

**LAPORAN TUGAS AKHIR ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF
PADA NY.“A” DENGAN MASALAH OBESITAS
DIWILAYAH KELURAHAN MEKAR SARI
BALIKPAPAN TENGAH
TAHUN 2019**



OLEH :

NURLITA KARTIKA SARI
P0.7224116016

**Laporan Tugas Akhir ini diajukan untuk memenuhi persyaratan dalam
menyelesaikan Pendidikan Diploma III Kebidanan**

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMETERIAN KESEHATAN
KALIMANTAN TIMUR JURUSAN KEBIDANAN
PRODI D-III KEBIDANAN BALIKPAPAN
2019**

HALAMAN PERSETUJUAN

Judul : Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny. "A Dengan Masalah Obesitas Di Wilayah Kelurahan Mekar Sari Balikpapan Tengah Tahun 2019

Nama Mahasiswa : Nurlita Kartika Sari

NIM : P0.7224116016

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


Hj. Eli Rahmawati, S.SiT., M.Kes
NIP. 197403201993032001

Pembimbing II


Hj. Eny Sri Widayanti, S. SiT., M.Kes
NIP. 196404161989032004

HALAMAN PENGESAHAN
ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY.“A”
DENGAN MASALAH OBESITAS DI WILAYAH
KELURAHAN MEKAR SARI
BALIKPAPAN TENGAH
TAHUN 2019

NURLITA KARTIKA SARI

Laporan Tugas Akhir ini telah disetujui, diperiksa dan dipertahankan dihadapan
Tim Penguji Politeknik Kesehatan Kemenkes Kalimantan Timur
Jurusan Kebidanan Prodi D-III Kebidanan Balikpapan

Penguji Utama

Ernani Setyawati, M. Keb
NIP. 198012052002122001

(.....)

Penguji I

Hj. Eli Rahmawati, S.SiT., M. Kes
NIP. 197403201993032001

(.....)

Penguji II

Hj. Eny Sri Widayanti, S. SiT., M. Kes
NIP. 1964041619891032004

(.....)

Mengetahui,

Ketua Jurusan Kebidanan Balikpapan

Ketua Prodi D-III Kebidanan Balikpapan

Inda Corniawati, M. Keb
NIP. 197508242006042002

Ernani Setyawati, M.Keb
NIP. 198012052002122001

HALAMAN PERSETUJUAN

Judul : Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny. “A Dengan Masalah Obesitas Di Wilayah Kelurahan Mekar Sari Balikpapan Tengah Tahun 2019

Nama Mahasiswa : Nurlita Kartika Sari

NIM : P0.7224116016

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

Hj. Eli Rahmawati, S.SiT., M.Kes
NIP. 197403201993032001

Hj. Eny Sri Widayanti, S. SiT., M.Kes
NIP. 196404161989032004

HALAMAN PENGESAHAN

**ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY.“A”
DENGAN MASALAH OBESITAS DI WILAYAH
KELURAHAN MEKAR SARI
BALIKPAPAN TENGAH
TAHUN 2019**

NURLITA KARTIKA SARI

Laporan Tugas Akhir ini telah disetujui, diperiksa dan dipertahankan dihadapan
Tim Penguji Politeknik Kesehatan Kemenkes Kalimantan Timur
Jurusan Kebidanan Prodi D-III Kebidanan Balikpapan

Penguji Utama

Ernani Setyawati, M. Keb (.....)
NIP. 198012052002122001

Penguji I

Hj. Eli Rahmawati., S.SiT., M. Kes (.....)
NIP. 197403201993032001

Penguji II

Hj. Eny Sri Widayanti, S. SiT., M. Kes (.....)
NIP. 1964041619891032004

Mengetahui,

Ketua Jurusan Kebidanan Balikpapan

Ketua Prodi D-III Kebidanan Balikpapan

Inda Corniawati, M. Keb
NIP. 197508242006042002

Ernani Setyawati, M.Keb
NIP. 198012052002122001

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Nurlita Kartika Sari
NIM : P0.7224116016
Tempat, Tanggal Lahir : Pasir Mayang, 17 Maret 1997
Agama : Islam
Alamat :



- Desa Pasir Mayang No. 45 RT. 09 RW. 001 Kecamatan Kuaro Kabupaten Paser.
- Jalan Padat Karya RT. 40 No. 32 Kelurahan Gunung Samaridna Kecamatan Balikpapan Utara Kode Pos 76125 Kalimantan Timur

Riwayat Pendidikan :

- SD Negeri 017 Kuaro, Lulus Tahun 2010.
- SMP Negeri 5 Kuaro, Lulus Tahun 2013.
- SMK Negeri 3 Tanah Grogot, Lulus Tahun 2016.
- Mahasiswi Poltekkes Kemenkes Kaltim Prodi D-III Kebidanan Balikpapan Tahun 2016 – 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, ku persembahkan karya kecilku ini untuk yang kusayangi:

- Bapakku (Abnu Rahman) dan mamaku (Ernawati) sebagai motivator terbesar dalam hidupku. Terimakasih atas doa, kasih sayang, pengorbanan, kesabaran dan semua yang telah kalian berikan pada ku sejak aku lahir hingga detik ini. Tidak ada yang bisa menggantikan kalian dalam hidupku. Pak.. Mak.. I love you so much..
- Abahku (Joko Purwono), Emakku (Erie Triana) sebagai orangtua kedua ku yang juga motivator terhebat sepanjang ku mengenal mereka. Terimakasih untuk semua kasih sayang, doa, dan tempatku berbagi dalam suka dan duka, setia banget dengarin curhatan ku, kalian mengajarkan banyak hal yang berharga dalam hidupku. Tanpa abah emak aku tak akan bisa sampai pada titik ini.
- Saudaraku... Sidik Amirullah dan Eliana Sapitri terimakasih kakak dan adeku yang selalu mendukung dan menjadi penyemangat dalam hari-hariku. Harap terbesar kita adalah membahagiakan mama dan bapak yang telah membesarkan kita hingga kini. Jatuh bangun yang kita alami bersama, dari kecil kita diajarkan untuk mandiri, aku tau besar pengorbanan mu kakak dan begitu banyak lika-liku yang sudah kita lewati selama ini. Alhamdulillah semua itu membuat hubungan tali persaudaraan kita menjadi lebih erat,

semoga perjuangan kita untuk kedua orangtua kita tidak akan sia-sia dan kita semua sukses.

- Keluarga besarku... Terimakasih untuk segala dukungan dan doa kalian selama ini
- Pembimbingku bu Eli Rahmawati, terimakasih untuk 3 tahun ini, dimana aku selalu menyusahkan beliau, selalu membuat beliau marah, tapi disisi itu aku tau beliau adalah orang yang baik, orang yang kuat, orang yang sabar, karena itulah aku bisa menyelesaikan kuliahku dengan tepat waktu. Dan terimakasih untuk pembimbing dua ku bu Eny Sri Widayanti, beliau selalu menyemangatiku dan sabar untuk membimbingku ditengah kepadatan jadwal beliau masih mau menyempatkan untuk membimbingku hingga aku dapat menyelesaikan tugas akhir ini, penguji utamaku bu Ernani Setyawati yang selalu memotivasi dan mengajarkanku. Dan tidak lupa dosen PA ku bu Novi Pasriani yang selalu memotivasi dan mau mendengarkan keluh kesahku selama 3 tahun ini. Untuk dosen-dosen ku terimakasih bu pak yang sudah mengajarkanku dari hal yang tidakku ketahui hinggakku ketahui.
- Sahabatku Ema agustina terimakasih sudah mau menjadi teman curhat didalam suka dan duka ku salam ini, sejak SMK hingga saat ini kamu lah sahabat terbaikku. Semangat ya dalam menempuh pendidikannya, walaupun sekarang kita LDRan kita tetap menjadi sahabat yang sama seperti dulu.
- Bii... Terimakasih untuk motivasi, semangat, dan sudah menemani dalam suka duka, dengar curhatan, tangisan, cerewet, marahku, dan badmoodnya aku kalau lagi pusing dengan kuliahku dan tugasku selama ini. Terimakasih

juga untuk komitmennya selama ini dan semoga apa yang kita harapkan akan menjadi nyata.

- Terakhir aku sangat berterimakasih kepada teman-temanku tingkat 3 kebidanan 3 tahun bareng kalian suka duka dan pahit manis kehidupan kita lalui bareng sukses untuk kita semua, dan kakak- kakak alumni serta adek-adek tingkatku terimakasih atas segala support yang kalian berikan selama ini. Khususnya untuk Suryani dan Wahyuningsih pokoknya kalian luar binasa dan luar biasa nyai-nyaikuuuh. Terkhusus lagi untuk kakaku tersayang kak rida dan kak indri terbaeekkk yang selalu aku repotkan makasih banyak kakak2 ku sayang. Dan terakhir terkhusus lagi dan lagi untuk Ara, rani, maera, yena, rhegiana utami, makasih adingku sayang cepat nyusul ditahun depan yaa.

KATA PENGANTAR

Puji syukur Allah SWT, berkat rahmat dan karuniaNya akhirnya penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir dengan judul “Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny. “A” Dengan Masalah Obesitas Di Wilayah Kelurahan Mekar Sari Balikpapan Tengah”.

Laporan Tugas Akhir ini disusun sebagai salah satu persyaratan sebelum meneruskan Laporan Tugas Akhir di pendidikan Diploma III Politeknik Kesehatan Kalimantan Timur Tahun Akademik 2019.

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 Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Tmur.
3. Ernani Setyawati, M. Keb, selaku Ketua Prodi D-III Kebidanan Balikpapan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur dan sekaligus selaku penguji utama.
4. Hj. Eli Rahmawati., S. SiT., M. Kes selaku pembimbing I dan Hj. Eny Sri Widayanti, S. SiT., M. Kes, selaku pembimbing II, yang telah memberikan pengarahan dan bimbingan hingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir.
5. Para dosen dan staf pendidikan di Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur Prodi D-III Kebidanan Balikpapan.

6. Orang tua, kakak serta keluarga tercinta yang telah membantu dengan doa dan dukungan mental kepada penulis
7. Ny “A” selaku pasien Laporan Tugas Akhir dan keluarga yang telah bersedia ikut berpartisipasi menjadi klien untuk menyelesaikan LTA ini, terima kasih untuk kerja samanya dan untuk semua bantuan yang diberikan.
8. Rekan-rekan Mahasiswi Kebidanan angkatan ke-7 yang telah membantu dengan setia dalam kebersamaan menggali ilmu.
9. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Penulis berusaha untuk dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini dengan sebaik-baiknya. Namun demikian peneliti 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 SWT memberikan balasan atas segala amal yang telah diberikan dan semoga Laporan Tugas Akhir ini bermanfaat bagi penulis maupun pihak lain yang membutuhkan.

Balikpapan, 2019

Nurlita Kartika Sari

DAFTAR ISI

Cover.....	
Halaman Judul.....	
Halaman Persetujuan	i
Halaman Pengesahan	ii
Riwayat Hidup.....	iii
Kata Persembahan.....	iv
Kata Pengantar	vii
Daftar Isi.....	ix
Daftar Tabel.....	xii
Daftar Gambar.....	xiii
Daftar Bagan	xiv
Daftar Singkatan.....	xv
Daftar Lampiran.....	xxi
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Rumusan Masalah.....	5
C. Tujuan.....	6
D. Manfaat.....	7
E. Ruang Lingkup.....	8
F. Sistematika Penulisan	8

BAB II TINJAUAN PUSTAKA	10
A. Konsep Dasar Manajemen Kebidanan	10
B. Konsep Dasar Asuhan Kehamilan	15
C. Konsep Dasar Persalinan	49
D. Konsep Dasar Bayi Baru Lahir	54
E. Konsep Dasar Nifas	63
F. Konsep Dasar Neonatus	82
G. Konsep Dasar Keluarga Berencana	89
 BAB III SUBJEKTIF DAN KERANGKA KERJA PELAKSANAAN STUDI	
KASUS	94
A. Rancangan Study Kasus yang berkesinambungan dengan COC	94
B. Etika Penelitian	98
 BAB IV TINJAUAN KASUS	99
A. Hasil Pengkajian dan Perencanaan Asuhan Komprehensif (sesuai 7 langkah Varney)	99
B. Dokumentasi Asuhan Kebidanan	114
 BAB V PEMBAHASAN	147
A. Pembahasan Proses Asuhan Kebidanan	147
B. Keterbatasan Penelitian	157
 BAB VI PENUTUP	159
A. Kesimpulan	159
B. Saran	160

DAFTAR PUSTAKA.....162

LAMPIRAN.....172

DAFTAR TABEL

1.1 Peningkatan Berat Badan Selama Hamil.....	23
1.2 Umur Kehamilan Berdasarkan TFU	24
1.3 Usia Kehamilan Berdasarkan TFU Dalam Bentuk (cm)	24
1.4 Tafsiran Berat Janin pada TM III.....	25
1.5 Interval dan Lama Perlindungan <i>Tetanus Toxoid</i>	26
1.6 Klasifikasi IMT Selama Hamil	32
1.7 Rekomendasi Kenaikan Berat Badan selama Kehamilan	36
1.8 Kebutuhan gizi wanita hamil usia 19 – 29 tahun	37
1.9 Makanan Sumber Folat, Zat Besi, Kalsium, dan Vitamin	38
1.10 Contoh Menu Makanan Satu Hari Pada Ibu Hamil	39
1.11 Apgar Skor	55

DAFTAR GAMBAR

2.1 Bentuk-bentuk Panggul.....	16
--------------------------------	----

DAFTAR BAGAN

3.1 Bagan Kerangka Kerja Pelaksanaan Studi Kasus.....	97
---	----

DAFTAR SINGKATAN

ACOG	: American College of Obstetricians and Gynecologist
ABPK	: Alat Bantu Pengambilan Keputusan
AKBK	: Alat Kontrasepsi Bawah Kulit
AKB	: Angka Kematian Bayi
AKDK	: 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
JEFW	: Johnson Toshock Estimated Fetal Weight
KIA	: Kesehatan Ibu dan Anak
Kemenkes	: Kementerian Kesehatan
Kes	: Kesadaran
Ket	: Keterangan
Kg	: Kilogram
KH	: Kelahiran Hidup
KIE	: Komunikasi Informasi Edukasi
KU	: Keadaan Umum
LDL	: Low-density lipoprotein
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

Dokumentasi Pasien Pengganti INC Dan BBL.....	172
Partogtaf.....	201
Lembar informasi kepada subjek penelitian.....	203
Surat Pernyataan Persetujuan Setelah Penjelasan	206
Daftar Hadir Kunjungan Rumah.....	207
Surat Tugas	208
Lembar Konsultasi.....	210

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 (KH) 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).

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 (Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Timur, 2017).

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)

Kematian ibu di Indonesia salah satunya disebabkan oleh komplikasi obstetrik dari penyakit obesitas dalam kehamilan salah satunya preeklamsia dan diabetes melitus (Feri, 2014). Hasil penelitian terlihat prevalensi obesitas sebesar 13,30% dan preeklamsia/eklamsia sebesar 3,91%. Terdapat hubungan obesitas dengan kejadian preeklamsia/eklamsia dengan Odd Ratio (OR) sebesar 1,88 (95% CI 1,33-2,66). Sedangkan kondisi ibu hamil dengan diabetes mellitus berdasarkan riwayat pre-eklamsia paling banyak pada ibu hamil yang memiliki riwayat pre-eklamsia yaitu sebanyak 11 pasien (57,9%) dari total 19 pasien. Sedangkan, ibu hamil yang tidak memiliki riwayat pre-eklamsia yaitu sebanyak 8 pasien (42,1%), dan pada kondisi ibu hamil dengan diabetes mellitus berdasarkan paritas paling banyak pada ibu hamil yang memiliki risiko rendah (paritas 2-3)

yaitu sebanyak 15 pasien (79%) dari total 19 pasien. Sedangkan, ibu hamil yang memiliki risiko tinggi (paritas 1 dan paritas tinggi/lebih dari 3) yaitu sebanyak 4 pasien (21%) (Riset Kesehatan Dasar, 2013).

Obesitas mendapat perhatian yang serius karena jumlah penderita semakin meningkat. Dan diperkirakan tahun 2015 orang dewasa yang mengalami overweight akan mencapai angka 2,3 miliar sedangkan yang obesitas sebesar 700 juta orang, begitu pula jumlah penderita obesitas pada wanita hamil juga meningkat sekitar 18,5% sampai dengan 38,3% (Aviram dan Yogev, 2010).

Faktor yang berperan terhadap terjadinya obesitas, diantaranya yaitu lingkungan, gaya hidup, genetik dan sosioekonomi. Oleh karena itu banyak komplikasi yang ditimbulkan pada keadaan obesitas baik bagi ibu maupun janin saat antepartum, intrapartum atau postpartum, bahkan juga berpengaruh terhadap kehidupan bayi tersebut pada usia dewasa nantinya dengan segala konsekuensi penyakit metabolik yang akan dideritanya berdasarkan pada beberapa hipotesis yang menyatakan bahwa keadaan tersebut sudah terprogram sejak proses konsepsi. Atas dasar hal-hal tersebut maka pengelolaan obesitas sehubungan dengan kehamilan sangat penting dilakukan baik itu prakonsepsi maupun saat hamil agar mengurangi resiko yang terjadi pada ibu dan janin (Wuntakal, 2009). Dampak yang terjadi pada ibu dengan obesitas yaitu salah satunya nyeri punggung bawah atau *low back pain*. Prevalensi nyeri punggung bawah pada kehamilan dilaporkan bervariasi dari 50% sampai dengan 70% (Sudirtayasa dan Wayan 2015).

Nyeri punggung bawah merupakan gangguan yang banyak dialami oleh ibu hamil yang tidak hanya terjadi pada trimester tertentu, tetapi dapat dialami

sepanjang masa-masa kehamilan hingga periode pasca natal. Wanita yang pernah mengalami nyeri punggung sebelum kehamilan beresiko tinggi mengalami hal yang sama ketika hamil, oleh karena itu penting sekali untuk dapat membedakan nyeri punggung terjadi akibat kehamilan dengan nyeri punggung yang terjadi akibat penyebab lain (Robson dan Jason, 2012).

Nyeri punggung juga dapat merupakan akibat membungkuk berlebihan, berjalan tanpa istirahat dan angkat beban, terutama bila salah satu atau semua kegiatan ini dilakukan saat wanita tersebut sedang lelah. Aktivitas-aktivitas tersebut menambah peregangan pada punggung (Varney, 2007).

Nyeri punggung bawah biasanya akan meningkat intensitasnya seiring pertambahan usia kehamilan karena nyeri ini merupakan akibat pergeseran pusat gravitasi wanita tersebut dan postur tubuhnya. Perubahan-perubahan ini disebabkan oleh berat uterus yang membesar (Varney, 2007). Untuk mengatasi ketidaknyamanan pada kehamilan ini diperlukan asuhan antenatal yang optimal (Marni, 2011).

Asuhan antenatal yang kurang optimal dapat menimbulkan dampak atau komplikasi tidak hanya pada kehamilan tapi juga akan terjadi komplikasi pada persalinan, nifas, bayi baru lahir dan keluarga berencana. Asuhan antenatal yang komprehensif akan mempengaruhi wanita untuk melakukan pertolongan persalinan di tenaga kesehatan (Marmi, 2011).

Asuhan kebidanan komprehensif merupakan asuhan kebidanan yang diberikan secara menyeluruh dari ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir, dan keluarga berencana. Dalam program pemerintah yaitu mengurangi kemungkinan seorang perempuan hamil mengalami komplikasi dalam kehamilan, persalinan

atau masa nifas dengan melakukan asuhan antenatal dan persalinan dengan prinsip bersih dan aman, mengurangi kemungkinan komplikasi persalinan yang berakhir dengan kematian atau kesakitan melalui pelayanan obstetrik dan neonatal esensial dasar dan komprehensif (Prawirohardjo, 2009). Asuhan kebidanan komprehensif atau biasanya disebut program *Continuity of care* (COC) yang dilakukan secara terus menerus untuk memantau ibu mulai dari kehamilan hingga mengikuti program keluarga berencana (Estiningtyas dan Nuraisya, 2013).

COC merupakan suatu proses dimana tenaga kesehatan yang kooperatif terlibat dalam manajemen pelayanan kesehatan secara terus menerus untuk menjamin perlindungan terhadap ibu hami dan janin berupa deteksi dini faktor resiko, pencegahan dan penanganan dini komplikasi kehamilan (Kemenkes RI, 2015).

Berdasarkan uraian diatas, penulis tertarik melakukan asuhan kebidanan yang komprehensif pada “Ny.A” selama masa kehamilan hingga ber KB (Keluarga Berencana) dengan judul “Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny.A dengan Masalah Obesitas di Wilayah Kerja Kelurahan Mekar Sari Balikpapan Tengah Tahun 2019”.

B. Rumusan Masalah

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

Pada Ny.A dengan masalah Obesitas di Wilayah Kerja Kelurahan Mekar Sari Balikpapan Tengah Tahun 2019??"

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif pada saat kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, neonatus sampai dengan pelayanan kontrasepsi pada Ny.A dengan masalah Obesitas.

2. Tujuan Khusus

- a. Melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif pada ibu hamil Ny.A dengan pendekatan manajemen dan didokumentasikan dalam bentuk SOAP.
- b. Melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif pada ibu bersalin Ny.A dengan pendekatan manajemen dan didokumentasikan dalam bentuk SOAP.
- c. Melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif pada ibu nifas Ny.A dengan pendekatan manajemen dan didokumentasikan dalam bentuk SOAP.
- d. Melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif pada bayi baru lahir Ny.A dengan pendekatan manajemen dan didokumentasikan dalam bentuk SOAP.
- e. Melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif pada neonatus Ny.A dengan pendekatan manajemen dan didokumentasikan dalam bentuk SOAP.

- f. Melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif pada Ny.A keluarga berencana 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. A usia 21 tahun G₁P₀₀₀₀ 31-32 minggu yang bertempat tinggal di Jalan LKMD 2 RT. 5 No. 76 Gn. Argomulyo Kelurahan Batu Ampar Kecamatan Balikpapan Utara. Pelaksanaan asuhan kebidanan yang komprehensif yang dilakukan pada periode bulan 26 November 2018 – 9 Maret 2019 yang meliputi pengawasan kehamilan, persalinan, nifas, neonatus dan keluarga berencana.

F. Sistematika Penulisan

Dalam upaya mempermudah para pembaca mengikuti materi yang disajikan dalam penulisan ini, maka secara sistematis penulisan disusun sebagai berikut:

Bab I : Pendahuluan

Meliputi Latar belakang, rumusan masalah, tujuan umum, tujuan khusus, manfaat praktik, manfaat teoritis, ruang lingkup dan sistematika penulisan dalam laporan tugas akhir.

Bab II : Tinjauan Pustaka

Meliputi konsep dasar manajemen kebidanan dan konsep dasar asuhan kebidanan.

Bab III : Subjektif dan kerangka kerja pelaksanaan studi kasus

Meliputi tentang rancangan studi kasus yang berkesinambungan dengan COC dan etika Penelitian.

Bab IV : Tinjauan Kasus

Meliputi hasil pengkajian dan perencanaan asuhan komprehensif (sesuai 7 langkah Varney), serta dokumentasi asuhan kebidanan

Bab V : Penutup

Meliputi kesimpulan dan saran.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Manajemen Kebidanan.

Manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, temuan, keterampilan dalam rangkaian atau tahapan yang logis untuk mengambil suatu keputusan yang terfokus pada klien (Varney, 2007).

Manajemen kebidanan terdiri dari beberapa langkah yang berurutan, yang dimulai dengan mengumpulkan data dasar dan berakhir dengan evaluasi. Langkah-langkah tersebut membentuk kerangka yang lengkap yang bisa diaplikasikan dalam semua situasi. Akan tetapi, setiap langkah tersebut bisa dipecah-pecah dalam tugas-tugas tertentu dan semua bervariasi sesuai dengan kondisi klien (Varney, 2007).

Melihat kembali penjelasan diatas maka proses manajemen kebidanan merupakan langkah sistematis yang merupakan pola pikir bidan dalam melaksanakan asuhan kepada klien diharapkan dengan pendekatan pemecahan masalah yang sistematis dan rasional, maka seluruh aktivitas atau tindakan yang bersifat coba-coba yang akan berdampak kurang baik untuk klien (Varney, 2007).

1. Manajemen Asuhan Kebidanan sesuai 7 langkah Varney (2007), yaitu:

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. Asuhan Kebidanan Berkelanjutan / *Contuinity of Care*

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. Dokumentasi

“*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 Teori Asuhan Kehamilan

1. Anatomi Panggul

a. Pengertian

Pelvis (panggul) tersusun atas empat tulang yaitu sakrum, koksigis, dan dua tulang inominata yang terbentuk oleh fusi *ilium*, *iskium*, dan *pubis* (Cunningham, 2010).

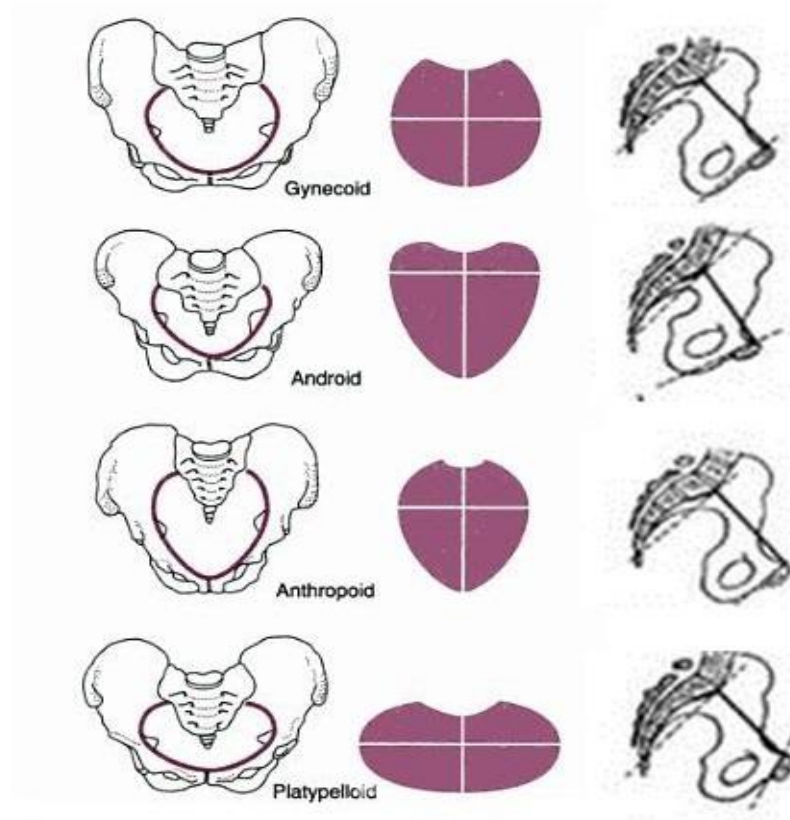
b. Bidang Diameter Panggul

Cunningham (2010) menyatakan panggul memiliki empat bidang imajiner, yaitu :

- 1) Bidang Pintu Atas Panggul
- 2) Pintu Tengah Panggul
- 3) Bidang Pintu Bawah Panggul

c. Bentuk-bentuk Panggul

Panggul *ginekoid* dianggap sebagai panggul normal wanita, sementara panggul android merupakan varian dari panggul pria. Panggul *android* lebih sering ditemukan pada wanita dengan aktivitas fisik yang berat selama masa remaja. (Cunningham, 2010).



Gambar 2.1
Bentuk-bentuk Panggul
Sumber : Cunningham (2010)

d. Panggul Luar

Cunningham (2010) menyatakan bahwa ukuran luar yang terpenting ialah:

- 1) *Distantia spinarum* : Jarak antara *spina iliaca* anterior superior kiri dan kanan (Ind. 23, Er. 26), kurang lebih 24 – 26 cm .
- 2) *Distantia cristarum* : Jarak yang terjauh antara *crista iliaca* kanan dan kira (Ind. 26, Er. 29), kurang lebih 28 – 30 cm.
- 3) *Conjugata externa (Baudeloque)* : Jarak antara pinggir atas *symphysis* dan ujung *prosessus spinosus* ruas tulang lumbal ke-V (Ind. 18, Er. 20), 18 cm.

4) Ukuran lingkaran panggul : Dari pinggir atas *symphysis* ke pertengahan antara *spina iliaca* anterior superior dan *trochanter major* sepihak dan kembali melalui tempat – tempat yang sama di pihak yang lain (Ind. 80, Er. 90), kurang lebih 10,5 cm.

e. Panggul Sempit (Anonim, 2009)

Panggul disebut sempit apabila ukurannya 1-2 cm kurang dari ukuran yang normal. Kesempitan panggul bisa pada pintu atas panggul, ruang tengah panggul, pintu bawah panggul atau kombinasi dari ketiganya.

1) Pembagian Panggul Sempit

a) Kesempitan pintu atas panggul (*pelvic inlet*) : *Conjugata* diagonal (CD) \pm 13.5 cm. *Conjugata vera* (CV) \pm 12.0 cm. Dikatakan sempit bila CV kurang dari 10 cm atau diameter transversa kurang dari 11,5 cm. Pembagian tingkatan panggul sempit:

(1)Tingkat I : CV = 9-10 cm = borderline

(2)Tingkat II : CV = 8-9 cm = relatif

(3)Tingkat III : CV = 6-8 cm = ekstrim

(4)Tingkat IV : CV = 6 cm = mutlak

b) Kesempitan pintu tengah panggul (*mid pelvis*) : Distansia interspinarum (DI) \pm 10.5 cm. Diameter anterior posterior (AP) \pm 11.5 cm, diameter *sagitalis* posterior 5 cm. Dikatakan sempit bila diameter *interspinarum* <10 cm atau <9,5cm atau \leq 9cm atau bila diameter *interspinarum* ditambahkan dengan diameter *sagitalis* posterior kurang dari 13,5 cm.

c) Pintu bawah panggul (*pelvic outlet*) : Diameter *sagitalis posterior* (AP) ± 7.5 cm. *Distansia intertuberosum* ± 10.5 cm. Dikatakan sempit bila jumlah kedua diameter < 15 cm atau bila diameter *intertuberosum* < 8 cm. Kelainan bentuk atau ukuran panggul dapat diketahui dari anamnesis dan pemeriksaan yang baik. Anamnesis perlu ditanyakan riwayat penyakit dahulu, ada/tidak penyakit *rachitis*, patah tulang panggul, *coxitis* dan sebagainya. Pelvimetri klinik atau radiologik harus dapat menentukan perkiraan bentuk dan ukuran panggul dengan baik. Sebenarnya, melalui mata telanjang calon ibu bisa mengetahui luas panggulnya. Kalau ibu bertubuh tinggi besar, bisa dipastikan ukuran panggulnya relatif luas. Sedangkan ibu yang tidak terlalu tinggi, hanya 145 cm atau malah kurang, kemungkinan besar ukuran panggulnya kecil dan sempit. Namun pengamatan ini hanya asumsi. Pemeriksaan yang akurat hanya bisa dilakukan secara klinis dengan *roentgen*.

