

STUDI KASUS

**ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF KEHAMILAN, PERSALINAN,
NIFAS, BAYI BARU LAHIR DAN KELUARGA BERENCANA PADA
NY. M USIA 32 TAHUN G₃P₂Ab₀Ah₂ DI PUSKESMAS MALAWILI
KABUPATEN SORONG TAHUN 2022**

LAPORAN TUGAS AKHIR

**Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Menyelesaikan Pendidikan Diploma III
Kebidanan Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Sorong**



Disusun Oleh :

JUSMITA TANGKELANGI

41540119014

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN

POLTEKKES KEMENKES SORONG

PRODI DIII KEBIDANAN

TAHUN 2022

HALAMAN PERSETUJUAN

LAPORAN TUGAS AKHIR

Asuhan Kebidanan Komprehensif Kehamilan, Persalinan, Nifas, Bayi Baru Lahir Dan Keluarga Berencana Pada Ny. M Usia 32 Tahun G₃P₂Ab₀Ah₂ Di Puskesmas Malawili Kabupaten Sorong Tahun 2022.

Yang diajukan oleh :

JUSMITA TANGKELANGI

41540119014

Telah konsultasikan dan disetujui untuk diseminarkan oleh :

Pembimbing I

Yustitio Nora Veronica, M.Keb.,AIFO

Tanggal, 21 Juni 2022

Pembimbing II

Ariani Pongoh, S.ST.,M.Kes
NIP. 196601011985032005

Tanggal, 17 Juni 2022

Pembimbing III

Herminiati, STR.Keb
NIP. 197308242006072001

Tanggal, 16 Juni 2022

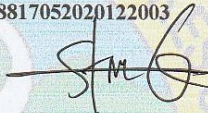
HALAMAN PENGESAHAN

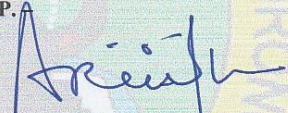
LAPORAN TUGAS AKHIR

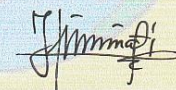
Asuhan Kebidanan Komprehensif Kehamilan, Persalinan, Nifas, Bayi Baru Lahir Dan Keluarga Berencana Pada Ny. M Usia 32 Tahun G₃P₂Ab₀Ah₂ Di Puskesmas Malawili Kabupaten Sorong Tahun 2022.

Telah dipertahankan didepan dewan penguji pada tanggal 22 Juni 2022 dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk diterima.

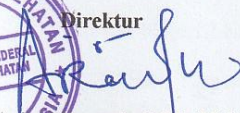
Penguji I : 
Fitra Duhita, M.Keb
NIP. 198817052020122003

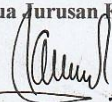
Penguji II : 
Yustitio Nora Veronica, M.Keb.,AIFO
NIP.

Penguji III : 
Ariani Pongoh, S.ST.,M.Kes
NIP. 196601011985032005

Penguji IV : 
Herminiati, STr.Keb
NIP. 197308242006072001

Mengetahui


Direktur

Ariani Pongoh, S.ST.,M.Kes
NIP. 196601011985032005

Ketua Jurusan Kebidanan

Adriana Egam, S.ST.,M.Kes
NIP. 196707241988012004

RIWAYAT HIDUP



A. Identitas Penulis

1. Nama : Jusmita Tangkelangi
2. Tempat, Tanggal Lahir : Turunan, 23 Juni 2001
3. Jenis Kelamin : Perempuan
4. Agama : Kristen Protestan
5. Suku / Bangsa : Toraja / Indonesia
6. Alamat : Jl. Klalin Depan Polres Aimas

B. Riwayat Pendidikan

1. SD Inpres 126 Garampa' pindah tahun 2012
2. SD YPK Marthen Luther Yenbeser tamat tahun 2013
3. SMP Negeri 1 Kabupaten Sorong tamat tahun 2016
4. SMA Negeri 2 Kabupaten Sorong tamat tahun 2019
5. Poltekkes Kemenkes Sorong Prodi D-III Kebidanan tahun 2019 sampai sekarang

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, atas semua berkat dan Karunia-Nya sehingga dapat terselesaikannya Laporan Tugas Akhir yang berjudul “Asuhan Kebidanan Komprehensif Kehamilan, Persalinan, Nifas, Bayi Baru Lahir dan Keluarga Berencana Pada Ny. M Usia 32 Tahun G₃P₂Ab₀Ah₂ Di Puskesmas Malawili Kabupaten Sorong Tahun 2022”, diajukan sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan Pendidikan Program Studi Diploma III Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes Sorong.

Penulis banyak mendapatkan bantuan dari berbagai pihak, karena itu pada kesempatan kali ini penulis mengucapkan banyak terima kasih kepada :

1. Ariani Pongoh, S.ST.,M.Kes, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Sorong yang telah memberikan kesempatan untuk menempuh pendidikan di Instansi ini.
2. Adriana Egam, S.ST.,M.Kes, selaku Ketua Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes Sorong.
3. Rizqi Kamalah, M.Keb, selaku Ketua Program Studi D-III Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes Sorong.
4. Yustitio Nora Veronica, M.Keb.,AIFO, selaku pembimbing I yang telah bersedia meluangkan waktu untuk membimbing, memberi dukungan, memberi saran dan masukan yang membangun sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.
5. Ariani Pongoh, S.ST.,M.Kes, selaku pembimbing II yang telah bersedia meluangkan waktu untuk membimbing, memberi dukungan, memberi saran dan

masukan yang membangun sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.

6. Herminiati, STr. Keb, selaku pembimbing III yang telah bersedia meluangkan waktu untuk membimbing, memberi dukungan, memberi saran dan masukan yang membangun sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.
7. Bapak/Ibu dosen dan seluruh staf pengajar Prodi D-III Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes Sorong atas semua jasa dan ilmu yang telah diberikan selama perkuliahan.
8. Ibu Meilani, selaku Responden atas perhatian dan kerjasamanya yang baik.
9. Orang tua, kakak, adik, semua keluarga dan Dennis Allo, yang telah membantu dengan doa, memberikan banyak motivasi dan dukungan moril maupun materil kepada penulis.
10. Rekan-rekan seperjuangan yang telah setia membantu dan memberikan banyak pengalaman selama perkuliahan.
11. Semua pihak yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu, yang turut serta memberikan bantuan maupun dukungan dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini.

Penulis berusaha untuk dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini dengan sebaik-baiknya. Namun demikian, penulis menyadari bahwa masih banyak kekurangannya. Hal ini dikarenakan keterbatasan yang ada pada penulis baik pengalaman, pengetahuan dan waktu. Untuk itu kritik dan saran dari semua pihak yang bersifat membangun demi perbaikan yang akan datang sangat diharapkan.

Semoga Tuhan Yang Maha Esa memberikan balasan atas segala kasih yang telah di berikan dan semoga Laporan Tugas Akhir ini bermanfaat bagi penulis maupun pihak lain yang membutuhkan.

Sorong, 22 Juni 2022

Penulis

Jusmita Tangkelangi. 2022. **Asuhan Kebidanan Komprehensif Kehamilan, Persalinan, Nifas, Bayi Baru Lahir dan Keluarga Berencana Pada Ny. M Usia 32 Tahun G₃P₂Ab₀Ah₂ di Puskesmas Malawili Kabupaten Sorong Tahun 2022.** (Pembimbing I Yustitio Nora Veronica, M.Keb.,AIFO, dan Pembimbing II Ariani Pongoh, S.ST.,M.Kes).

ABSTRAK

Masalah tingginya Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia masih tergolong tinggi, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia tahun 2021 menyatakan bahwa jumlah angka kematian ibu naik dari 4.197 Tahun 2019 menjadi 4432 di Tahun 2020. Berdasarkan data dari Profil Kesehatan Provinsi Papua Barat tahun 2018, AKI yang terjadi juga tergolong masih tinggi. Papua Barat merupakan penyumbang tingginya AKI dalam dua tahun terakhir yaitu 2017 dan 2018, terdapat 204 dan 108 kematian dalam kurun waktu satu tahun, tingginya kematian ibu tersebut menggambarkan masih rendahnya pelayanan kepada ibu hamil, di mana kunjungan ibu hamil pertama K1 dan K4 dalam 2 tahun ini mengalami penurunan yaitu 66.97%, 24.12% dan 0.0%, 41.5%, begitupun persalinan oleh tenaga kesehatan 48.807% dan 38.3%.

Jenis penelitian ini bersifat deskriptif dengan menggunakan metode asuhan kasus Manajemen Kebidanan 7 langkah Varney dan didokumentasikan dengan metode SOAP. Subjek penelitian Ny. M yang didampingi saat hamil Trimester 3 dengan usia kehamilan 39 minggu, bersalin, nifas, BBL, dan KB. Hasil kasus diambil di Puskesmas Malawili Kabupaten Sorong mulai dari tanggal 07 Maret s/d 01 Mei 2022.

Tanggal 07 Maret 2022 dilaksanakan ANC pertama dengan hasil kehamilan normal. Tanggal 14 Maret 2022 dilaksanakan ANC kedua. Pada tanggal 20 Maret 2022 jam 16.00 WIT, Ny. M datang dengan keluhan mules-mules, hasil pemeriksaan pembukaan 4 cm, inpartu kala I fase aktif. Pukul 19.30 WIT ibu mengatakan merasa ingin BAB, tanda-tanda persalinan telah terlihat. Pukul 19.55 WIT bayi lahir spontan. Pukul 20.05 WIT plasenta lahir lengkap beserta kotiledonnya. Kunjungan Neonatus 6 jam, 6 hari, 2 minggu dan kunjungan Nifas 6 jam, 6 hari, 2 minggu dan 6 minggu sekaligus kunjungan KB.

Kesimpulan penelitian, peneliti telah menerapkan Asuhan Kebidanan Komprehensif mulai dari kehamilan, persalinan, nifas, BBL dan keluarga berencana dengan Manajemen Asuhan Kebidanan metode 7 langkah Varney dan pendokumentasian dengan Metode SOAP.

Kata Kunci : Asuhan Kebidanan Komprehensif, Ny. M

DAFTAR ISI

HALAMAN PERSETUJUAN	i
LEMBAR PENGESAHAN.....	ii
RIWAYAT HIDUP.....	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
ABSTRAK	vii
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR BAGAN.....	xiii
DAFTAR SINGKATAN.....	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xviii
BAB I	1
PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Ruang Lingkup Asuhan.....	4
1.3 Tujuan Penulisan	4
1.4 Manfaat Penulisan	5
BAB II.....	7
TINJAUAN PUSTAKA.....	7
2.1 KEHAMILAN	7
2.1.1. Pengertian Kehamilan	7
2.1.2. Fisiologi Kehamilan	8
2.1.3. Tanda-Tanda Kehamilan	22
2.1.4. Perubahan-Perubahan Pada Ibu Hamil.....	24
2.1.5. Kebutuhan Dasar Ibu Hamil.....	34
2.1.6. Tanda Bahaya Pada Kehamilan.....	39
2.1.7. Asuhan Kehamilan (<i>Antenatal Care</i>).....	47
2.2 PERSALINAN	52

2.2.1.	Pengertian Persalinan	52
2.2.2.	Macam-Macam Persalinan.....	53
2.2.3.	Sebab Mulainya Persalinan	54
2.2.4.	Factor-Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan	56
2.2.5.	Tahap Persalinan	57
2.2.6.	Tanda-Tanda Persalinan.....	59
2.2.7.	Mekanisme Persalinan Normal	60
2.2.8.	Persiapan Asuhan Persalinan	62
2.2.9.	Asuhan Persalinan Normal 60 Langkah.....	72
2.3	NIFAS.....	86
2.3.1.	Pengertian Nifas	86
2.3.2.	Tahapan Masa Nifas	86
2.3.3.	Perubahan Fisiologis Masa Nifas	87
2.3.4.	Adaptasi Psikologi Masa Nifas	98
2.3.5.	Penyulit dan Komplikasi Masa Nifas.....	102
2.3.6.	Kebutuhan Dasar Masa Nifas.....	107
2.3.7.	Cara Menyusui Yang Benar	114
2.3.8.	Asuhan Masa Nifas Normal	119
2.4	BAYI BARU LAHIR.....	121
2.4.1.	Pengertian Bayi Baru Lahir Normal.....	121
2.4.2.	Ciri-ciri Bayi Baru Lahir Normal.....	121
2.4.3.	Klasifikasi Bayi Baru Lahir.....	122
2.4.4.	Tahapan Bayi Baru Lahir	123
2.4.5.	Adaptasi Bayi Baru Lahir Terhadap Kehidupan di Luar Uterus	124
2.4.6.	Penanganan dan Perilaku Bayi Baru Lahir	130
2.4.7.	Kunjungan Neonatus	133
2.4.8.	Asuhan Bayi Baru Lahir Normal	134
2.5	KELUARGA BERENCANA (KB)	141
2.5.1.	Pengertian Keluarga Berencana (KB)	141
2.5.2.	Tujuan Keluarga Berencana	141
2.5.3.	Syarat Kontrasepsi.....	142

2.5.4.	Ruang Lingkup Program Keluarga Berencana (KB)	142
2.5.5.	Efektivitas Kontrasepsi	143
2.5.6.	Pembagian Kerja Kontrasepsi	143
2.6	Manajemen Asuhan Kebidanan Menurut 7 Langkah Varney dan SOAP	177
2.6.1.	Manajemen Askeb pada Kehamilan Trimester III	177
2.6.2.	Manajemen Askeb pada Persalinan.....	224
2.6.3.	Manajemen Askeb pada Masa Nifas	242
2.6.4.	Manajemen Askeb pada Bayi Baru Lahir	262
2.6.5.	Manajemen Askeb pada Keluarga Berencana.....	283
BAB III.....		297
METODE PENELITIAN		297
3.1	Jenis Penelitian	297
3.2	Waktu dan Tempat Penelitian	297
3.3	Instrumen Penelitian.....	298
3.4	Subjek Penelitian	298
3.5	Teknik Pengumpulan Data	298
3.6	Kerangka Kerja Penelitian.....	300
3.7	Etika Penelitian.....	301
BAB IV		302
TINJAUAN KASUS		302
4.1	ASUHAN KEBIDANAN KEHAMILAN	302
4.1.1	ANC Kunjungan 1	302
4.1.2	ANC Kunjungan 2.....	314
4.2	ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN	318
4.3	ASUHAN KEBIDANAN NIFAS	340
4.4	ASUHAN KEBIDANAN BBL	340
4.5	ASUHAN KEBIDANAN KB	375
BAB V.....		385
PEMBAHASAN		385
5.1	KEHAMILAN	385
5.2	PERSALINAN	389

5.3	NIFAS.....	394
5.4	BBL	397
5.5	KB.....	398
BAB VI		400
PENUTUP		400
6.1	KESIMPULAN	400
6.2	SARAN.....	401
DAFTAR PUSTAKA		403
LAMPIRAN		408
DOKUMENTASI.....		414

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Perkembangan Fungsi Organ Janin.....	21
-----------	--------------------------------------	----

Tabel 2.2	Penambahan Ukuran TFU Per Tiga Jari.....	26
Tabel 2.3	Kenaikan BB Yang Dianjurkan Selama Hamil Berdasarkan IMT Sebelum Hamil.....	32
Tabel 2.4	Penambahan Berat Badan Selama Hamil pada masing-masing Komponen Tubuh.....	32
Tabel 2.5	Kebutuhan Zat Gizi Wanita Hamil.....	35
Tabel 2.6	Rentang Total Kenaikan Berat Badan yang Direkomendasikan untuk Wanita Hamil Berdasarkan IMT Sebelum Hamil.....	48
Tabel 2.7	Jadwal Pemberian Imunisasi TT.....	50
Tabel 2.8	TFU dan Berat Uterus Menurut Masa Involusi.....	88
Tabel 2.9	Macam-macam Lokhea.....	90
Tabel 2.10	Kunjungan Nifas 4 Kali.....	120
Tabel 2.11	Perkembangan Sistem Pulmonial.....	124
Tabel 2.12	Nilai APGAR Score.....	135
Tabel 2.13	Perkiraan Usia Kehamilan dalam Minggu dan TFU dalam cm...	211
Tabel 2.14	Kebutuhan Dasar Cairan pada Neonatus.....	265
Tabel 2.15	Perubahan Pola Tidur Bayi.....	266
Tabel 2.16	Penurunan Berat Badan Sesuai Umur.....	269

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Fertilisasi.....	11
Gambar 2.2	Proses Nidasi.....	13

Gambar 2.3 Zigot.....	14
Gambar 2.4 Janin 4 Minggu.....	15
Gambar 2.5 Janin 8 Minggu.....	15
Gambar 2.6 Janin 12 Minggu.....	16
Gambar 2.7 Janin 16 Minggu.....	16
Gambar 2.8 Janin 20 Minggu.....	17
Gambar 2.9 Janin 24 Minggu.....	18
Gambar 2.10 Janin 28 Minggu.....	18
Gambar 2.11 Janin 32 Minggu.....	19
Gambar 2.12 Janin 36 Minggu.....	19
Gambar 2.13 Janin 40 Minggu.....	20
Gambar 2.14 Ukuran Uterus Sesuai Kehamilan.....	26
Gambar 2.15 Jenis dan Macam-macam Alat Kontrasepsi.....	177
Gambar 2.16 Proses Penurunan Kepala Berdasarkan Sistem Perlimaan.....	210

DAFTAR BAGAN

Bagan 3.1 Kerangka Kerja Studi Kasus.....	300
---	-----

DAFTAR SINGKATAN

AKB	: Angka Kematian Bayi
AKBK	: Alat Kontrasepsi Bawah Kulit
AKDR	: Alat Kontrasepsi Dalam Rahim
AKI	: Angka Kematian Ibu

ANC	: Antenatal Care
ASI	: Air Susu Ibu
APN	: Asuhan Persalinan Normal
APD	: Alat Pelindung Diri
APGAR	: Appearance, Pulse, Grimace, Activity, Respiratory
A/S	: Apgar Score
BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
BB	: Berat Badan
BBL	: Bayi Baru Lahir
BBLR	: Bayi Berat Lahir Rendah
BMI	: Body Mass Index
COC	: Continuity Of Care
Cm	: Centimeter
Depkes	: Departemen Kesehatan
Dinkes	: Dinas Kesehatan
DJJ	: Denyut Jantung Janin
DM	: Diabetes Mellitus
Gr	: Gram
GPAPAH	: Gravida, Partus, Aterm, Prematur, Abortus, dan Anak Hidup
HB	: Hemoglobin
HCG	: Human Chorionic Gonadotropin
HIV	: Human Immunodeficiency Virus

HPHT	: Hari Pertama Haid Terakhir
IM	: Intra Muscular
IMD	: Inisiasi Menyusu Dini
INC	: Intranatal Care
IUD	: Intra Uteri Device
IUFD	: Intra Uteri Fetal Death
IUGR	: Intra Uterine Growth Restriction
IV	: Intra Vena
JK	: Jenis Kelamin
Jl	: Jalan
Kalk	: Kalsium Laktat
KB	: Keluarga Berencana
Kemenkes	: Kementerian Kesehatan
KIA	: Kesehatan Ibu dan Anak
KIE	: Komunikasi Informasi Edukasi
Kg	: Kilogram
KH	: Kelahiran Hidup
KPD	: Ketuban Pecah Dini
KU	: Keadaan Umum
LILA	: Lingkar Lengan Atas
LD	: Lingkar Dada
LK	: Lingkar Kepala
MAL	: Metode Alamiah Laktasi

MDGs	: Millenium Development Goals
Mg	: Miligram
mmHg	: Milimeter Hydrargyrum
MOW	: Metode Operasi Wanita
MOP	: Metode Operasi Pria
N	: Nadi
Ny.	: Nyonya
PAP	: Pintu Atas Pinggul
PB	: Panjang Badan
PNC	: Postnatal Care
PP	: Post Partum
PTT	: Penegangan Tali Pusat Terkendali
Px	: Prosesus xipodeus
RI	: Republik Indonesia
RR	: Respiratory Rate
S	: Suhu
SBR	: Segmen Bawah Rahim
SC	: Sectio Caesarea
SDGs	: Sustainable Development Goals
SDKI	: Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia
Sf	: Sulfas ferrosus
SOAP	: Subjek, Objek, Assesmen, Pelaksanaan
Sp. OG	: Spesialis Obstetri & Ginekologi

TB	: Tinggi Badan
TBC	: Tuberkulosis
TBJ	: Taksiran Berat Janin
TD	: Tekanan Darah
TFU	: Tinggi Fundus Uteri
Th.	: Tuan
TT	: Tetanus Toxoid
TTV	: Tanda Tanda Vital
UK	: Usia Kehamilan
UUK	: Ubun-Ubun Kecil
USG	: Ultrasonografi
WHO	: World Health Organization
WIT	: Waktu Indonesia Timur

DAFTAR LAMPIRAN

1. Surat Informed consent menjadi responden
2. Surat konsultasi LTA dengan pembimbing
3. Partograf

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

World Health Organization (WHO) memperkirakan terdapat 216 kematian ibu setiap 100.000 kelahiran hidup akibat komplikasi kehamilan dan persalinan. Pada tahun 2015 jumlah total kematian ibu diperkirakan mencapai 303.000 kematian di seluruh dunia. Angka kematian ibu di Negara berkembang mencapai 239/100.000 kelahiran hidup, 20 kali lebih tinggi dibandingkan dengan negara maju. Negara berkembang menyumbang sekitar 90% atau 302.000 dari seluruh total kematian ibu yang diperkirakan terjadi pada tahun 2015. Indonesia merupakan salah satu negara berkembang penyumbang kematian ibu tertinggi di dunia (WHO, 2016).

Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) merupakan salah satu indikator keberhasilan layanan kesehatan di suatu Negara. Tingginya AKI dan AKB termasuk tantangan paling berat untuk mencapai *Millenium Development Goals* (MDGs) tahun 2015. Agenda pembangunan berkelanjutan yaitu *Sustainable Development Goals* (SDGs) yang telah disahkan pada September 2015 berisi 17 tujuan dan 169 target. Tujuan ketiga SDGs adalah menjamin kehidupan yang sehat dan mendorong kesejahteraan bagi semua orang di segala usia dengan salah satu target mengurangi AKI secara global sebanyak 70 per 100.000 Kelahiran Hidup tahun 2030 (WHO, 2017).

Hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) Tahun 2017 menunjukkan Angka Kematian Bayi Baru Lahir/ Neonatal (AKN) sebesar 15 per 1.000 kelahiran hidup, Angka Kematian Bayi (AKB) 24 per 1.000 kelahiran hidup (Kemenkes RI, 2019). Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia secara umum terjadi penurunan dari 390 menjadi 305 per 100.000 kelahiran hidup, walau sudah cenderung menurun namun belum berhasil mencapai target MDGs. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia tahun 2021 menyatakan bahwa jumlah angka kematian ibu naik dari 4.197 Tahun 2019 menjadi 4432 di Tahun 2020 (Kemenkes RI, 2018).

Berdasarkan data dari Profil Kesehatan Provinsi Papua Barat tahun 2018, AKI yang terjadi juga tergolong masih tinggi. Papua Barat merupakan penyumbang tingginya AKI dalam dua tahun terakhir yaitu 2017 dan 2018, terdapat 204 dan 108 kematian dalam kurun waktu satu tahun. Jumlah kematian ibu terbanyak di Manokwari sebanyak 12 orang, Kaimana sebanyak 8 orang, Fak-fak sebanyak 4 orang, Teluk Wondama sebanyak 4 orang, Teluk Bintuni sebanyak 1 orang, Kabupaten Sorong sebanyak 2 orang, Kota Sorong sebanyak 2 orang, Raja Ampat sebanyak 5 orang, dan Maybrat sebanyak 1 orang, maka jika dibandingkan pada tahun 2017 jumlah kematian ibu yang dilaporkan adalah 218 orang dan pada tahun 2018 dilaporkan sebanyak 184 orang, sehingga bisa dikatakan bahwa pada tahun 2018 terjadi penurunan jumlah kematian ibu yang dilaporkan sebanyak 34 orang. Namun, tingginya kematian ibu tersebut menggambarkan masih rendahnya pelayanan kepada ibu hamil, di mana kunjungan ibu hamil pertama K1 dan K4 dalam 2 tahun

ini mengalami penurunan yaitu 66.97%, 24.12% dan 0.0%, 41.5%, begitupun persalinan oleh tenaga kesehatan 48.807% dan 38.3% (Dinkes Papua Barat, 2018).

Upaya penurunan AKI merupakan salah satu target Kementerian Kesehatan. Beberapa program yang telah dilaksanakan antara lain Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) dan Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) ke puskesmas di kabupaten/ kota, program yang memastikan semua perempuan mendapatkan perawatan yang dibutuhkan sehingga selamat dan sehat selama kehamilan dan persalinannya dan Gerakan Sayang Ibu. Selain itu, telah dilakukan penempatan bidan di tingkat desa secara besar-besaran yang bertujuan untuk mendekatkan akses pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir kepada masyarakat. Upaya lainnya yaitu strategi *Making Pregnancy Safer*, Selanjutnya pada tahun 2012 diluncurkan Program *Expanding Maternal and Neonatal Survival* (EMAS) dalam rangka menurunkan AKI dan neonatal sebesar 25% (Susiana, 2019).

Continuity of care yang dilakukan oleh bidan pada umumnya berorientasi untuk meningkatkan kesinambungan pelayanan dalam suatu periode. *Continuity of care* memiliki 3 jenis pelayanan yaitu manajemen, informasi dan hubungan. Kesinambungan manajemen melibatkan komunikasi antar perempuan dan bidan. Kesinambungan informasi menyangkut ketersediaan waktu yang relevan. Kedua hal tersebut penting untuk mengatur dan memberikan pelayanan kebidanan (Ningsih, 2017).

Berdasarkan uraian diatas, penulis tertarik melakukan asuhan kebidanan yang komprehensif pada “Ny. M” selama masa kehamilan hingga ber KB (Keluarga Berencana) dengan judul “Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny. M Usia 32 Tahun G₃P₂Ab₀Ah₂ di Puskesmas Malawili Kabupaten Sorong Provinsi Papua Barat Tahun 2022”.

1.2 Ruang Lingkup Asuhan

Ruang lingkup asuhan kebidanan diberikan kepada ibu hamil trimester III dengan kehamilan fisiologis dan dilanjutkan dengan asuhan masa persalinan, asuhan masa nifas, asuhan bayi baru lahir dan asuhan keluarga berencana. Pelayanan ini diberikan dengan *continuity of care*.

1.3 Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif dengan menggunakan metode pendekatan tujuh langkah Varney dan pendokumentasian dengan SOAP.

2. Tujuan Khusus

Mahasiswa mampu :

- a. Mampu melakukan pengkajian data pada Ny. M mulai dari kehamilan, bersalin, nifas, bayi baru lahir, dan KB.
- b. Mampu menginterpretasikan data untuk mengidentifikasi diagnosa masalah pada Ny. M mulai dari kehamilan, bersalin, nifas, bayi baru lahir, dan KB.

- c. Mampu mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial pada Ny. M mulai dari kehamilan, bersalin, nifas, bayi baru lahir, dan KB.
- d. Mampu menetapkan kebutuhan terhadap tindakan segera atau kolaborasi pada Ny. M mulai dari kehamilan, bersalin, nifas, bayi baru lahir, dan KB.
- e. Mampu menyusun rencana asuhan secara menyeluruh pada Ny. M mulai dari kehamilan, bersalin, nifas bayi baru lahir, dan KB.
- f. Mampu mengimplementasikan asuhan pada Ny. M mulai dari kehamilan, bersalin, nifas, bayi baru lahir, dan KB.
- g. Mampu mengevaluasi hasil asuhan pada Ny. M mulai dari kehamilan, bersalin, nifas, bayi baru lahir dan KB.

1.4 Manfaat Penulisan

1. Manfaat Teoritik

Dapat digunakan untuk menambah ilmu pengetahuan dan keterampilan secara langsung dalam memberikan asuhan yang komprehensif.

2. Manfaat Praktis

a. Bagi penulis

Kegiatan studi kasus ini bermanfaat untuk menambah dan meningkatkan kemampuan /kompetensi penulis dalam hal memberikan pelayanan kebidanan pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir, dan KB

b. Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai metode penilaian pada mahasiswa dalam melaksanakan tugasnya dalam menyusun laporan studi kasus, mendidik dan membimbing mahasiswa agar lebih terampil dalam memberikan asuhan kebidanan.

c. Bagi lahan praktek

Sebagai bahan masukan agar dapat meningkatkan mutu pelayanan kebidanan melalui pendekatan manajemen asuhan kebidanan pada ibu hamil, bersalin, nifas, KB dan bayi baru lahir secara komprehensif.

d. Bagi klien

Mendapat pelayanan asuhan kebidanan secara komprehensif yang sesuai dengan standar pelayanan kebidanan

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 KEHAMILAN

2.1.1. Pengertian Kehamilan

Kehamilan adalah suatu mata rantai yang berkesinambungan yang terdiri dari ovulasi (pematangan sel) lalu pertemuan ovum (sel telur) dan spermatozoa (sperma) terjadilah pembuahan dan pertumbuhan zigot kemudian bernidasi (penanaman) pada uterus dan pembentukan plasenta dan tahap akhir adalah tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm) (Manuaba,dkk,2012 : 64).

Kehamilan adalah fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu (10 bulan atau 9 bulan) menurut kalender Internasional. Kehamilan terbagi dalam 3 trimester, di mana trimester kesatu berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 15 minggu (minggu ke 13 hingga minggu ke 27), dan trimester ketiga 13 minggu (minggu ke 28 hingga minggu ke 40) (Prawirohardjo, 2014 : 213).

Kehamilan merupakan suatu proses alamiah dan fisiologis. Setiap wanita yang memiliki organ reproduksi sehat, jika telah mengalami menstruasi dan melakukan hubungan seksual dengan seorang pria yang organ reproduksinya sehat, sangat besar kemungkinannya terjadi kehamilan. Apabila kehamilan direncanakan, akan memberi rasa bahagia

dan penuh harapan, tetapi di sisi lain diperlukan kemampuan bagi wanita untuk beradaptasi dengan perubahan yang terjadi selama kehamilan, baik perubahan yang bersifat fisiologis maupun psikologis (Fatimah & Nuryaningsih, 2017).

Kehamilan adalah kondisi dimana seorang wanita memiliki janin yang sedang tumbuh di dalam tubuhnya (yang pada umumnya di dalam rahim). Kehamilan pada manusia berkisar 40 minggu atau 9 bulan, dihitung dari awal periode menstruasi terakhir sampai melahirkan. Kehamilan merupakan suatu proses reproduksi yang perlu perawatan khusus, agar dapat berlangsung dengan baik kehamilan mengandung kehidupan ibu maupun janin. Resiko kehamilan ini bersifat dinamis, karena ibu hamil yang pada mulanya normal, secara tiba-tiba dapat berisiko tinggi (Katmini, 2020).

2.1.2. Fisiologi Kehamilan

1. Konsepsi

Konsepsi adalah pertemuan antara ovum matang dan sperma sehat yang memungkinkan terjadinya kehamilan. Konsepsi ini dapat terjadi jika terpenuhi beberapa kriteria, yaitu sebagai berikut :

- a) Ovum yang dilepaskan dalam proses ovulasi, diliputi oleh korona radiata yang mengandung persediaan nutrisi.
- b) Ovum dijumpai pada inti dalam bentuk metafase ditengah sitoplasma yang disebut vitelus.

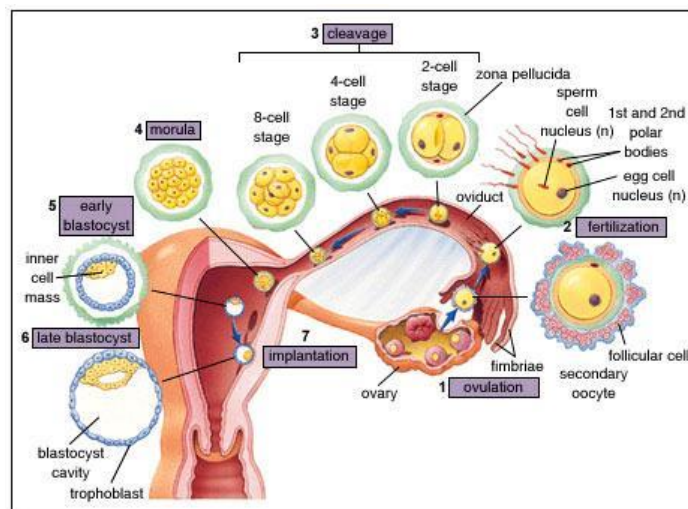
- c) Dalam perjalanannya korona radinata makin berkurang pada zona pelusida. Nutrisi dialirkan ke dalam vitelus, melalui saluran pada zona pelusida.
- d) Konsepsi terjadi pada pars ampularis tuba, tempat yang paling luas yang dindingnya penuh jonjot dan tertutup sel yang mempunyai silia. Ovum mempunyai waktu hidup terlalu lama di dalam ampula tuba.
- e) Ovum siap dibuahi setelah 12 jam dan hidup selama 48 jam. Spermatozoa menyebar, masuk melalui kanalis servikalis dengan kekuatan sendiri. Pada kavum uteri terjadi pelepasan kapasitas yaitu pelepasan lipoprotein dari sperma sehingga mampu mengadakan fertilisasi. Spermatozoa menuju tuba fallopi. Selanjutnya akan mengelilingi ovum yang telah siap dibuahi serta mengikis korona radiata dan zona pelusida dengan proses enzimatis. Melalui stomata sperma masuk ke dalam ovum, setelah kepala masuk ke dalam ovum ekornya akan lepas dan tertinggal di luar. Kedua inti ovum dan inti spermatozoa bertemu dan akan membentuk zigot (Manuaba, 2010 : 67).
- f) Agar terjadi kehamilan sebaiknya dilakukan sebelum tepat dihari wanita ovulasi karena sperma dapat hidup sampai tiga hari di dalam vagina. Sedangkan ovum hanya bertahan 12-24 jam setelah dikeluarkan dari ovarium (ovulasi). Kapan wanita mengalami ovulasi dapat dikenali melalui bentuk cairan vagina yang keluar.

Jika terlihat bening, banyak, dan licin, maka kemungkinan besar wanita dalam keadaan subur. Cairan vagina secara bertahap akan menjadi kental berwarna putih keruh setelah melewati masa ovulasi. Selain mengamati karakter cairan vagina, ovulasi dapat juga diprediksi melalui perhitungan siklus menstruasi. Wanita mengalami ovulasi pada hari ke-12 sampai ke-14 siklus menstruasi, namun cairan ini kurang dapat digunakan pada wanita dengan siklus menstruasi yang tidak teratur (Sulistyawati, 2012 : 35).

Diperkirakan ada 300 juta sperma yang dikeluarkan saat ejakulasi dan yang dapat ditampung oleh bagian belakang vagina, namun dalam perjalanannya hanya beberapa ribu saja yang dapat mencapai tuba fallopi. Lingkungan vagina yang asam dan adanya daya fagosit dari uterus membuat sebagian besar sperma tidak mampu untuk bertahan hidup, yang akhirnya dikeluarkan lagi melalui vagina (Sulistyawati, 2012 : 35-36).

2. Fertilisasi

Merupakan kelanjutan dari proses konsepsi, yaitu spermatozoa yang bertemu dengan ovum yang terjadi di dalam tuba fallopi. Penyatuan sperma dengan ovum ini akan berubah menjadi zigot (Suririnah, 2009 : 55).



Gambar 2.1
Fertilisasi

Sumber : <http://ilmudaninfopendidikan.blogspot.com/2016/12/pengertiandan-proses-fertilisasi.html>

3. Implantasi

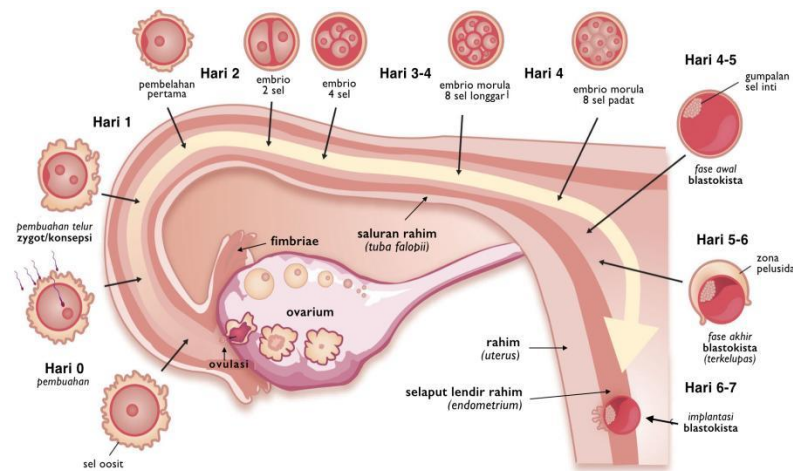
Implantasi adalah masuknya atau tertanamnya hasil konsepsi kedalam endometrium. Blastula diselubungi oleh suatu selaput, disebut trofoblast yang mampu menghancurkan atau mencairkan jaringan. Ketika blastula mencapai rongga rahim, jaringan endometrium berada dalam fase sekresi. Jaringan endometrium ini banyak mengandung nutrisi untuk buah kehamilan (Sulistiyawati, 2012:37).

Blastula dengan bagian yang berisi massa sel dalam (inner cell mass) akan mudah masuk kedalam desidua, menyebabkan luka kecil

yang kemudian sembuh dan menutup lagi. Itulah sebabnya kadang-kadang pada saat terjadi sedikit perdarahan akibat luka desidua yang disebut dengan tanda Hartman. Umumnya nidasi terjadi pada dinding atau belakang rahim (korpus) dekat fundus uterus (Sulistyawati,2012:37).

Bila nidasi telah terjadi, dimulailah diferensiasi sel-sel blastula. Sel-sel lebih kecil terletak dekat ruang exocoelema membentuk entoderm dan yolk sac, sedangkan sel-sel yang lebih besar menjadi endoderm dan membentuk ruang amnion. Terbentuklah suatu lempeng embrional diantara amnion dan yolk sac. Sel-sel trofoblast mesodermal yang tumbuh sekitar mudigah akan melapisi bagian dalam trofoblast, sehingga terbentuklah sekat korionik yang kelak menjadi korion. Sel-sel trofoblast tumbuh menjadi dua lapisan, yaitu *sititrofoblast* (sebelah dalam) dan *sinsiotrofoblast* (bagian luar) (Sulistyawati,2012:46).

Villi korialis ‘yang berhubungan dengan desidua basalis tumbuh bercabang-cabang dan disebut sebagai korion frondosum, sedangkan yang berhubungan dengan desidua kapsularis (korion leave) kurang mendapat makanan sehingga akhirnya menghilang. Dalam peringatan nidasi trofoblast dihasilkan hormon human chorionic gonadotropin (HCG) (Sulistyawati,2012:47).



Gambar 2.2
Proses nidasi
Sumber : Winkjosatro, 2015 : 46

4. Pembentukan plasenta

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 (Saifuddin, 2010 : 145-146).

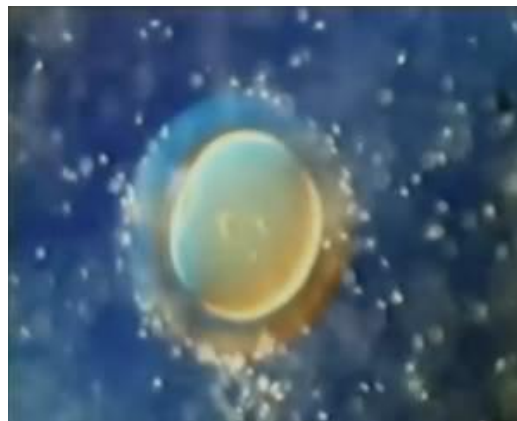
Terjadinya nidasi mendorong sel blastula mengadakan diferensiasi, sel yang dekat dengan ruangan eksoselom membentuk kantong kuning telur sedangkan sel lain membentuk ruangan amnion, sedangkan plat embrio terbentuk diantara dua ruangan amnion dan kantong kuning telur tersebut. Ruangan amnion dengan cepat mendekati korion sehingga jaringan yang terdapat diantara amnion dan embrio padat dan berkembang menjadi tali pusat. Vili korealis menghancurkan desidua sampai pembuluh darah vena mulai pada hari ke 10 sampai 11 setelah konsepsi sedangkan arteri pada hari ke 14 sampai 15. Bagian

desidua yang tidak dihancurkan akan membentuk plasenta 15-20 kotiledon maternal, pada janin plasenta akan dibagi menjadi sekitar 200 kotiledon fetus dan setiap kotiledon fetus terus bercabang dan mengembang ditengah aliran darah yang nantinya berfungsi untuk memberikan nutrisi dan pembuahan (Manuaba, 2012:82-85).

5. Pertumbuhan dan perkembangan janin

a) Minggu ke-1 / Bulan ke-0

Sperma membuahi ovum, membelah, masuk di uterus dan menempel pada hari ke-11.



Gambar 2.3
Zigot

Sumber : <https://www.kebidanan.org/pertumbuhan-dan-perkembanganjanin-dalam-kandungan>

b) Minggu ke-4 / Bulan ke-1

Bagian tubuh embrio yang pertama muncul akan menjadi tulang belakang, otak, dan saraf tulang belakang, jantung, sirkulasi darah dan pencernaan juga sudah terbentuk.



Gambar 2.4

Janin 4 minggu

Sumber: <https://www.kebidanan.org/pertumbuhan-dan-perkembanganjanin-dalam-kandungan>

c) Minggu ke-8 / Bulan ke-2

Panjang janin 250 mm, jantung mulai memompa darah, raut muka dan bagian utama otak dapat terlihat. Terbentuk telinga, tulang dan otot di bawah kulit yang tipis.



Gambar 2.5

Janin 8 minggu

Sumber: <https://www.kebidanan.org/pertumbuhan-dan-perkembanganjanin-dalam-kandungan>

d) Minggu ke-12 / Bulan ke-3

Panjang janin 7-9 cm. Tinggi rahim di atas simpisis (tulang kemaluan). Embrio menjadi janin. Denyut jantung terlihat pada USG, mulai ada gerakan. Sudah ada pusat tulang, kuku, ginjal mulai memproduksi urin.



Gambar 2.6
Janin 12 minggu

Sumber: <https://www.kebidanan.org/pertumbuhan-dan-perkembanganjanin-dalam-kandunga>

e) Minggu ke-16 / Bulan ke-4

Panjang janin 10-17 cm. Berat janin 100 gram. Tinggi rahim setengah atas simpisis-pubis. Sistem muskuloskeletal sudah matang, sistem saraf mulai melakukan kontrol. Pembuluh darah berkembang cepat. Tangan janin dapat menggenggam. Kaki menendang aktif. Pankreas memproduksi insulin. Kelamin luar sudah bisa ditentukan jenisnya.

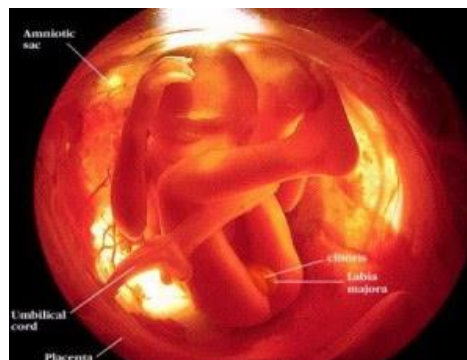


Gambar 2.7
Janin 16 minggu

Sumber : <https://www.kebidanan.org/pertumbuhan-dan-perkembanganjanin-dalam-kandunga>

f) Minggu ke-20 / Bulan ke-5

Panjang janin 18-27 cm. Berat janin 300 gram. Tinggi rahim setinggi pusat, verniks melindungi tubuh, lanugo menutupi tubuh dan menjaga minyak pada kulit. Terbentuk alis, bulu mata, dan rambut. Janin membuat jadwal teratur tidur, menelan, dan menendang. Panjang janin 18-27 cm. Berat janin 300 gram. Tinggi rahim setinggi pusat, verniks melindungi tubuh, lanugo menutupi tubuh dan menjaga minyak pada kulit. Terbentuk alis, bulu mata, dan rambut. Janin membuat jadwal teratur tidur, menelan, dan menendang.



Gambar 2.8
Janin 20 minggu

Sumber : <https://www.kebidanan.org/pertumbuhan-dan-perkembanganjanin-dalam-kandungan>

g) Minggu ke-24 / Bulan ke-6

Panjang janin 28-34 cm. Berat janin 600 gram. Tinggi rahim di atas pusat. Kerangka berkembang cepat. Berkembangnya sistem pernafasan.



Gambar 2.9
Janin usia 24 minggu

Sumber : <https://www.kebidanan.org/pertumbuhan-dan-perkembanganjanin-dalam-kandungan>

h) Minggu ke-28 / Bulan ke-7

Panjang janin 35-38 cm. Berat janin 1000 gram. Tinggi rahim antara pertengahan pusat-prosessus xifodeus. Janin bisa bernafas, menelan dan mengatur suhu. Terbentuk surfaktan dalam paru-paru. Mata mulai membuka dan menutup. Bentuk janin dua per tiga saat lahir.



Gambar 2.10
Janin usia 28 minggu

Sumber: <https://www.kebidanan.org/pertumbuhan-dan-perkembanganjanin-dalam-kandungan>

i) Minggu ke-32 / Bulan ke-8

Panjang janin 42,5 cm. Berat janin 1700 gram. Tinggi rahim dua per tiga di atas pusat. Simpanan lemak berkembang di bawah kulit. Janin mulai menyimpan zat besi, kalsium, dan fosfor. Kulit merah dan gerak aktif.



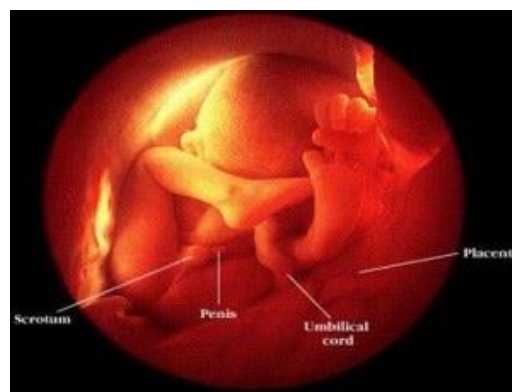
Gambar 2.11

Janin usia 32 minggu

Sumber : <https://www.kebidanan.org/pertumbuhan-dan-perkembanganjanin-dalam-kandungan>

j) Minggu ke-36 / Bulan ke-9

Panjang janin 46 cm. Berat janin 2500 gram. Tinggi rahim setinggi prosessus xifoideus. Kulit penuh lemak, organ sudah sempurna.



Gambar 2.12

Janin usia 36 minggu

Sumber: <https://www.kebidanan.org/pertumbuhan-dan-perkembanganjanin-dalam-kandungan>

k) Minggu ke-40 / Bulan ke-10

Panjang janin 50 cm. Berat janin 3000 gram. Tinggi rahim dua jari di bawah prosesus xifodeus. Kepala janin masuk PAP (Pintu Atas Panggul), kuku panjang, testis telah turun untuk laki-laki, untuk perempuan labia mayora menutupi labia minora. Kulit halus hampir tidak ada lanugo.



Gambar 2.13
Janin usia 40 minggu

Sumber : <https://www.kebidanan.org/pertumbuhan-dan-perkembanganjanin-dalam-kandungan>

Tabel 2.1
Perkembangan Fungsi Organ Janin

Usia gestasi	Organ
6	Pembentukan hidung, dagu, palatum dan tonjolan paru. Jari-jari telah terbentuk, namun masih tergeggam. Jantung telah terbentuk penuh.
7	Mata tampak pada muka. Pembentukan alis dan lidah.
8	Mirip bentuk manusia, mulai pembentukan genetalia eksterna. Sirkulasi melalui tali pusat dimulai. Tulang mulai terbentuk.
9	Kepala meliputi separuh besar janin, terbentuk muka janin, kelopak mata terbentuk namun tak akan membuka sampai 28 minggu.
13-16	Janin berukuran 15 cm. Ini merupakan awal dari trimester ke-2. Kulit janin masih transparan, telah mulai tumbuh lanugo (rambut janin). Janin bergerak aktif, yaitu menghisap dan menelan air ketuban. Telah terbentuk mekonium (feses) dalam usus. Jantung
17-24	Komponen mata terbentuk penuh, juga sidik jari. Seluruh tubuh diliputi oleh verniks kaseosa (lemak). Janin mempunyai refleks.
25-28	Saat itu disebut permulaan trimester ke-3, di mana terdapat perkembangan otak yang cepat. Sistem saraf mengendalikan gerakan dan fungsi tubuh, mata sudah membuka. Kelangsungan hidup pada periode ini sangat sulit bila lahir.

29-32	Bila bayi dilahirkan, ada kemungkinan untuk hidup (50-70%). Tulang telah terbentuk sempurna, gerakan nafas telah reguler, suhu relatif stabil.
33-36	Berat janin 1500-2500 gram. Bulu kulit janin (lanugo) mulai berkurang, pada saat 35 minggu paru telah matur. Janin akan dapat hidup tanpa kesulitan.
38-40	Sejak 38 minggu kehamilan disebut aterm, di mana bayi akan memiliki seluruh uterus. Air ketuban mulai berkurang, tetapi masih dalam batas normal.

Sumber : (Prawirohardjo, 2010 : 161)

2.1.3. Tanda-Tanda Kehamilan

Ada 2 tanda yang menunjukkan seorang wanita mengalami suatu kehamilan, tanda pasti dan tanda tidak pasti. Tanda tidak pasti dibagi menjadi dua, pertama tanda subjektif (presuntif) yaitu dugaan atau perkiraan seorang wanita mengalami suatu kehamilan, kedua tanda objektif (probability) atau kemungkinan hamil.

1. Tanda pasti

- a. Gerakan janin dalam rahim
- b. Terlihat/ teraba gerakan janin dan teraba bagian- bagian janin.
- c. Denyut jantung janin. Didengar dengan stetoskop Laenec, alat kardiotokografi, alat Doppler dan dapat dilihat dengan ultrasonografi (Yulizawati et al., 2017).

2. Tanda tidak pasti

Berikut adalah tanda-tanda dugaan adanya kehamilan :

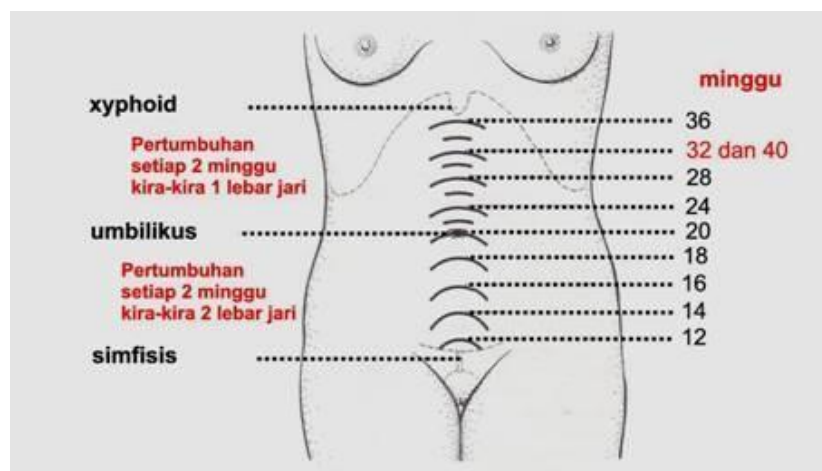
- a. *Amenorea* (terlambat datang bulan). Konsepsi dan nidasi menyebabkan tidak terjadi pembentukan *folikel de Graaf* dan ovulasi. Dengan mengetahui hari pertama haid terakhir dengan perhitungan rumus *Naegle*, dapat ditentukan perkiraan persalinan.
- b. Mual dan muntah (*Emesis*). Pengaruh estrogen dan progesteron menyebabkan pengeluaran asam lambung yang berlebihan. Mual dan muntah terutama pada pagi hari disebut *morning sickness*. Dalam batas yang fisiologis, keadaan ini dapat diatasi. Akibat mual dan muntah, nafsu makan berkurang
- c. Ngidam. Wanita hamil sering menginginkan makanan tertentu, keinginan yang demikian disebut ngidam.
- d. Sinkope atau pingsan. Terjadinya gangguan sirkulasi ke daerah kepala (sentral) menyebabkan iskemia susunan saraf pusat dan menimbulkan sinkope atau pingsan. Keadaan ini menghilang setelah usia kehamilan 16 minggu
- e. Payudara tegang. Pengaruh estrogen-progesteron dan *somatomamotrofin* menimbulkan deposit lemak, air dan garam pada payudara. Payudara membesar dan tegang. Ujung saraf tertekan menyebabkan rasa sakit terutama pada hamil pertama.

- f. Sering miksi. Desakan rahim kedepan menyebabkan kandung kemih cepat terasa penuh dan sering miksi. Pada trimester II, gejala ini sudah mulai menghilang.
- g. Konstipasi atau obstipasi. Pengaruh progesteron dapat menghambat peristaltik usus, menyebabkan kesulitan untuk buang air besar.
- h. Pigmentasi kulit. Keluarnya melanophore stimulating hormone hipofisis anterior menyebabkan pigmentasi kulit disekitar pipi (kloasma gravidarum), pada dinding perut (striae lividae, striae nigra, linea alba makin hitam) dan sekitar payudara (hiperpigmentasi areola mammae, puting, susu makin menonjol, kelenjar *Montgomery* menonjol, pembuluh darah manifes sekitar payudara).
- i. Epulis. Hipertrofi gusi yang disebut epulis, dapat terjadi bila hamil.
- j. Varises atau penampakan pembuluh darah vena. Karena pengaruh dari estrogen dan progesteron terjadi penampakan pembuluh darah vena, terutama bagi mereka yang mempunyai bakat. Penampakan pembuluh darah itu terjadi di sekitar genitalia eksterna, kaki, betis dan payudara. Penampakan pembuluh darah ini dapat menghilang setelah persalinan (Yulizawati et al., 2017).

2.1.4. Perubahan-Perubahan Pada Ibu Hamil

- a) Perubahan fisiologis kehamilan
 - 1) Sistem reproduksi

Uterus akan membesar pada bulan-bulan pertama dibawah pengaruh estrogen dan progesteron yang kadarnya meningkat. Berat uterus itu normal lebih kurang 30 gram. Pada akhir kehamilan (40 minggu), berat uterus itu menjadi 1.000 gram. Perubahan uterus adalah sebagai berikut: pada minggu ke-16 dari luar, fundus uteri kira-kira terletak diantara setengah jarak pusat ke simfisis, pada minggu ke-20 fundus uteri terletak kira-kira dipinggir bawah pusat, pada minggu ke-24 fundus uteri berada tepat dipinggir atas pusat, pada minggu ke-28 fundus uteri terletak kira-kira 3 jari diatas pusat atau sepertiga jarak antara pusat ke *prosesus xifodeus*, pada minggu ke-39 fundus uteri terletak diantara setengah jarak pusat dari *prosesus xifodeus*, pada minggu ke-36 fundus uteri terletak kira-kira 3 jari di bawah *prosesus xifodeus*, pada minggu ke-40 fundus uteri turun kembali dan. Hal ini disebabkan oleh kepala janin yang pada primigravida turun dan masuk ke dalam rongga panggul Vagina, terjadi pembuluh darah vagina bertambah, hingga warna selaput lendirnya membiru (tanda Chadwick), kekenyalan (elastis). Vagina bertambah artinya daya diregang bertambah, sebagai persiapan persalinan (Fatimah & Nuryaningsih, 2017).



Gambar 2.14

Ukuran uterus sesuai usia kehamilan

Sumber: (<https://oshigita.wordpress.com/2013/10/31/pemeriksaan-palpasileopold/>)

Table 2.2

Penambahan Ukuran TFU per tiga jari

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

Sumber : (Sulistyawati,2010:60).

2) Sistem integument

Ibu hamil sering mengalami perubahan pada kulit yaitu terjadi hiperpigmentasi atau warna kulit kelihatan lebih gelap. Hal ini disebabkan karena adanya peningkatan *Melanosit Stimulating Hormon* (MSH). Hiperpigmentasi dapat terjadi pada muka, leher,

payudara, perut, lipat paha dan aksila. Hiperpigmentasi pada muka disebut kloasma gravidarum biasanya timbul pada hidung, pipi dan dahi. Hiperpigmentasi pada perut terjadi pada garis tengah berwarna hitam kebiruan dari pusat kebawah sampai symphysis yang disebut linea nigra. Perubahan keseimbangan hormon pada ibu hamil dapat juga menimbulkan perubahan berupa penebalan kulit, pertumbuhan rambut maupun kuku. Perubahan juga terjadi pada aktifitas kelenjar meningkat sehingga wanita hamil cenderung lebih banyak mengeluarkan keringat maka ibu hamil sering mengeluh kepanasan. Peregangan kulit pada ibu hamil menyebabkan elastis kulit mudah pecah sehingga timbul striae gravidarum yaitu garis-garis yang timbul pada perut ibu hamil. Garis-garis pada perut ibu berwarna kebiruan disebut *striae livide*. Setelah partus *striae livide* akan berubah menjadi *striae albicans*. Pada ibu hamil multigravida biasanya terdapat *striae livide* dan *striae albikan* (Tyastuti & Wahyuningsih, 2016).

3) Mammae

Selama kahamilan payudara bertambah besar, tegang, berat. Dapat teraba nodule-noduli, akibat hipertrofi kelenjar alveoli, bayangan vena-vena lebih membiru. Hiperpigmentasi pada puting susu dan areola payudara. Kalau diperas keluar air susu jolong (kolostrum) berwarna kuning. Perkembangan payudara ini karena

pengaruh hormon saat kehamilan yaitu estrogen, progesterone dan *somatomamotropin* (Fitriahadi, 2017b).

Perubahan payudara pada ibu hamil yaitu payudara menjadi lebih besar, areola payudara makin hitam karena hiperpigmentasi, *glandula Montgomery* makin tampak menonjol dipermukaan areola mammae, pada kehamilan 12 minggu keatas dari puting susu keluar cairan putih jernih (kolostrum) yang berasal dari kelenjar asinus yang mulai bereaksi, pengeluaran ASI belum berjalan oleh karena prolaktin ini ditekan oleh PIH (*Prolaktine Inhibiting Hormone*), dan setelah persalinan, dengan dilahirkannya plasenta pengaruh estrogen, progesterone dan *somotomammotropin* terhadap *hipotalamus* hilang sehingga prolaktin dapat dikeluarkan dan laktasi terjadi (Fitriahadi, 2017b).

4) Endokrin

Beberapa kelenjar endokrin terjadi perubahan seperti:

- (a) Kelenjar tiroid : dapat membesar sedikit
- (b) Kelenjar hipofise : dapat membesar terutama lobus anterior
- (c) Kelenjar adrenal : tidak begitu terpengaruh (Fitriahadi, 2017b).

5) Sistem kardiovaskuler

Pada minggu ke-5 cardiac output akan meningkat dan perubahan ini terjadi untuk mengurangi resistensi vaskular sistemik. Selain itu, juga terjadi peningkatan denyut jantung.

antara minggu ke-10 dan 20 terjadi peningkatan volume plasma. Performa ventrikel selama kehamilan dipengaruhi oleh penurunan resistensi vascular sistemik dan perubahan pada aliran pulsasi arterial. Ventrikel kiri akan mengalami hipertrofi dan dilatasi untuk memfasilitasi perubahan cardiac output, tetapi kontraktilitasnya tidak berubah. Sejak pertengahan kehamilan pembesaran uterus akan menekan vena kava inferior dan aorta bawah ketika berada dalam posisi terlentang, sehingga mengurangi aliran balik ke jantung.

6) Sistem respirasi

Wanita hamil sering mengeluh sesak dan pendek napas. Hal ini disebabkan oleh usus yang tertekan ke arah diafragma akibat pembesaran rahim. Kapasitas vital paru meningkat sedikit selama hamil. Seorang wanita hamil selalu bernafas dada (*thoracic breathing*) (Fitriahadi, 2017b).

7) Sistem pencernaan

Pada bulan-bulan pertama kehamilan terdapat perasaan enek (*nausea*). Mungkin ini akibat kadar hormon estrogen yang meningkat. Tonus otot-otot traktus digestivus menurun sehingga motilitas seluruh traktus digestivus juga berkurang. Makanan lebih lama berada di dalam lambung dan apa yang telah dicernakan lebih lama berada dalam usus-usus. Hal ini mungkin baik untuk resorpsi akan tetapi menimbulkan pola obstipasi yang

memang merupakan salah satu keluhan utama wanita hamil. Tidak jarang dijumpai pada bulan-bulan pertama kehamilan gejala muntah (emesis).

8) Sistem perkemihan

Pada bulan-bulan pertama kehamilan kandung kencing tertekan oleh uterus yang mulai membesar sehingga timbul sering kencing. Keadaan ini hilang dengan makin tuanya kehamilan bila uterus gravidus keluar dari rongga panggul. Pada akhir kehamilan, bila kepala janin mulai turun ke bawah pintu atas panggul, keluhan sering kencing akan timbul lagi karena kandung kencing mulai tertekan kembali.

9) Sistem *muskuloskletal*

Bentuk tubuh ibu hamil berubah secara bertahap menyesuaikan penambahan berat ibu hamil dan semakin besarnya janin, menyebabkan postur dan cara berjalan ibu hamil berubah. Peningkatan hormon seks steroid yang bersirkulasi mengakibatkan terjadinya jaringanikat dan jaringan kolagen mengalami perlunakan dan elastisitas berlebihan sehingga mobiditas sendi panggul mengalami peningkatan dan relaksasi. Derajat relaksasi bervariasi, simfisis pubis merenggang 4 mm, tulang pubik melunak seperti tulang sendi, sambungan sendi *sacroccoccigus* mengendur membuat tulang *coccigis* bergeser kebelakang untuk persiapan persalinan.

10) Berat badan dan IMT

Peningkatan berat badan optimal untuk rata-rata kehamilan menurut (Retno, 2017:87) adalah 12,5 kg, 9 kg diperoleh pada 20 minggu terakhir. Berat badan yang optimal ini berkaitan dengan risiko komplikasi terendah selama kehamilan dan persalinan serta berat badan bayi lahir rendah. Banyak faktor yang mempengaruhi peningkatan berat badan. Tingkat edema, laju metabolik, asupan diet, muntah atau diare, merokok, jumlah cairan amniotik dan ukuran janin, semuanya harus diperhitungkan. Usia maternal, ukuran tubuh pre kehamilan, paratis, rasa etensitas, hipertensi, dan diabetes juga memengaruhi pola peningkatan berat badan maternal.

Peningkatan berat badan yang tepat bagi setiap ibu hamil saat ini didasarkan pada indeks masa tubuh pre kehamilan (Body Masa Index) yang menggambarkan perbandingan berat badannya lebih sedikit daripada ibu yang memasuki kehamilan dengan berat badan sehat.

Kenaikan berat badan selama kehamilan dapat dihitung dengan menghitung indeks masa tubuh (IMT) sebelum hamil dan dapat dilihat dalam tabel berikut :

Tabel 2.3
Kenaikan BB Yang Dianjurkan Selama Hamil Berdasarkan
IMT Sebelum Hamil

IMT Sebelum Hamil	Kenaikan BB Yang Dianjurkan Selama Hamil	
	Kg	Pon
Rendah (IMT <19,8)	12,5-18	28-40
Normal (IMT 19,8-26,00)	11,5-16	25-35
Tinggi (IMT >26,00-29,00)	7,0-11,5	15-25
Obesitas (IMT >29,00)	<7,00	<15

Sumber : (Retno,2017:34).

