

LAPORAN TUGAS AKHIR

**ASUHAN KEBIDANAN BERKESINAMBUNGAN PADA NY. N
USIA 30 TAHUN MULTIGRAVIDA DENGAN FAKTOR
RISIKO JARAK KEHAMILAN < 2 TAHUN DAN
IUD IN SITU DI PUSKESMAS JETIS**



FARIDA YUNITA IRBAH

P07124114009

PRODI D-III

JURUSAN KEBIDANAN

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN
YOGYAKARTA**

TAHUN 2017

LAPORAN TUGAS AKHIR

**ASUHAN KEBIDANAN BERKESINAMBUNGAN PADA NY. N
USIA 30 TAHUN MULTIGRAVIDA DENGAN FAKTOR
RISIKO JARAK KEHAMILAN < 2 TAHUN DAN
IUD IN SITU DI PUSKESMAS JETIS**

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ahli Madya
Kebidanan



FARIDA YUNITA IRBAH

P07124114009

PRODI D-III

JURUSAN KEBIDANAN

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN
YOGYAKARTA**

TAHUN 2017

Poltekkes Kemenkes Yogyakarta

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Laporan Tugas Akhir ini adalah hasil karya saya sendiri, dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Farida Yunita Irbah

NIM : P07124114009

Tanda Tangan :

A handwritten signature in black ink, consisting of stylized, cursive letters that appear to be 'FYI'.

Tanggal : 19 Juli 2017

PERSETUJUAN PEMBIMBING

Laporan Tugas Akhir

**ASUHAN KEBIDANAN BERKESINAMBUNGAN PADA NY. N USIA 30
TAHUN MULTIGRAVIDA DENGAN FAKTOR RISIKO JARAK
KEHAMILAN < 2 TAHUN DAN IUD IN SITU DI PUSKESMAS JETIS**

Disusun oleh :

FARIDA YUNITA IRBAH

P07124114009

Telah disetujui oleh pembimbing pada tanggal :

Menyetujui,

Pembimbing I,



Sumarah, S.SiT., MPH
NIP. 19700524 200112 2 001

Pembimbing II,



Sari Hastuti, S.SiT., MPH
NIP. 19750916 200212 2 003

Mengetahui

Ketua Jurusan Kebidanan



Dyah Noviawati Setya Arum, S.SiT., M.Keb
NIP. 19801102 200112 2 002

HALAMAN PENGESAHAN

LAPORAN TUGAS AKHIR

**ASUHAN KEBIDANAN BERKESINAMBUNGAN PADA NY. N USIA 30
TAHUN MULTIGRAVIDA DENGAN FAKTOR RISIKO JARAK
KEHAMILAN < 2 TAHUN DAN IUD IN SITU
DI PUSKESMAS JETIS**

Disusun oleh :

FARIDA YUNITA IRBAH

P07124114009

Telah dipertahankan dalam seminar di depan Dewan Penguji

Pada tanggal : 19 Juli 2017

SUSUNAN DEWAN PENGUJI

Ketua,

Endah Marianingsih Th, SIP., APP., M.Kes

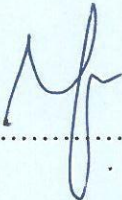
NIP. 19551017 198603 2 001


(.....)

Anggota,

Sumarah, S.SiT., MPH


NIP. 19700524 200112 2 001


(.....)

Anggota,

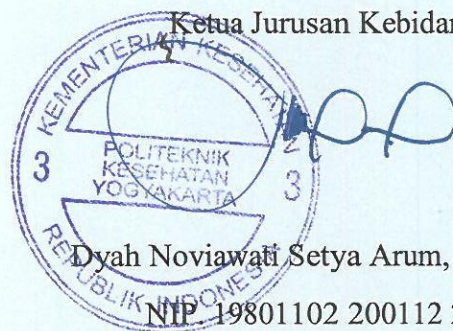
Dwiana Estiwidani, S.ST., MPH

NIP. 19790418 2002122 001


(.....)

Menyetujui,

Ketua Jurusan Kebidanan



Dyah Noviawati Setya Arum, S.SiT., M.Keb

NIP. 19801102 200112 2 002

Poltekkes Kemenkes Yogyakarta

Asuhan Kebidanan Berkesinambungan pada Ny. N Usia 30 Tahun Multigravida dengan Faktor Risiko Jarak Kehamilan < 2 Tahun dan IUD In Situ di Puskesmas Jetis

Sinopsis

Faktor risiko ibu hamil menurut Poedji Rochjati salah satunya adalah jarak kehamilan kurang dari dua tahun. Bahaya yang dapat timbul berupa perdarahan setelah bayi lahir, kelahiran prematur, dan bayi berat lahir rendah. Risiko lain dalam kehamilan yang dapat terjadi namun jarang adalah kehamilan dengan AKDR dalam rahim. Bahaya yang dapat ditimbulkan berupa infeksi intrauterus, plasenta previa, dan persalinan prematur. Diagnosa Ny. N yaitu Multigravida dengan Faktor Risiko Jarak Kehamilan Kurang dari Dua Tahun dan IUD In Situ. Perencanaan asuhan yang dilakukan adalah pemberian asuhan dimulai dari kehamilan, persalinan, nifas, BBL, dan KB.

Pelaksanaan asuhan pada kehamilan dapat diberikan secara langsung. Pemberian pelaksanaan asuhan persalinan dan bayi baru lahir tidak dapat diberikan secara langsung sehingga hanya mengambil data dari rekam medis. Pemberian asuhan nifas dan neonatus sebagian dapat diberikan secara langsung dan sebagian tidak dapat diberikan secara langsung sehingga diambil data dari rekam medis. Perencanaan KB dapat diberikan secara langsung kepada ibu.

Bahaya yang mungkin dapat terjadi diakibatkan karena faktor risiko jarak kehamilan kurang dari dua tahun dan IUD In Situ tidak terjadi pada ibu baik dalam kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, dan nifas. Persalinan berlangsung spontan normal pervaginam dengan bidan di puskesmas. Bayi lahir sehat. Nifas berlangsung normal. Tidak terjadi komplikasi pada laktasi ibu. Ibu memilih untuk memakai kontrasepsi kondom.

Pelaksanaan asuhan secara keseluruhan berjalan lancar. Namun penulis tidak dapat memberikan asuhan secara langsung pada beberapa asuhan. Diharapkan pemberian asuhan selalu didasarkan pada temuan klinis dan dasar teori yang jelas sehingga asuhan dapat berjalan efektif dan sesuai dengan hasil yang diharapkan.

Kata Kunci: Asuhan Berkesinambungan, Jarak Kehamilan Kurang dari Dua Tahun, IUD In Situ.

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, penulis dapat menyelesaikan Laporan tugas Akhir ini. Penulisan Laporan Tugas Akhir ini dilakukan dalam rangka memenuhi syarat untuk mencapai gelar Ahli Madya Kebidanan pada Program Studi D-III Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta. Laporan Tugas Akhir ini terwujud atas bimbingan, pengarahan dan bantuan dari berbagai pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu dan pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada:

1. Bapak Abidillah Mursyid, SKM., MS selaku Direktur Poltekkes Kemenkes Yogyakarta, yang telah memberikan kesempatan menyusun Laporan Tugas Akhir ini.
2. Ibu Dyah Noviawati Setya Arum, S.SiT, M.Keb selaku Ketua Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta, yang telah memberikan kesempatan menyusun Laporan Tugas Akhir ini.
3. Ibu Tri Maryani, SST.,M.Kes selaku Ketua Program Studi DIII Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta, yang telah memberikan kesempatan menyusun Laporan Tugas Akhir ini.
4. Ibu Sumarah, S.SiT., MPH selaku Pembimbing I, yang telah memberikan bimbingan, pengarahan dan bantuan dalam menyusun Laporan Tugas Akhir ini.
5. Ibu Sari Hastuti, S.SiT., MPH selaku Pembimbing II, yang telah memberikan bimbingan, pengarahan dan bantuan dalam menyusun Laporan Tugas Akhir ini.
6. Ibu Bidan di Puskesmas Jetis yang telah membimbing selama dilahan praktik
7. Orang tua dan keluarga yang telah memberikan bantuan doa, dukungan material dan moral, dan

8. Sahabat sahabat yang telah banyak membantu penulis dalam menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.

Akhir kata, penulis berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Sebelumnya penulis mohon maaf apabila terdapat kesalahan kata-kata dan penulis memohon kritik, saran dan masukan kepada para pembaca agar dapat menjadi bahan perbaikan Laporan Tugas Akhir ini.

Yogyakarta, Juni 2017

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL.....	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	iii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iv
HALAMAN PENGESAHAN.....	v
SINOPSIS	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL.....	xi

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	4
C. Tujuan Studi Kasus	5
D. Ruang Lingkup.....	5
E. Manfaat Studi Kasus.....	6

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori	7
1. Asuhan Berkesinambungan	7
2. Kehamilan.....	7
a. Pengertian.....	7
b. Perubahan Fisiologi Ibu Hamil Trimester III.....	8
c. Pelayanan Antenatal.....	9
d. Skrining Antenatal pada Ibu Hamil.....	15
e. Faktor Risiko Jarak Kehamilan < 2 Tahun	23
f. Kehamilan dengan AKDR	24
3. Persalinan.....	27
a. Pengertian	27
b. Tanda Gejala Menjelang Persalinan	27
c. Kala Satu Persalinan	28
d. Kala Dua Persalinan	32
e. Kala Tiga Persalinan.....	33
f. Kala Empat Persalinan.....	34
4. Nifas.....	35
a. Uterus.....	35
b. Lokia.....	36
c. Vagina dan Perineum.....	37
d. Payudara	37
e. Asuhan Ibu Selama Nifas	37
5. Bayi Baru Lahir	38
a. Pengaturan Suhu	39

b. Pemberian Salep Mata	39
c. Pemberian Vitamin K	40
d. Vaksin Hepatitis B	40
6. Kontrasepsi	41
B. Konsep Dasar Asuhan Kebidanan.....	43
1. Pengertian Bidan Indonesia	43
2. Asuhan Kebidanan	43
3. Penatalaksanaan Asuhan kebidanan.....	44
C. Flowchart	53

BAB III TINJAUAN KASUS

A. Gambaran Lokasi	54
B. Asuhan Kehamilan	55
C. Asuhan Persalinan	65
D. Asuhan Bayi baru Lahir	70
E. Asuhan Nifas dan KB.....	74

BAB IV PEMBAHASAN

A. Asuhan Kehamilan	79
B. Asuhan Persalinan	81
C. Asuhan Bayi baru Lahir	83
D. Asuhan Nifas	85
E. Asuhan KB	86

BAB V PENUTUP

A. Kesimpulan	88
B. Saran.....	89

DAFTAR PUSTAKA	91
----------------------	----

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1. Usia Kehamilan Berdasarkan Tinggi Fundus Uteri.....	8
Tabel 2. Daftar pemeriksaan laboratorium/ penunjang.....	13
Tabel 3. Kartu Skor Poedji Rochjati	19
Tabel 4. Penilaian dan intervensi Selama Kala I	32
Tabel 5. Penurunan Tinggi Fundus Uteri pada Masa Nifas.....	36
Tabel 6. Pilihan Metode Kontrasepsi Berdasarkan Tujuan Pemakaian	41

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Globalisasi menuntut kita untuk menyiapkan manusia Indonesia yang berkualitas tinggi sebagai generasi penerus bangsa yang harus disiapkan sebaik mungkin secara terencana, terpadu dan berkesinambungan. Bidan memberikan pelayanan kebidanan yang berkesinambungan dan paripurna sejak dalam kandungan hingga usia lanjut, berfokus pada aspek prevenasi, promosi dengan berlandaskan kemitraan dan pemberdayaan masyarakat bersama-sama dengan tenaga kesehatan lainnya untuk senantiasa siap melayani siapa saja yang membutuhkannya, kapan dan dimanapun dia berada (Kemenkes RI, 2007).

Kehamilan dan persalinan merupakan proses fisiologis dalam siklus hidup seorang wanita, namun bukan tanpa risiko. Suatu kehamilan dan persalinan selalu mempunyai risiko, dengan kemungkinan bahaya/risiko terjadinya komplikasi dalam persalinan. Komplikasi dapat ringan atau berat yang menyebabkan terjadinya kematian, kesakitan, kecacatan pada ibu dan atau bayi. Faktor risiko adalah suatu kondisi pada ibu hamil yang dapat menyebabkan kemungkinan risiko/bahaya terjadinya komplikasi pada persalinan yang dapat menyebabkan kematian atau kesakitan pada ibu dan bayi (Rochjati, 2011).

Kematian ibu adalah kematian selama kehamilan atau dalam periode 42 hari setelah berakhirnya kehamilan, akibat semua sebab yang

terkait atau dengan diperberat oleh kehamilan atau penanganannya, tetapi bukan disebabkan oleh kecelakaan/cedera. Angka Kematian ibu (AKI) merupakan salah satu indikator yang peka dalam menggambarkan kesejahteraan masyarakat di suatu negara. AKI di Indonesia berdasarkan Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012, masih tinggi sebesar 359 per 100.000 kelahiran hidup. Sedangkan penyebab tertinggi AKI di Indonesia adalah perdarahan yaitu sebesar 30,3% (Kemenkes RI, 2014). AKI di Provinsi Yogyakarta sendiri masih cukup tinggi yaitu sebanyak 29 kasus pada tahun 2015. Meskipun jumlah ini telah mengalami penurunan dari tahun tahun sebelumnya yaitu 2014 (40 kasus), dan 2013 (46 kasus). Sedangkan penyebab tertinggi AKI di Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) juga disebabkan oleh perdarahan yaitu sebesar 35% (Dinkes DIY, 2015).

Poedji Rochjati mengelompokkan faktor risiko pada ibu hamil dalam 3 kelompok berdasarkan kapan ditemukan, cara pengenalan dan sifat/tingkat risikonya. Menurut tingkat/ sifat risikonya terbagi menjadi kelompok I (Ada Potensi Gawat Obstetrik/APGO), II (Ada Gawat Obstetrik/AGO), dan III (Ada Gawat Darurat Obstetrik). Faktor risiko yang terdapat dalam kelompok I / APGO antara lain primi muda (≤ 16 tahun), Primi Tua (≥ 35 tahun) dan termasuk anak terkecil kurang dari 2 tahun. Menurut Poedji Rochjati Bahaya yang dapat timbul pada Ibu hamil yang jarak kelahiran kurang dari 2 tahun adalah perdarahan setelah bayi lahir karena kondisi ibu masih lemah. Bahaya lain yang dapat ditimbulkan

pada ibu hamil yang jarak kelahiran kurang dari 2 tahun adalah bayi prematur, dan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) (Rochjati, 2011).

Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 87 Tahun 2014 menyebutkan bahwa program Keluarga Berencana (KB) adalah upaya mengatur kelahiran, jarak dan usia ideal melahirkan, mengatur kehamilan untuk mewujudkan keluarga yang berkualitas. KB merupakan salah satu strategi untuk mengurangi kematian ibu khususnya ibu dengan kondisi 4T yaitu terlalu muda melahirkan (di bawah usia 20 tahun), terlalu sering melahirkan, terlalu dekat jarak melahirkan, dan terlalu tua melahirkan (di atas usia 35 tahun) (Kemenkes RI, 2015). Alat kontrasepsi yang ideal seharusnya 100% efektif, sangat aman, reversibel, dan tidak menimbulkan nyeri. Kontrasepsi semacam itu hingga saat ini belum tersedia (Fraser dan Cooper, 2009). Data yang didapat dari BKKBN DIY, persentase kegagalan KB di Yogyakarta pada tahun 2016 adalah sebesar 0,018% (BKKBN DIY, 2016).

Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) adalah alat yang dimasukkan ke dalam rahim untuk mencegah terjadinya kehamilan (Fraser dan Cooper, 2009). Tingkat keefektifitasannya 0,6-0,8 kehamilan/ 100 perempuan dalam 1 tahun pertama (Affandi, 2012). Kehamilan dengan AKDR yang masih terpasang memiliki risiko antara lain infeksi intrauterus, plasenta previa, dan persalinan prematur (Varney, dkk, 2007). menurut SDKI (2012) persentase kehamilan dengan kontrasepsi IUD sebesar 4,4% dari semua wanita yang menggunakan kontrasepsi IUD

(BPS, 2012). Persentase kegagalan KB IUD di DIY pada tahun 2016 adalah sebesar 0,058% . Persentase kegagalan KB IUD di Kota Yogyakarta adalah sebesar 0,1% (BKKBN DIY, 2016). Persentase kegagalan KB IUD id Puskesmas Jetis pada tahun 2016 adalah sebesar 1,9%. Seorang klien yang mengalami kehamilan dengan AKDR masih terpasang perlu diinformasikan tentang risiko yang akan terjadi bila kehamilan dilanjutkan dengan AKDR tetap terpasang (Varney, dkk, 2007).

Melihat dari faktor risiko yang terdapat pada ibu dan bahaya yang dapat di timbulkan karena masalah tersebut, sebagai seorang bidan sudah menjadi kewajiban untuk memberikan asuhan yang berkesinambungan bagi ibu terutama ibu yang memiliki faktor risiko agar terhindar dari kemungkinan bahaya yang dapat ditimbulkan oleh risiko tersebut mulai dari kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, hingga pelayanan KB. Berdasarkan latar belakang tersebut maka penulis tertarik untuk mengambil kasus dengan judul “Asuhan Berkesinambungan pada Ny. N, usia 30 tahun, Multigravida dengan Jarak Kehamilan Kurang dari Dua Tahun dan IUD In Situ di Puskesmas Jetis”. Asuhan ini diberikan kepada Ny. N mulai dari hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir, neonatus, dan pelayanan KB sehingga tidak terjadi komplikasi selama masa tersebut.

B. Rumusan Masalah

“Bagaimana asuhan kebidanan berkesinambungan (*continuity of care*) mulai dari hamil trimester III, bersalin, nifas, bayi baru lahir,

neonatus, dan KB pada Ny. N usia 30 tahun Multigravida dengan Jarak Kehamilan Kurang dari Dua Tahun dan IUD In Situ di Puskesmas Jetis?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mampu memahami asuhan kebidanan berkesinambungan (*continuity of care*) mulai dari hamil trimester III, bersalin, nifas, bayi baru lahir, neonatus, dan KB pada Ny. N usia 30 tahun multigravida dengan jarak kehamilan kurang dari dua tahun dan IUD In Situ di Puskesmas Jetis.

2. Tujuan Khusus

- a. Mampu mengaplikasikan asuhan kebidanan pada masa kehamilan trimester III Ny. N.
- b. Mampu menjelaskan asuhan kebidanan pada persalinan Ny. N.
- c. Mampu menjelaskan asuhan kebidanan pada bayi baru lahir Ny. N.
- d. Mampu mengaplikasikan asuhan kebidanan pada nifas Ny. N.
- e. Mampu mengaplikasikan asuhan kebidanan pada neonatus Ny. N.
- f. Mampu mengaplikasikan asuhan kebidanan pada KB Ny. N.

D. Ruang Lingkup

Ruang lingkup dari laporan ini adalah memberikan asuhan kebidanan berkesinambungan pada Ny. N usia 30 tahun dimulai dari kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, neonatus, dan keluarga berencana di Puskesmas Jetis.

E. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Laporan tugas akhir ini dapat memberi informasi tentang asuhan kebidanan berkesinambungan pada ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas, BBL atau neonatus, dan KB.

2. Manfaat Praktis

a. Pemberi Asuhan Selanjutnya

Memberikan gambaran asuhan kebidanan berkesinambungan pada salah satu kasus yaitu Ny. N usia 30 tahun G3P2A0AH2 usia kehamilan 31 minggu 6 hari dengan jarak kehamilan kurang dari dua tahun dan IUD In Situ.

b. Klien dan Keluarga

Adanya Pemberian Asuhan ini dapat membuat klien mendapatkan pelayanan terutama yang berkaitan dengan faktor risiko yang dimiliki klien dan lebih mendorong keikutsertaan keluarga untuk berpartisipasi menjaga kesejahteraan ibu dan bayi.

c. Mahasiswa

Pemberian Asuhan ini dapat digunakan sebagai informasi mengenai memberikan asuhan pada ibu dengan faktor risiko dan dapat dikembangkan seiring berkembangnya zaman dan ilmu pengetahuan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. Asuhan Berkesinambungan

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 97 Tahun 2014 Pasal 4 menyebutkan bahwa Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, dan Masa Sesudah Melahirkan, Penyelenggaraan Pelayanan Kontrasepsi, serta Pelayanan Kesehatan Seksual diselenggarakan dengan pendekatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang dilaksanakan secara menyeluruh terpadu dan berkesinambungan.

