

LAPORAN TUGAS AKHIR

**ASUHAN KEBIDANAN BERKESINAMBUNGAN PADA IBU
HAMIL UK 29⁺³ MINGGU G₃P₀AB₂AH₀ DENGAN RISIKO
TINGGI DI PUSKESMAS NGAMPILAN**



**FILLA SOFIA WIWADJA VITALOKA
NIM. P07124114057**

**PRODI D-III KEBIDANAN
JURUSAN KEBIDANAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN YOGYAKARTA
TAHUN 2017**

LAPORANTUGAS AKHIR

**ASUHAN KEBIDANAN BERKESINAMBUNGAN PADA IBU
HAMIL UK 29⁺³ MINGGU G₃P₀AB₂AH₀ DENGAN RISIKO
TINGGI DI PUSKESMAS NGAMPILAN**

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Ahli Madya Kebidanan



FILLA SOFIA WIWADJA VITALOKA
NIM. P07124114057

**PRODI D-III KEBIDANAN
JURUSAN KEBIDANAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN YOGYAKARTA
TAHUN 2017**

PERSETUJUAN PEMBIMBING

Laporan Tugas Akhir

“ASUHAN KEBIDANAN BERKESINAMBUNGAN PADA IBU HAMIL UK 29⁺³
MINGGU G₃P₀AB₂AH₀ DENGAN RISIKO TINGGI
DI PUSKESMAS NGAMPILAN”

Disusun oleh

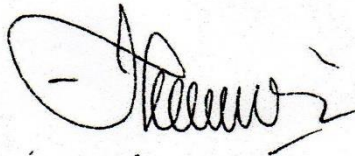
Filla Sofia Wiwadja Vitaloka

NIM. P07124114057

Telah disetujui pembimbing pada tanggal:

Menyetujui,

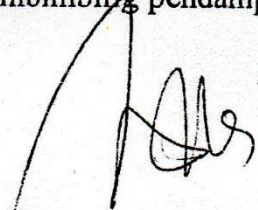
Pembimbing Utama,



Heni Puji Wahyuningsih, M. Keb

NIP. 197511232002122002

Pembimbing pendamping

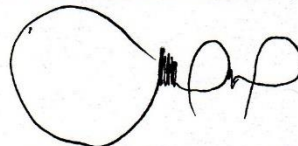


Niken Meilani, S.SiT., M.Kes

NIP. 1982053022006042002

Mengetahui,

Ketua Jurusan Kebidanan,



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

HALAMAN PENGESAHAN
LAPORAN TUGAS AKHIR

**“ASUHAN KEBIDANAN BERKESINAMBUNGAN PADA IBU HAMIL UK 29⁺³
MINGGU G₃P₀AB₂AH₀ DENGAN RISIKO TINGGI
DI PUSKESMAS NGAMPILAN”**

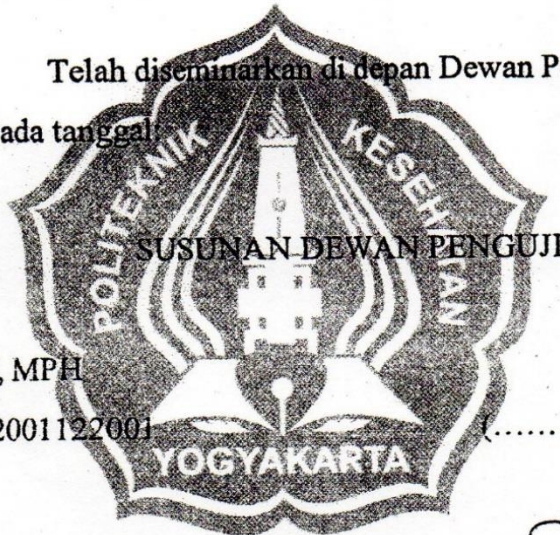
Disusun Oleh:

FILLA SOFIA WIWADJA VITALOKA

NIM. P07124114057

Telah diseminarkan di depan Dewan Penguji

Pada tanggal



Ketua,

Sumarah, S.SiT, MPH

NIP. 197005242001122001

Anggota,

Heni Puji Wahyuningsih, M. Keb

NIP. 197511232002122002

Anggota,

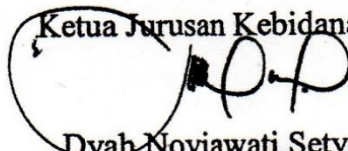
Niken Meilani, S.SiT., M.Kes

NIP. 198205302006042002

Yogyakarta, maret 2017

Menyetujui,

Ketua Jurusan Kebidanan



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

NIP. 1980110220011222002

HALAMAN PERNYATAAN ORISINILITAS

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

Nama : Filla Sofia Wiwadja Vitaloka

NIM : P07124114057

Tanda Tangan :

Tanggal :

KATA PENGANTAR

Puji syukur atas kehadiran Allah SWT karena atas karunia dan hidayah-Nya, penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir (LTA) ini. Penulisan Laporan Tugas Akhir ini penulis susun untuk memenuhi salah satu syarat kelulusan dalam menyelesaikan pendidikan D-III Kebidanan pada Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta. Dalam penulisan laporan ini penulis mendapatkan banyak dukungan, bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, terutama Ibu Heni Puji Wahyuningsih, M.Keb dan Ibu Niken Meilani, S.SiT., M.Kes selaku pembimbing yang telah memberikan bimbingan, arahan, serta motivasi kepada penulis. Dalam kesempatan kali ini penulis juga mengucapkan terimakasih kepada:

1. Bapak Abidilah Mursyid, SKM, MS, selaku Direktur Poltekkes Kemenkes Yogyakarta atas kesempatan mengikuti pendidikan di Poltekkes Kemenkes Yogyakarta
2. Ibu Dyah Noviawati Setya Arum, S.SiT, M.Keb selaku Ketua Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta atas kesempatan menuntut ilmu di Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta
3. Ibu dr. Dina Kartika Sari selaku kepala Puskesmas Ngampilan yang telah memberikan izin praktik pra LTA di Puskesmas Ngampilan
4. Ibu Tri Mayani, S.ST, M.Kes selaku Ketua Program Studi D-III Kebidanan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta atas program-program yang bermanfaat bagi penulis selama menuntut ilmu di Poltekkes Kemenkes Yogyakarta Jurusan Kebidanan
5. Ibu Sumarah, S.SiT, MPH selaku penguji yang telah memberikan arahan, bimbingan, serta Koreksi untuk perbaikan Laporan Tugas Akhir ini
6. Ibu Kuwatimah, A.Md.Keb, selaku pembimbing lahan di Puskesmas Ngampilan yang telah membimbing dan membantu kami dalam pelaksanaan praktik pra LTA
7. Ibu Nur Ika Putri, selaku pasien asuhan kebidanan yang telah bersedia dan bekerjasama secara kooperatif dalam pelaksanaan asuhan komprehensif
8. Kedua Orang tua, adik, dan segenap keluarga tercinta yang telah memberikan dukungan moril maupun materiil, motivasi serta kasih sayang yang begitu berharga
9. Sahabat-sahabat dan semua pihak yang telah membantu, mendukung, dan memberi motivasi dalam penyusunan Laporan Proposal Tugas Akhir ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Penulis menyadari bahwa dalam penulisan Laporan Tugas Akhir ini masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu, segala kritik dan saran yang bersifat membangun sangat penulis harapkan demi kesempurnaan Laporan Tugas Akhir ini

Yogyakarta, maret 2017
penulis

**ASUHAN KEBIDANAN BERKESINAMBUNGAN PADA IBU HAMIL
UK 29⁺³ MINGGU G₃P₀AB₂AH₀ DENGAN RISIKO TINGGI DI
PUSKESMAS NGAMPILAN Sinopsis**

Kondisi kesehatan gizi serta riwayat kesehatan dan persalinan lalu dapat menjadi salah satu faktor risiko kesehatan. Risiko kehamilan adalah keadaan menyimpang dari normal, yang secara langsung menyebabkan kesakitan dan kematian ibu maupun bayi. Bidan sebagai pemberi asuhan kebidanan diharapkan dapat meminimalkan risiko yang dapat terjadi pada ibu dengan kualifikasi yang dimiliki dengan menerapkan asuhan kebidanan berkelanjutan.

Ibu hamil dengan riwayat obesitas, riwayat asma, riwayat hipertensi, riwayat hipertensi, riwayat abortus berulang. Faktor-faktor risiko tersebut mempengaruhi ibu dan bayi, seperti KPD, bayi makrosomia, eklamsi, bayi lahir premature, BBLR, dan peningkatan kemungkinan *secsio caesar* dll. Pada kasus yang dialami Ny. N terjadi KPD, *inersia uteri* pada persalinan sehingga dilakukan akselerasi persalinan, persalinan berlangsung spontan, bayi baru lahir normal, tidak ada masalah selama nifas, asuhan keluarga berencana yang dipilih ibu antara lain MAL, kondom, suntik progestin.

Asuhan yang diberikan saat hamil tidak dapat menghilangkan risiko dan komplikasi yang terjadi pada ibu namun dapat meminimalkan risiko. Pemberian menu diet dapat mengontrol kenaikan BB ibu sehingga akan lebih baik diberikan lebih awal.

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL.....	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	iii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iv
HALAMAN PENGESAHAN.....	v
KATA PENGANTAR.....	vi
SINOPSIS.....	viii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang.....	1
	3
C. Tujuan.....	3
D. Ruang Lingkup.....	5
E. Manfaat Penelitian.....	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
Rumusan Masalah	
A. Teori Klinis	
1. Konsep Dasar Kehamilan	
a. Definisi Kehamilan.....	6
b. Perubahan Fisiologis.....	6
c. Kebutuhan Ibu Hamil Trimester III.....	9
d. Tanda Gejala Kehamilan.....	10
e. Tanda Bahaya Trimester III.....	10
f. Perubahan Psikologis.....	14
2. Kehamilan Risiko Tinggi.....	14
3. Antenatal Care.....	17
4. Obesitas.....	19
5. Hipertensi.....	23
6. Oedem Pulmo.....	28
7. Abortus.....	28
8. Asma.....	34
9. Konsep Dasar Persalinan.....	37
10. Ketuban Pecah Dini.....	44
11. Partus Lama.....	46
12. Induksi Dan Augmentasi.....	50
13. Bayi Baru Lahir.....	52
14. Nifas.....	61
15. Keluarga Berencana.....	66

B.

16. <u>Konsep Asuhan Kebidanan</u>	<u>69</u>
17. <u>Asuhan Kebidanan Berkesinambungan</u>	<u>70</u>
B. <i>Flow Chart</i> Asuhan Berkesinambungan	70
.....	
BAB III TINJAUAN KASUS	
A. Gambaran Lokasi Penelitian
B. Tinjauan Kasus
1. Asuhan Kebidanan pada Kehamilan	72
2. Intenatal Care/Persalinan	83
3. Bayi Baru Lahir	86
4. Nifas	87
.....	
BAB IV PEMBAHASAN	71
A. Antenatal Care	98
B. Intranatal care/Persalinan	104
C. Bayi Baru Lahir	109
D. Post Natal Care/ Nifas	110
.....	
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	112
.....	113
.....	115
A. Kesimpulan
B. Saran	
.....	
DAFTAR PUSTAKA	

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1. Faktor Risiko Yang Terdapat Dalam Kelompok I	16
Tabel 2. Rekomendasi Kenaikan Berat Badan	18
Tabel 3. Ukuran Tinggi Fundus Uteri.....	18
Tabel 4. Klasifikasi Hipertensi Menurut Prawirohardjo	26
Tabel 5. Tatalaksana Hipertensi.....	30
Tabel 6. Derajat Robekan Perinium.....	42
Tabel 7. Macam-Macam Imunisasi	57
Tabel 8. Waktu Pemberian Imunisasi	58

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Menu Diet ibu Dengan Obesitas	117
Lampiran 2. Kurva lubschenco	121
Lampiran 3. Tabel Pemantauan Tekanan Darah	122
Lampiran 4. Surat Perintah Tugas Puskesmas.....	123
Lampiran 5. Informed Consent.....	124
Lampiran 6. Surat Rekomendasi Penelitian Dinas Kesehatan.....	125
Lampiran 7. Surat Izin Laporan Tugas Akhir.....	126
Lampiran 8. Jadwal Penyusunan Laporan Tugas Akhir.....	127
Lampiran 9. Catatan Kasus.....	128

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Angka Kematian Ibu (AKI) sangat tinggi di dunia, tercatat 800 perempuan meninggal setiap hari akibat komplikasi kehamilan dan kelahiran anak. Pada tahun 2013 lebih dari 289.000 perempuan meninggal selama dan setelah kehamilan dan persalinan (WHO, 2014).

Tahun 2014 Angka Kematian Ibu (AKI) di dunia yaitu 289.000 jiwa. Angka kematian ibu di negara-negara Asia Tenggara yaitu Indonesia 214 per 100.000 kelahiran hidup, Filipina 170 per 100.000 kelahiran hidup, Vietnam 160 per 100.000 kelahiran hidup, Thailand 44 per 100.000 kelahiran hidup, Brunei 60 per 100.000 kelahiran hidup, dan Malaysia 39 per 100.000 kelahiran hidup (WHO, 2014). Hasil SDKI 2012, Angka Kematian Bayi mencapai angka 32/1.000 KH dan Angka Kematian Ibu di Indonesia 359/100.000 KH.

Berdasarkan profil kesehatan kota Yogyakarta pada tahun 2014 didapatkan data terjadinya penurunan angka kematian ibu dari tahun 2013 dimana terdapat 204 per 100.000 kelahiran hidup turun menjadi 46 per 100.000 kelahiran hidup. Target MDGS adalah sebesar <102 per 100.000 kelahiran hidup pada Tahun 2015, berdasarkan data di atas maka Kota Yogyakarta sudah dapat mencapai target MDGS. Penyebab kematian ibu di DIY pada tahun 2013 yaitu 33% karena perdarahan, 2% karena eklampsia, 28% karena preeklampsia berat, 9% karena sepsis atau infeksi, dan 28%

karena faktor lainnya, salah satu faktor lain penyebab kematian ibu adalah partus lama. Risiko kehamilan adalah keadaan menyimpang dari normal, yang secara langsung menyebabkan kesakitan dan kematian ibu maupun bayi (Meilani, 2009). Menurut Dinkes DIY tahun 2014 ibu hamil risiko tinggi di Kulon Progo 24,67%, Yogyakarta 20,64%, Bantul 17,55%, Sleman 16,55% dan Gunung Kidul 14,99%. Menurut profil kesehatan tahun 2015 kota Yogyakarta, ibu hamil risiko dan komplikasi >20% dari ibu hamil di kota Yogyakarta. Tercatat dari data profil kesehatan kota Yogyakarta tahun 2015 di Puskesmas Ngampilan terdapat 214 ibu hamil dengan 43 diantaranya disertai risiko dan atau komplikasi kehamilan. Riwayat kesehatan dan persalinan lalu juga menjadi salah satu faktor risiko kehamilan ibu yang berikutnya, seperti riwayat abortus berulang, riwayat asma, riwayat hipertensi, selain itu kondisi kesehatan dan gizi ibu saat ini juga sangat berpengaruh bagi kehamilan ibu.

Bidan sebagai pemberi asuhan kebidanan memiliki posisi strategis untuk berperan mendampingi dan memantau ibu hamil pada proses kehamilan dan pasca kehamilan. Untuk itu bidan harus memiliki kualifikasi yang diilhami oleh filosofi asuhan kebidanan yang menekankan asuhannya terhadap perempuan (*woman centre care*), salah satu upaya untuk meningkatkan kualifikasi bidan yaitu dengan menerapkan model asuhan kebidanan yang berkelanjutan yaitu dengan *Continuity Of Care (COC)* dalam pendidikan klinik (Yanti, 2015). Setiap asuhan kebidanan yang diberikan menggunakan manajemen 7 langkah varney yaitu pengumpulan data, interpretasi data, mengidentifikasi diagnosis, penyusunan rencana

asuhan, penatalaksanaan asuhan dan diakhiri dengan evaluasi. Wanita dengan obesitas ditambah lagi dengan riwayat abortus dan penyakit penyerta di kategorikan sebagai wanita dengan risiko tinggi sehingga memerlukan pendampingan yang lebih intensif.

B. Rumusan masalah

Dari latar belakang diatas didapatkan masalah Bagaimana asuhan Kebidanan berkesinambungan kehamilan, persalinan, BBL, nifas dan Keluarga Berencana (KB) pada ibu dengan risiko tinggi obesitas, riwayat asma, riwayat hipertensi, dan riwayat abortus berulang?

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Dilaksanakannya asuhan kebidanan berkesinambungan pada Ny. N selama kehamilan, bersalin, nifas, pelayanan keluarga berencana dan bayi baru lahir wilayah kerja Puskesmas Ngampilan.

2. Tujuan Khusus

Dilakukannya asuhan berkesinambungan pada Ny.N di wilayah kerja Puskesmas Ngampilan kota Yogyakarta, meliputi:

- a. Asuhan kebidanan berkesinambungan dengan manajemen Varney pada ibu kehamilan risiko tinggi dan antisipasi masalah yang dapat terjadi.
- b. Asuhan kebidanan berkesinambungan pada ibu dengan kehamilan risiko tinggi dan masalah yang terjadi dalam masa persalinan.

- c. Asuhan kebidanan berkesinambungan dengan manajemen Varney dalam penatalaksanaan bayi baru lahir (BBL)/neonatus pada bayi dengan ibu kehamilan risiko tinggi.
- d. Asuhan kebidanan berkesinambungan dengan manajemen Varney dan antisipasi masalah pada ibu kehamilan risiko tinggi dalam masa nifas
- e. Asuhan kebidanan berkesinambungan dengan manajemen Varney pada ibu dengan risiko tinggi pada penatalaksanaan KB.

D. Ruang Lingkup

1. Sasaran

Sasaran yang akan diberikan asuhan kebidanan komprehensif (*continuity of care*) adalah ibu hamil trimester III dengan usia 30-31 minggu dan akan dilakukan pendampingan asuhan ibu hamil, ibu bersalin, nifas, keluarga berencana, dan bayi baru lahir.

2. Tempat

Lokasi pengambilan kasus dilakukan di wilayah kerja puskesmas Ngampilan Kota Yogyakarta.

3. Waktu

Waktu dimulainya pengambilan kasus adalah pada tanggal 23-27 januari 2017.

E. Manfaat

1. Bagi klien (ibu hamil)

Sebagai sarana deteksi dini dan pencegahan penyulit yang mungkin terjadi pada ibu selama hamil, bersalin, nifas maupun BBL sehingga dapat meminimalisir risiko dan menyehatkan ibu serta bayinya.

2. Bagi penulis

Membantu penulis untuk mengaplikasikan teori dan praktik ke dalam kasus yang nyata sehingga mampu melaksanakan asuhan kebidanan pada ibu hamil, bersalin, nifas, keluarga berencana dan bayi baru lahir pada ibu dengan obesitas secara berkesinambungan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori

1. Kehamilan

a. Definisi

Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir (Saifuddin, 2009).

b. Perubahan fisiologis kehamilan

1) Uterus

Selama kehamilan uterus akan beradaptasi untuk menerima dan melindungi hasil konsepsi (janin, plasenta, amnion) sampai persalinan. Pada perempuan tidak hamil uterus mempunyai berat 70g dan kapasitas 10ml atau kurang. Selama kehamilan, uterus akan berubah menjadi suatu organ yang mampu menampung janin, plasenta dan cairan amnion yang volume totalnya mencapai 5 liter bahkan dapat mencapai 20 liter atau lebih dengan berat rata-rata 1100g. Pembesaran uterus meliputi peregangan dan penebalan selsel otot sementara. Pada akhir kehamilan 12 minggu uterus akan menyentuh dinding abdominal mendorong usus seiring perkembangannya, uterus akan menyentuh dinding abdominal mendorong usus kesamping, dan keatas, terus tumbuh hingga hampir menyentuh hati. Sejak trimester pertama kehamilan uterus

6

akan mengalami kontraksi yang tidak teratur dan umumnya tidak disertai nyeri. Pada trimester kedua kontraksi ini dapat dideteksi dengan pemeriksaan bimanual. Fenomena ini disebut *Braxton Hicks*. Pada bulan terakhir kehamilan biasanya kontraksi ini sangat jarang dan meningkat pada satu atau dua minggu sebelum persalinan (Prawirohardjo, 2010).

2) Serviks

Perubahan yang penting pada serviks dalam kehamilan adalah menjadi lunak. Sebab pelunakan ini adalah pembuluh darah dalam serviks bertambah, timbulnya oedema dari serviks dan hiperplasia serviks. Pada akhir kehamilan serviks menjadi sangat lunak dan portio menjadi pendek (lebih dari setengahnya mendatar) dan dapat dimasuki dengan mudah oleh satu jari (Prawirohardjo, 2010).

3) Ovarium

Proses ovulasi selama kehamilan akan terhenti dan pematangan folikel baru juga ditunda. Hanya satu korpus luteum yang dapat ditemukan di ovarium. Folikel ini akan berfungsi maksimal selama 6-7 minggu awal kehamilan dan setelah itu akan berperan sebagai penghasil progesteron dalam jumlah yang relatif minimal (Prawirohardjo, 2010).

4) Vagina dan Vulva

Dinding vagina mengalami banyak perubahan yang merupakan persiapan untuk mengalami peregangan pada waktu persalinan dengan meningkatnya ketebalan mukosa, mengendornya jaringan ikat dan hipertrofi sel otot polos. Peningkatan volume sekresi vagina juga terjadi, sekresi akan berwarna keputihan, menebal dan PH antara 3,5-6 yang merupakan hasil dari peningkatan produksi asam laktat glikogen yang dihasilkan oleh epitel vagina sebagai aksi dari *Lactobacillus acidophilus* (Prawirohardjo, 2010).

5) Payudara

Pada awal kehamilan perempuan akan merasakan payudaranya menjadi lunak. Setelah bulan kedua payudara akan bertambah ukurannya dan vena-vena dibawah kulit akan lebih terlihat. Puting payudara akan lebih besar, kehitaman dan tegak. Setelah bulan pertama cairan kuning bernama kolostrum akan keluar. Kolostrum ini berasal dari kelenjar-kelenjar asinus yang mulai bersekresi. Meskipun dapat dikeluarkan, air susu belum dapat diproduksi karena hormon prolaktin ditekan oleh *prolaktin inhibiting hormone*. Setelah persalinan kadar progesteron dan estrogen menurun sehingga pengaruh inhibisi progesterone terhadap *α -laktalbumin* akan hilang. Peningkatan prolaktin akan merangsang sintesis laktosa dan pada akhirnya akan meningkatkan produksi air susu (Prawirohardjo, 2010).

