

LAPORAN TUGAS AKHIR
ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF
PADA NY “W” USIA 24 TAHUN
DENGAN PERSALINAN KURANG BULAN
DI BPM SITI NURCAHYANINGSIH MURDIJONO, Amd.Keb
MALANG



DISUSUN OLEH
IDA KHUSMAWATI
1615.15401.1085

PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN WIDYAGAMA HUSADA
MALANG
2019

LAPORAN TUGAS AKHIR
ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF
PADA NY “W” USIA 24 TAHUN
DENGAN PERSALINAN KURANG BULAN
DI BPM SITI NURCAHYANINGSIH MURDIJONO, Amd.Keb
MALANG



Diajukan sebagai syarat menyelesaikan
Pendidikan Tinggi Program Studi Diploma III Kebidanan

DISUSUN OLEH
IDA KHUSMAWATI
1615.15401.1085

PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN WIDYAGAMA HUSADA
MALANG
2019

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Tugas Akhir ini telah disetujui untuk dipertahankan di hadapan Tim Penguji Laporan Tugas Akhir Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Widyagama Husada :

ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF
PADA NY "W" USIA 24 TAHUN DENGAN PERSALINAN KURANG BULAN
DI BPM NY. SITI NURCAHYANINGSIH MURDIJONO, Amd.Keb

IDA KHUSMAWATI

NIM 1615.15401.1085

Malang,

Menyetujui,

Pembimbing I



(Bd. Wenny Rahmawati, M.Keb)

Pembimbing II



(Jiarti Kusbandiyah, S.SiT, M.Kes)

LEMBAR PENGESAHAN

Laporan Tugas Akhir ini telah diperiksa dan dipertahankan di hadapan Tim Penguji Laporan Tugas Akhir Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Widyagama Husada pada tanggal.....2019

ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF
PADA NY "W" USIA 24 TAHUN DENGAN PERSALINAN KURANG BULAN
DI BPM NY. SITI NURCAHYANINGSIH MURDIJONO, Amd.Keb

IDA KHUSMAWATI

NIM 1615.15401.1085

Ervin Rufaindah, S.ST, M.Keb
Penguji I

()

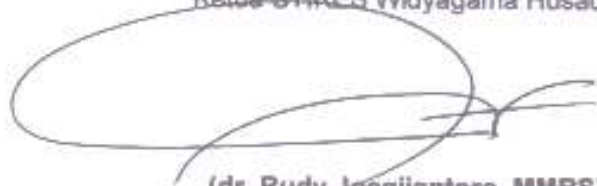
Bd. Wenny Rahmawati, M.Keb
Penguji II

()

Jiarti Kusbandiyah, S.SIT, M.Kes
Penguji III

()

Mengetahui
Ketua STIKES Widyagama Husada



(dr. Rudy Joegijantoro, MMRS)
NIP.197110152001121006

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah Yang Maha Esa yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini dengan judul Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny. "W" G_{II}P₁₀₀₁Ab₀₀₀ Dengan Persalinan Kurang Bulan Di BPM Siti Nurcahyaningasih Murdijono, Amd.Keb.

Laporan Tugas Akhir ini merupakan salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan di Program Studi DIII-Kebidanan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Widyagama Husada Malang. Proposal Laporan Tugas Akhir ini dilakukan asuhan secara komprehensif pada ibu hamil Trimester III, ibu bersalin, ibu nifas, bayi baru lahir dan keluarga berencana.

Penghargaan penuh kepada ibu Bd. Wenny Rahmawati, M.Keb selaku pembimbing 1 dan ibu Jiarti Kusbandiyah, S.SiT, M.Kes selaku pembimbing 2 yang telah memberikan banyak bimbingan, koreksi dan saran sehingga terselesaikannya Laporan Tugas Akhir ini.

Ucapan terimakasih dan penghargaan saya sampaikan pula kepada yang terhormat :

1. Dr. Rudy Joegijantoro, MMRS selaku ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Widyagama Husada Malang.
2. Yuniar Angelia P, S.SiT, M.Kes selaku Ketua Program Studi DIII-Kebidanan STIKES Widyagama Husada Malang.
3. Ervin Rufaindah, S.ST. M.Keb selaku penguji 1 yang telah memberikan pengarahan dari awal sampai akhir penyusunan Laporan Tugas Akhir ini.
4. Bd. Wenny Rahmawati, M.Keb selaku penguji 2 yang telah memberikan pengarahan dari awal sampai akhir penyusunan Laporan Tugas Akhir ini.
5. Jiarti Kusbandiyah, S.SiT, M.Kes selaku penguji 3 yang telah memberikan pengarahan dari awal sampai akhir penyusunan Laporan Tugas Akhir ini.
6. Ny. "W" selaku Responden yang bersedia untuk dijadikan data penelitian.
7. BPM Siti Nurcahyaningasih Murdijono, Amd. Keb yang telah memberikan ijin untuk lokasi asuhan kebidanan komprehensif.

8. Kedua orang tua, suami, beserta keluarga saya yang sangat berjasa dalam berbagai aspek baik moral maupun materi.
9. Sahabat-sahabat saya yang telah memberi support dan membantu penulis sehingga dapat menyelesaikan laporan ini.

Semoga Allah senantiasa memberikan berkat dan rahmat atas segala amal yang telah diberikan dan semoga Laporan Tugas Akhir ini dapat bermanfaat baik bagi diri sendiri maupun bagi pihak lain yang memanfaatkannya.

Malang, Agustus 2019

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI	vi
DAFTAR TABEL	viii
DAFTAR GAMBAR	ix
DAFTAR LAMPIRAN	x
DAFTAR SINGKATAN	xi
RINGKASAN	xiii
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Tujuan Penulisan	5
1.2.1 Tujuan Umum	5
1.2.2 Tujuan Khusus	5
1.3 Ruang Lingkup	6
1.3.1 Sasaran	6
1.3.2 Tempat	6
1.3.3 Waktu	6
1.4 Manfaat penulisan	6
1.4.1 Bagi Institusi Pendidikan	6
1.4.2 Bagi Lahan Praktik	7
1.4.3 Bagi Mahasiswa	7
1.4.4 Bagi Masyarakat Umum	7
BAB II TINJAUAN TEORI	8
2.1 Konsep Dasar	8
2.1.1 Kehamilan	8
2.1.2 Asuhan Kehamilan	36
2.1.3 Persalinan	46
2.1.4 Konsep Dasar Neonatus	67
2.1.5 Konsep Dasar Masa Nifas	80
2.1.6 Keluarga Berencana	93

2.2 Konsep Dasar Manajemen Kebidanan	121
2.2.1 Pengertian Manajemen Kebidanan	121
2.2.2 Prinsip Proses Manajemen Kebidanan	122
2.2.3 Langkah-Langkah Manajemen Kebidanan.....	122
2.3 Konsep Dasar Dokumentasi SOAP	124
BAB III KERANGKA KONSEP ASUHAN KEBIDANAN	126
3.1 Kerangka Konsep Asuhan Kebidanan <i>Continue of Care</i>	126
3.2 Keterangan Kerangka Konsep.....	127
BAB IV LAPORAN ASUHAN KEBIDANAN	129
4.1 Laporan Pelaksanaan Asuhan Kehamilan	129
4.2 Laporan Pelaksanaan Asuhan Persalinan	146
4.3 Laporan Pelaksanaan Asuhan Nifas	156
4.4 Laporan Pelaksanaan Asuhan Bayi Baru Lahir.....	171
4.5 Laporan Pelaksanaan Asuhan Keluarga Berencana	184
BAB V PEMBAHASAN	191
5.1 Pembahasan Asuhan Persalinan	191
5.2 Pembahasan Asuhan Persalinan	196
5.3 Pembahasan Asuhan Nifas	199
5.4 Pembahasan Asuhan Bayi Baru Lahir.....	201
5.5 Pembahasan Asuhan Keluarga Berencana	206
BAB VI KESIMPULAN	208
6.1 Kesimpulan.....	208
6.2 Saran	208
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

NO	JUDUL TABEL	HALAMAN
2.1	Tambahan kebutuhan nutrisi ibu hamil	28
2.2	Kenaikan berat badan ibu hamil sesuai dengan IMT	38
2.3	Tinggi fundus uteri sesuai usia kehamilan	39
2.4	Jadwal pemberian imunisasi TT	40
2.5	Perubahan uterus selama <i>postpartum</i>	84

DAFTAR GAMBAR

NO	JUDUL GAMBAR	HALAMAN
2.1	Proses fertlisasi	11
2.2	Proses nidasi atau implementasi	12
2.3	Janin dalam rahim ibu	17
2.4	Penurunan kepala	59
2.5	Kepala bayi kroning	61
2.6	Pelepasan plasenta	64
2.7	Penilaian maturitas fisik	79
2.8	Penilaian maturitas neuromuskuler	80
2.9	Nilai kematangan <i>Ballard score</i>	80

DAFTAR LAMPIRAN

No.	Lampiran
1.	Biodata
2.	Catatan Kesehatan Ibu Hamil
3.	Kartu Skor Poedji Rochjati
4.	Kartu Ibu Hamil
5.	Lembar Penapisan Ibu Bersalin
6.	Lembar partograf
7.	Surat Pengantar Ke BPM Siti Nurcahyaningih, Amd.Keb
8.	Surat Persetujuan Menjadi Responden
9.	Surat Kesiediaan Pembimbing
10.	Lembar Kendali Mahasiswa
11.	Lembar Konsultasi Dosen
12.	Lembar Jadwal Pelaksanaan Laporan Tugas Akhir (LTA)
13.	Lembar Rekomendasi Revisi

DAFTAR SINGKATAN

AKI	: Angka Kematian Ibu
AKB	: Angka Kematian Bayi
AKDR	: Alat Kontrasepsi Dalam Rahim
ANC	: <i>Ante Natal Care</i>
APGAR	: <i>Apparance, Pulse, Grimace, Activity, Respiration</i>
ASI	: Air Susu Ibu
BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
BB	: Berat Badan
BBL	: Bayi Baru Lahir
BBLR	: Bayi Berat Lahir Rendah
COC	: <i>Continuity of Care</i>
DJJ	: Denyut Jantung Janin
FSH	: <i>Follicle Stimulating Hormone</i>
Hb	: Hemoglobin
HPHT	: Hari Pertama Haid Terakhir
HPL	: <i>Human Placental Lactogen</i>
IMS	: Infeksi Menular Seksual
INC	: <i>Intra Natal Care</i>
K1	: Kunjungan pertama ibu hamil
K4	: Kunjungan keempat ibu hamil
KB	: Keluarga Berencana
KET	: Kehamilan Ektopik Terganggu
KIE	: Konseling, Informasi, Edukasi
KN	: Kunjungan Neonatal

KSPR	: Kartu Skor Poedji Rochjati
LH	: <i>Luteinizing Hormone</i>
MAL	: <i>Metode Amenore Laktasi</i>
MDGs	: <i>Millenium Development Goal's</i>
MOP	: Metode Operatif Pria
MOW	: Metode Operatif Wanita
PAP	: Pintu Atas Panggul
PNC	: <i>Post Natal Care</i>
SC	: <i>Sectio Caesarea</i>
SDGs	: <i>Sustainable Development Goal's</i>
TB	: Tinggi Badan
TBJ	: Taksiran Berat Janin
TD	: Tekanan Darah
TFU	: Tinggi Fundus Uteri
TM	: Trimester
TT	: <i>Tetanus Toxoid</i>
TTV	: Tanda-tanda Vital
UK	: Usia Kehamilan
USG	: <i>Ultrasonography</i>
VDRL	: <i>Veneral Disease Research Lab</i>
VT	: <i>Vagina Toucher</i>
WHO	: <i>World Health Organization</i>

RINGKASAN

Khusmawati, Ida. 2019. *Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny. "W" Usia 24 Tahun Dengan Persalinan Kurang Bulan Di BPM Siti Nurcahyaningsih Murdijono, Amd.Keb Malang. Laporan Tugas Akhir. DIII Kebidanan STIKES Widyagama Husada Malang. Pembimbing 1 : Bd. Wenny Rahmawati, M.Keb. Pembimbing 2 : Jiarti Kusbandiyah S.SiT, M.Kes.*

Angka kematian ibu mencapai 305/100.000 kelahiran hidup di tahun 2017. Angka tersebut dinilai mencapai tiga kali lipat lebih tinggi daripada target ASEAN *Millenium Development Goals* (MDGs) Indonesia, yaitu sebesar 102/100.000 kelahiran hidup. Hasil survey demografi dan kesehatan Indonesia tahun 2017 menunjukkan angka kematian bayi sebesar 24/1.000 kelahiran hidup. Penelitian ini merupakan salah satu upaya untuk mengatasi tingginya angka kematian ibu dan angka kematian bayi dengan menerapkan asuhan kebidanan secara komprehensif kepada ibu dan bayinya memberikan asuhan mulai saat kehamilan hingga pelayanan keluarga berencana.

Asuhan kebidanan komprehensif pada Ny. "W" usia 24 tahun dimulai pada kehamilan trimester III sejak bulan Maret hingga bulan Juli 2019 di rumah pasien dan BPM Siti Nurcahyaningsih Murdijono Amd.Keb. Asuhan kebidanan telah dilakukan sebanyak 13 kali kunjungan, terdiri dari 3 kali kunjungan selama kehamilan, 1 kali kunjungan pada saat persalinan, 4 kali kunjungan selama nifas, 3 kali kunjungan pada bayi baru lahir dan 2 kali kunjungan pada saat pelayanan keluarga berencana. Asuhan kebidanan komprehensif dilakukan berdasarkan manajemen Varney dan didokumentasikan dalam bentuk SOAP.

Berdasarkan asuhan kebidanan komprehensif yang dilakukan pada Ny. "W" didapatkan hasil bahwa kehamilan Ny. "W" merupakan kehamilan risiko tinggi dengan skor KSPR 10 karena Ny. "W" memiliki riwayat persalinan *sectio caesarea* 5 tahun yang lalu. Hasil pemeriksaan kehamilan pada Ny. "W" normal dan dari pengkajian data subjektif tentang keluhan menunjukkan bahwa pada usia kehamilan 31 minggu 1 hari Ny. "W" merasakan kontraksi palsu. Persalinan terjadi pada usia kehamilan 36 minggu 2 hari (*preterm*) dan berlangsung normal. Masa nifas berlangsung fisiologis walaupun pengeluaran lochea sempat terhambat pada hari ke-6 hingga hari ke-13 *post partum*. Bayi prematur memiliki refleks hisap yang lemah dan menjadi masalah pada pemberian air susu ibu eksklusif. Hal ini menyebabkan semakin lama frekuensi laktasi semakin menurun. Pasien memilih kontrasepsi suntik 3 bulan dan tidak ada keluhan setelah pemakaian. Asuhan kebidanan komprehensif yang dilakukan pada Ny. "W" usia 24 tahun berhasil dengan efektif, maka diharapkan bidan dapat memberikan konseling sesuai dengan standart asuhan kebidanan komprehensif.

Kepustakaan : 28 referensi (2009-2017)
Kata Kunci : Kehamilan, Persalinan, Nifas, Bayi Baru Lahir, Keluarga Berencana

SUMMARY

Khusmawati, Ida. 2019. *Comprehensive Midwifery Care to Mrs. "W" 24 Years Old Premature Delivery at Siti Nurcahyaningsih Murdijono, Amd.Keb Midwife Practitioner Malang. Final Task. DIII Midwifery Study Program of Widyagama Husada School of Health. Advisor 1 : Bd. Wenny Rahmawati, M.Keb. Advisor 2 : Jiarti Kusbandiyah S.SiT, M.Kes.*

In 2017 the maternal mortality rate reached 305/100,000 live births. The figure was considered to be three times higher than Indonesia's ASEAN Millennium Development Goals (MDGs) target of 102/100,000 live births. The results of Indonesia's demographic and health survey in 2017 showed an infant mortality rate of 24/1,000 live births. The objective of this study is one of the efforts to overcome the high maternal and infant mortality rates was to implemented comprehensive midwifery care mother and baby, to provided comprehensive midwifery care started from pregnancy until family planning programme to reduced maternal and infant mortality rates.

Comprehensive midwifery care to Mrs. "W" 24 years old began in third trimester of pregnancy from March to July 2019 at the patient's home and Siti Nurcahyaningsih Murdijono Amd.Keb Midwifery practitioner. Midwifery care was done in 13 visits, consisting of 3 visits during pregnancy, 1 childbirth visit, 4 post partum visits, 3 newborn visits and 2 family planning visits. Comprehensive midwifery care was based on Varney management and documented in SOAP format.

Comprehensive midwifery care conducted to Mrs. "W" showed that the pregnancy was a high risk pregnancy it can be showed at 10 KSPR score as the history of sectio caesarean delivery 5 years ago. The results of pregnancy examinations was normal and there was fake contraction in 31 weeks and 1 day gestation. The process of normal labor was occured in 36 weeks and 2 days (preterm). The puerperal period physiologically even though the lochea secretion was obstructed on 6 until 13 post partum day. Premature weak suction baby, and it can be a problem for providing exclusive breastfeeding. It influenced to the decrease of lactation. The patient chosed 3-month injection contraception and there were no complaints. Comprehensive midwifery care performed to Mrs. "W" 24 years old succeeded effectively, it was expected that midwives can provide counseling in accordance with the standards of comprehensive midwifery care.

Literature : 28 references (2009-2017)

Key Words : Pregnancy, Childbirth, Postpartum, Newborns, Family Planning

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Program Kesehatan Ibu Anak (KIA) merupakan salah satu hal yang menjadi prioritas utama dalam pembangunan kesehatan Indonesia. Program inilah yang bertanggung jawab dalam pelayanan kesehatan dimulai sejak kehamilan, persalinan, dan neonatal. Tujuan program ini salah satunya adalah menurunkan kejadian sakit ibu maupun anak serta menurunkan angka kematian di Indonesia. Salah satu caranya adalah dengan melakukan peningkatan mutu dalam pelayanan dan menjaga kesinambungan pelayanan kesehatan ibu dan perinatal di tingkat pelayanan dasar dan pelayanan rujukan primer (Depkes, 2017).

Tenaga kesehatan yang sangat berperan penting dalam program kesehatan ibu dan anak adalah Bidan, oleh karena itu bidanlah yang memberikan asuhan. Asuhan kebidanan merupakan asuhan yang memiliki prinsip-prinsip tertentu dan ini merupakan metode yang berbeda dengan pemberian asuhan dengan model perawatan medis. Asuhan kebidanan diantaranya adalah *Antenatal Care (ANC)*, *Intranatal Care (INC)*, *Postnatal Care (PNC)*, Bayi Baru Lahir (BBL) dan Keluarga berencana (KB) (Hani, Dkk, 2011).

Angka Kematian Ibu mencapai 305/100.000 kelahiran hidup di tahun 2017. Angka tersebut dinilai mencapai tiga kali lipat lebih tinggi daripada target ASEAN *Millenium Development Goals (MDGs)* Indonesia, yaitu sebesar 102/100.000 kelahiran hidup. Berdasarkan angka ini, Indonesia menempati urutan tertinggi kedua di Asia Tenggara. Urutan pertama ditempati oleh Laos dengan angka kematian 357/100.000 kelahiran hidup. Jika dibandingkan dengan Negara tetangga yaitu Malaysia dan Singapura, Indonesia memiliki jumlah angka

kematian ibu melahirkan masih sangat besar. Pada tahun 2017, Malaysia memiliki angka 24/100.000 kelahiran hidup dan Singapura 7/100.000 kelahiran hidup (ASEAN MDGs, 2017). Hasil survey demografi dan kesehatan Indonesia (SKDI) tahun 2017 menunjukkan AKB (Angka Kematian Bayi) sebesar 24 per 1000 kelahiran hidup.

Di Jawa Timur didapatkan AKI (Angka Kematian Ibu) cenderung meningkat pada dua tahun terakhir. Menurut Supas (2016) target untuk AKI sebesar 305 per 100.000 kelahiran hidup. Pada tahun 2017, AKI Provinsi Jawa Timur mencapai 91,92 per 100.000 kelahiran hidup. Angka ini mengalami peningkatan dari tahun 2016 yang mencapai 91 per 100.000 kelahiran hidup. Keadaan AKB yang diperoleh dari laporan rutin relatif kecil. Angka Kematian Bayi pada posisi 23,1 per 1000 kelahiran hidup (Supas, 2016). Penyebab dari besarnya angka kematian ibu di Jawa timur diantaranya 29 persen hipertensi kehamilan dan 26 persen pendarahan. Sementara, untuk AKB neonatal paling besar disebabkan berat badan lahir rendah yaitu 42 persen dan asfiksia yaitu 25 persen (Dinkes Jatim, 2017).

Salah satunya cara untuk mengurangi AKI dan AKB adalah kerja sama lintas sektor. Harus ada kerja sama antara pemerintah, media, masyarakat, pelaku bisnis, dan semua pemangku kepentingan. Pemerintah hari ini fokus kepada stunting dan gizi buruk, padahal permasalahan ini belum sepenuhnya teratasi. Layanan kesehatan ketika melahirkan dan persalinan dapat menurunkan jumlah AKI dan AKB. Di Jawa Timur, pada 2017 sebesar 91,5 persen persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan. Selain itu, pemeriksaan kehamilan lengkap (K4) mencapai 89,5 persen dan kunjungan pasca-persalinan mencapai 93,8 persen (Dinkes Jatim, 2017).

Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Kota Malang tahun 2017 jumlah angka kematian ibu ada 14 orang dan ada angka kematian bayi ada 76 bayi baru

lahir yang meninggal. Salah satu usaha dalam penanganannya yaitu dengan cara melibatkan semua bidan di Kota Malang. Bidan harus memantau kondisi ibu hamil di wilayah masing-masing. Mereka yang dipantau adalah ibu hamil, ibu melahirkan, dan ibu dalam masa nifas (Dinkes Kota Malang, 2017).

Semua kehamilan dan persalinan, bukan hanya yang berisiko, memerlukan pelayanan profesional oleh tenaga kesehatan terampil salah satunya adalah Bidan. Seorang Bidan harus benar-benar kompeten baik di bidang pengetahuan, keterampilan, dan sikap dalam memberikan pertolongan persalinan yang aman dan memberikan pelayanan *obstetric* sesuai kewenangan. Salah satu program utama pemerintah untuk mengatasi masalah kematian ibu adalah dengan cara menempatkan Bidan di desa-desa yang bertujuan untuk mendekatkan akses pelayanan ibu dan bayi baru lahir ke masyarakat (Depkes, 2016).

Berdasarkan hal tersebut, maka perlu dilakukan asuhan kebidanan komprehensif yaitu pemberian asuhan kebidanan sejak kehamilan, bersalin, nifas, neonatus hingga pemakaian KB dari responden. Hal ini bertujuan untuk membantu memantau dan mendeteksi adanya kemungkinan timbulnya komplikasi yang menyertai ibu dan bayi dari masa kehamilan sampai dengan KB. Asuhan secara berkelanjutan berkaitan dengan kualitas pelayanan dari waktu ke waktu yang membutuhkan hubungan serta kerjasama terus menerus antara pasien dan tenaga kesehatan. Jika asuhan kebidanan komprehensif dalam kebidanan tidak diterapkan maka Bidan atau tenaga kesehatan lainnya akan kesulitan untuk melakukan deteksi dini adanya penyulit yang dapat mengancam jiwa, sehingga memperburuk kualitas kesehatan di Indonesia (Depkes, 2016).

Penulis melakukan asuhan kebidanan komprehensif di wilayah kerja BPM Siti Nurcahyaningih Murdijono, A.Md.Keb karena dapat dikatakan bahwa BPM ini berlokasi di daerah padat penduduk dan merupakan salah satu pilihan para

ibu hamil, ibu bersalin, nifas, perawatan neonatus dan akseptor KB. Berdasarkan data yang di peroleh dari BPM Siti Nurcahyaningih Murdijono, A.Md.Keb dalam setiap bulannya diperkirakan telah melakukan pemeriksaan ANC sebanyak 100 kali, pertolongan persalinan berkisar 7-11 persalinan, asuhan nifas dan neonatus berkisar 10-11 orang dan melayani akseptor KB sebanyak 200-250 akseptor. Hal ini mendorong penulis untuk melakukan asuhan kebidanan komprehensif di wilayah kerja BPM Siti Nurcahyaningih Murdijono, A.Md.Keb.

Hasil dari studi pendahuluan didapat bahwa Ny. "W" usia 24 tahun G_{II}P₁₀₀₁Ab₀₀₀ dengan KSPR 10 yang menandakan bahwa kehamilan Ny. "W" merupakan Kehamilan Resiko Tinggi (KRT). Hal itu menunjukkan bahwa skor KSPR dari Ny. "W" tergolong dalam kelompok 2 yaitu akan memberikan dampak tidak menguntungkan bagi ibu ataupun janin, kelompok ini memiliki resiko kegawatan namun tidak bersifat darurat sehingga masih diperbolehkan untuk ditolong oleh Bidan.

Riwayat persalinan yang lalu Ny. "W" adalah *sectio caesarea*, jarak kehamilan dengan persalinan yang lalu adalah 5 tahun, riwayat sc inilah yang merupakan faktor penyebab kehamilan resiko tinggi pada Ny. "W". Resiko persalinan normal pada ibu hamil riwayat SC dikhawatirkan terbukanya (lepas) bekas luka jahitan, resiko rahim pecah (ruptur) dan resiko perdarahan menjadi lebih besar. Berdasarkan penelitian epidemiologik didapatkan berbagai macam masalah kehamilan yang tercakup ke dalam dua puluh faktor resiko yang menggolongkan kehamilan dengan bekas *sectio caesarea* ke dalam kelompok faktor resiko 1 atau ibu dengan resiko tinggi sehingga persalinan harus dilakukan di rumah sakit dengan fasilitas yang memadai. Terdapat kesempatan bagi ibu untuk melahirkan normal jika ibu melakukan pemeriksaan kehamilan secara rutin dan tafsiran berat janin tidak terlalu besar, karena bila tafsiran berat janin besar maka dapat memperbesar resiko ruptur uteri dan terbukanya bekas

luka jahitan lebih besar, hal itu disebabkan tenaga yang di keluarkan ibu pada saat persalinan harus lebih besar dan lebih kuat. Kenaikan berat badan Ny. "W" selama hamil sampai dengan usia kehamilan 31-32 minggu adalah sebesar 10 kg dan ibu tergolong normal. Hasil pemeriksaan fisik normal, tidak terdapat bengkak pada wajah dan ekstremitas, keadaan ibu dan janinnya dalam keadaan normal. Namun, akan tetap dilakukan pemantauan khusus pada kehamilan ibu karena tergolong dalam kehamilan resiko tinggi. Oleh karena itu penulis menjadikan Ny. "W" sebagai responden penelitian ini dan diharapkan penulis dapat melakukan asuhan komprehensif dengan baik pada ibu hamil dengan resiko tinggi dan dapat meningkatkan pengalaman dalam melakukan *home care*.

1.2 Tujuan

1.2.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu menerapkan asuhan kebidanan secara komprehensif dengan penerapan manajemen asuhan kebidanan pada ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas, bayi baru lahir dan keluarga berencana (KB) yang di dokumentasikan melalui manajemen kebidanan.

1.2.2 Tujuan Khusus

Mahasiswa mampu :

1. Melakukan pengkajian, deteksi dini masalah potensial, menyusun diagnosa, merencanakan asuhan, evaluasi dan mendokumentasikan asuhan kebidanan pada ibu hamil.
2. Melakukan pengkajian deteksi dini masalah potensial, menyusun diagnosa, merencanakan asuhan, evaluasi dan mendokumentasikan asuhan kebidanan pada ibu bersalin.
3. Melakukan pengkajian deteksi dini masalah potensial, menyusun diagnosa, merencanakan asuhan, evaluasi dan mendokumentasikan asuhan kebidanan pada ibu nifas.

4. Melakukan pengkajian deteksi dini masalah potensial, menyusun diagnosa merencanakan asuhan, evaluasi dan mendokumentasikan asuhan kebidanan pada bayi baru lahir.
5. Melakukan pengkajian deteksi dini masalah potensial, menyusun diagnosa, merencanakan asuhan, evaluasi dan mendokumentasikan asuhan kebidanan pada keluarga berencana.

1.3 Ruang Lingkup

1.3.1 Sasaran

Sasaran dalam proposal ini adalah pada Ny “W” usia 24 tahun G_{II}P₁₀₀₁Ab₀₀₀ UK 31 minggu 5 hari dengan kehamilan risiko tinggi (*post sectio caesarea*).

1.3.2 Tempat

Tempat penulis melakukan asuhan kebidanan yaitu di kediaman (rumah) Ny “W” dan wilayah kerja BPM Siti Nurcahyaningsih A.Md, Keb. Kelurahan Mojolangu, Kota Malang.

1.3.3 Waktu

Penelitian akan dilakukan mulai dari Maret 2019 – Juli 2019.

1.4 Manfaat Penulisan

1.4.1 Bagi Institusi Pendidikan

Laporan ini bisa dijadikan masukan untuk mengembangkan materi yang sudah diberikan baik di dalam proses perkuliahan maupun dalam praktik lapangan agar mampu untuk menerapkan secara langsung dalam memberikan asuhan kebidanan pada ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas, bayi baru lahir dan KB melalui pendekatan manajemen kebidanan yang sesuai dengan standart pelayanan kebidanan.

1.4.2 Bagi Lahan Praktik

Laporan ini dapat dijadikan masukan untuk meningkatkan mutu pelayanan asuhan kebidanan terutama pada ibu hamil, bersalin, bayi baru lahir dan KB.

1.4.3 Bagi Penulis

Laporan ini dapat dijadikan penulis untuk menambah pengalaman, pengetahuan dan wawasan tentang asuhan komprehensif mulai dari ibu hamil sampai ibu KB. Selain itu dapat meningkatkan pengalaman bagi penulis terutama pada asuhan *home care* sehingga penulis mendapatkan banyak informasi dan ilmu yang dapat diterapkan dalam melakukan asuhan kebidanan.

1.4.4 Bagi Masyarakat Umum

Laporan ini dapat dijadikan sebagai informasi bagi pasien bahwa pentingnya untuk melakukan pemeriksaan secara rutin agar dapat memantau kesehatan ibu hamil.

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1 Konsep Dasar

2.1.1 Kehamilan

1. Definisi Kehamilan

Kehamilan adalah proses yang alamiah agar dapat menjaga kelangsungan peradaban manusia. Kehamilan dapat terjadi pada perempuan yang sudah mengalami menstruasi (Hani, Dkk, 2011).

Kehamilan merupakan suatu proses yang dimulai dari perpaduan sel sperma dan ovum (sel telur) selanjutnya terjadi konsepsi sampai lahirnya janin. Kehamilan normal dalam rentang waktu 280 hari atau 40 minggu yang dihitung dari hari pertama haid terakhir dalam siklus perempuan (Wiknjosastro, 2009).

Kehamilan adalah suatu rangkaian proses yang berkesinambungan yang dimulai dari ovulasi (pematangan sel telur) lalu pertemuan ovum (sel telur) dan spermatozoa (sperma) sehingga terjadilah pembuahan (konsepsi) yang terjadi di tuba fallopi dan pertumbuhan zigot kemudian terjadilah proses nidasi (penempelan) pada uterus, selanjutnya pembentukan plasenta dan tahap akhir adalah tahap pertumbuhan dan perkembangan janin sampai aterm (Manuaba, dkk., 2012).

2. Proses Konsepsi

Seorang wanita pada setiap bulannya melepaskan satu sampai dua sel telur dari ovarium (indung telur), proses ini disebut ovulasi. Kemudian sel telur tersebut ditangkap oleh *fimbriae*. Pada saat bersetubuh, cairan semen pria masuk ke dalam vagina yang didalamnya terdapat berjuta-juta sel sperma, kemudian sperma bergerak memasuki rongga rahim hingga akhirnya terjadi pembuahan (Vivian dan Sunarsih, 2010).

Untuk mempelajari proses konsepsi, terlebih dahulu membahas tentang sel sperma dan sel telur (ovum).

a. Sel Sperma

Sperma di keluarkan oleh testis dan kemudian terjadilah proses pematangan sperma yang disebut *spermatogenesis*. Sperma ini memiliki kemampuan untuk fertilisasi dan bertahan selama 2-4 hari, namun rata-rata 3 hari. Diperkirakan terdapat 100 juta sel sperma di setiap mililiter air mani yang dikeluarkan, dan rata-rata air mani dikeluarkan sebanyak 3 cc setiap ejakulasi (Hani, Dkk, 2011).

Sel sperma mempunyai morfologi (bentuk) yang sempurna, ada bagian kepala, leher dan ekor. Bagian kepala berbentuk lonjong dan gepeng yang isinya adalah *nucleus* (inti sel), selain itu kepala diliputi oleh *akrosom* dan membran plasma. Leher sebagai penghubung antara kepala dengan bagian tengah. Bagian ekor memiliki panjang ± 10 kali bagian kepala dan fungsi ekor ini sebagai alat gerak sperma, ekor ini dapat bergetar sehingga sperma dapat dengan cepat bergerak. Sperma ini mengeluarkan *enzim hialuronidase* untuk melunakkan *korona radiata* yang ada pada ovum (Hani, Dkk, 2011).

b. Sel Ovum

Sel ovum dapat dibuahi jika sudah melewati proses *oogenesis* (pematangan sel telur). Ovum akan dikeluarkan oleh ovarium (indung telur) satu kali pada setiap siklus haid dan ovum ini akan habis jika sudah memasuki masa *menopause*. Ovum dapat bertahan selama 24-48 jam setelah dikeluarkan dari ovarium. Sel ovum ini mempunyai lapisan pelindung yaitu *sel granulose* dan *zona pellusida*. Jika sperma dapat menembus lapisan pelindung tersebut, maka terjadilah pembuahan (Hani, Dkk, 2011).

Proses kehamilan terjadi melalui beberapa tahapan, diantaranya :

a. Pembuahan / *Fertilisasi*

Proses kehamilan dimulai dari terjadinya pembuahan (*fertilisasi*) yaitu bertemunya sel telur dan sel sperma. Saat pria dan wanita bersenggama hingga terjadi ejakulasi yang mengeluarkan jutaan sperma. Tempat bertemunya ovum dan sperma paling sering adalah di ampulla tuba. Sebelum kedua sel tersebut bertemu akan terjadi tiga fase, diantaranya (Hani, Dkk, 2011) :

1) Tahap penembusan *korona radiata*

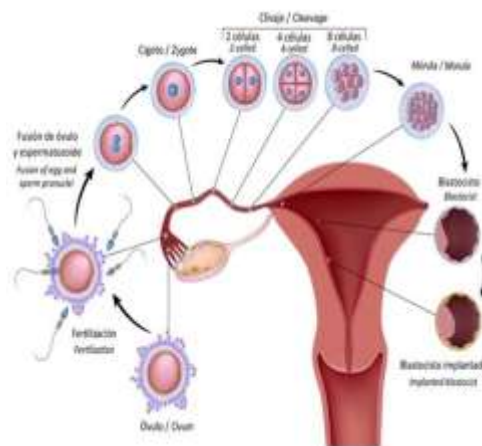
Dari 200-300 juta hanya 300-500 yang bisa mencapai tuba fallopi dan bisa menembus korona radiata karena sudah mengalami proses kapasitasi (Hani, Dkk, 2011).

2) Penembusan *zona pellusida*

Zona pellusida adalah sebuah pelindung yang mengandung glikoprotein yang mengelilingi ovum fungsinya mempermudah, mempertahankan pengikatan sperma dan menginduksi reaksi *akrosom* sel sperma. Spermatozoa lainnya hanya bisa menempel di *zona pellusida*, tapi hanya satu sperma yang dapat menembus ovum (Hani, Dkk, 2011).

3) Tahap penyatuan *oosit* dan membran sel sperma

Setelah terjadi pembuahan maka selanjutnya akan terbentuk zigot. Jika senggama dilakukan pada sekitar masa ovulasi (masa subur) maka akan ada kemungkinan sel sperma dan sel telur bertemu. Hal itu karena masa subur sel telur dan sel sperma yang dimungkinkan masih bertahan pada saat masa subur wanita (Vivian dan Sunarsih, 2010).



Gambar 2.1 Proses fertilisasi
(Sulistiyawati, 2010)

b. Pembelahan

Setelah terjadi fertilisasi maka terbentuklah zigot. Zigot akan mengalami pembelahan awal mitosis yang setiap pembelahannya memiliki ukuran yang lebih kecil dari ukuran induknya, hal ini disebut blastomer. Zigot membelah dari 1 menjadi 2, 2 menjadi 4, 4 menjadi 8 dan 8 menjadi 16 yang disebut stadium morula. Stadium morula terjadi kira-kira 3-4 hari pasca fertilisasi). Morulla ini terdiri atas *inner cell mass* dan *outer cell mass*. *Inner cell mass* ini akan tumbuh menjadi jaringan embrio sampai janin. Sedangkan *outer cell mass* akan tumbuh menjadi *trofoblast* sampai plasenta (Vivian dan Sunarsih, 2010).

Berangsur-angsur antar ruang sel menyatu dan akhirnya terbentuklah rongga atau *blastokista* (4-5 hari). Sel yang luar disebut *trofoblast* dan bagian dalam disebut *embrioblast*. Zona pellusida akhirnya menghilang sehingga *trofoblast* bisa memasuki endometrium dan siap berimplantasi (5-6 hari) dalam bentuk *blastokista* tingkat lanjut (Hani, Dkk, 2011).

c. Implantasi / Nidasi

Implantasi atau nidasi adalah penanaman sel telur yang sudah dibuahi yang sudah dalam stadium *blastokista* ke endometrium (dinding rahim).

ketidaknyamanan dan gangguan kesehatan, hal itu disebut *hiperemesis gravidarum* (Hani, Dkk, 2011).

3) Pingsan (*Syncope*).

Bila berada pada tempat-tempat damai yang sesak dan padat ibu hamil bisa pingsan. Pingsan dapat terjadi karena adanya gangguan sirkulasi ke daerah kepala yang menyebabkan iskemia susunan saraf pusat dan menimbulkan pingsan (Hani, Dkk, 2011).

4) Ngidam

Ibu hamil biasanya sering meminta makanan/minuman atau bahkan barang tertentu terutama di bulan pertama kehamilan, ibu hamil biasanya juga tidak tahan bau-bauan (Vivian dan Sunarsih, 2010).

5) Kelelahan (*fatigue*)

Rasa lelah seringkali dirasakan oleh ibu hamil di trimester pertama. Rasa lelah diakibatkan oleh penurunan kecepatan basal metabolisme (*basal metabolisme rate-BMR*) pada kehamilan, yang akan meningkat seiring pertambahan usia kehamilan akibat aktivitas metabolisme hasil konsepsi (Hani, Dkk, 2011).

6) Tidak ada selera makan (*anoreksia*)

Biasanya selera makan berkurang pada trimester pertama kehamilan, kemudian pada trimester 2 dan trimester 3 biasanya selera makan akan kembali normal (Vivian dan Sunarsih, 2010).

7) Miksi

Miksi/ sering BAK sering terjadi karena kandung kemih tertekan oleh rahim yang membesar. Desakan dinding rahim ke depan menyebabkan kandung kemih cepat terasa penuh dan sering miksi. Miksi ini terjadi pada trimester pertama, pada trimester kedua keluhan ini akan berkurang karena uterus telah membesar keluar dari rongga panggul. Namun, pada trimester

ketiga gejala miksi bisa kembali timbul karena janin mulai masuk ke rongga panggul dan menekan kembali kandung kemih (Hani, Dkk, 2011).

8) Payudara tegang

Payudara membesar, tegang, dan sedikit nyeri karena pengaruh hormon estrogen dan progesteron yang merangsang duktus dan alveoli payudara *kelenjar Montgomery* terlihat lebih membesar (Vivian dan Sunarsih, 2010).

9) Konstipasi (obstipasi)

Hormon progesteron dapat menghambat peristaltik usus (tonus otot menurun) sehingga kesulitan untuk BAB (Hani, Dkk, 2011).

10) Pigmentasi kulit

Pigmentasi kulit terjadi pada usia kehamilan lebih dari 12 minggu. Hal itu terjadi akibat pengaruh hormone *kortikosteroid* plasenta yang merangsang *melanofor* dan kulit. Pigmentasi kulit terjadi di beberapa bagian tubuh berikut ini, diantaranya (Hani, Dkk, 2011) :

- a) Sekitar pipi : *cloasma gravidarum* (penghitaman pada daerah dahi, hidung, pipi dan leher).
- b) Sekitar leher : tampak lebih hitam.
- c) Dinding perut : *striae gravidarum, linea nigra*.
- d) Payudara : *hiperpigmentasi areola mammae* sehingga terbentuk areola sekunder.
- e) Sekitar pantat dan paha atas : terdapat *striae* akibat pembesaran bagian tersebut.

11) Epulis

Hipertrofi dari papila gusi yang menyebabkan gusi sering berdarah (Vivian dan Sunarsih, 2010).

12) Varises

Varises adalah pemekaran vena-vena yang biasanya terjadi pada kaki, betis dan vulva. Tanda adanya varises ini adalah penampakan pembuluh darah vena, biasanya dijumpai pada trimester akhir (Vivian dan Sunarsih, 2010).

b. Tanda Kemungkinan (*Probability Sign*)

1) Perut Membesar

Perut membesar terjadi akibat adanya pembesaran uterus karena adanya janin yang tumbuh dan berkembang. Pembesaran perut mulai terlihat pada bulan keempat kehamilan (Hani, Dkk, 2011).

2) Tanda *Hegar*

Ditemukannya serviks dan *isthmus uteri* mengalami pelunakan, hal itu dapat diketahui jika dilakukan pemeriksaan bimanual (Hani, Dkk, 2011).

3) Tanda *Chadwick*

Perubahan warna menjadi keunguan atau kebiruan pada vulva, labia dan mukosa vagina termasuk porsio. Tanda tersebut akibat pelebaran vena karena peningkatan kadar estrogen (Hani, Dkk, 2011).

4) Tanda *Piscaseck*

Pembesaran uterus yang tidak simetris, hal itu terjadi karena ovum berimplantasi pada daerah dekat dengan kornu sehingga daerah tersebut berkembang lebih dulu (Hani, Dkk, 2011).

5) Tanda *Goodel*

Tanda *goodel* disebut juga pelunakan serviks. Pada wanita yang tidak hamil serviks seperti ujung hidung, sedangkan pada wanita hamil melunak seperti bibir (Hani, Dkk, 2011).

6) Kontraksi Kecil (*Braston Hicks*)

Peregangan sel-sel otot uterus, hal itu diakibatkan meningkatnya

actomysin di dalam otot uterus. Kontraksi ini tidak beritmik, sporadis, tidak nyeri dan timbul pada kehamilan delapan minggu, tetapi baru dapat diamati dari pemeriksaan abdominal pada trimester ketiga. Kontraksi akan meningkat frekuensinya, kekuatan serta lamanya pada saat mendekati persalinan (Hani, Dkk, 2011).

7) Teraba *Ballotement*

Ketukan yang mendadak pada uterus menyebabkan janin bergerak dalam cairan ketuban yang dapat dirasakan oleh tangan pemeriksa. Hal ini harus ada pada pemeriksaan kehamilan karena perabaan bagian seperti bentuk janin saja tidak cukup karena dapat saja merupakan myoma uteri (Hani, Dkk, 2011).

8) Reaksi Kehamilan Positif (*plano test positive*)

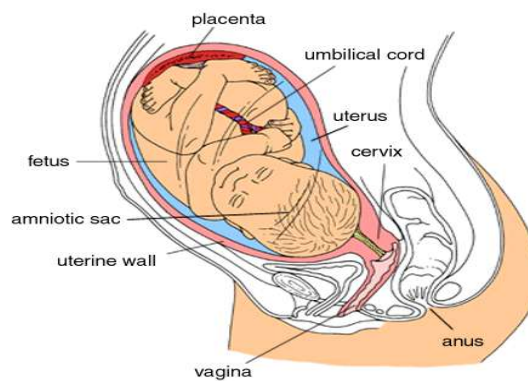
Mendeteksi adanya *Human Chorionic Gonadotropin* (HCG) selama kehamilan. Hormon ini disekresikan di peredaran darah ibu (plasma darah) dan diekskresi pada urin ibu. Hormon ini dapat dideteksi setelah hari ke-26 setelah konsepsi dan meningkat pada hari ke 30-60. Tingkat tertinggi pada hari ke 60-70 usia gestasi, kemudian menurun pada hari ke 100-130 (Hani, Dkk, 2011).

c. Tanda Pasti (*Positive Sign*)

Tanda pasti kehamilan adalah tanda yang benar-benar menunjukkan keberadaan janin, yang dapat dipastikan langsung oleh pemeriksa (Walyani, 2015).

- 1) Terdengar adanya denyut jantung janin , tanda ini baru timbul setelah kehamilan lanjut diatas empat bulan. Jika dengan *ultrasound* denyut jantung janin dapat didengar pada kehamilan 12 minggu (Sunarti, 2013).
- 2) Melihat, meraba pergerakan janin saat dilakukan pemeriksaan (Sunarti, 2013).

- 3) Melihat atau meraba rangka janin pada pemeriksaan palpasi atau dengan menggunakan *ultrasonografi* (Sunarti, 2013).
- 4) Dapat meraba bagian-bagian besar janin (kepala dan bokong) serta bagian kecil janin (lengan atau kaki). Bagian-bagian tersebut dapat diraba dengan jelas pada saat usia kehamilan lebih tua. Bagian janin ini juga dapat dilihat lebih jelas dengan menggunakan USG (Hani, Dkk, 2011).



Gambar 2.3 Janin dalam rahim ibu
(Gulardi, 2009)

4. Perubahan Fisiologis Pada Ibu Hamil

a. Perubahan Pada Sistem Reproduksi

1) Uterus

Uterus akan mengalami pembesaran akibat peningkatan hormon estrogen dan progesteron, uterus mengalami hipertrofi dan hipervaskularisasi akibat dari pertumbuhan dan perkembangan janin, penambahan amnion dan perkembangan plasenta. Salah satu peran estrogen dan progesteron pada kehamilan adalah untuk menebalkan dinding rahim. Hormon tersebut menebalkan endometrium serta meningkatkan asupan glikoprotein, sehingga akan dihasilkan lebih banyak sekret sebagai pertahanan daerah ruang uterus. Hal tersebut biasanya menimbulkan keluhan keputihan, keputihan dinilai fisiologis jika memiliki ciri berwarna putih susu dan tidak gatal (Mochtar, 2011).

2) Indung Telur (Ovarium)

Ovulasi terhenti dan masih terdapat korpus luteum graviditas sampai terbentuknya plasenta yang mengambil alih pengeluaran estrogen dan progesterone. Relaksin mempunyai pengaruh menenangkan hingga pertumbuhan janin menjadi baik hingga aterm (Mochtar, 2011).

3) Serviks

Terjadi hipervaskularisasi dan pelunakan pada serviks peningkatan hormon estrogen dan progesteron. Peningkatan lendir (*operkulum*). Kerapuhan meningkat sehingga mudah berdarah saat melakukan senggama (Hani, Dkk, 2011).

4) Vagina dan Vulva

Terjadi perubahan pada vagina dan vulva karena pengaruh hormon estrogen. Akibat adanya hipervaskularisasi, vagina dan vulva terlihat lebih merah atau kebiruan. Warna livid pada vagina dan porsio serviks disebut tanda *Chadwick* (Mochtar, 2011).

5) Dinding Perut (*Abdominal Wall*)

Pembesaran rahim menimbulkan peregangan dan menyebabkan robeknya serabut elastis di bawah kulit sehingga timbullah *striae gravidarum*. Jika terjadi peregangan hebat, misalnya pada hidramnion dan kehamilan ganda, dapat terjadi diastasis rekti, bahkan hernia (Mochtar, 2011).

b. Perubahan Pada Sistem Sirkulasi Darah

1) Volume Darah

Volume darah dan volume plasma darah naik pesat sejak akhir trimester pertama. Volume darah akan bertambah banyak, kira-kira 25%, dengan puncaknya pada kehamilan 32 minggu, diikuti bertambahnya curahnya jantung (*cardiac output*), yang meningkat sebanyak $\pm 30\%$ (Mochtar, 2011).

2) Protein Darah

Protein dalam serum berubah, jumlah protein, albumin dan gamaglobulin menurun dalam trimester pertama dan meningkat secara bertahap pada akhir kehamilan (Mochtar, 2011).

3) *Haemoglobin*

Hematokrit cenderung menurun karena kenaikan relatif volume plasma darah. Jumlah eritrosit cenderung meningkat untuk memenuhi kebutuhan transport O₂ yang sangat diperlukan selama kehamilan. Konsentrasi Hb terlihat menurun, batas Hb normal pada ibu hamil ≥ 11 gram/dL. Anemia fisiologis ini disebabkan oleh volume plasma yang meningkat. Dalam kehamilan, leukosit meningkat sampai 10.000/cc, dan juga trombosit (Mochtar, 2011).

4) Nadi dan Tekanan Darah

Tekanan darah arteri cenderung menurun pada trimester kedua dan akan naik lagi seperti pada pra-hamil. Tekanan vena dalam batas normal pada ekstremitas atas dan bawah, dan naik setelah akhir trimester pertama. Nadi mengalami kenaikan, kira-kira 84 kali per menit (Mochtar, 2011).

