

**LAPORAN TUGAS AKHIR**  
**ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF**  
**PADA NY “M” USIA 40 TAHUN DENGAN**  
**KEHAMILAN RESIKO TINGGI**  
**DI PUSKESMAS KENDALSARI**



**Diajukan Sebagai Syarat Menyelesaikan**  
**Pendidikan Tinggi Program D3 Kebidanan**

**OLEH :**

**RESKY PUSPITA C. SALEH**

**NIM : 1615.15401.1100**

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

**2019**

## **LEMBAR PERSETUJUAN**

Laporan Tugas Akhir ini disetujui untuk dipertahankan di hadapan Tim Penguji

Laporan Tugas Akhir Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Widyagama Husada

### **LAPORAN TUGAS AKHIR ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY."M" USIA 40 TAHUN DENGAN KEHAMILAN RESIKO TINGGI DI PUSKESMAS KENDALSARI**

**RESKY PUSPITA C. SALEH**

**NIM : 1615.15401.1100**

**MALANG, 27 Agustus 2019**

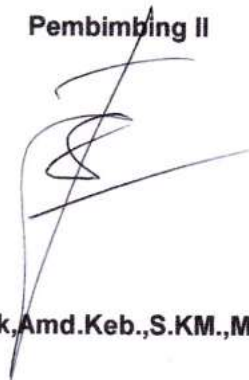
**Menyetujui,**

**Pembimbing I**



**(Senditya Indah,M.,S. SiT, M.Kes)**

**Pembimbing II**



**(Yuliyani, Amd.Keb.,S.KM.,M. Biomed)**

## 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 27 Agustus 2019

### ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY 'M' USIA 40 TAHUN DENGAN KEHAMILAN RESIKO TINGGI DI PUSKESMAS KENDALSARI

RESKY PUSPITA CAHYANI SALEH

NIM.1615.15401.1100

Penguji I

Yuniar Angelia, S.SiT, M.Kes

( f )

Penguji II

Senditya Indah, M., S.SiT, M.Kes

( s )

Penguji III

Yuliyani, Amd.Keb., S.KM., M. Biomed

( Y )

Mengetahui,

Ketua

STIKES Widyagama Husada



(dr. Rudy Joegijantoro, MMRS.)

NIP.197110152001121006

## KATA PENGANTAR

Puji syukur Penulis panjatkan pada Tuhan Yang Maha Esa karena atas rahmat-Nya penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir yang berjudul “Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny ”M” Usia 40 tahun Dengan Kehamilan Resiko Tinggi Di Puskesmas Kendalsari sebagai salah satu persyaratan Akademik dalam rangka penyelesaian kuliah di program studi DIII Kebidanan STIKES Widyagama Husada Malang. Dalam Laporan Tugas Akhir akan dijabarkan sebagai konsep mengenai Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ibu Hamil sampai KB Pada Ny ”M” di Wilayah Kota Malang sehingga hasil dari studi kasus ini dapat dijadikan rujukan dalam meningkatkan asuhan kebidanan pada ibu hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas dan KB.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa dalam rangkaian kegiatan penulisan Laporan Tugas Akhir ini tidak akan terlaksana tanpa adanya bantuan dari beberapa pihak yang turut berperan dalam penyelesaian Laporan Tugas Akhir ini. Pada kesempatan ini penulis sampaikan terimakasih dan penghargaan kepada yang terhormat :

1. dr. Rudy Joegijantoro, MMRS selaku Ketua STIKES Widyagama Husada Malang.
2. Yuniar Angelia P,S SiT., M.Kes selaku Ketua Program Studi DIII Kebidanan STIKES Widyagama Husada Malang dan selaku penguji I.
3. Senditya Indah, M., S.SiT. M.Kes, selaku pembimbing I yang telah memberikan bimbingan dan selaku penguji II.
4. Yuliyani, Amd.Keb.,S.KM.,M.Biomed selaku pembimbing II yang telah memberikan bimbingan dan selaku penguji III.

5. Bapak Hamsa Saleh dan Ibu Asni Labagu selaku Orang Tua yang selalu memberikan dukungan dan semangat kepada penulis.
6. Puskesmas Kendalsari selaku tempat yang telah memberikan ijin untuk lokasi pelaksanaan asuhan.
7. Pasien yang selalu kooperatif selama melakukan asuhan.
8. Teman-teman Kebidanan Angkatan 2016 yang sudah memberikan dukungan dan semangat kepada penulis.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa penulisan Laporan Tugas Akhir ini masih jauh dari kesempurnaan. Hal ini disebabkan karena keterbatasan penulis sendiri sebagai manusia yang tak luput dari kesalahan.

Penulis mengharap kritik dan saran yang membangun dari semua pihak untuk perbaikan Laporan Tugas Akhir ini di kemudian hari, sehingga hasil dari penyusunan Laporan Tugas Akhir dapat bermanfaat untuk menambah pengetahuan bagi para pembaca pada umumnya dan penulis pada khususnya

Malang, Agustus 2019

Penulis

## RINGKASAN

**Saleh, Cahyani Puspita Resky. 2019. *Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny "M" Usia 40 Tahun GIV P3003 Ab000 dengan Kehamilan Resiko Tinggi di Puskesmas Kendalsari Malang. Laporan Tugas Akhir DIII Program Studi Kebidanan. Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Widyagama Husada Malang. Pembimbing: (1) Senditya Indah,M.,S.SiT,M.Kes. (2) Yulianik, Amd.Keb.,S.KM.,M.Biomed.***

Angka kematian ibu dan angka kematian bayi merupakan salah satu indikator perkembangan kesehatan dalam SDG's dan RPJMN 2015-2019 di Indonesia, yakni angka kematian ibu menjadi 102 per 1000 kelahiran hidup dan angka kematian bayi 23 per 1000 kelahiran hidup. Pada tahun 2030 target penurunan angka kematian ibu harus mencapai di bawah 70 per 100.000 kelahiran hidup sedangkan angka kematian bayi 12 per 100.000 kelahiran hidup. Salah satu upaya untuk menurunkan angka kematian ibu dan angka kematian bayi adalah meningkatkan akses pada layanan kesehatan berkualitas bagi semua orang di setiap tahap kehidupan dengan layanan terpadu melalui intervensi komprehensif.

Asuhan kebidanan dilakukan pada Ny."M" di Puskesmas Kendalsari pada bulan April-Juni 2019 sebanyak 13 kali kunjungan: 4 kali selama kehamilan, 1 kali pada saat persalinan, 4 kali selama masa nifas, 2 kali pada bayi baru lahir, dan 2 kali untuk program Keluarga Berencana dengan menggunakan metode kontrasepsi suntik 3 bulan.

Berdasarkan hasil asuhan kebidanan komprehensif diperoleh data bahwa pasien di kategorikan dalam kehamilan resiko tinggi karena faktor usia dan jarak kehamilan pasien. Selama kehamilan pada trimester 1 sampai trimester 3 awal pasien mengalami anemia ringan, tetapi setelah diberikan asuhan keluhan tersebut dapat teratasi. Sebelum persalinan dokter melakukan pemeriksaan USG bahwa pasien harus dilakukan operasi karena diduga plasenta previa. Setelah dilakukan persiapan operasi dan pasien sudah berada diruang operasi, ternyata pasien dapat melahirkan dengan normal diruang operasi tersebut. Pada masa nifas 2 jam post partum berlangsung secara fisiologis. Bayi baru lahir dengan berat badan 3.250 gram termasuk dalam batas normal dan mengalami kenaikan hingga mencapai 5.400 gram saat kunjungan 6 minggu post partum. Dalam program keluarga berencana pasien menggunakan kontrasepsi suntik 3 bulan dan diberikan konseling juga evaluasi untuk pemakaian kontrasepsi tersebut. Hasil penilaian selama kehamilan, persalinan, masa nifas, bayi baru lahir dan keluarga berencana berjalan secara fisiologis. Diharapkan bidan dapat mempertahankan kualitas layanan kebidanan dan pasien memiliki kesadaran dalam menjaga kesehatan mereka dengan melakukan pemeriksaan rutin ke lokasi fasilitas kesehatan.

**Kepustakaan : 20 kepustakaan (2007-2018)**

**Kata Kunci : Kehamilan, Persalinan, Masa Nifas, Bayi Baru Lahir, Keluarga Berencana.**

## SUMMARY

**Saleh, Cahyani Puspita Resky. 2019. *Comprehensive Midwifery Care to Mrs. "M" 40 Years old GIV P3003 Ab000 High Risk Pregnancy at Kendalsari Health Center Malang*. Final Task DIII Midwifery Study Program. Widyagama Husada School of Health Malang. Advisor: (1) Senditya Indah, M., S.SiT, M.Kes. Advisor: (2) Yulianik, Amd.Keb., S.KM., M.Biomed.**

Maternal and infant mortality rates are one indicator of health development in the 2015-2019 SDG's and RPJMN in Indonesia, where the maternal mortality rate is 102 per 1000 live births and the infant mortality rate is 23 per 1000 live births. In 2030 the target of reducing maternal mortality must be below 70 per 100,000 live births while 12 infant deaths per 100,000 live births. One effort to reduce maternal and infant mortality rates is to increase access to quality health services for everyone at every stage of life with integrated services through comprehensive interventions.

Midwifery care was performed to Mrs. "M" at the Kendalsari Community Health Center in April-June 2019 with 13 visits: 4 visits during pregnancy, 1 visit delivery, 4 visits during the puerperium, 2 visits in newborns, and 2 visits for the Family Planning program using the 3 month injection contraceptive method.

Based on the results of comprehensive obstetric care data obtained that the patient was categorized in High Risk Pregnancy due to the age and distance of the patient's pregnancy. During pregnancy in the first trimester to the third trimester the patient experienced mild anemia, but after giving care, these complaints can be resolved. Before delivery the doctor conducted an ultrasound examination that the patient should have surgery because of suspected placenta previa. After surgery was prepared and the patient was in the operating room, it turned out the patient can give birth normally in the operating room. During the postpartum period 2 hours post partum took place physiologically. Newborns weight 3,250 grams were included in the normal range and increased to reach 5,400 grams at the 6 week post partum visit. In the family planning program, patients used 3-month injection contraception and counseling was also given an evaluation for the use of contraception. The results of the assessment during pregnancy, childbirth, the puerperium, newborns and family planning carried out physiologically. It was expected that midwives can maintain the quality of midwifery services and patients have awareness in maintaining their health by conducting routine checks on the location of health facilities.

**Literature : 20 libraries (2007-2018)**  
**Keywords : Pregnancy, Childbirth, Postpartum, Newborns, Family planni**

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL .....	i
LEMBAR PERSETUJUAN.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN .....	iii
KATA PENGANTAR .....	iv
RINGKASAN .....	vi
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL .....	x
DAFTAR GAMBAR .....	xi
DAFTAR LAMPIRAN .....	xii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Tujuan .....	5
1.3 Ruang Lingkup.....	6
1.4 Manfaat .....	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA .....	9
2.1 Konsep Dasar .....	9
2.1.1 Konsep Dasar Kehamilan .....	9
2.1.2 Konsep Dasar Persalinan .....	59
2.1.3 Konsep Dasar Nifas .....	105
2.1.4 Konsep Dasar Bayi Baru Lahir.....	134
2.1.5 Konsep Dasar KB.....	151
2.2 Konsep Manajemen Kebidanan .....	159
2.2.1 Pegertian Manajemen Kebidanan.....	159
2.2.2 Prinsip Manajemen Kebidanan .....	159
2.2.3 Langkah-langkah Manajemen Kebidanan .....	160
2.3 Konsep Dokumentasi Kebidanan .....	162
BAB III KERANGKA KONSEP.....	164
3.1 Kerangka Konsep Kegiatan.....	164
3.2 Penjelasan Kerangka Konsep Kegiatan.....	165
BAB IV LAPORAN PELAKSANAAN ASUHAN .....	166
4.1 Laporan Pelaksana Asuhan Kehamilan .....	166
4.2 Laporan Pelaksana Asuhan Persalinan .....	184



4.3	Laporan Pelaksana Asuhan Nifas .....	192
4.4	Laporan Pelaksana Asuhan Neonatus.....	200
4.4	Laporan Pelaksana Asuhan KB .....	206
BAB V PEMBAHASAN .....		211
5.1	Pembahasan Asuhan Kehamilan .....	211
5.2	Pembahasan Asuhan Persalinan .....	218
5.3	Pembahasan Asuhan Nifas .....	225
5.4	Pembahasan Asuhan Bayi Baru Lahir .....	230
5.5	Pembahasan Asuhan Keluarga Berencana.....	235
BAB VI PENUTUP .....		237
6.1	Kesimpulan .....	237
6.2	Saran.....	238
DAFTAR PUSTAKA.....		
LAMPIRAN .....		

## DAFTAR TABEL

No	Judul Tabel	Halaman
2.1	Penambahan Ukuran TFU	18
2.2	Pertumbuhan dan Perkembangan Janin	36
2.3	Penurunan Kepala Janin	94
2.4	Kunjungan Masa Nifas	107
2.5	Penilaian Klinis Penyebab Pendarahan Post Partum	129
2.6	APGAR Skor	136

## DAFTAR GAMBAR

No	Judul Gambar	Halaman
2.1	Proses Implantasi dan Nidasi	17
2.2	Kartu Skor Poedji Rochjati	53
2.3	Mekanisme Persalinan Normal	65
2.4	Senam Nifas	122
2.5	Mekanisme Kehilangan Panas Tubuh Bayi	147
2.8	Kontrasepsi Suntik	157

## DAFTAR LAMPIRAN

- | No | Lampiran  |
|----|---|
| 1. | Jadwal Pelaksanaan LTA  |
| 2. | Surat Pengantar LTA   |
| 3. | Inform Consent  |
| 4. | Dokumentasi laporan pasien (Buku KIA, Partograf, Buku Kunjungan, dll) |
| 5. | Dokumentasi pelaksanaan asuhan kebidanan komprehensif                 |
| 6. | Lembar Konsultasi Laporan   |
| 7. | <i>Curriculum Vitae</i>   |

## DAFTAR SINGKATAN

AKB	: Angka Kematian Bayi
AKDR	: Alat Kontrasepsi Dalam Rahim
AKI	: Angka Kematian Ibu
AKN	: Angka Kematian Neonatal
AKPN	: Angka Kematian Pasca Neonatal
ANC	: <i>Antenatal Care</i>
ART	: <i>Assisted Reproductive Technology</i>
ASI	: Air Susu Ibu
BBL	: Bayi Baru Lahir
BBLR	: Berat Badan Lahir Rendah
BIAS	: Bulan Imunisasi Anak Sekolah
BUMIL	: Ibu Hamil
CAPTIN	: Calon Pengantin
COC	: <i>Continuity Of Care</i>
DJJ	: Denyut Jantung Janin
DMPA	: <i>Depo Medroxy Progesterone Acetat</i>
DPT	: Difteri, Pertusis, Tetanus
DT	: Difteri, Tetatus
FSH	: <i>Follicle Stimulating Hormone</i>
GDM	: <i>Gestational Diabetes Mellitus</i>
GnRH	: <i>Gonadotropin Releasing Hormone</i>
HB	: Hemoglobin
HCG	: <i>Human Chorionic Gonadotropin</i>
HPHT	: Hari Pertama Haid Terakhir
HPL	: Hari Perkiraan Lahir
IM	: <i>Intra Muscular</i>
IMD	: Inisiasi Menyusu Dini
IMS	: Infeksi Menular Seksual
IMT	: Indeks Masa Tubuh
IQ	: <i>Intelligence Quotient</i>
IUD	: <i>Intra Uterine Device</i>
IUGR	: <i>Intra Uterine Growth Restriction</i>
KB	: Keluarga Berencana

KEK	: Kekurangan Energi Kronis
KIA	: Kesehatan Ibu dan Anak
KIE	: Konseling Informasi Edukasi
KRR	: Kehamilan Resiko Rendah
KRT	: Kehamilan Resiko Tinggi
KRST	: Kehamilan Resiko Sangat Tinggi
KSPR	: Kartu Skor Poedji Rochjati
LH	: <i>Luteinizing Hormone</i>
LILA	: Lingkar Lengan Atas
MAL	: Metode Amenorea Laktasi
MOB	: Metode Ovulasi Billing
MOW	: Metode Operatif Wanita
ORI	: <i>Outbreak Response Immunization</i>
PAP	: Pintu Atas Panggul
PI	: Pencegahan Infeksi
PONED	: Pelayanan Obstetrik Neonatal Emergensi Dasar
PONEK	: Pelayanan Obstetrik Neonatal Emergensi Komprehensif
SDGs	: <i>Sustainable Development Goals</i>
SDKI	: Survey Demografi Kesehatan Indonesia
SOP	: <i>Standard Operating Procedure</i>
TBJ	: Tafsiran Berat Janin
TFU	: Tinggi Fundus Uteri
TM	: Trimester
TT	: <i>Tetanus Toxoid</i>
USG	: Ultrasonografi
VDRL	: <i>Venereal Disease Research Laboratory</i>
WUS	: Wanita Usia Subur

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Di Indonesia angka kematian ibu dan angka kematian bayi masih tinggi, untuk itu upaya yang diutamakan oleh pemerintah memperbaiki kesehatan ibu, bayi baru lahir dan anak. Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) merupakan salah satu indikator utama derajat kesehatan suatu Negara. AKI dan AKB juga mengindikasikan kemampuan dari kualitas pelayanan kesehatan, kualitas pendidikan dan pengetahuan masyarakat, kualitas kesehatan lingkungan, sosial budaya serta hambatan dalam memperoleh akses program kesehatan (Kemenkes, 2017).

Menurut WHO pada tahun 2016 sekitar 830 perempuan meninggal setiap harinya karena komplikasi kehamilan dan persalinan. Jumlah perempuan meninggal karena komplikasi kehamilan dan persalinan mengalami penurunan sebesar 43% dari perkiraan 532.000 di 1990 menjadi 303.000 pada tahun 2015 (WHO, 2016). Indonesia merupakan salah satu Negara berkembang di Asia Tenggara Angka Kematian Ibu dan Anak masih tinggi. Menurut hasil survey demografi dan kesehatan Indonesia (SDKI) pada tahun 2012 menunjukkan Angka Kematian Ibu 359 per 100.000 kelahiran hidup dan tahun 2015 turun menjadi 305 per 100.000 kelahiran hidup dan Angka Kematian Bayi pada tahun 2012 yaitu 23 per 1.000 kelahiran hidup dan pada tahun 2015 turun menjadi 23 per 1.000 kelahiran hidup (Kemenkes, 2016).

Status kesehatan masyarakat di Indonesia pada khususnya bagian kesehatan ibu dan anak dapat dilihat dari data nasional tahun 2015 bahwa

Angka Kematian Neonatal (AKN) tetap sama yakni 19 per 1000 kelahiran sementara Angka Kematian Pasca Neonatal (AKPN) terjadi penurunan dari 15 per 1000 menjadi 13 per 1000 kelahiran hidup, angka kematian balita juga turun dari 44 per 1000 menjadi 40 per 1000 kelahiran hidup. Selama tahun 2016 sampai tahun 2017 cakupan pelayanan kesehatan ibu hamil K4 cenderung meningkat. Sedangkan cakupan K1 pada ibu hamil mengalami kenaikan dari tahun sebelumnya yaitu dari 85,35% pada tahun 2016 menjadi 87,3% pada tahun 2017. Cakupan kunjungan nifas (KF3) di Indonesia menunjukkan kecenderungan peningkatan dari tahun 2008 sebesar 17,9% menjadi 87,36% pada tahun 2017. Capaian KN1 Indonesia pada tahun 2017 sebesar 92,62% lebih tinggi dari tahun 2016 yaitu sebesar 91,14%. Capaian ini sudah memenuhi target Renstra tahun 2017 yang sebesar 81% (Kemenkes, 2017). Capaian cakupan K4 di provinsi Jawa Timur mencapai 87,36% dari target pencapaian 93%. Capaian cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan 97,53% dari target pencapaian 89%. Cakupan peserta Keluarga Berencana (KB) aktif di antara PUS tahun 2017 sebesar 63,22%, sedangkan yang tidak pernah ber-KB sebesar 18,63%. Cakupan kunjungan *neonatal* (KN7) lengkap mencapai 89,08% dari target pencapaian 84%.

Pelaksanaan dari *Millenium Development Goals* (MDGs) telah berakhir pada tahun 2015. Dimana pencapaian MDGs tersebut masih belum tercapai adalah menurunkan angka kematian ibu (AKI). MDGs akan dilanjutkan dengan *Sustainable Development Goals* (SDGs) hingga tahun 2030 yang lebih menekankan kepada 5 P yaitu : *People, Planet, Peace, Prosperity* dan *Partnership*. Pelaksanaan SDGs akan diarahkan kepada kewajiban-kewajiban untuk melanjutkan dan memperluas keberhasilan MDGs, yaitu menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) menjadi 102 per 1000



kelahiran hidup dan Angka Kematian Bayi (AKB) 23 per 1000 kelahiran hidup. Dengan target pada tahun 2030, mengurangi Angka Kematian Ibu hingga di bawah 70 per 100.000 kelahiran hidup dan menurunkan Angka Kematian Bayi setidaknya hingga 12 per 100.000 kelahiran hidup (Dinkes Jatim, 2017).

Hasil laporan jumlah Angka Kematian Ibu di Jawa Timur cenderung meningkat pada dua tahun terakhir. Hal ini bukan berarti menunjukkan hasil kinerja yang menurun tetapi adanya faktor dukungan baik dari segi manajemen program KIA maupun sistem pencatatan dan pelaporan yang semakin membaik. Peningkatan keterampilan klinis petugas di lapangan tetap dilakukan dengan melibatkan multi pihak dari Forum Penakib Provinsi Jawa Timur dan Kabupaten/ Kota. Menurut Supas tahun 2016, target untuk AKI sebesar 305 per 100.000 kelahiran hidup. Pada tahun 2017, AKI Provinsi Jawa Timur mencapai 91,92 per 100.000 kelahiran hidup. Angka ini mengalami peningkatan dibandingkan tahun 2016 yang mencapai 91 per 100.000 kelahiran hidup, sedangkan angka kematian bayi Tahun 2017 Angka Kematian Bayi pada posisi 23,1 per 1.000 kelahiran hidup (angka estimasi dari BPS Provinsi) (Dinkes, 2017).

AKI terendah ada di Kabupaten Malang yaitu sebesar 46,48 per 100.000 kelahiran hidup atau kematian ibu pada tahun 2017 di Kabupaten Malang sebanyak 18 orang. AKI di Malang pada tahun 2017 mengalami penurunan dibanding tahun sebelumnya, yaitu pada 2016 jumlah kematian ibu sebanyak 21 kematian. Tahun 2017 Angka Kematian Bayi pada posisi 23,1 per 1.000 kelahiran hidup (angka estimasi dari BPS Provinsi), Angka Kematian Bayi Jatim sampai dengan tahun 2017 masih diatas target Nasional (Supas). Namun demikian AKI dan AKB di Indonesia masih tinggi belum dapat mencapai target MDG's tahun 2017, yakni AKI sebesar 102

kematian per 100.000 kelahiran hidup dan AKB sebesar 17 kematian per 1.000 kelahiran hidup. Berdasarkan data diatas tingginya AKI yang terjadi disebabkan oleh beberapa faktor, di Indonesia tingginya AKI disebabkan oleh perdarahan (30,3%), hipertensi (27,1%), infeksi (7,3%), partus lama (0%). Abortus (0%) serta faktor lainnya (40,8%) dan penyebab AKB yaitu asfiksia (29%), BBLR/prematuritas (27%), tetanus (10%), masalah pemberian ASI (10%), masalah hematologi (6%) serta infeksi (5%) (Dinkes, 2017).

Salah satu upaya untuk menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) yang sudah dilakukan oleh pemerintah dan tenaga kesehatan terkait adalah dengan memberikan asuhan secara *continuity of care* dengan meningkatkan asuhan kebidanan yang bermutu dan menyeluruh kepada ibu dan bayi terutama pertolongan persalinan, kegawat daruratan obstetric serta asuhan bayi baru dan melakukan pelatihan pengembangan *soft skill*. Dengan melakukan *continuity of care*, pelayanan yang dicapai yaitu terjalin hubungan yang terus menerus antara seorang wanita dan bidan. Asuhan yang berkelanjutan berkaitan dengan kualitas pelayanan dari waktu ke waktu pasti membutuhkan hubungan yang terus menerus antara pasien dan tenaga kesehatan (Dinkes,2017).

Berdasarkan data yang didapat penulis dari Puskesmas Kendalsari tahun 2018 didapatkan hasil pelayanan ANC (98%), INC (94,27%), PNC (92%), dan kontrasepsi KB yang paling banyak digunakan di Puskesmas Kendalsari yaitu suntik yang mencapai (59,3%), diikuti kemudian kontrasepsi jenis pil sebanyak (18,1%) dan IUD sebanyak (14,0%).

Berdasarkan masalah diatas mengenai kesehatan ibu dan bayi, maka penulis ingin memberikan asuhan kebidanan komprehensif pada ibu hamil bersalin, nifas dan bayi baru lahir serta keluarga berencana guna untuk

memantau kesehatan ibu dan anak serta menurunkan AKI dan AKB. Sehingga penulis melakukan kunjungan dan pemeriksaan pada Ibu hamil sebanyak 12 kali kunjungan yang meliputi 4 kali kunjungan pada saat kehamilan, 1 kali kunjungan pada saat persalinan, 4 kali kunjungan pada saat masa nifas, 2 kali kunjungan pada bayi baru lahir dan 1 kali kunjungan pada saat KB. Dari hasil pemeriksaan Bidan dan hasil kunjungan penulis didapatkan hasil perkembangan kesehatan Ibu dan anak yang Fisiologis, maka penulis melaksanakan Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny "M" usia 40 tahun tahun G<sub>IV</sub> P<sub>3003</sub> Ab<sub>000</sub> dengan KSPR 14 di Puskesmas Kendalsari Kota Malang. Alasan Penulis mengambil pasien atas nama Ny "M" dikarenakan pasien termasuk kehamilan resiko tinggi karena dilihat dari hasil pemeriksaan mulai dari awal kehamilan hingga sekarang ibu tidak ada penyakit, dan juga dilihat dari hasil USG terakhir ibu bayinya dalam keadaan sehat, tidak ada resiko tinggi pada ibu, serta ibu dan keluarganya sangat kooperatif sehingga Asuhan Kebidanan Komprehensif bisa dilakukan di rumah dan di Bidan.

### **Tujuan penyusunan**

Tujuan penyusunan proposal ini terdiri dari tujuan umum dan tujuan khusus yaitu :

#### **Tujuan Umum**

Mahasiswa mampu memberikan asuhan kebidanan secara *continuity of care* dengan penerapan manajemen asuhan kebidanan pada ibu hamil, bersalin, nifas, asuhan bayi baru lahir dan KB menggunakan alur pikir VARNEY yang didokumentasikan melalui manajemen kebidanan dalam bentuk SOAP.

### 1.2.2 Tujuan Khusus

Adapun tujuan Khusus dalam penyusunan asuhan kebidanan secara *continuity of care* yaitu sebagai berikut :

1. Melakukan pengkajian, diagnosa, merencanakan, melaksanakan, melakukan evaluasi, dan melakukan pendokumentasian secara SOAP pada ibu hamil.
2. Melakukan pengkajian, diagnosa, merencanakan, melaksanakan, melakukan evaluasi, dan melakukan pendokumentasian secara SOAP pada Ibu bersalin.
3. Melakukan pengkajian, diagnosa, merencanakan, melaksanakan, melakukan evaluasi, dan melakukan pendokumentasian secara SOAP pada Ibu nifas.
4. Melakukan pengkajian, diagnosa, merencanakan, melaksanakan, melakukan evaluasi, dan melakukan pendokumentasian secara SOAP pada neonatus.
5. Melakukan pengkajian, diagnosa, merencanakan, melaksanakan, melakukan evaluasi, dan melakukan pendokumentasian secara SOAP pada Ibu berKB.

## 1.3 Ruang Lingkup

### 1.3.1 Sasaran

Sasaran Asuhan Kebidanan ditujukan kepada ibu dengan mempertahankan *continuity of care* mulai hamil, bersalin, nifas, neonatus dan KB.

### 1.3.2 Tempat

Lokasi yang dipilih untuk memberikan asuhan kebidanan pada ibu hamil adalah Puskesmas Kendalsari Kota Malang

### **1.3.3 Waktu**

Waktu yang diperlukan mulai dari penyusunan asuhan sampai memberikan asuhan kebidanan yaitu pada bulan Maret sampai Juni 2019

## **1.4 Manfaat Penyusunan**

### **1.4.1 Bagi Penulis**

Penyusunan laporan ini sangat bermanfaat untuk menambah pengetahuan, pengalaman dan wawasan kebidanan dalam batas *Continuity of Care*, terhadap ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir dan pelayanan KB.

### **1.4.4 Bagi Pasien**

Meningkatkan pengetahuan pasien/klien tentang kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, dan kontrasepsi bagi wanita dan menambah wawasan betapa pentingnya pemeriksaan kehamilan serta pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan

### **1.4.3 Bagi Institusi Pendidikan**

Mengembangkan materi yang telah diberikan baik dalam proses perkuliahan maupun praktik lapangan agar mampu menerapkan secara langsung dan berkesinambungan pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir dan KB dengan pendekatan manajemen kebidanan yang sesuai dengan standar pelayanan kebidanan.

### **1.4.4 Bagi Lahan Praktik**

Meningkatkan kualitas pelayanan kebidanan terutama asuhan pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir dan KB.

#### **1.4.5 Bagi Penyusun LTA Selanjutnya**

Sebagai salah satu referensi yang dapat digunakan untuk penyusunan LTA selanjutnya dalam melakukan asuhan kebidanan selama kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir dan KB. LTA ini juga bisa digunakan sebagai media pembelajaran atau buku pedoman pembelajaran, khususnya masalah kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, dan juga KB.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **Konsep Dasar Asuhan Kebidanan**

##### **2.1.1 Konsep Dasar Kehamilan**

###### **1. Pengertian Kehamilan**

Kehamilan adalah pengalaman yang sangat bermakna bagi perempuan, keluarga dan masyarakat. Perilaku bagi seorang ibu selama masa kehamilannya akan mempengaruhi masa kehamilannya tersebut, perilaku ibu dalam mencari penolong persalinan akan berpengaruh bagi kesehatan ibu dan janin yang akan dilahirkan (Marmi, 2011). Kehamilan merupakan pertumbuhan dan perkembangan janin intra uterine mulai sejak konsepsi sampai permulaan persalinan (Dewi, 2011).

Menurut Hutahaean (2013) proses kehamilan tersebut diawali dengan mulainya proses konsepsi (pembuahan). Konsepsi ini sering juga disebut fertilisasi. Fertilisasi adalah penyatuan sperma laki-laki dengan ovum perempuan yang terjadi dituba fallopi. Proses pembuahan ini tidak lepas dari sistem reproduksi pria dan wanita.

Kehamilan adalah suatu proses fisiologik yang terjadi pada setiap wanita. Terjadinya kehamilan yaitu bertemunya sperma dan ovum, tumbuh dan berkembang didalam uterus selama 259 hari atau 37 minggu atau sampai 42 minggu (Nugroho dan Utama, 2014).

## 2. Tanda-Tanda Kehamilan

Menurut Sitanggang dkk (2012), tanda-tanda kehamilan dibagi menjadi 3 bagian, yaitu:

### a. Tanda mungkin kehamilan.

#### 1) Uterus membesar

Pada pemeriksaan dalam dapat diraba bahwa uterus membesar dan bentuknya makin lama makin bundar.

#### 2) Tanda *Hegar*

Merupakan pelunakan dan dapat ditekannya *isthmus* uteri.

#### 3) Tanda *Chadwick*

Perubahan warna menjadi kebiruan atau keunguan pada vulva, vagina, dan serviks.

#### 4) Tanda *Piscaseck*

Pembesaran uterus yang tidak simetris karena ovum berimplantasi pada daerah dekat dengan kornu sehingga daerah tersebut berkembang lebih dulu.

#### 5) Tanda *Braxton-Hicks*

Merupakan peregangan sel otot uterus karena peningkatan *actomysin* dalam otot uterus. Kontraksi ini tidak ritmik, tidak nyeri dan timbul pada minggu ke-8.

#### 6) Teraba *Ballotemen*

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



### 7) Planotest positif

Pemeriksaan ini adalah untuk mendeteksi adanya *human chorionic gonadotropin* (HCG) yang diproduksi oleh sinsiotropoblastik sel selama kehamilan. Hormon ini disekresi di peredaran darah ibu (plasma darah), dan dieksresi pada urine ibu. Hormon ini dapat (plasma darah). Dan dieksresi pada urine ibu. Hormon ini dapat mulai dideteksi pada 26 hari setelah konsepsi dan meningkat dengan cepat pada hari ke 30-60.

### b. Tanda tidak pasti kehamilan

#### 1) *Amenorea*

Konsepsi dan nidasi menyebabkan tidak terjadinya pembentukan folikel de graaf dan ovulasi sehingga menstruasi tidak terjadi.

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

Pengaruh esterogen dan progesteron sehingga meningkatkan asam lambung. Biasa terjadi pada bulan-bulan pertama kehamilan hingga akhir *triwulan* pertama. Sering terjadi pada pagi hari disebut "*morning sickness*".

#### 3) Mengidam (ingin makanan khusus)

Sering terjadi pada bulan-bulan pertama kehamilan, akan tetapi menghilang dengan makin tuannya kehamilan.

#### 4) Pingsan (*syncope*)

Terjadi karena gangguan sirkulasi ke daerah sentral yang menyebabkan iskemia syaraf pusat. Biasanya hilang sesudah kahamilan 16 minggu.

#### 5) Kelelahan

Sering terjadi pada trimester pertama, akibat dari penurunan kecepatan basal metabolisme yang akan meningkat seiring pertambahan usia kehamilan akibat aktivitas metabolisme hasil konsepsi.

#### 6) Payudara

*Mammae* menjadi tegang dan membesar. Kaadaan ini disebabkan pengaruh hormon estrogen dan progesteron yang merangsang duktus dan alveoli payudara.

#### 7) Miksi

Disebabkan karena kandung kemih tertekan oleh uterus yang mulai membesar. Gejala ini akan hilang pada triwulan kedua kehamilan.

#### 8) Konstipasi atau obstipasi

Konstipasi atau obstipasi ini terjadi karena tonus otot usus menurun yang disebabkan oleh pengaruh hormon steroid yang dapat menyebabkan kesulitan untuk buang air besar.

#### 9) Pigmentasi (perubahan warna kulit)

Pada areola mammae, genital, cloasma, linea alba, striae nigra menjadi lebih hitam, melebar dan bertambah gelap terdapat pada perut bagian bawah.

### c. Tanda Pasti Kehamilan

Menurut Umami Hani, dkk (2011), tanda pasti kehamilan antara lain:

- 1) Teraba gerakan janin dalam rahim (dirasakan usia kehamilan 20 minggu).

- 2) Terdengar denyut jantung janin (hamil 12 minggu dengan *Doppler*, 18-20 minggu dengan *funanduskop*).
- 3) Pemeriksaan *rontgen* terhadap kerangka janin.
- 4) Pemeriksaan *ultrasonografi*
- 5) Terdapat kantong kehamilan, usia kehamilan 4 minggu
- 6) Terdapat *fetal plate*, usia kehamilan 4 minggu
- 7) Terdapat kerangka janin, usia kehamilan 12 minggu
- 8) Terdapat denyut jantung janin, usia kehamilan 6 minggu.

### 3. Klasifikasi Masa Kehamilan

Kehamilan menurut Kuswanti (2014) Kehamilan dibagi menjadi dua yaitu kehamilan menurut lamanya dan kehamilan dari tuanya. Kehamilan ditinjau dari lamanya, kehamilan dibagi menjadi 3 yaitu:

- a. Kehamilan *premature*, yaitu kehamilan antara 28-36 minggu.
- b. Kehamilan *mature*, yaitu kehamilan antara 37-42 minggu.
- c. Kehamilan *postmature*, yaitu kehamilan lebih dari 43 minggu.

Sedangkan kehamilan ditinjau dari tuanya kehamilan dibagi menjadi 3 pula yaitu:

- a. Kehamilan triwulan pertama (antara 0 sampai 12 minggu), di mana dalam triwulan pertama alat-alat mulai terbentuk.
- b. Kehamilan triwulan kedua (antara 12 sampai 28 minggu), di mana dalam triwulan kedua alat-alat telah terbentuk tetapi belum sempurna dan viabilitas janin masih disangsikan.
- c. Kehamilan triwulan terakhir (antara 28 sampai 40 minggu), di mana janin yang dilahirkan dalam trimester ketiga telah viable (dapat hidup).

#### 4. Proses Kehamilan

Peristiwa kehamilan meliputi beberapa aspek seperti pembentukan gamet (ovum dan sperma), fertilisasi, pembelahan dan implantasi embrio pada uterus.

##### a. Pembentukan Gamet (ovum dan sperma)

###### 1) Ovum

Ovum dapat dibuahi jika sudah melewati proses *oogenesis*. Dikeluarkan oleh *ovarium* saat *fase ovulasi*, satu kali setiap siklus menstruasi dan ovum mempunyai waktu hidup 24-48 jam. Ovum merupakan sel terbesar pada badan manusia. Proses pembentukan ovum disebut *oogenesis*, proses ini berlangsung di dalam ovarium (indung telur). Pembentukan sel telur pada manusia dimulai sejak di dalam kandungan, yaitu di dalam ovarium fetus perempuan.

Saat ovulasi, ovum keluar dari folikel ovarium yang pecah. Ovum tidak dapat berjalan sendiri. Kadar estrogen yang tinggi meningkatkan gerakan tuba uterine, sehingga silia tuba dapat menangkap ovum dan menggerakkannya sepanjang tuba menuju rongga rahim. Pada waktu ovulasi sel telur yang telah masak dilepaskan dari ovarium. Dengan gerakan menyapu oleh fimbria tuba uterine, ia ditangkap oleh infundibulum. Selanjutnya masuk ke dalam ampulla sebagai hasil gerakan silia dan konsentrasi otot. Ovum biasanya dibuahi dalam 12 jam setelah ovulasi dan akan mati dalam 12 jam bila tidak segera dibuahi. Hormon-hormon yang berperan dalam *oogenesis* antara lain pada wanita usia reproduksi terjadi siklus menstruasi oleh aktifnya hipotalamus-hipofisis-ovarium.

Hipotalamus menghasilkan hormon GnRH (*gonadotropin releasing hormone*) yang menstimulasi hipofisis mensekresi hormon FSH (*follicle stimulating hormone*) dan LH (*lutinizing hormone*). FSH dan LH menyebabkan serangkaian proses di ovarium sehingga terjadi sekresi hormon estrogen dan progesteron. LH merangsang korpus luteum untuk menghasilkan hormon progesteron dan merangsang ovulasi. Sedangkan peningkatan kadar estrogen dan progesteron dapat menstimulasi (positif feedback, pada fase folikuler) maupun menghambat (inhibitory / negatif feedback pada saat fase luteal) sekresi FSH dan LH di hipofisis atau GnRH di hipotalamus (Kuswanti, 2014).

## 2) Sperma

Proses pembentukan sperma merupakan proses yang kompleks, spermatogonium berasal dari primitive tubulus, menjadi spermatosid pertama, menjadi spermatosit kedua, menjadi spermatid, akhirnya spermatozoa. Sebagian besar spermatozoa mengalami kematian dan hanya beberapa ratus yang dapat mencapai tuba falopii. Spermatozoa yang masuk ke dalam alat genitalia wanita dapat hidup selama tiga hari, sehingga cukup waktu untuk mengadakan konsepsi (Manuaba, 2010).

### b. Fertilisasi

Pembuahan adalah suatu proses pertemuan atau penyatuan antara sel sperma dan sel telur. Fertilisasi terjadi di tuba fallopi, umumnya terjadi di ampula tuba, pada hari ke-11 sampai ke-14 dalam siklus menstruasi. Saat terjadi ejakulasi, kurang lebih 3 cc

sperma dikeluarkan dari organ reproduksi pria yang kurang lebih berisi 300 juta sperma. Ovum yang akan dikeluarkan dari ovarium sebanyak satu setiap bulan, ditangkap oleh fimbriae dan berjalan menuju tuba fallopi. Kadar estrogen yang tinggi mengakibatkan meningkatnya gerakan silia tuba untuk dapat menangkap ovum dan menggerakkannya sepanjang tuba. Setelah menyatunya oosit dan membran sel sperma akan dihasilkan zigot yang mempunyai kromosom diploid (44 kromosom dan 2 gonosom) dan terbentuk jenis kelamin baru (XX untuk wanita dan XY untuk laki-laki) (Kuswanti, 2014).

Dalam beberapa jam setelah pembuahan, mulailah pembelahan zigot selama tiga hari sampai stadium morula. Hasil konsepsi ini tetap digerakkan ke arah rongga rahim oleh arus dan getaran rambut getar (*silia*) serta kontraksi tuba. Hasil konsepsi tuba dalam kavum uteri pada tingkat Blastula (Pantikawati dkk, 2010).

#### c. Tahap Pembelahan

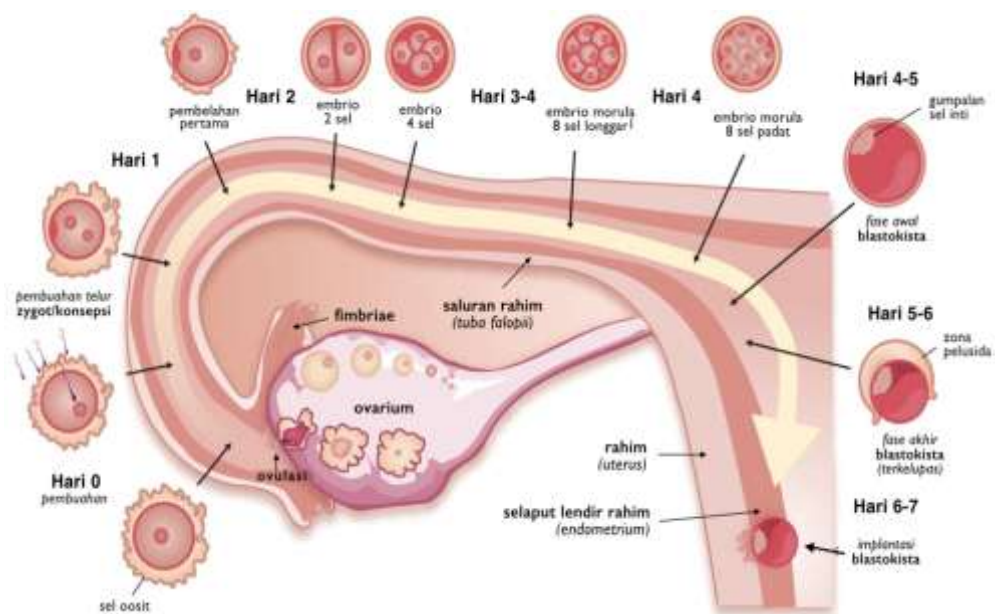
Menurut Hanny (2011) hasil dari *fertilisasi* terjadilah *zigot* dan membelah secara *mitosis*. Sel bagian dalam disebut *embrioblas* dan sel di luar disebut *trofoblas*. Lapisan terluar *trofoblas* berfungsi untuk menyerap makanan dan merupakan calon ari-ari (plasenta), sedangkan simpul embrio (*embrionik knot*) merupakan calon janin.

#### d. Implantasi/nidasi

Setelah lima sampai tujuh hari setelah terjadi ovulasi terjadi, blastosit tiba di rahim dalam keadaan siap untuk implantasi. Produksi progesterone sedang pada puncaknya. Progesterone merangsang pembuluh pembuluh darah yang sarat oksigen dan

zat gizi untuk memberi pasokan pada endometrium agar tumbuh dan siap menerima blastosit. Blastosit mengambang bebas di dalam rahim selama beberapa hari seraya terus berkembang dan tumbuh (Pantikawati dkk, 2010).

Kira-kira sembilan hari setelah pembuahan, blastosit yang kini terdiri atas beratus-ratus sel, mulai meletakkan dirinya ke dinding rahim dengan penjuluran serupa spons dari sel-sel trofoblast. Penjuluran-penjuluran itu meliang ke dalam endometrium. sel-sel tersebut tumbuh menjadi vilus korionik, yang belakangan akan berkembang menjadi plasenta. Mereka melepaskan enzim-enzim yang menembus lapisan rahim dan menyebabkan jaringan terurai. Hal ini menyediakan sel darah kaya gizi yang memberi makan blastosit. Blastosit perlu waktu kira-kira 13 hari agar tertanam dengan kuat (Pantikawati dkk, 2010).



**Gambar 2.1 Proses Implantasi dan Nidasi**

Sumber : Witjaksono J. 2015

## 5. Perubahan Anatomi dan Fisiologis Kehamilan

### a. Sistem Reproduksi

#### 1) Uterus

##### a) Ukuran

Pada kehamilan cukup bulan, ukuran uterus adalah 30 x 25 x 20 cm dengan kapasitas lebih dari 4000 cc. hal ini memungkinkan bagi adekuatnya akomodasi pertumbuhan janin. Pada saat ini rahim membesar akibat hipertropi dan hiperplasi otot rahim, serabut serabut kolagennya menjadi higroskopik dan endometrium menjadi desidua. Jika penambahan ukura TFU pertiga jari, dapat dicermati dalam table berikut ini, (Sulistyawati, 2011).

**Tabel 2.1 Penambahan ukuran TFU**

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

##### b) Berat

Berat uterus naik secara luar biasa, dari 30 gram menjadi 1000 gram pada akhir bulan (Sulistyawati, 2011) .



c) Posisi rahim dalam kandungan

Menurut Sulistyawati (2011) posisi rahim dalam kandungan yaitu:

- (1) Pada permulaan kehamilan, dalam posisi antefleksi atau retrofleksi
- (2) Pada 4 bulan kehamilan, Rahim tetap berada dalam rongga pelvis
- (3) Setelah itu, mulai memasuki rongga perut yang dalam pembesarannya dapat mencapai batas hati
- (4) Pada ibu hamil, Rahim biasanya mobile, lebih mengisi rongga abdomen kanan atau kiri

2) Ovarium

Pada permulaan kehamilan masih terdapat korpus luteum gravidarum, korpus luteum graviditatis, kira-kira 3 cm kemudian mengecil setelah plasenta terbentuk. Dan korpus luteum ini meneluarkan hormon esterogen dan progesteron (Manuaba, 2010).

Dengan adanya kehamilan, indung telur yang mengandung korpus luteum gravidarum akan meneruskan fungsinya sampai terbentuknya plasenta yang sempurna pada usia 16 minggu (Sinta, J. 2012.)

3) Vagina dan Vulva

Vagina sampai minggu ke-8 terjadi peningkatan vaskularisasi atau penumpukan pembuluh darah dan pengaruh hormon esterogen yang menyebabkan warna kebiruan pada vagina yang disebut dengan tanda Chadwick. Perubahan pada dinding vagina meliputi peningkatan ketebalan mukosa vagina,

pelunakan jaringan penyambung, dan hipertrofi (pertumbuhan abnormal jaringan) pada otot polos yang merenggang, akibat perenggangan ini vagina menjadi lebih lunak. Respon lain pengaruh hormonal adalah sekresi sel-sel vagina meningkat, sekresi tersebut berwarna putih dan bersifat sangat asam karena adanya peningkatan PH asam sekitar (5,2 – 6). Keasaman ini berguna untuk mengontrol pertumbuhan bakteri patogen/ bakteri penyebab penyakit (Kumalasari, I. 2015)

#### 4) Payudara

Perubahan ini pasti terjadi pada wanita hamil karena dengan semakin dekatnya persalinan, payudara menyiapkan diri untuk memproduksi makanan pokok untuk bayi baru lahir. Perubahan yang terlihat diantaranya:

- a) Payudara membesar, tegang dan sakit hal ini dikarenakan karena adanya peningkatan pertumbuhan jaringan alveoli dan suplai darah yang meningkat akibat perubahan hormon selama hamil.
- b) Terjadi pelebaran pembuluh vena dibawah kulit payudara yang membesar dan terlihat jelas.
- c) Hiperpigmentasi pada areola mammae dan puting susu serta muncul areola mammae sekunder atau warna tampak kehitaman pada puting susu yang menonjol dan keras.
- d) Kelenjar Montgomery atau kelenjar lemak di daerah sekitar puting payudara yang terletak di dalam areola mammae membesar dan dapat terlihat dari luar. Kelenjar ini mengeluarkan banyak cairan minyak agar puting susu selalu

lembab dan lemas sehingga tidak menjadi tempat berkembang biak bakteri.

e) Payudara ibu mengeluarkan cairan apabila di pijat. Mulai kehamilan 16 minggu, cairan yang dikeluarkan bewarna jernih. Pada kehamilan 16 minggu sampai 32 minggu warna cairan agak putih seperti air susu yang sangat encer. Dari kehamilan 32 minggu sampai anak lahir, cairan yang keluar lebih kental, berwarna kuning, dan banyak mengandung lemak. Cairan ini disebut kolostrum (Saminem. 2009).

#### 5) Serviks

Akibat pengaruh hormon esterogen menyebabkan massa dan kandungan air meningkat sehingga serviks mengalami peningkatan vaskularisasi dan oedem karena meningkatnya suplai darah dan terjadi penumpukan pada pembuluh darah menyebabkan serviks menjadi lunak tanda (*Goodel*) dan berwarna kebiruan (*Chadwic*) perubahan ini dapat terjadi pada tiga bulan pertama usia kehamilan (Prawirohardjo, 2009).

#### b. Sistem Sirkulasi Darah (Kardiovaskular)

Volume darah semakin meningkat karena jumlah serum lebih besar daripada pertumbuhan sel darah sehingga terjadi hemodelusi atau pengenceran darah. Volume darah ibu meningkat sekitar 30%-50% pada kehamilan tunggal, dan 50% pada kehamilan kembar, peningkatan ini dikarenakan adanya retensi garam dan air yang disebabkan sekresi aldosteron dari hormon adrenal oleh estrogen. Cardiac output atau curah jantung meningkat sekitar 30%, pompa jantung meningkat 30% setelah kehamilan tiga bulan dan kemudian melambat hingga umur 32

minggu. Setelah itu volume darah menjadi relatif stabil (Kumalasari, I. 2015).