6) Sistem Kardiovaskuler

Sirkulasi darah ibu pada kehamilan dipengaruhi oleh adanya sirkulasi ke placenta uterus yang membesar dengan pembuluh-pembuluh darah yang membesar darah pula, mammae dan alat lain yang memang berfungsi berlebihan dalam kehamilan. Tekanan darah akan turun selama 24 minggu pertama kehamilan akibat terjadi penurunan dalam perifer vaskuler resistensi yang disebabkan oleh pengaruh pengangan otot halus oleh progesteron. Selama kehamilan normal *cardiac output* meningkat sekitar 30-50% dan mencapai level maksimumnya selama trimester pertama atau kedua dan tetap tinggi selama persalinan. Pada usia kehamilan 16 minggu mulai jelas terjadi hemodilusi. Setelah 24 minggu tekanan darah sedikit demi sedikit naik kembali pada tekanan darah sebelum aterm. Hemodilusi penambahan volume darah sekitar 25% dengan puncak pada usia kehamilan 32 minggu, sedangkan hematokrit mencapai level terendah pada minggu 30-32 minggu (Kusmiyati, 2008).

c. Kebutuhan Ibu Hamil Trimester III

1) Nutrisi

Menurut Saifudin (2009) ibu hamil akan membutuhkan kalori tambahan yakni 300 kalori per harinya dengan cara mengkonsumsi makanan dengan berbagai macam kandungan gizi. Menurut Hendrawan Nadezul, gizi pada saat kehamilan adalah zat makanan atau menu yang takaran semua zat gizinya dibutuhkan tubuh ibu hamil setiap hari dan mengandung zat gizi yang sesuai

kebutuhan dan tidak berlebihan (Mitayani dan Sartika, 2010). Pada kehamilan trimester III (minggu 27-lahir) ibu memerlukan kalori \pm 285 dan protein lebih tinggi menjadi 2g per kg BB.

Wanita aktif rata-rata membutuhkan antara 2.200 dan 2.400 kalori per hari sebelum kehamilan, total kalori sekitar 2.500 sampai 2.700 kalori per hari pada trimester kedua, dan 2.650 sampai 2.850 kalori per hari pada trimester ketiga. Menurut *institute of medicine*, wanita yang tidak aktif akan membutuhkan lebih sedikit kalori. Wanita hamil memerlukan protein 10-15gram lebih tinggi dibanding dengan wanita yang tidak hamil (Mitayani dan Sartika, 2010).

Semua wanita hamil perlu memilih makanan secara bijaksana untuk memastikan wanita hamil mendapatkan vitamin dan mineral yang mereka butuhkan tanpa kalori yang berlebihan. Sangat penting untuk makan makanan yang kaya nutrisi, tetapi tidak tinggi lemak atau gula.

2) Eliminasi

Saat kehamilan terjadi perubahan hormonal yang menyebabkan daerah kelamin basah. Untuk melancarkan dan mengurangi infeksi kandung kemih yaitu dengan minum dan menjaga kebersihan sekitar alat kelamin (Pantikawati dan Saryono, 2010).

d. Tanda dan gejala kehamilan

Tanda-tanda pasti hamil yaitu teraba gerakan janin didalam rahim, terdengar bunyi jantung, pada pemeriksaan *rotgen* dan *ultrasonografi* terlihat kerangka janin, kantong kehamilan (Manuaba, 2012).

e. Tanda bahaya Trimester III

Tanda bahaya trimester III adalah tanda-tanda yang dirasakan oleh ibu yang menandakan terjadinya suatu masalah pada kehamilan, sehingga memerlukan intervensi medis dengan segera. Tanda bahaya trimester III adalah sebagai berikut:

1) Perdarahan Pervaginam

Perdarahan antepartum/perdarahan pada kehamilan lanjut adalah perdarahan pada trimester dalam kehamilan sampai bayi dilahirkan (Pantiawati, 2010). Pada kehamilan usia lanjut, perdarahan yang tidak normal adalah merah, banyak dan kadangkadang tapi tidak selalu disertai dengan rasa nyeri (Asrinah, 2010).

2) Sakit Kepala yang Berat

Sakit kepala bisa terjadi selama kehamilan, dan seringkali merupakan ketidaknyamanan yang normal dalam kehamilan. Sakit kepala yang serius adalah sakit kepala yang hebat yang menetap dan tidak hilang setelah beristirahat. Kadang-kadang dengan sakit kepala yang hebat tersebut ibu mungkin merasa

penglihatannya kabur atau berbayang. Sakit kepala yang hebat dalam kehamilan adalah gejala dari pre-eklamsi (Sulistyawati, 2009).

3) Penglihatan Kabur

Akibat pengaruh hormonal, ketajaman penglihatan dapat berubah dalam kehamilan. Perubahan ringan (minor) adalah normal. Masalah visual yang mengindikasikan keadaan yang mengancam jiwa adalah perubahan visual yang mendadak, misalnya pandangan kabur dan berbayang. Perubahan ini mungkin disertai sakit kepala yang hebat dan mungkin menandakan preeklampsia (Pantiawati, 2010).

4) Bengkak di Wajah dan Jari-jari Tangan

Pada saat kehamilan, hampir seluruh ibu hamil mengalami bengkak yang normal pada kaki yang biasanya muncul pada sore hari dan hilang setelah beristirahat dengan meninggikan kaki. Bengkak bisa menunjukkan adanya masalah serius jika muncul pada muka dan tangan, tidak hilang setelah beristirahat dan disertai dengan keluhan fisik yang lain. Hal ini dapat pertanda anemia, gagal jantung atau pre-eklampsia (Sulistyawati, 2009).

5) Keluar Cairan per Vagina

Keluarnya cairan berupa air-air dari vagina pada trimester III. Ibu harus dapat membedakan antara urine dengan air ketuban. Jika keluarnya cairan ibu tidak terasa, berbau amis dan berwarna

putih keruh, berarti yang keluar adalah air ketuban. Jika kehamilan belum cukup bulan, hati-hati akan adanya persalinan preterm (<37 minggu) dan komplikasi infeksi intrapartum (Sulistyawati, 2009).

6) Gerakan Janin Tidak Terasa

Normalnya ibu mulai merasakan gerakan janinnya selama bulan ke-5 atau ke-6, beberapa ibu dapat merasakan gerakan bayinya lebih awal. Jika bayi tidur gerakan bayi akan melemah. Gerakan bayi akan lebih mudah terasa jika ibu berbaring untuk beristirahat dan jika ibu makan dan minum dengan baik.

Bayi harus bergerak 3x dalam 1 jam atau minimal 10x dalam 24 jam. Jika kurang dari itu, maka waspada akan adanya gangguan janin dalam rahim, misalnya asfiksia janin sampai kematian janin (Sulistyawati, 2009).

7) Nyeri Perut yang Hebat

Sebelumnya harus dibedakan nyeri yang dirasakan adalah bukan his seperti pada persalian. Pada kehamilan lanjut, jika ibu merasakan nyeri yang hebat, tidak berhenti setelah beristirahat, disertai tanda-tanda syok yang membuat keadaan umum ibu makin lama makin memburuk dan disertai perdarahan yang tidak sesuai dengan beratnya syok, maka kita harus waspada akan

kemungkinan terjadinya solusio placenta (Sulistyawati, 2009).

Nyeri perut yang hebat bisa berarti apendiksitis, kehamilan etopik,

aborsi, penyakit radang pelviks, persalinan preterm, gastritis, penyakit kantong empedu, iritasi uterus, abrupsi placenta, infeksi saluran kemih atau infeksi lainnya (Asrinah, 2009).

f. Perubahan Psikologis Ibu Hamil Trimester III

Trimester ketiga sering disebut periode penantian dengan penuh kewaspadaan. Pada periode ini wanita mulai menyadari kehadiran bayi sebagai makhluk yang terpisah sehingga ia menjadi tidak sabar menanti kehadiran sang bayi. Trimester ketiga merupakan waktu, persiapan yang aktif terlihat dalam menanti kelahiran bayi dan menjadi orang tua sementara penantian utama terfokus pada bayi yang akan segera dilahirkan (Varney dkk., 2007). Sejumlah ketakutan muncul seperti ibu merasa khawatir bayi yang dilahirkannya tidak normal, takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang timbul sewaktu melahirkan dan muncul rasa tidak nyaman akibat kehamilan timbul kembali pada trimester III (Varney dkk., 2007)

2. Kehamilan Risiko Tinggi

Kehamilan risiko adalah keadaan buruk pada kehamilan yang dapat mempengaruhi keadaan ibu maupun janin apabila dilakukan tata laksana secara umum seperti yang dilakukan pada kasus normal (Manuaba, 2007). Risiko kehamilan adalah keadaan menyimpang dari normal, yang secara langsung menyebabkan kesakitan dan kematian ibu maupun bayi (Meilani, 2009). Ibu hamil digolongkan dalam tiga golongan risiko berdasarkan karakteristik ibu.

Risiko golongan ibu hamil menurut

Muslihatun (2009), meliputi:

a. Ibu hamil risiko rendah

Ibu hamil dengan kondisi kesehatan dalam keadaan baik dan tidak memiliki faktor-faktor risiko berdasarkan klasifikasi risiko sedang dan risiko tinggi, baik dirinya maupun janin yang dikandungnya.

b. Ibu hamil risiko sedang

Ibu hamil yang memiliki satu atau lebih dari satu faktor risiko tingkat sedang, misalnya ibu yang usia kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun, tinggi badan kurang dari 145 cm dan lain-lain. Faktor ini dianggap nantinya akan mempengaruhi kondisi ibu dan janin, serta memungkinkan terjadinya penyulit pada waktu persalinan.

c. Ibu hamil risiko tinggi

Ibu hamil yang memiliki satu atau lebih dari satu faktor-faktor risiko tinggi, antara lain adanya anemia pada ibu hamil. Faktor risiko ini dianggap akan menimbulkan komplikasi dan mengancam keselamatan ibu dan janin baik pada saat hamil maupun persalinan nanti.

Faktor risiko adalah kondisi pada ibu hamil yang dapat menyebabkan kemungkinan risiko/bahaya terjadinya komplikasi pada persalinan yang dapat menyebabkan kematian atau kesakitan pada ibu dan bayinya (Rochjati, 2011). Puji Rochjati mengemukakan batasan faktor risiko pada ibu hamil ada 3 kelompok yaitu sebagai berikut,

1) Kelompok Faktor risiko I (Ada Potensi Gawat Obstetri / APGO)

Deteksi ibu hamil berisiko Ada potensi Gawat Obstetri

(APGO) artinya adalah masalah kehamilan yang perlu diwaspadai.

Kelompok risiko ini digambarkan dalam tabel berikut,

Tabel 1. Faktor risiko yang terdapat dalam kelompok I

Factor risiko I	Batasan – batasan kondisi ibu
Primi Muda	Terlalu muda, hamil pertama umur ≤ 16 tahun
Primi Tua	1) Terlalu tua, hamil pertama ≥ 35 tahun 2) Terlalu lambat hamil, setelah kawin ≥ 4 tahun
Primi tua sekunder	Terlalu lama punya anak lagi, terkecil ≥ 10 tahun
Anak terkecil < 2 tahun	Terlalu cepat punya anak lagi, terkecil ≤ 2 tahun
Grande Multi	Terlalu banyak punya anak, 4 atau lebih
Umur > 35 tahun	Terlalu tua, hamil umur 35 tahun atau lebih
Tinggi badan < 145 cm	Terlalu pendek pada ibu dengan hamil pertama, hamil kedua atau lebih, tetapi belum pernah melahirkan normal/spontan dengan bayi cukup bulan, dan hidup.
Pernah gagal kehamilan (abortus)	1) Hamil kedua yang pertama gagal 2) Hamil keiga/lebih mengalami gagal (abortus, lahir mati) 2 kali.
Pernah melahirkan dengan	1) Vakum 2) Manual plasenta 3) Perdarahan hingga diinfus/transfuse pasca persalinan
Pernah operasi sesar	Pernah melahirkan secara sesar

Sumber: Rochjati, 2011

2) Faktor Risiko II (Ada Gawat Obstetri/AGO)

Ibu hamil dengan penyakit, Pre-eklamsia- eklamsia, hamil kembar atau gemeli, kembar air atau hidramnion, bayi mati dalam kandungan, Kehamilan dengan kelainan letak, hamil lewat bulan.

3) Kelompok Faktor Risiko III (Ada Gawat Darurat Obstetri/ADGO),

Perdarahan sebelum bayi lahir dan pre eklamsia berat atau eklamsia. Pada kelompok faktor risiko III, ini harus segera di rujuk ke rumah sakit sebelum kondisi ibu dan janin bertambah buruk/jelek yang membutuhkan penanganan dan tindakan pada waktu itu juga dalam upaya menyelamatkan nyawa ibu dan bayinya.

3. Antenatal Care (ANC)

a. Pengertian

Pemeriksaan ANC adalah pemeriksaan kehamilan untuk mengoptimalkan kesehatan mental dan fisik ibu hamil, hingga mampu menghadapi persalinan, masa nifas, persiapan pemberian ASI dan kembalinya kesehatan reproduksi (Manuaba dkk., 2010).

b. Jadwal Pelaksanaan ANC

Kontak minimal 4 kali dilakukan trimester I satu kali, trimester II satu kali dan trimester III dua kali. Kunjungan ulang yang dilakukan tiap 4 minggu sampai umur kehamilan 28 minggu, tiap 2 minggu sampai umur kehamilan 36 minggu, dan tiap minggu sampai persalinan (Siswosudarmo dan Emilia, 2010).

c. Pelayanan ANC

Menurut Kemenkes RI (2010) dalam melakukan antenatal, tenaga kesehatan harus memberikan pelayanan yang berkualitas sesuai standar terdiri dari:

1) Timbang berat badan

Tabel 2. Rekomendasi Penambahan Berat Badan selama

Rendah	<19,8	12,5–18
Normal	19,8–26	11,5–16
Tinggi	26–29	7–11,5
Obesitas	>29	≥7
Gemelli		16–20,5

Kehamilan Berdasarkan IMT (sumber: Saifuddin, 2009)

- | Kategori | IMT | Rekomendasi (Kg) |
|----------|-----|------------------|
|----------|-----|------------------|
- 2) Ukur lingkaran lengan atas (LILA)
 - 3) Ukur tekanan darah
 - 4) Ukur tinggi fundus uteri

Tabel 3. Ukuran fundus uteri

Usia kehamilan	Tinggi Fundus dalam cm	Menggunakan penunjuk penunjuk badan
12 minggu	-	Teraba diatas simfisis
16 minggu	-	Antara simfisis pubis dan umbilikus
20 minggu	20 cm (+2 cm)	Pada umbilikus
22-27 minggu	Usia kehamilan dalam minggu = cm (+2 cm)	-
28 minggu	28 cm (+2 cm)	Ditengah, antara umbilikus dan prosesus sifoideus
29-35 minggu	Usia kehamilan dalam minggu = cm (+2 cm)	-
36 minggu	36 cm (+2 cm)	Pada prosesus sifoideus

Sumber: saifuddin, 2009

- 5) Hitung denyut jantung janin (DJJ)

Detak jantung janin normal antara 120-160 kali per menit.

Pemeriksaan ini digunakan untuk menentukan frekuensi denyut jantung janin per menit, teratur atau tidak, dimana letak punctum maksimum (Manuaba dkk., 2010).

- 6) Tentukan presentasi janin
- 7) Beri imunisasi tetanus toksoid (TT)
- 8) Beri tablet tambah darah (tablet besi)
- 9) Periksa laboratorium (rutin dan khusus)
- 10) Pemeriksaan kadar hemoglobin (HB)

d. KIE

Tatalaksana atau penanganan kasus KIE efektif Pada data tingkat pengetahuan yang masih kurang juga dapat diatasi dengan memberikan penjelasan dan konseling tentang permasalahan yang belum diketahui (Saifuddin, 2009).

4. Obesitas

Definisi obesitas adalah suatu keadaan dimana terjadi timbunan lemak yang berlebihan atau abnormal pada jaringan adipose yang akan mengganggu kesehatan (WHO, 1998). Obesitas didefinisikan sebagai suatu keadaan dimana *Body Mass Index (BMI)* ≥ 30 kg/m² dimana angka tersebut diperoleh dari rumus (Davies, 2010):

$$BMI = \frac{\text{berat badan (kg)}}{\text{tinggi badan (m)}^2}$$

Obesitas di definisikan sebagai berat badan lebih dari 20% dari bb normal sesuai standar, tinggi badan dan indeks masa tubuh (Colombia Universty). Seseorang dikatakan obesitas apabila Indeks Massa Tubuh (IMT) ≥ 25 kg/m². Klasifikasi obesitas tersebut adalah: Kategori Obesitas I dengan IMT (kg/m²) adalah 25,0-29,9; Kategori Obesitas II dengan IMT (kg/m²) adalah ≥ 30 . Kegemukan atau obesitas meningkatkan risiko diabetes dan tekanan

darah tinggi selama kehamilan. Penghitungan usia kehamilan dapat sulit pada ibu yang kegemukan dikarenakan tolok ukur pemeriksaan untuk memperkirakan tanggal dan ukuran, posisi janin secara manual seperti ketinggian fundus, ukuran Rahim, denyut jantung janin dapat sulit dibaca karena terhalang lapisan lemak, sehingga diperlukan bantuan teknologi untuk menghindari keterkejutan selama melahirkan. Dan kesulitan melahirkan dapat diakibatkan oleh janin yang jauh lebih besar dari rata-rata yang terjadi pada ibu kegemukan, akhirnya jika diperlukan akan dilakukan tindakan bedah *Caesar* (Cunningham; Leveno; Bloom; hauth; Rouse; Spong, 2013).

Wanita hamil dengan obesitas berisiko tinggi menimbulkan abortus, gestasional diabetes melitus, hipertensi dalam kehamilan, gangguan pernafasan pada ibu, bayi makrosomia, trauma persalinan baik pada ibu maupun bayi, kelainan kongenital, fase persalinan yang lambat, tindakan operasi pervaginam, distosia bahu, persalinan dengan seksio sesaria, perdarahan post partum, trombosis dan infeksi (Jensena, 2009).

Penelitian Lashen dkk (2012) mengidentifikasi Risiko abortus spontan pada wanita obesitas meningkat karena kebanyakan wanita dengan obesitas mengalami PCOS (*Polycystic Ovarian Syndrome*).

Komplikasi hubungan BMI sebelum hamil dengan kondisi kehamilan pada ibu dan janin menyebabkan diabetes, hipertensi, ISK, PROM (*premature Rupture of Membranes*). Pada wanita yang mengalami obesitas sebelum hamil sebanyak 7,9% terjadi KPD (Miller, 2001). Literatur menyebutkan bahwa wanita dengan obesitas kadar vitamin D lebih

rendah dibandingkan dengan wanita hamil dengan berat badan normal dimana keadaan ini dapat berhubungan dengan terjadinya gestasional diabetes dan preeklamsia serta terhadap perkembangan otak dan tulang bayi (Karlsson, 2014).

Ibu hamil dengan obesitas menyebabkan gangguan proliferasi limfosit dan penurunan produksi CD8+ dan NKT sel sehingga meningkatkan risiko terjadinya infeksi luka jahitan pasca persalinan, infeksi saluran kemih serta penggunaan antibiotik yang lebih lama dibandingkan dengan wanita berat badan normal (Sarbattama dkk., 2013).

Hasil penelitian hubungan antara obesitas dengan preeklamsia yang dilakukan Bagian Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Sam Ratulangi – RSUP Prof. dr. R. D. Kandou Manado menunjukkan adanya hubungan antara obesitas dengan terjadinya preeklamsia, wanita dengan obesitas lebih rentan terkena preeklamsia. (Dumais; Lengkong; Mewengkang, 2016).

Aktivitas fisik seperti olahraga dapat direkomendasikan pada wanita hamil dengan obesitas tanpa komplikasi. Olahraga yang dianjurkan tidak mengutamakan penggunaan berat badan dan yang jauh dari kemungkinan trauma abdomen. Disebutkan dari literatur bahwa dengan olahraga yang adekuat dapat meningkatkan sensitivitas insulin sehingga mencegah terjadinya bayi besar, seperti pada penelitian Denmark terhadap 80.000 bayi yang lahir menunjukkan bahwa olahraga yang tepat dapat menurunkan risiko berat badan bayi lahir rendah maupun berlebih. Walaupun begitu belum ada teknik yang tepat untuk semua wanita dengan obesitas

karena hal tersebut bergantung dari masing-masing individu (Seneviratne, 2014).

Pemeriksaan medis dan pemeliharaan diri yang baik dapat mengurangi risiko bagi ibu dan bayi. Pemeriksaan USG sejak dini untuk menentukan usia, letak, dan posisi janin akan lebih baik. Untuk mengurangi risiko yang lebih tinggi ibu diharapkan untuk menghilangkan semua penyebab risiko kehamilan seperti alkohol dan rokok, serta mengurangi penambahan berat badan yang berlebih, diet harian yang mengandung paling sedikit 1800 kalori dan dipenuhi dengan makanan penuh vitamin, mineral, dan protein (Wibowo, 2012).

Selain hal diatas juga diperlukan pemantauan berat badan janin untuk mengetahui kesesuaian antara umur kehamilan dengan dengan berat badan janin, pemantauan tersebut dapat menggunakan kurva *lubchenco*. Penambahan berat badan selama kehamilan terjadi karena pertumbuhan janin, plasenta, dan volume darah serta jaringan maternal. Untuk menanggulangi kenaikan berat badan berlebih, maka ibu perlu mengurangi konsumsi asupan lemak dan mengkonsumsi makanan dengan nutrisi tinggi (Banudi, 2013). Syarat menyusun menu seimbang bagi Ibu hamil dengan adalah sebagai berikut:

- a. Kebutuhan energi bertambah
- b. Protein tinggi untuk pertumbuhan bayi dan sel darah merah
- c. Makanan tinggi vitamin dan mineral
- d. Tinggi serat untuk memberikan rasa kenyang

- e. Mengurangi gula, garam, makanan berlemak, dan berbumbu tajam
- f. Karbohidrat cukup
- g. Porsi tidak berlebihan
- h. Mengurangi atau tidak mengonsumsi kopi serta teh
- i. Memperbanyak konsumsi air putih.

5. Hipertensi

Dalam buku saku kebidanan WHO, definisi hipertensi adalah tekanan darah sekurang-kurangnya 140 mmHg sistolik atau 90 mmHg diastolic pada dua kali pemeriksaan berjarak 4-6 jam pada wanita yang awalnya normotensi. Bila ditemukan tekanan darah tinggi ($\geq 140/90$ mmHg) pada ibu hamil, maka perlu dilakukan pemeriksaan kadar protein urin dengan tes celup urin atau protein urin 24 jam dan tentukan diagnosis. faktor predisposisi hipertensi menurut buku saku WHO adalah kehamilan kembar, penyakit tropoblas, hidramnion, diabetes mellitus, gangguan vaskuler plasenta, factor herediter, riwayat preeklamsi sebelumnya, obesitas sebelum hamil.

