

**ASUHAN KEBIDANAN
PADA NY A MASA HAMIL SAMPAI DENGAN MASA KB
DI PMB MUTHO'YAH S.ST**

LAPORAN TUGAS AKHIR



Oleh:

Nanda Satya Indra Pratiwi

18.02.02.1769

**PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH LAMONGAN
TAHUN 2021**

**ASUHAN KEBIDANAN
PADA NY A MASA HAMIL SAMPAI DENGAN MASA KB
DI PMB MUTHO'YAH S.ST**

LAPORAN TUGAS AKHIR

Disusun sebagai salah satu syarat menyelesaikan pendidikan Ahli Madya
Kebidanan pada Program Studi D III Kebidanan
Universitas Muhammadiyah Lamongan



Oleh:

Nanda Satya Indra Pratiwi

18.02.02.1769

**PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH LAMONGAN
TAHUN 2021**

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

NAMA : NANDA SATYA INDRA PARATIWI
NIM : 18.02.02.1769
TEMPAT, TANGGAL LAHIR : LAMONGAN, 31 JULI 2000
INSTITUSI : UNIVERSTAS MUHAMMADIYAH
LAMONGAN

Menyatakan bahwa Laporan Tugas Akhir (LTA) yang berjudul : "Asuhan Kebidanan Pada Ny "A" Masa Hamil Sampai Dengan Masa KB Di BPM Ny. Mutho'iyah, S.ST" 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 2020

Yang menyatakan

NANDA SATYA INDRA PRATIWI
NIM. 18.02.02.1769

LEMBAR PERSETUJUAN

NAMA : NANDA SATYA INDRA PRATIWI
NIM : 18.02.02.1769
JUDUL : ASUHAN KEBIDANAN PADA NY.A MASA HAMIL SAMPAI
DENGAN MASA NIFAS DI PMB MUTHO'YAH S.ST

LAPORAN TUGAS AKHIR INI TELAH DISETUJUI UNTUK
DIPERTAHANKAN PADA UJIAN SIDANG LAPORAN TUGAS AKHIR
TANGGAL 28-29 JUNI 2021

Oleh:

Pembimbing I



PONCO INDAH ARISTA SARI, S.SiT, M.Kes
NIP. 1985 03 10 2017 02 082

Pembimbing II



LILIN TURLINA, S.SiT, M.Kes
NIP. 1977 02 23 2005 08 008

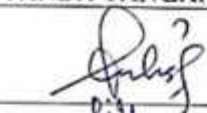


LEMBAR PENGESAHAN

NAMA : NANDA SATYA INDRA PRATIWI
NIM : 18.02.02.1769
JUDUL : ASUIAN KEBIDANAN PADA NY.A MASA HAMIL SAMPAI
DENGAN MASA NIFAS DI PMB MUTIHO'YAH S.ST

LAPORAN TUGAS AKHIR INI TELAH DIPERTAHANKAN DI DEPAN TIM
PENGUJI UJIAN SIDANG LAPORAN TUGAS AKHIR PROGRAM STUDI D
III KEBIDANAN FAKULTAS ILMU KESEHATAN UNIVERSITAS
MUHAMMADIYAH LAMONGAN
PADA TANGGAL 28-29 JUNI 2021

MENGESAHKAN

TIM PENGUJI

		TANDA TANGAN
Ketua	Sulistiyowati, S.ST,M.Kes	
Anggota I	Ponco Indah Arista Sari, S.SiT, M.Kes	
Anggota II	Lilin Turlina, S.SiT, M.Kes	

Mengetahui,

Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan

Universitas Muhammadiyah Lamongan



KURIKULUM VITAE

Nama : Nanda Satya Indra Pratiwi
Tempat Tanggal Lahir : Lamongan, 31 Juli 2000
Alamat Rumah : Ds. Latukan RT.10 RW.04 Kec. Karanggeneng Kab.
Lamongan
Pekerjaan : Belum Bekerja / Mahasiswi
Riwayat Pendidikan :

1. TK DI DESA LATUKAN Lulus Tahun 2008
2. MI AL-MUHAJIRIN Lulus Tahun 2013
3. SMP NEGRI 1 KARANGGENENG Lulus Tahun 2015
4. SMA NEGRI 1 SEKARAN Lulus Tahun 2018
5. Jurusan D-III Kebidanan Universitas Muhammadiyah Lamongan Mulai Tahun 2018 Sampai Sekarang Tahun 2020

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

MOTTO

“Dan Bersabarlah Sesungguhnya Allah Bersama Orang-Orang Yang Sabar”

(Qs.Al-Aanfal:46)

“Semakin Keras Kamu Bekerja Untuk Sesuatu Maka Semakin Besar Harapan untuk Mencapainya” (Haryono Suwandi)”

PERSEMBAHAN

Kupersembahkan Laporan Tugas Akhir ini untuk :

1. Ibu dan Ayahku yang selalu mendoakan aku dalam setiap hembusan nafasnya dan bekerja keras untuk membiayaiiku serta kasih sayang yang kalian berikan tidak akan pernah tergantikan.
2. Keluarga saya yang slalu mendukung saya den memberikan motivasi untuk selalu berusaha membanggakan kedua orang tua saya.
3. Dosen-Dosen yang telah memberikan nasehat ilmu dan bimbingannya selama ini.
4. Kekasih saya Haryono Suwandi yang telah memberikan semangat dan dukungan untuk tetap bertahan serta mendampingi hingga saat ini.
5. 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

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT. yang telah melimpahkan rahmat, hidayah dan inayahnya sehingga Laporan Tugas Akhir yang berjudul “Laporan Asuhan Kebidanan Pada Ny. “A” **Masa Hamil TM III sampai Masa Nifas di BPM Mutho’iyah, S.ST Lamongan**, sebagai salah satu syarat menyelesaikan pendidikan Ahli Madya Kebidanan pada program Studi D-III Kebidanan 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 UtomoCAmd. Kep., 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 Ponco Indah Aristasari, S.SiT., M.Kes, selaku pembimbing I yang telah memberikan bimbingan sehingga tugas akhir ini dapat terselesaikan.
5. Ibu Lilin Turlina, SSiT.,M.Kes, pembimbing II yang telah memberikan bimbingan sehingga tugas akhir ini bisa diselesaikan
6. BPM Mutho’iyah, S.ST, selaku tempat praktik klinik kebidanan, yang telah mengizinkan mengambil pasien untuk dijadikan laporan tugas akhir ini

7. Ny. Asmaul Husna 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

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	
SURAT PERNYATAAN	I
LEMBAR PERSETUJUAN.....	II
LEMBAR PENGESAHAN	III
KURIKULUM VITAE	IV
MOTTO DAN PERSEMBAHAN	V
KATA PENGANTAR.....	VI
DAFTAR ISI.....	VIII
DAFTAR TABEL	X
DAFTAR GAMBAR.....	IX
BAB 1 : PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Identifikasi Masalah	6
1.3 Tujuan Penyusunan LTA.....	6
1.4 Ruang Lingkup	7
1.5 Manfaat.....	7
BAB 2 : TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Dasar Kehamilan.....	9
2.2 Konsep Dasar Persalinan.....	74
2.3 Konsep Dasar Nifas.....	87
2.4 Konsep Dasar Bayi Baru Lahir	126

2.5	Konsep Dasar Keluarga Berencana	171
2.6	Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Kehamilan	203
BAB 3 : TINJAUAN KASUS		
3.1	Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan	269
3.2	Asuhan Kebidanan Pada Persalinan	302
3.3	Asuhan Kebidanan Pada Nifas	326
3.4	Asuhan Kebidanan Pada Neonatus.....	354
3.5	Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana.....	378
BAB 4 : PEMBAHASAN		
4.1	Asuhan Pada Kehamilan	393
4.2	Asuhan Pada Persalinan	412
4.3	Asuhan Pada Nifas	417
4.4	Asuhan Pada Neonatus	426
4.5	Asuhan Pada Keluarga Berencana	435
BAB 5 : PENUTUP		
5.1	Kesimpulan.....	439
5.2	Saran.....	442

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1 TFU menurut penambahan pertiga 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 BB ibu selama kehamilan.....	27
Tabel 2.5 perbedaan fisik nulipara dengan multipara.....	30
Tabel 2.6 Perkiraan TFU terhadap usia kehamilan.....	32
Tabel 2.7 perbedaan ciri janin hidup dan mati	33
Tabel 2.8 perbedaan janin tunggal atau kembar.....	34
Tabel 2.9 perbedaan janin intrauterin dan ekstrauterin	36
Tabel 2.10 informasi kunjungan kehamilan	41
Tabel 2.11 Jadwal pemberian suntikan TT	52
Tabel 2.12 Klasifikasi kehamilan	54
Tabel 2.13 ketidaknyamanan masa hamil,cara mengatasinya dan penyebab 55	
Tabel 2.14 jadwal kunjungan nifas	105
Tabel 2.15 macam-macam lochea pada masa nifas	106
Tabel 2.16 perubahan sistem kardiovaskuler.....	124
Tabel 2.17 Pemeriksaan Refleks pada neonatus	129
Tabel 2.18 kriteria APGAR score pada BBL	136
Tabel 2.19 Imunisasi rutin pada bayi dan anak	145

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 halaman depan lembar skrining dan score poedji rochjati	83
Gambar 2.2 halaman belakang kartu score poedji rochjati.....	89
Gambar 2.3 lembar partograf.....	102
Gambar 2.4 sistem kardio vaskuler sebelum lahir.....	123
Gambar 2.5 sistem kardio vaskuler sesudah lahir.....	124
Gambar 2.6 mekanisme kehilangan pada BBL.....	127
Gambar 2.7 menyimpan ASI dalam lemari ES.....	128
Gambar 2.8 KB MAL	164
Gambar 2.9 KB metode kalender.....	168
Gambar 2.10 KB Kondom.....	174
Gambar 2.11 KB Pil.....	178
Gambar 2.12 KB Suntik.....	179
Gambar 2.13 KB Implant.....	181
Gambar 2.14 KB AKDR.....	185

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kehamilan, persalinan, nifas dan bayi baru lahir merupakan suatu keadaan 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. Pemantauan dan perawatan kesehatan yang memadai selama kehamilan sampai masa nifas sangat penting untuk kelangsungan hidup ibu dan bayinya (Risksedas, 2018).

Pada saat ini kesehatan maternal masih menjadi masalah global, yakni masih tingginya angka kematian ibu (AKI) dan angka kematian bayi (AKB). AKI dan AKB merupakan salah satu indikator utama derajat kesehatan suatu negara dan merupakan indikasi kemampuan, kualitas pelayanan kesehatan, kapasitas pelayanan kesehatan, kualitas pendidikan dan pengetahuan masyarakat, serta hambatan dalam memperoleh akses terhadap pelayanan kesehatan, Bidan sebagai tenaga kesehatan dinilai terdepan dalam pelayanan wanita diharapkan dapat memberikan asuhan yang berkualitas dan sesuai kebutuhan (Irianti, 2013).

Berdasarkan data dari WHO, Angka Kematian Ibu (AKI) di dunia mencapai angka

289.000 jiwa, Jumlah kematian ibu menurut provinsi tahun 2018-2019 terdapat penurunan dari 4.226 menjadi 4.221 kematian ibu di Indonesia berdasarkan laporan. Pada tahun 2019 penyebab kematian ibu terbanyak adalah perdarahan (1.280 kasus), hipertensi dalam kehamilan (1.066 kasus), infeksi (207 kasus). Menurut Supas tahun 2016, target untuk AKI sebesar 305 per 100.000 kelahiran hidup. Pada tahun 2017, AKI Provinsi Jawa Timur mencapai 91,92 per 100.000 kelahiran hidup. Angka ini mengalami peningkatan dibandingkan tahun 2016 yang mencapai 91 per 100.000 kelahiran hidup (Dinkes Provinsi Jawa Timur, 2018).

Menurut Kementerian Kesehatan RI (2019), upaya kesehatan masyarakat di Indonesia khususnya kesehatan ibu dan anak dapat dilihat dari data nasional pada tahun 2018 bahwa cakupan kunjungan ibu hamil (K1) meningkat dari 88,8% pada tahun 2013 menjadi 94,4% pada tahun 2018. Cakupan (K4) di Indonesia mengalami peningkatan dari 85,5% pada tahun 2013 menjadi 90,2% pada tahun 2018. Cakupan pertolongan persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan yaitu 93,1% pada tahun 2018. Cakupan kunjungan nifas lengkap (KF) mengalami penurunan yaitu 55,5% pada tahun 2018. Cakupan kunjungan neonatal (KN) pada tahun 2018 mengalami peningkatan dari 80% pada tahun 2013 menjadi 95,5% pada tahun 2018. Cakupan penggunaan KB aktif mengalami peningkatan dari 36,4% pada tahun 2013 menjadi 90,5% pada tahun 2018.

Menurut data Profil Kesehatan Kabupaten Lamongan (2019), Cakupan K1 mencapai 100,0%. Cakupan K4 96%. Cakupan PN mencapai 100,6%. Cakupan kunjungan ibu nifas (KF3) 100%. Cakupan kunjungan neonatal pertama (KN1) mencapai 100,4%. Capaian KN lengkap mencapai 100,0%. Cakupan komplikasi

kebidanan yang ditangani mencapai 80,1%. Cakupan komplikasi neonatal yang ditangani mencapai 66,7%. Cakupan KB aktif mencapai 70,6%. Dari data-data tersebut dapat disimpulkan bahwa pencapaian indikator kesehatan di Kabupaten Lamongan rata-rata sudah mencapai target pencapaian bahkan melebihi dari target, hanya saja tetap perlu ditingkatkan lagi dalam pelayanan kesehatan agar tidak terjadi penurunan dari semua indikator demi mengurangi AKI dan AKB di Kabupaten Lamongan.

Pada tahun 2020 di BPM Mutho'iyah S.ST. , cakupan kunjungan ibu hamil (K1) yaitu sebesar 62%. Cakupan kunjungan ibu hamil (K4) yaitu sebesar 24%. 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 90%. Cakupan peserta KB aktif yaitu sebesar 80%.

Dari data-data tersebut dapat disimpulkan bahwa pencapaian indikator kesehatan di PMB Mutho'iyah S.ST rata-rata sudah mencapai target pencapaian bahkan melebihi dari target, hanya saja untuk yang cakupan K1,K4,KN Lengkap dan KB aktif hasilnya masih hampir sama dengan target, hal ini menandakan masih belum maksimalnya pelayanan kesehatan di PMB Mutho'iyah S.ST.

Menurut Saifuddin (2016) Pelayanan kesehatan pada ibu dan anak dipengaruhi oleh banyak faktor, antara lain rendahnya status ekonomi, ketidakberdayaan, taraf pendidikan wanita yang rendah, dan kemampuan tenaga kesehatan (bidan, dokter, dokter spesialis) merupakan salah satu faktor utama, mengingat

kira-kira 90% kematian ibu terjadi sekitar saat persalinan dan 95% penyebab sering tidak dapat diperkirakan.

Menurut Wahid Iqbal Mubarok (2017), bahwa semakin tinggi pendidikan seseorang semakin tinggi pula mereka menerima informasi, dan pada akhirnya makin banyak pula pengetahuan yang dimilikinya. Sebaliknya seseorang dengan tingkat pendidikan rendah, akan menghambat perkembangan sikap seseorang terhadap penerimaan informasi dan lain sebagainya yang baru diperkenalkan, oleh karena ibu hamil yang berpendidikan tinggi cenderung mempunyai pengetahuan yang baik tentang perawatan kehamilan dan berupaya untuk memenuhi kebutuhan selama kehamilan. Menurut Dinkes Provinsi Jatim (2016) Belum maksimalnya cakupan KB aktif antara lain disebabkan oleh Perbedaan angka Pasangan Usia Subur (PUS) antara provinsi dan kabupaten/kota yang mana PUS ini merupakan denominator cakupan KB Aktif, Pemahaman definisi operasional indikator KB masih kurang sehingga mempengaruhi hasil cakupan peserta KB Aktif, Dukungan dana dari APBD untuk kegiatan KB masih kecil bahkan tidak ada, Kurangnya tenaga yang menangani KB, Pasokan alat kontrasepsi yang tidak merata, Sistem pencatatan dan pelaporan KB di kabupaten/kota masih lemah, Belum semua petugas memiliki kompetensi dalam konseling maupun pelayanan KB.

Ada banyak faktor yang mempengaruhi tingkat AKI tetapi tidak mudah untuk menemukan faktor yang paling dominan. Kematian ibu disebabkan oleh perdarahan, tekanan darah yang tinggi saat hamil (eklamsi), infeksi, persalinan macet, dan komplikasi keguguran. Sedangkan penyebab langsung AKI adalah BBLR dan kekurangan oksigen (Asfiksi). Penyebab tidak langsung kematian ibu

dan bayi baru lahir adalah karena kondisi masyarakat seperti pendidikan, sosial ekonomi, dan budaya.

Asuhan kebidanan merupakan pelayanan kesehatan utama yang diberikan kepada ibu, anak, keluarga, dan masyarakat. Setiap ibu hamil menghadapi resiko yang bisa mengancam jiwa. Oleh karena itu, setiap ibu hamil memerlukan asuhan selama kehamilannya, proses kehamilan sampai melahirkan merupakan rantai satu kesatuan dari hasil konsepsi. Pemeriksaan kehamilan dilakukan pada setiap kehamilan terutama kehamilan pertama, perlunya pengawasan awal agar dapat secepatnya diketahui apakah ada komplikasi pada kehamilan tersebut. 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. Layanan kebidanan harus disediakan mulai prakonsepsi, awal kehamilan, selama semua trimester, kelahiran dan melahirkan sampai enam minggu pertama postpartum (Prawiroharjo, 2018).

Upaya untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan ibu dan bayi perlu dilakukan asuhan secara berkelanjutan atau *Continuity Of Care* (COC). Didalam kebidanan memiliki istilah *Continuity Of Midwifery Care* adalah pelayanan yang dicapai ketika terjalin hubungan yang terus-menerus antara seorang perempuan dan bidan. Asuhan yang berkelanjutan berkaitan dengan kualitas pelayanan dari waktu ke waktu yang membutuhkan hubungan terus menerus antara pasien dengan tenaga

professional kesehatan. Menurut Pratami (2014), layanan kebidanan harus disediakan mulai prakonsepsi, awal kehamilan, selama semua trimester, kelahiran dan melahirkan sampai enam minggu pertama postpartum. Tempat pelayanan COC dapat dilakukan di puskesmas, BPM, polindes yang meliputi pelayanan ibu hamil, ibu bersalin, bayi baru lahir, ibu nifas, dan KB (Prawiroharjo,2018).

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 diatas maka asuhan kebidanan yang diberikan pada ibu hamil, ibu melahirkan, bayi baru lahir, ibu nifas, neonatus dan KB bersifat asuhan yang berkelanjutan (*continuity of care*).

1.3 Tujuan

1.3.1 TujuanUmum

Memberikan asuhan kebidanan secara *continuity of care* pada ibu hamil, bersalin, nifas, neonates dan KB dengan menggunakan pendekatan manajemen asuhan kebidanan secara holistic dan berkelanjutan.

1.3.2 TujuanKhusus

1. Melakukan pengkajian pada ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas, neonatus dan KB.
2. Menyusun diagnose kebidanan sesuai dengan prioritas pada ibu hamil, bersalin, nifas, neonates dan KB.

3. Mengidentifikasi masalah potensial pada ibu hamil, bersalin, nifas, neonates dan KB.
4. Mengidentifikasi kebutuhan segera pada ibu hamil, bersalin, nifas, neonates dan KB.
5. Merencanakan asuhan kebidanan secara kontinyu ibu hamil, bersalin, nifas, neonates dan KB.
6. Melaksanakan asuhan kebidanan secara kontinyu pada ibu hamil, ibu hamil, bersalin, nifas, neonates dan KB.
7. Melakukan evaluasi asuhan kebidanan yang telah ibu hamil, bersalin, nifas, neonates dan KB.

1.4 RuangLingkup

1.4.1 Sasaran

Sasaran asuhan kebidanan ditujukan kepada ibu hamil dengan memperhatikan *continuity of care* mulai hamil, bersalin, nifas, neonates dan KB.

1.4.2 Tempat

Tempat melakukan asuhan kebidanan secara *continuity of care* pada ibu yang dimulai dari hamil, bersalin, nifas, neonates dan KB ini di laksanakan di BPM Hj. Masro'ah, S.ST, Latukan.

1.4.3 Waktu

Asuhan kebidanan secara *continuity of care* pada ibu hamil, bersalin, nifas, neontaus dan KB ini dilakukan pada bulan April sampai dengan Juni 2021.

1.5 Manfaat

1.5.1 Bagi Penulis

Dapat mempraktekkan teori yang didapat secara langsung di lapangan dalam memberikan asuhan kebidanan pada ibu mulai hamil sampai dengan masa nifas.

1.5.2 Bagi Lahan Praktik (BPM)

Dapat dijadikan sebagai acuan untuk dapat mempertahankan dan meningkatkan mutu pelayanan terutama dalam memberikan asuhan pelayanan kebidanan secara *continuity of care* dan komprehensif, serta untuk tenaga kesehatan dapat memberikan ilmu yang dimiliki serta mau membimbing kepada mahasiswa tentang cara memberikan asuhan yang menyeluruh dan berkesinambungan.

1.5.3 Bagi Klien

Klien mendapatkan asuhan kebidanan yang komprehensif yang sesuai dengan standart pelayanan kebidanan dan kondisi klien pada saat itu.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab ini akan membahas tentang tinjauan pustaka, yaitu :1) Konsep Dasar Kehamilan, 2) Konsep Dasar Persalinan, 3) Konsep Dasar Nifas, 4) Konsep Dasar BBL, 5) Konsep Dasar KB, 6) Konsep Dasar Asuhan Kebidanan.

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 radiate (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 ke dalam 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 di daerah fundus uteri.

3) Plasentasi

Plasentasi adalah proses pembentukan struktur dan jenis plasenta. Setelah nidasi embrio ke dalam 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 (kantong *yolk*) sedangkan sel yang lain membentuk "ectoderm" dan ruangan amnion. Plat embrio (*embryonal plate*) terbentuk diantara dua ruangan yaitu ruangan amnion dan kantong 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 umbilikal dan vena umbilikal. Cabang arteri dan vena umbilikal 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 enzimatik serta pinositosis, situasi

plasenta demikian disebut sistem plasenta-hemoriorial.

2.1.3 Pembagian 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 minggu ke-25 sampai minggu ke-40(16 minggu)

2.1.4 Perubahan Fisiologis dan Psikologis 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 yng tidak hamil adalah merah muda). Warna kebiruan ini disebabkan oleh dilatasi vena yang terjadi akibat keija 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.

Posisi telentang dapat menurunkan curah jantung hingga 25%. Peningkatan volume darah dan aliran darah selama kehamilan akan menekan daerah panggul dan vena di kaki, yang mengakibatkan vena menonjol yang disebut *varises*. Pada akhir kehamilan, kepala bayi juga akan menekan vena daerah panggul yang akan memperburuk *varises*. Munculnya *varises* pada saat hamil dipengaruhi adanya faktor keturunan.

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), yaitu sebagai berikut :

1. Tanda kehamilan Pasti
- b. 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.

c. 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.

d. Ngidam

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

e. Payudara tegang

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

1. 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.

2. 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

2.1.6.1 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).

Tabel 2.1 TFU menurut Penambahan per Tiga Jari

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)

Sumber : Sulistyowati, 2011

Tabel 2.2 TFU menurut Penambahan dalam centimeter

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

Sumber : Saifudin, 2014

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

Tabel 2.3 Bentuk Uterus Berdasarkan Usia Kehamilan

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

Sumber : Sulistiyawati, 2011

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).

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).

(1) Ovarium

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

(2) 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).

(3) 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% diatas batas kehamilan, lalu secara perlahan kembali kebatas 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.

(4) 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.

(5) 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.

(6) 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.

1) 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 iya 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.

2) 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 berkeriat.

3) 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.

4) 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 poliferasi 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.

5) 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 multigravida 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).

Tabel 2.4 Komponen Pertambahan Berat Badan Ibu selama Kehamilan

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

Sumber : Sulistiyawati, 2011

6) 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 kongesti ini. Tekanan dan kualitas suara wanita hamil agak berubah (Sulistiyawati, 2011)

1. Perubahan Psikologis Kehamilan

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.
- (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.

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).

2.1.7 Diagnosis 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. Multigravida (Nulipara) atau Multigravida (Multipara) : terdapat perbedaan dalam perawatan kehamilan sampai dengan pertolongan persalinan antara multigravida dan multigravida. Dalam proses pengkajian, bidan perlu mencocokkan hasil anamnesa dengan pemeriksaan fisik agar data sebagai dasar pertimbangan diagnosa valid dan dapat dipertanggungjawabkan.

Tabel 2.5 Perbedaan Fisik Nulipara dengan Multipara.

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

Sumber : Sulitiyawati (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 funduskop, 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 :

- (1) Kapan ibu mengeluarkan haid terakhir sebelum hamil.
- (2) Apakah pada tanggal tersebut sudah bersih atau masih baru keluar darah haidnya.
- (3) Berapa lama menstruasinya.
- (4) 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 multigravida dengan multigravida. Pada multigravida 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.

Tabel 2.6 Perkiraan TFU terhadap usia kehamilan

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)

Sumber: Sulistiyawati, 2011

4) USG

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

(1) Diameter kantong gestasi/KG.

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

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

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

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

(3) Diameter biparietal dan femur, untuk UK > 9 minggu

a. DBP

DBP (cm)	2	3	4	5	6	7	8	9
Faktor	x4	x4	x4	x4	x4	x4	x4	x4
Koreksi + 5	+3	+2	+1					
UK (minggu)	13	15	18	21	24	28	32	36

b. Femur

Femur (cm)	2	3	4	5	6	7	8	9
Faktor	x5	x5	x5	x5	x5	x5	x5	x5
Koreksi	+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 :

Tabel 2.7 Perbedaan Ciri Janin Hidup dan Mati.

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.
--	--	---

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).

Tabel 2.8 Perbedaan Janin Tunggal atau Kembar.

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.

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 untuk menetapkan apakah bagian janin yang ada dibagian bawah uterus beraa disebelah kanan, kiri, belakang atau depan terdapat sumbu tubuh ibu (ubun-ubun kiri depan).

4) Presentasi(*presentation*)

ditentukan untuk menentukan bagian janin yang ada dibagian uterus, seperti persentasi kepala atau bokong. Cara menentukan Presentasi Janin

(1) Inspeksi : gambaran bentuk perut ibu secara umum. Apakah memanjang secara sejajar atau tegak lurus terhadap sumbu panjang ibu.

(2) 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 ekstrauteri

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 :

Tabel 2.9 Perbedaan Janin Intrauteri Dan Ekstrauteri

No	Intrauteri	Ekstrauteri
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
---	---	-------------------------------

Sumber :Sulistiyawati,2011

8. Keadaan jalan lahir

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

2.1.8 Pemeriksaan Diasnostik 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 ANC

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 j anuari 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, persalinanatau 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.

d) Suhu badan

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

e) Tinggi badan

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

f) 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:

Tabel. 2.10 Informasi Kunjungan Kehamilan

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 proteinuraria).
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.

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 :

(1) 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.

(2) 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.

(3) 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 (Sulistyawati, 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 sumsum 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.

(4) Kebutuhan Asam folat : Merupakan satu-satunya vitamin yang kebutuhannya meningkat 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).

(5) 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 nyenyak. 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. (Sulistyawati, 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 toxid* (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).

Tabel 2.11 Jadwal pemberian suntikan TT

Imunisasi TT	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

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)

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. (Sulistiyawati, 2011)

2.1.12 Klasifikasi Kehamilan

Tabel 2.12 Klasifikasi Kehamilan

Kategori	Gambaran
Kehamilan Normal	<ol style="list-style-type: none"> 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	<ol style="list-style-type: none"> 1) Seperti masalah keluarga atau psikososial, kekerasan dalam rumah tangga, kebutuhan finansial, dll 2) Riwayat pada kehamilan sebelumnya janin atau neonatus mati, keguguran 3x, bayi <2500g atau >4500 g, hipertensi, pembedahan pada organ reproduksi
Kehamilan dengan masalah kesehatan yang membutuhkan rujukan untuk konsultasi dan atau kerjasama penanganannya	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.
Kehamilan dengan kondisi kegawatdaruratan yang membutuhkan rujukan segera	Perdarahan, pre-eklamsia, eklamsia, ketuban pecah dini, gawat janin, atau kondisi-kondisi kegawatdaruratan lain yang mengancam nyawa ibu dan bayi.

Sumber: Kemenkes RI, 2015

2.1.13 Cara Mengatasi dan Penyebab Ketidaknyamanan Ibu Hamil

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 :

Tabel 2.13 Ketidaknyamanan Masa Hamil, Cara Mengatasinya dan Penyebab

No	Ketidaknyamanan	Cara Mengatasi	Penyebab
1	Sering buang air kecil Trimester I dan III	<ol style="list-style-type: none"> 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 tentang infeksi saluran kemih dengan menjaga posisi tidur, yaitu dengan berbaring iring ke kiri dan kaki ditinggikan mencegah deurisis 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Uterus membesar akibat pelunakan istmus menyebabkan kandung kemih tertekan. 2) Pada akhir kehamilan, turunnya bagian presentasi janin, kandung kemih kembali mendapat tekanan. 3) Karena wanita berada dalam posisi rekumben dan kekuatan yang lebih kecil menekan vena cava inferior, yang menambah aliran darah ke ginjal dan meningkatkan kecepatan filtrasi glomerulus.
2	Hemorid timbul pada trimester II dan III	<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-diperantari progesteron pada dinding vena berat uterus, kongesti vena pelvis, dan tegangan konstipasi.
3	Kelelahan pada trimester I	<ol style="list-style-type: none"> 1) Yakinkan bahwa ini normal pada masa kehamilan. 2) Dorong ibu untuk sering beristirahat. 3) Hindari istirahat yang berlebihan. 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Peningkatan kecepatan metabolik basal. 2) Karena janin yang tumbuh menjadi berat
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 	<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

		buah.	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	<ol style="list-style-type: none"> 1) Tingkatkan diet asupan cairan. 2) Buah frem dan juz frem. 3) Istirahat cukup. 4) Senam hamil. 5) Buang air besar segera setelah ada Dorongan. 6) Minum air dingin atau air hangat terutama saat perut kosong. 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Penurunan kecepatan kerja peristaltis. 2) Disebabkan oleh progesteron 3) Pergeseran usus akibat pertumbuhan uterus atau suplementasi zat besi.
7	Kram pada kaki setelah kehamilan 24 minggu	<ol style="list-style-type: none"> 1) Kurangi konsumsi susu (kandungan fosfor tinggi) 2) Latihan dorsofleksi pada kaki dan meregangkan pada otot yang terkena 3) Gunakan penghangat otot 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Diet rendah kalsium atau melakukan aktifitas yang sama sekali baru. 2) Tekanan pada uterus mengganggu sirkulasi ke ekstremitas bawah dan dapat memberi tekanan pada saraf yang berjalan melewati foramen obturator.
8	Ngidam trimester I	<ol style="list-style-type: none"> 1) Tidak perlu dikhawatirkan selama diet memenuhi kebutuhan. 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Cara tubuh memberikan signal apa yang dibutuhkannya. Indera perasa dan penciuman wanita hamil biasanya memainkan peranan penting dalam menginterpretasikan kebutuhan tubuh. 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 makanan tertentu.
9	Nafas sesak terjadi pada trimester II dan III	<ol style="list-style-type: none"> 1) Jelaskan penyebab fisiologisnya 2) Dorong agar secara sengaja mengatur laju dan dalamnya pernafasan pada kecepatan normal yang terjadi 3) Merentangkan tangan diatas kepalaserta menarik nafas panjang. 4) Mendorong postur tubuh yang baik, melakukan pernafasan interkostal. 	<ol style="list-style-type: none"> 1) 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 2) Uterus membesar dan menekan pada diafragma.
10	Nyeri ligament rotundom trimester II dan III	<ol style="list-style-type: none"> 1) Berikan penjelasan penyebab nyeri. 2) Tekuk lutut kearah abdomen 3) Mandi air hangat. 4) Gunakan pemanas pada area yang akit hanya jika tidak terdapat kontraindikasi. 5) Gunakan sebageian bantal untuk menopang uterus dan bantal lainnya letakkan di antara lutut sewaktu dalam posisi berbaring miring 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Peregangan dan hipertrofi ligament tersebut seiring pembesaran uterus. 2) Sering kali, nyeri memburuk sesuai paritas karena tonus uterus, dan abdomen menurun, yang menimbulkan lebih banyak ketegangan pada ligamen.
13	Pusing/sinkop terjadi pada trimester II dan III	<ol style="list-style-type: none"> 1) Bangun secara perlahan dari posisi istirahat 2) Hindari berdiri terlalu lama dalam lingkungan yang hangat dan sesak 3) Hindari berbaring dalam posisi terlentang. 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Hipertensi postural yang berhubungan dengan perubahan-perubahan hemodinamis 2) Pengumpulan darah didalam pembuluh tungkai, yang mengurangi aliran balik vena dan menurunkan output cardiac serta tekanan darah dengan tegangan othostatis yang meningkat. Mungkin dihubungkan dengan hipoglikemia 3) Sakit kepala pada triwulan terakhir dapat merupakan gejala preeklamsi berat

14	Sakit punggung atas dan bawah pada trimester II dan III	<ol style="list-style-type: none"> 1) Gunakan posisi tubuh yang baik. 2) Gunakan bra yang menopang dengan ukuran yang tepat 3) Gunakan kasur yang keras 4) Gunakan bantal ketika tidur guna untuk meluruskan bantal 	<ol style="list-style-type: none"> 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 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 4) Hindari Makanan yang berminyak dan berbumbu 5) Minum minuman berkarbonat. 6) Hindari menggosok gigi setelah makan. 7) Istirahat sesuai kebutuhan. 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Mual dan muntah dikaitkan dengan hasil-akhir kehamilan positif-peningkatan risiko abortus spontan, kelahiran prematur, IUGR, dan kematian perinatal. Asupan 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.

Sumber :Sulistiyawati, 2011

2.1.14 Tanda-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 membekas 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 tranfusi darah. c) evaluasi keadaan ibu setelah 2 minggu.

2) Kehamilan Mola

Disebut juga kehamilan anggur yaitu adanya jonjotkorion 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 tranfusi 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.

4) 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 multigravida 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 wernickle, 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, ondansentron 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.

5) 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 RI). (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 ekspektatif : kehamilan 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 profilaksis. (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 transfusi. (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 anencephali), pada perdarahan aktif dan banyak segera dilakukan terapi aktif tanpa memandang usia kehamilan. (2) jika terdapat plasenta 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 oksitosin 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.

6) 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.

7) 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.

8) 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.

9) 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.

10) 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.

11) 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 resiko 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 kumulatif.

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 ketiga 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 :
- a) 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.

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

c) 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 vacum, 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 *ante partum* 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 5 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 :

(1) 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

**SKRINING / DETEKSI DINI IBU RISIKO TINGGI
OLEH
PKK DAN PETUGAS KESEHATAN**

Nama : Umur Ibu : Th.
 Hamil ke : Haid Terakhir tgl : Perkiraan Persalinan tgl : M
 Pendidikan : Ibu Suami
 Pekerjaan : Ibu Suami

KEL F.I.L	NO.	Masalah / Faktor Risiko	SKOR	Tribalan			
				I	II	III	
Skor Awal Ibu Hamil				2			
I	1	Terdalu muda, hamil I < 16 th	4				
	2	a. Terlatu lambat hamil I, kawin > 4th	4				
		b. Terlatu tua, hamil I > 35 th	4				
	3	Terdalu cepat hamil lagi (< 2 th)	4				
	4	Terdalu lama hamil lagi (> 10 th)	4				
	5	Terdalu banyak anak, 4 / lebih	4				
	6	Terdalu tua, umur > 35 tahun	4				
	7	Terdalu pendek < 145 Cm	4				
	8	Pemah gagal kehamilan	4				
	9	Pemah melahirkan dengan : a. Tarikan tang / vakum b. Un drogoh c. Diberi infus/Transfusi	4				
10. Pernah Aborsi Sejahter				0			
II	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				
	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	Takikardi	0				
18	Lesak Lingang	0					
III	19	Persalinan dalam kehamilan ini	0				
	20	Persalinan sebelumnya Berat / Kelainan	0				
JUMLAH SKOR							

PERNYULUHAN KEHAMILAN/PERSALINAN AMAN – RUJUKAN TERENCANA

JML SKOR	KEL RISIKO	KEHAMILAN			PERSALINAN DENGAN RISIKO		
		RUJUKAN	TEMPAT	PENG LENG	RUJUKAN	TEMPAT	PENG LENG
0-10	Rendah	RUMAH BUKA	RUMAH BUKA	RUMAH BUKA	RUMAH BUKA	RUMAH BUKA	RUMAH BUKA
11-20	Rendah	RUMAH BUKA	RUMAH BUKA	RUMAH BUKA	RUMAH BUKA	RUMAH BUKA	RUMAH BUKA
21-30	Rendah	RUMAH BUKA	RUMAH BUKA	RUMAH BUKA	RUMAH BUKA	RUMAH BUKA	RUMAH BUKA
31-40	Rendah	RUMAH BUKA	RUMAH BUKA	RUMAH BUKA	RUMAH BUKA	RUMAH BUKA	RUMAH BUKA
41-50	Rendah	RUMAH BUKA	RUMAH BUKA	RUMAH BUKA	RUMAH BUKA	RUMAH BUKA	RUMAH BUKA
51-60	Rendah	RUMAH BUKA	RUMAH BUKA	RUMAH BUKA	RUMAH BUKA	RUMAH BUKA	RUMAH BUKA
61-70	Rendah	RUMAH BUKA	RUMAH BUKA	RUMAH BUKA	RUMAH BUKA	RUMAH BUKA	RUMAH BUKA
71-80	Rendah	RUMAH BUKA	RUMAH BUKA	RUMAH BUKA	RUMAH BUKA	RUMAH BUKA	RUMAH BUKA
81-90	Rendah	RUMAH BUKA	RUMAH BUKA	RUMAH BUKA	RUMAH BUKA	RUMAH BUKA	RUMAH BUKA
91-100	Rendah	RUMAH BUKA	RUMAH BUKA	RUMAH BUKA	RUMAH BUKA	RUMAH BUKA	RUMAH BUKA

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 :

RUJUKAN DARI : 1. Sendri 2. Dukun 3. Bidan 4. Puskesmas
RUJUKAN KE : 1. Bidan 2. Puskesmas 3. Rumah Sakit

RUJUKAN :
 1. Rujukan Dini Berencana (RDB) / Rujukan Tepat Waktu (RTW)
 Rujukan Dalam Rahim (RDR) 3. Rujukan Tertambat (RTT)

Gawat Obstetrik :
 Kel. Faktor Risiko I & II
 1.
 2.
 3.
 4.
 5.
 6.
 7.

Gawat Darurat Obstetrik :
 • Kel. Faktor Risiko II
 1. Perdarahan antepartum
 2. Eklampsia
 • Komplikasi Obstetrik
 3. Perdarahan postpartum
 4. Uti Tertinggi
 5. Persalinan Lama
 6. Panas Tinggi

TEMPAT : 1. Rumah Bu 2. Rumah bidan 3. Polindes 4. Puskesmas 5. Rumah Sakit 6. Persalinan
PENGLONG : 1. Dukun 2. Bidan 3. Dokter 4. Lain-2
MACAM PERSALINAN : 1. Normal 2. Tidak ada perangsang 3. Operasi Sezar

PASCA PERSALINAN :
IBU : 1. Hidup 2. Mati dengan penyebab : a. Perdarahan b. Perdarahan Eksternal c. Perdarahan internal d. Infeksi e. Lain-2
TEMPAT KEMATIAN IBU : 1. Rumah bu 2. Rumah bidan 3. Polindes 4. Puskesmas 5. Rumah Sakit 6. Persalinan 7. Lain-2

BAYI : 1. Berat lahir : gram, Laki-2/Perempuan
 2. Lahir hidup : Aggar Skor :
 3. Lahir mati, penyebab :
 4. Masa menyusui, umur : hr, penyebab :
 5. Kelainan bawaan : tidak ada / ada

KEADAAN IBU SELAMA MASA NIFAS (12 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 :

Gambar 2.1 Halaman depan lembar skrining dan skor Poedji Rochjati

(2) 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,

(3) Kiri tengah : Isi yang digunakan untuk melakukan skrinning 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),

(4) 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 16 th), primi tua (terlalu tua, hamil 35 th dan terlalu lambat hamil I, kawin 4 th), terlalu cepat hamil lagi (< 2 th), primi tua sekunder (terlalu lama hamil lagi 10 th), grande multi (terlalu banyak anak, 4 atau lebih), terlalu tua umur ibu 35th, tinggi badan terlalu pendek 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,

(5) 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,

(6) 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,

(7) 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,

(2) 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 penggandaan 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.

Tabel 2.14 Cara Perhitungan Jumlah Skor dan Kode Warna

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

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.

2.2 Konsep Dasar Persalinan

2.2.1 Pengertian

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

Persalinan adalah rangkaian proses yang berakhir dengan pengeluaran hasil konsepsi oleh ibu, yang dimulai dengan kontraksi persalinan sejati, yang ditandai oleh perubahan progresif pada serviks dan diakhiri dengan kelahiran plasenta (Varney, 2007).

Menurut Manuaba (2010), persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri) yang telah cukup bulan atau dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir dengan bantuan atau kekuatan sendiri. Sedangkan menurut JNPK-KR (2008) persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu.

Jadi persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi yangawali dari keluarntnya janin, plasenta dan selaputnya.

2.2.2 Klasifikasi Persalinan

Menurut Ambar Dwi Erawati (2010), klasifikasi persalinan ada 3 jenis yaitu sebagai berikut : 1) Persalinan spontan: jika persalinan berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri dan melalui jalan lahir ibu tersebut. 2) Persalinan Buatan : jika persalinan dibantu tenaga dari luar, misalnya ekstraksi forcep atau *sectio caesarea*. 3) Persalinan Anjuran: persalinan yang tidak dimulai dengan sendirinya, tetapi berlangsung setelah pemecahan ketuban, pemberian pitosin atau prostaglandin.

2.2.3 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan

Menurut Retno Heru Setyorini (2013), terdapat 5 faktor yang mempengaruhi persalinan yaitu sebagai berikut :

1. *Power* (kekuatan) : Kekuatan terdiri dari kemampuan ibu melakukan kontraksi involuter dan voluter secara bersamaan untuk mengeluarkan janin dan plasenta dari uterus. Kontraksi involuter disebut juga kekuatan primer, menandai dimulainya persalinan. Apabila serviks berdilatasi, usaha volenter dimulai untuk mendorong yang disebut kekuatan sekunder, dimana kekuatan ini memperbesar kekuatan kontraksi involuter.
2. *Passage* (jalan Lahir) : Jalan lahir terdiri dari panggul ibu, yakni bagian tulang padat, dasar panggul, vagina dan introitus (Lubang Luar Vagina). Meskipun jaringan lunak khususnya lapisan-lapisan otot dasar panggul ikut menunjang keluarnya bayi, tetapi panggul ibu jauh lebih berperan dalam proses persalinan. Janin harus menyesuaikan dirinya terhadap jalan yang relatif kaku. Oleh karena itu ukuran dan bentuk panggul harus di tentukan sebelum persalinan dimulai.
3. *Passanger* (janin dan plasenta) : *Passenger* atau jalan bergerak sepanjang jalan lahir merupakan akibat interaksi beberapa faktor, yakni ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap, dan posisi janin karena plasenta juga harus melewati jalan lahir, maka dia juga dianggap sebagai bagian dari *passenger* yang menyertai janin, namun plasenta jarang menghambat proses persalinan pada kehamilan normal.

4. Psikologi : perasaan yang nyaman dan tenang atas dukungan yang didapatkan dari orang terdekat.
5. Penolong : merupakan bantuan pertolongan dari tenaga kesehatan.

2.2.4 Teori Mulainya Persalinan

Menurut Wirakusumah (2012), sebab-sebab dimulainya persalinan masih belum diketahui dengan jelas. Banyak faktor yang memegang peranan dan bekerja sama sehingga terjadi persalinan. Beberapa teori yang dikemukakan ialah sebagai berikut :

1. Penurunan kadar progesteron. Progesteron menimbulkan relaksasi otot-otot rahim, sebaliknya estrogen meninggikan kerenggangan otot rahim. Selama kehamilan, terdapat keseimbangan antara kadar progesteron dan estrogen dalam darah, tetapi pada akhir kehamilan kadar progesteron menurun sehingga timbul his.
2. Teori oksitosin. Pada akhir kehamilan kadar oksitosin bertambah. Oleh karena itu, timbul kontraksi otot-otot rahim.
3. Keregangan otot. Apabila dinding kandung kencing dan lambung teregang karena isinya bertambah, timbul kontraksi untuk mengeluarkan isinya. Demikian pula dengan rahim. Seiring dengan majunya kehamilan, otot-otot rahim makin teregang dan rentan.
4. Pengaruh janin. Hipofisis dan kelenjar suprarenal janin rupanya juga memegang peranan. Hal ini tampak pada kehamilan dengan janin anensefalus dan hipoplasia adrenal sehingga kehamilan sering lebih lama dari biasanya.

5. Teori prostaglandin. Prostaglandin yang dihasilkan oleh desidua diduga menjadi salah satu sebab permulaan persalinan. Hasil percobaan menunjukkan bahwa prostaglandin E atau F yang diberikan secara intravena, intra dan ekstraamniotik menimbulkan kontraksi myometrium pada setiap umur kehamilan. Hal ini juga disokong dengan adanya kadar prostaglandin yang tinggi, baik dalam air ketuban maupun darah perifer pada ibu-ibu hamil sebelum melahirkan atau selama persalinan.

2.2.5 Tanda Permulaan Persalinan

Menurut Varney (2007), terdapat 5 tanda permulaan persalinan yaitu sebagai berikut: 1) *Lightening* yaitu kepala turun memasuki pintu atas panggul (PAP) terutama pada primipara. 2) Perut kelihatan lebih besar/melebar, fundus uteri menurun. 3) Pola sering miksi karena kandung kemih tertekan bagian bawah janin. 4) *False labour pain* yaitu perasaan sakit perut dan pinggang karena adanya kontraksi lemah dari uterus. 5) Serviks menjadi lembek, mendatar dan mengeluarkan sekresi lendir, darah dari vagina (bloody show).

2.2.6 Tanda Dan Gejala Inpartu

Menurut Sondakh (2013), tanda dan gejala inpartu : 1) Terjadinya his persalinan. Sifat his persalinan adalah pinggang terasa sakit dan menjalar ke depan, sifatnya teratur, interval makin pendek, dan kekuatan makin besar, makin beraktivitas (jalan), kekuatan akan makin bertambah. 2) Pengeluaran lendir dengan darah. Terjadinya his persalinan mengakibatkan terjadinya perubahan pada serviks yang akan menimbulkan pendataran dan pembukaan serviks, pembukaan menyebabkan lendir yang terdapat di kanalis servikalis lepas. Terjadi perdarahan

karena kapiler pembuluh darah pecah. 3) Pengeluaran cairan. Pada beberapa kasus persalinan akan terjadi pecah ketuban. Sebagian besar, keadaan ini terjadi menjelang pembukaan lengkap. Setelah adanya pecah ketuban, diharapkan proses persalinan akan berlangsung kurang dari 24 jam. 4) Hasil yang didapatkan pada pemeriksaan dalam, yaitu perlunakan serviks, pendataran serviks dan pembukaan serviks.

2.2.7 Pembagian Kala Dalam Persalinan

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

1. Kala I : Dimulai dari saat persalinan sampai pembukaan lengkap (10cm). proses ini berlangsung antara 18-24 jam, terbagi dalam 2 fase yaitu : 1) Fase laten, berlangsung selama 8 jam. Pembukaan terjadi sangat lambat sampai mencapai ukuran diameter 3 cm. 2) Fase aktif, dibagi dalam 3 fase yaitu : (1) Fase akselerasi: dalam waktu 3 jam pembukaan 3 cm tersebut menjadi 4 cm. (2) Fase dilatasi maksimal : dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat dari 4cm menjadi 9 cm. (3) Fase deselerasi : pembukaan menjadi lambat kembali, dalam waktu 2 jam pembukaan dari 9 cm menjadi lengkap.

Fase-fase tersebut dijumpai pada multigravida. Pada multigravida pun terjadi demikian akan tetapi fase laten, fase aktif, dan fase deselerasi terjadi lebih pendek. Mekanisme membukanya servik berbeda antara multigravida dan multigravida, pada yang pertama ostium uteri internum akan membuka terlebih dahulu, sehingga servik akan mendatar dan menipis. Baru kemudian ostium uteri eksternum membuka. Pada multigravida ostium uteri eksternum sudah sedikit terbuka. Osteum

uteri internum dan eksternum serta penipisan dan pandataran serviks terjadi dalam saat yang sama. Kala I selesai apabila pembukaan servik uteri telah lengkap. Pada multigravida kala I berlangsung kira-kira 13 jam dan multigravida kira-kira 7 jam.

2. Kala II : Pada kala II his menjadi lebih kuat dan lebih cepat, kira-kira 2 sampai 3 menit sekali. Karena 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. Wanita merasa pula tekanan pada rektum dan hendak buang air besar. Kemudian perineum mulai menonjol dan menjadi lebar dengan anus membuka, labia mulai membuka dan tidak lama kemudian kepala janin tampak dalam vulva pada waktu his. Bila dasar panggul sudah lebih berelaksasi, kepala tidak masuk lagi di luar his, dengan his dan kekuatan mencedan maksimal kepala janin dilahirkan dengan sub oksiput di bawah simfisis dan dahi, muka, dan dagu melewati perineum. Setelah istirahat sebentar, his mulai lagi untuk mengeluarkan badan dan anggota bayi. Pada multigravida kala II berlangsung rata-rata 1,5 jam dan multipara rata-rata 0,5 jam.

3. Kala III : Setelah bayi lahir, uterus teraba keras dengan fundus uteri agak diatas pusat. Beberapa menit kemudian uterus kontraksi lagi untuk melepas plasenta dari dindingnya. Biasanya plasenta lepas dalam 6 sampai 15 menit setelah bayi lahir dan keluar spontan atau dengan tekanan pada fundus uteri. Pengeluaran plasenta disertai dengan pengeluaran darah.

4. Kala IV : Dimulai saat plasenta lahir sampai 2 jam pertama post partum. Keduannya baru saja mengalami perubahan fisik yang luar biasa. Rata-rata

perdarahan normal adalah 250 cc. Perdarahan persalinan yang lebih dari 500 cc adalah perdarahan abnormal.

2.2.8 Mekanisme Persalinan Normal

Menurut Debbie Holmes (2011), mekanisme persalinan yaitu sebagai berikut:

1. *Engagement* : *Engagement* dikatakan terjadi ketika bagian terluas dari bagian presentasi janin berhasil masuk ke pintu atas panggul. *Engagement* terjadi pada sebagian besar wanita nulipara sebelum persalinan, namun tidak terjadi pada sebagian besar wanita multipara.
2. Penurunan : Selama kala 1 persalinan, kontraksi dan relaksasi otot uterus memberikan tekanan pada janin untuk turun. Proses ini dipercepat dengan pecah ketuban dan upaya untuk ibu mengejan.
3. Fleksi : Ketika kepala janin turun menuju rongga tengah panggul yang lebih sempit, fleksi meningkat. Fleksi ini mungkin gerakan pasif, sebagian karena struktur di sekitarnya, dan penting dalam meminimalkan diameter presentasi kepala janin untuk memfasilitasi perjalanannya melalui jalan lahir. Tekanan pada aksis janin akan lebih cepat disalurkan ke oksiput sehingga meningkatkan fleksi.
4. Rotasi Internal : Jika kepala fleksi dengan baik, oksiput akan menjadi titik utama dan saat mencapai alur yang miring pada otot levator ani, kepala akan didorong untuk berotasi secara anterior sehingga sutura sagittal kini terletak di diameter anterior-posterior pintu bawah panggul yaitu diameter terluas.

5. Ekstensi : Setelah rotasi internal selesai, oksiput berada di bawah simfisis pubis dan bregma berada dekat batas bawah sacrum. Jaringan lunak perineum masih memberikan resistansi, dan dapat mengalami trauma dalam proses ini. kepala yang fleksi sempurna kini mengalami ekstensi, dengan oksiput keluar dari bawah simfisis pubis dan mulai mendistensi vulva. Hal ini disebut sebagai *crowning* kepala. Kepala mengalami ekstensi lebih lanjut dan oksiput yang berada dibawah simfisis pubis hampir bertindak sebagai titik tumpu ketika bregma, wajah dan dagu tampak secara berturut-turut pada lubang vagina posterior dan badan perineum.
6. Restitusi : Restitusi adalah lepasnya putaran kepala janin, yang terjadi akibat rotasi internal. Restitusi adalah sedikit rotasi oksiput melalui seperdelapan lingkaran. Saat kepala dilahirkan, oksiput secara langsung berada di bagian depan. Segera setelah kepala keluar dari vulva, kepala mensejajarkan dirinya sendiri dengan bahu, yang memasuki panggul dalam posisi oblig (miring)
7. Rotasi eksternal : Agar dapat dilahirkan, bahu harus berotasi ke bidang anterior-posterior, diameter terluas pada pintu bawah panggul. Saat ini terjadi, oksiput berotasi melalui seperdelapan lingkaran lebih lanjut ke posisi transversal. Ini disebut rotasi eksternal.
8. Ekspulsi : Ketika restitusi dan rotasi eksternal terjadi, bahu akan berada dalam bidang anterior-posterior. Bahu anterior berada di bawah simfisis pubis dan lahir pertama kali, dan bahu posterior lahir berikutnya. Normalnya, sisa tubuh janin lahir dengan mudah dengan bahu posterior

dipandu ke atas, pada perineum dengan melakukan traksi ke arah yang berlawanan sehingga mengayun bayi ke abdomen ibu.

2.2.9 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.

Asuhan sayang ibu dalam proses persalinan : 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 yang lain. 8) ajarkan kepada 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 ringan bila ia 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 satu jam pertama setelah kelahiran bayi. 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 (Prawirohardjo, 2014).

2.2.10 Partograf

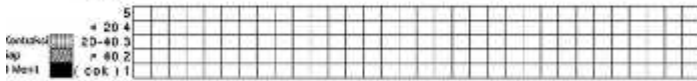
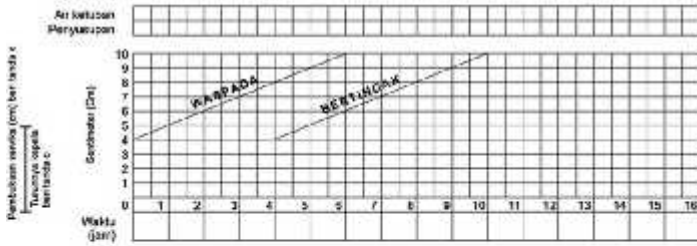
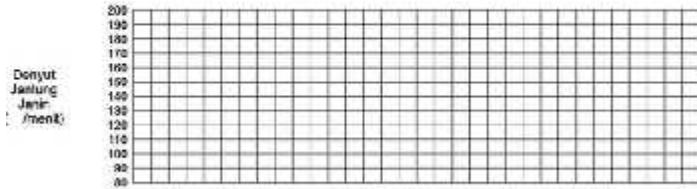
Partograf adalah alat bantu yang digunakan selama persalinan. Tujuan utama penggunaan partograf adalah untuk : 1) mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan. 2) mendeteksi apakah proses persalinan berjalan secara normal. Dengan demikian, juga dapat dilaksanakan deteksi secara dini, setiap kemungkinan terjadinya partus lama (Prawirohardjo, 2014). WHO (2000) dalam Prawirohardjo 2014 penggunaan partograf telah memodifikasi partograf agar lebih sederhana dan lebih mudah digunakan. Fase laten telah dihilangkan, dan pencatatan partograf dimulai dari fase aktif ketika pembukaan serviks 4 cm. partograf harus digunakan untuk : 1) Semua ibu dalam fase aktif kala 1 persalinan sampai dengan kelahiran bayi, sebagai elemen penting asuhan persalinan. 2) Semua tempat pelayanan persalinan (rumah, puskesmas, klinik bidan swasta, rumah sakit, dan lain-lain). 3) Semua penolong persalinan yang memberikan asuhan kepada ibu selama persalinan dan kelahiran.

Halaman depan partograf mencantumkan bahwa observasi yang dimulai pada fase aktif persalinan dan menyediakan lajur dan kolom untuk mencatat hasil-hasil pemeriksaan selama fase aktif persalinan, termasuk : 1) informasi tentang ibu : nama, umur, gravid, para, abortus, nomor catatan medik atau nomor puskesmas,

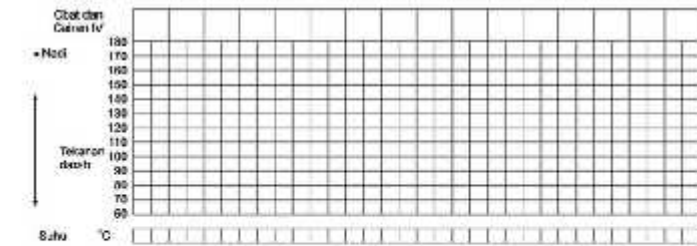
tanggal dan waktu mulai dirawat, 2) waktu pecahnya selaput ketuban, 3) kondisi janin : DJJ (Denyut jantung janin); warna dan adanya air ketuban; penyusupan (molase) kepala janin, 4) kemajuan persalinan : pembukaan serviks, penurunan bagian terbawah janin atau presentasi janin; garis waspada dan garis bertindak, 5) jam dan waktu; waktu mulainya fase aktif persalinan; waktu aktual saat pemeriksaan atau penilaian, 6) kontraksi uterus; frekuensi dan lamanya, 7) obat-obatan dan cairan yang diberikan : oksitosin; obat-obatan lain dan cairan IV yang diberikan, 8) kondisi ibu: nadi, tekanan darah, dan temperature: urine, (volume, aseton, atau protein urine), 9) asuhan pengamatan, dan kepuasan klinik lainnya (dicatat dalam kolom tersedia di sisi partograf atau dicatat kemajuan persalinan).

