

**LAPORAN TUGAS AKHIR ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF  
PADA NY. L G<sub>4</sub>P<sub>3003</sub> USIA KEHAMILAN 37 MINGGU DENGAN  
FASE LATEN MEMANJANG DI WILAYAH KERJA  
PUSKESMAS MUARA RAPAK  
KOTA BALIKPAPAN  
TAHUN 2020**



**OLEH :**

**HAERiyAH S**  
**P0.7224117008**

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN  
KALIMANTAN TIMUR JURUSAN KEBIDANAN  
PRODI D-III KEBIDANAN BALIKPAPAN  
2020**

## HALAMAN PERSETUJUAN

Judul : Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny. “L G4P3003 Usia Kehamilan 37 Minggu dengan Partus Laten Memanjang di Wilayah Kerja Puskesmas Muara Rapak Kota Balikpapan tahun 2020.

Nama Mahasiswa : Haeriyah S

NIM : P0.7224117008

Laporan Tugas Akhir ini telah disetujui untuk dipertahankan dihadapan

Tim Penguji Poltekkes Kemekes KalTim Jurusan Kebidanan

Prodi D-III Kebidanan Balikpapan

Balikpapan, 2019

MENYETUJUI

Pembimbing I

Pembimbing II

**Susi Purwanti S.SiT. MPH**  
**NIP. 197110261992032001**

**Tuti Widyaningsih, SST**  
**NIP. 197305251993032005**

## HALAMAN PENGESAHAN

**LAPORAN PROPOSAL ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF  
PADA NY. L G<sub>4</sub>P<sub>3003</sub> USIA KEHAMILAN 37 MINGGU DENGAN  
FASE LATEN MEMANJANG DI WILAYAH KERJA  
PUSKESMAS MUARA RPAK  
KOTA BALIKPAPAN  
TAHUN 2020**

**HAERiyAH S**

Laporan Tugas Akhir ini telah disetujui, diperiksa, dan dipertahankan dihadapan Tim  
penguji Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur Jurusan  
Kebidanan Prodi DIII Kebidanan Balikpapan

Pada tanggal      Juli 2020

Penguji Utama

**Novi Pasiriani, SST.,M.Pd** (.....)  
**NIP. 197911262001122002**

Penguji I

**Susi Purwanti, S.SiT., MPH** (.....)  
**NIP. 197110261992032001**

Penguji II

**Hj. Tuti Widiyaningsih, SST** (.....)  
**NIP. 197305251993032005**

Mengetahui,

Ketua Jurusan Kebidanan

Ketua Prodi DIII Kebidanan Balikpapan

**Inda Corniawati, M.Keb**  
**NIP. 197508242006422002**

**Ernani Setyawati, M.Keb**  
**NIP. 198012052002122001**

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Haeriyah S  
NIM : P07224117008  
Tempat, Tanggal Lahir : Nene Bece 26 September 1998  
Agama : Islam  
Alamat :



- Sepan Rt.06 Kec. Penajam Kab. Penajam Paser Utara
- Jl. Patimura Rt. 28 Block A1 No.7 Perumahan Sosial Batu Ampar

Riwayat Pendidikan :

- SD Negeri 005 PPU, Lulus Tahun 2011.
- SMP Negeri 7 PPU, Lulus Tahun 2014.
- SMA Negeri 6 PPU, Lulus Tahun 2017.
- Mahasiswi Poltekkes Kemenkes Kaltim Prodi D-III Kebidanan Balikpapan Tahun 2017 – sekarang.

## **KATA PERSEMBAHAN**

Bismillahirrohmanirrohim.

Puji dan syukur saya panjatkan kepada Allah Subhanahu wata'ala dan Nabi Muhammad Shallallahu 'alaihi wasallam. Dengan hanya mengharap ridho-Mu semata, Laporan Tugas Akhir ini saya persembahkan kepada :

1. Kedua orang tua saya, untuk ayah Saparuddin dan ibu saya Dara Intang yang telah memberikan dukungan dan senantiasa memberikan semangat serta do'a kepada putrinya.
2. Kakak dan adik saya yang telah memberikan semangat dan semoga kita semua menjadi anak yang membanggakan kedua orang tua.
3. Ibu Susi Purwanti., S.SiT. MPH dan Ibu Tuti Widyaningsih, SST terimakasih atas waktu, ilmu dan kesabarannya dalam membimbing hingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.
4. Teman-teman Nur Halipah, Vira Firda, sulis yang telah menemani selama hampir tiga tahun dan senantiasa memberikan motivasi untuk menjadi lebih baik.
5. Teman-teman satu bimbingan dalam LTA ini yaitu Rhegiana Nurul Utami dan Putri wulandari.
6. Seluruh teman-teman Poltekkes kemenkes kaltim prodi D-III kebidanan angkatan 2017, terimakasih atas semua dukungan, pertemanan dan motivasi semua.

## **KATA PENGANTAR**

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT, berkat rahmat dan bimbingan-Nya akhirnya penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir dengan judul “Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny.L G4P3003 Hamil 37 Minggu Dengan Partus fase laten lama di Wilayah Kerja Puskesmas Muara Rapak Balikpapan Utara”. Laporan Tugas Akhir ini merupakan salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan D-III Kebidanan di Program Studi D-III Kebidanan Balikpapan, Jurusan Kebidanan, Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.

Sehubungan dengan itu, penulis menyampaikan penghargaan dan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. H. Supriadi B, S.Kp.,M.Kep selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
2. Inda Corniawati, M.Keb selaku Ketua Jurusan Kebidanan.
3. Ernani Setyawati, M.Keb selaku Ketua Prodi DIII Kebidanan Balikpapan.
4. Novi Pasiriani, SST.,M.Pd selaku penguji Utama yang telah memberikan pengarahan dan bimbingan sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir.
5. Susi Purwanti, S.SiT., MPH selaku pembimbing I yang telah memberikan pengarahan dan bimbingan sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir.

6. Hj. Tuti Widiyaningsih, SST selaku dosen pembimbing II, yang telah memberikan pengarahan dan bimbingan hingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir.
7. Para Dosen dan Staff Pendidikan di Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur Prodi D-III Kebidanan Balikpapan.
8. Orang tua, adik serta keluarga tercinta yang telah membantu dengan doa dan dukungan mental kepada penulis.
9. Klien atas nama Ny.“L” yang telah bersedia ikut berpartisipasi menjadi klien saya untuk menyelesaikan LTA ini, terima kasih untuk kerjasamanya dan untuk semua bantuan yang diberikan.
10. Rekan-rekan seperjuangan yang telah membantu dengan setia dalam kebersamaan menggali ilmu.
11. Semua pihak yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu. Penulis berusaha untuk dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini dengan sebaik-baiknya. Namun demikian penulis menyadari bahwa masih banyak kekurangannya. Hal ini dikarenakan keterbatasan yang ada pada penulis baik pengalaman, pengetahuan dan waktu. Untuk itu kritik dan saran dari semua pihak yang bersifat membangun demi perbaikan yang akan datang sangat diharapkan.

Semoga Allah Subhanahu Wata'ala memberikan balasan atas segala amal yang telah di berikan dan semoga Laporan Tugas Akhir ini bermanfaat bagi penulis maupun pihak lain yang membutuhkan.

Balikpapan, 2020

Haeriyah S

## ABSTRAK

DIPLOMA III KEBIDANAN  
JURUSAN KEBIDANAN POLTEKKES KALTIM  
Laporan Tugas Akhir, April 2020

Haeriyah S, Susi Purwanti., S.SiT. MPH, widiyarningsih, SST

**ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY. L G<sub>4</sub>P<sub>3003</sub> HAMIL 37 MINGGU DENGAN FASE LATEN MEMANJANG DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS MUARA RPAK KOTA BALIKPAPAN TAHUN 2020**

Penyebab kematian ibu disebabkan oleh komplikasi yang berhubungan dengan resiko tinggi kehamilan yaitu Primi muda, Primi Tua, Primi Tua Sekunder, Anak terkecil < 2 tahun, Grande multi, Umur ibu  $\geq$  35 tahun, Tinggi badan  $\leq$  145 cm, Pernah gagal kehamilan, Persalinan yang lalu dengan tindakan, Bekas operasi sesar, Penyakit ibu, Preeklampsia ringan, Hamil kembar, Hidramnion, Hamil serotinus, Letak sungsang, Letak Lintang, Perdarahan Antepartum, Preeklampsia berat/eklampsia (Poedji Rochjati, 2013).

Tujuan penelitian adalah Melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif pada saat kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, neonatus sampai dengan pelayanan kontrasepsi pada “**Ny. L G<sub>4</sub>P<sub>3003</sub> Hamil 37 minggu dengan** Fase Laten Memanjang Di Wilayah Kerja Puskesmas Muara Rapak **Kota Balikpapan Tahun 2020.**

Metode asuhan dalam metode ini yang digunakan adalah data primer yaitu dengan menggunakan metode pengamatan (*observation*), wawancara (anamnesa), maupun hasil pengukuran fisik dan pemeriksaan kebidanan langsung kepada klien. Data sekunder diperoleh dengan melakukan pemeriksaan laboratorium, pemeriksaan penunjang lainnya (USG, foto *rontgen* dll) data kesehatan penduduk kota dan provinsi, buku KIA sebagai buku catatan perkembangan klien. Selain itu dapat dilakukan melalui studi kepustakaan (*Library research*).

Hasil asuhan kebidanan komprehensif pada Ny. L selama kehamilan trimester III dengan dengan fase laten memanjang yaitu kehamilan Ny. L termasuk dalam resiko tinggi kehamilan sehingga perlu pengawasan ekstra pada ibu. Dengan demikian dilakukannya asuhan kebidanan yang komprehensif pada Ny. L.

Kesimpulan dari asuhan kebidanan secara komprehensif melalui studi kasus *continuity of care* pada Ny. L dengan fase laten memanjang bahwa pentingnya melakukan asuhan kebidanan secara komprehensif sebagai deteksi dini untuk mengurangi faktor-faktor resiko yang dapat terjadi selama kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, neonatus, hingga pelayanan kontrasepsi.

**Kata Kunci : Asuhan, Komprehensif, Kehamilan, Persalinan, Masa Nifas, Keluarga Berencana, resiko tinggi kehamilan.**



## DAFTAR ISI

Cover .....	
Halaman Judul.....	
Halaman Persetujuan.....	i
Halaman Pengesahan .....	ii
Riwayat Hidup .....	iii
Kata Persembahan .....	iv
Kata Pengantar .....	v
Abstrak .....	vi
Daftar Isi .....	viii
Daftar Tabel .....	xi
Daftar Gambar.....	xii
Daftar Bagan .....	xiii
Daftar Singkatan .....	xiv
Daftar Lampiran .....	xx
<b>BAB I PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
A. Latar Belakang Masalah.....	1
B. Rumusan Masalah .....	3
C. Tujuan .....	4
D. Manfaat .....	5
E. Ruang Lingkup.....	6
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>7</b>

A. Konsep Dasar Manajemen Kebidanan.....	7
B. Konsep Dasar Asuhan Kebidanan.....	11
1. Konsep Dasar Asuhan Kehamilan .....	11
2. Konsep Dasar Kehamilan Resiko Tinggi .....	35
3. Konsep Dasar Persalinan.....	52
4. Konsep Dasar Bayi Baru Lahir .....	87
5. Konsep Dasar Nifas.....	90
6. Konsep Dasar Neonatus .....	104
7. Konsep Dasar Keluarga Berencana.....	113
8. Nomenklatur Diagnosa Kebidanan .....	121
<b>BAB III SUBJEKTIF DAN KERANGKA KERJA PELAKSANAAN STUDI</b>	
<b>KASUS.....</b>	<b>123</b>
A. Rancangan Study Kasus yang berkesinambungan dengan COC.....	123
B. Etika Penelitian.....	128
<b>BAB IV TINJAUAN KASUS .....</b>	<b>129</b>
A. Hasil Pengkajian dan Perencanaan Asuhan Komprehensif (sesuai 7 langkah Varney) .....	129
B. Dokumentasi Asuhan Kebidanan.....	146
<b>BAB V PEMBAHASAN .....</b>	<b>206</b>
A. Pembahasan Proses Asuhan Kebidanan .....	206
B. Keterbatasan Penelitian .....	236
<b>BAB VI PENUTUP .....</b>	<b>238</b>
A. Kesimpulan .....	238

B. Saran .....	240
DAFTAR PUSTAKA.....	242
LAMPIRAN.....	246

## DAFTAR TABEL

2.1	Usia Kehamilan Berdasarkan Tinggi Fundus Uteri .....	21
2.2	Usia Kehamilan berdasarkan Mc. Donald .....	22
2.3	Tafsiran Berat Janin pada TM III.....	22
2.4	Peningkatan Berat Badan Selama Hamil .....	26
2.5	Ketidaknyamanan TM 3 dan Cara Mengatasi .....	30
2.6	Interval dan lama perlindungan Tetanus Toxoid.....	35
2.7	Skor Puji Rochjati.....	49
2.8	Asuhan Kebidanan Pada ibu Bersalin .....	66
2.9	Apgar Skor.....	88
2.10	Perubahan Normal Pada Uterus Selama Postpartum.....	93
2.11	Nomenklatur Diagnosa Kebidanan.....	122

## **DAFTAR GAMBAR**

2.1 Partograf Tampak Depan .....	75
2.2 Partograf Tampak Belakang .....	76

## **DAFTAR BAGAN**

3.1 Bagan Kerangka Kerja Pelaksanaan Studi Kasus.....	127
---	-----

## DAFTAR SINGKATAN

ACOG	: American College of Obstetricians and Gynecologist
ABPK	: Alat Bantu Pengambilan Keputusan
AKBK	: Alat Kontrasepsi Bawah Kulit
AKB	: Angka Kematian Bayi
AKDR	: Alat Kontrasepsi Dalam Rahim
AKI	: Angka Kematian Ibu
ANC	: Antenatal Care
AP	: Anterior Posterior
APN	: Asuhan Persalinan Normal
APD	: Alat Pelindung Diri
APGAR	: Appearance, Pulse, Grimace, Activity, Respiratory
ASI	: Air Susu Ibu
A/S	: Apgar Score
BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
BB	: Berat Badan
BBL	: Bayi Baru Lahir
BBLR	: Bayi Berat Lahir Rendah
BMI	: Body Mass Index
BPM	: Bidan Praktek Mandiri
CM	: Compos mentis
Cm	: Centimeter

CD	: Conjugata Diagonal
CDC	: Center for Disease Control
CMV	: Cytomegalovirus
COC	: Continuity Of Care
CPD	: Cephalopelvic disproportion
CV	: Conjugata Vera
Depkes	: Departemen Kesehatan
DI	: Distansia Interspinarum
Dinkes	: Dinas Kesehatan
DJJ	: Denyut Jantung Janin
dll	: Dan Lain Lain
DM	: Diabetes Mellitus
DMG	: Diabetes Melitus Gestasional
DPM	: Denyut Per Menit
Dr	: Dokter
DTS	: Defek Tabung Saraf
Fe	: Ferum
FH	: Fundal Heightcm
GI	: Gastrointestinal
gr	: Gram
GPAPAH	: Gravida, Partus, Aterm, Prematur, Abortus, dan Anak Hidup
HB	: Hemoglobin
HCG	: Human Chorionic Gonadotropin
HDL	: High Density Lipoprotein Cholesterol



HIV	: Human Immunodeficiency Virus
HPHT	: Hari Pertama Haid Terakhir
ICU	: Intensive Central Unit
IDAI	: Ikatan Dokter Anak Indonesia
IM	: Intra Muscular
IMD	: Inisiasi Menyusui Dini
IMT	: Indeks Masa Tubuh
INC	: Intranatal Care
IRT	: Ibu Rumah Tangga
IUD	: Intra Uteri Device
IUFD	: Intra Uteri Fetal Death
IUGR	: Intra Uterine Growth Restriction
IV	: Intra Vena
KIA	: Kesehatan Ibu dan Anak
Kemenkes	: Kementerian Kesehatan
Kes	: Kesadaran
Ket	: Keterangan
Kg	: Kilogram
KH	: Kelahiran Hidup
KIE	: Komunikasi Informasi Edukasi
KU	: Keadaan Umum
LILA	: Lingkar Lengan Atas
LK	: Lingkar Kepala
Lk	: Laki – laki

LGA	: Large for Gestasional Age
m	: meter
MAL	: Metode Alamiah Laktasi
MDGs	: Millenium Development Goals
Mg	: miligram
mmHg	: Milimeter Hydrargyrum
MOD	: Mode of delivery
MOW	: Metode Operasi Wanita
MOP	: Metode Operaso Pria
N	: Nadi
NICU	: Neonatal Intensive Care Unit
NEIS	: Neuroendocrine-immune system
NPY	: Neuro Peptida Y
NST	: Non Stress Test
Ny.	: Nyonya
KB	: Keluarga Berencana
Kemenkes	: Kementerian Kesehatan
PAP	: Pintu Atas Pinggul
PB	: Panjang Badan
Penkes	: Pendidikan Kesehatan
PNC	: Postnatal Care
PP	: Post Partum
PTT	: Penegangan Tali Pusat Terkendali
Pusdiknakes	: Pusat Pendidikan Tenaga Kesehatan

Px	: Prosesusxipoideus
RI	: Republik Indonesia
RH	: Rhesus
RR	: Respiratory Rate
RS	: Rumah Sakit
S	: Suhu
SBR	: Segmen Bawah Rahim
SC	: Sectio Caesarea
SD	: Sekolah Dasar
SDGs	: Sustainable Development Goals
SMA	: Sekolah Menengah Atas
SOAP	: Subjek, Objek, Assesmen, Pelaksanaan
Sp. OG	: Spesialis Obstetri & Ginekologi
TB	: Tinggi Badan
TBC	: Tuberkulosis
TBJ	: Taksiran Berat Janin
TD	: Tekanan Darah
TFU	: Tinggi Fundus Uteri
Tn	: Tuan
TP	: Tafsiran Persalinan
TT	: Tetanus Toxoid
TTV	: Tanda Tanda Vital
UK	: Usia Kehamilan
UUK	: Ubun - Ubun Kecil

USG : Ultrasonografi  
VDRL : Veneral Disease Research Laboratory  
WHO : World Health Organization  
WITA : Waktu Indonesia Tengah

## DAFTAR LAMPIRAN

Lembar informasi kepada subjek penelitian .....	146
Surat Pernyataan Persetujuan Setelah Penjelasan .....	148
Dokumentasi Pasien Pengganti ANC .....	149
Partogtaf .....	153
Dokumentasi .....	154
Leaflet	
Lembar Konsultasi	

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

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

*World Health Organization* (WHO) memperkirakan di Indonesia terdapat 126 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup dengan jumlah kematian ibu 6.400 pada tahun 2015. Angka ini menurut Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012 yaitu 359 per 100.000 kelahiran hidup telah mengalami penurunan (WHO, 2015).

Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2017 melaporkan di Indonesia AKB menurun dari 34 per 1000 kelahiran hidup tahun 2007 menjadi 32 per 1000 kelahiran hidup tahun 2012 dan kembali turun menjadi 24 per 1000 kelahiran hidup tahun 2017. Sedangkan AKI menurut SDKI tahun 2012 meningkat dari 228 per 100.000 kelahiran hidup tahun 2007

menjadi 359 per 100.000 kelahiran hidup tahun 2012. Sementara target AKI yang harus dicapai sesuai kesepakatan MDGs tahun 2015 adalah 102 per 100.000 kelahiran hidup dan AKB 23 per 1.000 kelahiran (Depkes RI, 2015).

Setiap tahun di Kalimantan Timur AKI mengalami penurunan. Tahun 2013 AKI sebesar 113 kasus, tahun 2014 turun menjadi 104 kasus, lalu tahun 2015 turun 100 kasus dan tahun 2016 turun lagi menjadi 95 kasus kematian per 100.000 kelahiran hidup. Angka kematian ibu di Balikpapan dilaporkan 9 kasus atau 72 per 100.000 KH pada 2015. Tahun 2016 dilaporkan 9 kasus atau 72 per 100.000 KH, lalu meningkat menjadi 10 kasus atau 78 per 100.000 KH atau 78 per 100.000 KH tahun 2017. Sementara itu AKB di Balikpapan mengalami penurunan. Tahun 2015 AKB 78 kasus atau 6 per 1.000 KH dan stabil pada tahun 2016 yaitu 78 kasus atau 6 per 1.000 KH, kemudian tahun 2017 menurun menjadi 76 kasus atau 6 per 1.000 KH (Dinas Kesehatan Kota Balikpapan, 2017).

Penyebab kematian ibu disebabkan oleh komplikasi yang berhubungan dengan resiko tinggi kehamilan yaitu Primi muda, Primi Tua, Primi Tua Sekunder, Anak terkecil < 2 tahun, Grande multi, Umur ibu  $\geq 35$  tahun, Tinggi badan  $\leq 145$  cm, Pernah gagal kehamilan, Persalinan yang lalu dengan tindakan, Bekas operasi sesar, Penyakit ibu, Preeklampsia ringan, Hamil kembar, Hidramnion, Hamil serotinus, Letak sungsang, Letak Lintang, Perdarahan Antepartum, Preeklampsia berat/eklampsia (Poedji Rochjati, 2013).

Anak-anak yang lahir dengan jarak kelahiran 3 sampai 5 tahun dengan kelahiran sebelumnya memiliki tingkat kelangsungan hidup 2,5 kali lebih tinggi

dari pada mereka yang lahir dengan jarak kelahiran < 2 tahun. Anak-anak yang lahir dengan jarak kelahiran 3 tahun dengan kelahiran sebelumnya lebih sehat saat mereka dilahirkan dan memiliki kemungkinan hidup lebih baik pada setiap pertumbuhan dan perkembangannya (Rasmanto, 2008).

Asuhan kebidanan komprehensif merupakan asuhan kebidanan yang diberikan untuk mencegah resiko tinggi kehamilan secara menyeluruh dari ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir, dan keluarga berencana dengan program pemerintah yaitu home care (Prawirohardjo, 2009).

Berdasarkan dari hasil pengkajian yang dilakukan pada Ny.L usia kehamilan 37 mgg 3 hari, hamil anak ke-4 dengan Jarak kehamilan kurang dari 2 tahun dan anak terkecil berusia 18 bulan serta terdapat 2 balita dalam rumah dan jumlah anak 3 ditambah 1 anak tiri, dengan skor poedji Rochajati 6 yaitu termasuk dalam resiko tinggi kehamilan., dan berdasarkan hasil pemeriksaan di dapatkan berat badan ibu overweight dengan IMT 25 Kg / M<sup>2</sup>.

Berdasarkan uraian diatas, penulis tertarik melakukan asuhan kebidanan yang komprehensif pada “Ny.L” selama masa kehamilan hingga ber KB (Keluarga Berencana) dengan judul “Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny.L G4P3003 usia kehamilan 37 mgg 3 hari dengan Jarak kehamilan kurang dari 2 Tahun dan overweight di Wilayah Kerja Puskesmas Muara Rapak Balikpapan Utara Tahun 2020”.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang maka rumusan masalah pada studi kasus ini adalah “Bagaimana asuhan kebidanan yang komprehensif pada “Ny.L” selama masa kehamilan hingga ber KB dengan judul “Asuhan Kebidanan



Komprehensif Pada Ny.L G4P3003 Usia kehamilan 37 mgg dengan masalah jarak Kehamilan  $\leq 2$  tahun dan over weight di Wilayah Kerja Puskesmas Muara Rapak Balikpapan Utara Tahun 2020”.

### C. Tujuan

#### 1. Tujuan Umum

Melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif pada saat kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, neonatus sampai dengan pelayanan kontrasepsi pada Ny.L dengan masalah jarak Kehamilan  $\leq 2$  tahun.

#### 2. Tujuan Khusus

- a. Melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif pada ibu hamil Ny.L G4P3003 dengan masalah jarak kehamilan  $>2$  tahun dengan pendekatan manajemen dan didokumentasikan dalam bentuk SOAP.
- b. Melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif pada ibu bersalin Ny.L G4P3003 dengan masalah jarak kehamilan  $>2$  tahun dengan pendekatan manajemen dan didokumentasikan dalam bentuk SOAP.
- c. Melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif pada ibu nifas Ny.L P4004 dengan masalah jarak kehamilan  $>2$  tahun dengan pendekatan manajemen dan didokumentasikan dalam bentuk SOAP.
- d. Melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif pada bayi baru lahir Ny.L P4004 dengan masalah jarak kehamilan  $>2$  tahun

dengan pendekatan manajemen dan didokumentasikan dalam bentuk SOAP.

- e. Melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif pada neonatus Ny.L P4004 dengan masalah jarak kehamilan  $>2$  tahun dengan pendekatan manajemen dan didokumentasikan dalam bentuk SOAP.
- f. Melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif pada Ny.L P4004 keluarga berencana dengan masalah jarak kehamilan  $>2$  tahun dengan pendekatan manajemen dan didokumentasikan dalam bentuk SOAP.

#### **D. Manfaat**

##### **1. Manfaat Praktis**

- a. Bagi Institusi Poltekkes Kemenkes Kaltim Prodi D-III Kebidanan Balikpapan.

Dapat memberikan pengetahuan dan pengalaman bagi mahasiswanya dalam pemberian asuhan kebidanan komprehensif dari masa kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, masa nifas, neonatus sampai pelayanan kontrasepsi serta untuk mengevaluasi kompetensi mahasiswa dalam pemberian asuhan kebidanan, sehingga dapat menghasilkan bidan yang terampil, profesional dan mandiri.

- b. Bagi Penulis

Penulis dapat mempraktikkan teori yang telah diperoleh sebelumnya dan kemudian diaplikasikan secara langsung dalam

melakukan asuhan kebidanan secara komprehensif mulai dari kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, neonatus, hingga pelayanan kontrasepsi.

c. Bagi Klien

Klien mendapatkan pelayanan secara komprehensif mulai dari masa kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, masa nifas, neonatus sampai pelayanan kontrasepsi sesuai standar pelayanan kebidanan.

2. Manfaat Teoritis

Hasil asuhan yang telah dilakukan mulai dari masa kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, masa nifas, neonatus sampai pelayanan kontrasepsi, dapat dijadikan dasar untuk mengembangkan ilmu kebidanan serta asuhan secara komprehensif selanjutnya.

**E. Ruang lingkup**

Subjek penelitian dalam asuhan kebidanan secara komprehensif dengan melakukan pengambilan data secara primer terhadap Ny. L usia 32 tahun G4P3003 dengan usia kehamilan 37 minggu dengan jarak kehamilan kurang dari 2 tahun dan overweight yang bertempat tinggal di Jalan Sorong RT. 81 No. 473 Kelurahan Graha Indah Kecamatan Balikpapan Utara. Pelaksanaan asuhan kebidanan yang komprehensif yang dilakukan pada periode 14 Januari 2019 – 20 Maret 2020 yang meliputi pengawasan kehamilan, persalinan, nifas, neonatus dan keluarga berencana.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Dasar Manajemen Kebidanan**

##### 1. Manajemen Varney

##### a. Langkah I : Pengumpulan data dasar

Langkah pertama mengumpulkan data dasar yang menyeluruh untuk mengevaluasi ibu dan bayi baru lahir. Data dasar ini meliputi pengkajian riwayat, pemeriksaan fisik dan *pelvic* sesuai indikasi, meninjau kembali proses perkembangan keperawatan saat ini atau catatan rumah sakit terdahulu, dan meninjau kembali data hasil laboratorium dan laporan penelitian terkait secara singkat, data dasar yang diperlukan adalah semua data yang berasal dari sumber informasi yang berkaitan dengan kondisi ibu dan bayi baru lahir. Bidan mengumpulkan data dasar awal lengkap, bahkan jika ibu dan bayi baru lahir mengalami komplikasi yang mengharuskan mereka mendapatkan konsultasi dokter sebagai bagian dari penatalaksanaan kolaborasi.

##### b. Langkah II : Interpretasi data

Menginterpretasikan data untuk kemudian diproses menjadi masalah atau diagnosis serta kebutuhan perawatan kesehatan yang diidentifikasi khusus. Kata masalah dan diagnosis sama-sama digunakan karena beberapa masalah tidak dapat didefinisikan sebagai

sebuah diagnosis tetapi tetap perlu dipertimbangkan dalam mengembangkan rencana perawatan kesehatan yang menyeluruh.

c. Langkah III : Mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial

Mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial berdasarkan masalah dan diagnosa saat ini berkenaan dengan tindakan antisipasi, pencegahan, jika memungkinkan, menunggu dengan penuh waspada dan persiapan terhadap semua keadaan yang mungkin muncul. Langkah ini adalah langkah yang sangat penting dalam memberi perawatan kesehatan yang aman.

d. Langkah IV : Identifikasi kebutuhan yang memerlukan penanganan segera

Langkah keempat mencerminkan sikap kesinambungan proses penatalaksanaan yang tidak hanya dilakukan selama perawatan primer atau kunjungan prenatal periodik, tetapi juga saat bidan melakukan perawatan berkelanjutan bagi wanita tersebut, misalnya saat ia menjalani persalinan. Data baru yang diperoleh terus dikaji dan kemudian di evaluasi.

e. Langkah V : Merencanakan asuhan yang menyeluruh

Mengembangkan sebuah rencana keperawatan yang menyeluruh dengan mengacu pada hasil langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan pengembangan masalah atau diagnosis yang diidentifikasi baik pada saat ini maupun yang dapat diantisipasi serta perawatan kesehatan yang dibutuhkan.

f. Langkah VI : Melaksanakan Perencanaan

Melaksanakan rencana perawatan secara menyeluruh. Langkah ini dapat dilakukan secara keseluruhan oleh bidan atau dilakukan sebagian oleh ibu, orang tua, atau anggota tim kesehatan lainnya. Apabila tidak dapat melakukannya sendiri, bidan bertanggung jawab untuk memastikan implementasi benar-benar dilakukan. Rencana asuhan menyeluruh seperti yang sudah diuraikan pada langkah kelima dilaksanakan secara efisien dan aman.

g. Langkah VII : Evaluasi

Evaluasi merupakan tindakan untuk memeriksa apakah rencana perawatan yang dilakukan benar-benar telah mencapai tujuan, yaitu memenuhi kebutuhan ibu, seperti yang diidentifikasi pada langkah kedua tentang masalah, diagnosis, maupun kebutuhan perawatan kesehatan.

2. Konsep kontinuiti of care (COC)

Asuhan kebidanan komprehensif merupakan asuhan kebidanan yang diberikan secara menyeluruh dari mulai hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir, neonatus sampai pelayanan kontrasepsi (Varney, 2007).

Tujuan dari asuhan kebidanan ini dilakukan agar dapat mengetahui hal apa saja yang terjadi pada seorang wanita semenjak hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir, neonatus dan pelayanan kontrasepsi serta melatih dalam melakukan pengkajian, menegakkan diagnosa secara tepat,antisipasi masalah yang mungkin terjadi, menentukan tindakan segera, melakukan perencanaan dan tindakan

sesuai dengan kebutuhan ibu, serta mampu melakukan evaluasi terhadap tindakan yang telah dilakukan (Varney, 2007).

### 3. Konsep SOAP

“*Documen*“ berarti satu atau lebih lembar kertas resmi dengan tulisan di atasnya dokumentasi berisi pencatatan yang berisi bukti atau kesaksian tentang suatu pencatatan. Dokumentasi dalam bidang kesehatan adalah suatu sistem pencatatan atau pelaporan informasi atau kondisi perkembangan kesehatan pasien dan semua kegiatan yang dilakukan oleh petugas kesehatan. Dalam pelayanan kebidanan, setelah melakukan pelayanan semua kegiatan didokumentasikan dengan menggunakan konsep SOAP yang terdiri dari :

S :Menurut jawaban klien. Data ini diperoleh melalui anamnesa langsung atau *allow anamnesa* (sebagai langkah I dalam manajemen Varney).

O : Hasil pemeriksaan fisik klien, serta pemeriksaan diagnostik dan pendukung lain. Data ini termasuk catatan medis pasien yang lalu (sebagai langkah I dalam manajemen Varney).

A : Analisis atau interpretasi berdasarkan data yang terkumpul, dibuat kesimpulan berdasarkan segala sesuatu yang dapat teridentifikasi diagnosa atau masalah. Identifikasi diagnose/masalah potensial. Perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter/konsultasi kolaborasi dan rujukan (sebagai langkah II, III, IV dalam manajemen Varney).

P :Merupakan gambaran pendokumentasian dari tindakan implementasi dan evaluasi rencana berdasarkan pada langkah V, VI, VII pada evaluasi dari flowsheet. Planning termasuk : Asuhan mandiri oleh bidan, kolaborasi atau konsultasi dengan dokter, tenaga kesehatan lain, tes diagnostik/laboratorium, konseling/penyuluhan follow up.

## **B. Konsep Dasar Asuhan Kebidanan**

### **1. Dasar teori Kehamilan**

#### **a. Pengertian kehamilan trimester III**

Kehamilan trimester III yaitu periode 3 bulan terakhir kehamilan yang dimulai pada minggu ke-28 sampai minggu ke-40. Saat ini juga merupakan waktu untuk mempersiapkan kelahiran dan kedudukan sebagai orang tua seperti terpusatnya perhatian pada kelahiran bayi (Saifuddin, 2010).

#### **b. Perubahan fisik pada masa kehamilan Trimester III (Manuaba, 2010):**

##### **1) Sistem Reproduksi**

Pada trimester III istmus lebih nyata menjadi bagian korpus uteri dan berkembang menjadi segmen bawah rahim (SBR). Setelah minggu ke 28 kontraksi *braxton hick* semakin jelas, terutama pada wanita yang langsing, umumnya akan menghilang bila wanita tersebut melakukan aktifitas fisik atau berjalan.

##### **2) Sistem Traktus Uranius**

Karena turunya kepala pada hamil tua, terjadi gangguan miksi dalam bentuk sering berkemih desakan tersebut menyebabkan kandung



kemih cepat terasa penuh, selain itu juga terjadi hemodilusi menyebabkan metabolisme air menjadi lancar.

### 3) Sistem Respirasi

Pada 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 (Manuaba, 2010).

### 4) Sirkulasi darah

Peningkatan RBC menyebabkan penyaluran oksigen pada wanita dengan hamil lanjut mengeluh sesak nafas dan pendek nafas. Hal ini ditemukan pada kehamilan meningkat untuk memenuhi kebutuhan bayi.

### 5) Sistem *Muskuloskeletal*

Peningkatan distensi abdomen yang membuat panggul miring ke depan, penurunan tonus otot perut dan peningkatan beban berat badan pada akhir kehamilan membutuhkan penyesuaian ulang (*religment*) kurvatura spinalis.

#### c. Perubahan Psikologis Trimester III (Kusmiyati, 2009) :

Kehamilan juga diartikan periode kritis, saat terjadinya gangguan dan perubahan identitas peran.

- 1) Trimester III seringkali disebut periode penantian dan waspada sebab pada saat itu ibu merasa tidak sabar menunggu kelahiran bayinya.

- 2) Kadang-kadang ibu merasa khawatir bahwa bayinya akan lahir sewaktu-waktu. Ini menyebabkan ibu meningkatkan kewaspadaannya akan timbulnya tanda dan gejala akan terjadinya persalinan.
- 3) Pada TM III ibu merasa tidak nyaman dan depresi karena janin membesar dan perut ibu juga, melahirkan, sebagian besar wanita mengalami klimaks kegembiraan emosi karena kelahiran bayi.

d. Kebutuhan Ibu Hamil Trimester III (Romauli, 2011) :

1) Oksigen

Untuk memenuhi kebutuhan oksigen maka ibu hamil perlu latihan nafas melalui senam hamil, tidur dengan bantal yang lebih tinggi, makan tidak terlalu banyak, kurangi atau hentikan merokok. Posisi miring kiri dianjurkan untuk meningkatkan perfusi uterus dan oksigenasi fetoplasenta dengan kurangi tekanan pada vena asenden (*hipotensi supine*).

2) Nutrisi dalam kehamilan

Gizi pada waktu hamil harus di tingkatkan hingga 300 kalori/hari, ibu hamil seharusnya mengkonsumsi makanan yang mengandung protein, zat besi, dan minum cukup cairan (seimbang).

- a) Kalori untuk orang hamil dan menyusui masing-masing adalah 2300 dan 2800 Kkal.
- b) Protein selama hamil dibutuhkan tambahan hingga 30gr/hari, Protein yang dianjurkan adalah protein hewani seperti daging, susu, telur, keju, dan ikan karena mereka mengandung komposisi asam amino yang lengkap.

c) Mineral

Pada prinsipnya semua mineral dapat terpenuhi dengan makan-makanan sehari-hari yaitu buah-buahan, sayur-sayuran dan susu.

d) Vitamin

Vitamin sebenarnya telah terpenuhi dengan makan sayur dan buah-buahan, tetapi dapat pula diberikan ekstra vitamin, pemberian asam folat terbukti mencegah kecacatan pada bayi.

e) Kalsium

Kebutuhan kalsium ibu hamil adalah 1,5 kg per hari. Kalsium dibutuhkan untuk pertumbuhan janin, terutama bagi pengembangan otot dan rangka.

f) Zat besi(Fe)

Diperlukan asupan zat besi bagi ibu hamil terutama pada trimester II, karena pada trimester ini memiliki kemampuan perkembangan yang semakin pesat yaitu terjadi perkembangan tumbuh kembang organ janin yang sangat penting. Pemberian tablet zat besi dimulai setelah rasa mual dan muntah hilang, satu tablet dengan dosis 60 mg sehari selama minimal 90 hari yang bertujuan untuk mencegah terjadinya anemia dalam kehamilan (Saifuddin, 2010).

g) Asam folat

Jumlah asam folat yang dibutuhkan ibu hamil sebesar 400 mg perhari. Kekurangan asam folat dapat menyebabkan anemia

megaloblastik pada ibu hamil. (Saifuddin, 2010).

h) Air

Air diperlukan tetapi sering dilupakan pada saat pengkajian.

Air untuk membantu sistem pencernaan makanan dan membantu proses transportasi.

3) Personal Hygiene

Mandi dianjurkan sedikitnya dua kali sehari karena ibu hamil cenderung untuk mengeluarkan banyak keringat, menjaga kebersihan diri terutama lipatan kulit (ketiak, bawah buah dada, daerah genetikal).Kebersihan gigi dan mulut, perlu mendapat perhatian karena seringkali mudah terjadi gigi berlubang, terutama pada ibu yang kekurangan kalsium.

4) Pakaian selama kehamilan

Beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam pakaian ibu hamil adalah pakaian harus longgar bersih dan tidak ada ikatan yang ketat pada daerah perut, bahan pakaian usahakan yang mudah menyerap keringat, pakai bra yang menyongkong payudara, memakai sepatu dengan hak yang rendah, pakaian dalam yang selalu bersih.

5) Eliminasi (BAB/BAK)

Dianjurkan minum 8-12 gelas cairan setiap hari agar produksi air kemihnya cukup.

6) Seksual

Selama kehamilan berjalan normal, koitus diperbolehkan sampai akhir kehamilan. Koitus tidak dibenarkan bila terdapat

perdarahan pervaginam, terdapat riwayat abortus berulang, abortus, partus prematurus imminens, ketuban pecah, serviks telah membuka.

#### 7) Mobilisasi dan Body Mekanik

Duduk adalah posisi yang lazim dipilih, sehingga postur yang baik dan kenyamanannya penting. Ibu harus diingatkan untuk duduk bersandar dikursi dengan benar, pastikan bahwa tulang belakangnya tersangga dengan baik, berdiri diam terlalu lama dapat menyebabkan kelelahan dan ketegangan, oleh karena itu lebih baik berjalan tetapi tetap memperhatikan semua aspek yang baik, postur tegak harus diperhatikan.

#### 8) *Exercise/* Senam Hamil

Senam hamil di mulai pada umur kehamilan setelah 22 minggu. Senam hamil bertujuan untuk mempersiapkan dan melatih otot-otot sehingga dapat berfungsi secara optimal dalam persalinan normal. Senam hamil di tujukan bagi ibu hamil tanpa kelainan atau tidak terdapat penyakit yang menyertai kehamilan, yaitu penyakit jantung, ginjal, dan penyulit dalam kehamilan (hamil dengan perdarahan, kelainan letak, dan kehamilan yang disertai anemia).

#### 9) Istirahat / tidur

selama kehamilan misalnya membesarnya uterus juga akan mempengaruhi pemenuhan istirahat tidur pada ibu hamil karena sulit menentukan posisi nyaman. Perubahan hormonal juga menyebabkan perubahan psikis pada wanita hamil sehingga sulit untuk memulai atau mempertahankan tidur (Tiran, 2007).

Wanita hamil mengalami tidur yang abnormal dan mengasosiasikannya dengan perubahan fisik yang sedang berlangsung dan perubahan ukuran tubuh. Banyak pengalaman wanita hamil sering terbangun saat malam, insomnia, sulit mempertahankan tidur dan gelisah saat akhir kehamilan (Hollenbach dkk, 2013).

Ada beberapa faktor yang mempengaruhi kebutuhan tidur manusia seperti faktor psikologis, fisiologis, dan lingkungan dapat mempengaruhi kualitas tidur ibu (Walyani & Purwoastuti, 2015 dalam Laura, 2015). Posisi tidur yang tidak nyaman dan sulit tidur saat kehamilan trimester III disebabkan dalam tubuh meningkat dan jantung memompa darah dengan cepat. Seiring semakin membesarnya perut ibu, gerakan janin dalam rahim dan rasa tidak enak di ulu hati (Mediarti dkk, 2014)

Menurut WHO Kematian ibu di negara berkembang mencapai 20% disebabkan oleh pola makan dan kurangnya waktu istirahat kadang keduanya sering berinteraksi (Sihotang dkk, 2016). Dampak dari gangguan tidur atau kurangnya kualitas tidur dapat beresiko pada janin, kehamilan dan saat melahirkan. Oleh karena itu, ibu hamil yang mengalami gangguan tidur selama kehamilan dianjurkan untuk mendapat pantauan khusus (Mindle dkk, 2015).

Gangguan tidur juga berhubungan dengan komplikasi kehamilan secara biologis. Pertama, kehamilan dikaitkan dengan perubahan tidur seperti insomnia, mendengkur, dan gelisah. Kedua, hasil yang dikaitkan dengan kualitas tidur yang buruk pada ibu hamil

seperti diabetes gestasional, kehamilan hipertensi, dan depresi saat postpartum (Facco dkk, 2010).

Dalam hasil penelitian Field mengatakan ibu hamil yang mengalami stres juga mengalami insomnia sehingga dapat meningkatkan tekanan darah, dapat meningkatkan tekanan darah ibu, meningkatkan resiko kehamilan bayi prematur bahkan keguguran (Field, 2007 dalam Kasenda dkk, 2017).

Banyak atau sedikitnya istirahat dapat memicu tingginya tekanan darah pada ibu hamil trimester III. Hal ini karena proses hemostasis yang memegang peranan penting pada tekanan darah. Selain itu hamil juga harus terhindar dari stress karena dapat meningkatkan hormon adrenalin yang juga dapat menyebabkan tingginya tekanan darah ibu hamil (Sihotang dkk, 2016).

Untuk mengurangi gangguan tidur dapat melakukan beberapa tindakan relaksasi otot progresif, pijat, hipnotis, yoga, terapi musik dan tehnik pernafasan (Rashed, 2016). Selain itu, cara yang dapat dilakukan untuk mendapatkan rasa nyaman saat tidur yaitu dengan mencari posisi nyaman yaitu miring, mandi dengan air hangat, mendengarkan musik. Hal tersebut dapat memberikan ketenangan dan menyebabkan ibu menjadi relaks (Mediarti dkk, 2014). Berdasarkan uraian diatas maka penulis tertarik dan termotivasi untuk menyusun laporan karya tulis ilmiah berjudul “Upaya Pemenuhan Istirahat dan Tidur pada Ibu Hamil Trimester III.” Tujuan umum penulisan karya tulis ilmiah ini adalah memberikan tindakan dalam rangka

meningkatkan kebutuhan istirahat tidur pada ibu hamil trimester III. Tujuan khusus penulisan karya tulis ilmiah ini adalah melakukan pengkajian, analisa data, merumuskan diagnosa keperawatan, menyusun rencana tindakan, melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana asuhan keperawatan dan mengevaluasi tindakan keperawatan untuk pemenuhan istirahat tidur pada ibu hamil trimester III.

e. Memantau Kesejahteraan Janin

Pemantauan kesejahteraan janin dilakukan selama 12 jam, normalnya pergerakan janin dalam 12 jam adalah 10 kali.

f. Perawatan payudara

Perawatan payudara adalah suatu kegiatan yang dilakukan secara sadar dan teratur untuk memelihara kesehatan payudara waktu hamil dengan tujuan untuk mempersiapkan laktasi pada waktu post partum. Saat memasuki usia kehamilan tujuh bulan, mulailah membiasakan diri menarik puting susu dengan jari tangan sampai menonjol atau dengan menggunakan teknik hofman untuk puting susu tenggelam, jika ibu memiliki puting terbenam, tidak perlu khawatir, yang penting ibu berkemauan keras untuk menyusui (Subianto, 2009).

g. *Ante Natal Care* (ANC)

Pelayanan *ante natal care* merupakan pelayanan kesehatan yang diberikan oleh tenaga kesehatan untuk ibu selama masa kehamilannya, dilaksanakan sesuai standar pelayanan antenatal yang ditetapkan dalam Standar Pelayanan Kebidanan (Kemenkes RI, 2010).



Kunjungan *Antenatal Care* adalah kunjungan ibu hamil ke bidan atau dokter sedini mungkin semenjak dirinya hamil untuk menjaga agar ibu sehat selama masa kehamilan, persalinan dan nifas serta mengusahakan bayi yang dilahirkan sehat, memantau kemungkinan adanya resiko-resiko kehamilan, dan merencanakan penatalaksanaan yang optimal terhadap kehamilan (Mufdillah, 2009).

Pemeriksaan *ante natal care* bertujuan untuk mempromosikan dan menjaga kesehatan fisik dan mental ibu dan bayi dengan memberikan pendidikan gizi, kebersihan diri dan proses kelahiran, mendeteksi dan menatalaksanakan komplikasi medis bedah ataupun obstetrik selama kehamilan, mengembangkan persiapan persalinan serta rencana kesiagaan menghadapi komplikasi, membantu menyiapkan ibu untuk menyusui dengan sukses, menjalankan puerperium normal, dan merawat anak secara fisik, psikologi dan sosial (Kusmiyati, 2009).