2) Komplikasi Panggul Sempit pada Kehamilan

Apabila persalinan dengan panggul sempit dibiarkan berlangsung sendiri tanpa pengambilan tindakan yang tepat, timbul bahaya pada ibu dan janin. Bahaya pada ibu dapat berupa partus lama yang dapat menimbulkan dehidrasi serta asidosis, dan infeksi intrapartum, ruptur uteri mengancam serta resiko terjadinya *fistula vesikoservikalis*, atau *fistula vesikovaginalis*, atau *fistula rektovaginalis* karena tekanan yang lama antara kepala janin dengan tulang panggul. Sedangkan bahaya pada janin dapat berupa meningkatkan kematian

perinatal, dan perlukaan pada jaringan di atas tulang kepala janin bahkan bisa menimbulkan fraktur pada *os parietalis*.

3) Penanganan Panggul Sempit

Dewasa ini 2 cara merupakan tindakan utama untuk menangani persalinan pada panggul sempit, yakni seksio sesaria dan partus percobaan.

a) *Seksio sesaria*

Seksio dapat dilakukan secara elektif atau primer, yakni sebelum persalinan mulai atau pada awal persalinan, dan secara sekunder, yakni sesudah persalinan berlangsung selama beberapa waktu.

Berdasarkan perhitungan *konjugata vera* pada pintu atas panggul dapat diambil tindakan yaitu:

(1) Panjang CV 8-10 cm → partus percobaan

(2) Panjang CV 6-8 cm → SC primer

(3) Panjang CV < 6 cm → SC absolut.

b) Partus Percobaan

Partus Percobaan adalah suatu partus fisiologis yang dilakukan pada kehamilan aterm, anak presentasi belakang kepala dengan *suspek disproporsi sefalopelvik* (CPD). Tindakan partus percobaan adalah memastikan ada tidaknya CPD. Dimulai saat penderita dinyatakan in partu, dengan penilaian kemajuan persalinan dimulai setelah persalinan masuk fase aktif. Penilaian terhadap kemajuan persalinan, turunnya kepala dan putar paksi dalam dilakukan setiap 2

jam. Bila pada setiap penilaian per 2 jam tersebut terdapat perubahan yang bermakna komponen yang dinilai itu, maka partus percobaan dikatakan ada kemajuan dan diteruskan. Bila dari 3 komponen tersebut tidak ada kemajuan yang bermakna, maka partus percobaan dikatakan gagal, dipastikan ada CPD dan persalinan diakhiri dengan seksio sesaria.

2. Asuhan Kehamilan (*Ante Natal Care*) :

a. Pengertian

Asuhan *Ante Natal Care* (ANC) adalah pemeriksaan kehamilan untuk mengoptimalkan kesehatan mental dan fisik ibu hamil, hingga mampu menghadapi persalinan, masa nifas, persiapan pemberian ASI dan kembalinya kesehatan reproduksi secara wajar (Manuaba, 2010).

b. Tujuan

Menurut Pusdiknakes (2013) adapun tujuan dari pemeriksaan kehamilan yang disebut dengan ANC tersebut adalah:

- 1) Memantau kemajuan kehamilan, dengan demikian kesehatan ibu dan janin pun dapat dipastikan keadaannya.
- 2) Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik dan mental ibu, karena dalam melakukan pemeriksaan kehamilan, petugas kesehatan (bidan atau dokter) akan selalu memberikan saran dan informasi yang sangat berguna bagi ibu dan janinnya.
- 3) Mengenali secara dini adanya ketidaknormalan atau komplikasi yang mungkin terjadi selama kehamilan dengan melakukan pemeriksaan pada ibu hamil dan janinnya.

- 4) Mempersiapkan ibu agar dapat melahirkan dengan selamat. Dengan mengenali kelainan secara dini, memberikan informasi yang tepat tentang kehamilan dan persalinan pada ibu hamil, maka persalinan diharapkan dapat berjalan dengan lancar, seperti yang diharapkan semua pihak.
- 5) Mempersiapkan agar masa nifas berjalan normal. Jika kehamilan dan persalinan dapat berjalan dengan lancar, maka diharapkan masa nifas pun dapat berjalan dengan lancar.
- 6) Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima bayi. Bahwa salah satu faktor kesiapan dalam menerima bayi adalah jika ibu dalam keadaan sehat setelah melahirkan tanpa kekurangan suatu apapun.

Tujuan utama ANC adalah untuk memfasilitasi hasil yang sehat dan positif bagi ibu dan bayinya dengan cara membina hubungan saling percaya dengan ibu, mendeteksi komplikasi-komplikasi yang dapat mengancam jiwa, mempersiapkan kelahiran dan memberikan pendidikan. Asuhan antenatal penting untuk menjamin agar proses alamiah tetap berjalan normal selama kehamilan (Pusdiknakes, 2013).

c. Kunjungan Antenatal :

Jadwal Pemeriksaan Kehamilan (ANC) Ibu hamil mendapatkan pelayanan ANC minimal 4 kali selama kehamilan, yang terbagi dalam (Manuaba, 2010):

- 1) Trimester I : 1 kali (sebelum usia kehamilan 14 minggu)

- 2) Trimester II : 1 kali (usia kehamilan antara 14-28 minggu)
- 3) Trimester III : 2 kali (UK 28-36 minggu dan sesudah usia kehamilan 36 minggu).

Standar Pelayanan ANC memiliki beberapa komponen dalam proses pelaksanaannya, yaitu dengan 14T (Darmawan, 2013):

- 1) Ukur berat badan dan tinggi badan (T1).

Menurut Depkes RI (2009), sebagai pengawasan akan kecukupan gizi dapat dipakai kenaikan berat badan wanita hamil tersebut. Kenaikan berat badan wanita hamil antara 6,5 kg sampai 16 kg. Nilai berat badan naik lebih dari semestinya, anjurkan untuk mengurangi makanan yang mengandung karbohidrat. Lemak jangan dikurangi, terlebih sayur-mayur dan buah-buahan.

Adapun cara untuk menentukan status gizi dengan menghitung IMT (Indeks Masa Tubuh) dari berat badan dan tinggi badan ibu sebelum hamil sebagai berikut:

$$\text{Rumus : } \frac{\text{Berat badan (kg)}}{\text{Tinggi Badan (m)}^2}$$

Tabel 1.1
Peningkatan Berat Badan Selama Hamil

IMT (kg/m^2)	Total kenaikan berat badan yang disarankan	Selama trimester 2 dan 3
Kurus (IMT < 18,5)	12,7–18,1 kg	0,5 kg/minggu
Normal (IMT 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 (IMT > 30)		0,2 kg/minggu
Bayi kembar	15,9-20,4 kg	0,7 kg/minggu

Sumber :Kemenkes (2013)

2) Ukur tekanan darah (T2)

Tekanan darah yang normal 110/70 – 140/90 mmHg, bila melebihi 140/90 mmHg perlu diwaspadai adanya preeklampsi (Darmawan, 2013).

3) Ukur tinggi fundus uteri (T3)

Pengukuran tinggi fundus uteri mulai dari batas atas symphysis dan disesuaikan dengan hari pertama haid terakhir. Tinggi fundus uteri diukur pada kehamilan >12 minggu karena pada usia kehamilan ini uterus dapat diraba dari dinding perut dan untuk kehamilan >24 minggu dianjurkan mengukur dengan pita meter. Tinggi fundus uteri dapat menentukan ukuran kehamilan (Depkes, 2012).

Untuk mengetahui besarnya Rahim dan dengan ini menentukan tuanya kehamilan, menentukan letak janin dalam rahim.

Sebelum usia kehamilan 12 minggu, fundus uteri belum dapat diraba dari luar (Varney, 2007).

Tabel 1.2
Umur Kehamilan Berdasarkan TFU

Tinggi Fundus Uteri	Umur Kehamilan
1/3 diatas simfisis	12 minggu
1/2 simfisis – pusat	16 minggu
2/3 diatas simfisis	20 minggu
Setinggi pusat	24 minggu
1/3 diatas pusat	28 minggu
1/2 pusat – prosesus xifoideus (px)	34 minggu
Setinggi prosesus xifoideus (px)	36 minggu
2 jari (4cm) dibawah (px)	40 minggu

Sumber : Varney (2007)

Rumus *Mc Donald* menggunakan tinggi fundus untuk menentukan durasi suatu kehamilan dalam bulan atau minggu. 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 1.3
Usia Kehamilan Berdasarkan TFU Dalam Bentuk (cm)

TFU	Usia Kehamilan
20 cm	20 minggu
23 cm	24 minggu
26 cm	28 minggu
30 cm	32 minggu
33 cm	36 minggu

Sumber : Manuaba (2010).

Taksiran berat janin dapat dihitung dari rumus *Johnson Toshack* (*Johnson Toshack Estimated Fetal Weight*) yang diambil

dari tinggi fundus uteri. JEFW (gram) = (FH (*Fundal Height*cm) – n
x 155 (konstanta)

n = 11 bila kepala di bawah *spina ischiadica*.

n = 12 bila kepala di atas *spina ischiadica*.

n = 13 bila kepala belum masuk pintu atas panggul.

Tabel 1.4
Tafsiran Berat Janin pada TM III

Usia Kehamilan	Panjang (cm)	Berat (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 : Manuaba (2010)

4) Pemberian tablet Fe (zat besi) (T4).

Pemberian tablet zat besi pada ibu hamil (Fe) adalah mencegah defisiensi zat besi pada ibu hamil, bukan menaikkan kadar haemoglobin. Ibu hamil dianjurkan meminum tablet zat besi yang berisi 60 mg/hari dan 500 µg (FeSO₄ 325 mg). Kebutuhannya meningkat secara signifikan pada trimester II karena absorpsi usus yang tinggal. Tablet Fe dikonsumsi minimal 90 tablet selama kehamilan, sebaiknya tidak minum bersama teh atau kopi karena akan mengganggu penyerapan.

5) Pemberian imunisasi TT (T5).

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

Tabel 1.5
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

Sumber : Varney (2007)

6) Pemeriksaan Hb (T6)

Pemeriksaan *hemoglobin* (Hb) pada ibu hamil harus dilakukan pada kunjungan pertama dan minggu ke 28 bila kadar Hb < 11 gr% ibu hamil dinyatakan Anemia, maka harus diberi suplemen 60 mg Fe dan 0,5 mg Asam Folat hingga Hb menjadi 11 gr% atau lebih.

7) Pemeriksaan VDRL (*Veneral Disease Resesrch Lab*) (T7).

Pemeriksaan dilakukan pada saat ibu hamil datang pertama kali di ambil spresimen darah vena kurang lebih 2 cc. Apabila hasil test positif maka dilakukan pengobatan dan rujukan.

8) Pemeriksaan Protein Urine (T8).

Dilakukan untuk mengetahui apakah pada urine mengandung protein atau tidak untuk mendeteksi gejala preeklamsi.

9) Pemeriksaan Urine Reduksi (T9).

Untuk ibu hamil dengan riwayat *diabetes melitus* (DM). Bila hasil positif maka perlu diikuti pemeriksaan gula darah untuk memastikan adanya *diabetes melitus gestasional* (DMG).

10) Pemeriksaan Payudara (T10).

Senam payudara atau perawatan payudara untuk ibu hamil, dilakukan 2 kali sehari sebelum mandi dimulai pada usia kehamilan 6 minggu.

11) Senam Hamil (T11).

Senam hamil membuat otot ibu hamil rileks dan tenang, rasa rileks dan tenang itu bisa mempengaruhi kondisi psikis ibu hamil. Rasa gugup dan nerves saat akan mengalami masa persalinan bisa menimbulkan kerugian bagi ibu hamil akan mengalami penurunan Hb.

12) Pemberian Obat Malaria (T12).

Diberikan kepada ibu hamil pendatang dari daerah malaria juga kepada ibu hamil dengan gejala malaria yakni panas tinggi disertai menggigil dan hasil apusan darah yang positif.

13) Pemberian Kapsul Minyak Yodium (T13).

Diberikan pada kasus gangguan akibat kekurangan yodium di daerah endemis yang dapat berefek buruk terhadap tumbuh kembang manusia.

14) Temu Wicara / Konseling (T14)

Temu wicara dalam rangka persiapan rujukan. Memberikan saran yang tepat kepada ibu hamil, suami serta keluarganya tentang tanda-tanda resiko kehamilan.

3. Obesitas

a. Pengertian

Obesitas berasal dari bahasa latin yang artinya “makan berlebihan“. Secara umum kegemukan dan obesitas merupakan kelebihan berat badan karena penimbunan lemak tubuh yang berlebihan (dibandingkan dengan komponen tu buh lainnya) sebagai akibat dari ketidakseimbangan antara masukan energi dan pemakaiannya (Sudirtayasa dan wayan, 2015).

b. Penyebab

Obesitas terjadi jika dalam suatu periode waktu, lebih banyak kilo kalori yang masuk melalui makanan daripada yang digunakan untuk menunjang kebutuhan energi tubuh, dengan kelebihan energi tersebut disimpan sebagai trigliserida di jaringan lemak (Sherwood, 2012).

Menurut Fauci *et al.* (2009) dalam Harrison's (2009), obesitas dapat disebabkan oleh peningkatan masukan 10 energi, penurunan pengeluaran energi, atau kombinasi keduanya. Obesitas disebabkan oleh banyak faktor, antara lain genetik, lingkungan, psikis, kesehatan, obat-obatan, perkembangan dan aktivitas fisik.

1) Faktor genetik

Obesitas cenderung diturunkan, sehingga diduga memiliki penyebab genetik. Selain faktor genetik pada keluarga, gaya hidup dan kebiasaan mengonsumsi makanan tertentu dapat mendorong terjadinya obesitas. Penelitian menunjukkan bahwa rerata faktor genetik memberikan pengaruh sebesar 33% terhadap berat badan seseorang (Farida, 2009).

2) Faktor lingkungan

Lingkungan termasuk perilaku atau gaya hidup juga memegang peranan yang cukup berarti terhadap kejadian obesitas (Farida, 2009).

3) Faktor psikis

Banyak orang yang memberikan reaksi terhadap emosinya dengan makan. Salah satu bentuk gangguan emosi adalah persepsi diri yang negatif. Ada dua pola makan abnormal yang dapat menjadi penyebab obesitas, yaitu makan dalam jumlah sangat banyak dan makan di malam hari (Farida, 2009).

4) Aktivitas fisik

Kurangnya aktivitas fisik kemungkinan merupakan salah satu penyebab utama dari meningkatnya angka kejadian obesitas pada masyarakat. Orang yang tidak aktif memerlukan lebih sedikit kalori. Seseorang yang cenderung mengonsumsi makanan kaya lemak dan tidak melakukan aktivitas fisik yang seimbang akan mengalami obesitas (Farida, 2009).

c. Patofisiologi

Menurut Rosen (2008) dalam Istiqamah (2013) obesitas terjadi akibat ketidakseimbangan masukan dan keluaran kalori dari tubuh serta penurunan aktifitas fisik (*sedentary life style*) yang menyebabkan penumpukan lemak di sejumlah bagian tubuh.

Penelitian menemukan bahwa pengontrolan nafsu makan dan tingkat kekenyangan seseorang diatur oleh mekanisme neural dan humoral (neurohumoral) yang dipengaruhi oleh genetik, nutrisi, lingkungan, dan sinyal psikologis (Sherwood, 2012).

Pengaturan keseimbangan energi diperankan oleh hipotalamus melalui 3 proses fisiologis, yaitu pengendalian rasa lapar dan kenyang, mempengaruhi laju pengeluaran energi dan regulasi sekresi hormon. Proses dalam pengaturan penyimpanan energi ini terjadi melalui sinyal - sinyal eferen (yang berpusat di hipotalamus) setelah mendapatkan sinyal aferen dari perifer (jaringan adiposa, usus dan jaringan otot). Sinyal - sinyal tersebut bersifat anabolik (meningkatkan rasa lapar serta menurunkan pengeluaran energi) dan dapat pula bersifat katabolik (anoreksia, meningkatkan pengeluaran energi) dan dibagi menjadi 2 kategori, yaitu sinyal pendek dan sinyal panjang (Sherwood, 2012).

Sinyal pendek mempengaruhi porsi makan dan waktu makan, serta berhubungan dengan faktor distensi lambung dan peptida gastrointestinal, yang diperankan oleh kolesistokinin (CCK) sebagai stimulator dalam peningkatan rasa lapar. Sinyal panjang diperankan

oleh *fat-derived* hormon leptin dan insulin yang mengatur penyimpanan dan keseimbangan energi (Sherwood, 2012).

Apabila asupan energi melebihi dari yang dibutuhkan, maka jaringan adiposa meningkat disertai dengan peningkatan kadar leptin dalam peredaran darah. Kemudian, leptin merangsang *anorexigenic center* di hipotalamus agar menurunkan produksi *Neuro Peptida Y* (NPY) sehingga terjadi penurunan nafsu makan. Demikian pula sebaliknya bila kebutuhan energi lebih besar dari asupan energi, maka jaringan adiposa berkurang dan terjadi rangsangan pada *orexigenic center* di hipotalamus yang menyebabkan peningkatan nafsu makan. Pada sebagian besar penderita obesitas terjadi resistensi leptin, sehingga tingginya kadar leptin tidak menyebabkan penurunan nafsu makan (Jeffrey, 2009).

d. Klasifikasi

Arora (2008) dalam Sanjaya (2015) menyatakan bahwa obesitas dapat dinilai dengan berbagai cara atau metode antara lain pengukuran IMT (Index Massa Tubuh). IMT Indeks massa tubuh (IMT) adalah ukuran yang menyatakan komposisi tubuh, perimbangan antara berat badan dengan tinggi badan. Metode ini dilakukan dengan cara menghitung BB/TB^2 dimana BB adalah berat badan dalam kilogram dan TB adalah tinggi badan dalam meter.

Tabel 1.6

Klasifikasi IMT selama hamil

Klasifikasi IMT menurut WHO	IMT (kg/m ²)
Berat badan kurang	< 18,5
Kisaran Normal	18,5 – 22,9
Berat Badan Lebih	≥ 23,0
Berisiko	23,0 – 24,9
Obes I	25,0 – 29,9
Obes II	≥ 30,0

Sumber: WHO (2009)

e. Dampak Obesitas

1) Bagi Ibu

Obesitas meningkatkan risiko terjadinya kelainan medis dalam kehamilan seperti diabetes gestasional, preeklampsia, obstruksi saluran nafas (*sleep apneu*), asma, dan *low back pain*. (Sudirtayasa dan Wayan 2015).

Kondisi IMT yang tinggi akan membuat beban tubuh semakin bertambah karena adanya penimbunan lemak diperut yang mengakibatkan penekanan pada tulang belakang sehingga tulang belakang menjadi tidak stabil (Meliala, 2013). Tulang belakang yang tidak stabil akan mudah mengalami kerusakan pada struktur tulangnya dan sangat membahayakan terutama pada bagian vertebra lumbal (Purnamasari, 2010).

Menurut De Paiva et al. (2012) dalam Sanjaya (2015: 58) berkaitan dengan proses persalinannya sendiri wanita tersebut akan

mebutuhkan waktu persalinan yang lebih lama dengan risiko tindakan seksio sesaria lebih tinggi. Obesitas meningkatkan risiko terjadinya perdarahan dan infeksi postpartum, termasuk kegagalan dalam proses laktasi, hal tersebut mungkin disebabkan oleh respon prolaktin pada wanita dengan obesitas sehingga akan meningkatkan penggunaan susu formula yang mana cenderung menimbulkan obesitas pada bayi tersebut.

Dari beberapa literatur menunjukkan bukti bahwa kontraksi uterus pada wanita obesitas terganggu (Huda, 2010). Pada obesitas terjadi gangguan proliferasi limfosit dan penurunan produksi CD8+ dan NKT sel sehingga meningkatkan risiko terjadinya infeksi luka jahit paska persalinan, infeksi saluran kemih, serta penggunaan antibiotik yang lebih lama dibandingkan dengan wanita berat badan normal (Sarbuttama, 2013).

Hasil Penelitian di Amerika diketahui bahwa ibu bersalin dengan obesitas berhubungan dengan perubahan pada plasenta, serviks, dan miometrium yang dapat memperlambat persalinan dan juga sinkronisasi kontraksi uterus. Hasil penelitian dua kohort prospektif, peningkatan IMT ibu secara klinis berhubungan dengan *protracted labor*. Waktu yang dibutuhkan terjadi dilatasi penuh pada ibu obesitas ($IMT \geq 40 \text{ kg/m}^2$) secara signifikan lebih lama dari ibu dengan IMT normal. Hal ini juga terkait dengan lamanya proses persalinan karena kontraktilitas otot uterus merupakan penentu utama dari kemajuan persalinan. Peningkatan prevalensi persalinan

lama dan inersia uteri membutuhkan induksi dengan oksitosin karena wanita obesitas akan mengalami penurunan kontraktilitas uterus. Obesitas pada wanita hamil memiliki kecenderungan bawaan untuk memiliki kontraksi yang lemah sehingga menyebabkan gangguan kontraksi uterus (Lina et al, 2018).

2) Bagi Janin

Menurut Rowland (2010) dalam Sanjaya (2015) risiko untuk terjadi komplikasi seperti kelainan kongenital, makrosomia, distosia bahu dan kemungkinan menderita obesitas dan diabetes pada saat dewasa menjadi lebih besar.

Distosia bahu ada hubungannya dengan obesitas ibu, penambahan berat badan yang berlebihan, bayi berukuran besar riwayat saudara kandung yang besar, dan diabetes pada ibu. Ibu yang mengalami obesitas sehingga ruang gerak janin ketika melewati jalan lahir lebih sempit karena ada jaringan berlebih pada jalan lahir dibanding ibu yang tidak mengalami obesitas (Oxorn, 2010).

Beberapa penelitian menunjukkan peningkatan risiko kelainan kongenital sehubungan dengan obesitas pada ibu. Kelainan tersebut antara lain defek tabung saraf (DTS), defek jantung, abnormalitas saluran cerna, omfalokel, *orofacial cleft* dan kelainan kongenital lainnya pada sistem saraf pusat (Kither, 2012).

Adoma (2013) dalam Sanjaya (2015) menyatakan bahwa pada penelitian epidemiologi didapatkan bahwa wanita hamil

obesitas dengan janin over nutrisi berpotensi untuk tumbuh menjadi obesitas. Penelitian tersebut menunjukkan bayi yang lahir dari ibu obesitas memiliki massa lemak yang lebih banyak dibandingkan dengan bayi yang lahir dari ibu dengan BMI normal.

Gunatilake (2011) dalam Hana (2018) bukan hanya bayi makrosomia yang ditemukan pada kehamilan dengan obesitas tetapi juga didapatkan bayi IUGR (*Intra Uterine Growth Restriction*) hal ini terjadi terlebih apabila sudah ada penyakit penyerta seperti diabetes mellitus dan hipertensi. Oleh karena sulitnya mengevaluasi pertumbuhan janin melalui pengukuran tinggi TFU sehubungan dengan anatomi wanita obesitas maka pengukuran dengan USG sangat dianjurkan.

f) Asuhan Ibu Hamil dengan Obesitas

Gunatilake (2011) dalam Hana (2018) menyatakan bahwa idealnya intervensi yang dilakukan sehubungan dengan obesitas dan kehamilan dilakukan pada masa prakonsepsi yang kemudian dilanjutkan saat kehamilan dan persalinan, namun yang sering terjadi adalah kehamilan sudah terdiagnosa sebelum dilakukan intervensi prakonsepsi. Namun pemeriksaan fisik yang menyeluruh harus dilakukan dan lebih ditekankan sehingga informasi yang didapatkan bisa menegakan suatu kelainan medis.

Gunatilake (2011) dalam Hana (2018) menyatakan bahwa pasien obesitas harus mendapatkan konseling tentang diet nutrisi sehubungan dengan penambahan berat badan selama kehamilan karena

penambahan berat badan yang berlebih berhubungan erat dengan bayi makrosomia, tindakan operatif pervaginam, seksio sesaria serta komplikasi pada neonatal dengan meningkatnya perawatan di NICU.

Menurut Vinter (2012) dalam Sanjaya (2015) berikut adalah tabel pertambahan berat badan yang direkomendasikan selama kehamilan termasuk pada penderita obesitas.

Tabel 1.7

Rekomendasi kenaikan badan selama kehamilan

Category	Kilograms
Underwight BMI < 18.5 kg/m ²	12.5 to 18
Normal BMI 18.5 to 24.9 kg/m ²	11.5 to 16
Overweight BMI 25 to 29.9 kg/m ²	7 to 11.5
Obese BMI > 30 kg/m ²	5 to 9.1

Sumber: Gunatilake (2011)

Gunatilake (2011) dalam Hana (2018) menyatakan bahwa diet sehat dengan pengurangan asupan kalori yang dikombinasi dengan aerobik setiap hari direkomendasikan oleh *American College of Obstetricians and Gynecologist (ACOG)*. Aktivitas fisik seperti olah raga dapat direkomendasikan pada wanita hamil dengan obesitas tanpa komplikasi (kontraindikasi absolut) seperti pecah ketuban, partus prematurus iminen, hipertensi dalam kehamilan, inkompetensi serviks, kehamilan dengan pertumbuhan janin terhambat, kehamilan multiple (≥ 3), plasenta previa setelah trimester II, diabetes mellitus tipe I yang tidak terkontrol, penyakit tiroid, penyakit jantung dan saluran pernafasan serta penyakit gangguan sistemik. Olah raga yang dianjurkan

adalah yang tidak mengutamakan penggunaan berat badan dan yang jauh dari kemungkinan trauma abdomen.

Seneviratne (2014) dalam Sanjaya (2015) menyatakan bahwa walaupun begitu belum ada satupun teknik yang tepat untuk semua wanita obesitas karena hal tersebut tergantung dari masing-masing individu dan ahli yang menanganinya.

Seneviratne (2014) dalam Sanjaya (2015) menyatakan bahwa ada beberapa prosedur yang direkomendasikan sehubungan dengan nutrisi dan aktivitas sebelum konsepsi dan selama kehamilan. Jika wanita hamil memiliki aktivitas yang rendah direkomendasikan untuk melakukan aktivitas ringan selama 15 menit 3 kali dalam seminggu kemudian dapat ditingkatkan selama 30 menit setiap hari sesuai yang dapat ditoleransi.

Tabel 1.8

Kebutuhan gizi wanita hamil usia 19-29 tahun

Status	Energi (kkal)	Protein (g)	Vit.A (mcg)	Vit. B6 (mg)	Folat (mcg)	Vit. B12 (mcg)	Ca (mg)	Fe (mg)	I2 (mcg)
TM 1	2,430	76	800	1.7	600	2.6	1,300	26	220
TM 2	2,550	76	800	1.7	600	2.6	1,300	35	220
TM 3	2,550	76	800	1.7	600	2.6	1,300	39	200

Sumber: Departemen Kesehatan RI (2016)

Buchur (2012) dalam Sanjaya (2015) menyatakan bahwa bagi ibu hamil yang aktivitasnya telah tinggi maka tidak dianjurkan untuk melakukan olah raga yang berlebihan. Nutrisi yang seimbang dan olah

raga yang sesuai dapat memberikan dampak yang baik bagi wanita hamil dengan obesitas.

Tabel 1.9

Makanan sumber folat, zat besi, kalsium, iodium, dan vitamin B12

Zat gizi	Sumber makanan
Folat	sayuran hijau (bayam, kale, sawi hijau, selada, dsb), brokoli, asparagus, papaya, alpukat, kacang-kacangan, pasta, hati ayam
Zat besi	sayuran hijau (bayam, kale, sawi hijau, dsb), brokoli, asparagus, papaya, alpukat, kacang-kacangan, pasta, hati ayam
Kalsium	ikan teri, susu, kale, brokoli, yoghurt, bhokcoy
Iodium	Ikan laut, yoghurt, rumput laut, udang, kerang
Vit B12	Hati, ikan, tahu, susu kedelai, daging sapi, keju, telur

Sumber: Departemen Kesehatan RI (2016)

Menurut Departemen Kesehatan RI (2016) untuk memenuhi kebutuhan gizi yang meningkat saat hamil, ibu hamil disarankan untuk mengonsumsi makanan yang bergizi, beragam, dan berimbang. Bergizi maksudnya memenuhi kebutuhan gizi makro (karbohidrat, protein, dan lemak) maupun mikro (vitamin dan mineral), tetapi juga tidak berlebihan. Jika berlebih juga dapat mengakibatkan obesitas dan meningkatkan risiko diabetes melitus dan penyakit lainnya. Selain itu, disarankan juga untuk mengonsumsi berbagai varian makanan yang berbeda.

Tabel 1.10

Contoh menu dalam satu hari pada ibu hamil

Waktu	Menu	Bahan	Berat (g)
Sarapan	Nasi		200
	Capcay	Brokoli	50
		Wortel	50
		Buncis	50
		Jamur	50
		Tahu	70
	jus alpukat		70
snack pagi	sandwich tuna	roti gandum	70
		Selada	30
		Tomat	30
		Tuna	50
	susu kedelai		200
Makan siang	Nasi		200
	ayam goreng		50
	sayur bening	sayur bayam	50
		Wortel	50
		Jagung	30
	bakwan jagung	Tepung	30
		minyak goreng	5
	Jeruk		110
	snack sore	kue bolu	
susu kedelai			200
makan malam	Nasi		100
	ayam goreng		50
	sayur bening	sayur bayam	50
		Wortel	50
		Jagung	30
	bakwan jagung	Tepung	30
		minyak goreng	5
	Jeruk		110

Sumber: Departemen Kesehatan RI (2016)

g) Manajemen Antenatal

Gunatilake (2011) dalam Sanjaya (2015) menyatakan bahwa diperlukan manajemen yang tepat dan berkelanjutan dan melibatkan beberapa disiplin ilmu guna memperoleh hasil kehamilan yang optimal. Pada trimester III merupakan suatu periode kritis dimana masalah ibu-janin mulai menunjukkan manifestasinya secara klinis dan berkontribusi terhadap hasil luaran yang tidak baik. Obesitas sangat berisiko untuk

terjadinya kelahiran prematur, yang mana dari beberapa penelitian menunjukkan bahwa persalinan prematur tersebut lebih diakibatkan oleh komplikasi medis yang terjadi seperti diabetes mellitus dan hipertensi. Data terbaru juga menggambarkan bahwa tingginya BMI prakonsepsi serta penambahan berat badan selama kehamilan berkorelasi dengan lamanya usia kehamilan yang tampak dengan tingginya risiko kehamilan post date serta meningkatnya kebutuhan untuk dilakukannya induksi persalinan.