PARTOGRAF

No. Register : _____ Nama Ibu : _____ Umur : _____ G. P. A. _____
 No. Puskesmas : _____ Tanggal : _____ Jam : _____ Alamat : _____
 Kelahiran pecah : Sejak jam _____ mules sejak jam _____



Oksigen LVL Intelektual



Urin : Protein _____ Asam _____ Volume _____

CATATAN PERSALINAN

1. Tanggal :

2. Nama ibu :

3. Tempat persalinan :
 Rumah, Puskesmas
 Puskesmas Rumah Sakit
 Klinik Swasta Lainnya :

4. Alasan tempat persalinan :

5. Gestasi : minggu, hari : 1/2/3/4/5/6/7/8/9/10/11/12/13/14/15/16/17/18/19/20/21/22/23/24/25/26/27/28/29/30/31/32/33/34/35/36/37/38/39/40

6. Alasan masyuk :

7. Tempat rujukan :

8. Bersamping persalinan masyuk :
 Tidak Ya
 Sistem Dukun Tidak ada
 Keluarga Tidak ada

KALAM I

9. Pergerakan melalui garis wolpade : Y / -

10. Masalah lain, sebutkan :

11. Penatalaksanaan masalah Td :

12. Hasilnya :

KALAM II

13. Epistaksi :
 Ya, tindakan :

14. Bersamping persalinan persalinan :
 Sistem Dukun Tidak ada
 Keluarga Tidak ada

15. Gawat Janin :
 Ya, tindakan yang dilakukan :
a.
b.
c.
 Tidak

16. Duktus laktasi :
 Ya, tindakan yang dilakukan :
a.
b.
c.
 Tidak

17. Masalah lain, sebutkan :

18. Penatalaksanaan masalah tersebut :

19. Hasilnya :

KALAM III

20. Lama kala III : menit

21. Perawatan Uterus 10 Uter ?
 Ya, waktu : menit sesudah persalinan
 Tidak, alasan :

22. Pemberian obat Oksitosin (2x) ?
 Ya, alasan :

23. Pergerakan tali pusat terdapat ?
 Ya,

24. Tidak, alasan :

25. Masalah lain, sebutkan :

26. Masalah lain, sebutkan :

27. Masalah lain, sebutkan :

28. Masalah lain, sebutkan :

29. Masalah lain, sebutkan :

30. Masalah lain, sebutkan :

31. Masalah lain, sebutkan :

32. Masalah lain, sebutkan :

33. Masalah lain, sebutkan :

BAYI BARU LAHIR :

34. Berat badan : gram

35. Panjang : cm

36. Jenis kelamin : L / P

37. Perilaku bayi baru lahir : baik / ada penyulit

38. Bayi lahir :
 Normal, tindakan :
 mengeringkan
 menghangatkan
 mengeringkan
 menghangatkan
 mengeringkan dan tempatkan di sisi ibu
 Aspek lain yang diperhatikan, sebutkan :
 mengeringkan menghangatkan
 mengeringkan menghangatkan
 bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
 lain - lain sebutkan :

39. Cairan buahan, sebutkan :

40. Hipotermi, tindakan :
a.
b.
c.

41. Perawatan ASI
 Ya, waktu : jam setelah bayi lahir
 Tidak, alasan :

42. Masalah lain, sebutkan :

43. Masalah lain, sebutkan :

44. Masalah lain, sebutkan :

PEMANTAUAN PERSALINAN KALA IV

Jam Ke	Waktu	tekanan darah	denyut	Tempo Fungsi Uter	Kontraksi Uterus	Kandug Kram	Pandangan
1							
2							

Masalah kala IV :

Penatalaksanaan masalah tersebut :

Hasilnya :

Gambar 2.3 lembar partograf

2.5 Konsep Dasar Masa Nifas

2.5.1 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).

2.5.2 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.

2.5.3 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 kehanilan, 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 perdarahan abnormal 2. Menilai adanya tanda -tanda demam, infeksi, atau perdarahan abnormal 3. Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, ciaran, dan istirahat 4. Memastikan ibu menyusui dengan baik, dan tidak memperlihatkan tanda - tanda penyulit 5. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan perawatan bayi sehari –hari
3	2 minggu setelah persalinan	Sama seperti diatas (6 hari setelah persalinan)
4	6 minggu setelah persalinan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menanyakan pada ibu tentang penyulit - penyulit -penyulit yang ia alami atau bayinya 2. Membrikan konseling KB secara dini 3. Menganjurkan/mengajak ibu membawa bayinya ke posyandu atau puskesmas untuk penimbangan dan imunisasi.

Tabel 2.16 Jadwal Kunjungan tersebut adalah sebagai berikut: (Saleha, 2016).

2.5.4 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

Table 2.17 macam-macam lochea masa nifas

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 menggebung 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.

2.5.5 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.

2.5.6 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:

- 1) Ibu merasa lebih sehat dan kuat dengan early ambulation.
- 2) Faal usus dan kandung kemih lebih baik.
- 3) Early ambulation memungkinkan kita mengajarkan ibu cara merawat anaknya selama ibu masih di rumah sakit

4) 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 :

- 1) Meningkatkan kandungan Vitamin A dalam ASI
- 2) Bayi lebih kebal terkena penyakit infeksi
- 3) 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 di atas simpisis. Jika tidak berhasil dengan cara tersebut maka lakukan kateterisasi, namun kateterisasi 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 menyehatkan 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).

2. 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 itu 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 pemalut 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.
3. 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 menganjurkannya 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 musculoskeletal postnatal, sebagai contoh, diastasis rekti dan disfungsi simpisis pubis.

9. Hubungan seksual & Kb

a. 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 persalian, 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.

b. 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 untuck 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 kekiri atau kekanan 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.

2.6 Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

2.6.1 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 ekstrauterin (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).

2.6.2 Kriteria Bayi Baru Lahir Fisiologis

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 2500-3000 gram dan panjang badan sekitar 50-55 cm.

Ciri-ciri bayi normal adalah, sebagai berikut:

- a. Berat badan 2.500-4.000 gram.
- b. Panjang badan 48-52.
- c. Lingkar dada 30-38.
- d. Lingkar kepala 33-35.
- e. Frekuensi jantung 120-160 kali/menit.
- f. Pernapasan \pm 40-60 kali/menit.
- g. Kulit kemerah-merahan dan licu karena jaringan subkutan cukup.
- h. Rambut lanugo tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna.
- i. Kuku agak panjang dan lemas.
- j. Genitalia: pada perempuan labia mayora sudah menutupi labia minora, dan pada laki-laki, testis sudah turun dan skrotum sudah ada.
- k. Refleks isap dan menelan sudah terbentuk dengan baik.
- l. Refleks Moro atau gerak memeluk jika dikagetkan sudah baik.
- m. Refleks grasip atau menggenggam sudah baik.

Eliminasi baik, mekonium keluar dalam 24 jam pertama, mekonium berwarna hitam kecoklatan (Tando, 2016).

2.6.3 Transisi Fisiologis ke Kehidupan Ekstrauteri

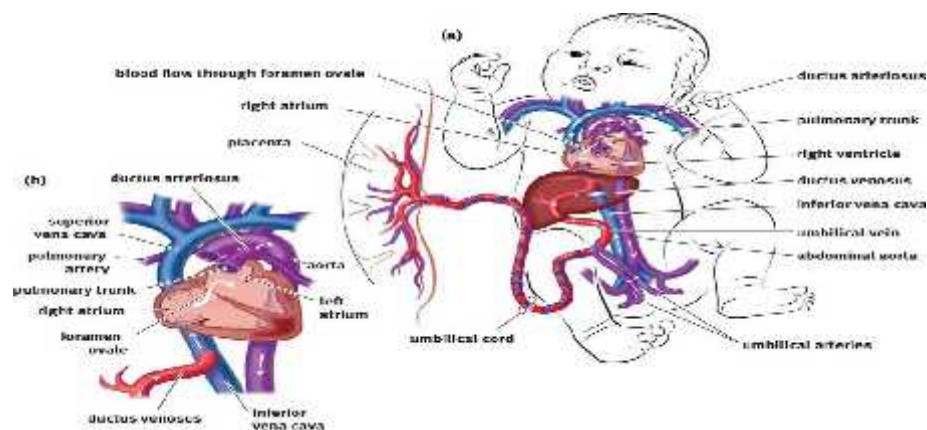
2.6.3.1 Perubahan Pernafasan

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).

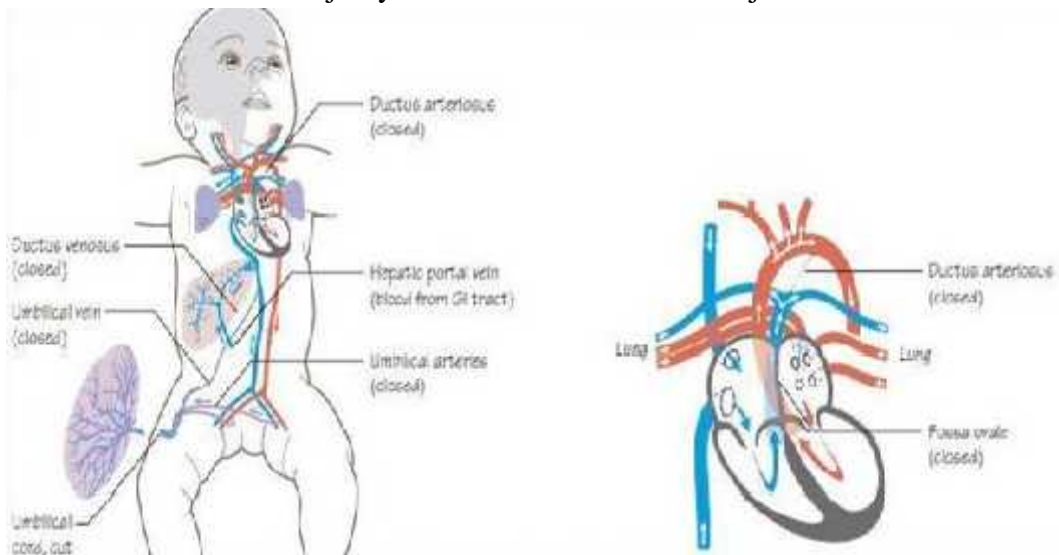
Tekanan intratoraks yang negatif disertai dengan aktivitas napas yang pertama memungkinkan adanya udara masuk ke dalam paru-paru. Setelah beberapa kali napas pertama, udara dari luar mulai mengisi jalan napas pada trakea dan bronkus, akhirnya semua alveolus mengembang karena terisi udara. Fungsi alveolus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

2.6.3.2 Perubahan Sistem Kardiovaskular



Gambar 2.4 (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 2.5 (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.

Struktur	Sebelum lahir	Setelah lahir
----------	---------------	---------------

Vena umbilikalisis	Membawa darah arteri ke hati dan jantung	Menutup: menjadi ligamentum teres hepatis
Arteri umbilikalisis	Membawa darah arteriovenosa ke plasenta	Menutup: menjadi ligamentum venosum
Umbilikalisis	Arteriovenosa ke plasma	Venosum
Duktus venosus	Pirau darah arteri ke dalam vena cava inferior	Menutup : menjadi 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

Tabel 2.18 Perubahan sistem Kardiovaskuler (Rohani, 2014).

2.6.3.3 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:

- penggunaan ASI
- melalui cadangan glikogen
- 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

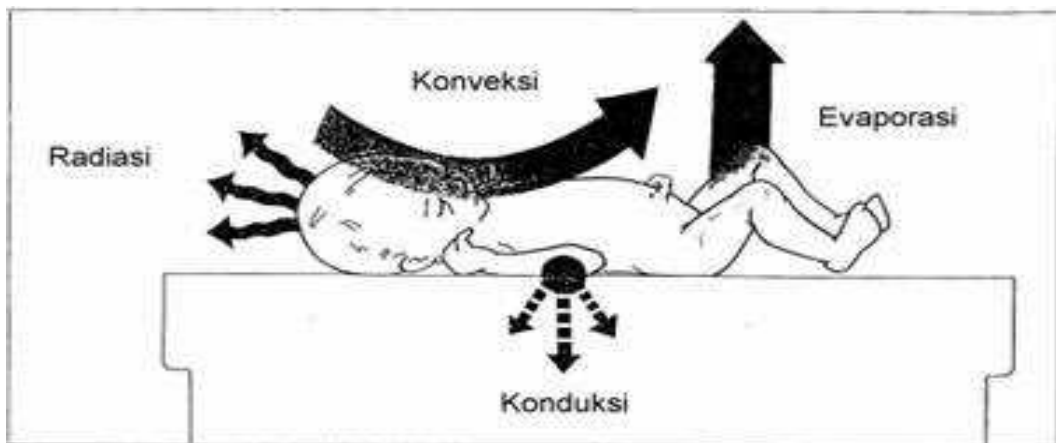
Konveksi adalah proses kehilangan panas pada tubuh bayi akibat bayi terpapar dengan udara sekitar yang lebih dingin.

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

2.6.3.4 Adaptasi Gastrointestinal

Kebutuhan nutrisi dan kalori janin terpenuhi langsung dari ibu melalui plasenta, sehingga gerakan ususnya tidak aktif dan tidak memerlukan enzim pencernaan dan kolonisasi bakteri diusus negative. Setelah lahir, gerakan usus mulai aktif, sehingga memerlukan enzim pencernaan dan kolonisasi bakteri diusus positif (Deslidel, 2011).

Dua sampai tiga hari pertama kolon berisi mekonium yang lunak berwarna hijau kecoklatan, yang berasal dari saluran usus dan tersusun ats mucus dan epidermis. Warna yang khas berassal dari pigmen empedu. Beberapa jam sebelum lahir usus masih steril, tetapi setelah itu bakteri menyerbu masuk. Pada hari ke – 3 atau ke-4 mekonium menghilang (Deslidel, 2011).

Menurut Jenny J.S Sondakh (2013) adaptasi gastrointestinal meliputi :

- 1) Enzim-enzim digestif aktif saat lahir dan dapat menyokong kehidupan ektrauterin pada kehamilan 36-38 minggu
- 2) Perkembangan otor dan refleks yang penting untuk menghantarkan makanan sudah terbentuk saat lahir
- 3) Pencernaan protein dan karbohidrat telah tercapai; pencernaan dan absorpsi lemak kurang baik karena tidak adekuatnya enzim-enzim pankreas dan lipase
- 4) Kelenjar saliva imatur saat lahir; sedikit saliva diolah sampai bayi berusia 3 bulan.
- 5) Pengeluaran mekonium, yaitu fases berwarna hitam kehijauan, lengket, dan mengandung darah samar, diekstresikan dalam 24 jam pada 90% bayi baru lahir yang normal
- 6) Variasi mekonium terjadi di antara bayi baru lahir tentang minat terhadap makanan, gejala-gejala lapar dan jumlah makanan yang ditelan pada setiap kali pemberian makanan
- 7) Beberapa bayi baru lahir menyusu segera bila diletakkan pada payudara ; sebagian lainnya memerlukan 48 jam untuk menyusu secara efektif
- 8) Gerakan acak tangan ke mulut dan mengisap jari telah diamati di dalam uterus; tindakan-tindakan ini berkembang baik pada saat lahir dan diperkuat dengan rasa lapar.

Oleh karena kadar gula darah tali pusat 65 mg/ 100 mL akan menurun menjadi 50 mg/ 100 mL dalam waktu 2 jam sesudah lahir, energi

tambahan yang diperlukan neonatus pada jam-jam pertama sesudah lahir diambil dari hasil metabolik asam lemak sehingga kadar gula akan mencapai 120 mg/ 100 mL. Bila perubahan glukosa menjadi glikogen meningkat atau adanya gangguan metabolisme asam lemak yang tidak dapat memenuhi kebutuhan neonatus, maka kemungkinan besar bayi mengalami hipoglikemi (Jenny J.S Sondakh, 2013).

2.6.3.5 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 2.19

Refleks Pada Neonatus

Refleks	Respons Normal	Respons Abnormal
Rooting Dan Mengisap	Bayi baru lahir menolehkan kepala kearah 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).
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

Refleks	Respons Normal	Respons Abnormal
		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	Respons asimetris terlihat pada cedera saraf perifer (pleksus brakialis) atau fraktur klavikula atau fraktur tulang panjang lengan atau kaki.

Refleks	Respons Normal	Respons Abnormal
	berubah tiba-tiba atau jika bayi 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	Respons persisten setelah bulan keempat dapat menandakan cedera neurologis. Respons

Refleks	Respons Normal	Respons Abnormal
	berlawanan akan fleksi bila kepala bayi ditolehkan ke satu sisi selagi beristirahat.	menetap tampak pada cedera SSP dan gangguan neurologis.
Terkejut	Bayi melakukan abduksi dan fleksi seluruh ekstremitas dan	Tidak adanya respons dapat menandakan defisit

	dapat mulai menangis bila mendapat gerakan mendadak atau suarakeras.	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	Respons yang lemah atau tidak ada respons yang terlihat pada cedera saraf perifer atau

Refleks	Respons Normal	Respons Abnormal
	memindahkan stimulus ke kaki yang lain bila diletakkan telentang; bayi akan mengektensikan satu kaki sebagai respons terhadap stimulus pada telapak kaki.	fraktur tulangpanjang.
Glabellar "blink"	Bayi akan berkedip bila dilakukan 4 atau 5 ketuk pertama pada batang hidung saat mata terbuka	Terus berkedip dan gagal untuk berkedip menandakan kemungkinan gangguan Neurologis
Palmar grasp	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)
Refleks	Respons Normal	Respons Abnormal
		atau fraktur humerus. Tidak ada respons yang terjadi pada defisit neurologis yang berat.
Plantar grasp	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

Sumber: Sondakh. 2013. Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir. Jakarta.

2.6.3.6 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 karbohidratsederhana yaitu monosacarida dan disacarida.
- 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.

2.6.3.7 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 (debubatu bata) dapat diamati pada popok karena kristal asam urat

2.6.3.8 Perubahan Hati

Selama periode neonatus, hati memproduksi zat yang esensial untuk pembekuan darah. Hati juga mengontrol kadar bilirubin tak terkonjugasi, pigemen 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).

2.6.3.9 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):

1. Perlindungan dari membran mukosa.
2. Fungsi saringan saluran napas.
3. Pembentukan koloni mikroba di kulit dan usus.
4. Perlindungan kimia oleh lingkungan asam lambung.

Pada bayi baru lahir hanya terdapat gamaglobulin G, sehinggaimunologi 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) Imunoglobulin 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 IgC. 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 poliomielitis dan *E. coli* (Tando, 2016).

2.6.4 Pemeriksaan BBL

2.6.4.1 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 diatas 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?

2.6.4.2 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:

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 mimik (<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

Tabel 2.20 Kriteria APGAR Score pada BBL Sumber : Jenny J.S Sondakh, 2013

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)

2.6.5 Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik bayi menurut Sondakh (2013):

- a. Kepala: pemeriksaan terhadap ukuran, bentuk, sutura menutup/melebar, adanya caput succedaneum, cephal hematoma, kraniotabes, dan sebagainya.
- b. Mata: pemeriksaan terhadap perdarahan, subkonjungtiva, tanda-tanda infeksi (pus).
- c. Hidung dan mulut: pemeriksaan terhadap labio skisis, labiopalatoskisis, dan refleks isap (dinilai dengan mengamati bayi saat menyusu).
- d. Telinga: pemeriksaan terhadap *Preauricular tag*, kelainan daun/bentuk telinga.
- e. Leher: pemeriksaan terhadap hematom sternocleidomastoideus, ductus thyroglossalis, hygroma colli.
- f. 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).

- g. Jantung: pemeriksaan terhadap pulsasi, frekuensi bunyi jantung, kelainan bunyi jantung.
- h. Abdomen: pemeriksaan terhadap membuncit (pembesaran hati, limpa, tumor aster), schaphoid (kemungkinan bayi menderita diafragma/atresia esophagus tanpa fistula).
- i. Tali pusat: pemeriksaan terhadap perdarahan, jumlah darah pada tali pusat, warna dan besar tali pusat, hernia di tali pusat atau di selangkangan.
- j. 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.
- k. 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.

2.6.6 Perawatan Segera Setelah Lahir (0-6 Jam Setelah Persalinan)

Komponen asuhan bayi baru lahir menurut JNPK-KR, 2014

2.6.6.1 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).

2.6.6.2 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 menyusu dini, 7) beri suntikan vitamin K, 1 mg intramuscular di paha kiri anterolateral setelah inisiasi menyusu 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.

2.6.6.3 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 tubuh 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.

2.6.6.4 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.

2.6.6.5 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.

2.6.6.6 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).

2.6.6.7 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 antibiotik:

- (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.

2.6.6.8 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:

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

Tabel 2.21 Imunisasi Rutin Pada Bayi Dan Anak (Kemenkes 2016)

2.6.7 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 menyusu saat membutuhkan ASI dan menyusu 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 di ruang 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 ke ruangan 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.

2.6.8 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 :

2.6.8.1 Nutrisi

Pemberian makanan bayi dimulai sejak janin didalam rahim ibu. Oleh sebab itu makanan yang baik selama kehamilan sangat penting sehingga bayi akanlahir 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).

2.6.8.2 Cara Menyimpan ASI

Ada perbedaan lamanya disimpan dikaitkan dengan tempat penyimpanan.

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



Gambar 2.7 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).

2.6.8.3 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 24jam 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.

2.6.8.4 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 pakaiana 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 samapi 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.

2.6.8.5 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.

Pemberian kontrasepsi hormonal pada ibu dalam 6 minggu pertama pascapartum.

2.6.9 Asuhan Kebidanan Pada Bayi >4 Minggu

2.6.9.1 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.

- (1) Kesehatan emosional orang tua
- (2) Sistem dukungan sosial yang meliputi pasangan hidup, teman dan keluarga.

- (3) Suatu sistem ketrampilan dalam berkomunikasi dan dalam memberi asuhan yang kompeten.
- (4) Kedekatan orang tua dengan bayi.
- (5) Kecocokan antara orang tua dan bayi (termasuk keadaan, tempramen, dan jenis kelamin).

Tahap – Tahap Bonding Attachment

- (1) Perkenalan (acquaintence), dengan melakukan kontak mata, memberikan sentuhan, mengajak berbicara, dan mengeksplorasi segera setelah mengenal bayinya.
- (2) Keterikatan (bonding)
- (3) Attachment, perasaan sayang yang mengikat individu dengan individu lain.

Elemen – Elemen Bonding Attachment :

- (1) 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.

- (2) Kontak Mata

Ketika bayi baru lahir mampu secara fungsional mempertahankan kontak mata, 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.

(3) 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.

(4) 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.

(5) 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.

(6) 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)

(7) Kontak Dini

Saat ini tidak ada bukti-bukti alamiah yang menunjuk bahwa kontak dini setelah 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.

(8) Kehangatan tubuh (body warmth).

(9) Waktu pemberian kasih sayang.

(10) Stimulasi hormonal.

Prinsip –prinsip dan upaya meningkatkan Bounding 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 perawatan maternitas khusus (bidan)
- (11) libatkan anggota keluarga lainnya
- (12) pemberian informasi bertahap mengenai bonding attachment (Nanny Lia Dewi, Vivian 2012).

2.6.10 Kunjungan Neonatal

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, lingkar lengan, lingkar 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.

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.

2.6.11 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)

Aktivitas : menggigil (tangisan tidak biasa, sangata mudah tersinggung, lemas, terlalu mengantuk, lunglai, kejang, kejang halus, tidak tenang, menangis terus menurut (Deslidel, 2012).

2.7 Konsep Dasar Keluarga Berencana (KB)

2.7.1 Sejarah Singkat KB

Kontrasepsi terdiri dari dua kata, yaitu kontra (menolak) dan konsepsi (pertemuan antara sel telur yang telah matang dengan sel sperma), maka kontrasepsi dapat diartikan sebagai cara untuk mencegah peremuan antara sel telur dan sel sperma sehingga tidak terjadi

pembuahan dan kehamilan. Sebelum abad ke-20, konsep pengaturan kehamilan sudah dilakukan dengan metode yang beragam dan unik. Misalnya, perempuan China meminum timbale dan merkuri untuk mengotrol fertilisasinya yang sering berujung pada kejadian infertilisasi (kemandulan) bahkan kematian (Purwoastuti, 2015)

Di abad pertengahan, di Eropa pengendalian kelahiran dilakukan dengan menggantung testis musang di paha perempuan atau memotong kaki musang tersebut dan menggantungnya di leher wanita. Di Canada, diyakini minum ramuan testis beaver kering dengan cairan alcohol berkadar tinggi mampu mencegah pembuahan, (Purwoastuti, 2015)

Di Indonesia, sejak jaman dahulu telah dipakai obat dan jamu tertentu untuk mencegah kehamilan. Di Irian Jaya, telah lama dikenal ramuan dari daun-daunan yang khasiatnya dapat mencegah kehamilan. Dalam masyarakat Hindu Bali, hanya adan nama untuk empat orang anak sebagai cara agar pasangan suami istri mengatur kelahiran anaknya sampai empat saja, (Purwoastuti, 2015)

Keluarga berencana modern di Indonesia, mulai dikenal pada tahun 1953. Sekelompok ahli kesehatan, kebidanan dan tokoh masyarakat telah mulai membatu masyarakat memecahkan maslah-masalah penduduk. Pada tanggal 23 Desember 1957, mereka mendirikan sebuah wadah dengan nama Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia (PKBI) dan bergerak secara silent operation membatu

masyarakat memerlukan bantuan secara sukarela. Jadi, PKBI adalah pelopor pergerakan Keluarga Berencana Nasional, (Purwoastuti, 2015).

Berdasarkan penandatanganan Deklarasi Kependudukan PBB 1967 oleh beberapa kepala Negara, maka dibentuklah suatu lembaga program keluarga berencana dan dimasukkan kedalam program pemerintahan sejak Pelita I berdasarkan Instruksi Presiden Nomor 26 Tahun 1968 yang dinamakan Lembaga Keluarga Berencana Nasional (LKBN) sebagai lembaga semi pemerintahan.

Pada tahun 1970, melalui Kepres No. 8 Tahun 1970 diubah menjadi Badan Pemerintah dengan nama Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) yang bertanggung jawab kepada presiden dan bertugas mengkoordinasikan perencanaan, pengawasan, dan penelitian pelaksanaan program keluarga berencana, (Purwoastuti, 2015)

2.7.2 Pengertian KB

Keluarga berencana merupakan usaha suami istri untuk mengukur jumlah dan jarak anak yang diinginkan. Prinsip dasar metode kontrasepsi adalah mencegah sperma laki-laki mencapai dan membuahi telur wanita (fertilisasi) atau mencegah telur yang sudah dibuahi untuk berimplantasi (melekat) dan berkembang didalam rahim (Walyani, 2015).

Keluarga berencana (KB) adalah upaya mengatur kelahiran anak, jarak dan usia ideal melahirkan, mengatur kehamilan, melalui promosi, perlindungan, dan bantuan sesuai dengan hak reproduksi untuk mewujudkan keluarga yang berkualitas (BKKBN, 2015).

Keluarga berencana merupakan usaha untuk mengukur jumlah anak dan jarak kelahiran anak yang diinginkan. Maka dari itu, Pemerintah mencanangkan program atau cara untuk mencegah dan menunda kehamilan (Sulistyawati, 2016).

2.7.3 Tujuan Program Keluarga Berencana

Tujuan dilaksanakan program KB yaitu untuk membentuk keluarga kecil sesuai dengan kekuatan sosial ekonomi suatu keluarga dengan cara pengaturan kelahiran anak agar diperoleh suatu keluarga bahagia dan sejahtera yang dapat memenuhi kebutuhan hidupnya (Sulistyawati, 2016).

Tujuan umum untuk lima tahun kedepan mewujudkan visi dan misi program KB yaitu membangun kembali dan melestarikan pondasi yang kokoh bagi pelaksana program KB di masa mendatang untuk mencapai keluarga berkualitas (Handayani, 2015).

Tujuan program KB lainnya yaitu untuk menurunkan angka kelahiran yang bermakna, untuk mencapai tujuan tersebut maka diadakan kebijakan yang dikategorikan dalam tiga fase (menjarangkan, menunda, dan menghentikan) maksud dari kebijakan tersebut yaitu untuk menyelamatkan ibu dan anak akibat melahirkan pada usia

muda, jarak kelahiran yang terlalu dekat dan melahirkan pada usia tua (Hartanto, 2017).

2.7.4 Sasaran Program Keluarga Berencana

Sasaran program KB dibagi menjadi 2 yaitu sasaran langsung adalah PUS yang bertujuan untuk menurunkan tingkat kelahiran dengan cara penggunaan kontrasepsi secara berkelanjutan dan sasaran tidak langsung pelaksana dan pengelola KB, dengan tujuan menurunkan tingkat kelahiran melalui pendekatan kebijaksanaan kependudukan terpadu dalam rangka mencapai keluarga yang berkualitas dan keluarga sejahtera (Handayani, 2015).

Menurut UUD No.10 Tahun 1991 tentang Perkembangan Kependudukan dan Perkembangan Keluarga Sejahtera, Program KB adalah upaya peningkatan kepedulian dan peran serta masyarakat melalui pendewasaan usia perkawinan, pengaturan kelahiran, pembinaan ketahanan keluarga, peningkatan kesejahteraan keluarga kecil, bahagia dan sejahtera (Purwoastuti, 2015).

2.7.5 Ruang Lingkup Program Keluarga Berencana

Ruang lingkup program KB secara umum adalah sebagai berikut :

- 1) Keluarga berencana
- 2) Kesehatan reproduksi remaja
- 3) Ketahanan dan pemberdayaan keluarga
- 4) Penguatan pelembagaan keluarga kecil berkualitas
- 5) Keserasian kebijakan kependudukan

6) Pengelolaan Sumber Daya Manusia (SDM)

7) Penyelenggaraan pimpinan kenegaraan dan pemerintahan.

2.7.6 Akibat Kegagalan KB

- 1) Pendidikan. Investasi pendidikan yang perlu dibangun semakin besar dan banyak. Kesempatan untuk mendapat pendidikan semakin sulit dan mahal.
- 2) Lapangan kerja. Lapangan kerja semakin langka, karena orientasi pendidikan dan ketidakseimbangan dari usaha penyediaan lapangan kerja. Pengangguran semakin bertambah apalagi tingkat sarjana, menjadi ancaman bagi keterlibatan dan keamana local maupun nasional.
- 3) Masalah perumahan dan tempat tinggal. Semakin banyak diperlukan dan ironisnya makin menyita lahan pertanian yang subur. Kelangkaan tempat tinggal menimbulkan hidup berdesakan dan tempat menjadi kumuh dan merupakan potensi gangguan kamtibmas.
- 4) Masalah gizi dan pangan. Semakin mahal dan semakin langka sehingga Indonesia menjadi tempat berdagang bagi bangsa lain yang justru seharusnya tepat tumbuh kembangnya bahan makanan tropis. Kekurangan pangan dan kelaparan tentunya tidak dapat dihindari.
- 5) Memburuknya lalu-lintas. Jalan yang dibangun tidak sesuai dengan pertumbuhan penduduk dan kendaraan sehingga menimbulkan gangguan lalu-lintas. Situasi tergesa-gesa tidak mungkin dihindari

sehingga banyak kecelakaan lalu-lintas dengan kerugian jiwa dan harta benda yang tidak sedikit.

Gangguan ketertiban dan keamanan. Pertumbuhan penduduk yang tidak terkendali menyebabkan kemiskinan mental dan harta benda yang menyebabkan masyarakat cenderung menjadi brutal dan dapat menjadi gangguan keamanan dan ketertiban. Gangguan keamanan dan ketertiban tidak saja terjadi dikota besar yang mempunyai kehidupan keras tetapi dapat meluas kepedesaan. Gangguan keamanan dan ketertiban tidak saja di dalam Negara bahkan dapat meluas menjadi ketegangan regional bahkan internasional, (Chandranita, 2016)

2.7.7 Macam – macam alat kontrasepsi (KB PASCA SALIN)

2.7.7.1 Metode Kontrasepsi Sederhana

Metode kontrasepsi sederhana terdiri dari 2 yaitu metode kontrasepsi sederhana tanpa alat dan metode kontrasepsi dengan alat. Metode kontrasepsi tanpa alat antara lain: Metode Amenorrhoe Laktasi (MAL), Coitus Interruptus, Metode Kalender, Metode Lendir Serviks, Metode Suhu Basal Badan, dan Simptomtermal yaitu perpaduan antara suhu basal dan lendir servik. Sedangkan metode kontrasepsi sederhana dengan alat yaitu kondom, diafragma, cup serviks dan spermisida (Handayani, 2015).

1) Metode kontrasepsi sederhana tanpa alat

(1) Metode Amenorrhoe Laktasi (MAL)



Gambar 2.8 KB MAL

Metode Amenorhoe Laktasi (MAL) adalah metode kontrasepsi sementara yang mengandalkan pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif, artinya hanya diberikan ASI saja tanpa tambahan makanan dan minuman lainnya.

Proses menyusui dapat menjadi metode kontrasepsi alami karena hisapan bayi pada puting susu dan areola akan merangsang ujung - ujung saraf sensorik, rangsangan ini dilanjutkan ke hipotalamus, hipotalamus akan menekan pengeluaran faktor-faktor yang menghambat sekresi prolactin namun sebaliknya akan merangsang faktor-faktor tersebut merangsang hipofise anterior untuk mengeluarkan hormon prolaktin. Hormon prolactin akan merangsang sel – sel alveoli yang berfungsi untuk memproduksi susu. Bersamaan dengan pembentukan prolaktin, rangsangan yang berasal dari isapan bayi akan ada yang dilanjutkan ke hipofise anterior yang kemudian dikeluarkan oksitosin melalui aliran darah, hormon ini diangkut menuju uterus yang dapat menimbulkan kontraksi pada uterus sehingga

terjadilah proses involusi. Oksitosin yang sampai pada alveoli akan merangsang kontraksi dari sel akan memeras ASI yang telah terbuat keluar dari alveoli dan masuk ke sistem duktulus yang selanjutnya mengalirkan melalui duktus laktiferus masuk ke mulut bayi (Anggraini,2011). Hipotesa lain yang menjelaskan efek kontrasepsi pada ibu menyusui menyatakan bahwa rangsangan syaraf dari puting susu diteruskan ke hypothalamus, mempunyai efek merangsang pelepasan beta endropin yang akan menekan sekresi hormon gonadotropin oleh hypothalamus. Akibatnya adalah penurunan sekresi dari hormon Luteinizing Hormon (LH) yang menyebabkan kegagalan ovulasi (BKKBN, 2016).

Keuntungan : Efektivitas tinggi (98% apabila digunakan selama enam bulan pertama setelah melahirkan, belum mendapat haid dan menyusui eksklusif), Dapat segera dimulai setelah melahirkan, Tidak memerlukan prosedur khusus, alat maupun obat, Tidak memerlukan perawatan medis, Tidak mengganggu senggama, Mudah digunakan, Tidak perlu biaya, Tidak menimbulkan efek samping sistemik, Tidak bertentangan dengan budaya maupun agama.

Kerugian : Memerlukan persiapan dimulai sejak kehamilan, Metode ini hanya efektif digunakan selama 6 bulan setelah melahirkan, belum mendapat haid dan menyusui secara eksklusif.

Tidak melindungi dari penyakit menular seksual termasuk Hepatitis B ataupun HIV/AIDS, Tidak menjadi pilihan bagi wanita yang tidak menyusui, Kesulitan dalam mempertahankan pola menyusui secara eksklusif.

Yang diperbolehkan menggunakan MAL yaitu ibu yang menyusui secara eksklusif, Bayinya berumur kurang dari 6 bulan, Belum mendapat haid setelah melahirkan. Yang tidak diperbolehkan menggunakan MAL Sudah mendapat haid setelah bersalin, Tidak menyusui secara eksklusif, Bayinya sudah berumur lebih dari 6 bulan, Bekerja dan terpisah dari bayi lebih lama dari 6 jam.

Hal yang perlu diperhatikan untuk mencapai keefektifan 98% yaitu: 1) Ibu harus menyusui secara penuh atau hampir penuh (hanya sesekali diberi 1-2 teguk air/minuman pada upacara adat/agama). 2) Perdarahan sebelum 56 hari pasca persalinan dapat diabaikan (belum dianggap haid). 3) Bayi menghisap secara langsung. 4) Menyusui dimulai dari setengah sampai satu jam setelah bayi lahir. 5) Pola menyusui on demand (menyusui setiap saat bayi membutuhkan) dan dari kedua payudara. 6) Sering menyusui selama 24 jam termasuk malam hari. 7) Hindari jarak menyusui lebih dari 4 jam.

(2) Coitus Interruptus

Coitus interruptus atau senggama terputus adalah menghentikan senggama dengan mencabut penis dari vagina pada saat suami menjelang ejakulasi. Kelebihan dari cara ini adalah tidak memerlukan alat/obat sehingga relatif sehat untuk digunakan wanita dibandingkan dengan metode kontrasepsi lain, risiko kegagalan dari metode ini cukup tinggi.

Cara kerja : Terjadinya ejakulasi disadari sebelumnya oleh sebagian besar laki-laki, dan setelah itu masih ada waktu kira-kira “detik” sebelum ejakulasi terjadi. Waktu yang singkat ini dapat digunakan untuk menarik penis keluar dari vagina.

Kelebihan : -Tanpa biaya. -Tidak memerlukan alat atau obat kontrasepsi. -Tidak memerlukan pemeriksaan medis. -Tidak berbahaya bagi fisik. -Mudah diterima. -Dapat dilakukan setiap waktu tanpa memperhatikan masa subur maupun tidak subur.

Kekurangan : -Diperlukan penguasaan diri yang kuat. -Secara psikologis mengurangi kenikmatan dan menimbulkan gangguan hubungan seksual. -Metode kontrasepsi ini tidak selalu berhasil. -Tidak melindungi dari IMS termasuk HIV/AIDS. -Jika salah satu pasangan tidak menyetujui, dapat menimbulkan ketegangan, sehingga merusak hubungan seksual. -Kemungkinan ada sedikit cairan mengandung sperma

yang masuk kedalam vagina saat pencabutan penis, sehingga dapat menyebabkan kehamilan.

(3) Metode Kalender



Gambar 2.9 KB Metode kalender

Metode Kalender adalah metode KB alami yang pertama kali dikembangkan, antara tahun 1920 dan 1940 an. Metode kalender dilakukan dengan cara menentukan waktu ovulasi dari daur haid yang dicatat selama 6-12 bulan terakhir. Ditemukan oleh Kyusaku Ogino di Jepang dan Herman Knaus di Austria pada tahun 1930. Ogino mengatakan ovulasi umumnya terjadi pada hari ke-15 sebelum haid berikutnya, tetapi dapat pula terjadi 12-16 hari sebelum haid yang akan datang, sedangkan Knaus mengatakan ovulasi selalu terjadi pada hari ke-15 sebelum haid yang akan datang (Hartanto, 2015). Masa berpantang dapat dilakukan pada waktu yang sama dengan masa subur, dimana saat mulainya dan berakhir masa subur bisa ditentukan dengan perhitungan kalender.

Adapun langkah-langkah menghitung masa subur adalah sebagai berikut (BKKBN, 2016) : Sebelum menerapkan metode

ini, seorang istri harus mencatat jumlah hari dalam tiap satu siklus haid selama minimal enam bulan (enam kali siklus haid). -Hari pertama siklus haid selalu dihitung sebagai hari kesatu. - Jumlah hari terpendek selama 6 kali siklus haid dikurangi 18. Hitungan ini menentukan hari pertama masa subur. -Jumlah hari terpanjang selama 6 kali siklus haid dikurangi 11. Hitungan ini menentukan hari terakhir masa subur.

Sebagai contoh, apabila didapati wanita dengan siklus haid terpendek 27 hari dan siklus haid terpanjang adalah 30 hari, maka pada hari ke 9 merupakan masa subur awal wanita tersebut dan pada hari ke 19 merupakan akhir dari masa subur. Kalkulasi masa subur secara tradisional didasarkan pada 3 asumsi (Hartanto, 2015) : Ovulasi terjadi pada hari ke-14 tambah kurang 2 hari sebelum permulaan haid berikutnya. - Spermatozoa bertahan hidup 2-3 hari. - Ovum hidup selama 24 jam.

Adapun keuntungan dari metode kalender, adalah : - Dapat digunakan untuk menghindari dan merencanakan kehamilan, Apabila ingin merencanakan kehamilan, senggama dilakukan pada saat masa subur. - Tidak ada resiko kesehatan yang berhubungan dengan kontrasepsi. - Tidak ada efek samping hormonal - Murah dan tanpa biaya - Tidak memerlukan

pemeriksaan medis. -Tidak ada interaksi dengan obat-obatan. -
Melibatkan partisipasi suami.

Selain memiliki keuntungan dalam penggunaannya, metode kalender juga memiliki kerugian atau keterbatasan, antara lain : -
Angka kegagalan tinggi (apabila salah menghitung masa subur)
- Tidak semua perempuan mengetahui kapan masa suburnya. -
Tidak tepat untuk wanita yang memiliki siklus haid yang tidak teratur. - Tidak semua pasangan dapat menaati untuk tidak bersenggama pada masa subur. - Dapat menimbulkan kekhawatiran atau ketegangan bila melakukan hubungan seks –
Tidak mencegah IMS termasuk HIV/AIDS. - Memerlukan motivasi dan kemampuan tinggi untuk mengikuti perintah serta kerjasama pasangan

(4) Metode Lendir Serviks

Metode lendir serviks atau biasa juga disebut Ovulasi Billings, pertama kali ditemukan pada tahun 1972. Metode lender serviks adalah metode KB alami dimana wanita harus mengamati perubahan ciri lendir yang dikeluarkan dari serviks sepanjang daur. Metode ini dilakukan dengan berpantang senggama mulai dari hari keluarnya lendir serviks sampai 3 hari penuh sesudah hari puncak.

Cara mengetahui kesuburan dengan mengamati lendir vagina, adalah sebagai berikut (BKKBN, 2016) : -Keluarnya lendir dari

mulut rahim diamati setiap hari. -Satu hari atau lebih setelah haid, vagina akan terasa kering, sampai kemudian timbul lendir yang pekat, padat, dan kental. -Mengamati perbedaan lendir dari sifat lengket berubah menjadi basah dan licin. -Beberapa hari kemudian lendir semakin licin, elastis dan encer, hal ini berlangsung selama 1-2 hari. Hari ke-2 merupakan hari terakhir dan juga merupakan hari paling subur (peak symptom), ditandai dengan perasaan licin dan disertai dengan pembengkakan vulva sampai kemudian lendir menjadi berkurang.

Jika menggunakan metode Billings, senggama dapat dilakukan sesudah hari ke-4 dari perasaan paling licin, atau senggama boleh dilakukan jika 3 hari berturut-turut dikenali sebagai masa tidak subur, yaitu jika tidak ada lagi cairan yang licin pada bagian dalam bibir kemaluan (vulva) yang terjadi sejak hari ke-4 sesudah puncak kelicinan.

Keuntungan dari metode Billings : -Tidak memerlukan biaya. -Dapat digunakan untuk merencanakan kehamilan. -Mencegah terjadinya kehamilan. -Tidak memerlukan pemeriksaan medis. -Tidak ada interaksi dengan obat-obatan. -Tidak mempengaruhi ASI dan tidak ada efek samping hormonal (BKKBN, 2016). -Melibatkan partisipasi suami dalam KB (BKKBN, 2016).

Selain memiliki keuntungan, metode Billings juga memiliki kekurangan, yaitu antara lain : -Membutuhkan waktu lama

untuk mempelajarinya -Tidak dapat melindungi dari IMS -
Memerlukan kesabaran dan ketelitian -Memerlukan motivasi
dan kemampuan tinggi untuk mengikuti perintah.

Teknik Metode Lendir serviks Abstinens dimulai pada hari pertama diketahui adanya lendir setelah haid dan berlanjut sampai dengan hari ke-empat setelah gejala puncak (peak symptom). (Hartanto, 2015).

Efektifitas Metode Lendir serviks Adapun angka kegagalan dari penggunaan metode lendir serviks yaitu 0.4 - 39.7 kehamilan pada 100 wanita pertahun. Di samping abstinens pada saat yang diperlukan, masih ada 3 sebab lain terjadinya kegagalan/kehamilan: a. Terlambatnya pengeluaran lendir. b. Gejala puncak (peak symptom) timbul terlalu awal/dini. c. Lendir tidak dirasakan oleh wanita atau dinilai/intepretasi salah oleh akseptor. (Hartanto, 2015)

(5) Metode Suhu Basal Badan

Metode suhu badan basal yaitu metode KB alami yang dilakukan berdasarkan perubahan suhu tubuh yang terjadi segera setelah ovulasi, bersama dengan penggunaan progesterone oleh korpus luteum. Wanita yang menggunakan metode suhu badan basal harus mencatat suhu tubuhnya setiap hari. Metode ini hanya dapat dipakai untuk mengenali fase tak subur pasca ovulasi pada setiap daur. Metode suhu badan basal

dilakukan dengan menghindari senggama pada masa subur melalui pengukuran suhu badan atau tubuh.

Adapun pengukuran suhu tubuh dapat dilakukan sebagai berikut (BKKBN, 2016) : -Dilakukan pada jam yang sama setiap pagi hari sebelum turun dari tempat tidur. -Pada masa subur, suhu badan meningkat 0,2 sampai 0,5 derajat celcius. -Pasangan suami istri tidak boleh melakukan senggama pada masa subur sampai tiga hari setelah peningkatan suhu badan tersebut atau menggunakan kondom jika ingin melakukan hubungan seksual.

Pengukuran suhu tubuh pada metode termal dapat dilakukan secara Oral selama 3 menit, secara rectal selama 1 menit, dan secara vaginal (Hartanto, 2015).

Kelebihan metode Suhu Badan Basal : -Tidak memerlukan biaya -Tidak memerlukan pemeriksaan medis -Melibatkan partisipasi suami -Dapat dilaksanakan sesuai keinginan pasangan suami-istri.

Kekurangan Metode Suhu Badan Basal : -Metode tidak efektif. -Sulit dilakukan oleh pasangan suami istri -Tidak mencegah IMS termasuk HIV/AIDS. -Memerlukan motivasi dan kemampuan tinggi untuk mengikuti perintah.

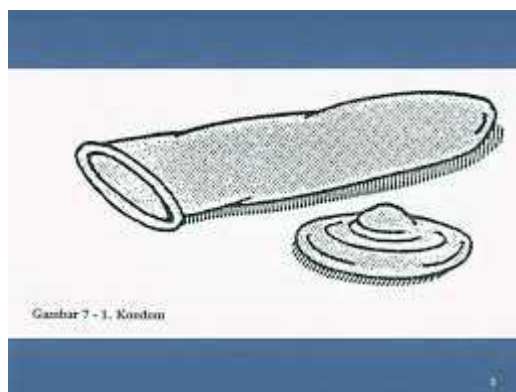
Adapun kerugian dari metode suhu badan basal ialah bahwa abstinens sudah harus dilakukan pada masa pra-ovulasi (Hartanto,2015).

(6) Simptotermal

Metode symto-termal yaitu metode gabungan dari metode lendir serviks dan suhu badan basal. Metode symto termal dilakukan dengan cara menggabungkan catatan suhu dasar tubuh dengan pengamatan ciri lendir serviks dan penanda ovulasi lainnya, seperti nyeri payudara, nyeri tangan daur, dan rasa tak nyaman di perut sekitar saat ovulasi

2) metode kontrasepsi dengan alat

(1) Kondom



Gambar 2.10 KB Kondom

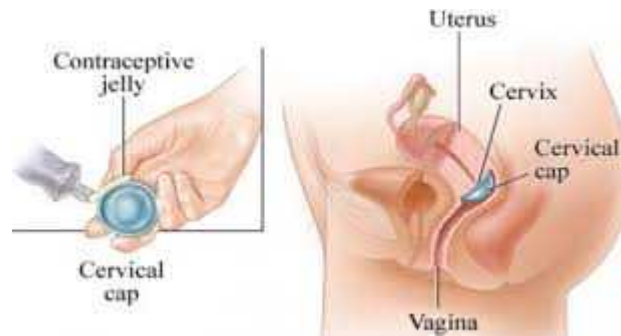
Kondom merupakan selubung/sarung karet tipis yang dipasang pada penis sebagai tempat penampungan sperma yang dikeluarkan pria pada saat senggama sehingga tidak tercurah pada vagina.

Cara kerja kondom yaitu mencegah pertemuan ovum dan sperma atau mencegah spermatozoa mencapai saluran genital wanita. Sekarang sudah ada jenis kondom untuk wanita, angka kegagalan dari penggunaan kondom ini 5-21%.

Keuntungan : Bila digunakan secara tepat maka kondom dapat digunakan untuk mencegah kehamilan dan penularan Penyakit Menular Seksual (PMS) - Kondom tidak memengaruhi kesuburan jika digunakan dalam jangka panjang
- Kondom mudah didapat dan tersedia dengan harga yang terjangkau.

Kerugian : Kekurangan penggunaan kondom memerlukan latihan dan tidak efisien - Karena sangat tipis maka kondom mudah robek bila tidak digunakan atau disimpan sesuai aturan
- Beberapa pria tidak dapat mempertahankan ereksinya saat menggunakan kondom - Setelah terjadi ejakulasi, pria harus menarik penisnya dari vagina, bila tidak, dapat terjadi risiko kehamilan atau penularan penyakit manular seksual - Kondom yang terbuat dari latex dapat menimbulkan alergi bagi beberapa orang.

(2) Diafragma



Gambar 2.11 metode diafragma

Diafragma merupakan suatu alat yang berfungsi untuk mencegah sperma mencapai serviks sehingga sperma tidak memperoleh akses ke saluran alat reproduksi bagian atas (uterus dan tuba fallopi). Angka kegagalan diafragma 4-8% kehamilan.

Diafragma vaginal terdiri atas kantong karet yang berbentuk mangkuk dengan per elastis pinggirnya. Per ini ada yang terbuat dari logam tipis yang tidak dapat berkarat, ada pula yang dari kawat halus yang tergulur sebagai spiral dan mempunyai sifat seperti per. Ukuran diafragma vaginal yang beredar dipasaran memiliki diameter antara 55 sampai 100 mm. Tiap-tiap ukuran mempunyai perbedaan diameter masing-masing 5mm. Diafragma vaginal dimasukkan kedalam vagina sebelum koitus untuk menjaga jangan sampai sperma masuk kedalam uterus. Untuk memperkuat khasiat diafragma, obat spermatisida dimasukkan kedalam mangkuk dan dioleskan pada pinggirnya. Diafragma vaginal sering dianjurkan

pemakaiannya dalam hal-hal berikut, yaitu keadaan dimana tidak tersedia cara yang lebih baik, jika frekuensi tidak seberapa tinggi, sehingga tidak dibutuhkan perlindungan yang terus-menerus, dan jika pemakaian pil, IUD, atau cara lain harus dihentikan untuk sementara waktu oleh suatu sebab. Diafragma paling cocok dipakai perempuan dengan dasar panggul yang tidak longgar dan dengan tonus dinding vagina yang baik.

Kelebihan diafragma : 1. Hampir tidak ada efek samping 2. Dengan motivasi yang baik dan pemakaian yang betul, hasilnya cukup memuaskan 3. Dapat dipakai sebagai pengganti pil, IUD atau pada perempuan yang tidak boleh mempergunakan pil atau IUD oleh suatu sebab. Kelemahan diafragma : 1. Diperlukannya motivasi yang kuat 2. Umumnya hanya cocok untuk perempuan yang terpelajar dan tidak untuk dipergunakan secara massal 3. Pemakaian yang tidak teratur dapat menimbulkan kegagalan 4. Tingkat kegagalan lebih tinggi dari pada pil atau IUD.

Cara pemakaian diafragma : Terlebih dahulu tentukan ukuran diafragma yang akan dipakai, dengan mengukur jarak antara simfisis bagian bawah dan fornix vagina posterior dengan menggunakan jari telunjuk serta jari tengah tangan dokter, yang dimasukkan kedalam vagina akseptor. Kemudian, kepadanya diterangkan anatomi alat-alat genital bagian dalam

dari perempuan, dan dijelaskan serta didemonstrasikan cara memasang diafragma vaginal. Pinggir mangkuk dijepit antara ibu jari dan jari telunjuk, dan diafragma dimasukkan kedalam vagina sesuai dengan sumbunya. Setelah pemasangannya selesai, akseptor harus meraba dengan jarinya bahwa porsio serviks uteri terletak di atas mangkuk, pinggir atas diafragma di forniks.

(3) Cup serviks



Gambar 2.12 metode cup serviks

Merupakan kontrasepsi wanita, terbuat dari bahan latex, yang dimasukkan ke dalam liang kemaluan dan menutupi leher rahim (serviks).

Keuntungan : Bisa dipakai jauh sebelum berhubungan - Mudah dibawa dan nyaman - Tidak mempengaruhi siklus haid - Tidak mempengaruhi kesuburan.

Kerugian : Tidak melindungi dari HIV/AIDS - Butuh fitting sebelumnya - Ada wanita yang gak bisa muat (fitted) - Kadang pemakaian dan membukanya agak sulit - Bisa copot saat berhubungan - Kemungkinan reaksi alergi

(4) Spermisida

Spermicida adalah suatu zat atau bahan kimia yang dapat mematikan dan menghentikan gerak atau melumpuhkan spermatozoa di dalam vagina, sehingga tidak dapat membuahi sel telur. Spermicida dapat berbentuk tablet vagina, krim dan jelly, aerosol (busa/foam), atau tisu KB. Cukup efektif apabila dipakai dengan kontrasepsi lain seperti kondom dan diafragma.

Obat spermatisida yang dipakai untuk kontrasepsi terdiri dari dua komponen, yaitu zat kimiawi yang mampu mematikan spermatozoon, dan vehikulum yang nonaktif dan yang diperlukan untuk membuat tablet atau cream/jelly. Makin erat hubungannya antara zat kimia dan sperma, makin tinggi efektivitas obat. Obat yang paling baik adalah yang dapat membuat busa setelah dimasukkan ke dalam vagina, sehingga kelak busanya dapat mengelilingi serviks uteri dan menutup ostium uteri eksternum. Cara kontrasepsi dengan obat spermatisida umumnya digunakan bersama-sama dengan cara lain (diafragma vaginal) atau apabila ada kontraindikasi terhadap cara lain. Efek samping jarang terjadi dan umumnya berupa reaksi alergik.

Keuntungan : Efektif seketika (busa dan krim) - Tidak mengganggu produksi ASI - Sebagai pendukung metode lain - Tidak mengganggu kesehatan lien - Tidak mempunyai

pengaruh sistematis - Mudah digunakan - Meningkatkan
lubrikasi selama hubungan seksual - Tidak memerlukan resep
ataupun pemeriksaan medis.

Kerugian : Iritasi vagina atau iritasi penis dan tidak nyaman
- Gangguan rasa panas di vagina - Tablet busa vaginal tidak
larut dengan baik.

2.7.7.2 Metode Kontrasepsi Hormonal

Metode kontrasepsi hormonal pada dasarnya dibagi menjadi 2
yaitu kombinasi (mengandung hormon progesteron dan estrogen
sintetik) dan yang hanya berisi progesteron saja. Kontrasepsi
hormonal kombinasi terdapat pada pil dan suntikan/injeksi.
Sedangkan kontrasepsi hormon yang berisi progesteron terdapat
pada pil, suntik dan implant (Handayani, 2015).

1) Pil



Gambar 2.13 KB pil

Pil kontrasepsi dapat berupa pil kombinasi (berisi hormon
estrogen dan progesteron) ataupun hanya berisi progesteron saja.

Pil kontrasepsi bekerja dengan cara mencegah terjadinya ovulasi dan mencegah terjadinya penebalan dinding rahim.

a) Pil kombinasi

Pil kontrasepsi kombinasi ialah obat untuk kontrasepsi yang berisi estrogen dan progesteron, tetapi pil kombinasi yang sekarang digunakan tidak berisi estrogen dan progesteron alamiah, melainkan steroid sintetik. Ada dua jenis progesteron yang dipakai, yaitu yang berasal dari 19 nor-testosteron, dan yang berasal dari 17 alfa-asetoksi-progesteron. Derivat dari 19 nor-testosteron yang sekarang banyak dipergunakan untuk pil kontrasepsi ialah noretinodrel, norethindron asetat, etinodiol diasetat, dan norgestrel. Estrogen yang banyak dipakai untuk pil kontrasepsi ialah etinil estradiol dan mestranol.

Mekanisme kerja Estrogen menekan sekresi Follicle Stimulating Hormone (FSH) menghalangi maturasi folikel dalam ovarium. Karena pengaruh estrogen dari ovarium terhadap hipofisis tidak ada, maka tidak terdapat pengeluaran Luteinizing Hormone (LH). Pada pertengahan siklus haid kadar FSH rendah dan tidak terjadi peningkatan kadar LH, sehingga menyebabkan ovulasi terganggu. Progesteron memperkuat khasiat estrogen untuk mencegah ovulasi, sehingga dalam 95-98% tidak terjadi ovulasi. Selanjutnya, estrogen dalam dosis tinggi dapat mempercepat perjalanan ovum yang akan menyulitkan terjadinya

implantasi dalam endometrium dari ovum yang sudah dibuahi. Progesteron dalam dosis tinggi dapat menghambat ovulasi, tetapi tidak dalam dosis rendah. Progesteron memiliki khasiat sebagai berikut : - Lendir serviks uteri menjadi lebih kental, sehingga menghalangi penetrasi spermatozoon untuk masuk dalam uterus.- Kapasitas spermatozoon yang perlu untuk memasuki ovum terganggu - Beberapa progesteron tertentu, seperti noretinodrel, mempunyai efek antiestrogenik terhadap endometrium, sehingga menyulitkan implantasi ovum yang telah dibuahi.