#### 1) Jadwal Pemeriksaan Kehamilan

Pemeriksaan kehamilan sebaiknya dilakukan sedini mungkin, segera setelah seorang wanita merasa dirinya hamil. Kebijakan pemerintah untuk pemeriksaan kehamilan mengenai jadwal pemeriksaan ibu hamil mendapatkan pelayanan *ante natal care* minimal 4 kali selama kehamilan, yang terbagi dalam yaitu, trimester I satu kali (sebelum usia 14 minggu), trimester II satu kali (usia kehamilan antara 14-28 minggu), trimester III dua kali (usia kehamilan antara 28-36 minggu dan sesudah usia kehamilan 36 minggu). Standar pelayanan tersebut dianjurkan untuk menjamin terhadap perlindungan

ibu hamil dan janin, berupa deteksi dini faktor risiko, pencegahan, dan penanganan dini komplikasi kehamilan (Kemenkes RI, 2013).

## 2) Menentukan Usia Kehamilan

Metode kalender adalah metode yang sering kali digunakan oleh tenaga kesehatan dilapangan perhitungannya sesuai rumus yang direkomendasikan oleh *Neagle* yaitu dihitung dari tanggal pertama haid terakhir ditambah 7 bulan ditambah 9 atau dikurang 3, tahun ditambah 1 atau 0 (Kusmiyati, 2009).

## 3) Tinggi Fundus Uteri

Tinggi fundus sulit untuk diinterpretasikan pengukurannya dapat dipengaruhi oleh berat badan pasien, polihidramnion, gemeli dan besar janin. Pengukuran tinggi uterus diatas simfisis mencerminkan kemajuan pertumbuhan janin dan menghasilkan taksiran kasar tentang durasi kehamilan biasanya teraba pada saat usia kehamilan 12-14 minggu (Manuaba, 2010).

**Tabel 2.1**  
**Usia Kehamilan Berdasarkan Tinggi Fundus Uteri**

Tinggi Fundus Uteri	Usia Kehamilan
1/3 jari di atas simfisis	12 minggu
1/2 di atas symfisis	16 minggu
2/3 di atas symfisis	20 minggu
Setinggi pusat	22 minggu
1/3 diatas pusat	28 minggu
1/2 pusat – prosessus – xifoideus	34 minggu
Setinggi prosessus – xifoideus	36 minggu
2-3 jari (4cm) dibawah prosessus xifoideus	40 minggu

Sumber : *Ilmu Kebidanan penyakit kandungan dan KB* (Manuaba, 2010)

4) Rumus *Mc Donald*

Tinggi fundus uteri dalam cm, yang normal harus sesuai dengan usia kehamilan, jika kurang hanya 2 cm masih dapat ditoleransi tetapi jika lebih kecil dari 2 cm maka ada gangguan pertumbuhan janin, dan jika lebih besar dari 2 cm kemungkinan dapat terjadi bayi besar (Manuaba, 2010).

**Tabel 2.2**  
**Usia Kehamilan berdasarkan Mc. Donald**

Tinggi Fundus Uteri	Usia Kehamilan
24 – 25 cm diatas sympisis	24 – 25 minggu
26,7 cm diatas sympisis	28 minggu
27,5 – 28 cm diatas sympisis	30 minggu
29,5 – 30 cm diatas sympisis	32 minggu
31 cm atas sympisis	34 minggu
32 cm diatas sympisis	36 minggu
33 cm diatas sympisis	38 minggu

Sumber :*Ilmu Kebidanan penyakit kandungan dan KB* (Manuaba, 2010)

## 5) Tafsiran Berat Janin (TBJ)

Berat janin =  $TFU-12 \times 155$  (jika kepala belum masuk PAP)

Berat janin =  $TFU-11 \times 155$  (jika kepala sudah masuk PAP)

**Tabel 2.3**  
**Tafsiran Berat Janin pada TM III**

Usia Kehamilan	Panjang (cm)	Berat (gram)
28 minggu	37,6 cm	1005 gram
29 minggu	38,6 cm	1153 gram
30 minggu	39,9 cm	1319 gram
31 minggu	41,1 cm	1502 gram
32 minggu	42,4 cm	1702 gram
33 minggu	43,7 cm	1918 gram
34 minggu	45 cm	2146 gram
35 minggu	46,2 cm	2383 gram
36 minggu	47,4 cm	2622 gram
37 minggu	48,6 cm	2859 gram
38 minggu	49,8 cm	3083 gram
39 minggu	50,7 cm	3288 gram
40 minggu	51,2 cm	3462 gram
41 minggu	51,7 cm	3597 gram

Sumber :*Ilmu Kebidanan penyakit kandungan dan KB* (Manuaba, 2010)

- 6) Asuhan Antenatal standar 14T (Manuaba, 2010):
- a) Pengukuran tinggi badan yang diperiksa cukup satu kali selama ibu memeriksakan kehamilan, serta penimbangan berat badan setaip kali periksa.
  - b) Pengukuran tekanan darah ibu untuk menilai apakah ibu mempunyai faktor resiko hipertensi dalam kehamilan sehingga berujung pada *preeklamsia*.
  - c) Pengukuran LILA (Lingkar Lengan Atas), bagi ibu yang mempunyai ukuran LILA  $< 23,5$  maka ibu mengalami KEK (Kurang Energi Kronik) dan beresiko melahirkan anak BBLR (Berat Bayi Lahir Rendah).
  - d) Pengukuran tinggi fundus uteri (TFU) untuk mengetahui tafsiran berat janin serta apakah ukurannya sesuai dengan usia kehamilan ibu saat kunjungan pemeriksaan.
  - e) Pemberian tablet Fe sebanyak 90 tablet selama kehamilan minimal 90 tablet selama kehamilan. Dengan dosis 60 mg per hari.
  - f) Skrining status imunisasi tetanus dan berikan imunisasi tetanus toxoid (TT). Untuk mencegah *tetanus neonatorum*.
  - g) Pemeriksaan *Haemoglobin* sangat dibutuhkan untuk ibu hamil karena bermanfaat untuk mengetahui kemungkinan adanya anemia pada ibu hamil. Normal Hb untuk ibu hamil adalah  $> 11$  gr%.
  - h) Pemeriksaan VDRL dapat digunakan untuk memeriksakan kemungkinan adanya penyakit menular seksual pada ibu hamil seperti sifilis

- i) Perawatan payudara diperlukan untuk ibu hamil guna mempersiapkan payudara untuk menyusui terutama pada ibu yang mempunyai payudara rata dan datar.
  - j) Temu wicara (konseling), termasuk Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) serta KB pasca persalinan.
  - k) Pemeliharaan tingkat kebugaran atau Senam ibu hamil, Senam hamil dapat dimulai pada usia kehamilan diatas 22 minggu. Senam pada ibu hamil sangat berguna untuk mempertahankan dan meningkatkan kesehatan fisik ibu hamil, memperlancar peredaran darah, mengurangi keluhan kram atau pegal-pegal dan mempersiapkan pernafasan, aktivitas otot dan panggul untuk menghadapi proses persalinan.
  - l) Pemeriksaan protein urin berguna untuk mengetahui adanya penyakit pre- eklampsia pada ibu hamil.
  - m) Pemeriksaan reduksi urin berguna untuk mengetahui adanya kadar glukosa pada urin ibu hamil, apabila hasil pemeriksaan reduksi urin pada ibu hamil positif maka kemungkinan besar ibu mengalami *diabetes gestasional*.
  - n) Pemberian terapi konsul yodium untuk daerah endemis gondok.
  - o) Pemberian terapi anti malaria untuk daerah endemis.
- h. Penurunan Kepala Janin pada TM III

Pada primigravida kepala janin masuk ke pintu atas panggul (PAP) sejak usia kandungan 36 minggu. Hal ini disebabkan oleh mengencangnya otot dinding rahim ibu hamil, tarikan kuat ligamentum yang menyangga

rahim, bentuk kepala janin yang sesuai dengan pintu atas panggul, gaya berat kepala janin dan terjadinya *braxton hick*. Penyebab belum masuknya kepala janin ke PAP yaitu kepala janin yang terlalu besar dari panggul ibu, berat bayi melebihi 4000 gram, rongga panggul sempit, bayi terlilit tali pusat dan atau plasenta previa (Manuaba, 2009).

i. Indeks Masa Tubuh (IMT)

Indeks Massa Tubuh (*Body Mass Index*) merupakan suatu pengukuran yang menghubungkan (membandingkan) berat badan dengan tinggi badan. Walaupun dinamakan “indeks”, IMT sebenarnya adalah rasio atau nisbah yang dinyatakan sebagai berat badan (dalam kilogram) dibagi dengan kuadrat tinggi badan (dalam meter) (Marekensson, 2004). Rumus penghitungan *Body Mass Index* (BMI) atau Indeks Massa Tubuh (IMT) adalah  $BMI = Weight / (Height)^2$  Keterangan :

BMI (*Body mass index*) : Indeks Massa Tubuh (kg.m<sup>-2</sup>)

Weight : Berat badan (kg)

Height : Tinggi badan (m)

Kenaikan berat badan tergantung dari berat badan sebelum kehamilan karena penting dari segi kesehatan bagi ibu dan bayi. Apabila mempunyai berat badan yang berlebihan sebelum kehamilan, maka penambahan yang dianjurkan harus lebih kecil dari ibu dengan berat badan ideal, yaitu antara 12,5 - 17,5 kg. Demikian pula sebaliknya, pada wanita yang berat badannya sebelum hamil kurang, maka ketika hamil perlu menambah berat badan yaitu sebanyak 14 - 20 kg dari berat ibu hamil yang sebelum hamil memiliki berat badan normal. (Mintarsih, 2006).

Proporsi kenaikan berat badan selama hamil adalah sebagai berikut:

- 1) Kenaikan berat badan trimester I lebih kurang 1 kg. Kenaikan berat badan ini hampir seluruhnya merupakan kenaikan berat badan ibu.
- 2) Kenaikan berat badan trimester II adalah 3 kg atau 0,3kg/minggu. Sebesar 60% kenaikan berat badan ini dikarenakan pertumbuhan jaringan pada ibu.
- 3) Kenaikan berat badan pada trimester III adalah 6 kg atau 0,3-0,5 kg/minggu. Sekitar 60% kenaikan berat badan ini karena pertumbuhan jaringan janin. Timbunan lemak pada ibu lebih kurang 3 kg.

**Tabel 2.4**  
**Peningkatan berat badan selama kehamilan**

IMT ( $kg/m^2$ )	Total kenaikan berat badan yang disarankan	Selama trimester 2 dan 3
Kurus (BMI <18,5)	12,7-18,1 kg	0,5 kg/minggu
Normal (BMI 18,5-22,9)	11,3-15,9 kg	0,4 kg/minggu
Overweight (IMT 23-29,9)	6,8-11,3 kg	0,3 kg/minggu
Obesitas (BMI > 30)	4,4-6,8 kg	0,2 kg/minggu
Bayi kembar	15,9-20,4 kg	0,7 kg/minggu

Sumber: *Buku Ajar Keperawatan Maternitas*(Sukarni, 2013)

j. Dampak Obesitas Bagi Ibu dan Bayi

Keadaan berat badan lebih dan obesitas merupakan salah satu kondisi obstetri berisiko tinggi. Berat badan lebih dan obesitas terbukti berhubungan dengan peningkatan komplikasi dalam kehamilan, seperti peningkatan angka abortus spontan, kelainan kongenital janin, pertumbuhan janin terhambat, gangguan toleransi glukosa dan diabetes

gestasional, peningkatan risiko infeksi, tromboemboli, masalah hipertensi dalam kehamilan, bahkan kematian ibu dan janin.

Guideline IOM merekomendasikan peningkatan berat badan 6,8-11,3 kg untuk wanita yang sebelum hamil berat badan lebih dan 5,0- 9,1 kg untuk wanita yang sebelum hamil obesitas pada kehamilan tunggal, peningkatan berat badan selama kehamilan yang melebihi batas rekomendasi meningkatkan risiko makrosomia, augmentasi persalinan, hipertensi dalam kehamilan, dan kelainan metabolik neonatus. (Dwiana Ocviyanti, dan Maya Dorothe, 2018)

Dari penelitian ini telah didapatkan kesimpulan bahwa Indeks Massa Tubuh ibu pada saat persalinan berpengaruh terhadap komplikasi kehamilan hanya pada kejadian preeklamsia. Kemudian IMT ibu pada saat persalinan juga berpengaruh terhadap profil obsetri hanya pada cara persalinan. Dan IMT ibu pada saat persalinan berpengaruh terhadap keluaran perinatal hanya pada berat bayi lahir yaitu pada kejadian BBLR dan makrosomia. Untuk variabel anemia, asfiksia neonatorum dan kematian perinatal tidak ditemukan pengaruh yang bermakna oleh IMT ibu saat persalinan. (gadis sativa, 2011)

Tata laksana Obesitas dalam kehamilan (Dwiana Ocviyanti, dan Maya Dorothe, 2018)

- a) Edukasi mengenai pentingnya menurunkan berat badan perlu ditekankan pada seluruh wanita obesitas yang merencanakan kehamilan. Peningkatan risiko abortus, diabetes gestasional, preeklamsia, persalinan dengan bedah Sesar perlu diinformasikan



kepada pasien. Selain itu, dampak obesitas dalam kehamilan pada janin seperti kelainan kongenital, makrosomia, dan kematian neonatus juga perlu dijelaskan.

- b) Penurunan berat badan sebelum hamil, meskipun sedikit, dapat memperbaiki luaran kehamilan. Untuk kehamilan berikutnya.
  - c) Program penurunan berat badan yang direkomendasikan adalah dengan teknik motivational interviewing yang disesuaikan secara individu dan patient-centered dengan mengontrol diet, olahraga, dan modifikasi gaya hidup. Tidak disarankan menggunakan obat-obatan karena keamanannya belum terjamin dan dapat timbul efek samping.
- k. Bahaya Kehamilan Trimester III (Kusmiyati, 2009)
- 1) Perdarahan pervaginam, tiap perdarahan keluar dari liang senggama pada ibu hamil setelah 28 minggu disebut perdarahan *antepartum*.
  - 2) Sakit kepala yang hebat, sakit kepala hebat yang menetap dan tidak hilang dengan beristirahat.
  - 3) Pengelihatan kabur, yaitu pada perubahan visual mendadak, misalnya pandangan kabur atau berbayang. Perubahan penglihatan ini mungkin disertai dengan sakit kepala yang hebat.
  - 4) Bengkak di wajah dan jari tangan, bengkak yang muncul pada muka dan tangan, tidak hilang setelah beristirahat, dan disertai dengan keluhan fisik lain.
  - 5) Keluar cairan pervaginam, merupakan tanda bahaya karena dapat menyebabkan terjadinya infeksi langsung pada janin, pecahnya selaput ketuban juga dapat diikuti dengan keluarnya bagian kacil janin seperti

tali pusat, tangan, atau kaki. Oleh karena itu bila saat hamil ditemukan ada pengeluaran cairan apalagi bila belum cukup bulan harus segera datang ke rumah sakit dengan fasilitas memadai.

- 6) Gerakan janin tidak terasa, bila gerakan janin mulai berkurang bahkan tidak ada sama sekali. Assesmen yang mungkin adalah kematian janin dalam rahim, janin mati terlalu lama dalam menimbulkan gangguan pada ibu, bahaya yang terjadi berupa gangguan pembekuan darah, disebabkan oleh zat-zat berasal dari jaringan mati yang masuk ke dalam darah ibu.
- 7) Nyeri perut yang hebat, apabila perut ibu terasa sangat nyeri secara tiba-tiba bahkan jika disentuh sedikit saja dan terasa sangat keras seperti papan serta disertai perdarahan pervaginam, ini menandakan terjadinya solusio placenta.

1. Ketidaknyamanan pada TM 3

Dalam proses kehamilan terjadi perubahan pada sistem tubuh ibu yang semuanya membutuhkan adaptasi, baik fisik maupun psikologis berikut ketidak nyamanan pada TM 3 dan cara mengatasinya menurut (Hutahaeen, 2013)

**Tabel 2.5**  
**Ketidaknyamanan TM 3 dan cara mengatasi**

No.	Ketidaknyamanan	Cara mengatasi
1.	Sering buang air kecil	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ibu hamil di sarankan untuk tidak minum 2-3 jam sebelum tidur.</li> <li>• Kosongkan kandung kemih saat sebelum tidur.</li> <li>• Agar kebutuhan cairan pada ibu tetap terpenuhi, sebaiknya lebih banyak minum pada siang hari.</li> </ul>
2.	Pegal – pegal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sempatkan untuk berolahraga.</li> <li>• Senam hamil</li> <li>• Mengonsumsi susu atau makanan yang kaya kalsium.</li> <li>• Jangan berdiri/ jongkok/ duduk terlalu lama.</li> <li>• Anjurkan istirahat setiap 30 menit.</li> </ul>
3.	Hemoroid	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hindari konstipasi.</li> <li>• Makan makanan yang tinggi serat dan perbanyak minum.</li> <li>• Gunakan kompres es atau air hangat.</li> <li>• Bila mungkin gunakan jari untuk memasukkan kembali hemoroid kedalam anus dengan pelan-pelan.</li> <li>• Bersihkan anus dengan hati-hati setelah defekasi.</li> <li>• Usahakan BAB dengan teratur.</li> <li>• Ajarkan ibu posisi <i>knewchess</i> setiap 15 menit/hari.</li> <li>• Senam kegel menguatkan perineum dan mencegah hemoroid.</li> <li>• Konsul ke dokter sebelum menggunakan obat <i>hemoroid</i>.</li> </ul>
4.	Kram dan nyeri pada kaki	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lemaskan bagian yang kram dengan cara mengurut.</li> <li>• Pada saat bangun tidur, jari kaki di tegakkan sejajar dengan tumit untuk mencegah kram mendadak.</li> <li>• Meningkatkan asupan kalsium dan air putih.</li> <li>• Melakukan senam ringan.</li> <li>• Istirahat cukup.</li> </ul>
5.	Gangguan nafas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Latihan nafas melalui senam hamil.</li> <li>• Tidur dengan bantal tinggi.</li> <li>• Makan tidak terlalu banyak.</li> <li>• Konsultasi dengan dokter apabila ada kelainan asma.</li> </ul>
6.	Oedema	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meningkatkan periode istirahat dan berbaring dengan posisi miring ke kiri.</li> <li>• Meninggikan kaki bila duduk.</li> <li>• Meningkatkan asupan protein.</li> <li>• Menganjurkan untuk minum 6-8 gelas/hari untuk membantu diuresis natural.</li> <li>• Menganjurkan ibu untuk berolahraga ringan.</li> </ul>

Sumber :Perawatan Ante Natal Care (Hutahaean, 2013)

m. Persiapan Persalinan Ibu TM 3

Persiapan persalinan adalah segala sesuatu yang disiapkan dalam hal menyambut kelahiran anak oleh ibu hamil. Persiapan persalinan 10 pada trimester III meliputi faktor resiko ibu dan janin, perubahan psikologi dan fisiologi, tanda-tanda bahaya dan bagaimana meresponnya, perasaan mengenai melahirkan dan perkembangan bayi, tanda-tanda saat hendak melahirkan, respon terhadap kelahiran, ukuran-ukuran kenyamanan situasi kelahiran cesar dan perawatan yang terpusat pada keluarga

Persiapan persalinan dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor di antaranya, yaitu umur, pendidikan, pekerjaan, pendapatan (Matterson, 2001).

a) Umur

Umur adalah usia ibu yang secara garis besar menjadi indikator dalam kedewasaan dalam setiap pengambilan keputusan yang mengacu pada setiap pengalamannya. Usia yang cukup dalam mengawali atau memasuki masa perkawinan dan kehamilan akan membantu seseorang dalam kematangan dalam menghadapi persoalan atau masalah, dalam hal ini menghadapi kehamilan dan perubahan selama hamil. Hal ini akan berdampak pada persiapan persalinan yang minim dan dapat berdampak buruk selama proses persalinan berlangsung (Dedeh, 2004).

b) Pendidikan

Tingkat pendidikan turut menentukan mudah tidaknya seseorang menyerap dan memahami pengetahuan tentang persiapan

menghadapi persalinan yang mereka peroleh. Dari kepentingan keluarga pendidikan itu sendiri amat diperlukan seseorang lebih tanggap adanya persalinan yang bermasalah atau terjadi insiden selama proses persalinan terjadi dan keluarga dapat segera mengambil tindakan secepatnya.

c) Pekerjaan

Banyak ibu-ibu bekerja mencari nafkah, baik untuk kepentingan sendiri maupun keluarga. Faktor bekerja saja nampak belum berperan sebagai timbulnya suatu masalah pada persiapan menghadapi persalinan, dimana kondisi kerja yang menonjol sebagai faktor yang mempengaruhi persiapan menghadapi persalinan karena tersitanya waktu. Pada ibu-ibu yang bekerja di luar rumah sudah membuat persiapan menghadapi persalinan meski persiapan yang dimiliki terkadang belum sesuai (DepKes, 2002).

d) Pendapatan (Ekonomi)

Pendapatan biasanya berupa uang yang mempengaruhi kesiapan keluarga dalam mempersiapkan semua kebutuhan selama kehamilan dan persiapan persalinan. Pendapatan berpengaruh pada daya beli seseorang untuk membeli sesuatu. Pendapatan merupakan salah satu faktor yang paling menentukan kuantitas maupun kualitas persiapan selama kehamilan antara lain menyiapkan biaya persalinan, menyiapkan barang-barang yang dibutuhkan menjelang persalinan serta menjaga asupan makan selama kehamilan. Tingkatan seseorang untuk memenuhi kebutuhan hidup disesuaikan dengan penghasilan

yang ada, sehingga menuntut pengetahuan yang dimiliki harus dipergunakan semaksimal mungkin. begitupun dalam 25 mencari bantuan ke sarana kesehatan yang ada, mereka sesuaikan dengan pendapatan keluarga.

e) Dukungan Suami

Dukungan suami merupakan dorongan terhadap ibu baik secara moral maupun material, dimana dukungan suami sangat mempengaruhi ibu dalam menghadapi persalinan, adapun dukungan suami perhatian, dimana perhatian yang diberikan sangat membantu ibu menghadapi persalinan dan memberikan rasa nyaman dan percaya diri dalam menghadapi masalah selama menghadapi persalinan. Informasi, dimana suami yang selalu mendukung akan memberikan informasi tentang persiapan persalinan, baik informasi yang didapat dari TV maupun majalah dan koran.

Secara finansial, suami akan menyediakan dana atau uang untuk keperluan biaya persalinan nantinya. Secara emosional, dimana suami mengingatkan atau memberikan saran pada ibu untuk selalu perhatian dan menjaga kondisi janin Dukungan suami dalam menghadapi kehamilan maupun persalinan sangatlah berarti, dimana suami dapat menumbuhkan rasa percaya diri pada istri, sehingga mentalnya cukup kuat dalam menghadapi proses persalinan. Membantu istri dalam menyiapkan semua kebutuhan bayi, memperhatikan secara detail kebutuhan istri dan menumbuhkan rasa percaya diri serta rasa aman.

Selain itu suami dapat bekerjasama dengan anggota keluarga dan teman terdekat memberikan dukungan yang positif (Narulita, 2006).

f) Dukungan keluarga dan teman

Dukungan yang diberikan oleh keluarga maupun teman merupakan salah satu dukungan yang dibutuhkan oleh ibu yang akan melahirkan, dimana ibu saat melahirkan membutuhkan bantuan untuk menyediakan perawatan selama kehamilan maupun menunggu proses persalinan terjadi (Matterson, 2001).

g) Dukungan tenaga kesehatan

Selama masa kehamilan dan persalinan terjadi, ibu primigravida trimester III mendapat dukungan dari tenaga kesehatan salah satunya adalah bidan, dimana ibu primigravida trimester III diberi arahan, dan kebutuhan apa saja selama kehamilan dan persalinan nantinya misalnya cara merawat payudara, cara menyusui serta memantau status kesehatan ibu primigravida Trimester III.

h) Standar Imunisasi TT Pada Kehamilan

Imunisasi merupakan tindakan preventif yang diperlukan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dan mempertahankan status kesehatan seluruh rakyat. Imunisasi tetanus toksoid adalah proses untuk membangun kekebalan sebagai upaya pencegahan terhadap penyakit tetanus. Untuk mencegah tetanus neonatorum (TN) ibu hamil harus mendapatkan imunisasi tetanus toksoid, sehingga ibu sudah memiliki antitoksin tetanus dalam tubuh ibu yang akan ditransfer melalui plasenta yang akan melindungi bayi yang akan dilahirkan dari

penyakit tetanus. Sedangkan Imunisasi adalah memberi kekebalan terhadap penyakit tertentu dan mencegah terjadinya penyakit tertentu dan pemberiannya bisa berupa vaksin (Syafrudin, dkk, 2011).

Imunisasi *Tetanus Toxoid* harus segera di berikan pada saat seorang wanita hamil melakukan kunjungan yang pertama dan dilakukan pada minggu ke-4.

**Tabel 2.6**  
**Interval dan Lama Perlindungan *Tetanus Toxoid***

Imunisasi TT	Selang Waktu minimal pemberian Imunisasi TT	Lama Perlindungan
TT1	-	Langkah awal pembentukan kekebalan tubuh terhadap penyakit Tetanus
TT2	1 bulan setelah TT1	3 Tahun
TT3	6 bulan setelah TT2	6 Tahun
TT4	12 Bulan setelah TT3	10 Tahun
TT5	12 Bulan setelah TT4	≥25 Tahun

## 2. Dasar Teori Kehamilan Risiko Tinggi

### a. Definisi Kehamilan Risiko Tinggi

Kehamilan risiko tinggi merupakan kehamilan dengan adanya kondisi yang dapat menambah risiko terjadinya kelainan atau ancaman bahaya pada janin. Pada kehamilan risiko tinggi terdapat tindakan khusus terhadap ibu dan janin.

### b. Faktor faktor resiko tinggi

Faktor yang mempengaruhi resiko tinggi ibu hamil yaitu 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). Selain itu terdapat kondisi – kondisi



yang menyebabkan ibu hamil tergolong sebagai kehamilan risiko tinggi, yaitu; ibu hamil dengan anemia dan malnutrisi, ibu hamil dengan penyakit penyerta, adanya riwayat buruk pada kehamilan dan persalinan yang lalu, ibu hamil dengan tinggi badan kurang dari 145 cm, dan kehamilan yang tidak dikehendaki.

1) Terlalu Muda

a) Pengertian 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).

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

Resiko bagi ibunya :

- (1) Mengalami perdarahan.
- (2) Kemungkinan keguguran / abortus.
- (3) Persalinan yang lama dan sulit.

Resiko pada bayinya :

- (1) Kemungkinan lahir belum cukup usia kehamilan.
- (2) Berat badan lahir rendah (BBLR).
- (3) Cacat bawaan.
- (4) Kematian bayi.

## 2) Terlalu Tua

### a) Pengertian terlalu tua

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

### b) Dampak Kehamilan Resiko Tinggi Pada Usia Tua

Resiko 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 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.
- (5) Kualitas sel telur yang lemah menyebabkan penempelan janin pada dinding rahim lemah sehingga sering menimbulkan perdarahan.
- (6) Terjadi pre eklampsia
- (7) Kesulitan melahirkan.
- (8) Pembukaan mulut rahim mungkin akan terasa sulit sehingga bayi bisa mengalami stres.

Resiko pada bayi :

- (1) Kehamilan di atas usia 40 itu berisiko melahirkan bayi yang cacat.
  - (2) Kebanyakan akan mengalami penurunan stamina.
  - (3) 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.
- 3) Terlalu Dekat
- a) Pengertian 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.

Proses pemulihan rahim atau uterus setelah melahirkan sebenarnya sudah pulih kembali 6 bulan setelah melahirkan akan tetapi secara fungsi belum maksimal. Kondisi uterus setelah kehamilan sebelumnya belum mampu secara maksimal untuk memberikan cadangan nutrisi bagi ibu dan janin. Akibat yang ditimbulkan bayi akan mengalami gangguan nutrisi selama kehamilan. Risiko yang mungkin terjadinya adalah kehamilan ektopik, plasenta previa, inertia uteri atonia uteri, BBLR. Bahkan ibu dapat mengalami gangguan gizi dan anemia (Chandranita, 2006). Anemia yang terjadi selama kehamilan berisiko pada saat proses persalinan dan nifas, dimana uterus kurang berkontraksi secara

maksimal. Uterus tidak berkontraksi pada saat nifas menyebabkan perdarahan karena pembuluh darah bekas implantasi plasenta tidak menutup sempurna.

Jarak kehamilan yang aman adalah 2-5 tahun. Secara medis setelah 6-12 bulan pasca melahirkan organ reproduksi sudah kembali normal. Perencanaan kehamilan perlu dilakukan untuk menghindari risiko komplikasi dan proses kehamilan berikutnya nutrisi ibu dan janin terpenuhi, sehingga ibu dan bayi akan sehat.

Menurut Cholil (2007) jarak kehamilan aman yaitu 3 untuk jumlah anak, 3 untuk jarak kehamilan, 35 untuk usia ibu terakhir hamil. Kehamilan yang pertama dan kedua memiliki risiko sama sehingga diperlukan perencanaan yang maksimal untuk kesehatan ibu dan anaknya. Perencanaan yang ideal adalah dengan melaksanakan program keluarga berencana.

#### b) 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
- (7) Perdarahan pada persalinan.

c) Alasan yang perlu diketahui :

- (1) Kondisi rahim ibu belum pulih
- (2) Dapat mengakibatkan terjadinya penyulit dalam kehamilan
- (3) 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. Rahim wanita setelah melahirkan, beratnya menjadi 2 kali lipat dari sebelum hamil. Untuk mengembalikannya ke berat semula membutuhkan waktu sedikitnya 3 bulan, itu pun dengan kelahiran normal. Untuk kelahiran dengan cara seksio sesarea membutuhkan waktu lebih lama lagi.

Menyiapkan kondisi psikologis ibu yang mengalami trauma pasca melahirkan karena rasa sakit saat melahirkan atau saat dijahit. Ini membutuhkan waktu yang cukup lama untuk membuat wanita siap lagi untuk hamil dan melahirkan.

4) Terlalu Sering

a) Pengertian 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.

b) Resiko Yang Akan Terjadi

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

- (a) Kelainan letak, persalinan letak lintang
- (b) Robekan rahim pada kelainan letak lintang
- (c) Persalinan lama karena elastisitas uterus semakin terganggu akibatnya uterus tidak berkontraksi secara sempurna sehingga bisa menyebabkan perdarahan.
- (d) Perdarahan pasca persalinan, Atonia uteria (relaksasi otot uterus) adalah Uteri tidak berkontraksi dalam 15 detik setelah dilakukan pemijatan fundus uteri (plasenta telah lahir).

Tanda dan gejala antonia uteri:

- (1) Perdarahan pervaginam, Perdarahan yang terjadi pada kasus atonia sangat banyak dan darah tidak merembes. Peristiwa yang sering terjadi pada kondisi ini adalah darah keluar disertai gumpalan . Hal ini terjadi karena tromboplastin sudah tidak mampu lagi sebagai anti pembeku darah.
- (2) Konsistensi rahim lunak, Gejala ini merupakan gejala terpenting / khas atonia dan yang membedakan atonia dengan penyebab perdarahan lainnya.
- (3) Fundus Uteri naik
- (4) Terdapat tanda-tanda syok
- (5) Nadi cepat dan lemah

- (6) Tekanan darah yang rendah
- (7) Pucat
- (8) Keringat/ kulit terasa dingin dan lembab
- (9) Pernapasan cepat
- (10) Gelisah, bingung atau kehilangan kesadaran.

Penatalaksanaan perdarahan :

a) Resusitasi

Apabila terjadi perdarahan pospartum banyak, maka penanganan awal yaitu resusitasi dengan oksigenasi dan pemberian cairan cepat, monitoring tanda-tanda vital, monitoring jumlah urin, dan monitoring saturasi oksigen. Pemeriksaan golongan darah dan crossmatch perlu dilakukan untuk persiapan transfusi darah.

b) Masase dan kompresi bimanual.

Masase dan kompresi bimanual akan menstimulasi kontraksi uterus yang akan menghentikan perdarahan.

Pemijatan fundus uteri segera setelah lahirnya plasenta (max 15 detik)

(1) Jika uterus berkontraksi

Evaluasi, jika uterus berkontraksi tapi perdarahan uterus berlangsung, periksa apakah perineum / vagina dan serviks mengalami lacerasi dan jahit atau rujuk segera.

(2) jika uterus tidak berkontraksi maka :

- (a) Bersihkanlah bekuan darah atau selaput ketuban dari vagina & lobang serviks
- (b) Pastikan bahwa kandung kemih telah kosong
- (c) Lakukan kompresi bimanual internal (KBI) selama 5 menit.
- (d) Jika uterus berkontraksi, teruskan KBI selama 2 menit, keluarkan tangan perlahan-lahan dan pantau kala empat dengan ketat.
- (e) Jika uterus tidak berkontraksi, maka : Anjurkan keluarga untuk mulai melakukan kompresi bimanual eksternal; Keluarkan tangan perlahan-lahan; Berikan ergometrin 0,2 mg LM (jangan diberikan jika hipertensi); Pasang infus menggunakan jarum ukuran 16 atau 18 dan berikan 500 ml RL + 20 unit oksitosin. Habiskan 500 ml pertama secepat mungkin; Ulangi KBI. Jika uterus berkontraksi, pantau ibu dengan seksama selama kala empat. Jika uterus tidak berkontraksi maka rujuk segera.

c) Uterotonika

Oksitosin merupakan hormon sintetis yang diproduksi oleh lobus posterior hipofisis. Obat ini menimbulkan kontraksi uterus yang efeknya meningkat seiring dengan meningkatnya umur kehamilan dan timbulnya reseptor oksitosin. Pada dosis rendah oksitosin menguatkan kontraksi dan meningkatkan frekwensi, tetapi pada dosis tinggi menyebabkan tetani.



Oksitosin dapat diberikan secara IM atau IV, untuk perdarahan aktif diberikan lewat infus dengan ringer laktat 20 IU perliter, jika sirkulasi kolaps bisa diberikan oksitosin 10 IU intramiometrikal (IMM). Efek samping pemberian oksitosin sangat sedikit ditemukan yaitu mual dan muntah, efek samping lain yaitu intoksikasi cairan jarang ditemukan.

Metilergonovin maleat merupakan golongan ergot alkaloid yang dapat menyebabkan tetani uteri setelah 5 menit pemberian IM. Dapat diberikan secara IM 0,25 mg, dapat diulang setiap 5 menit sampai dosis maksimum 1,25 mg, dapat juga diberikan langsung pada miometrium jika diperlukan (IMM) atau IV bolus 0,125 mg. Obat ini dikenal dapat menyebabkan vasospasme perifer dan hipertensi, dapat juga menimbulkan mual dan muntah. Obat ini tidak boleh diberikan pada pasien dengan hipertensi.

Uterotonika prostaglandin merupakan sintetik analog 15 metil prostaglandin F<sub>2</sub>alfa. Dapat diberikan secara intramiometrikal, intraservikal, transvaginal, intravenus, intramuskular, dan rektal. Pemberian secara IM atau IMM 0,25 mg, yang dapat diulang setiap 15 menit sampai dosis maksimum 2 mg. Pemberian secara rektal dapat dipakai untuk mengatasi perdarahan postpartum (5 tablet 200 µg = 1 g). Prostaglandin ini merupakan uterotonika yang efektif tetapi dapat menimbulkan efek samping prostaglandin seperti:

nausea, vomitus, diare, sakit kepala, hipertensi dan bronkospasme yang disebabkan kontraksi otot halus, bekerja juga pada sistem termoregulasi sentral, sehingga kadang-kadang menyebabkan muka kemerahan, berkeringat, dan gelisah yang disebabkan peningkatan basal temperatur, hal ini menyebabkan penurunan saturasi oksigen.

Uterotonika ini tidak boleh diberikan pada pasien dengan kelainan kardiovaskular, pulmonal, dan disfungsi hepatic. Efek samping serius penggunaannya jarang ditemukan dan sebagian besar dapat hilang sendiri. Dari beberapa laporan kasus penggunaan prostaglandin efektif untuk mengatasi perdarahan persisten yang disebabkan atonia uteri dengan angka kesuksesan 84%-96%. Perdarahan pospartum dini sebagian besar disebabkan oleh atonia uteri maka perlu dipertimbangkan penggunaan uterotonika ini untuk mengatasi perdarahan masif yang terjadi.

c) Alasan yang perlu diketahui

- (a) Dapat mengakibatkan terjadinya gangguan dalam kehamilan
- (b) Dapat menghambat proses persalinan, seperti kelainan letak
- (c) Tumbuh kembang anak kurang optimal
- (d) Menambah beban ekonomi keluarga.

c. Efek Kehamilan Risiko Tinggi

Kehamilan risiko tinggi berisiko mengalami kelahiran bayi prematur (<37 minggu). Kelahiran prematur tidak dapat dicegah

dengan intervensi apapun. Bayi dengan usia kehamilan 34-36 minggu berisiko mengalami cerebral palsy 3,4 kali lebih besar dibandingkan dengan bayi matur. Bayi prematur juga 3 kali lebih berisiko mengalami gangguan kognitif daripada bayi matur. Selain kelahiran prematur, kehamilan kembar juga merupakan salah satu indikator kehamilan risiko tinggi. Kehamilan kembar mempunyai risiko 3 kali lebih besar untuk menderita cerebral palsy dibandingkan dengan kelahiran tunggal. Komplikasi dari hipertensi kronik juga berisiko mengakibatkan 8-15% terjadinya fetal growth restriction (IUGR), 12-34% berisiko terjadinya prematur, 2 kali lebih berisiko mengalami placenta abruption dan kematian perinatal. Ibu juga 2-4 kali berisiko mengalami komplikasi lainnya yang diakibatkan hipertensi kronik.

Kematian dan kecacatan terbesar pada janin disebabkan oleh komplikasi yang dialami ibu selama kehamilan, pada ibu dengan diabetes gestasional.

Kematian terbesar ibu juga diakibatkan adanya persalinan seperti perdarahan, hipertensi, thromboemboli, infeksi, stroke, infeksi air ketuban, emboli air ketuban, penyakit jantung.

d. Kartu Skor Poedji Rochjati

Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR) adalah kartu skor yang digunakan sebagai alat skrining antenatal berbasis keluarga untuk menemukan faktor risiko ibu hamil, yang selanjutnya mempermudah pengenalan kondisi untuk mencegah terjadi komplikasi obstetrik pada saat persalinan. KSPR disusun dengan format kombinasi antara

checklist dari kondisi ibu hamil / faktor risiko dengan system skor. Kartu skor ini dikembangkan sebagai suatu teknologi sederhana, mudah, dapat diterima dan cepat digunakan oleh tenaga non professional.

Fungsi dari KSPR adalah:

- 1) Melakukan skrining deteksi dini ibu hamil risiko tinggi.
- 2) Memantau kondisi ibu dan janin selama kehamilan.
- 3) Memberi pedoman penyuluhan untuk persalinan aman berencana (Komunikasi Informasi Edukasi/KIE).
- 4) Mencatat dan melaporkan keadaan kehamilan, persalinan, nifas.
- 5) Validasi data mengenai perawatan ibu selama kehamilan, persalinan, nifas dengan kondisi ibu dan bayinya.
- 6) Audit Maternal Perinatal (AMP)

Sistem skor memudahkan pengedukasian mengenai berat ringannya faktor risiko kepada ibu hamil, suami, maupun keluarga. Skor dengan nilai 2, 4, dan 8 merupakan bobot risiko dari tiap faktor risiko. Sedangkan jumlah skor setiap kontak merupakan perkiraan besar risiko persalinan dengan perencanaan pencegahan. Kelompok risiko dibagi menjadi 3 yaitu:

- 1) Kehamilan Risiko Rendah (KRR) : Skor 2(hijau)
- 2) Kehamilan Risiko Tinggi (KRT) : Skor 6-10 (kuning)
- 3) Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST) : Skor  $\geq$  12 (merah)

Terdapat 20 faktor risiko yang dibagi menjadi 3 kelompok faktor risiko pada penilaian KSPR.

- (a) Kelompok Faktor Risiko I (Ada Potensi Gawat Obstetrik)

- (1) Primi muda : terlalu muda, hamil pertama usia 16 tahun atau kurang
- (2) Primi Tua : terlalu tua, hamil usia  $\geq 35$  tahun
- (3) Primi Tua Sekunder : jarak anak terkecil  $>10$  tahun
- (4) Anak terkecil  $< 2$  tahun : terlalu cepat memiliki anak lagi
- (5) Grande multi : terlalu banyak memiliki anak, anak  $\geq 4$
- (6) Umur ibu  $\geq 35$  tahun : terlalu tua
- (7) Tinggi badan  $\leq 145$  cm : terlalu pendek, belum pernah melahirkan normal dengan bayi cukup bulan dan hidup, curiga panggul sempit
- (8) Pernah gagal kehamilan
- (9) Persalinan yang lalu dengan tindakan
- (10) Bekas operasi sesar

(b) Kelompok Faktor Risiko II

- (1) Penyakit ibu : anemia, malaria, TBC paru, payah jantung, dan penyakit lain.
- (2) Preeklampsia ringan
- (3) Hamil kembar
- (4) Hidramnion : air ketuban terlalu banyak
- (5) IUFD (Intra Uterine Fetal Death) : bayi mati dalam kandungan
- (6) Hamil serotinus : hamil lebih bulan ( $\geq 42$  minggu belum melahirkan)
- (7) Letak sungsang

(8) Letak Lintang

(c) Kelompok Faktor Risiko III

(1) Perdarahan Antepartum : dapat berupa solusio plasenta,  
plasenta previa

(2) Preeklampsia berat/eklampsia

**Tabel 2.7**  
**Skor Poedji Rochjati**

I KEL F.R	II NO.	III Masalah / Faktor Resiko	SKO R	IV Triwulan			
				I	II	III. 1	III. 2
		Skor Awal Ibu Hamil	2				
I	1	Terlalu muda hamil I $\leq 16$ Tahun	4				
	2	Terlalu tua hamil I $\geq 35$ Tahun	4				
		Terlalu lambat hamil I kawin $\geq 4$ Tahun	4				
	3	Terlalu lama hamil lagi $\geq 10$ Tahun	4				
	4	Terlalu cepat hamil lagi $\leq 2$ Tahun	4				
	5	Terlalu banyak anak, 4 atau lebih	4				
	6	Terlalu tua umur $\geq 35$ Tahun	4				
	7	Terlalu pendek $\geq 145$ cm	4				
	8	Pernah gagal kehamilan	4				
	9	Pernah melahirkan dengan a. Tarikan tang/vakum b. Uri dirogoh c. Diberi infus/transfuse	4 4 4				
10	Pernah operasi sesar	8					
II	11	Penyakit pada ibu hamil a. Kurang Darah    b. Malaria, c. TBC Paru        d. Payah Jantung	4				
		Kencing Manis (Diabetes)	4				
		Penyakit Menular Seksual	4				
	12	Bengkak pada muka / tungkaidan tekanan darah tinggi.	4				
	13	Hamil kembar	4				
	14	Hydramnion	4				
	15	Bayi mati dalam kandungan	4				
	16	Kehamilan lebih bulan	4				
	17	Letak sungsang	8				
	18	Letak Lintang	8				
III	19	Perdarahan dalam kehamilan ini	8				
	20	Preeklampsia/kejang-kejang	8				
		JUMLAH SKOR					

e. Dasar Teori Kehamilan dengan jarak kehamilan <2 tahun.

Jarak kelahiran merupakan interval antara dua kelahiran yang berurutan dari seorang wanita. Jarak kelahiran yang cenderung singkat dapat menimbulkan beberapa efek negatif baik pada kesehatan wanita tersebut maupun kesehatan bayi yang dikandungnya. Setelah melahirkan, wanita memerlukan waktu yang cukup untuk memulihkan dan mempersiapkan diri untuk kehamilan serta persalinan selanjutnya (Sawitri dkk, dalam Rifdiani, 2017).

Secara medis, rahim sebenarnya sudah siap untuk hamil kembali tiga bulan setelah melahirkan. Namun berdasarkan catatan statistik penelitian bahwa jarak kelahiran yang aman antara anak satu dengan lainnya adalah 27 sampai 32 bulan. Pada jarak ini si ibu akan memiliki bayi yang sehat serta selamat saat melewati proses kehamilan (Agudelo, 2007).

Terdapat beberapa alasan perlunya jarak kelahiran menurut Ummah (2015), diantaranya adalah sebagai berikut :

- a. Belum pulihnya kondisi rahim ibu setelah kehamilan sebelumnya.
- b. Dapat timbulnya beberapa resiko dalam kehamilan, salah satunya adalah anemia.
- c. Resiko terjadinya pendarahan pasca persalinan.
- d. Waktu yang disediakan ibu untuk menyusui dan merawat bayi kurang karena harus terbagi.

Ruswandiani dan Mainase (2015, dalam Monita, et.al, 2016) mengatakan bahwa jarak kelahiran yang ideal adalah lebih dari dua tahun,

karena tubuh memerlukan kesempatan untuk memperbaiki persediaan, selain itu pertumbuhan dan perkembangan janin juga akan terhambat jika organ-organ reproduksi terganggu. Dari permasalahan tersebut juga akan muncul beberapa resiko, misalnya kematian janin saat dilahirkan, BBLR, dan Kematian di usia bayi.

Selain itu, resiko lain juga dapat terjadi seperti ketuban pecah dini dan prematur karena kesehatan fisik dan rahim ibu masih memerlukan waktu untuk beristirahat. Dalam waktu atau jarak kehamilan yang cukup dekat juga memungkinkan ibu untuk masih menyusui, hal tersebut yang menyebabkan terlepasnya hormon oksitosin yang memicu terjadinya kontraksi (Ummah, 2015).

