

LAPORAN TUGAS AKHIR

ASUHAN KEBIDANAN BERKELANJUTAN PADA NY J. T DI PUSKESMAS PENFUI KECAMATAN MAULAFA PERIODE 18 FEBRUARI SAMPAI 18 MEI 2019

Sebagai laporan tugas akhir yang diajukan untuk Memenuhi Salah Satu
Syarat Tugas Akhir dalam menyelesaikan Pendidikan Diploma III
Kebidanan pada Jurusan Diploma III Kebidanan
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang



Oleh :

KATARINA LEU TIKNEON
NIM. PO. 530324016 855

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
JURUSAN DIPLOMA III KEBIDANAN KUPANG
2019**

**HALAMAN PERSETUJUAN
LAPORAN TUGAS AKHIR**

**ASUHAN KEBIDANAN BERKELANJUTAN PADA NY J. T
DI PUSKESMAS PENFUI KECAMATAN MAULafa
PERIODE 18 FEBRUARI SAMPAI 18 MEI 2019**

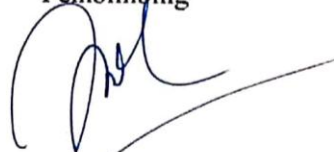
Oleh :

KATARINA LEU TIKNEON
NIM : PO 530324016 855

Telah Disetujui untuk diperiksa dan dipertahankan dihadapan Tim Penguji Laporan Tugas
Akhir Jurusan Kebidana Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

Pada Tanggal : 27 Mei 2019

Pembimbing



TIRZA V. I. TABELAK, SST, M. Kes
NIP : 19781227 200501 2 003

Mengetahui

Ketua Jurusan Kebidanan Kupang



Dr. MARETA B. BAKOIL, SST., MPH
NIP : 19760310 200012 2 001

**HALAMAN PENGESAHAN
LAPORAN TUGAS AKHIR**

**ASUHAN KEBIDANAN BERKELANJUTAN PADA NY J. T
DI PUSKESMAS PENFUI KECAMATAN MAULafa
PERIODE 18 FEBRUARI SAMPAI 18 MEI 2019**

Oleh :

KATARINA LEU TIKNEON
· NIM : PO 530324016 855

Telah Dipertahankan di hadapan Tim Penguji
Pada Tanggal : 29 Mei 2019

Penguji I



DEWA AYU PUTU MK, S.SI T., M. Kes
NIP : 19821127 200801 2 012

Penguji II



TIRZA V. I. TABELAK, SST. M. Kes
NIP : 19781227 200501 2 003

Mengetahui

f Ketua Jurusan Kebidanan Kupang



Dr. MARETA B. BAKOIL, SST., MPH
NIP : 19760310 200012 2 001

SURAT PERNYATAAN

Yang bertandatangan di bawah ini, saya:

Nama : Katarina Leu Tikneon
NIM : PO. 530324016 855
Jurusan : Kebidanan Poltekkes Kemenkes Kupang
Angkatan : XVIII (Delapan Belas)
Jenjang : Diploma III

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan plagiat dalam penulisan Laporan Tugas Akhir saya yang berjudul “Asuhan Kebidanan Berkelanjutan Pada Ny. J.T Di Puskesmas Penfui Kecamatan Maulafa periode 18 Februari sampai 18 Mei 2019”

Apabila suatu saat nanti saya terbukti melakukan tindakan plagiat, maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Kupang, Mei 2019

Penulis



KATARINA LEU TIKNEON
NIM. PO. 530324016 855

BIODATA PENULIS

Nama : Katarina Leu Tikneon

Tempat tanggal lahir : Holsa-Maliana, 29 April 1999

Agama : Kristen Katolik

Jenis kelamin : Perempuan

Alamat :

Riwayat pendidikan

1. Tamat TK Mena Tahun 2004
2. Tamat SDK Peboko Tahun 2010
3. Tamat SMPK Putra St. Xaferius Kefamenanu Tahun 2013
4. Tamat SMK Kesehatan St. Agustinus Kefamenanu Tahun 2016
5. Tahun 2016 – sekarang mengikuti pendidikan di Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang Jurusan Kebidanan

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis haturkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa yang telah memberikan berbagai kemudahan, petunjuk serta karunia yang tak terhingga sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir yang berjudul “Asuhan Kebidanan Berkelanjutan Pada Ny. J. T Di Puskesmas Penfui Kecamatan Maulafa periode tanggal 18 Februari sampai 18 Mei 2019 ” dengan baik dan tepat waktu.

Laporan Tugas Akhir ini penulis susun untuk memenuhi salah satu persyaratan memperoleh derajat Ahli Madya Kebidanan di Prodi DIII Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.

Penyusunan Laporan Tugas Akhir ini telah mendapatkan banyak bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada:

1. R. H Kristina., SKM, M.Kes., selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kupang yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti perkuliahan dan menimba ilmu di Prodi Kebidanan.
2. Dr. Mareta B. Bakoil, MPH sebagai Ketua Jurusan Diploma III Kebidanan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kupang yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk belajar dan menimba ilmu di Prodi Kebidanan.
3. Tirza V. I. Tabelak, SST., M. Kes selaku Sekretaris Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang sekaligus Pembimbing, Penguji II dan PA yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk belajar dan menimba ilmu di Prodi Kebidanan.
4. Dewa Ayu Putu MK, SSiT, M. Kes, selaku Penguji yang telah memberikan masukan, bimbingan dan arahan serta motivasi kepada penulis, sehingga Laporan Tugas Akhir ini dapat terselesaikan.

5. Drs. Jermias Ledoh,. SKM, selaku Kepala Puskesmas Penfui serta seluruh staf yang telah memberikan izin dan membantu dalam hal penelitian kasus yang diambil.
6. Agnes Palangsengaji,. SST,. M. Kes selaku Bidan Koordinator Puskesmas Penfui yang telah bersedia membimbing penulis sehingga Laporan Tugas Akhir ini dapat terwujud.
7. Pilipus Homi dan Jeni Tampani yang telah bersedia menjadi responden dan pasien selama penulis memberikan asuhan kebidanan berkelanjutan.
8. Orang Tuaku tercinta Bapak Laurensius Leu dan Mama Kristofora Sena (almh) dan Nenek Tercinta Anjelina Suni (almh) yang telah memberi dukungan baik moril maupun material serta Kasih Sayang yang tiada terkira dalam setiap langkah kaki penulis.
9. Saudara Mikhael Tikneon (alm) dan Fransiskus Bernadino Leu Tikneon serta keluarga besar Sena, Abi, Suni, Oetpah dan Tikneon yang telah memberi dukungan baik moril maupun material serta Kasih Sayang yang tiada terkira dalam setiap langkah kaki penulis.
10. Sahabat-sahabat tersayang di kampus Poltekkes Kupang Prodi Kebidanan Syn, Veni, Kk Nansi, Fani, Lidia, Julia, Vita, Kk Arni dan semua teman-teman angkatan ke XVIII Prodi Kebidanan Poltekkes Kemenkes Kupang, sahabat Agusta K. Siki dan Maria G. Manek, adik tersayang Maria Santi Sima Tikneon, Odilia Y. Sena dan Maria T. Y. Akoit, Saudara Yang selalu setia menemani Hironimus X. Meni dan Maksimus Toebkae yang telah memberikan dukungan baik berupa motivasi maupun kompetisi yang sehat dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini. Semua Pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, yang ikut andil dalam terwujudnya Laporan Tugas Akhir ini.

Penulis menyadari bahwa Laporan Tugas Akhir ini masih jauh dari kesempurnaan, hal ini karena adanya kekurangan dan keterbatasan kemampuan penulis. Oleh karena itu, segala kritik dan saran yang bersifat membangun sangat penulis harapkan demi kesempurnaan Laporan Tugas Akhir ini.

Kupang, 29 Mei 2019

Penulis

DAFTAR ISI

| | | |
|------------------------------------|-------|------|
| HALAMAN PERSETUJUAN | ..... | i |
| HALAMAN PENGESAHAN | ..... | ii |
| HALAMAN PERNYATAAN | ..... | iii |
| RIWAYAT HIDUP | ..... | iv |
| KATA PENGANTAR | ..... | v |
| DAFTAR ISI | ..... | viii |
| DAFTAR TABEL | ..... | x |
| DAFTAR GAMBAR | ..... | xi |
| DAFTAR SINGKATAN | ..... | xii |
| DAFTAR LAMPIRAN | ..... | xiv |
| ABSTRAK | ..... | xv |
| BAB I PENDAHULUAN | | |
| A. Latar Belakang | ..... | 1 |
| B. Tujuan | ..... | 5 |
| C. Manfaat Penulis | ..... | 6 |
| D. Keaslian Penulis | ..... | 7 |
| BAB II TINJAUAN PUSTAKA | | |
| A. Konsep Dasar Teori | ..... | 8 |
| B. Standar Asuhan Kebidanan | ..... | 116 |
| C. Kewenangan Bidan | ..... | 119 |
| D. Karangka Pikir | ..... | 122 |
| BAB III METODE LAPORAN STUDI KASUS | | |
| A. Jenis Karangka Kasus | ..... | 124 |
| B. Lokasi Dan Waktu | ..... | 124 |
| C. Subyek Laporan Kasus | ..... | 125 |
| D. Instrument Laporan Kasus | ..... | 125 |
| E. Teknik Pengumpulan Data | ..... | 125 |

| | | |
|--|-------|-----|
| F. Keabsahan Data | ..... | 127 |
| G. Etika Studi Kasus | ..... | 127 |
| BAB IV GAMBARAN LOKASI DAN TINJAUAN KASUS | | |
| A. Gambaran Lokasi Studi Kasus | ..... | 129 |
| B. Tinjauan Kasus | ..... | 130 |
| C. Pembahasan | ..... | 175 |
| BAB V SIMPULAN DAN SARAN | | |
| A. Simpulan | ..... | 187 |
| B. Saran | ..... | 188 |
| DAFTAR PUSTAKA | | |
| LAMPIRAN | | |

DAFTAR TABEL

| | | |
|-----------|--|----|
| Tabel 2.1 | Anjuran Makan Sehari Ibu Hamil | 16 |
| Tabel 2.2 | Ketidanyamanan Trimester III Dan Cara Mengatasi | 20 |
| Tabel 2.3 | Skor Poedji Rochjati | 24 |
| Tabel 2.4 | TFU Menurut Penambahan 3 Jari | 29 |
| Tabel 2.5 | Rentangan Waktu Pemberian Imunisasi dan Lama Perlindungan | 30 |
| Tabel 2.6 | Contoh Menu Ibu Hamil | 45 |
| Tabel 2.7 | Jadwal Imunisasi | 83 |
| Tabel 2.8 | Perubahan-perubahan Normal Pada Uterus Selama Post Partum | 86 |
| Tabel 2.9 | Perbedaan Masing-masing Lochea | 88 |

DAFTAR GAMBAR

| | |
|---|----|
| Gambar Kekurangan Energi Kronik (KEK) Pada Kehamilan..... | 48 |
|---|----|

DAFTAR SINGKATAN

| | | |
|-----------------|---|--|
| ANC | : | <i>Antenatal Care</i> |
| AKI | : | Angka Kematian Ibu |
| AKB | : | Angka Kemarian Bayi |
| ASI | : | Air Susu Ibu |
| AKDR | : | Alat Kontra Sepsi Dalam Rahim |
| AGO | : | Ada Gawat Obstetri |
| AGDO | : | Ada Gawat Darurat Obstetri |
| APGO | : | Ada Potensi Gawat Obstetri |
| BBL | : | Bayi Baru Lahir |
| BBLR | : | Berat Bayi Lahir Rendah |
| BMR | : | <i>Basal Metabolic Rate</i> |
| BAB | : | Buang Air Besar |
| BAKSOKUDA | : | Bidan, Alat, Keluarga, Surat, Obat, Kendaraan, Uang, Darah, Posisi, Nutrisi |
| BB | : | Berat Badan |
| CO ₂ | : | Carbon Diokksida |
| DHA | : | <i>Docosehaxaenoic Acid</i> |
| DJJ | : | Denyut Jantung Janin |
| FSH | : | <i>Follicle Stimulating Hormone</i> |
| FR | : | Faktor Resiko |
| HIV | : | <i>Human Immunologic virus</i> |
| HPL | : | <i>Human Placenta Lactogen</i> |
| IMD | : | Inisiasi Menyusui Dini |
| IMS | : | Infeksi Menular Seksual |
| INC | : | <i>Internatal Care</i> |
| KB | : | Keluarga Berencana |
| KEK | : | Kekurangan Energi Kronik |
| KET | : | Kehamilan Ektopik Terganggu |
| KIA | : | Kesehatan Ibu dan Anak |

| | | |
|------|---|---|
| KIE | : | Komunikasi Informasi dan Edukasi |
| KMS | : | Kartu Menuju sehat |
| KPD | : | Ketuban Pecah Dini |
| KRR | : | Kehamilan Resiko Rendah |
| KRT | : | Kehamilan Resiko Tinggi |
| KRST | : | Kehamilan Resiko Sangat Tinggi |
| KSPR | : | Kartu <i>Score Pudji Rochjati</i> |
| LBK | : | Letak Belakang Kepala |
| LH | : | <i>Luteinizing Hormone</i> |
| LILA | : | Lingkar Lengan Atas |
| MAL | : | <i>Metode Amenorhea</i> |
| NTT | : | Nusa Tenggara Timur |
| PAP | : | Pinggul Atas Panggul |
| PASI | : | Pengganti Air Susu Ibu |
| PBP | : | Pintu Bawah Panggul |
| PNC | : | <i>Perinatal Care</i> |
| PRP | : | Penyakit Radang Panggul |
| RDB | : | Rujukan Dini Berencana |
| RDR | : | Rujukan Dalam Rahim |
| RI | : | Republik Indonesia |
| RTP | : | Ruang Tenaga Panggul |
| RTW | : | Rujukan Tepat Waktu |
| SAR | : | Segmen Atas Rahim |
| SBR | : | Segmen Bawah Rahim |
| SOAP | : | <i>Subjektif, Objektif, Assessment, Planing</i> |
| TT | : | <i>Tetanus Toxoit</i> |
| TFU | : | Tinggi Fundus Uterus |
| TB | : | Tinggi Badan |
| UUK | : | Ubun-ubun Kecil |
| WHO | : | <i>World Health Organization</i> |

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Lembar Konsultasi Laporan Tugas Akhir Pembimbing I dan Penguji
- Lampiran 2 Lembar Persetujuan Responden
- Lampiran 3 Buku KIA
- Lampiran 4 Skor Poedji Rochjati
- Lampiran 5 Partograf

ABSTRAK

Kementrian Kesehatan RI
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang
Program studi kebidanan
Laporan Tugas Akhir
2019

Katarina Leu Tikneon

“Asuhan Kebidanan Berkelanjutan pada Ny. J. T. di Puskesmas Penfui Kecamatan Maulafa Periode 18 Februari sampai 18 Mei 2019”.

Latar Belakang : Penyebab langsung yang sering terjadi pada kematian ibu adalah, perdarahan sebesar 28 %, eklamsia 24 % dan penyakit infeksi 11 %, sedangkan penyebab tidak langsung kematian ibu adalah kurang energi kronik (KEK) sebesar 37 % dan anemia 40 % (Risksdas, 2015). Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar tahun 2015 terdapat beberapa tantangan yang masih harus diselesaikan diantaranya adalah anemia pada ibu hamil sebanyak 1,9 %, proporsi wanita usia subur (WUS) dengan kurang energi kronik (KEK).

Tujuan : Menerapkan Asuhan Kebidanan Berkelanjutan pada Ny. J. T. di Puskesmas Penfui Kecamatan Maulafa Periode 18 Februari sampai 18 Mei 2019.

Metode : Jenis studi kasus yang digunakan adalah penelahan kasus, subyek studi kasus yaitu Ny. J. T. di Puskesmas Penfui, teknik pengumpulan data menggunakan data primer yang meliputi pemeriksaan fisik, wawancara, dan observasi sedangkan data sekunder meliputi kepustakaan dan studi dokumentasi.

Hasil : Setelah dilakukan asuhan kebidanan berkelanjutan pada Ny. J. T. penulis mendapatkan hasil dimana kehamilan, ibu melakukan kunjungan sesuai anjuran, dalam pemberian asuhan terdapat penyulit yaitu kekurangan energi kronik (KEK), persalinan berjalan normal, kunjungan postpartum serta kunjungan pada bayi baru lahir berjalan normal dan tidak terdapat penyulit.

Simpulan : Asuhan Kebidanan secara berkelanjutan keadaan pasien baik mulai dari kehamilan sampai pada bayi baru lahir dan KB asuhan dapat diberikan dengan baik.

Kata Kunci : Asuhan kebidanan berkelanjutan.

Kepustakaan : 39 buah buku(2010-2016).

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Satu indikator terpenting untuk menilai kualitas pelayanan Salah obstetrik dan ginekologi di suatu wilayah adalah dengan melihat Angka Kematian Ibu dan Angka Kematian Bayi di wilayah tersebut. Kematian ibu (*maternal death*) menurut WHO adalah kematian selama kehamilan atau dalam periode 42 hari setelah berakhirnya kehamilan, akibat semua sebab atau yang terkait dengan atau diperberat oleh kehamilan atau penanganannya, tetapi bukan disebabkan oleh kecelakaan/cedera. Target *Milenium Development Goals* (MDG's) penurunan angka kematian ibu antara tahun 1990 dan 2015 seharusnya 5,5 persen pertahun, namun angka kematian ibu hingga saat ini masih kurang dari 1 persen pertahun (WHO, 2014).

AKI dan AKB di Indonesia lebih tinggi dibandingkan dengan negara-negara tetangga. Hal ini dikarenakan persalinan masih banyak dilakukan dirumah. Sementara itu, salah satu target MDGs tahun 2015 dalam menurunkan AKI dan AKB menjadi prioritas utama dalam pembangunan kesehatan di Indonesia (Kemenkes, 2015).

Selaras dengan MDGs, Kementerian Kesehatan menargetkan penurunan AKI di Indonesia pada tahun 2015 adalah 102 kematian per 100.000 kelahiran hidup dan penurunan AKB pada tahun 2015 adalah menjadi 22 kematian per 1.000 kelahiran hidup. Namun hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012, rata-rata AKI tercatat mencapai 359 per 100.000 kelahiran hidup. Rata-rata kematian ini jauh melonjak dibanding hasil SDKI 2007 yang mencapai 228 per 100. 000 kelahiran hidup (Kemenkes, 2015).

Berdasarkan data profil Kesehatan Indonesia 2015 persentase pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di Indonesia menunjukkan kecenderungan peningkatan dari tahun 2005 sampai dengan tahun 2015. Namun demikian,terdapat penurunan pada tahun 2015 menjadi 88,55 persen. Kebijakan Kementerian Kesehatan dalam dekade terakhir menekankan agar

setiap persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan dalam rangka menurunkan kematian ibu dan kematian bayi, meskipun persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan tetapi tidak dilaksanakan di fasilitas pelayanan kesehatan, dianggap menjadi salah satu penyebab masih tingginya Angka Kematian Ibu. Oleh karena itu mulai tahun 2015, penekanan persalinan yang aman adalah persalinan ditolong tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan. Oleh karena itu, Rencana Strategis Kementerian Kesehatan tahun 2015-2019 terdapat 79,72 persen ibu hamil yang menjalani persalinan dengan ditolong oleh tenaga kesehatan dan dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan. Secara nasional, indikator tersebut telah memenuhi target Renstra sebesar 75 persen. (Kemenkes, 2015).

Faktor yang berkontribusi terhadap kematian ibu secara garis besar dapat dikelompokkan menjadi penyebab langsung dan penyebab tidak langsung. Penyebab kematian langsung kematian pada ibu adalah faktor yang berhubungan dengan komplikasi kehamilan, persalinan, dan nifas seperti perdarahan, preeklamsi, eklamsi, infeksi, persalinan macet dan abortus. Penyebab tidak langsung kematian ibu adalah kurang energi kronik (KEK) sebesar 37% dan anemia 40% (Riskesdas, 2015), faktor-faktor yang memperberat keadaan ibu hamil seperti empat terlalu yaitu terlalu muda <14 tahun, terlalu tua >35 tahun, terlalu sering melahirkan ≥ 4 dan terlalu dekat jarak-jarak kelahiran <2 tahun dan yang mempersulit proses penanganan kedaruratan kehamilan, persalinan dan nifas seperti tiga terlambat yaitu: terlambat mengenali tanda bahaya, terlambat mengambil keputusan, terlambat mencapai fasilitas kesehatan dan terambat dalam penanganan kegawatdaruratan (Kemenkes, 2015).

Tahun 2015 AKI Kota Kupang sebesar 60/100.000 kelahiran hidup). Jumlah absolut Kematian pada tahun 2015 berjumlah 5 Kasus dengan rincian 4 Kasus Kematian terjadi pada RSUD Pemerintah yakni RS Prof. Dr. W.Z. Yohanes, 1 Kasus Kematian pada saat rujukan Ibu Bersalin. Untuk rincian penyebab kematian ibu 3 kasus disebabkan oleh *pre-eklampsia*, 1 Kasus karena *Cardiac Arrest*, 1 Kasus Bumil dengan Infeksi. Untuk itu diharapkan

kedepannya Dinas Kesehatan Kota Kupang akan terus berupaya untuk mempercepat akselerasi penurunan AKI di wilayah Kota Kupang melalui upaya-upaya inovatif lainnya dalam pengawasan ibu hamil, bersalin, dan Nifas (Dinkes Kota Kupang) dan Angka Kematian Bayi (AKB) di Kota Kupang pada tahun 2015 sebesar 3,88 per 1.000 kelahiran hidup. Angka ini menunjukkan adanya peningkatan AKB bila dibandingkan dengan AKB pada tahun 2014. Selain itu Pada tahun 2015 dari data yang dikumpulkan Bidang Kesehatan Keluarga terdapat 32 kasus kematian bayi dari 8252 kelahiran hidup, sedangkan untuk kasus lahir mati berjumlah 39 kasus kematian, kasus kematian yang dikategorikan lahir mati adalah kelahiran seorang bayi dari kandungan yang berumur paling sedikit 28 minggu tanpa menunjukkan tanda-tanda kehidupan. Banyak faktor yang mempengaruhi AKB tetapi tidak mudah untuk menentukan faktor yang paling dominan dan faktor yang kurang dominan. Tersedianya berbagai fasilitas atau faktor aksesibilitas dan pelayanan kesehatan dari tenaga medis yang terampil, serta kesediaan masyarakat untuk merubah pola perilaku hidup merupakan faktor-faktor yang sangat berpengaruh terhadap AKB. Penyebab Kematian Bayi sendiri sebagian besar masih di dominasi oleh Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) dan Asfiksia, dimana kasus kematian akibat BBLR sebanyak 10 kasus dan Asfiksia sebanyak 12 kasus, selain itu ada juga kematian diakibatkan infeksi sebanyak 3 kasus, Permasalahan Laktasi sebanyak 2 kasus, Kejang demam sebanyak 2 kasus, lain-lain sebanyak 3 kasus. (Dinkes Kota Kupang, 2015).

Sasaran ibu hamil di puskesmas Penfui 139 orang. Cakupan K1 sebanyak 118 orang dari target cakupan 100 persen, cakupan K4 sebanyak 106 dari target cakupan 100 persen, cakupan ibu hamil resiko tinggi sebanyak 23 dari cakupan target 100 persen , cakupan neonatus sebanyak 2 bayi dari target cakupan 100 persen, dan KF3 109 dari target cakupan 100 persen (PWS KIA Puskesmas Penfui periode Januari sampai Desember, 2018).

Adapun kematian Ibu dan bayi tidak terjadi selama 1 tahun terakhir di Puskesmas Penfui.

Upaya mempercepat penurunan AKI, Puskesmas Penfui melaksanakan pelayanan ANC terpadu sesuai kebijakan Kemenkes (2014) dengan standar ANC 10 T melalui Timbang berat badan dan ukur tinggi badan, ukur tekanan darah, nilai status gizi (ukur lingkaran lengan atas atau LILA), tentukan presentasi janin, tentukan denyut jantung janin (DJJ), skrining status imunisasi tetanus, dan berikan imunisasi tetanus toksoid (TT) bila diperlukan, beri tablet tambah darah (tablet zat besi), periksa laboratorium, tatalaksana atau penanganan kasus dan temu wicara atau konseling. Standar 10 T yang sudah disebutkan di atas perlu diperhatikan oleh tenaga kesehatan dalam mendeteksi dan mencegah peningkatan AKI dan AKB, dan memberitahu ibu hamil untuk melakukan kunjungan ANC paling sedikit 4 kali kunjungan. Trimester I (0-12 minggu) sebanyak 1 kali, Trimester II (13-28 minggu) sebanyak 1 kali, dan Trimester III (>28 minggu sampai dengan kelahiran) sebanyak 2 kali.

Angka kesakitan dan kematian baik Ibu, bayi maupun anak diakibatkan oleh beberapa faktor seperti masyarakat yang belum menggunakan fasilitas kesehatan yang ada, tenaga kesehatan masih kerja rangkap, tidak adanya dokter spesialis di setiap puskesmas, oleh karena Bidan sebagai salah satu perantara masyarakat wajib melakukan pelayanan secara komprehensif di mana dimulai dari Kehamilan sampai Keluarga berencana.

Asuhan kebidanan komprehensif adalah pemeriksaan yang dilakukan secara lengkap dengan adanya pemeriksaan laboratorium sederhana dan konseling. Asuhan kebidanan komprehensif mencakup empat kegiatan pemeriksaan berkesinambungan diantaranya asuhan kebidanan kehamilan (*antenatal care*), asuhan kebidanan persalinan (*intranatal care*), asuhan kebidanan masa nifas (*postnatal care*) dan asuhan kebidanan bayi baru lahir (*neonatal care*). Bidan mempunyai peran yang sangat penting dengan memberikan asuhan kebidanan yang berfokus pada perempuan secara berkelanjutan (*continuity of care*). Bidan memberikan asuhan kebidanan komprehensif, mandiri dan bertanggung jawab, terhadap asuhan yang berkesinambungan sepanjang siklus kehidupan perempuan (Varney, 2010).

Asuhan kebidanan berkelanjutan adalah pelayanan yang dicapai ketika terjalin hubungan yang terus menerus antara seorang wanita dan bidan. Tujuan asuhan komprehensif yang diberikan yaitu untuk memberikan asuhan kebidanan komprehensif secara intensif kepada ibu selama masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir dan keluarga berencana sehingga mencegah agar tidak terjadi komplikasi (Pratami, 2014).

Berdasarkan uraian di atas sehingga penulis tertarik untuk melakukan asuhan kebidanan secara berkelanjutan pada Ny J.T di Puskesmas Penfui Periode 18 Februari sampai 18 Mei 2019.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Mampu menerapkan asuhan kebidanan berkelanjutan dengan menggunakan metode 7 Langkah Varney dan SOAP pada Ny J. T di Puskesmas Penfui tanggal 18 Februari sampai 18 Mei 2019.

2. Tujuan Khusus

Setelah Melakukan Asuhan Kebidanan Pada Ny. J.T di Puskesmas Penfui di harapkan Mahasiswa mampu:

- a. Melakukan asuhan kebidanan kehamilan pada Ny. J.T menggunakan pendokumentasian 7 langkah Varney.
- b. Melakukan asuhan kebidanan persalinan pada Ny. J.T menggunakan pendokumentasian SOAP.
- c. Melakukan asuhan kebidanan Nifas pada Ny. J.T menggunakan pendokumentasian SOAP.
- d. Melakukan asuhan kebidanan pada bayi baru lahir Ny. J.T menggunakan pendokumentasian 7 langkah Varney.
- e. Melakukan asuhan kebidanan KB pada Ny. J. T menggunakan pendokumentasian SOAP.

C. Manfaat Penulisan

1. Manfaat Teoritis

Laporan studi kasus ini dapat dijadikan sumber pengetahuan ilmiah dan memberi tambahan referensi tentang Asuhan Kebidanan Berkelanjutan Pada Ibu Hamil, Bersalin, Nifas, Bayi Baru Lahir, dan KB.

2. Manfaat Praktis

a. Bagi Penulis

Penulis dapat menerapkan teori yang telah diterapkan dibangku kuliah dalam praktek di lahan, dan menambah wawasan pengetahuan serta memperoleh pengalaman secara langsung dalam memberikan Asuhan Kebidanan berkelanjutan Pada Ibu Hamil, Bersalin, Nifas, Bayi Baru Lahir, dan KB.

b. Bagi Institusi Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

Laporan studi kasus ini dapat di manfaatkan sebagai referensi dan sumber bacaan tentang asuhan kebidanan berkelanjutan pada Ibu Hamil, Bersalin, Nifas, Bayi Baru Lahir, dan KB.

c. Bagi Profesi Bidan di Puskesmas Penfui

Hasil studi kasus ini dapat dijadikan sebagai sumbangan teoritis maupun praktis bagi profesi bidan dalam Asuhan Kebidanan berkelanjutan Pada Ibu Hamil, Bersalin, Nifas, Bayi Baru Lahir, dan KB.

d. Bagi Klien dan Masyarakat (Tn P.H dan Ny J.T)

Klien maupun masyarakat bisa melakukan deteksi dari Asuhan Kebidanan berkelanjutan Pada Ibu Hamil, Bersalin, Nifas, Bayi Baru Lahir, dan KB, sehingga memungkinkan segera mendapat pertolongan.

D. Keaslian Laporan Kasus

Laporan Kasus terdahulu yang mirip dengan laporan kasus penulis adalah Riska, 2017 dengan judul “Laporan Asuhan Kebidanan komprehensif pada Ny. N. R G₅P₃A₁AH₃ Tanggal 19 April sampai dengan 05 Juni 2017 di Puskesmas Kupang Kota Kelurahan Bonipoi, Kecamatan Kota Lama, Kabupaten Kupang. Laporan kasus sebelumnya bertujuan untuk meningkatkan pemahaman dan penerapan manajemen asuhan kebidanan secara komprehensif pada Ny.N. R. G₅P₃A₁AH₃ mulai dari kehamilan, persalinan, nifas, dan bayi baru lahir. Laporan kasus menggunakan pendokumentasian manajemen 7 langkah Varney (Pengumpulan data dasar, interpretasi data dasar, mengidentifikasi diagnose atau masalah potensial, mengidentifikasi kebutuhan yang memerlukan penanganan segera, merencanakan asuhan yang menyeluruh, melaksanakan rencana asuhan dan melakukan evaluasi).

Perbedaan yang dilakukan oleh penulis sekarang, tujuan dari laporan kasus adalah untuk meningkatkan pemahaman dengan menerapkan asuhan kebidanan pada ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas dan bayi baru lahir dengan menggunakan metode pendokumentasian manajemen 7 langkah Varney (Pengumpulan data dasar, interpretasi data dasar, mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial, mengidentifikasi kebutuhan yang memerlukan penanganan segera, merencanakan asuhan yang menyeluruh, melaksanakan rencana asuhan dan melakukan evaluasi), serta pendokumentasian catatan perkembangan SOAP yaitu subyektif, obyektif, analisa masalah atau kebutuhan dan Penatalaksanaan dari masalah dan kebutuhan ibu secara komprehensif. Tanggal dilakukan penelitian oleh penulis terdahulu tanggal 19 April samapi 15 Juni 2017 di Puskesmas Kupang Kota Kelurahan Bonipoi, Kecamatan Kota Lama, Kabupaten Kupang, sedangkan penulis akan melakukan penelitian pada 18 Februari sampai 18 Mei di Puskesmas Penfui Kelurahan Penfui Kecamatan Maulafa Kota Kupang.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. KONSEP DASAR KASUS

1. KEHAMILAN

a. Pengertian dasar kehamilan

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

Kehamilan terjadi ketika seorang wanita melakukan hubungan seksual dengan seorang pria yang mengakibatkan bertemunya sel telur dan sel mani (sperma) yang disebut pembuahan atau fertilisasi, yang terjadi di ampulla tuba (Mandriwati,2016).

b. Tanda – tanda kehamilan sesuai umur kehamilan

Tanda pasti kehamilan menurut (Romauli, 2011):

1) Denyut jantung janin

Denyut jantung janin dengan stetoskop Leanec pada minggu 17-18. Pada orang gemuk, lebih lambat. Dengan stetoskop ultrasonic (Doppler), DJJ dapat didengar lebih awal lagi, sekitar minggu ke-12. Melakukan auskultasi pada janin bisa juga mengidentifikasi bunyi-bunyi yang lain, seperti bising tali pusat, bising uterus, dan nadi ibu

2) Gerakan janin dalam rahim

Gerakan janin juga bermula pada usia kehamilan 12 minggu, tetapi baru dapat dirasakan oleh ibu pada usia kehamilan 16-28 minggu pada multigravida, karena pada usia kehamilan tersebut, ibu hamil dapat merasakan gerakan halus hingga tendangan kaki bayi. Sedangkan pada primigravida ibu dapat merasakan gerakan janin pada usia kehamilan 18-20 minggu.

3) Tanda *Braxton-hiks*

Bila uterus dirangsang mudah berkontraksi. Tanda ini khas untuk uterus dalam masa hamil. Pada keadaan uterus yang membesar tapi tidak ada kehamilan misalnya pada mioma uteri maka tanda ini tidak ditemukan.

c. Klasifikasi usia kehamilan

Menurut Sofian (2012) menyatakan, usia kehamilan dibagi menjadi 3 Trimester yaitu :

- 1) Kehamilan Trimester pertama: 0 sampai <14 minggu
- 2) Kehamilan Trimester kedua : 14 sampai <28 minggu
- 3) Kehamilan Trimester ketiga : 28 sampai 42 minggu.

d. Kebijakan kunjungan antenatal care menurut kemenkes

Menurut Depkes (2009), mengatakan kebijakan program pelayanan antenatal menetapkan frekuensi kunjungan antenatal sebaiknya minimal 4 kali selama kehamilan yaitu: minimal 1 kali pada trimester pertama (K1), minimal 1 kali pada trimester kedua, minimal 2 kali pada trimester ketiga (K4).

Menurut (Sunarsih, 2014) jadwal pemeriksaan antenatal sebagai berikut:

- 1) Kunjungan I (16 minggu) bertujuan untuk hal-hal berikut:
 - a) Penapisan dan pengobatan anemia
 - b) Perencanaan persalinan
 - c) Pencegahan komplikasi akibat kehamilan dan pengobatan
- 2) Kunjungan II (24-28 minggu) dan kunjungan III (32 minggu) bertujuan untuk:
 - a) Pengenalan komplikasi akibat kehamilan dan pengobatannya
 - b) Penapisan preeklamsi, gemeli, infeksi alat reproduksi dan saluran perkemihan.
 - c) Mengulang perencanaan persalinan
- 3) Kunjungan IV (36 minggu) sampai lahir
 - a) Mengenali adanya kelainan letak dan presentasi

- b) mengenali tanda- tanda persalinan
- c) Memantau Merencanakan persalinan
- e. Perubahan fisiologi dan psikologi kehamilan trimester III
 - 1) Perubahan Fisiologi

Trimester III adalah sering disebut periode penantian dengan penuh kewaspadaan. Pada kehamilan trimester akhir, ibu hamil akan merasakan ketidaknyamanan fisik yang semakin kuat menjelang akhir kehamilan (Pantikawati, 2010).

Menurut Pantikawati tahun 2010 perubahan fisiologi ibu hamil trimester III kehamilan sebagai berikut :

a) Uterus

Pada trimester III itmus lebih nyata menjadi bagian korpus uteri dan berkembang menjadi Segmen Bawah Rahim (SBR). Pada kehamilan tua karena kontraksi otot-otot bagian atas uterus, SBR menjadi lebih lebar dan tipis, tampak batas yang nyata antara bagian atas yang lebih tebal dan segmen bawah rahim yang lebih tipis. Batas ini dikenal sebagai lingkaran retraksi fisiologis dinding uterus.

b) Sistem Payudara

Pada trimester III pertumbuhan kelenjar mammae membuat ukuran payudara semakin meningkat. Pada kehamilan 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.

c) Sistem Traktus Urinarius

Pada akhir kehamilan kepala janin mulai turun ke pintu atas panggul yang menyebabkan keluhan sering kencing akan timbul lagi karena kandung kencing akan mulai tertekan kembali.

d) Sistem Pencernaan

Biasanya terjadi konstipasi karena pengaruh hormon progesteron yang meningkat. Selain itu, perut kembung juga terjadi karena adanya tekanan uterus yang membesar dalam rongga perut khususnya saluran pencernaan, usus besar, ke arah atas dan lateral.

e) Sistem Respirasi

Pada kehamilan 32 minggu ke atas karena usus-usus tertekan uterus yang membesar ke arah diafragma sehingga diafragma kurang leluasa bergerak mengakibatkan kebanyakan wanita hamil mengalami kesulitan bernafas.

f) Sistem *Kardiovaskuler*

Selama kehamilan, jumlah leukosit akan meningkat yakni berkisar antara 5000-12000 dan mencapai puncaknya pada saat persalinan dan masa nifas berkisar 14000-16000. Penyebab peningkatan ini belum diketahui. Respon yang sama diketahui terjadi selama dan setelah melakukan latihan yang berat. Distribusi tipe sel juga akan mengalami perubahan. Pada kehamilan, terutama trimester ke-3, terjadi peningkatan jumlah granulosit dan limfosit dan secara bersamaan limfosit dan monosit.

g) Sistem *Integumen*

Pada kulit dinding perut akan terjadi perubahan warna menjadi kemerahan, kusam dan kadang-kadang juga akan mengenai daerah payudara dan paha perubahan ini dikenal dengan *striae gravidarum*. Pada multipara, selain *striae* kemerahan itu sering kali ditemukan garis berwarna perak berkilau yang merupakan sikatrik dari *striae* sebelumnya. Pada kebanyakan perempuan kulit digaris pertengahan perut akan berubah menjadi hitam kecoklatan yang disebut dengan *linea nigra*. Kadang-kadang muncul dalam ukuran yang variasi pada wajah dan leher yang disebut dengan *chloasma* atau *melasma gravidarum*, selain itu pada areola dan daerah

genitalia juga akan terlihat pigmentasi yang berlebihan. Pigmentasi yang berlebihan biasanya akan hilang setelah persalinan.

h) Sistem *muskuloskeletal*

Sendi pelvik pada kehamilan sedikit bergerak. Perubahan tubuh secara bertahap dan peningkatan berat wanita hamil menyebabkan postur dan cara berjalan wanita berubah secara menyolok. Peningkatan distensi abdomen yang membuat panggul miring ke depan, penurunan tonus otot dan peningkatan beban berat badan pada akhir kehamilan membutuhkan penyesuaian ulang. Pusat gravitasi wanita bergeser ke depan.

i) Sistem Metabolisme

Perubahan metabolisme adalah metabolisme basal naik sebesar 15%-20% dari semula terutama pada trimester ke III

(1) Keseimbangan asam basa mengalami penurunan dari 155mEq per liter menjadi 145 mEq per liter disebabkan hemodulasi darah dan kebutuhan mineral yang diperlukan janin.

(2) Kebutuhan protein wanita hamil makin tinggi untuk pertumbuhan dan perkembangan janin, perkembangan organ kehamilan janin dan persiapan laktasi. Dalam makanan diperlukan protein tinggal $\frac{1}{2}$ gr/kg BB atau sebutir telur ayam sehari.

(3) Kebutuhan kalori didapat dari karbohidrat, lemak dan protein.

(4) Kebutuhan zat mineral untuk ibu hamil menurut (Romaui, 2011) meliputi :

(1) Fosfor rata-rata 2 gram dalam sehari

(2) Zat besi, 800 mgr atau 30-50 mgr sehari. Air, ibu hamil memerlukan air cukup banyak dan dapat terjadi retensi air.

j) Sistem Berat Badan dan Indeks Masa Tubuh menurut Romaui (2011)

Kenaikan berat badan sendiri sekitar 5,5 kg dan sampai akhir kehamilan 11-12 kg. Cara yang di pakai untuk menentukan berat badan menurut tinggi badan adalah dengan menggunakan indeks masa tubuh yaitu dengan rumus berat badan dibagi tinggi badan pangkat 2. Pertambahan berat badan ibu hamil menggambarkan status gizi selama hamil, oleh karena itu perlu dipantau setiap bulan. Jika terdapat keterlambatan dalam penambahan berat badan ibu, ini dapat mengindikasikan adanya malnutrisi sehingga dapat menyebabkan gangguan pertumbuhan janin intra uteri.

k) Sistem darah dan pembekuan darah

(1) Sistem darah

Darah adalah jaringan cair yang terdiri atas dua bagian. Bahan intraseluler adalah cairan yang disebut plasma dan di dalamnya terdapat unsur-unsur padat, sel darah.

(2) Pembekuan darah

Pembekuan darah adalah proses yang majemuk dan berbagai faktor diperlukan untuk melaksanakan pembekuan darah sebagaimanatelah diterangkan..

l) Sistem persyarafan

Perubahan fungsi sistem neurologi selama masa hamil, selain perubahan-perubahan neurohormonal hipotalami-hipofisis. Perubahan fisiologik spesifik akibat kehamilan dapat terjadi timbulnya gejala neurologi dan neuromuscular menurut (Romauli, 2011) berikut:

(1) Kompresi saraf panggul atau statis vaskular akibat pembesaran uterus dapat menyebabkan perubahan sensori di tungkai bawah.

(2) Lordosis dan dorsolumbal dapat menyebabkan nyeri akibat tarikan pada saraf atau kompresi akar saraf.

- (3) Hipokalsenia dapat menyebabkan timbulnya masalah neuromuscular, seperti kram otot atau tetani.
- (4) Nyeri kepala ringan, rasa ingin pingsan dan bahkan pingsan (sinkop) sering terjadi awal kehamilan.
- (5) Nyeri kepala akibat ketegangan umum timbul pada saat ibu merasa cemas dan tidak pasti tentang kehamilannya.
- (6) *Akroestesia* (gatal ditangan) yang timbul akibat posisi bahu yang membungkuk, dirasakan pada beberapa wanita selama hamil.
- (7) Edema yang melibatkan saraf perifer dapat menyebabkan *carpal tunnel syndrome* selama trimester akhir kehamilan.

2) Perubahan Psikologi pada Ibu Hamil Trimester III

Trimester ketiga adalah waktu untuk mempersiapkan kelahiran dan kedudukan sebagai orang tua. Adapun perubahan psikologi antara lain: rasa tidak nyaman timbul kembali, merasa dirinya jelek, aneh dan tidak menarik, merasa tidak menyenangkan ketika bayi tidak hadir tepat waktu, takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang timbul pada saat melahirkan, khawatir akan keselamatannya, khawatir bayi akan dilahirkan dalam keadaan tidak normal, bermimpi yang mencerminkan perhatian dan kekhawatirannya, merasa sedih karena akan terpisah dari bayinya, merasa kehilangan perhatian, perasaan mudah terluka (sensitif), libido menurun (Romauli, 2011)

f. Kebutuhan dasar ibu hamil trimester III

Menurut (Walyani, 2015) kebutuhan fisik seorang ibu hamil adalah sebagai berikut :

1) Nutrisi

a) Energi/Kalori

- (1) Sumber tenaga digunakan untuk tumbuh kembang janin dan proses perubahan biologis yang terjadi dalam tubuh
- (2) Untuk menjaga kesehatan ibu hamil

- (3) Persiapan menjelang persiapan persalinan dan persiapan laktasi
- (4) Kekurangan energi dalam asupan makan akan berakibat tidak tercapainya berat badan ideal selama hamil (11-14 kg)
- (5) karena kekurangan energi akan diambil dari persediaan protein
- (6) Sumber energi dapat diperoleh dari : karbohidrat sederhana seperti (gula, madu, sirup), karbohidrat kompleks seperti (nasi, mie, kentang), lemak seperti (minyak, margarin, mentega).

b) Protein

Diperlukan sebagai pembentuk jaringan baru pada janin, pertumbuhan organ-organ janin, perkembangan alat kandung ibu hamil, menjaga kesehatan, pertumbuhan plasenta, cairan amnion, dan penambah volume darah.

- (1) Kekurangan asupan protein berdampak buruk terhadap janin seperti IUGR, cacat bawaan, BBLR dan keguguran.
- (2) Sumber protein dapat diperoleh dari sumber protein hewani yaitu daging, ikan, ayam, telur dan sumber protein nabati yaitu tempe, tahu, dan kacang-kacangan.

c) Lemak

Dibutuhkan sebagai sumber kalori untuk persiapan menjelang persalinan dan untuk mendapatkan vitamin A,D,E,K.

d) Vitamin

Dibutuhkan untuk memperlancar proses biologis yang berlangsung dalam tubuh ibu hamil dan janin.

