kepada ibu dapat mengetahui perkembangan seta merupakan tujuan utama pemeriksaan intranatal yang berkualitas
2.	Anjurkan ibu untuk berbaring dalam posisi miring ke kiri	Miring ke kiri dapat mencegah penekanan pada vena cava inferior yang

		dapat menyebabkan aliran darah terhambat sehingga berbaring miring ke kiri aliran darah dan oksigen ke janin lancar
3.	Libatkan suami dan keluarga dalam persalinan	Memberikan dukungan kepada ibu agar semangat dan optimis menghadapi persalinan
4.	Beri hidrasi ibu dengan air putih	Dengan pemberian hidrasi oral akan menjaga keseimbangan cairan dalam tubuh sehingga tidak terjadi dehidrasi dan kelelahan serta pemakaian cadangan kalori yang berlebihan
5.	Observasi DJJ setiap 30 menit dan his setiap 10 menit	Djj untuk memantau keadaan janin dan his untuk menilai keadaan ibu
6.	Ajarkan ibu teknik meneran yang benar	Dengan dagu diatas dada dan Tarik kaki kearah dada. Ambil napas dalam-dalam ketika kontraksi datang kemudian mengejan seperti bab tanpa sara mata melihat kearah prut ibu
7.	Siapkan partus set, pakaian ibu dan pakaian bayi	Untuk mempersiapkan peralatan siap pakai saat pembukaan telah lengkap

3.2.6 IMPLEMENTASI

Tanggal/jam	Pelaksanaan Tindakan	Paraf
25-04-2021 /04.05 WIB	1. Menjelaskan hasil pemeriksaan pada pasien dan keluarga R/ TTV :TD : 115/77 mmhg Suhu : 36, ⁰ C Nadi : 88x/menit RR : 20x/menit DJJ : 145 x/menit His 5x dalam 10 menit dengan lama 40 detik. VT : Pembukaan lengkap	
	2. Menganjurkan ibu untuk miring kiri	
	3. Melibatkan suami dan keluarga dalam persalinan untuk mendukung ibu, memberi semangat, serta mendampingi saat persalinan	
	4. Memberikan ibu minum air putih kepada ibu agar tidak lemas saat mengejan	
	5. Menyiapkan partus set, pakaian ibu dan pakaian bayi	
	6. Mengobservasi DJJ setiap 30 menit dan his setiap 10 menit	
	7. 60 langkah APN Melihat adanya tanda kala dua persalinan yaitu doran teknus perjol vulka.	
	1) Memakai celemek atau bahan yang tidak tembus cairan. 2) Melepaskan dan menyimpan semua perhiasan, mencuci tangan, lalu dikeringkan. 3) Memakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam. 4) Mengisap oksitosin 10 unit ke dalam tabung suntik	

	<p>(dengan memakai sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril) dan meletakkan kembali di partus set/wadah disinfeksi tingkat tinggi atau steril.</p> <ol style="list-style-type: none">5) Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang sudah dibasahi air disinfeksi tingkat tinggi.6) Melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap.7) Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5% dan kemudian melepaskannya dalam keadaan terbalik serta merendamnya di dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Mencuci kedua tangan .8) Memeriksa Denyut Jantung Janin (DJJ) setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal.9) Memberitahu kepada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan bahwa pembukaan lengkap dan segera melahirkan.10) Meminta salah satu keluarga untuk mendampingi ibu saat proses persalinan dan membantu ibu memposisikan posisinya.11) Melakukan pimpinan meneran saat Ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran.12) Memposisikan ibu pada posisi yang nyaman13) Kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, meletakkan handuk bersih di atas perut ibu untuk mengeringkan bayi.	
--	--	--

	<ol style="list-style-type: none">14) Meletakkan kain yang bersih dilipat 1/3 bagian, di bawah bokong ibu.15) Membuka partus set.16) Memakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan.17) kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain tadi, letakkan tangan yang lain di kelapa bayi dan lakukan tekanan yang lembut dan tidak menghambat pada kepala bayi, membiarkan kepala keluar perlahan-lahan.18) Memeriksa lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan kemudian meneruskan segera proses kelahiran bayi.19) Menunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.20) Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, tempatkan kedua tangan di masing-masing sisi muka bayi. Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi berikutnya. Dengan lembut menariknya ke arah bawah dan kearah keluar hingga bahu anterior muncul di bawah arkus pubis dan kemudian dengan lembut menarik ke arah atas dan ke arah luar untuk melahirkan bahu posterior.21) Setelah kedua bahu dilahirkan, menelusurkan tangan mulai kepala bayi yang berada di bagian bawah ke arah perineum tangan, membiarkan bahu dan lengan posterior lahir ke tangan tersebut. Mengendalikan kelahiran siku dan tangan bayi saat melewati perineum, gunakan lengan bagian	
--	--	--

	<p>bawah untuk menyangga tubuh bayi saat dilahirkan. Menggunakan tangan anterior (bagian atas) untuk mengendalikan siku dan tangan anterior bayi saat keduanya lahir.</p> <p>22) Setelah tubuh dari lengan lahir, menelusurkan tangan yang ada di atas (anterior) dari punggung ke arah kaki bayi untuk menyangganya saat panggung dari kaki lahir. Memegang kedua mata kaki bayi dengan hati-hati membantu kelahiran kaki.</p> <p>23) Menilai bayi dengan cepat (bayi lahir spontan belakang kepala, menangis kuat, kulit berwarna kemerahan, jenis kelamin perempuan, A-S 7-8), kemudian meletakkan bayi di atas perut ibu dengan posisi kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya (bila tali pusat terlalu pendek, meletakkan bayi di tempat yang memungkinkan).</p> <p>24) Segera mengeringkan bayi, mulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lainnya kecuali kedua tangan tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan handuk atau kain kering. Memastikan bayi dalam posisi dan kondisi aman diperut bagian bawah ibu.</p>	
--	---	--

3.2.7 EVALUASI / CATATAN PERKEMBANGAN

Tanggal :25-04-2021 Jam: 05.10WIB

S : Ibu mengatakan lega dengan kelahiran anaknya.

Ibu mengatakan perutnya mules

O : Bayi lahir spontan belakang kepala, menangis kuat, kulit berwarna kemerahan, jenis kelamin perempuan, A-S 7-8, plasenta belum keluar.

A : Ny."N" P₁₀₀₁ Kala II berjalan normal memasuki kala III.

P :

Tujuan : Setelah dilakukan Asuhan Kebidanan selama ± 30 menit diharapkan ibu dapat melewati kala III normal dan memasuki kala IV dengan kriteria hasil :

- Plasenta lahir ≤ 30 menit
- Plasenta lahir lengkap (kotoledon ± 16-24 kotiledon, tidak ada pengapuran, terdapat 3 pembuluh darah, tidak terdapat odem)
- TFU dalam batas normal (2 jari bawah pusat)
- Kandung kemih kosong
- UC keras
- Perdarahan ≤ 500 cc

Tanggal/ Jam	Penatalaksanaan	Paraf
	25) Memeriksa kembali uterus untuk memastikan kehamilan tunggal. R/ Kehamilan tunggal 26) Memberi tahu kepada ibu bahwa akan disuntik. R/ Pasien bersedia 27) Dalam waktu 1 menit setelah kelahiran bayi, memberikan	

	<p>suntikan oksitosin 10 unit IM di 1/3 paha kanan atas ibu bagian luar, setelah mengaspirasinya terlebih dahulu.</p> <p>R/ Pasien bersedia</p> <p>28) Menjepit tali pusat menggunakan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Melakukan urutan pada tali pusat mulai dari klem ke arah ibu dan memasang klem kedua 2 cm dari klem pertama (ke arah ibu).</p> <p>29) Memegang tali pusat dengan satu tangan, melindungi bayi dari gunting dan memotong tali pusat di antara dua klem tersebut dan dilakukan pengkleman tali pusat dengan klem umbilical.</p> <p>30) Memberikan bayi kepada ibunya dan menganjurkan ibu untuk memeluk bayinya dan memulai pemberian ASI jika ibu menghendakinya.</p> <p>R/ Ibu bersedia</p> <p>31) Memindahkan klem pada tali pusat 5-10 cm didepan vulva.</p> <p>32) Meletakkan satu tangan diatas kain yang ada di perut ibu, tepat di atas tulang pubis, dan menggunakan tangan ini untuk melakukan palpasi kontraksi dan menstabilkan uterus. Memegang tali pusat dan klem dengan tangan yang lain.</p> <p>33) Menunggu uterus berkontraksi dan kemudian melakukan penegangan ke arah bawah pada tali pusat dengan lembu sambil tangan lain melakukan dorsokranial.</p> <p>34) kemudian ke arah atas, mengikuti kurve jalan lahir sambil meneruskan tekanan berlawanan arah pada uterus. Lakukan ptt hingga plasenta lahir.</p> <p>35) plasenta terlihat di introitus vagina, melanjutkan kelahiran plasenta dengan menggunakan kedua tangan.</p> <p>36) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, melakukan masase uterus, meletakkan telapak tangan di</p>	
--	---	--

	<p>fundus dan melakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus menjadi keras).</p> <p>37) Memeriksa kedua sisi plasenta baik yang menempel ke ibu maupun janin dan selaput ketuban untuk memastikan bahwa selaput ketuban lengkap dan utuh. Meletakkan plasenta di dalam kantong plastik atau tempat khusus.</p>	
--	--	--

CATATAN PERKEMBANGAN

Tanggal : 25-04-2021

Jam: 05.20 WIB

S : Ibu mengatakan lega dengan ari-arinya yang sudah keluar

O : Jam 05.15 WIB, plasenta lahir lengkap, kotiledon berwarna merah tua, tidak teradapat oedema, diameter plasenta 25 cm, tebal 1 cm, 24 kotiledon, selaput ketuban utuh insersi tali pusat sentralis, panjang \pm 28 cm, terdapat 3 pembuluh darah (2 arteri 1 vena).

TTV :TD : 110/70 mmHg

Suhu : 36,2°C

Nadi : 84 x/menit

RR : 20 x/menit

UC keras (baik), TFU 2 Jari dibawah pusat, kandung kemih kosong, perdarahan \pm 150cc, genetalia terdapat laserasi derajat 2.

BB Bayi: 3200 gram

PB Bayi: 50 Cm.

JK : Perempuan

A : Ny."N" P₁₀₀₁ Kala III berjalan normal memasuki Kala IV

P :

Tujuan : Setelah dilakukan Asuhan Kebidanan selama \pm 2 jam diharapkan ibu dapat melewati kala IV secara normal dengan kriteria hasil :

- TTV dalam batas normal TTV dalam batas normal (110/70 – 140 /90 mm Hg), suhu (36°C – 37°C), Nadi (60-90x/menit) , RR : (16-20x/Menit)
- TFU dalam batas normal (2 jari bawah pusat)
- Perdarahan \leq 500 cc
- Kandung kemih kosong
- UC keras

Tanggal/ Jam	Penatalaksanaan	Paraf
	38) Mengevaluasi adanya laserasi pada vagina dan perineum dan segera menjahit laserasi yang mengalami perdarahan aktif. 39) Menilai ulang uterus dan memastikannya berkontraksi dengan baik. 40) Memastikan kandung kemih kosong. 41) Mencelupkan kedua tangan yang memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5 %, membilas kedua tangan yang masih bersarung tangan tersebut dengan air disinfeksi tingkat tinggi dan mengeringkannya dengan kain yang bersih dan kering. 42) Mengajarkan pada ibu/keluarga bagaimana melakukan masase uterus dan memeriksa kontraksi uterus. 43) Mengevaluasi kehilangan darah. 44) Memeriksa nadi ibu pastika ku ibu baik. 45) Memantau keadaan bayi dan memastikan bahwa bayi bernafas dengan baik (40-60x/menit).	

	<p>46) Menempatkan semua peralatan di dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Mencuci dan membilas peralatan setelah dekontaminasi.</p> <p>47) Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke dalam tempat sampah yang sesuai.</p> <p>48) Membersihkan ibu dengan menggunakan air disinfeksi tingkat tinggi. Membersihkan cairan ketuban, lendir dan darah. Membantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.</p> <p>49) Memastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI . menganjurkan keluarga untuk memberikan minum dan makan.</p> <p>50) Mendekontaminasi daerah yang digunakan untuk melahirkan dengan larutan klorin 0,5% dan membilas dengan air bersih.</p> <p>51) Mencilupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, membalikkan bagian dalam ke luar dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.</p> <p>52) Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan tangan.</p> <p>53) Memakai sarung tangan bersih/DTT untuk melakukan pemeriksaan fisik bayi.</p> <p>54) Melakukan pemeriksaan fisik bayi baru lahir. Pastikan kondisi bayi baik, pernafasan dan suhu normal.</p> <p>55) Setelah 1 jam melakukan pemberian suntikan vitamin K 1 mg pada 1/3 paha bagian kiri anterolateral distal. Dan 2 jam dari bayi lahir memberikan imunisasi hepatitis B 0,5 ml pada 1/3 paha bagian kanan anterolateral distal. Meletakkan bayi dijangkauan ibu</p> <p>56) Melepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam dalam larutan klorin 0,5 % selama 10 menit.</p>	
--	---	--

	57) Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian dikeringkan, 58) Melengkapi partograf (halaman depan dan belakang), memeriksa tanda vital dan asuhan kala IV persalinan.	
--	---	--

3.3 NIFAS

3.3.1 Pengkajian (Kunjungan Ke-1 6 jam Post Partum)

Tanggal MKB : 25-04-2021 Pukul : 04.00 WIB

Tanggal Pengkajian : 25-04-2021 Pukul : 11.00 WIB

Oleh : Baiq Zuhriyati Jalilah

1. Data Subyektif

1) Identitas Klien

Nama istri	: Ny. "N"	Nama Suami	: Tn. "R"
Umur	: 23 Tahun	Umur	: 24 Tahun
Suku/Bangsa	: Jawa/Indonesia	Suku/Bangsa	: Jawa/INA
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: Strata I	Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Wiraswasta
Status pernikahan	: Kawin Sah		
Nikah	: 1 Kali		
Usia nikah I	: 22 Tahun		
Lama nikah	: 1 Tahun		
Penghasilan keluarga/bln	: ± 2.500.000/bln		
Alamat	:Tajung Rejo 2/13 Pangkah Wetan Ujungpangkah		

No. Telp / HP : 08161506xxxx

2) Keluhan

a. Keluhan utama

Perut mules, nyeri jahitan

b. Riwayat Keluhan Utama (PQRST)

Pasien mengatakan telah melahirkan anak pertama pada pukul 05.10/6 jam yang lalu, saat ini perut mules dan nyeri pada luka jahitan

3) Riwayat Menstruasi

Menarche : 15 tahun

Siklus : 28-30 hari

Teratur/ tidak : teratur

Lama : 5-7 hari

Konsistensi : cair kadang sedikit bergumpal

Jumlah : 1 hari 2-3 pembalut

Four albus : tidak

Dishminorhea : 1-2 hari saat haid

Status Imunisasi TT : Lengkap (status TT dilihat dari Buku KIA)

4) Riwayat Obstetri

(1) Riwayat Kehamilan Sekarang.