Kenaikan berat badan pada trimester satu hanya sekitar 0,7-1,4 kg, sedangkan pada trimester selanjutnya peningkatan berat badan per minggu 0,35-0,5 kg. Adapun perkiraan distribusi dari penambahan berat badan selama hamil sebagai berikut :

Tabel 2.4
Penambahan Berat Badan Selama Hamil Pada Masing-Masing
Komponen Tubuh

Komponen Tubuh	Penambahan Berat Badan
Jaringan Ekstrauterin	1kg
Janin	3-3,8 kg
Jaringan Amnion	1 kg
Plasenta	1-1,1 kg
Payudara	0,5-2 kg
Tambahan Darah	2-2,5 kg
Tambahan Cairan Jaringan	1,5-2,5 kg
Tambahan Jaringan Lemak	2-2,5 kg
Total	11,5-16 (rentan kenaikan BB selama hamil untuk ibu dengan IMT normal)

Sumber : (Retno,2017:35).

b) Perubahan psikologis dalam masa kehamilan

1) Trimester I

Pada trimester pertama seorang ibu akan selalu mencari tanda-tanda untuk lebih meyakinkan bahwa dirinya memang hamil. Setiap perubahan yang terjadi pada tubuhnya akan selalu diperhatikan dengan seksama, karena perutnya masih kecil, kehamilan merupakan rahasia seorang ibu yang mungkin diberitahukannya kepada orang lain/ dirahasiakannya. Hasrat untuk melakukan hubungan sex, pada wanita trimester pertama ini berbeda. Walaupun beberapa wanita mengalami gairah sex yang lebih tinggi, kebanyakan mereka mengalami penurunan libido selama periode ini, keadaan ini menciptakan kebutuhan untuk berkomunikasi secara terbuka dan jujur dengan suami. Banyak wanita merasa butuh untuk dicintai dan merasakan kuat untuk mencintai namun tanpa berhubungan sex (Fitriahadi, 2017a).

2) Trimester II

Trimester kedua biasanya adalah saat ibu merasa sehat, tubuh ibu sudah terbiasa dengan kadar hormon yang lebih tinggi dan rasa tidak nyaman karena hamil sudah berkurang. Perut ibu belum terlalu besar sehingga belum dirasakan sebagai beban, ibu menerima kehamilannya dan mulai dapat menggunakan energi dan pikiran nya secara lebih konstruktif. Pada trimester ini pula ibu dapat merasakan gerakan bayinya. Banyak ibu yang merasa

terlepas dari rasa kecemasan dan rasa tidak nyaman seperti yang dirasakannya pada trimester pertama dan merasakan meningkatnya libido (Fatimah & Nuryaningsih, 2017).

3) Trimester III

Trimester ketiga seringkali disebut periode menunggu dan waspada sebab pada saat itu ibu merasa tidak sabar menunggu kelahiran bayinya. Gerakan bayi dan membesarnya perut merupakan dua hal yang mengingatkan ibu akan bayinya. Kadang-kadang ibu merasa khawatir bahwa bayinya akan lahir sewaktu-waktu. Ini menyebabkan ibu meningkatkan kewaspadaannya akan timbulnya tanda dan gejala akan terjadinya persalinan. Ibu seringkali merasa khawatir atau takut kalau-kalau bayi yang akan dilahirkannya tidak normal (Fitriahadi, 2017b).

2.1.5. Kebutuhan Dasar Ibu Hamil

Perubahan fisik dan psikologis dalam masa kehamilan menyebabkan terjadinya perubahan kebutuhan pada masa kehamilan. Sehingga setiap ibu hamil perlu disiapkan dengan baik agar mampu beradaptasi dengan perubahan tersebut. Mahasiswa diharapkan mampu memberikan edukasi kepada ibu hamil terkait perubahan dan kebutuhan pada masa kehamilan (Yulizawati et al., 2017).

1. Kebutuhan nutrisi

a. Karbohidrat merupakan sumber utama dalam makanan sehari-hari.

Sebenarnya tidak ada rekomendasi tetap mengenai asupan minimal

karbohidrat bagi ibu hamil dan ibu menyusui. Namun bila di US dan Kanada rekomendasi asupan karbohidrat bagi ibu hamil sebesar 175 gram per hari dan bagi ibu menyusui sebesar 210 gram per hari.

- b. Protein pada trimester awal kehamilan, pada ibu hamil usia 19- 50 tahun kebutuhan asupan protein sebesar 46 gram per hari. Pada trimester II dan III 60 gram per hari. Protein pada kehamilan berguna untuk membantu sintesis jaringan maternal dan pertumbuhan janin.
- c. Lemak, rekomendasi intake lemak dalam masa kehamilan sebesar 20-35 % dari total energi keseluruhan. Lemak membantu penyerapan vitamin larut lemak yaitu vitamin A, D, E, dan K. Selama kehamilan, janin mengambil asam lemak sebagai sumber makanan dari ibu (Yulizawati et al., 2017).

Tabel 2.5
Kebutuhan zat gizi wanita hamil

Zat Gizi	%	Zat Gizi	%
Kalori	14%	Folate	122%
Protein	68%	Vitamin B12	10%
Vitamin D	100%	Kalsium	50%
Vitamin E	25%	Fosfor	50%
Vitamin K	8%	Magnesium	14%
Vitamin C	17%	Besi	100%
Thiamin	36%	Seng	25%
Riboflavin	23%	Yodium	17%
Niacin	13%	Selenium	18%
Vitamin B6	27%		

Sumber : (Arisman, 2007)

2. Kebutuhan *personal hygiene*

- a. Cuci tangan
- b. Mencegah penyebaran penyakit
- c. Keseluruhan kebersihan tubuh
 - 1) Mandi harian akan mencegah bakteri memasuki vagina
 - 2) Jika menjalani operasi caesar, jangan mencukur atau menghilangkan rambut kemaluan anda selama seminggu sebelum operasi. Mandi pada hari operasi dan jaga luka tetap bersih dan kering sampai sembuh.
- d. Vaginal hygiene
- e. Kebersihan payudara (Yulizawati et al.,2017).

3. Kebutuhan mobilisasi

a. Mobilisasi

Sejalan dengan bertambahnya berat badan selama kehamilan, terjadi perubahan pemusatan gravitasi tubuh yang bergeser ke depan yang menyebabkan ibu hamil menjadi lordosis. Hal ini dapat menyebabkan ketidaknyamanan seperti nyeri pada punggung.

1) Posisi duduk

Ibu hamil harus memilih kursi yang nyaman yang menopang punggung dan pahanya dengan baik. Posisi punggung harus tegak tidak miring ke kanan atau kiri atau ke depan.

2) Berdiri

Postur harus setegak mungkin dengan abdomen dan bokong dikontraksikan. Berat badan harus terbagi rata untuk mencegah tegangan pada ligamen pelvis dan menyebar diantara tumit dan kaki.

3) Berbaring

Hindari posisi berbaring telentang yang dapat menyebabkan hipotensi karena tertekannya vena cava inferior oleh uterus. Posisi tidur miring seperti tanda koma dengan bantal yang diletakkan dibawah bagian lengan atas dan lutut biasanya merupakan posisi yang nyaman selama kehamilan, tetapi posisi ini tidak dianjurkan jika ibu mengalami rasa tidak nyaman pada pelvis.

4) Bangun dari tidur

Pada saat bangun dari posisi berbaring, ibu harus menekuk lututnya, berguling ke satu sisi kemudian menggunakan tangan untuk mendorong badan ke posisi duduk atau berdiri. Hal ini dapat mencegah terkilirnya otot punggung dan abdomen.

5) Mengangkat benda berat

Sebisa mungkin hal ini harus dihindari selama kehamilan. Jika tidak dapat dihindari, objek harus diangkat dengan jarak yang dekat dengan tubuh dengan menekuk lutut dan punggung

lurus. Dengan demikian tegangan yang terjadi diambil oleh otot paha bukan otot punggung (Yulizawati et al., 2017).

b. Senam hamil

- 1) Latihan kegel. Kontraksi dan lemaskan otot *iskiokavernosa* dan *perineal transversal*, otot levator dan diafragma dan otot sfingter secara terpisah dan serentak. Lakukan 50x. Latihan ini dapat memperkuat dan merilekskan otot dasar pelvis dan jalan lahir.
- 2) Latihan transversus. Posisi merangkak dengan punggung lurus. Tarik napas dan keluarkan, perlahan tarik ke dalam bagian bawah abdomen di bawah umbilikus sambil tetap menahan tulang belakang agar tidak bergerak dan bernapas secara normal. Tahan posisi tersebut selama 10 detik lakukan 10x. Ini bertujuan untuk mengurangi rasa sakit di punggung dan pelvis
- 3) Menengadahkan atau mengayun pelvis. Lakukan latihan ini pada posisi setengah berbaring, ditopang dengan baik menggunakan bantal, lutut ditekuk dan kaki datar. Tempatkan satu tangan di bawah punggung bagian bawah dan tangan satunya diatas abdomen. Kencangkan abdomen dan bokong dan tekan bagian punggung ke bawah. Bernapas secara normal tahan selama 10 detik, kemudian rileks.
- 4) Latihan kaki dan tungkai. Duduk atau setengah berbaring dengan tungkai ditopang. Tekuk dan regangkan pergelangan

kaki sedikitnya 12x. Putar kedua pergelangan kaki sedikitnya 20x pada tiap arah. Konstaksikan kedua lutut tahan sampai hitungan 4, kemudian rileks, ulangi 12x. Hal ini dapat mengurangi kram, varises vena, dan edema.

(Yulizawati et al., 2017).

4. Kebutuhan istirahat/tidur

Waktu tidur pada wanita dipengaruhi oleh perubahan psikologi efek dari hormon endokrin, temperatur tubuh, mood dan status emosi selama pubertas, siklus menstruasi, kehamilan, dan menopause. Berdasarkan survey oleh Hedman terhadap 325 wanita hamil didapatkan frekuensi tidur ibu hamil, sebelum hamil 8,2 jam/ hari, pada trimester I 7,8 jam/ hari, trimester II 8 jam/ hari, trimester III 7,8 jam/ hari (Yulizawati et al., 2017).

2.1.6. Tanda Bahaya Pada Kehamilan

Setiap ibu hamil menginginkan bisa menjalani kehamilannya dengan lancar. Selain perlu mengetahui hal-hal yang biasanya menyertai jalannya proses kehamilan, ibu hamil perlu mengenali beberapa tanda bahaya pada kehamilan supaya bisa segera mencari pertolongan medis. Tanda bahaya kehamilan diantaranya adalah :

1. Perdarahan pervaginam

Perdarahan vagina dalam kehamilan adalah normal. Pada masa awal sekali kehamilan, ibu mungkin akan mengalami perdarahan yang sedikit atau *spotting* di sekitar waktu pertama haidnya

terlambat. Perdarahan ini adalah perdarahan implantasi dan normal. Pada waktu yang lain dalam kehamilan, perdarahan kecil mungkin pertanda dari *friable cervix*. Pada awal kehamilan perdarahan yang tidak normal adalah yang merah, perdarahan yang banyak, atau perdarahan yang sangat menyakitkan. Perdarahan ini dapat berarti aborsi, kehamilan mola atau kehamilan ektopik (Yulifah, 2011:110).

Menurut Sulistyawati (2012:149), perdarahan pervaginam pada kehamilan muda antara lain :

a. Abortus imminens

Abortus imminens disebut dengan keguguran membakat dan akan terjadi pada kehamilan muda. Dalam kasus ini keluarnya janin masih bisa diselamatkan dengan pengobatan medik yang khusus atau tirah baring secara total, tidak melakukan aktivitas fisik secara berlebihan (Prawirohardjo, 2009:149). Penanganan abortus imminens dengan istirahat tirah baring karena menyebabkan peningkatan aliran darah ke uterus, dan pemberian fenobarbitol 3x30 mg untuk menenangkan penderita.

b. Abortus insipiens

Abortus insipiens terjadi apabila ditemukan adanya perdarahan pada kehamilan muda dengan membukanya ostium uteri dan terabanya selaput ketuban. Penanganan abortus insipiens pada prinsipnya dilakukan evakuasi atau pembersihan *cavum uteri* sesegera mungkin dilatasi dan kuretase (Nirmala, 2011 :141).

c. Abortus habitualis

Abortus tipe ini jika telah mengalami keguguran berturut-turut selama lebih dari 3 kali (Astuti Puji, 2010 : 54).

d. Abortus inkompletus

Abortus ini terjadi jika perdarahan pervaginam disertai pengeluaran janin tanpa pengeluaran desisua atau plasenta. Jika perdarahan tidak seberapa banyak dan kehamilan kurang dari 16 minggu dapat dievakuasi dengan cunam ovum untuk mengeluarkan hasil konsepsi. Jika kehamilan lebih dari 16 minggu beri infus oksitosin 20 unit dalam 500 ml cairan IV dan evakuasi hasil konsepsi yang tertinggal. Gejala yang menyertai diantaranya amenore, sakit perut karena kontraksi, perdarahan yang keluar banyak atau sedikit (Yulifah, 2011:111).

e. Abortus kompletus

Abortus ini ditandai dengan pengeluaran seluruh hasil konsepsi. Penanganan tidak perlu diatasi dan kuratase, perlu transfusi dan pengobatan lain untuk anemia (Astuti Maya, 2010:121).

f. *Missed abortion*

Missed abortion ialah berakhirnya kehamilan sebelum usia 20 minggu, namun keseluruhan hasil konsepsi tertahan dalam uterus selama 6 minggu atau lebih. Penanganannya dengan dilatasi dan kuratase, jika kadar fibrinogen normal dan jika rendah perlu diberi dulu fibrinogen, kuratase pada *missed abortion* cukup sulit,

karena hasil konsepsi melekat erat pada dinding uterus (Nirmala,2011:150).

2. Kehamilan mola

Kehamilan anggur yaitu adanya jonjot korion (*Chorionic Villi*) yang tumbuh berganda berupa gelembung-gelembung kecil yang mengandung banyak cairan sehingga menyerupai anggur atau mata ikan (Kusmiyati, 2009 :154).

3. Kehamilan ektopik

Kehamilan ektopik ialah kehamilan yang pertumbuhan sel telur telah dibuahi tidak menempel pada dinding kavum uteri. Hampir 90% kehamilan ektopik terjadi di tuba uterina. Kehamilan ektopik dapat mengalami abortus atau ruptura apabila masa kehamilan melebihi kapasitas ruang implantasi (Prawirohardjo, 2009:323).

4. Perdarahan pada kehamilan lanjut

Perdarahan pada kehamilan lanjut menurut (Prawirohardjo, 2009 : 492) anatara lain :

a. Plasenta pervia

Plasenta previa adalah plasenta yang berimplantasi pada segmen bawah rahim demikian rupa sehingga menutupi seluruh atau sebagian dari ostium uteri internum. Pada plasenta previa perdarahan uterus keluar melalui vagina tanpa rasa nyeri. Perdarahan biasanya terjadi pada akhir trimester dua ke atas (Sulistyawati, 2012 : 155).

b. Solusio plasenta

Solusio plasenta adalah terlepasnya sebagian atau seluruh permukaan maternal plasenta dari implantasinya yang normal pada lapisan desidua endometrium sebelum waktunya yakni sebelum anak lahir. Gejala dari solusio plasenta adalah terjadinya perdarahan yang berwarna tua keluar melalui vagina, rasa nyeri perut atau uterustegang terus-menerus mirip seperti *his prematurus* (Yulifah, 2010 : 119).

5. Sakit kepala hebat

Sakit kepala bisa terjadi selama kehamilan, dan seringkali merupakan ketidaknyamanan yang normal dalam kehamilan. Kadang-kadang dengan sakit kepala yang hebat tersebut, ibu mungkin menemukan bahwa penglihatannya menjadi kabur atau berbayang. Sakit kepala yang hebat dalam kehamilan adalah gejala dari pre-eklampsia. Ibu hamil yang mengalami nyeri kepala di dahi disertai penglihatan kabur, nyeri ulu hati, mual dan muntah kemungkinan merupakan tanda bahwa ibu hamil mengidap penyakit ginjal dan tekanan darah tinggi. Keadaan ini tergolong berat dan ibu harus dirawat di rumah sakit (Lalengga,2013:16).

6. Nyeri perut yang hebat

Nyeri abdomen yang tidak berhubungan dengan persalinan normal adalah tidak normal. Nyeri abdomen yang mungkin menunjukkan masalah yang mengancam keselamatan jiwa adalah

yang hebat, yang menetap dan tidak hilang setelah istirahat. Hal ini bisa berarti appendikstitis, kehamilan ektopik, aborsi, penyakit tulang pelviksiritasi uterus, infeksi saluran kemih atau infeksi lainnya (Kusmiyati,2009:163).

7. Mual muntah berlebihan

Mual (*nausea*) muntah (*emesis*) adalah gejala yang sering ditemukan pada kehamilan trimester 1. Mual bisa terjadi di pagi hari, gejala ini bisa terjadi 6 minggu setelah HPHT berlangsung selama 10 minggu. Perasaan mual ini karena meningkatnya kadar hormon esterogen dan HCG. Ibu hamil yang mengalami muntah-muntah lebih dari 10 kali sehari disertai kondisi yang lemah, tidak selera makan, berat badan turun, nyeri uluh hati kemungkinan merupakan suatu tanda ibu hamil menderita penyakit berat. Pada penyakit ini ibu hamil tidak mau makan. Semakin hari muntah-muntahnya semakin berat, ibu hamil harus dirawat di rumah sakit (Nirmala,2011:154).

8. Penglihatan kabur

Karena pengaruh hormonal, ketajaman penglihatan ibu dapat berubah selama proses kehamilan. Perubahan ringan adalah normal. Masalah visual yang mengidentifikasi keadaan jiwa yang mendadak, misalnya pandangan kabur atau berbayang secara mendadak. Perubahan penglihatan ini mungkin disertai dengan sakit kepala yang hebat dan mungkin merupakan gejala dari pre-eklampsia (Sulistyawati,2012:161).

9. Bengkak diwajah dan jari-jari tangan

Hampir separuh ibu hamil akan mengalami bengkak yang normal pada kaki yang biasanya muncul pada sore hari dan biasanya hilang setelah istirahat. 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 tanda anemia, gagal jantung atau pre-eklampsia (Astuti Maya,2010:144).

10. Gerakan janin berkurang

Kesejahteraan janin dapat diketahui dari keaktifan gerakannya. Gerakan janin bermula pada usia kehamilan mencapai 12 minggu, tetapi baru dapat dirasakan oleh ibu pada usia kehamilan 16-20 minggu karena usia kehamilan tersebut, ibu dapat merasakan gerakan halus hingga tendangan kaki bayi di usia kehamilan 16-18 minggu (dihitung dari haid pertama haid terakhir). Gerakan minimal janin 10 kali dalam 24 jam. Jika kurang dari itu, waspada akan adanya gangguan janin dalam rahim, misalnya asfiksia janin sampai kematian (Yulifah,2011:121).

11. Selaput kelopak mata pucat

Anemia adalah masalah medis yang umum terjadi pada banyak wanita hamil. Jumlah sel darah merah dalam keadaan rendah, kuantitas dari sel ini tidak memadai untuk memberikan oksigen yang dibutuhkan oleh bayi. Anemia sering terjadi pada kehamilan karena

volume darah meningkat kira-kira 50% selama kehamilan (Nirmala,2011:154).

12. Demam tinggi

Ibu menderita demam dengan suhu tubuh $>38^{\circ}\text{C}$ dalam kehamilan merupakan suatu masalah. Demam tinggi yang terjadi lebih dari 3 hari dapat merupakan tanda gejala dari infeksi. Penanganan demam antara lain dengan istirahat berbaring, minum banyak dan mengompres untuk menurunkan suhu (Lalengga, 2013:15).

13. Kejang

Pada umumnya kejang didahului oleh makin memburuknya keadaan dan terjadinya gejala-gejala sakit kepala,mual,nyeri uluh hati sehingga muntah. Bila semakin berat, penglihatan semakin kabur, kesadaran menurun kemudian kejang. Kejang dalam kehamilan dapat merupakan gejala dari eklampsia (Lalengga,2013:16).

14. Keluar ketuban sebelum waktunya

Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum waktunya. Sebagian besar ketuban pecah dini adalah hamil aterm diatas 37 minggu, sedangkan dibawah 36 minggu tidak terlalu banyak. Penyebab umum dari KPD adalah multi/grandemulti, overdistensi (hidramnion, hamil ganda), disporposi sefalo pelvis, kelainan letak letak (lintang, sungsang) (Kusmiyati,2009:162).

2.1.7. Asuhan Kehamilan (*Antenatal Care*)

Perkembangan pada pelayanan *antenatal care* memberikan kesempatan pada ibu hamil untuk berkomunikasi serta member dukungan kepada ibu. Komunikasi yang efektif tentang masalah fisiologis, biomedis, perilaku dan sosiokultural, serta dukungan yang efektif, termasuk dukungan sosial, budaya, emosional dan psikologis kepada wanita hamil mampu memberikan pengalaman positif selama kehamilan dan persalinan sebagai pondasi untuk mewujudkan ibu yang sehat. Satu kali kunjungan selama trimester pertama (12 minggu) (Priyanti et al., 2020).

Untuk mendapatkan semua informasi yang diperlukan, petugas kesehatan memberikan asuhan antenatal yang baik, sesuai dengan Kemenkes RI tahun 2016 pelayanan asuhan antenatal harus sesuai standar yaitu “10 T”, meliputi :

1. Timbang berat badan dan ukur tinggi badan

Timbang dan ukur tinggi badan Timbang BB dan pengukuran TB pertambahan BB yang normal pada ibu hamil yaitu berdasarkan massa tubuh (BMI: Body Massa Index), dimana metode ini menentukan pertambahan optimal selama masa kehamilan, karena merupakan hal yang penting untuk mengetahui BMI wanita hamil. Total pertambahan BB pada kehamilan yang normal adalah 11,5-16 Kg adapun TB menentukan tinggi panggul ibu, ukuran normal yang

baik untuk ibu hamil antara lain <145 cm (Susanti & Fadmiyanor, 2020).

Berat badan ideal untuk ibu hamil sendiri tergantung dari IMT (Indeks Masa Tubuh) ibu sebelum hamil.

Table 2.6
Rentang total kenaikan berat badan yang direkomendasikan untuk wanita hamil berdasarkan IMT sebelum kehamilan

Kategori IMT	Rentang total kenaikan yang dianjurkan (kg)
<i>Underweight</i> (IMT <18,5)	12,5 – 18
<i>Weight</i> (IMT 18,5-24,9)	11,5 – 16
<i>Overweigh</i> (IMT 25-29,9)	7,0 – 11,5
Obesitas ≥ 30	5-9

Sumber : (Susanti & Fadmiyanor, 2020) & (Kemenkes RI, 2020a).

Pengukuran tinggi badan ibu hamil dilakukan untuk mendeteksi faktor risiko terhadap kehamilan yang sering berhubungan dengan keadaan rongga panggul.

2. Ukur tekanan darah

Tekanan darah perlu diukur untuk mengetahui perbandingan nilai dasar selama kehamilan. Tekanan darah yang adekuat perlu untuk mempertahankan fungsi plasenta, tetapi tekanan darah sistolik 140 mmHg atau diastolik 90 mmHg pada awal pemeriksaan dapat mengindikasikan potensi hipertensi (Susanti & Fadmiyanor, 2020).

3. Nilai status gizi

Bila LILA < 23,5 cm menunjukkan ibu hamil menderita Kurang Energi Kronis (Ibu hamil KEK) dan beresiko melahirkan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) (Kemenkes RI, 2020b).

4. Ukur tinggi fundus uteri

Apabila usia kehamilan dibawah 24 minggu pengukuran dilakukan dengan jari, tetapi apabila kehamilan diatas 24 minggu memakai Mc.Donald yaitu dengan cara mengukur tinggi fundus memakai metlin dari tepi atas symphysis sampai fundus uteri kemudian ditentukan sesuai rumusnya (Susanti & Fadmiyanor, 2020).

5. Tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ)

Apabila trimester III bagian bawah janin bukan kepala atau kepala belum masuk panggul kemungkinan adanya kelainan letak atau ada masalah lain. Bila denyut jantung janin kurang dari 120 kali/ menit atau lebih dari 160 kali/menit menunjukkan adanya gawat janin (Susanti & Fadmiyanor, 2020).

6. Pemberian tablet Fe

Pada ibu hamil mendapatkan minimal 90 tablet selama kehamilan (Kemenkes RI, 2020b).

7. Imunisasi TT

Imunisasi tetanus toxoid adalah proses untuk membangun kekebalan sebagai upaya pencegahan terhadap infeksi tetanus.

Pemberian imunisasi Tetanus Toxoid (TT) pada kehamilan umumnya diberikan 2 kali. Imunisasi pertama diberikan pada usia 16 minggu untuk yang kedua diberikan 4 minggu kemudian, akan tetapi untuk memaksimalkan perlindungan maka dibuat jadwal pemberian imunisasi pada ibu (Susanti & Fadmiyanor, 2020).

Tabel 2.7
Jadwal Pemberian Imunisasi TT

Imunisasi TT	Selang Waktu Minimal	Lama Perlindungan
I		Langkah awal pembentukan kekebalan tubuh terhadap penyakit tetanus.
II	1 bulan setelah TT I	3 tahun
II I	6 bulan setelah TT II	5 tahun
IV	12 bulan setelah TT III	10 tahun
V	12 bulan setelah TT IV	> 25 tahun

Sumber : (Kemenkes RI, 2020b)

Imunisasi TT jangan diberikan pada ibu dengan riwayat reaksi berat terhadap imunisasi TT pada masa lalunya (contoh: kejang, koma, demam $>40^{\circ}\text{C}$, nyeri/ bengkak ekstensif di lokasi bekas suntikan).

8. Test laboratorium (rutin dan khusus)

Tes kehamilan, kadar *hemoglobin* darah, golongan darah, tes tripleeliminasi (HIV, Sifilis dan Hepatitis B) dan malaria pada

daerah endemis. Tes lainnya dapat dilakukan sesuai indikasi seperti: glukoprotein urin, gula darah sewaktu, sputum Basil Tahan Asam (BTA), kusta, malaria daerah non endemis, pemeriksaan feses untuk kecacingan, pemeriksaan darah lengkap untuk deteksi dini thalasemia dan pemeriksaan lainnya. Tes laboratorium yang masuk dalam Standar Pelayanan Minimal adalah: pemeriksaan golongan darah, pemeriksaan Hb (Hb = 11 gr% disebut tidak anemia, Hb 9-10 gr% disebut anemia ringan, Hb 7-8 gr% disebut anemia sedang, Hb = 7 gr% disebut anemia berat), dan pemeriksaan glukoproteinuri (atas indikasi) (Kementrian Kesehatan RI, 2020a).

9. Tatalaksana kasus

Pada tahap ini diberikan tatalaksana kasus/ apabila ibu memiliki masalah dalam kesehatan saat hamil (Kementrian Kesehatan RI, 2020b).

10. Temu wicara

Pada tahap ini diberikan diberikan konsultasi atau melakukan kerjasama penanganan (Kementrian Kesehatan RI, 2020b).

2.2 PERSALINAN

2.2.1. Pengertian Persalinan

1. Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta, dan selaput ketuban keluar dari rahim ibu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit (Maryunani dkk, 2016).
2. Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi yang telah cukup bulan atau hampir cukup bulan dan dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri) (Manuba, 2014).
3. Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun ke dalam jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala tanpa komplikasi baik ibu dan janin (Asri Dwi, 2012).
4. Persalinan merupakan suatu proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri), yang dapat hidup kedunia atau dari rahim melalui jalan lahir atau jalan lain. Persalinan normal disebut juga partus spontan yaitu proses lahirnya bayi pada letak belakang kepala dengan tenaga ibu sendiri, tanpa bantuan alat-alat serta tidak melukai ibu dan bayi yang umumnya berlangsung kurang dari 24 jam, persalinan dimulai pada saat uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada serviks dan berakhir dengan lahirnya plasenta (Endang, 2016).

Berdasarkan dari beberapa pengertian diatas, maka dapat disimpulkan bahwa : Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks, janin menurun kedalam jalan lahir dan pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala. Melalui jalan lahir atau melalui jalan lain dengan bantuan atau dengan kekuatan sendiri. Tanpa komplikasi baik ibu maupun janin.

2.2.2. Macam-Macam Persalinan

Menurut Manuaba dalam buku Walyani dan Purwoastuti (2015), mengatakan ada 2 jenis persalinan, yaitu berdasarkan bentuk persalinan dan menurut usia kehamilan :

a. Jenis persalinan berdasarkan bentuk persalinan

1. Persalinan spontan

Adalah proses persalinan seluruhnya berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri.

2. Persalinan buatan

Adalah proses persalinan dengan bantuan tenaga luar.

3. Persalinan anjuran

Adalah bila kekuatan yang diperlukan untuk persalinan ditimbulkan dari luar dengan jalan rangsangan. (Walyani dan Purwoastuti, 2015).

b. Jenis persalinan menurut usia kehamilan

1. Abortus

Pengeluaran buah kehamilan sebelum usia kehamilan mencapai 20 minggu atau berat badan kurang dari 500 gram.

2. Partus immature

Pengeluaran buah kehamilan antara usia kehamilan mencapai 20 minggu dan 28 minggu atau berat badan janin antara 200 gram dan kurang dari 1000 gram.

3. Partus premature

Pengeluaran buah kehamilan antara usia kehamilan mencapai 28 minggu dan <37 minggu atau berat badan janin antara 1000 gram dan kurang dari 2500 gram.

4. Partus matur / partus aterm

Pengeluaran buah kehamilan antara usia kehamilan mencapai 37 minggu dan 42 minggu atau berat badan janin lebih dari 2500 gram.

5. Partus serotinus / partus postmatur

Pengeluaran buah kehamilan lebih dari 42 minggu (Walyani dan Purwoastuti, 2015).

2.2.3. Sebab Mulainya Persalinan

Menurut Asrinah dalam buku Nurasiah dkk (2014) sebab-sebab terjadinya persalinan meliputi :

a. Penurunan hormon progesterone

Pada akhir kehamilan kadar progesteron menurun menjadikan otot-otot sensitif sehingga menimbulkan his.

b. Keregangan otot-otot

Otot rahim akan meregang dengan majunya kehamilan, oleh karena isinya bertambah maka timbul kontraksi untuk mengeluarkan isinya atau mulai persalinan.

c. Peningkatan hormon oksitosin

Pada ahir kehamilan hormon oksitosin bertambah sehingga dapat menimbulkan his.

d. Pengaruh janin

Hypofise dan kelenjar *suprarenal* pada janin memegang peranan dalam proses peralinan, oleh karena itu pada *anencepalus* kehamilan lebih lama dari biasanya.

e. Teori prostaglandin

Prostaglandin yang dihasilkan dari desidua meningkat saat umur kehamilan 15 minggu. Hasil percobaan menunjukkan bahwa prostaglandin menimbulkan kontraksi myometrium pada setiap umur kehamilan.

f. Plasenta menjadi tua

Dengan tuanya kehamilan plasenta menjadi tua, *villi corialis* mengalami perubahan sehingga kadar progesteron dengan estrogen menurun (Nurasiah dkk, 2014).

2.2.4. Factor-Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan

Menurut Nurasiah dkk (2014), keberhasilan proses persalinan dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu :

a. *Power* (Kekuatan)

Power adalah kekuatan atau tenaga yang mendorong janin keluar, kekuatan tersebut meliputi :

1. His (kontraksi uterus)

His adalah kekuatan kontraksi uterus karena otot-otot polos rahim bekerja dengan baik dan sempurna.

2. Tenaga mendedan

Setelah pembukaan lengkap dan setelah ketuban pecah atau dipecahkan, serta sebagian presentasi sudah berada di dasar panggul, sifat kontraksi berubah, yakni bersifat mendorong keluar dibantu dengan keinginan ibu untuk mendedan atau usaha volunter.

b. *Passage* (jalan lahir)

Passage atau jalan lahir dibagi mejadi dua :

1. Bagian keras : tulang panggul

2. Bagian lunak : otot-otot dan ligamen-ligamen

c. *Passenger* (janin dan plasenta)

Menurut Sumarah dalam Nurasiah (2014), *Passenger* atau janin bergerak sepanjang jalan lahir merupakan akibat interaksi beberapa faktor, yakni kepal janin, presentasi, letak, sikap, dan posisi janin. Karena plasenta juga harus melewati jalan lahir, maka dia dianggap

sebagai bagian dari passenger yang menyertai janin. Namun plasenta jarang menghambat proses persalinan normal.

d. Psikologis

Menurut Asrinah dalam Nurasiah (2014), keadaan fisiologi ibu memengaruhi proses persalinan. Ibu bersalin yang didampingi oleh suami dan orang yang dicintainya cenderung mengalami proses persalinan yang lebih lancar dibanding dengan ibu bersalin tanpa pendamping.

e. *Physician* (penolong)

Menurut Asrinah dalam Nurasiah (2014), kompetensi yang dimiliki penolong sangat bermanfaat untuk memperlancar proses persalinan dan mencegah kematian maternal dan neonatal. Dengan pengetahuan dan kompetensi yang baik diharapkan kesalahan atau mal praktik dalam memberikan asuhan tidak terjadi.

2.2.5. Tahap Persalinan

Menurut Prawiroharjo dalam Nurasiah dkk (2014) tahap persalinan dibagi menjadi 4 kala, yaitu:

a. Kala I (satu)

Dimulai sejak adanya his yang teratur dan meningkat (frekuensi dan kekuatannya) yang menyebabkan pembukaan, sampai serviks membuka lengkap (10 cm). Kala I terdiri dari dua fase, yaitu:

1. Fase Laten

- a) Dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan pembukaan sampai dengan 3 cm.
- b) Pada umumnya berlangsung selama 8 jam.

2. Fase Aktif, dibagi menjadi 3 fase yaitu :

a) Fase akselerasi

Dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm

b) Fase dilatasi maksimal

Dalam waktu 2 jam pembukaan serviks berlangsung cepat dari 4 cm menjadi 9 cm

c) Fase deselerasi

Pembukaan serviks menjadi lambat, dalam waktu 2 jam dari pembukaan 9 cm menjadi 10 cm.

Pada primipara, berlangsung selama 12 jam dan pada multipara sekitar 8 jam. Kecepatan pembukaan serviks 1 cm/jam atau lebih dari 1 cm hingga 2 cm (multipara).

b. Kala II (dua)

Persalinan Kala II dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berahir dengan lahirnya bayi. Proses Kala II berlangsung selama 2 jam pada primipara dan berlangsung selama 1 jam pada multipara. Tanda pasti Kala II ditentukan melalui pemeriksaan dalam yang hasilnya adalah:

1. Pembukaan serviks telah lengkap (10 cm)
 2. Terlihatnya bagian bayi melalui introitus vagina
- c. Kala III (tiga)
- Persalinan Kala III dimulai segera setelah bayi lahir dan berahir dengan lahirnya plasenta serta selaput ketuban yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Biasanya plasenta akan lepas dalam waktu 6 sampai 15 menit setelah bayi lahir dan keluar spontan atau dengan tekanan dari fundus uteri.
- d. Kala IV (empat)
- Kala IV persalinan dimulai setelah lahirnya plasenta dan selaput ketuban sampai 2 jam postpartum (Nurasiah dkk, 2014).

2.2.6. Tanda-Tanda Persalinan

Menurut Asrinah dalam Nurasiah dkk (2014), tanda-tanda persalinan meliputi:

- a. Terjadi his persalinan yang ditandai dengan :
 1. Pinggang terasa sakit yang menjalar kedepan.
 2. Sifatnya teratur, intervalnya makin pendek dan kekuatannya makin besar.
 3. Kontraksi uterus mengakibatkan perubahan uterus.
 4. Makin beraktivitas (jalan), kekuatan makin bertambah.
- b. Bloody show (pengeluaran lendir disertai darah melalui vagina)

Dengan his permulaan, terjadi perubahan pada serviks yang menimbulkan perdarahan dan pembukaan, lendir yang terdapat pada

kanalis servikalis lepas, kapiler pembuluh darah pecah, yang menjadikan perdarahan sedikit.

c. Pengeluaran cairan

Terjadi akibat pecahnya ketuban atau selaput ketuban robek. Sebagian besar ketuban baru pecah menjelang pembukaan lengkap, tetapi kadang pecah pada pembukaan kecil (Nurasiah dkk, 2014).

2.2.7. Mekanisme Persalinan Normal

Menurut Nurashiah dkk (2014), tahap-tahap mekanisme persalinan adalah:

a. Turunnya kepala, yang terbagi atas :

1. Masuknya kepala dalam pintu atas panggul (PAP)/ *engagemen*.

Pada primigravida terjadi pada bulan akhir kehamilan sedangkan pada multigravida biasanya terjadi pada awal persalinan.

2. Majunya kepala, pada primigravida majunya kepala terjadi setelah kepala masuk ke rongga panggul dan biasanya baru mulai pada kala II. Pada multipara majunya kepala dan masuknya kepala dalam rongga panggul terjadi secara bersamaan. Majunya kepala bersamaan dengan gerak fleksi, putaran faksi dalam, dan ekstensi.

b. Fleksi

Dengan majunya kepala, biasanya fleksi juga bertambah hingga ubun-ubun kecil lebih rendah dari ubun-ubun besar. Keuntungan dari bertambahnya fleksi ialah ukuran kepala yang lebih kecil melalui jalan lahir: diameter *subocipito bregmatika* (9,5 cm) menggantikan *subocipito frontalis* (11 cm).

c. Putaran paksi dalam

Putaran paksi dalam ialah pemutaran dari bagian depan sedemikian rupa sehingga bagian terendah dari bagian depan memutar ke depan ke bawah *symfisis*. Putaran paksi dalam mutlak perlu untuk kelahiran kepala karena putaran paksi merupakan suatu usaha untuk menyesuaikan posisi kepala dengan bentuk jalan lahir khususnya bentuk bidang tengah dan pintu bawah panggul.

d. Ekstensi

Setelah putaran paksi selesai dan kepala sampai di dasar panggul, terjadilah ekstensi atau defleksi dari kepala. Hal ini disebabkan karena sumbu jalan lahir pada pintu bawah panggul mengarah kedepan dan atas, sehingga kepala harus mengadakan ekstensi untuk melaluinya.

e. Putaran paksi luar

Setelah kepala lahir, maka kepala anak memutar kembali ke arah punggung anak untuk menghilangkan torsi pada leher yang terjadi karena putaran paksi dalam. Gerakan ini adalah putaran paksi luar yang sebenarnya dan disebabkan karena bahu menempatkan diri dalam diameter *anteroposterior* dari pintu bawah panggul.

f. Ekspulsi

Setelah putaran paksi luar bahu depan sampai bawah *symfisis* dan menjadi *hypomochlion* untuk kelahiran bahu belakang. Kemudian bahu depan menyusul dan selanjutnya seluruh badan anak lahir searah dengan paksi jalan lahir.

2.2.8. Persiapan Asuhan Persalinan

Menurut Nurasiah dkk (2014), persiapan asuhan persalinan yakni :

a. Kala I

1. Memberikan asuhan sayang ibu, meliputi :

a) Memberi dukungan emosional

Menurut Enkin, et al (2000), dalam memberi dukungan emosional pada pasien, dukung dan anjurkan suami atau anggota keluarga yang lain untuk mendampingi ibu selama persalinan dan proses kelahiran bayinya.

b) Membantu pengaturan posisi Anjurkan ibu untuk mencoba posisi-posisi yang nyaman selama persalinan dan melahirkan serta anjurkan suami dan pendamping lainnya untuk membantu ibu berganti posisi, ibu boleh berjalan, jongkok, berdiri, duduk, berbaring agar dapat mempercepat turunnya kepala dan memperpendek waktu persalinan.

c) Memberikan nutrisi dan cairan

Anjurkan ibu untuk mendapat asupan (makanan ringan dan air) selama persalinan dan proses kelahiran. Wanita bersalin membutuhkan 50—100 kilo kalori energy setiap jam, jika tidak terpenuhi, mereka akan mengalami kelelahan pada otot dan kelaparan yang sangat.

d) Keleluasan untuk kebutuhan eliminasi

Anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemihnya secara rutin selama persalinan, ibu harus berkemih sedikit setiap 2 jam, atau lebih sering jika ibu merasa ingin berkemih atau jika kandung kemih terasa penuh. Jika ibu ingin BAB saat fase aktif harus dipastikan apakah yang dirasakan ibu bukan disebabkan oleh tekanan pada rektum, jika ibu belum siap melahirkan diperbolehkan BAB di kamar mandi (Depkes, 2007).

e) Pencegahan infeksi

Anjurkan ibu untuk mandi pada saat awal persalinan dan pastikan ibu memakai pakaian bersih.

2. Mempersiapkan ruangan untuk persalinan dan kelahiran bayi

- a) Ruangan yang hangat dan bersih, memiliki sirkulasi udara yang baik dan terlindung dari tiupan udara.
- b) Sumber air bersih dan mengalir untuk cuci tangan dan memandikan ibu sebelum dan sesudah melahirkan.
- c) Kecukupan air bersih, klorin, deterjen, kain bersih, kain pel, dan sarung karet untuk membersihkan ruangan, lantai, perabotan, dekontaminasi dan proses peralatan.
- d) Kamar mandi untuk kebersihan pribadi ibu dan penolong persalinan.

- e) Tempat yang lapang untuk ibu berjalan-jalan dan menunggu saat persalinan, melahirkan bayi dan untuk memberikan asuhan bagi ibu dan bayinya setelah persalinan.
 - f) Penerangan yang cukup, baik, siang maupun malam hari.
 - g) Tempat tidur bersih untuk ibu.
 - h) Tempat yang bersih untuk memberikan asuhan bayi baru lahir.
 - i) Meja bersih atau tempat untuk menaruh alat persalinan.
 - j) Meja untuk tindakan resusitasi
3. Mempersiapkan perlengkapan, bahan dan obat-obatan yang diperlukan.

Peralatan yang dibutuhkan seperti :

- a) Partus set dan antropometri
- b) Perlengkapan hecing
- c) Perlengkapan resusitasi
- d) Perlengkapan ibu dan bayi
- e) Perlengkapan disinfeksi
- f) Pencatatan

Obat yang perlu disiapkan antara lain:

- a) Oksitosin
- b) Lidokain 1%
- c) Cairan infus RL
- d) Selang infus
- e) Kanul IV

- f) Ergometrin
- g) Kapsul ampicilin / amoksilin 500 gram
- h) Vitamin K
- i) Salep mata tetrasiklin 1%

4. Persiapan rujukan

Jika perlu dirujuk, siapkan dan sertakan dokumentasi tertulis semua asuhan/perawatan yang telah diberikan dan semua hasil penilaian (termasuk partograf) untuk dibawa ke fasilitas rujukan. Bantu ibu dan keluarganya tentang perlunya memiliki rencana rujukan.

b. Kala II

Menurut Walyani dan Purwoastuti (2015), dalam mengamati tanda dan gejala kala II, meliputi :

1. Memastikan perlengkapan, bahan dan obat-obatan esensial yang siap digunakan.
2. Memakai baju penutup atau celemek plastik
3. Melepaskan semua perhiasan yang dipakai, mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir dan mengeringkan tangan dengan handuk 1x pakai/handuk pribadi yang bersih.
4. Memakai sarung tangan desinfeksi tingkat tinggi.
5. Menyiapkan oksitosin 10 unit kedalam spuit (dengan menggunakan sarung tangan) dan meletakkan kembali di partus set tanpa dekontaminasi spuit.
6. Memastikan pembukan lengkap dan keadaan janin baik.

7. Menyiapkan ibu dan keluarga untuk membantu proses pimpinan meneran.

8. Persiapan pertolongan kelahiran :

- a) Jika kepala telah membuka vulva dengan diameter 4-5 cm, letakkan handuk bersih di atas perut ibu untuk mengeringkan bayi.
- b) Meletakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian di bawah bokong ibu.
- c) Membuka partus set.
- d) Memakai sarung tangan steril.

9. Penatalaksanaan fisiologis kala II

- a) Bimbingan cara meneran
 - (1) Anjurkan ibu untuk meneran sesuai dengan dorongan alamiyahnya selama kontraksi.
 - (2) Jangan menganjurkan untuk menahan napas selama meneran.
 - (3) Anjurkan ibu untuk berhenti meneran dan segera beristirahat di antara kontraksi.
 - (4) Jika ibu berbaring miring atau duduk, ibu mungkin merasa lebih mudah untuk meneran jika ibu menarik lutut ke arah dada dan menempelkan dagu ke dada.
 - (5) Anjurkan ibu untuk tidak mengangkat bokong saat meneran.

- (6) Jangan melakukan dorongan pada fundus untuk membantu kelahiran bayi. Dorongan pada fundus meningkatkan resiko distosia bahu dan ruptur uteri.

b) Menolong kelahiran bayi

Menurut Walyani dan Purwoastuti (2015), penanganan dalam menolong kelahiran bayi meliputi :

(1) Posisi ibu saat melahirkan

Ibu dapat melahirkan bayinya pada posisi apapun kecuali berbaring terlentang.

(2) Pencegahan terjadinya laserasi atau trauma

Laserasi spontan pada vagina atau perinium dapat terjadi saat kepala dan bahu dilahirkan.

(3) Proses melahirkan kepala

(a) Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5—6 cm, lindungi perinium dengan satu tangan yang dilapisi kain, letakkan tangan yang lain di kepala bayi dan lakukan tekanan yang lembut dan tidak menghambat pada kepala bayi, membiarkan kepala keluar perlahan-lahan. Menganjurkan ibu untuk meneran perlahan atau bernafas cepat saat kepala lahir.

(b) Dengan lembut menyeka muka, mulut dan hidung bayi dengan kain atau kasa bersih.

- (c) Memastikan lilitan tali pusat pada leher bayi, jika memang ada lilitan pada leher bayi segera kendurkan.
- (d) Menunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan

(4) Proses melahirkan bahu

Menurut Nurasiah dkk (2014), penanganan proses melahirkan bahu bayi yaitu :

- (a) Letakkan tangan pada sisi kiri dan kanan kepala bayi, minta ibu meneran sambil menekan kepala ke arah bawah dan lateral tubuh bayi hingga bahu depan melewati *symfisis*.
- (b) Setelah bahu depan lahir, gerakkan kepala ke atas dan lateral tubuh bayi sehingga bahu bawah dan seluruh dada dapat dilahirkan.

(5) Proses melahirkan tubuh bayi

Menurut Nurasiah dkk (2014), penanganan proses melahirkan tubuh bayi yakni :

- (a) Saat bahu posterior lahir, geser tangan bawah ke arah perinium dan sangga bahu dan lengan atas bayi pada tangan tersebut.
- (b) Gunakan tangan yang sama untuk menopang lahirnya siku dan tangan posterior saat melewati perinium.

- (c) Tangan bawah menopang samping lateral tubuh bayi saat lahir.
- (d) Secara simultan tangan atas menelusuri dan memegang bahu, siku dan lengan bagian anterior.
- (e) Lanjutkan penelusuran dan memegang tubuh bayi ke bagian punggung, bokong dan kaki.
- (f) Dari arah belakang sisipkan jari telunjuk pada tangan atas diantara kedua kaki bayi yang kemudian dipegang dengan ibu jari dan ketiga jari lainnya.
- (g) Letakkan bayi di atas handuk atau kain yang sudah disiapkan pada perut bawah ibu dan posisikan kepala bayi sedikit rendah dari tubuhnya.
- (h) Segera keringkan sambil melakukan rangsangan taktil pada tubuh bayi dengan kain atau selimut di atas perut ibu. Pastikan kepala bayi tertutup dengan baik.

c. Kala III

Menurut Depkes dalam Nurasiah dkk (2014), langkah-langkah penanganan manajemen aktif kala III meliputi :

1. Letakkan bayi baru lahir di atas kain bersih yang telah disiapkan diperut bawah ibu dan minta ibu atau pendampingnya untuk membantu memegang bayi tersebut.
2. Pastikan tidak ada bayi lain di dalam uterus.
3. Beritahu ibu bahawa dia akan disuntik.

4. Segera (dalam satu menit pertama setelah bayi lahir) suntikkan oksitosin 10 unit secara IM pada 1/3 bagian atas paha luar (aspektus lateralis).
5. Dengan mengerjakan semua prosedur tersebut terlebih dahulu, akan memberi waktu pada bayi untuk memperoleh sejumlah darah kaya zat besi dan setelah itu (setelah 2 menit) baru dilakukan tindakan penjepitan dan pemotongan tali pusat.
6. Serahkan bayi yang telah terbungkus kain pada ibu untuk inisiasi menyusui dini dan kontak kulit.
7. Tutup kembali perut bawah ibu dengan kain bersih.
8. Berdiri di samping ibu
9. Pindahkan klem pada tali pusat sekitar 5—10 cm dari vulva.
10. Letakkan tangan lain pada abdomen ibu (beralaskan kain) tepat di atas simfisis pubis. Gunakan tangan ini untuk meraba kontraksi uterus dan menekan uterus pada saat melakukan penegangan pada tali pusat. Setelah terjadi kontraksi yang kuat tegangkan tali pusat dengan satu tangan dan tangan lain pada (dinding abdomen) menekan uterus ke arah lumbal dan kepala ibu (dorso-kranial). Lakukan secara hati-hati untuk mencegah inversio uteri.
11. Bila plasenta belum lepas, tunggu hingga uterus berkontraksi kembali (sekitar dua atau tiga menit berselang) untuk mengulangi kembali penegangan tali pusat terkendali.

12. Saat mulai kontraksi (uterus menjadi bulat atau tali pusat menjulur) tegangkan tali pusat ke arah bawah. Lakukan tekanan dorso-kranial hingga tali pusat makin menjulur dan korpus uteri bergerak ke atas, yang menandakan plasenta telah lepas dan dapat dilahirkan.
13. Pada saat plasenta terlihat pada introitus vagina, lahirkan plasenta dengan menegangkan tali pusat ke atas dan topang plasenta dengan tangan lainnya untuk diletakan pada wadah penampung.
14. Lakukan penarikan dengan lembut dan perlahan-lahan untuk melahirkan selaput ketuban.

d. Kala IV

Menurut Nurasih dkk (2014), dalam pemantauan kala IV meliputi :

1. Melakukan pemijatan uterus untuk merangsang uterus berkontraksi.
2. Evaluasi tinggi fundus uterus dengan meletakkan jari tangan secara melintang antara pusat dan fundus uteri.
3. Perkiraan kehilangan darah secara keseluruhan.
4. Periksa perinium dan perdarahan aktif
5. Evaluasi kondisi ibu secara umum.
6. Dokumentasi semua asuhan ibu dan temuan selama kala IV persalinan di halaman belakang partograf segera setelah asuhan diberikan atau setelah penilaian dilakukan.

2.2.9. Asuhan Persalinan Normal 60 Langkah

MENGENALI GEJALA DAN TANDA KALA DUA

1. Mendengar dan melihat tanda kala dua persalinan
 - a. Ibu merasa ada dorongan kuat dan meneran
 - b. Ibu merasakan tekanan yang semakin meningkat pada rectum dan vagina
 - c. Perineum tampak menonjol
 - d. Vulva dan spingter ani membuka

MENYIAPKAN PERTOLONGAN PERSALINAN

2. Pastikan kelengkapan peralatan, bahan dan obat

Pastikan kelengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan menatalaksana komplikasi segera pada ibu dan bayi baru lahir. Untuk asuhan bayi baru lahir atau resusitasi siapkan :

 - a. Tempat datar, rata, bersih, kering dan hangat
 - b. 3 handuk / kain bersih dan kering (termasuk ganjal bahu bayi)
 - c. Alat penghisap lendir
 - d. Lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm dari tubuh bayi
3. Pakai celemek plastik atau terbuat dari bahan yang tidak tembus cairan

4. Melepas dan menyimpan semua perhiasan yang dipakai, susi tangan dengan sabun dan air bersih mengalir kemudian keringkan tangan dengan tisu atau handuk pribadi yang bersih dan kering
5. Pakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam
6. Masukkan oksitosin kedalam tabung suntik (gunakan tangan yang menggunakan sarung tangan DTT atau steril dan pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik).

MEMASTIKAN PEMBUKAAN LENGKAP DAN KEADAAN JANIN

7. Membersihkan vulva Membersihkan vulva dan dan pirenium, menyekanya denpirenium, menyekanya dengan hati-hati dari anterior (depan) ke posterior (belakang) menggunakan kasa atau kapas yang dibasahi air DTT.
 - a. Jika Jika introitus vagina, introitus vagina, pirenium apirenium atau tau anus anus terkontaminasterkontaminasi i tinja, betinja, bersihkan denganrsihkan dengan seksama dari arah depan ke belakangseksama dari arah depan ke belakang
 - b. Buang Buang kapas kapas atau atau kasa kasa pembersih pembersih (terkontami(terkontami nasi) nasi) dalam dalam wadah wadah yang yang tersediatersedia

- c. Jika terkontaminasi, lakukan dekontaminasi, lepaskan dan rendam sarung tangan tersebut dalam larutan klorin 0,5% (pakai sarung tangan DTT/steril untuk melakukan langkah lanjutan)
- 8. Lakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan lengkap
 - a. Bila selaput ketuban masih utuh saat pembukaan sudah lengkap maka lakukan amniotomi
- 9. Dekontaminasi sarung tangan (celupkan tangan yang masih menggunakan sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5%, lepas sarung tangan dalam keadaan terbalik, dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit) cuci tangan setelah sarung tangan dilepaskan.
- 10. Periksa denyut jantung janin (DJJ) setelah kontraksi uterus mereda (relaksasi) untuk memastikan DJJ masih dalam batas normal (120 – 160 x/menit)
 - a. Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal
 - b. Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan DJJ, semua temuan pemeriksaan dan asuhan yang diberikan dalam partograf.

MENYIAPKAN IBU DAN KELUARGA UNTUK MEMBANTU PROSES MENERAN

- 11. Beritahu ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin cukup baik, kemudian bantu ibu menemukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya

- a. Tunggu hingga timbul kontraksi atau rasa ingin meneran, lanjutkan pemantauan kondisi dan kenyamanan ibu dan janin (ikuti pedoman penatalaksanaan fase aktif) dan dokumentasikan semua temuan yang ada
 - b. Jelaskan pada anggota keluarga tentang peran mereka untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu dan meneran secara benar.
12. Minta keluarga membantu menyiapkan posisi meneran jika ada rasa ingin meneran atau kontraksi yang kuat. Pada kondisi itu ibu diposisikan setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman.
13. Laksanakan bimbingan meneran pada saat ibu ingin meneran atau timbul kontraksi yang kuat
 - a. Bimbing ibu agar dapat meneran secara benar dan efektif
 - b. Dukung dan beri semangat pada saat meneran dan perbaiki cara meneran apabila cara tidak sesuai
 - c. Bantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya (kecuali posisi berbaring terlentang dalam waktu yang lama)
 - d. Anjurkan ibu untuk beristirahat diantara kontraksi
 - e. Anjurkan keluarga memberi dukungan dan semangat untuk ibu
 - f. Berikan cukup asupan cairan per-oral (minum)
 - g. Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai

- h. Segera rujuk jika bayi belum atau tidak akan segera lahir setelah pembukaan lengkap dan pimpin meneran ≥ 120 menit (2 jam) pada primigravida atau ≥ 60 menit (1 jam) pada multigravida.
- 14. Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam selang waktu 60 menit.

PERSIAPAN UNTUK MELAHIRKAN BAYI

- 15. Letakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) diperut bawah ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm.
- 16. Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian sebagai alas bokong ibu
- 17. Buka tutup partus set dan periksa kembali kelengkapan peralatan dan bahan
- 18. Pakai sarung tangan DTT/steril pada kedua tangan

PERTOLONGAN UNTUK MELAHIRKAN BAYI

Lahirnya kepala

- 19. Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering, tangan yang lain menahan belakang kepala untuk mempertahankan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu meneran secara efektif atau bernapas cepat dan dangkal.
- 20. Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat (ambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi) segera lanjutkan proses kelahiran bayi.

Perhatikan :

- a. Jika tali pusat melilit secara longgar, lepaskan lilitan lewat bagian atas kepala bayi
 - b. Jika tali pusat melilit secara kuat, klem tali pusat didua tempat dan potong tali pusat diantara dua klem tersebut
21. Setelah kepala lahir, tunggu putaran paksi luar yang berlangsung secara spontan.

Lahirnya bahu

22. Setelah putaran paksi luar selesai, pegang kepala bayi secara biparetal. Anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakkan kepala kearah bawah dan distal hingga bahu deoan muncul dibawah arkus pubis dan kemudian gerakkan keatas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.

Lahirnya badan dan tungkai

23. Setelah kedua bahu lahir, geser tangan bawah untuk menolong kepala dan bahu. Gunakan tangan untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.
24. Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukkan telunjuk diantara kedua kaki dan pegang kedua kaki dengan melingkarkan ibu jari pada satu sisi dan jari-jari lainnya pada sisi yang lain agar bertemu dengan jari telunjuk)

ASUHAN BAYI BARU LAHIR

25. Lakukan penilaian (selintas) :

- a. Apakah bayi cukup bulan?
- b. Apakah bayi menangus kuat dan/atau bernapas tanpa kesulitan?
- c. Apakah bayi bergerak dengan aktif?

Bila salah satu jawaban “TIDAK” lanjut ke langkah resusitasi pada bayi baru lahir dengan asfiksia (lihat penuntun belajar resusitasi bayi asfiksia). Bila semua jawaban “YA” lanjut ke-26.

26. Keringkan tubuh bayi

Keringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya (kecuali kedua tangan) tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan handuk/kain yang kering. Pastikan bayi dalam posisi dan kondisi aman diperut bagian bawah ibu.

27. Periksa kembali uterus untuk memastikan hanya satu bayi yang lahir (hamil tunggal) dan bukan kehamilan ganda (gemeli)

28. Beritahu ibu bahwa dia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi dengan baik

29. Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikkan oksitosin 10 unit (intramuscular) di 1/3 distal lateral paha (lakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin)

30. Setelah dua menit sejak bayi lahir (cukup bulan), pegang tali pusat dengan satu tangan pada sekitar 5 cm dari pusar bayi, kemudian jari telunjuk dan jari tengah tangan lain menjepit tali pusat dan geser hinggaa 3 cm proksimal dari pusar bayi. Klem tali pusat pada titik

tersebut kemudian tahan klem ini pada posisinya, gunakan jari telunjuk dan tengah tangan lain untuk mendorong isi tali pusat kearah ibu (sekitar 5 cm) dan klem tali pusat pada sekitar 2 cm distal dari klem pertama.

31. Pemotongan dan pengikatan tali pusat

- a. Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi), dan lakukan pengguntingan tali pusat diantara 2 klem tersebut
- b. Ikat tali pusat dengan benang DTT/steril pada satu sisi kemudian lingkarkan lagi benang tersebut dan ikat tali pusat dengan simpul kunci pada sisi lainnya
- c. Lepaskan klem dan masukkan dalam wadah yang telah disediakan

32. Letakkan bayi dengan tengkurap di dada ibu untuk kontak kulit ibu dan bayi. Luruskan bahu bayi sehingga dada bayi menempel didada ibunya. Usahakan kepala bayi berada diantara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari putting susu atau areola mammae ibu

- a. Selimuti ibu-bayi dengan kain kring dan hangat, pasang topi dikepala bayi
- b. Biarkan bayi melakukan kontak kulit ke kulit didada ibu paling sedikit 1 jam
- c. Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan inisiasi menyusui dini dalam waktu 30-60 menit. Menyusui pertama kali akan

berlangsung sekitar 10-15 menit. Bayi cukup menyusu dari satu payudara

- d. Biarkan bayi berada didada ibu selama 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusu.

MANAJEMEN AKTIF KALA TIGA PERSALINAN (MAK III)

33. Pindahkan klem tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari pulva
34. Letakkan satu tangan diatas kain pada perut bawah ibu (diatas simfisis), untuk mendeteksi kontraksi. Tangan lain memegang klem untuk menegangkan tali pusat
35. Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat kearah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus kearah belakang-atas (dorso-kranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversio uteri). Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan ulangi kembali prosedur diatas.
 - a. Jika uterus tidak segera berkontraksi, minta ibu, suami atau keluarga untuk melakukan stimulasi puting susu.

Mengeluarkan placenta

36. Bila ada penekanan bagian bawah dinding depan uterus kearah dorsal ternyata diikuti dengan pergeseran tali pusat kearah distal maka lanjutkan dorongan kearah cranial hingga plasenta dapat dilahirkan

- b. Ibu boleh meneran tapi tali pusat hanya diregangkan (jangan ditarik secara arah bawah-sejajar lantai-atas)
 - c. Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak 5-10 cm dari vulva dan lahirkan plasenta
 - d. Jika plasenta tidak lepas dalam 15 menit menegangkan tali pusat
 - 1) Ulangi pemberian oksitosin 10 unit
 - 2) Lakukan kateterisasi (gunakan teknik aseptik) jika kandung kemih penuh
 - 3) Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan
 - 4) Ulangi tekanan dorsa-kranial dan penegangan tali pusat 15 menit berikutnya
 - 5) Jika plasenta tidak lahir dalam 30 menit sejak bayi lahir atau terjadi perdarahan maka segera lakukan tindakan manual plasenta
37. Saat plasenta muncul di introitus vagina lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpinl kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan
- a. Jika selaput ketuban robek, pakau sarung tangan DTT/steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian gunakan jari-jari tangan atau klem ovum DTT/steril untuk mengeluarkan selaput yang tertinggal.

Rangsangan taktil (masase) uterus

38. Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, letakkan telapak tangan di fundus dan lakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus terasa keras)
 - a. Lakukan tindakan yang diperlukan (kompresi bimanuel interna, kompresi aorta abdominalis, tamponade kondom-kateter_ jika uterus tidak berkontraksi dalam 15 detik setelah rangsangan taktil/masase.

MENILAI PERDARAHAN

39. Periksa kedua sisi plasenta (maternal-fetal_ pastikan plasenta lahir lengkap. Masukkan plasenta kedalam kantong plastik atau tempat khusus
40. Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Lakukan penjahitan bila terjadi laserasi yang luas dan menimbulkan perdarahan.

Bila ada robekan yaang menimbulkan perdarahan aktif, segera lakukan penjahitan.

ASUHAN PASCA PERSALINAN

41. Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam
42. Celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5%, bersihkan noda darah dan cairan tubuh, lepaskan

secara terbalik dan rendam sarung tangan tangan dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir, keringkan tangan dengan tisu atau handuk pribadi yang bersih dan kering.

Evaluasi

43. Pastikan uterus berkontraksi dengan baik serta kandung kemih kosong
44. Ajarlan ibu/keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi
45. Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah
46. Memeriksa nadi ibu dan pastikan keadaan umum ibu baik
47. Pantau keadaan bayi dan pastikan bayi bernapas dengan baik (40-60 x/menit)
 - a. Jika bayi sulit bernapas, merintih, atau retraksi, diresusitasi dan segera merujuk ke rumah sakit
 - b. Jika nafas bayi terlalu cepat atau sesak nafas, segera rujuk ke RS rujukan
 - c. Jika kaki teraba dingin, pastikan ruangan hangat. Lakukan kembali kontak kulit ibu-bayi dan hangatkan ibu-bayi satu selimut.