- (1) Vitamin A : pertumbuhan dan pemeliharaan kesehatan jaringan tubuh
- (2) Vitamin B1 dan B2 : penghasil energi
- (3) Vitamin B12 : membantu kelancaran pembentukan sel darah merah

(4) Vitamin C : membantu meningkatkan absorbs zat besi

(5) Vitamin D : membantu absorbs kalsium

e) Mineral

Diperlukan untuk menghindari cacat bawaan dan defisiensi, menjaga kesehatan ibu selama hamil dan janin, serta menunjang pertumbuhan janin. Beberapa mineral yang penting antara lain kalsium, zat besi, fosfor, asam folat, yodium.

f) Faktor yang mempengaruhi gizi ibu hamil

Usia, berat badan ibu hamil, aktivitas, kesehatan, pendidikan dan pengetahuan, ekonomi, kebiasaan dan pandangan terhadap makanan, diet pada masa sebelum hamil dan selama hamil, lingkungan, psikologi.

g) Pengaruh status gizi terhadap kehamilan

Jika status gizi ibu hamil buruk, maka dapat berpengaruh pada:

(1) Janin : kegagalan pertumbuhan, BBLR, premature, lahir mati, cacat bawaan, keguguran

(2) Ibu hamil : anemia, produksi ASI kurang

(3) Persalinan : SC, pendarahan, persalinan lama.

h) Menyusun menu seimbang bagi ibu hamil (Kritiyanasari, 2010)

Tabel 2.1. Anjuran Makanan Sehari Untuk Ibu Hamil

| Bahan Makanan | Wanita Tidak Hamil | Ibu Hamil | | |
|---------------|--------------------|-------------|--------------|---------------|
| | | Trimester I | Trimester II | Trimester III |
| Makanan Pokok | 3 porsi | 4 porsi | 4 porsi | 4 porsi |
| Lauk Hewani | 1½ potong | 1½ potong | 2 potong | 2 potong |
| Lauk Nabati | 3 potong | 3 potong | 4 potong | 4 potong |
| Sayuran | 1½ mangkok | 1½ mangkok | 3 mangkok | 3 mangkok |
| Buah | 2 potong | 2 potong | 3 potong | 3 potong |
| Susu | - | 1 gelas | 1 gelas | 1 gelas |
| Air | 6-8 Gelas | 8-10 gelas | 8-10 gelas | 8-10 Gelas |

2) Oksigen

Berbagai kandungan pernapasan bisa terjadi saat hamil sehingga akan mengganggu pemenuhan kebutuhan oksigen pada ibu yang akan berpengaruh pada bayi yang dikandung.

3) Personal hygiene

Hal kebersihan harus dijaga pada masa hamil. Menjaga kebersihan diri terutama lipatan kulit (ketiak, bawah kulit dada, daerah genitalia) dengan cara dibersihkan dengan air dan dikeringkan. (Walyani, 2015)

4) Pakaian

Pada dasarnya pakaian apa saja bisa dipakai, pakaian hendaknya yang longgar dan mudah dipakai serta bahan yang mudah menyerap keringat. Payudara perlu didorong dengan BH yang memadai untuk mengurangi rasa tidak nyaman (Walyani, 2015).

5) Eliminasi

Pada trimester III, BAK meningkat karena penurunan kepala ke PAP sehingga hal-hal yang perlu dilakukan untuk melancarkan dan mengurangi infeksi kandung kemih yakni dengan minum dan menjaga kebersihan sekitar alat kelamin. BAB sering obstipasi (sembelit) karena hormon progesteron meningkat sehingga untuk mengatasi keluhan ini dianjurkan meningkatkan aktifitas jasmani dan makan berserat (Walyani, 2015)

6) Mobilisasi

Ibu hamil boleh melakukan kegiatan atau aktifitas fisik biasa selama tidak terlalu melelahkan. Ibu hamil dapat dianjurkan untuk melakukan pekerjaan rumah dengan dan secara berirama dengan menghindari gerakan menyentak, sehingga mengurangi ketegangan pada tubuh dan menghindari kelelahan (Romauli, 2011)

7) Body Mekanik

Secara anatomi, ligament sendi putar dapat meningkatkan pelebaran atau pembesaran rahim pada ruang abdomen. Nyeri pada ligamen ini

merupakan suatu ketidaknyamanan pada ibu hamil. Sikap tubuh yang perlu diperhatikan oleh ibu hamil yaitu

1) Duduk

Ibu harus diingatkan untuk duduk bersandar dikursi dengan benar, pastikan bahwa tulang belakangnya tersangga dengan baik..

2) Berdiri

Ibu perlu dianjurkan untuk berdiri dan berjalan tegak, dengan menggunakan otot trasversus dan dasar panggul.

3) Berjalan

Hindari juga sepatu bertumit runcing karena mudah menghilangkan keseimbangan.

4) Tidur

Kebanyakan ibu hamil menyukai posisi berbaring miring dengan sanggan dua bantal dibawah kepala dan satu dibawah lutut atas serta paha untuk mencegah peregangan pada sendi sakroiliaka.

5) Bangun dan baring

Untuk bangun dari tempat tidur, geser dulu tubuh ibu ke tepi tempat tidur, kemudian tekuk lutut. Angkat tubuh ibu perlahan dengan kedua tangan, putar tubuh lalu perlahan turunkan kaki ibu. Diamlah dulu dalam posisi duduk beberapa saat sebelum berdiri. Lakukan setiap kali ibu bangun dari berbaring.

6) Membungkuk dan mengangkat

Ketika harus mengangkat misalnya menggendong anak balita, kaki harus diregangkan satu kaki didepan kaki yang lain, pangkal paha dan lutut menekuk dengan punggung serta otot trasversus dikencang. Barang yang akan diangkat perlu dipegang sedekat mungkin dan ditengah tubuh dan lengan serta tungkai digunakan untuk mengangkat (Romauli, 2011)

8) Imunisasi

Imunisasi selama kehamilan sangat penting dilakukan untuk mencegah penyakit yang dapat menyebabkan kematian ibu dan janin.

Jenis imunisasi yang diberikan adalah tetanus toxoid (TT) yang dapat mencegah penyakit tetanus. Imunisasi TT pada ibu hamil harus terlebih dahulu ditentukan status kekebalan/imunisasinya. Bumil yang belum pernah mendapatkan imunisasi maka statusnya T0, jika telah mendapatkan interval 4 minggu atau pada masa balitanya telah memperoleh imunisasi DPT sampai 3 kali maka statusnya TT2, bila telah mendapatkan dosis TT yang ketiga (interval minimal dari dosis kedua) maka statusnya TT3, status TT4 didapat bila telah mendapatkan 4 dosis (interval minimal 1 tahun dari dosis ketiga) dan status TT5 didapatkan bila 5 dosis telah didapat (interval minimal 1 tahun dari dosis keempat). Ibu hamil dengan status TT4 dapat diberikan sekali suntikan terakhir telah lebih dari setahun dan bagi ibu hamil dengan status TT5 tidak perlu disuntik TT karena telah mendapatkan kekebalan seumur hidup atau 25 tahun (Romauli, 2011)

9) Seksualitas

Menurut Walyani tahun 2015 hubungan seksual selama kehamilan tidak dilarang selama tidak ada riwayat penyakit seperti sering abortus dan kelahiran premature, perdarahan pervaginam, coitus harus dilakukan dengan hati-hati terutama pada minggu terakhir kehamilan, bila ketuban sudah pecah, coitus dilarang karena dapat menyebabkan infeksi janin intrauterine. Pada kehamilan trimester III, libido mulai mengalami penurunan.

10) Istirahat dan tidur

Wanita hamil dianjurkan untuk merencanakan istirahat yang teratur khususnya seiring kemajuan kehamilannya. Jadwal istirahat dan tidur perlu diperhatikan dengan baik, karena istirahat dan tidur yang teratur dapat meningkatkan kesehatan jasmani dan rohani untuk kepentingan perkembangan dan pertumbuhan janin (Romauli, 2011).

- g. Ketidaknyamanan dan masalah serta cara mengatasi ibu hamil
Trimester III

Tabel 2.2 ketidaknyamanan trimester III dan cara mengatasinya sebagai berikut :

| Ketidaknyamanan | Cara mengatasi |
|-----------------------------------|---|
| Sering buang air kecil | <ol style="list-style-type: none"> a. kurangi asupan karbohidrat murni dan makanan yang mengandung gula. b. Batasi minum kopi, teh, dan soda |
| <i>Hemoroid</i> | <ol style="list-style-type: none"> c. Makan makanan yang berserat, buah dan sayuran serta banyak minum air putih dan sari buah. d. Lakukan senam hamil untuk mengatasi hemoroid |
| Keputihan <i>leukorhea</i> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Tingkatkan kebersihan dengan mandi tiap hari 2. Memakai pakaian dalam dari bahan katun dan mudah menyerap 3. Tingkatkan daya tahan tubuh dengan makan buah dan sayur |
| Sembelit | <ol style="list-style-type: none"> 1. Minum 3 liter cairan setiap hari terutama air putih atau sari buah 2. Makan makanan yang kaya serat dan juga vitamin C 3. Lakukan senam hamil |
| Sesak napas | <ol style="list-style-type: none"> 1. Merentangkan tangan diatas kepala serta menarik napas panjang 2. Mendorong postur tubuh yang baik |
| Nyeri <i>ligamentum rontundum</i> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan penjelasan mengenai penyebab nyeri 2. Tekuk lutut kearah abdomen, mandi air hangat 3. Gunakan sebuah bantal untuk menopang uterus dan bantal lainnya letakkan diantara lutut sewaktu |
| Perut kembung | <ol style="list-style-type: none"> 1. Hindari makan makanan yang mengandung gas 2. Mengunyah makanan secara teratur 3. Lakukan senam secara teratur |
| Pusing/ sakit kepala | <ol style="list-style-type: none"> 1. Bangun secara perlahan dari posisi istirahat 2. Hindari berbaring dalam posisi terlentang |
| Sakit punggung atas dan bawah | <ol style="list-style-type: none"> 1. Posis atau sikap tubuh yang baik selama melakukan aktivitas 2. Hindari mengangkat barang yang berat 3. Gunakan bantal ketika tidur untuk meluruskan punggung |
| Varises pada kaki | <ol style="list-style-type: none"> 1. Istirahat dengan menaikkan kaki setinggi mungkin untuk mengembalikan efekgravitasi 2. Jaga agar kaki tidak bersilang 3. Hindari berdiri atau duduk terlalu lama |

Sumber Romauli (2011)

h. Tanda bahaya kehamilan trimester III

Penting bagi seorang bidan untuk mengetahui dan memeriksa tanda-tanda bahaya pada setiap kali kunjungan antenatal. Menurut Pantikawati (2010) tanda bahaya tersebut adalah sebagai berikut :

1) Perdarahan pervaginam

Perdarahan pada kehamilan lanjut adalah perdarahan pada trimester terakhir dalam kehamilan sampai bayi dilahirkan. Perdarahan yang tidak normal adalah berwarna merah, banyak, dan kadang-kadang tidak selalu disertai dengan nyeri. Perdarahan ini bisa disebabkan oleh plasenta previa, solusio plasenta dan gangguan pembekuan darah.

2) Sakit kepala yang hebat

Sakit kepala yang menunjukkan suatu masalah serius adalah sakit kepala yang menetap, tidak hilang dengan beristirahat dan biasanya disertai dengan penglihatan kabur. Sakit kepala yang hebat dalam kehamilan adalah gejala dari preeklamsi.

3) Nyeri abdomen yang hebat

Nyeri perut yang mungkin menunjukkan masalah yang mengancam keselamatan jiwa adalah yang hebat, menetap dan tidak hilang setelah beristirahat.

4) Bengkak pada muka dan tangan

Bengkak bisa menunjukkan adanya masalah serius jika muncul pada muka dan tangan, tidak hilang setelah beristirahat dan disertai dengan keluhan fisik yang lain. Hal ini merupakan pertanda anemia, gagal jantung dan preeklamsia.

5) Gerakan janin yang berkurang

Normalnya ibu mulai merasakan pergerakan janinnya selama bulan ke 5 atau ke 6 tetapi beberapa ibu dapat merasakan gerakan bayinya lebih awal. Normalnya bayi bergerak dalam satu hari adalah lebih dari 10 kali.

6) Keluar cairan pervaginam

Keluarnya cairan berupa air-air dari vagina pada trimester III bisa mengindikasikan ketuban pecah dini jika terjadi sebelum proses persalinan berlangsung.

i. Deteksi dini faktor resiko

Deteksi dini faktor resiko kehamilan trimester III menurut Poedji Rochyati dan penanganan serta prinsip rujukan kasus

1) Menilai faktor resiko dengan skor Poedji Rochyati (2003).

a) Kehamilan Risiko Tinggi

Risiko adalah suatu ukuran statistik dari peluang atau kemungkinan untuk terjadinya suatu keadaan gawat-darurat yang tidak diinginkan pada masa mendatang (Poedji Rochyati, 2003).

Definisi yang erat hubungannya dengan risiko tinggi (*high risk*):

- b) Wanita risiko tinggi (*High Risk Women*) adalah wanita yang dalam lingkaran hidupnya dapat terancam kesehatan dan jiwanya oleh karena sesuatu penyakit atau oleh kehamilan, persalinan dan nifas.
- c) Ibu risiko tinggi (*High Risk Mother*) adalah faktor ibu yang dapat mempertinggi risiko kematian neonatal atau maternal.
- d) Kehamilan risiko tinggi (*High Risk Pregnancies*) adalah keadaan yang dapat mempengaruhi optimalisasi ibu maupun janin pada kehamilan yang dihadapi (Manuaba, 2010).

Risiko tinggi atau komplikasi kebidanan pada kehamilan merupakan keadaan penyimpangan dari normal, yang secara langsung menyebabkan kesakitan dan kematian ibu maupun bayi. Untuk menurunkan angka kematian ibu secara bermakna maka deteksi dini dan penanganan ibu hamil berisiko atau komplikasi kebidanan (Niken Meilani, dkk, 2009).

Beberapa keadaan yang menambah risiko kehamilan, tetapi tidak secara langsung meningkatkan risiko kematian ibu. Keadaan tersebut dinamakan faktor risiko (Syafudin dan Hamidah, 2009).

2) Skor Poedji Rochjati

Skor Poedji Rochjati adalah suatu cara untuk mendeteksi dini kehamilan yang memiliki risiko lebih besar dari biasanya (baik bagi ibu maupun bayinya), akan terjadinya penyakit atau kematian sebelum maupun sesudah persalinan (Dian, 2007). Ukuran risiko dapat dituangkan dalam bentuk angka disebut skor. Skor merupakan bobot prakiraan dari berat atau ringannya risiko atau bahaya.

Berdasarkan jumlah skor kehamilan dibagi menjadi tiga kelompok:

- a) Kehamilan Risiko Rendah (KRR) dengan jumlah skor 2
- b) Kehamilan Risiko Tinggi (KRT) dengan jumlah skor 6-10
- c) Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST) dengan jumlah skor \geq 12 (Rochjati Poedji, 2003).

3) Tujuan sistem skor Poedji Rochjati

- a) Membuat pengelompokan dari ibu hamil (KRR, KRT, KRST) agar berkembang perilaku kebutuhan tempat dan penolong persalinan sesuai dengan kondisi dari ibu hamil.
- b) Melakukan pemberdayaan ibu hamil, suami, keluarga dan masyarakat agar peduli dan memberikan dukungan dan bantuan untuk kesiapan mental, biaya dan transportasi untuk melakukan rujukan terencana.
- c) Fungsi skor
 - (1) Sebagai alat komunikasi informasi dan edukasi/KIE – bagi klien/ibu hamil, suami, keluarga dan masyarakat. Skor digunakan sebagai sarana KIE yang mudah diterima, diingat, dimengerti sebagai ukuran kegawatan kondisi ibu hamil dan menunjukkan adanya kebutuhan pertolongan untuk rujukan.
 - (2) Alat peringatan bagi petugas kesehatan agar lebih waspada. Lebih tinggi jumlah skor dibutuhkan lebih kritis penilaian/pertimbangan klinis pada ibu Risiko Tinggi dan lebih intensif penanganannya.

d) Cara pemberian skor

Tiap kondisi ibu hamil (umur dan paritas) dan faktor risiko diberi nilai 2,4 dan 8. Umur dan paritas pada semua ibu hamil diberi skor 2 sebagai skor awal. Tiap faktor risiko skornya 4 kecuali bekas sesar, letak sungsang, letak lintang, perdarahan antepartum dan preeklamsia berat/eklamsi diberi skor 8. Tiap faktor risiko dapat dilihat pada gambar yang ada pada Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR), yang telah disusun dengan format sederhana agar mudah dicatat dan diisi (Poedji Rochjati, 2003).

Tabel 2.3. Skor Poedji Rochjati

| | II | III | IV | | | | |
|------|---------------------------|--|------|---------------------|----|-------|-------|
| KEL | NO. | Masalah / Faktor Resiko | SKOR | Tribulan | | | |
| F.R. | | | | I | II | III.1 | III.2 |
| | | | | Skor Awal Ibu Hamil | | | |
| I | 1 | Terlalu muda, hamil \leq 16 tahun | 4 | | | | |
| | 2 | Terlalu tua, hamil \geq 35 tahun | 4 | | | | |
| | 3 | Terlalu lambat hamil I, kawin \geq 4 tahun | 4 | | | | |
| | | Terlalu lama hamil lagi (\geq 10 tahun) | 4 | | | | |
| | 4 | Terlalu cepat hamil lagi ($<$ 2 tahun) | 4 | | | | |
| | 5 | Terlalu banyak anak, 4 / lebih | 4 | | | | |
| | 6 | Terlalu tua, umur \geq 35 tahun | 4 | | | | |
| | 7 | Terlalu pendek \leq 145 cm | 4 | | | | |
| | 8 | Pernah gagal kehamilan | 4 | | | | |
| | 9 | Pernah melahirkan dengan : Tarikan tang / vakum | 4 | | | | |
| | Uri dirogoh | 4 | | | | | |
| | Diberi infuse / transfuse | 4 | | | | | |
| | 10 | Pernah Operasi Sesar | 8 | | | | |
| II | 11 | Penyakit pada Ibu Hamil : | 4 | | | | |
| | | a. Kurang darah b. Malaria | | | | | |
| | | c. TBC paru d. Payah | 4 | | | | |

| | | | | | | | |
|--|----|--|---|--|--|--|--|
| | | jantung | | | | | |
| | | e. Kencing manis (Diabetes) | 4 | | | | |
| | | f. Penyakit menular seksual | 4 | | | | |
| | 12 | Bengkak pada muka / tungkai dan Tekanan darah tinggi | 4 | | | | |
| | 13 | Hamil kembar 2 atau lebih | 4 | | | | |
| | 14 | Hamil kembar air (Hydramnion) | 4 | | | | |
| | 15 | Bayi mati dalam kandungan | 4 | | | | |
| | 16 | Kehamilan lebih bulan | 4 | | | | |
| | 17 | Letak sungsang | 8 | | | | |

Keterangan :

(1) Ibu hamil dengan skor 6 atau lebih dianjurkan untuk bersalin ditolong oleh tenaga kesehatan.

(2) Bila skor 12 atau lebih dianjurkan bersalin di RS/DSOG

e) Pencegahan kehamilan risiko tinggi

Penyuluhan komunikasi, informasi, edukasi/KIE untuk kehamilan dan persalinan aman.

(1) Kehamilan Risiko Rendah (KRR), tempat persalinan dapat dilakukan di rumah maupun di polindes, tetapi penolong persalinan harus bidan, dukun membantu perawatan nifas bagi ibu dan bayinya.

(2) Kehamilan Risiko Tinggi (KRT), ibu PKK memberi penyuluhan agar pertolongan persalinan oleh bidan atau dokter puskesmas, di polindes atau puskesmas (PKM), atau langsung dirujuk ke Rumah Sakit, misalnya pada letak lintang dan ibu hamil pertama (primi) dengan tinggi badan rendah.

(3) Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST), diberi penyuluhan dirujuk untuk melahirkan di Rumah Sakit dengan alat lengkap dan dibawah pengawasan dokter spesialis (Rochjati Poedji, 2003).

(a) Pengawasan antenatal, memberikan manfaat dengan ditemukannya berbagai kelainan yang menyertai kehamilan secara dini, sehingga dapat diperhitungkan dan dipersiapkan langkah-langkah dalam pertolongan persalinannya.

- (b) Mengenal dan menangani sedini mungkin penyulit yang terdapat saat kehamilan, saat persalinan, dan nifas.
 - (c) Mengenal dan menangani penyakit yang menyertai hamil, persalinan, dan kala nifas.
 - (d) Memberikan nasihat dan petunjuk yang berkaitan dengan kehamilan, persalinan, kala nifas, laktasi, dan aspek keluarga berencana. Menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu dan perinatal. (Manuaba, 2010)
- f) Pendidikan kesehatan
- Menurut Sarwono (2007) dan Manuaba (2010) pendidikan kesehatan terbagi menjadi beberapa bagian yaitu:
- (1) Diet dan pengawasan berat badan, kekurangan atau kelebihan nutrisi dapat menyebabkan kelainan yang tidak diinginkan pada wanita hamil. Kekurangan nutrisi dapat menyebabkan anemia, partus prematur, abortus; sedangkan kelebihan nutrisi dapat menyebabkan pre-eklamsia, bayi terlalu besar.
 - (2) Hubungan seksual, hamil bukan merupakan halangan untuk melakukan hubungan seksual. Pada umumnya hubungan seksual diperbolehkan pada masa kehamilan jika dilakukan dengan hati-hati.
 - (3) Kebersihan dan pakaian, kebersihan harus selalu dijaga pada masa hamil. Pakaian harus longgar, bersih, dan mudah dipakai, memakai sepatu dengan tumit yang tidak terlalu tinggi, memakai kutang yang menyokong payudara, pakaian dalam yang selalu bersih.
 - (4) Perawatan gigi, pada triwulan pertama wanita hamil mengalami mual dan muntah (morning sickness). Keadaan ini menyebabkan perawatan gigi yang tidak diperhatikan dengan baik, sehingga timbul karies gigi, gingivitis, dan sebagainya.

- (5) Perawatan payudara, bertujuan memelihara *hygiene* payudara, melenturkan/menguatkan puting susu, dan mengeluarkan puting susu yang datar atau masuk ke dalam.
- (6) Imunisasi *Tetanus Toxoid*, untuk melindungi janin yang akan dilahirkan terhadap tetanus neonatorum.
- (7) Wanita pekerja, wanita hamil boleh bekerja tetapi jangan terlampaui berat. Menurut undang-undang perburuhan, wanita hamil berhak mendapat cuti hamil satu setengah bulan sebelum bersalin atau satu setengah bulan setelah bersalin.
- (8) Merokok, minum alkohol dan kecanduan narkotik, ketiga kebiasaan ini secara langsung dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin dan menimbulkan kelahiran dengan berat badan lebih rendah, atau mudah mengalami abortus dan partus prematurus, dapat menimbulkan cacat bawaan atau kelainan pertumbuhan dan perkembangan mental).
- (9) Obat-obatan, pengobatan penyakit saat hamil harus memperhatikan apakah obat tersebut tidak berpengaruh terhadap tumbuh kembang janin.

i. Konsep dasar Antenatal Care dan standar pelayanan antenatal

1) Pengertian

Asuhan Antenatal merupakan upaya preventif program pelayanan kesehatan obstetric untuk optimalisasi luaran maternal dan neonatal, melalui serangkaian kegiatan pemantauan rutin selama kehamilan (Prawirohardjo, 2008).

Antenatal Care merupakan pelayanan yang diberikan kepada ibu hamil secara berkala untuk menjaga kesehatan ibu dan bayinya, yang meliputi upaya koreksi terhadap penyimpanan dan intervensi dasar yang dilakukan (Pantikawati, 2010).

2) Tujuan ANC

Menurut (Sunarsih, 2014) tujuan dari ANC adalah :

- a) Memantau kemajuan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang janin
 - b) Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental dan sosial budaya ibu dan bayi.
 - c) Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang secara normal.
 - d) Mempromosikan dan menjaga kesehatan fisik dan mental ibu dan bayidengan pendidikan, nutrisi, kebersihan diri dan kelahiran bayi.
 - e) Mengembangkan persiapan persalinan serta persiapan menghadapi komplikasi.
 - f) Membantu menyiapkan ibu menyusui dengan sukses, menjalankan nifas normal dan merawat anak secara fisik, psikologis dan sosial.
- 3) Standar pelayanan Antenatal (10 T)
- a) Timbang berat badan dan ukur tinggi badan (T1)
 Penimbangan berat badan setiap kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya gangguan pertumbuhan janin. Penambahan berat badan yang kurang dari 9 kg selama kehamilan atau kurang dari 1 kg setiap bulanya menunjukkan adanya gangguan pertumbuhan janin. Pengukuran tinggi badan pada pertama kali kunjungan dilakukan untuk menapis adanya faktor resiko pada ibu hamil. Tinggi badan ibu hamil 145 cm meningkatkan resiko untuk terjadinya CPD (*Chephalo Pelvic Disproportion*) (Kemenkes RI, 2015).
 - b) Ukur tekanan darah (T2)
 Pengukuran tekanan darah poada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya hipertensi (tekanan darah \geq 140/90 mmHg). Pada kehamilan dan preeclampsia (hipertensi disertai edem wajah dan atau tungkai bawah dan atau protein uria) (Kemenkes RI, 2015).

c) Nilai status gizi (ukur lingkaran lengan atas/LILA) (T3)

Pengukuran LILA hanya dilakukan pada kontak pertama oleh tenaga kesehatan di trimester I untuk skrining ibu hamil berisiko kurang energy kronis (KEK). Ibu hamil yang mengalami KEK di mana ukuran LILA kurang dari 23,5 cm. Ibu hamil dengan KEK akan dapat melahirkan bayi berat lahir rendah (BBLR). Ibu hamil yang mengalami obesitas di mana ukuran LILA > 28 cm (Kemenkes RI, 2015).

d) Ukur tinggi fundus uteri (T4)

Pengukuran tinggi fundus uteri dilakukan setiap kali kunjungan antenatal untuk mendeteksi pertumbuhan janin sesuai atau tidak dengan umur kehamilan. Jika tinggi fundus uteri tidak sesuai dengan umur kehamilan, kemungkinan ada gangguan pertumbuhan janin (Kemenkes RI, 2015).

Tabel 2.4 TFU Menurut Penambahan Tiga Jari

| Tinggi (cm) | Fundus uteri (TFU) |
|-------------|---------------------------------------|
| 16 | Pertengahan pusat – simfisis |
| 20 | Dibawa pinggir pusat |
| 24 | Pinggir pusat atas |
| 28 | 3 jari atas pusat |
| 32 | ½ pusat – <i>proc. Xiphoideus</i> |
| 36 | 1 jari dibawa <i>proc. Xiphoideus</i> |
| 40 | 3 jari dibawa <i>proc. Xiphoideus</i> |

Sumber : Nugroho,dkk, 2014.

e) Pemantauan imunisasi tetanus dan pemberian imunisasi tetanus tokosiod sesuai status imunisasi (T5).

Tabel 2.5 Rentang Waktu Pemberian Immunisasi dan Lama Perlindungannya

| Imunisasi TT | Selang Waktu Minimal | Lama Perlindungan |
|--------------|-----------------------|--|
| TT 1 | | Langkah awal pembentukan kekebalan tubuh terhadap penyakit tetanus |
| TT 2 | 1 bulan setelah TT 1 | 3 tahun |
| TT 3 | 6 bulan setelah TT 2 | 5 tahun |
| TT 4 | 12 bulan setelah TT 3 | 10 tahun |
| TT 5 | 12 bulan setelah TT 4 | >25 tahun |

Sumber : Kemenkes RI, 2015.

f) Tentukan presentase janin dan denyut jantung janin (TT5)

Menentukan presentase janin dilakukan pada akhir trimester II dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. Jika pada trimester III bagian bawah janin bukan kepala, atau kepala janin belum masuk ke panggul berarti ada kelainan letak, panggul sempit atau masalah lain. Penilaian DJJ dilakukan pada akhir trimester I dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. DJJ lambat kurang dari 120 x/menit atau cepat > 160 x/menit menunjukkan adanya gawat janin (Kemenkes RI, 2015).

g) Beri tablet tambah darah (T7)

Tablet tambah darah dapat mencegah anemia gizi besi, setiap ibu hamil harus mendapat tablet tambah darah dan asam folat minimal 90 tablet selama kehamilan yang diberikan sejak kontak pertama. Tiap tablet mengandung 60 mg zat besi dan 0,25 mg asam folat (Kemenkes RI, 2015).

h) Periksa laboratorium (T8)

(1) Tes golongan darah, untuk mempersiapkan donor bagi ibu hamil bila diperlukan

- (2) Tes haemoglobin. Dilakukan minimal sekali pada trimester 1 dan sekali pada trimester 3. Pemeriksaan ini bertujuan untuk mengetahui apakah ibu menderita anemia. Pemeriksaan Hb pada trimester 2 dilakukan atas indikasi.
 - (3) Tes pemeriksaan urin (air kencing). Dilakukan pada ibu hamil trimester kedua dan ketiga atas indikasi. Pemeriksaan ini dilakukan untuk mengetahui ada protein urin dalam air kencing ibu. ini merupakan salah satu indikator terjadinya preeklampsia pada ibu hamil.
 - (4) Pemeriksaan kadar gula darah dilakukan pada ibu hamil dengan indikasi diabetes melitus. Pemeriksaan ini sebaiknya dilakukan sekali setiap trimester.
 - (5) Tes pemeriksaan darah lainnya, sesuai indikasi seperti malaria, HIV, sifilis, dan lain-lain (Kemenkes RI, 2015).
- i) Tatalaksana atau penanganan kasus (T9)

Berdasarkan hasil pemeriksaan antenatal di atas dan hasil laboratorium, setiap kelainan yang ditemukan pada ibu hamil harus ditangani dengan standar dan kewenangan tenaga kesehatan (Kemenkes RI, 2015).
 - j) Temu wicara atau konseling (T10)

Temu wicara atau konseling dilakukan pada setiap kunjungan antenatal yang meliputi : kesehatan ibu, perilaku hidup bersih dan sehat, peran suami dan keluarga dalam kehamilan dan perencanaan persalinan, tanda bahaya pada kehamilan, persalinan dan nifas serta kesiapan menghadapi komplikasi, asupan gizi seimbang, gejala penyakit menular dan tidak menular, inisiasi menyusui dini (IMD) dan pemberian ASI eksklusif, KB pasca persalinan, dan imunisasi (Kemenkes RI, 2015).
- j. Konsep 4 Terlalu Dalam Kehamilan

4 terlalu adalah Hamil terlalu muda (primi muda) usia ibu < 20 tahun, hamil/ bersalin terlalu tua (grande multi) usia ibu > 35 tahun,

terlalu dekat jarak kehamilan atau persalinannya < dari 2 tahun, dan terlalu banyak anak (anak lebih dari 4).

1) Terlalu Muda (Primi Muda)

Terlalu Muda (Primi Muda) adalah ibu hamil pertama pada usia kurang dari 20 tahun. Dimana kondisi panggul belum berkembang secara optimal dan kondisi mental yang belum siap menghadapi kehamilan dan menjalankan peran sebagai ibu (BKKBN, 2007:4).

a) Resiko yang dapat terjadi pada kehamilan terlalu muda (primi muda) adalah :

- (1) Bayi lahir belum cukup bulan
- (2) Perdarahan dapat terjadi sebelum bayi lahir
- (3) Perdarahan dapat terjadi setelah bayi lahir

Alasan yang perlu diketahui adalah Secara fisik Kondisi rahim dan panggul belum berkembang secara optimal, mengakibatkan kesakitan dan kematian bagi ibu dan bayinya.

Kehamilan terlalu muda Resiko bagi ibu antara lain adalah perdarahan pada saat melahirkan antara lain disebabkan karena otot rahim yang terlalu lemah dalam proses involusi. Lebih mudah untuk mengalami abortus, kelahiran prematur, eklampsia/preeklamsia dan persalinan yang lama. Kemungkinan yang bisa dialami oleh janin yaitu lahir prematur, BBLR (berat saat lahir < 2500 gram) dan cacat janin.

Kehamilan di usia muda beresiko tinggi karena saat itu ibu masih dalam proses tumbuh akan terjadi kompetisi makanan antara janin dan ibunya sendiri yang masih dalam masa pertumbuhan dan adanya perubahan hormonal yang terjadi selama kehamilan.

b) Dampak Kehamilan Resiko Tinggi pada Usia Muda.

(1) Keguguran.

Keguguran pada usia muda dapat terjadi secara tidak disengaja. misalnya : karena terkejut, cemas, stres. Tetapi ada juga keguguran

yang sengaja dilakukan oleh tenaga non profesional sehingga dapat menimbulkan akibat efek samping yang serius seperti tingginya angka kematian dan infeksi alat reproduksi yang pada akhirnya dapat menimbulkan kemandulan.

- (2) Persalinan prematur, berat badan lahir rendah (BBLR) dan kelainan bawaan.

Prematuritas terjadi karena kurang matangnya alat reproduksi terutama rahim yang belum siap dalam suatu proses kehamilan, berat badan lahir rendah (BBLR) juga dipengaruhi gizi saat hamil kurang dan juga umur ibu yang belum menginjak 20 tahun. cacat bawaan dipengaruhi kurangnya pengetahuan ibu tentang kehamilan, pengetahuan akan asupan gizi rendah, pemeriksaan kehamilan (ANC) kurang, keadaan psikologi ibu kurang stabil. selain itu cacat bawaan juga di sebabkan karena keturunan (genetik) proses pengguguran sendiri yang gagal, seperti dengan minum obat-obatan (gynecosit sytotec) atau dengan loncat-loncat dan memijat perutnya sendiri.

Ibu yang hamil pada usia muda biasanya pengetahuannya akan gizi masih kurang, sehingga akan berakibat kekurangan berbagai zat yang diperlukan saat pertumbuhan dengan demikian akan mengakibatkan makin tingginya kelahiran prematur, berat badan lahir rendah dan cacat bawaan.

- (3) Mudah terjadi infeksi.

Keadaan gizi buruk, tingkat sosial ekonomi rendah, dan stress memudahkan terjadi infeksi saat hamil terlebih pada kala nifas.

- (4) Anemia kehamilan / kekurangan zat besi.

Penyebab anemia pada saat hamil di usia muda disebabkan kurang pengetahuan akan pentingnya gizi pada saat hamil di usia muda. Karena pada saat hamil mayoritas seorang ibu mengalami anemia. Tambahan zat besi dalam tubuh fungsinya untuk meningkatkan jumlah sel darah merah, membentuk sel darah merah

janin dan plasenta. Lama kelamaan seorang yang kehilangan sel darah merah akan menjadi anemis.

(5) Keracunan Kehamilan (Gestosis).

Kombinasi keadaan alat reproduksi yang belum siap hamil dan anemia makin meningkatkan terjadinya keracunan hamil dalam bentuk pre-eklampsia atau eklampsia. Pre-eklampsia dan eklampsia memerlukan perhatian serius karena dapat menyebabkan kematian.

(6) Kematian ibu yang tinggi.

Kematian ibu pada saat melahirkan banyak disebabkan karena perdarahan dan infeksi. Selain itu angka kematian ibu disebabkan karena pengguguran kandunganyang cukup tinggi kebanyakan hal ini dilakukan oleh tenaga non profesional (dukun).

Adapun akibat resiko tinggi kehamilan usia dibawah 20 tahun antara lain:

Resiko bagi ibunya :

(1) Mengalami perdarahan.

Perdarahan pada saat melahirkan antara lain disebabkan karena otot rahim yang terlalu lemah dalam proses involusi.

(2) Kemungkinan keguguran / abortus.

Pada saat hamil seorang ibu sangat memungkinkan terjadi keguguran. hal ini disebabkan oleh faktor-faktor alamiah dan juga abortus yang disengaja, baik dengan obat-obatan maupun memakai alat.

(3) Persalinan yang lama dan sulit.

Adalah persalinan yang disertai komplikasi ibu maupun janin. penyebab dari persalinan lama sendiri dipengaruhi oleh kelainan letak janin, kelainan panggul, kelainan kekuatan his dan mengejan serta pimpinan persalinan yang salah kematian ibu. Kematian pada saat melahirkan yang disebabkan oleh perdarahan dan infeksi.

Resiko pada bayinya :

(a) Kemungkinan lahir belum cukup usia kehamilan.

Adalah kelahiran prematur yang kurang dari 37 minggu (259 hari). hal ini terjadi karena pada saat pertumbuhan janin zat yang diperlukan berkurang.

(b) Berat badan lahir rendah (BBLR).

Yaitu bayi yang lahir dengan berat badan yang kurang dari 2.500 gram. kebanyakan hal ini dipengaruhi kurangnya gizi saat hamil, umur ibu saat hamil kurang dari 20 tahun.

(c) Cacat bawaan.

Merupakan kelainan pertumbuhan struktur organ janin sejak saat pertumbuhan. hal ini dipengaruhi oleh beberapa faktor, diantaranya kelainan genetik dan kromosom, infeksi, virus rubela serta faktor gizi dan kelainan hormon.

(d) Kematian bayi.

Kematian bayi yang masih berumur 7 hari pertama hidupnya atau kematian perinatal yang disebabkan berat badan kurang dari 2.500 gram, kehamilan kurang dari 37 minggu (259 hari), kelahiran kongenital serta lahir dengan asfiksia.

2) Terlalu Tua (Primi Tua)

Terlalu Tua (Primi Tua) adalah ibu hamil pertama pada usia ≥ 35 tahun. Pada usia ini organ kandungan menua, jalan lahir tambah kaku, ada kemungkinan besar ibu hamil mendapat anak cacat, terjadi persalinan macet dan perdarahan.

a) Resiko Yang Dapat Terjadi

Resiko yang dapat terjadi pada kehamilan terlalu tua (primi tua ≥ 35 tahun) adalah :

(1) Hipertensi/tekanan darah tinggi

(2) Pre-eklampsia

(3) Ketuban pecah dini: yaitu ketuban pecah sebelum persalinan dimulai

(4) Persalinan macet: ibu yang mengejan lebih dari 1 jam, bayi tidak dapat lahir dengan tenaga ibu sendiri melalui jalan lahir biasa.

(5) Perdarahan setelah bayi lahir

(6) Bayi lahir dengan berat badan lahir rendah/BBLR < 2500gr

Alasan yang perlu diketahui adalah Pada usia ini kondisi kesehatan ibu mulai menurun, Fungsi rahim menurun, Kualitas sel telur berkurang.

b) Dampak Kehamilan Resiko Tinggi Pada Usia Tua

Risiko kehamilan yang mungkin terjadi saat terjadi kehamilan usia ibu mencapai 40 tahun atau lebih. Terdapat risiko pada ibu dan risiko pada bayi. Sel telur itu kan sudah ada di dalam organ reproduksi sejak wanita dilahirkan. Namun, setiap bulan sel telur itu dilepaskan satu per satu karena sudah matang. Berarti, sel telur yang tersimpan selama hampir 40 tahun ini usianya juga sudah cukup tua. Karena, selama itu sel telur mungkin terkena paparan radiasi. Di usia ini, wanita akan lebih sulit mendapatkan keturunan karena tingkat kesuburan yang sudah menurun.

Resiko Pada Bayi.

(1) Kehamilan di atas usia 40 itu berisiko melahirkan bayi yang cacat. Kecacatan yang paling umum adalah down syndrome (kelemahan motorik, IQ rendah) atau bisa juga cacat fisik.

(2) Adanya kelainan kromosom dipercaya sebagai risiko kehamilan di usia 40 tahun. Pertambahan usia dapat menyebabkan terjadinya kelainan terutama pada pembelahan kromosom. Pembelahan kromosom abnormal menyebabkan adanya peristiwa gagal berpisah yang menimbulkan kelainan pada individu yang dilahirkan. Terjadinya kelahiran anak dengan sindroma down, kembar siam, autism sering disangkut pautkan dengan masalah kelainan kromosom yang diakibatkan oleh usia ibu yang sudah terlalu tua untuk hamil. Akan tetapi hal inipun masih berada di dalam penelitian lanjut mengenai kebenarannya.

- (3) Seiring bertambah usia maka resiko kelahiran bayi dengan *down syndrome* cukup tinggi yakni 1:50. Hal ini berbeda pada kehamilan di usia 20-30 tahun dengan rasio 1:1500.
- (4) Selain itu, bayi yang lahir dari kelompok tertua lebih cenderung untuk memiliki cacat lahir dan harus dirawat di unit perawatan intensif neonatal.
- (5) Kebanyakan akan mengalami penurunan stamina. Karena itu disarankan untuk melakukan persalinan secara operasi caesar. Hal ini dilakukan bukan tanpa alasan namun mengingat untuk melahirkan normal membutuhkan tenaga yang kuat.
- (6) Pada ibu hamil dengan usia 40 tahun ke atas kebanyakan tidak kuat untuk mengejan karena nafas yang pendek. Akibatnya bayi bisa mengalami stres karena saat proses persalinan pembukaan mulut rahim akan terasa sulit. Kebanyakan kasus kehamilan di usia 40 tahun ke atas akan mengalami kesulitan saat melahirkan secara normal. Apalagi untuk ibu hamil yang hipertensi, maka sangat dianjurkan untuk melakukan persalinan dengan operasi caesar. Untuk menyelamatkan ibu dan juga bayi

Risiko pada ibu

- (1) Memasuki usia 35, wanita sudah harus berhati-hati ketika hamil karena kesehatan reproduksi wanita pada usia ini menurun. Kondisi ini akan makin menurun ketika memasuki usia 40 tahun.
- (2) Risiko makin bertambah karena pada usia 40 tahun, penyakit-penyakit degeneratif (seperti tekanan darah tinggi, diabetes) mulai muncul. Selain bisa menyebabkan kematian pada ibu, bayi yang dilahirkan juga bisa cacat.
- (3) Kehamilan di usia ini sangat rentan terhadap kemungkinan komplikasi seperti, placenta previa, pre-eklampsia, dan diabetes.
- (4) Risiko keguguran juga akan meningkat hingga 50 persen saat wanita menginjak usia 42 tahun. Terjadi perdarahan dan

penyulit kelahiran. Elastisitas jaringan akan berkurang seiring dengan bertambahnya usia. Di usia semakin lanjut, maka sering terjadi penipisan dinding pembuluh darah meskipun kasus tidak terlalu banyak dijumpai, namun masalah pada kualitas dinding pembuluh darah khususnya yang terdapat di dinding rahim, dengan adanya pembesaran ruang rahim akibat adanya pertumbuhan janin dapat menyebabkan perdarahan.

- (5) Hamil di usia 40 merupakan kehamilan dengan resiko komplikasi yang tinggi. Menurut penelitian yang dilakukan *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists*, perempuan yang hamil di akhir usia 30-an dan 40-an lebih beresiko mengalami hipertensi saat kehamilan (preeklampsia), kehamilan di luar rahim (kehamilan etopik), mengalami keguguran.
- (6) Kualitas sel telur yang lemah menyebabkan penempelan janin pada dinding rahim lemah sehingga sering menimbulkan perdarahan.
- (7) Terjadi pre eklampsia. Pre eklampsia atau perdarahan yang disebabkan oleh adanya tekanan darah yang tinggi melebihi batas normal sering menjadi penyebab kematian ibu yang melahirkan. Pre eklampsia banyak dikaitkan dengan usia ibu yang terlalu tua untuk hamil.
- (8) Kesulitan melahirkan. Proses melahirkan butuh energi yang ekstra. Tanpa adanya tenaga yang kuat, maka ibu dapat sulit mengejan sehingga justru berbahaya bagi bayi yang dilahirkan. Semakin tua usia ibu dikhawatirkan tenaga sudah relatif menurun, meskipun tidak dapat disamaratakan antara individu satu dengan lainnya.
- (9) Di saat melahirkan, pembukaan mulut rahim mungkin akan terasa sulit sehingga bayi bisa mengalami stres. Oleh karena itu,

proses melahirkan pada ibu yang berusia 40 tahun pada umumnya dilakukan secara Caesar.

3) Terlalu Dekat Jarak Kehamilan

Terlalu Dekat Jarak Kehamilan adalah jarak antara kehamilan satu dengan berikutnya kurang dari 2 tahun (24 bulan). Kondisi rahim ibu belum pulih, waktu ibu untuk menyusui dan merawat bayi kurang.

a) Resiko Yang Dapat Terjadi

Resiko yang mungkin terjadi pada kehamilan jarak dekat adalah

- (1) Keguguran
- (2) Anemia
- (3) Bayi lahir belum waktunya
- (4) Berat badan lahir rendah (BBLR)
- (5) Cacat bawaan
- (6) Tidak optimalnya tumbuh kembang balita

Alasan yang perlu diketahui adalah Kondisi rahim ibu belum pulih, dapat mengakibatkan terjadinya penyulit dalam kehamilan, waktu ibu untuk menyusui dan merawat bayi kurang menjaga jarak antara kehamilan memiliki beberapa tujuan, di antaranya adalah:

Memberikan waktu istirahat untuk mengembalikan otot-otot tubuhnya seperti semula. Untuk memulihkan organ kewanitaan wanita setelah melahirkan.

4) Terlalu Banyak Anak (Grande Multi)

Terlalu Banyak Anak (Grande Multi) adalah ibu pernah hamil atau melahirkan lebih dari 4 kali atau lebih. Kemungkinan akan di temui kesehatan yang terganggu, kekendoran pada dinding perut, tampak pada ibu dengan perut yang menggantung.

a) Resiko Yang Akan Terjadi

Resiko yang dapat terjadi pada kehamilan terlalu banyak anak (4 kali melahirkan) adalah :

- (1) Kelainan letak, persalinan letak lintang
- (2) Robekan rahim pada kelainan letak lintang

- (3) Persalinan lama
- (4) Perdarahan pasca persalinan

Alasan yang perlu diketahui adalah : Dapat mengakibatkan terjadinya gangguan dalam kehamilan, dapat menghambat proses persalinan, seperti kelainan letak, tumbuh kembang anak kurang optimal, menambah beban ekonomi keluarga.

b) Dampak Terlalu Sering Dan Terlalu banyak Melahirkan

Memiliki banyak anak kini kurang diminati para orangtua dengan alasan biaya hidup dan pendidikan yang semakin mahal. Di luar masalah finansial sebenarnya melahirkan terlalu sering beresiko buruk bagi kesehatan ibu dan bayi. "Makin sering hamil, makin buruk dampaknya bagi kesehatan karena meningkatkan risiko kematian ibu".