Kehamilan dengan jarak kehamilan <2 tahun dapat mengakibatkan abortus, berat badan bayi lahir rendah, nutrisi kurang, dan waktu/lama menyusui berkurang untuk anak sebelumnya (Hartono, 2010)

Wanita yang melahirkan dengan jarak yang sangat berdekatan (< 2 tahun) akan mengalami resiko antara lain (Iskandar, 2010) :

- a. Resiko perdarahan trimester III
- b. Plasenta previa
- c. Anemia
- d. Ketuban pecah dini
- e. Endometriosis masa nifas
- f. Kematian saat melahirkan



g. Kehamilan dengan jarak yang terlalu dekat dapat menimbulkan resiko tinggi antara lain persalinan lama.

Angka kehamilan dalam setahun pada wanita subur dengan aktivitas seksual normal berkisar 90%. Jadi perencanaan kehamilan sangat diperlukan untuk ibu dan juga untuk anak. Jangan sampai si anak merasa dan diperlakukan seperti anak yang tidak dikehendaki kehadirannya. (Yulianto, 2004)

### **3. Konsep Dasar Teori Persalinan**

Menurut Sumarah (2008) persalinan dan kelahiran merupakan kejadian fisiologi yang normal dalam kehidupan. Proses persalinan bisa jadi momok yang menakutkan bagi ibu hamil, sehingga jangan sampai proses tersebut diperburuk oleh kurangnya pemahaman mengenai tanda awal persalinan. Mengetahui tanda-tanda awal persalinan merupakan modal penting yang perlu dimiliki oleh setiap ibu hamil. Hal ini bertujuan untuk mendeteksi adanya komplikasi yang beresiko pada saat persalinan nanti, sehingga akan tercipta persalinan normal, aman bagi ibu dan bayinya (Abdilla, 2011).

Jenis persalinan berdasarkan caranya, dikelompokkan menjadi 4 cara yaitu (Mochtar dalam Dwi lestary ,2015) :

1. Persalinan Spontan, persalinan yang berlangsung dengan kekuatan sendiri.
2. Persalinan Normal (eutotia) adalah proses kelahiran janin pada usia cukup bulan ( aterm 37-42 minggu ), pada janin letak memanjang, presentasi belakang kepala yang disusul dengan pengeluaran plasenta

dan seluruh proses kelahiran itu berakhir dengan waktu kurang dari 24 jam tanpa tindakan / pertolongan buatan dan tanpa komplikasi.

3. Persalinan anjuran adalah persalinan yang terjadi jika kekuatan yang diperlukan untuk persalinan ditimbulkan dari luar dengan jalan rangsangan, yaitu merangsang otot rahim berkontraksi seperti dengan menggunakan prostaglandin, oksitosin, atau memecahkan ketuban.
4. Persalinan tidakan, adalah persalinan yang tidak dapat berjalan normal secara spontan atau tidak berjalan sendiri, oleh karena terdapat insikasi adanya penyulit persalinan sehingga persalinan dilakukan dengan memberikan tindakan menggunakan alat bantu.

Tanda-tanda Persalinan menurut (Mochtar, 2013) sebagai berikut:

1) Tanda pendahuluan:

- a) Ligtening atau setting atau dropping, yaitu kepala turun memasuki pintu atas panggul.
- b) Perut kelihatan lebih melebar dan fundus uteri turun.
- c) Sering buang air kecil atau sulit berkemih (polakisuria) karena kandung kemih tertekan oleh bagian terbawah janin.
- d) Perasaan nyeri di perut dan di pinggang oleh adanya kontraksi-kontraksi lemah uterus, kadang-kadang disebut “false labor pains”.
- e) Serviks menjadi lembek, mulai mendatar, dan sekresinya bertambah, mungkin bercampur darah (bloody show).

2) Tanda Pasti Persalinan meliputi:

- a) Rasa nyeri oleh adanya his yang datang lebih kuat, sering, dan teratur.
- b) Keluar lendir bercampur darah yang lebih banyak karena robekan-robekan kecil pada serviks.
- c) Kadang-kadang, ketuban pecah dengan sendirinya.
- d) Pada pemeriksaan dalam, serviks mendatar dan telah ada pembukaan.

Menurut Rukiyah (2009) faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan, yaitu faktor power, faktor passenger, faktor passage, faktor psyche dan penolong yaitu :

- a. Faktor Power (Kekuatan) Power adalah kekuatan janin yang mendorong janin keluar. Kekuatan yang mendorong janin keluar dalam persalinan ialah his, kontraksi otot-otot perut, kontraksi diafragma dan aksi dari ligament, dengan kerja sama yang baik dan sempurna (Oxorn, 2010). His Dibagi Menjadi 2 yaitu menurut Bobak (2004) :

His Palsu :

His adalah kontraksi otot-otot rahim pada persalinan. Pada bulan terakhir dari kehamilan sebelum persalinan dimulai, sudah ada kontraksi rahim yang disebut his pendahuluan atau his palsu, yang sebetulnya hanya merupakan peningkatan dari pada kontraksi Braxton Hiks. His pendahuluan ini tidak teratur dan menyebabkan nyeri di perut bagian bawah dan lipat paha tidak menyebabkan nyeri yang memancar dari pinggang ke perut bagian bawah seperti his persalinan. Lamanya

kontraksi pendek dan tidak bertambah kuat bila dibawa berjalan, malahan sering berkurang. His pendahuluan tidak bertambah kuat dengan majunya waktu bertentangan dengan his persalinan yang makin lama makin kuat. Yang paling penting ialah bahwa his pendahuluan tidak mempunyai pengaruh pada cervik.

Cara mengatasi His Palsu :

- (a) Mengubah posisi tubuh. berganti posisi tubuh. Ketika kontraksi terasa saat jalan-jalan, beristirahatlah.
- (b) Lakukan teknik relaksasi sederhana seperti menarik napas perlahan dan dalam-dalam untuk memberikan rasa nyaman.
- (c) Minum atau makan. Minum segelas air putih atau teh yang memberi efek menenangkan bisa membantu mengurangi rasa tak nyaman tadi.

His persalinan :

Walaupun his itu suatu kontraksi dari otot-otot rahim yang fisiologis akan tetapi bertentangan dengan kontraksi fisiologis lainnya, bersifat nyeri. Nyeri ini mungkin disebabkan oleh anoxia dari sel-sel dalam cervix dan segmen bawah rahim oleh serabut-serabut otot-otot yang berkontraksi, regangan dari cervix karena kontraksi atau regangan dan tarikan pada peritoneum waktu kontraksi. Perasaan nyeri tergantung juga pada ambang nyeri dari penderita yang ditentukan oleh keadaan jiwanya. Kontraksi rahim bersifat otonom tidak dipengaruhi oleh kemauan, walaupun begitu dapat dipengaruhi dari luar misalnya

rangsangan oleh jari-jari tangan dapat menimbulkan kontraksi.

Kontraksi rahim bersifat berkala dan yang harus diperhatikan ialah :

- (a) Lamanya kontraksi : kontraksi berlangsung 45 detik sampai 75 detik.
- (b) Kekuatan kontraksi : menimbulkan naiknya tekanan intrauterine sampai 35 mmHg. Kekuatan kontraksi secara klinis ditentukan dengan mencoba apakah jari kita dapat menekan dinding rahim ke dalam.
- (c) Interval antara dua kontraksi : Pada permulaan persalinan his timbul sekali dalam 10 menit, pada kala pengeluaran sekali dalam 2 menit.

Menurut faalnya his persalinan dapat dibagi dalam :

- (a) His pembukaan ialah his yang menimbulkan pembukaan dari cervix
  - (b) His pengeluaran ialah his yang mendorong anak keluar. His pengeluaran biasanya disertai dengan keinginan mengejan.
  - (c) His pelepasan uri yang melepaskan uri.
- b. Faktor Passanger (Bayi) Faktor lain yang berpengaruh terhadap persalinan adalah faktor janin, yang meliputi sikap janin, letak janin, presentasi janin, bagian terbawah janin, dan posisi janin (Rohani, 2011)
- c. Faktor Passage (Jalan Lahir) Passage atau faktor jalan lahir dibagi atas:
- a) Bagian keras : tulang-tulang panggul (rangka panggul).
  - b) Bagian lunak : otot-otot, jaringan-jaringan, dan ligamentligament (Asrinah, 2010)
- d. Faktor psyche (Psikis) Psikis ibu bersalin sangat berpengaruh dari dukungan suami dan anggota keluarga yang lain untuk mendampingi ibu selama bersalin dan kelahiran anjurkan merreka berperan aktif

dalam mendukung dan mendampingi langkah-langkah yang mungkin akan sangat membantu kenyamanan ibu, hargai keinginan ibu untuk didampingi, dapat membantu kenyamanan ibu, hargai keinginan ibu untuk didampingi. (Rukiyah, 2009) Posisi Ibu (Positioning) Posisi ibu dapat memengaruhi adaptasi anatomi dan fisiologi persalinan. Perubahan posisi yang diberikan pada ibu bertujuan untuk menghilangkan rasa letih, memberi rasa nyaman, dan memperbaiki sirkulasi (Sondakh, 2013)

- e. Penolong (Bidan) Peran dari penolong persalinan adalah mengantisipasi dan menangani komplikasi yang mungkin terjadi pada ibu dan janin. Dalam hal ini proses persalinan tergantung dari kemampuan atau ketrampilan dan kesiapan penolong dalam menghadapi proses persalinan. Setiap tindakan yang akan diambil harus lebih mementingkan manfaat daripada kerugiannya. Bidan harus bekerja sesuai dengan standar. Standar yang ditetapkan untuk pertolongan persalinan normal adalah standar asuhan persalinan normal (APN) yang terdiri dari 58 langkah dengan selalu memerhatikan aspek 5 benang merah asuhan persalinan normal (Saifuddin, 2010).

### 3) Persiapan Asuhan Persalinan

Menurut JNPK-KR tahun 2008 :

- a) Mempersiapkan ruangan untuk persalinan dan kelahiran bayi

Persalinan dan kelahiran bayi mungkin terjadi di rumah (rumah ibu atau rumah kerabat), di tempat bidan, Puskesmas, Polindes atau Rumah Sakit. Pastikan ketersediaan bahan-bahan dan

sarana yang memadai. Laksanakan upaya pencegahan infeksi (PI) sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

- b) Persiapan perlengkapan, bahan-bahan dan obat-obatan yang diperlukan untuk asuhan persalinan dan kelahiran bayi.

Pastikan kelengkapan jenis dan jumlah bahan-bahan yang diperlukan serta dalam keadaan siap pakai pada setiap persalinan dan kelahiran bayi. Jika tempat persalinan dan kelahiran bayi akan terjadi jauh dari fasilitas kesehatan, bawalah semua keperluan tersebut ke lokasi persalinan. Ketidakmampuan untuk menyediakan semua perlengkapan, bahan-bahan dan obat-obat esensial pada saat diperlukan akan meningkatkan risiko terjadinya penyulit pada ibu dan bayi baru lahir sehingga keadaan ini dapat membahayakan keselamatan jiwa mereka.

- c) Persiapan rujukan

Kaji ulang rencana rujukan bersama ibu dan keluarganya. Jika terjadi penyulit, keterlambatan untuk merujuk ke fasilitas yang sesuai dapat membahayakan jiwa ibu dan/atau bayinya. Jika perlu dirujuk, siapkan dan sertakan dokumentasi tertulis semua asuhan/perawatan yang telah diberikan dan semua hasil penilaian (termasuk partograf) untuk dibawa ke fasilitas rujukan.

Singkatan **BAKSOKUDA** dapat digunakan untuk mengingat hal-hal penting dalam mempersiapkan rujukan untuk ibu dan bayi :

**B** (Bidan) : Pastikan bahwa ibu dan/atau bayi baru lahir didampingi oleh penolong persalinan yang kompeten

untuk penatalaksanaan gawat darurat obstetri dan bayi baru lahir untuk dibawa ke fasilitas rujukan.

**A (Alat)** : Bawa perlengkapan dan bahan-bahan untuk asuhan persalinan, masa nifas dan bayi baru lahir (tabung suntik, selang IV, alat resusitasi, dll) bersama ibu ke tempat rujukan. Perlengkapan dan bahan-bahan tersebut mungkin diperlukan jika ibu melahirkan dalam perjalanan menuju fasilitas rujukan.

**K (Keluarga)** : Beri tahu ibu dan keluarga mengenai kondisi terakhir ibu dan/atau bayi dan mengapa ibu dan/atau bayi perlu dirujuk. Jelaskan pada mereka alasan dan tujuan merujuk ibu ke fasilitas rujukan tersebut. Suami atau anggota keluarga yang lain harus menemani ibu dan/atau bayi baru lahir hingga ke fasilitas rujukan.

**S (Surat)** : Berikan surat ke tempat rujukan. Surat ini harus memberikan identifikasi mengenai ibu dan/atau bayi baru lahir, cantumkan alasan rujukan dan uraikan hasil pemeriksaan, asuhan atau obat-obatan yang diterima ibu dan/atau bayi baru lahir. 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 akan diperlukan selama 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 pada keluarga agar membawa uang dalam jumlah yang cukup untuk membeli obat-obatan yang diperlukan dan bahan-bahan kesehatan lain yang diperlukan selama ibu dan/atau bayi baru lahir tinggal di fasilitas rujukan.
- D (Donor Darah)**: Siapkan dari keluarga untuk menjadi pendonor atau menyiapkan darah yang sama dengan ibu.
- O (Doa)** : Keluarga berdoa untuk kondisi ibu dan/atau bayi baru lahir serta perjalanan menuju ke fasilitas rujukan lancar.

Tahap Persalinan Tahapan persalinan dibagi menjadi 4 kala, yaitu:

#### 1. Kala I

Pada kala I persalinan dimulainya proses persalinan yang ditandai dengan adanya kontraksi yang teratur, adekuat, dan menyebabkan perubahan pada serviks hingga mencapai pembukaan lengkap, fase Kala I Persalinan terdiri dari Fase Laten yaitu dimulai dari awal kontraksi hingga pembukaan mendekati 4cm, kontraksi mulai teratur tetapi lamanya masih diantara 20-30 detik, tidak terlalu mules; Fase aktif dengan tanda-tanda kontraksi diatas 3 kali dalam 10 menit, lamanya 40 detik atau lebih dan mules, pembukaan 4cm hingga lengkap, penurunan bagian terbawah janin, waktu pembukaan serviks

sampai pembukaan lengkap 10 cm, fase pembukaan dibagi menjadi 2 fase, yaitu fase laten : berlangsung selama 8 jam, pembukaan terjadi sangat lambat sampai mencapai pembukaan 3 cm. Fase aktif : dibagi dalam 3 fase yaitu fase akselerasi lamanya 2 jam dengan pembukaan 3 menjadi 4 cm, fase dilatasi 9 maksimal lamanya 2 jam dengan pembukaan 4 menjadi 9 cm, fase deselerasi lamanya 2 jam pembukaan dari 9 sampai pembukaan lengkap. Lama kala I untuk primigravida berlangsung 12 jam dengan pembukaan 1 cm per jam, pada multigravida 8 jam dengan pembukaan 2 cm per jam. Komplikasi yang dapat timbul pada kala I yaitu : ketuban pecah dini, tali pusat menumbung, obstruksi plasenta, gawat janin, inersia uteri. (Rukiyah, 2009).

## 2. Kala II

Gejala dan tanda kala II, telah terjadi pembukaan lengkap tampak bagian kepala janin melalui pembukaan introitus vagina, ada rasa ingin meneran saat kontraksi, ada dorongan pada rektum atau vagina, perinium terlihat menonjol, vulva dan springter ani membuka, peningkatan pengeluaran lendir dan darah. (Asrinah, 2010) Dimulai dari pembukaan lengkap (10 cm) sampai bayi lahir. Proses ini biasanya berlangsung 2 jam pada primi dan 1 jam pada multi. Pada kala pengeluaran janin telah turun masuk ruang panggul sehingga terjadi tekanan pada otot-otot dasar panggul yang secara reflektoris menimbulkan rasa mencedan, karena tekanan pada rectum ibu merasa seperti mau buang air besar dengan tanda anus membuka. Pada waktu

his kepala janin mulai kelihatan, vulva membuka, perinium membuka, perinium 10 meregang. Dengan adanya his ibu dan dipimpin untuk mengedan, maka lahir kepala diikuti oleh seluruh badan janin. (Rukiyah, 2009) Komplikasi yang dapat timbul pada kala II yaitu : eklamsi, kegawatdaruratan janin, tali pusat menubung, penurunan kepala terhenti, kelelahan ibu, persalinan lama, ruptur uteri, distocia karena kelainan letak, infeksi intra partum, inersia uteri, tanda-tanda lilitan tali pusat. (Rukiyah, 2009).

### 3. Kala III

Batasan kala III, masa setelah lahirnya bayi dan berlangsungnya proses pengeluaran plasenta. Tanda-tanda pelepasan plasenta : terjadi perubahan bentuk uterus dan tinggi fundus uteri, tali pusat memanjang atau menjulur keluar melalui vagina atau vulva, adanya semburan darah secara tiba-tiba kala III, berlangsung tidak lebih dari 30 menit. (Asrinah, 2010) Setelah bayi lahir, uterus teraba keras dengan fundus uteri setinggi pusat beberapa menit kemudian uterus berkontraksi lagi lagi untuk melepaskan plasenta dari dindingnya. Biasanya plasenta lepas dalam 6 menit-15 menit setelah bayi lahir dan keluar spontan atau dengan tekanan pada fundus uteri. Pengeluaran plasenta, disertai pengeluaran darah. Komplikasi yang dapat timbul pada kala III adalah perdarahan akibat atonia uteri, retensio plasenta, perlukaan jalan lahir, tanda gejala tali 11 pusat. (Rukiyah, 2009)

#### 4. Kala IV

Dimulainya dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama post partum. Komplikasi yang dapat timbul pada kala IV adalah sub involusi dikarenakan oleh uterus tidak berkontraksi, perdarahan yang disebabkan oleh atonia uteri, laserasi jalan lahir, sisa plasenta. (Sondakh, 2013)

Dalam mekanisme persalinan normal terbagi dalam beberapa tahap gerakan kepala janin di dasar panggul yang diikuti dengan lahirnya seluruh anggota badan bayi (Ari Sulistyawati, 2010) :

##### 1) Penurunan kepala

Terjadi selama proses persalinan karena daya dorong dari kontraksi uterus yang efektif, posisi, serta kekuatan meneran dari pasien.

##### 2) Penguncian (engagement)

Tahap penurunan pada waktu diameter biparietal dari kepala janin telah melalui lubang masuk panggul pasien

##### 3) Fleksi

Dalam proses masuknya kepala janin ke dalam panggul, fleksi menjadi hal yang sangat penting karena dengan fleksi diameter kepala janin terkecil dapat bergerak melalui panggul dan terus menuju dasar panggul. Pada saat kepala bertemu dengan dasar panggul, tahanannya akan meningkatkan fleksi menjadi bertambah besar yang sangat diperlukan agar saat sampai di dasar panggul kepala janin sudah dalam keadaan fleksi maksimal.

#### 4) Putaran paksi dalam

Putaran internal dari kepala janin akan membuat diameter anteroposterior (yang lebih panjang) dari kepala menyesuaikan diri dengan diameter anteroposterior dari panggul pasien. Kepala akan berputar dari arah diameter kanan, miring ke arah diameter PAP dari panggul tetapi bahu tetap miring ke kiri, dengan demikian hubungan normal antara as panjang kepala janin dengan as panjang dari bahu akan berubah dan leher akan berputar 45 derajat. Hubungan antara kepala dan panggul ini akan terus berlanjut selama kepala janin masih berada di dalam panggul.

Pada umumnya rotasi penuh dari kepala ini akan terjadi ketika kepala telah sampai di dasar panggul atau segera setelah itu. Perputaran kepala yang dini kadang-kadang terjadi pada multipara atau pasien yang mempunyai kontraksi efisien.

#### 5) Lahirnya kepala dengan ekstensi

Cara kelahiran ini untuk kepala dengan posisi oksiput posterior. Proses ini terjadi karena gaya tahanan dari dasar panggul, dimana gaya tersebut membentuk lengkungan carus, yang mengarahkan kepala ke atas menuju lorong vulva. Bagian leher belakang di bawah oksiput akan bergeser ke bawah simfisis pubis dan bekerja sebagai titik poros (hipomoklion). Uterus yang berkontraksi kemudian memberikan tekanan tambahan di kepala yang menyebabkannya ekstensi lebih lanjut saat lubang vulva vagina membuka lebar.

6) Restitusi

Restitusi ialah perputaran kepala sebesar 45 derajat baik ke kanan atau ke kiri, bergantung kepada arah dimana ia mengikuti perputaran menuju posisi oksiput anterior.

7) Putaran paksi luar

Putaran ini terjadi secara bersamaan dengan putaran internal dari bahu. Pada saat kepala janin mencapai dasar panggul, bahu akan mengalami perputaran dalam arah yang sama dengan kepala janin agar terletak dalam diameter yang besar dari rongga panggul. Bahu anterior akan terlihat pada lubang vulva vaginal, dimana ia akan bergeser di bawah simfisis pubis.

8) Lahirnya bahu dan seluruh anggota badan bayi

Bahu posterior akan mengembungkan perineum dan kemudian dilahirkan dengan cara fleksi lateral. Setelah bahu dilahirkan, seluruh tubuh janin lainnya akan dilahirkan mengikuti sumbu carus

- a. Kebutuhan dasar ibu bersalin (Saifuddin, 2010).

Tabel 2.8 Asuhan Kebidanan pada Ibu Bersalin

Kala	Asuhan kebidanan
Kala 1	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menghadirkan orang yang dianggap penting oleh ibu seperti: suami, keluarga pasien, atau teman dekat</li> <li>2. Mengatur aktivitas dan posisi ibu</li> <li>3. Membimbing ibu untuk rileks sewaktu ada his</li> <li>4. Menjaga privasi ibu</li> <li>5. Penjelasan tentang kemajuan persalinan</li> <li>6. Menjaga kebersihan diri</li> <li>7. Mengatasi rasa panas</li> <li>8. Masase</li> <li>9. Pemberian cukup minum</li> <li>10. Mempertahankan kandung kemih tetap kosong</li> <li>11. Sentuhan</li> </ol>
Kala 2	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberi dukungan terus menerus kepada ibu</li> <li>2. Menjaga kebersihan diri</li> <li>3. Mengipasi dan masase</li> <li>4. Memberikan dukungan mental</li> <li>5. Menjaga kandung kemih tetap kosong</li> <li>6. Memberikan cukup minum</li> <li>7. Memimpin mendedan</li> <li>8. Bernafas selama persalinan</li> <li>9. Pemantauan denyut jantung janin</li> <li>10. Melahirkan bayi</li> <li>11. Bayi dikeringkan dan dihangatkan dari kepala sampai seluruh tubuh</li> <li>12. Merangsang bayi</li> </ol>
Kala 3	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jepit dan gunting tali pusat sedini mungkin</li> <li>2. Memberikan oksitosin</li> <li>3. Melakukan pengangan tali pusat terkendali atau PTT</li> <li>4. Masase fundus</li> </ol>
Kala 4	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ikat tali pusat</li> <li>2. Pemeriksaan fundus dan masase</li> <li>3. Nutrisi dan hidrasi</li> <li>4. Bersihkan ibu</li> <li>5. Istirahat</li> <li>6. Peningkatan hubungan ibu dan bayi</li> <li>7. Memulai menyusui</li> <li>8. Menolong ibu ke kamar mandi</li> <li>9. Mengajari ibu dan anggota keluarga.</li> </ol>

Sumber: 60 langkah asuhan persalinan normal (APN, 2013)

- 1) Mendengar dan melihat adanya tanda persalinan kala II.
- 2) Memastikan kelengkapan alat pertolongan persalinan termasuk mematahkan ampul oksitosin dan memasukkan 1 buah alat suntik sekali pakai 3 cc ke dalam partus set.
- 3) Memakai celemek plastik.
- 4) Memastikan lengan/tangan tidak memakai perhiasan, mencuci tangan dengan sabun di air mengalir.
- 5) Memakai sarung tangan DTT pada tangan kanan yang digunakan untuk periksa dalam.
- 6) Mengambil alat suntik sekali pakai dengan tangan kanan, isi dengan oksitosin dan letakkan dan letakkan kembali kedalam partus set. Bila ketuban belum pecah, pinggirkan  $\frac{1}{2}$  kocher pada partus set.
- 7) Membersihkan vulva dan perineum menggunakan kapas DTT (basah) dengan gerakan vulva ke perineum (bila daerah perineum dan sekitarnya kotor karena kotoran ibu keluar, bersihkan daerah tersebut dari kotoran).
- 8) Melakukan pemeriksaan dalam dan pastikan pembukaan sudah lengkap dan selaput ketuban sudah pecah.
- 9) Mencilupkan tangan kanan yang bersarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, membuka srung tangan secara terbalik dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5%.
- 10) Memeriksa denyut jantung janin setelah kontraksi uterus selesai, pastikan DJJ dalam batas normal.



- 11) Memberitahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik, meminta ibu untuk meneran saat ada his, bila ia sudah merasa ingin meneran.
- 12) Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu saat meneran (bila ada rasa ingin meneran dan terjadi kontraksi yang kuat, bantu ibu keposisi setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman).
- 13) Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan kuat untuk meneran.
- 14) Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5 sampai 6 cm, letakkan handuk bersih, pada perut ibu untuk mengeringkan bayi.
- 15) Meletakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian di bawah bokong ibu.
- 16) Membuka tutup partus set dan perhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan.
- 17) Memakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.
- 18) Saat Sub-occiput tampak dibawah simfisis, tangan kanan melindungi perineum dengan diaalas lipatan kain dibawah bokong, sementara tangan kiri menahan puncak kepala agar tidak terjadi defleksi maksimal saat kepala lahir. Minta ibu untuk tidak meneran dengan nafas pendek-pendek. Bila didapatkan mekonium pada air ketuban, segera setelah kepala lahir lakukan penghisapan pada mulut dan hidung bayi menggunakan penghisap lendir De Lee.
- 19) Menggunakan kassa/kain bersih untuk membersihkan muka bayi dari lendir dan darah.

- 20) Memeriksa adanya lilitan tali pusat pada leher janin.
- 21) Menunggu hingga kepala bayi selesai melakukan putaran paksi luar secara spontan.
- 22) Setelah bayi menghadap paha ibu, tempatkan kedua telapak tangan biparietal kepala bayi, tarik secara hati-hati ke arah bawah sampai bahu anterior/depan lahir, kemudian tarik secara hati-hati ke atas sampai bahu posterior/belakang lahir. Bila terdapat lilitan tali pusat yang terlalu erat hingga menghambat putaran paksi luar, minta ibu berhenti meneran, dengan perlindungan tangan kiri pasang klem di dua tempat pada tali pusat dan potong tali pusat di antara kedua klem tersebut.
- 23) Setelah bahu lahir, tangan kanan menyangga kepala, leher, dan bahu bayi bagian posterior dengan posisi ibu jari pada leher (bagian bawah kepala) dan ke empat jari pada bahu dan dada/punggung bayi, sementara tangan kiri memegang lengan dan bahu bayi bagian anterior saat badan dan lengan lahir.
- 24) Setelah badan dan lengan lahir, tangan kiri menyusuri pinggang ke arah bokong dan tungkai bawah bayi untuk memegang tungkai bawah (selipkan jari telunjuk tangan kiri diantara kedua lutut bayi).
- 25) Setelah seluruh badan bayi lahir pegang bayi bertumpu pada lengan kanan sedemikian rupa sehingga bayi menghadap ke penolong. Nilai bayi, kemudian letakkan diatas perut ibu dengan posisi kepala lebih rendah dari badan (bila tali pusat pendek, letakkan bayi ditempat yang memungkinkan).

- 26) Segera mengeringkan bayi, membungkus kepala dan badan bayi kecuali bagian tali pusat.
- 27) Menjepit tali pusat menggunakan klem kira-kira 3cm dari umbilicus bayi. Melakukan urutan tali pusat ke arah ibu dan memasang klem diantara kedua 2 cm dari klem pertama.
- 28) Memegang tali pusat diantara 2 klem menggunakan tangan kiri, dengan perlindungan jari-jari tangan kiri, memotong tali pusat diantara 2 klem.
- 29) Mengganti pembungkus bayi dengan kain kering dan bersih, membungkus bayi hingga kepala.
- 30) Memberikan bayi pada ibu untuk disusui bila ibu menghendaki.
- 31) Memeriksa fundus uteri untuk memastikan kehamilan tunggal.
- 32) Memberitahu ibu akan disuntik.
- 33) Menyuntikan oksitosin 10 unit secara intramuscular pada bagian 1/3 atas luar paha kanan setelah melakukan aspirasi terlebih dahulu untuk memastikan bahwa ujung jarum tidak mengenai pembuluh darah.
- 34) Memindahkan klem tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva.
- 35) Meletakkan tangan kiri di atas simfisis menahan bagian bawah uterus, sementara tangan kanan memegang tali pusat menggunakan klem atau kain kassa dengan jarak 5-10 cm dari vulva.
- 36) Saat kontraksi, memegang tali pusat dengan tangan kanan sementara tangan kiri menekan uterus dengan hati-hati ke arah dorso cranial.

Bila uterus tidak segera berkontraksi, minta ibu atau keluarga untuk melakukan stimulasi puting susu.

- 37) Jika dengan peregangan tali pusat terkendali tali pusat terlihat bertambah panjang dan terasa adanya pelepasan plasenta, minta ibu untuk meneran sedikit sementara tangan kanan menarik tali pusat kearah bawah kemudian ke atas sesuai dengan kurva jalan lahir hingga plasenta tampak pada vulva.
- 38) Setelah plasenta tampak di vulva, teruskan melahirkan plasenta dengan hati-hati. Bila perlu (terasa ada tahanan), pegang plasenta dengan kedua tangan dan lakukan putaran searah untuk membantu pengeluaran plasenta dan mencegah robeknya selaput ketuban.
- 39) Segera setelah plasenta lahir, melakukan massase pada fundus uteri dengan menggosok fundus secara sirkuler menggunakan bagian palmar 4 jari tangan kiri hingga kontraksi uterus baik (fundus teraba keras).
- 40) Sambil tangan kiri melakukan massase pada fundus uteri, periksa bagian maternal dan bagian fetal plasenta dengan tangan kanan untuk memastikan bahwa seluruh kotiledon dan selaput ketuban sudah lahir lengkap, dan memasukkan dalam kantong plastic yang tersedia.
- 41) Memeriksa apakah ada robekan pada introitus vagina dan perineum yang menyebabkan perdarahan aktif. Bila ada lakukan penjahitan.
- 42) Periksa kembali kontraksi uterus dan tanda adanya perdarahan pervaginam, pastikan kontraksi uterus baik.

- 43) Membersihkan sarung tangan dari lendir dan darah didalam larutan klorin 0,5% kemudian bilas tangan yang masih mengenakan sarung tangan dengan air yang sudah di desinfeksi tingkat tinggi dan mengeringkannya.
- 44) Mengikat tali pusat kurang lebih 1 cm dari umbilicus dengan simpul mati.
- 45) Mengikat balik tali pusat dengan simpul mati untuk kedua kalinya.
- 46) Melepaskan klem pada tali pusat dan memasukkannya dalam wadah berisi larutan klorin 0,5%.
- 47) Membungkus kembali bayi.
- 48) Berikan bayi pada ibu untuk disusui.
- 49) Lanjutkan pemantauan terhadap kontraksi uterus, tanda perdarahan pervaginam dan tanda vital ibu.
- 50) Mengajarkan ibu/keluarga untuk memeriksa uterus yang memiliki kontraksi baik dan mengajarkan massase uterus apabila kontraksi uterus tidak baik.
- 51) Mengevaluasi jumlah perdarahan yang terjadi.
- 52) Memeriksa nadi ibu.
- 53) Merendam semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5%.
- 54) Membuang barang-barang yang terkontaminasi ke tempat sampah yang di sediakan.
- 55) Membersihkan ibu dari sisa air ketuban, lendir dan darah dan menggantikan pakainnya dengan pakaian yang kering/bersih.

- 56) Memastikan ibu merasa nyaman dan memberitahu keluarga untuk membantu apabila ibu ingin minum.
- 57) Dekontaminasi tempat persalinan dengan larutan klorin 0,5%.
- 58) Membersihkan sarung tangan di dalam larutan klorin 0,5% melepaskan sarung tangan secara terbalik dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5%.
- 59) Mencuci tangan dengan sabun di air mengalir.
- 60) Melengkapi partograf.

b. Partograf

Partograf adalah suatu alat untuk mencatat hasil observasi dan pemeriksaan fisik ibu dalam proses persalinan serta merupakan alat utama dalam mengambil keputusan klinik khususnya pada persalinan kala I (Sumarah, dkk, 2009).

Partograf adalah catatan grafik kemajuan persalinan untuk memantau keadaan ibu dan janin. Partograf dapat dianggap sebagai “system peringatan awal” yang akan membantu pengambilan keputusan lebih awal kapan seorang ibu harus dirujuk, dipercepat, atau diakhiri persalinannya (Sumarah, dkk, 2009).

Partograf bertujuan untuk mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan memeriksa pembukaan serviks berdasarkan pemeriksaan dalam, mendeteksi apakah proses persalinan berjalan secara normal, dengan demikian dapat mendeteksi dini kemungkinan terjadinya partus lama.

Bagian-bagian dari partograf yaitu kemajuan persalinan yaitu Pembukaan serviks, turunnya bagian terendah dan kepala janin, Kontraksi uterus. Kondisi janin yaitu denyut jantung janin, warna dan volume air ketuban, *moulase* kepala janin. Kondisi Ibu yaitu tekanan darah, nadi, dan suhu badan, volume urine, obat dan cairan (Sumarah, dkk,2009).





## Gambar 2.2 Partograf tampak belakang

### CATATAN PERSALINAN

1. Tanggal : .....
2. Nama bidan : .....
3. Tempat Persalinan :  
 Rumah Ibu    Puskesmas  
 Polindes    Rumah Sakit  
 Klinik Swasta    Lainnya : .....
4. Alamat tempat persalinan : .....
5. Catatan :  rujuk, kala : I / II / III / IV
6. Alasan merujuk: .....
7. Tempat rujukan: .....
8. Pendamping pada saat merujuk :  
 Bidan    Teman  
 Suami    Dukun  
 Keluarga    Tidak ada

#### KALA I

9. Partogram melewati garis waspada : Y / T
10. Masalah lain, sebutkan : .....
11. Penatalaksanaan masalah Tsb : .....
12. Hasilnya : .....

#### KALA II

13. Episiotomi :  
 Ya, Indikasi .....
14. Pendamping pada saat persalinan  
 Suami    Teman    Tidak ada  
 Keluarga    Dukun
15. Gawat Janin :  
 Ya, tindakan yang dilakukan  
a. ....  
b. ....  
c. ....  
 Tidak
16. Distosia bahu :  
 Ya, tindakan yang dilakukan  
a. ....  
b. ....  
c. ....  
 Tidak
17. Masalah lain, sebutkan :
18. Penatalaksanaan masalah tersebut : .....
19. Hasilnya : .....

#### KALA III

20. Lama kala III : .....menit
21. Pemberian Oksitosin 10 U im ?  
 Ya, waktu : ..... menit sesudah persalinan  
 Tidak, alasan .....
22. Pemberian ulang Oksitosin (2x) ?  
 Ya, alasan .....
23. Penegangan tali pusat terkendali ?  
 Ya,  
 Tidak, alasan .....

#### PEMANTAUAN PERSALINAN KALA IV

Jam Ke	Waktu	Tekanan darah	Nadi		Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Perdarahan
1								
2								

Masalah kala IV : .....

Penatalaksanaan masalah tersebut : .....

Hasilnya : .....

24. Masase fundus uteri ?  
 Ya.  
 Tidak, alasan .....
25. Plasenta lahir lengkap (*intact*) Ya / Tidak  
Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan :  
a. ....  
b. ....  
c. ....
26. Plasenta tidak lahir > 30 menit : Ya / Tidak  
 Ya, tindakan :  
a. ....  
b. ....  
c. ....
27. Laserasi :  
 Ya, dimana .....
28. Jika laserasi perineum, derajat : 1 / 2 / 3 / 4  
Tindakan :  
 Penjahitan, dengan / tanpa anestesi  
 Tidak dijahit, alasan .....
29. Atoni uteri :  
 Ya, tindakan  
a. ....  
b. ....  
c. ....  
 Tidak
30. Jumlah perdarahan : ..... ml
31. Masalah lain, sebutkan .....
32. Penatalaksanaan masalah tersebut : .....
33. Hasilnya : .....

#### BAYI BARU LAHIR :

34. Berat badan .....gram
35. Panjang ..... cm
36. Jenis kelamin : L / P
37. Penilaian bayi baru lahir : baik / ada penyulit
38. Bayi lahir :  
 Normal, tindakan :  
 mengeringkan  
 menghangatkan  
 rangsang taktil  
 bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu  
 Aspiksia ringan/pucat/biru/lemas,tindakan :  
 mengeringkan    bebaskan jalan napas  
 rangsang taktil    menghangatkan  
 bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu  
 lain - lain sebutkan .....
39. Cacat bawaan, sebutkan :  
 Hipotermi, tindakan :  
a. ....  
b. ....  
c. ....
39. Pemberian ASI  
 Ya, waktu : .....jam setelah bayi lahir  
 Tidak, alasan .....
40. Masalah lain,sebutkan : .....
- Hasilnya : .....

### c. Partus Presipitatus

#### 1) Definisi

Partus presipitatus adalah persalinan berlangsung sangat cepat. Kemajuan cepat dari persalinan, berakhir kurang dari 3 jam dari awitan kelahiran, dan melahirkan di luar rumah sakit adalah situasi kedaruratan yang membuat terjadi peningkatan resiko komplikasi dan/atau hasil yang tidak baik pada klien/janin. (Doenges, 2007)

Partus presipitatus adalah persalinan yang berlangsung dalam waktu yang sangat cepat, atau persalinan yang sudah selesai kurang dari tiga jam. (Prawirohardjo, 2012)

Persalinan presipitatus dapat terjadi akibat dilatasi atau penurunan yang sangat cepat. Dilatasi presipitatus didefinisikan sebagai dilatasi fase aktif  $\geq 5$  cm/jam pada primipara atau  $\geq 10$  cm/jam pada multipara. Persalinan presipitatus biasanya diakibatkan oleh kontraksi yang sangat kuat (misalnya induksi oksitosin atau akibat solusio plasenta) atau tahanan jalan lahir yang rendah (misalnya multiparitas). Hentikan oksitosin jika digunakan. Namun, tidak ada pengobatan yang efektif dan upaya-upaya fisik untuk menunda kelahiran merupakan kontraindikasi absolut. (Ralph C, Benson. 2008)

#### 2) Etiologi

- a) Abnormalitas tahanan yang rendah pada bagian jalan lahir
- b) Abnormalitas kontraksi uterus dan rahim yang terlalu kuat

c) Pada keadaan yang sangat jarang dijumpai oleh tidak adanya rasa nyeri pada saat his sehingga ibu tidak menyadari adanya proses-proses persalinan yang sangat kuat itu. (Doenges, 2007)

Penyebab kejadian ini adalah terlalu kuatnya kontraksi dan kurang lunaknya jaringan mulut rahim. Kasus seperti ini sering terjadi pada ibu yang sudah pernah melahirkan lebih dari sekali (anak kedua dan seterusnya). (Deri, reski. 2013)

### 3) Komplikasi

Persalinan presipitatus dapat menyebabkan emboli cairan amnion pada ibu, ruptur uteri, robekan serviks atau jalan lahir. Dapat disertai hipotonus uterus post partum dengan resiko pendarahan. Perinatal juga sangat beresiko mengalami hipoksia (terancamnya pertukaran darah uteroplacenta akibat kontraksi) dan pendarahan intrakranial perinatal (trauma langsung atau tidak langsung). Lebih lanjut, persalinan yang tidak didampingi (trauma langsung, tidak ada resusitasi, kedinginan) akan membahayakan bayi baru lahir. (Ralph C, Benson. 2008)

### d. Fase laten memanjang

#### 1) Definisi

Partus lama merupakan fase laten lebih dari 8 jam yang persalinannya telah berlangsung 12 jam atau lebih bayi belum lahir, disertai dengan dilatasi serviks di kanan garis waspada pada persalinan fase aktif. (Saifuddin, 2006).

Partus lama adalah berlangsung lebih dari 24 jam yang dinyatakan lama jika terjadi keterlambatan 2-3 jam di belakang partograf normal. (David, 2008).

Persalinan dengan kala 1 memanjang adalah persalinan yang fase latennya berlangsung lebih dari 8 jam dan pada fase aktif laju pembukaannya tidak adekuat atau bervariasi kurang dari 1 cm setiap jam selama sekurang-kurangnya 2 jam setelah kemajuan persalinan, kurang dari 1,2 cm per jam pada primigravida, lebih dari 12 jam sejak pembukaan 4 cm sampai pembukaan lengkap (rata-rata 0,5 cm per jam). Insiden ini terjadi pada 5 persen persalinan dan pada primigravida insidennya dua kali lebih besar dari pada multigravida (Saifuddin, 2009)

## 2) Etiologi

Menurut Rustam Moctar (Sinopsis Obstetri, 2000) pada dasarnya fase laten memanjang dapat disebabkan oleh:

- (a) His tidak etiologi efisien (Adekuat)
- (b) Tali pusat pendek
- (c) Faktor jalan lahir (panggul sempit, kelainan serviks, vagina, tumor)
- (d) Kesalahan petugas kesehatan memastikan bahwa pasien sudah masuk inpartu atau belum

### 3) Klasifikasi

Diklasifikasikan menjadi 2 yaitu

- (a) Fase laten memanjang ( prolonged latent phase) Adalah fase pembukaan serviks yang tidak melewati 3 cm setelah 8 jam inpartu (Saifuddin, 2009)
- (b) Fase aktif memanjang ( prolonged active phase) Adalah fase yang lebih panjang dari 12 jam dengan pembukaan serviks kurang dari 1,2 cm per jam pada primigravida (Oxon, 2010)
- (d) Patofisiologi Faktor- faktor yang mempengaruhi terjadinya kala I lama meliputi kelainan letak janin seperti letak sungsang, letak lintang, presentasi muka, dahi dan puncak kepala, kelainan panggul seperti pelvis terlalu kecil dan CPD( cephalopelvic disproportion), kelainan his seperti inersia uteri, incoordinate uteri action. Kelainan- kelainan tersebut sangat lambat, akibatnya kala I menjadi lama (Saifuddin, 2009)

### 4) Tanda dan Gejala Klinik

- a) Pada ibu Gelisah, letih, suhu badan meningkat, berkeringat, nadi cepat, pernapasan cepat, dan meteorismus. Didaerah lokal sering di jumpai edema serviks, cairan ketuban berbau, terdapat mekonium.

- b) Pada janin

- (1) Periksa denyut jantung janin selama atau segera sesudah his. Hitung frekuensinya sekurang-kurangnya sekali dalam 30 menit selama fase aktif dan tiap 5 menit selama kala dua. Jika terdapat gawat janin, lakukan seksio sesarea.

- (2) Jika ketuban sudah pecah, air ketuban kehijau-hijauan atau bercampur darah, pikirkan kemungkinan gawat janin.
- (3) Jika tidak ada ketuban yang mengalir setelah selaput ketuban pecah, pertimbangkan adanya indikasi penurunan jumlah air ketuban yang mungkin menyebabkan gawat janin. Perbaiki keadaan umum dengan : - Memberikan dukungan emosi. Bila keadaan masih memungkinkan anjurkan bebas bergerak, duduk dengan posisi yang berubah (sesuaikan dengan penanganan persalinan normal). - Berikan cairan baik secara oral atau parenteral dan upayakan buang air kecil (hanya perlu katering bila memang diperlukan). (Saifuddin, 2006).

#### 5) Penanganan

Bidan di daerah pedesaan dengan polindesnya diharapkan dapat mengambil bagian terbesar pada pertolongan persalinan normal dengan menggunakan partograf World Health Organisation (WHO). Kewaspadaan dalam pertolongan persalinan sudah dilakukan sejak semula, dengan melakukan observasi (kontraksi, his, penurunan bagian terendah, pembukaan) sehingga setiap saat keadaan ibu dan janin dapat diketahui dengan pasti.

##### a) Penanganan Umum

- (1) Nilai cepat keadaan umum wanita hamil tersebut termasuk tanda-tanda vital tingkat hidrasinya.

(2) Periksa denyut jantung janin selama atau segera sesudah his. Hitung frekuensinya sekurang-kurangnya sekali dalam 30 menit selama fase aktif dan tiap 5 menit selama kala II.

(3) Memperbaiki keadaan umum

- Dengan memberikan dukungan emosional, bila keadaan masih memungkinkan anjurkan bebas bergerak duduk dengan posisi yang berubah.
- Berikan cairan searah oral atau parenteral dan upaya buang air kecil.
- Berikan analgesia : tramadol atau petidin 25 mg IM (maksimum 1 mg/kg BB), jika pasien merasakan nyeri yang sangat.

b) Penanganan Khusus

(1) Persalinan palsu / belum inpartu (False labor) Bila his belum teratur dan persio masih tertutup, pasien boleh pulang. Periksa adanya infeksi saluran kencing. Ketuban pecah dan bila didapatkan adanya infeksi obati secara adekuat. Bila tidak pasien boleh rawat jalan.

(2) Fase laten yang memanjang (Prolonged latent phase) Diagnosis fase laten yang memanjang dibuat secara retrospektif. Bila his terhenti disebut persalinan palsu atau belum inpartu. Bila mana kontraksi makin teratur dan pembukaan bertambah sampai 3 cm, pasien tersebut dikatakan masuk fase laten. Apabila ibu

berada dalam fase laten lebih dari 8 jam dan tidak ada kemajuan, lakukan pemeriksaan dalam :

- Bila tidak ada perubahan penipisan dan pembukaan serviks tidak didapatkan tanda gawat janin, kaji ulang diagnosis nya kemungkinan ibu belum dalam keadaan inpartu.
- Bila didapatkan perubahan dalam penipisan dan pembukaan serviks, lakukan drips oksidasi dengan 5 unit dalam 500 cc dekstrose atau NaCl mulai dengan 8 tetes per menit, setiap 30 menit ditambah 4 tetes sampai his adekuat maksimum 40 tetes per menit atau berikan preparat prostaglandin lakukan penilaian 4 jam.
- Bila didapatkan adanya tanda amnionitis, berikan induksi dengan oksitosin 5 unit dalam 500 cc dekstrose mulai dengan 8 tetes per menit, setiap 15 menit di tambah 4 tetes sampai his yang adekuat (maksimum 40 tetes per menit) atau di berikan preparat prostaglandin serta obati infeksi dengan ampisilin 2 gr Intra Vena (IV) sebagai dosis awal dan 1 gr Intra vena (IV) setiap 6 jam dan gentamisin 2 X 80 mg.