Menurut Manuaba (2010) peredaran darah ibu dipengaruhi beberapa faktor, antara lain:

- 1) Meningkatnya kebutuhan sirkulasi darah sehingga dapat memenuhi kebutuhan perkembangan dan pertumbuhan janin dalam Rahim.
- 2) Terjadi hubungan langsung antara arteri dan vena pada sirkulasi retroplasenter
- 3) Pengaruh hormone esterogen dan progesterone makin meningkat

Akibat dari faktor tersebut dijumpai beberapa perubahan peredaran darah:

a) Volume darah

Volume darah semakin meningkat dan jumlah serum darah lebih besar dari pertumbuhan sel darah, sehingga terjadi pengenceran darah (hemodelusi), dengan puncaknya pada usia kehamilan 32 minggu. Serum darah (volume darah) bertambah sebesar 25-30% sedangkan sel darah bertambah sekitar 20%. Curah jantung akan bertambah sekitar 30%. Bertambahnya hemodelusi darah mulai tampak sekitar usia kehamilan 16 minggu, sehingga penderita penyakit jantung harus berhati-hati untuk hamil beberapa kali. Kehamilan selalu memberatkan kerja jantung sehingga wanita hamil dengan sakit jantung dapat jatuh dalam dekompensasi kordis. Pada postpartum, terjadi hemokonsentrasi dengan puncak hari ke-3 sampai ke-5 (Manuaba, 2010).

b) Sel darah

Sel darah merah makin meningkat jumlahnya untuk dapat mengimbangi pertumbuhan janin dalam rahim, tetapi pertambahan sel darah tidak seimbang dengan peningkatan volume darah sehingga terjadi hemodelusi yang disertai anemia fisiologis. Jumlah sel darah putih meningkat hingga mencapai 10.000/ml. dengan hemodelusi dan anemia fisiologis maka laju endap darah semakin tinggi dan dapat mencapai 4 kali dari angka normal (Manuaba, 2010).

c. Sistem Respirasi

Seiring bertambahnya usia kehamilan dan pembesaran rahim, wanita hamil sering mengeluh sesak dan pendek napas, hal ini disebabkan karena usus tertekan ke arah diafragma akibat dorongan rahim yang membesar. Selain itu kerja jantung dan paru juga bertambah berat karena selama hamil, jantung memompa darah untuk dua orang yaitu ibu dan janin, dan paru-paru menghisap zat asam (pertukaran oksigen dan karbondioksida) untuk kebutuhan ibu dan janin (Manuaba, 2010).

d. Perubahan Sistem Perkemihan (Urinaria)

Selama kehamilan ginjal bekerja lebih berat karena menyaring darah yang volumenya meningkat sampai 30%-50% atau lebih, serta pembesaran uterus yang menekan kandung kemih menyebabkan sering berkemih (Sunarti. 2013).

Selain itu terjadinya hemodelusi menyebabkan metabolisme air makin lancar sehingga pembentukan air seni pun bertambah. Faktor penekanan dan meningkatnya pembentukan air seni inilah yang menyebabkan meningkatnya frbeberapa hormon yang

dihasilkan yaitu hormoekueni berkemih. Gejala ini akan menghilang pada trimester 3 kehamilan dan diakhir kehamilan gangguan ini akan muncul kembali karena turunya kepala janin ke rongga panggul yang menekan kandung kemih (Manuaba,2010).

e. Perubahan Sistem Endokrin

Plasenta sebagai sumber utama setelah terbentuk menghasikan hormon HCG (Human Chorionic Gonadotrophin) hormon utama yang akan menstimulasi pembentukan esterogen dan progesteron yang di sekresi oleh korpus luteum, berperan mencegah terjadinya ovulasi dan membantu mempertahankan ketebalan uterus. Hormon lain yang dihasilkan yaitu hormon HPL (Human Placenta Lactogen) atau hormon yang merangsang produksi ASI, Hormon HCT (Human Chorionic Thyrotropin ) atau hormon pengatur aktivitas kelenjar tyroid, dan hormon MSH (Melanocyte Stimulating Hormon) atau hormon yang mempengaruhi warna atau perubahan pada kulit (Manuaba, 2010).

f. Perubahan Sistem Gastrointestinal

Perubahan pada sistem gasrointestinal tidak lain adalah pengaruh dari faktor hormonal selama kehamilan. Tingginya kadar progesteron mengganggu keseimbangan cairan tubuh yang dapat meningkatkan kolesterol darah dan melambatkan kontraksi otot-otot polos, hal ini mengakibatkan gerakan usus (peristaltik) berkurang dan bekerja lebih lama karena adanya desakan akibat tekanan dari uterus yang membesar sehingga pada ibu hamil terutama pada kehamilan trimester 3 sering mengeluh konstipasi/sembelit. Selain itu adanya pengaruh esterogen yang

tinggi menyebabkan pengeluaran asam lambung meningkat dan sekresi kelenjar air liur (saliva) juga meningkat karena menjadi lebih asam dan lebih banyak. Menyebabkan daerah lambung terasa panas bahkan hingga dada atau sering disebut heartburn yaitu kondisi dimana makanan terlalu lama berada dilambung karena relaksasi spingter ani di kerongkongan bawah yang memungkinkan isi lambung kembali ke kerongkongan (Kumalasari, I. 2015).

Keadaan lain menimbulkan rasa mual dan pusing /sakit kepala pada ibu terutama di pagi hari (morning sickness) jika disertai muntah yang berlebihan hingga mengganggu aktivitas ibu sehari-hari disebut : Hyperemesis gravidarum (Sunarti, 2013).

## **6. Kebutuhan Pada Masa Kehamilan**

### **a. Kebutuhan zat gizi**

#### **1) Energi**

- a) Energi sebaiknya sebagian besar berasal dari karbohidrat.
- b) Sumber-sumber karbohidrat utama adalah beras, sereal, gandum, dll.
- c) Kebutuhan kalori perhari : TM I 100-150 Kkal/hari, TM II 200-300 Kkal/hari.

#### **2) Protein**

- a) Untuk metabolisme
- b) Pertumbuhan janin
- c) Pertumbuhan uterus dan payudara
- d) Penambahan volume darah : TM I 1g/bb, TM II 1,5 g/bb, TM III 2 g/bb (Dewi, 2011)

### 3) Zat gizi

Sebagian besar anemia disebabkan oleh defisiensi zat besi, oleh karena itu perlu di tekankan kepada ibu hamil untuk mengkonsumsi zat besi selama hamil dan setelah melahirkan. Kebutuhan zat besi selama hamil meningkat sebesar 300% (1.400 mg selama hamil) dan peningkatan ini tidak dapat tercukupi hanya dari asupan makanan ibu selama hamil melainkan perlu di tunjang dengan suplemen zat besi. Pemberian suplemen zat besi dapat diberikan sejak minggu ke-12 kehamilan sebesar 30-60 gram setiap hari selama kehamilan dan 6 minggu setelah kelahiran untuk mencegah anemia postpartum (Sulistyawati, 2011).

#### b. Istirahat

Dengan adanya perubahan fisik pada ibu hamil, salah satunya beban berat pada perut sehingga terjadi perubahan sikap tubuh, tidak jarang ibu akan mengalami kelelahan, oleh karena itu istirahat dan tidur sangat penting untuk ibu hamil. Pada trimester akhir kehamilan sering diiringi dengan bertambahnya ukuran janin, sehingga terkadang ibu kesulitan untuk menentukan posisi yang paling baik dan nyaman untuk tidur. (Sulistyawati, 2011).

#### c. Pakaian

Menurut Pantikawati (2010) pakaian harus longgar, bersih dan tidak ada ikatan yang ketat pada daerah perut dan leher:

- 1) Stocking tungkai tidak dianjurkan karena dapat menghambat sirkulasi.
- 2) Pakailah BH yang menyokong payudara dan harus mempunyai tali yang besar sehingga tidak terasa sakit pada bahu.



- 3) Memakai sepatu dengan tumit yang tidak terlalu tinggi
- 4) Pakaian dalam yang selalu bersih

d. Oksigen

Pada dasarnya kebutuhan oksigen semua manusia sama yaitu udara yang bersih, tidak kotor atau polusi udara, tidak bau, dsb. Pada prinsipnya hindari ruangan / tempat yang dipenuhi polusi udara (terminal, ruangan yang sering dipergunakan untuk merokok) (Pantikawati dkk, 2010).

e. Hubungan seksual

Hubungan seksual dapat dilakukan seperti biasa kecuali jika terjadi perdarahan atau keluar cairan dari kemaluan, maka harus dihentikan. Jika ada riwayat abortus sebelumnya, koitus di tunda sampai usia kehamilan di atas 6 minggu, dimana diharapkan plasenta sudah terbentuk, dengan implantasi dan fungsi yang baik. Beberapa kepustakaan menganjurkan agar koitus mulai dihentikan pada 3-4 minggu terakhir menjelang pekiraan tanggal persalinan. Hindari trauma berlebihan pada daerah serviks/uterus. Pada beberapa keadaan seperti kontraksi/tanda0tanda persalinan awal, keluar cairan pervaginam, keputihan, ketuban pecah, perdarahan pervaginam, abortus iminiens atau abortus habitualis, kehamilan kembar dan penyakit menular sebaaiknya koitus jangan dilakukan (Dewi, 2011).

f. Imunisasi

Vaksin adalah substansi yang diberikan untuk melindungi dari zat asing (infeksi). Ada 4 macam vaksin:

- 1) Toksoid dari vaksin mati
- 2) Vaksin virus mati

### 3) Virus hidup

### 4) Preparat globulin imun

Toksoid adalah preparat dari racun bakteri yang diubah secara kimiawi/endotoksin yang dibuat oleh bakteri. Vaksin mati berisi mikroorganisme yang dibuat tidak aktif dengan panas atau bahan kimia. Vaksin virus hidup dibuat dari strain virus yang memberikan perlindungan tetap tidak cukup kuat untuk menimbulkan penyakit. Preparat imun globulin adalah protein yang terbuat dari darah manusia yang dapat menghasilkan perlindungan antibody pasif/temporer. Vaksin ini untuk melawan penyakit hepatitis B, rabies, varisela. Vaksin dinilai keefektifan dan potensinya dalam membahayakan kehamilan. Vaksin mati aman untuk ibu hamil, tidak ada bukti vaksin mati mempunyai efek pada janin/meningkatkan resiko keguguran. Vaksin hidup jangan pernah diberikan kepada ibu hamil. Satu-satunya imunisasi yang dianjurkan penggunaan selama hamil adalah tetanus. Vaksin campak, rubela, gondongan sebaiknya diberikan sebelum kehamilan/segera setelah kelahiran. Wanita hamil mendapat vaksinasi primer polio hanya bila resiko terpajan sangat tinggi (polio tidak aktif) (Pantikawati dkk, 2010).

Ibu dianjurkan untuk meminta imunisasi Tetanus Toksoid (TT) kepada petugas. Imunisasi ini mencegah tetanus pada bayi. Selama kehamilan bila ibu hamil statusnya T0 maka hendaknya mendapatkan minimal 2 dosis (TT1 dan TT2 dengan interval 4 minggu dan bila memungkinkan untuk mendapatkan TT3 sesudah 6 bulan berikutnya). Ibu hamil dengan status T1 diharapkan mendapatkan suntikan TT2 dan bila memungkinkan juga diberikan

TT3 dengan interval 6 bulan (bukan 4 minggu/1 bulan) (Kuswanti, 2014).

g. Personal hygiene

Menurut Dewi (2011) personal hygiene yaitu:

- 1) Kebersihan perludijaga untuk mencegah infeksi.
- 2) Perawatan payudara.
- 3) Kebersihan gigi dan mulut. Pemeriksaan dini ke dokter gigi dianjurkan untuk menjamin pencernaan yang sempurna.
- 4) Kebersihan daerah genetalia perlu dijaga untuk mencegah keputihan terutama jika sering BAK

## 7. Perubahan Psikologis dalam Masa Kehamilan

Menurut (Pieter & Namora, 2010) mengungkapkan bahwa terdapat beberapa macam perubahan psikologi ibu pada masa kehamilan, antara lain;

a. Perubahan Emosional

Perubahan emosional trimester I (Penyesuaian) ialah penurunan kemauan seksual karena letih dan mual, perubahan suasana hati seperti depresi atau khawatir, ibu mulai berpikir mengenai bayi dan kesejahteraannya dan kekhawatiran pada bentuk penampilan diri yang kurang menarik, dan menurunnya aktifitas seksual.

Perubahan emosional trimester II (Kesehatan yang baik) terjadi pada bulan kelima kehamilan terasa nyata karena bayi sudah mulai bergerak sehingga ibu mulai memperhatikan bayi dan memikirkan apakah bayinya akan dilahirkan sehat. Rasa cemas

pada ibu hamil akan terus meningkat seiring bertambah usia kehamilannya.

Perubahan emosional trimester III (Penantian dengan penuh kewaspadaan) terutama pada bulan-bulan terakhir kehamilan biasanya gembira bercampur takut karena kehamilannya telah mendekati persalinan. Kekhawatiran ibu hamil biasanya seperti apa yang akan terjadi pada saat melahirkan, apakah bayi lahir sehat, dan tugas - tugas apa yang dilakukan setelah kelahiran. Pemikiran dan perasaan seperti ini sangat sering terjadi pada ibu hamil. Sebaiknya kecemasan seperti ini dikemukakan istri kepada suaminya

b. Cenderung Malas

Penyebab ibu hamil cenderung malas karena pengaruh perubahan hormon dari kehamilannya. Perubahan hormonal akan mempengaruhi gerakan tubuh ibu, seperti gerakannya yang semakin lamban dan cepat merasa letih. Keadaan tersebut yang membuat ibu hamil cenderung menjadi malas.

c. Mudah Cemburu

Penyebab mudah cemburu akibat perubahan hormonal dan perasaan tidak percaya atas perubahan penampilan fisiknya. Ibu mulai meragukan kepercayaan terhadap suaminya, seperti ketakutan ditinggal suami atau suami pergi dengan wanita lain. Oleh sebab itu, suami harus memahami kondisi istri dengan melakukan komunikasi yang lebih terbuka dengan istri.

d. Meminta Perhatian Lebih

Perilaku ibu ingin meminta perhatian lebih sering mengganggu. Biasanya wanita hamil tiba - tiba menjadi manja dan ingin selalu

diperhatikan. Perhatian yang diberikan suami walaupun sedikit dapat memicu tumbuhnya rasa aman dan pertumbuhan janin lebih baik.

e. Perasaan *Ambivalen*

Perasaan *ambivalen* sering muncul saat masa kehamilan trimester pertama. Perasaan ambivalen wanita hamil berhubungan dengan kecemasan terhadap perubahan selama masa kehamilan, rasa tanggung jawab, takut atas kemampuannya menjadi orang tua, sikap penerimaan keluarga, masyarakat, dan masalah keuangan. Perasaan *ambivalen* akan berakhir seiring dengan adanya sikap penerimaan terhadap kehamilan.

f. Perasaan Ketidaknyamanan

Perasaan ketidaknyamanan sering terjadi pada trimester pertama seperti nausea, kelelahan, perubahan nafsu makan dan kepekaan emosional, semuanya dapat mencerminkan konflik dan depresi.

g. Stres

Pemikiran yang negatif dan perasaan takut selalu menjadi akar penyebab reaksi stres. Ibu mengalami stres selama hamil mempengaruhi perkembangan fisiologis dan psikologis bayi. Sebaliknya, ibu hamil yang selalu berfikir positif membantu pembentukan janin, penyembuhan interna, dan memberikan nutrisi kesehatan pada bayi. Stres berlebihan yang tidak berkesudahan dapat menyebabkan kelahiran prematur, berat badan dibawah rata-rata, hiperaktif, dan mudah marah.

#### h. Insomnia

Sulit tidur merupakan gangguan tidur yang diakibatkan gelisah atau perasaan tidak senang, kurang tidur, atau sama sekali tidak bisa tidur. Sulit tidur sering terjadi pada ibu - ibu hamil pertama kali atau kekhawatiran menjelang kelahiran. Gejala - gejala insomnia dari ibu hamil dapat dilihat dari sulit tidur, tidak bisa memejamkan mata, dan selalu terbangun dini hari. Penyebab insomnia yaitu stres, perubahan pola hidup, penyakit, kecemasan, depresi, dan lingkungan rumah yang ramai. Dampak buruk dari insomnia yaitu perasaan mudah lelah, tidak bergairah, mudah emosi, stres.

### **8. Kebutuhan Psikologis Ibu Hamil**

Menurut (Megasari et al, 2015) kebutuhan psikologis ibu hamil antara lain:

#### a. Support Keluarga

Memberikan dukungan berbentuk perhatian, pengertian, kasih sayang pada wanita dari ibu, terutama dari suami, anak jika sudah mempunyai anak dan keluarga-keluarga dan kerabat. Hal ini untuk membantu ketenangan jiwa ibu hamil.

#### b. Support Tenaga Kesehatan

Memberikan pendidikan, pengetahuan dari awal kehamilan sampai akhir kehamilan yang berbentuk konseling, penyuluhan, dan pelayanan-pelayanan kesehatan lainnya. Contoh: keluhan mual dan muntah, bidan akan menyarankan sering makan tapi porsi sedikit, konsumsi biscuit pada malam hari, sesuatu yang manis (permen, dan jus buah), hindari makanan yang beraroma tajam, yakinkan bahwa situasi ini akan berakhir saat bulan ke-4.

c. Rasa Aman dan Nyaman Selama Kahamilan

Menurut (Romauli, 2011) mengungkapkan bahwa orang yang paling penting bagi seorang wanita hamil biasanya ialah suami. Wanita hamil yang diberi perhatian dan kasih sayang oleh suaminya menunjukkan lebih sedikit gejala emosi dan fisik, lebih sedikit komplikasi persalinan, dan lebih mudah melakukan penyesuaian selama masa nifas. Ada dua kebutuhan utama yang ditunjukkan wanita selama hamil antara lain: menerima tanda-tanda bahwa ia dicintai dan dihargai, merasa yakin akan penerimaan pasangannya terhadap sang anak yang dikandung ibu sebagai keluarga baru.

d. Persiapan Menjadi Orang Tua

Menurut (Romauli, 2011) mengungkapkan bahwa persiapan orang tua harus dipersiapkan karena setelah bayi lahir banyak perubahan peran yang terjadi, mulai dari ibu, ayah, dan keluarga. Bagi pasangan yang baru pertama mempunyai anak, persiapan dapat dilakukan dengan banyak berkonsultasi dengan orang yang mampu untuk membagi pengalamannya dan memberikan nasihat mengenai persiapan menjadi orang tua. Bagi pasangan yang sudah mempunyai lebih dari satu anak, dapat belajar dari pengalaman mengasuh anak sebelumnya. Selain persiapan mental, yang tak kalah pentingnya adalah persiapan ekonomi, karena bertambah anggota maka bertambah pula kebutuhannya.

Pendidikan orang tua adalah sebagai proses pola untuk membantu orang tua dalam perubahan dan peran ibu hamil. Pendidikan orang tua bertujuan untuk mempersiapkan orang tua untuk menemukan tantangan dalam melahirkan anak dan segera

menjadi orang tua. Persiapan orang tua sebaiknya meliputi kedua calon orang tua yaitu istri dan suami serta harus mencakup tentang kehamilan. Pendekatan yang dilakukan bervariasi dengan memperhatikan aspek fisik dan psikologis keduanya. Salah satu persiapan orang tua dapat dilaksanakan dengan kelas pendidikan kelahiran atau kelas antenatal.

Manfaat pendidikan bagi calon orang tua antara lain: suatu kesempatan belajar perubahan fisik selama hamil, persalinan dan setelahnya, mengetahui perubahan psikologis, emosional, intelektual dan perubahan lingkungan yang terjadi dalam masa kehamilan dan kelahiran bayi, mendapatkan support social dari orang tua yang mempunyai pengalaman serupa dengan mereka, suatu cara belajar dengan sesama ibu yang baru mempunyai seorang anak, membangun kepercayaan ibu dan suami dalam menghadapi kelahiran dan persalinan.

## **9. Perkembangan Janin Di Dalam Uterus**

### **a. Trimester I (minggu 0-12)**

Dalam fase ini ada tiga periode penting pertumbuhan mulai dari periode germinal sampai periode terbentuknya janin.

- 1) Periode germinal (minggu 0-3). Proses pembuahan telur oleh sperma yang terjadi pada minggu ke-2 dari hari pertama menstruasi terakhir. Telur yang sudah dibuahi sperma bergerak dari tuba fallopi dan menempel ke dinding uterus (endometrium).
- 2) Periode embrionik (minggu 3-8). Proses dimana sistem saraf pusat, organ-organ utama dan struktur anatomi mulai terbentuk



seperti mata, mulut dan lidah mulai terbentuk, sedangkan hati mulai memproduksi sel darah. Janin mulai berubah dari blastosit menjadi embrio berukuran 1,3 cm dengan kepala yang besar.

3) Periode fetus (minggu 9-12). Periode di mana semua organ penting terus bertumbuh dengan cepat dan saling berkaitan dan aktivitas otak sangat tinggi.

b. Trimester II (minggu 12-24)

Pada trimester kedua ini terjadi peningkatan perkembangan janin. Pada minggu ke-18 kita bisa melakukan pemeriksaan dengan ultrasonografi (USG) untuk mengecek kesempurnaan janin, posisi plasenta dan kemungkinan bayi kembar. Jaringan kuku, kulit, serta rambut berkembang dan mengeras pada minggu ke-20 dan ke-21. Indra penglihatan dan pendengaran janin mulai berfungsi. Kelopak mata sudah dapat membuka dan menutup. Janin (*fetus*) mulai tampak sebagai sosok manusia dengan panjang 30 cm.

c. Trimester III (minggu 24-40)

Pada trimester ini semua organ tubuh tumbuh dengan sempurna. Janin menunjukkan aktivitas motorik yang terkoordinasi seperti menendang atau menonjok, serta dia sudah memiliki periode tidur dan bangun. Masa tidurnya jauh lebih lama dibandingkan masa bangun. Paruparu berkembang pesat menjadi sempurna. Pada bulan ke 9, janin mengambil posisi kepala di bawah dan siap untuk dilahirkan. Berat bayi lahir berkisar antara 3-3,5 kg dengan panjang 50 cm (Kamariyan dkk, 2014).

**Tabel 2.2** Pertumbuhan dan Perkembangan Janin

Usia kehamilan	Panjang janin	Ciri khas
<i>Organogenesis</i>		
4 minggu	7,5 – 10 mm	Rudimeter : hidung, telinga dan mata
8 minggu	2,5 cm	Kepala fleksi ke dada, hidung, kuping dan jari terbentuk
12 minggu	9 cm	Kuping lebih jelas, kelopak mata terbentuk, genitalia eksterna terbentuk
<i>Usia Fetus</i>		
16 minggu	16-18 cm	Genetal jelas terbentuk, kulit merah tipis, uterus telah penuh, desidua parietalis dan kapsularis
20 minggu	25 cm	Kulit tebal dengan rambut lanugo
24 minggu	30-32 cm	Kelopak mata jelas, alis dan bulu tampak
<i>Masa Parietal</i>		
28 minggu	35 cm	Berat badan 1000 gram, menyempurnakan janin
40 minggu	50-55 cm	Bayi cukup bulan, kulit berambut dengan baik, kulit kepala tumbuh baik, pusat penulangan pada tibia proksimal

Sumber : (Manuaba dkk, 2010)

## 10. Tanda-tanda Bahaya Ibu Hamil

### a. Pengertian tanda-tanda bahaya kehamilan

Tanda bahaya kehamilan adalah tanda-tanda yang mengindikasikan adanya bahaya yang bisa terjadi selama kehamilan, jika tidak dilaporkan atau tidak segera terdeteksi dapat menyebabkan kematian pada ibu (Asrinah, 2010).

Tanda bahaya kehamilan, menurut Yuni dkk (2010) diantaranya terdapat perdarahan pervaginam, mengalami sakit kepala yang berat, penglihatan mata kabur, terdapat bengkak di wajah dan jari-jari tangan, keluarnya cairan pervaginam, gerakan janin tidak terasa, dan nyeri abdomen yang hebat (Sartika, 2016).

b. Macam-macam tanda bahaya kehamilan

1) Hiperemesis gravidarum

Peningkatan asam lambung akan semakin memperparah hyperemesis gravidarum (Rahma, 2016). Menurut Ningsih (2012), mual muntah yang timbul terjadi karena adanya perubahan berbagai hormon dalam tubuh pada awal kehamilan. Presentasi hormon hCG akan meningkat sesuai dengan pertumbuhan plasenta. Diperkirakan hormon inilah yang mengakibatkan muntah melalui rangsangan terhadap otot polos lambung. Sehingga semakin tinggi hormon hCG, semakin cepat pula merangsang muntah (Rahma, 2016). Menurut Manuaba (2010), mengemukakan dampak yang terjadi pada hyperemesis gravidarum yaitu menimbulkan konsumsi O<sub>2</sub> menurun, gangguan fungsi sel liver hingga terjadi ikterus. Mual muntah yang berkelanjutan dapat menimbulkan gangguan fungsi alat-alat vital dan menimbulkan kematian (Rahma, 2016). Klasifikasi hyperemesis gravidarum menurut Manuaba (2010), yaitu:

a) Tingkat I

Hyperemesis gravidarum tingkat I ditandai dengan muntah yang terus menerus disertai dengan penurunan nafsu makan dan minum.

b) Tingkat II

Pada hyperemesis gravidarum tingkat II, pasien memuntahkan semua yang dimakan dan diminum, berat badan cepat menurun, dan ada rasa haus yang hebat.

c) Tingkat III

Hyperemesis gravidarum tingkat III sangat jarang terjadi. Keadaan ini sangat merupakan kelanjutan dari hyperemesis tingkat II yang ditandai dengan muntah yang berkurang atau bahkan berhenti, tetapi kesadaran menurun (delirium sampai koma) hingga mengalami ikterus, sianosis, nistagmus, gangguan jantung dan dalam urin ditemukan bilirubin dan protein (Rahma, 2016).

2) Perdarahan pervaginam

Perdarahan yang terjadi pada masa awal kehamilan kurang dari 22 minggu. Pada awal kehamilan, ibu mungkin akan mengalami perdarahan yang sedikit (*spotting*) di sekitar waktu pertama terlambat haidnya. Perdarahan ini adalah perdarahan implantasi (penempelan hasil konsepsi pada dinding rahim) yang dikenal dengan tanda Hartman dan ini normal terjadi. Pada waktu yang lain dalam kehamilan, perdarahan ringan mungkin terjadi pertanda servik yang rapuh (*erosi*). Perdarahan dalam proses ini dapat dikatakan normal namun dapat diindikasikan terdapat tanda-tanda infeksi. Perdarahan pervaginam patologis dengan tanda-tanda seperti darah yang keluar berwarna merah dengan jumlah yang banyak, serta perdarahan dengan nyeri yang hebat. Perdarahan ini dapat disebabkan karena abortus, kehamilan ektopik atau mola hidatidosa. Abortus adalah penghentian atau pengeluaran hasil konsepsi pada kehamilan < 20 minggu dengan berat janin < 500 gram atau sebelum plasenta selesai

(Kusmiyati, 2009). Jenis-jenis abortus menurut Kusumawati (2014) , diantaranya:

- a) Abortus spontan adalah abortus yang terjadi secara alamiah tanpa interval luar (buatan) untuk mengakhiri kehamilan tersebut.
- b) Abortus provokatus (*induced abortion*) adalah bentuk abortus yang disengaja, baik dengan memakai obat-obatan mau pun alat-alat.
- c) Abortus medisinalis adalah abortus yang terjadi karena indikasi medis seperti riwayat penyakit jantung, hipertensi, dan kanker.
- d) Abortus kriminalis adalah abortus yang terjadi oleh karena tindakan-tindakan yang tidak legal atau tidak berdasarkan indikasi medis.
- e) Abortus inkompletus (keguguran bersisa) adalah bentuk abortus dimana hanya sebagian dari hasil konsepsi yang dikeluarkan, yang tertinggal adalah desis dua atau plasenta. Perdarahan berlangsung banyak, dan dapat membahayakan ibu.
- f) Abortus imminens Abortus yang mengancam terjadi dimana perdarahan kurang dari 20 minggu, dengan atau tanpa kram perut bagian bawah tanpa dilatasi serviks.
- g) Abortus insipiens adalah abortus yang sedang berlangsung dimana ekspulsi hasil konsepsi belum terjadi tetapi telah ada dilatasi serviks. Kondosi ini ditandai pada wanita hamil dengan perdarahan banyak, disertai nyeri kram perut bagian bawah.

h) Abortus tertunda (*missed abortion*). Menurut WHO, missed abortion adalah kondisi dimana embrio atau janin nonviable tetapi tidak dikeluarkan secara spontan dari janin (kurun waktu sekitar 8 minggu).

3) Mola hidatidosa

Menurut Kemenkes RI (2013), mola hidatidosa adalah bagian dari penyakit trofoblastik gestasional, yang disebabkan oleh kelainan pada villi khorionok yang disebabkan oleh proliferasi trofoblastik dan edem. Diagnosa mola hidatidosa dapat ditegakkan melalui pemeriksaan USG. Beberapa tanda gejala mola hidatidosa menurut Varney (2007), yaitu:

- a) Terdapat mual dan muntah yang menetap, terkadang sering kali menjadi parah,
- b) Terdapat perdarahan uterus pada minggu ke-12 disertai bercak darah dan perdarahan hebat, namun biasanya berupa rabas yang bercampur darah, dan cenderung berwarna merah,
- c) Tampak ukuran uterus yang membesar namun tidak ada perkembangan/ aktivitas janin,
- d) Terdapat nyeri tekan pada ovarium,
- e) Tidak ada denyut jantung janin,
- f) Saat palpasi, bagian-bagian janin tidak diteraba/ tidak ditemukan,
- g) Komplikasi hipertensi akibat kehamilan, preeklamsi/ eklamsi sebelum usia kehamilan 24 minggu.

#### 4) Kehamilan ektopik

Kehamilan ektopik adalah kehamilan ketika implantasi dan pertumbuhan hasil konsepsi berlangsung diluar endometrium kavum uteri. Hampir 95% kehamilan ektopik terjadi diberbagai segmen tuba fallopi, dan 5% sisanya terdapat di ovarium, rongga peritoneum dan didalam serviks. Jika terjadi ruptur disekitar lokasi implantasi kehamilan, maka akan terjadi keadaan perdarahan pasif dan nyeri abdomen akut yang disebut kehamilan ektopik terganggu (RI, Kemenkes, 2013).

#### 5) Anemia

WHO menetapkan standar hemoglobin (Hb 11%) pada ibu hamil, jika kurang dari standar maka dikatakan mengalami anemia. Depkes RI (2009) mengklasifikasikan anemia pada ibu hamil berdasarkan berat badannya dikategorikan sebagai anemia ringan dan berat. Anemia ringan apabila kadar Hb dalam darah yaitu 8 gr% hingga kurang dari 11 gr%. Anemia berat apabila kadar Hb dalam darah kurang dari 8 gr% (Nurhidayati, 2013).

#### c. Tanda-tanda kehamilan lanjut

Menurut Kusumawati (2014), tanda-tanda kehamilan lanjut yaitu terdiri dari:

##### 1) Perdarahan pervaginam

Perdarahan pada masa kehamilan lanjut setelah 22 minggu sampai sebelum persalinan. Perdarahan pervaginaan dikatakan tidak normal bila ada tanda-tanda seperti keluarnya darah merah segar atau kehitaman dengan bekuan, perdarahan

kadang banyak kadang tidak terus menerus, perdarahan disertai rasa nyeri. Perdarahan semacam ini bisa berarti plasenta previa, solusio plasenta, ruptur uteri, atau dicurigai adanya gangguan pembekuan darah.

#### a) Plasenta previa

Plasenta previa didefinisikan sebagai plasenta yang berimplantasi diatas atau mendekati ostium serviks interna. Beberapa faktor predisposisi yang menyebabkan terjadinya plasenta previa diantaranya kehamilan ibu sudah usia lanjut (> 22 minggu), multiparitas, serta mempunyai riwayat seksio caesaria sebelumnya. Gejala umum yang terjadi pada kasus plasenta previa seperti terjadi perdarahan tanpa rasa nyeri secara tiba-tiba dan kapan saja, uterus tidak berkontraksi dan bagian terendah janin tidak masuk pintu atas panggul.

Jenis-jenis plasenta previa diantaranya:

- (1) Plasenta previa totalis yaitu posisi plasenta menutupi ostium internal secara keseluruhan,
- (2) Plasenta previa parsialis yaitu posisi plasenta yang menutupi ostium interna sebagian saja,
- (3) Plasenta previa marginalis yaitu posisi plasenta yang berada di tepi ostium interna,
- (4) Plasenta previa letak rendah. yaitu posisi plasenta yang berimplantasi di segmen bawah uterus.

#### 2) Solusio plasenta

Pada persalinan normal, plasenta akan lepas setelah bayi lahir, namun karena keadaan abnormal plasenta dapat lepas sebelum waktunya atau yang disebut solusio plasenta.



Beberapa faktor komplikasi sebagai penyebab solusio plasenta yaitu hipertensi, adanya trauma abdominal, kehamilan gemelli, kehamilan dengan hidramnion, serta defisiensi zat besi. Tanda gejala yang ditimbulkan seperti terjadinya perdarahan dengan nyeri yang menetap, hilangnya denyut jantung janin (gawat janin), uterus terus menegang dan kanin naik, perdarahan yang keluar tidak sesuai dengan beratnya syok.

### 3) Penglihatan kabur

Akibat pengaruh hormonal, ketajaman penglihatan dapat berubah selama masa kehamilan. Perubahan ringan (minor) adalah perubahan yang normal. Jika masalah visual yang mengindikasikan perubahan mendadak, misalnya pandangan menjadi kabur dan berbayang disertai rasa sakit kepala yang hebat, ini sudah menandakan gejala preeklamsi.

### 4) Nyeri perut hebat

Nyeri pada daerah abdomen yang tidak berhubungan dengan persalinan normal adalah suatu kelainan. Nyeri abdomen yang mengindikasikan mengancam jiwa adalah nyeri perut yang hebat, menetap dan tidak hilang setelah beristirahat, terkadang dapat disertai dengan perdarahan lewat jalan lahir. Hal ini bisa berarti appendicitis (radang usus buntu), kehamilan ektopik (kehamilan di luar kandungan), aborstus (keguguran), penyakit radang panggul, persalinan preterm, gastritis (maag), solutio placenta, penyakit menular seksual, infeksi saluran kemih atau infeksi lain.

### 5) Bengkak pada muka dan ekstremitas

Hampir separuh dari ibu-ibu hamil akan mengalami bengkak yang normal pada kaki yang biasanya muncul pada sore hari dan biasanya hilang setelah beristirahat atau dengan meninggikan kaki lebih tinggi dari pada kepala.

6) Kurangnya pergerakan bayi

Bayi kurang bergerak seperti biasa, Ibu hamil mulai dapat merasakan gerakan bayinya pada usia kehamilan 16-18 minggu (multigravida, sudah pernah hamil dan melahirkan sebelumnya) dan 18-20 minggu (primigravida, baru pertama kali hamil). Jika janin tidur, gerakannya akan melemah. Janin harus bergerak paling sedikit 3 kali dalam periode 3 jam (10 gerakan dalam 12 jam). Gerakan janin akan lebih mudah terasa jika ibu berbaring/beristirahat, makan dan minum.

7) Ketuban pecah sebelum waktunya

Dinamakan ketuban pecah sebelum waktunya apabila terjadi sebelum persalinan yang disebabkan karena berkurangnya kekuatan membran/ peningkatan tekanan uteri yang juga dapat disebabkan adanya infeksi yang dapat berasal dari vagina dan serviks yang dapat dinilai dari cairan ketuban di vagina. Pecahnya selaput ketuban dapat terjadi pada kehamilan 37 minggu preterm maupun kehamilan aterm.

8) Demam tinggi

Jika suhu ibu hamil berada pada  $> 38^{\circ}\text{C}$  dalam kehamilan, ini menandakan ibu dalam masalah. Demam pada kehamilan merupakan manifestasi tanda gejala infeksi kehamilan. Penangannya dapat dengan memiringkan bahu ibu kerag kekiri, cukupi kebutuhan cairan ibu dan kompres hangat

guna menurunkan suhu ibu. komplikasi yang ditimbulkan jika ibu mengalami demam tinggi yaitu sistitis (infeksi kandung kemih) serta infeksi saluran kemih atas.

## 11. Kartu Skor Poedji Rochjati

### a. Definisi

Menurut Romauli (2011), Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR), yaitu berupa kartu skor yang digunakan sebagai alat skrining antenatal berbasis keluarga guna menemukan faktor risiko ibu hamil, yang selanjutnya dilakukan upaya terpadu untuk menghindari dan mencegah kemungkinan terjadinya upaya komplikasi obstetrik pada saat persalinan. Cara untuk mendeteksi dini kehamilan berisiko menggunakan skor Poedji Rochjati. Berdasarkan jumlah skor kehamilan dibagi menjadi tiga kelompok yaitu, kehamilan risiko rendah, kehamilan risiko tinggi dan kehamilan risiko sangat tinggi, tentang usia ibu hamil, riwayat kehamilan, riwayat persalinan, riwayat penyakit ibu hamil.

Menurut Romauli (2011), jumlah skor kehamilan dibagi menjadi 3 kelompok yaitu :

- 1) Kehamilan Risiko Rendah (KRR) dengan jumlah 2.
- 2) Kehamilan Risiko Tinggi (KRT) dengan jumlah skor 6-10.
- 3) Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST) dengan jumlah skor  $\geq 12$

### b. Tujuan

Menurut Ambarwati (2011) tujuan skor Poedji Rochjati yaitu :

- 1) Melakukan pengelompokan sesuai dengan resiko kehamilannya, dan mempersiapkan tempat persalinan yang aman sesuai dengan kebutuhannya.
- 2) Melakukan pemberdayaan terhadap ibu hamil, suami, maupun keluarga agar mempersiapkan mental, biaya untuk rujukan terencana.

c. Fungsi

Menurut Ambarwati (2011) fungsinya terdiri dari yaitu:

- 1) Alat komunikasi untuk edukasi kepada ibu hamil, suami maupun keluarga untuk kebutuhan pertolongan mendadak ataupun rujukan terencana.
- 2) Alat peringatan bagi petugas kesehatan. Semakin tinggi skor, maka semakin intensif pula perawatan dan penanganannya.

d. Cara Pemberian Skor

Menurut Ambarwati (2011) Cara Pemberian Skor yaitu:

- 1) kondisi ibu hamil umur, paritas dan faktor resiko diberi nilai 2, 4, dan 8.
- 2) Pada umur dan paritas diberi skor 2 sebagai skor awal.
- 3) Tiap faktor resiko memiliki skor 4 kecuali pada letak sungsang, luka bekas sesar, letak lintang, perdarahan antepartum, dan preeklamsia berat/eklamsia diberi skor 8.

e. Pencegahan Kehamilan Resiko Tinggi

Menurut Ambarwati (2011) Pencegahan Kehamilan Resiko Tinggi yaitu terdiri:

- 1) Informasi dan edukasi/KIE untuk kehamilan dan persalinan aman.

- a) Kehamilan Resiko Rendah (KRR), persalinan dapat di rumah ataupun polindes, tetapi penolongnya harus bidan. Dukun hanya membantu pada saat nifas.
  - b) Kehamilan Resiko Tinggi (KRT), harus diberi penyuluhan untuk bersalin di puskesmas, polindes, atau langsung di rumah sakit saja. Terutama pada letak lintang primigravidarum dengan tinggi badan rendah
  - c) Kehamilan Resiko Sangat Tinggi (KRST), diberi penyuluhan untuk langsung di rujuk ke rumah sakit dengan alat lengkap dan dibawah pengawasan dokter spesialis.
- 2) Memeriksa kehamilan secara teratur minimal 4 kali.
  - 3) Imunisasi TT dua kali selama kehamilan dengan jarak satu bulan, untuk mencegah tetanus neonatorum.
  - 4) Makan-makanan bergizi selama kehamilan.
  - 5) Menghindari hal-hal yang menimbulkan komplikasi pada ibu hamil.
    - a) Bekerja terlalu keras
    - b) Merokok, minum alkohol, pecandu narkotika yang menyebabkan cacat bawaan pada janin.
    - c) Obat-obatan
    - d) Pendekatan dengan penyakit menular.
    - e) Pijat urut di perut
    - f) Berpantang makanan yang dibutuhkan pada ibu hamil.
- f. Kehamilan yang termasuk resiko tinggi
- Menurut Romauli (2011) kehamilan resiko tinggi terdiri dari:
- 1) Umur Ibu

Kehamilan ideal adalah pada kelompok usia 20-30 tahun. Yang berisiko tinggi kehamilan terjadi pada usia terlalu muda (<20 tahun) atau terlalu tua (>35 tahun).

a) Terlalu muda (>20 tahun)

Kehamilan pada usia muda memiliki risiko lebih tinggi untuk terkena anemia dan hipertensi dalam kehamilan serta persalinan preterm dibandingkan kehamilan pada kelompok wanita usia 20 – 35 tahun.

Kehamilan yang terjadi pada kelompok usia ini seringkali tidak direncanakan, sehingga kemungkinan kecil untuk melakukan konseling preconsepsi maupun pemeriksaan antenatal berkala. Selain itu, perlu di curigai adanya penyakit menular seksual yang dapat mempengaruhi kehamilannya.

b) Terlalu tua (>35 tahun)

Setelah usia 35 tahun banyak terjadi komplikasi obstetrik, morbiditas, dan mortalitas perinatal. Seiring bertambahnya usia, meningkatkan risiko terjadinya kehamilan multifetal, keguguran, preeklamsia, diabetes gestasional, dan kelainan kromosom pada bayi. Kontraktilitas uterus pada kelompok wanita ini lebih lemah dibandingkan kelompok wanita usia lebih muda, sehingga persalinan dengan bantuan dan operasi sesar lebih banyak dibandingkan wanita muda. Bayi dari ibu yang tua cenderung lahir dengan berat badan lahir rendah dan jumlah kasus bayi lahir mati pun lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok wanita muda. Selain itu, semakin tua, tingkat

kesuburan wanita menurun sehingga seorang wanita yang menunda kehamilannya sampai usia ini yang ingin memiliki anak menggunakan *Assisted Reproductive Technology* (ART), maupun induksi ovulasi.

c) Primi tua

Merupakan kehamilan pertama pada umur yang tua, yaitu lebih dari 35 tahun. Pada kelompok ibu hamil ini dapat hamil dalam keadaan normal. Namun, kelompok ini cenderung lebih berisiko untuk terjadinya: persalinan dengan bedah sesar, partus lama (>20 jam), partus macet, komplikasi persalinan (termasuk perdarahan berlebih saat persalinan), kelainan genetik pada janin yang dikandung (misalkan sindrom down).

2) Jarak antara kehamilan

Kelompok yang berisiko tinggi dalam kehamilannya adalah jika jarak antar kehamilan terlalu dekat (< 2 tahun) dan terlalu jauh (5 tahun).

a) Terlalu dekat (< 2 tahun)

Menurut BKKBN, jarak kehamilan yang paling tepat adalah 2 tahun atau lebih. Jarak kehamilan yang pendek akan mengakibatkan belum pulihnya kondisi tubuh ibu setelah melahirkan. Sehingga meningkatkan risiko kelemahan dan kematian ibu

b) Terlalu jauh (> 5 tahun)

Menurut penelitian demography and health survey, bahwa anak yang dilahirkan 3-5 tahun setelah kelahiran anak sebelumnya memiliki kemungkinan untuk hidup sehat.

Ibu dalam kehamilan dan persalinan lebih dari 5 tahun seolah-olah menghadapi persalinan yang pertama lagi. Kehamilan ini bisa terjadi pada: anak pertama mati, janin didambakan dengan nilai sosial tinggi. Bahaya yang dapat terjadi berupa: persalinan dapat berjalan tidak lancar, perdarahan pasca persalinan, penyakit ibu: hipertensi (tekanan darah tinggi), diabetes, dan lain-lain. Sehingga dalam persalinan untuk keselamatan ibu maupun janin, dengan seksio sesar.

### 3) Riwayat Obstetri

#### a) Riwayat obstetri dahulu

Seorang ibu yang memiliki riwayat tersebut di bawah ini memiliki risiko lebih tinggi untuk terjadinya komplikasi kehamilan, yaitu:

- (1) Riwayat keguguran dua kali atau lebih, atau riwayat abortus provokatus
- (2) Bayi lahir mati atau bayi dengan kelainan congenital
- (3) Riwayat persalinan preterm atau riwayat melahirkan bayi IUGR atau bayi makrosomia
- (4) Grande multipara atau grande multigravida, yakni kelahiran atau kehamilan empat kali atau lebih
- (5) Riwayat operasi sesar atau histerotomi
- (6) Komplikasi post-partum, sebagai contoh perdarahan post-partum cenderung berulang
- (7) Inkompabilitas Rh maupun ABO dengan bayi sebelumnya
- (8) Riwayat preeklampsia atau eklampsia



- (9) Jarak antar kehamilan terlalu dekat, yakni anak terkecil < 2 tahun

b) Riwayat obstetri sekarang

Beberapa keadaan dapat muncul selama kehamilan dan menjadikan sebuah kehamilan menjadi kehamilan risiko tinggi, yaitu: kehamilan ganda atau lebih, pre-eklamsia dan eklamsia, gestational diabetes mellitus (GDM), anemia, perdarahan antepartum (termasuk riwayat abortus imminens), kehamilan serotinus, konsumsi obat atau radiasi, presentasi abnormal, inkompatibilitas Rh, ukuran uterus tidak sesuai dengan umur kehamilan (lebih besar, tidak adanya penambahan ukuran)

4) Berat Badan

IMT menurut WHO untuk perempuan adalah 18,5-25,0. IMT ini diukur sebelum kehamilan. Jika terjadi underweight (IMT <18,5) dapat mengalami kesulitan pembuahan karena siklus anovulatori. Selain itu berisiko janin yang dikandung mengalami IUGR (*intrauterine growth restriction*). Disisi lain, wanita yang mengalami overweight berisiko mengalami subfertilitas, keguguran, hipertensi dalam kehamilan dan pre-eklampsia, diabetes gestasional, tromboemboli, infeksi, penyakit jantung, persalinan dibantu, perdarahan postpartum, dan yang paling parah adalah kematian maternal. Dampak untuk janin adalah terjadi defek tube neuralis, makrosomia, persalinan preterm, distosia bahu, hipoglikemia neonates, dan peningkatan risiko obesitas pada masa kanak-kanak maupun saat dewasa.

5) Tinggi Badan

Tinggi badan ibu mencerminkan ukuran pelvis, dimana berhubungan dengan distosia. Hal ini menunjukkan adanya penyulit dalam persalinan. Ibu dengan tinggi badan  $\leq 145$  cm meningkatkan risiko untuk mengalami penyulit dalam persalinan.