Risiko yang harus dihadapi wanita yang melahirkan terlalu sering :

- (1) Risiko placenta previa dan plasenta akreta meningkat. Placenta previa adalah kelainan letak plasenta yang seharusnya di atas rahim malah di bawah, sehingga menutupi jalan lahir.
- (2) Meningkatnya intervensi dalam persalinan seperti pemasangan infus atau induksi (rangsangan) agar tanda persalinan muncul. Induksi bisa dilakukan dengan pemberian obat-obatan atau memecahkan kantung ketuban.
- (3) Usia ibu yang terlalu tua juga menyebabkan risiko kecacatan janin, komplikasi pada ibu (preeklampsia atau diabetes gestasional).
- (4) Risiko bayi dilahirkan prematur akibat jaringan parut dari kehamilan sebelumnya bisa menyebabkan masalah pada plasenta bayi.

c) Mencegah dan penanganan 4 Terlalu

- (1) Pelayanan KB berkualitas pasca persalinan, pasca keguguran, pelayanan KB berkualitas pasca persalinan, pasca keguguran.

- (2) Meningkatkan partisipasi aktif dan pemanfaatan kerjasama lintas program dan sektor antara lain dengan jalan menjalin kemitraan dengan pemda, organisasi profesi.
- (3) Peningkatan partisipasi perempuan, keluarga dan masyarakat antara lain dalam bentuk meningkatkan pengetahuan tentang tanda bahaya pencegahan 3 terlambat yaitu : terlambat dalam mencapai Fasilitas (transportasi kerumah sakit/ puskesmas karena jauh) .terlambat dalam mendapatkan pertolongan yang cepat dan tepat di fasilitas pelayanan (kurang lengkap atau tenaga medis kurang), terlambat dalam mengenali tanda bahaya kehamilan dan persalinan. Serta menyediakan buku KIA, kesiapan keluarga dan masyarakat dalam menghadapi kegawatdaruratan agar selama hamil dapat mencegah resiko 4 Terlalu, penyediaan dan pemanfaatan pelayanan kesehatan ibu dan bayi, partisipasi juga mutu pelayanan.
- (4) Sosialisasi dan advokasi melalui penyusunan hasil informasi cakupan program dan data informasi tentang masalah yang dihadapi.

k. Konsep dasar kekurangan energi kronik (kek) pada ibu hamil

1) Pengertian

Kekurangan energi kronis adalah keadaan dimana ibu penderita kekurangan makanan yang berlangsung menahun (kronis) kesehatan pada ibu .ibu hamil diketahui menderita KEK dilihat dari pengukuran LILA, adapun batas LILA ibu hamil dengan resiko KEK di indonesia adalah kurang dari 23,5 cm (Depkes RI, 2012).

2) Penyebab KEK

Penyebab dari kekurangan energi kronis dapat dibagi menjadi dua, yaitu:

a) Penyebab langsung/primer

Defisiensi kalori maupun protein yang terjadi dalam jangka waktu yang cukup lama.

b) Penyebab tidak langsung/sekunder yaitu:

(1) Hambatan absorpsi karena penyakit infeksi atau infeksi cacing

(2) Hambatan utilitas zat-zat gizi

ialah hambatan penggunaan zat-zat gizi karena susunan asam amino didalam tubuh tidak seimbang yang dapat menyebabkan penurunan nafsu makan dan penurunan konsumsi makan.

(3) Ekonomi

Ekonomi seseorang mempengaruhi dalam pemberian makanan yang akan dikonsumsi sehari-harinya. Seorang dengan ekonomi yang rendah maka kemungkinan besar gizi yang dibutuhkan tidak tercukup.

(4) Pengetahuan

Pengetahuan yang dimiliki oleh seorang ibu akan mempengaruhi pengambilan keputusan dan juga akan berpengaruh pada perilakunya ibu hamil dengan pengetahuan gizi yang rendah, kemungkinan akan memberikan gizi yang kurang bagi bayinya.

(5) Produksi pangan yang tidak mencukupi kebutuhan.

(6) Pola konsumsi juga dapat mempengaruhi status kesehatan ibu hamil, dimana pola konsumsi yang kurang baik dapat menimbulkan suatu gangguan kesehatan atau penyakit pada ibu hamil.

(7) Jumlah anak yang terlalu banyak

Jumlah anak yang banyak pada keluarga yang keadaan sosial ekonominya kurang, akan mengakibatkan berkurangnya kebutuhan gizi.

(8) Pendapatan yang rendah

Pendapatan keluarga yang memadai akan menunjang gizi, karena tidak dapat menyediakan kebutuhan gizi yang seimbang (Sediaoetomo, 2012).

3) Tanda dan Gejala KEK

Tanda-tanda KEK menurut Sediaoetomo (2012), meliputi:

- a) Lingkar Lengan Atas (LILA) kurang dari 23,5 cm
- b) Badan kurus
- c) Rambut kusam
- d) Turgor kulit kering
- e) Conjungtiva pucat
- f) Tensi kurang dari 100 mmHg
- f) Hb kurang dari normal (<11 gram persen)

Gejala KEK menurut Winkjosastro (2008), meliputi:

- a) Nafsu makan kurang
- b) Mual
- c) Badan lemas
- d) Mata berkunang-kunang.

4) Patofisiologi

- a) Kebutuhan nutrisi meningkat selama hamil. Masukan gizi pada ibu hamil sangat menentukan kesehatannya dan janin yang dikandungnya. Kebutuhan gizi pada masa kehamilan berbeda dengan masa sebelum hamil, peningkatan kebutuhan gizi hamil sebesar 15 persen, karena dibutuhkan untuk pertumbuhan rahim, payudara, volume darah, plasenta, air ketuban dan pertumbuhan janin (Lubis, 2014).
- b) Selama kehamilan kebutuhan akan zat-zat makanan bertambah dan terjadi perubahan-perubahan anatomi fisiologi. Tambahan zat besi diperlukan sekitar 800 mg untuk meningkatkan jumlah sel darah merah dan pembentukan sel darah merah pada janin dan plasenta (Winkjosastro, 2013).
- c) Cakupan gizi pada ibu hamil dapat diukur dari kenaikan berat badan ibu hamil tersebut. Kenaikan berat badan ibu hamil

antara 6,5 kg sampai 16,5 kg, rata-rata 12,5 kg. Terutama terjadi dalam kehamilan 20 minggu terakhir (Winknjosastro, 2013).

5) Akibat KEK

a) Bagi ibu

Bagi ibu hamil yang menderita KEK dapat melemahkan fisiknya yang pada akhirnya menyebabkan perdarahan , partus lama, abortus dan infeksi (susilowati, 2012).

b) Bagi bayi

Bayi yang terlahir dari ibu hamil yang menderita KEK akan mengalami keguguran , bayi lahir mati, kematian neonatal, cacat bawaan , berat badan lahir rendah (BBLR) (susilowati, 2012).

6) Pencegahan KEK

Menurut Chinue (2012), cara pencegahan KEK adalah:

a) Meningkatkan konsumsi makanan bergizi yaitu:

Makan makanan yang banyak mengandung zat besi dari bahan makanan hewani (daging, ikan, ayam,hati,telur) dan bahan makanan nabati (sayuran berwarna hijau tua , kacang-kacangan, tempe).

b) Makan sayur-sayuran dan buah-buahan yang banyak mengandung vitamin C (daun katuk, singkong, bayam, jambu, tomat, jeruk dan nanas) sangat bermanfaat untuk meningkatkan penyerapan zat besi dalam usus.

c) Menambah pemasukan zat besi kedalam tubuh dengan minum tablet penambah darah.

7) Penatalaksanaan KEK

Penatalaksanaan ibu hamil dengan kekurangan energi kronis adalah:

a) Memberikan penyuluhan dan melaksanakan nasehat atau anjuran

b) Tambahan Makanan.

Makanan pada ibu hamil sangat penting, karena makanan merupakan sumber gizi yang dibutuhkan ibu hamil untuk perkembangan janin dan tubuhnya sendiri (Notoadmojo, 2012).

Keadaan gizi pada waktu konsepsi harus dalam keadaan baik, dan selama hamil harus mendapat tambahan protein, mineral, dan energi (Chinue, 2012).

Tabel 2.6 contoh menu ibu hamil

| Bahan Makanan | Porsi Hidangan Sehari | Jenis Hidangan |
|---------------|-----------------------|---|
| Nasi | 6 porsi | <p>Makan pagi :</p> <p>Nasi 1,5 porsi (150 gr)</p> <p>Ikan/daging 1 potong (40 gr)</p> <p>Sayur 1 mangkok</p> <p>Buah 1 potong</p> <p>Selingan : susu 1 gelas dan buah 1 potong sedang.</p> <p>Makan siang:</p> <p>Nasi 3 porsi (300 gr).</p> <p>Lauk, sayur dan buah sama dengan pagi.</p> <p>Selingan : susu I gelas dan buah 1 potong sedang.</p> <p>Makan malam :</p> <p>Nasi 2,5 porsi (250 gr)</p> <p>Lauk, sayur dan buah sama dengan pagi/siang.</p> <p>Selingan : susu 1 gelas</p> |
| Sayuran | 3 mangkuk | |
| Buah | 4 potong | |
| Tempe | 3 potong | |
| Daging | 3 potong | |
| Susu | 2 gelas | |
| Minyak | 5 sendok the | |
| Gula | 2 sendok the | |

Sumber : Chinue (2012)

c) Istirahat lebih banyak

Ibu hamil sebaiknya menghemat tenaga dengan cara mengurangi kegiatan yang melelahkan . siang 4 jam / hari, malam 8 jam/hari (Wiryo,2010).

d) Pemberian Makanan Tambahan (PMT)

PMT yaitu pemberian tambahan makanan disamping makanan yang di makan sehari-hari untuk mencegah kekurangan energi kronis (Chinue, 2012). Pemberian PMT untuk memenuhi kalori dan protein, serta variasi menu dalam bentuk makanan. Pemenuhan kalori yang harus diberikan dalam program PMT untuk ibu hamil dengan Kekurangan Energi Kronis sebesar 600-700 kalori dan protein 15-20 mg (Nurpudji, 2012).

(1) Contoh makanan tambahan antara lain : susu untuk ibu hamil.

(2) Makanan yang berprotein (hewani dan nabati), susu, roti, dan biji-bijian, buah dan sayuran yang kaya vit C, sayuran berwarna hijau tua, buah dan sayuran lain (Nanin Jaja, 2010).

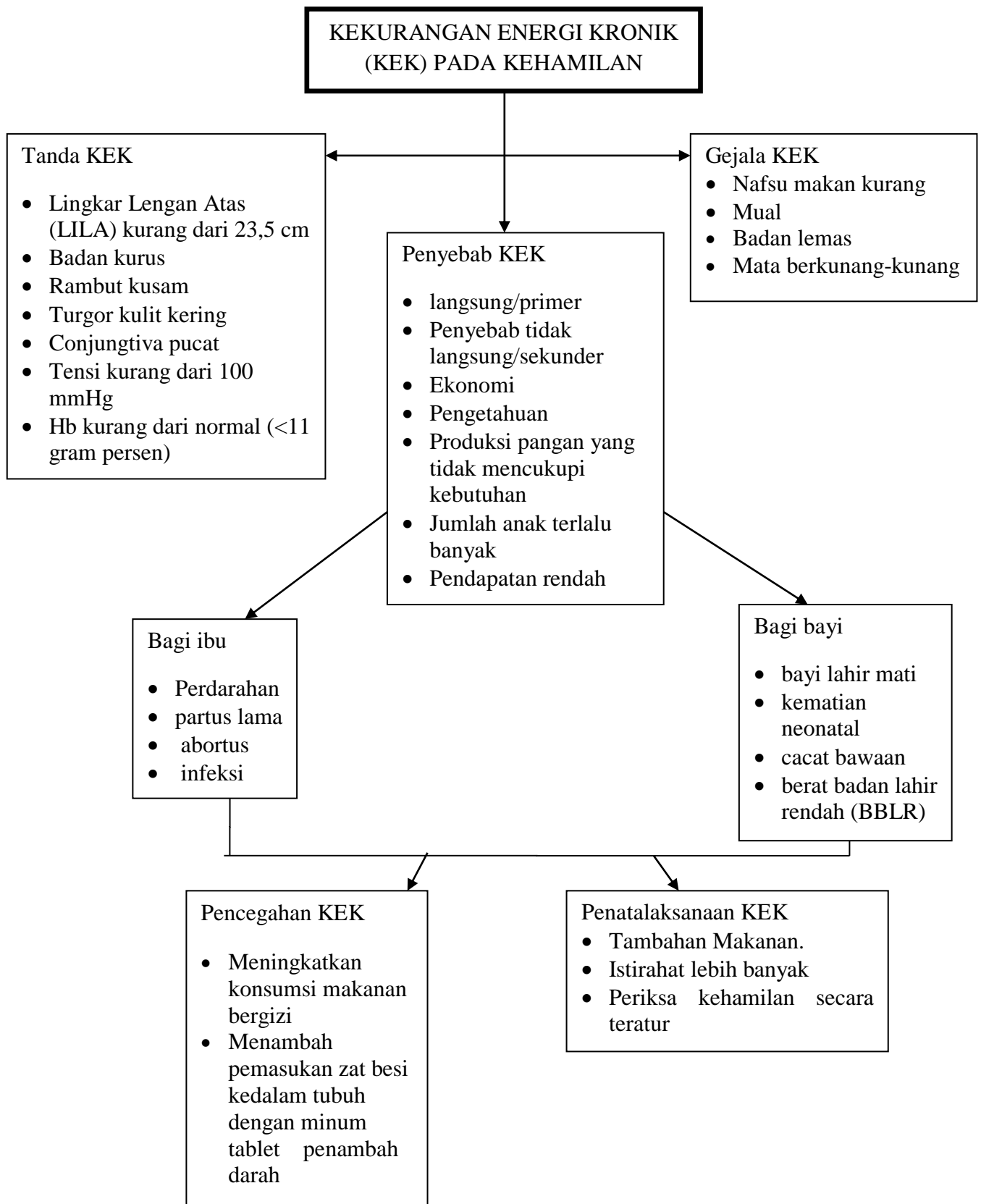
(3) Cara mengolah makanan menurut Proverawati (2010)

Sebaiknya makanan jangan terlalu lama disimpan. Untuk jenis sayuran segera dihabiskan setelah diolah, susu sebaiknya jangan terlalu lama terkena cahaya karena akan menyebabkan hilangnya vitamin B, jangan digarami daging atau ikan sebelum dimasak dan apabila makanan yang mengandung protein lebih baik dimasak jangan terlalu panas.

Ada beberapa hal yang harus diperhatikan untuk menentukan gizi yang seimbang bagi ibu hamil, yaitu: kebutuhan aktual selama hamil berbeda-beda untuk setiap individu dan dipengaruhi oleh status nutrisi sebelumnya dan riwayat kesehatan, kebutuhan terhadap satu nutrisi

dapat diganggu oleh asupan yang lain, dan kebutuhan akan nutrisi tidak konsisten selama kehamilan.

- e) Apabila terjadi atau timbul masalah medis, maka hal yang perlu dilakukan menurut Saifuddin (2012) adalah: Rujuk untuk konsultasi, Perencanaan sesuai kondisi ibu hamil, Minum tablet zat besi tatau tambah darah.
- f) Periksa kehamilan secara teratur
Setiap wanita hamil menghadapi komplikasi yang bisa mengancam jiwanya. Ibu hamil sebaiknya memeriksakan kehamilannya secara teratur kepada tenaga kesehatan agar resiko pada waktu melahirkan dapat dikurangi Pelayanan prenatal yang dilakukan adalah minimal Antenatal Care 4 kali dengan ditambah kunjungan rumah bila ada komplikasi oleh bidan.



Gambar 2.2 Kekurangan Energi Kronik (KEK) pada Kehamilan.

2. TEORI PERSALINAN

a. Pengertian

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun kedalam jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala, tanpa komplikasi baik ibu maupun janin (Hidayat, 2010).

b. Sebab-sebab Mulainya Persalinan

Menurut (Lailiyana, 2011) ada beberapa teori yang menyatakan kemungkinan proses persalinan yaitu :

1) Teori Keregangan

Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu, setelah melewati batas tersebut terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai. Misalnya pada hamil ganda sering terjadi setelah keregangan tertentu, sehingga memicu proses persalinan.

2) Teori prostaglandin

Pemberian prostaglandin saat kehamilan dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga hasil konsepsi dikeluarkan.

3) Teori penurunan progesteron

Proses penebaran plasenta mulai terjadi pada usia kehamilan 28 minggu, ketika terjadi penimbunan jaringan ikat, pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu. Produksi progesteron mengalami penurunan, sehingga otot rahim lebih sensitif terhadap oksitosin. Akibatnya otot rahim mulai berkontraksi setelah penurunan progesteron pada tingkat tertentu.

4) Teori Reseptor Oksitosin dan Kontraksi *Braxton Hiks*

Penurunan konsentrasi progesteron akibat usia kehamilan, aktivitas oksitosin dapat meningkat sehingga persalinan mulai terjadi.

5) Teori *Hipotalamus-hipofisis* dan *Glandula Suprarenalis*

Teori ini menunjukkan pada kehamilan dengan anensefalus (tanpa batok kepala), sehingga terjadi kelambatan dalam persalinan karena tidak

terbentuk hipotalamus, sehingga disimpulkan ada hubungan antara hipotalamus dengan persalinan.

c. Tahapan Persalinan

Menurut Setyorini (2013) dan Walyani (2016) tahapan persalinan dibagi menjadi :

1) Kala I

Inpartu (partus mulai) ditandai dengan lendir bercampur darah, karena serviks mulai membuka dan mendatar. Darah berasal dari pecahnya pembuluh darah kapiler sekitar *karnalis servikalis* karena pergeseran ketika serviks mendatar dan terbuka. Pada kala I persalinan dimulainya proses persalinan yang ditandai dengan adanya kontraksi yang teratur, adekuat, menyebabkan perubahan pada serviks hingga mencapai pembukaan lengkap. Fase kala I terdiri atas :

- a) Fase *laten* : pembukaan 0 sampai 3 cm dengan lamanya sekitar 8 jam.
- b) Fase aktif, terbagi atas :
 - (1) Fase *akselerasi* : pembukaan yang terjadi sekitar 2 jam, dari mulai pembukaan 3 cm menjadi 4 cm.
 - (2) Fase *dilatasi maksimal* : pembukaan berlangsung 2 jam, terjadi sangat cepat dari 4 cm menjadi 9 cm.
 - (3) Fase *deselerasi* : pembukaan terjadi sekitar 2 jam dari pembukaan 9 cm sampai pembukaan lengkap.

Fase tersebut pada primigravida berlangsung sekitar 13 jam, sedangkan pada multigravida sekitar 7 jam. Secara klinis dimulainya kala I persalinan ditandai adanya his serta pengeluaran darah bercampur lendir/*bloody show*. Lendir berasal dari lendir kanalis servikalis karena servik membuka dan mendatar, sedangkan darah berasal dari pembuluh darah kapiler yang berada di sekitar kanalis servikalis yang pecah karena pergeseran-pergeseran ketika servik membuka.

Pemantauan kemajuan persalinan kala I dengan partograf.

a) Pengertian Partograf

Merupakan alat untuk mencatat informasi berdasarkan observasi atau riwayat dan pemeriksaan fisik pada ibu dalam persalinan dan alat penting khususnya untuk membuat keputusan klinis selama kala I.

(1) Kegunaan partograf yaitu mengamati dan mencatat informasi kemajuan persalinan dengan memeriksa dilatasi serviks selama pemeriksaan dalam, menentukan persalinan berjalan normal dan mendeteksi dini persalinan lama sehingga bidan dapat membuat deteksi dini mengenai kemungkinan persalinan lama dan jika digunakan secara tepat dan konsisten, maka partograf akan membantu penolong untuk :

- (a) Pemantauan kemajuan persalinan, kesejahteraan ibu dan janin.
- (b) Mencatat asuhan yang diberikan selama persalinan dan kelahiran.
- (c) Mengidentifikasi secara dini adanya penyulit.
- (d) Membuat keputusan klinik yang sesuai dan tepat waktu.

Partograf harus digunakan untuk semua ibu dalam fase aktif kala I, tanpa menghiraukan apakah persalinan normal atau dengan komplikasi di semua tempat, secara rutin oleh semua penolong persalinan (Setyorini, 2013).

(2) Pencatatan Partograf

Kemajuan persalinan :

(a) Pembukaan (Ø) Serviks

Pembukaan servik dinilai pada saat melakukan pemeriksaan vagina dan ditandai dengan huruf (X). Garis waspada merupakan sebuah garis yang dimulai pada saat pembukaan servik 4 cm hingga titik

pembukaan penuh yang diperkirakan dengan laju 1 cm perjam.

(b) Penurunan Kepala Janin

Penurunan dinilai melalui palpasi abdominal. Pencatatan penurunan bagian terbawah atau presentasi janin, setiap kali melakukan pemeriksaan dalam atau setiap 4 jam, atau lebih sering jika ada tanda-tanda penyulit. Kata-kata "turunnya kepala" dan garis tidak terputus dari 0-5, tertera di sisi yang sama dengan angka pembukaan serviks. Berikan tanda "O" pada garis waktu yang sesuai. Hubungkan tanda "O" dari setiap pemeriksaan dengan garis tidak terputus.

(c) Kontraksi Uterus

Periksa frekuensi dan lamanya kontraksi uterus setiap jam fase laten dan tiap 30 menit selama fase aktif. Nilai frekuensi dan lamanya kontraksi selama 10 menit. Catat lamanya kontraksi dalam hitungan detik dan gunakan lambang yang sesuai yaitu : kurang dari 20 detik titik-titik, antara 20 dan 40 detik diarsir dan lebih dari 40 detik diblok. Catat temuan-temuan dikotak yang bersesuaian dengan waktu penilai.

(d) Keadaan Janin

Denyut Jantung Janin (DJJ)

Nilai dan catat denyut jantung janin (DJJ) setiap 30 menit (lebih sering jika ada tanda-tanda gawat janin). Setiap kotak pada bagian ini menunjukkan waktu 30 menit. Skala angka di sebelah kolom paling kiri menunjukkan DJJ. Catat DJJ dengan memberi tanda titik pada garis yang sesuai dengan angka yang menunjukkan DJJ. Kemudian hubungkan titik yang satu dengan titik lainnya dengan garis tidak terputus. Kisaran

normal DJJ terpapar pada partograf di antara garis tebal angka 1 dan 100. Tetapi, penolong harus sudah waspada bila DJJ di bawah 120 atau di atas 160 kali/menit.

Warna dan Adanya Air Ketuban

Nilai air ketuban setiap kali dilakukan pemeriksaan dalam, dan nilai warna air ketuban jika selaput ketuban pecah. Gunakan lambang-lambang seperti **U** (ketuban utuh atau belum pecah), **J** (ketuban sudah pecah dan air ketuban jernih), **M** (ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur mekonium), **D** (ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur darah) dan **K** (ketuban sudah pecah dan tidak ada air ketuban atau kering).

Molase Tulang Kepala Janin

Molase berguna untuk memperkirakan seberapa jauh kepala bisa menyesuaikan dengan bagian keras panggul. Kode molase (**0**) tulang-tulang kepala janin terpisah, sutura dengan mudah dapat dipalpasi, (**1**) tulang-tulang kepala janin saling bersentuhan, (**2**) tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih tapi masih bisa dipisahkan, (**3**) tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih dan tidak bisa dipisahkan.

Keadaan Ibu

Yang perlu diobservasi yaitu tekanan darah, nadi, dan suhu, urin (volume,protein), obat-obatan atau cairan IV, catat banyaknya oxytocin pervolume cairan IV dalam hitungan tetes per menit bila dipakai dan catat semua obat tambahan yang diberikan.

- (e) Informasi tentang ibu : nama dan umur, GPA, nomor register, tanggal dan waktu mulai dirawat, waktu pecahnya selaput ketuban. Waktu pencatatan kondisi ibu dan bayi pada fase aktif adalah DJJ tiap 30 menit,

frekuensi dan lamanya kontraksi uterus tiap 30 menit, nadi tiap 30 menit tanda dengan titik, pembukaan serviks setiap 4 jam, penurunan setiap 4 jam, tekanan darah setiap 4 jam tandai dengan panah, suhu setiap 2 jam, urin, aseton, protein tiap 2- 4 jam yang dicatat setiap kali berkemih (Hidayat,2010).

b) Memberikan Dukungan Persalinan

Asuhan yang mendukung selama persalinan merupakan ciri pertanda dari kebidanan, artinya kehadiran yang aktif dan ikut serta dalam kegiatan yang sedang berlangsung. Jika seorang bidan sibuk, maka ia harus memastikan bahwa ada seorang pendukung yang hadir dan membantu wanita yang sedang dalam persalinan. Kelima kebutuhan seorang wanita dalam persalinan yaitu asuhan tubuh atau fisik, kehadiran seorang pendamping, keringanan dan rasa sakit, penerimaan atas sikap dan perilakunya serta informasi dan kepastian tentang hasil yang aman.

c) Mengurangi Rasa Sakit

Pendekatan-pendekatan untuk mengurangi rasa sakit saat persalinan adalah seseorang yang dapat mendukung persalinan, pengaturan posisi, relaksasi dan latihan pernapasan, istirahat dan privasi, penjelasan mengenai proses, kemajuan dan prosedur.

d) Persiapan Persalinan

Yang perlu dipersiapkan yakni ruang bersalin dan asuhan bayi baru lahir, perlengkapan dan obat esensial, rujukan (bila diperlukan), asuhan sayang ibu dalam kala 1, upaya pencegahan infeksi yang diperlukan.

2) Kala II

Persalinana kala II adalah proses pengeluaran buah kehamilan sebagai hasil pengenalan proses dan penatalaksanaan kala pembukaan atau juga dikatakan Persalinan kala II dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala II juga

disebut sebagai kala pengeluaran bayi (Setyorini,2013 dan Walyani, 2016).

(a) Tanda dan gejala kala II yaitu :

- (1) Ibu merasakan ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi (dorongan meneran atau doran).
- (2) Ibu merasakan adanya peningkatan tekanan pada rektum dan atau vaginanya.
- (3) Perineum menonjol (perjol)
- (4) Vulva-vagina dan sfingter ani membuka.
- (5) Meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah.
- (6) Jumlah pengeluaran air ketuban meningkat

Tanda pasti kala dua ditentukan melalui pemeriksaan dalam (informasi objektif) yang hasilnya adalah pembukaan serviks telah lengkap atau terlihatnya bagian kepala bayi melalui introitus vagina.

(b) Mekanisme Persalinan

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

(c) Posisi Meneran

Bantu ibu untuk memperoleh posisi yang paling nyaman. Ibu dapat mengubah-ubah posisi secara teratur selama kala dua karena hal ini dapat membantu kemajuan persalinan, mencari posisi meneran yang paling efektif dan menjaga sirkulasi utero-plasenta tetap baik. Posisi meneran dalam persalinan yaitu : Posisi miring, posisi jongkok, posisi merangkak, posisi semi duduk dan posisi duduk.

- (d) Persiapan penolong persalinan yaitu : sarung tangan, perlengkapan pelindung pribadi, persiapan tempat persalinan, peralatan dan bahan, persiapan tempat dan lingkungan untuk kelahiran bayi, serta persiapan ibu dan keluarga.

Menolong persalinan sesuai 60 APN

- a) Mendengar dan melihat tanda dan gejala kala II:
- (1) Ibu sudah merasa adanya dorongan kuat untuk meneran.
 - (2) Ibu sudah merasa adanya tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan vagina.
 - (3) Perineum tampak menonjol.
 - (4) Vulva dan sfingter ani membuka.
- b) Pastikan kelengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan menatalaksana komplikasi ibu dan bayi baru lahir.

Untuk asuhan bayi baru lahir atau resusitasi siapkan:

- (1) Tempat datar, rata, bersih, kering, dan hangat
- (2) handuk/kain bersih dan kering (termasuk ganjal bahu bayi)
- (3) Alat penghisap lender
- (4) Lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm dari tubuh bayi

Untuk ibu

- (1) Menggelar kain di perut bawah ibu
 - (2) Menyiapkan oksitosin 10 unit
 - (3) Alat suntik steril sekali pakai di dalam partus set
- c) Pakai celemek plastic atan dari bahan yang tidak tembus cairan.
- d) Melepaskan dan menyiapkan semua perhiasan yang dipakai,cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir

kemudian keringkan tangan dengan tissue atau handuk yang bersih dan kering.

- e) Memakai satu sarung tangan desinfeksi tingkat tinggi (DTT) atau steril pada tangan yang akan digunakan untuk pemeriksaan dalam.
- f) Memasukan oksitosin kedalam tabung suntik (gunakan tangan yang memakai sarung tangan DTT atau steril dan pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik.
- g) Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas yang sudah dibasahi air desinfeksi tingkat tinggi (DTT).
 - (1) Jika mulut vagina, perineum atau anus terkontaminasi oleh kotoran ibu, membersihkannya dengan seksama dengan cara menyeka dari depan ke belakang.
 - (2) Membuang kapas atau kasa pembersih (terkontaminasi) dalam wadah yang tersedia.
 - (3) Jika terkontaminasi, lakukan dekontaminasi, lepaskan dan rendam sarung tangan tersebut dalam larutan chlorin 0,5%.
- h) Lakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan lengkap. Bila selaput ketuban masih utuh saat pembukaan sudah lengkap maka lakukan amniotomi.
- i) Dekontaminasi sarung tangan (mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik, dan rendam dalam clorin 0,5% selama 10 menit). Cuci kedua tangan setelah sarung tangan dilepaskan. Tutup kembali partus set.
- j) Memeriksa Denyut Jantung Janin (DJJ) setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120-160 x/menit). Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ

tidak normal. Mendokumentasikan hasil pemeriksaan dalam, DJJ dan semua hasil- hasil penilaian serta asuhan lain dalam partograf. Menyiapkan ibu dan keluarga untuk membantu proses pimpinan meneran.

- k) Memberitahukan pada ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik. Membantu ibu menentukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya.
 - (1) Tunggu hingga timbul kontraksi atau rasa ingin meneran, lanjutkan pemantauan kondisi dan kenyamanan ibu dan janin (ikut pedoman penatalaksanaan fase aktif) dan dokumentasikan semua temuan yang ada
 - (2) Jelaskan pada anggota keluarga tentang peran mereka untuk mendukung dan member semangat pada ibu dan meneran secara benar
- l) Minta keluarga membantu menyiapkan posisi meneran jika ada rasa ingin meneran atau kontraksi yang kuat. Pada kondisi itu, ibu di posisikan setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman
- m) Laksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ingin meneran atau timbul kontraksi yang kuat:
 - (1) Bimbing ibu agar dapat meneran secara benar dan efektif.
 - (2) Dukung dan beri semangat pada saat meneran dan perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai
 - (3) Bantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya (kecuali posisi berbaring terlentang dalam waktu yang lama).
 - (4) Anjurkan ibu untuk beristirahat diantara kontraksi.
 - (5) Anjurkan keluarga untuk memberikan dukungan dan semangat.
 - (6) Berikan cairan peroral (minum).

- (7) Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai
- (8) Segera rujuk jika bayi belum atau tidak akan segera lahir setelah pembukaan lengkap dan pinyin meneran ≥ 120 menit (2 jam) pada primigravida atau ≥ 60 menit (1 jam) pada mulyigravida
- n) Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam selang waktu 60 menit
- o) Letakan kain bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut bawah ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm
- p) Letakan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian sebagai alas bokong ibu
- q) Buka tutup partus set dan periksakembali kelengkapan peralatan dan bahan
- r) Pakai sarung tangan DTT/steril pada kedua tangan
- s) Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering, tangan yang lain menahan belakang kepala untuk mempertahankan posisi *refleks* dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu untuk meneran secara efektif atau bernafas cepat dan dangkal
- t) Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat (ambil tindakan yang sesuai jika hal ini terjadi), segera lanjutkan proses kelahiran bayi. Perhatikan:
 - (1) Jika tali pusat melilit leher secara longgar, lepaskan lilitan lewat bagian atas kepala bayi
 - (2) Jika tali pusat melilit leher secara kuat, klem tali pusat didua tempat dan potong tali pusat diantara dua klem tersebut

- u) Setelah kepala lahir, tunggu putaran paksi luar yang berlansung secara spontan
- v) Setelah putaran paksi luar selesai, pegang kepala bayi secara biparental. Anjurkan ibu untuk meneran saat kontraks. Dengan lembut gerakkan kepala kearah bawah dan distal hingga bahu depan muncul dibawah arkus pubis dan kemudian gerakkan kearah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang
- w) Setelah kedua bahu lahir, satu tangga menyangga kepala dan bahu belakang, tangan yang lain menelusuri dan memeganglengan dan siku bayi sebelah atas
- x) Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukan telunjuk diantara kedua kaki dan pegang kedua kaki dengan melingkarkan ibu jari pada satu sisi dan jari-jari lainnya pada sisi yang lain agar bertemu dengan jari telunjuk)
- y) Lakukan penilaian selintas:
 - (1) Apakah bayi cukup bulan?
 - (2) Apakah bayi menangis kuat dan/atau bernapas tanpa kesulitan.
 - (3) Apakah bayi bergerak dengan aktif?
 Bila salah satu jawapan adalah “TIDAK” lanjut ke langkah resusitasi pada bayi baru lahir dengan asfiksia (lihat penuntun belajar resusitasi bayi asfiksia)
 Bila semua jawabanya adalah “YA” lanjut kelangkah
- z) Keringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya (kecuali kedua tangan) tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan handuk/kain yang kering dan bersih. Pastikan bayi dalam posisi dan kondisi aman di perut bagian bawah ibu

- aa) Periksa kembali uterus untuk memastikan hanya satu bayi yang lahir (hamil tunggal) dan bukan kehamilan ganda (gemeli)
- bb) Beritahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi baik
- cc) Dalam waktu satu menit setelah bayi lahir, suntikan oksitosin 10 unit (intramuskuler) di 1/3 distal lateral paha (lakukan aspirasi sebelum menyuntikan oksitosin)
- dd) Dalam waktu 2 menit setelah bayi lahir, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 2-3 cm dari pusat bayi. Gunakan jari telunjuk dan jari tengah tangan yang lain untuk mendorong isi tali pusat kearah ibu, dan klem tali pusat pada sekitar 2 cm distal dari klem pertama
- ee) Pemotongan dan pengikat tali pusat
 - (1) Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah di jepit (lindungi perut), dan lakukan pengguntingan tali pusat di antara 2 klem tersebut
 - (2) Ikat tali pusat dengan benang DTT/steril pada satu sisi kemudian lingkarkan lagi benang tersebut dan ikat tali pusat dengan simpul kunci pada sisi lainnya
 - (3) Lepaskan klem dan masukan dalam wadah yang telah disediakan
- ff) Letakan bayi tengkurap di dada ibu untuk kontak kulit ibu dengan bayi. Luruskan bahu bayi sehingga dada bayi menempel di dada ibunya. Usahakan kepala bayi berada di antara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting susu atau aerola mammae ibu
 - (1) Selimuti ibu dan bayi dengan kain yang kering, bersih dan hangat, pasang topi di kepala bayi
 - (2) Biarkan bayi melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam

- (3) Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan inisiasi menyusui dini dalam waktu 30-60 menit. Menyusu untuk pertama kali akan berlangsung sekitar 10-15 menit. Bayi cukup menyusui dari satu payudara
- (4) Biarkan bayi berada di dada ibu selama 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusui
- gg) Pindahkan klem tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva
- hh) Letakkan satu tangan diatas kain pada perut bawah ibu (diatas simfisis), untuk mendeteksi kontraksi. Tangan lain memegang klem untuk menegangkan tali pusat
- ii) Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah atas (dorsokranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversion uteri). Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan ulangi kembali prosedur di atas
 - (1) Jika uterus tidak segera berkontraksi, minta ibu, suami atau anggota keluarga untuk melakukan stimulasi puting susu
- jj) Bila pada penekanan bagian bawah dinding di depan uterus ke arah dorsal ternyata diikuti dengan pergeseran tali pusat ke arah distal maka lanjutkan dorongan ke arah cranial hingga plasenta dapat dilahirkan
 - (1) Ibu boleh meneran tetapi tali pusat hanya di tegangkan (jangan di tarik secara kuat terutama jika uterus tak berkontraksi) sesuai dengan sumbu jalan lahir (ke arah bawah-sejajar lantai-atas)
 - (2) Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva dan lahirkan plasenta
 - (3) Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat:

- a)) Ulangi pemberian oksitosin ke dua 10 unit IM
 - b)) Lakukan katektisasi (gunakan teknik aseptik) jika kandung kemih penuh
 - c)) Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan
 - d)) Ulangi tekanan dorsol-kranial dan penegangan tali pusat 15 menit berikutnya
 - e)) Jika plasenta tak lahir dalam 30 menit sejak bayi lahir atau terjadi perdarahan maka segera lakukan tindakan plasenta manual
- kk) Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpilin kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah di sediakan
- Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian gunakan jari-jari tangan atau klem ovum DTT/steril untuk mengeluarkan selaput yang tertinggal
- ll) Segera setelah plasenta lahir 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)
- lakukan tindakan yang diperlukan (kompresi bimanual internal, kompresi aorta abdominalis, tampon kondom-kateter) jika uterus tidak berkontraksi dalam 15 detik setelah rangsangan taktil/masase
- mm) Menilai perdarahan periksa kedua sisi plasenta (maternal-fetal) pastikan plasenta telah dilahirkan lengkap. Masukkan plasenta kedalam kantung plastic atau tempat khusus
- nn) Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Lakukan penjahitan bila terjadi laserasi derajat 1 dan 2 yang menimbulkan perdarahan

- oo) Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam
- pp) Pastikan kandung kemih kosong. Jika penuh lakukan katektisasi
- qq) Celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5% bersihkan noda darah dan cairan tubuh, dan bilas di air DTT tanpa melepas sarung tangan, kemudian keringkan dengan handuk
- rr) Anjurkan kepada ibu/keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi
- ss) Periksa nadi ibu dan pastikan keadaan umum ibu baik
- tt) Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah
- uu) Pantau keadaan bayi dan pastikan bahwa bayi bernafas dengan baik (40-6 kali/menit)
- vv) Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah di dekontaminasi
- ww) Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai
- xx) Bersihkan ibu dari paparan darah dan cairan tubuh dengan menggunakan air DTT. Bersihkan cairan ketuban, lender dan darah di ranjang atau di sekitar ibu berbaring. Bantu ibu memakai pakain yang bersih dan kering
- yy) Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga untuk memberi ibu minum dan makanan yang diinginkannya
- zz) Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin
- aaa) Celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik, dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit

- bbb) Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan tangan dengan tissue atau handuk yang bersih dan kering
- ccc) Pakai sarung tangan bersih/DTT untuk melakukan pemeriksaan fisik bayi
- ddd) Lakukan pemeriksaan fisik bayi baru lahir. Pastikan kondisi bayi baik, pernapasan normal (40-60 kali/menit) dan temperature tubuh normal (36,5-37,5) setiap 15 menit
- eee) Setelah 1 jam pemberian vitamin K1, berikan suntikan hepatitis B dipaha kanan bawah lateral. Letakkan bayi dalam di dalam jangkauan ibu agar sewaktu-waktu dapat disusukan.
- fff) Lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam didalam larutan clorin 0,5% selama 10 menit
- ggg) Cuci kedua tangan engan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan tissue atau handuk yang bersih dan kerig
- hhh) Lengkapi patograf (halaman depan dan belakang), periksa tanda vital dan asuhan kala IV Persalinan.

3) Kala III

Dimulai dari bayi lahir sampai dengan plasenta lahir. Setelah bayi lahir uterus teraba keras dengan fundus uteri agak di atas pusat. Beberapa menit kemudian uterus berkontraksi lagi untuk melepaskan placenta dari dindingnya. Biasanya placenta lepas dalam waktu 6-15 menit setelah bayi lahir secara spontan maupun dengan tekanan pada fundus uteri. Pengeluaran plasenta terjadi disertai dengan pengeluaran darah. Tanda pelepasan plasenta adalah uterus menjadi bundar, darah keluar secara tiba-tiba, tali pusat semakin panjang. Manajemen aktif kala III menurut Hidayat (2010) :

- 1) Jepit dan gunting tali pusat
- 2) Memberi oksitosin
- 3) Lakukan PTT
- 4) Masase fundus

4) Kala IV

Pemantauan kala IV ditetapkan sebagai waktu 2 jam setelah plasenta lahir lengkap, hal ini dimaksudkan agar dokter, bidan atau penolong persalinan masih mendampingi wanita setelah persalinan selama 2 jam (2 jam post partum). Dengan cara ini kejadian-kejadian yang tidak diinginkan karena perdarahan post partum dapat dihindarkan (Hidayat, 2010).

d. Tujuan Asuhan Persalinan

Tujuan asuhan persalinan normal adalah mengupayakan kelangsungan hidup dan mencapai derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya, melalui berbagai upaya yang terintegrasi dan lengkap serta intervensi minimal sehingga prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang optimal.

e. Tanda-tanda Persalinan

Menurut (Lailiyana, 2011) tanda-tanda persalinan yaitu :

1) Tanda-Tanda Persalinan Sudah Dekat

a) Tanda Lightening

Menjelang minggu ke 36, tanda primigravida terjadi penurunan fundus uteri karena kepala bayi sudah masuk pintu atas panggul yang disebabkan : kontraksi *Braxton His*, ketegangan dinding perut, ketegangan *ligamnetum Rotundum*, dan gaya berat janin diman kepala ke arah bawah. Masuknya bayi ke pintu atas panggul menyebabkan ibu merasakan :

- (1) Ringan dibagian atas dan rasa sesaknya berkurang.
- (2) Bagian bawah perut ibu terasa penuh dan mengganjal.
- (3) Terjadinya kesulitan saat berjalan.
- (4) Sering kencing (*follaksuria*).

b) Terjadinya His Permulaan

Makin tua kehamilam, pengeluaran estrogen dan progesteron makin berkurang sehingga produksi oksitosin meningkat, dengan demikian dapat menimbulkan kontraksi

yang lebih sering, his permulaan ini lebih sering diistilahkan sebagai his palsu. Sifat his palsu antara lain :

- (1) Rasa nyeri ringan dibagian bawah.
- (2) Datangnya tidak teratur.
- (3) Tidak ada perubahan pada serviks atau tidak ada tanda-tanda kemajuan persalinan.
- (4) Durasinya pendek.
- (5) Tidak bertambah bila beraktivitas.

2) Tanda-Tanda Timbulnya Persalinan (Inpartu)

a) Terjadinya His Persalinan

His merupakan kontraksi rahim yang dapat diraba menimbulkan rasa nyeri diperut serta dapat menimbulkan pembukaan servik. Kontraksi rahim dimulai pada 2 *face maker* yang letaknya didekat *cornuuteri*. His yang menimbulkan pembukaan serviks dengan kecepatan tertentu disebut his efektif. His efektif mempunyai sifat : adanya dominan kontraksi uterus pada fundus uteri (*fundal dominance*), kondisi berlangsung secara *syncron* dan harmonis, adanya intensitas kontraksi yang maksimal diantara dua kontraksi, irama teratur dan frekuensi yang kian sering, lama his berkisar 45-60 detik. Pengaruh his sehingga dapat menimbulkan : terhadap desakan daerah uterus (meningkat), terhadap janin (penurunan), terhadap korpus uteri (dinding menjadi tebal), terhadap itsmus uterus (teregang dan menipis), terhadap kanalis servikalis (*effacement* dan pembukaan). His persalinan memiliki ciri-ciri sebagai berikut :

b) Pinggangnya terasa sakit dan menjalar ke depan.

- (1) Sifat his teratur, interval semakin pendek, dan kekuatan semakin besar.
- (2) Terjadi perubahan pada serviks.

(3) Jika pasien menambah aktivitasnya, misalnya dengan berjalan, maka kekuatan hisnya akan bertambah.

(4) Keluarnya lendir bercampur darah pervaginam (show).

Lendir berasal dari pembukaan yang menyebabkan lepasnya lendir dari kanalis servikalis. Sedangkan pengeluaran darah disebabkan robeknya pembuluh darah waktu serviks membuka.

c) Kadang-kadang ketuban pecah dengan sendirinya.

Sebagian ibu hamil mengeluarkan air ketuban akibat pecahnya selaput ketuban. Jika ketuban sudah pecah, maka ditargetkan persalinan dapat berlangsung dalam 24 jam. Namun apabila tidak tercapai, maka persalinan harus diakhiri dengan tindakan tertentu, misalnya ekstaksi vakum dan sectio caesarea.

d) Dilatasi dan Effacement

Dilatasi merupakan terbukanya kanalis servikalis secara berangsur-angsur akibat pengaruh his. Effacement merupakan pendataran atau pemendekan kanalis servikalis yang semula panjang 1-2 cm menjadi hilang sama sekali, sehingga tinggal hanya ostium yang tipis seperti kertas.

f. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Persalinan

Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan adalah :

1) *Power*/tenaga yang mendorong anak

a) His adalah kontraksi otot-otot rahim pada persalinan.

His persalinan menyebabkan pendataran dan pembukaan serviks. Terdiri dari his pembukaan, his pengeluaran dan his pelepasan uri.

b) Tenaga mengejan

(1) Kontraksi otot-otot dinding perut.

(2) Kepala di dasar panggul merangsang mengejan.