Kelebihan pil kombinasi : 1. Efektivitasnya dapat dipercaya (daya guna teoritis hampir 100%, daya guna pemakaian 95-98%). 2. Frekuensi koitus tidak perlu diatur. 3. Siklus haid jadi teratur. 4. Keluhan-keluhan dismenorea yang primer menjadi berkurang atau hilang sama sekali. Kekurangan pil kombinasi : 1. Pil harus diminum tiap hari, sehingga kadang-kadang merepotkan. 2. Motivasi harus kuat 3. Adanya efek samping walaupun sifatnya sementara, seperti mual, sakit kepala, dan muntah, nyeri payudara. 4. Kadang-kadang setelah berhenti minum pil dapat timbul amenorea persisten. 5. Untuk golongan penduduk tertentu harganya masih mahal.

Cara pemakaian pil kombinasi : Ada pil kombinasi yang dalam satu bungkus berisi 21 (atau 22) pil dan ada yang berisi 28 pil. Pil yang berjumlah 21-22 diminum mulai hari ke-5 haid tiap

hari satu terus-menerus, dan kemudian berhenti jika isi bungkus habis, sebaiknya pil diminum pada waktu tertentu, misalnya malam sebelum tidur. Beberapa hari setelah minum pil dihentikan, biasanya terjadi withdrawal bleeding dan pil dalam bungkus kedua dimulai pada hari ke-5 dari permulaan perdarahan. Apabila tidak terjadi withdrawal bleeding, maka pil kedua mulai diminum 7 hari setelah pil dalam bungkus pertama habis.

b) Mini pil

Kontrasepsi untuk wanita yang berbentuk pil atau tablet yang berisi gabungan hormon estrogen dan progesteron (Pil Kombinasi) atau hanya terdiri dari hormon progesteron saja (Mini Pil). Cara kerja pil KB menekan ovulasi untuk mencegah lepasnya sel telur wanita dari indung telur, mengentalkan lendir mulut rahim sehingga sperma sukar untuk masuk ke dalam rahim, dan menipiskan lapisan endometrium. Mini pil dapat dikonsumsi saat menyusui. Efektifitas pil sangat tinggi, angka kegagalannya berkisar 1-8% untuk pil kombinasi, dan 3-10% untuk mini pil.

(1) Manfaat pil

Memiliki efektifitas yang tinggi (hampir mempunyai efektifitas tubektomi), bila digunakan tiap hari. Risiko terhadap kesehatan sangat kecil. Tidak mengganggu hubungan seksual. Siklus haid menjadi teratur, banyaknya darah haid berkurang (mencegah anemia), tidak terjadi nyeri haid. Dapat digunakan

jangka panjang selama masih ingin menggunakannya untuk mencegah kehamilan. Dapat digunakan sejak usia remaja hingga menopause. Mudah dihentikan setiap saat. Kesuburan segera kembali setelah penggunaan pil dihentikan. Dapat digunakan sebagai kontrasepsi darurat. Membantu mencegah: kehamilan ektopik, kanker ovarium dan endometrium, kista ovarium, penyakit radang panggul, efek Samping.

(2) Efek samping

Gangguan siklus haid Tekanan darah tinggi. Kenaikan berat badan, Jerawat, Bercak bercak coklat pada wajah.

2) Suntik



Gambar 2.14 KB Suntik

Suntik KB ada dua jenis yaitu, suntik KB 1 bulan (cyclofem) dan suntik KB 3 bulan (DMPA). Cara kerjanya sama dengan pil KB. Efek sampingnya dapat terjadi gangguan haid, depresi, keputihan, jerawat, perubahan berat badan, pemakaian jangka panjang bisa terjadi penurunan libido, dan densitas tulang.

Keuntungan : Dapat digunakan oleh ibu yang menyusui - Tidak perlu dikonsumsi setiap hari atau dipakai sebelum melakukan hubungan seksual. - Tidak berpengaruh terhadap hubungan suami isteri. - Mencegah kanker endometrium.

Kerugian : Dapat memengaruhi siklus menstruasi - Kekurangan suntik kontrasepsi/kb suntik dapat menyebabkan kenaikan berat badan pada beberapa wanita. - Tidak melindungi terhadap penyakit menular seksual - Harus mengunjungi dokter/klinik setiap 3 bulan sekali untuk mendapatkan suntikan berikutnya.

3) Implant (AKBK)



Gambar 2.15 KB Implant

Implant adalah alat kontrasepsi yang disusupkan dibawah kulit, biasanya dilengan atas. Cara kerjanya sama dengan pil, implant mengandung levonogestrel. Keuntungan dari metode implant ini antara lain tahan sampai 5 tahun, kesuburan akan

kembali segera setelah pengangkatan. Efektifitasnya sangat tinggi, angka kegagalannya 1-3%.

Implan atau susuk kontrasepsi merupakan alat kontrasepsi yang berbentuk batang dengan panjang sekitar 4 cm yang didalamnya terdapat hormon progesteron, implan ini kemudian dimasukkan ke dalam kulit di bagian lengan atas.

Mekanisme kerja implant : 1. Lendir serviks menjadi kental
2. Mengganggu proses pembentukan endometrium sehingga sulit terjadi implantasi
3. Mengurangi transportasi sperma
4. Menekan ovulasi.

Cara pemakaian implant : Pemasangan implant biasanya dilakukan dibagian atas (bawah kulit) pada lengan kiri wanita (lengan kanan bagi yang kidal), agar tidak mengganggu kegiatan. Implant dapat dipasang pada waktu menstruasi atau setelah melahirkan oleh dokter. Sebelum pemasangan dilakukan pemeriksaan kesehatan terlebih dahulu dan juga disuntik untuk mencegah rasa sakit. Lalu bekas pemasangan harus dijaga agar tetap bersih, kering dan tidak boleh terkena air selama 5 hari. Pemeriksaan ulang dilakukan oleh dokter seminggu setelah pemasangan. Setelah itu setahun sekali selama pemakaian dan setelah 5 tahun implant harus diambil atau dilepas.

Keuntungan : Dapat mencegah terjadinya kehamilan dalam jangka waktu 3 tahun. - Sama seperti suntik, dapat

digunakan oleh wanita yang menyusui. - Tidak perlu dikonsumsi setiap hari atau dipakai sebelum melakukan hubungan seksual. Efektifitas/daya guna tinggi -Perlindungan jangka panjang Pengembalian tingkat kesuburan yang cepat setelah pencabutan - Tidak memerlukan pemeriksaan dalam -Tidak mengganggu kegiatan senggama -Tidak mengganggu ASI -Dapat dicabut setiap saat, sesuai dengan kebutuhan -Menurunkan angka kejadian endometris -Melindungi diri dari beberapa penyebab penyakit radang panggul -Mengurangi nyeri haid dan jumlah darah haid

Kerugian : Sama seperti kekurangan kontrasepsi suntik, implan/susuk dapat memengaruhi siklus menstruasi. - Tidak melindungi terhadap penyakit menular seksual. - Dapat menyebabkan kenaikan berat badan pada beberapa wanita. Pada beberapa klien menyebabkan perubahan pola haid berupa pendarahan bercak (spotting), hipermenorea, atau meningkatnya jumlah darah haid, serta amenorea.

Adapun jenis-jenis Susuk KB antara lain : a. Norplant Terdiri dari enam batang silastik lembut berongga dengan panjang 3,4 cm dengan diameter 2,4 mm, diisi dengan 36 mg levonorgestrel. Memiliki masa kerja selama 5 tahun. b. Implanon Terdiri dari satu batang putih lentur dengan panjang 40 mm, dan berdiameter 2 mm, diisi dengan 68 mg 3-keto-desogestrel. Susuk KB jenis ini memiliki masa kerja selama 3 tahun.

2.7.7.3 Metode Kontrasepsi dengan Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)



Gambar 2.16 KB AKDR

Metode kontrasepsi ini secara garis besar dibagi menjadi 2 yaitu AKDR yang mengandung hormon sintetis (sintetis progesteron) dan yang tidak mengandung hormon (Handayani, 2015). AKDR yang mengandung hormon Progesterone atau Levonorgestrel yaitu Progestasert (Alza-T dengan daya kerja 1 tahun, LNG-20 mengandung Levonorgestrel (Hartanto, 2016).

Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) / IUD AKDR adalah alat kontrasepsi yang dimasukkan ke dalam rahim yang bentuknya bermacam-macam, terdiri dari plastik (polyethylene), ada yang dililit tembaga (Cu), dililit tembaga bercampur perak (Ag) dan ada pula yang batangnya hanya berisi hormon progesteron. Cara kerjanya, meninggikan getaran saluran telur sehingga pada waktu blastokista sampai ke rahim endometrium belum siap menerima nidasi, menimbulkan reaksi mikro infeksi sehingga terjadi penumpukan sel darah putih yang melarutkan blastokista, dan

lilitan logam menyebabkan reaksi anti fertilitas. Efektifitasnya tinggi, angka kegagalannya 1%.

Alat kontrasepsi intra uterine device (IUD) dinilai efektif 100% untuk kontrasepsi darurat. Alat yang disebut Copper T380A, atau Copper T bahkan uterus efektif dalam mencegah kehamilan setahun setelah alat ini ditanamkan dalam Rahim.

Mekanisme kerja IUD : Sampai sekarang mekanisme kerja IUD belum diketahui dengan pasti. Kini pendapat yang terbanyak ialah bahwa IUD dalam kavum uteri menimbulkan reaksi peradangan endometrium yang disertai dengan serbukan leukosit yang dapat menghancurkan sperma. Pada cairan uterus yang menggunakan IUD seringkali dijumpai pula sel-sel makrofag yang mengandung spermatozoa. Sifat dan isi cairan uterus yang mengalami perubahan pada pengguna IUD, yang menyebabkan sperma tidak dapat hidup dalam uterus, walaupun sebelumnya terjadi nidasi. Penelitian lain menemukan sering terjadi kontraksi uterus pada pemakai IUD, yang dapat menghalangi nidasi. Hal ini disebabkan oleh meningkatnya kadar prostaglandin dalam uterus. Pada IUD bioaktif mekanisme kerjanya selain menimbulkan peradangan seperti IUD biasa, juga oleh karena ionisasi ion logam atau bahan lain yang terdapat pada IUD mempunyai pengaruh terhadap sperma. Menurut penelitian ion yang paling efektif adalah ion

logam tembaga (Cu) yang lambat laun aktifnya terus berkurang dengan lama pemakaian.

Cara pemakaian IUD : IUD dapat dipasang dalam keadaan berikut:

- Sewaktu haid sedang berlangsung
Pemasangan IUD dapat dilakukan pada hari-hari pertama atau pada hari-hari terakhir haid.
- Sewaktu post partum
Secara dini yaitu setelah melahirkan sebelum dipulangkan dari rumah sakit. Secara langsung yaitu dalam masa tiga bulan setelah partus atau abortus. Secara tidak langsung yaitu sesudah masa tiga bulan setelah partus atau saat tidak ada hubungan sama sekali dengan partus dan abortus.
- Sewaktu post abortum
Segera setelah abortus karena dari segi fisiologi dan psikologi waktu itu adalah paling ideal. Pada keadaan septic abortus tidak dibenarkan memasang IUD
- Sewaktu melakukan seksio sesaria
Setelah kandung kencing dikosongkan, akseptor dibaringkan diatas meja ginekologik dengan posisi litotomi. Kemudian, dilakukan pemeriksaan bimanual untuk mengetahui letak, bentuk dan besar uterus. Spekulum dimasukkan ke dalam vagina dan serviks uteri dibersihkan dengan larutan antiseptik. Sekarang dengan cunam serviks dijepit dengan bibir depan

portio uteri, dan dimasukkan sonde uterus ke dalam uterus untuk menentukan arah poros dan panjangnya kanalis servikalis serta kavum uteri. IUD dimasukkan ke dalam uterus melalui ostium uteri eksternum sambil mengadakan tarikan ringan pada cunam serviks. Insertor IUD dimasukkan ke dalam uterus sesuai dengan arah poros uteri sampai tercapai ujung atas kavum uteri yang telah ditentukan lebih dahulu.

Keuntungan : IUD/AKDR hanya perlu dipasang setiap 5-10 tahun sekali, tergantung dari tipe alat yang digunakan. Alat tersebut harus dipasang atau dilepas oleh dokter. Memiliki tingkat efektivitas yang tinggi. -AKDR dapat efektif setelah pemasangan. -Tidak mempengaruhi hubungan seksual. -Meningkatkan kenyamanan seksual. -Tidak ada efek samping hormonal dengan Cu AKDR (CuT-380A). -Tidak mempengaruhi kualitas dan volume asi. -Dapat segera dipasang segera setelah melahirkan atau sesudah abortus (apabila tidak terjadi infeksi). -Dapat digunakan sampai menopause (1 tahun atau lebih setelah haid terakhir). -Tidak ada interaksi dengan obat-obatan -Membantu mencegah kehamilan ektopik -Dapat diterima masyarakat dengan baik

Kerugian : harganya mahal, Perdarahan dan rasa nyeri. Kadang kala IUD/AKDR dapat terlepas. Perforesi rahim (jarang sekali). Tidak mencegah IMS termasuk HIV/AIDS -Tidak baik

digunakan pada perempuan dengan IMS atau perempuan yang sering berganti pasangan. -Pendarahan (spotting) pada saat menstruasi -Terasa lebih sakit pada saat menstruasi -Dapat menyebabkan/terjadi infeksi, dan menyebabkan kemandulan - Leokorea, sehingga menguras protein tubuh dan liang senggama terasa lebih basah.

Adapun jenis-jenis AKDR antara lain lippes Loop/Spiral, AKDR jenis lippes loop atau yang biasa disebut spiral dapat digunakan dalam jangka waktu yang lama, dan tak terbatas, selain itu terdapat jenis lain, yaitu copper T. AKDR jenis ini dapat berkhasiat selama 3 tahun untuk jenis copper – T200 B dan 8 tahun untuk jenis copper T 380 A dan harus diganti. AKDR merupakan salah satu alat kontrasepsi yang memiliki Khasiat atau efektifitas yang sangat tinggi, namun selama alat tersebut berada dalam rongga rahim dengan letak yang benar (BKKBN, 2016). Belum ada metode KB dengan AKDR yang 100% efektif, angka kegagalan untuk AKDR pada umumnya 1-3 kehamilan per 100 wanita per tahun (Hartanto, 2015).

2.7.7.4 Metode Kontrasepsi Mantap

Metode kontrasepsi mantap terdiri dari 2 macam yaitu Metode Operatif Wanita (MOW) dan Metode Operatif Pria (MOP). MOW sering dikenal dengan tubektomi karena prinsip metode ini adalah memotong atau mengikat saluran tuba/tuba falopii sehingga

mencegah pertemuan antara ovum dan sperma. Sedangkan MOP sering dikenal dengan nama vasektomi, vasektomi yaitu memotong atau mengikat saluran vas deferens sehingga cairan sperma tidak dapat keluar atau ejakulasi (Handayani, 2015).

Kontrasepsi mantap pada wanita atau MOW (Metoda Operasi Wanita) atau tubektomi, yaitu tindakan pengikatan dan pemotongan saluran telur agar tidak dapat dibuahi oleh sperma. Kontrasepsi mantap pada pria atau MOP (Metoda Operasi Pria) atau vasektomi, yaitu tindakan pengikatan dan pemotongan saluran benih agar sperma tidak keluar dari buah zakar.

Keuntungan : Lebih aman, karena keluhan lebih sedikit dibandingkan dengan cara kontrasepsi lain - Lebih praktis, karena hanya memerlukan satu kali tindakan saja - Lebih efektif, karena tingkat kegagalannya sangat kecil dan merupakan cara kontrasepsi yang permanen - Lebih ekonomis, karena hanya memerlukan biaya untuk satu kali tindakan saja.

Kerugian : Tubektomi (MOW) - Rasa sakit /ketidaknyamanan dalam jangka pendek setelah tindakan - Ada kemungkinan mengatasi risiko pembedahan. Vasektomi (MOP) - Tidak dapat dilakukan pada orang yang masih ingin memiliki anak - Harus ada tindakan pembedahan minor

2.8 Konsep Dasar Manajemen Asuhan Kebidanan

2.8.1 Kehamilan

1. Pengkajian

Tgl/ jam MRS, tgl/ jam pengkajian, dan nomer register : dikaji karena dibutuhkan untuk dokumentasi bagi bidan.

1. Data subyektif

1) Identitas, menurut Jannah (2012), meliputi :

(1) Nama suami + Istri : agar dalam melakukan komunikasi dengan pasien dan keluarga dapat terjalin komunikasi yang baik. menurut Moh. Wildan dan A. Aziz Alimul Hidayat (2008), mengatakan bahwa ditanyakan nama dengan tujuan agar dapat mengenal atau memanggil penderita atau ibu tidak keliru dengan penderita-penderita yang lain.

(2) Alamat : untuk mengetahui tempat tinggal klien sehingga memudahkan Bidan apabila klien memerlukan pertolongan. Menurut Latief (2000), mengatakan bahwa kejelasan alamat diperlukan agar sewaktu-waktu dapat dihubungi, misalnya bila pasien menjadi sangat gawat, perlu tindakan operasi segera, atau perlu pembelian obat atau alat yang tidak tersedia di rumah sakit, dan sebagainya

(3) Suku/bangsa : untuk mengetahui adat, kebiasaan dan bahasa dari klien, sehingga nantinya dapat mempengaruhi dalam penyampaian komunikasi.

(4) Agama : untuk memantapkan identitas, juga perilaku seseorang tentang kesehatan dan penyakit sering berhubungan dengan agama dan suku bangsa. Kebiasaan, kepercayaan, dan tradisi dapat menunjang dan dapat menghambat perilaku hidup sehat (Latief, 2000)

(5) Usia istri : untuk mengetahui apakah usia untuk hamil saat ini dalam keadaan resiko rendah atau tinggi. Dikatakan resiko tinggi apabila ibu hamil berusia kurang

dari 20 tahun karena secara fisik alat reproduksinya belum siap menerima hasil konsepsi dan secara psikologis belum cukup dewasa dan matang untuk menjadi seorang ibu, atau ibu hamil berusia lebih dari 35 tahun karena pada usia tersebut system reproduksi maupun fungsi organ lainnya sudah mengalami penurunan (Winkjosastro, 2005). Sedangkan menurut Rochyati (2003), dikatakan resiko tinggi apabila ibu hamil pertama usia 16 tahun atau kurang karena rahim dan panggul ibu sering kali belum tumbuh mencapai dewasa. Akibatnya diragukan keselamatan dan kesehatan janin dalam kandungan. Bahaya yang dapat terjadi adalah persalinan kurang bulan atau *prematum*. Terlalu tua yaitu umur 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 adalah *partus premature* dan ketuban pecah dini serta faktor resiko lain akibat kehamilannya adalah *pre-eklamsia*.

(6) Lama perkawinan : untuk mengetahui apakah klien mengalami infertilitas atau tidak, dari jarak perkawinan sampai kehamilannya saat ini, apabila pasutri sama sekali belum mengalami konsepsi atau hamil tidak menggunakan pelindung saat berhubungan seksual dalam waktu 12 bulan atau 1 tahun maka bisa disebut infertilitas primer, kemudian tidak mampu lagi untuk hamil disebut infertilitas sekunder. Dikatakan resiko tinggi apabila ibu hamil pertama setelah nikah 4 tahun atau lebih dengan kehidupan perkawinan biasa, yaitu suami istri tinggal serumah, suami atau istri tidak sering keluar kota dan tidak memakai alat *kontrasepsi*. Selama hamil dapat timbul masalah, faktor resiko lain akibat kehamilannya adalah *pre-eklamsia* (Rochyati, 2003).

(7) Pendidikan : untuk mengetahui tingkat pendidikan klien, sehingga nantinya bisa membantu dalam memberikan asuhan. Menurut Saminem (2010), mengatakan bahwa semakin rendah pendidikan ibu, resiko kehamilan semakin tinggi, sehingga ibu perlu diberikan penyuluhan.

(8) Pekerjaan : untuk mengetahui jenis pekerjaan ibu dan suami sehingga dapat menentukan taraf ekonomi keluarga itu, apakah cukup atau kurang. Menurut Moh. Wildan dan A. Aziz Alimul Hidayat (2008), mengatakan bahwa menanyakan pekerjaan ini untuk mengetahui bagaimana taraf hidup dan sosial ekonomi penderita itu agar nasehat kita nanti sesuai.

(9) Status kawin : status kawin dikaji untuk mengetahui apakah terjadi perkawinan yang sah atau tidak yang nantinya berpengaruh pada psikologis klien.

(10) Usia saat kawin : untuk mengetahui apakah usia saat kawin, di mana keadaan fisik, mental, sosial dan sistem reproduksi seorang wanita sudah matang atau belum, yang nantinya dapat berpengaruh buruk pada kehamilannya.

2) Keluhan Utama, untuk mengetahui alasan klien ke bidan, apakah klien datang untuk pemeriksaan kehamilan atautkah ada pengaduan lain yang penting, biasanya berhubungan dengan munculnya ketidaknyamanan selama hamil (Jannah, 2012).

3) Riwayat Keluhan Utama, menurut Jannah (2012), terdiri dari :

(1) P (Provokatif/Paliatif) : apa yang menyebabkan gejala dan apa saja yang dapat mengurangi atau memperbaiki gejala.

(2) Q (Quality) : bagaimana gejala dirasakan, nampak/terdengar sejauh mana pasien merasakannya sekarang.

(3) R (Regional) : di mana gejala terasa dan apakah.

(4) S (Skala Kesadaran) : seberapa parah keluhan yang dialami klien, skala 0-10.

(5) T (Time) : waktu, sejak kapan keluhan yang terjadi dan sampai kapan.

4) Riwayat Menstruasi, bertujuan untuk mengetahui apakah klien dalam riwayat menstruasi yang lalu mengalami gangguan atau tidak dan dalam batas normal atau tidak, karena dapat memberikan kesan pada bidan tentang faal alat kandungan. Meliputi : haid terakhir, teratur tidaknya haid dan siklusnya dipergunakan untuk memperhitungkan tanggal persalinan, HPHT (Haid Pertama Haid Terakhir) perlu dilakukan untuk mengetahui HPL (Hari Perkiraan Lahir) dan usia kehamilan (Jannah, 2012).

Contoh : HPHT : 15 – 07 - 2014

(1) Menghitung TP : HPHT : hari ditambah 7, bulan dikurangi 3, dan tahun ditambah 1 atau hari ditambah 7, bulan ditambah 9 dan tahun tetap (untuk bulan 1,2, dan 3).

HPHT : 15-07-2014

$$\begin{array}{r} +7 -3 +1 \\ \hline \end{array}$$

HPL : 22 – 04 -2015

(2) Menghitung Usia kehamilan : Tanggal periksa – HPHT

Contoh : Tanggal periksa : 10 - 04 – 2015

Tanggal periksa : 10 - 04 - 2015

HPHT : 15 - 07 - 2014 —

25 – 08

25 : 7 = 3 minggu lebih 4 hari

8 x 4 = 32 minggu

$2 \times 9 = 18$ hari : 7 = 2 minggu 4 hari

3 minggu, 4 hari + 32 minggu + 2 minggu, 4 hari = 37 minggu 8 hari

Jadi usia kehamilan : 38 minggu, 1 hari

5) Riwayat Kehamilan Sekarang, dikaji dari TM I, TM II, TM III untuk mengetahui apakah ibu mengalami berbagai keluhan yang fisiologis / patologis dan apakah ibu pernah menjalani tindakan serius dari masalah – masalah dalam kehamilannya saat ini, dan kapan ibu mulai merasakan gerakan anak dalam kandungannya saat ini (Jannah, 2012).

6) Kehamilan, Persalinan, Nifas dan KB yang Lalu

(1) Kehamilan : apakah ada gangguan seperti perdarahan, muntah, yang sangat toxaemia gravidarum (Jannah, 2012).

(2) Persalinan : apakah persalinannya yang lalu spontan atau buatan, aterm atau prematur, perdarahan atau tidak, di tolong oleh siapa, bidan atau dokter (Jannah, 2012).

(3) Nifas : nifas yang dahulu apakah ada panas, perdarahan dan bagaimana laktasinya apakah ada hambatan yang mungkin akan terulang. Karena jalannya persalinan yang lampau adalah hasil ujian-ujian segala faktor yang mempengaruhi persalinan (Jannah, 2012).

(4) KB, Perlu dicatat bagi ibu yang mengikuti atau pernah mengikuti KB. Hal ini penting diketahui apakah kehamilan sekarang direncanakan atau tidak (Jannah, 2012).

7) Riwayat Ginekologis, pengkajian untuk riwayat ginekologis, ini dilakukan bertujuan untuk mengetahui apakah klien pernah atau sedang mempunyai penyakit

infeksi pada kelaminnya atau PMS dan apakah mempunyai tumor atau tidak, yang nantinya dapat mengganggu keadaan janinnya (Jannah, 2012).

8) Riwayat Kesehatan Yang Lalu, untuk mengetahui ada tidaknya penyakit yang pernah di derita ibu, apakah pernah di operasi atau tidak, yang nantinya dapat mempengaruhi kehamilan ini (Jannah, 2012).

9) Riwayat Kesehatan Keluarga, untuk mengetahui apakah dalam keluarga baik dari pihak suam maupun ibu sendiri ada yang mempunyai keturunan kembar yang nantinya akan berdampak pada kehamilannya. Untuk mengetahui apakah dalam keluarga mempunyai riwayat penyakit menahun. Ex : hipertensi, penyakit menurun, ex : asma, DM, dan penyakit menular, ex : TBC dan hepatitis (Jannah, 2012).

10) Pola Kebiasaan yang mungkin dilakukan, bertujuan untuk mengetahui kebiasaan-kebiasaan tentang pola makannya atau mengonsumsi bahan makanan atau minuman yang berbahaya apa tidak, untuk mengetahui kebiasaan aktivitas klien, yang nantinya dapat membahayakan kehamilannya saat ini. Misalkan : Jamu menyebabkan air ketuban keruh atau mekonial, alkohol dapat menyebabkan kelainan kongenital, gawat janin, keguguran, dan IUFD.

11) Latar Belakang Sosial Budaya, untuk mengetahui tentang adat istiadat dan kepercayaan, tahayul yang dapat mempengaruhi kehamilannya (Jannah, 2012). Misalnya minum minyak goreng agar mempercepat pengeluaran bayi, minum rumput fatimah agar ibu cepat bersalin, mengikat perut dengan tali agar posisi bayi tidak berubah, dll yang dipercayai oleh ibu hamil.

12) Riwayat Psikososial, untuk mengetahui keadaan psikologis ibu dan keluarga sehubungan dengan kehamilannya yang nantinya dapat mempengaruhi kehamilan ini (Jannah, 2012).

13) Pola Kebiasaan Fungsional Sehari – Hari, menurut Jannah (2012), terdiri dari (1) Nutrisi : untuk mengetahui asupan gizinya sebelum dan selama hamil yang nantinya juga berhubungan dengan kehamilannya. Kebutuhan gizi ibu hamil meningkat 15 % dibandingkan dengan kebutuhan wanita normal. Peningkatan gizi ini dibutuhkan untuk pertumbuhan ibu dan janin. Makanan dikonsumsi ibu hamil 40% digunakan untuk pertumbuhan janin dan sisanya (60%) digunakan untuk pertumbuhan ibunya. Secara normal kenaikan berat badan ibu hamil 11-13 kg. Asupan makanan yang dikonsumsi oleh ibu hamil berguna untuk : 1) Pertumbuhan dan perkembangan janin, 2) Mengganti sel-sel tubuh yang rusak, 3) Sumber tenaga, 4) Mengatur suhu tubuh dan cadangan makanan. Beberapa hal harus diperhatikan ibu hamil untuk menjalani proses kehamilan yang sehat, antara lain : (1) Konsumsi makanan dengan porsi yang cukup dan teratur, (2) Hindari makanan yang terlalu asin dan pedas, (3) Hindari makanan yang mengandung lemak cukup tinggi, (4) Hindari makanan dan minuman yang mengandung alkohol, (5) Hindari makanan yang mengandung bahan pengawet dan zat pewarna, (6) Hindari merokok. Hal penting yang harus diperhatikan ibu hamil adalah makanan yang dikonsumsi terdiri dari susunan menu yang seimbang yaitu menu yang mengandung unsur-unsur sumber tenaga, pembangun, pengatur dan pelindung. Selain itu, makanan hendaknya beraneka ragam dan berganti-ganti (Wirakusumah, 2012). Zat-zat yang diperlukan adalah protein; karbohidrat; lemak; mineral,

terutama kalsium, fosfor, dan zat besi (Fe); vitamin; dan air. Semua zat tersebut diperoleh dari makanan sehari-hari, jika kurang, ditambahkan suplemen (Sofian, 2013). Peningkatan konsumsi makanan hingga 300 kalori perhari (Saifuddin, 2002).

(2) Eliminasi : untuk mengetahui apakah ada perubahan frekuensi BAB dan BAK sebelum sampai selama kehamilan. Normalnya BAK 7-9 x/hari BAB 1 x/hari. Pada ibu hamil terjadi peningkatan frekuensi berkemih (TMI dan TMII), penyebabnya karena penekanan kandung kemih oleh uterus yang mulai membesar, pembengkakan vascular dan perubahan fungsi kandung kemih akibat pengaruh hormon. Cara mengurangi yaitu latihan kegel, batasi masukan cairan sebelum tidur, dan gunakan pelapis perineum. Selain itu pada ibu hamil juga sering terjadi konstipasi (TMII dan TMII), penyebabnya karenan penurunan peristaltis yang disebabkan relaksasi otot polos pada usus besar ketika terjadi peningkatan jumlah progesteron, pergeseran dan tekanan pada usus akibat pembesaran uterus atau bagian presentasi yang dapat menurunkan motilitas pada saluran GI sehingga menyebabkan konstipasi. Cara mengurangi : 1) Asupan cairan yang adekuat, yakni minum air minimal 8 gelas/hari (ukuran gelas minum), 2) Konsumsi buah prem atau jus prem karena prem merupakan laktasit ringan alami, 3) Istirahat cukup, hal ini memerlukan periode istirahat pada siang hari, 4) Minum air hangat (missal : air putih, teh) saat bangkit dari tempat tidur untuk mestimulasi peristaltis, 5) Makan makanan berserat, dan mengandung serat alami (misal : selada, daun seladri, kulit padi), (6) Memiliki pola defesifikasi yang baik dan teratur hal ini mencakup penyediaan waktu yang teratur untuk melakukan defekasi dan kesadaran untuk

tidak mengacuhkan "dorongan" atau menunda defekasi, (7) Lakukan latihan secara umum, berjalan setiap hari, pertahankan postur yang baik, mekanisme tubuh yang baik, latihan kontraksi otot memfasilitasi sirkulasi vena sehingga mencegah kongesti pada usus besar, (8) Konsumsi laktasif ringan, pelunak feses, dan supositoria glistering jika ada indikasi.

(3) Istirahat : untuk mengetahui waktu istirahat dan tidurnya sebelum dan selama hamil, yang nantinya mengganggu dari kehamilannya. Wanita hamil harus mempertimbangkan pola istirahat dan tidur yang mendukung kesehatan sendiri maupun bayinya. Kebiasaan tidur larut malam dan kegiatan-kegiatan malam hari harus dipertimbangkan dan kalau mungkin dikurangi hingga seminimal mungkin. Sebaiknya wanita hamil tidur malam \pm 8 jam dan tidur siang \pm 1 jam (Asrinah, 2010).

(4) Aktivitas : untuk mengetahui tingkat aktivitas yang di lakukan untuk klien sebelum dan selama hamil yang nantinya dapat berpengaruh dengan kehamilannya. Sebaiknya ibu hamil harus mengurangi semua kegiatan yang melelahkan dengan batasan TM 1 : aktivitas dikurangi karena kandungan masih lemah, TM 2 : aktivitas ibu berjalan seperti biasa, dan TM 3 : Aktivitas ibu berkurang karena pembesaran uterus sehingga ibu kesulitan untuk beraktifitas seperti biasanya

(5) Personal Hygiene : untuk mengetahui tingkat kebersihan sebelum dan selama hamil untuk dapat mengakibatkan terjadinya infeksi yang akan mengganggu kehamilannya. Wanita hamil sebaiknya Mandi 2 x/hari, gosok gigi 2 x/hari, keramas 3 x/minggu, ganti baju 2 x/hari, ganti celana dalam 2 kali/hari atau apabila sudah basah dan ibu sudah tidak merasa nyaman, serta ganti BH 2 x/hari.

(6) Seksual : pola hubungan seksual apakah dengan 1 pasangan saja atau gonta-ganti, frekuensi berhubungan, kelainan atau keluhan saat berhubungan seksual, dan apakah ada perbedaan pola hubungan seksual klien sebelum dan selama hamil (Jannah, 2012). Pada hamil muda hubungan seksual sedapat mungkin dihindari, bila terdapat keguguran berulang atau mengancam kehamilan dengan tanda infeksi, pendarahan, mengeluarkan air. Pada kehamilan tua sekitar 14 hari menjelang persalinan perlu dihindari hubungan seksual karena dapat membahayakan, bisa terjadi bila kurang higienis, ketuban bisa pecah, dan persalinan bisa terangsang karena sperma mengandung prostaglandin. Perlu diketahui keinginan seksual ibu hamil tua sudah berkurang karena berat perut yang makin membesar dan tekniknya pun sudah sulit dilakukan. Posisi diatur untuk menyesuaikan pembesaran perut. Biasanya TM 1 : Ibu merasa tidak nyaman melakukan hubungan seksual akibat libido menurun, TM 2 : Ibu sudah mulai nyaman untuk melakukan hubungan seksual akibat peningkatan libido, TM 3 : Ibu sudah mulai malas untuk melakukan hubungan seksual akibat posisi yang tidak nyaman. Adapun frekuensi hubungan seksual tergantung keinginan kedua belah pihak.

14) Pengetahuan Dan Kemampuan Ibu, menurut Jannah (2012), terdiri dari :

1) Nutrisi : karena wanita hamil harus betul-betul mendapat perhatian kandungan nutrisinya terutama mengenai kalori, protein, vitamin yang berguna untuk pertumbuhan janin dan kesehatan ibu. Saran untuk wanita hamil yaitu : (1) Konsumsi makan dengan porsi yang cukup dan teratur, (2) Hindari makanan yang terlalu asin dan pedas, (3) Hindari makanan yang mengandung lemak cukup tinggi, (4) Hindari makanan dan minuman yang mengandung alkohol, (5) Hindari

makanan yang mengandung bahan pengawet dan zat pewarna, (6) Hindari merokok. Hal penting yang harus diperhatikan ibu hamil adalah makanan yang dikonsumsi dari susunan menu yang seimbang yaitu menu yang mengandung unsur-unsur sumber tenaga, pembangun, pengatur dan pelindung.

2) Tanda-tanda bahaya kehamilan : karena agar ibu hamil lebih waspada terhadap dirinya sendiri dan segera tanggap untuk segera ke petugas kesehatan apabila terdapat tanda-tanda bahaya kehamilan. Adapun tanda-tanda tersebut yaitu : Keluar darah dari jalan lahir, Sakit kepala yang sangat hebat, Mata berkunang-kunang, keluar cairan ketuban sebelum waktunya, dan demam tinggi $> 38^{\circ} \text{C}$.

3) Tanda-tanda persalinan : karena agar ibu mengerti dan segera menuju ke bidan atau tenaga kesehatan apabila terdapat tanda – tanda persalinan, Seperti : Terdapat kontraksi uterus secara teratur (kenceng-kenceng), keluar lendir dan darah dari jalan lahir, serta keluar air ketuban dari jalan lahir.

4) Persiapan persalinan dan antisipasi rujukan : agar kebutuhan saat persalinan meliputi kebutuhan ibu dan bayi sudah siap digunakan dan apabila membutuhkan tindakan yang lebih tinggi bidan bisa langsung mengambil tindakan. Caranya : Langkah I : Membuat rencana persalinan. Idealnya setiap keluarga mempunyai kesempatan untuk membuat suatu rencana persalinan. Hal-hal di bawah ini haruslah digali dan diputuskan dalam membuat rencana persalinan tersebut : (1) Tempat persalinan, (2) Memilih tenaga kesehatan terlatih, (3) Bagaimana menghubungi tenaga kesehatan tersebut, (4) Bagaimana transportasi ke tempat persalinan, (5) Berapa banyak biaya yang dibutuhkan dan bagaimana cara, (6) mengumpulkan biaya tersebut, (7) Siapa yang akan menjaga keluarganya jika ibu tidak ada.

Langkah II : Membuat rencana untuk pengambilan keputusan jika terjadi kegawatdaruratan pada saat pengambil keputusan tidak ada. Penting bagi bidan dan keluarga untuk mendiskusikan : (1) Siapa pembuat keputusan utama dalam keluarga?, (2) Siapa yang akan membuat keputusan jika pembuat keputusan utama, (3) tidak ada saat terjadi kegawatdaruratan. Langkah III : Mempersiapkan sistem transportasi jika terjadi kegawatdaruratan. Setiap keluarga seharusnya mempunyai rencana transportasi untuk ibu, jika ia mengalami komplikasi dan perlu segera di rujuk ke tingkat asuhan yang lebih tinggi. Rencana ini perlu dipersiapkan lebih dini dalam kehamilan dan harus terdiri dari elemen-elemen ini: (1) Dimana ibu akan bersalin (Desa, fasilitas kesehatan, rumah sakit), (2) Bagaimana cara menjangkau tingkat asuhan yang lebih lanjut jika terjadi kegawatdaruratan, (3) Bagaimana cara mencari donor darah yang potensial. Langkah IV : Membuat rencana/pola menabung. Keluarga seharusnya dianjurkan untuk menabung sejumlah uang sehingga dana akan tersedia untuk asuhan selama kehamilan dan jika terjadi kegawatdaruratan. Banyak sekali kasus, dimana ibu tidak mencari asuhan atau mendapatkan asuhan karena mereka tidak mempunyai dana yang diperlukan. Langkah V : Mempersiapkan langkah yang diperlukan untuk persalinan. Seorang ibu dapat mempersiapkan segala sesuatunya untuk persalinan. Ia dan keluarganya dapat mengumpulkan barang-barang seperti pembalut wanita atau kain, sabun, seprai dan menyimpannya untuk persiapan persalinan (PUSDIKNAKES-WHO-JHPIEGO, 2003).

2. Data Objektif

1) Pemeriksaan Umum, menurut Jannah (2012), terdiri dari :

(1) Keadaan Umum : penilaian keadaan umum dan kesadaran pasien, meliputi : 1) Composmentis : mengalami kesadaran penuh dengan memberikan respon yang cukup terhadap stimulus yang diberikan. 2) Apatis : mengalami acuh tak acuh terhadap keadaan sekitarnya. 3) Samnolen : 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. 4) Sopor : tidak memberikan respons ringan maupun sedang tetapi masih memberikan respons sedikit terhadap rangsangan yang kuat dengan adanya refleks pupil terhadap cahaya yang masih positif. 5) Koma: tidak dapat bereaksi terhadap stimulus atau rangsangan apapun sehingga refleks pupil terhadap cahaya tidak ada. 6) Delirium : tingkat kesadaran yang paling bawah ditandai dengan disorientasi yang sangat iritatif, kacau dan salah persepsi terhadap rangsangan sensorik. (Hidayat, 2006).

(2) Pengukuran BB dan TB sebelum hamil dan selama hamil. Kemungkinan resiko tinggi pada ibu dengan tinggi <145 cm atau berat badan 75 kg. Selama kehamilan trimester I, penambahan berat badan \pm 1-2 kg dan selama kehamilan trimester II dan III penambahan berat badan \pm 0,5 kg per minggu. LILA < 23,5 cm merupakan indikator kuat status gizi ibu yang kurang/buruk, sehingga berisiko untuk melahirkan BBLR.

(3) Pengukuran TTV, meliputi : TD (N : 110/70 - 130/80 mmHg), apabila tekanan darah tidak normal atau meningkat waspada terjadi pre-eklamsi ringan dengan tekanan darah 140/90 mmHg atau lebih atau kenaikan diastolik lebih dari 15 mmHg atau kenaikan sistolik lebih dari 30 mmHg, edema kaki dan tangan, protein uria

kwantitatif 0,3 gr atau +1 atau +2. Pre-eklamsi berat apabila tekanan darah 160/110 mmHg atau lebih, protein uria 5 gr atau lebih per liter, oliguria, adanya gangguan serebral, visus dan rasa nyeri pada epigastrik serta terdapat edema paru dan sianosis. Dan eklamsi yaitu penderita mengalami pre-eklamsi berat dan timbul konvulsi yang diikuti dengan koma (Wylie, 2010). Nadi (60-100 x/menit) pada masa kehamilan terjadi peningkatan frekuensi jantung sejak usia 4 minggu sekitar 15 sampai 20 denyut per menit, kondisi ini memuncak pada usia gestasi 28 minggu. Hal ini disebabkan peningkatan curah jantung dan isi sekuncup akibat peningkatan total volume darah. Penurunan frekuensi terjadi selama kehamilan trimester 3, perubahan posisi juga berpengaruh pada frekuensi denyut jantung (Mandriwati,G.A, 2008). Suhu (N : 35,8-37° C) perubahan suhu tubuh yang konstan perlu selalu diperhatikan sebab peningkatan suhu menyebabkan peningkatan kebutuhan oksigen jaringan dan disertai dengan peningkatan frekuensi detak jantung. Setiap peningkatan suhu tubuh 1 °C terjadi peningkatan frekuensi nadi sekitar 20 kali per menit. Peningkatan suhu normal mengakibatkan kerusakan sel, sebaliknya apabila terjadi penurunan suhu mengakibatkan kelelahan dan aktivitas tidak terkoordinir, kehilangan kesadaran sampai kematian (Mandriwati,G.A, 2008). RR (N : 18-24 x/menit) jika asupan oksigen berkurang maka dapat menyebabkan anemia (Mandriwati,G.A, 2008).

2) Pemeriksaan Fisik, menurut Jannah (2012), terdiri dari :

(1) Kepala : Inspeksi warna dan jenis rambut, adakah ketombe, lesi, dan kerontakan. Palpasi adakah odema, adakah nyeri tekan.

(2) Wajah : Inspeksi warna, bentuk, pucat/tidak (jika wajah pucat curiga ibu mengalami anemia karena salah satu tanda anemia menurut Saifuddin (2006), adalah wajah pucat pada wajah), adakah cloasma gravidarum (Menurut Hani (2011), cloasma terjadi karena peningkatan hormone estrogen dan melanosit).
Palpasi apakah ada odema (menurut Wylie (2010), odema merupakan salah satu tanda dari pre eklamsia).

(3) Mata : Inspeksi adakah hematoma pada palpebra (menurut Wylie (2010), odema merupakan salah satu tanda dari pre eklamsia), sklera ikterik/tidak (Sklera normalnya berwarna putih tampak gambaran tipis pembuluh darah, abila terjadi ikterus waspada penyakit hepatitis (Saifuddin, 2006)), konjungtiva pucat/tidak (konjungtiva normal berwarna merah muda, jika pucat curiga ibu mengalami anemia karena salah satu tanda anemia menurut Saifuddin (2006), adalah wajah pucat pada konjungtiva), bagaimana refleks pupil dan lapang pandangnya.

(4) Hidung : Inspeksi bentuk, adakah peradangan mukosa, adakah cairan dan secret, apakah hidung tersumbat atau tidak yang biasanya terjadi pada TM 1 akibat peningkatan estrogen dan progesterone, pembesaran kapiler, relaksasi otot halus vaskuler serta genangan vaskuler hidung, dan volume darah sirkulasi yang meningkat. Palpasi adakah nyeri tekan sinus/tidak.

(5) Mulut : Inspeksi warna dan kelembapannya (menurut Saifuddin (2006), warna normalnya merah muda dan lembab apabila pucat curiga anemia, bila kering curiga dehidrasi), adakah stomatitis, adakah bercak koplik pada lidah (jika terdapat bercak koplik curiga ibu sedang menderita tifus), adakah sisa makanan, adakah

karang gigi dan karies pada gigi (karies gigi mengakibatkan kontraksi), serta keadaan ovula.

(6) Telinga : Inspeksi kebersihan dan kesimetrisan daun telinga, adakah lesi, massa, cairan atau serumen dan benda asing, membran timpani utuh/tidak

(7) Leher : Inspeksi adakah lesi. Palpasi adakah pembesaran kelenjar tiroid dan kelenjar limfe, adakah bendungan pada JVP. Normal tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, pembesaran kelenjar limfe dan bendungan vena jugularis. Kelenjar tyroid yang sedikit membesar saat hamil perlu evaulasi tentang hipertyroid. Pembengkakan limfe kemungkinan infeksi dan metastase keganasan (jarang). Bendungan vena jugularis kemungkinan gangguan aliran darah akibat penyakit jantung atau aneurisma vena (IBG Manuaba, 2007).

(8) Biasanya pada ibu hamil mengalami hiperpigmentasi pada area leher akibat peningkatan hormon esterogen (Hani, 2011).

(9) Dada : Inspeksi warna dan kesimetrisan dada, bagaimana tipe pernafasannya. Palpasi adakah krepitasi, jejas, dan nyeri tekan. Auskultasi suara. Paru-paru dan suara jantung, adakah suara tambahan.

(10) Payudara : Inspeksi kebersihan dan kesimetrisan, pembesaran payudara, adakah strie, kelenjar montgomeri dan hiperpigmentasi pada areola dan papilla mammae, pembuluh darah terlihat lebih membesar/tidak, bagaimana keadaan puting susu menonjol, datar, atau tenggelam. Jika puting susu tenggelam maka lakukan tehnik hoftman untuk mengeluarkannya. Kolostrum sudah keluar atau belum, karena normalnya kolostrum sudah keluar pada akhir TM 3. Palpasi konsistensi, adakah massa dan nyeri tekan.

(11)Ketiak : Inspeksi kebersihan dan kesimetrisan antara kanan dan kiri.adakah bendungan atau kelenjar tiroid dan limfe.

(12)Abdomen : Inspeksi bentuk membujur atau melintang, adakah bekas jahitan, operasi karena apabila ibu pernah operasi sesar maka kehamilannya sekarang dikatakan resiko tinggi (Rohcyati, 2003), pembesaran perut sesuai usia kehamilan/tidak, perut membesar ke atas/kesamping, adakah pigmentasi linea nigra yang terjadi karena peningkatan hormone estrogen dan progesteron, dan adakah striae lividae yang terjadi karena pembesaran uterus yang berlebihan. Palpasi adakah nyeri tekan pada 4 kuadran. dan 9 regio. Auskultasi bising usus, normalnya 15-35x/menit.

(13)Genetalia : inspeksi kebersihan, penyebaran rambut pubis merata/tidak, adakah lesi, massa, odema dan keluaran/secret (seperti keputihan). Pada wanita hamil biasanya mengalami keputihan akibat peningkatan produksi lendir dan kelenjar endoservikal sebagai akibat dari peningkatan kadar estrogen

(14)Perineum : Inspeksi adakah bekas jahitan perineum (bekas jahitan pada perinium menandakan bahwa ibu sudah pernah melahirkan) dan peradangan.

(15)Anus : Inspeksi kebersihan, adakah perdarahan dan hemoroid.

(16)Ekstrimitas, Atas : adakah oedema (menurut Wylie (2010), odema merupakan salah satu tanda dari pre eklamsia), turgor kulit (normalnya < 1 detik, apabila > 1 detik curiga adanya dehidrasi) dan CRT normal atau tidak (normalnya < 1 detik, apabila > 1 detik curiga gangguan palpitasi jantung). Bawah : reflek patella (positif (+) atau negatif (-), karena jika reflek patella negatif maka kemungkinan terjadi defisiensi Vit. B1) (Manuaba, 2007), adakah oedema (menurut Wylie (2010),

odema merupakan salah satu tanda dari pre eklamsia) dan varises (jika terdapat varises mengakibatkan aliran darah tidak lancar dan kemungkinan curiga terjadi trombo phlebitis).

3) Pemeriksaan Obstetri

(1) Inspeksi : perut membesar ke atas atau ke samping, umbilikus menonjol atau masuk ke dalam, pigmentasi linea nigra, dan adanya striae gravidarum (Jannah, 2012).

(2) Palpasi

1) Leopold I : untuk menentukan TFU (dengan mengetahui TFU maka dapat menentukan usia kehamilan dan menentukan apakah TFU sudah sesuai dengan usia kehamilan atau belum) dan bagaimanakah anak yang ada di fundus apakah kepala, bokong, atau kosong (Normalnya bagian anak yang ada di fundus adalah bokong sehingga presentasinya kepala, jika yang berada di fundus kepala berarti presentasinya bokong sehingga letaknya sungsang dan merupakan kehamilan resiko tinggi sehingga saat bersalin harus dirujuk ke RS, jika yang berada di fundus kosong berarti letaknya lintang dan ini juga merupakan kehamilan resiko tinggi sehingga saat bersalin harus dirujuk ke RS (Rohcyati, 2003).

2) Leopold II: untuk menentukan dimana letaknya punggung anak (punggung anak berfungsi untuk menentukan punggum maksimum yaitu lokasi yang paling jelas untuk mendengarkan denyut jantung janin) dan dimana letaknya bagian-bagian kecil janin.

3) Leopold III: untuk menentukan apa yang terdapat dibagian bawah (kepala, bokong, atau kosong) dan apakah bagian bawah anak sudah/belum masuk dalam

pintu atas panggul (PAP) (normalnya pada primipara kepala janin sudah masuk PAP pada usia kehamilan 36 minggu, sedangkan pada multipara normalnya kepala janin masuk PAP saat persalinan).

4) Leopold IV: untuk menentukan berapa masuknya bagian bawah kedalam pintu atas panggul (PAP) (Manuaba, 2007).

(3) Auskultasi : untuk menentukan DJJ, menentukan frekuensi DJJ, dan menentukan irama. Denyut jantung janin dikatakan normal bila berkisar antara 120-160 x/menit, dikatakan takikardi apabila lebih dari 160 x/menit, dan brakikardi apabila kurang dari 120 x/menit ini merupakan tanda janin mengalami fetal distress (Manuaba, 2007).

(4) Inspekullo : Labia dipisahkan dengan dua jari pemeriksa, alat speculum fusco (cocor bebek) dimasukkan ke vagina dengan bilah vertical kemudian di dalam liang vagina diputar 90° sehingga horizontal, lalu dibuka. Deskripsi keadaan persio cervik (permukaan dan warna (normalnya permukaan rata dan licin dengan warna merah muda, apabila permukaan berbungkul-dungkul dan warna hiperemi maka curiga terjadinya peradangan/Ca. serviks) keadaan ostium, ada atau tidaknya darah atau cairan atau discharge di forniks, dilihat keadaan dinding dalam vagina, ada atau tidaknya tumor, tanda radang atau kelainan lainnya. Spekulum ditutup horizontal, diputar vertikal dan dikeluarkan dari vagina (Manuaba, 2007).

(5) Bimanual : masukkan 2 jari kedalam vagina, merenggangkan kedua jari tersebut dan menekan kebawah, mencari letak servik dan merasakan untuk mengetahui pembukaan (dilatasi) dan rasa nyeri karena gerakan (nyeri tekan atau nyeri goyang), menggunakan 2 tangan (1 tangan diatas abdomen, 2 jari didalam

vagina) untuk palpasi uterus (hanya pada trimester 3 saja) untuk menentukan ukuran, bentuk dan posisi uterus, mobilitas, rasa nyeri (amati wajah ibu), dan massa, setelah semua selesai keluarkan 2 jari dari dalam vagina pelan-pelan kemudian rendam sarung tangan dalam larutan klorin.

(6) Pemeriksaan panggul luar, pemeriksaan panggul luar meliputi : distantia spinarum adalah ukuran panggul luar antara spina iliaca anterior superior kiri dan kanan (N = 23-26 cm), distansia cristarum adalah jarak terjauh antara crista iliaca kiri dan kanan (N = 26-29 cm), conjugata externa atau boudelogue adalah jarak antara pinggir atas simpisis dan ujung processus spinosus ruas tulang lumbal ke V (N = 18-20 cm), lingkaran panggul ukuran panggul dari pinggir atas symphysis ke pertengahan antara spina iliaca anterior superior dan trochanter mayor sepihak dan kembali melalui tempat yang sama dipihak yang lain (N = 80-90 cm), distantia spina iliaca posterior superior (N = 8-10 cm), distantia tuberum (N = 10,5-11 cm). Sedangkan pengukuran panggul dalam, meliputi : promotorium (N = tidak teraba), linea inominata (N = teraba 2/3 bagian), sacrum (N = cekung), spina ischiadica (N = menonjol), distansia spinarum, distansia cristarum, conjugata eksternal, ukuran lingkaran panggul.

4) Pemeriksaan Penunjang, adapun pemeriksaan penunjang pada ibu hamil adalah : (1) Tes terhadap PMS (Penyakit Menular Seksual). PMS yang terjadi selama kehamilan akan menyebabkan kelainan bawaan pada janin dengan segala akibatnya, oleh karena itu tes terhadap PMS perlu dilakukan agar dapat didiagnosis secara dini dan mendapat pengobatan secara tepat. (2) Pemeriksaan Hb, normal HB pada ibu hamil yaitu : Trimester 1 dan 3 (11 g/dl), Trimester 2 (10,5 g/dl)

(Prawirohardjo, 2014). Sedangkan tingkatan anemia pada ibu hamil, yaitu tidak anemia dengan Hb = 11g/dl, anemia ringan dengan Hb 9-10 g/dl, anemia sedang dengan Hb 7-8 g/dl, dan anemia berat dengan Hb < 7 g/dl (Manuaba, 2007). (3) Pemeriksaan protein urine atas indikasi. Untuk mengetahui adanya protein karena tingginya kadar protein dalam urin ibu hamil dapat mengindikasikan terjadinya preeklamsi. Penetapan kadar protein dalam urin biasanya dinyatakan berdasarkan timbulnya kekeruhan pada urin, apabila protein urine tidak keruh (-), terjadi kekeruhan (+1), kekeruhan mudah dilihat dan ada endapan halus (+2), urine lebih keruh dan ada endapan yang lebih jelas terlihat (+3), urine sangat keruh dan disertai endapan menggupal (+4). Sedangkan tingkatan pre eklamsi adalah : 1) pre eklamsi ringan apabila tekanan darah diastolik 90 - < 110 mmHg dan protein urin +2, 2) pre eklamsi berat apabila tekanan darah diastolik 110 mmHg dan protein urin +3 atau lebih, 3) eklamsi apabila tekanan darah diastolik 90 mmHg dan protein urin +2 dan kejang. Adapun tanda-tanda pre eklamsia adalah tekanan darah tinggi, bengkak, dan protein urin positif (JNPK-KR, 2008). (4) Pemeriksaan reduksi urine atas indikasi. Pemeriksaan ini dilakukan, untuk mendeteksi adanya penyakit, atau kelainan yang diderita oleh seorang ibu hamil, misalnya ibu tersebut mempunyai diabetes, bilirubin yang tidak normal, darah dalam urin, asam urat, dan masih banyak lagi, bila hal ini bisa dideteksi sedini mungkin, penanganan atau rujukan dapat dilakukan secara optimal dan efektif. Adapun batasan reduksi urin adalah sebagai berikut : warna tetap biru (-), warna hijau kekuningan agak keruh (+1), warna kuning kehijauan dan keruh (+2), warna jingga dan keruh (+3), warna merah bata (+4) (Manuaba, 2007).

2. Interpretasi Data Dasar

1) Diagnosa, terdiri dari :

(1) Gravida (kehamilan ke), P₀₀₀₀ (Jumlah anak) yang terdiri dari : P₀ (Aterm), P₀ (Prematur), P₀ (Abortus), P₀ (Hidup). Dikatakan aterm apabila usia kehamilan 37-42 minggu, prematur apabila usia kehamilan yang kurang dari 37 minggu, dan abortus apabila usia kehamilan kurang dari 20 minggu.

(2) Primi/multipara

(3) Tuanya kehamilan

(4) Anak hidup atau mati, dikatakan anak hidup apabila tinggi fundus uteri bertambah besar, terasa gerakan janin, terdengar DJJ, masuk/tidaknya kepala ke dalam rongga panggul. Sedangkan Tanda – tanda kematian anak dalam rahim adalah DJJ (-), Fundus tidak bertambah besar tetapi malah turun, palpasi bagian anak kurang jelas, reaksi biologis (-) setelah anak mati kurang dari 10 hari, ibu tidak merasakan gerakan janin, foto rontgen terdapat tanda spalding, tulang punggung sangat melengkung, adanya gelembung gas dalam janin.

(5) Anak tunggal atau kembar, dikatakan anak kembar apabila TFU lebih besar dari usia kehamilan, teraba 3 bagian besar janin, terdengar DJJ pada 2 tempat.

(6) Presentasi janin presentasi janin adalah bagian terendah janin yaitu kepala, bokong, atau kosong kosong. Posisi atau kedudukan adalah letak salah satu bagian anak tertentu terhadap dinding perut atau jalan lahir, yaitu: punggung kiri / kanan, kepala kiri atau kanan.