Ibu mengatakan periksa kehamilan :

TRIMESTER I	TRIMESTER II	TRIMESTER III
Periksa 2 kali, Saat UK: 7 & 11 mgg	Periksa 3 kali, Saat UK 13, 16, 22 mgg	Periksa 5 kali, Saat UK : 27, 31, 35, 38, 39 minggu

<p>Keluhan: Mual Muntah, Lemes dan Pusing</p> <p>Terapi yang didapat: (Fe, kalk, As.folat, TT), lain2: Folamin</p> <p>HE :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hindari makanan yang berminyak dan memicu mual muntah • Anjurkan ibu tetap makan dengan porsi sedikit tapi sering • Anjurkan pasien untuk istirahat cukup 	<p>Keluhan: Pusing, Sakit Gigi</p> <p>Terapi yang didapat: (Fe, Kalk, As.folat, TT), lain2: Pacetik, Trimakal, SF</p> <p>HE :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan pasien istirahat cukup • Hindari melakukan aktivitas berat • Hindari mengkonsumsi makanan yang mengandung gula berlebih 	<p>Keluhan: Nyeri Punggung Bagian Bawah dan Sembelit</p> <p>Terapi yang didapat: (Fe, Kalk, As.folat, TT), lain2: Likokalk, Folamin, SF, Gentamisin</p> <p>HE :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ajarkan mengenai bodi mekanik ssaat mengambil barang dan posisi tubuh saat aktivitas • Anjurkan banyak minum air putih dan konsumsi makanan yang mengandung tinggi serat • Jelaskan mengenai tanda persalinan • Jelaskan mengenai persiapan persalinan
--	--	---

(2) Riwayat Kehamilan, Persalinan, Nifas dan Anak yang lalu

Suami ke -	Kehamilan			Jenis Pers	Persalinan			BBL			Nifas	
	Ke	UK	Peny		Pnl g	Tmp	Peny	Sex	BB/PB	H/M	Keadaan	Laktasi
1	1	40 mg g	Tidak ada	Spontan	Bidan	PM B	Tidak ada		3200gr 50 cm	H	NIF AS	INI

(3) Riwayat persalinan sekarang

Tempat dan penolong : PMB Hj. Masbahah Hanim, SST

Mulai merasa mules : 09.00 WIB Kelainan/ penyulit : -

Tipe persalinan : Spontan

Kelainan ketuban

- Pecah tanggal/ jam : Pecah sejak tanggal 25-04-2021/04.00 wib
- Warna : Jernih Bau : anyir
- Keadaan bayi :
- Jenis Kelamin : Perempuan Hidup/Mati : Hidup
- BB/PB : 3200 gram / 50 cm A-S : 7-8
- Kelainan/tidak : Tidak

5) Riwayat kontrasepsi

Ibu mengatakan setelah menikah tidak pernah menggunakan kontrasepsi apapun. Setelah masa nifas selesai ibu berencana untuk menggunakan alat kontrasepsi.

6) Riwayat ginekologi

Ibu mengatakan tidak pernah menderita penyakit menular seksual seperti keputihan berwarna hijau, berbau dan gatal. Sakit saat buang kecil, terasa panas dan nyeri pada daerah vagina. Pada saat pemeriksaan ANC Terpadu di Puskesmas ibu tidak menderita penyakit HIV AIDS (hasilnya HIV : Non Reaktif)

7) Riwayat kesehatan sekarang

Ibu mengatakan tidak sedang menderita penyakit menular seperti batuk menahun tidak sembuh (TBC), penyakit menurun seperti sering buang air kecil (DM), dan penyakit menahun seperti jantung sering berdebar-debar, keringat dingin (Jantung).

8) Riwayat kesehatan yang lalu

Ibu mengatakan tidak sedang menderita penyakit menular seperti batuk menahun tidak sembuh (TBC), penyakit menurun seperti sering buang air kecil dan jika ada luka proses penyembuhannya lama (DM), dan penyakit menahun seperti jantung sering berdebar-debar, keringat dingin (Jantung).

9) Riwayat kesehatan keluarga

Ibu mengatakan tidak sedang menderita penyakit menular seperti batuk menahun tidak sembuh disertai darah (TBC), penyakit menurun seperti sering buang air kecil dan jika ada luka proses penyembuhannya lama (DM), dan penyakit menahun seperti jantung sering berdebar-debar, keringat dingin (Jantung), dan tidak ada keturunan kembar.

10) Pola Kebiasaan

Ibu mengatakan tidak pernah merokok, minum-minuman keras, tidak pernah mengkonsumsi narkoba dan tidak minum jamu tradisional.

11) Keadaan psikososial

Ibu mengatakan merasa tidak sabar menunggu kelahiran bayinya dan ibu juga merasa cemas karena akan memasuki proses persalinan

12) Latar belakang sosial budaya

Ibu mengatakan bahwa pada lingkungan sekitar/daerah diwilayahnya tinggal tidak ada adat istiadat atau budaya yang membahayakan atau menghambat ibu menjalani masa nifas

13) Pola kebiasaan Sehari-hari

(1) Pola nutrisi

Nifas 6 jam PP :Ibu mengatakan sudah makan dan minum sedikit setelah melahirkan bayinya

(2) Pola eliminasi

Nifas 6 jam PP : Ibu mengatakan belum BAB, BAK 2x

(3) Pola aktifitas

Nifas 6 jam PP :Ibu mengatakan sudah tidak lemas lagi, sudah dapat menggendong bayinya

(4) Pola istirahat dan tidur

Nifas 6 jam PP :Setelah melahirkan ibu belum tidur sama sekali

(5) Pola personal hygiene

Nifas 6 jam PP :Ibu mengatakan ibu dapat berjalan ke kamar mandi sendiri dengan dibantu suami

(6) Pola seksual

Nifas 6 jam PP : Ibu mengatakan belum melakukan hubungan seksual

14) Pengetahuan dan Kemampuan Ibu

(1)Perawatan bayi dan tali pusat

Ibu mengatakan belum mengerti cara merawat tali pusat yang benar yaitu tali pusat hanya dibungkus dengan kasa tanpa ditambahi apapun.

(2)Memandikan bayi

Ibu mengatakan sudah mengerti cara memandikan bayi yang benar. Dengan cara menggunakan air hangat dan waslap, basuh wajah dengan

lembut dan rambut kemudian menggunakan sabun, kemudian bilas dengan air hangat

(3)Perawatan payudara

Ibu mengatakan belum mengerti cara merawat payudara dengan membersihkan kotoran payudara dengan air hangat lalu melakukan masase memutar selama 5-10 menit

(4)Meneteki

Ibu mengatakan sudah mengerti cara meneteki yang benar yaitu perut bayi menempel dengan perut ibu, sebagian besar daerah areola masuk ke mulut bayi

(5)Personal higyene

Ibu mengatakan sudah mengerti cara membersihkan diri tetapi belum mengerti cara meberishkan area genetalia karena ada luka jahitan perineum

(6)Pemeriksaan ulang

Ibu belum mengetahui kapan harus kembali kontrol

(7)Tanda bahaya nifas

Ibu belum mengerti tentang tanda bahaya ibu nifas

(8)Rencana pemakaian KB

Ibu mengatakan akan menggunakan KB suntik 3 bulan setelah melahirkan

2. Data Objektif

1) Pemeriksaan Umum

Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

TTV : TD : 110 / 70 mmHg N : 80 x/menit

S : 36,5°C RR : 20 x/menit

2) Pemeriksaan Fisik

(1) Kepala : Warna hitam, Kulit kepala bersih, tidak ada ketombe, rambut

tidak rontok, tidak ada bekas luka, tidak ada benjolan abnormal dan tidak nyeri tekan

(2) Muka : Tidak oedem, tidak pucat.

(3) Mata : Simetris, tidak ada secret, sclera putih tampak gambaran tipis

pembuluh darah, conjungtiva merah muda.

(4) Hidung : Simetris, tidak ada secret, tidak ada polip, pernafasan tampak

spontan.

(5) Mulut : Bibir lembab, warna kemerahan, tidak ada stomatitis

(6) Telinga : Simetris, tidak ada serumen, membran timpani utuh, warna putih mengkilat

(7) Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada bendungan vena jugularis, tidak ada pembesaran kelenjar limfe.

- (8) Dada : Simetris, tidak ada suara nafas tambahan, tidak ada krepitasi,
tidak ada nyeri tekan, tidak ada massa, tidak oedem,
- (9) Payudara : Simetris, terjadi hiperpigmentasi areola dan puting susu,
puting susu menonjol, colostrum keluar sedikit-sedikit,
tidak
ada benjolan dan tidak ada nyeri tekan.
- (10) Abdomen : Tidak ada luka bekas operasi, terdapat striae livide, TFU 2
jari
bawah pusat, UC bulat dan keras, KK kosong.
- (11) Genitalia : Terdapat luka jahitan perineum yang masih basah, tidak
ada
kemerahan ataupun tanda-tanda infeksi.
- (12) Anus : Bersih, tidak ada hemorroid
- (13) Ekstremitas :
- Atas : pergerakan bebas, jumlah jari lengkap, akral hangat, tidak
oedem.
- Bawah : pergerakan bebas, jumlah jari lengkap, akral hangat, tidak
oedem

3.3.2 INTERPRETASI DATA DASAR

DX : Ny. "N" P₁₀₀₁ Post Partum 6 jam dengan nyeri luka jahitan perineum

DS : Ibu mengatakan ini kelahiran anak pertama yg lahir 6 jam yang lalu, terdapat luka jahitan pada kemaluannya. Ibu mengatakan nyeri di daerah luka jahitan dan perut terasa mules

DO :

Keadaan Umum : Baik Kesadaran : Composmentis

TTV : TD : 110 / 70 mmHg N : 80 x/menit

S : 36,5°C RR : 20 x/menit

Pemeriksaan genetalia : Terdapat luka jahitan perineum yang masih basah, tidak ada kemerahan ataupun tanda-tanda infeksi.

INC kehamilan Sekarang :

Tanggal /jam persalinan : 25 April 2021 Jam : 05.10

Tempat dan penolong : PMB Hj. Masbahah Hanim, S.ST, Bidan

Tipe persalinan : Spontan

3.3.3 ANTISIPASI MASALAH POTENSIAL

-

3.3.4 IDENTIFIKASI KEBUTUHAN SEGERA

-

3.3.5 INTERVENSI

1) Tujuan Jangka Pendek

Setelah dilakukan asuhan kebidanan selama kurang lebih 30 menit, diharapkan ibu memahami tentang kondisinya saat ini dan kebutuhan selama masa nifas dengan kriteria hasil sebagai berikut :

K : ibu dapat menutarakan kembali penjelasan yang diberikan oleh bidan

A : ibu bersedia melakukan anjuran yang diberikan oleh bidan

P : -

P : -

2) Tujuan Jangka Panjang

Setelah dilakukan asuhan kebidanan selama 1 Minggu diharapkan masa nifas berjalan dengan normal dengan kriteria hasil :

1. TTV dalam batas normal

- TD : 110/70 - 120/80 mmHg - Suhu : 36,5 - 37,5 °C

- Nadi : 60 - 100x/ menit - RR : 16 - 24x/ menit

2. Pengeluaran ASI lancar dan payudara bersih

3. TFU 1-2 jari di bawah pusat, kontraksi teraba bulat dan keras

4. Nyeri jahitan perineum berkurang, lochea rubra dan tidak berbau busuk

5. Perdarahan normal yaitu ≤ 500 ml

6. Tidak ada tanda-tanda infeksi pada ibu yaitu luka jahitan perineum tidak merah, tidak keluar nanah dan tidak berbau, suhu $>37,5^{\circ}\text{C}$

PLANNING

No	Perencanaan	Rasional
1.	Lakukan pendekatan terapeutik	R/ Dengan melakukan pendekatan terapeutik diharapkan dapat terjalin hubungan saling percaya antara pasien dengan petugas
2.	Berikan KIE pada pasien mengenai tindakan	R/ Dengan memberikan KIE diharapkan pasien mengetahui tindakan yang akan dilakukan dan tujuan tindakan serta bersedia dilakukan tindakan
3.	Jelaskan hasil pemeriksaan	R/ Dengan menjelaskan hasil pemeriksaan TTV diharapkan pasien dapat mengetahui dan menerima kondisinya saat ini
4.	Jelaskan pada pasien penyebab perut mules	R/Dengan menjelaskan pada pasien penyebab perut mules diharapkan pasien dapat mengetahui penyebab perutnya mules yaitu karena adanya kontraksi uterus. Pasien pun akan merasakan nyeri dan kembung dibagian perut bawah hingga punggung karena Rahim akan secara perlahan kembali pada ukuran normalnya. Kondisi ini biasanya terus terjadi selama 1 minggu pertama setelah melahirkan. Dibutuhkan waktu sekitar 6 minggu untuk rahim kembali pada kondisi normal.
5.	Jelaskan pada pasien penyebab ASI keluar sedikit	R/ Dengan menjelaskan pada pasien penyebab ASI keluar sedikit diharapkan pasien dapat mengetahui bahwa ASI keluar sedikit karena memang pada ibu yang pertama menyusui ASI keluar sedikit, tetapi pasien harus sesering mungkin menyusui bayinya karena dengan isapan bayi akan menghasilkan ASI

6.	Jelaskan pada pasien mengenai ASI Eksklusif	lebih banyak. R/ Dengan menjelaskan pada pasien mengenai ASI Eksklusif diharapkan pasien dapat memberikan bayinya ASI Eksklusif sampai 6 bulan tanpa makanan tambahan apapun karena kandungan gizi pada ASI Eksklusif sangat baik untuk bayi dan juga sebagai imunitas tubuh bayi
7.	Ajarkan pada pasien cara personal hiegene	R/ Dengan mengajarkan pada pasien cara menjaga personal hiegene diharapkan pasien dapat menjaga personal hiegene secara mandiri selama dirumah yaitu dengan cara menjaga kebersihan tubuh dengan mandi 2x sehari, baik setelah BAK atau BAB, bersihakn vulva dengan air bersih dari depan ke belakang dan lap samapi kering, tidak perlu takut walaupun terdapat luka jahitan, berikan air hangat yang dicampur antiseptic diatas vulva perineum setelah berkemih dan BAB, ganti pembalut jika terasa sudah penuh dan tidak nyaman/minimal 3x sehari agar luka tidak lembab dan cepat kering.
8.	Berikan HE mengenai nutrisi	R/ Dengan memberikan HE pada pasien mengenai nutrisi diharapkan pasien dapat mengetahui nutrisi yang baik bergizi bagi ibu nifas dengan menganjurkan pada pasien untuk makan makanan yang bergizi dan seimbang, konsumsi makanan bergizi seperti nasi, lauk-pauk, sayu-sayuran, tempe, tahu, telur, buah , dll yang penting ibu tidak tarak kecuali ada alergi dan anjurkan ibu untuk konsumsi

9.	Jelaskan pada pasien tanda bahaya masa nifas	<p>Vitamin A dan Tablet Fe yang sudah diberikan</p> <p>R/ Dengan menjelaskan pada pasien tanda-tanda bahaya pada masa nifas diharapkan ibu dapat mengenali tanda bahaya nifas yaitu uterus teraba lembek/tidak berkontraksi yang dapat mengakibatkan perdarahan, perdarahan pervaginam ≥ 500 cc dapat terjadi karena uterus tidak berkontraksi dengan baik. Sakit kepala yang hebat/berlebihan dan penglihatan kabur dapat mengakibatkan terjadinya eklamsia post partum, pengeluaran cairan yang berbau busuk, demam tinggi dengan suhu $> 38^{\circ}\text{C}$.</p>
10.	Jelaskan pada pasien dan keluarga cara mencegah perdarahan	<p>R/ Dengan menjelaskan pada pasien dan keluarga cara mencegah perdarahan diharapkan pasien dapat mengetahui cara mencegah perdarahan yaitu dengan cara memastikan kandung kemih tidak penuh dan kontraksi uterus baik. Mengajarkan pada ibu dan keluarga cara memantau kontraksi uterus dan menganjurkan ibu atau keluarga untuk massase uterus dengan cara meletakkan tangan diatas perut ibu kemudian memutarnya searah jarum jam sebanyak 15x atau selama 15 detik untuk memperbaiki uterus agar tidak terjadi perdarahan</p>

3.3.6 IMPLEMENTASI

Tanggal : 25-04-2021

Pukul : 11.00 WIB

Tanggal/ Jam	Pelaksanaan Tindakan	Paraf
25-04-21 11.00	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan pendekatan terapeutik untuk menjalin hubungan saling percaya antara pasien dengan petugas R/ Pasien kooperatif 2. Memberikan KIE pada pasien mengenai tindakan yang akan dilakukan dan tujuan tindakan R/ Pasien bersedia 3. Menjelaskan pada pasien hasil pemeriksaan bahwa hasil pemeriksaan dalam batas normal keadaannya saat ini dalam kondisi baik. R/ Pasien mengerti dan menerima 4. Menjelaskan pada pasien penyebab perut mules yaitu karena adanya kontraksi uterus. Pasien pun akan merasakan nyeri dan kembung dibagian perut bawah hingga punggung karena Rahim akan secara perlahan kembali pada ukuran normalnya. Kondisi ini biasanya terus terjadi selama 1 minggu pertama setelah melahirkan. Dibutuhkan waktu sekitar 6 minggu untuk rahim kembali pada kondisi normal. R/ Pasien mengerti 5. Menjelaskan pada pasien penyebab ASI keluar sedikit karena memang pada ibu yang pertama menyusui ASI keluar sedikit, tetapi pasien harus sesering mungkin menyusui bayinya karena dengan isapan bayi akan menghasilkan ASI lebih banyak serta menganjurkan pada pasien untuk memberikan bayinya ASI Eksklusif tanpa makanan pendamping apapun sampai 6 bulan. 	