Kebersihan dan keamanan

48. Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,4% untuk dekontaminasi (10 menit) cuci dan bilas peralatan setelah dekontaminasi
49. Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai
50. Bersihkan ibu dari paparan darah dan cairan tubuh dengan menggunakan aie DTT. Bersihkan cairan ketuban, lendir dan darah di ranjang atau sekitar ibu berbaring. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering
51. Pastikan ibu merasa nyaman, bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga untuk memberi ibu minuman dan makanan yang diinginkan
52. Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%
53. Celupkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5%, balikkan bagian badan keluar dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit
54. Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan tangan dengan tissu atau handuk pribadi yang bersih dan kering
55. Pakai sarung tangan DTT/steril untuk melakukan pemeriksaan fisik bayi
56. Dalam 1 jam pertama, beri salep/tetes mata profilaksis infeksi, vitamin K1 1 mg IM dipaha kiri bawah lateral, pemeriksaan fisik

- bayi baru lahir , pernafasan bayi (normal 40-60 x/menit) dan temperatur tubuh (normal 36,5 – 37,5 derajat celcius) setiap 15 menit
57. Setelah 1 jam pemberian vitamin K1 berikan suntik imunisasi hepatitis-B dipaha kanan bawah lateral. Letakkan bayi didalam jangkauan ibu agar sewaktu-waktu dapat di susukan
58. Lepaskan sarung tangan dengan keadaan terbalik dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit
59. Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan tissu atau handuk pribadi yang bersih dan kering

Dokumentasi

60. Lengkapi partograf (halaman depan dan belakang) periksa tanda-tanda vital dan asuhan kala IV persalinan.

2.3 NIFAS

2.3.1. Pengertian Nifas

Masa nifas (*puerperium*) dimulai sejak 2 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (42 hari) setelah itu. *Puerperium* yaitu dari kata *Puer* yang artinya bayi dan *Parous* melahirkan. Jadi, *puerperium* berarti masa setelah melahirkan bayi yaitu masa pulih kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti pra hamil (Fitriani, 2014).

Masa nifas (*puerperium*) adalah masa setelah plasenta lahir hingga alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil dalam waktu kurang lebih 6 minggu. Bidan harus mengetahui tujuan pemberian asuhan kebidanan pada masa nifas (Wahyuningsih, 2018).

2.3.2. Tahapan Masa Nifas

Tahapan masa nifas menurut Buda dan Fajrin, 2018 meliputi :

1. *Puerperium dini*

Suatu masa kepulihan dimana ibu diperbolehkan untuk berdiri dan berjalan-jalan.

2. *Puerperium intermedial*

Suatu masa dimana kepulihan dari organ-organ reproduksi selama kurang lebih enam minggu.

3. *Remote puerperium*

Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat kembali dalam keadaan sempurna terutama ibu bila ibu selama hamil atau waktu persalinan mengalami komplikasi.

2.3.3. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

Selama masa nifas, alat-alat interna atau eksterna berangsur-angsur kembali seperti keadaan sebelum hamil. Perubahan keseluruhan alat genitalia ini disebut involusi. Pada masa ini terjadi juga perubahan penting lainnya (Rosyati, 2017).

1. Uterus

Uterus merupakan organ reproduksi interna yang berongga dan berotot, berbentuk seperti buah alpukat yang sedikit gepeng dan berukuran sebesar telur ayam. Panjang uterus sekitar 7-8cm, lebar sekitar 5-5,5 cm dan tebal sekitar 2,5 cm. Letak uterus secara fisiologis adalah anteversiofleksio. Uterus terdiri dari 3 bagian yaitu fundus, uteri, korpus uteri dan serviks uteri. Dinding uterus terdiri dari otot polos dan tersusun atas 3 lapisan, yaitu :

- a. Perimetrium, yaitu lapisan terluar yang berfungsi sebagai pelindung uterus
- b. Miometrium, yaitu lapisan yang kaya akan sel otot dan berfungsi untuk kontraksi dan relaksasi uterus dengan melebar dan kembali ke bentuk semula setiap bulannya

- c. Endometrium, merupakan lapisan terdalam yang kaya akan sel darah merah. Bila tidak terjadi pembuahan maka dinding endometrium akan meluruh bersama dengan sel ovum matang.

Satu minggu setelah persalinan berat uterus menjadi sekitar 500 gram, dua minggu setelah persalinan menjadi sekitar 300 gram dan menjadi 40-60 gram setelah enam minggu persalinan. Perubahan ini terjadi karena segera setelah persalinan kadar hormon estrogen dan progesteron akan menurun dan mengakibatkan proteolisis pada dinding uterus. (Dewi Maratalia, 2012:18).

Tabel 2.8
TFU dan Berat Uterus menurut Masa Invulusi

Invulusi Uteri	Tinggi Fundus Uteri	Berat Uterus (gram)
Saat bayi baru lahir	Setinggi pusat, 2 jari dibawah	1000
1 minggu postpartum	Pertengahan pusat-simfisis	500
2 minggu postpartum	Tidak teraba diatas simfisis	350
6 minggu postpartum	Normal	50
8 minggu postpartum	Normal seperti sebelum hamil	30

Sumber : (Rosyati, 2017).

Bila uterus tidak mengalami atau terjadi kegagalan dalam proses invulusi disebut dengan *subinvulusi*. Subinvulusi

disebabkan oleh infeksi dan tertinggalnya sisa plasenta/perdarahan lanjut (*postpartum haemorrhage*). Selain itu, beberapa faktor lain yang menyebabkan kelambatan uterus berinvolusi diantaranya:

- 1) Kandung kemih penuh,
- 2) Rektum berisi,
- 3) Infeksi uterus,
- 4) Retensi hasil konsepsi,
- 5) *Fibroid*,
- 6) *Hematoma ligamentum latum uteri*

2. Serviks

Perubahan yang terjadi pada serviks ialah bentuk serviks agar menganga seperti corong, segera setelah bayi lahir. Bentuk ini disebabkan oleh corpus uteri yang dapat mengadakan kontraksi, sedangkan serviks tidak berkontraksi sehingga seolah-olah pada perbatasan antara korpus dan serviks berbentuk semacam cincin.

Serviks berwarna merah kehitam-hitaman karena penuh dengan pembuluh darah. Konsistensinya lunak, kadang-kadang terdapat laserasi atau perlukaan kecil. Karena robekan kecil yang terjadi selama berdilatasi maka serviks tidak akan pernah kembali lagi ke keadaan seperti sebelum hamil. (Ari Sulistyawati, 2009:77).

3. Lokhea

Akibat involusi uteri, lapisan luar desidua yang mengelilingi situs plasenta akan menjadi nekrotik. Desidua yang mati akan keluar bersama dengan sisa cairan. Percampuran antara darah dan desidua inilah yang dinamakan lokhea. Lokhea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas dan mempunyai reaksi basa/alkalis yang membuat organisme berkembang lebih cepat dari pada kondisi asam yang ada pada vagina normal.

Lokhea mempunyai bau yang amis (anyir) meskipun tidak terlalu menyengat dan volumenya berbeda-beda pada setiap wanita. Lokhea mengalami perubahan karena proses involusi. Pengeluaran lokhea dapat dibagi menjadi lokhea rubra, sanguilenta, serosa, dan alba (Nugroho, dkk 2014:97).

Perbedaan masing-masing lokhea dapat dilihat sebagai berikut :

Tabel 2.9
Macam-macam lokhea

Lokhea	Waktu	Warna	Ciri-ciri
Rubra	1-3 hari	Merah Kehitaman	Terdiri dari sel desidua, verniks caseosa, rambut lanugo, sisa mekoneum dan sisa darah
Sanguilenta	3-7 hari	Putih bercampur merah	Sisa darah bercampur lender
Serosa	7-14 hari	Kekuningan/ke Coklatan	Lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri dari leukosit dan robekan laserasi plasenta

Alba	>14 hari	Putih	Mengandung leukosit, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati
------	----------	-------	--

Sumber : Nugroho, dkk 2014:98).

4. Vulva, Vagina dan Perineum

Vagina dan lubang vagina pada permulaan *puerperium* merupakan saluran yang luas berdinding tipis. Secara berangsur-angsur luasnya berkurang, tetapi jarang sekali kembali seperti ukuran seorang nulipara. Rugae timbul kembali pada minggu ke tiga. Hymen tampak sebagai tonjolan jaringan yang kecil, yang dalam proses pembentukan berubah menjadi karunkulae mitiformis yang khas bagi wanita multiara (Rosyati, 2017).

5. Payudara

Pada semua wanita yang telah melahirkan proses laktasi terjadi secara alami. Proses menyusui mempunyai dua mekanisme fisiologis, yaitu sebagai berikut:

- a. Produksi susu
- b. Sekresi susu atau *let down*

Selama Sembilan bulan kehamilan, jaringan payudara tumbuh dan menyiapkan fungsinya untuk menyediakan makanan bagi bayi baru lahir. Setelah melahirkan, ketika hormone yang dihasilkan plasenta tidak ada lagi untuk menghambatnya kelenjar pituitary akan mengeluarkan prolactin (hormone laktogenik). Sampai hari ketiga setelah melahirkan, efek prolactin pada payudara mulai bias dirasakan. Pembuluh darah payudara menjadi bengkak terisi darah,

sehingga timbul terasa hangat, bengkak, dan rasa sakit (Rosyati, 2017).

6. Perubahan sistem pencernaan

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

Beberapa hal yang berkaitan dengan perubahan pada sistem pencernaan, antara lain :

a. Nafsu makan

Pasca melahirkan, biasanya ibu merasa lapar sehingga diperbolehkan untuk mengkonsumsi makanan. Pemulihan nafsu makan diperlukan waktu 3-4 hari sebelum faal usus kembali normal.

b. Motilitas

Secara khas, penurunan tonus dan motilitas otot traktus cerna menetap selama waktu yang singkat setelah bayi lahir. Kelebihan analgesia dan anastesia bisa memperlambat pengembalian tonus otot dan motilitas ke keadaan normal.

c. Pengosongan usus

Pasca melahirkan, ibu sering mengalami konstipasi. Hal ini disebabkan tonus otot usus menurun selama proses persalinan dan awal masa pascapartum, diare sebelum persalinan, enema sebelum melahirkan, kurang makan, dehidrasi, hemorroid, ataupun laserasi jalan lahir.

Beberapa cara agar ibu dapat buang air besar kembali teratur, antara lain :

- 1) Pemberian diet/makanan yang mengandung serat.
- 2) Pemberian cairan yang cukup.
- 3) Pengetahuan tentang pada eliminasi pasca melahirkan.
- 4) Pengetahuan tentang perawatan luka jalan lahir.

Bila usaha di atas tidak berhasil dapat dilakukan pemberian huknah atau obat yang lain (Pitriani,dkk 2014:67-68).

7. Perubahan sistem perkemihan

Setelah proses persalinan berlangsung, biasanya ibu akan sulit untuk buang air kecil dalam 24 jam pertama. Kemungkinan penyebab dari keadaan ini adalah terdapat *spasme sfinkter* dan *edema* leher kandung kemih sesudah bagian ini mengalami kompresi (tekanan) antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan berlangsung.

Urine dalam jumlah besar akan dihasilkan dalam 12-36 jam *post partum*. Kadar hormon estrogen yang bersifat menahan air akan mengalami penurunan yang mencolok. Keadaan tersebut disebut

“diuresis”. Ureter yang berdilatasi akan kembali normal dalam 6 minggu (Ari Sulistyawati, 2009:78-79).

8. Perubahan sistem musculoskeletal

Ligamen, fasia, dan diafragma pelvis yang meregang pada waktu persalinan, setelah bayi lahir, secara berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali sehingga tidak jarang uterus jatuh ke belakang dan menjadi retrofleksi, karena ligamen rotundum menjadi kendur (Ambarwati, dkk 2010:81-82).

9. Perubahan sistem endokrin

Selama proses kehamilan dan persalinan terdapat perubahan pada sistem endoktrin. Hormon-hormon yang berperan dalam proses tersebut, antara lain :

a. Hormon plasenta

Pengeluaran plasenta menyebabkan penurunan hormon yang diproduksi oleh plasenta. Hormon plasenta menurun dengan cepat pasca persalinan. Penurunan hormon plasenta menyebabkan kadar gula darah menurun pada masa nifas. *Human Chorionic Gonadotropin* (HCG) menurun dengan cepat dan menetap sampai 10% dalam 3 jam hingga ke-7 post partum dan sebagai onset pemenuhan *mamae* pada hari ke-3 post partum (Nugroho, dkk 2014:109).

b. Hormon pituitary

Prolaktin darah akan meningkat dengan cepat. Pada wanita yang tidak menyusui, prolaktin menurun dalam waktu 2 minggu. FSH dan LH akan meningkat pada fase konsentrasi *folikuler* (minggu ke-3) dan LH tetap rendah hingga ovulasi terjadi (Ari Sulistyawati, 2009:80).

c. Hipotalamik pituitary ovarium

Untuk wanita yang menyusui dan tidak menyusui akan memengaruhi lamanya ia mendapatkan menstruasi. Seringkali menstruasi pertama itu bersifat anovulasi yang dikarenakan rendahnya kadar esterogen dan progesteron. Diantara wanita laktasi sekitar 15% memperoleh menstruasi selama 6 minggu dan 45% setelah 12 minggu (Ambarwati, dkk 2010:83-84).

d. Hormon oksitosin

Hormon oksitosin disekresikan dari kelenjar otak bagian belakang, bekerja terhadap otot uterus dan jaringan payudara. Selama tahap ketiga persalinan, hormon oksitosin berperan dalam pelepasan plasenta dan mempertahankan kontraksi, sehingga mencegah perdarahan. Isapan bayi dapat merangsang produksi ASI dan sekresi oksitosin, sehingga dapat membantu involusi uteri (Nugroho, dkk 2014:110).

e. Kadar esterogen

Setelah persalinan, terjadi penurunan kadar esterogen yang bermakna sehingga aktivitas prolaktin yang juga sedang

meningkat dapat memengaruhi kelenjar mammae dalam menghasilkan ASI (Ari Sulistyawati, 2009:80).

10. Perubahan tanda-tanda vital

a. Suhu tubuh

Setelah proses persalinan, suhu tubuh dapat meningkat sekitar $0,5^{\circ}\text{C}$ dari keadaan normal (36°C - $37,5^{\circ}\text{C}$), namun tidak lebih dari 38°C (Dewi Maritalia, 2012:24).

b. Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa 60-80 kali per menit. Pasca melahirkan, denyut nadi dapat menjadi bradikardi maupun lebih cepat (Nugroho, dkk 2014:112).

c. Tekanan darah

Tekanan darah normal untuk systol berkisar antara 110-140 mmHg dan untuk diastole antara 60-80 mmHg. Bila tekanan darah mengalami peningkatan lebih dari 30 mmHg pada systole atau lebih dari 15 mmHg pada diastole perlu dicurigai timbulnya hipertensi tau pre eklampsia post partum (Dewi Maritalia, 2012:25).

d. Pernafasan

Keadaan pernafasan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Apabila suhu dan denyut nadi tidak normal pernafasan juga akan mengikutinya kecuali ada gangguan khusus pada saluran pernafasan (Ambarwati, dkk 2012:85).

11. Perubahan kardiovaskuler

Selama kehamilan, volume darah normal digunakan untuk menampung aliran darah yang meningkat, yang diperlukan oleh plasenta dan pembuluh darah uteri. Penarikan kembali esterogen menyebabkan diuresis yang terjadi secara cepat sehingga mengurangi volume plasma kembali ke proporsi normal. Aliran ini terjadi dalam 2-4 jam pertama setelah kelahiran bayi. Selama masa ini, ibu mengeluarkan banyak sekali jumlah urine. Hilangnya pengesteran membantu mengurangi retensi cairan yang melekat dengan meningkatnya vaskuler pada jaringan tersebut selama kehamilan bersama-sama dengan trauma masa persalinan. Pada persalinan, vagina kehilangan darah sekitar 200-500 ml, sedangkan pada persalinan dengan SC, pengeluaran dua kali lipatnya. Perubahan terdiri dari volume darah dan kadar Hmt (*haematokrit*).

Setelah persalinan, *shunt* akan hilang dengan tiba-tiba. Volume darah ibu relatif akan bertambah. Keadaan ini akan menyebabkan beban pada jantung dan akan menimbulkan *decompensatio cordis* pada pasien dengan *vitium cardio*. Keadaan ini dapat diatasi dengan mekanisme kompensasi dengan tumbuhnya haemokonsentrasi sehingga volume darah kembali seperti sediakala. Umumnya, ini terjadi pada 3-5 hari post partum (Ari Sulistyawati, 2009:82).

12. Perubahan sistem hematologi

Pada minggu-minggu terakhir kehamilan, kadar fibrinogen dan plasma serta faktor-faktor pembekuan darah meningkat. Pada hari pertama post partum, kadar fibrinogen dan plasma akan sedikit menurun tetapi darah lebih mengental dengan peningkatan viskositas sehingga meningkatkan faktor pembekuan darah.

Leukositosis adalah meningkatnya jumlah sel-sel darah putih sebanyak 15.000 selama persalinan. Jumlah leukosit akan tetap tinggi selama beberapa hari pertama masa post partum. Jumlah sel darah putih akan tetap bisa naik lagi sampai 25.000 hingga 30.000 tanpa adanya kondisi patologis jika wanita tersebut mengalami persalinan lama (Pitriani,dkk 2014:73-74).

2.3.4. Adaptasi Psikologi Masa Nifas

1. Tahapan adaptasi masa nifas

Setelah proses kelahiran tanggung jawab keluarga bertambah dengan adanya seorang bayi baru lahir. Dorongan serta perhatian anggota keluarga merupakan dukungan positif untuk ibu. dalam menjalani adaptasi setelah melahirkan ibu akan melalui fase-fase sebagai berikut :

a. *Taking in*

Ini merupakan periode ketergantungan yang berlangsung pada hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Pada saat ini fokus perhatian ibu terutama pada dirinya sendiri. Pengalaman

selama proses persalinan sering berulang diceritakannya. Hal ini membuat cenderung ibu menjadi pasif terhadap lingkungannya.

b. *Taking hold*

Fase/periode ini berlangsung hari antara 3-10 hari setelah melahirkan. Pada fase ini ibu merasa khawatir akan ketidakmampuannya dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Pada fase ini ibu memiliki rasa yang sangat sensitive sehingga mudah tersinggung dan gampang marah, sehingga kita perlu berhati-hati menjaga komunikasi yang baik dengan ibu.

c. *Letting go*

Fase ini merupakan menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung sepuluh hari setelah melahirkan. Ibu sudah dapat menyesuaikan diri, merawat diri dan bayinya serta kepercayaan dirinya sudah meningkat. Dukungan dari suami dan keluarga masih sangat diperlukan ibu. Suami dan keluarga dapat membantu merawat bayi, mengerjakan urusan rumah tangga sehingga ibu tidak terlalu terbebani. Ibu memerlukan istirahat yang cukup sehingga mendapatkan kondisi fisik yang bagus untuk dapat merawat bayinya (Rini,dkk 2016:90-92).

2. Post partum blues

Merupakan keadaan di mana ibu merasa sedih berkaitan dengan bayinya disebut *baby blues*. Penyebabnya antara lain : perubahan

perasaan saat hamil, perubahan fisik dan emosional. Perubahan yang ibu alami akan kembali secara perlahan setelah beradaptasi dengan peran barunya.

a. Gejala baby blues antara lain :

- 1) Menangis
- 2) Perubahan perasaan
- 3) Cemas
- 4) Kesepian
- 5) Khawatir dengan bayinya
- 6) Penurunan libido
- 7) Kurang percaya diri

b. Hal-hal yang disarankan pada ibu adalah sebagai berikut :

- 1) Minta bantuan suami atau keluarga jika ibu ingin istirahat
- 2) Beritahu suami tentang apa yang dirasakan oleh ibu
- 3) Buang rasa cemas dan khawatir akan kemampuan merawat bayi
- 4) Meluangkan waktu dan cari hiburan untuk diri sendiri

(Nugroho, dkk 2014:117-118).

Ada kalanya ibu merasa kesedihan karena kebebasan, otonomi, interaksi sosial, kemandiriannya berkurang. Hal ini akan mengakibatkan depresi pasca persalinan. Berikut adalah gejalanya :

- 1) Sulit tidur, bahkan ketika bayi sudah tidur
- 2) Nafsu makan hilang
- 3) Perasaan tidak berdaya atau kehilangan kontrol
- 4) Terlalu cemas atau tidak perhatian terhadap penampilan pribadi
- 5) Gejala fisik seperti banyak wanita sulit bernafas atau perasaan berdebar-debar

Jika ibu mengalami gejala-gejala tersebut sebaiknya ibu memberitahu suami, bidan, dokter. Penyakit ini dapat disembuhkan dengan obat-obatan dan konsultasi dengan psikiater (Ambarwati, 2010:91).

3. Kesedihan dan dukacita

Kehilangan maternitas termasuk hal yang dialami oleh wanita yang mengalami infertilitas (wanita yang tidak mampu hamil atau yang tidak mampu mempertahankan kehamilannya), yang mendapatkan bayinya hidup, tapi kemudian kehilangan harapan (prematuritas atau kecacatan *conginetal*), dan kehilangan yang dibahas sebagai penyebab *post partum blues* (kehilangan keintiman internal dengan bayinya dan hilangnya perhatian). Kehilangan lain yang penting, tapi sering dilupakan adalah perubahan hubungan eksklusif antara suami dan istri menjadi kelompok tiga orang, ayah-ibu-anak.

Berduka dibagi dalam 3 tahapan diantaranya :

a. Tahap syok

Tahap ini merupakan tahap awal dari kehilangan

b. Tahap penderitaan (fase realitas)

Merupakan penerimaan terhadap fakta kehilangan dan upaya penyesuaian terhadap realitas yang harus ia lakukan terjadi selama periode ini

c. Tahap resolusi (fase menentukan hubungan yang bermakna)

Selama periode ini, orang yang berduka menerima kehilangan, penyesuaian telah komplet, dan individu kembali pada fungsinya secara penuh.

(Ari Sulistyawati, 2009:91-93).

2.3.5. Penyulit dan Komplikasi Masa Nifas

1. Infeksi pada vulva, vagina, dan serviks

a. Vulvitis

Pada luka infeksi bekas sayatan episiotomi atau luka perineum, jaringan sekitarnya membengkak, tepi luka menjadi merah dan bengkak, jahitan mudah terlepas, luka yang terbuka menjadi *ulkus* dan mengeluarkan *pus*.

b. Vaginitis

Infeksi vagina dapat terjadi secara langsung pada luka vagina atau melalui perineum. Permukaan mukosa membengkak dan kemerahan, terjadi *ulkus*, serta getah mengandung nanah dan keluar dari daerah *ulkus*.

c. Servitis

Infeksi serviks sering juga terjadi, akan tetapi biasanya tidak menimbulkan banyak gejala. Luka serviks yang dalam, luas, dan langsung dasar *ligamentum latum* dapat menyebabkan infeksi yang menjalar ke *parametrium*. (Ari Sulistyowati, 2009 : 182-183).

2. Perdarahan pervaginam

Perdarahan pervaginam yang melebihi 500 ml setelah bersalin didefinisikan sebagai perdarahan pasca persalinan. Terdapat beberapa masalah mengenai definisi ini :

- a. Perkiraan kehilangan darah biasanya tidak sebanyak yang sebenarnya, kadang-kadang hanya setengah biasanya. Darah tersebut bercampur dengan cairan amnion atau dengan urine, darah juga tersebar spon, handuk dan kain di dalam ember dan dilantai.
- b. Volume darah yang hilang juga bervariasi akibatnya sesuai dengan kadar haemoglobin ibu. Seorang ibu dengan kadar Hb normal akan dapat menyesuaikan diri terhadap kehilangan darah yang akan berakibat fatal pada anemia..
- c. Perdarahan dapat terjadi dengan lambat untuk jangka waktu beberapa jam dan kondisi ini dapat tidak dikenali sampai terjadi syok. Penilaian resiko pada saat antenatal tidak dapat

memperkirakan akan terjadinya perdarahan pasca persalinan (Reni Heryani,2012:111-112).

3. Endometritis

Endometritis adalah peradangan atau infeksi yang terjadi pada endometrium. Infeksi ini merupakan jenis infeksi yang paling sering terjadi pada masa nifas. Mikroorganisme masuk ke endometrium melalui lukas bekas insersio plasenta dan dalam waktu singkat dapat menyebar ke seluruh endometrium.

Manifestasi klinik atau gejala yang timbul pada ibu nifas yang mengalami endometritis tergantung dari jenis dan virulensi mikroorganisme, daya tahan tubuh penderita dan derajat trauma pada jalan lahir. Adakalanya lokhea tertahan oleh darah, sisa-sisa plasenta dan selaput ketuban. Keadaan ini disebut dengan lokeometra dan dapat menyebabkan terjadinya peningkatan suhu tubuh. Pada endometritis yang tidak terlalu parah, di hari pertama penderita akan merasa kurang sehat dan mengalami nyeri perut. Mulai hari ke-3 terjadi peningkatan suhu tubuh, frekuensi nadi dan pernafasan cepat. Namun dalam kurun waktu 1 minggu biasanya keadaan ini akan kembali normal bila tubuh mampu melawan mikroorganisme penyebab infeksi tersebut (Dewi Matrhalia, 2012:58).

4. Peritonitis

Peritonitis adalah peradangan atau infeksi yang terjadi pada peritoneum (selaput dinding perut). Pada masa nifas peritonitis

terjadi akibat menyebarnya atau meluasnya infeksi yang terjadi pada uterus melalui pembuluh limfe.

Manifestasi klinik atau gejala pada ibu nifas yang mengalami peritonitis diantaranya adalah terjadi peningkatan suhu tubuh dan nyeri perut bagian bawah. Sedangkan pada peritonitis umum, selain kedua gejala tersebut diatas juga ditambah dengan nadi cepat dan kecil, perut kembung, muka pucat, mata cekung, kulit muka dan akral dingin (Dewi Marthalia, 2012:59).

5. Mastitis

Pada masa nifas terjadi infeksi pada payudara, terutama pada primipara. Infeksi terjadi melalui luka pada puting susu, tetapi mungkin juga melalui peredaran darah.

Tanda-tandanya, antara lain :

- 1) Rasa panas-dingin disertai dengan kenaikan suhu.
- 2) Penderita merasa lesu
- 3) Tidak ada nafsu makan

Infeksi yang biasanya terjadi ada *Staphylococcus Aureus*, dengan tanda-tanda sebagai berikut :

- 1) Payudara membesar
- 2) Nyeri
- 3) Kulit merah pada suatu tempat
- 4) Membengkak sedikit
- 5) Nyeri pada perabaan

Jika hal tersebut tidak lekas diberi pengobatan maka dapat terjadi abses.

Pencegahan :

- 1) Perawatan puting susu pada masa laktasi merupakan usaha penting untuk mencegah mastitis
- 2) Perawan dengan cara membersihkan puting dengan minyak dan air hangat sebelum dan sesudah menyusui untuk menghilangkan kerak dan susu yang sudah mengering
- 3) Bila ada retak atau luka puting, sebaiknya bayi jangan menyusui pada bagian payudara yang sakit sampai luka sembuh. ASI dikeluarkan dengan pemijatan.

Pengobatan :

- 1) Segera setelah mastitis ditemukan, pemberian susu kepada bayi dari payudara yang sakit dihentikan dan diberi antibiotik
- 2) Dengan tindakan-tindakan ini, terjadinya abses dapat dicegah karena biasanya infeksi disebabkan oleh *Staphylococcus Aureus*. Penisilin dalam dosis tinggi dapat diberikan
- 3) Sebelum pemberian Penisilin, dapat diadakan pembiakan ASI supaya penyebab mastitis dapat benar-benar diketahui
- 4) Bila ada abses, nanah perlu dikeluarkan dengan sayatan sedikit, mungkin pada abses. Untuk mencegah kerusakan pada *duktus laktiferus*, sayatan dibuat sejajar.

(Ari Sulistyowati, 2009:191-192).

2.3.6. Kebutuhan Dasar Masa Nifas

1. Nutrisi dan cairan

Ibu nifas harus mengonsumsi makanan yang mengandung zat-zat yang berguna bagi tubuh ibu pasca melahirkan dan untuk persiapan produksi ASI, bervariasi dan seimbang, terpenuhi kebutuhan karbohidrat, protein, zat besi, vitamin dan mineral untuk mengatasi anemia, cairan, dan serat untuk memperlancar ekskresi.

Nutrisi yang dikonsumsi harus bermutu tinggi, bergizi dan mengandung cukup kalori yang berfungsi untuk proses metabolisme tubuh. Kebutuhan kalori wanita dewasa yang sehat dengan berat badan 47 kg diperkirakan sekitar 2.200 kalori/hari. Ibu yang berada dalam masa nifas dan menyusui membutuhkan kalori yang sama dengan wanita dewasa, ditambah 700 kalori pada 6 bulan pertama untuk memberikan ASI eksklusif dan 500 kalori pada bulan ke tujuh dan selanjutnya.

Ibu juga dianjurkan untuk minum setiap kali menyusui dan menjaga kebutuhan hidrasi sedikitnya 3 liter setiap hari. Tablet besi masih tetap diminum untuk mencegah anemia, minimal sampai 40 hari post partum. Vitamin A (200.000 IU) dianjurkan untuk mempercepat proses penyembuhan pasca salin dan mentransfernya ke bayi melalui ASI (Dewi Maritalia, 2012:47).

2. Ambulasi

Ambulasi setelah bersalin, ibu akan merasa lelah. Oleh karena itu, ibu harus istirahat. Ambulasi dini (*early ambulation*) adalah mobilisasi segera setelah ibu melahirkan dengan membimbing ibu untuk bangun dari tempat tidurnya 24-48 jam setelah melahirkan. Anjurkan ibu untuk memulai mobilisasi dengan miring kanan/kiri, duduk kemudian berjalan.

Keuntungan ambulasi dini :

- a. Ibu merasa lebih sehat dan kuat
- b. Fungsi usus, sirkulasi, paru-paru dan perkemihan lebih baik
- c. Memungkinkan untuk mengajarkan perawatan bayi pada ibu
- d. Mencegah trombosis pada pembuluh tungkai
- e. Sesuai dengan keadaan Indonesia (sosial ekonomis)

Menurut penelitian mobilisasi dini tidak berpengaruh buruk, tidak menyebabkan perdarahan abnormal, tidak mempengaruhi penyembuhan luka episiotomi maupun luka di perut, serta tidak memperbesar kemungkinan prolapsus uteri. *Early ambulation* tidak dianjurkan pada ibu post partum dengan penyulit, seperti anemia, penyakit jantung, penyakit paru-paru, demam, dan sebagainya (Nugroho, dkk 2014:139-140).

3. Eliminasi : BAK dan BAB

Dalam 6 jam pertama post partum, pasien sudah harus bisa buang air kecil. Semakin lama urin tertahan dalam kandung kemih maka

dapat mengakibatkan kesulitan pada organ perkemihan, misalnya infeksi. Biasanya, pasien menahan kencing karena takut akan merasakan sakit pada luka jalan lahir. Bidan harus dapat meyakinkan pada pasien bahwa kencing sesegera mungkin setelah melahirkan akan mengurangi komplikasi *post partum*. Berikan dukungan mental pada pasien bahwa ia mampu menahan sakit pada luka jalan lahir akibat terkena air kencing karena ia pun sudah berhasil berjuang untuk melahirkan bayinya.

Dalam 24 jam pertama, pasien juga harus dapat buang air besar karena semakin lama feses tertahan dalam usus maka akan semakin sulit baginya untuk buang air besar secara lancar. Feses yang tertahan dalam usus semakin lama akan mengeras karena cairan yang terkandung dalam feses akan selalu terserap oleh usus. Untuk meningkatkan volume feses, anjurkan pasien untuk makan tinggi serat dan banyak minum air putih (Ari Sulistyawati, 2009:101).

4. Kebersihan diri

Mandi di tempat tidur dilakukan sampai ibu dapat mandi sendiri di kamar mandi, yang terutama dibersihkan adalah puting susu dan mammae.

a. 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

sehingga perineum tidak dibersihkan atau dicuci. Cairan sabun atau sejenisnya sebaiknya dipakai setelah buang air kecil atau buang air besar. Membersihkan dimulai dari simpisis sampai anal sehingga tidak terjadi infeksi. Ibu diberitahu caranya mengganti pembalut yaitu bagian dalam jangan sampai terkontaminasi oleh tangan. Pembalut yang sudah kotor harus diganti paling sedikit 4 kali sehari.

b. Perawatan payudara

- 1) Menjaga payudara tetap bersih dan kering terutama puting susu dengan menggunakan BH yang menyokong payudara.
- 2) Apabila puting susu lecet oleskan colostrum atau ASI yang keluar pada sekitar puting susu setiap selesai menyusui. Menyusui tetap dilakukan dimulai dari puting yang tidak lecet
- 3) Apabila lecet sangat berat dapat diistirahatkan selama 24 jam, ASI dikeluarkan dan diminumkan dengan menggunakan sendok
- 4) Untuk menghilangkan nyeri ibu dapat diberikan paracetamol 1 tablet setiap 4-6 jam .

(Ambarwati, dkk 2010:106-107).

5. Istirahat

Kebutuhan istirahat sangat diperlukan ibu beberapa jam setelah melahirkan. Proses persalinan yang lama dan melelahkan dapat

membuat ibu frustrasi bahkan depresi apabila kebutuhan istirahatnya tidak terpenuhi. Bila ibu mengalami kesulitan untuk tidur pada malam hari, satu atau dua pertama setelah melahirkan, dapat diberikan bantuan obat tidur dengan mengkonsultasikannya terlebih dahulu dengan dokter. Insomnia pada ibu nifas merupakan salah satu tanda peringatan untuk psikologis ibu nifas.

Kebutuhan tidur rata-rata pada orang dewasa sekitar 7-8 jam per 24 jam. Semakin bertambahnya usia, maka kebutuhan tidur juga akan semakin berkurang. Pada ibu nifas, kurang istirahat akan mengakibatkan :

- a. Berkurangnya produksi ASI
- b. Memperlambat proses involusi uterus dan meningkatkan perdarahan
- c. Menyebabkan depresi dan ketidakmampuan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri. (Dewi Maritalia, 2012:52).

6. Seksual

Dinding vagina kembali ke keadaan sebelum hamil dalam 6-8 minggu. Setelah fisik aman untuk memulai hubungan suami istri begitu darah merah berhenti, dan ibu dapat memasukkan 1 atau 2 jari ke dalam vagina tanpa rasa nyeri. Begitu darah merah berhenti dan dia tidak merasakan ketidaknyamanan, aman untuk memulai melakukan hubungan suami istri kapan saja ibu siap.

Hubungan seksual dapat dilakukan dengan aman ketika luka episiotomi telah sembuh dan lochea telah berhenti. Hendaknya pula hubungan seksual dapat ditunda sedapat mungkin sampai 40 hari setelah persalinan, karena pada waktu itu diharapkan organ-organ tubuh telah pulih kembali (Rini, dkk 2016:104-105).

7. Latihan / senam nifas

Organ-organ tubuh wanita akan kembali seperti semula sekitar 6 minggu. Oleh karena itu, bila ibu akan berusaha memulihkan dan mengencangkan bentuk tubuhnya, hal tersebut dapat dilakukan dengan cara latihan senam nifas. Senam nifas adalah senam yang dilakukan sejak hari pertama melahirkan sampai dengan hari ke sepuluh.

Beberapa faktor yang menentukan kesiapan ibu untuk memulai senam nifas antara lain :

- a. Tingkat kebugaran tubuh ibu
- b. Riwayat persalinan
- c. Kemudahan bayi dalam pemberian asuhan
- d. Kesulitan adaptasi post partum

Tujuan senam nifas adalah sebagai berikut :

- a. Membantu mempercepat pemulihan kondisi ibu
- b. Mempercepat proses involusi uteri
- c. Membantu memulihkan dan mengencangkan otot panggul, perut, dan perineum

- d. Memperlancar pengeluaran lochea
- e. Membantu mengurangi rasa sakit
- f. Merelaksasikan otot-otot yang menunjang proses kehamilan dan persalinan
- g. Mengurangi kelainan dan komplikasi masa nifas

Manfaat senam hamil antara lain :

- a. Membantu memperbaiki sirkulasi darah
- b. Memperbaiki sikap tubuh dan punggung pasca persalinan
- c. Memperbaiki otot tonus, pelvis dan peregangan otot abdomen
- d. Memperbaiki dan memperkuat otot panggul
- e. Membantu ibu lebih relaks dan segar pasca melahirkan

Senam nifas dilakukan pada saat ibu benar-benar pulih dan tidak ada komplikasi atau penyulit masa nifas atau diantara waktu makan. Sebelum melakukan senam nifas, persiapan yang dapat dilakukan adalah :

- a. Mengenakan baju yang nyaman untuk olahraga
- b. Minum banyak air putih
- c. Dapat dilakukan ditempat tidur
- d. Dapat diiringi musik
- e. Perhatikan keadaan ibu

(Nugroho, dkk 2014:143-144).

2.3.7. Cara Menyusui Yang Benar

Menyusui merupakan cara pemberian makan yang diberikan secara langsung oleh ibu kepada anaknya, namun seringkali ibu menyusui kurang memahami dan kurang mendapatkan informasi, bahkan seringkali ibu-ibu mendapatkan suatu informasi yang salah tentang manfaat ASI Eksklusif itu sendiri, tentang bagaimana cara menyusui atau langkah-langkah menyusui yang benar kepada bayinya, dan kurangnya informasi yang diberikan tentang dampak apabila ASI Eksklusif itu tidak diberikan dan apa yang harus dilakukan bila timbul kesukaran dalam menyusui secara eksklusif kepada bayinya (Nugroho, dkk. 2014:46).

1. Posisi menyusui

Posisi pada saat menyusui hendaknya disesuaikan dengan kondisi dan kenyamanan ibu. Bila ibu masih merasa badan pegal-pegal setelah melahirkan dan belum terlalu nyaman untuk duduk, maka menyusui dapat dilakukan dalam posisi berbaring. Bila ibu tidak mampu duduk dengan baik dan merasa nyaman melakukannya, maka menyusui dapat dilakukan dengan duduk di kursi atau di tempat tidur.

Baik duduk di atas tempat tidur maupun di atas kursi berlengan, jagalah punggung ibu tetap lurus tetapi santai pada menyusui. Mungkin bayi akan lebih mengalami kesulitan untuk menetek dengan benar jika tubuh ibu bersandar atau membungkuk, karena ini mengubah sudut dimana dia menerima susu, mungkin punggung ibu

juga akan segera terasa lelah. Jika payudara ibu besar, ibu mungkin perlu meletakkan handuk atau selimut yang dilipat dibawah payudara ibu untuk mulut bayi tetap lurus dengan puting susu ibu, disamping menopang payudara dengan lengan ibu (Nugroho, dkk. 2014:47).

2. Langkah-langkah pemberian ASI

a. Posisi duduk

Langkah-langkah yang benar adalah :

- 1) Sebelum menyusui, ASI dikeluarkan sedikit kemudian dioleskan pada puting susu, areola dan sekitarnya. Cara ini mempunyai manfaat sebagai desinfektan dan menjaga kelembapan puting susu.
- 2) Bayi diletakkan menghadap perut ibu atau payudara
 - (a) Ibu duduk menggunakan kursi yang rendah agar kaki ibu tidak tergantung dan punggung ibu bersandar pada sandaran kursi.
 - (b) Bayi dipegang dengan satu tangan, kepala bayi terletak pada lengkung siku ibu dan bokong bayi terletak pada lengan. Kepala bayi tidak boleh tertengadah dan bokong bayi ditahan dengan telapak tangan ibu.
 - (c) Satu tangan bayi diletakkan dibelakang badan ibu dan yang lain di depan.

- (d) Perut bayi menempel badan ibu, kepala bayi menghadap payudara (tidak hanya membelokkan kepala bayi).
 - (e) Telinga dan lengan bayi terletak pada satu garis lurus.
 - (f) Ibu menatap bayi dengan penuh kasih sayang.
- 3) Payudara dipegang dengan ibu jari diatas dan jari yang lain menopang dibawah. Jangan menekan puting susu atau areolanya saja.
 - 4) Bayi diberikan rangsangan untuk membuka mulut (rooting reflek) dengan cara :
 - (a) Menyentuh pipi dengan puting susu atau
 - (b) Menyentuh sisi mulut bayi
 - 5) Setelah bayi membuka mulut dengan cepat kepala bayi diletakkan ke payudara ibu dengan puting serta susu berada di bawah langit-langit dan lidah bayi akan menekan ASI keluar dari tempat penampungan ASI yang terletak dibawah areola. Setelah bayi mulai menghisap, payudara tak perlu dipegang atau disangga lagi.
 - 6) Bayi disusui secara bergantian dari susu sebelah kiri lalu sebelah kanan sampai bayi kenyang.
 - 7) Setelah selesai menyusui mulut bayi dan kedua pipi dibersihkan dengan kapas yang telah direndam dengan air hangat.

- 8) Sebelum ditidurkan, bayi disendawakan terlebih dahulu supaya udara yang terhisap bisa keluar (Nugroho, dkk. 2014:48)

b. Posisi baring

Pada posisi berbaring miring, ibu dan bayi berbaring miring saling berhadapan. Posisi ini merupakan posisi paling nyaman bagi ibu yang menjalani penyembuhan dari kelahiran melalui pembedahan.

Langkah-langkah untuk menyusui dengan baik :

Sebelum menyusui, ASI dikeluarkan sedikit kemudian dioleskan pada puting susu dan areola sekitarnya.

- 1) Bayi harus mencari puting dan areola ibu dengan mulut terbuka lebar.
- 2) Agar dapat menganga lebar, hidung bayi harus sejajar dengan puting susu ibu.
- 3) Ibu menyangga kepala dan leher bayi dengan lembut, dengan meletakkan tangannya pada tulang oksipital bayi, dan membuat kepala bayi bergerak ke belakang dengan posisi seperti mecium bunga.
- 4) Saat rahang bawah membuka, ibu menggerakkan bayi mendekati payudara dengan perlahan, mengarahkan bibir bawah bayi ke lingkaran luar areola.
- 5) Payudara harus benar-benar memenuhi mulut bayi.

- 6) Setelah bayi mulai menghisap, usahakan agar mulutnya tidak hanya menghisap puting susu ibu, melainkan harus menghisap seluruh areola (yakni daerah sekitar puting yang berwarna lebih gelap daripada kulit). Selain mempermudah bayi menghisap, hal ini akan mengurangi kemungkinan bayi menelan udara pada saat menyusui, karena areola dan puting susu akan memenuhi rongga mulutnya.
- 7) Setelah selesai menyusui mulut bayi dan kedua pipi dibersihkan dengan kapas yang telah direndam dengan air hangat.
- 8) Sebelum ditidurkan, bayi disendawakan terlebih dahulu supaya udara yang terhisap bisa keluar (Nugroho, dkk. 2014:49)

3. Menyendawakan bayi

Setelah dibuat sendawa, bayi hendaknya diletakkan lagi ditempat tidur dalam posisi miring pada sisi kanan, untuk mengurangi kemungkinan “gumoh”. Posisi ini juga dapat membantu kelancaran perjalanan air susu dari lambung ke dalam usus (Nugroho, dkk. 2014:50).

Cara pengamatan teknik menyusui yang benar :

- a. Menyusui dengan teknik yang tidak benar dapat mengakibatkan puting susu menjadi lecet. Untuk mengetahui bayi telah menyusui dengan teknik yang benar perhatikan :

- 1) Bayi tampak tenang
- 2) Badan bayi menempel pada perut ibu
- 3) Mulut bayi terbuka, lebar
- 4) Dagunya menempel pada payudara ibu
- 5) Sebagian besar areola masuk ke dalam mulut bayi, areola bagian bawah lebih banyak yang masuk
- 6) Bayi tampak menghisap kuat dengan irama perlahan
- 7) Puting susu ibu tidak merasa nyeri
- 8) Telinga dan lengan bayi terletak pada satu garis lurus
- 9) Kepala bayi tidak menengadah. (Nugroho, dkk. 2014:51).

2.3.8. Asuhan Masa Nifas Normal

Kunjungan masa nifas dilakukan sedikitnya 4 kali kunjungan karena untuk menilai status ibu dan bayi baru lahir dan untuk mencegah, mendeteksi dan menangani masalah yang terjadi (Kementerian Kesehatan RI, 2020a).

1. KF 1 : pada periode 6 (enam) jam sampai dengan 2 (dua) hari pasca persalinan;
2. KF 2 : pada periode 3 (tiga) hari sampai dengan 7 (tujuh) hari pasca persalinan;
3. KF 3 : pada periode 8 (delapan) hari sampai dengan 28 (dua puluh delapan) hari pasca persalinan;
4. KF 4 : pada periode 29 (dua puluh sembilan) sampai dengan 42 (empat puluh dua) hari pasca persalinan

Tabel 2.10
Kunjungan Nifas 4 Kali

Sumber : (Ari Sulistyawati, 2009:6).

Kunjungan	Waktu	Tujuan
1	6-8 jam setelah persalinan	1. Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri 2. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, rujuk jika perdarahan berlanjut 3. Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga mengenai bagaimana cara mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri 4. Pemberian ASI awal 5. Melakukan hubungan antara ibu dengan bayi yang baru lahir 6. Menjaga bayi tetap hangat dengan cara mencegah hypotermi 7. Jika petugas
2	6 hari setelah persalinan	
3	2 minggu setelah persalinan	
4	6 minggu setelah persalinan	

2.4 BAYI BARU LAHIR

2.4.1. Pengertian Bayi Baru Lahir Normal

Yang dimaksud dengan bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dalam presentasi belakang kepala melalui vagina tanpa memakai alat, pada usia kehamilan genap 37 minggu sampai 42 minggu, dengan berat badan 2500-4000 gram, nilai Apgar > 7 dan tanpa cacat bawaan (Rukiyah dkk, 2010:2).

Neonatus adalah bayi baru lahir yang berusia 0 hingga 28 hari atau berusia 0 hingga 4 minggu pertama sejak dia dilahirkan (Kemnterian Kesehatan RI, 2015).

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang baru lahir pada usia kehamilan genap 37-41 minggu, dengan presentasi belakang kepala atau letak sungsang yang melewati vagina tanpa memakai alat. Neonatus adalah bayi baru lahir yang menyesuaikan diri dari kehidupan di dalam uterus ke kehidupan di luar uterus (Sinta et al., 2019a).

2.4.2. Ciri-ciri Bayi Baru Lahir Normal

1. Berat badan 2.500-4.000 gram.
2. Panjang badan 48-52 cm.
3. Lingkar dada 30-38 cm.
4. Lingkar kepala 33-35 cm.
5. Frekuensi jantung 120-160 x/menit.
6. Pernapasan $\pm$ 40-60 x/menit.
7. Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan cukup.

8. Rambut lanugo tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna.
 9. Kuku agak panjang dan lemas.
 10. Genitalia: pada perempuan, labia mayora sudah menutupi labia minora; pada laki-laki, testis sudah turun, skrotum sudah ada.
 11. Refleks isap dan menelan sudah terbentuk dengan baik.
 12. Refleks moro atau gerak memeluk jika di kagetkan sudah baik.
 13. Refleks *grasp* atau menggenggam sudah baik.
 14. Eliminasi baik, mekonium keluar dalam 24 jam pertama, mekonium berwarna hitam kecokelatan.
- (Sinta et al., 2019b).

2.4.3. Klasifikasi Bayi Baru Lahir

1. Berdasarkan usia gestasi
 - a. Bayi Pematurn adalah bayi yang lahir kurang 37 minggu lengkap (< 259 hari), dengan berat badan antara 1000-2499 gram
 - b. Bayi Matur adalah bayi yang lahir mulai dari 37 minggu sampai kurang dari 42 minggu lengkap (259 hari sampai 293 hari), dengan berat antara 2500-4000 gram
 - c. Bayi *Postmatur* adalah bayi yang lahir 42 minggu lengkap atau lebih (294 hari)

(Qonitun & Utaminingsih, 2018a).

2. Berdasarkan berat lahir
 - a. Neonatus berat lahir rendah yang kurang dari 2500 gram
 - b. Neonatus berat lahir cukup yaitu antara 2500 sampai 4000 gram
 - c. Neonatus berat lahir lebih yaitu berat lahir lebih dari 4000 gram
3. Neonatus menurut berat lahir terhadap masa gestasi (masa gestasi dan ukuran berat lahir yang sesuai untuk masa kehamilan) :
 - a. Neonatus cukup/kurang/lebih bulan (NCB/NKB/NLB)
 - b. Sesuai/kecil/besar untuk masa kehamilan (SMK/KMK/BMK)

(Muslihatun, 2010:27).

2.4.4. Tahapan Bayi Baru Lahir

1. Tahap I terjadi segera lahir, selama menit-menit pertama kelahiran. Pada tahap ini digunakan sistem *scoring apgar* untuk fisik dan *scoring gray* untuk interaksi bayi dan ibu
 2. Tahap II disebut tahap transisional rektivitas. Pada tahap II dilakukan pengkajian selama 24 jam pertama terhadap adanya perubahan perilaku
 3. Tahap III disebut tahap periodik, pengkajian dilakukan setelah 24 jam pertama yang meliputi pemeriksaan seluruh tubuh.
- (Dwiendra, dkk 2014:7).

2.4.5. Adaptasi Bayi Baru Lahir Terhadap Kehidupan di Luar Uterus

1. Sistem pernapasan

Berikut adalah tabel mengenai perkembangan sistem pulmonal sesuai dengan usia kehamilan

Tabel 2.11
Perkembangan Sistem Pulmonial

Usia Kehamilan	Perkembangan
24 hari	Bakal paru-paru terbentuk
26-28 hari	Kedua bronkus membesar
8 minggu	Segmen bronkus terbentuk
12 minggu	Lobus terdiferensiasi
24 minggu	Alveolus terbentuk
28 minggu	Surfaktan terbentuk
34-38 minggu	Struktur paru matang

Sumber : (Julina Br Sembiring, 2017:4).

Ketika struktur matang, dinding paru-paru sudah bisa mengembangkan sistem alveoli. Selama dalam uterus, janin mendapat oksigen dari pertukaran gas melalui plasenta dan setelah bayi lahir, pertukaran gas harus melalui paru-paru bayi.

Rangsangan gerakan pernapasan pertama terjadi karena beberapa hal berikut :

- a. Tekanan mekanik dari torak sewaktu melalui jalan keluar lahir stimulasi mekanik
- b. Penurunan PaO_2 dan peningkatan $PaCO_2$ merangsang kemorosepton yang terletak di sinus karotikes (stimulasi kimiawi)

- c. Rangsangan dengan di daerah muka dan perubahan suhu di dalam uterus stimulasi
- d. Refleks deflasi. *Hering Breur*.

Pernapasan pertama pada bayi normal terjadi pada waktu 30 menit pertama sesudah lahir. Usia bayi pertama kali untuk mempertahankan tekanan alveoli selain karena adanya surfaktan, yang adanya tarikan napas dan pengeluaran napas dengan merintis sehingga udara bisa bertahan di dalam. Cara neonatus bernapas dengan cara bernapas difrakmatik dan abdominal sedangkan untuk frekuensi dan di dalamnya bernapas belum teratur. Apabila surfaktan berkurang, maka alveoli akan kolaps dan paru-paru kaku, sehingga terjadi atelektasis. Kenaikan resistensi vaskular sistemik ini bersamaan dengan pernapasan pertama bayi baru lahir (Julina Br Sembiring, 2017 :4-5).

2. Suhu tubuh

Terdapat empat mekanisme kemungkinan kehilangan panas pada tubuh bayi baru lahir ke lingkungannya, yaitu :

a. Evaporasi

Adalah cara kehilangan panas karena menguapkan cairan ketuban pada permukaan tubuh setelah bayi lahir karena tubuh tidak segera dikeringkan.

Contoh : bayi baru lahir yang tidak dikeringkan dari cairan amonium

Pencegahan kehilangan panas : segera mengeringkan badan bayi dari cairan amnion.

b. Konduksi

Adalah kehilangan panas melalui kontak langsung antara tubuh bayi dengan permukaan yang dingin.

Contoh : bayi diletakkan di atas meja, timbangan atau tempat tidur.

Pencegahan kehilangan panas : menempatkan bayi pada tempat yang hangat dan jangan menggunakan stetoskop dingin untuk memeriksa bayi.

c. Konveksi

Adalah kehilangan panas yang terjadi pada saat bayi terpapar dengan udara sekitar yang lebih dingin.

Contoh : membiarkan bayi terlentang di ruang yang relatif dingin, adanya tiupan kipas angin, penyejuk ruangan bersalin.

Pencegahan kehilangan panas : menyelimuti bayi.

d. Radiasi

Adalah kehilangan panas yang terjadi pada saat bayi ditempatkan dekat benda yang mempunyai temperatur tubuh lebih rendah dari temperatur tubuh bayi.

Contoh : bayi baru lahir dibiarkan dalam keadaan telanjang, bayi ditempatkan dekat jendela yang terbuka.

(Anik Maryunani, 2014:9-10).

3. Peredaran darah

Setelah lahir darah bayi harus melewati paru untuk mengambil O₂ dan mengantarkannya ke jaringan. Untuk membuat sirkulasi yang baik guna mendukung kehidupan luar rahim harus terjadi 2 perubahan besar. Oksigen menyebabkan sistem pembuluh darah mengubah tekanan dengan cara mengurangi dan meningkatkan resistensinya hingga mengubah aliran darah.

Dua peristiwa yang mengubah tekanan dalam sistem pembuluh darah :

- a. Pada saat tali pusat dipotong. Tekanan atrium kanan menurun karena berkurangnya aliran darah ke atrium kanan. Hal ini menyebabkan penurunan volume dan tekanan atrium kanan.
- b. Pernapasan pertama menurunkan resistensi pembuluh darah paru-paru dan meningkatkan tekanan atrium kanan. O₂ pada pernapasan pertama menimbulkan relaksasi dan terbukanya sistem pembuluh darah paru-paru (Rukiyah,2010:38-39)

4. Keseimbangan air dan fungsi ginjal

Tubuh BBL, mengandung relatif banyak air. Kadar natrium juga relatif lebih besar dibandingkan dengan kalium karena ruangan ekstraseluler yang luas. Fungsi ginjal belum sempurna karena :

- a. Jumlah nefron masih belum sebanyak orang dewasa
- b. Ketidakseimbangan luas permukaan glomerulus dan volume tubulus proksimal

- c. Renal blood flow relative kurang baik dibandingkan dengan orang dewasa.

(Julina Br Sembiring, 2017:10)

5. Immunoglobulin

Pada neonatus tidak terdapat sel plasma pada sumsum tulang, lamina propia ilium serta apendiks. Plasenta merupakan sawar sehingga fetus bebas dari antigen dan stress imunologis. Pada bayi baru lahir terdapat gama globulin G, sehingga imunologi dari ibu dapat melalui plasenta karena berat molekulnya kecil. Tetapi bila ada infeksi yang dapat melalui plasenta (lues, toksoplasma, herpes simplek dan lain-lain), reaksi imunologi dapat terjadi dengan pembentukan sel plasma dan anti body gama A, G dan M. (Muslihatun, 2010:160).

6. Traktus digestivus

Traktus digestivus relative lebih berat dan lebih panjang dibandingkan dengan orang dewasa. Pada neonatus, traktus digestivus mengandung zat berwarna hitam kehijauan yang terdiri atas mukopolisakarida atau disebut juga dengan mekonium. Pengeluaran mekonium biasanya pada 10 jam pertama kehidupan dan dalam 4 hari setelah kelahiran biasanya feses sudah berbentuk dan berwarna biasa. Enzim dalam traktus digestivus biasanya sudah terdapat pada neonatus, kecuali enzim amylase pancreas (Julina Br Sembiring, 2017:10).

7. Hati

Segera setelah lahir hati, menunjukkan perubahan kimia dan morfologis yang berupa kenaikan kadar protein dan penurunan kadar lemak serta glikogen. Contohnya pemberian obat kloremfenikol dengan dosis lebih dari 500 mg/kg BBL/hari dapat menimbulkan grey baby syndrome (Julina Br Sembiring, 2017:11).

8. Keseimbangan asam basa

Tingkat keasaman (pH) darah pada waktu lahir umumnya rendah karena glikolisis anaerobic. Namun dalam waktu 24 jam, neonatus telah mengkompensasi asidosis ini (Julina Br Sembiring, 2017:11).

9. Metabolisme

Luas permukaan tubuh neonatus relative lebih dari tubuh orang dewasa, sehingga metabolisme basal per kg berat badan akan lebih besar. Oleh karena itulah, BBL harus menyesuaikan diri dengan lingkungan baru sehingga energi dapat diperoleh dari metabolisme karbohidrat dan lemak.

Pada jam-jam pertama kehidupan, energi didapatkan dari perubahan karbohidrat. Pada hari kedua, energi berasal dari pembakaran lemak. Setelah mendapat susu, sekitar dihari keenam energi diperoleh dari lemak dan karbohidrat yang masing-masing sebesar 60 dan 40% (Dewi, 2011:160).

2.4.6. Penanganan dan Perilaku Bayi Baru Lahir

1. Refleks

a. Reflek moro

Jika bayi dikagetkan oleh suara keras, gerakan mendadak atau seperti memeluk bila ada rangsangan, cahaya atau posisi secara mendadak, seluruh tubuhnya bereaksi dengan gerakan kaget, yaitu gerakan mengayunkan/merentangkan lengan dan kaki seolah ia akan meraih sesuatu dan menariknya dengan cepat ke arah dada dengan posisi tubuh meringkuk seperti berpegangan dengan erat, mendorong kepala ke belakang, membuka mata dan mungkin menangis. Terjadi pada usia 1-2 minggu dan akan menghilang ketika berusia 6 bulan.

b. Reflek rooting

Jika seseorang mengusapkan sesuatu ke pipi bayi, ia akan memutar kepala ke arah benda itu dan membuka mulutnya, reflek ini terus berlangsung selama bayi menyusui.

c. Reflek menghisap (sucking)

Bayi akan melakukan gerakan menghisap ketika anda menyentuhkan puting susu ke ujung mulut bayi.

d. Reflek swallowing

Muncul ketika benda-benda yang dimasukkan ke dalam mulut, seperti puting susu ibu dan bayi berusaha menghisap lalu

menelan. Proses menelan ini yang disebut reflek swallowing. Reflek ini tidak akan hilang.

e. Reflek berkedip (reflek corneal)

Bayi berkedip pada pemunculan sinar yang tiba-tiba atau pada pandel atau obyek ke arah kornea, harus menetap sepanjang hidup, jika tidak ada maka menunjukkan adanya kerusakan pada saraf cranial.

f. Reflek pupil

Pupil kontriksi jika sinar terang diarahkan padanya, reflek ini ada sepanjang hidup.

g. Reflek glabella

Ketukan halus pada glabella (bagian dahi antara 2 alis mata) menyebabkan mata menutup dengan rapat.

h. Reflek tonic neck

Ketika kedua tangan diangkat, bayi akan berusaha mengangkat kepalanya. Jika bayi baru lahir mampu untuk melakukan posisi ini, atau jika reflek ini terus menetap hingga lewat usia 6 bulan, kemungkinan bayi mengalami gangguan pada neuron motorik atas.

i. Reflek tonic labyrinthine/labirin\

Pada posisi telentang, reflek ini dapat diamati dengan mengangkat tungkai bayi beberapa saat lalu dilepaskan. Tungkai

yang diangkat akan bertahan sesaat, kemudian jatuh. Reflek ini akan hilang pada usia 6 bulan.

j. Reflek palmar grasping

Bayi baru lahir menggenggam atau merenggut jari ibu jika ibu menyentuh telapak tangannya. Genggaman ini sangat kuat hingga ia bisa menopang seluruh berat badan jika ibu mengangkatnya dengan satu jari genggaman dalam setiap tangannya.

k. Reflek crawling

Jika bayi ditelungkupkan maka ia akan membentuk posisi merangkak karena saat di rahim kakinya tertekuk ke arah tubuhnya.

l. Reflex stepping

Jika bayi digendong dengan posisi berdiri dan telapak kakinya menyentuh permukaan yang keras, akan ada reflek berjalan, yaitu gerakan kaki seperti melangkah ke depan.

m. Reflek babinski

Jari-jari mencengkram/hyperekstensi ketika bagian bawah kaki diusap, inidikasi saraf berkembang dengan normal.

n. Reflek blinking

Jika bayi terkena sinar atau hembusan angin matanya akan menutup dan bayi akan mengerjapkan matanya.

o. Reflek yawning

Yakni reflek menjerit pada bayi ketika ia merasa lapar kemudian disertai dengan tangisan.

p. Reflek plantar

Muncul sejak lahir dan berlangsung hingga sekitar satu tahun kelahiran. Reflek plantar ini dapat diperiksa dengan menggosokkan sesuatu di telapak kakinya, maka jari-jari kakinya akan menekuk secara erat.

q. Reflek ekstruksi

Bila lidah bayi disentuh atau ditekan, bayi merespon dengan mendorongnya keluar.

r. Reflek starle

Suara keras yang tiba-tiba menyebabkan abduksi lengan dengan fleksi siku tangan tetap terenggam.

s. Reflek gallant

Sentuhan pada punggung bayi sepanjang tulang belakang menyebabkan panggul bergerak ke arah sisi yang terstimulasi.

(Anik Maryunani, 2014:17-19).

2.4.7. Kunjungan Neonatus

Pelayanan sesuai standar yang diberikan tenaga kesehatan yang kompeten kepada neonatus, sedikitnya tiga kali selama periode 0-28 hari setelah lahir, baik fasilitas kesehatan maupun kunjungan rumah yaitu :

1. KN 1 adalah kunjungan ke 1 dilakukan pada kurun waktu 6-48 jam setelah kelahiran. Hal yang harus dilakukan :

- a. Jaga kehangatan tubuh bayi.
 - b. Berikan Asi Eksklusif
 - c. Rawat tali pusat
2. Kunjungan ke 2 dilakukan pada kurun waktu 3-7 hari setelah kelahiran. Hal yang harus dilakukan :
- a. Jaga kehangatan tubuh bayi
 - b. Berikan Asi Eksklusif
 - c. Cegah infeksi
 - d. Rawat tali pusat
3. KN 2/lengkap adalah kunjungan ke 3 dilakukan pada kurun waktu 8-28 hari setelah kelahiran. Hal yang harus dilakukan:
- a. Periksa ada/tidak tanda bahaya dan atau gejala sakit
 - b. Lakukan jaga kehangatan tubuh
 - c. Beri Asi Eksklusif
 - d. Rawat tali pusat

(Kepmenkes RI, buku KIA 2015).