(3) Paling efektif saat kontraksi/his (Hidayat,2010).

2) *Passage* (jalan lahir)

Merupakan jalan lahir yang harus dilewati oleh janin terdiri dari rongga panggul, dasar panggul, serviks dan vagina. Syarat agar janin dan plasenta dapat melalui jalan lahir tanpa ada rintangan, maka jalan lahir tersebut harus normal.

Menurut Ilmiah (2015) *passage* terdiri dari :

- a) Bagian keras tulang-tulang panggul (rangka panggul) yaitu *os.coxae (os.illium, os.ischium, os.pubis), os. Sacrum (promontorium) dan os. Coccygis.*
- b) Bagian lunak : otot-otot, jaringan dan ligamen- ligamen pintu panggul:
 - (1) Pintu atas panggul (PAP) = disebut *Inlet* dibatasi oleh *promontorium, linea inominata* dan *pinggir atas symphysis.*
 - (2) Ruang tengah panggul (RTP) kira-kira pada *spina ischiadica*, disebut *midlet.*
 - (3) Pintu Bawah Panggul (PBP) dibatasi *simfisis* dan *arkus pubis*, disebut *outlet.*
 - (4) Ruang panggul yang sebenarnya (*pelvis cavity*) berada antara *inlet* dan *outlet.*
- c) Sumbu Panggul
Sumbu panggul adalah garis yang menghubungkan titik-titik tengah ruang panggul yang melengkung ke depan (sumbu Carus).
- d) Bidang-bidang Hodge
 - (1) Bidang Hodge I : dibentuk pada lingkaran PAP dengan bagian atas *symphysis* dan *promontorium.*
 - (2) Bidang Hodge II : sejajar dengan Hodge I setinggi pinggir bawah *symphysis.*
 - (3) Bidang Hodge III : sejajar Hodge I dan II setinggi *spina ischiadika* kanan dan kiri.

(4) Bidang Hodge IV : sejajar Hodge I, II dan III setinggi *os coccygis*

e) Stasion bagian presentasi atau derajat penurunan yaitu stasion 0 sejajar *spina ischiadica*, 1 cm di atas *spina ischiadica* disebut Stasion 1 dan seterusnya sampai Stasion 5, 1 cm di bawah *spina ischiadica* disebut stasion -1 dan seterusnya sampai Stasion -5.

f) Ukuran-ukuran dalam panggul

(1) Ukuran dalam panggul yaitu :

(a) Pintu atas panggul merupakan suatu bidang yang dibentuk oleh *promontorium*, *linea inniminata*, dan pinggir atas *simfisis pubis* yaitu *konjugata vera* (dengan periksa dalam diperoleh konjugata diagonalis 10,5-11 cm), *konjugata transversa* 12-13 cm, *konjugata obliqua* 13 cm, *konjugata obstetrica* (jarak bagian tengah simfisis ke promontorium).

(e) Ruang tengah panggul : bidang terluas ukurannya 13 x 12,5 cm, bidang tersempit ukurannya 11,5 x 11 cm, jarak antar *spina ischiadica* 11 cm.

(f) Pintu bawah panggul (*outlet*) : ukuran antero posterior 10-11 cm, ukuran melintang 10,5 cm, *arcus pubis* membentuk sudut 90° lebih, pada laki-laki kurang dari 80°
Inklinasi Pelvis (miring panggul) adalah sudut yang dibentuk dengan horizon bila wanita berdiri tegak dengan *inlet* 55 - 60° (Walyani, 2016).

3) Passanger

Hal yang menentukan kemampuan untuk melewati jalan lahir dari faktor passanger adalah :

a) Presentase janin dan janin yang terletak pada bagian depan jalan lahir, seperti presentase kepala (muka, dahi), presentasi

bokong (letak lutut atau letak kaki), dan presentase bahu (letak lintang).

b) Sikap janin

Hubungan bagian janin (kepala) dengan bagian janin lainnya (badan), misalnya *fleksi*, *defleksi*.

c) Posisi janin

Hubungan bagian atau point penentu dari bagian terendah janin dengan panggul ibu, dibagi dalam 3 unsur :

(1) Sisi panggul ibu : kiri, kanan dan melintang.

(2) Bagian terendah janin, *oksiput*, *sacrum*, dagu dan *scapula*.

(3) Bagian panggul ibu : depan, belakang.

d) Bentuk atau ukuran kepala janin menentukan kemampuan kepala untuk melewati jalan lahir (Hidayat,2010).

e) Plasenta

Plasenta terbentuk bundar atau oval, ukuran diameter 15 – 20 cm tebal 2 – 3 cm, berat 500 – 600 gram.

f) Air Kutuban

Sebagai cairan pelindung dalam pertumbuhan dan perkembangan janin, air ketuban berfungsi sebagai “bantalan” untuk melindungi janin terhadap trauma dari luar. Dan juga berfungsi melindungi janin dari infeksi, menstabilkan perubahahn suhu, dan menjadi sasaran yang memungkinkan janin bergerak bebas (Walyani, 2016).

g. Deteksi / Penapisan Awal Ibu Bersalin

1) Riwayat bedah Caesar

2) Perdarahan pervaginam

3) Persalinan kurang bulan (UK < 37 minggu)

4) Ketuban pecah dengan mekonium kental

5) Ketuban pecah lama (> 24 jam)

6) Ketuban pecah pada persalinan kurang bulan (< 37 minggu)

7) Ikterus

- 8) Anemia berat
- 9) Tanda dan gejala infeksi
- 10) Preeklamsia / hipertensi dalam kehamilan
- 11) Tinggi fundus 40 cm atau lebih
- 12) Primipara dalam fase aktif persalinan dengan palpasi kepala janin masih 5/5
- 13) Presentasi bukan belakang kepala
- 14) Gawat janin
- 15) Presentasi majemuk
- 16) Kehamilan gemeli
- 17) Tali pusat menumbung
- 18) Syok
- 19) Penyakit-penyakit yang menyertai ibu.

h. Rujukan

Jika ditemukan suatu masalah dalam persalinan, sering kali sulit untuk melakukan upaya rujukan dengan cepat, hal ini karena banyak faktor yang mempengaruhi. Penundaan dalam membuat keputusan dan pengiriman ibu ke tempat rujukan akan menyebabkan tertundanya ibu mendapatkan penatalaksanaan yang memadai, sehingga akhirnya dapat menyebabkan tingginya angka kematian ibu. Rujukan tepat waktu merupakan bagian dari asuhan sayang ibu dan menunjang terwujudnya program Safe Motherhood.

Singkatan BAKSOKUDOPN dapat digunakan untuk mengingat hal-hal penting dalam mempersiapkan rujukan untuk ibu dan bayi.

B (Bidan) : Pastikan bahwa ibu dan bayi baru lahir didampingi oleh penolong persalinan yang kompeten untuk penatalaksanaan gawat darurat obstetri dan BBL untuk dibawah kefasilitas rujukan

- A (Alat)** : Bawah perlengkapan dan bahan-bahan untuk asuhan persalinan, masa nifas dan BBL (tabung suntik, selang IV, alat resusitasi, dan lain-lain) bersama ibu ke tempat rujukan. Perlengkapan dan bahan-bahan tersebut mungkin diperlukan jika ibu melahirkan dalam perjalanan ke fasilitas rujukan.
- K (Keluarga)** : beritahu ibu dan keluarga mengenai kondisi terakhir ibu dan bayi dan mengapa ibu dan bayi perlu dirujuk. Jelaskan pada mereka alasan dan tujuan merujuk ibu ke fasilitas rujukan tersebut. Suami atau anggota keluarga yang lain harus menemani ibu hingga ke fasilitas rujukan.
- S (Surat)** : Berikan surat ke tempat rujukan. Surat ini harus memberikan identifikasi mengenai ibu dan BBL, cantumkan alasan rujukan dan uraikan hasil penyakit, asuhan atau obat-obatan yang diterima ibu. Sertakan juga partograf yang dipakai untuk membuat keputusan klinik.
- O (Obat)** : bawa obat-obatan esensial pada saat mengantar ibu ke fasilitas rujukan. Obat-obatan tersebut mungkin diperlukan di perjalanan.
- K(Kendaraan)** : Siapkan kendaraan yang paling memungkinkan untuk merujuk ibu dalam kondisi cukup nyaman. Selain itu, pastikan kondisi kendaraan cukup baik, untuk mencapai tujuan pada waktu yang tepat.
- U (Uang)** : Ingatkan keluarga agar membawa uang dalam jumlah yang cukup untuk membeli obat-obatan yang diperlukan dan bahan-bahan kesehatan lain yang diperlukan selama ibu dan bayi baru lahir tinggal di fasilitas rujukan.
- Do (Donor)** : persiapkan darah baik dari anggota keluarga maupun kerabat sebagai persiapan jika terjadi perdarahan. Doa sebagai kekuatan spiritual dan

harapan yang dapat membantu proses persalinan

- P (Posisi) :** Perhatikan posisi ibu hamil saat menuju tempat rujukan.
- N (Nutrisi) :** Pastikan nutrisi ibu tetap terpenuhi selama dalam perjalanan

3. KONSEP DASAR BAYI BARU LAHIR

a. Pengertian

Menurut Wahyuni (2012) Bayi Baru Lahir (BBL) normal adalah bayi yang lahir dari kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dan berat badan lahir 2500 gram sampai dengan 4000 gram.

b. Ciri-Ciri Bayi Baru Lahir Normal

Menurut Dewi (2010) ciri-ciri bayi baru lahir adalah sebagai berikut:

- 1) Lahir aterm antara 37-42 minggu
- 2) Berat badan 2.500-4.000 gram
- 3) Panjang badan 48-52 cm
- 4) Lingkar dada 30-38 cm
- 5) Lingkar kepala 33-35 cm
- 6) Lingkar lengan 11-12 cm
- 7) Frekuensi denyut jantung 120-160 x/menit
- 8) Pernapasan \pm 40-60 x/menit
- 9) Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan yang cukup
- 10) Rambut lanugo tidak terlihat dan rambut kepala biasanya telah sempurna
- 11) Kuku agak panjang dan lemas
- 12) Nilai APGAR >7
- 13) Gerak aktif
- 14) Bayi lahir langsung menangis kuat

- 15) Refleksi *rooting* (mencari puting susu dengan rangsangan taktil pada pipi dan daerah mulut) sudah terbentuk dengan baik
- 16) Refleksi *sucking* (isap dan menelan) sudah terbentuk dengan baik
- 17) Refleksi *morro* (gerakan memeluk ketika dikagetkan) sudah terbentuk dengan baik
- 18) Refleksi *grasping* (menggenggam) dengan baik
- 19) Genitalia:
 - a) Pada laki-laki kematangan ditandai dengan testis yang berada pada skrotum dan penis yang berlubang.
 - b) Pada perempuan kematangan ditandai dengan vagina dan uretra yang berlubang, serta adanya labia minora dan mayora.
- 20) Eliminasi baik yang ditandai dengan keluarnya mekonium dalam 24 jam pertama dan berwarna hitam kecoklatan.

c. Adaptasi Bayi Baru Lahir Terhadap Kehidupan Di Luar Uterus

a) Perubahan Pada Sistem Pernapasan

Dalam bukunya (Lailiyana, 2011) menjelaskan penyesuaian paling kritis yang harus dialami bayi baru lahir ialah penyesuaian sistem pernapasan. Paru bayi cukup bulan mengandung sekitar 20 ml cairan/ Kg. Udara harus diganti dengan cairan yang mengisi traktus respiratorius sampai alveoli. Pada kelahiran pervagianam normal, sejumlah cairan keluar dari trakea dan paru bayi. Dalam satu jam pertama kehidupan bayi, sistem limfatik paru secara kontinu mengeluarkan cairan dalam jumlah besar. pengeluaran cairan ini juga diakibatkan perbedaan tekanan dari alveoli sampai jaringan interstitial dan sampai kapiler pembuluh darah.

Menurut Dewi (2010) selama dalam uterus janin mendapat oksigen dari pertukaran gas melalui plasenta dan setelah bayi lahir pertukaran gas harus melalui paru-paru bayi. Rangsangan gerakan pertama terjadi karena beberapa hal berikut:

- a) Tekanan mekanik dari torak sewaktu melalui jalan lahir (stimulasi mekanik).

b) Penurunan PaO_2 dan peningkatan PaCO_2 merangsang kemoreseptor yang terletak di sinus karotikus (stimulasi kimiawi).

c) Rangsangan dingin di daerah muka dan perubahan suhu di dalam uterus (stimulasi sensorik).

d) Refleks deflasi Hering Breur

Usaha bayi pertama kali untuk mempertahankan tekanan alveoli, selain karena adanya surfaktan, juga karena adanya tarikan napas dan pengeluaran napas dengan merintih sehingga udara bisa tertahan di dalam. Apabila surfaktan berkurang maka alveoli akan kolaps dan paru-paru kaku, sehingga terjadi atelektasis. Dalam kondisi seperti ini (anoksia), neonatus masih dapat mempertahankan hidupnya karena adanya kelanjutan metabolisme anaerobik.

b) Perubahan Sistem Kardiovaskuler

Dewi (2010) menjelaskan pada masa fetus, peredaran darah dimulai dari plasenta melalui vena umbilikal is lalu sebagian ke hati dan sebagian lainnya langsung ke serambi kiri jantung. Kemudian ke bilik kiri jantung. Dari bilik kiri darah dipompa melalui aorta ke seluruh tubuh, sedangkan yang dari bilik kanan darah dipompa sebagian ke paru dan sebagian melalui duktus arteriosus ke aorta.

Setelah bayi lahir, paru akan berkembang yang akan mengakibatkan tekanan arteriol dalam paru menurun yang diikuti dengan menurunnya tekanan pada jantung kanan. Kondisi ini menyebabkan tekanan jantung kiri lebih besar dibandingkan dengan tekanan jantung kanan, dan hal tersebutlah yang membuat foramen ovale secara fungsional menutup. Hal ini terjadi pada jam-jam pertama setelah kelahiran. Oleh karena tekanan pada paru turun dan tekanan dalam aorta desenden naik dan juga karena

rangsangan biokimia (PaO_2 yang naik) serta duktus arteriosus yang berobliterasi. Hal ini terjadi pada hari pertama.

c) Perubahan Pada Sistem Thermoregulasi

Sudarti dan Fauziah (2012) menjelaskan ketika bayi baru lahir, bayi berada pada suhu lingkungan yang > rendah dari suhu di dalam rahim. Apabila bayi dibiarkan dalam suhu kamar maka akan kehilangan panas melalui konveksi. Sedangkan produksi yang dihasilkan tubuh bayi hanya 1/100 nya, keadaan ini menyebabkan penurunan suhu tubuh bayi sebanyak 2°C dalam waktu 15 menit.

Dewi (2010) menjelaskan empat kemungkinan mekanisme yang dapat menyebabkan bayi baru lahir kehilangan panas tubuhnya:

a) Konduksi

Panas dihantarkan dari tubuh bayi ke benda sekitarnya yang kontak langsung dengan tubuh bayi.

b) Evaporasi

Panas hilang melalui proses penguapan yang bergantung pada kecepatan dan kelembapan udara (perpindahan panas dengan cara mengubah cairan menjadi uap).

c) Konveksi

Panas hilang dari tubuh bayi ke udara sekitarnya yang sedang bergerak (jumlah panas yang hilang bergantung pada kecepatan dan suhu udara).

d) Radiasi

Panas dipancarkan dari BBL keluar tubuhnya ke lingkungan yang lebih dingin (pemindahan panas antara 2 objek yang mempunyai suhu berbeda).

d) Perubahan Pada Sistem metabolisme

Pada jam-jam pertama kehidupan, energi didapatkan dari perubahan karbohidrat. Pada hari kedua, energi berasal dari pembakaran lemak.

Setelah mendapatkan susu, sekitar di hari keenam energi diperoleh dari lemak dan karbohidrat yang masing-masing sebesar 60 dan 40%.

e) Perubahan Pada Sistem Renal

Dewi (2010) menjelaskan tubuh BBL mengandung relatif banyak air. Kadar natrium juga relatif besar dibandingkan dengan kalium karena ruangan ekstraseluler yang luas. Fungsi ginjal belum sempurna karena:

- a) Jumlah nefron masih belum sebanyak orang dewasa
- b) Ketidakseimbangan luas permukaan glomerulus dan volume tuulus proksimal
- c) *Renal blood flow* relatif kurang bila dibandingkan dengan orang dewasa

f) Perubahan Pada Sistem Traktus Digestivus

Dewi (2010) menjelaskan traktus digestivus relatif lebih berat dan lebih panjang dibandingkan dengan orang dewasa. Pada neonatus, Traktus digestivus mengandung zat berwarna hitam kehijauan yang terdiri atas mukopolisakarida atau disebut dengan mekonium biasanya pada 10 jam pertama kehidupan dan dalam 4 hari setelah kelahiran biasanya feses berbentuk dan berwarna biasa enzim dalam traktus digestivus biasanya sudah terdapat pada neonatus, kecuali enzim amilase pankreas.

g) Perubahan Pada Sistem Imunoglobulin

Dewi (2010) menjelaskan bayi baru lahir tidak memiliki sel plasma pada sumsum tulang juga tidak memiliki lamina propia ilium dan apendiks. Plasenta merupakan sawar, sehingga fetus bebas dari antigen dan stress imunologis. Ada BBL hanya terdapat gamaglobulin G, sehingga imunologi dari ibu dapat berpindah melalui plasenta karena berat molekulnya kecil. Akan tetapi, bila ada infeksi yang dapat melalui plasenta (lues, toksoplasma, heres simpleks, dan lain-lain) reaksi imunologis dapat terjadi dengan pembentukan sel plasma serta antibodi gama A, G, dan M.

h) Perubahan Sistem Integumen

Lailiyana,dkk (2012) menjelaskan bahwa semua struktur kulit bayi sudah terbentuk saat lahir, tetapi masih belum matang. Epidermis dan dermis tidak terikat dengan baik dan sangat tipis. Verniks kaseosa juga berfungsi dengan epidermis dan berfungsi sebagai lapisan pelindung. Kulit bayi sangat sensitif dan mudah mengalami kerusakan. Bayi cukup bulan mempunyai kulit kemerahan (merah daging) beberapa setelah lahir, setelah itu warna kulit memucat menjadi warna normal. Kulit sering terlihat berbecak, terutama didaerah sekitar ekstremitas. Tangan dan kaki terlihat sedikit sianotik. Warna kebiruan ini, akrosianois, disebabkan ketidakstabilan vasomotor, stasis kapiler, dan kadar hemoglobin yang tinggi. Keadaan ini normal, bersifat sementara, dan bertahan selama 7 sampai 10 hari, terutama bila terpajan udara dingin.

i) Perubahan Pada Sistem Reproduksi

Lailiyana dkk (2012) menjelaskan sistem reproduksi pada perempuan saat lahir, ovarium bayi berisi beribu-ribu sel germinal primitif. Sel-sel ini mengandung komplemen lengkap ova yang matur karena tidak terbentuk oogonia lagi setelah bayi cukup bulan lahir. Peningkatan kadar estrogen selama hamil, yang diikuti dengan penurunan setelah bayi lahir, mengakibatkan pengeluaran suatu cairan mukoid atau, kadang-kadang pengeluaran bercak darah melalui vagina (pseudomenstruasi). Genitalia eksternal biasanya edema disertai pigmentasi yang lebih banyak. Pada bayi baru lahir cukup bulan, labio mayora dan minora menutupi vestibulum. Pada bayi prematur, klitoris menonjol dan labio mayora kecil dan terbuka.

Pada laki-laki testis turun ke dalam skrotum sekitar 90% pada bayi baru lahir laki-laki. Pada usia satu tahun, insiden testis tidak turun pada semua anak laki-laki berjumlah kurang dari 1%. Spermatogenesis tidak terjadi sampai pubertas. Prepusium yang ketat sering kali dijumpai pada bayi baru lahir. Muara uretra dapat tertutup

prepusium dan tidak dapat ditarik kebelakang selama 3 sampai 4 tahun. Sebagai respon terhadap estrogen ibu ukuran genetalia eksternal bayi baru lahir cukup bulan dapat meningkat, begitu juga pigmentasinya. Terdapat rugae yang melapisi kantong skrotum. Hidrokel (penimbunan cairan disekitar testis) sering terjadi dan biasanya mengecil tanpa pengobatan.

j) Perubahan Pada Sistem Skeletal

Lailiyana,dkk (2012) menjelaskan pada bayi baru lahir arah pertumbuhan sefalokaudal pada pertumbuhan tubuh terjadi secara keseluruhan. Kepala bayi cukup bulan berukuran seperempat panjang tubuh. Lengan sedikit lebih panjang daripada tungkai. Wajah relatif kecil terhadap ukuran tengkorak yang jika dibandingkan lebih besar dan berat. Ukuran dan bentuk kranium dapat mengalami distorsi akibat molase (pembentukan kepala janin akibat tumpang tindih tulang-tulang kepala). Ada dua kurvatura pada columna vertebralis, yaitu toraks dan sakrum. Ketika bayi mulai dapat mengendalikan kepalanya, kurvatura lain terbentuk di daerah servikal. Pada bayi baru lahir lutut saling berjauhan saat kaki dilluruskan dan tumit disatukan, sehingga tungkai bawah terlihat agak melengkung. Saat baru lahir, tidak terlihat lengkungan pada telapak kaki. Ekstremitas harus simetris. Harus terdapat kuku jari tangan dan jari kaki. Garis-garis telapak tangan sudah terlihat. Terlihat juga garis pada telapak kaki bayi cukup bulan.

k) Perubahan Pada Sistem Neuromuskuler

Menurut Ilmiah (2015), sistem neurologis bayi secara anatomik atau fisiologis belum berkembang sempurna. Bayi baru lahir menunjukkan gerakan-gerakan tidak terkoordinasi, pengaturan suhu yang labil, kontrol otot yang buruk, mudah terkejut, dan tremor pada ekstermitas. Perkemihan neonatus terjadi cepat. Sewaktu bayi bertumbuh, perilaku yang lebih kompleks (misalkan kontrol kepala, tersenyum, dan meraih dengan tujuan) akan berkembang. Bayi baru lahir normal memiliki

banyak refleks neurologis yang primitif. Ada atau tidaknya refleks tersebut menunjukkan kematangan perkembangan sistem saraf yang baik yaitu :

a) Refleks *glabellar*

Refleks ini dinilai dengan mengetuk daerah pangkal hidung secara perlahan menggunakan jari telunjuk pada saat mata terbuka. Bayi akan mengedipkan mata pada 4-5 ketukan pertama.

b) Refleks hisap (*sucking*)

Refleks ini dinilai dengan memberi tekanan pada mulut bayi di bagian dalam antara gusi atas yang akan menimbulkan isapan yang kuat dan cepat. Refleks juga dapat dilihat pada saat bayi melakukan kegiatan menyusu.

c) Refleks mencari (*rooting*).

Bayi menoleh ke arah benda yang menyentuh pipi. Dapat dinilai dengan mengusap pipi bayi dengan lembut, bayi akan menolehkan kepalanya ke arah jari kita dan membuka mulutnya.

d) Refleks Genggam (*grapsing*)

Refleks ini dinilai dengan mendekatkan jari telunjuk pemeriksa pada telapak tangan bayi, tekanan dengan perlahan, normalnya bayi akan menggenggam dengan kuat. Jika telapak bayi ditekan, bayi akan mengepalkan tinjunya.

e) Refleks *babinsky*

Pemeriksaan refleks ini dengan memberikan goresan telapak kaki dimulai dari tumit. Gores sisi lateral telapak kaki ke arah atas kemudian gerakkan kaki sepanjang telapak kaki. Maka bayi akan menunjukkan respons berupa semua jari hiperekstensi dengan ibu jari dorsofleksi.

f) Refleks moro

Refleks ini ditunjukkan dengan timbulnya pergerakan tangan yang simetris apabila kepala tiba-tiba digerakkan atau dikejutkan dengan cara bertepuk tangan.

g) Refleksi melangkah

Bayi menggerakkan tungkainya dalam suatu gerakan berjalan atau melangkah, jika kita memegang lengannya sedangkan kakinya dibiarkan menyentuh permukaan yang datar yang keras.

d. Tahapan Bayi Baru Lahir

Menurut Dewi (2010) tahapan-tahapan pada bayi baru lahir diantaranya:

- 1) Tahap I terjadi setelah lahir, selama menit-menit pertama kelahiran. Pada tahap ini digunakan sistem *scoring apgar* untuk fisik.
- 2) Tahap II disebut tahap transisional reaktivitas. Pada tahap II dilakukan pengkajian selama 24 jam pertama terhadap adanya perubahan perilaku.
- 3) Tahap III disebut tahap periodik, pengkajian dilakukan setelah 24 jam pertama yang meliputi pemeriksaan seluruh tubuh.

e. Penilaian Awal Pada Bayi Baru Lahir

Lailiyana dkk (2012) menyebutkan penilaian awal yang dilakukan pada bayi baru lahir adalah sebagai berikut:

- 1) Menangis kuat atau bernapas tanpa kesulitan
- 2) Warna kulit bayi (merah muda, pucat, atau kebiruan)
- 3) Gerakan, posisi ekstremitas, atau tonus otot bayi
- 4) Aterm (cukup bulan) atau tidak
- 5) Mekonium pada air ketuban

f. Pelayanan Essensial Pada Bayi baru Lahir

- 1) Jaga Bayi Tetap Hangat
- 2) Pembebasan Jalan Napas
- 3) Cara Mempertahankan Kebersihan Untuk Mencegah Infeksi
- 4) Perawatan Tali Pusat
- 5) Inisiasi Menyusui Dini
- 6) Pemberian Salep Mata
- 7) Pemberian Vitamin K
- 8) Pemberian Imunisasi Hb 0

Tabel 2. 7 Jadwal Imunisasi Pada bayi

| Umur | Jenis Imunisasi | |
|----------|----------------------|-------------------------------------|
| | Lahir Di Rumah | Lahir Di Sarana Pelayanan Kesehatan |
| 0-7 hari | HB-0 | HB-0, BCG, Polio 1 |
| 1 bulan | BCG | ----- |
| 2 bulan | DPT-HB 1 dan Polio 1 | DPT-HB 1 dan Polio 2 |
| 3 bulan | DPT –HB-HIB | DPT –HB-HIB |
| 4 bulan | Polio 2 DPT –HB-HIB | Polio 2 DPT –HB-HIB |
| 6 bulan | Polio 3 | Polio 3 |
| 9 bulan | Campak | Campak |

Sumber Dwi 2010

g. Kunjungan ulang BBL

Dalam Buku Kesehatan Ibu dan Anak dituliskan pelayanan kesehatan bayi baru lahir oleh bidan/perawat/dokter dilaksanakan minimal 3 kali, yaitu pertama pada 6 jam-48 jam setelah lahir, kedua pada hari ke 3-7 setelah lahir, ketiga pada hari ke 8-28 setelah lahir.

4. KONSEP DASAR MASA NIFAS

a. Pengertian

Masa nifas adalah masa dimulainya beberapa jam sesudah lahirnya plasenta sampai 6 minggu setelah melahirkan (Menurut Pusdiknakes, 2003 dalam Yanti dan Sundawati, 2011).

Masa nifas (*puerperium*) adalah masa yang dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat- alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil dan berlangsung selama 6 minggu (Risneni, 2016)

b. Tujuan masa nifas

Asuhan yang diberikan kepada ibu nifas menurut Ambarwati (2010) bertujuan untuk :

- 1) Meningkatkan kesejahteraan fisik dan psikologis ibu dan bayi.
- 2) Pencegahan, diagnosa dini, dan pengobatan komplikasi
- 3) Dapat segera merujuk ibu ke asuhan tenaga bila mana perlu.

- 4) Mendukung dan mendampingi ibu dalam menjalankan peran barunya
 - 5) Mencegah ibu terkena tetanus
 - 6) Memberi bimbingan dan dorongan tentang pemberian makan anak secara sehat serta peningkatan pengembangan hubungan yang baik antara ibu dan anak.
- c. Peran dan tanggung jawab bidan masa nifas
- Peran dan tanggung jawab bidan dalam masa nifas ini menurut Ambarwati (2010) ,antara lain teman dekat, pendidik, pelaksana asuhan
- d. Tahap masa nifas
- Masa nifas terbagi menjadi 3 tahapan menurut Ambarwati (2010), yaitu :
- 1) *Puerperium Dini*
Suatu masa kepuhian dimana ibu diperbolehkan untuk berdiri dan berjalan-jalan (Sundawati dan Yanti, 2011). Puerperium dini merupakan masa kepuhian,pada saat ini ibu sudah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan.
 - 2) *Puerperium Intermedial*
Suatu masa dimana kepulihan dari organ-organ reproduksi selam kurang lebih 6 minggu (Sundawati dan Yanti, 2011). Puerperium intermedial merupakan masa kepuhian ala-alat genetalia secara menyeluruh yang lamanya sekitar 6-8 minggu.
 - 3) *Remote Puerperium*
Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat kembali dalam keadaan sempurna terutama ibu bila ibu selama hamil atau waktu persalinan mengalami komplikasi (Sundawati dan Yanti, 2011). Remote puerpartum merupakan masa yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna, terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi.
- e. Kebijakan program nasional masa nifas
- Menurut Kemenkes RI (2015), pelayanan kesehatan ibu nifas oleh bidan dan dokter dilaksanakan minimal 3 kali yaitu :
- 1) Kunjungan pertama 6 jam- 3 hari *post partum*.

- 2) Kunjungan kedua 4-28 hari *post partum*.
- 3) Kunjungan ketiga 29-42 hari *post partum*.

Tabel 2.7 Asuhan dan jadwal kunjungan rumah

f. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

1) Perubahan sistem reproduksi

a) Involusi uterus

Menurut Yanti dan Sundawati (2011) involusi uterus atau pengerutan uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil.

Proses involusi uterus adalah sebagai berikut :

- (1) *Iskemia* miometrium. Hal ini disebabkan oleh kontraksi dan retraksi yang terus menerus dari uterus setelah pengeluaran plasenta sehingga membuat uterus menjadi relative anemi dan menyebabkan serat otot atrofi.
- (2) *Atrofi* jaringan. Atrofi jaringan terjadi sebagai reaksi penghentian hormone estrogen saat pelepasan plasenta.
- (3) *Autolysis* Merupakan proses penghancuran diri sendiri yang terjadi di dalam otot uterus. Enzim proteolitik akan memendekkan jaringan otot yang telah mengendur sehingga panjangnya 10 kali panjang sebelum hamil dan lebarnya 5 kali lebar sebelum hamil yang terjadi selama kehamilan. Hal ini disebabkan karena penurunan hormone estrogen dan progesterone.
- (4) Efek oksitosin. Oksitosin menyebabkan terjadinya kontraksi dan retraksi otot uterus sehingga akan menekan pembuluh darah dan mengakibatkan berkurangnya suplai darah ke uterus. Proses ini membantu untuk mengurangi situs atau tempat implantasi plasenta serta mengurangi perdarahan.

Tabel 2. 8 Perubahan-Perubahan Normal Pada Uterus Selama Postpartum

| Involusi Uteri | TFU | Berat Uterus | Diameter Uterus |
|--------------------|--------------------------------|--------------|-----------------|
| Plasenta lahir | Setinggi pusat | 1000 gram | 12,5 cm |
| 7 hari (minggu 1) | Pertengahan pusat dan simpisis | 500 gram | 7,5 cm |
| 14 hari (minggu 2) | Tidak teraba | 350 gram | 5 cm |
| 6 minggu | Normal | 60 gram | 2,5 cm |

Sumber : Yanti dan Sundawati, 2011.

b) Involusi tempat plasenta

Uterus pada bekas implantasi plasenta merupakan luka yang kasar dan menonjol ke dalam kavum uteri. Segera setelah placenta lahir, dengan cepat luka mengecil, pada akhirnya minggu ke-2 hanya sebesar 3-4 cm dan pada akhir nifas 1-2 cm. penyembuhan luka bekas plasenta khas sekali. Pada permulaan nifas bekas plasenta mengandung banyak pembuluh darah besar yang tersumbat oleh thrombus. Luka bekas plasenta tidak meninggalkan parut. Hal ini disebabkan karena diikuti pertumbuhan endometrium baru dibawah permukaan luka. Regenerasi endometrium terjadi di tempat implantasi plasenta selama sekitar 6 minggu.

c) Perubahan ligament

Setelah bayi lahir, ligament dan difragma pelvis fasia yang meregang sewaktu kehamilan dan saat melahirkan, kembali seperti sedia kala. Perubahan ligament yang dapat terjadi pasca melahirkan antara lain : ligamentum rotundum menjadi kendur yang mengakibatkan letak uterus menjadi retrofleksi, ligamen fasia, jaringan penunjang alat genitalia menjadi agak kendur.

d) Perubahan serviks

Segera setelah melahirkan, serviks menjadi lembek, kendur, terkulasi dan berbentuk seperti corong. Hal ini disebabkan korpus uteri berkontraksi, sedangkan serviks tidak berkontraksi, sehingga

perbatasan antara korpus dan serviks uteri berbentuk cincin. Warna serviks merah kehitam-hitaman karena penuh pembuluh darah. Segera setelah bayi dilahirkan, tangan pemeriksa masih dapat dimasukan 2-3 jari dan setelah 1 minggu hanya 1 jari saja yang dapat masuk. Oleh karena hiperpalpasi dan retraksi serviks, robekan serviks dapat sembuh. Namun demikian, selesai involusi, ostium eksternum tidak sama waktu sebelum hamil.

e) Perubahan vulva, vagina dan perineum

Selama proses persalinan vulva, vagina dan perineum mengalami penekanan dan peregangan, setelah beberapa hari persalinan kedua organ ini akan kembali dalam keadaan kendur. *Rugae* timbul kembali pada minggu ketiga. Ukuran vagina akan selalu lebih besar dibandingkan keadaan saat sebelum persalinan pertama.

Perubahan pada perineum terjadi pada saat perineum mengalami robekan. Robekan secara spontan ataupun mengalami episiotomi dengan indikasi tertentu. Meski demikian, latihan otot perineum dapat mengembalikan tonus tersebut dan dapat mengencangkan vagina hingga tingkat tertentu.

f) Lochia

Akibat involusi uteri, lapisan luar desidua yang mengelilingi situs plasenta akan menjadi nekrotik. Desidua yang mati akan keluar bersama dengan sisa-sisa cairan. Pencampuran antara darah dan desidua inilah yang dinamakan lochia. Reaksi basa/alkalis yang membuat organism berkembang lebih cepat dari pada kondisi asam yang ada pada vagina normal. Lochia mempunyai bau yang amis (anyir) meskipun tidak terlalu menyengat dan volumenya berbeda-beda setiap wanita.

Table 2. 9 Perbedaan Masing-masing Lokhea

| Lokhea | Waktu | Warna | Ciri-ciri |
|-------------|-----------|------------------------|--|
| Rubra | 1-3 hari | Merah kehitaman | Terdiri dari sel desidua, verniks caseosa, rambut lanugo, sisa mekonium dan sisa darah. |
| Sanguilenta | 3-7 hari | Putih bercampur merah | Sisa darah dan lender |
| Serosa | 7-14 hari | Kekuningan/ kecoklatan | Lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri dari leukosit dan robekan laserasi plasenta |
| Alba | >14 hari | Putih | Mengandung leukosit, selaput lender serviks dan serabut yang mati |

Sumber : Yanti dan Sundawati, 2011.

2) Perubahan system pencernaan

Sistem gastrotinal selama hamil dipengaruhi oleh beberapa hal, diantaranya tingginya kadar progesterone yang dapat mengganggu keseimbangan cairan tubuh, meningkatkan kolesterol darah, dan melambatkan kontraksi otot-otot polos. Pasca melahirkan, kadar progesterone juga mulai menurun. Namun demikian, faal usus memerlukan 3-4 hari untuk kembali normal. Beberapa hal yang berkaitan dengan perubahan sitem pencernaan antara lain (Yanti dan sundawati, 2011) :

a) Nafsu makan

Pasca melahirkan ibu biasanya merasa lapar, dan diperbolehkan untuk makan. Pemulihan nafsu makan dibutuhkan 3 samapi 4 hari sebelum faaal usus kembali normal. Messkipun kadar progesterone menurun setelah melahirkan, asupan makanan juga mengalami penurunan selama satu atau dua hari.

b) *Motilitas*

Secara khas, penurunan tonus dan motilitas otot traktus cerna menetap selama waktu yang singkat setelah bayi lahir. Kelebihan

analgesia dan anastesia bisa memperlambat pengambilan tonus dan motilitas ke keadaan normal.

c) Pengosongan usus

Pasca melahirkan, ibu sering mengalami konstipasi. Hal ini disebabkan tonus otot usus menurun selama proses persalinan dan awal masa pascapartum. Diare sebelum persalinan, enema sebelum melahirkan, kurang makan, dehidrasi, hemoroid ataupun laserasi jalan lahir. Beberapa cara agar ibu dapat buang air besar kembali teratur, antara lain : Pemberian diet/makanan yang mengandung serat; Pemberian cairan yang cukup; Pengetahuan tentang pola eliminasi; Pengetahuan tentang perawatan luka jalan lahir; Bila usaha di atas tidak berhasil dapat dilakukan pemberian hunknah atau obat yang lain.

3) Perubahan sistem perkemihan

Pada masa hamil, perubahan hormonal yaitu kadar steroid yang berperan meningkatkan fungsi ginjal. Begitu sebaliknya, pada pasca melahirkan kadar steroid menurun sehingga menyebabkan peenurunan fungsi ginjal. Fungsi ginjal kembali normal dalam waktu satu bulan setelah wanita melahirkan. Urin dalam jumlah yang besar akan dihasilkan dalam waktu 12-36 jam sesudah melahirkan.

Hal yang berkaitan dengan fungsi sitem perkkemihan, antara lain(Yanti dan Sundawati, 2011) :

a) *Hemostasis internal*

Tubuh, terdiri dari air dan unsure-unsur yang larut di dalamnya, dan 70 persen dari cairan tubuh terletak di dalam sel-sel, yang disebut dengan cairan intraseluler. Cairan ekstraseluler terbagi dalam plasma darah, dan langsung diberikan untuk sel-sel yang disebut cairan interstisial.

b) Keseimbangan asam basa tubuh

Keasaman dalam tubuh disebut PH. Batas normal PH cairan tubuh adalah 7,35-7,40. PH > 7,4 disebut alkalosis dan jika PH<7,35 disebut *asidosis*.

c) Pengeluaran sisa metabolisme racun dan zat toksin ginjal

Zat toksin ginjal mengekskresikan hasil akhir dari metabolisme protein yang mengandung nitrogen terutama urea, asam urat dan kreatini. Ibu post partum dianjurkan segera buang air kecil, agar tidak mengganggu proses involusi uteri dan ibu merasa nyaman. Namun demikian, pasca melahirkan ibu merasa sulit buang air kecil. Hal yang menyebabkan kesulitan buang air kecil pada ibu post partum, antara lain :

- (1) Adanya oedem trigonium yang menimbulkan obstruksi sehingga terjadi retensi urin
- (2) Diaphoresis yaitu mekanisme tubuh untuk mengurangi cairan yang retensi dalam tubuh, terjadi selama 2 hari setelah melahirkan.
- (3) Depresi dari sfingter uretra oleh karena penekanan kepala janin dan spasme oleh iritasi muskulus sfingter ani selama persalinan, sehingga menyebabkan miksi.
- (4) Setelah plasenta dilahirkan, kadar hormone estrogen akan menurun, hilangnya peningkatan volume darah akibat kehamilan, hal ini merupakan mekanisme tubuh untuk mengatasi kelebihan cairan. Keadaan ini disebut diuresis pasca partum. Kehilangan cairan melalui keringat dan peningkatan jumlah urin menyebabkan penurunan berat badan sekitar 2,5 kg selama masa pasca partum. Pengeluaran kelebihan cairan yang tertimbun selama hamil kadang-kadang disebut kebalikan metabolisme air pada masa hamil. Bila wanita pasca salin tidak dapat berkemih selama 4 jam kemungkinan ada masalah dan segeralah memasang dowe kateter selama 24 jam. Kemudian keluhan tidak dapat

berkemih dalam waktu 4 jam, lakukan ketetrisasi dan bila jumlah residu >200 ml maka kemungkinan ada gangguan proses urinasinya. Maka kateter tetap terpasang dan dibuka 4 jam kemudian, lakukan kateterisasi dan bila jumlah residu <200 ml, kateter dibuka dan pasien diharapkan dapat berkemih seperti biasa.

4) Perubahan sistem muskuloskeletal

Perubahan sistem muskuloskeletal terjadi pada saat umur kehamilan semakin bertambah, adaptasinya mencakup: peningkatan berat badan, bergesernya pusat akibat pembesaran rahim, relaksasi dan mobilitas. Ambulasi dini dilakukan segera setelah melahirkan, untuk membantu mencegah komplikasi dan mempercepat involusi uteri (Yanti dan Sundawati, 2011).

Adapun sistem musculoskeletal pada masa nifas, meliputi :

a) Dinding perut dan peritoneum

Dinding perut akan longgar pasca persalinan. Keadaan ini akan pulih kembali dalam 6 minggu. Pada wanita yang athenis terjadi diatasis dari otot-otot rectus abdominis, sehingga sebagian dari dinding perut di garis tengah hanya terdiri dari peritoneum, fascia tipis dan kulit.

b) Kulit abdomen

Selama masa kehamilan, kulit abdomen akan melebar, melonggar dan mengendur hingga berbulan-bulan. Otot-otot dari dinding abdomen akan kembali normal kembali dalam beberapa minggu pasca melahirkan dalam latihan *post natal*.

c) *Strie*

Strie adalah suatu perubahan warna seperti jaringan parut pada dinding abdomen. *Strie* pada dinding abdomen tidak dapat menghilang sempurna melainkan membentuk garis lurus yang samar. Tingkat distasis musculus rektus abdominis pada ibu post partum dapat di kaji melalui keadaan umum, aktivitas, paritas

dan jarak kehamilan, sehingga dapat membantu menentukan lama pengembalian tonus otot menjadi normal.

d) Perubahan ligament

Setelah janin lahir, ligament-ligamen, diafragma pelvis dan vasia yang meregang sewaktu kehamilan dan partus beerangsang-angsur menciut kembali seperti sedia kala.

e) *Simpisis pubis*

Pemisahan simpisis pubis jarang terjadi, namun demikian, hal ini dapat menyebabkan morbiditas maternal. Gejala dari pemisahan pubis antara lain : nyeri tekan pada pubis disertai peningkatan nyeri saat bergerak di tempat tidur ataupun waktu berjalan. Pemisahan simpisis dapat di palpasi, gejala ini dapat menghilang dalam beberapa minggu atau bulan pasca melahirkan, bahkan ada yang menetap.

5) Perubahan Sistem Endokrin

Selama masa kehamilan dan persalinan terdapat perubahan pada sistem endokrin. Hormon-hormon yang berperan pada proses tersebut, antara lain (Yanti dan Sundawati, 2011):

a) Hormon plasenta

Pengeluaran plasenta menyebabkan penurunan hormone yang diproduksi oleh plasenta. Hormon plasenta menurun dengan cepat pasca persalinan. Penurunan hormone plasenta (human placenta lactogen) menyebabkan kadar gula darah menurun pada masa nifas. *Human Chorionic Gonadotropin* (HCG) menurun dengan cepat dan menetap sampai 10% dalam 3 jam sehingga hari ke 7 post partum dan sebagai onset pemenuhan *mamae* pada hari ke 3 post partum.

b) Hormon pituitari

Hormon pituitari antara lain : hormone prolaktin, FSH dan LH. Hormon prolaktin darah meningkat dengan cepat, pada wanita tidak menyusui menurun dalam waktu 2 minggu.

Hormon prolaktin berperan dalam peembesaran payudara untuk merangsang produksi susu. FSH dan LH meningkat pada fase konsentrasi folikel pada minggu ke 3 dan LH tetap rendah hingga ovulasi terjadi.

c) *Hipotalamik pituitary ovarium*

Hipotalamik pituitary ovarium akan mempengaruhi lamanya mendapatkan menstruasi pada wanita yang menyusui maupun yang tidak menyusui. Pada wanita menyusui mendapatkan menstruasi pada 6 minggu pasca salin berkisar 16 persen dan 45 persen setelah 12 minggu pasca salin. Sedangkan pada wanita yang tidak menyusui, akan mendapatkan menstruasi berkisar 40 persen setelah 6 minggu pasca melahirkan dan 90 persen setelah 24 minggu.

d) Hormon oksitosin

Hormone oksitosin disekresikan dari keejar otak bagian belakang, berkerja terhadap otot uterus dan jaringan payudara. Selama tahap ke 3 persalinan, hormone oksitosin beerperan dalam pelepasan plasenta dan mempertahankan kontraksi, sehingga mencegah perdarahan. Isapan bayi dapat merangsang produksi ASI dan ekresi oksitosin, sehingga dapat memantu involusi uteri.

e) Hormon *estrogen dan progesterone*

Volume darah selama kehamilan, akan meningkat. Hormone estrogen yang tinggi memperbeesar hormone anti diuretic yang dapat meningkatkan volume darah. Sedangkan hormone progesterone mempengaruhi otot halus yang mengurangi perangsangan dan peningkatan pembuluh darah. Hal ini mempengaruhi saluran kemih, ginjal, usus, dinding vena, dasar panggul, perineum serta vulva dan vagina.