	<p>R/ Pasien mengerti dan bersedia</p> <p>6. Menjelaskan pada pasien mengenai ASI Eksklusif yaitu ASI yang diberikan pada bayi sampai 6 bulan tanpa makanan tambahan apapun karena kandungan gizi pada ASI Eksklusif sangat baik untuk bayi dan juga sebagai imunitas tubuh bayi.</p> <p>R/ Pasien mengerti</p> <p>7. Mengajarkan pada pasien cara menjaga personal hygiene yaitu dengan cara menjaga kebersihan tubuh dengan mandi 2x sehari, baik setelah BAK atau BAB, bersihkan vulva dengan air bersih dari depan ke belakang dan lap sampai kering, tidak perlu takut walaupun terdapat luka jahitan, berikan air hangat yang dicampur antiseptic diatas vulva perineum setelah berkemih dan BAB, ganti pembalut jika terasa sudah penuh dan tidak nyaman/minimal 3x sehari agar luka tidak lembab dan cepat kering.</p> <p>R/ Pasien mengerti</p> <p>8. Memberikan HE pada pasien mengenai nutrisi agar pasien dapat mengetahui nutrisi yang baik bergizi bagi ibu nifas dengan menganjurkan pada pasien untuk makan makanan yang bergizi dan seimbang, konsumsi makanan bergizi seperti nasi, lauk-pauk, sayu-sayuran, tempe, tahu, telur, buah , dll yang penting ibu tidak terek kecuali ada alergi dan anjurkan ibu untuk konsumsi Vitamin A dan Tablet Fe yang sudah diberikan.</p> <p>R/ Pasien bersedia</p> <p>9. Menjelaskan pada pasien tanda-tanda bahaya pada masa nifas agar ibu dapat mengenali tanda bahaya nifas yaitu uterus teraba lembek/tidak berkontraksi yang dapat mengakibatkan perdarahan, perdarahan pervaginam ≥ 500</p>	
--	---	--

	<p>cc dapat terjadi karena uterus tidak berkontraksi dengan baik. Sakit kepala yang hebat/berlebihan dan penglihatan kabur dapat mengakibatkan terjadinya eklamsia post partum, pengeluaran cairan yang berbau busuk, demam tinggi dengan suhu $> 38^{\circ}\text{C}$</p> <p>R/ Pasien mengerti</p> <p>10. Menjelaskan pada pasien dan keluarga cara mencegah perdarahan agar pasien dapat mengetahui cara mencegah perdarahan yaitu dengan cara memastikan kandung kemih tidak penuh dan kontraksi uterus baik. Mengajarkan pada ibu dan keluarga cara memantau kontraksi uterus dan menganjurkan ibu atau keluarga untuk massase uterus dengan cara meletakkan tangan diatas perut ibu kemudian memutarnya searah jarum jam sebanyak 15x atau selama 15 detik untuk memperbaiki uterus agar tidak terjadi perdarahan.</p> <p>R/ Pasien dan keluarga mengerti dan bersedia melakukan</p>	
--	---	--

3.3.7 EVALUASI

Tanggal : 25-04-2021 Jam : 11.40 WIB

S : Pasien mengatakan sudah paham dengan penjelasan dari petugas

O : Pasien mampu menjelaskan kembali apa yang sudah dijelaskan petugas

A : Tujuan jangka pendek tercapai

P :

1. Mengingatkan kembali pada pasien cara merawat bayi, merawat payudara selama dirumah dan personal hiegene.
2. Memberikan obat pada pasien dan mengajarkan cara meminum obat
3. Pasien pulang dari PMB

CATATAN PERKEMBANGAN (Kunjungan ke-2)

Tanggal : 01-05-2021 Jam : 10.00 WIB

S : Pasien mengatakan nyeri perut yang dirasakan ibu sudah berkurang

Pasien mengatakan luka jahitan sudah mulai kering

Pasien mengatakan ASI sudah mulai keluar banyak

Pasien mengatakan tidur terganggu karena bayi sering terbangun saat malam hari

Pasien mengatakan sudah BAB tetapi ada rasa takut saat BAB

O : KU : Baik

TTV : TD : 110/70 mmHg N : 60x/menit

S : 36,6°C RR : 20x/menit

TFU : 3 jari atas simpisis

Luka perineum tampak kering

Lokea sanguilenta (berwarna merah kekuningan)

Volume darah nifas : ± 100 cc

ASI keluar

A : Ny. "N" P₁₀₀₁ post partum hari ke-6 KU ibu baik

P :

Tujuan : Setelah dilakukan Asuhan Kebidanan selama 2 minggu diharapkan keadaan ibu membaik dan ibu dalam kondisi baik dengan kriteria hasil

- Ibu dapat istirahat cukup
- TTV dalam batas normal (TD : 110/70 - 120/80 mmHg, Suhu : 36,5 - 37,5 °C, Nadi : 60 - 100x/ menit, RR : 16 - 24x/ menit)
- ASI keluar lancar
- TFU dalam batas normal (sudah tidak teraba)
- Lokea serosa
- Payudara bersih
- Kebutuhan ASI bayinya terpenuhi
- Ibu dapat BAB lancar tanpa rasa cemas

Tanggal/ jam	Penatalaksanaan	Paraf
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberitahu pada ibu bahwa ibu nifas memerlukan waktu istirahat yang cukup yaitu 8 jam pada malam hari dan 1 jam pada siang hari. Kurang istirahat akan mengganggu kondisi kesehatan ibu, kurangnya produksi ASI, kepala pusing. Ibu nifas sangat membutuhkan istirahat yang cukup, karena di malam hari bayi sering sekali rewel, maka ibu dianjurkan untuk istirahat disaat bayi sedang tidur/tidak rewel. R/ Ibu mengerti dan menerima 2. Menganjurkan pada ibu untuk melakukan pekerjaan rumah secara perlahan. R/ Ibu bersedia 3. Memastikan kembali ibu selalu mengkonsumsi makanan yang bergizi seimbang dan tidak terek, serta minum air putih minimal 8 gelas per hari dan istirahat yang cukup agar produksi ASI tetap lancar. R/ Ibu bersedia 	

	<p>4. Mengingatkan kembali pada ibu tanda-tanda bahaya masa nifas yaitu sakit kepala hebat/berlebihan dan penglihatan kabur dapat mengakibatkan terjadinya eklamsia post partum, pengeluaran cairan yang berbau busuk, demam tinggi dengan suhu $> 38^{\circ}\text{C}$ R/ Ibu mengerti</p> <p>5. Mengajarkan pada ibu cara menyusui yang benar yaitu dengan cara putting susu diolesi dengan ASI secara keseluruhan, pegang payudara secara keseluruhan, pegang payudara dengan ibu jari berada diatas putting, sedangkan keempat jari lain dibawah putting, masukkan putting susu sampai bagian areola masuk kedalam mulut bayi, dan apabila bayi sudah selesai menyusui, sendawakan bayi dengan cara menepuk-nepuk punggung secara pelan-pelan. R/ Ibu mengerti</p>	
--	---	--

CATATAN PERKEMBANGAN (Kunjungan ke-3)

Tanggal : 15-05-2021 Jam : 16.00 WIB

S : Pasien mengatakan kakinya bengkak sejak 6 hari yang lalu dan sudah diberikan bubuk rempah

Pasien mengatakan luka jahitan sudah kering

Pasien melahirkan anak pertama pada 25-04-2021 normal di bidan

O : KU : Baik

TTV : TD : 120/80 mmHg N : 68x/menit

S : $36,7^{\circ}\text{C}$ RR : 16x/menit

TFU tidak teraba

Luka jahitan perineum kering

Lokea Serosa (kecoklatan)

Volume \pm 50 cc

Ekstremitas bawah odeme

A : P₁₀₀₁ Post Partum Hari ke-14 dengan Bengkak pada Kaki

P :

Tujuan : Setelah dilakukan Asuhan kebidanan selama 21 hari/3 minggu diharapkan keadaan ibu dapat membaik dan ibu menerima kondisinya dengan kriteria hasil

- Bengkak kaki pada ibu berkurang/hilang
- TTV dalam batas normal (TD : 110/70 - 120/80 mmHg, Suhu : 36,5 - 37,5 °C, Nadi : 60 - 100x/ menit, RR : 16 - 24x/ menit)
- ASI keluar lancar
- TFU dalam batas normal (sudah tidak teraba)
- Lokea alba
- Payudara bersih
- Kebutuhan ASI bayinya terpenuhi
- Ibu tidak ada keluhan lagi

Tanggal/ jam	Penatalaksanaan	Paraf
	1. Menjelaskan pada ibu penyebab bengkak pada kaki yaitu karena meningkatnya produksi cairan tubuh ibu selama hamil. Cairan ini kemudian tidak seluruhnya dikeluarkan	

	<p>saat persalinan.penyebab lain terkait dengan kebiasaan sehari-hari juga dapat menyebabkan bengkak kaki seperti berdiri terlalu lama, duduk dengan posisi kaki menggantung atau menyilang.</p> <p>R/ Ibu mengerti</p> <p>2. Menjelaskan pada ibu cara mengatasi bengkak kaki yaitu dengan cara hindari berdiri terlalu lama, gunakan alas kaki yang nyaman, saat duduk kaki dikanjal jangan dibiarkan menggantung atau menyilang.</p> <p>R/ Ibu mengerti</p> <p>3. Menjelaskan pada ibu agar mewaspadaai jika bengkak pada kaki terjadi lebih dari 1 minggu dan juga terasa sakit kepala yang hebat dan nyeri pada kaki ini dapat menjadi tanda kemungkinan ibu mengalami tekanan darah tinggi. Perhatikan juga apakah bengkak kaki hanya pada satu atau kedua kaki, apabila enggak hanya pada satu kaki dan disertai dengan nyeri, dapat menandakan kemungkinan Deep Vein Thrombosis (DVT) yaitu adanya masalah berupa gumpalan darah yang menghambat aliran darah vena, terutama terlihat dikaki.</p> <p>R/ Ibu mengerti</p> <p>4. Menganjurkan pada ibu agar mengkonsumsi buah sayur lebih banyak dan minum air putih yang banyak.</p>	
--	---	--

	<p>R/ Ibu bersedia</p> <p>5. Menjelaskan pada ibu agar tidak terlalu cemas, karena bengkak kaki yang di alami dapat kembali normal dan hilang jika ibu melakukan apa yang sudah dijelaskan petugas, bengkak kaki akan hilang dalam hitungan hari.</p> <p>R/ Ibu mengerti dan menerima</p>	
--	---	--

CATATAN PERKEMBANGAN (Kunjungan ke-4)

Tanggal : 05-06-2021 Jam : 11.30 WIB

S : Pasien mengatakan sudah tidak ada keluhan

Pasien mengatakan melahirkan anak pertama pada 25-04-2021 di bidan

O : KU : Baik

TTV : TD : 110/60 mmHg N : 80x/menit

S : 36,3°C RR : 20x/menit

TFU normal

Lokea alba (putih)

Luka jahitan perineum kering

A : Ny. "N" P₁₀₀₁ Post Partum Hari ke-42 fisiologis

P :

Tanggal/ jam	Penatalaksanaan	Paraf
	<p>1. Menjelaskan pada ibu keadaan ibu saat ini dalam kondisi baik, masa nifas ibu segera berakhir.</p>	

	<p>R/ Ibu mengerti dan menerima</p> <p>2. Menanyakan pada ibu rencana ber-KB.</p> <p>R/ Ibu memiliki rencana untuk berKB</p> <p>3. Menjelaskan pada ibu jenis-jenis KB, keuntungan, efek samping dan cara kerja dari KB.</p> <p>R/ Ibu mengerti</p> <p>4. Memberitahu pada ibu jika ibu ingin ber-KB dan ibu menyusui dapat menggunakan KB suntik 3 bulan, pil, atau IUD atau ibu bisa menggunakan MAL, yaitu Metode Amenore Laktasi.</p> <p>R/ Ibu mengerti</p> <p>5. Menganjurkan ibu untuk berdiskusi terlebih dahulu dengan suami untuk pemilihan alat kontrasepsi yang akan digunakan.</p> <p>R/ Ibu bersedia</p>	
--	--	--

3.4 BAYI BARU LAHIR

3.4.1 PENGKAJIAN DATA (Kunjungan Ke-1 Usia 6 jam)

Tgl Pengkajian : 25-04-2021

Jam : 11.10WIB

Oleh : Baiq Zuhriyati Jalilah

1. DATA SUBYEKTIF

1) Biodata

(1) Bayi

Nama : Bayi Ny. ” N ”

Anak ke : 1

Umur : 6 Jam

Jenis kelamin : Perempuan

Tgl/jam lahir : 25-04-2021 Jam 05.10 WIB

Status Anak : Kandung

(2) Orang Tua

Nama istri : Ny. “N”

Nama Suami : Tn. “R”

Umur : 23 thn

Umur : 24 thn

Suku/Bangsa : Jawa/INA

Suku/Bangsa : Jawa/INA

Agama : Islam

Agama : Islam

Pendidikan : Strata I

Pendidikan : SMU

Pekerjaan : IRT

Pekerjaan : Wiraswasta

Alamat : Tajung Rejo 2/13 Pangkah Wetan Ujungpangkah Gresik

Status pernikahan: Kawin sah

Nikah ke : Satu

Usia menikah : 22 thn

Lama menikah : ± 1 tahun

Penghasilan Keluarga : ±2.500.000,-

2) Keluhan utama

-

3) Riwayat Antenatal

TRIMESTER I	TRIMESTER II	TRIMESTER III
<p>Periksa 2 kali, Saat UK: 7 & 11 mgg</p> <p>Keluhan: Mual Muntah, Lemes dan Pusing</p> <p>Terapi yang didapat: (Fe, Kalk, As.folat,TT), lain2: Folamin</p> <p>HE :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hindari makanan yang berminyak dan memicu mual muntah • Anjurkan ibu tetap makan dengan porsi sedikit tapi sering • Anjurkan pasien untuk istirahat cukup 	<p>Periksa 3 kali, Saat UK 13, 16, 22 mgg</p> <p>Keluhan: Pusing, Sakit Gigi</p> <p>Terapi yang didapat: (Fe, Kalk, As.folat,TT), lain2: Pacetik, Trimakal,SF</p> <p>HE :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan pasien istirahat cukup • Hindari melakukan aktivitas berat • Hindari mengkonsumsi makanan yang mengandung gula berlebih 	<p>Periksa 5 kali, Saat UK : 27, 31, 35, 38, 39 minggu</p> <p>Keluhan: Nyeri Punggung Bagian Bawah dan Sembelit</p> <p>Terapi yang didapat: (Fe, Kalk, As.folat,TT), lain2: Likokalk, Folamin, SF, Gentamisin</p> <p>HE :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ajarkan mengenai bodi mekanik ssaat mengambil barang dan posisi tubuh saat aktivitas • Anjurkan banyak minum air putih dan konsumsi makanan yang mengandung tinggi serat • Jelaskan mengenai tanda persalinan • Jelaskan mengenai persiapan persalinan

4) Riwayat natal

Tipe Persalinan : Spontan

Penolong Persalinan : Bidan

Indikasi Persalinan : -

Plasenta : Lahir lengkap

Tali Pusat : Tidak putus, terdapat 3 pembuluh darah

Air ketuban : Jernih

Obat – obatan yang diberikan selama persalinan: -

Tanggal Persalinan : 25-04-2021 Jam : 05.10 WIB

Tempat dan penolong : PMB Hj. Masbahah Hanim, S.ST, Bidan

Kelainan atau penyulit : -

Tipe persalinan : Spontan Lama : 1 Jam 10 menit

Air ketuban

Pecah tanggal/jam : 25-04-2021 Warna : Jernih

Ada kelainan/tidak : tidak

Keadaan plasenta

Lahir tanggal/ jam : 25-04-2021 Berat/panjang : Tidak terkaji

Jumlah kotiledon : ±20 lobus Insersi tali pusat : Sentralis

Obat-obatan yang diberikan : vit K dan salep mata profilaksis

5) Riwayat Neonatal

(1) AS : 7-8

Penilaian	Menit I	Menit V
Warna kulit	Tubuh kemerahan, ekstremitas biru (1)	Seluruh tubuh kemerahan (2)
Denyut nadi	≥ 100 x/menit (2)	≥ 100 x/menit (2)
Refleks	Gerakan sedikit (1)	Gerakan sedikit (2)
Tonus otot	Ektremitas fleksi sedikit (1)	Ektremitas fleksi sedikit (1)
Pernapasan	Menangis lemah (2)	Menangis lemah (1)
Jumlah	7	8

- (2) BB lahir : 3.200 Gram PB : 50 cm
- (3) Antropometri : LILA = 11 cm, LIDA = 32 cm, LIKA = 33 cm
- (4) Menetek pertama kali : Iya (pada saat IMD)
- (5) Resusitasi dan menghisap lendir: Tidak dilakukan

Obat-obatan :

- (1) salep mata : Reco (Chloramphenicol), dosis pemberian 1x oles mata kanan & kiri
- (2) Injeksi Vit.K : Neo K (Phytomenadione) dosis 1 mg (0,5ml) lokasi pemberian paha kiri antero lateral distal
- (3) Imunisasi : Hepatitis B (HB0)

6) Pola Fungsi Kesehatan

(1) Pola Nutrisi

Jenis : ASI

Frekuensi pemberian : IMD 1 Jam, selanjutnya menyusui setiap 1 jam

(2) Pola Istirahat : Bayi tidur \pm 1 jam

(3) Pola Eliminasi : BAB : frekuensi 1x, konsistensi lembek, warna hitam kehijauan

BAK : frekuensi 3x, Spontan, jernih dan tidak pekat

7) Riwayat kesehatan keluarga

Ibu mengatakan dalam keluarga tidak ada yang menderita penyakit menular seperti batuk menahun tidak sembuh disertai darah (TBC), penyakit menurun

seperti sering buang air kecil dan jika ada luka proses penyembuhannya lama (DM), penyakit menahun seperti jantung sering berdebar-debar, keringat dingin (Jantung), dan tidak ada keturunan kembar.