2.4.8. Asuhan Bayi Baru Lahir Normal

Bayi baru lahir juga membutuhkan perawatan yang dapat meningkatkan kesempatan menjalani masa transisi dengan berhasil. Tujuan asuhan kebidanan yang lebih luas selama masa ini adalah memberikan perawatan komprehensif kepada bayi baru lahir pada saat ia dalam ruang rawat, untuk mengajarkan orang tua bagaimana merawat bayi mereka dan untuk memberi motivasi terhadap upaya pasangan

menjadi orang tua, sehingga orang tua percaya diri dan mantap (Sinta et al., 2019b).

a. Asuhan Bayi Segera Lahir

Asuhan segera bayi baru lahir adalah asuhan yang diberikan pada bayi tersebut selama jam pertama setelah kelahiran. Aspek-aspek penting asuhan segera bayi baru lahir :

a. Memantau pernafasan dan warna kulit bayi setiap 5 menit sekali (Sinta et al., 2019b).

1) Evaluasi nilai *APGAR*, yaitu *Apperance* (Warna kulit), *Pulse* (denyut nadi), *Grimace* (respon refleks), *Activity* (tonus otot) dan *Respiratory* (pernafasan) dilakukan mulai dari menit pertama sampai 5 menit. Hasil pengamatan masing-masing aspek dituliskan dalam skala skor 0-2.

Tabel 2.12
Nilai APGAR score

Aspek Pengamatan Bayi Baru Lahir	Skor		
	0	1	2
<i>Appearance</i> / warna kulit	Seluruh tubuh bayi berwarna kebiruan	Warna kulit tubuh normal, tetapi tangan dan kaki berwarna kebiruan	Warna kulit seluruh tubuh normal
<i>Pulse</i> / denyut nadi	Denyut nadi tidak ada	Denyut nadi <100 kali/menit	Denyut nadi >100 kali/menit
<i>Grimace</i> / respon reflex	Tidak ada respon terhadap stimulasi	Wajah meringis saat distimulasi	Meringis, menarik, batuk atau bersin saat

			distimulasi
<i>Activity</i> / tonus otot	Lemah, tidak ada gerakan	Lengan dan kaki dalam posisi fleksi dengan sedikit gerakan	Bergerak aktif dan spontan
<i>Respiratory</i> / pernafasan	Tidak bernafas, pernafasan lambat dan tidak teratur	Menangis lemah, terdengar seperti merintih	Menangis lemah, terdengar seperti merintih

Sumber : (Sinta et al., 2019b).

Keterangan :

Nilai 1-3 asfiksia berat

Nilai 4-6 asfiksia Sedang

Nilai 7-10 asfiksia ringan (normal)

b. Jaga agar bayi tetap kering dan hangat dengan cara ganti handuk atau kain yang basah dan bungkus bayi dengan selimut serta pastikan kepala bayi telah terlindung baik.

c. Memeriksa telapak kaki bayi setiap 15 menit:

- 1) Jika telapak bayi dingin periksa suhu aksila bayi.
- 2) Jika suhu kurang dari 36,5°C segera hangatkan bayi.

d. Kontak dini dengan bayi

Berikan bayi kepada ibunya secepat mungkin untuk :

- 1) Kehangatan yaitu untuk mempertahankan panas.
- 2) Untuk ikatan batin dan pemberian ASI.

- 3) Jangan pisahkan ibu dengan bayi dan biarkan bayi bersama ibunya paling sedikit 1 jam setelah persalinan.
- 4) Segera setelah bayi lahir dan tali pusat diikat, kenakan topi pada bayi dan bayi diletakkan secara tengkurap di dada ibu, kontak langsung antara kulit dada bayi dan kulit dada ibu. Bayi akan merangkak mencari puting susu ibu dan menyusui.

e. Perawatan mata

Obat mata eritromisin 0,5 % atau tetrasiklin 1% dianjurkan untuk pencegahan penyakit mata karena klamidia (penyakit menular seksual). Obat mata perlu diberikan pada jam pertama setelah persalinan, yang lazim digunakan adalah larutan Perak Nitrat atau Neosporin dan langsung diteteskan pada mata bayi segera setelah bayi lahir (Sinta et al., 2019b).

2. Asuhan 24 jam bayi baru lahir

Dalam waktu 24 jam, bila bayi tidak mengalami masalah apapun, berikanlah asuhan berikut :

- a. Lanjutkan pengamatan pernafasan, warna dan aktifitas bayi.
- b. Pertahankan suhu tubuh bayi
 - 1) Hindarkan memandikan bayi minimal 6 jam dan hanya setelah itu jika tidak terdapat masalah medis serta suhunya 36,5°C atau lebih.
 - 2) Bungkus bayi dengan kain yang kering/hangat.

3) Kepala bayi harus tertutup.

c. Pemeriksaan fisik bayi

Butir-butir penting pada saat memeriksa bayi baru lahir:

- 1) Gunakan tempat yang hangat dan bersih.
- 2) Cuci tangan sebelum dan sesudah memeriksa, gunakan sarung tangan dan bertindak lembut pada saat menangani bayi.
- 3) Lihat, dengar dan rasakan tiap-tiap daerah mulai dari kepala sampai jari-jari kaki.
- 4) Jika ada faktor resiko dan masalah minta bantuan lebih lanjut jika diperlukan.
- 5) Rekam hasil pengamatan.

d. Berikan vitamin K untuk mencegah terjadinya perdarahan karena defisiensi vitamin K pada BBL.

e. Identifikasi bayi.

f. Perawatan lain :

- 1) Lakukan perawatan tali pusat.
- 2) Dalam waktu 24 jam dan sebelum ibu dan bayi pulang ke rumah beri imunisasi BCG, Polio Oral dan Hepatitis B.
- 3) Ajarkan tanda-tanda bahaya bayi pada orang tua.
- 4) Ajarkan pada orang tua cara merawat bayi.
- 5) Beri ASI sesuai kebutuhan setiap 2-3 jam.

- 6) Jaga keamanan bayi terhadap trauma dan penyakit atau infeksi.
- 7) Ukur suhu tubuh bayi jika tampak sakit atau menyusui kurang baik.
- 8) Penyuluhan sebelum bayi pulang.
 - (a) Perawatan tali pusat
 - (b) Pemberian ASI
 - (c) Jaga kehangatan bayi
 - (d) Tanda-tanda bahaya
 - (e) Imunisasi
 - (f) Perawatan harian atau rutin
 - (g) Pencegahan infeksi

3. Asuhan 2-6 hari bayi baru lahir

Pada hari ke 2-6 setelah persalinan ada hal-hal yang perlu diperhatikan pada bayi, yaitu:

a. Minum

Pemberian ASI saja cukup pada periode usia 0-6 bulan, kebutuhan gizi bayi baik kualitas dan kuantitas terpenuhi dari ASI saja tanpa makanan atau minuman lainnya.

b. Buang air besar

Feses bayi di dua hari pertama setelah persalinan biasanya berbentuk seperti ter atau aspal lembek. Zat buangan ini berasal dari pencernaan bayi yang dibawa dari kandungan.

Normal atau tidaknya sistem pencernaan bayi dapat dideteksi dari warna-warna feses tersebut (Sinta et al., 2019b).

- 1) Feses kuning : normal (ASI penuh yaitu foremilk/ASI depan dan hindmilk/ASI belakang.
- 2) Feses hijau : normal (tidak boleh terus-menerus karena bayi hanya mendapat foremilk saja).
- 3) Feses merah : disebabkan adanya tetesan darah yang menyertai.
- 4) Feses keabu-abuan : waspada (disebabkan gangguan pada hati)

c. Buang air kecil

Bayi baru lahir cenderung sering BAK 7-10 x sehari. Jika urine pucat, kondisi ini menunjukkan masukan cairan yang cukup.

d. Tidur

Dalam 2 minggu pertama setelah lahir, bayi normalnya sering tidur, bayi baru lahir sampai usia 3 bulan rata-rata tidur selama 16 jam sehari.

e. Kebersihan kulit

Muka, pantat dan tali pusat bayi perlu dibersihkan secara teratur. Selalu mencuci tangan sebelum dan sesudah memegang bayi.

f. Keamanan

Jangan sekali-sekali meninggalkan bayi tanpa ada yang menunggu. Hindari pemberian apapun ke mulut bayi selain ASI.

2.5 KELUARGA BERENCANA (KB)

2.5.1. Pengertian Keluarga Berencana (KB)

Menurut UU no.52 tahun 2009, Keluarga Berencana (KB) adalah upaya mengatur kelahiran anak, jarak dan usia ideal melahirkan, pengatur kehamilan, melalui promosi, perlindungan dan bantuan sesuai hak reproduksi untuk mewujudkan keluarga yang berkualitas (UUD RI, 2009).

Keluarga Berencana (KB) memungkinkan pasangan usia subur untuk mengantisipasi kelahiran, mencapai jumlah anak yang mereka inginkan, dan mengatur jarak dan waktu kelahiran mereka. Hal ini dapat dicapai melalui penggunaan metode kontrasepsi dan tindakan infertilitas (WHO, 2016).

2.5.2. Tujuan Keluarga Berencana

1. Terkendalinya tingkat kelahiran dan pertumbuhan penduduk
2. Meningkatnya jumlah peserta KB atas dasar kesadaran, sukarela dengan dasar pertimbangan moral dan agama
3. Berkembangnya usaha-usaha yang membantu peningkatan kesejahteraan ibu dan anak, serta menurunkan kematian ibu pada masa kehamilan dan persalinan (Imelda Fitri, 2018:18).

2.5.3. Syarat Kontrasepsi

Syarat kontrasepsi adalah :

1. Aman pemakaiannya dan dipercaya
2. Tidak ada efek samping yang merugikan
3. Lama kerjanya dapat diatur menurut keinginan
4. Tidak mengganggu hubungan persetubuhan
5. Tidak memerlukan bantuan media tau control yang ketat selama pemakaian
6. Cara penggunaannya sederhana atau tidak rumit
7. Harga murah dan dapat dijangkau oleh semua kalangan masyarakat
8. Dapat diterima oleh pasangan suami istri (Proverawati, 2010:64).

2.5.4. Ruang Lingkup Program Keluarga Berencana (KB)

1. Komunikasi Informasi dan Edukasi (KIE)
2. Konseling
3. Pelayanan Kontrasepsi
4. Pelayanan Infertilitas
5. Pendidikan seks (*sex education*)
6. Konsultasi pra perkawinan dan konsultasi perkawinan
7. Konsultasi genetik
8. Tes keganasan
9. Adopsi (Imelda Fitri, 2018:18-19).

2.5.5. Efektivitas Kontrasepsi

1. Efektivitas relatif (*relative effectiveness*) dari berbagai metode kontrasepsi yang tersedia.
2. Efek negatif kehamilan yang tidak diinginkan pada kesehatan dan risiko kesehatan potensial pada kehamilan dengan kondisi medis tertentu (Affandi, 2012:U-25).

2.5.6. Pembagian Kerja Kontrasepsi

1. Metode kontrasepsi sederhana tanpa alat

a. Metode Amenorea Laktasi (MAL)

Adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif, artinya hanya diberikan ASI tanpa tambahan makanan atau minuman apapun lainnya (Arum,dkk. 2011:68).

1) Syarat MAL

- (a) Menyusu secara penuh (*Full Breast Feeding*); lebih efektif bila pemberian >8x sehari
- (b) Belum haid
- (c) Umur bayi kurang dari 6 bulan (Arum,dkk. 2011:69).

2) Cara kerja

Menunda atau menekan terjadinya ovulasi. Pada saat laktasi/menyusui, hormon yang berperan adalah prolaktin dan oksitosin. Semakin sering menyusu, maka kadar prolaktin akan meningkat dan hormon gonadotrophin

melepaskan hormon penghambat (inhibitor). Hormon penghambat akan mengurangi kadar estrogen, sehingga tidak terjadi ovulasi (Imelda Fitri, 2018:101)

3) Keuntungan

- (a) Efektivitas tinggi (keberhasilan 98% pada enam bulan pasca persalinan)
- (b) Segera efektif
- (c) Tidak mengganggu senggama
- (d) Tidak ada efek samping secara sistemik
- (e) Tidak perlu pengawasan medis
- (f) Tidak perlu obat atau alat
- (g) Tanpa biaya (KKB, 2012).

4) Keterbatasan

- (a) Perlu persiapan sejak perawatan kehamilan agar segera menyusui dalam 30 menit pasca persalinan
- (b) Mungkin sulit dilakukan karena kondisi sosial
- (c) Efektivitas tinggi hanya sampai kembalinya haid atau sampai dengan 6 bulan
- (d) Tidak melindungi terhadap IMS termasuk virus hepatitis B/HBV dan HIV/AIDS (KKB, 2012).

b. Coitus Interruptus (Metode Withdrawal / Senggama Terputus)

Merupakan suatu metode kontrasepsi dimana senggama diakhiri sebelum terjadi ejakulasi intra vagina. Ejakulasi terjadi jauh dari genetalia eksterna wanita (Imelda Fitri,2018:106).

1) Keuntungan

- (a) Tidak memerlukan alat/murah
- (b) Tidak menggunakan zat-zat kimiawi
- (c) Selalu tersedia setiap saat
- (d) Tidak mempunyai efek samping

(Imelda Fitri,2018:106).

2) Keterbatasan

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

(KBB, 2012).

2. Metode kontrasepsi sederhana menggunakan alat

a. Kondom

Kondom merupakan selubung/sarung karet yang dapat terbuat dari berbagai bahan diantaranya lateks (karet), plastik (vinil)

atau bahan alami (produksi hewani) yang dipasang pada penis saat berhubungan seksual. Kondom tersebut dari karet sintetis yang tipis, berbentuk silinder, dengan muaranya berpinggir tebal yang bila digelung berbentuk rata atau mempunyai bentuk seperti puting susu (Arum,dkk. 2011:76).

1) Cara kerja kodom

- (a) Kondom menghalangi terjadinya pertemuan sperma dan sel telur dengan cara mengemas sperma di ujung selubung karet yang dipasang pada penis sehingga sperma tersebut tidak tercurah ke dalam reproduksi perempuan
- (b) Mencegah penularan kepada pasangan yang lain (khusus kondom yang terbuat dari lateks dan vinil)
(Arum,dkk.2011:78)

2) Efektivitas

- (a) Kondom cukup efektif bila dipakai secara benar pada setiap kali berhubungan seksual. Pada beberapa pasangan pemakaian kondom tidak efektif karena tidak dipakai secara konsisten. Secara ilmiah didapatkan hanya sedikit angka kegagalan kondom yaitu 2-12 kehamilan per 100 perempuan per tahun
(Arum,dkk.2011:78).

3) Keterbatasan

- (a) Efektivitas tidak terlalu tinggi
- (b) Cara penggunaan sangat mempengaruhi keberhasilan kontrasepsi
- (c) Agak mengganggu hubungan seksual (mengurangi sentuhan langsung)
- (d) Pada beberapa klien bisa menyebabkan kesulitan untuk mempertahankan ereksi
- (e) Harus selalu tersedia setiap kali berhubungan seksual
- (f) Beberapa klien malu untuk membeli kondom di tempat umum
- (g) Pembuangan kondom bekas mungkin menimbulkan masalah dalam hal limbah (KKB,2012:MK19).

3. Metode kontrasepsi hormone

a. Pil progestin

Minipil adalah pil yang hanya mengandung hormon progesteron dalam dosis rendah (Hartanto, 2015:155).

1) Mekanisme kerja

Menekan sekresi gonadotrophin dan sintesis steroid seks di ovarium (tidak begitu kuat), endometrium mengalami transformasi lebih awal sehingga implantasi lebih sulit, mengentalkan lendir serviks sehingga menghambat

penetrasi sperma, mengubah motilitas tuba sehingga transportasi sperma terganggu (Dewi, 2013:175).

2) Keuntungan

Keuntungan secara kontrasepsi:

- (a) Sangat efektif bila digunakan secara benar
- (b) Tidak mengganggu hubungan seksual
- (c) Tidak mempengaruhi ASI
- (d) Kesuburan cepat kembali
- (e) Nyaman dan mudah digunakan
- (f) Sedikit efek samping
- (g) Dapat dihentikan setiap saat
- (h) Tidak mengandung esterogen

Keuntungan secara non kontrasepsi:

- (a) Mengurangi nyeri haid
- (b) Mengurangi jumlah darah haid
- (c) Menurunkan tingkat anemia
- (d) Mencegah kanker endometrium
- (e) Melindungi dari penyakit radang panggul
- (f) Tidak meningkatkan pembekuan darah
- (g) Dapat diberikan pada penderita endometriosis
- (h) Kurang menyebabkan peningkatan tekanan darah, nyeri kepala dan depresi

- (i) Dapat mengurangi keluhan premenstrual syndrome (sakit kepala, perut kembung, nyeri payudara, nyeri pada betis, lekas marah)

b. Pil kombinasi

Adalah pil yang mengandung hormon progesteron dan esterogen (Dewi, 2013:176).

1) Mekanisme kerja

Menekan ovulasi, mencegah implantasi, lendir serviks mengental sehingga sulit dilalui sperma, pergerakan tuba terganggu sehingga transportasi telur dengan sendirinya menjadikan efektivitas tinggi (Dewi, 2013:176).

2) Efek samping

Amenorea (tidak ada perdarahan atau *spotting*), mual, muntah atau pusing, perdarahan pervaginam (Dewi, 2013:177).

4. Suntikan KB

a. Suntikan 1 bulan

Kontrasepsi suntik adalah kontrasepsi berupa cairan yang berisi hormon esterogen yang disuntikkan ke dalam tubuh wanita secara periodik (Koes, 2012:36).

1) Jenis KB suntik

Jenis suntikan adalah 25 mg Depo Medroksiprogesteron Asetat dan 5 mg Estrogen Sipionat yang diberikan injeksi

IM seulan sekali (Cyclofem) dan 50 Noretindron Enantat dan 5 mg Estrodiol Valerat yang diberikan injeksi IM sebulan sekali (Arum, 2011:116).

a) Cara kerja

- (1) Menekan ovulasi
- (2) Membuat lendir serviks menjadi kental sehingga penetrasi sperma terganggu
- (3) Perubahan pada endometrium (atrofi) sehingga implantasi terganggu
- (4) Menghambat transportasi (Arum, dkk 2011:145)

b) Efektivitas

Sangat efektif (0,1-0,4) kehamilan per 100 perempuan) sebelum tahun pertama penggunaan

c) Keuntungan kontrasepsi

- (1) Risiko terhadap kesehatan kecil
- (2) Tidak berpengaruh pada hubungan suami istri
- (3) Tidak diperlukan pemeriksaan dalam
- (4) Jangka panjang
- (5) Efek samping sangat kecil

d) Kerugian

- (1) Terjadi perubahan pada pola haid, seperti tidak teratur, perdarahan bercak/*spotting*, atau perdarahan selama 10 hari

- (2) Mual sakit kepala, nyeri payudara ringan, dan keluhan seperti ini akan hilang setelah suntikan kedua atau ketiga
- (3) Ketergantungan klien terhadap pelayanan kesehatan. Klien harus kembali setiap 30 hari untuk mendapatkan suntikan
- (4) Efektivitasnya berkurang bila digunakan bersamaan dengan obat-obat epilepsy (Fenitoin dan berbiturat) atau obat tuberculosi (Rifampisin)
- (5) Dapat terjadi efek samping ang serius, seperti : serangan jantung, stroke, bekuan darah pada paru atau otak dan kemungkinan timbulnya tumor hati
- (6) Penambahan berat badan
- (7) Tidak menjamin perlindungan terhadap penularan infeksi menular seksual, hepatitis B virus, atau infeksi virus HIV
- (8) Kemungkinan terlambatnya pemulihan kesuburan setelah penghentian pemakaian (Imelda Fitri, 2018:65).

e) Indikasi

Usia reproduksi, telah memiliki anak ataupun yang belum memiliki anak, ingin mendapatkan kontrasepsi

dengan efektivitas tinggi, menyusui ASI pasca persalinan > 6 bulan, pasca persalinan dan tidak menyusui, anemia, nyeri haid hebat, haid teratur, riwayat kehamilan ektopik, sering lupa menggunakan pil kontrasepsi (Imelda Fitri, 2010:67).

f) Kontraindikasi

Hamil atau diduga hamil, menyusui dibawah umur 6 minggu pasca persalinan, perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya, penyakit hati akut (Virus hepatitis), umur >35 tahun yang merokok, riwayat penyakit jantung, stroke atau dengan tekanan darah tinggi (<180/110 mmHg), riwayat kelainan tromboemboli atau dengan kencing manis >20 tahun, kelainan pembuluh darah yang menyebabkan sakit kepala atau migrain, keganasan pada payudara (Imelda Fitri, 2018:69).

b. Suntikan 3 bulan

Kontrasepsi suntik adalah alat kontrasepsi berupa cairan yang berisi hormon progesteron yang disuntikkan ke tubuh wanita secara periodik (Koes,2012:46).

1) Jenis KB suntik

DMPA (Depot medroxy progesterone acetate) atau Depo Provera yang diberikan tiap tiga bulan dengan dosis 150

miligram yang disuntik secara IM, Depo Noristerat diberikan setiap 2 bulan dengan dosis 200 mg Noretindron Enantat (Mulyani,2013:106).

2) Efek samping

Gangguan haid, penambahan berat badan, kekeringan vagina, menurunkan libido, gangguan emosi, sakit kepala, nervotaksis dan jerawat, gangguan haid yang sering ditemukan berupa siklus haid yang memendek atau memanjang, perdarahan banyak atau sedikit, perdarahan yang tidak teratur atau perdarahan bercak (*spotting*), tidak haid sama sekali (*amenore*) (Susilowati, 2011:227).

3) Indikasi

- (a) Usia reproduksi
- (b) Nulipara dan yang telah memiliki anak
- (c) Menghendaki kontrasepsi jangka panjang dan yang memiliki efektivitas tinggi
- (d) Menyusui dan membutuhkan kontrasepsi yang sesuai
- (e) Setelah melahirkan dan tidak menyusui
- (f) Setelah abortus atau keguguran
- (g) Telah banyak anak, tetapi belum menghendaki tubektomi
- (h) Tekanan darah <180/80 mmHg, dengan masalah gangguan pembekuan darah atau anemia bulan sabit

- (i) Menggunakan obat untuk epilepsy (fenitoin dan barbiturate) atau obat tuberculosis (rifampisin)
- (j) Tidak dapat memakai kontrasepsi yang mengandung esterogen
- (k) Sering lupa menggunakan pil kontrasepsi
- (l) Anemia defisiensi besi
- (m) Mendekati usia menopause yang tidak mau atau tidak boleh menggunakan pil kontrasepsi kombinasi (Kurnia, 2013:188).

4) Kontraindikasi

- (a) Hamil atau dicurigai hamil
- (b) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya
- (c) Tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid, terutama amenorea
- (d) Menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara
- (e) DM disertai komplikasi (Kurnia, 2013:188).

5) Waktu mulai menggunakan

- (a) Setiap saat selama siklus haid, asal ibu tersebut tidak hamil
- (b) Mulai hari pertama sampai hari ke 7 siklus haid

- (c) Pada ibu yang tidak haid, injeksi pertama dapat diberikan setiap saat, asalkan saja ibu tersebut tidak hamil.
- (d) Ibu yang menggunakan kontrasepsi hormonal lain dan ingin mengganti dengan kontrasepsi suntikan.
- (e) Bila ibu sedang menggunakan metode kontrasepsi jenis lain dan ingin menggantinya dengan jenis kontrasepsi suntikan yang lain lagi, kontrasepsi suntikan yang akan diberikan dimulai pada saat jadwal kontrasepsi suntikan yang sebelumnya
- (f) Ibu yang menggunakan kontrasepsi non hormonal dan ingin menggantinya dengan kontrasepsi hormonal, suntikan pertama kontrasepsi hormonal yang akan diberikan dapat segera diberikan, asal saja ibu tersebut tidak hamil.
- (g) Ibu ingin menggantikan AKDR dengan kontrasepsi hormonal. Suntikan pertama dapat diberikan pada hari pertama sampai hari ke 7 siklus haid, atau dapat diberikan setiap saat setelah hari ke 7 siklus haid, asal saja yakin ibu tersebut tidak hamil
- (h) Ibu tidak haid atau ibu sedang perdarahan tidak teratur. Suntikan pertama dapat diberikan setiap saat, asal saja ibu tersebut tidak hamil, dan selama 7 hari

setelah suntikkan tidak boleh melakukan hubungan seksual (Marmi, 2016:221-222).

6) Cara penyuntikan

- (a) Mempersiapkan pasien, alat, dan petugas
- (b) Menginformasikan pada pasien tindakan yang akan dilakukan
- (c) Menimbang berat badan dan mengukur tekanan darah pasien
- (d) Memeriksa kebersihan daerah suntikan dan posisikan pasien
- (e) Masukkan obat dan mengeluarkan udara yang ada pada spuit

Melakukan penyuntikan

- (a) Melakukan tindakan antisepsis
- (b) Memasukkan jarum
- (c) Melakukan aspirasi
- (d) Memasukkan obat dan mencabut jarum suntikkan

Pasca penyuntikkan

- (a) Merapikan pasien, lingkungan, dan alat
 - (b) Mencuci tangan di bawah air mengalir
 - (c) Merencanakan tanggal kunjungan ulang
 - (d) Menjelaskan kemungkinan yang akan dialami
- (Hidayat, 2009 :22-27).

5. Susuk KB / Implan (AKBK)

Implan adalah metode kontrasepsi hormonal yang efektif, tidak permanen dan dapat mencegah terjadinya kehamilan antara tiga hingga lima tahun (KKB,2012:MK55).

a. Mekanisme kerja

- 1) Lendir serviks menjadi kental
- 2) Mengganggu proses pembentukan endometrium sehingga sulit terjadi implantasi
- 3) Mengurangi transportasi sperma
- 4) Menekan ovulasi (Imelda Fitri, 2018:154).

b. Indikasi

- 1) Usia reproduksi
- 2) Telah memiliki anak taupun belum
- 3) Menghendaki kontrasepsi yang memiliki efektivitas tinggi dan menghendaki pencegahan kehamilan jangka panjang
- 4) Menyusui dan membutuhkan kontrasepsi
- 5) Pasca persalinan dan tidak menyusui
- 6) Pasca keguguran
- 7) Tidak menginginkan anak lagi tetapi menolak sterilisasi
- 8) Riwayat kehamilan ektopik
- 9) Tekanan darah <180/110 mmHg, dengan masalah pembekuan darah atau anemia sel sabit

10) Tidak boleh menggunakan alat kontrasepsi hormonal yang mengandung esterogen

11) Sering lupa menggunakan pil

(Imelda Fitri, 2018:155).

c. Kontraindikasi

Hamil atau di duga hamil, perdarahan per vaginam yang belum jelas penyebabnya, benjolan/kanker payudara atau riwayat kanker payudara, tidak dapat menerima perubahan pola haid yang terjadi, mioma uterus atau kanker payudara, gangguan toleransi glukosa, tromboflebitis aktif atau penyakit trombo emboli, penyakit hati, jantung (Imelda Fitri, 2018:155).

d. Keuntungan

Daya guna tinggi, perlindungan jangka panjang (sampai lima tahun), pengembalian kesuburan yang cepat, tidak memerlukan pemeriksaan dalam, bebas dari pengaruh esterogen, tidak mengganggu kegiatan senggama, tidak mengganggu ASI, pasien hanya kembali ke klinik bila ada keluhan, dapat dicabut setiap saat, mengurangi jumlah darah menstruasi, mengurangi atau memperbaiki anemia (Kumalasari, 2015:281).

e. Kerugian

Gangguan menstruasi, berat badan bertambah, liang senggama terasa kering, menimbulkan jerawat dan keregangan payudara (Purwaningsih,dkk. 2010:79).

f. Efek samping

Amenorea, perdarahan bercak/spotting ringan, ekspulsi, infeksi pada daerah insersi, berat badan naik/turun (Dewi,2013:191).

g. Melakukan pemasangan implant

- 1) Cuci daerah insersi, lakukan tindakan steril dan tutup daerah insersi dengan kain steril
- 2) Lakukan anastesi lokal lidokain 1% pada daerah insersi, mula-mula disuntikkan sejumlah kecil anastesi pada daerah insisi, kemudian anastesi diperluas sepanjang 4-4,4 cm
- 3) Dengan pisau scalpel dibuat insisi 2 mm sejajar dengan lengan siku
- 4) Masukkan ujung trokar melalui insisi
- 5) Memasukkan implant ke dalam trokarnya
- 6) Ubah arah trokar sehingga implant berikutnya berada 15 derajat dari implant sebelumnya
- 7) Setelah semua implant terpasang, lakukan penekanan pada luka insisi dengan kasa steril untuk mengurangi perdarahan
- 8) Luka insisi ditutup dengan kompres kering, lalu lengan dibalut dengan kasa. Daerah insersi dibiarkan kering dan tetap bersih selama 4 hari (Kurnia, 2013:193).

h. Indikasi pencabutan

- 1) Setelah lima tahun insersi implant (norplant)
- 2) Atas permintaan pasien (seperti adanya keluhan atau pasien ingin hamil)
- 3) Keadaan yang tergolong sebagai perhatian khusus bagi insersi implant (norplant), sehingga sebaiknya mengganti dengan caranon hormonal yang lain (Hidayati, 2009:84).

i. Melakukan pencabutan implant

- 1) Jelaskan pada pasien mengenai prosedur yang akan dilakukan
- 2) Persilahkan pasien untuk mencuci seluruh lengan dan tangan
- 3) Atur lengan pasien tempat implant terpasang
- 4) Raba kapsul implant
- 5) Raba ujung kapsul dekat lipatan siku
- 6) Pastikan posisi setiap kapsul
- 7) Siapkan tempat alat
- 8) Buka bungkus steril

Tindakan pencabutan implant dengan metode standart

- 1) Tentukan lokasi insisi
- 2) Buat insisi melintang (± 4 mm)
- 3) Lakukan pencabutan kapsul
- 4) Dorong ujung kapsul ke arah insisi dengan jari tangan

- 5) Jepit ujung kapsul
- 6) Bersihkan dan buka jaringan ikat yang mengelilingi kapsul
- 7) Jepit kapsul
- 8) Lepaskan klem pertama
- 9) Cabut kapsul
- 10) Cabut kapsul berikutnya
- 11) Pastikan bahwa semua kapsul sudah dicabut
- 12) Tunjukkan kapsul tersebut pada pasien

Tindakan pasca pelepasan

- 1) Bersihkan daerah di sekitar insisi
- 2) Pegang dan dekatkan kedua tepi luka insisi
- 3) Tutup luka
- 4) Periksa perdarahan
- 5) Tutup daerah insisi

(Hidayati, 2009:86-92).

6. Alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR)

AKDR adalah alat kontrasepsi yang dimasukkan ke dalam rahim yang bentuknya bermacam-macam terdiri dari plastik (polyethylene), ada yang dililiti tembaga (Cu), ada pula yang tidak, ada yang dililiti tembaga bercampur perak (Ag), selain itu ada pula yang batangnya berisi hormon progesteron (Suratun,2008).

a. Jenis

1) AKDR CuT-380A

Kecil, kerangka dari plastik yang fleksibel, berbentuk huruf T, diselubungi oleh kawat halus yang terbuat dari tembaga (Cu).

2) AKDR yang lain beredar di Indonesia adalah NOVA T (Schering) (Dewi, 2013:194).

b. Mekanisme kerja AKDR

1) Timbulnya reaksi radang lokal yang non-spesifik di dalam cavum uteri sehingga implantasi sel telur yang telah dibuahi terganggu

2) Produksi lokal prostaglandin yang meningkat, yang menyebabkan terhambatnya implantasi

3) Gangguan/terlepasnya *blastocyst* yang telah berimplantasi di dalam endometrium

4) Pergerakan ovum yang bertambah cepat di dalam tuba fallopi

5) Imobilitas spermatozoa saat melewati cavum uteri

6) Dari penelitian terakhir, disangka bahwa AKDR juga mencegah spermatozoa membuahi sel telur (mencegah fertilisasi) (Imelda Fitri, 2018:162).

c. Kerugian

Efek samping yang umum terjadi :

- 1) Perubahan siklus haid (umumnya pada 3 bulan pertama dan akan berkurang setelah 3 bulan)
- 2) Haid lebih lama dan banyak
- 3) Perdarahan (*spotting*) antar menstruasi
- 4) Saat haid lebih sakit

Komplikasi lain :

- 1) Merasakan sakit dan kejang selama 3 sampai 5 hari setelah pemasangan
- 2) Perdarahan berat pada waktu haid atau di antaranya yang memungkinkan penyebab anemia
- 3) Perforasi dinding uterus (sangat jarang apabila pemasangan benar)
- 4) Tidak mencegah IMS termasuk HIV/AIDS
- 5) Tidak baik digunakan pada perempuan dengan IMS atau perempuan yang sering berganti pasangan
- 6) Penyakit Radang Panggul terjadi sesudah perempuan dengan IMS memakai AKDR. PRP dapat memicu infertilitas
- 7) Prosedur medis, termasuk pemeriksaan pelvik diperlukan dalam pemasangan AKDR. Seringkali perempuan takut selama pemasangan

- 8) Sedikit nyeri dan perdarahan (*spotting*) terjadi segera setelah pemasangan AKDR. Biasanya menghilang dalam 1-2 hari.
- 9) Klien tidak dapat melepas AKDR oleh dirinya sendiri, petugas kesehatan terlatih yang harus melepaskan AKDR
- 10) Mungkin AKDR keluar dari uterus tanpa diketahui (sering terjadi apabila AKDR dipasang segera setelah melahirkan)
- 11) Tidak mencegah terjadinya kehamilan ektopik karena fungsi AKDR untuk mencegah kehamilan normal
 - (a) Perempuan harus memeriksa posisi benang AKDR dari waktu ke waktu. Untuk melakukan ini perempuan harus memasukkan jarinya ke dalam vagina, sebagian perempuan tidak mau melakukan ini (KKB,2012:MK-82).

d. Keuntungan

- 1) Sebagai kontrasepsi, efektivitasnya tinggi
 - (a) Sangat efektif 0,6-0,8 kehamilan/100 perempuan dalam 1 tahun pertama (1 kegagalan dalam 125-170 kehamilan)
 - (b) AKDR dapat aktif segera setelah pemasangan
 - (c) Metode jangka panjang (10 tahun proteksi diri dari CuT-380A dan tidak perlu di ganti)
 - (d) Sangat efektif karena tidak perlu lagi mengingat-ingat

- (e) Tidak mempengaruhi hubungan seksual
- (f) Meningkatkan kenyamanan seksual karena tidak perlu takut untuk hamil
- (g) Tidak ada efek samping hormonal dengan Cu AKDR (CuT-380A)
- (h) Tidak memengaruhi kualitas dan volume ASI
- (i) Dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesudah abortus (apabila tidak terjadi infeksi)
- (j) Dapat digunakan sampai menopause (1 tahun atau lebih setelah haid terakhir)
- (k) Tidak ada interaksi dengan obat-obat
- (l) Membantu mencegah kehamilan ektopik (KKB, 2012:MK-81).

e. Efek samping

- 1) Amenorea
- 2) Kejang
- 3) Perdarahan vagina yang hebat dan tidak teratur
- 4) Benang yang hilang
- 5) Adanya pengeluaran cairan dari vagina dicurigai adanya PRP (KKB, 2012: MK-87).

f. Indikasi

- 1) Usia reproduktif
- 2) Keadaan nulipara

- 3) Menginginkan menggunakan kontrasepsi jangka panjang
- 4) Menyusui yang menginginkan menggunakan kontrasepsi
- 5) Setelah melahirkan dan tidak menyusui bayinya
- 6) Setelah mengalami abortus dan tidak terlihat adanya infeksi
- 7) Risiko rendah dari IMS
- 8) Tidak menghendaki metode hormonal
- 9) Tidak menyukai untuk mengingat-ingat minum pil setiap hari
- 10) Tidak menghendaki kehamilan setelah 1-5 hari senggama
(Kumalasari, 2015:306).

Pada umumnya ibu dapat menggunakan AKDR Cu dengan aman dan efektif. AKDR dapat digunakan pada ibu dalam segala kemungkinan keadaan misalnya :

- 1) Perokok
- 2) Pasca keguguran atau kegagalan kehamilan apabila tidak terlihat adanya infeksi
- 3) Sedang memakai anti biotika atau anti kejang
- 4) Gemuk ataupun yang kurus
- 5) Sedang menyusui

Begitu juga ibu dalam keadaan seperti dibawah ini dapat menggunakan AKDR

- 1) Penderita tumor jinak payudara

- 2) Penderita kanker payudara
 - 3) Pusing-pusing, sakit kepala
 - 4) Tekanan darah tinggi
 - 5) Varises di tungkai atau di vulva
 - 6) Penderita penyakit jantung (termasuk penyakit jantung katup dapat diberi anti biotika sebelum pemasangan AKDR)
 - 7) Pernah menderita stroke
 - 8) Penderita diabetes
 - 9) Penderita penyakit hati atau empedu
 - 10) Malaria
 - 11) Skistosomiasis (tanpa anemia)
 - 12) Penyakit Tiroid
 - 13) Epilepsi
 - 14) Nonpelvik TBC
 - 15) Setelah kehamilan ektopik
 - 16) Setelah pembedahan pelvik
- (Saifuddin, 2010:45).

g. Kontraindikasi

- 1) Sedang hamil (diketahui hamil atau kemungkinan hamil)
- 2) Perdarahan vagina yang tidak diketahui (sampai dapat dievaluasi)
- 3) Sedang menderita infeksi alat genital (vaginitis, servitis)

- 4) Tiga bula terakhir sedang mengalami atau sering menderita PRP atau abortus septic
- 5) Kelainan bawaan uterus yang abnormal atau tumor jinak rahim yang dapat mempengaruhi kavum uteri
- 6) Penyakit trofoblas yang ganas
- 7) Diketahui menderita TBC pelvic
- 8) Kanker alat genital
- 9) Ukuran rongga rahim kurang dari 5 cm

(Saifuddin, 2010:46).

h. Waktu penggunaan

- 1) Setiap waktu dalam siklus haid, yang dapat dipastikan klien tidak hamil
- 2) Hari pertama sampai ke 7 siklus haid
- 3) Segera setelah melahirkan, selama 48 jam pertama atau setelah 4 minggu pasca persalinan, setelah 6 bulan apabila menggunakan metode amenore laktasi. Perlu diingat angka ekspulsi tinggi pada pemasangan segera atau selama 48 jam pasca persalinan
- 4) Setelah abortus atau keguguran
- 5) Selama 1 sampai 5 hari setelah senggama yang tidak dilindungi (Kurnia, 2013:196).

i. Cara pemasangan AKDR

1) Langkah 1

- (a) Jelaskan pada klien apa yang akan dilakukan dan mempersilahkan klien mengajukan pertanyaan
- (b) Sampaikan kepada klien kemungkinan akan merasa sedikit sakit pada beberapa langkah waktu pemasangan dan nanti akan diberitahu bila sampai pada langkah tersebut
- (c) Pastikan klien sudah mengosongkan kandung kemihnya

2) Langkah 2

- (a) Periksa genetalia eksterna untuk memeriksa adanya ulkus, pembengkakan kelenjar getah bening (bubo), pembengkakan kelenjar bartholini dan kelenjar skene
- (b) Lakukan pemeriksaan spekulum untuk memeriksa adanya cairan vagina, sevisitis, dan pemeriksaan mikroskopis bila diperlukan
- (c) Lakukan pemeriksaan panggul untuk menentukan besar, posisi uterus, konsistensi dan mobilitas uterus. Untuk memeriksa adanya nyeri goyang serviks dan tumor pada adneksa atau pada kavum douglasi

3) Langkah 3

Lakukan pemeriksaan mikroskopik bila tersedia dan bila ada indikasi untuk memeriksa adanya jamur, trikomonas, bakterial vaginosis (preparat basah saline dan KOH serta pemeriksaan pH) untuk memeriksa adanya gonore atau klamidia.

4) Langkah 4

Masukkan lengan AKDR Copper T-380 A di dalam kemasan sterilmnya.

5) Langkah 5

Gunakan tenakulum untuk menjepit serviks pada posisi jam satu atau jam sebelas.

6) Langkah 6

Masukkan sonde uterus untuk menentukan posisi uterus dan kedalaman kavum uteri. Masukkan sonde sekali masuk dengan teknik tanpa sentuh dimasukkan untuk mengurangi resiko infeksi.

7) Langkah 7

(a) Atur letak leher biru pada tabung inserter sesuai dengan kedalaman kavum uteri

(b) Tarik tenakulum (yang masih menjepit serviks sesudah melakukan sonde uterus) sehingga kavum

uteri, kanalis servikalis dan vagina berada dalam satu garis lurus

- (c) Masukkan dengan pelan dan hati-hati tabung inserter yang sudah berisi AKDR ke dalam kanalis servikalis dengan mempertahankan posisi leher biru dalam arah horizontal
- (d) Sesuai dengan arah dan posisi kavum uteri, dorong tabung inserter sampai leher biru menyentuh serviks atau sampai terasa ada tahanan dari fundus uteri. Pastikan leher biru tetap dalam posisi horizontal
- (e) Pegang serta tahan tenakulum dan pendorong dengan satu tangan, sedang tangan lain menarik tabung inserter sampai pangkal pendorong.
- (f) Keluarkan pendorong dengan tetap memegang dan menahan tabung inserter, dorong kembali tabung inserter dengan pelan dan hati-hati samapai terasa ada tahanan fundus.
- (g) Keluarkan sebagian tabung inserter dari kanalis servikalis. pada waktu benang tampak tersembul keluar dari tabung serviks sepanjang 3-4 cm, potong benang tersebut dengan menggunakan gunting mayo yang tajam

(h) Lepas tenakulum. Bila ada perdarahan banyak dari tempat bekas jepitan tenakulum, tekan dengan kasa sampai perdarahan terhenti.

8) Langkah 8

Buang bahan-bahan habis pakai yang terkontaminasi sebelum melepas sarung tangan. Bersihkan permukaan yang terkontaminasi

9) Langkah 9

Lakukan dekontaminasi alat-alat dan sarung tangan dengan segera setelah selesai dipakai

10) Langkah 10

(a) Ajarkan pada klien bagaimana cara memeriksa benang AKDR (dengan model bila tersedia)

(b) Minta klien menunggu di klinik selama 15-30 menit setelah pemasangan AKDR

(Kumalasari, 2015:308-310).

j. Cara pencabutan AKDR

1) Langkah 1

Menjelaskan kepada klien apa yang akan dilakukan dan persilahkan klien untuk bertanya.

2) Langkah 2

Memasukkan spekulum untuk melihat serviks dan benang AKDR.

3) Langkah 3

Mengusap serviks dan vagina dengan lautan antiseptik dua sampai tiga kali.

4) Langkah 4

(a) Menggunakan kepala klien bahwa sekrang akan dilakukan pencabutan.

(b) Pencabutan normal. Jepit benang di dekat serviks dengan menggunakan klem lurus atau lengkung (ekstraktor) yang sudah didisinfeksi tingkat tinggi atau steril dan tarik benang pelan-pelan, tidak boleh menarik dengan kuat, AKDR biasanya dapat dicabut dengan mudah.

(c) Pencabutan sulit. Bila benang AKDR tidak tampak, periksa pada kanalis servikalis dengan menggunakan klem lurus atau lengkung.

(d) Bila sebagian AKDR sudah ditarik keluar tetapi kemudian mengalami kesulitan menarik seluruhnya dari kanalis servikalis, putar pelan-pelan sambil tetap menarik selama klien tidak mengeluh sakit. Jangan menggunakan tenaga besar (Kumalasari, 2015:310).

7. Metode kontap dengan cara operasi (Kontrasepsi Mantap)

a. MOW

Merupakan metode keluarga berencana dengan Metode Operasi Wanita (MOW) Tubektomi adalah prosedur bedah sukarela untuk menghentikan fertilitas (kesuburan) seorang perempuan secara permanen (Saifuddin,2006).

1) Mekanisme kerja

Dengan mengkoklusi tuba fallopi (mengikat dan memotong/memasang cincin), sehingga sperma tidak dapat bertemu dengan ovum (Affandi, 2010).

(a) Efek samping

- (1) Infeksi luka
- (2) Demam pasca operasi
- (3) Luka pada kandung kemih
- (4) Hematoma
- (5) Emboli gas yang diakibatkan laparaskopi (jarang terjadi)
- (6) Rasa sakit pada lokasi pembedahan
- (7) Perdarahan supervisial (tepi kulit/subkutan)

(Dewi, 2011: 87).

2) Keterbatasan

Harus dipertimbangkan sifat permanen metode kontrasepsi ini

- (a) Klien dapat menyesal di kemudian hari
- (b) Resiko komplikasi kecil

- (c) Rasa sakit/ketidaknyamanan dalam jangka pendek setelah tindakan
- (d) Dilakukan oleh dokter terlatih
- (e) Tidak melindungi dari PMS (Anwar, 2011:88).

b. MOP

Merupakan metode kontrasepsi untuk laki-laki yang tidak ingin memiliki anak lagi. Perlu prosedur bedah untuk melakukan vasektomi (Affandi,2011:56).

1) Mekanisme kerja

Vasektomi adalah prosedur klinik untuk menghentikan kapasitas reproduksi pria dengan jalan melakukan oklusi vasa deferensia sehingga alur transportasi sperma terhambat dan proses fertilisasi (penyatuan dengan ovum) tidak terjadi (Saifuddin,2006:98).

2) Manfaat kontrasepsi

- (a) Sangat efektif
- (b) Permanen
- (c) Tidak mengganggu hubungan seksual
- (d) Baik untuk pasangan jika kehamilan akan menyebabkan risiko kesehatan bagi wanita tersebut
- (e) Pembedahan sederhana di bawah anastesi local
- (f) Tidak ada efek samping jangka panjang
- (g) Tidak ada perubahan dalam fungsi seksual.

3) Indikasi

- (a) Pria usia reproduksi <50 tahun
- (b) Yang menginginkan metode sangat efektif
- (c) Istri yang bermasalah usia, paritas atau kesehatan yang mungkin akan menimbulkan risiko
- (d) Yang memahami dan sukarela memberi izin untuk pemasangan prosedur tersebut
- (e) Yang merasa yakin bahwa mereka telah mendapatkan jumlah keluarga yang diinginkan.

4) Kontraindikasi

- (a) Infeksi kulit lokal
- (b) Infeksi traktus genitalia
- (c) Kelainan skrotum dan sekitarnya
- (d) Penyakit sistemik : penyakit perdarahan, DM, jantung koroner
- (e) Riwayat perkawinan, psikologi atau seksual tidak sesuai.



Gambar 2.15

Jenis dan Macam-Macam Alat Kontrasepsi

Sumber : <http://tugaskuliahkebidanan.blogspot.com/2015/11/macam-macam-alat-kontrasepsi.html>

2.6 Manajemen Asuhan Kebidanan Menurut 7 Langkah Varney dan SOAP

2.6.1. Manajemen Askeb pada Kehamilan Trimester III

A. Pengkajian dengan 7 langkah varney

1. Pengkajian data

a. Data Subjektif

1) Biodata

a) Nama

Untuk menetapkan identitas pasti pasien karena mungkin memiliki nama yang sama dengan alamat dan nomor telepon yang berbeda (Manuaba, 2007:159).

b) Umur

Dalam kurun waktu reproduksi sehat, dikenal bahwa usia aman untuk kehamilan dan persalinan adalah 20-30 tahun (Romauli, 2011:162). Sehingga dapat merugikan kesehatan ibu maupun janin (Manuaba, 2010:235-236).

c) Pendidikan

Tingkat pendidikan yang rendah terutama jika berhubungan dengan usia yang muda, berhubungan erat dengan perawatan prenatal yang tidak adekuat (Walsh, 2012:122).

d) Pekerjaan

Pekerjaan rutin (pekerjaan rumah tangga) dapat dilaksanakan. Bekerja sesuai dengan kemampuan, dan makin dikurangi dengan semakin tua kehamilan (Manuaba, 2010:117)

e) Penghasilan

Penghasilan yang terbatas sehingga kelangsungan kehamilan dapat menimbulkan berbagai masalah kebidanan (Manuaba, 2010:235).

2) Keluhan utama

Menurut Varney (2007:538-543), untuk mengetahui yang mendorong pasien datang ke petugas. Pada ibu

hamil trimester III keluhan-keluhan yang sering dijumpai yaitu :

a) Edema dependen

Edema dependen pada kaki timbul akibat gangguan sirkulasi vena dan peningkatan tekanan vena pada ekstremitas bagian bawah karena tekanan uterus yang membesar pada vena-vena panggul saat wanita tersebut duduk atau berdiri pada vena kava inferior saat terlentang (Varney,2007:539).

b) Nokturia

Terjadi peningkatan frekuensi berkemih. Aliran balik vena dari ekstremitas difasilitasi saat wanita sedang berbaring pada posisi lateral rukemben karena uterus tidak lagi menekan pembuluh darah panggul dan vena cava inferior (Benson *et al*, 2013:234).

c) Konstipasi

Konstipasi diduga terjadi akibat penurunan peristaltik yang disebabkan relaksasi otot polos pada usus besar ketika terjadi peningkatan jumlah progesteron (Varney,2007:541).

d) Sesak nafas Uterus telah mengalami pembesaran hingga terjadi penekanan diafragma. Selain itu

diafragma akan mengalami elevasi kurang lebih 4 cm selama kehamilan (Morgan,2009:289).

e) Nyeri ulu hati

Nyeri ulu hati (pirosis, ketidakmampuan mencerna asam) merupakan akibat regurgitasi gastroesophageal pada hampir 10% dari seluruh ibu hamil. Nyeri ulu hati paling sering muncul jika pasien berbaring terlentang atau membungkuk (Benson *et al*, 2013:237).

f) Kram tungkai

Uterus yang membesar memberi tekanan pada pembuluh dasar panggul, sehingga mengganggu sirkulasi atau pada saraf, sementara saraf ini melewati foramen obturator dalam perjalanan menuju ekstremitas bagian bawah (Morgan, 2009:289).

g) Nyeri punggung bawah

Nyeri punggung bawah merupakan nyeri punggung yang terjadi pada area lumbosakal. Nyeri ini merupakan akibat pergeseran pusat gravitasi dan terjadi perubahan yang disebabkan karena berat uterus yang semakin membesar (Varney, 2007:542).

3) Riwayat kesehatan

a) Penyakit yang pernah dialami (yang lalu)

Wanita yang mempunyai riwayat kesehatan buruk atau wanita dengan komplikasi kehamilan sebelumnya, membutuhkan pengawasan yang lebih tinggi pada saat kehamilan karena hal ini akan dapat memperberat kehamilan bila ada penyakit yang telah diderita ibu sebelum hamil (Marmi,2014:108-109).

b) Penyakit yang pernah dialami (sekarang)

(1) Diabetes militus-tergantung insulin (IDDM)

Wanita muda dengan diabetes tipe I secara umum tampak dengan keluhan jelas poliuria, termasuk keinginan untuk berkemih selama malam hari, meningkatnya haus, lapar dengan penurunan berat badan yang berhubungan, dan kelemahan atau keletihan. Mereka dengan diabetes tipe II mungkin juga mengeluh haus, sering berkemih, dan kelemahan, tetapi yang lebih tampak adalah adanya infeksi jamur vagina berulang, gatal, infeksi kulit, penglihatan kabur, atau bahkan neuropati ferifer. (Varney dkk, 2007:140).

(2) Hipertensi

Hipertensi dalam kehamilan dikaitkan dengan morbiditas dan mortalitas janin/neonatus dan maternal. Komplikasi yang dikaitkan dengan

preeklampsia berat meliputi gangguan plasenta, gagal ginjal akut, abrupsio retina, gagal janin, hemoragi serebral, IUGR, dan kematian maternal dan janin (Walsh,2012:416).

(3) Penyakit tiroid

Menurut Fraser *et al*(2009:346) hipertiroidisme pada kehamilan berhubungan dengan peningkatan insiden pre eklampsia, kelahiran prematur, berat badan lahir rendah, dan kematian janin.

(4) Sifilis

Sifilis mudah ditularkan ke janin melalui plasenta. Sifilis yang tidak diobati dikaitkan dengan absorpsi spontan, kematian janin intrauterin, kematian neonatus, dan sifilis konginetal. Sampai 80% ibu hamil dengan sifilis yang tidak diobati mengalami mortalitas dan morbiditas (Walsh, 2012:438).

(5) Gonore

Gonore dapat menyebabkan vulvoganitis dalam kehamilan dengan keluhan fluor albus dan disuria.

(6) Hepatitis B

Penularan HBV ke bayi baru lahir terjadi 10% sampai 85% dari ibu terinfeksi. Risiko penularan pada bayi dikaitkan dengan status antigen Hbe ibu. ibu yang seropositif untuk baik HbsAG dan HbeAF mengalami risiko tinggi penularan ke neonatus mereka (Walsh, 2012:433)

(7) Infeksi ginjal dan saluran kemih

Pengaruh infeksi ginjal dan saluran perkemihan terhadap kehamilan terutama karena demam yang tinggi dan menyebabkan terjadi terjadi kontraksi otot rahim sehingga dapat menimbulkan keguguran, persalinan prematuritas dan memudahkan infeksi pada neonates (Manuaba, 2010:345).

(8) Infeksi virus herpes simpleks

Infeksi ini pada kehamilan tidak menembus plasenta tetapi menimbulkan gangguan pada plasenta dengan akibat abortus dan *missed abortion* atau prematuritas sampai lahir mati (Manuaba, 2010:344).

(9) Infeksi TORCH

Semua infeksi TORCH meliputi komponen toksoplasmosis, rubella, setomegalovirus, dan herpes simpleks dapat menimbulkan kelainan konginetal dalam bentuk yang hampir sama yaitu mikrosefalus, ketulian, kebutaan, abortus, prematuritas dan pertumbuhan janin terhambat (Manuaba, 2010:340).

(10) Penyakit jantung

Untuk menurunkan morbiditas dan mortalitas wanita penderita penyakit jantung dalam kehamilan, persalinan, dan nifas diperlukan konseling prakonsepsi dengan memperhatikan risiko masing-masing penyakit. Pasien dengan kelainan jantung derajat 3 dan 4 sebaiknya tidak hamil dan dapat memilih cara konsepsi AKDR, tubektomi, atau vasektomi pada suami (Saifuddin, 2009:275).

(11) Gangguan hematologi

Anemia sel sabit, penyakit Hb C-sel sabit, dan talasemia sel sabit B (talasemia S-B) berkelanjutan ke kondisi yang dikaitkan dengan

peningkatan mortalitas dan morbiditas pada maternal dan perinatal (Walsh, 2012:414).

(12) HIV/AIDS

Kehamilan dapat memperberat kondisi klinik wanita dengan infeksi HIV. Transmisi vertikal virus AIDS dari ibu kepada janinnya terjadi melalui plasenta (Winkjosastro, 2005:556-557).

4) Riwayat kesehatan keluarga

Diabetes, meskipun tidak diturunkan secara genetik, memiliki kecenderungan terjadi pada anggota keluarga yang lain, terutama jika mereka hamil atau obesitas. Beberapa kondisi, seperti anemia sel sabit, lebih banyak terjadi pada ras tertentu (*Fraser et al*, 2009 :254). Kejadian kehamilan ganda dipengaruhi salah satunya oleh faktor genetik atau keturunan (Saifuddin, 2009:311).

5) Riwayat kebidanan

a) Menstruasi

Menurut *Fraser et al*(2009:251) riwayat menstruasi dikaji untuk menentukan tanggal taksiran partus. Taksiran partus dihitung dengan menambahkan 9 bulan dan 7 hari pada tanggal hari pertama haid terakhir yang dialami ibu. Metode ini

mengansumsikan bahwa : Ibu memiliki menstruasi dan jarak antarmenstruasi yang teratur.

- (1) Konsepsi terjadi 14 hari setelah hari pertama haid terakhir, hal ini dianggap benar hanya jika ibu memiliki siklus menstruasi yang teratur.
- (2) Periode perdarahan yang terakhir merupakan menstruasi yang sebenarnya, implantasi ovum dapat menyebabkan sedikit perdarahan. Gambaran riwayat haid klien yang akurat biasanya membantu penetapan tanggal perkiraan kelahiran. Dengan menggunakan rumus Neagele $h+7 \ b-3 \ th+1$ untuk siklus 28 hari. Sedangkan untuk siklus 35 hari dengan menggunakan rumus $h+14 \ b-3 \ th+1$. Informasi tambahan tentang siklus menstruasi yang harus diperoleh mencakup frekuensi haid dan lama perdarahan. Jika menstruasi lebih pendek atau lebih panjang dari normal, kemungkinan wanita tersebut telah hamil saat terjadi perdarahan, dan tentang haid meliputi menarche, banyaknya darah, haid teratur atau tidak, siklusnya, lamanya haid, sifat darah (cair atau beku-bekuan, warnanya, baunya) serta nyeri haid atau tidak dan kapan haid terakhirnya.

b) Riwayat obstetric

Riwayat kebidanan yang lalu, meliputi :

- (1) Jumlah kelahiran, anak yang lahir hidup, persalinan aterm, persalinan prematur, keguguran, persalinan dengan tindakan.
- (2) Riwayat perdarahan pada kehamilan, persalinan, atau nifas yang sebelumnya.
- (3) Hipertensi disebabkan kehamilan pada kehamilan sebelumnya.
- (4) Berat bayi kurang dari 2500 gram atau lebih dari 4000 gram.
- (5) Masalah lain yang dialami (Sulistiyawati, 2010:98).

c) Riwayat nifas yang lalu

Segera setelah persalinan dapat terjadi peningkatan suhu tubuh, tetapi tidak lebih dari 38°C. Bila terjadi peningkatan terus menerus selama 2 hari, kemungkinan terjadi infeksi (Manuaba, 2010:201).

d) Kehamilan sekarang

Menurut Saifuddin (2009:90) jadwal pemeriksaan hamil dilakukan paling sedikit 4 kali selama kehamilan yaitu; satu kali pada triwulan pertama, satu kali pada triwulan kedua, dua kali pada triwulan

ketiga. Pelayanan asuhan kehamilan standar minimal 7T yaitu; timbang, ukur tekanan darah, ukur tinggi fundus uteri, pemberian imunisasi TT lengkap (5x TT yaitu TT5), pemberian tablet zat besi minimal 90 tablet kehamilan, tes terhadap penyakit menular seksual, dan temu wicara dalam rangka persiapan rujukan.

e) Riwayat KB

Jenis kontrasepsi yang pernah dipakai, efek samping, alasan berhentinya alat kontrasepsi dan lama penggunaan kontrasepsi (Rohani, 2011:58).

f) Riwayat psikososial dan budaya

Status perkawinan : beberapa pertanyaan yang dapat diajukan antara lain usia nikah pertama kali, status pernikahan sah/tidak, lama pernikahan, perkawinan sekarang adalah suami yang keberapa (Sulistyawati, 2010: 97).

g) Pola kebiasaan sehari-hari

(1) Nutrisi

Nutrisi merupakan perhatian utama dalam perawatan prenatal. Wanita memerlukan aspek-aspek kebutuhan nutrisi seperti jumlah kalori, protein, zat besi, asam folat, dan vitamin C

(Varney *et al*, 2007:546). Nutrisi yang perlu dtambahkan pada saat kehamilan :

(a) Kalori

Jumlah kalori yang diperlukan bagi ibu hamil untuk setiap harinya dalah 2.500 kalori. Jumlah kalori yang berlebih dapat menyebabkan obesitas dan hal ini merupakan faktor presdiposisi untuk terjadinya preeklampsi. Jumlah pertambahan berat badan sebaiknya tidak melebihi 10-12 kg selama hamil (Saifuddin, 2010:286).

(b) Protein

Jumlah protein yang diperlukan oleh ibu hamil adalah 85 gram per hari. Sumber protein tersebut dapat diperoleh dari tumbuh-tumbuhan (kacang-kacangan) atau hewani (ikan, ayam, keju, susu, telur). Defisiensi protein dapat menyebabkan kelahiran prematur, anemia, dan oedema (Varneyet *al*, 2007:543).

(c) Kalsium

Kebutuhan kalsium ibu hamil adalah 1,5 gram per hari. Kalsium untuk pertumbuhan

janin, terutama bagi pengembangan otak dan rangka. Sumber kalsium yang mudah diperoleh adalah susu, keju, youghurt, dan kalsium bikarbonat. Defisiensi kalsium dapat menyebabkan riketsia pada bayi atau osteomalsia pada ibu (Saifuddin, 2010:92).

(d) Zat besi

Pemberian zat besi dimulai dengan memberikan satu tablet sehari segera mungkin setelah rasa mual hilang. Tiap tablet mengandung FeSO_4 320 mg (zat besi 60 mg) dan asam folat 500 μg , minimal masing-masing 90 tablet. Tablet besi sebaiknya tidak diminum bersama teh atau kopi, karena akan mengganggu penyerapan. Metabolisme yang tinggi pada ibu hamil memerlukan kecukupan oksigenasi jaringan yang diperoleh dari pengikatan dan pengantaran oksigen melalui hemoglobin di dalam sel-sel darah merah. Untuk menjaga konsentrasi hemoglobin normal, diperlukan asupan zat besi bagi ibu hamil dengan jumlah 30 mg/hari terutama setelah trimester kedua.

Sumber zat besi terdapat dalam sayuran hijau, daging yang berwarna merah dan kacang-kacangan. Kekurangan zat besi pada ibu hamil dapat menyebabkan anemia defisiensi zat besi (Lalengga, 2013:98).

(e) Asam folat

(f) Selain zat besi, sel-sel darah merah juga memerlukan asam folat bagi pematangan sel. Jumlah asam folat yang dibutuhkan oleh ibu hamil adalah 400 mikrogram perhari. Sumber makanan yang mengandung asam folat diantaranya produk sereal dan biji-bijian misalnya roti, nasi dan pasta. Kekurangan asam folat dapat menyebabkan anemia megaloblastik pada ibu hamil (Lalengga, 2013:99).

(2) Eliminasi

(a) Buang Air Kecil (BAK)

Peningkatan frekuensi berkemih pada TM III paling sering dialami oleh wanita primigravida setelah *lightening*. *Lightening* menyebabkan bagian presentasi (terendah) janin akan menurun masuk ke dalam panggul

dan menimbulkan tekanan langsung pada kandung kemih (Marmi, 2014:134).

(b) Buang Air Besar (BAB)

Konstipasi diduga akibat penurunan peristaltik yang disebabkan relaksasi otot polos pada usus besar ketika terjadi peningkatan hormon progesteron. Konstipasi juga dapat terjadi sebagai akibat dari efek samping penggunaan zat besi, hal ini akan memperberat masalah pada wanita hamil (Marmi, 2014:137).

(3) Istirahat

Wanita hamil harus mengurangi semua kegiatan yang melelahkan. Wanita hamil juga harus menghindari posisi duduk, berdiri dalam waktu yang sangat lama. Ibu hamil tidur malam kurang lebih sekitar 8 jam setiap istirahat dan tidur siang kurang lebih 1 jam (Marmi, 2014:124-125).

(4) Aktivitas

Senam hamil bertujuan mempersiapkan dan melatih otot-otot sehingga dapat dimanfaatkan untuk berfungsi secara optimal dalam persalinan normal. Senam hamil dimulai pada usia

kehamilan sekitar 24-25 minggu. Beberapa aktivitas yang dapat dianggap sebagai senam hamil yaitu jalan-jalan saat hamil terutama pagi hari (Manuaba, 2010:132). Jangan melakukan pekerjaan rumah tangga yang berat dan hindari kerja fisik yang dapat menimbulkan kelelahan yang berlebihan (Saifuddin, 2010:287).