6) Perubahan tanda-tanda vital

Menurut Yanti dan Sundawati (2011) Pada masa nifas, tanda-tanda vital yang harus dikaji antara lain:

a) Suhu badan

Suhu wanita inpartu tidak lebih dari $37,2^{\circ}\text{C}$. pasca melahirkan, suhu tubuh dapat naik kurang dari $0,5^{\circ}\text{C}$ dari keadaan normal. Kenaikan suhu badan ini akibat dari kerja keras sewaktu melahirkan, kehilangan cairan maupun kelelahan. Kurang lebih pada hari ke-4 post partum suhu akan naik lagi. Hal ini diakibatkan adanya pembentukan ASI, kemungkinan payudara membengkak, maupun kemungkinan infeksi pada endometrium, mastitis, traktus genitalia ataupun system lain. Apabila kenaikan suhu diatas 38°C , waspada terhadap infeksi post partum.

b) Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa 60 sampai 80 kali permenit. Pasca melahirkan denyut nadi dapat menjadi brikardi maupun lebih cepat. Denyut nadi yang melebihi 100 kali permenit, harus waspada kemungkinan infeksi atau perdarahan post partum.

c) Tekanan darah

Tekanan darah adalah tekanan yang dialami oleh pembuluh arteri ketika darah dipompa oleh jantung ke seluruh tubuh manusia. Tekanan darah normal manusia adalah sitolik antara 90 -120 mmHg dan distolik 60-80 mmHg. Pasca melahirkan pada kasus normal, tekanan darah biasanya tidak berubah. Perubahan tekanan darah lebih rendah pasca melahirkan bisa disebabkan oleh perdarahan. Sedangkan tekanan darah tinggi pada post partum merupakan tanda terjadinya pre eklampsia post partum.

d) Pernafasan

Frekuensi pernafasan normal pada orang dewasa adalah 16 sampai 20 kali permenit. Pada ibu post partum umumnya bernafas lambat dikarenakan ibu dalam tahap pemulihan atau dalam kondidi istirahat. Keadaan bernafas selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Bila suhu nadi tidak normal, pernafasan juga akan mengikutinya, kecuali apabila ada gangguan kusus pada saluran nafas. Bila bernafas lebih cepat pada post partum kemungkinan ada tanda-tanda syok.

7) Perubahan Fisiologis Pada Sistem Kardiovaskuler

Menurut Maritalia (2014) setelah janin dilahirkan, hubungan sirkulasi darah tersebut akan terputus sehingga volume darah ibu relatif akan meningkat. Keadaan ini terjadi secara cepat dan mengakibatkan beban kerja jantung sedikit meningkat. Namun hal tersebut segera diatasi oleh sistem homeostatis tubuh dengan mekanisme kompensasi berupa timbulnya hemokonsentrasi sehingga volume darah akan kembali normal. Biasanya ini terjadi sekitar 1 sampai 2 minggu setelah melahirkan.

Kehilangan darah pada persalinan pervaginam sekitar 300-400 cc, sedangkan kehilangan darah dengan persalinan seksio sesar menjadi dua kali lipat. Perubahan yang terjadi terdiri dari volume darah dan heokonsentrasi. Pada persalinan pervaginam, hemokonsentrasi cenderung naik dan pada persalinan *seksio sesaria*, hemokonsentrasi cenderung stabil dan kembali normal setelah 4-6 minggu (Yanti dan Sundawati, 2011).

8) Perubahan Sistem *Hematologi*

Menurut Nugroho, dkk (2014) pada hari pertama postpartum, kadar fibrinogen dan plasma akan sedikit menurun tetapi darah lebih mengental dengan peningkatan viskositas sehingga meningkatkan faktor pembekuan darah.

Jumlah leukosit akan tetap tinggi selama beberapa hari pertama post partum. Jumlah sel darah putih akan tetap bisa naik lagi

sampai 25.000 hingga 30.000 tanpa adanya kondisi patologis jika wanita tersebut mengalami persalinan lama.

Pada awal post partum, jumlah hemoglobin, hematokrit dan eritrosit sangat bervariasi. Hal ini disebabkan volume darah, volume plasenta dan tingkat volume darah yang berubah-ubah. Jumlah kehilangan darah selama masa persalinan kurang lebih 200-500 ml, minggu pertama post partum berkisar 500-800 ml dan selama sisa nifas berkisar 500 ml.

g. Proses adaptasi psikologis ibu masa nifas

1) Adapasi psikologis ibu masa nifas

Pada periode ini kecemasan wanita dapat bertambah. Pengalaman yang unik dialami oleh ibu setelah persalinan. Masa nifas merupakan masa yang rentan dan terbuka untuk bimbingan dan pembelajaran.

Menurut Yanti dan Sundawati (2011) Fase-fase yang akan dialami oleh ibu pada masa nifas antara lain:

a) Fase *taking in*

Fase ini merupakan periode ketergantungan, yang berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Ibu terfokus pada dirinya sendiri, sehingga cenderung pasif terhadap lingkungannya.

b) Fase *taking hold*

Fase ini berlangsung antara 3- 10 hari setelah melahirkan. Ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawab dalam perawatan bayinya. Perasaan ibu lebih sensitif dan lebih cepat tersinggung.

c) Fase *letting go*

Fase ini adalah fase menerima tanggung jawab akan peranbarunya. Fase ini berlangsung pada hari ke 10 setelah melahirkan. Ibu sudah dapat menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya. Terjadi peningkatan akan peratan diri

dan bayinya. Ibu merasa percaya diri akan peran barunya, lebih mandiri dalam memenuhi kebutuhan bayi dan dirinya.

h. Faktor-faktor yang mempengaruhi masa nifas dan menyusui menurut Sulistyawati (2009).

1) Faktor fisik

Kelelahan fisik karena aktivitas mengasuh bayi, menyusui, memandikan, mengganti popok, dan pekerjaan setiap hari membuat ibu kelelahan, apalagi jika tidak ada bantuan dari suami atau anggota keluarga lain.

2) Faktor psikologis

Berkurangnya perhatian keluarga, terutama suami karena semua perhatian tertuju pada anak yang baru lahir. Padahal selesai persalinan ibu merasa kelelahan dan sakit pasca persalinan membuat ibu membutuhkan perhatian. Kecewa terhadap fisik bayi karena tidak sesuai dengan pengrapan juga bisa memicu *baby blue*.

3) Faktor lingkungan, sosial, budaya dan ekonomi

Adanya adat istiadat yang dianut oleh lingkungan dan keluarga sedikit banyak akan memengaruhi keberhasilan ibu dalam melewati saat transisi ini. Dalam hal ini, bidan harus bijaksana dalam menyikapi, namun tidak mengurangi kualitas asuhan yang harus diberikan. Keterlibatana keluarga dari awal dalam menentukan bentuk asuhan dan perawatan yang harus diberikan pada ibu dan bayi akan memudahkan bidan dalam pemberian asuhan.

Faktor lingkungan yang paling mempengaruhi status kesehatan masyarakat terutama ibu hamil, bersalin, dan nifas adalah pendidikan. Jika masyarakat mengetahui dan memahami hal-hal yang mempengaruhi status kesehatan tersebut maka diharapkan masyarakat tidak dilakukan kebiasaan atau adat istiadat yang merugikan kesehatan khususnya ibu hamil, bersalin, dan nifas.

Status ekonomi merupakan simbol status sosial di masyarakat. Pendapatan yang tinggi menunjukkan kemampuan masyarakat dalam memenuhi kebutuhan nutrisi yang memenuhi zat gizi untuk ibu hamil.

i. Kebutuhan dasar ibu masa nifas menurut Yanti dan Sundawati (2011)

1) Nutrisi

Ibu nifas memerlukan nutrisi dan cairan untuk pemulihan kondisi kesehatan setelah melahirkan, cadangan tenaga serta untuk memenuhi produksi air susu. Zat-zat yang dibutuhkan ibu pasca persalinan antara lain :

a) Kalori

Kebutuhan kalori pada masa menyusui sekitar 400 -500 kalori. Wanita dewasa memerlukan 1800 kalori per hari. Sebaliknya ibu nifas jangan mengurangi kebutuhan kalori, karena akan mengganggu proses metabolisme tubuh dan menyebabkan ASI rusak.

b) Kalsium dan vitamin D

Kalsium dan vitamin D berguna untuk pembentukan tulang dan gigi, kebutuhan kalsium dan vitamin D dapat dari minum susu rendah kalori atau berjamur di pagi hari. Konsumsi kalsium pada masa menyusui meningkat menjadi 5 porsi per hari. Satu setara dengan 50-60 gram keju, satu cangkir susu krim, 160 gram ikan salmon, 120 gram ikan sarden, atau 280 gram tahukalsium.

c) Magnesium

Magnesium dibutuhkan sel tubuh untuk membantu gerak otot, fungsi syaraf dan memperkuat tulang. Kebutuhan magnesium didapat pada gandum dan kacang-kacangan.

d) Sayuran hijau dan buah

Kebutuhan yang diperlukan setidaknya tiga porsi sehari. Satu porsi setara dengan 1/8 semangka, 1/4 mangga, 3/4 cangkir

brokoli, ½ wortel, ¼- ½ cangkir sayuran hijau yang telah dimasak, satu tomat.

e) Karbohidrat

Selama menyusui, kebutuhan karbohidrat kompleks diperlukan enam porsi perhari. Satu porsi setara dengan ½ cangkir nasi, ¼ cangkir jagung pipi, satu porsi sereal atau oat, satu iris roti dari bijian utuh, ½ kue maffin dari bijian utuh, 2-6 biskuit kering atau crackers, ½ cangkir kacang-kacangan, 2/3 cangkir kacang koro, atau 40 gram mi/pasta dari bijian utuh.

f) Lemak

Rata-rata kebutuhan lemak orang dewasa adalah 4 ½ porsi lemak (14 gram porsi) perharinya. Satu porsi lemak sama dengan 80 gram keju, tiga sendok makan kacang tanah atau kenari, empat sendok makan krim, secangkir es krim, ½ buah alpukat, 2 sendok makan selai kacang, 120-140 gram daging tanpa lemak, Sembilan kentang goreng, 2 iris cake, satu sendok makan mayones atau mentega, atau 2 sendok makan salad.

g) Garam

Selama periode nifas, hindari konsumsi garam berlebihan. Hindari makanan asin.

h) Cairan

Konsumsi cairan sebanyak 8 gelas per hari. Minum sedikitnya 3 liter tiap hari. Kebutuhan akan cairan diperoleh dari air putih, sari buah, susu dan sup.

i) Vitamin

Kebutuhan vitamin selama menyusui sangat dibutuhkan. Vitamin yang diperlukan antara lain : Vitamin A yang berguna bagi kesehatan kulit, kelenjar serta mata. Vitamin A terdapat dalam telur, hati dan keju. Jumlah yang dibutuhkan adalah 1.300 mcg; Vitamin B6 membantu penyerapan protein dan meningkatkan fungsi syaraf. Asupan vitamin B6 sebanyak 2,0

mg per hari. Vitamin B6 dapat ditemui didaging, hati, padi-padian, kacang polong dan kentang; Vitamin E berfungsi sebagai antioksidan, meningkatkan stamina dan daya tahan tubuh. Terdapat dalam makanan berserat, kacang-kacangan, minyak nabati dan gandum.

j) *Zinc (seng)*

Berfungsi untuk kekebalan tubuh, penyembuh luka dan pertumbuhan. Kebutuhan zinc di dapat dalam daging, telur dan gandum. Enzim dalam pencernaan dan metabolisme memerlukan seng. Kebutuhan seng setiap hari sekitar 12 mg. sumber seng terdapat pada seafood, hati dan daging.

k) DHA

DHA penting untuk perkembangan daya lihat dan mental bayi, asupan DHA berpengaruh langsung pada kandungan dalam ASI. Sumber DHA ada pada telur, otak, hati dan ikan.

2) Ambulasi

Ambulasi dini (*early ambulation*) adalah mobilisasi segera setelah ibu melahirkan dengan membimbing ibu untuk bangun dari tempat tidurnya. Ibu post partum diperbolehkan bangun dari tempat tidurnya 24-48 jam setelah melahirkan. Anjurkan ibu untuk memulai mobilisasi dengan miring kanan/kiri, duduk kemudian berjalan.

3) Eliminasi

a) Miksi

Miksi normal bila dapat BAK spontan setiap 3-4 jam. Kesulitan BAK dapat disebabkan karena sfingter uretra tertekan oleh kepala janin dan spasme oleh iritasi muskulo sfingter ani selama persalinan. Lakukan keteterisasi apabila kandung kemih penuh dan sulit berkemih.

b) Defekasi

Ibu diharapkan dapat BAB sekitar 3-4 hari post partum. Apabila mengalami kesulitan BAB, lakukan diet teratur; cukup cairan, konsumsi makanan berserat, olahraga, berikan obat perangsang per oral/ rectal atau lakukan klisma bilamana perlu.

4) Kebersihan diri atau perineum

Kebersihan diri berguna mengurangi infeksi dan meningkatkan perasaan nyaman. Kebersihan diri meliputi kebersihan tubuh, pakaian, tempat tidur maupun lingkungan. Beberapa hal yang dapat dilakukan ibu post partum dalam menjaga kebersihan diri adalah sebagai berikut: mandi teratur minimal 2 kali sehari, mengganti pakaian dan alas tempat tidur, menjaga lingkungan sekitar tempat tinggal, melakukan perawatan perineum, mengganti pembalut minimal 2 kali sehari, mencuci tangan setiap membersihkan daerah genitalia.

5) 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.

6) Seksual

Hubungan seksual aman dilakukan begitu darah berhenti. Pada saat melakukan hubungan seksual sebaiknya perhatikan waktu, penggunaan kontrasepsi, dipareuni, kenikmatan dan kepuasan pasangan suami istri.

7) Latihan atau senam nifas

Organ-organ tubuh wanita akan kembali seperti semula sekitar 6 minggu. Hal ini dapat dilakukan dengan cara latihan senam nifas. Senam nifas dilakukan saat ibu benar-benar pulih dan tidak ada komplikasi dan penyulit pada masa nifas atau antara waktu makan. Sebelum melakukan senam nifas, persiapan yang dapat dilakukan adalah: mengenakan baju yang nyaman untuk olahraga, minum

banyak air putih, dapat dilakukan ddi tempat tidur, dapat diiringi musik, perhatikan keadaan ibu.

j. Respon Orang Tua Terhadap Bayi Baru Lahir menurut Yanti dan Sundawati (2011)

1) *Bounding Attachment*

a) Pengertian

Interaksi orangtua dan bayi secara nyata, baik fisik, emosi, maupun sensori pada beberapa menit dan jam pertama segera bayi setelah lahir. Bounding dimulainya interaksi emosi sensorik fisik antara orang tua dan bayi segera setelah lahir; attachment yaitu ikatan yang terjalin antara individu yang meliputi pencurahan perhatian, yaitu hubungan emosi dan fisik yang akrab. Dengan kata lain *bounding attachment* adalah proses membangun ikatan kasih sayang antara ibu dan bayi melalui sentuhan, belaian dan dengan tepat dapat disalurkan melalui pemberian ASI eksklusif.

b) Tahap-tahap *Bounding Attachment*:

(1) Perkenalan (*acquaintance*) dengan melakukan kontak mata, menyentuh, berbicara dan mengeksplorasi segera setelah mengenal bayinya

(2) *Bounding (keterikatan) Attachment* : perasaan sayang yang mengikat individu dengan individu lain.

c) Elemen-elemen Bounding Atteachment

Elemen-elemen Bounding Atteachment antara lain berupa sentuhan, kontak mata, aroma, entrainment, bioritme, dan kontak dini

k. Proses laktasi dan menyusui

1) Anatomi dan fisiologi payudara

a) Anatomi

Payudara (mamae, susu) adalah kelenjar yang terletak di bawah kulit, di atas otot dada. Fungsi dari payudara adalah

memproduksi susu untuk nutrisi bayi. Manusia mempunyai sepasang kelenjar payudara , yang beratnya kurang lebih 200 gram , saat hamil 600 gram dan saat menyusui 800 grm (Risneni, 2016).

Pada payudara terdapat 3 bagian utama yaitu:

- (1) *Korpus* (badan)
- (2) *Areola*
- (3) *Papilla* atau puting .

b) Fisiologi payudara

Laktasi/menyusui mempunyai 2 pengertian yaitu produksi dan pengeluaran ASI. Pengeluaran ASI merupakan suatu intraksi yang sangat kompleks antara rangsangan mekanik, saraf dan bermacam-macam hormone (Mansyur dan Dahlan, 2014).

(1) Pengaruh hormonal

Macam-macam hormone yang berpengaruh dalam proses menyusui yaitu :

- (a) *Progesterone*: mempengaruhi pertumbuhan dan ukuran alveoli. Tingkat progesterone dan estrogen menurun sesaatsetelah melahirkan. Hal ini menstimulasi produksisecara besar-besaran.
- (b) *Estrogen*: menstimulasi system saluran ASI untuk membesar. Tingkat estrogen menurun saat melahirkan dan tetaprendah atau beberapa bulan selama tetap menyusui.
- (c) *Prolaktin* : berperan dalam membesarnya alveoli dalam kehamilan.
- (d) *Oksitosin* : mengencangkan otot halus dalam rahim pada saat melahirkan dan setelahnya, seperti halnya juga dalam orgasme. Setelah melahirkan, oksitosin juga mengencangkan otot halus disekitar alveoli memeras

ASI menuju saluran susu. Oksitosin berperan dalam proses turunnya susu *let-down*.

(2) Pembentukan air susu

Ada 2 refleks yang berperan sebagai pembentukan dan pengeluaran air susu yaitu :

(a) Refleks prolaktin

Hormone ini merangsang sel-sel alveoli yang berungsi untuk membuat air susu. Kadar prolaktin pada ibu yang menyusui akan menjadi normal 3 bulan setelah melahirkan sampai penyapihan anak dan pada saat terssebut tidak aka nada peningkatan prolaktin walaupun ada isapan bayi (Mansyur dan Dahlan, 2014).

(b) Reefleks letdown

Refleks ini mengakibatkan memancarnya ASI keluar, isapan bayi akan merangsang puting susu dan areola yang dikirim lobus posterior melalui nervus vagus, dari glandula pituitary posterior dikeluarkan hormon oxytosin ke dalam peredaran darah yang menyebabkan adanya kontraksi otot-otot myoepitel dari saluran air susu, karena adanya kontraksi ini maka ASI akan terperas kearah ampula.

2) Dukungan bidan dalam pemberian ASI

Menurut Yanti dan Sundawati (2011) Peran awal bidan dalam mendukung pemberian ASI yaitu :

- a) Meyakinkan bahwa bayi memperoleh makanan yang mencukupi dari payudara ibunya.
- b) Membantu Ibu sedemikian rupa sehingga ia mampu menyusui bayinya sendiri.

Bidan dapat memberikan dukungan dalam pemberian ASI dengan:

- a) Memberi bayi bersama ibunya segera sesudah lahir selama beberapa jam pertama.

- b) Mengajarkan cara merawat payudara yang sehat pada ibu untuk mencegah masalah umum yang timbul.
 - c) Membantu ibu pada waktu pertama kali member ASI.
 - d) Menempatkan bayi di dekat ibu pada kamar yang sama (rawat gabung).
 - e) Memberikan ASI pada bayi sesering mungkin.
 - f) Menghindari pemberian susu botol.
- 3) Manfaat pemberian ASI

Menurut (Risneni, 2016) Adapun beberapa manfaat pemberian ASI yaitu :

- a) Bagi bayi
 - (1) Komposisi sesuai kebutuhan
 - (2) Mengandung zat pelindung
 - (3) Kalori dari ASI memenuhi kebutuhan bayi sampai usia enam bulan
 - (4) Perkembangan psikomotorik lebih cepat
 - (5) Menunjang Perkembangan penglihatan
 - (6) Mempunyai efek psikologis yang menguntungkan.
 - (7) Dasar untuk perkembangan kepribadian yang percaya diri
 - (8) Memperkuat ikatan batin antara ibu dan anak.
- b) Bagi ibu
 - (1) Aspek kesehatan ibu

Isapan bayi pada payudara akan merangsang terbentuknya oksitosin oleh kelenjar hipofisis. Oksitosin membantu involusi uterus dan mencegah terjadinya perdarahan pasca persalinan.
 - (2) Aspek KB

Menyusui secara murni (esklusif) dapat menjarangkan kehamilan. Hormone yang mempertahankan laktasi berkerja menekan hormone ovulasi, sehingga dapat menunda kembalinya kesuburan.

(3) Aspek psikologis

Ibu akan merasa bangga dan diperlukan, rasa yang dibutuhkan oleh semua manusia.

4) Tanda bayi cukup ASI

Menurut (Risneni, 2016) bahwa bayi usia 0-6 bulan, dapat dinilai mendapat kecukupan ASI bila mencapai keadaan sebagai berikut :

- a) Bayi minum ASI tiap 2-3 jam atau dalam 24 jam minimal mendapatkan ASI 8 kali pada 2-3 minggu pertama.
- b) Kotoran berwarna kuning dengan dengan frekuensi sering, dan warna menjadi lebih muda pada hari kelima setelah lahir.
- c) Bayi akan buang air kecil (BAK) paling tidak 6-8 kali/sehari.
- d) Ibu dapat mendengarkan pada saat bayi menelan ASI.
- e) Payudara terasa lebih lembek, yang menandakan ASI telah habis.
- f) Warna bayi merah (tidak kuning) dan kulit terasa kenyal.
- g) Pertumbuhan berat badan (BB) bayi dan tinggi badan (TB) bayi sesuai dengan grafik pertumbuhan.
- h) Perkembangan motorik bayi baik (bayi aktif dan motoriknya sesuai sesuai rentang usianya)
- i) Bayi kelihatan puas, sewaktu-sewaktu saat lapar bangun dan tidur dengan cukup.
- j) Bayi menyusu dengan kuat (rakus), kemudian melemah dan tertidur pulas.

5) ASI eksklusif

Menurut Yanti dan Sundawati (2011) ASI eksklusif dikatakan sebagai pemberian ASI secara eksklusif saja, tanpa tambahan cairan seperti susu formul, jeruk, madu, air teh, air putih dan tanpa tambahan makanan padat seperti pisang, papaya, bubur susu, biskuit, bubur nasi tim.

ASI eksklusif adalah pemberian ASI saja termasuk kolostrum tanpa tambahan apapun sejak dari lahir, dengan kata lain pemberian

susu formula, madu, air gula, air putih untuk bayi baru lahir tidak dibenarkan (Risneni, 2016).

Menurut WHO dalam (Risneni, 2016) ASI eksklusif adalah pemberian ASI saja pada bayi sampai usia 6 bulan dianjurkan oleh tanpa tambahan cairan ataupun makanan lain. ASI dapat diberikan sampai bayi berusia 2 tahun.

Komposisi ASI sampai 6 bulan sudah cukup untuk memenuhi kebutuhan Gizi bayi, meskipun tambahan makanan ataupun produk minum pendamping. Kebijakan ini berdasarkan pada beberapa hasil penelitian (evidence based) yang menemukan bahwa pemberian makanan pendamping ASI justru akan menyebabkan pengurangan kapasitas lambung bayi dalam menampung asupan cairan ASI sehingga pemenuhan ASI yang seharusnya dapat maksimal telah terganti oleh makanan pendamping.

6) Cara merawat payudara

Menurut Mansyur dan Dahlan (2014) cara merawat payudara adalah :

a) Persiapan alat dan bahan: minyak kelapa dalam wadah, kapas/kasa beberapa lembar, handuk kecil 2 buah, waslap 2 buah, waskom 2 buah (isi air hangat atau dingin), neierbeken.

b) Persiapan pasien

Sebelum melakukan perawatan payudara terlebih dahulu dilakukan persiapan pasien dengan memberitahukan kepada ibu apa yang akan dilaksanakan. Sedangkan petugas sendiri persiapannya mencuci tangan terlebih dahulu.

c) Langkah petugas

(1) Basahi kapas atau kasa dengan minyak kelapa, kemudian bersihkan puting susu dengan kapas atau kasa tersebut hingga kotoran di sekitar areola dan puting terangkat.

(2) Tuang minyak kelapa sedikit ke dua telapak tangan kemudian ratakan di kedua payudara.

- (3) Cara pengurutan (massage) payudara dimulai dengan gerakan melingkar dari dalam keluar, gerakan ini diulang sebanyak 20-30 kali selama 5 menit. Selanjutnya lakukan gerakan sebaliknya yaitu mulai dari dalam ke atas, ke samping, ke bawah hingga menyangga payudara kemudian dilepas perlahan-lahan.
 - (4) Tangan kiri menopang payudara kiri, tangan kanan mengerut payudara dari pangkal atau atas ke arah puting. Lakukan gerakan selanjutnya dengan tangan kanan menopang payudara kanan kemudian tangan kiri mengerut dengan cara yang sama. Dengan menggunakan sisi dalam telapak tangan sebanyak 20-30 kali selama 5 menit.
 - (5) Rangsangan payudara dengan pengompresan memakai washlap air hangat dan dingin secara bergantian selama kurang lebih 5 menit. Setelah selesai keringkan payudara dengan handuk kecil, kemudian pakai BH kusus untuk menyusui.
 - (6) Mencuci tangan.
- 7) Cara menyusui yang baik dan benar
- Adapun cara menyusui yang benar menurut Mansyur dan Dahlan (2014) adalah :
- a) Cuci tangan yang bersih menggunakan sabun dan dapa air yang mengalir. Perah sedikit ASI oleskan disekitar puting, duduk dan berbaring dengan santai.
 - b) Bayi diletakkan menghadap ke ibu dengan posisi sanggah seluruh tubuh bayi, jangan hanya leher dan bahunya saja, kepala dan tubuh bayi lurus, hadapkan bayi ke dada ibu, sehingga hidung bayi berhadapan dengan puting susu, dekatkan badan bayi ke badan ibu, menyentuh bibir bayi ke puting susunya dan menunggu mulut bayi terbuka lebar. Segera

dekatkan bayi ke payudara sedemikian rupa sehingga bibir bawah bayi terletak di bawah puting susu.

- c) Cara meletakkan mulut bayi dengan benar yaitu dagu menempel pada payudara ibu, mulut bayi terbuka dan bibir bawah bayi membuka lebar.
- d) Setelah memberikan ASI dianjurkan ibu untuk menyendawakan bayi. Tujuan menyendawakan adalah mengeluarkan udara lambung supaya bayi tidak muntah setelah menyusui. Adapun cara menyendawakan adalah:
 - (1) Bayi digendong tegak dengan bersandar pada bahu ibu kemudian punggung di tepuk perlahan-lahan.
 - (2) Bayi tidur tengkurap dipangkuan ibu, kemudian punggung di tepuk perlahan-lahan.

8) Masalah dalam pemberian ASI

Menurut Yanti dan Sundawati (2011) ada beberapa masalah dalam pemberian ASI, antara lain :

a) Bayi sering menangis

Tangisan bayi dapat dijadikan sebagai cara berkomunikasi antara ibu dan buah hati. Pada saat bayi menangis, maka cari sumber penyebabnya. Dan yang paling sering karena kurang ASI.

b) Bayi bingung puting (*Nipple confusion*)

Bingung puting (*Nipple confusion*) terjadi akibat pemberian susu formula dalam botol yang berganti-ganti. Hal ini akibat mekanisme menyusu pada puting susu ibu berbeda dengan mekanisme menyusu pada botol. Menyusu pada ibu memerlukan kerja otot-otot pipi, gusi, langit-langit dan lidah. Sedangkan menyusu pada botol bersifat pasif, tergantung pada factor pemberi yaitu kemiringan botol atau tekanan gravitasi susu, besar lubang dan ketebalan karet dodol. Tanda bayi bingung puting antara lain :

- (1) Bayi menolak menyusu
- (2) Isapan bayi terputus-putus dan sebentar-bentar.
- (3) Bayi mengisap puting seperti mengisap dot.

Hal yang diperhatikan agar bayi tidak bingung dengan puting susu adalah :

- (a) Berikan susu formula menggunakan sendok ataupun cangkir.
 - (b) Berikan susu formula dengan indikasi yang kuat.
- c) Bayi dengan BBLR dan bayi prematur
- Bayi dengan berat badan lahir rendah, bayi prematur maupun bayi kecil mempunyai masalah menyusui karena refleks menghisapnya lemah. Oleh karena itu, harus segera dilatih untuk menyusu.
- d) Bayi dengan ikterus
- Ikterik pada bayi sering terjadi pada bayi yang kurang mendapatkan ASI. Ikterik dini terjadi pada bayi usia 2-10 hari yang disebabkan oleh kadar bilirubin dalam darah tinggi. Untuk mengatasi agar tidak terjadi hiperbilirubinnemia pada bayi maka : Segeralah menyusui bayi baru lahir, menyusui bayi, sesering mungkin tanpa jadwal dan on demand. Oleh karena itu, menyusui dini sangat penting karena bayi akan mendapat kolustrum. Kolustrum membantu bayi mengeluarkan mekonium, bilirubin dapat dikeluarkan melalui feses sehingga mencegah bayi tidak kuning.
- e) Bayi dengan bibir sumbing
- Bayi dengan bibir sumbing tetap masih bisa menyusu. Pada bayi dengan bibir sumbing pallatum molle (langit-langit lunak) dan pallatum durum (langit-langit keras), dengan posisi tertentu masih dapat menyusu tanpa kesulitan. Anjurkan menyusui ada keadaan ini dengan cara :
- (1) Posisi bayi duduk.

- (2) Saat menyusui, puting dan areola dipegang.
- (3) Ibu jari digunakan sebagai panyumbat celaj di bibir bayi.
- (4) ASI perah diberikan pada bayi dengan labiopalatoskisis (sumbing pada bibir dan langit-langit).

f) Bayi kembar

Posisi yang dapat digunakan pada saat menyusui bayi kembar adalah dengan posisi memegang bola (football position). Pada saat menyusui secara bersamaan, bayi menyusui secara bergantian. Susuilah bayi sesering mungkin. Apabila bayi ada yang dirawat di rumah sakit, berikanlah ASI peras dan susuilah bayi yang ada di rumah.

g) Bayi sakit

Bayi sakit dengan indikasi khusus tidak diperbolehkan mendapatkan makanan per oral, tetapi saat kondisi bayi sudah memungkinkan maka berikan ASI . menyusui bukan kontraindikasi pada bayi sakit dengan muntah-muntahan ataupun diare. Posisi menyusui yang tepat untuk mencegah terjadinya muntah, antara lain dengan posisi duduk. Berika ASI sedikit tapi sering kemudian sendawakan. Pada saat bayi ditidurkan, posisikan tengkurap atau miring kanan untuk mengurangi bayi tersendak karena regulasi.

h) Bayi dengan lidah pendek (*lingual frenulum*)

Bayi dengan lidah pendek atau lingual frenulum (jaringan ikat penghubung lidah dan dasar mulut) yang pendek dan tebal serta kaku tak elastic, sehingga membatasi gerak lidah dan bayi tidak mendapat menjulurkan lidahnya untuk “mengurut” puting dengan optimal. Akibatnya lidah bayi tidak sanggup “memegang” puting dan areola dengan baik, maka proses laktasi tidak berjalan ddengan sempurna. Oleh karena itu, ibu dapat membantu dengan menahan kedua bibir bayi segera setelah bayi dapat “menangkap” puting dan areola dengan

benar. Kemudian posisi kedua bibir bayi dipertahankan agar tidak berubah-ubah.

i) Bayi yang memerlukan perawatan

Pada saat bayi sakit memerlukan perawatan, padahal bayi masih menyusui, sebaiknya ibu tetap merawat dan memberikan ASI. Apabila tidak terdapat fasilitas, maka ibu dapat pemerah ASI dan menyimpannya. Cara menyimpan ASI perahpun juga perlu diperhatikan.

j) Masalah menyusui masa pasca persalinan lanjut

(1) Sindrom ASI kurang

Masalah sindrom ASI kurang diakibatkan oleh kecukupan bayi akan ASI tidak terpenuhi sehingga bayi mengalami keetidak puasan setelah menyusui. Bayi sering menangis atau rewel, tinja bayi keras dan payudara tidak terasa membesar. Namun, kenyataannya ASI tidak berkurang. Sehingga terkadang timbul masalah bahwa ibu merasa ASInya tidak mencukupi dan ada keinginan untuk menambah dengan susu formula. Adapun cara mengatasi masalah tersebut sebaiknya disesuaikan dengan penyebabnya.

(2) Ibu berkerja

Ibu berkerja bukan menjadi alasan tidak menyusui bayinya.

1. Deteksi dini komplikasi masa nifas dan penanganannya

1) Infeksi masa nifas

Infeksi nifas adalah infeksi yang dimulai pada dan melalui traktus genetalis setelah persalinan. Suhu 38°C atau lebih yang terjadi pada hari ke 2-10 post partum dan diukur peroral sedikitnya 4 kali sehari.

2) Masalah payudara

Payudara berubah menjadi merah, panas dan terasa sakit disebabkan oleh payudara yang tidak disuse secara adekuat, putting

susu yang lecet, BH yang terlalu ketat, ibu dengan diet jelek, kurang istirahat, anemia.

a) *Mastitis*

b) *Abses payudara.*

c) Puting susu lecet

3) *Hematoma*

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

4) *Inversio uteri*

Inversio uteri pada waktu persalinan disebabkan oleh kesalahan dalam memberi pertolongan pada kala III.

5) Masalah psikologis

Pada minggu-minggu pertama setelah persalinan kurang lebih 1 tahun ibu postpartum cenderung akan mengalami perasaan-perasaan yang tidak pada umumnya seperti merasa sedih, tidak mampu mengasuh dirinya sendiri dan bayinya.

5. KELUARGA DASAR KELUARGA BERENCANA (KB)

Program Keluarga Berencana Menurut UU No. 10 tahun 1992 tentang perkembangan kependudukan pembangunan keluarga sejahtera adalah upaya peningkatan kependudukan dan peran serta masyarakat melalui pendewasaan usia perkawinan (PUP) pengaturan kelahiran pembinaan bertahanan keluarga, peningkatan kesejahteraan keluarga kecil, bahagia dan sejahtera.

Program KB adalah bagian yang terpadu (integral) dalam program Pola pemilihan cara KB yang disusun sesuai dengan pola Perencanaan keluarga, KB serta mengacu pada pola kehidupan Reproduksi Wanita/istri yang di bagi atas tiga priode yaitu :

| Menunda | Menjarangkan | Mengakiri |
|--|--|---|
| Usia di bawah 20 tahun Pada masa ini alat kontrasepsi yang cocok untuk di gunakan adalah (Cara sederhana, seperti PIL,Kondom,Pantang Berkala) | Usia 20-35 tahun Pada masa ini alat kontrasepsi yang cocok untuk di gunakan adalah (IUD, Implan dan Suntikan) | Usia 35 ke atas Pada masa ini alat kontrasepsi yang paling cocok adalah kontrasepsi mantap (WOW/MOP) di susuli AKDR dan Implan |

a) Suntikan Progestin

1) Pengertian

Menurut Handayani (2011) Suntikan progestin merupakan kontrasepsi suntikan yang berisi hormon progesteron. Tersedia 2 jenis kontrasepsi suntikan yang hanya mengandung progestin yaitu :

- a) *Depo Medroksiprogesteron Asetat* (Depoprovera) mengandung 150 mg DMPA yang diberikan setiap 3 bulan dengan cara disuntik intramuscular.

2) Cara Kerja

Menurut Handayani (2011) cara kerja suntikan progestin yaitu :

- a) Menghambat ovulasi.
- b) Mengentalkan lendir serviks sehingga menurunkan kemampuan penetresi sperma.
- c) Menjadikan selaput lendir rahim tipis dan *atrofi*.
- d) Menghambat transportasi gamet oleh tuba.

3) Keuntungan

Menurut Handayani (2011) keuntungan suntikan progestin yaitu :

- a) Sangat efektif.
- b) Pencegahan kehamilan jangka panjang.
- c) Tidak berpengaruh terhadap hubungan suami istri.
- d) Tidak mengandung estrogen sehingga tidak berdampak serius terhadap penyakit jantung dan gangguan pembekuan darah.

- e) Tidak memiliki pengaruh terhadap ASI.
- f) Sedikit efek samping.
- g) Klien tidak perlu menyimpan obat suntik.
- h) Dapat digunakan oleh perempuan usia > 35 tahun sampai primenopause.

4) Keterbatasan

Menurut Handayani (2011) keterbatasan suntikan progestin yaitu sering ditemukan gangguan haid, seperti :

- a) Siklus haid yang memendek atau memanjang.
- b) Perdarahan yang banyak atau sedikit.
- c) Perdarahan tidak teratur atau perdarahan bercak (spotting)
- d) Tidak haid sama sekali.
- e) Klien sangat bergantung pada tempat sarana pelayanan kesehatan (harus kembali untuk suntik).
- f) Tidak dapat dihentikan sewaktu – waktu sebelum suntikan berikut.
- g) Tidak menjamin perlindungan terhadap penularan infeksi menular seksual, hepatitis B virus atau infeksi Virus HIV.
- h) Terlambat kembali kesuburan setelah penghentian pemakaian.
- i) Pada penggunaan jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan pada vagina menurunkan *libido*, gangguan emosi (jarang), sakit kepala, jerawat.

5) Efek Samping

Menurut Handayani (2011) efek samping suntikan progestin yaitu :

- a) *Amenorrhea*.
- b) Perdarahan hebat atau tidak teratur.
- c) Pertambahan atau kehilangan berat badan (perubahan nafsu makan).
- d) Penanganan Efek Samping

Menurut Mulyani dan Rinawati (2013) penanganan efek samping suntikan progestin yaitu :

- a) Bila tidak hamil, pengobatan apapun tidak perlu, bila telah terjadi kehamilan, rujuk klien, hentikan penyuntikan.

- b) Bila terjadi kehamilan ektopik, rujuk klien segera. Jangan berikan terapi hormonal. Tunggu 3 – 6 bulan kemudian, bila tidak terjadi perdarahan juga, rujuk ke klinik.
- c) Informasikan bahwa perdarahan ringan sering di jumpai, tetapi hal ini bukanlah masalah serius, dan biasanya tidak memerlukan pengobatan.
- d) Informasikan bahwa kenaikan/penurunan berat dan sebanyak 1-2 kg dapat saja terjadi. Perhatikanlah diet klien bila perubahan berat badan terlalu mencolok. Bila berat badan berlebihan, hentikan suntikan dan anjurkan metode kontrasepsi lain.

B. STANDAR ASUHAN KEBIDANAN

Standar asuhan kebidanan adalah acuan proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup praktiknya berdasarkan ilmu dan kiat kebidanan, perumusan diagnosa dan atau masalah kebidanan, perencanaan, implementasi, evaluasi, dan pencatatan asuhan kebidanan (Permenkes 938, 2007)

1. Standar I : Pengkajian

Pernyataan Standar : Bidan mengumpulkan semua informasi yang akurat, relevan, dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien.

Kriteria pengkajian :

- a. Data tepat, akurat dan lengkap
- b. Terdiri dari data subyektif (hasil anamnesa; biodata, keluhan utama, riwayat obstetrik, riwayat kesehatan dan latar belakang social budaya).
- c. Data obyektif (hasil pemeriksaan fisik, psikologi dan pemeriksaan penunjang).

2. Standar II : perumusan diagnosa dan atau masalah kebidanan

Pernyataan standar : Bidan menganalisa data yang diperoleh pada pengkajian, menginterpretasikan secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat.

Kriteria perumusan diagnose dan atau masalah kebidanan:

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

3. Standar III : perencanaan

Pernyataan standar : Bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnosa dan masalah yang ditegakan.

Kriteria perencanaan :

- a. Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien, tindakan segera, tindakan antisipasi dan asuhan secara komprehensif.
- b. Melibatkan klien/pasien dan atau keluarga
- c. Mempertimbangan kondisi psikologi social budaya klien/keluarga
- d. Memilih tindakan yang aman sesuai kondisi dan kebutuhan klien berdasarkan evidence based dan memastikan bahwa asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien.
- e. Mempertimbangkan kebijakan dan peraturan yang berlaku, sumber daya serta fasilitas yang ada.

4. Standar IV : implementasi

Pernyataan standar : Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan evidence based kepada klien/pasien, dalam bentuk upaya promotif, preventif kuratif dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

Kriteria Implementasi :

- a. Memperhatikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosio-kultural
- b. Setiap tindakan atau asuhan harus mendapatkan persetujuan klien atau keluarganya (*informed consent*)
- c. Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan *evidence based*
- d. Melibatkan klien/pasien dalam setiap tindakan
- e. Menjaga privasi klien/pasien

- f. Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi
- g. Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan
- h. Menggunakan sumber daya, sarana, dan fasilitas yang ada dan sesuai
- i. Melakukan tindakan sesuai standar
- j. Mencatat semua tindakan yang dilakukan

5. Standar V : Evaluasi

Pernyataan standar : bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai perkembangan kondisi klien.

Kriteria evaluasi :

- a. Penilaian dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien.
- b. Hasil evaluasi segera di catat dan dikomunikasikan kepada klien/ keluarga
- c. Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar.
- d. Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien.

6. Standar VI : Pencatatan asuhan kebidanan

Pernyataan standar : Bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat singkat dan jelas mengenai keadaan/kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan.

Kriteria :

- a. Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (rekam medis/KMS/status pasien/buku KIA).
- b. Ditulis dalam bentuk catatan pengembangan SOAP
- c. S adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesa
- d. O adalah data Obyektif, mencatat hasil pemeriksaan
- e. A adalah hasil analisa, mencatat diagnose dan masalah kebidanan.
- f. P adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan pelaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif , tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi, *follow up* dan rujukan.

C. KEWENANGAN BIDAN

Sebagai seorang bidan dalam memberikan asuhan harus berdasarkan aturan atau hukum yang berlaku, sehingga penyimpangan terhadap hukum (mal praktik) dapat dihindarkan.

Dalam menangani kasus seorang bidan diberi kewenangan sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 1464/Menkes/Per/X/2010 tentang penyelenggaraan praktik bidan, yang disebut dalam BAB III praktik kebidanan antara lain:

1. Pasal 9

Bidan dalam menyelenggarakan praktik berwenang untuk memberikan pelayanan meliputi:

- a) Pelayanan kesehatan
- b) Pelayanan kesehatan anak, dan
- c) Pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan/keluarga berencana

2. Pasal 10

- a) Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud dalam pasal 9 no.1 diberikan pada masa prahamil, kehamilan, masa nifas, masa menyusui dan masa antara dua kehamilan
- b) Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud dalam pasal 9 ayat (1) meliputi :
 - 1) Pelayanan konseling pada masa prahamil
 - 2) Pelayanan antenatal pada kehamilan normal
 - 3) Pelayanan persalinan normal
 - 4) Pelayanan ibu nifas normal
 - 5) Pelayanan ibu menyusui
 - 6) Pelayanan konseling pada masa antara dua kehamilan
- c) Bidan dalam memberikan pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (b) berwenang untuk :
 - 1) Episiotomi
 - 2) Penjahitan luka jalan lahir tingkat 1 dan 2
 - 3) Penanganan kegawatdaruratan, dianjurkan dengan perujukan

- 4) Pemberian tablet Fe pada ibu hamil
- 5) Pemberian vitamin A dosis tinggi pada ibu nifas
- 6) Fasilitas/bimbingan inisiasi menyusui dini dan promosi ASI eksklusif
- 7) Pemberian uteronika pada manajemen aktif kala III dan post partum
- 8) Penyuluhan dan konseling
- 9) Bimbingan pada kelompok ibu hamil
- 10) Pemberian surat keterangan kematian
- 11) Pemberian surat keterangan cuti bersali

3. Pasal 11

- a) Pelayanan kesehatan anak sebagaimana dimaksud pada pasal 9 no. 2 diberikan pada bayi baru lahir, bayi, anak balita, anak pra sekolah.
- b) Bidan dalam memberikan pelayanan kesehatan anak sebagaimana dimaksud pada ayat (a) berwenang untuk :
 - 1) Melakukan asuhan bayi baru lahir normal termasuk resusitasi, pencegahan hipotermi, inisiasi menyusui dini, injeksi vitamin K1, perawatan bayi baru lahir pada masa neonatal (0-28 hari) dan perawatan tali pusat.
 - 2) Penanganan hipotermi pada bayi baru lahir dan segera merujuk
 - 3) Penanganan kegawatdaruratan, dilanjutkan dengan perujukan
 - 4) Pemberian imunisasi rutin sesuai program pemerintah
 - 5) Pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita dan anak pra sekolah
 - 6) Pemberian konseling dan penyuluhan
 - 7) Pemberian surat keterangan kelahiran
 - 8) Pemberian surat keterangan kematian

4. Pasal 12

Bidan dalam memberikan pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana sebagaimana dimaksud dalam pasal 9 huruf c, berwenang untuk:

- a) Memberikan penyuluhan dan konseling kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana
- b) Memberikan alat kontrasepsi oral dan kondom.