2. Kehamilan

a. Pengertian

Kehamilan Didefinisikan Sebagai Fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan lunar atau 9 bulan menurut kalender internasional. Kehamilan terbagi dalam 3 trimester, di mana trimester kesatu berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 15 minggu (minggu ke-13 hingga ke-27), dan trimester ketiga 13 minggu (minggu ke-28 hingga ke-40) (Prawirohardjo, 2010).

b. Fisiologi Kehamilan Trimester III

1) Uterus

Panjang fundus uteri pada usia kehamilan 28 minggu adalah 25 cm, pada usia kehamilan 32 minggu panjangnya 27 cm, dan usia kehamilan 36 minggu, panjangnya 30 cm. Perubahan konsentrasi hormonal yang mempengaruhi rahim, yaitu estrogen dan progesteron menyebabkan progesteron mengalami penurunan dan menimbulkan kontraksi rahim yang disebut Braxton Hicks. Terjadinya kontraksi Braxton Hicks merupakan ketidak nyamanan umum, tidak dirasakan nyeri dan terjadi bersamaan di seluruh rahim (Manuaba, 2012).

Tabel 1. Usia Kehamilan berdasarkan Tinggi Fundus Uteri (TFU)

Tinggi fundus Uteri	Usia kehamilan
1/3 diatas simfisis	12 minggu
½ diatas simfisis-pusat	16 minggu
2/3 diatas simfisis	20 minggu
Setinggi pusat	22 minggu
1/3 di atas pusat	28 minggu
½ pusat-prosesus xifoideus	34 minggu
Setinggi prosesus xifoideus	36 minggu
Dua jari (4 cm) di bawah prosesus xifoideus	40 minggu

Sumber: Manuaba, 2012

2) Payudara

Payudara mengalami pertumbuhan dan perkembangan sebagai persiapan memberikan ASI pada saat laktasi. Fungsi hormon mempersiapkan payudara yaitu Estrogen berfungsi menimbulkan hipertrofi sistem saluran payudara, penimbunan

lemak dan air serta garam sehingga payudara tampak makin membesar. Payudara ibu hamil menjadi lebih besar, areola hiperpigmentasi, puting susu makin menonjol, pengeluaran ASI belum berlangsung karena prolaktin belum berfungsi karena hambatan dari PIH (*prolactine inhibiting hormone*). Setelah persalinan hambatan prolaktin tidak ada sehingga pembuatan ASI dapat berlangsung (Manuaba, 2012).

3) Nyeri pada Ligamentum Teres Uteri

Ligamentum teres uteri melekat pada sisi-sisi uterus tepat di bawah dan depan tempat masuknya tuba falopii kemudian menyilang ligamentum latum pada lipatan peritoneum, melintasi kanalis inguinalis dan masuk pada anterior labia mayor pada sisi-sisi peritoneum. Nyeri ini diduga terjadi akibat peregangan dan kemungkinan akibat penekanan berat uterus yang meningkat pesat pada ligamen. Nyeri ini merupakan ketidaknyamanan umum yang harus dibedakan dari penyakit saluran gastrointestinal maupun penyakit organ abdomen (Varney, dkk, 2007).

c. Pelayanan Antenatal

Setiap kehamilan, dalam perkembangannya mempunyai risiko mengalami penyulit atau komplikasi. Oleh karena itu, pelayanan antenatal harus dilakukan secara rutin, sesuai standar dan terpadu untuk pelayanan antenatal yang berkualitas. Pelayanan antenatal

terpadu dan berkualitas secara keseluruhan meliputi hal-hal sebagai berikut:

- 1) Memberikan pelayanan dan konseling kesehatan termasuk gizi agar kehamilan berlangsung sehat melibatkan keluarga dan suami.
- 2) Melakukan deteksi dini masalah, penyakit dan penyulit/komplikasi kehamilan.
- 3) Menyiapkan persalinan yang bersih dan aman melibatkan ibu dan keluarga terutama suami.
- 4) Merencanakan antisipasi dan persiapan dini untuk melakukan rujukan jika terjadi penyulit/komplikasi melibatkan keluarga terutama suami.
- 5) Melakukan penatalaksanaan kasus serta rujukan cepat dan tepat waktu bila diperlukan melibatkan keluarga terutama suami.

Pelayanan antenatal terpadu terdiri dari:

- 1) Anamnesa
 - a) Hal yang perlu diperhatikan yaitu menanyakan keluhan /masalah yang dirasakan oleh ibu saat ini seperti pusing, sakit kepala, demam, cepat lelah, sesak nafas. Menanyakan tanda-tanda penting terkait masalah kehamilan seperti perdarahan, Sakit perut hebat, Batuk lama, Jantung berdebar-debar, keputihan yang berbau, dan penyakit yang kemungkinan diderita ibu hamil.

- b) Menanyakan status kunjungan (baru atau lama), riwayat kehamilan sekarang, riwayat kehamilan dan persalinan sebelumnya dan riwayat penyakit yang diderita ibu.
- c) Menanyakan jumlah tablet Fe yang dikonsumsi.
- d) Menanyakan obat-obat yang dikonsumsi seperti: antihipertensi, antibiotika, obat TB, dan sebagainya.
- e) Menanyakan pola makan ibu selama hamil yang meliputi jumlah, frekuensi dan kualitas asupan makanan terkait kandungan gizinya.

- f) Menanyakan kesiapan menghadapi persalinan dan kemungkinan komplikasi, antara lain:

Siapa yang akan menolong persalinan?

Setiap persalinan harus ditolong tenaga kesehatan.

Dimana akan bersalin?

Puskesmas atau rumah sakit tergantung faktor risiko.

Siapa yang mendampingi ibu saat bersalin?

Sebaiknya didampingi suami atau keluarga terdekat.

Siapa yang akan menjadi pendonor darah apabila terjadi perdarahan?

Keluarga, masyarakat menyiapkan calon donor yang sewaktu-waktu dapat menyumbangkan darahnya untuk keselamatan ibu.

Transportasi apa yang akan digunakan saat persalinan?

Bisa berasal dari masyarakat sesuai kesepakatan bersama atau milik sendiri. Dapat berupa mobil, motor, becak, perahu, dsb.

Apakah sudah disiapkan biaya untuk persalinan?

Suami diharapkan menyiapkan dana untuk persalinan. Biaya dapat pula berupa jaminan kesehatan, tabulin (tabungan ibu bersalin) atau dasolin (dana sosial ibu bersalin).

2) Pemeriksaan

Pemeriksaan dalam pelayanan antenatal terpadu meliputi berbagai jenis pemeriksaan termasuk menilai keadaan umum (fisik) dan psikologis (kejiwaan) ibu hamil. Dalam melakukan pemeriksaan antenatal, tenaga kesehatan harus memberikan pelayanan yang berkualitas sesuai standar terdiri dari:

- a) Timbang berat badan. Penimbangan dilakukan untuk mendeteksi adanya gangguan pertumbuhan janin. Penambahan berat badan < 9 kg selama kehamilan atau < 1 kg/ bulan menunjukkan adanya gangguan pertumbuhan janin.
- b) Ukur lingkar lengan atas (LiLA). Pengukuran hanya dilakukan pada kontak pertama untuk skrining ibu hamil berisiko kurang energi kronis (KEK) dimana LiLA $< 23,5$ cm. Ibu hamil dengan KEK akan dapat melahirkan bayi berat lahir rendah (BBLR).

Tabel 2. Daftar Pemeriksaan Laboratorium/Penunjang

No	Jenis Pemeriksaan	TM I	TM II	TM III	Keterangan
1	Keadaan Umum	V	V	V	Rutin
2	Suhu Tubuh	V	V	V	Rutin
3	Tekanan Darah	V	V	V	Rutin
4	Berat Badan	V	V	V	Rutin
5	LLA	V			Rutin
6	TFU		V	V	Rutin
7	Presentasi Janin		V	V	Rutin
8	DJJ		V	V	Rutin
9	Pemeriksaan Hb	V		V	Rutin
10	Golongan Darah	V			Rutin
11	Protein Urin	*	*	*	Indikasi
12	Gula Darah	*	*	*	Indikasi
13	Darah Malaria	*	*	*	Indikasi
14	BTA	*	*	*	Indikasi
15	Darah Sifilis	*	*	*	Indikasi
16	Serologi HIV	*	*	*	Indikasi
17	USG	*	*	*	Indikasi

Sumber: Kemenkes RI, 2010

- c) Ukur Tekanan Darah (TD) setiap kunjungan untuk mendeteksi hipertensi ($TD \geq 140/90$ mmHg) kehamilan dan preeklampsia (disertai edema wajah dan atau kaki dan atau proteinuria).
- d) Pengukuran TFU setiap kunjungan untuk mendeteksi pertumbuhan janin sesuai/ tidak dengan umur kehamilan. Pengukuran dengan pita ukur setelah kehamilan 24 minggu.
- e) Menghitung denyut jantung janin (DJJ) setiap kunjungan. DJJ < 120 atau > 160 /menit menunjukkan adanya gawat janin.
- f) Menentukan presentasi janin mulai akhir trimester II dan setiap kunjungan. Jika pada trimester III bagian bawah janin bukan kepala, atau kepala belum masuk panggul berarti ada kelainan letak, panggul sempit atau masalah lain.

- g) Ibu dilakukan skrining status imunisasi Tetanus Toksoid (TT)-nya. Pemberian imunisasi TT disesuaikan dengan status imunisasi saat ini.
 - h) Tablet zat besi/Fe untuk mencegah anemia, setiap ibu hamil harus mendapat tablet Fe minimal 90 tablet selama kehamilan.
 - i) Periksa laboratorium kadar hemoglobin (Hb) minimal 1x pada trimester I dan 1x pada trimester III. Protein urin atas indikasi. Gula darah atas indikasi. Sifilis dan HIV 1x pada trimester I.
- 3) Penanganan dan tindak lanjut kasus
- Berdasarkan hasil pemeriksaan di atas, setiap kelainan yang ditemukan harus ditangani sesuai standar dan kewenangan tenaga kesehatan. Bidan/perawat dapat mengenali keadaan normal dan tidak normal pada ibu. Kasus yang tidak dapat ditangani dirujuk sesuai sistem rujukan.
- 4) Pencatatan hasil pemeriksaan antenatal terpadu.
- Hasil pemeriksaan wajib dicatat pada rekam medis, kartu ibu dan buku KIA.
- 5) Komunikasi, informasi dan edukasi (KIE) efektif diberikan setiap kunjungan untuk membantu ibu mengatasi masalahnya. meliputi:
- a) Kesehatan ibu. Setiap ibu hamil dianjurkan untuk memeriksakan kehamilannya secara rutin, beristirahat cukup selama kehamilannya (sekitar 9- 10 jam per hari) dan tidak bekerja berat.

- b) Peran keluarga. Setiap ibu hamil perlu mendapatkan dukungan dari keluarga terutama suami. Suami, keluarga dan masyarakat menyiapkan biaya persalinan, bayi, rujukan dan calon donor apabila terjadi komplikasi kehamilan, persalinan, dan nifas.
 - c) Ibu diperkenalkan tentang tanda bahaya kehamilan, persalinan dan nifas serta kesiapan menghadapi komplikasi agar ibu hamil segera mencari pertolongan ke tenaga kesehatan.
 - d) Asupan gizi seimbang selama hamil, ibu dianjurkan mendapatkan asupan makanan cukup dengan gizi seimbang untuk proses tumbuh kembang janin dan kesehatan ibu. Misalnya ibu hamil disarankan minum tablet Fe secara rutin untuk mencegah anemia.
 - e) Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan pemberian ASI kepada bayi segera setelah lahir. ASI mengandung zat kekebalan yang penting untuk bayi. Pemberian ASI dilanjutkan sampai 6 bulan.
 - f) KB paska persalinan. Ibu diberikan pengarahan tentang KB setelah persalinan untuk mencegah kehamilan dan agar ibu punya waktu merawat kesehatan diri sendiri, anak, dan keluarga (Kemenkes RI, 2010).
- d. Skrining Antenatal pada Ibu Hamil

Skrining adalah kegiatan deteksi pro-aktif pada semua ibu hamil untuk menemukan faktor risiko yang belum memberikan gejala atau keluhan dengan menggunakan alat skrining. Ibu hamil yang

memiliki masalah/ faktor risiko yang masih merasa atau kelihatan sehat disebut kelompok ibu hamil risiko tinggi, sedangkan ibu hamil tanpa faktor risiko disebut ibu hamil risiko rendah. Kegiatan skrining harus diikuti dengan komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE) kepada ibu hamil, suami, dan keluarga, untuk perencanaan persalinan aman dan persiapan rujukan terencana bila diperlukan. Melalui kegiatan ini beberapa faktor risiko yang ada pada ibu hamil dapat di prediksi kemungkinan komplikasi yang akan terjadi. Misalnya, persalinan macet dapat diperkirakan akan terjadi pada ibu hamil dengan tinggi badan < 140 cm, ibu dengan janin letak lintang perlu operasi sesar. Oleh karena itu kegiatan skrining harus dilakukan berulang sehingga dapat ditemukan secara dini faktor risiko yang berkembang pada umur kehamilan lebih lanjut.

Skrining dilakukan pada semua ibu hamil. skrining pertama dilakukan untuk memisahkan kelompok ibu hamil tanpa faktor risiko dan dengan faktor risiko, (Mausner, 1974). Dari tes skrining kedua dapat dipisahkan lagi kelompok ibu hamil dengan faktor risiko tinggi yang membutuhkan rujukan dan penanganan namun masih ada waktu untuk memberikan penyuluhan mengenai rujukan dan penanganan ibu hamil tersebut. Sedangkan kelompok yang lain adalah kelompok ibu hamil dengan risiko sangat tinggi yang harus segera dirujuk dan ditangani dengan tindakan pada waktu itu juga dalam usaha menyelamatkan jiwa ibu dan bayinya yang terancam. Dalam

pendekatan risiko, kegiatan skrining antenatal berbasis keluarga di masyarakat harus dilakukan dengan teliti dan sistematis pada semua ibu hamil, berulang kali selama kehamilan sampai dekat persalinan. Sehingga jika betul-betul terjadi komplikasi, ibu hamil, suami dan keluarga sudah ada kesiapan baik mental, keputusan merujuk, biaya dan transportasi. Prakiraan berat ringannya risiko komplikasi persalinan dan bahaya kematian/ kesakitan pada ibu dan atau bayi diberi pembobotan/ diukur dengan menggunakan skor berupa angka. Skor dapat diberikan pada tiap kondisi ibu hamil, yaitu umur, paritas dan faktor risiko, yang menyebabkan kemungkinan terjadinya komplikasi persalinan.

Skor yang diberikan nilainya sama pada siapapun, dimanapun, dan kapanpun, sehingga mudah dimengerti dan digunakan untuk memberi KIE prakiraan bahaya komplikasi dan hasil persalinan kepada ibu hamil, suami dan keluarga dari semua tingkat pendidikan. Nilai skor bermanfaat dalam menentukan tempat dan penolong persalinan yang sesuai. Ibu hamil dengan jumlah skor tinggi mempunyai kemungkinan lebih besar terjadi bahaya pada saat persalinan, dengan kematian ibu dan atau bayinya bila penolong, tempat dan cara persalinan tidak benar.

1) Tujuan sistem skor adalah:

- a) Membuat penggolongan untuk ibu hamil (kehamilan risiko rendah/ KRR, kehamilan risiko tinggi/ KRT dan kehamilan

risiko sangat tinggi/ KRST) agar dapat direncanakan kebutuhan tempat dan penolong persalinan yang sesuai dengan kondisi dari ibu hamil.

- b) Melakukan pemberdayaan ibu hamil, suami, keluarga dan masyarakat agar peduli dan memberi dukungan dan bantuan untuk setiap mental, biaya dan transportasi untuk melakukan rujukan terencana.

2) Fungsi skor:

- a) Alat komunikasi informasi dan edukasi/ KIE bagi klien/ ibu hamil, suami, keluarga dan masyarakat. Skor digunakan sebagai sarana KIE yang mudah diterima, diingat, dimengerti sebagai ukuran kegawatan kondisi ibu hamil dan menunjukkan adanya kebutuhan pertolongan untuk rujukan. Dengan demikian berkembang perilaku untuk kesiapan mental, biaya dan transportasi ke rumah sakit untuk mendapatkan penanganan yang adekuat.
- b) Alat peringatan bagi petugas kesehatan agar lebih waspada. Lebih tinggi jumlah skor dibutuhkan lebih kritis penilaian/ pertimbangan klinis pada ibu risiko tinggi dan lebih intensif penanganannya.

Tabel 3. Kartu Skor Poedji Rochjati

I KEL F.R	II No	III Masalah / Faktor Risiko	SKOR	IV Triwulan			
				I	II	III.1	III.2
		Skor Awal Ibu Hamil	2				
I	1	Terlalu muda hamil I ≤ 16 th	4				
	2	a. Tahun terlalu lambat hamil I kawin >4 th	4				
		b. Terlalu tua hamil I ≥ 35 th	4				
	3	Tahun terlalu cepat hamil lagi < 2 th	4				
	4	Terlalu lama hamil lagi ≥ 10 th	4				
	5	Terlalu banyak anak, 4 atau lebih	4				
	6	Terlalu tua, umur ≥ 35 th	4				
	7	Terlalu pendek ≤ 145 cm	4				
	8	Pernah gagal kehamilan	4				
	9	Pernah melahirkan dengan					
a.		terikan tang/vakum	4				
b.		uri dirogoh	4				
10	c. diberi infus/transfusi		4				
	Pernah operasi sesar		8				
II	11	Penyakit pada ibu hamil					
	a.	Kurang Darah	4				
		c. Malaria,	4				
	b.	TBC Paru	4				
		d. Payah Jantung	4				
	e. Kencing Manis (Diabetes)		4				
	f. Penyakit Menular Seksual		4				
12	Bengkak muka/ tungkai, protein urin positif, tekanan darah tinggi.	4					
13	Hamil kembar 2 atau lebih	4					
14	Hamil kembar air (Hidramnion)	4					
15	Bayi mati dalam kandungan	4					
16	Kehamilan lebih bulan	4					
17	Letak sungsang		8				
	18 Letak lintang		8				
III	19 Perdarahan dalam kehamilan ini		8				
	20 Preeklampsia berat/kejang-kejang		8				
JUMLAH SKOR							

Sumber:Rochjati, 2011

3) Klasifikasi:

Kelompok Faktor Risiko I : Ada Potensi Gawat Obstetrik/APGO

- a) Terlalu muda hamil (< 16 tahun)
- b) 1.1) Terlalu lambat hamil pertama setelah kawin ≥ 4 tahun
1.2) Terlalu tua hamil pertama (hamil ≥ 35 tahun)
- c) Terlalu cepat hamil lagi (< 2 tahun)
- d) Terlalu lama hamil lagi (> 10 tahun)
- e) Terlalu banyak anak (> 4 anak)
- f) Terlalu tua (umur > 35 tahun)
- g) Terlalu pendek (< 145 cm)
- h) Pernah gagal hamil (riwayat obstetrik jelek)
- i) Pernah melahirkan dengan:
 - 1.1) Tarikan tang/vakum
 - 1.2) Uri dirogoh
 - 1.3) Diberi infus atau transfusi
- j) Pernah operasi sesar

Masing-masing skor 4 kecuali pernah operasi sesar skor 8

Kelompok Faktor Risiko II : Ada Gawat Obstetrik/AGO

- a) Penyakit pada ibu hamil
 - 1.1) Kurang darah
 - 1.2) Malaria
 - 1.3) TBC paru
 - 1.4) Penyakit jantung

1.5) Kencing manis

1.6) Penyakit menular seksual

- b) Bengkak pada muka/tungkai, proteinuria positif, tekanan darah tinggi
- c) Hamil kembar 2 atau lebih
- d) Hidramnion atau kembar air
- e) Bayi mati dalam kandungan
- f) Kehamilan lebih bulan
- g) Letak sungsang
- h) Letak lintang

Masing-masing memiliki skor 4, kecuali letak sungsang dan letak lintang dengan skor 8

Kelompok Faktor Risiko III Ada Gawat Darurat Obstetrik/AGDO

- a) Perdarahan antepartum
- b) Preeklampsia berat atau eklampsia

Masing-masing memiliki skor 8

- 4) Penyuluhan/ KIE setelah skrining untuk kehamilan dan persalinan aman.

Setelah melakukan skrining antenatal, maka petugas kesehatan melakukan KIE untuk mendorong semua ibu hamil melakukan pemeriksaan kehamilan. Rujukan kehamilan dilakukan apabila membutuhkan pemeriksaan lebih lanjut dan pengobatan pada dokter, misalnya ada penyakit ibu, pemeriksaan ultrasonografi

(USG). Pada ibu risiko tinggi dengan faktor risiko ganda (2/ lebih), penjumlahan skor dapat memberikan pengertian lebih jelas kepada ibu hamil, suami dan keluarga mengenai peningkatan kebutuhan pertolongan persalinan aman, misalnya persalinan harus di rumah sakit dan memberikan kesiapan mental, biaya, dan transportasi bagi ibu dan keluarga.