5) Jantung

Pompa jantung kira-kira naik 30-50% setelah kehamilan 3 bulan, dan menurun lagi pada minggu terakhir kehamilan (Mochtar, 2011).

c. Perubahan Pada Sistem Pernapasan

Wanita hamil mengeluh sesak dan nafas pendek. Hal ini disebabkan oleh uterus yang tertekan ke arah diafragma akibat pembesaran rahim. Kapasitas paru sedikit meningkat selama hamil. Seorang wanita hamil selalu bernapas lebih dalam dan lebih menonjol pada pernapasan dada (*thoracic breathing*) (Mochtar, 2011).

d. Perubahan Pada Sistem Pencernaan (*Traktus Digestivus*)

Salivasi meningkat dan timbul mual muntah pada trimester pertama. Tonus otot-otot pencernaan melemah sehingga motilitas dan makanan akan lebih lama berada dalam saluran makanan. Reabsorpsi makanan baik, akan tetapi timbul obstipasi. Gejala muntah (*emesis gravidarum*) sering terjadi, pada pagi hari disebut sakit pagi (*morning sickness*) (Mochtar, 2011).

e. Perubahan Pada Tulang dan Gigi

Persediaan panggul akan terasa lebih longgar dan terjadi sedikit pelebaran pada persendian karena ligamen melunak (*softening*). Apabila pemberian makanan tidak dapat memenuhi kebutuhan kalsium janin, maka kalsium pada tulang panjang ibu akan diserap untuk memenuhi kebutuhan janin. Apabila konsumsi kalsium cukup, gigi tidak kekurangan kalsium. *Gingivitis* kehamilan adalah gangguan yang disebabkan oleh faktor, misal higiene yang buruk pada rongga mulut.

f. Perubahan Pada Sistem Integumen

Pada kulit terjadi hipersensitivitas alergen plasenta sehingga timbul rasa gatal-gatal, keringat bertambah dan terjadi hiperpigmentasi, yaitu :

- 1) Muka : disebut masker kehamilan (*chloasma gravidarum*)
- 2) Payudara : puting susu dan areola payudara
- 3) Perut : *linea nigrastriae*
- 4) Vulva (Mochtar, 2011).

g. Perubahan Pada Sistem Kelenjar Endokrin

Beberapa kelenjar endokrin terjadi perubahan sebagai berikut :

- 1) Kelenjar tiroid : dapat sedikit membesar
- 2) Kelenjar hipofisis : dapat membesar terutama lobus anterior
- 3) Kelenjar adrenal : tidak begitu terpengaruh (Mochtar, 2011).

h. Perubahan Pada Sistem Perkemihan

Peningkatan sensitivitas kandung kemih dan pada tahap selanjutnya merupakan akibat kompresi pada kandung kemih. Pada trimester kedua, kandung kemih tertarik ke atas dan keluar dari panggul sejati ke arah abdomen. Uretra memanjang sampai 7,5 cm karena kandung kemih bergeser ke arah atas. Kongesti panggul pada masa hamil ditunjukkan oleh *hyperemia* kandung kemih dan uretra (Hani, Dkk, 2011).

Peningkatan vaskularisasi ini membuat mukosa kandung kemih menjadi mudah berdarah. Tonus otot kandung kemih menjadi menurun. Hal ini memungkinkan distensi kandung kemih sampai sekitar 1500 ml. Pembesaran uterus menekan kandung kemih menimbulkan rasa ingin berkemih (*miksi*) walaupun kandung kemih hanya berisi sedikit urin (Hani, Dkk, 2011).

5. Perubahan Psikologis Pada Ibu Hamil

Perubahan psikologis menurut Prawirohardjo (2010) yang dikutip oleh (Hani, Dkk, 2011) yaitu :

a. Trimester Pertama

- 1) Ibu untuk membenci kehamilannya, merasa sedih bahwa ia hamil. Kurang lebih 80% wanita mengalami kekecewaan, penolakan, kecemasan, depresi dan kesedihan.
- 2) Mencari tahu secara aktif apakah memang benar-benar hamil dengan memperlihatkan perubahan pada tubuhnya dan sering kali memberitahukan orang lain apa yang dirahasiakannya.
- 3) Hasrat seks pada trimester pertama mengalami penurunan *libido*. *Libido* dipengaruhi oleh kelelahan, *nausea*, depresi, payudara yang membesar dan nyeri, kecemasan, kekhawatiran.

b. Trimester kedua

Menurut Sulistyawati (2009), perubahan psikologis pada trimester II adalah :

- 1) Ibu merasa sehat, tubuh ibu sudah terbiasa dengan kadar hormon yang tinggi.
- 2) Ibu sudah bisa menerima kehamilannya.
- 3) Merasakan gerakan janin.
- 4) Merasa terlepas dari ketidak nyamanan dan kekhawatiran.
- 5) *Libido* meningkat.
- 6) Menuntut perhatian dan cinta.
- 7) Merasa bahwa bayi sebagai individu yang merupakan bagian dari dirinya
- 8) Hubungan sosial meningkat dengan wanita hamil lainnya atau pada orang lain yang baru menjadi ibu.
- 9) Ketertarikan dan aktivitasnya terfokus pada kehamilan, kelahiran, dan persiapan untuk peran baru.

c. Trimester ketiga

Menurut Sulistyawati (2009), perubahan psikologis pada trimester III adalah :

- 1) Rasa tidak nyaman timbul kembali, merasa dirinya jelek, aneh, dan tidak menarik.
- 2) Merasa tidak menyenangkan ketika bayi tidak lahir tepat waktu.
- 3) Takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang timbul pada saat melahirkan, khawatir akan keselamatannya.
- 4) Khawatir bayi akan dilahirkan dalam keadaan tidak normal, bermimpi yang mencerminkan perhatian dan kekhawatirannya.
- 5) Merasa sedih karena akan terpisah dari bayinya.
- 6) Merasa kehilangan perhatian.

- 7) Perasaan mudah terluka (sensitif).
- 8) Libido menurun.

6. Ketidaknyamanan Umum Selama Kehamilan

a. *Nausea*

Nausea dengan atau tanpa disertai muntah-muntah sering terjadi saat sore atau malam hari bahkan sepanjang hari. *Nausea* lebih parah di pagi hari dan kerap terjadi disaat perut dalam keadaan kosong (*morning sickness*). Puncak *nausea* saat usia kehamilan 11 minggu. Faktor-faktor yang mempengaruhi *nausea* (Hani, Dkk, 2011) :

- 1) Perubahan hormon
- 2) Kadar gula darah yang rendah (karena tidak makan)
- 3) Lambung yang terlalu penuh
- 4) Peristaltik yang lambat dan emosi (psikologi) lain.

Adapun cara mengatasi *nausea* dalam kehamilan yaitu :

- 1) Makan porsi kecil tapi sering, makan biskuit kering atau roti.
- 2) Batasi lemak, hindari makanan yang berbau menyengat, dan istirahat.

b. *Saliva* (air liur berlebihan)

Saliva yang berlebihan disebabkan oleh peningkatan keasaman di dalam mulut. Wanita hamil mengalami peningkatan sekresi *saliva* dan menyebabkan rasa mual (Vivian dan Sunarsih, 2010).

c. Keletihan

Keletihan dikarenakan peningkatan progesteron yang menyebabkan tidur. Keletihan akan hilang pada akhir trimester pertama. Mengatasi hal tersebut dengan meyakinkan kembali pada ibu bahwa keletihan adalah hal yang normal dan akan hilang secara spontan pada trimester kedua. Anjurkan ibu untuk sering beristirahat selama siang hari (Vivian dan Sunarsih, 2010).

d. Nyeri Punggung Bagian Atas (non patologis)

Nyeri punggung bagian atas terjadi selama trimester pertama akibat pembesaran ukuran payudara sehingga payudara menjadi berat. Pembesaran ini dapat menyebabkan tarikan otot jika payudara tidak disokong adekuat. Mengurangi nyeri ini dengan menggunakan bra berukuran sesuai ukuran payudara (Vivian dan Sunarsih, 2010).

e. *Leukorea*

Leukorea adalah pengeluaran vagina (lendir) dalam jumlah besar dengan konsistensi kental atau cair pada trimester pertama. Mengatasinya dengan cara sering mengganti celana dalam berbahan katun, menggunakan *pantyliner* dan tidak melakukan semprot vagina (Vivian dan Sunarsih, 2010).

f. Sering berkemih

Peningkatan frekuensi berkemih terjadi selama trimester pertama diakibatkan peningkatan berat fundus uterus membuat istmus menjadi lunak (tanda *hegar*), uterus antefleksi sehingga menekan pada kandung kemih. Pada trimester ketiga frekuensi berkemih sering terjadi terutama pada primigravida. Ketidaknyamanan yang biasa dirasakan ibu hamil pada kehamilan trimester III dan menjelaskan kepada ibu bahwa keluhan yang ibu rasakan tergolong normal, karena uterus yang semakin membesar menyebabkan adanya penekanan pada kandung kemih dan volume kandung kemih mengecil sehingga menyebabkan sering kencing. Cara mengatasi hal tersebut dengan mengatur pola berkemih dan mengurangi asupan cairan sebelum tidur malam (Vivian dan Sunarsih, 2010).

g. Nyeri ulu hati

Nyeri ulu hati timbul menjelang akhir trimester kedua dan bertahan hingga trimester ketiga adalah refleksi isi lambung yang asam menuju esofagus bagian bawah akibat peristaltik balik. Isi lambung bersifat asam karena sifat

asam hidroklorida yang terdapat di lambung. Cara mengatasinya yaitu makan sedikit tapi sering, hindari makanan berlemak dan pedas. Hindari minum bersamaan dengan makan dan minuman dingin (Vivian dan Sunarsih, 2010).

h. Kontraksi palsu

Kontraksi *Braxton-Hicks* atau kontraksi palsu biasanya dimulai pada trimester ketiga, namun ada juga ibu hamil yang merasakannya di trimester kedua kehamilan. Kontraksi ini lebih sering muncul pada siang atau sore hari, terutama setelah melakukan aktivitas fisik yang berat atau saat ibu hamil kelelahan. Sedangkan kontraksi asli umumnya terjadi saat usia kandungan sudah 40 minggu. Jika kontraksi asli muncul sebelum usia kandungan 37 minggu, ibu hamil mungkin akan melahirkan bayi lahir secara prematur (Sarwono, 2009).

i. Keputihan

Keluhan keputihan pada kehamilan merupakan hal yang fisiologis. Hal itu karena pengaruh peningkatan hormon estrogen dan progesteron. Salah satu peran estrogen dan progesteron pada kehamilan adalah untuk menebalkan dinding rahim. Hormon tersebut menebalkan endometrium serta meningkatkan asupan glikoprotein, sehingga akan dihasilkan lebih banyak sekret sebagai pertahanan daerah ruang uterus. Keputihan yang dinilai fisiologis berwarna putih susu, tidak berbau busuk dan tidak gatal. Cara mengatasi keputihan diantaranya: mengganti celana dalam sesering mungkin agar kemaluan tidak lembab, menjaga agar daerah kemaluan selalu bersih dan kering dan membiasakan mengelap kemaluan dengan handuk khusus atau dengan tisu, tidak menggunakan sabun wangi untuk membersihkan vagina (*douching*) karena dapat mengiritasi kulit dan mengganggu keseimbangan bakteri vagina, dan mengurangi makanan yang dapat memicu keputihan seperti ketimun, tape, kecambah dan sayur kol (Wijayanti, 2009).

j. Kram tungkai

Dugaan saat ini yaitu karena uterus yang membesar memberi tekanan baik pada pembuluh darah panggul, sehingga mengganggu sirkulasi atau pada saraf. Meluruskan kaki dan menekan tumitnya dan anjurkan diet mengandung kalsium dan fosfor (Vivian dan Sunarsih, 2010).

k. Konstipasi

Konstipasi disebabkan peningkatan progesteron, pembesaran uterus dan presentasi sehingga penurunan peristaltik relaksasi otot polos terjadi pada usus besar. Mengatasinya dengan cara, memperbanyak asupan cairan, istirahat cukup, minum air hangat, makan makanan yang berserat (Vivian dan Sunarsih, 2010).

l. Hemoroid

Hemoroid disebabkan oleh konstipasi. Progesteron juga menyebabkan relaksasi dinding vena dan usus besar. Pembesaran uterus juga menyebabkan peningkatan tekanan, tekanan ini mengganggu sirkulasi vena (Vivian dan Sunarsih, 2010).

7. Kebutuhan Dasar Ibu Hamil

Menurut Prawirohardjo (2010) kebutuhan dasar ibu hamil terdiri dari:

a. Oksigen

Kebutuhan oksigen adalah yang utama pada manusia termasuk ibu hamil. Berbagai gangguan pernafasan bisa terjadi pada saat ibu hamil sehingga akan mengganggu pemenuhan kebutuhan oksigen pada ibu yang akan berpengaruh pada bayi yang dikandung. Untuk mencegah hal tersebut dan untuk memenuhi kebutuhan oksigen maka ibu hamil perlu :

- 1) Latihan napas melalui senam hamil
- 2) Tidur dengan bantal yang lebih tinggi
- 3) Kurangi atau hentikan merokok

4) Konsul ke dokter bila ada kelainan atau gangguan pernafasan.

b. Nutrisi

Pada saat hamil ibu harus makan makanan yang mengandung nilai gizi bermutu tinggi. Gizi pada waktu hamil harus ditingkatkan hingga 300 kalori perhari, ibu hamil seharusnya mengkonsumsi makanan yang mengandung protein, zat besi dan cukup cairan (menu seimbang), diantaranya:

1) Kalori

Kebutuhan kalori untuk ibu hamil adalah 2300 kalori dipergunakan untuk produksi energi.

a) Protein

Bila wanita tidak hamil, konsumsi protein yang ideal adalah 0,9 gram/kg BB/hari, tetapi selama kehamilan di butuhkan tambahan protein hingga 30 gram/hari. Protein yang dianjurkan adalah protein hewani seperti daging, susu, telur, keju dan ikan karena mengandung komposisi asam amino yang lengkap.

b) Mineral

Pada prinsipnya semua mineral dapat terpenuhi dengan makan makanan sehari-hari yaitu buah-buahan, sayur- sayuran dan susu. Hanya besi yang tidak bisa terpenuhi dengan makanan sehari-hari. Untuk memenuhi kebutuhan ini dibutuhkan suplemen besi 30 mg perhari dan pada kehamilan kembar atau wanita yang sedikit anemi dibutuhkan 60-100 mg/hari. Kebutuhan kalsium bisa terpenuhi dengan minum susu, tapi bila ibu hamil tidak bisa minum susu bisa diberikan suplemen kalsium dengan dosis 1 gram perhari.

c) Vitamin

Vitamin sebenarnya telah terpenuhi dengan makan sayur dan buah-buahan. Pemberian asam folat dapat mencegah kecacatan pada bayi.

Tabel 2.1 Tambahan Kebutuhan Nutrisi Ibu Hamil

Nutrisi	Kebutuhan Tidak Hamil/Hari	Tambahan Kebutuhan Hamil/Hari
Kalori	2000-2200 kalori	300-500 kalori
Protein	75 gr	8-12 gr
Lemak	53 gr	Tetap
Fe	28 gr	2-4 gr
Ca	500 mg	600 mg
Vit A	3500 IU	500 IU
Vit C	75 gr	30 mg
Asam Folat	180 gr	400 mg

(Sukarni, Icesmi, 2013)

c. *Personal Hygiene*

Kebersihan harus dijaga pada masa hamil. Mandi dianjurkan sedikitnya dua kali sehari karena ibu hamil cenderung untuk mengeluarkan banyak keringat, menjaga kebersihan diri terutama lipatan kulit (ketiak, bawah payudara, daerah genitalia) dengan cara dibersihkan dengan air dan di keringkan. Kebersihan gigi berlubang terutama pada ibu yang kekurangan kalsium.

d. *Pakaian*

Pakaian hendaknya yang longgar dan mudah dipakai serta bahan yang mudah menyerap keringat. Ada dua hal yang harus diperhatikan dan dihindari yaitu sabuk dan stoking yang terlalu ketat karena akan mengganggu aliran balik dan sepatu dengan hak tinggi karena akan menambah lordosis sehingga sakit pinggang. Payudara perlu ditopang dengan bra yang memadai untuk mengurangi rasa tidak enak karena pembesaran payudara.

e. *Eliminasi*

Ibu hamil dianjurkan untuk tidak menahan berkemih dan selalu berkemih sebelum dan sesudah melakukan hubungan seksual dan minum banyak air untuk meningkatkan produksi kandung kemih. Akibat pengaruh

progesteron, otot-otot *tractus digestivus* tonusnya menurun, akibatnya *motilitas* saluran pencernaan berkurang dan menyebabkan *obstipasi*.

f. Seksual

Selama kehamilan koitus diperbolehkan sampai akhir kehamilan. Koitus tidak dibenarkan bila terdapat perdarahan pervaginam, ada riwayat abortus berulang, partus prematurus, ketuban pecah dan serviks telah membuka.

g. Mobilisasi

Ibu hamil boleh melakukan kegiatan/aktivitas fisik seperti biasa selama tidak terlalu melelahkan.

h. Senam Hamil

Ibu hamil perlu menjaga kesehatan tubuhnya dengan cara berjalan-jalan di pagi hari, renang, olah raga ringan dan senam hamil. Senam hamil dimulai pada umur kehamilan setelah 22 minggu yang bertujuan untuk mempersiapkan dan melatih otot-otot sehingga dapat berfungsi secara optimal dalam persalinan normal serta mengimbangkan perubahan titik berat tubuh. Senam hamil dianjurkan untuk ibu hamil tanpa komplikasi/kelainan.

i. Istirahat tidur

Kebutuhan istirahat/tidur pada malam hari kurang lebih 8 jam dan istirahat dalam keadaan rileks pada siang hari selama 1 jam.

8. Kehamilan Berisiko

Ibu hamil digolongkan dalam tiga golongan risiko berdasarkan karakteristik ibu. Risiko golongan ibu hamil (Muslihatun, 2009), meliputi:

a. Ibu hamil risiko rendah

Ibu hamil dengan jumlah skor KSPR 2 dan memiliki kondisi kesehatan dalam keadaan baik dan tidak memiliki faktor-faktor risiko berdasarkan klasifikasi risiko sedang dan risiko tinggi, baik dirinya maupun janin yang

dikandungnya.

b. Ibu hamil risiko tinggi

Ibu hamil dengan jumlah skor KSPR 6-10, yang memiliki satu atau lebih dari satu faktor risiko tingkat sedang. Faktor ini dianggap nantinya akan mempengaruhi kondisi ibu dan janin, serta memungkinkan terjadinya penyulit pada waktu persalinan.

c. Ibu hamil risiko sangat tinggi

Ibu hamil dengan skor KSPR ≥ 12 yang memiliki satu atau lebih dari satu faktor-faktor risiko tinggi. Faktor risiko ini dianggap akan menimbulkan komplikasi dan mengancam keselamatan ibu dan janin baik pada saat hamil maupun persalinan nanti.

9. Tanda Bahaya Kehamilan

a. Perdarahan per vaginam

Perdarahan pervaginam dalam kehamilan adalah normal. Pada masa awal sekali kehamilan, mungkin ibu akan mengalami perdarahan yang sedikit (*spotting*) disekitar waktu pertama haidnya terlambat. Perdarahan ini disebut perdarahan implantasi dan normal. Pada waktu yang lain dalam kehamilan, perdarahan kecil mungkin pertanda dari *friable cervix*. Perdarahan semacam ini mungkin normal atau mungkin suatu tanda adanya infeksi.

Pada awal kehamilan, perdarahan yang tidak normal adalah yang berwarna merah terang (segar) atau coklat kehitaman, perdarahan keluar tiba-tiba dalam jumlah yang banyak, menetap, atau perdarahan yang sangat menyakitkan. Perdarahan ini dapat berarti absorpsi, kehamilan mola atau kehamilan ektopik (Hani, Dkk, 2011).

Abortus spontan adalah penghentian kehamilan sebelum janin mencapai viabilitas (usia kehamilan 22 minggu). Menurut Prawirohardjo (2010), tahap-tahap abortus yaitu :

- 1) *Abortus Imminens* : kehamilan dapat dilanjutkan. Tetapi kehamilan dipertimbangkan terancam setiap kali terjadi perdarahan pervaginam selama pertengahan pertama kehamilan. Gejala dan tandanya yaitu perdarahan berupa bercak, serviks tertutup, disertai nyeri akibat kram perut bawah atau nyeri punggung bagian bawah atau bisa juga tidak dan uterus lunak.
- 2) *Abortus Insipiens* : kehamilan tidak akan lanjut dan akan berkembang menjadi abortus inkomplit/komplit. Gejala dan tandanya dengan serviks terbuka kemudian perdarahan disertai nyeri perut bagian bawah atau punggung dan belum terjadi ekspulsi hasil konsepsi (Prawirohardjo, 2010).
- 3) Abortus Inkomplit : sebagian hasil konsepsi telah dikeluarkan. Gejala dan tandanya yaitu serviks terbuka, perdarahan sedang atau banyak, nyeri perut bagian bawah (Prawirohardjo, 2010).
- 4) Abortus Komplit : seluruh hasil konsepsi telah dikeluarkan. Sedikit atau tanpa nyeri perut, serviks tertutup atau terbuka, uterus lebih kecil dari usia gestasi.
- 5) *Missed Abortion* : janin telah meninggal, tetapi hasil konsepsi masih ada di dalam rahim selama dua minggu atau lebih. Terdapat bercak darah (*spotting*), nyeri abdomen, nyeri punggung. Rahim menjadi kecil, *amenorrhea* menetap, tidak ada denyut jantung janin (Prawirohardjo, 2010).
- 6) *Abortus Habitualis* : ketika seorang wanita mengalami aborsi spontan sebanyak tiga kali atau lebih secara berurutan pada trimester kedua (Prawirohardjo, 2010).

b. Kehamilan ektopik terganggu

Kehamilan ektopik adalah kehamilan dengan implantasi terjadi di luar rongga uterus. Tuba fallopi merupakan tempat tersering untuk terjadinya implantasi kehamilan ektopik (Prawirohardjo, 2010).

Alat penting untuk diagnosis kehamilan ektopik yang pecah yaitu dengan tes kehamilan dari serum dikombinasi dengan *ultrasonografi*. Jika diperoleh hasil darah yang tidak membeku, segera mulai penanganan (Prawirohardjo, 2010).

c. Kehamilan mola hidatidosa

Kehamilan yang tidak normal secara genetik dan muncul dalam bentuk kelainan perkembangan plasenta. Kehamilan mola merupakan proliferasi abnormal dari *vili khorialis*. Tanda dan gejala yaitu mual/muntah, kram perut bawah, tak ada janin, keluar jaringan seperti anggur (Prawirohardjo, 2010).

d. Hipertensi gravidarum

Hipertensi dalam kehamilan termasuk hipertensi karena kehamilan dan hipertensi kronik (meningkatnya tekanan darah sebelum usia kehamilan 20 minggu). Nyeri kepala, kejang, dan hilangnya kesadaran sering berhubungan dengan hipertensi dalam kehamilan. Keadaan lain yang menyebabkan kejang ialah epilepsi, malaria, trauma kepala, *meningitis*, dan *ensefalitis* (Hani, Dkk, 2011).

e. Nyeri perut bagian bawah

Nyeri perut pada kehamilan 22 minggu atau kurang. Hal ini mungkin gejala utama pada kehamilan ektopik atau abortus (Hani, Dkk, 2011).

f. Perdarahan per vaginam

Perdarahan pada kehamilan 22 minggu sampai sebelum bayi dilahirkan disebut perdarahan intrapartum sebelum kelahiran. Perdarahan pada akhir kehamilan, perdarahan tidak normal adalah merah, banyak dan

kadang-kadang disertai nyeri. Perdarahan seperti ini bisa berarti plasenta previa atau abrupsio plasenta (Hani, Dkk, 2011).

g. Sakit kepala yang hebat menetap

Sakit kepala pada kehamilan adalah umum dan sering kali merupakan ketidaknyamanan yang normal dalam kehamilan. Sakit kepala yang menunjukkan suatu masalah yang serius adalah sakit kepala yang hebat yang menetap dan tidak hilang dengan beristirahat. Kadang-kadang dengan sakit kepala yang hebat tersebut, ibu mengalami penglihatan yang kabur atau berbayang. Sakit kepala yang hebat dalam kehamilan merupakan gejala dari pre-eklampsia (Hani, Dkk, 2011).

h. Pandangan kabur atau rabun Senja

Karena pengaruh hormonal, ketajaman visual ibu dapat berubah. Perubahan yang mengancam ibu adalah perubahan visual secara tiba-tiba, misal pandangan kabur atau berbayang serta berbintik-bintik. Gejala ini merupakan tanda pre-eklampsia (Hani, Dkk, 2011).

i. Bengkak pada muka, kaki atau tangan

Bengkak dapat menunjukkan adanya masalah serius jika tidak dengan beristirahat diikuti keluhan fisik yang lain. Hal ini bisa pertanda anemia, gagal jantung atau preeklampsia (Hani, Dkk, 2011).

j. Bayi kurang bergerak seperti biasa

Ibu mulai merasakan gerakan bayinya selama bulan ke-5 atau ke-6, beberapa ibu dapat merasakan gerakan bayinya lebih awal. Jika bayi tidur, gerakannya melemah. Bayi harus bergerak minimal 3 kali dalam periode 3 jam. Gerakan bayi akan mudah terasa jika ibu berbaring atau beristirahat dan jika ibu makan dan minum dengan baik (Hani, Dkk, 2011).

10. Kehamilan dan Persalinan dengan Riwayat Seksio Sesarea

a. Kehamilan dengan Riwayat *Sectio caesarea*

Riwayat *sectio caesarea* merupakan suatu jaringan parut akibat pembedahan uterus sebelumnya. Berdasarkan studi yang ada bahwa lebih dari 50% ibu dengan kasus jaringan parut akibat riwayat *sectio caesarea* transversal rendah dapat melahirkan pervaginam. Frekuensi jaringan parut pada saat ini lebih banyak diakhiri dengan *sectio caesarea* untuk mengurangi kasus ruptur uteri. Jaringan parut dapat menyebabkan uterus lemah yang pada akhirnya dapat menyebabkan ruptur uteri pada saat persalinan (Saifuddin, 2014).

Menurut Saifuddin (2014), konseling wanita hamil dengan parut uterus umumnya adalah sama seperti kehamilan normal, hanya yang harus diperhatikan bahwa konseling ditekankan pada :

- 1) Persalinan harus dilakukan di rumah sakit dengan peralatan yang memadai untuk kasus persalinan dengan parut uterus.
- 2) Konseling mengenai rencana keluarga berencana untuk memilih keluarga kecil dengan cara kontrasepsi mantap.

b. Persalinan dengan Riwayat *Sectio caesarea*

Dikemukakan oleh Cragin (1916) bahwa sekali dilakukan *sectio caesarea* selanjutnya persalinan harus dilakukan seksio sesarea ulang. Dikemukakan ini sekarang sudah tidak dipakai lagi. Dahulu *sectio caesarea* dilakukan dengan sayatan vertikal pada korpus uteri (secara klasik), sekarang umumnya memakai teknik sayatan melintang pada segmen bawah rahim. Kejadian dehiscens parut uterus dan uterus ruptur meningkat dengan bertambahnya jumlah *sectio caesarea* pada kehamilan berikutnya (Saifuddin, 2014).

Sectio caesarea elektif dilakukan pada wanita hamil dengan parut uterus yang akan melakukan sterilisasi tubektomi. Konseling mengenai keluarga

berencana perlu ditekankan, karena morbiditas dan mortalitas meningkat pada wanita dengan parut uterus. Makin sering bersalin dengan *sectio caesarea* makin besar bahaya terjadinya ruptura uteri. Penelitian yang pernah dilakukan bahwa 50 % pasien dengan kasus jaringan parut karena *sectio caesarea* dapat melahirkan pervaginam dengan terlebih dahulu melakukan informed consent bahwa persalinan dengan luka parut dapat mengakibatkan ruptur uteri (Saifuddin, 2010).

Pada saat akan melakukan partus percobaan harus memperhatikan kondisi yang dapat mendukungnya seperti : riwayat operasi sebelumnya adalah insisi transversa rendah, presentasi janin adalah presentasi vertek normal. Jika syarat tersebut tidak dapat dipenuhi dapat dilakukan *sectio caesarea* (Saifuddin, 2014).

Di beberapa rumah sakit dapat dilakukan induksi/akselerasi persalinan dengan parut uterus dengan oksitosin. Induksi atau akselerasi persalinan pada parut uterus dengan menggunakan oksitosin atau derivat prostaglandin sangat berbahaya.

Tidak dianjurkan untuk melakukan induksi atau akselerasi pada kasus persalinan dengan parut uterus. Hal yang perlu diperhatikan untuk menentukan prognosis persalinan pervaginam dengan parut uterus sebagai berikut :

- a) Jenis sayatan uterus yang telah dilakukan pada operasi terdahulu.
- b) Indikasi operasi *sectio caesarea* terdahulu.
- c) Apakah jenis operasi terdahulu adalah seksio sesarea elektif atau emergensi.
- d) Apa komplikasi operasi terdahulu.

Hal yang perlu diperhatikan dalam antisipasi terjadinya komplikasi kehamilan maupun persalinan ini adalah sebagai berikut:

- a) Selama kehamilan perlu konseling mengenai bahaya persalinan pada kasus parut uterus.
- b) Tidak diperkenankan ibu bersalin di rumah atau Puskesmas pada kasus parut uterus. Perlu konseling bahwa resiko persalinan untuk terjadinya *dehisens* dan *ruptura uteri* adalah tinggi, sehingga perlu dilakukan rujukan segera.
- c) Di rumah sakit perlu fasilitas yang memadai untuk menangani kasus *sectio caesarea* dan dilakukan seleksi ketat untuk melakukan persalinan pervaginam dengan parut uterus.

2.1.2 Asuhan Kehamilan

1. Definisi Asuhan Kehamilan

Asuhan antenatal adalah upaya preventif program pelayanan kesehatan obstetrik untuk optimalisasi luaran maternal dan neonatal melalui serangkaian kegiatan pemantauan rutin selama kehamilan (Prawirohardjo, 2010).

Asuhan kehamilan atau biasa disebut dengan *Antenatal Care* (ANC) merupakan perawatan dan asuhan yang diberikan kepada ibu hamil yang berguna untuk memfasilitasi hasil yang sehat dan positif bagi ibu hamil dan bayinya dengan membangun kepercayaan dengan ibu hamil, mendeteksi adanya penyulit atau komplikasi, mempersiapkan kelahiran dan memberikan pendidikan kesehatan (Mufdliah, 2009).

2. Tujuan Asuhan Antenatal

Tujuan pemeriksaan dan pengawasan ibu hamil (Mochtar, 2011) :

- a. Tujuan umum adalah menyiapkan seoptimal mungkin fisik dan mental ibu dan anak selama dalam kehamilan , persalinan , dan nifas , dengan demikian , didapatkan ibu dan anak yang sehat.

- b. Tujuan khusus
 - a. Mengenali dan menangani penyulit-penyulit yang mungkin dijumpai dalam kehamilan persalinan dan nifas.
 - b. Mengenali dan mengobati penyakit-penyakit yang mungkin diderita sedini mungkin.
 - c. Menurunkan angka morbidity dan mortalitas ibu dan anak.
 - d. Memberikan nasihat-nasihat tentang cara hidup sehari-hari dan keluarga berencana, kehamilan, persalinan, nifas dan laktasi.

3. Manfaat Asuhan Antenatal

Berikut ini adalah manfaat asuhan *antenatal care* menurut Vivian(2010), diantaranya :

- a. Ibu dalam kondisi selamat selama kehamilan, persalinan dan nifas tanpa trauma fisik maupun mental yang merugikan.
- b. Bayi dilahirkan sehat, baik fisik maupun mental.
- c. Ibu sanggup merawat dan memberikan Air Susu Ibu(ASI) kepada bayinya.
- d. Suami istri telah ada kesiapan dan kesanggupan untuk mengikuti keluarga berencana setelah kelahiran bayinya.

4. Jadwal Pemeriksaan Antenatal Care

Jadwal pemeriksaan kehamilan (Mochtar,2011) Pemeriksaan pertama kali yang ideal adalah sedini mungkin ketika haid terlambat satu bulan.

- a. Periksa ulang 1x sebulan sampai kehamilan 7 bulan.
- b. Periksa ulang 2 x sebulan sampai kehamilan 9 bulan.
- c. Periksa ulang setiap minggu sesudah kehamilan 9 bulan.
- d. Periksa khusus jika ada keluhan-keluhan

5. Standart Asuhan Antenatal

- a. Standart pelayanan antenatal 14 T :
 - 1) Timbang berat badan

Bandingkan berat badan sebelum hamil, catat jumlah kg berat badan beberapa minggu sejak kunjungan terakhir, catat pola perkembangan berat badan. Pada awal pemeriksaan kehamilan pertama, perhatikan apakah berat badan ibu sesuai dengan tinggi badan ibu. Berat badan ibu hamil bertambah 0,5 kg per minggu atau 6,5 kg sampai 16,5 kg selama kehamilan (Manuaba, 2010).

Bila peningkatan berat badan kurang dari 0,5 kg per minggu, perlu dikaji apakah ada malnutrisi, jadi perlu dilakukan pengawasan pertumbuhan janin agar tidak terhambat, insufisiensi plasenta dan kemungkinan kelahiran premature. Bila peningkatan berat badan lebih dari 0,5 kg per minggu, perlu dikaji apakah ada *diabetes melitus*, kehamilan ganda, *hidramnion* dan *makrosomia* (Kusmiyati, 2010).

Tabel 2.2 Kenaikan berat badan ibu hamil sesuai dengan IMT

Berat Badan Sebelum Hamil		Peningkatan Berat Badan Total (Kg)	Laju Peningkatan Berat Badan Pada Trimester 2 dan 3 (Kg/minggu)	
Kategori	IMT (Kg/m ²)		Rata-rata	Kisaran
<i>Underweight</i>	<18,5	12,5 – 18,0	0,51	0,44 – 0,58
Normal	18,5 – 24,9	11,5 – 16,0	0,42	0,35 – 0,50
<i>Overweight</i>	15 – 29,9	7,0 – 11,5	0,28	0,23 – 0,33
Obesitas	≥30,0	5,0 – 9,0	0,22	0,17 – 0,27

(Saifuddin, 2010)

Kurangnya gizi ibu hamil dapat dilihat dari status gizi ibu hamil dengan perhitungan Indeks Massa Tubuh (IMT) dengan memperhitungkan saat kehamilan sehingga dikategorikan dalam perhitungan IMT ibu hamil sebagai indikator status gizinya yaitu dengan kategori status gizi sangat kurus (KEK berat) IMT <17, gizi kurus (KEK ringan) IMT 17,0-18,4, gizi normal IMT 18,5-25,0, gizi gemuk IMT 25,1-30. Berdasarkan IMT kenaikan BB ibu hamil yang diharapkan adalah 12,5-17,5 kg pada IMT <18,5 (*underweight*), 7-12 kg pada

IMT 25,1-30 (*overweight*) dan hanya 5-10 kg pada IMT >30 (*obesitas*) (Irianto, 2014).

2) Ukur tekanan darah

Mengukur tekanan darah dilakukan sebagai data dasar. Pada saat pemeriksaan antenatal maupun selama persalinan. Pada kondisi klinis yang telah ditetapkan, misalkan syok dan perdarahan serta gejala-gejala seperti sakit kemala, penglihatan kabur dan proteinuria. Hipertensi selamat kehamilan merupakan salah satu indikator adanya pre eklampsia.

Tekanan darah tinggi, protein urin positif, pandangan kabur atau oedema pada ekstremitas. Apabila tekanan darah mengalami kenaikan 15 mmHg dalam dua kali pengukuran dengan jarak 1 jam atau tekanan darah > 140/90 mmHg , maka ibu hamil mengalami preeklamsi. Apabila preeklamsi tidak dapat diatasi maka akan menjadi eklamsi (Mufdlillah, 2009).

3) Ukur tinggi fundus uteri

Pengukuran tinggi fundus uteri dilakukan secara rutin untuk mendeteksi secara dini terhadap berat badan janin. Indikator pertumbuhan janin intrauterin, tinggi fundus uteri juga dapat digunakan untuk mendeteksi terhadap terjadinya *mola hidatidosa*, janin ganda atau *hidramnion* (Mufdlillah, 2009).

Tabel 2.3 Tinggi fundus uteri sesuai usia kehamilan

Umur Kehamilan	Tinggi Fundus Uteri	Cm
12 minggu	3 jari di atas simpisis	
16 minggu	½ simpisis-pusat	
20 minggu	3 jari di bawah pusat	20 cm
24 minggu	Setinggi pusat	23 cm
28 minggu	1/3 di atas pusat	26 cm
34 minggu	½ pusat-prosessus xifoideus	30 cm
36 minggu	Setinggi prosessus xifoideus	33 cm
40 minggu	2 jari di bawah prosessus xifoideus	37 cm

(Saifuddin, 2010)

4) Pemberian imunisasi (tetanus toksoid) TT lengkap

Pemberian imunisasi TT untuk mencegah terjadinya penyakit tetanus. Imunisasi TT pertama diberikan pada usia kehamilan 16 minggu dan imunisasi TT kedua diberikan setelah 4 minggu pemberian TT pertama (Rukiyah, 2011).

Tabel 2.4 Jadwal pemberian imunisasi TT

Antigen	Interval (selang waktu minimal)	Lama Perlindungan	% Perlindungan
TT1	Pada kunjungan antenatal pertama	-	-
TT2	4 minggu setelah TT1	3 tahun *	80
TT3	6 bulan setelah TT2	5 tahun	95
TT4	1 tahun setelah TT3	10 tahun	99
TT5	1 tahun setelah TT4	25 tahun/seumur hidup	99

(Saifuddin, 2010)

Ket : * artinya apabila dalam waktu 3 tahun WUS tersebut melahirkan, maka bayi yang dilahirkan akan terlindung dari TN (*Tetanus Neonatorum*).

5) Pemberian tablet zat besi minimal 90 tablet selama kehamilan

Pemberian tablet tambah darah dimulai setelah rasa mual hilang satu tablet setiap hari, minimal 90 tablet. Tablet Fe ini diminum sejak awal kehamilan sampai 42 hari setelah melahirkan. Namun pada kebanyakan ibu hamil trimester pertama tidak dapat mengonsumsi tablet Fe karena keluhan muntah-muntah, tablet tambah darah juga memicu rasa mual. Maka itu disarankan untuk diminum menjelang tidur, tablet ini lebih baik diproses saat perut kosong. Tiap tablet mengandung FeSO₄ 320 mg (zat besi 60 mg) dan asam folat 500 µg. Tablet besi sebaiknya tidak minum bersama kopi, teh karena dapat mengganggu penyerapan (Kusmiyati, 2009).

6) Pemeriksaan *Haemoglobin*

Kadar *haemoglobin* batas normal pada ibu hamil adalah 10 gr%. Pemeriksaan kadar *haemoglobin* (Hb) dilakukan untuk memastikan kadar Hb ibu hamil berada di atas 10. Jika kadar Hb ibu hamil berada di bawah 10 maka

perkembangan janin akan terganggu dan dapat menyebabkan risiko perdarahan pada ibu saat persalinan nanti. Tujuan umum dari kegiatan ini adalah untuk mengetahui kondisi kesehatan pada ibu hamil. Tujuan khususnya yaitu untuk mengetahui kadar Hb pada ibu sehingga diketahui apakah ibu dicurigai mengalami positif anemia atau negatif anemia (Depkes, 2010).

7) Pemeriksaan VDRL

Pemeriksaan skrining VDRL (*Veneral Diseases Research Laboratory*) adalah pemeriksaan darah untuk mengetahui adanya penyakit menular seksual contohnya sifilis (Francichandra, 2010).

8) Pemeriksaan protein urin

Protein urine merupakan pemeriksaan uji laboratorium untuk mengetahui adanya protein didalam urine. Hal ini dilakukan untuk mengetahui apakah ada tanda pre eklampsia pada kehamilan tersebut (Francichandra, 2010).

9) Pemeriksaan reduksi urin

Urin reduksi adalah pemeriksaan uji laboratorium untuk mengetahui kadar gula pada pasien. Hal ini dilakukan untuk mengetahui apakah ada gejala *diabetes melitus* pada kehamilan tersebut (Francichandra, 2010).

10) Perawatan payudara

Perawatan payudara (*Breast Care*) adalah suatu cara merawat payudara yang dilakukan pada saat kehamilan atau masa nifas untuk produksi ASI, selain itu untuk kebersihan payudara. Perawatan payudara selama kehamilan bertujuan untuk persiapan laktasi agar nanti pemberian ASI eksklusif dapat diwujudkan (Francichandra, 2010).

11) Senam hamil

Senam hamil adalah salah satu latihan fisik bagi ibu hamil iuntuk mempersiapkan kondisi fisik ibu dan menjaga kondisi otot-otot dengan persendian serta mempersiapkan kondisi psikis ibu terutama menumbuhkan

rasa percaya diri dalam menghadapi persalinan. Senam hamil dapat dilakukan di atas usia kehamilan 20 minggu (Francichandra, 2010).

12) Pemberian obat malaria

Pemberian obat malaria ini hanya dilakukan pada daerah endemik malaria. Hal ini dilakukan untuk mencegah penyakit malaria selama kehamilan, karena malaria selama kehamilan dapat membahayakan bagi ibu hamil dan janinnya (Francichandra, 2010).

13) Pemberian kapsul minyak yodium

Kebutuhan yodium sangat penting selama kehamilan dan enam bulan pasca melahirkan. Yodium adalah jenis mineral yang akan berdampak pada perkembangan neurologis janin, sehingga penting untuk di cukupi. Organisasi kesehatan dunia, WHO merekomendasikan pada ibu hamil untuk mengkonsumsi yodium sebanyak 220 mikrogram untuk menjaga kesehatan ibu dan janin selama kehamilan dan setelah persalinan (Francichandra, 2010).

14) Temu wicara dalam rangka persiapan rujukan

Memberikan penyuluhan sesuai dengan kebutuhan seperti perawatan diri selama hamil, perawatan payudara, gizi ibu hamil, tanda-tanda bahaya kehamilan dan janin sehingga ibu dan keluarga dapat segera mengambil keputusan dalam perawatan selanjutnya dan mendengarkan keluhan yang disampaikan (Meilani, dkk, 2009).

b. Pemeriksaan ibu hamil

- 1) Anamnesis adalah identitas istri, dan suami : nama, umur, agama, pekerjaan, dan sebagainya.
- 2) Inspeksi dan pemeriksaan fisik diagnostik adalah pemeriksaan seluruh tubuh secara baik meliputi : tekanan darah, nadi, suhu, pernapasan, jantung, paru-paru dan sebagainya.
- 3) Perkusi adalah tidak begitu banyak artinya kecuali jika ada suatu indikasi.

- 4) Palpasi adalah ibu hamil diminta berbaring terlentang kepala dan bahu sedikit ditinggikan dengan memakai bantal pemeriksa berdiri disebelah kanan ibu hamil dengan sikap hormat lakukanlah palpasi bimanual terutama pada pemeriksaan perut dan payudara.
- 5) Auskultasi adalah pemeriksaan untuk mendengarkan denyut jantung dan biasanya menggunakan alat. Menurut Sarwono (2010) Menjelaskan bahwa frekuensi denyut jantung janin rata-rata sekitar 140 denyut per menit (dpm) dengan variasi normal 20 dpm diatas atau dibawah nilai rata-rata. Jadi, nilai normal denyut jantung janin antara 120-160 dpm (Mochtar,2011).

c. Pemeriksaan penunjang

1) Pemeriksaan Hb

Menurut Manuaba (2010), bahwa pemeriksaan dan pengawasan Hb dapat dilakukan dengan menggunakan alat sahli. Pemeriksaan darah dilakukan minimal dua kali selama kehamilan yaitu pada trimester I dan trimester III.

2) Pemeriksaan laboratorium ulang

Pemeriksaan laboratorium ulang dilakukan jika ada indikasi menurut riwayat, temuan ini meliputi Hb hemotakrit, VDRL, gonorea, klamidia, dan titer *anti body* pada wanita dengan *Rh negative*.

6. Edukasi Asuhan Antenatal

a. Edukasi Kesehatan Bagi Ibu Hamil

1) Makanan (Diet) Ibu Hamil menurut Prawirohardjo (2010) :

a) Kalori

Jumlah kalori yang dibutuhkan bagi ibu hamil setiap harinya adalah 2.300 kalori. Jumlah kalori yang berlebih dapat menyebabkan obesitas dan hal ini merupakan faktor predisposisi untuk terjadinya pre-

eklampsia. Sebaiknya jumlah penambahan berat badan tidak melebihi 10 – 12 kg selama hamil.

b) Protein

Protein yang dibutuhkan ibu hamil adalah 65 gram per hari. Sumber protein diperoleh dari tumbuh-tumbuhan (kacang-kacangan) atau hewani (ikan, ayam, keju, susu, telur). Kekurangan protein dapat menyebabkan bayi prematur, anemia, dan oedema.

c) Kalsium

Kebutuhan kalsium ibu hamil adalah 1 gram per hari. Sumber kalsium dari susu, keju, *yoghurt*, dan kalsium karbonat. Kekurangan kalsium dapat menyebabkan *riketsia* pada bayi atau *osteomalasia* pada ibu.

d) Zat besi

Jumlah zat besi yang dibutuhkan ibu adalah 17 gram atau 30 mg/hari terutama setelah trimester kedua. Jenis zat besi berupa *ferrous gluconate*, *ferrous fumarate*, atau *ferrous sulphate*. Kekurangan zat besi menyebabkan anemia.

e) Asam Folat

Jumlah asam folat yang dibutuhkan ibu adalah 400 mikrogram per hari. Kekurangan asam folat menyebabkan anemia *megaloblastik* pada ibu hamil.

2) Perawatan Payudara

Bra yang dipakai harus sesuai dengan pembesaran payudara yang sifatnya menyokong buah dada dari bawah bukan menekan dari depan. Dua bulan sekali dilakukan pengurutan (*massage*), kolostrum dikeluarkan untuk mencegah penyumbatan.

Pemijatan payudara dapat dilakukan pada saat mandi dengan cara menyiapkan air hangat dan dingin, minyak kelapa atau *baby oil* dan kapas. Bersihkan payudara memakai air, lalu pijat memakai minyak. Pemijatan dilakukan dengan memakai kedua tangan, sekeliling payudara diurut memutar searah jarum jam dan kemudian berbalik arah berlawanan jarum jam. Setelah itu lakukan pengurutan dari bawah menuju puting, namun putingnya sendiri tak perlu dipijat. Usai pemijatan, ketuk-ketuklah payudara memakai ujung jari atau ujung ruas jari. Gunanya agar sirkulasi darah bekerja lebih baik. Selanjutnya dibersihkan, cara membersihkan puting susu saat hamil yakni dengan menggunakan kapas dan minyak dengan cara menuangkan minyak atau *baby oil* ke kapas dan meletakkan kapas selama beberapa menit pada puting setelah itu putar searah jarum jam dan kemudian bersihkan puting dengan pelan tanpa menimpulkan kontraksi, jika terjadi kontraksi maka segera hentikan pemijatan (Mochtar, 2011).

3) Kebersihan Tubuh dan Pakaian

- a) Pakaian harus longgar, bersih dan tidak ada ikatan yang ketat pada daerah perut
- b) Memakai bra yang menyokong payudara
- c) Memakai sepatu dengan tumit yang tidak terlalu tinggi
- d) Pakaian dalam selalu bersih, dianjurkan mandi menggunakan sabun lembut/ringan. Tidak dianjurkan mandi berendam (Mochtar, 2011).

4) Istirahat

Tidur siang baik untuk kesehatan. Hindari tempat yang ramai, dan sesak karena bisa menyebabkan pingsan (Mochtar, 2011).

5) Bergerak

Dianjurkan berjalan di pagi hari dalam udara masih segar. Gerak yang dianjurkan yaitu, berdiri-jongkok, melatih pernapasan (Mochtar, 2011).

2.1.3 Persalinan

1. Definisi Persalinan

Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri) yang dapat hidup ke dunia luar, dari rahim melalui jalan lahir atau dengan jalan lain (Mochtar, 2011).

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri) (Manuaba, 2012).

Dari beberapa pengertian diatas, penulis menyimpulkan bahwa persalinan merupakan proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan dan dikeluarkan melalui jalan lahir.