#### 6) Hubungan partus lama dengan perdarahan

ibu dengan partus lama yang mengalami perdarahan postpartum dini yaitu 72% dengan jumlah kejadian perdarahan postpartum dini adalah 30 kasus. Majalah Kesehatan FKUB Vol 3, No 4, Desember 2016 195 Semakin lama proses persalinan maka kemungkinan untuk



terjadinya perdarahan postpartum dini semakin besar. (Siti Candra Windu Baktiyani, dkk. 2016).

e. Induksi

1) Hubungan perdarahan dengan induksi persalinan

Induksi persalinan adalah usaha agar persalinan mulai berlangsung sebelum atau sesudah kehamilan cukup bulan dengan jalan merangsang timbulnya his. (Saifuddin, 2010).

Dari penelitian yang sudah dilakukan didapatkan hasil yaitu ada hubungan antara perdarahan postpartum pada ibu bersalin dengan induksi persalinan. Hasil ini sesuai dengan jurnal penelitian menurut Khireddine (2013) dalam jurnalnya yang berjudul “Induction of Labor and Risk of Postpartum Hemorrhage in Low Risk Parturients” mengatakan bahwa induksi dapat berisiko tinggi terhadap terjadinya perdarahan postpartum jika dalam induksi persalinan dilakukan pada situasi kandungan yang tidak menguntungkan. Beberapa hipotesis menjelaskan perdarahan postpartum dapat terjadi karena obat yang digunakan untuk menginduksi persalinan mungkin memiliki efek langsung pada otot rahim dan juga faktor kelelahan pada otot miometrium sehingga menyebabkan atonia uteri serta mungkin HPP (Haemorrhage Postpartum).

hasil penghitungan odds ratio (OR) pada induksi persalinan dengan kejadian perdarahan postpartum adalah 3,931. Nilai tersebut menunjukkan bahwa ibu bersalin dengan induksi persalinan memiliki

risiko 4 kali lebih besar mengalami perdarahan dibandingkan dengan ibu bersalin tanpa diinduksi.

Menurut Oxorn 2013 dalam Resiko induksi persalinan yang mungkin terjadi diantaranya adalah adanya kontraksi rahim yang berlebihan sehingga mengakibatkan kelelahan otot rahim yang sangat berisiko terjadinya perdarahan post partum. Dalam penelitian Khireddine (2013) menyebutkan bahwa ibu bersalin yang diinduksi memiliki risiko 1.28 kali lebih tinggi dibandingkan ibu bersalin normal. Induksi dapat berisiko tinggi terhadap terjadinya perdarahan postpartum jika dalam induksi persalinan dilakukan pada situasi kandungan yang tidak menguntungkan. Beberapa hipotesis menjelaskan perdarahan postpartum dapat terjadi karena obat yang digunakan untuk menginduksi persalinan mungkin memiliki efek langsung pada otot rahim dan faktor kelelahan pada otot miometrium sehingga menyebabkan atonia uteri dan mungkin HPP.

## 2) Hubungan perdarahan post partum dengan partus lama

Kejadian partus lama pada ibu bersalin di RSUD Panembahan Senopati Bantul pada tahun 2016 adalah sebanyak 30 (52,6) responden dari kelompok kasus ibu bersalin dengan perdarahan postpartum. Persalinan telah berlangsung 12 jam atau lebih, bayi belum lahir. Dilatasi serviks di kanan garis waspada persalinan aktif (Saifuddin 2010). Dari hasil penelitian didapatkan bahwa ada hubungan antara perdarahan postpartum pada ibu bersalin dengan partus lama. Oxorn

(2013) menyatakan bahwa efek dari partus lama adalah kegagalan myometrium berkontraksi yang merupakan penyebab utama perdarahan postpartum. Faktor predisposisi yang utama adalah persalinan lama, yang merupakan penyebab terbesar atonia uteri. Efek berbahaya yang ditimbulkan oleh partus lama adalah mengakibatkan kelelahan rahim sehingga rahim cenderung berkontraksi lemah (atonia uteri). Pada ibu yang mengalami persalinan lama akan mengalami kelelahan, sehingga dia kurang mampu bertahan terhadap kehilangan darah yang kemudian dapat berakhir dengan kematian. Hal ini menunjukkan bahwa ibu bersalin dengan partus lama memiliki risiko empat kali lebih besar mengalami perdarahan dibandingkan dengan ibu bersalin tidak partus lama. Faktor predisposisi perdarahan yang utama adalah persalinan lama, yang merupakan penyebab terbesar atonia uteri. Efek berbahaya yang ditimbulkan oleh partus lama adalah mengakibatkan kelelahan rahim sehingga rahim cenderung berkontraksi lemah (atonia uteri). Pada ibu yang mengalami persalinan lama akan mengalami kelelahan, sehingga dia kurang mampu bertahan terhadap kehilangan darah yang kemudian dapat berakhir dengan kematian.

### 3) Hubungan perdarahan post partum dengan berat bayi makrosomia

Dari hasil penelitian didapatkan adanya hubungan antara perdarahan postpartum pada ibu bersalin dengan berat bayi makrosomia. Berat bayi lahir yang lebih dari normal atau yang dalam penelitian ini disebut makrosomia dapat menyebabkan perdarahan

postpartum karena uterus meregang berlebihan dan mengakibatkan lemahnya kontraksi sehingga dapat terjadi perdarahan postpartum. Kondisi ini karena uterus mengalami overdistensi sehingga mengalami hipotoni atau atonia uteri setelah persalinan. Adapun beberapa keadaan overdistensi uterus yang juga dapat menyebabkan atonia uteri yaitu kehamilan ganda dan hidramnion (Cunningham, 2013). Hal ini menunjukkan bahwa ibu bersalin dengan berat bayi makrosomia memiliki risiko 9 kali lebih besar mengalami perdarahan dibandingkan dengan ibu bersalin berat bayi tidak makrosomia. Tampak pada hasil penelitian dari 9 bayi makrosomia, 8 diantaranya mengakibatkan perdarahan postpartum pada ibu bersalin dengan berat bayi rata-rata adalah 4000 gram. Perdarahan tersebut terjadi karena peregangan berlebih yang diakibatkan dari ukuran janin yang mengakibatkan kontraksi lemah (inersia uteri) sehingga uterus tidak dapat berkontraksi dan terjadilah perdarahan postpartum (Cunningham, 2013 dalam mia dwi Agustiani, 2016 ).

#### **4. Konsep Dasar Bayi Baru Lahir**

##### **a. Definisi**

Bayi baru lahir merupakan individu yang sedang bertumbuh dan baru saja mengalami trauma kelahiran serta harus dapat melakukan penyesuaian diri dari kehidupan intrauterine ke kehidupan ekstrauterine. Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir pada usia kehamilan 37-42 minggu dan berat badannya 2.500-4.000 gram (Dewi, 2012).

b. Penilaian Pada Bayi Baru Lahir (JNPK-KR Depkes RI, 2008).

Segera setelah lahir, letakkan bayi diatas kain bersih dan kering yang disiapkan pada perut bawah ibu. Segera lakukan penilaian awal dengan menjawab 4 pertanyaan yaitu:

- 1) Apakah bayi cukup bulan ?
- 2) Apakah air ketuban jernih, tidak bercampur mekonium?
- 3) Apakah bayi menaangis atau bernapas?
- 4) Apakah tonus otot baik. Jika bayi tidak cukup bulan, air ketuban bercampur mekonium, tidak menangis atau tidak bernafas atau megap-megap dan tonus otot tidak baik, segera lakukan tindakan resusitasi?

Namun, apabila bayi dalam kondisi baik maka lakukan penanganan asuhan bayi baru lahir normal dan penilaian awal dilakukan secara cepat dan tepat (0-30 detik). Jika bayi tidak bernafas atau megap-megap atau lemah maka segera lakukan resusitasi bayi baru lahir (JNPK-KR, 2008).

**Tabel 2.9**  
**Apgar Skor**

Skor	0	1	2
Appearance color (warna kulit)	Pucat	Badan merah, ekstremitas biru	Seluruh tubuh kemerah-merahan
Pulse (heart rate) atau frekuensi jantung	Tidak ada	<100x/menit	>100x/menit
Grimace (reaksi terhadap rangsangan)	Tidak ada	Sedikit gerakan mimic	Menangis, batuk/ bersin
Activity (tonus otot)	Lumpuh	Ekstremitas dalam fleksi sedikit	Gerakan aktif
Respiration (usaha nafas)	Tidak ada	Lemah, tidak teratur	Menangis kuat

Sumber : Sumarah, dkk, 2009

c. Asuhan Kebidanan pada Bayi Baru Lahir Normal

Asuhan kebidanan pada bayi baru lahir normal yaitu jaga kehangatan bayi, bersihkan jalan napas (bila perlu), keringkan dan tetap jaga kehangatan, potong dan ikat tali pusat tanpa membubuhi apapun, kira-kira 2 menit setelah lahir, lakukan Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dengan cara kontak kulit bayi dengan kulit ibu, beri salep mata antibiotika tetrasiklin 1% pada kedua mata, beri suntikan vitamin K 1 mg intramuscular, di paha kairi anterolateral setelah Inisiasi Menyusu Dini (IMD), beri imunisasi Hepatitis B 0,5 ml intramuskuar, di paha kanan anterolateral, diberikan kira-kira 1-2 jam setelah pemberian vitamin K (JNPK-KR Depkes RI, 2008).

d. Kebutuhan pada bayi baru lahir

- 1) Pastikan kamar hangat (tidak kurang dari 25°C dan tidak lembab).
- 2) Jelaskan pada ibu bahwa menjaga kehangatan bayi penting untuk membuat bayi tetap sehat.
- 3) Kenakan pakaian bayi atau selimuti dengan kain yang bersih, kering dan lembut. Kenakan topi pada kepala bayi selama beberapa hari pertama, terutama bila bayi kecil.
- 4) Pastikan bayi berpakaian atau diselimuti dengan selimut.
- 5) Menjaga bayi mudah dijangkau oleh ibu. Jangan pisahkan mereka (rooming-in).
- 6) Nilai kehangatan bayi setiap 4 jam dengan mereba kaki bayi : jika kaki bayi teraba dingin, hangatkan bayi dengan melakukan kontak kulit ke kulit.

- 7) Minta ibu atau orang yang menunggunya untuk mengawasi bayi dan mengingatkan Anda jika : kaki teraba dingin, terjadi perdarahan dan kesulitan bernapas, seperti merintih, napas cepat atau lambat, retraksi dinding dada bawah.
- 8) Dukung ASI eksklusif, siang dan malam.
- 9) Minta ibu mengingatkan Anda bila mengalami kesulitan memberi ASI.
- 10) Periksa pemberian ASI pada semua bayi sebelum memulangkan, Jangan memulangkan bayi jika bayi belum bisa minum dengan baik.
- 11) Ajarkan ibu untuk merawat bayi
  - a) Menjaga bayi tetap hangat.
  - b) Merawat tali pusat.
  - c) Memastikan kebersihan:
    1. Jangan paparkan bayi di bawah sinar matahari langsung.
    2. Jangan meletakkan bayi di atas permukaan yang dingin.
    3. Jangan memandikan bayi sebelum 6 jam.
- 12) Berikan obat sesuai resep menurut jadwal yang telah ditentukan.
- 13) Periksa setiap bayi sebelum merencanakan ibu dan bayi pulang. Jangan perbolehkan pulang sebelum bayi berumur 24 jam.

## **5. Konsep Dasar Nifas**

### **a. Pengertian Masa Nifas**

Masa nifas (puerperium) dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum

hamil. Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu atau 42 hari, namun secara keseluruhan akan pulih dalam waktu 3 bulan (Suherni, 2009).

Nifas yaitu darah yang keluar dari rahim sebab melahirkan atau setelah melahirkan. Darah nifas yaitu darah yang tertahan tidak bisa keluar dari rahim dikarenakan hamil. Maka ketika melahirkan, darah tersebut keluar sedikit demi sedikit. Darah yang keluar sebelum melahirkan disertai tanda-tanda kelahiran, maka itu termasuk darah nifas juga (Saifuddin, 2010).

d) Tahapan Dalam Masa Nifas (Suherni, 2009):

- 1) Puerperium dini (immediate puerperium) : waktu 0-24 jam postpartum. Yaitu kepulihan dimana ibu telah diperolekkan berdiri dan berjalan-jalan.
- 2) Puerperium Intermedial (early puerperium) : waktu 1-7 hari postpartum.
- 3) Remote Puerperium (later puerperium) : waktu 6-8 minggu postpartum. Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna, terutama bila selama hamil dan waktu persalinan mempunyai komplikasi, waktu untuk sehat bisa berminggu-minggu, bulan atau tahun. Dalam agama islam telah bersih dan boleh bekerja setelah 40 hari. Kebijakan Program Pemerintah Dalam Asuhan Masa Nifas Paling sedikit melakukan 4 kali kunjungan nifas untuk menilai status ibu dan bayi baru lahir, untuk mencegah, mendeteksi dan menangani masalah-masalah yang



terjadi. Kunjungan antara lain 6-8 jam setelah persalinan, 6 hari setelah persalinan, 2 minggu setelah persalinan, dan 6 minggu setelah persalinan (Manuaba, 2010).

e) Tujuan Asuhan Nifas (Prawirohardjo, 2010).

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

f) Perubahan Fisiologis Masa Nifas (Sukarni, 2013)

- 1) Perubahan sistem reproduksi
  - a) Involusi uterus

Proses involusi uterus adalah sebagai berikut:

(1) Iskemia myometrium

Disebabkan oleh kontraksi dan retraksi yang terus menerus dari uterus setelah pengeluaran plasenta membuat uterus relative anemi dan menyebabkan serat otot atrofi.

(2) Autolysis

Merupakan proses penghancuran diri sendiri yang terjadi di dalam otot uterin. Enim proteolitik akan memendekkan jaringan otot yang telah sempat mengendur hingga 10 kali panjangnya dari semula selama kehamilan

atau dapat lima kali lebih lebar dari semula kehamilan atau dapat juga dikatakan sebagai penebalan jaringan langsung jaringan hipertropi yang berlebihan hal ini disebabkan karena penurunan hormone estrogen dan progesterone.

### (3) Efek Oksitosin

Oksitosin menyebabkan terjadinya kontraksi dan retraksi otot uterine sehingga akan menekan pembuluh darah yang mengakibatkan berkurangnya suplai darah ke uterus. Proses ini membantu untuk mengurangi situs atau tempat implantasi plasenta serta mengurangi perdarahan.

**Tabel 2.10**  
**Perubahan Normal Pada Uterus Selama Postpartum**

Waktu	TFU	Bobot uterus	Diameter uterus	Palpasi serviks
Pada akhir persalinan	Setinggi pusat	900-1000 gram	12,5 cm	Lembut / lunak
Minggu ke 1	½ pusat symp	450-500 gr	7,5 cm	2cm
Minggu ke 2	Tidak teraba	200 gram	5 cm	1 cm
Minggu ke 3	Normal	60 gram	2,5 cm	Menyempit

Sumber :Asuhan Kebidanan Nifas (Ambarwati, 2010)

### 2) Lochea

Lochea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas dan mempunyai reaksi basa/alkalis yang dapat membuat organism berkembang lebih cepat daripada kondisi asam yang ada pada vagina normal, lochea mengalami perubahan karena proses

involusi. Pengeluaran lochea dapat dibagi berdasarkan waktu dan warna diantaranya (Sukarni, 2013):

a) Lochea Rubra/merah (Kruenta)

Lochea ini muncul pada hari pertama sampai hari ketiga masa postpartum. Sesuai dengan namanya, warnanya biasanya merah dan mengandung darah dari perobekan/luka pada plasenta dan serabut dari deciduas dan chorion. Terdiri dari sel desidua, verniks caseosa, rambut lanugo, sisa mekonium dan sisa darah.

b) Lochea Sangiolenta

Lochea ini muncul pada hari ke 3-7 hari berwarna merah kecoklatan dan berlendir.

c) Lochea Serosa

Lochea serosa muncul pada hari ke 7-14 hari dengan berwarna kuning kecoklatan dengan ciri lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri dari leukosit dan robekan/laserasi plasenta.

d) Lochea Alba

Lochea alba muncul setelah 2 minggu postpartum. Warnanya lebih pucat, putih kekuningan dan lebih banyak mengandung leukosit, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati.

e) Loche Purulenta

Lochea yang muncul karena terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk.

3) Serviks

Serviks mengalami involusi bersama-sama uterus. Setelah persalinan, ostium eksterna dapat dimasuki oleh 2 hingga 3 jari tangan, setelah 6 minggu persalinan serviks menutup (Sukarni, 2013).

#### 4) Vulva dan vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses persalinan, dan dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut, kedua organ ini tetap berada dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu vulva dan vagina kembali kepada keadaan tidak hamil, dan rugae dalam vagina secara berangsur angsur akan muncul kembali sementara labia menjadi lebih menonjol. Ukuran vagina akan selalu lebih besar dibandingkan keadaan saat sebelum persalinan pertama (Sukarni, 2013).

#### 5) Perubahan sistem pencernaan

Kerap kali diperlukan waktu 3-4 hari sebelum faal usus kembali normal. Meskipun kadar progesterone menurun setelah melahirkan, namun asupan makanan juga mengalami penurunan selama satu atau dua hari, gerak tubuh berkurang dan usus bagian bawah sering kosong jika sebelum melahirkan diberikan enema. Rasa sakit didaerah perineum dapat menghalangi keinginan kebelakang (Saifuddin, 2010).

6) Perubahan sistem perkemihan

Hari pertama biasanya ibu mengalami kesulitan buang air kecil, selain khawatir nyeri jahitan juga karena penyempitan saluran kencing akibat penekanan kepala bayi saat proses persalinan. Buang air kecil sulit kemungkinan terdapat spasme sfingter dan edema leher buli-buli sesudah bagian ini mengalami kompresi antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan. Urin dalam jumlah yang besar akan dihasilkan dalam waktu 12-36 jam sesudah melahirkan. Setelah plasenta dilahirkan, kadar hormone estrogen yang bersifat menahan air akan mengalami penurunan yang mencolok. Keadaan ini menyebabkan diuresis. Ureter yang berdilatasi akan kembali normal dalam tempo minggu (Saifuddin, 2010).

7) Perubahan endokrin

Kadar estrogen menurun 10% dalam waktu sekitar 3 jam postpartum, progesterone turun pada hari ke 3 postpartum dan kadar prolaktin dalam darah berangsur-angsur hilang.

g) Kebijakan Program Nasional Masa Nifas

Frekuensi kunjungan, waktu kunjungan dan tujuan kunjungan masa nifas (Suherni, 2009) yaitu:

1) Kunjungan pertama, waktu 6-8 jam setelah post partum tujuan:

Mencegah perdarahan masa nifas, mendeteksi dan merawat penyebab perdarahan, memberi konseling pada ibu atau keluarga cara mencegah terjadinya perdarahan, mobilisasi dini, pemberian

ASI awal, memberi supervise pada ibu untuk melakukan hubungan awal antara ibu dengan bayi, menjaga bayi agar tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi.

2) Kunjungan kedua, waktu 6 hari post partum tujuannya :

Memastikan involusi uterus berjalan dengan normal, evaluasi adanya tanda-tanda bahaya nifas, memastikan ibu menyusui dengan benar dan tidak ada tanda-tanda penyulit, memastikan ibu cukup makan, minum dan istirahat, memberi ibu konseling dalam pengasuhan bayi.

3) Kunjungan ketiga, waktu 2 minggu post partum

Tujuan : Sama dengan kunjungan hari ke 6

4) Kunjungan keempat, waktu 6 minggu post partum

Tujuan : Menanyakan penyulit-penyulit yang ada dan memberikan konseling untuk KB secara dini

h) Peran dan Tanggung Jawab Bidan Dalam Masa Nifas (Suherni, 2009):

- 1) Mendukung dan memantau kesehatan fisik ibu dan bayi
- 2) Mendukung dan memantau kesehatan psikologis, emosi, social serta memberikan semangat kepada ibu
- 3) Membantu ibu dalam menyusui bayinya, pada ibu dengan anak pertama sering ditemui puting susu ibu belum menonjol sehingga ibu mengalami kesulitan dalam menyusui bayinya. Bidan dapat melakukan perawatan payudara yang bertujuan untuk memelihara kebersihan payudara dan memperbanyak atau memperlancar produksi ASI, pelaksanaan perawatan payudara idealnya dilakukan

sedini mungkin, namun dapat juga dilakukan sejak hari kedua setelah persalinan sebanyak dua kali sehari.

- 4) Membangun kepercayaan diri ibu dalam perannya sebagai ibu
  - 5) Mendukung pendidikan kesehatan termasuk pendidikan dalam perannya sebagai orang tua
  - 6) Mendorong ibu untuk menyusui bayinya dengan meningkatkan rasa nyaman
  - 7) Memberikan konseling untuk ibu dan keluarganya mengenai cara mencegah perdarahan, mengenai tanda-tanda bahaya, menjaga gizi yang baik, serta mempraktekkan kebersihan yang aman
  - 8) Melakukan manajemen asuhan dengan cara mengumpulkan data, menetapkan diagnosa dan rencana tindakan serta melaksanakannya untuk mempercepat proses pemulihan, mencegah komplikasi dengan memenuhi kebutuhan ibu dan bayi selama periode nifas
  - 9) Memberikan asuhan secara professional
- i) Kebutuhan Dasar Masa Nifas (Suherni, 2009):
- 1) Nutrisi dan cairan

Pada mereka yang melahirkan secara normal, tidak ada pantangan diet. Dua jam setelah melahirkan perempuan boleh minum dan makan seperti biasa bila ingin, namun perlu diperhatikan jumlah kalori dan protein ibu menyusui harus lebih besar dari pada ibu hamil.

- 2) Ambulasi

Karena lelah sehabis bersalin, ibu harus istirahat, tidur terlentang selama 8 jam pasca persalinan, kemudian boleh miring-miring kekanan dan kekiri untuk mencegah terjadinya thrombosis dan tromboemboli, pada hari ke 2 diperbolehkan duduk, hari ke 3 jalan-jalan, dan pada hari ke 4 atau 5 sudah boleh pulang, mobilisasi diatas mempunyai variasi yang berbeda, tergantung pada komplikasi persalinan, nifas dan sembuhnya luka-luka.

### 3) Eliminasi

Rasa nyeri kadang kala menyebabkan keengganan untuk berkemih, tetapi usahakan lah untuk berkemih secara teratur, karena kandung kemih yang penuh dapat menyebabkan gangguan kontraksi rahim, yang dapat menyebabkan perdarahan dari rahim hendaknya kencing dapat dilakukan sendiri secepatnya.

### 4) Defekasi

Buang air besar harus dilakukan 3-4 hari pasca persalinan, bila masih sulit buang air besar dan terjadi obstifasi apalagi berak keras dapat diberikan obat laksans per oral atau per rectal, jika masih belum bisa dilakukan klisma, dan konsumsi makanan tinggi serat dan cukup minum.

### 5) Menjaga kebersihan diri

Menjaga kebersihan diri secara keseluruhan untuk menghindari infeksi, baik pada luka jahitan maupun kulit.

### 6) Kebersihan genetalia



Setelah melahirkan biasanya perineum menjadi agak bengkak/memar dan mungkin ada luka jahitan robekan atau episiotomi, anjurkan ibu untuk membersihkan alat genetaliaanya dengan menggunakan air bersih, membersihkan daerah vulva terlebih dahulu dilanjutkan dengan sekitar anus, keringkan dulu sebelum memakaikan pembalut, dan gentilah pembalut minimal 3 kali sehari, pada persalinan yang terdapat jahitan, jangan khawatir untuk membersihkan vulva, justru vulva yang tidak dibersihkan dapat menyebabkan infeksi, bersihkan vulva setiap buang air besar, buang air kecil dan mandi.

#### 7) Pakaian

Sebaiknya pakaian terbuat dari bahan yang mudah menyerap keringat karena produksi keringat pada ibu nifas akan lebih banyak, sebaiknya menggunakan pakaian yang longgar dibagian dada, sehingga payudara tidak tertekan dan kering, demikian juga dengan pakaian dalam, agar tidak terjadi iritasi pada daerah sekitarnya akibat lochea.

#### 8) Kebersihan kulit

Setelah persalinan, ekstra cairan dalam tubuh akan dikeluarkan kembali melalui air seni dan keringat untuk menghilangkan pembengkakan pada wajah, kaki, betis dan tangan ibu. Oleh karena itu, pada minggu-minggu pertama setelah melahirkan, ibu akan merasa jumlah keringat yang lebih banyak dari biasanya, usahakan

mandi lebih sering dan menjaga agar kulit tetap dalam keadaan kering.

#### 9) Istirahat

Untuk mencegah kelelahan yang berlebihan, usahakan untuk rileks dan istirahat yang cukup, terutama saat bayi sedang tidur, meminta bantuan suami atau keluarga yang lain jika ibu merasa lelah, putarkan dan dengarkan lagu-lagu klasik pada saat ibu dan bayi istirahat untuk menghilangkan tegang dan lelah.

#### 10) Seksual

Secara fisik, aman untuk memulai hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukan satu atau dua jarinya ke dalam vagina tanpa ada rasa nyeri, begitu ibu merasa aman untuk melakukan hubungan suami istri kapan saja ibu siap.

#### 11) Rencana kontrasepsi

Pemilihan kontrasepsi harus sudah dipertimbangkan pada masa nifas, apabila hendak memakai kontrasepsi yang mengandung hormone, harus menggunakan obat yang tidak mengganggu produksi ASI dan hubungan suami istri pada masa nifas tidak terganggu.

#### 12) Senam nifas

Senam nifas yaitu gerakan untuk mengembalikan otot perut yang kendur karena peregangan selama hamil, senam nifas ini dilakukan sejak hari pertama melahirkan setiap hari sampai hari yang kesepuluh, terdiri dari sederetan gerakan tubuh yang dilakukan untuk mempercepat pemulihan keadaan ibu (Suherni, 2009).

13) Perawatan payudara

Merupakan suatu tindakan perawatan payudara yang dilaksanakan, baik oleh pasien maupun dibantu orang lain yang dilaksanakan mulai hari pertama atau kedua setelah melahirkan. Perawatan payudara bertujuan untuk melancarkan sirkulasi darah dan mencegah tersumbatnya aliran susu sehingga memperlancar pengeluaran ASI, serta menghindari terjadinya pembekakan dan kesulitan menyusui, selain itu juga menjaga kebersihan payudara agar tidak mudah terkena infeksi. Adapun langkah-langkah dalam perawatan payudara (Anggraini, 2010).

Adapun cara perawatan payudara (Anggraini, 2010) antara lain :

- a) Tempelkan kapas yang sudah di beri minyak atau baby oil selama 5 menit, kemudian putting susu di bersihkan.
- b) Letakan kedua tangan di antara payudara.
- c) Mengurut payudara dimulai dari arah atas, kesamping lalu kearah bawah.
- d) Dalam pengurutan posisi tangan kiri kearah sisi kiri, telapak tangan kearah sisi kanan.
- e) Melakukan pengurutan kebawah dan kesamping.
- f) Pengurutan melintang telapak tangan mengurut kedepan kemudian kedua tangan dilepaskan dari payudara, ulangi gerakan 20 – 30 kali.
- g) Tangan kiri menopang payudara kiri 3 jari tangan kanan membuat gerakan memutar sambil menekan mulai dari pangkal

payudara sampai pada puting susu, lakukan tahap yang sama pada payudara kanan.

- h) Membersihkan payudara dengan air hangat lalu keringkan payudara dengan handuk bersih, kemudian gunakan bra yang bersih dan menyokong.
- j) Hubungan Pemberian ASI Eksklusif dengan penurunan berat badan ibu menyusui
- k) Menurut penelitian F. Ayu Kristiyanti, dan A. Kusumastuti, Hubungan Pemberian ASI Eksklusif dengan penurunan berat badan ibu menyusui adalah sebagai berikut Proporsi pemberian ASI eksklusif sebesar 35,2% dan ASI tidak eksklusif sebesar 64,8%. Hasil penelitian ini menunjukkan sebesar 78,9% ibu pada kelompok ASI eksklusif dan sebesar 51,4 % pada kelompok ASI tidak eksklusif mengalami penurunan berat badan. Rerata penurunan berat badan sebanyak 1,1 kg pada kelompok ASI eksklusif dan sebanyak 0,4 kg pada kelompok ASI tidak eksklusif. Ada hubungan bermakna antara pemberian ASI eksklusif dengan penurunan berat badan ibu menyusui ( $p=0,048$ ;  $RR=1,54$ ). Ada hubungan bermakna antara pemberian ASI eksklusif dengan penurunan berat badan setelah dikontrol oleh asupan energi ( $p=0,029$ ). Dapat di simpulkan bahwa Ada hubungan antara pemberian ASI eksklusif dengan penurunan berat badan ibu menyusui. Penurunan berat badan ibu yang memberikan ASI eksklusif 1,54 kali lebih besar dibandingkan ibu yang memberikan ASI tidak eksklusif.
- l) Hubungan jarak kehamilan dengan perdarahan post partum

Berdasarkan hasil penelitian Sugi Purwanti & Yuli Trisnawati 2016 adanya hubungan antara jarak kehamilan dengan perdarahan post partum karena atonia uteri, tetapi dilihat dari kecenderungan yang muncul adalah ibu yang berisiko (jarak kehamilan kurang dari 2 tahun) lebih sedikit mengalami atonia uteri dibandingkan dengan yang tidak atonia uteri. Sedangkan ibu yang tidak berisiko (jarak kehamilan 2-5 tahun) memiliki kecenderungan mengalami atonia uteri lebih banyak dibanding dengan yang tidak atonia uteri. Hal ini kemungkinan penyebab perdarahan tidak hanya karena jarak kehamilan tapi juga faktor paritas ibu memiliki paritas berisiko (lebih dari 3), yang artinya ada hubungan antara paritas dengan perdarahan karena atonia uteri (Purwanti, 2015).

Kesimpulan dari penelitian ini adalah umur ibu dan jarak kehamilan. Adanya hubungan antara umur dan jarak kehamilan terhadap perdarahan karena atonia uteri. Adanya pengaruh secara bersama-sama antara jarak kehamilan dengan perdarahan karena atonia uteri yaitu ibu dengan jarak kehamilan berisiko memiliki risiko 2 kali lebih besar untuk mengalami perdarahan karena atonia uteri.

## **6. Konsep Dasar Neonatus**

### **a. Pelayanan Kesehatan Neonatus**

Pelayanan kesehatan neonatus adalah pelayanan kesehatan sesuai standar yang diberikan oleh tenaga kesehatan yang kompeten kepada neonatus sedikitnya 3 kali, selama periode 0 sampai dengan 28 hari setelah

lahir, baik di fasilitas kesehatan maupun melalui kunjungan rumah (Walyani, 2014).

1. Pelaksanaan pelayanan neonatal adalah :

a) Kunjungan Neonatal ke-1 (KN1) dilakukan pada kurun waktu 6-48 jam setelah lahir. Hal yang dilaksanakan adalah:

(1) Jaga kehangatan tubuh bayi

(2) Berikan ASI eksklusif

(3) Rawat tali pusat

b) Kunjungan Neonatal ke-2 (KN2) dilakukan pada kurun waktu hari ke-3 sampai dengan hari ke-7 setelah lahir.

(1) Jaga kehangatan tubuh bayi

(2) Berikan ASI eksklusif

(3) Cegah infeksi dan rawat tali pusat

c) Kunjungan Neonatal ke-3 (KN3) dilakukan pada kurun waktu hari ke-8 sampai dengan hari ke-28 setelah lahir. Periksa ada atau tidaknya tanda bahaya atau gejala sakit, lakukan

a. Jaga kehangatan tubuh bayi

b. Berikan ASI eksklusif

c. Rawat tali pusat

b. Perawatan Neonatus (Walyani, 2014) yaitu :

1) Meningkatkan Hidrasi dan Nutrisi yang Adekuat untuk Bayi

Metode yang dipilih ibu untuk memberi susu kepada bayinya harus dihargai oleh semua yang terlibat dan ibu harus didukung dalam upayanya untuk memberikan susu kepada

bayinya. Akan tetapi, manfaat ASI untuk semua bayi, terutama bayi prematur dan bayi sakit diketahui dengan baik.

Biasanya kalkulasi kebutuhan cairan dan kalori tidak diperlukan pada bayicukup bulan yang sehat, terutama untuk bayi yang mendapat ASI. Pengkajian mengenai apakah bayi mendapatkan kebutuhannya dengan cukup diperkirakan dengan seberapa baik bayi menoleransi volume susu, seberapa sering bayi minum susu, apakah haluan feses dan urinnya normal, apakah bayi menjadi tenang untuk tidur setelah minum susu dan bangun untuk minum susu berikutnya.

## 2) Memperhatikan Pola Tidur dan Istirahat

Tidur sangat penting bagi neonatus dan tidur dalam sangat bermanfaat untuk pemulihan dan pertumbuhan. Bayi cukup bulan yang sehat akan tidur selama sebagian besar waktu dalam beberapa hari pertama kehidupan, bangun hanya untuk minum susu.

## 3) Meningkatkan Pola Eliminasi yang Normal

Jika diberi susu dengan tepat, bayi harus berkemih minimal enam kali dalam setiap 24 jam dengan urin yang berwarna kuning kecoklatan dan jernih. Penurunan haluaran urin atau aliran urin yang berkaitan dengan bayi yang letargi, menyusu dengan buruk, mengalami peningkatan ikterus atau muntah harus diperiksa karena infeksi saluran kemih dan abnormalitas kongenital pada saluran genitourinari biasa terjadi.

Dengan menganggap bahwa bayi diberi susu dengan tepat, warna dan konsistensi feses akan berubah, menjadi lebih terang, lebih berwarna kuning-hijau dan kurang lengket di bandingkan mekonium. Setiap gangguan pada pola ini atau dalam karakteristik feses harus diperiksa dan penyebabnya ditangani, abnormalitas pada saluran GI, seperti stenosis atau atresia, malrotasi, volvulus, atau anus imperforata, akan memerlukan intervensi pembedahan.

#### 4) Meningkatkan Hubungan Interaksi antara Orang tua dan Bayi

Meningkatkan interaksi antara bayi dan orang tua agar terciptanya hubungan yang kuat sehingga proses laktasi dan perawatan bayi baru lahir dapat terlaksana dengan baik.

Orang tua memiliki pengalaman yang bervariasi dalam merawat bayi. Untuk orang tua yang tidak berpengalaman ada banyak literatur yang siap sedia dalam bentuk cetakan atau di internet, dan ada persiapan pranatal untuk kelas menjadi orang tua yang dapat diakses untuk orang tua untuk mengembangkan beberapa pemahaman mengenai perawatan bayi.

#### c. Tanda-tanda bahaya pada neonatus (Kemenkes RI, 2010)

- a) Bayi tidak mau menyusu
- b) Kejang
- c) Lemah
- d) Sesak Nafas
- e) Merintih



- f) Pusing Kemerahan
- g) Demam atau Tubuh Merasa Dingin
- h) Mata Bernanah Banyak
- i) Kulit Terlihat Kuning

#### d. Sibling Rivalry

##### 1) Pengertian

Sibling rivalry adalah kecemburuan, persaingan dan pertengkaran antara saudara laki-laki dan saudara perempuan, hal ini terjadi pada semua orang tua yang mempunyai dua anak atau lebih. Sibling rivalry terjadi jika anak sudah mulai merasakan kehilangan kasih sayang dari orang tua dan merasa saudara kandung adalah saingan dalam mendapatkan perhatian dan kasih sayang dari orang tua. Setiawati (2008) menjelaskan bahwa hal ini terjadi karena orang tua memberikan perlakuan yang berbeda pada anak-anak mereka (adanya anak emas). Persaingan antar saudara yang dimaksud disini adalah kompetensi antar saudara kandung untuk mendapatkan cinta, kasih dan perhatian dari satu atau kedua orang tuanya, atau untuk mendapatkan pengakuan atau suatu yang lebih. (Pamungkas, 2016).

Sibling rivalry biasanya muncul ketika selisih usia saudara kandung terlalu dekat, karena kehadiran adik dianggap menyita waktu dan perhatian terlalu banyak orang tua (Setiawati, 2008). Jarak usia lazim memicu munculnya sibling rivalry adalah jarak usia antara 1-3

tahun muncul pada usia 3-5 tahun kemudian muncul kembali pada 8-12 tahun, dan pada umumnya, sibling rivalry lebih sering terjadi pada anak yang berjenis kelamin yang sama dan khususnya perempuan (Listiani,2010)

Ciri khas yang sering muncul pada sibling rivalry, yaitu: egois, suka berkelahi, memiliki kedekatan yang khusus dengan salah satu orang tua, mengalami gangguan tidur, kebiasaan menggigit kuku, hiperaktif, suka merusak, dan menuntut perhatian terlalu banyak (sains, 2009). Terdapat dua macam reaksi sibling rivalry, secara langsung yaitu biasanya berupa perilaku agresif seperti memukul, mencubit atau bahkan menendang (Setiawati,2008). Reaksi yang lainnya adalah reaksi tidak langsung seperti, munculnya kenakalan, rewel, mengompol atau pura-pura sakit (Listiani, 2010).

## 2) Faktor-faktor penyebab sibling rivalry

Menurut listiani (2010), Ifaktor penyebab sibling rivalry diantaranya karena orang tua membagi perhatian dengan yang lain, mengidolakan anak tertentu, dipeliharanya rasa kesal oarang tua, serta kurangnya pemahaman diri. Menurut lusa (2010) dan pamungkas (2016), ada banyak faktir yang menyebabkan sibling rivalry, anatar lain:

- a) Masing-masing anak bersaing untuk menentukan pribadi mereka, sehingga ingin menunjukkan pada saudara mereka
- b) Merasa kurang mendapatkan kurang perhatian, disiplin dan mau mendengar dari orang tua mereka.

- c) Anak-anak merasa hubungan dengan orang tua mereka terancam oleh kedatangan anggota keluarga baru/bayi.
  - d) Tahap perkembangan anak baik fisik maupun emosi yang dapat mempengaruhi proses kedewasaan dan perhatian terhadap satu sama lain
  - e) Anak frustrasi karena merasa lapar, bosan dan letih sehingga memulai pertengkaran.
  - f) Kemungkinan, anak tidak tahu cara mendapatkan perhatian atau memulai permainan dengan saudara mereka.
  - g) Dinamika keluarga dalam memainkan peran.
  - h) Pemikiran orang tua tentang agresi dan pertengkaran anak yang berlebihan dalam keluarga adalah normal.
  - i) Tidak memiliki waktu untuk berbagi, berkumpul bersama anggota keluarga.
  - j) Orang tua menjadi stres dalam menjalankan kehidupannya.
  - k) Anak-anak mengalami stres dalam menjalankan kehidupannya
  - l) Cara orang tua dalam memperlakukan anak dan menangani konflik yang terjadi pada mereka.
- 3) Tanda dan gejala sibling rivalry

Salamin dan whitney (2005) dalam pamungkas (2016) berpendapat bahwa anak yang mengalami sibling rivalry mempunyai tanda dan gejala sebagai berikut:

- a) Mengalami kemunduran dan regresi: suatu tingkah laku yang mengalami kemunduran yang lebih sesuai untuk taraf

perkembangan sebelumnya, misalnya mengeyot jari, menggigit kuku, merengek atau marah jika keinginannya tidak terkabul.

- b) Pemurung: suatu keadaan jiwa atau suasana hati yang dicirikan dengan kesedihan, hilangnya minat terhadap pergerjaan sesuatu, dan sangat rendahnya reaktifitas terhadap rangsangan, anak merasa sedih karena pikirannya sendiri yang mengatakan bahwa orang tuanya lebih menyayangi saudaranya.
- c) Suka membantah orang tua: sebagai suatu bentuk protes terhadap sebuah ketidakadilan yang dirasakan, yaitu perhatian orang tua, maka anak sering membangkang. Ada tiga bentuk pembangkangan anak yaitu menolak aturan dengan cara menghindar atau diam tanpa melakukan apa-apa, ketidak setujuan secara verbal, dan dengan melakukan kebalikan dari perintah orang tua.

#### 4) Dampak sibling rivalry

Menurut Rivacons (2009) dalam pamungkas (2016), anak yang merasa selalu kalah dari saudaranya akan merasa minder atau rendah diri, anak jadi membenci terhadap saudara kandung sendirinya sendiri. Hal ini sesuai dengan pendapat Noviani (2007) dalam pamungkas (2016), dampak negatif sibling rivalry adalah anak menjadi egois, minder, merasa tidak dihargai, pengunduran diri kearah bentuk perilaku infantil/regresi dan lain sebagainya. Selain kenakalan anak dirumah pada adik barunya, hal ini dapat berpengaruh pada hubungan anak tersebut dengan teman-temannya disekolah, bila terjadi ketidak adilan dirumah yang membuat anak stres, bisa membuat anak menjadi

lebih temperamen dan agresif dalam kelakuan di sekolah. Menurut priatna dan yulia (2006) dalam pamungkas (2016), pertengkaran yang terus menerus dipupuk sejak kecil akan terus bersaing dan saling mendengki.

5) Penatalaksanaan sibling rivalry

Bagi orang tua, cara untuk meminimalisir sibling rivalry, yaitu (Hakuna,2008 dalam pamungkas 2016):

- a) Jangan membanding-bandingkan anak
- b) Libatkan anak dalam mempersiapkan kelahiran adik. Pada saat hamil, libatkan anak untuk mempersiapkan kelahiran, seperti ajak anak memilih pakaian atau perlengkapan bayi dan juga beritahukan bahwa adik baru tidak akan merebut perhatian orang tuanya.
- c) Selama masa kehamilan ajak kakak ke rumah sakit. Dengan begitu, kakak dapat melihat adiknya dilayar scan dan mendengar detak jantungnya di alat ultrasound. Tunjukkan pula foto lama scan kakak dan jelaskan bagaimana rasanya ketika sang kakak ada didalam rahim ibu.
- d) Ajarkan kakak mengenai bagaimana cara berinteraksi dan bermain dengan adik. Apa yang bisa dilakukan dan bagaimana cara menunjukkan sayang pada adik.
- e) Ketika sang kakak berkunjung ke rumah sakit pertama kalinya, sambutlah dengan ceria. Lalu perlihatkan adik bayi yang baru

lahir. Perkenalkan adik pada kakanya dan juga sebaliknya, perkenalkan kakak pada adiknya

- f) Gunakan sebutan adik bayi dari pada bayi baru, sehingga anak tidak merasa bahwa adik baru dan dia lama.
- g) Berikan kesempatan kakak melakukan hal-hal yang membuat dirinya merasa nyaman saat bersama adik. Kakak bisa membelai dan memangku adik dengan bantuan ibu.
- h) Tetap berikan perhatian pada kakak. Hindari tekanan untuk selalu mengalah dan mendahulukan adik. Biarkan ayah bersama adik ketika ibu mendampingi sang kakak.
- i) Jika kakak benar-benar cemburu pada adik barunya dan menunjukkannya dengan cara kasar, orang tua perlu bertindak cepat yaitu dengan menjauhkan kakak dari adik. Beritahu kakak bahwa dia tidak boleh menyakiti adik bayinya, tanpa harus membentak atau memukulnya.

## **7. Konsep Dasar Keluarga Berencana**

### **1. Pengertian KB**

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

### **2. Tujuan Program KB**

Tujuan dilaksanakan program KB yaitu untuk membentuk

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

### 3. Jenis-jenis Metode Kontrasepsi Jangka Panjang

#### a. Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

Pengertian AKDR atau IUD atau Spiral adalah suatu benda kecil yang terbuat dari plastic yang lentur, mempunyai lilitan tembaga atau juga mengandung hormon dan di masukkan ke dalam rahim melalui vagina dan mempunyai benang (Handayani, 2010).

IUD adalah suatu alat kontrasepsi yang dimasukkan ke dalam rahim yang bentuknya bermacam-macam, terdiri dari plastik (*polythylene*), ada yang dililit tembaga (Cu) ada pula yang tidak, tetapi ada pula yang dililit dengan tembaga bercampur perak (Ag). Selain itu ada pula yang batangnya berisi hormon *progesterone*.

Kontrasepsi berasal dari kata kontra yang berarti mencegah dan konsepsi yang berarti pertemuan antara sel telur dengan sel sperma yang mengakibatkan kehamilan, sehingga kontrasepsi adalah upaya untuk mencegah terjadinya kehamilan dengan cara mengusahakan agar tidak terjadi ovulasi, melumpuhkan sperma atau menghalangi pertemuan sel telur dengan sel sperma (Wiknjosastro, 2010).

## 1) Jenis – Jenis IUD

Jenis - jenis IUD yang dipakai di Indonesia antara lain :

### a) *Copper-T*

Menurut Imbarwati (2010), IUD berbentuk T, terbuat dari bahan polyethelen dimana pada bagian vertikalnya diberi lilitan kawat tembaga halus. Lilitan tembaga halus ini mempunyai efek anti fertilitas (anti pembuahan) yang cukup baik. Menurut ILUNI FKUI (2010). Spiral jenis copper T (melepaskan tembaga) mencegah kehamilan dengan cara mengganggu pergerakan sperma untuk mencapai rongga rahim dan dapat dipakai selama 10 tahun.

### b) *Progestasert IUD* (melepaskan progesteron)

Hanya efektif untuk 1 tahun dan dapat digunakan untuk kontrasepsi darurat Copper-7. Menurut Imbarwati (2010).