8) Riwayat Psikososial

Ibu pasien mengatakan senang dengan kelahiran anak pertamanya dan anaknya sehat serta menyusu dengan lancar

9) Latar Belakang Sosial Budaya

Ibu pasien mengatakan dalam lingkungan sekitar/daerah aekitar wilayahnya tinggal tidak ada adat istiadat atau budaya yang memiliki kebiasaan-kebiasaan melakukan acara atau membuat peraturan yang dapat membahayakan bayinya

2. DATA OBJEKTIF

1) Pemeriksaan Umum

KU : Baik, Tangisan kuat, Gerakan Aktif, Warna kulit kemerahan.

TTV :

Suhu : 36,9°C Nadi : 122x/menit RR : 48x/menit

BB : 3200 gram PB : 50 cm

Antropometri :

LILA = 11 cm

LIDA = 32 cm

LIKA = 33 cm

2) Pemeriksaan Fisik

(1) Kepala : Tidak ada caput susedaneum, tidak ada cephal hematoma, UUB

- datar dan belum menutup, bentuk kepala bulat menonjol, sutura belum menutup, rambut halus.
- (2) Mata : Simetris, tidak juling, sklera putih terdapat gambaran tipis pembuluh darah.
- (3) Hidung : Tidak ada mucus/secret, tidak ada cyanosis, tidak ada pernafasan cuping hidung, septum nasi terbentuk sempurna
- (4) Mulut : Bibir lembab, warna merah muda, bibir dan palatum terbentuk sempurna, tidak ada stomatitis, tidak ada labioskizis, tidak ada labiopalatoskizis
- (5) Telinga : Simetris, aurikula dan kanal auditorium terbentuk sempurna, membrane timpani utuh warna putih mengkilat
- (6) Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan limfe, tidak ada bendungan vena jugularis
- (7) Dada : Simetris, dada bulat, tidak ada suara nafas tambahan, suara nafas vesikuler, tidak ada tarikan dada inter coste.
- (8) Abdomen : Tidak kembung, tidak ada pembesaran hepar, kondisi tali pusat segar, tidak berbau serta tertutup kasa, tidak ada massa abdomen.
- (9) Punggung: Tidak ada benjolan abnormal, pada saat punggung disentuh dari bawah ke arah atas hasilnya positif (bayi dapat menggeliat)
- (10) Genetalia : Perempuan, labia mayor menutup labio minor, lubang uretra terpisah dengan lubang vagina, kelainan tidak ada

(11) Anus : Terdapat lubang anus, reflek berkedut (+)

(12) Ekstremitas

Atas : simetris, pergerakan bebas, tidak odema, turgor kulit normal, tidak syndaktil/polidaktil, akral hangat.

Bawah : simetris, pergerakan bebas, tidak odema, turgor kulit normal, tidak syndaktil/polidaktil, akral hangat

(13) Tonus otot Gerak : aktif

(14) Reflek :

- a) Rooting reflek : bayi menoleh sewaktu pemeriksa menyentuh pipi dengan jari
- b) Sucking reflek : hisapan bayi pada puting susu kuat
- c) Swallowing reflek : reflek menelan kuat dan bayi tidak tersedak
- d) Moro reflek: : bayi menimbulkan gerakan terkejut dengan mengangkat keempat ekstremitas dan mengembangkan jari .
- e) Grasping reflek : bayi dengan spontan mengenggam saat jari ibu disentuh ke telapak tangannya
- f) Babinsky reflek : positif, saat telapak kaki digosok dari sisi lateral ke arah atas hingga sepanjang telapak kaki.
- g) Tonickneck reflek : bayi berusaha mengembalikan kepala ketika diputar ke sisi pengujian saraf sensori atau lengan dan tungkai yang dihadapi/sesisi menjadi hipertoni

dan ekstensi sedangkan lengan dan tungkai pada sisi lainnya menjadi hipertoni dan fleksi

3.4.2 INTERPRETASI DATA DASAR

Dx : Bayi Baru Lahir Aterm Usia 6 jam fisiologis

Ds : Ibu mengatakan anaknya lahir tanggal 25-04-2021 pada jam 05.10 WIB, anak lahir langsung menangis kuat, jenis kelamin perempuan dengan usia kehamilan 9 bulan

Do : KU : Baik, Tangisan kuat, Gerakan Aktif, Warna kulit kemerahan.

TTV:

Suhu : 36,9°C Nadi : 122x/menit

RR : 48x/menit

BB : 3200 gram PB : 50 cm

3.4.3 ANTISIPASI MASALAH POTENSIAL

-

3.4.4 IDENTIFIKASI KEBUTUHAN SEGERA

-

3.4.5 INTERVENSI

1) Tujuan jangka pendek

Setelah dilakukan asuhan kebidanan selama \pm 30 menit diharapkan ibu memahami tentang kondisi bayinya saat ini dan kebutuhan dengan kriteria hasil sebagai berikut :

K : Ibu dapat mengutarakan kembali penjelasan bidan

A : Ibu bersedia melakukan anjuran yang diberikan bidan

P : -

P : -

2) Tujuan jangka panjang

Setelah dilakukan asuhan kebidanan selama 28 hari/selesai masa neonatus diharapkan bayi dalam keadaan normal dengan kriteria hasil:

- Keadaan umum baik
- TTV dalam batas normal : Suhu 36,5-37,5°C, Nadi 120-160x/menit, RR 40-60x/menit
- Kenaikan BB normal (140-200 tidak boleh turun > 10% dari berat lahir
- BAB normal (\pm setiap 2 jam bayi dapat BAB dan berwarna hitam)
- BAK normal (\pm setiap 1-3 jam sekali bayi BAK)
- Tidak terdapat tanda-tanda infeksi (Tali pusat berbau, bernanah dan suhu >37,5 °C)
- ASI diberikan secara on demand

- Tidak terdapat tanda bahaya pada bayi (suhu $<36,5\text{ }^{\circ}\text{C}/>37,5\text{ }^{\circ}\text{C}$, ikterus, cyanosis, bayi lemah, bayi kejang, bayi tidak mau menyusu, bayi diare berat)

Intervensi:

- 1) Lakukan perawatan secara aseptik dengan mencuci tangan sebelum dan sesudah merawat bayi
R/ mengurangi resiko terjadinya infeksi dari petugas kesehatan ke bayi atau sebaliknya.
- 2) Jelaskan hasil pemeriksaan TTV
R/ deteksi dini adanya komplikasi
- 3) Jaga kebersihan dan kenyamanan bayi setelah BAK dan BAB
R/ mencegah hipotermi dan infeksi
- 4) Lakukan perawatan tali pusat secara aseptik
R/ mencegah terjadinya infeksi
- 5) Berikan lingkungan/suhu ruangan yang hangat
R/ lingkungan yang hangat dapat mencegah hipotermi
- 6) Motivasi ibu untuk sesering mungkin menyusui bayinya
R/ memenuhi kebutuhan nutrisi dan tumbuh kembang bayi
- 7) Jelaskan kepada ibu tentang tanda bahaya pada bayi baru lahir
R/ mengantisipasi adanya tanda bahaya pada bayi

3.4.6 IMPLEMENTASI

Tgl : 25-04-2021

Pukul : 11.00 WIB

No	Implementasi	Paraf
1.	<p>Melakukan perawatan secara aseptik dengan mencuci tangan sebelum dan sesudah merawat bayi</p> <p>Respon : sudah mencuci tangan terlebih dahulu sebelum kontak dengan bayi</p>	
2.	<p>Melakukan observasi keadaan umum dan TTV dengan hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - KU : Cukup - TTV : Suhu : 36,9°C, Nadi : 122 x/menit, RR : 48x/menit, BAB dan BAK (+) 	
3.	<p>Melakukan perawatan tali pusat dengan cara :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perawatan tali pusat : mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir, membuka kassa dan membersihkan tali pusat dengan air hangat dan bungkus tali pusat, ikat dengan longgar. 	
4.	<p>Melakukan bedong bayi dengan menggunakan kain bersih dan lembut.</p> <p>Respon : bayi telah di bedong</p>	
5.	<p>Memotivasi ibu untuk sering menyusui bayinya minimal 1 jam sekali sekitar 15 menit sampai payudara terasa kosong dan pindah ke payudara yang lain sampai kosong.</p> <p>Respon : ibu mengerti dengan penjelasan yg diberikan</p>	
6.	<p>Memberikan HE tentang tanda bahaya pada bayi yaitu suhu >37,5</p>	

<p>°C, perdarahan pada tali pusat, bayi kuning, bayi tidak mau menyusu/dimuntahkan, bayi lemah, bayi kejang, dll</p> <p>Respon : ibu mengerti dengan penjelasan yg diberikan</p>	
--	--

3.4.7 EVALUASI

Tanggal : 25-04-2021

Jam : 11.30 WIB

S : Ibu bayi mengatakan sudah mengerti dengan penjelasan yang diberikan bidan

O :

- Keadaan umum : Cukup - Pernafasan : 42 x/menit
- Suhu : 36,7°C - Nadi : 140 x/menit
- Tali pusat masih basah dan tertutup kasa kering, tidak ada perdarahan dan tidak berbau.
- Bayi terlihat menyusu dengan kuat dan tidak muntah

A : Bayi Baru Lahir Aterm usia 6 jam fisiologis

P :

- 1) Anjurkan ibu untuk menjaga kehangatan bayi
- 2) Anjurkan ibu untuk menyusui bayinya sesering mungkin minimal setiap 1 jam sekali
- 3) Anjurkan ibu untuk menjemur anaknya dipagi hari mulai jam 7-8 pagi selama 15-30 menit, bayi hanya memakai popok dan posisi bayi membelakangi sinar matahari.

4) Persiapan pulang

Kunjungan Neonatus II (Usia 7 hari)**Tanggal : 02-05-2021****Jam : 16.50 WIB**

S : Ibu mengatakan bayinya menyusu kuat, produksi ASI nya lancar dan pada saat bayi menyusu tidak muntah ataupun gumoh, ibu sudah menjemur anaknya dipagi hari

O :

- Keadaan umum : Cukup - Pernafasan : 48 x/menit
- Suhu : 36,7°C - Nadi : 140 x/menit
- BB : 3300 gram - Tidak ada sianosis
- Warna kulit : seluruh tubuh kemerahan - Gerakan aktif
- Tali pusat sudah lepas (kering) pada tanggal 01-05-2021
- Bayi sudah diberikan imunisasi Hb0 pada tanggal 25-04-2021

A : Bayi Baru Lahir Aterm Usia 7 hari fisiologis

P :

No	Tindakan	Paraf
1.	Melakukan pemeriksaan pada bayi dengan hasil Pernafasan: 48 x/menit, Suhu: 36,7°C, Nadi : 140 x/meni, BB : 3300 gram Respon : Ibu memperbolehkan bayinya untuk diperiksa	
2.	Memberitahukan hasil pemeriksaan pada ibu bahwa bayinya baik-baik saja dan berat badannya bertambah Respon : Ibu mengerti dg penjelasan yg diberikan	

3.	Menganjurkan ibu untuk menyusui bayi sesuai kebutuhannya/ on demand Respon : Ibu bersedia melakukan apa yang dianjurkan	
4.	Menganjurkan ibu untuk menjemur bayinya pada jam 7-8 pagi selama 15-30 menit, posisi bayi membelakangi sinar matahari dan bayi hanya menggunakan popok Respon : Ibu bersedia melakukan apa yang dianjurkan	
5.	Mendokumentasikan tindakan	

Kunjungan Neonatus III (Usia 14 Hari)

Tanggal : 09-05-2021

Jam: 15.30 WIB

S : Ibu mengatakan bayinya tidak ada keluhan apa-apa dan bayi menyusui dengan kuat, tidak muntah ataupun gumoh

O :

- Keadaan umum : Cukup
- Pernafasan : 44 x/menit
- Suhu : 36,8°C
- Nadi : 130 x/menit
- BB : 3500 gram
- Warna kulit kemerahan
- Gerakan aktif
- Tidak ada sianosis

A : Bayi Baru Lahir Aterm usia 14 hari fisiologi

P :

No	Tindakan	Paraf
1.	Melakukan pemeriksaan pada bayi dengan hasil Pernafasan: 44 x/menit, Suhu: 36,8°C, Nadi : 130 x/menit, BB : 3500 gram Respon : ibu memperbolehkan bayinya diperiksa	

2.	Memberitahukan hasil pemeriksaan pada ibu bahwa keadaan bayinya dalam keadaan normal dan berat badannya bertambah. Respon : ibu mengerti penjelasan bidan	
3.	Menganjurkan pada ibu untuk menjaga kebersihan tubuh bayinya yaitu memandikan bayi 2x/hari dan mengganti popok tiap selesai BAB dan BAK Respon : ibu bersedia melakukan apa yang dianjurkan	
4.	Menganjurkan pada ibu untuk menyusui bayinya secara eksklusif secara on demand Respon : ibu bersedia melakukan apa yang dianjurkan	
5.	Menganjurkan ibu untuk segera memeriksa anaknya bila anaknya sakit atau tanda bahaya pada anak Respon : ibu bersedia melakukan apa yang dianjurkan	
6.	Mendokumentasikan tindakan	

Kunjungan Neonatus IV (Usia 35 hari)

Tanggal : 30-05-2021

Pukul: 09.15 WIB

S : Ibu mengatakan bayinya dalam keadaan sehat dan rencana untuk imunisasi BCG dan polio 1 di posyandu pada tanggal 03-06-2021 pukul 09:00 WIB. tidak ada keluhan, produksi ASI nya lancar dan pada saat menyusui bayi tidak muntah ataupun gumoh

O :

- Keadaan umum : Cukup - Pernafasan : 40 x/menit

- Suhu : 36,7°C
- Nadi : 124 x/menit
- BB : 3800 gram
- Warna kulit kemerahan
- Gerakan aktif
- Tidak ada sianosis

A : Bayi Baru Lahir Aterm usia 35 hari fisiologis

P :

No	Tindakan	Paraf
1.	Melakukan pemeriksaan pada bayi dengan hasil Pernafasan: 40 x/menit, Suhu: 36,7°C, Nadi : 124 x/menit, BB : 3800 gram Respon : ibu memperbolehkan bayinya diperiksa	
2.	Memberitahukan hasil pemeriksaan pada ibu bahwa keadaan bayinya dalam keadaan normal dan berat badannya bertambah 700 gram mulai lahir sampai saat ini Respon : ibu mengerti penjelasan bidan	
3.	Menganjurkan pada ibu untuk menjaga kebersihan tubuh bayinya yaitu memandikan bayi 2x/hari dan mengganti popok setiap selesai BAB dan BAK Respon : ibu bersedia melakukan apa yang dianjurkan	
4.	Menganjurkan pada ibu untuk menyusui bayinya secara eksklusif tiap 2 jam Respon : ibu bersedia melakukan apa yang dianjurkan	
5.	Menganjurkan ibu untuk rutin membawa anaknya ke posyandu Respon : ibu bersedia melakukan apa yang dianjurkan	

6.	Menganjurkan ibu untuk segera memeriksa anaknya bila anaknya sakit atau tanda bahaya pada anak Respon : ibu bersedia melakukan apa yang dianjurkan	
7.	Mendokumentasikan tindakan	

3.5 KB

3.5.1 PENGKAJIAN

Tanggal Pengkajian : 12-06-2021 Pukul : 16.35 WIB

Oleh : Baiq Zuhriyati Jalilah

1. Data Subyektif

1) Biodata

Nama Ibu	: Ny. "N"	Nama Suami	: Tn."R"
Umur	: 23 Tahun	Umur	: 24 Tahun
Suku/Bangsa	: Jawa/INA	Suku/Bangsa	: Jawa/INA
Agama	: islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: Strata I	Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Wiraswasta
Status pernikahan	: Kawin sah		
Nikah	: 1 Kali		
Usia nikah I	: 22 tahun		
Lama nikah	: 1 tahun		
Penghasilan keluarga/bln	: ± 2.500.000/bln		
Alamat	: Tajung Rejo 3/12 Pangkah Wetan		

No. Telp / HP : 08161506xxxx

2) Keluhan Utama

Ibu mengatakan tidak ada keluhan.