Tabel 4. Klasifikasi hipertensi dalam kehamilan menurut buku Sarwono Prawirohardjo

Diagnosis	Tekanan darah	Tanda lain
Hipertensi karena kehamilan 1. Hipertensi	Kenaikan diastolik 15 mmHg atau >90 mmHg dalam 2 pengukuran berjarak 1 jam atau tekanan diastolic sampai 110 mmHg	-proteinuria (-) kehamilan > 20 minggu

2. Preeklamsi ringan	Sama dengan hipertensi	-Protein uria 1+
3. Preeklamsi berat	Tekanan diastolic >110 mmHg	-protein uria 2+ - oliguria -hiperefleksia - gangguan penglihatan - nyeri epigasterium
4. Eklamsi	hipertensi	Kejang
5. Hipertensi kronik	hipertensi	Kehamilan kurang dari 20 minggu.

Sumber: Prawirohardjo, 2010

a. Hipertensi karena kehamilan (Hipertensi Gestasional)

Hipertensi gestasional atau *transient hypertension* adalah hipertensi yang timbul pada kehamilan tanpa disertai proteinuria dan hipertensi akan hilang tiga bulan pascapersalinan atau kehamilan dengan tanda-tanda preeklamsi tetapi tanpa proteinurea (saifuddin, 2010). Diagnosis hipertensi ditegakkan pada perempuan yang memiliki tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg untuk pertama kalinya setelah pertengahan kehamilan, tetapi tidak mengalami proteinuria. Hampir separuh wanita tersebut selanjutnya mengalami sindrom preeklamsia, yang memiliki tanda-tanda seperti proteinuria dan trombositopenia atau gejala, seperti nyeri kepala atau nyeri epigastrik (Williams, 2013).

Hipertensi karena kehamilan lebih sering terjadi pada primigravida. Patologi telah terjadi akibat implantasi sehingga timbul resiko iskemia plasenta yang diikuti sindrom inflamasi. Risiko meningkat pada:

1) Masa plasenta besar

- 2) Diabetes mellitus
- 3) Isoimunisasi rhesus
- 4) Faktor herediter
- 5) Masalah vaskuler

Hipertensi karena kehamilan dapat berupa: hipertensi tanpa proteinuria dan edema; preeklamsi ringan; preeklamsi berat; eklamsi. Hipertensi karena kehamilan dan preeklamsi ringan sering ditemukan tanpa gejala, kecuali meningkatnya tekanan darah. Prognosis menjadi lebih buruk dengan terdapatnya proteinuria. Edema tidak lagi menjadi tanda yang sah untuk preeklamsia.

b. Preeklamsia

Preeklamsia lebih dari sekedar hipertensi gestasional sederhana ditambah proteinuria, timbulnya proteinuria tetap merupakan kriteria diagnosis objektif yang penting. Proteinuria didefinisikan sebagai ekresi protein dalam urin yang melebihi 300 mg dalam 24 jam, rasio protein: Kreatinin urin $\geq 0,3$ atau terdapatnya protein sebanyak 30 mg/dL (carik celup 1+) dalam sampel acak urin menetap (Lindheimer dkk., 2008). Preeklamsi berat didiagnosis pada kasus dengan gejala berikut:

- 1) Tekanan diastole > 110 mmHg
- 2) Proteinuria $\geq 2+$
- 3) Oligouria < 400 ml per 24 jam
- 4) Edema paru: nafas pendek, sianosis, rhonchi +

- 5) Nyeri daerah epigasterium atau kuadran kanan atas
- 6) Gangguan penglihatan: skotoma atau penglihatan kabur
- 7) Nyeri kepala hebat, tidak berkurang dengan analgesic biasa
- 8) Hiperefleksi
- 9) Pertumbuhan janin terhambat
- 10) Mata: spasme arteriolar, edema, ablasio retina
- 11) Koagulasi: koagulasi intravaskuler disseminate, sindrom HELLP
- 12) Jantung: gagal jantung. (varney, 2009).

c. Eklamsi

Timbulnya kejang pada perempuan dengan preeklamsia yang tidak disebabkan oleh penyebab lain dinamakan eklamsia. Kejang yang timbul merupakan kejang umum dan dapat terjadi sebelum, saat, atau setelah persalinan. Eklamsi paling sering terjadi pada trimester tiga dan menjadi semakin sering saat kehamilan mendekati aterm. Pada beberapa tahun terakhir terjadi pergeseran yang semakin besar pada insiden eklamsia ke arah periode pascapartum (Chames dkk., 2002). Eklamsia merupakan kelanjutan dari “pre eklamsia berat” ditambah dengan kejang atau koma yang dapat berlangsung mendadak. Pengobatan tetap isolasi ketat di rumah sakit. Hindari kejang yang dapat menimbulkan penyulit yang lebih berat. (Prawirohardjo, 2008).

d. Tatalaksana

Tabel 5. Tatalaksana hipertensi

Jenis hipertensi	Definisi	Tatalaksana
------------------	----------	-------------

Hipertensi kronik	Hipertensi tanpa proteinuria yang timbul sebelum kehamilan dan menetap setelah persalinan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan istirahat jika diastolik ≥ 110/sistolik ≥ 160 berikan antihipertensi yang aman 2. Berikan suplementasi kalsium 1,5-2 g/hari dan aspirin 75gg/hari mulai dr usia 20 mg 3. Pantau pertumbuhan dan kondisi janin 4. Jika terdapat pertumbuhan janin terhambat, pertimbangkan terminasi kehamilan
Hipertensi Gestasional	Hipertensi tanpa proteinuria yang timbul setelah kehamilan 20 mg dan menghilang setelah persalinan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pantau tekanan darah, urin, dan kondisi janin tiap minggu 2. Jika tekanan darah meningkat, tangani sebagai preeklamsi ringan 3. Jika kondisi janin memburuk dan pertumbuhan terhambat rawat untuk penilaian kesehatan janin 4. Beri tahu tanda bahaya preeklamsi
Preeklamsia dan eklamsia		<ol style="list-style-type: none"> 1. Pada preeklamsi berat tunda kelahiran sampai usia januan diperkirakan dapat bertahan hidup sebagai neonatus 2. Bila terjadi kejang perhatikan jalan napas, pernapasan, sirkulasi 3. Berikan MgSO₄, sesuai prosedur 4. rujuk

(Sumber: WHO, 2013).

6. Oedem *Pulmo* (Oedem Paru)

Edema paru merupakan suatu keadaan terkumpulnya cairan patologi di ekstrasvaskuler dalam paru. Kelainan ini disebabkan oleh dua keadaan yaitu, peningkatan tekanan hidrostatik dan peningkatan permeabilitas paru (Muttaqin, 2008). Salah satu etiologi terjadinya oedem pulmo adalah hipertensi. Penderita eklamsia dan hipertensi dalam kehamilan mempunyai

faktor risiko besar terjadinya odema paru. Odema paru disebabkan oleh payah jantung kiri, kerusakan sel endotel pembuluh darah kapiler paru, dan menurunnya diuresis (Cuninggham, 2013).

7. Abortus

Abortus adalah berakhirnya suatu kehamilan sebelum janin mencapai berat 500 gram atau umur kehamilan kurang dari 22 minggu atau buah kehamilan belum mampu untuk hidup di luar kandungan (Prawirohardjo, 2008). Sarwono Prawirohardjo membagi abortus menjadi beberapa klasifikasi yaitu, Abortus spontan yaitu Abortus yang terjadi tanpa tindakan mekanis atau medis untuk mengosongkan uterus, maka abortus tersebut dinamai abortus spontan. Kata lain yang luas digunakan adalah keguguran (*Miscarriage*). Abortus imminens (keguguran mengancam) yaitu peristiwa terjadinya perdarahan dari uterus pada kehamilan sebelum 20 minggu, dimana hasil konsepsi masih dalam uterus, dan tanpa adanya dilatasi serviks. *Abortus incipiente* (keguguran berlangsung) yaitu peristiwa perdarahan uterus pada kehamilan sebelum 20 minggu dengan adanya dilatasi serviks uteri yang meningkat, tetapi hasil konsepsi masih dalam uterus. Dalam hal ini rasa mules menjadi lebih sering dan kuat, perdarahan bertambah. Selin itu terdapat *Abortus incomplet* (keguguran tidak lengkap) adalah pengeluaran sebagian hasil konsepsi pada kehamilan sebelum 20 minggu dengan masih ada sisa tertinggal dalam uterus. Pada pemeriksaan vaginal, kanalis servikalis terbuka dan jaringan dapat diraba dalam kavum uteri atau kadangkadang sudah menonjol dari *ostium uteri eksternum*.

Kebalikan dari *abortus incomplete* adalah *Abortus complet* (keguguran lengkap) yaitu perdarahan pada kehamilan muda di mana seluruh hasil konsepsi telah di keluarkan dari kavum uteri. Seluruh buah kehamilan telah dilahirkan dengan lengkap. Abortus infeksiosa dan Abortus septik, Abortus infeksiosa adalah abortus yang disertai infeksi pada genitalia, sedangkan abortus septik adalah abortus infeksiosa berat dengan penyebaran kuman atau toksinnya ke dalam peredaran darah

atau peritoneum biasanya ditemukan pada abortus buatan yang dikerjakan tanpa memperhatikan aseptis dan antiseptis. Selanjutnya *missed abortion* (retensi janin mati) yaitu kematian janin sebelum berusia 20 minggu, tetapi janin yang mati tertahan di dalam kavum uteri tidak dikeluarkan selama 8 minggu atau lebih. Abortus habitualis yaitu Keadaan dimana penderita mengalami keguguran berturut-turut tiga kali atau lebih. Pada umumnya penderita tidak sukar menjadi hamil, tetapi kehamilannya berakhir sebelum 28 minggu (Prawirohardjo, 2009)

Abortus terinduksi adalah terminasi kehamilan secara medis atau bedah sebelum janin mampu hidup. Abortus ini terbagi lagi menjadi *Abortus therapeutic* (Abortus medisinalis), abortus kriminalis dan *unsafe abortion*. *Abortus therapeutic* adalah abortus karena tindakan kita sendiri, dengan alasan bila kehamilan dilanjutkan, dapat membahayakan jiwa ibu (berdasarkan indikasi medis). Biasanya perlu mendapat persetujuan 2 sampai 3 tim dokter ahli. Abortus kriminalis adalah abortus yang terjadi oleh karena tindakan-tindakan yang tidak legal atau tidak berdasarkan indikasi medis.

Unsafe Abortion adalah upaya untuk terminasi kehamilan muda dimana pelaksana tindakan tersebut tidak mempunyai cukup keahlian dan prosedur standar yang aman sehingga dapat membahayakan keselamatan jiwa pasien.

Banyak faktor yang menyebabkan terjadinya abortus, menurut Wiknjosastro (2007) hal-hal yang menyebabkan abortus dapat dibagi menjadi berikut:

a. Kelainan pertumbuhan hasil konsepsi

Kelainan pertumbuhan hasil konsepsi dapat menyebabkan kematian janin atau cacat yang menyebabkan hasil konsepsi dikeluarkan. Faktor-faktor yang menyebabkan kelainan dalam pertumbuhan ialah sebagai berikut:

1) Kelainan kromosom.

Kelainan yang sering ditemukan ialah trisomi, poliploidi dan kemungkinan pula kelainan kromosom seks.

2) Kelainan lingkungan endometrium.

Bila lingkungan di endometrium disekitar tempat implantasi kurang sempurna sehingga pemberian zat-zat makanan pada hasil konsepsi terganggu. Gizi ibu yang kurang karena anemia atau terlalu pendek jarak kehamilan dapat mempengaruhi kondisi endometrium. Endometrium yang belum siap untuk menerima implantasi hasil konsepsi juga dapat memicu terjadinya abortus.

3) Pengaruh dari luar.

Radiasi, virus, obat-obatan dan sebagainya dapat mempengaruhi baik hasil konsepsi maupun lingkungan hidupnya dalam uterus. Pengaruh ini umumnya disebut pengaruh teratogen.

b. Kelainan pada placenta

Infeksi pada plasenta dengan berbagai sebab, sehingga plasenta tidak dapat berfungsi. Penyakit Hipertensi, nefritis, toksemia gravidarum, anomali plasenta juga dapat menyebabkan gangguan peredaran darah plasenta sehingga menimbulkan keguguran.

c. Penyakit ibu

Penyakit ibu dapat secara langsung mempengaruhi pertumbuhan janin dalam kandungan melalui plasenta, beberapa penyakit yang dimaksud adalah penyakit infeksi yang menyebabkan demam tinggi (pneumonia, tifoid, pielitis, rubeola, demam malta, malaria dan sifilis) karena kematian fetus dapat disebabkan karena toksin dari ibu. Ibu yang mempunyai penyakit paru berat, malnutrisi, avitaminosis, gangguan metabolisme, hipotiroid serta anemia yang dapat mempengaruhi pertumbuhan janin melalui gangguan nutrisi dan peredaran O₂ menuju sirkulasi retroplasenter dan Penyakit menahun ibu seperti hipertensi, penyakit ginjal, penyakit hati dan penyakit diabetes melitus.

d. Kelainan yang terdapat dalam rahim.

Rahim merupakan tempat tumbuh kembangnya janin, rahim dijumpai keadaan abnormal nya dalam bentuk mioma uteri, uterus

arkutus, uterus septus, serviks inkompeten (untuk abortus pada trimester kedua), bekas operasi pada serviks, robekan 2 serviks post partum.

Faktor risiko yang diduga dapat menyebabkan terjadi abortus menurut Cunninghams (2005), Sastrawinata (2004), Manuaba (2008) adalah Usia, menurut Cunninghams (2005), risiko abortus spontan meningkat seiring dengan usia ibu. Frekuensi abortus yang secara klinis terdeteksi meningkat 12% pada wanita berusia <20 tahun, menjadi 26% pada usia >40 tahun. Ibu yang telah mengalami abortus pada TM I banyak terdapat pada ibu yang hamil muda yaitu umur 18 tahun, lebih rendah kejadiannya pada wanita usia 20-35 tahun dan berkembang meningkat tajam pada usia >35 tahun. Kehamilan pada usia ibu <20 tahun merupakan risiko pada ibu dan janin karena organ-organ reproduksi belum matang dan berfungsi secara optimal termasuk endometrium tempat implementasi dan berkembangnya buah kehamilan untuk pemberian nutrisi, oksigenisasi janin menyebabkan gangguan pertumbuhan dan perkembangan. Semakin tinggi usia, maka risiko kejadian abortus semakin tinggi pula, hal ini seiring dengan naiknya kejadian kelainan kromosom pada usia diatas 35 tahun (Depkes, RI, 2004).

Riwayat abortus, kejadian abortus diduga mempunyai efek terhadap kehamilan berikutnya, baik pada timbulnya penyulit kehamilan maupun pada hasil kehamilan itu sendiri. Wanita dengan riwayat abortus mempunyai risiko yang lebih tinggi untuk terjadinya persalinan prematur, abortus berulang. Selain itu jarak kehamilan juga merupakan faktor risiko terjadinya abortus, kondisi endometrium yang tidak memungkinkan/belum

siap menerima implantasi hasil konsepsi, akibat terlalu dekatnya jarak kehamilan akan menghambat proses pertumbuhan dan perkembangan hasil konsepsi, sehingga bisa terjadi kecacatan, kematian janin bahkan kemungkinan terbesar adalah terjadi abortus. kesuburan endometrium bisa dipengaruhi oleh gizi ibu yang kurang karena anemia atau terlalu pendek jarak kehamilan (Manuaba, 2008).

Pencegahan dilakukan untuk memperkecil resiko terjadinya abortus, pencegahan bisa dilakukan dengan cara sebagai berikut:

- a. Rutin memeriksakan diri ke dokter, berkonsultasi dan menjalani test USG
- b. Mempersiapkan kehamilan sebaik-baiknya, yaitu dengan cara mencukupi asupan nutrisi, dan memperkuat daya tahan tubuh jika diperlukan
- c. Mengurangi aktivitas fisik berlebihan
- d. Tidak meminum obat bebas tanpa konsultasi dengan dokter/bidan
- e. Istirahat cukup, menenangkan pikiran dan menghindari stress
- f. Mengatur jarak kehamilan, idealnya 2-5 tahun
- g. Mengonsumsi vitamin dan nutrisi-nutrisi yang diperlukan tubuh
- h. *Antenatal care* secara rutin (hamil.co.id, 2015).

8. Asma

Asma adalah gangguan medik yang paling sering, dengan prevalensi dilaporkan 2% dalam kehamilan. Ada banyak obat untuk mengendalikan penyakit ini, dan terapi dalam kehamilan berbeda sedikit

dengan diluar kehamilan. Asma adalah kelainan berupa inflamasi kronik saluran napas yang menyebabkan hipereaktivitas bronkus terhadap berbagai rangsangan yang dapat menimbulkan gejala mengi, batuk, sesak napas dan dada terasa berat terutama pada malam dan atau dini hari yang umumnya bersifat reversible baik dengan atau tanpa pengobatan (Depkes RI, 2009).

Asma, terutama apabila dengan tingkat keparahan yang berat, dapat mempengaruhi hasil kehamilan secara bermakna. Dalam sebagian penelitian, dijumpai peningkatan insidensi preeklamsia, persalinan preterm, bayi berat lahir rendah, dan mortalitas perinatal.

Walaupun belum terbukti, secara logika asma yang terkontrol baik akan memberi hasil yang lebih baik. Kematian ibu dapat terjadi akibat status asmatikus. Penyulit yang mengancam nyawa adalah pnemotoraks, pneumomediastium, kor pulmonale akut, aritmia jantung, kelelahan otot serta henti napas. Gejala asma meliputi inflamasi kronis jalan nafas yang ditandai oleh spasme, edema, peningkatan produksi mucus, hiperesponsivitas terhadap stimulus (Kriebs, Carolyn, 2005).

Perjalanan penyakit asma, secara klinis, asma merupakan suatu spectrum penyakit yang luas yang berkisar dari mengi ringan sampai bronkokonstriksi berat yang menyebabkan gagal napas, hipoksemia berat, dan kematian. Akibat fungsional dari bronkospasme akut adalah obstruksi jalan nafas, perubahan oksigenasi selanjutnya merupakan cerminan dari ketidak sesuaian ventilasi-perfusi karena penyempitan jalan nafas tidak merata (Cunningham; Leveno; Gant; Hauth; Gilstrap; Wenstrom, 2006).

Hipoksia pada awalnya dikompensasi dengan baik oleh hiperventilasi, seperti tercermin oleh normalnya tekanan karbondioksida sehingga terjadi *alkaliosis respiratorik*. Seiring dengan bertambah parahnyanya penyempitan jalan nafas, gangguan ventilasi-perfusi meningkat sehingga terjadi hipoksemia arteri. Pada obstruksi yang parah, ventilasi sedemikian terganggu karena kelelahan otot pernapasan sehingga terjadi retensi CO₂ awal. Karena adanya hiperventilasi, hal ini mungkin dijumpai pada awal penyakit karena tekanan CO₂ arteri kembali ke kisaran normal. Akhirnya, pada obstruksi yang sudah kritis, terjadi gagal napas yang ditandai dengan hiperkapnia dan asidemia (Cunningham; Leveno; Gant; Hauth; Gilstrap; Wenstrom, 2006).

Efek kehamilan pada asma. tidak ada bukti bahwa kehamilan menimbulkan efek yang dapat diprediksi pada asma. schatz dkk. (1998) secara prospektif meneliti gejala dan pemeriksaan spirometri sepanjang kehamilan dan nifas pada 366 wanita yang megidap asma. Mereka melaporkan bahwa sekitar sepertiga dari para pasien masing-masing membaik, tidak mengalami perubahan, atau malah memburuk. Pada studi prospektif lainnya oleh Stenius-Aarniala dkk. (1988) terhadap 198 kehamilan, hampir 40 persen wanita memerlukan terapi yang lebih intensif untuk asmanya pada suatu saat kehamilan. Oleh karena ini, sekitar sepertiga wanita asmatik mengalami perburukan penyakit pada suatu saat selama kehamilan mereka (Cunningham; Leveno; Bloom; Hauth; Rouse; Spong, 2013).

Efek asma pada kehamilan, pada sebagian besar penelitian, dijumpai peningkatan insiden preeklamsi, persalinan preterm, bayi berat lahir rendah, dan mortalitas perinatal. Efek asma pada janin, penelitian pada hewan maupun manusia mengisyaratkan bahwa alkalosis pada ibu dapat menyebabkan hipoksemia janin jauh sebelum oksigenasi ibu terganggu (Rolston dkk., 1997). Gangguan pada janin diperkirakan disebabkan oleh kombinasi beberapa faktor, yaitu: berkurangnya aliran darah uterus, berkurangnya aliran balik vena ibu, dan pergeseran kurva disosiasi oksihemoglobin ke kiri akibat basa. Apabila ibu tidak mampu lagi mempertahankan tekanan oksigen normal dan terjadi hipoksemia, janin akan berespons dengan mengurangi aliran darah umbilikus, meningkatkan resistensi vascular sistemik dan paru, dan akhirnya mengurangi curah jantung (Cunningham; Leveno; Bloom; Hauth; Rouse; Spong, 2013).

9. Konsep Dasar Persalinan

a. Pengertian Persalinan

Persalinan normal adalah proses pengeluaran bayi dengan usia kehamilan cukup bulan, letak memanjang atau sejajar sumbu badan ibu, presentasi belakang kepala, berkesinambungan diameter kepala bayi dan panggul ibu, serta dengan tenaga ibu sendiri. Hampir sebagian besar persalinan merupakan persalinan normal, hanya sebagian saja (12-15%) merupakan persalinan patologik. Pada beberapa kondisi, persalinan normal dapat beralih menjadi persalinan patologik apabila terjadi kesalahan dalam penilaian kondisi ibu dan bayi atau juga akibat kesalahan dalam memimpin persalinan

(Prawirohardjo, 2009).

b. Tanda-Tanda Persalinan

Tanda-tanda menjelang persalinan yaitu timbulnya kontraksi palsu atau *braxton hicks* yang mempunyai ciri yaitu sifatnya ringan, pendek, tidak menentu jumlahnya dalam 10 menit dan hilang saat digunakan untuk istirahat (Sofian, 2012). His sesudah kehamilan 30 minggu makin terasa lebih kuat dan lebih sering, sesudah 36 minggu aktivitas uterus lebih meningkat lagi hingga persalinan dimulai (Winkjosastro, 2007). Tanda mulai persalinan yaitu timbulnya his persalinan dengan ciri:

- 1) Kekuatan his makin sering terjadi dan teratur dengan jarak kontraksi yang semakin pendek.
- 2) Terasa nyeri di abdomen dan menjalar ke pinggang.
- 3) Menimbulkan perubahan progresif pada serviks berupa perlunakan dan pembukaan.
- 4) Dengan aktivitas his persalinan bertambah (Manuaba dkk., 2010).
- 5) Keluar lendir bercampur darah yang lebih banyak karena robekan-robekan kecil pada serviks (Sofian, 2012).

c. Faktor yang Mempengaruhi Persalinan:

1) *Power*

His adalah salah satu kekuatan pada ibu yang menyebabkan serviks membuka dan menolong janin ke bawah. Pada presentasi kepala, bila his sudah cukup kuat, kepala akan turun dan mulai masuk ke dalam rongga panggul (Saifuddin, 2010).