Gunatilake (2011) dalam Sanjaya (2015) menyatakan bahwa pasien obesitas dengan hipertensi kronis harus dimonitoring secara ketat karena sangat berisiko untuk berkembang menjadi superimposed preeklampsia, ketika pemeriksaan tekanan darah dilakukan pada pasien tersebut maka yang perlu diperhatikan adalah pemakaian cuff yang sesuai. Pada pasien obesitas yang telah dilakukan skrining gula darah pada trimester awal dan hasilnya normal maka dapat dilakukan pemeriksaan ulang pada usia kehamilan 24-28 minggu. Secara epidemiologi wanita hamil dengan obesitas memiliki risiko 2-3 kali untuk terjadinya IUID (*Intra Uterine Fetal Death*), walaupun faktor-faktor *co-morbid* seperti diabetes mellitus dan hipertensi sudah terkontrol. Mekanisme pasti terjadinya hal tersebut sampai saat ini belum secara jelas dapat dipahami, namun beberapa hipotesis mencoba menjelaskan bagaimana terjadinya hal itu yaitu bahwa obesitas meningkatkan mediator inflamasi yang berakibat pada disfungsi endothelial, termasuk kadar gula darah yang tidak terkontrol pada diabetes mellitus yang tidak terdiagnosa sebelumnya juga memainkan peranan penting untuk terjadinya fetal anomali. Sehingga hal ini menjadi alasan

untuk melakukan pemeriksaan antenatal yang lebih sering pada trimester ke-3.

Gunatilake (2011) dalam Sanjaya (2015) menyatakan bahwa wanita hamil dengan obesitas 2 kali berisiko melahirkan bayi makrosomia dengan segala sekuele yang ditimbulkannya walaupun faktor predisposisinya seperti diabetes mellitus sudah dikontrol. Bukan hanya bayi makrosomia yang ditemukan pada kehamilan dengan obesitas tetapi juga didapatkan bayi IUGR (*Intra Uterine Growth Restriction*) hal ini terjadi terlebih apabila sudah ada penyakit penyerta seperti diabetes mellitus dan hipertensi. Oleh karena sulitnya mengevaluasi pertumbuhan janin melalui pengukuran TFU sehubungan dengan anatomi wanita obesitas maka pengukuran dengan USG sangat dianjurkan. Informasi yang didapatkan digunakan sebagai dasar pemilihan *mode of delivery* (MOD).

Berikut adalah manajemen praktis sehubungan dengan wanita hamil dengan berat badan lebih atau obesitas (Shaikh, 2010) :

- (1) Konseling prakonsepsi
 - (a) Perubahan gaya hidup
 - (b) Konsumsi asam folat 5 mg jika BMI > 35
 - (c) Pemberian vitamin D 10 ug selama hamil dan menyusui
- (2) Antenatal
 - (a) Dokumentasi tinggi dan berat badan selama kehamilan

- (b) Dokumentasikan obesitas sebagai faktor risiko dan konsultasikan pada disiplin ilmu lain secara tepat
 - (c) Ukur tekanan darah dengan menggunakan ukuran cuff yang sesuai
 - (d) Identifikasi faktor risiko tromboemboli dan berikan pencegahan yang tepat
 - (e) Tawarkan pemeriksaan gula darah
 - (f) Tawarkan untuk konsultasi dengan ahli anestesi dan rencana persalinan
- (3) Perinatal
- (a) Perencanaan persalinan di fasilitas kesehatan yang tersedia ahli kebidanan dan anestesi
 - (b) Antisipasi terhadap kesulitan sehubungan dengan tindakan intubasi dan epidural
 - (c) Manajemen aktif kala III
 - (d) Pemberian antibiotik profilaksis sebelum tindakan bedah
 - (e) Identifikasi faktor risiko terjadinya tromboemboli dan gunakan pencegahan yang tepat
- (4) Postpartum
- (a) Motivasi untuk pemberian ASI
 - (b) Pemberian informasi dan edukasi sehubungan dengan perubahan pola hidup dan perencanaan kehamilan yang berikutnya

- (c) Jika sebelumnya dengan diagnosa diabetes mellitus gestasional maka sarankan pemeriksaan rutin sehubungan dengan kemungkinan terjadinya diabetes mellitus tipe II.
4. Perubahan fisiologis pada kehamilan trimester III menurut Wilkinson Robisson (2013) terjadi pada :

a. Uterus

Uterus mulai menekan kearah tulang belakang, menekan vena kava dan aorta sehingga aliran darah tertekan. Pada akhir kehamilan sering terjadi kontraksi uterus yang disebut his palsu (*braxton hicks*). Itmus uteri menjadi bagian korpus dan berkembang menjadi segmen bawah rahim yang lebih lebar dan tipis, servik menjadi lunak sekali dan lebih mudah dimasuki dengan satu jari pada akhir kehamilan.

Menurut Wilkinson Robisson (2013) dari 25 populasi diambil sampel 10 ibu hamil dengan mengamati gerakan pernafasan janin dalam jangka waktu 100 menit menggunakan tocograf eksternal. Selama selang waktu 100 menit, ditemukan 82 kontraksi *Braxton Hicks* pada awal pengkajian. Perubahan yang signifikan terjadi pada tingkat pernafasan janin yang terjadi sebelum puncak kontraksi. Saat puncak kontraksi, terjadi penurunan aktivitas uterus.

b. Sirkulasi Darah dan Sistem Respirasi

Volume darah meningkat 25% dengan puncak pada kehamilan 32 minggu diikuti pompa jantung meningkat 30%. Ibu

hamil sering mengeluh sesak nafas akibat pembesaran uterus yang semakin mendesak kearah diafragma.

c. Traktus digestivus

Ibu hamil dapat mengalami nyeri ulu hati dan regurgitasi karena terjadi tekanan keatas uterus. Sedangkan pelebaran pembuluh darah pada rectum, bisa terjadi.

d. Traktus urinarius

Bila kepala janin mulai turun ke PAP, maka ibu hamil akan kembali mengeluh sering kencing.

e. Sistem muskulus skeletal

Membesarnya uterus sendi pelvik pada saat hamil sedikit bergerak untuk mengkompensasi perubahan bahu lebih tertarik kebelakang, lebih melengkung, sendi tulang belakang lebih lentur sehingga mengakibatkan nyeri punggung.

f. Kulit

Terdapat striae gravidarum, mengeluh gatal, kelenjar sebacea lebih aktif. Berat badan akan mengalami kenaikan sekitar 5,5 kg.

g. Metabolisme

Perubahan metabolisme seperti terjadi kenaikan metabolisme basal sebesar 15-20% dari semula, terutama pada trimester ketiga, penurunan keseimbangan asam basa dari 155 mEq per liter menjadi 145 mEq per liter akibat hemodelusi darah dan kebutuhan mineral yang diperlukan janin. Kebutuhan protein wanita hamil makin tinggi untuk pertumbuhan dan perkembangan janin, perkembangan organ

kehamilan, dan persiapan laktasi. Dalam makanan diperlukan protein tinggi sekitar 0,5 g/kg berat badan atau sebutir telur ayam sehari. Kebutuhan kalori didapat dari karbohidrat, lemak dan protein. Kebutuhan zat mineral untuk ibu hamil seperti : kalsium 1,5 gram setiap hari dan 30-40 gram untuk pembentukan tulang janin, Fosfor rata-rata 2 gram dalam sehari, Zat besi 800 mg atau 30-50 mg per hari dan air yang cukup.

h. Kardiovaskuler

Volume darah total ibu hamil meningkat 30-50%, yaitu kombinasi antara plasma 75% dan sel darah merah 33% dari nilai sebelum hamil. Peningkatan volume darah mengalami puncaknya pada pertengahan kehamilan dan berakhir pada usia kehamilan 32 minggu, setelah itu relative stabil.

Postur dan posisi ibu hamil mempengaruhi tekanan arteri dan tekanan vena. Posisi terlentang pada akhir kehamilan, uterus yang besar dan berat dapat menekan aliran balik vena sehingga pengisian dan curah jantung menurun. Terdapat penurunan tekanan darah normal pada ibu hamil yaitu tekanan sistolik menurun 8 hingga 10 poin, sedangkan tekanan diastolic mengalami penurunan sekitar 12 poin. Pada kehamilan juga terjadi peningkatan aliran darah ke kulit sehingga memungkinkan penyebaran panas yang dihasilkan dari metabolisme.

5. Ketidaknyamanan TM III dan Cara Mengatasi (Kusmiyati, 2009).

a. Nyeri Punggung Bagian Bawah (Nyeri Pinggang)

Pengertian Nyeri punggung bawah adalah rasa nyeri yang dirasakan di daerah punggung bawah. Nyeri ini terasa diantara sudut iga terbawah sampai lipat bokong bawah yaitu di daerah lumbal atau lumbo-sakral dan sering disertai dengan penjalaran nyeri ke arah tungkai dan kaki.

b. Patofisiologi

Rasa nyeri dan pegal di bagian punggung sebenarnya disebabkan karena pergeseran titik keseimbangan tubuh akibat beban berat pada perut. Pada saat hamil, setengah dari berat tubuh terletak didepan. Untuk menjaga keseimbangan, tanpa sadar biasanya bahu akan condong kebelakang.

Posisi tubuh yang salah dan dipaksakan secara menetap inilah yang menyebabkan ketegangan otot pada bagian punggung. Spasme pada otot punggung ini akan terus berlangsung selama kehamilan jika tidak ditangani, karena postur yang menyebabkan spasme ini mengakibatkan nyeri pada punggung bahkan menjalar sampai ke pinggul.

Perubahan patologi ditandai dengan adanya nyeri yang bertambah saat melakukan gerakan (nyeri gerak), dan juga adanya nyeri saat dilakukan penekanan (nyeri tekan), kesalahan sikap misalnya cara duduk, cara berdiri, dan berjalan, nyeri berkurang saat digunakan untuk berbaring.

c. Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi nyeri punggung bawah pada masa kehamilan antara lain:

- 1) Penambahan berat badan,
- 2) Perubahan postur tubuh yang berlangsung dengan cepat
- 3) Nyeri punggung terdahulu,
- 4) Peregangan berulang, dan
- 5) Peningkatan kadar hormon relaksin.

Postur tubuh yang tidak tepat akan memaksa peregangan tambahan dan kelelahan pada tubuh ibu hamil, terutama pada bagian tulang belakang, sehingga hal ini dapat menyebabkan rasa sakit dan nyeri pada bagian tersebut.

Nyeri tersebut bisa muncul seiring dengan pertambahan berat badan. Perubahan mobilitas dapat ikut berpengaruh pada perubahan postur tubuh dan dapat menimbulkan rasa tidak enak di punggung bagian bawah. Apalagi janin berkembang semakin besar sehingga punggung mudah tertarik atau merenggang.

Selama kehamilan, sambungan antara tulang pinggul mulai melunak dan lepas. Ini persiapan untuk mempermudah bayi lahir. Rahim bertambah berat, akibatnya, pusat gravitasi tubuh berubah. Secara bertahap, ibu hamil mulai menyesuaikan postur dengan cara berjalan.

Hormon-hormon membantu melenturkan sendi-sendi, tulang-tulang dan otot-otot untuk persiapan kelahiran. Tapi hormon juga

menjadikan lebih rentan mengalami terkilir dan rasa tegang selama kehamilan terutama di punggung bagian bawah.

d. Gejala nyeri punggung

Nyeri merupakan perasaan yang sangat subjektif dan tingkat keparahannya sangat dipengaruhi oleh pendapat pribadi dan keadaan saat nyeri punggung dapat sangat bervariasi dari satu orang ke orang lain.

Gejala tersebut meliputi:

- 1) Sakit
- 2) Kekakuan
- 3) Rasa baal atau mati rasa
- 4) Kelemahan
- 5) Rasa kesemutan (seperti ditusuk peniti dan jarum)

e. Penanganan Nyeri Punggung Bawah pada Masa Kehamilan

Untuk meringankan nyeri punggung bawah yang sering dirasakan oleh ibu hamil dapat dilakukan beberapa hal, antara lain:

1) Praktek postur yang baik

Saat janin semakin membesar, pusat gravitasi tubuh bergeser ke depan. Hal ini akan menarik otot-otot di punggung bawah yang dapat menyebabkan sakit punggung. Jadi cobalah busungkan pantat ke belakang, tarik bahu, berdiri lurus dan tinggi.

2) Berolahraga

Olahraga secara rutin akan membuat tubuh lentur dan nyaman, selain menunjang sirkulasi darah. Hal ini tentu sangat

berguna bagi ibu hamil yang sering dilanda stres. Untuk latihan yang dapat dilakukan umumnya berkisar pelepasan punggung, otot leher, dan kekuatan kaki.

3) Pijat

Pijat bagian tubuh belakang bawah sering dapat membantu menghilangkan lelah dan sakit otot. Cobalah mencondongkan tubuh ke depan di sandaran kursi atau berbaring menyamping. Pasangan Anda bisa dengan lembut memijat otot-otot sisi tulang belakang atau berkonsentrasi pada punggung bawah.

4) Mandi air hangat

Mandi air hangat, menempelkan paket bungkus berisi air panas atau pancuran air hangat yang diarahkan pada punggung bisa membantu dengan nyeri punggung.

5) Menggunakan bantal di bawah perut saat tidur

Tidur menyamping dengan bantal ditempatkan di bawah perut telah terbukti mengurangi nyeri punggung.

C. Konsep Dasar Persalinan

1. Pengertian Persalinan

Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai penyulit (JNPK-KR, 2013).

2. Tahap Persalinan

a. Kala I

Kala I adalah kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan nol sampai pembukaan lengkap. Lamanya kala I untuk primigravida berlangsung 12 jam sedangkan multigravida sekitar 8 jam. Berdasarkan kurva *Friedman*, diperhitungkan pembukaan primigravida 1 cm/jam dan pembukaan multigravida 2 cm/jam (Manuaba, 2010). Kala pembukaan dibagi menjadi dua fase, yaitu (JNPK-KR, 2013):

- 1) Fase laten : pembukaan serviks, sampai ukuran 3 cm, berlangsung dalam 7-8 jam.
- 2) Fase aktif : berlangsung \pm 6 jam, dibagi atas 3 sub fase yaitu :
 - a) Periode Akselerasi berlangsung 2 jam, pembukaan menjadi 4 cm.
 - b) Periode Dilatasi maksimal maksimal selama 2 jam, pembukaan berlangsung sangat cepat menjadi 9 cm.
 - c) Periode Diselerasi berlangsung lambat, selama 2 jam pembukaan menjadi 10 cm atau lengkap.

b. Kala II (kala pengeluaran janin).

Kala II adalah mulai dari dilatasi serviks penuh sampai diikuti kelahiran bayi. Menurut Manuaba (2010) lama persalinan pada primigravida 1 - 1,5 jam sedangkan pada multigravida 0,5 - 1 jam ada. Tanda dan gejala persalinan pada seorang wanita, yaitu:

- 1) Kekuatan his makin sering terjadi dan teratur dengan jarak kontraksi yang semakin pendek.
- 2) Dapat terjadi pengeluaran lender atau lendir bercampur darah.

- 3) Dapat disertai ketuban pecah.
- 4) Pada pemeriksaan dalam, dijumpai perubahan serviks (perlunakan serviks, pendataran serviks, terjadi pembukaan serviks).

c. Kala III (kala uri).

Kala III menurut Manuaba (2010) adalah persalinan yang terjadi setelah kelahiran bayi dan melibatkan uterus yang berkontraksi dan mengecil dengan durasi waktu pada primigravida 15 menit dan multigravida 10 menit. Pada kala III terjadi perlepasan plasenta dengan tiga tanda yaitu adanya perubahan bentuk dan tinggi fundus, tali pusat memanjang dan semburan darah mendadak singkat. Lakukanlah manajemen aktif kala III seperti pemberian suntikan oksitosin, melakukan peregangan tali pusat terkendali, dan masase fundus uteri.

d. Kala IV (2 jam post partum).

Kala IV adalah kala pengawasan dari 1-2 jam setelah bayi dan plasenta lahir untuk memantau kondisi ibu. Harus diperiksa setiap 15 menit selama 1 jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua (Saifuddin, 2010).

3. Obesitas Pada Persalinan

Gunatilake (2011) dalam Sanjaya (2015) menyatakan bahwa pengukuran tanda-tanda vital pada pasien dengan obesitas juga terkadang menimbulkan kesulitan, contohnya dalam pengukuran tekanan darah karena jaringan lemak yang tebal maka membutuhkan *cuff* yang tepat untuk menghasilkan pengukuran yang akurat. Pada wanita hamil dengan obesitas yang inpartu harus dilakukan observasi tanda vital secara ketat termasuk

monitoring janin yang mana akan lebih sulit sehubungan dengan anatomi ibu. Yang perlu ditekankan bahwa pada pasien dengan obesitas memiliki risiko untuk pemanjangan waktu dari fase aktif dan terkadang membutuhkan akselerasi dengan oksitosin yang dosisnya lebih tinggi dari BMI normal.

Gunatilake (2011) dalam Sanjaya (2015) menyatakan bahwa wanita hamil inpartu dengan BMI $> 30 \text{ kg/m}^2$ memiliki risiko 1,5 kali sedangkan BMI $> 40 \text{ kg/m}^2$ berisiko 2 kali untuk persalinan yang berakhir dengan *operative vaginal delivery*, yang mana berkaitan dengan tingginya angka morbiditas baik terhadap bayi maupun ibu. Dari beberapa laporan juga mengatakan kejadian distosia bahu (2,7 kali) dan trauma jalan lahir lebih sering terjadi pada wanita hamil dengan obesitas.

Menurut Gunatilake (2011) dalam Sanjaya (2015) obesitas juga berkontribusi terhadap terjadinya kegagalan dalam induksi persalinan. Pada suatu analisa diperoleh data bahwa wanita dengan BMI $> 40 \text{ kg/m}^2$ membutuhkan kadar oksitosin yang lebih tinggi dan waktu yang lebih lama (5,0 unit dan 8,5 jam) dibandingkan dengan BMI normal (2,6 unit dan 6,5 jam). Pada penelitian di Eropa yang mengobservasi > 200.000 persalinan ditemukan wanita dengan BMI $> 40 \text{ kg/m}^2$ berisiko 4 kali untuk dilakukan seksio sesaria oleh karena tidak adanya kemajuan persalinan, bahkan apabila terjadi persalinan normal maka kemajuan persalinannya lebih lambat pada wanita obesitas, pada penelitian prospektif terhadap 509

nullipara didapatkan rata-rata kemajuan dilatasi serviks lambat dan apabila dilakukan induksi juga membutuhkan waktu yang lebih panjang. Penelitian lain juga menunjukkan hasil durasi rata-rata dilatasi serviks 4-10 cm lebih lama pada wanita *overweight* dan obesitas dibandingkan dengan BMI normal (7,5; 7,9; 6,2 jam), mekanisme terjadinya keadaan ini hingga saat ini belum diketahui secara pasti. Namun pada percobaan *in vitro* saat operasi seksio sesaria didapatkan gangguan kontraksi dari miometrium, gangguan tersebut dalam demonstrasi disebabkan oleh kurangnya atau terganggunya lalu lintas ion kalsium yang mungkin disebabkan oleh perubahan viskositas dan kestabilan membran sel karena tingginya kadar kolesterol. Pendapat lain juga menyatakan bahwa leptin, yaitu suatu bahan yang dilepaskan oleh jaringan lemak menghambat pelepasan oksitosin sehingga menghambat terjadinya kontraksi uterus. Data dari berbagai penelitian menggambarkan bahwa terjadi peningkatan seksio sesaria emergensi maupun elektif pada wanita hamil dengan obesitas, dan korelasi positif ini bukan hanya dilihat dari BMI sebelum hamil tapi juga oleh karena penambahan berat badan yang masif saat hamil. Pada penelitian lain terhadap >16.000 pasien didapatkan angka seksio sesaria pada wanita hamil normal sebesar 20,7% dibandingkan dengan wanita hamil dengan obesitas sebesar 33,8% (BMI 30-34,9 kg/m²), sedangkan wanita dengan BMI > 35kg/m² kejadian seksio sesaria mencapai 50%. Risiko tersebut berkaitan erat dengan komplikasi obesitas terhadap kehamilan seperti bayi makrosomia, bayi IUGR, diabetes mellitus dan hipertensi. Seksio sesaria pada obesitas juga sangat berisiko

berkaitan dengan terjadinya ruptur uterus, plasenta previa, plasenta akreta termasuk kejadian morbiditas peri operatif seperti trauma saat operasi, perdarahan, meningkatnya perawatan di ICU (*Intensive Care Unit*) dan kebutuhan untuk dilakukan transfuse.

D. Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

Menurut Varney (2007) bayi baru lahir adalah bayi yang berusia 0-28 hari.

1. Penanganan bayi baru lahir

a. Pencegahan infeksi (JNPK-KR, 2013)

Sebelum menangani bayi baru lahir, penolong persalinan telah melakukan upaya pencegahan infeksi seperti berikut:

- 1) Cuci tangan sebelum dan sesudah bersentuhan dengan bayi.
- 2) Pakai sarung tangan bersih saat menangani bayi yang belum dimandikan.
- 3) Semua peralatan dan perlengkapan yang akan digunakan telah disterilkan. Khusus untuk bola karet penghisap lender akan dipakai untuk lebih dari satu bayi.
- 4) Handuk, pakaian atau kain yang akan digunakan dalam keadaan bersih (demikian juga dengan timbangan, pita pengukur, termometer, stetoskop).
- 5) Dekontaminasi dan cuci alat setelah digunakan.

2. Penilaian bayi baru lahir

Segera setelah lahir lakukan penilaian awal secara cepat dan tepat (0-30 detik) untuk membuat diagnosa dan dilakukan asuhan

berikutnya, yang dinilai (Sarwono, 2011) yaitu bayi cukup bulan atau tidak, usaha nafas terlihat dari bayi menangis keras, warna kulit sianosis atau tidak, dan gerakan aktif atau tidak. Jika bayi tidak bernafas, menggap-mengap atau lemah maka segera lakukan resistansi bayi baru lahir (JNPK-KR, 2013).

Tabel 1.11

Apgar Score

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

Sumber : Saifuddin (2011)

Klasifikasi asfiksia menurut Saifuddin (2011) yaitu asfiksia ringan (apgar skor 7-10), asfiksia sedang (apgar skor 4-6), asfiksia berat (apgar skor 0-3).

3. Mempertahankan suhu bayi (Sarwono, 2011)

a. Mekanisme kehilangan panas

- 1) Konduksi : melalui kontak langsung antara tubuh bayi dengan permukaan yang dingin. Bayi yang diletakkan di atas meja, tempat tidur atau timbangan yang dingin.
- 2) Konveksi : terjadi saat bayi terpapar dengan udara sekitar yang lebih dingin. Bayi yang dilahirkan atau ditempatkan dalam

ruangan yang dingin, suhu udara di kamar bersalin minimal 20°C dan tidak berangin. Tidak boleh ada pintu dan jendela yang terbuka.

- 3) Evaporasi : terjadi karena menguapnya cairan pada permukaan tubuh bayi lahir karena tidak segera dikeringkan. Hal yang sama dapat terjadi setelah bayi dimandikan. Karena itu bayi harus dikeringkan seluruhnya, termasuk kepala dan rambut, sesegera mungkin setelah dilahirkan menggunakan handuk hangat.
- 4) Radiasi : terjadi saat bayi ditempatkan dekat benda dengan temperature lebih dingin meskipun benda tersebut tidak bersentuhan langsung dengan tubuh bayi.

b. Mencegah Kehilangan Panas

Keringkan bayi segera setelah lahir untuk mencegah terjadinya evaporasi dengan menggunakan handuk atau kain (menyeka tubuh bayi juga termasuk rangsangan taktil untuk membantu memulai pernafasan), dan tidak memandikan bayi selama 6 jam setelah lahir untuk mencegah hipotermi (Depkes RI, 2012).

Inisiasi menyusui dini, berikan bayi kepada ibunya secepat mungkin, kontak dini diantara ibu dan bayi penting untuk kehangatan mempertahankan panas yang besar pada bayi baru lahir dan ikatan batin dengan pemberian ASI (Saifuddin, 2011).

4. Pemeriksaan bayi baru lahir (Muslihatun, 2011)

Dalam waktu 24 jam, apabila bayi tidak mengalami masalah apapun, segeralah melakukan pemeriksaan fisik yang lebih lengkap. Hal penting yang harus dilakukan yaitu:

- a. Periksa bayi di bawah pemancar panas dengan penerangan yang cukup, kecuali ada tanda-tanda jelas bahwa bayi sudah kepanasan.
- b. Untuk kasus bayi baru lahir rujukan, minta orang tua/keluarga bayi hadir selama pemeriksaan dan sambal berbicara dengan keluarga bayi serta sebelum melepaskan pakaian bayi, perhatikan warna kulit, frekuensi nafas, postur tubuh, reaksi terhadap rangsangan dan abnormalitas yang nyata.
- c. Gunakan tempat yang hangat dan bersih untuk pemeriksaan.
- d. Cuci tangan sebelum dan sesudah pemeriksaan, gunakan sarung tangan.
- e. Bersikap lembut pada waktu memeriksa.
- f. Lihat, dengar dan rasakan tiap-tiap detail pemeriksaan *head to toe* secara sistematis.
- g. Jika ditemukan faktor resiko atau masalah, carilah bantuan lebih lanjut dan dokumentasikan setiap hasil pengamatan.

5. Pemeriksaan umum pada bayi (Saifuddin, 2010)

- a. Pemeriksaan tanda-tanda vital meliputi denyut jantung bayi (120-180 kali per menit), suhu tubuh ($36,5^{\circ}\text{C}$ - 37°C), dan pernafasan (40-60 kali per menit).

- b. Pemeriksaan antropometri meliputi berat badan (2500-4000 gram), Panjang badan (44-53 cm), lingkar kepala (31-36 cm) terbagi atas fronto-oksipito (34 cm), bregma-oksipito (32 cm), subment-oksipito (35 cm), lingkar dada (30-33 cm), lingkar lengan (>9,5 cm).
- c. Berikan vitamin K 1 mg IM di paha kiri anterolateral dan setelah 1 jam pemberian vitamin K1 berikan suntikan imunisasi hepatitis B di paha kanan anterolateral.

6. Pemantauan bayi baru lahir

Menurut Saifuddin (2011), tujuan pemantauan bayi baru lahir adalah untuk mengetahui aktivitas bayi normal atau tidak dan identifikasi masalah kesehatan bayi baru lahir yang memerlukan perhatian keluarga dan penolong persalinan serta tindak lanjut petugas kesehatan.

- a. Pemantauan bayi pada 2 jam pertama sesudah kelahiran meliputi kemampuan menghisap bayi kuat atau lemah, bayi tampak aktif atau lunglai, dan bayi kemerahan atau biru.
- b. Sebelum penolong persalinan meninggalkan ibu dan bayi, penolong persalinan melakukan pemeriksaan dan penilaian terhadap ada tidaknya masalah kesehatan yang memerlukan tindak lanjut, seperti bayi kecil untuk masa kehamilan atau kurang bulan, gangguan pernafasan, hipotensi, infeksi, dan cacat bawaan atau trauma lahir.

7. Komplikasi yang terjadi pada bayi dengan riwayat obesitas pada ibu

Menurut Kither (2012) dalam Sanjaya (2015) komplikasi yang ditimbulkan oleh obesitas terhadap hasil konsepsi dimulai sejak awal

konsepsi, antenatal, intrapartum dan postpartum bahkan sampai pada saat dewasa. Komplikasi yang bisa terjadi antara lain :

a. Kelainan kongenital

Beberapa penelitian menunjukkan peningkatan risiko kelainan kongenital sehubungan dengan obesitas pada ibu. Kelainan tersebut antara lain defek tabung saraf (DTS), defek jantung, abnormalitas saluran cerna, omfalokel, *orofacial cleft* dan kelainan kongenital lainnya pada sistem saraf pusat.

Dari beberapa penelitian menunjukkan risiko terjadinya defek tabung saraf meningkat seiring dengan peningkatan BMI dibandingkan dengan BMI normal. Terjadinya kelainan kongenital tersebut belum sepenuhnya dipahami patofisiologinya, diperkirakan sehubungan dengan kadar hiperglikemia yang memicu radikal bebas sehingga agen vasokonstriktor seperti tromboksan meningkat berbanding terbalik dengan agen vasodilator seperti prostasiklin yang menurun akibatnya aliran darah terganggu termasuk disini adalah berkurangnya asupan nutrisi terlebih saat organogenesis. Dilain pihak dalam percobaan pada binatang menunjukkan bahwa suplai bermacam nutrisi yang berlebih seperti glukosa dan asam amino dapat bersifat embriotoksis dimana keadaan tersebut memicu oksigen reaktif terhadap protein, lemak dan DNA di mitochondria sehingga terjadi oksidasi dan kerusakan sel (Stotland, 2009).

Pada penelitian menurut Balsells (2012) dalam Sanjaya (2015) menggambarkan bahwa wanita yang melahirkan bayi dengan

kelainan jantung menunjukkan tingginya kadar kolesterol total, LDL kolesterol, apolipoprotein B, ratio kolesterol total/HDL. Tingginya kadar kolesterol berbanding lurus dengan peningkatan BMI. Tingginya oksidasi LDL kolesterol menginduksi apoptosis dan mempengaruhi *endothelial growth factor* pembuluh darah yang merupakan faktor penting dalam regulasi pembentukan endokardial.

1) Makrosomia

Buschur dan Kim (2012) dalam Sanjaya (2015) mengatakan bahwa pada suatu penelitian kohort prospektif menunjukkan bahwa peningkatan BMI berkorelasi dengan peningkatan kejadian aspirasi mekonium, gawat janin dan rendahnya apgar skor. Wanita dengan obesitas, pregestasional diabetes, gestasional diabetes berisiko untuk melahirkan bayi makrosomia, yaitu bayi dengan berat badan >90 persentil (*LGA*, *Large for Gestasional Age*) atau >4,5kg atau > 2 SD. Dalam penelitian menunjukkan dari 100 bayi yang lahir dengan LGA, 11 diantaranya berasal dari ibu dengan obesitas, sedangkan 4 lahir dari ibu dengan pregestasional diabetes, hal tersebut menunjukkan bahwa prevalensi bayi LGA lebih sering pada wanita dengan obesitas dibandingkan wanita dengan pregestasional diabetes.