3) Riwayat Pasca Salin

Ibu mengatakan setelah melahirkan anak pertamanya sampai sekarang belum pernah haid

4) Riwayat Kehamilan, Persalinan, Anak Dan Nifas sekarang

Sua mi ke -	Kehamilan			Jenis Pers	Persalinan			BBL			Nifas	
	K e	UK	Peny		Pnlg	Tm pt	Peny	Se x	BB/PB	H/ M	Ke ad aa n	Lakt asi
1	1	40 mg g	Tida k ada	Spon tan	Bidan	PM B	Tida k ada	-	3200 gr 50 cm	H	Ba ik	Ya

5) Riwayat kontrasepsi

Ibu mengatakan setelah menikah tidak pernah menggunakan kontrasepsi apapun. Saat ini ibu ingin menggunakan alat kontrasepsi yaitu menginginkan KB suntik 3 Bulan

6) Riwayat ginekologi

Ibu mengatakan tidak pernah menderita penyakit menular seksual seperti keputihan berwarna hijau, berbau dan gatal. Sakit saat buang kecil, terasa panas dan nyeri pada daerah vagina. Pada saat pemeriksaan ANC Terpadu di Puskesmas ibu tidak menderita penyakit HIV AIDS (hasilnya HIV : Non Reaktif)

7) Riwayat kesehatan sekarang

Ibu mengatakan tidak sedang menderita penyakit menular seperti batuk menahun tidak sembuh (TBC), penyakit menurun seperti sering buang air kecil (DM), dan penyakit menahun seperti jantung sering berdebar-debar, keringat dingin (Jantung).

8) Riwayat kesehatan yang lalu

Ibu mengatakan tidak sedang menderita penyakit menular seperti batuk menahun tidak sembuh (TBC), penyakit menurun seperti sering buang air kecil dan jika ada luka proses penyembuhannya lama (DM), dan penyakit menahun seperti jantung sering berdebar-debar, keringat dingin (Jantung).

9) Riwayat kesehatan keluarga

Ibu mengatakan tidak sedang menderita penyakit menular seperti batuk menahun tidak sembuh disertai darah (TBC), penyakit menurun seperti sering buang air kecil dan jika ada luka proses penyembuhannya lama (DM), dan penyakit menahun seperti jantung sering berdebar-debar, keringat dingin (Jantung), dan tidak ada keturunan kembar.

10) Pola Kebiasaan

Ibu mengatakan tidak pernah merokok, minum-minuman keras, tidak pernah mengkonsumsi narkoba dan tidak minum jamu tradisional.

11) Keadaan psikososial

Ibu mengatakan merasa tidak sabar menunggu kelahiran bayinya dan ibu juga merasa cemas karena akan memasuki proses persalinan

12) Latar belakang sosial budaya

Ibu mengatakan bahwa dalam lingkungannya atau wilayah daerahnya tinggal tidak ada adat istiadat atau budaya yang melarang wanita menggunakan alat kontrasepsi

13) Pola kebiasaan Sehari-hari

(1) Pola Nutrisi

Ibu makan 3x sehari menggunakan nasi, sayur mayur, lauk, buah-buahan, dan minum air putih 2 botol/hari.

(2) Pola Eliminasi

BAB 1x sehari konsistensi lunak, bau khas, warna kuning, BAK 6-7x sehari warna kuning jernih, tidak nyeri

(3) Pola aktivitas

ibu sudah mengerjakan pekerjaan rumah sehari-hari, seperti menyapu, mengepel, memasak, menggendong bayinya jalan-jalan pagi hari.

(4) Pola Istirahat

Tidur Siang = ± 2 jam, tidak ada gangguan

Tidur Malam = ± 7 jam, tidak ada gangguan

(5) Personal Hygiene

Ibu mengatakan mandi 2x sehari, gosok gigi, keramas, ganti baju sering jika basah ibu segera ganti baju menggunakan baju yang longgar, dan ganti celana dalam.

2. Data Obyektif

1) Pemeriksaan Umum

Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

BB : 50 Kg

TTV : TD : 120/80 mmHg

RR : 20 x/menit

S : 36,6°C

N : 80x/menit

2) Pemeriksaan Fisik

(1) Muka : Tidak oedem, berwarna kemerahan

(2) Mata : simetris, sclera putih tampak gambaran tipis pembuluh darah, conjungtiva merah muda, tidak ada secret.

(3) Hidung : tidak ada secret, tidak sianosis.

(4) Leher : tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada bendungan vena jugularis, tidak ada pembesaran kelenjar limfe.

(5) Dada : tidak ada retraksi dinding dada, tidak oedem, tidak ada suara nafas tambahan (seperti ronchi, wheezing, rales, stridor), tidak ada krepitasi, suara nafas vesikuler, terdengar suara bunyi jantung- 1 dan bunyi jantung- 2 tunggal.

(6) Payudara : Simetris, tidak ada benjolan abnormal, puting susu menonjol, keluar ASI

(7) Abdomen (GI track) : terdapat luka bekas operasi dan tidak teraba pembesaran organ dan nyeri tekan.

(8) Ekstremitas :

Atas : tidak oedem, CRT < 2 detik

Bawah : tidak oedem, tidak ada varises

3.5.2 INTERPRETASI DATA DASAR

Dx : Ny. "N" Usia 23 Tahun Calon Akseptor Baru KB Suntik 3 Bulan

Ds : Ibu mengatakan saat ini berusia 23 tahun, dan telah melahirkan anak pertamanya tidak pernah mengalami keguguran dan menyusui secara eksklusif

Pasien mengatakan belum pernah haid setelah melahirkan, haid terakhir 19-07-2020, masa nifas selesai mulai tgl 10-06-2021

Pasien mengatakan belum melakukan hubungan seksual dan ingin menggunakan kontrasepsi suntik 3 bulan

Do : Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

BB : 50 Kg

TTV : TD : 120/80 mmHg RR : 20 x/menit

S : 36,6°C N : 80x/menit

3.5.3 ANTISIPASI MASALAH POTENSIAL

-

3.5.4 IDENTIFIKASI KEBUTUHAN SEGERA

-

3.5.5 INTERVENSI

a. Tujuan : Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan dalam waktu 15 menit.diharapkan ibu mengerti efek samping dan jadwal kembali KB suntik 3 Bulan. Kriteria hasil : Ibu sudah mendapatkan suntikan KB 3 Bulan

b. PLANNING

1. Lakukan pendekatan terapeutik dengan pasien.
R/ agar ibu lebih kooperatif
2. Jelaskan efek samping, keuntungan dan kekurangan KB suntik 3 bulan
R/ agar ibu mengerti efek samping, keuntungan dan kekurangan KB suntik 3 bulan
3. Berikan informed consent untuk KB suntik 3 Bulan
R/ Untuk mendapatkan persetujuan tindakan
4. Persiapan alat dan obat
R/ Untuk persiapan tindakan
5. Lakukan tindakan penyuntikkan KB Suntik 3 Bulan
R/ Memberikan terapi KB suntik 3 bulan
6. Beritahu ibu untuk datang ke bidan atau tempat kesehatan bila ada keluhan
R/ Deteksi dini kegagalan KB
7. Lakukan dokumentasi tindakan

R/ sebagai bukti fisik telah dilakukan tindakan

3.5.6 IMPLEMENTASI

Tgl : 12-06-2021

Pukul : 16.35 WIB

No	Implementasi	Paraf
1.	Melakukan komunikasi terapeutik dengan ibu dan keluarga dengan memanggil nama dan menyapa pasien dengan ramah.	
2.	<p>Menjelaskan hasil pemeriksaan TTV dan hasilnya dalam batas normal.</p> <p>Hasil TTV :</p> <p>TD : 120/80 mmHg</p> <p>N : 80 x/menit</p> <p>S : 36,6°c</p> <p>RR : 20 x/menit</p>	
3.	<p>Mengingatkan ibu tentang keuntungan, kerugian dan efek samping dari suntik KB 3 bulan yaitu :</p> <p>Suntik 3 bulan yaitu KB yang hanya mengandung hormon progestin sehingga tidak mempengaruhi produksi ASI.</p> <p>(1) Keuntungan : pencegahan kehamilan jangka panjang, klien tidak perlu menyimpan obat dan minum obat tiap hari.</p> <p>(2) Keterbatasan : terjadi gangguan haid (siklus haid memanjang atau memendek, darah yang keluar banyak atau sedikit, darah yang keluar tidak teratur, bercak, tidak haid</p>	

	<p>sama sekali), sangat tergantung pada pelayanan kesehatan, tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu sebelum suntikan berikutnya.</p> <p>(3) Efek samping</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perubahan warna pada kulit - Berat badan cenderung mudah naik <p>4. Menyiapkan alat dan obat untuk KB suntik 3 bulan.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kapas alcohol/kapas DTT - Sduit - Obat KB Triclofem - Menyiapkan obat dalam spuit - Menjaga keadaan jarum tetap steril <p>5. Memberikan injeksi KB Triclofem dikocok dulu sebelum diambil dalam spuit, desinfeksi dengan kapas alcohol daerah yang akan disuntik 1/3 bagian atas SIAS. Memberikan injeksi Triclofem 0.5 ml/vial secara IM diaspirasi untuk memastikan tidak ada darah, kemudian obat dimasukan secara perlahan.</p> <p>6. Menganjurkan ibu agar daerah yang setelah disuntik tidak ditekan tekan.</p> <p>7. Memberitahukan ibu jadwal kembali untuk suntik Kb yaitu tanggal 02-09-2021</p> <p>8. Mendokumentasikan dan mencatat hasil pemeriksaan dan tindakan pada status ibu dan memberikan ibu buku KB.</p>	
--	--	--

3.5.7 EVALUASI

Tanggal : 12-06-2021 Pukul : 16.38 WIB

S : Ibu mengatakan mengerti dengan penjelasan yang diberikan petugas tentang KB suntik 3 bulan.

O : Ibu dapat mengulang kembali penjelasan bidan dan sudah diberikan injeksi KB suntik 3 bulan (Triclofem) 1 cc/im pada bokong kanan

A : Ny. "N" Usia 23 Tahun Akseptor Baru KB Suntik 3 Bulan Sudah Terlayani

P :

- 1) Motivasi ibu untuk tetap memberikan ASI eksklusif selama 6 bulan dengan frekuensi menyusui setiap 2 jam sekali atau secara on demand
- 2) Mengingatkan kembali ibu untuk jadwal kunjungan ulang yaitu tanggal 02-09-2021 atau apabila ada keluhan

BAB 4

PEMBAHASAN

Pada bab ini penulis membahas kesesuaian antara tinjauan teori dalam bab 2 dengan tinjauan kasus dalam bab 3. Pembahasan ini bertujuan untuk merumuskan kesenjangan-kesenjangan antara teori dengan kasus nyata pada asuhan kebidanan secara *continuity of care* pada Ny."N" G₁P₀₀₀₀ selama masa kehamilan trimester III, masa persalinan, masa nifas, neonatus, dan pemakaian kontrasepsi yang dilakukan mulai tanggal 11 April 2021 di PMB Ny. Masbahah Hanim, SST Pangkah Kulon Ujungpangkah Gresik dengan menggunakan standart asuhan kebidanan yang didokumentasikan dengan managemen kebidanan SOAP. Berdasarkan kasus Ny."N", terdapat beberapa kesenjangan dan kesamaan antara teori dan praktik, diantaranya sebagai berikut:

4.1 Kehamilan

Pada biodata didapatkan bahwa Ny."N" berusia 23 tahun. Menurut Walyani (2015) Umur adalah lama waktu hidup sejak dilahirkan. Umur sangat menentukan suatu kesehatan ibu, ibu dikatakan beresiko tinggi apabila ibu hamil berusia di bawah 20 tahun dan di atas 35 tahun. Umur berguna untuk mengantisipasi diagnosa masalah kesehatan dan tindakan yang dilakukan. Jadi dapat disimpulkan bahwa tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus karena Ny "N" masih dalam rentan usia 20 – 35 tahun. Pada tinjauan kasus, ibu periksa hamil sebanyak 9 kali yaitu 2 kali pada trimester I, 3 kali pada trimester II, dan 4 kali pada trimester III. Menurut Walyani (2015) kunjungan antenatal sebaiknya

dilakukan paling sedikit 4 kali selama hamil, yaitu 1 kali pada trimester pertama, 1 kali pada trimester kedua, dan 2 kali pada trimester ketiga. Sehingga dapat disimpulkan bahwa pada kasus ini tidak ada kesenjangan antara kasus dan teori.

Pada riwayat kehamilan, ibu hamil anak pertama. Menurut kartu score Poedji Rochdjati tidak ada faktor risiko yang kemungkinan dapat terjadi kegawatan obstetri. Hal ini menunjukkan tidak ada riwayat dari ibu hamil yang menjadi masalah pada kartu score Poedji Rochdjati.

Ny."N" memiliki tinggi badan 155 cm. Menurut Marmi (2011) tubuh yang pendek dapat menjadi indikator gangguan genetik. Batas normal tinggi badan ibu hamil adalah ≥ 145 cm. Jika < 145 cm kemungkinan mengalami panggul sempit. Sedangkan untuk lingkaran lengan atas, Ny."N" memiliki LILA baik yaitu 24 cm. Menurut Jannah (2012), standar minimal ukuran LILA pada wanita dewasa atau usia reproduksi adalah 23,5 cm. Hasil pengukuran antropometri ibu, menunjukkan ibu memiliki ukuran tinggi badan dan LILA yang normal. Berat badan Ny "N" sebelum hamil adalah 43 kg, berat badan sekarang adalah 52 kg, kenaikan berat badan selama hamil 9 kg, hasil perhitungan IMT 21,66. Menurut Walyani (2015) IMT normal adalah 19,8 - 26. Pada IMT normal rekomendasi kenaikan berat badan selama hamil adalah 11,5 - 16 kg. Kenaikan berat badan ibu hamil yang kurang kemungkinan dapat menyebabkan abortus, bayi lahir premature, BBLR, terhambatnya pertumbuhan janin dalam kandungan, dan bayi baru lahir mudah terkena infeksi. Dari hasil penimbangan berat badan dan penghitungan IMT pada Ny "N", dapat disimpulkan hasil IMT normal dan kenaikan berat badan tidak sesuai dengan rekomendasi yang ditetapkan, sehingga

dapat disimpulkan ada kesenjangan antara teori dan kasus, akan tetapi bayi Ny "N" lahir normal, cukup bulan, dengan berat 3200 gram. Selain rekomendasi kenaikan berat badan menurut Walyani (2015), pendapat lain menyebutkan kenaikan berat badan ibu hamil normal rata – rata antara 6,5 kg sampai 16 kg (Wikjosastro, 2010). Jika dilihat dari teori Wikjosastro (2010), tidak ada kesenjangan terhadap kenaikan berat badan Ny "N" sehingga tidak berpengaruh terhadap kesehatan ibu dan bayi.