2. Sebab–sebab mulainya persalinan

Sebab-sebab mulainya persalinan dalam diktat ajar (2010) yaitu :

a. Penurunan kadar progesteron

Progesteron menimbulkan relaksasi otot – otot rahim sebaliknya estrogen meninggalkan kerentanan otot rahim. Selama kehamilan terdapat keseimbangan kadar progesteron dan estrogen didalam darah tetapi pada akhir kehamilan kadar progesteron menurun sehingga timbul his.

b. Teori *oxytosin*

Pada akhir kehamilan kadar oksitosin bertambah oleh karena itu timbul kontraksi otot – otot rahim keregangan otot –otot seperti halnya dengan kandung kencing dan lambung bila dindingnya tegang oleh karena isinya bertambah maka timbul kontraksi untuk mengeluarkan isi nya. Demikian pula dengan rahim maka dengan majunya kehamilan makin teregang otot-otot rahim makin rentang .

c. Pengaruh janin

Hypofise dan kelenjar suprarenal janin juga rupa-rupanya memegang

peranan oleh karena pada *ananchepalus* kehamilan sering lebih lama dari biasa.

d. Teori prostaglandin

Prostaglandin yang dihasilkan oleh desidua disangka menjadi salah satu sebab permulaan persalinan. Hasil dari percobaan menunjukkan bahwa prostaglandin yang diberikan secara intravena , intra dan ekstramial menimbulkan kontraksi myometrium pada setiap kehamilan, hal ini juga disokong dengan adanya kadar prostaglandin yang tinggi baik dalam air ketuban maupun darah perifer pada ibu – ibu hamil sebelum melahirkan atau setelah persalinan.

3. Tanda-tanda Persalinan

- a. Rasa nyeri karena adanya his yang adekuat (sering dan teratur).
- b. Keluar lendir darah (*show*) yang lebih banyak karena robekan kecil pada serviks.
- c. Terkadang ketuban pecah dengan sendirinya.
- d. Faktor pemeriksaan dalam; pendataran (*effacement*) dan pembukaan serviks (dilatasi) (Sulistiyawati, 2014).

4. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Persalinan

Menurut Sumarah (2009), faktor–faktor yang mempengaruhi persalinan yaitu *power*, *passage*, *passanger*, posisi ibu dan psikologis.

a. *Power* (kekuatan)

Kekuatan terdiri dari kemampuan ibu melakukan kontraksi involunter dan volunteer secara bersamaan untuk mengeluarkan janin dan plasenta dari uterus. Kontraksi involunter disebut juga kekuatan primer, menandai dimulainya persalinan. Apabila serviks berdilatasi, usaha volunter dimulai untuk mendorong, yang disebut kekuatan sekunder, dimana kekuatan ini memperbesar kekuatan kontraksi involunter.

b. *Passage* (Jalan Lahir)

Jalan lahir terdiri dari panggul ibu, yakni bagian tulang padat, dasar

panggul, vagina, dan introitus (lubang luar vagina). Meskipun jaringan lunak, khususnya lapisan-lapisan otot dasar panggul ikut menunjang keluarnya bayi, tetapi panggul ibu jauh lebih berperan dalam proses persalinan. Janin harus berhasil menyesuaikan dirinya terhadap jalan lahir yang relatif kaku. Oleh karena itu ukuran dan bentuk panggul harus ditentukan sebelum persalinan dimulai.

c. *Passenger* (Janin dan Plasenta)

Janin dapat mempengaruhi jalannya kelahiran karena ukuran dan presentasinya. Dari semua bagian janin, kepala janin merupakan bagian yang paling kecil mendapat tekanan. *Passenger* atau janin, bergerak sepanjang jalan lahir merupakan akibat interaksi beberapa faktor, yakni ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap, dan posisi janin. Karena plasenta juga harus melewati jalan lahir, maka ia dianggap juga sebagai bagian dari *passenger* yang menyertai janin. Namun plasenta jarang menghambat proses persalinan pada kehamilan normal (Sumarah, 2009).

d. *Psychology* (Psikologi Ibu)

Tingkat kecemasan wanita selama bersalin akan meningkat jika ia tidak memahami apa yang terjadi pada dirinya atau yang disampaikan kepadanya. Dukungan psikologis akan membantu memperlancar proses persalinan yang sedang berlangsung. Tindakan mengupayakan rasa nyaman dengan menciptakan suasana yang nyaman dalam kamar bersalin, memberi sentuhan, memberi penenangan nyeri non farmakologi, memberi analgesia jika diperlukan dan yang paling penting berada disisi pasien adalah bentuk-bentuk dukungan psikologis (Sumarah, 2009).

e. *Psychian* (Penolong)

Peran dari penolong persalinan adalah mengantisipasi dan menangani komplikasi yang mungkin terjadi pada ibu atau janin. Bila diambil keputusan untuk melakukan campur tangan, ini harus dipertimbangkan dengan hati-hati,

tiap campur tangan bukan saja membawa keuntungan potensial, tetapi juga risiko potensial (Christina, 2010).

5. Mekanisme Persalinan

Gerakan utama dalam mekanisme persalinan:

a. *Engagement*

Pada minggu-minggu akhir kehamilan atau pada saat persalinan dimulai kepala masuk lewat pintu atas panggul (PAP), umumnya dengan presentasi biparietal atau 70% pada panggul ginekoid. Masuknya kepala pada primi pada bulan terakhir kehamilan dan pada multi terjadi pada permulaan persalinan (Hidayat, 2010).

b. *Descent*

Penurunan kepala janin sangat tergantung pada arsitektur pelvik dengan hubungan ukuran kepala dan ukuran pelvik sehingga penurunan kepala berlangsung lambat. Kepala turun ke dalam rongga panggul, akibat tekanan langsung dari his dari daerah fundus ke arah daerah bokong, tekanan dari cairan amnion, kontraksi otot dinding perut dan diafragma (mengejan) dan badan janin terjadi ekstensi dan menegang (Hidayat, 2010).

c. *Fleksi*

Dengan majunya kepala biasanya *fleksi* bertambah sehingga ubun-ubun kecil jelas lebih rendah dari ubun-ubun besar. Keuntungan dari bertambahnya *fleksi* ialah ukuran kepala yang lebih kecil melalui jalan lahir : diameter *suboccipito bregmatika* (9,5 cm) menggantikan diameter *suboccipito frontalis* (11 cm). *Fleksi* ini disebabkan karena anak didorong maju dan sebaliknya mendapat tahanan dari pinggir PAP, servik, dinding panggul atau dasar panggul (Wirakusumah, 2011).

d. Putaran paksi dalam

Putaran paksi dalam ialah pemutaran bagian depan sedemikian rupa sehingga bagian terendah dari bagian depan memutar ke depan bawah *symphysis*. Pada presentasi belakang kepala, bagian yang terendah ialah daerah ubun-ubun kecil dan bagian inilah yang memutar ke depan di bawah *symphysis*. Putaran paksi dalam mutlak diperlukan untuk kelahiran kepala karena merupakan suatu usaha untuk menyesuaikan posisi kepala dengan jalan lahir, khususnya bidang tengah dan pintu bawah panggul (Wirakusumah, 2011).

e. *Ekstensi*

Setelah putaran paksi dalam terjadilah ekstensi atau defleksi kepala. Hal ini disebabkan karena sumbu jalan lahir mengarah ke depan dan atas sehingga harus mengadakan ekstensi. Setelah *subocciput* tertahan pada pinggir bawah *symphysis*, yang dapat maju karena kekuatan tersebut ialah bagian yang berhadapan dengan *subocciput* pada pinggir atas perineum, lahirlah berturut-turut ubun-ubun besar, dahi, hidung, mulut dan akhirnya dagu (Wirakusumah, 2011).

f. Putaran paksi luar

Setelah kepala lahir, belakang kepala anak memutar kembali ke arah punggung anak untuk menghilangkan torsi pada leher yang terjadi karena putaran paksi dalam. Gerakan putaran paksi luar disebabkan karena ukuran bahu menempatkan diri dalam diameter *antero posterior* pintu bawah panggul (Wirakusumah, 2011).

g. *Ekspulsi*

Setelah putaran paksi luar bahu depan sampai di bawah *symphysis* dan menjadi *hipomohlion* untuk kelahiran bahu belakang. Kemudian bahu depan menyusul dan selanjutnya seluruh badan anak lahir searah dengan jalan lahir (Wirakusumah, 2011).

6. Tahapan Persalinan

a. Kala I (Kala Pembukaan)

Inpartu ditandai adanya dengan keluarnya lendir bercampur darah (*show*) karena serviks mulai membuka (dilatasi) dan mendatar (*effacement*). Darah berasal pecahnya pembuluh darah kapiler di sekitar kanalis servikalis akibat pergeseran ketika serviks mendatar dan membuka (Mochtar, 2011).

Kala I dibagi atas dua fase :

- 1) Fase laten : pembukaanya berlangsung lambat sampai pembukaan 3 cm, lamanya 7-8 jam.
- 2) Fase aktif : berlangsung selama 6 jam dan dibagi atas 3 subfase :
 - a) Akselerasi : berlangsung 2 jam, pembukaan menjadi 4 cm.
 - b) Dilatasi maksimal : selama 2 jam, pembukaan berlangsung cepat menjadi 9 cm.
 - c) Deselerasi : berlangsung lambat, dalam waktu 2 jam pembukaan menjadi 10 cm (lengkap).

b. Kala II (Kala Pengeluaran Janin)

Pada kala dua, his terkoordinasi, kuat, cepat, dan lebih lama, kira-kira 2-3 menit sekali. Kepala janin telah turun dan masuk ke ruang panggul sehingga terjadi tekanan pada otot-otot dasar panggul yang melalui lengkung refleks menimbulkan rasa mencedan. Karena tekanan pada rektum, ibu merasa seperti mau buang air besar, dengan tanda anus terbuka. Pada waktu his, kepala janin mulai kelihatan, vulva membuka, dan perineum meregang. Dengan his dan mencedan yang terpimpin, akan lahir kepala, diikuti oleh seluruh badan janin. Kala II pada primi berlangsung selama 1 ½ - 2 jam, pada multi ½ - 1 jam (Mochtar, 2011).

c. Kala III (Kala Pengeluaran Plasenta)

Setelah bayi lahir, kontraksi rahim beristirahat sebentar. Uterus teraba

keras dengan fundus uteri setinggi pusat, dan berisi plasenta yang menjadi dua kali lebih tebal dari sebelumnya. Beberapa saat kemudian, timbul his pelepasan dan pengeluaran uri. Dalam waktu 5-10 menit, seluruh plasenta terlepas, terdorong ke dalam vagina, dan akan lahir spontan atau dengan sedikit dorongan dari atas simfisis atau fundus uteri. Seluruh proses biasanya berlangsung 5-30 menit setelah. Pengeluaran plasenta disertai dengan pengeluaran darah kira-kira 100-200 cc.

Tanda-Tanda Lepasnya Plasenta:

- 1) Perubahan bentuk dan tinggi fundus
- 2) Tali pusat memanjang.
- 3) Semburan darah mendadak dan singkat.

Dalam Kala III ada dua metode untuk mengeluarkan plasenta, yaitu dijelaskan oleh Schultze dan Matthews Duncan (Widyastuti, 2009) :

1) Metode *Schultze*

Pelepasan plasenta mulai dari pertengahan, sehingga plasenta lahir diikuti oleh pengeluaran darah. Plasenta terlepas dari suatu titik pusat dan merosot ke vagina melalui lubang dalam kantung amnion, permukaan fetal plasenta muncul pada vulva dengan selaput ketuban yang mengikuti di belakang seperti payung terbalik saat terkelupas dari dinding uterus. Permukaan maternal plasenta tidak terlihat, dan bekuan darah berada dalam kantong yang terbalik.

2) Metode *Matthews Duncan*

Pelepasan plasenta dari daerah tepi sehingga terjadi perdarahan dan diikuti pelepasan plasentanya. Plasenta turun melalui bagian samping dan masuk ke vulva dengan pembatas maternal terlebih dahulu, seperti kancing yang memasuki lubang baju. Bagian yang berada didalam kantong. Pada metode *Matthernws Duncan* ini kemungkinan terjadinya bagian selaput ketuban tersebut tidak terkelupas semua selengkap metode *Schutzze*. Beberapa cara untuk

mengetahui apakah plasenta telah lepas dari tempat implementasinya yaitu dipakai beberapa perasat antara lain :

a) Perasat *Kustner*

Tangan kanan merengangkan atau menari sedikit tali pusat. Tangan kiri menekan darah diatas simfisis. Bila tali pusat masuk kembali ke dalam vagina, berarti plasenta belum lepas dari dinding uterus. Bila tetap dan tidak masuk kembali kedalam vagina, berarti plasenta lepas dari dinding uterus. Perasat ini hendaknya dilakukan secara hati-hati, apabila hanya sebagian plasenta terlepas, perdarahan banyak akan dapat terjadi.

b) Perasat *Strassman*

Tangan kanan meregangkan dan menarik sedikit tali pusat. Tangan kiri mengetok-ngetok fundus uteri. Bila terasa getaran pada tali pusat yang diregangkan ini, berarti plasenta belum lepas dari dinding uterus. Bila tidak terasa getaran, berarti telah lepas dari dinding uterus.

c) Perasat *Klein*

Wanita tersebut disuruh mengedan. Tali pusat tampak turun kebawah, mengedannya dihentikan dan tali pusat masuk kembali kedalam vagina berarti plasenta telah lepas dari dinding uterus.

d) Perasat *Crede*

Dengan cara memijat uterus seperti memeras jeruk agar plasenta lepas dari dinding uterus hanya dapat di pergunakan bila terpaksa misalnya pendarahan. Perasat ini dapat mengakibatkan kecelakaan perdarahan post partum.

d. Kala IV (Pengawasan)

Kala IV adalah kala pengawasan selama 1-2 jam setelah bayi dan uri lahir untuk mengamati keadaan ibu, terutama terhadap bahaya perdarahan postpartum. Darah yang keluar harus ditakar sebaik-baiknya. Perdarahan pada

persalinan biasanya dikarenakan luka pelepasan plasenta dan robekan pada serviks dan perineum. Jumlah perdarahan rata-rata yang dianggap normal adalah 100-300 cc. Apabila perdarahan lebih dari 500 cc, hal tersebut sudah dianggap abnormal.

Evaluasi dan Penatalaksanaan Kala IV Prawirohardjo (2010) dan Mochtar (2011) :

- 1) Konsistensi rahim : padat dan keras. Baik atau tidaknya dapat diketahui dengan palpasi.
- 2) Perdarahan : ada atau tidak, banyak atau biasa.
- 3) Kandung kemih : harus kosong.
- 4) Luka-luka : jahitannya baik/tidak, ada perdarahan/tidak
- 5) KU ibu : tanda vital (TD, nadi, pernapasan) dan rasa nyeri.
- 6) Bayi dalam keadaan baik.

Saat setelah kala IV kita diwajibkan untuk mengisi lembar Partograf. Partograf adalah alat bantu untuk memantau kemajuan kala satu persalinan dan informasi untuk membuat keputusan klinik (Mochtar, 2011). Tujuan utama dari penggunaan partograf adalah:

- 1) Mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan serviks melalui pemeriksaan dalam.
- 2) Mendeteksi apakah proses persalinan berjalan secara normal. Dengan demikian juga dapat mendeteksi secara dini kemungkinan terjadinya partus lama.
- 3) Data pelengkapan yang terkait dengan pemantauan kondisi ibu, kondisi bayi, grafik kemajuan proses persalinan, bahan dan medikamentosa yang diberikan, pemeriksaan laboratorium, membuat keputusan klinik dan asuhan atau tindakan yang diberikan dimana semua itu dicatatkan secara rinci pada status atau rekam medik ibu bersalin dan bayi baru lahir.

7. Asuhan Persalinan Kala I – Kala IV

a. Asuhan Persalinan Kala I

Berdasarkan Kurve *Friedman*, diperhitungkan pembukaan multigravida 2 cm per jam. Dengan perhitungan tersebut maka waktu pembukaan lengkap dapat diperkirakan (Sulasetyawati dan Nugraheny, 2010).

Menurut Friedman, fase percepatan memulai fase persalinan dan mengarah ke fase lengkung maksimal adalah waktu ketika pembukaan serviks terjadi paling cepat dan meningkat dari 3-4 cm sampai sekitar 8 cm. Pada kondisi normal kecepatan pembukaan konstanta, rata-rata 3 cm per jam, dengan kecepatan maksimal tidak lebih dari 1,2 cm per jam pada nulipara. Pada multipara, kecepatan rata-rata pembukaan selama fase lengkung maksimal 5,7 cm per jam. Fase perlambatan adalah fase aktif. Selama waktu ini, kecepatan pembukaan melambat dan serviks mencapai pembukaan 8 sampai 10 cm sementara penurunan mencapai kecepatan maksimum penurunan rata-rata nulipara adalah 1,6 cm per jam dan normalnya paling sedikit 1,0 cm per jam. Pada multipara, kecepatan penurunan rata-rata 5,4 cm per jam, dengan kecepatan minimal 2,1 cm per jam (Sulasetyawati dan Nugraheny, 2010).

Menurut Sulistyawati dan Nugraheny (2010) asuhan-asuhan kebidanan pada kala I yaitu:

- 1) Pemantauan terus menerus kemajuan persalinan menggunakan partograf, diantaranya :
 - Pembukaan serviks
Nilai dan catat pembukaan serviks dan penipisan setiap 4 jam (lebih sering jika ada tanda penyulit).
 - Penurunan bagian terbawah janin
Nilai dan catat hasil pemeriksaan setiap 4 jam (lebih sering jika ada tanda penyulit).

- Kontraksi uterus

Setiap 30 menit, raba dan catat jumlah kontraksi dalam 10 menit dan lamanya kontraksi dalam satuan detik

2) Pemantauan terus-menerus *vital sign*

a) Frekuensi Nadi

Frekuensi nadi merupakan indikator yang baik dari kondisi fisik umum ibu. Frekuensi nadi normal berkisar antara 60 – 90 kali per menit. Apabila frekuensi nadi meingkat lebih dari 100 kali denyutan per menit, maka hal tersebut dapat mengindikasikan adanya kecemasan yang berlebih, nyeri, infeksi, ketosis dan atau perdarahan. Frekuensi nadi pada kala 1 fase laten dihitung setiap 1 – 2 jam sekali, dan pada kala 1 fase aktif setiap 30 menit.

b) Suhu Tubuh

Suhu tubuh ibu selama proses persalinan harus dijaga agar tetap dalam kondisi normal ($36,5^{\circ} - 37,5^{\circ}\text{C}$). Apabila terjadi *pireksia*, maka dapat menjadi indikator terjadinya infeksi, ketosis, dehidrasi, atau dapat juga berkaitan dengan *analgesia epidural*. Pada proses persalinan normal, pemeriksaan suhu tubuh ibu pada kala 1 (fase laten dan fase aktif), dilakukan setiap 4 jam sekali.

c) Tekanan Darah

Tekanan darah normal pada ibu bersalin cenderung mengalami sedikit kenaikan dari tekanan darah sebelum proses persalinan, berkaitan dengan adanya his. Keadaan hipotensi dapat terjadi akibat posisi ibu telentang, syok, atau *anestesi epidural*. Pada ibu yang mengalami pre-eklamsi atau hipertensi esensial selama kehamilan, proses persalinan akan lebih meningkatkan tekanan darah, sehingga pemantauan tekanan darah ibu harus lebih sering dan lebih cermat. Pada kondisi normal, tekanan darah selama kala 1 (fase laten dan fase aktif), diukur setiap 2 – 4 jam sekali.

3) Pemantauan terus menerus terhadap keadaan janin

a) Pencatatan denyut jantung janin (DJJ)

Pemantauan DJJ dilakukan untuk mengetahui keadaan janin, batas normal DJJ 120-160 x/menit. Nilai dan catat DJJ setiap 30 menit (lebih sering jika ada tanda-tanda gawat janin).

b) Air ketuban

Nilai kondisi air ketuban setiap kali melakukan pemeriksaan dalam dan nilai warna air ketuban jika selaput ketuban pecah. Catat temuan dalam kotak yang sesuai di bawah lajur DJJ dan gunakan lambang :

- U** : Selaput ketuban masih utuh (belum pecah).
- J** : Selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban jernih.
- M** : Selaput ketuban sudah pecah dan bercampur mekonium.
- D** : Selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur darah.
- K** : Selaput ketuban sudah pecah dan tidak mengalir lagi (kering).

c) Penyusupan kepala janin.

Setiap kali melakukan pemeriksaan dalam, nilai penyusupan antar tulang (*molase*) kepala janin. Catat temuan yang ada dalam kotak yang sesuai dibawah lajur air ketuban. Gunakan lambang-lambang berikut :

- 0** : Tulang-tulang kepala janin terpisah, sutura dengan mudah dipalpasi.
- 1** : Tulang-tulang kepala janin hanya saling bersentuhan.
- 2** : Tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih tetapi masih dapat dipisahkan.
- 3** : Tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih dan tidak dapat dipisahkan.

4) Pemberian hidrasi bagi pasien

Menawari dan memberi makan atau minum di sela-sela his agar tenaga ibu bertambah dan ada power pada saat mengejan.

5) Menganjurkan dan membantu pasien dalam upaya perubahan posisi dan ambulansi. Menganjurkan pasien untuk miring kiri untuk mempercepat penurunan kepala janin. Selain itu ambulasi dengan cara berjalan-jalan pelan di sekitar kamar bersalin dapat membantu penurunan kepala janin, namun ambulasi dapat dilakukan jika intensitas nyeri ibu tidak terlalu tinggi dan ibu masih kuat berjalan.

6) Mengupayakan tindakan yang membuat pasien nyaman

a) Mengajarkan tehnik relaksasi dan pengaturan nafas yang baik dan benar yaitu dengan cara menarik nafas panjang melalui hidung dan menghembuskannya melalui mulut, hal ini dapat mengurangi rasa nyeri yang di rasakan.

b) Memberikan dukungan kepada pasien dan menganjurkan keluarga untuk mendampingi ibu agar dapat memberi support dalam proses persalinan.

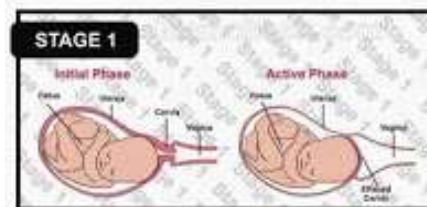
c) Melakukan *massage* atau pijatan lembut pada bagian yang terasa nyeri seperti bagian pinggang dan punggung.

d) Memberikan kesempatan ibu memilih posisi yang nyaman selama persalinan.

e) *Hypnobirth* adalah teknik yang bertujuan untuk menghilangkan rasa takut, cemas, dan tegang saat melahirkan, serta membantu menciptakan lingkungan yang nyaman saat melahirkan. Sebagai Bidan harus mampu memberikan dukungan kepada ibu dalam melakuakn persalinan.

7) Memfasilitasi dukungan keluarga.

Memperbolehkan dan menganjurkan keluarga untuk mendampingi dan member *support* pada proses persalinan selain itu menyarankan keluarga untuk memberi makan atau minum di sela-sela his.



Gambar 2.4 Penurunan kepala
(Sulistyawati, 2010)

b. Asuhan Persalinan Kala II

Kala II mulai bila pembukaan serviks lengkap. Umumnya pada akhir kala I atau pembukaan kala II dengan kepala janin sudah masuk dalam ruang panggul, ketuban pecah sendiri. Bila ketuban belum pecah, ketuban harus dipecahkan. Kadang-kadang pada permulaan kala II wanita tersebut mau muntah atau muntah disertai rasa ingin mengedan kuat. His akan lebih timbul sering dan merupakan tenaga pendorong janin pula. Disamping itu his, wanita tersebut harus dipimpin meneran pada waktu ada his. Diluar ada his denyut jantung janin harus diawasi (Wiknjosastro, 2010).

Menurut Wiknjosastro (2010) gejala dan tanda kala II persalinan adalah:

- Ibu merasa ingin meneran bersamaan adanya kontraksi
- Ibu merasakan adanya peningkatan tekanan pada rektum dan/atau vaginanya
- Vulva-vagina dan sfingter ani membuka
- Meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah.

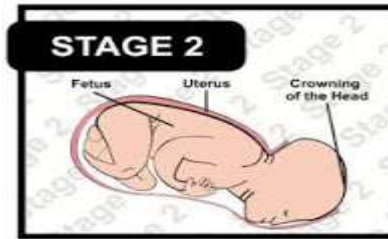
1) Penatalaksanaan Fisiologis Kala II

Penatalaksanaan didasarkan pada prinsip bahwa kala II merupakan peristiwa normal yang diakhiri dengan kelahiran normal tanpa adanya intervensi. Saat pembukaan sudah lengkap, anjurkan ibu meneran sesuai dorongan alamiahnya dan beristirahat di antara dua kontraksi. Jika menginginkan, ibu dapat mengubah posisinya, biarkan ibu mengeluarkan suara selama persalinan dan proses kelahiran berlangsung. Ibu akan meneran tanpa henti selama 10 detik atau lebih, tiga sampai empat kali perkontraksi. Meneran dengan cara ini dikenal sebagai meneran dengan tenggorokan terkatup atau valsava manuver. Meneran dengan cara ini berhubungan dengan kejadian menurunnya DJJ dan rendahnya APGAR (Wiknjosastro, 2010).

2) Asuhan Kala II Persalinan

Menurut Rohani dkk (2011) asuhan kala II persalinan merupakan kelanjutan tanggung jawab bidan pada waktu pelaksanaan asuhan kala I persalinan, yaitu sebagai berikut :

- a) Evaluasi kontinu kesejahteraan ibu
- b) Evaluasi kontinu kesejahteraan janin
- c) Evaluasi kontinu kemajuan persalinan
- d) Perawatan tubuh wanita
- e) Asuhan pendukung wanita dan orang terdekatnya beserta keluarga
- f) Persiapan persalinan
- g) Penatalaksanaan kelahiran
- h) Pembuatan keputusan untuk penatalaksanaan kala II persalinan.



Gambar 2.5 Kepala bayi kroning
(Sulistyawati, 2010)

c. Asuhan Persalinan Kala III

Partus kala III disebut pula kala plasenta. Kala III ini, seperti dijelaskan tidak kalah pentingnya dengan kala I dan II. Kelainan dalam memimpin kala III dapat mengakibatkan kematian karena perdarahan. Kala plasenta dimulai sejak dimulai sejak bayi lahir lengkap sampai plasenta lahir lengkap. Terdapat dua tingkat pada kelahiran plasenta yaitu :

- 1) Melepasnya plasenta dari implantasi pada dinding uterus
- 2) Mengeluarkan plasenta dari kavum uteri (Wiknjastro, 2010).

Menurut Sulistyawati dan Nugraheny (2010) lepasnya plasenta sudah dapat diperkirakan dengan memperhatikan tanda-tanda sebagai berikut :

- 1) Uterus mulai membentuk bundar
- 2) Uterus terdorong ke atas, karena plasenta dilepas ke segmen bawah rahim
- 3) Tali pusat bertambah panjang
- 4) Terjadi perdarahan.

a. Perubahan Fisiologis Kala III

Pada kala III persalinan, otot uterus menyebabkan berkurangnya ukuran rongga uterus secara tiba-tiba setelah lahirnya bayi. Penyusutan ukuran rongga uterus ini menyebabkan implantasi plasenta karena tempat implantasi menjadi semakin kecil, sedangkan ukuran plasenta tidak berubah.

Oleh karena itu plasenta akan menekuk, menebal, kemudian terlepas dari dinding uterus. Setelah lepas, plasenta akan turun ke bagian bawah uterus atau bagian atas vagina (Rohani dkk, 2011).

b. Penatalaksanaan Fisiologis Kala III

Penatalaksanaan aktif didefinisikan sebagai pemberian oksitosin segera setelah lahir bahu anterior, mengklem tali pusat segera setelah kelahiran bayi, menggunakan traksi tali pusat terkendali untuk kelahiran plasenta (Rohani dkk, 2011).

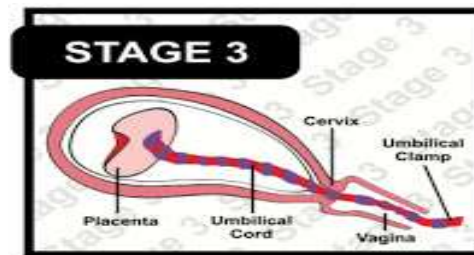
Menurut Wiknjastro (2010) langkah pertama penatalaksanaan kala III pelepasan plasenta adalah :

- 1) Mengevaluasi kemajuan persalinan dan kondisi ibu.
- 2) Pindahkan klem pada tali pusat sekitar 5-10 cm dari vulva, satu tangan ditempatkan di abdomen ibu untuk merasakan, tanpa melakukan masase. Bila plasenta belum lepas tunggu hingga uterus berkontraksi.
- 3) Apabila uterus berkontraksi maka tegangkan tali pusat ke arah bawah, lakukan tekanan dorso-kraniol hingga tali pusat makin menjulur dan korpus uteri bergerak ke atas menandakan plasenta telah lepas dan dapat dilahirkan.
- 4) Setelah plasenta lepas anjurkan ibu untuk meneran agar plasenta terdorong keluar melalui introitus vagina.
- 5) Lahirkan plasenta dengan mengangkat tali pusat ke atas dan menopang plasenta dengan tangan lainnya untuk meletakkan dalam wadah penampung.
- 6) Karena selaput ketuban mudah sobek, pegang plasenta dengan kedua tangan dan secara lembut putar plasenta hingga selaput ketuban terilin menjadi satu. Lakukan penarikan dengan lembut dan perlahan-lahan untuk melahirkan selaput ketuban.

c. Asuhan Persalinan Kala III

Asuhan kala III persalinan adalah sebagai berikut:

- 1) Memberikan pujian kepada pasien atas keberhasilannya
- 2) Lakukan manajemen aktif kala III
- 3) Pantau kontraksi uterus
- 4) Berikan dukungan mental pada pasien
- 5) Berikan informasi mengenai apa yang harus dilakukan oleh pasien dan pendamping agar proses kelahiran plasenta lancar
- 6) Jaga kenyamanan pasien dengan menjaga kebersihan tubuh bagian bawah (perineum) (Rohani dkk, 2011).



Gambar 2.6 Pelepasan plasenta
(Sulistyawati, 2010)

d. Asuhan Persalinan Kala IV

Setelah plasenta lahir lakukan rangsangan taktil (massase uterus) yang bertujuan untuk merangsang uterus berkontraksi baik dan kuat. Lakukan evaluasi tinggi fundus dengan meletakkan jari tangan secara melintang dengan pusat sebagai patokan. Umumnya, fundus uteri setinggi atau beberapa jari di bawah pusat. Kemudian perkirakan kehilangan darah secara keseluruhan periksa kemungkinan perdarahan dari robekan perineum. Lakukan evaluasi keadaan umum ibu dan dokumentasikan semua asuhan dan temuan selama persalinan kala IV (Wiknjosastro, 2010).

Menurut Sulisetyawati dan Nugraheny (2010) kala IV mulai dari lahirnya plasenta selama 1-2 jam. Kala IV dilakukan observasi terhadap perdarahan pasca persalinan, paling sering terjadi 2 jam pertama.

Observasi yang dilakukan adalah sebagai berikut :

- Tingkat kesadaran pasien
- Pemeriksaan tanda-tanda vital : TD, nadi, suhu, dan pernafasan.
- Kontraksi uterus
- Pengeluaran darah

1) Asuhan Kala IV Persalinan

Menurut Rohani dkk (2011) secara umum asuhan kala IV persalinan adalah:

- a) Pemeriksaan fundus setiap 15 menit pada jam pertama dan setiap 30 menit jam ke 2. Jika kontraksi uterus tidak kuat, masase uterus sampai menjadi keras.
- b) Periksa tekanan darah, nadi, kandung kemih, dan perdarahan tiap 15 menit pada jam pertama dan 30 menit pada jam ke 2.
- c) Anjurkan ibu untuk minum untuk mencegah dehidrasi.
- d) Bersihkan perineum dan kenakan pakaian yang bersih dan kering.
- e) Biarkan ibu beristirahat karena telah bekerja keras melahirkan bayinya, bantu ibu posisi yang nyaman.
- f) Biarkan bayi didekat ibu untuk meningkatkan hubungan ibu dan bayi.
- g) Bayi sangat bersiap segera setelah melahirkan. Hal ini sangat tepat untuk memberikan ASI .
- h) Pastikan ibu sudah buang air kecil tiga jam pasca persalinan.
- i) Anjurkan ibu dan keluarga mengenal bagaimana memeriksa fundus dan menimbulkan kontraksi serta tanda-tanda bahaya ibu dan bayi.

7. Inisiasi Menyusu Dini (IMD)

a. Pengertian IMD

IMD adalah proses membiarkan bayi dengan nalurinya sendiri menyusu dalam 1 jam pertama setelah lahir, bersamaan dengan kontak kulit (*skin to skin contact*) antara kulit ibu dengan kulit bayinya (Nurtjahjo dan Paramitia, 2008 dalam Sunansari, 2008).

b. Manfaat IMD

Menurut Dewi, dkk (2011) ada beberapa manfaat yang bisa didapat dengan melakukan IMD adalah :

- 1) Menurunkan resiko kedinginan (*hypothermia*).
- 2) Membuat pernapasan dan detak jantung bayi lebih stabil.
- 3) Bayi akan memiliki kemampuan melawan bakteri.
- 4) Bayi mendapat kolostrum dengan konsentrasi protein dan *immunoglobulin* paling tinggi. IMD akan merangsang pengeluaran oksitosin sehingga pengeluaran ASI dapat terjadi pada hari pertama kelahiran. ASI yang keluar pada hari pertama kelahiran mengandung kolostrum yang memiliki protein dan immunoglobulin dengan konsentrasi paling tinggi. Kolostrum sangat bermanfaat bagi bayi karena kaya akan antibodi dan zat penting untuk pertumbuhan usus dan ketahanan terhadap infeksi yang sangat dibutuhkan bayi demi kelangsungan hidupnya.
- 5) Mendukung keberhasilan ASI Eksklusif
- 6) Membantu pengeluaran plasenta dan mencegah pendarahan. Sentuhan, kuluman dan jilatan bayi pada puting susu ibu akan merangsang sekresi hormon oksitosin yang penting untuk menyebabkan rahim kontraksi yang membantu pengeluaran plasenta dan mengurangi pendarahan sehingga mencegah anemia, merangsang hormon lain yang membuat ibu menjadi tenang, rileks dan mencintai bayinya serta merangsang pengaliran ASI.

8. Persalinan Prematur

a. Definisi Persalinan Prematur

Persalinan prematur adalah persalinan yang terjadi sebelum usia kehamilan 37 minggu (Wiknjosastro, 2011). Organisasi Kesehatan Dunia yaitu WHO (2013) membagi persalinan prematur menjadi tiga kategori berdasarkan umur kehamilan, yaitu:

- 1) *Extremely preterm* bila kurang dari 28 minggu
- 2) *Very preterm* bila kurang dari 32 minggu
- 3) *Moderate to late preterm* antara 32 dan 37 minggu

b. Etiologi Bayi Prematur

Menurut Rukiyah & Yulianti (2012), bayi dengan kelahiran prematur dapat disebabkan oleh beberapa faktor yaitu sebagai berikut:

1) Faktor ibu

Faktor ibu merupakan hal dominan dalam mempengaruhi kejadian prematur, faktor-faktor tersebut di antaranya adalah:

- a) Toksemia gravidarum (preeklampsia dan eklampsia).
- b) Riwayat kelahiran prematur sebelumnya, perdarahan antepartum, malnutrisi dan anemia sel sabit.
- c) Kelainan bentuk uterus (misal: *uterus bikurnis*, *inkompeten serviks*).
- d) Tumor (misal: *mioma uteri*, *eistoma*).
- e) Ibu yang menderita penyakit seperti penyakit akut dengan gejala panas tinggi (misal: *thypus abdominalis*, dan malaria) dan penyakit kronis (misal: TBC, penyakit jantung, hipertensi, penyakit ginjal).
- f) Trauma pada masa kehamilan, antara lain jatuh.
- g) Kebiasaan ibu (ketergantungan obat narkotik, rokok dan alkohol).
- h) Usia ibu pada waktu hamil kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun.
- i) Bekerja yang terlalu berat.

j) Jarak hamil dan bersalin terlalu dekat.

2) Faktor Janin

Beberapa faktor janin yang mempengaruhi kejadian prematur antara lain kehamilan ganda, hidramnion, ketuban pecah dini, cacat bawaan, cacat bawaan, kelainan kromosom, infeksi (rubella, toksoplasmosis), insufensi plasenta, inkompatibilitas darah ibu dari janin (faktor rhesus), infeksi dalam rahim.

3) Faktor Lain

Selain faktor ibu dan janin ada faktor lain yaitu faktor plasenta, seperti plasenta previa dan solusio plasenta, faktor lingkungan, radiasi atau zat-zat beracun, keadaan sosial ekonomi, kebiasaan dan pekerjaan.

c. Dampak Persalinan Prematur

Permasalahan pada persalinan prematur bukan saja pada kematian perinatal, melainkan bayi prematur sering disertai kelainan, baik kelainan jangka pendek maupun jangka panjang. Kelainan jangka pendek yang sering terjadi adalah: RDS (*Respiratory Distress Syndrome*), perdarahan intra/periventrikular, NEC (*Necrotizing Entero Colitis*), displasi bronko-pulmoner, sepsis, dan *paten duktus arteriosus*. Adapun kelainan jangka panjang sering berupa serebral palsy, retinopati, retardasi mental, juga dapat berupa *disfungsi neurobehavioral* dan prestasi sekolah yang kurang baik (Prawirohardjo, 2011).

2.1.4 Konsep Dasar Neonatus

1. Definisi Neonatus

Bayi baru lahir (neonatus) adalah bayi usia 0-28 hari (Depkes, 2010). Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir pada usia kehamilan 37 – 42 minggu dengan berat lahir antara 2500 – 4000 gram (Sondakh, 2013).

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dari kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dan berat badan lahir 2500 gram sampai dengan 4000 gram (Kristiyanasari, 2009).

Bayi baru lahir merupakan individu yang sedang bertumbuh dan baru saja mengalami trauma kelahiran serta harus dapat melakukan penyesuaian diri dari kehidupan intrauterin ke kehidupan ektrauterin (Dewi, 2011).

2. Asuhan Kebidanan Pada Bayi Baru Lahir

a. Kunjungan Bayi Baru Lahir

Kunjungan ulang terdapat minimal tiga kali kunjungan ulang bayi baru lahir (Dewi, 2011) :

- 1) Pada usia 6-48 jam (kunjungan neonatal 1)
 - a) Menjaga kehangatan tubuh bayi. Menghindari memandikan bayi sebelum 6 jam, memakaikan pakaian hangat dan kering serta memakaikan topi penutup kepala untuk mencegah hipotermi.
 - b) Melakukan pemeriksaan fisik
 - c) Menganjurkan pemberian Asi Eksklusif
 - d) Mencegah infeksi dengan cara cuci tangan sebelum dan sesudah menyentuh bayi.
 - e) Merawat tali pusat dengan cara membersihkan dan membungkus tali pusat menggunakan kasa steril tanpa dibubuhi apapun.
 - f) Memberikan imunisasi HB-0
 - g) Melakukan rujukan kasus jika diperlukan
- 2) Pada usia 3-7 hari (kunjungan neonatal 2)
 - a) Melakukan pemeriksaan fisik
 - b) Menjaga tali pusat dalam keadaan bersih dan kering
 - c) Menjaga kebersihan tubuh bayi

- d) Pemeriksaan tanda bahaya seperti kemungkinan tanda infeksi, ikterus, diare, berat badan rendah dan masalah pemberian ASI
 - e) Menganjurkan pemberian ASI eksklusif dan menyusui sesering mungkin (10-14 kali dalam 24 jam)
 - f) Menjaga tubuh bayi agar tetap hangat dan terhindar dari hipotermi
 - g) Melakukan rujukan kasus jika diperlukan
- 3) Pada usia 8-28 hari (kunjungan neonatal 3)
- a) Periksa ada / tidak tanda bahaya dan atau gejala sakit
 - b) Melakukan pemeriksaan fisik
 - c) Menjaga kebersihan tubuh bayi
 - d) Menjaga keamanan bayi
 - e) Menjaga tubuh bayi agar tetap hangat dan terhindar dari hipotermi
 - f) Menganjurkan pemberian ASI eksklusif dan menyusui sesering mungkin (10-14 kali dalam 24 jam)
 - g) Memberitahu ibu tentang imunisasi BCG
 - h) Melakukan rujukan kasus jika diperlukan
- b. Asuhan dan penanganan pada bayi baru lahir
- 1) Pencegahan infeksi

Pencegahan infeksi merupakan penatalaksanaan awal yang harus dilakukan pada bayi baru lahir karena bayi baru lahir sangat rentan terhadap infeksi (Muslihatun, 2010).
 - 2) Mencegah kehilangan panas
 - 3) Perawatan tali pusat

Merawat tali pusat pada bayi baru lahir menurut Lissauer dan Fanaroff (2013) sebagai berikut :

 - a) Selalu mencuci tangan sebelum memegangnya serta menjaga tali pusat tetap kering dan terpapar udara.

b) Membersihkan dengan air bersih, hindari alkohol karena menghambat pelepasan tali pusat.

c) Melipat popok di bawah umbilikus.

4) Pemberian ASI Eksklusif

Anjurkan ibu untuk memberikan ASI dini pada bayinya (dalam 30 menit-1 jam setelah lahir) dan eksklusif. Keuntungan ASI adalah mencegah berbagai penyakit infeksi, meningkatkan kecerdasan, memberikan kekebalan tubuh pasif pada bayi dan mencegah kehilangan panas (Muslihatun, 2010).

5) Pemberian Imunisasi

Imunisasi Hepatitis B bermanfaat untuk mencegah infeksi Hepatitis B terhadap bayi. Imunisasi Hepatitis B pertama diberikan 1 jam setelah pemberian vitamin K1, pada saat bayi berumur 2 jam (Muslihatun, 2010).

6) Pemberian Vitamin K

Vitamin K diberikan baik dalam satu kali suntikan, dalam jumlah besar, secara intramuskular (Lissauer dan Fanaroff, 2013). Dosis untuk semua bayi baru lahir yaitu 1 mg dosis tunggal atau menyediakan dosis injeksi 2 ml (Prawirohardjo, 2010).

7) Profilaksis mata

Semua bayi baru lahir diberikan tetes mata pada waktu satu jam setelah kelahiran sebagai profilaksis melawan infeksi mata gonokokus dan klamida (Prawirohardjo, 2010).

8) Pengukuran Berat Badan dan Panjang Lahir

Bayi yang baru lahir harus ditimbang berat lahirnya. Pengukuran panjang lahir tidak rutin dilakukan karena tidak banyak bermakna. Pengukuran menggunakan pita ukur atau stadiometer (Prawirohardjo, 2010).

3. Tanda bahaya bayi baru lahir

Menurut Prawirohardjo (2010) segera hubungi dokter anak atau perawat praktisi anda jika :

- a. Bayi anda tampak lemah, tidak mau makan, atau bertingkah laku tidak wajar.
- b. Bayi tidak berkemih dalam 24 jam pertama.
- c. Bayi tidak defekasi dalam 48 jam pertama.
- d. Tali pusat berbau busuk atau terdapat pus yang keluar.
- e. Suhu bayi dibawah 36 derajat atau diatas 37 derajat, diukur pada ketiak.
- f. Bagian yang berwarna putih pada mata, berubah menjadi kuning dan warna kulit juga tampak kuning, kecoklatan atau seperti buah persik.

Menurut Prawirohardjo (2010) tanda-tanda bahaya bayi baru lahir. Bila ditemukan tanda bahaya berikut, rujuk bayi ke fasilitas kesehatan :

- a. Tidak dapat menyusu
- b. Kejang
- c. Mengantuk atau tidak sadar
- d. Napas cepat (>60 per menit)
- e. Merintih
- f. Retraksi dinding dada bawah
- g. Sianosis sentral.

4. Konsep Bayi Prematur

a. Definisi Bayi Prematur

Menurut definisi WHO, bayi prematur adalah bayi lahir hidup sebelum usia kehamilan minggu ke 37 (dihitung dari hari pertama haid terakhir). Umumnya kehamilan disebut cukup bulan bila berlangsung antara 37-41 minggu dihitung dari hari pertama siklus haid terakhir pada siklus 28 hari. Sedangkan persalinan yang terjadi sebelum usia kandungan mencapai 37 minggu disebut dengan persalinan prematur (Sulistiarini & Berliana, 2016).

Bayi berat lahir rendah (BBLR) ialah bayi baru lahir yang berat badannya saat lahir kurang dari 2500 gram (sampai dengan 2499 gram). Sejak tahun 1961 WHO telah mengganti istilah prematur dengan bayi berat lahir rendah (BBLR). Hal ini dilakukan karena tidak semua bayi yang berat badannya kurang dari 2500 gram pada waktu lahir adalah bayi prematur (Rukiyah & Yulianti, 2012).

b. Klasifikasi Bayi Prematur

Menurut Rukiyah & Yulianti (2012), bayi dengan kelahiran prematur dapat dibagi menjadi 3 yaitu :

- a) Bayi sangat prematur (*extremely premature*) : 24-30 minggu
- b) Bayi prematur sedang (*moderately premature*) : 31-36 minggu
- c) *Borderline premature* : 37-38 minggu. Bayi ini mempunyai sifat prematur dan matur. Beratnya seperti bayi matur akan tetapi sering timbul masalah seperti yang dialami bayi prematur misalnya gangguan pernapasan, hiperbilirubinemia dan daya isap yang lemah.

c. Tanda dan Gejala Bayi Prematur

Menurut Rukiyah & Yulianti (2012), ada beberapa tanda dan gejala yang dapat muncul pada bayi prematur antara lain adalah sebagai berikut:

- 1) Umur kehamilan sama dengan atau kurang dari 37 minggu.
- 2) Berat badan sama dengan atau kurang dari 2500 gram.
- 3) Panjang badan sama dengan atau kurang dari 46 cm.
- 4) Lingkar kepala sama dengan atau kurang dari 33 cm.
- 5) Lingkar dada sama dengan atau kurang dari 30 cm.
- 6) Rambut lanugo masih banyak.
- 7) Jaringan lemak subkutan tipis atau kurang.
- 8) Tulang rawan daun telinga belum sempurna pertumbuhannya.
- 9) Tumit mengkilap, telapak kaki halus.
- 10) Genetalia belum sempurna, labia minora belum tertutup oleh labia mayora

dan klitoris menonjol (pada bayi perempuan). Testis belum turun ke dalam skrotum, pigmentasi dan rugae pada skrotum kurang (pada bayi laki-laki).

11) Tonus otot lemah sehingga bayi kurang aktif dan pergerakannya lemah.

12) Fungsi saraf yang belum atau tidak efektif dan tangisnya lemah.

13) Jaringan kelenjar mammae masih kurang akibat pertumbuhan otot dan jaringan lemak masih kurang.

14) *Vernix caseosa* tidak ada atau sedikit bila ada.

d. Masalah yang Terjadi pada Bayi Prematur

Menurut Proverawati & Sulistyorini (2010), terdapat beberapa masalah yang dapat terjadi pada bayi prematur baik dalam jangka panjang maupun jangka pendek. Masalah jangka pendeknya antara lain adalah sebagai berikut :

1) Gangguan metabolik, antara lain sebagai berikut:

a) Hipotermia

Terjadi karena sedikitnya lemak tubuh pada bayi prematur dan pengaturan suhu tubuh bayi yang belum matang.

b) Hipoglikemia

Hipoglikemia adalah kondisi ketidaknormalan kadar glukosa serum yang rendah pada bayi yaitu kurang dari 45 mg/dL. Gula darah berfungsi sebagai makanan otak dan membawa oksigen ke otak. Jika asupan glukosa kurang, maka dapat menyebabkan sel-sel saraf di otak mati dan dapat mempengaruhi kecerdasan bayi kelak. Oleh karena itu bayi prematur membutuhkan ASI sesegera mungkin setelah lahir dan minum sering atau setiap 2 jam.

c) Hiperglikemia

Hiperglikemia sering terjadi pada bayi sangat prematur karena mendapat cairan glukosa berlebihan secara intravena.

d) Masalah pemberian ASI

Masalah pemberian ASI terjadi karena ukuran tubuh bayi yang kecil, dan

keadaan bayi yang kurang energi, lemah serta lambungnya yang kecil dan tidak dapat mengisap.

2) Gangguan imunitas, antara lain sebagai berikut:

a) Gangguan imonologik

Daya tahan tubuh terhadap infeksi berkurang karena kadar Ig G maupun gamma globulin yang rendah. Bayi prematur belum sanggup membentuk antibodi dan daya fagositosis serta reaksi terhadap infeksi yang belum baik.

b) Kejang saat dilahirkan

Kejang dapat terjadi karena infeksi sebelum lahir (prenatal), perdarahan intrakranial atau akibat vitamin B6 yang dikonsumsi ibu.

c) Ikterus (kadar bilirubin yang tinggi)

Bayi prematur menjadi kuning lebih awal dari pada bayi cukup bulan pada umumnya. Menurut Marmi (2012), ikterus biasa terjadi pada BBL disebabkan karena organ hati bayi yang belum berfungsi secara sempurna dalam mengolah bilirubin. Oleh karena itu diperlukan terapi sinar matahari setiap pagi pukul 07.00-08.00, dalam jangka waktu 15-30 menit karena dapat menurunkan kadar bilirubin. Mekanisme kerja sinar matahari dapat mengurangi kejadian ikterus karena sinar biru yang terkandung di dalam sinar matahari akan mengubah bilirubin bebas menjadi fotoisomer yang larut dalam air, sehingga bilirubin akan dapat dikeluarkan melalui saluran pencernaan tanpa melalui proses konjugasi dan pada akhirnya akan mengurangi konsentrasi warna kuning yang tampak pada lapisan mukosa, kulit maupun sklera mata bayi. Namun, walaupun sinar matahari langsung dan alami dapat membantu menurunkan kadar bilirubin. Hal tersebut tidak dianjurkan sebagai pengobatan, karena tingkat paparan sinar matahari maupun temperatur tubuh bayi selama penyinaran terlalu sulit diukur dan dikendalikan. Jika hanya untuk menjaga kadar bilirubin bagi bayi, sinar

matahari sudah cukup dengan proses sinar ultra violetnya yang dapat memecah bilirubin dan membantu kerja hati untuk menurunkan bilirubin.