### c) *Lippes loop*

Menurut Imbarwati (2010), IUD ini terbuat dari *polyethelene*, berbentuk huruf spiral atau huruf S bersambung. Untuk memudahkan kontrol, dipasang benang pada ekornya *Lippes loop* terdiri dari 4 jenis yang berbeda menurut ukuran panjang bagian atasnya. Tipe A berukuran 25 mm (benang biru), tipe B 27,5 mm (benang hitam), tipe C berukuran 30 mm (benang kuning) dan tipe



D berukuran 30 mm dan tebal (benang putih). *Lippes loop* mempunyai angka kegagalan yang rendah. Keuntungan dari pemakaian IUD jenis ini adalah bila terjadi perforasi, jarang menyebabkan luka atau penyumbatan usus, sebab terbuat dari bahan plastik.

## 2) Cara Kerja

Menurut Saifudin (2010), Cara kerja IUD adalah:

- a) Menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba falopi.
- b) Mempengaruhi fertilisasi sebelum *ovum* mencapai kavum uteri
- c) AKDR bekerja terutama mencegah sperma dan ovum bertemu, walaupun AKDR membuat sperma sulit masuk kedalam alat reproduksi perempuan dan mengurangi kemampuan sperma untuk fertilisasi.
- d) Memungkinkan untuk mencegah implantasi telur dalam uterus.

## 3) Efektivitas

Keefektifitasan IUD adalah: Sangat efektif yaitu 0,5 – 1 kehamilan per 100 perempuan selama 1 tahun pertama penggunaan (Sujiyantini dan Arum, 2010).

## 4) Keuntungan

Menurut Saifudin (2010), Keuntungan IUD yaitu:

- a) Sebagai kontrasepsi, efektifitasnya tinggi Sangat efektif → 0,6

- 0,8 kehamilan / 100 perempuan dalam 1 tahun pertama (1 kegagalan dalam 125 – 170 kehamilan).

- b) AKDR dapat efektif segera setelah pemasangan.
  - c) Metode jangka panjang (10 tahun proteksi dari CuT – 380A dan tidak perlu diganti).
  - d) Sangat efektif karena tidak perlu lagi mengingat
  - e) Tidak mempengaruhi hubungan seksual
  - f) Meningkatkan kenyamanan seksual karena tidak perlu takut untuk hamil
  - g) Tidak ada efek samping hormonal dengan Cu AKDR (CuT - 380A)
  - h) Tidak mempengaruhi kualitas dan volume ASI
  - i) Dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesudah abortus (apabila tidak terjadi infeksi).
  - j) Tidak ada interaksi dengan obat – obat
  - k) Membantu mencegah kehamilan ektopik.
- 5) Kerugian

Menurut Saifudin (2010), Kerugian IUD:

- a) Efek samping yang mungkin terjadi:
  - Perubahan siklus haid ( umum pada 3 bulan pertama dan akan berkurang setelah 3 bulan)
  - Haid lebih lama dan banyak
  - Perdarahan ( spotting ) antar menstruasi
  - Saat haid lebih sakit

b) Komplikasi Lain:

- Merasakan sakit dan kejang selama 3 sampai 5 hari setelah pemasangan
- Merasa sakit dan kejang selama 3 – 5 hari setelah pemasangan.
- Perdarahan berat pada waktu haid atau di antaranya yang memungkinkan penyebab anemia
- Perforasi dinding uterus (sangat jarang apabila pemasangannya benar)
- Tidak mencegah IMS termasuk HIV/AIDS
- Tidak baik digunakan pada perempuan dengan IMS atau perempuan yang sering berganti pasangan

6) Mekanisme Kerja

- a) Mekanisme kerja AKDR sampai saat ini belum diketahui secara pasti, ada yang berpendapat bahwa AKDR sebagai benda asing yang menimbulkan reaksi radang setempat, dengan sebutan *leukosit* yang dapat melarutkan *blastosis* atau sperma. Mekanisme kerja AKDR yang dililiti kawat tembaga mungkin berlainan. Tembaga dalam konsentrasi kecil yang dikeluarkan ke dalam rongga uterus juga menghambat *khasiatanhidrase* karbon dan fosfatase alkali. AKDR yang mengeluarkan hormon juga menebalkan lendir sehingga menghalangi pasasi sperma

(Prawirohardjo, 2011).

- b) Sampai sekarang mekanisme kerja AKDR belum diketahui dengan pasti, kini pendapat yang terbanyak ialah bahwa AKDR dalam kavum uteri menimbulkan reaksi peradangan endometrium yang disertai dengan sebutan leukosit yang dapat menghancurkan *blastokista* atau sperma. Sifat-sifat dari cairan uterus mengalami perubahan – perubahan pada pemakaian AKDR yang menyebabkan *blastokista* tidak dapat hidup dalam uterus. Walaupun sebelumnya terjadi nidasi, penyelidikan-penyelidikan lain menemukan sering adanya kontraksi uterus pada pemakaian AKDR yang dapat menghalangi nidasi. Diduga ini disebabkan oleh meningkatnya kadar *prostaglandin* dalam uterus pada wanita (Wiknjoastro, 2010).
- c) Sebagai metode biasa (yang dipasang sebelum hubungan seksual terjadi) AKDR mengubah transportasi tuba dalam rahim dan mempengaruhi sel telur dan sperma sehingga pembuahan tidak terjadi. Sebagai kontrasepsi darurat (dipasang setelah hubungan seksual terjadi) dalam beberapa kasus mungkin memiliki mekanisme yang lebih mungkin adalah dengan mencegah terjadinya implantasi atau penyerangan sel telur yang telah dibuahi ke dalam dinding rahim

- d) Menurut Saefuddin (2010), mekanisme kerja IUD adalah:
- Menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba falopi
  - Mempengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai kavum uteri
  - AKDR bekerja terutama mencegah sperma dan ovum bertemu walaupun AKDR membuat sperma sulit ke dalam alat reproduksi perempuan dan mengurangi kemampuan sperma untuk fertilisasi
  - Memungkinkan untuk mencegah implantasi telur ke dalam uterus.

7) Kontra Indikasi

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

b. Metode Kontrasepsi Mantap

Metode kontrasepsi mantap terdiri dari 2 macam yaitu Metode Operatif Wanita (MOW) dan Metode Operatif Pria (MOP). MOW sering dikenal dengan *tubektomi* karena prinsip

metode ini adalah memotong atau mengikat saluran *tuba/tuba falopii* sehingga mencegah pertemuan antara ovum dan sperma. Sedangkan MOP sering dikenal dengan nama *vasektomi*, *vasektomi* yaitu memotong atau mengikat saluran *vas defere* sehingga cairan sperma tidak dapat keluar atau ejakulasi (Handayani, 2010) MKJP adalah alat kontrasepsi untuk menunda kehamilan serta menghentikan kesuburan yang digunakan dalam jangka panjang, MKJP lebih rasional dan mempunyai sedikit efek samping (BKKBN, 2017).

c. Hubungan Metode KB Jangka Panjang dengan Jarak Kehamilan < 2

Tahun

Menurut BKKBN (2009), ibu dengan jarak kehamilan terlalu dekat dianjurkan untuk menggunakan alat kontrasepsi jangka panjang seperti IUD dan implant dengan tujuan agar tidak terjadi kehamilan dengan jarak terlalu dekat lagi. Metode kontrasepsi jangka panjang memiliki efektivitas yang sangat tinggi dengan jangka pemakaian 3-10 tahun sehingga sangat efektif untuk ibu dengan riwayat kehamilan jarak dekat.

## 8. Nomenklatur Diagnosa Kebidanan

Nomenklatur Diagnosa Kebidanan adalah suatu sistem nama yang telah terklasifikasikan dan diakui serta disahkan oleh profesi, digunakan untuk menegakkan diagnosa sehingga memudahkan pengambilan keputusannya.

**Tabel 2.11**  
**Nomenklatur Diagnosa Kebidanan**

1. Persalinan normal	34. <i>Invertio uteri</i>
2. Partus normal	35. Bayi besar
3. Syok	36. Malaria berat dengan komplikasi
4. DJA tidak normal	37. Malaria ringan dengan komplikasi
5. <i>Abortus</i>	38. Mekonium
6. <i>Solusio plasenta</i>	39. <i>Meningitis</i>
7. Akut <i>pyelonephritis</i>	40. <i>Metritis</i>
8. <i>Amnionitis</i>	41. <i>Migraine</i>
9. Anemia berat	42. Kehamilan <i>molahidatidosa</i>
10. <i>Apendiksitis</i>	43. Kehamilan ganda
11. <i>Atonia uteri</i>	44. Partus macet
12. Infeksi <i>mamae</i>	45. Posisi <i>occiput posterior</i>
13. Pembengkakan <i>mamae</i>	46. Posisi <i>occiput</i> melintang
14. Presentasi bokong	47. Kista ovarium
15. Asma <i>bronchiale</i>	48. <i>Abses pelvic</i>
16. Presentasi dagu	49. <i>Peritonitis</i>
17. <i>Disproporsi sevalo pelvic</i>	50. <i>Plasenta previa</i>
18. Hipertensi kronik	51. <i>Pneumonia</i>
19. Koagulopati	52. Preeklampsia berat/ringan
20. Presentasi ganda	53. Hipertensi karena kehamilan
21. <i>Cystitis</i>	54. Ketuban pecah dini
22. Eklamsia	55. Partus prematurus
23. Kelainan ektopik	56. Partus fase laten lama
24. <i>Encephalitis</i>	57. Partus kala II lama
25. <i>Epilepsi</i>	58. Sisa plasenta
26. <i>Hidramnion</i>	59. <i>Retensio plasenta</i>
27. Presentasi muka	60. <i>Prolapse tali pusat</i>
28. Persalinaan semu	61. <i>Rupture uteri</i>
29. Kematian janin	62. Bekas luka uteri
30. <i>Hemoragea antepartum</i>	63. Presentasi bahu
31. <i>Hemoragea postpartum</i>	64. Distosia bahu
32. Gagal jantung	65. <i>Tetanus</i>
33. <i>Inertia uteri</i>	66. Letak lintang
34. <i>Invertio uteri</i>	68. Infeksi luka

Sumber : WHO, UNFPA, UNICEF, World Bank (2001) *I M P A C (Integrated Management of Preganncy And Childbirth)*, *Managing Complications in Pregnancy and Childbirth : A Guide for Midwives and doctor, Department of Reproductive*

# BAB III

## SUBJEKTIF DAN KERANGKA KERJA PELAKSANAAN STUDI KASUS

### A. Rancangan Study Kasus yang Berkesinambungan dengan COC

#### 1. Rancangan penelitian

Rancangan penelitian atau ada yang menyebut “model penelitian” adalah rencana atau struktur dan strategi penelitian yang disusun demikian rupa agar dapat memperoleh jawaban mengenai permasalahan penelitian dan juga untuk mengontrol *varians* (Machfoedz, 2011).

Rancangan dalam penelitian ini adalah studi kasus yang diuraikan secara deskriptif dari hasil jaringan pengumpulan data yang diperoleh dari beberapa metode. Metode yang digunakan untuk data primer yaitu dengan menggunakan metode pengamatan (*observation*), wawancara (anamnesa), maupun hasil pengukuran fisik dan pemeriksaan kebidanan langsung kepada klien. Data sekunder diperoleh dengan melakukan pemeriksaan laboratorium, pemeriksaan penunjang lainnya (USG, foto *rontgen* dll) data kesehatan penduduk kota dan provinsi, buku KIA sebagai buku catatan perkembangan klien. Selain itu dapat dilakukan melalui studi kepustakaan (*Library research*).



## 2. Lokasi dan waktu

Studi kasus ini dilakukan di rumah Ny. L di Jl. Sorong 3 RT.81 No. 473 Kelurahan Muara Rapak dan dilaksanakan mulai 16 Januari 2019 – 20 Maret 2020.

## 3. Subjek studi Kasus

Subyek penelitian adalah sesuatu yang diteliti baik orang, benda ataupun lembaga (Amirin, 2012).

Subyek penelitian yang akan dibahas dalam Laporan Tugas Akhir ini adalah ibu hamil G<sub>4</sub>P<sub>3003</sub> dengan usia kehamilan 37 minggu diberikan asuhan mulai dari masa kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, neonatal sampai pelayanan calon akseptor kontrasepsi.

## 4. Pengumpulan dan Analisis Data

### a. Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan selama proses pemberian asuhan kebidanan komprehensif (*continuity of care*) berlangsung. Adapun teknik pengambilan datanya adalah :

#### 1) Observasi

Metode Observasi merupakan kegiatan mengamati secara langsung tanpa mediator sesuatu objek untuk melihat dengan dekat kegiatan yang dilakukan objek tertentu. Penulis melakukan pengamatan secara langsung terhadap kondisi klien yang dikelola atau mengamati perilaku dan kebiasaan klien yang berhubungan dengan asuhan yang akan diberikan (Nursalam, 2009).

## 2) Wawancara

Wawancara adalah percakapan antara periset seseorang yang berharap mendapatkan informasi, dan informan seseorang yang diasumsikan mempunyai informasi penting tentang sesuatu objek. Penulis mengumpulkan data dengan cara melakukan wawancara langsung dengan klien dan keluarga (Nursalam, 2009).

## 3) Pemeriksaan fisik

Penulis melakukan pemeriksaan meliputi inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi yang dilakukan untuk memperoleh data sesuai dengan kasus yang dikelola.

## 4) Studi Dokumentasi

Penulis menggunakan dokumentasi yang berhubungan dengan judul Proposal Tugas Akhir ini seperti : catatan medis klien yang berupa buku KIA (Kesehatan Ibu dan Anak), literatur dan lain sebagainya.

## 5) Analisis Data

Analisis data yang digunakan pada studi kasus ini mengubah data hasil studi kasus menjadi suatu informasi yang dapat digunakan untuk mengambil kesimpulan adalah menggunakan manajemen kebidanan menurut Varney yang didokumentasikan dalam bentuk SOAP.

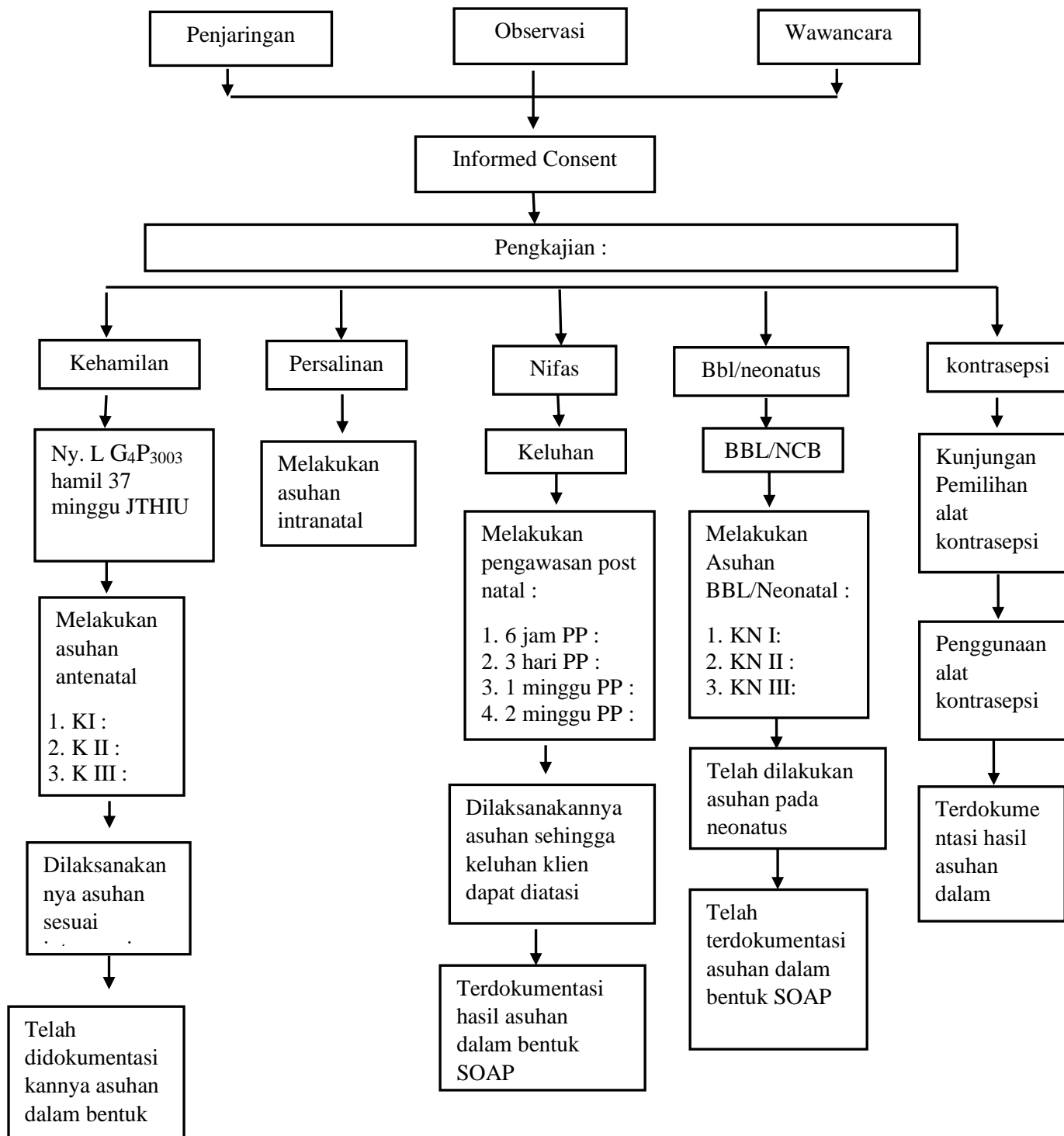
b. Instrumen Penelitian

Instrumen adalah alat yang dapat dipakai penulis untuk mendapatkan data. Penelitian ini menggunakan instrument seperti lembar pengkajian, *checklist*, dokumentasi.

5. Kerangka kerja Penelitian
6. Kerangka konsep penelitian pada dasarnya adalah kerangka hubungan antara konsep-konsep yang ingin diamati atau di ukur melalui penelitian yang akan dilakukan (Notoatmodjo, 2010).

## Bagan 3.1

## Kerangka Kerja Pelaksanaan Studi Kasus



## **B. Etika Penelitian**

### *1. Respect for person*

Keikutsertaan ibu dalam penelitian ini bersifat sukarela, ibu bebas menolak untuk ikut studi kasus ini atau dapat mengundurkan diri kapan saja. Ny. L mendapatkan penjelasan sebelum persetujuan dan bersedia ikut dalam studi kasus ini secara sadar tanpa paksaan dan telah membubuhkan tanda tangan pada lembar persetujuan.

### *2. Beneficence dan non maleficence*

Ny. L sebagai peserta dalam kegiatan asuhan kebidanan komprehensif ini akan mendapatkan keuntungan berupa pengawasan dari tenaga kesehatan sejak ibu hamil sampai dengan bersalin/nifas. Penulis juga pada saat melakukan pengkajian dan pemeriksaan telah meminimalkan bahaya risiko yang terjadi, yaitu melakukan mencuci tangan sebelum tindakan dan menggunakan alat pelindung diri (APD) seperti *handscoon*.

### *3. Justice*

Risiko dan ketidaknyamanan secara fisik yaitu akan menyita waktu ibu selama memberikan asuhan, mulai dari pengkajian yang dilakukan di rumah klien sampai dengan pelaksanaan asuhan dengan perkiraan waktu 60-120 menit (atau sesuai dengan kebutuhan) pada saat kunjungan rumah atau kunjungan ke fasilitas kesehatan. Seluruh kegiatan dalam memberikan asuhan dilakukan dibawah bimbingan dari bidan yang telah ditunjuk sebagai pembimbing dari Prodi D-III Kebidanan Balikpapan.

## BAB IV

### TINJAUAN KASUS PADA NY. L G<sub>4</sub>P<sub>3003</sub> USIA KEHAMILAN 37 MINGGU + 3 HARI DENGAN PARTUS FASE LATEN LAMA DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS MUARA RPAK

#### A. Hasil Pengkajian dan Perencanaan Asuhan Komprehensif (sesuai 7 langkah Varney)

##### 1. Langkah I Pengkajian.

- a. Tanggal : 13 Januari 2020
- b. Jam : 10.45- 11.15 WITA
- c. Oleh : Haeriyah S

##### 1) Subjektif

##### a) Identitas :

Nama klien	: Ny. L	Nama suami	: Tn. K
Umur	: 32 Tahun	Umur 3	: 36 Tahun
Suku	: Jawa	Suku	: Jawa
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: SMA	Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Wiraswasta
Alamat	: Jl. Sorong 3 No.473 rt.81		

##### b) Keluhan : tidak ada

##### c) Riwayat obstetric dan ginekologi

##### (1) Riwayat menstuasi

- (a) HPHT/TP : 25-04-2019 / 2-02-2020
- (b) Umur kehamilan : 37 minggu 3 hari
- (c) Lamanya : 10 hari

- (d) Banyaknya :Normal (> 3-4 x sehari ganti pembalut)
- (e) Siklus : 25-30 hari
- (f) Menarche : 15 tahun ( Kelas 3 SMP)
- (g) Teratur/tidak : Teratur
- (h) Disenorrhea: Ada
- Keluhan lain : Tidak ada

(2) Flour albus

Ibu tidak pernah mengalami keputihan yang tidak normal dan penyakit yang berkaitan dengan kandungan.

(3) Tanda-tanda kehamilan

Ibu mengetahui kehamilannya dengan melakukan pp test bulan mei dan hasil positif, ibu merasakan gerakan janin pertama kali saat usia 4 bulan. Pada saat ini gerakan janin yang dirasakan ibu sangat aktif yaitu >10x per hari.

d) Riwayat imunisasi

Ibu mengatakan saat bayi imunisasi lengkap, pada saat SD ibu disuntik bagian lengan sebanyak 3x, sebelum menikah ibu juga melakukan suntik catin maka status suntik TT adalah TT<sub>5</sub>.

e) Riwayat kesehatan

(1) Riwayat penyakit yang pernah dialami

Ibu mengatakan tidak pernah mengalami penyakit seperti hipertensi, DM, campak, malaria, TBC. Ibu juga tidak

pernah mengalami penyakit reproduksi seperti miom, kista, mola, PID.

(2) Alergi

Ibu mengatakan tidak memiliki riwayat alergi terhadap makanan serta obat-obatan.

(3) Keluhan selama hamil

Ibu mengatakan ketika kehamilan ini ibu merasakan mual muntah pada trimester 1. Ibu tidak mempunyai masalah seperti bengkak pada kaki, tangan, maupun wajah, serta tidak pula mengalami penglihatan kabur. Namun ibu mulai merasakan kontraksi palsu.

f) Riwayat persalinan yang lalu

Anak ke		Kehamilan			Persalinan			Anak			
N0	Umur	Tempat lahir	Masa gestasi	Peny-lit	Jenis	Penol-ong	Penyu-lit	Jenis	BB	PB	Kead- aan
1	5 thn 8 bln	BPM Bidan Nila	Aterm	-	Spontan	Bidan	-	P	2.500 gr	49 cm	Hidup
2	3 thn 4 bln	RSB sayang ibu	Aterm	-	Spontan	Bidan	-	L	2.700 gr	48 cm	Hidup
3	1 thn 6 bln	RSB sayang ibu	Aterm		Spontan	Bidan	-	P	3.100 gr	49	Hidup
4	37 mgg 3 hari	-	Aterm								

g) Riwayat menyusui

Anak 1 : ASI Eksklusif lamanya : 6 bln

Anak 2 : ASI Eksklusif Lamanya : 8 bln

Anak 2 : ASI Eksklusif Lamanya : 18 bln



h) Riwayat KB

Ibu mengatakan memakai suntik 3 bulan , lama pemakaian 6 Bulan, keluhan selama pemakaian ibu mengatakan tidak ada keluhan, tempat pemakaian di Rumah dan ibu mengatakan ikut KB atas motivasi Sendiri. Selanjutnya ibu berencana memakai KB IUD.

i) Kebiasaan sehari-hari

(1) Merokok sebelum atau selama hamil

Ibu mengatakan baik sebelum hamil atau selama hamil tidak pernah merokok

(2) Obat-obatan atau jamu, sebelum atau selama hamil

Ibu mengatakan baik sebelum hamil atau selama hamil tidak pernah minum jamu dan hanya minum obat seperti table Fe, Kalk, Vit. B Complex.

(3) Alkohol

Ibu mengatakan baik sebelum hamil atau selama hamil tidak pernah minum minuman beralkohol.

(4) Makan / diet

Ibu makan 2-3x sehari dengan porsi 1 piring sedang, terdiri dari nasi (satu sendok nasi), sayur (1 mangkok sayur), 1 potong lauk (ikan / ayam), sari kacang ijo (1 gelas kadang-kadang). Ibu mengatakan tidak ada perubahan pola makan.

(5) Defekasi / miksi

Ibu mengatakan BAB 1x sehari dengan konsistensi lembek, warna kecoklatan atau kuning kehijauan serta tidak

mempunyai keluhan saat BAB. Ibu juga mengatakan BAK > 8 x sehari dengan konsistensi cair, berwarna jernih. Ibu tidak mengalami keluhan saat BAK.

(6) Pola istirahat dan tidur

Ibu mengatakan tidur siang  $\pm$  1 jam, tidur malam  $\pm$  4-5 jam perhari. Terkadang ibu terbangun untuk BAK.

(7) Pola aktivitas sehari-hari

(a) Dalam rumah

Selama ibu hamil, ibu masih dapat melakukan pekerjaan rumah tangga seperti memasak, mencuci piring, bersih-bersih rumah, mencuci pakaian sendiri dengan Mesin Cuci. Ibu mengatakan aktivitas dirumah dilakukan sendiri.

(b) Luar rumah

Ibu biasanya dirumah saja dan tidak pernah keluar rumah, hanya pada saat membeli sayuran di penjual sayur keliling dan kegiatan tiap bulan.

(8) Pola seksual

Ibu mengatakan melakukan hubungan seksual 2 x perminggu.

j) Riwayat Psikososial

Klien berstatus menikah lamanya  $\pm$  4 tahun dan mengatakan ini pernikahan keduanya. Usia saat ibu pertama kali menikah yaitu 19 tahun. Ibu mengatakan cukup mengerti bagaimana menanggapi kehamilan yang sekarang karena belajar dari pengalaman yang didapat dari ibu kandungnya.

Ibu mengatakan ingin anak laki laki, namun jika anak yang lahir nanti adalah perempuan ibu merasa itu tidak masalah, karena laki-laki dan perempuan adalah sama saja, asalkan bayi yang dilahirkan sehat. Keluarga dan suami mengatakan ingin anak laki laki. Namun apabila lahir laki-laki dan perempuan sama saja yang penting sehat.

k) Persiapan persalinan

(1) Pengetahuan ibu tentang persalinan :

Ibu mampu menyebutkan 3 tanda persalinan yaitu : ketuban pecah, keluar lendir darah dan kontraksi

(2) Rencana tempat bersalin :

RS Kanudjoso Djatiwibowo atau RSB Sayang Ibu

(3) Persiapan ibu :

Asuransi BPJS, baju sarung bayi sudah disiapkan, kendaraan motor milik sendiri, donor darah dari teman suami, pendamping saat persalinan yaitu suami.

(4) Persiapan bayi :

Asuransi bayi sudah dibuat dan perlengkapan bayi sudah dipersiapkan dalam satu tempat.

l) Riwayat kesehatan keluarga

Ibu mengatakan keluarga tidak ada yang menderita penyakit apapun.

## 2) Objektif

## a) Pemeriksaan Umum

## (1) Keadaan umum

(a) Kesadaran Umum : Composmetis

(b) Ekspresi wajah : Baik

(c) Keadaan emosional : Stabil

## (d) Berat badan

Sebelum hamil : 68 Kg

Saat hamil : 78 Kg

(e) Tinggi badan : 165 cm

(f) IMT 
$$: \frac{BB (Kg)}{TB (m)^2} = \frac{68 Kg}{(1,65)^2} = 25,0 Kg/m^2$$

(g) Lila : 26 cm

## (2) Tanda-tanda vital

(a) Tekanan darah : 110/70 mmHg

(b) Nadi : 79 x/m

(c) Suhu : 36,4 °C

(d) Pernafasan : 20 x/m

## b) Pemeriksaan fisik

## (1) Inspeksi

## (a) Kepala

Kulit kepala tampak bersih, tidak ada lesi, tidak ada ketombe, kontriksi rambut kuat, warna hitam, lurus, merata dan tebal.

(b) Mata

Tidak tampak kelainan, tidak ada oedema, simetris, tidak tampak anemis, dan tidak ikterik.

(c) Muka

Tidak tampak klosma gravidarum, tidak oedema, tidak pucat dan simetris.

(d) Mulut dan gigi

Gigi geligi lengkap, mukosa mulut lembab, tidak tampak caries dentis, geraham lengkap, lidah bersih dan papila tidak ada lesi.

(e) Leher

Tidak tampak peradangan pada tonsil dan faring, tidak tampak pembesaran vena jugularis dan kelenjar tiroid, serta tidak tampak pembengkakan kelenjar getah bening.

(f) Dada

Bentuk mammae tampak bulat, simetris, tidak tampak retraksi, puting susu menonjol, dan areola hiperpigmentasi

(g) Punggung ibu

Bentuk / posisi punggung lordosis

## (h) Perut

Terdapat striae gravidarum (linea alba), terjadi pembesaran sesuai usia kehamilan, tidak tampak bekas operasi dan asites.

## i) Vagina

Tidak dilakukan pemeriksaan pada vagina karena tidak ada indikasi.

## j) Ekstremitas

Tidak tampak oedema, tidak tampak varises dan turgor baik.

## (3) Palpasi

## (a) Leher

Tidak teraba pembengkakan kelenjar getah bening, tidak teraba pembesaran vena jugularis dan kelenjar tiroid,

## (b) Dada

Mamae simetris, tidak teraba masa, konsistensi lunak.

## (c) Perut

TFU : 4 jari bawah Prosesus – Xiphoideus (PX)

MC Donald : 31 cm

Tafsiran berat janin  $(31-11) \times 155 = 3.100$  gram.

## (1) Leopold I

Teraba Pada bagian fundus bundar, tidak melenting, agak lunak (bokong).

(2) Leopold II

Teraba bagian - bagian kecil (eksterimatas) pada sisi kanan dan di sisi kiri teraba bagian keras seperti papan (punggung)

(3) Leopold III

Teraba bagian bundar, keras, ketika digoyangkan melenting (persentasi kepala).

(4) Leopold IV

Divergen (Bagian terendah janin sudah masuk PAP).

(5) Lain-lain

(d) Tungkai

(1) Oedema

Tidak teraba pembengkakan pada tangan kanan dan kiri, dan tidak teraba pembengkakan pada kaki kiri dan kanan.

(2) Varices

Tidak teraba varices kanan dan kiri.

(e) Kulit

Turgor baik dan kembali kurang dari 1-2 detik

(4) Auskultasi

(a) Paru-paru

Tidak terdengar wheezing dan ronchi

## (b) Jantung

Terdengar irama jantung reguler, frekuensi 79 x/m, dan intensitas kuat

## (c) Perut

Terdengar bising usus, DJJ 140 x/m beraturan dan kuat, serta diperoleh Punctrum maksimum pada 2 jari dibawah pusat sebelah kiri (Kuadran IV)

## c) Pemeriksaan khusus

Tidak dilakukan karena tidak ada Indikasi.

## d) Pemeriksaan laboratorium

HB 11,2 gr% dan golongan darah O.

## e) Pemeriksaan Penunjang (USG) tanggal 11 Desember 2019

- (a) Tempat : Ibnu Sina
- (b) Usia Kehamilan : 32 minggu
- (c) Tafsiran Persalinan : 6 February 2020
- (d) Tafsiran Berat Janin : 2.200 gram
- (e) Presentasi : Kepala
- (f) Letak plasenta : Normal di Fundus
- (g) Air Ketuban : Cukup
- (h) Jenis Kelamin : laki – laki

## 2. Langkah II Interpretasi Data Dasar

- a. Diagnosa : G4P3003 usia kehamilan 37 minggu 3 hari janin tunggal hidup intera uterine



b. Dasar :

a) Subjektif :

- (1) Ibu mengatakan hamil anak ke-4, tidak pernah keguguran dan anak terakhir berusia 18 bulan.
- (2) Ibu mengatakan melakukan PP Test sendiri di rumah hasilnya Positif (+) bulan Mei 2019
- (3) Ibu mengatakan merasakan gerakan janin usia kehamilan 4 bulan
- (4) HPHT 25-04-2019, TP 02-02-2020

b) Objektif :

- (1) Keadaan Umum : Baik
- (2) Kesadaran : Composmetis
- (3) TTV :
  - (a) TD : 110/70 mmHg
  - (b) T : 36,4 °C
  - (c) N : 79 x/m
  - (d) R : 20x/m

(4) Payudara :

Bentuk Simetris, puting susu menonjol, terjadi hiperpigmentasi, tidak ada benjolan,

(5) Abdomen :

TFU 31 cm

Tafsiran berat janin  $(31-11) \times 155 = 3.100$  gram.

- (a) Leopold I : Bokong.
- (b) Leopold II : Punggung Kiri ( Pu-Ki )
- (c) Leopold III : Letak Kepala ( Let-Kep )
- (d) Leopold IV : Masuk PAP (Divergen)
- (e) Lain-lain

(6) Pemeriksaan Penunjang

Laboratorium Tanggal 6 desember 2019

- (a) HB : 11,2 gr/dl
- (b) Protein Urine : Negatif (-)
- (c) HbsAg : Non Reaktif
- (d) HIV : Non Reaktif

Pemeriksaan (USG) tanggal 11 Desember 2019

- (i) Tempat : Ibnu Sina
- (j) Usia Kehamilan : 32 minggu
- (k) Tafsiran Persalinan : 6 February 2020
- (l) Tafsiran Berat Janin : 2.200 gram
- (m)Presentasi : Kepala
- (n) Letak plasenta : Normal di Fundus
- (o) Air Ketuban : Cukup
- (p) Jenis Kelamin : laki – laki

b. Masalah

Resiko tinggi kehamilan: Jarak kehamilan kurang dari 2 tahun.

Dasar : anak terakhit berusia 18 bulan

Kehamilan skrg: 37 mg+ 3 hari, Jumlah anak hidup: 3 orang

Score : hamil: 2, Score Jarak < 2 tahun : 4, Total score: 6

(1) Overweight

$$\text{Dasar : IMT: } \frac{BB (Kg)}{TB (m)^2} = \frac{68 Kg}{(1,65)^2} = 25,0 Kg/m^2$$

Standar normal IMT : 18,5 – 22,9 kg/m<sup>2</sup>

(2) Kurang Istirahat

Dasar : ibu mengatakan istirahat siang  $\pm$  1 jam dan malam  $\pm$  4  
- 5 jam

3. Langkah III Mengidentifikasi Diagnosa atau Masalah Potensial

a. Masalah Potensial :

Pada Ibu : Perdarahan pada saat persalinan, antonia uteri, hipertensi pada kehamilan, partus lama

b. Dasar :

DS : Ibu mengatakan usia anak terakhir berusia 18 bulan

c. Tindakan Antisipasi :

- 1) Memberikan KIE kebutuhan kenaikan berat badan ibu
- 2) Bersalin di Rumah Sakit yang fasilitas lengkap
- 3) Mempersiapkan persiapan persalinan dan KB efektif yang digunakan yaitu IUD.

4. Langkah IV Menetapkan Kebutuhan Terhadap Tindakan Segera

Tidak ada

5. Langkah V Menyusun Rencana Asuhan Yang Menyeluruh

a. Jelaskan hasil pemeriksaan

b. KIE tentang

- 1) Resiko tinggi kehamilan

- 2) Overweight
  - 3) Kebutuhan istirahat
  - 4) Tanda tanda persalinan
  - 5) Persiapan persalinan
  - 6) KB efektif
  - 7) Tempat persalinan di RS
- c. Buat kesepakatan dengan ibu mengenai kunjungan ulang.
6. Langkah VI Pelaksanaan Langsung Asuhan / Implementasi
- a. Menjelaskan hasil pemeriksaan, usia kehamilan ibu sudah cukup bulan yaitu 37 mgg 3 hari, 1-2 mgg lagi kemungkinan lahir, TD: 110/70 mmHg, DJJ: 140x/m, posisi janin dalam keadaan normal, dan hasil pemeriksaan fisik ibu tidak ditemukan kelainan, tetapi ibu termasuk resiko tinggi kehamilan karena jarak interval yang kurang dari 2 tahun.
  - b. Memberikan KIE tentang resiko tinggi
    - 1) Dampak jarak kehamilan kurang dari 2 tahun yaitu Resiko perdarahan trimester III, Plasenta previa, Anemia, Ketuban pecah dini, Endometriosis masa nifas, Kematian saat melahirkan, serta perdarahan pada proses persalinan. Karena belum pulihnya kondisi alat-alat kandungan, termasuk rahim ibu.
    - 2) Dampak Jumlah anak 4 atau lebih kemungkinan akan ditemui kesehatan yang terganggu, dampak yang terjadi kelainan letak, persalinan lama karena elastisitas uterus terganggu sehingga

tidak dapat berkontraksi secara sempurna, perdarahan paca persalinan.

c. Memberikan KIE tentang

- 1) Menjelaskan pada ibu bahwa tubuhnya saat ini memiliki kelebihan berat badan, BB setiap minggu di sarankan hanya naik 0.3 kg perminggu. jika dihitung dari usia aterm (38 -40 mgg) maka ibu hanya boleh naik 0,9 – 1 kg selama hamil, dampak dari kelebihan berat badan yaitu : macrosomia, hipertensi dalam kehamilan, dan kelainan metabolik neonatus. Sehingga ibu harus mengontrol diet, olahraga, dan modifikasi gaya hidup.
- 2) Jelaskan kebutuhan istirahat ibu hamil siang  $\pm$  1 jam dan malam  $\pm$  6 - 8 jam, dan posisi tidur ibu hamil yaitu miring kiri.
- 3) Persiapan persalinan surat - surat (BPJS, Foto kopi KTP, KK), Buku Pink, donor darah berjalan, kendaraan, persaiapan ibu (pakain dalam, sarung, baju masing masing 5 buah, dan pembalut ibu nifas) dan persiapan bayi (bedong, baju, popok, topi, sarung tangan dan kaki, handuk ).
- 4) Menjelaskan tanda-tanda persalinan pada ibu
  - a) Keluar lendir bercampur darah yang lebih banyak karena robekan- robekan kecil pada serviks.
  - b) Kadang-kadang, ketuban pecah dengan sendirinya.
  - c) Pada pemeriksaan dalam, serviks mendatar dan telah ada pembukaan.

- 5) KB efektif yaitu KB IUD (Post Plasenta) karena ibu masih muda dan jumlah anak sudah cukup yaitu 3, dan didalam ada 2 balita dalam keluarga di tambah yang akan di lahirkan sehingga totalnya 4.
  - 6) Tempat bersalin di RSB sayang ibu atau RS Kanudjoso Djatiwibowo
- d. Membuat kesepakatan dengan ibu mengenai kunjungan ulang 1 minggu kemudian tanggal 20 January 2020 (apabila ibu belum melahirkan).
7. Langkah VII Evaluasi

Ibu mengerti dengan kondisi kehamilannya saat ini termasuk resiko tinggi kehamilan yang disebabkan karena jarak kehamilan kurang dari 2 tahun, dengan total score 6 , sehingga Ibu bersedia untuk melahirkan di Rumah Sakit Kanujoso Djatiwibowo. Ibu memahami dan berjanji untuk berusaha mengatasi kenaikan berat badannya: yaitu hanya 0,9 sampai 1 kg selama trimester 3. Dan Ibu bersedia dan suami mendukung untuk ikut KB efektif jangka panjang, yaitu IUD post plasenta untuk mencegah kehamilan dengan menandatangani lembar buku KIA di persetujuan pemasangan alat kontrasepsi.. Ibu bersedia untuk di kunjungi tanggal 20 Januari 2020 .

## B. Dokumentasi Asuhan Kebidanan

### 1. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Antenatal Care

- a. Asuhan Kebidanan Antenatal Care K1 (13 Januari 2020 Pukul 11.00 WITA)

**S** :

- (1) Ibu mengatakan hamil anak ke-4, tidak pernah keguguran dan anak terkecil berusia 18 bulan
- (2) Ibu mengatakan melakukan PP Test sendiri di rumah hasilnya Positif (+) bulan Mei 2019
- (3) Ibu mengatakan merasakan gerakan janin usia kehamilan 4 bulan
- (4) HPHT 25-04-2019, TP 02-02-2020

**O** :

1) Pemeriksaan Umum :

- a) Keadaan Umum : Baik
- b) Kesadaran : Composmetis

c) Berat badan

(1) Sebelum hamil : 68 Kg

(2) Saat hamil : 78 Kg

d) Tinggi badan : 165 cm

e) IMT 
$$\frac{BB (Kg)}{TB (m)^2} = \frac{68Kg}{(1,65)^2} = 25,0 Kg/m^2$$

f) Lila : 26 cm

g) TTV :

- (1) Tekanan Darah : 110/70 mmHg
- (2) Suhu : 36,4 °C
- (3) Nadi : 79 x/m
- (4) Respirasi : 20x/m

Score Poedji Rochjati: Hamil skor 2, Terlalu cepat Hamil skor 4, total skor 6

Palpasi:

TFU : 4 jari bawah Prosesus – Xiphoideus (PX)

MC Donald : 31 cm

Tafsiran berat janin  $(31-11) \times 155 = 3.100$  gram.

L1: Bokong

L2: Punggung Kiri (Pu-Ki)

L3: Letak Kepala (Let-Kep)

L4: Masuk PAP Divergen

Djj: 140 x/m

## 2) Pemeriksaan Fisik

Tidak ditemukan kelainan

## 3) Pemeriksaan Penunjang

Laboratorium Tanggal 6 desember 2019

HB : 11,2 gr/dl

Protein Urine : Negatif (-)



HbsAg : Non Reaktif

HIV : Non Reaktif

Pemeriksaan (USG) tanggal 11 Desember 2019

- (a) Tempat : Ibnu Sina
- (b) Usia Kehamilan : 32 minggu
- (c) Tafsiran Persalinan : 6 February 2020
- (d) Tafsiran Berat Janin : 2.200 gram
- (e) Presentasi : Kepala
- (f) Letak plasenta : Normal di Fundus
- (g) Air Ketuban : Cukup
- (h) Jenis Kelamin : laki – laki

A :

1) Diagnosa : G4P3003 usia kehamilan 37 minggu + 3 hari janin tunggal hidup interauterine

2) Masalah :

(a) Jarak kehamilan kurang dari 2 tahun

Dasar : ibu mengatakan anak terkecil berusia 18 bulan ketika hamil anak ke-4

(b) Over weight

$$\text{Dasar : } \frac{BB (Kg)}{TB (m)^2} = \frac{68Kg}{(1,65)^2} = 25,0 Kg/m^2$$

(c) Kurang Istirahat

Dasar : ibu mengatakan istirahat siang  $\pm$  1 jam dan malam  $\pm$  4 - 5 jam.

## 3) Masalah Potensial :

Pada Ibu : Perdarahan pada saat persalinan, atonia uteri, hipertensi pada kehamilan, partus lama

Dasar : belum pulihnya kondisi rahim ibu

**P** : Tanggal 13 januari 2020

Jam	Tindakan	Paraf
11.00 WITA	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Menjelaskan hasil pemeriksaan, bahwa kondisi saat ini dalam keadaan resiko tinggi kehamilan</li> <li>- ibu mengerti dengan kondisinya saat ini</li> </ul>	
11.10 WITA	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memberikan KIE tentang :               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Resiko tinggi kehamilan yaitu Jarak kehamilan kurang dari 2 tahun, jumlah anak 4 atau lebih. Hal ini dapat menyebabkan Resiko perdarahan trimester III, Plasenta previa, Anemia, Ketuban pecah dini, Endometriosis masa nifas, Kematian saat melahirkan, serta perdarahan pada proses persalinan. Karena belum pulihnya kondisi rahim ibu, ibu mengerti dengan kondisinya saat ini</li> <li>• Overweight , Menjelaskan pada ibu bahwa tubuhnya saat ini memiliki kelebihan berat badan, BB setiap minggu di sarankan hanya naik 0.3 kg perminggu. jika dihitung dari usia aterm (38 -40 mgg) maka ibu hanya boleh naik 0,9 – 1 kg selama hamil, dampak dari kelebihan berat badan yaitu : macrosomia, hipertensi dalam kehamilan, dan kelainan metabolik neonatus. Sehingga ibu harus mengontrol diet, olahraga, dan modifikasi gaya hidup. Ibu mengerti dengan kenaikan berat badan.</li> </ul> </li> </ul>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sulit tidur pada kehamilan trimester 3 adalah hal yang normal karena pembesaran uterus, Kebutuhan Istirahat ibu hamil siang <math>\pm</math> 1 jam dan malam <math>\pm</math> 6 - 8 jam, dan posisi tidur ibu hamil yaitu miring kiri.ibu mengerti pola istirahat.</li> <li>• Persiapan persalinan, Persiapan persalinan surat - surat (BPJS, Foto kopi KTP, KK), Buku Pink, donor darah berjalan, kendaraan, persiapan ibu (pakain dalam, sarung, baju masing masing 5 buah, dan pembalut ibu nifas) dan persiapan bayi (bedong, baju, popok, topi, sarung tangan dan kaki, handuk ). Ibu mengerti persiapan persalinan</li> <li>• Tanda tanda persalinan : Keluar lendir bercampur darah yang lebih banyak karena robekan- robekan kecil pada serviks, Kadang-kadang, ketuban pecah dengan sendirinya, Pada pemeriksaan dalam, serviks mendatar dan telah ada pembukaan.ibu mengetahui tanda tanda persalinan</li> <li>• Konseling KB efektif jangka panjang: yaitu KB IUD (Post Plasenta) karena ibu masih muda dan jumlah anak sudah cukup yaitu 3, dan didalam ada 2 balita dalam keluarga di tambah yang akan di lahirkan sehingga totalnya 4.</li> <li>• Tempat persalinan di RS, Tempat persalinan di RS, menganjurkan ibu untuk bersalin di RS karena ibu sudah masuk dalam resiko tinggi kehamilan dengan score pudji rochayati 10 termasuk dalam resiko tinggi kehamilan, ibu mengerti dan bersedia di RS Kanudjoso djatiwibowo.</li> </ul> <p>- Ibu mengerti dengan KIE yang diberikan</p>	
--	---	--

11.30	- Membuat kesepakatan dengan ibu mengenai kunjungan ulang 1 minggu	
WITA	kemudian pada tanggal 20 januari 2020	
	- Ibu bersedia dilakukan kunjungan ulang	

**b. Asuhan Kebidanan Antenatal Care K2 (19 Januari 2020 Pukul 16.00 WITA)**

**S :**

- 1) Ibu mengatakan hamil anak ke-4, tidak pernah keguguran.
- 2) Ibu mengatakan melakukan PP Test sendiri di rumah hasilnya Positif (+) bulan Mei 2019
- 3) Ibu mengatakan merasakan gerakan janin usia kehamilan 4 bulan
- 4) HPHT 25-04-2019, TP 04-02-2020
- 5) Ibu mengatakan sudah merasakan perut kencang – kencang sejak semalam, namun hilang timbul.