Pada pemeriksaan tinggi fundus uteri, hasil pemeriksaan TFU Ny."N" adalah pertengahan pusat dan *prosessus xyphoideus* dalam usia kehamilan 38 minggu. Menurut Jannah (2012), bahwa usia kehamilan 36-38 minggu TFU berada setinggi *prosessus xyphoideus* atau 2-3 jari di bawah *prosessus xyphoideus*. Hal ini berarti ada kesesuaian antara teori dan kasus. Pada pemeriksaan Leopold, didapatkan hasil pada fundus teraba bokong, pada perut sebelah Kanan teraba punggung janin, pada perut bagian bawah teraba kepala dan kepala belum masuk panggul karena mudah digoyangkan. Menurut Manuaba (2013), bahwa pada letak yang normal pada fundus uteri teraba bokong, pada perut samping kanan/kiri teraba punggung dan bagian kecil janin, sedangkan pada uterus sebelah bawah teraba kepala. Hal ini berarti letak janin dalam rahim Ny."N" normal, tidak ada kesenjangan antara kasus dan teori.

Pada pemeriksaan auskultasi didapatkan hasil bahwa DJJ frekuensi 145 kali/menit, jelas dan kuat, punctum maksimum 3 jari kanan bawah pusat. Menurut Walyani (2015) jumlah denyut jantung janin normal yaitu 120–160 x/menit kuat dan teratur, jika DJJ <120 atau >160 maka kemungkinan ada kelainan pada janin

atau plasenta. Pada letak kepala tempat DJJ dibawah umbilikus.

G₁P₀₀₀₀, umur kehamilan 38 minggu, janin tunggal, hidup, intrauterin, situs bujur, habitus fleksi, puka, presentasi kepala, kepala belum masuk PAP. KU ibu dan janin baik. Menurut Diana (2017) diagnose kebidanan pada kehamilan adalah Ny.... (G) (P) (Ab) (Ah) Usia kehamilan...tunggal atau ganda, hidup atau mati, letak kepala atau bokong, intra uterin atau ekstrauterin, keadaan jalan lahir normal atau tidak, keadaan umum ibu dan janin baik atau tidak, sehingga dapat disimpulkan tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus.

Pada kunjungan ANC Pertama didapatkan hasil IMT ibu normal, akan tetapi ibu mengalami penurunan berat badan. Kenaikan berat badan ibu hamil yang kurang dapat beresiko pada kesehatan ibu dan janin. Hasil pemeriksaan ini belum disampaikan pada penatalaksanaansaat kunjungan, seharusnya semua temuan dari hasil pengkajian harus dijelaskan pada saat penatalaksanaan. Jadi dapat disimpulkan bahwa ada kesenjangan antara teori dan kasus terkait penatalaksanaan yang diberikan.

Penatalaksanaan yang lain dilaksanakan sesuai dengan intervensi. Evaluasi didapatkan dari respon ibu terhadap penatalaksanaan yang diberikan, sehingga ibu memahami hasil pemeriksaan dan nasehat yang diberikan.

4.2 Persalinan

Ny.”N” merasa kenceng-kenceng mulai tanggal 24-04-2021 pukul 09.00 WIB. Menurut Manuaba (2013), tanda dari kala I persalinan adalah terjadinya his persalinan dengan ciri khas pinggang terasa nyeri yang menjalar ke depan,

sifatnya teratur, interval makin pendek, dan kekuatannya makin besar. Ini menunjukkan antara teori dengan kenyataan tidak terdapat kesenjangan. Pada kasus, berdasarkan HPHT, Ny.”N” memasuki persalinan pada usia kehamilan 40 minggu. Menurut Oktarina (2016), persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (37-42 minggu) tanpa disertai adanya penyulit.

Pembukaan lengkap dialami ibu pada tanggal 25-04-2021 pukul 04.00 WIB. Bayi lahir pukul 05.10 WIB. Plasenta lahir pukul 05.15 WIB. Menurut Walyani (2015) lamanya kala II untuk primigravida 1,5 – 2 jam dan multigravida 30 menit – 1 jam. Ini menunjukkan tidak adanya kesenjangan antara teori dan kasus.

Pada kala III, 2 menit setelah bayi lahir petugas mendapatkan adanya tanda-tanda lepasnya plasenta, seperti rahim menonjol diatas simpisis, tali pusat bertambah panjang, rahim bundar dan keras, keluar darah secara tiba-tiba. Setelah terjadi pelepasan plasenta, seluruh bagian plasenta, tali pusat dan selaput ketuban lahir lengkap. Total waktu yang dibutuhkan untuk pelepasan dan pengeluaran plasenta adalah 5 menit. Menurut Walyani (2015) Seluruh proses kala III biasanya berlangsung 5-30 menit setelah bayi lahir, sehingga didapat antara kasus dan teori tidak ada kesenjangan.

Setelah plasenta lahir, dilakukan estimasi perdarahan. Ny. “N” mengeluarkan darah sejumlah kurang lebih 200 cc. Menurut Manuaba (2013) perdarahan dianggap normal bila jumlahnya tidak melebihi 400-500 cc. Sehingga didapat antara kasus dan teori tidak ada kesenjangan.

Memasuki kala IV petugas melakukan pengawasan selama 2 jam post partum

untuk memberikan asuhan pada Ny.”N” antara lain: memantau TD, keadaan umum ibu, tinggi fundus uteri, kontraksi uteri, kandung kemih dan perdarahan post partum dan semua hasilnya normal. Menurut Manuaba (2013) kala IV dimaksudkan untuk melakukan observasi meliputi tingkat kesadaran penderita, pemeriksaan tanda-tanda vital, kontraksi uterus dan perdarahan.

G₁P₀₀₀₀, umur kehamilan 40 minggu, tunggal, hidup, intrauteri, situs bujur, habitus fleksi, posisi puka, presentasi kepala, kesan jalan lahir normal, keadaan umum ibu dan janin baik, inpartu kala I fase aktif. Penyusunan diagnose kebidanan sesuai dengan teori menurut Diana (2017) Ny.... (G)(P) (Ab) (Ah) Usia kehamilan...tunggal atau ganda, hidup atau mati, letak kepala atau bokong, intra uterin atau ekstrauterin, keadaan jalan lahir normal atau tidak, keadaan umum ibu dan janin baik atau tidak.

Penyusunan pelaksanaan pada kala I berlangsung dirumah, pasien datang rumah bidan hasil pemeriksaan dalam sudah didapatkan pembukaan lengkap. Pasien sudah ada tanda gejala kala II, suhu tubuh dan produksi urin setiap 2 jam, mengajarkan ibu teknik pernafasan yang benar saat ada his, anjurkan ibu makan/minum, anjurkan ibu untuk tidak meneran sampai pembukaan sempurna, anjurkan ibu untuk tidur miring ke kiri, memberikan motivasi dan dukungan, meminta ibu untuk tidak menahan BAK dan BAB. Pada kala II hingga kala IV penyusunan intervensi yaitu membantu kelahiran bayi dengan APN agar ibu dan bayi sehat dan tidak terdapat permasalahan yang serius serta menilai keadaan bayi baru lahir. Setelah itu dilakukan pemantauan keadaan umum ibu serta bayi. Tidak lupa memberikan injeksi vitamin K dan salep mata serta memberikan imunisasi

Hb0 pada bayi. Menurut JNPK-KR (2017), sedapat mungkin persalinan ditolong dengan 60 langkah APN untuk meminimalisasi adanya komplikasi lain. Ini menunjukkan kesesuaian antara teori dan kasus nyata.

4.3 Masa Nifas

Pada saat hari pertama *postpartum* perhatian ibu terfokus pada dirinya sendiri dan masih tergantung dengan orang sekitarnya serta belum bisa bertanggungjawab dalam mengurus bayinya, hal tersebut sesuai dengan teori yang menyebutkan ibu berada pada fase *taking in*. Menurut Astuti (2015) fase *taking in* lamanya 3 hari pertama setelah melahirkan. Fokus pertama pada diri ibu sendiri, tidak pada bayi, ibu membutuhkan waktu untuk tidur dan istirahat. Pasif, ibu mempunyai ketergantungan dan tidak bisa membuat keputusan. Ibu memerlukan bimbingan dalam merawat bayi dan merasa takjub ketika melihat bayinya yang baru lahir.

Pada pemeriksaan nifas 6 jam *postpartum* tanggal 25-04-2021 didapatkan hasil ASI keluar belum lancar, bayi sering menyusu, TFU 2 jari bawah pusat dan lochea rubra. Menurut Prawirohardjo (2011) Pada hari-hari pertama ASI belum banyak, sehingga bayi akan sering menyusu. Apabila ASI sudah banyak bayi akan mengatur sendiri kapan akan menyusu. Menurut Astuti (2015) TFU pada 6 jam post partum adalah 2 jari dibawah pusat sedangkan lochea pada 1-4 adalah lochea rubra.

Pada pemeriksaan nifas 6 hari post partum 01-05-2021 pukul 10.00 WIB didapatkan hasil ASI keluar banyak, TFU 3 jari atas simpisis, lochea sanguinolenta. Menurut Astuti (2015) satu minggu masa nifas fundus uteri

teraba setinggi pertengahan pusat dan simfisis, lochea yang dikeluarkan adalah lochea sanguinolenta.

Pada pemeriksaan nifas 14 hari post partum 15-05-2021 pukul 16.00 WIB didapatkan hasil, ASI keluar banyak, TFU tidak teraba, lochea alba. Menurut Astuti (2015) 6 minggu masa nifas, fundus tidak teraba lagi, lochea yang keluar adalah lochea alba. Dari hasil ke-3 kunjungan nifas yang dilakukan, tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus.

P₁₀₀₀₁, 6 jam post partum, persalinan normal, laktasi, involusi, lochea normal, keadaan umum ibu baik. Diagnose kebidanan sesuai dengan teori yaitu P_{APAH} postpartum, hari pertama sampai 40 hari, persalinan normal, laktasi normal, involusi normal. Lochea normal, KU baik (Varney, Kriebs & Gegor, 2007).

Pada kunjungan nifas selanjutnya, telah dievaluasi keluhan ibu. Selama kunjungan ibu tidak ada keluhan dan proses nifas berjalan dengan baik sesuai teori. Kondisi psikologis ibu pun normal tidak ada masalah. Penyuluhan yang telah diberikan, dilaksanakan ibu dengan sebaik mungkin. Ini menunjukkan kesesuaian antara pelaksanaan pada teori dan kasus nyata. Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada klien dan keluarga.

4.4 Masa Neonatus

Dalam 6 jam pertama, bayi Ny "N" sudah bisa BAK 3 kali, warna kuning jernih, BAB 3x, konsistensi lunak, warna kehitaman. Menurut Tando (2016) dalam waktu 24 jam, bayi mengeluarkan mekonium dan berkemih 20 – 30 cc urine per hari kemudian meningkat menjadi 100 – 200 cc/hari. Kotoran yang

dikeluarkan bayi pada hari – hari pertama disebut mekonium. Mekonium adalah ekskresi gastrointestinal bayi yang diakumulasi dalam usus sejak masa janin, yaitu pada usia kehamilan 16 minggu.

Bayi Ny “N” diberi minum ASI setiap 2 jam, Menurut Tando (2016) ASI merupakan makanan yang terbaik bagi bayi dan mengandung zat gizi yang sesuai untuk pertumbuhan dan perkembangan bayi, baik kualitas maupun kuantitas. ASI di berikan sesuai kebutuhan bayi, biasanya bayi merasa lapar setelah 2-4 jam. Jangan beri susu formula sebelum usis bayi 6 bulan

Tali pusat bayi dibungkus dengan menggunakan kasa steril dan kering tanpa dibubuhi ramuan atau alcohol, segera dibersihkan jika terkena kotoran, kasa diganti setiap mandi atau saat kotor. Menurut Tando (2016) Sisa tali pusat sebaiknya dipertahankan dalam keadaan terbuka, di tutupi kasa bersih/steril, jika tali pusat terkena urine/feses, harus segera dicuci dengan menggunakan air bersih dan sabun kemudian dikeringkan.

Pada 7 hari setelah bayi lahir, ada kenaikan berat badan bayi Ny “N”. Menurut Hidayat (2009) pada usia beberap hari berat badan bayi mengalami penurunan yang sifatnya normal yaitu sekitar 10% dari berat lahir. Berat badan akan kembali pada hari kesepuluh. Berat badan bayi normal adalah 2.500 – 4.000 gram.

Pada pemeriksaan keadaan umum bayi baik, pemeriksaan tanda-tanda vital bayi didapatkan hasil suhu 36,7°C, nadi 140x /menit, respirasi 42x /menit. Menurut Tando (2016) suhu bayi normal adalah 36,5 – 37,5⁰C dan pernafasan bayi normal adalah 30 – 60 x/menit. Sedangkan menurut (Kristianansari, 2011)

nadi di hitung dengan waktu satu menit normalnya 100 – 180 x per menit. Hasil pemeriksaan sesuai dengan teori yang ada.

Pemberian imunisasi HB0 pada kasusnya dilakukan saat 1 jam setelah bayi lahir. Hal ini sesuai dengan jadwal imunisasi dasar lengkap yaitu imunisasi Hepatitis B digunakan untuk mencegah kerusakan hati. Diberikan pada saat usia 0-7 hari.

Bayi Ny.”N”, bayi baru lahir normal, cukup bulan, sesuai masa kehamilan, ku baik. Menurut Diana (2017) By.Ny....usia....dengan bayi baru lahir, Keadaan umum baik. Tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus.

Semua poin dari intervensi dilaksanakan sebagai implementasi pada bayi, untuk implementasi selanjutnya dilakukan sesuai keluhan pasien. Ibu melaksanakan anjuran yang diberikan. Keadaan bayi sehat. Ini menunjukkan terdapat kesesuaian antara teori dan kasus nyata. Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada klien dan/atau keluarga. Hasil evaluasi harus ditindaklanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien.

4.5 Keluarga Berencana (KB)

Pada awal kunjungan nifas terakhir Ny “N” menginginkan KB alat yang tidak mengganggu produksi ASI pada saat masa nifas selesai, dan Ny “N” belum mengetahui macam alat kontrasepsi yang bisa digunakan. Penatalaksanaan yang dilakukan pada kunjungan nifas terakhir adalah menjelaskan kembali macam-

macam alat kontrasepsi pasca salin, cara kerja, keuntungan dan kerugiannya. Pada kunjungan pertama KB Ny “N” dan suami memutuskan untuk menggunakan alat kontrasepsi KB Suntik 3 Bulan. Menurut Affandi (2012) KB suntik 3 Bulan merupakan salah satu alat kontrasepsi sederhana pasca salin yang tidak mengganggu produksi ASI.

Pada kunjungan keempat (35 hari post partum) Ny.”N” belum mengalami menstruasi dan belum melakukan hubungan seksual setelah melahirkan. Menurut Manuaba (2013), sebagian besar menstruasi kembali setelah 4 sampai 6 bulan.

P₁₀₀₁, usia 23 tahun, calon peserta KB pascasalin, keadaan umum baik. Menurut Diana (2017) diagnose kebidanan bagi calon peserta kb adalah Ny ... P...Ab...Ah...umur...tahun dengan calon akseptor KB... Ini menunjukkan tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus.

Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien/pasien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan. Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Evaluasi atau penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien. Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada klien dan/atau keluarga. Hasil evaluasi harus ditindaklanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien.

BAB 5

PENUTUP

4.1 Kesimpulan

Pelaksanaan asuhan kebidanan pada masa kehamilan, persalinan, nifas, neonatus dan keluarga berencana di BPM Ny. Masbahah Hanim, SST pada Ny "N" dengan menggunakan manajemen kebidanan Varney dan pendokumentasian kebidanan metode SOAP yang dilaksanakan mulai dari Maret – Mei disimpulkan sebagai berikut.