2) *Refleks* mengejan mempercepat proses persalinan akibat pengeluaran oksitosin yang terjadi secara pulsatif oksitosin yang dikeluarkan memiliki konsentrasi yang lebih tinggi dan frekuensi lebih sering sehingga kala dua persalinan dapat berlangsung lebih cepat (Manuaba dkk., 2010).

3) *Passage*

Jalan lahir terdiri atas panggul ibu yakni bagian tulang yang padat, dasar panggul, vagina dan introitus.

4) *Passanger*

Passanger atau janin bergerak di sepanjang jalan lahir merupakan akibat interaksi beberapa faktor yaitu: ukuran kepala janin, presentasi janin, letak janin, posisi janin (Sofian, 2012).

5) Psikologis

Faktor psikologis meliputi hal-hal yang melibatkan psikologis ibu, emosi dan persiapan intelektual, pengalaman melahirkan bayi sebelumnya, kebiasaan adat dan lingkungan dari orang terdekat pada kehidupan ibu.

6) Penolong

Peran dari penolong yaitu mengantisipasi dan menangani komplikasi yang mungkin terjadi pada ibu dan janin. Proses ini tergantung dari kemampuan skill dan kesiapan penolong dalam menghadapi proses persalinan (Saifuddin, 2010).

d. Tahap-Tahap Persalinan

1) Kala I

Kala I persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus dan pembukaan serviks, hingga mencapai pembukaan lengkap (10cm) (Saifuddin, 2010). Posisi miring ke kiri dalam kala I dapat mempermudah oksigenasi janin, sirkulasi darah ibu lancar, dan dapat mengurangi laserasi perineum (JPNK-KR, 2008). Persalinan kala I dibagi menjadi dua fase, yaitu:

- a) Fase laten, dimana pembukaan serviks berlangsung lambat dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan secara bertahap sampai pembukaan 3 cm, berlangsung selama 7-8 jam (Sofian, 2012).
- b) Fase aktif (pembukaan serviks 4-10 cm), berlangsung selama 6 jam dan dibagi dalam 3 subfase yaitu:
 - (1) Periode akselerasi: berlangsung selama 2 jam, pembukaan menjadi 4 cm.
 - (2) Periode dilatasi maksimal: berlangsung selama 2 jam, pembukaan berlangsung cepat menjadi 9 cm.
 - (3) Periode deselerasi: berlangsung lambat, dalam 2 jam pembukaan menjadi 10 cm atau lengkap (Sofian,2012).

1) Kala II

Kala II persalinan dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Proses ini berlangsung 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multipara (Saifuddin, 2009).

a) Tanda dan gejala kala II:

- (1) His semakin kuat, dengan interval 2 sampai 3 menit dengan durasi 50-100 detik.
- (2) Menjelang akhir kala I ketuban pecah, ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak (Manuaba dkk., 2010).
- (3) Ibu merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi.
- (4) Ibu merasakan makin meningkatnya tekanan pada rectum dan atau vagina. Perineum terlihat menonjol, vulva-vagina dan sfingter ani terlihat membuka (Saifuddin, 2010).

b) Episiotomi

Episiotomi adalah tindakan untuk melebarkan jalan lahir lunak dengan melakukan insisi pada daerah perineum. Tujuan episiotomi adalah meluaskan jalan lahir sehingga persalinan dapat berlangsung lebih cepat dan mengupayakan agar tepi robekan perineum teratur untuk memudahkan menjahitnya kembali. Ada 3 jenis irisan yaitu medialis, mediolateralis, lateralis (Manuaba dkk., 2010). Episiotomi juga dilakukan untuk mengurangi penekanan kepala pada perineum sehingga membantu mencegah kerusakan otak. Indikasi episiotomi yaitu halangan kemajuan persalinan akibat perineum yang kaku, untuk mengelakan robekan yang tak teratur, alasan fetal (bayi prematur, bayi besar, posisi abnormal) (Oxorn dan

Forte, 2010).

Tabel 6. Derajat robekan perineum

Derajat	Penjelasan robekan
1	Laserasi epitel vagina atau laserasi pada kulit perineum saja
2	Melibatkan kerusakan pada otot-otot perineum, tetapi tidak melibatkan kerusakan sfingter ani
3	3 Kerusakan pada otot sfingter ani 3a: robekan < 50% sfingter ani eksterna 3b: robekan > 50% sfingter ani eksterna 3c: robekan juga meliputi sfingter ani interna
4	Robekan stadium tiga dan robekan epitel anus

Sumber: Kemenkes RI, 2013

c) Penatalaksanaan Kala II

Memberikan dukungan terus menerus kepada ibu dengan:

- (1) Menjaga kebersihan ibu.
- (2) Mengipasi dan massase untuk menambah kenyamanan ibu.
- (3) Memberikan dukungan mental untuk mengurangi kecemasan ibu dengan mengatur posisi ibu. Dalam membimbing meneran dapat dipilih posisi jongkok, menungging, tidur miring, setengah duduk.
- (4) Menjaga kandung kemih tetap kosong.
- (5) Memberikan minum yang cukup (Saifuddin, 2009).

2) Kala III

Kala III persalinan dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban. Seluruh prosesnya biasanya berlangsung 5-30 menit setelah bayi lahir (Saifuddin, 2010). Penataksanaan kala III dengan manajemen aktif

kala III persalinan yang dapat mempercepat kelahiran plasenta dan dapat mencegah atau mengurangi perdarahan pasca persalinan. Penatalaksanaan aktif kala III, meliputi: jepit dan potong talipusat sedini mungkin, pemberian oksitosin dengan segera, melakukan penegangan talipusat terkendali (PTT), masase fundus lahir (Saifuddin, 2009).

3) Kala IV

Kala IV dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam setelah proses tersebut (Saifuddin, 2010). Asuhan dan pemantauan pada kala IV meliputi:

- a) Kesadaran ibu mencerminkan kebahagiaan karena tugasnya untuk mengeluarkan bayi telah selesai.
- b) Pemeriksaan yang dilakukan: tekanan darah, nadi, dan pernafasan dan suhu; kontraksi rahim yang keras; perdarahan yang mungkin terjadi dari plasenta rest, luka episiotomi, perlukaan pada serviks; kandung kemih dikosongkan karena dapat mengganggu kontraksi rahim.
- c) Bayi yang telah dibersihkan diletakkan disamping ibunya agar dapat memulai pemberian asi.
- d) Observasi dilakukan selama 2 jam dengan interval pemeriksaan 15 menit pada 1 jam pertama dan 30 menit pada satu jam selanjutnya (Manuaba dkk., 2010).

10. Ketuban Pecah Dini

Ketuban Pecah Dini adalah pecahnya selaput ketuban sebelum terjadi proses persalinan yang dapat terjadi pada usia kehamilan cukup waktu atau kurang waktu (Cunningham, Mc. Donald, gant, 2002). Ketuban pecah dini atau *Premature Rupture Of The Membranes* (PROM) adalah pecahnya selaput ketuban sebelum adanya tanda-tanda persalinan. Sebagian besar ketuban pecah dini terjadi diatas 37 minggu kehamilan, sedangkan dibawah 36 minggu tidak terlalu banyak (Manuaba, 2008). Menurut Hidayat (2009) walaupun banyak publikasi tentang KPD, namun penyebabnya masih belum diketahui dan tidak dapat ditentukan secara pasti. Beberapa laporan menyebutkan faktor-faktor mana yang lebih berperan sulit diketahui. Beberapa laporan menyebutkan faktor-faktor yang berhubungan erat dengan KPD sulit diketahui. Kemungkinan faktor predisposisi adalah infeksi, golongan darah ibu dan anak tidak sesuai, multi graviditas (paritas), merokok, defisiensi gizi (vitamin C), inkompetensi servik, polihidramnion, riwayat KPD sebelumnya, kelainan selaput ketuban.

Komplikasi paling sering terjadi pada ketuban pecah dini sebelum usia kehamilan 37 minggu adalah sindroma distress pernapasan, yang terjadi pada 10-40% bayi baru lahir. Risiko infeksi meningkat pada kejadian ketuban pecah dini, selain itu juga terjadinya prolapsus tali pusat. Risiko kecacatan dan kematian janin meningkat pada ketuban pecah dini preterm. Hipoplasia paru merupakan komplikasi fatal yang terjadi pada ketuban pecah dini preterm. Kejadiannya mencapai 100% apabila ketuban pecah dini preterm terjadi pada usia kehamilan kurang dari 23 minggu (Hidayat, 2009).

Menurut Manuaba (2010) kejadian ketuban pecah dini mendekati 10% dari semua persalinan. Pada umur kehamilan kurang dari 34 minggu sekitar 4 %. Menurut Wahyuni (2009) kejadian ketuban pecah dini di Indonesia sebanyak 35,70% - 55,30% dari 17.665 kelahiran. Pada ibu yang mengalami KPD memiliki risiko yang lebih tinggi mengalami infeksi, dikarenakan infeksi berkolerasi tinggi dengan jarak waktu (dalam jam) dari pemeriksaan dalam (Nugroho, 2010)

Penatalaksanaan Ketuban Pecah dini, pada kehamilan preterm maupun aterm dengan atau tanpa komplikasi harus dirujuk ke rumah sakit. Bila janin hidup dan terdapat prolapse tali pusat, pasien dirujuk dengan posisi bersujud. Bila ada demam atau dikhawatirkan terjadi infeksi saat rujukan atau ketuban pecah lebih dari 6 jam, berikan antibiotik seperti penisilin prokain 1,2 IU intramuscular dan ampisilin 1 g peroral. Bila pasien tidak tahan ampisilin berikan eritromicin 1 g peroral. Pada kehamilan kurang dari 32 minggu dilakukan tindakan konservatif, yaitu tirah baring, diberikan fenobarbital 3 x 30 mg. berikan antibiotik selama 5 hari dengan glukokortikosteroid contoh deksametason 3 x 5mg selama 2 hari. Berikan pula tokolisis. Bila terjadi infeksi, akhiri kehamilan, pada kehamilan 33-35 minggu, lakukan terapi konservatif selama 24 jam lalu induksi persalinan, bila terjadi infeksi, akhiri kehamilan.

Pada kehamilan lebih dari 36 minggu, bila ada his, pimpin meneneran dan akselerasi bila ada inersia uteri. Bila tidak ada his lakukan induksi persalinan bila ketuban pecah kurang dari 6 jam dan skor pelvik kurang dari 5 atau ketuban pecah lebih dari 6 jam dan skor pelvik lebih dari

5. Lakukan seksio sesarea bila ketuban 5 jam dan skor pelvik kurang dari 5 (K. Sukarni;ZH Margareth, 2013).

Penanganan aktif Ketuban Pecah Dini adalah bila kehamilan > 37 minggu, induksi dengan oksitosin. Bila gagal *seksio secarea*. Dapat pula diberikan misoprostol 25 µg – 50 µg intravaginal tiap 6 jam maksimal 4x. bila ada tanda-tanda infeksi berikan antibiotik dosis tinggi dan persalinan diakhiri. Bila skor pelvik <5, lakukan pematangan serviks, kemudian induksi. Jika tidak berhasil, akhiri persalinan dengan seksio sesarea. Bila skor pelvik > 5, induksi persalinan (Prawirohardjo, 2010)

11. Partus lama

a. Pengertian:

Partus lama adalah persalinan yang berlangsung lebih dari 24 jam pada primi dan lebih dari 18 jam pada multi (Sofian, 2012). Etiologi menurut Saifuddin (2010) sebab-sebab partus lama dapat digolongkan menjadi 3 yaitu:

1) Kelainan tenaga (kelainan his)

His yang tidak normal dalam kekuatan atau sifatnya menyebabkan kerintangan pada jalan lahir yang lazim terdapat pada setiap persalinan, tidak dapat diatasi sehingga persalinan mengalami hambatan atau kemacetan. Jenis-jenis kelainan his yaitu:

a) *Inersia uteri*: his bersifat biasa dalam arti fundus berkontraksi lebih kuat dan lebih dahulu daripada bagian-bagian lain. Kelainan terletak dalam hal kontraksi yang terjadi lebih singkat dan jarang.

Penderita biasanya baik dan merasa nyeri tidak seberapa (Prawirohardjo, 2010).

- b) *Incoordinate uterine action*: tidak ada sinkronisasi kontraksi bagian-bagian uterus. Tidak adanya koordinasi antara bagian atas, tengah dan bagian bawah menyebabkan his tidak efisien dalam mengadakan pembukaan. Tonus otot yang menaik menyebabkan nyeri yang lebih keras dan lama bagi ibu dan dapat pula menyebabkan hipoksia janin (Prawirohardjo, 2010).
- 2) Kelainan janin: Persalinan dapat mengalami gangguan atau kemacetan karena kelainan dalam letak atau bentuk janin (janin besar atau ada kelainan konginetal janin).
- 3) Kelainan jalan lahir: Kelainan dalam bentuk atau ukuran jalan lahir bisa menghalangi kemajuan persalinan atau menyebabkan kemacetan.

b. Klasifikasi Partus lama

Oxorn dan Forte (2010) mengklasifikasikan partus lama menjadi beberapa fase, yaitu:

1) Fase laten yang memanjang

Fase laten yang memanjang adalah fase laten yang melampaui waktu 20 jam pada nulipara dan 14 jam pada multipara dan hal tersebut merupakan keadaan abnormal. Sebab-sebab fase laten yang panjang mencakup:

- a) Serviks belum matang pada awal persalinan

- b) Posisi janin abnormal
 - c) Disproporsi fetopelvik
 - d) Persalinan palsu
 - e) Pemberian sedatif yang berlebihan pada serviks yang belum matang.
- 2) Fase Aktif Yang Memanjang

Fase aktif yang memanjang pada multipara yaitu fase aktif yang berlangsung lebih dari 6 jam (rata-rata 2,5 jam) dan laju dilatasi serviks yang kurang dari 1,5 cm per jam merupakan keadaan abnormal. Periode aktif yang memanjang dapat dibagi menjadi dua kelompok klinis yang utama, yaitu kelompok yang masih menunjukkan kemajuan persalinan sekalipun dilatasi serviks berlangsung lambat (gangguan *protraction*) yaitu kecepatan pembukaan atau penurunan lambat, pada nulipara kecepatan pembukaan kurang dari 1,2 cm per jam atau penurunan kepala kurang dari 1 cm per jam. Untuk multipara, protaksi didefinisikan sebagai kecepatan kurang dari 1,5 cm per jam atau penurunan kepala kurang dari 2 cm per jam. Yang kedua, kelompok yang benar-benar mengalami penghentian dilatasi serviks (*arrest*), didefinisikan apabila tidak ada perubahan serviks dalam waktu 2 jam, dan kemacetan penurunan kepala apabila dalam 1 jam tidak ada penurunan kepala. Pengamatan yang cermat, upaya menghindari kelahiran pervaginam yang traumatik dan pertimbangan seksio

sesarea merupakan tindakan penting dalam penatalaksanaan permasalahan ini.

c. Tatalaksana

Menurut Kemenkes R1 2013 tatalaksana partus lama:

- 1) Tatalaksana umum untuk penanganan partus lama yaitu segera rujuk ibu ke rumah sakit yang memiliki pelayanan seksio sesarea.
- 2) Tatalaksana khusus untuk penanganan yaitu dengan tentukan penyebab partus lama seperti *power* (his tidak adekuat), *passage* (mal presentasi, mal posisi, janin besar), *passage* (panggul sempit, kelaian serviks atau vagina, tumor jalan lahir). Sesuaikan tatalaksana dengan penyebab dan situasi. Lakukan augmentasi persalinan dengan oksitosin dan atau amniotomi bila terdapat gangguan *power*. Pastikan tidak ada gangguan *passage* atau *passage*. Lakukan tindakan operatif (forsep, vakum, seksio sesarea) bila terdapat gangguan *passager* atau *passage*.

d. Dampak Partus Lama

1) Bahaya bagi ibu

Partus lama dapat menimbulkan efek berbahaya baik terhadap ibu maupun anak. Beratnya cedera meningkat dengan semakin lamanya proses persalinan, resiko tersebut naik dengan cepat setelah waktu 24 jam. Terdapat kenaikan pada insidensi atonia uteri, laserasi, perdarahan, infeksi, kelelahan ibu dan syok.

2) Bahaya bagi janin

Asfiksia akibat partus lama itu sendiri; *Caput suksedeneum* (pembengkakan difusi aringan lunak kepala yang dapat melampaui sutura garis engah. Kelainan ini akibat sekunder dari tekanan uterus atau dinding vagina pada kepala bayi sebatas kaput); Molase; Ketuban pecah sebelum persalinan (saifuddin, 2009).

12. Induksi dan Augmentasi

Induksi persalinan adalah upaya menstimulasi uterus untuk memulai terjadinya persalinan. Sedangkan augmentasi atau akselerasi persalinan adalah meningkatkan frekuensi, lama, dan kekuatan kontraksi uterus dalam persalinan (Saifuddin, 2002). Induksi dimaksudkan sebagai stimulasi kontraksi sebelum mulai terjadi persalinan spontan, dengan atau tanpa rupture membrane. Augmentasi merujuk pada stimulasi terhadap kontraksi spontan yang dianggap tidak adekuat karena kegagalan dilatasi serviks dan penurunan janin. (Cunningham, 2013).

Adapun indikasi induksi dan augmentasi persalinan yaitu ketuban pecah dini, kehamilan lewat waktu, oligohidramnion, korioamnionitis, preeklampsi berat, hipertensi akibat kehamilan, *intrauterine fetal death* (IUFD) dan pertumbuhan janin terhambat (PJT), insufisiensi plasenta, perdarahan antepartum, dan *umbilical abnormal arteri Doppler* (Oxford, 2013). Sedangkan kontra indikasi induksi persalinan serupa dengan kontra indikasi untuk menghindarkan persalinan dan kelahiran spontan.

Diantaranya yaitu: disproporsi sefalopelvik (CPD), plasenta previa, gamelli, polihidramnion, riwayat sectio caesar klasik, malpresentasi atau kelainan letak, gawat janin, vasa previa, hidrosefalus, dan infeksi herpes genital aktif. (Cunningham, 2013 & Winkjosastro, 2002).

Tujuan induksi atau augmentasi adalah untuk menghasilkan aktifitas uterus yang cukup untuk menghasilkan perubahan serviks dan penurunan janin. Sejumlah regimen oksitosin untuk stimulasi persalinan direkomendasikan oleh *American College of Obstetricians and Gynecologists*. Oksitosin diberikan dengan menggunakan protokol dosis rendah (1 – 4 mU/menit) atau dosis tinggi (6 – 40 mU/menit), awalnya hanya variasi protokol dosis rendah yang digunakan di Amerika Serikat, kemudian dilakukan percobaan dengan membandingkan dosis tinggi, dan hasilnya kedua regimen tersebut tetap digunakan untuk induksi dan augmentasi persalinan karena tidak ada regimen yang lebih baik dari pada terapi yang lain untuk memperpendek waktu persalinan (Cunningham, 2013). Oksitosin digunakan secara hati-hati karena gawat janin dapat terjadi dari hiperstimulasi. Walaupun jarang, rupture uteri dapat pula terjadi, lebihlebih pada multipara. Untuk itu senantiasa lakukan observasi yang ketat pada ibu yang mendapat oksitosin.

13. Bayi Baru Lahir

a. Pengertian

Bayi umur 1 jam sampai dengan umur 40 hari. Bayi merupakan manusia yang baru lahir sampai umur 12 bulan, namun tidak

ada batasan yang pasti. Menurut psikologi, bayi adalah periode perkembangan yang merentang dari kelahiran hingga 18 atau 24 bulan. Masa bayi adalah masa yang sangat bergantung pada orang dewasa. Banyak kegiatan psikologis yang terjadi hanya sebagai permulaan seperti bahasa, pemikiran simbolis, koordinasi sensorimotor, dan belajar sosial. Pada masa ini manusia sangat lucu dan mengemaskan tetapi juga rentan terhadap kematian (Marmi Dan Kukuh, 2012).

b. Tanda-Tanda Bayi Lahir Sehat

Menurut Kemenkes RI (2010), tanda-tanda bayi lahir sehat yaitu: berat badan bayi 2500-4000 gram, umur kehamilan 37-40 minggu, bayi segera menangis, bergerak aktif, kulit kemerahan, mengisap ASI dengan baik, tidak ada cacat bawaan.

c. Asuhan Segera Bayi Baru Lahir

Asuhan segera bayi baru lahir adalah asuhan yang diberikan pada bayi selama jam pertama setelah kelahiran (Saiffudin, 2009). Segera bayi lahir jangan menunggu untuk menentukan nilai APGAR, langsung melakukan 4 penilaian awal bayi baru lahir, yaitu, apakah kehamilan cukup bulan, apakah air ketuban jernih dan tidak terkontaminasi mekoneum, apakah bayi bernafas adekuat atau menangis, apakah tonus otot baik. Bila salah satu atau lebih pertanyaan dijawab 'tidak' maka melakukan langkah awal resusitasi. Bila semua pertanyaan dijawab dengan 'ya' maka melakukan perawatan rutin (memberikan kehangatan, membersihkan jalan nafas, mengeringkan dan menilai warna) (Saifuddin, 2010).

Menurut Fraser dan Cooper (2009) pengkajian kondisi umum bayi pada menit pertama dan kelima dengan menggunakan nilai APGAR. Dari hasil pemeriksaan APGAR score, dapat diberikan penilaian kondisi bayi baru lahir sebagai berikut: nilai 7-10: normal, nilai 4-6: asfiksia sedang-ringan, nilai 0-3: asfiksia berat. Penanganan bayi baru lahir meliputi:

- 1) Pencegahan kehilangan panas. Pada waktu bayi baru lahir, bayi belum mampu mengatur tetap suhu badannya, dan membutuhkan pengaturan dari luar untuk membuatnya tetap hangat. Bayi baru lahir harus dibungkus hangat (Saifuddin, 2010).
- 2) Pembersihan jalan napas Saat kepala bayi dilahirkan, sekresi lendir yang berlebih dari mulut dapat dibersihkan dengan lembut. Namun, hindari menyentuh lubang hidung karena dapat merangsang reflex inhalasi di trakea (Fraser dan Cooper, 2009).
- 3) Memotong dan merawat tali pusat. Dalam memotong tali pusat, dipastikan bahwa tali pusat telah diklem dengan baik untuk mencegah terjadinya perdarahan. Pemotongan tali pusat dilakukan secara aseptis untuk mencegah infeksi tali pusat. Yang terpenting dalam perawatan tali pusat adalah menjaga agar tali pusat tetap kering dan bersih (Saifuddin, 2010).
- 4) Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan Pemberian Nutrisi Segera setelah dilahirkan bayi diletakkan di dada atau perut atas ibu selama paling sedikit satu jam untuk memberi kesempatan pada bayi untuk mencari dan menemukan puting ibunya. Manfaat IMD adalah

membantu stabilisasi pernafasan, mengendalikan suhu tubuh, menjaga kolonisasi kuman yang aman, dan mencegah infeksi nosokomial (Saifuddin, 2010).