(7) Anak intra uterin atau ekstra uterin, dikatakan Intra uteri : waktu meraba anak uterus berkontraksi, kadang – kadang l.ratundum teraba pada kiri dan kanan rahim.

dikatakan ekstra uteri : gerakan anak lebih nyeri dirasakan oleh ibu, janin lebih muda diraba dari luar

(8) Keadaan jalan lahir, dikatakan kesan panggul luar normal jika distantia spinarum : 23-26 cm, distansia kristarum : 26-29 cm, konjugata eksterna / boudeloge : 18-20 cm, dan lingkaran panggul : 80-90 cm.

(9) Keadaan umum ibu dan janin : dikatakan keadaan umum ibu dan janin baik jika pemeriksaan ttv dalam batas normal (TD : 110/70 mmHg-130/80 mmHg, Nadi : 60-100x/menit, Suhu : 36,5-37,5 °C, dan RR : 16-24x/menit) dan DJJ: (120-160x/menit, gerakan janin minimal 3 kali dalam 3 jam terakhir.

2) DS (Data Subyektif), berisi data-data berdasarkan klien, seperti kehamilan yang ke berapa, usia kehamilan, riwayat kehamilan, persalinan dan data nifas yang lalu yang di alami oleh klien.

3) DO (Data Obyektif), erisi data berdasarkan pemeriksaan, seperti HPL, BB/TB, TTV, pemeriksaan obstetric, dan pemeriksaan penunjang (Jannah, 2012).

3. Antisipasi Masalah Potensial

Merupakan masalah/diagnosa lain yang dapat terjadi, berdasarkan Dx dan masalah sekarang serta data-data yang dapat mengarah pada diagnosa/masalah potensial. Jika pada kasus terdapat diagnosa dan masalah potensial lakukan tindakan sebagai upaya antisipasi (pencegahan) agar diagnosa/masalah tersebut tidak benar-benar terjadi (Jannah, 2012). Contoh : anemia ringan bisa menjadi anemia berat, preeklampsia ringan menjadi preeklampsia berat bahkan sampai terjadi eklampsia.

4. Identifikasi Kebutuhan Segera

Mengidentifikasi dan menetapkan perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi pasien berkaitan dengan kegawatdaruratan (Jannah, 2012). Contoh : eklamsia kebutuhan segeranya kolaborasi dengan dokter untuk pemberian terapi selanjutnya, anemia berat kebutuhan segeranya dilakukan tranfusi darah.

4. Perencanaan

Untuk menyusun rencana asuhan kebidanan harus melihat diagnosa kebidanan, sehingga dalam melakukan tindakan tidak terjadi kesalahan. Rencana asuhan kebidanan dapat dibuat bersama klien dan keluarga (Jannah, 2012). Dalam perencanaan asuhan kebidanan dibutuhkan rasional agar dalam pemberian asuhan sesuai dengan kebutuhan klien. Semua keputusan yang dikembangkan dalam asuhan yang menyeluruh ini harus rasional dan benar-benar valid berdasarkan pengetahuan dan teori sesuai dengan asumsi tentang apa yang akan dilakukan oleh klien (Salma, 2006).

5. Implementasi

Pada langkah ini bidan dituntut melakukan tindakan kebidanan secara mandiri, tetapi dalam pelaksanaan penyelesaian kasus klien sewaktu-waktu, bidan juga harus melaksanakan kegiatan kolaborasi dengan tenaga kesehatan lainnya, seperti: dokter umum, dokter ahli obgyn, perawat, ahli gizi dan sebagainya. Penatalaksanaan asuhan kebidanan selalu diupayakan dalam waktu singkat dan seefektif mungkin, hemat dan berkualitas. Implementasi meliputi menginformasikan pada klien bahwa klien dan janin dalam keadaan baik,

menjelaskan pada klien bahwa hal yang dikeluhkan merupakan hal yang fisiologis, menjelaskan pada klien tentang kebutuhan-kebutuhan yang belum dimengerti oleh klien dan waktu kunjungan berikutnya (Jannah, 2012).

Tabel 2.18
Implementasi Asuhan Kehamilan

Tanggal : Jam : WIB

Tanggal/jam	Implementasi	Paraf

6. Evaluasi

Evaluasi : tindakan intelektual untuk melengkapi manajemen kebidanan berdasarkan tujuan yang kita lakukan.

Tujuan : melihat kemampuan klien dalam mencapai tujuan. Dalam asuhan kebidanan evaluasi sangat berperan terutama menetapkan tindakan kebidanan untuk mengatasi masalah pasien. Dalam evaluasi kebidanan kita menggunakan SOAP :

SOAP :

- 1) S (subyektif) : data yang diperoleh dari hasil wawancara dari klien, rekam medik.
- 2) O (Obyektif) : data dari hasil pemeriksaan oleh petugas.
- 3) A (Assesment): kesimpulan dari hasil pemeriksaan.
- 4) P (Planning) : rencana yang akan dilakukan sebagai evaluasi dari rencana yang sudah berhasil maupun yang tidak berhasil (Jannah, 2012).

2.8.2 Persalinan

Menejemen 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 bervokus pada klien.

Tujuan dilakukan asuhan kebidanan adalah memberikan asuhan kebidanan yang adekuat, komprehensif dan terstandar pada ibu intranatal dengan memperhatikan riwayat ibu selama kehamilan, kebutuhan dan respon ibu serta mengantisipasi resiko-resiko yang terjadi selama persalinan.

Hasil yang diharapkan yaitu terlaksananya asuhan segera/rutin pada saat ibu intrapartum (kala I-IV) termasuk melakukan pengkajian, membuat diagnosa 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.

1. Langkah I : Pengkajian (Tahap Pengumpulan Data)

Data diperoleh melalui :

- 1) Anamnese :
 - (1) Biodata, data demografi.
 - (2) Riwayat kesehatan. Termasuk faktor herediter dan kecelakaan.
 - (3) Riwayat menstruasi.
 - (4) Riwayat obstetri dan ginekologi, termasuk nifas dan laktasi.
 - (5) Biopsikospiritual.
 - (6) Pengetahuan klien.
- 2) Pemeriksaan Fisik, sesuai kebutuhan dan tanda-tanda vital.
 - 3) Pemeriksaan Khusus :
 - (1) Inspeksi.
 - (2) Palpasi.
 - (3) Auskultasi.
 - (4) Perkusi.
 - 4) Pemeriksaan Penunjang:
 - (1) Laboratorium.
 - (2) Diagnosa lain: USG, radiologi.
 - (3) catatan terbaru dan sebelumnya.

Data yang terkumpul ini sebagai data dasar untuk interpretasi kondisi klien untuk menentukan langkah berikutnya.

2. Langkah II : Interpretasi Data Dasar

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

Contoh :

Diagnosa : G2 P1A0, 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 tidak termasuk dalam “nomenklatur standar diagnosa kebidanan”, tetapi perlu pengkajian lebih lanjut dan memerlukan penanganan khusus dan perencanaan yang terarah sehingga wanita ini dapat ditolong dan mendapatkan pelayanan yang memang ia butuhkan. Sehingga masalahnya tidak berlarut-larut.

3. Langkah III : Mengidentifikasi Diagnosa atau Masalah Potensial

Pada langkah ini bidan mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial berdasarkan diagnosa/masalah yang sudah teridentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila mungkin dilakukan pencegahan. Bidan diharapkan waspada dan bersiap-siap mencegah diagnosa/ masalah potensial ini agar tidak terjadi, kalau dimungkinkan dan bersiap-siap menghadapinya bila

diagnosa/masalah potensial ini benar-benar terjadi. Langkah ini penting sekali dalam melakukan asuhan yang aman.

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

Pada kasus diatas, 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 pitocin atau uterotonika atau adanya bayi premature atau BBLR.

Pada bayi besar/macrosomia, perlu mengantisipasi adanya bahu macet, bayi asfiksi dan perlunya persiapan resusitasi dan kemungkinan adanya perlukaan jalan lahir da perdarahan karena atonia uteri. Pada langkah ketiga ini bidan dituntut untuk mampu mengantisipasi masalah potensial, tidak hanya merumuskan masalah potensial yang akan terjadi, tetapi juga merumuskan tindakan antisipatif agar masalah/diagnosa potensial tidak terjadi. Andaikan tidak terhindarkan, sudah terantisipasi tindakan penanganan yang tepat sehingga pasien dapat ditolong secara tepat dan cepat. Sehingga langkah ini benar-benar merupakan langkah yang bersifat antisipasi yang rasional dan logis.

4. Langkah IV : Menetapkan Kebutuhan terhadap Tindakan Segera Baik oleh Bidan maupun Dokter, dan atau untuk melakukan Konsultasi, Kolaborasi dengan Tenaga Kesehatan Lain Berdasarkan Kondisi Klien.

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 baru harus terus menerus dikumpulkan dan dievaluasi. Beberapa data mengindikasikan bidan harus segera bertindak untuk keselamatan ibu dan bayi (misalnya perdarahan antepartum, perdarahan post partum, 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 prolaps tali pusat. Sedang pada kasus lainnya tidak memerlukan tindakan darurat tetapi perlu konsultasi atau kolaborasi dengan dokter. Misalnya pada kasus preeklampsia 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.

5. Langkah V : Menyusun Rencana Asuhan yang Komprehensif

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

Rencana Asuhan menyeluruh tidak hanya meliputi yang sudah teridentifikasi atau setiap masalah yang berkaitan juga dapat dari kerangka pedoman antisipasi terhadap wanita tersebut seperti apa yang akan terjadi berikutnya, 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.

1) Rencana Asuhan Pada Kala I :

(1) Mengevaluasi kesejahteraan ibu, termasuk diantaranya : 1) Mengukur tekanan darah, suhu, nadi, pernafasan, setiap 2-4 jam apabila ketuban masih utuh, setiap 1-2 jam apabila ketuban sudah pecah. 2) Mengevaluasi kandung kemih minimal setiap 2 jam. Apabila diperlukan melakukan pemeriksaan urine terhadap protein, keton. 3) Mengevaluasi hidrasi (turgor kulit). 4) Mengevaluasi kondisi umum : kelelahan dan kehabisan tenaga, perilaku dan respon terhadap persalinan, rasa sakit dan kemampuan coping.

(2) Mengevaluasi kesejahteraan janin, termasuk diantaranya : 1) Letak janin, presentasi, gerak, dan posisi. 2) Adaptasi janin terhadap panggul apakah ada CPD. 3) 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 medik & obstetrik.

(3) Mengevaluasi kemajuan persalinan, termasuk melakukan observasi : penipisan, pembukaan, turunnya bagian terendah, pola kontraksi (frekuensi, durasi, intensitas), perubahan perilaku ibu, tanda dan gejala dari masa transisi dan mulainya kala II, serta posisi dari punctum maksimum.

(4) Melaksanakan perawatan fisik ibu : menjaga kebersihan dan kenyamanan, perawatan mulut.

(5) Memberikan dukungan pada ibu dan keluarga : 1) Bantulah ibu dalam persalinan jika ia tampak gelisah, ketakutan dan kesakitan: berilah dukungan dan yakinkan dirinya, berilah informasi mengenai proses kemajuan persalinan, dengarkan keluhannya dan cobalah lebih sensitif terhadap perasaannya. 2) 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 teknik bernafas. 3) Penolong tetap menjaga hak dan privasi ibu dalam persalinan. 4) Menjelaskan kemajuan persalinan dan perubahan yang terjadi serta prosedur yang akan dilaksanakan dan hasil-hasil pemeriksaan.

(6) Melakukan skrening untuk mengantisipasi komplikasi pada ibu dan janin.

(7) Menentukan apakah ibu memerlukan manajemen dasar, yaitu : 1) Apakah ibu perlu diklisma?, 2) Apakah ibu perlu dicukur, kalau ya variasi cukurannya bagaimana?, 3) Apakah ibu perlu dipasang iv?, 4) Apakah ibu perlu diberi posisi tertentu atau pembatasan gerak, apabila ya sampai dimana batasannya?, 5) Apakah ibu perlu diberi makan, atau minum melalui oral, apabila ya, makanan atau minuman apa saja yang diperbolehkan?, 6) Apakah ibu perlu diberi obat, apabila ya: obat apa? Berapa banyak? dan kapan pemberiannya?, 7) Frekuensi dari pemeriksaan TTV (tensi, nadi, temperatur), 8) Frekuensi dari pemeriksaan DJJ dan dengan alat apa pemeriksaan dilakukan, 9) Frekuensi dari pemeriksaan dalam, 10)

Identifikasi siapa yang akan mendampingi ibu dan perannya apa bagi si ibu, 11) Apakah ketuban perlu dipecahkan, kapan?, 12) Menentukan kapan perlu untuk konsultasi kepada obgyn, 13) Kapan persalinan perlu dipersiapkan?

2) 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, dan pemeriksaan panggul dan pemeriksaan laboratorium yang dilakukan terhadap ibu dan bayi selama proses persalinan, melanjutkan evaluasi kemajuan persalinan, rata-rata lama partus kala II (menurut Friedman) 1 jam pada primi para dan 15 menit pada multi para. Pada umumnya kala II tidak lebih dari 2 jam pada primi para dan 1 jam pada multi para, 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: 1) persiapan untuk persalinan. 2) Menejemen persalinan. 3) Membuat menejemen keputusan untuk partus kala II.

Menentukan menejemen keputusan untuk partus kala II termasuk hal-hal dibawah ini : 1) Frekuensi untuk memeriksa TTV (tensi, nadi, suhu). 2) Frekuensi dari memeriksa DJJ. 3) kapan ibu dipimpin meneran. 4) Kapan melakukan persiapan persalinan. 5) Posisi ibu waktu bersalin. 6) Kapan ibu perlu dikateter. 7) Kapan menyokong perineum. 8) Apakah perlu dilakukan episiotomi, dan tipe dari episiotomi. 9) kapan melahirkan kepala bayi, apakah pada saat kontraksi atau diantara kontraksi. 10) Kapan mengklem dan memotong talipusat. 11) Apakah

perlu dikonsultasikan atau kolaborasi dengan dokter ahli. Keputusan yang diambil bermacam-macam tergantung pada ibu, harapannya, kondisinya dan situasi.

Melanjutkan evaluasi janin : 1) Evaluasi presentasi, dan gerakan bayi. 2) Adaptasi bayi terhadap panggul (synclitismus atau asynclitismus, molage dan adanya caput succedaneum). 3) DJJ dan polanya: Melanjutkan evaluasi ibu, Melanjutkan skrining tanda dan gejala komplikasi obstetri dan fetal distress.

3) Rencana Asuhan pada Kala III

Rencana asuhan pada kala III meliputi : (1) Melanjutkan evaluasi setiap tanda-tanda bahaya yang ditemukan. (2) Melanjutkan evaluasi kemajuan dari persalinan (pelepasan placenta dan pengeluaran placenta). (3) Melanjutkan evaluasi ibu termasuk mengukur Tekanan Darah, nadi, suhu, pernafasan, dan aktivitas gastrointestinal. (4) Memperhatikan tanda dan gejala perdarahan.

4) Rencana Asuhan pada Kala IV

Rencana asuhan pada kala IV meliputi : (1) Melakukan evaluasi terhadap uterus. (2) Inspeksi dan evaluasi servik, vagina dan perineum. (3) Inspeksi dan evaluasi terhadap placenta, selaput placenta dan tali pusat. (4) Menjahit luka jalan lahir akibat episiotomi atau laserasi.

6. Langkah ke VI : Pelaksanaan Langsung Asuhan yang Efisien dan Aman

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. Menejemen yang efisien berhubungan dengan waktu, biaya serta peningkatan mutu asuhan. Kaji ulang apakah semua rencana telah dilaksanakan.

7. Langkah VII : Evaluasi

Pada langkah ini dievaluasi keefektifan asuhan yang telah diberikan, apakah telah memenuhi kebutuhan asuhan yang telah teridentifikasi dalam diagnosa 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 menejemen 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 menejemen untuk mengidentifikasi mengapa proses tersebut tidak efektif serta melakukan penyesuaian dan modifikasi apabila memang diperlukan. Langkah-langkah proses menejemen umumnya merupakan pengkajian yang memperjelas proses berfikir, yang mempengaruhi tindakan serta berorientasi pada proses klinis, karena proses menejemen tersebut berlangsung didalam situasi klinik.

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

- S : Subyektif data, menurut perspektif klien. Data ini diperoleh dari anamnese atau allo anamnese.
- O : Obyektif data, yaitu hasil pemeriksaan fisik klien, serta pemeriksaan diagnostik dan pendukung lain. Data ini termasuk catatan medik pasien yang lalu.
- A : Analisis, atau interpretasi berdasarkan data yang terkumpul, dibuat kesimpulan berdasarkan segala sesuatu yang dapat diidentifikasi: 1) Diagnosa atau masalah. 2) Antisipasi diagnosa/masalah potensial. 3) Perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter, konsultasi atau kolaborasi dan rujukan (sebagai langkah 2,3,4 dalam Menejemen Varney)
- P : Planning atau Perencanaan. Merupakan gambaran pendokumentasian dari tindakan (implementasi) dan evaluasi rencana (E) berdasarkan pada langkah 5,6,7 pada menejemen varney, ini termasuk hasil observasi dan evaluasi dari flowsheet. Palnning termasuk : 1) Asuhan mandiri oleh bidan. 2) Kolaborasi atau konsultasi dengan dokter atau nakes lain. 3) Tes diagnostik atau laboratorium. 4) Konseling atau penyuluhan. 5) Follow up.

Ini semua termasuk keputusan klinis dalam prosedur tindakan, aktifitas, diet, kebutuhan hidrasi, pendampingan, dll.

2.8.3 Nifas

Menurut Erna Juliana Simatupang, SKM. (2008), konsep dasar asuhan kebidanan nifas meliputi :

1. Langkah I (Pengumpulan Data Dasar) atau Pengkajian

Pada langkah ini dilakukan pengkajian dengan mengumpulkan semua data yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan klien secara lengkap, yaitu:

- 1) Riwayat kesehatan
- 2) Pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhannya
- 3) Meninjau catatan terbaru atau catatan sebelumnya
- 4) Meninjau data laboratorium dan membandingkan dengan hasil studi

Pada langkah pertama ini, dikumpulkan semua data yang akurat dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien.

Tgl/ Jam MRS dan Tgl/ Jam Pengkajian dan Nomer Register : dikaji karena dibutuhkan untuk dokumentasi bagi bidan.

1. Data Subyektif

- 1) Identitas, meliputi :
 - (2) Nama istri dan suami : dikaji untuk menjalin keakraban antara bidan dan pasien, serta mengetahui status pasien.
 - (3) Umur istri : dikaji untuk mengetahui berapa usia ibu yang wajar telah melahirkan dan termasuk usia resiko atau tidak dalam melahirkan.
 - (4) Pekerjaan istri dan suami : untuk mengetahui tingkat penghasilan istri dan suami sehingga dapat diprediksi dalam pemenuhan nutrisi dan kebutuhan bayi.
 - (5) Agama : untuk mengetahui tingkat kepercayaan/ tradisi dari suatu agama tentang masa nifas.
 - (6) Suku bangsa : untuk mengetahui bagaimana cara menghadapi pasien sehingga mempengaruhi HE yang diberikan terutama dalam bahasa.
 - (7) Pendidikan suami dan istri : untuk mengetahui tingkat pengetahuan seseorang

pasien sehingga mempengaruhi HE yang diberikan, terutama pendidikan istri.

(8) Alamat : untuk mengetahui dimana lokasi tempat tinggal pasien sehingga dapat dipantau setiap saat dan memprediksi jauh/tidak saat kunjungan rumah yang dilakukan oleh bidan.

(9) Status perkawinan : untuk mengetahui jarak melahirkan dengan pernikahan, apakah terjadi perkawinan yang sah atau tidak yang dapat mempengaruhi psikis klien. Usia saat perkawinan untuk mengetahui apakah usia saat kawin alat-alat reproduksinya sudah matang/belum mempengaruhi resiko terjadi tanda bahaya nifas.

2) Keluhan Utama : berisikan tentang apa yang sedang dirasakan oleh ibu

3) Riwayat Keluhan Utama, terdiri dari :

(1) P (Provokatif atau Paliatif) apa yang menyebabkan gejala dan apa saja yang dapat mengurangi atau memperbaiki gejala.

(2) Q (Quality) bagaimana gejala dirasakan, nampak/terdengar sejauh mana pasien merasakannya sekarang.

(3) R (Regional) dimana gejala terasa.

(4) S (Skala) keadaan seberapa parah yang dialami klien.

(5) T (Timing/Waktu) sejak kapan keluhan terjadinya dan sampai kapan.

4) Riwayat Kehamilan, Persalinan, Nifas dan Bayi yang lalu

Untuk mengetahui riwayat kehamilan, persalinan, nifas, dan bayi sebelumnya yang nantinya mempengaruhi kemampuan ibu dalam perawatan bayinya.

5) Kebutuhan sehari-hari

Untuk mengetahui pola nutrisi, cairan, eliminasi, istirahat/tidur, aktivitas/senam nifas, personal hygiene, dan hubungan seksual yang nantinya berhubungan/mempengaruhi masa nifas. Untuk mempermudah petugas dalam memberikan HE pada klien tentang kebutuhan sehari-hari.

6) Riwayat Psikososial

Untuk mengetahui psikis ibu yang nantinya berhubungan dengan rasa takut untuk mengasuh dan membesarkan anak, serta ancaman pada gaya hidup yang dijalani jika menjadi orang tua dan kemampuan ibu dalam perawatan dan merencanakan membesarkan bayi/anaknya.

7) Latar Belakang Sosial Budaya

Untuk mengetahui tentang pemikiran dan tradisi yang dilakukan/dianut ibu tentang masa nifas, seperti : adakah pantangan/tidak serta bagaimana penerimaan dan dukungan keluarga dalam kehadiran bayinya yang nantinya berhubungan dengan perawatan pada bayi yang dilakukan oleh ibu serta proses penyembuhan ibu.

8) Pengetahuan dan Kemampuan Ibu

Untuk mengetahui kemampuan ibu dalam perawatan diri sehabis melahirkan, perawatan bayi, tali pusat, memandikan bayi, cara menyusui, perawatan perineum, hubungan seksual, kunjungan ulang, tanda-tanda bahaya nifas dan bayi serta rencana pemakaian KB. Sehingga mempermudah bidan dalam memberikan HE dan anjuran kepada klien dan klien juga lebih kooperatif dalam menangani tanda-tanda bahaya yang terjadi.

2. Data Obyektif

1) Pemeriksaan Umum

(1) KU : Untuk mengetahui keadaan umum dan kesaran ibu. Keadaan tampak pucat, 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 (Prawiharjo, 2006).

(2) Kesadaran, terdiri dari :

Komposmentis : Kesadaran penuh dengan memberikan respon yang cukup terhadap stimulus yang diberikan.

Apatis : Acuh tak acuh terhadap keadaan sekitarnya.

Somnolen : Kesadaran yang lebih rendah ditandai dengan tampak mengantuk, tidak responsive terhadap rangsangan yang kuat.

Sopor : Tidak memberikan respon ringan maupun sedang tetap masih memberikan respon sedikit terhadap rangsangan yang kuat dengan adanya reflek pupil terhadap cahaya yang masih positif

Koma : Tidak dapat bereaksi terhadap stimulus atau rangsangan apapun sehingga reflek pupil terhadap cahaya tidak ada.

Delirium : Tingkat keadaran yang paling bawah ditandai dengan disorientasi yang sangat inaktif, kacau, salah persepsi terhadap rangsangan sensorik.

(3) Pemeriksaan TTV

1) Tekanan darah : Terkadang ditemukan hipertensi post partum, tetapi ini akan

menghilang dengan sendirinya bila tidak terdapat penyakit lain yang menyertainya.

TD (N : 110/70 - 130 /80 mmHg).

2) Nadi : Normal 60-80 x/mnt. Segera setelah partus, terjadi bradikardia. Nadi cepat/takhikardia terhadap pada ibu yang nervous, yang banyak kehilangan darah, atau persalinan lama.

3) Suhu : Setelah partus dapat naik 0,5°C dari keadaan normal, tetapi tidak melebihi 38°C. Setelah 12 jam melahirkan, umumnya suhu badan akan kembali normal. Bila suhu lebih dari 38°C kemungkinan terjadi infeksi. Normal 36,5°C – 37,5°C .

4) RR : normal dewasa 16 - 20 x/mnt, takipnea bila pernafasan lebih dari 24 x/mnt, bradipnea bila pernafasan kurang dari 10 x/mnt

2) Pemeriksaan fisik

(1) Kepala: Rambut yang kering, rapuh dan kekurangan pigmen dapat menunjukkan adanya kemungkinan kekurangan gizi. Rambut yang jarang atau tumbuh kurang subur, menunjukkan adanya malnutrisi, penyakit hipotiroidisme, efek obat, dan lain-lain. Kerontokan rambut dapat terjadi akibat penyakit kulit kepala, gangguan fungsi tubuh seperti demam, pemberian anestesi atau pengobatan kemoterapi.

(2) Wajah : Cloasma gravidarium terjadi akibat peningkatan hormone pada saat hamil.

(3) Mata : Normal warna sklera adalah putih, terdapat gambaran tipis pembuluh darah, sclera berwarna coklat kemungkinan perokok, sclera kuning (ikterik) kemungkinan terjadi kelainan hepar, dan jika sclera berwarna

merah kemungkinan infeksi. Normal warna kongjungtiva adalah merah muda, jika berwarna putih (pucat) kemungkinan anemia. Apabila warna kornea tampak keruh kemungkinan terdapat radang. Warna putih pada pupil menunjukkan adanya katarak.

- (4) Hidung: Adakah polip, sianosis, secret/ingus.
- (5) Mulut : Bibir kering, pucat menunjukkan adanya nyeri atau kurangnya asupan cairan. Warna dan kelembaban bibir.
- (6) Telinga: Warna membran timpani putih mengkilat, jika berwarna merah kemungkinan terdapat peradangan.
- (7) Leher : Jika ada bendungan/benjolan abnormal kemungkinan terjadi kelainan/gangguan kelenjar limfe/ tiroid.
- (8) Pemeriksaan Dada/Payudara : Kemerahan, bengkak menunjukkan terjadi mastitis atau bendungan ASI, mengetahui apakah kolostrum sudah keluar/belum (bermanfaat bagi kekebalan tubuh bayi), apakah ada tumor.
- (9) Abdomen : Adakah riwayat pembedahan SC yang berhubungan dengan proses persalinan yang telah dilaksanakan. Setelah persalinan dinding perut longgar karena diregang begitu lama, biasanya putih dalam 6 minggu. Dinding kandung kemih memperlihatkan odema. TFU segera setelah placenta lahir kira-kira 2 jari dibawah pusat. Hari ke-5 post partum kira-kira 7 cm atas symphysis atau $\frac{1}{2}$ sympisis pusat, Setelah 12 hari uterus tidak teraba lagi diatas sympisis.

(10) Genetalia : Biasanya masih keluar Lochea, terdapat bekas jahitan episiotomi

(11) Ekstremitas: Thromboflebitis perluasan/invasi mikroorganisme patogen yang mengikuti aliran darah sepanjang vena dan cabang-cabangnya. Flegmasia Alba Dolens (Thromboflebitis Femoralis). Pada salah satu kaki biasanya kaki kiri. Kaki sedikit fleksi dan rotasi keluar serta sukar bergerak. Lebih panas dari kaki satunya. Paha bagian atas terasa tegang dan keras. Nyeri hebat pada paha dan lipat paha. Nyeri pada betis (tanda hofman).

3) Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan yang dilakukan untuk mendukung penegakkan diagnose. Adapun pemeriksaan penunjang pada ibu nifas adalah : Hb, protein urine, dan albumin urine.

2. Langkah II (Interpretasi Data Dasar)

Pada langkah ini dilakukan identifikasi yang benar terhadap diagnosis atau masalah dan kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan, data dasar yang telah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga ditemukan masalah atau diagnosis yang spesifik.

Dx : Pxxxx (aterm, preterm, abortus, hidup) post partum hari kedengan keluhan.....

Ds : Untuk mengetahui data-data dari klien, seperti : keluhan yang dirasakan, kelahiran, dan aktifitas yang dilakukan ibu setelah melahirkan yang dapat mendukung diagnosa.

Do : Berisi hasil pemeriksaan yang telah dilakukan pada ibu, meliputi : TTV, TFU, Lochea, Pemeriksaan fisik (payudara, abdomen, perineum), dll yang dapat mendukung diagnosa.

Kebutuhan Post Partum: Untuk mengetahui kebutuhan ibu setelah melahirkan dalam pemberian HE sehingga bidan mudah dalam memberikan HE.

3. Langkah III (Mengidentifikasi Diagnosis atau Masalah Potensial)

Pada langkah ini, kita mengidentifikasi masalah atau diagnosis potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosis yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan. Sambil mengamati klien, bidan diharapkan dapat bersiap diri bila diagnosis atau masalah potensial ini benar-benar terjadi. Misalnya infeksi, subinvolusi uterus perdarahan kala nifas sekunder, flegmasia alba dolens infeksi puerpuralis yang mengenai pembuluh darah vena femoralis, keadaan abnormal pada payudara (bendungan ASI, mastitis dan abses mammae).

4. Langkah IV (Identifikasi Perlunya Penanganan Segera)

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan untuk konsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien. Langkah ke empat ini mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan. Jadi, manajemen bukan hanya selama asuhan primer periodik atau kunjungan prenatal saja, tetapi juga selama wanita tersebut bersama bidan terus menerus, misalnya pada waktu wanita tersebut dalam persalinan.

5. Langkah V (Perencanaan Asuhan Komprehensif)

Pada langkah ini, direncanakan asuhan yang menyeluruh ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnosis atau masalah yang telah diidentifikasi. Pada langkah ini, informasi atau data dasar yang tidak lengkap dapat dilengkapi. Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa yang diidentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap masalah yang berkaitan, tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap wanita tersebut, seperti apa yang diperkirakan terjadi berikutnya.

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan selama 3x24jam diharapkan masa nifas berjalan normal dan KU ibu baik dengan criteria hasil :

K : Kognitif, mengkaji pengetahuan ibu yaitu ibu dapat menjelaskan kembali apa yang telah dijelaskan oleh bidan

A : Afektif, ibu bersedia melakukan anjuran dari bidan

P : Psikomotor, ibu melakukan anjuran dari bidan

P : Penilaian, masa nifas ibu dalam batas normal dengan kriteria hasil (TD : 120/80-140/90 mmhg, N : 60-100 x/menit, S : 36 °C–37 °C, R : 16-20 x/menit, TFU : turun 1 jari atau 1 cm setiap hari).

6. Langkah VI (Pelaksanaan Rencana)

Pada langkah ke enam ini, rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah ke-5 dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan ini dapat dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian oleh klien atau anggota tim kesehatan lain.

Tabel 2.19
Implementasi Asuhan Nifas

Tanggal : Jam : WIB

Tanggal/jam	Implementasi	Paraf

7. Langkah VII (Evaluasi)

Pada langkah VII ini, dilakukan evaluasi keefektifan asuhan yang sudah diberikan, meliputi pemenuhan kebutuhan terhadap masalah yang telah diidentifikasi didalam masalah dan diagnosa. Dan dalam asuhan kebidanan format yang digunakan dalam evaluasi adalah SOAP.

S (subyektif) : Menggambarkan pendokumentasian hasil pengumpulan data klien melalui anamnesis langkah 1 Varney.

O (Obyektif) : Menggambarkan pendokumentasian hasil pemeriksaan fisik klien, hasil laboratorium dan uji diagnostik yang didokumentasikan dalam data fokus untuk mendukung asuhan sebagai langkah 1 Varney.

A (Assesment) : Kesimpulan dari hasil pemeriksaan.

P (Planning) : Rencana yang akan dilakukan sebagai evaluasi dari rencana yang sudah berhasil maupun belum.

2.8.4 Neonatus

1. Pengkajian

Menurut Sondakh (2013) konsep asuhan kebidanan pada bayi baru lahir normal meliputi:

Tanggal :

Jam :

Tempat :

1. Data Subyektif

1) Biodata

- (1) Nama bayi : Nama jelas atau lengkap bila perlu nama panggilan sehari- hari agar tidak keliru dalam memberikan penanganan (Ambarwati, 2009).

Tanggal lahir : untuk mengetahui usia neonatus

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.

- (2) Nama ibu : Nama jelas atau lengkap bila perlu nama panggilan sehari- hari agar tidak keliru dalam memberikan penanganan (Ambarwati, 2009).

Umur : untuk mengetahui apakah ibu termasuk beresiko tinggi atau tidak

Pekerjaan : gunanya untuk mengetahui dan mengukur tingkat social ekonominya, karena ini juga mempengaruhi dalam gizi pasien tersebut. (Ambarwati, 2009)

Pendidikan : berpengaruh dalam tindakan kebidanan dan untuk mengetahui sejauh mana tingkat intelektualnya, sehingga bidan dapat

memberikan konseling sesuai dengan pendidikannya.

(Ambarwati, 2009)

Agama : untuk mengetahui kepercayaan yang dianut ibu

Alamat : untuk memudahkan komunikasi dan kunjungan rumah

(3) Nama suami : untuk menghindari terjadinya kekeliruan

Umur : untuk mengetahui usia suami

Pekerjaan : gunanya untuk mengetahui dan mengukur tingkat social ekonominya, karena ini juga mempengaruhi dalam gizi pasien tersebut (Ambarwati, 2009).

Pendidikan : berpengaruh dalam tindakan kebidanan dan untuk mengetahui sejauh mana tingkat intelektualnya, sehingga bidan dapat memberikan konseling sesuai dengan pendidikannya (Ambarwati, 2009).

Alamat : untuk memudahkan komunikasi dan kunjungan rumah

2) Keluhan utama

Ibu mengatakan telah melahirkan bayinya pada tanggal JamWIB.

Kondisi ibu dan bayi sehat.

3) Riwayat Antenatal

Anamnesa orang tua/keluarga ibu dengan penyakit diabetes militus, usia ibu terlalu tua, factor gizi, multiparitas, dari hasil pemeriksaan didapatkan TFU lebih tinggi daripada usia kehamilan, obesitas (Saifudin, 2006).

4) Riwayat kehamilan dan persalinan

(1) Riwayat Prenatal : anak beberapa, riwayat kehamilan yang mempengaruhi BBL adalah kehamilan yang tidak disertai komplikasi seperti diabetes melitus (DM), hepatitis, jantung, asma, hipertensi (HT), TBC, frekuensi *antenatal care* (ANC), dimana keluhan-keluhan selama hamil.

Menurut Jannah (2012), riwayat prenatal meliputi apakah ada gangguan seperti perdarahan, muntah yang sangat, toxaemia 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.

Menurut Jannah (2012) riwayat natal terdiri dari apakah persalinan yang lalu spontan atau buatan, aterm atau premature, perdarahan atau tidak, ditolong oleh siapa, bidan atau dokter.

(3) Riwayat Post Natal : observasi TTV, keadaan tali pusat, apakah telah diberi injeksi vitamin K, minum ASI/PASI, berapa cc setiap per jam (Sondakh, 2013).

Menurut Jannah (2012) riwayat natal meliputi: apakah ada panas, perdarahan dan bagaimana laktasinya apakah ada hambatan yang mungkin akan terulang karena jalannya persalinan yang lalu adalah hasil ujian segala faktor yang mempengaruhi persalinan.

5) Kebutuhan dasar

(1) Pola nutrisi, setelah bayi lahir segera susukan pada ibunya, apakah ASI keluar sedikit, kebutuhan minum hari pertama 60 cc/kgBB, selanjutnya ditambah 30 cc/kg BB untuk hari berikutnya.

(2) Pola eliminasi, proses pengeluaran defekasi dan urin terjadi 24 jam pertama setelah lahir, konsistensinya agak lembek, berwarna hitam kehijauan. Selain itu diperiksa juga urin yang normalnya berwarna kuning.

(3) Pola istirahat, pola tidurnormal bayi baru lahir adalah 14-18 jam/hari.

(4) Pola aktivitas, pada bayi seperti menangis, BAK, BAB, serta memutar kepala untuk mencari puting susu.

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

(Sondakh, 2013).

2. Data Objektif

Menurut Sondakh (2013), pemeriksaan fisik umum pada bayi baru lahir meliputi:

1) Pemeriksaan Fisik Umum

Menurut Prawirohardjo (2014), meliputi :

Kesadaran : Composmentis

Suhu : normal (36,5 – 37,0c)

Pernapasan : normal (40 - 60 x/menit)

Denyut Jantung : normal (120 – 160 x/menit)

Berat Badan : normal (2500 – 4000 gram)

Panjang Badan : antara (48 – 52 cm)

2) Pemeriksaan Fisik

Menurut Muslihatun (2010) pemeriksaan fisik pada bayi baru lahir meliputi :

- (1) Kepala : ubun-ubun, sutura, moulase, caput succedaneum, cephal hematoma, hidrocephalus, ubun-ubun besar, ubun-ubun kecil.
- (2) Muka : tanda-tanda paralisis.
- (3) Mata : keluar nanah, bengkak pada kelopak mat, perdarahan subkonjungtiva dan kesimetrisan.
- (4) Hidung : kebersihan, palatoskisis.
- (5) Mulut : labio/palatoskisis, trush, mukosa kering/basah.
- (6) Telinga : kesimetrisan letak dihubungkan dengan mata dan kepala.
- (7) Leher : pembengkakan dan benjolan.
- (8) Dada : bentuk dada, putting susu, bunyi jantung dan pernapasan.
- (9) Tali Pusat: adakah perdarahan dan infeksi, layu atau segar.
- (10) Abdomen : penonjolan sekitar tali pusat pada saat menangis, perdarahan tali pusat, jumlah pembuluh darah pada tali pusat, dinding perut dan adanya benjolan, distensi, gastroskisis, omfalokel, bentuk.
- (11) Genitalia : kelamin laki-laki : testis berada dalam skrotum, penis berlubang dan berada di ujung penis. Kelamin perempuan : vagina, uretra berlubang, labia mayora dan labia minora.
- (12) Anus : berlubang atau tidak, fungsi sfingter ani.
- (13) Ekstermitas: gerakan, bentuk dan jumlah jari.
- (14) Punggung : spina bifida, mielomeningokel.

3) Pemeriksaan Neurologis

Menurut Sondakh (2013) pemeriksaan neurologis meliputi:

- (1) Refleksi *Moro*/Terkejut : apabila bayi diberi sentuhan mendadak terutama dengan jari dan tangan, maka akan menimbulkan gerak terkejut.
- (2) Refleksi Menggenggam : apabila telapak tangan bayi disentuh dengan jari pemeriksa, maka ia akan berusaha menggenggam jari pemeriksa.
- (3) Refleksi Rooting/Mencari : apabila pipi bayi disentuh oleh jari pemeriksa, maka ia akan menoleh dan mencari sentuhan itu.
- (4) Refleksi Mengisap/Sucking : apabila diberi dot/putting, maka ia berusaha untuk menghisap
- (5) Glabella Refleksi : apabila bayi disentuh pada daerah os glabella dengan jari tangan pemeriksa, maka ia akan mengerutkan keningnya dan mengedipkan matanya.
- (6) Gland Refleksi : apabila bayi disentuh pada lipatan paha kanan dan kiri, maka ia berusaha mengangkat kedua pahanya.
- (7) Tonick Neck Refleksi : apabila bayi diangkat dari tempat tidur (digendong), maka ia akan berusaha mengangkat kepalanya.

4) Pemeriksaan Antropometri

Menurut Sondakh (2013) pemeriksaan antropometri meliputi :

Berat Badan : BB bayi normal 2500-4000 gram.

Panjang Badan : PB bayi lahir normal 48-52 cm.

Lingkar Lengan Atas : LILA normal 10-11 cm.

Lingkar Kepala : Lingkar kepala bayi normal 33-38 cm. Ukuran Kepala meliputi :

- (1) Diameter Sub Oksipito Bregmatika, antara foramen magnum dan ubun – ubun besar (9,5 cm).
 - (2) Diameter Sub Oksipito Frontalis, antara foramen magnum ke pangkal hidung (11 cm).
 - (3) Diameter Fronto Oksipitalis, antara titik pangkal hidung ke jarak terjauh belakang kepala (12 cm).
 - (4) Diameter Mento Oksipitalis, antara dagu ke titik terjauh belakang kepala (13,5 cm).
 - (5) Diameter Sub Mento Bregmatika, antara Os Hyoid ke ubun – ubun besar (9,5 cm).
 - (6) Diameter Biparietalis, antara dua tulang parietalis (9 cm).
 - (7) Diameter Bitemporalis, antara dua tulang temporalis (8 cm).
- 5) Pemeriksaan Penunjang

Menurut Sondakh (2013), pemeriksaan penunjang, meliputi :

- (1) Pemeriksaan panel hematologi (hemogram) terdiri dari leukosit, eritrosit, hemoglobin, hematokrit. Hematokrit, menunjukkan persentase sel darah merah terhadap volume darah total. Nilai normal hematokrit pada neonatus adalah 40-68%. Hemoglobin (Hb), nilai normal Hb pada neonatus adalah 14-27 gram/dL. Eritrosit, pada neonatus normalnya 3.8-6.1 juta sel/mm³. Leukosit, batasan normal pada neonatus 9000-30000 sel/mm³.
- (2) Pemeriksaan Hbs-Ag. HBs-Ag merupakan antigen permukaan hepatitis B yang ditemukan pada 4-12 minggu setelah infeksi. Hasil positif menunjukkan hepatitis B akut (infeksi akut dan kronik)

2. Identifikasi Diagnosis dan Masalah

Diagnosis : bayi baru lahir normal, umur jam

Data Subjektif: bayi lahir tanggal jam dengan normal

Data Objektif : HR, RR, tangisan kuat, warna kulit, tonus otot, Berat Badan (N : 2500 – 4000 gram), Panjang Badan (N: 48 – 52 cm) (Sondakh, 2013).

3. Identifikasi Masalah Potensial

Pada langkah ketiga ini bidan dituntut untuk mengantisipasi masalah potensial, tidak hanya merumuskan masalah potensial yang akan terjadi tetapi juga merumuskan tindakan antisipasi akar masalah atau diagnosis potensial tidak terjadi, sehingga rasa ini benar-benar merupakan langkah yang bersifat antisipasi yang rasional atau logis (Hellen Varney, 2008).

4. Identifikasi Kebutuhan Segera

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan atau hal yang perlu dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan lain sesuai kondisi bayi, contohnya adalah bayi tidak segera bernapas spontan dalam 30 detik, segera lakukan resusitasi (Muslihatun, 2010).

5. Intervensi

Menurut Sondakh (2013) intervensi meliputi:

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 : 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 kering 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 pertahanan 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.

6. Implementasi atau Pelaksanaan

Menurut Sondakh (2013), implementasi dilakukan sesuai dengan intervensi

Tabel 2.20
Implementasi Asuhan Neonatus

Tanggal : Jam : WIB

Tanggal/jam	Implementasi	Paraf

7. Evaluasi

Menurut Sondakh (2013) evaluasi sebagai berikut:

Tanggal : Jam : WIB

S : data yang di peroleh dari pasien dan keluarga.

O : hasil pemeriksaan fisik beserta pemeriksaan diagnostik dan penunjang / pendukung lain, serta catatan medik.

A : kesimpulan dari data subjektif dan objektif

P : merupakan gambaran pendokumentasian dari tindakan evaluasi.

2.8.5 Keluarga Berencana (KB)

1. Pengkajian

1. Data Subjektif

1) Identitas, meliputi :

(1) Nama suami atau istri : agar dalam melakukan komunikasi dengan pasien dan keluarga dapat terjalin komunikasi yang baik dan mengenal pasien.

(2) Alamat : untuk mengetahui tempat tinggal klien, sehingga memudahkan bidan apabila klien memerlukan pertolongan/ informasi bidan

(3) Suku/ bangsa, untuk mengetahui adaptasi kebiasaan dan bahasa dari klien sehingga dapat mempengaruhi dalam penyampaian informasi.

(4) Agama : untuk mengetahui pantangan suatu agama tentang metode suatu alat kontrasepsi.

(5) Usia : pada prinsipnya semua ibu boleh menggunakan suntik kombinasi seperti usia reproduksi. Suntik kombinasi seharusnya digunakan pada wanita usia >35 tahun dan yang perokok. Resiko kontrasepsi pada wanita lebih muda adalah kecil sekali.

(6) Lama perkawinan: untuk mengetahui infertil kelahiran.

(7) Pendidikan: untuk mengetahui tingkat pendidikan klien yang akan membantu dalam memberikan asuhan.

(8) Status perkawinan: untuk mengetahui apakah terjadi perkawinan yang sah atau tidak yang akan mempengaruhi psikologi klien.

(9) Usia saat kawin: untuk mengetahui apakah saat kawin, dimana keadaan fisik, mental, social, dan sistem reproduksiseorang wanita sudah matang atau belum, yang nantinya akan berpengaruh buruk pada psikologis klien.

(10) 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, terdiri dari : (1) Amenore atau pendarahan tidak terjadi, (2) Pendarahan bercak atau spotting, (3) Meningkatnya atau menurunnya, (4) Mual dan nyeri payudara ringan, (5) Sakit kepala (Syarifuddin, 2006).

3) Riwayat keluhan utama

(1) P (provokatif/paliatif) : apa yang menyebabkan gejala dan apa saja yang dapat mengurangi/memperbaiki gejala

(2) Q (quality) : bagaimana gejala dirasakan, nampak/sejauh mana pasien merasakan sekarang.

(3) R (regional atau area radiasi) : dimana gejala terasa.

(4) S (skala keadaan) : seberapa parah yang dialami oleh klien nilainya 1-10

(5) T (timing) : waktu, sejak kapan keluhan terjadi dan sampai kapan.

4) Riwayat menstruasi, terdiri dari : (1) Menarche yaitu darah menstruasi yang pertama kali keluar. (2) Siklus : teratur atau tidak. (3) Sifat darah encer atau menggumpal. (4) Warna darah hitam, merah tua atau kecoklatan. (5) Lama menstruasi maksimal 14 hari. (6) Jumlah : bercak atau spotting. (7) Disminore : ada atau tidak. (8) Fluor albous warna normalnya putih bening, tidak gatal dan tidak berbau (Syarifuddin, 2006).

5) Riwayat kehamilan, persalinan, nifas yang lalu

Bagaimanakah riwayat kehamilan, persalinan, dan nifas ibu yang lalu apakah normal atau ada penyulit dan komplikasi, atau ibu baru hamil anak ketiga.

6) Riwayat penyakit sekarang

Apakah ibu sedang menderita suatu penyakit tertentu yang dapat mempengaruhi keadaan ibu saat menggunakan KB, karena kontrasepsi kombinasi tidak boleh dianjurkan pada wanita yang mempunyai riwayat penyakit, seperti DM, tromboflebitis, kelainan cerebro vaskuler, penyakit jantung iskemi, karsinoma payudara neoplasma yang tergantung pada estrogen, tumor hepar jinak atau ganas, pendarahan dari genetalia yang belum diketahui penyebabnya.

7) Riwayat penyakit yang lalu

Apakah ibu pernah menderita suatu penyakit tertentu yang dapat mempengaruhi keadaan ibu saat menggunakan KB, karena kontrasepsi kombinasi tidak boleh digunakan pada wanita yang mempunyai riwayat penyakit yang lalu seperti hepatitis, jantung, stroke, hipertensi, gangguan pembekuan darah, DM, ca mammae, migrani, riwayat kejang.

8) Riwayat penyakit keluarga

Apakah didalam keluarga ibu ada yang menderita suatu penyakit tertentu yang bisa mempengaruhi ibu saat menggunakan KB.

9) Riwayat ginekologi

Apakah ibu pernah atau sedang menderita (1) infeksi genetalia eksterna ineterna: melindungi dari PID yang merupakan keuntungan dari kontrasepsi ini. (2) Penyakit menular seksual: tidak melindungi terhadap ims yang merupakan kerugian dari kontrasepsi ini. (3) Tumor pada genetalia: mencegah kanker ovarium dan kanker endometrium yang merupakan keuntungan dari KB suntik 1 bulan. (4)

Pemeriksaan papsmear: untuk mengetahui apakah ada kanker endometrium atau ovarium.

10) Riwayat psikospiritual

Kebutuhan untuk memiliki anak bahwa kehamilan dianggap bukti bahwa kita dicintai (kedua factor ini adalah alasan yang umum dilontarkan oleh remaja yang mempengaruhi kehamilan), keyakinan yang salah bahwa anak akan menyatukan kembali hubungan yang retak, rasa takut untuk mengasuh dan membesarkan anak , ancaman terhadap gaya hidup yang dijalani jika menjadi orang tua

11) Riwayat kontrasepsi

Apakah pernah menjadi akseptor KB lain sebelumnya atau baru pertama kali KB, kalau sudah berapa lama menjadi akseptor KB tersebut.

12) Riwayat latar belakang social 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: tidak melakukan aktifitas yang berat karena KB suntik 1 bulan ada efek samping pusing/mual/muntah.

(3) Personal hygiene : harus sering ganti celana dalam karena mungkin terjadi pendarahan bercak/spotting.

2. Data Subyektif

1) Pemeriksaan Umum

(1) Keadaan Umum : 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.

(2) Kesadaran :

Komposmentis : Mengalami kesadaran penuh dengan memberikan respon yang cukup terhadap stimulus yang diberikan.

Apatis : Mengalami acuh tak acuh terhadap keadaan sekitarnya.

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.

Sopor : Tidak memberikan respons ringan maupun sedang tetapi masih memberikan respons sedikit terhadap rangsangan yang kuat dengan adanya refleks pupil terhadap cahaya yang masih positif.

Koma : Tidak dapat bereaksi terhadap stimulus atau rangsangan apapun sehingga refleks pupil terhadap cahaya tidak ada.

Delinum : Tingkat kesadaran yang paling bawah ditandai dengan disorientasi yang sangat iritatif, kacau dan salah persepsi terhadap rangsangan sensorik.

(3) Pengukuran TTV

1) TD : 90/60 - 140/90 mmHg. Tekanan darah >180/110mmHg tidak diperbolehkan pada pemakaian KB hormonal (pil kombinasi, suntik kombinasi, pil progestin, suntik progestin, implan), karena akan menyebabkan meningkatnya tekanan darah dan retensi cairan, sehingga resiko stroke, dan gangguan pembekuan darah pada vena dalam sedikit meningkat (Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi, 2006).

2) Nadi : 60-100 x/menit. Nadi >100 x/menit atau jauh di atas normal tidak dianjurkan menggunakan KB hormonal (Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi, 2006).

3) Suhu : 36,5-37,5 °C. Baik KB hormonal dan AKDR, suhu tidak mempengaruhi penggunaan KB

4) RR : 16–24 x/menit. Pada penderita penyakit paru tidak dianjurkan untuk menggunakan KB hormonal.

(4) BB/TB : kenaikan atau penurunan berat badan 1-2 kg ganti metode KB. KB hormonal (pil kombinasi, suntik kombinasi, pil progestin, suntik progestin, implant) akan mempengaruhi kenaikan berat badan karena mengandung estrgen dan progesteron (Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi, 2006).

2) Pemeriksaan fisik

Menurut syaifuddin (2006), terdiri dari :

(1) Kepala : Inspeksi warna dan jenis rambut, distribusi, kebersihan, lesi dan kerontokan, palpasi adakah bekas luka, cicatrix, massa, oedem.

- (2) Wajah : adanya bercak hitam atau cloasma (banyak terjadi pada pemakaian KB hormonal), adanya oedema
- (3) Mata : Inspeksi apakah ada hematoma pada palpebra, sklera ikterik / tidak, bagaimana reflek pupil, lapang pandang, kornea jernih / tidak (pucat : anemia).
- (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 : tidak adanya pembesaran kelenjar tiroid dan kelenjar limfe, dan bengkak bengkak vena jugularis.
- (8) Dada : apakah sesak nafas atau tidak Inspeksi warna dan kesimetrisan, tipe pernafasan. Palpasi adakah krepitasi, nyeri tekan, auskultasi suara napas (pada pemakaian KB hormonal tidak dianjurkan pada pasien yang menderita penyakit paru), suara jantung (pada pemakaian KB minipil dan AKDR tidak dianjurkan untuk penderita penyakit jantung karena akan meningkatkan fase konstiksi pada jantung), Krepitasi merupakan tanda edem paru
- (9) Ketiak dan payudara : bentuk mammae, apakah ada benjolan abnormal ataupun payudara (pada penderita ca mammae tidak dianjurkan untuk memakai

KB hormonal karena pada KB hormonal terdapat hormon estrogen yang dapat mempengaruhi hormon pada payudara, sehingga akan memperparah keadaan)

(10) Abdomen : apakah ada 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 akuminata tidak dianjurkan untuk memakai KB AKDR)

(12) Anus : tidak terdapat hemoroid

(13) Extremitas: apakah terdapat varises , rasa sakit, bengkak dan mengandung cairan

3) Pemeriksaan penunjang

Urin tes apakah ibu hamil atau tidak

2. 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 atau pendarahan bercak, spotting, meningkatnya atau menurunnya BB. Mual nyeri payudara ringan, sakitkepala

Kebutuhan : KIE, penanganan efek samping, rujuk.

3. Antisipasi Masalah Potensial

Untuk mengetahui komplikasi yang mungkin terjadi dari keluhan yang klien alami.

4. Identifikasi Kebutuhan Segera

Hal ini penting agar jika klien terjadi masalah potensial bisa segera ditangani dan dirujuk bila perlu

5. 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.

6. Implementasi

Pada langkah ini, bidan dituntut melakukan tindakan kebidanan secara mandiri, tetapi pada pelaksanaan penyelesaian kasus klien sewaktu waktu bidan juga harus melaksanakan kegiatan kolaborasi dan rujukan bila sewaktu waktu ada kontrasepsi atau komplikasi yang di alami oleh pasien yang tidak dibawah penangananya dengan tenaga kesehatan lainnya seperti : dokter umum, dokter obygn, perawat, ahli gizi dan sebagainya.

Penatalaksanaan asuhan kebidanan selalu diupayakan dalam waktu singkat dan seefektif mungkin hemat dan berkualitas.

Implementasinya meliputi : menginformasikan bahwa klien dalam keadaan baik menjelaskan pada klien bahwa hal yang dialami adalah hal yang fisiologis,

kemudian menjelaskan pada klien cara cara mengatasi keluhanya serta memberikan konseling pada klien tentang macam macam alat kontrasepsi.

Tabel 2.21
Implementasi Asuhan Keluarga Berencana

Tanggal : Jam : WIB

Tanggal/jam	Implementasi	Paraf

7. Evaluasi

Dalam asuhan kebidanan evaluasi sangat berperan utama menetapkan tindakan kebidanan untuk mengatasi masalah klien, dalam evaluasi kebidanan ini kita menggunakan soap.

Status Pernikahan : Kawin/sah

Nikah Ke : 1 (satu)

Usia Menikah : 18 Tahun

Lama Menikah : 6 Tahun

2) Keluhan Utama

Ibu mengatakan terdapat benjolan pada daerah anusnya.

3) Riwayat Keluhan Utama

Ibu mengatakan khawatir karena terdapat benjolan di daerah anusnya, terutama khawatir saat akan BAB, benjolan keluar sejak sebelum hamil, dan ibu merasakan ketidaknyamanan sejak kehamilan memasuki usia 7 bulan, dan ibu juga mengeluh nyeri punggung sejak usia kehamilan 7 bulan dan berlanjut sampai sekarang. Ibu belum melakukan tindakan apa-apa dan belum mendapatkan tindakan dari bidan atas keluhannya karena ibu saat periksa selalu bilang tidak ada keluhan apa-apa, dan ibu mengatakan semuanya saat kunjungan ANC pada usia kehamilan 8 bulan .

4) Riwayat Menstruasi

- Menarche : 12 tahun
- Siklus : teratur, 1 bulan 1 x
- Lamanya : 5-7 hari
- Jumlahnya : 2-3 pembalut/hari
- Sifat darah : hari ke 1-3 cair dan bergumpal, hari ke 4-5 cair, hari ke 6-7 kecoklatan.

- Dismenorrhoe : ya/saat awal menstruasi.
- Fluor Albus : ya/7 hari sebelum menstruasi.
- H P H T : 10 Juli 2020
- HPL : 17 April 2021

5) Riwayat Obstetri

(1) Riwayat Kehamilan Sekarang.

Hamil ke : 3

Umur kehamilan : 9 bulan

Gerakan janin : gerakan sudah dirasa pada umur kehamilan 5 bulan sampai sekarang, dan tidak nyeri.

Trimester	UK	Keluhan	Terapi	Penyuluhan	TT	Periksa
I	8 minggu	Mual muntah saat pagi hari	Etabion 1x1 dan vosea 3x1	Makan sesering mungkin sedikit-sedikit tapi sering, istirahat yang cukup		Bidan
II	16,20,24 minggu	Tidak ada keluhan apa-apa	Etabion 1x1 dan calsifar 1x1	Tanda bahaya kehamilan, istirahat yang cukup		Bidan
III	28,32,34,36,37 minggu	Nyeri punggung dan terdapat benjolan pada anusnya	Etabion 1x1 dan calsifar 1x1	Perawatan payudara, persiapan persalinan	Usia kehamilan 7 bulan	Bidan

(2) Riwayat Kehamilan, Persalinan, Nifas, Anak, Menyusui, KB yang lalu

No	Kehamilan			Persalinan			Anak			Nifas		mysui	KB
	Ke	Uk	Pnylt	jenis	Pnolg	Pnylt	Sex	BB/PB	Umur anak	Pylt	Lama	jenis	jenis

1.	1	38 Mgg	Tidak ada	SPT B	Bidan	Tidak ada	PR	2600/4 8	8 Th	Tidak ada	40 hari	ASI	Suntik 3 bulan
2.	2	39 mgg	Tidak ada	SPT B	Bidan	Tidak ada	PR	2800/4 8	6 Th	Tidak ada	39 hari	ASI	Suntik 1 bulan
3.	3	H	A	M	I	L		I	N	I			

6) Riwayat Kontrasepsi

Ibu mengatakan setelah menikah memakai KB suntik 1 bulan, selama 1 bulan ibu berhenti memakai KB suntik 1 bulan karena ingin hamil, setelah hamil anak ketiga ibu menggunakan KB suntik 3 bulan, selama 1 tahun ibu berhenti memakai Kb suntik 3 bulan karena ingin hamil, setelah hamil anak ke dua ibu menggunakan KB suntik 1 bulan lagi .