Selain itu ikterus pada BBLR dapat dipengaruhi oleh lemahnya refleks hisap bayi yang berpengaruh pada proses laktasi. Pemberian ASI pada bayi adalah salah satu cara untuk membantu mencegah ikterus pada bayi. Sebagian bahan yang terkandung dalam ASI (*beta glucoronidase*) akan memecah bilirubin menjadi bentuk yang larut dalam lemak, sehingga bilirubin indirek akan meningkat, dan kemudian akan diresorpsi oleh usus. Bayi yang mendapat ASI bila dibandingkan dengan bayi yang mendapat susu formula, mempunyai kadar bilirubin yang lebih tinggi berkaitan dengan penurunan asupan pada beberapa hari pertama kehidupan. Pengobatannya yaitu bukan dengan menghentikan pemberian ASI melainkan dengan meningkatkan frekuensi pemberiannya. Bilirubin juga dapat pecah jika bayi banyak mengeluarkan feses dan urine. Untuk itu bayi harus mendapat cukup ASI. Seperti diketahui ASI memiliki zat-zat terbaik bagi bayi yang dapat memperlancar BAB dan BAK (Marmi dan Rahardjo, 2012).

3) Gangguan pernafasan, antara lain sebagai berikut:

a) Sindroma gangguan pernapasan

Sindroma gangguan pernapasan pada bayi prematur adalah perkembangan imatur pada sistem pernafasan atau tidak adekuatnya jumlah surfaktan pada paru-paru.

b) Asfiksia

Dampak kelahiran prematur adalah proses adaptasi bayi terhadap pernapasan waktu lahir sehingga mengalami asfiksia waktu lahir dan membutuhkan resusitasi.

c) *Apneu* periodik (henti napas)

Organ paru-paru dan susunan saraf pusat yang belum sempurna menyebabkan bayi dengan kelahiran prematur berhenti bernapas.

d) Paru-paru belum berkembang

Organ paru-paru yang belum berkembang menyebabkan bayi mengalami sesak napas (asfiksia) dan membutuhkan resusitasi dengan cepat.

4) Gangguan sistem peredaran darah, antara lain sebagai berikut:

a) Masalah perdarahan

b) Anemia

c) Gangguan jantung

Masalah jangka panjang yang dapat terjadi pada bayi prematur menurut Proverawati dan Sulistyorini (2010), antara lain adalah sebagai berikut:

1) Masalah psikis, antara lain adalah sebagai berikut:

a) Gangguan perkembangan dan pertumbuhan

Pada bayi prematur pertumbuhan dan perkembangan berlangsung lebih lambat karena berkaitan dengan maturitas otak bayi.

b) Gangguan bicara dan komunikasi

Penelitian longitudinal menunjukkan bahwa terdapat perbedaan dalam hal kecepatan berbicara antara bayi prematur dan BBLR dengan bayi cukup bulan dan berat lahir normal (BLN). Pada bayi prematur dan BBLR kemampuan bicaranya akan terlambat dibandingkan bayi cukup bulan dengan berat lahir normal sampai usia 6,5 tahun.

c) Gangguan neurologi dan kognisi

Gangguan neurologis yang sering dialami adalah cerebral palsy. Makin kecil usia kehamilan bayi, maka semakin tinggi resikonya. Gangguan neurologi lain adalah retardasi mental, MMR (*motor mental retardasi*) dan kelainan EEG (dengan atau tanpa epilepsi).

d) Gangguan belajar atau masalah pendidikan

Suatu penelitian longitudinal di negara maju (UK dan Eropa) menunjukkan bahwa lebih banyak anak dengan riwayat kelahiran prematur dan BBLR dimasukkan di sekolah khusus. Namun di negara berkembang sulit untuk menilainya karena faktor kemiskinan juga dapat mempengaruhi.

e) Gangguan atensi dan hiperaktif

Gangguan ini sekarang dikenal dengan ADD dan ADHD yang termasuk dalam gangguan neurologi. Penelitian menunjukkan bahwa gangguan ini lebih banyak terjadi pada bayi prematur dengan berat badan lahir kurang dari 2041 gram.

Gangguan seperti diatas sangat membutuhkan bantuan dan membutuhkan kesabaran orang tua dalam proses mengaruh anak. Selain itu pada ibu dianjurkan untuk melakukan stimulasi pada perkembangan anak meliputi rangsang taktil (pijat, fleksi ekstensi, posisi), vestibular kinestetik (menggoyang, mengayun), pendengaran (menyanyi, musik, rekaman suara ibu, irama jantung ibu), dan visual (gerakan, warna, bentuk) (Bennet, 2013).

e. Penatalaksanaan Pada Bayi Prematur

Menurut Rukiyah & Yulianti (2012), beberapa penatalaksanaan atau penanganan yang dapat diberikan pada bayi prematur adalah sebagai berikut:

- 1) Mempertahankan suhu tubuh dengan ketat. Bayi prematur mudah mengalami hipotermi, oleh sebab itu suhu tubuhnya harus dipertahankan dengan ketat.
- 2) Mencegah infeksi dengan ketat. Bayi prematur sangat rentan dengan infeksi, perhatikan prinsip-prinsip pencegahan infeksi termasuk mencuci tangan sebelum memegang bayi.
- 3) Pengawasan nutrisi. Reflek menelan bayi prematur belum sempurna, oleh sebab itu pemberian nutrisi harus dilakukan dengan cermat.

- 4) Penimbangan ketat. Perubahan berat badan mencerminkan kondisi gizi/nutrisi bayi dan erat kaitannya dengan daya tahan tubuh, oleh sebab itu penimbangan berat badan harus dilakukan dengan ketat. Menurut Marmi (2012), pada minggu pertama bayi akan mengalami penurunan berat badan dikarenakan ASI yang diberikan pada bayi berfungsi untuk membersihkan lambung bayi sehingga pada minggu pertama bayi akan sering BAB, namun hal itu akan kembali setelah minggu pertama dilewati.
- 5) Kain yang basah secepatnya diganti dengan kain yang kering dan bersih serta pertahankan suhu tetap hangat.
- 6) Kepala bayi ditutup topi dan beri oksigen bila perlu.
- 7) Tali pusat dalam keadaan bersih.
- 8) Imunisasi pada bayi prematur dapat dilakukan sama dengan pemberian pada bayi baru lahir normal. Menurut Prawirohardjo (2010) pemberian imunisasi HB₀ pada usia 0-7 hari yang bertujuan untuk mencegah penyakit hepatitis B yang dapat merusak hati. Pemberian imunisasi HB₀ pada bayi prematur dengan umur di bawah 37 minggu atau berat badan di bawah 2500 gram tetap dapat diberikan. Untuk bayi prematur dengan berat badan sangat rendah, lebih dianjurkan imunisasi jika telah mencapai berat badan di atas 2000 gram. Untuk dosis vaksin bayi yang lahir prematur biasanya tetap sama dengan dosis bayi yang lahir normal. Vaksin pada bayi prematur tetap memberikan respon seperti pada bayi normal lainnya, walau kadang bayi prematur memiliki tanggapan respon yang lebih lambat, namun vaksin kekebalan tetap dapat diterima dengan baik olehnya.

f. Ballard score

Ballard score merupakan suatu versi sistem *Dubowitz*. Pada prosedur ini penggunaan kriteria neurologis tidak tergantung pada keadaan bayi yang tenang dan beristirahat, sehingga lebih dapat diandalkan selama beberapa jam pertama

kehidupan. Penilaian menurut Ballard adalah dengan menggabungkan hasil penilaian *maturitas neuromuskuler* dan *maturitas fisik*. Kriteria pemeriksaan *maturitas neuromuskuler* diberi skor, demikian pula kriteria pemeriksaan *maturitas fisik*. Jumlah skor pemeriksaan *maturitas neuromuskuler* dan *maturitas fisik* digabungkan, kemudian dengan menggunakan tabel nilai kematangan dicari masa gestasinya.

1) Maturitas Fisik

	-2	-1	0	1	2	3	4	5
Kulit	Langsat, merah, memucat	Merah ke-putih, kemerahan	Merah, memucat, merah	Merah, memucat, merah, sedikit, kemerahan	Merah, memucat, merah, sedikit, kemerahan	Merah, memucat, merah, sedikit, kemerahan	Merah, memucat, merah, sedikit, kemerahan	Merah, memucat, merah, sedikit, kemerahan
Lataro	Tidak ada	Sangat sedikit	Sedikit	Sedikit	Sedikit	Sedikit	Sedikit	Sedikit
Garis selangit	Terdiri dari 10-12 garis	Terdiri dari 12-14 garis	Terdiri dari 14-16 garis	Terdiri dari 16-18 garis	Terdiri dari 18-20 garis	Terdiri dari 20-22 garis	Terdiri dari 22-24 garis	Terdiri dari 24-26 garis
Payudara	Tidak ada	Sedikit	Sedikit	Sedikit	Sedikit	Sedikit	Sedikit	Sedikit
Mata / telinga	Terlihat memerah	Terlihat memerah	Terlihat memerah	Terlihat memerah	Terlihat memerah	Terlihat memerah	Terlihat memerah	Terlihat memerah
Sensitivitas	Tidak ada	Sedikit	Sedikit	Sedikit	Sedikit	Sedikit	Sedikit	Sedikit
Sensitivitas	Tidak ada	Sedikit	Sedikit	Sedikit	Sedikit	Sedikit	Sedikit	Sedikit

Gambar 2.7 Penilaian maturitas fisik (Ballard, 1991)

2) Maturitas Neuromuskuler

	-1	0	1	2	3	4	5
Postur							
Jendela pergelangan tangan							
Gerakan lengan membalik							
Sudut poplitea							
Tanda selangang							
Lutut ke telinga							

Gambar 2.8 Penilaian maturitas neuromuskuler (Ballard, 1991)

3) Hasil Pemeriksaan

Jumlah skor pemeriksaan *maturitas neuromuskuler* dan *maturitas fisik* digabungkan, kemudian dengan menggunakan tabel nilai kematangan masa gestasinya.

MATURITY RATING

TOTAL SCORE (NEURONASCULAR + PHYSICAL)	WEEKS
-10	20
-5	22
0	24
5	26
10	28
15	30
20	32
25	34
30	36
35	38
40	40
45	42
50	44

Gambar 2.9 Nilai kematangan *Ballard score*
(Ballard, 1991)

2.1.5 Konsep Dasar Masa Nifas

1. Definisi

Masa nifas adalah dimulai sejak 1 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (42 hari) (Prawirohardjo, 2010).

Masa nifas (*puerperium*) adalah masa pemulihan kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti pra-hamil. Lama masa nifas yaitu 6-8 minggu (Mochtar, 2011).

Masa nifas (*puerperium*) dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas kira-kira berlangsung selama 6 minggu (Saifuddin, 2009).

Kala puerperium yang berlangsung selama 6 minggu atau 40 hari merupakan waktu yang diperlukan untuk pulihnya organ kandungan pada keadaan yang normal (Manuaba, 2010).

Dari pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa masa nifas atau puerperium adalah masa setelah persalianan, berlangsung selama 6 minggu atau 40 hari dan masa kembalinya alat-alat kandungan kembali seperti semula.

2. Tujuan Asuhan Masa Nifas

Tujuan asuhan masa nifas diantaranya sebagai berikut:

- a. Menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik fisik maupun psikologi.
- b. Melaksanakan skrining yang komprehensif, mendeteksi masalah, mengobati/merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayinya.
- c. Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, keluarga berencana, menyusui, pemberian imunisasi kepada bayinya dan perawatan bayi sehat.
- d. Memberikan pelayanan keluarga berencana (Suherni, 2009).

3. Tahapan Masa Nifas

Menurut Suherni (2009) masa nifas dibagi menjadi tiga tahap yaitu:

- a. Puerperium dini yakni merupakan masa kepulihan, pada saat ini ibu sudah diperbolehkan berdiri dan jalan-jalan. Dalam agama islam, dianggap bersih dan boleh bekerja setelah 40 hari (Sulistyawati, 2009).
- b. Puerperium intermedial yakni merupakan masa kepulihan alat- alat genitalia secara menyeluruh yang lamanya sekitar 6-8 minggu. Waktunya dapat mencapai berminggu- minggu, bulanan atau tahunan.
- c. Remote puerperium yang merupakan masa yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna, terutama jika saat hamil atau persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna berlangsung selama berminggu- minggu, bulan bahkan tahunan.

4. Perubahan-perubahan Psikologis Masa Nifas

Perubahan peran seorang ibu memerlukan adaptasi yang harus dijalani. Tanggung jawab bertambah dengan hadirnya bayi yang baru lahir. Dorongan serta perhatian anggota keluarga lainnya merupakan dukungan positif untuk ibu. Dalam menjalani adaptasi setelah melahirkan, ibu akan mengalami fase-fase

sebagai berikut (Suherni, 2009):

a. *Fase taking in*

Yaitu periode ketergantungan. Periode ini berlangsung dari hari pertama sampai kedua setelah melahirkan. Pada fase ini, ibu sedang berfokus terutama pada dirinya sendiri. Ibu akan berulang kali menceritakan proses persalinan yang dialaminya dari awal sampai akhir.

b. *Fase taking hold*

Yaitu periode yang berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Pada fase ini ibu timbul rasa khawatir akan ketidakmampuan dan tanggung jawab dalam merawat bayi. Ibu mempunyai perasaan sangat sensitif mudah tersinggung dan gampang marah.

c. *Fase letting go*

Yaitu periode menerima tanggung jawab akan peran barunya. Fase ini berlangsung 10 hari. Ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya.

5. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

a. Uterus

Uterus secara berangsur-angsur menjadi kecil (berinvolusi) hingga akhirnya kembali seperti sebelum hamil.

b. Bekas Implantasi uri (plasenta)

Plasenta bed (tempat plasenta) mengecil karena kontraksi dan menonjol ke kavum uteri dengan diameter 7,5 cm. Sesudah 2 minggu menjadi 3,5 cm, pada minggu ke-enam 2,4 cm dan akhirnya pulih. Luka-luka Pada jalan lahir jika tidak disertai infeksi akan sembuh dalam 6-7 hari.

d. Rasa Nyeri

Rasa nyeri disebut *after pain* (mulas-mulas) disebabkan kontraksi rahim,

berlangsung 2-4 hari setelah persalinan.

e. Lokhea

Lokhea adalah cairan sekret yang berasal dari kavum uteri dan vagina dalam masa nifas (Mochtar, 2011) :

- 1) Lokhea *rubra (cruenta)* : berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, *verniks caseosa*, lanugo, dan mekonium selama 2 hari pasca persalinan.
- 2) Lokhea *sanguinolenta* : berwarna merah kuning, berisi darah dan lendir pada hari ke 3-7 pasca persalinan.
- 3) Lokhea *serosa* : berwarna kuning, cairan tidak berdarah lagi, pada hari ke 7-14 pasca persalinan.
- 4) Lokhea *alba* : cairan putih setelah 2 minggu.
- 5) Lokhea *purulenta* : terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk serta Lokioistasis : lokia tidak lancar keluar.

6. Involusi Uterus

a. Pengertian Involusi

Involusi atau pengerutan uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke bentuk sebelum hamil dengan berat sekitar 60 gram. Proses ini dimulai segera setelah plasenta lahir akibat kontraksi otot – otot polos uterus (Saifuddin, 2010).

b. Proses Involusi Uterus

1) *Autolysis*

Autolysis merupakan proses penghancuran diri sendiri yang terjadi di dalam otot uterine. *Enzim proteolitik* akan memendekkan jaringan otot yang telah sempat mengendur hingga 10 kali panjangnya dari semula dan 5 kali lebar dari semula selama kehamilan (Saifuddin, 2010).

2) Atrofi Jaringan

Atrofi jaringan yaitu jaringan yang berpoliferasi dengan adanya penghentian produksi estrogen dalam jumlah besar yang menyertai pelepasan plasenta (Saifuddin, 2010).

3) Efek Oksitosin

Oksitosin merupakan zat yang dapat merangsang myometrium uterus sehingga dapat berkontraksi. Kontraksi uterus merupakan suatu proses yang kompleks dan terjadi karena adanya pertemuan aktin dan myosin (Saifuddin, 2010).

Tabel 2.5 Perubahan uterus selama *postpartum*

Waktu	TFU	Bobot	Diameter	Servik
Pada akhir persalinan	Setinggi pusat	900 – 1000 gram	12,5 cm	Lembut /lunak
12 jam	Sekitar 12 – 13 cm dari atas symphysis atau 1 cm di bawah pusat/sepusat	-	-	-
3 hari	3 cm dibawah pusat selanjutnya turun 1cm/hari	-	-	-
Hari ke-7	5-6 cm dari pinggir atas symphysis atau $\frac{1}{2}$ pusat Symphysis	450 – 500 gram	7,5 cm	2 cm
Hari ke-14	Tidak teraba	200 gram	5,0 cm	1 cm
Hari ke-40	Normal	60 gram	2,5 cm	Menyempit

(Mochtar, 2011)

c. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Invulsi Uterus

1) Umur

Proses involusi uterus sangat dipengaruhi oleh usia ibu saat melahirkan. Usia 20 – 30 tahun merupakan usia yang sangat ideal untuk terjadinya proses involusi yang baik. Hal ini disebabkan karena faktor

elastisitas dari otot uterus mengingat ibu yang telah berusia 35 tahun lebih elastisitas ototnya berkurang (Mochtar, 2011).

2) Paritas

Sampai dengan paritas tiga rahim ibu bisa kembali seperti sebelum hamil. Setiap kehamilan rahim mengalami pembesaran, terjadi peregangan otot – otot rahim selama 9 bulan kehamilan. Semakin sering ibu hamil dan melahirkan, semakin dekat jarak kehamilan dan kelahiran, elastisitas uterus semakin terganggu, akibatnya uterus tidak berkontraksi secara sempurna dan mengakibatkan lamanya proses pemulihan organ reproduksi (involusi) pasca salin (Mochtar, 2011).

3) Senam nifas

Merupakan senam yang dilakukan pada ibu yang sedang menjalani masa nifas. Tujuannya untuk mempercepat pemulihan kondisi ibu setelah melahirkan, mencegah komplikasi yang mungkin terjadi selama masa nifas, memperkuat otot perut, otot dasar panggul, dan memperlancar sirkulasi pembuluh darah, membantu memperlancar involusi uterus (Mochtar, 2011).

4) IMD (Inisiasi Menyusui Dini)

Memberikan ASI segera setelah bayi lahir memberikan efek kontraksi pada otot polos uterus. Kontak fisik setelah bayi lahir antara ibu dan bayi mengakibatkan konsentrasi perifer oksitosin dalam sirkulasi darah meningkat dengan respon hormonal oksitosin di otak yang memperkuat kontraksi uterus yang dapat membantu penurunan tinggi fundus uteri (TFU) (Mochtar, 2011).

5) Laktasi

Laktasi adalah produksi dan pengeluaran ASI, laktasi ini dapat dipercepat dengan memberikan rangsangan putting susu (isapan bayi/ menetek bayi). Pada puting susu terdapat saraf - saraf sensorik yang jika

mendapat rangsangan (isapan bayi) maka timbul impuls menuju hipotalamus kemudian disampaikan pada kelenjar hipofisis bagian depan dan belakang. Pada kelenjar hipofisis bagian depan akan mempengaruhi pengeluaran hormon prolaktin yang berperan dalam peningkatan produksi ASI, sedangkan kelenjar hipofisis bagian belakang akan mempengaruhi pengeluaran hormon oksitosin yang berfungsi memacu kontraksi otot polos yang ada di dinding alveolus dan dinding saluran, sehingga ASI dipompa keluar serta memacu kontraksi otot rahim sehingga involusi uterus berlangsung lebih cepat (Mochtar, 2011).

6) Mobilisasi Dini

Mobilisasi dini adalah suatu upaya mempertahankan kemandirian sedini mungkin dengan cara membimbing penderita untuk mempertahankan fungsi fisiologis. Mobilisasi menyebabkan perbaikan sirkulasi, membuat nafas dalam dan menstimulasi kembali fungsi gastrointestinal normal. Dengan mobilisasi dini kontraksi uterus akan baik sehingga fundus uteri keras, maka resiko perdarahan yang abnormal dapat dihindarkan, karena kontraksi menyempitkan pembuluh darah yang terbuka (Mochtar, 2011).

7) Gizi

Pada masa nifas dibutuhkan tambahan energi sebesar 500 kkal perhari, kebutuhan tambahan energi ini adalah untuk menunjang proses kontraksi uterus pada proses involusi menuju normal. Kekurangan energi pada ibu nifas dapat menyebabkan proses kontraksi tidak maksimal, sehingga involusi uterus terus berjalan lambat (Mochtar, 2011).

8) Psikologis

Minggu – minggu pertama masa nifas merupakan masa rentan, ibu primipara mungkin frustrasi karena tidak kompeten dalam merawat bayi dan tidak mampu mengontrol situasi (Mochtar, 2011).

7. ASI Eksklusif

ASI Eksklusif (menurut WHO) adalah pemberian ASI saja pada bayi sampai usia 6 bulan tanpa tambahan cairan ataupun makanan lain. ASI dapat diberikan sampai bayi berusia 2 tahun (Kristiyansari, 2009).

Menurut Mochtar (2011) penyebab berkurangnya ASI adalah :

a. Faktor Menyusui

- 1) Tidak melakukan inisiasi dini.
- 2) Menjadwal pemberian ASI.
- 3) Memberi minum bayi sebelum ASI keluar dengan botol atau dot.
- 4) Kesalahan pada posisi dan perlekatan bayi pada saat menyusui.
- 5) Tidak mengkosongkan salah satu payudara saat menyusui.

b. Faktor Psikologis Ibu

Persiapan psikologis ibu sangat menentukan keberhasilan menyusui. Stress, khawatir, ketidak bahagiaan ibu pada periode menyusui sangat berperan dalam mensukseskan pemberian ASI Eksklusif.

c. Faktor Fisik Ibu

Pada ibu yang sakit, lelah, menggunakan pil kontrasepsi atau alat kontrasepsi lain yang mengandung hormon, ibu menyusui yang hamil lagi, peminum alkohol, perokok atau ibu dengan kelainan anatomis payudara dapat mengurangi produksi ASI.

d. Faktor Bayi

Ada beberapa sumber kendala yang bersumber pada bayi, misalnya bayi sakit, prematur dan bayi dengan kelainan bawaan.

e. Keluarga

Keluarga (suami, nenek, bibi dan sebagainya) perlu diinformasikan bahwa seorang ibu perlu dukungan dan bantuan keluarga agar ibu berhasil menyusui.

Menurut Khasanah (2011) ada beberapa faktor penghambat dalam

pemberian ASI Eksklusif yaitu :

- Putting datar dan terbenam
- Nyeri putting
- Putting lecet
- Payudara bengkak
- Saluran ASI tersumbat dan *mastitis*
- Abses payudara
- Produksi ASI kurang

8. Asuhan Kebidanan Masa Nifas

Masa nifas (*puerperium*) dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil, berlangsung kira-kira 6 minggu (Kemenkes RI, 2013).

Menurut Saifuddin (2010) bahwa anjurkan ibu untuk melakukan kontrol/kunjungan masa nifas setidaknya 4 kali yaitu:

- a. 6-8 jam setelah persalinan (sebelum pulang)
 - 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 bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri.
 - 4) Pemberian ASI awal.
 - 5) Melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir.
 - 6) Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermia.
- b. 6 hari setelah persalinan
 - 1) Memastikan involusi uterus berjalan normal (uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal).

- 2) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, perdarahan abnormal.
 - 3) Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan dan istirahat.
 - 4) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tak memperlihatkan tanda-tanda penyulit.
 - 5) Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.
- c. 2 minggu setelah persalinan
- Sama seperti asuhan 6 hari setelah persalinan.
- d. 6 minggu setelah persalinan
- 1) Memberikan konseling untuk KB secara dini.
 - 2) Menanyakan ibu tentang penyulit yang ia atau bayi alami.
 - 3) Berikan informasi tentang perlunya melakukan penanganan hal-hal berikut :
- a) Mobilisasi

Ibu harus istirahat, tidur terlentang selama 8 jam pasca persalinan. Setelahnya, ibu boleh miring kanan dan kiri untuk mencegah terjadinya trombosis dan tromboemboli. Pada hari ke-2, ibu diperbolehkan duduk. Hari ke-3 ibu berjalan-jalan, dan hari-4 atau ke-5 boleh pulang (Mochtar, 2011).
 - b) Nutrisi

Makanan harus bermutu, bergizi dan cukup kalori, seperti protein, cairan, sayur-sayuran dan buah-buahan (Mochtar, 2011).
 - c) Kebersihan Diri

Membersihkan daerah vulva dari depan ke belakang setelah buang air kecil atau besar dengan sabun dan air. Mengganti pembalut dua kali sehari. Mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelamin. Menghindari menyentuh daerah luka

episiotomi atau laserasi (Kemenkes RI, 2013).

d) Miksi

Hendaknya buang air kecil dilakukan sendiri secepatnya. Kadang-kadang wanita mengalami kesulitan berkemih karena sfingter uretra ditekan oleh kepala janin dan spasme akibat iritasi sfingter ani selama persalinan (Mochtar, 2011).

e) Defekasi

Buang air besar harus dilakukan 3-4 hari pasca persalinan.

f) Perawatan payudara

Perawatan payudara sudah dimulai sejak wanita hamil supaya puting susu lemas, tidak keras, dan kering sebagai persiapan menyusui bayi.

g) Laktasi

h) Melakukan KB untuk menjarangkan anak (Mochtar, 2011).

9. Tanda-tanda Bahaya Masa Nifas

Tanda bahaya nifas adalah suatu tanda yang abnormal yang mengindikasikan adanya bahaya/komplikasi yang dapat terjadi selama masa nifas, apabila tidak dilaporkan atau tidak terdeteksi bisa menyebabkan kematian ibu (Pusdiknakes,2011).

Tanda-tanda bahaya masa nifas, sebagai berikut :

a. Pendarahan Post Partum

Pendarahan post partum adalah pendarahan lebih dari 500-600ml dalam masa 24 jam setelah anak lahir (Prawirohardjo, 2010). Menurut waktu terjadinya dibagi atas 2 bagian:

- 1) Pendarahan Post Partum Primer (*Early Post Partum Hemorrhagie*) yang terjadi dalam 24 jam setelah anak lahir. Penyebab utama adalah atonia uteri, retensio plasenta, sisa plasenta dan robekan jalan lahir.
- 2) Pendarahan Post Partum Sekunder (*Late Post Partum Hemorrhagie*) yang

terjadi setelah 24 jam, biasanya terjadi antara hari ke 5-15 post partum. Penyebab utama adalah robekan jalan lahir dan sisa plasenta (Prawirohardjo, 2010).

b. Lokhea yang Berbau Busuk (Bau dari Vagina)

Lokhea adalah cairan yang dikeluarkan uterus melalui vagina dalam masa nifas sifat lokhea alkalis, jumlah lebih banyak dari pengeluaran lendir waktu menstruasi dan berbau anyir (cairan ini berasal dari bekas melekatnya plasenta).

c. Keluarnya cairan dari vagina

d. Adanya bau yang menyengat dari vagina

e. Disertai dengan demam $> 38^{\circ}\text{C}$

f. Sub-Involusi Uterus (pengecilan rahim yang terganggu)

Involusi adalah keadaan uterus yang mengecil oleh kontraksi rahim dimana berat rahim dari 1000 gr saat setelah bersalin, menjadi 40-60 mg 6 minggu kemudian. Bila pengecilan ini kurang baik atau terganggu disebut sub-involusi (Prawirohardjo, 2010). Faktor penyebab sub-involusi, antara lain : sisa plasenta dalam uterus, endometritis, adanya mioma uteri (Prawirohardjo, 2010).

g. Nyeri pada Perut dan Panggul

Tanda dan gejala

1) *Peritonitis* (Peradangan pada peritoneum)

2) Demam

3) Nyeri perut bagian bawah

4) Suhu meningkat

5) Nadi cepat dan kecil

6) Nyeri tekan

7) Pucat muka cekung, kulit dingin

- 8) Anoreksia terkadang muntah
- 9) Pusing dan Lemas yang berlebihan

Menurut Manuaba (2010), pusing dan lemas pada masa nifas dapat disebabkan karena tekanan darah rendah, anemia, kurang istirahat dan kurangnya asupan kalori sehingga ibu kelihatan pucat, gejalanya :

- 1) Sakit kepala yang sangat pada salah satu sisi atau seluruh bagian kepala
- 2) Kepala terasa berdenyut dan disertai rasa mual dan muntah
- 3) Lemas
- 4) Suhu tubuh Ibu $>38^{\circ}\text{C}$
- 5) Penyulit dalam menyusui

Untuk dapat melancarkan ASI, dilakukan persiapan sejak awal kehamilan dengan melakukan massase, menghilangkan kerak pada puting susu sehingga duktusnya tidak tersumbat. Untuk menghindari puting susu terbenam sebaiknya sejak hamil, ibu dapat menarik-narik puting susu dan ibu harus tetap menyusui agar puting selalu sering tertarik. Sedangkan untuk menghindari puting lecet yaitu dengan melakukan teknik menyusui yang benar, puting harus kering saat menyusui. Puting lecet dapat disebabkan karena cara menyusui dan perawatan payudara yang tidak benar, bila lecetnya kuat menyusui 24-48 jam dan ASI dikeluarkan dengan tangan atau pompa. Beberapa keadaan abnormal pada masa menyusui yang mungkin terjadi (Sulistyawati, 2015):

a. Bendungan ASI

Penyebab : penyempitan *duktus laktiferus*, kelenjar yang tidak dikosongkan dengan sempurna, kelainan pada puting susu.

Gejala : timbul pada hari ke 3-5, payudara bengkak, keras, tegang, panas dan nyeri, suhu tubuh meningkat.

b. *Mastitis*

Mastitis adalah suatu peradangan pada payudara biasanya terjadi pada 3 minggu setelah melahirkan. Penyebabnya salah satunya kuman yang menyebar melalui luka pada puting susu/peredaran darah.

Tanda dan gejala :

- a) Payudara membesar dan keras
- b) Payudara nyeri, memerah dan membisul
- c) Suhu tubuh meningkat dan menggigil

c. Abses payudara

Abses payudara adalah terdapat masa padat mengeras dibawah kulit yang kemerahan terjadi karena mastitis. Gejala sama dengan mastitis terdapat bisul yang pecah dan bernanah (Sulistyawati, 2015).

2.1.6 Keluarga Berencana

1. Definisi

Keluarga berencana adalah suatu usaha untuk menjarangkan atau merencanakan jumlah dan jarak kehamilan dengan memakai kontrasepsi (Mochtar, 2011).

Keluarga berencana adalah tindakan yang membantu individu atau pasangan suami istri untuk mendapatkan objektif-objektif tertentu, menghindari kelahiran yang tidak diinginkan, mendapatkan kelahiran yang memang diinginkan, mengatur interval di antara kehamilan, mengontrol waktu saat kelahiran dalam hubungan dengan umur suami istri dan menentukan jumlah anak dalam keluarga (Hartanto, 2009).

Keluarga berencana pasca salin adalah melakukan tindakan KB ketika wanita baru melahirkan atau keguguran di rumah sakit, atau memberi pengarahan agar memilih KB efektif (Manuaba, 2010).

2. Tujuan Keluarga Berencana

Tujuan umum keluarga berencana adalah membentuk keluarga kecil yang sesuai dengan kekuatan sosial ekonomi dalam suatu keluarga dengan cara mengatur melahirkan anak (Mochtar, 2011).

Kontrasepsi atau antikonsepsi (*conception control*) adalah cara, alat, atau obat-obatan untuk mencegah terjadinya konsepsi (Mochtar, 2011)

3. Memilih Metode Kontrasepsi

Menurut Hartanto (2009), ada beberapa hal yang perlu dipertimbangkan dalam memilih kontrasepsi. Metode kontrasepsi yang baik ialah kontrasepsi yang memiliki syarat-syarat sebagai berikut :

- a. Aman atau tidak berbahaya
- b. Dapat diandalkan
- c. Sederhana
- d. Murah
- e. Dapat diterima oleh orang banyak
- f. Pemakaian jangka lama (*continuation rate* tinggi).

4. Macam-Macam Metode Kontrasepsi

- a. Senggama Terputus (*Coitus Interruptus*)

Senggama terputus adalah didasarkan pada kenyataan pria dapat merasa jika ia akan berejakulasi (Mochtar, 2011). Cara kerjanya adalah dengan penarikan penis dari vagina sebelum terjadi ejakulasi. Dengan demikian semen (air mani) sengaja dikeluarkan di luar liang senggama.

1) Manfaat

- a) Efektif bila digunakan dengan benar
- b) Tidak mengganggu produksi ASI
- c) Dapat digunakan sebagai pendukung metode KB lainnya
- d) Tidak Ada efek samping

- e) Dapat digunakan setiap waktu
- f) Tidak membutuhkan biaya Non Kontrasepsi
- g) Meningkatkan keterlibatan pria dalam keluarga berencana
- h) Untuk pasangan memungkinkan hubungan lebih dekat dan pengertian yang sangat dalam.

2) Keterbatasan

- a) Efektifitas bergantung pada kesediaan pasangan untuk melakukan sanggama terputus setiap melaksanakannya (angka kegagalan 4 – 18 kehamilan per 100 perempuan per tahun).
- b) Efektifitas akan jauh menurun apabila sperma dalam 24 jam sejak ejakulasi masih melekat pada penis.
- c) Memutus kenikmatan dalam berhubungan seksual.

3) Dapat dipakai untuk :

- a) Pria yang ingin berpartisipasi aktif dalam keluarga berencana
- b) Pasangan yang tidak ingin memakai metode KB lainnya
- c) Pasangan yang memerlukan kontrasepsi dengan segera
- d) Pasangan yang memerlukan metode sementara, sambil menunggu metode yang lainnya
- e) Pasangan yang memerlukan metode pendukung
- f) Pasangan yang melakukan hubungan seksual tidak teratur.

4) Tidak dapat dipakai untuk :

- a) Pria dengan pengalaman ejakulasi dini
- b) Pria yang sulit melakukan sanggama terputus
- c) Pria yang memiliki kelainan fisik atau psikologis
- d) Perempuan yang mempunyai pasangan yang sulit bekerja sama
- e) Pasangan yang kurang dapat saling berkomunikasi
- f) Pasangan yang tidak bersedia melakukan sanggama terputus

5) Efek samping

Tidak ada efek samping dengan memakai kontrasepsi alamiah seperti KB senggama terputus. Namun proses senggama terputus bisa mengganggu kepuasan pria dalam berhubungan seksual.

b. Metode Amenore Laktasi (MAL)

Sepanjang sejarah telah lama mengetahui bahwa jika ibu menyusui bayinya, selama mereka menyusui kemungkinan menjadi hamil akan lebih kecil dan bersifat sementara (Mochtar, 2011).

Metode amenore laktasi (MAL) adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian ASI. MAL dapat dikatakan sebagai kontrasepsi bila terdapat keadaan-keadaan berikut:

- Menyusui secara penuh, tanpa susu formula dan makanan pendamping
- Belum haid sejak masa nifas selesai
- Umur bayi kurang dari 6 bulan

1) Beberapa keuntungan kontrasepsi ini adalah sebagai berikut:

- a) Efektifitas tinggi (keberhasilan 98% pada 6 bulan pasca-persalinan).
- b) Segera efektif
- c) Tidak mengganggu senggama
- d) Tidak ada efek samping secara sistem
- e) Tidak perlu pengawasan
- f) Tidak perlu obat atau alat
- g) Tanpa biaya

2) Keterbatasan dari metode ini adalah sebagai berikut :

- a) Perlu persiapan sejak perawatan kehamilan agar segera menyusun dalam 30 menit pasca-persalinan
- b) Mungkin sulit dilaksanakan karena kondisi sosial

c) Tidak melindungi terhadap infeksi menular seksual (PMS) termasuk virus hepatitis B/HIV/AIDS.

3) Pelaksanaan dari metode ini adalah sebagai berikut :

- a) Bayi disusui secara on demand/menurut kebutuhan bayi.
- b) Biarkan bayi menghisap sampai dia sendiri yang melepaskan isapannya.
- c) Susui bayi anda jug pada malam hari karena menyusui waktu malam mempertahankan kecukupan persediaan ASI.
- d) Bayi terus disusukan walau ibu/bayi sedang sakit
- e) Ketika ibu mulai dapat haid lagi, pertanda sudah subur kembali dan harus segera mulai menggunakan metode KB lainnya (Mochtar, 2011).

c. Metode Keluarga Berencana Alamiah (KBA)

1) Macam-macam KBA

a) Metode Lendir Serviks atau lebih dikenal sebagai *Metode Ovulasi Billings* (MOB) atau metode dua hari mukosa serviks. Metode mukosa serviks atau metode ovulasi merupakan metode KB alami dengan cara mengenali masa subur dari siklus menstruasi dengan mengamati lendir serviks dan perubahan rasa pada vulva menjelang hari ovulasi.

Pengamatan lendir serviks dapat dilakukan dengan :

- (1) Merasakan [perubahan](#) rasa pada [vulva](#) sepanjang hari.
- (2) Melihat langsung lendir pada waktu tertentu.

Pada malam harinya, hasil pengamatan ini harus dicatat. Catatan ini akan menunjukkan pola kesuburan dan pola ketidaksuburan (Saifuddin, 2010).

b) Metode *Simptomtermal*

Metode *simptomthermal* merupakan metode [keluarga berencana](#) alamiah (KBA) yang mengidentifikasi [masa subur](#) dari siklus [menstruasi wanita](#). Metode *simptomthermal* mengkombinasikan metode suhu basal [tubuh](#) dan mukosa [serviks](#).

Metode *simptomthermal* digunakan sebagai alat kontrasepsi atau menghindari [kehamilan](#) dengan tidak melakukan hubungan [seksual](#) ketika berpotensi subur (pantang saat [masa subur](#)) (Mochtar, 2011).

c) Sistem Kalender atau Pantang Berkala

Sel telur (ovum) dapat hidup 6-24 jam sedangkan air mani (sperma) selama 48-72 jam. Konsepsi mungkin akan terjadi jika dilakukan 2 hari sebelum dan sesudah ovulasi. Siklus haid wanita mengalami ovulasi (subur) hanya 1 kali sebulan. Ovulasi terjadi 14 hari sebelum haid berikutnya atau beberapa hari sebelum atau sesudah hari tersebut (Mochtar, 2011).

d) Metode Suhu Basal

Suhu badan diukur memakai termometer, sewaktu bangun pagi hari (dalam keadaan istirahat penuh), setiap hari. Hasil pengukuran dicatat pada kartu pencatatan suhu badan (Mochtar, 2011).

(1) Mekanisme Kerja

(a) Untuk kontrasepsi

Senggama dihindari pada masa subur yaitu pada fase siklus menstruasi dimana kemungkinan terjadi konsepsi/kehamilan.

(b) Untuk konsepsi/mencapai kehamilan

Senggama direncanakan pada masa subur yaitu dekat dengan pertengahan siklus (biasanya pada hari ke 10-15), atau terdapat tanda-

tanda adanya kesuburan, ketika kemungkinan besar terjadinya konsepsi (Mochtar, 2011).

(2) Manfaat

(a) Kontrasepsi

- Dapat digunakan untuk menghindari atau mencapai kehamilan
- Tidak ada risiko kesehatan yang berhubungan dengan kontrasepsi
- Tidak ada efek samping sistemik
- Murah atau tanpa biaya

(b) Non kontrasepsi

- Meningkatkan keterlibatan suami dalam keluarga berencana
- Menambahkan pengetahuan tentang sistem reproduksi oleh suami dan istri
- Memungkinkan mengeratkan relasi/hubungan melalui peningkatan komunikasi antara suami istri/pasangan.

(3) Keterbatasan

- (a) Sebagai kontrasepsi sedang (9-20 kehamilan per 100 perempuan selama tahun pertama pemakaian). Catatan untuk *Metode Ovulasi Billings* bila aturan ditaati kegagalan 0% (kegagalan metode/method failure dan 0-3% kegagalan pemakai/user's failure, yaitu pasangan dengan sengaja atau tanpa sengaja melanggar aturan untuk mencegah kehamilan).
- (b) Keefektifan tergantung dari kemauan dan disiplin pasangan untuk mengikuti instruksi.
- (c) Perlu ada pelatihan sebagai persyaratan untuk menggunakan jenis KBA yang paling efektif secara benar.
- (d) Dibutuhkan pelatih/guru KBA (bukan tenaga medis)

- (e) Pelatih/guru KBA harus mampu membantu ibu mengenali masa suburnya, memotivasi pasangan untuk menaati aturan jika ingin menghindari kehamilan dan menyediakan alat bantu jika diperlukan; misalnya buku catatan khusus, termometer (oral atau suhu basal)
- (f) Perlu pantang selama masa subur untuk menghindari kehamilan
- (g) Perlu pencatatan setiap hari
- (h) Infeksi vagina membuat lendir serviks sulit dinilai
- (i) Termometer basal diperlukan untuk metode tertentu
- (j) Tidak terhitung dari IMS termasuk HBV (Virus Hepatitis B) dan HIV/AIDS (Mochtar, 2011).

d. Metode Barrier

1) Kondom

Kondom merupakan selubung / sarung karet yang dapat terbuat dari berbagai bahan di antaranya lateks (karet), plastik (vinil) atau bahan alami (produksi hewani) yang dipasang pada penis saat hubungan seksual (Affandi, 2012).

Kondom tidak hanya mencegah kehamilan, tetapi juga mencegah IMS termasuk HIV/AIDS. Kondom merupakan selubung karet yang dapat terbuat dari berbagai bahan diantaranya lateks, plastik, atau bahan alami yang dipasang pada penis saat berhubungan seksual. Cara kerjanya adalah :

- 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 tumpah ke dalam saluran reproduksi perempuan.
- b) Mencegah penularan mikroorganisme (IMS termasuk HBV dan HIV/AIDS) dari satu pasang kepada pasangan kepada pasangan yang lain (khusus kondom yang terbuat dari lateks dan vinil) (Affandi, 2012).

Efektivitas dari kondom ini 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 (Affandi, 2012).

a) Keuntungan

- (1) Efektif bila digunakan dengan benar
- (2) Tidak mengganggu produksi ASI
- (3) Tidak mempunyai pengaruh sistemik
- (4) Murah dan dapat dibeli secara umum
- (5) Metode kontrasepsi sementara bila metode kontrasepsi lainnya harus ditunda
- (6) Memberi dorongan kepada pria untuk ikut ber KB
- (7) Dapat mencegah penularan IMS
- (8) Mencegah ejakulasi dini
- (9) Membantu mencegah terjadinya kanker serviks (mengurangi iritasi bahan karsinogenik eksogen pada serviks)(Affandi, 2012)..

b) Keterbatasan

- (1) Efektivitas tidak terlalu tinggi
- (2) Agak mengganggu hubungan seksual (mengurangi sentuhan langsung)
- (3) Pada beberapa klien bisa menyebabkan kesulitan untuk mempertahankan ereksi
- (4) Pembuangan kondom bekas mungkin menimbulkan masalah dalam hal limbah (Affandi, 2012).

c) Efek samping

Tidak ada efek samping dengan memakai kontrasepsi alamiah seperti KB senggama terputus. Namun proses senggama terputus bisa mengganggu kepuasan pria dalam berhubungan seksual (Affandi, 2012).

2) Diafragma

Diafragma adalah kap terbentuk bulat cembung, terbuat dari lateks (karet) yang diinsersikan ke dalam vagina sebelum berhubungan seksual dan menutup serviks (Affandi, 2012).

a) Manfaaf

- (1) Efektif bila digunakan dengan benar
- (2) Tidak mengganggu produksi ASI
- (3) Tidak mengganggu hubungan seksual karena telah terpasang sampai 6 jam sebelumnya
- (4) Salah satu perlindungan terhadap IMS/HIV/AIDS, khusus apabila digunakan dengan spermisida. Bila digunakan pada saat haid, menampung darah menstruasi (Affandi, 2012).

b) Keterbatasan

- (1) Efektivitas sedang (bila digunakan dengan spermisida angka kegagalan 6-18 kehamilan per 100 perempuan per tahun pertama)
- (2) Keberhasilan sebagai kontrasepsi bergantung pada kepatuhan mengikuti cara penggunaan
- (3) Beberapa pengguna menjadi penyebab infeksi saluran uretra
- (4) Pada 6 jam pascahubungan seksual, alat masih harus berada di posisinya (Affandi, 2012).

3) Spermisida

Spermisida adalah bahan kimia (biasanya non oksinol) digunakan untuk menonaktifkan atau membunuh sperma.

a) Cara Kerja

Menyebabkan sel membran sperma terpecah, memperlambat pergerakan sperma, dan menurunkan kemampuan pembuahan sel telur (Affandi, 2012).

b) Manfaat

- (1) Efektif seketika (busa dan krim).
- (2) Tidak mengganggu produksi ASI.
- (3) Meningkatkan lubrikasi selama hubungan seksual
- (4) Tidak perlu resep dokter atau pemeriksaan kesehatan khusus.
- (5) Merupakan salah satu perlindungan terhadap IMS termasuk HBV dan HIV/AIDS (Affandi, 2012).

c) Keterbatasan

- (1) Efektivitas kurang (3 – 21 kehamilan per 100 perempuan per tahun pertama).
- (2) Ketergantungan pengguna dari motivasi berkelanjutan dengan memakai setiap melakukan hubungan seksual (tablet busa vagina, suppositoria dan film).
- (3) Efektifitas aplikasi hanya 1-2 jam (Affandi, 2012).

e. Kontrasepsi kombinasi (hormone esterogen dan progesteron).

1) Pil kombinasi

Pil kombinasi adalah pil yang berisi hormon sintesis estrogen dan progesteron (Affandi, 2012).

a) Jenis

- (1) Monofasik adalah pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen/ progestin dalam dosis yang sama, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif.
- (2) Bifasik adalah pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen/ progestin dengan dua dosis yang berbeda, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif.
- (3) Trifasik adalah pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen/ progestin dengan tiga dosis yang berbasis, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif (Affandi, 2012).

b) Cara kerja

- (1) Menekan ovulasi
- (2) Mencegah implantasi
- (3) Lendir serviks mengental sehingga sulit di lalui oleh sperma (Affandi, 2012).

c) Efektivitas

Efektivitas tinggi, 1 kehamilan/1000 perempuan dalam tahun pertama penggunaan (Affandi, 2012).

d) Keuntungan

- (1) Tidak mengganggu hubungan seksual
- (2) Siklus haid menjadi teratur (mencegah anemia)
- (3) Dapat digunakan sebagai metode jangka panjang
- (4) Dapat digunakan pada masa remaja hingga menopause
- (5) Mudah dihentikan setiap saat
- (6) Kesuburan cepat kembali setelah penggunaan pil dihentikan
- (7) Membantu mencegah : kehamilan ektopik, kanker ovarium, kanker endometrium, kista ovarium, *acne*, *desminorrhoe* (Affandi, 2012).

e) Keterbatasan

- (1) Mahal dan membosankan karena dipakai setiap hari
- (2) Mual pada 3 bulan pertama
- (3) Keluar bercak atau perdarahan pada 3 bulan pertama
- (4) Pusing
- (5) Nyeri payudara
- (6) Kenaikan berat badan
- (7) Tidak mencegah PMS
- (8) Tidak boleh digunakan untuk ibu yang menyusui
- (9) Dapat meningkatkan tekanan darah sehingga resiko stroke (Affandi, 2012).

f) Yang dapat menggunakan Pil Kombinasi

- (1) Usia reproduksi
- (2) Telah memiliki anak ataupun yang belum memiliki anak
- (3) Gemuk atau kurus
- (4) Setelah melahirkan dan tidak menyusui
- (5) Pasca keguguran
- (6) Anemia karena haid berlebihan
- (7) Riwayat kehamilan ektopik
- (8) Kelainan payudara jinak
- (9) Siklus haid tidak teratur (Affandi, 2012).

g) Kontra indikasi

- (1) Hamil atau dicurigai hamil
- (2) Jantung iskemik/ arteri koroner
- (3) *Trombophlebitis*, serebro vaskuler (pernah dan sedang)
- (4) Menyusui eksklusif
- (5) Karsinoma payudara

- (6) Tumor hepar, ikterus/hepatitis
 - (7) Neo plasma, *hiperlipidemia*
 - (8) Perdarahan pervaginam yang belum diketahui penyebabnya.
 - (9) Tekanan darah > 180/110 mmHg (Affandi, 2012).
- h) Instruksi / cara penggunaan
- (1) Sebaiknya pil diminum setiap hari di waktu yang sama
 - (2) Pil pertama dimulai hari pertama siklus haid ini sangat dianjurkan
 - (3) Bila paket 28 tablet habis, mulai minum dari pake yang baru. Paket 21 pil habis sebaiknya tunggu 1 minggu baru minum pil dari paket yang baru
 - (4) Bila muntah dalam waktu 2 jam, minum pil lain atau gunakan kontrasespsi lain
 - (5) Pil oral bukan barrier mekanis terhadap penularan PMS dan tidak melindungi dari HIV
 - (6) Bila lupa minum 1 pil setelah ingat segera minum pil tersebut dan minumlah pil untuk hari ini seperti biasa
 - (7) Bila lupa 2 pil setelah ingat segera minum 2 pil di hari itu dan 2 pil lagi di hari berikutnya. Dampak dari hal ini adalah dimungkinkan terjadinya spotting lebih besar, gunakan kondom sampai terjadi haid
 - (8) Bila lupa minum 3 pil berturut-turut/ lebih, hentikan pemakaian, gunakan metode lain bila ingin menggunakan pil lagi tunggu menstruasi dan gunakan dari kemasan baru
 - (9) Waktu mulai minum pil :
 - Setiap saat asalkan ibu tidak hamil
 - Hari pertama sampai hari ke 7 siklus haid
 - Boleh menggunakan pada hari ke 8, perlu menggunakan metode kontrasepsi lain sampai hari ke 14 atau tidak berhubungan seksual

- Setelah melahirkan : setelah 6 bulan pemberian ASI eksklusif, setelah 3 bulan dan tidak menyusui, pasca keguguran
- Bila berhenti menggunakan kontrasepsi injeksi dan ingin menggantikan dengan pil kombinasi, pil dapat segera diberikan tanpa perlu menunggu haid (Affandi, 2012).