5) Injeksi Vitamin K. Pemberian vitamin K dapat menurunkan insiden kejadian perdarahan akibat defisiensi vitamin K1 yang dapat menyebabkan kematian neonatus. Semua bayi baru lahir diberikan suntikan vitamin K 1 (phytomenadione) sebanyak 1mg dosis tunggal, intramuskuler pada anterolateral paha kiri. Vitamin K1 dilakukan setelah IMD.

6) Pemberian HB 0. Imunisasi hepatitis B yang pertama (HB 0) diberikan 1-2 jam setelah pemberian Vitamin K. Imunisasi hepatitis B bermanfaat untuk mencegah infeksi hepatitis B terhadap bayi terutama jalur penularan ibu ke anak (Kemenkes RI,

2010).

7) Pemberian Salep Mata.

Pemberian antibiotik profilaksis pada mata dapat mencegah terjadinya konjungtivitis. Profilaksis mata yang sering digunakan yaitu tetes mata silver nitrat 1%, salep mata eritromisin, dan salep mata tetrasiklin (Saifuddin, 2010).

d. Tanda Bahaya Bayi Baru Lahir Dan Neonatus

Menurut Saifuddin, 2006 semua bayi baru lahir harus dinilai adanya tanda- tanda kegawatan atau kelainan menunjukkan suatu penyakit. Bayi

baru lahir dinyatakan sakit apabila mempunyai salah satu atau beberapa tanda – tanda berikut:

- 1) Sesak nafas.
- 2) Frekwensi pernapasan 60 kali/menit
- 3) Gerakan retraksi di dada.
- 4) Malas minum.
- 5) Panas atau suhu badan bayi rendah.
- 6) Gerakan Kurang aktif
- 7) Berat badan lahir rendah (1500-2500 gram)
- 8) Sulit minum
- 9) Sianosis sentral (lidah biru)
- 10) Perut kembung

e. Kunjungan Neonatal

Kunjungan neonatal adalah pelayanan kesehatan kepada neonatus sedikitnya 3 kali yaitu:

- 1) Kunjungan neonatal I (KN1) pada 6 jam sampai dengan 48 jam setelah lahir
- 2) Kunjungan neonatal II (KN2) pada hari ke 3 sampai dengan 7 hari
- 3) Kunjungan neonatal III (KN3) pada hari ke 8 sampai dengan 28 Hari.

Pelayanan kesehatan diberikan oleh dokter, bidan atau perawat, dapat dilaksanakan di Puskesmas atau melalui kunjungan rumah. Pelayanan yang diberikan mengacu pada pedoman Manajemen

Terpadu Balita Sakit (MTBS) pada algoritma bayi muda (Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM) termasuk ASI eksklusif, pencegahan infeksi berupa perawatan mata, perawatan tali pusat (Kemenkes RI, 2010).

f. Imunisasi Bayi

Imunisasi adalah suatu usaha memberikan kekebalan bayi dan anak terhadap penyakit. Imunisasi suatu tindakan dengan sengaja memasukkan vaksin berupa mikroba hidup yang sudah dilemahkan. Imunisasi juga dapat dikatakan suatu tindakan dengan sengaja memasukkan vaksin yang berisi mikroba hidup yang sudah dilemahkan pada balita (Proverawati dan Andhini, 2010).

Tabel 7. Macam-Macam Imunisasi Bayi

Jenis Imunisasi	Manfaat	Waktu pemberian	Tempat pemberian	Catatan
Hepatitis B	Mencegah penyakit hepatitis B yang menyerang hati (liver); berakhir menjadi sirosis (hati menciut) dan kanker hati	Diberikan pada waktu 12 jam setelah lahir, dilanjutkan pada umur 1 dan 3-6 bulan. Interval dosis minimal 4 minggu.	Disuntikan di paha	<ul style="list-style-type: none"> Diberikan tanpa memandang status ibu (pernah terinfeksi atau belum). Tak ada obat spesifik untuk menangani penyakit ini.

Polio	Mencegah terkena polio (poliomyelitis) yang menyebabkan anak lumpuh (kebanyakan mengenai satu kaki tetapi bisa juga terkena kedua kakinya).	Diberikan saat kunjungan pertama. Untuk bayi yang lahir dirumah bersalin OPV (Oral Polio Vaksin) diberikan saat bayi di pulangkan (untuk menghindari transmisi virus vaksin kepada bayi lain)	Di teteskan di mulut. Diberikan 3 kali dalam selang waktu 6-8 minggu	Penyakit ini sangat menular dan tidak ada obatnya
BCG	Mencegah penyakit TBC (tuberkulosis)	Diberikan sejak lahir. Jika umur lebih dari 3 bulan harus dilakukan uji tuberkulin terlebih dahulu. BCG diberikan jika uji negatif.	Disuntikan dilengan atas	Umumnya menyerang paruparu. Tapi pada anak-anak, penyakit ini dapat menjalar ke otak, kelenjar, tulang dan menimbulkan komplikasi.
DPT	Mencegah penyakit difteri, pertusis dan tetanus	Usia bayi 2 bulan, dengan selang waktu 4 minggu untuk DPT berikutnya	Disuntikan di paha atau di lengan	Bayi menjadi demam, gelisah, dan sedikit rewel
Campak	Kekebalan terhadap campak	Usia 9 bulan.	Disuntikan dilengan.	Bayi menjadi demam.

(Mitayani, 2010 : 54-55)

Tabel 8. Waktu Pemberian Imunisasi

Usia	Jenis Imunisasi
0 Bulan	Hepatitis B 0
1 Bulan	BCG, Polio 1
2 Bulan	DPT - Hepatitis B - Hib 1, Polio 2
3 Bulan	DPT - Hepatitis B - Hib 2, Polio 3
4 Bulan	DPT - Hepatitis B - Hib 3, Polio 4
9 Bulan	Campak

(Sumber: Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 42 tahun 2013)

g. ASI Eksklusif

ASI eksklusif adalah pemberian ASI tanpa makanan dan minuman pendamping (termasuk air jeruk, madu, air gula) yang dimulai sejak bayi baru lahir sampai dengan usia 6 bulan (Sulistyowati, 2009). ASI memiliki banyak manfaat baik bagi bayi maupun bagi Ibu dari berbagai macam aspek, baik kesehatan, ekonomi, psikologi, kemudahan. ASI merupakan merupakan nutrisi alamiah yang terbaik bagi bayi karena mengandung kebutuhan energi dan zat yang di butuhkan selama enam bulan pertama kehidupan bayi dan diberikan secara eksklusif. Asi eksklusif adalah pemberian ASI saja tanpa makanan tambahan apapun (Sitti Saleha, 2009). Berikut adalah manfaat ASI:

1) Manfaat ASI bagi bayi:

- a) ASI mengandung komponen perlindungan terhadap infeksi, mengandung protein yang spesifik untuk perlindungan terhadap alergi dan merangsang sistem kekebalan tubuh.
- b) Komposisi ASI sangat baik karena mempunyai kandungan protein, karbohidrat, lemak dan mineral yang seimbang.
- c) ASI memudahkan kerja pencernaan, mudah diserap oleh usus bayi serta mengurangi timbulnya gangguan pencernaan seperti diare atau sembelit.
- d) Bayi yang minum ASI mempunyai kecenderungan memiliki

berat badan ideal.

- e) ASI mengandung zat-zat gizi yang di butuhkan bagi pertumbuhan dan perkembangan bayi termasuk untuk kecerdasan bayi.
 - f) Secara alamiah ASI memberikan kebutuhan yang sesuai dengan usia kelahiran bayi.
 - g) ASI bebas kuman karena di berikan langsung dari payudara sehingga kebersihannya terjamin.
 - h) ASI mengandung banyak kadar selenium yang melindungi gigi dari kerusakan.
 - i) Menyusui akan melatih daya hisap bayi dan membantu mengurangi insiden molaklusi dan membentuk otot pipi yang baik.
 - j) ASI memberikan keuntungan psikologis.
 - k) Suhu ASI sesuai dengan kebutuhan bayi (Marmi dan Kukul, 2012).
- 2) Manfaat ASI bagi ibu
- a) Aspek Kesehatan Ibu yaitu membantu mempercepat pengembalian uterus ke bentuk semula dan mengurangi perdarahan post partum karena isapan bayi pada payudara akan merangsang kelenjar hipofise untuk mengeluarkan hormone oksitoksin.

- b) Menyusui secara teratur akan menurunkan berat badan secara bertahap karena pengeluaran energi untuk ASI dan proses pembentukannya akan mempercepat kehilangan lemak.
- c) Pemberian ASI yang cukup lama dapat memperkecil kejadian karsinoma payudara dan karsinoma ovarium
- d) Pemberian ASI mudah karena tersedia dalam keadaan segar dengan suhu yang sesuai sehingga dapat diberikan kapan dan dimana saja.

14. Nifas

a. Pengertian

Masa nifas (*puerperium*) adalah masa yang dimulai setelah plasenta keluar dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan semula (sebelum hamil). Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu (Sulistiyawati, 2009)

b. Tahap-tahap nifas

Masa nifas dibagi menjadi 3 tahap, yaitu *puerperium dini*, *puerperium intermedial*, dan *remote puerperium* sebagai berikut:

1) *Puerperium dini*

Puerperium dini merupakan masa kepulihan, yang dalam hal ini ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan. Dalam agama Islam, dianggap bersih dan boleh bekerja setelah 40 hari.

2) *Puerperium intermedial*

Puerperium intermedial merupakan masa kepulihan

menyeluruh alat-alat genitalia, yang lamanya sekitar 6-8 minggu.

3) *Remote puerperium*

Remote puerperium merupakan masa yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna, terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna dapat berlangsung selama berminggu-minggu, bulanan, bahkan tahunan (Sulistyawati, 2009).

c. Perubahan Fisiologis pada Masa Nifas

1) Involusi Uterus

Involusi uterus merupakan proses kembalinya uterus ke keadaan sebelum hamil setelah melahirkan (Varney dkk., 2007).

2) *Lochea*

Menurut Sofian (2012) *lochea* adalah cairan sekret yang berasal dari kavum uteri dan vagina dalam masa nifas.

Macam-macam *lochea*, yaitu:

(a) *Lochea rubra (cruenta)*: berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel decidua, verniks kaseosa, lanugo, mekonium selama 2 hari pasca persalinan.

(b) *Lochea sanguilenta*: berwarna merah kuning, berisi darah dan lendir hari ke 3-7 pascapersalinan.

(c) *Lochea serosa*: berwarna kuning, cairan tidak berdarah lagi, pada hari ke 7-14 pascapersalinan.

(d) *Lochea alba*: cairan putih, setelah 2 minggu.

d. Kebutuhan Dasar Ibu Nifas

1) Pola nutrisi

Ibu nifas harus mengkonsumsi tambahan 500 kalori setiap hari dan minum air 3 liter tiap hari. Meminum vitamin A 1 kapsul 200.000 unit agar dapat memberikan vitamin A pada bayinya melalui ASI dan rutin meminum pil zat besi setidaknya 40 hari setelah melahirkan (Saifuddin, 2009).

2) Pola eliminasi

Miksi harus dilakukan secepatnya. Apabila wanita tidak bisa berkemih sendiri maka harus dilakukan kateterisasi. Defekasi harus dilakukan 3 hari postpartum (Wiknjosastro, 2007).

3) Pola istirahat

Ibu nifas dianjurkan tidur siang dan beristirahat selagi bayi tidur merupakan cara untuk mencegah kelelahan pada ibu nifas. Istirahat cukup dibutuhkan karena apabila kurang istirahat akan mempengaruhi produksi ASI, memperlambat proses involusi, dan menyebabkan depresi (Saifuddin, 2009).

4) *Personal hygiene*

Membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air pada daerah di sekitar vulva terlebih dahulu, dari depan ke belakang. Membersihkan diri setiap kali selesai buang air kecil atau besar mengganti pembalut minimal dua kali sehari (Saifuddin, 2009).
Dukungan Keluarga Kondisi emosional dan psikologi suami dan

keluarga sangat penting dalam memberikan dukungan pada ibu setelah melahirkan (Saifuddin, 2010).

5) Teknik Menyusui

Teknik Menyusui yang Benar Ibu harus menyusui dalam posisi dan perlekatan yang benar sehingga menyusui efektif. Ibu harus menyusui minimal 8 kali sehari semalam. Menyusui harus bergantian hanya berpindah ke sisi lain setelah mengosongkan payudara yang disusukan. Posisi bayi saat menyusui menentukan keberhasilan dalam pemberian ASI. Posisi menyusui yang benar yaitu seluruh badan bayi tersangga dengan baik, kepala dan tubuh bayi lurus, badan bayi menghadap ke dada ibunya, badan bayi dekat dengan ibunya. Cara melakukan perlekatan yaitu dengan cara menyentuhkan puting susu ke bibir bayi, menunggu mulut bayi sampai terbuka lebar, segera mendekatkan bayi ke arah payudara sehingga bibir bawah bayi terletak dibawah puting susu. Tanda-tanda perlekatan menyusui yang baik adalah dagu bayi menempel payudara ibu, mulut bayi terbuka lebar, bibir bawah bayi membuka keluar, areola bagian atas ibu tampak lebih banyak. Tanda bayi mengisap dengan efektif adalah bayi menghisap secara dalam, teratur yang diselingi istirahat dan pada saat bayi menghisap hanya terdengar suara bayi menelan (Kemenkes RI, 2010).

e. Waktu Kunjungan Nifas

Kunjungan nifas adalah kunjungan ibu ke fasilitas kesehatan seperti puskesmas, BPM, atau rumah sakit setelah melahirkan (*postpartum*).

Menurut Kemenkes RI (2015) ibu dianjurkan melakukan kunjungan masa nifas setidaknya 3 kali.

1) Kunjungan Nifas Pertama (KF1) yaitu kunjungan nifas pada masa 6 jam sampai dengan 3 hari setelah persalinannya. Asuhannya:

- a) Memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilikus dan tidak ada tandatanda perdarahan abnormal.
- b) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, dan perdarahan abnormal.
- c) Memastikan ibu mendapat istirahat yang cukup, makanan yang bergizi, menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit.
- d) Memberikan konseling kepada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi hangat dan merawat bayi sehari-hari.

2) Kunjungan Nifas Kedua (KF2) yaitu kunjungan nifas dalam kurun waktu hari ke-4 sampai hari ke-28 setelah persalinan. Asuhannya:

- a) Memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilicus, dan tidak ada tandatanda perdarahan abnormal, menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, dan perdarahan abnormal.
- b) Memastikan ibu mendapat istirahat yang cukup, mendapat makanan yang bergizi, menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit.

- c) Memberikan konseling kepada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat, dan merawat bayi sehari-hari.
- 3) Kunjungan Nifas Ketiga (KF3) yaitu kunjungan nifas dalam kurun waktu hari ke-29 sampai dengan hari ke-42 setelah persalinan.
- Asuhannya:
- a) Menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang dialami.
 - b) Memberikan konseling untuk KB secara dini, imunisasi, senam nifas, dan tanda-tanda bahaya yang dialami oleh ibu dan bayi.
 - c) Periksa tanda-tanda vital.
 - d) Tanyakan ibu mengenai suasana emosinya, bagaimana dukungan yang didapatkannya dari keluarga, pasangan, dan masyarakat untuk perawatan bayinnya.

15. KB (Keluarga Berencana)

a. Alat Kontrasepsi Pascapartum

Macam-macam alat kontrasepsi yang aman dan tidak mengganggu laktasi meliputi Metode Amenorea Laktasi (MAL), pil progestin, suntik progestin, implan dengan progestin dan alat kontrasepsi dalam rahim. Ovulasi dapat terjadi 21 hari pascapersalinan sehingga kontrasepsi harus segera dipakai pascapersalinan (Affandi, 2012).

b. Kondom

Kondom merupakan selubung karet yang terbuat dari berbagai bahan lateks (karet), plastik (vinil) atau bahan alami (reproduksi hewani) yang dipasang pada penis saat berhubungan seksual (Buku Panduan Praktis Kontrasepsi, 2009)

c. Metode Amenorea Laktasi (MAL)

Metode Amenorea Laktasi (MAL) adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian ASI secara eksklusif, artinya hanya diberikan ASI tanpa tambahan makanan atau minuman apapun lainnya. MAL merupakan suatu metode kontrasepsi sementara yang cukup efektif, dapat digunakan antara lain bayi harus berusia kurang dari enam bulan, wanita yang belum mengalami perdarahan pervaginam setelah 56 hari pascapartum, dan pemberian ASI harus merupakan sumber nutrisi yang eksklusif untuk bayi. MAL efektif bila menyusui lebih dari 8 kali per hari (Varney dkk., 2007).

d. Suntik Progestin

1) Pengertian

Suntikan progestin merupakan alat kontrasepsi yang paling umum digunakan oleh sebagian besar wanita karena sangat efektif, aman, dapat dipakai oleh semua perempuan dalam usia reproduksi, dan cocok untuk masa laktasi karena tidak menekan produksi ASI.

2) Jenis

Depo medroksiprogesteron asetat mengandung 150 mg, DMPA, yang diberikam setiap 3 bulan dengan cara suntik

intramuscular.

3) Cara kerja

Mencegah ovulasi, mengentalkan lendir serviks sehingga menurunkan kemampuan penetrasi sperma, menjadikan selaput lendir rahim tipis dan atrofi dan menghambat transportasi gamet oleh tuba.

4) Keuntungan

Sangat efektif, tidak berpengaruh pada hubungan suami isteri, tidak mengandung estrogen sehingga tidak berdampak serius terhadap penyakit jantung, tidak mempengaruhi ASI, dapat digunakan oleh perempuan usia >35 tahun sampai perimenopause, membantu mencegah kanker endometrium dan kehamilan ektopik, menurunkan kejadian penyakit jinak payudara.

5) Kerugian

Klien sangat tergantung pada tempat sarana pelayanan kesehatan karena harus kembali sesuai jadwal suntikan, tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu, tidak mencegah IMS, terlambatnya kembalinya kesuburan setelah penghentian pemakaian.

6) Indikasi

Usia reproduksi, nulipara dan telah memiliki anak, menghendaki alat kontrasepsi jangka panjang dan yang memiliki efektivitas tinggi, menyusui, tekanan darah kurang dari 180/110mmHg.

7) Efek Samping

Amenorea, perdarahan /perdarahan bercak (spotting), meningkatnya atau menurunnya berat badan.

8) Waktu Mulai

Menggunakan Kontrasepsi Suntikan Progestin Setiap saat selama haid, mulai hari pertama sampai hari ke 7 siklus haid, sedangkan pada ibu yang tidak haid, injeksi pertama dapat diberikan setiap saat, asalkan ibu tidak hamil. Selama 7 hari setelah penyuntikan pertama tidak boleh berhubungan seksual atau memakai barrier (Saiffudin, 2011).

16. Konsep Asuhan Kebidanan

Manajemen asuhan kebidanan adalah pendekatan dan kerangka pikir yang digunakan oleh bidan dalam menerapkan metode pemecahan masalah secara sistematis mulai dari pengumpulan data, analisa data, diagnosa kebidanan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi (Kemenkes RI, 2007). Manajemen asuhan kebidanan yang digunakan adalah sesuai dengan KEPMENKES Nomer 938/Menkes/SK/VIII/2007. Standar asuhan kebidanan adalah acuan dalam proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup praktiknya berdasarkan ilmu dan kiat kebidanan mulai dari pengkajian, perumusan diagnosa dan atau masalah kebidanan, perencanaan implementasi, evaluasi, dan pencatatan asuhan kebidanan (Kemenkes RI, 2007). Menurut Varney dkk (2007) ada 7 langkah yang digunakan yang mencakup seluruh kerangka kerja yang dapat diaplikasikan yaitu:

a. Mengumpulkan data dasar yang menyeluruh yang meliputi data

subjektif dan data objektif.

- b. Mengintrepetasi data untuk kemudian diproses menjadi masalah atau diagnosis serta kebutuhan perawatan kesehatan yang diidentifikasi khusus.
- c. Mengidentifikasi masalah atau diagnosis potensial berdasarkan masalah dan diagnosa yang sudah diidentifikasi.
- d. Mengetahui kebutuhan terhadap tindakan segera, konsultasi, kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain serta rujukan berdasarkan kondisi klien.
- e. Merencanakan asuhan secara menyeluruh dengan tepat dan rasional berdasarkan keputusan yang dibuat pada langkah-langkah sebelumnya.
- f. Melakukan penatalaksanaan langsung secara efisien dan aman.
- g. Melakukan evaluasi keefektifan asuhan yang diberikan dengan mengulang kembali manajemen proses untuk aspek-aspek asuhan yang tidak efektif.