1. Ny "N", G₁P₀₀₀₀ usia 23 tahun selama masa kehamilan tidak ada keluhan khusus yang mengganggu. Pada data subyektif didapatkan keluhan sakit punggung dan sembelit. Perencanaan untuk mengatasi masalah sakit punggung dan sembelit adalah ibu hamil dianjurkan untuk makan makanan yang banyak mengandung serat dan minum air putih yang banyak. Penyusunan perencanaan yang lain sesuai dengan teori pada kehamilan normal. Penatalaksanaan dilakukan sesuai dengan perencanaan. Hasil evaluasi menunjukkan sakit punggung berkurang. Keadaan ibu dan janin baik.

Pada proses persalinan Ny "N" keadaan ibu dan janin pada kala I persalinan baik, kemajuan persalinan berlangsung normal. Setelah pembukaan lengkap, dilakukan pertolongan persalinan. Setelah bayi lahir, plasenta lahir lengkap. Pemantauan 2 jam post partum setiap 15 menit pada 1 jam pertama dan setiap 30 menit pada 1 jam kedua. Perencanaan sesuai dengan 60 langkah Asuhan Persalinan Normal. Penatalaksanaan sesuai dengan

perencanaan yang disusun. Hasil evaluasi menunjukkan persalinan berlangsung normal, bayi lahir selamat, keadaan ibu baik, plasenta lahir spontan dan lengkap, terdapat laserasi derajat 2, tidak ada perdarahan abnormal.

2. Hasil pengkajian setiap kunjungan nifas pada Ny “N” tidak ada keluhan yang mengganggu, tidak ada masalah pada payudara dan produksi ASI, TFU turun sesuai teori, kontraksi keras, perubahan warna lochea normal, dan tidak ditemukan tanda–tanda infeksi. Perencanaan sesuai dengan teori asuhan pada ibu nifas. Penatalaksanaan dilakukan sesuai dengan perencanaan. Setelah dilakukan evaluasi didapatkan hasil nifas berlangsung normal, laktasi lancar, involusi dan lochea normal, ibu menyusui secara eksklusif.
3. Bayi Ny “N” dari hasil pengkajian tidak ada keluhan yang mengganggu sampai kunjungan yang terakhir. Penambahan berat badan bayi sesuai, TTV selalu normal, tidak ada tanda infeksi pada tali pusat, bayi menyusu kuat, reflek baik, tidak ada kelainan pada bayi. Perencanaan sesuai dengan teori asuhan kebidanan bayi baru lahir. Penatalaksanaan sesuai dengan perencanaan. Hasil evaluasi menunjukkan kebutuhan dasar bayi terpenuhi, keadaan bayi sehat.

Saat kunjungan nifas ke 4 Ny “N” menginginkan alat kontrasepsi yang tidak mengganggu produksi ASI. Setelah dilakukan pemeriksaan, didapatkan keadaan ibu sehat, tidak ada kelainan. Dari hasil pengkajian disusun perencanaan termasuk KIE tentang alat kontrasepsi yang dapat digunakan. Penatalaksanaan dilakukan sesuai dengan perencanaan. Hasil evaluasi menunjukkan Ny “N” memutuskan menggunakan KB Suntik 3 Bulan dan Ny “N” memahami cara kerja, keuntungan dan kelemahan alat kontrasepsi KB

Suntik 3 Bulan.

4.2 Saran

1. Bagi ibu dan keluarga

Diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan bahwa pemeriksaan dan pemantauan kesehatan sangat penting khususnya pada masa kehamilan, masa bersalin, masa nifas, masa bayi baru lahir dan masa keluarga berencana sehingga ibu mengerti tentang kesehatannya.

2. Bagi profesi bidan

Diharapkan dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan untuk meng-update ilmu dan menerapkan ilmu terbaru pada klien

3. Bagi pendidikan civitas akademika Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Lamongan.

Diharapkan dapat dijadikan sebagai bahan referensi untuk pengembangan materi yang telah diberikan baik dalam proses perkuliahan maupun praktik lapangan. Sehingga mahasiswa mampu menerapkan secara langsung dan berkesinambungan pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir dan keluarga berencana dengan pendekatan manajemen kebidanan yang sesuai dengan standar pelayanan kebidanan

4. Bagi penulis

Senantiasa memanfaatkan pengetahuan dan ketrampilan yang telah didapat serta menggunakan sebagai bahan pertimbangan dalam melakukan asuhan secara berkesinambungan yang di mulai pada ibu hamil TM III, sehingga menambah

wawasan dan sebagai proses persalinan, nifas, neonatus, dan KB dapat berjalan fisiologis atau patologis.

DAFTAR PUSTAKA

- Affandi, Biran (ed). 2013. Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Ambarwati E R, dan Wulandari D. 2010. Asuhan Kebidanan Nifas. Yogyakarta Nuha Medika.
- Anita, Kusmiyati., Robin. 2014. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Pemilihan Kontrasepsi Pasangan Usia Subur (PUS) di Puskesmas Damau Kabupaten Talaud. Manado: Kebidanan Politeknik Kemenkes.
- APN. 2017. Buku Acuan Persalinan Normal. Jakarta: JNPK-KR.
- Astuti, Maya. 2010. Buku Pintar Kehamilan. Jakarta : EGC
- Astuti, Maya. 2010. Buku Pintar Kehamilan. Jakarta : EGC
- Bobak, Lowdermik, Jense. 2012. Buku Ajar Keperawatan Maternitas. Jakarta: EGC.
- Cunningham, dan Gant, Norman F. (2013). Dasar-dasar Ginekologi dan Obstetri. Jakarta : EGC.
- Cunningham, dan Gant, Norman F. (2013). Dasar-dasar Ginekologi dan Obstetri. Jakarta : EGC.
- Damayanti, Ika Putri. (2014). Buku Ajar: Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ibu Bersalin Dan Bayi Baru Lahir. Edisi kesatu. Yogyakarta : Deepublish.
- Depkes RI. (2010). Profil Kesehatan Indonesia Menuju Indonesia Sehat. Jakarta: Depkes RI.
- Dinas Kesehatan. (2017). Profil Kesehatan Kabupaten Lamongan Tahun 2016. Lamongan : Dinas Kesehatan
- Dinkes Jatim. (2015). *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur 2016*. Surabaya: Dinkes Jatim.
- Dinkes Jatim. (2016). *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur 2017*. Surabaya: Dinkes Jatim.
- Dinkes Prov. Jatim. (2018). Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur : Departemen Kesehatan Jawa Timur
- Dinkes Provinsi Jawa Timur. 2018. Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2017. Surabaya : Dinkes Provinsi Jawa Timur
- Dinkes Provsu. 2014. Profil Kesehatan Sumatera Utara 2014.http://diskes.sumutprov.go.id/diskesconfig/downlot.php?file=sumut_profil_2014.pdf.PDF(diakses tanggal Januari 2017).
- Doenges. 2010. Rencana Asuhan Keperawatan. Jakarta : EGC
- Eka, Puspita, dkk. (2014). Asuhan Kebidanan: Persalinan (Intranatal Care).
- Ernawati. (2011). Penggunaan Partograf WHO Asuhan Persalinan Normal. Yogyakarta : Salemba Medika.
- Foreman, Monica. 2015. Perubahan Gairah Seksual Bumil di Tiap Trimester Kehamilan. <https://m.cnnindonesia.com/gaya-hidup/20150310112905-255-37971/perubahan-seksual-bumil-di-tiap-trimester-kehamilan>

- Fraser, D. M., dan Cooper, M. A. (2009). Buku Ajar Bidan Myles. Ed-14. Jakarta : EGC.
- Hasil Utama RISKESDAS. (2018). Kementrian Kesehatan RI : Badan Peneliti dan Pengembangan Kesehatan
- Helen, Varney. (2017). Buku Ajar Asuhan Kebidanan. Edisi 4, Volume 2. Jakarta: EGC.
- Hidayat, A. A. 2012. Buku Ajar Kebutuhan. Jakarta : Salemba Medika
- Hidayat, Asri dan Clervo. 2012. Asuhan Persalinana Normal. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Hidayat. 2013. Keluarga Berencana dan Kontrasepsi. Cetakan Keenam. Jakarta: Pustaka Sinar Harapan.
- Hutahaean, S. 2013. Perawatan Antenatal. Jakarta: Salemba Medika.
- Indrayani, Djami M.E.U. 2013. Asuhan Persalinan dan bayi Baru Lahir. Jakarta : CV. Trans Info Media.
- Irianti, Bayu (2013). Asuhan Kebidanan Berbasis Bukti. Jakarta: Segoseto.
- Kemenkes RI.(2018). Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2018. Jakarta: Kementrian Kesehatan Indonesia
Jakarta: CV
- Johariyah, dkk. (2012).Asuhan Kebidanan Persalinan dan BBL : Trans Info Media, Jakarta.
- Kemenkes (a). 2015. *Profil Kesehatan Indonesia*. Jakarta: Kemenkes RI 2015.
- _____ (b). 2015. *Kesehatan dalam Kerangka Sustainable Development Goals (SDGs)*. Jakarta: Kemenkes RI 2015.
- _____ (c). 2015. *Buku Ajar Kesehatan Ibu dan Anak*. Jakarta: Pusdiklatnakes Kemenkes RI.2013. Buku Saku Pelayanan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kemenkes RI. 2018. Ditjen Kesehatan Masyarakat Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2017. Jakarta
- Kemenkes, 2013. Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu Di Fasilitas Kesehatan dasar Dan Rujukan. Jakarta: Kemenkes.
- Kemenkes. 2015. Kesehatan Dalam Kerangka Sustainable Development Goals (SDGs).http://sdgsindonesia.or.id/index.php?option=com_bdthemes_shortcodes&view=download&id=3 (diakses tanggal 10 Januari 2017).. 2016a. Profil Kesehatan Indonesia 2015.<http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia/profil-kesehatan-indonesia2015.pdf> (diakses tanggal 02 Januari 2017). 2016b. Buku Acuan Midwifery Update. Jakarta: Pengurus Pusat Ikatan Bidan Indonesia. Kusmiyati, Y. Wahyuningsih, dan Sujiyatini. 2010. Perawatan Ibu hamil. Yogyakarta; Fitramaya.
- Kementerian Kesehatan RI. 2016. INFODATIN Pusat Data dan Informasi
- Manuaba, I.A.C. 2014. Ilmu Kebidanan Penyakit Kandungan dan KB. Edisi 2. Jakarta: EGC.
- Manuaba. 2016. Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan KB. Jakarta : EGC
- Marmi. (2011). Asuhan Kebidanan Pada Masa Antenatal. Jakarta : Pustaka Pelajar
- Marmi. 2018. Buku Ajar Pelayanan KB. Yogyakarta : Pustaka Belajar

- Mochammad Anwar. dkk;. 2014. Ilmu Kandungan Edisi III. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Mochtar, R. 2013. Sinopsis Obstetri. Edisi Ketiga. Jilid I. Jakarta:EGC.
- Mulati, Erna, (ed.). 2015. Buku Ajar Kesehatan Ibu dan Anak Continuum Of Carelife Cycle. Jakarta: Kemenkes
- Nanny Lia Dewi, Vivian (2013). *Asuhan Kebidanan Neonatus Bayi dan Anak Balita*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nurjasmi, Dr. Emi. (2016). Buku Acuan Midwifery Update. Cetakan Pertama. Pengurus Pusat Ikatan Bidan Indonesia. Jakarta.
- Nurul Jannah. 2017. Kesehatan Reproduksi & Keluarga Berencana. Jakarta: EGC
- Pratami, Evi. 2014. Konsep Kebidanan Berdasarkan Kajian Filosofi dan Sejarah. Magetan : Forum Ilmu
- Prawirohardjo sarwono. (2018). Ilmu kebidanan. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka.
- Prawirohardjo, Sarwono. 2014. Ilmu Kebidanan (4 ed). Jakarta : PT. Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- Prawirohardjo, Sarwono.(2014). Ilmu Kebidanan. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Prawirohardjo, Sarwono. (2014). Ilmu Kebidanan *Sarwono* Prawirohardjo. Jakarta: PT. Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Profil Kesehatan Indonesia. “Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2019”.
- Rahayu, Sri dan Prijatni, Ida. 2016. Praktikum Kesehatan Reproduksi Dan Keluarga Berencana. Jakarta: Pusdik SDM Kesehatan.
- Riset Kesehatan Dasar (Riskedas). (2013). Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian RI tahun 2013 <http://depkes.go.id/> Diakses tanggal 6 Februari 2021 Jam 21.00.
- Riset Kesehatan Dasar (Riskedesdas) (2018). Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian RI tahun 2018. http://www.depkes.go.id/resources/download/infoterkini/materi_rakor_pop_2018/Hasil%20Riskedesdas%202018.pdf – Diakses tanggal 6 Februari 2021
- Riskedes. (2018). Profil Kesehatan Indonesia Menuju Indonesia Sehat. Jakarta : Riskedes
- Rohani, dkk. (2011). Asuhan kebidanan pada masa persalinan. Jakarta : Salemba Medika.
- Romauli, S. (2011). Buku Ajar Kebidanan Konsep Dasar Asuhan Kehamilan. Yogyakarta: Nuha Medik.
- Romauli, Suryati. 2011. Buku Ajar Asuhan Kebidanan 1 Konsep Dasar Asuhan Kehamilan. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Saifuddin, BA. 2014. Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi, edisi 2. Jakarta: Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Setyorini, R.H. (2013). Belajar Tentang Persalinan. Edisi Pertama. Yogyakarta: Graha. Ilmu.
- Sondakh, J. J. 2016. *Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi baru Lahir*. Malang: Penerbit Erlangga.
- Sustainable Development Goals SDGs (2017). Indikator Kesehatan SDGs DI Indonesia.

Tando, 2016. *Asuhan Kebidanan Neonatus, Bayi, dan Anak Balita*. Jakarta: EGC
Yulizawati, SST., M.Keb. dkk; 2019. *Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana*,
Edisi Asli. Sidoarjo: Pindomedia Pustaka.