Penyuluhan/ KIE untuk persalinan, pada umur kehamilan di atas 38 minggu harus ditingkatkan sesuai dengan faktor risiko dan jumlah skor akhir karena sudah mendekati persalinan dengan hasil:

- a) Kehamilan risiko rendah (KRR), tempat persalinan dapat dilakukan di polindes, penolong persalinan bidan.
- b) Kehamilan risiko tinggi (KRT), pertolongan persalinan oleh bidan atau dokter, di puskesmas atau langsung dirujuk ke rumah sakit misalnya pada letak lintang dan ibu dengan tinggi badan rendah.
- c) Ibu kehamilan risiko sangat tinggi (KRST), diberi penyuluhan untuk melahirkan di rumah sakit dengan alat lengkap dan dibawah pengawasan dokter spesialis. KIE sangat penting untuk menimbulkan rasa sadar, peduli, waspada, dan sepakat dalam pengambilan keputusan untuk memilih tempat dan penolong persalinan yang sesuai. Penyuluhan lebih ditekankan pada perilaku ibu hamil, suami dan keluarga untuk perencanaan persalinan aman. Setiap persalinan mempunyai kemungkinan

mengalami komplikasi persalinan dengan risiko terjadinya 5K yaitu: kematian, kesakitan, kecacatan, ketidakpuasan dan ketidaknyamanan (Rochjati, 2011).

e. Faktor Risiko Jarak Kehamilan Kurang dari 2 Tahun

Faktor risiko kehamilan dapat dibagi menjadi 3 kelompok berdasarkan kapan ditemukan, cara pengenalan, dan sifat risikonya. Kelompok faktor risiko I kehamilan terdiri dari 10 faktor yang dikategorikan Ada Potensi Gawat Obstetrik (APGO) termasuk terlalu cepat hamil lagi (anak terkecil kurang dari 2 tahun). Faktor risiko I kehamilan ini sering disingkat dengan 7 terlalu dan 3 pernah. Ibu hamil yang memiliki satu atau lebih faktor risiko I kehamilan harus diwaspadai kemungkinan timbulnya komplikasi saat kehamilan terlebih saat persalinan. Ibu hamil yang jarak kelahirannya dengan anak terkecil kurang dari dua tahun kesehatan fisik dan rahim ibu masih butuh cukup istirahat. Ada kemungkinan ibu masih menyusui. Selain itu anak tersebut masih butuh asuhan dan perhatian orang tuanya (Rochjati, 2011).

- 1) Bahaya yang dapat terjadi pada ibu hamil yang jarak kelahirannya kurang dari dua tahun antara lain:
 - a) Perdarahan setelah bayi lahir karena kondisi ibu masih lemah
 - b) Bayi prematur/lahir belum cukup bulan, sebelum 37 minggu
 - c) Bayi dengan berat badan lahir rendah/ BBLR < 2500 gram.

- 2) Kebutuhan pertolongan medik:
 - a) Perawatan kehamilan yang teratur
 - b) Pertolongan persalinan ada kemungkinan dengan tindakan.
- 3) Pertolongan yang dapat diberikan oleh bidan:
 - a) Memberikan komunikasi, informasi, edukasi/ KIE melakukan perawatan kehamilan teratur
 - b) Komunikasi, informasi, edukasi/KIE, makan dengan nilai gizi seimbang, 4 sehat 5 sempurna
 - c) Membuat perencanaan persalinan aman pada bidan (Rochjati, 2011).

f. Kehamilan dengan AKDR

Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) seperti namanya adalah alat yang dimasukkan ke dalam rahim untuk mencegah terjadinya kehamilan (Fraser dan Cooper, 2009). Tingkat keefektifitasannya 0,6-0,8 kehamilan/ 100 Perempuan dalam 1 tahun pertama (Affandi, 2012).

Bagaimana sebenarnya mekanisme kerja AKDR belum diketahui dengan pasti, tetapi cara kerjanya bersifat lokal. AKDR menimbulkan reaksi benda asing dengan timbulnya leukosit, makrofag, dan limfosit, Selain itu AKDR menimbulkan perubahan pengeluaran cairan, prostaglandin, yang menghalangi kapasitas spermatozoa. Pematatan endometrium oleh leukosit, makrofag, dan limfosit menyebabkan blastokis mungkin dirusak oleh makrofag dan

blastokis tidak mampu melaksanakan nidasi. Ion Cu yang dikeluarkan AKDR dengan Copper menyebabkan gangguan gerak spermatozoa sehingga mengurangi kemampuan untuk melaksanakan konsepsi. AKDR dalam keadaan kolaps membuat suasana pada fundus uteri menjadi normal dan siap menerima hasil konsepsi, itu sebabnya dapat terjadi kehamilan dengan AKDR In Situ (Manuaba, 2012).

Jika benang AKDR tidak dapat dilihat, maka alat tersebut mungkin telah lepas, atau telah menembus uterus. Sebaliknya, benang AKDR dapat berada di dalam rongga uterus dan alat berada dalam posisi normal. Pada keadaan lain mungkin terjadi kehamilan. Jangan pernah mengasumsikan bahwa AKDR tersebut telah terlepas jika tidak melihatnya. Jika benang tidak terlihat, sonografi dapat digunakan untuk memastikan bahwa alat tersebut berada di dalam uterus (Cunningham, dkk, 2013).

Alvior (1973, dalam Cunningham, dkk, 2013) mengatakan wanita yang hamil ketika sedang menggunakan AKDR penting diidentifikasi. Sampai sekitar 14 minggu, benang AKDR dapat terlihat melalui serviks, dan jika terlihat, harus diangkat. Tindakan ini menurunkan komplikasi selanjutnya seperti aborsi dini, sepsis, dan kelahiran kurang bulan. Menurut Tatum, dkk (1976, dalam Cunningham, dkk, 2013) angka abortus 54 persen jika AKDR tertinggal di tempatnya dibandingkan dengan angka 25 persen jika langsung diangkat.

Seorang klien yang mengalami kehamilan dengan AKDR masih terpasang perlu diinformasikan tentang risiko yang akan terjadi bila kehamilan dilanjutkan dengan AKDR tetap terpasang. Risiko tersebut antara lain infeksi intrauterus, sepsis, aborsi spontan, aborsi sepsis spontan, plasenta previa, dan persalinan prematur. Klien yang mengalami kehamilan dengan AKDR masih terpasang dalam tubuhnya harus dievaluasi untuk melihat apakah ada kehamilan ektopik mengingat insiden kehamilan pada kelompok klien ini sangat tinggi (Varney, dkk, 2007).

Schiesser, dkk (2004, dalam Cunningham, dkk, 2013) mengatakan jika pada saat hamil benang AKDR tidak terlihat, usaha untuk menentukan lokasi dan memindahkan AKDR dapat menyebabkan abortus. Akan tetapi, beberapa praktisi telah sukses menggunakan sonografi untuk pengangkatan AKDR yang benangnya tidak dapat terlihat. Menurut Tatum, dkk (1976, dalam Cunningham, dkk, 2013) setelah viabilitas janin tercapai, tidak jelas diketahui apakah lebih baik mengangkat AKDR yang benangnya dapat dilihat dan diambil atau meninggalkannya di tempat. Tidak terdapat bukti bahwa malformasi janin bertambah jika AKDR tetap ditempatnya (Cunningham, dkk, 2013).

Jika timbul kehamilan dengan IUD in situ, tidak akan timbul cacat pada bayi oleh Karena IUD terletak antara selaput ketuban dan dinding rahim. Angka keguguran dengan IUD in situ tinggi. Jika

ditemukan kehamilan dengan IUD in situ yang benangnya masih terlihat, sebaiknya IUD dikeluarkan sehingga kemungkinan terjadinya abortus setelah IUD itu dikeluarkan lebih kecil daripada jika IUD dibiarkan terus berada dalam rongga uterus. Jika benang IUD tidak kelihatan, sebaiknya IUD dibiarkan saja berada dalam uterus (Anwar, 2011).

2. Persalinan

a. Pengertian

Persalinan adalah rangkaian proses yang berakhir dengan pengeluaran hasil konsepsi oleh ibu. Proses ini dimulai dengan kontraksi persalinan sejati, yang ditandai oleh perubahan progresif pada serviks, dan diakhiri dengan kelahiran plasenta. Kala satu persalinan didefinisikan sebagai permulaan kontraksi persalinan sejati, yang ditandai oleh perubahan serviks yang progresif dan diakhiri dengan pembukaan lengkap (10 sentimeter). Hal ini dikenal sebagai tahap pembukaan serviks (Varney, dkk, 2008).

b. Tanda dan gejala menjelang persalinan

1) Persalinan palsu

Persalinan palsu terdiri dari kontraksi uterus yang sangat nyeri, yang memberi pengaruh signifikan terhadap serviks. Kontraksi pada persalinan palsu sebenarnya timbul akibat kontraksi Braxton hicks yang tidak nyeri, yang telah terjadi sejak sekitar enam minggu kehamilan.

2) Bloody show

Plak lendir disekresi serviks sebagai hasil proliferasi kelenjar lendir serviks pada awal kehamilan, plak ini menjadi sawar pelindung dan menutup jalan lahir selama kehamilan. Pengeluaran plak lendir inilah yang dimaksud sebagai bloody show. Bloody show paling sering terlihat sebagai rabas lendir bercampur darah yang lengket dan harus dibedakan dengan cermat dari perdarahan murni.

c. Kala satu persalinan

1) Kontraksi

Kekuatan fisiologis utama selama persalinan adalah kontraksi uterus. Kontraksi uterus merupakan kontraksi otot fisiologis yang menimbulkan nyeri pada tubuh. Kontraksi bersifat involunter karena berada di bawah pengaruh saraf intrinsik. Ini berarti wanita tidak memiliki kendali fisiologis terhadap frekuensi dan durasi kontraksi ini karena kontraksi ini tidak diatur oleh proses saraf di luar uterus.

Durasi kontraksi uterus sangat bervariasi tergantung pada kala persalinan wanita tersebut. Kontraksi pada persalinan aktif berlangsung dari 45 sampai 90 detik dengan durasi rata-rata 60 detik. Pada persalinan awal, kontraksi mungkin hanya berlangsung 15 sampai 20 detik. Frekuensi kontraksi ditentukan dengan mengukur waktu dari permulaan satu kontraksi ke permulaan kontraksi selanjutnya. Durasi kontraksi juga dicatat. Pengurangan

periode dari frekuensi memberi informasi tentang durasi relaksasi. Dalam mengevaluasi frekuensi dan intensitas kontraksi uterus, penting untuk mengetahui bahwa setiap kontraksi terdiri atas tiga fase: peningkatan, puncak, dan penurunan. Fase peningkatan lebih lama dibanding gabungan dua fase lainnya.

Kontraksi harus dievaluasi tidak hanya frekuensi, durasi, dan intensitasnya, tetapi juga hubungan ketiga faktor tersebut. Umumnya, kontraksi uterus mula-mula jarang dan tidak teratur (misalnya 20 sampai 30 menit) dengan durasi singkat (15 sampai 20 detik) dan intensitasnya ringan kemudian menjadi sering, lebih lama, dan intensitasnya semakin kuat seiring kemajuan persalinan, mendekati akhir kala satu persalinan, kontraksi menjadi lebih sering, yakni setiap dua sampai tiga menit, berlangsung 60 sampai 90 detik, dengan intensitas cukup kuat.

2) Penipisan dan pembukaan

Penipisan dan pembukaan merupakan akibat langsung kontraksi. Penipisan terjadi karena saluran serviks yang semula mempunyai panjang sampai tiga sentimeter memendek sampai pada titik saluran serviks menghilang hingga hanya menyisakan os eksternal sebagai muara sirkular dengan bagian tepi tipis. Pemendekan ini terjadi karena serabut otot yang mengelilingi os interna memanjang karena ditarik ke dalam segmen bawah uterus. Penipisan secara klinis dievaluasi dalam persentase: 0 persen

berarti tidak terjadi penipisan dan 100 persen menunjukkan penipisan komplet.

Dilatasi adalah pelebaran os serviks eksternal dari muara dengan diameter beberapa milimeter sampai muara tersebut cukup lebar untuk dilewati bayi. Selain akibat kontraksi sebagai daya pendorong utama, dilatasi juga difasilitasi oleh gaya hidrostatis cairan amnion dibawah pengaruh kontraksi, yang menyebabkan ketuban berperan sebagai baji yang berdilatasi pada area dengan tahanan paling kecil pada uterus. Dilatasi secara klinis dievaluasi dengan mengukur diameter pembukaan serviks dalam sentimeter, dengan 0 sentimeter menunjukkan os serviks eksternal tidak membuka dan 10 sentimeter dianggap pembukaan lengkap. Angka magis 10 sentimeter didasarkan pada fakta bahwa diameter suboksipito-brekmatika kepala bayi, yang merupakan diameter paling lebar ketika kepala pada posisi fleksi dalam mekanisme persalinan normal, adalah sekitar 9,5 sentimeter pada usia cukup bulan.

Kala satu persalinan dibagi kedalam dua urutan fase, laten dan aktif. Fase laten adalah periode waktu dari awal persalinan hingga ke titik ketika pembukaan mulai berjalan secara progresif, yang umumnya dimulai sejak kontraksi mulai muncul hingga pembukaan tiga sampai empat sentimeter atau permulaan fase aktif. Pada fase laten bagian presentasi mengalami penurunan

sedikit hingga tidak sama sekali. Kontraksi menjadi lebih stabil selama fase laten seiring dengan peningkatan frekuensi, durasi, dan intensitas dari mulai terjadi setiap 10 sampai 20 menit, berlangsung 15 sampai 20 detik, dengan intensitas ringan hingga kontraksi dengan intensitas sedang (rata-rata 40 mmHg) yang terjadi setiap lima sampai tujuh menit dan berlangsung 30 sampai 40 detik.

Fase aktif adalah periode waktu dari awal kemajuan aktif pembukaan hingga pembukaan menjadi komplet dan mencakup fase transisi. Pembukaan umumnya dimulai dari tiga sampai empat sentimeter (atau pada akhir fase laten) hingga 10 sentimeter (atau akhir kala satu persalinan). Penurunan bagian presentasi janin yang progresif terjadi selama akhir fase aktif dan selama kala dua persalinan. Kontraksi selama fase aktif menjadi lebih sering, dengan durasi yang lebih panjang dan intensitas lebih kuat. Kontraksi yang efektif adalah kontraksi yang mempunyai pola gradien kelipatan tiga normal, mencapai tekanan uterus 40 sampai 50 milimeter air raksa pada puncak kontraksi, dan kembali ke tonus uterus istirahat, yakni 10 milimeter air raksa. Menjelang akhir fase aktif, kontraksi biasanya muncul setiap dua sampai tiga menit, berlangsung sekitar 60 detik, dan mencapai intensitas yang kuat (lebih dari 40 mmHg) dengan rata-rata sekitar 55 milimeter air raksa.

Tabel 4. Penilaian dan Intervensi Selama Kala I

Parameter	Frekuensi pada kala I laten	Frekuensi pada kala I aktif
Tekanan darah	Tiap 4 jam	Tiap 4 jam
Suhu	Tiap 4 jam	Tiap 2 jam
Nadi	Tiap 30-60 menit	Tiap 30-60 menit
Denyut jantung janin	Tiap 1 jam	Tiap 30 menit
Kontraksi	Tiap 1 jam	Tiap 30 menit
Pembukaan serviks	Tiap 4 jam	Tiap 4 jam
Penurunan kepala	Tiap 4 jam	Tiap 4 jam
Warna cairan amnion	Tiap 4 jam	Tiap 4 jam

Sumber: Kemenkes RI, 2013

d. Kala Dua Persalinan

Kala dua persalinan dimulai dengan dilatasi lengkap serviks dan diakhiri dengan kelahiran bayi. Tahap ini dikenal dengan kala ekspulsi. Kontraksi selama kala dua terjadi secara sering, kuat, dan sedikit lebih lama yaitu sekitar setiap 2 menit, berlangsung selama 60 sampai 90 detik, intensitas kuat, dan menjadi ekspulsif secara alamiah. Setelah kontraksi disertai rasa nyeri hebat yang dialami selama tahap transisi, wanita biasanya merasa lega pada saat berada di kala dua dan mampu mendorong jika dia menginginkannya. Untuk sebagian besar wanita, mendorong memberikan kepuasan penuh karena membuat wanita merasa terlibat secara aktif dan dapat melakukan hal itu dengan baik juga karena usaha mereka mempercepat tahap klimaks persalinan mereka.

Penonjolan rectum, penonjolan perineum, dan kemajuan kepala janin yang dapat terlihat pada introitus vagina merupakan indikasi kelahiran akan terjadi sebentar lagi. Jika wanita yang hampir atau

sudah dalam kala dua tiba-tiba merasa ingin ke kamar mandi, bidan harus bertanya kepada wanita tersebut apakah iya ingin berkemih atau merasa ingin defekasi. Jika jawabannya ingin defekasi, bidan perlu memastikan apakah wanita benar-benar akan defekasi atau hanya merasakan tekanan, mungkin ia merasakan bayi akan lahir. Tanda kala kelahiran yang akan segera terjadi, dan hampir selalu benar adalah ekspresi verbal wanita “bayi saya akan lahir!” 99,99 persen kejadian tersebut benar-benar diakhiri dengan lahirnya bayi, sering kali terjadi walaupun pada pemeriksaan dalam beberapa menit sebelumnya, temuan berlawanan (bayi belum akan lahir). Tidak mendengarkan wanita tersebut merupakan salah satu kesalahan besar yang dapat dilakukan praktisi.

e. Kala Tiga Persalinan

Kala tiga persalinan dimulai saat proses kelahiran bayi selesai dan berakhir dengan lahirnya plasenta. Proses ini dikenal sebagai kala persalinan plasenta. Kala tiga persalinan berlangsung rata-rata antara 5-10 menit. akan tetapi, kisaran normal kala tiga sampai 30 menit. Risiko perdarahan meningkat apabila kala tiga lebih lama dari 30 menit, terutama antara 30 sampai 60 menit.

Kala tiga persalinan terdiri dari dua fase berurutan: 1) pelepasan plasenta dan 2) pengeluaran plasenta. Pelepasan dan pengeluaran plasenta terjadi karena kontraksi uterus yang mulai terjadi lagi setelah berhenti singkat setelah bayi lahir. Kontraksi kurang lebih

setiap 2 sampai 2,5 menit selama kala dua persalinan. Setelah kelahiran bayi, kontraksi berikutnya mungkin tidak terjadi selama 3 sampai 5 menit. Kontraksi kemudian berlanjut setiap 4 sampai 5 menit sampai plasenta telah lepas dan keluar. Setelah itu, uterus kosong berkontraksi dengan sendirinya dan tetap berkontraksi jika tonus otot baik.

f. Kala Empat Persalinan

Segera setelah kelahiran plasenta, sejumlah perubahan maternal terjadi pada saat stres fisik dan emosional akibat persalinan dan kelahiran mereda dan ibu memasuki penyembuhan pascapartum dan bonding (ikatan). Pada saat yang sama, bidan memiliki serangkaian evaluasi dan tugas untuk diselesaikan terkait periode intrapartum. Meskipun intrapartum sudah selesai, istilah kala empat persalinan mengidentifikasi jam pertama pascapartum ini perlu diamati dan dikaji dengan ketat.

Bidan memiliki tanggung jawab selama kondisi ini untuk mengevaluasi kontraktilitas uterus dan perdarahan, inspeksi dan evaluasi serviks, vagina, dan perineum, inspeksi dan evaluasi plasenta, membran, dan tali pusat, pengkajian dan penjahitan setiap laserasi dan atau episiotomi, dan evaluasi tanda-tanda vital dan perubahan fisiologis yang mengindikasikan pemulihan.

Setelah kelahiran plasenta, uterus dapat ditemukan di tengah-tengah abdomen kurang lebih dua pertiga sampai tiga perempat antara

simfisis pubis dan umbilikus. Serviks, vagina, dan perineum diinspeksi apakah ada laserasi, memar, dan pembentukan awal hematoma. Inspeksi unit plasenta membutuhkan kemampuan bidan untuk mengidentifikasi tipe-tipe plasenta dan insersi tali pusat. Penjahitan laserasi dan episiotomi memerlukan pengetahuan anatomi perineum, tipe penjahitan, hemostasis, pembedahan aseptis, dan penyembuhan luka (Varney, dkk, 2008).

3. Nifas

Periode pascapartum adalah masa dari kelahiran plasenta dan selaput janin (menandakan akhir periode intrapartum) hingga kembalinya tragus reproduksi wanita pada kondisi seperti tidak hamil. Ingat bahwa perubahan ini adalah pada kondisi tidak hamil, bukan kondisi prahamil. Kondisi organ prahamil hilang selamanya, yang paling mencolok setelah pertama kali hamil dan melahirkan. Periode ini disebut juga puerperium, dan wanita yang mengalami puerperium disebut puerperal. Periode pemulihan pascapartum berlangsung sekitar enam minggu.

a. Uterus

Involusi uterus meliputi reorganisasi dan pengeluaran desidua/endometrium dan eksfoliasi tempat perlekatan plasenta yang ditandai dengan penurunan ukuran dan berat serta perubahan pada lokasi uterus juga ditandai dengan warna dan jumlah lokia.