(5) Personal hygiene

Kebersihan yang perlu diperhatikan selama kehamilan meliputi :

(a) Pakaian yang baik untuk wanita hamil ialah pakaian yang enak dipakai tidak boleh menekan badan. Pakaian yang mudah disesuaikan dan longgar (Lalengga, 2013: 102).

(b) Sepatu atau sandal hak tinggi, akan menambah lordosis sehingga sakit pinggang akan bertambah (Lalengga, 2013:102).

(c) Perawatan gigi

Paling tidak dibutuhkan dua kali pemeriksaan gigi selama kehamilan. Pada trimester pertama terkait dengan hiperemesis dan ptialisme (hipersalivasi atau produksi liur

yang berlebihan) sehingga kebersihan rongga mulut harus tetap terjaga. Sementara pada trimester tiga terkait dengan adanya kebutuhan kalsium untuk pertumbuhan janin. Maka dianjurkan untuk selalu menyikat gigi setelah makan karena ibu hamil sangat rentan dengan caries dan gingivitis (Saifuddin, 2010:287).

(d) Pemeliharaan payudara

Membersihkan payudara dengan air hangat dan handuk yang lembut lalu mengeringkan hati-hati. Menggunakan bra penyokong untuk mencegah dan mengurangi nyeri punggung bagian atas serta dapat menyamankan nyeri tekan akibat payudara membesar (Lalengga, 2013:104).

(e) Kebersihan genetalia

Kebersihan vulva harus dijaga betul-betul dengan lebih sering membersihkannya, mengganti rutin celana dalam, membersihkan dengan arah dari depan ke belakang setelah buang air (Lalengga, 2013:105).

h) Riwayat seksual

Menurut Manuaba (2010:120) hubungan seksual disarankan untuk dihentikan bila terdapat tanda infeksi dengan pengeluaran cairan disertai rasa nyeri atau jika hubungan seksual panas, terjadi perdarahan saat hubungan seksual, terdapat pengeluaran cairan (air) yang mendadak, hentikan pada mereka yang sering mengalami keguguran; persalinan sebelum waktunya; mengalami kematian dalam kandungan; sekitar dua minggu menjelang persalinan.

i) Riwayat ketergantungan

(1) Merokok

Merokok selama kehamilan berkaitan dengan keguguran, perdarahan pervagina, kelainan prematur, dan BBLR (2500 gram lebih ringan dari bayi yang tidak merokok). Jika usia ibu di atas 35 tahun ada juga kenaikan berarti dalam resiko bayi menderita malformasi minor dan BBLR, dengan segala bahaya yang menyertainya, sebanyak 5 kali lipat dari perokok muda (Romauli, 2011:112).

(2) Alkohol

Alkohol adalah teratogen, dan sindrom alkohol janin *Fetal alcohol syndrome* (FAS), digunakan untuk menggambarkan malformasi konginetal yang berhubungan dengan asupan alkohol yang berlebihan saat hamil (Fraser *et al*, 2009:168).

(3) Obat terlarang

Penggunaan obat seperti heroin, kemudian metadon, kanabis, kokain, dan amfetamin bila digunakan secara berlebihan pada kehamilan berkaitan dengan keguguran, persalinan prematur, Berat Badan Lahir Rendah (BBLR), lahir mati, dan abnormalitas (Fraster *et al*, 2009:167).

j) Dukungan situsional

Dukungan selama masa kehamilan sangat dibutuhkan bagi wanita hamil, terutama dari orang terdekat apalagi ibu yang baru pertama kali hamil. Seorang wanita akan merasa tenang dan nyaman dengan adanya dukungan dan perhatian dari orang-orang terdekat (Marmi, 2014:145).

k) Latar belakang social budaya

Hal penting yang biasanya berkaitan dengan masa hamil yaitu menu untuk ibu hamil, misalnya ibu hamil

harus pantang terhadap makanan yang berasal dari daging, ikan, telur dan gorengan-gorengan karena kepercayaan akan menyebabkan kelainan pada janin. Adat ini akan sangat merugikan pasien dan janin karena hal tersebut akan membuat pertumbuhan janin tidak optimal dan pemulihan kesehatannya akan lambat. (Romauli, 2011:169-170).

1) Psikososial dan spiritual ibu hamil trimester III

Trimester ketiga sering disebut periode penantian dengan penuh kewaspadaan. Ibu hamil tidak sabar menantikan kelahiran bayi, berjaga-jaga dan menunggu tanda dan gejala persalinan, merasa cemas dengan kehidupan bayi dan dirinya sendiri, merasa canggung, jelek, berantakan, dan memerlukan dukungan yang sangat besar dan konsisten dari pasangannya, mengalami proses duka lain ketika mengantisipasi hilangnya perhatian dan hak intimewa khusus selama hamil, dan hasrat untuk melakukan hubungan seksual akan menghilang seiring dengan membesarnya abdomen yang menjadi penghalang (Marmi, 2014:95-96).

b. Data Objektif

1) Pemeriksaan umum

Keadaan umum ibu baik, keadaan emosional stabil, kesadaran komposmentis. Pada saat ini diperhatikan pula bagaimana sikap tubuh, keadaan punggung, dan cara berjalan. Ibu cenderung bersikap lordosis. Apabila ibu berjalan dengan sikap kifosis, skoliosis atau pincang maka kemungkinan ada kelainan panggul (Romauli, 2011:172).

2) Tanda-tanda vital

a) Tekanan darah

Tekanan darah dalam batas normal, yaitu 100/70-130/90 mmHg. Wanita yang tekanan darahnya sedikit meningkat di awal pertengahan kehamilan mungkin mengalami hipertensi kronis atau jika wanita nulipara dengan sistolik > 120 mmHg, beresiko mengalami preeklampsia (Marmi, 2014:265).

b) Nadi

Denyut nadi sedikit meningkat selama hamil, tetapi jarang melebihi 100 denyut per menit (dpm). Curigai hipotiroidisme jika denyut nadi > 100 dpm. Periksa adanya eksoftalmia dan hiperrefleksia yang menyertai (Marmi, 2014:163).

c) Suhu

Suhu tubuh yang normal 36-37,5°C. Bila suhu tubuh lebih dari 37°C perlu diwaspadai adanya infeksi (Romaui, 2011:173).

d) Pernafasan

Untuk mengetahui sistem pernafasan, normalnya 16-24 kali per menit (Romaui, 2011:173).

3) Antropometri

a) Tinggi badan

Tubuh yang dapat menjadi indikator gangguan genetik. Tinggi badan harus diukur pada saat kunjungan awal. Batas normal tinggi badan ibu hamil adalah = 145 cm (Marmi, 2014:163). Ibu hamil dengan tinggi badan kurang dari 145 cm tergolong risiko tinggi (Romaui, 2011:173)

b) Berat badan

Berat badan ibu hamil akan bertambah antara 6,5 sampai 15 kilogram selama hamil atau terjadi kenaikan berat badan sekitar 0,5kg/minggu (Manuaba, 2010:95). Ibu yang menurut kategori BMI berada pada rentang obesitas lebih berisiko mengalami komplikasi kehamilan. Komplikasi tersebut antara lain diabetes gestasional, hipertensi

akibat kehamilan, dan distosia bahu (Fraser *et al*, 2009:254).

Pada trimester ke-2 dan ke-3 pada perempuan dengan gizi baik dianjurkan menambah berat badan per minggu sebesar 0,4 kg, sementara pada perempuan dengan gizi kurang atau lebih dianjurkan menambah berat badan per minggu masing-masing sebesar 0,5 kg dan 0,3 kg (Saifuddin, 2010:180). Kenaikan berat badan $> 0,57$ kg/minggu merupakan faktor risiko timbulnya hipertensi dalam kehamilan. Sedangkan primigravida yang mempunyai kenaikan berat badan rendah, yaitu $> 0,34$ kg/minggu, menurunkan risiko hipertensi tetapi menaikkan risiko berat badan bayi rendah (Saifuddin, 2010:532).

c) Lingkar Lengan Atas (LILA)

Standar minimal ukuran LILA pada wanita dewasa atau usia reproduksi adalah 23,5 cm. Jika LILA kurang dari 23,5 cm maka interpretasinya adalah Kurang Energi Kronis (KEK) (Jannah, 2012:136). Selain itu merupakan indikator kuat status gizi ibu yang kurang/buruk, sehingga beresiko untuk

melahirkan Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR).
(Romauli, 2011:173).

4) Pemeriksaan fisik

a) Kepala

Bersih atau kotor, pertumbuhan, warna, mudah rontok atau tidak. Rambut yang mudah dicabut menandakan kurang gizi atau ada kelainan tertentu (Romauli, 2011:174).

b) Muka

Tampak cloasma gravidarum sebagai akibat deposit pigmentasi yang berlebihan, tidak sembab. Bentuk simetris, bila tidak menunjukkan adanya kelumpuhan (Romauli, 2011:174).

c) Mata

Bentuk simetris, konjungtiva normal warna merah muda, bila pucat menandakan anemia. Sklera normal berwarna putih, bila kuning menandakan ibu mungkin terinfeksi hepatitis, bila merah kemungkinan ada konjungtivitis. Kelopak mata yang bengkak kemungkinan adanya pre eklampsia (Romauli, 2011:174).

d) Mulut

Dalam kehamilan sering timbul stomatitis dan gingivitis yang mengandung pembuluh darah dan mudah berdarah, maka perlu perawatan mulut agar selalu bersih (Romauli, 2011:174).

e) Gigi

Adanya *caries* atau keropos yang menandakan ibu kekurangan kalsium. Saat hamil sering terjadi *caries* yang berkaitan dengan *emesis* atau *hiperemesis gravidarum*. Adanya kerusakan gigi dapat menjadi sumber infeksi (Romauli, 2011:174).

f) Leher

Normal bila tidak ada pembesaran kelenjar thyroid, tidak ada pembesaran limfe dan tidak ditemukan bendungan vena jugularis (Romauli, 2011:174).

g) Dada

Normal bila tidak ada retraksi dinding dada, tidak ada wheezing dan ronkhi, tidak ada nyeri tekan, tidak ada massa abnormal (Romauli, 2011:174).

h) Payudara

Adanya hiperpigmentasi areola, puting susu bersih dan menonjol. Pada minggu ke-12 kolostrum mulai keluar dari papila mammae pada pasien multigravida

yang tidak mantap menyusui pada masa kehamilan sebelumnya. Wanita primigravida baru akan memproduksi kolostrum pada masa akhir kehamilan (Romauli, 2011:174).

i) Abdomen

Ukuran uterus dapat dikaji melalui observasi kandung kemih yang penuh, kolon yang terdistensi, atau obesitas, dapat memberi kesan yang salah tentang ukuran janin. Linea nigra dapat terlihat sebagai garis berwarna gelap akibat pigmentasi yang terletak memanjang di bagian tengah abdomen di bawah dan terkadang di atas umbilikus. BSC (*Bekas Sectio Caesarea*) dapat mengidentifikasi adanya operasi abdomen atau obstetrik yang pernah dilakukan sebelumnya (Fraser dkk, 2009:258).

j) Genetalia

Pemeriksaan alat genetalia eksterna terdiri dari inspeksi vulva untuk mengetahui pengeluaran cairan atau darah dari liang senggama, perlukaan pada vulva/labium mayus, dan pertumbuhan abnormal (kondiloma akuminata-lata, kista Bartholini, abses Bartholini, fibroma labium mayus). Pada palpasi vulva akan teraba tumor pada vulva, teraba benjolan

atau penebalan labium mayus, dan teraba pembengkakan kelenjar Bartholini (Manuaba, 2010:537).

k) Anus

Hemorroid sering didahului oleh konstipasi. Oleh karena itu, semua penyebab konstipasi berpotensi menyebabkan relaksasi dinding vena dan usus besar. Selain itu, pembesaran uterus mengakibatkan peningkatan tekanan, secara spesifik juga secara umum pada vena hemorroid (Varney dkk 2007:539).

l) Ekstremitas

Pada ibu hamil trimester III sering terjadi edema dependen, yang disebabkan karena kongesti sirkulasi pada ekstremitas bawah, peningkatan kadar permeabilitas kapiler, tekanan dari pembesaran uterus pada vena pelvik ketika duduk atau pada vena kava inferior ketika berbaring. Jika edema muncul pada muka, tangan, dan disertai proteinuria serta hipertensi perlu diwaspadai adanya pre eklampsia (Marmi, 2014:136).

5) Pemeriksaan khusus

a) Palpasi

Tangan bidan harus bersih dan hangat, tangan yang dingin tidak memiliki indera peraba akut yang diperlukan, tangan yang dingin cenderung menstimulasi kontraksi andomen dan otot uterus. Lengan dan tangan harus relaks, palpasi dilakukan dengan bantalan jari, bukan ujung jari yang lembut (Fraser et al, 2009:258).

(1) Leopold I

Leopold I digunakan untuk menentukan usia kehamilan dan juga untuk mengetahui bagian janin apa yang terdapat di fundus uteri (bagian atas perut ibu) (Rachmawati dkk, 2008:121).

Menurut Marmi (2014:167) : langkah-langkah pemeriksaan Leopold I yaitu :

- (a) Kaki penderita dibengkokkan pada lutut dan lipatan paha
- (b) Pemeriksa berdiri di sebelah kanan penderita dan melihat kearah muka penderita
- (c) Rahim dibawa ke tengah
- (d) Tinggi fundus uteri ditentukan

- (e) Temukan bagian apa dari bayi yang terdapat pada fundus. Sifat kepala ialah keras, bundar dan melenting.

Menurut Manuaba (2010:118), variasi Knebel digunakan untuk menentukan letak kepala atau bokong dengan satu tangan di fundus dan tangan yang lain di atas simfisis

(2) Leopold II

Leopold II digunakan untuk menentukan bagain janin yang berada pada kedua sisi uterus, pada letak lintang tentukan di mana kepala janin (Rachmawati dkk, 2008:65).

Menurut Marmi (2014:167-168) langkah-langkah pemeriksaan Leopold II yaitu :

- (a) Kedua tangan pindah di samping
- (b) Tentukan dimana punggung anak.
Punggung anak terdapat di pihak yang meberikan rintangan yang terbesar, carilah bagian-bagian terkecil yang biasanya terletak bertentangan dengan pihak yang memberi rintangan terbesar
- (c) Kadang-kadang disamping terdapat kepala atau bokong ialah letak sungsang

Variasi Budin : menentukan letak punggung dengan satu tangan menekan di fundus, tangan yang lain meraba pinggang janin (Manuaba, 2010:118).

Variasi Ahfeld : menentukan letak punggung dengan pinggir tangan kiri diletakkan tegak di lengan perut (Manuaba, 2010:119).

(3) Leopold III

Menurut Marmi (2014:168) langkah-langkah pemeriksaan Leopold III yaitu :

- (a) Dipergunakan satu tangan saja
- (b) Bagian bawah ditentukan antara ibu jari dan jari lainnya
- (c) Cobalah apakah bagian bawah masih dapat digoyangkan

Leopold III untuk menentukan apa yang terdapat di bagian bawah dan apakah bagian bawah anak ini sudah atau belum terpegang oleh Pintu Atas Panggul (PAP).

(4) Leopold IV

Menurut Marmi (2014:168) langkah-langkah pemeriksaan Leopold IV yaitu :

- (a) Pemeriksaan mengubah sikapnya menjadi kearah kaki penderita
- (b) Dengan kedua tangan ditentukan apa yang menjadi bagian terbawah
- (c) Ditentukan apakah bagian bawah sudah masuk ke dalam PAP dan berapa masuknya bagian bawah ke dalam rongga panggul
- (d) Jika kita rapatkan kedua tangan pada permukaan dari bagian terbawah dari kepala yang masih teraba dari luar

Jadi, Leopold IV untuk menentukan berapa masuknya bagian bawah ke dalam rongga panggul. Jika kita rapatkan kedua tangan pada permukaan dan bagian terbawah dari kepala yang masih teraba dari luar dan :

- (a) Kedua tangan itu konvergen, hanya bagian kecil dari kepala turun ke dalam rongga
- (b) Jika kedua tangan divergen, maka bagian terbesar dari kepala masuk ke dalam rongga panggul dan ukuran terbesar dari kepala sudah melewati pintu atas panggul.

b) Osborn test

Menurut Winkjosastro (2007:231) tujuan Osborn ini adalah untuk mengetahui adanya DKP (Disporsisi Kepala Panggul) pada ibu hamil. Prosedur pemeriksaan test Osborn adalah sebagai berikut :

- (1) Dilakukan pada umur kehamilan 36 minggu
- (2) Tangan kiri mendorong janin masuk ke arah

PAP Apabila kepala mudah masuk tanpa halangan, maka test Osborn adalah negatif (-).

Apabila kepala tidak bisa masuk dan teraba tonjolan di ukur dengan 2 jari telunjuk dan jari tengah tangan. Apabila lebar tonjolan lebih dari dua jari, maka hasil test Osborn adalah positi (+). Apabila lebar tonjolan kurang dari 2 jari, maka hasil test Osborn adalah ragu-ragu ($\pm$).

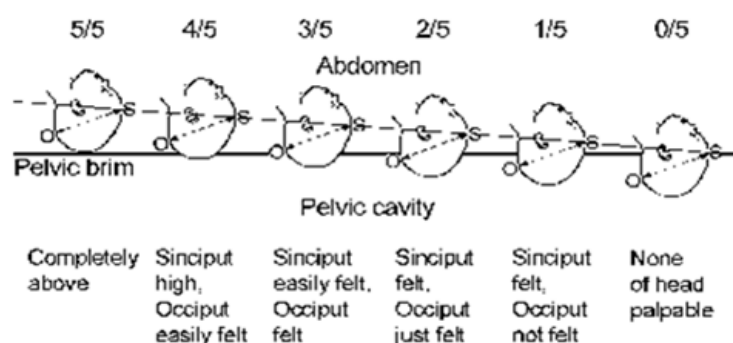
Dengan pertambahan usia kehamilan, ukuran kepala diharapkan bisa menyesuaikan dengan ukuran panggul (Mooulase).

Cara lain apabila kepala tidak bisa masuk dan teraba tonjolan di atas simfisis, maka jari tengah di letakkan tepat di atas simfisis. Apabila telunjuk lebih rendah dari jari tengah, maka hasil test Osborn adalah negative (-). Apabila

jari telunjuk dan jari tengah sejajar, maka hasil test Osborn adalah ragu-ragu ($\pm$). Apabila jari telunjuk lebih tinggi dari jari tengah, maka hasil test Osborn adalah positif (+).

c) Penurunan bagian terbawah janin menurut Winkjosastro (2008:84)

Penurunan kepala janin dilakukan dengan menghitung proporsi bagian yang masih berada di atas tepi atas simfisis dan dapat diukur dengan lima jari tangan (perlinaan).



Gambar 2.16

Proses penurunan kepala berdasarkan sistem perlinaan

Sumber : Winkjosastro, 2008. Ilmu Kebidanan. Halaman 84

d) Rumus Mc. Donald

Fundus uteri diukur dengan pita/metlin. Tinggi fundus dikalikan 2 dan dibagi 7 memberikan umur kehamilan dalam bulan obstetric dan bila dikalikan 8 dan dibagi 7 memberikan umur kehamilan dalam minggu (Winknjosatro, 2008:171).

e) Tinggi Fundus Uteri (TFU)

Berikut disajikan tabel 2.13 mengenai perkiraan usia kehamilan dalam minggu dan cm :

Tabel 2.13
Perkiraan Usia Kehamilan Dalam Minggu dan TFU
dalam cm

Usia kehamilan	Tinggi Fundus	
	Dalam cm	Menggunakan penunjuk-penunjuk badan
12 minggu	-	Teraba diatas simfisis Pubis
16 minggu	-	Di tengah, antara simfisis pubis dan umbilicus
20 minggu	20 cm (± 2 cm)	Pada umbilicus
22-27 minggu	Usia kehamilan dalam minggu = cm (± 2 cm)	-
28 minggu	28 cm (± 2 cm)	Di tengah, antara umbilicus dan prosessus sifoideus
29-35 minggu	Usia kehamilan dalam minggu = cm (± 2 cm)	-
36 minggu	36 cm (± 2 cm)	Pada prosessus sifoideus

Sumber : (Saifuddin, 2009:93)

f) Tafsiran Berat Janin (TBJ)

Tafsiran ini bila berlaku untuk janin presentasi kepala. Rumusnya adalah sebagai berikut : (tinggi fundus dalam cm - n) x 155 = berat (gram). Bila kepala di atas atau pada spina iskiadika maka n= 12.

Bila kepala di bawah spina iskiadika maka $n=11$ (Romauli, 2011:71).

g) Auskultasi

Jumlah denyut jantung janin normal adalah 120 sampai 140 denyut per menit. Bila bunyi jantung kurang dari 120 per menit atau lebih dari 160 kali per menit atau tidak teratur, maka janin dalam keadaan asfiksia (kekurangan oksigen). Kemudian jumlah bunyi jantung dikalikan empat, misalnya 5 detik pertama, 5 detik ketiga, dan 5 detik kelima dalam satu menit adalah :

(1) (11-12-11) kesimpulannya teratur, frekuensi 136 per menit, DJJ normal.

(2) (10-14-9) kesimpulannya teratur, frekuensi 132 per menit, janin dalam keadaan asfiksia.

(3) (8-7-9) kesimpulannya teratur, frekuensi 92 per menit, janin dalam keadaan asfiksia.

Jadi, kesimpulannya interval DJJ antara 5 detik pertama, ketiga, dan kelima dalam 1 menit tidak boleh lebih dari 2 (Manuaba, 2010:116).

h) Pemeriksaan panggul

Menurut Marmi (2014:171-172) persalinan dapat berlangsung dengan baik atau tidak antara lain

tergantung pada luasnya jalan lahir yang terutama ditentukan oleh bentuk dan ukuran-ukuran panggul. Maka untuk meramalkan apakah persalinan dapat berlangsung biasa, pengukuran panggul diperlukan. Pemeriksaan panggul dibagi menjadi 2, yaitu :

(1) Pemeriksaan panggul luar

- (a) Distansia spinarum, jarak antara spina iliaca anterior superior kiri dan kanan (normalnya $\pm 23-16$ cm).
- (b) Distansia cristarum, jarak antara crista iliaca, kanan dan kiri (normalnya $\pm 26-29$ cm).
- (c) Cojungata eksterna (baudeloque), jarak antara pinggir atas symphysis dan ujung processus spinosus ruas tulang lumbal ke-V (normalnya $\pm 18-20$ cm).
- (d) Ukuran lingkaran panggul, dari pinggir atas symphysis ke pertengahan antara spina iliaca anterior superior dan trochanter major sepihak dan kembali melalui tempat-tempat yang sama dipihak yang lain (normalnya 80-90 cm).

(2) Pemeriksaan panggul dalam

Pemeriksaan dilakukan pada usia kehamilan 36 minggu.

i) Pemeriksaan penunjang

(1) Pemeriksaan darah

(a) Haemoglobin

Pemeriksaan dan pengawasan Haemoglobin (Hb) dapat dilakukan dengan menggunakan alat *Sahli*. Hasil pemeriksaan Hb dengan *Sahli* dapat digolongkan sebagai berikut :
Tidak anemia jika Hb 11 gr%, anemia ringan jika Hb 9-10 gr%, anemia sedang jika Hb 7-8 gr%, anemia berat jika Hb <7 gr% (Manuaba, 2010:239).

(b) Golongan darah

Golongan darah ABO adalah faktor Rhesus (Rh). Ibu dengan rhesus negatif beresiko mengalami keguguran, amniosentesis, atau trauma uterus, harus diberi anti-gammaglobulin D dalam beberapa hari setelah pemeriksaan. Jika titrasi menunjukkan peningkatan respons antibodi, harus dilakukan pemeriksaan yang lebih sering dalam rangka merencanakan

penatalaksanaan pengobatan oleh spesialis Rhesus (Fraser *et al*, 2009:255).

(2) Pemeriksaan urin

Menurut Fraser dan Cooper (2009) urinalisis dilakukan pada setiap kunjungan untuk memastikan tidak adanya abnormalitas. Hal lain yang dapat ditemukan pada urinalisis rutin antara lain :

- (a) Keton akibat pemecahan lemak untuk menyediakan glukosa, disebabkan oleh kurangnya pemenuhan kebutuhan janin yang dapat terjadi akibat muntah, hiperemesis, kelaparan, atau latihan fisik yang berlebihan.
- (b) Glukosa karena peningkatan sirkulasi darah, penurunan ambang ginjal atau penyakit.
- (c) Protein akibat kontaminasi oleh leukore vagina, atau penyakit seperti infeksi saluran perkemihan atau gangguan hipertensi pada kehamilan.

(3) *Ultrasonografi (USG)*

Menurut Romauli (2011:72) penentuan usia kehamilan dengan USG menggunakan 3 cara :

- (a) Dengan mengukur diameter kantung kehamilan (GS= Gestationalsac) untuk kehamilan 0-12 minggu.
- (b) Dengan mengukur jarak kepala-bokong (GRI= Groun Rum Length) untuk umur kehamilan 7-14 minggu.
- (c) Dengan mengukur diameter biparetal (BPD) untuk kehamilan lebih dari 12 minggu.

(4) *Non Stress Test (NST)*

Pemeriksaan ini dilakukan untuk menilai hubungan gambaran DJJ dan aktivitas janin. Penilaian dilakukan terhadap frekuensi dasar DJJ, variabilitas dan timbulnya akselerasi yang menyertai gerakan janin (Marmi, 2014:190).

(5) Kartu skor Poedji Rochyati

Untuk mendeteksi risiko ibu hamil dapat menggunakan kartu Skor Poedji Rochyati. Terdiri dari Kehamilan Risiko Rendah (KRR) dengan skor 2 ditolong oleh bidan, Kehamilan

Risiko Tinggi (KRT) dengan skor 6-10 ditolong oleh bidan atau dokter dan Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST) dengan skor >12 ditolong oleh dokter (Kemenkes RI, 2014:12a).

2. Interpretasi Data

Setelah pengkajian data ibu dan janin selesai, langkah selanjutnya menentukan diagnosis. Ada 4 kemungkinan diagnosis ibu hamil, yaitu:

- a. Hamil normal (sertakan usia kehamilan)
- b. Hamil normal dengan masalah khusus (keluarga, masalah psikososial, KDRT, masalah keuangan, dll)
- c. Hamil dengan penyakit/komplikasi (hipertensi, anemia, eklamsi, pertumbuhan dan perkembangan janin terhambat, infeksi saluran kemih, penyakit kelamin, dll), kondisi ini memerlukan tindakan rujukan untuk konsultasi/penanganan bersama.
- d. Hamil dengan keadaan darurat (perdarahan, eklamsi, KPD, dll) memerlukan tindakan rujukan segera.

3. Identifikasi Diagnosis dan Masalah Potensial

Menurut Permenkes RI No 938/Menkes/VIII/2007, Bidan menganalisa data yang diperoleh pada pengkajian, menginterpretasikannya secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat.

Diagnosa : G1/>1PAPIAH, usia kehamilan 28-40 minggu, janin hidup tunggal, intrauterin, situs bujur, habitus fleksi, posisi puka/puki, presentasi bokong/kepala, kesan jalan lahir normal, keadaan umum ibu dan jani baik (Manuaba, 2012:123).

Dengan kemungkinan masalah : edema dependen, nokturia, hemoroid, konstipasi, kram pada tungkai, sesak nafas, pusing, nyeri pinggang, varices, panas dan nyeri di uluh hati (*heart burn*) dan kecemasan menghadapi persalinan (Varney, Kriebs and Gegor, 2007:538-543).

4. Tindakan segera atau Kolaborasi

Menunjukkan bahwa bidan dalam melakukan tindakan harus sesuai dengan prioritas masalah atau kebutuhan yang dihadapi kliennya, setelah bidan merumuskan tindakan yang dilakukan untuk mengantisipasi diagnosis atau masalah potensial yang sebelumnya (Suprpti & Mansur, 2018b).

5. Rencana Tindakan Asuhan

Diagnosa kebidanan : G1/>1PAPIAH, usia kehamilan 28-40 minggu, janin hidup tunggal, intrauterin, situs bujur, habitus fleksi, posisi puka/puki, presentasi kepala/bokong, kesan jalan lahir normal, keadaan umum ibu dan janin baik (Manuaba, 2012 :126).

Tujuan : Ibu dan janin sehat, sejahtera sampai melahirkan.

Kriteria :

- a. Keadaan umum baik
- b. Kesadaran composmentis
- c. Tanda-tanda vital normal :
 - 1) Tekanan Darah : 100/70-130/90 mmHg
 - 2) Nadi : 76-88 x/menit
 - 3) Suhu : 36,5-37,5 °C
 - 4) Respirasi Rate : 16-24x/menit
- d. Pemeriksaan laboratorium
 - 1) Hb= 11 gr%, protein urine (-), reduksi urine (-)
 - 2) DJJ 120-160 x/menit, kuat, irama teratur
 - 3) TFU sesuai dengan usia kehamilan
 - 4) Situs bujur dan presentasi belakang kepala

Intervensi menurut Varney, Kriebs dan Gegor (2007:554-556) :

- a. Jelaskan pada ibu tentang hasil pemeriksaan .

R/ : Bila ibu mengerti keadaannya, ibu bisa kooperatif dengan tindakan yang diberikan.
- b. Jelaskan tentang ketidaknyamanan dan masalah yang mungkin timbul pada ibu hamil trimester III meliputi perdarahan pervaginam, demam, sakit kepala hebat, odema, ketuban pecah dini.

R/ : Ibu dapat beradaptasi dengan keadaan dirinya.

- c. Diskusikan dengan ibu tentang kebutuhan dasar ibu hamil meliputi nutrisi, eliminasi, istirahat dan tidur, personal hygiene, aktivitas, hubungan seksual, perawatan payudara, senam hamil, rekreasi, dan obat-obatan.

R/ : Dengan memenuhi kebutuhan dasar ibu hamil, maka kehamilan dapat berlangsung dengan aman dan lancar.

- d. Jelaskan pada ibu tentang tanda bahaya kehamilan trimester III meliputi : hipertensi, pre-eklampsia, ketuban pecah dini, dll yang mengindikasikan pentingnya menghubungi tenaga kesehatan dengan segera.

R/: Mengidentifikasi tanda bahaya dalam kehamilan, supaya ibu mengetahui kebutuhan yang harus dipersiapkan untuk menghadapi kemungkinan keadaan darurat.

- e. Jelaskan pada ibu tentang persiapan persalinan.

R/ : Dengan adanya rencana persalinan akan mengurangi kebingungan dan kekacauan pada saat persalinan serta meningkatkan kemungkinan bahwa ibu

akan menerima asuhan yang sesuai dan tepat waktu (Marmi, 2011:128).

- f. Jelaskan pada ibu tentang tanda-tanda persalinan.

R/ :Mengidentifikasi kebutuhan yang harus dipersiapkan untuk mempersiapkan persalinan dan kemungkinan keadaan darurat.

- g. Pesankan pada ibu untuk kontrol ulang sesuai jadwal atau sewaktu-waktu bila ada keluhan.

R/ : Memantau keadaan ibu dan janin, serta mendeteksi dini terjadinya komplikasi.

6. Implementasi

Menurut Kepmenkes RI No.938/Menkes/SK/VIII/2007, Bidan melakukan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien, dan aman berdasarkan evidence based kepada klien/pasien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

Kriterianya adalah :

- a. Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritual-kultural.
- b. Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien atau keluarganya (inform consent)
- c. Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan evidence based

- d. Melibatkan klien/pasien dalam setiap tindakan
- e. Menjaga privasi klien/pasien
- f. Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi
- g. Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan
- h. Menggunakan sumber daya, sarana, dan fasilitas yang ada dan sesuai
- i. Melaksanakan tindakan sesuai standart.
- j. Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan

7. Evaluasi

Menurut Kepmenkes RI (2007:7) Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Evaluasi dan penilaian dilakukan segera setelah selesai melakukan asuhan sesuai kondisi klien. Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada klien dan keluarga. Hasil evaluasi harus ditindak lanjuti sesuai kondisi klien/pasien.

B. Dokumentasi SOAP

Menurut Kepmenkes RI No. 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, Bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat, dan jelas mengenai keadaan/kejadian

yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan. Dengan kriteria :

1. Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (rekam medis/KMS/status pasien/buku KIA)
2. Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP, yaitu sebagai berikut :

S : adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesis

O : adalah data objektivitas, mencatat hasil pemeriksaan

A : adalah hasil analisis, mencatat diagnose dan masalah kebidanan

P : adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/follow up dan rujukan.

Langkah implementasi, evaluasi, dan dokumentasi di atas berlaku atau dilakukan juga untuk semua asuhan yaitu asuhan kebidanan pada kehamilan, bersalin, nifas, neonatus, dan keluarga berencana.

2.6.2. Manajemen Askeb pada Persalinan

A. Pengkajian dengan 7 langkah varney

1. Pengkajian data

a. Data Subjektif

1) Biodata

a) Nama

Menetapkan identitas yang pasti pada pasien karena kemungkinan memiliki nama yang sama dengan alamat dan nomor telepon yang berbeda (Manuaba, 2007:159)

b) Umur

Untuk mengetahui apakah ibu termasuk resiko tinggi atau tidak. Usia dibawah 16 tahun dan diatas 35 tahun mempredisposisikan wanita terhadap sejumlah komplikasi. (Varney, 2008).

c) Agama

Sebagai dasar bidan dalam memberikan dukungan mental dan spiritual terhadap pasien dan keluarga sebelum dan pada saat persalinan(Manuaba, 2010:117).

d) Pendidikan

Peneliti menunjukkan bahwa semakin tinggi pendidikan seseorang, maka semakin baik pula pengetahuannya tentang sesuatu (Romaui, 2011:124).

e) Pekerjaan

Mengetahui pekerjaan klien penting untuk mengkaji pasien berada dalam keadaan utuh dan untuk mengkaji potensi kelainan prematur dan paparan terhadap bahaya lingkungan kerja yang dapat merusak janin (Marmi, 2011:155).

f) Alamat

Untuk mengetahui ibu tinggal dimana, menjaga kemungkinan bila ada ibu dengan nama yang sama. Alamat juga diperlukan bila bidan akan melakukan kunjungan kepada ibu (roumali, 2011:163).

2) Keluhan utama

Menurut Manuaba dkk, (2010:173) tanda-tanda persalinan yaitu:

- a) Terjadinya his persalinan. His persalinan mempunyai ciri khas pinggang terasa nyeri yang menjalar ke depan, sifatnya teratur, interval makin pendek, dan kekuatannya makin besar, mempunyai pengaruh terhadap pembukaan serviks, makin beraktivitas (jalan) makin bertambah.

b) Pengeluaran lendir dan darah (pembawa tanda).

Dengan his persalinan terjadi perubahan pada serviks yang menimbulkan pendataran dan pembukaan.

c) Pengeluaran cairan. Pada beberapa kasus terjadi ketuban pecah yang menimbulkan pengeluaran cairan. Sebagian besar ketuban baru pecah menjelang pembukaan lengkap.

d) Gejala utama pada kala II (pengusiran) menurut Manuaba (2012:173) adalah:

(1) His semakin kua, dengan interval 2 sampai 3 menit, dengan durasi 50 sampai 100 detik.

(2) Menjelang akhir kala I, ketuban pecah dan ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak.

(3) Ketuban pecah pada pembukaan mendekati lengkap diikuti keinginan mengejan, karena tertekannya pleksus frankenhauser.

3) Riwayat kesehatan

Kondisi medis tertentu berpotensi mempengaruhi ibu atau bayi atau bahkan keduanya. Calon ibu mengetahui bahwa penyakitnya dapat memperburuk dan berulang menyebabkan bayi sakit atau meninggal.

Berikut ini adalah beberapa kondisi medis pada kategori ini:

a) Penyakit jantung

Perubahan fisiologi terjadinya peningkatan volume darah dan peningkatan frekuensi denyut jantung menyebabkan peningkatan serambi kiri jantung yang mengakibatkan edema pada paru. Edema paru merupakan gejala pertama dari mitral stenosis, terutama terjadi pada pasien yang telah mengalami antrial fibrilasi (Saifuddin, 2010:769).

b) Asma

Wanita yang menderita asma berat dan mereka yang tidak mengendalikan asmanya tampak mengalami peningkatan insiden hasil maternal dan janin yang buruk, termasuk kelahiran dan persalinan prematur, penyakit hipertensi pada kehamilan, bayi terlalu kecil, untuk usia gestasinya, abruption plasenta, korioamnionitis, dan kelahiran seksio sesarea (Fraser, et.al, 2009:322).

c) Anemia

Bahaya saat persalinan adalah gangguan his (kekuatan mengejan), kala pertama dapat berlangsung lama sehingga dapat melelahkan dan sering memerlukan

tindakan operasi kebidanan, kala uri dapat diikuti retensio plasenta dan perdarahan postpartum karena atonia uteri, kala 4 dapat terjadi perdarahan postpartum sekunder dan atonia uteri (Manuaba dkk, 2012:240).

d) Gonorea

Dapat terjadi abortus spontan, berat badan lahir sangat rendah, ketuban pecah dini, korioamnionitis, persalinan premature (Fraser, et.al, 2009:371).

e) Diabetes militus

Idealnya, pada ibu yang menderita DM tanpa komplikasi selama kehamilannya, persalinan dapat dilakukan secara spontan pada saat sudah cukup bulan (Fraser,et.al, 2009:338)

4) Riwayat menstruasi

a) Menarche

Adalah terjadinya haid yang pertama kali. Menarche terjadi pada usia pubertas, yaitu 12 – 16 tahun, rata-rata 12,5 tahun.

b) Siklus haid

Siklus haid yang klasik adalah 28 hari ± 2 hari, sedangkan pola haid dan lamanya perdarahan tergantung pada tipe wanita dan biasanya 3-8 hari .

c) Hari pertama haid terakhir

HPHT dapat dijabarkan untuk memperhitungkan tanggal tafsiran persalinan. Bila siklus haid ± 28 hari, rumus yang dipakai adalah rumus Neagele yaitu hari + 7, bulan -3, tahun + 1 (Marmi, 2011 : 123).

5) Riwayat kebidanan

a) Kehamilan, persalinan, dan nifas yang lalu

Riwayat melahirkan preterm meningkatkan risiko ibu sebesar 30% untuk melahirkan preterm lagi. Risiko tersebut meningkat seiring peningkatan jumlah kelahiran preterm dan menurun seiring peningkatan jumlah kelahiran cukup bulan. Segera setelah persalinan dapat terjadi peningkatan suhu tubuh, tetapi tidak lebih dari 38°C (Manuaba dkk, 2012:201)

b) Riwayat kehamilan dan persalinan sekarang

Menurut Saifuddin (2009:90-91) jadwal pemeriksaan hamil yaitu, kunjungan antenatal sebaiknya dilakukan paling sedikit 4 kali selama kehamilan yaitu: satu kali pada saat trimester I, satu kali pada saat trimester dua, dan dua kali pada trimester III.

Pelayanan asuhan kehamilan standar minimal 7T yaitu: timbang, ukur tekanan darah, ukur tinggi dan fundus uteri, pemberian imunisasi TT lengkap (5x TT

yaitu TT5), pemberian tablet zat besi minimum 90 tablet selama kehamilan, tes terhadap penyakit menular seksual, dan temu wicara dalam rangka persiapan rujukan. lama kala I primigravida 12 jam, multigravida 8 jam. Pembukaan primigravida 1 cm/jam dan pembukaan multigravida 2 cm/jam. Lama kala II untuk primigravida 50 menit dan multigravida 30 menit. Kala III untuk primigravida 30 menit dan multigravida 15 menit. Lama kala IV 2 jam (manuabdkk, 2010:173-174).

c) Riwayat KB

Riwayat kontrasepsi diperlukan karena kontrasepsi hormonal dapat mempengaruhi *Estimated Date of Delivery (EDD)* dan karena penggunaan metode lain dapat membantu “menanggali kehamilan” (Marmi, 2011:158).

b. Data Objektif

1) Pemeriksaan umum

a) Keadaan umum

Keadaan umum baik, keasadaran komposmentis, postur tubuh, pada saat ini diperhatikan bagaimana seikap tubuh, keadaan punggung, dan cara berjalan (cenderung membungkuk, terdapat lordosis, kifosis,

skoliosis, atau berjalan pincang (Roumauli, 2011:172).

b) Kesadaran

Untuk mendapatkan gambaran pasien dapat dilakukan dengan penkajian derajat kesadaran dari keadaan *Composmentis* (kesadaran penuh) sampai *Coma* (pasien tidak sadar) (Sulistyawati, 2010:122).

c) TTV

(1) Tekanan darah

Tekanan darah meningkat selama koordinasi disertai peningkatan sistolik rata-rata 15 (10-20) mmHg dan diastolic rata-rata 5-10 mmHg. Pada waktu-waktu diantara kontraksi, tekanan darah kembali ke tingkat sebelum persalinan. Nyeri, rasa takut dan kekhawatiran dapat semakin meningkatkan tekanan darah (Varney, 2008:686).

(2) Nadi

Perubahan nadi yang mencolok selama kontraksi disertai peningkatan selama fase peningkatan (Varney, 2008:687).

(3) Suhu

Suhu tubuh sedikit meningkat selama persalinan, tertinggi selama dan segera setelah melahirkan.

Dianggap normal ialah peningkatan suhu yang tidak lebih dari $0,5-1^{\circ}\text{C}$. mencerminkan peningkatan metabolisme persalinan (Varney, 2008:687).

(4) Pernapasan

Menurut Manuaba (2010:207), peningkatan frekuensi pernafasan masih normal selama persalinan, dan mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi.

2) Pemeriksaan fisik

a) Kepala

Bersih atau kotor, pertumbuhan, warna, mudah rontok atau tidak. Rambut yang mudah dicabut menandakan kurang gizi atau ada kelainan tertentu (Romauli, 2011:174).

b) Muka

Pada muka perlu dilakukan pemeriksaan edema yang merupakan tanda klasik preeklamsia (Varney, 2007:693).

c) Mata

Bentuk simetris, konjungtiva normal warna merah muda, bila pucat menandakan anemia. Sclera normal berwarna putih, bila kuning menandakan ibu mungkin

terinfeksi hepatitis, nilai merah kemungkinan ada konjungtivitis. Kelopak mata yang bengkak kemungkinan adanya preeklampsia (Romauli, 2009:174).

d) Mulut

Pada triwulan pertama kehamilan mengalami mual dan muntah. Keadaan ini menyebabkan perawatan gigi tidak diperhatikan dengan baik, sehingga timbul karies, gingivitis, dan sebagainya (Wiknjosastro, 2009).

e) Leher

Kelenjar tyroid akan mengalami pembesaran hingga 15,0 ml pada saat persalinan akibat dari hiperplasia kelenjar dan peningkatan vaskularisasi (Saifuddin, 2010:186). Kelenjar limfe yang membengkak merupakan salah satu gejala klinis infeksi toksoplasmosis pada ibu hamil, pengaruhnya terhadap kehamilan dapat menimbulkan keguguran, persalinan prematuritas dan cacat bawaan (Manuaba, 2012:340).

f) Abdomen

Pada ibu bersalin, perlu dilakukan pemeriksaan TFU, yaitu pada saat tidak sedang kontraksi dengan menggunakan pita ukur. Kontraksi uterus perlu

dipantau mengenai jumlah kontraksi selama 10 menit, dan lama kontraksi. Pemeriksaan DJJ dilakukan selama atau sebelum masuk puncak kontraksi pada lebih dari satu kontraksi. Presentasi janin, dan penurunan bagian terendah janin juga perlu dilakukan pemeriksaan. Sebelum melakukan pemeriksaan abdomen, anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemih (Wiknjosastro, 2008:42-43).

g) Genetalia

Pengeluaran cairan, pada beberapa kasus terjadi ketuban pecah yang menimbulkan pengeluaran cairan (Manuaba,2010:173). Luka parut di vagina mengindikasikan adanya riwayat robekan perineum atau tindakan episiotomy sebelumnya, sementara pada kala II terdapat perineum menonjol dan vulva membuka (Wiknjosastro,2008:45).

h) Anus

Perenium mulai menonjol dan anus mulai membuka. Tanda ini akan tampak bila betul-betul kepala sudah di dasar panggul dan mulai membuka pintu (Wiknjosastro,2008:46).

i) Ekstremitas

Edema merupakan tanda klasik preeclampsia. Edema pada kaki dan pergelangan kaki saja biasanya merupakan edema dependen yang disebabkan oleh penurunan aliran darah vena akibat penekanan yang membesar (Varney, 2008:693).

3) Pemeriksaan khusus

a) Palpasi

- (1) Penurunan kepala
- (2) Tinggi Fundus Uteri (TFU)
- (3) Tafsiran berat janin (TBJ)

Tafsiran ini berlaku untuk janin presentasi kepala.

Rumusnya adalah sebagai berikut: $(TFU \text{ (cm)} - n) \times 155 = \text{berat (gram)}$. Bila kepala diatas atau pada spina iskiadika maka $n = 12$, bila kepala dibawah spina iskiadika maka $n = 11$ (Romauli, 2011).

b) Auskultasi

Denyut jantung berbunyi ganda tetapi lebih cepat dibandingkan bunyi jantung orang biasa. DJJ normal harus berada pada rentang 110-160/menit (Fraser, 2009:261).

Lokasi punctum maksimum denyut jantung janin dapat digunakan untuk mengetahui sikap badan janin.

Selama kala satu persalinan denyut jantung janin (DJJ) harus dievaluasi segera setelah sebuah kontraksi paling tidak setiap 30 menit dan setiap 15 menit selama kala dua. Untuk wanita dengan kehamilan beresiko, evaluasi auskultasi dilakukan paling tidak setiap 15 menit selama kala satu dan 5 menit pada kala dua (Lenovo, 2009:147-148)

c) His

Menurut Saifuddin (2009:289:290) Amplitudo uterus meningkat sampai 60 mmHg pada akhir

kala I dan frekuensi his menjadi 2-4 kontraksi tiap 10 menit. Juga durasi his meningkat dari 20 detik pada perubahan partus sampai 60-90 detik pada akhir kala I atau pada permulaan kala II. Persalinan kala II di mulai ketika pembukaa serviks suda lengkap 10 cm da berakhir dengan lahirnya bayi. Kala dua juga di sebut dengan kala pengeluaran bayi(Wikenjosastro, 2008:79).

Persalinan kala III di mulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban(Wikenjosastro, 2011:70). Persalinan kala IV di mulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam setelah itu (Marmi, 2011:65).

d) Pemeriksaan dalam

Menurut Cunningham (2009) perhatian cermat terhadap hal-hal berikut:

(1) Pemeriksaan serviks

Derajat pendataran serviks biasanya dinyatakan dengan panjang kanalis servisis berbanding dengan panjang yang belum mendatar. Jika panjang serviks berkurang separuh, dikatakan 50% mendatar, bila serviks menjadi setipis segmen uterus dibawah di dekatnya, serviks dikatakan telah mendatar penuh atau 100%.

(2) Dilatasi serviks

Dilatasi serviks ditentukan dengan memperkirakan diameter rata-rata pembukaan serviks. Jari pemeriksaan disापukan dari tepi serviks di satu sisi yang berlawanan, dan diameter yang dilintasi dinyatakan dalam sentimeter.

(3) Posisi serviks

Hubungan anatara os serviks dengan kepala janin dikategorikan sebagai posterior, posisi setengah, atau anterior. Posisi posterior mengesankan persalinan preterm.

(4) Deteksi pecahnya selaput ketuban

Suatu diagnosis pasti pecahnya selaput ketuban dibuat apabila cairan amnion terlihat berada di forniks posterior atau cairan jernih mengalir dari kanalis servisis

(5) Bidang hodge

Menurut manuaba (2010), bidang hodge I yaitu bidang yang sama dengan pintu atas panggul, Hodge II yaitu bidang sejajar dengan Hodge I setinggi tepi bawah simfisis, Hodge III bidang sejajar dengan Hodge I setinggi spina iskiadika, Hodge IV yaitu bidang sejajar dengan Hodge I setinggi ujung tulang kelangkang (Os sacrum).

4) Pemeriksaan penunjang

a) Urin

Urin yang dikeluarkan selama persalinan harus diperiksa untuk adanya glukosa, keton, dan protein. Keton dapat terjadi akibat kelaparan atau distress maternal jika semua energy yang ada telah terpakai. Kadar keton yang rendah sering terjadi selama persalinan dan dianggap tidak signifikan. Kecuali pada ibu non diabetic yang baru saja mengkonsumsi karbohidrat atau gula dalam jumlah besar, glukosa

ditemukan dalam urine hanya setelah pemberian glukosa intravena (Fraser et al, 2009:453)

b) Darah

Yang diperiksa adalah golongan darah ibu, kadar hemoglobin dan HbsAg (Romauli, 2011:187).

2. Interpretasi data

Diagnosis : G PAPA H UK....minggu, inpartu kala I fase laten atau aktif persalinan normal janin tunggal, hidup, intrauteri.

Masalah : Ada/Tidak ada. Hal-hal yang berkaitan dengan pengalaman hal yang sedang dialami klin yang ditemukan dari hasil pengkajian atau yang menyertai diagnosis.

3. Identifikasi diagnosis dan masalah potensial

Langkah ini diambil berdasarkan diagnosis dan masalah actual yang telah diidentifikasi. Pada langkah ini juga dituntut untuk merumuskan tindakan antisipasi agar diagnosis masalah potensial tersebut tidak terjadi

Diagnosis Potensial : Ada/Tidak ada

Masalah Potensial : Ada/Tidak ada

4. Tindakan segera atau kolaborasi

Menunjukkan bahwa bidan dalam melakukan tindakan harus sesuai dengan prioritas masalah atau kebutuhan yang dihadapi kliennya, setelah bidan merumuskan tindakan yang dilakukan

untuk mengantisipasi diagnosis atau masalah potensial yang sebelumnya (Suprati & Mansur, 2018b).

5. Rencana asuhan tindakan

Diagnosa G=1P0> UK 37-40 minggu, tunggal, hidup, intrauterine, situs bujur, habitus fleksi, puka/puki, preskep, HI-IV, kepala sudah masuk PAP keadaan jalan lahir normal KU ibu dan janin baik, inpartu kala I fase laten/aktif (akselerasi, dilatasi maksimal, deselerasi) atau kala II.

Tujuan :

Setelah dilakukan asuhan kebidanan diharapkan tidak terjadi komplikasi selama persalinan

Kriteria :

a) KU baik, kesadaran composmentis

b) TTV dalam batas normal

TD : 100/60-130/90 mmHg

S : 36-37°C

N : 80-100x/menit

R : 16-24x/menit

c) His minimal 2 kali tiap 10 menit dan berlangsung sedikitnya 40 detik

d) Kala I pada primigravida < 13 jam, pada multigravida < 7 jam

- e) Kala II pada primigravida < 2 jam, pada multigravida < 1 jam
- f) Bayi lahir spontan, menangis kuat, gerak aktif
- g) Kala III pada primigravida < 30 menit sedangkan multigravida < 15 menit. Plasenta lahir spontan, lengkap.
- h) Kala IV kontraksi uterus baik, keras dan bundar, perdarahan < 500 cc

6. Implementasi

Menurut Kemenkes Nomor 938/Menkes/SK/VII/2007 bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien, dan aman berdasarkan *evidence based* kepada pasien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitative. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

7. Evaluasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VII/2007 tentang standar asuhan kebidanan, bidan melakukan evaluasi segera secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifitasan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Dengan kriteria sebagai berikut :

- a) Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai dengan kondisi lain

- b) Hasil evaluasi segera dicatat dan didokumentasikan pada klien dan keluarga
- c) Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar
- d) Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien

B. Dokumentasi SOAP

Kemenkes RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 pencacatan dilakukan setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (rekam medis/KMS/status pasien/buku KIA) dan ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP sebagai berikut :

S : Adalah data subyektif, mencatat hasil pemeriksaan

O : Adalah data obyektif, mencatat hasil pemeriksaan

A : Adalah hasil analisa, mencatat diagnose dan masalah kebidanan

P : Adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi, dan rujukan. Langkah implementasi, evaluasi dan dokumentasi diatas berlaku untuk semua asuhan.

2.6.3. Manajemen Askeb pada Masa Nifas

A. Pengkajian dengan 7 langkah varney

1. Pengkajian data

a. Data Subjektif

1) Biodata

a) Nama

Nama jelas dan lengkap, bila perlu nama panggilan sehari-hari agar tidak terjadi kekeliruan dalam memberikan penanganan (Ambarwati, 2010:131).

b) Umur

Umur pasien dikaji untuk mengetahui apakah pasien dikatakan memiliki risiko jika <20 tahun karena alat-alat reproduksi belum matang dan psikis yang belum siap dan >35 tahun rentan sekali terjadi komplikasi dalam kehamilan dan perdarahan post partum, jadi usia reproduktif (subur) seorang wanita dalam siklus reproduksi berkisar dari 20-35 tahun (Manuaba, 2010:246).

c) Agama

Untuk mengetahui keyakinan pasien tersebut untuk membimbing atau mengarahkan pasien dalam berdoa (Ambarwati, 2010:132).

d) Pendidikan

Pendidikan yang kurang membuat masyarakat tetap berorientasi pada pengobatan dan pelayanan tradisional sehingga memengaruhi kesejahteraan ibu (Manuaba, 2010:241).

e) Alamat

Untuk mempermudah kunjungan rumah bila diperlukan (Eny, 2010:132).

f) Pekerjaan

Pekerjaan perlu dikaji untuk mengetahui penghasilan pasien (Manuaba, 2010:235). Seringkali alasan pekerjaan membuat seorang ibu merasa kesulitan untuk memberikan ASI secara eksklusif. Pada wanita yang bekerja pada saat menyusui perlu adanya informasi tentang teknik laktasi dan penyimpanan ASI (Marmi, 2012:122).

g) Penghasilan

Penghasilan yang terbatas dapat menambah sulitnya masalah sosial ekonomi, sehingga memengaruhi status gizi ibu nifas (Manuaba, 2010:235).

h) Penanggung jawab

Untuk mengetahui siapa yang bertanggung jawab terhadap pasien, sehingga bila sewaktu-waktu dibutuhkan bantuannya dapat segera ditemui (Sulistyawati, 2012:166).

2) Keluhan utama

Menurut Varney et al (2007:974-977), keluhan yang sering dialami ibu masa nifas adalah sebagai berikut:

a) *After pain*

Nyeri setelah melahirkan disebabkan oleh kontraksi dan relaksasi uterus berurutan yang terjadi secara terus menerus.

b) Keringat berlebih

Wanita postpartum mengeluarkan keringat berlebihan karena tubuh menggunakan rute ini dan diuresis untuk mengeluarkan kelebihan cairan interstisial yang disebabkan oleh peningkatan cairan intraseluler selama kehamilan.

c) Pembesaran payudara

Pembesaran payudara disebabkan kombinasi, akumulasi, dan stasis air susu peningkatan vaskularitas dan kongesti. Kombinasi ini mengakibatkan kongesti lebih lanjut karena stasis limfatik dan vena. Hal ini terjadi saat pasokan air susu meningkat, pada sekitar hari ke-3 postpartum baik pada ibu menyusui maupun tidak menyusui, dan berakhir sekitar 24 hingga 48 jam.

d) Nyeri luka perineum

Beberapa tindakan kenyamanan perineum dapat meredakan ketidaknyamanan atau nyeri akibat laserasi atau episiotomi dan jahitan laserasi atau episiotomi tersebut.

e) Konstipasi

Konstipasi dapat menjadi berat dengan longgarnya dinding abdomen dan oleh ketidaknyamanan jahitan robekan perineum atau episiotomy derajat 3 atau 4.

f) Hemorroid

Jika wanita mengalami hemorroid mereka mungkin sangat merasa nyeri selama beberapa hari, jika terjadi selama kehamilan, hemorroid menjadi traumatis dan menjadi edema selama mendorong bayi pada kala II persalinan karena tekanan bayi dan disertai saat melahirkan (Ambarwati, 2010:83).

3) Riwayat kesehatan

a) Anemia pada kehamilan yang tidak tertangani dengan baik akan berpengaruh pada masa nifas yang menyebabkan: terjadi subinvolusi uteri, menimbulkan perdarahan postpartum, memudahkan infeksi puerperium, pengeluaran ASI berkurang, terjadi dekompensasi kardis mendadak setelah persalinan, anemia masa nifas, mudah terjadi infeksi mammae (Manuaba, 2010:240).

b) Penyakit TBC

Ibu dengan *tuberculosis* aktif tidak dibenarkan untuk memberikan ASI karena dapat menularkan pada bayi (Manuaba, 2010:336).

c) Sifilis

Dapat menyebabkan infeksi pada bayi dalam bentuk Lues Kongenital (Pemfigus Sifilitus, Deskuamasi kulit telapak tangan dan kaki, terdapat kelainan pada mulut dan gigi) (Manuaba, 2010:338).

d) Penyakit asma

Penyakit asma yang berat dapat memengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim melalui gangguan pertukaran O₂ dan CO₂ (Manuaba, 2010:336).

e) Pengaruh penyakit jantung dalam masa nifas menurut Manuaba (2012:337):

- (1) Setelah bayi lahir penderita dapat tiba-tiba jatuh kolaps, yang disebabkan darah tiba-tiba membanjiri tubuh ibu sehingga kerja jantung sangat bertambah, perdarahan merupakan komplikasi yang cukup berbahaya.
- (2) Saat laktasi kekuatan jantung diperlukan untuk membentuk ASI.

(3) Mudah terjadi postpartum yang memerlukan kerja tambahan jantung.

4) Riwayat nifas sekarang

Ibu harus dianjurkan untuk menyusui, terutama karena menyusui mampu memberikan perlindungan baik secara aktif maupun pasif, dimana ASI juga mengandung zat anti infeksi bayi akan terlindungi dari berbagai macam infeksi (Sukarni, 2013:298).

5) Riwayat kebidanan

a) Riwayat haid

Dengan memberikan ASI kembalinya menstruasi atau haid sulit diperhitungkan dan bersifat individu. Sebagian besar menstruasi kembali setelah 4 sampai 6 bulan. Dalam waktu 3 bulan belum menstruasi, dapat menjamin bertindak sebagai kontrasepsi (Manuaba, 2010:203).

b) Riwayat nifas yang lalu

Masa nifas yang lalu tidak ada penyakit seperti perdarahan postpartum dan infeksi nifas. Maka diharapkan nifas saat ini juga tanpa penyakit. Ibu menyusui sampai usia anak 2 tahun. Terdapat pengeluaran lochea rubra sampai hari ketiga berwarna merah. Lochea serosa hari keempat sam kesembilan

warna kecokelatan. Lochea alba hari kesepuluh sampai kelimabelas warna putih dan kekuningan.

c) Riwayat KB

Biasanya wanita tidak akan menghasilkan telur (ovulasi) sebelum ia mendapatkan lagi haidnya selama meneteki.. Khusus untuk mendapatkan pelayanan kontap wanita (Metode Operasi Wanita) sama sekali tidak diperlukan hamil. Pelayanan kontap dapat dilayani setiap saat dikehendaki (Manuaba, 2012:204).

6) Riwayat psikososial spiritual

Menurut Anggraini (2010:136), ibu menunjukkan depresi ringan beberapa hari setelah melahirkan. Depresi tersebut sering disebut sbagai postpartum blues.

Menurut Suherni (2009:87-90) membagi fase nifas menjadi 3 fase yaitu:

a) Fase *taking in*

Merupakan periode ketergantungan, periode ini terjadi dari hari ke-1 sampai hari ke-2 setelah melahirkan. Pada fase ini ibu terfokus pada dirinya sendiri. Dalam fase ini ibu akan merasakan gangguan psikologis seperti:

- (1) Kekecewaan karena tidak mendapatkan apa yang diinginkan tentang bayinya.

(2) Ketidaknyamanan akibat dari perubahan fisik yang dialami ibu.

(3) Rasa bersalah karena belum bisa menyusui bayinya.

b) Fase *taking hold*

(1) Periode ini berlangsung 3 sampai 10 hari setelah melahirkan.

(2) Ibu mulai timbul rasa khawatir akan ketidaknyamanan dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayinya.

(3) Ibu mempunyai perasaan sangat sensitive sehingga mudah tersinggung dan mudah marah.

c) Fase *letting go*

(1) Periode ini berlangsung 10 hari setelah melahirkan.

(2) Ibu sudah mulai menyesuaikan ketergantungan bayinya.

(3) Ibu berkeinginan untuk merawat diri dan bayinya.

(4) Ibu akan lebih percaya diri dalam menjalani peran barunya.

7) Latar belakang social budaya

Menurut Saifuddin (2014:130-131), kebiasaan yang tidak bermanfaat bahkan membahayakan antara lain:

a) Menghindari makanan berprotein.

- b) Penggunaan bebet perut segera pada masa nifas (2-4 jam pertama).
- c) Penggunaan kantong es batu pas masa nifas (2-4 jam pertama).
- d) Penggunaan kantong es batu atau pasir untuk menjaga uterus berkontraksi karena merupakan perawatan yang tidak efektif untuk atonia uteri.
- e) Memisahkan bayi dari ibunya pada 1 jam setelah melahirkan karena masa transisi adalah masa kritis untuk ikatan batin ibu dan bayi.
- f) Wanita yang mengalami masa puerperium diharuskan tidur telentang selama 40 hari.

b. Data Objektif

1) Pemeriksaan umum

a) Kesadaran

Meliputi composmentis atau sadar penuh, apatis atau tak acuh terhadap keadaan sekitarnya, samnolen atau koma (Indriasari, 2012:38).

b) Tanda-tanda vital

(1) Tekanan darah

Segera setelah melahirkan, banyak wanita mengalami peningkatan sementara tekanan darah sistolik dan diastolic, yang kembali secara spontan

ke tekanan darah sebelum hamil selama beberapa hari (Varney et al, 2007:961).

(2) Nadi

Denyut nadi yang meningkat selama persalinan akhir, kembali normal setelah beberapa jam pertama postpartum. denyut nadi diatas 100 selama puerperium, hal tersebut abnormal dan mungkin menunjukkan adanya infeksi atau hemoragi postpartum lambat (Varney et al, 2007:961).

(3) Suhu

Suhu 38°C atau lebih yang terjadi diantara hari ke-2 sampai ke-10 postpartum dan diukur sedikitnya 4 kali sehari. Kenaikan suhu tubuh yang terjadi di dalam masa nifas, dianggap sebagai infeksi nifas jika tidak ditemukan sebab-sebab ekstragenital (Saifuddin, 2014:278).

(4) Pernapasan

Napas pendek, cepat, atau perubahan lain memerlukan evaluasi adanya kondisi-kondisi seperti kekurangan cairan, eksaserbasi asma, dan embolus paru (Varney et al, 2007:961).