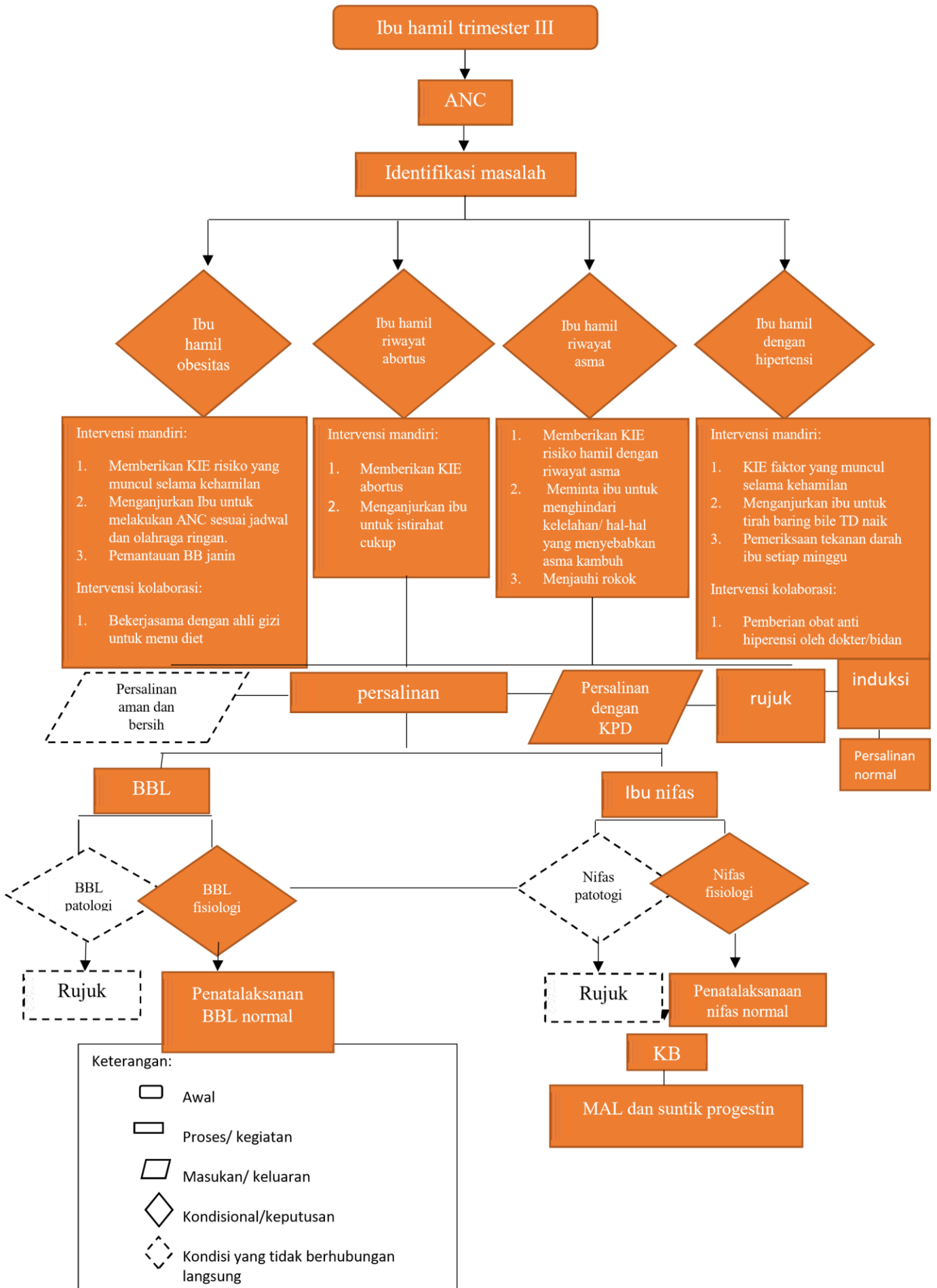
17. Asuhan Kebidanan Berkesinambungan

Asuhan kebidanan komprehensif adalah suatu pemeriksaan yang dilakukan secara lengkap dengan adanya pemeriksaan laboratorium sederhana dan konseling (Varney, 2006). Asuhan kebidanan komprehensif mencakup empat kegiatan pemeriksaan berkesinambungan diantaranya adalah asuhan kebidanan kehamilan (antenatal care), asuhan kebidanan persalinan (intranatal care), asuhan kebidanan masa nifas (postnatal care), dan asuhan bayi baru lahir (neonatal care) (Varney, 2006).

Sesuai dengan teori Ela Joy Lehrman Asuhan kebidanan berkesinambungan adalah asuhan yang diberikan seorang bidan terhadap

klien/pasien mulai dari rakonsepsi, masa kehamilan, nifas dan KB. Asuhan kebidanan berkesinambungan adalah bagian integral dari pelayanan kesehatan yang diberikan oleh bidan yang telah terdaftar yang dapat dilakukan secara mandiri, kolaborasi atau rujukan.

Flowchart



BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Gambaran Lokasi Penelitian

Puskesmas Ngampilan merupakan salah satu puskesmas yang termasuk dalam wilayah kota Yogyakarta. Puskesmas Ngampilan terletak di jalan Serangan NG II No.215, Notoprajan, Ngampilan, Kota Yogyakarta. Wilayah kerja puskesmas Ngampilan meliputi 2 daerah yaitu Notoprajan dan Ngampilan. Pelayanan klinik yang tersedia antara lain pelayanan poli umum, poli KIA, pelayanan psikologi, pelayanan gizi, dan laboratorium. Puskesmas Ngampilan tidak memiliki fasilitas rawat inap. Sehingga terdapat keterbatasan sarana dan prasana serta ketidaksediaan dokter spesialis menyebabkan puskesmas Ngampilan melakukan rujukan kepada beberapa pasien yang membutuhkan intervensi medis khusus, salah satunya adalah Ny. N. Rumah Ny. N terletak di Serangan RT 3/ RW 1, Ngampilan.

B. Tinjauan Kasus

1. Antenatal care

Pada tinjauan kasus akan membahas Asuhan Kebidanan pada Ny. N yang penulis ambil dengan pendokumentasian SOAP. Data yang diambil berupa data langsung dari pasien dengan cara menanyakan langsung kepada pasien mengenai hal yang dirasakan maupun diketahui dan data sekunder diambil dari catatan rekam medis pasien.

a. Kunjungan awal tanggal 23 Januari 2017 dilakukan di rumah Ny. N pada pukul 09:30 WIB.

Didapatkan data subjektif sebagai berikut, Ibu bernama Ny. N usia 23 tahun, bersuku Jawa dan berkebangsaan Indonesia, beragama islam dan bekerja sebagai ibu rumah tangga, menikah dengan Tn. A usia 28 tahun bersuku Jawa dan berkebangsaan Indonesia, beragama islam dan bekerja sebagai karyawan swasta. Ny. N dan suami tinggal di Serangan RT 03/ RW 01.

Ibu mengeluh merasa lelah dan jantung berdebar kencang jika melakukan aktivitas berat dan lama, ibu sudah memeriksakan keadaannya pada tanggal 16 Januari 2017 di Puskesmas Ngampilan yang kemudian diberi rujukan ke RSUD Jogja untuk periksa pada tanggal 30 Januari nanti Status perkawinan ibu menikah sebanyak 1 kali, pada usia 22 tahun. Ibu mengalami menarche pada usia 12 tahun, siklus menstruasi ibu 30 hari selama 5-7 hari tanpa disminorhea. Sifat darah menstruasi ibu encer. Ibu mengatakan bahwa ia tidak mengalami keputihan, saat menstruasi ibu mengganti pembalut sebanyak 2-3x sehari. HPHT ibu tanggal 1 juli 2016, sehingga HPL ibu tanggal 8 april 2017.

Dari rekam medis ibu didapatkan data bahwa Ibu melakukan ANC sejak umur kehamilan 5⁺⁴ Minggu. ANC pertama kali dilakukan di Puskesmas Ngampilan, dengan frekuensi pemeriksaan ANC pada ibu yaitu trimester I sebanyak 6 Kali, trimester II sebanyak 5 Kali, dan trimester 3 sebanyak 9 Kali. Pergerakan janin yang pertama dirasakan

pada umur kehamilan 18 minggu, pergerakan janin dalam 12 jam terakhir > 10 kali.

Pola nutrisi ibu selama hamil yaitu ibu mengatakan makan 3 kali sehari kurang lebih 2 piring per makan. Macam makanan yang dimakan ibu adalah nasi, lauk, buah dan sayur. Ibu minum air 4-7 gelas sedang per hari, biasanya ibu mengkonsumsi air putih dan terkadang jus. Selama ibu hamil, ibu mengatakan ibu buang air kecil sebanyak 4-5 kali per hari dan buang air besar 1 kali perhari. Urin berwarna jernih kekuningan berbau khas urin dan konsistensinya cair, sedangkan feses ibu berwarna kuning kecoklatan, berbau khas feses, dan konsistensinya lunak, ibu mengatakan tidak ada keluhan pada pola eliminasinya.

Ibu sehari hari melakukan pekerjaan rumah tangga seperti menyapu, mengepel dan membantu ibunya mempersiapkan adonan pisang aroma untuk dijual. Ibu istirahat tidur di siang hari kurang lebih selama 1 jam dan malam kurang lebih 7-8 jam. Ibu mengatakan masih melakukan hubungan seksual namun frekuensinya dikurangi kurang lebih 2 minggu sekali, Ibu mandi 2 kali sehari, ibu membersihkan alat kelamin saat mandi, setelah buang air besar dan buang air kecil dengan cara membasuh dari depan ke belakang dan di lap menggunakan tisu. Ibu mengganti pakaian dalam 2x sehari setelah mandi dan menggunakan celana dalam dengan bahan katun karena rasanya lebih nyaman.

Kehamilan ini merupakan kehamilan ketiga. Ibu pernah mengalami abortus pada Bulan Januari 2016 pada usia kehamilan 5 minggu tanpa tindakan *curettase*, abortus dikarenakan kelelahan, dan pernah keguguran kembali pada Maret 2016 pada usia kehamilan 7 minggu dengan tindakan *curettase* karena janin tidak berkembang. Ibu belum pernah menggunakan alat kontrasepsi apapun. Ayah dari ibu menderita hipertensi. Ibu memiliki riwayat asma namun sekarang sudah jarang kambuh, pada usia kehamilan 28 minggu ibu mengalami hipertensi 150/90 mmHg dan sudah diberi terapi nefidipin 20 gr per 8 jam selama 5 hari. Kehamilan ini diinginkan oleh ibu dan keluarga. Keluarga sangat senang dengan kehamilan ini.

Pada pemeriksaan fisik tidak ada oedema wajah, sklera putih, konjungtiva merah muda, mukosa bibir lembab, gusi merah muda, payudara simetris areola hiperpigmentasi, puting susu menonjol, dan colostrum belum keluar. Pemeriksaan abdomen bentuk memanjang, tidak ada bekas luka, tidak ada striae gravidarum. Hasil Leopold I teraba lunak, melenting yaitu bokong janin dan, Leopold II perut sebelah kanan teraba luas, keras, datar, yaitu punggung janin dan perut sebelah kiri teraba bulatan-bulatan kecil, yaitu ekstremitas janin, Leopold III teraba keras, tidak melenting, yaitu kepala janin, dan Leopold IV kepala belum masuk pintu atas panggul. Pemeriksaan ekstremitas didapatkan hasil tidak ada oedema, tidak ada varices, reflek patella positive kaki kanan dan kiri, kuku bersih dan rapi,

hasil pemeriksaan vital sign ibu tekanan darah 130/90 mmHg, pernafasan 22 kali per menit, nadi 88 kali per menit, suhu 36,6⁰C.

LLA 30 cm. ibu mengatakan BB sebelum hamil adalah 75 kg, dan BB ibu sekarang 87 kg, tinggi badan ibu 155 cm. Hasil perhitungan IMT ibu adalah 31,2 kg/m².

Hasil pemeriksaan USG pada tanggal 16 Januari 2017 yaitu janin tunggal, letak memanjang, presentasi kepala, DJJ (+), gerakan (+), plasenta terletak di fundus uteri.

Ibu sudah melakukan pemeriksaan laboratorium dan didapatkan data sebagai berikut: Pemeriksaan HbsAg negatif, pemeriksaan PITC negatif, Golongan Darah O dan HB 11,5gr%, protein urine negatif, reduksi negative, bakteri negative, GDS 120 mg/dl puasa.

Dari data subjektif dan objektif dapat disimpulkan analisis data yaitu ibu hamil Ny. N usia 23 tahun G₃P₀Ab₂Ah₀ UK 29⁺³ minggu, janin tunggal, intrauterine, punggung kiri, presentasi kepala, belum masuk panggul hamil dengan dengan obesitas, riwayat asma, riwayat hipertensi, riwayat abortus berulang. Penatalaksanaan dari kasus tersebut yaitu:

- 1) Memberitahu ibu hasil pemeriksaan fisik pada ibu dalam kondisi baik, tidak ada odema, maupun pembesaran kelenjar ataupun bendungan vena, hasil pemeriksaan leopard janin presentasi kepala, punggung kiri, kepala belum masuk panggul.

Evaluasi: ibu bersyukur sebagai tanda senang.

- 2) Memberikan KIE kepada ibu mengenai dampak hamil dengan obesitas antara lain menyebabkan keguguran, diabetes saat hamil, preeklamsia, KPD, persalinan premature, perdarahan post partum, infeksi, bayi cacat, bayi premature.

Evaluasi: Ibu mengerti dengan menganggukkan kepala dan dapat mengulangi kembali dampak obesitas terhadap kehamilan, namun ibu nampak cemas

- 3) Memberikan semangat dan menenangkan ibu dengan memberitahu bahwa hal-hal tersebut dapat dicegah dengan pola hidup dan makan sehat, pemeriksaan rutin, dan asuhan kebidanan yang tepat.

Evaluasi: Ibu mengatakan lega bila hal-hal tersebut dapat dicegah.

- 4) Memberikan KIE nutrisi gizi seimbang ibu hamil. Kebutuhan nutrisi ibu hamil harus tercukupi sesuai dengan gizi yang seimbang (karbohidrat, lemak, protein, vitamin, mineral) karena sangat dibutuhkan bagi janin dan ibu. Ibu tetap mengonsumsi karbohidrat dan jenis gizi lainnya dengan takaran yang cukup. Walaupun obesitas, ibu tidak dianjurkan untuk mengalami penurunan berat badan terlalu banyak.

Evaluasi: Ibu mengatakan akan mencukupi kebutuhan gizinya dengan menu seimbang, ibu bertanya bagaimana porsi yang tepat bagi ibu hamil dengan obesitas.

- 5) Pemberian konseling pemantauan khusus karena ibu pernah mengalami abortus, yaitu dengan rutin memeriksakan kehamilannya, kemudian memberikan KIE tanda bahaya kehamilan, antara lain: Perdarahan, bengkak pada kaki, wajah, sakit kepala yang berlebihan, demam, kejang, air ketuban pecah sebelum waktunya, gerakan janin berkurang, muntah terus menerus, batuk lama.

Evaluasi: Ibu mengagguk dan dapat mengulangi tanda bahaya kehamilan.

- 6) Memberikan KIE untuk ibu segera memeriksakan kehamilannya ke RSUD Jogja untuk mengatasi keluhan ibu dan memberitahu ibu bahwa penulis siap untuk mengatarkan ibu periksa.

Evaluasi: Ibu mengatakan akan segera memeriksakan kehamilannya.

- 7) Meminta ibu untuk istirahat cukup, tidur siang kurang lebih 1-2 jam perhari, malam 8 jam. Dan meminta ibu untuk mengkonsumsi obat, multivitamin dan zat besi secara rutin sesuai dengan petunjuk dokter/bidan untuk menurunkan tekanan darah.

Evaluasi: ibu bersedia melakukan anjuran penulis.

- b. Kunjungan kedua, pada tanggal 30 Januari 2017 pukul 07:00 di RSUD Jogja.

Data subjektif, ibu mengeluh cepat merasa lelah dan jantung berdebar setelah melakukan aktivitas berat. Dari hasil pemeriksaan dokter didapatkan data objektif sebagai berikut:

Kesadaran ibu *composmentis*, tekanan darah 120/80mmHg, pernapasan 20 kali per menit, nadi 88 kali per menit, suhu 36,6⁰C, TB 150 cm, BB sebelum hamil 75 kg, BB sekarang 88kg. Pada pemeriksaan fisik tidak ada oedema wajah, sklera putih, konjungtiva merah muda, mukosa bibir lembab, gusi merah muda, tidak ada stomatitis, tidak ada pembesaran kelenjar tyroid maupun limfe, tidak ada bendungan vena jugularis.

Payudara simetris, areola hiperpigmentasi, puting susu menonjol, dan colostrum belum keluar. Pemeriksaan abdomen, presentasi kepala punggung kiri, djj 138 kali per menit, TFU: 28 cm.

Hasil pemeriksaan penunjang USG TBJ janin 1564 gram, UK 30⁺⁵ minggu. Ibu dirujuk ke poli penyakit dalam untuk mengatasi keluhannya, hasil pemeriksaan dokter penyakit dalam tidak ada kelainan pada jantung ibu.

Analisis dari data diatas adalah ibu hamil Ny. N usia 23 tahun G₃P₀Ab₂Ah₀ UK 30⁺⁵ minggu, janin tunggal, intrauterine, punggung kiri, presentasi kepala, belum masuk panggul hamil dengan riwayat asma, riwayat hipertensi, riwayat abortus berulang, obesitas. Penatalaksanaannya adalah:

- 1) Memberitahu ibu bahwa ibu dalam keadaan baik.

Evaluasi: Ibu mengatakan ibu senang keluhannya bukanlah hal yang membahayakan.

- 2) Memberikan KIE kepada ibu untuk tetap beraktivitas namun bukan aktivitas berat, dan meminta ibu beristirahat bila ibu mulai merasa lelah atau jantung mulai berdebar cepat.

Evaluasi: Ibu mengatakan ibu bersedia untuk tetap melakukan aktivitas dan beristirahat bila lelah atau bila jantung mulai berdebar cepat.

- 3) Meminta ibu menghindari hal-hal yang dapat memicu asma kambuh, seperti asap rokok, debu, kelelahan, dan zat lain yang membuat asma ibu kambuh.

Evaluasi: ibu bersedia mengikuti anjuran penulis.

- 4) Meminta ibu untuk mengulangi tanda-tanda bahaya kehamilan yang telah disampaikan pada pertemuan lalu.

Evaluasi: Ibu dapat mengulangi tanda-tanda bahaya kehamilan.

- 5) Bekolaborasi dengan ahli gizi untuk menyusun menu bagi ibu. Evaluasi: menu diet untuk hamil sudah tersusun.

- 6) Menganjurkan ibu untuk mengonsumsi makanan sesuai menu atau jika tidak menulis menu yang dikonsumsi ibu di samping tabel menu yang penulis berikan.

Evaluasi: ibu mengatakan bersedia melakukan anjuran penulis.

- 7) Memberitahu ibu untuk kembali memeriksakan kehamilannya 2 minggu lagi atau apabila terdapat keluhan.

Evaluasi: Ibu bersedia memeriksakan kehamilannya 2 minggu lagi atau apabila terdapat keluhan.

c. Kunjungan ke 3. Tanggal 13 febuari 2017 di rumah ibu.

Ibu melakukan pemeriksaan kembali di RSUD Jogja, hasil data subjektif ibu mengatakan tidak ada keluhan, dari hasil pemeriksaan ibu didapatkan data objektif sebagai berikut, pemeriksaan fisik tidak ada oedema wajah, sklera putih, konjungtiva merah muda, mukosa bibir lembab, gusi merah muda, tidak ada stomatitis, tidak ada pembesaran kelenjar tyroid maupun limfe, tidak ada bendungan vena jugularis. Payudara simetris, areola hiperpigmentasi, puting susu menonjol, dan colostrum belum keluar. TD: 120/70 mmHg, BB: 88,5 Kg. TFU: 30 Cm, presentasi kepala, punggung kiri, DJJ 140 x/menit. Dokter mengatakan ibu boleh memeriksakan kehamilannya kembali di puskesmas.

Analisis dari data diatas adalah Ny. N usia 23 tahun G₃P₀Ab₂Ah₀ UK 32⁺¹ minggu, janin tunggal, intrauterine, punggung kiri, presentasi kepala, belum masuk panggul hamil dengan riwayat *asma bronquial*, riwayat hipertensi, riwayat abortus berulang, obesitas. Pentalaksanaan dari kasus tersebut adalah:

- 1) Memberitahu ibu bahwa ibu dalam keadaan baik.

Evaluasi: Ibu mengatakan senang.

- 2) Memberikan KIE kepada ibu mengenai persiapan persalihan Persiapan persalihan meliputi, menentukan tempat persalihan, pendampingan persalihan, transportasi, donor darah, tabungan, dan perlengkapan bayi ataupun ibu.

Evaluasi: Ibu mengatakan akan mengatakan bersalin di RSUD Jogja, ibu akan segera mencari persiapan pendonor dan persiapan lain.

- 3) Menyarankan ibu untuk mengikuti senam hamil di puskesmas atau tempat lain.

Evaluasi: Ibu mengatakan akan mengikuti senam hamil di puskesmas.

- 4) Memberitahu ibu untuk memeriksakan kehamilannya di puskesmas, dan meminta ibu untuk memeriksakan protein urine untuk deteksi dini ada tidaknya preeklamsi.

Evaluasi: Ibu mengatakan ibu bersedia untuk memeriksakan kehamilannya di puskesmas dan melakukan pemeriksaan urine.

d. Kunjungan ke 4. Tanggal 21 febuari 2017 di rumah ibu.

Ibu memeriksakan kehamilannya di puskesmas Ngampilan, ibu mengatakan khawatir dengan BB janinnya, dari hasil pemeriksaan didapatkan data sebagai berikut, TD: 100/60 mmHg, BB: 87 Kg, BB janin berdasar hasil USG yaitu 2354 gram. Pada pemeriksaan fisik tidak ada oedema wajah, sklera putih, konjungtiva merah muda, mukosa bibir lembab, gusi merah muda, tidak ada stomatitis, tidak ada pembesaran kelenjar tyroid maupun limfe, tidak ada bendungan vena jugularis. Payudara simetris, areola hiperpigmentasi, puting susu menonjol, dan colostrum belum keluar. Pemeriksaan abdomen, presentasi kepala punggung kiri. umur kehamilan ibu berdasarkan rumus neagle adalah 33^{+4} minggu.

Analisis dari data diatas adalah Ny. N usia 23 tahun G₃P₀Ab₂Ah₀ UK 33⁺⁴ minggu, janin tunggal, intrauterine, punggung kiri, presentasi kepala, belum masuk panggul hamil dengan riwayat *asma bronquial*, riwayat hipertensi, riwayat abortus berulang, obesitas.

- 1) Memberitahu ibu bahwa dirinya dan janin dalam keadaan baik, BB janin ibu sudah bertambah dan tergolong normal.

Evaluasi: Ibu mengatakan senang.

- 2) Mengingatkan kembali tanda-tanda bahaya trimester 3 seperti, perdarahan pada jalan lahir, ibu merasa pusing yang berlebihan, kaki, tangan dan wajah bengkak, ibu kejang, pingsan, muntah terus-menerus, gerakan janin berkurang atau tidak terasa.

Evaluasi: ibu dapat menyebutkan kembali tanda-tanda bahaya kehamilan trimester 3.

- 3) Mengevaluai berat badan ibu

Evaluasi: BB ibu 87 Kg

2. Intenatal Care

Pada minggu, 26 maret 2017 pukul 09:00 ibu mengatakan kenceng-kenceng, ibu memeriksakan keadaan dirinya di puskesmas Tegalrejo, hasil pemeriksaan belum ada pembukaan. Dilakukan pemantauan hingga pukul 17:00 masih belum ada pembukaan, kontraksi tidak teratur kurang dari 1x kontraksi per 10 menit. Ibu dipersilahkan pulang dan kembali apabila

kontraksi sudah teratur. Pada hari senin, 27 maret 2017 pukul 10:00 ibu mengeluh pusing sehingga memeriksakan diri ke puskesmas Ngampilan, pada saat periksa keluar rembesan air tiba-tiba dari jalan lahir, dilakukan tes nitrazin hasil kertas lakmus menjadi biru (positif ketuban) ibu dirujuk ke RSUD kota Yogyakarta, pada pukul 12:00 ibu sampai di IGD RSUD kota Yogyakarta, hasil pemeriksaan TD: 110/80 mmHg, kontraksi 2x/10 menit selama 30 detik, suhu 36,7 °C, hasil pemeriksaan dalam ibu pembukaan serviks 1cm. Ny. N diberikan terapi antibiotic amoxicillin 500mg per 8 jam. Analisis dari data diatas adalah Ny. N usia 23 tahun G₃P₀Ab₂Ah₀ UK 38⁺⁵ minggu, janin tunggal, intrauterine, punggung kiri, presentasi kepala, pembukaan 1 cm, dalam persalinan kala 1 fase laten dengan KPD.