Tabel 5. Penurunan Tinggi Fundus Uteri pada Masa Nifas

Involusi	TFU	Berat Uterus
Bayi lahir	Setinggi Pusat	1000 gram
Plasenta lahir	2 Jari di bawah pusat	750 gram
1 minggu	Pertengahan simpisis	500 gram
2 minggu	Tidak teraba di atas simpisis	350 gram
6 minggu	Normal	50 gram

Sumber: Varney, dkk, 2008

b. Lokia

Lokia adalah istilah untuk secret dari uterus yang keluar melalui vagina selama puerperium. Karena perubahan warnanya, nama deskriptif lokia berubah yaitu lokia rubra, serosa, atau alba. Lokia rubra berwarna merah, ini adalah lokia pertama yang mulai keluar segera setelah kelahiran dan terus berlanjut selama dua hingga tiga hari pertama pascapartum. Lokia rubra terutama mengandung darah dan jaringan desidua. Lokia serosa mulai terjadi sebagai bentuk yang lebih pucat dari lokia rubra, merah muda. Lokia ini berhenti sekitar tujuh hingga delapan hari kemudian dengan warna merah muda, kuning, atau putih hingga transisi menjadi lokia alba. Lokia serosa terutama mengandung cairan serosa, jaringan desidua, leukosit, dan eritrosit. Lokia alba mulai terjadi sekitar hari kesepuluh pascapartum dan hilang sekitar periode dua hingga empat minggu. Pada beberapa wanita, lokia ini tetap ada pada saat pemeriksaan pascapartum. Warna lokia alba putih krem dan terutama mengandung leukosit dan sel desidua.

c. Vagina dan perineum

Segera setelah kelahiran, vagina tetap terbuka lebar, setelah satu hingga dua hari, tonus otot vagina kembali, celah vagina tidak lebar dan vagina tidak lagi edema. Sekarang vagina menjadi berdinding lunak, lebih besar dari biasanya, dan umumnya longgar. Ukurannya menurun dengan kembalinya rugae vagina sekitar minggu ketiga pascapartum.

d. Payudara

Laktasi dimulai pada semua wanita dengan perubahan hormone saat melahirkan. Apakah wanita memilih menyusui atau tidak, ia dapat mengalami kongesti payudara selama beberapa hari pertama pascapartum karena tubuhnya mempersiapkan untuk memberikan nutrisi kepada bayi. Wanita yang menyusui berespon terhadap stimulus bayi yang disusui akan terus melepaskan hormon dan stimulasi alveoli yang memproduksi susu. Pengkajian payudara pada periode awal pascapartum meliputi penampilan dan integritas puting susu, memar atau iritasi jaringan payudara, adanya kolostrum, apakah payudara terisi air susu, dan adanya sumbatan duktus, kongesti, dan tanda-tanda mastitis potensial (Varney, dkk, 2008).

e. Asuhan Ibu Selama Nifas

Anjurkan ibu untuk melakukan kontrol nifas setidaknya 4 kali yaitu 6 sampai 8 jam setelah bersalin, 6 hari setelah persalinan, 2 minggu setelah persalinan, dan 6 minggu setelah persalinan. Periksa tekanan

darah, perdarahan pervaginam, kondisi perineum, tanda infeksi, kontraksi uterus, tinggi fundus, dan temperatur secara rutin. Nilai fungsi berkemih, fungsi cerna, dan penyembuhan luka. Tanya ibu mengenai suasana emosinya, bagaimana dukungan yang didapatkan dari keluarga, pasangan, dan masyarakat untuk perawatan bayinya. Meminta ibu untuk segera menghubungi tenaga kesehatan bila menemukan salah satu dari tanda bahaya ibu nifas yaitu perdarahan berlebih, sekret vagina berbau, demam, nyeri perut berat, kelelahan atau sesak, bengkak di tangan, wajah, tungkai, sakit kepala atau pandangan kabur, nyeri payudara, pembengkakan payudara, luka atau perdarahan puting. Ibu juga perlu diberikan informasi tentang kebersihan diri, istirahat, mobilisasi dan latihan, gizi ibu nifas, menyusui dan perawatan payudara, dan kontrasepsi KB (Kemenkes RI, 2013).

4. Bayi Baru Lahir

Semua bayi baru lahir harus menjalani minimal dua kali pemeriksaan fisik sebelum dipulangkan dari rumah bersalin. Pemeriksaan pertama adalah pemeriksaan penapisan yang dilakukan pada saat kelahiran, pemeriksaan kedua yang lebih komprehensif. Apabila bayi baru lahir dipulangkan setelah rawat inap singkat (6-12 jam), kebanyakan bidan lebih memilih untuk melihat bayi baru lahir setelah hari ketiga hingga kelima setelah kelahiran. Apabila bayi berada di rumah sakit selama 48 jam, kunjungan pertama dapat ditunda sampai bayi berusia 10 hingga 14

hari. Tujuan kunjungan ini ialah melakukan pemeriksaan ulang pada bayi baru lahir dan meninjau penyuluhan dan pedoman antisipasi bersama orang tua. Tujuan kunjungan anak sehat ada tiga, yaitu mengidentifikasi gejala penyakit, merekomendasikan tindakan pemindaian, dan mendidik dan mendukung orang tua (Varney, dkk, 2008).

a. Pengaturan Suhu

Bayi kehilangan panas melalui empat cara yaitu konduksi melalui benda-benda padat yang kontak dengan kulit bayi. Konveksi yaitu pendinginan melalui aliran udara di sekitar bayi. Evaporasi yaitu kehilangan panas melalui penguapan air pada kulit bayi yang basah. Radiasi melalui benda padat dekat bayi yang tidak berkontak secara langsung dengan kulit bayi. Keadaan telanjang dan basah pada bayi baru lahir menyebabkan bayi mudah kehilangan panas melalui empat cara diatas. Kehilangan panas secara konduktif jarang terjadi kecuali jika bayi diletakkan pada alas yang dingin (Prawirohardjo, 2010). Pastikan bayi tetap hangat dan jangan mandikan bayi hingga 24 jam setelah persalinan. Jaga kontak kulit antara ibu dan bayi serta tutupi kepala bayi dengan topi.

b. Pemberian Salep Mata

Bayi baru lahir harus mendapatkan profilaksis mata terhadap infeksi yang disebabkan oleh gonore atau klamidia. Pelindung mata terbaik terhadap gonore dan klamidia ialah salep eritromisin 0,5%, yang

menyebarkan dari kantung dalam ke kantung luar mata. Irigasi mata setelah pemberian salep eritromisin tidak perlu dilakukan.

c. Pemberian Vitamin K

Vitamin K secara rutin diberikan kepada bayi baru lahir untuk mencegah penyakit hemoragi. Usus neonatus mensintesis vitamin K, yang digunakan untuk mengaktifkan prekursor protein yang membuat protein pembeku darah. manifestasi klinis penyakit hemoragi meliputi perdarahan dari saluran cerna, kulit, dan area sirkumsisi. Vitamin K diberikan secara intramuskular sebanyak 1 mg pada paha lateral bayi baru lahir dengan berat badan lebih dari 2,5 kg. Vitamin ini bekerja dengan cepat untuk mengaktifkan prekursor pembekuan darah. penggunaan vitamin K pre oral tidak dianjurkan pada saat ini karena keefektifannya diragukan.

d. Vaksin Hepatitis B

Semua bayi harus mendapatkan dosis pertama vaksin hepatitis B segera setelah lahir dan sebelum dipulangkan dari rumah sakit. Dosis pertama juga diberikan pada usia dua bulan jika ibu bayi memiliki HbsAg-negatif. Hanya hepatitis B monovalen yang dapat digunakan untuk dosis lahir. Vaksin monovalen atau vaksin kombinasi yang mengandung Hep B dapat digunakan untuk melengkapi rangkaian tersebut. Empat dosis vaksin diberikan jika dosis lahir diberikan. Vaksin Hepatitis B diberikan untuk mencegah terserangnya bayi dari penyakit Hepatitis B (Varney, dkk, 2008).

5. Kontrasepsi

Bagi wanita usia subur yang aktif secara seksual serta tidak menggunakan kontrasepsi, angka kehamilan mendekati 90 persen dalam satu tahun. Bagi wanita yang tidak menginginkan kehamilan, pengaturan kesuburan dapat dilakukan saat ini dengan berbagai kontrasepsi yang efektif. Tak satupun kontrasepsi yang sempurna tanpa efek samping atau dikategorikan tanpa bahaya. Satu prinsip yang ditekankan adalah bahwa kontrasepsi biasanya mempunyai risiko yang lebih sedikit daripada kehamilan (Cunningham, dkk, 2013).

Prinsip pelayanan kontrasepsi saat ini adalah memberikan kemandirian pada ibu dan pasangan untuk memilih metode yang diinginkan. Pemberi pelayanan berperan sebagai konselor dan fasilitator. Menjalin komunikasi yang baik dengan ibu, menilai kebutuhan dan kondisi ibu, memberikan informasi mengenai pilihan metode kontrasepsi yang dapat digunakan ibu, membantu ibu menentukan pilihan, dan menjelaskan secara lengkap mengenai metode kontrasepsi yang telah dipilih ibu (Kemenkes RI, 2013).

Tabel 4. Pilihan metode kontrasepsi berdasarkan tujuan Pemakaian

Urutan prioritas	Fase menunda kehamilan	Fase menjarangkan kehamilan (anak < 2)	Fase tidak hamil lagi (anak >3)
1	Pil	AKDR	Steril
2	AKDR	suntikan	AKDR
3	Kondom	Minipil	Implant
4	Implant	Pil	Suntikan
5	suntikan	Implant	Kondom
6		kondom	pil

Sumber: Kemenkes RI, 2013

Profil Kondom

Kondom tidak hanya mencegah kehamilan, tetapi juga mencegah IMS termasuk HIV/AIDS. Efektif bila dipakai dengan baik dan benar. Dapat dipakai bersama dengan kontrasepsi lain untuk mencegah IMS. Kondom merupakan selubung/ sarung karet yang dapat terbuat dari berbagai bahan diantaranya lateks (karet), plastic (vinil), atau bahan alami (hewani) yang dipasang pada penis saat hubungan seksual. Kondom terbuat dari karet sintesis yang tipis, berbentuk silinder, dengan muaranya berpinggir tebal, yang bila digulung berbentuk rata atau mempunyai bentuk seperti puting susu. Cara kerja dengan menghalangi pertemuan sperma dan sel telur dengan mengemas sperma di ujung selubung karet yang dipasang pada penis sehingga sperma tidak tumpah ke dalam saluran reproduksi perempuan. Keefektifitasannya secara ilmiah didapat hanya sedikit angka kegagalan kondom yaitu 2-12 kehamilan per 100 perempuan setahun. Manfaat tidak mengganggu ASI, tidak mengganggu kesehatan klien, tidak mempunyai pengaruh sistemik, dapat dibeli secara umum dan murah, tidak perlu resep dokter atau pemeriksaan khusus, dapat mencegah penularan IMS, mencegah ejakulasi dini, membantu mencegah terjadinya kanker serviks, dan pasangan saling berinteraksi. Keterbatasan cara penggunaan sangat mempengaruhi keberhasilan, efektivitas tidak terlalu tinggi, agak mengganggu hubungan seks, harus selalu tersedia setiap kali berhubungan seks, Pembuangan kondom bekas mungkin menimbulkan masalah limbah (Affandi, 2012).

B. Konsep Dasar Asuhan Kebidanan

1. Pengertian Bidan Indonesia

Seorang perempuan yang lulus dari pendidikan Bidan yang diakui pemerintah dan organisasi profesi di wilayah Negara Republik Indonesia serta memiliki kompetensi dan kualifikasi untuk diregister, sertifikasi dan atau secara sah mendapat lisensi untuk menjalankan praktik kebidanan. Bidan diakui sebagai tenaga profesional yang bertanggungjawab dan akuntabel, yang bekerja sebagai mitra perempuan untuk memberikan dukungan, asuhan dan nasehat selama masa hamil, masa persalinan dan masa nifas, memimpin persalinan atas tanggung jawab sendiri dan memberikan asuhan kepada bayi baru lahir, dan bayi. Asuhan ini mencakup upaya pencegahan, promosi persalinan normal, deteksi komplikasi pada ibu dan anak, dan akses bantuan medis atau bantuan lain yang sesuai, serta melaksanakan tindakan kegawatdaruratan.

2. Asuhan Kebidanan

Asuhan kebidanan adalah proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup praktiknya berdasarkan ilmu dan kiat kebidanan. Adalah penerapan fungsi dan kegiatan yang menjadi tanggung jawab dalam memberikan pelayanan kepada klien yang mempunyai kebutuhan/masalah dalam bidang kesehatan ibu masa hamil, masa persalinan, nifas, bayi setelah lahir serta keluarga berencana (KEMENKES RI, 2007).

3. Penatalaksanaan Asuhan Kebidanan

Proses penatalaksanaan kebidanan adalah sebuah proses menyelesaikan masalah klinis, membuat suatu keputusan, dan memberi perawatan, yang telah berakar pada tindakan perawat-kebidanan di awal tahun 1970-an (Varney, dkk, 2007). Proses ini merupakan sebuah metode pengorganisasian pikiran dan tindakan dalam suatu alur logis untuk keuntungan pasien dan pemberi perawatan kesehatan. Proses ini dijelaskan sebagai perilaku yang diharapkan oleh praktisi klinis, yang dengan jelas merupakan buah dari proses pikir dan tindakan yang diambil. Orang yang menjelaskan tingkat perilaku yang harus dicapai pada setiap langkah untuk menyediakan perawatan pasien yang aman dan menyeluruh. Karena proses penatalaksanaan mengikuti suatu alur yang logis, proses ini juga bermanfaat bagi siswa dalam mempelajari penatalaksanaan perawatan kepada pasien sebab penatalaksanaan itu sendiri merupakan cara untuk menyatukan semua bagian-bagian terisolasi, yang mencakup pengetahuan, penemuan, kemampuan, dan penilaian menjadi suatu pengertian yang utuh dan berfokus pada transisi ke dalam peran penatalaksanaan pasien.

Proses penatalaksanaan terdiri dari tujuh langkah berurutan, yang secara periodik disempurnakan. Proses penatalaksanaan ini dimulai dengan mengumpulkan data dasar dan berakhir dengan evaluasi. Ketujuh langkah ini mencakup seluruh kerangka kerja yang dapat diaplikasikan pada setiap situasi. Kemudian, setiap langkah dapat dibagi menjadi tugas-tugas yang lebih spesifik dan bervariasi untuk dapat disesuaikan dengan kondisi ibu

dan bayi baru lahir. Sedapat mungkin harus disadari bahwa langkah-langkah ini diambil dalam kolaborasi dengan ibu dan siapapun yang ibu inginkan terlibat, atau dalam kolaborasi dengan orang tua bayi baru lahir. Tujuh langkah tersebut adalah sebagai berikut:

- a. Menyelidiki dengan cara memperoleh semua data yang dibutuhkan untuk melengkapi evaluasi ibu atau bayi baru lahir.
- b. Membuat sebuah identifikasi masalah atau diagnosa dan kebutuhan perawatan kesehatan yang akurat berdasarkan perbaikan interpretasi data yang benar.
- c. Mengantisipasi masalah atau diagnosa yang akan terjadi lainnya, yang dapat menjadi tujuan yang diharapkan, karena telah ada masalah atau diagnosa yang teridentifikasi.
- d. Mengevaluasi kebutuhan akan intervensi dan/atau konsultasi bidan atau dokter yang dibutuhkan dengan segera, serta manajemen kolaborasi dengan anggota tim tenaga kesehatan lain, sesuai dengan kondisi yang diperlihatkan oleh ibu dan bayi yang baru lahir.
- e. Mengembangkan sebuah rencana perawatan kesehatan yang menyeluruh, didukung oleh penjelasan rasional yang valid, yang mendasari keputusan yang dibuat dan didasarkan pada langkah-langkah sebelumnya.
- f. Mengemban tanggung jawab terhadap pelaksanaan rencana perawatan yang efisien dan aman.

- g. Mengevaluasi keefektifan perawatan kesehatan yang diberikan, mengolah kembali dengan tepat setiap aspek perawatan yang belum efektif melalui proses penatalaksanaan di atas.

Langkah-langkah proses penatalaksanaan ini pada hakikatnya sudah menjelaskan dengan jelas pengertian masing-masing. Namun, pembahasan singkat dan pemberian contoh tugas yang dapat tercakup pada masing-masing langkah di atas dapat menjelaskan dengan jelas proses berpikir yang terlibat dalam proses klinis yang berorientasi pada tindakan.

Langkah pertama adalah mengumpulkan data dasar yang menyeluruh untuk mengevaluasi ibu dan bayi baru lahir. Data dasar ini meliputi pengkajian riwayat, pemeriksaan fisik dan pelvik 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 mendapat konsultasi dokter sebagai bagian dari penatalaksanaan kolaborasi. Pada waktu tertentu, langkah satu tumpang tindih dengan langkah 5 dan 6 (atau menjadi bagian dari sebuah alur berkelanjutan) karena upaya memperoleh data tambahan dari uji laboratorium atau penelitian diagnosis lain dapat merupakan bagian dari

rencana. Kadang-kadang bidan perlu memulai langkah dengan langkah empat.

Langkah kedua bermula dari data dasar, menginterpretasi 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. Masalah sering kali berkaitan dengan bagaimana ibu menghadapi kenyataan tentang diagnosisnya dan ini sering kali bisa diidentifikasi berdasarkan pengalaman bidan dalam mengenali masalah seseorang. Sebagai contoh, seorang wanita di diagnosis sedang hamil dan masalah yang berhubungan adalah ia tidak menginginkan kehamilannya. Contoh lain: seorang wanita berada pada trimester ketiga dan mengalami ketakutan menjelang persalinan. Mereka takut tidak sesuai dengan kategori apapun dalam nomenklatur diagnostik standar, tetapi yang pasti, hal ini menciptakan masalah yang perlu digali lebih lanjut. Selanjutnya, sebuah rencana harus dikembangkan untuk mengatasi rasa takut wanita tersebut. Kebutuhan perawatan kesehatan dapat dikenali dari masalah dan diagnosis atau salah satu dari keduanya. Sebagai contoh, kebutuhan perawatan kesehatan seorang ibu ialah melakukan pemeriksaan ginekologis tahunan. Dengan demikian, dari semua temuan yang diperoleh, masalah atau diagnosis dapat diidentifikasi, tetapi bisa saja sebaliknya.

Langkah ketiga mengidentifikasi masalah atau diagnosis potensial berdasarkan masalah dan diagnosis saat ini berkenaan dengan tindakan antisipasi, pencegahan jika memungkinkan, menunggu dengan waspada penuh, dan persiapan terhadap semua keadaan yang mungkin muncul. Langkah ini adalah langkah yang sangat penting dalam memberi perawatan kesehatan yang aman. Sebagai contoh, seorang wanita memiliki uterus yang mengalami distensi-berlebihan (*overdistension*). Melihat keadaan ini, bidan harus memperkirakan alasan terjadinya distensi berlebihan (misalnya polihidramnion, bayi besar untuk masa kehamilan, ibu diabetes gestasional, atau kehamilan kembar) dan kemudian mengambil langkah antisipasi, melakukan tindakan kewaspadaan, dan kemudian mempersiapkan beberapa alternatif tindakan terhadap kemungkinan perdarahan pascapartum mendadak sebagai akibat atoni uteri karena distensi berlebihan. Pada keadaan bayi besar tunggal, bidan harus mengantisipasi dan bersiap terhadap kemungkinan distosia bahu dan kebutuhan bayi untuk mendapat tindakan resusitasi. Contoh lain adalah seorang wanita dengan bawaan sel sabit (*sickle-cell*). Bidan harus waspada terhadap kemungkinan wanita ini akan mengalami infeksi saluran kemih, yang pada akhirnya akan meningkatkan kemungkinan persalinan prematur atau bayi kecil untuk masa kehamilan. Tindakan pencegahan sederhana, pencatatan riwayat terkait pada setiap kunjungan prenatal, uji laboratorium untuk mendeteksi bakteriuria asimtomatik, dan penanganan terapeutik

yang cepat jika terjadi infeksi saluran kemih diindikasikan bagi wanita dengan penyakit sel sabit.