2) Pemeriksaan fisik

a) Kepala

Untuk mengetahui rambut rontok atau tidak, bersih atau kotor, dan berketombe atau tidak (Sulistyawati, 2012:87).

b) Muka

Pada daerah muka dilihat kesimetrisan muka, apakah kulitnya normal, pucat. Ketidak simetrisan muka menunjukkan adanya gangguan pada saraf ke tujuh (nervus fasialis). Apakah terdapat oedema atau tidak, muka pucat atau tidak (Hani,dkk 2011:98).

c) Mata

Bentuk simetris, konjungtiva normal warna merah muda, bila pucat menandakan anemis. Sclera normal berwarna putih, bila kuning menandakan ibu mungkin terinfeksi hepatitis, bila merah kemungkinan ada konjungtivitis. Kelopak mata yang bengkak kemungkinan adanya preeclampsia (Romauli, 2011:384).

d) Leher

Normal bila tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembengkakan kelenjar limfe dan tidak ditemukan bendungan vena jugularis (Romauli, 2011:384).

e) Payudara

Pada masa nifas pemeriksaan payudara dapat dicari hal berikut yaitu: putting susu pecah/pendek/rata, nyeri tekan payudara, abses, produksi ASI terhenti, dan pengeluaran ASI (Saifuddin, 2009:124).

f) Abdomen

Pada abdomen harus memeriksa posisi uterus atau tinggi fundus uteri, kontraksi uterus, dan kandung kemih (Saifuddin, 2009:124). Menurut Varney et al (2007:1064), pemeriksaan abdomen postpartum dilakukan selama periode postpartum dini (1jam-5 hari) yang meliputi tindakan berikut:

(1) Pemeriksaan kandung kemih

Dalam memeriksa kandung kemih mencari secara spesifik distensi kandung kemih yang disebabkan oleh retensio urine akibat hipotonisitas kandung kemih karena trauma selama melahirkan.

(2) Pemeriksaan uterus

Mencatat lokasi, ukuran, dan konsistensi. Penentuan lokasi uterus dilakukan dengan mencatat apakah fundus berada diatas atau dibawah umbilicus dan apakah fundus berada pada garis tengah abdomen atau bergeser ke salah satu

lokasi dan ukuran saling tumpang tindih, karena ukuran ditentukan bukan hanyamelalui palpasi, tetapi juga dengan mengukur tinggi fundus uteri. Konsistensi uterus memiliki ciri keras dan lunak.

- (3) Evaluasi tonus otot abdomen dengan memeriksa derajat diastasis

Penentuan jumlah diastasis rekti digunakan sebagai alat obyektif untuk mengevaluasi tonus otot abdomen. Diastasis adalah derajat pemisahan otot rektus abdomen (*rektus abdominis*).

- (4) Memeriksa adanya nyeri tekan CVA (*Costovertebral Angel*)

Nyeri yang muncul di area sudut CVA merupakan indikasi penyakit ginjal.

g) Genetalia

Pemeriksaan tipe, kuantitas, dan bau lochea (Varney et al, 2007:969). Hal yang perlu dilihat pada pemeriksaan vulva dan perineum adalah penjahitan laserasi atau luka episiotomi, pembengkakan luka dan hemoroid (Saifuddin, 2009:125).

h) Ekstremitas

Flagmasia alba dolens yang merupakan salah satu bentuk infeksi puerperalis yang mengenai pembuluh

darah vena femoralis yang terinfeksi dan disertai bengkak pada tungkai, berwarna putih, terasa sangat nyeri, tampak bendungan pembuluh darah, suhu tubuh meningkat (Manuaba, 2010:418).

3) Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan dan pengawasan Haemoglobin (Hb) dapat dilakukan dengan menggunakan alat *sahli*. Hasil pemeriksaan Hb dengan *sahli* dapat digolongkan sebagai berikut: tidak anemia jika HB 11g%, anemia ringan jika Hb 9-10g%, anemia sedang jika Hb 7-8g%, anemia berat jika <7g% (Manuaba, 2010:239).

4) Terapi yang didapat

Terapi yang diberikan pada ibu nifas menurut Sulistyawati (2009:100) yaitu:

- a) Pil zat besi 40 tablet harus diminum untuk menambah zat gizi setidaknya selama 40 hari setelah melahirkan.
- b) Vitamin A 200.000 IU agar bisa memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASI.

2. Interpretasi data

Masalah dan kebutuhan. Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga dapat dirumuskan diagnose dan masalah spesifik. Interpretasi data (data dari hasil pengkajian) mencakup diagnose.

3. Identifikasi diagnosis atau masalah potensial

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, bidan menganalisa data yang diperoleh dari pengkajian, menginterpretasikannya secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat. Dengan kriteria sebagai berikut:

- a) Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan
- b) Masalah dirumuskan sesuai kondisi klien
- c) Dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan

Diagnosa Kebidanan:

P₁/>APIAH... hari... postpartum normal dengan keadaan umum ibu baik/tidak baik (Sulistyawati, 2009:156). P₁/>APIAH, postpartum hari ke ..., laktasi lancar, lochea normal, involusi normal, keadaan psikologis baik, keadaan ibu baik, dengan kemungkinan masalah gangguan eliminasi, nyeri luka jahitan perineum, *after pain*, pembengkakan payudara (Varney *et al*, 2001:974).

4. Tindakan segera atau kolaborasi

Menunjukan bahwa bidan dalam melakukan tindakan harus sesuai dengan prioritas masalah atau kebutuhan yang dihadapi kliennya, setelah bidan merumuskan tindakan yang dilakukan

untuk mengantisipasi diagnosis atau masalah potensial yang sebelumnya (Suprpti & Mansur, 2018b).

Contoh: Penanganan segera pada kasus bendungan ASI ini adalah melakukan kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain seperti dokter obsgyn

5. Rencana Asuhan tindakan

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnose dan masalah yang ditegakkan. Dengan kriteria sebagai berikut:

- a) Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien, tindakan segera, tindakan antisipasi, dan asuhan secara komprehensif
- b) Melibatkan klien dan atau keluarga
- c) Mempertimbangkan kondisi psikologi, sosial budaya klien/keluarga
- d) Memilih tindakan yang aman sesuai kondisi dan kebutuhan klien berdasarkan *evidencebased* dan memastikan bahwa asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien
- e) Mempertimbangkan kebijakan dan peraturan yang berlaku, sumber daya serta fasilitas yang ada.

(1) Diagnosa: P1/>APIAH, postpartum hari ke ..., laktasi lancer, lochea normal, involusi normal, keadaan

psikologis baik, keadaan ibu baik, dengan kemungkinan masalah gangguan eliminasi, nyeri luka jahitan perineum, *after pain*, pembengkakan payudara (Sulistyawati, 2009:126).

Tujuan: Masa nifas berjalan normal tanpa komplikasi pada ibu dan bayi.

Kriteria:

Menurut Manuaba (2012:114) adalah sebagai berikut:

- (a) Keadaan Umum: Kesadaran composmentis.
- (b) Kontraksi uterus baik (bundar dan keras).

(2) Tanda-tanda vital:

TD: 110/70-130/90 mmHg	N: 60-80 x/menit
S : 36-37,5°C	R: 16-24 x/menit

(Sulistyawati, 2009:123)

(3) Laktasi normal

ASI dibedakan menjadi 3 yaitu:

- (a) Kolostrum merupakan cairan pertama kali disekresi oleh kelenjar payudara dari hari pertama sampai ketiga atau keempat pasca persalinan.
- (b) ASI transisi atau peralihan diproduksi pada hari keempat sampai kesepuluh, warna putih jernih. Kadar imunoglobulin dan protein menurun, sedangkan lemak dan laktosa meningkat.

(c) ASI matur merupakan ASI yang disekresi pada hari kesepuluh sampai seterusnya, berwarna putih. Kandungan ASI matur relative konstan tidak menggumpal bila dipanaskan (Sulistyawati,2009:123).

6. Implementasi

Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien, dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien atau pasien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitative. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan dengan kriteria :

- a) Mempehatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritual-kultural
- b) Setiap tindakan asuhan kebidanan harus mendapatkan persetujuan dari klien dan atau keluarganya (*inform consent*)
- c) Melaksanakan tindakan asuhan kebidanan berdasarkan *evidence based*
- d) Melibatkan klien/pasien
- e) Menjadi privasi klien
- f) Menganjurkan ibu untuk istirahat cukup untuk memulihkan tenaganya
- g) Menjelaskan kepada ibu akibat kurang istirahat dan mengurangi ASI dan memperbanyak perdarahan yang dapat

menyebabkan depresi serta ketidak mampuan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri

- h) Menganjurkan ibu untuk mobilisasi secara langsung
- i) Menganjurkan ibu untuk menjaga kebersihannya
- j) Memberikan konseling tentang perawatan payudara
- k) Memberitahu ibu untuk makan yang banyak gizi
- l) Memberikan ibu terapi tablet tambah darah, mencegah perdarahan dan memperlancar ASI
- m) Menggunakan sumberdaya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai
- n) Melakukan tindakan sesuai standar
- o) Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan

(Depkes RI, 2008).

7. Evaluasi

Mengevaluasi keefektifan asuhan yang sudah diberikan, mengulangi kembali proses manajemen dengan benar terhadap setiap aspek asuhan yang sudah dilaksanakan tapi belum efektif (Muslihatun, 2010:67).

B. Dokumentasi SOAP

Menurut Kepmenkes RI (2007), pencatatan dilakukan setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (rekam medis/KMS/status pasien/buku KIA) dan ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP yaitu sebagai berikut :

S : Adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesa

O : Adalah data objektif, mencatat hasil pemeriksaan

A : Adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan

P : Adalah pelaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan pelaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/ follow up dan rujukan. Langkah implementasi evaluasi dan dokumentasi diatas berlaku atau dilakukan juga untuk semua asuhan yaitu asuhan kebidanan pada kehamilan, bersalin, nifas, neonatus, dan keluarga berencana.

2.6.4. Manajemen Askeb pada Bayi Baru Lahir

A. Pengkajian dengan 7 langkah varney

1. Pengkajian data

a. Data subjektif

1) Identitas bayi dan orang tua

Pada alat/gelang identifikasi harus tercantum: nama (bayi, nyonya), tanggal lahir, nomor bayi, jenis kelamin, unit, nama lengkap (Saifuddin, 2009: 135-136).

2) Keluhan utama

Keluhan utama bayi baru lahir adalah hipoglikemia, hipotermi dan ikterik (Ladewig, 2006: 180-199). Terjadi seborrhea, miliariasis, muntah dan gumoh, oral trush (moniliasis/sariawan), diaper rash (Marmi, 2012: 207).

3) Riwayat antenatal

Bidan harus mencatat usia ibu, periode menstruasi terakhir, dan perkiraan waktu kelahiran. Jumlah kunjungan prenatal dicatat bersama setiap masalah prenatal yang ada. Semua hasil laboratorium dan pengujian prenatal termasuk laporan ultrasonografi, harus ditinjau. Kondisi prenatal dan kondisi intrapartum yang dapat mempengaruhi kesehatan dan kesejahteraan bayi baru lahir (Varney dkk, 2007: 916).

4) Riwayat natal

Usia gestasi pada waktu kelahiran, lama persalinan, presentasi janin dan rute kelahiran harus ditinjau ulang. Pecag ketuban lama, demam pada ibu, dan cairan amnion yang berbau adalah faktor risiko signifikan untuk atau predictor infeksi neonatal. Cairan amnion berwarna mekonium meningkatkan risiko penyakit pernapasan. Medikasi selama persalinan seperti analgesic, anestesik, magnesium sulfat dan glukosa dapat mempengaruhi perilaku dan metabolisme bayi baru lahir. Abnormalitas plasenta dan kedua pembuluh darah tali pusat dikaitkan dengan peningkatan insiden anomaly neonatus (Walsh, 2007: 368).

5) Riwayat post natal

Bidan harus meninjau catatan kelahiran bayi tentang tanda-tanda vital dan perilaku bayi baru lahir. Perilaku positif antara lain menghisap, kemampuan untuk makan, kesadaran, berkemih, dan mengeluarkan mekonium. Perilaku mengkhawatirkan meliputi gelisah, letargi, aktivitas menghisap yang buruk atau tidak ada, dan tangisan yang abnormal (Varney dkk, 2007: 917).

6) Pola kebiasaan sehari-hari

a) Nutrisi

Pada jam-jam pertama energy didapatkan dari perubahan karbohidrat. Pada hari ke dua energy berasal dari pembakaran lemak setelah mendapat susu kurang lebih hari ke-6 (Marmi, 2012: 313). Kebutuhan energy bayi pada tahun pertama sangat bervariasi menurut usia dan berat badan. Taksiran kebutuhan selama dua bulan pertama adalah sekitar 120 kkal/kgBB/hari. Secara umum, selama 6 bulan pertama bayi membutuhkan energy sebesar 115-120 kkal/kgBB/hari (Marmi, 2012: 379). Kebutuhan dasar cairan dan kalori pada neonatus dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 2.14
Kebutuhan dasar cairan pada neonatus

Hari kelahiran	Cairan/kg/hari	Kalori/kg/hari
Hari ke-1	60 ml	40 kal
Hari ke-2	70 ml	50 kal
Hari ke-3	80 ml	60 kal
Hari ke-4	90 ml	70 kal
Hari ke-5	100 ml	80 kal
Hari ke-6	110 ml	90 kal
Hari ke-7	120 ml	100 kal
Hari ke >10	150 ml	

Sumber: (Saifuddin, 2009: 380).

b) Eliminasi

Warna mekonium adalah hijau kehitam-hitaman, lembut. Mekonium ini keluar pertama kali dalam 24 jam setelah lahir. Mekonium dikeluarkan seluruhnya 2-3 hari setelah lahir. Warna feses bayi berubah menjadi kuning pada saat bayi barumur 4-5 hari (Muslihatun, 2010: 43).

c) Pola istirahat dan tidur

Bayi baru lahir biasanya akan tidur pada sebagian besar waktu diantara waktu makan, namun akan waspada dan beraksi ketika terjaga, ini adalah hal yang normal dalam 2 minggu pertama. Perlahan bayi sering terjaga diantara waktu menyusui (Dewi, 2011: 26).

Tabel 2.15
Perubahan pola tidur bayi

Usia	Lama tidur
1 minggu	16,5 jam
1 tahun	14 jam
2 tahun	13 jam
5 tahun	11 jam

Sumber: (Dewi, 2011: 29).

d) Personal hygiene

Bayi dimandikan ditunda sampai sedikitnya 4-6 jam setelah kelahiran, setelah suhu bayi stabil. Mandi selanjutnya 2-3 kali seminggu. Mandi menggunakan sabun dapat menghilangkan minyak dari kulit bayi, yang sangat rentan untuk mongering. Pencucian rambut hanya perlu dilakukan sekali atau dua kali dalam seminggu. Popok harus diganti beberapa kali sehari ketika basah (Walsh, 2007: 377-378).

e) Aktivitas

Adanya tremor pada bibir, kaki dan tangan pada waktu menangis adalah normal, tetapi bila hal ini terjadi pada waktu tidur, kemungkinan gejala kelainan yang perlu dilakukan pemeriksaan lebih lanjut (Saifuddin, 2006: 137).

f) Psikososial

Kontak kulit dengan kulit juga membuat bayi lebih tenang sehingga di dapat pola tidur yang lebih baik

(Saifuddin, 2009: 369). Bayi baru lahir waspada dan sadar terhadap lingkungannya saat ia terbangun. Jauh dari pasif, bayi bereaksi terhadap rangsang dan mulai pada usia yang sangat dini untuk mengumpulkan informasi tentang lingkungannya (Fraser dkk, 2009: 712).

b. Data objektif

1) Pemeriksaan umum

a) Keadaan umum

Bayi yang sehat tampak kemerah-marahan, aktif, tonus otot baik, menangis keras, minum baik, suhu $36,5^{\circ}\text{C}$ - 37°C (Wiknjosastro, 2009: 256).

b) Kesadaran

Kesadaran perlu dikenali reaksi terhadap rayuan, rangsangan sakit atau suara keras yang mengejutkan atau suara mainan (Saifuddin, 2009: 137).

c) Tanda-tanda vital

(1) Pernapasan

Pernafasan bayi baru lahir normal 30-60 kali per menit, tanpa retraksi dada dan tanpa suara merintih pada fase ekspirasi (Muslihatun, 2010: 31).

(2) Denyut jantung

Denyut jantung bayi baru lahir normal 100-160 kali per menit (Muslihatun, 2010: 31). Nilai >160 kali per menit (takikardi) merupakan tanda-tanda infeksi, hipovolemia, hipertermia. Bila <100 kali per menit (bradikardi) merupakan tanda bayi cukup bulan sedang tidur atau kekurangan O₂ (Kumalasari, 2015: 218).

(3) Suhu

Suhu aksiler bayi baru lahir normal 36,5⁰C sampai 37,5⁰C (Muslihatun, 2010: 31).

(4) Nadi

Bunyi jantung dalam menit-menit pertama kira-kira 180/menit yang kemudian turun sampai 140/menit-120/menit pada waktu bayi berumur 30 menit (Wiknjosastro, 2009: 255)

2) Pemeriksaan antropometri

a) Berat badan

Berat badan 3 hari pertama terjadi penurunan, hal ini normal karena pengeluaran air kencing dan mekonium. Pada hari ke-4, berat badan naik (wiknjosastro, 2007: 256). Berat badan sebaiknya tiap hari dipantau. Penurunan berat badan lebih dari 5% dari berat badan waktu lahir, menunjukkan kekurangan cairan

(Saifuddin, 2006: 138). Berikut disajikan tabel mengenai penurunan berat badan sesuai umur:

Tabel 2.16
Penurunan berat badan sesuai umur

Umur	Penurunan/kenaikan BB yang dapat diterima dalam bulan pertama
1 minggu	Turun sampai 10%
2-4 minggu	Naik setidaknya-tidaknya 160 gram/minggu
1 bulan	Naik setidaknya-tidaknya 300 gram dalam bulan pertama
Nilai penimbangan dilakukan setiap hari	
Minggu pertama	Tidak ada penurunan berat badan atau kurang dari 10%
Setelah minggu pertama	Setiap hari terjadi kenaikan pada bayi kecil setidaknya-tidaknya 20 gram

Sumber: (Wiknjosastro, 2008: 27).

b) Panjang badan

Diukur dari ubun-ubun sampai tumit bayi, posisi telentang, sendi lutut dan panggul harus ekstensi penuh. Normal 45-53 cm (Kumalasari, 2015: 218).

c) Lingkar kepala

Menurut Wiknjosastro (2008, 119) meliputi:

- (1) Diameter suboksipito-bregmatika : 9,5-10 cm
- (2) Diameter oksipito-frontalis : 11-12 cm
- (3) Diameter oksipito-metalis : 13,5-15 cm
- (4) Diameter submento-bregmatika : 9,5-10 cm

(5) Diameter biparietalis : 9,5-10 cm

(6) Diameter bitemporalis : 8-10 cm

(7) Sirkumferensia suboksipito-bregmatikus : 33-34 cm

(8) Sirkumferensia submento-bregmatikus : 32-33 cm

(9) Sirkumferensia oksipito frontalis : 33-35 cm

(10) Sirkumferensia mento-oksipitalis : 34-35,5 cm

d) Lingkar dada : 33 – 38 cm

e) Lingkar lengan : ± 11 cm

3) Pemeriksaan fisik

a) Kepala

Ubun-ubun besar, ubun-ubun kecil, sutura, moulase, caput succedaneum, cephal haematoma, hidrocefalus, rambut meliputi: jumlah, warna dan adanya lanugo pada bahu dan punggung (Muslihatun, 2010: 33).

b) Wajah

Wajah harus tampak simetris,. Terkadang wajah bayi tampak asimetris hal ini dikarenakan posisi bayi di intrauteri. Perhatikan kelainan wajah yang khas seperti sindrom down dan sindrom piere-robin. Perhatikan juga kelainan wajah akibat trauma jalan lahir seperti laserasi, paresis nervus fasialis (Kumalasari, 2015: 219).

c) Mata

Ukuran, bentuk (strabismus, pelebaran epicanthus) dan kesimetrisan, kekeruhan kornea, katarak congenital, trauma, keluar nanah, bengkak pada kelopak mata, perdarahan subkonjungtiva (Muslihatun, 2010: 33).

d) Hidung

Kaji bentuk dan lebar hidung, pada bayi cukup bulan lebarnya harus lebih dari 2,5 cm, periksa adanya pernafasan cuping hidung mengembang menunjukkan adanya gangguan pernafasan (Marmi, 2012: 57).

e) Telinga

Periksa dan pastikan jumlah, bentuk dan posisinya. Pada bayi cukup bulan, tulang rawan sudah matang. Daun telinga harus berbentuk sempurna dengan lengkungan yang jelas dibagian atas. Perhatikan letak daun telinga (Kumalasari, 2015: 219).

f) Mulut

Saliva tidak terdapat pada bayi normal. Bila terdapat secret yang berlebihan, kemungkinan ada kelainan bawaan saluran cerna (Saifuddin, 2009: 137). Terdapat adanya stomatitis pada mulut merupakan tanda adanya oral trush (Marmi, 2012: 211).

g) Leher

Periksa adanya trauma leher yang dapat menyebabkan kerusakan pada fleksus brakhialis. Adanya lipatan kulit yang berlebihan di bagian belakang leher menunjukkan adanya kemungkinan trisomi 21 (Marmi, 2012: 57).

h) Klavikula

Raba seluruh klavikula untuk memastikan keutuhan terutama pada bayi baru lahir dengan presentasi bokong atau distosia bahu. Periksa adanya fraktur (Kumalasari, 2015: 220).

i) Dada

Periksa kesimetrisan gerakan dada saat bernafas. Apabila tidak simetris kemungkinan bayi mengalami pneumotoraks, paresis diafragma atau hernia diafragma. (Marmi, 2012: 58).

j) Punggung

Melihat adanya benjolan/tumor dan tulang punggung dengan lekukan yang kurang sempurna (Saifuddin, 2009: 137).

k) Abdomen

Abdomen harus tampak bulat dan bergerak secara bersamaan dengan gerakan dada saat bernafas. Kaji adanya pembengkakan, jika perut sangat cekung

kemungkinan terdapat hernia diafragmatika. Abdomen membuncit kemungkinan karena hepatosplenomegali atau tumor lainnya (Marmi, 2012: 58).

l) Genetalia

(1) Laki-laki

Pada bayi laki-laki panjang penis 3-4 cm dan lebar 1-1,3 cm. Periksa posisi lubang uterus. Prepusium tidak boleh ditarik karena menyebabkan fimosis. Periksa adanya hipospadia dan epispadia (Marmi, 2012: 59).

(2) Perempuan

Terkadang tampak adanya secret yang berdarah dari vagina, hal ini disebabkan oleh pengaruh hormone ibu. Pada bayi cukup bulan, labia mayora menutupi labia minora. Lubang uretra terpisah dengan lubang vagina (Marmi, 2012: 59).

m) Anus

Periksa adanya kelainan atresia ani, kaji posisinya. Mekonium secara umum keluar pada 24 jam pertama, jika sampai 48 jam belum keluar kemungkinan adanya mekonium plug sindrom, megokolon atau obstruksi saluran cerna (Marmi, 2012: 59).

n) Ekstremitas

Ukuran setiap tulang harus proporsional untuk ukuran seluruh tungkai dan tubuh secara umum. Tungkai harus simetris harus terdapat 10 jari. Telapak harus terbuka secara penuh untuk memeriksa jari ekstra dan lekukan telapak tangan. Bayi yang lahir dengan presentasi bokong berisiko tinggi untuk mengalami kelainan panggul congenital (Walsh, 2008: 371).

o) Kulit dan kuku

Warna kulit dan adanya verniks kaseosa, pembengkakan atau bercak hitam, tanda lahir/tanda mongol, selama bayi dianggap normal, beberapa kelainan kulit juga dapat dianggap normal. Kelainan ini termasuk milia, biasanya terlihat pada hari pertama atau selanjutnya (Muslihatun, 2010: 32).

4) Pemeriksaan neurologis

Pemeriksaan neurologis merupakan indikator integritas system saraf.

a) Refleks kedipan (glabellar reflex)

Merupakan respons terhadap cahaya terang yang mengindikasikan normalnya saraf optikc (Dewi, 2011: 25).

b) Refleks mencari (rooting reflex)

Ketika pipi atau sudut mulut bayi disentuh, bayi akan menoleh ke arah stimulus dan membuka mulutnya (Indrayani, 2013: 330).

c) Refleks menghisap (sucking reflex)

Rangsangan putting susu pada langit-langit bayi menimbulkan refleks menghisap (Wiknjosastro, 2008: 134).

d) Refleks menoleh (tonick neck reflex)

Letakkan bayi dalam posisi telentang, putar kepala ke satu sisi dengan badan ditahan, ekstremitas terestensi pada sisi kepala yang diputar, tetapi ekstremitas pada sisi lain fleksi. Pada keadaan normal bayi akan berusaha untuk mengembalikan kepala ketika diputar ke sisi pengujian saraf sensoris (Dewi, 2011: 25).

e) Refleks menelan (swallowing reflex)

Kumpulan ASI di dalam mulut bayi mendesak otot-otot di daerah mulut dan faring untuk mengaktifkan refleks menelan dan mendorong ASI ke dalam lambung bayi (Wiknjosastro, 2008: 134).

f) Refleks terkejut (moro reflex)

Ketika bayi kaget akan menunjukkan respon berupa memeluk dengan abduksi dan ekstensi dari ekstremitas

atas yang cepat dan diikuti dengan aduksi yang lebih lambat dan kemudian timbul fleksi (Indrayani, 2013: 332).

g) Refleks menggenggam (grasping reflex)

Ketika telapak tangan bayi di stimulasi dengan sebuah objek (misalnya jari), respon bayi berupa menggenggam dan memegang dengan erat (Marmi, 2012: 71).

h) Refleks babinski

Gores telapak kaki, dimulai dari tumit, gores sisi lateral telapak kaki ke arah atas kemudian gerakan jari sepanjang telapak kaki. Bayi akan menunjukkan respon berupa semua jari kaki hiperekstensi dengan ibu jari dorsi fleksi (Marmi, 2012: 71).

i) Refleks ekstruksi

Bayi baru lahir menjulurkan lidah keluar bila ujung lidah disentuh dengan jari atau puting (Marmi, 2012: 71).

j) Refleks melangkah (walking reflex)

Bayi menggerak-gerakkan tungkainya dalam suatu gerakan berjalan atau melangkah jika diberikan dengan cara memegang lengannya sedangkan kakinya

dibiarkan menyentuh permukaan yang rata dan keras (Marmi, 2012: 72).

k) Refleks merangkak (crawling reflex)

Bayi akan berusaha untuk merangkak kedepan dengan kedua tangan dan kaki bila diletakkan telungkup pada permukaan datar (Marmi, 2012: 72).

2. Interpretasi data

Melakukan identifikasi yang benar terhadap diagnose masalah dan kebutuhan bayi berdasarkan data yang telah dikumpulkan pada langkah 1

Contoh :

Diagnosis :

- a) Bayi cukup bulan sesuai masa kehamilan, dengan asfiksia sedang
- b) Bayi kurang bulan, kecil masa kehamilan dengan hipotermi dan gangguan pernafasan

Masalah :

- a) Ibu kurang informasi
- b) Ibu penderita PEB
- c) Ibu post SC sehingga tidak bisa melakukan skin to skin contact secara maksimal

Kebutuhan : Perawatan rutin bayi baru lahir

3. Identifikasi masalah atau diagnosis potensial

Mengidentifikasi diagnosis atau masalah potensial yang mungkin terjadi berdasarkan diagnosis atau masalah yang sudah diidentifikasi

Diagnosa potensial :

- a) Hipotermi potensial terjadi gangguan pernapasan
- b) Hipoksia potensial terjadi asidosis
- c) Hipoglikemi potensial terjadi hipotermi

Masalah potensial : Potensial terjadi masalah ekonomi bagi orang tua yang tidak mampu, karena bayi membutuhkan perawatan intensif dan lebih lama.

4. Tindakan segera atau kolaborasi

Mengidentifikasi perlu tidaknya tindakan segera oleh bidan, dokter dan apakah ada hal yang perlu dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan lain sesuai kondisi bayi.

5. Rencana asuhan tindakan

Merencanakan asuhan yang menyeluruh yang rasional sesuai dengan temuan pada langkah sebelumnya

Contoh:

- a) Mempertahankan suhu tubuh tetap hangat
- b) Perawatan mata
- c) Memberikan identitas bayi

- d) Memperlihatkan bayi pada orangtua / keluarganya
- e) Memfasilitasi kontak dini pada ibu
- f) Memberikan vitamin K1
- g) Konseling
- h) Imunisasi

6. Implementasi

Mengarahkan atau melaksanakan rencana asuhan efektif dan aman

Contoh:

- a) Mempertahankan suhu tubuh tetap hangat
 - (1) Pastikan bayi tetap hangat dan terjadi kontak antara kulit bayidengan kulit ibu
 - (2) Ganti handuk / kain basah dan bungkus bayi dengan selimut.
 - (3) Pastikan bayi tetap hangat dengan memeriksa setiap 15 menit. Apabila telapak kaki teraba dingin, periksalah suhu aksila bayi.
- b) Perawatan mata

Obat mata eritromisin 0,5% atau tetrasiklin 1% dianjurkan untuk mencegah penyakit mata karena clamida. Obat mata perlu diberikan pada jam pertama setelah persalinan.
- c) Memberikan identitas bayi

Alat pengenalan untuk memudahkan identitas bayi perlu dipasang segera setelah lahir

d) Memperlihatkan bayi pada orang tua/keluarga

e) Memfasilitasi kontak dini bayi dengan ibu

(1) Berikan bayi kepada ibu segera mungkin . Kontak dini antara ibu dan bayi penting untuk mempertahankan suhu tubuh bayi baru lahir, ikatan batin bagi dan bayi dan pemberian ASI dini

(2) Doronglah ibu untuk menyusui bayinya apabila bayi telah siap. Jangan paksakan bayi untuk menyusui

(3) Bila memungkinkan, jangan pisahkan ibu dengan bayi , biarkan bayi bersama ibu paling tidak 1 jam setelah bayi lahir.

f) Memberikan vitamin K1

Untuk mencegah terjadinya perdarahan karena defisiensi vitamin K1 pada bayi baru lahir

g) Konseling

Ajarkan pada orang tua bayi untuk:

(1) Menjaga kehangatan bayi

(2) Pemberian ASI

(3) Perawatan tali pusat

- (4) Pertahankan sisa tali pusat dalam keadaan terbuka agar terkena udara dan ditutupi dengan kain bersih dan longgar.
- (5) Lipatlah popok dibawah sisa tali pusat
- (6) Jika tali pusat terkena kotoran atau tinja, cuci dengan sabun dan air bersih kemudian keringkan

h) Mengawasi tanda-tanda bahaya

- (1) Pernafasan, sulit atau lebih dari 60 x/menit, terlihat dari retraksi dinding dada pada waktu bernafas
- (2) Suhu terlalu panas, $>38^{\circ}\text{C}$ atau terlalu dingin $<36^{\circ}\text{C}$ (hipotermi)
- (3) Warna abnormal, kulit/bibir bayi sianosis atau pucat, memar atau bayi sangat kuning (terutama pada 24 jam pertama), biru.
- (4) Pemberian ASI sulit, hisapan lemah, mengantuk berlebihan, banyak muntah.
- (5) Tali pusat merah, bengkak, keluar cairan, berbau busuk, berdarah.
- (6) Infeksi, suhu meningkat, merah, bengkak, keluar cairan (pus), bau busuk, pernafasan sulit.
- (7) Gangguan gastrointestinal, misalnya tidak mengeluarkan mekonium selama 3 hari pertama setelah lahir, muntah

terus menerus, perut bengkak, tinja hijau tua berlendir/berdarah.

(8) Tidak berkemih dalam waktu 24 jam.

(9) Menggigil atau suara tangis tidak biasa, lemas, mengantuk, lunglai, kejang-kejang halus, tidak bisa tenang, menangis terus-menerus.

(10) Mata bengkak dan mengeluarkan cairan

i) Imunisasi

Dalam waktu 24 jam dan sebelum ibu dan bayi dipulangkan, berikan imunisasi BCG, Anti polio oral dan Hepatitis B

7. Evaluasi

Mengevaluasi keefektifan asuhan yang sudah diberikan, mengulangi kembali proses manajemen dengan benar terhadap setiap aspek asuhan yang sudah dilaksanakan tetapi belum efektif (Muslihatun, 2010).

B. Dokumentasi SOAP

Menurut kemenkes RI (2007), evaluasi ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP, yaitu sebagai berikut:

S : adalah data subyektif, mencatat hasil anamnesa.

O : adalah data obyektif, mencatat hasil pemeriksaan.

A : adalah hasil analisa, mencatat diagnose dan masalah kebidanan.

P : adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif,

tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/follow up dan rujukan.

Langkah implementasi, evaluasi dan dokumentasi di atas berlaku atau dilakukan juga untuk semua asuhan yaitu asuhan kebidanan pada kehamilan, bersalin, nifas, neonatus dan keluarga berencana.

2.6.5. Manajemen Askeb pada Keluarga Berencana

A. Pengkajian dengan 7 langkah varney

1. Pengkajian data

a. Data subjektif

1) Biodata

a) Nama

Untuk menetapkan identitas pasti pasien karena mungkin memiliki nama yang sama dengan alamat dan nomor telepon yang berbeda. (Manuaba, dkk. 2010: 159).

b) Umur

Wanita usia < 20 tahun menggunakan alat kontrasepsi untuk menunda kehamilan, usia 20-35 tahun untuk menjarangkan kehamilan, dan usia > 35 tahun untuk mengakhiri kesuburan (Saifuddin, 2013: U-19).

c) Pendidikan

Makin rendah pendidikan masyarakat, semakin efektif metode KB yang dianjurkan yaitu kontap, suntuk KB,

susuk KB atau AKBK (alat kontrasepsi bawah kulit), AKDR (Manuaba, dkk. 2010: 592).

2) Keluhan utama

Keluhan utama pada ibu pascasalin menurut Affandi (2013 : U-9) adalah :

- a) Usia 20-35 tahun ingin menjarangkan kehamilan
- b) Usia > 35 tahun tidak ingin hamil lagi.

3) Riwayat kesehatan

a) Penggunaan kontrasepsi hormonal tidak diperbolehkan pada ibu yang menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara, miom uterus, diabetes militus disertai komplikasi, penyakit hati akut, jantung, stroke. (Saifuddin, 2013: 45)

b) Kontrasepsi implan dapat digunakan pada ibu yang menderita tekanan darah <180/110 mmHg, dengan masalah pembekuan darah, atau anemia bulan sabit (sickle cell). (Saifuddin, 2010 : 55)

c) Penyakit stroke, penyakit jantung koroner/infark, kanker payudara tidak diperbolehkan menggunakan kontrasepsi pil progeteron. (Affandi, 2013: U-53)

d) Untuk menurunkan morbiditas dan mortalitas wanita penderita penyakit jantung dalam kehamilan, persalinan, dan nifas. Perlu diperlukan konseling

prakontrasepsi dengan memperhatikan resiko masing-masing penyakit. Pasien dengan kelainan jantung derajat 3 dan 4 sebaiknya tidak hamil dan dapat memilih cara kontrasepsi AKDR, tubektomi atau vasektomi pada suami (Saifuddin, 2014: 275)

e) Ibu dengan penyakit infeksi alat genital (vaginitis, servistis), sedangkan mengalami atau menderita PRP atau abortus septik, kelainan bawaan uterus yang abnormal atau tumor jinak rahim yang mempengaruhi kavum uteri, penyakit trofoblas yang ganas, TBC pelvik, kanker alat genital tidak diperkenankan menggunakan AKDR dengan progestin. (Saifuddin, 2013: 70)

4) Riwayat kebidanan

a) Haid

Bila menyusui atau 6 minggu sampai 6 bulan pascapersalinan insersi implan dapat dilakukan setiap saat. Bila menyusui penuh, klien tidak perlu memakai metode kontrasepsi lain. Bila setelah 6 minggu melahirkan dan telah terjadi haid kemabali, insersi dapat dilakukan setiap saat tetapi jangan melakukan hubungan seksual selama 7 hari atau menggunakan metode kontrasepsi lain untuk 7 hari saja (Saifuddin,

2013:68). Pada metode KB MAL ketika ibu mulai haid lagi, itu pertanda ibu sudah subur kembali dan harus segera mulai menggunakan metode KB lainnya. (Saifuddin, 2010: 54).

b) Riwayat kehamilan, persalinan dan Nifas yang lalu

Pada klien pasca persalinan yang tidak menyusui, masa infertilitasnya rata-rata berlangsung sekitar 6 minggu. Sedangkan pada klien yang menyusui masa infertilitasnya lebih lama. Namun kembalinya kesuburan tidak dapat diperkirakan. (Saifuddin, 2013 : 51).

c) Penggunaan KB hormonal (suntik) dapat digunakan pada akseptor, pasca penggunaan kontrasepsi jenis apapun (pil, implant, IUD) tanpa ada kontraindikasi dari masing-masing jenis kontrasepsi tersebut (Hartanto, 2015: 168).

5) Pola kebiasaan sehari-hari

a) Nutrisi

DMPK merangsang pusat pengendali nafsu makan di hipotalamus, yang menyebabkan akseptor makan banyak dari biasanya (Hartanto, 2015: 171).

b) Eliminasi

Dilatasi ureter oleh pengaruh progestin, sehingga timbul statis dan berkurangnya waktu pengosongan

kandung kecing karena relaksasi otot (Hartanto, 2015: 172).

c) Istirahat/tidur

Gangguan tidur yang dialami ibu akseptor KB suntik sering disebabkan karena efek samping dari KB suntik tersebut (mual, pusing, sakit kepala) (Saifuddin, 2010: 35).

d) Kehidupan seksual

Pada penggunaan jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan pada vagina serta menurunkan libido (Saifuddin: 2010: 42)

e) Riwayat ketergantungan

Merokok terbukti menyebabkan efek sinergistik dengan pil oral dalam menambah risiko terjadinya miokard infark, stroke dan keadaan trombo-embolik (Hartanto, 2015: 123).

b. Data objektif

1) Pemeriksaan umum

a) Tanda-tanda vital

Suntikan progestin dan implan dapat digunakan untuk wanita yang memiliki tekanan darah < 180/110 mmHg (Saifuddin, 2010: 43). Pil dapat menyebabkan sedikit

peningkatan tekanan darah pada sebagian besar pengguna (Fraser, et. al: 2009: 657)

b) Pemeriksaan antropometri

Berat badan, umumnya pertambahan berat badan tidak terlalu besar, bervariasi antara kurang dari 1 kg sampai 5 kg dalam tahun pertama. Penyebab pertambahan berat badan tidak jelas. Tampaknya terjadi karena bertambahnya lemak tubuh. (Hartanto, 2015:171).

2) Pemeriksaan fisik

a) Kepala

Observasi dan pemeriksaan yang dilakukan adalah ukuran, bentuk, kontur, kesimetrisan, kesimetrisan wajah, lokasi struktur wajah, gerakan involunter, nyeri pada sinus frontal dan maksil (Varney. 2008:35)

b) Muka

Timbul hirsutisme (tumbuh rambut/bulu berlebihan di daerah muka) pada penggunaan kontrasepsi progestin, tetapi sangat jarang terjadi (Saifuddin, 2010:50)

c) Mata

Kehilangan penglihatan atau pandangan kabur merupakan peringatan khusus untuk pemakai pil progestin (Saifuddin, 2010: 52). Akibat terjadi

perdarahan hebat memungkinkan terjadinya anemia.
(Saifuddin, 2010: 75)

d) Hidung

Observasi dan pemeriksaan yang dilakukan adalah napas cuping hidung, deformitas atau penyimpangan septum, kesimetrisan, ukuran, letak termasuk kesimetrisan lipatan nasolabial, rongga hidung bebas sumbatan, perforasi septum nasal. Pemeriksaan nasal dengan spekulum (ukuran, tanda-tanda infeksi, edema pada konka nasalis, polip, tonjolan, sumbatan, ulserasi, lesi, titik-titik perdarahan, rabas, warna mukosa).
(Varney. 2008: 36)

e) Telinga

Observasi dan pemeriksaan yang dilakukan adalah pembesaran atau nyeri tekan mastoid, ketajaman pendengaran secara umum, letak telinga di kepala, bentuk, tonjolan, lesi, dan rabas pada aurikula dan ostium, warna, sumbatan, lesi, edema, rabas, adanya benda asing pada saluran pendengaran eksternal, pemeriksaan membran timpani dengan alat otoskopik (warna, tonjolan atau retraksi, gambaran bayangna telinga, dengan senter kerucut membran timpani ada atau tidak, jaringan paut, perfrasi) (Varney, 2008:36)

f) Mulut dan tenggorokan

Observasi dan pemeriksaan yang dilakukan

- (1) Bau napas
- (2) Bibir : kesimetrisan, warna, lesi, edema, tumor, dan fisura
- (3) Mulut dan mukosa : lesi, tumor, plak, keutuhan palatum, warna, terlihat pembuluh darah pada mukosa bibir
- (4) Gigi : kondisi perbaikan gigi, gigi tanggal, karies
- (5) Gusi : perdarahan, lesi, edema, tumor, warna, gusi turun, terdapat pus atau eksudat.
- (6) Lidah : kesimetrisan, posisi, tekstur, warna, lesi, tumor, kelembapan lidah, penyimpangan lidah.
- (7) Uvula : deviasi uvula, ukuran, pembesaran
- (8) Orofaring : tanda infeksi pada faring posterior, fosa tonsila, dan *tonsillar pillar*, inflamasi, edema, perdarahan, eksudat, tanda bercak pus, warna, lesi, tumor, ukuran, kesimetrisan, dan pembesaran tonsil (Varney. 2008: 36).

g) Leher

Normal bila tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembesaranlimfe dan ditemukan bendungan vena jugularis (Romaui, 2011: 174)

h) Dada dan paru-paru

Pemeriksaan dada yang dilakukan meliputi konfigurasi, deformitas, kesimetrisan, ukuran, massa, lesi jaringan perut pada struktur dan dinding dada, retraksi atau penonjolan. (Varney, 2008: 37)

i) Interkosta atau subklavikula

Ekskuri pernapasan sama dikiri dan kanan serta kesimetrisan gerak nafas, frekuensi, kedalaman, irama dan tipe pernapasan (dada, abdomen). Pada auskultasi paru : bunyi napas normal, rales, mengi, frictio

j) Payudara

Kontrasepsi suntikan tidak menambah risiko terjadinya karsinoma seperti karsinoma payudara atau serviks, namun progesteron termasuk DMPA, digunakan untuk mengobati karsinoma endometrium (Hartanto, 2015: 164).

k) Abdomen

Peringatan khusus bagi penggunaan implant bila disertai nyeri perut bagian bawah yang hebat kemungkinan terjadi kehamilan ektopik (Saifuddin, 2010: 58)

l) Genetalia

DMPA lebih sering menyebabkan perdarahan, perdarahan bercak dan amenore (Hartanto, 2015: 170).

Efek samping yang umum terjadi dari penggunaan AKDR diantaranya mengalami haid yang lebih lama dan banyak, perdarahan (*spotting*) antar menstruasi, dan komplikasi lain dapat terjadi perdarahan hebat pada waktu haid (Saifuddin, 2010: 75).

m) Ekstremitas

Pada pengguna implant, luka bekas insisi mengeluarkan darah atau nanah disertai dengan rasa nyeri pada lengan (Saifuddin, 2010: 58). Ibu dengan varises di tungkai dapat menggunakan AKDR (Saifuddin, 2010: 77).

2. Interpretasi data

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

3. Identifikasi masalah atau diagnosis potensial

Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah atau diagnosis potensial lain berdasarkan rangkaian gambaran masalah dan

diagnosis yang telah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi bila memungkinkan dilakukan pencegahan.

4. Tindakan segera atau kolaborasi

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan atau untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien.

5. Rencana asuhan tindakan

Diagnosa :PAPIAH usia 15-49 tahun, anak terkecil usia.....tahun, calon peserta KB, belum ada pilihan, tanpa kontraindikasi, keadaan umum baik. Prognosa baik.

a) Tujuan

- (1) Setelah diadakan tindakan keperawatan keadaan akseptor baik dan kooperatif
- (2) Pengetahuan ibu tentang macam-macam, cara kerja, kelebihan dan kekurangan serta efek samping KB bertambah
- (3) Ibu dapat memilih KB yang sesuai dengan keinginan dan kondisinya.

b) Kriteria

- (1) Pasien dapat menjelaskan kembali penjelasan yang diberikan petugas
- (2) Ibu memilih salah satu KB yang sesuai

(3) Ibu terlihat tenang

Intervensi menurut Saifuddin (2010: U-3)

a) Sapa dan salam kepada klien secara terbuka dan sopan.

R/ Menyakinkan klien membangun rasa percaya diri

b) Tanyakan pada klien informasi tentang dirinya (pengalaman KB, kesehatan reproduksi, tujuan, kepentingan).

R/ Dengan mengetahui informasi tentang diri klien kita akan dapat membantu klien dengan apa yang dibutuhkan klien.

c) Uraikan pada klien mengenai beberapa jenis kontrasepsi, meliputi jenis, keuntungan, kerugian, efektifitas, indikasi dan kontraindikasi.

R/ Penjelasan yang tepat dan terperinci dapat membantu klien memilih kontrasepsi yang di inginkan

d) Bantulah klien menentukan pilihannya.

R/ Klien akan mampu memilih alat kontrasepsi yang sesuai dengan keadaan dan kebutuhan

e) Diskusikan pilihan tersebut dengan pasangan klien.

R/ Penggunaan alat kontrasepsi merupakan kesepakatan dari pasangan usi subur sehingga perlu dukungan dari pasangan klien.

f) Jelaskan secara lengkap bagaimana menggunakan kontrasepsi pilihanya.

R/ Penjelasan yang lebih lengkap tentang alat kontrasepsi yang digunakan kita mampu membuat klien lebih mantap menggunakan alat kontrasepsi tersebut.

g) Pesakan pada ibu untuk melakukan kunjunganulang.

R/ Kunjungan ulang digunakan untuk memantau keadaan ibu dan mendeteksi dini bila terjadi komplikasi atau masalah selama penggunaan alat kontrasepsi.

6. Implementasi

Pada langkah ini bidan mengarahkan atau melaksanakan rencana asuhan secara efektif dan aman. Pelaksanaan asuhan ini sebagian dilakukan oleh bidan, bila perlu berkolaborasi dengan dokter misalnya karena ada komplikasi. Kaji ulang apakah semua rencanatelah dilaksanakan.

7. Evaluasi

Pada langkah ini dievaluasi keefektifan asuhan yang telahdiberikan, apakah telah memenuhi kebutuhan asuhan yang telah teridentifikasi dalam diagnosis maupun masalah. Pelaksanaan rencana asuhan tersebut dapat dianggap efektif bila anak menunjukkan pertumbuhan dan perkembangan yang lebih baik, terjadi pencapaian dalam tugas perkembangan sesuai

dengan kelompok usia dan ukuran fisik sesuai dengan batasan ideal anak.

B. Dokumentasi SOAP

Menurut kemenkes RI (2007), evaluasi ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP, yaitu sebagai berikut:

S : adalah data subyektif, mencatat hasil anamnesa.

O : adalah data obyektif, mencatat hasil pemeriksaan.

A : adalah hasil analisa, mencatat diagnose dan masalah kebidanan.

P : adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/follow up dan rujukan.

Langkah implementasi, evaluasi dan dokumentasi di atas berlaku atau dilakukan juga untuk semua asuhan yaitu asuhan kebidanan pada kehamilan, bersalin, nifas, neonatus dan keluarga berencana.

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Laporan Tugas Akhir ini menggunakan penelitian kualitatif dimana dilakukan melalui kontak yang intens atau dalam jangka waktu yang lama dengan responden. Rancangan penelitian adalah studi kasus untuk mempelajari secara intensif perkembangan kehamilan sampai masa nifas dan neonatus responden.

Asuhan kebidanan komprehensif mencakup empat kegiatan pemeriksaan berkesinambungan diantaranya adalah asuhan kebidanan kehamilan (*antenatal care*), asuhan kebidanan persalinan (*intranatal care*), asuhan kebidanan masa nifas (*postnatal care*) dan asuhan bayi baru lahir pada Ny. “M” di Puskesmas Malawili Kabupaten Sorong menggunakan manajemen 7 langkah varney dan data perkembangan SOAP.

3.2 Waktu dan Tempat Penelitian

A. Waktu

Waktu penyusunan laporan dimulai sejak pertama kali kontak dengan ibu hamil tanggal 07 Maret 2022 sampai dengan berakhirnya masa nifas 40 hari dan ibu memilih menggunakan alat kontrasepsi KB pada tanggal 01 Mei 2022.

B. Tempat Penelitian

Lokasi studi kasus ini dilakukan di Puskesmas Malawili Kabupaten Sorong, Provinsi Papua Barat dan Rumah Ny. M.

3.3 Instrumen Penelitian

Instrumen yang digunakan adalah pedoman observasi, pemeriksaan fisik, wawancara dan studi dokumentasi dalam bentuk format asuhan kebidanan sesuai dengan KEPMENKES No.983/Menkes/SK/VIII/2007, yang berisi pengkajian data subyektif, obyektif, assessment, planning. Selain itu, instrumen yang digunakan juga adalah partograf dan buku KIA.

3.4 Subjek Penelitian

Subjek yang digunakan dalam manajemen asuhan kebidanan ini adalah Ny. “M” dan bayi Ny. “M”

3.5 Teknik Pengumpulan Data

A. Data primer

Data primer merupakan data yang diperoleh langsung dari sumber data kepada pengumpul data. Data primer terdiri dari :

1. Wawancara

Metode pengumpulan data dengan cara wawancara langsung responden yang diteliti, sehingga metode ini memberikan hasil secara langsung. Wawancara dilakukan pada pasien dan keluarga pasien dengan pedoman wawancara berupa format asuhan kebidanan.

2. Observasi

Cara pengumpulan data yaitu dengan mengadakan pengamatan secara langsung kepada responden penelitian untuk mencari perubahan atau hal-hal yang akan diteliti.

3. Pemeriksaan fisik

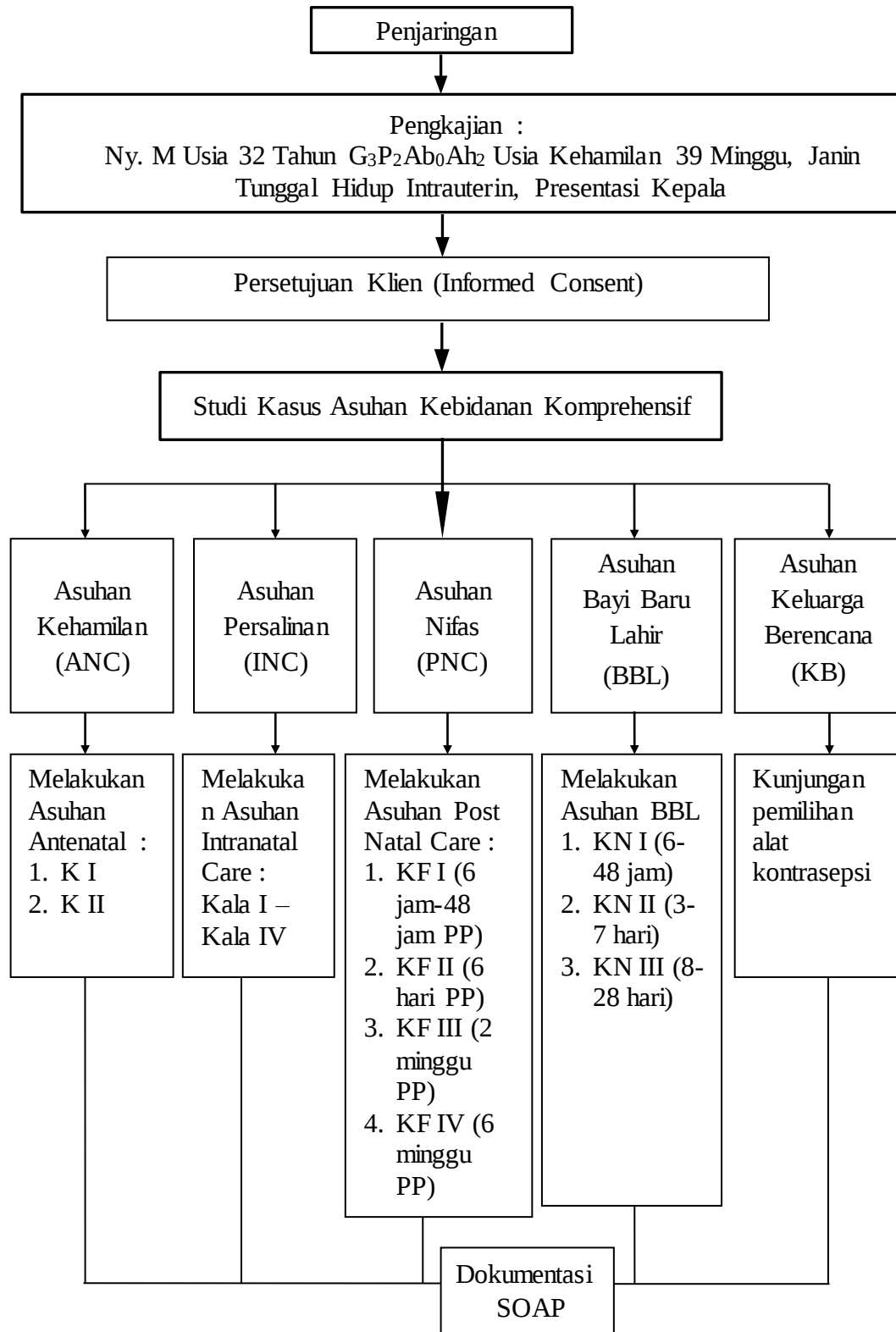
Pemeriksaan dilakukan secara langsung dengan klien, baik menggunakan alat atau tidak menggunakan alat. Pemeriksaan ini bisa dilakukan dengan inspeksi, auskultasi, dan perkusi. Pemeriksaan ini dilakukan secara lengkap seperti keadaan umum, tanda-tanda vital, pemeriksaan fisik dari kepala sampai kaki (*head to toe*), pemeriksaan Leopold dan pemeriksaan dalam (*vagina toucher*).

B. Data sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari pihak lain. Tidak langsung diperoleh dari peneliti dari subjek penelitiannya. Biasanya data dokumentasi atau data laporan yang telah tersedia. Pengambilan kasus ini menggunakan dokumentasi dari catatan rekam medis Puskesmas Malawili dan buku KIA ibu.

3.6 Kerangka Kerja Penelitian

Bagan 3.1 Kerangka Kerja Studi Kasus



3.7 Etika Penelitian

A. *Respect for person*

Keikutsertaan ibu dalam penelitian ini bersifat sukarela, ibu bebas menolak untuk ikut studi kasus ini atau dapat mengundurkan diri kapan saja. Ny. M mendapatkan penjelasan sebelum persetujuan dan bersedia ikut dalam studi kasus ini secara sadar tanpa paksaan dan telah membubuhkan tanda tangan pada lembar persetujuan.

B. *Beneficence dan non maleficence*

Ny. M sebagai peserta dalam kegiatan asuhan kebidanan komprehensif ini akan mendapatkan keuntungan berupa pengawasan dari tenaga kesehatan sejak ibu hamil sampai dengan bersalin/nifas. Penulis juga pada saat melakukan pengkajian dan pemeriksaan telah meminimalkan bahaya risiko yang terjadi, yaitu melakukan mencuci tangan sebelum tindakan dan menggunakan alat pelindung diri (APD) seperti *handscoon*.

C. *Anonymity dan confidentiality*

Adalah pencegahan bagi mereka yang tidak berkepentingan, yang ingin mengetahui secara umum data, hak dan kerahasiaan klien. Seseorang dapat mencapai informasi secara umum apabila telah disebutkan atau telah mendapat perijinan dari pihak yang berkaitan. Dalam laporan tugas akhir ini peneliti berjanji untuk menjaga kerahasiaan klien.

BAB IV

TINJAUAN KASUS

4.1 ASUHAN KEBIDANAN KEHAMILAN

4.1.1 ANC Kunjungan 1

NO. REGISTER : -

TANGGAL / JAM : Senin, 07 Maret 2022, Jam 11.00 WIT

RUANG : Ruang KIA / KB

A. Pengkajian Data Subjektif

Tanggal : 07 Maret 2022

Jam : 11.00 WIT

1. Identitas Ibu Suami / Penanggung Jawab

Nama : Ny. M Tn. D

Umur : 32 Tahun 32 Tahun

Agama : Islam Islam

Suku/Bangsa : Banggai/Indonesia Toraja/Indonesia

Pendidikan : SMA SMA

Pekerjaan : IRT Swasta

Alamat : Jl. Kontener Jl. Kontener

No. Tel/Hp : 082199612686 -

2. Kunjungan saat ini

Kunjungan Pertama

☐

Kunjungan Ulang

☒

3. Keluhan Utama

Ibu mengatakan ingin memeriksakan kehamilannya.

4. Riwayat Perkawinan

Kawin 1 kali. Kawin pertama umur 21 tahun. Dengan suami sekarang 11 tahun.

5. Riwayat Menstruasi

Menarche : 14 tahun

Siklus : 28 hari

Banyaknya : 50 cc (2x ganti pembalut)

Dismenorrhoe : ~~ya~~ / tidak

HPMT : 06 Juni 2021

HPL : 13 Maret 2022

6. Riwayat Kehamilan ini

a. Riwayat ANC

ANC sejak umur kehamilan 8 minggu, di Puskesmas Malawili

Frekuensi : Trimester I : 2 kali

Trimester II : 1 kali

Trimester III : 3 kali

b. Pergerakan janin pertama pada umur kehamilan 20 minggu.

Pergerakan janin dalam 24 jam terakhir sebanyak 12 kali

c. Keluhan yang dirasakan

Tidak ada.

d. Riwayat imunisasi

TT 1 : (Hamil pertama)

TT 2 : (Hamil kedua)

TT 3 : (02-08-2021)

7. Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas yang lalu

G 3 P 2 Ab 0 Ah 2

Ha mil ke	Persalinan								Nifas	
	Tgl partu s	Umur kehamil an	Jenis partu s	Penol ong	Komplikasi		Jenis kelam in	BB lahir	Laktasi	Kompl ikasi
					Ibu	Bayi				
1	16-07- 2012	38 minggu	Norm al	Bidan	Tidak ada	Tidak ada	Perem puan	3.300 gram	2 tahun	Tidak ada
2	09-06- 2017	39 minggu	Norm al	Bidan	Tidak ada	Tidak ada	Perem puan	4.000 gram	2 tahun	Tidak ada
3	Hamil ini	-	-	-	-	-	-	-	-	-

8. Riwayat Kontrasepsi yang digunakan

N o	Jenis kontrasepsi	Mulai memakai				Berhenti / Ganti Cara			
		Tanggal	Oleh	Tempat	Keluhan	Tangg al	Oleh	Temp at	Keluha n
1.	KB Kalender	27-08- 2012	Ny. M	Rumah Ny. M	Tidak ada	-	-	-	-
2.	KB Kalender	21-07- 2017	Ny. M	Rumah Ny. M	Tidak ada	-	-	-	-

9. Riwayat Kesehatan

a. Penyakit menular yang pernah / sedang diderita

- 1) TBC : Tidak pernah
- 2) Hepatitis : Tidak pernah
- 3) Sifilis : Tidak pernah
- 4) HIV/AIDS : Tidak pernah

b. Penyakit yang pernah diderita keluarga / penyakit keturunan

- 1) Asma : Tidak ada
- 2) Jantung : Tidak ada
- 3) Hipertensi : Tidak ada
- 4) Diabetes Mellitus : Tidak ada
- 5) Malaria : Tidak ada

c. Riwayat keturunan kembar

Ibu mengatakan tidak memiliki riwayat keturunan anak kembar.

d. Kebiasaan – kebiasaan

- Merokok : tidak merokok
- Minum jamu-jamuan : tidak minum jamu
- Minum-minuman keras : tidak minum miras
- Makanan/minuman pantang : tidak ada
- Perubahan pola makan : makan lebih sering

10. Pola Kebiasaan Sehari-hari

Pola	Sebelum hamil	Selama hamil
1. Nutrisi a) Makan Frekuensi Porsi Jenis b) Minum Jumlah Jenis c) Keluhan	3x / hari Sedang Nasi, sayur, lauk-pauk 9-10 gelas / hari Air putih Tidak ada	4-5x / hari Sedikit – sedang Nasi, sayur, lauk-pauk, buah 9-10 gelas / hari Air putih, susu Tidak ada
2. Eliminasi a) BAK Frekuensi Warna Bau b) BAB Frekuensi Konsistensi Warna Bau c) Keluhan	9-10x / hari Kuning jernih Pesing 1x / hari Padat Kuning kecoklatan Khas feses Tidak ada	10-11x / hari Kuning jernih Pesing 1x / 2 hari Padat Kuning Kecoklatan Khas feses Susah BAB (TM 3)
3. Istirahat a) Tidur siang b) Tidur malam c) Keluhan	1 jam 6-7 jam Tidak ada	1-2 jam 7-8 jam Tidak ada

4. Aktifitas	Masak, mencuci	Masak, mencuci
a) Kegiatan sehari-hari	pakaian, bersihkan rumah (dilakukan sendiri)	pakaian, bersihkan rumah (dibantu suami dan keluarga)
b) Keluhan	Tidak ada	Tidak ada
5. Personal Hygiene		
a) Mandi	2x / hari	3x / hari
b) Mencuci rambut	1x / 2 hari	1x / 2 hari
c) Menggosok gigi	2x / hari	3x / hari
d) Ganti pakaian dalam	2x / hari	3x/ hari
e) Perawatan payudara	Tidak pernah	1x / minggu
f) Keluhan	Tidak ada	Tidak ada
6. Seksualitas		
a) Frekuensi	1x / 2 bulan	Tidak pernah
b) Keluhan	Tidak ada	Merasa tidak nyaman.

7. Keadaan Psiko Sosial Spiritual

a. Kelahiran ini ☒ Diinginkan ☐ Tidak diinginkan

b. Penerimaan ibu terhadap kehamilan saat ini

Ibu mengatakan bahwa kehamilan ini memang direncanakan, dan diinginkan oleh suami dan keluarga.

c. Tanggapan keluarga terhadap kehamilan

Keluarga sangat menantikan kelahiran anak ini dan berharap semua proses kehamilan-kelahiran berjalan dengan lancar.

d. Ketaatan ibu dalam beribadah

Ibu tetap melaksanakan ibadahnya sebagaimana mestinya selama kehamilan ini.

B. Pengkajian Data Objektif

1. Pemeriksaan Umum

a. Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Compos Mentis

b. Tanda-tanda vital

Tekanan darah : 110/70 mmHg

Nadi : 85x/menit

Pernafasan : 22x/menit

Suhu : 36,6°C

c. Antropometri

TB : 153 cm

BB : Sebelum hamil 60 kg, BB sekarang 76 kg

IMT : 25,6

LILA : 29 cm

LP : 106 cm

2. Pemeriksaan Fisik

a. Kepala : Simetris, bersih, tidak ada lesi, tidak ada nyeri tekan, tidak terdapat benjolan dan massa abnormal.