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

Nama : \_\_\_\_\_ Umur Ibu : \_\_\_\_\_ Th.  
 Nomor Kp : \_\_\_\_\_ Nomor keluarga kg : \_\_\_\_\_ No  
 Pendidikan : \_\_\_\_\_ Ibu : \_\_\_\_\_ Suami : \_\_\_\_\_  
 Pekerjaan Ibu : \_\_\_\_\_ Suami : \_\_\_\_\_

KBL F.R.	NO	Masalah/Faktor Risiko	SKOR	Tribulan		
				I	II	III, IV
I	1	1. Berat badan normal < 50 kg	0			
	2	2. Berat badan normal 50 - 60 kg	0			
	3	3. Berat badan normal 60 - 70 kg	0			
	4	4. Berat badan normal 70 - 80 kg	0			
	5	5. Berat badan normal 80 - 90 kg	0			
	6	6. Berat badan normal 90 - 100 kg	0			
	7	7. Berat badan normal 100 - 110 kg	0			
	8	8. Berat badan normal 110 - 120 kg	0			
	9	9. Berat badan normal 120 - 130 kg	0			
	10	10. Berat badan normal 130 - 140 kg	0			
	11	11. Berat badan normal 140 - 150 kg	0			
	12	12. Berat badan normal 150 - 160 kg	0			
	13	13. Berat badan normal 160 - 170 kg	0			
	14	14. Berat badan normal 170 - 180 kg	0			
	15	15. Berat badan normal 180 - 190 kg	0			
II	16	16. Pernah melahirkan	0			
	17	17. Pernah melahirkan	0			
	18	18. Pernah melahirkan	0			
	19	19. Pernah melahirkan	0			
	20	20. Pernah melahirkan	0			
	21	21. Pernah melahirkan	0			
	22	22. Pernah melahirkan	0			
	23	23. Pernah melahirkan	0			
	24	24. Pernah melahirkan	0			
	25	25. Pernah melahirkan	0			
	26	26. Pernah melahirkan	0			
	27	27. Pernah melahirkan	0			
	28	28. Pernah melahirkan	0			
	29	29. Pernah melahirkan	0			
	30	30. Pernah melahirkan	0			
III	31	31. Pernah melahirkan	0			
	32	32. Pernah melahirkan	0			
	33	33. Pernah melahirkan	0			
	34	34. Pernah melahirkan	0			
	35	35. Pernah melahirkan	0			
	36	36. Pernah melahirkan	0			
	37	37. Pernah melahirkan	0			
	38	38. Pernah melahirkan	0			
	39	39. Pernah melahirkan	0			
	40	40. Pernah melahirkan	0			
	41	41. Pernah melahirkan	0			
	42	42. Pernah melahirkan	0			
	43	43. Pernah melahirkan	0			
	44	44. Pernah melahirkan	0			
	JUMLAH SKOR					

**PENYULUHAN KEHAMILAN/PERSALINAN AMAN  
- RUJUKAN TERENCANA**

JML GAKSI	KBL RISIKO	PERA MUDA	RUBUM	PERSALINAN DENGAN RISIKO		RUBUM
				TEMPAT	PENDONG	
0	0-1	0-1	0-1	0-1	0-1	0-1
0-10	0-1	0-1	0-1	0-1	0-1	0-1
0-10	0-1	0-1	0-1	0-1	0-1	0-1

Kemauan Ibu dalam kehamilan : 1. Abertus 2. Lain-lain

### KARTU SKOR "POEDJI ROCHJATI" PERENCANAAN PERSALINAN AMAN

Tempat Persalinan Kehamilan : 1. Penyakit 2. Penyakit 3. Rumah Sakit  
 4. Puskesmas 5. Rumah DINK 6. Praktek Dokter

Pemilihan : Menentukan tanggal : \_\_\_\_\_

<b>RUJUKAN DARI :</b> 1. Dokter 2. Dokter 3. Dokter 4. Puskesmas	<b>RUJUKAN DARI :</b> 1. Dokter 2. Puskesmas 3. Rumah Sakit
---	---

**RUJUKAN DARI :**  
 1. Rumah Sakit Penyakit  
 2. Rumah Sakit Penyakit  
 3. Rumah Sakit Penyakit

**Gejala Obstetrik :**  
 Kel. Faktor Risiko I & II  
 1. \_\_\_\_\_  
 2. \_\_\_\_\_  
 3. \_\_\_\_\_  
 4. \_\_\_\_\_  
 5. \_\_\_\_\_  
 6. \_\_\_\_\_

**Gejala Darurat Obstetrik :**  
 • Kel. Faktor Risiko III  
 1. Perdarahan antepartum  
 2. Diabetes  
 • Komplikasi Obstetrik  
 3. Perdarahan postpartum  
 4. Gagal Berhingga  
 5. Perdarahan Lahir  
 6. Retensi Tengga

<b>TEMPAT :</b> 1. Rumah Sakit 2. Puskesmas 3. Dokter 4. Puskesmas 5. Rumah Sakit 6. Praktek	<b>PENDONG :</b> 1. Dokter 2. Dokter 3. Dokter 4. Lahir Lahir	<b>JMCAH PERSALINAN :</b> 1. Normal 2. Normal 3. Normal 4. Normal 5. Normal
--	---	--

**PASCA PERSALINAN :**  
 1. 1-3 hari  
 2. 4-7 hari  
 3. 8-14 hari  
 4. 15-30 hari  
 5. 31 hari - 1 tahun

**SARI :**  
 1. Dokter  
 2. Dokter  
 3. Dokter  
 4. Dokter  
 5. Dokter

**KEMAMUAN IBU SELAMA MASA NIFAS (12 Hari Pasca Salin)**  
 1. Sehat 2. Sehat 3. Masih menyusu  
 4. Tidak 5. Tidak 6. Tidak

**KELUARGA TERENCANA :** 1. Ya 2. Tidak  
 3. Ya 4. Tidak

**KATEGORI KELUARGA MUDAH :** 1. Ya 2. Tidak  
 3. Ya 4. Tidak

\* Dr. Poedji Rochjati, dr. SpOG



Gambar 2.2 Kartu Skor Poedji Rochjati

Sumber :Romauli (2011)

12. Standar Asuhan Kebidanan

Manuaba (2010) Asuhan antenatal yang baik sangat penting untuk hasil kehamilan yang baik karena sebagian besar kematian ibu bisa dihindarkan melalui asuhan antenatal. Intranatal, dan post natal yang bermutu tinggi.

Standar minimal asuhan kehamilan yang dikenal sebagai 14 T adalah sebagai berikut :

- a. Timbang berat badan
- b. Ukur tekanan darah
- c. Ukur tinggi fundus uteri
- d. Pemberian tablet Fe sebanyak 90 tablet selama kehamilan
- e. Pemberian imunisasi TT
- f. Pemeriksaan Hb
- g. Pemeriksaan VDRL
- h. Perawatan payudara, senam payudara dan pijat tekan payudara
- i. Pemeliharaan tingkat kebugaran / senam ibu hamil
- j. Temu wicara dalam rangka persiapan rujukan
- k. Pemeriksaan protein urine atas indikasi
- l. Pemeriksaan reduksi urine atas indikasi
- m. Pemberian terapi kapsul yodium untuk daerah endemis gondok
- n. Pemberian terapi anti malaria untuk daerah endemis malaria

### **13. Asuhan Kehamilan (*Antenatal Care*)**

*Antenatal care* (ANC) adalah pemeriksaan kehamilan untuk mengoptimalkan kesehatan mental dan fisik ibu hamil. Dengan demikian, mampu menghadapi persalinan, kala nifas, pemberian ASI, dan kembalinya kesehatan reproduksi secara wajar/ normal (Kumalasari, 2015).

Menurut Kumalasari (2015) tujuan asuhan kehamilan diantaranya:

- a. Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental, dan sosial ibu serta bayi,

- b. Mengenali secara dini adanya ketidaknormalan/ komplikasi yang mungkin terjadi selama hamil, termasuk riwayat penyakit secara umum, kebidanan dan pembedahan,
- c. Mempersiapkan persalinan cukup bulan, melahirkan dengan selamat, ibu maupun bayinya dengan trauma seminimal mungkin,
- d. Mempersiapkan ibu agar masa nifas berjalan normal dan pemberian ASI eksklusif,
- e. Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang secara normal.

Untuk mendapatkan pelayanan terpadu dan komprehensif sesuai standar, ibu hamil hendaknya sedikitnya melakukan empat kali kunjungan selama periode antenatal, yaitu:

- a. Satu kali kunjungan selama trimester 1 (< 14 minggu),
- b. Satu kali kunjungan selama trimester kedua (antara minggu 14-28),
- c. Dua kali kunjungan selama trimester ketiga (antara minggu ke -28-36 dan sesudah minggu ke -36)
- d. Perlu segera memeriksakan kehamilan bila dirasakan ada gangguan atau bila janin tidak bergerak lebih dari 12 jam (Kumalasari, 2015).

#### **14. Anemia**

##### **a. Pengertian**

Anemia adalah kondisi dimana sel darah merah menurun atau menurunnya hemoglobin, sehingga kapasitas daya angkut oksigen untuk kebutuhan organ-organ vital pada ibu dan janin menjadi berkurang. Selama kehamilan, indikasi anemia adalah jika

konsentrasi hemoglobin kurang dari 10,50 sampai dengan 10,00 gr/dl (Yuni, 2015).

b. Penyebab Anemia

Menurut Arisman (2010), secara umum ada tiga penyebab anemia defisiensi besi yaitu:

- 1) Kehilangan darah secara kronis, sebagai dampak perdarahan kronis seperti pada penyakit ulkus peptikum, hemoroid, infestasi parasit dan proses keganasan, perdarahan menstruasi yang berat, panjang atau sering.
- 2) Asupan zat besi tidak cukup dan penyerapan tidak adekuat. Tidak menerima cukup zat besi dalam diet (misalnya, jika seseorang adalah vegetarian yang ketat).
- 3) Peningkatan kebutuhan akan zat besi untuk pembentukan sel darah merah yang lazim berlangsung pada masa pertumbuhan bayi, masa puberita, masa kehamilan dan menyusui.

c. Macam-macam Anemia Selama Kehamilan

Pembagian anemia dalam kehamilan menurut Wiknjastro (2010) anemia dalam kehamilan meliputi:

1) Anemia defisiensi besi

Anemia dalam kehamilan yang paling sering dijumpai ialah anemia akibat kekurangan besi. Kekurangan ini dapat disebabkan karena kurang masuknya unsur besi dengan makanan, karena gangguan resorpsi, gangguan penggunaan, atau karena terlampaui banyaknya besi keluar dari badan, misalnya pada perdarahan.

## 2) Anemia megaloblastik

Anemia megaloblastik dalam kehamilan disebabkan karena defisiensi asam folik, jarang sekali karena defisiensi vitamin B12. Berbeda di Eropa dan di Amerika Serikat frekuensi anemia megaloblastik dalam kehamilan cukup tinggi di Asia, seperti di India, Malaysia, dan di Indonesia. Hal itu erat hubungannya dengan defisiensi makanan.

## 3) Anemia hipoplastik

Anemia pada wanita hamil yang disebabkan karena sumsum tulang kurang mampu membuat sel-sel darah baru, dinamakan anemia hipoplastik dalam kehamilan.

## 4) Anemia hemolitik

Anemia hemolitik disebabkan karena penghancuran sel darah merah berlangsung lebih cepat dari pembuatannya. Wanita dengan anemia hemolitik sukar menjadi hamil, apabila ia hamil, maka anemianya biasanya menjadi lebih berat. Sebaliknya mungkin pula bahwa kehamilannya menyebabkan krisis hemolitik pada wanita yang sebelumnya tidak menderita anemia.

### d. Klasifikasi Anemia menurut WHO

(a) Bila tidak anemia > 11gr/dl

(b) Anemia ringan 9-10 gr/dl

(c) Anemia sedang 7-8 gr/dl

(d) Anemia berat <7gr/dl

Pemeriksaan darah minimal dilakukan dua kali selama kehamilan yaitu pada trimester I dan II dengan pertimbangan bahwa sebagian besar ibu hamil mengalami anemia maka dilakukan

pemberian preparat Fe sebanyak 90 tablet pada ibu-ibu hamil di puskesmas (Manuaba, 2010).

e. Pengaruh Anemia Pada Kehamilan dan Janin

Menurut Manuaba (2010), pengaruh anemia pada kehamilan dan janin adalah:

- 1) Bahaya selama kehamilan : dapat terjadi abortus, persalinan prematuritas, hambatan tumbuh kembang janin dalam rahim, mudah terjadi infeksi, ancaman dekompensasi kordis ( $Hb < 6$  gr/dl), mola hidatidosa, hiperemesis gravidarum, perdarahan antepartum, ketuban pecah dini (KPD).
- 2) Bahaya saat persalinan : gangguan his (kekuatan mengejan), kala pertama dapat berlangsung lama, dan terjadi partus terlantar, kala dua berlangsung lama sehingga dapat melelahkan dan sering memerlukan tindakan operasi kebidanan, kala uri dapat diikuti retensio plasenta, dan perdarahan postpartum karena atonia uteri, kala empat dapat terjadi perdarahan postpartum karena atonia uteri, kala empat dapat terjadi perdarahan postpartum sekunder dan atonia uteri.
- 3) Pada kala nifas : terjadi sub involusi uteri menimbulkan perdarahan postpartum, memudahkan infeksi puerperium, pengeluaran ASI berkurang, terjadi dekompensasi kordis mendadak setelah persalinan, anemia kala nifas, mudah terjadi infeksi mammae.
- 4) Bahaya anemia terhadap janin, sekalipun tampaknya janin mampu menyerap berbagai kebutuhan dari ibunya, tetapi dengan anemia akan mengurangi kemampuan metabolisme tubuh



sehingga mengganggu pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim.

## 2.1.2 Konsep Dasar Persalinan

### 1. Pengertian Persalinan

Saifuddin (2014) persalinan adalah hal yang paling ditunggu – tunggu oleh para ibu hamil, sebuah waktu yang menyenangkan, namun di sisi lain merupakan yang paling mendebarkan.

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri) yang telah cukup bulan atau dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir atau jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri) (Yeyeh dkk, 2010).

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks, dan janin turun kedalam jalan lahir dan juga merupakan proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37 – 42 minggu), lahir spontan dengan belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (Saifuddin, 2014).

### 2. Tanda-Tanda Persalinan

Menurut Sofian (2012), tanda dan gejala persalinan antara lain:

- a. Rasa sakit karena his datang lebih kuat, sering dan teratur.
- b. Keluarnya lendir bercampur darah (*blood show*) karena robekan robekan kecil pada serviks.
- c. Terkadang ketuban pecah dengan sendirinya.

- d. Pada pemeriksaan dalam didapati serviks mendatar dan pembukaan telah ada.

### **3. Sebab-sebab Mulainya Persalinan**

Sunarti (2013) Sebab – sebab mulainya persalinan belum diketahui dengan jelas, banyak faktor yang memegang peranan dan berkerja sama sehingga terjadi persalinan

#### **a. Teori penurunan hormon**

Satu sampai dua minggu sebelum persalinan terjadi penurunan kadar esrogen dan progesteron, progesteron mengakibatkan relaksasi otot – otot rahim, sedangkan estrogen meningkatkan kerentanan otot – otot rahim. Selama kehamilan terjadi keseimbangan antara kadar estrogen dan progesteron, tetapi akhir kehamilan terjadi penurunan kadar progesteron sehingga timbul his.

#### **b. Teori Distensi rahim**

Rahim yang menjadi besar dan meregang akan menyebabkan iskemik otot – otot rahim sehingga timbul kontraksi untuk mengeluarkan isinya.

#### **c. Teori iritasi mekanik**

Di belakang serviks terletak ganglion servkalis, bila ganglion ini ditekan oleh kepala janin maka akan timbul kontraksi uterus.

#### **d. Teori plasenta menjadi tua**

Akibat plasenta tua menyebabkan turunnya kadar progesteron yang mengakibatkan ketegangan pada pembuluh darah, hal ini menimbulkan kontraksi rahim.

e. Teori prostaglandin

Prostaglandin yang dihasilkan oleh desidua menjadi sebab permulaan persalinan karena menyebabkan kontraksi pada *mio metium* pada setiap umur kehamilan.

f. Indikasi partus

Partus dapat ditimbulkan dengan pemberian dari menurut tetesan perinfus dan pemberian gagang laminaria ke dalam kanalis servikalis dengan tujuan merangsang *pleksus frankenhauser*, sehingga timbul kontraksi dan melakukan amniotomi yaitu pemecahan ketuban.

#### 4. Jenis - Jenis Persalinan

- a. Abortus : pengeluaran hasil konsepsi sebelum janin dapat hidup diluar kandungan, berat janin <500 gram atau usia kehamilan kurang dari 20 minggu (Fadlun, 2012).
- b. Partus Immaturus : partus dari hasil konsepsi pada kehamilan dibawah 28 minggu dengan berat janin kurang dari 1000 gram (Saifuddin, 2014).
- c. Partus Prematurus : kelahiran hidup bayi dengan berat antara 1000 gram sampai 2500 gram sebelum usia 37 minggu (Saifuddin, 2014)
- d. Partus Maturus atau Aterm : persalinan pada kehamilan 37-42 minggu, berat janin diatas 2500 gram (Saifuddin, 2014).
- e. Partus Postmaturus atau Postterm : persalinan yang terjadi 2 minggu atau lebih dari hari perkiraan lahir (Saifuddin, 2014)

Bentuk-bentuk persalinan terdiri dari:

- a. Persalinan Spontan, yaitu persalinan yang prosesnya berlangsung dengan kekuatan ibunya sendiri (Oktarina, M. 2015).
- b. Persalinan Buatan, yaitu persalinan yang prosesnya berlangsung dengan bantuan tenaga dari luar misalnya dengan forceps/ vakum, atau dilakukan operasi sectio caesarea (Oktarina, M. 2015).
- c. Persalinan Anjuran, yaitu persalinan yang dibantu dengan jalan rangsangan misalnya pemberian pitocin atau prostaglandin. Umumnya persalinan terjadi bila bayi sudah cukup besar untuk hidup diluar, namun tidak sedemikian besarnya sehingga menimbulkan kesulitan dalam persalinan. Sama halnya pada persalinan yang tidak segera dimulai dengan sendirinya namun baru dapat berlangsung dengan dilakukan amniotomi/ pemecahan ketuban (Damayanti dkk, 2014).

## **5. Proses terjadinya persalinan**

Peningkatan kadar prostaglandin, oksitosin, dan progesteron diduga berperan dalam permulaan awitan persalinan. Kadarnya meningkat secara progresif dan mencapai puncak saat kelahiran kepala dan setelah pelepasan plasenta (Medforth, 2011).

Menurut Manuaba (2010) sebab terjadinya proses persalinan belum diketahui secara pasti, sehingga timbul beberapa teori yang berkaitan dengan mulai terjadinya his yaitu:

- a. Hormon estrogen meningkatkan sensitivitas otot rahim, sehingga memudahkan penerimaan rangsangan dari luar misal rangsangan oksitosin, prostaglandin, dan rangsangan mekanis.

- b. Progesteron menurunkan sensitivitas otot rahim, menyulitkan penerimaan rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, prostaglandin, rangsangan mekanis dan menyebabkan otot rahim dan otot polos relaksasi.

## 6. Mekanisme Persalinan

Manuaba (2010) menjelaskan mekanisme persalinan normal melalui tahapan – tahapan sebagai berikut :

### a. *Engagement*

Mekanisme yang digunakan oleh diameter biparietal-diameter transversal kepala janin pada presentasi oksiput untuk melewati pintu atas panggul disebut sebagai engagement. Fenomena ini terjadi pada minggu-minggu terakhir kehamilan. Turunnya kepala dapat dibagi menjadi masuknya kepala ke dalam pintu atas panggul dan majunya kepala. Pembagian ini terutama berlaku bagi primigravida. Masuknya kepala ke dalam pintu atas panggul pada primigravida sudah terjadi pada bulan terakhir kehamilan yaitu pada usia kehamilan 36 minggu. Tetapi pada multigravida biasanya baru terjadi pada permulaan persalinan. Masuknya kepala dalam pintu atas panggul biasanya terjadi dengan sutura sagitalis melintang dan dengan fleksi yang ringan.

### b. *Descens* (penurunan kepala)

Hal ini merupakan syarat utama kelahiran bayi. Pada wanita nulipara, *engagement* dapat terjadi sebelum awalan persalinan dan *desensus* lebih lanjut mungkin belum terjadi sampai dimulainya persalinan kala dua. Pada wanita multipara, *desensus*

biasanya mulai bersamaan dengan *engagement*. *Descens* terjadi akibat satu atau lebih dari empat gaya yaitu:

- 1) Tekanan cairan amnion
- 2) Tekanan langsung fundus pada bokong saat kontraksi
- 3) Usaha mengejan yang menggunakan otot-otot abdomen
- 4) Ekstensi dan pelurusan badan janin.

c. Fleksi

Ketika *descens* mengalami tahanan, baik dari serviks, dinding panggul, atau dasar panggul biasanya terjadi fleksi kepala. Pada gerakan ini dagu mendekat ke dada janin dan diameter *sub oksipito bregmatika* yang lebih pendek menggantikan diameter *oksipito frontal* yang lebih panjang.

d. Rotasi Internal (Putaran Paksi Dalam)

Yang dimaksud dengan putaran paksi dalam ialah pemutaran bagian depan sedemikian rupa sehingga bagian terendah dari bagian depan memutar ke depan ke bawah simfisis. Pada presentasi belakang kepala, bagian yang terendah adalah daerah ubun-ubun kecil dan bagian inilah yang akan memutar ke depan ke bawah simfisis. Putaran paksi dalam mutlak diperlukan untuk kelahiran kepala, karena putaran paksi merupakan suatu usaha untuk menyesuaikan posisi kepala dengan bentuk jalan lahir, khususnya bentuk bidang tengah dan pintu bawah panggul. Putaran paksi dalam tidak terjadi tersendiri, tetapi selalu bersamaan dengan majunya kepala dan tidak terjadi sebelum kepala sampai ke Hodge III kadang-kadang baru terjadi setelah kepala sampai di dasar panggul.

e. Ekstensi

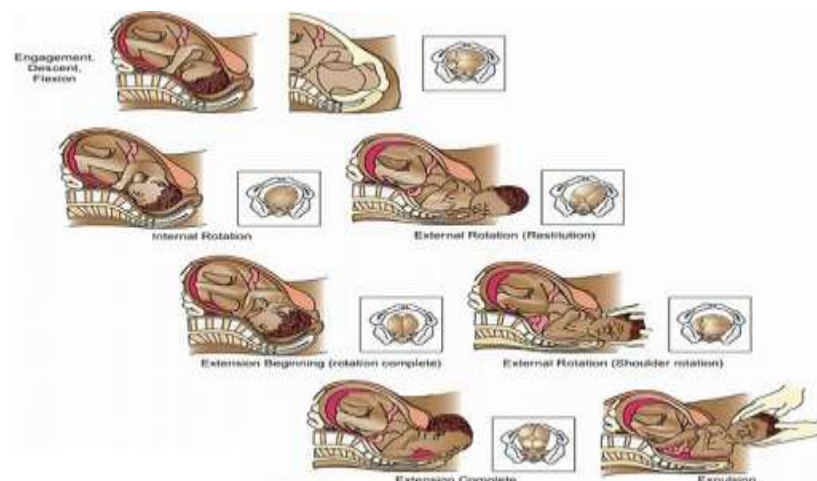
Setelah putaran paksi selesai dan kepala sampai di dasar panggul terjadilah ekstensi atau defleksi kepala. Hal ini disebabkan karena sumbu jalan lahir pada pintu bawah panggul mengarah ke depan dan ke atas sehingga kepala harus mengadakan ekstensi untuk melaluinya. Jika tidak terjadi ekstensi kepala akan tertekan pada perineum dan menembusnya.

f. Rotasi Eksterna (putaran paksi luar)

Setelah kepala lahir, belakang kepala janin memutar kembali ke arah punggung janin untuk menghilangkan torsi pada leher yang terjadi karena putaran paksi dalam.

g. Ekspulsi

Setelah putaran paksi luar, bahu depan sampai di bawah simfisis dan menjadi hipomoklion untuk kelahiran bahu belakang. Kemudian bahu depan menyusul dan selanjutnya seluruh badan anak lahir searah dengan paksi jalan lahir.



**Gambar 2.3 Mekanisme Persalinan Normal**

Sumber : Manuaba, 2010.

## 7. Tahap-Tahap Persalinan

Menurut Sulistyawati (2011) persalinan dibagi dalam 4 kala, yaitu:

### a. Kala I (Kala Pembukaan)

Kala pembukaan berlangsung antara pembukaan 0-10 cm. dalam Proses ini terdapat 2 fase, yaitu fase laten (8 jam) dimana serviks membuka sampai 3 cm dan fase aktif (7 jam) dimana serviks membuka dari 3 sampai 10 cm. Kontraksi akan lebih kuat dan sering selama fase aktif. Lamanya kala 1 pada primigravida berlangsung 12 jam sedangkan pada multigravida sekitar 8 jam.

### b. Kala II (Kala Pengeluaran Bayi)

Kala II ini dimulai dari pembukaan lengkap sampai lahirnya bayi. Kala II biasanya akan berlangsung selama 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida. Pada tahap ini kontraksi akan semakin kuat dengan interval 2-3 menit, dengan durasi 50-100 detik.

### c. Kala III (Kala Pelepasan Plasenta)

Dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta. Proses ini berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Tanda- tanda terlepasnya plasenta yaitu uterus menjadi berbentuk bulat, tali pusat bertambah panjang, terjadi semburan darah secara tiba-tiba.

### d. Kala IV (Kala Pengawasan)

Kala IV dimulai dari lahirnya plasenta sampai 2 jam postpartum. Pada kala IV dilakukan observasi terhadap perdarahan pasca persalinan yang paling sering terjadi pada 2 jam pertama.



Penanganan persalinan tergantung dari jenis persalinan dan kondisi ibu. Untuk persalinan normal, dilakukan penanganan sesuai dengan standar asuhan persalinan normal (Varney, 2007).

## 8. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Persalinan

Menurut Rukiyah (2010) faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan, yaitu faktor *power*, faktor *passenger*, faktor *passage*, dan faktor *psyche*:

### a. Faktor *power* (Kekuatan)

*Power* adalah kekuatan janin yang mendorong janin keluar. Kekuatan yang mendorong janin keluar dalam persalinan ialah his, kontraksi otot-otot perut, kontraksi diafragma dan aksi dari ligament, dengan kerja sama yang baik dan sempurna. (Oxorn, 2010)

### b. Faktor *passanger* (Bayi)

Faktor lain yang berpengaruh terhadap persalinan adalah faktor janin, yang meliputi sikap janin, letak janin, presentasi janin, bagian terbawah janin, dan posisi janin (Rohani, 2011).

### c. Faktor *passage* (Jalan Lahir)

*Passage* atau faktor jalan lahir dibagi atas :

- 1) Bagian keras : tulang-tulang panggul (rangka panggul).
- 2) Bagian lunak : otot-otot, jaringan-jaringan, dan ligament ligament (Asrinah, 2010).

### d. Faktor *psyche* (Psikis)

Psikis ibu bersalin sangat berpengaruh dari dukungan suaminya dan anggota keluarga yang lain untuk mendampingi ibu selama bersalin dan kelahiran anjurkan mereka berperan aktif

dalam mendukung dan mendampingi langkah-langkah yang mungkin akan sangat membantu kenyamanan ibu, harga keinginan ibu untuk di dampingi, dapat membantu kenyamanan ibu. (Rukiyah, 2010).

e. Posisi ibu

Posisi ibu dapat memengaruhi adaptasi anatomi dan fisiologi persalinan. Perubahan posisi yang diberikan pada ibu bertujuan untuk menghilangkan rasa letih, memberi rasa nyaman, dan memperbaiki sirkulasi (Sondakh, 2013).

**9. 5 Benang Merah Dalam Asuhan Kebidanan**

Menurut Manuaba (2010), lima benang merah dalam asuhan persalinan dan kelahiran bayi adalah :

- a. Membuat keputusan klinik.
- b. Asuhan sayang ibu dan sayang bayi.
- c. Pencegahan infeksi.
- d. Pencatatan (rekam medik) asuhan persalinan.
- e. Rujukan

**10. Penapisan pada saat persalinan**

Menurut Hani, dkk (2011) penapisan pada saat persalinan yaitu :

- a. Riwayat bedah SC.
- b. Perdarahan pervagina.
- c. Persalinan kurang bulan (usia kehamilan kurang dari 37 minggu).
- d. Ketuban pecah dengan mekonium yang kental.
- e. Ketuban pecah lama (lebih dari 24 jam).

- f. Ketuban pecah pada persalinan kurang bulan.
- g. Ikterus.
- h. Anemia berat.
- i. Tanda atau gejala infeksi.
- j. Preeklamsi atau hipertensi dalam kehamilan.
- k. Tinggi fundus uteri 40cm atau lebih.
- l. Gawat janin.
- m. Primipara dalam fase aktif persalinan dengan palpasi kepala janin masih 5/5.
- n. Presentasi bukan belakang kepala.
- o. Presentasi majemuk.
- p. Kehamilan gemeli.
- q. Tali pusat menumbung.
- r. Shock
- s. Bumil TKI
- t. Suami pelayaran
- u. Suami/bumil bertato
- v. HIV/AIDS
- w. PMS
- x. Anak mahal

## **11. Partograf**

Dalam menentukan bahwa persalinan berjalan normal bidan harus mengerti temuan apa saja yang normal dan temuan yang abnormal. Jika terdapat temuan yang abnormal, maka bidan harus segera membuat rujukan.

a. Pengertian partograf

Partograf merupakan alat bantu yang digunakan untuk menentukan kemajuan kala I persalinan dan informasi untuk membuat keputusan klinik (Saifuddin, 2014).

b. Fungsi Partograf

Menurut Saifuddin (2014) beberapa fungsi partograf antara lain :

- 1) Mengamati dan mencatat informasi kemajuan persalinan dengan memeriksa dilatasi serviks selama pemeriksaan dalam.
- 2) Mendeteksi secara dini terhadap kemungkinan adanya penyulit persalinan sehingga bidan dapat membuat keputusan tindakan yang tepat.
- 3) Sebagai alat komunikasi yang unik namun praktis antar bidan atau bidan dengan dokter mengenai perjalanan persalinan pasien.
- 4) Alat dokumentasi riwayat persalinan pasien beserta data pemberian medikamentosa yang diberikan selama proses persalinan.

c. Partograf digunakan harus pada kondisi sebagai berikut:

- 1) Semua ibu dalam fase aktif kala I persalinan sebagai elemen penting asuhan persalinan. Partograf harus digunakan, baik dengan atau tanpa penyulit. Partograf dan membuat keputusan klinik baik persalinan normal maupun yang disertai dengan penyulit.
- 2) Selama persalinan dan kelahiran di semua tempat (rumah, puskesmas, klinik bidan swasta dan rumah sakit)

- 3) Persalinan yang memberikan asuhan kepada ibu selama persalinan dan kelahiran (spesialis kandungan, bidan, dokter umum, residen dan mahasiswa kedokteran)

Penggunaan partograf secara rutin akan memastikan para ibu bayinya mendapat asuhan yang aman dan tepat waktu. Selain itu juga mencegah terjadinya penyulit yang dapat mengancam keselamatan jiwa mereka.

d. Kriteria pasien yang dapat dipantau menggunakan partograf

Menurut Saifuddin (2014) :

- 1) Persalinan diperkirakan spontan.
- 2) Janin tunggal
- 3) Usia kehamilan 36-42 minggu.
- 4) Presentasi kepala.
- 5) Tidak ada penyulit persalinan.
- 6) Persalinan sudah masuk dalam kala I fase aktif.

e. Kriteria pasien yang tidak perlu dipantau menggunakan partograf

Menurut Saifuddin (2014) kriteria pasien yang tidak perlu dipantau menggunakan partograf

- 1) Tinggi badan pasien kurang dari 145 cm
- 2) Ada perdarahan antepartum
- 3) Mengalami pre-eklamsi atau eklamsi Anemia
- 4) Adanya kelainan letak janin
- 5) Persalinan premature
- 6) Adanya induksi persalinan
- 7) Gemeli
- 8) Adanya rencana persalinan SC, misalkan sudah diketahui adanya panggul sempit/CPD.

- f. Bagian-bagian partograf merupakan grafik yang di isi berdasarkan hasil pemeriksaan yang dilakukan selama kala I persalinan, meliputi:
- 1) Kemajuan persalinan :
    - a) Pembukaan serviks
    - b) Penurunan kepala janin
    - c) Kontraksi uterus
  - 2) Keadaan janin:
    - a) DJJ
    - b) Warna dan jumlah air ketuban
    - c) Molase tulang kepala janin
  - 3) Keadaan ibu:
    - a) Nadi, tekanan darah dalam suhu.
    - b) Urin (volume dan protein.
    - c) Obat-obatan dan cairan (Saifuddin, 2014).

## 12. Inisiasi Menyusu Dini (IMD)

### a. Definisi

Inisiasi menyusu dini (*early initiation*) atau permulaan menyusu dini adalah bayi mulai menyusu sendiri setelah lahir. Cara bayi melakukan inisiasi menyusu dini dinamakan *the breast crawl* atau merangkak mencari payudara (Roesli, 2012).

Inisiasi menyusu dini merupakan suatu prosedur langkah awal yang harus dilakukan antara ibu dan bayi. Inisiasi menyusu dini dilakukan dengan cara membiarkan kulit ibu melekat pada kulit bayi (*skin to skin*) segera setelah persalinan (Riksani, 2012)

b. Prinsip Inisiasi Menyusu Dini

Inisiasi Menyusui Dini adalah proses membiarkan bayi dengan nalurinya sendiri dapat menyusui segera dalam satu jam pertama setelah lahir, bersamaan dengan kontak kulit antara bayi dengan kulit ibu bayi dibiarkan setidaknya selama satu jam di dada ibu, sampai dia menyusui sendiri. (Depkes, 2014)

c. Manfaat Inisiasi Menyusu Dini

Menurut Roesli (2012), menyampaikan bahwa IMD bermanfaat bagi ibu dan bayi baik secara fisiologis maupun psikologis, yaitu sebagai berikut:

1) Ibu

Sentuhan dan hisapan payudara ibu mendorong keluarnya oksitosin. Oksitosin menyebabkan kontraksi pada uterus sehingga membantu keluarnya plasenta dan mencegah perdarahan. Oksitosin juga menstimulasi hormon-hormon lain yang menyebabkan ibu merasa aman dan nyaman, sehingga ASI keluar dengan lancar.

2) Bayi

Bersentuhan dengan ibu memberikan kehangatan, ketenangan sehingga napas dan denyut jantung bayi menjadi teratur. Bayi memperoleh kolostrom yang mengandung antibodi dan merupakan imunisasi pertama. Di samping itu, kolostrom juga mengandung faktor pertumbuhan yang membantu usus bayi berfungsi secara efektif, sehingga mikroorganisme dan penyebab alergi lain lebih sulit masuk ke dalam tubuh bayi.

3) Manfaat secara Psikologis :

a) Adanya Ikatan Emosi (*Emotional Bonding*) :

- (1) Hubungan ibu-bayi lebih erat dan penuh kasih sayang.
- (2) Ibu merasa lebih bahagia.
- (3) Bayi lebih jarang menangis.
- (4) Ibu berperilaku lebih peka (*affectionately*).
- (5) Lebih jarang menyiksa bayi (*child abused*).

b) Perkembangan : anak menunjukkan uji kepintaran yang lebih baik di kemudian hari

d. Tahapan Pelaksanaan Inisiasi Menyusu Dini

Menurut Roesli (2012) ada beberapa praktek yang mendukung keberhasilan IMD. Langkah – langkahnya adalah sebagai berikut:

- 1) Dianjurkan suami atau keluarga mendampingi ibu saat persalinan
- 2) Dalam proses melahirkan, ibu disarankan untuk mengurangi / tidak banyak menggunakan obat kimiawi. Jika ibu menggunakan obat kimiawi terlalu banyak, dikhawatirkan akan terbawa ASI ke bayi yang nantinya akan menyusu dalam proses inisiasi menyusu dini.
- 3) Para petugas kesehatan yang membantu ibu menjalani proses melahirkan akan melakukan kegiatan penanganan kelahiran seperti biasanya. Begitu pula jika ibu harus menjalani operasi Caesar
- 4) Segera setelah lahir, seluruh tubuh bayi dan kepala dikeringkan secepatnya kecuali kedua tangan yang masih basah dengan air ketuban. Vernix (zat lemak putih) yang



menempel ditubuh bayi baru lahir sebaiknya tidak di bersihkan untuk menambah kenyamanan kulit bayi.

- 5) Selanjutnya tali pusat dipotong dan ikat.
- 6) Kemudian tanpa dibedong bayi segera ditengkurapkan di dada atau perut ibu, dengan kulit bayi melekat pada kulit ibu. Selimut digunakan untuk menyelimuti bayi dan ibu bersama. Selama terjadi kontak kulit antara ibu dan bayi, maka bayi tidak akan pernah kedinginan atau kepanasan, karena kulit ibu menjadi pengatur suhu tubuh bayi. Jika perlu bayi diberi topi untuk mencegah hipotermi (pengeluaran panas) dari kepalanya.
- 7) Bayi yang di tengkurapkan di dada atau perut ibu, dibiarkan untuk mencari sendiri puting susu ibunya (bayi tidak di paksakan ke puting susu). Pada dasarnya, bayi memiliki naluri yang kuat untuk mencari puting susu ibunya.
- 8) Saat bayi dibiarkan mencari puting susu ibunya, ibu perlu didukung dan di bantu untuk mengenali perilaku bayi sebelum menyusui. Posisi ibu yang berbaring mungkin tidak dapat mengamati jelas apa yang dilakukan oleh bayi.
- 9) Selama beberapa menit bayi akan diam dan tenang dari kondisi siaga karena mendengar detak jantung ibunya yang biasa dia dengar selama di Rahim.
- 10) Sekitar 10 menit kemudian bayi mulai menggerak gerakkan tangannya yang mengandung air ketuban kedalam mulutnya dan indra penciumannya membaui air ketuban ditangannya.
- 11) Secara naluriyah bayi akan merangkak mencari puting susu ibunya yang baunya sama dengan air ketuban di tangannya.

Proses ini membutuhkan waktu 20 – 40 menit setelah bayi diletakkan diatas perut tergantung cara persalinan, normal atau dengan tindakan. Pada saat merangkak ini bayi menjilat-jilat kulit ibu yang mengandung bakteri baik dan menelannya sehingga bakteri baik berkembang biak diususnya untuk menghadang bakteri jahat dari lingkungan luar tubuhnya.

- 12) Setelah berhasil mencapai putting ibunya, bayi akan segera menghisap air susu pertama (kolostrum). Asi akan terangsang mengalir dengan lancar karena rangsangan lidah bayi pada putting, hantakan kepala bayi pada dada ibu, yang merangsang dikeluarkannya hormon oksitosin. Hormon oksitosin akan membantu kontraksi rahim sehingga plasenta keluar dengan mudah.
- 13) Biarkan bayi dalam posisi kulit bersentuhan dengan kulit ibunya setidaknya selama satu jam, walaupun ia telah berhasil menyusu pertama sebelum satu jam. Jika belum menemukan putting payudara ibunya dalam waktu satu jam, biarkan kulit bayi tetap bersentuhan dengan kulit ibunya sampai berhasil menyusu pertama.
- 14) Setelah selesai menyusu pertama, bayi baru dipisahkan untuk ditimbang, diukur, dicap, diberi vitamin K dan tetes mata.
- 15) Ibu dan bayi tetap bersama dan dirawat gabung. Rawat gabung memungkinkan ibu menyusui bayinya kapan saja sibayi menginginkannya, karena kegiatan menyusui tidak boleh dijadwal. Rawat gabung juga akan meningkatkan

ikatan batin antara ibu dengan bayinya, bayi jadi jarang menangis karena selalu merasa dekat dengan ibu, dan selain itu dapat memudahkan ibu untuk beristirahat dan menyusui

e. Tahapan Perilaku Bayi Dalam IMD

Menurut Roesli (2012) menyampaikan, semua bayi dalam proses IMD akan melalui lima tahapan perilaku (*free-feeding behavior*) sebelum ia berhasil menyusui. Tahapan tersebut adalah sebagai berikut :

1) 30 menit pertama

Dalam 30 menit pertama merupakan stadium istirahat/diam dalam keadaan siaga (*rest/quite alert stage*). Bayi diam tidak bergerak dan sesekali mata terbuka lebar melihat ibunya. Masa tenang yang istimewa ini merupakan penyesuaian peralihan dari keadaan dalam kandungan ke keadaan di luar kandungan. Bonding (hubungan kasih sayang) merupakan dasar pertumbuhan bayi dalam suasana aman.

2) 30 – 40 menit

Pada masa ini, bayi mengeluarkan suara, gerakan mulut seperti mau minum, mencium, dan menjilat tangan. Bayi mencium dan merasakan cairan ketuban yang ada ditangannya. Bau ini sama dengan bau yang dikeluarkan payudara ibu. Bau dan rasa ini akan membimbing bayi untuk menemukan payudara dan putting susu ibu.

3) Mengeluarkan air liur

Saat menyadari bahwa ada makanan di sekitarnya, bayi mulai mengeluarkan air liurnya.

4) Bayi mulai bergerak ke arah payudara

5) Menemukan, menjilat, mengulum puting, membuka mulut lebar dan melekat dengan baik

**13. Asuhan Persalinan (*Intanatal Care*)**

a. Data Subyektif

a) Biodata

a) Umur

Dalam kurun reproduksi sehat dikenal usia aman untuk kehamilan dan persalinan adalah 20 – 30 tahun. Kematian maternal pada wanita hamil dan melahirkan pada usia di bawah 20 tahun ternyata 2 – 5 kali lebih tinggi daripada kematian maternal yang terjadi pada usia 20 – 29 tahun. Kematian maternal meningkat kembali setelah usia 30 – 35 tahun (Wiknjosastro, 2010). Usia di bawah 16 tahun atau di atas 35 tahun mengakibatkan wanita rentan terhadap komplikasi. Usia di bawah 16 tahun meningkatkan insiden pre eklamsia, usia diatas 35 tahun meningkatkan insiden diabetes, hipertensi kronis, persalinan yang lama pada nulipara, *sectio caesarea* (SC), kelahiran preterm, *intrauterine growth retardation* (IUGR), anomali kromosom, dan kematian janin (Varney, 2010).

b) Gravida dan para

Paritas memengaruhi durasi persalinan dan insiden komplikasi. Semakin tinggi paritas, insiden abrupsio plasenta, plasenta previa, perdarahan uterus, mortalitas ibu, dan mortalitas perinatal juga meningkat (Varney, 2010). Paritas pada riwayat melahirkan preterm meningkatkan risiko ibu sebesar 30% untuk melahirkan preterm lagi. Risiko tersebut meningkat seiring peningkatan jumlah kelahiran preterm dan menurun seiring peningkatan jumlah kelahiran cukup bulan. Wanita yang pernah melahirkan Bayi Kecil untuk Masa Kehamilan (BKMK) berisiko kembali melahirkan bayi BKMK. Catatan berat badan bayi dan usia gestasi dapat dipakai untuk mengidentifikasi adanya bayi BKMK (Wheeler, 2010).

c) Keluhan utama

Menurut Manuaba (2012), keluhan yang dirasakan ibu antara lain: kekuatan hismatin sering terjadi dan teratur dengan jarak kontraksi yang semakin pendek serta nyeri menjalar ke depan, dapat terjadi pengeluaran lendir atau lendir bercampur darah, disertai ketuban pecah. Wiknjastro (201) menambahkan ketuban akan pecah dengan sendirinya ketika pembukaan hampir atau telah lengkap.

d) Riwayat kesehatan

(1) Riwayat kesehatan lalu

(a) Penyakit jantung

Menurut Saifuddin (2011) Penyakit jantung kelas I dan II prinsip persalinannya adalah pervaginam dengan mempercepat kala II, sedapat mungkin hindari mendedan, jika perlu lakukan episiotomi dan akhiri persalinaan dengan ekstraksi vakum. Penyakit jantung kelas III dan IV tidak boleh hamil, karena bahaya terlampau besar. Persalinan dilakukan dengan SC.

(b) Hipertensi

Hipertensi pada ibu dengan penyakit hipertensi, janin bertumbuh kurang wajar (dismaturitas), dilahirkan prematur atau mati dalam kandungan. Sering pula terjadi solusio plasenta yang mempunyai akibat buruk, baik bagi ibu maupun anak. Angka kematian anak kira - kira 20% (Wiknjosastro, 2010).

(c) Asma

Penyakit asma dan kehamilan kadang-kadang bertambah berat atau malah berkurang. Penyakit asma yang berat dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim melalui gangguan pertukaran  $O^2$  dan  $CO^2$ , pengawasan hamil dan pertolongan persalinan dapat berlangsung biasa, kecuali terdapat indikasi pertolongan dengan tindakan operasi (Manuaba, 2012)

(d) *Gonorrhoea*

Bayi yang dilahirkan dari ibu penderita *gonorrhoe* dapat menderita konjungtivitis *gonorrhoe neonatorum* atau *blenore neonatorum* (Wiknjosastro, 2010)

(2) Riwayat kesehatan sekarang

- (a) Anemia alam kehamilan memberi pengaruh kurang baik bagi ibu, baik dalam kehamilan, persalinan maupun dalam nifas dan masa selanjutnya. Berbagai penyulit dapat timbul akibat anemia, seperti: abortus, partus prematurus, partus lama karena inertia uteri, perdarahan postpartum karena atonia uteri, syok, infeksi baik intrapartum maupun postpartum, anemia yang sangat berat dengan Hb < 4 g/100 ml dapat menyebabkan dekompensasi kordis (Wiknjosastro, 2011). Kadar Hb normal 11 gr % (Manuaba, 2012)
- (b) Bahaya varises dalam persalinan, baik yang di vulva/vagina maupun yang di tungkai ialah kemungkinan pecahnya pembuluh darah. Selain bahaya perdarahan yang mungkin berakibat fatal, dapat pula terjadi emboli udara (Wiknjosastro, 2011).
- (c) Bayi yang dilahirkan dari ibu penderita *gonorrhoea* dapat menderita konjungtivitis, *gonorrhoea neonatorum* atau disebut juga *blenore neonatorum* (Wiknjosastro, 2011).

(d) Transmisi vertikal virus AIDS ibu kepada janinnya telah banyak terbukti, tapi belum jelas diketahui kapan transmisi perinatal itu terjadi. Dalam persalinan SC, bukan indikasi menurunkan risiko infeksi kepada bayi yang dilahirkan. Perawatan pasca salin perlu memperhatikan kemungkinan penularan melalui pembalut wanita, lochea, luka episiotomi, ataupun luka SC (Wiknjosastro, 2011).

(3) Riwayat kesehatan keluarga

(a) Pengaruh diabetes dalam persalinan antara lain: inertia uteri dan atonia uteri, distosia bahu karena anak besar, kelahiran mati, lebih sering pengakhiran partus dengan tindakan termasuk SC, lebih mudah terjadi infeksi, angka kematian maternal lebih tinggi

(b) Pengaruh asma pada ibu dan janin sangat tergantung dari sering dan beratnya serangan, karena ibu dan janin akan kekurangan oksigen atau hipoksia. Keadaan hipoksia bila tidak segera diatasi tentu akan berpengaruh pada janin, dan sering terjadi keguguran, persalinan prematur atau berat janin tidak sesuai dengan usia kehamilan (gangguan pertumbuhan janin). (Wiknjosastro, 2011).

e) Riwayat kebidanan

(1) Kehamilan yang lalu

Terminasi kehamilan dapat mempengaruhi viabilitas kehamilan berikutnya. Dilatasi dan kuretase



menyebabkan terjadinya inkompetensi serviks (Fraser dan Cooper, 2010). Aborsi spontan berulang dapat mengindikasikan adanya kondisi, seperti *abnormalitas genetik*, ketidakseimbangan hormon, atau inkompetensi serviks (Fraser dan Cooper, 2010).

(2) Persalinan yang lalu

- (a) Lama persalinan sebelumnya merupakan indikasi yang baik untuk memperkirakan lama persalinan kali ini sehingga memungkinkan untuk membedakan persalinan antara primigravida dan gravida selanjutnya serta persalinan dengan paritas yang lebih tinggi. Untuk mengidentifikasi kelahiran melalui seksio sesarea atau kelahiran operatif pervaginam sebelumnya (Varney, 2008).
- (b) Ukuran bayi terbesar yang dilahirkan pervaginam memastikan keadekuatan panggul wanita untuk ukuran bayi saat ini. Juga untuk mengantisipasi kemungkinan komplikasi jika dibanding dengan perkiraan berat janin (Varney, 2008).
- (c) Wanita yang mempunyai riwayat melahirkan bayi kecil dari ayah yang sama cenderung memiliki bayi yang kecil juga pada kehamilan ini (Varney, 2008).
- (d) Semua wanita dengan riwayat SC pada segmen uterus bawah (insisi transversal bawah atau vertikal bawah) dan tidak memiliki kontraindikasi di anjurkan menjalani persalinan pervaginam (Varney, 2008)

### (3) Nifas yang lalu

Pada hari pertama dan kedua lochea rubra atau lochea cruenta, terdiri atas darah segar bercampur sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, sisa-sisa vernik caseosa, lanugo, dan mekonium. Hari berikutnya darah bercampur lendir dan disebut lochea sanguinolenta. Setelah satu minggu, lochea cair tidak berdarah lagi, warnanya agak kuning disebut lochea serosa. Setelah 2 minggu, lochea hanya merupakan cairan putih disebut sebagai locheaalba. Biasanya lochea berbau agak sedikit amis, kecuali terdapat infeksi dan akan berbau busuk, umpamanya pada adanya locheastasis (lochea tidak lancar keluar dan infeksi) Hemoroid menjadi trauma dan menjadi edema selama wanita mendorong bayi pada kala II persalinan karena tekanan bayi dan distensi saat melahirkan (Varney, 2008).

### f) Pola kehidupan sehari-hari

#### (1) Nutrisi

Nutrisi pada saat persalinan adalah makanan ringan dan asupan cairan yang cukup selama persalinan akan memberi lebih banyak energi dan mencegah dehidrasi. Dehidrasi bisa memperlambat kontraksi dan/atau membuat kontraksi menjadi tidak teratur dan kurang efektif (Wiknjosastro, 2011:55). Ibu diperbolehkan mengonsumsi makanan rendah lemak dan rendah

residu sesuai selera untuk memberinya energi. Namun, makan dan minum selama persalinan akan menyebabkan ibu mengalami peningkatan resiko regurgitasi dan aspirasi isi lambung (Fraser dan Cooper, 2009).

(2) Eliminasi

Selama persalinan, ibu harus dianjurkan berkemih setiap 1-2 jam. Urine yang berada dalam kandung kemih merupakan massa yang tidak dapat ditekan sehingga dapat mengganggu penurunan bagian presentasi janin atau mengurangi kapasitas uterus untuk berkontraksi, meningkatkan risiko perdarahan pasca salin. Kandung kemih yang penuh juga dapat menghambat masuknya kepala janin ke dalam gelang panggul (Fraser dan Cooper, 2009).

(3) Istirahat dan tidur

Keletihan dan penurunan fisik pada wanita dipengaruhi oleh tingkat keletihannya saat memasuki persalinan, rumatan hidrasi selama persalinan, lama persalinan, dan kemampuan menghadapi tuntutan kondisi dan situasi yang terjadi. Kehilangan kemampuan coping dapat meningkatkan keletihan dan keletihan dapat menurunkan kemampuan coping wanita, atau semakin lama persalinan, wanita merasakan keletihan yang lebih besar, sebaliknya keletihan juga dapat mengakibatkan persalinan berlangsung lama (Varney, 2008).

(4) Personal Hygiene

Pencukuran perineal rutin tidak dilakukan selama beberapa tahun terakhir. Riset menunjukkan bahwa pencukuran perianal tidak perlu dilakukan dan tidak meningkatkan angka terjadinya infeksi (Fraser dan Cooper, 2010).

(5) Aktivitas

Ibu yang menggunakan posisi tegak selama persalinan akan mengalami nyeri yang jauh lebih ringan dan lebih sedikit menderita trauma perineal. Posisi lateral dan posterior bagian presentasi dapat berkaitan dengan persalinan yang nyeri, lama, atau terobstruksi, serta kelahiran yang sulit (Fraser dan Cooper, 2010)

g) Psikososial dan budaya

(1) Suasana hati yang berubah-ubah sering terjadi dan dorongan energi juga dapat dialami (Fraser dan Cooper, 2010).

(2) Sebagian mungkin memandang kontraksi yang dialami sebagai kekuatan positif yang memotivasi dan memberikan kehidupan. Sebagian lain mungkin merasakan kontraksi ini sebagai rasa nyeri dan melawan kontraksi tersebut (Fraser dan Cooper, 2010).