Langkah keempat mencerminkan sifat 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 dievaluasi. Beberapa data mengindikasikan situasi kedaruratan, yang mengharuskan bidan mengambil tindakan secara tepat untuk mempertahankan nyawa ibu dan bayinya (misalnya pada saat kala tiga atau saat terjadi perdarahan pascapartum langsung, distosia bahu, atau nilai APGAR rendah). Beberapa data mengindikasikan sebuah situasi yang membutuhkan tindakan cepat sembari menunggu intervensi dokter, misalnya, pada saat terjadi prolaps tali pusat. Situasi lain bukan merupakan situasi darurat, tetapi membutuhkan konsultasi ke dokter atau penatalaksanaan kolaborasi. Misalnya, tanda-tanda dini preeklampsia yang membutuhkan konsultasi dokter. Di sisi lain, pengkajian riwayat awal, pemeriksaan fisik dan pelvik yang menunjang ditemukannya penyakit jantung, diabetes, atau masalah medis utama lain membutuhkan kolaborasi dengan dokter untuk penatalaksanaan wanita hamil yang mengalami semua komplikasi ini. Kondisi atau situasi ketika ibu atau bayi baru lahir membutuhkan konsultasi atau penatalaksanaan kolaborasi dengan anggota tim kesehatan lain, misalnya, pekerja sosial, ahli nutrisi, atau perawat klinik spesialis

neonatus. Bidan kemudian mengevaluasi setiap situasi klinik untuk menentukan anggota tim kesehatan yang paling tepat untuk melakukan penatalaksanaan perawatan bagi ibu atau bayi baru lahir.

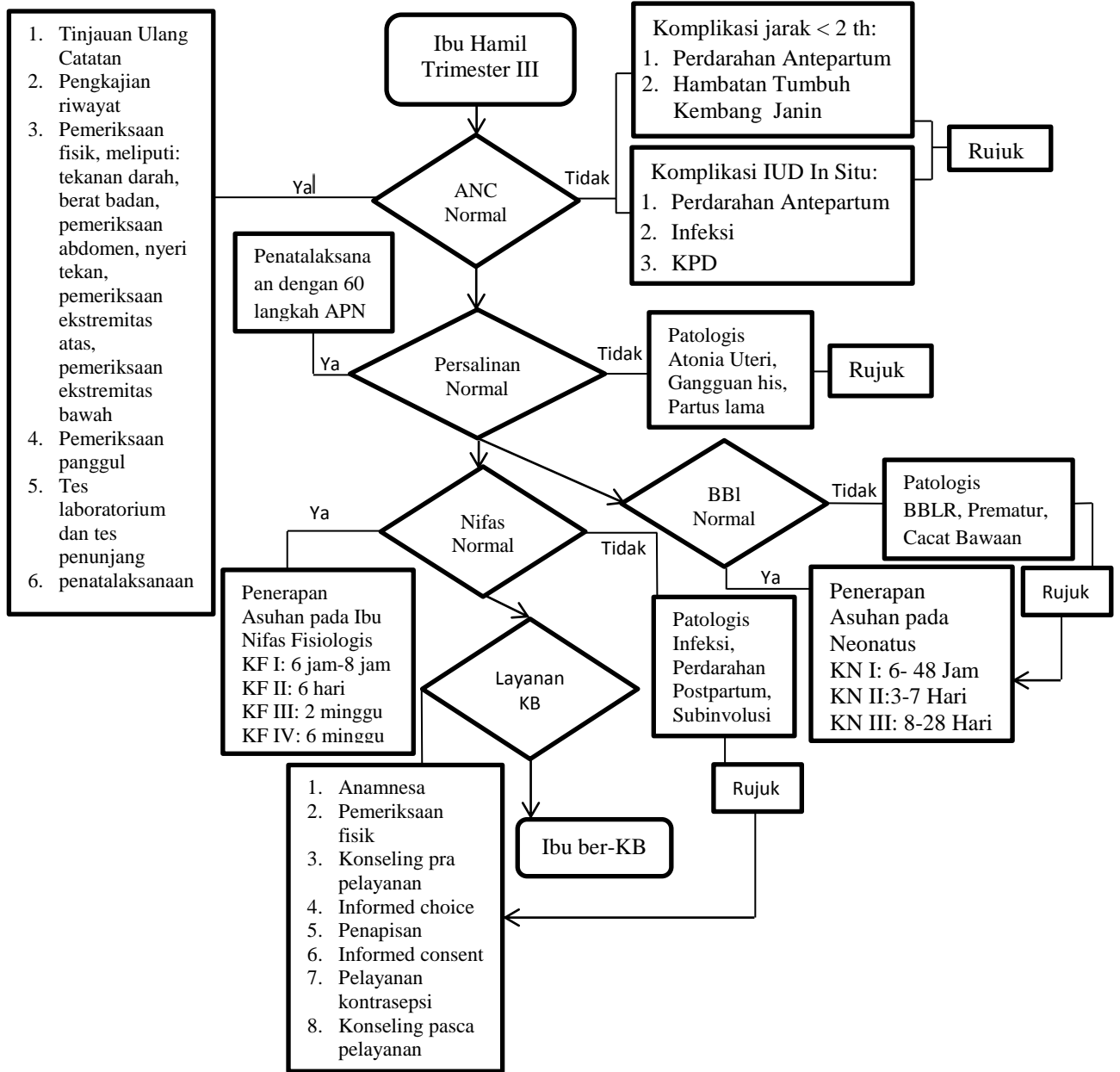
Langkah kelima mengembangkan sebuah rencana keperawatan yang menyeluruh ditentukan dengan mengacu pada hasil langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan pengembangan masalah atau diagnosis yang diidentifikasi baik pada saat ini maupun yang dapat diantisipasi serta perawatan kesehatan yang dibutuhkan. Langkah ini dilakukan dengan mengumpulkan setiap informasi tambahan yang hilang atau diperlukan untuk melengkapi data dasar. Sebuah rencana perawatan yang menyeluruh tidak hanya melibatkan kondisi ibu atau bayi baru lahir yang terlihat dan masalah lain yang berhubungan, tetapi juga menggambarkan petunjuk antisipasi bagi ibu atau orang tua tentang apa yang akan terjadi selanjutnya. Petunjuk antisipasi ini juga mencakup pendidikan dan konseling kesehatan dan semua rujukan yang dibutuhkan untuk mengatasi masalah social, ekonomi, agama, keluarga, budaya, atau psikologis. Dengan kata lain, setiap hal yang berkaitan dengan seluruh aspek perawatan kesehatan dapat digunakan dalam rencana perawatan kesehatan. Sebuah rencana kesehatan harus menguntungkan kedua belah pihak, baik bidan maupun ibu atau orang tua supaya dapat memberi perawatan kesehatan yang efektif karena ibu atau orang tua adalah pihak yang nantinya melaksanakan atau tidak melaksanakan rencana yang telah dibuat bersama. Oleh karena itu, setiap tugas yang dilakukan pada setiap langkah

ditetapkan setelah dirumuskan dan didiskusikan bersama ibu atau orang tua sekaligus sebagai upaya mengonfirmasi persetujuan klien. Semua keputusan yang dibuat untuk mengembangkan rencana perawatan yang menyeluruh harus mencerminkan rasional valid, yang didasarkan pada pengetahuan teoretis terkait yang terkini dan tepat juga pada pemahaman yang valid tentang apa yang ibu atau orang tua akan atau tidak akan lakukan. Rasional yang didasarkan pada asumsi tidak valid tentang perilaku seseorang, pengetahuan teoritis yang keliru atau kurang, atau data dasar yang tidak lengkap dianggap tidak valid dan menghasilkan perawatan yang tidak lengkap dan tidak aman.

Langkah keenam adalah melaksanakan rencana perawatan secara menyeluruh. Langkah ini dapat dilakukan secara keseluruhan oleh bidan atau dilakukan sebagian oleh ibu atau orang tua, bidan, atau anggota tim kesehatan lain. Apabila tidak dapat melakukan sendiri, bidan bertanggung jawab untuk memastikan bahwa implementasi benar-benar dilakukan. Pada keadaan melakukan kolaborasi dengan dokter dan memberi kontribusi terhadap penatalaksanaan perawatan ibu dengan komplikasi, bidan dapat mengambil tanggung jawab mengimplementasi rencana perawatan kolaborasi yang menyeluruh. Implementasi yang efisien akan meminimalkan waktu dan biaya serta meningkatkan kualitas perawatan kesehatan. Suatu komponen implementasi yang sangat penting adalah pendokumentasian secara berkala, akurat, dan menyeluruh.

Langkah terakhir, 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. Rencana tersebut menjadi efektif bila bidan mengimplementasi semua tindakan dalam rencana, dan menjadi tidak efektif bila tidak diimplementasi. Mungkin saja sebagian efektif, sementara sebagian lain rencana tersebut tidak efektif. Apabila kita memandang proses penatalaksanaan sebagai sebuah proses berkesinambungan, maka sangat penting untuk memperbaiki setiap perawatan yang tidak efektif lewat proses penatalaksanaan. Hal ini dilakukan untuk mengidentifikasi mengapa hal tersebut tidak efektif dan kemudian rencana perawatan disesuaikan lagi. Proses penatalaksanaan sebagai sebuah rangkaian proses yang berkelanjutan memungkinkan tenaga klinik untuk dengan mudah berespon terhadap setiap perubahan aktual atau potensial pada kondisi atau situasi ibu dan bayi baru lahir (Varney, dkk, 2007).

4. Flow Chart Asuhan Berkesinambungan pada Ny. N Multigravida dengan jarak kehamilan < 2 tahun dan IUD In Situ



: Mulai (Awal)/Akhir
 : Proses/ Kegiatan
 : Arah Aliran
 : Kondisional/ Keputusan

Bersumber dari: Varney, dkk (2007), Kemenkes RI (2013), Affandi (2012).

BAB III

TINJAUAN KASUS

ASUHAN KEBIDANAN BERKESINAMBUNGAN TERHADAP NY. N USIA 30 TAHUN DENGAN JARAK KEHAMILAN KURANG DARI DUA TAHUN DAN IUD IN SITU DI PUSKESMAS JETIS

A. Gambaran Lokasi

Pengkajian awal dan pemeriksaan ANC dilakukan di Puskesmas Jetis Kota Yogyakarta yang beralamat di Jalan P. Diponegoro No. 91, Bumijo, Jetis, Kota Yogyakarta dengan pasien ibu hamil trimester III dengan faktor risiko. Puskesmas Jetis merupakan puskesmas rawat inap dengan fasilitas yang sudah cukup memadai. Puskesmas Jetis memiliki 4 bidan di poli KIA. Pelayanan ANC di KIA dilayani pada hari Selasa dan Rabu. Bidan yang bekerja di Puskesmas Jetis dalam memberikan pelayanan baik dan ramah. Ny. N tinggal di Gondolayu Lor, JT 2/1155 RT 55, RW 11, Jetis, Yogyakarta sehingga jarak dari rumah ke Puskesmas Jetis tidak jauh dan tempat tinggal Ny. N merupakan wilayah kerja dari Puskesmas Jetis. Ny. N selalu memeriksakan kehamilannya di Puskesmas Jetis dari trimester I sampai dengan trimester III. Ny. N melakukan persalinan, kunjungan nifas, kunjungan neonatus, dan pelayanan KB di Puskesmas Jetis karena termasuk dalam lingkup BPJS miliknya.

B. Asuhan Kehamilan

Pengkajian dilakukan di Puskesmas Jetis dimulai sejak pengambilan data awal pada tanggal 25 Januari 2017. Pengkajian tidak hanya dilakukan di Puskesmas Jetis tetapi juga dilakukan lewat kunjungan rumah. Jenis data yaitu data primer dari anamnesa dan pemeriksaan, dan data sekunder dari rekam medis dan buku KIA pasien. Pengkajian data yang dilakukan pada tanggal 3 Februari 2017 lewat kunjungan rumah didapatkan hasil:

1. Data Subjektif:

Ny. N adalah seorang Warga Negara Indonesia (WNI) berusia 30 tahun dengan riwayat obstetri yaitu Gravida 3 Para 2 dan usia kehamilan 31 minggu lebih 6 hari. Menurut penanggalan Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT) Ny. N adalah tanggal 25 Juni 2016 sehingga didapat Hari Perkiraan Lahir (HPL) bayi Ny. N adalah tanggal 2 April 2017. Saat ini ibu mengatakan tidak ada keluhan.

Riwayat kehamilan saat ini. Ibu telah melakukan kunjungan ANC sebanyak 6 kali. Status Imunisasi Tetanus Toksoid Ny. N sudah sampai dengan TT 5. Keluhan yang dirasakan pada trimester I adalah mual, muntah dan pusing, trimester II mual, dan trimester III nyeri ulu hati.

Riwayat kehamilan yang lalu. Ibu hamil pertama melahirkan pada tanggal 26 Maret 2009, aterm dengan jenis persalinan spontan normal ditolong oleh bidan di puskesmas, jenis kelamin perempuan dengan berat lahir 3400 gram, klien menyusui bayinya hingga berusia 2 tahun.

Hamil kedua ibu melahirkan pada tanggal 25 April 2015, aterm dengan jenis persalinan spontan dengan induksi ditolong oleh dokter di rumah sakit, jenis kelamin perempuan dengan berat lahir 3300 gram, klien menyusui bayinya sampai berusia 15 bulan. Hamil ketiga adalah hamil ini.

Riwayat menstruasi. Ibu pertama kali haid pada umur 11 tahun. Banyaknya darah tiga kali ganti pembalut setiap hari. Siklus haid 28 hari, teratur, lama tujuh hari, Sifat darah encer, tidak ada flour albus, bau khas darah, tidak ada disminorhea, dan warna darah merah kecokelatan.

Riwayat kontrasepsi. Ibu menggunakan kontrasepsi IUD dimulai pada tahun 2009 selama 5 tahun, lalu ibu memakai kontrasepsi IUD kembali pada tahun 2015 hingga hamil ini ibu mengatakan IUDnya belum keluar.

Riwayat kesehatan. Ibu mengatakan tidak pernah/ sedang menderita penyakit apapun, keluarga juga tidak pernah/ sedang menderita penyakit apapun. Ibu tidak mempunyai riwayat keturunan kembar, tidak mempunyai riwayat alergi pada makanan, obat maupun zat lain. Ibu tidak pernah merokok, minum minuman keras, jamu-jamuan dan tidak memiliki makanan atau minuman pantangan apapun. Selama hamil pola makan ibu tidak berubah, ibu makan 3 kali sehari namun ibu mengatakan tidak suka sayur hijau semenjak hamil ini.

Riwayat sosial. Ny. N adalah lulusan SLTA dan menjadi ibu rumah tangga, suaminya bekerja sebagai karyawan swasta, tinggal di rumah sendiri bersama orang tuanya, tidak memiliki hewan peliharaan apapun dan tidak tinggal di lingkungan yang berisiko membahayakan. Ibu mengatakan suaminya mendukung kehamilan ini dan anak pertama dan kedua sudah mengerti jika akan memiliki adik lagi, anak kedua ibu juga selalu ikut saat pemeriksaan kehamilan.

2. Data Objektif:

Dilihat dari keadaan umum ibu baik dan kesadaran composmentis. Pada pemeriksaan tanda vital didapatkan suhu 36°C , tekanan darah 100/70 mmHg, frekuensi nadi 80 kali/menit, dan frekuensi nafas 25 kali/menit. Pada pemeriksaan antropometri didapat hasil tinggi badan ibu 157 cm, berat badan sekarang 72,5 kg, dan lingkar lengan atas ibu sebesar 32cm. Pemeriksaan pada daerah kepala dan leher didapatkan tidak ada oedem pada wajah, tidak ada cloasma gravidarum, wajah simetris, sklera mata putih, konjungtiva merah muda tidak pucat, mulut bersih tidak ada karies gigi dan pembengkakan pada gusi. Pada leher tidak teraba pembesaran pada kelenjar tiroid. Pemeriksaan pada payudara didapatkan payudara membesar, simetris, puting menonjol, bersih, dan terdapat hiperpigmentasi pada areola, kolostrum belum keluar. Pada pemeriksaan abdomen didapatkan perut membesar, tidak ada striae gravidarum dan bekas luka, pemeriksaan palpasi Leopold I didapat hasil TFU tiga jari di atas pusat, TFU Mc Donald 26 cm, pada

fundus teraba bokong, Leopold II menunjukkan punggung di sebelah kiri, Leopold III menunjukkan bagian terbawah atau presentasi adalah kepala, Leopold IV tangan konvergen dengan kesimpulan kepala belum masuk panggul. Denyut jantung janin menunjukkan frekuensi 149 kali/menit, punctum maximum kiri bawah pusat, ekstremitas tidak terdapat oedem, tidak ada varices, kuku bersih tidak pucat, *capillary refill* kurang dari dua detik. Pemeriksaan laboratorium tanggal 6 Desember 2016 didapat Hb: 12 gr/dl, Protein urin: negatif. USG pada tanggal 13 September 2016 terdapat IUD dalam rahim

3. Pada tahap analisa ini mula-mula dilakukan interpretasi data dasar sebagai berikut:
 - a. Multigravida hamil trimester III, dasar: Riwayat kehamilan, hari pertama haid terakhir tanggal 25 Juni 2016 sehingga umur kehamilan sekarang 31 minggu 6 hari
 - b. Janin hidup, dasar: pemeriksaan denyut jantung janin
 - c. Presentasi kepala, dasar: pemeriksaan Leopold III
 - d. Jarak kehamilan kurang dari 2 tahun, dasar: data riwayat kehamilan
 - e. IUD In Situ, dasar: riwayat kontrasepsi, riwayat hasil pemeriksaan USG
 - f. Perlu konseling faktor risiko jarak kehamilan kurang dari 2 tahun, kehamilan dengan IUD, dasar: data subjektif dan objektif.

Dengan demikian dapat diambil kesimpulan analisa data sebagai berikut:

Ny. N Multigravida hamil trimester III, janin hidup, presentasi kepala, membutuhkan konseling faktor risiko jarak kehamilan kurang dari 2 tahun dan kehamilan dengan IUD.

4. Penatalaksanaan

Memberikan konseling pada ibu tentang kehamilan dengan jarak kurang dari dua tahun bahwa kehamilan dengan jarak kurang dari dua tahun termasuk kehamilan berisiko, hal ini disebabkan karena otot-otot panggul ibu masih belum pulih sepenuhnya dan kesehatan fisik ibu masih butuh cukup istirahat. Bahayanya yang dapat timbul seperti keguguran, BBLR, bayi lahir prematur, dan perdarahan. Ibu harus menjaga kesehatan, tidak boleh terlalu lelah, mengurangi aktifitas berat, Menghindari stress, dan menjaga pola makan dengan gizi seimbang. Ibu mengerti penjelasan bidan tentang kehamilan dengan jarak kurang dari dua tahun. Memberikan konseling tentang kehamilan dengan IUD, bahwa kehamilan dengan IUD dapat membahayakan baik ibu maupun janin seperti infeksi kehamilan, bayi lahir prematur, dan BBLR sehingga ibu harus waspada, mengurangi aktifitas yang berat-berat, istirahat teratur, rajin menjaga kebersihan daerah kemaluan agar tetap bersih dan kering. Ibu mengerti penjelasan bidan tentang kehamilan dengan IUD. Mengingatkan ibu untuk meminum tablet Fe agar ibu tidak anemia, diminum malam hari untuk mengurangi mual

dengan menggunakan air putih atau air jeruk untuk memaksimalkan penyerapan, jangan menggunakan air teh karena akan menghambat penyerapan obat tersebut. Ibu bersedia meminum tablet Fenya, ibu mengerti penjelasan bidan tentang cara minum tablet Fenya. Menjadwalkan ibu untuk memeriksakan kehamilannya dua minggu lagi pada tanggal 14 Februari 2017. Ibu bersedia datang dua minggu lagi.

Kunjungan Ulang Tanggal 14 Februari 2017

Tinjauan ulang: Ny. N usia 30 tahun G3P2A0 usia kehamilan 33 minggu lebih 3 hari dengan faktor risiko jarak kehamilan kurang dari 2 tahun dan kehamilan dengan IUD In Situ, telah diberi konseling tentang faktor risiko jarak kehamilan kurang dari 2 tahun dan kehamilan dengan IUD In Situ.

1. Pada pengkajian data subjektif yang diperoleh dari sumber data primer yaitu tanggal 14 Februari 2017 didapat hasil:

Mengenai konseling yang telah diberikan sebelumnya ibu mengatakan menjadi lebih banyak beristirahat dan mengurangi aktifitas berat, ibu mengatakan saat ini perutnya sering kencang namun menghilang dengan sendirinya.

2. Pada pengkajian data objektif yang diperoleh dari pemeriksaan terhadap ibu, menunjukkan hasil sebagai berikut:

Dilihat dari keadaan umum ibu baik dan kesadaran composmentis.