7) Riwayat Ginekologi

Ibu mengatakan tidak ada tanda-tanda dan tidak pernah menderita penyakit menular, seperti : Sifilis, HIV, Gonorhea, dan tidak ada tumor.

8) Riwayat Kesehatan Sekarang

Ibu mengatakan tidak ada tanda-tanda dan tidak pernah menderita penyakit menular, seperti : Sifilis, HIV, Gonorhea. Penyakit menahun : batuk rejan dan penyakit menurun : Asma dan Diabetes.

9) Riwayat Kesehatan yang lalu.

Ibu mengatakan tidak ada tanda-tanda dan tidak pernah menderita penyakit menular, seperti : Sifilis, HIV, Gonorhea. Penyakit menahun : batuk rejan dan penyakit menurun : Asma dan Diabetes.

10) Riwayat Kesehatan Keluarga

Ibu mengatakan dalam keluarga tidak ada keturunan kembar, tidak ada yang menderita penyakit menurun seperti kencing manis, darah tinggi, tidak ada yang menderita penyakit menular seperti Hepatitis. Dan tidak ada yang menderita penyakit menahun seperti batuk – batuk rejan.

11) Pola Kebiasaan.

Ibu mengatakan tidak bekerja tetapi hanya sebagai Ibu Rumah Tangga yang mempunyai kebiasaan memasak, menyapu, mencuci.

12) Keadaan Psikososial

Ibu mengatakan senang dengan kehamilannya, dan berharap anak lahir selamat, dan ibu dalam keadaan baik begitu juga suami dan keluarga bahagia.

13) Latar belakang sosial budaya

Ibu mengatakan dalam keluarganya ada acara 7 bulanan, dan tidak ada kebiasaan mengkonsumsi jamu-jamuan.

14) Pola Kesehatan Fungsional

(1) Pola nutrisi

- Sebelum hamil

Ibumakan 3x/hari, porsi sedang habis dengan komposisi nasi, sayuran dan lauk pauk bervariasi, kadang makan buah. Minum air putih 6-7 gelas/hari.

- Selama hamil

Ibumakan 3x/hari, porsi sedang habis dengan komposisi nasi, dan lauk pauk bervariasi, kadang makan buah. Minum air putih 7-8 gelas/hari.

(2) Pola eliminasi

- Sebelum hamil

Ibu BAB 1x/ , warna kuning kecoklatan , bau khas, konsistensi lunak, tidak ada keluhan. BAK 4-5 x/hari berwarna jernih, bau khas, konsistensi cair, tidak ada keluhan.

- Selama hamil

Ibu BAB 1x/ warna kuning kehitaman, bau khas, kinsistensi agak keras, sedikit nyeri saat BAB. BAK 7-8 x/hari berwarna jernih, bau khas, konsistensi cair, tidak ada keluhan.

(3) Pola Aktivitas.

- Sebelum hamil

Ibu mengatakan mengerjakan pekerjaan rumah seperti menyapu, mencuci dan memasak.

- Selama hamil

Ibu mengatakan mengerjakan pekerjaan rumah seperti menyapu, mencuci dan memasak tetapi sedikit dikurangi , dan ibu setiap pagi jalan-jalan mencari udara segar, dan juga melakukan senam hamil.

(4) Pola istirahat

- Sebelum hamil

Tidur siang \pm 1 jam.Tidur malam 7-8 jam.Tidak ada masalah atau gangguan.

- Selama hamil

Tidur siang \pm 1 jam.Tidur malam 6-8 jamdan terdapat gangguan tidur karena sering kencing pada malam hari.

(5) Pola Personal Higiene

- Sebelum hamil

Ibu mandi 2x sehari, gosok gigi 2x sehari, keramas 3x seminggu, ganti baju 2x sehari, ganti celana dalam 2x sehari setiap selesai mandi, ganti BH 2x sehari, dan cebok dari arah depan ke belakang.

- Selama hamil

Ibu mandi 2x sehari, gosok gigi 2x sehari, keramas 3x seminggu, ganti baju 2x sehari, ganti celana dalam 3x sehari setiap selesai mandi, ganti BH 2x sehari dan cebok dari arah depan ke belakang.

(6) Pola seksualitas

- Sebelum hamil

Ibu mengatakan melakukan hubungan seksual 2-3 kali/minggu, dan tidak ada keluhan.

- Selama hamil

Ibu mengatakan melakukan hubungan seksual 2 kali/minggu, dan tidak ada keluhan, terakhir ibu melakukan hubungan seksual 3 minggu yang lalu.

15) Kemampuan dan pengetahuan ibu

(1) Nutrisi selama hamil

Ibu mengatakan mengetahui pola nutrisi selama hamil dari bidan, yaitu dengan makan makanan gizi seimbang dan porsi makan harus ditambah. Gizi atau menu seimbang seperti nasi, lauk, sayur, buah, dan susu.

(2) Aktifitas selama hamil

Ibu mengatakan sudah mengetahui dari bidan bahwa selama hamil tidak boleh melakukan aktifitas yang terlalu berat.

(3) Istirahat selama hamil

Ibu mengatakan sudah mengetahui dari bidan bahwa selama hamil harus banyak istirahat, kira – kira \pm 8 jam.

(4) Kebersihan diri selama hamil

Ibu mengatakan sudah mengetahui dari bidan bahwa kebersihan diri itu sangat penting, ibu juga mengatakan mengetahui cara cebok yang benar yaitu dari arah depan ke belakang dan setelah BAK / BAB harus dikeringkan terlebih dahulu daerah kemaluannya.

(5) Seksualitas selama hamil

Ibu mengatakan sudah mengetahui dari bidan yaitu melakukan hubungan seksual 1 kali/minggu, dan tidak ada keluhan, saat memasuki trimester III ibu tidak melakukan hubungan seksual karena takut.

(6) Tanda – tanda bahaya kehamilan

Ibu mengatakan sudah mengetahui dari bidan tentang tanda-tanda bahaya kehamilan tetapi hanya sebagian saja yaitu apabila ada ketuban pecah.

(7) Tanda – tanda persalinan

Ibu mengatakan sudah mengetahui dari bidan tentang tanda-tanda persalinan yaitu keluar lendir atau darah dari kemaluannya dan kenceng-kenceng semakin sering.

(8) Antisipasi persiapan rujukan

Ibu mengatakan sudah mengetahui dari bidan tentang persiapan rujukan seperti : tempat rujukan yang di tuju, transportasi yang akan dipakai, pendonor darah, biaya yang di butuhkan, dan yang akan menemani ibu di tempat rujukan.

(9) Perawatan payudara

Ibu mengatakan belum mengerti tentang cara perawatan payudara yang benar.

2. DATA OBYEKTIF

1) Pemeriksaan Umum

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

GCS : 4-5-6

TB : 144 cm

BB sebelum hamil : 44 Kg

BB sekarang : 53 Kg

BB periksa : 53 Kg

LILA : 24 cm

HPL : 17 April 2021

TTV : TD : 120/80 mmHg RR : 20 x/ menit

S : 36,1⁰C N : 88 x/ menit

2) Pemeriksaan Fisik

- Kepala : Rambut warna hitam, distribusi merata, lurus, bersih, tidak rontok, kulit kepala bersih, tidak ada luka, tidak terdapat nyeri tekan maupun benjolan abnormal.
- Muka : Simetris, tidak pucat, bentuk ovale, tidak ada odema, tidak terdapat cloasma gravidarum.
- Mata : Simetris, tidak oedem, tidak ada secret, conjungtiva merah muda, sclera berwarna putih terdapat gambaran tipis pembuluh darah, kedua bola mata terbentuk, reflek pupil isokor, tidak ada pembesaran hematom palpebra.
- Hidung : Simetris, Pernafasan spontan, hidung bersih tidak ada polip, tidak ada benda asing, tidak ada secret, terdapat bulu – bulu halus, dan tidak ada cyanosis, tidak ada benjolan abnormal.
- Mulut : Simetris, warna merah muda, lembab, tidak ada stomatitis, gigi bersih, tidak ada karang gigi, lidah bersih, tidak ada pembesaran tonsil.
- Telinga : Simetris, Pendengaran baik, aurikula terbentuk sempurna, tidak ada lesi, tidak ada benjolan abnormal, bersih, tidak ada serumen, tidak ada benda asing, membrane tympani utuh, warna putih mengkilat.

- Leher : Bentuk leher normal, tidak ada kaku kuduk, tidak ada luka bekas operasi, tidak terdapat pembesaran kelenjar limfe dan tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak terdapat bendungan vena jugularis.
- Dada : Simetris, bentuk bulat datar, tidak ada tarikan intercostae, tidak ada jejas, suara nafas vesikuler, BJ I dan II normal, tidak ada nyeri tekan, tidak ada krepitasi.
- Payudara : Simetris, puting menonjol, hiperpigmentasi pada areola dan puting susu, kelenjar montgomery menonjol, konsistensi kenyal, tidak nyeri, tidak ada benjolan abnormal, kolostrum sudah keluar.
- Ketiak : tidak ada pembesaran kelenjar limfe.
- Abdomen : Pembesaran sesuai usia kehamilan, tidak ada luka bekas operasi, terdapat linea nigra dan striae livida, terdapat gerakan janin 1x, tidak teraba kontraksi, tidak ada nyeri tekan pada hati, lambung, limfe, ginjal kanan, umbilikus, ginjal kiri, appendix, kandung kemih, usus buntu, terdapat pembesaran uterus.
- Punggung: Lordosis

Genetalia : Rambut pubis merata, tidak odem, tidak ada lesi, tidak ada varises, tidak ada keputihan, tidak ada condiloma acuminata.

Anus : Terdapat hemoroid.

Ekstremitas

Atas : Simetris, jumlah jari lengkap, warna kuku merah muda, tidak ada clubbing of finger, gerakan bebas, , tidak ada oedem kanan/kiri, akral hangat, turgor kulit kembali 1 detik.

Bawah : Simetris, jumlah jari lengkap, warna kuku merah muda, gerakan bebas, tidak ada varises, tidak ada odem kanan/kiri,akral hangat, reflek patella kanan/kiri +/-, turgor kulit kembali 1 detik.

3) Pemeriksaan Obstetric

(1) Inspeksi : Pembesaran sesuai usia kehamilan, tegang, tidak ada luka bekas operasi,dan terdapat Linea Alba dan striae livida.

(2) Palpasi :

- Leopold I : Pertengahan pusat dan prosesus xipodeus (28 cm)
Teraba bagian bulat lunak dan sulit digoyangkan
- Leopold II : Kanan : Teraba bagian keras, datar, memanjang.
Kiri : Teraba bagian kecil janin.

- Leopold III : Teraba bagian bulat, keras, dan bisa digoyangkan.
- Leopold IV : tidak dilakukan pemeriksaan.

(3) Auskultasi : DJJ \oplus , 140x (Dopler)

(4) TBJ : $(28-11) \times 155 = 2.635$ gram

(5) Pemeriksaan penunjang

Tanggal : 02 Februari 2021

a) Hb : 11 gr/dl

b) Prot Urin : (-)

c) USG :

- Umur kehamilan 28 minggu
- TBJ 1100 gram
- Jenis kelamin perempuan
- Diagnosa janin : janin presentasi kepala tunggal
- Ketuban cukup
- Taksiran Persalinan 16 Mei 2021

(6) Pemeriksaan panggul : tidak dilakukan

3.1.2 INTERPRETASI DATA DASAR

Diagnosa : Ny."A" G₃P₂₀₀₂ UK 32 Minggu / Hidup / Tunggal / Intra uteri / Presentasi Kepala / PUKA / Kesan Panggul Dalam Batas Normal / Keadaan Umum Ibu dan janin baik.

Data subyektif : Ibu mengatakan kuatir karena terdapat benjolan di daerah anusnya, terutama kuatir saat akan BAB, benjolan keluar sejak sebelum hamil, dan ibu merasakan ketidaknyamanan sejak kehamilan memasuki usia 7 bulan, dan ibu juga mengeluh nyeri punggung sejak usia kehamilan 7 bulan dan berlanjut sampai sekarang. Ibu belum melakukan tindakan apa-apa dan belum mendapatkan tindakan dari bidan atas keluhannya karena ibu saat periksa selalu bilang tidak ada keluhan apa-apa, dan ibu

mengatakan semuanya saat kunjungan ANC pada usia kehamilan 8 bulan .

Data obyektif : HPL : 17 April 2021

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

GCS : 4-5-6

TB : 144 cm

BB sebelum hamil : 44 Kg

BB sekarang : 53 Kg

BB periksa : 53 Kg

LILA : 24 cm

TTV : TD : 120/70 mmHg

RR : 20 x/menit

S : 36,1⁰c

N : 88x/ menit

Payudara : Simetris, puting menonjol, hiperpigmentasi pada areola dan puting susu, kelenjar montgomery menonjol, konsistensi kenyal, tidak ada benjolan abnormal, kolostrum sudah keluar.

Abdomen : Pembesaran sesuai usia kehamilan, tidak ada luka bekas operasi, terdapat linea nigra dan striae livida, terdapat gerakan janin 1x, tidak teraba kontraksi, tidak ada nyeri tekan, terdapat pembesaran uterus.

Pemeriksaan Obstetric

(1) Inspeksi : Pembesaran sesuai usia kehamilan, tegang, tidak ada luka bekas operasi, dan terdapat Linea Nigra dan striae livida.

(2) Palpasi :

- Leopold I : pertengahan pusat dan prosessus xipoides (28 cm), pada fundus teraba bulat, lunak, dan tidak mudah digoyangkan
- Leopold II : Kanan: Teraba keras, datar, memanjang
Kiri : Teraba bagian kecil janin
- Leopold III : Teraba bulat, keras, bisa digoyangkan.
- Leopold IV : tidak dilakukan pemeriksaan.

(3) Auskultasi : DJJ \oplus , 140x (Doppler)

(4) TBJ : $(28-11) \times 155 = 2.635$ gram

(5) Pemeriksaan penunjang

Tanggal : 02 Februari 2021

a) Hb : 11 gr/dl

b) Prot Urin : (-)

c) USG :

- Umur kehamilan 28 minggu
- TBJ 1100 gram
- Jenis kelamin perempuan
- Diagnosa janin : janin presentasi kepala tunggal
- Ketuban cukup
- Taksiran Persalinan 16 Mei 2021

(7) Pemeriksaan panggul : tidak dilakukan

3.1.3 ANTISIPASI MASALAH POTENSIAL

-

3.1.4 IDENTIFIKASI KEBUTUHAN SEGERA

3.1.5 INTERVENSI

1. Tujuan jangka pendek

Setelah dilakukan asuhan kebidanan selama \pm 60 menit diharapkan ibu mengerti tentang kondisi kehamilannya, dengan kriteria hasil :

K : Ibu mampu menjelaskan kembali HE yang diberikan bidan tentang :
tanda-tanda persalinan, antisipasi rujukan, cara perawatan payudara,
ketidaknyamanan ibu hamil (nyeri punggung, benjolan pada anus).

A : Ibu mengatakan bersedia melaksanakan anjuran dari bidan

1) Segera datang ke bidan atau tenaga kesehatan bila terjadi tanda-tanda persalinan dan tanda-tanda bahaya kehamilan atau sewaktu-waktu ada keluhan.

P : Ibu mampu memahami penjelasan yang diberikan oleh bidan.

P : -

2. Tujuan Jangka Panjang

Setelah dilakukan asuhan kebidanan, pada saat kontrol ulang (1 minggu kemudian) diharapkan kondisi ibu dan janin baik, dengan kriteria hasil :

K : Ibu mampu menjelaskan kembali HE yang diberikan bidan tentang :
tanda-tanda persalinan, antisipasi rujukan, cara perawatan payudara,
ketidaknyamanan ibu hamil (nyeri punggung, benjolan pada anus).

A : Ibu mengatakan sudah melaksanakan anjuran dari bidan.

P : Ibu mampu memahami penjelasan yang diberikan oleh bidan.

- P : 1) Janin tetap dalam presentasi yang normal yaitu kepala dan sudah masuk PAP.
- 2) DJJ dalam batas normal : 120-160 x/mnt.
- 3) TTV ibu dalam batas normal : TD : 100/60-120/80 mmHg, suhu : 36-37,5⁰C, nadi : 80-100 x/mient, RR : 16-20 x/menit.
- 4) Ibu bersalin tidak lebih dari tanggal taksiran persalinan yaitu 17 April 2021.

Planning

- 1) Ciptakan suasana terapeutik pada ibu dan keluarga
R/ pasien terasa nyaman dan tercipta hubungan saling percaya
- 2) Jelaskan pada ibu tentang hasil pemeriksaan
R/ pengetahuan yang adekuat membuat ibu dan keluarga lebih kooperatif
- 3) Jelaskan pada ibu tentang penyebab timbulnya benjolan pada anus
R/ Dengan pengetahuan yang baik kecemasan ibu dapat berkurang
- 4) Jelaskan pada ibu cara mengatasi benjolan pada anus
R/ Dengan pengetahuan yang baik ibu dapat mengatasi masalahnya
- 5) Jelaskan pada ibu tentang penyebab nyeri punggung
R/ Dengan pengetahuan yang baik kecemasan ibu dapat berkurang.
- 6) Jelaskan pada ibu tentang cara mengatasi nyeri punggung
R/ Dengan pengetahuan yang baik ibu dapat mengatasi masalahnya
- 7) Jelaskan pada ibu cara perawatan payudara yang benar

R/ Dengan pengetahuan yang baik ibu siap memberikan ASI pada bayinya

8) Jelaskan pada ibu dan keluarga tentang antisipasi rujukan

R/ Dengan pengetahuan lebih dini tentang antisipasi rujukan ibu dan keluarga akan lebih siap apabila sewaktu-waktu ada masalah dan perlu rujukan.

9) Jelaskan pada ibu tentang tanda-tanda persalinan

R/ persiapan menghadapi persalinan.

10) Berikan terapi tablet tambah darah dan vitamin

R/ Tablet tambah darah (Fe) berfungsi membantu meningkatkan kadar HB ibu hamil dan vitamin C berfungsi meningkatkan absorpsi tablet Fe.

11) Anjurkan ibu untuk minum obat penambah darah dan vitamin dengan teratur.

R/ ibu dan janin sehat, kehamilan berlangsung normal

12) Anjurkan ibu untuk control 1 minggu lagi atau sewaktu-waktu jika ada keluhan.

R/ memantau perkembangan kehamilan ibu.

3.1.6 IMPLEMENTASI

Tanggal : 28 Februari 2021

jam : 09.00 WIB

JAM	ASUHAN	PARAF
09.00 WIB	Melakukan pendekatan terapeutik pada ibu dan keluarga, dengan cara berkomunikasi yang sopan dan ramah, sopan, santun, dan menggunakan bahasa yang mudah dimengerti ibu dan keluarga.	
09.05 WIB	Menjelaskan pada ibu tentang hasil pemeriksaan dan kondisinya, bahwa keadaan ibu dan janin dalam keadaan baik-baik saja karena semuanya dalam batas normal yaitu TD : 120/80 mmHg, S : 36,1°C, N: 88x/menit, RR : 20 x/menit, BB saat ini : 52 Kg, TB : 144 cm, LILA : 24 cm, HB : 11 gr/dl, protein urine : negatif (-), dengan bagian terendah janin sudah masuk PAP.	

09.15 WIB	Menjelaskan pada ibu tentang penyebab dari benjolan pada anus yaitu : Perubahan hormon karena kadar hormon progesteron pada ibu hamil akan meningkat, hormon ini dapat menghambat gerak peristaltik otot pencernaan yang memiliki fungsi untuk melancarkan perjalanan makanan dari saluran pencernaan menuju saluran pembuangan, Ukuran janin yang semakin besar, sehingga terjadi tekanan pada rongga perut dan panggul, Sembelit (konstipasi), terlalu keras saat mengejan saat BAB.	
09.25 WIB	Menjelaskan pada ibu cara mengatasi benjolan pada anus yaitu : Lakukan olahraga ringan, biasakan tidak menahan saat BAB, rutin konsumsi sayur dan buah, perbanyak minum air putih, kurangi tekanan perut dengan SOS (save our soul) atau berbaring dengan posisi miring, area anus harus selalu bersih, banyak minum air putih, duduk berendam di air hangat dengan suhu di bawah 36°C lamanya 10-15 menit.	
09.35 WIB	Menjelaskan pada ibu tentang penyebab nyeri punggung yaitu : Membesarnya rahim, bertambahnya berat badan, perubahan postur, perubahan hormon, stress.	
09.40 WIB	Menjelaskan pada ibu cara mengatasi nyeri punggung yaitu : Dengan olahraga, kompres panas dan dingin pada daerah nyeri, memperbaiki postur tubuh, konsultasi pada bidan , istirahat dengan cukup.	
09.45 WIB	Mengajarkan ibu cara merawat payudara, yaitu : <ol style="list-style-type: none"> 1) Kompres puting susu dengan menggunakan kapas yang dibasahi baby oil selama 3-5 menit agar epitel yang lepas tidak menumpuk, lalu bersihkan kerak-kerak pada puting susu sampai bersih. 2) Licinkan tangan dengan baby oil kemudian urut payudara dengan arah memutar dari ketiak sampai puting susu. 3) Kompres payudara dengan air hangat kemudian air dingin supaya sirkulasi darah lancar sehingga ASI keluar lancar saat bayi sudah lahir. 	
10.00 WIB	Menjelaskan pada ibu dan keluarga tentang antisipasi rujukan karena kondisi janin ibu yang belum masuk ke dalam jalan lahir sehingga dikhawatirkan nanti terjadi proses persalinan yang lebih lama yang dapat membahayakan ibu dan janin, untuk itu ibu dan keluarga harus siap jika sewaktu-waktu terjadi masalah dan perlu segera dirujuk, termasuk menyiapkan biaya.	
10.05 WIB	Menjelaskan pada ibu tanda-tanda persalinan : Perut bagian bawah terasa sakit hingga terasa menjalar sampai punggung, keluar lendir dan darah dari jalan lahir, kenceng-kenceng semakin sering.	
10.10 WIB	Memberikan terapi pada ibu Tablet Fe 1x60 mg/oral Vitamin C 1x50 mg/oral	

10.12 WIB	Menganjurkan ibu untuk tetap mengonsumsi tablet penambah darah 1x/hari dan vitamin 1x/hari. Agar tidak terjadi anemia dalam kehamilan.	
10.13 WIB	Menganjurkan ibu untuk kontrol 1 minggu lagi atau segera apabila ada keluhan.	
10.15 WIB	Mendokumentasikan hasil pemeriksaan yang dilakukan.	

3.1.7 EVALUASI

Tanggal : 28 Februari 2021

Pukul 11.15 WIB

S : Ibu mengatakan mengerti tentang kondisi kehamilannya.

Ibu mengatakan paham dengan HE yang diberikan oleh bidan.

O : Ibu mampu menjelaskan kembali penjelasan yang diberikan oleh bidan.

A : Ny."A" G₃P₂₀₀₂ UK 32 Minggu/Hidup/Tunggal/Intra uteri/Presentasi Kepala/PUKA/Kesan Panggul Batas Normal/Keadaan Umum Ibu dan Janin Baik Dengan Hemoroid Tujuan Tercapai.

P : Anjurkan pasien kontrol 2 minggu lagi (12 – 03 - 2021) atau sewaktu – waktu apabila ada keluhan.

KUNJUNGAN II

Tanggal : 12-03-2021

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 : 53 kg

TFU : 28 cm

DJJ : 145x/menit

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

A : Ny. "A" G₃P₂₀₀₂ UK 34 minggu /H/T/IU Pres. Kepala/ Pu-KA/ K/U ibu dan janin baik dengan Kehamilan Fisiologis

P : Tujuan jangka pendek : setelah dilakukan asuhan kebidanan selama ± 60 menit diharapkan ibu mengerti tentang kondisinya saat ini dan bersedia melakukan saran dari bidan, dengan kriteria hasil :

K : Ibu mampu menjelaskan kembali tentang kondisi ibu saat ini dan HE yang diberikan bidan mengenai kebutuhan nutrisi, cara agar bagian

terendah janin segerah turun menghindari aktivitas berat, tanda-tanda persalinan, persiapan persalinan.

A : Ibu bersedia melakukan saran dari bidan tentang kebutuhan nutrisi, cara agar bagian terendah janin segerah turun menghindari aktivitas berat, tanda-tanda persalinan, persiapan persalinan.

P :-

P :-

Tujuan jangka panjang : setelah dilakukan asuhan kebidanan, pada saat kunjungan ulang (1 minggu lagi), diharapkan tidak terjadi komplikasi pada ibu selama masa Hamil, dengan kriteria hasil :

K : Ibu mampu menjelaskan kembali tentang HE yang diberikan bidan pada kunjungan sebelumnya mengenai penyebab benjolan di anus,cara mengatasi benjolan di anus,penyebab nyeri punggung,cara mengatasi nyeri punggung,perawatan payudara,antisipasi rujukan,tanda-tanda persalinan.

A : Ibu telah melakukan saran dari bidan tentang penyebab benjolan di anus ,cara mengatasi benjolan di anus, penyebab nyeri punggung,cara mengatasi nyeri punggung, perawatan payudara, antisipasi rujukan, tanda-tanda persalinan.

P :-

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 berhati-hati saat beraktivitas dan menghindari aktivitas berat
5. Mengingatkan kembali pada ibu tentang tanda-tanda persalinan dan persiapan persalinan
6. Menganjurkan pada ibu untuk segera datang jika ada keluhan dan jika merasakan ada tanda-tanda persalinan

KUNJUNGAN III

Tanggal : 26-03-2021

Jam : 09.00 WIB

S : Ibu mengatakan ingin kunjungan ulang untuk memeriksakan kehamilannya dan saat ini tidak ada keluhan

O : KU : Baik

Kesadaran : Composmentis

TTV : TD : 120/80 mmHg

N : 80x/menit

S : 36,5°C

RR : 20x/menit

BB : 53 kg

BB terakhir periksa : 53 kg

TFU : 29 cm

DJJ : 144x/menit

Leopold I : TFU teraba pertengahan antara pusat dengan prosesus xyphoideus (29 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 sudah masuk PAP

Leopold IV : bagian terendah janin masuk ke PAP 1/5

A : Ny. "A" G₃P₂₀₀₂ UK 36 minggu /H/T/IU Pres. Kepala/ Pu-KA/ K/U ibu dan janin baik dengan Kehamilan Fisiologis

P : Tujuan jangka pendek : setelah dilakukan asuhan kebidanan selama ± 60 menit diharapkan ibu mengerti tentang kondisinya saat ini dan bersedia melakukan saran dari bidan, dengan kriteria hasil :

K : Ibu mampu menjelaskan kembali tentang kondisi ibu saat ini dan HE yang diberikan bidan mengenai tanda-tanda persalinan, persiapan persalinan dan antisipasi rujukan.

A : Ibu bersedia melakukan saran dari bidan tentang tanda-tanda persalinan, persiapan persalinan dan antisipasi rujukan.

P :-

P :-

Tujuan jangka panjang : setelah dilakukan asuhan kebidanan, pada saat kunjungan ulang (1 minggu lagi), diharapkan tidak terjadi komplikasi pada ibu selama masa Hamil, dengan kriteria hasil :

K : Ibu mampu menjelaskan kembali tentang HE yang diberikan bidan pada kunjungan sebelumnya mengenai kebutuhan nutrisi, cara agar bagian terendah janin segerah turun menghindari aktivitas berat, tanda-tanda persalinan, persiapan persalinan.

A : Ibu telah melakukan saran dari bidan tentang kebutuhan nutrisi, cara agar bagian terendah janin segerah turun menghindari aktivitas berat, tanda-tanda persalinan, persiapan persalinan.

P :-

P :

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan bahwa keadaannya dan janinnya dalam kondisi baik
2. Mengingatkan kembali pada ibu HE tentang tanda-tanda persalinan dan persiapan persalinan.
3. Mengingatkan kembali kepada ibu tentang antisipasi rujukan.
4. Menganjurkan pada ibu untuk segera datang jika ada keluhan dan jika merasakan ada tanda-tanda persalinan

3.2 Asuhan Kebidanan Pada Persalinan

3.2.1 Pengkajian

Tanggal MKB : 13 April 2021

Jam : 08.00 WIB

Tanggal Pengkajian: 13 April 2021

Jam : 08.00 WIB

Tempat : Puskesmas Karanggeneng.

Oleh : Nanda Satya Indra Pratiwi

No Register :

1. Data Subyektif

1) Keluhan Utama

Ibu mengeluh perutnya kenceng-kenceng dan keluar lendir dan darah dari kemaluannya.

2) Riwayat Keluhan Utama

Ibu mengatakan hamil anak Ketiga usia kehamilan 9 bulan. Ibu mengatakan pada pukul 03.00 WIB ibu mengeluh kenceng-kenceng tetapi tidak sering, dan kenceng-kenceng semakin sering dimulai dari pinggang menjalar ke perut dan keluar lendir darah kemudian ibu segera datang ke bidan pukul 07.00 WIB dan di rujuk ke puskesmas karanggeneng karena ibu menggunakan BPJS.

3) Keadaan Psikososial

Ibu mengatakan ia dan suaminya berharap bayinya dapat lahir normal dan selamat. Ibu juga mengatakan cemas dan khawatir menjelang persalinan ini.

4) Kebiasaan yang Mungkin Dilakukan

Ibu mengatakan sebelum maupun selama persalinan ini tidak ada perubahan kebiasaan, ibu tidak pernah merokok, tidak ketergantungan obat, tidak minum jamu dan tidak tarak makanan.

5) Pola Kebiasaan sehari-hari

(1) Pola Nutrisi

Selama hamil : Ibu makan 3x sehari, habis 1 piring sedang dengan komposisi nasi, ikan, dan kadang buah. Minum 8-9 gelas/hari.

Saat ini : Makan terakhir jam 06.00 WIB, dan minum terakhir jam 08.00 WIB.

(2) Pola Eliminasi

Selama hamil : Ibu BAK 7-8 x/hari berwarna jernih kuning jernih, tidak nyeri dan BAB 1x/ hari konsistensi lunak, warna kehitaman.

Saat ini : Ibu BAK terakhir tadi saat datang kebidan pukul 08.00 WIB dan BAB 1x tadi pagi jam 05.00 WIB.

(3) Pola Aktifitas

Selama hamil : Ibu mengatakan tetap melakukan pekerjaan rumah seperti memasak, menyapu, mencuci baju dan lain-lain, dengan dibantu juga oleh keluarga.

(4) Pola Personal Higiene

Selama Hamil : Ibu mandi 2x/hari, gosok gigi 2x/hari, keramas 3x seminggu, ganti pakaian 2x/hari dan ganti celana dalam 2x/hari, ganti BH 2x, dan cebok dari arah depan ke belakang.

(5) Pola Seksual

Ibu mengatakan melakukan hubungan suami istri 2x/minggu, dan terakhir melakukannya 3 minggu yang lalu.

(6) Pola Istirahat

Ibu mengatakan di rumah ibu istirahat atau tidur 7-8 jam setiap hari baik selama hamil maupun sebelum hamil.

6) Pengetahuan dan Kemampuan Ibu

Ibu mengatakan sudah mengetahui cairan apa yang keluar dari jalan lahirnya, bahwa itu adalah tanda-tanda persalinan.

2. Data Obyektif (data sekunder dari puskesmas)

1) Pemeriksaan Umum

Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Composmetis

GCS : 4-5-6

LILA : 24 cm

BB sebelum hamil : 44 Kg

BB sekarang : 53 Kg

TB : 144 cm

TTV : TD : 110/70 mmHg S : 36,5⁰ C

N : 84 x/menit RR : 20 x/menit

2) Pemeriksaan Fisik

Kepala : Rambut warna hitam, distribusi merata, lurus, bersih, tidak rontok, kulit kepala bersih, tidak ada luka, tidak terdapat nyeri tekan maupun benjolan abnormal.

Muka : Simetris, tidak pucat, bentuk ovale, tidak ada odema, tidak terdapat cloasma gravidarum.

Mata : Simetris, tidak oedem, tidak ada secret, conjungtiva merah muda, sclera berwarna putih terdapat gambaran tipis

pembuluh darah, kedua bola mata terbentuk, reflek pupil isokor, tidak ada pembesaran hematom palpebra.

Hidung : Simetris, Pernafasan spontan, hidung bersih tidak ada polip, tidak ada benda asing, tidak ada secret, terdapat bulu – bulu halus, dan tidak ada cyanosis, tidak ada benjolan abnormal.

Mulut : Simetris, warna merah muda, lembab, tidak ada stomatitis, gigi bersih, tidak ada karang gigi, lidah bersih, tidak ada pembesaran tonsil.

Telinga : Simetris, Pendengaran baik, tidak ada lesi, tidak ada benjolan abnormal, bersih, tidak ada serumen, tidak ada benda asing, membrane tympani utuh.

Leher : Bentuk leher normal, tidak ada kaku kuduk, tidak ada luka bekas operasi, tidak terdapat pembesaran kelenjar limfe dan tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak terdapat bendungan vena jugularis.

Dada : Simetris, bentuk bulat datar, tidak ada tarikan intercostae, tidak ada jejas, suara nafas vesikuler, BJ I dan II normal, tidak ada nyeri tekan, tidak ada krepitasi.

Payudara : Simetris, puting menonjol, hiperpigmentasi pada areola dan putting susu, kelenjar montgomery menonjol,

konsistensi kenyal, tidak nyeri, tidak ada benjolan
 Ketiak abnormal, kolostrum sudah keluar.
 : Tidak ada pembesaran kelenjar limfe.
 Abdomen : Pembesaran sesuai usia kehamilan, tidak ada luka bekas
 operasi, terdapat linea nigra dan striae livida, tidak ada
 nyeri tekan pada hati, lambung, limfe, ginjal kanan,
 umbilikus, ginjal kiri, apendix, kandung kemih, usus
 buntu, terdapat pembesaran uterus, teraba kontraksi.
 Punggung : Lordosis
 Genetalia : Rambut pubis merata, tidak odem, tidak ada lesi, tidak ada
 varises, terdapat pengeluaran dari vagina berupa lendir
 dan darah, tidak ada condiloma acuminata.
 Anus : Terdapat hemoroid.
 Ekstremitas
 Atas : Simetris, jumlah jari lengkap, warna kuku merah muda,
 tidak ada clubbing of finger, gerakan bebas, tidak ada
 oedem kanan/kiri, akral hangat, turgor kulit kembali 1
 detik.
 Bawah : Simetris, jumlah jari lengkap, warna kuku merah muda,
 gerakan bebas, tidak ada varises, tidak ada odem
 kanan/kiri, akral hangat, reflek patella kanan/kiri +/+,
 turgor kulit kembali 1 detik.

3) Pemeriksaan Khusus

(1) Palpasi

Leopold I : TFU pertengahan antara posessus xipoideus dan pusat (30 cm),
pada fundus teraba bulat, lunak, dan tidak mudah digoyangkan.

Leopold II : Kanan : Teraba keras datar panjang, seperti papan.

Kiri : Teraba bagian-bagian kecil janin.

Leopold III: Teraba bulat, keras, dan sulit untuk digoyangkan.

Leopold IV: Bagian terendah janin sudah masuk PAP 2/5.

Kontraksi : 3x10 menit dengan lama 40 detik

(2) Auskultasi

DJJ (+) : 144 x/menit (doopler)

Pemeriksaan dalam

Ø 4 cm, eff. 50%, Tunggal/Hidup/Intra Uteri/Ket(+)/Pres.bel.Kep/UUK

Kadep/Molase 0/HII/Ukuran Panggul Dalam Batas Normal/Keadaan Umum

ibu dan janin baik/tidak teraba bagian kecil janin di samping presentasi.

3.2.2 Interpretasi Data Dasar

DX : Ny."A" G₃P₂₀₀₂ UK 39 Minggu/Hidup/Tunggal/Intra uteri/Presentasi

bel.kep/UUK kadep/Molase 0/ HII/Ukuran Panggul Dalam Batas

Normal/Keadan Umum Ibu dan Janin Baik/Inpartu Kala I Fase Aktif.

DS : Ibu mengatakan hamil Ketiga dengan usia kehamilan 9 bulan.

Ibu mengatakan merasakan kenceng-kenceng sejak jam 03.00 WIB

Ibu mengatakan kenceng-kenceng semakin sering dimulai dari pinggang

menjalar keperut dan mengeluarkan lendir darah pukul 07.00 WIB, tanggal

13 April 2021.

DO :Pemeriksaan Umum

Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Composmetis

GCS : 4-5-6

TTV : TD : 110/70 mmHg N : 84 x/menit

S : 36,5 °C RR : 20 x/menit

BB : 53 Kg

LILA : 24 cm

HPL : 17 April 2021

Inspeksi : Pembesaran sesuai usia kehamilan, tidak ada luka bekas operasi, terdapat linea nigra dan striae livida,

Palpasi :

Leopold I : TFU pertengahan antara posessus xiphoideus dan pusat (30 cm), pada fundus teraba bulat, lunak, dan tidak mudah digoyangkan

Leopold II : Kanan : Teraba keras datar panjang, dan datar.

Kiri : Teraba bagian-bagian kecil janin.

Leopold III : Teraba bulat, keras, dan sulit untuk digoyangkan.

Leopold IV : Penurunan 2/5

DJJ (+) : 144x (dopler)

VT : Ø 4 cm, eff. 50%, Tunggal/Hidup/Intra

Uteri/Ket(+)/Pres.bel.Kep/UUK Kadep/Molase 0/H_{II}/Ukuran

Panggul Dalam Batas Normal/KU ibu dan janin baik/tidak teraba bagian kecil janin di samping presentasi.

3.2.3 Identifikasi Masalah Potensial

-

3.2.4 Kebutuhan Segera

-

3.2.5 Intervensi

1. Tujuan jangka pendek

Setelah dilakukan asuhan kebidanan selama \pm 30 menit diharapkan pasien dapat memahami dan mengerti kondisinya saat ini dengan kriteria hasil :

K : Ibu mampu menjelaskan kembali tentang kondisinya saat ini.

A : Ibu mengatakan bersedia untuk dilakukan tindakan kebidanan.

P : ibu dapat melakukan anjuran bidan

P : ibu dapat menjelaskan kembali apa yang dijelaskan oleh bidan

2. Tujuan Jangka Panjang

Setelah dilakukan asuhan kebidanan, padad saat kontrol ulang 1 minggu lagi setelah persalinan kondisi ibu baik-baik saja dan tidak ada komplikasi apapun, dengan kriteria hasil :

K : Ibu mampu menjelaskan kembali tentang kondisinya.

A : Ibu bersedia dilakukan tindakan sesuai asuhan kebidanan.

P : ibu dapat melakukan anjuran bidan

P : 1) TTV ibu dalam batas normal: (TD Sistolik 100-120 mmHg/Diastolik 60-80 mmHg, Nadi 60-100 x/menit, Suhu

36,5⁰ C-37⁰ C, RR 16-24 x/menit), lochea normal, penurunan TFU berjalan dengan normal.

Intervensi :

1. Lakukan pendekatan terapeutik pada ibu dan keluarga
R/ Meningkatkan hubungan saling percaya antara ibu, keluarga dan bidan, atau sebaliknya.
2. Jelaskan pada klien dan keluarga tentang hasil pemeriksaan dan keadaan klien saat ini.
R/ Dengan pengetahuan yang adekuat, ibu dan keluarga kooperatif dalam pemberian asuhan kebidanan.
3. Berikan serta anjurkan keluarga untuk memberi dukungan moril pada pasien.
R/ Dukungan moril dapat memberikan semangat, mengurangi rasa cemas dan menumbuhkan rasa kepercayaan diri pasien.
4. Anjurkan ibu untuk miring kiri
R/ Dengan miring kiri internal rotasi akan berlangsung lebih cepat dan sempurna
5. Anjurkan ibu teknik relaksasi
R/ Mengurangi rasa sakit yang dirasakan ibu
6. Minta suami atau keluarga untuk memberikan makan dan minum
R/ Dengan makan dan minum energi tetap ada Sebagai aspek legal dan bukti tertulis semua asuhan yang telah diberikan.
- 7) Lakukan observasi sesuai dengan partograf
R/ Deteksi dini komplikasi

8) Siapkan peralatan dan obat-obatan esensial

R/ Proses persalinan berjalan dengan lancar dan tidak ada hambatan

3.2.3 Implementasi (data sekunder dari puskesmas karranggeneng)

Tanggal : 13 April 2021

Jam : 08.00 WIB

Jam	Implementasi	Paraf
08.00	Bidan Melakukan pendekatan terapeutik pada ibu dan keluarga dengan ramah, sopan dan santun, serta menggunakan bahasa yang mudah dimengerti oleh ibu dan keluarga.	
08.05	Bidan Melakukan pemeriksaan dalam pada ibu dan hasilnya didapatkan Hasil VT : \varnothing 4 cm, eff. 40%, Ket(+), Pres.bel.Kep, UUK Ka Dep,Molase 0, H _{II} , tidak teraba bagian kecil di samping presentasi. Melakukan pemantauan DJJ 144 x/menit (dopler), his 3x/mnt lama 40 detik, nadi 84x/mnt, TD : 110/70 mmHg, N : 86x/menit, S : 36,5°C.	
08.10	Bidan Memberikan support dan dukungan moral pada ibu agar tidak cemas, semangat, dan lebih percaya diri.	
08.12	Bidan Menganjurkan ibu untuk miring ke kiri, agar internal rotasi akan berlangsung lebih cepat dan sempurna	
08.15	Bidan Menganjurkan ibu teknik relaksasi dengan tarik nafas melalui hidung dan hembuskan lewat mulut, agar rasa nyeri ibu dapat berkurang.	
08.20	Bidan Meminta suami atau keluarga untuk memberikan makan dan minum pada ibu, agar energi ibu tetap ada.	
08.30	Bidan Melakukan pemantauan DJJ 138x/mnt, his 3x/mnt lama 40 detik, N : 80 x/mnt,	
09.00	Bidan Melakukan pemantauan DJJ 140x/mnt, his 3x/mnt lama 40detik, N : 88x/mnt	
09.30	Bidan Melakukan pemantauan DJJ 140x/mnt, his 4x/mnt lama 40 dtk, N : 88x/mnt.	
10.00	Bidan Melakukan pemantauan DJJ 138x/mnt, his 4x/mnt lama 40 dtk, N : 90x/mnt.	
10.30	Bidan Melakukan pemeriksaan dalam dan hasil VT 10 cm, eff 100 %, ket (-), H _{IV} , Pres. bel-kep, tidak teraba bagian kecil janin disamping presentasi.	
11.00	His : 5x/mnt lama 40 dtk, N : 90x/mnt. DJJ : 138x/menit (dopler)	

	<p>TD : 110/70 mmHg</p> <p>N : 88 x/menit</p> <p>S : 37°C</p> <p>RR : 20x/menit</p>	
11.00	<p>Bidan Melakukan persiapan alat dan obat-obatan</p> <p>Partus set</p> <p>Bak instrumen berisi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Handschoon - Gunting episiotomi - Gunting tali pusat - Klem tali pusat - 1/2 klem coeker - Pinset - kateter <p>Hatching set</p> <p>Bak instrumen berisi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jarum - Benang - Pinset - Gunting benang - Nafuder - Tampon - Kassa - Cucing berisi betadin - Korentang dalam tempatnya - Handuk kering - Infus set - Jarum infus - Cairan infus - Oksitosin - Lidokain non epineprin - Sduit 3 cm, 5 cc, 10 cc - Bengkok - Kom berisi kapas DTT - Kom berisi larutan DTT - Kom berisi larutan clorin - Was lap - Gelas ukur - Penghisap lendir 	<ul style="list-style-type: none"> - Doppler - Tensimeter - Stetoskop - Termometer - Jam tangan - Under pad - Selimut - Handuk kering - Kain panjang - Pakaian ganti ibu - Topi kepala bayi - Kain kering bayi - Tempat plasenta - Tempat pakaian kotor - Tempat sampah medis - Tempat sampah non medis

3.2.4 Evaluasi

Kala II

Tanggal : 13 April 2021

Jam : 11.00 WIB

S : Ibu mengatakan perutnya terasa kenceng-kenceng semakin sering, tekanan pada anus semakin meningkat, ibu mengatakan ingin BAB dan mengejan.

O : Perinium menonjol, Vulva dan anus membuka, Lendir dan darah meningkat, VT Ket pecah jernih (amniotomi) \pm 750 cc, 10 cm ,eff 100%, ket (-), pres bel-kep, UUK depan, molase 0, H-IV, tidak teraba bagian kecil janin disamping pres, keadaan dasar panggul dalam batas normal. TTV: TD:110/70 mmHg, Nadi 84x/menit, Kandung Kemih kosong, His 5x/10' Lama 45''

A : G3P2002 39 minggu inpartu kala II

P : Merencanakan asuhan menyeluruh.

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan selama 2 jam, diharapkan ibu bisa melewati kala II dengan kriteria hasil : Bayi lahir spontan, menangis kuat, gerakan aktif, kulit merah muda.

INTERVENSI :

1. Jelaskan pada klien dan keluarga tentang keadaan dan kemajuan persalinan.

R/ klien dan keluarga lebih kooperatif dalam Asuhan Kebidanan.

2. Beri ibu minum yang cukup

R/ Memberi tenaga dan mencegah dehidrasi.

3. Ajarkan pada ibu cara meneran yang benar bila ada his

R/meneran yang benar menjaga perineum meregang pelan dan mengontrol lahirnya kepala serta mencegah robekan.

4. Periksa DJJ diantara 2 his

R/ mengetahui keadaan janin.

5. Lakukan persiapan alat dan obat-obatan

R/ memudahkan dalam memimpin pertolongan kelahiran bayi

6. Lahirkan bayi dan meletakkan di atas perut ibu dan segera di keringkan

R/ Menjaga agar bayi tetap hangat.

7. Lakukan IMD pada ibu dan bayi

R/ perdarahan dapat dicegah dengan adanya hisapan bayi.

IMPLEMENTASI

Tanggal : 13 April 2021

Jam : 11.00 WIB

JAM	IMPLEMENTASI	PARAF
11.00	Bidan Menjelaskan pada ibu dan keluarga tentang keadaan ibu dan janinnya saat ini dalam keadaan normal, tetapi perlu dilakukan pemantauan.	
11.05	Bidan Memberi air minum teh 1 gelas tetapi di minum sedikit-sedikit.	
11.07	Bidan Mengajari cara meneran yang benar yaitu meneran mengikuti dorongan alamiyah selama kontraksi, tidak menahan nafas saat meneran. Beristirahat diantara kontraksi, posisi berbaring miring atau setengah duduk, menarik lutut sampai ke dada dan dagu ditempelkan ke dada, tidak mengangkat bokong saat meneran.	
11.09	Bidan melakukan Observasi DJJ = 144 x/menit (doopler).	
11.10	Bidan Memastikan kelengkapan alat-alat dan obat obatan dan Partus set : Bak instrumen berisi:	

	<ol style="list-style-type: none"> 1) Handschoon 2) Gunting episiotomi 3) Gunting tali pusat 4) Klem kcocker 5) Benang atau penjepit tali pusat, kassa. 6) 1/2 klem cocker 7) Pinset 8) Kateter 9) Spuit 1cc, 3cc, 10cc 10) Oksitosin, lidokain. 	
11.30	<p>Bidan Menyiapkan diri dalam memberikan pertolongan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Memakai celemek, tutup kepala, masker, sepatu but. 2) Melepaskan dan menyimpan semua perhiasan yang dipakai. 3) Melipat lengan baju bagian bawah. 4) Mencuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir. 5) Keringkan dengan tissue atau handuk. 6) Melakukan prosedur persalinan normal 7) Membantu menyiapkan posisi meneran (bila ada rasa ingin meneran) dan terjadi kontraksi kuat, bantu ibu ke posisi setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman. 8) Melakukan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran : ibu dapat meneran secara benar dan memeriksa DJJ diantara 2 his. 9) Meletakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm. 10) Meletakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu. 11) Membuka tutup partus set dan memastikan kembali kelengkapan alat dan bahan. 12) Memakai sarung tangan DTT pada kedua tangan. 13) Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva maka bidan melindungi perinium dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering, tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala. Menganjurkan ibu untuk meneran perlahan atau bernafas cepat dan dangkal. 14) Setelah kepala lahir kemudian bidan memeriksa kemungkinan ada lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi. 15) Menunggu kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan. 16) Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, bidan memegang secara biparietal. Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi, dengan lembut menggerakkan kepala kearah bawah dan distal hingga bahu depan muncul dibawah arkus pubis dan kemudian menggerakkan kearah atas dan distal untuk melahirkan bahu ke belakang. 17) Setelah kedua bahu lahir, bidan menggeser tangan bawah kearah perinium ibu untuk menyanggah kepala, lengan 	

	dan siku sebelah bawah. Tangan atas menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.	
12.05	18) Setelah tubuh dan lengan lahir, bidan melakukan penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung bokong, tungkai dan kaki memegang kedua mata kaki. 19) Menilai bayi menangis kuat, gerakan aktif dan warna kemerahan.	
12.05	Bidan Meringankan tubuh bayi mulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lainnya kecuali telapak tangan, dan mengganti pakaian bersih dan kering dan Melakukan IMD pada bayi dan ibu dengan cara skin to skin.	

Kala III

Tanggal : 13 April 2021

Jam : 12.05 WIB

S : Ibu mengatakan senang dan lega bayinya sudah lahir dan persalinan berjalan normal, ibu mengatakan perutnya mules.

O : Bayi lahir jam 12.05 WIB, berjenis kelamin perempuan, bayi menangis spontan, gerakan aktif, warna kemerahan. BB : 2500 gram, PB : 48 cm

A : Kala II persalinan berjalan normal ibu memasuki kala III

P : Merencanakan asuhan kala III

Tujuan: Setelah dilakukan asuhan kebidanan selama 30 menit diharapkan dapat melewati kala III dengan kriteria hasil : Plasenta lahir lengkap, Plasenta lahir 30 menit, MAK III (suntik oksitosin 10 unit/IM, PTT, masase)

INTERVENSI :

1. Lakukan pemeriksaan TFU
R/ Memastikan janin tunggal
2. Segera beri oxytosin 10 IU/1M

- R/ Merangsang kontraksi uterus, mempercepat pelepasan placenta.
3. Lakukan PTT selama uterus berkontraksi
R/ Mempercepat kelahiran placenta, mencegah inversio uteri serta bahaya perdarahan PP.
 4. Observasi tanda-tanda uterus berkontraksi
R/ mempercepat proses kala III sehingga perdarahan dapat dicegah
 5. Lahirkan plasenta dengan hati-hati dengan benar
R / Proses kelahiran plasenta yang salah dapat mengakibatkan perdarahan pasca salin
 6. Lakukan massage uterus selam 15 detik segera setelah placenta lahir.
R/ Untuk menimbulkan kontraksi sehingga dapat mencegah perdarahan post partum.
 7. Periksa kelengkapan placenta dan robekan jalan lahir
R/ Sisa placenta dan robekan jalan lahir dapat mengakibatkan perdarahan.
 8. Amati jumlah perdarahan 2x/10 menit pertama setelah plasenta lahir
R/ perdarahan bisa terjadi karena robekan dan sisa plasenta

IMPLEMENTASI

jam : 12.06 WIB

JAM	IMPLEMENTASI	PARAF
12.06	Bidan Melakukan pemeriksaan TFU ternyata bayi tunggal .	
12.07	Bidan Menyuntikan oxytosin 10 IU secara IM	

	Bersamaan dengan kontraksi uterus, bidan melakukan PTT ada semburan darah pervaginam \pm 30 cc tali pusat bertambah panjang uterus terasa keras dan lebih bulat.	
12.08	Bidan Mengamati tanda-tanda uterus berkontraksi.	
12.15	Bidan Melahirkan placenta, massase FU selama 15 detik, UC : baik TFU 2 jari bawah pusat.	
12.16	<p>Bidan Memeriksa kelengkapan plasenta dan selaput ketuban.</p> <p>Bagian maternal</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kotiledon lengkap 2. Tidak ada odema 3. Tidak ada kalsifikasi 4. Warna merah cerah 5. Ketebalan \pm 3 cm 6. Diameter 14 cm <p>Bagian fetal</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Insersi tali pusat sentralis 2. Warna putih licin 3. Selaput amnion dan korion utuh 4. Tidak ada pembuluh darah yang terputus <p>Bagian tali pusat</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tali pusat segar dan licin 2. Jeli warton tebal 3. Tidak ada simpul tali pusat 4. Pembuluh darah 2 arteri, 1 vena 5. Berat 350 gram. 6. Panjang tali pusat \pm 50 cm. 	
12.20	Bidan Mengamati jumlah perdarahan 2x10 menit pertama setelah plasenta lahir	

Kala IV

Tanggal : 13 April 2021

jam : 12.20 WIB

S : Ibu mengatakan perutnya mules.

Ibu mengatakan lega proses persalinan sudah selesai dan berjalan lancar dan ari-arinya sudah lahir.

O : Plasenta lahir lengkap, tanggal 13 April 2021, jam 12.15 WIB, insersi sentralis, berat 350 gram, pendarahan + 150 cc, tebal + 3 cm, diameter 14 cm, panjang tali pusat 50cm. TTV: TD : 110/70 mmHg, S/N : 36,5 C/90x/menit, RR : 21x/menit, terdapat laserasi derajat II yaitu : mukosa vagina, comisura posterior, kulit dan otot perineum.

A : Ibu kala III berjalan normal memasuki kala IV

P : Merencanakan asuhan kala IV

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan selama 2 jam diharapkan ibu dapat melewati kala IV dengan kriteria hasil : UC keras, KK kosong, TFU mengalami penurunan, Perdarahan 500 CC, TTV DBN.

INTERVENSI :

1. Lakukan observasi TTV, TFU, KK, UC, perdarahan tiap 15 menit pada jam pertama post partum dan tiap 30 menit pada jam kedua post partum, suhu tubuh setiap 1 jam.

R/ memastikan dalam dalam batas normal.

2. Lakukan observasi dan evaluasi terhadap jalan lahir (perineum dan vagina)

R/ perdarahan bisa terjadi akibat robekan atau laserasi jalan lahir

3. Jelaskan pada ibu bahaya yang akan terjadi saat 2 jam PP

- R/ pengetahuan yang adekuat dapat menjadikan ibu lebih kooperatif
4. Ajarkan pada ibu dan keluarga tentang kontraksi uterus yang baik

R/ ibu dan keluarga dapat mendeteksi kontraksi uterus yang kurang baik
 5. Berikan rasa nyaman pada klien

R/ Dengan rasa nyaman klien dapat istirahat dengan tenang.
 6. Lakukan IMD segera setelah lahir

R/ ASI bermanfaat bagi ibu dan bayi
 7. Berikan ibu makan dan minum pada ibu

R/ makan dan minum dapat memenuhi kebutuhan nutrisi ibu
 8. Anjurkan klien untuk mobilisasi

R/ Mengurangi rasa nyeri dan melancarkan aliran darah
 9. Berikan ibu terapi Amoxilin, Asam Mefenamat, Calsifar, Etabion.

R/ terapi mencegah adanya komplikasi pasca persalinan.

IMPLEMENTASI

JAM	IMPLEMENTASI	PARAF
12.21	Bidan Memeriksa berapa luas laserasi jalan lahir (terdapat laserasi derajat 2 yaitu mukosa vagina, comisura posterior, otot dan kulit perineum), dan segera melakukan heacting (penjahitan).	
12.45	Bidan Melakukan observasi kala IV, hasilnya :	

No	Waktu	TD	N	S	TFU	UC	KK	DK
1.	12.45	120/80	90	36 °C	2 jr bwh pst	Keras	Kosong	20cc
	13.00	120/80	90		2 jr bwh pst	Keras	Kosong	
	13.15	120/80	88		2 jr bwh pst	Keras	Kosong	
	13.30	120/80	80		2 jr bwh pst	Keras	Kosong	
2.	14.00	120/80	88	36 °C	2 jr bwh pst	Keras	Kosong	15cc
	14.30	120/80	88		2 jr bwh pst	Keras	Kosong	
12.50	Bidan Membersihkan ibu dari kotoran, memberi pakaian/kain panjang yang bersih dan memasang kotex/under pad. Memasang kotek dan gurita menganjurkan ibu untuk istirahat dan segera lapor bila ada tanda-tanda pusing, mata berkunang-kunang serta perdarahan.							
12.55	Bidan Mengajari ibu dan keluarga tentang kontraksi yang baik yaitu hasilnya kontraksi keras dan bulat serta ibu dan keluarga paham dengan kontraksi tersebut.							
12.57	Bidan Membantu ibu menyusui anaknya hasilnya bayi dapat menyusui dengan baik dan benar.							
13.00	Bidan Menganjurkan ibu makan dan minum untuk mengembalikan energi ibu, dan tidak tarak makan.							
13.05	Bidan Mobilisasi dini ibu boleh mika miki secara bertahap jika ibu tidak pusing ibu boleh duduk.							
13.08	Bidan memberikan ibu terapi Amoxilin, Asam Mefanamat, Calsifar, Etabion.							