(3) Seorang ibu dapat menyambut peristiwa ini dengan perasaan senang karena sebentar lagi ia akan melihat bayinya, ibu yang lain mungkin merasa gembira karena pada akhirnya kehamilannya ini akan berakhir dan ia

mengalami berbagai kesukaran (Fraser dan Cooper, 2010)

- (4) Ibu dapat merasa cemas membayangkan bahwa melahirkan seorang anak akan terasa sangat sakit dan khawatir tentang kemampuannya mengendalikan rasa nyeri (Fraser dan Cooper, 2010).
- (5) Sejalan dengan kemajuan persalinan, ibu dapat merasa kurang percaya diri terhadap kemampuan kopingnya menghadapi sifat kontraksi yang kuat yang mengendalikan tubuhnya (Fraser dan Cooper, 2010)

## 2) Data Obyektif

### a) Pemeriksaan umum

#### (1) Keadaan umum

Kondisi umum selama kala II persalinan akan bergantung pada kondisi umumnya di akhir kala I persalinan. Jika wanita memasuki tahap kedua persalinan sudah kehabisan tenaga, ia akan mengalami kesulitan mengerahkan tenaga yang diperlukan untuk mendorong, terutama jika ia primigravida (Varney, 2008)

#### (2) Tanda-tanda vital

- (a) Meningkat selama kontraksi disertai peningkatan sistolik rata-rata 15 (10-20) mmHg dan diastolik rata-rata 5-10 mmHg. Pada waktu-waktu diantara kontraksi, tekanan darah kembali ke tingkat sebelum persalinan. Dengan mengubah posisi tubuh dari telentang ke posisi miring. (Varney, 2008).

- (b) Frekuensi nadi merupakan indikator yang baik dari kondisi fisik ibu. Jika frekuensi nadi meningkat lebih dari 100 denyut per menit, hal tersebut dapat mengindikasikan adanya ansietas, nyeri, infeksi, ketosis, atau perdarahan. Frekuensi nadi biasanya dihitung setiap 1-2 jam selama awal persalinan dan setiap 30 menit jika persalinan lebih cepat (Fraser dan Cooper, 2010).
- (c) Suhu tubuh harus tetap berada dalam rentang normal. Pireksia merupakan indikasi terjadinya infeksi atau ketosis, atau dapat juga berkaitan dengan analgesia epidural. Pada persalinan normal, suhu tubuh maternal harus diukur sedikitnya setiap 4 jam (Fraser dan Cooper, 2009). Sedikit meningkat selama persalinan, tertinggi selama dan segera setelah melahirkan. Yang dianggap normal ialah peningkatan suhu yang tidak lebih dari 0.5 sampai 10°C yang mencerminkan peningkatan metabolisme selama persalinan (Varney, 2008).
- (d) Sedikit peningkatan frekuensi pernapasan masih normal, selama persalinan dan mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi (Varney, 2008).

#### b) Pemeriksaan fisik

##### (1) Kepala

##### (1) Muka

Pada wajah perlu dilakukan pemeriksaan edema yang merupakan tanda klasik pre eklampsia (Varney, Kriebs

dan Gegor, 2008). Saat menjelang persalinan, ibu akan nampak gelisah ketakutan dan menahan rasa sakit akibat his (Saifuddin, 2010).

(2) Mata

Kehilangan penglihatan untuk sementara, yang berlangsung selama seminggu dapat terjadi. Perdarahan kadang-kadang terjadi pada retina, hal ini merupakan tanda gawat akan terjadinya apopleksia serebri.

(3) Mulut dan gigi

Wanita yang bersalin biasanya mengeluarkan bau napas yang tidak sedap, mulut kering, bibir kering atau pecah-pecah dan tenggorokan nyeri, terutama jika ia bersalin selama berjam-jam tanpa mendapat cairan oral dan perawatan mulut (Varney, 2008).

(2) Payudara

Menjelang persalinan, perlu dilakukan pemeriksaan terhadap kondisi puting ibu misalnya kolostrum kering atau berkerak, muara duktus yang tersumbat kemajuan dalam megeluarkan puting yang rata atau inversi pada wanita yang merencanakan untuk menyusui (Varney, 2008).

(3) Abdomen

Uterus selalu terasa lebih keras setiap kontraksi. Kontraksi yang terlalu lama, atau sangat kuat dan urutannya singkat akan menimbulkan masalah seperti hipoksia janin. Selama kala 1 persalinan penurunan hampir selalu dapat diraba dengan palpasi abdomen. Biasanya digambarkan dengan

istilah 1/5 kepala, yang masih dapat dipalpasi di atas gelang pelvis. Pada wanita primipara, kepala janin biasanya mengalami Engagement sebelum persalinan dimulai. Jika tidak demikian, tinggi kepala harus diperkirakan dengan sering melalui palpasi abdomen untuk mengobservasi apakah kepala janin dapat akan dapat melewati gelang pelvis dengan bantuan kontraksi yang baik (Fraser dan Cooper, 2010).

(4) Genetalia

Keluar lendir bercampur darah dalam (show) yang lebih banyak karena robekan-robekan kecil pada serviks (Sofian, 2011). Pada genetalia dilakukan pemeriksaan adanya luka atau massa termasuk kondilomata, varikosis vulva atau rektum, adanya perdarahan pervaginam, cairan ketuban, dan adanya luka parut di vagina. Luka parut di vagina mengindikasikan adanya riwayat robekan perineum atau tindakan episiotomi sebelumnya (Wiknjosastro, 2010).

(5) Anus

Kemajuan kepala janin menjelang persalinan akan menyebabkan penonjolan pada rektum (Varney, 2008).

(6) Ekstremitas

Edema merupakan tanda klasik pre eklamsi. Edema pada kaki dan pergelangan kaki saja biasanya merupakan edema dependen yang disebabkan oleh penurunan aliran darah vena akibat penekanan uterus yang membesar (Varney, 2008)



c) Pemeriksaan status obstetri

(1) Observasi His

Persalinan kala dua dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala dua juga disebut dengan kala pengeluaran bayi (Wiknjosastro, 2008). Persalinan kala tiga dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban (Wiknjosastro, 2010). Persalinan kala empat dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam setelah itu (Wiknjosastro, 2010).

(2) Menghitung DJJ

DJJ dinilai selama dan segera setelah kontraksi uterus. Mulai penilaian sebelum atau selama puncak kontraksi. Dilakukan selama minimal 60 detik, dengarkan sampai sedikitnya 30 detik setelah kontraksi berakhir. Penilaian DJJ tersebut dilakukan pada lebih dari satu kontraksi. Gangguan kondisi kesehatan janin dicerminkan dari DJJ yang kurang dari 120 atau lebih dari 160 kali per menit. Kegawatan janin ditunjukkan dari DJJ yang kurang dari 100 atau lebih dari 180 kali per menit. Bila demikian, baringkan ibu ke sisi kiri dan anjurkan ibu untuk relaksasi. Nilai kembali DJJ setelah 5 menit dari pemeriksaan sebelumnya, kemudian simpulkan perubahan yang terjadi (Wiknjosastro, 2010).

d) Pemeriksaan dalam

Pemeriksaan dalam diperlukan untuk menilai vagina, terutama pada dindingnya apakah ada bagian yang menyempit, keadaan

serta pembukaan serviks, kapasitas panggul, ada atau tidak adanya penghalang (tumor) pada jalan lahir, sifat fluor albus dan apakah ada alat yang sakit misalnya bartholinitis, uretritis, sistitis dan sebagainya, pecah tidaknya ketuban, yang terpenting ialah presentasi kepala janin, turunnya kepala dalam ruang panggul, penilaian besarnya kepala terhadap panggul, dan apakah partus telah mulai atau sampai dimanakah partus berlangsung (Wiknjosastro, 2010). Pendataran serviks

Jika panjang serviks berkurang separuh, dikatakan 50 persen mendatar, bila serviks menjadi setipis segmen uterus bawah di dekatnya, serviks dikatakan telah mendatar penuh atau 100 persen.

(1) Dilatasi serviks

Dilatasi serviks ditentukan dengan memperkirakan diameter rata-rata bukaan serviks. Jari pemeriksa disापुkan dari tepi serviks di satu sisi ke sisi yang berlawanan, dan diameter yang dilintasi dinyatakan dalam sentimeter. Serviks dikatakan membuka penuh bila diameternya 10 cm, karena bagian terbawah ukuran bayi aterm biasanya dapat melewati serviks yang membuka lebar.

(2) Posisi serviks

Hubungan antara os *serviks* dengan kepala janin dikategorikan sebagai posterior, posisi tengah, atau anterior. Posisi posterior mengesankan persalinan preterm.

(3) Station

Ketinggian bagian terbawah janin di jalan lahir digambarkan dalam hubungannya dengan *spina iskhiadika* yang terletak di tengah-tengah antara pintu atas panggul dan pintu bawah panggul. Jadi, saat bagian terbawah turun dari pintu atas panggul menuju *spina iskhiadika*, disebut sebagai station-5, -4, -3, -2, -1 lalu 0. Di bawah *spina iskhiadika*, bagian terbawah janin melewati station +1, +2, +3, +4 dan +5 untuk lahir. Station +5 cm setara dengan kepala janin yang terlihat di introitus.

(4) Deteksi pecahnya selaput ketuban

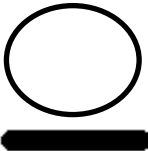





Suatu diagnosis pasti pecahnya selaput ketuban dibuat apabila cairan amnion terlihat berada di fornix posterior atau cairan jernih mengalir dari kanalis servisis. Diagnosis jika tetap tidak pasti, metode lain yang dapat digunakan adalah pengujian pH cairan vagina, pH sekret vagina normalnya berkisar antara 4,5 dan 5,5 sementara cairan amnion biasanya 7,0 sampai 7,5. Menurut Varney (2008) frekuensi pemeriksaan dalam pada wanita intrapartum yang normal dianjurkan melakukan pemeriksaan dalam sebanyak 5 kali, yakni: pada saat datang untuk menetapkan informasi dasar, sebelum memutuskan jenis obat jumlahnya dan rute pemberiannya, untuk memastikan pembukaan sudah lengkap sehingga dapat diputuskan apakah ibu harus mengejan atau sebaliknya, setelah ketuban pecah jika dicurigai atau kemungkinan terjadi prolaps tali pusat, untuk mengecek prolaps tali pusat ketika

perlambatan frekuensi denyut jantung janin tidak kunjung membaik dengan prasat biasa.

- (5) Penurunan bagian terbawah janin menurut Wiknjastro (2010):

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

**Tabel 2.3 Penurunan Kepala Janin**

Periksa luar	Periksa dalam	Keterangan
		Kepala diatas PAP, mudah digerakkan
	H I-II	Sulit digerakkan, bagian terbesar kepala belum masuk panggul.
	H II-III	Bagian terbesar kepala belum masuk panggul
	H III+	Bagian terbesar kepala sudah masuk panggul
	H III-IV	kepala didasar panggul
	H IV	Di perineum

(Sumber: Marmi, 2011)

#### e) Pemeriksaan penunjang

##### (1) Darah

Hemoglobin meningkat rata-rata 1.2 gm/100 mL selama persalinan dan kembali ke kadar sebelum persalinan ada hari pertama pasca salin jika tidak ada kehilangan darah yang abnormal. Waktu koagulasi darah berkurang dan terdapat peningkatan fibrinogen plasma lebih lanjut selama persalinan. Hitung sel darah putih secara kurang lebih 5000 hingga jumlah rata-rata 15.000 pada saat pembukaan lengkap. Tidak ada peningkatan lebih lanjut setelah ini. Gula darah menurun selama persalinan, menurun drastis pada persalinan yang lama dan sulit, kemungkinan besar akibat peningkatan aktivitas otot uterus dan rangka (Varney, 2008:688). Pemeriksaan dan pengawasan Hb dapat dilakukan dengan menggunakan alat Sahli. Hasil pemeriksaan Hb dengan Sahli dapat digolongkan sebagai berikut : Hb >11 g% disebut tidak anemia, Hb 9-10 g% disebut anemia ringan, Hb 7-8 g% disebut anemia sedang Hb ≤ 7 g% disebut anemia berat (Manuaba, 2010).

##### 3) Assesment

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan (2011), bidan menganalisa data yang diperoleh pada pengkajian menginterpretasikan secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat. Kriteria perumusan diagnosa dan atau masalah adalah sebagai berikut:

- a) Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan
- b) Masalah dirumuskan sesuai dengan kondisi klien
- c) Dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi, dan rujukan.

Menurut Manuaba (2012) perumusan diagnosa persalinan adalah :G1/>1 PAPIH, usia kehamilan 28-40 minggu, tunggal/ganda, hidup, intrauterin/ekstrauterin, situs bujur/lintang, habitus fleksi, punggung kiri/kanan, presentasi kepala/bokong, hodge I-IV, kesan panggul normal, inpartu kala I (laten/aktif) sampai kala IV dengan kemungkinan masalah menurut Doenges adalah kurangnya pengetahuan sehubungan dengan kemajuan persalinan, gangguan rasa nyaman (nyeri), kelelahan. Sedangkan menurut Wiknjastro (2010) yaitu robekan servik, vagina, dan perineum, potensial kala II memanjang, potensial terjadi retensio plasenta.

#### 4) Penatalaksanaan

##### a) Diagnosa

G....PAPIAH, usia kehamilan 28-40 minggu, tunggal/ganda, hidup, intrauterin/ekstrauterine, situs bujur/lintang, habitus fleksi, posisi puka/puki, presentasi kepala/bokong, hodge I-IV, inpartu kala I fase laten/aktif (akselerasi, dilatasi maksimal, deselerasi), kala II, III dan IV.

b) Tujuan: Setelah dilakukan asuhan kebidanan diharapkan tidak terjadi komplikasi selama persalinan.

##### c) Kriteria:

(1) Kesejahteraan ibu

(a) Keadaan umum: kesadaran komposmentis

- (b) TTV normal yaitu suhu badan 36–37,5 °C, tekanan darah 100/70–130/90 mmHg, nadi 60-80 kali per menit, dan napas 16–24 kali per menit (Romauli, 2011)
  - (c) His terjadi 2-3 kali dalam 10 menit, lamanya  $\geq$  40 detik (Wiknjosastro, 2010).
  - (d) Penurunan kepala sesuai yaitu 5/5 jika kepalateraba diatas simphisis pubis, 4/5 jika kepala telah memasuki pintu atas panggul, 3/5 jika sebagian (2/5) kepala telah memasuki rongga panggul, 2/5 jika hanya sebagian dari kepala masih berada diatas simphisis dan 3/5 bagian telah turun melewati bidang tengah rongga panggul (tidak dapat digerakkan), 1/5 jika hanya 1 dari 5 jari masih dapat meraba bagian kepala yang berada diatas simphisis dan 4/5 bagian kepala telah masuk ke dalam rongga panggul, 0/5 jika bagian kepala sudah tidak dapat diraba dari pemeriksaan luar dan seluruh bagian kepala sudah masuk ke dalam rongga panggul (Wiknjosastro, 2010).
  - (e) Kala I pada primigravida  $\pm$  12jam sedangkan multigravida  $\pm$  8 jam (Manuaba, 2010)
  - (f) Kala II pada primigravida  $\pm$  50 menit sedangkan pada multigravida  $\pm$  30 menit (Manuaba, 2010)
  - (g) Kala III berlangsung rata-rata 5-10 menit, dan paling lama berlangsung 30 menit (Varney, 2008).
  - (h) Perdarahan normal (400-500 cc) (Manuaba, 2010).
- (2) Kesejahteraan bayi

(a) DJJ kuat, teratur, frekuensi 120 160 x/menit  
(Wiknjosastro, 2010).

(b) Bayi baru lahir normal yaitu langsung menangis atau bernafas spontan dan tonus otot bayi baik  
(Wiknjosastro, 2010)

d) Intervensi :

Kala I

(1) Hadirkan orang terdekat seperti suami, keluarga, atau teman dekat.

(2) Bantu ibu mengatur aktivitas dan posisi. Posisi disesuaikan dengan keinginan ibu, sebaiknya tidak dalam posisi terlentang lurus.

(3) Bimbing ibu untuk rileks sewaktu ada his. Ibu diminta menarik nafas panjang, tahan nafas sebentar, kemudian dilepaskan dengan cara meniup sewaktu ada his.

Rasional: Dapat memblok impuls nyeri dalam korteks serebral melalui respon kondisi dan stimulasikan, memudahkan kemajuan persalinan.

(4) Berikan nutrisi yang cukup pada ibu.

(5) Anjurkan ibu untuk berkemih sesering mungkin dan memastikan kandung kemih tetap kosong.

(6) Pantau kondisi ibu dan janin dengan menilai denyut jantung janin setiap ½ jam, frekuensi dan lamanya kontraksi uterus setiap ½ jam, nadi setiap ½ jam, pembukaan serviks setiap 4 jam, penurunan bagian terbawah janin setiap 4 jam, tekanan darah dan temperatur suhu setiap 4 jam, produksi urine, aseton dan protein setiap 2 sampai 4 jam.



## Kala II

- (1) Dengar dan lihat tanda gejala kala II. Tanda gejala kala II yaitu ibu merasakan ada dorongan ingin meneran, tekanan pada anus, dan terlihat kondisi vulva yang membuka dan perineum yang menonjol.
- (2) Pastikan perlengkapan peralatan, bahan, dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan menatalaksana komplikasi ibu dan bayi baru lahir.
- (3) Pakai alat pelindung diri.
- (4) Lepas dan simpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir kemudian keringkan tangan dengan tisu atau handuk pribadi yang bersih dan kering.
- (5) Pakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam.
- (6) Masukkan oksitosin ke dalam tabung suntik (gunakan tangan yang bersarung tangan DTT) dan steril (pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik).
- (7) Bersihkan vulva dan perineum, seka dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kassa yang dibasahi air DTT.
- (8) Lakukan periksa dalam untuk memastikan pembukaan lengkap.
- (9) Dekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, kemudian lepaskan dan rendam dalam keadaan terbalik dalam larutan klorin 0,5% selama 10

menit. Cuci kedua tangan setelah sarung tangan dilepaskan.

- (10) Periksa DJJ setelah kontraksi/saat relaksasi uterus untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120-160 x/menit).
- (11) Beritahukan bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik dan bantu ibu dalam menemukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya.
- (12) Minta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi meneran (bila ada rasa ingin meneran dan terjadi kontraksi yang kuat, bantu ibu ke posisi setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman).
- (13) Laksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran.
- (14) Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit.
- (15) Letakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm.
- (16) Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian di bawah bokong ibu.
- (17) Buka tutup partus set dan perhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan.
- (18) Pakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.
- (19) Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva maka lindungi perineum dengan satu

tangan yang dilapisi kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu untuk meneran perlahan atau bernapas cepat dan dangkal.

- (20) Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat dan ambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan segera lanjutkan proses kelahiran.
- (21) Tunggu hingga kepala janin selesai melakukan putaran paksi luar secara spontan.
- (22) Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang secara biparietal. Anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakkan kepala ke arah bawah dan distal hingga bahu depan muncul di bawah arkus pubis dan kemudian gerakkan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.
- (23) Setelah bahu lahir, geser tangan bawah untuk kepala dan bahu. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.
- (24) Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukkan telunjuk di antara kaki dan pegang masing-masing mata kaki dengan ibu jari dan jari-jari lainnya).
- (25) Lakukan penilaian bayi baru lahir
- (26) Keringkan bayi mulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan

verniks. Ganti handuk basah dengan handuk/kain yang kering. Biarkan bayi di atas perut ibu.

- (27) Dalam waktu 2 menit setelah bayi lahir, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Dorong isi tali pusat ke arah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama.
- (28) Lakukan pemotongan dan pengikatan tali pusat.
- (29) Letakkan bayi diatas perut ibu agar ada kontak kulit ibu ke kulit bayi.
- (30) Selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi di kepala bayi.

#### Kala III

- (31) Periksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus (hamil tunggal).
- (32) Beritahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi baik.
- (33) Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikkan oksitosin 10 unit intramuskular (IM) di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin) (.).
- (34) Pindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva.
- (35) Letakkan 1 tangan di atas kain pada perut ibu, di tepi atas simfisis untuk mendeteksi. Tangan lain menegangkan tali pusat.
- (36) Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah belakang-atas (dorso-kranial) secara hati-hati. Jika

plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan ulangi prosedur di atas.

- (37) Lakukan penegangan dan dorongan dorso-kranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian ke arah atas, mengikuti poros jalan lahir (tetap lakukan tekanan dorso-kranial).
- (38) Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpinil kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan.
- (39) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, letakkan telapak tangan di fundus dan lakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras).
- (40) Periksa kedua sisi plasenta baik bagian ibu maupun bayi dan pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Masukkan plasenta ke dalam kantong plastik atau tempat khusus.
- (41) Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Lakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan.

Menurut (Wiknjastro, 2010) ada beberapa tingkatan derajat laserasi, yaitu :

- (a) Derajat 1: Laserasi mulai dari mukosa vagina-komisura posterior-kulit perineum.

- (b) Derajat 2: Laserasi mulai dari mukosa vagina-komisura posterior-kulit perineum-otot perineum.
- (c) Derajat 3: Mukosa vagina-komisura posterior-kulit perineum-otot perineum-otot sfingter ani.
- (d) Derajat 4: Mukosa vagina-komisura posterior-kulit perineum-otot perineum-otot sfingter ani-dinding depan rektu

#### Kala IV

- (42) Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.
- (43) Lakukan inisiasi menyusui dini (IMD) dan biarkan bayi tetap melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam.
- (44) Lakukan pemeriksaan fisik bayi baru lahir.
- (45) Setelah 1 jam pemberian vitamin K1.
- (46) Berikan imunisasi Hepatitis B di paha kanan saat setelah vitamin K atau pada saat ibu dan bayi pulang.
- (47) Lanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam.
- (48) Ajarkanibu/keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi.
- (49) Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.
- (50) Periksa nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pascasalin dan setiap 30 menit selama jam kedua pascasalin.

- (51) Pantau tanda-tanda bahaya pada bayi setiap 15 menit. Pastikan bahwa bayi bernapas dengan baik (40-60 kali/menit) serta suhu tubuh normal (36,5-37,5 °C).
- (52) Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah didekontaminasi.
- (53) Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.
- (54) Bersihkan ibu dengan menggunakan air DTT. Bersihkan sisa cairan ketuban, lendir, dan darah. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
- (55) Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga untuk memberi ibu minuman dan makanan yang diinginkannya.
- (56) Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%.
- (57) Celupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, balikkan bagian dalam ke luar dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
- (58) Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.
- (59) Lengkapi partograf, periksa TTV, dan asuhan kala IV (Wiknjosastro, 2010).

### **2.1.3 Konsep Dasar Nifas**

#### **1. Pengertian Nifas**

Wanita pasca persalinan harus cukup istirahat dengan tidur telentang selama 8 jam pascapersalinan. Setelah itu, ibu boleh miring ke kanan dan ke kiri untuk mencegah terjadinya trombosis dan

tromboemboli, hari kedua ibu diperbolehkan duduk. Pada hari ketiga ibu dianjurkan berjalan-jalan dan pada hari keempat atau hari kelima diperbolehkan pulang. Makanan yang dikonsumsi sebaiknya mengandung protein, sayur-sayuran, dan buah-buahan (Mochtar, 2013).

Masa nifas dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu. Asuhan masa nifas diperlukan dalam periode ini karena merupakan masa kritis ibu maupun bayinya. Diperkirakan bahwa 60% kematian ibu akibat kehamilan terjadi setelah persalinan, dan 50% kematian masa nifas terjadi dalam 24 jam pertama (Saifuddin, 2010).

## **2. Tujuan Asuhan Masa Nifas**

Menurut Syaifuddin (2010), tujuan asuhan masa nifas terdiri dari :

### **a. Tujuan Umum**

Membantu ibu dan pasangannya selama masa transisi awal mengasuh anak

### **b. Tujuan Khusus**

- 1) Menjaga kesehatan ibu dan bayi baik fisik maupun psikologisnya
- 2) Melaksanakan skrining yang komprehensif, Mendeteksi masalah, mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu dan bayinya.
- 3) Memberikan pendidikan kesehatan, tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, KB, menyusui, pemberian imunisasi dan perawatan bayi sehat.
- 4) Memberikan pelayanan keluarga berencana



### 3. Tahapan Masa Nifas

- a. Puerpurium dini yaitu suatu masa kepulihan dimana ibudiperbolehkan untuk berdiri dan berjalan-jalan
- b. Puerpurium intermedial yaitu suatu masa kepulihan dari organ - organ reproduksi selama kurang lebih 6-8 minggu
- c. Remote puerpurium yaitu waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat bisa berminggu-minggu, berbulan-bulan, atau tahunan

### 4. Kunjungan Masa Nifas

Menurut Sunarti (2013), paling sedikit empat kali kunjungan masa nifas dilakukan untuk menilai status ibu dan bayi baru lahir, dan untuk mencegah, mendeteksi, dan menangani masalah-masalah yang terjadi.

**Tabel 2.4 Kunjungan Masa Nifas**

Kunjung	Waktu	Tujuan
1	Persalinan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri</li> <li>2) Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, rujuk bila perdarahan berlanjut</li> <li>3) Memberikan konseling pada ibu dan keluarga tentang cara mencegah perdarahan yang disebabkan atonia uteri.</li> <li>4) Pemberian ASI awal.</li> <li>5) Mengajarkan cara mempererat hubungan antara ibu dan bayi baru lahir.</li> <li>6) Menjaga bayi tetap sehat melalui pencegahan hipotermi.</li> <li>7) Setelah bidan melakukan pertolongan persalinan, maka bidan harus menjaga ibu dan bayi untuk 2 jam pertama setelah kelahiran atau sampai keadaan ibu dan bayi baru lahir dalam keadaan baik.</li> </ol>
2	6 hari setelah persalinan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memastikan involusi uterus berjalan dengan normal, uterus berkontraksi dengan baik, tinggi fundus uteri di bawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal.</li> <li>2. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi dan</li> </ol>

			perdarahan.
			3. Memastikan ibu mendapat istirahat yang cukup.
			4. Memastikan ibu mendapat makanan yang bergizi dan cukup cairan
			5. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan benar serta tidak ada tanda-tanda kesulitan menyusui.
			6. Memberikan konseling tentang perawatan bayi baru lahir.
3	2 minggu setelah persalinan		Asuhan pada 2 minggu post partum sama dengan asuhan yang di berikan pada kunjungan 6 hari post partum.
4	6 minggu setelah persalinan	1.	Menyakan penyulit yang di alami ibu selama masa nifas
		2.	Memberikan konseling KB secara dini

(Sunarti, 2013)

## 5. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

Menurut Fraser (2010), Terlepasnya plasenta dari dinding rahim menimbulkan perubahan fisiologis pada jaringan otot dan jaringan ikat, karena disebabkan menurunnya kadar estrogen dan progesteron dalam tubuh, perubahan-perubahan fisiologis itu meliputi:

### a. Perubahan sistem reproduksi

Segera setelah pengeluaran plasenta, fundus uteri yang berkontraksi tersebut terletak sedikit di bawah umbilikus. Dua hari setelah kelahiran, uterus mulai mengalami pengerutan hingga kembali ke ukuran sebelum hamil yaitu 100g atau kurang (Cunningham,2014). Perubahan uterus dalam keseluruhannya disebut involusi uteri (Rukiyah, 2010). Selain uterus, serviks juga mengalami involusi bersamaan dengan uterus, hingga 6 minggu setelah persalinan serviks menutup (Trisnawati, 2012).

Pada masa nifas dari jalan lahir ibu mengeluarkan cairan mengandung darah dan sisa jaringan desidua yang nekrotik dari dalam uterus (Lochia). Lochia berbau amis atau anyir dengan volume yang berbeda-beda pada setiap wanita . Pengeluaran lochia berlangsung pada hari pertama setelah persalinan hingga 6

minggu setelah persalinan dan mengalami perubahan warna serta jumlahnya karena proses involusi (Mansyur, 2014).

Berdasarkan waktu dan warnanya pengeluaran lochia dibagi menjadi 4 jenis:

- 1) lochia rubra, lochia ini muncul pada hari pertama sampai hari ketiga masa postpartum, warnanya merah karena berisi darah segar dari jaringan sisa-sisa plasenta
- 2) lochia sanginolenta, berwarna merah kecoklatan dan muncul di hari keempat sampai hari ketujuh
- 3) lochia serosa, lochia ini muncul pada hari ketujuh sampai hari keempatbelas dan berwarna kuning kecoklatan
- 4) lochia alba, berwarna putih dan berlangsung 2 sampai 6 minggu postpartum (Marmi, dan Mansyur, 2014).

b. Perubahan sistem pencernaan

Sistem pencernaan selama kehamilan dipengaruhi oleh beberapa hal, diantaranya tingginya kadar progesteron yang dapat mengganggu keseimbangan cairan tubuh, meningkatkan kolestrol darah, dan melambatkan kontraksi otot-otot polos. Pasca melahirkan, kadar progesteron juga mulai menurun. Namun demikian, faal usus memerlukan waktu 3-4 hari untuk kembali normal. Beberapa hal yang berkaitan dengan perubahan pada sistem pencernaan, antara lain:

1) Nafsu Makan

Pasca melahirkan biasanya ibu merasa lapar, karena metabolisme ibu meningkat saat proses persalinan, sehingga ibu dianjurkan untuk meningkatkan konsumsi makanan, termasuk mengganti kalori, energi, darah dan cairan yang

telah dikeluarkan selama proses persalinan. Ibu dapat mengalami perubahan nafsu makan. Pemulihan nafsu makan diperlukan waktu 3–4 hari sebelum faal usus kembali normal. Meskipun kadar progesteron menurun setelah melahirkan, asupan makanan juga mengalami penurunan selama satu atau dua hari.

## 2) Motilitas

Secara fisiologi terjadi penurunan tonus dan motilitas otot traktus pencernaan menetap selama waktu yang singkat beberapa jam setelah bayi lahir, setelah itu akan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Pada postpartum SC dimungkinkan karena pengaruh analgesia dan anastesia bisa memperlambat pengembalian tonus dan motilitas ke keadaan normal.

## 3) Pengosongan Usus

Pasca melahirkan, ibu sering mengalami konstipasi. Hal ini disebabkan tonus otot usus menurun selama proses persalinan dan awal masa pascapartum. Pada keadaan terjadi diare sebelum persalinan, enema sebelum melahirkan, kurang asupan nutrisi, dehidrasi, hemoroid ataupun laserasi jalan lahir, meningkatkan terjadinya konstipasi postpartum. Sistem pencernaan pada masa nifas membutuhkan waktu beberapa hari untuk kembali normal. Beberapa cara agar ibu dapat buang air besar kembali teratur, antara lain pengaturan diet yang mengandung serat buah dan sayur, cairan yang cukup, serta pemberian informasi tentang perubahan eliminasi dan penatalaksanaannya pada ibu. Biasanya ibu mengalami

obstipasi setelah persalinan. Hal ini terjadi karena pada waktu melahirkan sistem pencernaan mendapat tekanan menyebabkan kolon menjadi kosong, kurang makan, dan laserasi jalan lahir (Trisnawati, 2012).

c. Perubahan sistem perkemihan

Diuresis postpartum normal terjadi dalam 24 jam setelah melahirkan sebagai respon terhadap penurunan estrogen. Kemungkinan terdapat spasme sfingter dan edema leher buli-buli sesudah bagian ini mengalami tekanan kepala janin selama persalinan. Protein dapat muncul di dalam urine akibat perubahan otolitik di dalam uterus (Rukiyah, 2010).

d. Perubahan sistem Muskuloskeletal

Otot-otot uterus berkontraksi segera setelah persalinan. Pembuluh-pembuluh darah yang berada di antara anyaman otot-otot uterus akan terjepit. Proses ini akan menghentikan perdarahan setelah placenta dilahirkan. Ligamen-ligamen, diafragma pelvis, serta fascia yang meregang pada waktu persalinan, secara berangsur-angsur menjadi pulih kembali ke ukuran normal. Pada sebagian kecil kasus uterus menjadi retrofleksi karena ligamentum retundum menjadi kendur. Stabilitas secara sempurna terjadi pada 6-8 minggu setelah persalinan. Sebagai akibat putusnya serat-serat kulit dan distensi yang berlangsung lama akibat besarnya uterus pada waktu hamil, dinding abdomen masih agak lunak dan kendur untuk sementara waktu. Untuk memulihkan kembali jaringan-jaringan penunjang alat genitalia, serta otot-otot dinding perut dan dasar panggul, dianjurkan untuk melakukan latihan atau senam nifas, bisa

dilakukan sejak 2 hari post partum. Ligamen, fasia, dan diafragma pelvis yang meregang pada waktu persalinan, setelah bayi lahir berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali (Mansyur, 2014).

e. Perubahan sistem hematologi

Pada akhir kehamilan, kadar fibrinogen dan plasma serta faktor-faktor pembekuan darah meningkat. Pada hari pertama postpartum, kadar fibrinogen dan plasma akan sedikit menurun tetapi darah lebih mengental dengan peningkatan viskositas, dan juga terjadi peningkatan faktor pembekuan darah serta terjadi Leukositosis dimana jumlah sel darah putih dapat mencapai 15.000 selama persalinan akan tetap tinggi dalam beberapa hari pertama dari masa postpartum. Jumlah sel darah putih tersebut masih bisa naik lagi sampai 25.000-30.000, terutama pada ibu dengan riwayat persalinan lama. Kadar hemoglobin, hemotokrit, dan eritrosit akan sangat bervariasi pada awal-awal masa postpartum sebagai akibat dari volume placenta dan tingkat volume darah yang berubah-ubah. Kira – kira selama persalinan normal dan masa postpartum terjadi kehilangan darah sekitar 250-500 ml. (Trisnawati, 2012).

f. Perubahan sistem endokrin

Setelah melahirkan, sistem endokrin kembali kepada kondisi seperti sebelum hamil. Hormon kehamilan mulai menurun segera setelah plasenta lahir. Penurunan hormon estrogen dan progesteron menyebabkan peningkatan prolaktin dan menstimulasi air susu. Perubahan fisiologis yang terjadi pada ibu setelah melahirkan melibatkan perubahan yang progresif atau pembentukan jaringan-jaringan baru. Selama proses kehamilan

dan persalinan terdapat perubahan pada sistem endokrin, terutama pada hormon-hormon yang berperan dalam proses tersebut. Berikut ini perubahan hormon dalam sistem endokrin pada masa postpartum.

1) Oksitosin

Oksitosin disekresikan dari kelenjar hipofisis posterior. Pada tahap kala III persalinan, hormon oksitosin berperan dalam pelepasan plasenta dan mempertahankan kontraksi, sehingga mencegah perdarahan. Isapan bayi dapat merangsang produksi ASI dan meningkatkan sekresi oksitosin, sehingga dapat membantu uterus kembali ke bentuk normal.

2) Prolaktin

Menurunnya kadar estrogen menimbulkan terangsangnya kelenjar hipofisis posterior untuk mengeluarkan prolaktin. Hormon ini berperan dalam pembesaran payudara untuk merangsang produksi ASI. Pada ibu yang menyusui bayinya, kadar prolaktin tetap tinggi sehingga memberikan umpan balik negatif, yaitu pematangan folikel dalam ovarium yang ditekan. Pada wanita yang tidak menyusui tingkat sirkulasi prolaktin menurun dalam 14 sampai 21 hari setelah persalinan, sehingga merangsang kelenjar gonad pada otak yang mengontrol ovarium untuk memproduksi estrogen dan progesteron yang normal, pertumbuhan folikel, maka terjadilah ovulasi dan menstruasi.

3) Estrogen dan progesteron

Selama hamil volume darah normal meningkat, diperkirakan bahwa tingkat kenaikan hormon estrogen yang tinggi memperbesar hormon antidiuretik yang meningkatkan volume darah. Disamping itu, progesteron mempengaruhi otot halus yang mengurangi perangsangan dan peningkatan pembuluh darah yang sangat mempengaruhi saluran kemih, ginjal, usus, dinding vena, dasar panggul, perineum dan vulva, serta vagina.

#### 4) Hormon plasenta

Human chorionic gonadotropin (HCG) menurun dengan cepat setelah persalinan dan menetap sampai 10% dalam 3 jam hingga hari ke 7 postpartum. Enzyme insulinasi berlawanan efek diabetogenik pada saat Penurunan hormon human placenta lactogen (HPL), estrogen dan kortisol, serta placenta kehamilan, sehingga pada masa postpartum kadar gula darah menurun secara yang bermakna. Kadar estrogen dan progesteron juga menurun secara bermakna setelah plasenta lahir, kadar terendahnya dicapai kira-kira satu minggu postpartum. Penurunan kadar estrogen berkaitan dengan dieresis ekstraseluler berlebih yang terakumulasi selama masa hamil. Pada wanita yang tidak menyusui, kadar estrogen mulai meningkat pada minggu ke 2 setelah melahirkan dan lebih tinggi dari ibu yang menyusui pada postpartum hari ke 17.

#### 5) Hormon hipofisis dan fungsi ovarium

Waktu mulainya ovulasi dan menstruasi pada ibu menyusui dan tidak menyusui berbeda. Kadar prolaktin



serum yang tinggi pada wanita menyusui berperan dalam menekan ovulasi karena kadar hormon FSH terbukti sama pada ibu menyusui dan tidak menyusui, di simpulkan bahwa ovarium tidak berespon terhadap stimulasi FSH ketika kadar prolaktin meningkat. Kadar prolaktin meningkat secara progresif sepanjang masa hamil. Pada ibu menyusui kadar prolaktin tetap meningkat sampai minggu ke 6 setelah melahirkan. Kadar prolaktin serum dipengaruhi oleh intensitas menyusui. Untuk ibu yang menyusui dan tidak menyusui akan mempengaruhi lamanya ia mendapatkan menstruasi. Sering kali menstruasi pertama itu bersifat anovulasi yang dikarenakan rendahnya kadar estrogen dan progesteron.

Human Chorionic Gonadotropin (HCG) menurun dengan cepat dan menetap sampai 10 % dalam 3 jam hingga hari ke-7 postpartum (Mansyur, 2014).

g. Perubahan sistem kardiovaskuler

Perubahan volume darah bergantung pada beberapa faktor, misalnya kehilangan darah selama melahirkan dan mobilisasi, serta pengeluaran cairan ekstrasvaskular (edema fisiologis). Kehilangan darah merupakan akibat penurunan volume darah total yang cepat, tetapi terbatas. Setelah itu terjadi perpindahan normal cairan tubuh yang menyebabkan volume darah menurun dengan lambat. Pada minggu ke-3 dan ke-4 setelah bayi lahir, volume darah biasanya menurun sampai mencapai volume darah sebelum hamil. Pada persalinan pervaginam, ibu kehilangan darah sekitar

300-400 cc. Tiga perubahan fisiologi sistem kardiovaskuler pascapartum yang terjadi pada wanita antara lain sebagai berikut.

- 1) Hilangnya sirkulasi uteroplasenta yang mengurangi ukuran pembuluh darah maternal 10-15%.
- 2) Hilangnya fungsi endokrin placenta yang menghilangkan stimulus vasodilatasi.
- 3) Terjadinya mobilisasi air ekstrasvaskular yang disimpan selama wanita hamil.

Denyut jantung, volume dan curah jantung meningkat sepanjang masa hamil. Segera setelah wanita melahirkan, keadaan ini meningkat bahkan lebih tinggi selama 30-60 menit karena darah yang biasanya melintasi sirkulasi uteroplacenta tiba-tiba kembali ke sirkulasi umum. Nilai ini meningkat pada semua jenis kelahiran. Curah jantung biasanya tetap naik dalam 24-48 jam postpartum dan menurun ke nilai sebelum hamil dalam 10 hari (Cunningham et al., 2012).

#### h. Perubahan tanda-tanda vital

Pada ibu masa nifas terjadi perubahan tanda-tanda vital, meliputi:

- 1) Suhu tubuh

24 jam setelah melahirkan suhu badan naik sedikit ( $37,5^{\circ}\text{C}$ - $38^{\circ}\text{C}$ ) sebagai dampak dari kerja keras waktu melahirkan, kehilangan cairan yang berlebihan, dan kelelahan (Trisnawati, 2012).

## 2) Nadi

Sehabis melahirkan biasanya denyut nadi akan lebih cepat dari denyut nadi normal orang dewasa (60-80x/menit) (Trisnawati, 2012).

## 3) Tekanan darah

Biasanya tidak berubah, kemungkinan bila tekanan darah tinggi atau rendah karena terjadi kelainan seperti perdarahan dan preeklamsia (Mansyur, 2014).

## 4) Pernapasan

Frekuensi pernafasan normal orang dewasa adalah 16-24 kali per menit. Pada ibu post partum umumnya pernafasan lambat atau normal. Bila pernafasan pada masa post partum menjadi lebih cepat, kemungkinan ada tanda-tanda syok (Rukiyah, 2010)

### i. Perubahan payudara

Pada saat kehamilan sudah terjadi pembesaran payudara karena pengaruh peningkatan hormon estrogen, untuk mempersiapkan produksi ASI dan laktasi. Payudara menjadi besar ukurannya bisa mencapai 800 gr, keras dan menghitam pada areola mammae di sekitar puting susu, ini menandakan dimulainya proses menyusui. Proses IMD ini dapat mencegah perdarahan dan merangsang produksi ASI. Pada hari ke 2 hingga ke 3 postpartum sudah mulai diproduksi ASI matur yaitu ASI berwarna. Setelah melahirkan, ketika hormon yang dihasilkan plasenta tidak ada lagi, maka terjadi *positive feed back hormone* (umpan balik positif), yaitu kelenjar pituitary akan mengeluarkan hormon prolaktin (hormon *laktogenik*). Sampai hari ketiga setelah

melahirkan, efek prolaktin pada payudara mulai bisa dirasakan. Pembuluh darah payudara menjadi membesar terisi darah, sehingga timbul rasa hangat. Ketika bayi menghisap puting, reflek saraf merangsang kelenjar posterior hipofisis untuk mensekresi hormon oksitosin. Oksitosin merangsang reflek *let down* sehingga menyebabkan ejeksi ASI melalui sinus laktiferus payudara ke duktus yang terdapat pada puting (Cunningham et al., 2012).

## **6. Perubahan Psikologis Masa Nifas**

Menurut Marmi (2011), perubahan peran wanita biasa menjadi seorang ibu memerlukan adaptasi sehingga ibu dapat melakukan perannya dengan baik. Fase-fase yang akan dialami oleh ibu pada masa nifas antara lain :

### *a. Fase taking in*

Merupakan periode ketergantungan yang berlangsung pada hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Pada saat itu, fokus perhatian ibu terutama pada dirinya sendiri. Pengalaman selama proses persalinan berulang kali diceritakannya.

### *b. Fase taking hold*

Adalah fase yang berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Pada fase ini, ibu merasa khawatir tidak mampu pada tanggung jawabnya dalam merawat bayi.

### *c. Fase letting go*

Merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah dapat menyesuaikan diri, merawat diri dan bayinya, serta kepercayaan dirinya sudah meningkat.

## 7. Kebutuhan Dasar Masa Nifas

Menurut Saifuddin (2014), ibu yang berada dalam masa nifas mempunyai kebutuhan dasar khusus agar dapat melewati masa nifas dengan aman, sehat dan sejahtera sekaligus menunjang keberhasilan menyusui. Beberapa kebutuhan dasar ibu selama masa nifas dan menyusui, yaitu :

### a. Nutrisi dan cairan

Ibu nifas memerlukan nutrisi dan cairan untuk pemulihan kondisi kesehatan setelah melahirkan, cadangan tenaga serta untuk memenuhi produksi air susu. Ibu nifas dianjurkan untuk memenuhi kebutuhan akan gizi, yaitu :

- 1) Mengonsumsi makanan tambahan, kurang lebih 500 kalori tiap hari.
- 2) Makan dengan diet gizi seimbang untuk memenuhi kebutuhan karbohidrat, protein, lemak, vitamin, dan mineral.
- 3) Minum sedikitnya 3 liter setiap hari.
- 4) Mengonsumsi tablet besi selama 40 hari post partum.
- 5) Mengonsumsi vitamin A 200.000 intra unit.

### b. Ambulasi

Ambulasi dini (*Early Ambulation*) adalah mobilisasi segera setelah ibu melahirkan dengan membimbing ibu untuk bangun dari tempat tidurnya 24-48 jam setelah melahirkan. Keuntungan *early ambulation* adalah :

- 1) Ibu merasa lebih sehat dan kuat
- 2) Fungsi usus, sirkulasi, paru dan perkemihan lebih baik
- 3) Memungkinkan untuk mengajarkan perawatan bayi pada ibu
- 4) Mencegah thrombosis pada pembuluh tungkai

5) Sesuai dengan keadaan Indonesia (sosial ekonomis)

c. Eliminasi

1) Miksi

Buang air sebaiknya dilakukan secepatnya. Miksi disebut normal bila dapat buang air kecil spontan setiap 3-4 jam.

2) Defekasi

Biasanya 2-3 hari post partum masih sulit buang air besar. Jika ibu pada hari ke tiga belum juga buang air besar maka diberikan obat supositoria dan minum air hangat. Agar dapat buang air besar secara teratur, pemberian cairan yang banyak, makanan cukup serat, dan olahraga.

d. Kebersihan diri

1) Perawatan payudara

a) Menjaga payudara tetap bersih dan kering terutama puting susu dengan menggunakan BH yang menyokong payudara.

b) Apabila puting susu lecet oleskan colostrum atau ASI yang keluar pada sekitar puting susu setiap selesai menyusui.

c) Apabila lecet sangat berat dapat diistirahatkan selama 24 jam, ASI dikeluarkan dan diminumkan dengan menggunakan sendok.

d) Untuk menghilangkan nyeri ibu dapat diberikan paracetamol 1 tablet setiap 4-6 jam.

2) Perawatan perineum

Caranya dibersihkan dengan sabun yang lembut minimal sekali sehari. Membersihkan dimulai dari simpisis sampai anus sehingga tidak terjadi infeksi. Ibu diberitahu caranya mengganti pembalut yaitu bagian dalam jangan sampai terkontaminasi

oleh tangan. Pembalut yang sudah kotor harus diganti paling sedikit 4 kali sehari. Ibu diberitahu tentang jumlah, warna, dan bau lochea sehingga apabila ada kelainan dapat diketahui secara dini.

e. Istirahat

Ibu nifas memerlukan istirahat yang cukup, istirahat tidur yang dibutuhkan ibu nifas sekitar 8 jam pada malam hari dan 1 jam pada siang hari. Ibu sebaiknya melakukan kegiatan rumah tangga secara perlahan. Pada saat bayi tidur siang, ibu sebaiknya ikut tidur. Kurang istirahat dapat menyebabkan :

- 1) Jumlah ASI berkurang
- 2) Memperlambat proses involusi uteri
- 3) Menyebabkan depresi dan ketidakmampuan dalam merawat bayi sendiri

f. Seksual

Ibu yang baru melahirkan boleh melakukan hubungan seksual kembali setelah 6 minggu persalinan. Batas waktu 6 minggu didasarkan atas pemikiran pada masa itu semua luka akibat persalinan, termasuk luka episiotomi dan luka bekas *Secio Caesarea* (SC) biasanya telah sembuh dengan baik.

g. Latihan senam nifas

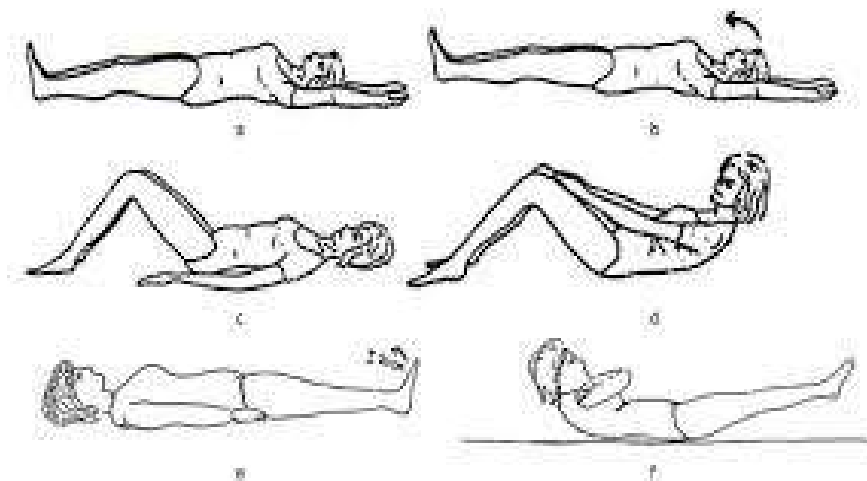
Pada nifas yang berlangsung selama kurang lebih 6 minggu, ibu membutuhkan latihan-latihan tertentu yang dapat mempercepat proses involusi. Senam nifas adalah senam yang dilakukan oleh ibu setelah persalinan, setelah keadaan ibu normal (pulih kembali).

Tujuan senam nifas adalah sebagai berikut :

- 1) Membantu mempercepat pemulihan kondisi ibu
- 2) Mempercepat proses involusi uteri
- 3) Membantu memulihkan dan mengencangkan otot panggul, perut dan perineum
- 4) Memperlancar pengeluaran lochea
- 5) Merelaksasikan otot-otot yang menunjang proses kehamilan dan persalinan
- 6) Mengurangi kelainan dan komplikasi masa nifas

Manfaat senam nifas antara lain :

- 1) Membantu memperbaiki sirkulasi darah
- 2) Memperbaiki sikap tubuh dan punggung pasca persalinan
- 3) Memperbaiki otot tonus, pelviks dan peregangan otot abdomen
- 4) Memperbaiki dan memperkuat otot panggul
- 5) Membantu ibu lebih relaks dan segar pasca melahirkan



**Gambar 2.4 Senam Nifas**

Sumber: Saifuddin, 2014



## 8. *Sibling Rivalry*

### 1) Pengertian *Sibling Rivalry*

Sibling dalam konsep psikologi diartikan sebagai saudara laki-laki atau perempuan yang tinggal bersama dalam satu pengasuhan orang tua yang sama. Sibling dapat merupakan saudara kandung, saudara tiri atau saudara adopsi. Hubungan antar sibling adalah hubungan yang abadi, sibling berbagi banyak hal dengan sesama sibling dan menerima atau menolak nilai-nilai yang sama dari orang tua yang sama (Bee dan Boyd dalam Rahmawati, 2013).