(10) Efek samping

- *Amenorrhoe*
- Mual, pusing atau muntah
- Perdarahan pervaginam (Affandi, 2012).

2) Suntikan kombinasi

a) Jenis menurut (Affandi, 2012) yaitu:

- (1) Depo medroksi progesteron asetat dosis 25 mg dan estradiol sipionat dosis 5 mg yang diberikan secara IM sebulan sekali.
- (2) Noretindrom enantat dosis 50 mg dan estradiol valerat dosis 5 mg yang diberikan secara IM sebulan sekali.

b) Mekanisme kerja

- (1) Menekan ovulasi
- (2) Menghambat transportasi gamet oleh tuba
- (3) Mempertebal mucus serviks (mencegah penetrasi sperma)
- (4) Mengganggu pertumbuhan endometrium, sehingga menyulitkan proses implantasi (Affandi, 2012).

c) Keuntungan

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

- (5) Mengurangi jumlah perdarahan sehingga mengurangi anemia
 - (6) Dapat diberikan kepada perempuan usia *premenopause*
 - (7) Mengurangi nyeri haid (Affandi, 2012).
- d) Kerugian
- (1) Terjadi perubahan pada pola haid
 - (2) Mual, sakit kepala, nyeri payudara ringan dan keluhan seperti ini akan hilang setelah suntikan kedua dan ketiga.
 - (3) Efektivitas turun jika intraksi dengan obat : epilepsi (fenitoin, barbiturat) dan rifampisin
 - (4) Terlambatnya pemulihan kesuburan setelah berhenti
 - (5) Penambahan berat badan
 - (6) Tidak menjamin perlindungan terhadap penularan infeksi menular seksual, hepatitis B virus, atau infeksi virus HIV (Affandi, 2012).
- e) Indikasi
- (1) Anemia
 - (2) Haid teratur
 - (3) Usia reproduksi
 - (4) Nyeri haid hebat
 - (5) Memberikan ASI > 6 bulan
 - (6) Riwayat kehamilan ektopik
 - (7) Pasca persalinan dan tidak menyusui
 - (8) Sering lupa menggunakan pil kontrasepsi
 - (9) Telah memiliki anak ataupun belum memiliki anak (Affandi, 2012).
- f) Kontra indikasi
- (1) Hamil atau diduga hamil
 - (2) Perdarahan pervaginam yang tidak diketahui penyebabnya
 - (3) Perokok usia >35 tahun

- (4) Riwayat penyakit jantung atau tekanan darah tinggi
- (5) Riwayat *thromboemboli* atau DM > 20 tahun
- (6) Penyakit hati akut
- (7) Menyusui dibawah 6 minggu pasca persalinan
- (8) Kelainan pembuluh darah yang menyebabkan sakit kepala atau migraine (Affandi, 2012).

g) Cara penggunaan

- (1) Dilakukan penyuntikan secara intra muscular setiap bulan
- (2) Diulang setiap 4 minggu
- (3) 7 hari lebih awal berisiko gangguan perdarahan
- (4) Setelah hari ke 7 dianjurkan agar tidak berhubungan 7 hari kemudian atau gunakan kontrasepsi lain (Affandi, 2012).

h) Efek samping

- (1) Amenorea
- (2) Mual, pusing ataupun muntah
- (3) Spotting (Affandi, 2012).

f. Kontrasepsi Progestin

1) Kontrasepsi suntikan progestin

a) Jenis menurut (Affandi, 2012)

- (1) Depo medroksi progesteron asetat mengandung 150 mg yang diberikan setiap 3 bulan dengan cara disuntik secara IM di daerah bokong.
- (2) Depo Noretindrom enantat yang mengandung 200 mg di berikan setiap 3 bulan dengan cara disuntik IM.

b) Mekanisme kerja

- (1) Menekan ovulasi
- (2) Lender serviks menjadi lebih kental dan sedikit sehingga menjadi

barier terhadap spermatozoa

- (3) Membuat endometrium menjadi kurang baik untuk implantasi dari ovum yang sudah dibuahi
 - (4) Mempengaruhi kecepatan transport ovum di dalam tuba fallopi (Affandi, 2012).
- c) Waktu mulai menggunakan kontrasepsi suntikan progestin yaitu:
- (1) Setiap saat selama siklus haid, asal ibu tidak hamil
 - (2) Mulai hari pertama sampai hari ke-7 siklus haid
 - (3) Pada ibu yang tidak haid, injeksi pertama dapat diberikan setiap saat, asalkan saja ibu tersebut tidak hamil. Selama 7 hari setelah suntikan tidak boleh melakukan hubungan seksual (Affandi, 2012).
- d) Keuntungannya
- (1) Sangat efektif
 - (2) Pencegahan kehamilan jangka panjang
 - (3) Tidak berpengaruh pada hubungan suami istri
 - (4) Tidak mengandung estrogen sehingga tidak berdampak serius terhadap penyakit-penyakit jantung dan gangguan pembekuan darah
 - (5) Tidak berpengaruh terhadap produksi ASI
 - (6) Dapat digunakan oleh perempuan usia lebih dari 35 tahun sampai premenopause
 - (7) Membantu mencegah kanker endometrium dan kehamilan ektopik
 - (8) Menurunkan kejadian penyakit jinak payudara
 - (9) Mencegah beberapa penyebab penyakit radang panggul
- e) Keterbatasan yang dimiliki oleh metode ini adalah sebagai berikut :
- (1) Sering ditemukan gangguan haid seperti siklus haid yang memendek / memanjang. Perdarahan banyak/sedikit, perdarahan tidak teratur/spotting dan tidak haid sama sekali.

- (2) Sangat bergantung pada prasarana pelayanan kesehatan (harus kembali pada suntikan).
- (3) Tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu sebelum suntikan berikutnya.
- (4) Kesuburan kembali terlambat setelah penghentian pemakaian, karena belum habisnya pelepasan obat suntikan dari deponya.
- (5) Pada penggunaan jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan pada vagina, menurunkan libido, gangguan emosi (jarang), sakit kepala, nervositas, dan jerawat.
- (6) Hal yang perlu diperhatikan adalah selama 7 hari setelah suntikan pertama, tidak boleh melakukan hubungan seksual (Dewi, et al., 2011).

f) Indikasi

- (1) Wanita usia subur
- (2) Menginginkan metode yang efektif dan bisa dikembalikan lagi
- (3) Sedang dalam masa nifas dan tidak sedang menyusui
- (4) Sedang menyusui (6 minggu atau lebih masa nifas)
- (5) Pasca abortus
- (6) Perokok
- (7) Tidak peduli dengan perdarahan atau amenorrhea yang tidak teratur (Affandi, 2012).

g) Kontra indikasi

- (1) Sedang hamil (diketahui atau dicurigai)
- (2) Sedang mengalami perdarah pervagiman tanpa diketahui penyebabnya
- (3) Mengalami kanker payudara (Affandi, 2012).

- h) Efek samping
 - (1) Amenorrhea
 - (2) Pusing
 - (3) flek pada wajah
 - (4) Perdarahan hebat dan tidak teratur
 - (5) Pertambahan atau kehilangan berat badan (Affandi, 2012).
- 2) Kontrasepsi pil progestin (Mini pil)
 - a) Jenis minipil menurut
 - (1) Kemasan dengan sisi 35 pil
 - (2) Kemasan dengan isi 28 pil (Affandi, 2012).
 - b) Cara kerja
 - (1) Menghambat ovulasi
 - (2) Mencegah implantasi
 - (3) Memperlambat transport gamet/ ovum
 - (4) *Luteolysis*
 - (5) Mengentalkan lendir serviks (Affandi, 2012).
 - c) Keuntungan
 - (1) Sangat efektif jika digunakan dengan benar
 - (2) Tidak mengganggu hubungan seksual
 - (3) Tidak berpengaruh terhadap pemberian ASI
 - (4) Segera bisa kembali ke kondisi kesuburan bila dihentikan
 - (5) Tidak mengandung estrogen
 - (6) Bisa mengurangi perdarahan dan nyeri haid (Affandi, 2012).
 - d) Kerugian
 - (1) Menyebabkan perubahan pada pola haid
 - (2) Sedikit pertambahan atau pengurangan berat badan
 - (3) Harus dikonsumsi pada waktu yang sama setiap hari

- (4) Kebiasaan lupa dapat menyebabkan kegagalan metode
 - (5) Pasokan ulang harus selalu tersedia
 - (6) Berinteraksi dengan obat lain, contoh : obat-obat *epilepsy* dan *tuberculosae* (Affandi, 2012).
- e) Indikasi
- (1) Tekanan darah tinggi, masalah pembekuan darah atau penyakit sel sikel
 - (2) Sering mengalami nyeri haid tingkat sedang sampai berat
 - (3) Perokok
 - (4) Yang menginginkan kontrasepsi progestin saja (Affandi, 2012).
- f) Kontra indikasi
- (1) Hamil atau diduga hamil
 - (2) Perdarahan pervaginam
 - (3) Menggunakan obat *tuberculosis* dan obat *epilepsy*
 - (4) Kanker payudara
 - (5) Mioma uteri
 - (6) Riwayat stroke (Affandi, 2012).
- g) Waktu mulai menggunakan minipil
- (1) Mulai hari pertama sampai hari ke-5 siklus haid
 - (2) Dapat digunakan setiap saat, asal saja tidak terjadi kehamilan.
 - (3) Bila menggunakannya setelah hari ke-5 siklus haid, jangan melakukan hubungan seksual selama 2 hari.
 - (4) Bila menyusui antara 6 minggu dan 6 bulan pascapersalinan dan tidak haid, minipil dapat dimulai pada hari 1-5 siklus haid.
 - (5) Minipil dapat diberikan segera pasca keguguran (Affandi, 2012).

h) Efek samping

(1) *Amenorrhea*

(2) *Spotting*

(3) Perubahan berat badan

3) Kontrasepsi Implant

Implant adalah metode kontrasepsi hormonal yang efektif, tidak permanen dan dapat mencegah terjadinya kehamilan antara tiga hingga lima tahun (Affandi, 2012).

a) Jenis kontrasepsi menurut (Affandi, 2012)

(1) Norplant terdiri dari 6 kapsul yang mengandung 216 mg lenovorgestrel.

(2) Jadelle terdiri dari 2 kapsul, 150 mg levonogestrel. Efektifitas Implant-2 pada kehamilan yaitu 0,2 per 100 perempuan

(3) Implanon terdiri dari 1 kapsul, etonogestrel (3- ketodesogestrel).

b) Waktu yang optimal untuk memasang implant menurut (Affandi, 2012) yaitu :

(1) Selama haid (dalam waktu 7 hari pertama siklus haid)

(2) Pasca persalinan (3-4 minggu), bila tidak menyusukan bayinya

(3) Pasca keguguran (segera atau dalam 7 hari pertama)

(4) Sedang menyusukan bayinya secara eksklusif (lebih dari 6 minggu pasca persalinan dan sebelum 6 bulan pasca-persalinan).

c) Cara kerja

Menebalkan mukus serviks menjadi kental dan jumlahnya menjadi berkurang sehingga tidak dapat dilewati oleh sperma. Menekan pengeluaran FSH dan LH dari hipotalamus dan hipofisis. Mencegah ovulasi dan mengganggu proses implantasi pada endometrium.

d) Beberapa keuntungan dari kontrasepsi ini adalah sebagai berikut :

- (1) Daya guna tinggi, perlindungan jangka panjang(sampai 5 tahun)
 - (2) Pengembalian tingkat kesuburan cepat setelah pencabutan
 - (3) Tidak memerlukan pemeriksaan dalam
 - (4) Bebas dari pengaruh estrogen
 - (5) Tidak mengganggu kegiatan senggama
 - (6) Tidak mengganggu produksi ASI sehingga aman dipakai pada saat laktasi
 - (7) Dapat dicabut setiap saat sesuai dengan kebutuhan.
- e) Beberapa keterbatasan yang dimiliki kontrasepsi ini adalah sebagai berikut :
- (1) Pada kebanyakan pemakai, dapat menyebabkan perubahan berupa perdarahan bercak/spotting, hipermenorea, atau meningkatnya jumlah darah haid,serta amenorea.
 - (2) Timbul keluhan-keluhan seperti : nyeri kepala, nyeri dada, perasaan mual, pening/pusing, dan peningkatan/penurunan berat badan.
 - (3) Membutuhkan tindak pembedahan minor.
- f) Indikasi
- (1) Wanita yang ingin menggunakan kontrasepsi untuk jangka waktu yang lama tetapi tidak bersedia untuk menggunakan AKDR atau menggunakan kontrasepsi mantap.
 - (2) Wanita yang tidak boleh menggunakan pil KB yang mengandung estrogen (Affandi, 2012).
- g) Kontra indikasi
- (1) Hamil atau diduga hamil
 - (2) Penderita penyakit hati akut
 - (3) Kanker payudara
 - (4) Kelainan jiwa

- (5) Penyakit jantung, hipertensi, diabetes mellitus
- (6) Penyakit trombo emboli
- (7) Riwayat kehamilan ektopik (Affandi, 2012).

h) Efek samping

- (1) *Amenorrhea*
- (2) Perdarahan bercak (*spotting*) ringan
- (3) Pertambahan atau kehilangan berat badan
- (4) ekspulsi
- (5) Sakit kepala
- (6) Infeksi pada daerah insersi (Affandi, 2012).

g. Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

1) Jenis

- a) AKDR CuT-380 adalah alat kontrasepsi dalam rahim yang berbentuk T.
- b) AKDR lain yang beredar di Indonesia ialah NOVA T (Affandi, 2012).

2) Cara kerja

- a) Menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba fallopi.
- b) Mempengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai kavum uteri.
- c) Mencegah terutama sperma dan ovum bertemu.
- d) Mencegah implantasi telur dalam uterus (Affandi, 2012).

3) Keuntungan

- a) Tidak mempengaruhi hubungan seksual
- b) Meningkatkan kenyamanan seksual karena tidak perlu takut hamil
- c) Meningkatkan kenyamanan seksual karena tidak perlu takut hamil
- d) Dapat digunakan sampai menopause
- e) Dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesudah abortus (Affandi, 2012).

4) Kerugian

- a) Haid lebih lama dan banyak
- b) Saat haid lebih sakit
- c) Perdarahan berat pada waktu haid atau diantaranya yang memungkinkan penyebab anemia
- d) Tidak mencegah IMS termasuk HIV/AIDS (Affandi, 2012).

5) Waktu penggunaan

- a) Setiap waktu dalam siklus haid, yang dapat dipastikan klien tidak hamil
- b) Hari pertama sampai ke-7 siklus haid
- c) Segera setelah melahirkan, selama 48 jam pertama atau setelah 4 minggu pasca persalinan
- d) Setelah menderita abortus (segera atau menderita waktu 7 hari) apabila tidak ada gejala infeksi (Affandi, 2012).

6) Kontra indikasi

- a) Hamil atau diduga hamil
- b) Infeksi leher rahim atau rongga panggul
- c) Pernah menderita radang rongga panggul
- d) Penderita perdarahan pervaginam yang abnormal
- e) Riwayat kehamilan ektopik
- f) Penderita kanker alat kelamin (Affandi, 2012).

7) Efek samping

- a) Perdarahan(menoragia atau spotting menoragia)
- b) Rasa nyeri dan kejang perut
- c) Terganggunya siklus menstruasi (umumnya terjadi pada 3 bulan pertama pemakaian)
- d) Disminore(Affandi, 2012).

f. Kontrasepsi Mantap

1) Tubektomi

Tubektomi adalah metode kontrasepsi untuk perempuan yang tidak ingin anak lagi (Affandi, 2012) :

a) Manfaat menurut (Affandi, 2012) yaitu:

- (1) Sangat efektif
- (2) Tidak mempengaruhi proses menyusui
- (3) Tidak bergantung pada faktor senggama
- (4) Tidak ada efek samping dalam jangka panjang
- (5) Tidak ada perubahan dalam fungsi seksual

b) Non kontrasepsi menurut (Affandi, 2012) :

- (1) Berkurangnya resiko kanker ovarium
- (2) Yang dapat menjalankan tubektomi
 - Usia > 26 tahun
 - Paritas > 2
 - Pasca persalinan
 - Pasca keguguran
 - Yakin telah mempunyai besar keluarga yang sesuai dengan kehendaknya (Affandi, 2012).

c) Indikasi

- (1) Indikasi medis umum yaitu : adanya gangguan fisik atau psikis yang akan menjadi lebih berat bila wanita ini hamil lagi.
- (2) Gangguan fisik : tuberkulosis pulmonum, penyakit jantung, penyakit ginjal, kanker payudara, multiple sklerosis dan sebagainya.
- (3) Gangguan psikis : *skizopernia* (psikosis), sering menderita psikosa nifas dan lain-lain.

- (4)Indikasi medis obstetrik yaitu toksemia gravidarum yang berulang, seksio sesarea berulah, histerektomi obstetrik dan sebagainya.
- (5)Indikasi medis ginekologik : pada waktu melakukan operasi ginekologik dapat pula dipertimbangkan untuk sekaligus melakukan sterilisasi.
- (6)Indikasi sosial ekonomi yaitu indikasi berdasarkan beban sosial ekonomi yang sekarang ini terasa bertambah lama bertambah berat (Affandi, 2012).

d) Kontra indikasi

- (1)Hamil
- (2)Perdarahan vaginal yang belum terjelaskan
- (3)Tidak boleh menjalani proses pembedahan
- (4)Kurang pasti mengenai keinginannya untuk hamil lagi (Affandi, 2012).

e) Efek samping

- (1)Trauma pada organ-organ di sekitar saluran tuba fallopi secara tidak sengaja
- (2)Infeksi pasca-operasi, biasanya ditandai dengan luka bekas sayatan yang tidak sembuh-sembuh, demam, dan nyeri pada perut.
- (3)Perdarahan timbul apabila terjadi kebocoran organ.
- (4)Komplikasi dari penggunaan obat anestesi. Pada setiap orang, komplikasi yang dapat timbul dari obat anestesi berbeda-beda, ada yang hanya berupa reaksi alergi, gangguan pernafasan, sampai ada yang mengalami gangguan serius (Affandi, 2012).

2) Vasektomi

Vasektomi adalah metode kontrasepsi untuk lelaki yang tidak ingin anak lagi (Affandi, 2012).

a) Keterbatasan

- (1) Permanen
- (2) Bila tidak siap ada kemungkinan penyesalan di kemudian hari
- (3) Risiko dan efek samping pembedahan kecil
- (4) Ada nyeri/ rasa tak nyaman pasca bedah (Affandi, 2012).

b) Indikasi

- (1) Dari semua usia reproduksi (biasanya <50)
- (2) Tidak ingin anak lagi, menghentikan fertilitas, ingin metode kontrasepsi yang sangat efektif dan permanen.
- (3) Yang istrinya mempunyai masalah usia, paritas atau kesehatan di mana kehamilan dapat menimbulkan risiko kesehatan (Affandi, 2012).

c) Kontra indikasi

- (1) Peradangan dalam rongga panggul
- (2) Peradangan liang senggama akut (vaginatis-servitis akut)
- (3) Obesitas berlebihan
- (4) Penyakit kardiovaskuler berat, penyakit paru berat atau penyakit paru lain
- (5) Peradangan kulit atau jamur pada kemaluan
- (6) Peradangan pada alat kelamin pria
- (7) Penyakit kencing manis
- (8) Kelainan mekanisme pembekuan darah
- (9) Infeksi didaerah testis (buah zakar) dan penis.

d) Efek samping

Vasektomi tidak memiliki efek yang bersifat merugikan. Sperma yang diproduksi tubuh pria namun tidak bisa disalurkan karena prosedur vasektomi tersebut, akan kembali diserap tubuh tanpa menyebabkan

gangguan metabolisme. Beberapa orang yang menggunakan vasektomi mengeluh tentang gangguan terhadap gairah seksual mereka, tetapi itu hanya bersifat psikologis bukan gejala fisiologis. Rasa nyeri atau ketidaknyamanan akibat pembedahan yang biasanya hanya berlangsung beberapa hari.

5. Penapisan

Tujuan utama penapisan klien sebelum pemberian atau metode kontrasepsi (misalnya pil KB, suntikan atau AKDR) adalah untuk menentukan apakah ada:

- a. Kehamilan
- b. Keadaan yang membutuhkan perhatian khusus
- c. Masalahnya (misalnya diabetes atau tekanan darah tinggi) yang membutuhkan pengamatan dan pengelolaan lebih lanjut (Affandi, 2012).
- d. Bagaimana meyakini bahwa klien tidak hamil menurut Affandi (2012) Yaitu :
 - 1) Tidak melakukan senggama sejak haid terakhir
 - 2) Sedang memakai metode kontrasepsi efektif secara benar dan konsisten
 - 3) Sedang dalam 7 hari pertama haid (I –VII)
 - 4) Sedang dalam 4 minggu pasca persalinan (perempuan tidak menyusui)
 - 5) Sedang dalam 7 hari pertama pasca keguguran
 - 6) Menyusui secara penuh dan tidak haid.

2.2 Konsep Dasar Manajemen Kebidanan

2.2.1 Pengertian Manajemen Kebidanan

Manajemen kebidanan adalah pendekatan yang dilakukan oleh bidan dalam menerapkan metode pemecahan masalah secara sistematis, mulai dari pengkajian, analisis data, diagnos kebidanan, perencanaan dan evaluasi (Mufdlilah, 2012).

2.2.2 Prinsip Proses Manajemen Kebidanan

Mufdlilah (2012) menjelaskan terdapat beberapa proses manajemen kebidanan antara lain :

1. Secara sistematis mengumpulkan dan memperbaharui data yang lengkap dan relevan dengan melakukan pengkajian yang komprehensif terhadap kesehatan setiap klien, termasuk mengumpulkan riwayat kesehatan dan pemeriksaan fisik.
2. Mengidentifikasi masalah dan membuat diagnosa berdasarkan interpretasi data dasar.
3. Mengidentifikasi kebutuhan terhadap asuhan kesehatan dalam menyelesaikan dan merumuskan tujuan asuhan kesehatan bersama klien.
4. Secara pribadi bertanggung jawab terhadap implementasi rencana individu.
5. Melakukan konsultasi, perencanaan dan melaksanakan manajemen dengan kolaborasi dan merujuk klien untuk mendapatkan asuhan selanjutnya.
6. Melaksanakan manajemen terhadap komplikasi tertentu, dalam situasi darurat dan bila ada penyimpangan dari keadaan normal.
7. Melakukan evaluasi bersama klien terhadap pencapaian asuhan kesehatan dan merevisi rencana asuhan sesuai dengan kebutuhan.

2.2.3 Langkah-Langkah Manajemen Kebidanan

Mufdlilah (2012) menjelaskan proses manajemen kebidanan terdiri dari 7 langkah yaitu :

1. Langkah 1 (pertama) : Pengumpulan data dasar

Langkah pertama merupakan awalan yang akan menentukan langkah berikutnya. Mengumpulkan data adalah menghimpun informasi tentang klien/orang yang meminta asuhan. Teknik pengumpulan data ada tiga cara yaitu observasi, wawancara dan pemeriksaan.

2. Langkah II (kedua) : Interpretasi data dasar

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

3. Langkah III (ketiga) : Mengidentifikasi diagnosa dan masalah potensial

Pada langkah ini identifikasi data dan masalah potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosa yang telah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi bila memungkinkan dilakukan pencegahan, sambil mengamati klien bidan diharapkan dapat bersiap-siap bila diagnosa atau masalah potensial benar-benar terjadi.

4. Langkah IV (keempat) : Identifikasi dan menetapkan keutuhan yang memerlukan penanganan segera

Beberapa data menunjukkan situasi emergensi dimana bidan perlu bertindak segera demi keselamatan ibu dan bayi, beberapa data menunjukkan situasi yang memerlukan tindakan segera sementara menunggu instruksi dokter. Bidan mengevaluasi situasi setiap pasien untuk menentukan asuhan pasien yang paling tepat.

5. Langkah V (kelima) : Merencanakan asuhan yang komprehensif

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh ditentukan oleh langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen

terhadap diagnosa atau masalah yang telah diidentifikasi. Pada langkah ini informasi atau data dasar yang tidak lengkap harus dilengkapi. Suatu rencana asuhan harus sama-sama disetujui oleh bidan wanita yang diberi asuhan agar efektif.

6. Langkah VI (keenam) : Melaksanakan perencanaan dan penatalaksanaan
 Pada langkah ini direncanakan asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah ke-5 dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan ini dapat dilakukan seluruhnya oleh bidan dan sebagian oleh klien dan anggota tim kesehatan lainnya.

7. Langkah VII (ketujuh) : evaluasi

Pada langkah ke-7 ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi dalam masalah dan diagnosa.

2.3 Konsep Dasar Dokumentasi SOAP

Asuhan yang telah dilakukan harus dicatat secara benar, jelas, singkat, logis dalam suatu metode pendokumentasian. Menurut Varney, alur berpikir bidan saat merawat klien meliputi tujuh langkah. Agar orang lain mengetahui apa yang telah dilakukan bidan melalui proses berpikir sistematis, dokumentasi dibuat dalam bentuk SOAP (Mufdlilah, 2012).

Langkah-langkah dokumentasi SOAP adalah sebagai berikut :

1. S : *Subjective* (data subjektif)

Data subjektif yaitu menggambarkan pendokumentasian hasil pengumpulan data klien melalui anamnesa sebagai langkah I varney.

2. O : *Objective* (data objektif)

Data objektif yaitu menggambarkan pendokumentasian hasil pemeriksaan fisik klien, laboratorium dan tes diagnosis lain yang dirumuskan dalam data fokus yang mendukung *assessment* sebagai langkah I varney.

3. A : *Assesment* (pengkajian)

Assesment yaitu menggambarkan pendokumentasian hasil analisa dan interpretasi data subjektif dan objektif dala suatu indentifikasi atau masalah potensial.

a. Diagnosis / masalah

b. Antisipasi diagnosis / kemungkinan masalah

c. Perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter, konsultasi/kolaborasi atau perujukan sebagai langkah 2, 3, dan 4 varney.

4. P : Penatalaksanaan

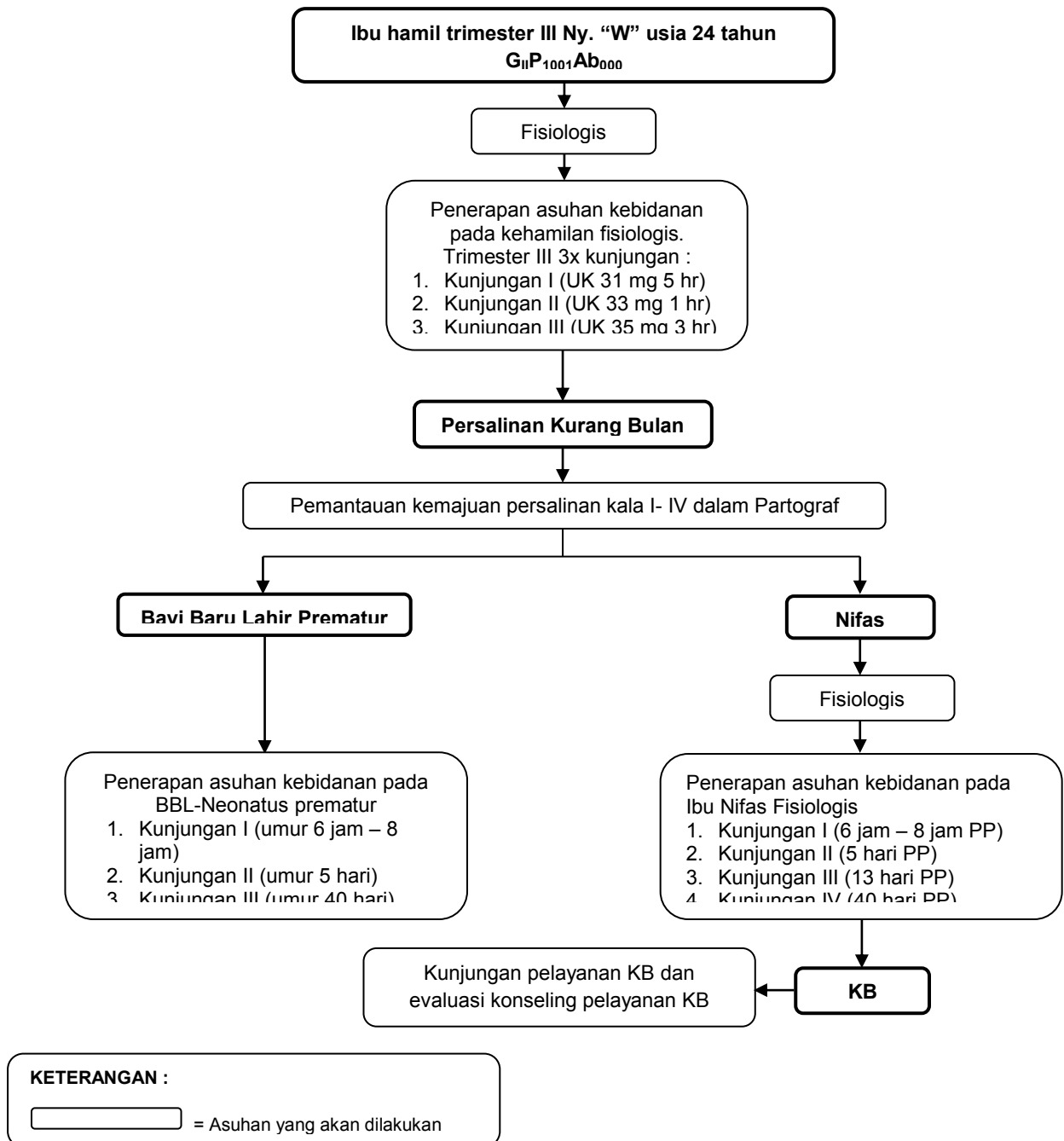
Menggambarkan dokumentasi tingkatan implementasi dan evaluasi perencanaan berdasarkan langkah 5, 6 dan 7 varney.

BAB III

KERANGKA KONSEP ASUHAN KEBIDANAN

3.1 Kerangka Konsep Asuhan Kebidanan *Continue of Care*

Kerangka konsep dalam Asuhan Kebidanan *Continue of Care* digambarkan sebagai berikut :



Gambar 3.1 Kerangka Konsep

3.2 Keterangan Kerangka Konsep

Kerangka konsep dalam melakukan asuhan kebidanan ini adalah melakukan asuhan kehamilan pada ibu hamil fisiologis trimester III, dengan melakukan kunjungan rumah sebanyak 3 kali dan dilakukan pengkajian, pemeriksaan serta melakukan konseling. Asuhan ini dilakukan kepada Ny. "W" usia 24 tahun G_{II}P₁₀₀₁Ab₀₀₀ mulai dari usia kehamilan 31 minggu 5 hari hingga menjelang persalinan. Kondisi kehamilan Ny. "W" berlangsung fisiologis dengan risiko tinggi faktor risiko bekas *sectio caesarea* 5 tahun yang lalu.

Asuhan pada persalinan kurang bulan (*partus prematurus*), melakukan pemantauan kemajuan persalinan dan ikut serta dalam pemantauan mulai dari kala I sampa kala IV dengan menggunakan partograf. Persalinan berlangsung spontan dan normal.

Asuhan pada bayi baru lahir prematur dilakukan 3 kali kunjungan mulai dari lahir atau hari pertama bayi lahir sampai bayi berusia 40 hari. Kunjungan dan penatalaksanaan sama dengan bayi baru lahir normal.

Penerapan asuhan kebidanan pada ibu nifas fisiologis dilakukan 4 kali kunjungan, yakni kunjungan 1 dilakukan pada 6 jam post partum, kunjungan 2 dilakukan 5 hari post partum, kunjungan 3 dilakukan 13 hari post partum dan kunjungan 4 dilakukan pada 40 hari post partum.

Asuhan pada ibu Aseptor KB dengan memberikan konseling KB, membantu ibu memilih KB yang sesuai dengan kondisi ibu dan memantau pada saat implementasi atau penatalaksanaan KB yaitu tentang macam-macam KB dan efek samping dan selanjutnya akan dilakukan evaluasi pelayanan KB.

BAB IV

LAPORAN PELAKSANAAN ASUHAN

4.1 Asuhan Kebidanan Kehamilan

4.1.1 Kunjungan ANC pertama

Tanggal Pengkajian : Rabu, 20 Maret 2019

Waktu : 16.00 WIB

Tempat : Jl. Loncat Indah No. 47 Tunggul Wulung (rumah Ny. W)

Pengkaji : Ida Khusmawati

1. Data Subjektif

a. Biodata

Nama ibu : Ny. "W"

Nama suami : Tn. "A"

Umur : 24 tahun

Umur : 26 tahun

Agama : Islam

Agama : Islam

Pendidikan : SMA

Pendidikan : SMP

Pekerjaan : Pedagang

Pekerjaan : Pedagang

Alamat : Jl. Loncat Indah No. 47 Tunggul Wulung, Lowokwaru

b. Keluhan utama

Ibu mengatakan mengalami keputihan sejak 2 bulan yang lalu. Keputihan yang keluar berwarna putih susu dan tidak gatal. Ibu mengatakan menggunakan pentilener, namun keputihan masih tetap keluar. Pada bulan kedua ibu mengatakan mengganti pentilener dengan pentilener herbal dan ibu mengatakan sejak saat itu keputihan sudah berkurang dari bulan sebelumnya.

c. Riwayat kesehatan sekarang

Ibu mengatakan bahwa beliau saat ini dalam keadaan sehat

d. Riwayat kesehatan yang lalu

Ibu mengatakan pernah di rawat di rumah sakit pada saat operasi SC, selain itu ibu tidak pernah menderita penyakit parah sehingga harus dirawat di rumah sakit. Ibu juga tidak menderita penyakit seperti darah tinggi, kecing manis, asma, TBC, penyakit menular, menahun dan menurun.

e. Riwayat kesehatan keluarga

Ibu mengatakan dari keluarganya maupun keluarga suami tidak ada yang menderita penyakit seperti darah tinggi, kencing manis, asma, TBC, penyakit menular, menurun dan menahun.

f. Riwayat menstruasi

Menarche : 13 tahun
Siklus haid : Tidak teratur
Lama haid : 7 hari

g. Riwayat pernikahan

Berapa kali menikah : 1 kali
Lama menikah : 5 tahun
Usia pertama menikah : 19 tahun

h. Riwayat kehamilan sekarang

HPHT : 10-08-2018

HPL : 17-05-2019

Ibu mengatakan ini kehamilannya yang kedua. Sekarang usia kehamilannya 7 bulan lebih, ibu merasa senang dengan kehamilannya sekarang. Namun ibu jarang memeriksakan kehamilannya, karena ibu mengatakan kadang sibuk bekerja. Selama kehamilan ini, berdasarkan catatan di buku KIA, ibu memeriksakan kehamilannya sebanyak 3 kali, 1

kali ke Puskesmas Mojolangu, 1 kali ke BPM Siti Nurcahyaningih, 1 kali ke dokter untuk melakukan USG.

i. Riwayat kehamilan, persalinan, nifas dan KB yang lalu

1) Kehamilan

Ini merupakan kehamilan ibu yang kedua. Pada kehamilan anak pertamanya, ibu tidak pernah mengalami keluhan yang berlebihan, semua masih dalam batas normal. Namun pada kehamilan pertamanya letak janin melintang.

2) Persalinan

Ibu mengatakan persalinan pertamanya dilakukan SC dengan indikasi letak janin melintang. Persalinan ditolong oleh dokter di RS Permata Bunda. Jenis kelamin laki-laki, BB = 3000 gr, PB = 50 cm, ibu mengatakan bahwa ibu melahirkan pada usia kehamilan lewat 10 hari dari taksiran persalinan (41 minggu 3 hari). Sekarang usia anak pertamanya 5 tahun.

3) Nifas

Ibu mengatakan pada nifas yang lalu ibu melakukan kontrol nifas sebanyak 4 kali dan ganti plester sebanyak 3 kali. Ibu melakukan kontrol ke bidan. Ibu mengatakan pada saat nifas tidak ada keluhan yang parah, semua dalam batas normal, luka jahitan baik dan nifas berlangsung sekitar 6 minggu. Ibu mengatakan menyusui anaknya sampai dengan usia 1 minggu. Setelah itu bayi di beri susu formula tanpa tambahan ASI sampai usia 4 tahun. Hal itu karena ASI ibu tidak lancar.

4) KB

Ibu mengatakan pernah memakai KB suntik 3 bulan setelah kelahiran anak pertamanya selama 3,5 tahun dan ibu mengeluh tidak menstruasi selama penggunaan KB suntik 3 bulan.

j. Riwayat psikologi

Ibu merasa senang dengan kehamilannya ini, hal itu dapat dilihat dari cara ibu merespon jika diajak berbicara tentang kehamilannya. Jika diberi pertanyaan seputar kehamilannya, ibu selalu menjawab dengan baik. Kehamilan ini memang sengaja direncanakan, karena ibu sudah tidak menggunakan KB sejak 1 tahun yang lalu. Ibu merasa jarak usia anak pertamanya dengan kehamilannya sudah sesuai yaitu berjarak 5 tahun, anak pertamanya senang dengan kehamilan ibu saat ini. Dalam kehamilan ini suami ibu juga sangat mendukung ibu dengan baik, suami selalu mengantarkan ketika ibu ingin kontrol kehamilannya.

k. Pola kebiasaan sehari-hari

1) Nutrisi

a) Makan : Ibu makan makan 3 kali sehari dengan porsi sepiring nasi, lauk dan sayur. Lauk yang sering dikonsumsi adalah ayam, tahu, tempe, telur. Sayur yang sering dikonsumsi ibu adalah sayur sop dan sawi.

b) Minum : Ibu minum air putih 8-10 gelas per hari dan ibu mengatakan minum susu setiap hari sejak bulan ketiga kehamilannya.

2) Istirahat

a) Siang : Ibu mengatakan jarang tidur siang karena bekerja di siang hari

b) Malam : Tidur malam mulai dari jam 22.00 / 23.00 sampai jam 06.00 WIB

3) Eliminasi

a) BAB : 1 x/hari, kadang 1 x/2 hari

b) BAK : 5-6 x/hari, kuning dan jernih

4) Aktivitas

Ibu mengerjakan pekerjaan rumah tangga seperti menyapu, memasak, mencuci dan ibu melakukan pekerjaannya sebagai penjual jus.

5) Pola kebiasaan lain

a) Ibu mengatakan tidak pernah minum jamu selama kehamilannya karena ibu tidak suka jamu.

b) Ibu mengatakan tidak pernah melakukan oyog (pijat perut) selama kehamilannya.

I. Tingkat pengetahuan ibu

1) Tingkat pengetahuan ibu untuk mengatasi keluhannya sudah baik hal itu dapat dilihat dari usaha ibu untuk menangani keluhannya yaitu keputihan.

2) Tingkat pengetahuan ibu tentang risiko persalinan pervaginam pada riwayat sc sudah cukup baik, hal itu dapat dilihat dari rencana ibu untuk persalinan selanjutnya dan ibu mengetahui risiko yang dimungkinkan terjadi meskipun tidak seluruhnya.

3) Pengetahuan ibu tentang nutrisi sudah cukup baik, karena ibu sudah mengetahui nutrisi apa saja yang dibutuhkan dan baik untuk ibu.

4) Pengetahuan ibu tentang pentingnya istirahat masih kurang, faktor lain dari kurangnya istirahat ibu adalah karena faktor pekerjaan.

5) Pengetahuan ibu tentang tanda bahaya masih kurang, oleh karena itu ibu perlu sering diingatkan tentang tanda bahaya.

2. Data Objektif

- a. Keadaan umum : Baik
- b. Kesadaran : Composmentis
- c. TTV
 - 1) Tekanan darah : 90/70 mmHg
 - 2) Suhu : 36,3 °C
 - 3) Nadi : 82 x/menit
 - 4) *Respiration rate* : 22x/menit
- d. BB sebelum hamil : 40 Kg
- e. BB sekarang : 50 Kg
- f. Tinggi badan : 152,5 cm
- g. Lila : 23,5 cm
- h. Usia kehamilan : 31 minggu 5 hari
- i. Skor KSPR : 10 (KSPR terlampir)
- j. Pemeriksaan fisik
 - 1) Wajah : Wajah berseri, tidak pucat, tidak ada benjolan
 - 2) Mata : Konjungtiva merah muda, sklera putih, mata tidak minus
 - 3) Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan bendungan vena jugularis
 - 4) Abdomen : Terdapat *linea nigra*, *striae gravidarum* dan ada bekas operasi
 - Leopold 1 : TFU 3 jari di atas pusat (23 cm) teraba lunak dan tidak melenting (bokong)
 - Leopold II : Teraba bagian kecil di perut kiri ibu (ekstremitas) dan teraba keras memanjang (punggung) di bagian kanan

- Leopold III : Letkep, teraba bulat keras melenting (kepala), kepala belum masuk PAP
 - DJJ : 136 x/menit teratur dan janin baik
 - TBJ : $(23-13) \times 155 = 1555$ gram
- 5) Ekstremitas atas : Simetris, pergerakan bebas, tidak oedema
- 6) Ekstremitas bawah : Simetris, pergerakan bebas, kaki tidak oedema

Pemeriksaan penunjang (pada tanggal 20-09-2018)

- a. Hemoglobin : 12,2 gr/dl
- b. Urin reduksi : (-) *negative*
- c. Urin albumin : (-) *negative*
- d. Golongan darah : B
- e. Test HIV : NR (non reaktif)
- f. IMS : NR (non reaktif)
- g. HBsAg : NR (non reaktif)

3. Analisa

Asuhan pada Ny. "W" usia 24 tahun G_{II}P₁₀₀₁Ab₀₀₀ usia kehamilan 31 minggu 5 hari T/H//Letkep puka dengan kehamilan resiko tinggi (post SC).

4. Penatalaksanaan

- a. Menginformasikan dan menjelaskan hasil pemeriksaan yang sudah dilakukan.
Evaluasi : Ibu memahami penjelasan hasil pemeriksaan, hasil normal.
- b. Memberikan KIE kepada ibu tentang :
 - 1) Keluhan yang dirasakan ibu yaitu keputihan. Untuk mengatasi keputihan menganjurkan ibu untuk :

- Mengganti celana dalam sesering mungkin agar kemaluan tidak lembab. Jika di rumah saja menyarankan ibu agar tidak memakai pentilener. Pentilener digunakan jika ibu bekerja atau keluar rumah.
 - Selalu menjaga agar daerah kemaluan selalu bersih dan kering, biasakan mengelap kemaluan dengan handuk khusus atau dengan tisu.
 - Jangan menggunakan sabun wangi untuk membersihkan vagina (*douching*) karena dapat mengiritasi kulit dan mengganggu keseimbangan bakteri vagina.
 - Menyarankan kepada ibu agar sementara mengurangi makanan yang dapat memicu keputihan seperti ketimun, tape, kecambah dan sayur kol. Diharapkan keputihan ibu dapat berkurang.
- 2) Pentingnya nutrisi yang cukup bagi ibu hamil seperti nasi yang mengandung karbohidrat, makanan yang berprotein tinggi seperti ikan, daging, telur dan makanan berserat seperti sayur dan buah. Diharapkan BB Ny. "W" selama kehamilan ini dapat bertambah sebanyak 12,5 – 18,5 Kg, hal itu berdasarkan IMT Ny. "W" yaitu 17,2 (<18) dan tergolong *underweight*.
 - 3) Memperbanyak minum air putih dan mengkonsumsi sayuran serta buah-buahan dan makan sedikit tapi sering. Hal itu diharapkan dapat meningkatkan tekanan darah ibu yang cenderung rendah.
 - 4) Istirahat yang cukup juga sangat penting bagi ibu yaitu tidur siang kurang lebih 1 jam, tidur malam kurang lebih 8 jam /hari dan menganjurkan ibu agar mengurangi aktivitas berat.
 - 5) Tanda bahaya pada kehamilan, seperti :

- Perdarahan
- Demam lebih dari 2 hari
- Sakit kepala hebat dan pandangan kabur
- Rasa nyeri yang sangat hebat di bagian perut
- Bengkak pada wajah dan ekstremitas
- Tidak ada gerak bayi di dalam perut
- Ketuban pecah dini

Evaluasi : Ibu memahami penjelasan dan bersedia.

- c. Memberitahu ibu agar melakukan kunjungan ulang 2 minggu lagi atau sewaktu-waktu jika ada keluhan, ibu langsung ke tenaga kesehatan atau bidan.

Evaluasi : Ibu menyetujui dan bersedia.

4.1.2 Kunjungan ANC kedua

Tanggal Pengkajian : Sabtu, 30 Maret 2019
 Waktu : 19.30 WIB
 Tempat : BPM Siti Nurcahyaningih Murdijono, A.Md.Keb
 Pengkaji : Ida Khusmawati

1. Data Subjektif

a. Keluhan utama

- Ibu mengatakan kadang mengalami kenceng-kenceng. Kenceng-kenceng dirasakan jika ibu kelelahan. Oleh karena itu saat ibu mengalami hal itu ibu mengatakan segera beristirahat dan setelah istirahat kenceng-kenceng berhenti.
- Ibu mengatakan bahwa keputihan yang dialaminya sudah berkurang. Ibu mengatakan menggunakan pentilener jika keluar rumah dan jika

di dalam rumah ibu tidak memakai pentilener, jika sudah ada keputihan atau terasa lembab ibu mengganti celana dalamnya.

b. Riwayat kesehatan sekarang

Ibu mengatakan bahwa beliau saat ini dalam keadaan sehat

c. Pola kebiasaan sehari-hari

1) Nutrisi

a) Makan : ibu makan makan 3 kali sehari dengan porsi sepiring nasi, lauk dan sayur. Seperti sebelumnya, lauk yang sering dikonsumsi adalah ayam, tahu, tempe, telur. Sayur yang sering dikonsumsi ibu adalah sayur sop dan sawi.

b) Minum : ibu minum air putih 8-10 gelas per hari dan ibu mengatakan minum susu setiap hari sejak bulan ketiga kehamilannya.

2) Istirahat

a) Siang : tidur siang kurang lebih 1 jam, ibu mengatakan mulai tidur siang sejak merasa kenceng-kenceng, biasanya ibu tidur sambil menemani anaknya tidur siang.

b) Malam : tidur malam kurang lebih 7-8 jam, mulai dari jam 22.00 / 23.00 sampai jam 06.00 WIB.

3) Eliminasi

a) BAB : 1 x/hari, kadang 1 x/2 hari

b) BAK : 5-6 x/hari, kuning dan jernih

4) Aktivitas

Ibu mengerjakan pekerjaan rumah tangga seperti menyapu, memasak, mencuci dan ibu melakukan pekerjaannya sebagai penjual jus.