Dari literatur disebutkan bahwa kadar trigliserid wanita obesitas merupakan prediktor yang baik untuk memperkirakan

bayi makrosomia pada wanita tersebut baik dengan atau tanpa disertai diabetes dalam kehamilan (Shaikh, 2010).

2) Prematuritas

Dari beberapa literatur menunjukkan perbedaan pendapat bahwa obesitas menyebabkan prematuritas, tetapi lebih cenderung prematuritas disebabkan oleh penyakit yang diderita oleh ibu yang mana risiko kejadiannya meningkat apabila ibu mengalami obesitas (Vaswani, 2013).

3) Antepartum *stillbirth*

Dari penelitian didapatkan bahwa peningkatan BMI sebelum hamil berhubungan dengan kejadian *stillbirth*, patofisiologi yang menerangkan peningkatan risiko terjadinya hal tersebut hingga saat ini belum jelas. Kemungkinannya adalah berhubungan dengan penyakit yang ditimbulkan oleh obesitas seperti diabetes mellitus dan hipertensi. Penjelasan lain penyebabnya adalah oleh karena *sleep apnoe* yang diikuti dengan fetal hipoksia, kelainan metabolisme ibu seperti hiperlipidemia sehingga terjadi plasenta arterosklerosis berakibat menurunnya aliran darah ke plasenta atau kesulitan ibu dalam menilai perburukan gerakan bayi (Huda, 2010).

Menurut Yao (2014) dalam Sanjaya (2015) risiko terjadinya *stillbirth* pada wanita hamil dengan obesitas 2-5 kali lebih tinggi dibandingkan wanita dengan BMI normal. Risiko *stillbirth* pada obesitas meningkat seiring pertambahan usia

kehamilan. Studi epidemiologi menunjukkan pada obesitas kelas III risiko terjadinya *stillbirth* 1,5 kali lebih tinggi dibandingkan obesitas kelas I. Studi tersebut juga menyatakan bahwa wanita hamil dengan BMI overweight, obesitas kelas I, dan obesitas kelas II risiko *stillbirth* pada usia kehamilan 30 - 42 minggu dalam grafik ditunjukkan linier, berbeda pada obesitas kelas III dan BMI > 50 kg/m² dimana risikonya meningkatcepat seiring dengan bertambahnya usia kehamilan.

4) Morbiditas perinatal

Rowlands (2010) dalam Sanjaya (2015) mengatakan bahwa bayi yang lahir dari ibu dengan obesitas berisiko tinggi untuk dirawat di *Neonatal Intensive Care Unit* (NICU) oleh karena aspirasi mekonium dan distosia bahu, selain itu juga obesitas berhubungan dengan hipoglikemia, jaundice dan gangguan pernafasan bayi. Sedangkan hubungan antara obesitas dengan *early neonatal death* belum dapat dipahami secara jelas, tetapi dari 3 penelitian menunjukkan kedua hal tersebut berhubungan, sedangkan pada penelitian lain memperlihatkan hubungan antara *early neonatal death* dengan wanita obesitas primipara.

E. Konsep Dasar Masa Nifas

1. Pengertian masa nifas

Nifas yaitu darah yang keluar sedikit demi sedikit dari Rahim karena melahirkan atau setelah melahirkan yang tertahan tidak bisa keluar dari Rahim dikarenakan hamil (Saifuddin, 2010).

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

2. Tujuan asuhan nifas (Prawiroharjo, 2011).

- a. Menjaga kesehatan ibu dan bayinya (fisik maupun psikologis)
- b. Melaksanakan skrining yang komprehensif, mendeteksi masalah, mengobati/merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu dan bayinya.
- c. Memberikan penkes tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, pelayanan KB, menyusui, imunisasi dan perawatan bayi sehat.

3. Perubahan fisiologis masa nifas

a. Perubahan system reproduksi

1) Uterus

Involusi uterus yang meliputi desidua atau endometrium dan eksfoliasi tempat perlekatan plasenta yang ditandai dengan penurunan ukuran dan berat serta perubahan pada lokasi uterus juga ditandai dengan warna dan jumlah lochia (Varney, 2007).

Perubahan ini dapat diketahui dengan melakukan pemeriksaan palpasi untuk meraba TFU setelah janin lahir tinggi fundus uteri setinggi pusat, setelah plasenta lahir tinggi fundus uteri 1 (satu) sampai 2 (dua) jari dibawah pusat, pada hari kelima postpartum tinggi fundus uteri pertengahan simpisis pusat, dan setelah 10 hari tinggi fundus uteri tidak teraba lagi (Wiknjastro, 2011).

Namun menurut Saleha (2013) dalam Hardiana (2016) menyatakan bahwa pada keadaan yang abnormal tinggi fundus mengalami perlambatan akibat adanya luka insisi pada posisi *Seksio Sesarea* (SC) timbul rasa nyeri akibat luka insisi sehingga involusi lebih lambat. Hasil penelitian bahwa sebagian besar (81.7%) ibu nifas dengan jenis persalinan fisiologis penurunan TFU sesuai dengan waktu yang ditentukan yaitu ≥ 3 cm pada hari ke-3, dan sebagian kecil atau 18.3% penurunan TFU tidak sesuai dengan waktu yang ditentukan yaitu < 3 cm pada hari ke-3. Sedangkan pada ibu nifas dengan jenis persalinan SC sebagian besar (60,6%) mengalami keterlambatan penurunan TFU yaitu < 3 cm pada hari ke-3, dan hampir sebagian (39,4%) penurunan TFU-nya sesuai dengan waktu yang ditentukan yaitu ≥ 3 cm pada hari ke-3 .

Menurut Saleha (2013) dalam Hardiana (2016) beberapa faktor yang mempengaruhi proses involusi uteri diantaranya:

a) Gizi

Faktor gizi dapat memperlambat penurunan TFU karena pada ibu nifas post Seksio Sesarea (SC) tidak boleh langsung makan dan harus diet makanan terlebih dahulu. Jadi bila gizi ibu Post Partum kurang, maka proses pertumbuhan serta pemeliharaan jaringan terutama untuk mengganti sel-sel yang rusak akibat persalinan mengalami gangguan sehingga pengembalian alat-alat kandungan atau involusio uteri menjadi lebih lambat dan rentan terkena infeksi.

Gizi yang adekuat akan mempercepat pemulihan kesehatan ibu pasca persalinan dan pengembalian kekuatan otot-ototnya menjadi lebih cepat serta akan mengakibatkan kualitas maupun kuantitas Air Susu Ibu atau ASI. Disamping itu juga ibu pasca persalinan akan lebih mampu menghadapi serangan-serangan kuman sehingga tidak terjadi infeksi dalam nifas.

b) Mobilisasi

Mobilisasi dini adalah aktifitas segera yang dilakukan setelah beberapa jam dengan beranjak dari tempat tidur pada ibu dengan pasca persalinan.

Hasil penelitian bahwa sebagian besar (60,6%) ibu nifas post Seksio Sesarea (SC) mengalami keterlambatan penurunan TFU Hal ini disebabkan oleh ibu Post Seksio Sesarea (SC)

kurang melakukan mobilisasi dini karena rasa nyeri yang timbul akibat pada luka jahitan pada.

Mobilisasi dini (early mobilization) bermanfaat untuk :

- i. Melancarkan pengeluaran lokia, mengurangi infeksi puerperium.
- ii. Ibu merasa lebih sehat dan kuat.
- iii. Mempercepat involusi alat kandungan.
- iv. Fungsi usus, sirkulasi, paru-paru dan perkemihan lebih baik.
- v. Meningkatkan kelancaran peredaran darah, sehingga mempercepat fungsi ASI dan pengeluaran sisi metabolisme.
- vi. Memungkinkan untuk mengajarkan perawatan bayi pada ibu.
- vii. Mencegah thrombosis pada pembuluh tungkai.

2) Lokia

Varney (2007) mengatakan bahwa lokia adalah secret dari uterus yang keluar melalui vagina selama puerperium. Lokia rubra berwarna merah, berisi darah dan jaringan desidua (keluar setelah kelahiran dan berlanjut selama 2-3 hari). Lochea sangiolenta berwarna merah kecoklatan dan berlendir (3-7 hari). Lochea serosa muncul pada hari ke 7-14 dengan berwarna kuning kecoklatan dengan ciri lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri dari leukosit dan robekan atau laserasi plasenta. Sedangkan 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.

3) Perubahan pada serviks

Muara serviks yang berdilatasi sampai 10 cm sewaktu persalinan akan menutup secara perlahan dan bertahap. Setelah bayi lahir, tangan dapat masuk ke dalam rongga Rahim. Setelah 2 jam, hanya dapat dimasuki 2-3 jari. Pada minggu ke-6 postpartum, serviks sudah menutup kembali (Wiknjastro, 2011).

4) Perubahan pada payudara menurut Varney (2007)

Laktasi dimulai dengan perubahan hormon saat melahirkan. Meskipun wanita menyusui atau tidak, ia dapat mengalami kongesti payudara selama beberapa hari pertama pascapartum karena tubuhnya mempersiapkan untuk memberikan nutrisi kepada bayinya. Pengkajian payudara pada periode awal postpartum meliputi penampilan puting susu, adanya kolostrum, adanya mastitis, dan puting susu lecet.

Puting susu lecet merupakan masalah dimana puting mengalami cedera karena lecet, kadang kulitnya sampai terkelupas atau luka berdarah (sehingga ASI menjadi berwarna merah muda).

Penyebabnya biasanya karena hisapan bayi yang tidak benar sehingga mencederai puting atau teknik ibu menghentikan bayi menyusui kurang tepat.

Puting susu yang lecet menyebabkan terjadi infeksi pada masa nifas dan salah satu penyebab kematian ibu. Berdasarkan studi

pendahuluan tanggal 28 Oktober 2013 di Bidan Praktik Mandiri Nunik Isdiyati Ngembatpadas Gemolong selama bulan Januari 2013 sampai Oktober 2013 diperoleh data 89 pasien nifas dengan persalinan normal, sebanyak 76 pasien masa nifas normal, sebanyak 10 kasus puting susu lecet pada ibu nifas, 2 kasus bendungan ASI dan 1 kasus perdarahan pada waktu nifas dengan tindakan rujukan ke Rumah Sakit.

Penatalaksanaan atau cara menangani puting susu lecet menurut Ambarwati dan Eny (2009) antara lain :

- a) Cari penyebab puting lecet (posisi menyusui salah, candidiasis, atau dermatitis)
- b) Bila penyebab puting lecet karena posisi menyusui salah perhatikan posisi menyusui, ibu bisa terus memberikan ASI pada puting yang tidak lecet terlebih dahulu, olesi puting susu dengan ASI akhir (*hind milk*).
- c) Puting susu yang sakit dapat diistirahatkan untuk sementara waktu kurang lebih 1 x 24 jam, dan akan sembuh dalam 2 x 24 jam.
- d) Selam puting susu diistirahatkan anjurkan ibu tetap mengeluarkan ASI dengan tangan dan tidak dianjurkan dengan alat pompa karena akan menambah nyeri, bubuhkan minyak kelapa pada payudara dan bersihkan payudara dengan air hangat dan tidak dianjurkan dengan sabun.

e) Apabila sangat menyakitkan untuk sementara berhenti menyusui pada payudara yang sakit, ASI dikeluarkan dengan tangan dan diberikan sendok kepada bayi, setelah membaik mulai menyusui kembali dengan waktu yang lebih singkat, bila lecet tidak sembuh dalam 1 minggu anjurkan ibu untuk pergi ke tenaga kesehatan.

5) Perubahan sistem pencernaan

Diperlukan waktu 3-4 hari sebelum faal usus kembali normal. Meskipun kadar progesterone menurun setelah melahirkan, namun asupan makanan juga mengalami penurunan selama 1-2 hari, gerak tubuh berkurang dan usus bagian bawah sering kosong. Rasa sakit di daerah perineum dapat menghalangi keinginan bab (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. Urine dalam jumlah yang besar akan dihasilkan dalam waktu 12-36 jam sesudah melahirkan. Setelah plasenta dilahirkan, kadar hormon 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).

4. Kebijakan program nasional masa nifas (Suhemi, 2009).

a. Kunjungan pertama (6-8 jam postpartum)

Dengan tujuan untuk 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 hipotermia.

b. Kunjungan kedua (6 hari postpartum)

Dengan tujuan 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, memberi ibu konseling dalam pengasuhan bayi.

c. Kunjungan ketiga (2 minggu postpartum) dengan tujuan sama dengan kunjungan hari ke 6.

d. Kunjungan keempat (6 minggu postpartum) dengan tujuan menanyakan penyakit-penyakit yang ada dan memberikan konseling untuk KB secara dini.

5. Kebutuhan dasar masa nifas

a. Nutrisi dan cairan

Ibu menyusui harus mengkonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari, makan dengan diet berimbang untuk mendapatkan protein, mineral, dan vitamin yang cukup, minum sedikitnya 3 liter air tiap hari

(anjurkan ibu untuk minum setiap kali menyusui). Ph zat besi harus diminum untuk menambah zat gizi setidaknya selama 40 hari pasca bersalin serta minum kapsul vitamin A (200.000 unit) agar bisa memberikan vitamin A kepala bayinya melalui ASI-nya (Saifuddin, 2011).

b. Ambulasi

Pada ibu nifas harus istirahat selama 8 jam. Ibu boleh miring ke kanan dan ke kiri 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 di atas mempunyai variasi yang berbeda tergantung komplikasi persalinan, nifas dan sembuhnya luka-luka (Suhaeni, 2009).

c. Eliminasi

Rasa nyeri kadangkala menyebabkan keengganan untuk berkemih, tetapi usahakanlah untuk berkemih secara teratur karena kandung kemih yang penuh dapat menyebabkan gangguan kontraksi Rahim, yang dapat menyebabkan perdarahan dari Rahim. Hendaknya tak dapat dilakukan sendiri secepatnya (Suherni, 2009).

d. Defekasi

Buang air besar harus dilakukan 3-4 hari pasca persalinan. Bila masih sulit buang air besar dan terjadi obstipasi dapat diberikan obat laksans per oral atau per rektal. Jika masih belum bisa dilakukan klisma. Konsumsi makanan tinggi serat dan cukup minum (Suherni, 2009).

e. Kebersihan diri

Menganjurkan ibu membersihkan seluruh tubuh dan daerah kelamin di sekitar vulva terlebih dahulu dari depan ke belakang, lalu ke anus dengan sabun dan air. Nasihatkan pada ibu untuk membersihkan vulva setiap kali selesai buang air kecil atau besar, menyarankan ibu untuk mengganti pembalut setidaknya dua kali sehari serta sarankan ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminnya. Apabila ibu mempunyai luka episiotomy atau laserasi, sarankan kepada ibu untuk menghindari menyentuh daerah luka (Saifuddin, 2011).

f. 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 daerah sekitarnya akibat lochea (Suherni, 2009).

g. Perawatan payudara menurut Saifuddin (2011) dalam Hardiana (2016) menyatakan bahwa :

Anjurkan ibu untuk menjaga payudara tetap bersih dan kering serta menggunakan BH yang menyokong payudara. Apabila puting susu lecet oleskan kolostrum atau ASI yang keluar pada susu setiap kali selesai menyusui (Saifuddin, 2011).

Sebaiknya perawatan mammae telah dimulai sejak wanita hamil supaya putting lemas, tidak keras, dan kering sebagai persiapan untuk menyusui bayinya. Berikut ini cara perawatan payudara yang perlu diperhatikan, diantaranya:

- 1) Sokong payudara kiri dengan tangan kiri (kanan dengan tangan kanan) dua atau tiga jari dari tangan yang berlawanan membuat gerakan memutar sambil menekan, dari pangkal payudara dan berakhir dengan gerakan spiral pada daerah putting susu, setiap payudara minimal 2 kali gerakan.
- 2) Tempatkan kedua telapak tangan diantara kedua payudara. Urutlah dari tengah sambil mengangkat kedua payudara dan lepaskan kedua payudara perlahan-lahan sambil membuat sentakan kecil. Lakukan gerakan ini \pm 30 kali.
- 3) Sokong payudara dengan satu satu tangan, sedang tangan lain mengurut payudara dengan sisi kelingking dari arah tepi ke arah putting susu. Lakukan gerakan ini \pm 30 kali setiap payudara.
- 4) Pengompresan
Kompres kedua payudara dengan waslap hangat selama 2 menit, kemudian ganti dengan kompres dingin selama 1 menit. Kompres berganti-ganti selama 3 kali berturut-turut akhiri dengan kompres hangat.

h. Istirahat

Anjurkan ibu untuk beristirahat cukup, tidur siang atau istirahat saat bayinya tidur untuk mencegah kelelahan yang berlebihan

dan sarankan ibu untuk kembali ke kegiatan-kegiatan rumah tangga secara perlahan-lahan. Beritahu ibu jika kurang istirahat akan mempengaruhi produksi ASI, memperlambat proses involusi dan memperbanyak paerdarahan serta menyebabkan depresi dan ketidakmampuan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri (Saifuddin, 2011).

i. Seksual

Secara fisik ibu aman untuk memulai hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jarinya ke dalam vagina tanpa rasa nyeri. Namun beberapa budaya dan agama mempunyai tradisi menunda hubungan suami istri sampai batas waktu tertentu, misalnya setelah 40 hari atau 6 minggu setelah persalinan. Keputusan terganggu pada pasangan yang bersangkutan (Saifuddin, 2011).

j. Rencana kontrasepsi

Idealnya pasangan menunggu 2 tahun untuk hamil lagi. Petugas kesehatan dapat membantu merencanakan dan mengajarkan mereka tentang cara mencegah kehamilan. Petugas kesehatan menjelaskan macam-macam metode kontrasepsi, bagaimana metode tersebut dapat mencegah kehamilan, cara penggunaan, kelebihan, kekurangan, serta efek sampingnya (Saifuddin, 2011).

k. Latihan atau senam nifas

Untuk mencapai hasil pemulihan otot yang maksimal, sebaiknya latihan masa nifas dilakukan seawal mungkin dengan catatan ibu

menalani persalinan dengan normal dan tidak ada penyulit postpartum. Bidan mendiskusikan dengan ibu pentingnya mengembalikan otot-otot perut dan panggul untuk kembali normal. Ini akan mengembalikan kekuatan otot perut dan panggul sehingga mengurangi rasa sakit pada punggung. Latihan tertentu beberapa menit setiap hari akan membantu untuk mengencangkan otot bagian perut (Saifuddin, 2011).

6. Manajemen postpartum pada ibu dengan obesitas

Menurut Gunatilake (2011) dalam Sanjaya (2015) masa post partum merupakan saat yang berisiko bagi wanita dengan obesitas karena sangat berisiko untuk terjadinya endometritis, infeksi luka dan tromboemboli vena. Prinsip manajemen adalah dengan mobilisasi lebih awal, pengawasan ketat terhadap infeksi luka. Obesitas merupakan predisposisi terjadinya retensi berat badan setelah persalinan yang mana tidak hanya berpengaruh pada kehamilan berikutnya tetapi juga terhadap kelangsungan hidup jangka panjang berkaitan dengan penyakit jantung dan kelainan metabolik. Wanita obesitas post partum harus didorong untuk memberikan ASI yang mana akan berpengaruh terhadap penurunan berat badan.

Menurut Gunatilake (2011) dalam Sanjaya (2015) prevalensi terjadinya depresi post partum dari beberapa penelitian menunjukkan korelasi positif dengan BMI yaitu sebesar 40% pada obesitas kelas III.

7. Komplikasi Obesitas pada masa nifas

De paiva et al (2012) dalam Sanjaya (2015) obesitas meningkatkan risiko terjadinya perdarahan dan infeksi postpartum, termasuk kegagalan dalam proses laktasi, hal tersebut mungkin disebabkan oleh respon prolaktin

pada wanita dengan obesitas sehingga akan meningkatkan penggunaan susu formula yang mana cenderung menimbulkan obesitas pada bayi tersebut.

Dari beberapa literatur menunjukkan bukti bahwa kontraksi uterus pada wanita obesitas terganggu (Huda, 2010). Pada obesitas terjadi gangguan proliferasi limfosit dan penurunan produksi CD8+ dan NKT sel sehingga meningkatkan risiko terjadinya infeksi luka jahit paska persalinan, infeksi saluran kemih, serta penggunaan antibiotik yang lebih lama dibandingkan dengan wanita berat badan normal (Sarhattama, 2015).

8. Asuhan nifas pada ibu obesitas
 - a. Motivasi untuk pemberian ASI
 - b. Pemberian informasi dan edukasi sehubungan dengan perubahan pola hidup dan perencanaan kehamilan yang berikutnya
 - c. Jika sebelumnya dengan diagnosa diabetes mellitus gestasional maka sarankan pemeriksaan rutin sehubungan dengan kemungkinan terjadinya diabetes mellitus tipe II.
9. Asuhan Ibu pada masa nifas dengan post seksio sesaria (SC) menurut Saleha (2013) dalam Hardiana (2016) yaitu :

Setelah pasca persalinan, ibu tidak boleh ditinggalkan begitu saja, Sebagai bidan perlunya memberikan beberapa asuhan lanjutan dirumah untuk memastikan ibu dan bayinya sehat.

Beberapa hal yang akan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan pada Masa Nifas dengan Post SC yaitu :

a. Memeriksa Tanda-tanda vital

Periksalah suhu tubuh, denyut nadi, dan tekanan darah ibu secara teratur minimal sekali dalam satu jam jika ibu memiliki masalah kesehatan.

b. Membersihkan badan ibu dan merawat luka jahitan

Luka adalah suatu keadaan terputusnya kontinuitas jaringan tubuh, yang dapat menyebabkan terganggunya fungsi tubuh sehingga dapat mengganggu aktivitas sehari-hari. Perawatan luka merupakan tindakan untuk merawat luka dan luka operasi yaitu luka bersih sehingga mudah untuk perawatannya, namun jika salah dalam merawat, maka akan bisa berakibat fatal.

Dalam perawatan luka Post Seksio Sesarea diperlukan beberapa hal yang harus diperhatikan, diantaranya :

- 1) Setiap satu minggu kasa harus dibuka Idealnya kasa yang dipakai harus diganti dengan kasa baru setiap satu minggu sekali. Tidak terlalu sering agar luka cepat kering, jika sering dibuka luka bisa menempel pada kasa sehingga sulit untuk kering.
- 2) Bersihkan jika keluar darah dan langsung ganti kasa Jika luka operasi keluar darah, maka segeralah untuk mengganti kasanya agar tidak basah atau lembab oleh darah. Karena darah merupakan kuman yang bisa cepat menyebar keseluruh bagian luka.

- 3) Jaga luka agar tidak lembab. Usahakan semaksimal mungkin agar luka tetap kering karena tempat lembab akan menjadikan kuman cepat berkembang. Misalkan suhu kamar terlalu dingin dengan AC yang membuat ruangan lembab sehingga bisa jadi luka pun ikut lembab, hindari ruangan lembab, dan atur suhu AC.
- 4) Menjaga kebersihan, agar luka operasi tidak terkena kotoran yang mengakibatkan cepat berkembangnya kuman, maka kebersihan diri dan lingkungan sekitar semaksimal mungkin harus dijaga. Jauhkan luka dari kotoran, untuk itu seprei dan bantal harus selalu bersih dari debu.
- 5) Gunakan bahan plastik atau pembalut yang kedap air (Opset) Jika mau mandi atau aktifitas yang mengharuskan bersentuhan dengan air, gunakan bahan plastik atau pembalut yang kedap air (opset) untuk melindungi luka bekas operasi agar tidak terkena air. Upayakan agar tidak sampai basah karena luka bisa mempercepat pertumbuhan kuman.
- 6) Memberikan penyuluhan mengenai pola makanan yang sehat dan memperbanyak mengkonsumsi sayur dan buah-buahan. Petunjuk untuk mengolah makanan yang sehat:
 - a) Pilih sayur-sayuran, buah-buahan, daging dan ikan yang segar.
 - b) Cuci tangan sampai bersih sebelum dan sesudah mengolah makanan.
 - c) Cuci bahan makanan yang bersih lalu potong-potong.
 - d) Hindari pemakaian zat pewarna, pengawet (vetsin).

- e) Jangan memakai minyak yang sudah berkali-kali dipakai.
 - f) Perhatikan kadaluarsa dan komposisi zat makanan, jika dikemas dalam kaleng.
 - g) Simpan peralatan dapur dalam keadaan bersih dan aman.
 - h) Jangan biarkan binatang berkeliaran didapur.
 - i) Menjaga kebersihan. Kebersihan diri berguna untuk mengurangi infeksi dan meningkatkan perasaan nyaman, kebersihan diri meliputi kebersihan tubuh, pakaian, tempat tidur, maupun lingkungan. Oleh karena itu menjaga kebersihan diri secara keseluruhan sangatlah penting untuk menghindari infeksi, baik pada luka jahitan maupun kulit.
- 7) Istirahat yang cukup banyak memberikan manfaat bagi ibu setelah menghadapi ketegangan dan kelelahan saat melahirkan.
- c. Manajemen Nyeri Post SC

1) Pengertian Nyeri

Intensitas nyeri adalah gambaran tentang seberapa parah nyeri dirasakan oleh individu. Pengukuran intensitas nyeri sangat subjektif dan individual. Nyeri dalam intensitas yang sama dirasakan sangat berbeda oleh dua orang yang berbeda.

Nyeri pada ibu post SC dapat menimbulkan berbagai masalah, salah satunya masalah laktasi. Sekitar 68% ibu post SC mengalami kesulitan dengan perawatan bayi, bergerak naik turun dari tempat tidur dan mengatur posisi yang nyaman selama menyusui akibat adanya nyeri. Rasa nyeri tersebut akan

menyebabkan pasien menunda pemberian ASI sejak awal pada bayinya, karena rasa tidak nyaman selama proses menyusui berlangsung atau peningkatan intensitas nyeri setelah operasi.

Dewasa ini dikembangkan metode terapi nonfarmakologis dalam mengatasi nyeri. Salah satu dari terapi nonfarmakologis tersebut ialah terapi relaksasi genggam jari. Terapi relaksasi genggam jari merupakan teknik relaksasi dengan jari tangan serta aliran energi di dalam tubuh. Teknik ini diduga mampu menurunkan nyeri. Akan tetapi faktanya hasil pengamatan yang dilakukan pada tanggal 20 - 21 Mei 2016 terhadap 5 pasien pasca *sectio caesarea* didapatkan bahwa pasien tampak menyeringai kesakitan, 2 pasien mengeluh nyeri dengan skala 5 dan 6, serta 3 pasien mengeluh nyeri dengan skala 7 dan 8. Keseluruhan pasien pasca operasi tersebut telah diberikan analgesik.

2) Intensitas Nyeri Pasien Pasca Bedah

Pembedahan merupakan suatu kekerasan atau trauma bagi penderita. Anestesi maupun tindakan pembedahan menyebabkan kelainan yang dapat menimbulkan berbagai keluhan dan gejala. Keluhan di kemukakan adalah nyeri, demam, takikardi, sesak nafas, mual, muntah, memburuknya keadaan umum.

3) Prosedur Penatalaksanaan Teknik Relaksasi Genggam Jari

Prosedur penatalaksanaan teknik relaksasi genggam jari dilakukan selama 15 menit dengan tahapan antara lain :

- a) Duduk atau baring dengan tenang
- b) Genggam ibu jari tangan dengan telapak tangan sebelahnya apabila merasa khawatir yang berlebihan, genggam jari telunjuk dengan telapak tangan sebelahnya apabila merasa takut berlebihan, genggam jari tengah dengan telapak tangan sebelahnya apabila merasa marah berlebihan, genggam jari manis dengan telapak sebelahnya apabila merasa sedih berlebihan dan genggam jari kelingking dengan telapak tangan sebelahnya apabila merasa stress berlebihan.
- c) Tutup mata, fokus, dan tarik nafas perlahan dari hidung, hembuskan perlahan dengan mulut. Lakukan berkali-kali.
- d) Katakan, “semakin rileks, semakin rileks, semakin rileks, semakin rileks”, dan seterusnya sampai benar-benar rileks.
- e) Apabila sudah dalam keadaan rileks, lakukan hipnopuntur yang diinginkan seperti, “maafkan”, “lepaskan”, “tunjukkan yang terbaik”, “saya pasti bisa”, “saya yakin bahagia”, “saya ingin masalah cepat selesai”, “saya bisa mendapatkan yang lebih baik”, dan lain-lain sesuai dengan permasalahannya.
- f) Gunakan perintah sebaliknya untuk menormalkan pikiran bawah sadar. Contohnya, “saya akan terbang dengan keadaan

yang lebih baik”, “mata saya perintah untuk normal kembali dan dapat dengan mudah untuk dibuka”.

- g) Lepas genggam jari dan usahakan lebih rileks.

F. Konsep Dasar Neonatus

Neonatus adalah organisme pada periode adaptasi kehidupan intrauterine ke kehidupan ekstraterin. Pertumbuhan dan perkembangan normal masa neonatus adalah 28 hari (Wahyuni, 2012).

1. Pertumbuhan dan perkembangan neonatus

a. Sistem pernafasan

Pernafasan pertama pada neonatal terjadi normal dalam waktu 0 menit setelah kelahiran, tekanan rongga dada pada saat melalui jalan lahir pervagina mengakibatkan cairan paru-paru keluar dari trakea sehingga cairan yang hilang ini diganti dengan udara (Lissauer, 2009).

Pernafasan bayi dihitung dari gerakan diafragma atau gerakan abdominal. Pernafasan tersebut dihitung dalam waktu satu menit, yakni pada bayi baru lahir 35 kali per menit (Kristiyanasari, 2012).

b. Jantung dan sistem sirkulasi

Frekuensi denyut jantung dapat dihitung dengan cara meraba arteri temporalis atau karotis, dapat juga secara langsung didengarkan di daerah jantung dengan menggunakan stetoskop binokuler. Frekuensi denyut jantung neonatal normal berkisar antara 100-180 kali/menit waktu bangun, 80-160 kali/menit saat tidur (Kristiyanasari, 2012).

c. Saluran pencernaan

Bila dibandingkan dengan ukuran tubuh, saluran pencernaan pada neonatal relative lebih berat dan lebih Panjang dibandingkan dengan orang dewasa, pada masa neonatal saluran pencernaan mengeluarkan tinja pertama biasanya dalam dua puluh empat jam pertama berupa mekonium (zat berwarna hitam kehijauan). Dengan adanya pemberian susu, mekonium mulai digantikan oleh tinja tradisional pada hari ketiga dan keempat yang berwarna coklat kehijauan (Kristiyanasari, 2012).

d. Keseimbangan air dan fungsi ginjal

Tubuh neonatal mengandung relative lebih banyak air dan kadar natrium relative lebih besar daripada kalium (Kristiyanasari, 2012).

e. Metabolisme

Neonatus harus menyesuaikan diri dengan lingkungan baru sehingga energi dapat diperoleh dari metabolisme karbohidrat dan lemak. Setelah mendapat susu, sekitar hari keenam suhu tubuh neonatal berkisar antara 36,5°C-37°C. Pengukuran suhu tubuh dapat dilakukan pada aksilla atau pada rektal. Empat kemungkinan energi diperoleh dari lemak dan karbohidrat yang masing-masing 60-40 persen (Kristiyanasari, 2012).