Sibling rivalry adalah kecemburuan, persaingan dan pertengkaran antara saudara laki-laki dan saudara perempuan, hal ini terjadi pada semua orang tua yang mempunyai dua anak atau lebih (Lusa, 2010).

### 2) Dampak *Sibling Rivalry*

Dampak *sibling rivalry* ada tiga yaitu dampak pada diri sendiri, pada saudara kandung dan pada orang lain (Hurlock, 2010).

- a) Dampak *sibling rivalry* pada diri sendiri yaitu adanya tingkah laku regresi, *self efficacy* rendah.
- b) Dampak sibling rivalry terhadap saudara yaitu agresi, tidak mau berbagi dengan saudara, tidak mau membantu saudara dan mengadukan saudara.
- c) Selain dampaknya kepada diri sendiri dan dampak kepada saudara, *sibling rivalry* juga berdampak pada orang lain. Ketika pola hubungan antara anak dan saudara kandungnya tidak baik maka sering terjadi pola hubungan yang tidak baik

tersebut akan dibawa anak kepada pola hubungan sosial diluar rumah.

### 3) *Penyebab Sibling Rivalry*

Banyak faktor yang menyebabkan *sibling rivalry*, antara lain (Lusa, 2010):

- a) Masing-masing anak bersaing untuk menentukan pribadi mereka, sehingga ingin menunjukkan pada saudara mereka.
- b) Anak merasa kurang mendapatkan perhatian, disiplin dan mau mendengarkan dari orang tua mereka.
- c) Anak-anak merasa hubungan dengan orang tua mereka terancam oleh kedatangan anggota keluarga baru/ bayi.
- d) Tahap perkembangan anak baik fisik maupun emosi yang dapat mempengaruhi proses kedewasaan dan perhatian terhadap satu sama lain.
- e) Anak frustrasi karena merasa lapar, bosan atau letih sehingga memulai pertengkaran (memukul, mencubit, menendang, berteriak).
- f) Kemungkinan, anak tidak tahu cara untuk mendapatkan perhatian atau memulai permainan dengan saudara mereka.
- g) Dinamika keluarga dalam memainkan peran. Pemikiran orang tua tentang agresi dan pertengkaran anakyang berlebihan dalam keluarga adalah normal.
- h) Tidak memiliki waktu untuk berbagi, berkumpul bersama dengan anggota keluarga.
- i) Orang tua mengalami stres dalam menjalani kehidupannya.
- j) Anak-anak mengalami stres dalam kehidupannya.

- k) Cara orang tua memperlakukan anak dan menangani konflik yang terjadi pada mereka.

4) Segi Positif *Sibling Rivalry*

Meskipun *sibling rivalry* mempunyai pengertian yang negatif tetapi ada segi positifnya, antara lain:

- a) Mendorong anak untuk mengatasi perbedaan dengan mengembangkan beberapa keterampilan penting.
- b) Cara cepat untuk berkompromi dan bernegosiasi.
- c) Mengontrol dorongan untuk bertindak agresif. Oleh karena itu agar segi positif tersebut dapat dicapai, maka orang tua harus menjadi fasilitator.

5) Mengatasi *Sibling Rivalry*

Beberapa hal yang perlu diperhatikan orang tua untuk mengatasi *sibling rivalry*, sehingga anak dapat bergaul dengan baik, antara lain:

- a) Tidak membandingkan antara anak satu sama lain.
- b) Membiarkan anak menjadi diri pribadi mereka sendiri.
- c) Menyukai bakat dan keberhasilan anak-anak Anda.
- d) Membuat anak-anak mampu bekerja sama daripada bersaing antara satu sama lain.
- e) Memberikan perhatian setiap waktu atau pola lain ketika konflik biasa terjadi.
- f) Mengajarkan anak-anak Anda cara-cara positif untuk mendapatkan perhatian dari satu sama lain.
- g) Bersikap adil sangat penting, tetapi disesuaikan dengan kebutuhan anak. Sehingga adil bagi anak satu dengan yang lain berbeda.

- h) Merencanakan kegiatan keluarga yang menyenangkan bagi semua orang.
  - i) Meyakinkan setiap anak mendapatkan waktu yang cukup dan kebebasan mereka sendiri.
  - j) Orang tua tidak perlu langsung campur tangan kecuali saat tanda-tanda akan kekerasan fisik.
  - k) Orang tua harus dapat berperan memberikan otoritas kepada anak-anak, bukan untuk anak-anak.
  - l) Orang tua dalam memisahkan anak-anak dari konflik tidak menyalahkan satu sama lain.
  - m) Jangan memberi tuduhan tertentu tentang negatifnya sifat anak.
  - n) Kesabaran dan keuletan serta contoh-contoh yang baik dari perilaku orang tua sehari-hari adalah cara pendidikan anak-anak untuk menghindari *sibling rivalry* yang paling bagus (Lusa, 2010).
- 6) Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Sibling Rivalry

Ada beberapa faktor yang mempengaruhi terjadinya *sibling rivalry* pada seorang anak faktor-faktor tersebut antara lain:

- a) Usia anak saat hadirnya adik dalam keluarga

*Sibling rivalry* biasanya muncul ketika selisih usia saudara kandung terlalu dekat, karena kehadiran adik dianggap menyita waktu dan perhatian terlalu banyak orang tua. Jarak usia yang lazim memicu munculnya *sibling rivalry* adalah jarak usia antara 1-3 tahun dan muncul pada usia 3-5 tahun kemudian muncul kembali pada usia 8-12 tahun, dan pada umumnya, *sibling rivalry* lebih sering terjadi pada anak

yang berjenis kelamin sama dan khususnya perempuan (Setiawan, 2013).

b) Jenis kelamin

Anak laki-laki dan perempuan bereaksi yang berbeda terhadap saudara kandung yang sama jenis kelaminnya atau berbeda jenis kelaminnya. Misalnya kakak perempuan akan lebih banyak mengatur adik perempuannya daripada adik laki-lakinya atau anak laki-laki lebih sering bertengkar dengan kakak atau adiknya yang juga berjenis kelamin laki-laki daripada dengan perempuan, biasanya mereka lebih cenderung melindungi kakak atau adik perempuannya. Ketika usia pada akhir masa anak-anak, antagonisme antar jenis kelamin akan semakin kuat dan menyebar dalam rumah lalu menjadikan konflik-konflik hebat antara mereka. (Hurlock, 2011).

c) Urutan anak dalam keluarga

Perubahan paling nyata adalah perubahan perilaku ibu terhadap kakak. Keadaan adik yang masih bayi serta kondisinya yang masih lemah dan tidak berdaya membuat ibu memberi perhatian yang berlebih kepada adik. Pada awalnya kakak belum merasa terganggu dengan perubahan perilaku ibu. Namun karena biasanya perubahan perilaku ibu berlangsung menetap, maka mulai timbul rasa tidak nyaman pada kakak. Salah satu rasa tidak nyaman tersebut dapat dilihat dengan munculnya emosi kakak terhadap adik, yaitu emosi cemburu yang dimulai sekitar 2 tahun dan semakin meningkat dengan bertambahnya usia anak (Hurlock, 2011).

## 9. Tanda Bahaya Masa Nifas

Saifuddin, (2014) menjelaskan terdapat tanda-tanda bahaya pada ibu nifas diantaranya adalah :

### 1) Perdarahan *postpartum*

Perdarahan *postpartum* didefinisikan sebagai hilangnya darah 500 ml atau lebih dari organ-organ reproduksi setelah selesainya kala III persalinan. Perdarahan *postpartum* adalah penyebab penting kematian ibu.  $\frac{1}{4}$  dari kematian ibu yang disebabkan oleh perdarahan yaitu (*placenta previa*, *solusio placenta*, kehamilan ektopik, abortus, dan *rupture uteri*).

Perdarahan *postpartum* dapat diklasifikasikan sebagai berikut:

#### a) Perdarahan *postpartum primer*

Perdarahan *postpartum primer* yaitu perdarahan pasca persalinan yang terjadi dalam 24 jam pertama kelahiran. Penyebab utama perdarahan *postpartum primer* adalah *atonia uteri*, *retensio placenta*, *sis placenta*, robekan jalan lahir, dan *inversion uteri*.

#### b) Perdarahan *postpartum sekunder*

Perdarahan *postpartum sekunder* yaitu perdarahan pasca persalinan yang terjadi setelah 24 jam pertama kelahiran. Perdarahan *postpartum sekunder* disebabkan oleh infeksi, penyusutan rahim yang tidak baik, atau sisa *placenta* yang tertinggal.

**Tabel 2.5 Penilaian klinis penyebab pendarahan postpartum**

No	Gejala dan tanda yang selalu ada	Diagnosa
a.	1. Uterus tidak berkontraksi dan lembek 2. Perdarahan segera setelah bayi lahir	Atonia Uteri
b.	1. Perdarahan segera 2. Darah segar yang mengalir 3. Segera setelah bayi lahir 4. Kontraksi uterus baik 5. Placenta lahir lengkap	Robekan jalan lahir
c.	1. Placenta belum lahir setelah 30 menit 2. Perdarahan segera 3. Kontraksi uterus baik	Retensio plasenta
d.	1. Placenta atau sebagian selaput tidak lengkap 2. Perdarahan segera	Tertinggalnya sebagian plasenta
e.	1. Uterus tidak teraba 2. Lumen vagina terisi mas 3. Tampak tali pusat 4. Perdarahan segera 5. Nyeri sedikit atau berat	Inversio uteri
f.	1. Subinvolusi uterus 2. Nyeri tekan perut bawah 3. Perdarahan lebih dari 24 jam setelah persalinan	Sisa plasenta
g.	1. Perdarahan segera 2. Nyeri perut berat	Ruptur uteri

Sumber : Saifuddin, 2014

## 2) Endometritis

Tanda gejala endometritis adalah sebagai berikut :

- a. Peningkatan demam secara persisten hingga 40°C.
- b. Takikardi
- c. Menggigil dengan infeksi berat
- d. Nyeri tekan uteri menyebar secara lateral.
- e. Nyeri panggul dengan pemeriksaan bimanual.
- f. Sub-involusi.
- g. *Lochea* sedikit, tidak berbau, atau berbau tidak sedap, serta *lochea* seropurulenta.

### 3) Tromboflebitis

Tromboflebitis adalah penjarangan infeksi melalui vena yang merupakan penyebab kematian karena infeksi puerpularis. Dua vena yang terlibat adalah vena-vena dinding rahim dan ligament latum (vena ovarica, vena uterina, dan vena hipogastrika). Vena tungkai (vena femoralis, vena poplitea, vena saphena).

### 4) Emboli masa nifas

Emboli adalah penyumbatan mendadak pada pembuluh darah arteri oleh bekuan atau benda asing yang terbawa oleh aliran darah. Resiko trombosis vena selama 6 minggu pertama setelah persalinan sangat tinggi dibandingkan dengan keseluruhan resiko kehamilan. Pada minggu-minggu pertama setelah melahirkan trombosis kemungkinan disebabkan oleh perubahan koagulasi karena operasi/pembedahan, infeksi postnatal, atau imobilisasi.

## 10. Konsep Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas

Menurut Sunarti (2013), asuhan masa nifas diperlukan dalam periode ini karena merupakan masa kritis baik ibu maupun bayinya.

Asuhan pada masa nifas normal meliputi :

- a. Pengkajian data fisik.
- b. Merumuskan diagnosis/masalah aktual/masalah potensial.
- c. Merencanakan asuhan kebidanan.
- d. Evaluasi secara terus-menerus.
- e. Pelaksanaan asuhan kebidanan.
- f. Evaluasi dan asuhan kebidanan



## 11. Kunjungan nifas

Menurut Saleha (2011) asuhan yang diberikan dalam kunjungan nifas adalah :

- a. Kunjungan I (6 – 8 jam post partum)
  - 1) Mencegah perdarahan masa nifas akibat atonia uteri
  - 2) Mendeteksi dan perawatan penyebab lain perdarahan serta melakukan rujukan bila perdarahan berlanjut
  - 3) Memberikan konseling pada ibu dan keluarga tentang cara mencegah perdarahan yang disebabkan atonia uteri
  - 4) Pemberian ASI awal
  - 5) Menjaga kehangatan bayi
- b. Kunjungan II (6 hari post partum)
  - 1) Memastikan involusi uteri berjalan dengan normal(kontraksi uterus baik, TFU di bawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal),
  - 2) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, perdarahan
  - 3) Memastikan ibu mendapat istirahat yang cukup
  - 4) Memastikan ibu mendapat makanan yang bergizi dan cukup cairan
  - 5) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan benar serta tidak ada tanda-tanda kesulitan menyusui
  - 6) Memberikan konseling tentang perawatan bayi baru lahir
- c. Kunjungan III (2 minggu post partum)

Asuhan yang diberikan sama dengan asuhan yang diberikan pada kunjungan 6 hari post partum
- d. Kunjungan IV (6 minggu post partum)

Menanyakan penyulit-penyulit yang dialami ibu selama masa nifas, memberikan konseling KB secara dini

## **12. Manajemen Laktasi**

### **1) Definisi Manajemen Laktasi**

Manajemen Laktasi adalah merupakan segala daya upaya yang dilakukan untuk membantu ibu mencapai keberhasilan dalam menyusui bayinya. Usaha ini dilakukan terhadap dalam tiga tahap, yakni pada masa kehamilan (antenatal), sewaktu ibu dalam persalinan sampai keluar rumah sakit (perinatal), dan masa menyusui selanjutnya sampai anak berumur 2 tahun (postnatal) (Susiana, H. 2012).

Manajemen Laktasi adalah tata laksana yang diperlukan untuk menunjang keberhasilan menyusui. Dalam pelaksanaannya terutama dimulai pada masa kehamilan, segera setelah persalinan dan pada masa menyusui selanjutnya (Direktorat Gizi Masyarakat, 2010).

### **2) Tahapan Manajemen Laktasi Pada Ibu Hamil**

Menurut Mayunani (2012) tahapan manajemen laktasi pada ibu hamil yaitu:

- a) Meyakinkan diri sendiri akan keberhasilan menyusui dan bahwa ASI adalah amanah ilahi.
- b) Makan dengan teratur, peuh gizi dan seimbang.
- c) Mengikuti bimbingan persiapan menyusui yang terdapat di setiap klinik laktasi dirumah sakit.
- d) Melaksanakan pemeriksaan kehamilan secara teratur.
- e) Mengikuti senam hamil.

### 3) Manajemen Laktasi (Penggunaan Laktasi)

Menurut Maryunani (2012) penggunaan laktasi yaitu:

- a) Pendidikan kesehatan/penyuluhan kesehatan kepada pasien dan keluarga tentang manfaat menyusui dan manfaat rawat gabung.
  - b) Adanya dukungan keluarga.
  - c) Adanya dukungan dan kemampuan petugas kesehatan.
  - d) Pemeriksaan payudara. Persiapan payudara dan puting susu.
  - e) Pergunakan air untuk membersihkan puting susu, jangan sabun.
  - f) Pemakaian BH yang memadai (jangan memakai lapisan plastik).
  - g) Gizi yang bermutu : Ekstra 3000 kalori per hari terutama protein.
  - h) Pemberian preparat besi dan asam folik (sesuai protokol institusi masing-masing).
  - i) Penambahan berat badan yang memadai adalah 11 – 13 kg.
- 4) Cara hidup sehat (hindarkan merokok, alkohol, Langkah-

#### Langkah Kegiatan Manajemen Laktasi

Menurut Maryunani (2012) langkah-langkah kegiatan manajemen laktasi yaitu:

- a) Memberikan komunikasi, informasi dan edukasi mengenai manfaat dan keunggulan ASI, manfaat menyusui bagi ibu, bayi dan keluarga serta cara pelaksanaan manajemen laktasi.
- b) Menyakinkan ibu hamil agar ibu mau dan mampu menyusui bayinya.

- c) Melakukan pemeriksaan kesehatan, kehamilan dan payudara. Disamping itu, perlu pula dipantau kenaikan berat badan ibu hamil selama kehamilan.
- d) Memperhatikan kecukupan gizi dalam makanan sehari-hari termasuk mencegah kekurangan zat besi. Jumlah makanan sehari-hari perlu ditambah mulai kehamilan trimester ke-2 (minggu ke 13-26) menjadi 1-2 kali porsi dari jumlah makanan pada saat sebelum hamil untuk kebutuhan gizi ibu hamil.
- e) Menciptakan suasana keluarga yang menyenangkan. Penting pula perhatian keluarga terutama suami kepada istri yang sedang hamil untuk memberikan dukungan dan membesarkan hatinya bahwa kehamilan merupakan anugerah dan tugas yang mulia

#### **2.1.4 Konsep Dasar Bayi Baru Lahir**

##### **1. Pengertian Bayi Baru Lahir**

Bayi baru lahir (neonatus) adalah bayi yang berusia 0-28 hari (Kementerian Kesehatan RI, 2010). Bayi baru lahir adalah bayi berusia satu jam yang lahir pada usia kehamilan 37-42 minggu dan berat badannya 2.500-4000 gram (Dewi, 2010).

##### **2. Ciri – Ciri Bayi Baru Lahir Normal**

Bayi baru lahir normal mempunyai ciri-ciri berat badan lahir 2500-4000 gram, umur kehamilan 37-40 minggu, bayi segera menangis, bergerak aktif, kulit kemerahan, menghisap ASI dengan baik, dan tidak ada cacat bawaan (Kementerian Kesehatan RI, 2010).

Bayi baru lahir normal memiliki panjang badan 48-52 cm, lingkar dada 30-38 cm, lingkar lengan 11-12 cm, frekuensi denyut jantung 120-160 x/menit, pernapasan 40-60 x/menit, lanugo tidak terlihat dan rambut kepala tumbuh sempurna, kuku agak panjang dan lemas, nilai APGAR >7, refleks-refleks sudah terbentuk dengan baik (*rooting, sucking, morro, grasping*), organ genitalia pada bayi laki-laki testis sudah berada pada skrotum dan penis berlubang, pada bayi perempuan vagina dan uretra berlubang serta adanya labia minora dan mayora, mekonium sudah keluar dalam 24 jam pertama berwarna hitam kecoklatan (Dewi, 2010).

### 3. Klasifikasi Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir atau neonatus di bagi dalam beberapa kasifikasi menurut Marmi (2015) , yaitu :

- a. Neonatus menurut masa gestasinya :
  - 1) Kurang bulan (preterm infant) : < 259 hari (37 minggu)
  - 2) Cukup bulan (term infant) : 259-294 hari (37-42 minggu)
  - 3) Lebih bulan (postterm infant) : > 294 hari (42 minggu atau lebih)
- b. Neonatus menurut berat badan lahir :
  - 1) Berat lahir rendah : < 2500 gram
  - 2) Berat lahir cukup : 2500-4000 gram
  - 3) Berat lahir lebih : > 4000 gram
- c. Neonatus menurut berat lahir terhadap masa gestasi (masa gestasi dan ukuran berat lahir yang sesuai untuk masa kehamilan) :
  - a) Nenonatus cukup/kurang/lebih bulan (NCB/NKB/NLB)

b) Sesuai/kecil/besar untuk masa kehamilan (SMK/KMK/BMK)

#### 4. Tahapan Bayi Baru Lahir

Menurut Marmi (2015) tahapan bayi baru lahir yaitu:

- a) Tahap I terjadi segera setelah lahir, selama menit-menit pertama kelahiran. Pada tahap ini digunakan sistem scoring 10 apgar untuk fisik dan *scoring gray* untuk interaksi bayi dan ibu.
- b) Tahap II disebut tahap transisional reaktifitas. Pada tahap II dilakukan pengkajian selama 24 jam pertama terhadap adanya perubahan perilaku.
- c) Tahap III disebut tahap priodik, pengkajian dilakukan setelah 24 jam pertama yang meliputi pemeriksaan seluruh tubuh.

#### 5. Penilaian Bayi Baru Lahir

Marmi (2011) APGAR skor menjelaskan hal – hal yang harus di nilai pada bayi baru lahir adalah :

**Tabel 2.6 APGAR skor**

TANDA	NILAI 0	NILAI 1	NILAI 2
<i>Appearance</i> (warna kulit)	Pucat/biru seluruh tubuh	Tubuh merah ekstremitas biru	Seluruh tubuh kemerahan
<i>Pulserate</i> (denyutjantung)	Tidak ada	<100	>100
<i>Grimace</i> (tonus otot)	Tidak ada	Ekstremitassedikitfleksi	Gerakan aktif
<i>Activity</i> (aktivitas)	Tidak ada	Sedikit gerak	Langsung menangis
Respiration (pernafasan)	Tidak ada	Lemah/tidak teratur	Menangis kuat

Sumber : marmi, 2011.

- a. Nilai 1 - 3 asfeksia berat
- b. Nilai 4 – 6 asfeksia sedang
- c. Nilai 7 – 10 asfeksia ringan

## 6. Pemeriksaan Fisik Bayi Baru Lahir

Pengkajian fisik pada bayi baru lahir merupakan suatu proses yang dilakukan di kamar bersalin setelah bayi lahir dan pengkajian ini merupakan bagian dari prosedur perawatan segera bayi baru Marmi (2011).

Tujuan dari pemeriksaan fisik pada bayi baru lahir adalah untuk memastikan normalitas dan mendeteksi adanya penyimpangan normal. Dalam pelaksanaannya harus diperhatikan agar bayi tidak kedinginan, dan dapat ditunda apabila suhu tubuh bayi rendah atau bayi tampak tidak sehat.

Adapun pemeriksaan fisik pada bayi baru lahir menurut Marmi (2011) adalah :

### a. Pengukuran antropometri

- 1) Penimbangan berat badan
- 2) Pengukuran panjang badan
- 3) Ukur lingkar kepala
- 4) Ukur lingkar dada

### b. Pemeriksaan Fisik

#### 1) Kepala

a) Raba sepanjang garis sutura dan fontanel, apakah ukuran dan tampilannya normal. sutura yang berjarak lebar mengindikasikan bayi preterm, *moulding* yang buruk atau hidrosefalus

b) Periksa adanya trauma kelahiran misalnya caput suksedaneum, sefal hematoma, perdarahan subapneurotik atau fraktur tulang tengkorak

- c) Perhatikan adanya kelainan congenital seperti anansefali, mokrosefali, kraniotabes dan sebagainya

## 2) Wajah

Wajah harus tampak simetris. Terkadang wajah bayi tampak asimetris karena posisi bayi di intrauteri. Perhatikan kelainan khas seperti *syndrome down* atau *syndrome piere robin*. Perhatikan wajah akibat trauma lahir seperti laserasi,

## 3) Mata

- a) Periksa jumlah, posisi atau letak mata.
- b) Periksa adanya strabismus yaitu koordinasi mata yang belum sempurna.
- c) Periksa adanya *glaucoma congenital*, mulanya akan tampak sebagai pembesaran kemudian sebagai kekeruhan pada kornea.
- d) Katarak congenital akan mudah terlihat yaitu pupil berwarna putih. Pupil harus bulat. Terkadang ditemukan bentuk seperti lubang kunci (kolobama) yang dapat mengindikasikan adanya defek retina.

## 4) Hidung

- a) Bayi harus bernapas dengan hidung, jika melalui mulut kemungkinan adanya obstruksi jalan napas karena atresiakoana bilateral, fraktur tulang hidung atau ensefalokel yang menonjol ke nasofaring.
- b) Periksa adanya secret yang mukopurulen yang terkadang berdarah, hal ini memungkinkan adanya sifilis congenital.



- c) Periksa adanya pernapasan cuping hidung, jika cuping hidung mengembang menunjukkan adanya gangguan pernapasan

#### 5) Leher

- a) Leher bayi biasanya pendek dan harus diperiksa kesimetrisannya. Pergerakan harus baik. Jika terdapat keterbatasan gerakan kemungkinan adanya kelainan tulang leher.
- b) adanya trauma leher yang menyebabkan kerusakan pada fleksus brakhialis.
- c) Lakukan perabaan untuk mengidentifikasi adanya pembengkakan. Periksa adanya pembesaran kelenjar tyroid dan vena jugularis

#### 6) Dada

- a) Periksa kesimetrisan gerakan dada saat bernapas. Apabila tidak simetris kemungkinan bayi mengalami pneumotoraks paresis diafragma atau hernia diafragmatika. Pernapasan yang normal dinding dada dan abdomen bergerak secara bersamaan. Tarikan sternum atau interkostal pada saat bernapas perlu diperhatikan.
- b) Pada bayi cukup bulan, putting susu sudah terbentuk dengan baik dan tampak simetris.
- c) Payudara dapat tampak membesar tetapi ini normal.

#### 7) Abdomen

- a) Abdomen harus tampak bulat dan bergerak secara bersamaan dengan gerakan dada saat bernapas. Kaji adanya pembengkakan.

- b) Jika perut sangat cekung kemungkinan terdapat hernia diafragmatika
  - c) Abdomen yang membuncit kemungkinan karena hepatosplenomegali atau tumor lainnya.
  - d) Jika perut kembung kemungkinan adanya eterokilitis vesikalis, omfalokel atau ductus omfaloentrikus persisten.
- 8) Genetalia
- a) Pada bayi laki-laki panjang penis 3-4 cm dan lebar 1-1,3 cm. Periksa lubang uretra. Prepusium tidak boleh ditarik karena menyebabkan fimosis.
  - b) Periksa adanya hipospadia dan epispadia.
  - c) Skrotum harus dipalpasi untuk memastikan testis ada dua.
  - d) Pada bayi perempuan cukup bulan labia mayora menutupi labia minora.
  - e) Lubang uretra terpisah dengan lubang vagina.
  - f) Terkadang tampak adanya secret yang berdarah dari vagina, hal ini disebabkan oleh pengaruh hormone ibu
- 9) Anus dan rectum
- Periksa adanya kelainan atresia ani, kaji posisinya. Mekonium secara umum keluar pada 24 jam pertama, jika sampai 48 jambelum keluar kemungkinan adanya mekonium plug sindrom megakolon atau obstruksi saluran pencernaan.
- 10) Tungkai
- a) Periksa kesimetrisan tungkai dan kaki. Periksa panjang kedua kaki dengan meluruskan keduanya dan bandingkan.

- b) Kedua tungkai harus dapat bergerak bebas. Kurangnya gerakan berkaitan dengan adanya trauma, misalnya fraktur, kerusakan neurologis.
- c) Periksa adanya polidaktili atau sidaktili pada jari kaki.

#### 11) Kulit

Perhatikan kondisi kulit bayi.

- a) Periksa adanya ruam dan bercak atau tanda lahir.
- b) Periksa adanya pembengkakan.
- c) Perhatikan adanya vernik kaseosa.
- d) Perhatikan adanya lanugo, jumlah yang terdapat pada bayi kurang bulan.

### 7. Penatalaksanaan Umum Bayi Baru Lahir

Semua bayi diperiksa segera setelah lahir untuk mengetahui apakah transisi dari kehidupan intrauterine ke ekstrauterine berjalan dengan lancar dan tidak ada kelainan. Pemeriksaan medis komprehensif dilakukan dalam 24 jam pertama kehidupan. Pemeriksaan rutin pada bayi baru lahir harus dilakukan, tujuannya untuk mendeteksi kelainan atau anomali kongenital yang muncul pada setiap kelahiran dalam 10-20 per 1000 kelahiran, pengelolaan lebih lanjut dari setiap kelainan yang terdeteksi pada saat antenatal, mempertimbangkan masalah potensial terkait riwayat kehamilan ibu dan kelainan yang diturunkan, dan memberikan promosi kesehatan, terutama pencegahan terhadap sudden infant death syndrome (SIDS) (Lissauer, 2013).

Asuhan bayi baru lahir meliputi :

- a. Pencegahan Infeksi (PI)

b. Penilaian awal untuk memutuskan resusitasi pada bayi

Untuk menilai apakah bayi mengalami asfiksia atau tidak dilakukan penilaian sepintas setelah seluruh tubuh bayi lahir dengan tiga pertanyaan :

- 1) Apakah kehamilan cukup bulan?
- 2) Apakah bayi menangis atau bernapas/tidak megap-megap?
- 3) Apakah tonus otot bayi baik/bayi bergerak aktif?

Jika ada jawaban “tidak” kemungkinan bayi mengalami asfiksia sehingga harus segera dilakukan resusitasi. Penghisapan lendir pada jalan napas bayi tidak dilakukan secara rutin (Kementerian Kesehatan RI, 2013)

c. Pemotongan dan perawatan tali pusat

Setelah penilaian sepintas dan tidak ada tanda asfiksia pada bayi, dilakukan manajemen bayi baru lahir normal dengan mengeringkan bayi mulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks, kemudian bayi diletakkan di atas dada atau perut ibu. Setelah pemberian oksitosin pada ibu, lakukan pemotongan tali pusat dengan satu tangan melindungi perut bayi. Perawatan tali pusat adalah dengan tidak membungkus tali pusat atau mengoleskan cairan/bahan apa pun pada tali pusat (Kementerian Kesehatan RI, 2013).

Perawatan rutin untuk tali pusat adalah selalu cuci tangan sebelum memegangnya, menjaga tali pusat tetap kering dan terpapar udara, membersihkan dengan air, menghindari dengan alkohol karena menghambat pelepasan tali pusat, dan melipat popok di bawah umbilikus (Lissauer, 2013).

d. Inisiasi menyusui dini (IMD)

Setelah bayi lahir dan tali pusat dipotong, segera letakkan bayi tengkurap di dada ibu, kulit bayi kontak dengan kulit ibu untuk melaksanakan proses IMD selama 1 jam. Biarkan bayi mencari, menemukan puting, dan mulai menyusui. Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan IMD dalam waktu 60-90 menit, menyusui pertama biasanya berlangsung pada menit ke 45-60 dan berlangsung selama 10-20 menit dan bayi cukup menyusui dari satu payudara (Kementerian Kesehatan RI, 2013).

Jika bayi belum menemukan puting ibu dalam waktu 1 jam, posisikan bayi lebih dekat dengan puting ibu dan biarkan kontak kulit dengan kulit selama 30-60 menit berikutnya. Jika bayi masih belum melakukan IMD dalam waktu 2 jam, lanjutkan asuhan perawatan neonatal esensial lainnya (menimbang, pemberian vitamin K, salep mata, serta pemberian gelang pengenal) kemudian dikembalikan lagi kepada ibu untuk belajar menyusui (Kementerian Kesehatan RI, 2013).

e. Pencegahan kehilangan panas melalui tunda mandi selama 6 jam, kontak kulit bayi dan ibu serta menyelimuti kepala dan tubuh bayi (Kementerian Kesehatan RI, 2013).

f. Pemberian salep mata / tetes mata

Pemberian salep atau tetes mata diberikan untuk pencegahan infeksi mata. Beri bayi salep atau tetes mata antibiotika profilaksis (tetrasiklin 1%, oxytetrasiklin 1% atau antibiotika lain). Pemberian salep atau tetes mata harus tepat 1 jam setelah kelahiran. Upaya pencegahan infeksi mata tidak efektif jika

diberikan lebih dari 1 jam setelah kelahiran (Kementerian Kesehatan RI, 2013).

- g. Pencegahan perdarahan melalui penyuntikan vitamin K1 dosis tunggal di paha kiri

Pemberian vitamin K sebagai profilaksis melawan hemorrhagic disease of the newborn dapat diberikan dalam suntikan yang memberikan pencegahan lebih terpercaya, atau secara oral yang membutuhkan beberapa dosis untuk mengatasi absorpsi yang bervariasi dan proteksi yang kurang pasti pada bayi (Lissauer, 2013). Vitamin K dapat diberikan dalam waktu 6 jam setelah lahir (Lowry, 2014).

- h. Pemberian imunisasi Hepatitis B (HB 0) dosis tunggal di paha kanan

Imunisasi Hepatitis B diberikan 1-2 jam di paha kanan setelah penyuntikan vitamin K1 yang bertujuan untuk mencegah penularan Hepatitis B melalui jalur ibu ke bayi yang dapat menimbulkan kerusakan hati (Kementerian Kesehatan RI, 2010).

- i. Pemeriksaan bayi baru lahir (BBL)

Pemeriksaan BBL bertujuan untuk mengetahui sedini mungkin kelainan pada bayi. Bayi yang lahir di fasilitas kesehatan dianjurkan tetap berada di fasilitas tersebut selama 24 jam karena risiko terbesar kematian BBL terjadi pada 24 jam pertama kehidupan. saat kunjungan tindak lanjut (KN) yaitu 1 kali pada umur 1-3 hari, 1 kali pada umur 4-7 hari dan 1 kali pada umur 8-28 hari (Kementerian Kesehatan RI, 2010).

j. Pemberian ASI Eksklusif

ASI eksklusif adalah pemberian ASI tanpa makanan dan minuman tambahan lain pada bayi berusia 0-6 bulan dan jika memungkinkan dilanjutkan dengan pemberian ASI dan makanan pendamping sampai usia 2 tahun (Purwanti, 2012).

## 8. Adaptasi Bayi Baru Lahir Terhadap Kehidupan Di Luar Rahim

Menurut Marmi (2011), adaptasi neonatal (bayi baru lahir) adalah proses penyesuaian fungsional neonatus dari kehidupan di dalam uterus ke kehidupan di luar uterus. Adaptasi neonatus meliputi:

a. Sistem pernafasan.

Selama dalam uterus, janin mendapat oksigen dari pertukaran gas melalui plasenta, setelah bayi lahir pertukaran gas terjadi pada paru-paru (setelah tali pusat di potong). Saat kepala bayi melewati jalan lahir, ia akan mengalami penekanan yang tinggi pada toraksnya, dan tekanan ini akan hilang dengan tiba-tiba setelah bayi lahir. Proses mekanis ini menyebabkan cairan yang ada di dalam paru-paru hilang karena terdorong ke bagian perifer paru untuk kemudian diabsorpsi. Karena terstimulasi oleh sensor kimia, suhu, serta mekanis akhirnya bayi memulai aktivitas nafas untuk pertama kali.

Tekanan *intratoraks* yang negatif disertai dengan aktivasi napas yang pertama memungkinkan adanya udara masuk ke dalam paru-paru. Setelah beberapa kali napas pertama, udara dari luar mulai mengisi jalan napas pada trakea dan bronkus, akhirnya semua alveolus mengembang karena terisi udara. Fungsi alveolus dapat maksimal jika dalam paru-paru bayi terdapat surfaktan yang

adekuat. Surfaktan membantu menstabilkan dinding alveolus sehingga alveolus tidak kolaps saat akhir napas

b. Jantung dan sirkulasi darah

Aliran darah dari plasenta berhenti pada saat tali pusat di klem. Tindakan ini menyebabkan suplai oksigen ke plasenta menjadi tidak ada dan menyebabkan reaksi selanjutnya. Sebagian besar darah janin yang teroksigenasi melalui paru-paru mengalir melalui lubang antara atrium kanan dan kiri yang disebut *foramen ovale*. Darah yang kaya akan oksigen ini kemudian secara istimewa mengalir ke otak melalui *duktus arteriosus*.

Karena tali pusat di klem, sistem bertekanan rendah yang berada pada unit janin plasenta terputus sehingga berubah menjadi sistem sirkulasi tertutup, bertekanan tinggi, dan berdiri sendiri. Efek yang terjadi segera setelah tali pusat di klem adalah peningkatan tahanan pembuluh darah sistemik. Hal yang paling penting adalah peningkatan tahanan pembuluh darah dan tarikan nafas pertama terjadi secara bersamaan. Oksigen dari nafas pertama tersebut menyebabkan sistem pembuluh darah berelaksasi dan terbuka sehingga paru-paru menjadi sistem bertekanan rendah.

c. Saluran pencernaan

Kemampuan bayi baru lahir cukup bulan untuk menelan dan mencerna makanan (selain susu) masih terbatas. Hubungan antara *esofagus* bawah dan lambung masih belum sempurna yang mengakibatkan gumoh pada bayi baru lahir dan neonatus. Kapasitas lambung sendiri sangat terbatas yaitu kurang dari 30 cc untuk seorang bayi baru lahir cukup bulan dan kapasitas lambung

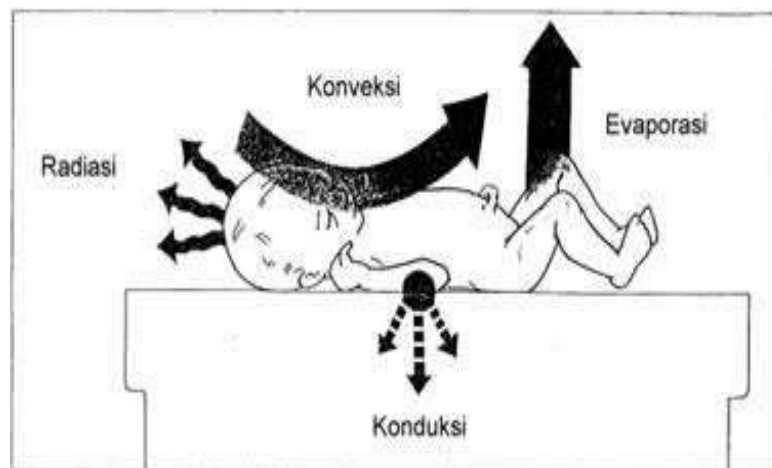


ini akan bertambah secara lambat bersamaan dengan pertumbuhannya.

d. Produksi panas (suhu tubuh)

Suhu tubuh normal pada neonatus adalah  $36,5-37,5^{\circ}\text{C}$  melalui pengukuran pengukuran di aksila dan rectum. Jika nilainya turun di bawah  $36,5^{\circ}\text{C}$  maka bayi mengalami hipotermia. Bayi dapat kehilangan panas atau mengalami penurunan panas melalui empat mekanisme, yaitu :

- 1) Konduksi yaitu panas dihantarkan dari tubuh bayi ke tubuh benda disekitarnya yang kontak langsung dengan tubuh bayi.
- 2) Konveksi yaitu panas hilang dari tubuh bayi ke udara sekitarnya yang sedang bergerak.
- 3) Radiasi yaitu panas dipancarkan dari bayi baru lahir, keluar tubuhnya ke lingkungan yang lebih dingin.
- 4) Evaporasi yaitu kehilangan panas melalui proses penguapan cairan tubuh bayi.



**Gambar 2.5 Mekanisme Kehilangan Panas Tubuh Bayi**

Sumber : Marmi, 2011.

e. Keseimbangan cairan dan fungsi ginjal

Ginjal bayi baru lahir menunjukkan penurunan aliran darah, ginjal, dan penurunan kecepatan filtrasi glomerulus, kondisi ini mudah menyebabkan retensi cairan. Bayi baru lahir mengeksresikan sedikit urine pada 48 jam pertama kehidupan, yaitu hanya 30-60 ml. Normalnya dalam urine tidak terdapat protein atau darah.

f. Immunologi

Sistem imunitas bayi baru lahir masih belum matang, sehingga menyebabkan neonatus rentan terhadap berbagai infeksi dan alergi. Sistem imunitas yang matang akan memberikan kekebalan alami maupun yang didapat. Kekebalan alami terdiri dari struktur pertahanan tubuh yang berfungsi mencegah atau meminimalkan infeksi

## 9. Reflek Bayi Baru Lahir

Marmi (2011), menjelaskan bahwa dalam beberapa minggu pertama kehidupan bayi akan mempertahankan posisi tubuhnya seperti posisi didalam kandungan (posisi janin) yaitu fleksi penuh pada sendi ilengan siku, panggul dan lutut dan memposisikan anggota gerak untuk dekat dengan bagian depan tubuh bayi. Posisi ini akan berubah bila bayi sudah dapat mengontrol gerakannya. BBL memiliki berbagai macam reflek alamiah. Memakai reflek ini akan sangat membantu untuk memahami penyebab beberapa perilaku bayi

Marmi (2011) menjelaskan reflek seorang Bayi Baru Lahir (BBL) meliputi :

- a. Refleksi *glabella* (refleksi berkedip)
- b. Refleksi *rooting* (refleksi mencari)
- c. Refleksi *sucking* (refleksi menghisap)
- d. Refleksi *swallowing* (refleksi menelan)
- e. Refleksi *tonick* (refleksi pada leher bila kepala ditolehkan)
- f. Refleksi *grasping* (refleksi menggenggam jari tangan)
- g. Refleksi *babinski* (refleksi mencengkram jari kaki)
- h. Refleksi *moro* (refleksi terkejut)

#### 10. Tanda Bahaya Bayi Baru Lahir

Sebagian besar bayi akan menangis atau bernafas secara spontan dalam waktu 30 detik setelah lahir menurut Marmi ( 2011):

- a. Bila bayi tersebut menangis atau bernafas (telihat dari pergerakan dada paling sedikit 30x/menit) berikan bayi tersebut dengan ibunya.
- b. Bila bayi tersebut tidak bernafas dalam waktu 30 detik segeralah cari bantuan dan mulailah langkah-langkah resusitasi bayi tersebut.
- c. Penanganan persiapan kebutuhan resusitasi untuk setiap bayi dan siapkan rencana untuk meminta bantuan khususnya bila ibu tersebut memiliki riwayat eklampsia, pendarahan persalinan lama atau macet, persalinan dini atau infeksi.
- d. Jika bayi tidak bisa bernafas lakukan hal-hal sebagai berikut :
  - 1) Keringkan bayi dengan selimut atau handuk yang hangat
  - 2) Gosoklah punggung bayi tersebut dengan lembut
- e. Jika bayi masih belum mulai bernafas setelah 60 detik mulailah resusitasi.

- f. Apabila bayi sianosis (kulit biru) atau sukar bernafas (frekuensi pernafasan < 30 atau >60x/ menit) berilah oksigen kepada bayi dengan kateter nasal atau nasal prongs.

Menurut Marmi (2011) Tanda-tanda Bahaya Bayi dibagi menjadi dua yaitu:

Tanda – tanda bahaya yang harus dikenali oleh ibu yaitu :

- a. Pemberian ASI sulit, sulit menghisap, atau hisapan lemah.
- b. Kesulitan bernafas, yaitu pernafasan cepat >60/menit atau menggunakan otot nafas tambahan.
- c. Letargi, bayi terus-menerus tidur tanpa bangun untuk makan.
- d. Warna abnormal kulit atau bibir biru (sianosis) dan bayi sangat kuning.
- e. Suhu terlalu panas (febris) atau terlalu dingin (hipotermia).
- f. Tanda dan perilaku abnormal atau tidak biasa.
- g. Gangguan gastrointestinal, misalnya tidak bertinja selama 3 hari pertama setelah lahir, muntah terus menerus, muntah dan perut bengkak, tinja hijau tua atau berdarah atau lendir. Mata bengkak atau mengeluarkan cairan.

Tanda - tanda bahaya yang harus di waspadai pada bayi baru lahir:

- a. Pernafasan sulit atau lebih dari 60 kali permenit.
- b. Kehangatan terlalu panas >38° C atau terlalu dingin <36° C.
- c. Warna kuning (terutama pada 24 jam pertama), biru atau pucat, memar.
- d. Pemberian makan, hisapan lemah, mengantuk berlebihan, banyak muntah.
- e. Tali pusat merah, bengkak, keluar cairan (nanah), bau busuk, pernafasan sulit.

- f. Tinja atau kencing tidak berkemih dalam 24 jam, tinja lembek, sering, hijau tua, ada lender dan darah pada tinja.
- g. Aktivitas menggigil atau tangis tidak biasa, sangat mudah tersinggung, lemas, tidak mengantuk, lunglai, kejang, kejang halus, tidak bisa tenang, menangis terus menerus

### **2.1.5 Konsep Dasar Keluarga Berencana (KB)**

#### **1. Pengertian KB**

Keluarga berencana merupakan usaha untuk mengukur jumlah anak dan jarak kelahiran anak yang diinginkan. Maka dari itu, Pemerintah mencanangkan program atau cara untuk mencegah dan menunda kehamilan (Sulistyawati, 2013).

Keluarga berencana adalah usaha untuk mengukur jumlah dan jarak anak yang diinginkan. Untuk dapat mencapai hal tersebut maka dibuatlah beberapa cara atau alternatif untuk mencegah ataupun menunda kehamilan. Pasangan usia subur menggunakan alat kontrasepsi untuk mengikuti program Keluarga Berencana tersebut (Affandi, 2012).

#### **2. Tujuan Keluarga Berencana**

Tujuan dilaksanakan program KB yaitu untuk membentuk keluarga kecil sesuai dengan kekuatan sosial ekonomi suatu keluarga dengan cara pengaturan kelahiran anak agar diperoleh suatu keluarga bahagia dan sejahtera yang dapat memenuhi kebutuhan hidupnya (Sulistyawati, 2013).

### **3. Manfaat KB**

Peningkatan dan perluasan pelayanan keluarga berencana merupakan salah satu usaha untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu yang semakin tinggi akibat kehamilan yang dialami wanita (Sulistyawati, 2012).

### **4. Sasaran KB**

Sasaran program KB dibagi menjadi 2 yaitu sasaran langsung dan sasaran tidak langsung, tergantung dari tujuan yang ingin dicapai. Sasaran langsungnya adalah PUS yang bertujuan untuk menurunkan tingkat kelahiran dengan cara penggunaan kontrasepsi secara berkelanjutan. Sedangkan sasaran tidak langsungnya adalah pelaksana dan pengelola KB, dengan tujuan menurunkan tingkat kelahiran melalui pendekatan kebijaksanaan kependudukan terpadu dalam rangka mencapai keluarga yang berkualitas, keluarga sejahtera (Handayani, 2010).

### **5. Rungan Lingkup KB**

Menurut Sulistyawati (2013) Ruang lingkup program KB secara umum adalah sebagai berikut :

- a. Keluarga berencana
- b. Kesehatan reproduksi remaja
- c. Ketahanan dan pemberdayaan keluarga
- d. Penguatan pelembagaan keluarga kecil berkualitas
- e. Keserasian kebijakan kependudukan
- f. Pengelolaan Sumber Daya Manusia (SDM)
- g. Penyelenggaraan pimpinan kenegaraan dan pemerintahan.

## 6. Dampak Progam KB Terhadap Pencegahan Kelahiran

Dampak progam KB terhadap pencegahan Kelahiran Menurut (Setiyaningrum, 2016) yaitu :

a) Bagi ibu yaitu dengan jalan mengatur jumlah dan jarak kelahirannya maka manfaatnya :

- 1) Perbaikan kesehatan badan karena tercegahnya kehamilan yang berulang kali dalam janka waktu yang terlalu pendek.
- 2) Peningkatan kesehatan mental dan social yang dimungkinkan oleh adanya waktu yang cukup untuk mengasuh anak, beristirahat dan menikmati waktu luang serta melakukan kegiatan yang lainnya.

b) Bagi anak- anak yang dilahirkan, manfaatnya :

- 1) Anak dapat tumbuh secara wajar karena ibu yang mengandungnya dalam keadaan sehat.
- 2) Sesudah lahir, anak mendapat perhatian, pemeliharaan dan makanan yang cukup karena kehadiran anak tersebut memang diinginkan dan direncanakan.

c) Bagi Anak –anak yang lain, manfaatnya :

- 1) Memberi kesempatan kepada anak agar perkembangan fisiknya lebih baik lagi
- 2) Perkembangan mental dan sosialnya lebih sempurna karena pemeliharaan yang lebih baik dan lebih banyak waktu yang dapat diberikan oleh ibu untuk setiap anak.
- 3) Perencanaan kesempatan pendidikan yang lebih baik karena sumber sumber pendapatan keluarga tidak habis untuk mempertahankan hidup semata mata.

d) Bagi ayah, memberi kesempatan kepadanya agar dapat :

- 1) Memperbaiki fisiknya
- 2) Memperbaiki kesehatan mental dan sosial karena kecemasan berkurang serta lebih banyak waktu terulang untuk keluarganya.

## **7. Langkah – langkah konseling KB**

Menurut (Sitiyaningrum, 2016) dalam memberikan konseling hendaknya diterapkan 6 langkah yang dikenal dengan kata SATU TUJU. Kata kunci ini digunakan untuk memudahkan petugas mengingat langkah-langkah yang perlu dilakukan tetapi dalam penerapannya tidak harus dilakukan secara berurutan. Kata kunci SATU TUJU sebagai berikut :

- a. SA : sapa dan salam kepada klien secara sopan dan terbuka. Memberikan tempat yang nyaman saat berbicara untuk menjamin privasi dan keyakinan klien untuk membangun rasa percaya diri. Tanyakan apa yang perlu dibantu dan jelaskan pelayanan apa yang dapat diperolehnya.
- b. T : Tanya klien untuk mendapatkan informasi tentang dirinya dan bantu klien untuk lebih aktif untuk bertanya masah KB dan kesehatan reproduksi, Tanyakan kontrasepsi apa yang ingin digunakan.
- c. U : uraikan kepada klien mengenai pilihannya dan beritahu apa pilihankontrasepsi yang paling mungkin untuk klien, bantu klien pada jenis kontrasepsi yang paling ingin digunakan serta jelaskan jenis yang lain.



- d. TU : bantulah klien untuk memilih kontrasepsi yang paling sesuai dengan keadaan dan kebutuhannya, tanyakan apakah pasangan mendukung pilihan klien.
- e. J : jelaskan secara lengkap tentang kontrasepsi pilihannya setelah klien memilih kontrasepsinya, jelaskan bagaimana penggunaannya, dan jelaskan manfaat ganda dari kontrasepsi.
- f. U : perlunya dilakukan kunjungan ulang untuk pemeriksaan lanjutan atau permintaan kontrasepsi lainnya.

#### **8. Syarat – syarat suatu metode kontrasepsi**

- a. Aman, artinya tidak akan menimbulkan komplikasi berat bila digunakan.
- b. Berdaya guna, dalam arti bila digunakan sesuai dengan aturan akan dapat mencegah terjadinya kehamilan.
- c. Dapat diterima, bukan hanya oleh klien melainkan juga oleh lingkungan budaya di masyarakat.
- d. Terjangkau harganya oleh masyarakat
- e. Bila metode tersebut dihentikan penggunaannya, klien akan segera kembali kesuburannya, kecuali untuk kontrasepsi mantap (Sitiyaningrum, 2016).