2. Data Objektif

- a. Keadaan umum : Baik
- b. Kesadaran : Composmentis
- c. TTV
 - 1) Tekanan darah : 100/60 mmHg
 - 2) Suhu : 36°C
 - 3) Nadi : 82 x/menit
 - 4) *Respiration rate* : 22x/menit
- d. BB sekarang : 51 Kg
- e. Usia kehamilan : 33 minggu 1 hari
- f. Pemeriksaan fisik
 - 1) Wajah : Wajah berseri, tidak pucat, tidak ada benjolan
 - 2) Mata : Konjungtiva merah muda, sklera putih
 - 3) Abdomen : Terdapat *linea nigra*, *striae gravidarum* dan ada bekas operasi
 - Leopold 1 : TFU pertengahan pusat-px (25 cm) teraba lunak dan tidak melenting (bokong)
 - Leopold II : Teraba bagian kecil di perut kanan ibu (ekstremitas) dan teraba keras memanjang (punggung) di bagian kiri
 - Leopold III : Letkep, teraba bulat keras melenting (kepala), keapal belum masuk PAP
 - DJJ : 145 x/menit teratur dan janin baik
 - TBJ : $(25-13) \times 155 = 1860$ gram
 - 4) Ekstremitas atas : Simetris, pergerakan bebas, tidak oedema
 - 5) Ekstremitas bawah : Simetris, pergerakan bebas, kaki tidak oedema

3. Analisa

Asuhan pada Ny. "W" usia 24 tahun G_{II}P₁₀₀₁Ab₀₀₀ usia kehamilan 33 minggu 1 hari T/H//Letkep puki dengan kehamilan resiko tinggi (post SC).

4. Penatalaksanaan

- a. Menginformasikan dan menjelaskan hasil pemeriksaan yang sudah dilakukan.

Evaluasi : Ibu memahami penjelasan hasil pemeriksaan, hasil normal.

- b. Memberikan KIE kepada ibu tentang :

- 1) Keluhan yang dirasakan ibu yaitu :

- a) Kenceng-kenceng

- Menyarankan ibu agar tidak melakukan aktivitas berat yang membuatnya kelelahan dan menyebabkan kontraksi, seperti berkendara terlalu lama, mengangkat benda terlalu berat.
- Menyarankan ibu agar lebih banyak istirahat agar tubuh ibu tidak kelelahan.
- Menganjurkan ibu untuk segera beristirahat jika terasa kenceng-kenceng.
- Menjelaskan kepada ibu tentang perbedaan kontraksi asli dan kontraksi palsu :
 - Kontraksi asli terasa sangat menyakitkan, sedangkan kontraksi palsu meskipun terasa tidak nyaman, namun hanya seperti kram ringan.
 - Kontraksi asli akan merasa sakit berkelanjutan dan semakin lama semakin kuat dan sering. Sedangkan kontraksi palsu mungkin bisa berhenti ketika beristirahat.

- Kontraksi palsu saat hamil merupakan hal yang normal. Jika ini terjadi segera istirahat, namun jika terus berkelanjutan dan terasa sangat menyakitkan segera ke tenaga kesehatan (bidan).

b) Keputihan

- Mengganti celana dalam sesering mungkin agar kemaluan tidak lembab. Jika di rumah saja menyarankan ibu agar tidak memakai pentilener. Pentilener digunakan jika ibu bekerja atau keluar rumah.
- Selalu menjaga agar daerah kemaluan selalu bersih dan kering, biasanya mengelap kemaluan dengan handuk khusus atau dengan tisu.

2) Istirahat yang cukup juga sangat penting bagi ibu yaitu tidur siang kurang lebih 1 jam, tidur malam kurang lebih 8 jam /hari dan menganjurkan ibu agar mengurangi aktivitas berat. Menganjurkan ibu agar beristirahat jika merasa lelah.

3) Tanda bahaya pada kehamilan, seperti :

- Perdarahan
- Demam lebih dari 2 hari
- Sakit kepala hebat dan pandangan kabur
- Rasa nyeri yang sangat hebat di bagian perut
- Bengkak pada wajah dan ekstremitas
- Tidak ada gerak bayi di dalam perut
- Ketuban pecah dini

Evaluasi : Ibu memahami penjelasan dan bersedia.

- c. Memberitahu ibu agar melakkan kunjungan ulang 2 minggu lagi (13-04-2019) atau sewaktu-waktu jika ada keluhan, ibu langsung ke tenaga kesehatan atau bidan.

Evaluasi : Ibu menyetujui dan bersedia.

4.1.3 Kunjungan ANC ketiga

Tanggal Pengkajian : Senin, 15 April 2019

Waktu : 15.30 WIB

Tempat : Jln. Loncat Indah No. 47 Tunggul Wulung (rumah Ny. W)

Pengkaji : Ida Khusmawati

1. Data Subjektif

- a. Keluhan utama

Ibu mengeluh lebih sering buang air kecil dari pada sebelumnya, ibu BAK 6-8 kali per hari. Ibu mengatakan kadang menahan kencing jika sedang sibuk. Cara ibu mengatasinya adalah dengan cara mengurangi minum di malam hari, hal itu mengurangi kencing di malam hari sehingga ibu tidak perlu terbangun saat tidur.

- b. Riwayat kesehatan sekarang

Ibu mengatakan bahwa beliau saat ini dalam keadaan sehat.

- c. Pola kebiasaan sehari-hari

- 1) Nutrisi

- a) Makan : ibu makan makan 3 kali sehari dengan porsi sepiring nasi, lauk dan sayur.

- b) Minum : ibu minum air putih 8-10 gelas per hari dan ibu mengatakan minum susu setiap hari sejak bulan ketiga kehamilannya.

2) Istirahat

a) Siang : tidur siang kurang lebih 1 jam, ibu mengatakan mulai tidur siang sejak merasa kenceng-kenceng, biasanya ibu tidur sambil menemani anaknya tidur siang.

b) Malam : tidur malam kurang lebih 7-8 jam, mulai dari jam 22.00 / 23.00 sampai jam 06.00 WIB.

3) Eliminasi

a) BAB : 1 x/hari, kadang 1 x/2 hari

b) BAK : 6-8 x/hari, kuning dan jernih

4) Aktivitas

Ibu mengerjakan pekerjaan rumah tangga seperti menyapu, memasak, mencuci dan ibu melakukan pekerjaannya sebagai penjual jus.

2. Data Objektif

a. Keadaan umum : Baik

b. Kesadaran : Composmentis

c. TTV

1) Tekanan darah : 100/70 mmHg

2) Suhu : 36,3 °C

3) Nadi : 80 x/menit

4) *Respiration rate* : 20 x/menit

d. BB sekarang : 51 Kg

e. Usia kehamilan : 35 minggu 3 hari

f. Pemeriksaan fisik

1) Wajah : Wajah berseri, tidak pucat, tidak ada benjolan

2) Mata : Konjungtiva merah muda, sklera putih

- 3) Abdomen : Terdapat linea nigra, striae gravidarum dan ada bekas operasi
- Leopold 1 : TFU pertengahan pusat-px (26 cm) teraba lunak dan tidak melenting (bokong)
 - Leopold II : Teraba bagian kecil di perut kanan ibu (ekstremitas) dan teraba keras memanjang (punggung) di bagian kiri
 - Leopold III : Letkep, teraba bulat keras melenting (kepala), kepala belum masuk PAP
 - DJJ : 133 x/menit teratur dan janin baik
 - TBJ : $(26-13) \times 155 = 2015$ gram
- 4) Mengukur lingkaran panggul
- *Distansia spinarum* : 25 cm (normal 23-26 cm)
 - *Distansia kristarum* : 28 cm (normal 28-30 cm)
 - *Konjugata eksterna* : 22 cm (normal 18-20 cm)
 - Lingkaran panggul : 88 cm (normal 80-90 cm)
- 5) Ekstremitas atas : Simetris, pergerakan bebas, tidak oedema
- 6) Ekstremitas bawah : Simetris, pergerakan bebas, tidak oedema

3. Analisa

Asuhan pada Ny. "W" usia 24 tahun G_{II}P₁₀₀₁Ab₀₀₀ usia kehamilan 35 minggu 3 hari T/H//Letkep puki dengan kehamilan resiko tinggi (post SC).

4. Penatalaksanaan

- a. Menginformasikan dan menjelaskan hasil pemeriksaan yang sudah dilakukan.

Evaluasi : Ibu memahami penjelasan hasil pemeriksaan, hasil normal.

- b. Memberikan KIE kepada ibu tentang :

1) Keluhan yang dirasakan ibu yaitu sering kencing

- Menjelaskan kepada ibu bahwa keluhan yang ibu rasakan tergolong normal, karena uterus yang semakin membesar menyebabkan adanya penekanan pada kandung kemih dan volume kandung kemih mengecil sehingga menyebabkan sering kencing.
- Menyarankan ibu untuk tidak minum sebelum tidur. Namun, menyampaikan agar ibu tetap minum minimal 8 gelas agar mendapat asupan cairan dan terhindar dari dehidrasi.
- Menganjurkan ibu agar tidak mengonsumsi minuman berkafein karena zat ini bisa membuat sering BAK. Contoh minuman berkafein seperti teh, kopi atau minuman bersoda.
- Memberitahu ibu agar mengosongkan kandung kemih sepenuhnya. Cara agar kandung kemih kosong, yaitu menyondongkan tubuh agak ke depan saat buang air kecil.
- Menganjurkan ibu agar tidak menahan ketika rasa ingin buang air kecil muncul. Hal ini dapat menyebabkan penyumbatan pada saluran kencing dan membuat ibu merasa tidak nyaman.

2) Menganjurkan ibu agar menjaga kebersihan diri (*personal hygiene*) yang bertujuan untuk mengurangi kemungkinan infeksi, diantaranya dengan cara :

- Mandi minimal 2 kali sehari.
- Menjaga kebersihan rambut dan kulit kepala dengan cara keramas 2-3 kali seminggu.
- Menjaga kebersihan gigi dan mulut dengan cara sikat gigi minimal 2 kali sehari.

- Menjaga kebersihan payudara dengan cara kompres hangat dan dingin secara bergantian kemudian membersihkan puting dengan kapas dan *baby oil* untuk persiapan menyusui.
 - Menjaga kebersihan vulva (*vulva hygiene*) dengan cara mengganti celana dalam sesering mungkin atau ketika lembab dan menjaga agar selalu kering dengan cara mengeringkan setiap selesai BAB/BAK dengan menggunakan tisu atau handuk khusus.
 - Menjaga kebersihan kuku tangan dan kaki dengan cara memotong kuku secara rutin.
 - Menjaga kebersihan pakaian yang digunakan, mengganti setelah selesai mandi dan mengganti jika lembab atau basah.
- 3) Menganjurkan ibu agar menambah porsi makannya, ibu boleh makan porsi lebih sedikit tapi lebih sering. Hal itu agar berat badan ibu bertambah, ukuran TFU bertambah dan diharapkan pertumbuhan janin baik.
- 4) Istirahat yang cukup juga sangat penting bagi ibu yaitu tidur siang kurang lebih 1 jam, tidur malam kurang lebih 8 jam /hari dan menganjurkan ibu agar mengurangi aktivitas berat. Menganjurkan ibu agar beristirahat jika merasa lelah.
- 5) Tanda bahaya pada kehamilan, seperti :
- Perdarahan
 - Demam lebih dari 2 hari
 - Sakit kepala hebat dan pandangan kabur
 - Rasa nyeri yang sangat hebat di bagian perut
 - Bengkak pada wajah dan ekstremitas
 - Tidak ada gerak bayi di dalam perut

- Ketuban pecah dini

Evaluasi : Ibu memahami penjelasan dan bersedia.

- c. Memberitahu ibu agar melakkan kunjungan ulang 1 minggu lagi ke tenaga kesehatan (bidan/dokter) atau sewaktu-waktu jika ada keluhan, ibu langsung ke tenaga kesehatan atau bidan.

Evaluasi : Ibu menyetujui dan bersedia.

4.2 Laporan Pelaksanaan Asuhan Persalinan

Tanggal pengkajian : Minggu, 21 April 2019

Waktu : 11.30 WIB

Tempat : BPM Siti Nurcahyaningih, Amd.Keb

Pengkaji : Ida Khusmawati

4.2.1 Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin Kala I

Tanggal / Jam : Minggu, 21 April 2019 / 11.30 WIB

1. Data Subjektif

a. Alasan Datang

Ibu mengatakan perutnya terasa kenceng-kenceng sejak jam 09.00 WIB dan semakin lama semakin sering. Pada jam 10.00 WIB ibu mengatakan ada cairan jernih keluar dari area kemaluannya, ibu mengira itu adalah keputihan. Namun karena dirasa sangat banyak, ibu kemudian menuju ke BPM Siti Nurcahyaningih bersama keluarganya untuk memeriksakan kehamilannya.

b. Keluhan Utama

Ibu mengatakan perutnya terasa kenceng-kenceng dan keluar cairan jernih dari area kemaluannya.

c. Riwayat Persalinan Sekarang

Ibu datang ke BPM Siti Nurcahyaningih dengan keluhan perutnya kenceng-kenceng dan keluar cairan jernih dari area kemaluannya. Awalnya ibu mengira itu adalah keputihan, namun karena dirasa sangat banyak, ibu ingin memeriksakannya ke BPM Siti Nurcahyaningih. Ibu masuk kamar bersalin pada jam 11.20 WIB, didapatkan hasil pemeriksaan bahwa cairan yang keluar itu adalah ketuban yang pecah. Taksiran Persalinan (TP) adalah 15-05-2019, usia kehamilan saat ini 36 minggu 2 hari (preterm). Selanjutnya dilakukan pemeriksaan dalam dan dilakukan observasi pada persalinan kala I.

d. Riwayat Kesehatan Sekarang

Ibu mengatakan saat ini tidak sedang menderita penyakit seperti asma, hipertensi, jantung, kencing manis, hepatitis dan HIV/AIDS.

e. Pola kebiasaan sehari-hari (sebelum datang ke BPM)

1) Nutrisi

a) Makan : ibu makan makan pada jam 06.30 dengan porsi sepiring nasi, lauk dan sayur kacang panjang.

b) Minum : ibu minum air putih 2 gelas air putih dan 1 gelas susu di pagi hari.

2) Istirahat

Malam : tidur malam mulai dari jam 22.00 sampai jam 05.00 WIB (7 jam)

3) Eliminasi

a) BAB : hari ini ibu belum BAB

b) BAK : 1-2 x, kuning dan jernih

4) Aktivitas

Ibu mengerjakan pekerjaan rumah tangga seperti menyapu, memasak, mencuci dan hari ibu menemani anaknya untuk mengikuti karnaval.

2. Data Objektif

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : *Composmentis*

TTV

TD : 110/70 mmHg

Nadi : 88 x/menit

RR : 22 x/menit

Suhu : 36,5 °C

Pemeriksaan Fisik

Wajah : Tidak anemis (pucat), tidak ikterus.

Mata : Konjungtiva merah muda, sklera putih, mata tidak minus.

Payudara : Simetris, puting susu menonjol, tidak ada benjolan abnormal, ASI kolostrum (+).

Abdomen : Terdapat bekas SC, terdapat line nigra, terdapat striae gravidarum.

- Leopold I : TFU pertengahan px-pusat (25 cm), teraba lunak dan tidak melenting (bokong).
- Leopold II : Teraba bagian kecil di perut bagian kiri dan teraba keras memanjang pada perut bagian kanan (puka).
- Leopold III : Teraba kepala (letkep), kepala sudah masuk PAP.
- Leopold IV : Divergen 2/5 bagian.
- DJJ : 144 x/menit.
- TBJ : $(25-11) \times 155 = 2170$ gram.
- HIS : 4 x 10 x 45"

Ekstremitas : Simetris, pergerakan bebas, tidak ada varises, tidak oedema.

Pemeriksaan Dalam

Vulva / vagina : Lendir darah
 Pembukaan : 8 cm
 Penipisan : 75%
 Ketuban : (-) Jernih
 Bagian terdahulu : Kepala
 Bagian terendah : UUK anterior kanan (jam 1)
 Penurunan : Hodge III
 Molase : 0

3. Analisa

Asuhan pada Ny. "W" usia 24 tahun G₁₁P₁₀₀₁Ab₀₀₀ usia kehamilan 36 minggu 2 hari inpartu kala I fase aktif.

4. Penatalaksanaan

1. Jam 11.35 : Memberitahukan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga
 Evaluasi : Ibu dan keluarga mengetahui hasil pemeriksaan
2. Jam 11.40 : Melakukan *informed consent* atas tindakan pertolongan persalinan yang dilakukan.
 Evaluasi : Suami menandatangani surat pernyataan permohonan tindakan medis
3. Jam 11.45 : Memantau kemajuan persalinan, keadaan ibu dan janin dengan partograf
4. Jam 11.45 : Menganjurkan ibu untuk miring kiri agar posisi lebih nyaman dan penurunan lebih cepat.
 Evaluasi : Ibu merasa kontraksi lebih sering dan penurunan kepala bertambah
5. Jam 11.48 : Menawarkan kepada ibu :

- a. Pendamping persalinan : ibu memilih orang tuanya (ibunya)
 - b. Makan atau minum di sela-sela his : ibu minum teh \pm 100 cc
 - c. BAK : ibu tidak ingin BAK, kandung kemih kosong
6. Jam 11.55 : Mengajarkan dan membimbing ibu untuk relaksasi disela tidak his untuk mengurangi rasa nyeri dan menganjurkan ibu untuk istirahat apabila tidak ada his.
- Evaluasi : Ibu menarik nafas dalam dan mengeluarkannya dari mulut setiap ada his
7. Jam 12.00 : Mengajarkan ibu cara mengejan yang baik dengan cara menyentuhkan dagu ke dada, kepala dipangku oleh pendamping persalinan, mengejan seperti saat ingin BAB tanpa mengeluarkan suara dan kaki dirangkul menggunakan tangan ibu. Meminta ibu agar tidak mengejan sebelum pembukaan lengkap.
- Evaluasi : Ibu memahami dan dapat menirukan posisi mengejan dengan baik.
8. Jam 12.05 : Menyiapkan alat partus, alat resusitasi, kelengkapan ibu dan bayi.
- Evaluasi : Melengkapi alat partus, alat resusitasi, pakaian bayi dan pakaian ibu.
9. Jam 12.10 : Menyedot oksitosin menggunakan spuit sebanyak 1 ml.
- Evaluasi : Oksitosin telah disiapkan

4.2.2 Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin Kala II

Tanggal / Jam : Minggu, 21 April 2019 / 12.20 WIB

1. Data Subjektif

Ibu merasa ada dorongan untuk meneran

2. Data Objektif

Keadaan umum : Baik

HIS : 4 x 10 x 45"

DJJ : 140 x/menit

Tanda gejala kala II :

- Tekanan pada anus
- Perineum menonjol
- Vulva vagina membuka

Pemeriksaan dalam pada jam 12.20 WIB

- Vulva Vagina : Lendir darah
- Pembukaan : 10 cm
- Penipisan : 100%
- Ketuban : (-) Jernih
- Penurunan kepala : Hodge IV
- Molase : 0

3. Analisa

Asuhan pada Ny. "W" usia 24 tahun G_{II}P₁₀₀₁Ab₀₀₀ usia kehamilan 36 minggu 2 hari inpartu kala II.

4. Penatalaksanaan

1. Jam 12.22 : Memberitahukan pemeriksaan kepada ibu dan keluarga bahwa pembukaan lengkap
Evaluasi : Ibu dan keluarga mengetahui hasil pemeriksaan
2. Jam 12.22 : Memakai celemek
3. Jam 12.23 : Membimbing meneran pada saat His
Evaluasi : Ibu meneran pada saat ada his, memberikan pujian jika ibu meneran dengan baik

4. Jam 12.24 : Meletakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian di bawah bokong ibu
5. Jam 12.25 : Membuka tutup partus set
6. Jam 12.28 : Melindungi perineum dan menahan agar kepala tidak defleksi dan membantu lahirnya kepala
7. Jam 12.28 : Memeriksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat
Evaluasi : Tidak ada lilitan tali pusat
8. Jam 12.29 : Menunggu kepala bayi melakukan putar paksi luar
9. Jam 12.29 : Memegang secara biparietal dan membantu lahirnya bahu
10. Jam 12.30 : Membantu lahirnya badan, menelusuri punggung, bokong sampai kaki.
Evaluasi : Bayi lahir spontan, langsung menangis
11. Jam 12.31 : Melakukan penilaian selintas
Evaluasi : Gerakan bayi sedikit lemah, jenis kelamin perempuan, cacat (-), anus (+).
12. Jam 12.31 : Membersihkan tubuh bayi menggunakan handuk
Evaluasi : Tubuh bayi bersih, namun masih tampak sedikit darah yang menggumpal di bagian rambut.

4.2.3 Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin Kala III

Tanggal / Jam : Minggu, 21 April 2019 / 12.31 WIB

1. Data Subjektif

Ibu merasa lega dan senang atas kelahiran bayinya dan ibu merasa sedikit lemas.

2. Data Objektif

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : *Composmentis*

Abdomen : TFU setinggi pusat, kontraksi baik
 Genetalia : Perdarahan \pm 100 cc tampak tali pusat di introitus vagina

3. Analisa

Asuhan kebidanan pada Ny. "W" usia 24 tahun P₂₀₀₂Ab₀₀₀ inpartu kala III.

4. Penatalaksanaan

1. Jam 12.31 : Memeriksa kembali uterus untuk memastikan bayi tunggal
 Evaluasi : TFU setinggi pusat, bayi tunggal.
2. Jam 12.31 : Memberitahu ibu bahwa akan disuntik oksitosin dan menyuntik oksitosin secara intra muskular di sepertiga paha bagian atas paha bagian luar (paha kanan).
 Evaluasi : Kontraksi uterus baik
3. Jam 12.32 : Menjepit tali pusat dengan klem
4. Jam 12.32 : Memotong dan mengikat tali pusat
5. Jam 12.33 : Meletakkan bayi tengkurap di dada ibu untuk IMD
 Evaluasi : Bayi tidak bisa menemukan puting susu ibu.
6. Jam 12.33 : Memindahkan klem pada tali pusat hingga jarak 5-10 cm di depan vulva
7. Jam 12.33 : Melakukan PTT dan dorso kranial saat ada kontraksi sampai plasenta terlepas
8. Jam 12.35 : Melahirkan plasenta dengan kedua tangan diputar searah jarum jam sampai keluar sepenuhnya
 Evaluasi : Jam 12.35 plasenta lahir lengkap
9. Jam 12.35 : Melakukan massase uterus sebanyak 15 kali
 Evaluasi : Uterus berkontraksi dengan baik
10. Jam 12.36 : Memeriksa kelengkapan plasenta

Evaluasi : Kotiledon 20 buah, tebal 1,5 cm, diameter 18 cm, selaput lengkap, insersi tali pusat sentral, panjang tali pusat 45 cm, terdiri dari 2 arteri dan 1 vena.

4.2.4 Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin Kala IV

Tanggal / jam : Minggu, 21 April 2019 / 12.40 WIB

1. Data Subjektif

Ibu merasa lega karena plasenta sudah lahir, ibu merasakan *after pain*.

2. Data Objektif

Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

TTV

TD : 110/70 mmHg

RR : 22 x/menit

Nadi : 80 x/menit

Suhu : 36,7 °C

Pemeriksaan Fisik

Abdomen : TFU 2 jari di bawah pusat, kontaksi baik, kandung kemih kosong

Genetalia : Perdarahan 50 cc, lochea rubra, tidak ada laserasi.

Pemeriksaan Bayi

Jenis kelamin : Perempuan

Berat badan : 2000 gram

Panjang badan : 46 cm

3. Analisa

Asuhan pada Ny. "W" usia 24 tahun P₂₀₀₂Ab₀₀₀ inpartu kala IV.

4. Penatalaksanaan

1. Jam 12.41 : Memberitahukan hasil pemeriksaan ibu dan bayi kepada ibu dan keluarga
Evaluasi : Ibu dan keluarga mengetahui hasil pemeriksaan
2. Jam 12.42 : Mengevaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum
Evaluasi : Tidak ada laserasi
3. Jam 12.42 : Memastikan uterus berkontraksi dengan baik
Evaluasi : Kontraksi baik
4. Jam 12.43 : Mencelupkan sarung tangan ke dalam larutan klorin dan di bilas dengan air DTT
5. Jam 12.44 : Mengajarkan ibu cara melakukan massase uterus
6. Jam 12.45 : Mengevaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah
Evaluasi : Darah yang keluar \pm 50 cc
7. Jam 12.46 : Menempatkan semua peralatan bekas pakai ke dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit
Evaluasi : Alat direndam, kemudian dicuci menggunakan detergen dan dikeringkan.
8. Jam 12.50 : Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai
9. Jam 12.53 : Membersihkan ibu dengan menggunakan air DTT dan memastikan ibu merasa nyaman
Evaluasi : Ibu telah selesai di seka menggunakan washlap dan air DTT pada bagian tubuh ibu yang kotor dan terkena darah, mengganti *underpad*.
10. Jam 13.00 : Mendekontaminasi tempat bersalin dan apron yang di pakai dengan larutan klorin 0,5%

11. Jam 13.05 : Melepas sarung tangan
12. Jam 13.06 : Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir
13. Jam 13.10 : Memberikan salep mata pada bayi dan menyuntikkan Vit K
Evaluasi : Tidak ada efek samping pasca pemberian penyuntikkan.
14. Jam 13.20 : Melakukan pemantauan kala IV
Evaluasi : Observasi kala IV berlangsung baik dan kondisi ibu baik
15. Jam 14.10 : Memberikan imunisasi HB₀
Evaluasi : Tidak ada efek samping pasca penyuntikan
16. Jam 14.30 : Membimbing ibu untuk mobilisasi dini
Evaluasi : Ibu miring kanan-kiri, kemudian duduk, ibu tidak merasa pusing, ibu berdiri dan membantu ibu pindah ke ruang nifas
17. Jam 14.50 : Melengkapi partograf.

4.3 Laporan Pelaksanaan Asuhan Nifas

4.3.1 Asuhan Kebidanan Masa Nifas Kunjungan I

Tanggal : 21 April 2019

Jam : 19.00 WIB

Tempat : Ruang nifas BPM Siti Nurcahyaningih

Oleh : Ida Khusmawati

1. Data Subjektif

a. Keluhan utama

Ibu mengatakan perutnya masih terasa mulas

b. Pola Kebiasaan

1) Nutrisi

Ibu telah makan pada 3 jam *post partum* dengan porsi 1 piring nasi dengan lauk pauk dan sayur. Ibu minum sebanyak ± 1,5 liter semenjak 2 jam PP - 6 jam PP.

2) Eliminasi

Ibu BAK 2 kali sejak 2 jam - 6 jam PP, ibu belum BAB

3) Istirahat

Ibu tidur \pm 1 jam pada 4 jam post partum

4) *Personal hygiene*

Ibu belum mandi selama 6 jam *post partum*, ibu sudah mengganti pembalut sebanyak 2 kali. Ibu ganti baju pada 2 jam post partum.

5) Aktivitas

Ibu ke kamar mandi sebanyak 2 kali untuk BAK dan ganti pembalut.

6) Laktasi

Ibu sudah bisa menyusui bayinya sejak 2 jam post partum. Ibu sudah menyusui bayinya 2-3 kali dan lama menyusui \pm 10 menit.

2. Data Objektif

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : *Composmentis*

TTV

TD : 100/70 mmHg

Suhu : 36,5°C

Nadi : 78 x/menit

RR : 20 x/menit

Pemeriksaan fisik

Wajah : Tidak pucat, tidak ikterus dan tidak oedema.

Mata : Konjungtiva merah muda, sklera putih.

Payudara : Simetris, puting susu menonjol, bersih, ASI kolostrum (+), tidak ada benjolan abnormal.

Abdomen : Terdapat bekas SC, TFU 2 jari di bawah pusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih kosong.

Genetalia : Tidak ada luka jahitan, lochea rubra, pengeluaran darah ± 70 cc (1 pembalut ukuran 41 cm).

Ekstremitas : Simetris, pergerakan bebas, tidak ada varises, tidak *oedema*.

3. Analisa

Asuhan pada Ny. "W" usia 24 tahun P₂₀₀₂Ab₀₀₀ 6 jam *post partum*.

4. Penatalaksanaan

a. Memberitahukan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga.

Evaluasi : Ibu mengerti dan memahami hasil pemeriksaan.

b. Menjelaskan kepada ibu bahwa rasa mulas yang dialami ibu adalah hal yang wajar atau normal karena kontraksi uterus dapat membantu pengeluaran lochea dan kembalinya uterus.

Evaluasi : Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan ibu tidak lagi merasa resah saat perutnya mulas.

c. Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri dengan cara melakukan massase uterus dan mengobservasi darah yang keluar.

d. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan dengan cara mengobservasi pengeluaran darah.

Evaluasi : Tidak ada robekan jalan lahir dan tidak ada tanda perdarahan, pengeluaran darah ± 70 cc (1 pembalut ukuran 41 cm).

e. Memberikan KIE kepada ibu tentang :

1) Memberikan KIE kepada ibu dan keluarga cara mencegah perdarahan masa nifas, salah satunya dengan cara mengajari ibu untuk melakukan massase uterus dan memastikan uterus berkontraksi dengan baik. Tanda uterus berkontraksi dengan baik adalah uterus teraba keras.

2) Pentingnya menjaga kebersihan diri terutama alat kelamin. Bersihkan dengan cara membasuh dengan air bersih dari depan ke belakang

setiap selesai BAK atau BAB, lalu keringkan menggunakan handuk khusus atau tisu. mengganti pembalut secara teratur 4-5 x/hari.

- 3) Menyampaikan tentang gizi seimbang yaitu dengan mengkonsumsi nasi, lauk pauk, sayur. Menyarankan agar ibu tidak terek makan. Memperbanyak mengkonsumsi makanan yang mengandung protein seperti telur, ikan, daging, tempe, dll.
- 4) Menganjurkan ibu untuk istirahat yang cukup, \pm 1-2 jam pada siang hari, 7-8 jam pada malam hari dan meminta ibu untuk tidur jika bayinya tidur agar ibu tidak kelelahan.
- 5) Menganjurkan ibu agar selalu menjaga kehangatan bayi dengan memakaikan bedong, selimut dan topi agar bayi tidak hipotermi.
- 6) KIE tentang perawatan bayi prematur dan berat lahir rendah (BBLR) yaitu:
 - Menjaga bayi agar tetap hangat dengan memberi pakaian yang kering, menyelimuti bayi dan memberi lampu 60 watt dengan jarak 60 cm di tempat tidur bayi.
 - Memperhatikan posisi tidur bayi dan tempat tidur bayi agar tidak diberikan banyak mainan dan boneka di sekeliling tempat tidurnya karena bisa menghalangi jalan napas. Posisi tidurnya tidak terlalu menekuk ke bawah atau terlalu menengadah. Pastikan jalan napas tidak terhalang.
 - Menganjurkan kepada ibu agar menyeka bayinya menggunakan *Virgin Coconut Oil* (VCO) agar tubuh bayi tidak kedinginan.
 - Menganjurkan ibu agar memberikan ASI sedikit-sedikit namun sering, lalu naikkan secara bertahap sesuai dengan kemampuan

bayi. Karena kemampuan minum bayi normal adalah 30-60 ml.

Bayi BBLR di bawah itu (15-25 ml).

- 7) Pentingnya ASI eksklusif pada bayi, mengingatkan kepada ibu untuk menyusui bayinya setiap 2 jam sekali atau ketika bayi terbangun, menangis atau lapar. Jika bayi belum bangun dalam waktu 2 jam maka bayi dibangunkan dan disusui.

Evaluasi : Ibu mengerti dan bersedia.

- f. Mengajarkan ibu cara menyusui bayi yang baik dan benar, yaitu dengan posisi dada ibu menempel dengan perut bayi, bayi menghadap ke payudara, puting dan areola masuk ke mulut bayi, setelah menyusui bayi disendawakan dengan cara menggendong menepuk-nepuk punggung bayi.

Evaluasi : Ibu dapat mempraktekkan dan dapat menyusui dengan baik.

- g. Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah terjadinya hipotermi yaitu dengan cara memberikan pakaian yang hangat kepada bayi, bayi di bedong dan di beri topi serta ditempatkan dalam inkubator di ruang nifas BPM Siti Nurchayaningsih.

Evaluasi : Bayi dalam keadaan hangat, suhu bayi normal.

- h. Mengajarkan ibu cara merawat tali pusat yaitu dengan menggunakan kasa steril tanpa dibuahi apapun seperti alkohol atau ramuan apapun.

Evaluasi : Ibu mengerti dan bersedia.

- i. Melakukan *bounding attachment* (hubungan ibu dan bayi) dengan cara meminta ibu untuk menyusui bayinya agar terjadi kontak antara ibu dan bayi.

Evaluasi : Ibu menyusui bayinya secara langsung, ibu senang dengan kehadiran bayinya.

- j. Mengobservasi keadaan ibu dan bayi baru lahir agar selalu dalam keadaan sehat dan stabil.

Evaluasi : Selama 6 jam pertama kondisi ibu dan bayi dalam keadaan stabil dan tidak menunjukkan tanda-tanda bahaya.

- k. Memberitahu ibu untuk kontrol ulang 6 hari lagi (27 april 2019), atau sewaktu-waktu jika ada keluhan.

4.3.2 Asuhan Kebidanan Masa Nifas Kunjungan II

Tanggal : 25 April 2019

Jam : 15.00 WIB

Tempat : Rumah Ny. "W"

Oleh : Ida Khusmawati

1. Data Subjektif

a. Keluhan utama

Ibu mengatakan saat ini tidak ada keluhan apapun, ibu dalam keadaan sehat.

b. Pola Kebiasaan

1) Nutrisi : Ibu mengatakan makan 2-3 x sehari, ibu mengatakan tidak terek makan. Ibu makan sayur (seperti bayam, kangkung, sop), buah (seperti pisang, pepaya) ayam, telur, tahu, tempe dan lainnya. Setiap hari ibu makan sayur dan lauk, ibu makan buah 2-3 hari sekali. Ibu minum 8-10 gelas/hari.

2) Istirahat : Ibu mengatakan kadang tidur siang 1 jam/hari dan kadang tidak dan tidur malam dari jam 22.00-04.30 WIB. Ibu mengatakan saat ini dapat tidur dengan baik karena bayi tidak rewel.

3) Eliminasi : Ibu mengatakan BAK 4-5 x/hari. Ibu BAB 1 x/hari, ibu mengatakan sudah bisa BAB sejak 3 hari *post partum*.

- 4) **Aktivitas** : Ibu mengatakan sudah melakukan pekerjaan rumah seperti memasak, dan mencuci, selain itu ibu kadang dibantu oleh anggota keluarga untuk melakukan pekerjaan rumah.
- 5) *Personal Hygiene* : Ibu mengatakan mandi 2 x sehari, mengganti pakaian setelah mandi atau ketika basah. Ibu mengganti pembalut 3-4 x/hari.
- 6) **Laktasi** : Ibu menyusui bayinya setiap 2 jam, ibu memberikan ASI dan susu formula dengan perbandingan 10:2. Hal itu karena pada malam hari ibu kadang memberikan susu formula sebanyak 60 ml.

2. **Data Objektif**

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : *Composmentis*

TTV

TD : 100/70 mmHg

Suhu : 36,2 °C

Nadi : 82 x/menit

RR : 20 x/menit

Pemeriksaan fisik

Wajah : Tidak pucat (anemis), tidak ikterus, tidak oedema

Mata : Konjungtiva merah muda, sklera putih

Payudara : Simetris, puting susu menonjol, ASI (+), tidak ada benjolan abnormal.

Abdomen : Ibu memakai gurita, terdapat bekas SC, TFU 2 jari diatas simpisis, kontraksi uterus baik, kandung kemih kosong.

Genetalia : Tidak ada luka jahitan, lochea rubra, pengeluaran darah 1/2 pembalut (15 Cc).

Ekstremitas : Simetris, pergerakan bebas, tidak ada varises, tidak oedema.

3. Analisa

Asuhan pada Ny. "W" usia 24 tahun P₂₀₀₂Ab₀₀₀ 5 hari *post partum*.

4. Penatalaksanaan

a. Memberitahukan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga.

Evaluasi : Ibu mengerti dan memahami hasil pemeriksaan.

b. Memberikan KIE kepada ibu tentang :

1) Memberitahu kepada ibu bahwa darah yang keluar pada hari ke-6 seharusnya sudah kecoklatan. Salah satu penyebab dari tidak lancarnya *lochea* yang keluar adalah kurang menyusui. Oleh karena itu menganjurkan ibu agar lebih sering menyusui anaknya karena dengan menyusui dapat membantu proses involusi uterus.

2) Menganjurkan ibu untuk memberikan ASI secara teratur setiap 2 jam sekali atau ketika bayi lapar, jika ASI tidak memungkinkan untuk disusukan, maka menyarankan ibu untuk memompa ASI. ASI sangat penting untuk meningkatkan antibodi bayi dan kandungan dalam ASI sangat sesuai dengan kebutuhan bayi.

3) Pentingnya menjaga kebersihan diri terutama pada area alat kelamin. Bersihkan dengan cara membasuh dengan air bersih dari depan ke belakang setiap selesai BAK atau BAB, lalu keringkan menggunakan handuk khusus atau tisu. Mengganti pembalut secara teratur 4-5 x/hari.

4) Mengajarkan ibu untuk tetap menjaga kehangatan bayi dan tetap membersihkan pusat bayi meskipun tali pusat sudah lepas.

Evaluasi : Ibu mengerti dan bersedia

c. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi dan perdarahan.

Evaluasi : Ibu dalam keadaan sehat, semua pemeriksaan dalam batas normal.

- d. Memastikan involusi uterus berjalan dengan baik dengan cara memeriksa kontraksi uterus dan mengukur tinggi fundus uteri.

Evaluasi : Involusi berjalan dengan baik, kontraksi uterus baik, tinggi fundus uteri kembali lebih cepat mengecil.

- e. Memastikan ibu mendapatkan nutrisi yang baik dengan cara mengkaji pemenuhan nutrisi pada ibu.

Evaluasi : Ibu mengatakan makan 3 kali sehari dengan nasi, sayur dan lauk pauk, minum 8-10 kali perhari.

- f. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit.

Evaluasi : Ibu menyusui bayinya setiap 2 jam sekali, refleks hisap bayi masih lemah sehingga ibu juga memberikan susu formula sebagai tambahan.

- g. Memberitahu ibu untuk kontrol ulang ke bidan besok (7 hari PP), atau sewaktu-waktu jika ada keluhan.

Evaluasi : Ibu menyetujui dan bersedia.

4.3.3 Asuhan Kebidanan Masa Nifas Kunjungan III

Tanggal : 03 Mei 2019

Jam : 13.00 WIB

Tempat : Rumah Ny. "W"

Oleh : Ida Khusmawati

1. Data Subjektif

- a. Keluhan utama

Ibu mengatakan akhir-akhir ini kadang merasa ngilu pada bagian vagina, biasanya terasa jika ibu duduk atau jongkok. Kondisi ibu dalam keadaan sehat.

b. Pola Kebiasaan

- 1) Nutrisi : Ibu mengatakan makan 3 x sehari, ibu mengatakan tidak terek makan. seperti biasa Ibu makan sayur, lauk dan 2-3 hari sekali makan buah. Ibu minum 8-10 gelas/hari.
- 2) Istirahat : Ibu mengatakan tidak tidur siang, pada siang hari ibu hanya berbaring tapi tidak sampai tertidur. dan tidur malam dari jam 22.00-05.00 WIB. Ibu mengatakan saat ini dapat tidur dengan baik karena bayi tidak rewel.
- 3) Eliminasi : Ibu mengatakan BAK 4-5 x/hari. Ibu BAB 1 x/hari.
- 4) Aktivitas : Ibu mengatakan sudah melakukan pekerjaan rumah seperti memasak, dan mencuci, membersihkan rumah serta mengasuh anak.
- 5) *Personal Hygiene* : Ibu mengatakan mandi 2 x sehari, mengganti pakaian setelah mandi. Ibu mengganti pembalut 2-3 x/hari.
- 6) Laktasi : Ibu menyusui bayinya setiap 2 jam, Ibu mengatakan memompa ASI dan memberikannya menggunakan botol dan ibu juga kadang memberikan susu formula. Perbandingan ASI dengan susu formula adalah 9:3, pada malam hari ibu memberikan 90 ml susu formula.

2. Data Objektif

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : *Composmentis*

TTV

TD : 90/60 mmHg

Suhu : 35,7 °C

Nadi : 80 x/menit

RR : 19 x/menit

Pemeriksaan fisik

- Wajah : Tidak pucat (anemis), tidak ikterus, tidak oedema.
- Mata : Konjungtiva merah muda, sklera putih.
- Payudara : Simetris, puting susu menonjol, ASI (+), tidak ada benjolan abnormal.
- Abdomen : Ibu memakai gurita, terdapat bekas SC, TFU tidak teraba, kandung kemih kosong.
- Genetalia : Tidak ada luka jahitan, lochea sanguinolenta (masih kecoklatan), pengeluaran darah 1/4 pembalut (7,5-10 cc).
- Ekstremitas : Simetris, pergerakan bebas, tidak ada varises, tidak oedema.

3. Analisa

Asuhan pada Ny. "W" usia 24 tahun P₂₀₀₂Ab₀₀₀ 13 hari *post partum*.

4. Penatalaksanaan

- a. Memberitahukan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga bahwa kondisi ibu dalam keadaan baik serta proses pengembalian rahim berjalan normal. Namun pada pengeluaran darah dinilai kurang lancar karena lochea pada hari ke 13 normalnya adalah berwarna kekuningan (serosa).

Evaluasi : Ibu mengerti dan memahami hasil pemeriksaan.

- b. Memberikan KIE kepada ibu tentang :

- 1) Keluhan yang dirasakan ibu yaitu terasa nyeri di bagian vagina saat jongkok atau duduk. Menganjurkan kepada ibu agar mengurangi posisi jongkok untuk sementara karena ibu mengaku hampir semua aktivitasnya dilakukan dengan posisi jongkok, sementara posisi jongkok terlalu lama harus dihindari dan menggantinya dengan duduk seperti biasa atau berdiri.

- 2) Menganjurkan ibu agar istirahat yang cukup, \pm 1-2 jam pada siang hari, 7-8 jam pada malam hari dan meminta untuk tidur jika bayinya tidur agar ibu tidak terlalu kelelahan.
 - 3) Menganjurkan ibu untuk memberikan ASI secara eksklusif kepada bayinya, jika ASI tidak memungkinkan untuk disusukan, maka menyarankan ibu untuk memompa ASI. ASI sangat penting untuk meningkatkan antibodi bayi dan kandungan dalam ASI sangat sesuai dengan kebutuhan bayi. selain itu menyusui dapat mempercepat pengembalian rahim dan membantu melancarkan pengeluaran lochea.
- e. Menjelaskan kepada ibu tentang senam nifas menggunakan leaflet dan mempraktekkan sedikit tentang senam nifas seperti jongkok-berdiri dan tidur sambil mengangkat bokong ibu.
- f. Memberikan KIE tentang perawatan bayi baru lahir, diantaranya :
- Mencuci tangan setiap sebelum dan sesudah menyentuh bayi.
 - Perawatan tali pusat menggunakan kasa steril tanpa di bubuhi apapun (*Betadine, alcohol, ramu-ramuan*), agar tali pusat tetap kering dan mengurangi resiko infeksi.
 - Menjaga kehangatan bayi dengan cara selalu memberikan pakaian yang kering dan kangat kepada bayi, memakaikan pakaian bayi, divedong dan diberi topi.
 - Menganjurkan ibu untuk tidak memandikan bayinya terlebih dahulu karena kondisi bayinya dengan berat 2000 gram. meminta ibu untuk menyeka bayi dengan *Virgin Coconnut Oil (VCO)* agar bayi selalu hangat dan terhindar dari hipotermi.
 - Menganjurkan ibu untuk menjemur bayi nya pada pagi hari \pm 30 menit setiap pagi. Pakaian bayi di buka, memakaikan popok atau

penutup untuk alat kelamin bayi dan menutup bayi pada bagian mata.
Menjemur bayi dengan posisi terlentang selama ± 15 menit kemudian bayi diposisikan tengkuran selama ± 15 menit.

- Menganjurkan ibu untuk mengganti popok bayi setiap kali basah, BAK/BAB dan menjaga agar alat genitalia bayi selalu dalam keadaan bersih dan kering, serta tidak memberi bedak pada bagian alat genitalia bayi.

Evaluasi : Ibu mengerti dan bersedia dan ibu dapat mempraktekkannya.

- c. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi dan perdarahan.

Evaluasi : Ibu dalam keadaan sehat, semua pemeriksaan dalam batas normal.

- d. Memastikan involusi uterus berjalan dengan baik dengan cara memeriksa kontraksi uterus dan mengukur tinggi fundus uteri.

Evaluasi : Involusi berjalan dengan baik, TFU sudah tidak teraba.

- e. Memberitahu ibu untuk kontrol ulang ke bidan besok (14 hari PP), atau sewaktu-waktu jika ada keluhan.

Evaluasi : Ibu menyetujui dan bersedia.

4.3.4 Asuhan Kebidanan Masa Nifas Kunjungan IV

Tanggal : 31 Mei 2019

Jam : 16.00 WIB

Tempat : Rumah Ny. "W"

Oleh : Ida Khusmawati

1. Data Subjektif

- a. Keluhan utama

Ibu mengatakan saat ini tidak ada keluhan apapun. Kondisi ibu dalam keadaan sehat.

b. Pola Kebiasaan

- a. Nutrisi : Ibu mengatakan makan 2-3 x sehari, ibu mengatakan tidak terek makan. Ibu minum 8-10 gelas/hari dan ibu minum susu untuk memperlancar ASI 1x /hari.
- b. Istirahat : Ibu mengatakan tidak tidur siang, pada siang hari ibu hanya berbaring tapi tidak sampai tertidur. dan tidur malam dari jam 01.00 WIB. Ibu mengatakan akhir-akhir ini sering tidur pada dini hari karena bayi sedang rewel.
- c. Eliminasi : Ibu mengatakan BAK 4-5 x/hari. Ibu BAB 1 x/hari kadang 2 hari sekali.
- d. Aktivitas : Ibu mengatakan sudah melakukan pekerjaan rumah seperti memasak, dan mencuci, membersihkan rumah, mengasuh anak, kadang pergi berbelanja.
- e. *Personal Hygiene* : Ibu mengatakan mandi 2 x sehari, mengganti pakaian setelah mandi. Ibu sudah tidak memakai pembalut karena lochea sudah berhenti sejak 2 minggu lalu.
- f. Laktasi : Ibu menyusui bayinya 3-4 x/hari, Ibu mengatakan memompa ASI dan memberikannya menggunakan botol dan ibu juga memberikan susu formula kepada bayinya.

2. Data Objektif

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : *Composmentis*

TTV

TD : 100/70 mmHg

Suhu : 36,3 °C

Nadi : 82 x/menit

RR : 22 x/menit

Pemeriksaan fisik

- Wajah : Tidak pucat (anemis), tidak ikterus, tidak oedema.
- Mata : Konjungtiva merah muda, sklera putih.
- Payudara : Simetris, puting susu menonjol, ASI (+), tidak ada benjolan abnormal.
- Abdomen : Terdapat bekas SC, TFU tidak teraba, kandung kemih kosong.
- Genetalia : Tidak ada luka jahitan, tidak ada pengeluaran lochea.
- Ekstremitas : Simetris, pergerakan bebas, tidak ada varises, tidak oedema.

3. Analisa

Asuhan pada Ny. "W" usia 24 tahun P₂₀₀₂Ab₀₀₀ 40 hari *post partum*.

4. Penatalaksanaan

1. Memberitahukan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga bahwa kondisi ibu dalam keadaan baik serta proses pengembalian rahim berjalan normal.

Evaluasi : Ibu mengerti dan memahami hasil pemeriksaan.

2. Menanyakan kepada ibu penyulit yang ibu atau bayi alami dengan cara melakukan pengkajian.

Evaluasi : Ibu mengatakan penyulit yang timbul adalah proses menyusui yang semakin menurun karena bayi tidak dapat menghisap dengan baik.

3. Memberikan KIE kepada ibu tentang :

- a. Menjelaskan kepada ibu tentang pentingnya ASI eksklusif bagi ibu dan bayi. ASI sangat berperan pada proses pengembalian rahim dan ASI sangat baik untuk pertumbuhan dan perkembangan bayi.

Evaluasi : Ibu mengerti dan memahami tentang pentingnya ASI, oleh karena itu ibu mengatakan tetap berusaha memberikan ASI kepada bayinya dengan cara minum susu untuk memperlancar ASI.

- b. Menjelaskan tentang macam-macam KB, keuntungan serta kekurangannya, dan mengarahkan serta membantu ibu memilih KB yang akan digunakan.

Evaluasi : Ibu memilih KB suntik 3 bulan karena tidak mengganggu proses menyusui dan dari pengalaman sebelumnya tidak memberikan efek samping yang mengganggu ibu.

- c. Menganjurkan agar ibu tetap tidak terek makan dan tetap menjaga nutrisi ibu karena ibu sedang menyusui.
- d. Menganjurkan ibu agar istirahat yang cukup, \pm 1-2 jam pada siang hari, 7-8 jam pada malam hari dan meminta untuk tidur jika bayinya tidur agar ibu tidak terlalu kelelahan.