**O :**

1) Pemeriksaan Umum :

(a) Keadaan Umum : Baik

(b) Kesadaran : Composmetis

(c) Berat badan : 78 Kg

(d) Tinggi badan : 165 cm

(e) IMT :  $\frac{BB (Kg)}{TB (m)^2} = \frac{68Kg}{(1,65)^2} = 25,0 Kg/m^2$

(f) TTV :

TD : 110/70 mmHg

T : 36,3 °C

N: 79 x/m

R : 20x/m

DJJ : 140 x/m

(g) HIS palsu : 1 x 10'x10''

4) Pemeriksaan Fisik

Kepala : bersih, tidak ada ketombe, kontruksi rambut kuat, distribusi merata

Mata : konjungtiva tidak tampak anemis, sklera tidak ikterik

Payudara : betuk simetris, puting susu menonjol, terjadi hiperpigmentasi, tidak ada benjolan, air susu sudah keluar.

Abdomen :

TFU : 4 Jari bawah Prosesus – Xiphoides (PX).

Mc Donald : 30 cm

LI : teraba bokong

L II: punggung Kiri (Pu-Ki)

L III: Letak Kepala (Let-Kep)

LIV: Divergen, (Bagian terendah janin sudah masuk PAP).

Ektremitas : tidak ada kelainan

A :

- 1) Diagnosa : G4P3003 usia kehamilan 38 minggu 3 hari janin tunggal hidup interauterine
- 2) Masalah :
  - a. Jarak kehamilan kurang dari 2 tahun

Dasar : ibu mengatakan anak terkecil berusia 18 bulan ketika hamil anak ke-4.

b. Over weight

$$\text{Dasar : } \frac{BB (Kg)}{TB (m)^2} = \frac{68Kg}{(1,65)^2} = 25,0 Kg/m^2$$

c. Kurang Istirahat

Dasar : ibu mengatakan istirahat siang  $\pm$  1 jam dan malam  $\pm$  4 - 5 jam

3) Masalah Potensial :

Perdarahan pada saat persalinan, atonia uteri, hipertensi pada kehamilan, partus lama

Tindakan Antisipasi :

- 1) Memberikan KIE kebutuhan kenaikan berat badan ibu
- 2) Bersalin di Rumah Sakit yang fasilitas lengkap
- 3) Mempersiapkan persiapan persalinan dan KB efektif yang digunakan yaitu IUD.

**P** : Tanggal 19 januari 2020

Jam	Tindakan	Paraf
16.00 WITA	- Menjelaskan hasil pemeriksaan pada ibu bahwa kondisi ibu saat ini dalam keadaan normal usia kehamilan ibu 38 minggu 3 hari dan ibu mengerti dengan kondisinya saat ini	
16.10 WITA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memberikan KIE tentang :</li> <li>• Resiko tinggi kehamilan yaitu Jarak kehamilan kurang dari 2 tahun, jumlah anak 4 atau lebih. ibu tentang resiko tinggi</li> </ul>	

	<p>kehamilan sehingga ingin bersalin di RS dan memakai KB IUD Post Plsenta.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Overweight : penyebab, dan cara mengatasi juga dampak pada kesehatan ibu: ibu memahami dan berjanji akan mengikuti KIE yan telah di berikan</li> <li>• Sulit tidur pada kehamilan trimester 3 adalah hal yang normal karena pembesaran uterus, Kebutuhan Istirahat ibu hamil siang <math>\pm</math> 1 jam dan malam <math>\pm</math> 6 - 8 jam, dan posisi tidur ibu hamil yaitu miring kiri. ibu memahami tentang kebutuhan tidur ibu dan berusaha untuk melaksanakannya, posisi tidur miring, di ganjal guling pada kaki.</li> <li>• His palsu, menjelaskan pada ibu tentang HIS palsu adalah kondisi normal, yaitu kontraksi yang hilang timbul sebelum kontraksi persalinan yang ketika dibawa berjalan rasa sakitnya hilang. Ibu mengerti dengan apa yang dirasakannya saat ini.</li> <li>• Teknik Relaksasi, mengajarkan pada ibu teknik relaksasi tarik napas dari hidung dan kelurkan pelan pelan dari perut.</li> <li>• Persiapan persalinan surat - surat (BPJS, Foto kopi KTP, KK), Buku Pink, donor darah berjalan, kendaraan, persiapkan ibu (pakain dalam, sarung, baju masing masing 5 buah, dan pembalut ibu nifas) dan persiapan bayi (bedong, baju, popok, topi, sarung tangan dan kaki, handuk). Ibu sudah menyiapkan persiapan persalinan.</li> </ul>	
--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tanda tanda persalinan ibu sudah dapat menyebutkan tanda tanda persalinan yaitu keluar air ketuban dan keluar lemdir darah.</li><li>- Ibu mengerti dengan KIE yang diberikan</li></ul>	
16.20 WITA	<ul style="list-style-type: none"><li>- Membuat kesepakatan dengan ibu mengenai kunjungan ulang 1 mgg kemudian pada tanggal 25 januari 2020.</li><li>- Ibu bersedia dilakukan kunjungan ulang</li></ul>	



## 2. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Intranatal Care

### a. Asuhan Kebidanan Intranatal Kala I (20 January 2020 Pukul 16.00)

#### S :

- 1) Ibu mengatakan hamil anak ke-4, tidak pernah keguguran.
- 2) HPHT 25-04-2019, TP 04-02-2020
- 3) Ibu mengatakan keluar lendir darah kemarin jam 24 January 2020 pukul 18.00
- 4) Ibu mengatakan merasakan kencang – kencang

#### O :

- 1) Keadaan Umum : Baik
- 2) Kesadaran : Composmetis
- 3) Berat badan : 78 Kg
- 4) Tinggi badan : 165 cm
- 5) IMT :  $\frac{BB (Kg)}{TB (m)^2} = \frac{68Kg}{(1,65)^2} = 25,0 Kg/m^2$
- 6) TTV :
 

TD	: 110/70 mmHg	T	: 36,4 °C	N	: 79 x/m	R	: 20x/m
His	: 1x10'x10"	DJJ	: 140 x/m				
- 7) Score Poedji Rochjati: Hamil skor 2, Terlalu cepat Hamil skor 4, Total skor : 6
- 8) Pemeriksaan Fisik
 

Abdomen :

Presentasi : kepala

Posisi janin : Memanjang

TFU : 4 Jari bawah Prosesus – Xiphoideus (PX).

LI : Bokong

LII : PU-KI

LIII : Let-Kep,

LIV : Divergen

DJJ : 145 x / m

Ektremitas : tidak ada kelainan

9) Pemeriksaan Dalam (20 januari pukul 16.10)

Vulva / Uretra : tidak ada kelainan

Vagina : tidak ada kelainan

Dinding Vagina : tidak ada kelainan

Porsio : lunak

Pendataran : 25 %

Pembukaan : 1

Selaput ketuban : Utuh

Penurunan : 4/5

Bagian Terendah : kepala

Bidang Hodge : 1

**A:**

Diagnosa : G4P3003 usia kehamilan 38 minggu 4 hari janin tunggal

hidup Intra uterin, inpartu kala I fase laten

Masalah :

a. Jarak kehamilan kurang dari 2 tahun

Dasar : ibu mengatakan anak terkecil berusia 18 bulan ketika hamil anak ke-4.

b. Over weight

$$\text{Dasar : } \frac{BB (Kg)}{TB (m)^2} = \frac{68Kg}{(1,65)^2} = 25,0 \text{ Kg/m}^2$$

Masalah Potensial :

Pada Ibu : Perdarahan pada saat persalinan, antonia uteri, hipertensi pada, partus lama

Dasar :

DS : Ibu mengatakan usia anak terakhir berusia 18 bulan

DO : IMT ibu 25 kg/M<sup>2</sup>

Tindakan Antisipasi :

- a) Menganjurkan ibu untuk berjalan jalan agar kepala cepat turun
- b) Mempersiapkan persiapan persalinan dan KB efektif yang digunakan yaitu IUD.

**P :**

Jam	Tindakan	Paraf
16.05 WITA	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Menjelaskan hasil Pemeriksaan pada ibu</li> <li>- Hasil Pemeriksaan pada ibu bahwa saat ini sudah di rumah sakit, dan hasil pemeriksaan ibu masih pembukaan 1 bayi dalam keadaan baik.</li> <li>- Ibu mengerti dengan kondisinya saat ini</li> </ul>	
16.10 WITA	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memberikan KIE :               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Teknik Relaksasi, yaitu tarik napas dari hidung keluarkan pelan pelan lewat mulut, ibu mengerti teknik relaksasi</li> <li>• Menganjurkan ibu untuk makan minum yang manis, agar ibu ada tenaga untuk proses persalinan.</li> <li>• Anjurkan ibu berjalan jalan agar kepala bayi cepat turun dan agar pembukaan semakin besar</li> </ul> </li> <li>- Ibu mengerti dengan KIE yang diberikan</li> </ul>	
16.15 WITA	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Observasi kemajuan persalinan, dengan mengecek pembukaan dan DJJ</li> <li>- Dilakukan observasi DDJ setiap 30 menit</li> </ul>	
16.20 WITA	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Menyiapkan Alat dan bahan</li> <li>- Alat Partus Set telah disiapkan</li> </ul>	

**SOAP EVALUASI :****a. 21 januari 2020 pukul. 06.00 WITA****S :**

ibu mengatakan kontraksi semakin sering namun masih hilang timbul

**O :**

Melakukan TTV :

KU: Baik      Kes : CM ,      TD : 110/70 mmHg,      T: 36,4 °C

N: 79 x/m,      R : 20x/m      His : 1x10'x10-15"      DJJ : 128 x/m

Melakukan pemeriksaan dalam :

Vulva / Uretra      : tidak ada kelainan

Vagina      : tidak ada kelainan

Dinding Vagina      : tidak ada kelainan

Porsio      : lunak,

Pendataran      : 25 %

Pembukaan      : 1 cm

Selaput ketuban      : Utuh

Penurunan      : 4/5

Bagian Terendah      : kepala

Bidang Hodge      : I

**A : Diagnosa : G4P3003 usia kehamilan 38 minggu 4 hari janin tunggal**

hidup Intra uterin, inpartu kala I fase laten memanjang.

Masalah :

- a. Jarak kehamilan kurang dari 2 tahun

Dasar : ibu mengatakan anak terkecil berusia 18 bulan ketika hamil anak ke-4.

- b. Over weight

$$\text{Dasar : } \frac{BB (Kg)}{TB (m)^2} = \frac{68Kg}{(1,65)^2} = 25,0 Kg/m^2$$

Diagnosa potensial : Atonia Uteri, HPP

Masalah potensial :

- a. Pada Ibu : Perdarahan pada saat persalinan, hipertensi pada kehamilan

Dasar : belum pulihnya kondisi rahim ibu

- b. Pada Bayi : Asfiksia

Dasar : proses persalinan yang lama

Tindakan Antisipasi :

- a) Menganjurkan ibu untuk berjalan jalan agar kepala cepat turun
- b) Mempersiapkan persiapan persalinan dan KB efektif yang digunakan yaitu IUD.

**P :**

Jam	Tindakan	Paraf
06.10 WITA	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Menjelaskan hasil pemeriksaan pada ibu</li> <li>- Hasil pemeriksaan ibu Pembukaan ibu 1 cm dan detak jantung bayi normal</li> <li>- Ibu mengerti dengan konsidinya saat ini.</li> </ul>	
06.15 WITA	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memberikan KIE :               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tidur miring ke kiri agar bayi mendapatkan oksigen,</li> <li>• Mengajarkan Teknik Relaksasi yaitu menarik napas dari hidung keluarkan pelan pelan melalui mulut</li> <li>• Makan dan minum, ketika tidak ada kontraksi ibu makan dan minum yang manis sehingga ibu ada tenaga.</li> </ul> </li> <li>- Ibu mengerti dengan KIE yang diberikan</li> </ul>	

**b. 21 januari 2020 pukul. 14.00 WITA**

**S :** Ibu mengatakan kontraksi semakin sering namun masih hilang timbul

**O :**

Melakukan TTV :

KU: Baik      Kes : CM      TD : 110/70 mmHg      T: 36,4 °C

N: 79 x/m      R : 20x/m      His : 1x10'x10-15''      DJJ : 138 x/m

Melakukan pemeriksaan dalam :

Vulva / Uretra      : tidak ada kelainan

Vagina	: tidak ada kelainan
Dinding Vagina	: tidak ada kelainan
Porsio	: lunak
Pendataran	: 50 %
Pembukaan	: 3 cm
Selaput ketuban	: Utuh
Penurunan	: 4/5
Bagian Terendah	: kepala
Bidang Hodge	: 1

**A** : Diagnosa : G4P3003 usia kehamilan 38 minggu 4 hari janin tunggal hidup

Intra uterin, inpartu kala I fase laten lama

Masalah potensial :

- a. Jarak kehamilan kurang dari 2 tahun

Dasar : ibu mengatakan anak terkecil berusia 18 bulan ketika hamil anak ke-4.

- b. Over weight

$$\text{Dasar : } \frac{BB (Kg)}{TB (m)^2} = \frac{68Kg}{(1,65)^2} = 25,0 Kg/m^2$$

Diagnosa potensial : Atonia Uteri, HPP

Masalah potensial :

- a. Pada Ibu : Perdarahan pada saat persalinan, hipertensi pada kehamilan

Dasar : Belum pulihnya kondisi rahim ibu

- b. Pada Bayi : Asfiksia

$$\text{Dasar IMT Ibu : } \frac{BB (Kg)}{TB (m)^2} = \frac{68Kg}{(1,65)^2} = 25,0 Kg/m^2$$



Tindakan Antisipasi :

- a) Melakukan induksi persalinan
- b) Mempersiapkan persiapan persalinan dan KB efektif yang digunakan yaitu IUD.

**P :**

Jam	Tindakan	Paraf
13.50 WITA	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Menjelaskan hasil pemeriksaan pada ibu</li> <li>- Berdasarkan hasil pemeriksaan pembukaan masih 3 cm dan detak jantung bayi dalam keadaan normal</li> <li>- ibu mengerti dengan kondisinya saat ini.</li> </ul>	
13.55 WITA	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memberikan KIE :               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Menjelaskan tentang induksi, induksi adalah rangsangan yang diberikan dengan tujuan untuk merangsang kontraksi rahim ibu sehingga kontraksi lebih kuat dengan harapan bayi cepat keluar, hal ini dilakukan karena tidak ada kemajuan persalinan selama dipantau sehingga perlu dilakukan rangsangan.</li> <li>• Tidur miring ke kiri agar bayi mendapatkan oksigen</li> <li>• Mengajaran Teknik Relaksasi saat kontraksi yaitu menarik napas dari hidung keluarkan pelan pelan melalui mulut</li> <li>• Makan dan minum, ketika tidak ada kontraksi ibu makan dan minum yang manis sehingga ibu ada tenaga.</li> </ul> </li> <li>- Ibu mengerti dengan KIE yang diberikan</li> </ul>	
14.00 WITA	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melakukan kolaborasi dengan dokter obgyn</li> </ul>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dilakukan pemasangan infus drip oksitosin 20 IU dalam 8-20 tetes permenit</li> <li>- Kontraksi uterus menjadi adekuat, 2x10'x15-20''</li> </ul>	
--	--	--

**c. 21 januari 2020 pukul. 15.40 WITA**

**S :** ibu persen persen , ibu mengatakan ingin BAB

**O :**

Melakukan TTV :

KU: Baik      Kes : CM      TD : 110/70 mmHg      T: 36,4 °C

N: 79 x/m      R : 20x/m      His : 4x10'x40-45''      DJJ : 140 x/m

Melakukan pemeriksaan dalam :

Vulva / Uretra                      : tidak ada kelainan

Vagina                                      : tidak ada kelainan

Dinding Vagina                      : tidak ada kelainan

Porsio                                      : Lunak

Pendataran                              : 100 %

Pembukaan                              : 10 cm

Selaput ketuban                      : negatif, pecah spontan pukul 15.45

Penurunan                              : 1/5

Bagian Terendah                      : kepala

Bidang Hodge                              : III

A : Diagnosa : G4P3003 usia kehamilan 38 minggu 4 hari janin tunggal hidup Intra uterin, inpartu kala I fase aktif

Masalah :

- a. Jarak kehamilan kurang dari 2 tahun

Dasar : ibu mengatakan anak terkecil berusia 18 bulan ketika hamil anak ke-4.

- b. Over weight

$$\text{Dasar : } \frac{BB (Kg)}{TB (m)^2} = \frac{68Kg}{(1,65)^2} = 25,0 Kg/m^2$$

Diagnosa potensial : Antonia Uteri, HPP

Dasar : persalinan Anjuran dengan Induksi

Masalah potensial :

- a. Pada Ibu : Perdarahan pada saat persalinan, hipertensi pada kehamilan
- b. Pada Bayi : Aspiksia

Dasar :Persalinan dengan induksi

Tindakan Antisipasi :

- a)Bantu pimpin meneran
- b)Mempersiapkan persiapan persalinan dan KB efektif yang digunakan yaitu IUD.

**P :**

Jam	Tindakan	Paraf
15.40 WITA	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Menjelaskan hasil pemeriksaan pada ibu dan suami</li> <li>- Memberitahu bahwa pembukaan sudah lengkap</li> <li>- Ibu dan suami mengerti dengan keadaannya saat ini</li> </ul>	
15.43 WITA	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengatur posisi ibu</li> <li>- Posisi bersalin yaitu semi fowler atau setengah duduk</li> <li>- Ibu mengerti posisi bersalin</li> </ul>	
15.45 WITA	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengajarkan Teknik mengejan</li> <li>- Mengajarkan yang baik dan efektif yaitu mengejan seperti BAB keras, gigi rapat, wajah menghadap ke perut, mata dibuka, kedua tangan berada pada pergelangan kaki</li> <li>- Ibu bisa meneran dengan baik</li> </ul>	
15.46 WITA	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Terpasang infus drip oksitosin 2 ampul dalam 8-20 menit</li> <li>- Kontraksi uterus baik, dan semakin sering His : 4x10'x40-45"</li> </ul>	

## Observasi HIS

TANGGAL / JAM	TD (mmHg) NADI (x/m) RESPIRASI (x/m) SUHU (°C)	HIS (dalam 10')	DJJ (x/m)	KETERANGAN
20 / 01 / 2020 16.00	TD : 110/70 mmHg T : 36,4 °C N: 79 x/m R : 20x/m	1x10'x10''	140 x/m	Pendataran: 25 % Pembukaan : 1 cm, Selaput ketuban : Utuh, Penurunan : 4/5, Bagian Terendah : kepala, Bidang Hodge : I
21/ 10/ 2020 06.00	TD : 110/70 mmHg, T: 36,4 °C N: 79 x/m, R : 20x/m	1x10'x10-15'' 1x10'x10-15'' 1x10'x10-15'' 1x10'x10-15'' 1x10'x10-15'' 1x10'x10-15'' 1x10'x10-15'' 1x10'x10-15'' 1x10'x10-15'' 1x10'x10-15'' 1x10'x10-15'' 1x10'x10-15'' 1x10'x10-15'' 1x10'x10-15'' 1x10'x10-15'' 1x10'x10-15'' 1x10'x10-15'' 1x10'x10-15'' 1x10'x10-15'' 1x10'x10-15''	128 x/m 130 x/m 132 x/m 130 x/m 128 x/m 140 x/m 145 x/m 142 x/m 153 x/m 145 x/m 130 x/m 126 x/m 145 x/m 130 x/m 136 x/m 140 x/m	Pendataran: 25 % Pembukaan : 1 cm, Selaput ketuban : Utuh, Penurunan : 4/5, Bagian Terendah : kepala, Bidang Hodge : I
21/ 10/ 2020 14.00	TD : 110/70 mmHg, T: 36,4 °C N: 79 x/m, R : 20x/m	1x10'x10-15'' 2x10'x10-15'' 3x10'x10-15'' 4x10'x10-15''	138 x/m 130 x/m 136 x/m 140 x/m	Pendataran: 50 % Pembukaan : 3 cm, Selaput ketuban : Utuh, Penurunan : 4/5, Bagian Terendah : kepala, Bidang Hodge : 1, dipasang infus RL drip oksidasi 20 IU
21/ 10/ 2020 15.45	TD : 110/70 mmHg, T: 36,4 °C N: 79 x/m, R : 20x/	4x10'x40-45''	140 x/m	Pendataran: 100 % Pembukaan : 10 cm, Selaput ketuban : negatif, pecah spontan (pukul:15.45), Penurunan : 1/5, Bagian Terendah : kepala, Bidang Hodge : III

**c. Asuhan Kebidanan Intranatal Kala II (21 January 2020 Pukul 15.35)**

**S :**

1. Ibu mengatakan ingin mengejan
2. Ibu mengatakan ingin BAB
3. Ibu mengatakan setelah diberi perangsang sakit semakin sering dan lama

**O:**

a. Pemeriksaan Umum

- 1) Keadaan umum: Baik
- 2) Kesadaran : Compometis
- 3) TTV
  - a) TD : 110/70 mmHg
  - b) N : 91 x/menit
  - c) R : 24 x/menit
  - d) T : 36,5 °C

b. Pemeriksaan Fisik

1) Abdomen :

Kontraksi uterus : frekuensi 5x10', durasi : 40-45",  
 Intensitas: kuat, penurunan kepala 1/5; Auskultasi DJJ :  
 terdengar jelas, teratur, frekuensi 140 x/menit, interval teratur  
 tidak lebih dari 2 punctum maximal, terletak di kuadan 1.

a. Genetalia :

1) Genetalia Eksternal :

Tampak adanya tekanan pada anus, perineum tampak menonjol, vulva terbuka dan meningkatnya pengeluaran lendir darah. Ketuban pecah pukul 15.35 WITA station/hodge IV

2) Genetalia Internal :

Dilakukan pemeriksaan dalam dengan hasil : Dinding vagina tidak terjadi kelainan; Portio lembut tipis; Pendataran 100%; Pembukaan 10 cm; Ketuban negative (-); Bagian terendah kepala; Penurunan 1/5; Tali pusat tidak menumbung; Bidang Hodge III-IV; Ada pengeluaran lendir darah semakin banyak.

**A :**

Diagnosis : G<sub>4</sub>P<sub>3003</sub> usia kehamilan 38 minggu 4 hari janin tunggal hidup intrauterine inpartu kala II

Masalah : Partus prepitatus

Dasar : ibu dari pembukaan 3 ke pembukaan lengkap kurang dar 3 jam yaitu dari jam 14.00-15.45

Diagnosa Potensial : Atonia Uteri, HPP, Ruptur uteri, robekan serviks, dan Perdarahan intracranial pada janin.

Masalah Potensial : Perdarahan Post partum

Dasar : ibu kelelahan karena proses persalinan, jarak kehamilan kurang dari 2 tahun, multipara, persalinan dengan induksi, persalinan yang cepat

Asuhan Antisipasi :

1. Melakukan pertolongan persalinan
2. Manajemen aktif kala III
3. Pemberian hydrasi/minuan yang manis
4. Mengosongkan kandung kemih

**P :**

Tanggal 21 Januari 2020

Jam	Tindakan	Paraf
15.45 WITA	Memberitahu keluarga bahwa pembukaan telah lengkap; Keluarga mengerti mengenai penjelasan yang telah diberikan	
15.48 WITA	Membantu ibu memilih posisi yang nyaman untuk melahirkan; Ibu memilih posisi ibu setengah duduk (semi fowler).	
15.50 WITA	Melakukan pertolongan persalinan sesuai APN, memastikan lengan/tangan tidak memakai perhiasan, mencuci tangan dengan sabun di bawah air mengalir.	
15.50 WITA	Meletakkan kain diatas perut ibu, menggunakan celemek, mencuci tangan dan menggunakan sarung tangan steril pada kedua tangan, mengisi spuit dengan oksitosin dan memasukkannya kembali dalam partus set kemudian memakai sarung tangan steril pada tangan satunya.	
15.50 WITA	Membimbing ibu untuk meneran ketika ada dorongan yang kuat untuk meneran; Ibu meneran ketika ada kontraksi yang kuat.	



15.53 WITA	Melindungi perineum dengan duk steril ketika kepala bayi tampak dengan diameter 5-6 cm membuka vulva dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan defleksi dan membantu lahirnya kepala sambil menganjurkan ibu untuk meneran perlahan atau bernapas cepat dangkal.	
15.53 WITA	Mengecek ada tidaknya lilitan tali pusat pada leher janin dan menunggu hingga kepala janin selesai melakukan putaran paksi luar secara spontan; Tidak ada lilitan tali pusat. Kepala janin melakukan putaran paksi luar	
15.55 WITA	Memegang secara bipariental. Dengan lembut menggerakkan kepala kearah bawah dan distal hingga bahu depan muncul dibawah arkus pubis dan kemudian menggerakkan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang. Menggeser tangan bawah kearah perineum ibu untuk menyanggah kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Menggunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang tangan dan siku sebelah atas. Tangan kiri menyusuri punggung kearah bokong dan tungkai bawah janin untuk memegang tungkai bawah; Bayi lahir spontan pervaginam pukul 15.55 WITA.	
15.56 WITA	Meletakkan bayi diatas perut ibu, melakukan penilaian selintas bayi baru lahir sambil Mengeringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Mengganti handuk basah dengan handuk/kain yang kering; Bayi baru lahir cukup bulan segera menangis dan bergerak aktif, A/S : 7/9 , jenis kelamin laki-laki, air ketuban jernih caput (-), <i>cephalhematoma</i> (-)	

**c. Asuhan Kebidanan Intranatal Kala III (21 January 2020 Pukul 15.57)**

**S :**

Ibu merasakan mules pada perutnya

**O :**

a. Pemeriksaan Umum

- 1) Keadaan Umum : Sedang
- 2) Kesadaran : Composmetis

b. Pemeriksaan Fisik

- 1) Abdomen : TFU sepusat, UC : Keras
- 2) Kandung Kemih : Kosong
- 3) Genitalia : Terdapat semburan darah secara tiba-tiba, Plasenta belum lahir, tampak tali pusat pada vulva, tali pusat memanjang. Bayi lahir spontan segera menangis pukul 15.55 WITA, JK : laki - laki , A/S : 7/9 caput (-), cephalhematoma (-)

**A :**

Diagnosis : G<sub>4</sub>P<sub>3003</sub> inpartu kala III

Masalah : jarak kehamilan kurang dari 2 tahun, dan overweight

Diagnosa Potensial : Atonia Uteri, HPP

Dasar : ibu kelelahan karena proses persalinan, jarak kehamilan kurang dari 2 tahun, multipara, persalinan dengan induksi, persalinan yang cepat

Antisipasi :

- a) Segera injeksi oxy 10 IU setelah 1 menit bayi lahir
- b) Manajemen aktif kala III
- c) Pemberian hydrasi/minuan yang manis.
- d) Mengosongkan kandung kemih

**P :**

Tanggal 21 January 2020

Jam	Tindakan	Paraf
15.57 WITA	Memeriksa uterus untuk memastikan tidak ada bayi lagi dalam uterus; Tidak ada bayi kedua dalam uterus	
15.57 WITA	Melakukan manajemen aktif kala III, memberitahu ibu bahwa ibu akan disuntikkan oksitosin agar rahim berkontraksi dengan baik; Ibu bersedia untuk disuntik oksitosin.	
15.57 WITA	Menyuntikkan oksitosin 1 menit setelah bayi lahir 10 intra unit IM di 1/3 paha atas bagian distal lateral	
15.57 WITA	Menjepit tali pusat dengan jepitan khusus tali pusat yang steril 3 cm dari pusat bayi. Mendorong isi tali pusat ke arah distal (ibu) dan menjepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama.	
15.58 WITA	Memegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi), dan menggunting tali pusat diantara 2 klem.	
15.58 WITA	Meletakkan bayi dengan posisi tengkurap d tengah-tengah dada ibu untuk dilakukan IMD	
15.58 WITA	Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5 -10 cm dari vulva	
15.59 WITA	Meletakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu, di tepi atas simfisis, untuk mendeteksi kontraksi. Tangan lain menegangkan tali pusat. Kontraksi uterus dalam keadaan baik	
15.59 WITA	Menegangkan tali pusat dengan tangan kanan, sementara tangan kiri menekan uterus dengan hati-hati kearah dorsokrinal.	

15.59 WITA	Melakukan penegangan tali pusat dan dorongan dorsokranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian kearah atas, mengikuti poros jalan lahir	
16.00 WITA	Melahirkan plasenta dengan hati-hati, memegang plasenta dengan kedua tangan dan melakukan putaran searah untuk membantu pengeluaran plasenta dan mencegah robeknya selaput ketuban; Plasenta lahir 5 menit setelah bayi lahir yaitu pukul 16.00 WITA.	
16.01 WITA	Melakukan masase uterus segera setelah plasenta lahir dengan menggosok fundus uteri secara sirkuler hingga kontraksi baik; Kontraksi uterus baik, uterus, teraba bulat dan keras	
16.03 WITA	Memeriksa kelengkapan plasenta untuk memastikan bahwa seluruh kotiledon dan selaput ketuban sudah lahir lengkap,; Kotiledon lengkap, selaput ketuban pada plasenta lengkap, posisi tali pusat berada lateral pada plasenta, panjang tali pusat $\pm 50$ cm, tebal plasenta $\pm 3$ cm, lebar plasenta $\pm 20$ cm.	

**d. Asuhan Kebidanan Intranatal Kala IV (21 January 2020 Pukul 16.04)**

**S :**

Ibu merasa senang atas kelahiran bayinya dan ibu merasakan perutnya terasa mules

**O :**

a. Pemeriksaan Umum

- 1) Keadaan Umum : Sedang
- 2) Kesadaran : Composmetis

b. Pemeriksaan Fisik

- 1) Payudara : Putting susu ibu menonjol, tampak pengeluaran ASI (+), dan konsistensi payudara tegang berisi
- 2) Abdomen : TFU 2 jari di bawah sepusat, konsistensi Rahim keras, UC (+)
- 3) Kandung Kemih : Kosong
- 4) Genitalia : Tampak pengeluaran lochea rubra.

Plasenta lahir lengkap jam 16.00 WITA

**A :**

Diagnosis : P<sub>4004</sub> PP Spontam inpartu kala IV

Masalah : Jarak kehamilan kurang dari 2 tahun, jumlah anak 4, overweight

Diagnosa Potensial : Atonia Uteri, HPP

Dasar : ibu kelelahan karena proses persalinan, jarak kehamilan kurang dari 2 tahun, multipara, persalinan dengan induksi, persalinan yang cepat

Antisipasi :

- a) Mengajarkan ibu untuk masasse
- b) Mengosongkan kandung kemih
- c) Mengajarkan ibu untuk makan dan minum
- d) Istirahat

**P :**

Tanggal 21 January 2020

Jam	Tindakan	Paraf
16.05 WITA	Melakukan pemeriksaan pada jalan lahir; Terdapat ruptur derajat I pada perinium ibu.	
16.06	Menyiapkan Cu – T380 A, dan memasangkan setelah plasenta lahir.	
16.10 WITA	Menyiapkan alat hecting set dan anastesi yaitu lidokain 1 ampul, bak instrumen steril berisi spuit 5cc, sepasang sarung tangan, pemegang jarum, jarum jahit, benang chromic catgut no.2/0, pinset, gunting benang, dan kasa steril.	
16.07 WITA	Melakukan tindakan penjahitan luka. Melakukan inspeksi vagina dan perineum untuk melihat robekan. Meraba dengan ujung jari anda seluruh daerah ruptur. Jika ada perdarahan yang terlihat menutupi ruptur, pasang tampon atau kassa ke dalam vagina (sebaiknya menggunakan tampan bertali). Menempatkan jarum jahit pada pemegang jarum, kemudian kunci pemegang jarum. Pasang benang jahit pada mata jarum. Lihat dengan bentuk ruptur. Peganglah pemegang jarum dengan tangan lainnya. Menggunakan pemegang jarum (pinset) untuk menarik jarum melalui jaringan. Mengikat jahitan pertama dengan simpul mati.	

	<p>Memotong ujung benang yang bebas (ujung benang tanpa jarum) hingga tersisa kira-kira 1 cm. Menjahit mukosa vagina dengan menggunakan jahitan jelujur hingga tepat di belakang lingkaran himen. Jarum kemudian akan menembus mukosa vagina, sampai kebelakang lingkaran himen, dan tarik keluar pada luka perineum. Memperhatikan seberapa dekatnya jarum ke puncak lukanya. Menggunakan teknik jahitan jelujur saat menjahit lapisan ototnya. Melihat ke dalam luka untuk mengetahui letak ototnya, menjahit otot ke otot. Merasakan dasar dari luka, ketika sudah mencapai ujung luka, pastikan jahitan telah menutup lapisan otot yang dalam. Setelah mencapai ujung luka yang paling akhir dari luka, putar arah jarum dan mulai menjahit ke arah vagina dengan untuk menutup jaringan subcuticular. Mencari lapisan subcuticular umumnya lembut dan memiliki warna yang sama dengan mukosa vagina lalu membuat jahitan lapis kedua. Memperhatikan sudut jarumnya. Jahitan lapis kedua ini akan meninggalkan lebar luka kira-kira 0.5 cm terbuka. Luka ini akan menutup sendiri pada waktu proses penyembuhan berlangsung. Memindahkan jahitannya dari bagian luka perineal kembali ke vagina di belakang cincin himen untuk diamankan, mengiikat dan memotong benang. Mengikat jahitan dengan simpul mati. Memotong kedua ujung benang, dan hanya disisakan masing-masing 1 cm. Memasukkan jari anda ke dalam rektum. Merabalah puncak dinding rektum untuk mengetahui apakah ada jahitan. Memeriksa ulang kembali untuk memastikan bahwa tidak meninggalkan apapun seperti kassa, tampon, instrumen di dalam vagina ibu. Membersihkan alat kelamin ibu. Memberikan petunjuk kepada ibu mengenai cara pembersihan daerah perineum dengan sabun dan air 3 sampai 4 kali setiap hari. Memberitahu ibu agar menjaga perineumnya tetap kering dan bersih. Memberitahu ibu agar memperhatikan luka jahitannya jika ada bintik merah, nanah atau jahitan yang lepas atau terbuka, atau pembengkakan segera menghubungi petugas kesehatan; Telah dilakukan penjahitan perineum, ibu mengerti dan bersedia melaksanakan saran bidan.</p>	
--	---	--

16.15 WITA	Melakukan evaluasi perdarahan kala III ; Perdarahan $\pm$ 150cc.	
16.17 WITA	Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit).	
16.18 WITA	Membersihkan ibu dan bantu ibu merapikan pakaian.	
16.20 WITA	Mengobservasi TTV, KU, kontraksi uterus, kandung kemih, dan perdarahan; Tekanan darah 120/70 mmHg, nadi 84x/menit, suhu 36,3°C , TFU 2 jari dibawah pusat, UC: keras, kandung kemih teraba kosong dan perdarahan $\pm$ 10 cc. (data terlampir pada partograf)	
16.21 WITA	Menganjurkan ibu untuk makan dan minum serta istirahat; Ibu meminum susu yang telah di sediakan	
16.30 WITA	Mengobservasi TTV, KU, kontraksi uterus, kandung kemih, dan perdarahan; Tekanan darah 121/79 mmHg, nadi 84x/menit, TFU 1 jari dibawah pusat, UC: keras, kandung kemih teraba kosong dan perdarahan $\pm$ 15 cc. (data terlampir pada partograf)	
16.45 WITA	Mengobservasi TTV, KU, kontraksi uterus, kandung kemih, dan perdarahan; Tekanan darah 117/79 mmHg, nadi 84x/menit, TFU teraba 1 jari dibawah pusat, UC:keras, kandung kemih teraba kosong dan perdarahan $\pm$ 15 cc. (data terlampir pada partograf)	
17.00 WITA	Mengobservasi TTV, KU, kontraksi uterus, kandung kemih, dan perdarahan; Tekanan darah 120/70 mmHg, nadi 81 x/menit, TFU teraba 1 jari dibawah pusat, UC: keras, kandung kemih teraba kosong dan perdarahan $\pm$ 15 cc. (data terlampir pada partograf)	
17.30 WITA	Mengobservasi TTV, KU, kontraksi uterus, kandung kemih, dan perdarahan; Tekanan darah 120/79 mmHg, nadi 81 x/menit, suhu 36,5°C, TFU teraba 2 jari dibawah pusat, UC: keras, kandung kemih teraba kosong dan perdarahan $\pm$ 10 cc. (data terlampir pada partograf)	
18.00	Mengobservasi TTV, KU, kontraksi uterus, kandung kemih, dan perdarahan; Tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 81 x/menit, TFU	



	teraba 2 jari dibawah pusat, UC: keras, kandung kemih teraba kosong dan perdarahan $\pm$ 10 cc. (data terlampir pada partograf)	
18.05 WITA	Melengkapi Partograf	

## 2. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir

**S :**

Nama ibu/ayah adalah Ny. L dan Tn. K, alamat rumah berada di Kelurahan Muara Rapak JL. Sorong 3, tanggal lahir bayi 21 January pada hari Selasa pukul 15.55 WITA dan berjenis kelamin laki-laki.

**O :**

### 1. Data Rekam Medis

#### a. Riwayat Persalinan Sekarang :

Keadaan umum ibu baik. Pemeriksaan tanda-tanda vital yang dilakukan berupa tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 80 x/menit, pernafasan 20 x/menit, suhu 36,6 °C. Jenis persalinan adalah spontan.

#### b. Keadaan Bayi Saat Lahir

Tanggal : 21 January 2020

Jam : 15.55 WITA

Jenis kelamin laki - laki, bayi lahir segera menangis, kelahiran tunggal, jenis persalinan spontan, keadaan tali pusat tidak ada kelainan, tidak ada tanda-tanda infeksi dan perdarahan tali pusat. Penilaian APGAR adalah 7/9 caput (-), *cephallhematoma* (-).

## 2. Nilai APGAR : 7/9

Kriteria	0	1	2	Jumlah		
				1 menit	5 menit	10 menit
Frekuensi Jantung	tidak ada	< 120	> 120	2	2	2
Usaha Nafas	tidak ada	lambat/tidak teratur	menangis dengan baik	1	2	2
Tonus Otot	tidak ada	beberapa fleksi ekstremitas	gerakan aktif	1	2	2
Refleks	tidak ada	Menyeringai	menangis kuat	2	2	2
Warna Kulit	biru/pucat	tubuh merah muda, ekstremitas biru	merah muda seluruhnya	1	1	2
Jumlah				7	9	10

## 3. Tindakan Resusitasi :

Tidak dilakukan tindakan resusitasi karena bayi baru lahir segera menangis A/S

7/9

## 4. Pola fungsional kesehatan:

Pola	Keterangan
Nutrisi	Bayi telah diberikan asupan nutrisi ( ASI )
Eliminasi	- BAB (-) - BAK (+) warna: bening, konsistensi: cair

## 5. Pemeriksaan Umum Bayi Baru Lahir

## a. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum baik, pemeriksaan tanda-tanda vital nadi 140 x/menit, pernafasan 40 x/menit, suhu 36,7 °C. Pemeriksaan antropometri, berat badan

3.165 gram, panjang badan 51 cm, lingkar kepala : 32 cm, lingkar dada 31 cm, lingkar perut 30 cm dan lingkar lengan atas 9 cm

b. Pemeriksaan Fisik Bayi Baru Lahir

Kepala : Bentuk bulat, tidak tampak kaput *sauchedaneum*, tidak tampak molase, tidak tampak *cephal hematoma*.

Wajah : Tampak simetris, ukuran dan posisi mata, hidung, mulut dagu dan telinga tidak terdapat kelainan.

Mata : Tampak simetris, tidak tampak kotoran, tidak terdapat perdarahan, dan tidak terdapat strabismus.

Hidung : Tampak kedua lubang hidung disertai septum, tidak tampak pengeluaran dan tidak tampak pernafasan cuping hidung

Telinga : Tampak simetris, berlekuk sempurna, tulang rawan telinga sudah matang, terdapat lubang telinga, tidak terdapat kulit tambahan dan tidak tampak ada kotoran.

Mulut : Tampak simetris, tidak tampak sianosis, tidak tampak labio palato skhizis dan labio skhizis dan gigi, mukosa mulut lembab, bayi menangis kuat, lidah tampak bersih.

Leher : Tidak teraba pembesaran kelenjar tiroid, tidak tampak pembesaran kelenjar limfe, tidak terdapat pembengkakan, pergerakan bebas, tidak tampak selaput kulit dan lipatan kulit yang berlebihan.

Dada : Tampak simetris, tidak tampak retraksi dinding dada, tidak terdengar suara nafas tambahan, bunyi jantung teratur, pergerakan dada tampak simetris.

- Payudara : Tidak tampak pembesaran, tampak 2 puting susu, tidak terdapat pengeluaran pada puting.
- Abdomen : Tidak teraba massa abnormal, tali pusat tampak 2 arteri dan 1 vena, tali pusat tampak berwarna putih segar, tidak tampak perdarahan tali pusat.
- Punggung : Tampak simetris, tidak teraba skeliosis, dan tidak tampak meningokel, spina bifida, pembengkakan, lesung, dan bercak kecil berambut..
- Genetalia : Laki- laki
- Anus : Tidak tampak adanya lesung atau sinus, tampak sfingter ani.
- Kulit : Tampak kemerahan, tidak tampak ruam, bercak, tanda lahir, memar, pembengkakan. Tampak lanugo di daerah lengan dan punggung. Tampak verniks kaseosa di daerah lipatan leher dan lipatan selangkangan.
- Ekstremitas : Pergerakan leher tampak aktif, klavikula teraba utuh, jari tangan dan jari kaki tampak simetris, tidak terdapat penyeloputan, jari-jari tampak lengkap dan bergerak aktif, tidak tampak polidaktili dan sindaktili. Tampak garis pada telapak kaki dan tidak tampak kelainan posisi pada kaki dan tangan.

c. Status neurologi (*refleks*)

Rooting (+) bayi tampak menoleh kearah sentuhan ketika pipi bayi disentuh, *sucking* (+) bayi melakukan gerakan menghisap saat di masukkan objek pada mulut bayi hingga menyentuh langit-langit, *swallowing* (+) bayi

dapat menelan dan menghisap tanpa tersedak, batuk atau muntah saat disusui, *morro* (+) bayi tampak terkejut lalu melengkungkan punggung, menjatuhkan kepala, menangkupkan kedua lengan dan kakinya ke tengah badan ketika dikejutkan dengan suara hentakkan, *palmar grasping* (+) bayi tampak menggenggam jari pemeriksa saat pemeriksa menyentuh telapak tangan bayi, *walking* (+) kaki bayi tampak menjejak-jejak seperti akan berjalan, *babinsky* (+) jari-jari bayi tampak membuka saat disentuh telapak kakinya.

**A :**

Diagnosis : Neonatus Cukup Bulan Sesuai Masa Kehamilan usia 1 jam  
 Masalah : tidak ada  
 Masalah potensial : tidak ada

**P :**

Jam	Tindakan	Paraf
18.05 WITA	Menjelaskan kepada ibu dan keluarga bahwa berdasarkan hasil pemeriksaan secara umum keadaan bayi ibu; ibu dan keluarga mengetahui kondisi bayinya saat ini.	
18.06 WITA	Menggunakan pakaian/lampin bayi yang bersih dan kering, memasang topi pada kepala bayi serta mengkondisikan bayi di dalam ruangan atau tempat yang hangat dan memberikan bayi kepada ibu agar disusui kembali.	
19.00 WITA	Memindahkan bayi keruang bayi	

### 3. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Post Natal Care

#### a. Asuhan Kebidanan Post Natal Care Kunjungan ke-1

Tanggal/Waktu Pengkajian : 22 January 2020 / Pukul : 16.30 WITA

Tempat : Rumah Sakit Kanudjoso Djatiwibowo

**S :**

Ibu mengatakan tidak ada keluhan

Ibu mengatakan puting lecet

**O :**

##### 1) Pemeriksaan Umum

a) Keadaan umum : Baik

b) Kesadaran : Composmetis

c) TTV

(1) TD : 110/70 mmHg

(2) N : 86 <sup>x</sup>/menit

(3) R : 23 <sup>x</sup>/menit

(4) T : 36,6 °C

(5) BB : 78 kg

(6) TB : 165 cm

(7) IMT :  $\frac{BB (Kg)}{TB (m)^2} = \frac{78Kg}{(1,65)^2} = 28,6 Kg/m^2$

## 2) Pemeriksaan Fisik

## a) Dada

Bentuk dada simetris, tidak tampak retraksi dinding dada, irama jantung teratur, frekuensi jantung 86 x/menit, tidak terdengar suara wheezing dan ronchi.

## b) Payudara

Payudara simetris, tampak bersih, tampak pengeluaran ASI (+), tampak hyperpigmentasi pada areolla, puting susu menonjol dan sedikit lecet bagian kiri, dan tidak ada retraksi.

## c) Abdomen

Tampak simetris, TFU tiga jari di bawah pusat, kontraksi baik, dan kandung kemih teraba kosong.

## d) Genetalia

Vulva tidak oedema, tidak ada varices, tampak pengeluaran lochea sanguilenta, tidak terdapat luka parut, tidak tampak fistula, luka perineum dan jahitan tampak baik..

## a) Ekstremitas

Atas : Bentuk tampak simetris, tidak tampak oedema,.