#### **9. Faktor – faktor dalam memilih kontrasepsi**

Menurut (Stiyaningrum, 2016) faktor faktor memilih metode kotrasepsi :

- a. Faktor pasangan
  - 1) Umur
  - 2) Gaya hidup

- 3) Frekwensi senggama
  - 4) Jumlah keluarga yang diinginkan
  - 5) Pengalaman dengan kontrasepsi yang lain
  - 6) Sikap kewanitaan dan kepriaan
- b. Faktor Kesehatan
- 1) Status kesehatan
  - 2) Riwayat haid
  - 3) Pemeriksaan fisik
  - 4) Pemeriksaan panggul
- c. Faktor metode kontrasepsi
- 1) Efektifitas
  - 2) Efek samping minor
  - 3) Kerugian
  - 4) Komplikasi-komplikasi yang potensial

## 10. Kontrasepsi

Kontrasepsi yaitu pencegahan terbuahnya sel telur oleh sel sperma (konsepsi) atau pencegahan menempelnya sel telur yang telah dibuahi ke dinding rahim (Nugroho dan Utama, 2014).

Kontrasepsi berasal dari kata “kontra” yang artinya melawan/mencegah dan “konsepsi” artinya pertemuan antara sel telur yang matang dan sel sperma yang mengakibatkan kehamilan. Maksud dari kontrasepsi adalah menghindari/mencegah terjadinya kehamilan sebagai akibat pertemuan antara sel telur matang dengan sel sperma tersebut. (BKKBN, 2015).

## Kontrasepsi suntik



**Gambar 2.8 Kontrasepsi Suntik**

### (a) Efektivitas kontrasepsi KB suntik

Menurut Sulistyawati (2013), kedua jenis kontrasepsi suntik mempunyai efektivitas yang tinggi, dengan 30% kehamilan per 100 perempuan per tahun, jika penyuntikannya dilakukan secara teratur sesuai jadwal yang telah ditentukan. DMPA maupun NET EN sangat efektif sebagai metode kontrasepsi.

### (b) Jenis kontrasepsi suntik

Menurut Menurut Sulistyawati (2013), terdapat dua jenis kontrasepsi suntikan yang hanya mengandung progestin, yaitu :

(1) Depo Mendroksi Progesteron (DMPA), mengandung 150 mg DMPA yang diberikan setiap tiga bulan dengan cara di suntik intramuscular (di daerah pantat).

(2) Depo Noretisteron Enantat (Depo Noristerat), mengandung 200 mg Noretindron Enantat, diberikan

setiap dua bulan dengan cara di suntik intramuscular (di daerah pantat atau bokong).

(c) Cara kerja kontrasepsi suntik

Menurut Sulistyawati (2013) cara kerja kontrasepsi suntik yaitu :

(1)Mencegah ovulasi

(2)Mengentalkan lendir serviks sehingga menurunkan kemampuan penetrasi sperma

(3)Menjadikan selaput lendir rahim tipis dan atrofi

(4)Menghambat transportasi gamet oleh tuba fallopi.

(d) Keuntungan kontrasepsi suntik

Keuntungan pengguna KB suntik yaitu sangat efektif, pencegah kehamilan jangka panjang, tidak berpengaruh pada hubungan seksual, tidak mengandung esterogen sehingga tidak berdampak serius terhadap penyakit jantung dan gangguan pembekuan darah, tidak mempengaruhi ASI, efek samping sangat kecil, klien tidak perlu menyimpan obat suntik, dapat digunakan oleh perempuan usia lebih 35 tahun sampai perimenopause, membantu mencegah kanker endometrium dan kehamilan ektopik, menurunkan kejadian tumor jinak payudara, dan mencegah beberapa penyebab penyakit radang panggul (Sulistyawati, 2013).

(e) Keterbatasan

Adapun keterbatasan dari kontrasepsi suntik menurut Sulistyawati (2013) yaitu:

- (1)Gangguan haid
- (2)Keputihan atau *Leukorhea*
- (3)Jerawat
- (4)Rambut rontok
- (5)Perubahan berat badan
- (6)Perubahan libido

## **2.2 Konsep Dasar Manajemen Kebidanan**

### **2.2.1 Pengertian Manajemen Kebidanan**

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

### **2.2.2 Prinsip Proses Manajemen Kebidanan**

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

- a. 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.
- b. Mengidentifikasi masalah dan membuat diagnose berdasarkan interpretasi data dasar.
- c. Mengidentifikasi kebutuhan terhadap asuhan kesehatan dalam menyelesaikan masalah dan merumuskan tujuan asuhan kesehatan bersama klien.

- d. Memberi informasi dan support agar klien dapat membuat keputusan dan bertanggung jawab terhadap kesehatannya.
- e. Membuat rencana asuhan yang komprehensif bersama klien.
- f. Secara pribadi bertanggung jawab terhadap implementasi rencana individu.
- g. Melakukan konsultasi, perencanaan dan melaksanakan manajemen dengan kolaborasi dan merujuk klien untuk mendapatkan asuhan selanjutnya.
- h. Melaksanakan manajemen terhadap komplikasi tertentu, dalam situasi darurat dan bila ada penyimpangan dari keadaan normal.
- i. 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 :

- a. Langkah I (pertama) : Pengumpulan data dasar

Langkah pertama merupakan awal 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, pemeriksaan.

- b. 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 diagnose yang spesifik.

- c. Langkah III (ketiga) : Mengidentifikasi diagnosa dan masalah potensial pada langkah ini identifikasi data dan masalah potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnose 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.
- d. Langkah IV (keempat) mengidentifikasi dan menetapkan kebutuhan 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.
- e. Langkah V (kelima) : merencanakan asuhan yang komprehensif atau menyeluruh  
Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh ditentukan oleh langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnose atau masalah yang telah diidentifikasi. Pada langkah ini informasi atau data dasar yang tidak lengkap dilengkapi. Suatu rencana asuhan harus sama-sama disetujui oleh bidan wanita yang diberi asuhan agar efektif.
- f. Langkah IV (keenam) Melaksanakan perencanaan dan penatalaksanaan pada langkah keenam 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.

g. 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 didalam 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 berfikir sistematis, dokumentasi dibuat dalam bentuk SOAP (Mufdlilah, 2012).

Langkah-langkah dokumentasi SOAP adalah sebagai berikut :

1. S : Subjective (data subjektif)

Subjektif yaitu menggambarkan pendokumentasian hasil pengumpulan data klien melalui anamnesa sebagai langkah I Varney.

2. O : *Objective* (data objektif)

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 dalam suatu identifikasi atau masalah potensial.

a) Diagnosis / masalah

b) Antisipasi diagnosis / kemungkinan masalah



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

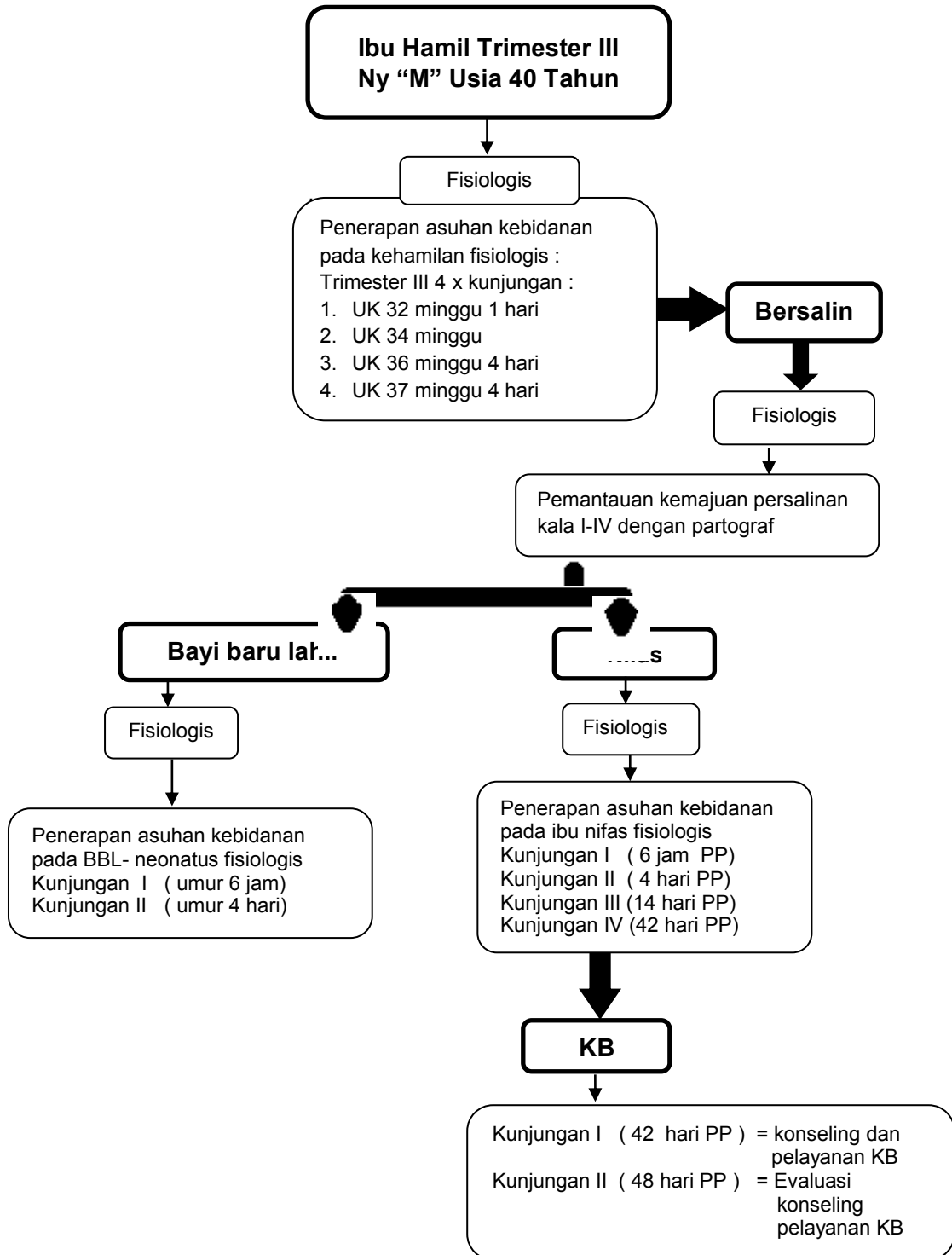
4. P : Planing (perencanaan)

Menggambarkan dokumentasi tingkatan implementasi dan evaluasiperencanaan berdasarkan langkah 5,6,7 Varney

## BAB III

### KERANGKA KONSEP ASUHAN KEBIDANAN

#### 3.1 Kerangka Konsep



Gambar 3.1 KERANGKA KONSEP

### **3.2 Penjelasan Kerangka Konsep**

Kerangka konsep dalam asuhan kebidanan komprehensif ini adalah melakukan asuhan kehamilan pada ibu hamil fisiologis trimester III, dengan melakukan kunjungan rumah sebanyak 4 kali dan dilakukan pengkajian, pemeriksaan serta memberikan konseling.

Asuhan pada ibu bersalin, melakukan pemantauan kemajuan persalinan mulai kala I sampai kala IV dengan melakukan observasi menggunakan lembar partograf. Asuhan masa nifas fisiologis dilakukan kunjungan sebanyak 4 kali, dimulai dari 6 jam setelah persalinan hingga 6 minggu setelah persalinan yaitu dilakukan asuhan kebidanan pemeriksaan dan pemberian konseling selama masa nifas. Asuhan pada bayi baru lahir dilakukan minimal sebanyak 2 kali yaitu pada 6 jam setelah bayi lahir dan kunjungan rumah pada saat bayi berusia 4 hari dengan melakukan asuhan kebidanan bayi baru lahir. Asuhan pada ibu KB dilakukan sebanyak 2 kali kunjungan yaitu kunjungan pertama pada saat pemberian konseling dilanjutkan pemakaian KB suntik 3 bulan, dan kunjungan kedua dilakukan untuk mengevaluasi masalah yang terjadi selama penggunaan KB suntik 3 bulan.

## BAB IV

### LAPORAN PELAKSANAAN ASUHAN

#### 4.1 Asuhan Kehamilan

##### 4.1.1 Asuhan Kebidanan Antenatal I

Tanggal : 01 April 2019  
 Tempat : Rumah Ny. "M"  
 Jam : 12 : 25 WIB  
 Oleh : Resky Puspita Cahyani Saleh

##### a. Data Subyektif

###### 1) Biodata

Nama Istri : Ny. "M"	Nama Suami : Tn. "A"
Umur : 40 Tahun	Umur : 42 Tahun
Agama : Islam	Agama : Islam
Pendidikan : SMA	Pendidikan : SMA
Pekerjaan : IRT	Pekerjaan : Wiraswasta
Alamat : Jl. Bukirsari No. 01 RT 01 RW 08. Kec Lowokwaru	

###### 2) Keluhan Utama

Ibu mengatakan sering merasa lemas dan pusing, dan kadang-kadang merasa kecapean.

###### 3) Riwayat Menstruasi

- a) Menarche : 14 tahun
- b) Siklus : 28 hari
- c) Lamanya : 3-5 hari
- d) Teratur/tidak : Teratur

- e) HPHT : 20 - 8 - 2018
- f) HPL : 27 - 5 - 2019
- g) UK : 32 minggu 1 hari

4) Riwayat Perkawinan

- a) Perkawinan Ke : 1
- b) Usia Kawin : 20 tahun
- c) Lama Kawin : 20 tahun
- d) Jumlah Anak : 3 anak

5) Riwayat Kehamilan, Persalinan, dan Nifas yang Lalu

No	Kehamilan		Persalinan			Anak			Nifas	
	Ke	Uk	Jenis	Penolong	Tempat	Jk	BB	M / H	Keadaan	Lkts
1	I	40 mgg	Normal	Bidan	RB	P	3900	19 <sup>th</sup>	Baik	Lcr
2	II	39 mgg	Normal	Dokter	RB	P	3500	15 th	Baik	Lcr
3	III	39 mgg	Normal	Dokter	RB	L	3500	10 th	Baik	Lcr
4	IV				<i>Hamil</i>	<i>ini</i>				

6) Riwayat KB

Ibu mengatakan setelah kelahiran pertama, ibu telah menggunakan KB suntik selama 3 tahun dan setelah kelahiran kedua juga ibu tetap menggunakan KB suntik selama 4 tahun. Di kelahiran anak ke tiga ini ibu tetap menggunakan KB suntik lagi selama 9 tahun, tapi dikarenakan ibu mengeluhkan tidak haid dan ibu juga sudah terlalu lama menggunakan KB suntik ibu berencana menggantikan KB suntik yang ia pakai dengan KB IUD, tetapi ibu tidak sempat menggunakan KB IUD dikarenakan sudah ada janin didalam perut ibu, jadi ibu berencana setelah kelahiran anak ke empat ini ibu baru menggunakan KB IUD.

#### 7) Riwayat Kehamilan Sekarang

Ibu mengatakan ini adalah kehamilan yang ke empat, usia kehamilannya 8 bulan. Hasil KSPR 14 : 2 skor awal, 4 terlalu lama hamil lagi ( $\geq 10$  th), terlalu tua umur ( $\geq 35$  th), kurang darah 4.

Pada trimester 1, ibu mengeluh mual dan nafsu makannya menurun, tapi dari tenaga kesehatan telah menyampaikan bahwa tetap makan dalam porsi kecil tapi sering dan menghindari makanan yang berlemak dan juga tenaga kesehatan menyampaikan bahwa vitaminnya diminum dan dihabiskan, diberi obat berupa Fe dan Kalk.

Pada trimester 2, ibu masih mengeluhkan nafsu makannya juga menurun tetapi rasa mualnya sudah hilang, tenaga kesehatan tetap menyarankan agar makan-makanan dalam porsi sedikit tapi sering dan tetap menghindari makan-makanan yang berlemak. Lebih mengkonsumsi makanan yang berserat seperti buah-buahan yang bisa memacu nafsu makannya ibu itu sendiri dan tetap diberikan obat yang sama yaitu Fe dan Kalk.

Pada trimester 3, ibu mengeluhkan kadang-kadang merasa pusing dan juga lemas dan telah di lihat dari hasil lab ibu, kadar hemoglobinnya sangat rendah yaitu 9 gr/dl. Tenaga kesehatan menyarankan bahwa ibu bisa mengkonsumsi 7 butir biji kurma dalam sehari, dan juga mengkonsumsi hati ayam, dan sayur bayam, karena dengan mengkonsumsi itu bisa menaikkan hemoglobinnya, dan tetap diberi vitamin berupa Fe 90 tablet.

8) Riwayat Kesehatan Ibu

Ibu mengatakan tidak pernah menderita penyakit menurun (Hipertensi, Asma, DM), menular (PMS, HIV/AIDS, dan Hepatitis), dan juga menahun (Jantung dan Ginjal).

9) Riwayat Psikososial, Ekonomi dan Spiritual

Ibu mengatakan senang dengan kehamilan anaknya yang ke empat, walaupun rencana awal hanya ingin mempunyai 3 anak tetapi ibu menganggap kehamilan ini sudah menjadi anugerah dari Allah SWT. Suami maupun keluarga ikut merasa senang dengan kehamilan yang ke empat ini, dengan begitu suami dan keluarganya sudah menyiapkan biaya untuk persalinan istrinya nanti. Tak lupa, ibu dan sekeluarga juga memohon ridho dari Allah SWT akan kelancaran persalinannya nanti sampai dengan selesai.

10) Riwayat Sosial dan Budaya

Ibu mengatakan hubungan dengan tetangga atau lingkungan sekitar sangat baik, apalagi pada saat ini beliau dipertanggung jawabkan sebagai KADER di wilayah Bukirsari tersebut. Pada kehamilan yang ke empat ini ibu tidak banyak membuat acara-acara seperti 7 bulanan karena mempunyai kesibukan yang menurutnya penting untuk dilakukan. Ibu juga tidak pernah melakukan pemijatan yang menurutnya bertentangan dengan ilmu yang telah ia dapat.

11) Pola Kebiasaan Sehari-hari

a) Pola Nutrisi :

Ibu mengatakan makan 3 x sehari dengan porsi sedikit tapi sering yaitu dengan nasi, lauk pauk pun beragam seperti

ikan, telur, daging, sayur serta di selingi dengan buah-buahan dan juga cemilan-cemilan sehat seperti roti atau biskuit, dan air putih yang sangat diharuskan setiap hari.

b) Pola Eliminasi :

Ibu mengatakan BAK  $\pm$  5 – 7 x sehari, dan BAB 1 x sehari

c) Pola Aktivitas :

Ibu mengatakan melakukan pekerjaan rumah tangga seperti menyapu, mengepel, mencuci, di bantu oleh anak-anaknya dan kadang-kadang suami. Disamping itu ia juga mempunyai aktivitas yang lain yaitu berjualan.

d) Pola Istirahat :

Ibu mengatakan ketika selesai berjualan ibu baru bisa beristirahat yaitu tidur siang  $\pm$  2 jam dan tidur malam  $\pm$  8 jam setiap hari.

e) Pola Hygiene :

Ibu mengatakan mandi sehari 2x, gosok gigi 2x sehari, mengganti pakaian setiap habis mandi atau setiap kali terasa lembab. Keramas 4 x seminggu.

**b. Data Obyektif**

a) Pemeriksaan Umum

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

TTV : TD : 110/80 mmHg N : 86 x/m

S : 36, 2°C RR : 22 x/m

BB sebelum hamil : 60 kg

BB saat kunjungan : 68 kg

IMT : 22.0



Tinggi badan : 165 cm  
 LILA : 27 cm  
 KSPR : 14

b) Pemeriksaan Sistematis

Kepala : Bersih, warna hitam, lurus, tidak rontok dan tidak ada benjolan

Muka : Tidak pucat, tidak oedema dan tidak ada nyeri tekan

Mata : Konjungtiva pucat, sclera putih

Hidung : Tidak ada pernapasan cuping hidung, tidak ada secret, tidak ada nyeri tekan, dan tidak ada polip

Mulut : Tidak ada lesi, tidak ada caries, gusi tidak berdarah, dan tidak bengkak.

Leher : Tidak tampak pembesaran kelenjar *thyroid*, tidak tampak benjolan, dan tidak ada bendungan vena jugularis

Dada : Tidak ada tarikan dinding dada, normal, tidak tampak benjolan dan tidak ada nyeri tekan

Payudara : Simetris kanan dan kiri, puting susu menonjol, *areola hyperpigmentasi*, tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan abnormal, kolostrum belum keluar.

Abdomen : Terdapat *linea nigra*, tidak ada *striae gravidarum*

Leopold I : TFU 27 cm (pertengahan proc xypoideus – pusat), fundus teraba lunak, bulat, tidak melenting (Bokong)

Leopold II : Kanan : Teraba bagian kecil (Ekstremitas)  
 Kiri : Teraba keras, panjang, seperti papan (Punggung).

Leopold III : Teraba keras, bulat, melenting (Kepala)  
 Leopold IV : -  
 DJJ :  $(12 + 13 + 12) \times 4 = 148 \text{ x / menit}$   
 TBJ :  $(27 - 13) \times 155 = 2.170 \text{ gram}$   
 Genetalia : -  
 Ekstremitas :  
 Atas : Tidak oedema, turgor kulit baik  
 Bawah : Tidak oedema, turgor kulit baik.

c) Pemeriksaan Penunjang

Di periksa tanggal 22 Maret 2019 Puskesmas Kendalsari

- (a) Hemoglobin : 9,0 gr/dl
- (b) Protein urine : Negatif
- (c) Urin reduksi : Negatif
- (d) HbsAG : Negatif
- (e) Golongan Darah : O

**c. Analisa Data**

Ny. "M" usia 40 tahun GIV P3003 Ab000 UK 32 minggu 1 hari T/H/I  
 letkep dengan kehamilan resiko tinggi + anemia ringan

**d. Penatalaksanaan**

- a) Memberikan *informed consent* kepada ibu  
 Evaluasi : ibu bersedia menjadi responden
- b) Memberitahu hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga bahwa  
 ibu dan janin dalam keadaan sehat  
 Evaluasi : ibu dan keluarga mengerti dengan keadaan ibu dan  
 janin
- c) Memberi konseling kepada ibu seputar keluhannya seperti pusing,  
 mudah mengantuk dan cepat lelah merupakan tanda umum

anemia. Evaluasi : ibu mengerti dan faham bahwa keluhan yang ibu alami merupakan tanda gejala dari anemia

- d) Menganjurkan ibu untuk mengkonsumsi makan-makanan yang kaya zat besi seperti yang terkandung dalam bahan makanan hewani (daging, hati, telur, ikan, ayam), nabati (tempe, kacang-kacangan, sayuran berwarna hijau, daun katuk) dan buah-buahan yang mengandung vitamin C seperti (jambu biji, tomat, jeruk, papaya, pisang, dan nanas) dan tetap mengkonsumsi tablet Fe.

Evaluasi : Ibu sudah mulai mengkonsumsi makan makanan tersebut seperti daun bayam, sawi, telur, ikan, hati, jeruk, papaya dan pisang meskipun tidak setiap harinya.

- 5) Memberi konseling kepada ibu bahwa dengan kehamilannya yang sekarang ibu mengalami resiko sangat tinggi, karena dengan usianya yang sudah terlalu tua, terlebih lagi dengan jarak kehamilan anak yang ke empat dan jarak anak yang ketiga mempunyai jarak 10 tahun, dan juga dari hasil data subyektif dan obyektif itu ditemukan ibu kurang darah hal itu juga termasuk resiko tinggi bagi ibu, dan ibu seharusnya tidak mempermasalahakan hal itu, dan mendorong ibu agar ibu selalu optimis bahwa dengan resiko sangat tinggi ini ibu bisa melahirkan di tempat yang ia pilih dan meyakinkannya bahwa ia harus yakin bisa melahirkan secara normal.

Evaluasi : ibu mengerti dengan usianya yang sekarang dan jarak kehamilan yang terlalu lama

- 6) Memberitahu ibu agar memeriksakan kehamilannya secara rutin atau kunjungan *Antenatal Care* (ANC)

Eveluasi : Ibu mengerti dan akan melakukannya

7) Menganjurkan ibu untuk melakukan pemeriksaan Lab kembali untuk mengetahui apakah kadar hemoglobinnya telah normal atau tidak

Evaluasi : ibu mengerti dan ibu akan melakukan pemeriksaan kembali

8) Memberitahu ibu tanda-tanda bahaya trimester III yaitu ketuban pecah sebelum waktunya, demam tinggi, bengkak kaki, tangan dan wajah, atau sakit kepala disertai kejang, sulit tidur dan cemas berlebihan, dan perdarahan pada hamil tua.

Evaluasi : ibu paham dengan penjelasan yg telah di jelaskan.

9) Memberitahu ibu kalau akan dilakukan kunjungan rumah 2 minggu lagi.

#### **4.1.2 Asuhan Kebidanan Antenatal II**

Tanggal : 15 April 2019

Tempat : Rumah Ny. "M"

Jam : 15 : 25 WIB

Oleh : Resky Puspita Cahyani Saleh

##### **a. Data Subyektif**

###### 1) Biodata

Nama Istri : Ny. "M"      Nama Suami : Tn. "A"

Umur : 40 Tahun      Umur : 42 Tahun

Agama : Islam      Agama : Islam

Pendidikan : SMA      Pendidikan : SMA

Pekerjaan : IRT      Pekerjaan : Wiraswasta

Alamat : Jl. Bukirsari No. 01 RT 01 RW 08. Kec  
Lowokwaru

## 2) Keluhan Utama

Ibu mengatakan saat ini masih merasa hal yang sama, yaitu masih merasa kecapean dan sedikit lemas tetapi tidak sesering dengan keluhan sebelumnya. Ibu juga mengatakan saat ini punggungnya sudah terasa sakit.

### b. Data Objektif

#### 1. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

TTV : TD : 100/80 mmHg N : 86 x/m  
S : 36,5°C RR : 22 x/m

BB sebelum hamil : 60 kg

BB saat kunjungan : 69 kg

Tinggi badan : 165 cm

#### 2. Pemeriksaan Sistematis

Kepala : Bersih, warna hitam, lurus, tidak rontok dan tidak ada benjolan

Muka : Tidak pucat, tidak oedema dan tidak ada nyeri tekan

Mata : Konjungtiva merah muda, sclera putih

Payudara : Simetris kanan dan kiri, puting susu menonjol, *areola hyperpigmentasi*, tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan abnormal, kolostrum belum keluar.

Abdomen : Terdapat *linea nigra*, tidak ada *striae gravidarum*

Leopold I : TFU 28 cm (pertengahan proc xyoideus – pusat), fundus teraba lunak, bulat, tidak melenting (Bokong)

Leopold II : Kanan : Teraba bagian kecil (Ekstremitas)

Kiri : Teraba keras, panjang, seperti papan  
(Punggung).

Leopold III : Teraba keras, bulat, melenting (Kepala)

Leopold IV : -

DJJ :  $(12 + 11 + 12) \times 4 = 140$  x / menit

TBJ :  $(28 - 13) \times 155 = 2.325$  gram

Genetalia : -

Ekstremitas :

Atas : Tidak oedema, turgor kulit baik

Bawah : Tidak oedema, turgor kulit baik.

#### c. Analisa Data

Ny. "M" usia 40 tahun GIV P3003 Ab000 UK 34 minggu T/H/I letkep dengan kehamilan resiko tinggi + anemia ringan

#### d. Penatalaksanaan

a) Memberitahu hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga bahwa ibu dan janin dalam keadaan sehat

Evaluasi : ibu dan keluarga mengerti dengan keadaan ibu dan janin

b) Memberi konseling kepada ibu seputar keluhanannya seperti merasa kecapean dan masih merasa lemas itu bisa terjadi karena dari data sebelumnya itu ibu mengalami anemia ringan. Selain itu ibu juga sudah merasa punggungnya kadang terasa sakit itu merupakan hal yang normal untuk ibu yang kehamilannya trimester III karena hal tersebut merupakan fisiologis. Punggung sakit yang dirasakan di trimester III ini adalah hal yang fisiologis karena semakin besar usia kehamilan ibu maka semakin berat ibu merasakan beratnya janin itu yang

menyebabkan ibu merasakan sakit punggung. Evaluasi : ibu mengerti dan paham bahwa keluhan yang ibu alami merupakan tanda gejala dari trimester III

- c) Menjelaskan kembali pada ibu apa saja keluhan-keluhan yang dirasakan di trimester III.

Evaluasi : ibu mengerti

- d) Mengingatkan kembali tata laksana nutrisi yang harus dikonsumsi itu merupakan makanan yang kaya akan zat besi seperti hati, sayur bayam, kuning telur, ikan, daging merah dan masih banyak lagi makanan lainnya yang kaya akan zat besi untuk ibu hamil dan juga tetap mengkonsumsi tablet Fe

Evaluasi : ibu mengerti

- e) Mengajukan pemeriksaan lab ulang pada ibu hamil, untuk melihat apakah Hb ibu sudah meningkat atau malah turun

Evaluasi : ibu mengatakan jika saat ini dia masih belum ingin melakukan pemeriksaan penunjang lagi tetapi jika ia melaksanakan apa yang di perintahkan oleh tenaga kesehatan yaitu dengan mengkonsumsi makanan yang berzat besi ia bisa merasa lebih baik.

- f) Menjelaskan kembali tanda-tanda persalinan kepada ibu yaitu perutnya terasa kencang-kencang yang semakin sering, keluar lendir bercampur darah, dan keluarnya ketuban dari jalan lahir.

Evaluasi :ibu mengerti

- g) Memberitahu ibu bahwa akan dilaksanakan kunjungan rumah lagi 2 minggu.

#### 4.1.3 AsuhanKebidanan Antenatal III

Tanggal : 3 Mei 2019  
 Tempat : Rumah Ny. "M"  
 Jam : 09 : 00 WIB  
 Oleh : Resky Puspita Cahyani Saleh

##### a. Data Subyektif

###### 1) Biodata

Nama Istri	: Ny. "M"	Nama Suami	: Tn. "A"
Umur	: 40 Tahun	Umur	: 42 Tahun
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: SMA	Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Wiraswasta
Alamat	: Jl. Bukirsari No. 01 RT 01 RW 08. Kec Lowokwaru		

###### 2) Keluhan Utama

Ibu mengatakan saat ini sudah tidak merasa kecapean dan lemas. tetapi punggungnya tetap terasa sakit dan juga saat ini ibu merasakan kram pada perut bagian bawah.

##### b. Data Objektif

###### 1. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum	: Baik		
Kesadaran	: Composmentis		
TTV	: TD	: 110/80 mmHg	N : 86 x/m
	S	: 36, 5°C	RR : 22 x/m
BB sebelum hamil	: 60 kg		
BB saat kunjungan	: 69 kg		
Tinggi badan	: 165 cm		



## 2. Pemeriksaan Sistematis

Kepala : Bersih, warna hitam, lurus, tidak rontok dan tidak ada benjolan

Muka : Tidak pucat, tidak oedema dan tidak ada nyeri tekan

Mata : Konjungtiva merah muda, sclera putih

Payudara : Simetris kanan dan kiri, puting susu menonjol, *areola hyperpigmentasi*, tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan abnormal, kolostrum belum keluar.

Abdomen : Terdapat *linea nigra*, tidak ada *striae gravidarum*

Leopold I : TFU 29 cm (pertengahan proc xyoideus – pusat), fundus teraba lunak, bulat, tidak melenting (Bokong)

Leopold II : Kanan : Teraba bagian kecil (Ekstremitas)  
Kiri : Teraba keras, panjang, seperti papan (Punggung).

Leopold III : Teraba keras, bulat, melenting (Kepala)

Leopold IV : Kepala sudah masuk PAP (2/5)

DJJ :  $(12 + 11 + 11) \times 4 = 136 \text{ x / menit}$

TBJ :  $(29 - 12) \times 155 = 2.635 \text{ gram}$

Genetalia : -

Ekstremitas :

Atas : Tidak oedema, turgor kulit baik

Bawah : Tidak oedema, turgor kulit baik.

### c. Analisa Data

Ny. "M" usia 40 tahun GIV P3003 Ab000 UK 36 minggu 4 hari T/H/I  
letkep dengan kehamilan resiko tinggi

**d. Penatalaksanaan**

- a) Memberitahu hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga bahwa ibu dan janin dalam keadaan sehat

Evaluasi : ibu dan keluarga mengerti dengan keadaan ibu dan janin

- b) Memberi konseling kepada ibu seputar keluhannya seperti sakit punggung yang dirasakan di trimester III ini adalah hal yang fisiologis karena semakin besar usia kehamilan ibu maka semakin berat ibu merasakan beratnya janin itu yang menyebabkan ibu merasakan sakit punggung. Solusinya jika ibu duduk bisa menggunakan bantal untuk jadi sandarannya, mengompres dengan air hangat dan juga banyak istirahat.

Evaluasi : ibu mengerti dan paham bahwa keluhan yang ibu alami merupakan keluhan di trimester III

- c) Menjelaskan kembali pada ibu apa saja keluhan-keluhan yang dirasakan di trimester III.

Evaluasi : ibu mengerti

- d) Mengingatkan kembali tata laksana nutrisi harus dikonsumsi itu merupakan makanan yang kaya akan zat besi seperti hati, sayur bayam kuning telur, ikan, daging merah dan masih banyak lagi makanan lainnya yang kaya akan zat besi untuk ibu hamil dan juga tetap mengkonsumsi tablet Fe.

Evaluasi : ibu mengerti

- e) Mengajukan pemeriksaan lab ulang pada ibu hamil, untuk melihat apakah Hb ibu sudah meningkat atau malah turun

Evaluasi : ibu mengatakan jika saat ini dia masih belum ingin melakukan pemeriksaan penunjang lagi tetapi jika ia

melaksanakan apa yang di perintahkan oleh tenaga kesehatan yaitu dengan mengkonsumsi makanan yang berzat besi ia bisa merasa lebih baik.

- f) Menjelaskan kembali tanda-tanda persalinan kepada ibu yaitu perutnya terasa kencang-kencang yang semakin sering, keluar lendir bercampur darah, dan keluarnya ketuban dari jalan lahir.

Evaluasi :ibu mengerti

- g) Memberitahu ibu bahwa akan dilaksanakan kunjungan rumah lagi 2 minggu.

#### 4.1.4 Asuhan Kebidanan Antenatal IV

Tanggal : 10 Mei 2019

Tempat : Rumah Ny. "M"

Jam : 09 : 00 WIB

Oleh : Resky Puspita Cahyani Saleh

##### a. Data Subyektif

###### 1) Biodata

Nama Istri : Ny. "M"      Nama Suami : Tn. "A"

Umur : 40 Tahun      Umur : 42 Tahun

Agama : Islam      Agama : Islam

Pendidikan : SMA      Pendidikan : SMA

Pekerjaan : IRT      Pekerjaan : Wiraswasta

Alamat : Jl. Bukirsari No. 01 RT 01 RW 08. Kec  
Lowokwaru

## 2) Keluhan Utama

Ibu mengatakan saat ini masih tetap merasakan pinggang terasa pegal, dan masih tetap merasakan kram pada perut tetapi lebih berkurang dari yang sebelumnya.

### b. Data Objektif

#### 1. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

TTV : TD : 120/80 mmHg N : 84 x/m

S : 36,5°C RR : 21 x/m

BB sebelum hamil : 60 kg

BB saat kunjungan : 69 kg

Tinggi badan : 165 cm

#### 2. Pemeriksaan Sistematis

Kepala : Bersih, warna hitam, lurus, tidak rontok dan tidak ada benjolan

Muka : Tidak pucat, tidak oedema dan tidak ada nyeri tekan

Mata : Konjungtiva merah muda, sclera putih

Payudara : Simetris kanan dan kiri, puting susu menonjol, *areola hyperpigmentasi*, tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan abnormal, kolostrum belum keluar.

Abdomen : Terdapat *linea nigra*, tidak ada *striae gravidarum*

Leopold I : TFU 30 cm (pertengahan proc xyoideus – pusat), fundus teraba lunak, bulat, tidak melenting (Bokong)

Leopold II : Kanan : Teraba bagian kecil (Ekstremitas)

Kiri : Teraba keras, panjang, seperti papan  
(Punggung).

Leopold III : Teraba keras, bulat, melenting (Kepala)

Leopold IV : Kepala sudah masuk PAP (3/5)

DJJ :  $(11 + 12 + 11) \times 4 = 136 \text{ x / menit}$

TBJ :  $(30 - 12) \times 155 = 2.790 \text{ gram}$

Genetalia : -

Ekstremitas :

Atas : Tidak oedema, turgor kulit baik

Bawah : Tidak oedema, turgor kulit baik.

#### c. Analisa Data

Ny. "M" usia 40 tahun GIV P3003 Ab000 UK 37 minggu 4 hari T/H/I  
letkep dengan kehamilan resiko tinggi

#### d. Penatalaksanaan

a) Memberitahu hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga  
bahwa ibu dan janin dalam keadaan sehat

Evaluasi : ibu dan keluarga mengerti dengan keadaan ibu dan  
janin

b) KIE pada ibu bahwa sakit punggung yang sekarang di rasakan  
ibu itu adalah fisiologis, karena makin bertambah usia  
kandungan, ukuran janin makin membesar, begitu juga dengan  
rahim. Cara mengatasinya bisa mengompres punggung  
dengan es batu dan bisa diberikan selama 20 menit, dan  
setelah 3 hari, bisa diganti dengan air hangat.

Evaluasi : ibu mengerti

c) Menjelaskan kembali kram yang dirasakan itu juga merupakan  
keluhan yang sering dirasakan di trimester 3

Evaluasi : ibu mengerti dan paham bahwa keluhan yang ibu alami merupakan keluhan di trimester III

- d) Menjelaskan kembali tanda-tanda persalinan kepada ibu yaitu perutnya terasa kencang-kencang yang semakin sering, keluar lendir bercampur darah, dan keluarnya ketuban dari jalan lahir. Dan bila sudah mulai terasa seperti itu ibu harus segera ke tenaga kesehatan yang terdekat

Evaluasi :ibu mengerti

- e) Memberitahu kembali pada ibu bahwa sebelum menjelang kelahiran ibu harus sudah menyiapkan perlengkapan ibu dan bayi

Evaluasi : ibu paham dan mengerti

## 4.2 Asuhan Kebidanan Persalinan Normal

### 4.2.1 AsuhanPersalinan Kala I

Tanggal pengkajian : 24 Mei 2019  
 Jam : 09.05 WIB  
 Tempat : RS. Permata Bunda  
 Oleh : Resky Puspita Cahyani Saleh

#### a. Data Subyektif

##### 1) Biodata

Nama Istri	: Ny. "M"	Nama Suami	: Tn. "A"
Umur	: 40 Tahun	Umur	: 42 Tahun
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: SMA	Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Wiraswasta

Alamat : Jl. Bukirsari No. 01 RT 01 RW 08. Kec  
Lowokwaru

## 2) Keluhan Utama

Ibu mengatakan mulai merasakan kencang-kencang dan mengeluarkan lendir darah sejak tanggal 24 Mei 2019 pada jam 07.00 WIB. Ibu datang ke RS karena ibu sudah mengeluarkan lendir yang bercampur darah dan sudah tidak tahan dengan perutnya yang sakit. Saat diperiksa ternyata pembukaan 6 cm, saat itu pasien di sarankan untuk SC karena dari hasil USG, dokter mengatakan plasenta bayinya berada di bawah atau plasenta previa, dan langsung di bawah ke ruang operasi.

### b. Data Obyektif

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

TTV : TD : 110/80 mmHg N : 86 x/m

S : 36,2°C RR : 22 x/m

Payudara : simetris, hiperpigmentasi areola mammae, puting susu menonjol, ASI belum keluar

Abdomen : tidak ada bekas luka operasi, tidak ada striae gravidarum, ada linea nigra, teraba lunak (bokong) TFU 30 cm, teraba bokong di fundus, punggung kiri (PUKI), letkep, sudah masuk PAP (3/5)

DJJ : 142 x/menit

TBJ :  $(30 - 12) \times 155 = 2.790$  gram

His : 3 x 10' 35"

Genetalia : Terdapat pengeluaran lendir dan darah

Ektremitas :Atas dan bawah tidak odema, tidak varises, turgor kulit baik

Pemeriksaan Dalam :

Dilakukan pada tanggal 24 Mei 2019 jam 09.05 WIB

V/V : Bloodshow (+), pembukaan 6 cm, effacement :75 %, Ketuban (+), bagian terdahulu kepala, bagian terkecil samping kepala (-), bagian terendah UUK jam 11 , Hodge II+, molase 0.

#### **c. Analisa**

Ny. "M" usia 40 tahun GIV P3003 Ab000 UK 39 minggu T/H/I letkep dengan inpartu kala I fase aktif

#### **d. Penatalaksanaan**

- a) Menjalin hubungan terpeutik dengan ibu dan keluarga, ibu dan keluarga kooperatif atas pemeriksaan yang telah dilakukan
- b) Memberitahukan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga, bahwa ibu sudah mulai masuk proses persalinan
- c) Mengajarkan ibu untuk teknik relaksasi dengan menghirup udara dan menghembuskannya melalui mulut apabila kontraksi datang, ibu memahami dengan melakukan ketika kontraksi datang dengan dipandu suaminya.
- d) Menganjurkan ibu untuk miring kiri agar kepala bayi cepat turun, ibu mengerti dan bersedia melakukan namun mengeluh perutnya semakin sakit apabila miring kiri.
- e) Memberitahukan ibu agar tidak mengejan sebelum pembukaan lengkap dan tidak menahan BAK, ibu mengerti dan bersedia melakukan sesuai anjuran
- f) Memberitahu pada keluarga bahwa tidak panik terlebih dahulu karena dengan hasil diagnosa sementara, dokter mengatakan



plasenta berada dibawah atau plasenta previa dan ibu di bawa ke ruang operasi dan akan dilakukan operasi sito. Keluarga mengikuti.

- g) Menyediakan infus set, dower kateter, infus RL 28 tpm, dan inj ceftriaxone, skin test (+).
- h) Membantu memasang infus dan dower kateter pada ibu
- i) Menganjurkan pada keluarga untuk berdoa dan tidak khawatir dengan keadaan istri diruang operasi.

#### 4.2.2 Asuhan Persalinan Kala 2

Tanggal pengkajian : 24 Mei 2019  
 Jam : 11.00 WIB  
 Tempat : RS. Permata Bunda  
 Oleh : Resky Puspita Cahyani Saleh

##### a. Subjektif

Ibu saat ini sudah berada di ruang operasi dan mengatakan perutnya semakin sakit dan mules. Kenceng-kenceng yang dirasakan semakin sering dan lama. Saat ini ibu sudah ingin mengejan.

##### b. Objektif

Keadaan umum : Baik  
 Kesadaran : Composmenthis  
 TTV : TD : 110/80 mmHg Nadi : 82x/menit  
 Suhu : 36,2 °C RR : 22x/menit

##### Pemeriksaan Fisik

Mata : sklera putih, konjungtiva merah muda  
 Abdomen : tidak ada luka bekas operasi, terdapat linea nigra,

terdapat striae, teraba lunak (bokong) 30 cm, puki,  
DJJ (+) 136x/menit, letkep sudah masuk PAP,  
teraba 2/5 bagian,

TBJ :  $(30 - 12) \times 155 = 2.790$  gram

Genetalia : terpasang *Dower Cateter* (DC) blood show (+), tidak  
oedem, tidak varises, ada tekanan pada anus,  
perenium tampak menonjol, vulva tampak sudah  
membuka, pembukaan 10 cm, effacement 100%,  
ketuban (+), bagian terdahulu kepala, bagian  
terendah (UUK) jam 11, bagian kecil (-), hodge III,  
moulase 0

Ekstremitas : bagian tangan kanan terpasang infus RL 28 tpm,  
bawah tidak oedem, tidak varises, gerakan bebas

#### c. Analisa

Ny "M" usia 40 tahun G<sub>IV</sub> P<sub>3003</sub> Ab<sub>000</sub> T/H/I letkep dengan inpartu  
Kala II.

#### d. Penatalaksanaan

- a) Memberitahukan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga,  
bahwa ibu tidak jadi dilakukan bedah caesar karena pembukaan  
sudah lengkap dan siap di lahirkan diruang operasi. Untuk  
sementara keluarga lega karena kondisi ibu dan bayi sehat  
namun merasa khawatir menjelang persalinan.
- b) Mengajarkan ibu cara mengejan yang baik dan benar, ibu  
mengerti dan mampu melakukannya dengan benar.
- c) Memimpin ibu untuk meneran setelah ada kontraksi, ibu mampu  
meneran dengan benar.

- d) Mempersiapkan baju ibu dan baju bayi untuk persalinan, partus set sudah siap dan baju ibu serta bayi telah dipersiapkan keluarga.
- e) Membantu melakukan pertolongan persalinan kala II sesuai APN 60 langkah dengan asuhan persalinan normal, bayi lahir spontan pukul 11.20 WIB langsung menangis, kulit kemerahan, gerakan aktif dengan Jenis kelamin perempuan tidak dilakukan IMD.
- f) Mengecek fundus, kehamilan tunggal
- g) Persiapan management aktif Kala III

#### 4.2.3 Asuhan Persalinan Kala 3

Tanggal pengkajian : 24 Mei 2019  
 Jam : 11.22 WIB  
 Tempat : RS. Permata Bunda  
 Oleh : Resky Puspita Cahyani Saleh

##### a. Subjektif

Ibu mengatakan saat ini merasa senang dan lega karena bayinya sudah lahir tanpa dilakukan *Sectio Caesar* karena hasil USG dokter adalah plasenta previa. Saat ini ibu mengatakan perutnya terasa mulas dan tidak pusing atau berkunang-kunang dan menunggu plasenta lepas.

##### b. Objektif

Keadaan umum : Baik  
 Kesadaran : Composmenthis  
 Pemeriksaan Fisik  
 Muka : tidak pucat, tidak oedem, menyeringai ketika terdapat kontraksi.

- Mata : sklera putih, konjungtiva merah muda
- Abdomen : bayi tunggal, TFU setinggi pusat, uterus globuler
- Genetalia : terpasang *dower kateter*, terdapat semburan darah, tali pusat semakin memanjang.
- Ekstremitas : tangan kanan terpasang infus, bawah tidak oedema dan tidak varises

#### c. Analisa

Ny. "M" usia 40 tahun P<sub>4004</sub> Ab<sub>000</sub> dengan Kala III fisiologis

#### d. Penatalaksanaan

- a) Memberitahukan kepada keluarga hasil pemeriksaan yang telah dilakukan, keluarga mengatakan merasa lega karena bayinya sehat dan tidak dilakukan bedah *caesar* karena plasenta previa.
- b) Manajemen aktif kala III sesuai dengan Asuhan Persalinan Normal, plasenta bisa lahir lengkap tanpa ada indikasi.
- c) Melepaskan *Dower kateter* yang terpasang
- d) Melakukan masase fundus sebanyak 15x dalam 15 detik, kontraksi uterus baik, TFU 1 jari dibawah pusat.
- e) Membantu menyeka ibu dan membersihkan tempat tidur dan mencuci alat yang sudah direndam dengan larutan klorin 0,5%.
- f) Membantu memindahkan ibu ke ruang perawatan dan melakukan observasi 2 jam post partum

#### 4.2.4 Asuhan Persalinan Kala 4

- Tanggal pengkajian : 24 Mei 2019
- Jam : 11.32 WIB
- Tempat : RS. Permata Bunda
- Oleh : Resky Puspita Cahyani Saleh

**a. Subyektif**

Ibu mengatakan perutnya terasa mules dan tidak pusing. Saat ini ibu kelelahan setelah melahirkan bayinya, namun merasa senang dan lega bayinya lahir dengan sehat dan bisa lahir dengan normal.

**b. Objektif**

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmenthis

TTV : TD : 110/80 mmHg Nadi : 81 x/menit

Suhu : 36,5 °C RR : 20 x/menit

Pemeriksaan Fisik

Muka : tidak pucat, tidak oedem.

Mata : sklera putih, konjungtiva merah muda

Abdomen : kontraksi baik, TFU 2 jari dibawah pusat, kandung kemih kosong.

Genetalia : perdarahan  $\pm 150$  cc, tidak terdapat laserasi

Ekstremitas : tangan kanan masih terpasang infus, bawah simetris, tidak oedem, tidak varises

**c. Analisa**

Ny. "M" usia 40 tahun P<sub>4004</sub> Ab<sub>000</sub> dengan Kala IV fisiologis

**d. Penatalaksanaan**

a) Memberitahukan hasil pemeriksaan kepada keluarga, keluarga mengatakan merasa lega karena kondisi ibu dan bayi sehat, serta bisa melahirkan dengan normal.

b) Dilakukan heating derajat I pada (Mukosa vagina, dan kulit perinium)

c) Mengajarkan ibu untuk melakukan masase sendiri, ibu mampu melakukannya dengan baik.

- d) Membersihkan tubuh ibu dan membantu mengganti pakaian dan memakaikan pembalut ibu, sudah dilakukan dan saat ini ibu dalam keadaan bersih.
- e) Melakukan observasi 2 jam post partum di ruang perawatan yaitu TTV, kontraksi, TFU, kandung kemih, perdarahan, sudah dilakukan observasi setiap 15 menit di 1 jam pertama dan setiap 30 menit di 1 jam kedua menggunakan partograf.
- f) Memfasilitasi kebutuhan nutrisi ibu agar tenaga ibu pulih kembali, ibu bersedia melakukan sesuai dengan anjuran dan akan makan setelah ini.
- g) Mengajarkan dan menganjurkan ibu untuk mobilisasi dini yaitu mulai dari miring kiri-kanan, duduk, kemudian berdiri dan berjalan, ibu mengerti dan bersedia mencoba melakukan sesuai anjuran.
- h) Memberikan KIE mengenai tanda bahaya masa nifas seperti terjadi pendarahan, suhu tubuh meningkat, sakit kepala dan penglihatan kabur dan depresi setelah melahirkan. ibu mengerti dan akan mampu mengulang KIE yang telah diberikan.