2. Kunjungan neonatus

a. Definisi

Kunjungan neonatus adalah kontak neonatus dengan tenaga kesehatan dua kali untuk mendapatkan pelayanan dasar dan

pemeriksaan kesehatan neonatus, baik di dalam maupun di luar gedung puskesmas, termasuk bidan di desa, polindes dan kunjungan ke rumah. Bentuk pelayanan tersebut meliputi pelayanan kesehatan neonatus dasar (tindakan resusitasi, pencegahan hipotermia, pemberian ASI dini dan eksklusif, pencegahan infeksi berupa perawatan mata, tali pusat, kulit dan pemberian imunisasi) pemberian vitamin K dan penyuluhan neonatus di rumah menggunakan buku KIA (Depkes RI, 2009).

b. Tujuan

Menurut Depkes RI (2009) dalam Sanjaya (2015) kunjungan neonatal bertujuan untuk meningkatkan akses neonatus terhadap pelayanan kesehatan dasar, mengetahui sedini mungkin bila terdapat kelainan pada bayi atau mengalami masalah. Pelayanan kesehatan neonatal dasar menggunakan pendekatan komprehensif, manajemen terpadu bayi muda untuk bidan/perawat, yang meliputi:

- 1) Pemeriksaan tanda bahaya seperti kemungkinan infeksi bakteri, icterus, diare, dan berat badan rendah.
- 2) Perawatan tali pusat, pemberian vitamin K1 bila belum diberikan pada hari lahir, imunisasi Hepatitis B bila belum diberikan pada saat lahir.
- 3) Konseling terhadap ibu dan keluarga untuk memberikan asi eksklusif, pencegahan hipotermi dan melaksanakan perawatan bayi baru lahir di rumah dengan menggunakan buku KIA.

4) Penanganan dan rujukan kasus (Ambarwati, 2009).

Tujuan kunjungan ada tiga, yaitu : mengidentifikasi gejala penyakit, merekomendasikan tindakan pemindaian, dan mendidik serta mendukung orang tua.

Bidan harus memiliki rencana untuk kunjungan yang pertama kali, yang harus mencakup (Varney, 2007).:

- 1) Tinjauan riwayat maternal, riwayat kelahiran, perawatan neonatus segera setelah lahir, observasi orang tua dan lakukan wawancara tentang penyesuaian keluarga, kaji riwayat internal, pemberian makan, kewaspadaan, dan menangis, juga masalah pada usus, kandung kemih, dan masalah lain.
- 2) Lakukan pemeriksaan fisik, tinjau kebutuhan untuk penapisan metabolic, beri penyuluhan dan pedoman antisipasi, jadwalkan kunjungan selanjutnya, tinjau cara untuk menghubungi tenaga perawatan jika terjadi kondisi darurat.

c. Kategori (Depkes RI, 2009).

- 1) Kunjungan Neonatal 1 pada 6-48 jam setelah lahir.
- 2) Kunjungan Neonatal 2 pada hari ke 3-7 setelah lahir.
- 3) Kunjungan Neonatal 3 pada hari ke 8-28 setelah lahir.

d. Cakupan kunjungan neonatal oleh tenaga kesehatan untuk mengetahui jangkauan layanan kesehatan neonatal serta kemampuan program dalam menggerakkan masyarakat melakukan layanan kesehatan neonatal (Muslihatun, 2010).

e. Pemeriksaan fisik neonatus (Johnson, 2015)

- 1) Kepala : Fontanel anterior harus teraba datar. Bila cembung, dapat terjadi akibat peningkatan tekanan intracranial, sedangkan fontanel cekung menandakan terjadinya dehidrasi. Perhatikan adanya pembengkakan, memar atau trauma sejak lahir juga harus diperiksa untuk memastikan bahwa proses penyembuhan sedang terjadi dan tidak ada tanda-tanda infeksi.
- 2) Mata : Inspeksi mata untuk memastikan bahwa keduanya bersih, tanpa tanda-tanda rabas. Jika terdapat rabas, mata harus dibersihkan. Perhatikan cara membersihkan mata pada orang tua.
- 3) Mulut : Mulut harus terlihat bersih dan lembab. Adanya bercak putih harus diperiksa lebih jauh, karena hal ini dapat mengindikasikan terjadinya infeksi jamur.
- 4) Kulit : Harus diperiksa untuk melihat apakah terdapat ruam, bercak, memar dan tanda-tanda infeksi atau trauma. Bercak septik harus dideteksi secara dini dan dilakukan pengobatan bila perlu.
- 5) Umbilikus : Tali pusat dan umbilikus harus diperiksa tanda-tanda pelepasan dan infeksi (kemerahan di sekitar tali pusat, tali pusat dapat berbau busuk dan menjadi lengket). Tali pusat biasanya lepas dalam 5-16 hari.
- 6) Berat badan : Bayi biasanya mengalami penurunan berat badan dalam beberapa hari pertama yang harus kembali normal pada hari ke-10. Bayi dapat diitimbang pada hari ke 3 atau ke-4 untuk mengkaji jumlah penurunan berat badan. Sebaiknya dilakukan

penimbangan pada hari ke-10 untuk memastikan bahwa berat badan lahir telah kembali. Sambil menimbang bayi, yakinkan orang tua bahwa bayinya tumbuh.

Setelah pemeriksaan selesai catat hasil pemeriksaan, hasil pemeriksaan digunakan sebagai dasar pemberian saran (penyuluhan dan dukungan) untuk orang tua berkaitan dengan perkembangan dan pemberian asuhan pada bayi. Semua penyimpangan dari normal harus ditindaklanjuti secara tepat (Johnson, 2015).

Faktor yang mempengaruhi kunjungan neonates yaitu tingkat pengetahuan orang tua, paritas ibu, status sosial ekonomi, sosial dan budaya, dan sarana pelayanan kesehatan. Sarana pelayanan kesehatan dapat juga mempengaruhi rendahnya kunjungan neonatus ke puskesmas. Banyaknya jenis sarana pelayanan kesehatan yang ada di sekitar puskesmas dan kurang memadainya fasilitas yang ada di puskesmas memungkinkan masyarakat mencari alternative pengobatan yang lebih memadai dan mudah dijangkau (Notoatmodjo, 2015).

f. Kejadian obesitas pada anak yang lahir dari ibu obesitas

Harder (2012) dalam Sanjaya (2015) mengatakan bahwa dari beberapa literatur menjelaskan keadaan pada anak dikemudian hari telah terprogram sejak awal konsepsi dalam kandungan. Hal tersebut dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti nutrisi dan hormon yang berperan terhadap fungsi organ tubuh dan sistem yang meregulasinya sehingga jika terjadi gangguan pada saat awal pengaturan tersebut

maka berimplikasi pada keadaan seperti obesitas dan diabetes atau berbagai macam penyakit lainnya. Konsep tentang perinatal *programming* tersebut pertama kali diungkapkan oleh Dorner (1975) melalui hipotesanya "*functional teratology*", ide utama pada konsep tersebut adalah bahwa hormon dan *hormone like factor* seperti sitokin dan neurotransmitter sangat berpengaruh terhadap lingkungan perkembangan hasil konsepsi. Selama fase awal konsepsi hormon berperan terhadap *neuroendocrine-immune system* (NEIS) yang mengatur fungsi yang sangat fundamental dari kehidupan seperti fungsi reproduksi, imunitas termasuk pertumbuhan berat badan, dan otak (Hipotalamus) merupakan pusat dari regulasi NEIS tersebut.

Adamo (2013) dalam Sanjaya (2015) mengatakan bahwa pada penelitian epidemiologi didapatkan wanita hamil obesitas dengan janin over nutrisi berpotensi untuk tumbuh menjadi obesitas. Menurut Desai (2014) dalam Sanjaya (2015) penelitian tersebut menunjukkan bayi yang lahir dari ibu obesitas memiliki massa lemak yang lebih banyak dibandingkan dengan bayi yang lahir dari ibu dengan BMI normal. Penting untuk diperhatikan bahwa bayi yang terlahir dari ibu *overweight* atau obesitas 2 kali berisiko untuk menjadi obesitas pada usia 24 bulan dan anak-anak dengan BMI yang lebih dari normal cenderung untuk mengalami berat badan lebih pada usia 12 tahun.

Paliy (2014) dalam Sanjaya (2015) mengatakan pada penelitian di Amerika Serikat mengungkapkan bahwa tiap peningkatan 1 kg berat badan bayi baru lahir meningkatkan kecenderungan sebesar 5% untuk

terjadinya *overweight* saat remaja. Selain itu juga dari penelitian tersebut menyatakan bahwa bayi yang lahir dengan berat badan lebih tersebut sangat dipengaruhi oleh status berat badan ibu saat sebelum hamil maupun selama kehamilan.

G. Konsep Dasar Keluarga Berencana

1. Pengertian Keluarga Berencana (KB)

Keluarga Berencana (*Family planning/planned parenthood*) merupakan suatu usaha mengajarkan atau merencanakan jumlah dan jarak kehamilan dengan menggunakan kontrasepsi (Sulistyawati, 2012).

2. Penapisan Klien KB

Tujuan utama penapisan klien sebelum pemberian suatu metode kontrasepsi adalah untuk menentukan apakah ada kehamilan, keadaan yang membutuhkan perhatian khusus, dan masalah yang membutuhkan pengamatan dan pengelolaan lebih lanjut (BKKBN, 2012).

3. Jenis Kontrasepsi (BKKBN, 2012)

a. MAL

Metode amenorrhea laktasi (MAL) adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian air susu ibu (ASI). Syarat MAL sebagai kontrasepsi adalah menyusui secara penuh (*full breast feeding*), belum haid, umur bayi kurang dari 6 bulan. Harus dilanjutkan dengan pemakaian metode kontrasepsi lainnya. Bekerja dengan penundaan ovulasi.

b. Kontrasepsi Metode Sederhana

- 1) Metode pantang berkala atau yang lebih dikenal dengan sistem kalender merupakan salah satu cara/metode kontrasepsi sederhana yang dapat dikerjakan sendiri oleh pasangan suami-istri dengan tidak melakukan senggama pada masa subur.
- 2) Metode kontrasepsi suhu basal berdasarkan kenaikan suhu tubuh setelah ovulasi sampai sehari sebelum menstruasi berikutnya. Untuk mengetahui bahwa suhu tubuh benar-benar naik, maka harus selalu diukur dengan termometer yang sama dan pada tempat yang sama setiap pagi setelah bangun tidur sebelum mengerjakan pekerjaan apapun dan dicatat pada tabel.
- 3) Metode lendir serviks atau Metode Ovulasi Billings (MOB) adalah suatu cara/metode yang aman dan ilmiah untuk mengetahui kapan masa subur wanita. Cara ini dapat dipakai baik untuk menjadi hamil maupun menghindari atau menunda kehamilan.
- 4) Coitus Interruptus juga dikenal dengan metode senggama terputus. Teknik ini dapat mencegah kehamilan dengan cara sebelum terjadi ejakulasi pada pria, seorang pria harus menarik penisnya dari vagina sehingga tidak setetes pun sperma masuk ke dalam rahim wanita.
- 5) Kondom adalah salah satu alat kontrasepsi yang terbuat dari karet/lateks, berbentuk tabung tidak tembus cairan dimana salah satu ujungnya tertutup rapat dan dilengkapi kantung untuk menampung sperma.

c. Kontrasepsi Oral

Kontrasepsi oral atau pil mencakup pil kombinasi dan sekuensial (mini pil).

d. Kontrasepsi Suntik

Kontrasepsi suntik terdiri dari suntikan kombinasi dan suntikan progestin. Kontrasepsi ini cocok untuk ibu yang sedang menyusui.

e. Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) merupakan kontrasepsi yang dimasukkan melalui serviks dan dipasang di dalam uterus. AKDR mencegah kehamilan dengan merusak kemampuan hidup sperma dan ovum karena adanya perubahan pada tuba dan cairan uterus.

f. Alat Kontrasepsi Bawah Kulit (AKBK)

Alat Kontrasepsi Bawah Kulit (AKBK) adalah alat kontrasepsi berupa batang silastik yang dipasang dibawah kulit.

g. Metode Operasi Wanita (MOW) dan Metode Operasi Pria (MOP)

Kontrasepsi ini pada wanita disebut tubektomi. Sedangkan pada pria disebut vasektomi.

4. Penggunaan Alat Kontrasepsi pada ibu dengan Obesitas

Menurut Gunatilake (2011) dalam Sanjaya (2015) penggunaan alat KB pada ibu dengan obesitas mengingat obesitas berhubungan dengan kesulitan dalam tindakan ligasi tuba apabila dilakukan setelah persalinan

pervagina maka penggunaan IUD (*Intra Uterine Device*) merupakan pilihan yang tepat, selain itu dapat juga menggunakan implant.

5. Resiko Penggunaan Alat Kontrasepsi Pada Wanita Obesitas

Pemilihan metode kontrasepsi pada wanita obesitas merupakan tantangan tersendiri. Kontrasepsi hormonal sering kali diragukan karena efektifitasnya yang dapat menurun dan risiko peningkatan berat badan lebih lanjut. Namun demikian, studi menunjukkan bahwa tidak terdapat efek perubahan berat badan yang signifikan akibat penggunaan kontrasepsi hormonal. Perubahan berat badan yang terjadi juga dapat disebabkan karena faktor selain penggunaan kontrasepsi hormonal. Risiko terjadinya tromboemboli vena pada wanita obesitas yang menggunakan kontrasepsi hormonal juga sangat minimal. Meskipun demikian, nilai terjadi faktor risiko tambahan, penggunaan kontrasepsi hormonal yang mengandung estrogen sebaiknya tidak dilakukan (Edeman dan Kaneshiro, 2016).

Kontrasepsi hormonal juga tetap efektif dalam mencegah kehamilan pada wanita dengan obesitas. Efektivitas pil oral kombinasi ditemukan menurun dan kehamilan yang tidak direncanakan ditemukan lebih tinggi, namun demikian efektifitasnya tetap lebih baik dibandingkan dengan metode kondom ataupun tanpa kontrasepsi. Perlu diingat bahwa obesitas sendiri merupakan faktor risiko untuk terjadinya kehamilan (Edeman dan Kaneshiro, 2016).

Pada penelitian yang dilakukan oleh Hernawati (2010) dipilih 35 akseptor yang terbagi rata dalam 3 puskesmas yang berada di wilayah Surakarta. Penelitian tersebut menggambarkan akseptor yang menggunakan

kontrasepsi hormonal selama 6 bulan sampai lebih dari 5 tahun yang diklasifikasikan menjadi 3 kategori yaitu pada pemakaian 6 bulan-1 tahun, 1 tahun-5 tahun dan lebih dari 5 tahun. Pemakaian kontrasepsi oral dan suntik lebih dari 5 tahun ternyata masih juga ditemukan akseptor yang tidak mengalami kenaikan berat badan yaitu sebanyak 3,77% dengan kategori Indeks Massa Tubuh 18,5-24,99 atau normal.

Penelitian Hernawati (2010) menyimpulkan bahwa pemakaian oral dan suntik tidak menyebabkan obesitas, sebagian besar responden memiliki berat badan normal atau dengan kategori Indeks Massa Tubuh normal walaupun mengalami peningkatan berat badan.

BAB III

SUBJEKTIF DAN KERANGKA KERJA PELAKSANAAN STUDI KASUS

A. Rancangan Studi 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. A di Jl. LKMD RT. 5 No. 76 Kelurahan Batu Ampar dan dilaksanakan mulai 26 November 2018–9 Maret 2019.

3. Subyek 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 G₁P₀₀₀₀ dengan usia kehamilan 31-32 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

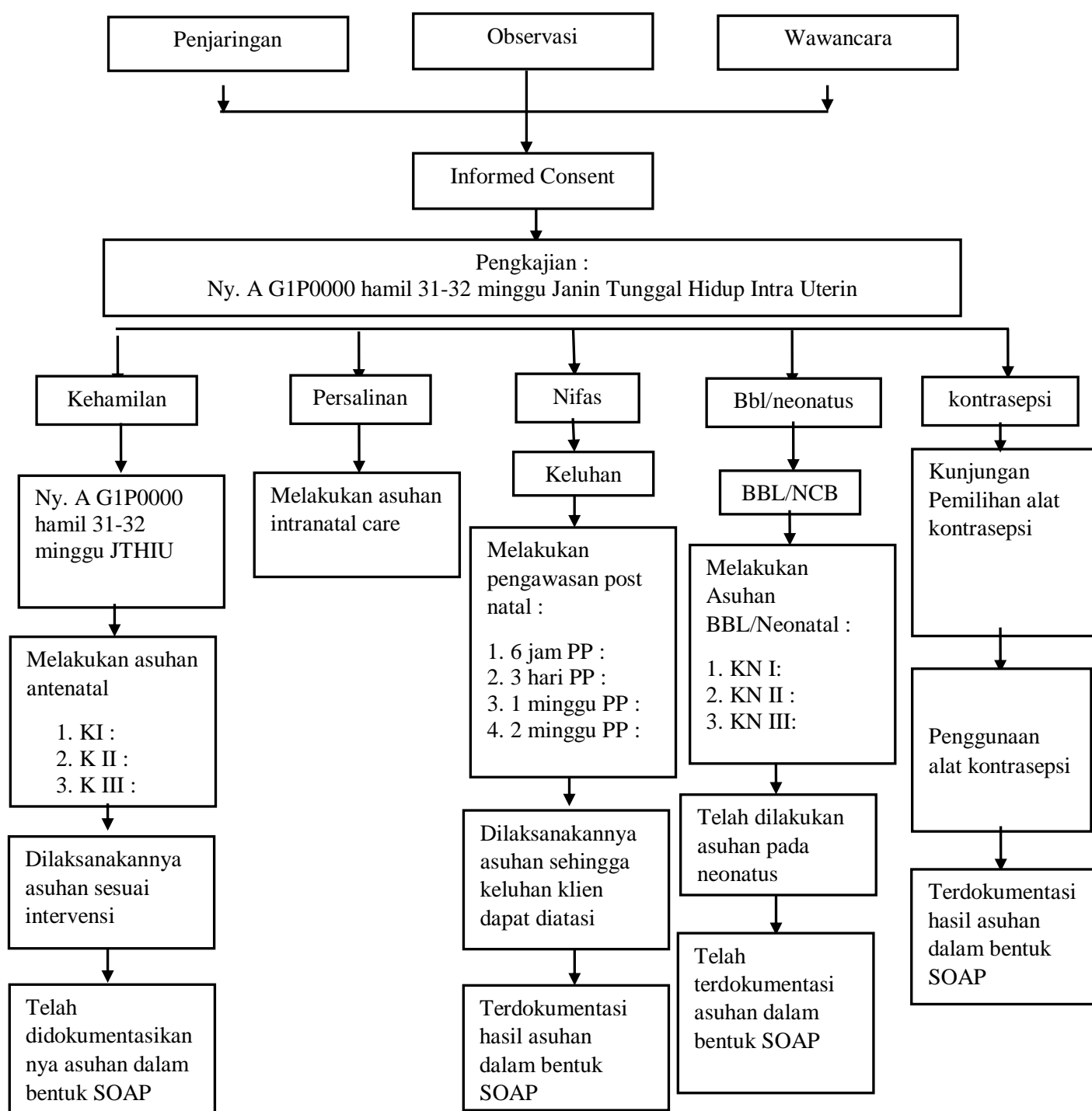
Instrumen adalah alat yang dapat dipakai penulis untuk mendapatkan data. Penelitian ini menggunakan instrument seperti lembar pengkajian, *checklist*, dokumentasi.

5. Kerangka Kerja Penelitian

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 Studi Kasus

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. A 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. A 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

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

1. Langkah I Pengkajian.

- a. Tanggal : 10 Desember 2018
- b. Jam : 10.00 WITA
- c. Oleh : Nurlita Kartika Sari

1) Subjektif

a) Identitas :

- | | |
|--|---------------------------|
| (1) Nama klien : Ny. A | (8) Nama suami : Tn. M. A |
| (2) Umur : 21 Tahun | (9) Umur : 25 Tahun |
| (3) Suku : Jawa | (10) Suku : Jawa |
| (4) Agama : Islam | (11) Agama : Islam |
| (5) Pendidikan : SMA | (12) Pendidikan : SMA |
| (6) Pekerjaan : IRT | (13) Pekerjaan : Swasta |
| (7) Alamat : Jl. LKMD 2 RT. 5 No. 76 gn. Argomulyo Batu Ampar. | |

b) Keluhan : Ibu mengatakan mulai merasa nyeri pada pinggang.

c) Riwayat obstetric dan ginekologi

(1) Riwayat menstuasi

- (a) HPHT/TP : 01-05-2018 / 08-02-2019
- (b) Umur kehamilan : 31-32 minggu

- (a) Lamanya : 7 hari
- (b) Banyaknya : Normal (> 3 x sehari ganti pembalut)
- (c) Siklus : 28-30 hari
- (d) Menarche : 12 tahun (Kelas 6 SD)
- (e) Teratur/tidak : Teratur
- (f) Dismenorrhea : Tidak ada
- (g) Keluhan lain : Tidak ada

(1) Flour albus

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

(2) Tanda-tanda kehamilan

Ibu mengetahui kehamilannya dengan melakukan pp test dan hasil positif, ibu merasakan gerakan janin pertama kali saat usia 6 bulan. Pada saat ini gerakan janin yang dirasakan ibu sangat aktif yaitu >10x per hari.

b) 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 TT₅.

c) 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 nyeri pada pinggang.**

d) Riwayat persalinan yang lalu

Tidak ada

e) Riwayat menyusui

Tidak ada

f) Riwayat KB

Ibu mengatakan tidak pernah menggunakan KB.

g) 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 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 > 5x sehari dengan konsistensi cair, berwarna kuning jernih. Ibu tidak mengalami keluhan saat BAK.

(6) Pola istirahat dan tidur

Ibu mengatakan tidak pernah tidur siang, hanya istirahat saja dan tidur malam \pm 7 jam perhari. Terkadang ibu terbangun untuk BAK.

(7) Pola aktivitas sehari-hari

(a) Didalam rumah

Selama ibu hamil, ibu masih dapat melakukan pekerjaan rumah tangga seperti memasak, mencuci piring, bersih-bersih rumah, pakaian tidak mencuci sendiri melainkan diloundry. Ibu mengatakan aktivitas dirumah hanya bersantai sambil menonton tv.

(b) Diluar rumah

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

(8) Pola seksual

Ibu mengatakan melakukan hubungan seksual 2-3x perminggu.

h) Riwayat Psikososial

Klien berstatus menikah lamanya \pm 1 tahun dan mengatakan ini pernikahan pertamanya. Usia saat ibu pertama kali menikah yaitu 20 tahun.

Ibu mengatakan cukup mengerti bagaimana menanggapi kehamilan yang sekarang karena belajar dari pengalaman yang didapat dari ibu kandungnya.

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

Ibu memiliki kepercayaan-kepercayaan tertentu seperti memakai jimat dan bulu landak, namun ibu tidak memiliki pantangan apapun selama kehamilan ini.

i) Persiapan persalinan

(1) Rencana tempat bersalin : BPM Nilawati

(2) Persiapan ibu :

Asuransi ada, baju sarung bayi sudah disiapkan, kendaraan mobil milik kakaknya ibu, donor darah dari ibu kandung, pendamping saat persalinan yaitu suami.

(3) Persiapan bayi :

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

j) Riwayat kesehatan keluarga

Ibu mengatakan keluarga tidak ada yang menderita penyakit apapun. Ibu mengatakan dari adik kandung orangtua ibu (paman) memiliki riwayat bayi kembar.

1) Objektif

a) Pemeriksaan Umum

(1) Keadaan umum

(a) Kesadaran Umum : Composmetis

(b) Ekspresi wajah : Baik

(c) Keadaan emosional : Stabil

(d) Berat badan

i. Sebelum hamil : 75 Kg

ii. Saat hamil : 89 Kg

(e) Tinggi badan : 156 cm

(f) **IMT** : $\frac{BB (Kg)}{TB (m)^2} = \frac{75 Kg}{(1,56)^2} = 30,8 Kg/m^2$

(g) Lila : 31 cm

(2) Tanda-tanda vital

(a) Tekanan darah : 110/80 mmHg

(b) Nadi : 79 x/m

(c) Suhu : 34,9°C

(d) Pernafasan : 20 x/m

b) Pemeriksaan fisik

(1) Inspeksi

(a) Kepala

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

(b) Mata

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

(c) Muka

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

(d) Mulut dan gigi

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

(e) Leher

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

(f) Dada

Bentuk mammae tampak bulat, simetris, tidak ada 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 ada bekas operasi dan asites.

i) Vagina

Tidak dilakukan pemeriksaan pada vagina karena tidak ada indikasi varises, pengeluaran abnormal pada vagina, dan luka parut.

j) Ekstremitas

Tidak tampak oedema, tidak ada 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 ada masa, konsistensi lunak dan ada pengeluaran kolostrum

(c) Perut

i. Leopold I

TFU 3 jari atas pusat. Pada fundus teraba bundar, tidak melenting, agak lunak (bokong).

ii. Leopold II

Di bagian kanan teraba bagian-bagian kecil (eksterimatas) dan di sebelah kiri teraba bagian keras seperti papan (punggung)

iii. Leopold III

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

iv. Leopold IV

Konvergen (Bagian terendah janin belum masuk PAP).

v. Lain-lain

Mc. Donald 25 cm

Tafsiran berat janin $(25-12) \times 155 = 2.015$ gram.

(d) Tungkai

i. Oedema

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

ii. Varices

Tidak ada varices kanan dan kiri.

(e) Kulit

Turgor baik dan kembali kurang dari 1-2 detik

(4) Auskultasi

(a) Paru-paru

Tidak ada wheezing dan ronchi

(b) Jantung

Irama jantung reguler, frekuensi 86 x/m, dan intensitas kuat

(c) Perut

Terdapat bising usus, DJJ 139 x/m 139 beraturan dan kuat, serta diperoleh Punctrum maksimum pada 2 jari dibawah pusat sebelah kiri (Kuadran IV)

c) Pemeriksaan khusus

Ukuran panggul luar yaitu distansia spinarum 20 cm, distansia kristarum 28 cm, konjugata eksterna 18 cm, lingkaran Panggul : 100 cm dan kesan panggul normal.

d) Pemeriksaan laboratorium

HB 12,7 gr% dan golongan darah ibu adalah O.

e) Pemeriksaan Penunjang (USG) tanggal 20 Desember 2018

(1)Tempat : BPM Nilawati

(2)Usia Kehamilan : 34 minggu 2 hari

(3)Tafsiran Persalinan : 5 Februari 2019

(4)Tafsiran Berat Janin : 2483, 98 gr

(5)Presentasi : Kepala

(6)Letak plasenta : Normal

(7)Air Ketuban : Cukup

(8)Jenis Kelamin : Perempuan

2. Langkah II Interpretasi Data Dasar

a. Diagnosa : G1P0000 usia kehamilan 31-32 minggu janin tunggal hidup interauterine

1) Dasar :

a) Subjektif :

(1) Ibu mengatakan hamil anak ke-1, tidak pernah keguguran.

(2) HPHT 01-05-2018, TP 08-02-2019

b) Objektif :

(1) Keadaan Umum : Baik

(2) Kesadaran : Composmetis

(3) TTV :

i. TD : 110/80 mmHg

ii. T : 34,9 °C

iii. N : 79 x/m

iv. R : 20x/m

(4) Payudara :

Bentuk Simetris, puting susu menonjol, terjadi hiperpigmentasi, tidak ada benjolan, air susu telah keluar

(5) Abdomen :

- i. Leopold I : TFU 25 cm, 3 jari atas pusat. Pada fundus teraba bundar, tidak melenting, agak lunak (bokong).
Tafsiran berat janin $(25-12) \times 155 = 2.015$ gram.
- ii. Leopold II : Di bagian kanan teraba bagian-bagian kecil (eksterimatas) dan di sebelah kiri teraba bagian keras seperti papan (punggung).
- iii. Leopold III : Teraba bagian bundar, keras, ketika digoyangkan melenting (persentasi kepala).
- iv. Leopold IV : Konvergen (Bagian terendah janin belum masuk PAP).
- v. Lain-lain :
Mc. Donald 25 cm
Tafsiran berat janin $(25-12) \times 155 = 2.015$ gram.

(6) Pemeriksaan Penunjang (USG), Tanggal 20 Desember 2018

- i. Tempat : BPM Nilawati
- ii. Usia Kehamilan : 34 minggu 2 hari
- iii. Tafsiran Persalinan : 5 Februari 2019
- iv. Tafsiran Berat Janin : 2483, 98 gr
- v. Presentasi : Kepala
- vi. Letak plasenta : Normal
- vii. Air Ketuban : Cukup

viii. Jenis Kelamin : Perempuan

b. Masalah

1) **Obesitas**

$$\text{Dasar : IMT} \quad : \quad \frac{BB (Kg)}{TB (m)^2} = \frac{75 Kg}{(1,56)^2} = 30,8 Kg/m^2$$

2) **Nyeri Pinggang**

Dasar : Ibu mengatakan mulai merasakan nyeri pinggang

3. Langkah III Mengidentifikasi Diagnosa atau Masalah Potensial

a. Masalah Potensial

1) Ibu

Low back pain

Dasar : Ibu mengatakan mulai merasa nyeri di bagian pinggang.

2) Janin

Makrosomia

Dasar : Ibu mengalami kondisi IMT yang tinggi yaitu 30,8 Kg/m² dan pemeriksaan penunjang (USG) pada tanggal 20 Desember 2018 Usia Kehamilan 34 minggu 2 hari dengan TBJ : 2483,98 gr.

b. Antisipasi

Menganjurkan ibu untuk melakukan olahraga ringan dan menganjurkan ibu untuk menjaga pola nutrisi dengan diet sehat serta memberitahu ibu mengenai teknik mengatasi nyeri pinggang.