- Muka : Simetris, muka tidak pucat, tidak ada cloasma gravidarum, tidak oedema.
- Mata : Simetris, konjungtiva merah muda, sclera putih, fungsi penglihatan baik.
- Hidung : Simetris, tidak ada polip, tidak ada secret, tidak ada pernapasan cuping hidung.
- Telinga : Simetris, tidak ada serumen, fungsi pendengaran baik.
- Mulut : Ada caries gigi, bibir lembab, tidak ada stomatitis, tidak ada pembengkakan atau perdarahan gusi.
- b. Leher : Tidak ada pembengkakan kelenjar limfe, tidak ada pembengkakan kelenjar tiroid dan tidak ada bendungan vena jugularis.
- c. Dada
- Payudara : Simetris, puting susu tidak menonjol (semenjak remaja tidak ada puting susu), areola hiperpigmentasi, tidak ada nyeri tekan, colostrum belum keluar.
- d. Abdomen
- Bentuk : Besar sesuai usia kehamilan
- Bekas luka : Tidak ada
- Striae gravidarum : Tidak ada

Palpasi Leopold

- Leopold I : TFU 3 jari dibawah px, teraba bulat, lunak dan tidak melenting (bokong) di fundus uteri.
- Leopold II : Teraba datar, keras, memanjang seperti papan (punggung janin) di PUKI ibu, dan teraba bagian-bagian kecil janin (ekstremitas) di sisi kanan perut ibu.
- Leopold III : Bagian terbawah rahim teraba keras, melenting, bulat (kepala janin) dan sudah tidak dapat digoyangkan.
- Leopold IV : Kepala sudah masuk PAP (divergen), teraba 4/5 bagian di tepi atas symphysis.
- TFU : 34 cm
- TBJ : $(34 - 11) \times 155 \text{ gram} = 3.565 \text{ gram}$
- Auskultasi DJJ : 132x/menit
- Punctum maksimum : Kiri bawah pusat ibu

e. Genitalia

- Tanda chadwich : Tidak dikaji
- Varices : Tidak dikaji
- Bekas luka : Tidak dikaji
- Kelenjar bartholini : Tidak dikaji
- Pengeluaran : Tidak dikaji

f. Anus : Tidak dikaji

3. Pemeriksaan Penunjang

a. Hb : 13,5 gr%

b. DDR : Negatif

c. VCT : Negatif

d. Protein urin : Tidak dikaji

e. Glukosa urin : Tidak dikaji

C. Analisa

Diagnosa : Ny. M usia 32 tahun, G₃P₂Ab₀Ah₂ usia kehamilan 39 minggu dengan kehamilan normal.

Diagnosa Potensial : Indikasi Makrosomia

Antisipasi Tindakan Segera : KIE diet rendah energi

D. Penatalaksanaan

1. Menjelaskan kepada ibu hasil pemeriksaan bahwa ibu dalam keadaan baik.

Hasil : Ibu mengerti dan menerima hasil pemeriksaan.

2. Menganjurkan kepada ibu untuk mengurangi konsumsi makanan-makanan manis, makanan yang tinggi kalori, makanan yang berlemak, minuman bersoda, dan porsi makan yang dikurangi agar dapat sedikit mengurangi resiko janin besar.

Hasil : Ibu mengerti dan bersedia mengurangi makanan-makanan seperti yang telah dianjurkan.

3. Menganjurkan ibu untuk melanjutkan olahraga rutin yang ibu lakukan setiap hari.

Hasil : Ibu bersedia melanjutkan olahraga rutin yang setiap hari ibu lakukan.

4. Menjelaskan dan menganjurkan kepada ibu bahwa melakukan hubungan intim dengan suami pada kehamilan khususnya di TM 3 dapat membantu menguatkan dan mengencangkan otot-otot dasar panggul sehingga mampu menghadapi proses persalinan normal lebih mudah.

Hasil : Ibu mengerti dengan penjelasan Bidan dan bersedia mengikuti arahan Bidan.

5. Memberitahu ibu bahwa persalinan semakin dekat dan persiapan perlengkapan persalinan ibu sudah harus lengkap.

Hasil : Ibu mengerti dan mengatakan semua perlengkapan persalinan telah siap.

6. Memberitahu ibu tentang tanda bahaya pada trimester III yaitu, ketuban pecah sebelum waktunya, terjadi perdarahan, demam yang tinggi, pergerakan janin kurang, anemia berat, nyeri kepala hebat, dan lain sebagainya.

Hasil : Ibu mengerti dengan apa yang disampaikan Bidan.

7. Memberikan ibu tablet tambah darah sebanyak 10 tablet dan kalsium 10 tablet, serta mengajarkan ibu untuk aturan minumnya yaitu 1x1.

Hasil : Ibu mengerti dengan penjelasan Bidan dan bersedia meminum obatnya.

8. Membuat janji dengan ibu untuk melakukan kunjungan ulang tanggal 14 Maret 2022 atau bila ibu mengalami keluhan.

Hasil : Ibu bersedia untuk melakukan kunjungan ulang tanggal 14 Maret 2022 atau apabila ada keluhan.

9. Mendokumentasikan hasil pemeriksaan yang telah dilakukan.

Hasil : Semua hasil pemeriksaan telah didokumentasikan didalam buku KIA ibu, kartu ibu, dan kohort ibu.

4.1.2 ANC Kunjungan 2

NO. REGISTER : -

TANGGAL / JAM : Senin, 14 Maret 2022

RUANG : Ruang KIA / KB

A. Pengkajian Data Subjektif

Ibu mengatakan ingin memeriksakan kehamilannya dan ibu mengeluh semenjak seminggu yang lalu sudah merasa mules tapi masih sangat jarang yaitu satu hari hanya sekali merasakan mules pada perutnya.

B. Pengkajian Data Objektif

1. Pemeriksaan Umum

a. Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Compos Mentis

b. Tanda-tanda vital

Tekanan darah : 110/70 mmHg

Nadi : 88x/menit

Pernafasan : 20x/menit

Suhu : 36,6°C

c. Antropometri

BB : 76 kg

LILA : 29 cm

LP : 111 cm

2. Pemeriksaan Fisik

a. Abdomen

Bentuk	: Besar sesuai usia kehamilan
Bekas luka	: Tidak ada
Striae gravidarum	: Tidak ada
Palpasi Leopold	
Leopold I	: TFU $\frac{1}{2}$ pusat px, teraba bulat, lunak dan tidak melenting (bokong) di fundus uteri.
Leopold II	: Teraba datar, keras, memanjang seperti papan (punggung janin) di PUKI ibu, dan teraba bagian-bagian kecil janin (ekstremitas) di sisi kanan perut ibu.
Leopold III	: Bagian terbawah rahim teraba keras, melenting, bulat (kepala janin) dan sudah tidak dapat digoyangkan.
Leopold IV	: Kepala sudah masuk PAP (divergen), teraba $\frac{3}{5}$ bagian di tepi atas symphysis.
TFU	: 31 cm
TBJ	: $(31 - 11) \times 155 \text{ gram} = 3.100 \text{ gram}$
Auskultasi DJJ	: 132x/menit
Punctum maksimum	: Kiri bawah pusat ibu

3. Pemeriksaan Penunjang

- a. Protein urin : Tidak dilakukan
- b. Glukosa urin : Tidak dilakukan

C. Analisa

Diagnosa : Ny. M usia 32 tahun, G₃P₂Ab₀Ah₂ usia kehamilan 39 minggu dengan kehamilan normal.

Diagnosa Potensial : Indikasi Makrosomia

Antisipasi Tindakan Segera : KIE diet rendah energi

D. Penatalaksanaan

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan bahwa ibu dan janin dalam keadaan baik.

Hasil : Ibu merasa senang dengan hasil pemeriksaan.

2. Menganjurkan kepada ibu untuk mengurangi konsumsi makanan-makanan manis, makanan yang tinggi kalori, makanan yang berlemak, minuman bersoda, dan porsi makan yang dikurangi agar dapat sedikit mengurangi resiko janin besar.

Hasil : Ibu mengerti dan bersedia mengurangi makanan-makanan seperti yang telah dianjurkan.

3. Menganjurkan ibu untuk melanjutkan olahraga rutin yang ibu lakukan setiap hari.

Hasil : Ibu bersedia melanjutkan olahraga rutin yang setiap hari ibu lakukan.

4. Menjelaskan kepada ibu bahwa rasa mules yang dialami ibu merupakan hal yang normal pada ibu hamil khususnya di usia kehamilan TM 3 akhir sebagai tanda bahwa persalinan semakin dekat.

Hasil : Ibu mengerti dengan penjelasan yang disampaikan Bidan.

5. Mengajarkan ibu teknik relaksasi apabila merasa mules yaitu tarik nafas panjang melalui hidung kemudian hembuskan perlahan melalui mulut.

Hasil : Ibu mengerti dengan penjelasan Bidan dan mencoba mempraktekkan teknik relaksasi sesuai anjuran Bidan.

6. Memberitahukan ulang kepada ibu tentang tanda bahaya pada trimester III yaitu, ketuban pecah sebelum waktunya, terjadi perdarahan, demam yang tinggi, pergerakan janin kurang, anemia berat, nyeri kepala hebat, dan lain sebagainya.

Hasil : Ibu mengerti dengan apa yang disampaikan Bidan.

7. Membuat janji dengan ibu untuk melakukan kunjungan ulang tanggal 21 Maret 2022 atau bila ibu mengalami keluhan.

Hasil : Ibu bersedia untuk melakukan kunjungan ulang tanggal 21 Maret 2022 atau apabila ada keluhan.

8. Mendokumentasikan hasil pemeriksaan yang telah dilakukan.

Hasil : Semua hasil pemeriksaan telah didokumentasikan didalam buku KIA ibu, kartu ibu, dan kohort ibu.

4.2 ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN

NO. REGISTER : -

TANGGAL MASUK/JAM : Senin, 20 Maret 2022 / 16.00 WIT

DIRAWAT DIRUANG : PMB Herminiati, STr.Keb

A. Pengkajian Data Subjektif

Tanggal : 20 Maret 2022 Jam : 16.00 WIT

1. Identitas	Ibu	Suami
Nama	: Ny. M	Tn. D
Umur	: 32 Tahun	32 Tahun
Agama	: Islam	Islam
Suku/Bangsa	: Banggai/Indonesia	Toraja/Indonesia
Pendidikan	: SMA	SMA
Pekerjaan	: IRT	Swasta
Alamat	: Jl. Kontener	Jl. Kontener
No.Telepon/HP	: 082199612686	-

2. Alasan masuk kamar bersalin

Ibu datang dengan keluhan perut mules dan terasa nyeri pada perut bagian bawah sampai ke tulang belakang yang disertai keluarnya lendir darah dari jalan lahir.

3. Keluhan Utama

Perut mules dan terasa nyeri pada perut bagian bawah sampai ke tulang belakang disertai lendir darah dari jalan lahir.

4. Tanda-tanda persalinan

a. Kontraksi uterus sejak tanggal 20 Maret 2022 jam 10.00 WIT

Frekuensi : 4 kali dalam 10 menit

Durasi : 35 detik

Kekuatan : kuat/sedang/lemah

Lokasi ketidaknyamanan di perut bagian bawah, tulang belakang

b. Pengeluaran per vaginam

Lendir darah : ya/tidak

Air ketuban : ya/tidak, warna

Darah : ya/tidak, warna merah

5. Riwayat sebelum masuk ruang bersalin

Perut mules disertai keluarnya lendir darah dari jalan lahir pada tanggal 20 Maret 2022 pukul 10.00 WIT.

6. Riwayat kehamilan sekarang

HPHT : 06-06-2021

HPL : 13-03-2022

Menarche umur 14 tahun, siklus 28 hari, lama 5 hari,

Banyaknya 50 cc

ANC teratur/tidak, frekuensi empat kali di Puskesmas dan dua kali di dokter

7. Keluhan/komplikasi selama kehamilan

Ibu mengatakan tidak ada keluhan atau komplikasi apapun selama kehamilan.

8. Riwayat merokok/minum-minuman keras/minum jamu

Ibu mengatakan tidak pernah merokok, tidak pernah minum-minuman keras maupun minum jamu.

9. Riwayat imunisasi TT

Imunisasi TT 1 : ya/tidak tanggal (Lupa tanggal/hamil anak pertama)

Imunisasi TT 2 : ya/tidak tanggal (Lupa tanggal/hamil anak kedua)

Imunisasi TT3 : ya/tidak tanggal (02-08-2021)

10. Pergerakan janin dalam 24 jam terakhir 13 kali

11. Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu.

G 3 P 2 Ab 0 Ah 2

[illegible]

11. Riwayat kontrasepsi yang digunakan

No	Jenis kontrasepsi	Mulai memakai				Berhenti / Ganti Cara			
		Tanggal	Oleh	Tempat	Keluhan	Tanggal	Oleh	Tempat	Keluhan
1.	KB Kalender	27-08- 2012	Ny. M	Rumah Ny. M	Tidak ada	-	-	-	-
2.	KB Kalender	21-07- 2017	Ny. M	Rumah Ny. M	Tidak ada	-	-	-	-

12. Riwayat kesehatan

a. Penyakit yang pernah/sedang diderita

1) TBC : Tidak pernah

1) Hepatitis : Tidak pernah

2) Sifilis : Tidak pernah

3) HIV/AIDS : Tidak pernah

b. Penyakit yang pernah/sedang diderita keluarga

1) Asma : Tidak ada

2) Jantung : Tidak ada

3) Hipertensi : Tidak ada

4) Diabetes Mellitus : Tidak ada

5) Malaria : Tidak ada

c. Riwayat keturunan kembar

Ibu mengatakan tidak ada riwayat keturunan kembar

13. Makan terakhir tanggal 20 Maret 2022 jam 15.30 WIT jenis nasi, lauk-pauk

14. Minum terakhir tanggal 20 Maret 2022 jam 15.30 WIT jenis air putih, minuman jus buah
15. Buang air besar terakhir tanggal 20 Maret 2022 jam 14.00 WIT
16. Buang air kecil terakhir tanggal 20 Maret 2022 jam 15.30 WIT
17. Istirahat dalam 1 hari terakhir 20 Maret 2022 jam 12.00 WIT
18. Keadaan Psiko Sosio Spiritual/kesiapan menghadapi proses persalinan
 - a. Pengetahuan tentang tanda-tanda persalinan dan proses persalinan

Ibu mengatakan mengetahui tanda-tanda persalinan dan proses persalinan dari Bidan, Dokter dan pengalaman sebelumnya.
 - b. Persiapan persalinan yang telah dilakukan (Pendamping ibu, biaya, dll)

Ibu mengatakan telah menyiapkan semua perlengkapan persalinan. Pendamping persalinan adalah suami dan keluarga, biaya persalinan juga telah disiapkan.
 - c. Tanggapan Ibu dan Keluarga terhadap proses persalinan yang dihadapi

Ibu mengatakan bahwa ibu dan keluarga berharap proses persalinan dapat berjalan lancar dan keadaan ibu maupun bayinya baik dan sehat.

B. Pengkajian Data Objektif

1. Pemeriksaan Umum

a. Keadaan umum : Baik Kesadaran : Compos Mentis

b. Status emosional : Terkendali / Normal

c. Tanda-tanda vital

Tekanan darah : 110/80 mmHg

Nadi : 85 kali per menit

Pernafasan : 20 kali per menit

Suhu : 36,5°C

d. Antropometri

TB : 153 cm

BB : sebelum hamil 60 kg, BB sekarang 76 kg

IMT : 25,6

LILA : 29 cm

LP : 111 cm

2. Pemeriksaan Fisik

a. Kepala dan leher

Edema wajah : Tidak ada edema

Cloasma gravidarum + (-)

Mata : Konjungtiva merah muda, sclera putih, fungsi penglihatan baik.

Mulut : Bibir lembab, tidak ada stomatitis, tidak ada pembengkakan gusi.

- Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar limfe,
tidak ada pembengkakan kelenjar tiroid dan
tidak ada bendungan vena jugularis.
- b. Payudara
- Bentuk : Simetris, bulat, tidak ada benjolan, tidak
ada nyeri.
- Puting susu : Tidak ada / flat (semenjak remaja tidak ada
puting susu).
- Colostrum : Belum ada pengeluaran
- c. Abdomen
- Pembesaran : Besar sesuai usia kehamilan
- Benjolan : Tidak ada
- Bekas luka : Tidak ada
- Striae gravidarum : Tidak ada
- Palpasi Leopold
- Leopold I : TFU $\frac{1}{2}$ pusat px, teraba bulat, lunak, tidak
melenting (bokong) di fundus uteri.
- Leopold II : Teraba keras, panjang seperti papan
(punggung janin) di sisi PUKA ibu, dan
teraba ekstremitas janin di sisi kiri perut
ibu.
- Leopold III : Bagian terbawah janin teraba keras, bulat,
melenting (kepala).

- Leopold VI : Kepala sudah masuk PAP, penurunan
Hodge II
- Osborn test : Tidak dilakukan
- Auskultasi DJJ : 130x/menit
- Punctum maksimum: Kanan bawah pusat ibu
- His : Kuat
- Frekuensi : 4 kali dam 10 menit
- Durasi : 35 detik
- Kekuatan : kuat/~~sedang~~/lemah
- d. Pinggang : nyeri/~~tidak~~
- e. Ekstremitas
- Kekakuan otot, sendi : Tidak kaku
- Edema : Tidak ada edema
- Varices : Tidak ada varices
- Reflek patela : +/+
- Kuku : Bersih, pendek
- f. Genetalia luar
- Tanda chadwich : Tidak ada
- Varices : Tidak ada
- Bekas luka : Tidak ada
- Kelenjar bartholini : Tidak ada
- Pengeluaran : Lendir darah (+)
- Pemeriksaaan dalam : Pukul 16.00 pembukaan 4 cm.

g. Anus

Hemoroid : Tidak ada

3. Pemeriksaan Penunjang

Rapid Covid-19 : Non Reaktif

Hb : 12,0 gr%

C. Analisa

Ny. M, usia 32 tahun, G₃P₂Ab₀Ah₂, UK. 41 minggu, Inpartu Kala I Fase Aktif.

D. Penatalaksanaan

Tanggal : 20 Maret 2022

Jam : 16.00 WIT

1. Beritahu ibu hasil pemeriksaan bahwa ibu dan janin dalam keadaan baik

Hasil : Ibu merasa senang dengan hasil pemeriksaannya

2. Anjurkan ibu untuk berjalan-jalan dalam ruangan di sela-sela his agar membantu percepatan pembukaan

Hasil : Ibu mengerti dan mengikuti anjuran Bidan

3. Anjurkan ibu untuk makan dan minum apabila lapar atau haus

Hasil : Ibu mengerti dan mengikuti anjuran Bidan

4. Beritahu ibu untuk tidak meneran sebelum pembukaan lengkap

Hasil : Ibu mengerti dengan apa yang disampaikan Bidan

5. Ajarkan ibu teknik relaksasi saat ada kontraksi, yaitu tarik napas dalam dari hidung dan hembuskan perlahan lewat mulut

Hasil : Ibu mengerti dan melakukan teknik tersebut saat ada kontraksi

DATA PERKEMBANGAN

KALA I

Tanggal : 20 Maret 2022

Jam : 19.00 WIT

S : Subyektif

1. Ibu mengatakan perutnya semakin mules dan nyeri pada perut bagian bawah
2. Ibu mengatakan perutnya kenceng-kenceng semakin kuat

O : Obyektif

1. Keadaan umum : Baik
2. Kesadaran : Compos Mentis
3. TTV : TD : 110/80 mmHg N : 86 x/menit
R : 22 x/menit S : 36,7°C
4. HIS : 4x dalam 10 menit, durasi 45 detik
5. DJJ : 130x/menit
6. Pemeriksaan dalam :
 - a. Portio : Tebal
 - b. Pembukaan : 8 cm
 - c. Ketuban : Utuh
 - d. Presentasi : Belakang kepala
 - e. Posisi : UUK jam 12
 - f. Penurunan : Hodge III

A : Analisa

Ny. M, usia 32 tahun, G₃P₂Ab₀Ah₂, UK. 41 minggu, penurunan kepala Hodge III, Inpartu Kala I Fase Aktif.

P : Penatalaksanann

Tanggal : 20 Maret 2021

Jam : 19.00 WIT

1. Beritahu ibu hasil pemeriksaan bahwa ibu dan janin dalam keadaan baik

Hasil : Ibu merasa senang dengan hasil pemeriksaannya

2. Pantau TTV ibu dan observasi DJJ tiap 30 menit

Hasil : TTV dan DJJ dalam keadaan baik

3. Pukul 18.00 WIT siapkan partus set, hecing set, alat resusitasi, pakaian ibu dan bayi :

- a. Partus set

- 1) 1 klem tali pusat
- 2) Umbilical klem
- 3) Gunting tali pusat
- 4) ½ kocher
- 5) Kassa steril
- 6) Kateter
- 7) Gunting episiotomy

- b. Hecting set

- 1) Jarum steril
- 2) Benang steril (catgut)
- 3) Kassa steril

- 4) Betadine
- 5) Pinset anatomis
- 6) Tampon
- c. Alat resusitasi
 - 1) Penghisap lender
 - 2) Sungkup
- d. Pakaian ibu
 - 1) Kain bersih dan kering 3 buah
 - 2) Pakaian bersih
 - 3) Baju dalaman
 - 4) Pempers dewasa
- e. Pakaian bayi
 - 1) Popok
 - 2) Baju
 - 3) Bedong
 - 4) Topi
 - 5) Kaos kaki
 - 6) Sarung tangan

Hasil : partus set, hecing set, alat resusitasi, pakaian ibu dan bayi telah disiapkan.

4. Pukul 19.00 WIT lakukan pemeriksaan dalam kedua

Hasil : Telah dilakukan pemeriksaan dalam, pembukaan 8 cm

DATA PERKEMBANGAN

KALA II

Tanggal : 20 Maret 2022

Jam : 19.30 WIT

S : Subyektif

1. Ibu mengatakan perutnya kenceng-kenceng semakin kuat
2. Ibu mengatakan ingin meneran
3. Ibu mengatakan merasa ingin BAB

O : Obyektif

1. Keadaan umum : Baik
2. Kesadaran : Compos Mentis
3. TTV : TD : 110/70 mmHg N : 86 x/menit
R : 22 x/menit S : 36,7°C
4. HIS : 5x dalam 10 menit, durasi 45 detik
5. DJJ : 135x/menit
6. Inspeksi pemeriksaan tanda gejala kala II :
 - a. Ada tekanan dari anus
 - b. Perineum menonjol
 - c. Vulva membuka
7. Pemeriksaan dalam :
 - a. Portio : Lunak dan tipis
 - b. Pembukaan : 10 cm
 - c. Ketuban : Pecah spontan (Mekonium)
 - d. Presentasi : Belakang kepala

e. Posisi : UUK jam 12

f. Penurunan : Hodge IV

A : Analisa

Ny. M, usia 32 tahun, G₃P₂Ab₀Ah₂, UK. 41 minggu, Inpartu Kala II.

P : Penatalaksanaan

Tanggal : 20 Maret 2022

Jam : 19.30 WIT

1. Beritahu ibu bahwa hasil pemeriksaan pembukaan sudah lengkap dan akan dipimpin untuk bersalin.

Hasil : Ibu sudah mengetahui bahwa pembukaan sudah lengkap dan siap dipimpin bersalin

2. Periksa kembali partus set.

Hasil : Partus set sudah diperiksa dan sudah lengkap.

3. Atur posisi ibu dengan dorsal recumbent yaitu kaki ditekuk dan telapak kaki menapak ditempat tidur, tangan berada pada pergelangan kaki.

Hasil : Posisi ibu sudah diatur dengan posisi dorsal recumbent.

4. Ajarkan pada ibu cara meneran yang benar yakni saat ada kontraksi ibu meneran dengan kepala menunduk, dan meneran tanpa bersuara, sedangkan mata tetap terbuka.

Hasil : Sudah diajarkan pada ibu cara meneran yang benar dan ibu sudah paham

5. Lakukan pertolongan persalinan kala II :

- a. Gunakan celemek

- b. Cuci tangan 6 langkah dengan air mengalir

- c. Letakkan kain bersih diatas perut ibu
- d. Letakkan underpad dibawah bokong ibu
- e. Pakai sarung tangan DTT pada kedua tangan
- f. Setelah kepala bayi tampak 5-6 cm membuka vulva maka lindungi perineum dengan tangan kanan dilapisi kain bersih
- g. Lahirkan kepala bayi, tangan kiri berada di vertek untuk menahan kepala agar tidak terjadi defleksi maksimal, dan anjurkan ibu meneran saat ada kontraksi
- h. Setelah kepala bayi lahir, periksa lilitan tali pusat dan tunggu bayi melakukan putaran paksi luar
- i. Letakkan tangan penolong secara biparetal pada kepala bayi dengan tangan terkuat berada di atas, dengan perlahan gerakkan kepala bayi kebawah dan distal hingga bahu depan lahir, kemudian gerakkan keatas dan distal hingga bahu belakang lahir
- j. Geser tangan kanan kearah perineum ibu untuk menyangga kepala bayi, sedangkan tangan kiri menyusuri badan bayi hingga ujung kaki
- k. Lakukan penilaian selintas pada bayi dengan memposisikan kepala 15°C lebih rendah dari kepala untuk menilai tangisan, tonus otot dan warna kulit bayi
- l. Letakkan bayi diatas perut ibu untuk dikeringkan mulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lain kecuali pada telapak tangan, kemudian ganti kain dengan yang kering dan lakukan pemeriksaan antropometri
- m. Periksa fundus uteri untuk memastikan janin tunggal.

Hasil : telah dilakukan pertolongan persalinan kala II, bayi lahir spontan pukul 19.55 WIT, jenis kelamin laki-laki, gerakan aktif, usaha napas baik, menangis spontan, warna kulit kemerahan, tidak ada cacat, BB : 3400 gram, PB : 53 cm, LK : 33 cm, LD : 33 cm, anus berlubang, APGAR score 8/9. Telah diberikan salep mata dan Vit. K1.

DATA PERKEMBANGAN

KALA III

Tanggal : 20 Maret 2022

Jam : 19.55 WIT

S : Subyektif

1. Ibu mengatakan bahagia atas kelahiran anaknya
2. Ibu mengatakan perut masih terasa mules

O : Obyektif

1. Keadaan umum : Baik
2. Kesadaran : Compos Mentis
3. TTV : TD : 110/70 mmHg N : 87 x/menit
R : 22 x/menit S : 36,7°C
4. Palpasi uterus : Tidak teraba janin kedua
5. Kontraksi : Keras / Baik
6. TFU : 1 jari diatas pusat
7. Inspeksi tanda-tanda pelepasan plasenta
 - a. Semburan darah tiba-tiba
 - b. Tali pusat bertambah panjang
 - c. Uterus berbentuk globuler dan keras

A : Analisa

Ny. M, usia 32 tahun, G₃P₂Ab₀Ah₂, Inpartu Kala III.

P : Penatalaksanaan

Tanggal : 20 Maret 2022

Jam : 19.55 WIT

1. Suntikkan oxy 5 IU secara IM pada 1/3 paha atas lateral dalam waktu kurang dari 1 menit setelah bayi lahir, dan jelaskan pada ibu tujuan dari tindakan yakni agar placenta cepat lahir.

Hasil : Ibu sudah disuntik oxytocin 10 IU secara IM pada 1/3 paha atas lateral

2. Pastikan tanda pelepasan plasenta.

Hasil : Telah terlihat tanda-tanda pelepasan placenta yaitu terdapat semburan darah tiba-tiba dari jalan lahir, tali pusat bertambah panjang dan uterus globular.

3. Bantu lahirkan placenta :

- a. Memindahkan klem 5-6 cm didepan vulva
- b. Melakukan penegangan tali pusat setiap ada kontraksi menggunakan tangan kanan kearah bawah sejajar lantai dengan telapak tangan menghadap keatas, sedang tangan kiri berada diatas simfisis mendorong uterus kearah belakang atas (dorsokranial).
- c. Lakukan dorsokranial hingga placenta lepas, minta ibu meneran dan penolong membantu menegangkan tali pusat mengikuti posos jalan lahir.
- d. Bila tali pusat bertambah panjang, maka pindahkan klem 5-6 cm didepan vulva, kemudian lakukan penegangan tali pusat kembali.

- e. Setelah placenta berada pada introitus vagina, lahirkan placenta menggunakan kedua tangan dengan memutar placenta searah jarum jam hingga selaput ketuban terpelin.
- f. Melakukan masase pada perut ibu selama 15 detik.
- g. Memeriksa kelengkapan placenta dan letakkan pada tempat yang telah disediakan.

Hasil : Plasenta lahir spontan pada pukul 20.05 WIT, selaput ketuban utuh, kotiledon lengkap berjumlah 18, diameter plasenta 2 cm, berat plasenta 500 gram, perdarahan ± 150 cc, kontraksi uterus keras, TFU 1 jari diatas pusat.

- 4. Periksa kemungkinan adanya laserasi pada jalan lahir.

Hasil : Terdapat laserasi derajat II yaitu laserasi mengenai mukosa vagina, kulit perineum dan jaringan otot perineum.

DATA PERKEMBANGAN

KALA IV

Tanggal : 20 Maret 2022

Jam : 20.05 WIT

S : Subyektif

1. Ibu mengatakan lega karena ari-ari bayinya sudah lahir.
2. Ibu mengatakan masih merasa mules.

O : Obyektif

1. Keadaan umum : Baik
2. Kesadaran : Compos Mentis
3. TTV : TD : 110/70 mmHg N : 87 x/menit
R : 22 x/menit S : 36,7°C
4. Kontraksi : Keras / Baik
5. TFU : 1 jari diatas pusat
6. Perdarahan : ±150 cc
7. Lochea : Rubra
8. Perinemun : Ada laserasi derajat II

A : Analisa

Ny. M, usia 32 tahun, P₃Ab₀Ah₃, Inpartu Kala IV.

P : Penatalaksanaan

Tanggal : 20 Maret 2022

Jam : 20.05 WIT

1. Suntikkan Anestesi local untuk menjahit laserasi pada perineum

Hasil : Telah diberikan suntikan anestesi local.

2. Jahit laserasi jalan lahir ibu dengan teknik terputus / interrupted.

Hasil : Perineum sudah dijahit dengan teknik terputus / interrupted, jahitan dalam sebanyak 2 jahitan dan jahitan luar sebanyak 2 jahitan.

3. Bersihkan ibu dengan tissue basah dan ganti pakaian ibu dengan pakaian yang bersih dan kering.

Hasil : Ibu sudah dibersihkan dan sudah ganti pakaian.

4. Observasi keadaan umum ibu.

Hasil : Telah dilakukan observasi keadaan umum ibu dengan hasil :

- | | | |
|-----------------|--------------------|---------------|
| a. Keadaan umum | : Baik | |
| b. Kesadaran | : Compos Mentis | |
| c. TTV | : TD : 110/70 mmHg | R : 22x/menit |
| | N : 87x/menit | S : 36,7°C |

5. Anjurkan ibu untuk makan dan minum untuk menambah energi dan mengembalikan tenaga yang hilang.

Hasil : Ibu sudah makan dan minum dengan jenis nasi, ikan, sayur dan minum air putih.

6. Jelaskan kebutuhan gizi ibu nifas, cara perawatan luka perineum, dan ASI Eksklusif.

Hasil : Ibu sudah mengerti dan paham tentang kebutuhan ibu nifas, cara perawatan luka perineum, dan pemberian ASI eksklusif.

7. Pantau ibu selama 2 jam post partum.

Hasil : ibu sudah dilakukan pemantauan selama 2 jam dengan hasil :

Jam ke	Waktu	TD	N	SB	TFU	KU	KK	Perdaran
I	20.05	110/70	87	36,7	1 jari diatas pusat	Keras	Kosong	± 150 cc
	20.20	110/70	86	36,6	1 jari diatas pusat	Keras	Kosong	± 130 cc
	20.35	110/70	88	36,7	1 jari diatas pusat	Keras	Kosong	± 100 cc
	20.50	110/70	87	36,7	1 jari diatas pusat	Keras	Kosong	± 70 cc
II	21.20	110/70	87	36,6	1 jari diatas pusat	Keras	Kosong	± 50 cc
	21.50	110/70	87	36,6	1 jari diatas pusat	Keras	Kosong	± 20 cc

Keterangan :

TD : Tekanan Darah

N : Nadi

SB : Suhu Badan

TFU : Tinggi Fundus Uteri

KU : Kontaksi Uterus

KK : Kandung Kemih

4.3 ASUHAN KEBIDANAN NIFAS KF I (6 JAM PP)

NO. REGISTER : -

TANGGAL PENGKAJIAN : 21 Maret 2022 / 04.00 WIT

DIRAWAT DIRUANG : PMB Herminiati, STr.Keb

A. Pengkajian Data Subjektif

Tanggal	: 21 Maret 2022	Jam	: 04.00 WIT
1. Identitas	Ibu	Suami/Penanggunjawab	
Nama	: Ny. M	Tn. D	
Umur	: 32 Tahun	32 Tahun	
Agama	: Islam	Islam	
Suku/Bangsa	: Banggai/Indonesia	Toraja/Indonesia	
Pendidikan	: SMA	SMA	
Pekerjaan	: IRT	Swasta	
Alamat	: Jln. Kontener	Jln. Kontener	
No.Telepon	: 08219961xxxx	-	

2. Alasan masuk rumah sakit/alasan dirawat

Ibu mengatakan perutnya masih terasa mules dan ibu merasa lelah.

3. Riwayat perkawinan

Kawin 1 kali... Kawin pertama umur 21 tahun.

Dengan suami sekarang 11 tahun.

4. Riwayat Menstruasi

Menarche :14 tahun

Siklus : 28 hari...Teratur

Lama : 5 hari

Sifat darah : Encer

Bau : Bau khas darah

HPHT : 06-06-2021

5. Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu.

G _ _ P _3_ Ab _0_ Ah _3_

Ha mil ke	Persalinan								Nifas	
	Tgl partu s	Umur kehamil an	Jenis partu s	Penol ong	Komplikasi		Jenis kelam in	BB lahir	Laktasi	Kompl ikasi
					Ibu	Bayi				
1	16-07- 2012	38 minggu	Norm al	Bidan	Tidak ada	Tidak ada	♀	3.300 gram	2 tahun	Tidak ada
2	09-06- 2017	39 minggu	Norm al	Bidan	Tidak ada	Tidak ada	♀	4.000 gram	2 tahun	Tidak ada
3	20-03- 2022	41 minggu	Norm al	Bidan	Tidak ada	Tidak ada	♂	3.400 gram	+	Tidak ada

6. Riwayat kontrasepsi yang digunakan

No	Jenis kontrasepsi	Mulai memakai				Berhenti / Ganti Cara			
		Tanggal	Oleh	Tempat	Keluhan	Tangg al	Oleh	Temp at	Keluha n
1.	KB Kalender	27-08- 2012	Ny. M	Rumah Ny. M	Tidak ada	-	-	-	-
2.	KB Kalender	21-07- 2017	Ny. M	Rumah Ny. M	Tidak ada	-	-	-	-

7. Riwayat kesehatan

a. Penyakit yang pernah/sedang diderita

Ibu mengatakan tidak ada riwayat penyakit atau sedang tidak dalam keadaan sakit.

b. Penyakit yang pernah/sedang diderita keluarga

Ibu mengatakan Keluarganya tidak memiliki riwayat penyakit tertentu ataupun keluarga sedang tidak dalam keadaan sakit.

c. Riwayat keturunan kembar

Ibu tidak memiliki keturunan kembar.

8. Riwayat kehamilan dan persalinan terakhir

Masa kehamilan : 41 minggu

Tempat persalinan : PMB Herminiati STr.Keb

Penolong : Bidan

Jenis persalinan : Spontan

Komplikasi : Tidak ada

a. KPD : Tidak

Plasenta

a. Lahir : Lengkap

b. Ukuran / berat : Diameter 17 cm, tebal 3 cm / 500 gram

c. Tali pusat panjang : 50 cm

d. Kelainan : Tidak ada

Perineum :

- a. Ruptur : Derajat 2
- b. Episiotomi : Tidak dilakukan
- c. Jahitan dalam : 2 benang daging (Chromic catgut)
- d. Jahitan luar : 2 benang daging (Chromic catgut)
- e. Teknik penjahitan : Simple interrupted suture / terputus

Lama Persalinan

- a. Kala I : 9 jam 30 menit
- b. Kala II : 25 menit
- c. Kala III : 10 menit
- d. Kala IV : 2 jam
- Perdarahan : ± 150 cc

9. Keadaan bayi baru lahir

- Lahir tanggal : 20 Maret 2022 jam 19.55 WIT
- Masa gestasi : 41 minggu
- BB/PB lahir : 3400 gram / 53 cm
- Nilai APGAR 1 menit/5 menit/ 10 menit : 8 / 9 / 9
- Cacat bawaan : Tidak ada
- Rawat gabung : Ya

10. Riwayat Post partum

- a. Ambulasi : Tidak ada
- b. Pola nutrisi : Ibu mengatakan sudah makan
- c. Pola tidur : Ibu mengatakan belum istirahat
- d. Pola eliminasi

- 1) BAB : Ibu belum BAB
- 2) BAK : Ibu belum BAK
- e. Pengalaman menyusui : Ibu mengatakan sudah ada pengalaman menyusui sebelumnya dengan teknik memompa ASI dengan alat bantu karena ibu tidak memiliki puting susu dan ASI keluar dari benjolan-benjolan kecil disekeliling areola.
- f. Pengalaman waktu melahirkan : Ibu sangat sabar dan senang saat bayi lahir.
- g. Pendapat ibu tentang bayinya : Ibu sangat senang dan menerima atas kelahiran bayinya.
- h. Lokasi ketidaknyamanan : Perut dan perineum.

11. Keadaan psikososial spiritual

Kelahiran ini : Diinginkan

- a. Penerimaan ibu terhadap kelahiran bayi :
Ibu sangat menerima dan senang atas kelahiran bayinya
- b. Tanggapan keluarga terhadap bayinya:
Keluarga Ibu sangat senang dan menerima atas kelahiran bayinya.
- c. Tinggal serumah dengan:
Suami dan anak-anak
- d. Orang terdekat :
Suami, anak dan orang tua.
- e. Pengetahuan ibu tentang masa nifas dan perawatan bayi :

Ibu mengatakan sudah mengetahui tentang masa nifas dan cara perawatan bayi yang benar.

f. Rencana perawatan bayi :

Ibu akan dibantu oleh keluarga untuk perawatan bayi, dan merawat tali pusat.

g. Keluhan sekarang : Tidak ada

h. Pertanyaan yang diajukan : Tidak ada

B. Pengkajian Data Objektif

1. Pemeriksaan umum

a. Keadaan umum : Baik Kesadaran : Compos Mentis

b. Status emosional : Stabil

c. Tanda-tanda vital

Tekanan darah : 110/70 mmHg

Nadi : 85 x/menit

Pernafasan : 20 x/menit

Suhu : 36,5°C

d. Antropometri

TB : 153 cm

BB : sebelum hamil 60 kg, BB sekarang 70 kg

LILA : 28 cm

2. Pemeriksaan Fisik

a. Kepala : Bersih, tidak ada lesi, tidak berketombe, tidak ada benjolan, rambut hitam dan lurus.

Muka : Simetris, tidak ada odema, tidak ada cloasma gravidarum.

Mata : Konjungtiva merah muda, sclera putih

Mulut : Bibir lembab, tidak ada stomatitis.

Leher : Tidak ada pembengkakan kelenjar tiroid, kelenjar limfe dan vena jugularis.

b. Dada : Tidak ada tarikan dinding dada

Payudara : Simetris, tidak ada benjolan, tidak ada nyeri

Bentuk : Simetris

Puting susu : Tidak ada puting susu / flat (semenjak remaja)

Colostrum : Belum keluar

c. Abdomen

Bekas luka : Tidak ada

TFU : 1 jari diatas pusat

Kontraksi : Baik / keras

Kandung kemih : Kosong

d. Ekstremitas

Atas : Lengkap, tidak ada polidaktili

Bawah : Lengkap, tidak ada polidaktili

Edema : Tidak ada

Varices : Tidak ada

Reflek patela : + / +

Kuku : Bersih, pendek

Tanda Homan : Tidak ada

e. Genetalia luar

Edema : Tidak ada

Varices : Tidak ada

Perineum : Ada luka jahitan

Jahitan : Jahit 2 dalam 2 luar, benang daging

Teknik penjahitan : Suture

Anus : Tidak ada hemoroid

3. Pemeriksaan penunjang

Tidak dilakukan.

C. Analisa

Ny. M, Usia 32 Tahun P₃Ab₀Al₃ post partum 6 jam normal.

D. Penatalaksanaan

Tanggal : 21 Maret 2022

Jam : 04.00 WIT

1. Memberitahukan hasil pemeriksaan kepada Ibu.

TD : 110/70 mmHg

N : 85x/menit

Rr : 20x/menit

S : 36,5°C

Hasil : Ibu telah mengetahui keadaannya.

2. Menjelaskan kepada ibu bahwa keluhan rasa mules yang ibu alami merupakan hal yang normal, karena rahim yang keras dan mules

berarti rahim sedang berkontraksi yang dapat mencegah terjadinya perdarahan pada masa nifas.

Hasil : Ibu mengerti tentang penyebab rasa mules yang dialami ibu.

3. Menganjurkan ibu untuk memberikan susu formula pada bayinya sebagai pengganti ASI apabila ASI tidak keluar.

Hasil : Ibu mengerti dengan penjelasan bidan dan bersedia melakukan sesuai anjuran bidan.

4. Memberitahu kepada ibu jadwal pemberian ASI/susu formula yaitu diberikan setiap 2 jam atau setiap bayi menangis.

Hasil : Ibu sudah mengerti dan bersedia menyusui bayinya.

5. Memberikan ibu KIE tentang nutrisi ibu nifas, yaitu banyak makan telur, ikan, daging, sayur-sayuran, kacang-kacangan, buah-buahan, dan banyak minum air putih.

Hasil : Ibu mengerti dan bersedia mengikuti anjuran Bidan.

6. Menganjurkan pada ibu untuk menjaga kebersihan diri, termasuk kebersihan daerah kemaluan, ganti pembalut sesering mungkin

Hasil : Ibu mengerti pentingnya menjaga kebersihan diri

7. Mengajarkan pada ibu perawatan bayi yang benar

Hasil : Bayi harus tetap berpakaian dan diselimuti setiap saat, memakai pakaian kering dan lembut, ganti popok dan baju jika basah, jangan tidurkan bayi di tempat dingin atau banyak angin, jangan memberikan apapun pada tali pusar dan tali pusar dibiarkan

terbuka dan kering, bila tali pusar kotor atau basah, cuci dengan air dan sabun mandi dan keringkan dengan kain bersih.

8. Memberitahu kepada ibu tanda-tanda bahaya pada masa nifas seperti pengeluaran lochea berbau, demam, nyeri perut berat, kelelahan atau sesak, bengkak pada tangan, wajah dan tungkai, sakit kepala hebat, pandangan kabur, nyeri pada payudara. Apabila ditemukan tanda bahaya segera ke petugas kesehatan.

Hasil :Ibu sudah mengerti tanda-tanda bahaya masa nifas dan bersedia kepetugas kesehatan.

9. Memberikan obat oral untuk ibu konsumsi

Hasil: Menerima obat oral antara lain:

- 1) Amoxcilin 500mg 3x1
- 2) Paracetamol 500mg 3x1
- 3) Hemafort 1x1
- 4) Vit A 1x1

DATA OBSERVASI
KUNJUNGAN NIFAS II (6 HARI)

Tanggal : 26 Maret 2022

Jam : 10.00 WIT

S : Subyektif

1. Ibu mengatakan tidak ada keluhan
2. Ibu mengatakan sudah bisa beraktivitas seperti biasanya walaupun masih terbatas.

O : Obyektif

1. Keadaan umum : Baik
2. Kesadaran : Compos Mentis
3. TTV : TD : 110/80 mmHg
 N : 89 x/menit
 R : 20x/menit
 S : 36,5⁰C
1. Pemeriksaan fisik :
 - a. Mata : Konjungtiva merah muda, sclera putih
 - b. Telinga : Tidak ada kelainan dan tidak ada pengeluaran serumen yang abnormal
 - c. Hidung : Tidak ada polip, tidak ada pengeluaran secret yang abnormal
 - d. Mulut : Tidak ada stomatitis, tidak ada pembengkakan gusi

- e. Payudara : Simetris, tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan, tidak ada puting susu, konsistensi berisi namun sedikit.
- f. Abdomen : Kandung kemih kosong, teraba keras, TFU pertengahan pusat symphysis.
- g. Genetalia : Vulva tidak oedem, tidak ada varices, tampak pengeluaran lochea sanguinolenta yang berwarna merah kekuningan disertai sedikit lender, jahitan perineum tampak baik dan sudah mulai kering, tidak ada peradangan dan tidak ada nanah.
- h. Ekstremitas : Simetris, tidak ada kelainan, tidak ada oedem, tidak ada varices.

A : Analisa

Ny. M, P₃Ab₀Ah₃ post partum normal 6 hari.

P : Penatalaksanaan

Tanggal : 26 Maret 2022

Jam : 10.00 WIT

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan bahwa ibu dalam keadaan baik.

Hasil : Ibu merasa senang dengan hasil pemeriksaannya.

2. Menganjurkan ibu untuk memberikan susu pada anaknya sesuai anjuran

Bidan yaitu tiap 2 jam sekali atau ketika bayi menangis.

Hasil : Ibu mengerti dan mengatakan telah mengikuti anjuran Bidan.

3. Memberikan ibu KIE tentang nutrisi ibu nifas, yaitu banyak makan telur, ikan, daging, sayur-sayuran, kacang-kacangan, buah-buahan, dan banyak minum air putih.

Hasil : Ibu mengerti dan bersedia mengikuti anjuran Bidan.

4. Memberitahu ibu tentang tanda bahaya masa nifas yaitu seperti perdarahan, demam tinggi, sakit kepala yang hebat, wajah, tangan, dan kaki bengkak serta menganjurkan ibu untuk segera ke fasilitas pelayanan kesehatan apabila mengalami gejala tersebut.

Hasil : Ibu mengerti dengan penjelasan Bidan.

5. Memberitahu ibu tentang istirahat ibu nifas yaitu ketika bayi tidur ibu juga ikut tidur agar tidak terlalu kelelahan.

Hasil : Ibu mengerti dengan penjelasan Bidan.

6. Memberitahu ibu untuk tetap menjaga kehangatan banyinya dan terus merawat bayinya dengan baik sesuai dengan yang telah diajarkan.

Hasil : Ibu mengerti dan mengatakan terus merawat bayinya dengan baik.

7. Membuat janji dengan ibu untuk kunjungan ulang tanggal 3 April 2022.

Hasil : Ibu bersedia untuk kunjungan ulang.

DATA OBSERVASI
KUNJUNGAN NIFAS III (2 MINGGU)

Tanggal : 03 April 2022

Jam : 10.00 WIT

S : Subyektif

1. Ibu mengatakan tidak ada keluhan
2. Ibu mengatakan sudah bisa beraktivitas seperti biasanya
3. Ibu mengatakan selalu memberikan susu pada anaknya tiap 2 jam atau ketika anaknya menangis
4. Ibu mengatakan darah yang keluar dari jalan lahirnya sudah berwarna kekuningan dan tidak berbau

O : Obyektif

1. Keadaan umum : Baik
2. Kesadaran : Compos Mentis
3. TTV : TD : 110/70 mmHg
N : 86 x/menit
R : 21x/menit
S : 36,8⁰C
2. Pemeriksaan fisik :
 - a. Mata : Konjungtiva merah muda, sclera putih
 - b. Telinga : Tidak ada kelainan dan tidak ada pengeluaran serumen yang abnormal
 - c. Hidung : Tidak ada polip, tidak ada pengeluaran secret yang abnormal

- d. Mulut : Tidak ada stomatitis, tidak ada pembengkakan gusi
- e. Payudara : Simetris, tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan, tidak ada puting susu, konsistensi berisi namun sedikit.
- f. Abdomen : Kandung kemih kosong, teraba keras, TFU tidak teraba.
- g. Genetalia : Vulva tidak oedem, tidak ada varices, tampak pengeluaran lochea serosa yang berwarna kekuningan dan tidak berbau, jahitan perineum tampak baik dan sudah kering, tidak ada peradangan dan tidak ada nanah.
- h. Ekstremitas : Simetris, tidak ada kelainan, tidak ada oedem, tidak ada varices.

A : Analisa

Ny. M, P₃Ab₀Ah₃ post partum normal 14 hari.

P : Penatalaksanaan

Tanggal : 03 April 2022

Jam : 10.00 WIT

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan bahwa ibu dalam keadaan baik.
Hasil : Ibu merasa senang dengan hasil pemeriksaannya.
2. Mengingatkan ibu kembali untuk tetap memberikan susu pada anaknya sesuai anjuran Bidan yaitu tiap 2 jam sekali atau ketika bayi menangis.
Hasil : Ibu mengerti dan mengatakan telah mengikuti anjuran Bidan.

3. Mengingatkan ibu kembali tentang nutrisi ibu nifas, yaitu banyak makan telur, ikan, daging, sayur-sayuran, kacang-kacangan, buah-buahan, dan banyak minum air putih.

Hasil : Ibu mengerti dan bersedia mengikuti anjuran Bidan

4. Mengingatkan ibu kembali tentang tanda bahaya masa nifas yaitu seperti perdarahan, demam tinggi, sakit kepala yang hebat, wajah, tangan, dan kaki bengkak serta menganjurkan ibu untuk segera ke fasilitas pelayanan kesehatan apabila mengalami gejala tersebut.

Hasil : Ibu mengerti dengan penjelasan Bidan.

5. Mengingatkan ibu kembali tentang istirahat ibu nifas yaitu ketika bayi tidur ibu juga ikut tidur agar tidak terlalu kelelahan.

Hasil : Ibu mengerti dengan penjelasan Bidan.

6. Memberitahu ibu untuk tetap menjaga kehangatan banyinya dan terus merawat bayinya dengan baik sesuai dengan yang telah diajarkan.

Hasil : Ibu mengerti dan mengatakan terus merawat bayinya dengan baik

7. Membuat janji dengan ibu untuk kunjungan akhir tanggal 1 Mei 2022.

Hasil : Ibu bersedia untuk kunjungan akhir.

DATA OBSERVASI

KUNJUNGAN NIFAS IV (6 MINGGU)

Tanggal : 01 Mei 2022

Jam : 15.00 WIT

S : Subyektif

1. Ibu mengatakan tidak ada keluhan
2. Ibu mengatakan sudah beraktivitas seperti biasanya
3. Ibu mengatakan selalu memberikan susu pada anaknya tiap 2 jam atau ketika anaknya menangis
4. Ibu mengatakan darah yang keluar dari jalan lahirnya sudah berwarna putih dan tidak berbau

O : Obyektif

1. Keadaan umum : Baik
2. Kesadaran : Compos Mentis
3. TTV : TD : 110/80 mmHg
N : 88 x/menit
R : 20x/menit
S : 36,6⁰C
3. Pemeriksaan fisik :
 - a. Mata : Konjungtiva merah muda, sclera putih
 - b. Telinga : Tidak ada kelainan dan tidak ada pengeluaran serumen yang abnormal
 - c. Hidung : Tidak ada polip, tidak ada pengeluaran secret yang abnormal

- d. Mulut : Tidak ada stomatitis, tidak ada pembengkakan gusi
- e. Payudara : Simetris, tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan, tidak ada puting susu, konsistensi berisi namun sedikit.
- f. Abdomen : Kandung kemih kosong, teraba keras, TFU tidak teraba.
- g. Genetalia : Vulva tidak oedem, tidak ada varices, tampak pengeluaran lochea alba yang berwarna putih dan tidak berbau, jahitan perineum tampak baik dan sudah kering, tidak ada peradangan dan tidak ada nanah.
- h. Ekstremitas : Simetris, tidak ada kelainan, tidak ada oedem, tidak ada varices.

A : Analisa

Ny. M, P₃Ab₀Ah₃ post partum normal 42 hari.

P : Penatalaksanaan

Tanggal : 01 Mei 2022

Jam : 15.00 WIT

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan bahwa ibu dalam keadaan baik.
Hasil : Ibu merasa senang dengan hasil pemeriksaannya.
2. Mengingatkan ibu kembali untuk tetap memberikan susu pada anaknya sesuai anjuran Bidan yaitu tiap 2 jam sekali atau ketika bayi menangis.
Hasil : Ibu mengerti dan mengatakan telah mengikuti anjuran Bidan.

3. Menganjurkan ibu untuk tetap merawat bayinya dengan baik dan tetap menjaga kebersihan dirinya.

Hasil : Ibu mengerti dan bersedia mengikuti anjuran Bidan.

4. Memberikan KIE kepada ibu tentang macam-macam KB, cara kerja, keuntungan dan efek samping dari masing-masing jenis KB.

Hasil : Ibu mengerti dengan penjelasan Bidan dan memilih menggunakan metode KB kalender.

5. Memberitahu ibu bahwa ini adalah kunjungan terakhir dan berterima kasih kepada ibu atas kesediaan dan kerjasamanya selama menjadi responden untuk tugas akhir ini.

Hasil : Ibu kembali berterima kasih karena telah didampingi dan dipantau selama masa kehamilan, persalinan hingga masa nifasnya telah selesai.

4.4 ASUHAN KEBIDANAN BBL

NO. REGISTER : -

TANGGAL MASUK/JAM : Minggu, 20 Maret 2022 / 19.55 WIT

DIRAWAT DIRUANG : PMB Herminiati, STr.Keb

A. Pengkajian Data Subjektif

Tanggal : 20 Maret 2022 Jam : 19.55 WIT

1. Identitas Orang Tua	Ibu	Ayah
Nama	: Ny. M	Tn. D
Umur	: 32 Tahun	32 Tahun
Agama	: Islam	Islam
Suku/Bangsa	: Banggai/Indonesia	Toraja/Indonesia
Pendidikan	: SMA	SMA
Pekerjaan	: IRT	Swasta
Alamat	: Jl. Kontener	Jl. Kontener
No.Telepon/HP	: 082199612686	-

2. Riwayat antenatal

G3 P2 Ab0 Ah2 Umur kehamilan 41 minggu.

Riwayat ANC : teratur/tidak, empat kali di Puskesmas, dua kali di dokter kandungan

Imunisasi TT : 3 kali

TT 1 : (Lupa tanggal / hamil anak pertama)

TT 2 : (Lupa tanggal / hamil anak kedua)

TT 3 : (02-08-21)

Kenaikan BB : 16 kg

Keluhan saat hamil : tidak ada keluhan

Penyakit selama hamil: jantung, diabetes melitus, gagal ginjal, hepatitis B, tuberkulosis, HIV positif, Trauma /penganiayaan. (tidak ada)

Kebiasaan makan : 3-4 kali sehari, jenis nasi, sayuran, ikan, daging, dan buah.

Obat /jamu : tidak pernah minum jamu

Merokok : tidak pernah merokok

Komplikasi ibu : Hiperemesis, Abortus, Perdarahan, Pre Eklamsia, Eklamsia, Diabetes Gestasional, Infeksi. (tidak ada komplikasi)

Janin : IUGR, poligohidramnion / oligohidramnion,
gemeli. (tidak ada komplikasi)

3. Riwayat intranatal

Lahir tanggal : 20 Maret 2022 Jam 19.55 WIT

Jenis persalinan : Spontan / tindakan

Atas indikasi : Tidak ada

Penolong : Bidan di PMB Herminiati, STr.Keb

Lama persalinan : Kala I 3 jam 30 menit

Kala II 0 jam 25 menit

Kala III 0 jam 10 menit

Kala IV 2 jam

Komplikasi :

- a. Ibu : Hipertensi/ hipotensi, partus lama, penggunaan obat, infeksi/suhu badan naik, KPD, Perdarahan. (tidak ada komplikasi)
- b. Janin : Prematur/posmatur, malposisi ,malpresentasi, gawat janin, ketuban campur mekonium, prolaps tali pusat. (tidak ada komplikasi)

4. Keadaan bayi baru lahir

Jenis kelamin : Laki-laki

BB/PB lahir : 3400 gram / 53 cm

Nilai APGAR : 1 menit / 5 menit / 10 menit : 8 / 9 / 9

No	Kriteria	1 menit	5 menit	10 menit
1	Denyut jantung	2	2	2
2	Usaha nafas	2	2	2
3	Tonus otot	2	2	2
4	Reflek	1	1	1
5	Warna kulit	1	2	2
	Total	8	9	9

Caput succedanium : tidak ada

Cephal hematoma : tidak ada

Cacat bawaan : tidak ada

Resusitasi : Rangsangan : ya/tidak

Penghisapan lendir : ya /tidak

Ambu bag : ~~ya~~/ tidak
 Massase jantung : ~~ya~~/ tidak
 Intubasi Endotrachea : ~~ya~~/tidak
 O2 : ~~ya~~/ tidak

B. Pengkajian Data Objektif

1. Pemeriksaan umum

Keadaan umum : Baik Kesadaran : Compos Mentis
 TTV : Nadi : 140 x/menit
 Suhu : 36⁰C
 Respirasi : 40 x/menit

Antropometri

BB/PB : 3400 gram / 53 cm
 LK/LD : 33 cm / 33 cm

2. Pemeriksaan Fisik

- a. Kepala : Bulat, simetris, tidak ada caput succedanium
- b. Muka : Bersih, simetris, tidak ada kelainan
- c. Mata : Simetris, sclera putih, tidak ada kelainan
- d. Telinga : Simetris, tidak ada serumen
- e. Hidung : Simetris, terdapat septum, tidak ada polip, tidak ada gerakan cuping hidung, tidak ada pengeluaran secret abnormal.
- f. Mulut : Tidak ada palatoschisis, bibir lembab

- g. Leher : Tidak ada pembengkakan
- h. Klavikula : Normal
- i. Lengan tangan : Gerakan aktif, tidak ada kelainan
- j. Dada : Simetris, tidak ada tarikan dinding dada
- k. Abdomen : Simetris, bising usus teratur
- l. Genetalia : Normal, tidak ada kelainan
- m. Tungkai dan kaki : Lengkap, tidak ada polidaktili
- n. Punggung : Normal, tidak ada kelainan

3. Refleks

- Morro : (+) Positif
- Rooting : (+) Positif
- Swallowing : (+) Postif
- Grasping : (+) Positif
- Sucking : (+) Positif
- Tonicneck : (+) Positif

4. Eliminasi

- Miksi : belum
- Mekonium : belum

5. Pemeriksaan penunjang (bila dilakukan)

(Tidak dilakukan)

C. Analisa

By. Ny. M, P₃Ab₀Ah₃, bayi baru lahir normal.

D. Penatalaksanaan

Tanggal : 20 Maret 2022

Jam : 19.55 WIT

1. Beritahu ibu dan keluarga mengenai hasil pemeriksaan, bahwa kondisi bayinya sehat, bernafas normal, menangis kencang dengan jenis kelamin laki – laki, BB 3400 gram, PB 53 cm dan LK/LD 33 cm/33 cm.

Hasil : Ibu dan keluarga telah mengetahui kondisi anaknya dan mereka merasa senang.

2. Beritahu ibu dan keluarga bahwa bayinya telah dibersihkan dan telah dipakaikan baju untuk menjaga kehangatan bayi tetap terjaga.

Hasil : Bayi telah dibersihkan dan telah dipakaikan baju.

3. Beritahu ibu dan keluarga bahwa bayinya akan disuntik Vit. K1 dan diberi salep mata.

Hasil : Bayi telah disuntik Vit. K dan diberi salep mata.

DATA OBSERVASI

KUNJUNGAN NEONATUS I (6 JAM)

Tanggal : 21 Maret 2022

Jam : 01.55 WIT

S : Subyektif

1. Ibu mengatakan senang atas kelahiran bayinya.
2. Ibu mengatakan ASI tidak keluar karena ibu tidak memiliki puting susu sehingga bayinya diberikan susu formula.
3. Ibu mengatakan anaknya sudah BAK pada 1 jam pertama setelah lahir dan sudah BAB 1 kali berwarna kehijauan.
4. Ibu mengatakan bayinya tertidur pulas dan hanya bangun ketika haus atau BAB/BAK.

O : Obyektif

1. Keadaan umum : Baik
2. Kesadaran : Compos Mentis
3. TTV : N : 140 x/menit
R : 40 x/menit S : 36,9°C
4. Tonus otot : Aktif
5. Warna kulit : Kemerahan
6. Antropometri : PB : 53 cm LK : 33 cm
BB : 3400 gram LD : 33 cm
7. Pemeriksaan Fisik
 - a. Kepala : Bulat, simetris, tidak ada caput succedaneum
 - b. Muka : Bersih, simetris, tidak ada kelainan

- c. Mata : Simetris, sclera putih, tidak ada kelainan
- d. Telinga : Simetris, tidak ada serumen
- e. Hidung : Simetris, terdapat septum, tidak ada polip, tidak ada gerakan cuping hidung, tidak ada pengeluaran secret abnormal.
- f. Mulut : Tidak ada palatoschisis, bibir lembab
- g. Leher : Tidak ada pembengkakan
- h. Klavikula : Normal
- i. Lengan tangan : Gerakan aktif, tidak ada kelainan
- j. Dada : Simetris, tidak ada tarikan dinding dada
- k. Abdomen : Simetris, bising usus teratur
- l. Genetalia : Normal, tidak ada kelainan
- m. Tungkai dan kaki : Lengkap, tidak ada polidaktili
- n. Punggung : Normal, tidak ada kelainan

8. Refleks

- Morro : (+) Positif
- Rooting : (+) Positif
- Swallowing : (+) Positif
- Grasping : (+) Positif
- Sucking : (+) Positif
- Tonicneck : (+) Positif

A : Analisa

By. Ny. M, P₃Ab₀Ah₃, Neonatus normal usia 6 jam.

P : Penatalaksanaan

Tanggal : 21 Maret 2022

Jam : 01.55 WIT

1. Beritahu ibu hasil pemeriksaan bahwa bayinya dalam keadaan baik dan sehat.

Hasil : Ibu merasa senang dengan hasil pemeriksaan bayinya.

2. Beritahu ibu dan keluarga bahwa bayinya akan diberikan imunisasi HB0 dengan tujuan agar mencegah bayi terinfeksi hepatitis B.

Hasil : Bayi telah disuntikkan HB0 di 1/3 bagian luar paha kanan secara IM.

3. Menganjurkan ibu untuk hanya memberikan susu pada bayinya dan tidak memberikan makanan tambahan apapun sampai usia bayi >6 bulan, dan susu diberikan secara on demand yaitu kapan saja tanpa jadwal.

Hasil : Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan bersedia untuk mengikuti semua anjuran Bidan.

4. Ajarkan ibu cara perawatan tali pusat, yaitu :
 - a. Cuci tangan sebelum melakukan perawatan pada tali pusat bayi
 - b. Jika pada saat memandikan bayi tali pusatnya terkena air, maka segera keringkan menggunakan kain kassa atau cottonbud yang steril dengan cara menggulirkan cottonbud ke kanan dan ke kiri diatas tali pusat bayi secara perlahan.
 - c. Jika memakaikan popok pada bayi, usahakan jangan sampai popok menutupi pusat bayi.
 - d. Gunakan baju yang tidak ketat pada bayi agar tidak mengganggu tali pusat bayi yang belum kering

- e. Ganti kain kassa pada pusat bayi secara berkala yaitu ketika kain kassa basah atau setiap bayi mandi. Cara mengganti kassa yaitu dengan melipat segitiga kain kassa lalu tali pusat dibungkus tanpa dibubuhi dengan apapun.