Pada pemeriksaan tanda vital didapatkan suhu 36°C, tekanan darah 100/80 mmHg, frekuensi nadi 80 kali/menit, dan frekuensi nafas 20

kali/menit. pada pemeriksaan antropometri didapat hasil tinggi badan ibu 157 cm, berat badan sekarang 74 kg, dan lingkar lengan atas ibu sebesar 32 cm. Pemeriksaan pada daerah kepala dan leher didapatkan tidak ada oedem pada wajah, tidak ada cloasma gravidarum, wajah simetris, sklera mata putih, konjungtiva merah muda tidak pucat, mulut bersih tidak ada karies gigi dan pembengkakan pada gusi. Pada leher tidak teraba pembesaran pada kelenjar tiroid. Pemeriksaan pada payudara didapatkan payudara membesar, simetris, puting menonjol, bersih, dan terdapat hiperpigmentasi pada areola, kolostrum belum keluar. Pada pemeriksaan abdomen didapatkan perut membesar, tidak ada striae gravidarum dan bekas luka, pemeriksaan palpasi Leopold I didapat hasil TFU antara pusat dan *prosesus xifoideus (px)*, TFU McDonald 27 cm, pada fundus teraba bokong, Leopold II menunjukkan punggung di sebelah kiri, Leopold III menunjukkan bagian terbawah atau presentasi adalah kepala, Leopold IV tangan konvergen dengan kesimpulan kepala belum masuk panggul. Denyut jantung janin menunjukkan frekuensi 148 kali/menit, *punctum maximum* kiri bawah pusat, ekstremitas tidak terdapat oedem, tidak ada varices, kuku bersih tidak pucat, *capillary refill* kurang dari dua detik.

3. Pada tahap analisa ini mula-mula dilakukan interpretasi data dasar sebagai berikut:
 - a. Multigravida hamil trimester III, dasar: Riwayat kehamilan dan usia kehamilan ibu 33 minggu lebih 3 hari.

- b. Janin hidup, dasar: pemeriksaan denyut jantung janin
- c. Presentasi kepala, dasar: pemeriksaan Leopold III
- d. Faktor risiko jarak kehamilan kurang dari 2 tahun dan kehamilan dengan IUD In Situ, dasar: riwayat persalinan, kontrasepsi, dan riwayat pemeriksaan USG.
- e. Membutuhkan konseling ketidaknyamanan, dasar: ibu mengeluh sering kencang namun hilang dengan sendirinya

Dengan demikian dapat diambil kesimpulan analisa data sebagai berikut:

Ny. N Multigravida hamil trimester III dengan faktor risiko jarak kehamilan kurang dari 2 tahun dan kehamilan dengan IUD In Situ membutuhkan konseling ketidaknyamanan.

4. Penatalaksanaan

Memberi konseling ibu tentang ketidaknyamanan bahwa kencang-kencang yang sering timbul adalah hal yang normal yang terjadi pada bulan-bulan akhir kehamilan, ibu tidak perlu khawatir hanya perlu cukup istirahat. Ibu mengerti penjelasan bidan tentang ketidaknyamanan. Mengingatkan ibu untuk minum tablet Fe secara rutin. Ibu meminum tablet Fenya secara rutin. Menjadwalkan ibu untuk pemeriksaan kehamilan dua minggu lagi yaitu pada tanggal 28 Februari 2017. Ibu bersedia datang dua minggu lagi.

Kunjungan Ulang Tanggal 1 Maret 2017

Tinjauan ulang: Ny. N usia 30 tahun G3P2A0 usia kehamilan 35 minggu lebih 4 hari dengan faktor risiko jarak kehamilan kurang dari 2 tahun dan kehamilan dengan IUD In Situ.

1. Pada pengkajian data subjektif yang diperoleh dari sumber data primer yaitu tanggal 1 Maret 2017 didapat hasil:

Ibu mengatakan saat ini tidak ada keluhan namun beberapa hari yang lalu selangkangan ibu terasa sakit.

2. Pada pengkajian data objektif yang diperoleh dari pemeriksaan terhadap ibu, menunjukkan hasil sebagai berikut:

Dilihat dari keadaan umum ibu baik dan kesadaran composmentis.

Pada pemeriksaan tanda vital didapatkan suhu $36,5^{\circ}\text{C}$, tekanan darah 90/80 mmHg, frekuensi nadi 80 kali/menit, dan frekuensi nafas 22 kali/menit. pada pemeriksaan antropometri didapat hasil berat badan sekarang 72 kg, dan lingkaran lengan atas ibu sebesar 30 cm.

Pemeriksaan pada daerah kepala dan leher didapatkan tidak ada oedem pada wajah, tidak ada cloasma gravidarum, wajah simetris, sklera mata putih, konjungtiva merah muda tidak pucat, mulut bersih tidak ada karies gigi dan pembengkakan pada gusi. Pada leher tidak teraba pembesaran pada kelenjar tiroid. Pemeriksaan pada payudara didapatkan payudara membesar, simetris, puting menonjol, bersih, dan terdapat hiperpigmentasi pada areola, kolostrum belum keluar. Pada

pemeriksaan abdomen didapatkan perut membesar, tidak ada striae gravidarum dan bekas luka, pemeriksaan palpasi Leopold I didapat hasil TFU tiga jari di bawah *prosesus xifoideus (px)*, TFU Mc Donald 28 cm, pada fundus teraba bokong, Leopold II menunjukkan punggung di sebelah kiri, Leopold III menunjukkan bagian terbawah atau presentasi adalah kepala, Leopold IV tangan konvergen dengan kesimpulan kepala belum masuk panggul. Denyut jantung janin menunjukkan frekuensi 150 kali/menit, *punctum maximum* kiri bawah pusat, ekstremitas tidak terdapat oedem, tidak ada varices, kuku bersih tidak pucat, *capillary refill* kurang dari dua detik. Pemeriksaan laboratorium Hb: 12,6 gr/dl, protein urin: negatif.

3. Pada tahap analisa ini mula-mula dilakukan interpretasi data dasar sebagai berikut:
 - a. Multigravida hamil trimester III, dasar: Riwayat kehamilan dan usia kehamilan ibu 35 minggu lebih 4 hari
 - b. Janin hidup, dasar: pemeriksaan denyut jantung janin
 - c. Presentasi kepala, dasar: pemeriksaan leopold III
 - d. Faktor risiko jarak kehamilan kurang dari 2 tahun dan kehamilan dengan IUD In Situ, dasar: riwayat persalinan, riwayat kontrasepsi, dan riwayat pemeriksaan USG
 - e. Membutuhkan konseling ketidaknyamanan, dasar: ibu mengeluh beberapa hari lalu nyeri sekitar selangkangan.

Dengan demikian dapat diambil kesimpulan analisa data sebagai berikut:

Ny. N Multigravida hamil trimester III dengan faktor risiko jarak kehamilan kurang dari 2 tahun dan kehamilan dengan IUD In Situ membutuhkan konseling ketidaknyamanan.

4. Penatalaksanaan

Memberikan konseling ketidaknyamanan yaitu bahwa rasa sakit yang terjadi di selangkangan ibu beberapa hari ini adalah hal yang normal yang terjadi pada bulan bulan akhir kehamilan karena otot yang menyangga rahim yang semakin berat, ibu tidak perlu khawatir hanya perlu cukup istirahat. memberitahu ibu agar mengurangi aktifitas, membagi pekerjaan dengan suami dan keluarga. Ibu mengerti penjelasan bidan tentang ketidaknyamanan. Mengingatkan ibu untuk minum tablet Fe secara rutin. Ibu bersedia meminum Fenya secara rutin. Menjadwalkan ibu untuk pemeriksaan kehamilan 2 minggu lagi yaitu pada tanggal 14 Maret 2017. Ibu bersedia datang dua minggu lagi.

C. Asuhan Persalinan

Pada tanggal 19 Maret 2017 pukul 04.20 WIB ibu datang ke Puskesmas bersama suami dengan keluhan perut kencang-kencang teratur dan keluar lendir darah. Sumber data berupa data sekunder di dapat dari rekam medis pasien sehingga menghasilkan data sebagai berikut:

1. Pada pengkajian data subjektif didapat hasil:

Ibu mengeluh kencang-kencang teratur sejak pukul 02.00 WIB dan keluar lendir darah pada pukul 04.00 WIB, HPL tanggal 2 April 2017, umur kehamilan 38 minggu.

2. Pada pengkajian data objektif menunjukkan hasil:

Pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan hasil tekanan darah 120/80 mmHg, frekuensi respirasi 22x/menit, frekuensi nadi 80x/menit, suhu 36,4°C. Pada pemeriksaan abdomen dilakukan palpasi Leopold dengan hasil Leopold I TFU setinggi px dan teraba bokong, Leopold II menunjukkan punggung kiri, Leopold III hasil presentasi kepala, Leopold IV bagian presentasi sudah masuk panggul, TFU Mc Donald 30 cm, perkiraan berat janin 2945 gram, denyut jantung janin dengan frekuensi 140x/menit. His 3 kali selama 10 menit durasi 30 detik. Hasil pemeriksaan dalam yang dilakukan pada tanggal 19 Maret 2017, pukul 04.30 WIB oleh Bidan Sri atas indikasi kencang-kenceng teratur dan keluar lendir darah, dengan tujuan untuk mengetahui kemajuan persalinan. Hasil dinding vagina licin, portio tebal lunak, pembukaan 1 cm, selaput ketuban utuh, presentasi kepala, sarung tangan terdapat lendir darah, air ketuban negatif.

3. Didapatkan hasil analisa sebagai berikut:

Ny. N G3P2A0 UK 38 minggu dalam persalinan kala I fase laten, membutuhkan asuhan persalinan kala I

4. Dilakukan penatalaksanaan sesuai hasil analisa:

Mengobservasi his, detak jantung janin, dan vital sign dan dicatat dalam catatan perkembangan, telah dilakukan observasi dan pencatatan. Menganjurkan ibu untuk berbaring miring kiri agar kepala janin cepat turun, ibu berbaring miring ke kiri. Mengajari ibu teknik relaksasi saat ada kontraksi, ibu dapat melakukan teknik relaksasi. Memberitahu ibu untuk makan dan minum untuk tenaga saat mengejan nanti, ibu makan dan minum saat tidak kontraksi. Mempersiapkan peralatan persalinan, Peralatan persalinan telah disiapkan.

Kala II

Setelah dilakukan observasi his dan detak jantung janin pada Ny. N, pukul 06.30 WIB ditemukan tanda gejala kala II

1. Pengkajian data subjektif didapatkan hasil:

Ibu mengatakan ketuban sudah pecah dan merasa ingin mengejan.

2. Pengkajian data objektif menunjukkan hasil:

Pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan hasil tekanan darah 120/80 mmHg, frekuensi respirasi 22x/menit, frekuensi nadi 80x/menit, suhu 36,4°C. His sebanyak 4 kali dalam 10 menit dengan durasi 40-45 detik. Detak jantung janin 140x/menit. Pemeriksaan dalam dilakukan pada tanggal 19 Maret 2017, pukul 06.35 WIB oleh Bidan Sri, atas indikasi ketuban sudah pecah dan terdapat tanda gejala kala II dorongan meneran, perineum menonjol, vulva terbuka, dengan tujuan untuk memastikan pembukaan sudah lengkap, hasil vagina licin, portio tidak

teraba, pembukaan lengkap, selaput ketuban tidak teraba, presentasi belakang kepala petunjuk ubun ubun kecil arah jam 12 turun pada hodge IV, terdapat sarung tangan lendir darah, air ketuban positif.

3. Pada tahap analisa data menunjukkan:

Ny. N G3P2A0 Umur kehamilan 38 minggu dalam persalinan kala II, membutuhkan asuhan persalinan kala II

4. Dilakukan Penatalaksanaan:

Mengajari ibu untuk mengejan saat ada kontraksi, ibu mengejan dengan baik. Istirahat dan minum saat tidak ada kontraksi, ibu istirahat saat tidak ada kontraksi. Pemimpin persalinan oleh bidan Sri Murwani, S.ST. Tanggal 19 Maret 2017 pukul 06.40 WIB telah dipimpin persalinan, pukul 06.55 bayi lahir spontan. IMD dilakukan segera setelah bayi lahir. Bayi telah di IMD. Bayi perempuan, berat 3200 gram, panjang 48 cm, lingkar kepala 33 cm. Dilakukan penanganan bayi baru lahir, telah dilakukan penanganan bayi baru lahir.

Kala III

Setelah dilakukan manajemen penanganan kala II, pada tanggal 19 Maret 2017 pukul 06.55 WIB.

1. Pada pengkajian data subjektif didapatkan hasil:

Ibu mengeluh perutnya mules.

2. Pada pengkajian data objektif menunjukkan hasil:

Bayi telah lahir, tinggi fundus uteri setinggi pusat

3. Pada tahap analisis data dapat disimpulkan:

Ny. N P3A0Ah3 dalam persalinan kala III membutuhkan manajemen aktif kala III

4. Pada tahap penatalaksanaan dilakukan

Menyuntikan Oksitosin 10 IU pada paha bagian anterolateral ibu, oksitosin telah disuntikan. Melakukan penegangan tali pusat terkendali, plasenta lahir lengkap pukul 07.00 WIB. Melakukan pengecekan tali pusat setelah plasenta lahir, plasenta lahir lengkap. Melakukan masase fundus uteri. kontraksi uterus keras, tinggi fundus uteri 2 jari di bawah pusat. Mengevaluasi perdarahan dan adanya laserasi, perdarahan $\pm 100\text{cc}$, terdapat laserasi pada vagina dan otot perineum.

Kala IV

Setelah dilakukan manajemen aktif kala III, pada tanggal 19 Maret 2017 pukul 07.00 didapatkan:

1. Data subjektif berupa keluhan ibu merasa mules pada perut bagian bawah.

2. Pada pengkajian data objektif menunjukkan hasil:

Keadaan umum ibu baik, kesadaran composmentis. Pemeriksaan tanda vital diperoleh hasil tekanan darah 110/80 mmHg, frekuensi pernafasan 20x/menit, frekuensi nadi 78x/menit. Dilakukan pemeriksaan abdomen, TFU dua jari dibawah pusat, kontraksi keras. Terdapat laserasi vagina, otot dan kulit perineum.

3. Pada tahap analisa dapat disimpulkan:

Ny. N usia 30 tahun P3A0Ah3 dalam persalinan kala IV dengan laserasi derajat II dan membutuhkan penanganan penjahitan laserasi derajat II.

4. Dilakukan penatalaksanaan yaitu:

Dilakukan bius lokal pada daerah laserasi menggunakan lidokain 1%, lidokain telah disuntikan. Melakukan penjahitan laserasi otot dan kulit perineum, laserasi telah dijahit. Setelah selesai penjahitan, melakukan observasi TTV, perdarahan, kandung kemih, TFU dan kontraksi, telah dilakukan boservasi. Dilakukan dokumentasi dalam bentuk partograf, telah dilakukan dokumentasi partograf.

D. Asuhan Bayi baru Lahir

Bayi Ny. N lahir pada tanggal 19 Maret 2017 Pukul 06.55 WIB usia kehamilan 38 minggu dengan jenis kelamin perempuan. Dilakukan pengkajian dengan sumber data sekunder yaitu rekam medis pasien, sehingga menghasilkan data sebagai berikut:

1. Bayi lahir dengan APGAR score 1 menit 9 dan 5 menit 10. Keadaan umum bayi baik dengan kesadaran composmentis. Pemeriksaan antropometri dengan hasil berat badan 3200 gram, panjang badan 48 cm, lingkar kepala 33 cm, lingkar dada 32 cm, dan lingkar lengan atas 12 cm. Pemeriksaan fisik pada bagian kepala tidak ada cepal hematoma, tidak ada caput succedaneum. Sklera mata putih dan konjungtiva merah muda. Telinga lengkap simetris, sejajar mata.

Hidung bersih, bagian mulut normal tidak ada labioskisis dan palatoskisis. Pada bagian leher tidak ada pembesaran kelenjar tiroid. Tidak ada retraksi dinding dada. Genetalia bayi labia mayor sudah menutup labia minor, uretra berlubang.

2. Pada tahap analisa mula-mula dilakukan interpretasi data dasar sebagai berikut:
 - a. Bayi baru lahir cukup bulan, dasar: bayi lahir pada usia kehamilan aterm yaitu 38 minggu
 - b. Bayi baru lahir normal, dasar: bayi lahir dengan usia kehamilan 38 minggu, dan berat lahir 3200 gram.

Dengan demikian dapat disimpulkan hasil analisis:

Bayi baru lahir, cukup bulan, sesuai masa kehamilan usia 0 hari normal membutuhkan penanganan awal bayi baru lahir.

3. Dilakukan penatalaksanaan:

Menjaga kehangatan bayi, bayi telah dijaga kehangatannya. Melakukan inisiasi menyusui dini, bayi telah dilakukan IMD. Memberikan salep mata eritromichin 1%, bayi telah diberikan salep mata. Menyuntikan vitamin K 1 gram di 1/3 paha kiri atas anterolateral, bayi telah diberikan suntik vitamin K. Satu jam kemudian diberikan imunisasi Hb 0 di paha kanan atas anterolateral bayi, telah diberikan suntik imunisasi Hb 0.

Pada tanggal 20 Maret 2017 dilakukan pemeriksaan kembali oleh bidan.

1. Pengkajian data subjektif didapatkan data:

Ibu mengatakan umur anaknya sekarang 1 hari, ibu mengatakan anaknya sudah BAK dua kali dan BAB berwarna kehitaman satu kali, tidak ada keluhan dan ingin segera pulang.

2. Pengkajian data objektif didapatkan hasil:

Keadaan umum baik, nadi 141x/menit, respirasi 41x/menit, suhu 36°C, berat badan 3200 gram, reflek hisap positif, warna kulit kemerahan, tali pusat masih basah, bersih, tidak ada perdarahan.

3. Pada tahap analisa mula-mula dilakukan interpretasi data sebagai berikut:

- a. Bayi Ny. N bayi baru lahir hari pertama, dasar: bayi lahir tanggal 19 Maret 2017
- b. Tali pusat masih basah, dasar: Tali pusat masih basah, bersih, tidak ada perdarahan.

Kesimpulan: bayi Ny. N neonatus hari pertama, membutuhkan perawatan tali pusat

4. Dilakukan penatalaksanaan:

Memberi konseling ibu untuk menjaga kehangatan bayinya. Ibu dianjurkan untuk lebih sering menyusui anaknya, menyusui dengan ASI agar kekebalan bayi terus bertambah, ibu mengerti penjelasan tentang menjaga kehangatan bayi dan menyusui. Memberikan konseling ibu untuk tidak memberikan apapun pada tali pusat,

dibiarkan mengering dengan sendirinya, ibu mengerti cara perawatan tali pusat di rumah.

Pada tanggal 20 Maret 2017 ibu dan bayi dalam kondisi sehat sehingga diperbolehkan pulang.

Kunjungan Neonatus (Tanggal 22 Maret 2017 jam 10.30 WIB)

1. Pengkajian data subjektif didapatkan hasil:

Ibu mengatakan umur anaknya sekarang 3 hari, ibu datang ingin memeriksa anaknya.

2. Pengkajian data objektif didapatkan hasil:

Keadaan umum baik, nadi 145x/menit, respirasi 47x/menit, suhu 36,9°C, berat badan 3100 gram, reflek hisap positif, warna kulit kemerahan, tali pusat sudah mulai kering, bersih, tidak ada perdarahan.

3. Pada tahap analisa didapatkan kesimpulan:

bayi Ny. N neonatus hari ke-3, membutuhkan cara menyusui efektif, dan tanda bahaya bayi baru lahir.

4. Dilakukan penatalaksanaan:

Mengajarkan teknik menyusui efektif pada ibu, ibu bisa melakukan teknik menyusui efektif. Menjelaskan pada ibu tentang tanda bahaya neonatus antara lain bayi nampak lesu tidak mau menyusu, bayi tidak BAB selama 48 jam atau lebih, tali pusat mengeluarkan bau tidak sedap atau nanah ataupun darah, suhu bayi dibawah 36 atau diatas 38 derajat celsius, warna kulit berubah menjadi kuning atau coklat drastis, ibu mengerti penjelasan tanda bahaya neonatus.

Kunjungan Neonatus (Tanggal 27 Maret 2017 jam 10.00 WIB)

1. Pengkajian data subjektif didapatkan hasil:

Ibu mengatakan umur anaknya sekarang 8 hari, ibu datang ingin memeriksa anaknya.

2. Pengkajian data objektif didapatkan hasil:

Keadaan umum baik, nadi 136x/menit, respirasi 44x/menit, suhu 37°C, berat badan 3200 gram, reflek hisap positif, warna kulit kemerahan, tali pusat sudah lepas.

3. Pada tahap analisa didapatkan kesimpulan:

Bayi Ny. N neonatus hari ke-8, membutuhkan konseling ASI eksklusif

4. Dilakukan penatalaksanaan:

Ibu dianjurkan untuk lebih sering menyusui anaknya, menyusui dengan ASI agar bekebalan bayi terus terjaga, menyusui dengan ASI eksklusif selama 6 bulan agar bayi sehat dan berat badan terus bertambah, ibu mengerti penjelasan tentang ASI eksklusif.

E. Asuhan Nifas dan KB

Pada tanggal 19 Maret 2017 pukul 16.00 WIB dilakukan pengkajian lewat data rekam medis sehingga didapatkan hasil data sebagai berikut:

1. Pengkajian data subjektif didapatkan data:

Ibu mengatakan sekarang sudah tidak ada keluhan.