CATATAN PERSALINAN

1. Tanggal: 25-04-2021
2. Nama bidan: Ty. Marbawah Hanim, SST
3. Tempat persalinan:
 - Rumah Ibu Puskesmas
 - Polindes Rumah Sakit
 - Klinik Swasta Lainnya: PMB
4. Alamat tempat persalinan: Pangkal Kulon
5. Catatan: rujuk, kala: I/II/III/IV
6. Alasan merujuk:
7. Tempat rujukan:
8. Pendamping pada saat merujuk:
 - bidan teman suami dukun keluarga tidak ada
9. Masalah dalam kehamilan / persalinan ini:
 - Gawatdarurat Perdarahan HDK Infeksi PMTCT

KALA I

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

KALA II

14. Episiotomi:
 - Ya, indikasi:
 - Tidak
15. Pendamping pada saat persalinan:
 - Suami teman tidak ada
 - Keluarga dukun
16. Gawatjanin:
 - Ya, tindakan yang dilakukan:
 - a.
 - b.
 - Tidak
 - Pemantauan DJJ setiap 5-10 menit selama kala II, hasil:
17. Distosia bahu
 - Ya, tindakan yang dilakukan:
 - Tidak
18. Masalah lain, penatalaksanaan masalah tsb dan hasilnya:

KALA III

19. Inisiasi Menyusu Dini
 - Ya
 - Tidak, alasannya:
20. Lama kala III: 5 Menit
21. Pemberian Oksitosin 10 U im?
 - Ya, waktu: 1 menit sesudah persalinan
 - Tidak, alasan:
- Penjepitan tali pusat: Menit setelah bayi lahir
22. Pemberian ulang Oksitosin (2x)?
 - Ya, alasan:
 - Tidak
23. Penegangan tali pusat terkendali?
 - Ya
 - Tidak, alasan:

24. Masase fundus uteri?
 - Ya
 - Tidak, alasan:
25. Plasenta lahir lengkap (intact) Ya Tidak
 - Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan:
 - a.
 - b.
26. Plasenta tidak lahir > 30 menit:
 - Tidak
 - Ya, tindakan:
27. Laserasi:
 - Ya, dimana: mutara vagina, Komituro posterior, kuli dan otot perineum
 - Tidak
28. Jika laserasi perineum, derajat: 1 (2) 3 / 4
 - Tindakan:
 - Penjahitan, dengan / tanpa anestesi
 - Tidak dijahit, alasan:
29. Atoni uteri:
 - Ya, tindakan:
 - Tidak
30. Jumlah darah yang keluar / perdarahan: ± 150 ml
31. Masalah dan penatalaksanaan masalah tersebut:
- Hasilnya:

KALA IV

32. Kondisi ibu: KU: baik TD: 110 mmHg Nadi: 80 x/mnt Napas: 20 x/mnt
33. Masalah dan penatalaksanaan masalah:

BAYI BARU LAHIR :

34. Berat badan: 3200 Gram
35. Panjang badan: 50 cm
36. Jenis kelamin: L(P)
37. Penilaian bayi baru lahir: (baik) ada penyulit
38. Bayi lahir:
 - Normal, tindakan:
 - mengeringkan
 - menghangatkan
 - rangsangan taktil
 - memastikan IMD atau naluri menyusu segera
 - Asfiksia ringan / pucat / biru / lemas, tindakan:
 - mengeringkan bebaskan jalan napas
 - rangsang taktil menghangatkan
 - bebaskan jalan napas lain-lain, sebutkan:
 - Cacat bawaan, sebutkan:
 - Hipotermi, tindakan:
 - a.
 - b.
 - c.
39. Pemberian ASI setelah jam pertama bayi lahir
 - Ya, waktu: 1 Jam setelah bayi lahir
 - Tidak, alasan:
40. Masalah lain, sebutkan:
- Hasilnya:

TABEL PEMANTAUAN KALA IV

Jam Ke	Waktu	Tekanan darah	Nadi	Suhu	Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Darah yg keluar
1	05.30	120/70 mmHg	80x/menit	36°C	2 jr buah pst	Keras	Kosong	± 5 ml
	05.45	120/70 mmHg	80x/menit		2 jr buah pst	Keras	Kosong	± 5 ml
	06.00	110/60 mmHg	80x/menit		2 jr buah pst	Keras	Kosong	± 20 ml
	06.15	120/70 mmHg	80x/menit		2 jr buah pst	Keras	Kosong	± 10 ml
2	06.45	110/60 mmHg	80x/menit	36°C	2 jr buah pst	Keras	Kosong	± 10 ml
	07.15	110/60 mmHg	80x/menit		2 jr buah pst	Keras	Kosong	± 10 ml

LAMPIRAN II (SCORE PUDJI ROHDJATI)

SKRINING/DETEKSI DINI IBU RISIKO TINGGI
OLEH PKK DAN PETUGAS KESEHATAN

Nama : Hy. Halon d Umur Ibu : 23 Th.
 Hamil ke 1, Haid terakhir tgl. : 19-07-20 Perkiraan persalinan tgl. : 06-09-21
 Pendidikan : Strata 1 Ibu Suami : T. Fati
 Pekerjaan : Ibu IRT Suami

I KEL. F.R.	II NO.	III Masalah/Faktor Risiko	SKOR	IV Tribulan				
				I	II	III.1	III.2	
		Skor Awal Ibu Hamil	2	2	2	2	2	
I	1	Terlalu muda, hamil ≤ 16 th	4	-	-	-	-	
	2	a. Terlalu lambat hamil I, kawin ≥ 4 th	4	-	-	-	-	
		b. Terlalu tua, hamil 1 ≥ 35 th	4	-	-	-	-	
	3	Terlalu cepat hamil lagi (< 2 th)	4	-	-	-	-	
	4	Terlalu lama hamil lagi (≥ 10 th)	4	-	-	-	-	
	5	Terlalu banyak anak, 4/lebih	4	-	-	-	-	
	6	Terlalu tua: umur ≥ 35 th	4	-	-	-	-	
	7	Terlalu pendek ≤ 145 cm	4	-	-	-	-	
	8	Pernah gagal kehamilan	4	-	-	-	-	
	9	Pernah melahirkan dengan : a. Tarikan tang/vakum b. Uri dirogoh c. Diberi infus/Transfusi	4 4 4	- - -	- - -	- - -	- - -	
II	10	Pernah Operasi Sesar	8	-	-	-	-	
	11	Penyakit pada ibu hamil : a. Kurang darah b. Malaria c. TBC Paru d. Payah jantung e. Kencing Manis (Diabetes) f. Penyakit Menular Seksual	4 4 4 4	- - - -	- - - -	- - - -	- - - -	
		12	Bengkak pada muka/tungkai dan tekanan darah tinggi	4	-	-	-	-
		13	Hamil kembar 2 atau lebih	4	-	-	-	-
		14	Hamil kembar air (hydramnion)	4	-	-	-	-
		15	Bayi mati dalam kandungan	4	-	-	-	-
		16	Kehamilan lebih bulan	4	-	-	-	-
	17	Latak sunggang	6	-	-	-	-	
	18	Latak lentang	6	-	-	-	-	
	III	19	Pendarahan dalam kehamilan etc	8	-	-	-	-
20		Pre eklampsia Berat/Kedang Kelang	8	-	-	-	-	
JUMLAH SKOR			2	2	2	2		

PENYULUHAN KEHAMILAN/PERSALINAN AMAN
~ RUJUKAN TERENCANA

JML. SKOR	KEL. RISIKO	PERA-WATAN	PERSALINAN DENGAN RISIKO					
			RUJUKAN	TEMPAT	PENOLONG	RUJUKAN		
						RDB	RDR	RTW
2	KRR	BIDAN	TIDAK DIRUJUK	RUMAH POLINDES	BIDAN			
6-10	KRT	BIDAN DOKTER	BIDAN PKM	POLINDES PKM/RS	BIDAN DOKTER			
11-15	KRS	DOKTER	RUMAH SAKIT	RUMAH SAKIT	DOKTER			

Kematian Ibu dalam kehamilan : 1. Abortus 2. Lain-lain

KARTU SKOR 'POEDJI ROCHJATI'*
PERENCANAAN PERSALINAN AMAN

Tempat Perawatan Kehamilan : 1. Posyandu 2. Polindes 3. Rumah Bidan
4. Puskesmas 5. Rumah Sakit 6. Praktek Dokter

Persalinan : Melahirkan tanggal : 05.1.2021

RUJUKAN DARI : 1. Sendiri 2. Dukun 3. Bidan 4. Puskesmas
 RUJUKAN DARI : 1. Bidan 2. Puskesmas 3. Rumah Sakit

RUJUKAN DARI :
 1. Rujukan Dini Berencana (RDB)/ Rujukan Dalam Rahim 2. Rujukan Tepat Waktu (RTW) 3. Rujukan Terlambat (RTI)

Gawat Obstetrik :
 Kel. Faktor Risiko I & II
 1.
 2.
 3.
 4.
 5.
 6.
 7.
 Gawat Darurat Obstetrik :
 • Kel. Faktor Risiko III
 1. Pendarahan antepartum
 2. Eklampsia
 • Komplikasi Obstetrik
 3. Pendarahan postpartum
 4. Uri Tertinggal
 5. Persalinan Lama
 6. Panas Tinggi

TEMPAT : 1. Rumah Ibu 2. Rumah Bidan 3. Polindes 4. Puskesmas 5. Rumah Sakit 6. Perjalanan
 PENOLONG : 1. Dukun 2. Bidan 3. Dokter 4. Lain-lain
 MACAM PERSALINAN : 1. Normal 2. Tindakan pervaginam 3. Operasi Sesar

PASCA PERSALINAN :
 IBU : 1. hidup 2. Mati, dengan penyebab : a. Pendarahan b. Pre-eklampsia/Eklampsia c. Partus lama d. Infeksi e. Lain-2 ...
 MACAM PERSALINAN : 1. Rumah ibu 2. Rumah bidan 3. Polindes 4. Puskesmas 5. Rumah Sakit 6. Perjalanan
 BAYI : 1. Berat lahir 3200 gram, Laki-2 perempuan
 2. Lahir hidup : Appar Skor : 9.5
 3. Lahir mati, penyebab :
 4. Mati kemudian, umur hr, penyebab :
 5. Kelainan bawaan : tidak ada/ada

KEADAAN IBU SELAMA MASA NIFAS (42 Hari Pasca Salin)
 1. Sehat 2. Sakit 3. Mati, penyebab :
 Pemberian ASI : 1. Ya 2. Tidak

KELUARGA BERENCANA : 1. Ya /Sterilisasi
 2. Belum Tahu

KATEGORI KELUARGA MISKIN : 1. Ya 2. Tidak
 Sumber Biaya Mandiri Bantuan :

* Dr. Poedji Rochjati, dr. SpOG

LAMPIRAN III (LEMBAR KONSULTASI)

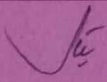
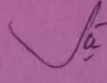
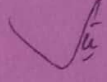
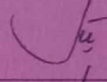
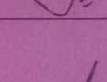
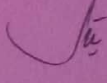
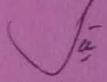
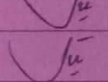
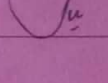


MAJELIS PENDIDIKAN TINGGI LITBANG PIMPINAN PUSAT MUHAMMADIYAH
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH LAMONGAN
 SK. Menteri RISTEK DIKTI RI Nomor 880/KPT/I/2018
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
 Program Studi:
 Ners (Profesi), Keperawatan (S1), Farmasi (S1), Administrasi RS (S1),
 Kebidanan (D3), Fisioterapi (D3), Farmasi (D3)
 Website : www.um.lamongan.ac.id - Email : um.lamongan@yahoo.co.id
 Jl. Raya Plalangan - Plosowahyu KM 3, Telp./Fax. (0322) 322356 Lamongan 62251

**LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN LAPORAN TUGAS AKHIR (LTA)
 PROGRAM STUDI D III KEBIDANAN UNIVERSITAS
 MUHAMMADIYAH LAMONGAN
 TAHUN AJARAN 2020-2021**

Nama : Baiq Zuhriyati Jalilah
Nim : 18.02.02.1773
Judul : Asuhan Kebidanan Pada Ny. "N" Pada Masa Hamil
 Sampai KB Di PMB Ny. Masbahah Hanim, SST Desa
 Pangkah Kulon Kec. Ujungpangkah Kab. Gresik
Pembimbing I : Lilin Turlina, S. SiT.,M. Kes

NO	Tgl/Bln/Tahun	Saran Pembimbing	Tanda Tangan
1	01 Maret 2021	Konsul pasien (ACC)	
2	04 Maret 2021	Revisi judul penulisan seperti segitiga terbalik Konsul BAB 1 <ul style="list-style-type: none"> • Perbaiki penulisan dan kerapian • Perbaiki latar belakang, buat data mengerucut (nasional, provinsi, kabupaten, kecamatan, PMB) 	
3	17 Maret 2021	Konsul BAB 2 <ul style="list-style-type: none"> • Perbaiki penulisan rata kanan kiri • Cari teori terbaru (minimal 5 tahun teraakhir) 	
4	19 Maret 2021	ACC proposal LTA, lanjut ujian	
5	23 Maret 2021	Revisi setelah Ujian proposal <ul style="list-style-type: none"> • Tambahkan teori VT • Lengkapi teori mulai dari hamil sampai KB 	
	24 Maret 2021	Konsul BAB 3 <ul style="list-style-type: none"> • Revisi Askeb Hamil (Perbaiki KAPP, Intervensi, Implementasi, buat berkala) 	

7	25 Maret 2021	Konsul Askeb persalinan (Perbaiki KAPP, Intervensi, Implementasi, Catatan Perkembangan)	
8	23 April 2021	Konsul Askeb Nifas (Riwayat Keluhan Utama Sesuai PQRST Perbaiki KAPP, Intervensi, Implementasi, Catatan Perkembangan)	
9	24 April 2021	Konsul Askeb Neonatus (Riwayat Perinatal, KAPP, 4x Kunjungan)	
10	28 April 2021	Konsul Askeb KB (Perbaiki Implementasi Data, KAPP)	
11	29 April 2021	ACC askeb lanjut BAB 4 dan 5	
12	14 juni 2021	Konsul Bab 4 dan 5 <ul style="list-style-type: none"> • Revisi pembahasan sesuaikan dengan 7 langkah varney 	
13	21 juni 2021	Lengkapi daftar tabel, daftar gambar, daftar isi Perhatikan penulisan dan spasi	
14	22 Juni 2021	Perbaiki Penulisan Daftar Pustaka	
15	28 juni 2021	ACC Ujian Proposal	


Mengetahui
Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Lamongan
Arifal Aris, S.Kep., Ns., M.Kes
 NIP. 19780821200601015



MAJELIS PENDIDIKAN TINGGI LITBANG PIMPINAN PUSAT MUHAMMADIYAH
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH LAMONGAN

SK. Menteri RISTEK DIKTI RI Nomor 880/KPT/1/2018

FAKULTAS ILMU KESEHATAN

Program Studi:

Ners (Profesi), Keperawatan (S1), Farmasi (S1), Administrasi RS (S1),
Kebidanan (D3), Fisioterapi (D3), Farmasi (D3)

Website : www.um.lamongan.ac.id - Email : um.lamongan@yahoo.co.id

Jl. Raya Plalangan - Plosowahyu KM 3, Telp./Fax. (0322) 322356 Lamongan 62251

**LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN LAPORAN TUGAS AKHIR (LTA)
PROGRAM STUDI D III KEBIDANAN UNIVERSITAS
MUHAMMADIYAH LAMONGAN
TAHUN AJARAN 2020-2021**

Nama : Baiq Zuhriyati Jalilah
Nim : 18.02.02.1773
Judul : Asuhan Kebidanan Pada Ny. "N" Pada Masa Hamil
Sampai KB Di PMB Ny. Masbahah Hanim, SST Desa
Pangkah Kulon Kec. Ujungpangkah Kab. Gresik
Pembimbing II : Ponco Indah Aristasari, S. SiT.,M. Kes

NO	Tgl/Bln/Tahun	Saran Pembimbing	Tanda Tangan
1	01 Maret 2021	Konsul pasien (ACC)	
2	04 Maret 2021	Revisi judul penulisan seperti segitiga terbalik Konsul BAB 1 <ul style="list-style-type: none">Perbaiki penulisan dan kerapianPerbaiki latar belakang, buat data mengerucut (nasional, provinsi, kabupaten, kecamatan, PMB)	
3	17 Maret 2021	Konsul BAB 2 <ul style="list-style-type: none">Perbaiki penulisan rata kanan kiriCari teori terbaru (minimal 5 tahun teraakhir)	
4	19 Maret 2021	ACC proposal LTA, lanjut ujian	
5	23 Maret 2021	Revisi setelah Ujian proposal <ul style="list-style-type: none">Tambahkan teori VTLengkapi teori mulai dari hamil sampai KB	
6	24 maret 2021	Konsul BAB 3 <ul style="list-style-type: none">Revisi Askeb Hamil (Perbaiki KAPP, Intervensi, Implementasi, buat berkala)	

7	25 Maret 2021	Konsul Askeb persalinan (Perbaiki KAPP, Intervensi, Implementasi, Catatan Perkembangan)	<i>Re</i>
8	23 April 2021	Konsul Askeb Nifas (Riwayat Keluhan Utama Sesuaikan PQRST Perbaiki KAPP, Intervensi, Implementasi, Catatan Perkembangan)	<i>Re</i>
9	24 April 2021	Konsul Askeb Neonatus (Riwayat Perinatal, KAPP, 4x Kunjungan)	<i>Re</i>
10	28 April 2021	Konsul Askeb KB (Perbaiki Implementasi Data, KAPP)	<i>Re</i>
11	29 April 2021	ACC askeb lanjut BAB 4 dan 5	<i>Re</i>
12	14 juni 2021	Konsul Bab 4 dan 5 • Revisi pembahasan sesuaikan dengan 7 langkah varney	<i>Re</i>
13	21 juni 2021	Lengkapi daftar tabel, daftar gambar, daftar isi Perhatikan penulisan dan spasi	<i>Re</i>
14	22 Juni 2021	Perbaiki Penulisan Daftar Pustaka	<i>Re</i>
15	28 Juni 2021	ACC Ujian Proposal	<i>Re</i>

Mengetahui
Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Lamongan



Arifak Aris, S.Kep.,Ns., M.Kes
NIP. 19780821200601015