5. Pasal 18

- a) Dalam melaksanakan praktik/kerja, bidan berkewajiban untuk:
 - 1) Menghormati hak pasien
 - 2) Memberikan informasi tentang masalah kesehatan pasien dan pelayanan yang dibutuhkan
 - 3) Merujuk kasus yang bukan kewenangannya atau tidak dapat ditangani dengan tepat waktu
 - 4) Meminta persetujuan tindakan yang akan dilakukan
 - 5) Menyimpan rahasiannya pasien sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan
 - 6) Melakukan pencatatan asuhan kebidanan dan pelayanan lainnya secara sistematis
 - 7) Mematuhi standar
 - 8) Melakukan pencatatan dan pelaporan penyelenggaraan praktik kebidanan termasuk pelaporan kelahiran dan kematian
- b) Bidan dalam menjalankan praktik/kerja senantiasa meningkatkan mutu pelayanan profesinya, dengan mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi melalui pendidikan dan pelatihan sesuai dengan bidang tugasnya.
- c) Bidan dalam menjalankan praktik kebidanan harus membantu program pemerintah dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat

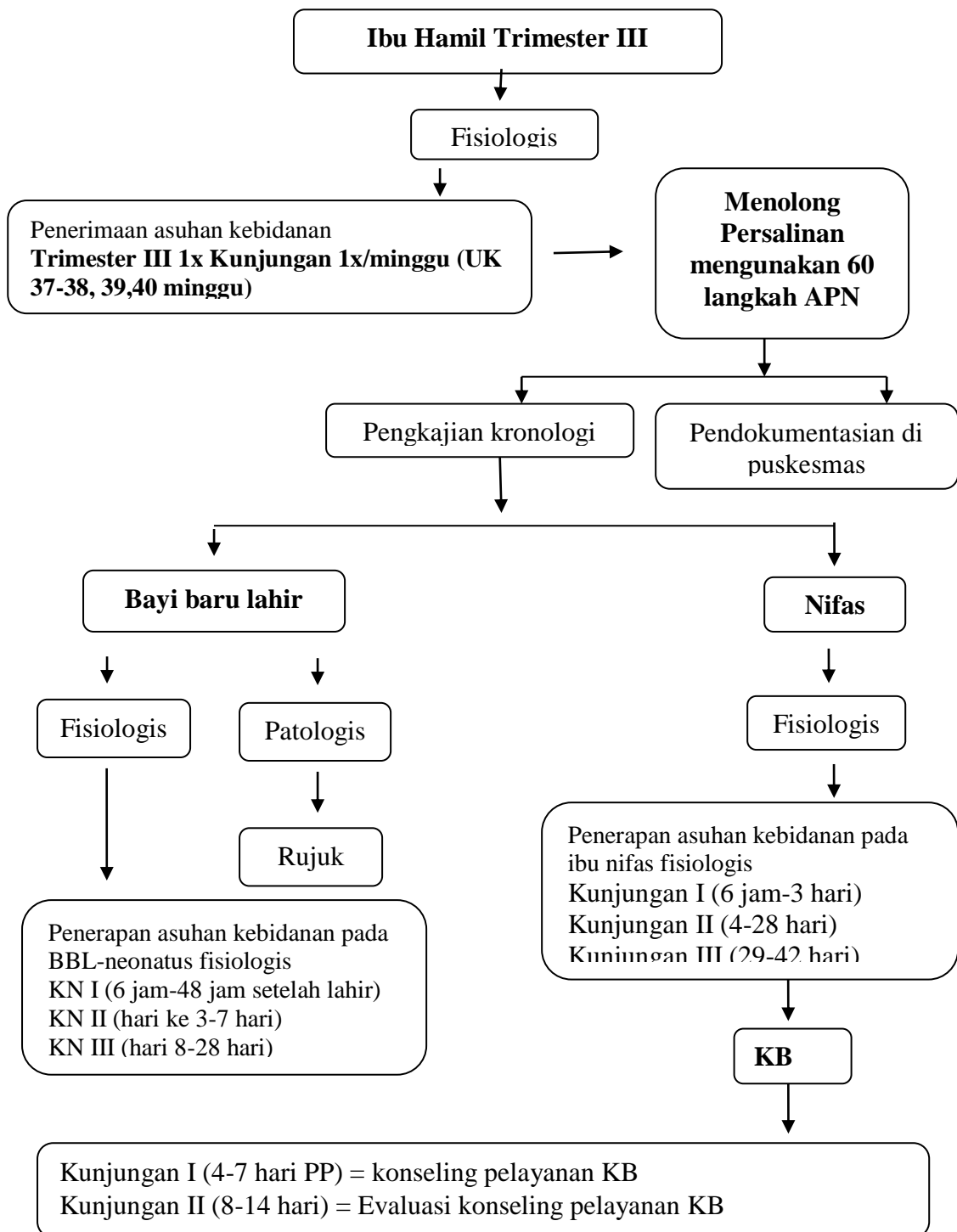
D. KERANGKA PIKIR

Kehamilan merupakan masa yang dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Pada usia kehamilan TM III ibu akan menerima asuhan kebidanan dengan melakukan kunjungan 1x/minggu dimana usia kehamilan mulai 37-40 minggu atau sampai kelahiran.

Pada persalinan akan menggunakan 60 langkah APN, Pada Bayi Baru Lahir secara fisiologis akan dilakukan penerapan asuhan kebidanan pada BBL–neonatus fisiologis yaitu KN I : dilakukan 6-48 jam (1-2 hari) setelah bayi lahir, dilakukan pemeriksaan pernafasan, warna kulit dan gerakan aktif atau tidak, timbang, ukur panjang badan, lingkaran dada, pemberian salep mata, vitamin K dan hepatitis B, pada KN II : dilakukan pada hari ke 3-7 setelah bayi lahir dilakukan pemeriksaan fisik, penampilan dan perilaku bayi, nutrisi, eliminasi, personal hygiene, pola istirahat, keamanan, pada KN III : dilakukan pada hari ke 8-28 hari setelah bayi lahir akan dilakukan pemeriksaan pertumbuhan dengan berat badan, tinggi badan dan nutrisi sedangkan bayi yang lahir dengan keadaan patologis maka akan dilakukan rujukan.

Masa nifas adalah masa yang dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil (6 minggu) dan pada ibu nifas akan dilakukan penerapan asuhan kebidanan pada ibu nifas fisiologis yaitu kunjungan I : dimulai dari 6 jam-3 hari dimana akan dilakukan pemeriksaan pada bagian uterus, perdarahan, menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, asupan makanan, menyusui, adaptasi sebagai seorang ibu, perawatan diri dan bayi, pada kunjungan II : dimulai dari 4-28 hari pada kunjungan ini akan dilakukan pemeriksaan kondisi payudara, pemeriksaan ekstremitas, persepsi tentang persalinan dan kelahiran, perdarahan yang keluar, aktivitas ibu, kebersihan lingkungan dan personal hygiene ibu, pada kunjungan III : dimulai pada hari ke 29-42 hari permulaan hubungan seksualitas, metode dan penggunaan KB, keadaan payudara, fungsi eliminasi dan pengeluaran pervaginam.

Pada KB akan dilakukan kunjungan I (4-7 hari) : konseling tentang KB dan pada kunjungan II (8-14 hari) : evaluasi konseling pelayanan KB.



Gambar 2.1 Kerangka Pemikiran Asuhan Komprehensif

BAB III

METODE LAPORAN STUDI KASUS

A. Jenis Kerangka Kasus

Penulisan tentang studi kasus asuhan kebidanan komprehensif di Puskesmas Penfui, dilakukan dengan menggunakan metode studi penelahan kasus yang terdiri dari unit tunggal, yang berarti studi kasus ini dilakukan kepada seorang ibu dalam menjalani masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir dan KB. Penulisan tentang studi kasus asuhan kebidanan komprehensif Ny. J.T umur 30 tahun, G₂P₁A₀, UK 30 minggu, janin tunggal, hidup, letak kepala, intrauterin, keadaan ibu dan janin baik dilakukan dengan metode studi kasus dengan cara menulis suatu permasalahan melalui suatu kasus yang terdiri dari unit tunggal (Notoatmodjo, 2012).

Asuhan kebidanan komprehensif ini dilakukan dengan penerapan asuhan kebidanan dengan metode 7 langkah Varney (Pengkajian, Interpretasi Data, Analisa Masalah Potensial, Tindakan Segera, Perencanaan, Pelaksanaan dan Evaluasi) dan SOAP (*subyektif, obyektif, analisa masalah, penatalaksanaan*).

B. Lokasi Dan Waktu

1. Waktu

Penulis merencanakan untuk melakukan studi kasus tanggal 18 Februari sampai 18 Mei 2019

Pada tanggal 25 Februari 2019 penulis melakukan kontak pertama kali dengan pasien setelah itu penulis melakukan kontrak waktu agar dilakukan kunjungan rumah dan kunjungan pertama penulis pada tanggal 02 Maret 2019, setelah itu penulis melakukan kunjungan rumah yang kedua pada tanggal 25 April 2019, kunjungan rumah ketiga pada tanggal 02 Mei 2019, pada kunjungan yang ke empat pasien dan penulis bersama-sama melakukan pemeriksaan di puskesmas.

2. Tempat Studi Kasus

Studi kasus ini dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Penfui Kelurahan Penfui Kecamatan Maulafa Kota Kupang

C. Subyek Laporan Kasus

1. Populasi

Dalam penulisan ini populasinya adalah seluruh ibu hamil trimester III yang berada di wilayah kerja Puskesmas Penfui.

2. Sampel

Dalam penulisan ini yang memenuhi kriteria inklusi adalah satu ibu hamil trimester III (UK 28-30 minggu) yang berada dalam wilayah kerja Puskesmas Penfui serta bersedia menjadi sampel.

D. Instrument Laporan Kasus

Instrument studi kasus adalah alat – alat yang digunakan untuk pengumpulan data (Notoatmodjo, 2012). Instrument yang digunakan adalah pedoman observasi, wawancara dan studi dokumentasi dalam bentuk format asuhan kebidanan sesuai dengan KEPMENKES No.938/Menkes/SK/VIII/2007, dengan metode 7 langkah Varney (Pengkajian, Interpretasi Data, Analisa Masalah Potensial, Tindakan Segera, Perencanaan, Pelaksanaan dan Evaluasi) dan SOAP berisi pengkajian data *subyektif, obyektif, assessment, planning*

E. Teknik Pengumpulan Data

1. Data Primer

a. Observasi/pengamatan

Pengamatan adalah suatu prosedur yang berencana, yang antara lain meliputi melihat, mendengar, dan mencatat sejumlah dan taraf aktivitas tertentu atau situasi tertentu yang ada hubungannya dengan masalah yang diteliti (Notoatmodjo, 2012).

Pengamatan dilakukan dengan metode pengumpulan data melalui suatu pengamatan dengan menggunakan panca indra maupun alat

sesuai format asuhan kebidanan meliputi: keadaan umum, tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi, suhu, pernapasan), penimbangan berat badan, pengukuran tinggi badan, pengukuran lingkaran lengan atas, pemeriksaan fisik (wajah, mata, mulut, leher, payudara, abdomen, ekstermitas), pemeriksaan kebidanan (palpasi uterus Leopold I – Leopold IV) dan auskultasi Denyut Jantung Janin, serta pemeriksaan penunjang (pemeriksaan haemoglobin).

Penulis melakukan kegiatan observasi atau pengamatan langsung pada pasien Ny J.T umur 30 tahun G₂P₁A₀ hamil 30 minggu, janin hidup, tunggal, letak kepala, intra uterine keadaan ibu dan janin baik di Puskesmas Penfui dan dilanjutkan di rumah pasien dengan alamat di RT/RW 014/06 Kelurahan Penfui Kecamatan Maulafa Kota Kupang.

b. Wawancara

Wawancara adalah suatu metode yang digunakan untuk mengumpulkan data, di mana peneliti mendapatkan keterangan atas informasi secara lisan dari seseorang sasaran penelitian (responden), atau bercakap-cakap berhadapan muka dengan orang tersebut (*face to face*) (Notoatmodjo, 2012).

Wawancara dilakukan dengan menggunakan pedoman wawancara sesuai format asuhan kebidanan pada ibu selama masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir dan keluarga berencana yang berisi pengkajian meliputi: anamneses identitas, keluhan utama, riwayat menstruasi, riwayat penyakit dahulu dan riwayat penyakit psikososial.

2. Data Sekunder

Data ini diperoleh dari instansi terkait (Puskesmas Penfui) yang ada hubungan dengan masalah yang ditemukan, maka penulis mengambil data dengan studi dokumentasi yaitu buku KIA, kartu ibu, register, kohort, dan pemeriksaan laboratorium (*haemoglobin*).

F. Keabsahan Data

Keabsahan data dengan menggunakan triangulasi data, dimana triangulasi data merupakan teknik pengumpulan data yang bersifat menggabungkan dari berbagai teknik pengumpulan data dan sumber data yang telah ada. Triangulasi data ini penulis mengumpulkan data dari sumber data yang berbeda-beda yaitu dengan cara:

1. Observasi

Uji validitas dengan pemeriksaan fisik *inspeksi* (melihat), *palpasi* (meraba), *auskultasi* (mendengar), dan pemeriksaan penunjang.

2. Wawancara

Uji validitas data dengan wawancara pasien, keluarga (suami), dan bidan.

3. Studi dokumentasi

Uji validitas data dengan menggunakan dokumen bidan yang ada yaitu buku KIA, kartu ibu dan register kohort.

G. Etika Studi Kasus

Dalam melakukan studi kasus, penulis harus memperhatikan etik meliputi :

1. *Informed consent*

Lembar persetujuan responden diberikan sebelum studi kasus dilaksanakan kepada responden dengan tujuan agar responden mengetahui maksud dan tujuan dari studi kasus. Jika subjek bersedia maka responden harus menandatangani lembaran persetujuan tersebut.

2. *Self determination*

Self determination memberikan otonomi pada subjek studi kasus untuk membuat keputusan secara sadar, bebas dari paksaan untuk berpartisipasi dalam studi kasus ini atau untuk menarik diri dari studi kasus ini.

3. *Anonymity* (tanpa nama)

Responden tidak mencantumkan nama pada lembaran pengumpulan data tetapi penulis akan menuliskan cukup inisial pada biodata responden untuk menjaga kerahasiaan informasi.

4. *Confidentiality* (kerahasiaan)

Kerahasiaan informasi yang telah dikumpulkan dari responden dijaga kerahasiaannya oleh penulis. Penyajian atau pelaporan hasil riset hanya terbatas pada kelompok data tertentu yang terkait dengan masalah penulis.

BAB IV

TINJAUAN KASUS

A. Gambaran Umum Lokasi Studi Kasus

Studi kasus ini dilakukan di Puskesmas Penfui khususnya di poli KIA/KB. Puskesmas ini terletak di Kelurahan Penfui, Kecamatan Maulafa, Kabupaten Kupang. Wilayah kerja Puskesmas Penfui mencakup 3 wilayah kerja yang terdiri dari Penfui, Naimata dan Maulafa dengan luas wilayah kerja 23,9 km². Wilayah kerja Puskesmas Penfui berbatasan dengan wilayah-wilayah sebagai berikut : sebelah Timur berbatasan dengan Kecamatan Kupang Tengah, sebelah Barat berbatasan dengan Kecamatan Alak, sebelah Utara berbatasan dengan Kecamatan Oebobo, dan sebelah Selatan berbatasan dengan Kecamatan Kupang Barat.

Data-data ketenagaan Puskesmas Penfui sebagai berikut: wilayah kerja Puskesmas Penfui mencakup yang berdomisili di Kelurahan Penfui pada Januari 2016 berjumlah 5060 jiwa dengan jumlah 697 KK, Kelurahan Naimata berjumlah 2906 jiwa dengan 943 KK, dan Kelurahan Maulafa berjumlah 11565 jiwa dengan 4331 KK (data dari Profil Puskesmas Penfui 2016).

Puskesmas Penfui merupakan salah satu Puskesmas rawat jalan yang ada di Kota Kupang. Sedangkan untuk Puskesmas Pembantu yang dalam wilayah kerja ada 3 buah yang menyebar di 3 kelurahan yang ada, selanjutnya dikembangkan Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu) yang terdiri dari 23 Posyandu Balita dan 9 Posyandu Usila . Ketersediaan tenaga di puskesmas dan puskesmas pembantu yakni dokter umum 3 orang, dokter gigi 1 orang, bidan 13 orang, perawat 8 orang, perawat gigi 2 orang, farmasi 2 orang, kesehatan masyarakat 2 orang, kesehatan lingkungan 3 orang, pegawai gizi 2 orang, analisis kesehatan 2 orang, dan pegawai administrasi 6 orang. Upaya pelayanan pokok Puskesmas Penfui sebagai berikut: pelayanan KIA, KB, pengobatan dasar malaria, pengobatan dasar TB, imunisasi, kesling, penyuluhan kesehatan masyarakat, usaha perbaikan gizi, kesehatan gigi dan

mulut, kesehatan usia lanjut, laboratorium seberhana, pencatatan dan pelaporan.

Puskesmas Penfui juga merupakan salah satu lahan praktek klinik bagi mahasiswa kebidanan Poltekkes Kemenkes Kupang dan mahasiswa-mahasiswa lain dari institusi yang ada di kota Kupang.

B. Tinjauan Kasus

Tinjauan kasus ini penulis akan membahas asuhan kebidanan berkelanjutan dengan metode 7 Langkah Varney dan catatan perkembangan SOAP pada Ny. J.T di Puskesmas Penfui periode tanggal 18 Februari sampai tanggal 18 Mei 2019

ASUHAN KEBIDANAN BERKELANJUTAN PADA NY J. T UMUR 30
TAHUN G₂P₁A₀ USIA KEHAMILAN 30 MINGGU JANIN TUNGGAL HIDUP
LETAK KEPALA INTRA UTERIN IBU DENGAN KEKURANGAN ENERGI
KRONIK (KEK)
DAN KEADAAN JANIN BAIK
PERIODE 18 FEBRUARI-18 MEI 2019

Tanggal pengkajian : 25 Februari 2019
Tempat : Puskesmas Penfui
Jam : 10.30 wita

I. Pengkajian Data Subyektif dan Obyektif

a. Data Subyektif

1) Identitas

| | | | |
|--------------|----------------|-------------|--------------|
| Nama ibu | : Ny.J.T | Nama suami | : Tn. P.H |
| Umur | : 30 tahun | Umur | : 31 tahun |
| Agama | : Kristen | Agama | : Kristen |
| Suku/bangsa | : Timor/Indo | Suku/bangsa | : Timor/Indo |
| Pendidikan | : SMU | Pendidikan | : SMU |
| Pekerjaan | : IRT | Pekerjaan | : Swasta |
| Alamat rumah | :Penfui | | |
| RT/RW | : 014/06 | | |
| No. Hp | : 082145621355 | | |

2) Alasan kunjungan : Ibu mengatakan ingin memeriksakan kehamilannya.

3) Keluhan

Ibu mengatakan tidak ada keluhan apapun.

4) Riwayat menstruasi

| | |
|------------------|--------------------------------|
| a) Menarche | : 13 tahun |
| b) Siklus | : 28 hari |
| c) Banyaknya | : ganti pembalut 3-4 kali/hari |
| d) Lamanya | : 3 hari |
| e) Teratur/tidak | : teratur tiap bulan |
| f) Dismenorrhoe | : tidak pernah |

g) Sifat darah : cair

5) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

| TTahun | uUK | JJenis Persalinan | PPenolong | TTempat | Komplikasi | JJK | BBB | LLaktasi | LKet |
|--------|-------|-------------------|-----------|-----------|------------|-----|-----------|----------|-------|
| 2015 | Aterm | Spontan | Bidan | Puskesmas | Ta'a | L | 3000 gram | 2 tahun | sehat |
| INI | G2 | P1 | A0 | AH1 | | | | | |

6) Riwayat kehamilan ini

Ibu mengatakan hari pertama haid terakhir tanggal 01 Agustus 2018, dan diperkirakan persalinannya tanggal 08 Mei 2019. Usia kehamilan sekarang 30 minggu. Selama hamil Ny. J.T memeriksakan kehamilannya sebanyak 5 kali di Puskesmas Penfui.

Berat badan sebelum hamil : 45 kg, pertama kali melakukan pemeriksaan pada trimester pertama umur kehamilan 7-8 minggu. Pada kehamilan trimester pertama Ibu mengalami keluhan mual. Nasihat yang diberikan untuk meringankan keluhan Ibu tersebut adalah makanan yang berlemak.

7) Riwayat kontrasepsi

Ibu mengatakan pernah menggunakan alat kontrasepsi Suntik 3 Bulan.

8) Pola kebiasaan sehari-hari

Table 4.1. Pola Kebiasaan sehari-hari

| Pola Kebiasaan | Sebelum Hamil | Saat Hamil |
|----------------|--|--|
| Nutrisi | <p><u>Makan</u></p> <p>Porsi: 3 piring/hari</p> <p>Komposisi: nasi, sayur, lauk : tempe tahu</p> <p><u>Minum</u></p> | <p><u>Makan</u></p> <p>Porsi: 3 piring</p> <p>Komposisi: nasi, sayur, lauk :selingan ikan, telur, tempe, tahu.</p> |

| | | |
|------------------|---|--|
| | <p>Porsi: 7-8 gelas/hari</p> <p>Jenis: air putih dan tidak mengonsumsi minuman beralkohol, serta tidak merokok</p> | <p><u>Minum</u></p> <p>Porsi : 8-9 gelas/hari (200 cc)</p> <p>Jenis: air putih , susu jarang dan tidak mengonsumsi minuman beralkohol, serta tidak merokok.</p> |
| Eliminasi | <p>BAB</p> <p>Frekuensi : 1 x/hari</p> <p>Konsistensi : lembek</p> <p>Warna : kuning/coklat</p> <p>BAK</p> <p>Frekuensi : 5-6 x/hari</p> <p>Warna : kuning jernih</p> <p>Keluhan: Tidak ada</p> | <p>BAB</p> <p>Frekuensi : 1 x/hari</p> <p>Konsistensi : lembek</p> <p>Warna : kuning/coklat</p> <p>BAK</p> <p>Frekuensi : 5-6 x/hari</p> <p>Warna : kuning jernih</p> <p>Keluhan : Tidak ada</p> |
| Seksualitas | <p>Frekuensi : 2-3x/minggu</p> <p>Keluhan : tidak ada</p> | <p>Frekuensi : 1x/minggu</p> <p>Keluhan : Tidak Ada</p> |
| Personal Hygiene | <p>Mandi : 2 x/hari</p> <p>Keramas : 2 x/minggu</p> <p>Sikat gigi : 2 x/hari</p> <p>Melakukan sadari : 2 x/minggu</p> <p>Ganti pakaian : 2 x hari</p> <p>Ganti pakaian dalam : 2x/hari</p> | <p>Mandi : 2 x/hari</p> <p>Keramas : 2 x/minggu</p> <p>Sikat gigi : 2 x/hari</p> <p>Perawatan payudara : benar (ibu membersihkan puting susu dengan menggunakan minyak dan kapas dengan cara menempelkan kapas yang sudah diolesi minyak pada puting)</p> <p>Ganti pakaian: 2 x hari</p> <p>Ganti pakaian dalam : 3-4 x/hari</p> |

| | | |
|--------------------------|---|---|
| Istirahat dan tidur R | Siang : 1 jam/hari Malam : 5-6 jam/hari Keluhan : Tidak Ada | Siang : 1-2 jam/hari Malam : 6-7 jam/hari Keluhan : Tidak ada |
| Aktivitas w a | Melakukan pekerjaan rumah seperti masak, dan membersihkan rumah. | Melakukan pekerjaan rumah seperti masak, dan membersihkan rumah. |

wayat Penyakit

a) Riwayat penyakit sistemik yang lalu

Ibu mengatakan tidak mempunyai riwayat penyakit menular, kronik, menahun dan sistemik lainnya.

b) Riwayat penyakit sistemik yang sedang diderita

Ibumengatakan saat ini tidak sedang menderita penyakit menular, kronik, menahun dan sistemik lainnya.

c) Riwayat penyakit keluarga

Ibu mengatakan tidak ada keluarga yang menderita penyakit menular, kronik, menahun dan sistemik lainnya.

10) Riwayat psikososial

Ibu mengatakan kehamilan ini direncanakan, diterima dan ibu merasa senang dengan kehamilan serta reaksi orang tua, keluarga dan suami sangat mendukung kehamilan ini. Pengambil keputusan dalam keluarga adalah suami. Ibu merencanakan untuk melahirkan di Rumah Sakit Kota Kupang, penolong yang diinginkan adalah bidan, pendamping selama proses persalinan yang diinginkan Ibu adalah Suami,transportasi yang akan digunakan adalah mobildan sudah menyiapkan calon pendonor darah, Status perkawinan sudah menikah sah.

11) Riwayat sosial kultural

Ibu mengatakan kehidupan dalam rumah tangganya terjalin baik dan harmonis, suami merokok, tidak mengkonsumsi alkohol, jamu ataupun obat-obatan terlarang lainnya dan tidak ada pantangan makanan. Dalam rumah terdiri dari suami, istri, anak 1

orang, kebiasaan melahirkan di fasilitas kesehatan di tolong oleh bidan.

b. Data Obyektif

Taksiran partus : 08 Mei 2019

1) Pemeriksaan fisik umum

- a) Keadaan umum : Baik
- b) Kesadaran : Composmentis
- c) Tanda-tanda vital
 - (1) Tekanan darah : 100/80 mmHg
 - (2) Nadi : 82 kali/menit
 - (3) Pernapasan : 21 kali/menit
 - (4) Suhu : 36,7⁰c

d) Berat Badan

BB Sebelum Hamil : 45 kg, BB Saat Ini : 50 kg

Kenaikan BB : 5 Kg

e) Tinggi badan : 149 cm

f) LILA : 21 cm

2) Pemeriksaan fisik obstetri

Kepala Rambut berwarna hitam dan tidak kering, bersih, tidak ada benjolan dan tidak ada massa.

Wajah Simetris, tidak ada oedema, tidak pucat, tidak ada cloasma gravidarum

Mata Simetris, tidak ada oedema pada kelopak mata, konjungtiva berwarna merah muda, sklera berwarna putih

Hidung Tidak ada sekret dan tidak ada polip

Mulut Bibir tidak pucat, tidak ada stomatitis, gigi bersih dan tidak ada caries gigi, tidak ada amandel.

Dada Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan kelenjar limfe, serta tidak ada bendungan vena jugularis.

Payudara simetris, mengalami pembesaran, areola mammae mengalami hiperpigmentasi, puting susu bersih, dan menonjol, tidak ada benjolan disekitar payudara, pengeluaran kolostrum sudah ada pada payudara kiri dan kanan, dan tidak ada rasa nyeri disekitar payudara

Abdomen Tidak ada benjolan, tampak striae dan linea nigra, tidak ada bekas luka operasi dan kandung kemih kosong.

(1)Palpasi uterus

Leopold 1 : TFU $\frac{1}{2}$ pusat Px (20 cm) pada bagian fundus teraba bokong.

Leopold II : Perut bagian kiri ibu teraba punggung dan pada perut bagian kanan terbaba bagian-bagian kecil janin

Leopold III : Bagian terendah teraba bulat keras dan melenting (kepala) dan kepala belum masuk PAP.

Tafsiran Berat Badan Janin:

$(TFU-11) \times 155 = (20-12) \times 155 = 1.240$ gram

(2) Auskultasi : 128 kali/menit

Ekstremitas Kedua kaki dan tangan simetris, keadaan kuku kaki dan tangan tidak pucat, reflex patella kaki kanan dan kiri positif, pada betis tidak ada varises, tidak ada oedema pada tibia, dan fungsi gerak baik

3) Pemeriksaan penunjang

a) Haemoglobin : 11,5 gram%

b) Malaria : Negatif

4) Skor Pudji Rohjati :

II. Interpretasi Data (diagnosa dan masalah)

| Diagnosa | Data Dasar |
|--|---|
| <p>Ny. J. T G₂P₁A₀ usia kehamilan 30 minggu janin hidup tunggal letak kepala intra uterin, ibu dengan KEK keadaan janin baik.</p> | <p>DS : Ny. J.T mengatakan ingin memeriksakan kehamilannya, hamil yang ke-2, tidak pernah keguguran, tidak pernah abortus, anak hidup 1 orang dan tidak ada keluhan.</p> <p>HPHT : 01-08-2018</p> <p>BB sebelum hamil : 45 kg,</p> <p>DO : Taksiran persalinan : 08-05-2019</p> <p>Keadaan umum : baik</p> <p>kesadaran : composmentis</p> <p>Tanda-tanda vital : TD : 100/80 mmHg,</p> <p style="text-align: right;">N : 82 x/m, S : 36,7 °C,</p> <p style="text-align: right;">RR : 21 x/m</p> <p>Berat Badan saat ini : 50 kg</p> <p>LILA : 21 cm</p> <p>Inspeksi:</p> <p>Pembesaran perut sesuai usia kehamilan dengan arah memanjang, ada linea nigra, dan striae gravidarum.</p> <p>Pemeriksaan Fisik :</p> <p>Palpasi :</p> <p>(a) Leopold I : Tinggi fundus uteri ½ pusat Px, pada bagian fundus teraba bokong.</p> <p>(b) Leopold II : pada bagian kiri perut ibu teraba keras, datar, dan memanjang seperti papan (punggung) dan pada bagian kanan perut ibu teraba bagian-bagian kecil janin</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>(c) Leopold III : Pada bagian terendah janin teraba bagian bulat, keras, melenting (kepala) dan kepala belum masuk PAP</p> <p>(d) Leopold IV : Tidak dilakukan</p> <p>Mc Donald : 20 cm</p> <p>Tafsiran Berat Badan Janin : $TFU-11 \times 155 = (20-11) \times 155 = 1.395$ gram</p> <p>Auskultasi : DJJ : 128 x/menit</p> <p>Perkusi : Refleks Patella positif</p> |
|--|--|

III. Antisipasi masalah potensial

Tidak ada

IV. Tindakan segera

Tidak Ada

V. Perencanaan

Hari/tanggal : Senin, 25 Februari 2019

Jam : 10.40 WITA

Tempat : Puskesmas Penfui

- a. Informasi dan jelaskan kepada ibu tentang hasil pemeriksaan yang dilakukan

Rasional : Informasi yang tepat dan benar tentang kondisi dan keadaan yang sedang dialami ibu merupakan hak pasien yang harus diketahui ibu dan keluarga agar lebih kooperatif dalam tindakan atau asuhan yang diberikan.

- b. Anjurkan ibu untuk mengkonsumsi susu ibu hamil dan makanan tambahan yang di berikan dari puskesmas untuk mencegah KEK.

Rasional : Makanan yang bergizi seimbang sangat penting untuk kesehatan ibu, mencukupi kebutuhan energi ibu,

memperlancar metabolisme tubuh dan berguna bagi pertumbuhan janin dalam kandungan.

- c. Anjurkan ibu untuk minum obat secara teratur sesuai dengan dosis yang diberikan yaitu kalsium laktat diminum 1x1 pada pagi hari setelah makan, tablet Fe dan Vitamin C diminum bersamaan setelah makan malam atau pada saat tidur

Rasional : Kalsium laktat 1200 mg mengandung ultrafine carbonet dan Vitamin D berfungsi membantu pertumbuhan tulang dan gigi janin, tablet Fe mengandung 250 mg Sulfat Ferosus dan 50 mg asam folat yang berfungsi untuk menambah zat besi dalam tubuh dan meningkatkan kadar haemoglobin dan Vitamin C 50 mg berfungsi membantu proses penyerapan Sulfat Ferosus.

- d. Informasikan kepada ibu untuk melakukan kunjungan ulang

Rasional : Informasi mengenai kunjungan ulang mengurangi ansietas dan membantu ibu/pasangan memiliki kendali serta memastikan bahwa kelahiran tidak akan terjadi di rumah atau dalam perjalanan menuju unit persalinan.

- e. Buatlah kesepakatan dengan ibu untuk kunjungan rumah.

Rasional : Kunjungan rumah adalah kegiatan bidan ke rumah ibu hamil dalam rangka untuk membantu ibu, suami dan keluarga membuat perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi persalinan.

- f. Dokumentasi hasil pemeriksaan

Rasional : Dokumentasi sebagai catatan semua kegiatan yang dilakukan pada pasien dan digunakan sebagai bukti apabila terdapat gugatan.

VI. Pelaksanaan

Hari/tanggal : Senin, 25 Februari 2019

Jam : 10.40 WITA

Tempat : Puskesmas Penfui

- a. Menginformasikan hasil pemeriksaan pada ibu bahwa ibu hamil sudah cukup bulan (30 minggu), keadaan ibu baik, tekanan darah 100/70 mmHg, Nadi: 82 x/m, Suhu: 36,7⁰C, Pernapasan: 21 x/m, keadaan kehamilan baik, letak kepala, tafsiran melahirkan tanggal 08-05-2019, keadaan janin baik DJJ128 x/m.
- b. Menganjurkan ibu untuk mengkonsumsi susu ibu hamil dan biskuit yang diberikan dari puskesmas untuk membantu proses penyembuhan KEK dan ibu sudah melakukan anjuran tersebut.
- c. Menganjurkan ibu untuk minum obat secara teratur sesuai dengan dosis yang diberikan yaitu kalsium laktat diminum 1x1 pada pagi hari setelah makan, tablet Fe dan Vitamin C diminum bersamaan setelah makan malam atau pada saat tidur.
- d. Menginformasikan kepada ibu untuk melakukan kunjungan ulang pada tanggal 11 Maret 2019 atau kapan saja jika ada keluhan
- e. Membuatkan kesepakatan dengan ibu untuk melakukan kunjungan rumah
- f. Mendokumentasikan hasil pemeriksaan dan suhan yang diberikan.

VII. Evaluasi

Hari/tanggal : Senin, 25 Februari 2019

Jam : 10.45 WITA

Tempat : Puskesmas Penfui

- a. Ibu mengerti dengan penjelasan mengenai hasil pemeriksaan yang diberikan
- b. Ibu bersedia minum obat secara teratur
- c. Ibu bisa menerima keadaan yang terjadi pada dirinya dan bersedia mengatasi sesuai anjuran yang diberikan
- d. Ibu bersedia melakukan kunjungan ulang sesuai waktu yang ditentukan yaitu tanggal 11 Maret 2019
- e. Ibu bersedia bila akan dilakukan kunjungan rumah pada tanggal 11 Maret 2019
- f. Pendokumentasian sudah dilakukan.

**CATATAN PERKEMBANGAN
(KUNJUNGAN ANC PERTAMA)**

Hari/Tanggal : 02 Maret 2019

Jam : 16.00 WITA

Tempat : Rumah Ny J. T

S : Ibu mengatakan Tidak ada keluhan

O : Ku : Baik, kesadaran Composmentis,

Tanda-tanda vital :

TD : 100/70 mmHg, Suhu : 36,5°C

Nadi : 82 kali/menit, Pernafasan : 20 x/m

BB : 52 Kg, Lila : 21 cm

Pemeriksaan Fisik :

Palpasi :

Leopold I Tinggi fundus uteri ½ pusat Px, pada bagian fundus teraba bagian bokong.

Leopold II Pada bagian kiri perut ibu teraba keras, datar, dan memanjang seperti papan (punggung) dan pada bagian kanan perut ibu teraba bagian-bagian kecil janin

Leopold III Pada bagian terendah janin teraba bagian kepala dan kepala belum masuk PAP

Leopold IV Tidak dilakukan

Mc Donald : 20 cm

Tafsiran Berat Badan Janin: $TFU-11 \times 155 = (20-11) \times 155 = 1.395$ gram

Auskultasi : DJJ : 128 kli/menit

Perkusi : Refleks Patella positif

A : Diagnosa :

Ny J. T Umur 30 Tahun G₂P₁A₀ UK 30 Minggu 5 hari, Janin Hidup, Tunggal, Letak Kepala, Intra Uterine, Ibu dengan Kekurangan Energi Kronik (KEK) keadaan janin baik.

P : Hari/tanggal : Sabtu, 02 Maret 2019

Jam : 16.05 WITA

Tempat: Rumah Ny J.T

1. Menginformasikan kepada ibu semua hasil pemeriksaan tanda vital:

TD : 100/70 mmHg, Suhu : 36,5°C

Denyut nadi : 82 kali/menit, Pernafasan : 20x/m

Evaluasi : Ibu mengerti dan merasa senang dapat mengetahui hasil pemeriksaan

2. Menginformasikan kepada ibu tanda bahaya KEK (Kekurangan energi kronik) pada kehamilan yaitu : bagi Ibu dapat melemahkan fisiknya yang pada akhirnya menyebabkan perdarahan, partus lama, abortus dan infeksi, bagi bayi yang terlahir dari ibu hamil yang menderita KEK akan mengalami bayi lahir mati, cacat bawaan, dan berat badan lahir rendah (BBLR)

Evaluasi : Ibu mengerti dan paham dengan penjelasan yang diberikan dan paham mengenai KEK pada kehamilan.

3. Menjelaskan ketidaknyamanan pada trimester III Sakit punggung atas dan bawah disebabkan oleh bentuk tulang punggung ke depan karena pembesaran rahim, kejang otot karena tekanan terhadap akar saraf di tulang belakang, penambahan ukuran payudara, kadar hormon yang meningkat menyebabkan kartilago di dalam sendi-sendi besar menjadi lembek, kelelahan, mekanisme tubuh yang kurang baik saat mengangkat barang dan mengambil barang.

Evaluasi : Ibu mengerti dan paham dengan penjelasan yang diberikan.

4. Menginformasikan tanda-tanda bahaya kehamilan pada trimester III perdarahan pervaginam yang banyak, penglihatan kabur, bengkak pada wajah kaki dan tangan, pandangan kabur, sakit kepala hebat, demam

tinggi, pergerakan janin berkurang atau tidak ada pergerakan sama sekali dan menganjurkan ibu untuk segera melapor dan datang ke puskesmas atau ke fasilitas kesehatan jika mendapat salah satu tanda bahaya tersebut.

Evaluasi : Ibu mengerti tentang penjelasan dan anjuran yang diberikan dan bersedia datang ke fasilitas kesehatan terdekat jika menemukan salah satu tanda bahaya tersebut

5. Menganjurkan ibu mengkonsumsi susu ibu hamil dan biskuit ibu hamil yang diberikan dari puskesmas serta selalu minum obat tambah darah yang diberikan dengan dosis 1x1

Evaluasi : Ibu mengerti tentang penjelasan yang diberikan dan bersedia mengkonsumsi susu dan biskuit yang dianjurkan serta minum tablet tambah darah yang sudah diberikan.

6. Mendokumentasikan hasil pelayanan dan pemeriksaan

Evaluasi : hasil pemeriksaan sudah didokumentasikan.

**CATATAN PERKEMBANGAN
(KUNJUNGAN ANC II)**

Hari/Tanggal : Kamis, 25 April 2019

Jam : 16.00 WITA

Tempat : Rumah Ny. J. T

S : Ny. J. T mengatakan tidak ada keluhan.

O : Keadaan umum : Baik, Kesadaran : Komposmentis

Tanda-tanda Vital:

Tekanan darah : 100/60 mmHg, Nadi: 76 x/m,

Pernapasan : 20 x/m, Suhu : 36,5⁰C.

Pemeriksaan Kebidanan

1) Palpasi

- a) Leopold I : Tinggi fundus uteri 2 jari di bawah px, pada bagian fundus teraba bagian bokong.
 - b) Leopold II : Pada bagian kanan perut ibu terabateraba bagian-bagian kecil janin (ekstremitas) dan pada bagian kiri perut ibu keras, datar, dan memanjang seperti papan (punggung) .
 - c) Leopold III : Pada segmen bawah rahim ibu teraba keras, bulat dan kepala belum masuk PAP
 - d) Leopold IV : Tidak dilakukan
- Mc. Donald : 30 cm
- TBBJ : $(30-12) \times 155 = 2790$ gram

2) Auskultasi : denyut jantung janin positif, teratur, terdengar dibagian kiri perut ibu dengan menggunakan funduscope dengan frekuensi 132 x/menit.

A : Diagnosa :

Ny. J.T G₂P₁A₀ usia kehamilan 38 minggu 1 hari janin hidup tunggal letak kepala intra uterin, ibu dengan Kekurangan Energi Kronik (KEK) dan keadaan janin baik

Masalah : Tidak ada

P : Hari/Tanggal : Kamis, 25 April 2019

Jam : 16.05 WITA

Tempat : Rumah Ny J.T

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan pada ibu bahwa keadaan ibu baik, tekanan darah ibu normal yaitu 100/60 mmHg, Nadi:76 kali/menit, Suhu: 36,5⁰C, Pernapasan: 20 x./menit, keadaan janin baik DJJ normal yaitu 144 kali/menit.

Evaluasi : Ibu tampak senang dengan hasil pemeriksaan yang di informasikan.

2. Menganjurkan ibu untuk sering berjalan kaki baik pada pagi hari maupun sore hari agar memperkuat otot-otot yang dibutuhkan saat bersalin.

Evaluasi : Ibu mengatakan bersedia mengikuti anjuran yang diberikan dan mengatakan ia sering berjalan kaki pada pagi hari.

3. Mengingatkan ibu untuk tetap mengkonsumsi obat yang telah diberikan dan Obat diminum sesuai dosis yaitu tambah darah 1 tablet/hari, vitamin C 1 tablet/hari. Diminum pada malam hari sebelum tidur dan secara bersamaan tapi tidak ,dengan kopi, teh, karena dapat mengganggu proses penyerapan.

Evaluasi : Ibu mengerti dan bersedia minum obat sesuai dengan

dosis dan aturan dan tampak obat yang diberikan telah berkurang.

4. Mengingat kembali pada ibu tanda-tanda persalinan agar segera ke fasilitas kesehatan bila sudah mendapati tanda-tanda persalinan.

Evaluasi : Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan sudah menyiapkan kendaraan bila sudah mendapati tanda-tanda persalinan.

5. Mendokumentasikan hasil pemeriksaan dan tindakan yang telah dilakukan.

Evaluasi : Pendokumentasian sudah dilakukan

**CATATAN PERKEMBANGAN
(KUNJUNGAN ANC III)**

Hari/Tanggal : Rabu 02 Mei 2019

Jam : 17.00 WITA Tempat : Rumah Ny J. T

S : Ibu mengatakan tidak ada keluhan

O : Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Komposmentis

Tanda-tanda Vital :

Tekanan darah: 100/80 mmHg, Suhu: 36,5⁰C, pernapasan : 20x/m, Nadi :
76 x/m

Palpasi

Leopold I: Tinggi fundus uteri 1/2 px pusat, pada bagian fundus teraba bagian bulat, lunak dan tidak melenting (Bokong).

Leopold II : Pada bagian kanan perut ibu teraba teraba bagian-bagian kecil janin (ekstremitas) dan pada bagian kiri perut ibu keras, datar, dan memanjang seperti papan (punggung)

Leopold III : pada segmen bawah rahim ibu teraba keras, bulat dan kepala belum masuk PAP

Leopold IV : Tidak dilakukan

Mc. Donald : 30 cm

TBBJ : (30-11) x 155 = 2945 gram

Lila : 21 cm

BB : 53 kg

A. Diagnosa : Ny. J. T G₂P₁A₀ usia kehamilan 39 minggu 1 hari janin hidup tunggal letak kepala intra uterin ibu dengan Kekurangan Energi Kronik (KEK) dan keadaan janin baik.

Masalah : Tidak ada

P. Hari/Tanggal : Rabu, 02 Mei 2019

Jam : 17.00 WITA

Tempat : Rumah Ny J. T

1. Menganjurkan kepada Ibu agar segera kerumah sakit ketika sudah ada tanda-tanda persalinan seperti keluarnya lendir bercampur darah, pecahnya ketuban, adanya kontraksi, sakit pinggang menjalar ke perut.

Evaluasi : Ibu bersedia mengikuti anjuran yang diberikan.

2. Menginformasikan kepada Ibu untuk melakukan kunjungan ulang di Puskesmas tanggal 06 Mei 2019.

Evaluasi : Ibu bersedia pergi periksa di puskesmas pada tanggal 06 Mei 2019

3. Mendokumentasikan hasil pemeriksaan dan tindakan yang telah dilakukan.

Evaluasi : Pendokumentasian sudah dilakukan.

**CATATAN PERKEMBANGAN
(KUNJUNGAN ANC IV)**

Hari/Tanggal : Senin, 06 Mei 2019

Jam : 08.40WITA

Tempat : Puskesmas Penfui

S : NyJ. T mengatakan tidak ada keluhan .

O : Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Komposmentis

Tanda-tanda Vital : Tekanan darah: 100/60 mmHg, Nadi: 76 x/m,

Pernapasan : 20 x/m, Suhu : 36,5⁰C.

Pemeriksaan Kebidanan

Palpasi :

Leopold I : Tinggi fundus uteri ½ px pusat, pada bagian fundus teraba bagian bulat, lunak dan tidak melenting (Bokong).

Leopold II : Pada bagian kanan perut ibuteraba bagian-bagian kecil janin (ekstremitas) dan pada bagian kiri perut ibu teraba keras, datar, dan memanjang seperti papan (punggung).

Leopold III : Pada segmen bawah rahim ibu teraba keras, bulat dan tidak dapat digoyang yaitu kepala.

Leopold IV : Kepala sudah masuk Pintu Atas Panggul kepala turun Hodge II-III, perlimaan 4/5

MMc. Donald : 30 cm

TBBJ : $(30-12) \times 155 = 2790$ gram

Auskultasi : Denyut jantung janin 138 x/menit.

A : Diagnosa :

Ny. J. T. G₂P₁A₀ usia kehamilan 39 minggu 5 hari janin hidup tunggal letak kepala intra uterin ibu dengan Kekurangan Energi Kronik (KEK) dan keadaan janin baik

Masalah : Tidak ada

P : Hari/Tanggal : Senin, 06 Mei 2019

Jam : 08.40 WITA

Tempat : Puskesmas Penfui

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan pada ibu bahwa keadaan ibu baik, tekanan darah : 100/60 mmHg, Nadi : 76 kali/menit, Suhu : 36,5⁰C, Pernapasan : 20 kali./menit, keadaan janin baik DJJ 138 kali/menit.

Evaluasi : Ibu tampak senang dengan hasil pemeriksaan yang di informasikan.