Evaluasi : Ibu mengerti dan bersedia dan ibu dapat mempraktekkannya.

4. Memberitahu ibu untuk ke bidan untuk segera memakai kontrasepsi.

Evaluasi : Ibu menyetujui dan bersedia.

4.4 Laporan Pelaksanaan Asuhan Bayi Baru Lahir

4.4.1 Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir Kunjungan I

Tanggal : 21 April 2019

Jam : 21.00 WIB

Tempat : BPM Siti Nurcahyaningih, Amd.Keb

1. Data Subjektif

a. Biodata

Nama Bayi : By. Ny. "W"

Tanggal lahir : 21 April 2019

Jenis kelamin : Perempuan

Anak ke : 2

b. Riwayat natal

Ibu mengatakan bayinya lahir secara normal, spontan, langsung menangis, gerak aktif, kulit kemerahan, BB : 2000 gr, PB : 46 cm dan sudah diberikan ASI setelah 2 jam PP.

c. Pola Kebiasaan

1) Nutrisi

Ibu mengatakan telah menyusui bayinya pada 2 jam pertama, bayi minum sedikit ASI karena refleks hisap bayi masih lemah.

2) Eliminasi

Ibu mengatakan bayinya telah BAK 1 kali, BAB 1 kali (mekonium).

3) Istirahat

Bayi lebih sering tidur dan bangun saat disusui.

4) Aktivitas / gerakan bayi

Aktivitas bayi lebih sering tidur, tangisan bayi kuat, gerakan bayi masih lemah.

5) *Personal hygiene*

Bayi belum dimandikan, bayi sudah dibersihkan, diberi pakaian kering dan hangat, dibedong dan diberi topi.

2. Data Objektif

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : *Composmentis*

BB : 2000 gram

PB : 46 cm

Lila : 9 cm

LK : 29 cm

TTV

A/S : 7/9

Suhu : 36,7 °C

Nadi : 137 x/menit

RR : 45 x/menit

Pemeriksaan antropometri

Sirkumferensia suboksipito bregmatika : 29 cm

Sirkumferensia fronto oksipitalis : 30 cm

Sirkumferensia mento oksipitalis : 30 cm

Sirkumferensia submento bregmatika : 29 cm

Pemeriksaan fisik

Kulit : Kulit tampak kemerahan, lanugo ada pada daerah tanpa rambut, pecah-pecah pada daerah kulit pucat, vena jarang tampak.

Kepala : Tidak ada *cephal hematoma*, serta tidak ada *caput*.

Wajah : Tidak pucat (anemis), tidak ikterus, tidak oedema.

Mata : Simetris, konjungtiva merah muda, sklera putih.

Telinga : Daun telinga bergelombang baik, lembek tapi siap rekoil.

Hidung : Simetris, tidak ada pernapasan cuping hidung, tidak ada cairan yang keluar.

Mulut : Tidak ada *labio skizis*, dan tidak ada *labio palatoskizis*.

Dada : Simetris, jaringan payudara belum terlihat, areola berbintil-bintil, tidak ada retraksi dinding dada, tidak ada bunyi *ronkhi* dan tidak terdengar bunyi *wheezing*.

Abdomen : Tidak ada pembesaran abnormal, tidak kembung, tali pusat masih basah dan tertutup (dibalut dan diikat) kasa kering, tidak ada tanda-tanda infeksi pada tali pusat.

Genetalia : Labia mayor besar dan labia minor kecil tapi labia mayor belum menutupi labia minor, terdapat lubang anus, sudah BAK dan mengeluarkan mekonium.

Ekstremitas atas : Simetris, gerak aktif, tidak oedema, tidak ada *polidaktil* atau *sindaktil*.

Ekstremitas bawah: Simetris, garis lipatan kaki sampai 2/3 anterior, tidak oedema, gerak aktif, tidak ada *polidaktil* atau *sindaktil*.

Pemeriksaan Refleks

Refleks moro : Positif (lemah) terdapat *refleks* memeluk namun gerakan lemah.

Refleks glabella : Positif (kuat) *refleks* berkedip saat dahi di ketuk.

Refleks tonic neck : Negatif, bayi tidak mengangkat kepala.

Refleks graspng : Positif (lemah) menggenggam namun tidak terlalu erat.

Refleks rooting : Negatif, bayi tidak dapat mencari puting susu dengan baik.

Refleks sucking : Positif (lemah) menghisap payudara masih lemah.

Refleks swallowing: Positif (kuat) menelan ASI dengan baik

Refleks babinsky : Positif (lemah) *refleks* telapak kaki, gerakan lemah.

Ballard Score

1). Penilaian maturitas fisik

- Kulit : 3
- Lanugo : 3
- Garis telapak kaki : 3
- Payudara : 2
- Mata/telinga : 2
- Genetalia : 3

skor : 16

2). Penilaian maturitas neuromuskular

- Sikap : 3
- Sudut pergelangan tangan : 3
- Rekoil lengan : 3
- Sudut popliteal : 3
- Tanda scarf : 2
- Tumit ke telinga : 2

skor : 16

Total skor : 32 (UK 36-38 minggu)

	-1	0	1	2	3	4	5
Sikap							
Sudut pergelangan tangan							
Rekoil lengan							
Sudut poplitea							
Tanda scarf							
Tumit-ke-telinga							

	- 2	- 1	0	1	2	3	4	5
Kulit		Lengket, opak, beranaran	Merah seperti gelatin, lendir pada tang	Udih, merah muda, vena membesar	Pengopasan & telat atau super flak, betebra vena	Pecah2, daerah pucat, jarang vena	Perkamen, pecah-pecah dalam, titik kehitam vena	Seperti kulit pecah-pecah, berkehitam
Lanugo		Tidak ada	Jarang sekali	Banyak sekali	meripis	(1) banyak tetapi	Selagian besar lenyap	
Garis telapak kaki	Tumit - ibu jari kaki < 40 mm	Tumit - ibu jari kaki 40 - 50 mm	> 50 mm, tidak ada skutan	Garis garis merah spis	Garis melintang hanya pd bag. anterior	Garis lipatan panjang 2/3 anterior	Garis lipatan pada seluruh telapak	
Payudara		Tidak ada	Sangat atrofi	Areola distal (-) menonjol	Areola bening 2/3 anterior	Areola bening 3/4 anterior	Areola peruh Perseputan 5-10 mm	
Mata / telinga	Kepak mengkilap anaf	Kepak mengkilap kenger	Kepak terkulat, pirus distal, tetap terkulat	Pirus sedikit bening, rekoil terkulat	Pirus bening, rekoil terkulat	Keras & berkulat beges rekoil	Kartilago lebel, daun telinga kaku	
Genitalia pria	Struktura skler & kaku	Struktura kosong, rugae normal	Struktura kaku, rugae normal	Tanda di kranif kaku, rugae jarang	Tanda mengkilap, rugae normal, rekoil terkulat	Tanda kaku, rugae normal, rekoil terkulat	Tanda kaku, rugae normal, rekoil terkulat	
Genitalia wanita	Sklera menonjol, atau datar	Sklera menonjol, atau datar	Sklera menonjol, atau datar	Sklera menonjol, atau datar	Sklera menonjol, atau datar	Sklera menonjol, atau datar	Sklera menonjol, atau datar	

Skor	Minggu
-10	20
-5	22
0	24
5	26
10	28
15	30
20	32
25	34
30	36
35	38
40	40
45	42
50	44

3. Analisa

Asuhan pada By. Ny. "W" usia 6 jam neonatus kurang bulan (prematu).

4. Penatalaksanaan

a. Jam 13.20 : Memberitahukan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga bahwa kondisi bayi dalam keadaan baik.

Evaluasi : Ibu mengerti dan memahami hasil pemeriksaan.

b. Jam 13.25 : Melakukan perawatan bayi baru lahir.

Evaluasi : Telah dilakukan perawatan bayi baru lahir berupa membersihkan tubuh bayi, membungkus tali pusat dengan kasa kering.

c. Jam 13.30 : Memberikan salep mata *Tetracyclin* 1%, suntikan vit. K 0,05 ml pada paha sebelah kiri dan telah diberikan pada 1 jam pertama setelah bayi lahir.

Evaluasi : Tampak salep mata dan tidak ada efek samping pasca pemberian dan penyuntikan vit K.

d. Jam 14.30 : Memberikan imunisasi Hb 0 0,5 ml pada paha kanan pada satu jam setelah pemberian vit K.

Evaluasi : Tidak ada efek samping pasca penyuntikan.

e. Jam 14.35 : Menganjurkan ibu untuk menjaga kehangatan bayinya agar bayi tidak hipotermi.

Evaluasi : Ibu mengerti, bayi berada di dalam inkubator.

f. Jam 14.40 : Menganjurkan ibu untuk memberikan ASI eksklusif pada bayinya dan menyusui bayinya sesering mungkin (2 jam sekali) atau saat bayi dalam keadaan lapar ataupun bangun tidur.

Evaluasi : Ibu menyusui bayinya pada 2 jam pertama.

g. Jam 14.45 : Memberikan KIE tentang :

1) Perawatan bayi baru lahir prematur :

- Perawatan tali pusat menggunakan kasa steril tanpa di bubuhi apapun (*Betadine, alcohol, ramu-ramuan*), agar tali pusat tetap kering dan mengurangi resiko infeksi.

- Menjaga kehangatan bayi dengan cara selalu memberikan pakaian yang kering dan hangat kepada bayi, memakaikan pakaian bayi, dibedong dan diberi topi.
 - Menganjurkan kepada ibu dan keluarga agar menyediakan tempat tidur bayi yang hangat dan diberi lampu warna kuning 60 watt dengan jarak 60 cm. Hal itu bertujuan agar bayi selalu dalam keadaan hangat dan sebagai pengganti inkubator saat perawatan di rumah.
 - Menganjurkan ibu untuk mengganti popok bayi setiap kali basah, BAK/BAB dan menjaga agar alat genitalia bayi selalu dalam keadaan bersih dan kering, serta tidak memberi bedak pada bagian alat genitalia bayi.
 - Mencegah infeksi dengan ketat. Bayi prematur sangat rentan dengan infeksi, oleh karena itu menganjurkan ibu dan keluarga untuk mencuci tangan sebelum memegang bayi.
 - Pengawasan nutrisi. Reflek menelan bayi prematur belum sempurna, oleh sebab itu pemberian nutrisi harus dilakukan dengan baik, sedikit-sedikit tapi sering (rutin setiap 2 jam sekali).
- 2) Menganjurkan ibu untuk tidak memandikan bayinya terlebih dahulu karena kondisi bayinya dengan berat 2000 gram. Meminta ibu untuk menyeka bayi dengan *Virgin Coconut Oil* (VCO) agar bayi selalu hangat dan terhindar dari hipotermi.
- 3) Menganjurkan ibu untuk menjemur bayinya pada pagi hari \pm 30 menit setiap pagi. Pakaian bayi di buka, memakaikan popok atau penutup untuk alat kelamin bayi dan menutup bayi pada bagian mata. Menjemur bayi dengan posisi terlentang selama \pm 15 menit kemudian bayi diposisikan tengkurap selama \pm 15 menit.

Evaluasi : Ibu memahami dan bersedia.

h. Jam 15.00 : Mengingatkan ibu untuk kontrol ulang ke bidan pada tanggal 26 April 2019.

Evaluasi : Ibu memahami dan bersedia.

4.4.2 Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir Kunjungan II

Tanggal : 25 April 2019

Jam : 15.00 WIB

Tempat : Rumah Ny. "W"

Oleh : Ida Khusmawati

1. Data Subjektif

Ibu mengatakan bayinya dapat menyusu dengan baik. Ibu mengatakan bayinya dalam keadaan sehat.

Pola Kebiasaan

a. Nutrisi

Ibu mengatakan menyusi bayinya setiap 2 jam atau ketika bayi menangis, selain itu ibu juga memberikan bayi selingan susu formula karena ibu mengaku ASI nya tidak terlalu lancar dan daya hisap bayi kurang.

b. Eliminasi

Ibu mengatakan bayinya BAK 4-5 kali /hari, BAB 2-3 kali /hari

c. Istirahat

Ibu mengatakan bayi nya lebih sering tidur (\pm 14-16 jam), bayi bangun jika dalam keadaan lapar, BAK/BAB.

d. Aktivitas / gerakan bayi

Aktivitas bayi lebih sering tidur, tangisan bayi kuat, gerakan bayi aktif mulai dari menggerakkan tangan dan kakinya.

e. *Personal hygiene*

Ibu mengatakan setiap pagi dan sore menyeka bayinya menggunakan *Virgin Coconut Oil (VCO)* dan mengganti popok bayi setiap kali basah, BAK/BAB dan setiap selesai mandi.

2. Data Objektif

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : *Composmentis*

BB sekarang : 2000 gram

TTV

Suhu : 36,2 °C

Nadi : 130 x/menit

RR : 41 x/menit

Pemeriksaan fisik

Kepala : Tidak ada *cephal hematoma*, serta tidak ada *caput succedaneum*.

Wajah : Tidak pucat (anemis), tampak sedikit kuning (ikterus), tidak oedema.

Mata : Simetris, konjungtiva merah muda, sklera putih.

Hidung : Simetris, tidak ada pernapasan cuping hidung, tidak ada cairan yang keluar.

Mulut : Simetris, bersih, tidak ada *labio skizis*, dan tidak ada *labio palatoskizis*.

Telinga : Simetris, tidak ada pengeluaran serumen abnormal.

Dada : Simetris, tidak ada retraksi dinding dada, tidak ada bunyi *ronkhi* dan tidak terdengar bunyi *wheezing*.

Abdomen : Tidak ada pembesaran abnormal, tidak kembung, tali sudah lepas, tidak ada tanda-tanda infeksi pada area pusat.

Genitalia : Bersih dan tidak lembab.

Ekstremitas : Simetris, tidak oedema, gerak aktif, tidak ada *polidaktil* atau *sindaktil*.

3. Analisa

Asuhan pada By. Ny. "W" usia 5 hari neonatus kurang bulan (prematuur).

4. Penatalaksanaan

- a. Memberitahukan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga bahwa kondisi bayi dalam keadaan baik.

Evaluasi : Ibu mengerti dan memahami hasil pemeriksaan.

- b. Menganjurkan ibu untuk memberikan ASI eksklusif pada bayinya dan menyusui bayinya sesering mungkin (2 jam sekali) atau saat bayi dalam keadaan lapar ataupun bangun tidur.

Evaluasi : Ibu menyusui bayinya setiap 2 jam dan ibu juga kadang memberikan susu formula kepada bayi, tapi ibu mengatakan lebih sering menyusui daripada memberikan susu formula.

- c. Memberikan KIE tentang :

- 1) Menjaga kehangatan bayi dengan cara selalu memberikan pakaian yang kering dan kangat kepada bayi, memakaikan pakaian bayi, dibedong dan diberi topi.

- 2) Menganjurkan ibu untuk menyeka bayi dengan *Virgin Coconnut Oil* (VCO) agar bayi selalu hangat dan terhindar dari hipotermi.

- 3) Menganjurkan ibu untuk menjemur bayinya pada pagi hari \pm 30 menit setiap pagi. Pakaian bayi di buka, memakaikan popok atau penutup untuk alat kelamin bayi dan menutup bayi pada bagian mata. Menjemur bayi dengan posisi terlentang selama \pm 15 menit kemudian bayi diposisikan tengkurap selama \pm 15 menit. Hal itu dilakukan agar bayi tidak kuning.

4) Memberikan KIE tentang tanda bahaya pada bayi baru lahir yaitu infeksi pada tali pusat, demam lebih dari 38 °C, kejang, bayi kuning, lemas dan tidak mau menyusu, tubuh berwarna kebiruan, serta tangan dan kaki teraba dingin. Jika salah satu tanda bahaya ada pada bayi menganjurkan ibu segera datang ke tenaga kesehatan (dokter/bidan).

5) Memberikan KIE tentang pentingnya imunisasi BCG yang dilakukan pada bayi berusia 1 bulan, diharapkan agar bayi terhindar dari penyakit TBC.

Evaluasi : Ibu memahami dan bersedia.

d. Mengingatkan ibu untuk kontrol ulang ke bidan pada tanggal 26 april 2019.

Evaluasi : Ibu memahami dan bersedia.

4.4.3 Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir Kunjungan III

Tanggal : 31 Mei 2019

Jam : 15.00 WIB

Tempat : Rumah Ny. "W"

Oleh : Ida Khusmawati

1. Data Subjektif

Ibu mengatakan bayinya dapat menyusu dengan baik. Ibu mengatakan bayinya dalam keadaan sehat dan sudah mendapatkan imunisasi BCG pada tanggal 17 mei 2019. Riwayat BB bayi pada tanggal 4 mei 2019, dan saat ini BB bayi adalah 2850 gram.

Pola Kebiasaan

a. Nutrisi

Ibu mengatakan menyusi bayinya setiap 2 jam atau ketika bayi menangis.

Ibu juga memberikan bayi susu formula dengan frekuensi 8 x 30 ml dan ibu memberikan ASI 3-4 x sehari.

b. Eliminasi

Ibu mengatakan bayinya BAK 4-5 kali /hari warna kuning jernih, BAB 2-3 kali /hari warna kuning dan konsistensi lunak.

c. Istirahat

Ibu mengatakan bayi nya tidur \pm 12-14 jam.

d. Aktivitas / gerakan bayi

Aktivitas bayi lebih sering tidur, tangisan bayi kuat, gerakan bayi aktif mulai dari menggerakkan tangan dan kakinya dan bayi mulai bisa mengoceh.

e. *Personal hygiene*

Ibu mengatakan memandikan bayinya setiap pagi sekitar jam 06.30 WIB dan sore sekitar jam 15.00 WIB dan mengganti popok bayi setiap kali basah, BAK/BAB dan setiap selesai mandi.

2. Data Objektif

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : *Composmentis*

BB sekarang : 2850 gram

TTV

Suhu : 36,8 °C

Nadi : 132 x/menit

Pemeriksaan fisik

Wajah : Tidak pucat (anemis), tidak kuning (ikterus).

Mata : Simetris, konjungtiva merah muda, sklera putih.

Hidung : Simetris, tidak ada pernapasan cuping hidung, tidak ada cairan yang keluar.

Mulut : Simetris, bersih, tidak ada bekas susu terlihat.

Dada : Simetris, tidak ada retraksi dinding dada, tidak ada bunyi *ronchi* dan tidak terdengar bunyi *wheezing*.

Abdomen : Tidak ada pembesaran abnormal, tidak kembung.

Genetalia : Bersih, tidak lembab dan tidak tampak iritasi kulit atau ruam popok.

Ekstremitas : Simetris, tidak oedema, gerak aktif.

3. Analisa

Asuhan pada By. Ny. "W" usia 40 hari neonatus kurang bulan (prematuur).

4. Penatalaksanaan

1. Memberitahukan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga bahwa kondisi bayi dalam keadaan baik.

Evaluasi : Ibu mengerti dan memahami hasil pemeriksaan.

2. Mendukung ibu untuk lebih sering memberikan ASI karena kandungan ASI sangat baik bagi kebutuhan nutrisi bayi.

Evaluasi : Ibu menyetujui.

3. Memberikan KIE tentang :

- a. Menjaga kehangatan bayi dengan cara selalu memberikan pakaian yang kering dan kangat kepada bayi, memakaikan pakaian bayi, dibedong dan diberi topi.

- b. Pentingnya simulasi pertumbuhan dan perkembangan bayi agar pertumbuhan dan perkembangan bayi sesuai dengan usianya. Menyarankan ibu untuk membaca buku KIA untuk mengetahui tentang pertumbuhan bayi.

- c. Memberikan KIE tentang pentingnya imunisasi DPT₁ yang dilakukan pada bayi berusia 2 bulan, diharapkan agar bayi terhindar dari penyakit difteri, pertusis dan tetanus. Jadwal imunisasi DPT₁ pada tanggal 17 Juli 2019.

4.5 Laporan Pelaksanaan Asuhan Keluarga Berencana

4.5.1 Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana I

Tanggal : 28 Juni 2019

Jam : 16.00 WIB

Tempat : BPM Siti Nurcahyaningih, A.md.Keb

Oleh : Ida Khusmawati

1. Data Subjektif

a. Keluhan utama

Ibu mengatakan sudah selesai masa nifasnya. Ibu mengatakan ingin menggunakan KB suntik 3 bulan.

b. Pola kebiasaan

1) Nutrisi

Ibu mengatakan makan 2-3 x/hari, minum air putih 6-8 x/hari.

2) Eliminasi

BAK : 3-4 x/hari

BAB : 1 x/hari

3) Istirahat

Ibu tidak tidur siang, tidur malam mulai dari jam 22.00 - 05.30 WIB.

4) Aktivitas

Ibu mengatakan beliau biasanya mengasuh anak, mengerjakan pekerjaan rumah dan berbelanja ke pasar.

c. Riwayat menstruasi

1) HPHT : 23 Juni 2019

2) Lama haid : 6 hari

3) Siklus haid : 30 hari

d. Riwayat kesehatan

Ibu mengatakan saat ini ibu dalam keadaan sehat dan tidak menderita atau ada riwayat penyakit apapun seperti hipertensi, migrain, jantung, stroke, kanker, mengalami perdarahan dan ibu bukan perokok berat.

e. Riwayat KB

Ibu mengatakan setelah kelahiran anak pertamanya ibu menggunakan KB yang sama yaitu KB suntik 3 bulan. Ibu KB suntik 3 bulan selama ± 3 tahun. Ibu mengatakan tidak haid selama 3 tahun pemasangan (ibu tidak merasa terganggu) dan ibu mengatakan tidak ada efek samping yang mengganggu seperti pusing, nyeri perut bagian bawah, tekanan darah meningkat dan berat badan meningkat.

2. Data Objektif

Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

Berat Badan : 46 kg

TTV

TD : 110/60 mmHg

Suhu : 36,2 °C

Nadi : 82 x/menit

Pemeriksaan Fisik

Muka : Tidak pucat (anemis), tidak oedema.

Mata : Konjungtiva merah muda (tidak anemis), sklera putih (tidak ikterus).

Leher : Tidak ada bendungan vena jugularis, tidak ada benjolan abnormal.

Abdomen : Tidak ada pembesaran abnormal, TFU tidak teraba.

Ekstremitas : Simetris, pergerakan bebas, tidak ada varises, tidak oedema.

3. Analisa

Asuhan pada Ny. "W" usia 24 tahun P₂₀₀₂Ab₀₀₀ akseptor baru KB suntik 3 bulan.

4. Penatalaksanaan

- a. Menginformasikan pada ibu hasil pemeriksaan.

Evaluasi : Ibu mengetahui hasil pemeriksaan dan ibu dapat memakai KB suntik 3 bulan.

- b. Memberitahukan kepada ibu kelebihan serta kekurangan dari KB yang ibu pilih yaitu KB suntik 3 bulan.

Evaluasi : Ibu memahami kelebihan serta kekurangan KB.

- c. Menjelaskan efek samping yang terjadi jika ibu menggunakan KB suntik 3 bulan, diantaranya perubahan siklus menstruasi, pusing, berat badan bertambah, sakit kepala, nyeri pada payudara, dll.

Evaluasi : Ibu memahami dan dapat menerima dan tidak terkejut jika ada keluhan seperti di atas.

- d. Memberitahukan kepada ibu bahwa setelah penyuntikan ibu diminta untuk tidak melakukan senggama atau memakai alat kontrasepsi sementara seperti kondom selama 1 minggu, dengan tujuan agar hormon dapat bekerja dalam waktu 1 minggu.

Evaluasi : Ibu memahami dan bersedia

- e. Menyiapkan alat dan bahan :

- Obat kontrasepsi suntikan progestin
- *Sputit disposable* 3 cc
- Jarum *disposable*
- Kapas alkohol
- Tempat sampah medis dan non medis dan *safety box*

f. Melakukan prosedur tindakan :

- Mencuci tangan
- Menyedot cairan (obat) KB suntik 3 bulan menggunakan spuit 3 cc
- Mengganti jarum injeksi *disposable* baru
- Klien dipersilahkan menyiapkan posisi tengkurap / miring
- Melakukan antisepsis menggunakan kapas alkohol di bagian bokong kiri (1/3 SIAS - cocsigis) yang akan disuntik
- Memberitahukan ibu bahwa akan dilakukan penyuntikan
- Menyuntikkan cairan KB secara Intra muskular tegak lurus 90°
- Setelah selesai, membuang kapas alkohol di tempat sampah medis dan jarum di *safety box*
- Menyampaikan bahwa tindakan selesai, klien dirapikan
- Mendokumentasikan tindakan.

Evaluasi : Tindakan telah dilakukan dan tidak ada efek samping pasca penyuntikan.

g. Menginformasikan kepada ibu jadwal kembali suntik yaitu tanggal 14 september 2019.

Evaluasi : Ibu mengerti dan menyetujui.

4.5.2 Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana II

Tanggal : 5 Juli 2019

Jam : 13.30 WIB

Tempat : Rumah Ny. "W"

Oleh : Ida Khusmawati

1. Data Subjektif

a. Keluhan utama

Ibu mengatakan saat ini tidak ada keluhan apapun dan tidak merasakan efek samping dari KB 3 bulan.

b. Pola Kebiasaan

1) Nutrisi

Ibu mengatakan makan 2-3 x/hari, minum air putih 4-5 x/hari, minum air manis (teh, minuman kemasan) 2-3 x/hari, dan minum kopi 1-2 gelas/hari.

2) Eliminasi

BAK : 3-4 x/hari

BAB : 1 x/hari

3) Istirahat

Ibu tidak tidur siang, tidur malam mulai dari jam 21.00 - 05.00 WIB.

4) Aktivitas

Ibu mengatakan beliau biasanya mengasuh anak, mengerjakan pekerjaan rumah, berbelanja ke pasar dan aktivitas lainnya.

2. Data Objektif

Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

Berat Badan : 46 kg

TTV

TD : 100/60 mmHg

Suhu : 36,4 °C

Nadi : 80 x/menit

Pemeriksaan Fisik

Muka : Tidak pucat (anemis), tidak oedema.

Mata : Konjungtiva merah muda (tidak anemis), sklera putih (tidak ikterus).

Ekstremitas : Simetris, pergerakan bebas, tidak ada varises, tidak oedema.

3. Analisa

Asuhan pada Ny. "W" usia 24 tahun P₂₀₀₂Ab₀₀₀ dengan KB suntik 3 bulan.

4. Penatalaksanaan

- a. Menginformasikan pada ibu hasil pemeriksaan bahwa keadaan ibu baik-baik saja.

Evaluasi : Ibu mengetahui hasil pemeriksaan.

- b. Menyarankan kepada ibu agar mengurangi konsumsi kopi (maksimal 1 gelas) karena kandungan kafein kopi dapat mempengaruhi tekanan darah, insomnia, mengganggu pencernaan, sakit kepala dan mempengaruhi kesuburan.

Evaluasi : Ibu memahami penjelasan dan bersedia.

- c. Menjelaskan efek samping yang terjadi jika ibu menggunakan KB suntik 3 bulan, seperti tidak menstruasi, pusing, flek di wajah.

Evaluasi : Ibu memahami efek samping yang mungkin terjadi, dan selama 1 minggu penggunaan KB suntik 3 bulan, tidak ada efek samping yang dirasakan ibu.

- d. Memberitahukan kepada ibu bahwa proses menyusui ibu harus tetap dilanjutkan selama 6 bulan karena KB suntik 3 bulan yang mengandung progesteron tidak mempengaruhi proses menyusui.

Evaluasi : Ibu memahami dan berusaha untuk tetap menyusui bayinya.

- e. Mengingatkan kembali kepada ibu agar tepat waktu untuk melakukan kunjungan ulang KB pada tanggal 14-09-2019, atau sewaktu-waktu jika sewaktu-waktu ada masalah.

Evaluasi : Ibu mengerti dan menyetujui dan akan datang pada tanggal yang telah dijadwalkan.

BAB V

PEMBAHASAN

Setelah melakukan asuhan kebidanan pada Ny. "W" usia 24 tahun G_{II}P₁₀₀₁Ab₀₀₀ mulai dari hamil hingga KB oleh mahasiswa DIII-Kebidanan STIKes Widyagama Husada Malang yang dilakukan di rumah pasien dan BPM Siti Nurcahyaningih Murdijono, A.Md.Keb, mulai Maret - Juli 2019.

5.1 Pembahasan Asuhan Kehamilan

Pada kehamilan trimester III penulis melakukan kunjungan sebanyak 3 kali kunjungan dan didapatkan hasil kehamilan ibu fisiologis. Hasil pemeriksaan fisik normal, tidak ditemukan tanda gejala anemis yaitu konjungtiva pucat dan hasil pemeriksaan laboratorium menunjukkan hemoglobin ibu normal yaitu 12,2 gr/dl dan tidak ada tanda preeklamsia dengan hipertensi tanda kaki oedema disertai pusing dan pandangan kabur. Hasil laboratorium penunjang juga menunjukkan bahwa protein urin ibu negatif. Pemeriksaan leopard pada kunjungan ANC terakhir di usia kehamilan 35 minggu 3 hari mendapatkan hasil bahwa kepala janin belum masuk PAP. Keadaan ibu dan janinnya dalam keadaan normal. Namun ada hal yang akan tetap dilakukan pemantauan khusus pada kehamilan ibu karena tergolong dalam kehamilan resiko tinggi.

Pada kehamilan Ny. "W" didapati bahwa kehamilan tergolong dalam Kehamilan Resiko Tinggi (KRT) dengan jumlah skor KSPR 10 yaitu 2 skor awal kehamilan dan 8 skor riwayat persalinan *sectio caesarea*. Menurut Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR) KRT dalam batas skor 10 masih diperbolehkan untuk melakukan pemeriksaan di bidan dan dapat dilahirkan oleh bidan atau dokter di Rumah Sakit. Sesuai teori bahwa skor 6-10 tergolong KRT golongan kedua yaitu

bersifat kegawatan namun tidak darurat sehingga masih bisa di tolong oleh bidan (Mochtar, 2011).

Riwayat persalinan yang lalu Ny. "W" adalah *sectio caesarea*, jarak kehamilan dengan persalinan yang lalu adalah 5 tahun, riwayat SC inilah yang merupakan faktor penyebab kehamilan resiko tinggi pada Ny. "W". Faktor yang menyebabkan dilakukan persalinan SC pada persalinan yang lalu adalah letak janin melintang. Risiko persalinan normal pada ibu hamil riwayat SC dikhawatirkan terbukanya (lepas) bekas luka jahitan, risiko rahim pecah (*ruptur*) dan risiko perdarahan menjadi lebih besar. Terdapat kesempatan bagi ibu untuk melahirkan normal jika ibu melakukan pemeriksaan kehamilan secara rutin dan taksiran berat janin tidak terlalu besar, karena bila taksiran berat janin besar maka dapat memperbesar risiko *ruptur* uteri dan terbukanya bekas luka jahitan lebih besar. Hal itu disebabkan tenaga yang dikeluarkan ibu pada saat persalinan harus lebih besar dan lebih kuat. Prognosis untuk lahir pervaginam pada persalinan selanjutnya besar. Alasannya adalah jarak kehamilan dengan operasi SC adalah 5 tahun, hasil pengukuran panggul normal, taksiran berat janin tidak besar, letak janin normal (letkep), semua hasil pemeriksaan normal dan semangat ibu untuk melahirkan pervaginam besar (Saifuddin, 2014).

Pada kunjungan pertama yaitu pada usia kehamilan 31 minggu 5 hari, pada pengkajian ibu mengeluh mengalami keputihan dan pada pemeriksaan fisik semuanya dalam kondisi normal. Ibu mengatakan mengalami keputihan sejak 2 bulan yang lalu. Keputihan yang keluar berwarna putih susu dan tidak gatal. Keluhan keputihan pada kehamilan merupakan hal yang fisiologis. Hal itu karena pengaruh peningkatan hormon esterogen dan progesteron. Salah satu peran esterogen dan progesteron pada kehamilan adalah untuk menebalkan dinding rahim. Hormon tersebut menebalkan endometrium serta meningkatkan asupan glikoprotein, sehingga akan dihasilkan lebih banyak sekret sebagai

pertahanan daerah ruang uterus. Berdasarkan ciri keputihan yang dialami Ny. "W" menunjukkan bahwa keputihan tersebut fisiologis dan ibu tidak perlu cemas dengan keluhan tersebut (Mochtar, 2011).

Keluhan tersebut ditatalaksana dengan menggunakan pentilener. Pada bulan kedua ibu mengatakan mengganti pentilener dengan pentilener herbal dan ibu mengatakan sejak saat itu keputihan sudah berkurang dari bulan sebelumnya. Berdasarkan informasi yang di dapat pentilener tersebut memiliki banyak kandungan herbal yang fungsinya dapat menstimulasi keasaman vagina sehingga dapat mengurangi kelembapan vagina dan dapat mengurangi keputihan. Penatalaksanaan yang diberikan kepada Ny. "W" untuk mengatasi keputihan diantaranya: mengganti celana dalam sesering mungkin agar kemaluan tidak lembab, selalu menjaga agar daerah kemaluan selalu bersih dan kering dan membiasakan mengelap kemaluan dengan handuk khusus atau dengan tisu, tidak menggunakan sabun wangi untuk membersihkan vagina (*douching*) karena dapat mengiritasi kulit dan mengganggu keseimbangan bakteri vagina, menyarankan kepada ibu agar sementara mengurangi makanan yang dapat memicu keputihan seperti ketimun, tape, kecambah dan sayur kol (Wijayanti, 2009).

Pada kunjungan kedua Ibu mengatakan kadang mengalami kenceng-kenceng atau kontraksi. Kontraksi dirasakan jika ibu kelelahan. Oleh karena itu saat ibu mengalami kontraksi ibu mengatakan segera beristirahat dan setelah istirahat kontraksi berhenti. Kontraksi tersebut diduga disebabkan oleh kelelahan fisik yang dialami ibu sehingga mendorong terjadinya kontraksi. Penatalaksanaan yang dilakukan diantaranya menyarankan ibu agar tidak melakukan aktivitas berat yang membuatnya kelelahan dan menyebabkan kontraksi yaitu: berkendara terlalu lama, mengangkat benda terlalu berat, menyarankan ibu agar lebih banyak istirahat agar tubuh ibu tidak kelelahan, menganjurkan ibu untuk

segera beristirahat jika terasa kenceng-kenceng dan menjelaskan kepada ibu tentang perbedaan kontraksi asli dan kontraksi palsu. Pada trimester III dimungkinkan terjadi kontraksi palsu yang mana jika kontraksi datang dan segera beristirahat maka kontraksi hilang (Prawirohardjo, 2009).

Pada kunjungan ketiga ibu mengeluh lebih sering buang air kecil dari pada sebelumnya, ibu BAK 6-7 kali per hari. Ibu mengatakan kadang menahan kencing jika sedang sibuk. Cara ibu mengatasinya adalah dengan cara mengurangi minum di malam hari, hal itu mengurangi kencing di malam hari sehingga ibu tidak perlu terbangun saat tidur. Penatalaksanaan yang diberikan sesuai keluhan ibu diantaranya menganjurkan ibu agar tidak mengonsumsi minuman berkafein seperti teh, kopi atau minuman bersoda karena zat ini bisa membuat sering BAK. Selain itu menganjurkan ibu agar tidak menahan ketika rasa ingin buang air kecil muncul karena hal ini dapat menyebabkan penyumbatan pada saluran kencing dan membuat ibu merasa tidak nyaman. Keluhan yang dirasakan ibu ini merupakan ketidaknyamanan yang biasa dirasakan ibu hamil pada kehamilan trimester III dan menjelaskan kepada ibu bahwa keluhan yang ibu rasakan tergolong normal, karena uterus yang semakin membesar menyebabkan adanya penekanan pada kandung kemih dan volume kandung kemih mengecil sehingga menyebabkan sering kencing (Vivian dan Sunarsih, 2010).

Berdasarkan hasil pemeriksaan terdapat hal yang kurang sesuai dengan teori yaitu tinggi fundus uteri tidak sesuai dengan usia kehamilan. Hasil pemeriksaan pada kunjungan I-III selalu menunjukkan bahwa tinggi fundus uteri lebih kecil dan tidak sesuai dengan usia kehamilan. Hal yang sangat mempengaruhi peningkatan tinggi fundus uteri adalah pemenuhan nutrisi. Nutrisi yang cukup bagi ibu hamil sangat penting seperti mengonsumsi nasi yang mengandung karbohidrat, makanan yang berprotein tinggi seperti ikan, daging,

telur dan makanan berserat seperti sayur dan buah. Berat badan Ny. "W" sebelum hamil adalah 40 kg dan IMT Ny. "W" yaitu 17,2 (<18) dan tergolong *underweight*. Status gizi ibu yang tergolong *underweight* merupakan cerminan status gizi sebelum hamil. Status gizi sebelum hamil dapat menentukan status kesehatan bayi yang akan digunakan selama masa kehamilan dan dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin. Berdasarkan IMT tersebut BB Ny. "W" di harapkan naik sebanyak 12,5 – 18,5 Kg. Berdasarkan hasil pengkajian kunjungan ke-III pada usia kehamilan 35 minggu 3 hari kenaikan BB Ny. "W" adalah sebesar 11 Kg dan ini dianggap normal dengan harapan BB dapat naik 1,5 Kg sampai mencapai usia kehamilan aterm. Pada pemenuhan nutrisinya Ny. "W" disarankan untuk mengurangi asupan karbohidrat dengan harapan tafsiran berat janin tidak terlalu besar, namun dianjurkan untuk meningkatkan asupan yang mengandung protein, asam folat, Fe, vitamin dan mineral agar perkembangan janin tidak terhambat (Irianto, 2014).

Pada standart ANC 14 T sebagian besar sudah dilakukan kepada Ny. "W", namun untuk pemberian obat malaria, pemberian kapsul minyak yodium tidak dilakukan karena hal tersebut biasanya diberikan pada ibu yang tinggal di daerah endemik malaria atau daerah yang rawan malaria. Selain itu standart yang tidak dilakukan adalah senam hamil, karena ibu terlalu sibuk dan tidak ada waktu untuk mengikuti senam hamil, namun aktivitas ibu dinilai sudah sangat aktif dan ibu mengatakan tidak mengalami keluhan yang berkaitan dengan hal tersebut seperti pegal-pegal dan nyeri. Standart ANC yang sudah dilakukan diantaranya timbang berat badan, ukur tekanan darah, ukur tinggi fundus uteri, pemeriksaan laboratorium, pemeriksaan urin, pemberian tablet Fe, perawatan payudara dan temu wicara (Francichandra, 2010).

5.2 Pembahasan Asuhan Persalinan

Pada asuhan persalinan Ny. "W" dipantau menggunakan partograf dari kala I sampai kala IV. Persalinan Ny. "W" terjadi pada usia kehamilannya 36 minggu 2 hari. Ibu mengeluh kenceng-kenceng dan mengeluarkan air ketuban. Hasil pemeriksaan fisik normal, dan hasil pemeriksaan Leopold didapatkan hasil TFU 25 cm, taksiran berat janin 2170 gram, dan kepala sudah masuk PAP, teraba divergen 2/5 bagian. Setelah dilakukan pemeriksaan dalam didapatkan hasil bahwa pembukaan 8 cm. Sehingga dapat disimpulkan ibu masuk pada persalinan kala I fase aktif (Mochtar, 2011).

Persalinan di usia kehamilan <37 minggu adalah persalinan prematur. Salah satu faktor penyebab kelahiran prematur adalah ketuban pecah dini sebelum usia kehamilan 37 minggu. Ketuban pecah dini adalah pecahnya selaput sebelum terdapat tanda-tanda persalinan mulai dan ditunggu satu jam belum terjadi inpartu terjadi pada pembukaan < 4 cm yang dapat terjadi pada usia kehamilan cukup waktu atau kurang waktu. KPD *preterm* adalah KPD sebelum usia kehamilan 37 minggu (Wiknjosastro, 2011).

Kejadian ketuban pecah sebelum waktunya dapat disebabkan oleh kelelahan dalam bekerja. Pola pekerjaan ibu hamil berpengaruh terhadap kebutuhan energi. Kerja fisik pada saat hamil yang terlalu berat dan dengan lama kerja melebihi tiga jam perhari dapat berakibat kelelahan. Kelelahan dalam bekerja mendorong adanya kontraksi dan lemahnya *korion amnion* sehingga terjadi ketuban pecah dini (Abdul, 2010). Selain itu salah satu penyebab kelahiran prematur dan ketuban pecah dini adalah status gizi ibu. Berat badan Ny. "W" sebelum hamil adalah 40 kg. Status gizi ibu yang tergolong *underweight* merupakan cerminan status gizi sebelum hamil. Status gizi sebelum hamil dapat menentukan status kesehatan bayi yang akan digunakan selama masa kehamilan dan dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin. Hal

ini ditunjukkan oleh tafsiran berat janin yang tergolong BBLR. Bayi berat lahir rendah (BBLR) ialah bayi baru lahir yang berat badannya saat lahir kurang dari 2500 gram (Rukiyah & Yulianti, 2012).

Dampak persalinan prematur bagi bayi bukan saja pada kematian perinatal, melainkan bayi prematur sering disertai kelainan, baik kelainan jangka pendek maupun jangka panjang. Kelainan jangka pendek yang sering terjadi diantaranya RDS (*Respiratory Distress Syndrome*), perdarahan intra/periventrikular dan sepsis. Adapun kelainan jangka panjang sering berupa serebral palsy, retinopati, retardasi mental, juga dapat berupa disfungsi neurobehavioral dan prestasi sekolah yang kurang baik (Prawirohardjo, 2011).

Kala I fase aktif ditandai serviks membuka dari 4 cm sampai pembukaan 10 cm. Fase aktif pada persalinan Ny. "W" diobservasi dari pembukaan 8 cm-10 cm (lengkap) berlangsung selama 50 menit, itu menunjukkan bahwa pembukaan >1 cm per jam. Pembukaan pada *multigravida* akan bertambah sebanyak 1 cm per jam. Pada persalinan Ny. "W" kala I berlangsung cepat >1 cm per jam. Hal yang mempengaruhi hal tersebut diantaranya kontraksi uterus yang baik dan tafsiran berat janin yang <2500 gram yang menyebabkan kepala bayi lebih cepat turun ke pintu atas panggul. Selain itu faktor yang mempengaruhi kala I lebih singkat adalah posisi dan nutrisi ibu. Posisi ibu saat kala I fase aktif adalah miring kiri, berbaring miring dapat memberi rasa santai, memberi oksigenisasi yang baik ke janin dan dapat mencegah laserasi. Nutrisi yang dipenuhi dengan baik mempengaruhi power ibu. Pada kala I ibu minum teh manis ± 100 cc, pemenuhan nutrisi yang baik dan minum sesering mungkin untuk mencegah dehidrasi karena dehidrasi dapat menyebabkan kontraksi menjadi kurang efektif (Sulasetyawati dan Nugraheny, 2010).

Pada kala II setelah dipimpin persalinan selama 10 menit bayi lahir spontan, bayi langsung menangis, gerakan lemah, kulit kemerahan dan jenis kelamin perempuan. Kala II berlangsung selama 10 menit dan hal itu dinilai cepat. Faktor yang dinilai sangat mempengaruhi hal tersebut adalah *power* ibu yang baik dan kontraksi yang adekuat, selain itu *passanger* (bayi) memiliki berat badan lahir rendah sehingga hambatan lebih kecil, penurunan lebih cepat dan tenaga yang diperlukan ibu untuk mengejan tidak terlalu besar sehingga proses pengeluaran bayi berlangsung lebih cepat (Sumarah, 2009).

Setelah dilakukan jepit-jepit potong dan ikat tali pusat, bayi dibersihkan dan segera dilakukan Inisiasi Menyusu Dini (IMD). Hal ini salah satu langkah untuk memastikan bayi menerima kolostrum (susu pertama) yang kaya akan faktor protektif (zat kekebalan tubuh). Keuntungan dilakukan IMD bagi bayi adalah mengurangi kegagalan menyusui, meningkatkan kekebalan tubuh bayi karena kandungan dalam kolostrum, menurunkan kematian karena hipotermi karena saat IMD dilakukan bayi akan tetap hangat karena bersentuhan dengan kulit ibu. Sentuhan dan hisapan bayi pada payudara merangsang pelepasan hormon oksitosin sehingga mempermudah pengeluaran plasenta dan mengendalikan perdarahan (Dewi, dkk, 2011).

Kala III disebut juga sebagai kala uri, ibu tidak memiliki keluhan. Kala III biasanya berlangsung 5-30 menit, pada Ny. "W" kala III berlangsung 5 menit. Setelah dilakukan penyuntikan oksitosin 10 IU dan dilakukan penegangan tali pusat terkendali, plasenta lahir lengkap. Segera dilakukan massase uterus 15 kali selama 15 detik dan uterus berkontraksi dengan baik, hal itu bisa dirasakan yaitu uterus mengeras. Pada saat dilakukan pengukuran TFU dengan menggunakan jari didapatkan 2 jari di bawah pusat dan ini merupakan hal yang fisiologis (Dewi, dkk, 2011). Pada persalinan prematur berisiko terjadinya retensio plasenta, namun pada persalinan Ny."W" kala III berlangsung normal,

plasenta lengkap dan tidak terjadi komplikasi seperti retensio plasenta karena kontraksi uterus baik (Tiarahma, 2011).

Observasi tanda-tanda vital pada kala IV berlangsung normal, didapatkan hasil pemeriksaan uterus berkontraksi dengan baik, kandung kemih kosong dan tidak ada perdarahan aktif. Jika kontraksi uterus baik maka pembuluh-pembuluh darah yang berada disekitar otot-otot rahim akan terjepit sehingga tidak terjadi perdarahan. Jumlah perdarahan sampai dengan 2 jam PP 90 cc yang dinamakan lochea rubra (Dewi, dkk, 2011).

5.3 Pembahasan Asuhan Nifas

Nifas pada Ny. "W" berjalan fisiologis dikarenakan selama masa nifas ibu tidak menunjukkan tanda bahaya masa nifas seperti demam tinggi, oedema ekstremitas, pandangan kabur, payudara bengkak dan pengembalian TFU yang tidak sesuai yang menandakan sub-involusi uterus. Kemudian dilakukan pemeriksaan dan tidak ditemukan hasil yang abnormal. Involusi uterus berjalan dengan baik dan normal serta tidak terdapat luka jahitan pada perineum. Namun pada hari ke-5 lochea masih rubra yang seharusnya sanguinolenta dan hari ke-13 lochea masih sanguinolenta yang seharusnya lochea serosa. Proses pengeluaran lochea kembali normal setelah hari ke-14 dan berhenti keluar pada hari ke-25. Hal yang diduga menjadi penyebab terjadinya hal tersebut adalah ibu tidak melakukan ASI-Eksklusif sehingga membuat proses pengeluaran lochea menjadi terhambat. Ketika proses menyusui itu berlangsung akan merangsang hipotalamus untuk memproduksi hormon oksitosin yang akan dilepaskan untuk membantu proses involusi. Ketika ibu tidak menyusui maka hormon oksitosin akan menurun (Nanny, 2013).

Pada proses pengembalian uterus berlangsung lebih cepat, ukuran TFU pada 6 jam post partum adalah 2 jari di bawah pusat, pada hari ke-5 adalah 2 jari di atas simpisis dan pada hari ke-13 uterus sudah tidak teraba. Hal yang

mendukung proses pengembalian uterus pada Ny "W" adalah mobilisasi yang sangat baik. Kegiatan rumah tangga ringan yang dilakukan ibu membantu otot tidak kaku dan rahim cepat untuk mengecil (Mochtar, 2011).

Pola nutrisi ibu yang tidak terek makan juga membantu proses involusi uterus. Pola nutrisi yang baik artinya dapat memenuhi kebutuhan energi pada ibu nifas karena ketika proses involusi uterus berlangsung membutuhkan energi yang banyak sehingga mengatur pola nutrisi juga sangat penting bagi ibu pada masa nifas. Sedangkan mobilisasi pada masa nifas bertujuan untuk membuat gerakan otot uterus agar tidak kaku sehingga pengembalian uterus ke bentuk semula akan berjalan cepat dan baik (Nanny, 2014).

Pola laktasi Ny. "W" semakin lama semakin menurun. Hal itu dapat dilihat pada kunjungan-1 ibu menyusui bayinya 2 jam sekali. Pada kunjungan-2 ibu menyusui bayinya dan juga memberikan susu formula pada malam hari dengan perbandingan ASI dan susu formula 10:2. Pada kunjungan-3 perbandingan ASI dan susu formula 9:3 dan pada kunjungan-4 (40 hari PP) ibu menyusui bayinya 3-4 kali dan memberikan susu formula dengan perbandingan ASI dan susu formula 4:8. Berdasarkan pengkajian alasan penurunan frekuensi laktasi adalah ASI yang kurang lancar dan refleks hisap bayi yang kurang. Penatalaksanaan yang diberikan adalah terus mendukung ibu untuk memberikan ASI, menyarankan ibu untuk memompa ASI dan menyimpannya dibotol kemudian disusukan. Ibu mengatakan sudah memompa ASI, namun semakin lama ASI semakin sedikit keluar sehingga ibu lebih banyak memberikan susu formula daripada memberikan ASI. Hisapan bayi berpengaruh karena refleks hisap merangsang otak untuk mengeluarkan hormon prolaktin yang berperan dalam proses produksi ASI. Hal yang inilah yang menyebabkan produksi ASI semakin lama semakin menurun. Namun meskipun proses laktasi menurun proses

involusi Ny. "W" tetap berlangsung fisiologis dan pengembalian TFU berlangsung cepat karena pengaruh mobilisasi yang baik (Mochtar, 2011).