Bawah : Bentuk tampak simetris, tidak tampak varices. Tidak tampak oedema.

**A :**

Diagnosis : P<sub>4004</sub> post Partum spontan hari ke 1

Masalah : jarak kehamilan kurang dari 2 tahun, jumlah anak 4, overweight , puting susu lecet

Masalah Potensial : Perdarahan Pot partum, Obesitas

Dasar : Riwayat persalinan dengan induksi

Asuhan Antisipasi :

1. Menjaga pola makan dengan mengurangi mengkonsumsi karbohidrat.
2. Memberikan ASI Eksklusif.

**P :**

Jam	Tindakan	Paraf
16.30 WITA	Melakukan pemeriksaan :  Melakukan TTV dengan hasil yaitu: TD: 110/70 mmHg, T: 36,7 °C, N: 84 <sup>x</sup> /menit, R: 20 <sup>x</sup> /menit; IMT: 28,9 kg/m <sup>2</sup> Telah dilakukan TTV pada ibu	
16.35 WITA	Melakukan pemeriksaan fisik; Melakukan pemeriksaan fisik pada ibu dengan hasil normal, Uc baik, TFU 3 jari b/pusat, lochea saguilent, perdarahan 10 cc, luka jahitan bersih.  Telah dilakukan pemeriksaan fisik pada ibu	
16.40 WITA	Memberikan KIE tentang :  1. Perawatan payudara, menempelkan kapas yang sudah diberi baby oil atau minyak selama 5 menit lalu bersihkan puting, lakukan hal ini sebelum dan sesudah menyusui.  2. Nutrisi ibu nifas, yaitu banyak makan telur,tahu, ikan, sayur bayam dan buah buahan tidak ada pantangan makanan dan minum 2 liter perhari, kurangi karbohidrat dan jaga pola makan.  3. Tanda bahaya ibu nifas, yaitu ketika terjadi perdarahn, demam, wajah, tangan dan kaki bengkak, sakit kepala.  Isistirahat ibu nifas, ketika bayi tidur ibu juga tertidur	



	<p>4. Perawatan tali pusat, dengan tidak memberikan apapun pada sekitar tali pusat.</p> <p>5. Konseling ASI eksklusif, yaitu hanya di beri ASI saja selama 6 bulan.</p> <p>Ibu mengerti, dan dapat mengulang beberapa dari yang telah dijelaskan</p>	
16.50 WITA	<p>Mengajarkan ibu untuk teknik menyusui yang benar</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengoleskan payudara dengan ASI terlebih dahulu</li> <li>2. Kepala bayi berada disiku ibu, perut bayi bertemu dengan perut ibu.</li> <li>3. Tangan yang lain menyangga payudara ibu membentuk huruf C kemudian memberikan rangsanagn reflek rooting kebayi.</li> <li>4. Pada saat menyusui semua areola masuk kedalam mulut bayi</li> <li>5. Setelah menyusui janagn tarik puting tapi masukan jari kelingking kedalam mulut bayi dan keluarkan puting</li> <li>6. Sendawakan bayi setiap selesai menyusui yaitu dengan menpuk nepuk punggung bayi.</li> </ol> <p>Ibu dapat melakukan teknik menyusui bayi dengan benar.</p>	
17.00 WITA	<p>Mengajarkan ibu untuk Senam Nifas hari pertama yaitu menarik nafas yang panjang dan menghebuskannya secara perlahan lahan sambil mengkerutkan vagina.</p>	
17.05	<p>Mengontrak ibu untuk dilakukan kunjungan hari ke-3 tanggal 25 january 2020</p> <p>Ibu bersedia dilakukan kunjungan ulang</p>	

**b. Asuhan Kebidanan Post Natal Care Kunjungan ke-2**

Tanggal/Waktu Pengkajian : 25 January / Pukul : 11.00 WITA

Tempat : Rumah Klien

**S :**

Ibu mengatakan tidak ada keluhan.

**O :**

1) Pemeriksaan Umum :

- a) Keadaan umum : Baik
- b) Kesadaran : Composmetis
- c) BB : 77 kg
- d) TB : 165 cm
- e) IMT :  $\frac{BB (Kg)}{TB (m)^2} = \frac{77Kg}{(1,65)^2} = 28,2 Kg/m^2$
- f) TTV

(1) TD : 110/70 mmHg

(2) N : 88 <sup>x</sup>/menit

(3) R : 21 <sup>x</sup>/menit

(4) T : 36,7 °C

2) Pemeriksaan Fisik :

- a) Dada : Bentuk dada simetris, tidak tampak retraksi dinding dada.
- b) Payudara : Tampak simetris, ASI (+) tampak hyperpigmentasi pada areolla, puting susu menonjol, dan tidak ada retraksi, teraba pembengkakan

- c) Abdomen : Tampak simetris, posisi membujur, tampak linea nigra dan striae livide, TFU 4 jari bawah pusat.
- d) Genetalia : lochea Sanguilenta, luka jahitan bersih.
- e) Ekstremitas :
- (1) Atas : Bentuk tampak simetris, tidak tampak oedeme
- (2) Bawah : Bentuk tampak simetris, tidak tampak oedeme

**A :**

Diagnosis : P<sub>4004</sub> post partum spontan hari ke-4

Masalah :

Jarak kehamilan kurang dari 2 tahun, jumlah anak 4, overweight

Masalah Potensial : perdararahan pasca persalinan, Obesitas

Dasar : Persalinan ibu dengan riwayat induksi

Asuhan Antisipasi :

1. Menjaga pola makan dengan mengurangi mengkonsumsi karbohidrat.
2. Memberikan ASI Eksklusif.

**P :**

Jam	Tindakan	Paraf
11.00 WITA	Melakukan pemeriksaan :  Melakukan TTV dengan hasil yaitu: TD: 110/70 mmHg, T: 36,7 °C, N: 84 <sup>x</sup> /menit, R: 20 <sup>x</sup> /menit; IMT : 28,2 kg/m <sup>2</sup> Telah dilakukan TTV pada ibu	

11.05 WITA	Melakukan pemeriksaan fisik; Melakukan pemeriksaan fisik pada ibu dengan hasil normal, Uc baik, TFU 4 jari b/pusat, lochea sanguilenta, perdarahan 10 cc, luka jahitan bersih.  Telah dilakukan pemeriksaan fisik pada ibu	
11.10 WITA	Memberikan KIE tentang :  1. Nutrisi ibu nifas, yaitu banyak makan telur,tahu, ikan, sayur bayam dan buah buahan tidak ada pantangan makanan dan minum 2 liter perhari. kurangi karbohidrat dan jaga pola makan.  2. Tanda bahaya ibu nifas, yaitu ketika terjadi perdarahn, demam, wajah, tangan dan kaki bengkak, sakit kepala  3. Istirahat ibu nifas, ketika bayi tidur ibu juga ikut tidur.  4. Konseling ASI eksklusif, yaitu hanya di beri ASI saja selama 6 bulan.  Ibu mengerti, dan dapat mengulang beberapa dari yang telah dijelaskan	
11.20 WITA	Mengajarkan ibu untuk teknik menyusui yang benar  Ibu dapat melakukan teknik menyusui bayi dengan baik dan benar tanpa ragu ragu lagi.	
11.30 WITA	Mengajarkan ibu untuk Senam Nifas hari 1-4  Telah diajarkan senam nifas hari 1-4 dan diberikan leaflet senam nifas.	
11.35	Mengontrak ibu untuk dilakukan kunjungan hari ke-3 tanggal 28 january 2020  Ibu bersedia dilakukan kunjungan ulang	

**c. Asuhan Kebidanan Post Natal Care Kunjungan ke-3**

Tanggal/Waktu Pengkajian : 28 January / Pukul : 16.00 WITA

Tempat : Rumah Klien

**S :**

Ibu mengatakan tidak ada keluhan.

**O :**

2) Pemeriksaan Umum :

a) Keadaan umum : Baik

b) Kesadaran : Composmetis

c) BB : 76 kg

d) TB : 165 cm

e) IMT :  $\frac{BB (Kg)}{TB (m)^2} = \frac{76Kg}{(1,65)^2} = 27,9 Kg/m^2$

f) TTV :

TD : 110/70 mmHg

N : 88 <sup>x</sup>/menit

R : 21 <sup>x</sup>/menit

T : 36,7 °C

3) Pemeriksaan fisik :

b) Dada : Bentuk dada simetris, tidak tampak retraksi dinding dada.

c) Payudara : Tampak simetris, ASI (+) tampak hyperpigmentasi pada areolla, puting susu menonjol, dan tidak ada retraksi, teraba pembengkakan

- d) Abdomen : Tampak simetris, posisi membujur, tampak linea nigra dan striae livide, TFU 2 jari atas sympisis
- e) Genetalia : lochea Serosa, luka jahitan sudah tidak tampak
- f) Ekstremitas :
- Atas : Bentuk tampak simetris, tidak tampak oedeme
- Bawah : Bentuk tampak simetris, tidak tampak oedeme

**A :**

Diagnosis : P<sub>4004</sub> post partum spontan hari ke-8

Masalah : jarak kehamilan kurang dari 2 tahun dan jumlah anak 4, overweight.

Masalah Potensial : perdarahan pasca persalinan, obesitas

Asuhan Antisipasi :

1. Menjaga pola makan dengan mengurangi mengkonsumsi karbohidrat.
2. Memberikan ASI Eksklusif.

**P :**

Jam	Tindakan
16.00 WITA	Melakukan pemeriksaan : Melakukan TTV dengan hasil yaitu: TD: 110/70 mmHg, T: 36,7 °C, N: 84 <sup>x</sup> /menit, R: 20 <sup>x</sup> /menit IMT : 27,9 kg/m <sup>2</sup> Telah dilakukan TTV pada ibu
16.05 WITA	Melakukan pemeriksaan fisik; Melakukan pemeriksaan fisik pada ibu dengan hasil normal, Uc baik, TFU 4 jari b/pusat, lochea serosa, perdarahan 10 cc, luka jahitan bersih. Telah dilakukan pemeriksaan fisik pada ibu

16.10 WITA	<p>Memberikan KIE tentang :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nutrisi ibu nifas, yaitu banyak makan telur,tahu, ikan, sayur bayam dan buah buahan tidak ada pantangan makanan dan minum 2 liter perhari. kurangi karbohidrat dan jaga pola makan.</li> <li>2. Istirahat ibu nifas, ketika bayi tidur ibu juga ikut tidur.</li> <li>3. Konseling ASI eksklusif, yaitu hanya di beri ASI saja selama 6 bulan.</li> <li>4. efek samping dari IUD yaitu : haid berlebih, nyeri saat haid, dan nyeri panggul.</li> </ol> <p>Ibu mengerti, dan dapat mengulang beberapa dari yang telah dijelaskan dan telah diberikan leaflet</p>
16.20 WITA	<p>Mengajarkan ibu untuk teknik menyusui yang benar</p> <p>Ibu dapat melakukan teknik menyusui bayi dengan baik dan benar tanpa ragu ragu lagi.</p>
16.30 WITA	<p>Mengajarkan ibu untuk Senam Nifas hari 1-7</p> <p>Telah diajarkan senam nifas hari 1-7 dan diberikan leaflet senam nifas.</p>

#### 4. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Neonatus

##### a. Asuhan Kebidanan Neonatus Kunjungan Ke-I

Tanggal/Waktu Pengkajian : 21 January 2020/ Pukul 22.00 WITA

Tempat : Rumah Sakit Kanudjoso Djatiwibowo

Tidak dilakukan Asuhan kebidanan Bayi Baru Lahir dikarekan bayi bearada di ruangan bayi dan tidak belum dilakukan rawat gabung dengan ibu.

**b. Asuhan Kebidanan Neonatus Kunjungan Ke-2**

Tanggal/Waktu Pengkajian : 22 January 2020 / Pukul : 16.30 WITA

Tempat : Rumah Sakit Kanudjoso Djatiwibowo

**S :**

Ibu mengatakan bayi dalam keadaan sehat

**O :**

1) Pemeriksaan Umum :

- a) Keadaan umum : Sedang
- b) Kesadaran : Composmetis
- c) BB : 3.200 gram
- d) TTV
  - (a) T : 36,7 °C
  - (b) N : 140 x/menit
  - (c) R : 40 x/menit

2) Pemeriksaan Fisik

- a) Kepala : Bersih, *caput/cephal* tidak ada.
- b) Mata : Tidak tampak ikhterik
- c) Dada : Simetris, tidak tampak retraksi intracostal.
- d) Abdomen: Tampak simetris, tali pusat tampak sudah puput, tidak teraba benjolan/massa.
- e) Genetalia : Laki - Laki, testis telah turun ke skrotum
- f) Ekstremitas : Ekstremitas atas dan bawah lengkap, tidak tampak kelainan, tidak tampak polidaktil, pergerakan aktif.



## g) Pola Fungsional

Pola	Keterangan
Nutrisi	Bayi menyusu dengan ibu 1-2 jam sekali.
Eliminasi	BAB 2-3 kali/hari konsistensi lunak warna Kehijauan. BAK 4-6 kali/hari konsistensi cair warna kuning jernih
Personal Hygiene	Bayi mandi 1 x / hari
Istirahat	Bayi tidur sepanjang hari dan hanya terbangun jika haus dan popoknya basah atau lembab.

**A : Diagnosis** : Neonatus Cukup Bulan, Sesuai Masa Kehamilan hari ke-1

1) Masalah : sibling rivalry

Dasar : jarak kehamilan kurang dari 2 tahun dan jumlah anak 4

2) Asuhan Antisipasi :

a) Mengajarkan anak bagaimana cara berinteraksi dengan adik

b) Ajarkan bagaimana cara menunjukkan kasih sayang kepada adik

**P :**

Jam	Tindakan	Paraf
16.30 WITA	Melakukan TTV; T : 36,7 °C, N : 140 x/menit, R : 40 x/menit Telah dilakukan TTV	
16.35 WITA	Melakukan penimbangan, BB bayi : 3.200 gram Telah dilakukan penimbangan pada bayi	

16.40 WITA	Melihat kecukupan ASI bagi bayi : telah tercukupi ASI pada bayi yaitu bayi BAB 2-3 x sehari dan BAK 4-6 x sehari  Telah tercukupi ASI pada bayi	
16.45 WITA	Melakukan pengecekan pada tali pusat : Tali pusat belum pupus dan tidak ada tanda infeksi	
16.55 WITA	Cek tanda bahaya pada neonatus : Mengecek tanda bahaya pada neonatus; Tidak terdapat tanda bahaya pada neonatus	

### c. Asuhan Kebidanan Neonatus Kunjungan Ke-3

Tanggal/Waktu Pengkajian : 25 Januari / Pukul : 11.00 WITA

Tempat : Rumah Klien

**S :**

Ibu mengatakan bayi sehat dan tidak ada keluhan pada bayinya

**O :**

#### 1) Pemeriksaan Umum

- a) Keadaan umum : Baik
- b) Pemeriksaan tanda-tanda vital :
  - (1) Nadi : 138 x/menit
  - (2) Pernafasan : 40 x/menit
  - (3) Suhu : 36,5°C
  - (4) Berat Badan : 3.300 gram

#### 2) Pemeriksaan Fisik

- a) Kepala : Bersih, caput/cepal tidak ada.
- b) Mata : Tidak tampak ikhterik

- c) Hidung : Bersih tidak ada secret, tidak ada pernafasan cuping hidung.
- d) Telinga : Tidak ada kelainan
- e) Mulut : Bersih, tidak ada secret
- f) Leher : Tidak teraba pembesaran kelenjar tiroid, tidak tampak pembesaran kelenjar limfe dan reflek tonick neck baik.
- g) Dada : Simetris, tidak tampak retraksi intracostal.
- h) Abdomen : Tampak simetris, tali pusat tampak sudah puput, tidak teraba benjolan/massa.
- i) Genetalia : Laki - Laki, testis telah turun ke skrotum
- j) Anus : Terdapat lubang anus
- k) Lanugo :Tampak lanugo di daerah lengan dan punggung
- l) Ekstremitas : Ekstremitas atas dan bawah lengkap, tidak tampak kelainan, tidak tampak polidaktil, pergerakan aktif.

## 2) Pola Fungsional

Pola	Keterangan
Nutrisi	Bayi menyusu dengan ibu 1-2 jam sekali.
Eliminasi	BAB 2-3 kali/hari konsistensi lunak warna kuning. BAK 4-6 kali/hari konsistensi cair warna kuning jernih
Personal Hygiene	Bayi dimandikan bayi 1 kali sehari pada pagi dan sore hari. Ibu mengganti popok dan pakaian bayi setiap kali basah ataupun lembab.
Istirahat	Bayi tidur sepanjang hari dan hanya terbangun jika haus dan popoknya basah atau lembab.

**A :**

Diagnosis : Neonatus Cukup Bulan, Sesuai Masa Kehamilan hari ke-4

Masalah : Sibling rivalry

Dasar : jumlah balita 2 orang di tambah bayi yang baru lahir

Asuhan Antisipasi :

1. Mengajarkan anak bagaimana cara berinteraksi dengan adik
2. Ajarkan bagaimana cara menunjukkan kasih sayang kepada adik

**P :**

Jam	Tindakan	Paraf
11.00 WITA	Melakukan TTV : N : 138 x/m R : 40 x/m T : 36,5 °C BB : 3300 gram.  Telah dilakukan TTV	
11.10 WITA	Melakukan periksa ikterus pada neonatus; Tidak terjadi ikterus pada neonatus	
11.15 WITA	Melakukan pengecekan pada tali pusat : Tali pusat sudah pupus pada ke-5 dan tidak ada tanda infeksi.	
11.25 WITA	Melihat kecukupan ASI bagi bayi : telah tercukupi ASI pada bayi yaitu bayi BAB 2-3 x sehari dan BAK 4-6 x sehari  Telah tercukupi ASI pada bayi	
11.35 WITA	Mengecek tanda bahaya pada neonatus; Tidak terdapat tanda bahaya pada neonatus	

11. 36 WITA	Memberikan KIE tentang Sibling rivalry, yaitu kecemburuan terhadap saudara baru, yang ditandai dengan ciri ciri egois, suka berkelahi, suka membantah orang tua, memukul adiknya yang berdampak bagi anak merasa minder, pemurung, sehingga peran orang tua untuk selalu memberikan kasih sayang dan perhatian pada kakak, ajarkan bagaimana cara menunjukkan kasih sayang, bagaiman cara berinteraksi dengan adik,	
----------------	---	--

#### **d. Asuhan Kebidanan Neonatus Kunjungan Ke-4**

Tanggal/Waktu Pengkajian : 25 januari / Pukul : 16.00 WITA

Tempat : Rumah Klien

**S :**

Ibu mengatakan bayi sehat dan tidak ada keluhan pada bayinya.

**O :**

##### 1) Pemeriksaan Umum

- a) Keadaan umum : Baik
- b) Pemeriksaan tanda-tanda vital :
  - (1) Nadi : 138 x/menit
  - (2) Pernafasan : 40 x/menit
  - (3) Suhu : 36,5°C
  - (4) Berat Badan : 3.300 gram

##### 2) Pemeriksaan Fisik

- a) Kepala : Bersih, caput/cepal tidak ada.
- b) Mata : Tidak tampak ikhterik

- c) Hidung : Bersih tidak ada secret, tidak ada pernafasan cuping hidung.
- d) Telinga : Tidak ada kelainan
- e) Mulut : Bersih, tidak ada secret
- f) Leher : Tidak teraba pembesaran kelenjar tiroid, tidak tampak pembesaran kelenjar limfe dan reflek tonick neck baik.
- g) Dada : Simetris, tidak tampak retraksi intracostal.
- h) Abdomen : Tampak simetris, tali pusat tampak sudah puput, tidak teraba benjolan/massa.
- i) Genetalia : Laki - Laki, testis telah turun ke skrotum
- b. Anus : Terdapat lubang anus
- c. Lanugo :Tampak lanugo di daerah lengan dan punggung
- d. Ekstremitas : Ekstremitas atas dan bawah lengkap, tidak tampak kelainan, tidak tampak polidaktil, pergerakan aktif.

#### 1) Pola Fungsional

Pola	Keterangan
Nutrisi	Bayi menyusu dengan ibu 1-2 jam sekali.
Eliminasi	BAB 2-3 kali/hari konsistensi lunak warna kuning. BAK 6-8 kali / hari konsistensi cair warna kuning jernih.
Personal Hygiene	Bayi dimandikan bayi 1 kali sehari pada pagi dan sore hari. Ibu mengganti popok dan pakaian bayi setiap kali basah ataupun lembab.
Istirahat	Bayi tidur sepanjang hari dan hanya terbangun jika haus dan popoknya basah atau lembab.

**A :**

Diagnosis : Neonatus Cukup Bulan, Sesuai Masa Kehamilan hari ke-7

Masalah : Sibling Rivalry

Dasar : Jarak kelahiran < 2 tahun dan jumlah anak 4

Asuhan Antisipasi :

1. Mengajarkan ibu bagaimana cara berinteraksi dengan adik
2. Ajarkan bagaimana cara menunjukkan kasih sayang kepada adik

**P :**

Jam	Tindakan	Paraf
16.00 WITA	Melakukan TTV : N : 138 x/m R : 40 x/m T : 36,5 °C BB : 3300 gram.  Telah dilakukan TTV	
16.10 WITA	Melakukan periksa ikterus pada neonatus; Tidak terjadi ikterus pada neonatus	
16.15 WITA	Melihat kecukupan ASI bagi bayi : telah tercukupi ASI pada bayi yaitu bayi BAB 2-3 x sehari dan BAK 6-8 x sehari  Telah tercukupi ASI pada bayi	
16.25 WITA	Mengecek tanda bahaya pada neonatus; Tidak terdapat tanda bahaya pada neonatus	
16.27 WITA	Memberikan KIE tentang Sibling rivalry, yaitu kecemburuan terhadap saudara baru, yang ditandai dengan ciri ciri egois, suka berkelahi, suka membantah orang tua, memukul adiknya yang berdampak bagi anak merasa minder, pemurung, sehingga	

	peran orang tua untuk selalu memberikan kasih sayang dan perhatian pada kakak, ajarkan bagaimana cara menunjukkan kasih sayang, bagaimana cara berinteraksi dengan adik,	
--	--	--

### 5. Dokumentasi Asuhan Kebidanan KB pada Akseptor IUD

Tanggal/Waktu Pengkajian : 23 February 2020 /Pukul :16.00 WITA

Tempat : Rumah Ny. L

**S :**

- a) Ibu mengatakan usia ibu 32 tahun
- b) Ibu mengatakan jumlah anak 4
- c) Ibu megatakan sebelumnya menggunakan KB suntik 3 Bulan selama 6 bulan
- d) Ibu mengatakan ingin mengakhiri kehamilan namun tidak ingin steriel
- e) Ibu mengatakan tidak ada keluhan selama memakai KB IUD Cu – T 380A

**O :**

#### 1. Pemeriksaan Umum

- a) Keadaan umum : baik
- b) kesadaran : composmentis
- c) tanda vital:
  - Tekanan darah : 120/80 mmHg,
  - Suhu tubuh : 36,5°C,
  - Nadi : 80 x/menit,



Pernafasan : 20 x/menit.

## 2. Pemeriksaan fisik

- a) Dada : Bentuk dada simetris, tidak tampak retraksi dinding dada
- b) Payudara : Tampak simetris, ASI (+), tampak *hyperpigmentasi* pada areolla, puting susu menonjol, dan tidak ada retraksi, payudara tidak tampak pembengkakan.
- c) Abdomen : Tampak simetris, tampak linea nigra, tampak bekas operasi, TFU tidak teraba.
- d) Genetalia : Tidak ada Keluar darah.
- e) Ekstremitas
  - (1) Atas : Tidak oedema, kapiler refill baik, homan sign negatif,
  - (2) Bawah : Bentuk simetris, teraba oedema, tidak ada varices, homan sign negatif , reflex patella positif

Pemasangan KB :

Tempat : RSKD kanudjoso Djatiwibowo, Oleh bidan, Jenis KB IUD Cu – T 380A, tanggal 21 february 2020, Motivasi ikut KB karena keinginan ibu sendiri.

**A :**

Diagnosis :P<sub>4004</sub> Akseptor KB IUD

Masalah : jarak kelahiran kurang dari 2 tahun

Dasar : anak terkecil berusia 18 bulan saat ibu hamil

aterm

Masalah Potensial : haid lebih lama dan banyak

Diagnosis Potensial : Tidak ada

Antisipasi : Tidak ada

Kebutuhan Segera : Tidak ada

**P :**

Jam	Tindakan
16.00 WITA	<p>Melakukan pemeriksaan :</p> <p>Melakukan TTV dengan hasil yaitu: TD: 120/80 mmHg, T: 36,7 °C, N: 84 <sup>x</sup>/menit, R: 20 <sup>x</sup>/menit; Telah dilakukan TTV pada ibu</p>
16.10 WITA	<p>Memberikan KIE tentang :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. efek samping dari IUD yaitu : haid berlebih, nyeri saat haid, dan nyeri panggul.</li> <li>2. Lama/waktu penggunaan IUD</li> <li>3. Bila terjadi efek samping ini maka segera pergi ke faskes terdekat</li> <li>4. Perlunya foloow up dan USG untuk mengetahui posisi IUD</li> </ol> <p>Ibu mengerti, dan dapat mengulang beberapa dari yang telah dijelaskan dan berjanji akan USG untuk mengetahuiposisi Iud dalam Rahim pada saat follow up ke Rs. Dr. KanujosoDdjatiwibowo</p>

## **BAB V**

### **PEMBAHASAN**

#### **A. Pembahasan Proses Asuhan Kebidanan**

Pada pembahasan studi kasus ini penulis akan memaparkan kesenjangan ataupun keselarasan antara teori dengan praktik Asuhan kebidanan komprehensif yang diterapkan pada klien Ny. L G4P3003 sejak kontak pertama pada tanggal 13 januari 2020 yaitu dimulai pada masa kehamilan 37 minggu 3 hari, persalinan, bayi baru lahir, masa nifas, neonatus dan pelayanan kontrasepsi dengan pembahasan sebagai berikut:

##### **1. Asuhan Kehamilan**

Hasil pengkajian yang dilakukan pada Ny. L pada tanggal 13 januari 2020 , didapatkan bahwa Ny. L berusia 32 tahun hamil anak ke 4 tidak pernah keguguran HPHT 25 April 2019 dan taksiran persalinan tanggal 2 Februari 2020. Anak ketiga lahir pada tahun 2018 di Rumah Sakit Sayang Ibu di tolong oleh bidan dengan berat lahir 3100 gram. Usia anak ke 3 sekarang 18 bulan. Diagnosa yang didapat Ny. L G4P3003 dengan usia kehamilan 37 minggu 3 hari, Selain itu didapatkan jarak kelahiran anak ketiga dengan kehamilan saat ini adalah <2 tahun, Anak terakhir ibu berusia 18 bulan .sehingga penulis menegakkan masalah jarak kelahiran < 2 tahun. dengan penilaian score : hamil scorenya 2, kehamilan dengan Jarak < 2 tahun scorenya 4, sehingga total score 6. Dan ini termasuk kehamilan beresiko tinggi (Puji Rochayati, 2015).

Standar pelayanan *Antenatal Care* ada 14 T. Namun Ny. L hanya mendapatkan 12 T dikarenakan standar pemberian terapi konsul yodium dan pemberian terapi anti malaria Ny. L tidak menderita malaria dan tidak kekurangan yodium. Pelayanan atau asuhan standar minimal 12 T adalah sebagai berikut (Manuaba, 2010) :

a. Timbang berat badan dan ukur tinggi badan

Hasil pengkajian dan pemeriksaan didapatkan bahwa berat badan sebelum hamil 68 kg kenaikan berat selama hamil 10 kg dan tinggi badan ibu 165 cm dengan IMT 25 Kg/m<sup>2</sup>, hal ini termasuk dalam kategori berat badan berlebih atau biasa di sebut overweight.

Menurut sukarni 2013, Indeks Massa Tubuh (*Body Mass Index*) merupakan suatu pengukuran yang menghubungkan (membandingkan) berat badan dengan tinggi badan. IMT ibu dengan Overweight adalah 23-29,9 Kg/m<sup>2</sup>.

Sehingga penulis memberikan asuhan untuk mengurangi mengkonsusmsi makanan yang manis dan melakukan olahraga yang ringan seperti jalan sore dan kenaikan berat badan ibu hanya boleh naik 1 kg selama usia aterm .

Asuhan ibu hamil dengan overweight yaitu harus mengontrol diet, olahraga, dan kenaikan yaitu IMT 23-29,9 dengan kenaikan berat badan yang di bolehkan hanya selama hamil 6,8-11,3 kg atau hanya boleh naik 0,3 kg/minggu.(Sukarni,2013). Peningkatan berat badan selama kehamilan yang melebihi batas rekomendasi meningkatkan risiko makrosomia,

augmentasi persalinan, hipertensi dalam kehamilan, dan kelainan metabolik neonatus. (Dwiana Ocviyanti, dan Maya Dorothe, 2018)

Penulis menyimpulkan bahwa tidak ada kesenjangan antara asuhan yang diberikan dengan teori yang ada.

Menurut Manuaba (2010) menyebutkan bahwa berat badan ibu hamil akan bertambah antara 0,3 kg perminggu. sehingga tidak ada kesenjangan antara teori dan kenyataan.

b. Pemeriksaan tekanan darah

Tekanan darah ibu pada kunjungan pertama adalah 110/70 mmHg. Sesuai dengan teori yang dinyatakan oleh Depkes RI (2010), tekanan darah yang normal adalah 90/60 mmHg-140/90 mmHg, hal ini dilakukan sebagai deteksi adanya hipertensi atau *preeklamsi* dalam kehamilan. Dengan adanya pemeriksaan tekanan darah pada saat kunjungan, dapat diketahui klien berisiko atau tidak dalam kehamilannya.

c. Nilai status gizi (ukur lingkaran lengan atas)

Hasil pemeriksaan, LILA Ny. L termasuk normal yaitu 26 cm. Hal ini sesuai dengan teori yang dinyatakan oleh Kusmiyati (2010) bahwa angka normal LILA yang sehat 23,5-36 cm. Dengan mengukur status gizi pada ibu hamil, dapat diketahui kecukupan gizi pada ibu. Apabila gizi ibu kurang, tentunya kurang pula asupan gizi ke janin.

d. Pengukuran tinggi fundus uteri (TFU)

Hasil pemeriksaan fisik didapatkan usia kehamilan ibu 37 minggu 3 hari dan pembesaran uterus yang tidak sesuai dengan usia kehamilan, pada pemeriksaan ANC pertama ditemukan tinggi fundus uteri setengah pusat

prosesus xifoidus (31 cm). Hubungan antara tinggi fundus uteri dan tuanya kehamilan dapat dihitung dengan pemeriksaan Leopold ataupun Mc Donald. Sehingga usia kehamilan Ny. L jika menggunakan rumus Leopold yaitu 37-38 minggu. Tidak terdapat kesenjangan teori menurut Manuaba (2010), jika menggunakan pengukuran Mc Donald ukuran TFU pada usia 37-38 minggu adalah 33 cm diatas symphysis.

Penulis berpendapat bahwa TFU yang tidak sesuai usia kehamilan ini terjadi kepala janin sudah masuk PAP sesuai dengan teori menurut Manuaba (2010) yaitu Tinggi fundus uteri yang normal harus sesuai dengan usia kehamilan, jika kurang hanya 2 cm masih dapat ditoleransi dan Menurut manuaba (2009) penurunan kepala janin dimulai sejak usia kehamilan 36 minggu.

Pada pemeriksaan pertama didapatkan presentasi janin kepala dan DJJ 140x/m, menurut teori hal ini dikatakan normal. Jika DJJ kurang dari 120x/m atau DJJ lebih dari 160x/m menunjukkan tidak adanya gawat janin.

e. Skrining status imunisasi Tetanus dan berikan imunisasi Tetanus

Hasil pengkajian imunisasi TT ibu lengkap. Tujuan dari imunisasi TT adalah untuk mencegah tetanus neonatorum.

f. Pemberian Tablet zat besi minimal 90 tablet selama kehamilan

Ibu mengkonsumsi tablet Fe dan asam folat sejak kehamilan TM III pada usia 34 minggu dan tidak pernah lupa meminum obatnya. Menurut teori untuk mencegah anemia, setiap ibu hamil harus mendapat tablet tambah darah (tablet zat besi) dan asam folat minimal 90 tablet selama

kehamilan yang diberikan sejak kontak pertama.

g. Pemeriksaan HB

Hasil pemeriksaan HB pada bulan desember 2019 yaitu 11,2 gr%. Pemeriksaan HB sangat dibutuhkan untuk ibu hamil karena bermanfaat untuk mengetahui kemungkinan adanya anemia pada ibu hamil. Normal HB untuk ibu hamil adalah >11 gr%.

h. Pemeriksaan VDRL

Hasil pemeriksaan HIV/AIDS ibu negatif, sifilis negatif, dan HbsAg ibu non reaktif. Pemeriksaan VDRL dapat digunakan untuk memeriksakan kemungkinan adanya penyakit menular seksual pada ibu hamil seperti sifilis, HIV/AIDS, dan HbsAg.

i. Perawatan payudara

Pada usia kehamilan 37 minggu 5 hari penulis telah memberikan KIE pada ibu tentang perawatan payudara. Perawatan payudara diperlukan untuk ibu hamil guna mempersiapkan untuk menyusui.

j. Senam hamil

Pada kehamilan 34 minggu ibu telah mengikuti senam hamil di puskesmas dan ibu dapat mengikuti gerakannya. Pada kunjungan awal penulis hanya memberikan KIE Senam Hamil pada ibu sangat berguna untuk mempertahankan dan meningkatkan kesehatan fisik ibu hamil, memperlancar peredaran darah, mengurangi keluhan kram atau pegal-pegal dan mempersiapkan pernafasan, aktivitas otot dan panggul untuk menghadapi persalinan.

k. Pemeriksaan urine protein dan reduksin urine

Ibu telah melakukan pemeriksaan protein urine pada bulan oktober di puskesmas dan hasilnya negatif. Tujuan dilakukannya pemeriksaan urine adalah untuk mengetahui adanya penyakit pre-eklampsia pada ibu hamil. Dan untuk pemeriksaan reduksin urine tidak dilakukan.

l. Temu wicara (konseling)

Selama memeriksakan kehamilannya di tenaga kesehatan ibu selalu mendapatkan konseling.

Berdasarkan hasil pengkajian dan pemeriksaan yang telah dilakukan selama hamil pada Ny. L dapat disimpulkan bahwa proses kehamilan Ny. L harus di pantau dengan ketat karena termasuk dalam kehamilan resiko tinggi.

Menurut pendapat penulis Ibu termasuk ibu hamil yang berisiko tinggi karena jarak kehamilan sekarang dengan anak terakhir hanya terpaut 18 bulan berarti kurang 2 tahun jarak kehamilan.

Asuhan yang telah di berikan oleh penulis kepada ibu L untuk jarak kehamilan kurang < 2 tahun yaitu menganjurkan ibu melahirkan rumah sakit, selain ibu juga termasuk multiparitas, jumlah anak hidup 3, dan saat ini ibu hamil anak yang ke-4. Selain itu ibu dianjurkan untuk menggunakan Kb efektif jangka panjang, IUD. Dan diupayakan berdiskusi dengan suami untuk mendapatkan persetujuan.

Menurut Ruswandiani dan Mainase Tahun 2016, mengatakan bahwa jarak kelahiran yang ideal adalah lebih dari dua tahun, karena tubuh memerlukan kesempatan untuk memperbaiki persediaan, selain itu



pertumbuhan dan perkembangan janin juga akan terhambat jika organ-organ reproduksi terganggu.

Memberikan penyuluhan tentang dampak kelahiran kurang dari 2 tahun: pada ibu dapat terjadi perdarahan, sehingga untuk melahirkan rumah sakit. Memberikan informasi dan edukasi tentang dampak yang bisa terjadi pada ibu dan bayi dari jarak kelahiran < 2 tahun. Antara lain perdarahan post partum, partus lama karena kelelahan, dan pada bayi bisa terjadi asfeksia.

Dari permasalahan tersebut juga akan muncul beberapa resiko, misalnya kematian janin saat dilahirkan, BBLR, dan Kematian di usia bayi. Selain itu, resiko lain juga dapat terjadi seperti ketuban pecah dini, perdarahan pada persalinan, dan partus lama, karena kesehatan fisik dan rahim ibu masih memerlukan waktu untuk beristirahat. Iskandar, 2010)

Untuk mengatasi riwayat kelahiran yang dekat yaitu <2 tahun, Penulis memberikan asuhan dengan menganjurkan ibu L untuk menggunakan KB efektif/metode jangka panjang pasca persalinan, seperti IUD. Setelah diberikan konseling tentang KB efektif klien dan suami setuju melakukan KB IUD Post Plasenta dengan menandatangani lembar persetujuan KB pada buku KIA.

Menurut BKKBN (2009), ibu dengan jarak kehamilan terlalu dekat dianjurkan untuk menggunakan alat kontrasepsi jangka panjang seperti IUD dan implant dengan tujuan agar tidak terjadi kehamilan dengan jarak terlalu dekat lagi.

Penulis berpendapat bahwa tidak ada kesenjangan antara asuhan yang diberikan dengan dasar teori bahwa ibu yang memiliki anak 4 dan jarak

kehamilan dekat dianjurkan untuk menggunakan KB jangka panjang seperti IUD.

kemudian didapatkan pula masalah bahwa ibu kurang istirahat, ibu mengatakan istirahat siang 1 jam dan malam 4-5 jam. Hal ini disebabkan karena ibu memiliki 2 balita dalam rumah serta ibu sudah memasuki trimester 3.

Penulis jelaskan tentang penyebab dan cara mengatasi sulit tidur, bahwa kurang tidur pada kehamilan besar adalah hal yang normal karena uterus mengalami pembesaran, selain itu penulis memberikan asuhan posisi yang nyaman yaitu tidur miring ke kiri,

Gangguan tidur selama kehamilan terjadi selama trimester 1 (13%-80%) dan trimester ketiga (66%-97%). Upaya-upaya untuk mengatasi kesulitan tidur ini antara lain dengan olah raga, hipnoterapi, edukasi tidur (sleeping education) dan latihan relaksasi (Hutahaean, 2013). hal ini sesuai dengan teori selama kehamilan membesarnya uterus juga akan mempengaruhi pemenuhan istirahat tidur pada ibu hamil karena sulit menentukan posisi nyaman. (Tiran, 2007). Posisi tidur yang tidak nyaman dan sulit tidur saat kehamilan trimester III disebabkan dalam tubuh meningkat dan jantung memompa darah dengan cepat. Seiring semakin membesarnya perut ibu, gerakan janin dalam rahim dan rasa tidak enak di ulu hati (Mediarti dkk, 2014)

Untuk mengatasi kurang istirahat ibu penulis memberikan asuhan tidur dengan posisi tidur miring kiri, mandi dengan air hangat,

mendengarkan musik. Hal tersebut dapat memberikan ketenangan dan menyebabkan ibu menjadi relaks (Mediarti dkk, 2014).

Penulis berpendapat ada kesenjangan antara teori dengan kenyataan yang terjadi pada Ny.L karena ibu sudah cukup bulan dan karena ibu mengurus 2 anak.

Kunjungan kedua tanggal 19 januari 2020 Pukul 16.00 WITA didapatkan bahwa Ny. L berusia 32 tahun hamil anak ke 4 tidak pernah keguguran HPHT 25 April 2019 dan taksiran persalinan tanggal 2 Februari 2020. usia kehamilan 37 minggu 4 hari Ny. S mengeluh perut kencang – kencang sejak semalam namun masih hilang timbul.

Penulis menjelaskan yang ibu rasakan saat ini adalah hal yang normal karena usia kehamilan ibu sudah cukup bulan dan sudah mendekati tanggal tafsiran persalinan yaitu merasakan kontraksi palsu dan memberikan asuhan teknik relaksasi untuk mengurangi nyeri dengan tarik nafas yang dalam melalui hidung hembuskan pelan pelan melalui mulut.

Oxorn (2010) keluhan ini disebabkan oleh kontraksi perut, kontraksi diafragma, dan dari ligament yang berkerja sama dengan baik dan sempurna. ibu sudah merasakan kontraksi palsu. Banyak ibu hamil yang merasakan kontaksi palsu pada bulan akhir kehamilan sebelum persalinan adalah susuatu yang normal (Bobak, 2004). Cara mengatasinya Mengubah posisi tubuh. berganti posisi tubuh. Ketika kontraksi terasa saat jalan-jalan, beristirahatlah, lakukan teknik relaksasi sederhana seperti menarik napas perlahan dan dalam-dalam untuk memberikan rasa nyaman (Bobak, 2004).

Penulis berpendapat tidak ada kesenjangan antara teori dengan kenyataan yang terjadi pada Ny.L bahwa ibu yang sudah cukup bulan mengalami sulit tidur karena sudah merasakan kontraksi palsu.

Pada kunjungan kedua didapatkan hasil pemeriksaan TD: 110/70 mmHg, T: 36,3 °C, N: 79 x/m, R: 20 x/m, BB : 78 kg, IMT : 25 Kg/M<sup>2</sup> TFU : 30 cm, LI : Bokong, LII : Pu-Ka, LIII : Let-Kep, LIV : Divergen, DJJ : 140 x/m Usia kehamilan Ibu : 38 mgg 3 hari janin tunggal hidup intra Uterin.

Berdasarkan hasil pemeriksaan diatas didapatkan bahwa kehamilan ibu dalam termasuk resiko tinggi karena skor puji rochayati ibu 6 skor, dan ini termasuk kehamilan beresiko tinggi (Puji Rochayati, 2015).

Penulis berpendapat tidak ada kesenjangan antara teori dengan kenyataan yang terjadi pada Ny.L bahwa kehamilan ibu dengan resiko tinggi.

Berat Badan ibu pada kunjungan kedua ini tidak mengalami kenaikan atau tetap sehingga asuhan penulis berhasil.

## **2. Asuhan Persalinan**

Saat memasuki proses persalinan, usia kehamilan Ny. L yaitu 38 minggu 4 hari. Menurut teori persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37-42 minggu) tanpa disertai adanya penyulit dan komplikasi pada ibu serta janin (Machmudah, 2010). Penulis sependapat dengan pernyataan tersebut karena Ny. L menunjukkan tanda-tanda persalinan saat usia kehamilan 38 minggu 4 hari.

a. Kala I

Tanggal 20 Januari 2020 Ny. L mengeluh merasakan kencang – kencang pada perut dan nyeri hingga kepinggang. Pukul 15.30 WITA ibu dibawa ke Rumah Sakit Kanudjoso Djatiwibowo oleh suami dan pukul 16.00 WITA. Dilakukan pemeriksaan didapatkan usia kehamilan ibu 38 minggu 4 hari TFU Ny. L yaitu 4 jari bawah PX (29 cm), dengan TBJ (29-11) x 155 = 2790 gram. di lakukan pemeriksaan dalam dengan hasil Vulva/uretra tidak ada kelainan, tidak tampak pengeluaran lendir dan darah, tidak ada luka parut dari vagina, portio lunak dan lembut, pembukaan 1 cm, efficement 25%, ketuban (+), Hodge I, tidak teraba bagian kecil janin dan tidak teraba tali pusat menumbung. DJJ 145 x/menit, irama teratur, His 1x dalam 10 menit lamanya 10-15 detik. Sesuai dengan teori bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dalam presentasi belakang kepala melalui vagina tanpa memakai alat, pada usia kehamilan genap 37 minggu sampai 42 minggu, dengan berat badan 2500-4000 gram (Muslihatun, 2011).

Penulis mengangkat diagnosa G4P3003 usia kehamilan 38 minggu 4 hari janin tunggal hidup Intra uterin, inpartu kala I fase laten dengan masalah Jarak kehamilan kurang dari 2 tahun, Over weight dan Masalah Potensial Pada Ibu Perdarahan pada saat persalinan, antonia uteri, hipertensi pada, partus lama

Penulis membeikan asuhan Teknik Relaksasi, menganjurkan ibu untuk makan minum yang manis serta anjurkan ibu berjalan jalan agar kepala cepat turun. Hal ini sesuai dengan teori Kebutuhan dasar ibu

bersalin (Saifuddin, 2010). Menghadirkan orang yang dianggap penting oleh ibu seperti: suami, keluarga pasien, atau teman dekat, Mengatur aktivitas dan posisi ibu, Membimbing ibu untuk rileks sewaktu ada his, Menjaga privasi ibu, Penjelasan tentang kemajuan persalinan, Menjaga kebersihan diri, Mengatasi rasa panas, Pemberian cukup minum, Mempertahankan kandung kemih tetap kosong.

Penulis berpendapat tidak ada kesenjangan antara teori dengan kejadian real dilapangan.

Pukul 06.00 WITA tanggal 21 januari dilakukan pemeriksaan dalam Vulva / Uretra : tidak ada kelainan, Vagina: tidak ada kelainan, Dinding Vagina: tidak ada kelainan, Porsio: lunak, Pendataran: 25 %, Pembukaan : 1 cm, Selaput ketuban : Utuh, Penurunan : 4/5, Bagian Terendah : kepala, Bidang Hodge : I, His : 1x10'x10-15", DJJ : 128 x/m.

Penulis mengangkat diagnosa G4P3003 usia kehamilan 38 minggu 4 hari janin dengan fase laten memanjang dan masalah Jarak kehamilan kurang dari 2 tahun, Over weight, Diagnosa potensial : Atonia Uteri, HPP masalah potensial Pada Ibu : Perdarahan pada saat persalinan, partus presipitatus, pada bayi Aspiksia.

Penulis memberikan asuhan Tidur miring ke kiri agar bayi mendapatkan oksigen, mengajarkan Teknik Relaksasi yaitu menarik napas dari hidung keluarkan pelan pelan melalui mulut, makan dan minum, ketika tidak ada kontraksi ibu makan dan minum yang manis sehingga ibu ada tenaga.