2. Mengingatkan ibu untuk segera datang ke Rumah Sakit jika mendapati tanda-tanda persalinan seperti adanya kontraksi, sakit pada bagian pinggang dan menjalar ke depan, adanya pengeluaran lender bercampur darah dari jalan lahir, pecahnya ketuban.

Evaluasi : Ibu mengerti dan akan datang jika mendapati tanda persalinan maupun tanda bahaya.

3. Mendokumentasikan hasil pemeriksaan dan tindakan yang telah dilakukan.

Evaluasi : Pendokumentasian sudah dilakukan

CATATAN PERKEMBANGAN

KUNJUNGAN INC

Tanggal : 12 Mei 2019 Jam : 10:00
Tempat : Ruang VK RSUD SK Lerik Kota Kupang
Mahasiswi masuk sebagai pendamping pasien

S: Ibu mengatakan masuk Rumah Sakit pukul 08:50 WITA. Ibu mengatakan datang ingin melahirkan, mengeluh sakit perut bagian bawah menjalar ke pinggang terus menerus. Ibu mengatakan perut mulas dan sudah keluar lendir darah sejak pukul 16:00 wita. Ibu mengatakan sebelum ke rumah sakit (pukul 07:00 WITA) makan satu piring nasi, sayur sawi dan 1 telur goreng dihabiskan serta minum air putih sebanyak 2 gelas. Ibu mengatakan frekuensi BAB 1 kali, berwarna kuning dan berbau khas feses dan terakhir BAB pukul 06:00 WITA. Sedangkan frekuensi BAK 5 kali, berwarna kuning, berbau khas amoniak dan terakhir BAK pukul 08:20 WITA. Ibu mengatakan tidur siang 1 jam dan malam 8 jam. Dan ibu mengatakan semalam ini tidak dapat istirahat akibat nyeri pinggang. Ibu mengatakan setiap hari melakukan aktifitas ringan seperti, menyapu dan mencuci dan ibu mengatakan sering jalan santai bersama suaminya di pagi hari disekitar rumah. Ibu mengatakan pada pukul 07:00 WITA sebelum ke Rumah sakit ibu sempat mandi, dan menyikat gigi.

- O 1) Keadaan umum : Baik, Kesadaran : Komposmentis
- : 2) Tanda-tanda Vital : Tekanan darah : 100/90 mmHg, Nadi : 82 x/m,
Pernapasan : 20 x/m, Suhu : 36,8⁰C.
- 3) Pemeriksaan fisik
- a. Kepala
Muka : tidak oedema, pucat, dan tidak ada cloasma gravidarum
Mata : konjungtiva pucat, sklera putih
 - b. Payudara : membesar, terjadi hiperpigmentasi pada areola mammae dan putting susu menonjol.

- c. Abdomen : pembesaran sesuai usia kehamilan, ada linea nigra, tidak ada bekas luka operasi, dan ada striae gravidarum
 - d. Ekstremitas
 - Atas : simetris, tidak ada oedema
 - Bawah : simetris, tidak ada oedema
- 4) Pemeriksaan kebidanan Oleh : Bidan Yang Bertugas
- a) Palpasi abdomen
 - Leopold I : Tinggi fundus uteri 1/2 Px Pusat, pada bagian fundus teraba bagian bulat, lunak dan tidak melenting (bokong)
 - Leopold II : Pada bagian kiri perut ibu teraba keras, memanjang seperti papan (punggung), dan pada bagian kanan perut ibu teraba bagian-bagian kecil janin (ekstermitas)
 - Leopold III : Pada bagian terendah janin teraba bagian bulat, keras dan susah digerakan (kepala)
 - Leopold IV : Kepala sudah masuk Pintu Atas Panggul kepala turun Hodge II, perlimaaan: 1/4
 - b) Mc Donald : 30 cm
 - c) TBBJ : $(30-12) \times 155 = 2790$ gram
- 5) Auskultasi : DJJ terdengar jelas dan teratur, Frekuensi 139 x/menit.
- 6) HIS : Sudah ada his
- 7) Pemeriksaan dalam Jam : 17:30 WITA Oleh : Bidan Yang Bertugas
- Vulva tidak ada kelainan, tidak ada oedema, tidak ada kondiloma, tidak ada jaringan parut, tidak ada tanda-tanda PMS, Vagina ada pengeluaran darah dan lendir, Serviks posisi posterior, portio tipis, tidak oedema, *effacement* 80 %, Posisi UUK kanan depan, tidak ada bagian-bagian terkecil janin disamping kepala, $\phi 4$ cm, kantung ketuban utuh, presentasi belakang kepala, kepala turun hodge 2, tidak ada molase, tidak ada caput.
- 8) Pemeriksaan penunjang
- Tidak dilakukan

A. Ny. J.T G₂P₁A₀ usia kehamilan 40 Minggu 5 Hari janin hidup tunggal, presentasi kepala intra uterin, kepala turun Hodge II inpartu kala I fase Aktif.

Penatalaksanaan

Hari/tanggal : Minggu, 12 Mei 2019

Jam : 17:30 WITA

Kala I

1. Memberitahukan hasil pemeriksaan kepada ibu yaitu tekanan darah 100/80 mmHg, Pernapasan 22 x/mnt, suhu 36,7 °C dan nadi 78 x/mnt.
Ibu sudah mengetahui tentang keadaannya
2. Menginformasikan kepada ibu bahwa akan dilakukan pemantauan pada dirinya dan janinnya

Tabel 4.2 Observasi kala 1 fase aktif

| Tanggal | Jam | TD | Nadi | Suhu | RR | His | DJJ | VT | KK |
|---------|-------|------------|-------|--------|-------|-------------|--------|------|-------|
| | 17:30 | 100/80mmHg | 80x/m | 37°C | 20x/m | 2x10''35dtk | 142x/m | Φ4cm | +Utuh |
| | 18:00 | | | | | 2x10''40dtk | 149x/m | | |
| | 18:30 | 110/70mmHg | 76x/m | 37°C | 22x/m | 2x10''40dtk | 145x/m | | |
| | 19:00 | | | | | 2x10''44dtk | 144x/m | | |
| | 19.30 | 110/70mmHg | 80x/m | 37°C | 20x/m | 3x10''30dtk | 148x/m | | |
| | 20:00 | | | | | 3x10''30dtk | 148x/m | | |
| | 20:30 | 110/70mmHg | 78x/m | 37,5°C | 20x/m | 3x10''30dtk | 140x/m | | |
| | 21:00 | | | | | 3x10''35dtk | 148x/m | | |
| | 21:30 | 110/60mmHg | 80x/m | 36,5°C | 22x/m | 3x10''40dtk | 140x/m | Φ6cm | +Utuh |
| | 22:00 | | | | | 3x10''45dtk | 144x/m | | |
| | 22:30 | 110/70mmHg | 82x/m | 36,3°C | 24x/m | 3x10''45dtk | 148x/m | | |
| | 23:00 | | | | | 3x10''50dtk | 146x/m | | |

| | | | | | | | | | |
|--|-------|------------|-------|--------|-------|-------------|--------|--|-------------|
| | 23:30 | 110/60mmHg | 76x/m | 37,5°C | 20x/m | 3x10''50dtk | 148x/m | | |
| | 00:00 | | | | | 3x10''55dtk | 144x/m | | |
| | 00:30 | 110/60mmHg | 80x/m | 36,9°C | 20x/m | 3x10''55dtk | 140x/m | | |
| | 01:00 | | | | | 4x10''50dtk | 142x/m | | |
| | 01:30 | 110/60mmHg | 78x/m | 36,9°C | 22x/m | 4x10''50dtk | 146x/m | | - Jernih |

- Menganjurkan kepada ibu untuk makan dan minum saat tidak ada kontraksi untuk memenuhi kebutuhan energi dan mencegah dehidrasi pada saat proses persalinan nanti

Ibu mau minum saat belum ada kontraksi

- Memberikan dukungan atau asuhan pada ibu saat kontraksi, seperti mengajarkan keluarga untuk memijat atau menggosok pinggang ibu, mengajarkan ibu teknik relaksasi dengan menarik napas panjang dari hidung dan melepaskan dengan cara di tiup lewat mulut sewaktu kontraksi, mengipasi ibu yang berkeringat karena kontraksi.

Keluarga kooperatif dengan memijat punggung ibu dan ibu juga kooperatif dengan mengikuti teknik relaksasi yang diajarkan. Ibu merasa nyaman setelah dikipasi dan dipijat.

Kala II

Tanggal : 13 Mei 2019

Pukul : 01:50 WITA

S : Ibu mengatakan ingin buang air besar dan mengejan pukul 01.30 WITA.

O : Kesadaran composmentis, pemeriksaan dalam Vulva tidak ada kelainan, tidak ada oedema, tidak ada kondiloma, tidak ada jaringan parut, tidak ada tanda-tanda PMS, Vagina ada pengeluaran darah dan lendir, Serviks posisi posterior, portio tidak teraba, *effacement* 100 %, Posisi UUK kanan depan, tidak ada bagian-bagian terkecil janin disamping kepala, Φ 10 cm, ketuban

sudah pecah dan warna jernih, penurunan kepala 0/5, hodge IV, His 4 x 10' lamanya 50-55 detik

A : Ny J. T. umur 30 tahun G2P1A0AH1 Inpartu Kala II

P :

Pada pukul 01:30 WITA mulai terlihat tanda gejala Kala II, ibu merasa ada dorongan kuat dan ingin meneran, terlihat tekanan pada anus, perineum menonjol, vulva dan sfingter ani membuka.

Bidan memastikan kelengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan sudah tersedia dan Bidan memakai alat pelindung diri, lalu memakai sarung tangan DTT pada tangan kanan yang digunakan untuk pemeriksaan dalam.

Bidan memasukkan oxytosin kedalam tabung suntik dan meletakkannya kembali kedalam bak instrumendan memastikan pembukaan lengkap dan keadaan janin baik.

Setelah itu membersihkan vulva dan perineum dengan hati-hati dari depan kebelakang dengan menggunakan kapas yang telah dibasahi dengan air DTT dan melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan lengkap.

Pada pukul 01:45 WITA pembukaan 10 cm, KK pecah spontan warna jernih. Lalu mendengar DJJ setelah kontraksi untuk memastikan DJJ 146 x/menit.

Memberitahu pada ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik, kemudian bantu ibu menemukan posisi yang nyaman untuk ibu sehingga ibu nyaman dan bidan mengajarkan ibu cara meneran, saya sebagai keluarga yang mendampingi ibu dalam proses persalinan.

Bidan memakai sarung tangan DTT pada kedua tangan dan mulai melakukan pertolongan untuk melahirkan bayi.

Pukul 01:53 WITA bayi lahir spontan, hidup, langsung menangis, tonus otot aktif, jenis kelamin perempuan, bidan mengeringkan bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya tanpa membersihkan verniks dan mengganti handuk basah dengan kain yang kering setelah itu memeriksa uterus tidak ada lagi bayi kedua lalu dilakukan penyuntikan oxytosin secara IM pada 1/3 paha atas distal lateral pada pukul 01:55 WITA, setelah itu bidan menjepit tali

pusat dengan klem 3 cm dari pusat bayi dan dilakukan pengguntingan tali pusat dan bayi diletakkan tengkurap didada ibu untuk IMD

Kala III

Tanggal : 13 Mei 2019

Jam : 02:00 WITA

S : Ibu mengatakan perutnya terasa mules

O : Keadaan umum baik, kesadaran komposmentis, kontraksi baik, TFU setinggi pusat, tali pusat bertambah panjang dan keluar

A : Ny J. T umur 30 tahun P2A0AH2 Inpartu Kala III

P : Bidan melakukan pemindahan klem tali pusat dengan jarak 5 cm dari vulva, lalu melakukan dorsocranial untuk melahirkan plasenta dengan kedua tangan menerima plasenta secara berpilin perlahan-lahan searah jarum jam sampai selaput dan plasenta lahir lengkap pukul 02:05 WITA.

Lalu bidan melakukan massase uterus dengan gerakan melingkar secara lembut pada bagian abdomen sampai kontraksi baik dan menilai perdarahan setelah itu memeriksa kelengkapan plasenta.

Kala IV

Jam : 04:20 WITA

S : Ibu merasa lega dan perut masih mules-mules

O : Kontraksi baik, kesadaran komposmentis, perdarahan normal, tinggi fundus uteri dua jari bawah pusat, keadaan umum baik, tekanan darah 100/70 mmHg, suhu 36,7°C, nadi 84x/menit, pernapasan 21x/menit, kandung kemih kosong

A : Ny J. T umur 30 tahun P2A0AH2 Kala IV (post partum 2 jam)

P : Bidan memastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam. Setelah itu, bidan merapikan kembali pasien, membereskan alat partus dan mencuci tangan setelah itu menulis hasil

tindakan dan melengkapi partograf (Halaman depan dan belakang),
periksa tanda-tanda vital dan asuhan kala IV persalinan.

Pemantauan keadaan Ibu setiap 15 menit pada 1 jam pertama

| waktu | Suhu | Pernapasan | Nadi | TD | TFU | Kontraksi | Perdarahan | KK |
|-------|---------------------|------------|-------|----------------|-----------------|-----------|------------|--------|
| 02:20 | 36,5 ⁰ C | 20x/m | 78x/m | 110/80 mmHg | 2 jari ↓ pst | Baik | ±200 cc | Kosong |
| 02:35 | | 18x/m | 75x/m | 110/80 mmHg | 2 jari ↓ pst | Baik | ±200 cc | Kosong |
| 03:00 | | 20 x/m | 78x/m | 110/80 mmHg | 2 jari ↓ pst | Baik | ±100 cc | Kosong |
| 03:15 | | 20x/m | 75x/m | 110/80 mmHg | 2 jari ↓ pst | Baik | ±100 cc | Kosong |
| 03:45 | | 22x/m | 76x/m | 110/80 mmHg | 2 jari ↓ pst | Baik | ±50 cc | Kosong |
| 04:15 | | 22x/m | 75x/m | 110/80 mmHg | 2 jari ↓ pst | Baik | ±20 cc | Kosong |

Pemantauan pada bayi setiap 15 menit pada 1 jam pertama dan tiap 30 menit pada
1 jam kedua

| Waktu | Suhu | Pernapa san | Warna kulit | Gerakan | Isapan ASI | Tali pusat | Kejang | BAB | BAK |
|-------|---------------------|----------------|-------------|---------|---------------|---------------|--------|-------|-------|
| 02:20 | 36,5 ⁰ C | 48x/m | Kemerahan | Aktif | IMD | Basah | Tidak | Belum | Belum |
| 02:35 | | 48x/m | Kemerahan | Aktif | IMD | Basah | Tidak | Belum | Belum |

| | | | | | | | | | |
|-------|---------------------|--------|-----------|-------|------|-------|-------|-------|-------|
| 03:00 | | 47 x/m | Kemerahan | Aktif | Kuat | Basah | Tidak | Belum | Belum |
| 03:15 | | 48x/m | Kemerahan | Aktif | Kuat | Basah | Tidak | Belum | Belum |
| 03:45 | 36,8 ⁰ C | 52x/m | Kemerahan | Aktif | Kuat | Basah | Tidak | + 1 x | + 1 x |
| 04:15 | | 48x/m | Kemerahan | Aktif | Kuat | Basah | Tidak | Belum | Belum |

CATATAN PERKEMBANGAN
ASUHAN KEBIDANAN BAYI BARU LAHIR 0 JAM

Hari/tanggal : Senin, 13 Mei 2019 Jam : 08.00 wita

Tempat : VK RSUD SK Lerik Kupang

S : Ibu mengatakan telah melahirkan anaknya yang ke-2 di RSUD SK Lerik 01:53 WITA, persalinan normal ditolong oleh Bidan, jenis kelamin Perempuan, bayi langsung menangis, otot tonus aktif dan tidak ada komplikasi setelah itu bayi langsung dilakukan IMD Selma 1 jam dan berat badan 3.100 gram dan bayi telah di berikan Vit. K dan salaf mata pada pukul 02:10 WITA.

O : 1. Pemeriksaan umum

- a. Keadaan umum : baik, Kesadaran : komposmentis
- b. Tanda-tanda vital:
Nadi : 130 x/mnt, pernapasan: 48 x/mnt, suhu : 36,9 °C
- c. Pengukuran antropometri
Berat badan : 3.100 gram, Panjang badan : 49 cm
Lingkar kepala : 30 cm, Lingkar dada : 32 cm
Lingkar perut : 29 cm
- d. Apgar score

Table 4.3. Apgar Score

| | <i>Apperance</i> | <i>Pulce</i> | <i>Grimace</i> | <i>Activity</i> | <i>Respiratory</i> | <i>Score</i> |
|------------|------------------|--------------|----------------|-----------------|--------------------|--------------|
| 1 menit | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 8 |
| 5 menit I | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 9 |
| 5 menit II | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 9 |

2. Status present

Kepala Tidak ada caput succedaneum, ubun-ubun lembek, tidak ada cephalhematom, dan tidak ada molase

| | |
|-------------|--|
| Muka | Tidak oedema, dan warna kulit kemerahan |
| Mata | Simetris, konjungtiva merah muda, sklera putih |
| Hidung | Bersih dan tidak ada polip |
| Mulut | Mukosa bibir lembab dan berwarna merah muda |
| Telinga | Simetris dan tidak ada serumen |
| Leher | Simetris, tidak ada trauma pada fleksus brakhialis, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, dan tidak ada pembendungan pada vena jugularis |
| Dada | Tidak ada retraksi dinding dada |
| Abdomen | Simetris, bersih, tidak ada benjolan, tidak ada perdarahan pada tali pusat, tali pusat segar, dan tidak ada tanda-tanda infeksi. |
| Genitalia | Testis sudah turun ke skrotum |
| Punggung | Tidak ada spina bifida |
| Anus | Ada lubang anus |
| Ekstremitas | Pergerakan ekstremitas atas dan bawah aktif, simetris dan jumlah lengkap |
| Kulit | Berwarna kemerahan |

3. Refleks :

Rooting Refleks : baik, saat diberi rangsangan di pipi langsung menoleh ke arah rangsangan

Sucking Refleks : baik, bayi mengisap kuat saat diberi ASI

Grasping Refleks : baik, pada saat telapak tangan disentuh, bayi menggenggam

Moro Refleks : baik, saat dirangsang kedua tangan dan kaki fleksi

Babinski Refleks : baik, saat diberi rangsangan di telapak kaki ibu jari kaki fleksi.

A : Neonatus Cukup Bulan Sesuai Masa Kehamilan umur 0 jam

P : Perencanaan

Hari/tanggal : Senin, 13 Mei 2019

Jam : 02.00 WITA

1. Melayani Vit. K, salaf mata dan Imunisasi HB 0, serta menjelaskan pada ibu dan keluarga tentang pentingnya pemberian Vit. K, salaf mata, HB 0 : untuk mencegah penyakit hepatitis.

Evaluasi : Ibu dan keluarga mengerti dengan penjelasan yang telah diberikan.

2. Mengajukan pada ibu agar menyusui bayinya tiap 2 jam atau kapan saja bila bayi menginginkan.

Evaluasi : Ibu bersedia melakukan anjuran yang diberikan

3. Memberitahu ibu tentang tanda bahaya yang kemungkinan terjadi pada bayi seperti sesak napas tidak mau minum, kuning pada mata dan seluruh tubuh, kejang-kejang, perdarahan.

Evaluasi : Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan

4. Mengajukan pada ibu agar tetap menjaga kehangatan pada bayinya.

Evaluasi : Ibu bersedia mengikuti anjuran yang diberikan

5. Mendokumentasikan semua asuhan yang telah diberikan.

CATATAN PERKEMBANGAN

ASUHAN KEBIDANAN BAYI BARU LAHIR 2 JAM

Hari/tanggal : Senin, 13 Mei 2019

Jam : 08.00 wita

Tempat : VK RSUD SK Lerik Kupang

S : Ibu mengatakan ini adalah kelahirannya yang ke-2, melahirkan dua jam yang lalu di RSUD SK Lerik 01:53 WITA, persalinan normal ditolong oleh Bidan, jenis kelamin Perempuan, tidak ada komplikasi dengan berat badan waktu lahir yakni 3.100 gram. Ibu mengatakan bayi menangis kuat, bergerak aktif, BAB belum, BAK 2 kali dan bayi minum ASI saat bayi membutuhkan.

O :

1. Pemeriksaan umum

a. Keadaan umum : baik, Kesadaran : komposmentis

b. Tanda-tanda vital:

Nadi : 130 x/mnt, pernapasan: 48 x/mnt, suhu : 36,9 °C

c. Pengukuran antropometri

Berat badan : 3.100 gram

Panjang badan : 49 cm

Lingkar kepala : 30 cm

Lingkar dada : 32 cm

Lingkar perut : 29 cm

A : Neonatus Cukup Bulan Sesuai Masa Kehamilan umur 2 jam

P : Perencanaan

Hari/tanggal : Senin, 13 Mei 2019

Jam : 08.00 WITA

Tempat : VK RSUD SK Lerik Kupang

1. Melakukan observasi tanda-tanda vital pada bayi
Evaluasi : Sudah dilakukan dan tanda-tanda vital bayi masih dalam batas normal
2. Menjelaskan kepada ibu dan keluarga tentang kondisi bayinya, keadaan umum bayi baik, denyut nadi 130 x/mnt, suhu 36,9 °C, pernapasan 48 x/mnt.
Evaluasi : Ibu dan keluarga merasa senang dengan informasi yang diberikan.
3. Mengobservasi BAB dan BAK bayi untuk mengetahui input dan output pada tubuh bayi.
Evaluasi : Bayi sudah BAB 1 kali dan BAK 1 kali
4. Memberikan konseling kepada ibu dan keluarga tentang ASI eksklusif serta menganjurkan kepada keluarga untuk memotivasi ibu dalam memberikan ASI eksklusif kepada bayinya selama 6 bulan tanpa makanan pendamping ASI lainnya.
Evaluasi : Ibu dan keluarga mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan bersedia membantu ibu dalam memberikan ASI eksklusif.
5. Menjelaskan kepada ibu dan keluarga tentang tanda-tanda bahaya yang dapat terjadi pada bayi baru lahir yaitu tali pusat bau, bengkak, dan berwarna merah, bayi kuning dan tidak mau menyusu. Jika menemukan tanda-tanda tersebut maka segera memberitahukan kepada petugas kesehatan.
Evaluasi : Ibu dan keluarga mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan mengatakan akan mengikuti anjuran yang diberikan. .
6. Menginformasikan kepada ibu dan keluarga tentang cara menjaga kehangatan pada bayi yaitu membungkus bayi dengan selimut dan mengenakan topi, menggunakan pakaian bayi yang bersih dan kering, segera ganti pakaian bayi jika lembab atau saat bayi BAB dan BAK.

Evaluasi : Ibu dan keluarga mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan mengatakan akan mengikuti anjuran yang diberikan.

7. Mengajarkan Ibu perawatan tali pusat pada bayi, bila tali pusat basah keringkan dan jangan membubuhi apapun serta memakai celana bayi jangan terkena tali pusat

Evaluasi : Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan bersedia tidak membubuhi apapun baik itu minyak, betadine, atau bedak pada tali pusat bayi.

8. Melakukan pendokumentasian

**CATATAN PERKEMBANGAN
KUNJUNGAN NEONATUS (1 HARI)**

Hari/Tanggal : Selasa, 14 Mei 2019

Jam : 09.00 WITA

Tempat : Ruang Nifas RSUD SK Lerik Kupang

S : Ibu mengatakan bayi menangis kuat, bergerak aktif, BAB 2 kali, BAK 3 kali, dan bayi minum ASI saat bayi membutuhkan

O : Pemeriksaan umum

a. Keadaan umum : baik

b. Kesadaran : composmentis

c. Tanda-tanda vital:

Nadi: 155 x/mnt

Pernapasan : 47 x/mnt

Suhu: 36,5 °C

d. Pemeriksaan Fisik

Laktasi : Bayi menyusu dengan baik

Kulit : Tidak ikterik

Abdomen : Tali pusat lembab, belum terlepas dan tidak ada nanah

A : Neonatus Cukup Bulan Sesuai Masa Kehamilan Umur 1 hari

P : Hari/tanggal : Selasa, 14 Mei 2019

Jam : 09.05 WITA

1. Mengobservasi tanda-tanda vital bayi

Evaluasi : Sudah dilakukan dan tanda-tanda vital bayi masih dalam batas normal

2. Menjelaskan kepada ibu tentang kondisi bayinya. Keadaan umum bayi baik, denyut nadi 155 x/mnt, nadi 47 x/mnt, suhu 36,5 °C

Evaluasi : Ibu merasa senang dengan hasil pemeriksaan yang ada

3. Mengobservasi BAB dan BAK bayi untuk mengetahui input dan output pada tubuh bayi

Evaluasi : Bayi sudah BAB 2 kali dan BAK 3 kali

4. Menganjurkan kepada ibu dan keluarga untuk menjaga kebersihan bayi terutama pada daerah genitalia dengan cara segera mengganti popok setelah bayi BAB dan BAK dan membersihkan dari arah depan ke belakang.

Evaluasi : Ibu dan keluarga mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan mengatakan akan mengikuti anjuran yang diberikan.

5. Menginformasikan kepada ibu dan keluarga tentang kebutuhan nutrisi. Ibu harus membangunkan bayi dan memberikan ASI setiap 2-3 jam sehingga kebutuhan nutrisi bayi dapat terpenuhi.

Evaluasi : Ibu dan keluarga mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan mengatakan akan mengikuti anjuran yang diberikan.

6. Menganjurkan kepada ibu dan keluarga untuk menjemur bayi dibawah sinar matahari pada pagi hari sekitar pukul 07.00-08.00 wita selama 15 menit agar bayi mendapatkan vitamin D dan bayi tidak kuning (ikterik).

Evaluasi : Ibu dan keluarga mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan mengatakan akan mengikuti anjuran yang diberikan.

7. Melakukan pendokumentasian.

CATATAN PERKEMBANGAN

KUNJUNGAN NEONATUS UMUR 6 HARI

Hari/tanggal : Senin, 20 Mei 2019

Jam : 14.00 WITA

Tempat : Rumah Ny J.T

S : Ibu mengatakan bayi menangis kuat, bergerak aktif, BAB 3 kali, BAK 5 kali, dan minum ASI saat bayi membutuhkan

O : 1 Pemeriksaan umum

a. Keadaan umum : baik

b. Kesadaran : composmentis

c. Tanda-tanda vital:

Nadi : 142 x/mnt, Pernapasan : 50 x/mnt, Suhu: 36,8 °C

BB : 3.200 gram, PB : 50 cm

2 Status present

Abdomen : Tali pusat sudah terlepas

Kulit tidak ikterik dan tidak ada biji pans pada badan bayi

A : Neonatus Cukup Bulan Sesuai Masa Kehamilan umur 6 hari

P : Penatalaksanaan

Hari/tanggal : Senin, 20 Mei 2019

Jam : 17.05 WITA

Tempat : Rumah Ny J.T

1. Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital ibu dan bayi
Evaluasi : Sudah dilakukan dan tanda-tanda vital bayi masih dalam batas normal
2. Menjelaskan kepada ibu tentang kondisi ibu dan bayinya. Keadaan umum Ibu baik, TD ibu : 120/70 mmHg, Nadi : 80x/m, Suhu : 37°C, Pernapasan : 20x/m sedangkan keadaan umum bayi baik, denyut nadi 140 x/mnt, nadi 52 x/mnt, suhu 36,5 °C
Evaluasi : Ibu merasa senang dengan hasil pemeriksaan yang ada
3. Mengobservasi BAB dan BAK bayi untuk mengetahui input dan output pada tubuh bayi
Evaluasi : Bayi sudah BAB 1 kali dan BAK 5 kali
4. Memberikan konseling pada ibu dan keluarga tentang ASI eksklusif serta menganjurkan kepada keluarga untuk memotivasi ibu dalam memberikan ASI eksklusif kepada bayinya selama 6 bulan.
Evaluasi : Ibu dan keluarga mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan bersedia membantu ibu dalam memberikan ASI eksklusif
5. Menginformasikan kepada ibu tentang kebutuhan tidur bayi dalam 2 minggu pertama setelah lahir, bayi normalnya sering tidur sampai usia 3 bulan rata-rata tidur sekitar 16 jam sehari.
Evaluasi : Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan.
6. Menginformasikan kepada ibu dan keluarga tentang kebutuhan nutrisi, Ibu harus membangunkan bayi dan memberikan ASI setiap 2-3 jam sehingga kebutuhan nutrisi bayi dapat terpenuhi.
Evaluasi : Ibu dan keluarga mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan mengatakan akan mengikuti anjuran yang diberikan.
7. Melakukan pendokumentasian

CATATAN PERKEMBANGAN

KUNJUNGAN NIFAS 6 JAM

Hari/Tanggal : Senin, 13 Mei 2019

Jam : 08.00 WITA

Tempat : Ruang Nifas RSUD SK Lerik Kupang

S : Ibu mengatakan tidak ada keluhan apapun

O : Keadaan umum: Baik, Kesadaran : Composmentis

Keadaan emosional : Stabil

1. Tanda-tanda vital :

Tekanan darah: 120/70 mmHg, Pernapasan : 22 x/mnt

Suhu : 37,3 °C, Nadi : 72 x/mnt

2. Pemeriksaan fisik :

Kepala : Muka : tidak oedema dan tidak pucat

Mata : konjungtiva merah muda dan sclera putih

Dada : Simetris, pada payudara putting susu menonjol, terjadi hiperpigmentasi pada areola mammae, dan colostrum sudah keluar

Abdomen : Kontraksi baik, TFU 2 jari dibawah pusat

Ekstremitas : Atas : Normal, tidak oedema

Bawah : simetris, tidak oedema dan tidak ada kelainan

A : Ny J. T P2A0AH2 Post Partum 6 Jam

P : Penatalaksanaan

Hari/tanggal : Senin, 13 Mei 2019

Jam : 08.05 WITA

Tempat : Ruang Nifas RSUD SK Lerik Kupang

1. Mengobservasi dan memberitahukan tanda-tanda vital pada ibu dan keluarga yaitu tekanan darah 120/70 mmhg, pernapasan 22 x/mnt, suhu 37,3 °C.

Evaluasi : Ibu dan keluarga tahu tentang keadaan ibu.

2. Memberitahukan kepada ibu untuk melakukan mobilisasi dini yang dimulai dari kaki

Evaluasi : Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan bisa menekuk kaki kiri dan kanan.

3. Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga mengenai bagaimana cara mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri

4. Menjelaskan kepada ibu cara merawat luka perineum yakni dengan cara menghindari menyentuh luka perineum dengan menggunakan tangan, mengganti kasa yang sudah dipakai dengan kasa atau kapas betadine pada luka setiap kali buang air kecil atau besar, membersihkan daerah kemaluan selalu dari arah depan ke belakang, mengganti pembalut setiap kali sudah penuh atau minimal 3 kali sehari

Evaluasi : Ibu mengerti dan akan mengikuti anjuran yang diberikan

5. Menganjurkan Ibu untuk melakukan kontak kulit dengan bayinya (*bounding attachment*), menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi.

Evaluasi : Ibu mengerti dan bersedia mengikuti anjuran yang diberikan

6. Mengajarkan Ibu teknik menyusui bayi yang baik dan benar dan pemberian ASI awal :

- a. Dada bayi menempel pada payudara /dada Ibu
- b. Tangan dan dada bayi dalam posisi garis lurus
- c. Puting sampai sebagian areola mammae masuk kemulut bayi

Evaluasi : Ibu mengerti dan bersedia mengikuti anjuran yang diberikan

7. Menganjurkan kepada ibu untuk istirahat yang cukup

Ibu mengerti dan mengikuti anjuran yang diberikan

8. Memastikan involusi berjalan normal : uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau.

9. Melakukan pendokumentasian

**CATATAN PERKEMBANGAN
KUNJUNGAN NIFAS HARI 1**

Hari/tanggal : Selasa, 14 Mei 2019
Jam : 09.00 WITA
Tempat : Ruang Nifas RSUD SK Lerik Kupang

S : Ibu mengatakan tidak ada keluhan

- O :
1. Keadaan umum : baik
 2. Kesadaran : composmentis
 3. Keadaan emosional : stabil
 4. Tanda-tanda vital
Tekanan darah : 120/80 mmHg, Nadi : 78 x/mnt
Pernapasan : 22 x/mnt, Suhu : 36,5 °C
 5. Pemeriksaan fisik
 - a. Abdomen : Normal, kontraksi uterus baik, TFU 3 jari bawah pusat.
 - b. Genitalia : Ada pengeluaran lokea rubra.

A :
P : Ny. J. T P2A0AH2 puerperium dini hari 1

Hari/ tanggal : Selasa, 14 Mei 2019

Jam : 09.00 WITA

Tempat : Ruang Nifas RSUD SK Lerik Kupang

1. Mengobservasi tanda-tanda vital dan memberitahukan kepada ibu dan keluarga yaitu tekanan darah 120/80 mmHg, pernapasan 22 x/mnt, suhu 36,5 °C dan nadi 78 x/mnt
Evaluasi : Ibu dan keluarga tahu tentang keadaan ibu
2. Mengajukan kepada ibu untuk mengonsumsi makanan yang bergizi

seimbang yaitu karbohidrat (didapat dari nasi, jagung dan ubi) yang berfungsi untuk memenuhi kebutuhan energi ibu, protein (didapat dari daging, tahu, tempe, ikan dan telur) yang berfungsi untuk pertumbuhan dan penggantian sel-sel yang sudah rusak, vitamin dan mineral (didapat dari sayur-sayuran dan buah-buahan) yang berfungsi untuk pembentukan sel darah merah dan harus dalam keadaan berkuah untuk memperlancar BAB

Evaluasi : Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan mengatakan akan mengikuti anjuran yang diberikan.

3. Mengobservasi jumlah perdarahan dan kontraksi uterus berjalan baik
4. Menganjurkan kepada ibu untuk menyusui bayinya setiap 2 jam atau kapan saja saat bayi mau menyusu dan menyusui bayi sampai payudara terasa kosong secara bergantian.

Evaluasi : Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan mengatakan akan mengikuti anjuran yang diberikan.

5. Mengatakan kepada ibu dan keluarga bahwa ibu dan bayi sudah boleh pulang dan keluarga diminta untuk melengkapi administrasi.

Evaluasi : Ibu dan keluarga senang dengan informasi yang diberikan

6. Mendokumentasikan hasil pemeriksaan

**CATATAN PERKEMBANGAN
KUNJUNGAN NIFAS 6 HARI**

Hari/ Tanggal : Senin, 20 Mei 2018

Jam : 14.00 WITA

Tempat : Rumah Ny J.T

S : Ibu mengatakan tidak ada keluhan

O : 1. Pemeriksaan umum

Keadaan umum : baik, Kesadaran : composmentis

Keadaan emosional: stabil

2. Tanda-tanda vital

Tekanan darah : 120/70 mmHg, Pernapasan : 21 x/mnt

Suhu : 36,5⁰C, Nadi : 75 x/mnt

3. Pemeriksaan fisik

Kepala

Muka : tidak oedema dan tidak pucat

Mata : konjungtiva merah muda dan sclera putih

Dada : simetris, puting susu menonjol, terjadi hiperpigmentasi pada areola, dan colostrum sudah keluar

Abdomen : TFU pertengahan pusat symphysis

Genitalia : Ada pengeluaran lokea sanguinolenta

Ekstremitas

Atas : simetris dan tidak oedema

Bawah : simetris, tidak oedema, dan tidak ada kelainan

A : Diagnosa : Ny. J. T P₂A₀AH₂ Post Partum hari 6.

Masalah : Tidak ada

P : Hari/ Tanggal : Senin, 20 Mei 2019, Jam : 14.00 WITA

Tempat : Rumah Ny J.T

1. Mengobservasi tanda-tanda vital dan memberitahukan kepada ibu dan keluarga yaitu tekanan darah 120/70 mmHg, pernapasan 21 x/mnt, suhu 36,5⁰C dan nadi 75 x/mnt.

Evaluasi : Ibu dan keluarga sudah mengetahui tentang keadaan ibu

2. Menganjurkan pada ibu untuk selalu menjaga kehangatan bayinya dengan cara memakai topi pada kepala bayi dan menggunakan selimut

Evaluasi : Ibu mengerti dan telah memakaikan topi dan selimut

3. Menganjurkan kepada ibu untuk mengkonsumsi makanan bergizi yakni makan sayuran hijau seperti bayam, kacang-kacangan (kacang hijau, kacang panjang, buncis) untuk proses pemulihan kondisi kesehatan ibu dan juga memperbanyak produksi ASI

Evaluasi : Ibu mengerti dan mau melakukannya.

4. Mengajarkan kepada ibu cara menyusui yang baik dan benar yakni memastikan posisi ibu dalam posisi yang nyaman, kepala bayi berada dalam garis lurus, wajah bayi menghadap payudara, hidung berhadapan dengan puting, ibu harus memeluk badan bayi dekat dengan badannya, ibu harus menyangga seluruh badan bayi, sebagian besar areola masuk ke dalam mulut bayi, mulut terbuka lebar, bibir bawah melengkung keluar, dagu menyentuh payudara ibu.

Evaluasi : Ibu mengerti dan bisa mempraktikkan cara menyusui yang baik dan benar.

5. Menganjurkan kepada ibu untuk selalu memberikan ASI tiap 2 jam sekali

Evaluasi : Ibu mengerti dan akan memberikan ASI setiap 2 jam

6. Menganjurkan ibu untuk tetap menjaga pola istirahat dengan beristirahat siang minimal 2 jam dan malam 8 jam

Evaluasi : Ibu mau mengikuti anjuran yang diberikan.

7. Mendokumentasikan hasil pemeriksaan pada status pasien

CATATAN PERKEMBANGAN KELUARGA BERENCANA

Tanggal : 19 Mei 2019

Waktu : 10:00 WITA

S : Ibu mengatakan tidak ada keluhan yang ingin disampaikan dan ibu masih ingin menyusui bayinya tanpa di berikan makanan tambahan apapun.

O : Keadaan umum : Baik, Kesadaran : Komposmentis

Tanda- tanda Vital : TD : 100/70 mmHg, Nadi : 88 x/menit

Suhu : 36,8°C, Pernapasan : 20 x/menit

Pemeriksaan Fisik : Kepala normal, wajah tidak ada oedema, konjungtiva merah muda, sklera putih, leher tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, limfe dan bedungan vena jugularis, payudara bersih, simetris, produksi ASI ada dan banyak, tidak ada kelainan pada abdomen, ekstremitas simetris, tidak oedema dan tidak ada kelainan.

A : Ny. J. T P2A0AH2 Calon Akseptor Kb Suntik 3 Bulan

P : 1. Menginformasikan hasil pemeriksaan pada ibu bahwa kondisi ibu baik-baik dan tidak ada kelainan apapun dan ibu senang mendengar informasi yang diberikan.

1. Memberikan konseling KB pada ibu dan suami untuk menunda, menjarangkan dan menghindari kehamilan berisiko.
2. Membantu ibu untuk memilih alat kontrasepsi yang akan digunakan setelah 40 hari. Ibu mengatakan ingin menggunakan KB Suntik 3 bulan dan sudah meminta persetujuan suami.
3. Meganjurkan ibu memberikan ASI dan bayi diberi ASI tiap 2 jam dan jika bayi menginginkannya tanpa memberikan makanan tambahan apapun pada bayi.
4. Mendokumentasikan semua hasil tindakan dan pemeriksaan

C. Pembahasan

Pembahasan merupakan bagian dari kasus yang membahas tentang kendala atau hambatan selama melakukan asuhan kebidanan pada klien. Keadaan tersebut menyangkut kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus. Kesenjangan tersebut dapat dilakukan pemecahan masalah demi meningkatkan asuhan kebidanan.

Penatalaksanaan proses asuhan kebidanan berkelanjutan pada Ny. J. T umur 30 tahun G₂P₁A₀ UK 30 minggu, janin tunggal, hidup, intra uterin, letak kepala, keadaan ibu dan janin baik di Puskesmas Penfui disusun berdasarkan dasar teori dan asuhan nyata dengan pendekatan manajemen kebidanan 7 Langkah Varney dan metode SOAP.

Demikian dapat diperoleh kesimpulan apakah asuhan tersebut telah sesuai dengan teori atau tidak.

Pengkajian dilakukan dengan mencari dan menggali data maupun fakta baik yang berasal dari pasien, keluarga, maupun kesehatan lainnya dan hasil pemeriksaan yang dilakukan oleh bidan sendiri, pengumpulan data mencakup subjektif dan objektif (Manuaba, 2010).

Berdasarkan pengkajian data subyektif diketahui bahwa Ny. J. T umur 30 tahun agama Kristen protestan, pendidikan SMU, pekerjaan ibu rumah tangga, dan suami Tn. P.H. umur 31 tahun, agama Kristen protestan, pendidikan SMU, pekerjaan wiraswasta. Kunjungan ANC pertama Ny. J. T mengatakan hamil anak ke-2 dan usia kehamilan saat ini sudah memasuki 8 bulan. Data ini didapatkan Ibu tidak mengalami keluhan.

Menegakkan diagnosa kehamilan ditetapkan dengan melakukan penilaian terhadap beberapa tanda dan gejala kehamilan (Walyani, 2015) dimana hitungan usia kehamilan pada kasus ini dikaitkan dengan HPHT 01-08-2018 didapatkan usia kehamilan 30 minggu, perhitungan menurut Naegle yaitu tanggal di tambah 7, bulan di kurangi 3 dan tahun ditambah 1 (Walyani, 2015). Ny. J. T juga mengatakan telah memeriksakan kehamilannya sebanyak 5 kali sejak memasuki usia kehamilan 10 minggu. Berdasarkan pengkajian klien melakukan pemeriksaan ANC selama kehamilan sebanyak 5 kali, yaitu pada

trimester I sebanyak 1 kali, trimester II sebanyak 4 kali. Menurut Romauli (2010) ibu hamil minimal melakukan pemeriksaan kehamilan sebanyak 4 kali, yaitu satu kali pada trimester I (usia kehamilan 0-13 minggu), satu kali pada trimester II (usia kehamilan 14-27 minggu), dua kali pada trimester III (usia kehamilan 28-40 minggu), diperkuat oleh Saifuddin (2010) sebelum minggu ke 14 pada Trimester I, 1 kali kunjungan pada trimester kedua antara 14 sampai 28 minggu, 4 kali kunjungan pada trimester III antara minggu ke 28 sampai 36 ibu melakukan kunjungan 6 kali. Hal ini berarti ibu melakukan kunjungan sesuai dengan standar minimal pemeriksaan kehamilan. Ny. J. T merasakan gerakan janin pada usia kehamilan 5 bulan atau 20 minggu. Hal ini sesuai dengan teori yang menyatakan gerakan fetus dapat dirasakan pada usia kehamilan 16 minggu dan tidak ada kesenjangan (Walyani, 2014).

Ny. J. T. juga mengatakan sudah mendapat imunisasi TT3 pada tanggal 11 Februari 2019 diberikan pada umur kehamilan 7 bulan. Dalam teori Marmi (2011) imunisasi TT harus diberikan pada wanita hamil untuk mencegah kemungkinan *tetanus neonatorum*. Selama kehamilan ini ibu mengalami kenaikan berat badan sebanyak 8 kg, yaitu berat badan sebelum hamil 34 kg, dan berat badan pada usia kehamilan 38 minggu 1 hari menjadi 42 kg. Hal ini sesuai dengan teori yang menyebutkan bahwa berat badan wanita hamil naik 6,5- 16,5 kg dan tidak ada kesenjangan (Nugroho, 2014). Pelayanan antenatal yang dapat diberikan pada ibu hamil saat melakukan kunjungan antenatal minimal 14 T (timbang berat badan, mengukur tekanan darah, mengukur TFU, pemberian imunisasi TT, tablet besi minimal 90 tablet, pemeriksaan HB, protein urin, temu wicara, perawatan payudara, senam hamil, terapi kapsul Iodium, dan anti malaria pada daerah endemis). Ny.J. T pelayanan antenatal yang diberikan hanya 9 T seperti dilakukan mengukur tinggi dan berat badan, ukur tekanan darah, ukur TFU, pemberian tablet Fe, imunisasi TT satu kali selama kehamilan (TT3), temu wicara atau konseling, tes laboratorium HB, perawatan payudara selama kehamilan, tetapi ibu tidak melakukan senam hamil, serta tidak diberikan tablet kapsul Iodium dan anti malaria. Menurut Prawirohardjo (2011) yaitu apabila suatu daerah tidak dapat melaksanakan 14

T sesuai kebijakan dapat dilakukan standar minimal pelayanan ANC 7 T. Ny. J. T sudah memperoleh pelayanan ANC yang sesuai standar.

Pengkajian data Tekanan darah ibu hamil harus dalam batas normal (antara 110/80 mmHg sampai 140/90 mmHg) apabila terjadi kenaikan tekanan darah (hipertensi) atau penurunan tekanan darah (hipotensi), hal tersebut perlu diwaspadai karena dapat berdampak buruk bagi ibu dan janin apabila tidak ditangani secara dini menurut teori (Walyani, 2014). Setiap kali periksa kehamilan tekanan darah Ny. J. T adalah 100/70 mmHg-120/80 mmHg menyatakan bahwa tekanan darah dalam batas normal, tidak ada kesenjangan dengan teori. Ukuran LILA normal pada ibu hamil adalah $\geq 23,5$ apabila $\leq 23,5$ cm maka ibu hamil mengalami kekurangan gizi (Kemetrian RI, 2013). LILA Ny. J. T adalah 21 cm, angka tersebut menunjukkan ibu mengalami Kekurangan energi kronik (KEK) sesuai dengan teori, tanda dan gejala KEK menurut Sediaoetomo (2002), meliputi : Lingkaran lengan Atas (LILA) kurang dari 23,5. KEK pada ibu hamil dapat menyebabkan resiko dan komplikasi pada ibu antara lain : anemia, perdarahan, berat badan ibu tidak bertambah secara normal, dan terkena penyakit infeksi. Pengaruh KEK terhadap proses persalinan sebelum waktunya (prematuur), perdarahan setelah persalinan. KEK ibu hamil dapat mempengaruhi proses pertumbuhan janin dan dapat menimbulkan keguguran, abortus, bayi lahir mati, kematian neonatal, cacat bawaan, anemia pada bayi, asfiksia intra partum dan lahir dengan berat badan lahir rendah (BBLR).