Pada hari selasa tanggal 28 maret 2017 pukul 06:00 ibu mengatakan mulesnya semakin sakit, ibu dipindahkan dari ruang IGD ke ruang bersalin. Hasil pemeriksaan ibu, pembukaan serviks 4 cm, kontraksi 2x/10 menit selama 30 detik, DJJ 139x/menit, TD 120/70 mmHg. Analisis dari data diatas adalah Ny. N usia 23 tahun G₃P₀Ab₂Ah₀ UK 38⁺⁵ minggu, janin tunggal, intrauterine, punggung kiri, presentasi kepala, pembukaan 4 cm, dalam persalinan kala 1 fase aktif dengan KPD, Penatalaksanaan dari hasil analisa tersebut adalah:

a. Memantau HIS ibu

Evaluasi: His 2x/10 menit selama 30 detik

b. Memberikan support dan menyemangati ibu

Evaluasi: Ibu mengatakan akan semangat menghadapi persalinan ini.

- c. Mengajarkan ibu untuk relaksasi saat tidak ada kontraksi dengan cara menghirup udara atau nafas panjang lewat hidung dan dihembuskan perlahan melalui mulut.

Evaluasi: Ibu mengerti dan melakukan relaksasi

- d. Mengajarkan pada suami atau keluarga untuk mendampingi ibu pada proses persalinan dan memberikan dukungan moral agar ibu bisa kuat dalam proses persalinan.

Evaluasi: Suami dan keluarga bersedia mendampingi ibu pada proses persalinan.

- e. Mengajarkan ibu untuk makan dan minum untuk tenaga ibu menghadapi persalinan kala 2.

Evaluasi: Ibu bersedia untuk makan dan minum sedikit-sedikit.

Pada pukul 11:00 ibu mengatakan perutnya masih mules seperti tadi. Dilakukan pemeriksaan dalam, hasil pemeriksaan pembukaan serviks 7 cm, penurunan kepala 2/5, kontraksi 2x/10 menit selama 35 detik, tekanan darah 120/70 mmHg, Djj 135x/menit.

Pada pukul 15:00 dilakukan pemeriksaan kembali, hasil pemeriksaan TD: 120/80, DJJ:149x/menit, pembukaan 7 cm penurunan kepala 2/5, kontraksi 2x/10 menit selama 30 detik. Analisis dari data diatas adalah Ny. N usia 23 tahun G₃P₀Ab₂Ah₀ UK 38⁺⁵ minggu, janin tunggal, intrauterine, punggung kiri, presentasi kepala, kala 1 fase aktif pembukaan 7 cm dengan KPD, *inersia uteri*,

arrest of dilatation. Bidan berkolaborasi dengan dokter obsgyn memberikan stimulasi oksitosin (*augmentasi* persalinan) diberikan oksitosin 5 IU dalam 500ml Dekstrose 5% dengan dosis awal 10 tetes per menit, mulai pukul 15:15, dinaikkan 10 tetes permenit setiap 30 menit, sampai mencapai his yang adekuat yaitu terdapat 3 HIS dalam 10 menit durasi kontraksinya 40 detik.

Jam 15:30 dilakukan pemantauan his, kontraksi sebanyak 3x/10 menit selama 40 detik, jadi jumlah tetesan infuse tidak dinaikkan. Pada pukul 17:05 ketuban pecah, dan pembukaan lengkap, pada kala II dilakukan episotomi mediolateleris, dikarenakan perineum kaku pukul 17:35 bayi lahir spontan, laki-laki, menangis kuat, tubuh kemerahan, bayi langsung di IMD dan ibu diberi oksitosin segera setelah melahirkan, pada kala III plasenta lahir secara spontan dengan penegangan tali pusat terkendali 10 menit setelah bayi lahir. Terdapat luka episotomi dan dilakukan penjahitan dengan anestesi.

Pada kala IV persalinan dilakukan pemantauan tekanan darah, nadi, kontraksi, kandung kemih, selama 2 jam, hasil pemantauan dalam batas normal.

3. Bayi Baru Lahir

Bayi berjenis kelamin laki-laki, lahir pada tanggal 28 maret 2017 pukul 17:35, penilaian awal bayi baru lahir, bayi baru lahir usia cukup bulan, eir ketuban jernih, ibu mengatakan pada saat lahir bayinya langsung menangis kuat, warna tubuh kemerahan. Berat badan bayi lahir 3450 gram, panjang badan 49 cm, lingkar kepala 34 cm, hasil pemeriksaan fisik pada bayi, kepala: tidak

ada caput, tidak ada chepal; Mata simetris, sklera putih; hidung simetris, tidak ada pernapasan cuping hidung, bayi bernapasan spontan; mulut bayi simetris, reflek hisap baik; telinga simetris, berlubang; dada simetris, tidak ada retraksi dinding dada; pada ekstremitas jumlah jari lengkap, kuku bersih, merah muda, gerakan aktif; anus berlubang; punggung tidak ada spina bifida. Dilakukan pemeriksaan reflek pada bayi kurang lebih 1 jam setelah bayi lahir oleh penulis dan didapatkan data sebagai berikut, Rooting: baik, bayi dapat mencari puting susu ibu secara perlahan; Suckling: baik, bayi mulai bisa menghisap puting susu ibu dengan sedikit kuat; Graphs: baik, bayi sudah bisa menggenggam jari pemeriksa. Analisis dari data diatas adalah Bayi Ny. N, bayi baru lahir spontan, usia cukup bulan, sesuai masa kehamilan normal; masalah tidak ada; kebutuhan pemeriksaan reflek, KIE cara menyusui yang benar. Penatalaksanaan dari analisis tersebut adalah:

- a. Melakukan pemeriksaan keadaan umum dan pemeriksaan fisik bayi
Evaluasi: bayi tingkat kesadaran *composmentis*, mennagis kuat, warna kulit kemerahan, pemeriksaan fisik tidak ada kelainan.
- b. Melakukan pemeriksaan reflek bayi baru lahir.
Evaluasi: reflek *Rooting*, *sucking*, *Graphs* baik
- c. Memberitahu ibu cara menyusui yang benar yaitu kepala leher dan tubuh satu garis lurus, badan bayi melekat ke ibu dan menghadap dada ibu, dagu menempel ke payudara ibu, mulut bayi terbuka lalu masukan aerola tidak

hanya puting, menghisap dalam tapi kuat, tidak bersuara, bayi biasanya melepas dengan sendirinya jika bayi sudah merasa kenyang, menyusui bayi secara bergantian, lalu sendawakan agar bayi tidak gumoh (muntah).

Evaluasi: Ibu mengatakan mengerti penjelasan penulis.

4. Nifas

Asuhan kebidanan pada ibu postpartum 1 hari, pada tanggal 29 maret 2017 pukul 14:00. Ibu mengeluh ASI yang keluar baru sedikit sedikit. Hasil pemeriksaan, keadaan umum ibu baik, tekanan darah, suhu tubuh, respirasi, nadi dalam batas normal, luka jahitan baik, Lochea rubra, ibu sudah diberi vitamin A pada 28 maret 2017 pukul 23:00. Analisis dari data diatas adalah Ny.N usia 23 tahun P1Ab2Ah1, nifas hari ke-1, normal. Masalah: Tidak ada, kebutuhan: KIE kebutuhan nutrisi masa nifas, pola istirahat, KIE tanda bahaya.

Penatalaksanaan:

- a. Memberikan ibu KIE tentang pemenuhan kebutuhan nutrisi ibu nifas yaitu mengkonsumsi makanan bergizi seimbang untuk memulihkan tenaga ibu dan membantu memperbanyak produksi ASI.

Evaluasi: ibu bersedia makan makanan bernutirsi

- b. Mengajarkan ibu cara memperbanyak produksi ASI yaitu dengan cara menyusui bayi setiap 2-3 jam, tidak di batasi antara payudara kanan dan kiri tetapi tetap bergantian, pastikan bayi menyusu dengan posisi baik

(menempel pada ibunya) dan menelan aktif, susui bayi di tempat yang tenang nyaman dan minumlah setiap kali menyusui, tidur bersebelahan dengan bayi

Evaluasi: Ibu mengerti cara memperbanyak produksi ASI

- c. Memberitahu ibu tentang pola istirahat yang baik seperti tidur siang kurang lebih 1 jam/hari, tidur malam 7-8 jam/hari.

Evaluasi: Ibu mengerti dan bersedia menjaga pola tidur

- d. Memberitahu ibu untuk menjaga kebersihan diri yaitu dengan cara mandi 2 kali sehari, membersihkan daerah vulva yang di jahit dari depan ke belakang setelah BAK/BAB, cuci tangan dengan sabun sebelum atau sesudah membersihkan daerah kewanitaan, mengganti pembalut minimal 2 kali sehari/terasa penuh.

Evaluasi: ibu mengetahui dan mengerti penjelasan penulis.

- e. Memberitahu ibu untuk istirahat dengan cukup, jika ingin melakukan aktivitas sehari-hari seperti mengurus rumah tangga lakukan secara bertahap di mulai yang lebih ringan terlebih dahulu

Evaluasi: Ibu mengerti untuk istirahat dengan cukup

- f. Memberitahu ibu jika mengalami tanda bahaya setelah bersalin yaitu perdarahan secara berlebih, secret vagina yang berbau, demam, nyeri perut berat, kelelahan/sesak, bengkak di bagian tangan tungkai wajah, sakit kepala atau pandangan kabur, nyeri payudara/pembengkakan payudara/luka pada puting, jika ibu menemui salah satu dari yang telat di sebutkan segera pergi ke tenaga kesehatan

Evaluasi: Ibu mengerti, dapat mengulangi dan siap pergi ke tenaga kesehatan jika menemukan tanda-tanda diatas.

Asuhan kebidanan pada ibu postpartum 7 hari pada tanggal 4 April 2017 pukul 16:30. Ibu mengatakan sudah memeriksakan keadaan dirinya dan bayi untuk kontrol nifas dan neonatus hari ke-7 tadi pagi pukul 08:00 di Puskesmas Ngampilan, ibu mengatakan tidak ada keluhan. Hasil pemeriksaan, keadaan umum dalam keadaan baik, TD:100/90mmhg, S:36,5°C, N:80 x/menit, R:24 x/menit, lochea sangolenta. Analisis berdasarkan data diatas adalah Ny.N usia 23 tahun P1Ab2Ah1, nifas hari ke-6, normal.

Penatalaksanaanya adalah:

- a. Memberi tahu ibu hasil pemeriksaan ibu dalam keadaan baik.

Evaluasi: ibu mengerti keadaan dirinya.

- b. Memastikan ada tidaknya tanda infeksi dan perdarahan pada ibu seperti perdarahan berlebih, pengeluaran vagina berbau, demam, nyeri perut hebat, kelelahan atau sesak, bengkak di bagian wajah,tangan,tungkai,dan kaki, sakit kepala atau pandangan kabur, nyeri atau pembengkakan payudara, jika ibu mengalami dari salah satu yang di sebutkan segera pergi ke tenaga kesehatan.

Evaluasi: Ibu mengerti dan paham tanda infeksi dan perdarahan pada ibu.

- c. Memberitahu pengertian dan manfaat dari ASI eksklusif, ASI eksklusif yaitu pemberian ASI tanpa tambahan (susu formula, maupun makanan apapun pada bayi saat berumur 0-6 bulan). Dan memberitahu ibu manfaat ASI, yaitu

sebagai nutrisi, daya tahan tubuh bayi, dapat meningkatkan jalinan kasih sayang antara ibu dan bayi, dan lebih hemat biaya.

Evaluasi: Ibu mengatakan sudah mengerti penjelasan penulis dan akan memberikan bayinya ASI eksklusif.

- d. Menganjurkan ibu untuk kunjungan ulang ke puskesmas atau tenaga kesehatan 1 minggu lagi atau apabila ada keluhan.

Asuhan kebidanan pada ibu postpartum 2 minggu pada tanggal 13 April 2017 pukul 15:00. Ibu mengatakan sudah memeriksakan keadaan dirinya dan bayi untuk kontrol nifas dan neonatus tadi pagi pukul 08:00 di Puskesmas Ngampilan, ibu mengeluh pilek dan sudah diberi obat dari puskesmas fasidol(2x1), glyceryl guaiacolate(2x1), vitamin c(3x1). Hasil pemeriksaan, keadaan umum dalam keadaan baik, ibu mengatakan tekanan darahnya saat tadi diperiksa 120/80 mmHg. Ibu mengatakan masih keluar cairan berwarna kecoklatan dari jalan lahir. Analisis berdasarkan data diatas

adalah Ny.N usia 23 tahun P1Ab2Ah1, nifas 2 minggu, normal.

Penatalaksanaanya adalah:

- a. Memberitahu ibu bahwa cairan yang keluar dari jalan lahir adalah hal yang normal terjadi pada ibu nifas.

Evaluasi: ibu sudah mengetahui bahwa cairan berwarna kecoklatan yang keluar dari jalan lahir adalah hal yang normal.

- b. Menganjurkan pada ibu untuk mengganti pembalut 2 kali sehari atau setiap 4 jam.

Evaluasi: ibu mengerti dan bersedia mengikuti anjuran.

- c. Menganjurkan ibu untuk tetap menjaga kebersihan dirinya terutama daerah vulva, untuk selalu dibersihkan dengan sabun baik pada saat mandi maupun pada saat cebok setelah BAB/BAK, dibilas hingga bersih dan dikeringkan dengan handuk sekali pakai atau tisu.

Evaluasi: ibu mengerti dan bersedia mengikuti anjuran.

- d. Memberitahu ibu untuk tetap menjaga kesehatannya yaitu dengan istirahat yang cukup, bisa di lakukan ketika bayi sedang tidur.

Evaluasi: ibu mengerti dan bersedia untuk istirahat yang cukup.

- e. Memberitahu ibu untuk mulai memilih jenis kontrasepsi atau KB yang akan digunakan, menjelaskan kepada ibu macam-macam KB. Evaluasi: ibu mengerti penjelasan penulis dan mengatakan masih takut untuk ber-KB, ibu mengatakan memilih menggunakan kondom saat berhubungan terlebih dahulu namun akan merundingkan jenis KB yang akan digunakan dengan suami.
- f. Menganjurkan ibu untuk kunjungan ulang 2 minggu lagi ke puskesmas.

Evaluasi: ibu bersedia.

Asuhan kebidanan pada ibu postpartum 40 hari, pada tanggal 7 mei 2017 pukul 14:30. Keadaan umum ibu baik, ibu mengatakan tidak ada keluhan, pengeluaran ASI lancar, TD: ibu 110/80 mmHg, Nadi: 82x/m,

Respirasi: 20x/menit. Ibu mengatakan sudah memilih KB yang digunakan yaitu dengan menggunakan KB suntik progestin. Analisis berdasarkan data diatas adalah Ny.N usia 23 tahun P1Ab2Ah1, nifas 40 hari, normal.

Penatalaksanaanya adalah:

- a. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan ibu dalam keadaan baik
Evaluasi: ibu mengerti keadaan dirinya.
- b. Mengajukan pada ibu untuk tetap memberikan ASI eksklusif selama 6 bulan pada bayinya tanpa memberikan tambahan bahan makanan maupun minuman lain
Evaluasi: ibu bersedia untuk memberikan ASI eksklusif pada bayinya selama 6 bulan)
- c. Mendukung dan memberitahu ibu kembali pada ibu tentang keuntungan, kerugian KB suntik 3 bulan, cara penyuntikan, dan efek sampingnya yaitu tidak mengganggu kelancaran air susu ibu (ASI), tidak berpengaruh pada hubungan suami istri, tidak memerlukan pemeriksaan dalam, klien tidak perlu menyimpan obat, resiko terhadap kesehatan kecil, efek samping sangat kecil, jangka panjang selain keuntungan juga ada kerugian yaitu perubahan pola haid atau haid tidak teratur, mual, pusing, nyeri payudara, ketergantungan klien pada tenaga kesehatan, terlambatnya pemulihan kesuburan setelah penghentian pemakaian, KB suntik progestin disuntikkan secara *intramuscular* pada daerah bokong

1/3 dari *spina iliaca anterior posterior-sacrum* Evaluasi: ibu sudah mengetahui keuntungan dan kerugian KB suntik 3 bulan. Pada tanggal

- d. Memberitahu ibu untuk menuju puskesmas atau fasilitas kesehatan yang diinginkan untuk ber-KB.

Evaluasi: ibu sudah melakukan KB suntik progeststin pada tanggal 18 Mei 2017, ibu pernah berhubungan intim sekali pada tanggal 5 Mei 2017 dengan menggunakan kondom

5. Kunjungan Neonatus

Asuhan kebidanan pada neonatus usia 7 hari pada tanggal 4 April 2017 pukul 16:30. Ibu mengatakan sudah memeriksakan keadaan dirinya dan bayi untuk kontrol nifas dan neonatus hari ke-6 tadi pagi pukul 08:00 di Puskesmas Ngampilan, ibu mengatakan tidak ada keluhan, bayi menyusu dengan baik. Hasil pemeriksaan bayi BB: 3470 gram, PB: 51cm suhu: 36,6 °C, keadaan umum bayi baik, bayi tidak ikterik. Analisis berdasarkan data diatas adalah By. A neonatus usia 7 hari, lahir spontan, usia cukup bulan, sesuai masa kehamilan normal, normal. Penatalaksanaanya adalah:

- a. Memberi KIE pada ibu tentang ASI eksklusif yaitu memberikan ASI saja tanpa tambahan makanan/minuman apapun sampai usia 6 bulan, karena semua nutrisi yang diperlukan oleh bayi terdapat dalam ASI, termasuk mengandung zat anti bakteri yang merugikan, anti alergi, anti virus polio, menjaga pencernaan bayi.

Evaluasi: ibu mengerti dan bersedia memberikan ASI eksklusif pada bayinya.

b. Memberitahu ibu untuk tetap melakukan perawatan bekas tali pusat bayinya yaitu dengan menjaganya untuk tetap kering dan bersih. evaluasi: ibu mengerti dan bersedia menjaga kebersihan tali pusat bayinya.

c. Menganjurkan ibu untuk tetap menjaga kehangatan bayi dengan cara, tidak membiarkan bayi bersentuhan langsung dengan benda dingin seperti lantai, tidak meletakkan bayi didekat jendela, kipas angin, AC, dan segera keringkan bayi setelah mandi atau saat tubuh bayi basah tujuannya adalah untuk mengurangi penguapan dan menjaga lingkungan sekitar bayi tetap hangat.

Evaluasi: Ibu mengerti dan bersedia untuk selalu menjaga kehangatan bayinya sesuai dengan anjuran penulis.

d. Menganjurkan pada ibu untuk menjemur bayinya di pagi hari yaitu pada pukul 07.00 sampai 08.00 WIB selama 1 jam, dan hindari sinar matahari langsung ke mata.

Evaluasi: ibu mengerti dan bersedia untuk menjemur bayinya di pagi hari.

e. Memberitahu ibu tanda-tanda bahaya neonatus yaitu, bayi lemas, bayi tidak mau menyusu, mata dan tubuh bayi berwarna kekuningan atau kebiruan, bayi muntah terus menerus, bayi kejang, bayi menangis merintih. Dan meminta ibu untuk segera membawa bayi ke fasilitas kesehatan apabila terdapat tanda-tanda diatas.

Evaluasi: ibu dapat mengulangi tanda-tanda bahaya neonatus dan mengerti harus segera membawa bayi menuju fasilitas kesehatan apabila terdapat tanda-tanda tersebut.

- f. Meminta ibu untuk periksa kembali 1 minggu lagi atau apabila ada keluhan.

Evaluasi: ibu bersedia untuk memeriksakan keadaan diri dan bayinya satu minggu lagi.

Asuhan kebidanan pada neonatus usia 15 hari pada tanggal 13 April 2017 pukul 16:30. Ibu mengatakan sudah memeriksakan keadaan dirinya dan bayi ibu mengatakan tidak ada keluhan, hasil pemeriksaan bayi BB: 3440 gram, PB: 51,5 cm suhu: 36,7 °C, keadaan umum bayi baik, bayi tidak ikterik. Analisis berdasarkan data diatas adalah By. A neonatus usia 15 hari lahir spontan, usia cukup bulan, sesuai masa kehamilan, normal. Penatalaksanaanya adalah:

- a. Mengingatkan ibu untuk tetap memberikan ASI eksklusif kepada bayinya.

Evaluasi: ibu mengatakan akan memberikan ASI eksklusif kepada bayinya.

- b. Memberitahu ibu tanda-tanda infeksi seperti suhu tubuh meningkat atau hipotermi, sesak napas, merintih, menangis lemah atau tidak ada tangisan, susah minum, tali pusat memerah, dan meminta ibu untuk segera membawa bayi menuju fasilitas kesehatan terdekat apabila terjadi tanda-tanda diatas.

Evaluasi: ibu mengerti tanda-tanda infeksi pada bayi dan bersedia membawa bayi ke fasilitas kesehatan terdekat apabila terdapat tanda-tanda infeksi.

- c. Memberitahu ibu untuk tetap merawat bagian pusat meski sudah terlepas untuk menghindari infeksi pada pusar

Evaluasi: Ibu bersedia tetap merawat bagian pusat bayinya meski sudah terlepas

Asuhan kebidanan pada neonatus usia 40 hari pada tanggal 7 Mei 2017. Ibu mengatakan pada tanggal 3 Mei 2017 bayi sudah diimunisasi BCG, ibu mengatakan terdapat benjolan di daerah bekas penyuntikan, hasil pemeriksaan bayi pada tanggal 3 Mei 2017 adalah BB: 4260 gram keadaan umum bayi baik, bayi tidak ikterik. Analisis berdasarkan data diatas adalah By. A neonatus usia 40 hari lahir spontan, usia cukup bulan, sesuai masa kehamilan normal. Penatalaksanaanya adalah:

- a. Menjelaskan kepada ibu bahwa benol di bekas luka suntikan imuniasi BCG adalah hal yang wajar, benjolan yang berwarna merah tersebut lama kelamaan akan bernanah dan meninggalkan bekas luka.

Evaluasi: ibu mengerti penjelasan penulis.

- b. Meminta ibu untuk mengimunitasikan anaknya sesuai jadwal dan tepat waktu yaitu pada tanggal 31 mei untuk mendapatkan imunisasi DPT 1 dan polio 2.

Evaluasi: ibu bersedia untuk mengimunitasikan anaknya tepat waktu.