4. Langkah IV Menetapkan Kebutuhan Terhadap Tindakan Segera

Tidak ada

5. Langkah V Menyusun Rencana Asuhan Yang Menyeluruh
 - a. Bina hubungan baik dengan ibu dan keluarga.
 - b. Lakukan TTV pada ibu, ukur tekanan darah dengan menggunakan ukuran cuff yang sesuai.
 - c. Pantau Kenaikan berat badan selama kehamilan secara ketat.
 - d. Lakukan pemeriksaan fisik pada ibu
 - e. Periksa Gula Darah Sewaktu
 - f. Jelaskan hasil pemeriksaan
 - g. Anjurkan ibu untuk menjaga pola nutrisi dengan diet sehat dengan pengurangan asupan kalori.
 - h. Anjurkan ibu untuk olahraga ringan seperti berjalan kaki, senam hamil, dan olahraga ringan lainnya.
 - i. KIE tentang faktor risiko pada ibu hamil dengan obesitas dan konsultasikan atau kolaborasi apabila ada indikasi.
 - j. Berikan KIE tentang teknik mengurangi nyeri pinggang dengan mengatur postur saat duduk, mandi air hangat, memijat bagian tulang belakang, tidur miring kiri.
 - k. KIE tentang pemilihan KB
 - l. Anjurkan ibu untuk meminum obat-obatan yang telah diberikan, seperti Tablet Fe dan Kalk 1 x 1
 - m. Buat kesepakatan dengan ibu mengenai kunjungan ulang.
 - n. Lakukan dokumentasi

B. DOKUMENTASI ASUHAN KEBIDANAN

1. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Antenatal Care

- a. Asuhan Kebidanan Antenatal Care K1 (18 Desember 2019 Pukul 10.00 WITA)

S :

- 1) Ibu mengatakan hamil anak ke-1, tidak pernah keguguran.
- 2) HPHT 01-05-2018
- 3) Ibu mengatakan nyeri bagian punggung bawah

O :

- 1) Pemeriksaan Umum :
 - a) Keadaan Umum : Baik
 - b) Kesadaran : Composmetis
 - c) Berat badan
 - (1) Sebelum hamil : 75 Kg
 - (2) Saat hamil : 89 Kg
 - d) Tinggi badan : 156 cm
 - e) **IMT** : $\frac{BB (Kg)}{TB (m)^2} = \frac{75 Kg}{(1,56)^2} = 30,8 Kg/m^2$
 - f) Lila : 31 cm
 - g) TTV :
 - (1) TD : 110/80 mmHg
 - (2) T : 34,9 °C
 - (3) N : 79 x/m
 - (4) R : 20x/m

2) Pemeriksaan Fisik

Payudara	Bentuk Simetris, puting susu menonjol, terjadi hiperpigmentasi, tidak ada benjolan, air susu sudah keluar.
Abdomen	<p>a. Leopold I : TFU 25 cm, 3 jari atas pusat. Pada fundus teraba bundar, tidak melenting, agak lunak (bokong). Tafsiran berat janin $(25-12) \times 155 = 2.015$ gram.</p> <p>b. Leopold II : Di bagian kanan teraba bagian-bagian kecil (eksterimatas) dan di sebelah kiri teraba bagia keras seperti papan (punggung).</p> <p>c. Leopold III : Teraba bagian bundar, keras, ketika digoyangkan melenting (persentasi kepala).</p> <p>d. Leopold IV : Konvergen (Bagian terendah janin belum masuk PAP).</p> <p>e. Lain-lain : Mc. Donald 25 cm. Tafsiran berat janin $(25-12) \times 155 = 2.015$ gram.</p>

3) Pemeriksaan Penunjang (USG) tanggal 20 Desember 2018

- a) Tempat : BPM Nilawati
- b) Usia Kehamilan : 34 minggu 2 hari
- c) Tafsiran Persalinan : 5 Februari 2019
- d) Tafsiran Berat Janin : 2483, 98 gr
- e) Presentasi : Kepala
- f) Letak plasenta : Normal

g) Air Ketuban : Cukup

h) Jenis Kelamin : Perempuan

A :

1) Diagnosa : G1P0000 usia kehamilan 31-32 minggu janin tunggal hidup interauterine

2) Masalah :

a) **Obesitas**

$$\text{Dasar : IMT} : \frac{BB (Kg)}{TB (m)^2} = \frac{75 Kg}{(1,56)^2} = 30,8 \frac{Kg}{m^2}$$

b) **Nyeri Pinggang**

Dasar : Ibu mengatakan mulai merasakan nyeri pinggang

3) Masalah Potensial :

a) Ibu

Low back pain

Dasar : Ibu mengatakan mulai merasa nyeri di bagian pinggang.

b) Janin

Makrosomia

Dasar : Ibu mengalami kondisi IMT yang tinggi yaitu 30,8 Kg/m^2 dan pemeriksaan penunjang (USG) pada tanggal 20 Desember 2018 Usia Kehamilan 34 minggu 2 hari dengan TBJ : 2483,98 gr.

4) Antisipasi

Menganjurkan ibu untuk melakukan olahraga ringan dan menganjurkan ibu untuk menjaga pola nutrisi dengan diet sehat serta memberitahu ibu mengenai teknik mengatasi nyeri pinggang.

P :

Tanggal 10 Desember 2018

- 1) Bina hubungan baik dengan ibu dan keluarga.
- 2) Lakukan TTV pada ibu, ukur tekanan darah dengan menggunakan ukuran cuff yang sesuai.
- 3) Pantau Kenaikan berat badan selama kehamilan secara ketat.
- 4) Lakukan pemeriksaan fisik pada ibu
- 5) Periksa Gula Darah Sewaktu
- 6) Jelaskan hasil pemeriksaan
- 7) Anjurkan ibu untuk menjaga pola nutrisi dengan diet sehat dengan pengurangan asupan kalori.
- 8) Anjurkan ibu untuk olahraga ringan seperti berjalan kaki, senam hamil, dan olahraga ringan lainnya.
- 9) KIE tentang faktor risiko pada ibu hamil dengan obesitas dan konsultasikan atau kolaborasi apabila ada indikasi.
- 10) Berikan KIE tentang teknik mengurangi nyeri pinggang dengan mengatur postur saat duduk, mandi air hangat, memijat bagian tulang belakang, tidur miring kiri.

- 11) KIE tentang pemilihan KB
- 12) Anjurkan ibu untuk meminum obat-obatan yang telah diberikan, seperti Tablet Fe dan Kalk 1 x 1
- 13) Buat kesepakatan dengan ibu mengenai kunjungan ulang.
- 14) Lakukan dokumentasi

b. Asuhan Kebidanan Antenatal Care K2 (25 Januari 2019 Pukul 11.00 WITA)

S :

- 1) Ibu mengatakan hamil anak ke-1, tidak pernah keguguran.
- 2) HPHT 01-05-2018
- 3) Ibu mengatakan tidak ada keluhan

O :

- 1) Pemeriksaan Umum :
 - a) Keadaan Umum : Baik
 - b) Kesadaran : Composmetis
 - c) Berat badan sekarang : 95 Kg
 - d) TTV :
 - (1) TD : 110/70 mmHg
 - (2) T : 34,9 °C
 - (3) N : 79 x/m
 - (4) R : 20x/m

2) Pemeriksaan Fisik

Payudara	Bentuk Simetris, puting susu menonjol, terjadi hiperpigmentasi, tidak ada benjolan, air susu sudah keluar.
Abdomen	<p>a. Leopold I : TFU 3 jari bawah px. Pada fundus teraba bundar, tidak melenting, agak lunak (bokong).</p> <p>b. Leopold II : Di bagian kanan teraba bagian-bagian kecil (eksterimatas) dan di sebelah kiri teraba bagia keras seperti papan (punggung). DJJ : 139 x/menit</p> <p>c. Leopold III : Teraba bagian bundar, keras, ketika digoyangkan melenting (persentasi kepala).</p> <p>d. Leopold IV : Divergen (Bagian terendah janin telah masuk PAP).</p> <p>e. Lain-lain : Mc. Donald 27,5 cm. Tafsiran berat janin (27,5-11) x 155 = 2.557,5 gram.</p>

A :

1) Diagnosa : G1P0000 usia kehamilan 38-39 minggu janin tunggal hidup interauterine

2) Masalah :

Obesitas.

Dasar : IMT : $\frac{BB (Kg)}{TB (m)^2} = \frac{75 Kg}{(1,56)^2} = 30,8 \frac{Kg}{m^2}$

3) Masalah Potensial :

Janin Makrosomia

Dasar : Ibu mengalami kondisi IMT yang tinggi yaitu 30, 8 Kg/m^2 dan pada tanggal 25 Januari 2019 Usia Kehamilan 38 minggu 1 hari dengan TBJ : 2.557,5 gr.

4) Antisipasi

Menganjurkan ibu untuk melakukan olahraga ringan dan menganjurkan ibu untuk menjaga pola nutrisi dengan diet sehat untuk mengurangi komposisi karbohidrat dan menggantinya dengan buah dan sayur, serta jelaskan pada ibu bahwa sebaiknya berat badan tidak bertambah lagi.

5) Kebutuhan Segera

Tidak Ada

P :

Tanggal 25 Januari 2019

Jam	Tindakan	Paraf
10.00 WITA	Bina hubungan baik dengan ibu Membina hubungan baik dengan ibu dan keluarga ; Telah terbina hubungan baik dengan ibu dan keluarga	
10.00 WITA	Lakukan TTV pada ibu, ukur tekanan darah dengan menggunakan ukuran cuff yang sesuai. Melakukan TTV pada ibu, ukur tekanan darah dengan menggunakan ukuran cuff yang sesuai dengan hasil yaitu: TD : 110/70 mmHg, T : 34,9 °C, N : 79 x/m, R : 20x/m; telah dilakukan TTV pada ibu menggunakan cuff yang sesuai.	
10.10	Pantau Kenaikan berat badan selama kehamilan secara ketat;	

WITA	Memantau Kenaikan berat badan selama kehamilan secara ketat; Telah dilakukan pemantauan kenaikan berat badan selama kehamilan.	
10.25 WITA	Lakukan pemeriksaan fisik pada ibu. Melakukan pemeriksaan fisik pada ibu; Telah dilakukan pemeriksaan fisik pada ibu.	
10.30 WITA	Periksa Gula Darah Sewaktu; Memeriksa Gula Darah Sewaktu; Telah dilakukan pemeriksaan Gula Darah Sewaktu	
10.35 WITA	Jelaskan hasil pemeriksaan; Menjelaskan hasil pemeriksaan bahwa hasil pemeriksaan dalam keadaan normal; Telah dijelaskan hasil pemeriksaan	
10.40 WITA	Anjurkan ibu untuk menjaga pola nutrisi dengan diet sehat dengan pengurangan asupan kalori; Menganjurkan ibu untuk menjaga pola nutrisi dengan diet sehat dengan pengurangan asupan kalori; Ibu mengerti dan akan menjaga pola nutrisi.	
10.45 WITA	Anjurkan ibu untuk olahraga ringan seperti berjalan kaki, senam hamil, dan olahraga ringan lainnya; Menganjurkan ibu untuk olahraga ringan seperti berjalan kaki, senam hamil, dan olahraga ringan lainnya; Ibu mengerti dan telah melakukan olahraga ringan setiap pagi.	
10.50 WITA	Beri KIE tentang faktor risiko pada ibu hamil dengan obesitas dan konsultasikan atau kolaborasi apabila ada indikasi; Memberikan KIE tentang faktor risiko pada ibu hamil dengan	

	<p>obesitas dan konsultasikan atau kolaborasi apabila ada indikasi;</p> <p>Telah diberikan KIE tentang faktor resiko yang mungkin terjadi.</p>	
10.55 WITA	<p>Beri KIE tentang teknik mengurangi nyeri pinggang;</p> <p>Memberikan KIE tentang teknik mengurangi nyeri pinggang dengan mengatur postur saat duduk, mandi air hangat, memijat bagian tulang belakang, tidur miring kiri; Telah diberi KIE teknik mengurangi rasa nyeri dan ibu mengerti cara mengurangi rasa nyerinya.</p>	
10.55 WITA	<p>Anjurkan ibu untuk meminum obat-obatan yang telah diberikan;</p> <p>Menganjurkan ibu untuk meminum obat-obatan yang telah diberikan, seperti Tablet Fe dan Kalk 1 x 1. Ibu meminum obat-obatan yang telah diberikan.</p>	
10.58 WITA	<p>Buat kesepakatan dengan ibu mengenai kunjungan ulang;</p> <p>Membuat kesepakatan dengan ibu mengenai kunjungan ulang yang akan dilakukan 1 minggu yang akan datang; Ibu sepakat dilakukan kunjungan ulang.</p>	
11.00 WITA	<p>Lakukan dokumentasi, dan mencatat hasil kunjungan;</p> <p>Melakukan dokumentasi, dan mencatat hasil kunjungan di buku KIA; Telah buat dokumentasi dan dicatat hasil kunjungannya.</p>	

c. Asuhan Kebidanan Antenatal Care K3 (29 Januari 2019, pukul 14.00 WITA)

S :

- 1) Ibu mengatakan hamil anak ke-1, tidak pernah keguguran.
- 2) HPHT 01-05-2018
- 3) **Ibu mengatakan mules hilang timbul.**

O :

- 1) Pemeriksaan Umum :
 - a) Keadaan Umum : Baik
 - b) Kesadaran : Composmetis
 - c) Berat badan sekarang : 95 Kg
 - d) TTV :
 - (1) TD : 110/80 mmHg
 - (2) T : 35,5 °C
 - (3) N : 79 x/m
 - (4) R : 20x/m
- 2) Pemeriksaan Fisik

Payudara	Bentuk Simetris, puting susu menonjol, terjadi hiperpigmentasi, tidak ada benjolan, air susu sudah keluar.
Abdomen	<ol style="list-style-type: none"> a. Leopold I : TFU 3 jari bawah px. Pada fundus teraba bundar, tidak melenting, agak lunak (bokong). b. Leopold II : Di bagian kanan teraba bagian-

	<p>bagian kecil (eksterimatas) dan di sebelah kiri teraba bagia keras seperti papan (punggung).</p> <p>DJJ : 140 x/menit</p> <p>c. Leopold III : Teraba bagian bundar, keras, ketika digoyangkan melenting (persentasi kepala).</p> <p>d. Leopold IV : Konvergen (Bagian terendah janin belum masuk PAP).</p> <p>e. Lain-lain : Mc. Donald 27,5 cm. Tafsiran berat janin (27,5-11) x 155 = 2.557,5 gram.</p>
--	---

A :

1) Diagnosa : G1P0000 usia kehamilan 38-39 minggu janin tunggal hidup interauterine

2) Masalah :

a) Obesitas

$$\text{Dasar : IMT : } \frac{BB (Kg)}{TB (m)^2} = \frac{75 Kg}{(1,56)^2} = 30,8 \frac{Kg}{m^2}$$

b) His Palsu

Dasar : Ibu mengatakan mules hilang timbul

3) Masalah Potensial :

Janin Makrosomia

Dasar : Ibu mengalami kondisi IMT yang tinggi yaitu 30,8 Kg/m^2 dan pada tanggal 29 Januari 2019 Usia Kehamilan 38 minggu 5 hari dengan TBJ : 2.557,5 gr.

4) Antisipasi

Menganjurkan ibu untuk melakukan olahraga ringan dan menganjurkan ibu untuk menjaga pola nutrisi dengan diet sehat untuk mengurangi komposisi karbohidrat dan menggantinya dengan buah dan sayur, serta jelaskan pada ibu bahwa sebaiknya berat badan tidak bertambah lagi.

5) Kebutuhan Segera

Tidak Ada

P :

Tanggal 29 Januari 2019

Jam	Tindakan	Paraf
10.00 WITA	Lakukan TTV pada ibu; Melakukan TTV pada ibu dengan hasil yaitu: TD : 110/80 mmHg, T : 35,5 °C, N : 79 x/m, R : 20x/m; Telah dilakukan TTV pada ibu	
10.00 WITA	Lakukan pemeriksaan fisik; Melakukan pemeriksaan fisik dengan hasil normal; Telah dilakukan pemeriksaan fisik	
10.10 WITA	Berikan KIE tentang persiapan persalinan; Memberikan KIE tentang: a. Persiapan persalinan seperti merencanakan persalinan di tenaga kesehatan, perencanaan transportasi yang akan di gunakan, perencanaan dana untuk persalinan dan antisipasi kesulitan sehubungan dengan tindakan apabila ada indikasi sesuai kasus penyebab obesitas pada kehamilan.	

	<p>b. Persiapan kemungkinan SC pada ibu dengan obesitas yaitu persiapan secara fisik, psikologis, keuangan dan administrasi yaitu BPJS.</p> <p>c. Tanda tanda persalinan seperti kontaksi yang semakin sering dan tidak dapat di bawa istirahat, adanya pengeluaran lendir darah, adanya pengeluaran air air;</p> <p>Ibu mengerti tentang KIE yang diberikan.</p>	
10.25 WITA	<p>Lakukan konseling tentang kontrasepsi yang baik untuk ibu dengan obesitas;</p> <p>Melakukan konseling tentang kontrasepsi yang baik untuk ibu dengan obesitas;</p> <p>Telah dilakukan konseling dan ibu mengerti.</p>	

2. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Intranatal Care

Tanggal/waktu pengkajian : 13 Februari 2019 / pukul 23.00 WITA

Tempat : Rumah Sakit Hermina

Tidak dilakukan Asuhan kebidanan intranatal care dikarekan pasien SC dan tidak diperkenankan untuk melaksanakan asuhan di Rumah Sakit tersebut.

3. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir

Tanggal/waktu pengkajian : 13 Februari 2019 / pukul 23.00 WITA

Tempat : Rumah Sakit Hermina

Tidak dilakukan Asuhan kebidanan Bayi Baru Lahir dikarekan tidak diperkenankan untuk melaksanakan asuhan di Rumah Sakit tersebut.

4. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Post Natal Care

a. Asuhan Kebidanan Post Natal Care Kunjungan ke-I

Tanggal/Waktu Pengkajian : 13 Februari 2019/ Pukul 23.00 WITA

Tempat : Rumah Sakit Hermina

S :

- 1) Ibu mengatakan melahirkan anak pertama dan tidak pernah keguguran.
- 2) Ibu mengatakan melahirkan tanggal 13 Februari 2019 jam 17.00 WITA.
- 3) **Ibu mengatakan nyeri pada luka jahitannya** dan ASI nya sudah keluar.

O :

- 1) Pemeriksaan Umum
 - a) Keadaan Umum : Baik
 - b) Kesadaran : Composmetis
 - c) TTV
 - (1) TD: 110/70 mmHg
 - (2) T : 36,4 °C
 - (3) N : 84 ^x/menit
 - (4) R : 20 ^x/menit
- 2) Pemeriksaan Fisik

Dada Bentuk dada simetris, tidak tampak retraksi dinding dada, irama jantung teratur, frekuensi jantung 84 x/menit, tidak terdengar suara *wheezing* dan *ronchi*.

a) Payudara

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

b) Abdomen

Tampak simetris, posisi membujur, tampak bekas operasi, tampak linea nigra dan striae livide, tidak tampak asites, TFU 1 jari di bawah pusat, kontraksi baik, dan kandung kemih terpasang selang kencing sebanyak 100 cc.

c) Genetalia

Vulva tidak oedema, tidak ada varices, tampak pengeluaran lochea rubra, tidak terdapat luka parut, tidak tampak fistula, luka perineum dan tidak ada tampak jahitan. Perdarahan \pm 10-15 cc.

d) Ekstremitas

(1) Atas : Bentuk tampak simetris, tidak tampak oedema, kapiler refill baik, reflex bisep dan trisep positif.

(2) Bawah: Bentuk tampak simetris, tidak tampak varices, tidak tampak trombophlebitis, Tidak tampak oedema

pada tungkai kanan , kapiler refill baik, homan sign negatif, dan patella positif.

e) Pola Fungsional

Pola	Keterangan
Istirahat	Ibu dapat beristirahat
Nutrisi	Ibu sudah makan roti dan minum teh
Terapi	Ibu mendapat infus RL 500 cc drip oxy 20 IU + tramadol 20 Tpm
Mobilisasi	Ibu belum dapat melakukan aktifitas hanya miring kiri kanan saja.
Eliminasi	Ibu belum flatus dan belum BAB, BAK menggunakan selang kencing.
Menyusui	Ibu dapat menyusui bayinya namun ASI belum lancar dengan baik.

A :

Diagnosis : P₁₀₀₁ post SC 6 jam

Masalah :
Nyeri luka jahitan bekas SC

Dasar :
Ibu mengatakan nyeri luka jahitannya

Antisipasi :
Ibu mendapat infus RL 500 cc drip oxy 20 IU + tramadol 20 Tpm

Kebutuhan Tindakan Segera : Tidak Ada

P :

Tanggal 13 Februari 2019

Jam	Tindakan	Paraf
23.00 WITA	Lakukan TTV; Melakukan TTV dengan hasil yaitu: TD: 110/70 mmHg, T: 36,4 °C, N: 84 x/menit, R: 20 x/menit; Telah dilakukan TTV pada ibu	
23.10 WITA	Lakukan pemeriksaan fisik; Melakukan pemeriksaan fisik pada ibu dengan hasil normal sesuai usia kehamilan; Telah dilakukan pemeriksaan fisik pada ibu	
23.20 WITA	Lakukan pengecekan UC dan beri terapy untuk mengatasi nyeri; Melakukan pengecekan UC dan memberikan terapy untuk mengatasi nyeri; Telah dicek UC ibu dan diberi terapy pada ibu.	
23.25 WITA	Lakukan pengecekan perdarahan pada ibu; Melakukan pengecekan darah pada masa nifas; Telah dicek perdarahan pada masa nifas ibu dan tidak terjadi perdarahan	
23.35 WITA	Mengajarkan ibu posisi menyusui yang benar dan cara mensendawakan bayi setelah menyusui ; Telah diajarkan posisi menyusui yang benar dan cara menyendawakan bayi setelah menyusi	
23.40 WITA	Berikan KIE tentang nyeri luka post SC; Memberikan KIE tentang nyeri luka post SC; Ibu mengerti tentang penjelasan yang diberikan.	
23.45 WITA	Berikan KIE tentang ASI Eksklusif dan Mobilisasi; Memberikan KIE :	

	<p>a. ASI eksklusif</p> <p>b. Mobilisasi</p> <p>Telah diberi KIE dan ibu mengerti tentang ASI Eksklusif dan Mobilisasi</p>	
--	--	--

b. Asuhan Kebidanan Post Natal Care Kunjungan ke-II

Tanggal/Waktu Pengkajian : 18 Februari 2019 / Pukul : 10.00 WITA

Tempat : Rumah Klien

S :

- 1) Darah nifas keluar sedikit berwarna kecoklatan
- 2) **Nyeri sedikit di daerah luka jahitan bekas SC**

O :

- 1) Pemeriksaan Umum
 - a) Keadaan umum : Baik
 - b) Kesadaran : Composmetis
 - c) TTV
 - (1) TD : 120/70 mmHg
 - (2) N : 86 ^x/menit
 - (3) R : 23 ^x/menit
 - (4) T : 36,4 °C

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, posisi membujur, tampak bekas operasi, tampak linea nigra dan striae livide, tidak tampak asites, **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..

e) Ekstremitas

Atas : Bentuk tampak simetris, tidak tampak oedema,.

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

f) Pola Fungsional

Pola	Keterangan
Istirahat	Ibu dapat beristirahat dan tidur saat bayi tidur
Nutrisi	Ibu makan ketika lapar 3-4 kali/hari dengan porsi 1 porsi nasi, 2-3 potong lauk-pauk, 1 mangkuk sayur, air putih \pm 8 gelas/hari, ibu selalu menghabiskan makanannya.
Mobilisasi	Ibu sudah bisa beraktifitas seperti biasa
Eliminasi	BAK 4-5 kali/hari konsistensi cair, warna kuning jernih, tidak ada keluhan. BAB 1 kali/hari konsistensi lunak, tidak ada keluhan.
Menyusui	Payudara sedikit lecet

A :

Diagnosis : P₁₀₀₁ post SC hari ke 5

Masalah :

- 1) Nyeri luka jahitan bekas SC
- 2) Payudara sedikit lecet
- 3) Penurunan TFU yang tidak sesuai

Dasar :

- 1) Ibu mengatakan nyeri luka jahitan bekas SC
- 2) Pemeriksaan fisik dengan cara inspeksi payudara sedikit lecet bagian kiri

- 3) Pemeriksaan fisik dengan cara palpasi abdomen diperoleh TFU pada hari ke 5 yaitu 3 jari dibawah pusat.

Antisipasi :

- 1) Mengajarkan ibu relaksasi genggam jari
- 2) Mengoleskan sedikit ASI diputing susu sebelum menyusui
- 3) Mengajarkan tentang mobilisasi dini

Kebutuhan Tindakan Segera : Tidak Ada

P :

Tanggal 18 Februari 2019

Jam	Tindakan	Paraf
10.30 WITA	Lakukan TTV; Melakukan TTV ; Telah dilakukan TTV pada ibu	
10.35 WITA	Lakukan pemeriksaan fisik; Melakukan pemeriksaan fisik ; Telah dilakukan pemeriksaan fisik pada ibu	
10.45 WITA	Lakukan pengecekan perdarahan; Melakukan pengecekan perdarahan : Telah dilakukan pengecekan perdarahan pada ibu	
10.50 WITA	Lakukan pengukuran tinggi fundus uteri; Melakukan pengukuran tinggi fundus ; Telah dilakukan pengukuran tinggi fundus uteri.	
10.55 WITA	Beri KIE tentang nyeri Post SC; Memberikan KIE tentang Manajemen nyeri Post SC; Ibu mengerti	

	tentang KIE yang diberikan	
11.00 WITA	Ajarkan ibu tentang perawatan payudara; Mengajarkan ibu perawatan payudara ; Telah diajarkan cara perawatan payudara dan ibu mengerti.	
11.30 WITA	Pastikan ibu menyusui dengan benar; Memastikan ibu menyusui dengan benar ; Ibu telah mengerti cara menyusui dengan benar	
12.00 WITA	Beri KIE tentang mobilisasi dini; Memberikan KIE tentang mobilisasi dini untuk mempercepat involusi uteri; Ibu mengerti tentang KIE yang diberikan	
12.00 WITA	Beri konseling tentang tanda-tanda bahaya masa nifas; Memberi konseling tentang tanda bahaya masa nifas yaitu : nyeri ulu hati, bengkak di bagian muka dan eksteritas, payudara bengkak dan memerah, suhu di atas 38°c, tidak nafsu makan dalam jangka panjang, merasa tidak mampu merawat bayinya sendiri ; Ibu mengerti tentang tanda bahaya masa nifas yang telah dijelaskan pada ibu	

c. Asuhan Kebidanan Post Natal Care Kunjungan Ke-III

Tanggal/Waktu Pengkajian : 03 Maret 2019 / Pukul : 11.00 WITA

Tempat : Rumah Klien Ny. A

S :

- 1) Ibu mengatakan tidak ada keluhan.
- 2) Ibu mengatakan sudah tidak ada pengeluaran pada kemaluan dan sudah tidak nyeri luka jahitan bekas SC nya.

O :

1) Pemeriksaan Umum :

- a) Keadaan umum : Baik
- b) Kesadaran : Composmetis
- c) BB : 85kg
- d) TTV
 - (1) TD : 130/90 mmHg
 - (2) N : 88 ^x/menit
 - (3) R : 21 ^x/menit
 - (4) T : 36,7 °C

2) Pemeriksaan Fisik :

- a) Dada : Bentuk dada simetris, tidak tampak retraksi dinding dada.
- b) Payudara : Tampak lebih besar di payudara kiri, ASI (+) tampak hyperpigmentasi pada areolla, puting susu menonjol, dan tidak ada retraksi, tidak teraba pembengkakan
- c) Abdomen : Tampak simetris, posisi membujur, tampak linea nigra dan striae livide, tampak bekas operasi yang sudah kering dan tidak lagi diperban, tidak terdapat asites, TFU tidak teraba.
- d) Genetalia : tidak dilakukan pemeriksaan
- e) Ekstremitas :

(1) Atas : Bentuk tampak simetris, tidak tampak oedeme

(2) Bawah : Bentuk tampak simetris, tidak tampak oedeme

f) Pola Fungsional

Pola	Keterangan
Istirahat	Ibu dapat beristirahat dan tidur saat bayi tidur
Nutrisi	Ibu makan ketika lapar 3-4 kali/hari dengan porsi 1 porsi nasi, 2-3 potong lauk-pauk, 1 mangkuk sayur, air putih \pm 8 gelas/hari, ibu selalu menghabiskan makanannya.
Mobilisasi	Ibu sudah bisa beraktifitas seperti biasa
Eliminasi	BAK 4-5 kali/hari konsistensi cair, warna kuning jernih, tidak ada keluhan. BAB 1 kali/hari konsistensi lunak, tidak ada keluhan.
Menyusui	Ibu dapat menyusui bayinya dengan baik, ASI sudah lancar.

A :

Diagnosis : P₁₀₀₁ post SC hari ke-18

Masalah : Tidak ada

Diagnosis Potensial : Tidak ada

Masalah Potensial : Tidak ada

P :

Tanggal 03 Maret 2019

Jam	Tindakan	Paraf
11.00 WITA	Lakukan TTV; Melakukan TTV ; Telah dilakukan TTV	
11.05 WITA	Lakukan pemeriksaan fisik; Melakukan pemeriksaan fisik;Telah dilakukan pemeriksaan fisik	
11.15 WITA	Lakukan pengeceka perdarahan; Melakukan pengecekan perdarahan; Telah dilakukan pengecekan darah	
11.25 WITA	Beri informasi dan edukasi sehubungan dengan perubahan pola hidup dan perencanaan kehamilan yang berikutnya; Memberikan informasi dan edukasi sehubungan dengan perubahan pola hidup dan perencanaan kehamilan yang berikutnya; Ibu mengerti tentang penjelasan yang diberikan	
11.25 WITA	Anjurkan ibu datang ke puskesmas terdekat untuk imunisasi untuk bayinya; Menganjurkan ibu datang ke puskesmas terdekat untuk imunisasi untuk bayinya; Ibu bersedia untuk datang ke puskesmas	

5. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Neonatus

a. Asuhan Kebidanan Neonatus Kunjungan Ke-I

Tanggal/waktu pengkajian : 12 Februari 2019 / pukul 23.00 WITA

Tempat : Rumah Sakit Hermina

Tidak dilakukan Asuhan kebidanan Bayi Baru Lahir dikarekan tidak diperkenankan untuk melaksanakan asuhan di Rumah Sakit tersebut.

b. Asuhan Kebidanan Neonatus Kunjungan Ke-II

Tanggal / Waktu Pengkajian : 18 Februari 2019 / Pukul : 10.00 WITA

Tempat : Rumah Klien

S :

Ibu mengatakan bayi dalam keadaan sehat

O :

1) Pemeriksaan Umum :

- a) Keadaan umum : Sedang
- b) Kesadaran : Composmetis
- c) BB : 3500 gram
- d) TTV
 - (a) T : 37,2 °C
 - (b) N : 140 x/menit
 - (c) R : 40 x/menit

2) Pemeriksaan Fisik

- a) Kepala : Bersih, *caput/cepal* 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 : Perempuan, labia mayor menutupi labia minor.
- 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 2 x / hari
Istirahat	Bayi tidur sepanjang hari dan hanya terbangun jika haus dan popoknya basah atau lembab.