### **4.3 Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas**

#### **4.3.1 Asuhan Masa Nifas Kunjungan I**

Tanggal pengkajian	: 24 Mei 2019
Jam	: 13.10 WIB
Tempat	: RS. Permata Bunda
Oleh	: Resky Puspita Cahyani Saleh

**a. Data Subyektif**

## 1) Biodata

Nama Istri	: Ny. "M"	Nama Suami	: Tn. "A"
Umur	: 40 Tahun	Umur	: 42 Tahun
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: SMA	Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Wiraswasta
Alamat	:Jl. Bukirsari No. 01 RT 01 RW 08. Kec Lowokwaru		

## 2) Keluhan Utama

Ibu mengatakan saat ini merasa lega atas kelahiran bayinya dan bisa melahirkan secara normal, tapi sedikit kecewa karena masih belum melihat bayinya dan ingin menyusui bayinya, dan sekarang ibu sudah bisa buang air kecil dan melakukan mobilisasi, seperti belajar duduk dan berjalan ke kamar mandi tapi ibu masih merasa mules.

**b. Data Objektif**

Kedadaan umum	: Baik		
Kesadaran	: Composmenthis		
TTV	: TD : 110/70 mmHg	Nadi	: 84 x/menit
	Suhu : 36,6 °C	RR	: 20 x/menit

## Pemeriksaan Fisik

Muka	: tidak pucat, tidak oedem.
Mata	: sklera putih, konjungtiva merah muda
Leher	: simetris, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada bendungan vena jugularis

- Payudara : simetris, hiperpigmentasi areola mammae, puting susu menonjol, tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan abnormal, tidak ada bendungan ASI, ASI belum keluar.
- Abdomen : kontraksi baik, TFU dua jari di bawah pusat, kandung kemih kosong
- Genetalia : bersih, lochea rubra, tidak oedem, tidak varises, Terdapat luka jahitan derajat 1.
- Ekstremitas : tangan kanan terpasang infus RL 28 tpm dan bawah tidak oedema, turgor kulit baik, tidak ada varises, dan gerakan bebas

#### **c. Analisa**

Ny. "M" usia 40 tahun P<sub>4004</sub> Ab<sub>000</sub> dengan 6 jam post partum fisiologis

#### **d. Penatalaksanaan**

- a) Memberitahukan hasil pemeriksaan kepada keluarga, bahwa sekarang keadaan umum baik dan sekarang ibu sudah bisa buang air kecil dan mobilisasi, keluarga merasa lega.
- b) Menganjurkan ibu untuk tetap melakukan masase pada perutnya selama 15 detik atau 15 kali, ibu bersedia melakukan anjuran yang diberikan.
- c) Menjelaskan pada ibu bahwa ibu harus buang air kencing dan melakukan mobilisasi dini
- d) Menganjurkan ibu saat ASInya sudah keluar agar dapat menyusui bayinya sesering mungkin atau tiap 2 jam sekali, ibu mengerti dan mau melakukan.



- e) Menganjurkan ibu untuk tidak ada pantangan pada makanan terutama makanan yang mampu melancarkan pengeluaran ASI seperti makanan yang mengandung protein yaitu telur tahu tempe, ibu dan keluarga memahami dan akan melakukan sesuai dengan anjuran.
- f) Menjelaskan kembali di kunjungan pertama masa nifas tentang tanda bahaya masa nifas seperti terjadi pendarahan, pusing, sakit kepala, dan depresi. ibu memahami.
- g) Menjelaskan pada ibu tentang manfaat ASI dan pentingnya ASI Eksklusif sebagai pembantu perkembangan baik bagi bayi, ibu mau mengerti dan mau melakukan.
- h) Menganjurkan ibu untuk tetap menjaga personal hygiene ibu dengan mengganti pembalut ibu bila penuh, ibu memahami dan mau melakukan.
- i) Ibu diperbolehkan pulang pada tanggal 25 Mei jam 09.00 WIB karena kondisi ibu sudah pulih dan ibu di anjurkan kontrol pada tanggal 28 Mei 2019.

#### **4.3.2 Asuhan Masa Nifas Kunjungan II**

Tanggal pengkajian	: 28 Mei 2019
Jam	: 10.10 WIB
Tempat	: Rumah Ny. M
Oleh	: Resky Puspita Cahyani Saleh

##### **a. Data Subyektif**

Ibu mengatakan saat ini hari ke-4 masa nifas. Ibu mengatakan kondisinya baik dan ASInya sudah keluar serta untuk perawatan bayi seperti memandikan ibu sudah bisa melakukannya sendiri dan

dibantu oleh keluarga. Ibu sudah bisa BAB. Selama ini Ibu tidak pantang makan. Ibu tidak mempunyai keluhan apapun.

**b. Data Objektif**

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmenthis

TTV : TD : 110/80 mmHg Nadi : 78 x/menit

Suhu : 36,8 °C RR : 20 x/menit

**Pemeriksaan Fisik**

Muka : tidak pucat, tidak oedem

Mata : sklera putih, konjungtiva merah muda

Payudara : simetris, hiperpigmentasi areola mammae, puting susu menonjol, tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan abnormal, tidak ada bendungan ASI, ASI sudah keluar.

Abdomen : kontraksi baik, TFU pertengahan simpisis – pusat, kandung kemih kosong.

Genetalia : bersih, terdapat luka jahitan, lochea sanguinolenta ± 5 cc

Ekstremitas : tidak oedem, tidak varises, gerakan bebas

**c. Analisa**

Ny. "M" usia 40 tahun P<sub>4004</sub> Ab<sub>000</sub> dengan 4 hari post partum fisiologis

**d. Penatalaksanaan**

a) Memberitahukan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga, ibu dan keluarga merasa lega.

- b) Menganjurkan ibu untuk tetap menjaga pola nutrisi yaitu tetap memakan makanan seperti telur, daging, buah, sayur, ibu bersedia.
- c) Menganjurkan pada ibu untuk tetap menjaga pola istirahat yaitu tidur siang 1-2 jam atau ketika bayi tidur ibu juga ikut tidur dan 8-9 jam tidur malam, ibu bersedia.
- d) Menjelaskan kembali tanda bahaya masa nifas, ibu memahami dan dapat menyebutkan salah satu tanda bahaya masa nifas.
- e) Memberitahu ibu untuk mengolesi daerah areola dengan ASI sebelum menyusui untuk mencegah puting susu lecet, ibu bersedia melakukan.
- f) Menyetujui pertemuan selanjutnya yaitu pada tanggal 07 Juni 2019 atau sewaktu-waktu jika ibu ada keluhan langsung ke tenaga kesehatan, ibu memahami.

#### **4.3.3 Asuhan Masa Nifas Kunjungan III**

Tanggal pengkajian : 07 Juni 2019  
 Jam : 09.05 WIB  
 Tempat : Rumah Ny. M  
 Oleh : Resky Puspita Cahyani Saleh

##### **a. Data Subyektif**

Ibu mengatakan saat ini sudah 2 minggu masa nifas, Ibu sudah menyusui bayinya sesering mungkin tiap 2 jam sekali dan ibu istirahat saat bayi istirahat.

##### **b. Data Objektif**

Kedadaan umum : Baik  
 Kesadaran : Composmenthis

TTV : TD : 110/70 mmHg Nadi : 82 x/menit  
 Suhu : 36,5 °C RR : 22 x/menit

#### Pemeriksaan Fisik

Muka : tidak pucat, tidak oedem.  
 Mata : sklera putih, konjungtiva merah muda  
 Payudara : simetris, hiperpigmentasi areola mammae, puting susu tidak lecet dan menonjol, tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan abnormal, tidak ada bendungan ASI, ASI lancar.  
 Abdomen : TFU tidak teraba, kandung kemih kosong.  
 Genetalia : bersih, lochea alba, terdapat luka jahitan sudah mengering, tidak oedem, tidak varises.  
 Ekstremitas : tidak oedem, tidak varises, gerakan bebas

#### c. Analisa

Ny. "M" usia 40 tahun P<sub>4004</sub> Ab<sub>000</sub> dengan 2 minggu post partum fisiologis.

#### d. Penatalaksanaan

- a) Memberitahukan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga, ibu dan keluarga memahami
- b) Memastikan involusi uterus berjalan dengan normal. TFU sudah tidak teraba.
- c) Menjelaskan pada ibu tentang jenis-jenis KB yang dapat digunakan setelah persalinan dan tidak mengganggu produksi ASI seperti, MAL, AKDR, mini pil, suntik 3 bulan dan implant, ibu berencana menggunakan KB suntik 3 bulan.
- d) Menganjurkan pada ibu untuk mendiskusikan dengan suami tentang KB yang akan dipilih, ibu bersedia.

- e) Menyetujui pertemuan selanjutnya atau sewaktu-waktu bila ibu ada keluhan langsung ke tenaga kesehatan, ibu menyetujui.

#### 4.3.4 Asuhan Masa Nifas Kunjungan IV

Tanggal pengkajian : 05 Juli 2019  
 Jam : 10.05 WIB  
 Tempat : Rumah Ny. M  
 Oleh : Resky Puspita Cahyani Saleh

##### a. Data Subyektif

Ibu mengatakan saat ini hari ke 42 masa nifas, Saat ini ibu tidak ada keluhan.

##### b. Data Objektif

Keadaan umum : Baik  
 Kesadaran : Composmentis  
 TTV : TD : 110/70 mmHg Nadi : 80 x/menit  
 Suhu : 36,2<sup>0</sup>C RR : 20 x/menit

##### Pemeriksaan Fisik

Muka : tidak pucat, tidak oedema  
 Mata : sklera putih, konjungtiva merah muda  
 Payudara : simetris, hiperpigmentasi areola mammae, puting susu menonjol, tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan abnormal, tidak ada bendungan ASI, ASI sudah keluar.  
 Abdomen : TFU tidak teraba, kandung kemih kosong.  
 Ekstremitas : tidak oedem, tidak varises, gerakan bebas

**c. Analisa**

Ny. "M" usia 40 tahun P<sub>4004</sub> Ab<sub>000</sub> dengan 6 minggu post partum fisiologis

**d. Penatalaksanaan**

- a) Memberitahukan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga, ibu dan keluarga memahami.
- b) Mengevaluasi keadaan ibu selama masa nifas baik secara fisik maupun psikologis.
- c) Menanyakan pada ibu tentang KB yang akan dipilih, ibu mengatakan akan menggunakan KB suntik 3 bulan.
- d) Mengajukan pada ibu bahwa lebih menyarankan ibu memilih kontrasepsi jangka panjang yaitu IUD atau spiral. Ibu memilih KB suntik 3 bulan karena masih tidak berani dengan pemasangan IUD.
- e) Menjelaskan IUD itu tingkat keefektifannya sangat tinggi dan efek sampingnya sedikit. Ibu mengerti.
- f) Menjelaskan tentang efek samping, keuntungan dan kerugian KB suntik 3 bulan, terutama pada usia ibu yang sekarang 40 tahun, ibu memahami.
- g) Menyepakati pertemuan selanjutnya dengan ibu atau sewaktu-waktu jika ibu keluhan ibu langsung ke tenaga kesehatan, ibu memahami

**4.4 Asuhan Kebidanan Pada Bayi Baru Lahir****4.4.1 Asuhan Bayi Baru Lahir Kunjungan I**

Tanggal pengkajian : 24 Mei 2019

Jam : 13.10 WIB

Tempat : RS. Permata Bunda  
Oleh : Resky Puspita Cahyani Saleh

**a. Data Subjektif**

Nama By : By. Ny. "M"  
Umur : 6 jam  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Tanggal Lahir : 24 Mei 2019

Bayi Ny "M" lahir pada tanggal 24 Mei pukul 11.20 WIB dengan jenis kelamin perempuan, berat badan 3.250 gram, panjang badan 51 cm, apgar skor 8-9, lahir dengan selamat dan sehat tanpa ada cacat apapun BAB/BAK (+/+), dan diberikan PASI selama berada dirumah sakit.

**b. Data Objektif**

Keadaan umum : Baik  
TTV : DJ : 145 x/menit RR : 45 x/menit  
Suhu : 37,0 °C BB : 3250 gram

**Pemeriksaan Fisik**

Kepala : tidak ada caput succadaneum, tidak ada cephal hematoma  
Muka : tidak pucat, tidak oedem, tidak ada benjolan abnormal  
Mata : sklera putih, konjungtiva merah muda  
Hidung : simetris, tidak ada pernafasan cuping hidung  
Mulut : normal, tidak ada kelainan kongenital seperti labioskisis dan labiopalatosis  
Telinga : simetris, ada lubang telinga, tulang rawan dan daun telinga sudah terbentuk, tidak ada

pegeluaran cairan

Dada : simetris, tidak ada retraksi dinding dada, puting susu simetris

Abdomen : tali pusat masih basah dan belum lepas, tidak ada perdarahan, tidak ada tanda-tanda infeksi, tidak meteorismus, .

Genetalia : labia mayor sudah menutupi labia minor, lubang anus (+), BAB mekonium (+), BAK (+)

Ekstremitas : simetris, gerakan aktif, turgor kulit baik, tidak sianosis, tidak polidaktili dan sindaktili, warna kulit kemerahan

#### Pemeriksaan Antropometri

Lingkar kepala : 33 cm

Lingkar Lengan : 11 cm

Lingkar Dada : 34 cm

Panjang Badan : 49 cm

Circumferencia Suboksipito bregmatika: 32 cm

Circumferencia fronto oksipitalis : 34 cm

Circumferencia mento bregmatika : 35 cm

Circumferencia Submento bregmatika : 32 cm

#### Pemeriksaan Reflek

Reflek rooting : (+), bayi berhasil menemukan puting susu ibu pada saat proses menyusui.

Reflek swallowing : (+), bayi dapat menelan air susu tanpa hambatan.

Reflek morro : (+), bayi dapat merespon suara dengan terkejut saat ditepukkan tangan di dekatnya.



Reflek grasping : (+), bayi mampu menggenggam saat telunjuk jari ditempelkan di telapak tangannya.

Reflek sucking : (+), bayi dapat mengisap puting susu ibu dengan pintar.

**c. Data Penunjang**

Pemberian Vit K dan salep mata dilakukan pada pukul 11.35 WIB

Imunisasi Hb0 diberikan pada pukul 12.35 WIB

**d. Analisa**

By Ny. "M" usia 6 Jam dengan bayi baru lahir normal

**e. Penatalaksanaan**

- a) Memberitahukan hasil pemeriksaan bayinya kepada ibu dan keluarga, ibu dan keluarga merasa senang bayinya dalam keadaan sehat.
- b) Membungkus bayi dengan kain bersih dan kering segera setelah bayi lahir untuk mencegah hipotermi, dan langsung melakukan perawatan bayi baru lahir.
- c) Memberitahukan ibu bahwa bayi sudah disuntik Vit K dan diberikan salep mata , ibu mengerti.
- d) Mengajarkan pada ibu dan keluarga cara melakukan perawatan tali pusat, ibu dan keluarga memahami dan sudah bisa melakukan secara mandiri.
- e) Memberitahu ibu untuk menyusui bayinya setiap 2 jam sekali, ibu dan keluarga memahami dan akan melakukan sesuai anjuran.
- f) Menganjurkan ibu untuk menjemur anaknya di pagi hari tanpa baju selama 15 menit, ibu dan keluarga akan melakukan sesuai dengan anjuran.

- g) Mengingatkan ibu untuk imunisasi bayinya di bidan setempat, ibu bersedia melakukan
- h) Menjelaskan pada ibu untuk mengganti popok bayi ketika BAB atau BAK, ibu dan keluarga memahami dengan bersedia melakukan sesuai anjuran.
- i) Menjelaskan kepada ibu dan keluarga mengenai tanda bahaya pada bayi baru lahir, ibu dan keluarga memahami dengan mampu menjelaskan kembali apa yang sudah dijelaskan.
- j) Memberitahukan ibu untuk tetap kontrol kepada bidan setempat sesuai jadwal 31 Mei 2019 atau saat ada keluhan, ibu bersedia untuk melakukan.

#### 4.4.2 Asuhan Bayi Baru Lahir Kunjungan II

Tanggal pengkajian : 28 Mei 2019  
 Jam : 10.15 WIB  
 Tempat : Rumah Ny "M"  
 Oleh : Resky Puspita Cahyani Saleh

##### a. Data Subjektif

Bayi Ny "M" usia 4 hari dalam kondisi sehat, semakin hari menyusunya semakin kuat. Bayinya pintar saat menyusu dan hisapannya kuat. Saat ini bayi juga tetap diberikan ASI dengan menetek pada ibunya. Tali pusat belum lepas.

##### b. Data objektif

Keadaan umum : Baik  
 TTV : DJ : 136 x/menit BB : 3.250 gram  
 Suhu : 36,7 °C RR : 48 x/menit

**Pemeriksaan Fisik**

- Muka : tidak pucat, tidak oedem, tidak ada benjolan abnormal, sklera putih, conjungtiva merah muda
- Hidung : simetris, tidak ada pernafasan cuping hidung
- Mulut : lembab, tidak pucat, tidak ada oral thrush, tidak stomatitis
- Abdomen : tidak ada tanda-tanda infeksi, tali pusat kering dan belum lepas.
- Genetalia : tidak ada ruam popok
- Ekstremitas : gerakan aktif, turgor kulit baik, tidak sianosis, warna kulit kemerahan
- Pola Eliminasi : BAK : (+), frekuensi 7-8 kali /hari BAB : (+), frekuensi 3-5 kali /hari, konsistensi lembek.

**c. Analisa**

By Ny. "M" usia 4 hari dengan bayi baru lahir normal

**d. Penatalaksanaan**

- a) Memberitahukan hasil pemeriksaan bayinya kepada ibu dan keluarga, ibu dan keluarga senang bayinya dalam keadaan sehat.
- b) Mengingatkan kembali ibu untuk menyusui bayinya sesering mungkin dan membangunkan bayinya apabila tidur untuk menyusu karena semakin sering bayi menyusu maka ASI akan lancar, dan tumbuh kembang bayi akan cepat dengan nutrisi yang diberikan, ibu dan keluarga memahami dan akan melakukan sesuai anjuran.
- c) Mengingatkan ibu untuk selalu menjaga kehangatan bayi, yaitu dengan memakaikan pakaian kering, menutup kepala dengan

topi dan menyelimuti bayi agar tidak kedinginan dan menjemur bayi pada pagi hari agar membantu organ hati berfungsi dengan baik karena bayi cenderung kuning dan organ hati belum dapat berfungsi dengan baik, ibu memahami dan mau melakukan.

- d) Mengingatkan ibu untuk Imunisasi pada bayinya jika sudah usia 1 bulan dan secara rutin sesuai dengan jadwal yang tertera di buku KIA, ibu mengerti.
- e) Memberitahukan ibu untuk tetap kontrol kepada bidan setempat sesuai jadwal atau saat ada keluhan, serta merencanakan kunjungan ulang pada tanggal 27 Mei 2019, ibu bersedia untuk melakukannya.

#### **4.5 Asuhan Kebidanan pada Keluarga Berencana**

##### **4.5.1 Asuhan Keluarga Berencana Kunjungan I**

Tanggal pengkajian : 06 Juli 2019  
 Jam : 09.15 WIB  
 Tempat : PKM Kendalsari  
 Oleh : Resky Puspita Cahyani Saleh

##### **a. Data Subjektif**

###### **1) Biodata**

Nama Istri	: Ny. "M"	Nama Suami	: Tn. "A"
Umur	: 40 Tahun	Umur	: 42 Tahun
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: SMA	Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Wiraswasta
Alamat	:Jl. Bukirsari No. 01 RT 01 RW 08. Kec Lowokwaru		

## 2) Keluhan Utama

Ibu mengatakan ingin memakai KB suntik 3 bulan, dan ini merupakan jadwal penyuntikan pertama ibu.

### b. Data objektif

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmenthis

TTV : TD : 110/70 mmHg Nadi : 82 x/menit

Suhu : 36,4 °C RR : 20 x/menit

BB : 62 kg

#### Pemeriksaan Fisik

Muka : tidak pucat, tidak oedem, sklera putih, konjungtiva merah muda

Payudara : simetris, hiperpigmentasi areola mammae, puting susu menonjol, tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan abnormal, tidak ada bendungan ASI, ASI sudah keluar.

Abdomen : TFU tidak teraba, kandung kemih kosong.

Ekstremitas : simetris, tidak oedem, tidak varises, gerakan bebas

### c. Analisa

Ny. M usia 40 tahun P<sub>4004</sub> Ab<sub>000</sub> akseptor KB suntik 3 bulan.

### d. Penatalaksanaan

a) Memberitahukan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga, ibu dan keluarga mengerti.

b) Menyarankan pada ibu bahwa di usia yang sekarang ini ibu lebih dianjurkan untuk memilih kontrasepsi jangka panjang, dan mempunyai ke efektifitas yang tinggi yaitu IUD atau spiral.

- c) Menjelaskan pada ibu bahwa kontrasepsi jangka panjang itu efek sampingnya sedikit dan tidak mempengaruhi berat badan ibu juga, terlebih lagi ibu tidak khawatir dalam berhubungan suami istri. Ibu mengerti.
- d) Menjelaskan kembali kepada ibu efek samping dari penggunaan kontrasepsi KB suntik 3 bulan, yaitu menstruasi tidak lancar, dan terlebih juga ibu memakai KB suntik ini sudah dari kelahiran anak pertama sampai saat ini ibu mengerti dan tetap ingin menggunakan KB suntik 3 bulan.
- e) Membantu ibu untuk memberikan posisi ibu nyaman mungkin, posisi ibu telah diatur.
- f) Memberikan suntikan Depo Progestin secara intramuscular, obat telah disuntikkan.
- g) Memberitahukan ibu untuk istirahat yang cukup, karena dengan begitu akan mengurangi beban kerja jantung, melancarkan aliran darah keseluruhan tubuh sehingga dapat mengurangi rasa nyeri, ibu mengerti dan mau melakukan.
- h) Menyetujui dengan ibu untuk kunjungan berikutnya untuk penggunaan KB suntik 3 bulan, ibu bersedia.

#### **4.5.2 Asuhan Keluarga Berencana Kunjungan II**

Tanggal pengkajian : 12 Juli 2019  
Jam : 10.15 WIB  
Tempat : Rumah Ny.M  
Oleh : Resky Puspita Cahyani Saleh

**a. Data Subyektif**

Ibu mengatakan sudah menggunakan KB suntik 3 bulan pada tanggal 06 Juli 2019, saat ini ibu tidak mempunyai keluhan apapun.

**b. Data Obyektif**

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmenthis

TTV : TD : 120/80 mmHg Nadi : 80 x/menit

Suhu : 36,5 °C RR : 20 x/menit

BB : 62 kg

Pemeriksaan Fisik

Muka : tidak pucat, tidak oedem, sklera putih, konjungtiva merah muda

Payudara : simetris, hiperpigmentasi areola mammae, puting susu menonjol, tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan abnormal, tidak ada bendungan ASI, pengeluaran ASI (+/+).

Abdomen : TFU tidak teraba, kandung kemih kosong.

Ekstremitas : simetris, tidak oedem, tidak varises, gerakan bebas.

**c. Analisa**

Ny. "M" usia 40 tahun P<sub>4004</sub> Ab<sub>000</sub> akseptor baru KB suntik 3 bulan

**d. Penatalaksanaan**

a) Memberitahukan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga, ibu dan keluarga mengatakan mengerti.

b) Mengevaluasi pengetahuan ibu tentang KB suntik 3 bulan, ibu dapat menjelaskan.

- c) Memberitahu ibu, bila sewaktu-waktu ibu ingin mengganti alat kontrasepsi ibu bisa langsung memakai alat kontrasepsi jangka panjang yaitu IUD/spiral. Ibu mengerti
- d) Menjelaskan kembali tentang efek samping KB suntik 3 bulan, ibu memahami.
- e) Mengingatkan ibu untuk kontrol ulang 1 minggu setelah pemasangan dan ketika ada keluhan ibu segera datang ke tenaga kesehatan. Ibu mengerti dan mau datang ke tenaga kesehatan apabila sewaktu-waktu ada keluhan.



## **BAB V**

### **PEMBAHASAN**

Berdasarkan hasil asuhan kebidanan *Continuity of Care* (COC) yang dilakukan kepada Ny M usia 40 tahun dari kehamilan sampai dengan KB di kota Malang. Asuhan ini diberikan pada ibu hamil trimester III oleh mahasiswa DIII Kebidanan STIKES Widyagama Husada Malang.

#### **5.1 Pembahasan Asuhan Kehamilan**

Menurut Yulianti (2014), Asuhan kebidanan yang dilakukan pada ibu hamil paling sedikit II kali kunjungan dalam trimester III, tetapi untuk mewujudkan laporan tugas akhir mahasiswa dan melihat perkembangan ibu selama kehamilan pada trimester III ini dilakukan kunjungan sebanyak IV kali. Pada saat kunjungan pertama dilakukan pendataan berupa anamnesa hingga didapatkan hasil hari pertama haid terakhir ibu yaitu tanggal 20 Agustus 2018, dan tafsiran persalinan ibu pada tanggal 27 Mei 2019. Hasil anamnesa lainnya yaitu berupa riwayat menstruasi ibu, riwayat pernikahan, riwayat kehamilan yang lalu, riwayat penggunaan KB, riwayat kesehatan baik ibu, suami maupun keluarga hingga riwayat kebiasaan ibu sehari-hari sehingga bila ditemukan adanya komplikasi, dapat dicegah sedini mungkin.

Berdasarkan asuhan yang telah diberikan kepada Ny. "M" usia 40 tahun GIV P3003 Ab000 di kunjungan 1, 2 dan trimester 3 awal memiliki skor KSPR sejumlah 14 dengan faktor terlalu lama hamil lagi  $\geq 10$  tahun terlalu tua umur  $\geq 35$  tahun, penyakit pada ibu hamil yaitu kurang darah dan ditambah dengan skor awal ibu hamil, setelah dilakukan kunjungan 3 akhir

skor KSPR ibu menjadi 10 karena penyakit pada ibu hamil yaitu kurang darah tidak lagi menjadi suatu masalah karena telah dilakukan pemeriksaan laboratorium yang ke dua dan hasil Hb ibu menjadi 12,0 gr/dl, tapi masih di kategorikan Kehamilan Resiko Tinggi karena faktor usia dan jarak kehamilan ibu. Faktor usia dan jarak kehamilan ibu ini sangat berdampak bagi ibu sendiri. Pada faktor usia dapat mengakibatkan masalah kesehatan pada ibu; seperti diabetes, hipertensi dan penyakit lainnya, kemudian keguguran pada ibu, bayi lahir tidak normal, bayi lahir prematur dan berat badan rendah. Pada jarak kehamilan yang terlalu lama hamil lagi  $\geq 10$  tahun dapat berdampak preeklamsia hingga demam intrapartum. Menurut Nugroho (2014), Skor Poedji Rochjati adalah suatu cara untuk mendeteksi dini faktor resiko ibu hamil dan sebagai alat pencatat kondisi ibu hamil.

Pemeriksaan yang dilakukan pada Ny. "M" masih dikatakan dalam batas normal karena dari standar asuhan kehamilan ada 14 T (Hanni, dkk, 2011). Dari 14 T ada yang tidak dilakukan yaitu imunisasi TT dan pemberian tablet Fe karena sudah di berikan oleh bidan, pemeriksaan terhadap PMS (Penyakit Menular Seksual) karena ibu tidak ada indikasi, pemberian obat malaria dan pemberian kapsul minyak beryodium tidak diberikan karena lingkungan ibu tidak endemik malaria dan gondok. Sedangkan yang dilakukan yaitu ada 7T; timbang berat badan, mengukur tekanan darah, mengukur Tinggi Fundus Uteri (TFU), perawatan payudara, pemeriksaan Hb, senam hamil dan temu wicara. Untuk pemeriksaan *protein urine*, pemeriksaan *urine reduksi*, ibu melakukannya di Puskesmas terdekat.

Selama kunjungan pada Ny. "M" di trimester III dengan keluhan utama, ibu mengeluh sering merasa lemas dan pusing, dan kadang-kadang

merasa kecapean. Menurut Manuaba (2010), pada trimester III jika ibu hamil mengalami hal seperti di atas itu disebabkan oleh besarnya ukuran atau berat dari janin di dalam kandungan. Adanya beban tambahan akan membuat ibu hamil merasakan beban tubuh yang lebih berat saat berjalan atau melakukan aktifitas lainnya. Maka akan merasa mudah lelah dan lemas, dan bahkan faktor lainnya yaitu bisa di sebabkan karena di kehamilan TM III ini mengalami kekurangan hemoglobin dalam darah atau anemia. Lemas saat hamil juga bisa dikaitkan dengan anemia. Untuk asuhan yang diberikan pada Ny. "M" yaitu dengan mengambil waktu istirahat, khususnya untuk mengambil waktu tidur siang. Hal ini dilakukan untuk mendapatkan kembali stamina dan dapat melanjutkan aktivitas lainnya, selain itu ibu hamil juga di sarankan untuk berolahraga secara teratur, khususnya olahraga ringan layaknya berjalan santai 3 hingga 4 kali dalam seminggu selama 30 menit. Asuhan yang lainnya yang bisa dilakukan untuk mengatasi badan lemas saat hamil adalah dengan menjaga asupan gizi setiap harinya. Konsumsi makanan-makanan yang kaya akan karbohidrat, protein, vitamin serta mineral dan jangan lupa tetap mengkonsumsi tablet Fe.

Selain keluhan di atas ibu juga mengatakan sering merasakan kram pada perut bagian bawah. Menurut Prawirohardjo (2011), pada trimester III kram yang dirasakan merupakan hal yang normal yang sering terjadi di TM III. Selama kehamilan, tubuh akan lebih banyak mengalirkan darah ke rahim untuk menyuplai darah ke janin. Hal ini dapat menyebabkan ibu hamil merasakan tekanan di daerah rahim atau kram pada perut. Asuhan yang diberikan yaitu ibu bisa berbaring atau duduk sementara waktu. Berbaring pada sisi berlawanan dari tempat rasa sakit ibu. Serta diluruskan

kaki ibu, mandi air hangat, mengompres perut ibu dengan air hangat dan mencoba untuk rileks dan tenang.

Berdasarkan dari perhitungan IMT didapatkan indeks massa tubuh ibu adalah sebesar 22.0 maka dengan demikian tenaga kesehatan bisa mengatakan bahwa ibu tersebut memiliki berat badan ideal karena nilai IMT nya berada di antara 18.5 dan 24.9. Hal tersebut diperjelas dengan adanya teori yang mengatakan bahwa di bawah 18.5 sama dengan berat badan kurang, 18.5-22.9 sama dengan berat badan ideal, 23-29.9 sama dengan berat badan berlebih (kecenderungan obesitas), 30 keatas sama dengan obesitas. Pada pengukuran LILA ibu termasuk dalam batas normal yaitu 29 cm. Selama hamil ibu selalu mempertahankan nutrisi yang ibu konsumsi setiap harinya, seperti protein, karbohidrat, vitamin dan mineral sehingga kebutuhan ibu bisa terpenuhi. Hal ini sesuai dengan teori menurut Nugroho, dkk (2013), nutrisi yang baik bagi ibu hamil diantaranya adalah kebutuhan akan kalori, asam folat, protein, kalsium, vitamin A, zat besi, vitamin C, dan vitamin D yang semuanya itu dapat diperoleh jika ibu banyak mengkonsumsi umbi-umbian, nasi, buah-buahan, sayuran hijau, kacang-kacangan, tahu, tempe, daging, susu, ikan dan telur.

Pengukuran tekanan darah pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya hipertensi (Tekanan darah  $\geq$  140/90 mmHg) pada kehamilan dan preeklampsia (Hipertensi disertai edema wajah dan atau tungkai bawah atau proteinuria). Hasil pemeriksaan tekanan darah ibu, ibu tidak memiliki riwayat hipertensi, lebih ke darah rendah atau hipotensi. Selama pemeriksaan didapatkan tekanan darah 100/70 mmHg. Dr Debra Rose Wilson, PhD, *associate professor and holistic health care practitioner* mengatakan, secara umum tidak diperlukan perawatan khusus untuk mengatasi tekanan darah rendah selama

kehamilan. Meski demikian, memiliki riwayat tekanan darah rendah sebaiknya tetap harus memproteksi diri. Jika ibu hamil mengalami gejala tekanan darah rendah seperti pusing, segera lakukan langkah-langkah berikut ini : hindari bangun dengan cepat dari posisi duduk atau berbaring, cobalah untuk tidak berdiri dalam jangka waktu yang lama, makan makanan kecil sepanjang hari, jangan mandi atau berendam air panas, minum lebih banyak air.

Perawatan payudara sangatlah penting dilakukan selama hamil untuk mempersiapkan ibu bisa menyusui bayinya. Perawatan payudara pada ibu hamil sebaiknya dilakukan pada usia kehamilan 18 minggu sampai usia kehamilan 40 minggu atau masa kehamilan Trimester II dan III, Perawatan yang dilakukan seperti menjaga kebersihan payudara, melihat terutama kebersihan puting susu, melihat apakah ASI sudah keluar atau belum keluar (ASI belum keluar), melenturkan dan menguatkan puting susu sehingga memudahkan bayi untuk menyusui nantinya, merangsang kelenjar-kelenjar air susu sehingga produksi ASI banyak dan lancar, dapat mendeteksi kelainan-kelainan payudara secara dini dan melakukan upaya untuk mengatasinya (Geniofan, 2010). Berdasarkan dari teori diatas tenaga kesehatan dapat menyarankan bahwa ibu bisa melakukan perawatan payudara secara teori tersebut dengan melakukan hal yang sama yaitu menjaga kebersihan payudara, seperti mengompres puting susu dengan minyak atau baby oil untuk memperlunak kotoran atau kerak yang menempel pada puting susu, dan memijat halus.

Pemeriksaan abdomen dilakukan untuk menentukan tinggi fundus uteri pada setiap kali kunjungan ANC. Didapatkan hasil pengukuran TFU ibu yaitu 30 cm di usia kehamilan 37 minggu. Menurut Nurasih (2010), bahwasannya di usia kehamilan 37 minggu kurang lebih TFU 28 cm - 30

cm ini dikatakan aterm atau siap lahir karena seluruh fungsi organ-organ tubuhnya bisa matang untuk bekerja sendiri. Jadi TFU ibu sesuai umur kehamilan. Untuk mendeteksi pertumbuhan janin yaitu dilakukan pemeriksaan dengan mendengar Denyut Jantung Janin (DJJ), ternyata hasil DJJ normal 136 x/menit tidak ada masalah semuanya masih dalam batas normal. Setiap kali kunjungan antenatal di lakukan pemeriksaan DJJ, normalnya DJJ 120-160 x/menit (Prawirohardjo, 2011). Serta menghitung taksiran berat janin (TBJ) tenaga kesehatan bisa mentafsirkan berat janin atau TBJ 2.790 gram. Setelah di lakukan pemeriksaan berupa leopold I sampai leopold IV, didapatkan tidak ada masalah dengan letak janin dan usia kehamilan, serta setelah di dengar detak jantung janinnya tidak ada masalah semuanya masih dalam batas normal. Pada genetalia tidak dilakukan pemeriksaan tetapi hanya menanyakan apakah sudah keluar lendir yang bercampur darah dan apakah sudah mengeluarkan cairan ketuban dari jalan lahir ibu, jika sewaktu-waktu mengalami hal seperti itu segera ke tenaga kesehatan.

Pada ekstremitas dilakukan pemeriksaan untuk mengetahui apakah ada odema yang mana bisa mendeteksi adanya preeklamsia tapi pada saat melakukan kunjungan tidak ada tanda-tanda odema pada ekstremitas ibu baik pada kaki maupun tangan. Menurut Dewi (2010) pemeriksaan ekstremitas dilakukan untuk melihat apakah terdapat odema pada ekstremitas atas maupun ekstremitas bawah ibu.

Menurut Manuaba (2010) Pemeriksaan laboratorium dilakukan pada antenatal tersebut meliputi: Pemeriksaan golongan darah, Pemeriksaan hemoglobin darah (HB), Pemeriksaan protein dalam urin, Pemeriksaan kadar gula darah, Pemeriksaan darah malaria, Pemeriksaan tes sifilis, Pemeriksaan Basil Tahan Asam (BTA)

Selama kehamilan Ny. "M" melakukan 2 kali pemeriksaan Hb yaitu pada usia kehamilan 7 bulan dengan hasil Hb ibu 9.0gr% dan pada usia kehamilan 9 bulan dengan hasil Hb ibu 12.7gr%. Hasil pemeriksaan pada kunjungan awal, ibu mengalami anemia ringan. Anemia ringan apabila kadar Hb dalam darah yaitu 8 gr% hingga kurang dari 11 gr%, tetapi setelah diberikan KIE oleh tenaga kesehatan untuk tetap mengonsumsi tablet Fe yang sudah diberikan dan juga tetap mengonsumsi makanan yang mengandung zat besi seperti; daging merah, bayam hijau, kurma hijau dan pisang. Setelah ibu melakukan asuhan yang telah diberikan oleh tenaga kesehatan, kadar hemoglobin dalam darah ibu kembali normal. Hal ini sesuai dengan teori yang mengatakan bahwa Hb normal pada ibu hamil adalah 11 gr% sehingga bisa dikatakan bahwa Hb Ny "M" dalam batas normal (Hanni, 2011).

Pada pemeriksaan protein dalam urin pada ibu hamil dilakukan pada trimester ke II dan ke III atas indikasi. Pada Ny."M" pemeriksaan protein urin juga dilakukan pada trimester II dan III, dan hasilnya negatif. Pemeriksaan yang ditujukan untuk mengetahui adanya proteinnuria pada ibu hamil. Proteinnuria merupakan salah satu indikator terjadinya pre-eklampsia pada ibu hamil (Manuaba, 2010).

Pada pemeriksaan kadar gula darah Ny."M" dilakukan pemeriksaan hanya pada trimester I dan trimester III, pemeriksaan tersebut dilakukan pada ibu hamil yang di curigai menderita diabetes melitus harus dilakukan pemeriksaan gula darah selama kehamilannya minimal sekali pada TM I, sekali TM II, dan sekali TM III (Manuaba, 2010). Pada pemeriksaan darah malaria tidak dilakukan karena di daerah ibu tidak endemis malaria dan tidak ada indikasi serta untuk pemeriksaan tes sifilis tidak dilakukan juga

karena ibu tidak termasuk di daerah risiko tinggi dan ibu hamil tidak diduga menderita sifilis.

Melihat dari hasil anamnesa dan pemeriksaan lainnya tenaga kesehatan dapat memberikan konseling pada ibu berdasarkan keluhan yang ibu rasakan, terlebih lagi ibu termasuk dalam Kehamilan Resiko Tinggi (KRT). Memberikan konseling bukan hanya memberi penjelasan saja tetapi harus ada respon timbal balik dari ibu, bahwa penjelasan yang ibu terima apakah sudah di pahami atau tidak. Dengan keluhan yang sudah dikaji tenaga kesehatan dapat memberikan asuhan kepada ibu untuk lebih banyak beristirahat, tidak melakukan pekerjaan yang berat, mengkonsumsi makanan-makanan yang bisa meningkatkan kadar hemoglobin dalam darah ibu, dan mengkonsumsi dengan porsi yang sewajarnya, mengenali tanda-tanda bahaya kehamilan, mengenali tanda-tanda persalinan, dan memberi penjelasan tentang KSPR. Dari hasil konseling itu ibu mengerti dan sudah mengetahui dari tenaga kesehatan yang lainnya dan Ny."M" juga berencana untuk bersalin di RS Permata Bunda. Dengan hasil pemeriksaan yang dilakukan pada kunjungan pertama sampai kunjungan yang ke empat mendapat respon yang baik dari ibu dan keluarga, ibu antusias mendengarkan dan mau melakukan apa yang sudah di sarankan sehingga proses pengambilan data dan pemberian asuhan kepada ibu berjalan dengan baik.

## **5.2 Pembahasan Asuhan Persalinan**

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi, yang mampu hidup dari dalam uterus melalui vagina ke dunia luar. Jadi secara umum Persalinan Normal adalah proses persalinan yang melalui kejadian secara alami dengan adanya kontraksi rahim ibu dan dilalui dengan pembukaan



untuk mengeluarkan bayi. Jika Persalinan Normal tidak termungkinkan karena masalah posisi bayi harus dilakukan bedah caesare. Pada saat Persalinan Normal, bayi dilahirkan melalui vagina. (Asrinah, dkk, 2010).

Pada kasus Ny. "M", sebelumnya telah di rencanakan oleh pihak Puskesmas Kendalsari untuk dilakukan rujukan di RS, karena dari data dan hasil pemeriksaan di Puskesmas ibu diharuskan untuk melahirkan secara normal di RS dan di tolong oleh dokter dan bidan Rumah Sakit karena melihat dari KSPR ibu dengan resiko tinggi. Jadi ketika ibu merasakan ingin melahirkan, ibu tidak bingung dan langsung ke tempat tujuan yang di sarankan oleh pihak Puskesmas. Dari hasil rujukan itu dokter melakukan anamnesa dan pemeriksaan USG kembali, dari hasil USG ibu ternyata *plasenta previa*, tapi setelah di lakukan anamnesa kembali pada ibu ternyata ibu juga sudah melakukan pemeriksaan USG pada tanggal 17 Mei 2019 atau 1 minggu sebelum kelahiran dan hasilnya semuanya normal. Setelah di lakukan pemeriksaan USG di RS saat mau bersalin, di lakukan pemeriksaan dalam pada ibu dan ternyata menurut bidan RS yang telah melakukan pemeriksaan dalam ternyata ibu sudah dalam pembukaan Ø 6 cm atau sudah masuk dalam persalinan kala I fase aktif. Dapat di lihat dari apa yang dilakukan oleh pihak RS ini terdapat keganjalan yang sudah tidak sesuai dengan teori. Setiap wanita dengan *plasenta previa* biasanya mengeluhkan perdarahan pada kehamilannya dan pada anamnesis juga bisa di gali usia kehamilan ibu, yang dapat di konfirmasi dengan USG secara tepat. Pada diagnosis *plasenta previa* dapat ditegakan apabila didapatkan pasien dengan gejala klinis perdarahan yang tidak nyeri berwarna merah terang, didukung dengan hasil pemeriksaan penunjang berupa pemeriksaan penunjang berupa pemeriksaan *transabdominal*

sonography (TAS) atau *transvaginal* sonography (TVS) yang menunjukkan adanya implantasi plasenta berjarak < 2 cm dari *orifisium internal serviks*.

Penyebab pasti dari plasenta previa belum diketahui, tetapi ada teori yang mengemukakan bahwa penyebab plasenta previa adalah multiparitas, usia maternal >35 tahun, kehamilan ganda, dan mempunyai riwayat kehamilan plasenta previa (Winkjonsastro, 2010). Dengan hasil USG tersebut dokter dan tenaga kesehatan yang lainnya meminta persetujuan keluarga untuk segera menyetujui agar ibu segera di operasi dan harus di bawa ke ruangan operasi. Keluarga segera menyetujui untuk segera di lakukan operasi. Sebagai seorang bidan yang membantu dokter, telah menyiapkan segala kebutuhan yang harus di berikan pada pasien yaitu, menyiapkan infus set (infus RL 28 tpm), menyiapkan kateter, injeksi ceftriaxon 1 gr, skin tes dan menyiapkan segala kebutuhan operasi, dan menginjeksi skin tes pada tangan ibu untuk memeriksa apakah ibu ada alergi obat atau tidak. Setelah dilakukan persiapan SC, ibu langsung di bawa keruangan SC. Ketika di ruang operasi Ny. "M" mengatakan perutnya semakin terasa sakit dan ingin mengejan, ketika dilakukan pemeriksaan Ny."M" ternyata sudah buka lengkap ( $\emptyset$  10cm). Pada kala I ini dari yang  $\emptyset$  6 cm menjadi  $\emptyset$  10 cm dan pembukaannya berlangsung kurang dari 3 jam dinamakan persalinan presipitatus. Menurut Doenges (2011), partus presipitatus adalah persalinan berlangsung sangat cepat. Kemajuan cepat dari persalinan, berakhir kurang dari 3 jam dari kelahiran. Penyebabnya yaitu abnormalitas tahanan yang rendah pada bagian jalan lahir, dan abnormalitas kontraksi uterus dan rahim yang terlalu kuat. Dampak dari persalinan presipitatus ini kemungkinan akan menjadi hipotonik setelah proses persalinan tersebut dan sebagai konsekuensinya, akan disertai dengan perdarahan dari tempat implantasi placenta.

Pada kala I pembukaan serviks berlangsung kurang dari 3 jam yaitu pembukaan berlangsung sangat cepat (persalinan presipitatus). Asuhan yang dilakukan pada Ny. "M" yaitu mengajarkan tehnik relaksasi dengan menarik nafas panjang yang diambil dari hidung dan dikeluarkan melalui mulut, hal ini guna mengurangi rasa sakit yang diderita ibu. Memenuhi kebutuhan nutrisi yaitu makan dan minum, menganjurkan suami untuk memberikan dukungan dan semangat pada Ny. "M" untuk menghadapi persalinan. Tindakan ini sesuai dengan teori yang mengatakan bahwa setiap ibu bersalin layak mendapatkan simpati, kasih sayang, dan dukungan saat ibu menjalani proses melahirkan (Wahyuningsih, dkk, 2014). Selama proses kala I fase aktif dilakukan pendokumentasian segala tindakan yang dilakukan di dalam partograf yaitu hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan serviks melalui pemeriksaan dalam dan mendeteksi apakah proses persalinan berjalan secara normal.

Pada kasus Ny. "M" proses persalinan kala II berlangsung selama 40 menit, hal ini sesuai dengan teori bahwa kala II persalinan primigravida berlangsung selama 2 jam, sedangkan pada multigravida kala II berlangsung selama 1 jam sehingga proses kala II pada Ny."M" termasuk dalam batas normal (Yeyeh, 2019).

Setelah di ruangan operasi ibu langsung di pimpin meneran, bayi lahir pukul 11.20 WIB, menangis spontan, gerakan aktif, kulit kemerahan, jenis kelamin perempuan, tidak ada kelainan kongenital, setelah bayi lahir tidak dilakukan IMD dan langsung dilakukan perawatan bayi baru lahir normal, IMD sangat penting dilakukan karena memiliki manfaat yang sangat besar baik bagi ibu maupun bayinya, hal ini sesuai teori yang menyatakan bahwa manfaat IMD bagi ibu yaitu menurunkan risiko

perdarahan pasca persalinan, merangsang pengeluaran kolostrum dan meningkatkan produksi ASI serta memberi efek relaksasi pada ibu setelah bayi selesai menyusui, sedangkan manfaat bagi bayi yaitu IMD dapat membantu mengurangi infeksi dengan kekebalan pasif (melalui kolostrum) maupun aktif dan lama bayi disusui membantu bayi mengkoordinasikan kemampuan isap, telan dan napas, serta meningkatkan jalinan kasih sayang ibu dengan bayi (Sodakh, 2013).

Pada kala II ini didapatkan Ny."M" bisa melahirkan normal tanpa ada indikasi apapun, walaupun sebelumnya dari hasil USG ibu yaitu plasenta previa dan harus dilahirkan secara *sectio caesarea* (SC). Setelah dilakukan pemeriksaan tersebut, ada 2 jenis persalinan untuk plasenta previa ini yaitu persalinan perabdominal dan persalinan pervaginam. Pada persalinan perabdominal secara SC, persalinan ini dilakukan dengan indikasi; semua plasenta totalis, janin hidup atau meninggal, semua plasenta lateralis posterior, karena perdarahan yang sulit dikontrol dan banyak, cenderung berulang dan pada persalinan pervaginam plasenta previa marginalis (letak rendah) atau hanya sebagian plasenta yang menutupi jalan lahir tetapi bayinya masih bisa dilahirkan secara normal (Mochtar, 2011).

Pada kasus Ny."M" setelah bayi lahir dilakukan Manajemen Aktif Kala III (MAK III) secara teliti setelah memastikan bayi tunggal, kemudian dilanjutkan dengan injeksi oksitosin 10 IU pada paha ibu. Pemberian injeksi oksitosin bermanfaat untuk memperkuat kontraksi pada otot rahim, menghentikan perdarahan pasca persalinan dan membantu merangsang keluarnya air susu pada ibu menyusui (Alodokter, 2016). Dilanjutkan dengan Peregangan Tali Pusat Terkendali (PTT) dan masase fundus uteri, manfaat dilakukannya hal ini yaitu mencegah agar tidak terjadinya inversi uteri karena apabila melakukan tindakan penegangan tali pusat terkendali

terlalu kuat akan menyebabkan uterus tertarik keluar dan terbalik, sedangkan manfaat masase yaitu agar uterus berkontraksi dengan baik sehingga menghentikan perdarahan dan mencegah terjadinya atonia uteri (Sumarah, 2009).

Pada kasus Ny. "M" plasenta lahir dalam 10 menit, plasenta lahir lengkap, pada pemeriksaan genetalia terdapat robekan derajat I pada jalan lahir. Keadaan ini sesuai dengan teori yaitu kala III berlangsung 5-30 menit, setelah bayi lahir, kontraksi rahim istirahat sebentar uterus yang teraba keras dengan fundus uteri setinggi pusat, kemudian timbul his pelepasan dan pengeluaran uri, seluruh plasenta terlepas, terdorong kedalam vagina dan akan lahir spontan atau dengan sedikit dorongan dari atas simfisis atau fundus uteri, seluruh proses biasanya berlangsung 5-30 menit setelah bayi lahir (Walyuni, 2015).