2. Pengkajian data objektif didapatkan hasil:

Keadaan umum ibu baik dengan kesadaran composmenthis. Tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 80x/menit, respirasi 20x/menit, suhu 36°C.

sklera mata putih konjungtiva merah muda. Pada bagian leher tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan vena jugularis. Pemeriksaan dada, puting susu menonjol, ASI sudah keluar. TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi keras. Pada bagian genitalia terdapat pengeluaran lochia rubra, jahitan masih basah, bersih. Ekstremitas tidak terdapat oedem dan tidak ada varices.

3. Pada tahap analisa dapat disimpulkan:

Ny. N P3A0Ah3 nifas hari pertama membutuhkan KIE memberikan ASI secara eksklusif dan personal hygiene.

4. Dilakukan penatalaksanaan:

Memberikan KIE tentang ASI eksklusif agar nutrisi untuk bayi dapat terpenuhi sehingga berat badan meningkat, ibu mengerti KIE tentang ASI eksklusif. Memberikan KIE tentang cara merawat luka jahit perineum, lakukan perawatan luka jahit pada saat mandi, setelah BAK, BAB dari depan ke belakang, perawatan sebaiknya dilakukan di kamar mandi dengan posisi ibu jongkok, mengganti pembalut minimal 2 kali tiap hari atau saat dirasa sudah tidak nyaman, merawat luka jahit dengan cara mengompres sambil sedikit ditekan dengan kasa betadin sampai terasa perih, ibu mengerti KIE tentang perawatan luka perineum.. Menganjurkan ibu untuk meminum obat dari puskesmas dan penambah darah, ibu bersedia meminum obatnya.

Kunjungan nifas II (tanggal 27 Maret 2017)

1. Pengkajian data subjektif, ibu mengatakan keadaannya baik dan tidak ada keluhan
2. Pengkajian data objektif menunjukkan hasil pemeriksaan hasil sebagai berikut:

Keadaan umum ibu baik dengan kesadaran composmenthis. Tekanan darah 120/70 mmHg, nadi 78x/menit, respirasi 22x/menit, suhu 36⁰C. sklera mata putih konjungtiva merah muda. Pada bagian leher tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan vena jugularis. ASI keluar lancar. TFU tiga jari atas simpisis, kontraksi keras. Pada bagian genetalia terdapat pengeluaran lochea serosa luka jahit sudah kering. Ekstremitas tidak terdapat oedem dan tidak ada varices.

3. Pada tahap analisa dapat disimpulkan, tanggal 27 Maret 2017 pukul 10.00 WIB

Ny. N P3A0Ah3 nifas hari ke-8 membutuhkan KIE memberikan ASI secara eksklusif dan konseling KB.

4. Dilakukan penatalaksanaan:

Memberikan KIE tentang ASI eksklusif agar nutrisi untuk bayi dapat terpenuhi sehingga berat badan meningkat, pemberian ASI eksklusif selama enam bulan tanpa tambahan makanan atau minuman apapun dan diberikan secara on demand atau tidak terjadwal, ibu mengerti KIE tentang ASI eksklusif. Memberikan Konseling KB, mengingatkan ibu untuk memikirkan akan menggunakan KB apa setelah nifas selesai

nanti, ibu mengerti KIE tentang KB. Mengajukan suami ibu untuk ikut serta dalam mengasuh dan merawat anak secara bergantian agar ibu tidak kelelahan, suami bersedia dan sanggup.

Kunjungan nifas III (tanggal 29 April 2017)

1. Pengkajian data subjektif, ibu mengatakan keadaannya baik dan tidak ada keluhan.

2. Pengkajian data objektif menunjukkan hasil pemeriksaan hasil sebagai berikut

Keadaan umum ibu baik dengan kesadaran composmenthis. Tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 80x/menit, respirasi 20x/menit, suhu 36⁰C. sklera mata putih konjungtiva merah muda. Pada bagian leher tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan vena jugularis. ASI keluar lancar. TFU sudah tidak teraba. Pengeluaran sudah tidak ada. Ekstremitas tidak terdapat oedem dan tidak ada varices.

3. Pada tahap analisa dapat disimpulkan, tanggal 29 April 2017 pukul 10.00 WIB

Ny. N P3A0Ah3 nifas hari ke-41 membutuhkan konseling perencanaan dan pelayanan KB

4. Dilakukan penatalaksanaan:

Memberikan Konseling KB secara Umum, Ibu dan Suami mengerti tujuan KB secara umum. Menjelaskan tentang profil KB yang dapat digunakan ibu, Ibu dan Suami mengerti penjelasan beberapa metode KB yang dapat digunakan. Ibu dan Suami memutuskan untuk memilih

KB Kondom. Menjelaskan metode KB kondom, keefektifitasannya, keuntungan dan kerugian, efek samping yang mungkin timbul. Menjelaskan cara penggunaan, Ibu dan suami mengerti penjelasan KB kondom. Memberikan Inform Consent pemberian KB kondom, ibu dan suami setuju penggunaan KB kondom. Mengingatkan ibu untuk melakukan pemeriksaan bila ada keluhan, kontrasepsi habis, atau ibu ingin mengganti dengan kontrasepsi lain, Ibu bersedia datang jika ada keluhan.

BAB IV

PEMBAHASAN

1. Asuhan Kehamilan

Asuhan kebidanan berkesinambungan yang diberikan pada Ny. N dimulai sejak umur kehamilan 32 minggu. Pada asuhan kehamilan, pelayanan antenatal yang telah diberikan kepada ibu sesuai dengan pelayanan antenatal pada kunjungan ulang Varney (2007) yaitu meliputi tinjauan ulang catatan, pengkajian riwayat, pemeriksaan fisik, pemeriksaan panggul jika ada indikasi, tes laboratorium dan tes penunjang, dan penatalaksanaan. Hasil pengkajian riwayat kebidanan Ny. N jarak kehamilan ini dengan kehamilan sebelumnya 14 bulan. Menurut Rochjati jarak kehamilan yang kurang dari 2 tahun (24 bulan) merupakan salah satu faktor risiko ibu hamil yang perlu diwaspadai, bahaya yang mungkin dapat timbul diakibatkan jarak kehamilan yang terlalu dekat ini adalah perdarahan pascapartum, bayi lahir prematur, dan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR). Selain itu ibu juga memiliki risiko lain yaitu terdapat AKDR dalam kehamilannya saat ini, Menurut Varney (2007) risiko yang dapat timbul diakibatkan kehamilan dengan IUD In Situ ini adalah antara lain infeksi intrauterine, sepsis, dan plasenta previa.

Dalam rangka mengantisipasi faktor risiko tersebut, asuhan kebidanan kehamilan pada multigravida Ny. N yang diberikan telah sesuai dengan teori menurut Rochjati (2011) yaitu memberi konseling yang

ditekankan pada perencanaan persalinan aman untuk mewaspadaai bahaya akibat faktor risiko ibu yaitu kehamilan kurang dari 2 tahun dan kehamilan dengan AKDR, menemukan sedini mungkin adanya riwayat penyakit sebelum kehamilan pada ibu yang dapat berakibat pada kehamilannya, hasilnya tidak terdapat riwayat penyakit sistemik yang dimiliki ibu sebelum hamil ini, riwayat risiko saat hamil ini yaitu adanya IUD dalam rahim ibu dan kemungkinan bahaya yang dapat timbul pada kehamilan yaitu plasenta previa, infeksi intrauterine, dan sepsis tidak terjadi pada Ny. N. pemberian asuhan kepada ibu berupa edukasi tentang asupan gizi yang baik dan terpenuhi kelengkapannya untuk memperkuat kekebalan alami ibu agar tidak mudah terserang penyakit juga dengan pemberian konseling cara menjaga kebersihan terutama kemaluan agar terhindar dari potensi munculnya infeksi pada ibu telah dapat menjadi langkah efektif untuk pencegahan terjadinya kemungkinan bahaya-bahaya tersebut sesuai dengan pedoman antenatal terpadu Kemenkes (2010).

Dalam riwayat kehamilan dan persalinan, ibu pernah bersalin sebanyak dua kali dengan jarak persalinan terakhir dengan kehamilan ini hanya 14 bulan. Hal ini dapat berpengaruh besar terhadap kehamilannya saat ini terutama faktor fisik dan psikologi ibu yang belum siap menghadapi kehamilan lagi setelah persalinan dan membutuhkan waktu untuk pemulihan tubuh. Dilihat dari faktor anak juga masih membutuhkan perhatian penuh dari ibunya dapat menimbulkan kemungkinan tekanan batin dan stress pada ibu. Dengan melakukan pendekatan kepada ibu,

mendengarkan keluhan kesah yang dirasakan oleh ibu dan membantu memberikan solusi, saran yang positif, mengarahkan ibu untuk selalu berpikiran positif, pemberian dukungan lewat kolaborasi dengan keluarga terutama suami dilakukan agar mengurangi beban psikologis ibu selama hamil ini agar tidak berpengaruh pada perkembangan janin. Pada akhir masa kehamilan menunjukkan bahwa ibu tidak lagi cemas dan telah siap menyambut kelahiran bayinya.

2. Asuhan persalinan

Ibu melahirkan pada tanggal 19 Maret 2017 di Puskesmas Jetis didampingi oleh suami sesuai dengan perencanaan persalinan sebelumnya. Mengingat bahaya yang dapat terjadi pada faktor risiko jarak kehamilan kurang dari 2 tahun dan IUD In Situ yaitu perdarahan postpartum, kelahiran prematur, dan BBLR, sehingga asuhan yang diberikan pada ibu ditekankan pada tindakan untuk mengantisipasi bahaya yang terjadi.

Menurut bidan yang berjaga di Puskesmas Jetis pada saat itu, asuhan persalinan pada Ny. N ditekankan pada kesiapan fisik ibu dalam kondisi sehat dan siap menghadapi persalinan dan menjaga agar tidak sampai terjadi kekurangan energi pada ibu ataupun kelelahan, pemeriksaan keadaan janin, perhitungan taksiran berat janin, pengkajian riwayat pemeriksaan kehamilan sebelumnya, pemantauan gerak dan denyut jantung janin, dan memastikan agar tidak ada kelainan pada janin dan kontraksi ibu, penghitungan kontraksi sesuai teori Varney (2008). Risiko

bahaya yang dapat terjadi pada persalinan ibu dengan jarak kehamilan kurang dari dua tahun dan IUD In Situ yaitu kelahiran prematur, BBLR, dan perdarahan postpartum.

Risiko terjadinya persalinan prematur diakibatkan adanya IUD in Situ pada kehamilan tidak terjadi pada ibu karena di saat persalinan usia kehamilan ibu sudah memasuki 38 minggu sesuai teori menurut Varney (2008) usia gestasi 38 minggu termasuk kategori cukup bulan. Persalinan dengan kelahiran bayi berat badan lahir rendah diakibatkan karena adanya IUD In Situ pada kehamilan ini juga tidak terjadi, langkah awal dengan pengkajian ulang riwayat pemeriksaan kehamilan sebelumnya, perhitungan TBJ menggunakan pengukuran TFU Mc Donald dan perhitungan dengan rumus Neagel merupakan langkah antisipasi apakah ada kelainan pada janin. Pengeluaran AKDR terjadi saat pembukaan lengkap sebelum janin lahir dan tidak berpengaruh pada keadaan janin. Kemungkinan bahaya perdarahan postpartum juga dapat diantisipasi dengan pemantauan sejak awal kondisi ibu, mempersiapkan keadaan fisik ibu dalam kondisi sehat dan bugar agar siap menghadapi persalinan, menjaga agar tidak sampai terjadi kekurangan energi, sesuai dengan teori menurut Varney (2008) ibu dianjurkan untuk makan dan minum asalkan tidak berlebihan, menjaga ibu agar tidak sampai kelelahan sebelum persalinan kala dua dimulai dengan menganjurkan ibu untuk tidur miring ke kiri. Observasi sejak dalam kala satu hingga kala empat berakhir dan selama dua jam postpartum, monitor keadaan umum ibu, tanda vital,

kontraksi sesuai dan pengeluaran darah sesuai dengan partograf dilakukan untuk mengetahui sedini mungkin adanya tanda tanda kegawatan.

Pemberian asuhan persalinan yang sesuai prosedur pada Ny. N dengan jarak kehamilan kurang dari dua tahun dan IUD In Situ dan kepatuhan pasien dalam mengikuti arahan dapat mencegah timbulnya bahaya yang terjadi sehingga persalinan berjalan normal dan lancar. Alur pemberian penatalaksanaan sudah sesuai dengan alur *flowchart* yaitu persalinan berjalan normal sehingga dilakukan penatalaksanaan dengan 60 langkah APN.

3. Asuhan Bayi Baru lahir

Bayi Ny. N lahir cukup bulan pada usia kehamilan 38 minggu menangis kuat segera setelah lahir, ketuban berwarna jernih tidak bercampur mekonium, tonus otot baik, sehingga kategori bayi baru lahir Ny. N memiliki penilaian awal baik. Bayi lahir dengan berat badan 3200 gram, panjang badan 48 cm, lingkar kepala 33 cm, lingkar dada 32 cm, dan lingkar lengan atas 12 cm. pada pemeriksaan kondisi bayi secara umum diperoleh hasil warna kulit kemerahan, reflek baik, menangis kuat, gerak aktif. Pemeriksaan fisik juga dilakukan dengan hasil tidak ada kelainan baik yang berkaitan dengan IUD yang terdapat dalam rahim ibu saat kelahiran maupun yang tidak berkaitan.

Asuhan yang dilakukan saat KN pertama bayi Ny. N usia 1 hari atau 24 jam ditekankan pada menjaga kehangatan bayi agar tidak terjadi

hipotermi, pemberian konseling kepada ibu tentang menjaga kehangatan bayinya juga dilakukan bertujuan untuk memberi edukasi pada ibu agar dapat merawat bayinya sendiri saat pulang nanti. Bayi dilakukan pencegahan hipotermi dengan memberi baju hangat kering dan menutupi terutama daerah kepala dimana mudah terjadi kehilangan panas. Hal ini sesuai menurut Prawirohardjo (2010). Edukasi perawatan tali pusat juga dilakukan kepada Ny. N untuk memperkecil risiko terjadinya infeksi dan perdarahan, selain itu kebersihan lingkungan juga disampaikan kepada keluarga. Penatalaksanaan edukasi perawatan tali pusat tersebut sesuai dengan Prawirohardjo (2010) yaitu perawatan tali pusat yang benar dapat mengurangi insiden infeksi pada neonatus, yang terpenting dalam perawatan tali pusat adalah menjaga agar tali pusat tetap kering dan bersih. Ny. N sudah memiliki cukup pengetahuan tentang perawatan tali pusat dari pengalaman perawatan anak pertama dan kedua. Ny. N juga sudah berpengalaman dalam mempraktikkan teknik menyusui dengan benar dan masih memiliki ingatan jelas dari pengalaman anak kedua tentang bagaimana menyusui dengan baik sehingga hanya perlu memberikan sedikit tips dan dukungan tentang ASI Eksklusif. Pada kunjungan neonatus kedua dan ketiga selanjutnya dilakukan beberapa edukasi dan evaluasi terutama pada pemberian KIE tanda bahaya neonatus, pencegahan infeksi, dan pemberian ASI Eksklusif, penatalaksanaan tersebut telah sesuai dengan pelayanan kesehatan neonatal esensial Kemenkes RI (2010). Berdasarkan dua kali kunjungan neonatal, Bayi Ny. N tidak mengalami tanda-tanda

infeksi dan meskipun berat badan bayi turun 100 gram pada kunjungan neonatal kedua namun naik 100 gram kembali pada kunjungan neonatal ketiga sehingga tidak ditemukan masalah potensial muncul.

4. Asuhan Nifas

Dalam waktu satu jam setelah nifas bidan memastikan bahwa uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan dalam jumlah besar sesuai dengan teori menurut Varney (2008), untuk mengantisipasi perdarahan postpartum akibat jarak kehamilan terlalu dekat. Pemeriksaan nifas ini juga dilakukan untuk mengetahui adakah tanda adanya masalah baru pada ibu, seperti bila terjadi peningkatan nadi lebih dari 100x/menit atau penurunan tekanan darah yang drastis dan atau penurunan kesadaran hal ini menunjukkan adanya infeksi atau perdarahan. Perdarahan masih dianggap normal bila 250cc selama persalinan berlangsung. Jumlahnya tidak melebihi 500cc (Manuaba, 2012).

Pada kunjungan nifas hari kedelapan, luka jahit pada perineum Ny. N sudah sembuh dan menutup, Ny. N tidak memiliki masalah mengenai perawatan luka jahitnya. Menganjurkan ibu untuk tetap menjaga kebersihan daerah kemaluan dan menjaganya agar tetap kering karena ibu masih dalam masa nifas dan darah nifas kemungkinan masih keluar. Memberitahu ibu untuk cebok dari depan ke belakang, mengganti pembalut minimal setiap 4 jam sekali dan menjaga agar tetap kering. Sesuai dengan pedoman pemberian asuhan ibu selama nifas menurut

Kemenkes RI (2013) menanyakan masalah suasana emosi dan dukungan keluarga, ibu mengeluh sedikit kesulitan dalam merawat dan membagi waktu untuk ketiga anaknya sehingga bidan memberi anjuran kepada suami untuk berbagi tugas dengan ibu dalam merawat ketiga anaknya secara bergantian setelah suami pulang bekerja agar ibu dapat beristirahat, suami bersedia dan sanggup melakukannya.

Pada kunjungan nifas hari ke-41 minggu ibu sudah pulih sepenuhnya, darah nifas sudah tidak keluar lagi dan luka jahit sudah sembuh, TFU sudah tidak teraba, pengeluaran ASI ibu lancar, tidak terdapat bendung payudara dan ibu menyusui bayinya secara eksklusif. Mengenai pembagian waktu merawat anak ibu dan suami sudah dapat mengaturnya dan tidak mengalami kesulitan sehingga beban pekerjaan ibu dapat berkurang.

5. Asuhan KB

Pada masa nifas bidan telah memberitahu ibu untuk paling tidak memikirkan KB apa yang akan digunakan untuknya nanti setelah masa nifas selesai. Bidan telah memberikan asuhan sesuai dengan kebutuhan ibu khususnya kebutuhan konseling akan alat kontrasepsi pascasalin.

Pemberian konseling penggunaan alat kontrasepsi KB pada Ny. N sudah dilakukan pada masa nifas hari ke-8. Pada kunjungan ini telah dilakukan konseling mengenai bagaimana alat kontrasepsi yang dapat digunakan untuk ibu menyusui sesuai dengan pedoman pemberian asuhan

ibu selama nifas menurut Kemenkes RI (2013). Ibu mengatakan masih bimbang untuk memilih alat kontrasepsi apa yang sebaiknya digunakan olehnya mengingat kegagalan KB yang terjadi sebelumnya. Pada kunjungan nifas hari ke-41 pascasalin dilakukan pemilihan KB oleh ibu setelah diberikan konseling mengenai beberapa metode KB yang dapat digunakan oleh Ny. N, pemilihan juga berdasarkan diskusi dengan suami. Ibu bersama suami telah mengambil keputusan untuk memilih menggunakan metode kontrasepsi kondom. Pemilihan ini juga berdasarkan hasil penapisan menurut Affandi (2012) sebelumnya, ibu tidak memiliki riwayat penyakit apapun dan bahwa KB kondom dapat digunakan oleh ibu menyusui dan tidak berpengaruh pada pengeluaran ASI.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

1. Berdasarkan kasus yang telah diambil, Ny. N memiliki faktor risiko jarak kehamilan yang kurang dari dua tahun dan terdapat AKDR dalam kehamilannya saat ini. Sehingga pemberian asuhan lebih ditekankan pada asupan gizi yang cukup dan terpenuhi pada ibu hamil, dan menjaga kebersihan tubuh ibu. Setiap pemeriksaan selalu diberikan asuhan konseling gizi, kebersihan diri, pemantauan keadaan janin lewat pemeriksaan oleh bidan maupun dokter dengan USG. Pada kehamilan ini tidak terjadi kemungkinan plasenta previa, infeksi intrauterus dan sepsis yang diakibatkan oleh kehamilan dengan AKDR.
2. Pada persalinan Ny. N pemberian asuhan oleh bidan ditekankan pada pemantauan kondisi fisik ibu dan monitoring keadaan umum, his, djj, vital sign, dan pengeluaran darah sejak dimulainya kala satu hingga berakhirnya kala empat dan jam postpartum. Persalinan berlangsung normal spontan, tidak terjadi persalinan premature yang diakibatkan oleh kehamilan dengan IUD dan tidak terjadi perdarahan postpartum dan kelahiran BBLR yang diakibatkan oleh jarak kehamilan yang kurang dari dua tahun. Penulis tidak dapat melakukan asuhan secara langsung sehingga diambil sumber data sekunder dari rekam medis.