A :

- 1) Diagnosis : Neonatus Cukup Bulan, Sesuai Masa Kehamilan hari ke-5
- 2) Masalah : Tidak ada
- 3) Masalah Potensial : Tidak ada
- 4) Diagnosis Potensial : Tidak ada
- 5) Antisipasi : Tidak ada
- 6) Kebutuhan Segera : Tidak ada

P :

Tanggal : 18 Februari 2019

Jam	Tindakan	Paraf
11.00 WITA	Lakukan TTV; Melakukan TTV; Telah dilakukan TTV	
11.05 WITA	Lakukan penimbangan BB bayi; Melakukan penimbangan BB bayi; Telah dilakukan penimbangan pada bayi	
11.10 WITA	Lihat kecukupan ASI bagi bayi; Melihat kecukupan ASI bagi bayi; Telah tercukupi ASI pada bayi	
11.15 WITA	Lakukan pengecekan pada tali pusat sudah pupus atau belum dan apakah adanya tanda gejala infeksi; Melakukan pengecekan pada tali pusat sudah pupus atau belum dan apakah adanya tanda gejala infeksi; Tali pusat belum pupus dan tidak ada tanda infeksi	
11.55 WITA	Cek tanda bahaya pada neonatus; Mengecek tanda bahaya pada neonatus; Tidak terdapat tanda bahaya pada neonatus	

c. Asuhan Kebidanan Neonatus Kunjungan ke-III

Tanggal/Waktu Pengkajian : 3 Maret 2019/Pukul : 11.00 WITA

Tempat : Rumah Ny. A

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 : 3510 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 : Perempuan, nampak labia mayor menutupi labia minor.

- 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.

3) 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 2 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.
Perkembangan	Bayi dapat tersenyum spontan

A :

Diagnosis : Neonatus Cukup Bulan, Sesuai Masa Kehamilan hari ke-18

Masalah : Tidak ada

Masalah/Diagnosis Potensial : Tidak ada

Antisipasi : Tidak Ada

Kebutuhan : Tidak ada

P :

Tanggal : 03 Maret 2019

Jam	Tindakan	Paraf
11.00 WITA	Lakukan TTV; Melakukan TTV; Telah dilakukan TTV	
11.10 WITA	Periksa ikterus pada neonatus; Melakukan periksa ikterus pada neonatus; Tidak terjadi ikterus pada neonatus	
11.15 WITA	Lakukan KIE tentang pemantauan kenaikan BB atau KMS; Melakukan KIE tentang pemantauan kenaikan BB atau KMS anak dengan ketat; Ibu mengerti tentang KIE yang diberikan	
11.25 WITA	Beri KIE tentang pola nutrisi seimbang bagi anak; Memberikan KIE tentang pola nutrisi yang seimbang bagi anak; Ibu mengerti tentang KIE yang diberikan	

6. Dokumentasi Asuhan Kebidanan KB pada Akseptor IUD

Tanggal/Waktu Pengkajian : 22 Maret 2019/Pukul :11.30 WITA

Tempat : Rumah Ny. A

S :

Ibu mengatakan belum memiliki pilihan jenis alat kontrasepsi yang ingin digunakan.

O :

1) Pemeriksaan Umum

Kedaaan umum Ny. A baik; kesadaran composmentis;
hasil pengukuran tanda vital yaitu: tekanan darah 110/80

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 : Vulva tidak oedem, tidak ada varices, tidak tampak pengeluaran lochea Alba, tidak terdapat luka parut, tampak luka jahitan telah sembuh. 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

A :

Diagnosis : P₁₀₀₁ post SC ke 38 hari calon akseptor KB IUD

Masalah : Tidak ada

Masalah/Diagnosis Potensial : tidak ada

Antisipasi : Tidak ada

Kebutuhan Segera : Tidak ada

P :

Tanggal 22 Maret 2019

Jam	Tindakan	Paraf
18.15 WITA	Lakukan TTV; Melakukan TTV; Telah dilakukan TTV	
18.20 WITA	Lakukan pemeriksaan fisik; Melakukan pemeriksaan fisik; Telah dilakukan pemeriksaan fisik	
18.30 WITA	Lakukan pemantapan konseling KB pada ibu; Melakukan pemantapan konseling tentang alat kontrasepsi yang aman dipilih oleh ibu; Ibu telah memilih akan menggunakan KB IUD.	

BAB V

PEMBAHASAN

A. Pembahasan Proses Asuhan Kebidanan

Asuhan Kebidanan Komprehensif yang diterapkan pada klien Ny. A G₁P₀₀₀₀ sejak kontak pertama pada tanggal 30 November 2018 yaitu dimulai pada masa kehamilan 31-32 minggu, persalinan, bayi baru lahir, masa nifas, neonatus dan pelayanan kontrasepsi dengan pembahasan sebagai berikut:

1. Asuhan Kehamilan

Hasil pengkajian yang dilakukan pada Ny. A pada tanggal 10 Desember 2018, didapatkan bahwa Ny. A berusia 21 tahun G₁P₀₀₀₀ HPHT 03 Mei 2018 dan taksiran persalinan tanggal 10 Februari 2019. Pada kontak pengkajian awal dengan Ny. A mengatakan sudah melakukan kunjungan ANC ke Klinik dan puskesmas terdekat sebanyak 3 kali pada trimester I, 4 kali pada trimester II, 2 kali pada trimester III. Jadwal kunjungan ulang yaitu 2 minggu kemudian atau jika ada keluhan melihat usia kehamilan Ny. A adalah 29 minggu 3 hari.

Pemeriksaan antenatal care yang dilakukan oleh Ny. A pada trimester III sebanyak 3 kali termasuk pada pemeriksaan yang dilakukan selama asuhan diberikan. Hal ini sesuai dengan standar asuhan kunjungan ANC, dimana Ny. A sudah melakukan pemeriksaan lebih dari 2 kali selama kehamilan trimester III. Secara teori Pelayanan antenatal merupakan pelayanan terhadap individu yang bersifat *preventif care* untuk mencegah terjadinya masalah yang kurang baik bagi ibu

maupun janin agar dapat melalui persalinan dengan sehat dan aman sehingga ibu dalam keadaan status kesehatan yang optimal (Depkes RI, 2007).

Berdasarkan jadwal kunjungan ANC dan pemeriksaan ANC dilakukan minimal 4 kali selama kehamilan, yaitu minimal 1 kali pada trimester I (sebelum usia 14 minggu), 1 kali pada trimester II (usia kehamilan antara 14 – 28 minggu) dan 2 kali pada trimester III (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).

Pada kunjungan pertama, dari hasil pengkajian awal ditemukan Ny. A usia 21 tahun G₁P₀₀₀₀ usia kehamilan 31-32 minggu. Pada kehamilan ini didapatkan masalah pada Ny. A yaitu obesitas. Kunjungan awal pada Ny. A di dapatkan hasil pengkajian berat badan ibu sebesar 89 kg. Berat badan sebelum hamil adalah 75 kg. Dalam hal ini ibu sudah mengalami kenaikan sebanyak 14 kg. Dilakukan pengukuran Indeks Massa Tubuh didapatkan hasil Indeks Massa Tubuh 30,8 kg/m².

Berdasarkan teori Sukarni (2013) klasifikasi Indeks Massa Tubuh 30, 8 Kg/m² masuk dalam kategori obesitas. Gunatilake (2011) dalam Sanjaya (2015) menyatakan bahwa wanita hamil dengan obesitas jika tidak diatasi akan berdampak 2 kali berisiko melahirkan bayi makrosomia

dengan segala sekuele yang ditimbulkannya. Bukan hanya bayi makrosomia yang ditemukan pada kehamilan dengan obesitas tetapi juga didapatkan bayi IUGR (*Intra Uterine Growth Restriction*). Idealnya keadaan indeks massa tubuh lebih baik diperbaiki sebelum terjadinya kehamilan. Namun jika kehamilan sudah terjadi, ibu hamil tersebut sebaiknya memantau pola makan agar tidak terjadinya masalah potensial seperti kenaikan berat badan berlebih untuk mengurangi masalah yang mungkin terjadi. Hasil penelitian dalam Riset Kesehatan Dasar (2013) terlihat prevalensi obesitas sebesar 13,30%. Pada kunjungan ketiga didapatkan berat badan ibu 95 kg. Berdasarkan Gunatilake (2011) kenaikan berat badan yang dianjurkan oleh ibu obesitas yaitu 5 - 9,1 kg. Sehingga ibu masih mengalami kenaikan berat badan berlebih. Dimana kenaikan ibu sudah mencapai 20 kg. Resiko yang dapat terjadi pada Ny. A dapat di cegah dengan memberikan konseling pada ibu mengenai pola makan yang sehat dengan mengurangi komposisi karbohidrat namun tidak mengurangi protein, sayur, dan buah. Nutrisi yang seimbang dan olah raga yang sesuai dapat memberikan dampak yang baik bagi wanita hamil dengan obesitas (Buschur, 2012).

Dalam asuhan kebidanan kehamilan ini penulis menyimpulkan terdapat kesenjangan antara teori dengan praktik. Dimana seharusnya ibu hamil dengan obesitas hanya mengalami kenaikan berat badan 5 - 9,1 kg (Gunatilake,2011). Namun dalam hal ini klien mengalami kenaikan berat badan 20 kg.

Masalah lain yang timbul pada kunjungan ke-I kehamilan yaitu nyeri pada pinggang. Prevalensi nyeri punggung bawah pada kehamilan dilaporkan bervariasi dari 50% sampai dengan 70% (Sudirtayasa dan Wayan 2015). Asuhan yang diberikan adalah terapy mengurangi rasa nyeri. Sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Varney (2007) tentang ketidaknyamanan kehamilan trimester III, yaitu nyeri pinggang yang dialami oleh ibu merupakan hal yang normal pada ibu hamil, karena ukuran rahim yang semakin membesar.

Pada tanggal 17 Desember 2018 dilakukan kunjungan ketiga pada Ny. A pada usia kehamilan 38-39 minggu dan ibu sudah tidak merasakan nyeri pinggang.

Pada kunjugan ke-III kehamilan ibu mengatakan perut mules hilang timbul yang disebut his palsu (*braxton hicks*) yang disebabkan karena uterus yang mulai menekan kearah tulang belakang, menekan vena kava dan aorta sehingga aliran darah tertekan. Menurut penelitian Wilkinson Robisson (2013) dari 25 populasi diambil sampel 10 ibu hamil dengan mengamati gerakan pernafasan janin dalam jangka waktu 100 menit menggunakan tocograf eksternal. Selama selang waktu 100 menit, ditemukan 82 kontraksi *Braxton Hicks* pada awal pengkajian. Asuhan yang diberikan yaitu KIE tentang perubahan fisiologis pada kehamilan trimester III. Keluhan tersebut dapat teratasi dengan diberikan konseling.

2. Asuhan Persalinan.

Saat memasuki proses persalinan, usia kehamilan Ny. A yaitu 40-41 minggu. Menurut Gunatilake (2011) dalam Sanjaya (2015) yang perlu ditekankan bahwa pada pasien dengan obesitas memiliki risiko untuk pemanjangan waktu dari fase aktif dan terkadang membutuhkan akselerasi dengan oksitosin yang dosisnya lebih tinggi dari BMI normal.

Gunatilake (2011) dalam Sanjaya (2015) menyatakan bahwa wanita inpartu dengan BMI $> 30 \text{ kg/m}^2$ memiliki risiko 1,5 kali sedangkan BMI $> 40 \text{ kg/m}^2$ berisiko 2 kali untuk persalinan yang berakhir dengan *operative vaginal delivery*, yang mana berkaitan dengan tingginya angka morbiditas baik terhadap bayi maupun ibu.

Sependapat dengan teori diatas Ny. A pada saat melakukan ANC di Klinik Ibnu Sina oleh dokter spesialis kandungan telah direncanakan akan dilakukan SC jika lebih 1 minggu dari tafsiran persalinan. Dan tepat pada tanggal 12 februari 2019 Ny. A dirujuk ke RS Hermina.

Menurut Gunatilake (2011) dalam Sanjaya (2015) >16.000 pasien didapatkan angka seksio sesaria pada wanita hamil normal sebesar 20,7% dibandingkan dengan wanita hamil dengan obesitas sebesar 33,8% (BMI 30-34,9 kg/m^2), sedangkan wanita dengan BMI $> 35\text{kg/m}^2$ kejadian seksio sesaria mencapai 50%. Risiko tersebut berkaitan erat dengan komplikasi obesitas terhadap kehamilan seperti bayi makrosomia, bayi IUGR, diabetes mellitus dan hipertensi.

Pada asuhan komprehensif terdapat kesenjangan antara teori menurut teori Estiningtyas dan Nuraisya (2013) dan praktek yang terjadi dilapangan, dimana asuhan kebidanan persalinan tidak dilakukan karena tidak diperkenankan untuk melaksanakan asuhan di Rumah Sakit tersebut.

3. Bayi Baru Lahir

Pada tanggal 13 Februari 2019 pukul 17.00 WITA bayi lahir per seksio cesaria, segera menangis, sehat dan jenis kelamin perempuan dengan BBL 3400 gram. Setelah bayi lahir bayi diobeservasi sementara di ruang bayi. Pukul 19.30 WITA bayi dirawat gabung bersama ibu diruang nifas.

Menurut Buschur dan Kim (2012) dalam Sanjaya (2015) mengatakan bahwa wanita dengan obesitas, pregestasional diabetes, gestasional diabetes berisiko untuk melahirkan bayi makrosomia. Dalam penelitian menunjukkan dari 100 bayi yang lahir dengan LGA, 11 diantaranya berasal dari ibu dengan obesitas, sedangkan 4 lahir dari ibu dengan pregestasional diabetes, hal tersebut menunjukkan bahwa prevalensi bayi LGA lebih sering pada wanita dengan obesitas dibandingkan wanita dengan pregestasional diabetes.

Kurang sependapat dengan teori diatas karena By Ny. A lahir melalui SC tanpa masalah dan normal. Asuhan BBL diperoleh melalui data sekunder dari pihak klien (Ny. A).

4. Asuhan Masa Nifas

Kunjungan selama masa nifas Ny. A sebanyak 3 kali yaitu pada kunjungan pertama 6 jam, kunjungan kedua 5 hari, kunjungan ketiga 18 hari.

Menurut teori yang dikemukakan Suherni (2009), 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. 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 Walyani (2014), 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 13 Februari 2019, pukul 23.00 WITA dilakukan kunjungan pertama yaitu 6- 8 jam post partum. Berdasarkan hasil pengkajian diperoleh yaitu keadaan ibu telah membaik. Ibu dapat beristirahat setelah proses operasinya, ibu dapat menghabiskan makan dan minum yang telah disediakan, dari hasil pemeriksaan keadaan ibu dalam batas normal.

Hal ini sesuai dengan teori menurut Walyani (2014), tujuan pada asuhan kunjungan 6-8 jam post SC diantaranya yaitu 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. Serta memberikan KIE ibu tentang perawatan post SC.

Tanggal 18 Februari 2019 pukul 10.00 WITA dilakukan kunjungan kedua yaitu asuhan 5 hari post partum. Keluhan Ny. A yaitu nyeri luka bekas jahitannya. Nyeri pada ibu post SC dapat menimbulkan berbagai masalah. Sekitar 68% ibu post SC mengalami kesulitan dengan perawatan bayi, bergerak naik turun dari tempat tidur dan mengatur posisi yang nyaman selama menyusui akibat adanya nyeri. Faktanya hasil pengamatan yang dilakukan pada tanggal 20 - 21 Mei 2016 terhadap 5 pasien pasca *sectio caesarea* didapatkan bahwa pasien tampak menyeringai kesakitan, 2 pasien mengeluh nyeri dengan skala 5 dan 6, serta 3 pasien mengeluh nyeri dengan skala 7 dan 8. Asuhan yang diberikan yaitu terapi relaksasi genggam jari (Liana, 2008).

Masalah lain yang muncul pada saat kunjungan kedua yaitu putting susu lecet. Sesuai dengan teori menurut Menurut Suherni (2009) dalam Gresi (2014) menyatakan bahwa putting susu lecet merupakan masalah dimana putting mengalami cedera karena lecet, kadang kulitnya sampai terkelupas atau luka berdarah (sehingga ASI menjadi berwarna merah muda). Penyebabnya biasanya karena hisapan bayi yang tidak benar sehingga mencederai putting atau teknik ibu menghentikan bayi menyusui kurang tepat. Berdasarkan studi pendahuluan tanggal 28 Oktober 2013 di Bidan Praktik Mandiri Nunik Isdiyati Ngembatpadas Gemolong selama bulan Januari 2013 sampai Oktober 2013 diperoleh data 89 pasien nifas dengan persalinan normal, sebanyak 76 pasien masa nifas normal, sebanyak 10

kasus puting susu lecet pada ibu nifas, 2 kasus bendungan ASI dan 1 kasus perdarahan pada waktu nifas dengan tindakan rujukan ke Rumah Sakit. Asuhan segera yang diberikan untuk ibu adalah melakukan perawatan payudara. Setelah dilakukan kunjungan ke 3 di evaluasi masalah puting susu lecet sudah teratasi.

Masalah selanjutnya yang diperoleh pada kunjungan ke-II ini yaitu keterlambatan penurunan TFU. Sependapat pula dengan Saleha (2013) dalam Hardiana (2016) menyatakan bahwa pada keadaan yang abnormal tinggi fundus mengalami perlambatan akibat adanya luka insisi pada posisi Seksio Sesarea (SC) timbul rasa nyeri akibat luka insisi sehingga involusi lebih lambat. Pada hari kelima postpartum tinggi fundus uteri pertengahan simpisis pusat (Wiknjosastro, 2011). Hasil penelitian Saleha (2013) dalam Hardiana (2016) juga mengatakan bahwa pada ibu nifas dengan jenis persalinan SC sebagian besar (60,6%) mengalami keterlambatan penurunan TFU yaitu <3 cm pada hari ke-3, dan hampir sebagian (39,4%) penurunan TFU-nya sesuai dengan waktu yang ditentukan yaitu ≥ 3 cm pada hari ke-3.

Asuhan yang diberikan yaitu mengenai mobilisasi dan gizi pada masa nifas. Hal ini dievaluasi pada kunjungan ke 3 dan masalah TFU ini pun telah teratasi.

Tanggal 03 Maret 2019, pukul 11.00 WITA dilakukan kunjungan ketiga yaitu asuhan 18 hari post partum. Pada 18 hari post partum, kunjungan ini sama tujuannya dengan kunjungan ke 2. Sependapat dengan teori menurut Suhemi, 2009 asuhan yang diberikan sesuai dengan teori dan tidak ada masalah pada kunjungan ini.

5. Asuhan Neonatus

Pelaksanaan pelayanan kesehatan neonatus dilakukan 3 kali kunjungan, yaitu pada 8 jam, 5 hari, dan 18 hari. Hal ini selaras dengan teori yang dikemukakan oleh Depkes RI (2009) 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. Penulis berpendapat bahwa pentingnya dilakukan kunjungan neonatus sebagai deteksi bila terdapat penyulit pada neonatus.

Tanggal 13 Februari 2019 pukul 23.00 WITA tidak dilakukan kunjungan Neonatus I yaitu pada 6 jam setelah bayi lahir dikarenakan tidak diperkenankan oleh pihak Rumah Sakit. Pada asuhan komprehensif terdapat kesenjangan antara teori menurut teori Estiningtyas dan Nuraisya (2013) dan praktek yang terjadi dilapangan, dimana asuhan kebidanan neonatus tidak dilakukan. Data diperoleh dari data sekunder, dimana keadaan umum bayi baik dan normal serta tidak ditemukan masalah.

Tanggal 18 Februari 2019, pukul 10.00 WITA, dilakukan kunjungan Neonatus II yaitu pada 5 hari setelah bayi lahir dan pada tanggal 03 Maret 2019 pukul 11.00 WITA dilakukan kunjungan Neonatus III yaitu pada 18 hari setelah bayi lahir. Pada asuhan ini tidak ditemukan masalah, bayi dalam keadaan baik dan sehat. Sependapat dengan Depkes RI (2009) dalam Sanjaya (2015) pada By Ny A ini kunjungan neonatal bertujuan untuk meningkatkan akses neonatus terhadap pelayanan kesehatan dasar, mengetahui sedini mungkin bila terdapat kelainan pada bayi atau mengalami masalah. Pelayanan kesehatan neonatal dasar menggunakan

pendekatan komprehensif, manajemen terpadu bayi muda untuk bidan/perawat. Asuhan yang diberikan sesuai dengan teori dan tidak ada masalah yang ditemukan pada kunjungan ini.

6. Pelayanan Keluarga Berencana

Pada tanggal 22 Maret 2019 dilakukan kunjungan KB pada hari ke 38 post partum. Dalam pengkajian Keluarga Berencana Ny. A mengatakan belum memiliki pilihan jenis alat kontrasepsi yang ingin digunakan. Karena itu asuhan yang diberikan yaitu KIE menggunakan ABPK (Alat bantu Pengambilan Keputusan) (BKKBN, 2012).

Pada tanggal 2 April 2019 di Klinik Ibnu Sina ibu melakukan pemasangan KB IUD. Hal ini sependapat dengan Gunatilake (2011) dalam Sanjaya (2015) penggunaan alat KB pada ibu dengan obesitas mengingat obesitas berhubungan dengan kesulitan dalam tindakan ligasi tuba apabila dilakukan setelah persalinan pervagina maka penggunaan IUD (*Intra Uterine Device*) merupakan pilihan yang tepat, selain itu dapat juga menggunakan implant.

B. Keterbatasan Penelitian

Dalam memberikan asuhan komprehensif terhadap Ny. A di temui beberapa hambatan yang menyebabkan pelaksanaan studi kasus tidak berjalan dengan maksimal. Keterbatasan- keterbatasan tersebut di antaranya :

1. Asuhan INC dan BBL tidak dilakukan sehingga tidak dapat mengetahui asuhan yang telah di berikan pada saat kunjungan INC dan BBL dan tidak dapat mengetahui apa saja yang terjadi pada saat bersalin dan BBL, dikarenakan tidak ada moU antara institusi dan pihak RS Hermina dan

pasien juga bersalin dengan cara SC dan hal tersebut merupakan kewenangan dokter sepenuhnya. Sehingga penulis mengalami keterbatasan dalam pelaksanaan asuhan kebidanan komprehensif.

2. Pelaksanaan asuhan kebidanan komprehensif yang bersamaan dengan kegiatan PK III, PKL II dan IPE terkadang menyebabkan kesulitan bagi penulis untuk mengatur waktu. Waktu yang tersedia untuk pelaksanaan asuhan terkadang sangat terbatas, sehingga menyebabkan kurang maksimalnya asuhan yang diberikan.

BAB VI

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil pengkajian dan asuhan kebidanan komprehensif pada Ny. A Di Kelurahan Mekar Sari Balikpapan Tengah, dapat diambil kesimpulan bahwa penulis:

1. Melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif pada kehamilan Ny. A. Pada trimester III atau pada saat penulis lakukan kunjungan Ny. A di dapatkan masalah mengenai kehamilan dengan obesitas. Asuhan yang diberikan adalah memberikan konseling tentang obesitas dan nutrisi yang seimbang. Masalah yang di alami Ny. A tidak dapat diintervensi sehingga tidak dapat di atasi. Keluhan lain yang ditemukan pada Ny. A yaitu Nyeri pinggang pada kunjungan ke-I dan perut mules hilang timbul pada kunjungan ke-III. Keluhan yang dialami Ny. A dapat diintervensi sehingga dapat diatasi.
2. Tidak dilaksanakan asuhan kebidanan komprehensif pada persalinan Ny. A karena pada tanggal 7 Febuari 2019 di Klinik Ibnu Sina oleh dokter spesialis kandungan rencana akan dirujuk untuk dilakukan SC apabila kehamilan lebih 1 minggu dari tafsiran persalinannya. Rujukan ditujukan ke RS Hermina tepat pada tanggal 12 Februari 2019.
3. Tidak dilaksanakan asuhan kebidanan komprehensif pada bayi baru lahir Ny. A karena bayi lahir melalui persalinan SC di RS Hermina tepat pada tanggal 13 Februari 2019.

4. Melaksanakan asuhan masa nifas secara komprehensif. Pada masa nifas Ny. A mengalami lecet pada payudara dan masalah keterlambatan penurunan TFU. Asuhan yang di berikan yaitu melakukan perawatan, KIE cara menyusui yang tepat dan KIE tentang mobilisasi dini. Masalah yang di alami Ny. A pada masa nifas telah teratasi.
5. Melaksanakan asuhan neonatus secara komprehensif pada . Bayi sehat dan tidak ada masalah apapun. Asuhan yang diberikan yaitu asuhan normal pada neonatus.
6. Melaksanakan pelayanan keluarga berencana secara komprehensif. Klien belum memiliki pilihan jenis alat kontrasepsi yang ingin digunakan. pasien merencanakan menggunakan KB IUD. Pada tanggal 2 April di klinik Ibnu Sina pasien melakukan pemasangan KB IUD.

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 Prodi D-III Kebidanan Balikpapan

Kepada Prodi D-III Kebidanan Balikpapan diharapkan laporan tugas akhir ini dapat meningkatkan kualitas bidan melalui pengetahuan dan pengalaman yang diperoleh dalam pemberian asuhan kebidanan

komprehensif. Dan lebih mengajarkan mahasiswa sesuai kompetensinya dalam pemberian asuhan kebidanan.

2. Bagi Penulis

Bagi penulis diupayakan dapat memanejemen waktu agar asuhan kebidanan komprehensif bisa dilakukan secara maksimal. Mengembangkan pola pikir ilmiah dan melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif melalui pendidikan dan penatalaksanaan serta mendapat pengalaman secara nyata di lapangan agar dapat memberikan pelayanan kebidanan yang lebih efektif dan lebih meningkatkan mutu pelayanan kebidanan yang diselenggarakan.

3. Bagi klien

Saran bagi klien adalah :

- a. Lebih memperhatikan masalah kenaikan berat badan yang berlebih tersebut, dengan menjaga pola makan agar tidak terjadi hal yang sama pada kehamilan selanjutnya.
- b. Memantau kenaikan berat badan atau KMS bayi secara ketat.

DAFTAR PUSTAKA

- Adamo, Kristi. 2013. *The Maternal Obesity Management (MOM) Trial Protocol: A lifestyle intervention during pregnancy to minimize downstream obesity. Contemporary Clinical Trials. Dalam* : Sanjaya Nyoman Hariyasa (eds). 2015. *Obesitas dalam kehamilan*. Fakultas Kedokteran Universitas Udayana, Jakarta.
- Anatan, Lena Ellitan dan Lina, 2008. *Suplly Chain Management Teoridan Aplikasi*. Alfabeta. Bandung.
- Anonim. 2009. *Panggul Sempit VS Melahirkan Normal*. KaryaTulis Ilmiah. Jakarta.
- Ambarwati Retna, Eny, 2009. *Asuhan Kebidanan Nifas*. Cetakan ke-V. Nuha Medika. Jogjakarta.
- Amirin, Tatang Manguny. 2012. *Manajemen Pendidikan*. UNY Press. Yogyakarta.
- Arora, Malaika. *et al.* 2008. *A Study on Lipid Profile And Body Fat in Patients with Diabetes Melitus*. Anthropologist, *Dalam* : Sanjaya Nyoman Hariyasa (eds). 2015. *Obesitas dalam kehamilan*. Fakultas Kedokteran Universitas Udayana, Jakarta.
- Aviram, Amitai. Harousn, Hod. dan Yogev, Yau. 2010. *Maternal obesity: Implications for pregnancy outcome and long-term risks a link to maternal nutrition. International Journal of Gynecology and Obstetrics. Dalam* :

Sanjaya Nyoman Hariyasa (eds). 2015. *Obesitas dalam kehamilan*. Fakultas Kedokteran Universitas Udayana, Jakarta.

Badan Pusat Statistik. 2008. *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2012*. Badan Pusat Statistik. Jakarta.

Balitbangkes. 2013. *Riset Kesehatan Dasar*. Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.

Balsells, Mercedes. 2012. *Miscarriage and Malformations. Maternal Obesity in Pregnancy*. Springer. Dalam : Sanjaya Nyoman Hariyasa (eds). 2015. *Obesitas dalam kehamilan*. Fakultas Kedokteran Universitas Udayana, Jakarta .

BKKBN. 2012. *Pelayanan Kontrasepsi*. BKKBN. Jakarta.

Bogaerts, Albert. 2013. *Obesity in pregnancy: Altered onset and progression of labour*. Midwifery. Elsevier. Dalam : Sanjaya Nyoman Hariyasa (eds). 2015. *Obesitas dalam kehamilan*. Fakultas Kedokteran Universitas Udayana, Jakarta.

Buschur, Edbert dan Kim, Cellulose. 2012. *Guidelines and interventions for obesity during pregnancy*. International Journal of Gynecology and Obstetrics. Dalam : Sanjaya Nyoman Hariyasa (eds). 2015. *Obesitas dalam kehamilan*. Fakultas Kedokteran Universitas Udayana. Jakarta.

Cunningham. 2010. *Obstetri William Edisi 21*. Jakarta: EGC.

Darmawan. 2013. *Metode Penelitian Kuantitatif Kebidanan*. PT Remaja Rosdakary. Bandung.

Depkes. 2012. *Standar Pelayanan Kebidanan*. Jakarta

_____. 2012. *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2012*.
<http://www.bkkbn.go.id>. Diakses tanggal 10 Mei 2013.

_____. 2014. *Pedoman Umum Gizi Seimbang Tahun*. Depkes RI :
[http://www.depkes.go.id/Pedoman Umum Gizi Seimbang](http://www.depkes.go.id/Pedoman%20Umum%20Gizi%20Seimbang). Diakses 10 mei
2016.

_____. 2016. *Profil Kesehatan Indonesia tahun 2015*. Jakarta.

Dinas Kesehatan Kota Balikpapan. 2017. *Profil Kesehatan Kota Balikpapan 2016*.
Balikpapan.

Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Timur. 2017. *Profil Kesehatan Provinsi
Kalimantan Timur 2013*. Samarinda.