Menurut Skor Poedjie Rochyati tahun 2015 Ny J. T termasuk dalam resiko tinggi yaitu anemia ringan dan KEK dengan jumlah skor 6 serta harus ditolong oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan.

Menurut teori (Nugroho, 2014) pada masa kehamilan terjadi perubahan deposit pigmen dan hiperpigmentasi karena pengaruh *melanophore stimulating hormone* (MSH) dari lobus hipofisis anterior dan pengaruh kelenjar suprarenalis. Hiperpigmentasi terjadi pada striae gravidarum livide atau alba, aerola mammae, papilla mammae, linea nigra, pipi (*chloasma gravidarum*) akan menghilang saat persalinan. Ditemukan garis hitam pada perut (linea

nigra) dan hyperpigmentasi pada areola mammae Ny. J.T. Hal ini sesuai dengan teori dan tidak ada kesenjangan.

Menurut Nugroho (2014), palpasi abdominal menurut Leopold I pada usia Kehamilan 40 minggu yakni 3 jari dibawah proc. Xiphoideus. Ny. J.T didapati palpasi Leopold I yakni 3 jari dibawah proc. Xiphoideus pada usia kehamilan 38-40 minggu. Hal ini sesuai dengan teori dan tidak ada kesenjangan. Normal DJJ pada teori berkisar antara 120 – 160 x/menit (Kementrian RI, 2013). Ny. J. T didapati DJJ setiap diperiksa berkisar antara 140-146 x/menit. Hal ini sesuai dengan teori dan tidak ada kesenjangan dengan teori. Menegakkan diagnosis anemia kehamilan dapat dilakukan dengan pemeriksaan dan pengawasan Hb dapat dilakukan dengan menggunakan Hb sahli. Hasil pemeriksaan Hb dengan sahli dapat digolongkan sebagai berikut : Hb 11g% (tidak anemia), Hb 9-10 g% (anemia ringan), Hb 7-8 g% (anemia sedang), Hb < 7g% (anemia berat). (Proverawaty, 2011). Ny. J. T dilakukan tes Hb hasilnya 11,5 gr%.

Langkah kedua yaitu diagnosa dan masalah. Langkah ini dilakukan identifikasi masalah yang benar terhadap diagnosa dan masalah serta kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data dari hasil anamnesa yang dikumpulkan. Data yang sudah dikumpulkan diidentifikasi sehingga di temukan masalah atau diagnosa yang spesifik.

Berdasarkan pengkajian data subjektif dan data objektif, maka penulis menegakkan diagnosa Ny. J. T G₂P₁A₀ Usia Kehamilan 30 minggu, Hidup, Janin Tunggal, Letak Kepala, Intra Uterin, Keadaan jalan lahir baik dengan kekurangan energi kronik (KEK). Langkah ini penulis menemukan masalah yang didapat dari keluhan ibu yakni nyeri perut bagian bawah menjalar ke pinggang dan hal ini merupakan hal fisiologis yang biasa dialami oleh ibu hamil trimester III.

Langkah ketiga yaitu identifikasi diagnosa potensial dan masalah potensial. Bidan mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosa yang sudah 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 dan pada kasus ini terdapat antisipasi masalah potensial yakni resiko anemia sedang dan resiko perdarahan pada persalinan. Hal ini sesuai dengan teori yang menyatakan kehamilan normal ataupun patologis dapat berkembang menjadi masalah atau komplikasi setiap saat. (Walyani, 2015).

Langkah yang keempat yaitu tindakan segera, bidan menetapkan kebutuhan terhadap tindakan segera maka penulis melakukan konsultasi dan kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain berdasarkan kondisi klien.

Langkah lima yaitu perencanaan tindakan, asuhan ditentukan berdasarkan langkah-langkah sebelumnya dan merupakan kelanjutan terhadap masalah atau diagnosa yang telah diidentifikasi. Penulis membuat perencanaan yang dibuat berdasarkan diagnosa dan kebutuhan terhadap tindakan segera atau kalaborasi dengan tenaga kesehatan lain karena tidak terdapat adanya masalah yang membutuhkan tindakan segera.

Jelaskan kepada ibu mengenai hasil pemeriksaan, pemberian suplemen zat besi dan jelaskan bagaimana mengkonsumsinya serta kemungkinan efek samping. Selanjutnya berikan nasihat kepada ibu mengenai nutrisi, istirahat, kebersihan diri, tanda-tanda bahaya, aktifitas seksual, kegiatan sehari-hari, pekerjaan, obat-obatan, merokok, persiapan kelahiran, Jadwalkan kunjungan berikutnya (kunjungan ulang), dan sebagainya (Walyani, 2015).

Langkah keenam yaitu pelaksanaan langsung asuhan secara efisien dan aman. Pelaksanaan ini dapat dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian oleh klien atau tim kesehatan lainnya. Pelaksanaan yang dilakukan berdasarkan perencanaan yang telah dibuat dan semua dilakukan dan dilaksanakan secara efisien dan aman sesuai dengan langkah ke lima.

Penatalaksanaannya yakni mengajarkan ibu cara mengatasi ketidaknyamanan, perilaku yang sehat, cara hidup sehat bagi wanita hamil, nutrisi, mengenali tanda-tanda bahaya kehamilan, memberikan tablet besi, mulai mendiskusikan mengenai persiapan kelahiran bayi dan kesiapan untuk menghadapi kegawatdaruratan, menjadwalkan kunjungan berikutnya, mendokumentasikan pemeriksaan dan asuhan. Hal ini sesuai dengan teori

(Romauli, 2011) yaitu membina hubungan saling percaya antara bidan dan ibu hamil, beritahukan hasil pemeriksaan, ajarkan ibu cara mengatasi ketidaknyamanan, ajarkan dan mendorong perilaku yang sehat, cara hidup sehat bagi wanita hamil, nutrisi, mengenali tanda-tanda bahaya kehamilan, berikan immunisasi Tetanus Toxoid, tablet besi, mulai mendiskusikan mengenai persiapan kelahiran bayi dan kesiapan untuk menghadapi kegawatdaruratan, menjadwalkan kunjungan berikutnya, mendokumentasikan pemeriksaan dan asuhan.

Penatalaksanaan pada Ny J. T dengan Kekurangan Energi Kronik (KEK) yaitu pemberian nutrisi berupa susu , bubur kacang hijau, anjuran istirahat yang cukup, dan memenuhi makanan setiap hari dengan makanan yang bervariasi, menambah porsi lebih dari sebelum hamil dan makan sedikit tapi sering, Hal ini sesuai dengan teori dan tidak ada kesenjangan.

Langkah ketujuh yaitu evaluasi dilakukan keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan. Hal ini dievaluasi meliputi apakah kebutuhan telah terpenuhi dan mengatasi diagnosa dan masalah yang diidentifikasi. Mengetahui keefektifan asuhan yang telah diberikan pasien dapat di tes dengan meminta untuk mengulang penjelasan yang telah diberikan, dalam kasus ini pasien sudah mengerti dan dapat melaksanakan apa yang dianjurkan.

Sebelum memberikan asuhan kepada ibu terlebih dahulu dilakukan *inform consent* pada ibu dalam bentuk komunikasi sehingga pada saat pengumpulan data ibu bersedia memberikan informasi tentang kondisi kesehatannya. Pengkajian data subyektif pada Ny. J. T dimulai dengan melakukan pengkajian identitas pasien, keluhan yang dirasakan, riwayat menstruasi, riwayat kehamilan persalinan BBL dan nifas yang lalu, riwayat kehamilan sekarang, pemberian imunisasi TT, riwayat KB, pola kebiasaan sehari-hari, riwayat penyakit, riwayat psikososial, serta riwayat perkawinan. Berdasarkan pengkajian data subyektif, diketahui bahwa Ny. J. T umur 30 tahun, agama Kristen Protestan, pendidikan SMU, pekerjaan ibu rumah tangga, dan suami Tn. P. H umur 31 tahun agama Kristen Protestan, pendidikan SMU, pekerjaan Swasta. Ibu tidak merasakan keluhan apapun.

Pemeriksaan tanda-tanda vital ibu dalam keadaan normal, belum ditemukan pengeluaran lendir darah, his ibu tidak adekuat, dilakukan pemeriksaan dalam dan sudah ada pembukaan serviks 4 cm, sehingga bidan melakukan kolaborasi dengan dokter untuk menindaklanjuti penatalaksanaan ibu hamil dengan Kekurangan Energi Kronik. Langkah ini penulis menemukan tidak adanya masalah.

Langkah ini dilakukan identifikasi masalah yang benar terhadap diagnosa dan masalah serta kebutuhan klien berdasarkan interpretasi data. Data yang dikumpulkan diidentifikasi sehingga ditemukan masalah atau diagnosa yang spesifik. Berdasarkan data subyektif dan obyektif penulis mendiagnosa G₂P₁A₀ UK 30 minggu tunggal, hidup, intra uterin, letak kepala dengan kekurangan energi kronik.

Langkah ini bidan melakukan tindakan 60 langkah asuhan persalinan normal. Langkah ini tidak ditemukan masalah.

Kasus bayi Ny. J. T bayi lahir spontan jam 01.53 WITA, menangis kuat, warna kulit kemerahan, gerakan aktif, jenis kelamin perempuan. Penulis melakukan pemeriksaan pada bayi Ny. J. T keadaan umum baik dan didapatkan hasil berat badan bayi 3.100 gram, kondisi berat badan bayi termasuk normal karena berat badan bayi normal menurut teori yaitu 2500-4000 gram, panjang badan bayi 49 cm, keadaan ini juga normal karena panjang badan bayi normal menurut teori adalah 45-53 cm, suhu badan bayi 36,9 °C, bayi juga tidak mengalami hipotermi karena suhu tubuh bayi yang normal yaitu 36,5-37,5 °C, pernafasan bayi 48 kali/menit, kondisi bayi tersebut juga disebut normal, karena pernafasan normal bayi sesuai dengan teori yaitu 40-60 kali/menit, bunyi jantung 130 kali/menit, bunyi jantung normal yaitu 120-140 kali/menit, lingkar kepala 30 cm, kondisi tersebut normal karena sesuai dengan teori yaitu 33-35 cm, 32 cm lingkar dada yang normal yaitu 30-38 cm, warna kulit kemerahan, refleks hisap kuat, bayi telah diberikan ASI, tidak ada tanda-tanda infeksi atau perdarahan disekitar tali pusat, bayi sudah BAB atau BAK, keadaan bayi baru lahir normal, tidak ada kelainan dan tindakan yang dilakukan sudah sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh

Saifuddin (2009) mengenai ciri-ciri bayi baru lahir normal. Asuhan yang diberikan pada bayi yang diberikan pada bayi baru lahir hingga 2 jam pertama kelahiran bayi Ny. J. T adalah membersihkan jalan nafas, menjaga agar bayi tetap hangat, inisiasi menyusui dini, pemberian suntikan Vitamin K, pemberian salep mata dan pemberian imunisasi hepatitis HB0.

Tanggal 13 Mei 2019 pukul 08.00 WITA penulis memberikan asuhan pada bayi Ny. J. T dimana bayi Ny. J. T saat itu berumur 6 jam. Penulis memperoleh data subyektif dimana ibu mengatakan bayi sudah menyusui dan isapannya kuat dan sudah buang air besar dan buang air kecil. Saifuddin (2010) menyatakan bahwa bayi sudah buang air besar dan buang air kecil pada 24 jam setelah bayi baru lahir. Hal ini berarti saluran pencernaan bayi sudah dapat berfungsi dengan baik.

Data obyektif hasil pemeriksaan didapatkan keadaan umum baik, kesadaran composmentis, tonus otot baik, warna kulit kemerahan, pernapasan 49 kali/menit, suhu 36,8 °C, bayi sudah buang air besar 1 x dan buang air kecil 2 x.

Berdasarkan data subyektif dan data obyektif penulis menegakkan diagnosa yaitu bayi By.Ny. J. T Neonatus cukup bulan sesuai masa kehamilan usia 6 jam. Asuhan yang diberikan berupa menganjurkan ibu untuk selalu menjaga kehangatan bayi, menganjurkan ibu untuk memberi ASI pada bayinya sesering mungkin, setiap kali bayi ingin menyusui, paling sedikit 8 kali sehari, menganjurkan ibu untuk menjaga kebersihan bayi untuk mencegah bayi terkena infeksi seperti mencuci tangan dengan sabun saat akan memegang bayi, sesudah buang air besar, dan setelah menceboki bayi, mengajarkan ibu cara merawat tali pusat pada bayi, menganjurkan ibu untuk merawat payudaranya sehingga tetap bersih dan kering dengan cara menjaga payudara tetap bersih dan kering sebelum dan sesudah mandi, mengoleskan kolostrum pada bagian puting susu yang kasar atau ASI yang keluar pada sekitar puting susu setiap kali selesai menyusui dan tetap susui bayi setiap 2 jam atau pada saat bayi menangis menginformasikan kepada ibu tentang tanda bahaya infeksi pada tali pusat bayi yaitu keluar darah, tubuh bayi panas, terdapat nanah,

bengkak dan apabila terdapat tanda-tanda tersebut segera periksakan bayi ke puskesmas dan menganjurkan ibu untuk segera ke Puskesmas atau saya apabila mengalami tanda-tanda tersebut.

Menurut Marmi (2012) asuhan yang diberikan dalam waktu 24 jam adalah pertahankan suhu tubuh bayi, pemeriksaan fisik bayi, perawatan tali pusat, ajarkan tanda-tanda bahaya bayi pada orang tua, beri ASI sesuai kebutuhan setiap 2-3 jam, jaga bayi dalam keadaan bersih, hangat dan kering.

Penulis melakukan kunjungan satu minggu setelah persalinan di Rumah pasien pada tanggal 20 Mei pukul 17.00 WITA dimana pada saat itu Ny. J. T melakukan kontrol ke Rumah Sakit saat bayi berumur 6 hari. Kunjungan bayi baru lahir Ny. J. T ini, ibu mengatakan bayi menyusui kuat dan sering, BAB dan BAK lancar. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa keadaan bayi Ny. J. T dalam keadaan sehat. Pemeriksaan bayi baru lahir 6 hari tidak ditemukan adanya kelainan, tidak ditemukan adanya tanda-tanda bahaya pada bayi baru lahir 6 hari post natal, keadaan bayi sehat, pernapasan 52 kali/menit, bunyi jantung 140 kali/menit, suhu : 36,5 °C, warna kulit kemerahan, tali pusat sudah puput dan tidak ada tanda-tanda infeksi.

Berdasarkan data subyektif dan obyektif penulis menegakkan diagnosan yaitu bayi Ny. J. T neonatus cukup bulan sesuai masa kehamilan usia 6 hari. Asuhan yang diberikan adalah menganjurkan ibu untuk tetap menjaga kehangatan bayi, menganjurkan ibu untuk tetap memberi ASI sesering mungkin setiap bayi menginginkannya dan susui bayi sampai payudara terasa kosong lalu pindahkan ke payudara disisi yang lain, menganjurkan ibu hanya memberikan ASI saja tanpa memberikan makanan atau minuman tambahan seperti susu formula dan lain-lain eksklusif untuk memenuhi nutrisi bayi, kekebalan tubuh dan kecerdasannya, mengingatkan ibu untuk menjaga kebersihan sebelum kontak dengan bayi untuk mencegah bayi terkena infeksi seperti mencuci tangan dengan sabun saat akan memegang bayi, sesudah buang air besar, dan setelah menceboki bayi, mengajurkan ibu untuk tetap merawat tali pusat bayi agar tetap bersih, kering dan dibiarkan terbuka dan jangan dibungkus, dan tidak membubuhi tali pusat dengan bedak, ramuan atau

obat-obatan tradisional. Mengingatkan kembali ibu tentang tanda bahaya infeksi pada tali pusat bayi yaitu keluar darah, tubuh bayi panas, terdapat nanah, bengkak dan apabila terdapat tanda-tanda tersebut segera periksakan bayi ke puskesmas dan menganjurkan ibu untuk segera ke Puskesmas atau fasilitas kesehatan apa saja apabila mengalami tanda-tanda tersebut. Menurut Widyatun (2012) kunjungan neonatal dilakukan pada hari 3-7 hari setelah lahir dengan asuhan jaga kehangatan tubuh bayi, berikan Asi Eksklusif, cegah infeksi, perawatan tali pusat.

Penulis melakukan asuhan pada tanggal 13 Mei 2019 pukul 08.00 WITA yang merupakan masa 6 jam post partum. Berdasarkan Ambarwati (2010) yang diperkuat oleh Rukiyah,dkk (2010) perawatan lanjutan pada 6 jam post partum yaitu tentang pencegahan perdarahan masa nifas karena atonia uteri, pemberian ASI awal, melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir, menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi.

Penulis melakukan pengkajian data subyektif dimana ibu mengatkan perutnya masih terasa mules, namun kondisi tersebut merupakan kondisi yang normal karena mules tersebut timbul akibat dari kontraksi uterus. Pemeriksaan 6 jam post partum tidak ditemukan adanya kelainan, keadaan umum ibu baik, tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 72 kali/menit, suhu 37,3⁰ C, pernapasan 22 kali/menit, ASI sudah keluar, kontraksi baik, TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, konsistensi keras hingga tidak terjadi atonia uteri, darah yang keluar ± 50 cc dan tidak ada tanda-tanda infeksi, ASI sudah keluar banyak, ibu sudah mulai menekuk dan mengangkat kaki, sudah makan dan minum, dan belum buang air besar, hal tersebut merupakan salah satu bentuk mobilisasi ibu nifas untuk mempercepat involusi uterus.

Berdasarkan dari data subyektif dan obyektif yang diperoleh maka penulis menegakkan diagnosa Ny. J. T umur 30 tahun P₂A₀AH₂ Post partum normal 6 jam. Asuhan yang diberikan adalah menganjurkan ibu untuk melakukan mobilisasi, mengajarkan ibu cara menilai kontraksi uterus, personal hygiene, nutrisi masa nifas, istirahat yang cukup, menginformasikan kepada ibu tentang

tanda bahaya masa nifas. Menurut teori Ambarwati (2010) tentang perawatan lanjutan pada 6 jam postpartum.

Tanggal 20 Mei 2019 ibu sudah memasuki post partum hari ke 6. Data subyektif yang diperoleh dari ibu adalah ibu mengatakan sudah merasa baik dan ada pengeluaran cairan pervaginam yang berwarna merah kecoklatan serta sedikit berlendir. Pemeriksaan tidak ditemukan adanya kelainan, keadaan umum baik, tekanan darah 120/70 mmHg, nadi 80 kali/menit, suhu 37⁰ C, tinggi fundus uteri pertengahan pusat simfisis, lochea sanguilenta. Hal ini sesuai dengan teori Nugroho 2014 yang menyatakan bahwa lochea sanguinolenta berwarna merah kecoklatan dan berlendir, serta berlangsung dari hari ke-4 sampai hari ke-7 post partum.

Berdasarkan data subyektif dan obyektif yang diperoleh maka penulis menegakkan diagnosa Ny. J. T umur 30 tahun P₂A₀AH₂ Post partum normal 6 hari. Asuhan yang diberikan antara lain menganjurkan ibu untuk terus menyusui, mengajarkan ibu cara merawat payudara, menganjurkan ibu untuk tetap mengkonsumsi makanan bergizi, menganjurkan ibu untuk tetap menjaga kebersihan, mengajarkan untuk melakukan perawatan pada bayi sehari-sehari, menginformasikan kepada ibu tentang tanda bahaya masa nifas. Kemenkes (2014) menjelaskan asuhan yang diberikan pada ibu nifas 4-28 hari post partum yaitu memastikan involusi uteri berjalan normal kontraksi uterus baik, fundus uteri dibawah umbilikus, tidak ada perdarahan dan bau yang abnormal, menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi dan perdarahan abnormal, memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan dan istirahat, memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit, memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi perawatan tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan perawatan bayi sehari-hari.

Berdasarkan pengkajian tentang riwayat KB, Ny. J. T mengatakan pernah menggunakan alat kontrasepsi Suntik 3 bulan.

Menurut Buku Panduan praktis pelayanan kontrasepsi edisi 3 (2011), KB paskasalin terdiri dari AKDR, Implant, Suntik, Pil, MAL, Kondom dan steril

(MOP/MOW). Setelah dilakukan KIE tentang KB paska salin sebanyak 2 kali yaitu selama 1 kali pada kehamilan trimester III dan 1 kali pada masa nifas, ibu dan suami telah memilih dan menyetujui untuk ibu menggunakan kontrasepsi suntik 3 bulan.

BAB V

PENUTUP

A. Simpulan

Setelah penulis melakukan asuhan melakukan asuhan manajemen kebidanan dengan menggunakan pendekatan berkelanjutan dan pendokumentasian secara 7 langkah Varney dan SOAP pada Ny. J. T dari kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir dan keluarga berencana yang dimulai pada tanggal 18 Februari sampai 18 Mei 2019, maka dapat disimpulkan:

1. Mahasiswa mampu melakukan asuhan kehamilan kepada Ny. J. T dengan keadaan ibu dan janin baik. Hasil pemeriksaan ditemukan tanda-tanda vital dalam batas normal dan Hb 11,5 gr%, penulis melakukan 4 kali kunjungan dan pada setiap kunjungan penulis melakukan KIE tentang kebutuhan nutrisi, zat besi dan pemberian tablet tambah darah.
2. Mahasiswa mampu melakukan asuhan persalinan pada Ny. J. T dengan kehamilan 40 minggu 5 hari tanggal 13 Mei 2019 pada saat persalinan kala I, kala II, kala III dan kala IV dan pada saat persalinan tidak ada laserasi dan tidak ditemukan adanya penyulit lain, persalinan berjalan dengan normal tanpa disertai adanya komplikasi.
3. Mahasiswa mampu melakukan asuhan pada ibu nifas yang dilakukan pada 2 jam post partum hingga 24 hari post partum. Tidak ditemukan adanya penyulit pada Ny. J. T pada pada setiap kunjungan.
4. Mahasiswa mampu melakukan asuhan kepada bayi baru lahir Ny. J. T dengan jenis kelamin Perempuan, berat badan 3.100 gram, panjang badan 49 cm, bayi menetek kuat, bergerak aktif dan tidak ada kelainan pada bayi. Selain itu penulis juga melakukan pemantauan mulai dari 2 jam pertama, 6 jam pertama, hari pertama, hari keenam. Setiap kunjungan tidak ditemukan adanya kelainan pada bayi baik tanda-tanda vital, maupun fisik bayi, asuhan yang diberikan sesuai dengan asuhan yang harus diberikan pada setiap kunjungan.

5. Mahasiswa mampu melakukan asuhan keluarga berencana dengan Ny J.T memilih menggunakan kontrasepsi 3 bulan.

B. Saran

1. Tenaga kesehatan di Puskesmas Penfui

Meningkatkan pelayanan yang berkelanjutan dan menyeluruh pada setiap pasien atau klien agar dapat meningkatkan kesehatan ibu dan anak.

2. Responden (klien)

Ibu yang mengalami masa kehamilan, persalinan, nifas dan bayi baru lahir harus rutin untuk melakukan kontrol di fasilitas kesehatan agar mencegah secara dini akan adanya komplikasi yang terjadi serta dapat mengatasi masalah yang ada.

3. Penulis Selanjutnya

Perlu diadakan penulisan lanjutan dan dikembangkan seiring berkembangnya zaman dan ilmu pengetahuan tentang asuhan berkelanjutan.

4. Jurusan Diploma III Kebidanan Poltekkes Kemenkes Kupang

Meningkatkan kualitas pendidikan bagi mahasiswa dengan penyediaan sarana dan prasarana yang mendukung peningkatan kompetensi mahasiswa sehingga dapat menghasilkan bidan yang mampu mengetahui permasalahan yang timbul pada ibu hamil.

DAFTAR PUSTAKA

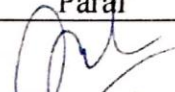

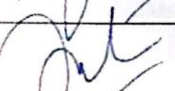
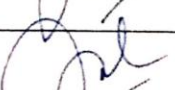

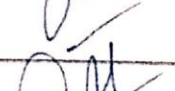
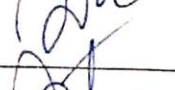
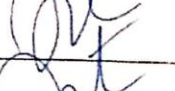
- Ambarwati dan Wulandari. 2010. *Asuhan Kebidanan Nifas*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Asrinah, dkk. 2010. *Asuhan Kebidanan Masa Kehamilan*. Yogyakarta: Graha Ilmu
- Depkes RI, 2009. *Pedoman Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi Dengan Stiker*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI
- Dewi, Vivian. 2010. *Asuhan Kebidanan Neonatus, Bayi, Dan Anak Balita*. Yogyakarta: Salemba Medika
- Dinas Kesehatan Kota Kupang. 2015. *Profil Kesehatan Kota Kupang Tahun 2015*. Kupang: Dinas Kesehatan Kota Kupang
- Dinas Kesehatan Provinsi NTT. 2015. *Profil Kesehatan Provinsi Nusa Tenggara Timur Tahun 2015*. Kupang: Dinas Kesehatan Provinsi NTT
- Erawati, Ambar Dewi. 2011. *Asuhan Kebidanan Persalinan Normal*. Jakarta: EGC
- Handayani, Sri. 2011. *Buku Ajar Pelayanan Keluarga Berencana*. Yogyakarta: Pustaka Rihama
- Hidayat, Asri & Sujiyatini. 2010. *Asuhan Kebidanan Persalinan*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Ilmiah, Widia Shofa. 2015. *Buku Ajar Asuhan Persalinan Normal*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Kemenkes RI. 2015. *Buku Kesehatan Ibu dan Anak*. Jakarta: Kementerian kesehatan dan JICA
- Kristiyanasari. 2011. *Asuhan Keperawatan Neonatus dan Anak*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Lailiyana. 2011. *Asuhan Kebidanan Persalinan*. Jakarta: EGC
- Mandriwati, G. A. (2016). *Asuhan Kebidanan Kehamilan Berbasis Kompetensi*. Jakarta: EGC.
- Manuaba. 2009. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan KB*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC

- Menteri Kesehatan Republik Indonesia. 2010. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1464/Menkes/Per/X/2010*. Jakarta: Menteri Kesehatan Indonesia
- Mulyani dan Rinawati. 2013. *Keluarga Berencana Dan Alat Kontrasepsi*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Notoamodjo, S. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Pantikawati, Ika & Saryono. 2010. *Asuhan kebidanan (Kehamilan)*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Prawirohardjo, S. 2009. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: P.T. Bina Pustaka
- Purwanti, E. 2012. *Asuhan Kebidanan Untuk Ibu Nifas*. Yogyakarta: Cakrawala Ilmu
- Risneni, Y. A. (2016). *Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui*. Jakarta: Trans Info Media.
- Rochjati, P. 2003. *Skrining Ante Natal pada Ibu Hamil*. Surabaya: Pusat safe Mother Hood-Lab/SMF Obygn RSUD Sutomo/Fakultas Kedokteran UNAIR
- Rohani, dkk. 2011. *Asuhan kebidanan Pada Masa Persalinan*. Yogyakarta: Salemba Medika
- Romauli, Suryati. 2011. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan I*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Rukiah, Ai Yeyeh. 2010. *Asuhan Neonatus Bayi Dan Anak Balita Edisi Revisi*. Jakarta: Info Medika
- Rukiah, dkk. 2012. *Asuhan Kebidanan II Persalinan Edisi Revisi*. Jakarta: Trans Info Media
- Saifuddin. 2014. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: P.T. Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- Sudarti dan Endang Khoirunisa. 2010. *Asuhan Kebidanan Neonatus, Bayi Dan Anak Balita*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Sugiyono. 2010. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif Dan R&D*. Bandung: Alfabeta
- Sukarni. 2013. *Kehamilan Persalinan Dan Nifas*. Yogyakarta: Nuha Medika

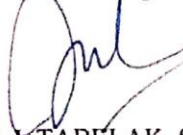
- Sulistiyawati, Ari. 2009. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas*. Yogyakarta: CV. Andi Offset
- Sunarsih, V. N. (2014). *Asuhan Kehamilan untuk Kebidanan* . Jakarta: Salemba Medika
- Varney, H. 2004. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC
- _____2007. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Edisi 4*. Jakarta: EGC
- Wahyuni, Sari. 2011. *Asuhan Neonatus Bayi Dan Balita*. Jakarta : EGC
- Walyani, Elisabeth Siwi. 2015. *Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press
- Walyani, E. S. (2016). *Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press
- _____. 2015. *Asuhan Kebidanan Masa Nifas Dan Menyusui*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press
- WHO.2014.*Panduan Pengajaran Asuhan Kebidanan*.Jakarta: Pusdiknakes

KARTU KONSULTASI LAPORAN TUGAS AKHIR

Nama Mahasiswa : Katarina Leu Tikneon
 Nim : PO 530324016855
 Pembimbing : Tirza V. I. Tabelak SST, M. Kes
 Judul : Asuhan Kebidanan Berkelanjutan Pada Ny. J. T Di Puskesmas Penfui Kecamatan Maulafa Periode 18 Februari s/d 18 Mei 2019

| No | Hari/Tanggal | Materi Bimbingan | Paraf |
|----|---------------|---------------------------|---|
| 1 | 5 Maret 2019 | Konsultasi Latar Belakang |  |
| 2 | 16 April 2019 | konsultasi Bab I |  |
| 3 | 29 April 2019 | konsultasi Bab II |  |
| 4 | 1 Mei 2019 | Konsultasi Bab III |  |
| 5 | 16 Mei 2019 | Konsultasi Bab IV dan V |  |
| 6 | 27 Mei 2019 | Konsultasi Maju ujian |  |
| 7 | 4 Juni 2019 | Perbaikan Bab I - V |  |
| 8 | 25 Juni 2019 | ACC |  |

Pembimbing



TIRZA V. I. TABELAK, SST, M. Kes
 Nip : 19781227200501 2 003

LEMBAR PERSETUJUAN RESPONDEN

Saya yang bertandatangan dibawah ini:

Nama : JENI TAMPANI

Umur : 30 tahun

Alamat : Penfui

Dengan ini menyatakan bahwa saya dengan penuh kesadaran dan keikhlasan hati bersedia menjadi responden dari penulis atas nama: Katarina Leu Tikneon, mahasiswi dari Poltekkes Kemenkes Kupang Jurusan Kebidanan yang melakukan studi kasus dengan judul **“ASUHAN KEBIDANAN BERKELANJUTAN PADA NY. J. T. DI PUSKESMAS PENFUI PERIODE 18 FEBRUARI – 18 MEI 2019”**

Demikian surat persetujuan ini saya buat sesuai dengan apa yang saya ketahui dan merupakan data yang benar dan saya berikan tanpa adanya paksaan dari pihak manapun.

Kupang, Mei 2018

Penulis

Responden



KATARINA LEU TIKNEON

JENI TAMPANI

No. Tumor Penyakit (TP) : 1-8-2018
 Jumlah Lembar : 55-101-101
 Geometri : 0
 Berat badan : 55 kg
 Tanggal : 10/10/18
 Nama : ...
 Alamat : ...
 Pekerjaan : ...

| No | Nama Penyakit | Tumor | Asam | Asam | Asam | Asam | Asam | Asam | Asam |
|----|---------------|-------|--------|-------|-------|------|------|------|------|
| 1 | Mieloid | 60 | 44 | 10mg | plate | ruar | 0 | 0 | 0 |
| 2 | ... | 100 | 47 | 14-15 | ... | ... | ... | ... | ... |
| 3 | ... | 50 | 4 | 10-17 | ... | ... | ... | ... | ... |
| 4 | ... | 10 | 49 | 21-23 | ... | ... | ... | ... | ... |
| 5 | ... | 100 | 50 | 21-23 | ... | ... | ... | ... | ... |
| 6 | ... | 100 | 52 | 21-22 | ... | ... | ... | ... | ... |
| 7 | ... | 60 | 51 | 20-24 | ... | ... | ... | ... | ... |
| 8 | ... | 10 | 51 | 21-22 | ... | ... | ... | ... | ... |
| 9 | ... | 100 | 53 | 20-24 | ... | ... | ... | ... | ... |
| 10 | ... | 50 | 100/60 | ... | ... | ... | ... | ... | ... |

Diisi oleh petugas kesehatan

No. ...
 Jumlah ...
 Jumlah ...
 Jumlah ...
 Jumlah ...
 Jumlah ...

| No | ... | ... | ... | ... | ... |
|----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 1 | + | ... | ... | ... | ... |
| 2 | - | ... | ... | ... | ... |
| 3 | - | ... | ... | ... | ... |
| 4 | - | ... | ... | ... | ... |
| 5 | - | ... | ... | ... | ... |
| 6 | - | ... | ... | ... | ... |
| 7 | - | ... | ... | ... | ... |
| 8 | - | ... | ... | ... | ... |
| 9 | - | ... | ... | ... | ... |
| 10 | - | ... | ... | ... | ... |
| 11 | - | ... | ... | ... | ... |
| 12 | - | ... | ... | ... | ... |
| 13 | - | ... | ... | ... | ... |
| 14 | - | ... | ... | ... | ... |
| 15 | - | ... | ... | ... | ... |
| 16 | - | ... | ... | ... | ... |
| 17 | - | ... | ... | ... | ... |
| 18 | - | ... | ... | ... | ... |
| 19 | - | ... | ... | ... | ... |
| 20 | - | ... | ... | ... | ... |

SKOR POEDJI ROCHJATI

| | II | III | IV | | | | |
|------|-----|--|------|---------------------|----|-------|-------|
| KEL | NO. | Masalah / Faktor Resiko | SKOR | Tribulan | | | |
| F.R. | | | | I | II | III.1 | III.2 |
| | | | | Skor Awal Ibu Hamil | | | |
| | | | 2 | | | | |
| I | 1 | Terlalu muda, hamil \leq 16 tahun | 4 | | | | |
| | 2 | Terlalu tua, hamil \geq 35 tahun | 4 | | | | |
| | 3 | Terlalu lambat hamil I, kawin \geq 4 tahun | 4 | | | | |
| | | Terlalu lama hamil lagi (\geq 10 tahun) | 4 | | | | |
| | 4 | Terlalu cepat hamil lagi ($<$ 2 tahun) | 4 | | | | |
| | 5 | Terlalu banyak anak, 4 / lebih | 4 | | | | |
| | 6 | Terlalu tua, umur \geq 35 tahun | 4 | | | | |
| | 7 | Terlalu pendek \leq 145 cm | 4 | | | | |
| | 8 | Pernah gagal kehamilan | 4 | | | | |
| | 9 | Pernah melahirkan dengan : Tarikan tang / vakum | 4 | | | | |
| | | Uri dirogoh | 4 | | | | |
| | | Diberi infuse / transfuse | 4 | | | | |
| | 10 | Pernah Operasi Sesar | 8 | | | | |
| II | 11 | Penyakit pada Ibu Hamil : | 4 | | | | |
| | | a. Kurang darah | | | | | |
| | | b. Malaria | | | | | |
| | | c. TBC paru | 4 | | | | |
| | | d. Payah jantung | 4 | | | | |
| | | e. Kencing manis (Diabetes) | 4 | | | | |
| | | f. Penyakit menular seksual | 4 | | | | |
| | 12 | Bengkak pada muka / tungkai dan Tekanan darah tinggi | 4 | | | | |
| | 13 | Hamil kembar 2 atau lebih | 4 | | | | |
| | 14 | Hamil kembar air (Hydramnion) | 4 | | | | |
| | 15 | Bayi mati dalam kandungan | 4 | | | | |
| | 16 | Kehamilan lebih bulan | 4 | | | | |
| | 17 | Letak sungsang | 8 | | | | |

PARTOGRAF

No. Register:

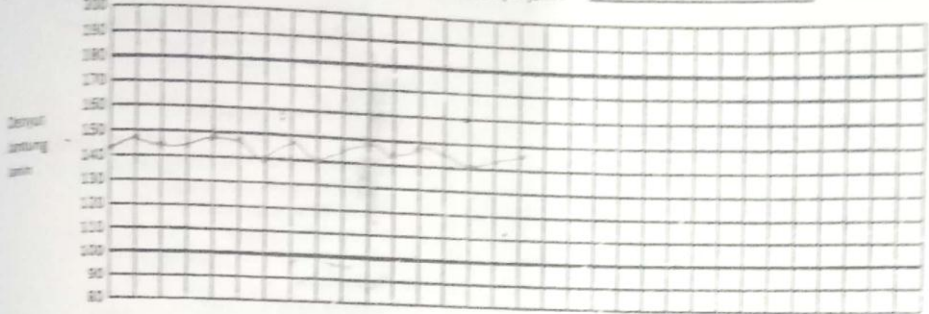
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

 Nama Ibu: T. T. Umur: 30 tahun G.P.A.B.
 No. Puskesmas:

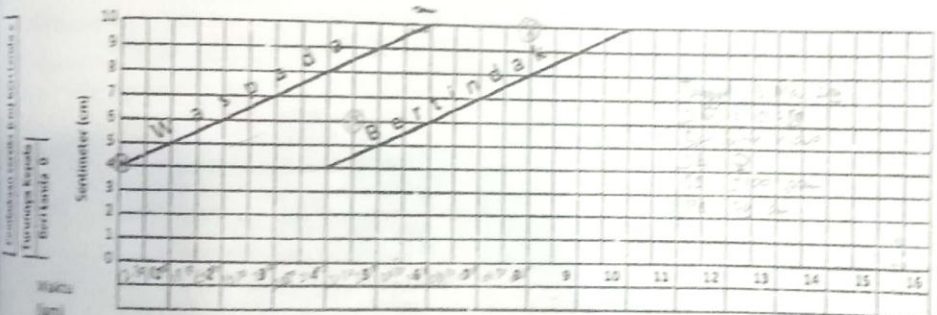
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

 Tanggal: 12 Mei 2009 Jam: 10.00

Ketuban Pecah sejak jam: 01.30 WIB Mules Sejak jam: 08.00 WIB

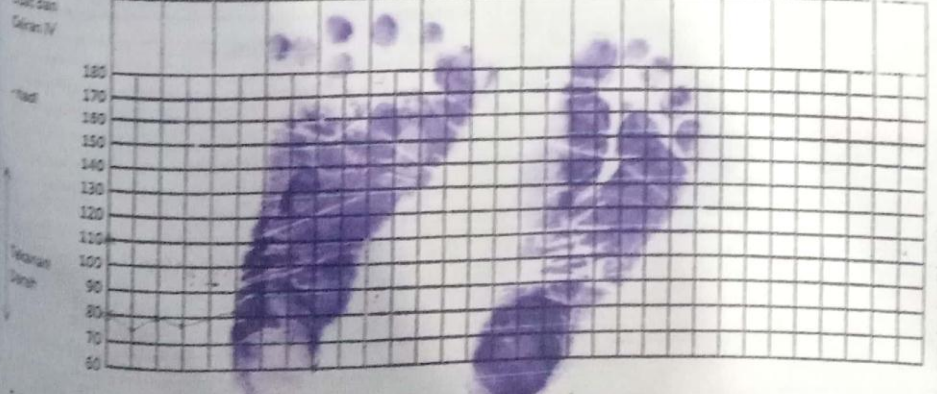


| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|



| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|



| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| CATATAN PERSALINAN | | CATATAN KELAHIRAN BAYI : | | | | | | |
|---|---|---|---|-------------|------------|----------|-----------|------|
| TANGGAL : 12 Mei 2016 | Usia Kehamilan : 40 Minggu | 1 Jenis kelamin : LK | (PR) | | | | | |
| Letak : Premature (Aterm) Posmatur | Persalinan : Normal Tindakan Seksio | 2 Saat lahir : Jam 01.55 Hari 01.00 Tgl 12 | 3 Bayi lahir hidup : Ya Lahir Mati X : Tidak | | | | | |
| Nama Bidan : | Tempat Persalinan : | 4 Penilaian : (Tanda V : ya) | Bayi napas spontan teratur ✓ Gerakan aktif / tonus kuat ✓ Air ketuban jernih ✓ | | | | | |
| Tempat Persalinan : - Rumah Ibu - Puskesmas ✓ - Polindes - Rumah sakit - Klinik swasta - Lainnya : | Alamat persalinan : R. 1000 Jl. Lengk. Kuning | 5 Asuhan bayi | Keringkan dan hangatkan ✓ Tali pusat bersih, tidak diberi apa-apa, terbuka ✓ Inisiasi menyusui dini kurang dari satu jam ✓ Vit K 1 mg dip aha kiri atas ✓ Salap mata / tetes mata ✓ | | | | | |
| Catatan : rujuk, kala : I / II / III / IV | Alasan merujuk : IBU/BAYI | 6. Apakah bayi di Resusitasi? | YA TIDAK ✓ Jika YA, Tindakan : Langkah awal : | | | | | |
| Tempat rujukan : | Pendamping pada saat merujuk : - Bidan - Teman - Suami - Dukun - Keluarga - Lain-lain | 7. Suntikan Vaksin Hepatitis B di Paha Kanan. | YA ✓ TIDAK | | | | | |
| ALA I | Partograf melewati garis waspada : Y(T) | 8. Kapan bayi mandi : | Jam setelah lahir | | | | | |
| Masalah lain, sebutkan : | Penatalaksanaan masalah tsb : | 9. Berat Badan Bayi : 3.100 | gram | | | | | |
| Hasilnya : | ALA II | KALA III | | | | | | |
| Episiotomi | Ya, indikasi : | 1. Lama Kala III : | Menit | | | | | |
| Tidak ✓ | Pendamping pada saat persalinan | 2. Manajemen Aktif Kala III | <input type="checkbox"/> Oksitosin 10 IU IM dalam Menit <input type="checkbox"/> Peregang tali pusat terkendali <input type="checkbox"/> Masase fundus uteri | | | | | |
| Bidan : Teman Suami | Dukun : Keluarga Lain - lain | 3. Pemberian ulang Oksitosin (2x) ? | <input type="checkbox"/> Ya, Alasan : | | | | | |
| Gawat janin : | Ya, tindakan yang dilakukan : | <input type="checkbox"/> Tidak | | | | | | |
| Tidak ✓ | Diosstosia bahu | 4. Plasenta lahir lengkap (intact) | Ya ✓ Tidak | | | | | |
| Ya, tindakan yang dilakukan : | Tidak ✓ | Jika YA, Tindakan : | | | | | | |
| Tidak ✓ | Masalah lain, sebutkan : | 5. Plasenta tidak lahir > 30 menit : | Ya Tidak ✓ Jika YA, Tindakan : | | | | | |
| Penatalaksanaan masalah tersebut : | Hasilnya : | 6. Lakserasi : | Ya Tidak ✓ Jika YA, dimana : derajat Tindakan : | | | | | |
| | | 7. Antoni uteri | Ya Tidak ✓ | | | | | |
| | | Ya, Tindakan : | | | | | | |
| | | 8. Jumlah perdarahan : 200 cc | | | | | | |
| EMANTAUAN IBU : Tiap 15" pada jam pertama, tiap 30" pada jam kedua | | | | | | | | |
| WAKTU | TENSI | NADI | SUHU | FUNDUS | KONTRAKSI | DARAH | K. Kermih | |
| 02.30 | 90/70 mmHg | 78 /m | 36.5 °C | 2 Jan 1 2/1 | Berk | 100 cc | bersih | |
| 03.00 | 90/70 mmHg | 78 /m | | 2 Jan 1 2/1 | Berk | 100 cc | bersih | |
| 03.30 | 90/70 mmHg | 78 /m | | 2 Jan 1 2/1 | Berk | 100 cc | bersih | |
| 04.00 | 90/70 mmHg | 78 /m | | 2 Jan 1 2/1 | Berk | 100 cc | bersih | |
| 04.30 | 90/70 mmHg | 78 /m | | 2 Jan 1 2/1 | Berk | 100 cc | bersih | |
| 05.00 | 90/70 mmHg | 78 /m | | 2 Jan 1 2/1 | Berk | 100 cc | bersih | |
| EMANTAUAN BAYI : Tiap 15" pada jam pertama, tiap 30" pada jam kedua | | | | | | | | |
| WAKTU | NAPAS | SUHU | WARNA | GERAKAN | ISAPAN ASI | T. PUSAT | KEJANG | BA |
| 02.30 | 30 /m | 36.5 °C | Normal | aktif | baik | baik | tidak | baik |
| 03.00 | 30 /m | 36.5 °C | Normal | aktif | baik | baik | tidak | baik |
| 03.30 | 30 /m | 36.5 °C | Normal | aktif | baik | baik | tidak | baik |
| 04.00 | 30 /m | 36.5 °C | Normal | aktif | baik | baik | tidak | baik |
| 04.30 | 30 /m | 36.5 °C | Normal | aktif | baik | baik | tidak | baik |
| 05.00 | 30 /m | 36.5 °C | Normal | aktif | baik | baik | tidak | baik |