Menurut Sumarah, (2009) kala IV dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir 2 jam setelah proses tersebut. Saat lahirnya plasenta dilakukan heating terlebih dahulu sebelum melakukan observasi di bagian kulit perineum ibu dengan derajat I. Pada ibu dilakukannya heating derajat I karena pihak tenaga kesehatan tidak ingin terjadi perdarahan yang akan berakibat fatal yang di sebabkan oleh robekan. Tenaga kesehatan memberikan asuhan dilakukannya heating agar tidak terjadi pendarahan dan jika ibu ingin heatingnya bisa cepat kering, ibu tidak tarak makan. Menurut teori Oxom (2010), Robekan jalan lahir selalu memberikan perdarahan dalam jumlah bervariasi banyaknya. Perdarahan yang berasal dari jalan lahir selalu di evaluasi yaitu sumber dan jumlah perdarahan sehingga dapat diatasi, sumber perdarahan dapat berasal dari perineum, vagina, serviks dan robekan uterus, perdarahan dapat dalam bentuk hematoma dan robekan jalan lahir dengan perdarahan yang bersifat arteli

atau pecahnya pembuluh darah vena. Observasi yang harus dilakukan pada kala IV antara lain: tingkat kesadaran, pemeriksaan tanda-tanda vital: tekanan darah, nadi, dan pernapasan, kontraksi uterus, perdarahan, perdarah dianggap masih normal jika jumlahnya tidak melebihi 400cc sampai 500cc. Seperti yang terjadi pada kasus Ny. "M" yaitu observasi 2 jam post partum dilakukan di ruangan perawatan. Didapatkan hasil normal yaitu: TTV dalam batas normal, kontraksi uterus baik, TFU 2 jari bawah pusat, perdarahan  $\pm$  150 cc kandung kemih. Dari asuhan yang dilakukan mulai dari kala I sampai kala IV secara keseluruhan ibu bisa melahirkan secara fisiologis atau secara normal, meskipun ibu melahirkan di ruangan operasi tetapi semua tindakan yang dilakukan adalah secara normal.

Dari evaluasinya yaitu pada IMD, bayi tidak dilakukan inisiasi menyusui dini karena berhubungan dengan ibu melahirkan secara normal di ruangan operasi, pihak tenaga kesehatan langsung melakukan perawatan bayi baru lahir dan langsung membawa bayi di ruangan perinatologi untuk segera di hangatkan.

Pada Ny."M" dengan KRT bisa melahirkan secara normal karena tidak terdapat indikasi lainnya dan juga ibu langsung di tolong oleh dokter atau bidan Rumah Sakit. Sebelumnya ibu telah mendapat rujukan dari pihak tenaga kesehatan puskesmas untuk melahirkan di RS dan ditolong oleh dokter secara langsung.

Dari hasil USG ibu setelah di RS, dokter menyimpulkan bahwa Ny."M" tidak bisa melahirkan pervaginam tetapi harus dilakukan tindakan *sectio caesarea* di karenakan hasil USG dengan *plasenta previa* atau plasenta yang menutupi jalan lahir. Pada saat di ruangan operasi ibu mengatakan ingin mengejan dan setelah dilakukan pemeriksaan ternyata sudah buka lengkap dan dilakukan persalinan pervaginam, dan diagnosa

awal dokter yang dengan plasenta previa atau plasenta yang menutupi jalan lahir itu tidak sepenuhnya menutupi jalan lahir melainkan plasenta previa marginalis (letak rendah) artinya hanya sebagian plasenta yang menutupi jalan lahir tetapi bayinya masih bisa dilahirkan secara normal.

Pada Ny."M" dikatakan persalinan presipitatus karena persalinannya berlangsung sangat cepat. Pertama datang ibu dilakukan pemeriksaan Ø 6 cm selang 2 jam Ny."M" di lakukan pemeriksaan Ø 10 cm dan langsung dilahirkan secara normal. Sebenarnya persalinan presipitatus ini dampaknya kemungkinan akan menjadi hipotonik setelah proses persalinan tersebut dan sebagai konsekuensinya, akan disertai dengan perdarahan dari templat implantasi placenta.

Asuhan yang diberikan diharapkan ibu dapat mempercayakan kepercayaan seluruhnya pada tenaga kesehatan dan memberitahu bahwa dengan tindakan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan di RS ini sudah merupakan wewenang dari RS tersebut. Tugas dari tenaga kesehatan yaitu hanya dapat mencegah ibu tidak terjadi indikasi apa-apa dan menjaga kepercayaan dari pasien tersebut.

### **5.3 Pembahasan Asuhan Masa Nifas**

Masa nifas adalah masa yang dimulai setelah plasenta keluar dan berakhir ketika alat kandungan kembali seperti keadaan semula (sebelum hamil) dan berlangsung selama kira-kira 6 minggu. Kebijakan program nasional masa nifas paling sedikit 4 kali kunjungan yang dilakukan. Hal ini untuk menilai status ibu dan bayi baru lahir, mendeteksi adanya komplikasi atau masalah yang terjadi pada masa nifas, menangani komplikasi atau masalah yang timbul dan mengganggu kesehatan ibu nifas maupun bayinya. (Sulistyawati, 2015).

Pada masa nifas dilakukan empat kali kunjungan yaitu 6 jam post partum, 3 – 6 hari post partum, 2 minggu post partum dan 6 minggu post partum. Dalam setiap kunjungan dilakukan asuhan yang berbeda setiap kunjungannya. Selama pemantauan masa nifas pada 6 jam post partum Ny."M" mengeluhkan perutnya masih terasa mules dan mengatakan jika Ny."M" ingin melihat bayinya. Asuhan yang di berikan pada Ny."M" yaitu menjelaskan bahwa jika perutnya masih terasa mules setelah melahirkan itu merupakan hal normal yang biasa terjadi pada umumnya ibu pasca melahirkan karena rahim mulai kembali ke bentuk semula. Mules yang ibu rasakan disebabkan rahim kontraksi menuju ukuran sebelum hamil. Begitu bayi lahir, beberapa menit kemudian rahim mulai menyusut. Otot-otot menjadi kencang dengan cara yang sama ketika mendorong bayi keluar, sehingga ibu merasakan kram (Allert, 2017).

Pada saat kunjungan dilakukan di rumah Ny."M". saat itu ibu sudah bisa melakukan aktivitasnya sehari-hari seperti sedia kala dan ibu mengeluhkan masih sering merasakan mules walaupun dirasakan sedikit-sedikit tidak selalu ia rasakan. Menurut Saleha (2010) mules yang di rasakan setelah melahirkan itu merupakan hal yang normal yang dijumpai oleh ibu pasca melahirkan. Pada saat terasa mules artinya uterus dapat berkontraksi dengan baik untuk meminimalisasi agar tidak terjadi perdarahan dan tujuannya juga rahim dapat kembali ke bentuk semula atau proses kembalinya rahim. Hal itu dapat di sebut dengan *involutio uterus* berjalan normal; uterus berkontraksi, fundus dibawah *umbilicus* tidak ada perdarahan abnormal; memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit. Berdasarkan teori di atas, tenaga kesehatan dapat menjelaskan bahwa mules yang ibu rasakan itu merupakan proses kembalinya rahim ke bentuk semula dan dari akibat



kontraksi itu pembuluh darah di rahim pun menyusut, sebagai proses alami mencegah terjadinya perdarahan.

Hasil pemeriksaan pada Ny."M" dari mulai kunjungan pertama sampai kunjungan terakhir semuanya masih dalam batas normal. Di mulai dari pengukuran tanda-tanda vital ibu di lihat dari awal kunjungan, tanda-tanda vital ibu masih dalam batas normal. Beberapa perubahan tanda-tanda vital terlihat jika wanita dalam keadaan normal, peningkatan darah systole maupun diastole timbul dan berlangsung selama 4 hari, setelah wanita melahirkan, fungsi pernafasan akan kembali seperti wanita tidak hamil pada bulan ke 6 setelah wanita melahirkan. Saat rahim kosong, diafragma turun, aksis jantung kembali normal, dan impulsase titik maksimum (Diah, 2010).

Pada saat dilakukan pemeriksaan payudara pada Ny."M" di kunjungan pertama, ternyata ASI belum keluar dan ibu juga belum menyusui bayinya. Jika belum ada pengeluaran ASI pada ibu setelah melahirkan seharusnya tenaga kesehatan berupaya untuk menjalin hubungan antara ibu dan bayi (*Bonding Attachment*), karena hal tersebut merupakan salah satu cara agar ASI ibu bisa keluar dan ibu bisa menyusui secara ASI eksklusif. Namun pada kenyataannya bayi langsung diberikan susu formula oleh tenaga kesehatan RS dan baru diberikan ASI satu hari setelah kelahirannya. Alasannya tenaga kesehatan RS dapat memantau bayi baru lahir atau memberikan kehangatan pada bayi di ruangan perinatologi, terlebih lagi ASI ibunya belum keluar. Hanya saja tenaga kesehatan dapat menjelaskan pada ibu atau memberitahu agar ASI bisa cepat keluar dengan melakukan pijat oksitosin, memenuhi kebutuhan nutrisi ibu dan bisa istirahat yang cukup. Memberikan penjelasan juga kepada ibu bahwa manfaat menyusui ini merangsang rahim untuk

berkontraksi. Itu sebabnya pemberian ASI untuk bayi segera setelah persalinan sangat dianjurkan, karena membantu proses pemulihan rahim dengan kontraksi yang ditimbulkannya.

Pemeriksaan abdomen pada masa nifas ini dilakukan sejak kunjungan awal sampai kunjungan ke empat untuk melihat apakah uterus ibu kembali normal atau terjadi *involutio uteri* atau tidak, dengan melihat hal tersebut dilakukan pemeriksaan Tinggi Fundus Uteri (TFU) dan apakah kontraksi uterusnya baik atau tidak. Ternyata setelah ditelusuri penurunan Tinggi Fundus Uteri ibu normal sampai dengan 6 minggu post partum. Dari hasil pemeriksaan abdomen pada Ny."M" tidak terdapat kesenjangan dengan teori. Faktor tersebut dapat dipengaruhi karena mobilisasi yang dilakukan oleh Ny."M" berjalan lancar serta ibu dapat menyusui bayinya dengan lancar.

Dilakukan pemeriksaan pada genetalia ibu, yaitu untuk melihat darah nifas yang keluar masih dalam batas normal atau tidak dan jahitannya apakah ada tanda-tanda infeksi atau tidak. Saat melihat lochea yang keluar saat kunjungan awal didapatkan pengeluaran *lochea rubra* atau darah segar. Sesuai dengan teori Ambarwati (2010), *lochea rubra* di jumpai pada 1-3 hari post partum. Asuhan yang diberikan pada ibu yaitu bahwa pengeluaran locheanya dalam batas normal, menjelaskan agar selalu menjaga kebersihan personal hygiene dan mengganti pembalut ibu minimal 3 kali dalam sehari. Pada luka jahitan, ibu mengeluh sedikit nyeri di bagian kulit bawah perineum. Menurut Prawirohardjo (2010), saat dilakukan jahitan di bagian perineum ibu, pada umumnya ibu akan merasakan nyeri sampai trauma untuk buang air kecil maupun buang air besar. Tenaga kesehatan tetap memberikan konseling pada ibu bahwasannya nyeri yang dirasakan itu adalah hal yang wajar, hanya saja

ibu memberanikan untuk tetap melakukan pergerakan tubuhnya, dan tetap menjaga personal hygiene.

Pada bagian ekstremitas dilakukan pemeriksaan, untuk melihat apakah di bagian ekstremitas ibu terdapat oedema. Sejauh pemeriksaan yang sudah dilakukan tidak terdapat masalah-masalah. Tenaga kesehatan tetap memberikan asuhan kepada Ny."M" untuk tetap melakukan aktivitas rumah dengan sewajarnya saja.

Ambulasi dini (*early ambulation*) adalah mobilisasi segera setelah ibu melahirkan dengan membimbing ibu untuk bangun dari tempat tidurnya. Setelah 2 jam post partum Ny."M" sudah bisa miring kiri dan miring kanan, sudah bisa bangun dari tempat tidur dan bisa ke kamar mandi untuk mengganti pembalut. Sebelumnya ibu masih merasa takut jika tubuhnya melakukan pergerakan. Setelah diberikan asuhan oleh tenaga kesehatan bahwa setelah melahirkan ibu seharusnya sudah bisa gerak miring kiri dan miring kanan karena hal tersebut juga bisa mempengaruhi rahim ibu bisa kembali ke bentuk semula. Secara teori Sebaiknya ibu-ibu post partum dapat melakukan ambulasi dini setelah kondisi fisiknya mulai membaik. Ambulasi dilakukan secara bertahap yaitu: Miring kanan/ miring kiri setelah 2 jam post partum, duduk sendiri setelah 6-8 jam post partum, berjalan ke kamar mandi (Ambarwati, 2010).

Proses adaptasi psikologi dalam masa nifas ini sebenarnya sudah terjadi saat kehamilan, pada saat kehamilan ibu mengeluh dengan adanya anggota baru ini atau dengan kehamilannya ini keluarga masih tidak menerima dikarenakan keluarga melihat usia ibunya yang sudah 40 tahun dan dari sang anak pertama, jarak usianya terpaut 19 tahun. Menjelang proses kelahiran dan juga sesudah persalinan keluarga sudah bisa menerima. Ibu semakin mendapat dukungan dan respon yang baik dari

keluarga. Keluarga pun ikut membantu dalam prose mengurus bayinya Menurut Irhami (2010), dalam proses adaptasi psikologi dalam masa nifas, seorang ibu akan mengalami beberapa fase. Fase adaptasi ibu nifas adalah *taking in*, *taking hold* dan juga *letting goo* yang menjadi perubahan perasaan yakni respon alami terhadap rasa lelah yang dirasakan dan akan kembali secara bertahap sesudah ibu bisa menyesuaikan dirinya dengan peran baru dan bisa kembali tumbuh dalam keadaan normal. Meski beberapa perubahan tersebut memang akan terjadi, akan tetapi sebaiknya ibu tetap menjalani ikatan batin dengan bayi pada saat awal. Sejak ada dalam kandungan, bayi hanya mengenal ibu yang bisa memberinya rasa aman dan nyaman sehingga stress yang dialaminya tidak bertambah semakin berat.

Melihat dari hasil anamnesa dan pemeriksaan lainnya tenaga kesehatan dapat memberikan konseling pada ibu berdasarkan keluhan yang ibu rasakan, memberi penjelasan tentang ASI pada ibu minimal sampai mencapai usia 6 bulan, memberitahu tentang tanda bahaya pada masa nifas yaitu demam tinggi  $\geq 38$  °C, perdarahan pasca melahirkan, sakit kepala hebat, kesulitan bernapas dan nyeri dada. Menjelaskan pada ibu bahwa ibu tidak boleh terek makan dalam arti makan apa saja dengan porsi sewajarnya, dan tetap menjaga kebersihan terutama untuk personal hygiene. Dari hasil konseling itu tenaga kesehatan harus mendapat respon timbal balik dari ibu, bahwa penjelasan yang ibu terima apakah sudah di pahami atau tidak. Ibu mengerti dan sudah mengetahui sebagian besar dari tenaga kesehatan asuhan-asuhan pada masa nifas.

#### 5.4 Pembahasan Asuhan BBL (Bayi Baru Lahir)

Bayi baru lahir adalah bayi yang baru mengalami proses kelahiran sampai berusia 0-28 hari. BBL memerlukan penyesuaian fisiologis berupa maturasi, adaptasi (menyesuaikan diri dari kehidupan *intrauterin* ke kehidupan *ekstrauterin*) dan toleransi bagi BBL untuk dapat hidup dengan baik (Marmi, 2012). Pada bayi baru lahir dilakukan kunjungan selama 2 kali sesuai dengan kebijakan nasional yaitu pada kunjungan pertama usia 3 hari dan pada kunjungan kedua bayi usia 14 hari (Dewi, 2011).

Pada kunjungan pertama dilakukan ketika bayi sudah lahir pada tanggal 24 Mei 2019. Bayi Ny "M" lahir normal pukul 11.20, menangis kuat, gerak aktif, warna kulit kemerahan, *apgar score* 8-9, jenis kelamin perempuan pada usia kehamilan 37 minggu 4 hari, didapatkan hasil pemeriksaan BB 3.250 gram dan pada kunjungan 6 minggu BB 5.400 gram, sedangkan pada taksiran berat janin yaitu 2.790, jika dibandingkan dengan taksiran berat badan janin dengan berat badan bayi baru lahir ditemukan perbedaan distribusi kedua variabel tersebut. Taksiran berat badan janin tidak ditemukan berat badan yang melebihi 4000 gram. Hasil ini mungkin disebabkan oleh kurang tepat dalam mengukur tinggi fundus uteri dan pemeriksaan penurunan kepala atau presentasi janin sehingga hasil perhitungan taksiran berat badan janin menjadi tidak tepat, petugas yang melakukan pengukuran taksiran berat badan janin berbeda sehingga memungkinkan mempunyai penafsiran pemeriksaan yang berbeda. Faktor lainnya yang menyebabkan perbedaan antara hasil TFU dan juga berat badan bayi baru lahir adalah yang berpengaruh terhadap pengukurang atau taksiran dan diperkirakan tidak dapat dikoreksi seperti hidramion dan plasenta previa yang tidak akan memberikan akurasi yang tinggi. PB 51 cm, anus positif, tidak ada cacat bawaan. Pada kasus bayi Ny "M" bayi

tidak dilakukan IMD, langsung dilakukan perawatan bayi baru lahir. Sedangkan IMD itu sendiri sangat penting untuk mencegah hipotermia karena dada ibu menghangatkan bayi dengan tepat selama bayi merangkak mencari payudara, bayi dan ibu menjadi lebih tenang, tidak stres, pernapasan dan detak jantung lebih stabil, dikarenakan oleh kontak antara kulit ibu dan bayi (Rulina, 2010).

Bayi Ny. "M" setelah dilakukan pemeriksaan didapatkan hasil keadaan umum; baik, tanda-tanda vital dalam keadaan normal, pada pemeriksaan fisik; kepala tidak terdapat *caput succadaneum* dan tidak ada *cephal hematoma*, dan dilakukan pemeriksaan antropometri yaitu; lingkaran kepala 33 cm, *circumferencia suboksipito bregmatika* 32 cm, *circumferencia mento oksipitalis* 34 cm, *circumferencia mento bregmatika* 35 cm, *circumferencia submento bregmatika* 32 cm. Menurut Jellife (2009), pengukuran antropometri merupakan data referensi untuk mengevaluasi dan mencatat pertumbuhan anak. Hal ini di mulai dengan perbandingan kecenderungan umum dalam pertumbuhan fisik anak. Apabila dari pengukuran antropometrik telah dikumpulkan sebagai bagian dari pengumpulan data, maka harus digunakan peralatan dan prosedur baku, begitu juga pedoman pengukuran yang baku. Pada abdomen telah dilakukan pemeriksaan; tali pusat masih basah, dan belum lepas, tidak ada perdarahan, tidak ada tanda-tanda infeksi, dan tidak meteorismus. Pada genitalia; labia mayor sudah menutupi labia minor, lubang anus (+), sudah bisa BAB dan BAK. Pada ekstremitas; gerakan aktif, turgor kulit baik, tidak sianosis, tidak polidaktili dan sindaktili, warna kulit kemerahan.

Menurut Mustari (2011), Refleks yaitu suatu gerakan yang terjadi secara otomatis dan spontan tanpa disadari pada bayi normal. Setelah dilakukan pemeriksaan reflek pada bayi Ny."M" semuanya terlihat positif;

mulai reflek glabella (+), reflek rooting (+), reflek swallowing (+), reflek morro (+), reflek grasping (+), reflek sucking (+), reflek tonic neck (+).

Bayi Ny "M" setelah lahir diberikan salep mata erlamicyn (cloramphenicol) 1%, hal ini sesuai dengan teori bahwa pemberian salep mata ini bertujuan untuk pengobatan profilaktik mata yang resmi untuk *Neisseria gonorrhoea* yang dapat menginfeksi bayi baru lahir selama proses persalinan melalui jalan lahir (Marmi, 2012).

Pada data penunjang pemberian Vit K dilakukan setelah pemberian salep mata yaitu dengan cara disuntikkan dipaha kiri. Dosis pemberian Vit K adalah 1 ml yang mengandung Vit K 1 mg. Menurut teori penyuntikan Vit K bertujuan untuk mencegah perdarahan yang bisa muncul karena kadar protombin yang rendah pada beberapa hari pertama kehidupan bayi (Marmi, 2012).

Pada kasus bayi Ny "M" imunisasi Hepatitis B dilakukan 2 jam setelah bayi lahir. Hal ini sesuai dengan teori yang mengatakan bahwa jadwal pemberian imunisasi Hepatitis B pada bayi yaitu usia 0 – 7 hari dan imunisasi BCG diberikan 1 kali pada saat usia bayi kurang dari 3 bulan. Sehingga tindakan yang dilakukan pada bayi Ny "M" dalam batas normal (Ifan, 2010).

Pada kunjungan kedua bayi Ny."M" usia 4 hari dalam kondisi sehat, semakin hari menyusunya semakin kuat dan tetap diberikan ASI. Tali pusat belum lepas. Setelah dilakukan pemeriksaan pada bayi keadaan umum; baik, tanda-tanda vital dalam keadaan normal, pada pemeriksaan fisik; muka tidak pucat, sklera putih, conjungtiva merah muda. Pada abdomen tali pusat kering tapi belum lepas, tidak ada tanda-tanda infeksi. Menurut Dewi (2011), Antara 5-15 hari setelah bayi lahir, sisa tali pusat akan mengering, menjadi hitam, dan kemudian akan lepas dengan sendirinya.

Setelah tali pusat lepas, membutuhkan waktu sekitar 7-10 hari untuk sembuh sepenuhnya.pada genetalia BAB (+), BAK (+). Pada pemeriksaan ekstremitas gerak aktif, turgor kulit baik, dan tidak sianosis.

Selama melakukan kunjungan pada bayi Ny “M” dilakukan pemeriksaan umum maupun fisik. Pada kunjungan pertama dan kedua dari hasil keseluruhan bayi dalam keadaan yang normal dan sehat, tali pusat lepas di hari ke lima. Hal ini sesuai dengan teori yaitu tali pusat biasa lepas pada hari ke 3-15 (Marmi, 2012).

ASI merupakan makanan pertama, utama, dan terbaik bagi bayi, bersifat ilmiah. ASI Eksklusif adalah bayi hanya diberikan ASI selama 6 bulan tanpa tambahan makanan dan minuman apapun, seperti susu formula, air putih, pisang, bubur, dll. Pemberian ASI sangat bermanfaat yaitu untuk memperkuat kekebalan tubuh, mempererat kasih sayang antara ibu dan bayi. Namun bukan berarti setelah pemberian ASI Eksklusif pemberian ASI di hentikan, akan tetapi tetap diberikan kepada bayi sampai bayi berusia 2 tahun ( WHO, 2011 ).

Asuhan yang dilakukan kepada Ny. “M” tentang perawatan BBL sehari-hari, memberikan KIE tentang ASI eksklusif harus diberikan pada bayi sampai minimal 6 bulan dan menganjurkan ibu untuk menjemur bayinya tiap pagi  $\pm$  15-30 menit untuk mencegah bayi kuning, dan menjelaskan tanda bahaya pada bayi baru lahir yaitu tidak bisa menyusui, kejang, frekuensi nafas  $>$  60 kali/menit. Selama melakukan perawatan bayi dirumah, ibu selau menggunakan lampu penghangat dengan meletakkannya diatas bayi dengan jarak  $\pm$  1 m dari bayi agar tidak menyilaukan pandangan mata bayi. Hal ini dilakukan ibu jika cuaca terlihat mendung, atau saat cuaca hujan. Kemudian menjelaskan kepada ibu tentang imunisasi dasar dan manfaat imunisasi dasar untuk memberikan



kekebalan pada tubuh bayi, menganjurkan pada ibu untuk tetap memberikan ASI sesering mungkin pada bayi yaitu minimal 8 kali dalam 24 jam atau 2 jam sekali, menjelaskan tanda bahaya bayi baru lahir seperti hipotermi, hipertemi, bayi kuning, kejang, bayi malas menyusu disertai letih dan menangis merintih. Sehingga bayi baru lahir pada bayi Ny "M" tidak ditemukan adanya masalah, intervensi yang diberikan sudah sesuai, hasilnya baik, proses bayi baru lahir berlangsung secara fisiologis.

Berdasarkan asuhan yang telah diberikan pada bayi Ny."M" dapat di simpulkan bahwa tidak di dapatkan kesenjangan antara teori dan praktek dimana bidan memfasilitasi klien dengan memberikan asuhan-asuhan sesuai dengan standar kebidanan.

## **5.5 Pembahasan Keluarga Berencana**

Alat kontrasepsi merupakan faktor yang penting dalam kehidupan seorang wanita sehingga dilakukan asuhan keluarga berencana guna meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak serta mewujudkan keluarga kecil yang bahagia dan sejahtera melalui pengendalian kelahiran dan pengendalian pertumbuhan penduduk Indonesia dan terciptanya penduduk yang berkualitas, sumber daya manusia yang bermutu dan meningkatkan kesejahteraan keluarga (Setyo, 2011).

Pada kasus Ny "M" setelah dilakukan anamnesa bahwa ibu telah mendiskusikan dengan suami dan ibu menetapkan menggunakan KB suntik 3 bulan sebagai alat kontrasepsi. Yang seharusnya telah di jelaskan kepada ibu bahwa di usia yang sekarang ini, ibu sebaiknya menggunakan alat kontrasepsi jangka panjang, yang sangat direkomendasikan pada ibu yaitu KB IUD. IUD tingkat keefektifannya sangat tinggi dan dipercaya oleh tenaga kesehatan 99% dapat mencegah kehamilan dan efek samping yang

ada pada IUD ini sangat sedikit, tapi untuk sekarang ibu masih ingin menggunakan KB suntik 3 bulan alasannya ibu ingin menggunakan kontrasepsi KB suntik 3 bulan karena sebelumnya ibu juga sudah pernah menggunakan KB suntik ini dan jika ingin mengganti ke alat kontrasepsi jangka panjang atau IUD ibu masih takut menggunakannya, dan ibu juga ingin menggunakan alat kontrasepsi yang tidak mempengaruhi produksi ASI. Hal ini mendukung keputusan ibu untuk menggunakan KB suntik 3 bulan karena dalam mekanismenya pemberian hormon progestin akan menyebabkan pengentalan mukus serviks sehingga menurunkan kemampuan penetrasi sperma dan mencegah pelepasan sel telur sehingga wanita tidak mungkin hamil. Hormon ini juga tidak akan mengganggu kelancaran ASI dan dapat melindungi anemia pada ibu (Saifuddin, 2010).

Pada penatalaksanaan yang dilakukan dalam rangka pemasangan alat kontrasepsi KB suntik 3 bulan pada Ny "M" dilakukan pemeriksaan TTV dan Pemeriksaan fisik. Hasil pemeriksaan TTV dan pemeriksaan fisik dalam batas normal. Berdasarkan hasil pengkajian dan pemeriksaan Ny "M" dilakukan penyuntikan KB suntik 3 bulan pada ibu di daerah bokong sebelah kiri, kemudia memberitahukan jadwal kunjungan selanjutnya dan setelah 1 minggu penggunaan tidak ditemukan masalah selama penggunaan kontrasepsi tersebut. Menurut Erna Setyaningrum, (2015) KB suntik 3 bulan adalah metode kontrasepsi yang diberikan secara intramuscular setiap 3 bulan. Keuntungannya adalah sangat efektif dan mempunyai efek pencegahan jangka panjang, tidak berpengaruh terhadap hubungan suami istri, dan tidak mempengaruhi ASI. Efek sampingnya yaitu meningkat atau menurunnya berat badan, dan gangguan haid.

Berdasarkan uraian diatas dapat disimpulkan bahwa asuhan yang sudah dilakukan pada Ny."M" tidak didapatkan kesenjangan antara teori

dan praktek dimana bidan memfasilitasi klien dengan memberikan informasi dan saran mengenai keluarga berencana yang baik serta membantu ibu dalam menentukan pilihan kontrasepsi yang sesuai dan cocok baginya

## BAB VI

### PENUTUP

#### 6.2 Kesimpulan

Setelah melakukan asuhan kebidanan *Continuity Of Care* (COC) pada Ny. "M" usia 40 tahun dari masa kehamilan, persalinan, nifas, BBL (Bayi Baru Lahir) dan KB di Kota Malang, dengan pengkajian menggunakan pola pikir manajemen kebidanan Varney dengan pendokumentasian SOAP *note*, maka dapat disimpulkan :

1. Asuhan kebidanan pada Ny. "M" dengan KRT yaitu terlalu lama hamil lagi  $\geq 10$  tahun dan terlalu tua umur  $\geq 35$  tahun dan dianjurkan oleh tenaga kesehatan Puskesmas untuk melahirkan di RS. Selama kehamilan tidak didapatkan kesenjangan dimana sudah dilakukan pelayanan sesuai standar asuhan 6T. Serta diberikan konseling sesuai keluhan dan kebutuhan klien.
2. Asuhan kebidanan pada Ny. "M" selama persalinan ditemukan hasil USG yang dilakukan oleh dokter yaitu plasenta previa dan hasil awal keputusan dokter yaitu harus dilakukan bedah *sectio caesarea*, tetapi setelah dilakukan persiapan pre SC dan sampai di ruangan operasi Ny."M" bisa melahirkan secara normal tanpa ada hambatan. Dan diberikan asuhan masa persalinan sesuai dengan wewenang bidan dan sesuai dengan standart asuhan kebidanan.
3. Asuhan kebidanan pada Ny. "M" saat masa nifas tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan praktek karena asuhan sudah dilakukan tehnik menyusui yang benar. Dan diberikan konseling sesuai dengan keluhan pada kunjungan masa nifas.

4. Asuhan kebidanan pada bayi Ny. "M" dengan BBL tidak ditemukan kesenjangan karena penatalaksanaan BBL sudah sesuai dengan standart dan didapatkan hasil pemeriksaan dalam batas normal dan bayi dalam keadaan sehat.
5. Asuhan keluarga berencana pada Ny."M" tidak didapatkan kesenjangan dimana dilakukan dengan memberikan konseling, informasi, dan edukasi tentang keluarga berencana, baik efektivitas, kekurangan, maupun kelebihan. KB yang dipilih ibu setelah 6 minggu post partum (masa nifas) adalah suntik 3 bulan.

## **6.2 Saran**

Dengan melihat hasil kesimpulan diatas, maka saran dari Laporan Tugas Akhir yakni sebagai berikut:

### **1. Bagi institusi pendidikan**

Laporan Tugas Akhir ini diharapkan dapat menambah reverensi bagi institusi pendidikan khususnya Prodi DIII Kebidanan STIKES Widayagama Husada Malang dalam pemberian asuhan kebidanan pada ibu mulai dari masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, dan KB. Serta diharapkan dapat memudahkan dalam peminjaman alat yang dibutuhkan dalam pemberian asuhan kebidanan.

### **2. Bagi Penulis**

Diharapkan dapat lebih meningkatkan pengetahuan serta menjadi pengalaman dalam pemberian asuhan kebidanan pada ibu selama masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, dan KB.

### **3. Bagi Lahan Praktik**

Laporan Tugas Akhir ini diharapkan dapat memberikan masukan untuk mempertahankan dan meningkatkan pelayanan kebidanan pada ibu

mulai dari masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, dan KB sesuai dengan standart asuhan kebidanan.

#### **4. Bagi Klien**

Diharapkan ibu hamil dapat meningkatkan pengetahuan tentang kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, dan KB serta lebih meningkatkan pemeriksaan antenatal secara teratur ke tenaga kesehatan agar dapat terdeteksi sedini mungkin komplikasi yang mungkin terjadi.

#### **5. Bagi Penyusun LTA selanjutnya**

Penyusun LTA selanjutnya diharapkan dapat mengembangkan Laporan Tugas Akhir ini dengan menambah atau mencari referensi-referensi perkembangan asuhan kebidanan terbaru tentang asuhan yang dilakukan dalam masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, dan KB serta dimohon untuk lebih meningkatkan pengetahuan dan keterampilan sehingga komplikasi yang dapat terjadi pada ibu selama kehamilan, persalinan, nifas, dan bayi baru lahir dapat terdeteksi sedini mungkin. Serta diharapkan bagi mahasiswa penyusun LTA selanjutnya untuk memiliki sendiri alat-alat yang dibutuhkan dalam pemberian asuhan kebidanan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Arisman. 2010. *Gizi Dalam Daur Kehidupan*. Jakarta: EGC.
- Asrinah, dkk. 2010. *Asuhan Kebidanan Masa Kehamilan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Damayanti, M. 2010. *Komunikasi terapeutik dalam Praktik Kebidanan*. PT. Refika Aditama: Bandung.
- Departemen Kesehatan RI. 2014. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 5*. Jakarta: Depkes RI
- Dewi, 2011. *Asuhan Kebidanan Pada Ibu Hamil*. Jakarta: Selemba Medika
- Fadlun, Achmad Feryanto. 2012. *Asuhan Kebidanan Patologis*. Jakarta: Salemba.
- Geniofan. 2010. *Standar Antenatal Care*. Jakarta: Salemba Medika
- Hani, U. 2011. *Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan Fisiologis*. Jakarta: Selemba Medika
- Hutahaean, Serry. 2013. *Perawatan Antenatal*. Jakarta: Selemba Medika
- Kamariyah, Nurul., dkk. 2014. *Buku Ajar untuk Mahasiswa dan Praktisi Keperawatan Serta Kebidanan*. Jakarta: Selemba Medika.
- Kemenkes RI. 2017. *Profil Kesehatan Indonesia*. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia. Jakarta
- Kumalasari, Intan. 2015. *Panduan Praktik Laboratorium dan Klinik Perawatan Antenatal, Intranatal, Postnatal, Bayi Baru Lahir dan Kontrasepsi*. Jakarta: Selemba Medika
- Kuswanti, Ina. 2014. *Asuhan Kehamilan*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- Manuaba. 2010. *Ilmu Kebidanan dan Keluarga Berencana*. Jakarta: EGC
- Marmi, 2011. *Asuhan Kebidanan Pada Ibu Hamil*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.

- Medfort, dkk. 2011. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan KB*. Jakarta: EGC.
- Megasari, Miratu dkk. 2015. *Asuhan Kebidanan*. Yogyakarta: Deepublish.
- Nugroho, T dan Utama I.B. 2014. *Pengertian Asuhan Kebidanan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Oktarina. 2015. *Hubungan Pengetahuan, Sikap, Kepatuhan Ibu Hamil dan Ibu Bayi dalam Penggunaan Buku KIA*. Jakarta: EGC
- Pantiawati, Ika. 2010. *Asuhan Kebidanan*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Pieter, Herri Zan dan Lubis, Namora Lumongga. 2010. *Pengantar Psikologi dalam keperawatan*. Jakarta: Kencana
- Prawirohardjo, Sarwono. 2009. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- Rahma. 2016. *Asuhan Pada Ibu Hamil Trimester I Dengan Hyperemesis Gravidarum Tingkat 1*. Jurnal Bidan.
- Riksani, R. 2012. *Keajaiban ASI*. Jakarta: Dunia Sehat.
- Roesli, U. 2012. *Inisiasi Menyusu Dini Plus Asi Eksklusif*. Jakarta: Pustaka Bunda.
- Saifuddin, Abdul. Bari (ed). 2014. *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal*. Jakarta: YBPSP.
- Saminem. 2009. *Asuhan Kebidanan Kehamilan Normal*. Jakarta: EGC
- Shinta, J. 2012. *Konsep Kebidanan*. Yogyakarta: Graha Medika
- Sofian. 2012. *Sinopsis Obstetri*. Jakarta: EGC.
- Sulistiyawati. 2011. *Asuhan Kebidanan Pada Masa Kehamilan*. Jakarta: Selemba Medika
- Sunarti. 2013. *Asuhan Kehamilan dan Nifas*. Jakarta: In media.
- Varney, 2010. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan*. Jakarta: EGC



Wiknjosastro, Hanifa. 2010. *Ilmu Kandungan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

Yeyeh. 2019. *Asuhan Kebidanan 1 (Kehamilan)*. Yogyakarta: Nuha Medika

Yulianti.2014. *Asuhan Kehamilan*. Jakarta: In media

Yuni. 2015. *Kelainan Darah*. Yogyakarta: Nuha Medika.




## Lampiran 2

## Leaflet

<p style="text-align: center;"><b>SENAM HAMIL TRIMESTER KETIGA</b></p>   <p style="text-align: center;"><b>STIKES WIDYAGAMA HUSADA PROGRAM STUDI D-III KEBIDANAN MALANG</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>A. PENGERTIAN</b></p> <p>Senam hamil yaitu bentuk latihan untuk memperkuat dan juga mempertahankan kelenturan dari dinding perut, otot-otot dasar panggul yang nantinya memudahkan proses persalinan secara normal.</p> <p style="text-align: center;"><b>B. MANFAAT</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menghindari ibu hamil dari kegemukan</li> <li>2. Mengurangi nyeri punggung yang biasanya mengganggu pada periode kehamilan</li> <li>3. Membuat tubuh terasa lebih bugar</li> <li>4. Memperbaiki kualitas tidur</li> </ol> <p style="text-align: center;"><b>C. INDIKASI</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pernah mengalami inkompeten serviks</li> <li>2. Tekanan darah tinggi di awal kehamilan</li> <li>3. Janin multiple</li> <li>4. Penyakit jantung</li> <li>5. Pre-eklamsia</li> <li>6. Pernah mengalami perdarahan dari vagina</li> <li>7. Sesak nafas</li> <li>8. Nyeri punggung, nyeri pubis dan nyeri dada</li> <li>9. Tidak tahan berada di tempat panas atau lembab</li> </ol>	<p style="text-align: center;"><b>D. Hal-hal penting yang harus diperhatikan dalam melakukan Senam Hamil :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dilakukan setelah usia kehamilan mencapai 22 minggu</li> <li>2. Lakukan pada pagi atau sore hari</li> <li>3. Pakailah pakaian yang longgar dan nyaman</li> <li>4. Lakukan secara teratur 3x seminggu selama 20-30 menit</li> <li>5. Lakukan secara bertahap dan tidak memaksakan diri</li> <li>6. Lakukan pemanasan terlebih dahulu</li> <li>7. Periksa denyut nadi terlebih dahulu</li> </ol> <p style="text-align: center;"><b>E. Olahraga lain yang juga dianjurkan ketika hamil :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jalan kaki di alam terbuka</li> <li>2. Melakukan aneka kegiatan dirumah</li> <li>3. Berenang</li> <li>4. Aerobic dengan tingkat benturan rendah</li> <li>5. Bersepeda, dll.</li> </ol>
--	---	---

<p style="text-align: center;"><b>PEMANASAN</b></p>  <p>Posisi awal yaitu dengan kaki duduk bersilah. Langkah awal pemanasan, toleh kepala ke kanan dan ke kiri. Tundukan kepala dan angkat kepala sambil menarik nafas dan hembuskan perlahan-lahan. Lanjutkan dengan menaikkan bahu dan menurunkannya kembali, lakukan gerakan ini sebanyak 8x hitungan</p> <p style="text-align: center;"><b>MEMUTAR LENGAN DAN MENGENCANGKAN PAYUDARA</b></p>    <p>Letakkan jari-jari tangan ibu di bahu, kemudian arahkan kedua lengan kedepan hingga menjepit payudara. Angkat payudara keatas dengan siku, lakukan dengan memutar lengan, lalu lepaskan perlahan. Lanjutkan dengan mengangkat siku keatas dan kembali keposisi semula. Ulangi gerakan ini sebanyak 8x hitungan.</p> <p style="text-align: center;"><b>GERAKAN RELAKSASI</b></p>  <p>Bertujuan untuk menimbulkan perasaan rileks pada ibu</p>	<p style="text-align: center;"><b>GERAKAN PERGELANGAN KAKI</b></p>    <p>Posisi tidur miring kekanan, kepala ditopang tangan atau bantal, kaki atas lurus &amp; kaki bawah ditekuk. Angkat kaki atas setinggi pinggul kemudian turunkan. Lanjutkan dengan menekuk kaki kearah perut, luruskan dan kembali keposisi semula. Ulangi dengan posisi miring ke kiri, 8x hitungan.</p> <p style="text-align: center;"><b>GERAKAN MENGAYUH</b></p>   <p>Lakukan dengan posisi tubuh telentang dengan meletakkan kedua tangan disamping. Lakukan gerakan kaki seolah-olah mengayuh sepeda. Lakukan gerakan sebanyak 8x hitungan.</p> <p style="text-align: center;"><b>MENGGANGKAT PANGGUL</b></p>   <p>Posisi tidur telentang dengan kedua tangan disamping dan kedua kaki ditekuk. Tarik nafas kemudian tahan sambil mengencangkan otot panggul, tahan beberapa detik lalu kembali ke posisi semula sambil menghembuskan nafas. Lakukan gerakan sebanyak 8x</p>	<p style="text-align: center;"><b>LATIHAN MENGEJAN</b></p>    <p>Posisi tubuh miring ke kiri dan kanan, lalu rangkul paha dengan tangan, tarik sampai siku. Lanjutkan dengan posisi telentang dan merangkul kedua paha dengan lengan sampai siku, tarik nafas sambil mengangkat kepala dan arahkan pandangan keperut dengan memegang pergelangan kaki. Sebanyak 8x</p> <p style="text-align: center;"><b>MELENTURKAN PUNGGUNG</b></p>   <p>Posisi tubuh seperti merangkak, angkat punggung dan tundukan kepala dan tarik nafas. Tahan beberapa detik dan kembali keposisi semula, lakukan gerakan sebanyak 8x.</p> <p style="text-align: center;"><b>GERAKAN ANTI SUNGSANG</b></p>   <p>Posisi tubuh menungging dan tangan rileks disamping tubuh, kedua kaki terbuka ditekuk sejajar bahu. Letakkan kepala menoleh ke kanan atau kiri diantara kedua tangan. Turunkan dada perlahan sampai menyentuh kasur. Letakkan siku di samping tubuh.</p>
---	--	---



**ASI EKSKLUSIF??**

ASI Eksklusif adalah pemberian ASI saja kepada bayi sejak usia 0-6 bulan, tanpa penambahan apapun termasuk air.

**INISAT : HANYA ASI !!**  
Tanpa Makanan/Minuman

Energi

Protein

Laktosa

Vitamin B1

Lemak

Vitamin B2


Vitamin C

Kalsium

Sifat Asid


Fosfor

**KOMPOSISI**




**Manfaat ASI Bagi Bayi**


Membantu perkembangan rahang dan merangsang pertumbuhan




Menyusui secara psikologis baik bagi bayi dan meningkatkan



Bayi menjadi cerdas karena ASI mengandung nutrisi yang mendukung pertumbuhan pesat otak




ASI tidak menyebabkan alergi pada bayi.



ASI mengandung antibodi dalam jumlah besar yang berasal dari tubuh ibu sehingga bayi memiliki kekebalan dan terhindar dari penyakit di awal kehidupannya.


**0-6 Bulan ASI PASTI !!!**

**Manfaat ASI Bagi Ibu**




Pelepasan hormon oksitosin ketika menyusui meningkatkan perasaan tenang, nyaman, dan cinta untuk bayi.

Praktis dan Ekonomis




Mencegah terjadinya / mempercepat berhentinya perdarahan setelah melahirkan

KB Alami (Menjarangkan Kehamilan)



Mengurangi Kemungkinan Kanker Payudara





**POSISI MENYUSUI**



**4000 Wanita / Bayi Baru SEHAT dan CERDAS**

**6 BULAN ASI EKSKLUSIF**



**Memang Tidak Ada Yang Sebaik ASI**

**SEMOGA BERMANFAAT !!!**

**ASI EKSKLUSIF**




ASI adalah makanan terbaik dan bergizi bagi bayi.

Berikan ASI segera setelah lahir.

Berikan bayi ibu hanya ASI saja, tanpa tambahan makanan atau minuman selama 6 bulan pertama.

Sedikit 6 bulan, berikan makanan tambahan dan tetap menyusui ASI sampai bayi berusia 2 tahun.

Dengan ASI bayi bertambah sehat, kuat dan

PROGRAM STUDI D3 KEBIDANAN  
STIKES WIDYAGAMA HUSADA  
MALANG



KENALI JUGA BEBERAPA TANDA BAHAYA SEPERTI INI



Apabila terjadi tanda-tanda bahaya seperti di atas segera periksa kehamilan anda pada bidan atau rumah sakit terdekat

**Memperiapkan Persalinan dan Kenali Tanda-Tanda Persalinan**



**CERMATILAH DALAM MENGAMBIL KEPUTUSAN UNTUK PERSIAPAN PERSALINAN DAN KENALI TANDA-TANDA PERSALINAN ANDA.**



STIKES WIDYAGAMA HUSADA MALANG



**MARI SIAPKAN PERSALINAN ANDA MULAI DARI SEKARANG!**

**APA ITU PERSALINAN?**

Persalinan adalah serangkaian kejadian yang berakhir dengan pengeluaran bayi yang cukup bulan, disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin dari tubuh ibu



**APA SAJA YANG PERLU DIPERSIAPKAN MENJELANG PERSALINAN?**

1. Tempat persalinan: pilihlah tempat persalinan yang telah anda pertimbangkan dengan pasangan anda. Pilihlah tempat persalinan yang jaraknya dekat dan sesuai dengan kondisi ekonomi anda.
2. Meilih tenaga kesehatan: pilihlah tenaga kesehatan penolong persalinan anda dengan cermat dan memperhatikan kenyamanan dan kualitas yang baik.
3. Biaya persalinan
4. Transportasi
5. Pendorong darah: menyedikan pendorong darah apabila sewaktu-waktu ibu terjadi perdarahan
6. Hindari keparikan dan ketakutan:
7. Persiapan kebutuhan untuk persalinan: uang, pakaian bayi serta kesiapan ibu menjalani persalinan dengan mendekatkan diri kepada Tuhan.

**BEBERAPA TANDA PERSALINAN YANG HARUS ANDA KETAHUI**

- 1) keluar lender bercampur darah
- 2) Kontraksi yang teratur setiap 10-15 menit
- 3) Ketuban pecah
- 4) Dilatasi servix (leher rahim)



# KEHAMILAN



**PRODI D3 KEBIDANAN  
STIKES WIDYAGAMA HUSADA**

**Apakah pengertian wanita hamil??**  
Wanita hamil adalah wanita yang mengandung janin (bayi) dalam Rahimnya dan berkembang kurang lebih selama 9 bulan.

**Apakah fase perubahan ibu hamil?**

1. Perut semakin membesar
2. Perubahan fisik seperti bertambahnya berat badan dan perubahan payudara.
3. sering BAK
4. Mual Muntah
5. Ngidam

**Keluhan umum selama kehamilan :**

1. keputihan
2. Nyeri pinggang
3. kram pada kaki
4. pembengkakan pada kaki
5. pusing
6. lemas
7. mudah lelah

**Yang perlu dilakukan Ibu hamil**

1. periksa rutin kehamilan
2. timbang berat badan
3. minum tablet FE
4. Imunisasi TT
5. Minta nasehat tenaga kesehatan tentang makanan bergizi ibu hamil.
6. Ajak bicara bayi saat dikandung

**Bagaimanakah psikologis ibu dalam menghadapi kehamilan?**

1. Ibu tidak boleh terlalu bertikir negatif terhadap kehamilan
2. Ibu harus bisa mengendalikan emosi
3. Ibu harus siap menghadapi persalinan kelak
4. Ibu harus dapat meningkatkan kesiaan dalam merawat bayinya kelak
5. Ibu harus selalu bahagia dengan kehamilannya

*"Kehamilan adalah sebuah Rejeki dari Tuhan dan kelahiran adalah sebuah anugrah yang terindah"*

**Hal yang harus diperhatikan ibu hamil sebelum menelan suatu obat :**

1. Biasakan untuk memberitahu tenaga kesehatan bahwa ibu sedang hamil.
2. Jangan segan bertanya pada tenaga kesehatan apakah obat yang diberikan aman untuk janin dan ibu. Jika mengkonsumsi obat bebas, tanyakan dosis obat apakah tepat untuk ibu hamil. Bila terpaksa minum obat untuk menyakit ibu tanyakan efek sampingnya untuk janin.
5. Berkonsultasi ke dokter jika hendak mengkonsumsi obat

**Senggama pada saat kehamilan!!**

Pada saat kehamilan senggama boleh dilakukan selama kehamilan dalam keadaan sehat. Untuk batasan waktunya tidak ada, asalkan kehamilan ibu di nyatakan tidak memiliki resiko apapun.

**Cara ibu menjaga kehamilannya agar tetap sehat :**




1. Jangan beraktifitas yang berat
2. Jangan berdiri atau duduk terlalu lama
3. Ibu hamil harus bisa mengendalikan kemarahan
4. Harus memenuhi nutrisi yang di butuhkan ibu hamil
5. Jangan melakukan kebiasaan buruk seperti minum alkohol, merokok
6. Melakukan senam hamil

**LEMBAR REKOMENDASI**  
**PERBAIKAN LAPORAN TUGAS AKHIR**  
**PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN**  
**STIKES WIDYAGAMA HUSADA MALANG**

**Nama Mahasiswa : Resky Puspita C. Saleh**

**NIM : 1615.1540.1100**

**Judul LTA :ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY."M" USIA  
 40 TAHUN DENGAN KEHAMILAN RESIKO TINGGI DI  
 PUSKESMAS KENDALSARI**

No	NAMA PENGUJI	REKOMENDASI	TTD
1.	Yuniar Angelia, S.SIT.,M.Kes	1. Lembar Pengesahan 2. Kata Pengantar 3. Ringkasan 4. Pembahasan	
2.	Senditya Indah,M.,S.SIT, M.Kes	1. Ringkasan 2. Pembahasan 3. Daftar pustaka 4. Lengkapi lampiran	
3.	Yulianik, Amd.Keb.,S.KM.,M.Biomed	1. Lembar pengesahan 2. Kata pengantar 3. Lampiran	

**PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN**

Saya yang bertanda tangan disini :

Nama : Resky Puspita Cahyani Saleh

NIM : 1615.15401.1100

Program Studi : DIII Kebidanan STIKES Widyagama Husada

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Laporan Tugas Akhir yang saya tulis ini benar-benar hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilan alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya aku sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri. Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa tugas akhir ini adalah hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Malang, 15 September 2019

Mengetahui,

Kaprodi DIII Kebidanan

( Yuniar Angella, S.SiT., M. Kes )

Penulis



( Resky Puspita C. Saleh )



## **CURRICULUM VITAE**



**RESKY PUSPITA CAHYANI SALEH**

**Gorontalo, 4 Juni 1998**

**Motto : Jangan Biarkan Hari Kemarin Merenggut Banyak Hal Hari Ini.**

### **Riwayat Pendidikan**

**SD Negeri 01 Hepuhulawa Lulus Tahun 2010**

**SMP Negeri Widyakrama Lulus Tahun 2013**

**SMA Negeri 01 Limboto Lulus Tahun 2016**