3.3 Asuhan Kebidanan Pada Nifas

Kunjungan I (6 Jam Post Partum)

3.3.1 Pengkajian

Tanggal MKB : 13 April 2021 Jam : 08.00 WIB

Tanggal Pengkajian : 13 April 2021 Jam : 17.30 WIB

Tempat : Puskesmas Karanggeneng

Oleh : Nanda Satya Indra Pratiwi

1. Data Subyektif

1) Keluhan Utama

Ibu mengatakan nyeri luka jahitan

2) Riwayat Keluhan Utama

Ibu mengatakan telah melahirkan anak ketiganya dengan normal. Ibu juga mengatakan merasa nyeri pada luka jahitan di kemaluannya sejak tanggal 13 April 2021, ibu juga mengatakan bahwa nyeri semakin bertambah apabila dibuat bergerak dan nyeri akan berkurang apabila ibu diam dan berbaring ditempat tidur saja.

2) Keadaan Psikososial

Ibu mengatakan senang dengan kelahiran bayinya karena bayinya lahir sehat dan selamat serta tidak kurang satu apapun. Ibu juga mengatakan suami dan keluarganya membantu ibu dalam merawat anaknya.

3) Kebiasaan yang Mungkin Dilakukan

Ibu mengatakan sebelum maupun selama nifas ini tidak ada perubahan kebiasaan, ibu tidak pernah merokok, tidak ketergantungan obat, tidak minum jamu dan tidak tarak makanan.

4) Pola Kebiasaan sehari-hari

(1) Pola Nutrisi

Selama hamil : Ibu makan 3x sehari, habis 1 piring sedang dengan komposisi nasi, ikan, dan kadang buah. Minum 8-9 gelas.

Nifas 6 jam : Makan 1 piring nasi dan lauk hati sapi tidak habis dan minum air putih \pm 400 cc.

(2) Pola Eliminasi

Selama hamil : Ibu BAB 1x/hari konsistensi agak keras, warna kehitaman, sedikit agak nyeri. BAK 7-8 x/hari berwarna jernih kuning jernih, tidak nyeri, bau khas.

Nifas 6 jam : Ibu mengatakan belum BAB dan BAK 1x di pispot.

(3) Pola Aktifitas

Selama hamil : Ibu mengatakan melakukan pekerjaan rumah seperti memasak, menyapu, mencuci, tetapi sedikit dikurangi, dan ibu setiap pagi jalan-jalan mencari udara segar, dan juga melakukan senam hamil.

Nifas 6 jam : Ibu mengatakan sudah miring kanan miring kiri, dan sudah belajar duduk.

(4) Pola Personal Hygiene

Selama Hamil : Ibu mandi 2x/hari, gosok gigi 2x/hari, keramas 3x seminggu, ganti pakaian 2x/hari dan ganti celana dalam 2x/hari, ganti BH 2x/hari, dan cebok dari arah depan kebelakang.

Nifas 6 jam : Ibu mengatakan badannya hanya diseka, ganti baju 1x, pembalut 2x, ganti CD 2x.

(5) Pola Seksual

Ibu mengatakan sebelum hamil melakukan hubungan suami istri 2x/minggu, dan pada saat hamil terakhir melakukannya 2 minggu yang lalu.

(6) Pola Istirahat

Ibu mengatakan di rumah ibu istirahat atau tidur \pm 8 jam setiap hari baik selama hamil maupun sebelum hamil.

5) Pengetahuan dan Kemampuan Ibu

(1) Nutrisi : Ibu mengatakan belum mengetahui tentang nutrisi yang baik untuk ibu nifas.

(2) Cara merawat luka : Ibu mengatakan belum mengetahui cara merawat luka jahitan yang benar.

(3) Mobilisasi : Ibu mengatakan sudah bisa miring ke kanan dan ke kiri dan duduk.

(4) Hubungan seksual : Ibu mengatakan belum mengetahui tentang waktu kapan ia boleh melakukan hubungan seksual.

(5) Pola istirahat : Ibu mengatakan belum mengerti kebutuhan tidur/istirahat untuk ibu nifas.

(6) Tanda-tanda bahaya masa nifas : Ibu mengatakan belum mengetahui tentang tanda-tanda bahaya masa nifas.

(7) Pemeriksaan ulang: Ibu mengatakan belum mengetahui jadwal kontrol ulang.

(8) Rencana KB : Ibu mengatakan belum mempunyai rencana KB.

(9) Perawatan bayi dan tali pusat : Ibu mengatakan belum mengerti cara perawatan bayi dan tali pusat yang benar.

(10) Memandikan bayi : Ibu mengatakan belum mengerti cara memandikan bayi yang benar.

(11) Perawatan payudara : Ibu mengatakan sudah mengerti cara perawatan payudara, sama seperti perawatan payudara pada masa hamil.

(12) Meneteki : Ibu mengatakan belum mengerti cara meneteki yang benar.

(13) Personal Hygiene : Ibu mengatakan belum mengerti bagaimana cara membersihkan kemaluannya dengan benar.

2. Data Obyektif

1) Riwayat Persalinan dan Keadaan Bayi Sekarang

(1) Persalinan (data sekunder dari puskesmas karanggeneng)

Tanggal/jam persalinan : 13 April 2021/ 12.15 WIB

Tempat dan penolong : puskesmas Karanggeneng /bidan

Mulai merasa mules (tanggal/jam): 13 April 2021 / 03.00 WIB

Kelainan atau penyulit : Tidak ada

Tipe persalinan : Spontan B

Kala I : 9 jam

Kala II : 1 jam lebih 5 menit

Kala III : 15 menit

Keadaan ketuban : Utuh (dilakukan amniotomi)

Pecah tanggal/jam : 13 April 2021/11.00 WIB

Warna : Jernih

Bau air ketuban : Anyir

(2) Keadaan bayi

Jenis kelamin : Perempuan

BB/TB : 2.500 gram/48 cm

Ada kelainan/ tidak : Tidak (Baik)

Apgar skor : 7-8

(3) Keadaan plasenta

Lahir tanggal/jam : 13 April 2021/12.20 WIB

Berat/panjang : 350 gram/50 cm

Jumlah kotiledon : 20 buah

Inseri tali pusat : Centralis

2) Pemeriksaan Umum

KU : Baik

Kesadaran : Komposmenthis

GCS : 4-5-6

TTV : TD : 120/80 mmHg S : 36,1° C

N : 88 x/menit RR : 20 x/menit

3) Pemeriksaan Fisik

Kepala : Rambut warna hitam, distribusi merata, lurus, bersih, tidak rontok, kulit kepala bersih, tidak ada luka, tidak terdapat nyeri tekan maupun benjolan abnormal.

- Wajah : Simetris, tidak pucat, bentuk ovale, tidak ada odema, tidak terdapat cloasma gravidarum.
- Mata : Simetris, tidak oedem, tidak ada secret, conjungtiva merah muda, sclera berwarna putih terdapat gambaran tipis pembuluh darah, kedua bola mata terbentuk, reflek pupil isokor, tidak ada pembesaran hematom palpebra.
- Hidung : Simetris, Pernafasan spontan, hidung bersih tidak ada polip, tidak ada benda asing, tidak ada secret, terdapat bulu – bulu halus, dan tidak ada cyanosis, tidak ada benjolan abnormal.
- Telinga : Simetris, Pendengaran baik, tidak ada lesi, tidak ada benjolan abnormal, bersih, tidak ada serumen, tidak ada benda asing, membrane tympani utuh warna putih mengkilat.
- Mulut : Simetris, warna merah muda, lembab, tidak ada stomatitis, gigi bersih, tidak ada karang gigi, lidah bersih, tidak ada pembesaran tonsil.
- Leher : Bentuk leher normal, tidak ada kaku kuduk, tidak ada luka bekas operasi, tidak terdapat pembesaran kelenjar limfe dan tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak terdapat bendungan vena jugularis .
- Dada : Simetris, bentuk bulat datar, tidak ada tarikan intercostae, tidak ada jejas, suara nafas vesikuler, BJ I dan II normal, tidak ada nyeri tekan, tidak ada krepitasi.

Payudara: Simetris, puting menonjol, hiperpigmentasi pada areola dan puting susu, kelenjar montgomery menonjol, konsistensi lunak, tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan abnormal, kolostrum sudah keluar.

Abdomen : Terdapat linea nigra, striae albican, TFU 3 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik (teraba bulat keras).

Genetalia : Rambut pubis merata, tidak ada odema, tidak ada varises, terdapat luka jahitan perineum, tidak ada kondiloma akuminata, terdapat pengeluaran darah dari vagina lochea rubra berwarna merah segar.

Anus : Terdapat hemoroid.

Ekstremitas:

Atas : Simetris, kuku tidak pucat, tidak terdapat oedema, tidak ada clubbing of finger, gerakan bebas, tidak ada oedem kanan/kiri, akral hangat, turgor kulit kembali 1 detik.

Bawah : Simetris, kuku tidak pucat, tidak terdapat oedema, tidak ada varises, tidak ada clubbing of finger, gerakan bebas, tidak odem kanan/kiri, reflek patella +, akral hangat, turgor kulit kembali 1 detik.

3.3.2 Interpretasi Data Dasar

DX : Ny. "A" P₃₀₀₃ Post Partum 6 jam dengan Nyeri Luka Jahitan Perineum

DS : Ibu mengatakan telah melahirkan anak ketiganya secara normal pada tanggal 13 April 2021, dan mengeluh nyeri luka jahitan pada daerah kemaluannya.

DO : Keadaan umum: Baik

Kesadaran : Komposmenthis

GCS : 4-5-6

TTV : TD : 120/80 mmHg S : 36,1° C

N : 88 x/menit RR : 20 x/menit

Kolostrum sudah keluar

Pada genetalia terdapat luka jahitan perineum, terdapat pengeluaran darah merah segar (lochea rubra), ½ pembalut, bau khas.

TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi baik (bulat keras).

3.3.3 Identifikasi Masalah Potensial

-

2.3.5 Identifikasi Kebutuhan Segera

-

2.3.6 Intervensi

1. Tujuan jangka pendek

Setelah dilakukan asuhan kebidanan selama \pm 60 menit, diharapkan ibu memahami tentang kondisinya, mampu mengatasi rasa nyeri dan mengerti penjelasan yang telah diberikan oleh bidan, dengan kriteria hasil:

K : Ibu dapat menjelaskan kembali tentang penjelasan yang diberikan oleh bidan tentang cara mengatasi nyeri luka jahitan perineum yaitu dengan tehnik relaksasi, mobilisasi secara bertahap, pola nutrisi dan personal

hygiene, pola istirahat, cara merawat luka jahitan perineum, tanda-tanda bahaya masa nifas, kunjungan ulang masa nifas, perawatan bayi dan tali pusat, memandikan bayi, perawatan payudara, dan meneteki.

A : Ibu bersedia melakukan anjuran yang diberikan oleh bidan melakukan tehnik relaksasi, mobilisasi secara bertahap, tidak tarak makan dan sering mengganti pembalut, istirahat yang cukup, merawat luka jahitan perineum, serta kunjungan ulang masa nifas sesuai jadwal, perawatan bayi dan tali pusat, memandikan bayi, perawatan payudara masa nifas, dan meneteki.

P : Ibu dapat mendemonstrasikan tentang tehnik relaksasi untuk mengurangi nyeri luka jahitan perineum dan mobilisasi secara bertahap dan cara meneteki.

P : Nyeri luka jahitan perineum yang dirasakan ibu berkurang.

2. Tujuan Jangka Panjang

Setelah dilakukan asuhan kebidanan, pada saat control ulang (1 minggu kemudian) diharapkan kondisi ibu baik dan dapat melakukan aktivitas seperti sebelum melahirkan, dengan kriteria hasil :

K : Ibu dapat menjelaskan kembali tentang penjelasan yang diberikan oleh bidan tentang cara mengatasi nyeri luka jahitan perineum dengan tehnik relaksasi, mobilisasi secara bertahap, pola nutrisi dan personal hygiene, pola istirahat, cara merawat luka jahitan perineum, tanda-tanda bahaya masa nifas, kunjungan ulang masa nifas, perawatan bayi

dan tali pusat, memandikan bayi, perawatan payudara masa nifas, dan meneteki.

A : Ibu telah melakukan anjuran yang diberikan oleh bidan untuk melakukan tehnik relaksasi, mobilisasi secara bertahap, tidak tarak makan dan sering mengganti pembalut, istirahat yang cukup, merawat luka jahitan perineum, kunjungan ulang masa nifas sesuai jadwal, perawatan bayi dan tali pusat, memandikan bayi, perawatan payudara masa nifas, dan meneteki.

P : ibu dapat melakukan anjuran

- P : 1) TTV dalam batas normal : TD :Systole 90-120 mmHg dan Diastole 60-90 mmHg, Nadi 60-120 x/menit, RR 16-24 x/menit, Suhu 36° C- 37,5°C.
- 2) TFU pertengahan antara pusat dan simfisim pada hari ke 7.
 - 3) Kontraksi uterus baik teraba keras dan tidak terjadi perdarahan..
 - 4) Lochea sanguinolenta pada hari ke 3-7 berwarna merah kekuningan (lendir dan darah).
 - 5) Tidak ada tanda-tanda infeksi, yaitu : demam $\geq 38^{\circ}\text{C}$, kemerahan, keluar pus, keluar darah dari luka jahitan perineum, serta lochea purulenta dan berbau.
 - 6) ASI lancar.
 - 7) Nyeri luka jahitan perineum berkurang dan kering dengan baik.
 - 8) Tidak terjadi gangguan jiwa.

Intervensi :

1. Lakukan pendekatan terapeutik pada ibu dan keluarga.
R/Menjalin hubungan baik antara ibu, keluarga, dan bidan.
2. Jelaskan pada ibu tentang kondisinya saat ini.
R/ Dengan pengetahuan yang adekuat ibu akan kooperatif dalam setiap asuhan.
3. Ajarkan dan anjurkan ibu untuk melakukan tehnik relaksasi.
R/ mengurangi rasa nyeri.
4. Anjurkan ibu untuk latihan berjalan, secara bertahap dan pelan-pelan.
R / Memperlancar peredaran darah dan mempercepat proses penyembuhan ibu.
5. Berikan HE pada ibu tentang hal-hal yang belum ia ketahui selama masa nifas.
R/ Dengan pengetahuan yang adekuat ibu lebih mandiri.
 - 1) Cara merawat luka jahitan perineum.
R/ dengan perawatan yang benar maka luka akan lebih cepat kering dan tidak infeksi.
 - 2) Pola nutrisi untuk ibu nifas. R/ nutisi yang baik dapat memperbaiki keadaan dan proses pemulihan ibu lebih cepat.
 - 3) Personal hygiene (cara mengganti pembalut).
R/ mengurangi terjadinya resiko infeksi
 - 4) Tanda-tanda bahaya masa nifas.
R/ deteksi dini adanya komplikasi.
 - 5) Jadwal kunjungan ulang masa nifas.
R/ waktu yang sesuai untuk melakukan pemeriksaan secara berkesinambungan untuk mencegah adanya komplikasi.

- 6) Perawatan bayi dan tali pusat.
R/ menghindari infeksi yang akan terjadi pada bayi.
- 7) Perawatan payudara.
R/ menyiapkan pemberian ASI pada bayi, agar bayi mendapatkan ASI eksklusif.
6. Dekatkan ibu pada bayinya
R/ Untuk melakukan kontak kulit atau mendekatkan bayi pada ibunya.
7. Bantu ibu memberika ASI pada bayinya secara benar.
R/ Nutrisi bayi tercukupi.
8. Berikan terapi peroral pada ibu.
R/ untuk segera memulihkan kondisi pasien.
9. Anjurkan ibu untuk kontrol ulang 1 minggu lagi atau sewaktu-waktu jika ada keluhan.
R/ memastikan masa nifas berjalan dengan normal.
10. Dokumentasikan seluruh Asuhan Kebidanan yang diberikan kepada pasien
R / Bukti tertulis seluruh Asuhan Kebidanan yang diberikan kepada pasien.

2.3.6 Implementasi

Tanggal : 13 April 2021

Jam : 17.30 WIB

Jam	Implementasi	Paraf
17.30	Melakukan pendekatan terapeutik pada ibu dan keluarga dengan komunikasi yang ramah, sopan, dan menggunakan bahasa yang mudah difahami oleh ibu dan keluarga.	
17.35	Menjelaskan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga bahwa kondisi ibu saat ini baik baik saja karena semua dalam batas normal yaitu TD120/80 mmHg, suhu 36,1° C, nadi 88 x/menit, dan RR 20 x/menit, TFU 3 jari dibawah pusat, lochea rubra berwarna merah segar, sedangkan nyeri luka jahitan perineum yang ibu rasakan saat ini adalah hal yang wajar jadi ibu tidak perlu khawatir.	

17.40	Mengajarkan dan menganjurkan ibu untuk melakukan tehnik relaksasi untuk mengurangi rasa nyeri dengan cara menarik nafas dalam dari hidung, kemudian mengeluarkannya dari mulut.	
17.43	Menganjurkan ibu untuk latihan berjalan secara perlahan-lahan agar kondisi ibu dapat cepat pulih kembali serta tidak terjadi perdarahan maupun komplikasi lainnya.	
17.45	<p>Memberikan HE pada ibu dan keluarga tentang hal-hal yang belum ibu ketahui, yaitu :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Menganjurkan ibu untuk merawat luka perineum dengan cara menjaga agar luka tetap bersih agar terhindar dari infeksi. 2) Menganjurkan pada ibu untuk memenuhi kebutuhan nutrisi dengan tidak terek makanan apapun kecuali makanan yang alergi dengan frekuensi makan minimal 3 kali sehari dengan porsi lebih banyak untuk memenuhi kebutuhan karbohidrat dan protein seperti makan nasi, lauk pauk, sayur dan buah. Selain itu ibu juga harus banyak minum air putih minimal sehari 3 liter (3 botol air mineral besar) agar luka jahitan perineum segera kering. 3) Menganjurkan pada ibu untuk menjaga pola personal hygiene dengan sering mengganti pembalut bila terasa penuh atau minimal 6 jam sekali dan cebok tidak boleh menggunakan air hangat dengan air biasa saja, cebok dari arah depan kebelakang, setelah cebok letakkan kasa yang dibasahi betadine pada luka jahitan perineum, agar luka segera sembuh. 4) Menjelaskan pada ibu tentang tanda-tanda bahaya masa nifas yaitu : perdarahan lewat jalan lahir, keluar cairan berbau dari jalan lahir, demam > 2 hari, bengkak dimuka, tangan, kaki, sakit kepala hebat, kejang, mengalami gangguan jiwa, dan luka jahitan perineum keluar nanah atau darah. 5) Menjelaskan pada ibu cara merawat bayi dan tali pusat, yaitu: bayi harus tetap dalam keadaan hangat, susui bayi setiap 1 jam sekali, atau sesuai keinginan bayi dan apabila bayi sedang tidur bangunkan bayi terlebih dahulu, merawat tali pusat setiap bayi mandi dengan cara tidak membubuhi apapun pada tali pusat bayi cukup di bungkus dengan kassa yang kering. 6) Menjelaskan pada ibu cara perawatan payudara pada masa nifas yaitu : berfungsi agar ASI semakin banyak yang keluar dan untuk ibu yang ASInya belum keluar dilakukan perawatan payudara agar ASI segera keluar, dan anak bisa segera menyusu pada ibunya. 7) Menjelaskan pada ibu tentang kunjungan ulang masa nifas, yaitu : 1 minggu setelah persalinan, 2 minggu setelah persalinan, dan 6-8 minggu setelah persalinan, tetapi apabila ibu mengalami keluhan atau ada tanda-tanda bahaya maka ibu harus segera pergi ke bidan meskipun belum jadwal kontrol ulang. 	
17.55	Mendekatkan ibu pada bayinya agar bayi dapat mengenal ibu lebih baik lagi, dan kontak kulit dapat berlangsung dengan baik.	
17.56	Membantu ibu untuk memberikan ASI pada bayinya.	
18.00	Memberikan terapi per oral dari bidan yaitu : Amoxilin 3x1, Asam mefenamat 3x1, Calsifar (vit A) 1x1, dan Etabion 1x1.	
18.01	Menganjurkan ibu untuk kontrol ulang satu minggu lagi pada tanggal 20-04-2021, atau sewaktu-waktu jika ada keluhan yang terjadi.	

18.05	Mendokumentasikan seluruh asuhan kebidanan yang diberikan kepada pasien.	
-------	--	--

3.3.7 Evaluasi

Tanggal : 13 April 2021

Jam : 19.05 WIB

S : Ibu mengatakan nyeri luka Jahitan perineum sedikit berkurang.

O : Keadaan umum ibu baik, sudah mulai bisa berjalan ke kamar mandi.

A : Ny. "A" P₃₀₀₃ 6 jam Post Partum dengan Nyeri Luka Jahitan Perineum, masalah teratasi sebagian.

P : Menganjurkan ibu kontrol ulang 1 minggu lagi atau sewaktu-waktu apabila ada keluhan.

Kunjungan II (1 Minggu Post Partum)

Tanggal : 20 April 2021

Jam : 07.00 WIB

S : Ibu mengatakan keadaannya sudah lebih baik.

Ibu mengatakan nyeri luka jahitan perineum sudah berkurang.

O : KU : Baik

Kesadaran : Composmenthis

GCS : 4-5-6

TD : 120/80 mmHg N : 88 x/menit

S : 36,6⁰ C RR : 20 x/menit

Ibu sudah bisa beradaptasi karena nyeri luka jahitan perineum sudah berkurang.

Pada genetalia terdapat luka jahitan perineum yang cukup kering, tidak ada rembesan darah maupun nanah, Pengeluaran lochea sanguinolenta berwarna merah kuning \pm 1/4 pembalut.

TFU pertengahan pusat dan simpisis, UC baik (teraba bulat keras).

ASI keluar lancar.

A : Ny. "A" P₃₀₀₃ Post Partum hari ke 7 Fisiologis tujuan tercapai.

P : Tujuan jangka pendek : setelah dilakukan asuhan kebidanan selama \pm 60 menit diharapkan ibu mengerti tentang kondisinya saat ini dan bersedia melakukan saran dari bidan, dengan kriteria hasil :

K : Ibu mampu menjelaskan kembali tentang kondisi ibu saat ini dan HE yang diberikan bidan mengenai, perawatan tali pusat, menjaga bayi agar tetap hangat, cara menyusui dengan benar dan tepat, istirahat yng cukup, dan tanda-tanda bahaya masa nifas.

A : Ibu bersedia melakukan saran dari bidan tentang perawatan tali pusat, menjaga bayi agar tetap hangat, cara menyusui dengan benar dan tepat, istirahat yng cukup, dan tanda-tanda bahaya masa nifas.

P :-

P :-

Tujuan jangka panjang : setelah dilakukan asuhan kebidanan, pada saat kunjungan ulang (1 minggu lagi), diharapkan tidak terjadi komplikasi pada ibu selama masa nifas, dengan kriteria hasil :

K : Ibu mampu menjelaskan kembali tentang HE yang diberikan bidan pada kunjungan sebelumnya mengenai perawatan tali pusat, menjaga bayi

agar tetap hangat, cara menyusui dengan benar dan tepat, istirahat yang cukup, dan tanda-tanda bahaya masa nifas.

A : Ibu telah melakukan saran dari bidan tentang perawatan tali pusat, menjaga bayi agar tetap hangat, cara menyusui dengan benar dan tepat, istirahat yang cukup, dan tanda-tanda bahaya masa nifas.

P :-

P : TTV ibu dalam batas normal (TD Sistolik 100-120 mmHg/Diastolik 60-80 mmHg, Nadi 60-100 x/menit, Suhu $36,5^{\circ}\text{C}$ - 37°C , RR 16-24 x/menit), nyeri luka jahitan perineum sudah tidak terasa, luka jahitan perineum sudah kering dengan baik dan tidak ada tanda infeksi (warna kemerahan, oedema, bernanah atau keluar darah), TFU pertengahan antara pusat dan simpisis, lochea serosa, serta tidak terjadi tanda-tanda bahaya masa nifas.

Implementasi :

- 1) Melakukan pendekatan terapeutik pada ibu dan keluarga dengan komunikasi yang ramah, sopan, dan menggunakan bahasa yang mudah difahami oleh ibu dan keluarga.
- 2) Menjelaskan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga bahwa ibu dalam keadaan baik karena semuanya dalam batas normal yaitu, TD : 120/80 mmhg, N : 88 x/menit, S : $36,5^{\circ}\text{C}$, RR : 20 x/menit. Selain itu, keadaan luka jahitan perineum juga baik serta tidak ada tanda-tanda infeksi, sedangkan nyeri yang ibu rasakan sudah berkurang.
- 3) Menjelaskan pada ibu cara merawat bayi dan tali pusat, yaitu: bayi harus tetap dalam keadaan hangat, susui bayi setiap 1 jam sekali, atau sesuai

keinginan bayi dan apabila bayi sedang tidur bangunkan bayi terlebih dahulu, merawat tali pusat setiap bayi mandi dengan cara tidak membubuhi apapun pada tali pusat bayi cukup di bungkus dengan kassa yang kering.

- 4) Pastikan ibu dan bayi berada pada posisi yang nyaman, posisi kepala bayi harus lebih tinggi dibanding tubuhnya, tempatkan hidung bayi sejajar dengan puting, saat bayi membuka mulut dekatkan bayi ke payudara ibu, pastikan mulut bayi tidak menempel pada puting tetapi bawah puting payudara juga, bayi menyusui sekitar 5 hingga 40 menit tergantung kebutuhannya.
- 5) Menganjurkan ibu untuk istirahat yang cukup, istirahat dapat dilakukan dengan tidur siang atau tidur malam dan ibu dianjurkan istirahat saat bayi sedang tertidur, jika ibu kurang istirahat akan mengakibatkan berkurangnya jumlah produksi ASI, proses involusi, memperbanyak perdarahan, menyebabkan depresi dan menimbulkan rasa ketidakmampuan merawat bayi.
- 6) Menjelaskan pada ibu tentang tanda-tanda bahaya masa nifas yaitu : perdarahan lewat jalan lahir, keluar cairan berbau dari jalan lahir, demam > 2 hari, bengkak dimuka, tangan, kaki, sakit kepala hebat, kejang, mengalami gangguan jiwa, dan luka jahitan perineum keluar nanah atau darah.
- 7) Menganjurkanpada ibu untuk meminum obatnya secara teratur yaitu : Etabion 1x1 dan Asam mefanamat 3x1.

8) Menganjurkan ibu untuk kontrol ulang 1 minggu lagi yaitu tanggal 27 April 2021 atau sewaktu-waktu apabila ada keluhan.

9) Mendokumentasikan semua asuhan yang telah diberikan.

Evaluasi : ibu mengerti tentang kondisinya saat ini, mampu menjelaskan kembali penjelasan yang diberikan bidan serta bersedia melakukan saran dari bidan.

Kunjungan III (2 Minggu Post Partum)

Tanggal : 27 April 2021

Jam : 16.00 WIB

S : 1) Ibu mengatakan nyeri luka jahitan perineum sudah tidak begitu terasa, sedangkan darah nifas kadang masih keluar sedikit-sedikit dan kadang juga tidak berwarna kuning.

O : KU : Baik

Kesadaran : Composmenthis

GCS : 4-5-6

TD : 110/70 mmHg N : 84 x/menit

S : 36,5⁰ C RR : 22 x/menit

Pada genitalia terdapat luka jahitan perineum yang sudah kering, tidak ada rembesan darah maupun nanah, terdapat pengeluaran dari vagina berwarna kuning sediki ½ pembalut, tidak ada tanda infeksi.

TFU sudah tidak teraba.

ASI keluar lancar.

A : Ny. "A" P₃₀₀₃ Post Partum Hari Ke 14 Fisiologis, tujuan tercapai.

P : Tujuan jangka pendek : setelah dilakukan asuhan kebidanan selama \pm 60 menit diharapkan ibu mengerti tentang kondisinya saat ini dan bersedia melakukan saran dari bidan, dengan kriteria hasil :

K : Ibu mampu menjelaskan kembali tentang kondisi ibu saat ini dan HE yang diberikan bidan mengenai istirahat yang cukup, memastikan ibu menyusui dengan benar, merawat tali pusat, menjaga bayi agar tetap hangat, merawat bayi sehari-hari, kapan boleh melakukan hubungan seksual.

A : Ibu bersedia melakukan saran dari bidan mengenai istirahat yang cukup, memastikan ibu menyusui dengan benar, merawat tali pusat, menjaga bayi agar tetap hangat, merawat bayi sehari-hari, kapan boleh melakukan hubungan seksual.

P :-

P :-

Tujuan jangka panjang : setelah dilakukan asuhan kebidanan, pada saat kunjungan ulang (4 minggu lagi) diharapkan tidak terjadi komplikasi pada ibu selama masa nifas, dengan kriteria hasil :

K : Ibu mampu menjelaskan kembali tentang HE yang diberikan bidan pada kunjungan sebelumnya mengenai mengenai istirahat yang cukup, memastikan ibu menyusui dengan benar, merawat tali pusat, menjaga bayi agar tetap hangat, merawat bayi sehari-hari, kapan boleh melakukan hubungan seksual.

A : Ibu telah melakukan saran dari bidan mengenai istirahat yang cukup, menyusui dengan benar, merawat tali pusat, menjaga bayi agar tetap hangat, merawat bayi sehari-hari.

P :-

P : TTV ibu dalam batas normal (TD Sistolik 100-120 mmHg/Diastolik 60-80 mmHg, Nadi 60-100 x/menit, Suhu $36,5^{\circ}\text{C}$ - 37°C , RR 16-24 x/menit), TFU sudah tidak teraba lagi, lochea alba, serta tidak terjadi tanda-tanda bahaya masa nifas.

Implementasi :

- a. Melakukan pendekatan terapeutik pada ibu dan keluarga dengan komunikasi yang ramah, sopan, dan menggunakan bahasa yang mudah difahami oleh ibu dan keluarga.
- b. Menjelaskan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga bahwa ibu dalam keadaan baik karena semuanya dalam batas normal yaitu TD : 110/70 mmhg, N : 84 x/menit, S : $36,5^{\circ}\text{C}$, RR : 22 x/menit. Selain itu, keadaan luka perineum sudah kering dengan baik dan tidak ada tanda-tanda infeksi.
- c. Menganjurkan ibu untuk istirahat yang cukup, istirahat dapat dilakukan dengan tidur siang atau tidur malam dan ibu dianjurkan istirahat saat bayi sedang tertidur, jika ibu kurang istirahat akan mengakibatkan berkurangnya jumlah produksi ASI, proses involusi, memperbanyak

perdarahan, menyebabkan depresi dan menimbulkan rasa ketidakmampuan merawat bayi.

- d. Pastikan ibu dan bayi berada pada posisi yang nyaman, posisi kepala bayi harus lebih tinggi dibanding tubuhnya, tempatkan hidung bayi sejajar dengan puting, saat bayi membuka mulut dekatkan bayi ke payudara ibu, pastikan mulut bayi tidak menempel pada puting tetapi bawah puting payudara juga, bayi menyusui sekitar 5 hingga 40 menit tergantung kebutuhannya.
- e. Menjelaskan pada ibu cara merawat bayi dan tali pusat, yaitu: bayi harus tetap dalam keadaan hangat, susui bayi setiap 1 jam sekali, atau sesuai keinginan bayi dan apabila bayi sedang tidur bangunkan bayi terlebih dahulu, merawat tali pusat setiap bayi mandi dengan cara tidak membubuhi apapun pada tali pusat bayi cukup di bungkus dengan kassa yang kering.
- f. Menjelaskan pada ibu dan suami waktu kapan ia boleh melakukan hubungan suami istri yaitu apabila darah nifas sudah berhenti dan apabila ibu memasukkan 1-2 jarinya ke alat kemaluannya tidak merasa nyeri.
- g. Menganjurkan ibu untuk kontrol ulang 4 minggu lagi yaitu tanggal 28 Mei 2021 atau sewaktu-waktu apabila ada keluhan.
- h. Mendokumentasikan semua asuhan yang telah diberikan.

Evaluasi : ibu mengerti tentang kondisinya saat ini, mampu menjelaskan kembali penjelasan yang diberikan bidan serta bersedia melakukan saran dari bidan.

Kunjungan IV (6 Minggu Post Partum)

Tanggal : 25 Mei 2021

Jam : 15.30 WIB

S : Ibu mengatakan tidak ada keluhan apapun, ibu sudah mulai beraktivitas seperti biasanya.

ibu mengatakan ingin merencanakan penggunaan KB setelah masa nifas selesai.

O : KU : Baik

Kesadaran : Composmenthis

GCS : 4-5-6

TD : 120/80 mmHg N : 80 x/menit

S : 36,5⁰ C RR : 20 x/menit

Pada genitalia terdapat luka bekas jahitan perineum yang sudah kering, tidak ada pengeluaran dari vagina ibu berupa cairan putih.

TFU sudah tidak teraba.

ASI keluar lancar.

A : Ny. "A" P₃₀₀₃ Post Partum Hari Ke 44 Fisiologis, tujuan tercapai.

P : Tujuan jangka pendek : setelah dilakukan asuhan kebidanan selama ± 60 menit diharapkan ibu mengerti tentang kondisinya saat ini dan bersedia melakukan saran dari bidan, dengan kriteria hasil :

K : Ibu mampu menjelaskan kembali tentang kondisi ibu saat ini dan HE yang diberikan bidan mengenai macam-macam KB yang dapat digunakan selama ibu menyusui.

A : Ibu bersedia untuk melakukan saran dari bidan tetapi akan berunding dulu dengan suami KB apa yang akan ia gunakan.

P :-

P :-

Tujuan jangka panjang : setelah dilakukan asuhan kebidanan, pada saat kunjungan ulang diharapkan ibu mengerti tentang kondisinya, dan sudah memutuskan untuk menggunakan KB apa serta masa nifas ibu sudah selesai, dengan kriteria hasil :

K : Ibu mampu menjelaskan kembali tentang HE yang diberikan bidan pada kunjungan sebelumnya mengenai macam-macam KB yang dapat digunakan selama ibu menyusui.

A : Ibu telah melakukan saran dari bidan dan sudah berunding tentang KB yang akan ibu gunakan.

P :ibu dapat melakukan saran dari bidan

P : TTV ibu dalam batas normal (TD Sistolik 100-120 mmHg/Diastolik 60-80 mmHg, Nadi 60-100 x/menit, Suhu $36,5^{\circ}\text{C}$ - 37°C , RR 16-24 x/menit) dan ibu serta suami sudah dapat menentukan jenis KB yang akan ia gunakan.

Implementasi :

- a. Melakukan pendekatan terapeutik pada ibu dan keluarga dengan komunikasi yang ramah, sopan, dan menggunakan bahasa yang mudah difahami oleh ibu dan keluarga.

- b. Menjelaskan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga bahwa ibu dalam keadaan baik karena semuanya dalam batas normal yaitu TD : 120/80 mmhg, N : 80 x/menit, S : 36,5⁰ C, RR : 20 x/menit. Keadaan bekas luka jahitan perineum sudah kering dengan baik dan tidak ada tanda-tanda infeksi, sehingga dapat dikatakan bahwa masa nifas ibu sudah berjalan dengan baik dan tidak ada komplikasi apapun.
- c. Memberikan konseling pada ibu dan suaminya tentang macam-macam kontrasepsi yang dapat digunakan ibu selama menyusui dan tidak mempengaruhi produksi ASI, yaitu :
- (1) MAL (Metode Amenore Laktasi) yaitu cara KB alami yang dapat digunakan setelah ibu melahirkan dengan cara menyusui bayinya selama 6 bulan tanpa memberikan apapun pada bayi termasuk susu formula. Cara ini dapat digunakan selama ibu belum mendapat haid.
 - (2) Suntik 3 bulan yaitu KB yang hanya mengandung hormon progestin saja kontrasepsi suntikan ini hanya mengandung progestin, yaitu: 1) Depo Medroksiprogesteron Asetat (Depoprovera), mengandung 150 mg DMPA, yang diberikan setiap 3 bulan dengan cara disuntik intramuskular (di daerah bokong) sehingga tidak mempengaruhi produksi ASI selama ibu masih menyusui. Keuntungan : pencegahan kehamilan jangka panjang, klien tidak perlu menyimpan obat dan minum obat tiap hari, Tidak memiliki pengaruh terhadap ASI. Keterbatasan : terjadi perubahan pola haid, sangat tergantung pada

pelayanan kesehatan, tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu sebelum suntikan berikutnya.

- (3) Minipil yaitu pil KB khusus untuk ibu menyusui yang hanya mengandung hormon progestin saja, Jenis : Kemasan dengan isi 35 pil: 300 μg levonorgestrel atau 350 μg noretindron, Kemasan dengan isi 28 pil : 75 μg desogestrel, Keuntungan : tidak mempengaruhi produksi ASI, dapat dihentikan setiap saat, dan kesuburan cepat kembali, Keterbatasan : peningkatan atau penurunan berat badan, harus digunakan setiap hari dan pada waktu yang sama, bila lupa 1 pil saja kegagalan menjadi lebih besar.
- (4) Implan yaitu metode KB hormonal (susuk) yang dipasang pada lengan kiri yang berisi 2 batang kapsul. Keuntungan : perlindungan jangka panjang sampai 5 tahun, tidak mengganggu produksi ASI, klien hanya perlu kembali ke klinik bila ada keluhan, dan dapat dicabut setiap saat sesuai dengan kebutuhan. Keterbatasan : dapat mempengaruhi pola haid, bila ingin mencabut klien harus pergi ke klinik, untuk pemasangan perlu dilakukan pembedahan kecil pada lengan yang akan dimasuki kapsul implant.
- (5) IUD yaitu KB yang dimasukan didalam rahim ibu atau yang biasa disebut dengan KB spiral. Keuntungan : efektif dengan proteksi jangka panjang 8-10 tahun, tidak mempengaruhi produksi ASI, dan kesuburan segera kembali sesudah IUD diangkat. Keterbatasan : diperlukan pemeriksaan dalam dan penyaringan infeksi genitalia

sebelum pemasangan IUD, diperlukan tenaga terlatih untuk pemasangan dan pencanbutan, dan klien tidak dapat menghentikan sendiri setiap saat.

- (6) Kondom merupakan suatu kantong karet yang tipis, berwarna atau tidak berwarna, dipakai untuk menutupi penis yang ereksi sebelum dimasukkan ke dalam vagina sehingga sperma tertampung didalamnya dan tidak masuk vagina, dengan demikian mencegah pembuahan. Keuntungan : Mencegah kehamilan, memberi perlindungan dari penyakit akibat hubungan seks, dapat diandalkan, relatif murah, sederhana, ringan, disposable, tidak perlu pemeriksaan medis, reversible, pria ikut serta aktif dalam KB. Kerugian : Angka kegagalan relatif tinggi, perlu menentukan sementara aktivitas dan spontanitas hubungan seks guna memasng kondom, perlu dipakai secara konsisten, hati-hati dan terus menerus pada setiap senggama.

- d. Mendokumentasikan semua asuhan yang telah diberikan.

Evaluasi : ibu mengerti tentang kondisinya saat ini dan mampu menjelaskan kembali penjelasan dari bidan.

3.4 Asuhan Kebidanan Pada Neonatus

3.4.1 Pengkajian

Kunjungan I (Usia 6 Jam)

Tanggal Pengkajian : 13 April 2021

Jam : 17.05 WIB

Tempat : puskesmas karanggeneng

Oleh : Nanda Satya Indra Pratiwi

1) Data Subyektif

1) Biodata

(1) Bayi

Nama : By. Ny "A"

Umur : 6 Jam

Jenis Kelamin : Perempuan

Tgl. Lahir : 13 April 2021

Jam : 17.05 WIB

Anak ke : 3

(2) Orang Tua

Nama : Ny "A"

Nama suami : Tn "T"

Umur : 23 tahun

Umur : 33 tahun

Suku/bangsa : Jawa/Indonesia

Suku/bangsa : Jawa/Indonesia

Agama : Islam

Agama : Islam

Pendidikan : SMP

Pendidikan : SMA

Pekerjaan : IRT

Pekerjaan : Swasta

Penghasilan : -

Penghasilan : ±1.000.000

Alamat : Desa. Latukan RT 03 RW 01, Karanggeneng, Lamongan

2) Keluhan Utama : Tidak ada

3) Riwayat keluhan utama : Tidak ada

4) Riwayat Antenatal :

Trimester	UK	Keluhan	Terapi	Penyuluhan	TT	Periksa
I	8 minggu	Mual muntah saat pagi hari	Etabion 1x1 dan vosea 3x1	Makan sesering mungkin sedikit- sedikit tapi sering, istirahat yang cukup		Bidan
II	16,20,24 minggu	Tidak ada keluhan apa-apa	Etabion 1x1 dan calsifar 1x1	Tanda bahaya kehamilan, istirahat yang cukup		Bidan
III	28,32,34,3 6,37,38,39 minggu	Nyeri punggung dan terdapat benjolan	Etabion 1x1 dan calsifar 1x1	Perawatan payudara, persiapan persalinan	Usia kehamil an 7 bulan	

		pada anusnya				
--	--	-----------------	--	--	--	--

Sebelum hamil : Ibu tidak pernah menderita penyakit jantung, hipertensi, Diabetus Militus, asma atau Tuberculosis.

Selama hamil : Ibu tidak pernah menderita penyakit jantung, hipertensi, Diabetus Militus, asma atau Tuberculosis.

Pola Kebiasaan sehari-hari : Ibu mengatakan tidak pernah merokok, tidak pernah mengkonsumsi obat-obatan terlarang, dan tidak pernah minum jamu.

2) **Data Obyektif**

1) Riwayat Natal :

Umur Kehamilan : 39 Minggu
 Kehamilan Tunggal/Kembar : Tunggal
 Lama Persalinan Kala I : 9 Jam
 Lama Persalinan Kala II : 1 Jam 5 Menit
 Air Ketuban : Jernih
 Letak Bayi : Presentasi belakang kepala
 Cara Persalinan : Spontan B
 Penolong : Bidan
 Tempat Persalinan : puskesmas karanggeneng
 Riwayat neonatal
 AS (Apgar Score)

Tabel 3.1

Penilaian Apgar Score

Penilaian	Menit ke-1	Menit ke-5
A (Apperiance) Warna kulit	2	2
P (Pulse) Denyut nadi	1	1
G (Grimace) Reflek	1	2
A(Activity) Tonus otot	1	1
R (Respiratory) Pernafasan	2	2
Jumlah	7	8

BB lahir : 2500 gram

Panjang badan : 48 cm

Lingkar dada : 31 cm

Ukuran kepala : 33 cm

Lingkar lengan atas : 10 cm

Menetek pertama kali: 1 jam setelah lahir

Obat-obatan yang telah diberikan: Injeksi neo K 0,5 ml dan salep mata antibiotik profilaksis.

Imunisasi : Hepatitis B

Keadaan gizi : Sudah minum ASI.

Eliminasi : BAB 1x warna kehitaman
BAK 2x warna kuning jernih

2) Pemeriksaan Umum

KU : Baik

Kesadaran : Gerakan dan tangisan kuat aktif

BB : 2500 gram

Suhu : 36,8° C

Pernafasan : 48 x/menit

Nadi : 146 x/menit

3) Pemeriksaan Fisik

Kepala : Tidak ada caput succedaneum, tidak ada cephal hematoma, UUB belum menutup, rambut berwarna hitam, distribusi merata, tidak ada benjolan abnormal maupun lesi.

Muka : Bentuk bulat, simetris, tidak anemis dan tidak ikterus, tidak ada odema.

Mata : Simetris, sclera berwarna putih terdapat gambaran tipis pembuluh darah, tidak ikterus dan kongjungtiva berwarna merah muda, pupil isokor.

Hidung : Lubang hidung simetris, tidak ada cyanosis, tidak ada pernafasan cuping hidung, tulang hidung terbentuk sempurna, bersih, tidak ada secret.

Mulut : Simetris, terbentuk sempurna, bibir lembab, berwarna merah muda, tidak ada labioskisis maupun palatoskisis.

Telinga : Simetris, daun telinga bersih, aurikula terbentuk sempurna sejajar dengan epikantus luar mata.

Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar limfe dan tiroid, tidak ada bendungan vena jugularis, tidak ada kaku kuduk dan tidak teraba masa yang abnormal.

Dada : Bentuk bulat datar, gerakan dada simetris, suara nafas vesikuler, tidak ada suara nafas tambahan, tidak ada tarikan intercostae dan putting susu simetris.

Punggung : Tidak ada spina bifida.

Abdomen : Tidak ada benjolan abnormal, kondisi tali pusat segar dilapisi jelly warton, tidak ada darah dan pus serta tidak bau.

Genitalia : Jenis kelamin perempuan, terdapat labia mayora yang menutupi labia minora, terdapat lubang uretra dan vagina.

Anus : Bersih, terdapat lubang anus, letak sesuai, reflek berkedut (+).

Ektremitas

Atas : Jumlah jari lengkap, tidak ada sindaktil dan polidaktil, pergerakan bebas, akral hangat, warna kulit merah muda, turgor kulit kembali < 1 detik, tidak ada cyanosis.

Bawah : Jumlah jari lengkap, tidak ada sindaktil dan polidaktil, pergerakan bebas, akral hangat, warna kulit merah muda, turgor kulit kembali < 1 detik, tidak ada cyanosis.

4) Reflek

Reflek morrow : Baik, bayi langsung kaget saat ada rangsangan dengan mengangkat kedua tangannya (+)

Reflek rotting : Baik, bayi langsung mencari putting susu ibu saat putting di dekatkan ke mulutnya (+)

Reflek sucking : Baik, bayi dapat menghisap kuat saat menyusu ibunya (+)

Reflek swallowing: Baik, bayi dapat menelan ASI dengan baik saat menyusu dan tidak tersedak (+)

Reflek menggegam: Baik, bayi dapat langsung menggegam saat jari tangan kita diletakkan pada telapak tangannya (+)

Reflek tonick neck: Baik, bayi dapat menoleh kekanan dan kekiri (+)

Reflek glabella : Baik, bayi berkedip saat diketuk pada batang hidungnya(+)

5) Pemeriksaan Penunjang

-

3.4.2 Interpretasi Data Dasar

Diagnosa : By Ny."A" Neonatus Fisiologis Usia 6 Jam

Ds : -

Do :

KU : Baik

BB lahir : 2500 gram

Kesadaran : Gerakan dan tangisan kuat aktif

Panjang badan : 48cm

Suhu : 36,8° C

Lingkar dada : 31 cm

Nadi : 146 x/menit

Ukuran kepala : 33 cm

Pernafasan : 48 x/menit

Lingkar lengan atas : 10 cm

Warna kulit kemerahan, gerakan aktif, tangisan kuat BAB (+) 1x warna kehitaman dan BAK (+) 2x warna kuning jernih.

Refleks :

Reflek morrow : Baik, bayi langsung kaget saat ada rangsangan dengan mengangkat kedua tangannya (+)

Reflek rotting : Baik, bayi langsung mencari puting susu ibu saat puting di dekatkan ke mulutnya (+)

Reflek sucking : Baik, bayi dapat menghisap kuat saat menyusui ibunya (+)

Reflek swallowing : Baik, bayi dapat menelan ASI dengan baik saat menyusui dan tidak tersedak (+)

Reflek menggegam: Baik, bayi dapat langsung menggegam saat jari tangan kita diletakkan pada telapak tangannya (+)

Reflek tonick neck : Baik, bayi dapat menoleh kekanan dan kekiri (+)

Reflek glabella : Baik, bayi berkedip saat diketuk pada batang hidungnya(+)

3.4.3 Identifikasi Masalah Potensial

-

3.4.4 Kebutuhan Segera Tindakan

-

3.4.5 Intervensi

1. Tujuan jangka pendek :

Setelah dilakukan asuhan kebidanan selama \pm 60 menit diharapkan ibu dan keluarga mengerti tentang kondisi bayi serta penjelasan bidan, dengan kriteria hasil :

K : Ibu dan keluarga mampu menjelaskan kembali tentang HE yang diberikan bidan mengenai ASI eksklusif, jadwal pemberian ASI, cara menyusui dengan berbaring, cara memandikan bayi, tanda-tanda bahaya pada bayi, cara merawat tali pusat, menjemur bayi dipagi hari, jadwal imunisasi, dan jadwal kunjungan ulang.

A : Ibu bersedia melakukan semua saran dari bidan untuk memberikan ASI sesuai keinginan bayi, menyusui yang benar dengan berbaring, memandikan bayi, cara merawat tali pusat, menjemur bayi dipagi hari, melakukan imunisasi dan kunjungan ulang sesuai jadwal.

P : Ibu dapat mendemonstrasikan cara menyusui dengan berbaring, cara merawat tali pusat.

P : Bayi terlihat nyaman saat disusui.

2. Tujuan jangka panjang :

Setelah dilakukan asuhan kebidanan, saat kunjungan ulang (1 minggu lagi) diharapkan ibu dan keluarga mengerti tentang penjelasan yang telah disampaikan bidan serta kondisi bayi dalam keadaan normal, dengan kriteria hasil:

K : Ibu dan keluarga mampu menjelaskan kembali tentang HE yang diberikan bidan mengenai ASI eksklusif, jadwal pemberian ASI, cara menyusui dengan berbaring, tanda-tanda bahaya pada bayi, cara merawat tali pusat, menjemur bayi dipagi hari, jadwal imunisasi, dan jadwal kunjungan ulang.

A : Ibu telah melakukan semua saran dari bidan untuk memberikan ASI sesuai keinginan bayi, memandikan bayi, cara merawat tali pusat, menjemur bayi dipagi hari, melakukan imunisasi dan kunjungan ulang sesuai jadwal.

P :-

P : 1) Keadaan umum baik.

- 2) TTV bayi dalam batas normal (Suhu: 36,5-37,5⁰ C, Nadi: 120-160 x/menit, RR: 40-60 x/menit).
- 3) Nutrisi bayi terpenuhi.
- 4) Bayi dapat menyusu dengan baik.
- 5) Gerakan aktif, menangis kuat, warna kulit kemerahan.
- 6) Tidak ada tanda-tanda bahaya pada bayi, yaitu : bayi tidak mau menyusu, hisapan lemah, kejang dan gerakan lemah, hipotermi ikterus, tali pusat berbau, keluar darah dan nanah.

Intervensi :

1. Lakukan pendekatan terapeutik pada ibu dan keluarga.
R/ Meningkatkan hubungan saling percaya antara ibu, keluarga dan bidan.
2. Jelaskan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan.
R/ Pengetahuan yang adekuat, ibu dan keluarga lebih kooperatif dalam menerima setiap asuhan kebidanan.
3. Jaga bayi agar tetap hangat.
R/ Mencegah kehilangan panas pada bayi.
4. Berikan HE pada ibu dan keluarga
R/ Dengan pengetahuan yang adekuat ibu dan keluarga menjadi lebih mandiri
 - 1) ASI eksklusif. R/ memberikan nutrisi yang sesuai untuk bayi.
 - 2) Jadwal pemberian ASI. R/ nutrisi yang cukup dan sesuai dapat mempengaruhi perkembangan dan pertumbuhan bayi.
 - 3) Cara merawat tali pusat. R/ mencegah infeksi pada bayi.
 - 4) Cara memandikan bayi. R/ menjaga kebersihan bayi.

- 5) Tanda-tanda bahaya pada bayi. R/ deteksi dini adanya komplikasi.
 - 6) Menjemur bayi pada pagi hari. /R mencegah terjadinya bayi kuning.
 - 7) Jadwal imunisasi. R/ waktu yang tepat untuk imunisasi agar tidak ada yang terlewatkan.
 - 8) Jadwal kontrol ulang. R/ waktu yang sesuai untuk melakukan pemeriksaan pada bayi.
5. Mandikan bayi 6 jam setelah lahir jika keadaan bayi stabil dan jaga bayi agar tetap hangat.
R/ Penyesuaian bayi terhadap lingkungan ekstra uterin.
 6. Berikan imunisasi Hepatitis B dan neo K sebelum bayi dan ibu pulang.
R/ Menghindari terjadinya infeksi pada bayi
 7. Beritahu ibu jadwal kontrol ulang 1 minggu lagi atau sewaktu-waktu jika ada keluhan.
R/ Memastikan kondisi bayi dalam keadaan normal.
 8. Dokumentasikan semua asuhan yang telah diberikan.
R/ Bukti tertulis asuhan yang telah diberikan.

3.4.6 Implementasi

Tanggal : 13 April 2021

Jam : 17.05 WIB

Jam	Implementasi	Paraf
17.05	Melakukan pendekatan terapeutik pada ibu dan keluarga dengan cara berkomunikasi yang ramah, sopan, santun dan menggunakan bahasa yang mudah dimengerti ibu dan keluarga.	
17.10	Menjelaskan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga tentang tentang kondisi bayinya saat ini yaitu semua dalam batas normal KU : baik, gerakan dan tangisan kuat aktif, suhu : 36,8° C, nadi: 146 x/menit, pernafasan : 48 x/menit, BB lahir : 2500 gram, PB : 48 cm, lingkar dada : 31 cm, ukuran kepala : 33 cm, lingkar lengan atas : 10 cm, dan tidak ada kelainan maupun cacat bawaan pada bayi.	

17.15	Anjurkan memberikan bayi lingkungan yang hangat dengan meletakkan bayi bayi pada tempat yang hangat serta jauh dari AC atau kipas angin.	
17.17	Memberikan HE pada ibu untuk memberikan ASI eksklusif pada bayinya yaitu hanya memberikan ASI saja tanpa makanan apapun termasuk susu formula sampai usia bayi 6 bulan.	
17.18	Memberikan HE pada ibu dan keluarga tentang jadwal pemberian ASI yaitu diberikan sesuai dengan keinginan bayi atau minimal 2 jam sekali, apabila bayi tidur sebaiknya dibangunkan agar bayi tidak kuning karena kurang ASI.	
17.19	Memberikan HE pada ibu dan keluarga tentang cara merawat tali pusat bayi yaitu tali pusat dibersihkan setiap kali mandi atau basah dan tidak memberikan apapun pada tali pusat hanya dibungkus dengan kasa kering saja serta dibiarkan tetap kering.	
17.24	Memberikan HE pada ibu dan keluarga cara memandikan bayi yaitu bayi dimandikan dengan air hangat, kemudian keringkan bayi setiap selesai mandi dan jangan biarkan bayi terbuka tanpa baju terlalu lama agar tidak terjadi hipotermi serta ganti popok bayi setiap selesai BAK atau BAB dan jaga selalu kehangatan bayi dengan tidak meletakkan bayi didekat jendela, kipas angin, atau AC.	
17.29	Memberikan HE pada ibu dan keluarga tentang tanda-tanda bahaya pada bayi yaitu bayi tidak mau menyusu, hisapan lemah, kejang dan gerakan lemah, hipotermi (badannya dingin) atau hipertermi (badan panas), ikterus (warna kulit kuning), tali pusat berbau, keluar darah dan nanah, apabila bayi seperti ini segera bawa bayi ke tenaga kesehatan.	
17.35	Memberikan HE pada ibu dan keluarga untuk menjemur bayinya dibawah sinar matahari setiap pagi mulai dari jam 07.00-08.00 WIB dengan cara membuka baju bayi agar bayi tidak kuning tetapi mata bayi tidak boleh terkena sinar matahari secara langsung.	
17.37	Memberikan HE pada ibu tentang jadwal imunisasi yaitu pada usia 0-7 hari imunisasi Hepatiti B ₀ , usia 1 bulan Polio 1 dan BCG, usia 2 bulan DPT-Hb 1 dan Polio 2, usia 3 bulan DPT-Hb 2 dan Polio 3, usia 4 bulan DPT-Hb 3 dan Polio 4, dan usia 9 bulan campak. Jadwal imunisasi ini dapat disesuaikan dengan kondisi bayi sesuai dengan ketentuan yang ada karena apabila bayi sakit saat jadwal imunisasi maka bayi tersebut tidak bisa mendapat imunisasi karena dapat memperparah sakitnya sebab salah satu efek samping imunisasi ada yang dapat menyebabkan anak demam tetapi ibu dan keluarga tidak perlu khawatir apabila itu terjadi pada anak ibu karena itu hal yang wajar. Imunisasi sendiri bertujuan untuk memberikan kekebalan pada anak ibu agar tidak gampang sakit sehingga ibu dan keluarga tidak perlu khawatir jika anak demam setelah imunisasi karena itu hal yang wajar.	
17.42	Memberitahu pada ibu dan keluarga tentang jadwal kunjungan ulang untuk melakukan pemeriksaan ke tenaga kesehatan meskipun anaknya tidak sakit, yaitu saat usia bayi 1 minggu dan 4 minggu untuk memantau perkembangan dan pertumbuhan bayi.	
17.45	Memandikan bayi untuk membersihkan badan bayi dari kotoran yang melekat dan menjaga badan bayi tetap bersih dari kuman dan bakteri dan menjaga bayi agar tetap hangat.	

17.48	Memberikan imunisasi Hepatitis B dan Neo K sebelum ibu dan bayi pulang.	
17.55	Mendokumentasikan semua asuhan yang telah diberikan.	

3.4.7 Evaluasi

Tanggal : 13 April 2021

Jam : 18.55 WIB

S : Ibu mengatakan tidak ada keluhan pada bayinya.

O : Keadaan umum bayi baik, tangisan kuat, gerakan aktif, dan warna kulit kemerahan.

A : By Ny."A" Neonatus Fisiologis Usia 6 Jam, tujuan tercapai.

P : Menganjurkan ibu untuk memberikan ASI eksklusif pada bayinya dan kontrol ulang 1 minggu lagi atau sewaktu-waktu jika ada keluhan.

Kunjungan II (Neonatus Usia 1 Minggu)

Tanggal : 20 April 2021

Jam : 07.00 WIB

S : 1) Ibu mengatakan tidak ada keluhan pada bayinya. Ibu juga mengatakan bayinya minum ASI saja.

O : KU : Baik BB : 2600 gram

TTV : Suhu : 36,6⁰ C PB : 48 cm

Nadi : 132 x/menit LIDA : 31 cm

RR : 50 x/menit LIKA : 33 cm

LILA : 10 cm

Pemfis: Kepala : UUK dan UUB belum menutup.