3. Asuhan kebidanan pada bayi baru lahir Ny. N berlangsung secara normal, bayi baru lahir Ny. N lahir cukup bulan, sesuai masa kehamilan, dan berat bayi baru lahir normal, pemberian asuhan difokuskan pada pencegahan kehilangan panas dan pencegahan infeksi. Penulis tidak dapat melakukan asuhan secara langsung sehingga diambil sumber data sekunder dari rekam medis.
4. Asuhan kebidanan pada Ny. N saat nifas berlangsung normal dan fisiologis, pemberian asuhan berfokus pada pencegahan perdarahan dan pemberian konseling kebutuhan nifas. Namun penulis tidak dapat melakukan asuhan secara langsung pada sebagian kunjungan nifas sehingga dilakukan pengambilan data sekunder dari rekam medis.
5. Asuhan kebidanan pada Neonatus By. Ny. N berlangsung normal, tidak ada komplikasi, namun penulis tidak dapat melakukan asuhan secara langsung pada sebagian kunjungan neonatus sehingga diambil data dari rekam medis.
6. Asuhan kebidanan pada Ny. N mengenai pemberian pelayanan KB dilakukan lewat penapisan awal, pemberian konseling mengenai KB secara umum maupun berbagai jenis alat kontrasepsi, pendampingan keputusan pemilihan KB bersama ibu dan suami, menjelaskan secara spesifik KB yang dipilih, dan pelayanan KB yang dipilih.

B. Saran

1. Bagi pemberi asuhan selanjutnya

Laporan tugas akhir ini diharapkan dapat dijadikan informasi bagi asuhan selanjutnya sehingga dapat melakukan asuhan lanjutan terhadap faktor risiko yang lain.

2. Bagi klien dan keluarga

Dengan pemberian asuhan ini semoga klien dan keluarga dapat mendapatkan pengalaman mengenai penanganan secara umum mengenai pemberian asuhan ibu hamil dengan faktor risiko.

3. Bagi mahasiswa

Dengan dilakukan asuhan ini diharapkan mahasiswa dapat mempelajari asuhan lebih lanjut mengenai kehamilan dengan faktor risiko.

DAFTAR PUSTAKA

- Affandi, B. 2012. *Buku Panduan praktis Pelayanan kontrasepsi*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Anwar, M. 2011. *Ilmu Kandungan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjo
- Badan Pusat Statistik (BPS). 2015. *Profil kesehatan ibu dan Anak 2015*. Jakarta: BPS
- _____. 2012. *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI)*. Jakarta: BPS
- BKKBN DIY. 2016. *Rapat Pengendalian program Dan Anggaran*. Yogyakarta: BKKBN DIY
- Cunningham, F.G., Leveno, K.J., Bloom, S.L., Hauth, J. C., Rouse, D.J., & Spong, C. Y. 2013. *Obstetri William (Volume 1 Edisi 23)*. Jakarta: EGC
- Dinas Kesehatan DIY. 2015. *Profil Kesehatan Daerah Istimewa Yogyakarta Tahun 2015*. Yogyakarta : Dinas Kesehatan Daerah Istimewa Yogyakarta
- Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta. 2015. *Profil Kesehatan Kota Yogyakarta Tahun 2015*. Yogyakarta: Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta
- Fraser, D.M., dan M.A. Cooper. 2009. *Buku Ajar Bidan Myles Volume 14*. Jakarta: EGC
- Kemendes RI. 2013. *Buku Saku Pelayanan kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan*. Jakarta: Kemendes RI
- _____. 2014. *InfoDATIN, Situasi Kesehatan Ibu*. Jakarta: Kemendes RI
- _____. 2010. *Pedoman Antenatal Terpadu*. Jakarta: Kemendes RI
- _____. 2015. *Profil Kesehatan Indonesia 2015*. Jakarta: Kemendes RI
- _____. 2007. *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 369/MENKES/SK/III/2007 Tentang Standar Profesi Bidan*. Jakarta: Kemendes RI
- _____. 2014. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 97 Tahun 2014*. Jakarta: Kemendes RI
- Manuaba, I.G.B. 2012. *Ilmu Kebidanan Penyakit Kandungan dan KB*. Jakarta: EGC

- Prawirohardjo, S. 2010. *Ilmu kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- Rochjati, P. 2011. *Skrining Antenatal pada Ibu Hamil Edisi 2*. Jakarta: Salemba Medika
- Saifuddin, A. B. 2009. *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Varney, H., Kriebs, J.M., Gegor, C.L. 2007. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Volume I*. Jakarta: EGC
-
- _____. 2008. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Volume II*. Jakarta: EGC

LAMPIRAN



SURAT IZIN

NOMOR : 070/1619
3954/34

- Membaca Surat : Dari Ketua Jurusan Kebidanan - Poltekkes Kemenkes Yogyakarta
Nomor : PP/06/01/3/2/833/2017 Tanggal : 10 Mei 2017
- Mengingat : 1. Peraturan Gubernur Daerah istimewa Yogyakarta Nomor : 18 Tahun 2009 tentang Pedoman Pelayanan Perizinan, Rekomendasi Pelaksanaan Survei, Penelitian, Pendaiaan, Pengembangan, Pengkajian dan Studi Lapangan di Daerah Istimewa Yogyakarta.
2. Peraturan Daerah Kota Yogyakarta Nomor 5 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Kota Yogyakarta;
3. Peraturan Walikota Yogyakarta Nomor 29 Tahun 2007 tentang Pemberian Izin Penelitian, Praktek Kerja Lapangan dan Kuliah Kerja Nyata di Wilayah Kota Yogyakarta;
4. Peraturan Walikota Yogyakarta Nomor 77 Tahun 2016 tentang Susunan Organisasi, Kedudukan, Tugas Fungsi dan Tata Kerja Dinas Penanaman Modal dan Perizinan Kota Yogyakarta;
5. Peraturan Walikota Yogyakarta Nomor 14 Tahun 2016 tentang Penyelenggaraan Perizinan pada Pemerintah Kota Yogyakarta;
- Dijijinkan Kepada : Nama : FARIDA YUNITA IRBAH
No. Mhs/ NIM : P07124114009
Pekerjaan : Mahasiswa Poltekkes Kemenkes Yogyakarta
Alamat : Jl. Tatabumi No. 3 Banyuraden, Gamping, Sleman, Yk
Penanggungjawab : Sumarah, S.SiT., MPH
Keperluan : Melakukan Penelitian dengan judul Proposal : ASUHAN KEBIDANAN BERKESINAMBUNGAN PADA NY. N USIA 30 TAHUN MULTICRAVIDA DENGAN FAKTOR RISIKO JARAK KEHAMILAN < 2 TAHUN DAN IUD IN SITU DI PUSKESMAS JETIS
- Lokasi/Responden : Kota Yogyakarta
Waktu : 22 Mei 2017 s/d 22 Agustus 2017
Lampiran : Proposal dan Daftar Pertanyaan
Dengan Ketentuan : 1. Wajib Memberikan Laporan hasil Penelitian berupa CD kepada Walikota Yogyakarta (Cq. Dinas Penanaman Modal dan Perizinan Kota Yogyakarta)
2. Wajib Menjaga Tata tertib dan menaati ketentuan-ketentuan yang berlaku setempat
3. Izin ini tidak disalahgunakan untuk tujuan tertentu yang dapat mengganggu kesetabilan pemerintahan dan hanya diperlukan untuk keperluan ilmiah
4. Surat izin ini sewaktu-waktu dapat dibatalkan apabila tidak dipenuhinya ketentuan-ketentuan tersebut diatas

Kemudian diharap para Pejabat Pemerintahan setempat dapat memberikan bantuan seperlunya

Tanda Tangan
Pemegang Izin

FARIDA YUNITA IRBAH

Dikeluarkan di : Yogyakarta
Pada Tanggal : 23 Mei 2017

An. Kepala Dinas Penanaman Modal dan Perizinan
Sekretaris



Dra. CHRISTY DEWAYANI, MM
NIP. 196504081986032019

Tembusan Kepada :

- Yth 1. Walikota Yogyakarta (sebagai laporan)
2. Ka. Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta
3. Ka. Puskesmas Jetis Kota Yogyakarta
4. Ketua Jurusan Kebidanan - Poltekkes Kemenkes Yogyakarta
5. Ybs.

PELAKSANAAN LAPORAN TUGAS AKHIR

No	Kegiatan	WAKTU																															
		Januari				Februari				Maret				April				Mei				Juni				Juli				Agustus			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Pencarian pasien LTA																																
2	Penyusunan Proposal LTA																																
3	Konsultasi Pembimbing																																
4	Seminar Proposal																																
5	Revisi Proposal																																
6	Pelaksanaan asuhan berkesinambungan																																
7	Penyusunan LTA																																
8	Konsultasi Pembimbing																																
9	Seminar LTA																																
10	Revisi Laporan LTA																																



PEMERINTAH KOTA YOGYAKARTA
DINAS KESEHATAN

Jl. Kenari No.56 Yogyakarta Kode Pos 55165 Telp. (0274) 515865, 562682 Fax. (0274) 515869
EMAIL : kesehatan@jogjakota.go.id
HOT LINE SMS : 08122780001 HOTLINE EMAIL : upik@jogjakota.go.id
WEB SITE : www.jogjakota.go.id

Yogyakarta, 22 Mei 2017

Nomor : 070/5757

Sifat :

Lamp :

Hal : Rekomendasi Penelitian

Yth. Kepala Dinas Penanaman Modal dan
Perizinan

Kota Yogyakarta

Di-

YOGYAKARTA

Berdasarkan surat dari Politeknik Kesehatan Kemenkes Yogyakarta,
Nomor: PP.06.01/3/2/884/2017, tanggal 10 Mei 2017 perihal pada pokok surat.

Nama : Farida Yunita Irbah

NIM : P07124114009

Pekerjaan : Mhs. Politeknik Kesehatan Kemenkes Yogyakarta

Alamat : Jl. Tatabumi No 3, Banyuraden, Gamping Sleman

Dengan ini kami sampaikan bahwa pada prinsipnya kami tidak berkeberatan dan
memberikan rekomendasi penelitian dengan judul :

**Asuhan Kebidanan Berkesinambungan Pada Ny. N Usia 30 Tahun
Multigravida dengan Faktor Risiko Jarak Kehamilan < 2 Tahun dan IUD In
Situ di Puskesmas Jetis**

Demikian rekomendasi penelitian ini dibuat dengan ketentuan memenuhi
persyaratan yang berlaku dan untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya



Tembusan :

1. Kepala Puskesmas Jetis



SEGORO AMARTO
SEMANGAT GOTONG ROYONG AGAWE MAJUNE NGAYOGYOKARTO
KEMANDIRIAN - KEDISIPLINAN - KEPEDULIAN - KEBERSAMAAN

Poltekkes Kemenkes Yogyakarta



KEMENTERIAN KESEHATAN R.I.

BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN

SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES YOGYAKARTA

Jl. Tatabumi No. 3, Banyuraden, Gamping, Sleman, D.I. Yogyakarta Telp./Fax. (0274) 617601

http://www.poltekkesjogja.ac.id

e-mail : poltekkes.depkes.yogya@gmail.com



JURUSAN KEBIDANAN Alamat : JL. Mangkuyudan MJ III/304 Yogyakarta 55143 Telp/Fax:0274-374331

Nomor : PP.06.01/3/2/ 889 /2017

Lamp. : -

10 Mei 2017

H a l : Permohonan Rekomendasi

Kepada Yth :
Kepala Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta
Di -

YOGYAKARTA

Dengan hormat,
Sehubungan dengan tugas penyusunan Laporan Tugas Akhir (LTA) dalam bentuk studi kasus yang diwajibkan bagi mahasiswa Program Studi D-III Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes Yogyakarta Jurusan Kebidanan Tahun Akademik 2016/2017 sebagai salah satu persyaratan menyelesaikan pendidikan D-III maka dengan ini kami bermaksud mengajukan permohonan rekomendasi pendampingan ibu hamil oleh mahasiswa :

Nama : Farida yunita Irbah
NIM : P07124114009
Di : **Puskesmas Jetis**
Dengan Judul : Asuhan Kebidanan Berkesinambungan Pada Ny. N Usia 30 Tahun Multigravida Dengan Faktor Risiko Jarak Kehamilan < 2 Tahun dan IUD In Situ di Puskesmas Jetis

Besar harapan kami, Bapak/Ibu berkenan untuk memberikan ijin, atas perhatian dan kerjasamanya kami mengucapkan banyak terima kasih



Kepala Jurusan Kebidanan
[Signature]
Dyah Noviwati Setya Arum, S.SiT., M.Keb
NIR/198011022002122002

Tembusan disampaikan Kepada Yth :

1. Kepala Puskesmas Jetis
2. Arsip

Poltekkes Kemenkes Yogyakarta



KEMENTERIAN KESEHATAN R.I.

BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN

SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES YOGYAKARTA

Jl. Tatabumi No. 3, Banyuraden, Gamping, Sleman, D.I. Yogyakarta Telp./Fax. (0274) 617601

http://www.poltekkesjogja.ac.id

e-mail : poltekkes.depkes.yogya@gmail.com



JURUSAN KEBIDANAN Alamat : JL. Mangkuyudan MJ/III/304 Yogyakarta 55143 Telp/Fax:0274-374331

Nomor : PP.06.01/3/2/ 883 /2017

Lamp. : -

Hal : Mencari Data

10 Mei 2017

Kepada Yth :
Wali Kota Yogyakarta
Cq. Kepala Dinas Penanaman Modal dan Perijinan
Kota Yogyakarta

Di -

YOGYAKARTA

Dengan hormat,
Sehubungan dengan tugas penyusunan Laporan Tugas Akhir (LTA) dalam bentuk studi kasus yang diwajibkan bagi mahasiswa Program Studi D-III Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes Yogyakarta Jurusan Kebidanan Tahun Akademik 2016/2017 sebagai salah satu persyaratan menyelesaikan pendidikan D-III maka dengan ini kami bermaksud mengajukan permohonan ijin mencari data pada ibu hamil s.d masa nifas beserta bayi baru lahir oleh mahasiswa atas nama :

Mahasiswa : Farida yunita Irbah
NIM : P07124114009

Untuk mencari data di : **Puskesmas Jetis**
adapun untuk waktu pelaksanaan mulai bulan Februari s.d April 2017

Dengan Judul : Asuhan Kebidanan Berkesinambungan Pada Ny. N Usia 30 Tahun
Multigravida Dengan Faktor Risiko Jarak Kehamilan < 2 Tahun dan
IUD In Situ di Puskesmas Jetis

Besar harapan kami, Bapak/Ibu berkenan untuk memberikan ijin, atas perhatian dan kerjasamanya kami mengucapkan banyak terima kasih



Dyah Noviyati Setya Arum, S.SiT., M.Keb
NIP. 198011022002122002

Tembusan disampaikan Kepada Yth :

1. Gubernur Pemda DIY cq. Kepala Badan Kesbangpol Pemda DIY
2. Kepala Puskesmas Jetis
3. Arsip

Poltekkes Kemenkes Yogyakarta

PENGANTAR MENJADI SUBYEK LAPORAN TUGAS AKHIR

Hal: Permohonan Menjadi Subyek

Yth. Ibu. Nur Islamia

Di Gondolayu Lor Jt 2/1155 RT
55/RW 11, Yogyakarta

Dengan Hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini,

Nama : Farida Yunita Irbah

NIM : P07124114009

Program Studi : Diploma III Kebidanan Politeknik Kesehatan Kementerian kesehatan Yogyakarta Dengan ini memohon kesediaan ibu untuk berpartisipasi sebagai subyek asuhan kebidanan berkesinambungan yang berjudul "Asuhan Kebidanan Berkesinambungan Pada Ny. N Usia 30 Tahun Dengan Faktor Risiko Jarak Kehamilan < 2 Tahun Dan Iud In Situ Di Puskesmas Jetis" dengan memberikan informasi yang benar dan menjaga kerahasiaan semata-mata hanya untuk kepentingan asuhan kebidanan berkesinambungan.

Demikian permohonan ini saya sampaikan. Atas perhatian dan kesediaan ibu saya ucapkan terimakasih.

Mahasiswa



Farida Yunita Irbah

INFORMED CONSENT (SURAT PERSETUJUAN)

Yang bertanda tangan dibawah ini :

N a m a : Nur Islamia
Tempat / Tgl lahir : Yogyakarta, 25 Februari 1987
A l a m a t : Gondolaya Lor Jt 2/1155

Bersama ini menyatakan kesediaanya sebagai subjek penelitian Laporan Tugas Akhir (LTA) pada mahasiswa Program Studi DIII Kebidanan Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta Tahun Akademik 2016/2017. Saya telah menerima penjelasan sebagai berikut :

1. Setiap tindakan yang dipilih, bertujuan untuk memberikan Asuhan Kebidanan pada Ibu hamil dalam rangka meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental ibu dan bayi, serta memantau kemajuan kehamilan. Namun demikian, setiap tindakan mempunyai risiko, baik yang telah diduga, maupun yang tidak diduga sebelumnya.
2. Pemberi asuhan telah menjelaskan bahwa ia akan berusaha sebaik mungkin untuk melakukan asuhan kebidanan pada ibu hamil dan menghindari kemungkinan terjadinya risiko agar diperoleh hasil yang optimal.
3. Semua penjelasan tersebut diatas, sudah saya maklumi dan dijelaskan dengan kalimat yang jelas, sehingga saya mengerti arti asuhan dan tindakan yang diberikan kepada saya. Dengan demikian terdapat kesepahaman antara pasien dan pemberi asuhan, untuk mencegah timbulnya masalah hukum di kemudian hari.

Demikian Surat Persetujuan ini saya buat tanpa paksaan dari pihak manapun dan agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Yogyakarta, 11 Februari 2017

Mahasiswa


.....

Pasien


Nur Islamia
.....



**PEMERINTAH KOTA YOGYAKARTA
DINAS KESEHATAN**

Puskesmas
SKRD sesuai Perda Kota Yogyakarta No. 5 Tahun 2012
UNTUK RAWAT JALAN

Tanggal	..... 17	No. BO	..... 0554573
Nama Pasien	.....	
1.A. Rawat jalan	.....	Rp.	.....
2.B. Kunjungan rumah	.....	Rp.	.....
3.C. Tindakan medik		Rp.	.....
C1. Bedah		Rp.	.....
C2. Penyakit Mata		Rp.	.....
C3. Penyakit THT		Rp.	.....
C4. Penyakit Kulit dan Kelamin		Rp.	.....
C5. Tindakan KIA dan KB		Rp.	.....
C6. Tindakan Medik Gigi		Rp.	.....
C7. Tindakan lain-lain		Rp.	.....
C8. Konsultasi		Rp.	.....
4.D. Tarip Penunjang Medis		Rp.	.....
D1. Pemeriksaan Laboratorium		Rp.	.....
D2. Elektromedik		Rp.	.....
D3. Rehabilitasi Medik		Rp.	.....
5.E. Pelayanan Non Medis		Rp.	.....
E1. Surat Keterangan		Rp.	.....
E2. Surat Rekomendasi Bidang Kesehatan		Rp.	.....
E3. Ambulance / Mobil Jenazah		Rp.	.....
E4. Visum		Rp.	.....
1) penerbit D3 KEB pol tes		Rp.	50.000
6.F. Lain-lain		Rp.	.....
		Rp.	50.000



Petugas

"Budayakan Tertib dan Bersih"

CATATAN KASUS
(YANG DIISI OLEH PENDAMPING LAPANGAN)

Masa Kehamilan:

ANC 03 Feb 2017

- S: Ibu mengatakan tidak ada keluhan
O: TD: 100/70 mmHg, TFU: ~~31 minggu~~ 26 cm UK: 31 mg 6 hr
BB: 72,5 kg DJJ: 149 X/menit
Janin tunggal, punggung kanan, kepala belum masuk panggul
A: Ny.N, multigravida, hamil trimester III, janin hidup, prestas, belum masuk panggul.
P: - KIE nutrisi, makan yang mengandung protein, zat besi
- KIE Fisika tinggi kehamilan jarak < 2 tahun
- KIE kunjungan ulang

ANC 14 Feb 2017

- S: Ibu mengatakan sering pusing, hilang fimbri
O: TD: 100/80 mmHg, UK: 33 minggu 3 hari, TFU: 28 cm
BB: 74 kg, DJJ: 148 X/menit
Janin tunggal, punggung kiri, kepala belum masuk panggul
A: Ny.N, multigravida, hamil trimester III, janin hidup, prestas, belum masuk panggul
P: - KIE istirahat cukup, kurangi aktivitas
- KIE ketidaknyamanan sering pusing
- KIE pemantauan gerak janin minimal 10x/12 jam
- KIE kunjungan ulang

ANC 1 Maret 2017

- S: Ibu mengatakan selang-sangan Ibu terasa sakit
O: TD: 90/60 mmHg, UK: 35 minggu 4 hari, TFU: 28 cm
BB: 72 kg, DJJ: 150 X/menit
Janin tunggal, punggung kiri, kepala belum masuk panggul

- A: Ny.N, multigravida, hamil trimester III, janin hidup, prestas, belum masuk panggul
P: - KIE ketidaknyamanan, selang-sangan nyeri
- KIE kurangi aktivitas, istirahat cukup
- KIE kunjungan ulang