Berdasarkan hasil pemeriksaan diatas penulis mengangkat diagnosa fase laten memanjang, Fase laten yang memanjang (Prolonged latent phase) karena ibu mengalami fase laten kala 1 selama 22 jam. Menurut penulis hal ini di sebabkan karena ibu kelelahan dan jarak kelahiran anak yang kurang dari 2 tahun. Hal ini sesuai dengan teori saifuddin 2016, partus lama merupakan fase laten lebih dari 8 jam yang persalinannya telah berlangsung 12 jam atau lebih bayi belum lahir dan teori Iskandar 2010,bahwa faktor resiko jarak kelahiran kurang dari 2 tahun adalah persalinan lama.

Penulis berpendapat tidak ada kesenjangan antara teori dengan Kehamilan dengan jarak yang terlalu dekat dapat menimbulkan resiko tinggi antara lain persalinan lama.

Pada pukul 14.00 WITA ibu dilakukan pemeriksaan dalam dengan hasil Vulva/uretra tidak ada kelainan, tidak tampak pengeluaran lendir dan darah, tidak ada luka parut dari vagina, portio lunak dan lembut, pembukaan 3 cm, efficement 50%, ketuban (+), Hodge I, tidak teraba bagian kecil janin dan tidak teraba tali pusat menumbung. DJJ 138 x/menit, irama teratur, His 1 x dalam 10 menit lamanya 10-15 detik. Dilakukan pemasangan infus RL drip Okssitosi 20 IU.

Penulis mengangkat diagnosa G4P3003 usia kehamilan 38 minggu 4 hari janin dengan fase laten memanjang dan masalah Jarak kehamilan kurang dari 2 tahun, Over weight, Diagnosa potensial : Atonia Uteri, HPP

masalah potensial Pada Ibu : Perdarahan pada saat persalinan, hipertensi pada kehamilan pada bayi Aspiksia.

Asuhan yang diberikan pada Ny.L dengan diagnosa fase laten memanjang adalah melakukan kolaborasi dengan dokter obgyn untuk dilakukan induksi, hal ini sesuai dengan teori saifuddin 2006, Apabila ibu berada dalam fase laten lebih dari 8 jam dan tidak ada kemajuan, lakukan pemeriksaan dalam, Bila tidak ada perubahan penipisan dan pembukaan serviks tidak didapatkan tanda gawat janin, kaji ulang diagnosis nya kemungkinan ibu belum dalam keadaan inpartu, Bila didapatkan perubahan dalam penipisan dan pembukaan serviks, lakukan drips oksidasi dengan 5 unit dalam 500 cc dekstrose atau NaCl mulai dengan 8 tetes per menit, setiap 30 menit ditambah 4 tetes sampai his adekuat maksimum 40 tetes per menit atau berikan preparat prostaglandin lakukan penilaian 4 jam.

Penulis berpendapat tidak ada kesenjangan antara teori dengan asuhan yang diberikan.

Pada pukul 15.45 WITA ibu mengeluh perut semakin mules, terasa ingin BAB dan ingin mengejan. Dilakukan pemeriksaan dalam dengan hasil Vulva/uretra tidak ada kelainan, porsio tidak teraba, pembukaan lengkap, effacement 100%, ketuban (-) pecah spontan pukul 15.45, warna ketuban jernih, hodge III, tidak teraba bagian kecil janin dan tidak teraba tali pusat menumbung. His 4x10 menit lamanya 40-45 detik, intensitas



kuat. DJA 140x/menit, irama teratur. Kemajuan persalinan Ny. L dari kala I hingga pembukaan lengkap adalah 22 jam.

Penulis mengangkat diagnosa G4P3003 usia kehamilan 38 minggu 4 hari janin dengan fase laten memanjang dan masalah Jarak kehamilan kurang dari 2 tahun, Over weight, Diagnosa potensial : Atonia Uteri, HPP masalah potensial Pada Ibu : Perdarahan pada saat persalinan, partus presipitatus, pada bayi Aspiksia.

Asuhan yang diberikan pada Ny.L dengan diagnosa fase laten memanjang adalah melakukan kolaborasi dengan dokter obgyn untuk dilakukan induksi, hal ini sesuai dengan teori saifuddin 2006, Apabila ibu berada dalam fase laten lebih dari 8 jam dan tidak ada kemajuan, lakukan pemeriksaan dalam, Bila tidak ada perubahan penipisan dan pembukaan serviks tidak didapatkan tanda gawat janin, kaji ulang diagnosis nya kemungkinan ibu belum dalam keadaan inpartu, Bila didapatkan perubahan dalam penipisan dan pembukaan serviks, lakukan drips oksidasi dengan 5 unit dalam 500 cc dekstrose atau NaCl mulai dengan 8 tetes per menit, setiap 30 menit ditambah 4 tetes sampai his adekuat maksimum 40 tetes per menit atau berikan preparat prostaglandin lakukan penilaian 4 jam.

Penulis berpendapat tidak ada kesenjangan antara teori dengan asuhan yang diberikan.

Dari diagnosa fase laten memanjang penulis mengangkat diagnosa potensial perdarahan post partum, atonia Uteri. hal ini sesuai

dengan hasil penelitian Oxorn (2013) menyatakan bahwa efek dari partus lama adalah kegagalan myometrium berkontraksi yang merupakan penyebab utama perdarahan postpartum. Faktor predisposisi yang utama adalah persalinan lama, yang merupakan penyebab terbesar atonia uteri.

Menurut Penelitian Khireddine (2013) dalam jurnalnya yang berjudul “Induction of Labor and Risk of Postpartum Hemorrhage in Low Risk Parturients” mengatakan bahwa induksi dapat berisiko tinggi terhadap terjadinya perdarahan postpartum, Hal ini terjadi karena obat yang digunakan untuk menginduksi persalinan mungkin memiliki efek langsung pada otot rahim dan juga faktor kelelahan pada otot miometrium sehingga menyebabkan atonia uteri serta mungkin HPP (Haemorrhage Postpartum).

Penulis berpendapat tidak ada kesenjangan antara teori dan kenyataan yang terjadi pada Ny. L sehingga penulis menyimpulkan bahwa persalinan kala I Ny. L dengan diagnose kala 1 fase laten lama.

b. Kala II

Pada pukul 15.45 WITA, ibu tampak ingin mengejan ibu mengatakan, perineum tampak menonjol, vulva dan sfingter ani tampak membuka. Dilakukan pemeriksaan dalam dengan hasil vulva/uretra tidak ada kelainan, tampak ada pengeluaran lendir darah dan air-air, tidak ada luka parut dari vagina, portio tidak teraba, pembukaan 10 cm, efficement 100 %, ketuban (-) pecah spontan, warna ketuban jernih, hodge III ,tidak teraba bagian kecil janin dan tidak teraba tali pusat menumbung. DJJ 140 x/menit, irama teratur.His 5x dalam 10 detik lamanya 45-50 detik.

Hal tersebut sejalan dengan teori tanda – tanda persalinan berupa terjadinya HIS persalinan yang mempunyai ciri khas pinggang rasa nyeri yang menjalar kedepan, sifatnya teratur, interval makin pendek dan kekuatannya semakin besar, mempengaruhi terhadap perubahan serviks, makin beraktivitas kekuatan semakin bertambah, dan pengeluaran lendir darah. (Asrinah, 2010).

Sejalan dengan teori tanda dan kala II persalinan ibu merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi, ibu merasakan adanya peningkatan tekanan pada rektum dan vaginanya, perineum tampak menonjol, vulva dan sfingter ani tampak membuka dan meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah. Penulis sependapat, karena semakin kontraksi Ny. L meningkat atau adekuat semakin bertambah pembukaan serviksnya, bagian terendah janinpun terus turun melewati jalan lahir (Asrinah, 2010).

Pada kala II persalinan Ny. L dilakukan tindakan Asuhan Persalinan partus Presipitatus. Pembukaan lengkap Ny. L pada pukul 15.45 WITA dan bayi lahir pukul 15.55 WITA, lama kala II Ny. N berlangsung selama 10 menit, hal ini sesuai dengan teori pada primigravida kala II berlangsung rata-rata 2 jam dan pada multipara rata-rata 1 jam (Asrinah, 2010).

Berdasarkan hasil pengkajian kala I diatas penulis mengangkat diagnosa partus presipitatus, partus presipitatus terjadi dikarenakan proses pembukaan serviks terlalu cepat dari pembukaan 3 ke pembukaan 10 hanya terjadi dalam waktu 1 jam 45 menit. Hal ini sesuai dengan teori

Partus presipitatus adalah persalinan yang berlangsung dalam waktu yang sangat cepat, atau persalinan yang sudah selesai kurang dari tiga jam. (Prawirohardjo, 2012)

Penulis mengangkat masalah potensial ruptur uteri, robekan serviks atau jalan lahir. Dapat disertai hipotonus uterus post partum dengan resiko pendarahan. Hal ini sesuai dengan dasar teori Benson, 2008 bahwa komplikasi dari partus presipitatus adalah ruptur uteri, robekan serviks atau jalan lahir. Dapat disertai hipotonus uterus post partum dengan resiko pendarahan.

Penulis berpendapat ada kesejangan antara teori dengan kenyataan yang dilaporkan bahwa tidak semua ibu bersalin dengan partus presipitatus mengalami perdarahan menurut penulis hal ini disebabkan karena masih terpasangnya infus RL drip oksitosin 20 IU. Dimana fungsi oksitosin memiliki efek langsung untuk menrangsang otot rahim. Oksitosin menyebabkan terjadinya kontraksi dan retraksi otot uterine sehingga akan menekan pembuluh darah yang mengakibatkan berkurangnya suplai darah ke uterus. Proses ini membantu untuk mengurangi perdarahan

c. Kala III

Pukul 15.55 WITA bayi Ny. L telah lahir, plasenta belum keluar, penulis segera melakukan asuhan manajemen aktif kala III. Proses penatalaksanaan kala III Ny. L dimulai dari penyuntikan oksitosin 1 menit setelah bayi lahir, uterus menjadi keras dan membundar. Setelah itu dilakukan pemotongan tali pusat lalu meletakkan klem 5-10 cm di

depan vulva. Saat ada tanda-tanda pelepasan plasenta bidan melakukan PTT, lahirkan plasenta, kemudian melakukan masase uteri.

Hal ini sesuai dengan teori, manajemen aktif kala III terdiri dari langkah utama pemberian suntik oksitosin dalam 1 menit pertama setelah bayi lahir, melakukan PTT dan masase uteri (Prawiroharjo, 2010).

Penulis berpendapat, manajemen aktif kala III memang terbukti mencegah perdarahan pasca persalinan, terbukti pada Ny. L perdarahan yang terjadi pada klien dalam keadaan normal yaitu  $\pm 150$  cc dan kontraksi uterus berlangsung baik, uterus teraba keras.

Pukul 16.00 WITA plasenta lahir spontan, kotiledon dan selaput ketuban lengkap, posisi tali pusat marginalis, panjang tali pusat  $\pm 50$  cm, tebal plasenta  $\pm 3$  cm, lebar plasenta  $\pm 20$  cm. Lama kala III Ny. L berlangsung  $\pm 5$  menit.

Hal ini sesuai dengan teori bahwa persalinan kala III dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban (Prawiroharjo, 2010). Kala III berlangsung rata-rata antara 5 sampai 15 menit. Akan tetapi kisaran normal kala III adalah 30 menit. Perdarahan kala III pada Ny. L berkisar sekitar normal yaitu 150 cc. Hal tersebut didukung oleh teori, bahwa perdarahan post partum normal yaitu perdarahan pervaginam  $<500$  cc setelah kala III selesai atau setelah plasenta lahir (JNPK-KR Depkes RI, 2009).

Penulis berpendapat, hasil observasi perdarahan kala III pada Ny. L dalam kondisi normal yaitu tidak melebihi 500 cc, yakni hanya berkisar 150 cc.

d. Kala IV

Pukul 16.00 WITA plasenta telah lahir, pada perineum terdapat ruptur derajat 1 dan dilakukan penjahitan pada perineum tanpa anestesi. Penulis melanjutkan pemantauan kontraksi uterus dan perdarahan pervaginam. Bayi lahir dengan berat 3165 gram. Dilakukan pemantauan Kala IV persalinan setiap 15 menit pada 1 jam pertama dan setiap 30 menit pada jam ke 2 dengan hasil keadaan Ny. L dalam keadaan baik. Hal ini sejalan dengan teori pemantauan kala IV dilakukan 2-3 kali dalam 15 menit pertama, setiap 15 menit pada satu jam pertama, setiap 20-30 menit pada jam kedua pasca persalinan meliputi kontraksi uterus dan perdarahan pervaginam.

Asuhan yang dilakukan sesuai dengan pendapat Saifudin tahun 2010: yang menyatakan bahwa: pemeriksaan tekanan darah, nadi, TFU, kandung kemih harus dilakukan setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pasca persalinan, selain itu pemeriksaan suhu dilakukan sekali setiap jam selama dua jam pertama pasca persalinan

Penulis berpendapat, dengan dilakukannya pemantauan kala IV secara komprehensif dapat mengantisipasi terjadinya masalah atau komplikasi.

### **3. Asuhan Bayi Baru Lahir**

Pukul 15.55 WITA bayi lahir spontan pervaginam, segera menangis, usaha napas baik, tonus otot baik, tubuh bayi tampak kemerahan, jenis kelamin laki-laki. Setelah bayi lahir dilakukan penilaian APGAR skor,

didapatkan hasil APGAR skor bayi Ny. L dalam keadaan normal yaitu 7/9. berat badan bayi saat lahir 3165 gram panjang badan 51 cm. Saat dilakukan pemeriksaan fisik secara garis besar bayi dalam keadaan normal.

Penulis mengangkat diagnosa Neonatus cukup bulan sesuai masa kehamilan usia 1 jam.

Penulis memberikan asuhan bayi baru lahir dan bayi dalam kondisi normal, serta Bayi Ny. L diberikan injeksi vitamin K 0,05 cc/IM, dan antibiotik berupa salep mata.

Hal ini sesuai dengan teori, bahwa bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dengan umur kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu. Berat badan normal pada bayi baru lahir adalah 2500 gram sampai 4000 gram (Dewi, 2012). Hal ini juga sesuai dengan bayi baru lahir diberikan vitamin K injeksi 1 mg intramuskuler untuk mencegah perdarahan BBL akibat tekanan pada dinding vagina, pemberian imunisasi hepatitis B 0 hari untuk memberikan kekebalan terhadap penyakit hepatitis dan pemberian antibiotik untuk pencegahan infeksi (JNPK-KR Depkes RI, 2009).

Penulis berpendapat, karena kondisi bayi normal APGAR skor 7/9. berat badan bayi saat lahir 3165 gram panjang badan 51 cm. penulis dan bidan segera memberikan asuhan BBL sebagai upaya untuk mencegah defisiensi vitamin K, dan mencegah terjadinya infeksi pada mata bayi. Saat bersalin, kehamilan Ny. L berusia 0 hari.

#### **4. Asuhan Masa Nifas**

Kunjungan selama masa nifas Ny. L sebanyak 3 kali yaitu pada kunjungan kedua 1 hari, kunjungan ketiga 4 minggu dan kunjungan

keempat 8 hari. Pada kunjungan nifas sebanyak 4 kali, kunjungan pertama 6-8 jam, kunjungan kedua 6 hari, kunjungan ketiga 2 minggu, dan kunjungan keempat 6 minggu post partum (Suherni, 2009). Penulis berpendapat kunjungan nifas tersebut sangat penting dilakukan, karena dengan adanya kunjungan nifas tersebut dapat mendeteksi adanya penyulit saat masa nifas.

Sejalan dengan kebijakan Program Nasional Masa Nifas dalam (Manuaba, 2010) yaitu paling sedikit 4 kali melakukan kunjungan masa nifas dengan tujuan untuk menilai kondisi kesehatan ibu dan bayi, pencegahan terhadap kemungkinan adanya gangguan kesehatan ibu nifas dan bayinya, mendeteksi adanya komplikasi yang terjadi di masa nifas, serta menangani komplikasi atau masalah yang timbul.

Tanggal 22 januari 2020 pukul 16.30 WITA dilakukan kunjungan pertama yaitu asuhan 1 hari post partum ibu mengeluh puting susu lecet. Berdasarkan hasil pemeriksaan TD: 110/70 mmHg, T: 36,7 °C, N: 84 <sup>x</sup>/menit, R: 20 <sup>x</sup>/menit; BB: 78 kg IMT: 28,9 kg/m<sup>2</sup>, kondisi Ny. L secara umum dalam batas normal. Ny.L Pengeluaran ASI lancer dan lecet pada puting kiri, kontraksi uterus baik, TFU 3 jari bawah pusat, lochea Rubra, luka jahitan kering, tidak ada tanda-tanda infeksi, tanda hopman sign negative.

Penulis menegakkan diagnosa P<sub>4004</sub> post Partum spontan hari ke 1, hal ini susai berdasarkan keadaan ibu post partum normal. Dengan masalah jarak kelahiran kurang dari 2 tahun, jumlah anak 4, puting susu lecet dan overweight dan masalah potensial perdarah post partum dan Obesitas.



Asuhan yang diberikan pada Ny. L yaitu mengajarkan cara merawat payudara, mengajarkan teknik menyusui dan menganjurkan klien agar menyusui bayinya sesering mungkin secara eksklusif dan menjaga pola makan dan mengurangi karbohidrat.

Hal ini sesuai dengan teori, Perawatan payudara bertujuan untuk melancarkan sirkulasi darah dan mencegah tersumbatnya aliran susu sehingga memperlancar pengeluaran ASI, serta menghindari terjadinya pembekakan dan kesulitan menyusui, selain itu juga menjaga kebersihan payudara agar tidak mudah terkena infeksi. Adapun langkah-langkah dalam perawatan payudara (Anggraini, 2010).

tujuan pada asuhan kunjungan 1 hari yaitu untuk memastikan involusi uterus berjalan dengan normal, mengevaluasi adanya tanda-tanda bahaya nifas, memastikan ibu menyusui dengan benar dan tidak ada tanda-tanda penyulit, memastikan ibu cukup makan, minum dan istirahat, dan memberi ibu konseling dalam pengasuhan bayi (Walyani, 2014).

Penulis berpendapat, involusi uterus Ny. L berjalan dengan normal karena klien terus menyusui bayinya dan diajarkan senam nifas, selain itu kekoperatifan klien yang mau mengikuti saran dari penulis dan bidan sehingga masalah potensial pada ibu tidak terjadi.

Tanggal 25 Januari 2020 pukul 11.00 WITA dilakukan kunjungan kedua yaitu asuhan 4 hari post partum. Dan pada kunjungan ini ibu tidak ada keluhan. Berdasarkan hasil pemeriksaan TTV TD: 110/70 mmHg, T: 36,7 °C, N: 84 <sup>x</sup>/menit, R: 20 <sup>x</sup>/menit; BB : 77 kg, IMT : 28,2 kg/m<sup>2</sup>, kondisi Ny. L secara umum dalam batas normal. Ny.L Pengeluaran ASI lancar,

kontraksi uterus baik, TFU 4 jari bawah pusat, lochea sanguilenta, luka jahitan kering, tidak ada tanda-tanda infeksi, tanda hopman sign negative.

Penulis mengangkat diagnosa P<sub>4004</sub> post partum spontan hari ke-4 dengan masalah Jarak kehamilan kurang dari 2 tahun, jumlah anak 4, overweight  
Masalah Potensial: perdarahan pasca persalinan, Obesitas

Asuhan yang diberikan kepada Ny. L Nutrisi ibu nifas, Tanda bahaya ibu nifas, Istirahat ibu nifas, Konseling ASI eksklusif, Mengajarkan ibu untuk teknik menyusui yang benar, Mengajarkan ibu untuk Senam Nifas hari 1-4.

hal ini sesuai dengan teori Lochea sangulenta muncul setelah 4 hari postpartum. Warnanya kecoklatan dan lebih banyak (Sukarni, 2013). Asuhan yang dibeikan sesuai dengan Kebutuhan Dasar Masa Nifas (Suherni, 2009) yaitu :nutrisi dan cairan, ambulasi, eliminasi, defekasi, menjaga kebersihan diri, kebersihan genetalia, pakaian, senam nifas, kebutuhan istirahat, perawatan payudara.

Penulis berpendapat penurunan berat badan badan ibu disebabkan karena ibu memberikan ASI Eksklusif serta mengatur pola makan sehingga hal ini dianggap normal.

Menurut penelitian F. Ayu Kristiyanti 2015, Penurunan berat badan ibu yang memberikan ASI eksklusif 1,54 kali lebih besar dibandingkan ibu yang memberikan ASI tidak eksklusif.

Penulis berpendapat tidak ada kesenjangan antara teori dengan kenyataan yang didapatkan pada Ny.L

Tanggal 28 Januari 2020 pukul 16.00 WITA dilakukan kunjungan ketiga yaitu asuhan 8 hari post partum. Dan pada kunjungan ini ibu tidak ada keluhan. Berdasarkan hasil pemeriksaan TTV TD: 110/70 mmHg, T: 36,7 °C, N: 84 <sup>x</sup>/menit, R: 20 <sup>x</sup>/menit, BB : 76 kg IMT : 27,9 kg/ m<sup>2</sup>, kondisi Ny. L secara umum dalam batas normal. Ny.L Pengeluaran ASI lancar, kontraksi uterus baik, TFU 2 jari atas symphysis, lochea serosa, luka jahitan kering, tidak ada tanda-tanda infeksi, tanda hopman sign negative.

Penulis mengangkat diagnosa P<sub>4004</sub> post partum spontan hari ke-8, Masalah: jarak kehamilan kurang dari 2 tahun dan jumlah anak 4, overweight, Masalah Potensial : perdarahan pasca persalinan, obesitas.

Asuhan yang diberikan kepada Ny. L Nutrisi ibu nifas, Tanda bahaya ibu nifas, Istirahat ibu nifas, Konseling ASI eksklusif, Mengajarkan ibu untuk teknik menyusui yang benar, Mengajarkan ibu untuk Senam Nifas hari 1-7, serta memberikan konseling efek samping KB IUD.

Sukarni, 2013 Lochea serosa muncul pada hari ke 7-14 postpartum. Warnanya kuning kecoklatan. Pada kunjungan ini penulis menambahkan Konseling Kb secara dini dilakukan pada kunjungan (Suherni, 2009).

Penulis berpendapat, bahwa klien sudah tepat menggunakan KB jangka panjang jika dilihat dari jumlah anak, jarak kelahiran dan sesuai dengan keinginan klien tidak ingin menambah anak tapi tidak ingin melakukan MOW, dengan kondisi klien yang telah memakai KB IUD post plasenta mengatakan darah haid agak banyak hal ini termasuk efek samping dari KB IUD. Klien merespon dengan baik konseling yang diberikan.

## 5. Asuhan Neonatus

Pelaksanaan pelayanan kesehatan neonatus dilakukan 3 kali kunjungan, yaitu pada 1 hari, 4 hari, dan 1 minggu. Sesuai dengan teori, yaitu kunjungan neonatus dilakukan sebanyak 3 kali yaitu KN 1 dilakukan 6-8 jam, KN 2 dilakukan 3-7 hari, KN 3 dilakukan 8-28 hari setelah bayi lahir (Walyani, 2014). Penulis berpendapat bahwa pentingnya dilakukan kunjungan neonatus sebagai deteksi bila terdapat penyulit pada neonatus.

Tanggal 22 januari 2020, pukul 16.30 WITA, dilakukan kunjungan Neonatus I yaitu pada 1 hari setelah bayi lahir. Hasil pemeriksaan neonatus di temukan bayi dalam keadaan normal TTV; T : 36,7 °C, N :140 x/menit, R : 40 x/menit, BB bayi : 3.100 gram, BAB 2-3 x sehari dan BAK 4-6 x sehari, Tali pusat belum pupus dan tidak ada tanda infeksi.

Penulis menegakkan diagnosa Neonatus Cukup Bulan, Sesuai Masa Kehamilan hari ke-1 dengan Masalah : Sibling rivalry dengan asuhan antisipasi Mengajarkan anak bagaimana cara berinteraksi dengan adik, Ajarkan bagaimana cara menunjukkan kasih sayang kepada adik

Penulis memberikan asuhan Melakukan penimbangan, Melihat kecukupan ASI, Melakukan pengecekan pada tali pusat, Cek tanda bahaya pada neonatus.

Hal ini sesuai dengan teori walyani 2014, asuhan neonatus pada kunjungan hari 1-3 hari adalah Jaga kehangatan tubuh bayi, Berikan ASI eksklusif, pencegahan infeksi dan perawat tali pusat.

Penulis berpendapat tidak ada kesenjangan antara teori asuhan kebuuhan neonatus dengan kenyataan dilapangan yang dibutuhkan neonatus.

Penulis memberikan asuhan Mengajarkan anak bagaimana cara berinteraksi dengan adik, bagaimana cara menunjukkan kasih sayang kepada adik, hal ini cara untuk meminimalisir sibling rivalry (Hakuna,2008 dalam pamungkas 2016).

Penulis berpendapat tidak ada kesenjangan antara teori asuhan antisipasi sibling rivalry dan kenyataan yang terjadi pada Ny. L. sehingga sibling rivalry tidak terjadi pada neonatus.

Tanggal 25 Januari 2020, pukul 11.00 WITA dilakukan kunjungan Neonatus II yaitu pada 4 hari setelah bayi lahir. Keadaan neonatus dalam batas normal TTV; T : 36,7 °C, N :140 x/menit, R : 40 x/menit, BB bayi : 3.200 gram, BAB 2-3 x sehari dan BAK 4-6 x sehari, Tali pusat belum pupus dan tidak ada tanda infeksi.

Penulis menegakkan diagnosa Neonatus Cukup Bulan, Sesuai Masa Kehamilan hari ke-4 dengan Masalah : Sibling rivalry dengan asuhan antisipasi Mengajarkan anak bagaimana cara berinteraksi dengan adik, Ajarkan bagaimana cara menunjukkan kasih sayang kepada adik

Penulis memberikan asuhan Melakukan penimbangan, Melihat kecukupan ASI, Melakukan pengecekan pada tali pusat,Cek tanda bahaya pada neonatus.

Hal ini sesuai dengan teori walyani 2014, asuhan neonatus pada kunjungan hari 4-7 adalah Jaga kehangatan tubuh bayi, Berikan ASI eksklusif, pencegahan infeksi dan perawat tali pusat.

Penulis berpendapat tidak ada kesenjangan antara teori asuhan kebuuhan neonatus dengan kenyataan dilapangan yang dibutuhkan noenatus.

Penulis memberikan asuhan Mengajarkan anak bagaimana cara berinteraksi dengan adik, bagaimana cara menunjukkan kasih sayang kepada adik, hal ini cara untuk meminimalisir sibling rivalry (Hakuna,2008 dalam pamungkas 2016).

Penulis berpendapat tidak ada kesenjangan antara teori asuhan antisipasi sibling rivalry dan kenyataan yang terjadi pada Ny. L. sehingga sibling rivalry tidak terjadi pada neonatus.

Tanggal 28 januri 2020, pukul 16.30 WITA, dilakukan kunjungan Neonatus III yaitu pada 1 minggu setelah bayi lahir. Hasil pemeriksaan neonatus di temukan bayi dalam keadaan normal TTV : N : 138 x/m R : 40 x/m T : 36,5 °C BB : 3300 gram., Tali pusat sudah pupus pada ke-5 dan tidak ada tanda infeksi, BAB 2-3 x sehari dan BAK 4-6 x sehari

Penulis menegakkan diagnosa Neonatus Cukup Bulan, Sesuai Masa Kehamilan hari ke-8 dengan Masalah : Sibling rivalry dengan asuhan antisipasi Mengajarkan anak bagaimana cara berinteraksi dengan adik, Ajarkan bagaimana cara menunjukkan kasih sayang kepada adik

Penulis memberikan asuhan Mengajarkan anak bagaimana cara berinteraksi dengan adik, bagaimana cara menunjukkan kasih sayang kepada adik, hal ini cara untuk meminimalisir sibling rivalry (Hakuna,2008 dalam pamungkas 2016).

Penulis berpendapat tidak ada kesenjangan antara teori asuhan antisipasi sibling rivalry dan kenyataan yang terjadi pada Ny. L. sehingga sibling rivalry tidak terjadi pada neonatus.

Hal ini sesuai dengan teori walyani 2014, asuhan neonatus pada kunjungan hari 8-14 adalah Jaga kehangatan tubuh bayi, Berikan ASI eksklusif, pencegahan infeksi dan perawat tali pusat.

Penulis berpendapat tidak ada kesenjangan antara teori asuhan neonatus dengan kenyataan dilapangan yang dibutuhkan noenatus.

Penulis memberikan asuhan Mengajarkan anak bagaimana cara berinteraksi dengan adik, bagaimana cara menunjukkan kasih sayang kepada adik, hal ini cara untuk meminimalisir sibling rivalry (Hakuna,2008 dalam pamungkas 2016).

Penulis berpendapat tidak ada kesenjangan antara teori asuhan antisipasi sibling rivalry dan kenyataan yang terjadi pada Ny. L. sehingga sibling rivalry tidak terjadi pada neonatus.

## 6. Pelayanan Keluarga Berencana

Tanggal 23 Februari 2020 Ny. L pada kunjungan KB ibu mengatakan Ibu mengatakan usia ibu 32 tahun, Ibu mengatakan jumlah anak 4, Ibu megatakan sebelumnya menggunakan KB suntik 3 Bulan selama 6 bulan, Ibu mengatakan ingin mengakhiri kehamilan namun tidak ingin sterile, Ibu mengatakan tidak ada keluhan selama memakai KB IUD Cu – T 380A, ibu mengatakan Tempat pemasangan KB di RSKD kanudjoso Djatiwibowo, Oleh bidan, Jenis KB IUD Cu – T 380A, tanggal 21 februari 2020, Motivasi ikut KB karena keinginan ibu sendiri.

Pada kunjungan ini didapatkan keadaan ibu dalam keadaan normal TD: 120/80 mmHg, T: 36,7 °C, N: 84 <sup>x</sup>/menit, R: 20 <sup>x</sup>/menit pada pemeriksaan fisik tidak ditemukan kelainan.

Penulis menegakkan diagnosa Diagnosis :P<sub>4004</sub> Akseptor KB IUD, Masalah : jarak kelahiran kurang dari 2 tahun, Dasar: anak terkecil berusia 18 bulan saat ibu hamil, Masalah Potensial : haid lebih lama dan banyak.

Penulis memberikan asuhan Memberikan KIE tentang: efek samping dari IUD yaitu : haid berlebih, nyeri saat haid, dan nyeri panggul, Lama/waktu penggunaan IUD, Bila terjadi efek samping ini maka segera pergi ke faskes terdekat, Perlunya folow up dan USG untuk mengetahui posisi IUD.

Menurut teori Affand,2012 KB yang digunakan karena KB IUD merupakan alat kontasepsi yang sangta efektif reversibel dan berjangka



panjang ( dapat 10 tahun : CuT-380A ), dapat digunakan oleh semua pasangan usia reproduksi, haid menjadi lebih lama dan lebih banyak.

Menurut BKKBN (2009), ibu dengan jarak kehamilan terlalu dekat dianjurkan untuk menggunakan alat kontrasepsi jangka panjang seperti IUD dan implant dengan tujuan agar tidak terjadi kehamilan dengan jarak terlalu dekat lagi. Metode kontrasepsi jangka panjang memiliki efektivitas yang sangat tinggi dengan jangka pemakaian 3-10 tahun sehingga sangat efektif untuk ibu dengan riwayat kehamilan jarak dekat.

Penulis berpendapat, bahwa klien sudah tepat menggunakan KB jangka panjang jika dilihat dari jumlah anak, jarak kelahiran dan sesuai dengan keinginan klien tidak ingin menambah anak tapi tidak ingin melakukan MOW, dengan kondisi klien yang telah memakai KB IUD post plasenta mengatakan darah haid agak banyak hal ini termasuk efek samping dari KB IUD. Klien merespon dengan baik konseling yang diberikan.

## **B. KETERBATASAN PENELITIAN**

Memberikan asuhan kebidanan komprehensif terhadap Ny. L ditemui beberapa hambatan dan keterbatasan yang menyebabkan pelaksanaan studi kasus tidak berjalan dengan maksimal. Keterbatasan-keterbatasan tersebut antara lain adalah

### **1. Penjaringan pasien**

Menjaring pasien atau klien yang sesuai dengan persyaratan yang telah ditetapkan oleh institusi bukanlah hal yang mudah. Penulis sempat beberapa kali berganti pasien sampai akhirnya bertemu Ny. L dan keluarga yang bersedia untuk menjadi pasien studi kasus ini.

## 2. Waktu yang terbatas

Melaksanakan asuhan yang berkesinambungan untuk mencapai hal yang maksimal tentunya membutuhkan waktu yang panjang dan pendampingan dari pembimbing. Namun pada studi kasus ini waktu yang diberikan hanya  $\pm$  3 bulan ditambah dengan banyaknya kegiatan lain. Sehingga membuat waktu untuk memberikan asuhan kepada klien kurang maksimal.

## 3. Fasilitas alat kesehatan

Memberikan asuhan yang baik tentu didukung oleh fasilitas yang baik, peneliti pada saat melakukan asuhan kekurangan alat dikarenakan jumlah terbatas sehingga peneliti harus menunggu.

## 4. Jarak rumah dan peneliti

Jarak rumah klien dan peneliti yang jauh membuat peneliti kesulitan dalam melakukan kunjungan rutin selain itu peneliti terbatas pada alat transportasi.

## **BAB VI**

### **PENUTUP**

#### **A. KESIMPULAN**

Setelah penulis melaksanakan asuhan kebidanan secara komprehensif melalui studi kasus *continuity of care* pada Ny. L mulai dari kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, neonatus, hingga pelayanan kontrasepsi, maka dapat ditarik kesimpulan bahwa pentingnya melakukan asuhan kebidanan secara komprehensif sebagai deteksi dini untuk mengurangi faktor-faktor resiko yang dapat terjadi selama kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, neonatus, hingga pelayanan kontrasepsi.

##### 1. Ante natal care

Diagnosa yang dapat ditegakkan pada masa ante natal care pada Ny. L G4P3003 usia kehamilan 37 minggu 3 hari, janin tunggal hidup intra uterin. Pada asuhan antenatal care telah dilaksanakan 2x kunjungan ditemukan masalah pada Ny. L yaitu: faktor resiko ; jarak kelahiran <2 tahun dan overweight dengan IMT 25 kg/m<sup>2</sup>. Ny. L tidak mengalami komplikasi kehamilan karena telah dilakukannya asuhan antisipasi diantaranya melahirkan di Rumah Sakit Kanudjoso Djatiwibowo.

## 2. Intranatal care

Asuhan kebidanan intranatal care pada Ny. L dilakukan pada tanggal 20 Januari 2020. Terjadi komplikasi persalinan; proses persalinan Ny. L dengan fase laten memanjang (lebih dari 8 jam), penyebab: kemungkinan karena jarak < 2 tahun jarak kelahiran, ibu kelelahan dan berdampak pada lambatnya kemajuan persalinan. Dilakukan induksi persalinan hasil dari kolaborasi, sehingga Ny. L melahirkan dengan partus anjuran.

Pada kala II terjadi komplikasi yaitu partus presipitatus (pembukaan 3 ke pembukaan lengkap kurang dari 3 jam) penyebab: dikarenakan di berikan induksi persalinan. Masalah dan potensialnya tidak terjadi karena telah diberikan asuhan.

## 3. Bayi baru lahir

Pada asuhan kebidanan bayi baru lahir, bayi Ny. L dalam keadaan normal lahir tgl 21 Januari jam 15.53 segera menangis dengan nilai Apgar score 7/9, berat lahir 3165 gram, panjang badan: 51 cm, jenis kelamin laki-laki, anus (+), tidak ada cacat bawaan, sehingga asuhan di berikan adalah asuhan bayi baru lahir normal. Komplikasi dan masalah potensial pada BBL tidak terjadi karena sudah di berikan asuhan antisipasi

## 4. Post Natal Care

Asuhan kebidanan post natal care pada Ny. L telah dilaksanakan sebanyak 3 kali kunjungan. Pada masa nifas Ny. L terdapat masalah jarak kelahiran kurang dari 2 tahun dan overweight dengan berat badan ibu 76 kg, IMT: 27,9 kg/m<sup>2</sup> Masalah potensial antar lain: perdarahan post partum tidak terjadi karena telah dilakukan asuhan antisipasi.

Selama kunjungan post partum di dapatkan berat badan ibu mengalami penurunan sebanyak 3 kg sehingga BB ibu menjadi 76 kg dan masih dalam kategori Overweight. Adanya penurunan berat badan ini kemungkinan disebabkan karena ibu memberikan ASI eksklusif pada bayinya dan aktivitas ibu yang tinggi karena merawat bayi sendiri dan merawat balita yang berjumlah 2 orang.

5. Asuhan kebidanan neonatus

Asuhan kebidanan neonatus pada Ny. L telah dilaksanakan 3 kunjungan dengan Neonatus Ny.L didapatkan berat badan bayi terakhir 33.00 naik sebanyak 200 gr dengan masalah potensial sibling rivalry, masalah tidak terjadi karena telah diberikan asuhan antisipasi.

6. Pelayanan Kontrasepsi

Asuhan kebidanan pelayanan kontrasepsi pada Ny. L dilaksanakan pada kunjungan awal pengkajian klien pada usia kehamilan 37 minggu dengan memberikan konseling KB. Hasil dari asuhan tersebut yaitu setelah dilakukan konseling tentang pelayanan kontrasepsi, Ny.L dengan dukungan suaminya memutuskan untuk menggunakan KB IUD Post Plasenta di Rumah Sakit Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan tanggal 21 januari 2020

## **B. SARAN**

Penulis ingin menyumbangkan saran di akhir penulisan laporan tugas akhir ini dalam mengupayakan peningkatan pelayanan kesehatan khususnya dalam asuhan kebidanan komprehensif, yaitu sebagai berikut :

1. Bagi intitusi

Diharapkan semakin memperbaharui skill yang akan diajarkan dan selalu mengikuti perkembangan ilmu kebidanan terkini, sehingga mampu meningkatkan profesionalitas kinerja mahasiswa kebidanan nantinya setelah terjun di masyarakat.

2. Bagi Pasien dan Masyarakat

- a. Diharapkan dapat menambah wawasan dan pengetahuan ibu tentang masa hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas, neonatus dan KB sehingga dapat menjalaninya tanpa adanya komplikasi.
- b. Diharapkan dapat menjadi penambah wawasan bagi masyarakat bahwa kehamilan dengan multigravida akan menimbulkan dampak atau resiko yang dapat terjadi pada ibu dan bayi hingga menyebabkan kematian jika tidak di berikan pendampingan yang berkelanjutan dari tenaga kesehatan.
- c. Ibu diharapkan untuk tidak hamil lagi hingga memasuki usia reproduksi sehat yaitu 5 tahun lagi, agar tidak terjadi komplikasi-komplikasi yang tidak diinginkan.

3. Bagi Mahasiswa Kebidanan

Agar lebih rajin, aktif dan bisa mengatur waktu selama melakukan penelitian kasus / asuhan kebidanan komprehensif. Lebih teliti lagi dalam melakukan pengkajian, menentukan masalah dan pemberian asuhan yang tepat pada klien sehingga proses asuhan dapat berjalan baik sesuai dengan maksud dan tujuan yang akan dicapai.

## DAFTAR PUSTAKA

- Baliwati. 2009. Konser Dasar Asuhan Kebidanan Kehamilan Patologis. Jakarta : EGC
- BKKBN. 2007. Profil Pengembangan Pelaksanaan Program KB di Indonesia. Jakarta: BKKBN
- Bobak, Lowdermilk, & Jansen. (2004). Buku Ajar Keperawatan Maternitas Edition 4. Jakarta: EGC.
- Cunningham, F. G. (2013). Obstetri Williams : Volume 2. Jakarta: EGC.
- Dedeh. (2004). Bersiap menghadapi perubahan, Majalah Nakita
- Depkes RI. (2002). Keputusan Menkes RI No. 228/MENKES/SK/III/2002 tentang Pedoman Penyusunan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit yang Wajib Dilaksanakan Daerah.
- Depkes RI. 2009. Sistem kesehatan nasional. Jakarta : ditjen bina yanmedik <https://www.kemendes.go.id>
- Dewi, S., 2011. Asuhan Kehamilan Untuk Kebidanan, Jakarta : Salemba Medika.
- Dewi, V, N, L., 2011. Asuhan Neonatus bayi dan anak balita, Jakarta : Salemba Medika.
- Djamaliah. 2009. Asuhan Kebidanan Kehamilan. Jakarta : PT. Bina Pustaka
- Handayani, S., 2010. Buku Ajar Pelayanan Keluarga Berencana, Yogyakarta : Pustaka Rihana.
- Husanah, Een., 2019. Rujukan Lengkap Konsep Kebidanan, Yogyakarta : Deepublish
- Hutahaean. 2013. Asuhan Kebidanan Kehamilan Fisiologis. Yogyakarta : Deepublish
- Indonesia, P.M.K.R., 2010. Penyelenggaraan Praktik Kebidanan.
- JNPK-KR, 2008b. Pelatihan Klinik Asuhan Persalinan Normal, Jakarta : JNPK-KR.
- Kementerian kesehatan RI, Sekretariat jenderal. 2014. Profil kesehatan indonesia tahun 2013. Jakarta : Kementerian kesehatan RI <https://www.kemendes.go.id> diakses pada 13 januari 2020.

- Kristiyana, W., 2010. Asuhan Keperawatan Neonatus dan Anak, Yogyakarta : Nuha Medika.
- Kristiyanti F. Ayu, dan Kusumastuti. A, "HUBUNGAN PEMBERIAN ASI EKSKLUSIF DENGAN PENURUNAN BERAT BADAN IBU MENYUSUI," Journal of Nutrition College, vol. 2, no. 4, pp. 682-688, Oct. 2013. <https://doi.org/10.14710/jnc.v2i4.3831> diakses pada tanggal 4 juli 2020
- Kusmiyati, Y., 2009. Penuntun Praktikum Asuhan Kehamilan, Yogyakarta : Fitramaya.
- Kuswanti, I., 2014. Asuhan Kehamilan, Yogyakarta : PT. Pustaka Pelajar.
- Lestary, Dwi. 2015. Tinjauan pustaka persalinan pdf. <http://repository.ump.ac.id/pdf> diakses tanggal 4 juli 2020.
- Mandriawati. 2008. Senam Hamil. Jakarta : EGC
- Manuaba, I.B.G., 2010. Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan KB, Jakarta : EGC.
- Manuaba, I.B.G., Manuaba, I.A.C.& Manuaba, I.B.G.F., 2010. Pengantar Kuliah Obstetri, Jakarta : Buku Kedokteran EGC.
- Manuaba. 2009. Kapita selekta penatalaksanaan rutin Obstetri dan Ginekologi. Jakarta: FKUI
- Maritalia, D., 2012. Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui, Yogyakarta : Pustaka Pelajar.
- Marni & Rahardjo, 2014. Asuhan Neonatus, Bayi, Balita dan Anak Pra Sekolah, Yogyakarta : Pustaka Pelajar.
- Maternity, D., Yantina, Y. & Putri, R.D., 2014. Asuhan Kebidanan Patologis D.L.Saputra, ed., Tangerang : Binarupa Aksara Publisher.
- Matterson. (2001). Women's Health During The Childbearing Years. Mosby : St. Louis.
- Mintarsih, sri. 2006. Kajian indeks masa tubuh (IMT) dan penambahan berat badan ibu hamil serta hubungannya dengan tumbuh kembang bayi baru lahir. Bogor : institut pertanian bogor
- Mufdila. 2009. Panduan asuhan kebidanan ibu hamil. Yogyakarta : Nuha Medika.



- Muslihatun, W.N., Mufdillah & Setyawati, N., 2013. Dokumentasi Kebidanan, Yogyakarta : Fitramaya.
- Nugroho, T., Nurrezki & Warnaliza, D., 2014. Buku Ajar Asuhan Kebidanan Nifas (ASKEB 3) 1st ed., Yogyakarta: Nuha Medika.
- Oxorn, W. R. (2010). Ilmu Kebidanan : Patofosiologi dan Fisiologi Persalinan. Yogyakarta: Yayasan Esentia Medika
- Prawirohardjo, S., 2014. Ilmu Kebidanan 4th ed., Jakarta: PT Bina Pustaka.
- Profil dinas kesehatan kota balikpapan. 2017. Pofil kesehatan kota balikpapan tahun 2017. [http://dkk.balikkpapan.go.id.Profil\\_Kes\\_2017\\_.pdf](http://dkk.balikkpapan.go.id.Profil_Kes_2017_.pdf).
- Profil Kesehatan Kota Balikpapan. 2017. Dinas Kesehatan Kota Balikpapan.
- Rochjati, P., 2003. Skrining Antenatal Pada Ibu Hamil, Surabaya : Pusat Safe Mother Hood.
- Romauli. 2011. Kebutuhan Dasar Ibu Hamil, Yogyakarta : Deepublish
- Saifuddin, A. B. (2010). Ilmu Kebidana Sarwono Prawirohardjo. Jakarta: P.T Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- Saifuddin, A.B., 2010. Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal, Jakarta : PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Saryono. 2010. Perawatan Antenatal Care Jilid II. Yogyakarta : Deepublish
- Soleha, S., 2009. Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas, Jakarta : Salemba Medika.
- Subianto. 2009. Perawatan Payudara. Jakarta : PT Bina Pustaka
- Sukarni dan wahyu.2013. hubungna usia menarche dengan lama siklus menstruasi. [Digilib.unhas.ac.id](http://Digilib.unhas.ac.id)
- Sukarno, I., 2013. Kehamilan, Persalinan dan Nifas dilengkapi dengan Patologi, Jakarta : Nuha Medika
- Varney, H., Kriebes, J.M. & Gregor, C.L., 2008. Buku Ajar Asuhan Kebidanan Volume 1 4th ed. E. Wahyuningsih et al., eds., Jakarta : EGC.
- Varney, helen. 2007. Buku ajar kebidananasuhan kebidanan. Jakarta : EGC
- Wahyuni, S., 2009. Asuhan Neonatus Bayi dan Balita, Jakarta : EGC.
- WHO. Sustainable Development Global solutions Network (SDGs). Jakarta: United Nation; 2015

Wiknjosastro, H., 2010. Ilmu Bedah Kebidanan, Jakarta : PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

World Health Organization (2017). Mental disorders fact sheets. World Health Organization. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/en/>.