De Paiva. et al. 2014. *Maternal obesity in high-risk pregnancies and postpartum
infectious complications*. *Rev Assoc Med Bras. Elsevier*. Dalam : Sanjaya
Nyoman Hariyasa (eds). 2015. *Obesitas dalam kehamilan*. Fakultas
Kedokteran Universitas Udayana. Jakarta.

Desai, Michael. et al. 2014. *Maternal obesity and high-fat diet program offspring
metabolic syndrome*. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*.
Dalam : Sanjaya Nyoman Hariyasa (eds). 2015. *Obesitas dalam
kehamilan*. Fakultas Kedokteran Universitas Udayana. Jakarta.

- Edelman, Athlete dan Kaneshiro Boushi, 2016. Contraception counseling for obese women. Up To Date. 2016;1–8. Diakses dari: <http://www.uptodate.com/contents/contraception-counseling-for-obese-women>
- Estiningtyas, dan Nuraisya. 2013. Buku Ajar Asuhan Kebidanan. Pustaka. Yogyakarta.
- Farida, 2009. *Impact of Obesity and Body Fat Distribution on Pulmonary Function og Egyptian Children*. Egyptian Journal of Bronchology. Dalam : W, Hana (eds). 2018. *Asuhan Kebidanan Komprehensif pada kehamilan dengan masalah obesitas*. Poltekkes Kemenkes Kaltim. Balikpapan.
- Fauci, Anthony Scot. *et al*. 2009. *Obesity*. Dalam : Harisson's. 2009. *Manual Of Medicine 17th*. The McGraw - Hill Companies, USA : 939.
- Feri, Corsten. 2014. *Obesitas Kehamilan Dengan Preeklamsia Pada Ibu Hamil*. RSUD Dr. Abdoer Rahem. Kabupaten Situbondo.
- Gunatilake, Roytman Pernando. 2011. *Obesity and pregnancy: clinical management of the obese gravid*. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. Dalam : Wulandari, Hana (eds). 2018. *Asuhan Kebidanan Komprehensif pada kehamilan dengan masalah obesitas*. Poltekkes Kemenkes Kaltim, Balikpapan.
- _____. 2011. *Obesity and pregnancy: clinical management of the obese gravid*. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. Dalam : Sanjaya Nyoman Hariyasa (eds). 2015. *Obesitas dalam kehamilan*. Fakultas Kedokteran Universitas Udayana, Jakarta.

- Harder, Tammo. 2012. *Maternal Diabesity and Developmental Programming in the Offspring. Maternal Obesity in Pregnancy. Springer*. Dalam : Sanjaya Nyoman Hariyasa (eds). 2015. *Obesitas dalam kehamilan*. Fakultas Kedokteran Universitas Udayana, Jakarta.
- Huda. 2010. *Obesity in pregnancy: prevalence and metabolic consequences. Seminars in Fetal & Neonatal Medicine. Elsevier*.
- Hernawati. 2010. Pengaruh Penggunaan Kontrasepsi Hormonal Terhadap Peningkatan Berat Badan Pada Wanita Akseptor Keluarga Berencana. Puskesmas Kecamatan Wonogiri Kabupaten Wonogiri, Jawa Tengah.
- Jeffrey, Alan. 2009. *Stronger Relationship Between Central Adiposity And C Reactive Protein In Older Women Tahn Men', Source Menopause: 16, 84-89*. Diakses pada: 18 September 2014.
- JNPK-KR. 2013. *Asuhan Persalinan Normal*. EGC. Jakarta.
- Johnson, Ruth. 2015. *Buku Ajar Praktik Kebidanan*. EGC. Jakarta.
- Kemenkes RI. 2013. *Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan (Pedoman Bagi Tenaga Kesehatan)*. Kemenkes RI. Jakarta.
- _____. 2015. *Profil Kesehatan Indonesia*. Kemenkes RI. Jakarta.
- Kristiyanasari. 2012. *Neonatus dan Asuhan Keperawatan Anak*. Nuha Medika. Yogyakarta.

- Kither, 2012. *The implications of obesity on pregnancy. Obstetrics, Gynecology and Reproductive Medicine* 22. Elsevier. Dalam : Sanjaya Nyoman Hariyasa (eds). 2015. *Obesitas dalam kehamilan*. Fakultas Kedokteran Universitas Udayana, Jakarta.
- Kusmiyati, 2009. *Perawatan Ibu Hamil*. Fitramaya. Yogyakarta.
- Machfoedz dan Mahmud. 2011, *Komunikasi Pemasaran Modern*. Cetakan Pertama, Cakra Ilmu, Yogyakarta.
- Manuaba. 2010. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan KB*. EGC. Jakarta.
- Marni. 2011. *Asuhan Kebidanan Pada Masa Antenatal*. Pustaka Pelajar. Yogyakarta.
- Maternal Mortality: World Health Organization (WHO), 2009.
- Maternal Mortality: World Health Organization (WHO), 2015.
- Maternal Mortality: World Health Organization (WHO), 2017.
- Meliala. et al. 2013, *Nyeri Punggung Bawah*. Kelompok Studi Nyeri Perhimpunan Dokter Spesialis Saraf Indonesia (PERDOSSI). Jakarta.
- Mudayyah, Siti. 2010. *Hubungan Pengetahuan Ibu Hamil Trimester III Tentang Nyeri Punggung Dengan Perilaku Ibu Dalam Mengatasi Nyeri Punggung di BPS Siti Halimah, Amd Keb Ds. Surabayan Sukodadi Lamongan*. Jurnal Surya. Lamongan.
- Muslihatun, Wafi Nur. 2011. *Asuhan Neonatus Bayi Dan Balita*. Yogyakarta : Fitra Maya.

- Notoatmodjo, Soekidjo. 2015. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta
- Nursalam. (2009). *Manajemen Keperawatan : Aplikasi dan Praktik Keperawatan Profesional*. Edisi Kedua. Salemba Medika, Jakarta.
- Oxorn, Harry. 2010. *Ilmu Kebidanan Patologi & Fisiologi Persalinan*. Yayasan Essentia Medica. Yogyakarta.
- Paliy, Olga. 2014. *Excess body weight during pregnancy and offspring obesity: Potential mechanisms. Nutrition.Elsevier*. Dalam : Sanjaya Nyoman Hariyasa (eds). 2015. *Obesitas dalam kehamilan*. Fakultas Kedokteran Universitas Udayana, Jakarta.
- Prawirohardjo, Sarwono. 2009. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: BP-SP
- Purnamasari, Henny. 2010. *Overweight Sebagai Faktor Risiko Low Back Pain Pada Pasien Poli Saraf Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto*, *Mandala of Health* 4: 26-32.
- Pusdiknakes. 2013. *Asuhan Antenatal*. Pusdiknakes. Jakarta.
- Riskesdas. 2013. *Riset Kesehatan Dasar*. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI. Jakarta.
- Robisson, Wilkinson. 2013. *Asuhan Kebidanan secara Continuity of Care pada Kehamilan TM III*. EGC. Jakarta
- Robson dan Jason. 2012. *Patologi pada kehamilan*. EGC. Jakarta.

- Rosen, Sharma dan Shapouri. 2008. *Obesity in the midst of unyielding food insecurity in developing countries. Amberwaves USDA ERS. Dalam* : Istiqamah, et al. 2013. *Hubungan Pola Hidup Sedentarian Dengan Kejadian Obesitas Sentral Pada Pegawai Pemerintahan Di Kantor Bupati Kabupaten Jeneponto. Sulawesi. 1-3 hlm.*
- Rowlands, Ingol. 2010. *Obesity in pregnancy: outcomes and economics. Seminars in Fetal & Neonatal Medicine 15. Dalam* : Sanjaya Nyoman Hariyasa (eds). 2015. *Obesitas dalam kehamilan. Fakultas Kedokteran Universitas Udayana, Jakarta.*
- Saleha. 2013. *Perbedaan Penurunan Tinggi Fundus Uteri Berdasarkan Jenis Persalinan Pada Ibu Nifas Fisiologis Dan Post Sectio Caesarea. Dalam* : Hardiana. 2016. *Keterlambatan Penurunan TFU Pada Ibu Nifas Fisiologis dan Post SC. Universitas Islam Lamongan, Jawa Timur.*
- Sarbattama, Sen. 2015. *Obesity impairs cell-mediated immunity during the second trimester of pregnancy. American Journal Obstetric and Gynecology. 2013.*
- Sarwono. 2011. *Ilmu Kebidanan. Yayasan Bina Pustaka. Jakarta.*
- Saifuddin. 2011. *Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal. EGC. Jakarta.*
- Seneviratne, Suranjith. 2014. *Exercise in pregnancies complicated by obesity: achieving benefits and overcoming barriers. American Journal of Obstetrics and Gynecology. Dalam* : Sanjaya Nyoman Hariyasa (eds).

2015. *Obesitas dalam kehamilan*. Fakultas Kedokteran Universitas Udayana, Jakarta.
- Shaikh, Hasina. Robinson. dan Teoh, Teik Goe. 2010. *Management of maternal obesity prior to and during pregnancy*. *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine*. 15:77–82
- Sherwood, Lauralee. 2012. *Fisiologi Manusia dari Sel ke Sistem*. Edisi 6. EGC. Jakarta : 708-710 hlm.
- Stotland, Nelly Esq. 2009. *Maternal Nutrition. Creasy and Resnik's maternal-fetal medicine: principles and practice, 6th edition*. Elsevier. 10:143-147
- Sudirtayasa dan wayan . 2015. *Pengaruh Obesitas Terhadap Hipertensi Pada Kehamilan*. Buku Kedokteran. Jakarta.
- Suhemi. 2009. *Dasar-Dasar Ilmu Kebidanan. Cetakan pertama*. Andalas University. Padang.
- Suhaeni. 2009. *Perwatan Masa Nifas*. Fitramaya. Yogyakarta.
- Sulistiyawati, Ari. 2012. *Asuhan Kebidanan Kehamilan*. Salemba Medika. Jakarta.
- Varney, Hellen, 2007. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Edisi 4*. Jakarta;EGC
- Vaswani, Pinnacle Resale dan Balachandran, Law. 2013. *Pregnancy outcomes in a population with high prevalence of obesity: How bad is it?.Clinical Epidemiology and Global Health*. Elsevier.

- Vinter, California. 2012. *Gestational Weight Gain. Maternal Obesity in Pregnancy*. Springer. Dalam : Sanjaya Nyoman Hariyasa (eds). 2015. *Obesitas dalam kehamilan*. Fakultas Kedokteran Universitas Udayana, Jakarta.
- Wahyuni, Sri. 2012. *Asuhan Neonatus, Bayi & Balita*. Jakarta: EGC
- Wiknjosastro. 2009. *Ilmu Kebidanan edisi ketiga Cetakan ke 7*. EGC. Jakarta.
- Wuntakal, 2009. R.; Hollingworth, T. *The implications of obesity on pregnancy*. *Obstetrics, Gynecology and Reproductive Medicine* 19. Elsevier.
- Yao, Ren. 2014. *Obesity and the risk of stillbirth: a population-based cohort study*. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. Dalam : Sanjaya Nyoman Hariyasa (eds). 2015. *Obesitas dalam kehamilan*. Fakultas Kedokteran Universitas Udayana. Jakarta.

LAMPIRAN

DOKUMENTASI PASIEN PENGGANTI INC DAN BBL

A. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Intranatal Care

1. Persalinan Kala I Fase Aktif

Tanggal/waktu pengkajian : 22 Maret 2019 / pukul 11.30 WITA

Nama Pengakaji : Nurlita Kartika Sari

Tempat : Rumah Sakit Umum Daerah Kanujoso Djatiwibowo

S :

Ibu mengatakan mulai merasakan perut kencang-kencang sejak tanggal 26 Maret 2019 jam 02.30 WITA. Ibu mengatakan ada pengeluaran lendir darah sejak tanggal 26 Maret 2019 jam 23.00 WITA dan keluar air-air sejak tanggal 27 Maret 2019 jam 10.00 WITA.

Pukul jam 10.30 ibu dan suami pergi ke Rumah Sakit Umum Daerah Kanujoso Djatiwibowo untuk melakukan pemeriksaan. Masuk ke ruang bersalin pada pukul 11.30 WITA. Ibu mengatakan Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT) Ny. D yaitu pada tanggal 4 Juli 2018, dan Tafsiran Persalinan (TP) Ny. D yaitu 11 April 2019.

O :

a. Pemeriksaan Umum Ny. D

1) Keadaan umum : Baik

2) Kesadaran : Composmetis

3) TTV

- a) TD : 145/ 95 mmHg
- b) N : 88 ^x/menit
- c) R : 18 ^x/menit
- d) T : 36,2 °C

b. Pemeriksaan Fisik

1) Abdomen :

Tampak Simetris; Tidak ada bekas luka operasi, Tampak linea alba dan tidak tampak bivide; Pada pemeriksaan Leopold :

Leopold I	Tinggi fundus uteri 32 cm (½ pusat-px); Teraba bulat tidak melenting (teraba Bokong)
Leopold II	Teraba bagian panjang keras seperti papan pada sebelah kanan ibu (punggung kanan) dan teraba kosong dan ada bagian kecil-kecil janin (ekstremitas).
Leopold III	Bagian segmen bawah rahim, teraba keras bulat dan melenting (kepala), bagian ini tidak dapat digoyangkan.
Leopold IV	Bagian terbawah janin sudah masuk pintu atas panggul (divergen);

TBJ : $(32 - 11) \times 155 = 3.255$ gram; Kontraksi uterus : frekuensi : 3 x 10', durasi 25-30", Intensitas : sedang, penurunan 2/5; Aukultasi DJJ : terdengar jelas, teratur, frekuensi 109 ^x/menit, interval teratur tidak lebih dari 2 punctum maximal, terdapat di kuadran 1.

2) Genetalia :

a) Genetalia Eksternal :

Tidak tampak oedeme dan varises pada vulva dan vagina, tidak ada pengeluaran cairan lendir bercampur darah dan air ketuban, tidak tampak luka parut, tidak tampak fistula.

b) Genetalia Internal :

Dilakukan pemeriksaan dalam dengan hasil : Dinding vagina tidak terjadi kelainan; Portio lembut tipis; Pendataran 75%; Pembukaan 8 cm; Selaput ketuban utuh (-); Bagian terendah kepala; Penurunan 2/5; Tali pusat tidak menumbung; Bidang Hodge II+; ada pengeluaran lendir darah .

3) Eksteremitas :

Tampak simetris, tampak sama panjang, tidak tampak varises dan tidak tampak oedeme pada tungkai.

4) Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan darah : Tanggal 27-03-2018 jam 11.05 WITA, Hasil :

- a) HB : 10,7 gr%
- b) Golongan Darah : A
- c) HT : 32,7 g/L
- d) HBsAg / HIV : Non-Reaktif

A :

Diagnosis : G₁P₀₀₀₀ usia kehamilan 38 minggu janin tunggal hidup intrauterine inpartu kala I fase aktif dengan KPD

Masalah : Tidak Ada

Diagnosa Potensial :

a. Pada Ibu : Infeksi Intrapartum

Dasar : Ketuban Pecah dini pada tanggal 27 Maret 2019 jam
10.00 WITA

Antisipasi : Kolaborasi dengan dokter kandungan untuk memberikan
antibiotik 3x1 gr

b. Pada Bayi : Hipoxia

Antisipasi : Terpasang O2 pada Ibu

P :

Tanggal 27 Maret 2019

Waktu	Tindakan	Paraf
11.30 WITA	Menjelaskan hasil pemeriksaan kepada ibu bahwa keadaan umum serta tanda-tanda vital baik, pemeriksaan kesejahteraan janin DJJ dalam batas normal, pembukaan 8 cm dan ketuban telah pecah; Ibu mengetahui kondisi dirinya dari hasil pemeriksaan yang telah dilakukan dan setuju untuk diberikan asuhan	
11.32 WITA	Memberikan ibu support mental, bahwa proses persalinan adalah normal dan alamiah, sehingga ibu harus tetap semangat menjalaninya, ibu juga selalu berdoa dan berfikir positif dalam menghadapi persalinan; Ibu merasa tenang dan ibu akan melakukan anjuran yang diberikan	
11.35 WITA	Menganjurkan ibu untuk tetap makan dan minum agar kebutuhan nutrisi tetap terpenuhi dan sebagai tenaga ketika persalinan dimulai nanti; ibu mengerti dan meminum teh hangat yang dibawa dari rumah.	

11.37 WITA	Mengajarkan ibu miring kiri agar sirkulasi oksigen pada bayi terpenuhi dan agar kepala cepat turun, dan memberi tahu ibu tetap lakukan mobilisasi seperti duduk dan berjalan ketika ibu merasa masih kuat; Ibu mengerti dan ibu sudah miring kiri sesekali duduk dan berjalan.	
11.40 WITA	Melakukan pemantauan tanda-tanda vital kepada ibu, his, dan pembukaan 4 jam sekali, dan lakukan pemantauan denyut jantung janin 30 menit sekali; Ibu dan bayi terpantau dalam keadaan normal.	
11.43 WITA	Mengajarkan ibu untuk tehnik relaksasi yang benar, yaitu dengan menarik nafas panjang dari hidung lalu menghembuskannya melalui mulut secara perlahan-lahan agar rasa sakit dapat berkurang; Ibu dapat mengikuti teknik relaksasi yang di ajarkan dan ibu telah mempraktikkannya.	
11.46 WITA	Melakukan asuhan sayang ibu seperti pemijatan pada punggung bagian bawah kepada ibu; Ibu merasa nyaman dan seikit meredakan rasa sakit.	

P :

Tanggal 27 Maret 2019

Waktu	Tindakan	Paraf
11.50 WITA	Menyiapkan partus set dan APD serta kelengkapan pertolongan persalinan lainnya; Partus set lengkap berupa alat-alat persalinan yaitu klem 2 buah, gunting tali pusat 1 buah, gunting episiotomi 1 buah, ½ kocher, pelindung diri penolong untuk menolong persalinan berupa sarung tangan steril dan celemek telah lengkap disiapkan, alat dekontaminasi alat juga telah siap, waslap, tempat pakaian kotor, 2 buah lampin bayi tersedia, Keseluruhan siap digunakan.	
11.53	Menyiapkan pakaian bayi dan pakaian ganti ibu; Pakaian ibu (baju ganti, sarung, pempers, dan gurita) dan pakaian bayi (lampir, popok, topi, sarung tangan dan kaki) sudah tersedia	

WITA	dan siap dipakai.	
11.55 WITA	Memantau kemajuan persalinan DJJ, kontraksi, nadi setiap 30 menit. Pembukaan serviks, penurunan kepala, tekanan darah ibu setiap 4 jam (hasil observasi terdapat pada partograf); Telah dilakukan pemantauan kemajuan persalinan menggunakan partograf.	
11.57 WITA	Membantu memenuhi asupan nutrisi ibu; Ibu minum teh hangat	
12.00 WITA	Ibu mengeluh ada rasa ingin BAB dan merasa nyeri perut bagian bawah menjalar sampai ke pinggang. Melakukan pemeriksaan dalam dan mengobservasi DJJ dan HIS; Tidak tampak oedema dan varices, tampak pengeluaran lendir bercampur darah, tidak ada luka parut pada vagina, portio tidak teraba, effacement 100%, pembukaan 10cm, , tidak terdapat bagian terkecil di sekitar bagian terendah janin, presentasi kepala, denominator UUK, station/hodge III, dilakukan pempinangan meneran, warna air ketuban : jernih DJJ : 148 x/mnt Observasi His Intensitas: kuat Frekuensi : “5x dalam 10 menit” Durasi : 40-45 detik Interval : ± 1 menit	

2. Persalinan Kala II

Pukul : 12. 00 WITA

S :

Ibu mengeluh ingin mengejan seperti ingin BAB dan merasakan nyeri melingkar kepinggang dan menjalar ke bagian bawah

O :

a. Pemeriksaan Umum

- 1) Keadaan umum: Baik
- 2) Kesadaran : Compometis
- 3) TTV
 - a) TD : 120/80 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 : 35-40",
 Intensitas: kuat, penurunan kepala 1/5; Auskultasi DJJ :
 terdengar jelas, teratur, frekuensi 147 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. Jam 12.00 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 : G₁P₀₀₀₀ usia kehamilan 38 minggu janin tunggal
hidup intrauterine inpartu kala II.

Masalah : Tidak ada

Diagnosa Potensial : Tidak ada

P :

Tanggal 27 Maret 2019

Jam	Tindakan	Paraf
12.00 WITA	Memberitahu keluarga bahwa pembukaan telah lengkap; Keluarga mengerti mengenai penjelasan yang telah diberikan	
12.03 WITA	Memastikan kelengkapan alat pertolongan persalinan termasuk oksitosin; Alat pertolongan telah lengkap, ampul oksitosin telah dipatahkan dan spuit berisi oksitosin telah dimasukkan ke dalam partus set.	
12.05 WITA	Membantu ibu memilih posisi yang nyaman untuk melahirkan; Ibu memilih posisi ibu setengah duduk (semi fowler).	
12.07 WITA	Menganjurkan kepada ibu untuk memberi ibu minum disela his untuk menambah tenaga saat meneran; Ibu minum air putih	
	Melakukan pertolongan persalinan sesuai APN, memastikan lengan/tangan tidak memakai perhiasan, mencuci tangan dengan	

12.10 WITA	sabun di bawah air mengalir.	
12.13 WITA	Meletakkan kain diatas perut ibu, menggunakan celemek, mencuci tangan dan menggunakan sarung tangan steril pada kedua tangan, mengisi spuit dengan oksitosin dan memasukannya kembali dalam partus set kemudian memakai sarung tangan steril pada tangan satunya.	
12.15 WITA	Membimbing ibu untuk meneran ketika ada dorongan yang kuat untuk meneran; Ibu meneran ketika ada kontraksi yang kuat.	
12.17 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.	
12.20 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	
12.21 WITA	Memegang secara biparietal. 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 12.22 WITA.	
12.22 WITA	Meletakkan bayi diatas perut ibu, melakukan penilaian selintas bayi baru lahir sambil Meringankan 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 perempuan, air ketuban jernih caput (-), <i>cephallhematoma</i> (-)	
--	---	--

3. Asuhan Kebidanan Persalinan Kala III

Pukul : 12.25 WITA

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,
tali pusat memanjang. Bayi lahir spontan
segera menangis pukul 12.22 WITA, JK :
Perempuan, A/S : 7/9 caput (-),
cephallhematoma (-).

A :

Diagnosis : G₁P₀₀₀₀ parturient kala III

Masalah : Tidak ada

Diagnosa Potensial : Perdarahan Pasca Persalinan,

Antisipasi : Segera injeksi oxy 10 IU setelah 1 menit bayi lahir

P :

Tanggal 27 Maret 2019

Jam	Tindakan	Paraf
12.22 WITA	Memeriksa uterus untuk memastikan tidak ada bayi lagi dalam uterus; Tidak ada bayi kedua dalam uterus	
12.23 WITA	Melakukan manajemen aktif kala III, memberitahu ibu bahwa ibu akan disuntikkan oksitosin agar rahim berkontraksi dengan baik; Ibu bersedia untuk disuntik oksitosin.	
12.23 WITA	Menyuntikkan oksitosin 1 menit setelah bayi lahir 10 intra unit IM di 1/3 paha atas bagian distal lateral	
12.23 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.	
12.24 WITA	Memegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi), dan menggantung tali pusat diantara 2 klem.	
12.25 WITA	Meletakkan bayi dengan posisi tengkurap d tengah-tengah dada ibu untuk dilakukan IMD	
12.26 WITA	Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5 -10 cm dari vulva	
12.27 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	

12.28 WITA	Menegangkan tali pusat dengan tangan kanan, sementara tangan kiri menekan uterus dengan hati-hati kearah dorsokranial.	
12.29 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	
12.30 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 10 menit setelah bayi lahir yaitu pukul 12.30 WITA.	
12.32 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	
12.35 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 ± 50 cm, tebal plasenta ± 3 cm, lebar plasenta ± 20 cm.	

4. Persalinan Kala IV

Pukul : 12. 30 WITA

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, UC : Keras
- 3) Kandung Kemih : Kosong
- 4) Genitalia : Tampak pengeluaran lochea rubra.
- Plasenta lahir lengkap jam 12.30 WITA

A :

Diagnosis : P₁₀₀₁ PP Spontam kala III .

Masalah : Tidak ada

Antisipasi : Tidak ada

P :

Tanggal 27 Maret 2019

Jam	Tindakan	Paraf
12.32 WITA	Melakukan pemeriksaan pada jalan lahir; Terdapat rupture derajat II pada perinium ibu.	
12.33 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.	
12.34 WITA	Melakukan penyuntikan anastesi. Menusukkan jarum suntik pada ujung luka atau robekan perinium, memasukkan jarum suntik secara subkutan sepanjang tepi luka. Melakukan aspirasi	

	<p>untuk memastikan tidak ada darah yang terhisap. Menyuntikkan cairan lidokain 1% secukupnya sambil menarik jarum suntik pada tepi luka daerah perinium. Tanpa menarik jarum suntik keluar dari luka, arahkan jarum suntik sepanjang tepi luka pada mukosa vagina, lakukan aspirasi, suntikkan cairan lidokain 1% sambil menarik jarum suntik, anastesi daerah bagian dalam robekan dengan alur suntikan anastesi akan berbentuk seperti kipas : tepi perinium, dalm luka, tepi mukosa vagina. Menunggu 1-2 menit sebelum melakukan penjahitan untuk mendapatkan hasil optimal dari anastesi.</p>	
12.35 WITA	<p>Melakukan tindakan penjahitan luka. Melakukan inspeksi vagina dan perineum untuk melihat robekan. Meraba dengan ujung jari anda seluruh daerah luka. Jika ada perdarahan yang terlihat menutupi luka episiotomi, 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 jelas batas luka episiotomi. Peganglah pemegang jarum dengan tangan lainnya. Menggunakan pemegang jarum (pinset) untuk menarik jarum melalui jaringan. Mengikat jahitan pertama dengan simpul mati. 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 subcuticuler. Mencari lapisan subcuticuler umumnya lembut dan memiliki warna yang sama dengan mukosa vagina lalu membuat jahitan lapis kedua. Memperhatikan sudut jarumnya. Jahitan lapis</p>	

	<p>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, mengikat 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>	
12.40 WITA	Melakukan evaluasi perdarahan kala III ; Perdarahan \pm 150cc.	
12.41 WITA	Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit).	
12.42 WITA	Membersihkan ibu dan bantu ibu merapikan pakaian.	
12.43 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)	

12.45 WITA	Menganjurkan ibu untuk makan dan minum serta istirahat; Ibu meminum susu yang telah di sediakan	
12.46 WITA	Mengobservasi TTV, KU, kontraksi uterus, kandung kemih, dan perdarahan; Tekanan darah 120/70 mmHg, nadi 84x/menit, TFU 2 jari dibawah pusat, UC: keras, kandung kemih teraba kosong dan perdarahan \pm 10 cc. (data terlampir pada partograf)	
12.47 WITA	Mengobservasi TTV, KU, kontraksi uterus, kandung kemih, dan perdarahan; Tekanan darah 120/70 mmHg, nadi 84x/menit, TFU teraba 2 jari dibawah pusat, UC:keras, kandung kemih teraba kosong dan perdarahan \pm 10 cc. (data terlampir pada partograf)	
12.48 WITA	Mengobservasi TTV, KU, kontraksi uterus, kandung kemih, dan perdarahan; Tekanan darah 120/70 mmHg, nadi 81 x/menit, TFU teraba 2 jari dibawah pusat, UC: keras, kandung kemih teraba kosong dan perdarahan \pm 5 cc. (data terlampir pada partograf)	
12.49 WITA	Mengobservasi TTV, KU, kontraksi uterus, kandung kemih, dan perdarahan; Tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 81 x/menit, suhu 36,5°C, TFU teraba 2 jari dibawah pusat, UC: keras, kandung kemih teraba kosong dan perdarahan \pm 5 cc. (data terlampir pada partograf)	
12.50 WITA	Melengkapi Partograf	

B. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir

Tanggal/Waktu Pengkajian : 27 Maret 2019/ Pukul 12.22 WITA

Tempat : Rumah Sakit Umum Daerah Kanujoso

Djatiwibowo

S :

1. Identitas

Nama ibu/ayah adalah Ny. A dan Tn. M, alamat rumah berada di Kelurahan Mekar Sari Balikpapan, tanggal lahir bayi 27 Maret 2019 pada hari Rabu pukul 12.22 WITA dan berjenis kelamin perempuan.

2. Riwayat Kehamilan Sekarang

Ibu hamil anak pertama ini usia 20 tahun, tidak pernah mengalami keguguran.

O :

1. Data Rekam Medis

a. Riwayat Persalinan Sekarang :

Keadaan umum ibu baik. Pemeriksaan tanda-tanda vital yang dilakukan berupa tekanan darah 145/95 mmHg, nadi 88 x/menit, pernafasan 18 x/menit, suhu 36,2 °C. Jenis persalinan adalah spontan dan kondisi ketuban mengalami ketuban pecah dini berwarna jernih.

b. Keadaan Bayi Saat Lahir

Tanggal : 27 Maret 2019

Jam : 12.23 WITA

Jenis kelamin perempuan, 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: hijau, 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 2930 gram, panjang badan 49 cm, lingkar kepala : 32 cm, lingkar dada 32 cm, lingkar perut 28 cm dan lingkar lengan atas 10 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 : Perempuan
- 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 ke arah 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 menggengam 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

Dasar : Tidak ada

Diagnosis Potensial : Tidak ada

P :

Tanggal : 27 Maret 2019

Jam	Tindakan	Paraf
12.50 WITA	Menjelaskan kepada ibu dan keluarga bahwa berdasarkan hasil pemeriksaan secara umum keadaan bayi ibu; ibu dan keluarga mengetahui kondisi bayinya saat ini.	
12.52 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.	
12.54 WITA	Menganjurkan ibu menyusui bayinya on demand dan maksimal setiap 2 jam. Dengan memberikan ASI eksklusif, ibu merasakan kepuasan dapat memenuhi kebutuhan nutrisi bayinya dan tidak dapat digantikan oleh orang lain ; ibu paham serta mau menyusui bayinya sesering mungkin.	
12.56 WITA	Memberikan KIE tentang: ASI eksklusif sampai bayi berusia 6 bulan, perawatan tali pusat, teknik menyusui ; ibu mengerti yang dijelaskan.	
12.57 WITA	Memindahkan bayi keruang bayi	
13.00 WITA	Melakukan asuhan sesuai advice dokter spesialis anak untuk pemberian antibiotic 2 x sehari selama 3 hari ; Ibu dan keluarga sepakat untuk dilakukan asuhan tersebut pada bayinya	