Hasil : Ibu mengerti dengan penjelasan Bidan mengenai cara perawatan tali pusat dan ibu bersedia melakukannya sesuai anjuran Bidan.

5. Berikan penjelasan pada ibu dan keluarga mengenai tanda bahaya bayi baru lahir yaitu tidak mau minum susu, suhu tubuh bayi tinggi yang menyebabkan bayi biasanya mengigil atau kejang, tali pusat berdarah, belum BAB 24 jam terakhir dan menganjurkan ibu untuk membawa bayinya ke fasilitas pelayanan kesehatan apabila mendapati salah satu tanda bahaya tersebut pada bayinya.

Hasil : Ibu mengerti tentang tanda bahaya bayi baru lahir dan bersedia membawa bayinya ke fasilitas pelayanan kesehatan apabila mendapati salah satu tanda bahaya tersebut pada bayinya.

6. Anjurkan ibu untuk menjaga kehangatan bayinya, seperti jangan menempatkan bayi didekat jendela, atau tempat yang dingin atau tempat yang terpapar langsung dengan udara sekitar.

Hasil : Ibu mengerti dengan penjelasan Bidan dan bersedia akan menjaga kehangatan bayinya.

7. Anjurkan ibu untuk menjaga personal hygiene bayi dan mengganti popok bayi pada saat bayi BAB atau BAK.

Hasil : Ibu bersedia untuk menjaga personal hygiene bayinya.

DATA OBSERVASI

KUNJUNGAN NEONATUS II (6 HARI)

Tanggal : 26 Maret 2022

Jam : 10.00 WIT

S : Subyektif

1. Ibu mengatakan bayinya sehat.
2. Ibu mengatakan tidak ada keluhan.
3. Pola fungsional kesehatan :

Pola	Keterangan
Pola Nutrisi	Bayi telah diberikan colostrum dari ibu dan selanjutnya diberikan susu formula. Bayi diberikan susu tiap 2 jam sekali atau ketika bayi haus.
Pola Eliminasi	Bayi telah BAB ± 3 kali sehari konsistensi semi padat berwarna kuning kecoklatan dan BAK ± 6 kali sehari konsistensi cair dan berwarna putih kekuningan.
Pola Istirahat	Bayi tertidur ± 20 jam dan hanya bangun ketika haus atau BAB/BAK
Personal Hygiene	Bayi dimandikan setiap pagi dan sore. Bayi ganti baju 2x sehari. Bayi digantikan popoknya setiap BAB dan BAK

P : Penatalaksanaan

Tanggal : 26 Maret 2022

Jam : 10.00 WIT

1. Beritahu ibu hasil pemeriksaan bahwa bayinya dalam keadaan baik dan sehat.

Hasil : Ibu sangat senang dengan hasil pemeriksaan bayinya.

2. Anjurkan ibu untuk tetap memberikan susu formula sebagai pengganti ASI kepada bayinya setiap 2 jam sekali atau saat bayi menangis.

Hasil : Ibu mengerti dan bersedia memberikan susu formula pada bayinya.

3. Menganjurkan ibu untuk tetap melanjutkan pemberian susu pada bayinya dan tidak memberikan makanan tambahan apapun sampai usia bayi >6 bulan, dan susu diberikan secara on demand yaitu kapan saja tanpa jadwal.

Hasil : Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan bersedia untuk mengikuti anjuran Bidan.

4. Anjurkan ibu untuk tetap menjaga kehangatan bayinya dan merawat bayinya setiap hari.

Hasil : Ibu mengerti dan bersedia merawat bayinya dengan baik.

5. Buat janji dengan ibu untuk kunjungan ulang tanggal 3 April 2022.

Hasil : Ibu bersedia dilakukan kunjungan ulang.

DATA OBSERVASI

KUNJUNGAN NEONATUS III (2 MINGGU)

Tanggal : 03 April 2022

Jam : 10.00 WIT

S : Subyektif

1. Ibu mengatakan bayinya dalam keadaan sehat
2. Ibu mengatakan bayinya tidak rewel
3. Pola fungsional kesehatan :

Pola	Keterangan
Pola Nutrisi	Bayi diberikan susu formula tiap 2 jam sekali atau ketika bayi haus.
Pola Eliminasi	Bayi BAB ± 3 kali sehari konsistensi semi padat berwarna kuning kecoklatan dan BAK ± 6 kali sehari konsistensi cair dan berwarna putih kuning jernih.
Pola Istirahat	Bayi tertidur ± 20 jam dan hanya bangun ketika haus atau BAB/BAK
Personal Hygiene	Bayi dimandikan setiap pagi dan sore. Bayi ganti baju 2x sehari. Bayi digantikan popoknya setiap BAB dan BAK

A : Analisa

By. Ny. M, Neonatus normal usia 2 minggu.

P : Penatalaksanaan

Tanggal : 03 April 2022

Jam : 10.00 WIT

1. Beritahu ibu hasil pemeriksaan bahwa bayinya dalam keadaan sehat dan berat badan bayi telah mengalami kenaikan sebanyak $\pm$ 200 gram, sehingga berat badan bayi sekarang menjadi 3600 gram melebihi berat badan lahirnya.

Hasil : Ibu mengerti dan merasa senang atas kondisi dan kenaikan berat badan bayinya.

2. Ingatkan ibu untuk membawa bayinya ke posyandu saat sudah berusia 1 bulan untuk mendapatkan imunisasi BCG dan Polio tetes I.

Hasil : Ibu bersedia membawa bayinya ke posyandu untuk imunisasi.

3. Anjurkan ibu untuk tetap memberikan susu formula sebagai pengganti ASI kepada bayinya setiap 2 jam sekali atau saat bayi menangis.

Hasil : Ibu mengerti dan bersedia memberikan susu pada bayinya.

4. Menganjurkan ibu untuk tetap melanjutkan pemberian susu pada bayinya dan tidak memberikan makanan tambahan apapun sampai usia bayi >6 bulan, dan susu diberikan secara on demand yaitu kapan saja tanpa jadwal.

Hasil : Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan bersedia untuk mengikuti semua anjuran Bidan.

5. Beritahu ibu bahwa ini adalah kunjungan rumah terakhir untuk pemantauan bayinya.

Hasil : Ibu mengerti dan berterimakasih telah memantau bayinya mulai dari lahir sampai berusia 2 minggu.

4.5 ASUHAN KEBIDANAN KB

NO.REGISTER : -
TANGGAL MASUK : 01 Mei 2022
RUANG : Rumah Ny. M

A. Pengkajian Data Subjektif

Tanggal	: 01 Mei 2022	Jam : 15.30 WIT
1. Identitas Ibu		Suami / Penanggung Jawab
Nama	: Ny. M	Tn. D
Umur	: 32 tahun	32 tahun
Agama	: Islam	Islam
Suku/Bangsa	: Banggai/Indonesia	Toraja/Indonesia
Pendidikan	: SMA	SMA
Pekerjaan	: IRT	Swasta
Alamat	: Jln. Kontener	Jln. Kontener
No. Tel/Hp	: 082199612686	-

2. Kunjungan saat ini

Kunjungan Pertama



Kunjungan Ulang

☐

3. Keluhan Utama

Ibu mengatakan ingin menjarangkan kehamilannya

4. Riwayat Perkawinan

Kawin 1 kali. Kawin pertama umur 21 tahun. Lama pernikahan 11 tahun.

5. Riwayat Menstruasi

Menarche : 14 tahun

Siklus : 28 hari

Banyaknya : 50 cc (2x ganti pembalut)

Dismenorrhoe : ya / tidak

HPHT : 30 April 2022

6. Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

Ha mil ke	Persalinan								Nifas	
	Tgl partu s	Umur kehamil an	Jenis partu s	Penol ong	Komplikasi		Jenis kelam in	BB lahir	Laktasi	Kompl ikasi
					Ibu	Bayi				
1	16-07-2012	38 minggu	Normal	Bidan	Tidak ada	Tidak ada	♀	3.300 gram	2 tahun	Tidak ada
2	09-06-2017	39 minggu	Normal	Bidan	Tidak ada	Tidak ada	♀	4.000 gram	2 tahun	Tidak ada
3	20-03-2022	41 minggu	Normal	Bidan	Tidak ada	Tidak ada	♂	3.400 gram	+	Tidak ada

7. Riwayat Kontrasepsi yang digunakan

No	Jenis kontrasepsi	Mulai memakai				Berhenti / Ganti Cara			
		Tanggal	Oleh	Tempat	Keluhan	Tanggal	Oleh	Tempat	Keluhan

									n
1.	KB Kalender	27-08- 2012	Ny. M	Rumah Ny. M	Tidak ada	-	-	-	-
2.	KB Kalender	21-07- 2017	Ny. M	Rumah Ny. M	Tidak ada	-	-	-	-

8. Riwayat kesehatan

a. Penyakit sistemik yang pernah/sedang diderita

- 1) TBC : Tidak pernah
- 2) Hepatitis : Tidak pernah
- 3) Sifilis : Tidak pernah
- 4) HIV/AIDS : Tidak pernah

b. Penyakit yang pernah diderita keluarga / penyakit keturunan

- 1) Asma : Tidak ada
- 2) Jantung : Tidak ada
- 3) Hipertensi : Tidak ada
- 4) Diabetes Mellitus : Tidak ada
- 5) Malaria : Tidak ada

c. Riwayat penyakit ginekologi.

Ibu mengatakan bahwa ibu tidak memiliki riwayat penyakit ginekologi.

d. Kebiasaan-kebiasaan

Merokok : (Tidak Pernah)

Minum jamu-jamuan : (Tidak Pernah)

Minum-minuman keras : (Tidak Pernah)

Makanan/minuman pantang : (Tidak ada)

9. Pola pemenuhan kebutuhan sehari-hari

Pola	Sebelum KB	Setelah KB
1. Nutrisi		
a) Makan		
Frekuensi	3x / hari	3x / hari
Porsi	Sedang	Sedang
Jenis	Nasi, sayur, lauk-pauk, buah	Nasi, sayur, lauk-pauk, buah
b) Minum		
Jumlah	9-10 gelas / hari	9-10 gelas / hari
Jenis	Air putih	Air putih, susu kental manis
c) Keluhan	Tidak ada	Tidak ada
2. Eliminasi		
a) BAK		
Frekuensi	9-10x / hari	10-11x / hari
Warna	Kuning jernih	Kuning jernih

Bau	Pesing	Pesing
b) BAB		
Frekuensi	1x / hari	1x / hari
Konsistensi	Padat	Padat
Warna	Kuning kecoklatan	Kuning Kecoklatan
Bau	Khas feses	Khas feses
c) Keluhan	Tidak ada	Tidak ada
3. Istirahat		
a) Tidur siang	1 jam	1 jam
b) Tidur malam	±7 jam	±7 jam
c) Keluhan	Tidak ada	Tidak ada
4. Aktifitas		
a) Kegiatan sehari-hari	Masak, mencuci pakaian, bersihkan rumah	Masak, mencuci pakaian, bersihkan rumah
b) Keluhan	Tidak ada	Tidak ada
5. Personal Hygiene		
a) Mandi	2x / hari	2x / hari
b) Mencuci rambut	1x / 2 hari	1x / 2 hari
c) Menggosok gigi	2x / hari	2x / hari
d) Ganti pakaian dalam	2x / hari	2x/ hari

e) Keluhan	Tidak ada	Tidak ada
6. Seksualitas		
c) Frekuensi	1x / 2 bulan	Tidak pernah
d) Keluhan	Tidak ada	Tidak ada

10. Keadaan Psiko Sosial Spiritual

a. Pengetahuan Ibu tentang alat kontrasepsi

Ibu mengatakan bahwa ibu telah mengetahui tentang alat kontrasepsi.

b. Pengetahuan ibu tentang alat kontrasepsi yang dipakai sekarang

Ibu mengatakan bahwa ibu telah mengetahui tentang Kb kalender yang akan digunakan, seperti keuntungan dan kerugian, cara menghitung dan menentukan masa suburnya dan saat masa berpantang boleh melakukan hubungan dengan suaminya tetapi menggunakan pengaman seperti kondom.

B. Pengkajian Data Objektif

1. Pemeriksaan Umum

a. Keadaan umum : Baik Kesadaran : Compos Mentis

b. Tanda vital

Tekanan darah : 110/80 mmHg

Nadi : 88 kali per menit

Pernafasan : 20 kali per menit

Suhu : 36,6°C

c. Antropometri

TB : 153 cm

BB : Sebelum memakai KB 65 kg, BB sekarang 65 kg

IMT : 27,7

2. Pemeriksaan Fisik

a. Kepala dan leher

Muka : Simetris, tidak ada edema, tidak ada cloasma gravidarum.

Mata : Konjungtiva berwarna merah muda, sclera putih.

Telinga : Bersih, tidak ada pengeluaran serumen yang abnormal

Mulut : Tidak ada stomatitis, tidak ada pembengkakan gusi

Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, kelenjar limfe, dan vena jugularis.

b. Payudara : Simetris, tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan

Puting susu : Tidak menonjol

Masa /tumor : Tidak ada

c. Abdomen

Bentuk : Simetris, mendatar, sedikit buncit.

Bekas luka : Tidak ada

d. Ekstremitas : Lengkap, tidak ada luka.

Edema : Tidak ada

Varices : Tidak ada

Reflek patela : + / +

e. Genetalia luar : Tidak dikaji

Varices : Tidak dikaji

Bekas luka : Tidak dikaji

Kelenjar bartholini : Tidak dikaji

Pengeluaran : Tidak dikaji

Pemeriksaan dalam gynecologis (Tidak dilakukan)

f. Anus : Tidak dikaji

3. Pemeriksaan penunjang

Tidak dilakukan.

C. Analisa

Ny. M, Usia 32 Tahun, P₃Ab₀Ah₃, Akseptor Kb Kalender.

D. Penatalaksanaan

Tanggal : 01 Mei 2022

Jam : 15.30 WIT

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan bahwa ibu dalam keadaan baik

Hasil : Ibu merasa senang dengan hasil pemeriksaannya.

2. Memberikan kesempatan pada ibu untuk mengungkapkan alasannya memilih metode KB kalender.

Hasil : Ibu mengatakan bahwa sejak dahulu ibu menggunakan metode KB kalender dan berhasil menjarakkan usia kehamilannya. Selain itu, ibu juga mengatakan bahwa ibu takut terhadap jarum suntik dan suami juga bekerja jauh sehingga jarang berada dirumah.

3. Menginformasikan kembali kepada Ibu tentang keuntungan dan keterbatasan KB kalender. Keuntungannya yaitu murah dan butuh biaya yang sangat sedikit, tidak perlu mengonsumsi berbagai jenis obat hormonal, aman digunakan, tidak memiliki efek samping, dapat dihentikan dengan mudah dan kapanpun jika ibu dan suami memutuskan ingin mempunyai anak lagi. Sedangkan keterbatasan atau kekurangan KB kalender yaitu, ibu harus secara konsisten mencatat siklus menstruasi, ibu dan suami tidak boleh berhubungan dengan suami saat masa subur apalagi tanpa menggunakan pengaman atau kondom, tingkat kegagalan KB kalender lebih tinggi dibandingkan dengan kontrasepsi lain, namun jika dilakukan dengan metode yang benar maka keefektifannya sama dengan kontrasepsi lain.

Hasil : Ibu telah mengerti dengan penjelasan dari Bidan mengenai KB kalender

4. Menjelaskan kepada ibu cara menentukan dan menghitung masa suburnya, yaitu ibu terlebih dahulu harus mengetahui siklus menstruasi ibu apakah tetap di 28 hari atau sering berkurang dan bertambah. Mengajarkan ibu untuk mencatat siklus menstruasi ibu selama 6 bulan, jika ibu mendapatkan adanya siklus terpendek dan siklus terpanjang maka cara menghitung masa suburnya yaitu siklus terpendek dikurangi 18 dan siklus terpanjang dikurangi 11. Misalnya, siklus terpendek ibu adalah 28 hari maka $28 - 18 = 10$, dan siklus terpanjang

ibu adalah 31 hari maka $31 - 11 = 20$. Berarti, masa subur ibu diperkirakan ada pada hari ke 10-20 setelah haid pertama.

Hasil : Ibu semakin mengerti dengan penjelasan dari Bidan mengenai cara menghitung dan menentukan masa suburnya.

5. Menganjurkan ibu untuk tetap menggunakan pengaman seperti kondom saat berhubungan dengan suami agar tetap aman apabila ibu lupa masa suburnya dan juga memberikan ibu konseling mengenai kontrasepsi darurat yaitu kontrasepsi yang dipergunakan untuk mencegah kehamilan sesaat setelah berhubungan seksual tanpa penggunaan pengaman. Metode kontrasepsi darurat yang tersedia adalah pil kombinasi darurat (PKD) dan AKDR-Cu.

Hasil : Ibu mengerti dengan penjelasan dari Bidan dan siap mengikuti anjuran Bidan.

6. Mengucapkan terimakasih kepada ibu karena sudah bersedia menjadi responden dan atas kerjasamanya selama ini

Hasil : Ibu berterima kasih kembali atas pelayanannya selama hamil sampai sekarang.

BAB V

PEMBAHASAN

Pada pembahasan studi kasus ini penulis akan memaparkan kesenjangan ataupun keselarasan antara teori dengan praktik Asuhan Kebidanan Komprehensif yang diterapkan pada klien Ny. M G3P2Ab0Ah2 sejak kontak pertama pada tanggal 07 Maret 2022 yaitu dimulai pada masa kehamilan 39 minggu, persalinan, bayi baru lahir, masa nifas, neonatus dan pelayanan kontrasepsi dengan pembahasan sebagai berikut:

5.1 KEHAMILAN

Melakukan asuhan kebidanan komprehensif kepada Ny. M, G3P2Ab0Ah2 saat usia kehamilan 39 minggu yang bertempat tinggal di Jl. Kontener. Selama kehamilannya, Ny. M telah melakukan ANC di tenaga kesehatan sebanyak 6 kali yang dilakukan di Ruang KIA/KB Pustu Malaweke (2 kali pada trimester pertama, 1 kali pada trimester kedua, dan 3 kali pada trimester ketiga).

Hal ini sesuai dengan teori kunjungan kehamilan yang dikemukakan oleh Manuaba (2010), yaitu minimal 4 kali, 1 kali pada trimester pertama, 1 kali pada trimester kedua dan 2 kali pada trimester ketiga.

a. ANC kunjungan pertama

Pada kunjungan I didapatkan hasil pengkajian yang dilakukan pada Ny. M pada tanggal 07 Maret 2022, didapatkan bahwa Ny. M berusia 32 tahun hamil anak ke 3 tidak pernah keguguran. HPHT 06 Juni 2021 dan taksiran persalinan tanggal 13 Maret 2022. Anak kedua lahir pada tahun

2017 di Rumah Sakit Angkatan Laut Sorong. Ibu di tolong oleh bidan dengan berat lahir 4000 gram. Usia anak ke 2 sekarang adalah 5 tahun. Hasil pemeriksaan TTV dalam batas normal, hasil pemeriksaan fisik didapatkan bahwa payudara ibu tidak memiliki puting susu/flat (semenjak remaja) tetapi ASI tetap keluar walaupun hanya sedikit melalui benjolan-benjolan kecil disekitar areola. Ibu mengatakan 2 anak sebelumnya juga tetap diberikan ASI walaupun sedikit dan dibarengi dengan susu formula. Hasil pengukuran antropometri didapatkan TB ibu adalah 153 cm, LILA 29 cm, BB sebelum hamil 60 kg dan BB sekarang adalah 76 kg, Lingkar Perut 106 cm dan IMT ibu adalah 25,6.

Hal ini bertentangan dengan anjuran rekomendasi kenaikan BB pada ibu hamil yang direkomendasikan oleh Kemenkes RI tahun 2020a bahwa ibu hamil yang memiliki IMT sebelum hamil yaitu 25-29,9 dianjurkan kenaikan BB hanya sekitar 7,0-11,5 kg (Kemenkes RI, 2020). Sedangkan pada kasus ini, kenaikan BB ibu adalah 16 kg. Faktor resiko yang bisa terjadi yaitu janin besar (makrosomia) maupun diabetes gestasional. Penatalaksanaan yang harus dilakukan adalah memberikan edukasi kepada ibu untuk diet rendah energi dan rutin melakukan olahraga ringan setiap hari.

Hasil pemeriksaan Leopold didapatkan TFU adalah 34 cm. Sehingga dapat dihitung TBJ adalah $(34-11) \times 155 = 3.565$ gram. Auskultasi DJJ 132x/m, pergerakan janin normal dan kepala sudah masuk PAP.

Berdasarkan hasil pemeriksaan yang telah dilakukan, maka diagnose yang didapatkan adalah Ny. M usia 32 tahun G3P2Ab0Ah2 usia kehamilan 39 minggu dengan kehamilan normal, janin tunggal hidup, intrauterine. Masalah yang didapatkan adalah adanya indikasi makrosomia berdasarkan hasil pemeriksaan yang juga didukung oleh riwayat bayi besar pada anak pertama dan anak kedua.

Berdasarkan masalah yang didapatkan maka penulis memberikan KIE diet rendah energi kepada ibu untuk mengurangi makanan-makanan manis, makanan yang tinggi kalori, makanan yang berlemak, minuman bersoda, dll agar dapat mengurangi resiko makrosomia/janin besar. Hal ini sesuai dengan teori menurut Proverati (2009) mengenai prinsip makan yang baik selama kehamilan dengan melakukan diet dan makan yang sehat. Penulis juga menganjurkan ibu untuk makan dalam porsi yang lebih kecil dari biasanya dan dibarengi dengan olahraga ringan sesuai dengan kemampuan ibu. Selain itu, Penulis juga menganjurkan ibu untuk mempersiapkan perlengkapan persalinan lebih awal, dan memberitahu ibu tentang tanda bahaya pada kehamilan trimester 3 seperti perdarahan, demam tinggi, pergerakan janin kurang, nyeri kepala hebat dan lain sebagainya. Membuat janji dengan ibu untuk melakukan kunjungan ulang tanggal 14 Maret 2022 atau bila ibu mengalami keluhan.

b. ANC kunjungan kedua

Kunjungan kedua dilaksanakan pada tanggal 14 Maret 2022. Ibu mengeluh bahwa sejak seminggu yang lalu sudah merasa mules pada

perutnya tetapi sakitnya masih sangat jarang yaitu satu hari hanya sekali merasa mules pada perutnya. Hasil pemeriksaan TTV dalam batas normal. BB ibu masih seperti kunjungan pertama yaitu 76 kg, Lingkar perut ibu 111 cm dan TFU 31 cm. Sehingga TBJ adalah $LP \times TFU = 111 \text{ cm} \times 31 \text{ cm} = 3.441 \text{ gram}$. Auskultasi DJJ 132x/menit dan kepala sudah masuk PAP.

Berdasarkan hasil pemeriksaan maka penulis masih mengingatkan ibu untuk tetap mengurangi makanan-makanan manis, makanan yang tinggi kalori, makanan yang berlemak, minuman bersoda, dll agar dapat mengurangi resiko makrosomia/janin besar. Penulis juga menganjurkan ibu untuk makan dalam porsi yang lebih kecil dari biasanya dan dibarengi dengan olahraga ringan sesuai dengan kemampuan ibu. Selain itu, Penulis juga menganjurkan ibu untuk mempersiapkan perlengkapan persalinan lebih awal, dan memberitahu ibu tentang tanda bahaya pada kehamilan trimester 3 seperti perdarahan, demam tinggi, pergerakan janin kurang, nyeri kepala hebat dan lain sebagainya. Penulis juga menjelaskan kepada ibu bahwa rasa mules yang dialami ibu merupakan hal yang normal pada ibu hamil khususnya diusia kehamilan trimester 3 akhir sebagai tanda bahwa persalinan semakin dekat. Membuat janji dengan ibu untuk melakukan kunjungan ulang tanggal 21 Maret 2022 atau bila ibu mengalami keluhan

5.2 PERSALINAN

Saat memasuki proses persalinan, usia kehamilan Ny. M yaitu 41 minggu. Menurut teori, persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37-42 minggu) tanpa disertai adanya penyulit dan komplikasi pada ibu serta janin (Machmudah, 2010).

a. Kala I

Tanggal 20 Maret 2022 pukul 16.00 WIT, Ny. M datang ke PMB Herminati, STr.Keb dengan keluhan sejak jam 10.00 pagi sudah merasakan kenceng-kenceng pada perutnya yang menjalar sampai ke belakang dan sakitnya semakin bertambah yang disertai keluarnya lender darah dari jalan lahir. Hasil pemeriksaan pada pukul 16.00 WIT, didapatkan vulva/uretra tidak ada kelainan, portio tebal lembut, pembukaan 4 cm, ketuban utuh, tidak teraba tali pusat, presentasi kepala denominator UUK, penurunan kepala hodge II. DJJ (+) 130x/menit dengan HIS : frekuensi 4x dalam 10 menit, durasi 35 detik.

Pada pukul 19.00 WIT ibu mengatakan perutnya semakin sakit dan pengeluaran lendir darah semakin banyak. Hasil pemeriksaan dalam ulang vulva/uretra tidak ada kelainan, portio tipis lunak, pembukaan 8 cm, ketuban utuh, tidak teraba tali pusat, presentasi kepala denominator UUK, penurunan kepala hodge III. DJJ (+) 135x/menit dengan HIS : frekuensi 4x dalam 10 menit, durasi 45 detik. Ketika Ny. M memasuki fase aktif penulis menyiapkan alat dan bahan dalam pertolongan persalinan. Pukul 19.30 WIT Ny. M mengatakan ada rasa ingin BAB dan

kencang – kencang semakin sering. Kala I Ny. M berlangsung selama 9 jam 30 menit.

Hal ini berdasarkan teori yang dikemukakan oleh Wiknjastro (2013) bahwa Kala I inpartu ditandai dengan his yang teratur, keluarnya lendir darah, karena serviks mulai membuka (dilatasi) dan mendatar (effacement) kala I dimulai dari pembukaan nol sampai pembukaan lengkap (10cm) lamanya kala I untuk primigravida berlangsung ± 12 jam, sedangkan pada multigravida sekitar ± 8 jam. Sesuai dengan APN (JNPK-KR, 2008) langkah awal pertolongan persalinan adalah menyiapkan alat dan bahan dalam pertolongan persalinan. Menurut penulis pada proses persalinan kala I Ny. M tidak ditemukannya kesenjangan antara teori dengan kenyataan. Kala I Ny. M sesuai dengan teori.

b. Kala II

Ny. M memasuki kala II. Pukul 19.30 WIT. Ny. M mengatakan ada rasa ingin meneran, ada rasa ingin BAB dan kencang –kencang semakin sering. Dilakukan pemeriksaan dalam dengan hasil vulva/uretra tidak ada kelainan, portio tidak teraba, pembukaan 10 cm, ketuban pecah spontan berwarna hijau (bercampur mekonium), tidak teraba tali pusat, presentasi kepala denominator UUK, penurunan kepala hodge IV. DJJ (+) 135 x/menit dengan HIS : frekuensi 5x dalam 10 menit, durasi 45 detik. Tampak adanya tekanan pada anus, perineum menonjol, vulva membuka, pengeluaran lendir darah semakin meningkat. Ny. M dimotivasi untuk

mengejan apabila ada dorongan ingin meneran. Pukul 19.55 WIT bayi lahir spontan. Kala II Ny. M berlangsung selama 25 menit.

Hal ini berdasarkan teori yang dikemukakan oleh Widyastuti, (2014) pada kala II his semakin sering dan durasinya lebih lama. Ibu merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi, perineum menonjol, vulva membuka, dan meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah. Lamanya kala II untuk primigravida 2 jam dan multigravida 1 jam.

Menurut penulis tidak terjadi kesenjangan antara teori dengan kenyataan. Lama kala II Ny. M sesuai dengan teori. Ny. M telah mendapat APN dalam proses persalinannya, persalinan Ny. M berjalan dengan lancar dan hasil pemantauan persalinan melalui partograf dalam keadaan baik. Bayi lahir spontan dan segera menangis pada pukul 19.55 WIT, Apgar Score 8/9, jenis kelamin laki-laki. Setelah dilakukan pemotongan tali pusat, bayi langsung dibersihkan dan diberikan asuhan untuk bayi baru lahir.

Hasil asuhan kala II, tidak dilakukan IMD dikarenakan berdasarkan hasil pemeriksaan fisik bahwa ibu tidak memiliki puting susu/flat semenjak remaja sehingga menghambat pengeluaran ASI. Oleh karena itu, yang sebaiknya bidan lakukan adalah memberikan PASI pada bayi untuk memenuhi kebutuhan nutrisinya sebagai pengganti ASI. Menurut Mahardika (2014) dalam penelitiannya mengatakan bahwa pemberian susu botol atau susu formula untuk bayi usia kurang dari 6 bulan boleh

diberikan jika ibu tidak memungkinkan untuk menyusui bayinya, misalnya jika produksi ASI yang sangat sedikit yang dikarenakan adanya ketidakmampuan kelenjar mammae untuk memproduksi ASI ataupun karena indikasi lainnya seperti genetic atau kelainan bentuk payudara ibu.

c. Kala III

Pada saat bayi lahir plasenta belum keluar, Bidan segera melakukan asuhan manajemen aktif kala III. Proses penatalaksanaan kala III Ny. M dimulai dari penyuntikan oksitosin 5 IU 1 menit setelah bayi lahir dengan terlebih dahulu memastikan tidak ada janin kedua. Setelah itu dilakukan pemotongan tali pusat lalu meletakkan klem 5-10 cm di depan vulva. Saat ada tanda-tanda pelepasan plasenta yaitu adanya semburan darah tiba-tiba, tali pusat memanjang, perubahan bentuk dan tinggi fundus, Bidan melakukan manajemen aktif kala III yaitu menyuntikan oxytosin, melakukan PTT, plasenta lahir spontan lengkap pukul 20.05 WIT, kotiledon lengkap berjumlah 18, diameter plasenta 2 cm, berat plasenta 500 gram, panjang tali pusat ± 50 cm, kontraksi uterus keras, TFU 1 jari diatas pusat. Lama kala III Ny. M berlangsung ± 10 menit kemudian melakukan masase uteri.

Hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Widyastuti(2014) kala III adalah waktu dari keluarnya bayi hingga pelepasan atau pengeluaran uri (plasenta) yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Tanda-tanda lepasnya plasenta yaitu: Adanya perubahan bentuk dan

tinggi fundus, Tali pusat memanjang, semburan darah mendadak dan singkat. Manajemen aktif kala III, yaitu: Pemberian suntikan oksitosin, melakukan peregangan tali pusat terkendali, Massase fundus uteri.

Menurut penulis terdapat kesenjangan antara teori dengan kenyataan, yaitu Oksitosin yang diberikan pada kala III setelah memastikan tidak ada janin kedua. Pada kasus ini, oksitosin yang diberikan hanya 5 IU, sedangkan dalam 60 langkah APN menurut Kemenkes RI tahun 2018 bahwa oksitosin yang diberikan pada kala III yaitu 10 IU.

d. Kala IV

Pukul 20.05 WIT plasenta telah lahir, pada perineum terdapat laserasi perineum derajat II yaitu yang perlu dilakukan tindakan penjahitan untuk menghentikan perdarahan yang terjadi akibat perlukaan. Bidan segera melakukan penjahitan pada perineum agar tidak terjadi perdarahan dan infeksi. Sebelum penjahitan dilakukan pemberian anastesi lokal terlebih dahulu untuk meminimalkan nyeri pada saat proses penjahitan. Setelah dilakukan tindakan penjahitan pada perineum, Bidan melanjutkan pemantauan kontraksi uterus dan perdarahan pervaginam.

Oleh karena itu, penulis melakukan observasi tersebut setiap 15 menit pada jam pertama setelah melahirkan dan setiap 30 menit pada jam kedua setelah melahirkan. Hasil pemeriksaan TFU 1 jari diatas pusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih kosong, TTV dalam batas normal, laserasi derajat II telah dilakukan penjahitan pada perineum, perdarahan $\pm$ 150 cc.

Hal ini berdasarkan teori yang dikemukakan oleh widyastuti, (2014) kala IV adalah kala pengawasan setelah bayi dan plasenta lahir untuk memantau kondisi ibu. Harus diperiksa setiap 15 menit selama 1 jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua.

Asuhan dan pemantauan kala IV : Lakukan rangsangan taktil (massase) uterus untuk merangsang uterus berkontraksi baik dan kuat, Evaluasi tinggi fundus dengan meletakkan jari tangan secara melintang dengan pusat sebagai patokan, Perkiraan kehilangan darah secara keseluruhan, Periksa kemungkinan perdarahan dari robekan (laserasi atau episiotomy) perineum, Evaluasi keadaan umum ibu, Dokumentasikan semua asuhan selama persalinan kala IV dibagian belakang partograf, segera setelah asuhan dan penilaian dilakukan.

Menurut penulis tidak ada kesenjangan antara teori dengan kenyataan. Karena telah dilakukan pemantauan kala IV secara komprehensif pada Ny. M dan dapat mengantisipasi terjadinya masalah atau komplikasi.

5.3 NIFAS

Kunjungan pertama, 6 jam post partum (tanggal 21 Maret 2022 pukul 04.00 WIT) hasil pemeriksaan semuanya dalam batas normal. Ny. M belum mandi, ASI belum keluar, kontraksi uterus baik, TFU 1 jari diatas pusat, lochea rubra, luka jahitan baik, tanda homman negative, perdarahan dalam batas normal, Ny. M mengganti pembalut setiap habis BAK/BAB. Penulis memberikan KIE kepada Ny. M tentang kebutuhan dasar nifas, dan menganjurkan ibu untuk langsung menyusui bayinya jika ASI sudah keluar.

Hal ini berdasarkan teori yang di kemukakan oleh Suherni, dkk (2013) bahwa tujuan kunjungan pertama, waktu 6-8 jam setelah post partum : mencegah perdarahan masa nifas, mendeteksi dan merawat penyebab perdarahan, memberi konseling pada ibu atau keluarga cara mencegah terjadinya perdarahan, mobilisasi dini, pemberian ASI awal, memberi supervise pada ibu untuk melakukan hubungan awal antara ibu dengan bayi, menjaga bayi agar tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi.

Kunjungan kedua, 6 hari post partum (tanggal 26 Maret 2022 pukul 10.00 WIT) hasil pemeriksaan semuanya dalam batas normal. Ny. M tidak memiliki keluhan apapun. Ny. M mandi 2x sehari, BAK 3x, BAB 2x, pengeluaran ASI sedikit atau bahkan tidak ada, kontraksi uterus baik, TFU pertengahan pusat-symphisis, lochea sangiolenta, luka jahitan baik, tanda homman negative, perdarahan dalam batas normal, Ny. M mengganti pembalut setiap habis BAK/BAB. Nutrisi Ny. M juga terpenuhi dengan baik. Penulis mengevaluasi tanda bahaya nifas pada Ny. M, memberikan KIE kepada Ny. L mengenai nutrisi dan personal hygiene.

Hal ini berdasarkan teori yang di kemukakan oleh Suherni, dkk (2013) bahwa tujuan kunjungan kedua, waktu 6 hari post partum : memastikan involusi uterus berjalan dengan normal, evaluasi adanya tanda-tanda bahaya nifas, memastikan ibu untuk rutin memberikan susu pada bayinya yaitu tiap 2 jam sekali atau ketika bayi menangis dan tidak ada tanda-tanda penyulit, memastikan ibu cukup makan, minum dan istirahat, memberi ibu konseling dalam pengasuhan bayi.

Kunjungan ketiga, 2 minggu post partum (tanggal 03 April 2022, pukul 10.00 WIT). Hasil pemeriksaan semuanya dalam batas normal, Ny. M tidak memiliki keluhan apapun. Pemeriksaan fisik tidak menunjukkan adanya tanda bahaya masa nifas, pengeluaran lochea serosa berwarna kekuningan dan tidak berbau, jahitan perineum tampak baik dan sudah kering, tidak ada peradangan dan tidak ada nanah. Nutrisi Ny. M juga terpenuhi dengan baik. Penulis memastikan ibu menyusui bayinya dengan baik. Mengevaluasi kembali tentang nutrisi dan istirahat yang cukup untuk ibu serta tetap menjaga kehangatan bayinya.

Hal ini berdasarkan teori yang di kemukakan oleh Suherni, dkk (2013) bahwa tujuan kunjungan ketiga, waktu 2 minggu post partum : memastikan involusi uterus berjalan dengan normal, evaluasi adanya tanda-tanda bahaya nifas, memastikan ibu menyusui dengan benar dan tidak ada tanda-tanda penyulit, memastikan ibu cukup makan, minum dan istirahat, memberi ibu konseling dalam pengasuhan bayi.

Kunjungan keempat, 6 minggu post partum (tanggal 01 Mei 2022, pukul 15.00 WIT). Ibu mengatakan tidak ada keluhan apapun, ibu sudah kembali beraktivitas seperti biasanya, hasil pemeriksaan semua dalam batas normal, hasil pemeriksaan fisik semua baik, pengeluaran lochea alba berwarna putih dan tidak berbau, jahitan perineum sudah kering, tidak ada peradangan dan tidak ada nanah, nutrisi dan istirahat ibu terpenuhi dengan baik, ibu memberikan susu pada anaknya sesuai anjuran Bidan, dan menganjurkan ibu untuk merawat anaknya dengan baik. Pada kunjungan keempat ini juga

penulis sekaligus memberikan KIE kepada ibu tentang macam-macam KB, cara kerja, keuntungan dan efek samping dari masing-masing jenis KB. Ibu mengatakan akan melanjutkan menggunakan metode KB kalender seperti dari awal yang telah ibu gunakan.

Menurut penulis terdapat kesenjangan antara teori dan kenyataan. Karena pada kasus ini, ibu tidak memberikan ASI yang dikarenakan bentuk puting susu ibu yang flat/tidak ada yang menyebabkan tidak adanya pengeluaran ASI, sehingga untuk memenuhi nutrisi pada bayi maka dianjurkan untuk diberikan pengganti ASI yaitu susu formula. Penulis sudah melakukan pemeriksaan sesuai dengan waktu kunjungan yang di tetapkan. Dan hasil pemeriksaan Ny. M dalam batas normal. Penulis tidak menemukan tanda bahaya nifas pada Ny. M, dan telah memberikan KIE kepada Ny. M sesuai dengan kebutuhannya.

5.4 BBL

Pada kunjungan neonatus pertama, 6 jam setelah kelahiran penulis melakukan pemantauan, keadaan umum neonatus baik, nadi, pernafasan, serta suhu tubuh neonatus dalam batas normal, neonatus menangis kuat, tali pusat terbungkus kasa steril, neonatus mengkonsumsi susu formula dan neonatus telah BAB 1x berwarna kuning kecoklatan dan BAK 1x kuning jernih. Penulis memberikan KIE pada ibu tanda bahaya BBL dan perawatan tali pusat.

Hal ini berdasarkan teori yang di kemukakan oleh Saifuddin,(2014) bahwa pada masa neonatal saluran pencernaan mengeluarkan tinja pertama biasanya

dalam dua puluh empat jam pertama berupa mekonium (berwarna hitam kehijauan).

Pada kunjungan kedua, 6 hari setelah kelahiran, penulis melakukan pemeriksaan pada neonatus, hasilnya keadaan umum baik, nadi, pernafasan, serta suhu tubuh neonatus dalam batas normal, tali pusat belum puput, eliminasi baik dan nutrisi terpenuhi. Berat badan neonatus mengalami kenaikan ± 100 gr dari 3400 gr menjadi 3500 gr.

Pada kunjungan ketiga, 2 minggu setelah kelahiran, penulis melakukan pemeriksaan pada neonatus dan didapatkan hasil umum baik, nadi, pernafasan, serta suhu tubuh dalam batas normal, eliminasi baik dan nutrisi terpenuhi. Tali pusat telah lepas pada tanggal 3 April 2022 pukul 21.00 WIT. Berat badan neonatus mengalami kenaikan ± 200 gr dari 3400 gr menjadi 3600 gr.

Menurut penulis tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kenyataan. Karena kenaikan berat badan neonatus di 2 minggu kehidupan bertambah dan melebihi berat badan lahirnya.

5.5 KB

Ibu memilih tetap menggunakan metode KB kalender. Alasan ibu tetap memilih menggunakan metode KB ini karena praktis, mudah, alami dan tidak membutuhkan biaya. Selain itu, ibu juga mengatakan bahwa ibu takut terhadap jarum suntik dan suaminya juga bekerja jauh dan jarang dirumah. Penggunaan kontrasepsi ini adalah atas keinginan ibu sendiri dan didukung oleh suami. Tanggal 01 Mei 2022 penulis melakukan asuhan keluarga

berencana 1 kali dan sekaligus sebagai akhir dari semua proses pelayanan dan pendampingan yang digunakan penulis untuk Ny. M.

BAB VI

PENUTUP

6.1 KESIMPULAN

Penulis melaksanakan asuhan kebidanan secara komprehensif pada Ny. M selama hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas, neonatus, hingga pelayanan kontrasepsi, dapat ditarik kesimpulan bahwa pentingnya asuhan yang diberikan bidan terhadap ibu pada masa kehamilan hingga pelayanan kontrasepsi setelah melahirkan sebagai deteksi dini adanya komplikasi yang mungkin terjadi dapat dihindari atau ditanggulangi.

Berdasarkan hasil pengkajian dan pelaksanaan asuhan kebidanan yang komprehensif, maka dapat disimpulkan sebagai berikut :

1. Penulis dapat melakukan pengkajian data pada Ny. M mulai dari kehamilan, bersalin, nifas, bayi baru lahir, dan KB.
2. Penulis dapat menginterpretasikan data untuk mengidentifikasi diagnose masalah pada Ny. M mulai dari kehamilan, bersalin, nifas, bayi baru lahir, dan KB.
3. Penulis dapat mengidentifikasi diagnose atau masalah potensial pada Ny. M mulai dari kehamilan, bersalin, nifas, bayi baru lahir, dan KB.
4. Penulis dapat menetapkan kebutuhan terhadap tindakan segera atau kolaborasi pada Ny. M mulai dari kehamilan, bersalin, nifas, bayi baru lahir, dan KB.
5. Penulis dapat menyusun rencana asuhan secara menyeluruh pada Ny. M mulai dari kehamilan, bersalin, nifas, bayi baru lahir, dan KB.

6. Penulis dapat mengimplementasikan asuhan pada Ny. M mulai dari kehamilan, bersalin, nifas, bayi baru lahir, dan KB.
7. Penulis dapat mengevaluasi hasil asuhan yang diberikan pada Ny. M mulai dari kehamilan, bersalin, nifas, bayi baru lahir, dan KB.

6.2 SARAN

Penulis ingin menyumbangkan saran di akhir penulisan laporan tugas akhir ini dalam mengupayakan peningkatan pelayanan kesehatan khususnya dalam asuhan kebidanan komprehensif, yaitu sebagai berikut :

1. Bagi Institusi

Diharapkan semakin memperbaharui skill yang akan diajarkan dan selalu mengikuti perkembangan ilmu kebidanan terkini, sehingga mampu meningkatkan profesionalitas kinerja mahasiswa kebidanan nantinya setelah terjun di masyarakat.

2. Bagi Pasien dan Masyarakat

- a. Diharapkan dapat menambah wawasan dan pengetahuan ibu tentang masa hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas, neonatus dan KB sehingga dapat menjalaninya tanpa adanya komplikasi.
- b. Diharapkan dapat menjadi penambah wawasan bagi masyarakat tentang asuhan kebidanan yang harus didapatkan sesuai dengan standar dan pelayanan kesehatan yang dilakukan
- a. Ibu dianjurkan untuk tidak hamil lagi setelah berusia > 35 tahun dan jumlah anak > 3 agar tidak terjadi komplikasi-komplikasi yang tidak diinginkan.

3. Bagi Mahasiswa Kebidanan

Agar lebih rajin, aktif dan bisa mengatur waktu selama melakukan penelitian kasus / asuhan kebidanan komprehensif. Lebih teliti lagi dalam melakukan pengkajian, menentukan masalah dan pemberian asuhan yang tepat pada klien sehingga proses asuhan dapat berjalan baik sesuai dengan maksud dan tujuan yang akan dicapai.

DAFTAR PUSTAKA

- Affandi. 2012. *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi*. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Ai Nurasih, Refika Aditama. 2014. *Buku Asuhan Persalinan Normal Bagi Bidan*. Jakarta : EGC
- Ambarwati, E,R,Diah, W. 2010. *Asuhan Kebidanan Nifas*. Yogyakarta. Nuha Medika Utama.
- Anwar, Mochammad. 2011. *Ilmu Kandungan Edisi ke-3*. Jakarta : Bina Pustaka. Sarwono Prawirohardjo
- Arum dan Sujiyatini. 2011. *Panduan Lengkap Pelayanan KB Terkini*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Asri, dkk. 2012. *Asuhan Persalinan Normal*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Asrinah. 2010. *Konsep Kebidanan*. Yogyakarta : Graha Ilmu
- Asuti, Maya. 2010. *Buku Pintar Kehamilan*. Jakarta : EGC
- Astuti, Puji. 2010. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Kehamilan*. Yogyakarta : Rohima Press
- BKKBN. 2012. *Alat Bantu Pengambilan Keputusan Ber-KB*. Jakarta : BKKBN
- Buda, E., & Fajrin, A. M. (2018a). *Asuhan Kebidanan II (Nifas)*. 90. <file:///C:/Users/LENOVO/Downloads>
- Dewi, Vivian Nanny Lia, Sunarsih, Tri. 2011. *Asuhan Kebidanan Masa Nifas*, Jakarta : Salemba Medika
- Dinkes Provinsi Papua Barat. 2018. *Profil Kesehatan Provinsi Papua Barat*. <https://dinkes.papuabaratprov.go.id>
- Dwienda, O. 2014. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Neonatus, Bayi/Balita dan Anak Prasekolah untuk Para Bidan*. Yogyakarta : Deepublish
- Fatimah, & Nuryaningsih. (2017). *Asuhan Kebidanan Kehamilan*. [https://doi.org/10.1016/0014-5793\(85\)80729-8](https://doi.org/10.1016/0014-5793(85)80729-8)
- Fitri, Imelda. 2018. *Nifas, Kontrasepsi Terkini, dan Keluarga Berencana*. Jakarta : Gosyen Publishing

- Fitriahadi, E. (2017a). *Buku Ajar Asuhan Kehamilan* (1st ed.). Yogyakarta: Universitas 'Aisyiyah
- Fraser M. D. Myles. 2009. *Buku Ajar Bidan*. Jakarta : Buku Kedokteran : EGC
- Hartanto, Hanafi. 2015. *Keluarga Berencana dan Kontrasepsi*. Jakarta : Pustaka Sinar Harapan
- Heriyani, Reni. 2012. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Ibu Nifas dan Menyusui*. Jakarta : Trans Info Media
- Hidayat. 2009. *Ilmu Kesehatan Anak*. Jakarta : Salemba Medika
- Hidayati, R. 2009. *Asuhan Keperawatan pada Kehamilan Fisiologis dan Patologis*. Jakarta : Salemba Medika
- Homer, C. S.E., Friberg, I. K., Augusto, M., Dias, B., Hoope-bender, P., Sandall, J., Bartlett, L. A. 2014. *The Projected Effect of Scalling Up Midwifery*. Lancet, 384
- Katmini, K. (2020). *Determinan Kesehatan Ibu Hamil Tentang Tanda Bahaya Kehamilan*. <https://doi.org/10.37341/jkkt.v5i1.137>
- Kementerian Kesehatan RI. 2015. *Pedoman Audit Maternal Perinatal (AMP)*. Jakarta: EG
- Kemenkes RI. 2016. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2015*. <https://www.kemendes.go.id>
- Kemenkes RI. (2018). *Profil Kesehatan Indonesia* (Kemenkes RI (ed.). Kemenkes RI.
- Kemenkes RI. (2020a). *Buku KIA Kesehatan Ibu dan Anak*. Jakarta : Kementrian kesehatan dan JICA (Japan Intrnational Cooperation Agency).
- Kementrian Kesehatan RI. (2020a). *Pedoman Pelayanan Antenatal terpadu edisi pertama* (ketiga). Jakarta: Kementrian Kesehatan RI.
- Kumalasari, Intan. 2015. *Panduan Praktik Laboratorium dan Klinik Perawatan Antenatal, Intranatal, Postnatal, Bayi Baru Lahir dan Kontrasepsi*. Jakarta : Salemba Medika
- Kusmiyati, Yuni, dkk. 2009. *Perawatan Ibu Hamil*. Yogyakarta : Fitramaya
- Lalengga, Zarlana. 2013. *Menghadapi Kehamilan Beresiko Tinggi*. Klaten : Abata Press

- Lalita, E.M.F. 2013. *Asuhan Kebidanan Kehamilan*. Bogor : In Media
- Manuaba. (2010). *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan KB untuk Pendidikan Bidan* (Edisi kedu). Jakarta: EGC.
- Manuaba, I.B.G. dkk. 2012. *Pengantar Kuliah Obstetri*. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Maratalia, D. 2012. *Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui*. Editor Sujono Riyadi. Yogyakarta : Pustaka Belajar
- Marni. 2016. *Asuhan Kebidanan Pada Masa Intranatal*. Yogyakarta : Pustaka Belajar
- Maryunani, A. 2014. *Asuhan Neonates, Bayi, Balita & Anak Pra-Sekolah*. Tajurhalang : In Media
- Mulyani S. N, dan Rinawati M. 2013. *Keluarga Berencana dan Alat Kontrasepsi*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Muslihatun, WN. 2010. *Asuhan Neonatus Bayi dan Balita*. Yogyakarta : Fitramaya
- Morgan, Geri dan Hamilton Carole. 2009. *Obstetri & Ginekologi*. Jakarta : EGC
- Nugroho, T, dkk. 2014. *Buku Ajar Askeb I Kehamilan*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Ningsih, AD. 2017. *Continuity Of Care Kebidanan Midwifery Continuity Of Care*.
- Nirmala, dkk. 2010. *Asuhan Kebidanan Masa Kehamilan*. Yogyakarta :Graha ilmu
- Purwoastuti, E., dan Walyani, E.S. 2015. *Ilmu Obstetri dan Ginekologi Sosial untuk Kebidanan*. Yogyakarta : Pustaka Baru Press
- Prawirohardjo, S. 2009. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta : Yayasan Bina Sarwono Prawirohardjo
- _____. 2014. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta : Yayasan Bina Sarwono Prawirohardjo
- Proverawati Atikah dkk. 2010. *Panduan Memilih Kontrasepsi*. Yogyakarta : Numedia
- Qonitun, U., & Utaminingsih, S. (2018a). *Gambaran Kestabilan Suhu Tubuh Bayi Baru Lahir Yang Dilakukan Inisiasi Menyusu Dini (IMD)*. 10(1), 7. <https://doi.org/10.30736/midpro.v10i1.58>

- Rini, dkk. 2015. *Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ibu Bersalin dan Bayi Baru Lahir*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Rochjati, Poedji. 2003. *Skrining Antenatal Pada Ibu Hamil*. Surabaya : Airlangga; Riset Kesehatan Dasar, 2013
- Romauli, Suryati. 2011. *Buku Ajar Askeb I : Konsep Dasar Asuhan Kehamilan*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Rosyati, H. (2017). *Modul Persalina Rosyati, H. Modul Persalinan. Materi.n. Materi.*
- Rukiyah. (2010). *Asuhan Kebidanan I*. Jakarta: CV. Trans Info Media.
- Saifuddin. 2010. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta : YBP-SP
- Sinta, L. El, Andriani, F., Yulizawati, & Insani, A. A. (2019a). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Pada Neonatus, Bayi Dan Balita* (asli). Sidoarjo: Griya kebonagung
- Sulistyawaty. (2012). *Asuhan Kebidanan Pada Masa Kehamilan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Suririnah. 2009. *Buku Pintar Kehamilan dan Persalinan*. Jakarta : PT. Gramedia Pustaka Utama.
- Susiana, Sali. 2019. *Angka Kematian Ibu, Faktor Penyebab dan Upaya Penanganannya*. Jakarta : Bidang Kesejahteraan Sosial
- Tyastuti, S., & Wahyuningsih, H. P. 2016. *Asuhan Kebidanan Kehamilan*. Jakarta : Pustik SDM Kesehatan
- Wahyuningsih, H. P. (2018). *Asuhan Kebidanan Nifas Dan Menyusui*.
- Walsh, L. 2012. *Buku Ajar Asuhan Komunitas*. Jakarta : EGC
- WHO. (2016). *Angka Kematian Ibu Dan Bayi*.
- WHO. 2017. *World Helath Statistics 2017 : monitoring health for the SDGs, Sustanable Development Goals*
- Yulifah, Rita dan Surachmindari. 2010. *Konsep Kebidanan Untuk Pendidikan Kebidanan*. Jakarta : Salemba Medika

Yulizawati, Iryani, dr. D., Bustami, L. E., Insani, A. A., & Andriani, F. (2017).
Buku Ajar Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan. Padang: CV. Rumah kayu
Pustaka Utama Anggota.

Varney, Helen. 2007. *Buku Ajar Kebidanan : Asuhan Kebidanan*. Jakarta : EGC

LAMPIRAN

1. Surat Informed Consent Responden

 **KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**
DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN SORONG
Jalan Basuki Rahmat Km. 11 Kota Sorong 98417
Telepon (0951) 324 309 Faksimile (0951) 324 309
Laman <http://poltekkessorong.ac.id> Surat Elektronik poltekkes_sorong@yahoo.co.id



LEMBAR PERSETUJUAN RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : MEILANI

Umur : 32 TAHUN

Alamat : Jl. KONTENER

Menyatakan bersedia membantu pelaksanaan studi kasus untuk didampingi, diperiksa/diwawancarai selama masa kehamilan oleh mahasiswa Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes Sorong.

Nama Mahasiswa : Jusmita Tangkelangi

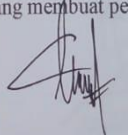
NIM : 41540119014

Saya mengerti bahwa hasil pemeriksaan/wawancara hanya untuk keperluan penulisan Laporan Tugas Akhir dan informasi yang saya berikan akan dijaga kerahasiaannya.

Demikian persetujuan ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Sorong, 07 Maret 2022

Yang membuat pernyataan


...MEILANI...

2. Lembar Konsultasi Bimbingan LTA

LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN LTA

Nama : Jusmita Tangkelangi

Nim : 41540119014

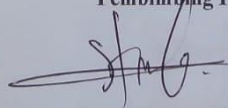
Judul LTA : Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny. M Usia 32 Tahun
G₃P₂Ab₀Ah₂ Di Puskesmas Malawili Kabupaten Sorong
Provinsi Papua Barat Tahun 2022

Pembimbing I : Yustitio Nora Veronica, M.Keb.,AIFO

No.	Hari/Tanggal	Materi (BAB)	Keterangan	Paraf
1.	Kamis, 10-3-22	Bab 2 dan 3	Perbaiki halaman.	
2.	Senin, 14-3-22	Bab 2 dan 3	Perbaiki mekanisme	
3.			Penulisan dan spasi.	
4.	Rabu, 16-3-22	Bab 1 - 3	ACC untuk seminar proposal.	
5.	Senin, 13-6-22	Bab 1, 3, 4	Kurangi latar belakang.	
6.			Perbaiki Himpunan kasus.	
7.	Senin, 20-6-22	Bab 1	Urutkan penulisan sesuai berang mcrak.	
8.	Selasa, 21-6-22		ACC	

Sorong, 21-06-2022

Mengetahui
Pembimbing I



Yustitio Nora Veronica, M.Keb.,AIFO

LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN LTA

Nama : Jusmita Tangkelangi

Nim : 41540119014

Judul LTA : Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny. M Usia 32 Tahun
G₃P₂Ab₀Ah₂ Di Puskesmas Malawili Kabupaten Sorong
Provinsi Papua Barat Tahun 2022

Pembimbing II : Ariani Pongoh, S.ST.,M.Kes

No.	Hari/Tanggal	Materi (BAB)	Keterangan	Paraf
1.	Kamis, 10-3-22	Cover dan Bab 1	Ikuti pedoman, perbaiki	
2.			penulisan dan cover	
3.	Jumat, 11-3-22	Bab 2 - lampiran	Keseluruhan isi diperbaiki	
4.			dokumentasinya diperbaiki	
5.	Senin, 13-6-22	Bab 1 - Daftar pustaka	Siapkan data pendukung,	
6.			dokumentasi dibuat blur,	
7.			perbaiki sesuai pedoman.	
8.	Jumat, 17-6-22		ACC.	

Sorong, 17-06-2022

Mengetahui

Pembimbing II

Ariani Pongoh, S.ST.,M.Kes
NIP. 1966010111985032005

LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN LTA

Nama : Jusmita Tangkelangi

Nim : 41540119014

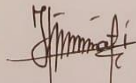
Judul LTA : Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny. M Usia 32 Tahun
G₃P₂Ab₀Ah₂ Di Puskesmas Malawili Kabupaten Sorong
Provinsi Papua Barat Tahun 2022

Pembimbing III : Herminati, S.Tr.Keb

No.	Hari/Tanggal	Materi (BAB)	Keterangan	Paraf
1.	Senin, 14-3-22	Bab IV (tinj. kasus)	Lakukan pemeriksaan pro-	
2.			tein urin & glukosa urin.	
3.	Kamis, 17-3-22	Bab IV (tinj. kasus)	Pertbaiki penulisan, status	
4.			imunisasi TT dan	
5.			pemeriksaan fisik.	
6.	Kamis, 16-6-22	Bab IV (tinj. kasus)	ACC.	
7.				
8.				

Sorong, 16 JUNI 2022

Mengetahui
Pembimbing III



Herminati, S.Tr.Keb
NIP. 197308242006072001

3. Partograf

PARTOGRAF

No. Register Nama Ibu : Ny. Meilani Umur : 32 Thn G. 3 F. 2 A. 0
 No. Puskesmas Tanggal : 20-03-2022 Jam : 16.00 WIT Alamat : Jl. Kontener
 Keluhan pecah Sejak jam mules sejak jam 07.00 WIT

Denyut Jantung Janin (/menit)

Alat Ketuban Penyusupan

u m

Pandu bukaan serviks (cm) dan tanda x

Tunainya kepala bedil landa o

Sentimeter (cm)

Bayi lahir spontan

Pukul 19.55 WIT

JR : 0
 BB : 3.400 gr
 PB : 53 cm
 LO : 35 cm
 LK : 23 cm

Waktu (jam)

16.00 17.00 18.00 19.00

Kontraksi < 20.4
 itap 20-40.3
 0 Mont > 40.2 (dok)

Oksitosin U/L tetos/menit

Obat dan Cairan IV

Nadi

Tekanan darah

Suhu °C

36.6 36.5

Urin

Protein
 Aseton
 Volume 100 80

AN PERSALINAN

Tanggal: 20-03-2012
 Nama bidan: Eidan Hamin
 Tempat Persalinan:
☐ Rumah Ibu ☐ Puskesmas
☐ Polindes ☐ Rumah Sakit
☒ Klinik Swasta ☐ Lainnya:
 Alamat tempat persalinan: Jl. Wortel unit 2
 Catatan: ☐ rujuk, kala: I / II / III / IV
 Alasan merujuk:
 Tempat rujukan:
 Pendamping pada saat merujuk:
☐ Bidan ☐ Teman
☐ Suami ☐ Dukun
☐ Keluarga ☐ Tidak ada

KALA I

9. Pantogram melewati garis waspada: Y
 10. Masalah lain, sebutkan:
 11. Penatalaksanaan masalah Tsb:
 12. Hasilnya:

KALA II

13. Epistiotomi:
☐ Ya, Indikasi
☒ Tidak
 14. Pendamping pada saat persalinan:
☐ Suami ☐ Teman ☐ Tidak ada
☒ Keluarga ☐ Dukun
 15. Gawat Janin:
☐ Ya, tindakan yang dilakukan:
 a.
 b.
 c.
☒ Tidak
 16. Distosi bahu:
☐ Ya, tindakan yang dilakukan:
 a.
 b.
 c.
☒ Tidak
 17. Masalah lain, sebutkan:
 18. Penatalaksanaan masalah tersebut:
 19. Hasilnya:

KALA III

20. Lama kala III: 15 menit
 21. Pemberian Oksitosin 10 U ini?
☒ Ya, waktu: 1 menit sesudah persalinan
☐ Tidak, alasan:
 22. Pemberian ulang Oksitosin (2x)?
☐ Ya, alasan:
☒ Tidak
 23. Pengaturan tali pusar terkendali?
☒ Ya
☐ Tidak, alasan:

PEMANTAUAN PERSALINAN KALA IV

Jam Ke	Waktu	Tekanan darah	Nadi	Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Perdarahan
1	20.10	110/80	86	1 jari 7 pusat	keras	Kosong	150
	20.25	110/70	85	1 jari 7 pusat	keras	Kosong	100
	20.40	110/70	85	1 jari 7 pusat	keras	Kosong	100
	20.55	110/70	82	1 jari 7 pusat	keras	Kosong	80
2	21.25	110/70	83	1 jari 7 pusat	keras	Kosong	50
	21.55	110/70	83	1 jari 7 pusat	keras	Kosong	30

Masalah kala IV:
 Penatalaksanaan masalah tersebut:
 Hasilnya:

24. Masebse fundus uteri?
☒ Ya
☐ Tidak, alasan:
 25. Plasenta lahir lengkap (intak) (Ya) Tidak
 Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan:
 a.
 b.
 26. Plasenta tidak lahir > 30 menit: Ya / Tidak
☐ Ya, tindakan:
 a.
 b.
 c.
 27. Laserasi:
☒ Ya, dimana: Perineum
☐ Tidak
 28. Jika laserasi perineum, derajat: I / 2 / 3 / 4
 Tindakan:
☒ Penjahitan, dengan / tanpa anestesi
☐ Tidak dijahit, alasan:
 29. Atoni uteri:
☐ Ya, tindakan:
 a.
 b.
 c.
☒ Tidak
 30. Jumlah perdarahan: 150 ml
 31. Masalah lain, sebutkan:
 32. Penatalaksanaan masalah tersebut:
 33. Hasilnya:
 BAYI BARU LAHIR:
 34. Berat badan: 3.400 gram
 35. Panjang: 50 cm
 36. Jenis kelamin: P
 37. Penilaian bayi baru lahir: baik, ada ponyulit
 38. Bayi lahir:
☐ Normal, tindakan:
☒ mengeringkan
☒ menghangatkan
☒ rangsang lakli
☐ Bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
☐ Aspek lain: ringan/pucat/piru/lemas/tindakan:
☐ mengeringkan ☐ bungkus jalan napas
☐ rangsang lakli ☐ menghangatkan
☐ bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
☐ lain-lain, sebutkan:
☐ Cacat bawaan, sebutkan:
☐ Hipotermi, tindakan:
 a.
 b.
 c.
 39. Pemberian ASI:
☐ Ya, waktu: jam setelah bayi lahir
☒ Tidak, alasan: belum keluar
 40. Masalah lain, sebutkan:
 Hasilnya:

DOKUMENTASI