Kulit : Kemerahan

Mata : Tidak ada secret

Mulut : Tidak ada oral trush

Abdomen : Umbilikus kering dan tali pusat sudah lepas, tidak kembung serta tidak ada pembesaran hepar.

Pola menyusui: ASI 6-7 x/hari/jika bayi ingin menyusui.

Pola eliminasi : BAB 1x/hari warna kuning. BAK ganti popok 3x/hari .

A : By Ny."A" Neonatus Fisiologis Usia 7 Hari, tujuan tercapai.

P : Tujuan jangka pendek : setelah dilakukan asuhan kebidanan selama \pm 60 menit diharapkan ibu dan keluarga mengerti tentang kondisi bayi saat ini dan bersedia melakukan saran dari bidan, dengan kriteria hasil :

K : Ibu dan keluarga mampu menjelaskan kembali tentang kondisi bayi saat ini dan HE yang diberikan bidan mengenai bayi harus diberikan ASI eksklusif, jadwal pemberian ASI, cara menyusui yang benar, jemur bayi dipagi hari, tanda-tanda bahaya pada bayi dan anjuran untuk imunisasi BCG dan Polio₁ bulan depan.

A : Ibu bersedia melakukan saran yang diberikan oleh bidan untuk memberikan ASI sesuai keinginan bayi, menyusui dengan benar, jemur bayi dipagi hari, dan melakukan imunisasi BCG dan Polio₁ bulan depan.

P : Ibu dapat mendemonstrasikan cara menyusui yang benar.

P :-

Tujuan jangka panjang : setelah dilakukan asuhan kebidanan, saat kunjungan ulang (1 minggu lagi) diharapkan tidak terjadi komplikasi pada bayi, dengan kriteria hasil :

K : Ibu dan keluarga mampu menjelaskan kembali HE yang diberikan bidan pada kunjungan sebelumnya yaitu bayi harus diberikan ASI eksklusif, jadwal pemberian ASI, cara menyusui yang benar, jemur bayi dipagi hari, tanda-tanda bahaya pada bayi.

A : Ibu telah melakukan saran bidan untuk memberikan ASI sesuai keinginan bayi, menyusui dengan, dan menjemur bayi dipagi hari.

P : -

P : Bayi dalam keadaan sehat, TTV dalam batas normal (Suhu: 36,5-37,5⁰ C, Nadi: 120-160 x/menit, RR: 40-60 x/menit), berat badan bayi bertambah dan tidak ada tanda-tanda bahaya pada bayi.

Implementasi :

- 1) Melakukan pendekatan terapeutik pada ibu dan keluarga dengan cara berkomunikasi yang ramah, sopan, santun dan menggunakan bahasa yang mudah dimengerti ibu dan keluarga.
- 2) Menjelaskan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga bahwa bayinya dalam keadaan baik karena semuanya dalam batas normal yaitu suhu 36,6⁰ C, N : 132 x/menit, RR : 50 x/menit, BB : 2600 gram serta tidak ada kelainan ataupun tanda-tanda bahaya pada bayi.
- 3) Memberikan HE pada ibu cara menyusui yang benar yaitu cuci tangan yang bersih dengan sabun, perah sedikit ASI dan oleskan disekitar puting kemudian duduk dan berbaring dengan santai,. Bayi diletakkan menghadap ke ibu dengan posisi menyanggah seluruh tubuh bayi, jangan hanya leher dan bahunya saja. Kepala dan tubuh bayi lurus, hadapkan bayi kedada ibu,

sehingga hidung bayi berhadapan dengan putting susu. Dekatkan tubuh bayi ke tubuh ibu, menyentuh bibir bayi ke putting susunya, dan menunggu sampai mulut bayi terbuka lebar. Segera dekatkan bayi ke payudara ibu sedemikian rupa, sehingga bibir bawah bayi terletak dibawah putting susu dan menutupi semua bagian areola susu.

- 4) Memotivasi kembali untuk pemberian ASI eksklusif pada bayinya yaitu hanya memberikan ASI saja tanpa makanan apapun termasuk susu formula sampai usia bayi 6 bulan. ASI harus diberikan sesuai keinginan bayi atau minimal 2 jam sekali.
- 5) Menjelaskan kembali pada ibu dan keluarga untuk menjemur bayinya dibawah sinar matahari setiap pagi mulai dari jam 07.00-08.00 WIB dengan cara membuka baju bayi agar bayi tidak kuning tetapi mata bayi tidak boleh terkena sinar matahari secara langsung.
- 6) Menjelaskan kembali pada ibu dan keluarga tentang tanda-tanda bahaya pada bayi yaitu bayi tidak mau menyusu, hisapan lemah, kejang dan gerakan lemah, hipotermi (badannya dingin) atau hipertermi (badan panas), ikterus (warna kulit kuning), tali pusat berbau, keluar darah dan nanah, apabila bayi seperti ini segera bawa bayi ke tenaga kesehatan.
- 7) Menganjurkan ibu untuk membawa bayinya imunisasi BCG dan Polio₁ bulan depan pada saat posyandu didesanya saja dan menganjurkan ibu untuk membawa bayinya kontrol ulang 1 minggu lagi atau sewaktu-waktu apabila ada keluhan.
- 8) Mendokumentasikan semua asuhan yang telah diberikan.

Evaluasi : ibu dan keluarga mengerti kondisi bayinya saat ini dan dapat menjelaskan kembali HE yang diberikan oleh bidan dan dapat mendemonstrasikan cara menyusui yang benar serta bersedia melakukan saran bidan.

Kunjungan III (Neonatus Usia 2 Minggu)

Tanggal : 27 April 2021

Jam : 16.00 WIB

S : 1) Ibu mengatakan tidak ada keluhan pada bayinya dan bayinya dalam keadaan sehat.

O : KU : Baik BB : 2800 gram
TTV : Suhu : 37⁰ C PB : 49 cm
Nadi : 130 x/menit LIDA : 31 cm
RR : 48 x/menit LIKA : 33 cm
LILA : 11 cm

Pemfis:Kepala : UUK dan UUB belum menutup

Kulit : Kemerahan

Mata : Tidak ada secret

Mulut : Tidak ada oral trush

Abdomen : Umbilikus kering, tali pusat sudah lepas, tidak kembung serta tidak ada pembesaran hepar.

Pola menyusui: ASI 5-6 x/hari/ sewaktu-waktu jika bayi ingin menyusui.

Pola eliminasi : BAB 1x/hari warna kuning. BAK ganti popok 3x/hari.

A : By Ny."A" Neonatus Fisiologis Usia 14 Hari, tujuan tercapai.

P :Tujuan jangka pendek : setelah dilakukan asuhan kebidanan selama \pm 60 menit diharapkan ibu dan keluarga mengerti tentang kondisi bayi saat ini dan bersedia melakukan saran dari bidan, dengan kriteria hasil :

K : Ibu dan keluarga mampu menjelaskan kembali tentang kondisi bayi saat ini dan HE yang diberikan bidan mengenai pemberian ASI eksklusif, jadwal pemberian ASI, cara jemur bayi dipagi hari, dan tanda-tanda bahaya pada bayi, serta anjuran untuk membawa bayi keposyandu bulan depan untuk imunisasi BCG dan Polio₁.

A : Ibu bersedia melakukan saran bidan untuk memberikan ASI sesuai keinginan bayi, menjemur bayi dipagi hari dan membawa bayi keposyandu bulan depan untuk imunisasi BCG dan Polio₁.

P :-

P :-

Tujuan jangka panjang : setelah dilakukan asuhan kebidanan, saat kunjungan ulang (4 minggu lagi) diharapkan kondisi bayi dalam keadaan baik dan tidak terjadi komplikasi apapun, dengan kriteria hasil :

K : Ibu dan keluarga mampu menjelaskan kembali tentang HE yang diberikan bidan pada kunjungan sebelumnya mengenai pemberian ASI eksklusif, jadwal pemberian ASI sesuai keinginan bayi, cara menjemur bayi dipagi hari, tanda-tanda bahaya pada bayi dan anjuran membawa bayi keposyandu bulan depan untuk imunisasi.

A : Ibu telah melakukan saran bidan untuk memberikan ASI sesuai keinginan bayi, menjemur bayi dipagi hari, serta membawa bayi keposyandu bulan depan untuk imunisasi BCG dan Polio₁.

P : -

P : Bayi dalam keadaan sehat, TTV dalam batas normal (Suhu: 36,5-37,5⁰C, Nadi: 120-160 x/menit, RR: 40-60 x/menit), berat badan bayi bertambah dan tidak ada tanda-tanda bahaya pada bayi, bayi sudah mengikuti imunisasi BCG dan Polio₁.

Implementasi :

- 1) Melakukan pendekatan terapeutik pada ibu dan keluarga dengan cara berkomunikasi yang ramah, sopan, santun dan menggunakan bahasa yang mudah dimengerti ibu dan keluarga.
- 2) Menjelaskan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga bahwa bayinya dalam keadaan baik karena semuanya dalam batas normal yaitu suhu 37⁰C, N : 130 x/menit, RR : 48 x/menit, BB 2800 gram serta tidak ada kelainan ataupun tanda-tanda bahaya pada bayi.
- 3) Memotivasi kembali untuk pemberian ASI eksklusif pada bayinya yaitu hanya memberikan ASI saja tanpa makanan apapun termasuk susu formula sampai usia bayi 6 bulan. ASI harus diberikan sesuai keinginan bayi atau minimal 2 jam sekali.
- 4) Menjelaskan kembali pada ibu dan keluarga untuk menjemur bayinya dibawah sinar matahari setiap pagi mulai dari jam 07.00-08.00 WIB dengan

cara membuka baju bayi agar bayi tidak kuning tetapi mata bayi tidak boleh terkena sinar matahari secara langsung.

- 5) Menjelaskan kembali pada ibu dan keluarga tentang tanda-tanda bahaya pada bayi yaitu bayi tidak mau menyusu, hisapan lemah, kejang dan gerakan lemah, hipotermi (badannya dingin) atau hipertermi (badan panas), ikterus (warna kulit kuning), tali pusat berbau, keluar darah dan nanah, apabila bayi seperti ini segera bawa bayi ke tenaga kesehatan.
- 6) Menganjurkan ibu untuk membawa bayinya imunisasi BCG dan Polio₁ bulan depan pada saat posyandu didesanya saja dan menganjurkan ibu untuk membawa bayinya kontrol ulang 4 minggu (1 bulan) lagi atau sewaktu-waktu jika ada keluhan.
- 7) Mendokumentasikan semua asuhan yang telah diberikan.

Evaluasi : ibu dan keluarga mengerti kondisi bayinya saat ini dan dapat menjelaskan kembali HE yang diberikan oleh bidan serta bersedia melakukan saran bidan untuk membawa bayinya ke posyandu atau ke BPM untuk imunisasi bulan depan.

Kunjungan IV (Neonatus Usia 6 Minggu)

Tanggal : 25 Mei 2021

Jam : 15.30 WIB

S : 1) Ibu mengatakan tidak ada keluhan pada bayinya dan bayinya dalam keadaan sehat

2) Ibu mengatakan anaknya sudah di imunisasikan di desanya saat usia 1 bulan.

O : KU : Baik BB : 3600 gram
TTV : Suhu : 37⁰ C PB : 50 cm
Nadi : 125 x/menit LIDA : 32 cm
RR : 40 x/menit LIKA : 34 cm
LILA : 13 cm

Bayi sudah mendapat imunisasi BCG dan Polio₁

Pemfis: Kepala : UUK dan UUB belum menutup

Kulit : Kemerahan

Mata : Tidak ada secret

Mulut : Tidak ada oral trush

Abdomen : Umbilikus kering, tidak kembung serta tidak ada pembesaran hepar.

Pola menyusui: ASI 7-8 x/hari/ sewaktu-waktu bayi ingin menyusui.

Pola eliminasi : BAB 1x/hari warna kuning. BAK ganti popok 4x/hari

A : By Ny."A" BBL Fisiologis Usia 44 Hari, tujuan tercapai.

P : Tujuan jangka pendek : setelah dilakukan asuhan kebidanan selama ± 60 menit diharapkan ibu dan keluarga mengerti tentang kondisi bayi saat ini dan bersedia melakukan saran dari bidan, dengan kriteria hasil :

K : Ibu dan keluarga mampu menjelaskan kembali tentang kondisi bayi saat ini dan HE yang diberikan bidan mengenai jadwal pemberian ASI, pemberian ASI eksklusif, tanda-tanda bahaya pada bayi.

A : Ibu bersedia melakukan saran bidan untuk memberikan ASI sesuai keinginan bayi, tanda-tanda bahaya pada bayi.

P :-

P :-

Tujuan jangka panjang : setelah dilakukan asuhan kebidanan, diharapkan kondisi bayi selalu sehat, dengan kriteria hasil :

K : Ibu dan keluarga mampu menjelaskan kembali tentang HE yang diberikan bidan pada kunjungan sebelumnya mengenai jadwal pemberian ASI, pemberian ASI eksklusif saja, tanda-tanda bahaya pada bayi .

A : Ibu telah melakukan saran bidan untuk memberikan ASI sesuai keinginan bayi, jadwal pemberian ASI, tanda-tanda bahaya pada bayi.

P : Ibu dapat melakukan saran bidan untuk memberikan ASI sesuai keinginan bayi.

P : Bayi dalam keadaan sehat, TTV dalam batas normal (Suhu: 36,5-37,5⁰C, Nadi: 120-160 x/menit, RR: 40-60 x/menit), berat badan bayi bertambah dan tidak ada tanda-tanda bahaya pada bayi dan sudah mendapat imunisasi BCG dan Polio₁

Implementasi :

- 1) Melakukan pendekatan terapeutik pada ibu dan keluarga dengan cara berkomunikasi yang ramah, sopan, santun dan menggunakan bahasa yang mudah dimengerti ibu dan keluarga.
- 2) Menjelaskan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga bahwa bayinya dalam keadaan baik karena semuanya dalam batas normal yaitu suhu 37⁰C, N : 125

x/menit, RR : 40 x/menit, BB : 3.600 gram serta tidak ada kelainan ataupun tanda-tanda bahaya pada bayi.

- 3) Memotivasi kembali untuk pemberian ASI eksklusif pada bayinya yaitu hanya memberikan ASI saja tanpa makanan apapun termasuk susu formula sampai usia bayi 6 bulan. ASI atau susu formula harus diberikan sesuai keinginan bayi atau minimal 2 jam sekali.
- 4) Menjelaskan kembali pada ibu dan keluarga tentang tanda-tanda bahaya pada bayi yaitu bayi tidak mau menyusu, hisapan lemah, kejang dan gerakan lemah, hipotermi (badannya dingin) atau hipertermi (badan panas), ikterus (warna kulit kuning), tali pusat berbau, keluar darah dan nanah, apabila bayi seperti ini segera bawa bayi ke tenaga kesehatan.
- 5) Mendokumentasikan semua asuhan yang telah diberikan.

Evaluasi : ibu dan keluarga mengerti kondisi bayinya saat ini dan dapat menjelaskan kembali HE yang diberikan oleh bidan.

3.5 Asuhan Kebidanan Pada KB

Kunjungan I

3.5.1 Pengkajian

Tanggal : 05 Juni 2021

Jam : 15.30 WIB

Tempat : Rumah Ny.A

Oleh : Nanda Satya Indra Pratiwi

1. Data Subyektif

1) Keluhan Utama

Ibu mengatakan tidak ada keluhan hanya ingin KB tetapi ibu belum tahu KB apa yang akan ia gunakan nanti.

2) Riwayat Kehamilan, Persalinan, Nifas, dan Anak yang Lalu

No	Kehamilan			Persalinan			Anak			Nifas		mysui	KB
	Ke	Uk	Pnylt	jenis	Pnolg	Pnylt	Sex	BB/ PB	Umur Anak	Pylt	lama	jenis	jenis
1.	1	39 Mgg	Tidak ada	SPT B	Bidan	Tidak ada	PR	2600/4 8	8 Th	Tidak ada	40 hari	ASI	Suntik 3 bulan
2.	2	39 mgg	Tidak ada	SPT B	Bidan	Tidak ada	PR	2800/4 8	6 Th	Tidak ada	39 hari	ASI	Suntik 1 bulan
3.	3	39 mgg	Tidak ada	SPT B	Bidan	Tidak ada	PR	2500/4 8		Tidak ada	40 hari	ASI	

3) Riwayat Kontrasepsi

Ibu mengatakan setelah menikah memakai KB suntik 1 bulan, selama 1 bulan ibu berhenti memakai KB suntik 1 bulan karena ingin hamil, setelah hamil anak ketiga ibu menggunakan KB suntik 3 bulan, selama 1 tahun ibu berhenti memakai Kb suntik 3 bulan karena ingin hamil, setelah hamil anak ke dua ibu menggunakan KB suntik 1 bulan lagi

4) Riwayat Menstruasi

Menarche : 12 tahun
 Siklus : Teratur 1 bulan 1x
 Lama : 5-7 hari
 Jumlah : 2-3 pembalut/hari
 Teratur : Iya

Warna darah : Hari 1-3 cair dan bergumpal hari 4-5 cair merah, hari 6-7 kecoklatan.

Dismenorrhoe : Ya saat awal menstruasi

Flour Albus : Ya 7 hari sebelum menstruasi

5) Keadaan Psikososial

Ibu mengatakan senang karena telah melahirkan bayi yang sehat dan selamat dan sekarang berusia 2 minggu.

6) Kebiasaan yang Mungkin Dilakukan

Ibu mengatakan selama ini tidak ada perubahan kebiasaan, ibu tidak pernah merokok, tidak ketergantungan obat, tidak minum jamu dan tidak terek makanan.

7) Pola Kebiasaan Sehari-hari

(1) Pola Nutrisi

Makan 3x/hari 1 piring ukuran sedang dengan menu nasi, lauk pauk, sayur, kadang buah, dan minum air putih 7-8 gelas/hari.

(2) Pola Eliminasi

BAB 1x/hari konsistensi lunak, bau khas, warna kuning trengguli, tidak sakit, BAK 5-6x/hari warna kuning jernih, bau khas, tidak nyeri.

(3) Pola aktivitas

Melakukan pekerjaan rumah, seperti menyapu, mengepel, memasak, mencuci, dan lain-lain.

(4) Pola Istirahat

Tidur siang 1-2 jam/hari, tidur malam 7-8 jam/hari

(5) Personal Hygiene

Mandi 2x/hari, gosok gigi 2x/hari, keramas 3x/minggu, ganti baju dan celana dalam 2x/hari, ganti BH 2x/hari, cebok dari arah depan kebelakang.

(6) Pola Seksual

Ibu mengatakan setelah melahirkan belum pernah melakukan hubungan suami istri.

2. Data Obyektif

1) Pemeriksaan Umum

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

GCS : 4-5-6

TB : 144cm

BB : 50 kg

TTV : TD : 110/70 mmHg N : 80x/menit

S: 36,5° C RR : 22x/menit

2) Pemeriksaaan Fisik

Kepala : Rambut warna hitam, distribusi merata, lurus, bersih, tidak rontok, kulit kepala bersih, tidak ada luka, tidak terdapat nyeri tekan maupun benjolan abnormal.

Wajah : Simetris, tidak pucat, bentuk ovale, tidak ada odema, tidak terdapat cloasma gravidarum.

- Mata : Simetris, tidak oedem, tidak ada secret, conjungtiva merah muda, sclera berwarna putih terdapat gambaran tipis pembuluh darah, reflek pupil isokor, tidak ada pembesaran hematom palpebra.
- Hidung : Simetris, Pernafasan spontan, hidung bersih tidak ada polip, tidak ada benda asing, tidak ada secret, terdapat bulu – bulu halus, dan tidak ada cyanosis, tidak ada benjolan abnormal.
- Telinga : Simetris, Pendengaran baik, tidak ada lesi, tidak ada benjolan abnormal, bersih, tidak ada serumen, tidak ada benda asing, membrane tympani utuh warna putih mengkilat.
- Mulut : Simetris, warna merah muda, lembab, tidak ada stomatitis, gigi bersih, tidak ada karang gigi, lidah bersih, tidak ada pembesaran tonsil.
- Leher : Bentuk leher normal, tidak ada kaku kuduk, tidak ada luka bekas operasi, tidak terdapat pembesaran kelenjar limfe dan tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak terdapat bendungan vena jugularis .
- Dada : Simetris, bentuk bulat datar, tidak ada tarikan intercostae, tidak ada jejas, suara nafas vesikuler, BJ I dan II normal, tidak ada nyeri tekan, tidak ada krepitasi.
- Payudara : Simetris, puting menonjol, hiperpigmentasi pada areola dan puting susu, kelenjar montgomery menonjol, konsistensi lunak, tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan abnormal, ASI sudah keluar.

- Ketiak : Tidak ada pembesaran kelenjar limfe.
- Abdomen : Terdapat linea nigra, striae albican, TFU tidak teraba, kontraksi uterus baik, tidak ada nyeri tekan pada regio.
- Genetalia : Rambut pubis merata, tidak ada odema, tidak ada varises, terdapat luka jahitan perineum yang sudah kering, tidak ada kondiloma akuminata, terdapat pengeluaran dari vagina berupa cairan putih.
- Anus : Terdapat hemoroid.
- Ekstremitas :
- Atas : Simetris, Jumlah jari lengkap, kuku tidak pucat, tidak terdapat oedema, tidak ada clubbing of finger, gerakan bebas, tidak ada oedem kanan/kiri, akral hangat, turgor kulit kembali 1 detik.
- Bawah : Simetris, Jumlah jari lengkap, kuku tidak pucat, tidak terdapat oedema, tidak ada varises, tidak ada clubbing of finger, gerakan bebas, tidak odem kanan/kiri, reflek patella +, akral hangat, turgor kulit kembali 1 detik.

3.5.2 Interpretasi Data Dasar

Dx : Ny. "A" P₃₀₀₃ dengan Rencana KB.

Ds : Ibu mengatakan mempunyai 3 orang anak, Anak ketiga berusia 8 tahun, anak kedua berusia 6 tahun dan anak ketiga berusia 2,5 bulan .

Ibu mengatakan setelah menikah memakai KB suntik 1 bulan, selama 1 bulan ibu berhenti memakai KB suntik 1 bulan karena ingin hamil, setelah hamil anak ketiga ibu menggunakan KB suntik 3 bulan, selama 1 tahun ibu

berhenti memakai Kb suntik 3 bulan karena ingin hamil, setelah hamil anak ke dua ibu menggunakan KB suntik 1 bulan lagi selama 1 tahun kemudian melakukan promil anak ketiga dan darah nifas sudah berhenti ibu hanya ingin merencanakan pemakaian KB yang tepat untuknya.

Do : Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

GCS : 4-5-6

TB : 144 cm

BB : 50 kg

TTV : TD: 110/70 mmHg N : 80 x/menit

S: 36,5°C RR : 22x/menit

3.5.3 Antisipasi Diagnosa Masalah Potensial

Tidak ada

3.5.4 Kebutuhan Segera

Tidak ada

3.5.6 Intervensi

1. Tujuan jangka pendek

Setelah dilakukan asuhan kebidanan selama \pm 60 menit, diharapkan ibu dapat mengerti tentang macam-macam KB yang dapat digunakan ibu selama menyusui, dengan kriteria hasil :

K : Ibu mampu menjelaskan kembali konseling yang diberikan bidan tentang macam-macam KB yang dapat digunakan ibu selama menyusui serta keuntungan dan keterbatasannya.

A : Ibu bersedia memilih salah satu jenis kontrasepsi yang aman untuk ibu menyusui.

P : -

P : -

2. Tujuan jangka panjang

Diharapkan setelah masa nifas selesai atau sebelum ibu menstruasi lagi ibu kembali, dengan kriteria hasil :

K : Ibu mampu menjelaskan kembali konseling yang diberikan bidan tentang macam-macam KB yang dapat digunakan ibu selama menyusui serta keuntungan dan keterbatasannya.

A : Ibu telah memilih salah satu jenis kontrasepsi yang aman untuk ibu menyusui.

P : ibu dapat memilih salah satu jenis kontrasepsi

P :1) Ibu sudah menentukan KB yang akan ibu gunakan.

2) TTV dalam batas normal (TD : 110/70 -120/80 mmHg, Suhu: 36 -37,5°C, Nadi : 60 -100 x/menit, RR : 16 -24 x/menit).

Intervensi :

1. Lakukan komunikasi dan pendekatan terapeutik pada ibu.

R/ Meningkatkan hubungan saling percaya antara ibu dan bidan.

2. Jelaskan pada ibu dan suami tentang hasil pemeriksaan.

R/ Pengetahuan yang adekuat, ibu dan keluarga lebih kooperatif dalam menerima setiap asuhan kebidanan.

3. Berikan informasi tentang berbagai macam KB yang dapat digunakan untuk ibu menyusui.

R/ Informasi yang cukup menambah pengetahuan ibu.

4) Anjurkan ibu datang kembali untuk menentukan KB apa yang akan digunakan.

R/ Mencegah kehamilan lebih dini.

5) Dokumentasikan semua asuhan yang telah diberikan.

R/ Menjadi bukti tertulis tentang asuhan yang telah diberikan.

3.5.6 Implementasi

Tanggal : 05 juni 2021

Jam : 15.30 WIB

Jam	Implementasi	Paraf
15.30	Melakukan komunikasi dan pendekatan terapeutik pada ibu dan keluarga dengan komunikasi yang ramah, baik, sopan, jelas, dan mudah dimengerti	
15.35	Menjelaskan hasil pemeriksaan pada ibu dan suami bahwa ibu dalam keadaan baik karena semuanya dalam batas normal yaitu BB : 50 Kg, TD : 110/70 mmhg, N : 80 x/menit, S : 36,5 ⁰ C, RR : 22 x/menit.	
15.40	Menjelaskan macam-macam KB yang dapat digunakan ibu menyusui, yaitu : 1) MAL (Metode Amenore Laktasi) yaitu cara KB alami yang dapat digunakan setelah ibu melahirkan dengan cara menyusui bayinya selama 6 bulan tanpa memberikan apapun pada bayi termasuk susu formula. Cara ini dapat digunakan selama ibu belum mendapat haid. 2) Suntik 3 bulan yaitu KB yang hanya mengandung hormon progestin saja kontrasepsi suntikan ini hanya mengandung progestin, yaitu: 1) Depo Medroksiprogesteron Asetat (Depoprovera), mengandung 150 mg DMPA, yang diberikan setiap 3 bulan dengan cara disuntik intramuskular (di daerah bokong) sehingga tidak mempengaruhi produksi ASI selama ibu masih menyusui. Keuntungan : pencegahan kehamilan jangka panjang, klien tidak perlu menyimpan obat dan minum obat tiap hari, Tidak memiliki pengaruh terhadap ASI. Keterbatasan : terjadi perubahan pola haid, sangat tergantung pada pelayanan kesehatan, tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu sebelum suntikan berikutnya. 3) Minipil yaitu pil KB khusus untuk ibu menyusui yang hanya mengandung hormon progestin saja, Jenis : Kemasan dengan isi 35 pil: 300 µg levonorgestrel atau 350 µg noretindron, Kemasan dengan isi 28 pil : 75 µg desogestrel, Keuntungan : tidak mempengaruhi produksi ASI, dapat dihentikan setiap saat, dan kesuburan cepat kembali, Keterbatasan : peningkatan atau penurunan berat badan, harus digunakan setiap hari dan pada waktu yang sama, bila lupa 1 pil saja kegagalan menjadi lebih besar. 4) Implan yaitu metode KB hormonal (susuk) yang dipasang pada lengan kiri yang berisi 2 batang kapsul. Keuntungan : perlindungan jangka panjang sampai 5 tahun, tidak mengganggu produksi ASI, klien hanya perlu kembali ke klinik bila ada keluhan, dan dapat dicabut setiap saat sesuai	

	<p>dengan kebutuhan. Keterbatasan : dapat mempengaruhi pola haid, bila ingin mencabut klien harus pergi ke klinik, untuk pemasangan pelu dilakukan pembedahan kecil pada lengan yang akan dimasuki kapsul implant.</p> <p>5) IUD yaitu KB yang dimasukan didalam rahim ibu atau yang biasa disebut dengan KB spiral. Keuntungan : efektif dengan proteksi jangka panjang 8-10 tahun, tidak mempengaruhi produksi ASI, dan kesuburan segera kembali sesudah IUD diangkat. Keterbatasan : diperlukan pemeriksaan dalam dan penyaringan infeksi genitalia sebelum pemasangan IUD, diperlukan tenaga terlatih untuk pemasangan dan pencanbutan, dan klien tidak dapat menghentikan sendiri setiap saat.</p> <p>6) Kondom merupakan suatu kantong karet yang tipis, berwarna atau tidak berwarna, dipakai untuk menutupi penis yang ereksi sebelum dimasukkan ke dalam vagina sehingga sperma tertampung didalamnya dan tidak masuk vagina, dengan demikian mencegah pembuahan. Keuntungan : Mencegah kehamilan, memberi perlindungan dari penyakit akibat hubungan seks, dapat diandalkan, relatif murah, sederhana, ringan, disposable, tidak perlu pemeriksaan medis, reversible, pria ikut serta aktif dalam KB. Kerugian : Angka kegagalan relatif tinggi, perlu menentukan sementara aktivitas dan spontanitas hubungan seks guna memasng kondom, perlu dipakai secara konsisten, hati-hati dan terus menerus pada setiap senggama.</p>	
16.00	Menganjurkan ibu untuk datang kembali untuk menentukan KB apa yang akan digunakan.	
16.01	Mendokumentasikan semua asuhan yang telah diberikan.	

3.5.7 Evaluasi

Tanggal : 05 Juni 2021

Jam : 17.00 WIB

S : Ibu mengatakan telah mengerti tentang macam-macam KB yang dapat digunakan oleh ibu menyusui beserta efek sampingnya.

O : Ibu dapat menjelaskan dan menyebutkan kembali tentang macam-macam KB yang dapat digunakan oleh ibu menyusui beserta efek sampingnya dan menjawab pertanyaan yang diberikan oleh bidan.

A : Ny. "A" P₃₀₀₃ dengan Rencana KB, tujuan tercapai.

P : Menganjurkan ibu untuk datang kembali jika masa nifas ibu sudah selesai diharapkan ibu sudah dapat menentukan KB apa yang akan digunakan.

Kunjungan II

Tanggal : 08 Juni 2021

Jam : 16.00 WIB

S :1) Ibu mengatakan sementara ini ingin menggunakan KB MAL sampai ibu mendapatkan menstruasi yang pertama setelah melahirkan, untuk selanjutnya akan menggunakan KB suntik 3 bulan.

O :Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

GCS : 4-5-6

TB : 144 cm

BB : 50 kg

TTV : TD: 120/80 mmHg N : 84 x/menit

S: 36,7°C RR : 20 x/menit

A : Ny. "A" P₃₀₀₃ Rencana Akseptor KB MAL, tujuan tercapai sebagian.

P :Tujuan jangka pendek : setelah dilakukan asuhan kebidanan selama \pm 60 menit diharapkan ibu sudah mengerti penjelasan dari bidan, dengan criteria hasil :

K : Ibu mampu menjelaskan kembali tentang keuntungan dan kerugian alat kontrasepsi yang akan ia gunakan saat ini.

A : Ibu dan suami sudah menentukan alat kontrasepsi yang akan ia gunakan saat ini.

P :

P :

Tujuan jangka panjang : setelah dilakukan asuhan kebidanan, diharapkan tidak terjadi apapun pada ibu, dengan criteria hasil :

K : Ibu mampu menjelaskan kembali tentang HE yang diberikan bidan pada kunjungan sebelumnya mengenai keuntungan dan kerugian alat kontrasepsi yang dipilih ibu.

A : ibu dan suami sudah menentukan menggunakan kb MAL

P : ibu mau menggunakan kb MAL

P : Tidak terjadi efek samping kontrasepsi yang dapat membayakan ibu dan tidak terjadi kehamilan.

1) Melakukan komunikasi dan pendekatan terapeutik pada ibu dan keluarga dengan komunikasi yang ramah, baik, sopan, jelas, dan mudah dimengerti.

2) Menjelaskan hasil pemeriksaan pada ibu bahwa keadaannya baik karena semuanya dalam batas normal yaitu TD 120/80 mmHg, S : 36,7 °C, N : 84 x/menit, RR : 20 x/menit, dan BB : 50 Kg.

2) Menjelaskan kembali pada ibu tentang KB MAL (Metode Amenore Laktasi) yaitu kontrasepsi yang mengandalkan pemberian air susu ibu (ASI) secara eksklusif, artinya hanya di berikan ASI tanpa tambahan makanan atau minuman apapun lainnya. MAL bisa dipakai sebagai kontrasepsi apabila : Menyusui secara penuh, lebih efektif jika frekwensi menyusui 8 kali per hari. Belum haid. Efektif sampai 6 bulan. Harus dilanjutkan dengan pemakaian kontrasepsi lainnya. Cara kerja : penundaan atau penekanan ovulasi.

Keuntungan kontrasepsi : Efektifitas tinggi (keberhasilan 98% pada 6 bulan pasca persalinan), segera efektif, tidak mengganggu senggama, tidak ada efek samping secara sistemik, tidak perlu pengawasan medis, tidak perlu obat atau alat, dan tanpa biaya.

Keuntungan non kontrasepsi Untuk bayi : Mendapat kekebalan pasif (mendapatkan antibodi dari ASI), sumber asupan gizi yang terbaik dan sempurna untuk tumbuh kembang bayi yang optimal, terhindar dari paparan kontaminasi air, susu lain atau susu formula atau alat minum yang dipakai.

Untuk Ibu : Mengurangi perdarahan pasca persalinan, mengurangi resiko anemia, meningkatkan hubungan psikologis ibu dan bayi.

Kerugian : Perlu persiapan sejak perawatan kehamilan agar segera menyusui dalam 30 menit pasca persalinan, mungkin sulit dilaksanakan karena kondisi sosial, efektifitas tinggi hanya sampai kembalinya haid atau sampai dengan 6 bulan, tidak melindungi terhadap IMS termasuk virus hepatitis B (HBV) dan HIV/AIDS.

Yang dapat menggunakan MAL : Ibu yang menyusui secara efektif, bayinya berumur kurang dari 6 bulan dan belum mendapat haid setelah melahirkan.

Yang seharusnya tidak pakai MAL : Sudah mendapat haid setelah bersalin, tidak menyusui secara eksklusif, bayi sudah berumur lebih dari 6 bulan, bekerja dan terpisah dari bayi lebih dari 6 jam.

- 3) Mengajukan ibu untuk menggunakan metode KB MAL bersamaan dengan metode KB yang lain seperti kondom karena ibu tidak memberikan ASI secara eksklusif sehingga angka kegagalan KB MAL akan lebih tinggi.
- 4) Menjelaskan kembali tentang KB kondom yaitu Kondom merupakan suatu kantong karet yang tipis, berwarna atau tidak berwarna, dipakai untuk menutupi penis yang ereksi sebelum dimasukkan ke dalam vagina sehingga

sperma tertampung didalamnya dan tidak masuk vagina, dengan demikian mencegah pembuahan.

Keuntungan : Mencegah kehamilan, memberi perlindungan dari penyakit akibat hubungan seks, dapat diandalkan, relatif murah, sederhana, ringan, disposable, tidak perlu pemeriksaan medis, reversible, pria ikut serta aktif dalam KB.

Kerugian : Angka kegagalan relatif tinggi, perlu menentukan sementara aktivitas dan spontanitas hubungan seks guna memasng kondom, perlu dipakai secara konsisten, hati-hati dan terus menerus pada setiap senggama.

Indikasi kondom untuk Pria : Penyakit genetalia, sesivitas penis terhadap sekret vagina, ejakulasi dini. Indikasi kondom untuk Wanita : Vaginitis termasuk yang dalam pengobatan, kontraindikasi terhadap kontrasepsi oral dan IUD, sedangkan pemasangan diafragma atau kap servik secara anatomis atau psikologis tidak memungkinkan.

Kontra indikasi : Pria dengan ereksi yang tidak baik, riwayat syok septik, tidak bertanggung jawab secara seksual, interupsi seksual foreplay mengurangi minat seksual, alergi pada karet atau lubrikan pada partner seksual, dan interupsi seksual foreplay yang mengganggu ekspresi seksual.

6) Mendokumentasikan semua asuhan yang telah diberikan.

BAB 4

PEMBAHASAN

4.1 Asuhan Pada Kehamilan

4.1.1 Pengkajian

1. Data Subyektif

1) Biodata

(1) Nama ibu dan suami

Pada saat pengkajian kunjungan pertama nama pasien Ny. “A” dan suaminya Tn. “T” dapat dikaji dan sudah mengenal antara pasien dan petugas kesehatan. Sesuai teori menurut Moh. Wildan dan A. Aziz Alimul Hidayat (2018), mengatakan bahwa ditanyakan nama dengan tujuan agar dapat mengenal atau memanggil penderita atau ibu tidak keliru dengan penderita-penderita yang lain. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

(2) Usia ibu dan suami

Pada saat pengkajian didapatkan umur ibu 23 tahun dan suami 33 tahun. Menurut Rochyati (2016), mengatakan bahwa resiko tinggi apabila ibu hamil pertama usia 16 tahun atau kurang karena rahim dan panggul ibu sering kali belum tumbuh mencapai dewasa. Akibatnya diragukan keselamatan dan kesehatan janin dalam kandungan. Bahaya yang dapat terjadi adalah persalinan kurang bulan atau *prematuur*. Terlalu tua yaitu umur 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 adalah *partus premature* dan ketuban pecah dini serta

faktor resiko lain akibat kehamilannya adalah *pre-eklamsia*. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

(3) Agama ibu dan suami

Pada saat pengkajian ditemukan agama ibu dan suami islam. Menurut Latief (2015) mengatakan bahwa, Data tentang agama dan suku bangsa untuk memantapkan identitas, juga perilaku seseorang tentang kesehatan dan penyakit sering berhubungan dengan agama dan suku bangsa. Kebiasaan, kepercayaan, dan tradisi dapat menunjang dan dapat menghambat perilaku hidup sehat. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

(4) Suku /Bangsa ibu dan suami

Pengkajian didapatkan suku/bangsa ibu dan suami adalah Jawa/Indonesia. Menurut Jannah (2015), mengatakan bahwa adat, kebiasaan dan bahasa dari klien, dapat mempengaruhi dalam penyampaian komunikasi. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

(5) Pendidikan ibu dan suami

Pendidikan ibu SMA dan pendidikan suami SMA. Menurut Saminem (2016), mengatakan bahwa semakin rendah pendidikan ibu, resiko kehamilan semakin tinggi, sehingga ibu perlu diberikan penyuluhan. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

(6) Pekerjaan ibu dan suami

Pekerjaan ibu adalah sebagai ibu rumah tangga dan pekerjaan suami swasta. Menurut Moh. Wildan dan A. Aziz Alimul Hidayat (2018), mengatakan bahwa menanyakan pekerjaan ini untuk mengetahui bagaimana taraf hidup dan sosial

ekonomi penderita itu agar nasehat kita nanti sesuai. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

(7) Alamat

Alamat ibu dan keluarga terletak di Ds. Latukan, Karanggeneng, Lamongan. Menurut Latief (2015) mengatakan bahwa, kejelasan alamat diperlukan agar sewaktu-waktu dapat dihubungi, misalnya bila pasien menjadi sangat gawat, perlu tindakan operasi segera, atau perlu pembelian obat/alat yang tidak tersedia di rumah sakit, dan sebagainya. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

(8) Status pernikahan

Status pernikahan ibu dan suami adalah sah. Menurut Jannah (2016), menyatakan bahwa status kawin dikaji untuk mengetahui apakah terjadi perkawinan yang sah atau tidak yang nantinya berpengaruh pada psikologis klien. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

(9) Usia nikah

Usia ibu saat menikah adalah 18 tahun. Menurut Jannah (2016), mengatakan bahwa usia nikah ditanyakan untuk mengetahui apakah usia saat kawin keadaan fisik, mental, sosial dan sistem reproduksi seorang wanita sudah matang atau belum, yang nantinya dapat berpengaruh buruk pada kehamilannya. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

(10) Lama perkawinan

Lama perkawinan ibu sampai hamil ini adalah 6 tahun dan ini adalah pernikahan ibu yang pertama. Menurut Rochyati (2015), mengatakan bahwa lama perkawinan perlu ditanyakan untuk mengetahui apakah klien mengalami infertilitas

atau tidak, dari jarak perkawinan sampai kehamilannya saat ini, apabila pasutri sama sekali belum mengalami konsepsi atau hamil tidak menggunakan pelindung saat berhubungan seksual dalam waktu 12 bulan atau 1 tahun maka bisa disebut infertilitas primer, kemudian tidak mampu lagi untuk hamil disebut infertilitas sekunder. Dikatakan resiko tinggi apabila ibu hamil pertama setelah menikah 4 tahun atau lebih dengan kehidupan perkawinan biasa, yaitu suami istri tinggal serumah, suami atau istri tidak sering keluar kota dan tidak memakai alat *kontrasepsi*. Selama hamil dapat timbul masalah, faktor resiko lain akibat kehamilannya adalah *pre-eklamsia*. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

2) Keluhan Utama

Dari hasil pengkajian didapatkan saat kunjungan pertama ibu mengeluh kencing-kencing disertai dengan pengeluaran lendir dan darah dari kemaluannya, dan pada riwayat UK 39 minggu ibu tidak ada keluhan. Menurut Hanni (2016), mengatakan bahwa salah satu ketidaknyamanan ibu hamil trimester III adalah kontraksi braxton hicks. Hal ini tidak terdapat kesenjangan antara fakta dan teori.

3) Riwayat Menstruasi

Didapatkan HPHT Ny. "A" 10-07-2020 dan HPL 17-04-2021. Menurut Jannah (2012), mengatakan bahwa riwayat menstruasi bertujuan untuk mengetahui apakah klien dalam riwayat menstruasi yang lalu mengalami gangguan atau tidak dan dalam batas normal atau tidak, karena dapat memberikan kesan pada bidan tentang faal alat kandungan. Meliputi : haid terakhir, teratur tidaknya haid dan siklusnya dipergunakan untuk memperhitungkan tanggal persalinan, HPHT (Haid

Pertama Haid Terakhir) perlu dilakukan untuk mengetahui HPL (Hari Perkiraan Lahir) dan usia kehamilan. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori karena persalinan ibu meskipun maju pada tanggal 13-04-2021 tetapi sudah termasuk usia kehamilan yang aterm untuk melahirkan sesuai teori Setyorini, (2017), yang menyatakan bahwa kehamilan dikatakan aterm apabila usia kehamilan 37 sampai 42 minggu.

4) Riwayat Obstetri

(1) Riwayat kehamilan sekarang

Dari hasil pengkajian, ibu mengatakan ini kehamilan yang Ketiga dengan keluhan kenceng-kenceng. Gerakan anak ketiga kali dirasakan ibu pada UK \pm 5 bulan atau 20 minggu. Menurut Fraser (2016) mengatakan bahwa, pergerakan anak ketiga kali dirasakan pada UK 18-20 minggu pada primi gravida atau pada UK 16 minggu pada multigravida lamanya sampai saat ini. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

(2) Riwayat obstetri yang lalu

Selama kunjungan didapatkan data bahwa Ny. "A" belum pernah keguguran, melahirkan prematur atau tidak normal. Menurut Rochjyati (2018), mengemukakan batasan faktor risiko pada ibu hamil ada 3 kelompok salah satunya kelompok faktor risiko I (ada potensi gawat obstetri), seperti primipara muda terlalu muda umur kurang dari 16 tahun, primi tua, terlalu tua, hamil pertama umur 35 tahun atau lebih, primi tua sekunder, terlalu lama punya anak lagi, terkecil 10 tahun lebih, anak terkecil < 2 tahun, grande multi, hamil umur 35 tahun atau lebih, tinggi badan kurang dari 145 cm, riwayat persalinan yang buruk, pernah keguguran, pernah

persalinan premature, riwayat persalinan dengan tindakan (ekstraksi vakum, ekstraksi forcep, operasi (seksio sesarea). Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori karena Ny. “A” termasuk kehamilan resiko rendah karena hamil pada usia yang sesuai dan tidak mengalami penyulit apaun, karena Ny. “A” rutin periksa ANC 10x selama kehamilannya. Ny. “A” sudah mendapatkan HE dan terapi dari petugas kesehatan dan Ny. “A” peduli akan kondisi kehamilannya karena ini merupakan anak ketiga yang diharapkan.

(3) Imunisasi TT

Ny. “A” sudah imunisasi TT 2x yaitu saat suntik TT CPW dan saat hamil usia 7 bulan. Menurut Hani, dkk (2016) mengatakan bahwa selang waktu, lama perlindungan, dan presentase perlindungan imunisasi TT adalah :

Antigen	Selang waktu minimal	Lama Perlindungan	Persentase Perlindungan
TT-1	Saat pertama kali periksa kehamilan	Tak ada	Tak ada
TT-2	4 minggu setelah TT-1	3 tahun	80 %
TT-3	6 bulan setelah TT-2	5 tahun	95 %
TT-4	1 tahun setelah TT-3	10 tahun	99 %
TT-5	1 tahun setelah TT-4	25 tahun/seumur hidup	99 %

Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

5) Riwayat Kontrasepsi

Dari hasil pengkajian, Ny. “A” mengatakan bahwa sebelum hamil ibu menggunakan KB suntik 1 bulan dan berhenti karena ingin hamil. Menurut Jannah (2017), mengatakan bahwa riwayat KB perlu dicatat bagi ibu yang mengikuti atau pernah mengikuti KB. Hal ini penting diketahui apakah kehamilan sekarang direncanakan atau tidak. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

6) Riwayat Ginekologi

Dari hasil pengkajian, Ny. "A" mengatakan bahwa ibu tidak pernah menderita penyakit ginekologi. Menurut Jannah (2017), mengatakan bahwa pengkajian untuk riwayat ginekologis, ini dilakukan bertujuan untuk mengetahui apakah klien pernah atau sedang mempunyai penyakit infeksi pada kelaminnya atau PMS dan apakah mempunyai tumor atau tidak, yang nantinya dapat mengganggu keadaan janinnya. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

7) Riwayat Kesehatan yang Lalu dan Keluarga

Ny. "A" tidak sedang maupun pernah menderita penyakit diabetes mellitus, tuberculosis, hepatitis, hipertensi, dan asma, tetapi didalam keluarga dari pihak suami Ny. "A" ada yang menderita penyakit hipertensi dan tidak mempunyai keturunan kembar. Menurut Hanifa Wiknjosastro, dkk (2016), mengatakan bahwa normalnya ibu hamil yang menderita diabetes mellitus, tuberculosis, hepatitis, hipertensi, dan asma dapat memperburuk kondisi kehamilannya. Sedangkan menurut Rochyati (2018), mengatakan bahwa kurang darah, malaria, TBC paru, payah jantung, dan PMS merupakan faktor resiko kelompok II, sehingga apabila ibu hamil menderita penyakit tersebut maka ibu hamil termasuk ibu hamil resiko tinggi. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

8) Keadaan Psikososial

Dari hasil pengkajian, Ny. "A" mengatakan bahwa ibu dan suami serta keluarga senang dengan kehamilan ini karena kehamilan ini diharapkan. Menurut Jannah (2017), mengatakan bahwa keadaan psikososial dikaji untuk mengetahui keadaan psikologis ibu dan keluarga sehubungan dengan kehamilannya yang

nantinya dapat mempengaruhi kehamilan ini. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

9) Kebiasaan yang Mungkin Dilakukan

Dari hasil pengkajian, Ny. "A" mengatakan bahwa sebelum maupun selama hamil tidak memiliki kebiasaan merokok, tidak ketergantungan obat, tidak minum jamu dan tidak terek makanan. Menurut Jannah (2017), mengatakan bahwa pola kebiasaan perlu dikaji untuk mengetahui kebiasaan-kebiasaan tentang pola makannya atau mengonsumsi bahan makanan atau minuman yang berbahaya apa tidak, untuk mengetahui kebiasaan aktivitas klien, yang nantinya dapat membahayakan kehamilannya saat ini. Misalkan : Jamu menyebabkan air ketuban keruh atau mekonial, alkohol dapat menyebabkan kelainan kongenital, gawat janin, keguguran, dan IUFD. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

10) Pola Kebiasaan Sehari-Hari Selama Hamil

Pola kebiasaan sehari-hari ibu hamil trimester III menurut Jannah (2017), antara lain:

(1) Pola Nutrisi

Selama kunjungan, Ny. "A" makan 3 x/hari 1 piring sedang dengan komposisi nasi, lauk-pauk, kadang dengan sayur dan buah. Minum 7-8 gelas/hari. Menurut Wirakusumah (2017) mengatakan bahwa makanan hendaknya beraneka ragam dan berganti-ganti. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

(2) Pola Eliminasi

Selama kunjungan, Ny. "A" BAB 1 x/hari konsistensi agak keras dan BAK 7-8x/hari warna kuning jernih dan tidak nyeri. Menurut Jannah (2017), mengatakan

bahwa pada ibu hamil sering terjadi konstipasi (TMII dan TMII), penyebabnya karenan penurunan peristaltis yang disebabkan relaksasi otot polos pada usus besar ketika terjadi peningkatan jumlah progesteron, pergeseran dan tekanan pada usus akibat pembesaran uterus atau bagian presentasi yang dapat menurunkan motilitas pada saluran GI sehingga menyebabkan konstipasi. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

(3) Pola Aktivitas

Ny. “A” melakukan pekerjaan rumah tangga seperti memasak, menyapu, mencuci baju, dan jalan-jalan pagi. Menurut Ida Bagus Gde Manuaba (2017) mengatakan bahwa segala kegiatan yang berbahaya dan tidak terkendali secara penuh oleh keseimbangan tubuh harus dihindari pada kehamilan. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

(4) Personal hygiene

Selama kunjungan Ny. “A” mandi 2x/hari, gosok gigi 2x/hari, keramas 3x/minggu, ganti pakaian 2x/hari dan anti celana dalam 2x/hari. Menurut Jannah (2017), mengatakan bahwa wanita hamil sebaiknya Mandi 2 x/hari, gosok gigi 2 x/hari, keramas 3 x/minggu, ganti baju 2 x/hari, ganti celana dalam 2 kali/hari atau apabila sudah basah dan ibu sudah tidak merasa nyaman, serta ganti BH 2 x/hari. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

(5) Pola Istirahat

Selama kunjungan Ny. “A” tidur siang 1 jam dan tidur malam 6-8 jam. Menurut Menurut Putri Asrinah (2015) mengatakan bahwa waktu tidur yang

dibutuhkan ibu hamil pada malam hari \pm 8 jam dan istirahat dalam keadaan rileks pada siang hari \pm 1 jam. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

(6) Pola Seksual

Ny. "A" mengatakan selama hamil melakukan hubungan seksual sekehendak suami dan terakhir melakukannya 3 minggu yang lalu. Pada hamil muda hubungan seksual sedapat mungkin dihindari, bila terdapat keguguran berulang atau mengancam kehamilan dengan tanda infeksi, pendarahan, mengeluarkan air. Pada kehamilan tua sekitar 14 hari menjelang persalinan perlu dihindari hubungan seksual karena dapat membahayakan, bisa terjadi bila kurang higienis, ketuban bisa pecah, dan persalinan bisa terangsang karena sperma mengandung prostaglandin. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

11) Pola Pengetahuan dan Kemampuan Ibu

(1) Perawatan payudara

Ny. "A" mengatakan belum mengetahui perawatan payudara. Menurut Prawirohardjo (2014), Perawatan payudara, senam payudara dan pijat tekan payudara. Perawatan payudara diperlukan ibu hamil untuk persiapan masa laktasi boleh dilakukan pada usia kehamilan $>$ 37 minggu. Hal ini ada kesenjangan antara fakta dan teori karena Ny. "A" belum tahu cara perawatan payudara padahal usia kehamilannya sudah 39 minggu.

(2) Tanda-tanda bahaya kehamilan

Ny. "A" mengatakan sudah mengerti tanda-tanda bahaya kehamilan TM III. Menurut PUSDIKNAKES-WHO-JHPIEGO (2018), adapun tanda-tanda bahaya kehamilan yaitu : keluar darah dari jalan lahir, Sakit kepala yang sangat hebat, Mata

berkunang-kunang, keluar cairan ketuban sebelum waktunya, dan demam tinggi > 38° C. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

(3) Tanda-tanda persalinan

Ny. "A" mengatakan sudah mengetahui tanda-tanda persalinan. Menurut PUSDIKNAKES-WHO-JHPIEGO (2018), tanda-tanda persalinan, adalah terdapat kontraksi uterus secara teratur (kenceng-kenceng), keluar lendir dan darah dari jalan lahir, serta keluar air ketuban dari jalan lahir. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori .

2. Data Obyektif

1) Pemeriksaan umum

(1) Keadaan umum ibu baik, kesadaran ibu adalah composmentis. Menurut Hidayat (2016), mengatakan bahwa kesadaran composmentis adalah kesadaran penuh dengan memberikan respon yang cukup terhadap stimulus yang diberikan. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

(2) Tanda-Tanda Vital :

1) Tekanan Darah

Selama kunjungan tekanan darah Ny. " A" adalah 120/80 mmHg, 110/70 mmHg, riwayat UK 39 minggu 110/70 mmHg. Menurut Mandriwati,G.A (2018), mengatakan bahwa tekanan darah normal 110/70-130/80 mmHg. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

2) Nadi

Selama kunjungan, nadi Ny. "A" adalah 86-88 x/menit. Menurut Mandriwati,G.A (2018), mengatakan bahwa denyut nadi normal berkisar antara 60-

100 x/menit, jika diatas 100 x/menit pada masa hamil adalah mengindikasikan adanya suatu infeksi. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

3) Pernafasan

Selama kunjungan pernapasan Ny.”A” adalah 20x/menit. Menurut Mandriwati,G.A (2018), mengatakan bahwa pernapasan normal pada ibu hamil trimester III adalah 18-24 x/menit. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

4) Suhu

Selama kunjungan suhu Ny. “A” adalah 36,1-36,5 °C. Menurut Mandriwati,G.A (2018), mengatakan bahwa suhu normal 35,8-37 °C. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

(3) Tinggi Badan

Setelah pengkajian didapatkan tinggi badan ibu 144 cm. Menurut Rochyati (2018), mengatakan bahwa ibu hamil dengan tinggi badan kurang dari 145 cm kemungkinan panggulnya sempit dan termasuk kehamilan resiko tinggi. Hal ini ada kesenjangan antara fakta dan teori.

(4) Berat Badan

Sebelum hamil berat badan Ny. “A” adalah 44 kg dan selama hamil berat badannya 52 kg, penambahan berat badannya adalah 8 kg. menurut Wahyuningsih (2019), mengatakan bahwa selama kehamilan. Hingga akhir kehamilan penambahan BB yang normal sekitar 9-13,5 kg. Hal ini ada kesenjangan antara fakta dan teori.

(5) LILA (Lingkar Lengan Atas)

LILA Ny. "A" adalah 24 cm. Menurut Wahyuningsih (2019), mengatakan bahwa LILA < 23,5 cm merupakan indikator kuat untuk status gizi ibu kurang atau buruk. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

2) Pemeriksaan Fisik

(1) Wajah : Selama kunjungan wajah Ny. "A" tidak pucat dan tidak oedem. Menurut Wahyuningsih (2019), mengatakan bahwa wajah normal tidak pucat, tidak bengkak. Apabila wajah ibu terlihat pucat, kemungkinan anemi dan apabila wajah ibu bengkak, kemungkinan terjadi pre eklamsi. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

(2) Mata : Selama kunjungan mata Ny. "A" sekleranya putih, konjungtiva merah muda, fungsi penglihatan baik. Menurut Saifuddin (2016), sklera normalnya berwarna putih tampak gambaran tipis pembuluh darah, abila terjadi ikterus waspada penyakit hepatitis, konjungtiva normal berwarna merah muda, jika pucat curiga ibu mengalami anemia. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

(3) Mulut : Selama kunjungan mulut Ny."A" mukosa bibir lembab, tidak pucat dan tidak caries. Menurut IBG Manuba (2015), mengatakan bahwa mukosa bibir lembab, tidak pucat. Apabila mukosa bibir ibu kering, menandakan dehidrasi dan apabila pucat menandakan anemia. Hal ini tidak ada kesenjangan anatara fakta dan teori.

(4) Leher : Selama kunjungan leher Ny. "A" normal tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, pembesaran kelenjar limfe dan bendungan vena jugularis. Menurut IBG Manuaba (2017), mengatakan bahwa leher normal tidak ada pembesaran kelenjar

tyroid, pembesaran kelenjar limfe dan bendungan vena jugularis. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

(5) Payudara : Selama kunjungan payudara Ny. "A" kebersihannya bersih, putting susu menonjol, kolostrum sudah keluar. Menurut IBG Manuaba (2017), normalnya putting susu menonjol, areolla hiperpigmentasi, kolostrum sudah keluar. Hal ini tidak ada kesenjangan antar afakta dan teori.