Terdapat beberapa faktor lain yang mempengaruhi laktasi tidak berjalan dengan baik diantaranya faktor bayi, faktor keluarga dan faktor lingkungan. Faktor dari bayi tidak hanya refleks hisap bayi yang lemah, faktor lainnya adalah berat lahir bayi dan umur kehamilan saat melahirkan. Bayi dengan berat lahir rendah (BBLR) dan umur kehamilan preterm mempunyai kemampuan menghisap ASI yang lebih rendah disebabkan berat badan yang rendah dan belum sempurnanya fungsi organ sehingga mempengaruhi stimulasi hormon prolaktin dan oksitosin dalam memproduksi ASI (Ambarwati & Wulandari, 2009). Faktor keluarga yang sangat mempengaruhi proses laktasi adalah dukungan dari suami. Dukungan suami untuk menyusui sangat berpengaruh pada kondisi emosi dan perasaan ibu sehingga dapat memicu refleks pengeluaran ASI (*milk down reflex*). Selain itu dukungan suami juga dapat memperkuat keyakinan istri bahwa memberikan ASI eksklusif itu adalah hal yang baik bagi ibu dan bayi. Selain itu faktor lingkungan juga sangat mempengaruhi berjalannya laktasi karena dukungan dari orang sekitar dan adat istiadat yang ada di lingkungan. Lingkungan Ny. W masih memberikan makanan pendamping ASI pada usia <6 bulan seperti pemberian susu formula dan air beras sehingga motivasi ibu untuk melakukan ASI eksklusif menjadi berkurang (Hargi, 2013).

5.4 Pembahasan Asuhan Bayi Baru Lahir

Menurut Rukiyah & Yulianti (2012), persalinan pada usia kehamilan 36-37 minggu digolongkan pada *borderline premature* yaitu bayi yang mempunyai sifat prematur dan matur. Beratnya seperti bayi matur akan tetapi sering timbul masalah seperti yang dialami bayi prematur misalnya gangguan pernapasan, hiperbilirubinemia dan daya isap yang lemah. Namun Pada bayi Ny. "W" tidak

terjadi gangguan pernapasan dan hiperbilirubinemia. Hal itu dilihat dari hasil pemeriksaan setiap kunjungan tidak ada tanda atau gejala yang menunjukkan adanya gangguan pernapasan seperti sesak nafas, bunyi abnormal seperti *ronchi* dan *wheezing* serta tidak terjadi *hiperbilirubinemia*.

Asuhan bayi baru lahir dilakukan 3 kali kunjungan, setiap kunjungan dilakukan pemeriksaan fisik. Pemeriksaan yang menunjukkan bahwa bayi adalah bayi prematur diantaranya, masih terdapat banyak lanugo pada kulit bayi terutama pada punggung bayi, kulit terlihat pecah-pecah dan vena tidak tampak, benjolan pada payudara 3-4 mm dan areola sudah terangkat, pada genetalia labia mayora besar namun belum menutupi dan labia minora kecil (Rukiyah, 2012). Pada pemeriksaan refleks terdapat hasil negatif diantaranya refleks tonick neck, refleks rooting, selain itu terdapat beberapa refleks dengan respon positif namun masih lemah diantaranya refleks *moro*, *grashping*, *babinsky* dan *sucking*. Refleks yang memiliki respon kuat diantaranya refleks *glabella* dan *swallowing*. Beberapa respon refleks yang tidak baik dapat mengganggu proses laktasi seperti refleks rooting dan refleks sucking. Namun hal sangat membutuhkan bantuan dan membutuhkan kesabaran orang tua dalam proses menyusui, oleh karena itu penatalaksanaan yang dilakukan adalah mendukung ibu untuk terus menyusui bayinya dan diharapkan refleks tersebut dapat berkembang dengan baik dalam usia 3-6 bulan. Selain itu pada ibu dianjurkan untuk melakukan stimulasi pada perkembangan anak meliputi rangsang taktil (pijat, fleksi ekstensi, posisi), vestibular kinestetik (menggoyang, mengayun), pendengaran (menyanyi, musik, rekaman suara ibu, irama jantung ibu), dan visual (gerakan, warna, bentuk) (Bennet, 2013).

Pada pemeriksaan yang dilakukan tidak terdapat tanda-tanda bahaya pada bayi, suhu tubuh bayi dalam keadaan normal, tidak terdapat tanda infeksi pada tali pusat. Tali pusat lepas pada hari ke-5, itu merupakan hal yang normal.

Hal itu dipengaruhi oleh perawatan tali pusat yang dilakukan keluarga sudah sesuai dengan anjuran, yaitu tali pusat dibungkus dengan kassa steril tanpa dibubuhi apapun, sehingga tali pusat lebih cepat kering dan lepas dengan cepat (Marmi, 2012).

Berat badan bayi pada saat lahir adalah 2000 gram, hal ini menunjukkan bahwa berat badan lahir rendah. Oleh karena itu menganjurkan ibu untuk menyusui bayinya secara eksklusif setiap 2 jam sekali karena ASI sangat baik untuk pertumbuhan bayi dan pertahanan tubuh bayi karena ASI mengandung antibodi. Pada minggu ke 1 dan 2 berat badan bayi tidak mengalami kenaikan, namun pada minggu ke 6 berat badan bayi bertambah sebanyak 850 gram. Menurut Marmi (2012), pada minggu pertama bayi akan mengalami penurunan berat badan dikarenakan ASI yang diberikan pada bayi berfungsi untuk membersihkan lambung bayi sehingga pada minggu pertama bayi akan sering BAB, namun hal itu akan kembali setelah minggu pertama dilewati. Bayi Ny. "W" tidak mengalami kenaikan maupun penurunan berat badan pada minggu ke-1 dan ke-2, namun hal tersebut merupakan hal yang normal (fisiologis).

Bayi Ny. "W" tampak sedikit ikterus pada hari ke 5, namun pada hari berikutnya bayi sudah tidak kuning lagi. Hal itu karena ibu rajin menjemur bayi pada pagi hari. Menurut Marmi (2012), ikterus biasa terjadi pada BBL disebabkan karena organ hati bayi yang belum berfungsi secara sempurna dalam mengolah bilirubin. Oleh karena itu diperlukan terapi sinar matahari setiap pagi pukul 07.00-08.00, dalam jangka waktu 15-30 menit karena dapat menurunkan kadar bilirubin. Mekanisme kerja sinar matahari dapat mengurangi kejadian ikterus karena sinar biru yang terkandung di dalam sinar matahari akan mengubah bilirubin bebas menjadi fotoisomer yang larut dalam air, sehingga bilirubin akan dapat dikeluarkan melalui saluran pencernaan tanpa melalui proses konjugasi dan pada akhirnya akan mengurangi konsentrasi warna kuning yang tampak

pada lapisan mukosa, kulit maupun sklera mata bayi. Namun, walaupun sinar matahari langsung dan alami dapat membantu menurunkan kadar bilirubin. Hal tersebut tidak dianjurkan sebagai pengobatan, karena tingkat paparan sinar matahari maupun temperatur tubuh bayi selama penyinaran terlalu sulit diukur dan dikendalikan. Jika hanya untuk menjaga kadar bilirubin bagi bayi, sinar matahari sudah cukup dengan proses sinar ultra violetnya yang dapat memecah bilirubin dan membantu kerja hati untuk menurunkan bilirubin.

Selain itu ikterus pada bayi Ny. "W" dipengaruhi oleh lemahnya refleks hisap bayi yang berpengaruh pada proses laktasi. Pemberian ASI pada bayi adalah salah satu cara untuk membantu mencegah ikterus pada bayi. Sebagian bahan yang terkandung dalam ASI (*beta glucoronidase*) akan memecah bilirubin menjadi bentuk yang larut dalam lemak, sehingga bilirubin indirek akan meningkat, dan kemudian akan diresorpsi oleh usus. Bayi yang mendapat ASI bila dibandingkan dengan bayi yang mendapat susu formula, mempunyai kadar bilirubin yang lebih tinggi berkaitan dengan penurunan asupan pada beberapa hari pertama kehidupan. Pengobatannya yaitu bukan dengan menghentikan pemberian ASI melainkan dengan meningkatkan frekuensi pemberiannya. Bilirubin juga dapat pecah jika bayi banyak mengeluarkan feses dan urine. Untuk itu bayi harus mendapat cukup ASI. Seperti diketahui ASI memiliki zat-zat terbaik bagi bayi yang dapat memperlancar BAB dan BAK (Marmi dan Rahardjo, 2012).

Bayi baru lahir dengan berat badan rendah membutuhkan pengawasan terhadap *temperature* tubuh bayi dan diharapkan suhu tubuh bayi tetap hangat. Upaya yang dilakukan untuk menjaga tubuh bayi agar tetap hangat diantaranya adalah dengan cara memberikan pakaian yang kering dan hangat, bayi dibedong dan diberi topi. Upaya lainnya adalah memasang lampu 60 watt dengan jarak 60 cm di tempat tidur bayi agar bayi selalu dalam keadaan hangat. Selain itu hal

yang dilakukan adalah dengan cara menyeka bayi menggunakan *Virgin Coconut Oil* (VCO) dengan tujuan agar bayi tidak kehilangan panas tubuhnya, selain itu fungsi dari VCO adalah meningkatkan kekebalan tubuh, baik untuk kesehatan tulang dan bayi mengalami peningkatan berat badan lebih besar. Menyeka tubuh bayi menggunakan VCO dianjurkan agar dilakukan sampai berat badan bayi mencapai normal (2500 gram) (Saeidi, *et al*, 2015) .

Setelah lahir Bayi Ny. "W" diberikan salep mata tetrasiklin 1%, hal ini sesuai dengan teori bahwa pemberian salep mata ini bertujuan untuk pengobatan profilaktik mata yang berfungsi untuk mencegah *Nisseria gonnorrhoea* yang dapat menginfeksi bayi baru lahir selama proses persalinan melalui jalan lahir (Marmi, 2012). Pemberian vitamin K dilakukan setelah pemberian salep mata yaitu dengan cara disuntikkan di paha kiri bagian luar secara Intra Muskular (IM). Menurut teori, penyuntikan Vit K bertujuan untuk mencegah perdarahan yang muncul karena kadar protombin yang dibentuk di hati memerlukan Vit K untuk membentuknya menjadi rendah pada beberapa hari pertama kehidupan bayi (Marmi, 2012).

Asuhan yang diberikan selanjutnya adalah imunisasi HB₀ yang dilakukan 2 jam setelah lahir. Menurut Prawirohardjo (2010) pemberian imunisasi HB₀ pada usia 0-7 hari yang bertujuan untuk mencegah penyakit hepatitis B yang dapat merusak hati. Pemberian imunisasi HB₀ pada bayi prematur dengan umur di bawah 37 minggu atau berat badan di bawah 2500 gram tetap dapat diberikan. Untuk bayi prematur dengan berat badan sangat rendah, lebih dianjurkan imunisasi jika telah mencapai berat badan di atas 2000 gram, namun berat badan lahir bayi Ny. "W" adalah 2000 gram dan dapat dilakukan imunisasi HB₀. Untuk dosis vaksin bayi yang lahir prematur biasanya tetap sama dengan dosis bayi yang lahir normal. Vaksin pada bayi prematur tetap memberikan respon seperti pada bayi normal lainnya, walau kadang bayi prematur memiliki

tanggapan respon yang lebih lambat, namun vaksin kekebalan tetap dapat diterima dengan baik olehnya. Setelah dilakukan pengkajian usia 0-40 hari, maka dapat disimpulkan bahwa bayi dalam keadaan sehat tanpa komplikasi apapun.

5.5 Pembahasan Asuhan Keluarga Berencana

Asuhan pada kunjungan KB dilakukan sebanyak 2 kali. Didapatkan hasil bahwa Ny. "W" ingin menggunakan KB suntik 3 bulan, alasan ibu karena sebelumnya ibu pernah menggunakan KB suntik 3 bulan dan ibu merasa KB suntik 3 bulan tidak memberikan efek samping yang mengganggu bagi ibu. Selain itu KB suntik 3 bulan tidak mengganggu produksi ASI sehingga ibu bisa tetap memberikan ASI eksklusif sampai 6 bulan (Hani, dkk, 2011).

Dilihat dari segi umur ibu yang saat ini 24 tahun, Indeks Massa Tubuh (IMT) ibu saat ini dengan tinggi badan 152 cm berat badan 46 kg adalah 21,6 (normal), selain itu tekanan darah ibu cenderung rendah. Dari berbagai segi ibu dinilai cocok untuk menggunakan KB suntik 3 bulan, oleh karena itu ibu dapat menggunakan KB suntik 3 bulan. Sebelum ibu menggunakan KB suntik 3 bulan penulis menjelaskan efek samping yang dapat terjadi jika ibu menggunakan KB suntik 3 bulan seperti tidak menstruasi (*amenorrhea*), pusing, flek di wajah, peningkatan tekanan darah dan peningkatan berat badan (Affandi, 2012).

Kunjungan KB dilakukan pada 2 bulan PP dan dapat disimpulkan bahwa Ny. "W" akan memakai KB suntik 3 bulan. Setelah dilakukan pemeriksaan maka ibu diperbolehkan untuk menggunakan KB suntik 3 bulan. Setelah masa nifas ibu mengalami menstruasi dan ini merupakan hari ke 6 menstruasi, HPHT = 23 Juni 2016, hal ini menunjukkan bahwa ibu dipastikan tidak sedang hamil. Menurut Sulistyawati (2014) KB suntik 3 bulan tepatnya diberikan pada saat ibu setelah menstruasi dikarenakan efek dari KB suntik 3 bulan adalah *amenorrhea*. Namun

karena ibu sudah menstruasi maka untuk mencegah adanya pembuahan selanjutnya dianjurkan untuk segera menggunakan alat kontrasepsi. Jadi penggunaan KB suntik 3 bulan saat ibu sedang menstruasi adalah tindakan yang tepat.

Setelah dilakukan suntik 3 bulan dan dilakukan evaluasi selama 1 minggu didapatkan hasil pengkajian bahwa ibu mengkonsumsi kopi 1-2 kali sehari. Penatalaksanaan yang diberikan adalah menyarankan kepada ibu agar mengurangi konsumsi kopi karena kandungan kafein pada kopi dapat mempengaruhi tekanan darah, insomnia, mengganggu pencernaan, sakit kepala dan mempengaruhi kesuburan. Namun tidak didapatkan keluhan dari ibu maupun efek samping yang dirasakan ibu seperti pusing, muncul flek, kenaikan berat badan dan peningkatan tekanan darah, namun untuk efek samping *amenorrhea* belum dapat dikaji. Ibu dapat segera menstruasi karena ibu tidak melakukan ASI eksklusif sehingga hormon estrogen ibu dapat meningkat dan menyebabkan ibu dapat menstruasi (Sulistyawati, 2014).

BAB VI

PENUTUP

6.1 Kesimpulan

Setelah melakukan asuhan kebidanan secara komprehensif pada Ny. "W" usia 24 tahun di wilayah kerja BPM Siti Nurcahyaningstih Murdijono, Amd.Keb dan di rumah Ny. "W" dari masa hamil, bersalin, nifas, BBL dan KB, dengan menggunakan alur Varney pada pendekatan manajemen kebidanan dengan pendokumentasian dalam bentuk SOAP, maka dapat disimpulkan :

6.1.1 Asuhan Kehamilan

Kehamilan Ny. "W" di tergolong fisiologis dengan risiko tinggi.

6.1.2 Asuhan Persalinan

Persalinan Ny. "W" kurang bulan dan berlangsung normal.

6.1.3 Asuhan Nifas

Masa nifas Ny. "W" berlangsung secara fisiologis, namun ASI tidak eksklusif.

6.1.4 Asuhan Bayi Baru Lahir

Bayi Ny. "W" lahir prematur, kenaikan berat badan bayi normal sampai dengan usia 40 hari, pertumbuhan dan perkembangan berlangsung normal.

6.1.5 Asuhan KB

Alat kontrasepsi yang digunakan adalah KB suntik 3 bulan. Tidak dirasakan adanya efek samping dan keluhan pasca pemakaian KB suntik 3 bulan.

6.2 Saran

6.2.1 Bagi Tempat Asuhan

Lebih meningkatkan pelayanan dalam deteksi dini komplikasi pada ibu hamil dengan KRT, penanganan dan pemantauan BB berkala pada bayi

prematurn, serta dapat melakukan rujukan tepat waktu jika terdapat kegawatdaruratan.

6.2.2 Bagi STIKes Widyagama Husada

Menambah literatur atau referensi dalam kegawatdaruratan maternal dan neonatal serta asuhan kehamilan resiko tinggi sehingga dapat mengantisipasi terjadinya kelahiran prematur dan dapat melakukan rujukan tepat waktu jika terdapat kegawatdaruratan maternal dan neonatal.

6.2.3 Bagi Penulis

Menambah dan menerapkan ilmu pengetahuan Asuhan Kebidanan Komprehensif pada pasien dengan keadaan fisiologis maupun patologis. Sehingga ketika masuk ke dunia kerja penulis dapat mengetahui tata cara yang tepat bagi pasien dalam keadaan fisiologis maupun patologis.

6.2.4 Bagi Bidan

Memberikan informasi dan masukan bagi para bidan dalam peningkatan pelayanan pada kehamilan resiko tinggi dan pelayanan terhadap bayi prematur seperti pemantauan aktivitas dan berat badan secara berkala, serta dapat melakukan rujukan tepat waktu jika terjadi kegawatdaruratan.

6.2.5 Bagi Penulis Selanjutnya

Sebagai referensi atau dasar pemikiran untuk penelitian selanjutnya. Khususnya meneliti tentang Asuhan Kebidanan Komprehensif mulai dari masa kehamilan, persalinan, nifas, BBL hingga masa KB.

DAFTAR PUSTAKA

- Affandi, B., dkk. 2012. *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi*. Jakarta: Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Ari, Sulistyawati, Esty Nugraheny. 2010. *Asuhan Kebidanan pada Ibu Bersalin*. Jakarta: Salemba Medika.
- Kusmiyati, Y. 2010. *Asuhan Kehamilan*. Yogyakarta: Titramaya.
- Lissauer, Avroy. 2013. *Selayang Neonatalogi*. Edisi kedua. Jakarta: Indeks
- Hani, Umi, dkk. 2011. *Asuhan Kebidanan pada Kehamilan Fisiologis*. Jakarta: Salemba Medika EGC.
- Hartanto, H. 2010. *Keluarga Berencana dan Kontrasepsi*. Jakarta: Pustaka Sinar Harapan
- Hidayat, Asri. 2010. *Asuhan Kebidanan Persalinan*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Manuaba, dkk. 2012. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan KB*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Martilati, Dewi. 2012. *Asuhan kebidanan nifas dan menyusui*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Meilani, dkk. 2009. *Kebidanan Komunitas*. Cetakan pertama I. Jakarta: Fitramaya.
- Mochtar, Rustam. 2011. *Sinopsis Obstetri*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC
- Mufdlilah. 2009. *Antenatal Care Fokus*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Muslihatun, N. 2010. *Asuhan Neonatus Bayi dan Balita*. Yogyakarta: Fitramaya.
- Prawirohardjo, Sarwono. 2010. *Ilmu kebidanan*. Jakarta: PT. Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Pusdiknakes. 2011. *Sistem Kesehatan Nasional*. Jakarta: Depkes
- Rohani, dkk. 2011. *Asuhan Kebidanan Pada Masa Persalinan*. Jakarta: Salemba Medika
- Rukiyah, Ai Yeyeh. Yulianti dan Lia. 2010. *Asuhan Neonatus Bayi dan Anak Balita*. Jakarta: Trans Info Medika.
- Saifuddin, A. 2013. *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi*. Jakarta: YBPSP.
- Sondakh, Jenny. 2013. *Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*. Jakarta: Penerbit Erlangga

- Sulistiyawati, Ari, dan Esti Nugraheni. 2009. *Asuhan Kebidanan pada Ibu Bersalin*. Jakarta: Salemba Medika.
- Suherni. 2009. *Perawatan Masa Nifas*. Yogyakarta: Fitramaya
- Sumarah. 2009. *Perawatan Ibu Bersalin Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin*. Yogyakarta: Fitramaya
- Sunarsih, Tri. 2010. *Asuhan Kehamilan untuk Kebidanan*. Jakarta: Salemba Medika
- Sunarti. 2013. *Asuhan Kehamilan*. Jakarta: In media
- Vivian, Nanny dan Tri Sunarsih. 2011. *Asuhan Kehamilan Untuk Kebidanan*. Jakarta: Salemba Medika
- Walyani, Elisabeth Siwi. 2014. *Asuhan Kebidanan pada Kehamilan*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press
- Wiknjosastro, Hanifa. 2009. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- Wirakusumah, Firman F. 2011. *Obstetri Fisiologi Edisi 2*. Jakarta: EGC

LAMPIRAN 1

Biodata

Nomor Registrasi Ibu	:
Nomor Urut di Kohort Ibu	:
Tanggal menerima buku KIA	:
Nama & No. Telp. Tenaga Kesehatan:	:

IDENTITAS KELUARGA	
Nama Ibu	: WANDA
Tempat/Tgl. lahir	: 30 OKTOBER 1994 / 24 thn
Kehamilan ke	: 2 Anak terakhir umur: 5 tahun
Agama	: ISLAM
Pendidikan	: Tidak Sekolah/SD/SMP/SMU/Akademi/Perguruan Tinggi*
Golongan Darah	:
Pekerjaan	: PEDAGANG
No. JKN	:

Nama Suami	: A. ARIFANDI
Tempat/Tgl. lahir	: 26 th
Agama	: ISLAM
Pendidikan	: Tidak Sekolah/SD/SMP/SMU/Akademi/Perguruan Tinggi*
Golongan Darah	:
Pekerjaan	: PEDAGANG

Alamat Rumah	: Jl. LONGAT INDAH NO 47
	: RT 2 RW 4
Kecamatan	: LUSIDJURU
Kabupaten/Kota	: MACANG
No. Telp. yang bisa dihubungi	: 091 335 1344 15

Nama Anak	:	L/P*
Tempat/Tgl. Lahir	:	
Anak Ke	:	dari
No. Akte Kelahiran	:	

* Lingkari yang sesuai

LAMPIRAN 3

Kartu Skor Poedji Rochjati

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

Nama: Alinda Umur Ibu: 24 Th.
 Hamil ke: II Haid Terakhir tgl: 10-08-18 Persalinan Persalinan tgl: 17-05-19
 Pendidikan: Ibu SMA Suami Ahmed Anferdi
 Pekerjaan: Ibu Pedagang Suami SNP / Pedagang

KEL. F.R.	NO	Masalah / Faktor Risiko	SKOR	Tribulan		
				I	II	III
		Skor Aspek Ibu Hamil	2			2
I	1	Tertalu muda, hamil I < 16 th	4			0
	2	a. Tertalu lambat hamil I, kawin > 4th	4			0
	b.	Tertalu tua, hamil I > 35 th	4			0
	3	Tertalu cepat hamil lagi (< 2 th)	4			0
	4	Tertalu lama hamil lagi (> 10 th)	4			0
	5	Tertalu banyak anak, 4 / lebih	4			0
	6	Tertalu tua, umur > 35 tahun	4			0
	7	Tertalu pendek < 145 Cm	4			0
	8	Pernah gagal kehamilan	4			0
	9	Pernah melahirkan dengan:				0
	a.	Tarikan tang / vakum	4			0
	b.	Un deegoh	4			0
	c.	Oben infus/Transfusi	4			0
	10	Pernah Operasi Besar	4			0
II	11	Penyakit pada ibu hamil:				0
	a.	Kuning darah	4			0
	b.	Malaria	4			0
	c.	TBC Paru	4			0
	d.	Payah jantung	4			0
	e.	Kencing Manis (Diabetes)	4			0
	f.	Penyakit Menular Seksual	4			0
	12	Bengkak pada muka / tungkai dan Tekanan darah tinggi	4			0
	13	Hamil kembar 2 atau lebih	4			0
	14	Hamil kembar an (Hydramnion)	4			0
	15	Bayi mati dalam kandungan	4			0
	16	Kehamilan lebih bulan	4			0
	17	Lelek / Ringang	4			0
	18	Lelek / Lemot	4			0
III	19	Persalinan dalam kehamilan ini	4			0
	20	Persalinan Besar / Ringang 2	4			0
JUMLAH SKOR						10

PENYULUHAN KEHAMILAN/PERSALINAN AMAN – RUJUKAN TERENCANA

JML. SKOR	KEL. RISIKO	KEHAMILAN		PERSALINAN DENGAN RISIKO			
		RISIKO RASTA	RISIKO RASTA	TEMPAT	PENOLONG	MACAM PERSALINAN	TEMPAT KEMATIAN IBU
0-2	RIK	RUJUKAN	RUJUKAN	RUJUKAN	RUJUKAN	RUJUKAN	RUJUKAN
3-10	KRI	RUJUKAN	RUJUKAN	RUJUKAN	RUJUKAN	RUJUKAN	RUJUKAN
11-15	KRI	RUJUKAN	RUJUKAN	RUJUKAN	RUJUKAN	RUJUKAN	RUJUKAN
16-20	KRI	RUJUKAN	RUJUKAN	RUJUKAN	RUJUKAN	RUJUKAN	RUJUKAN

Kematian Ibu dalam kehamilan : 1. Abortus 2. Lain-lain

**KARTU SKOR 'POEDJI ROCHJATI'
PERENCANAAN PERSALINAN AMAN**

Tempat Persalinan: 1. Poyandu 2. Polindes 3. Rumah Bidan
4. Puskesmas 5. Rumah Sakit 6. Praktek Dokter

Persalinan: Melahirkan tanggal: _____ / _____ / _____

RUJUKAN DARI: 1. Sendi 2. Dukung 3. Bidan 4. Puskesmas

RUJUKAN KE: 1. Bidan 2. Puskesmas 3. Bidan 4. Puskesmas

RUJUKAN:
 1. Rujukan Diri Berencana (RDB) / 2. Rujukan Tepat Waktu (RTW)
 Rujukan Dalam Rahim (RDR) / 3. Rujukan Terlewat (RTL)

Gawat Obstetrik:
 Kel. Faktor Risiko I & II
 1. _____
 2. _____
 3. _____

Gawat Darurat Obstetrik:
 • Kel. Faktor Risiko III
 1. Pantarahan arsipartum
 2. Eklimpa
 • Komplikasi Obstetrik
 3. Pantarahan postpartum
 4. Un Teroggal
 5. Persukaan Lama
 6. Parus Tinggi

TEMPAT: 1. Rumah Ibu 2. Rumah bidan 3. Polindes 4. Puskesmas 5. Rumah Sakit 6. Perjanjian

PENOLONG: 1. Dukun 2. Bidan 3. Dokter 4. Lahir-2

MACAM PERSALINAN: 1. Normal 2. Tindakan pervaginam 3. Operasi Besar

PASCA PERSALINAN:

IBU: 1. Hidup 2. Mati dengan penyebab: a. Pantarhan b. Pre-eklampsia/Eklampsia c. Partus asus 2. Infeksi e. Lahir-2

TEMPAT KEMATIAN IBU: 1. Rumah Ibu 2. Rumah bidan 3. Polindes 4. Puskesmas 5. Rumah Sakit 6. Perjanjian

BAYI: 1. Berat lahir _____ gram Lahir-2 Perjanjian 2. Lahir hidup: Apgar Skor: _____ 3. Lahir mati: penyebab: _____ 4. Mati kemudian umur _____ th, penyebab: _____ 5. Kelenar Derasah: 100% atau / atau

KEADAAN IBU SELAMA MASA NFAS (12 Hari Pasca Saji):
 1. Sehat 2. Sakit 3. Mati, penyebab: _____
 Pantarhan ASI: 1. Ya 2. Tidak

Keluarga Berencana: 1. Ya _____ / Sterilisasi _____
 2. Belum Tahu

Kategori Keluarga Miskin: 1. Ya 2. Tidak

Sumber Biaya: Mandiri / Bantuan: _____

DAFTAR PERSALINAN

Tempat: Bidan

Pendamping: Sumari dan Iswanga

Tempat: BPM Sili Nuralayuningih

Calon donor:

KUNJUNGAN ULANGAN

NO	UMUM						KEHAMILAN						KETERANGAN			
	BB	T/D	MAK	RR	TD	TFU (cm)	Letak Janin	D.A.J	GERAKAN JANIN	Terapi / Pengobatan	Ular Kehamilan	Penyulutan	Dangkal ke	Pemeriksaan	Lain-lain	
1	50	90/70	82	22	7	23 cm	Letak P	10	11	12	13	14	15	16	17	18
2	51	100/80	80	20	7	25 cm	Letak P	136%	✓			31 mg 5 hr	KIE susutlah perpisahan			
3	51	100/90	88	29	7	26 cm	Letak P	145%	✓			35 mg 1 hr	15 stroke, kurang airnya			
4							Letak P	153%	✓			35 mg 3 hr	kurang airnya di malam hari			

risiko hamil

(01)

(02)

(03)

(04)

(05)

(06)

- Tanda-tanda kehamilan resiko tinggi
- Persalinan oleh tenaga kesehatan kompeten
- KB setelah melahirkan
- Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K)
- IMS / HIV - AIDS / PMTCT (ARV, SC, VCT)
- IMD

(07)

(08)

(09)

(10)

(11)

(12)

LAMPIRAN 5

PENAPISAN IBU BERSALIN

DETEKSI DINI KEMUNGKINAN KOMPLIKASI GAWAT

Nama : Ny. "W"

Tanggal : 21 April 2019

NO.	KRITERIA	YA	TIDAK
1	Riwayat bedah secar	✓	
2	Perdarahan pervaginam		✓
3	Persalinan kurang bulan (<37 minggu)	✓	
4	Ketuban pecah dengan mekonium kental		✓
5	Ketuban pecah selama (>24 jam)		✓
6	Ketuban pecah pada persalinan kurang bulan (<37 minggu)	✓	
7	Ikterus		✓
8	Anemia		✓
9	Tanda atau gejala infeksi		✓
10	Preeklamsia / hipertensi dalam kehamilan		✓
11	Tinggi fundus 40 cm atau lebih		✓
12	Gawat janin		✓
13	Primipara dalam fase aktif kepala masih 5/5		✓
14	Presentasi bukan belakang kepala		✓
15	Presentasi ganda (majemuk)		✓
16	Kehamilan ganda atau gammeli		✓
17	Tali pusat menumbung		✓
18	Syok		✓
19	Bumil TKI		✓
20	Suami pelayaran		✓
21	Suami atau bumil bertato		✓
22	HIV/AIDS		✓
23	PMS		✓
24	Anak mahal		✓

CATATAN PERSALINAN

- Tanggal: 21 April 2019
- Nama bidan: Eiden Sri Nurthyoningkh
- Tempat persalinan:
 - Rumah ibu
 - Puskesmas
 - Polindes
 - Rumah Sakit
 - Klinik Swasta
 - Lainnya: BPM
- Alamat tempat persalinan: Jl. Ters. Han Mas No. 6
- Catatan: nujuk kata: uniluv
- Alasan merujuk:
- Tempat rujukan:
- Pendamping pada saat menjuk:
 - Bidan
 - Teman
 - Suami
 - Dukun
 - Keluarga
 - Tidak ada

KALA I

- Panograf melewati garis waspada: Ya
- Masalah lain, sebutkan:
- Penatalaksanaan masalah tsb:
- Hasilnya:

KALA II

- Epistotomi:
 - Ya, Indikasi
 - Tidak
- Pendamping pada saat persalinan:
 - Suami
 - Teman
 - Keluarga
 - Dukun
 - Tidak ada
- Gawat janin:
 - Ya, tindakan yang dilakukan: a. b. c.
 - Tidak
- Distosta bahu:
 - Pemantuan DJ setiap 6-10 menit selama kala II, hasil: Baik
 - Ya, tindakan yang dilakukan: a. b. c.
 - Tidak
- Masalah lain, sebutkan:
- Penatalaksanaan masalah tersebut:

KALA III

- Inisiasi menyusui dini:
 - Ya
 - Tidak alasannya:
- Lama kala III: menit
- Pemberian Oksitosin 10 U/ml?
 - Ya, waktu: 1 menit sesudah persalinan
 - Tidak, alasan:
- Penjepitan dan pemotongan tali pusat?
 - Ya, waktu: 2 menit
 - Tidak alasan:
- Pemberian ulang Oksitosin (2x)?
 - Ya, alasan:
 - Tidak
- Penegangan tali pusat terkendali?
 - Ya
 - Tidak, alasan:

PEMANTAUAN PERSALINAN KALA IV

Jam ke	Waktu	Tekanan Darah	Nadi	Suhu	Tinggi fundus uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Pendarahan
1	12.50	110/70	88	36.5	2 JT ↓ PST	Baik	Pesong	-
	13.05	110/70	86		2 JT ↓ PST	Baik	Pesong	10 cc
	13.20	110/70	88		2 JT ↓ PST	Baik	Pesong	-
	13.35	100/60	82		2 JT ↓ PST	Baik	Pesong	50 cc
2	14.05	100/60	82	36.5	2 JT ↓ PST	Baik	Pesong	20 cc
	14.35	100/70	80		2 JT ↓ PST	Baik	Pesong	-

Masalah Kala IV
Penatalaksanaan masalah tersebut:

25. Manase fundus uteri

- Ya
- Tidak alasan:
- Plasenta lahir lengkap (intact) Ya Tidak
 - Jika tidak lengkap tindakan yang dilakukan: a. b.
- Plasenta tidak lahir > 30 menit: Ya Tidak
 - Ya, tindakan: a. b. c.
- Laserasi:
 - Ya, dimana:
 - Tidak
- Jika laserasi perineum, derajat: 1 / 2 / 3 / 4
 - Tindakan: Perjajihan, dengan / tanpa anastesi
 - Tidak dijahit, alasan:
- Aloni uteri:
 - Ya, tindakan: a. b. c.
 - Tidak
- Jumlah pendarahan: 100 ml
- Masalah lain, sebutkan:
- Penatalaksanaan masalah tersebut:
- Hasilnya:

BAYI BARU LAHIR:

- Berat badan: 3.000 gram
- Panjang: 46 cm
- Jenis kelamin: L/P
- Penilaian bayi baru lahir: baik ada penyuli
- Bayi lahir dengan A/S:
 - Normal, tindakan:
 - Mengeringkan
 - Menghangatkan
 - Rangsang taktik
 - Bungkus bayi dan tempatkan distsi ibu
 - Asfiksia ringan / pupil / biru / lemas / tindakan:
 - Mengeringkan
 - Menghangatkan
 - Rangsang taktik
 - Bungkus bayi dan tempatkan distsi ibu
 - Cacat bawaan, sebutkan:
 - Hipotermia, tindakan: a. b. c.
- Pemberian ASI:
 - Ya, waktu: 2 jam setelah bayi lahir
 - Tidak, alasan:
- Masalah lain, sebutkan: Hasilnya:
- Pemberian vit. A 200.000 IU pada ibu:
 - 1 jam setelah melahirkan
 - 24 jam setelah pemberian pertama
- Pada bayi:
 - Inj. Vit K: 1 jam setelah lahir
 - zalf mata: 1 jam setelah lahir
 - Hb. unjeck: 2 jam setelah lahir

LAMPIRAN 7

Surat Izin Dari BPM Siti Nurcahyaningih, Amd.Keb



BIDAN PRAKTEK MANDIRI
SITI NURCHAYANINGIH MURDIJONO, A.Md.Keb

Jalan Terusan Ikan Nus No. 24, Malang

Nomor : 1/V/2019
Lampiran : 1 (satu) lembar
Perihal : Pemberian Ijin Melakukan Asuhan Kebidanan

Dengan hormat,

Mahasiswi Program Studi DIII-Kebidanan STIKES Widyagama Hsada akan menyusun Laporan Tugas Akhir (LTA) Tahun Akademik 2018/2019, untuk itu diperlukan data-data pendukung sebagai syarat yang harus ditempuh.

Berkenaan dengan hal tersebut, saya memberikan ijin kepada mahasiswi dibawah ini untuk melakukan Studi Pendahuluan Laporan Tugas Akhir.

Adapun nama mahasiswi dan judul Laporan Tugas Akhir sebagai berikut :

Nama : Ida Khusmawati
NIM : 1615.15401.1085
Judul LTA : Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny. "W" usia 24 tahun GIIP1001Ab000 di BPM Siti Nurcahyaningih Murdijono, A.M.d.Keb, Malang

Demikian, atas perhatian dan kerja samanya saya sampaikan terima kasih.

Malang, 25 April 2019


Siti Nurcahyaningih, A.Md.Keb

LAMPIRAN 8

Surat Kesiapan Pasien Untuk Menjadi Subjek Penelitian



YAYASAN PEMBINA PENDIDIKAN INDONESIA (YPPI) WIDYAGAMA
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKES)

WIDYAGAMA HUSADA

SK MENDIKNAS RI NOMOR 130/D/0/2007

Program Studi : * D3 Kebidanan * S1 Kesehatan Lingkungan * S1 Ilmu Keperawatan * Profesi Ners
Program Studi : * D3 Kebidanan * S1 Kesehatan Lingkungan * S1 Ilmu Keperawatan * Profesi Ners

SURAT PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya telah membaca lembar permohonan persetujuan asuhan kebidanan dan mendapatkan penjelasan mengenai tujuan dan manfaat asuhan yang berjudul "Asuhan Kebidanan Komprehensif"

Saya mengerti bahwa saya akan diminta untuk menjadi subyek pelaksanaan asuhan kebidanan.

Saya mengerti bahwa catatan mengenai data penelitian ini akan dirahasiakan. Informasi mengenai identitas saya tidak akan ditulis pada instrumen penelitian dan akan disimpan secara terpisah serta terjamin kerahasiaannya.

Saya mengerti saya berhak menolak untuk berperan atau mengundurkan diri dari penelitian setiap saat tanpa adanya sanksi atau kehilangan hak-hak saya.

Saya telah diberi kesempatan untuk bertanya mengenai peran serta saya dalam penelitian ini, dan telah dijawab serta dijelaskan secara memuaskan. Saya secara sukarela dan sadar menyatakan bersedia berperan serta dengan menandatangani Surat Persetujuan Menjadi Subyek Penelitian.

Malang, 21 Maret 2019

Mahasiswa,


(...IDA KHUSMAHARTI...)

Subyek Penelitian,


WANDA OKTAVIANI

Kampus B (Kantor Pusat) : Jl. Taman Borobudur Indah 3A Malang .

Kampus A : Jl. Sudimoro 16, Malang , Jawa Timur

Telp : (0341) 406150 Fax : (0341) 471277

Website : www.widyagamahusada.ac.id

LAMPIRAN 9

Surat Kesiediaan Pembimbing 1



**YAYASAN PEMBINA PENDIDIKAN INDONESIA (YPPi) WIDYAGAMA
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKES)
WIDYAGAMA HUSADA**

SK MENDIKNAS RI NOMOR 130/D/0/2007

Program Studi : * D3 Kebidanan * S1 Kesehatan Lingkungan * S1 Ilmu Keperawatan * Profesi Ners
Program Studi : * D3 Kebidanan * S1 Kesehatan Lingkungan * S1 Ilmu Keperawatan * Profesi Ners

**SURAT KESEDIAAN BIMBINGAN LAPORAN TUGAS AKHIR
PROGRAM STUDI DIII-KEBIDANAN
STIKES WIDYAGAMA HUSADA MALANG
TAHUN AKADEMIK 2018/2019**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Wenny Rahmawati, S.Keb

Jabatan : Dosen DIII-Kebidanan

Alamat : Royal Tasikmadu Residence D9, Lowokwaru - Malang

No Telp : 081357015236

Dengan ini menyatakan bersedia/ tidak bersedia*) menjadi pembimbing 1/
pembimbing 2*) Laporan Tugas Akhir Prodi DIII-Kebidanan STIKES Widyagama
Husada bagi mahasiswa :

Nama : Ida Khusmawati

NIM : 1615.15401.1085

Alamat : Jalan Sudimoro no. 81, Malang

Judul LTA : Laporan Tugas Akhir Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny.
"W" Usia 24 tahun di BPM Siti Nurcahyaningsih Murdijono, A.Md.Keb

Malang,

Pembimbing LTA,


Wenny Rahmawati, S.Keb

Kampus B (Kantor Pusat) : Jl. Taman Borobudur Indah 3A Malang .

Kampus A : Jl. Sudimoro 16, Malang , Jawa Timur

Telp : (0341) 406150 Fax : (0341) 471277

Website : www.widyagamahusada.ac.id

Surat Kesiediaan Pembimbing 2



**YAYASAN PEMBINA PENDIDIKAN INDONESIA (YPI) WIDYAGAMA
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKES)
WIDYAGAMA HUSADA**

SK MENDIKNAS RI NOMOR 130/DI/0/2007

Program Studi : * D3 Kebidanan * S1 Kesehatan Lingkungan * S1 Ilmu Keperawatan * Profesi Ners
Program Studi : * D3 Kebidanan * S1 Kesehatan Lingkungan * S1 Ilmu Keperawatan * Profesi Ners

**SURAT KESEDIAAN BIMBINGAN LAPORAN TUGAS AKHIR
PROGRAM STUDI DIII-KEBIDANAN
STIKES WIDYAGAMA HUSADA MALANG
TAHUN AKADEMIK 2018/2019**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Jiarti Kusbandiyah, S.SiT, M.Kes
Jabatan : Dosen DIII-Kebidanan
Alamat : Perum Puri Kartika Asri J21, Tunjung sekar - Malang.
No Telp : 085204309135

Dengan ini menyatakan bersedia/ tidak bersedia*) menjadi pembimbing 1/
pembimbing 2*) Laporan Tugas Akhir Prodi DIII-Kebidanan STIKES Widyagama
Husada bagi mahasiswa :

Nama : Ida Khusmawati
NIM : 1615_15401_1085
Alamat : Jalan Sudimoro no. 81, Malang
Judul LTA : Laporan Tugas Akhir Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny.
"W" Usia 24 tahun di BPM Siti Nurcahyaningstih Murdijono, A.Md.Keb

Malang,
Pembimbing LTA,


Jiarti Kusbandiyah, S.SiT, M.Kes

LAMPIRAN 10

Lembar Kendali Mahasiswa

LEMBAR KENDALI MAHASISWA
KIRIBUNJIAN MAHASISWA PERIKHMAN ALLENY

KEMUNGKINAN KIR	KEHIDUPAN KANGGAH	WAKTU BATING	WAKTU PULANG	JURUSAN KIRIBUNJIAN	DOSEN KIRIBUNJIAN	DOSEN KIRIBUNJIAN	DOSEN KIRIBUNJIAN
PNC	5/05 2019	14.00	15.00	Peritisa Ibu + Bayi FIE			
PNC	31/5 2019	15.00	16.00	Peritisa TTV (ibu & Bayi) Evaluasi NIFAS			
KB	21/6/19	16.00	17.00	Pemeriksaan TTV Timbang, semit E-B			
KB	05/07/19	13.30	14.00	Evaluasi, Peritisa TTV			

PRATIKA LTA
D III KEPERAWATAN STRES WISNAGAMA BUSANA

98

LAMPIRAN 11

Lembar Konsultasi Dosen

Form 5:
CATATAN KONSULTASI PEMBIMBING 1

NO.	TANGGAL	KEGIATAN DAN SARAN	PARAF PEMBIMBING
1.	28/3 2019	Perbaiki BAB 1	
2.	4/4 2019	perbaiki BAB 1,2	
3.	5/4 2019	Perbaiki penulisan	
4.	10/4 2019	perbaiki Daftar	
5.	15/4 2019	Ace + buat Pff	
6.	17/4 2019	Konsultasi Revisi	
7.	11/7 2019	perbaiki penulisan	
8.	26/7 2019	perbaiki Uraian dan kesimpulan	

Form 8:

CATATAN KONSULTASI PEMBIMBING 2

NO.	TANGGAL	KEGIATAN DAN SARAN	PARAF PEMBIMBING
1.	$\frac{29}{3}$ 2019	- Latar belakang - Bab I, II, III Perbaikan / koreksi	
2.	$\frac{2}{4}$ 2019	Bab 3 ota Bab 2 sesuai yg dituliskan	
3.	$\frac{8}{4}$ 2019	Perbaikan Penulisan. Perbaikan Daftar B. kuis. 1 Lampiran ke-1 & lampiran 3	
4.	$\frac{9}{4}$ 2019	kegiatan di lampiran. Susun PPT.	
5.	$\frac{13}{4}$ 2019	garam paku, GMP Per 2.12	
6.	$\frac{21}{6}$ 2019	Perbaikan kuis	
7.	$\frac{11}{7}$ 2019	Perbaikan kuis Susun Referensi	
8.	$\frac{18}{7}$ 2019	Perbaikan Pembahasan	
9.	$\frac{29}{7}$ 2019	kegiatan s.d. lampiran & susun abstrak PPT	




LAMPIRAN 13

LEMBAR REKOMENDASI
PERBAIKAN LAPORAN TUGAS AKHIR
PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN
STIKES WIDYAGAMA HUSADA

Nama : IDA KHUSMAWATI

NIM : 1615.15401.1085

Judul LTA : Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny "W" Usia 24 Tahun Dengan Persalinan Kurang Bulan di BPM Siti Nurcahyaningstih Murdijono, Amd.Keb

No	NAMA PENGUJI	KETERANGAN	TTD
1	Ervin Rufaindah, S.SIT. M.Keb	1. Perbaiki kerangka konsep 2. Menambahkan alasan mengenai faktor yang mempercepat kala I 3. Perbaiki sesuai dengan masukan dan cek laporan	
2	Bd. Wenny Rahmawati, M.Keb	Perbaiki sesuai dengan masukan dan cek laporan	
3	Jiarti Kusbandiyah, S.SIT, M.Kes	Perbaiki sesuai dengan masukan penguji	

DOKUMENTASI KUJUNGAN

Dilakukan pada :

Hari/Tanggal : Rabu, 20 Maret 2019

Pukul : 16.00 WIB

Tempat : Jl. Loncat Indah No. 46, Tunggul Wulung (rumah responden)

Tindakan : Melakukan kunjungan ANC 1

Oleh : Ida Khusmawati



Dilakukan pada :

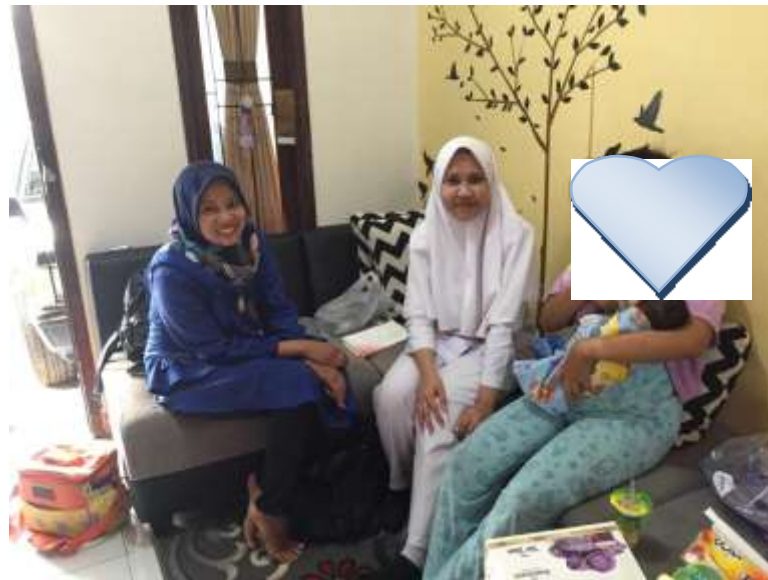
Hari/Tanggal : Jumat, 03 Mei 2019

Pukul : 15.30 WIB

Tempat : Jl. Loncat Indah No. 46, Tunggul Wulung (rumah responden)

Tindakan : Melakukan kunjungan PNC dan BBL

Oleh : Ida Khusmawati



Dilakukan pada :

Hari/Tanggal : Jum'at, 28 Juni 2019

Pukul : 16.30 WIB

Tempat : BPM Siti Nurcahyaningih, Amd.Keb

Tindakan : Melakukan kunjungan KB 1

Oleh : Ida Khusmawati



CURRICULUM VITAE



IDA KHUSMAWATI

SUMENEP, 25 FEBRUARI 1999

Motto :

“Bermimpilah dalam hidup, jangan hidup dalam mimpi”

Riwayat Pendidikan

MI DDI Pantai Harapan Lulus Tahun 2010

SMP Negeri 1 Masalembu Lulus Tahun 2013

SMA Negeri 3 Pamekasan Lulus Tahun 2016

DIII Kebidanan STIKes Widyagama Husada Malang Lulus Tahun 2019