(6) Abdomen : Selama kunjungan pada abdomen Ny. "A" pembesarannya membujur, tidak ada bekas SC, ada livide, ada linea nigra, dan gerakan janin aktif. Menurut IBG Manuaba (2015), normalnya pemeriksaan abdomen yang dilakukan adalah pembesaran : melintang atau membujur, Bekas SC, Striae, Linea, Gerak janin. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

(7) Punggung : Selama kunjungan punggung Ny. "A" lordosis. Menurut Mochtar (2015), lordosis, karena letak berat badan pindah ke depan disebabkan perut yang membesar. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

(8) Genitalia : Selama kunjungan genitalia Ny. "A" Bersih, tidak oedem, tidak varises, tidak ada kondiloma akuminata, tidak ada tanda-tanda infeksi, tidak ada pembesaran kelenjar *bartholini*, tidak ada pengeluaran darah maupun cairan pervaginam. Menurut Mochtar, 2019 mengatakan bahwa genitalia seharusnya bersih, tidak oedem, tidak varises, tidak ada kondiloma talata maupun akuminata, tidak ada tanda-tanda infeksi, tidak ada pembesaran kelenjar *bartholini*, tidak ada pengeluaran darah maupun cairan pervaginam. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

(9) Anus : Selama kunjungan Ny. "A" terdapat hemoroid

(10) Ekstremitas : Selama kunjungan ekstremitas atas dan bawah Ny. “A” tidak oedem, kuku tidak pucat, turgor kulit kembali < 1 detik, reflek patella + dan tidak varises. Menurut Wylie (2015), odema merupakan salah satu tanda dari pre eklamsia, turgor kulit (normalnya < 1 detik, apabila > 1 detik curiga adanya dehidrasi) dan CRT normal atau tidak (normalnya < 1 detik, apabila > 1 detik curiga gangguan palpitasi jantung). Reflek patella positif (+) atau negatif (-), karena jika reflek patella negatif maka kemungkinan terjadi defisiensi Vit. B1 (Manuaba, 2017). Jika terdapat varises mengakibatkan aliran darah tidak lancar dan kemungkinan curiga terjadi trombo phlebitis. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

3) Pemeriksaan Khusus

(1) TFU Mc. Donald (dalam cm):

Selama kunjungan, hasil TFU Ny. “A” 28 cm yang diperoleh saat usia kehamilan 32 minggu . Menurut Spiegelberg : dengan cara mengukur tinggi fundus uteri dari simfisis maka diperoleh table ukuran TFU menurut satuan Mc. Donald berdasarkan usia kehamilan tiap minggu :

UK	TFU
34 minggu	31 cm di atas simfisis
36 minggu	32 cm di atas simfisis
38 minggu	33 cm di atas simfisis
40 minggu	37,7 cm di atas simfisis

Sumber: Mochtar, 2015

Hal ini ada kesenjangan antara fakta dan teori.

(2) Pemeriksaan Leopold

Pemeriksaan Leopold menurut IBG Manuaba (2015) adalah :

1). Leopold I

Selama kunjungna hasil Leopold I Ny. “A” adalah teraba bulat, lunak, tidak melenting dan TFU menurut WHO adalah 3 jari bawah px. Menurut Mochtar (2015), Ukuran TFU berdasarkan usia kehamilan tiap bulan

Akhir Bulan	TFU
7	2-3 jari di atas pusat
8	Pertengahan pusat-px
9	3 jari di bawah px/ setinggi pusat
10	Sama dengan kehamilan 8 bulan

Normal: teraba bulat, lunak, dan tidak melenting. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

2). Leopold II

Selama kunjungan hasil Leopold II Ny. “A” adalah bagian kanan perut ibu teraba datar, panjang, keras, seperti papan. Bagian kiri teraba bagian kecil janin (ekstremitas). Menurut Mochtar (2015), mengatakan bahwa normalnya Leopold II teraba punggung di sebelah kanan/kiri perut ibu. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

3). Leopold III

Selama kunjungan Leopold III Ny. “A” adalah teraba bulat, keras, melenting, dan masih bisa digoyangkan. Menurut Manuaba (2018), mengatakan bahwa normalnya pada multigravida kepala janin masuk PAP minggu ke 36. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

4). Leopold IV

Selama kunjungan Leopold IV Ny. “A” tidak dilakukan pemeriksaan. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

(3) DJJ (terdengar jelas pada): atas/bawah umbilikalis

Selama kunjungan DJJ janin Ny. "A" berkisar antara 132-140 x/menit. Menurut IBG Manuaba (2015), cara menghitung dilakukan selama 1 menit penuh. Jumlah DJJ normal antara 120-140 x/menit. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

4) Pemeriksaan Penunjang

(1) Pemeriksaan darah (Hb)

Selama kunjungan Hb Ny. "A" pada trimester III adalah 11 gr/dl. Menurut Prawirohardjo (2014), Hb normal ibu hamil adalah Trimester 1 dan 3 adalah 11 g/dl, sedangkan trimester 2 adalah 10,5 g/dl. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

(2) Pemeriksaan Urin Albumin

Selama kunjungan, hasil protein urin adalah negativ. Menurut Winkjosastro (2017), mengatakan bahwa bila ada protein dalam urine maka harus dianggap sebagai gejala pre eklamsi, jika positif 2-3 gejala pre eklamsi ringan-sedang dan jika positif 4 gejala pre eklamsi berat. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

4.2.1 Interpretasi Data Dasar

Diagnosa. Selama kunjungan penulis menganalisa :

1. G (kehamilan ke 3), P (Jumlah anak 2)
2. Primipara
3. Tuanya kehamilan 32 minggu
4. Anak hidup
5. Anak tunggal

6. Letak bujur, presentasi kepala
7. Anak intra uterin
8. Kesan Panggul Dalam Batas Normal
9. Keadaan umum ibu dan janin baik

4.1.3 Antisipasi Masalah Potensial

-

4.1.4 Identifikasi Kebutuhan Segera

-

4.1.5 Intervensi

Semua rencana saat kunjungan disesuaikan dengan kebutuhan dan kondisi klien saat itu. Untuk menyusun rencana asuhan kebidanan harus melihat diagnosa kebidanan, sehingga dalam melakukan tindakan tidak terjadi kesalahan. Rencana asuhan kebidanan dapat dibuat bersama klien dan keluarga (Jannah, 2012). Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

4.1.6 Implementasi

Pada saat kunjungan pertama, Ny. "A" mengeluh mengalami kenceng-kenceng semakin sering, keluar lendir dan darah dari kemaluannya. penulis memberikan HE pada ibu untuk miring kiri, dan relaksasi dengan cara tarik nafas melalui hidung dan hembuskan lewat mulut. Menurut Mochtar (2014), mengatakan bahwa tanda-tanda persalinan kala I yaitu his yang datang lebih adekuat, keluar lendir bercampur darah, terkadang ketuban pecah dengan sendirinya dan servik mulai membuka. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori

4.1.7 Evaluasi

Hasil evaluasi, selama kunjungan Ny. "A" selalu patuh terhadap semua saran yang diberikan oleh bidan sehingga meskipun ada penyulit dalam kehamilannya tetap bisa ditangani secara dini dan tepat.

4.2 Asuhan Pada Persalinan

4.2.1 Pengkajian

1. Data Subyektif

1) Keluhan utama

Ny. "A" mengatakan hamil anak Ketiga dengan usia kehamilan 9 bulan, ibu belum pernah melahirkan normal maupun prematur, dan juga tidak pernah keguguran. Ibu juga mengatakan merasakan kenceng-kenceng semakin sering disertai pengeluaran lendir dan darah dari kemaluannya sejak tadi pagi pukul 07.00 WIB. Dan langsung pergi ke rumah bidan.

2) Keadaan Psikososial

Ny. "A" mengatakan ia dan suaminya berharap nanti bayinya lahir normal, sehat dan selamat. Ibu juga merasa cemas dan khawatir menjelang persalinan ini. Keadaan psikososial dikaji untuk mengetahui keadaan psikologis ibu dan keluarga sehubungan dengan proses persalinan yang nantinya dapat mempengaruhi persalinan ini. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

2) Kebiasaan yang mungkin dilakukan

Dari hasil pengkajian, Ny. "A" mengatakan bahwa sebelum maupun selama bersalin ini tidak memiliki kebiasaan merokok, tidak ketergantungan obat, tidak minum jamu dan tidak terek makanan. Pola kebiasaan perlu dikaji untuk

mengetahui kebiasaan-kebiasaan tentang pola makannya atau mengonsumsi bahan makanan atau minuman yang berbahaya apa tidak, untuk mengetahui kebiasaan aktivitas klien, yang nantinya dapat membahayakan persalinannya saat ini. Misalkan : Jamu menyebabkan air ketuban keruh atau mekonial sehingga dapat menyebabkan asfiksi pada bayi baru lahir. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

3) Pola kebiasaan sehari-hari :

(1) Pola Nutrisi

Pada saat pengkajian, Ny. "A" makan terakhir jam 06.00 WIB dan minum terakhir jam 07.30 WIB. Menurut Kriebs dan Gegor (2015), mengatakan bahwa makanan yang di konsumsi sesaat sebelum persalinan atau fase laten persalinan kemungkinan akan tetap berada di lambung sepanjang proses persalinan. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

(2) Pola Eliminasi

Pada saat pengkajian, Ny. "A" BAB terakhir tadi pagi dan BAK terakhir jam 08.00 waktu ibu datang ke rumah bidan. Menurut Kriebs dan Gegor (2014), mengatakan bahwa poliuria sering terjadi selama persalinan. Hal ini mungkin akibat lebih lanjut dari peningkatan curah jantung selama persalinan dan kemungkinan peningkatan laju filtrasi glomerulus dan aliran plasma ginjal. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

(3) Pola Aktivitas

Pada saat pengkajian, Ny. "A" masih bisa melakukan mobilisasi seperti miring kanan dan kiri dan berjalan. Menurut JNPK-KR (2017), mengatakan bahwa

ibu boleh melakukan aktifitas, seperti berjalan, berdiri, duduk, jongkok, berbaring miring kiri atau merangkak. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

2. Data Objektif

1) Pemeriksaan Umum

(1) Keadaan umum ibu baik, kesadaran ibu adalah composmentis. Menurut Hidayat (2016), mengatakan bahwa kesadaran composmentis adalah kesadaran penuh dengan memberikan respon yang cukup terhadap stimulus yang diberikan. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

(2) Tanda-Tanda Vital :

1) Tekanan Darah

Pada saat pengkajian, tekanan darah Ny. “A” adalah 110/70 mmHg. Menurut Mandriwati,G.A (2018), mengatakan bahwa tekanan darah normal 110/70-130/80 mmHg. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

2) Nadi

Pada saat pengkajian, nadi Ny. “A” adalah 86 x/menit. Menurut Mandriwati,G.A (2018), mengatakan bahwa denyut nadi normal berkisar antara 60-100 x/menit, jika diatas 100 x/menit pada masa hamil adalah mengindikasikan adanya suatu infeksi. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

3) Pernafasan

Pada saat pengkajian, pernapasan Ny.”A” adalah 20 x/menit. Menurut Mandriwati,G.A (2018), mengatakan bahwa pernapasan normal pada ibu hamil trimester III dalah 18-24 x/menit. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

4) Suhu

Pada saat pengkajian, suhu Ny. "A" adalah 36,5 °C. Menurut Mandriwati, G.A (2018), mengatakan bahwa suhu normal 35,8-37 °C. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

2) Pemeriksaan Fisik

Genitalia : Terdapat pengeluaran lendir dan darah dari kemaluan ibu. PUSDIKNAKES-WHO-JHPIEGO (2013), tanda-tanda persalinan, adalah terdapat kontraksi uterus secara teratur (kenceng-kenceng), keluar lendir dan darah dari jalan lahir, serta keluar air ketuban dari jalan lahir. Hal ini ada kesenjangan antara fakta dan teori.

3) Pemeriksaan Khusus

(1) TFU pertengahan pusat dengan prosessus xipoides (30 cm), Pres-Bel Kep kepala sudah masuk PAP, usia kehamilan 39 minggu, Pu-Ka. Menurut Manuaba (2018), mengatakan bahwa normalnya pada multigravida kepala janin masuk PAP minggu ke 36. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

(2) Hasil DJJ Ny. "A" 144 x/menit. Menurut Arif Mansjoer dkk (2019), mengatakan bahwa dalam keadaan normal, frekuensi Detak Jantung Janin (DJJ) berkisar antara 120-160 kali permenit teratur dan reguler. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

(3) Kontraksi : 3x10 menit dengan lama 40 detik.

(4) VT : Ø 4 cm, eff. 50%, T/H/IU/Ket(+)/Pres.bel.Kep/UUK Kadep/Molase 0/H_{II}/UPD DBN/KU ibu dan janin baik/tidak teraba bagian kecil janin di samping presentasi.

4.2.2 Interpretasi Data Dasar

Diagnosa : Ny."A" G₃ P₂₀₀₂ UK 39 Minggu/Hidup/Tunggal/Intra uteri/Presentasi bel.kep/UUK kadep/Molase 0/ H_{II}/Ukuran Panggul Dalam Batas Normal/Keadan Umum Ibu dan Janin Baik/Inpartu Kala I Fase Aktif. Menurut Ida Bagus Gde Manuaba (2017), diagnosa pada ibu hamil adalah menjawab 9 pertanyaan sehingga menjadi serangkaian diagnosa sebagai berikut : G P_{APAH} UK...Minggu/Hidup/Tunggal/ letak kepala/Intrauterin/panggul/ keadaan ibu dan janin baik.

4.2.3 Identifikasi Masalah Potensial

-

4.2.4 Kebutuhan Segera

-

4.2.5 Intervensi

Semua rencana saat pengkajian disesuaikan dengan kebutuhan dan kondisi klien saat itu. Untuk menyusun rencana asuhan kebidanan harus melihat diagnosa kebidanan, sehingga dalam melakukan tindakan tidak terjadi kesalahan. Rencana asuhan kebidanan dapat dibuat bersama klien dan keluarga (Jannah, 2012). Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

4.2.6 Implementasi

Berdasarkan fakta, persalinan kala I fase aktif Ny " A" dilakukan VT Ø 4 cm, eff. 50%, T/H/IU/Ket(+)/Pres.bel.Kep/UUK Kadep/Molase 0/H_{II}/UPD DBN/KU ibu dan janin baik/tidak teraba bagian kecil janin di samping presentasi. Menurut azwar (2012) persalinan kala I adalah pembukaan yang berlangsung antara

pembukaan nol sampai pembukaan lengkap. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

Oleh karena itu, ibu bersalin secara spontan pada tanggal 13 April 2021 di Puskesmas karanggeneng. Bayi lahir pukul 12.05 WIB secara spontan B dengan jenis kelamin perempuan, BB/PB 2500 gram/49 cm, A-S 7-8. Di puskesmas karanggeneng bayi sudah mendapatkan vitamin K 1 mg dan belum mendapatkan imunisasi hepatitis B₀, serta bayi maupun ibu dalam keadaan baik.

4.2.7 Evaluasi

Hasil evaluasi, pada saat pengkajian tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

4.3 Asuhan Pada Nifas

4.3.1 Pengkajian

1. Data Subyektif

1) Keluhan Utama

Ny. "A" mengatakan merasa nyeri pada luka jahitan perineum sejak selesai persalinan tanggal 13 April 2021, ibu juga mengatakan bahwa nyeri semakin bertambah apabila dibuat bergerak dan nyeri akan berkurang apabila ibu diam dan berbaring ditempat tidur saja. Menurut Simkin, Penny, Janet Whalley, & Ann Keppler (2017), salah satu efek samping persalinan normal. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

2) Keadaan Psikologi

Selama masa nifas, Ny. "A" merasa senang dengan kelahiran anak ketiganya. Ny. "A" tidak mengalami masalah pada adaptasi psikologis masa nifas fase taking

in, taking hold, dan letting go (Bahiyatun, 2019). Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

3) Kebiasaan yang Mungkin Dilakukan

Dari hasil pengkajian, Ny. "A" mengatakan bahwa sebelum maupun selama nifas ini tidak memiliki kebiasaan merokok, tidak ketergantungan obat, tidak minum jamu dan tidak terek makanan. Menurut Jannah (2012), mengatakan bahwa pola kebiasaan perlu dikaji untuk mengetahui kebiasaan-kebiasaan tentang pola makannya atau mengonsumsi bahan makanan atau minuman yang berbahaya apa tidak, untuk mengetahui kebiasaan aktivitas klien, yang nantinya dapat membahayakan. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

4) Pola kebiasaan sehari-hari

Pola kebiasaan sehari-hari menurut Saifuddin, 2016 adalah:

(1) Nutrisi

Selama masa nifas, Ny. "A" makan 3x/hari dengan porsi nasi (400gr/hari), lauk pauk, sayur (60 gr/hari) kadang-kadang buah. Ny. "A" minum 9-10 gelas/hari (2000 cc/hari). Menurut Saifuddin, 2016 mengatakan bahwa ibu menyusui harus mengonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari, makan dengan diet seimbang untuk mendapatkan protein, mineral dan vitamin yang cukup, minum sedikitnya 3 liter air setiap air. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

(2) Eliminasi

Selama masa nifas, Ny. "A" BAK dan BABnya lancar. Menurut Sulistyawati,(2019), BAK harus dalam waktu 6 jam post partum dan supaya buang

air besar kembali normal, dapat diatasi dengan diet tinggi serat, peningkatan asupan cairan, dan ambulasi awal. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori

(3) Istirahat

Selama masa nifas, Ny. "A" tidur malam 8 jam dan tidur siang kadang-kadang. Menurut Saifuddin (2016), mengatakan bahwa ibu harus cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

(4) Pola Aktivitas

Selama nifas, Ny. "A" sudah melakukan pekerjaan rumah tangga seperti memasak, menyapu, mencuci baju dengan dibantu suami dan ibu mertua. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

(5) Personal hygiene

Selama nifas, Ny. "A" tidak ada masalah dalam hal kebersihan diri. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

(6) Pola Seksual

Selama nifas, Ny. "A" mengatakan belum pernah melakukan hubungan seksual. Prawirohardjo (2019), mengatakan bahwa kemungkinan besar bahwa sebagian besar ibu menghindari hubungan seksual selama terjadinya kehamilan sampai dengan persalinan. Kelelahan dan gangguan tidur adalah keluhan yang paling sering menyebabkan terjadinya penurunan libido. Kembalinya perilaku seksual sebelum kehamilan pada umumnya akan berjalan sangat lambat. Menyusui lebih berpengaruh pada penurunan aktivitas seksual apabila dibandingkan dengan penggunaan susu formula. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

2. Data Objektif

1) Riwayat Natal

Melahirkan secara spontan usia kehamilan 39 minggu kepala sudah masuk PAP, air ketuban jernih dan plasenta lahir lengkap. Menurut Manuaba (2018), mengatakan bahwa normalnya pada multigravida kepala janin masuk PAP minggu ke 36 dan mengatakan bahwa hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

2) Pemeriksaan Umum

(1) Keadaan umum ibu baik, kesadaran ibu adalah composmentis. Menurut Hidayat (2016), mengatakan bahwa kesadaran composmentis adalah kesadaran penuh dengan memberikan respon yang cukup terhadap stimulus yang diberikan. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

(2) Tanda-Tanda Vital :

1) Tekanan Darah

Selama masa nifas, tekanan darah Ny. “ A adalah antara 110/70-120/80 mmHg. Menurut Mandriwati,G.A (2018), mengatakan bahwa tekanan darah normal 110/70-130/80 mmHg. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

2) Nadi

Selama masa nifas, nadi Ny. “A” adalah antara 80-90 x/menit. Menurut Mandriwati,G.A (2018), mengatakan bahwa denyut nadi normal berkisar antara 60-100 x/menit, jika diatas 100 x/menit pada masa hamil adalah mengindikasikan adanya suatu infeksi. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

3) Pernafasan

Selama masa nifas, pernapasan Ny.”A” adalah antara 20-22x/menit. Menurut Mandriwati,G.A (2018), mengatakan bahwa pernapasan normal pada ibu hamil trimester III dalah 18-24 x/menit. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

4) Suhu

Selama masa nifas, suhu Ny. “A” adalah antara 36,1-36,5 °C. Menurut Mandriwati,G.A (2018), mengatakan bahwa suhu normal 35,8-37 °C. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

3) Pemeriksaan Fisik

(1) Wajah : Selama masa nifas, wajah Ny. “A” tidak pucat dan tidak oedem. Menurut Wahyuningsih (2019), mengatakan bahwa wajah normal tidak pucat, tidak bengkak. Apabila wajah ibu terlihat pucat, kemungkinan anemi dan apabila wajah ibu bengkak, kemungkinan terjadi pre eklampsi. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

(2) Mata : Selama masa nifas, mata Ny. “A” sekleranya putih, konjungtiva merah muda, fungsi penglihatan baik. Selama kunjungan mata Ny. “A” sekleranya putih, konjungtiva merah muda, fungsi penglihatan baik. Menurut Saifuddin (2016), sklera normalnya berwarna putih tampak gambaran tipis pembuluh darah, abila terjadi ikterus waspada penyakit hepatitis, konjungtiva normal berwarna merah muda, jika pucat curiga ibu mengalami anemia. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

(3) Mulut : Selama masa nifas, Ny.”A” mukosa bibir lembab, tidak pucat dan tidak caries. Menurut IBG Manuba (2015), mengatakan bahwa mukosa bibir lembab,

tidak pucat. Apabila mukosa bibir ibu kering, menandakan dehidrasi dan apabila pucat menandakan anemia. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

(4) Leher : Selama masa nifas, Ny. “A” normal tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, pembesaran kelenjar limfe dan bendungan vena jugularis. Menurut IBG Manuaba (2017), mengatakan bahwa leher normal tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, pembesaran kelenjar limfe dan bendungan vena jugularis. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

(5) Payudara : Selama masa nifas, payudara Ny. “A” membesar, puting susu menonjol, kolostrum sudah keluar, ASI keluar lancar. Menurut Helen Farer (2015), mengatakan bahwa payudara ibu nifas akan menjadi lebih besar, lebih kencang dan mula-mula lebih nyeri tekan sebagai reaksi terhadap perubahan status hormonal serta dimulainya laktasi. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

(6) Abdomen : Selama kunjungan masa nifas, hasil TFU Ny. “A” selalu dalam batas normal, keras, dan pada waktu kunjungan terakhir masa nifas, TFU sudah tidak teraba lagi, proses involusi berjalan normal. Menurut Sitti Saleha (2019), mengatakan bahwa tinggi fundus uteri dan berat uterus menurut masa involusi antara lain :

Involusi	Tinggi Fundus Uteri	Berat Uterus
Bayi lahir	Setinggi pusat	1.000 gram
Uri lahir	2 jari bawah pusat	750 gram
1 minggu	Pertengahan pusat simfisis	500 gram
2 minggu	Tidak teraba di atas simfisis	350 gram
6 minggu	Bertambah kecil	50 gram
8 minggu	Sebesar normal	30 gram

Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

(7) Genetalia : Selama masa nifas Ny. “A” mengeluarkan lochea rubra, sanguinolenta, serosa, dan alba dan tidak ada penyulit. Menurut Syaifudin dan

Hamidah (2019), mengatakan bahwa menunjukkan kemajuan involusi normal adalah jumlah rubra, serosa, alba berkurang bau amis normal, tidak ada bekuan, tidak ada kemerahan, edema, ekimosis, nanah, atau nyeri jika ditekan. Menurut Ai Yeyeh Rukiyah (2017), lochea adalah percampuran antara darah dan desidua, perbedaan masing-masing lochea dapat dilihat. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori karena Ny. "A" sudah mengetahui pola personal hygiene.

(8) Anus : Selama kunjungan masa nifas, Ny. "A" terdapat hemoroid.

(9) Ekstremitas : Selama kunjungan masa nifas, ekstremitas atas dan bawah Ny. "A" tidak oedem, kuku tidak pucat, turgor kulit kembali < 1 detik, reflek patella + dan tidak varises. Menurut Wylie (2017), odema merupakan salah satu tanda dari pre eklamsia, turgor kulit (normalnya < 1 detik, apabila > 1 detik curiga adanya dehidrasi) dan CRT normal atau tidak (normalnya < 1 detik, apabila > 1 detik curiga gangguan palpitasi jantung). Reflek patella positif (+) atau negatif (-), karena jika reflek patella negatif maka kemungkinan terjadi defisiensi Vit. B1 (Manuaba, 2017). Jika terdapat varises mengakibatkan aliran darah tidak lancar dan kemungkinan curiga terjadi trombo phlebitis. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

4) Pemeriksaan Penunjang

(1) Pemeriksaan darah (Hb)

Saat pengkajian masa nifas, Hb Ny. "A" 12, gr/dl Menurut Prawirohardjo (2014), Hb normal ibu hamil adalah Trimester 1 dan 3 adalah 11 g/dl, sedangkan trimester 2 adalah 10,5 g/dl. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

(2) Pemeriksaan Urin Albumin

Saat pengkajian masa nifas, hasil protein urin adalah negativ. Menurut Winkjosastro (2017), mengatakan bahwa bila ada protein dalam urine maka harus dianggap sebagai gejala pre eklamsi, jika positif 2-3 gejala pre eklamsi ringan-sedang dan jika positif 4 gejala pre eklamsi berat. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

4.3.2 Interpretasi Data Dasar

P₃₀₀₃ Post Partum Hari Ke 1. Menurut Medforth, dkk (2012), cara penulisan analisa data diagnosa ibu nifas yaitu P_{APAH} post partum hari ke_. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

4.3.3 Identifikasi Masalah Potensial

Tidak ada karena selama kunjungan masa nifas ibu berjalan normal tanpa komplikasi apapun.

4.3.4 Identifikasi Kebutuhan Segera

Tidak ada karena selama kunjungan masa nifas ibu berjalan normal tanpa komplikasi apapun.

4.3.5 Intervensi

Semua rencana saat pengkajian disesuaikan dengan kebutuhan dan kondisi klien saat itu. Untuk menyusun rencana asuhan kebidanan harus melihat diagnosa kebidanan, sehingga dalam melakukan tindakan tidak terjadi kesalahan. Rencana asuhan kebidanan dapat dibuat bersama klien dan keluarga (Jannah, 2012). Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

4.3.6 Penatalaksanaan

Penulis melakukan penatalaksanaan asuhan kebidanan ibu nifas pada Ny. “A” sebagaimana untuk ibu nifas normal karena tidak ditemukannya masalah, seperti melakukan observasi pengeluaran pervaginam, tinggi fundus yang tidak sesuai, dan proses laktasi yang tidak lancar. Penulis memberikan KIE tentang tanda bahaya nifas, ASI eksklusif, nutrisi. sebagaimana teori menurut Bayihatun (2019), yaitu menilai involusi, perdarahan, KIE tanda bahaya masa nifas, nutrisi, mobilisasi, aktivitas. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

4.3.7 Evaluasi

Hasil evaluasi, selama kunjungan masa nifas tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori karena Ny. “A” memahami dan dapat melakukan saran yang dianjurkan oleh petugas kesehatan.

4.4 Asuhan Pada Neonatus

4.4.1 Pengkajian

1. Data Subyektif

1) Keluhan Utama

Selama kunjungan masa neonatal, Ny. “A” mengatakan anaknya tidak ada keluhan. Menurut Donna L. Wong (2019), masalah lazim yang terjadi pada neonatus muntah dan gumoh. Bayi Ny. “A” tidak mengalami muntah dan gumoh karena sudah diajarkan cara meneteki yang benar kepada ibu.

2) Pola Kebutuhan Sehari – hari

(1) Pola Nutrisi

Selama kunjungan, bayi Ny. “A” minum ASI saja. Menurut Roesli (2016), ASI eksklusif adalah bayi hanya diberikan ASI tanpa diberi tambahan tambahan

makanan padat seperti pisang, pepaya, bubur susu ataupun susu formula. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

(2) Pola Eliminasi

Saat pengkajian bayi pada usia 6 jam, bayi sudah BAB dan BAK. Menurut Sarwono Prawirohardjo (2017), mengatakan bahwa proses pengeluaran, defekasi dan urin terjadi 24 jam pertama setelah bayi lahir adalah 200-300 cc/24 jam atau 1-2 cc/Kg BB/jam. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

2. Data Objektif

4) Riwayat natal

Bayi lahir secara spontan pada tanggal 13 April 2021 dengan usia kehamilan 39 minggu, jenis kelamin perempuan, BB/PB 2.500 gram 48 cm, apgar score 7-8 serta tidak ada kelainan bawaan pada bayi. Menurut Jenny J.S. Sondakh (2013), mengatakan bahwa nilai apgar score 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, dan nilai 0-3 menunjukkan depresi serius dan membutuhkan resusitasi segera dan mungkin memerlukan ventilasi. Hal ini tidak ada kesenjangan anatara fakta dan teori.

5) Riwayat Imunisasi

Bayi telah mendapatkan imunisasi vit.K pada 6 jam setelah lahir dan Hb0 pada hari ke 3 serta imunisasi BCG dan polio 1 saat usia bayi 1 bulan. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori. Jadwal imunisasi menurut IDAI adalah sebagai berikut:

Umur bayi	Jenis imunisasi
< 7 hari	Hepatitis b (hb 0)

1 bulan	Bcg, polio 1
2 bulan	Dpt/ hb 1, polio 2
3 bulan	Dpt/ hb 2, polio 3
4 bulan	Dpt/ hb 3, polio 4
5 bulan	Campak

6) Pemeriksaan Umum

(1) Keadaan umum bayi baik, gerakan dan tangisan kuat, warna kulit kemerahan.

Menurut Jenny J.S (2013), mengatakan bahwa bayi baru lahir dikatakan normal jika kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan cukup terbentuk dan dilapisi verniks kaseosa. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

(2) TTV

1) Suhu

Selama kunjungan neonatus suhu bayi Ny. "A" berkisar antara 36,5-36,9 °C. Menurut kosim (2015), mengatakan bahwa suhu BBL normal adalah antara 36,5 °C -37,5 °C. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

2) Pernafasan

Selama kunjungan neonatus, pernafasan bayi Ny. "A" berkisar antara 40-48x/menit. Menurut Latief (2013) mengatakan bahwa laju napas normal neonatus berkisar antara 40-60 kali permenit. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

3) Nadi

Selama kunjungan neonatus denyut jantung berkisar antara 128-140 x/menit. Menurut Latief (2013), mengatakan bahwa laju jantung normal atau nadi BBL adalah 120-160 kali permenit dan dipengaruhi oleh aktivitas bayi. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

(3) Pemeriksaan Antropometri

1) Berat Badan : Berat badan lahir bayi Ny. "A" 2500 gram. Usia 3 hari 2600 gram. Usia 14 hari 2800 gram. Usia 42 hari 3600 gram. Menurut Sholeh (2017), umur 1 hingga tiga bulan berat badan bertambah 700 gram per empat minggu atau bertambah sebanyak 170-200 gram per minggunya. Hal ini tidak ada kesenjangan antara kasus dan teori.

2) Panjang badan : Bayi Ny. "A" 48 cm. Menurut Mitayani (2014), normal panjang badan BBL adalah 45 cm-55 cm. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

3) Lingkar dada : Bayi Ny. "A" 31 cm. menurut Mitayani (2013), 30,5-33 cm. Hal ini ada kesenjangan antara fakta dan teori.

4) Lingkar lengan : Bayi Ny. "A" 10 cm. Pengukuran dilakukan pada pertengahan lengan bayi (Wahyuni, 2011).

5) Lingkar kepala : Bayi Ny. "A" 33 cm. menurut Latief (2015), lingkar kepala normal adalah 33 sampai 37 cm. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

4) Pemeriksaan Fisik

(1) Warna kulit : Warna kulit bayi Ny. "A" kemerahan dan tidak ikterus. Menurut Maryunani dan Nurhayati (2018), mengatakan bahwa normalnya neonatus atau bayi baru lahir warna kulit kemerahan/merah muda. Hal ini tidak ada kesenjangan antara kasus dan teori.

(2) Kepala : Pada kepala bayi Ny. "A" tidak ada caput succedaneum, tidak ada cephal hematoma, tidak ada ancephaly, tidak ada mikrocephal, tidak ada makrocephal,

tidak ada hydrocephalus, UUB belum menutup, UUK belum menutup. Menurut Abdul Latief, dkk (2016), mengatakan bahwa perhatikan adanya kelainan yang disebabkan trauma lahir, seperti caput suksedaneum, cepal hematoma, perdarahan subaponeurotik, atau fraktur tulang tengkorak. Perhatikan juga kelainan kongenital, seperti anensefali, mikrosefali, kraniotabes, atau hidrosefalus. Hal ini tidak ada kesenjangan antara kasus dan teori.

(3) Mata : Pada mata bayi Ny. "A" konjungtiva merah muda, sklera putih. Menurut Abdul Latief, dkk (2016), mengatakan bahwa trauma pada mata terlihat sebagai edema palpebra, perdarahan konjungtiva, atau retina. Perhatikan adanya sekret mata. Hal ini tidak ada kesenjangan antara kasus dan teori.

(4) Hidung : Pada hidung bayi Ny. "A" tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada sekret. Menurut Abdul Latief dkk (2016), mengatakan bahwa pernafasan cuping hidung menunjukkan adanya gangguan paru. Lubang hidung sering tersumbat oleh mukus. Hal ini tidak ada kesenjangan antara kasus dan teori.

(5) Mulut : Pada mulut Ny. "A" mukosa bibir lembab, tidak ada labioskizis dan labiopalatozscizis, tidak aroglosus, tidak miroglosus. Menurut Abdul Latief, dkk (2013), mengatakan bahwa dengan inspeksi, dapat terlihat adanya labio dan palatoskizis, adanya gigi atau ranula, yaitu kista lunak berasal dari dasar mulut. Lidah yang membesar, seperti pada sindrom Beckwith, atau selalu bergerak, seperti pada sindrom Down. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

(6) Telinga : Pada telinga bayi Ny. "A" simetris, tidak ada serumen. Menurut Abdul Latief, dkk (2013), mengatakan bahwa pada neonatus cukup bulan telah

terbentuk tulang rawan, sehingga bentuk telinga dapat dipertahankan. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

(7) Leher : Pada leher bayi Ny. "A" Tidak ada webbed neck. Menurut Abdul Latief, dkk (2013), mengatakan bahwa leher neonatus tampak pendek, tetapi pergerakan baik. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

(8) Dada : Pada dada bayi Ny. "A" simetris, tidak ada retraksi dinding dada, silindris. Menurut Abdul Latief, dkk (2013), mengatakan bahwa bentuk dada neonatus seperti tong. Hal ini tidak ada kesenjangan antara kasus dan teori.

(9) Punggung : Pada punggung bayi Ny. "A" tidak ada spina bifida. Menurut Abdul Latief, dkk (2013), mengatakan bahwa perhatikan adanya skoliosis, meningokel, spina bifida, spina bifida okulta, atau sinus pilonidalis. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

(10) Abdomen : Pada abdomen bayi Ny. "A" tidak ada perdarahan tali pusat, turgor kembali < 1 detik, tidak ada pembesaran hepar. Menurut Depkes (2015) mengatakan bahwa tidak ada tonjolan, tidak ada perdarahan tali pusat, tidak ada tanda-tanda infeksi tali pusat (kalor, dolor, rubor, tumor, pungtiolaisa). Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

(11) Genetalia : Pada genitalian bayi Ny. "A" labia mayora menutupi labia minora. Menurut Abdul Latief, dkk (2013), mengatakan bahwa pada bayi perempuan cukup bulan, labia minora tertutup oleh labia mayora. Lubang uretra terpisah dari lubang vagina. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

(12) Anus : Anus bayi Ny. “A” ada lubang. Menurut Abdul Latief, dkk (2013), mengatakan bahwa anus untuk mengetahui ada tidaknya atresia ani. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

(13) Ekstremitas : Pada ekstremitas atas dan bawah bayi Ny. “A” telah dikaji hasilnya Simetris, tidak ada polidaktili, tidak ada sindaktili. Menurut Abdul Latief, dkk (2014), mengatakan bahwa perhatikan pergerakan ekstremitas. Bila ada asimetri, kemungkinan adanya patah tulang atau kelumpuhan saraf. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

5) Pemeriksaan Reflek

(1) Refleks rooting

Bayi Ny. “A” langsung mencari jari saat ditempelkan dipipinya. Latief dkk, (2015), mengatakan bahwa diperiksa dengan menyentuh ujung jari atau putting di sudut mulut bayi, maka bayi akan menengok ke arah rangsangan dan berusaha memasukkan ujung jari tersebut ke mulutnya. Refleks hilang setelah 3 atau 4 bulan, tetapi dapat menetap sampai usia 1 tahun (Bobak, 2015). Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

(2) Refleks sucking

Bayi Ny “A” menghisap dengan kuat saat menyusui payudara ibunya. Refleks sucking atau refleks isap terjadi apabila terdapat benda menyentuh bibir, yang disertai refleks menelan (Saifuddin, 2014). Refleks ini terus berlangsung selama bayi menyusui. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

(3) Refleks swallowing

Bayi Ny. "A" dapat menelan ASI ibunya dengan baik saat menyusu dan tidak tersedak. Menurut Sitti saleha (2019), mengatakan bahwa bayi akan menelan saat dimasukan puting kemulutnya. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

(4) Refleks morro

Bayi Ny. "A" langsung kaget saat ada rangsangan dengan mengangkat kedua tangannya. Gendong bayi dalam posisi setengah duduk, biarkan kepala dan badan bayi jatuh ke belakang dengan sudut 30° atau tempatkan bayi pada permukaan yang rata lalu hentakkan permukaan untuk mengejutkan bayi (Bobak dkk, 2015). Reaksinya bayi akan kaget, lengan direntangkan dalam posisi abduksi ekstensi simetris dan tangan terbuka disusul dengan gerakan lengan adduksi dan fleksi. Dalam keadaan normal, akan tetap ada sampai usia 3-4 minggu, hilang pada usia enam bulan. Respons yang menetap setelah enam bulan kemungkinan kerusakan otak (Bobak, 2015). Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

(5) Refleks tonic neck atau fencing

Bayi Ny. "A" dapat menoleh kekanan dan kekiri. Bayi diletakkan dalam posisi telentang, kepala di garis tengah dan ekstremitas dalam posisi fleksi, kemudian kepala ditengokkan ke kanan, maka akan terjadi ekstensi pada ekstremitas kanan, dan fleksi pada ekstremitas kiri. Respons lengkap akan hilang pada usia 3-4 bulan (Bobak, 2015). Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

(6) Refleks palmar grasp atau menggegam

Bayi Ny. "A" langsung menggegam saat jari tangan kita diletakkan pada telapak tangannya. Tempatkan jari pada telapak tangan, maka jari-jari bayi akan

menggenggam jari pemeriksa. Respons telapak tangan menurun pada usia 3-4 bulan (Bobak, 2015). Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

(7) Refleksi glabellar (Myerson's)

Bayi Ny. "A" berkedip saat diketuk batang hidungnya. Ketuk dahi, batang hidung, atau maksila bayi yang matanya sedang terbuka. Bayi akan mengejapkan mata pada 4-5 ketukan pertama. Kedipan yang terus-menerus pada ketukan berulang menunjukkan adanya gangguan ekstrapiramidal (Bobak, 2015). Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

4.4.2 Interpretasi Data Dasar

Diagnosa : BBL Fisiologis Usia 6 jam

4.4.3 Identifikasi Masalah Potensial

Berpotensi terjadi hipotermi. Menurut Sinclair, Constance (2019), mengatakan bahwa penurunan panas terjadi karena evaporasi, konveksi, konduksi dan radiasi. Bayi baru lahir, khususnya mereka yang berusia 12 jam, memiliki kemampuan terbatas untuk menghasilkan panas di dalam lingkungan yang dingin. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

4.4.4 Identifikasi Kebutuhan Segera

Jaga selalu kehangatan bayi. Menurut Sinclair, Constance (2019), mengatakan bahwa penurunan panas terjadi karena evaporasi, konveksi, konduksi dan radiasi. Bayi baru lahir, khususnya mereka yang berusia 12 jam, memiliki kemampuan terbatas untuk menghasilkan panas di dalam lingkungan yang dingin. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

4.4.5 Intervensi

Semua rencana saat pengkajian disesuaikan dengan kebutuhan dan kondisi klien saat itu. Untuk menyusun rencana asuhan kebidanan harus melihat diagnosa kebidanan, sehingga dalam melakukan tindakan tidak terjadi kesalahan. Rencana asuhan kebidanan dapat dibuat bersama klien dan keluarga (Jannah, 2012). Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

4.4.6 Penatalaksanaan

Penulis melakukan penatalaksanaan asuhan kebidanan pada bayi Ny. "A" sebagaimana bayi baru lahir fisiologis. Menurut Nursalam (2014), yaitu observasi TTV, BAB dan BAK, memberikan nutrisi yaitu pemberian ASI tiap 3 jam atau tiap anak menangis. memandikan bayi setelah 6 jam persalinan, merawat tali pusat dengan menggunakan kasa kering, menjaga kehangatan dengan membedong bayi, merawat gabung bayi dengan ibu, menjadwalkan kunjungan neonatal pertama yaitu umur 6 jam sampai 3 hari.

4.4.7 Evaluasi

Hasil evaluasi, selama kunjungan masa nifas tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori karena Ny. "A" memahami dan dapat melakukan saran yang dianjurkan oleh petugas kesehatan.

4.5 Asuhan Pada Keluarga Berencana (KB)

4.5.1 Pengkajian

1. Data Subjektif
 - 1) Keluhan Utama

Ny. "A" mengatakan tidak ada keluhan hanya ingin menjadi akseptor KB untuk menjarangkan kehamilan tetapi ia belum tahu KB apa yang akan ia gunakan nanti. Menurut Sholeh (2017), ibu post partum boleh menggunakan alat kontrasepsi yang tidak mempengaruhi pemberian ASI. Pada kontrasepsi implan, pil, dan suntik 1 bulan hendaknya diberikan setelah masa nifas selesai karena mempengaruhi pengeluaran ASI. Menurut Sholeh (2017), Keluhan utama yang dikatakan oleh akseptor baru kontrasepsi adalah ingin menunda kehamilannya. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

2. Data Objektif

1) Pemeriksaan Umum

(1) Keadaan umum ibu baik, kesadaran ibu adalah composmentis. Menurut Hidayat (2016), mengatakan bahwa kesadaran composmentis adalah kesadaran penuh dengan memberikan respon yang cukup terhadap stimulus yang diberikan. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

(2) Tanda-Tanda Vital :

1) Tekanan Darah

Selama kunjungan, tekanan darah Ny. "A" berkisar antara 110/70-120/80 mmHg. Menurut Mandriwati,G.A (2018), mengatakan bahwa tekanan darah normal 110/70-130/80 mmHg. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

2) Nadi

Selama kunjungan, nadi Ny. "A" berkisar antara 84-88x/menit dan. Menurut Mandriwati,G.A (2018), mengatakan bahwa denyut nadi normal berkisar antara 60-

100 x/menit, jika diatas 100 x/menit pada masa hamil adalah mengindikasikan adanya suatu infeksi. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

3) Pernafasan

Selama kunjungan, pernapasan Ny.”A” adalah 24x/menit. Menurut Mandriwati,G.A (2018), mengatakan bahwa pernapasan normal pada ibu hamil trimester III dalah 18-24 x/menit. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

4) Suhu

Selama kunjungan, suhu Ny. “A” berkisar antara 36,5°C. Menurut Mandriwati,G.A (2018), mengatakan bahwa suhu normal 35,8-37 °C. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

2) Pemeriksaan Fisik

Tidak ditemukan kesenjangan pada pemeriksaan fisik Ny. “A” sebagai akseptor kontrasepsi.

4.5.2 Interpretasi data dasar

P₃₀₀₃ dengan pemilihan KB. Penulis pada asuhan KB Ny. “A” menganalisa data yaitu : P_{APAH} Akseptor KB

4.5.3 Antisipasi Masalah Potensial

Berdasarkan pengkajian dan analisa data dari kasus di atas didapatkan hasil bahwa tidak ditemukan masalah potensial pada kasus Ny. “A” P₃₀₀₃ dengan Pemilihan KB baik pada awal kunjungan maupun selama kunjungan

4.5.4 Identifikasi Kebutuhan Segera

Tindakan segera tidak perlu dilakukan dalam kasus Ny. "A" P₃₀₀₃ dengan Pemilihan KB.

4.5.1 Intervensi

Semua rencana saat pengkajian disesuaikan dengan kebutuhan dan kondisi klien saat itu. Untuk menyusun rencana asuhan kebidanan harus melihat diagnosa kebidanan, sehingga dalam melakukan tindakan tidak terjadi kesalahan. Rencana asuhan kebidanan dapat dibuat bersama klien dan keluarga (Jannah, 2012). Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

4.5.6 Implementasi

Menurut Sholeh (2017) penatalaksanaan pada ibu sebagai calon akseptor KB yaitu dengan memberikan penjelasan tentang berbagai macam alat kontrasepsi yang dapat digunakan ibu selama masa menyusui yang tidak mempengaruhi produksi ASI. Hal ini sesuai dengan penatalaksanaan yang dilakukan pada ibu sebagai calon akseptor KB.

4.5.7 Evaluasi

Hasil evaluasi, pada kunjungan pertama Ny. "A" telah memahami dan mengerti tentang macam-macam alat kontrasepsi yang dapat digunakan selama menyusui, sehingga pada saat kunjungan ulang ia memutuskan untuk menggunakan KB MAL untuk saat ini dan akan menggunakan KB suntik 3 bulan, setelah masa nifasnya selesai.

BAB 5

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

5.1.1 Asuhan Pada Ibu Hamil

Asuhan kebidanan pada ibu hamil Ny. "A" G₃ P₃₀₀₃ UK 32 Minggu/H/T/Pres-Kep/IU/Kesan Panggul Dalam Batas Normal/KU Ibu dan Janin baik dilakukan sebanyak 3 kali. Pada kunjungan pertama ibu terdapat keluhan benjolan pada anus, pada kunjungan kedua ibu mengeluh merasakan kenceng-kenceng semakin sering dan mengeluarkan lendir darah dari jalan lahir.

Selama kunjungan Ny. "A" diberikan konseling mengenai tanda bahaya kehamilan, tanda-tanda persalinan, cara perawatan payudara, penyebab dan cara mengatasi benjolan pada anus dan nyeri punggung pada ibu. serta mengingatkan kepada Ny. "A" untuk selalu meminum obat yang telah diberikan oleh bidan.

Ny. "A" belum pernah keguguran, melahirkan prematur atau hidup karena ini kehamilan yang Ketiga, tidak mempunyai keturunan kembar dan penyakit menurun yaitu diabetes dari pihak ibu sendiri. Pada kehamilan ini Ny. "A" sebenarnya tergolong kehamilan beresiko rendah karena jumlah score puji rohcyatinya hanya 2, akan tetapi ukuran panggul luar Ny. "A" dalam batas tidak normal dan saat usia kehamilan sudah 38 minggu kepala janin sudah masuk Pintu Atas Panggul. Ny "A" rutin melakukan kunjungan selama kehamilan ini yaitu 10x kunjungan. Ny "A" selalu bertanya mengenai kondisi kehamilannya sehingga berlangsung secara fisiologis.

5.1.2 Asuhan pada Ibu Bersalin

Asuhan kebidanan pada Ny."A" G₃ P₃₀₀₃ UK 38-39 Minggu/H/T/Pres-Kep/IU/Kesan Panggul Sempit/KU Ibu dan Janin Baik/Inpartu Kala I Fase Aktif dengan. Ny. "A" datang dengan keluhan merasakan kenceng-kenceng semakin sering dan keluar lendir dan darah dari jalan lahir. Pada data objektif didapatkan tanda-tanda vital dalam batas normal. Pada pemeriksaan fisik didapatkan pengeluaran lendir dan darah dari jalan lahir. Pada pemeriksaan khusus palpasi didapatkan bagian terendah kepala sudah masuk PAP, auskultasi DJJ 144x/menit, kontraksi 3x10 menit dengan lama 40 detik, dan VT Ø 4 cm, eff. 50%, T/H/IU/Ket(+)/Pres.bel.Kep/UUK Kadep/Molase 0/H_{II}/Ukuran Panggul Dalam Batas Normal/KU ibu dan janin baik/tidak teraba bagian kecil janin di samping presentasi.

Persalinan Ny. "A" dilakukana secara spontan dan bayi lahir pukul 12.05 WIB.

5.1.3 Asuhan pada Ibu Nifas

Asuhan kebidanan pada Ny. "A" P₃₀₀₃ Post Partum 6 Jam. Selama masa nifas dilakukan 4 kali kunjungan. Selama kunjungan tidak didapatkan hal yang patologis. Selama masa nifas Ny. "A" sudah diberikan konseling mengenai cara mengatasi nyeri luka operasi, cara meneteki dengan benar, tanda bahaya masa nifas, mobilisasi, secara bertahab, personal hygiene, nutrisi, pola istirahat dan pola seksual. Sehingga selama masa nifas TFU, perdarahan, dan proses laktasi Ny. "A" tidak ada penyulit dan luka jahitan perineum sudah sedikit kering dalam waktu 1 minggu post partum.

5.1.4 Asuhan pada Neonatus

Asuhan kebidanan pada neonatus Bayi Ny. "A" dengan neonatus aterm dalam keadaan fisiologis. Selama masa neonatus dilakukan 4 kali kunjungan. Selama kunjungan tidak didapatkan keadaan bayi yang patologis. Kebutuhan nutrisi bayi selalu terpenuhi karena ibu selalu menyusui bayinya saat bayi menangis dan minimal setiap 2 jam sekali ASI 5-6x/hari. Bahkan setelah lahir bayi langsung disusui ibunya. Bayi disusui hingga payudara terasa kosong dan bayi tidak menangis lagi. Pola eliminasi bayi juga normal. Bayi BAB dan BAK < 24 jam setelah lahir. Dan setiap harinya bayi BAB 1 kali perhari dan BAK ganti popok 3x/hari (\pm 400-500 cc/hari). Pada data objektif yaitu pemeriksaan tanda- tanda vital bayi selalu dalam batas normal dan tidak ditemukan keadaan yang abnormal. Bayi sudah mendapat imunisasi Hbo pada hari ke 3 post natal dan BCG polio 1 saat usia 1 bulan. Pertambahan berat badan bayi Ny. "A" dari lahir hingga kunjungan terakhir yaitu 1100 gram. Selama kunjungan neonatus Ny. "A" diberikan konseling mengenai kebutuhan dasar bayi baru lahir yang meliputi ASI Eksklusif, menjaga kehangatan bayi, imunisasi, menjaga kebersihan bayi, dan perawatan bayi sehari-hari, dan tanda bahaya bayi baru lahir.

5.1.5 Asuhan pada Akseptor Keluarga Berencana (KB)

Asuhan kebidanan pada Ny. "A" P₃₀₀₃ dengan Pemilihan KB dalam keadaan fisiologis. Kunjungan KB dilakukan sebanyak 2 kali yaitu pada 6 minggu post partum dan pada 7 minggu post partum. Ibu mengatakan tidak pernah mengalami keluhan seperti terdapat nyeri payudara, nyeri saat haid, ataupun perdarahan yang banyak, serta haid ibu selalu teratur. Hasil pengkajian data objektif didapatkan hasil pemeriksaan tanda-tanda vital dalam batas normal. Selama kunjungan konseling

yang telah diberikan yaitu menjelaskan mengenai macam-macam alat kontrasepsi pasca persalinan, menjelaskan keuntungan, kerugian, indikasi dan kontra indikasi masing-masing alat kontrasepsi, dan menganjurkan ibu untuk berdiskusi dengan suami mengenai metode KB yang tepat. Pada saat kunjungan kedua Ny. "A" merencanakan akan menggunakan KB suntik 3 bulan setelah masa nifas selesai.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi PMB dan puskesmas

Diharapkan pihak PMB dan puskesmas dapat mempertahankan dan melanjutkan program pendampingan dan pengawasan pada ibu hamil sampai dengan masa nifas, sehingga ibu dengan keadaan yang patologis dapat terdeteksi secara dini dan dapat menurunkan angka kematian ibu dan bayi.

5.2.2 Bagi Institusi

Hasil asuhan kebidanan ini diharapkan dapat dijadikan sebagai referensi atau sebagai bahan rujukan dalam penerapan *continuity of care* selanjutnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Ambar Dwi, Erawati. (2012). *Asuhan Kebidanan (Nifas)*. Yogyakarta: Mitra.
- Ambarwati, Wulandari. 2012. *Asuhan Kebidanan Nifas*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Arsinah, Shinta Siswoyo Putri. 2012. *Konsep Kebidanan*. Yogyakarta : Graha Ilmu
- Asih Yusari. 2016. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Nifas Dan Menyusui, Dilengkapi Dengan Evidence Based Practice Dan Daftar Tilik Asuhan Nifas*. Jakarta : TIM
- Astuti, Maya. 2012. *Buku Pintar Kehamilan*. Jakarta : EGC
- Aziz Alimul Hidayat. 2012. *Asuhan Neonatus, Bayi, & Balita*. Jakarta : EGC
- Bahiyatun. 2012. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Masa Nifas*. Jakarta : EGC.
- Christian. 2014. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta : EGC
- Cunningham, dan Gant, Norman F. (2013). *Dasar-dasar Ginekologi dan Obstetri*. Jakarta : EGC.
- Deslidel, dkk. 2012. *Buku Ajar : Asuhan Neonatus, Bayi & Balita*. Jakarta : Buku Kedokteran EGC
- Dinas Kesehatan. (2017). *Profil Kesehatan Kabupaten Lamongan Tahun 2016*. Lamongan : Dinas Kesehatan inter
- Dinkes Provinsi Jawa Timur. 2018. *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2017*. Surabaya : Dinkes Provinsi Jawa Timur
- Doenges. 2012. *Rencana Asuhan Keperawatan*. Jakarta : EGC
- 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*
- Hidayat, A. A. 2012. *Buku Ajar Kebutuhan*. Jakarta : Salemba Medika

- Hidayat, A.A. 2013. *Keluarga Berencana dan Kontrasepsi*. Cetakan Keenam. Jakarta: Pustaka Sinar Harapan.
- Irianti, Bayu. 2013. *Asuhan Kehamilan Berbasis Bukti*. Jakarta: Segoseto
- Jenny J.S. Sondakh 2013. *Asuhan Kebidanan Persalinan Dan Bayi Baru Lahir*. Jakarta : Erlangga
- JNPK-KR. 2014. *Buku Acuan Pelatihan Klinik Asuhan Persalinan Normal : Asuhan Esensial, Pencegahan dan Penanggulangan Segera Komplikasi Persalinan dan Bayi Baru Lahir. Revisi 2007*. Jakarta : Asosiasi Unit Pelatihan Klinik Organisasi Profesi
- Johariyah, dkk (2012). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Persalinan Dan Bayi Baru Lahir*. Jakarta : CV. Trans Info Media
- Kemenkes RI. 2012. *Buku Saku Pelayanan Kesehatan Neonatal Esensial : Pedoman Teknis Pelayanan Kesehatan Dasar*. Jakarta
- Kemenkes RI. 2012. *Cara Menurunkan Angka Kematian Ibu Dan Kematian Bayi*. Dipublikasikan Pada : Rabu, 03 Februari 2010. <http://www.depkes.go.id/>. Diakses Pada Tanggal 21 Februari 2010 Jam 14.00 WIB.
- Kemenkes RI. 2016. *Asuhan Kebidanan Neonates, Bayi, Balita Dan Anak Pra Sekolah*. Jakarta
- Kemenkes RI. 2018. *Ditjen Kesehatan Masyarakat Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2017*. Jakarta
- Kementrian Kesehatan RI. 2017. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2017*. Jakarta : Kementrian Kesehatan RI
- Kementrian Kesehatan RI. 2013. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2013*. Jakarta : Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. www.depkes.go.id
- Kriebs, Jan M. 2012. *Buku Saku : Asuhan Kebidanan Varney. Edisi 2*. Jakarta : EGC
- Kurniati, Ade. 2016. *Pengaruh Pendidikan, Pendapatan Keluarga, dan Interaksi dengan Bidan Terhadap Kejadian Anemia Defisiensi Besi pada Ibu Hamil di Kabupaten Pamelang*. Tesis UNS-Pascasarjana Prog. Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat .
- Latief, Abdul. 2013. *Diagnosis Fisis pada Anak Edisi ke-2*. Jakarta : Sagung Seto
- Manuaba, Ida Bagus Gde. 2012. *Memahami Kesehatan Reproduksi*. Jakarta : Arcan.

- Manuaba, Ida Bagus Gde. 2012. *Pengantar Kuliah Obstetri*. Jakarta : YBP-SP
- Marmi. (2012). *Asuhan Kebidanan Pada Masa Antenatal*. Yogyakarta : Pustaka Pelajar
- Mochtar, Ali. 2012. *Sinopsis Obstetri*. Jakarta : EGC
- Mochtar, Rustam. 2013. *Sinopsis Obstetri*. Jakarta : Buku Kedokteran EGC
- Morison, Moya J. (2013). *Manajemen Luka*. Jakarta : EGC
- Nanny Lia Dewi, Vivian. 2012. *Asuhan Neonatus, Bayi Dan Anak Balita*. Jakarta : Salemba Medika
- Nurjasmii, Emi.dkk. (2016). *Buku Acuan Midwifery Update 2016*. Jakarta : Pengurus Pusat Ikatan Bidan Indonesia
- Pratami, Evi. 2014. *Konsep Kebidanan Berdasarkan Kajian Filosofi dan Sejarah*. Magetan : Forum Ilmu
- Prawirohardjo, Sarwono. 2014. *Ilmu Kebidanan (4 ed)*. Jakarta : PT. Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- Prawirohardjo, Sarwono. 2016. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta : PT. Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- Rahayu, Margi. 2016. *Jurnal Kebidanan dan Kesehatan*. 6 (1). 1-72
- Riset Kesehatan Dasar; *RISKESDAS*. Jakarta : Balitbang Kemenkes RI. <http://www.depkes.go.id/>. Diakses tanggal 17 Februari 2019 Pukul 23.20 WIB
- Rohani. Saswita, Reni. & Marisah. (2012). *Asuhan Kebidanan Pada Masa Persalinan*. Jakarta : Salemba Medika
- Saifuddin, Abdul Bari. Dkk. 2014. *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi*. Jakarta : PT. Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- Saifuddin. 2014. *Ilmu Kebidanan. Edisi keempat*. Jakarta : PT. Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Saminem. 2012. *Seri Asuhan Kebidanan Kehamilan Normal*. Cetakan I. Jakarta: EGC.