BAB IV

PEMBAHASAN KASUS

Berdasarkan hasil asuhan yang dilakukan penulis kepada Ny. N sejak tanggal 23 Januari 2017 sampai 7 Mei 2017 atau sejak masa kehamilan Ny. N berusia 29⁺³ minggu, bersalin sampai 6 minggu post partum dan asuhan bayi baru lahir 0 sampai dengan 6 minggu didapatkan hasil sebagai berikut

A. Antenatal Care

Asuhan Kebidanan yang telah diberikan kepada Ny. N pada kehamilan 29⁺³ minggu sampai 39⁺² minggu adalah pengkajian data dari mulai anamnesa tentang biodata, status pernikahan, keluhan utama, riwayat kesehatan ibu dan keluarga, dan pola kehidupan sehari-hari. Hal tersebut memiliki tujuan yang sesuai dengan teori yang dikemukakan Manuaba, pemeriksaan ANC adalah pemeriksaan kehamilan untuk mengoptimalkan kesehatan mental dan fisik ibu hamil, hingga mampu menghadapi persalinan, masa nifas, persiapan pemberian ASI dan kembalinya kesehatan reproduksi. Ibu mengalami tanda-tanda pasti kehamilan sesuai dengan teori yang ada pada buku Manuaba tahun 2012 yaitu merasakan gerakan janin, terdengar bunyi jantung dan terdapat kerangka janin pada pemeriksaan ultrasonografi. Pada Ny. N Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT) tanggal 1 Juli 2016 dan Hari Perkiraan Lahir tanggal 8 April 2017, dengan menggunakan rumus Neagle lamanya kehamilan Ny. N terhitung mulai HPHT sampai persalinan tanggal 23 maret 2017 adalah 38⁺⁵ minggu. Ny. N melakukan kunjungan Antenatal Care (ANC) sebanyak 6 kali kunjungan pada

98

trimester pertama, 5 kali pada trimester kedua dan 6 kali pada trimester ketiga. Berdasarkan teori yang ada dapat disimpulkan bahwa Ny. N sudah melakukan kunjungan *antenatal care* sesuai ketentuan yang ditetapkan WHO, ketentuan tersebut ialah Frekuensi ditetapkan 4 kali kunjungan ibu hamil dalam pelayanan antenatal, selama kehamilan dengan ketentuan sebagai berikut: 1 kali pada trimester pertama (K1), 1 kali pada trimester dua, 2 kali pada trimester ketiga (K4). Pelayanan ANC yang didapatkan oleh Ny. N di Puskesmas Ngampilan sudah memenuhi standar yang ditetapkan oleh Kemenkes RI tahun 2010 berupa penatalaksanaan 10T (Timbang, Tensi, mengukur Lila, TFU, DJJ, tentukan presentasi, Imunisasi TT, tablet Fe, pemeriksaan lab, dan pemeriksaan kadar Hb).

Selama melakukan Antenatal Care (ANC) penulis melakukan analisis dan menemukan terdapat lebih dari satu faktor risiko tinggi, antara lain pernah mengalami abortus, memiliki riwayat hipertensi dan asma serta IMT lebih dari 25 kg/m² sehingga menurut teori yang dikemukakan Mushlihatun Ny. N merupakan ibu hamil risiko tinggi, faktor-faktor tersebut salah satunya riwayat abortus merupakan faktor risiko I (Ada Potensi Gawat Obstetri/ APGO) bila dikaji dalam teori Puji Rochjati tahun 2011. Hasil analisis dari anamnesis Ny. N adalah Ny. N usia 23 tahun G₃P₀Ab₂Ah₀, hamil dengan dengan obesitas, riwayat asma, riwayat hipertensi, riwayat abortus berulang.

Analisis Obesitas didapatkan dari perhitungan BMI (*body mass Index*) menurut Davies (2010) *Body Mass Index* (BMI) yang dalam bahasa Indonesia sering disebut Indeks Masa Tubuh (IMT) dapat dihitung dengan menggunakan

rumus Berat Badan sebelum hamil dibagi dengan tinggi badan dalam Cm dikuadratkan, apabila rumus tersebut digunakan untuk menghitung IMT Ny. N maka didapatkan hasil $31,2 \text{ kg/m}^2$ Sesuai dengan yang dikemukakan oleh Cunningham; Leveno; Bloom; hauth; Rouse; Spong dalam buku William Obstetric jilid 2, pada ibu dengan obesitas didapati kesulitan pemeriksaan secara manual pada ketinggian fundus, ukuran Rahim, denyut jantung janin karena terhalang lapisan lemak, sehingga diperlukan bantuan teknologi untuk menghindari keterkejutan selama melahirkan, Ny. N mengalami kesulitan diatas sehingga dokter yang menganjurkan Ny. N untuk memeriksakan kehamilannya dengan USG secara rutin paling tidak satu kali setiap bulan. Teori Jensen mengatakan Wanita hamil dengan obesitas berisiko tinggi menimbulkan abortus, gestasional diabetes melitus, hipertensi dalam kehamilan, gangguan pernafasan pada ibu, bayi makrosomia, trauma persalinan baik pada ibu maupun bayi, kelainan kongenital, fase persalinan yang lambat, tindakan operasi pervaginam, distosia bahu, persalinan dengan seksio sesaria, perdarahan post partum, trombosis dan infeksi. Pada kasus Ny. N penulis menemukan kesesuaian antara teori tersebut antara lain Ny. N pernah mengalami abortus, hipertensi dalam kehamilan, gangguan pernafasan dan beberapa kesesuaian kasus pada persalinan yang akan penulis bahas pada persalinan. Hipertensi yang terjadi pada Ny. N merupakan hipertensi gestasional yaitu yang timbul saat kehamilan tanpa disertai proteinurea sesuai dengan teori saifuddin tahun 2010. Wanita yang mengalami hipertensi gestasional hampir selanjutnya mengalami sindrom preeklamsi yaitu adanya proteinurea dan trombositopenia, atau peningkatan tekanan darah, namun pada

Ny. N tidak terjadi perburukan hipertensi menjadi preeklamsia. Cuninggham mengatakan wanita hamil dengan hipertensi dan preeklamsi lebih rentan terkena odema pulmo, namun pada kasus Ny. N tidak didapati hal tersebut. Upaya pencegahan preeklamsi yang diberikan kepada Ny. N adalah memberikan KIE ibu untuk istirahat tirah baring dan perbanyak vitamin serta antioksidan dari sayur dan buah sesuai dengan teori yang terdapat pada buku Sarwono Prawirohardjo pencegahan non medical dilakukan dengan melakukan tirah baring. Di Indonesia tirah baring masih diperlukan pada mereka yang memiliki risiko tinggi terjadinya preeklamsia, meskipun tirah baring tidak terbukti mencegah terjadinya preeklamsia dan mencegah persalinan preterm. Retriksi garam tidak terbukti mencegah terjadinya preeklamsia. Hendaknya diet ditambah suplemen yang mengandung minyak ikan, antioksidan, magnesium, kalsium dan zinc. Jantung berdebar-debar saat melakukan aktivitas berat yang menjadi keluhan Ny. N pada tanggal 30 januari 2017 dikarenakan perubahan fisiologi pada ibu hamil karena adanya peningkatan volume darah pada ibu hamil, namun bisa juga terjadi karena hipertensi yang dialami ibu dimana terjadi perubahan kardiovaskular disebabkan oleh peningkatan *cardiac afterload* akibat hipertensi dan penurunan *cardiac preload* akibat hypovolemia.

Riwayat Abortus yang dialami ibu merupakan abortus complet dan incomplete. Dalam bukunya, manuaba mengatakan: Wanita dengan riwayat abortus mempunyai risiko yang lebih tinggi untuk terjadinya persalinan prematur, abortus berulang. Hal tersebut sesuai dengan kasus yang dialami Ny. N, pada kehamilan pertama Ny. N mengalami abortus dan berulang lagi pada kehamilan kedua. Riwayat Asma yang dimiliki Ny. N berrisiko meningkatkan

insidensi preeklamsia, persalinan preterm, bayi berat lahir rendah (BBLR) dan mortalitas perinatal, namun pada kasus yang terjadi tidak ditemukan insiden diatas. Pada bukunya William obstetric jilid 2 Cuninggham mengatakan Pada studi prospektif oleh Stenius-Aarniala dkk. Terhadap 198 kehamilan, hampir 40 persen wanita memerlukan terapi yang lebih intensif untuk asma pada saat kehamilan. Oleh karena ini, sekitar sepertiga wanita asmatik mengalami perburukan penyakit pada suatu saat selama kehamilan mereka, pada kasus Ny. N tidak dijumpai adanya perkambuhan penyakit atau tanda-tanda yang mengarah pada perburukan penyakit asma.

Penatalaksanaan yang dilakukan terhadap Ny. N antara lain memberikan KIE sesuai dengan identifikasi masalah, menganjurkan dan mengingatkan ibu melalui sms/telp untuk ANC tepat waktu, pemantaun BB Janin, memberikan rekomendasi menu diet, serta pemeriksaan TD tiap minggu. Menurut Seneviratne Aktivitas fisik seperti olahraga dapat direkomendasikan pada wanita hamil dengan obesitas tanpa komplikasi. Olahraga yang dianjurkan tidak mengutamakan penggunaan berat badan dan yang jauh dari kemungkinan trauma abdomen. Disebutkan dari literatur bahwa dengan olahraga yang adekuat dapat meningkatkan sensitivitas insulin sehingga mencegah terjadinya bayi besar, seperti pada penelitian Denmark yang menunjukkan olahraga yang tepat dapat menaikkan sensitifitas insulin sehingga menurunkan risiko berat badan bayi lahir rendah maupun berlebih. Anjuran olahraga juga diberikan kepada Ny. N dan dilaksanakan dengan jalan-jalan kecil setiap pagi dan sore, didapatkan pada kelahiran bayi Ny. N lahir dengan berat badan normal.

Menurut Wibowo Pemeriksaan medis dan pemeliharaan diri yang baik dapat mengurangi risiko bagi ibu dan bayi. Pemeriksaan USG sejak dini untuk menentukan usia, letak, dan posisi janin akan lebih baik. Untuk mengurangi risiko yang lebih tinggi ibu diharapkan untuk menghilangkan semua penyebab risiko kehamilan seperti alkohol dan rokok, serta mengurangi penambahan berat badan yang berlebih, diet harian yang mengandung paling sedikit 1800 kalori dan dipenuhi dengan makanan penuh vitamin, mineral, dan protein. Hal tersebut sudah dilaksanakan penulis untuk memantau dan mengurangi risiko pada ibu dan bayi. Selain hal diatas juga diperlukan pemantauan berat badan janin untuk mengetahui kesesuaian antara umur kehamilan dengan berat badan janin, pemantauan tersebut dapat menggunakan kurva *lubchenco* didapatkan hasil berat badan janin pada UK 30⁺⁵ minggu hingga kelahiran pada usia 39⁺² minggu berada pada presentil 50. Pada teori Bannudi juga mengatakan penambahan berat badan selama kehamilan terjadi karena pertumbuhan janin, plasenta, dan volume darah serta jaringan maternal. Untuk menanggulangi kenaikan berat badan berlebih, maka ibu perlu mengurangi konsumsi asupan lemak dan mengkonsumsi makanan dengan nutrisi tinggi. Evaluasi peningkatan berat badan Ny. N adalah, didapatkan anamnesa dari kunjungan awal pada tanggal 23 Januari 2017 berat badan ibu sebelum hamil adalah 75 Kg, dan pada tanggal tersebut 87 Kg, kenaikan BB ibu selama hamil adalah 12 Kg, menurut saifuddin penambahan berat badan ibu hamil berdasarkan IMT, IMT diatas 29 sebaiknya mendapatkan kenaikan BB sekitar 7 Kg, dari hasil anamnesis diatas dilakukan tindakan menyusun menu untuk ibu menjaga berat

badannya, menu dimulai dari tanggal 1 Februari 2017 (saat kunjungan kedua) BB ibu saat kunjungan kedua sebesar 88 Kg, dalam waktu seminggu ibu mengalami kenaikan BB sebesar 1 Kg, setelah pemberian menu sampai tanggal 13 Februari 2017 dilakukan evaluasi BB ibu menjadi 88,5 Kg, ibu mengatakan sudah mengurangi jumlah porsi namun belum mengurangi konsumsi makanan berlemak (tidak sesuai dengan menu), pada tanggal 21 Februari 2017 didapatkan hasil pengukuran BB ibu 87 Kg, evaluasi tindakan pemberian menu diet berhasil namun tidak mengakibatkan penurunan berat badan yang signifikan. Asuhan kebidanan yang udah direncanakan tetapi tidak dapat terlaksana dengan baik adalah pengecekan tekanan darah setiap minggu karena terkendala praktik yang mengharuskan penulis berada diluar kota Yogyakarta, sempat dilakukan pemantauan pada 3 minggu pertama didapatkan tekanan darah ibu dalam batas normal, selama sisa umur kehamilan sampai persalinan ibu mengatakan sudah tidak mengalami hipertensi lagi. KIE yang diberikan penulis cukup membantu memberi informasi bagi Ibu. Suami dan keluarga bersifat kooperatif sehingga tidak terjadi kesulitan dalam memberikan asuhan.

B. Intra Natal Care (INC)

1. Kala I

Pada usia kehamilan 39 minggu, Ny. N dan suami datang ke Puskesmas Tegarejo mengeluh kenceng-kenceng hasil pemerikaaan belum ditemukan adanya pembukaan, satu hari setelahnya pada umur kehamilan 39⁺¹ minggu ibu mengeluh pusing dan memeriksakan diri ke Puskesmas Ngampilan dan mengalami rembesan air yang keluar dari jalan lahir kemudian dirujuk ke RSUD kota Jogja dengan diagnosis

KPD, hal tersebut sesuai dengan teori Manuaba (2008) Ketuban pecah dini atau premature rupture of the membranes (PROM) adalah pecahnya selaput ketuban sebelum adanya tanda-tanda persalinan dan teori pecahnya ketuban sebelum inpartu, yaitu apabila selaput ketuban pecah saat pembukaan pada primi kurang dari 3 cm daripada multi kurang dari 5 cm (Sinopsis Obsetri & Patologi). Kejadian KPD yang dialami Ny. N sesuai dengan jurnal Komplikasi hubungan BMI sebelum hamil dengan kondisi kehamilan pada ibu dan janin menyebabkan diabetes, hipertensi, ISK, PROM (*premature Rupture of Membranes*). Pada wanita yang mengalami obesitas sebelum hamil sebanyak 7,9% terjadi KPD (Miller, 2001).

Dilakukan pemeriksaan dalam dan ditemukan hasil bahwa Ny. N sudah dalam proses persalinan dengan pembukaan 1 cm. Kala I dimulai dari saat persalinan mulai sampai pembukaan lengkap (10 cm). Proses ini terbagi dalam 2 fase, fase laten (8 jam) serviks membuka sampai 3 cm dan fase aktif (7 jam) serviks membuka dari 3 sampai 10 cm. Kontraksi lebih kuat dan sering selama fase aktif (Prawirohardjo, 2010). Pada kasus Ny. N. fase laten yang dialami Ny. N dimulai dari pembukaan pada 27 maret 2017 pukul 12:00 – 28 maret 2017 pukul 06:00, Hal tersebut menunjukkan fase laten yang terjadi pada Ny. N berlangsung selama 18 jam. Fase aktif dimulai dari pukul 06:00 , pada pukul 11:00 pembukaan 7 cm, pada pukul 15:00 pembukaan masih 7 cm. Sehingga didapatkan diagnosis *arrest of dilatation* (persalinan

macet) sesuai dengan teori Sarwono Prawirohardjo *arrest of dilatation* didefinisikan apabila tidak ada perubahan serviks dalam waktu 2 jam. Kemacetan persalinan dikarenakan *inersia uteri* (his yang jarang dan lemah) Bidan di RSUD kota Jogja melakukan kolaborasi dengan dokter untuk melakukan augmentasi/akselerasi persalinan, sesuai dengan teori pada buku Oxford tahun 2013, adapun indikasi induksi persalinan yaitu ketuban pecah dini, kehamilan lewat waktu, oligohidramnion, korioamnionitis, preeklamsi berat, hipertensi akibat kehamilan, intrauterine fetal death (IUFD) dan pertumbuhan janin terhambat (PJT), insufisiensi plasenta, perdarahan antepartum, dan umbilical *abnormal arteri Doppler*. Ibu dipasang infus dan diberi 5 unit oksitosin dalam 500 ml dekstrose 5% dengan 10 tpm.

Sesuai dengan teori Jensen yang mengatakan wanita hamil dengan obesitas berisiko tinggi menimbulkan abortus, gestasional diabetes melitus, hipertensi dalam kehamilan, gangguan pernafasan pada ibu, bayi makrosomia, trauma persalinan baik pada ibu maupun bayi, kelainan kongenital, fase persalinan yang lambat, tindakan operasi pervaginam, distosia bahu, persalinan dengan seksio sesaria, perdarahan post partum, trombosis dan infeksi. Pada kasus Ny. N terjadi fase persalinan lambat, dikarenakan *inersia uteri*, *arrest of dilatation* tindakan operasi pervaginam berupa episotomi mediolateralis.

Selama kala 1 penulis memberikan asuhan sayang ibu berupa dukungan emosional seperti menjelaskan proses persalinan,

memberikan semangat, mengatur posisi ibu untuk tidur miring kiri agar mempercepat penurunan kepala dan tidak ada pembuluh darah yang terjepit. Disela-sela his penulis tetap menyarankan Ny. N makan dan minum untuk menambah tenaga pada saat proses persalinan.

2. Kala II

Selama kala II ibu dipimpin meneran ketika ada his dan menganjurkan ibu untuk minum di sela-sela his, 5 Menit kemudian ibu mengatakan bahwa ingin meneran dan sudah ada tanda-tanda persalinan yaitu adanya dorongan meneran, tekanan pada anus, perineum menonjol, dan vulva membuka, ini sesuai dengan teori dan tidak ada kesenjangan bahwa tanda dan gejala kala II yaitu his semakin kuat dengan interval 2 sampai 3 menit, ibu merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi, ibu merasakan makin meningkatnya tekanan pada rektum dan vagina, perineum terlihat menonjol, vaginavagina dan sfingter ani terlihat membuka dan peningkatan pengeluaran lendir dan darah (Rohani.dkk, 2010). Kala II berlangsung selama 30 menit, dilakukan episiotomi mediolateralis atas indikasi perineum kaku, seperti yang terdapat pada teori Oxorn dan Forte, Episotomi dilakukan untuk mengurangi penekanan kepala pada perinium yang kaku untuk mencegah robekan yang tidak teratur atau karena alasan fetal.

3. Kala III

Segera setelah melakukan asuhan pada bayi baru lahir maka manajemen aktif kala III segera dilakukan untuk meminimalkan

komplikasi. Pada Ny. N kala III berlangsung selama 10 menit, didapatkan data secara subyektif dari bidan yang bertugas penatalaksanaan kala III pada Ny. N sesuai dengan teori Penataksanaan kala III dengan manajemen aktif kala III persalinan yang dapat mempercepat kelahiran plasenta dan dapat mencegah atau mengurangi perdarahan pasca persalinan. Penatalaksanaan aktif kala III, meliputi: jepit dan potong talipusat sedini mungkin, pemberian oksitosin dengan segera, melakukan penegangan talipusat terkendali (PTT), masase fundus lahir (Saifuddin, 2009). Dan tidak ditemukan kesenjangan bahwa kala III dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta, yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit (Sarwono, 2009).

4. Kala IV

Asuhan dan pemantauan pada kala IV, Pemeriksaan yang dilakukan: tekanan darah, nadi, dan pernafasan dan suhu; kontraksi rahim yang keras; perdarahan yang mungkin terjadi dari plasenta rest, luka episiotomi, perlukaan pada serviks; kandung kemih dikosongkan karena dapat mengganggu kontraksi rahim. Bayi yang telah dibersihkan diletakkan disamping ibunya agar dapat memulai pemberian asi.

Observasi dilakukan selama 2 jam dengan interval pemeriksaan 15 menit pada 1 jam pertama dan 30 menit pada satu jam selanjutnya (Manuaba dkk., 2010). Hasil pemantauan keadaan ibu baik secara keseluruhan persalinan Ny. N berlangsung normal tanpa ada penyulit,

dapat disimpulkan bahwa asuhan yang diberikan pada Ny. N sesuai dengan teori yang ada dan tidak terjadi kesenjangan.

C. Bayi Baru Lahir

Bayi Ny. N lahir spontan pada tanggal 28 maret 2017 pukul 17:35, ibu mengatakan pada saat lahir bayinya langsung mengangis kuat, warna tubuh kemerahan. Berat badan bayi lahir 3450 gram, panjang badan 49 cm, lingkar kepala 34 cm, sesuai dengan teori, bayi Ny. N termasuk dalam bayi sehat. Ciri-ciri bayi baru lahir normal adalah berat badan 2500-4000 gram, panjang badan 48-52 cm, lingkar dada 30-38 cm, reflek morro atau gerak memeluk bila dikagetkan sudah baik, reflek graps atau menggenggam sudah baik, eliminasi baik, mekonium akan keluar dalam 24 jam pertama, mekonium bewarna hitam kecoklatan (Marmi dan Kuku, 2012). Risikorisiko yang dikhawatirkan terjadi pada janin dari faktor risiko ibu seperti obesitas dan riwayat asma yang menyebabkan BBLR, bayi besar, persalinan preterm maupun mortalitas perinatal tidak terjadi papa kasus Ny. N. Komplikasi akibat partus lama pada ibu seperti asfiksia tidak terjadi dalam kasus Ny. N. Berdasarkan kasus yang ada dilahan dengan teori yang ada, penulis dapat menyimpulkan tidak ada kesenjangan antara kasus dengan teori yang ada. Dalam waktu 1 jam setelah bayi lahir, bayi diberi salep mata untuk mencegah *oftalmia neonaturum* (Tetrasiklin 1%, Eritromisin 0,5% atau Nitras Argensi 1%).

Asuhan yang diberikan penulis selama kunjungan adalah memberikan konseling mengenai menjaga kehangatan dan kebersihan bayi, pemberian ASI, perawatan tali pusat, tanda bahaya pada bayi, menjemur

bayi setiap pagi, tehnik menyusui, dan imunisasi, pola eliminasi BAB dan BAK, dan pola tidur. Setelah melakukan pengkajian sampai evaluasi asuhan bayi baru lahir mulai dari 1 jam , 6 jam, 7 hari, 14 hari, dan 6 minggu, maka penulis dapat menyimpulkan bahwa bayi dalam keadaan sehat tanpa komplikasi apapun.berdasarkan teori yang ada dengan asuhan yang diberikan penulis pada Ny. N tidak di temukan kesenjangan dan sudah sesuai dengan teori buku ilmu kebidanan Sarwono Prawirohardjo tahun 2010

D. Post Natal Care (PNC)

Masa nifas (*puerperium*) adalah masa yang dimulai setelah plasenta keluar dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan semula (sebelum hamil). Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu (Ari Sulistyawati, 2009). Kebijakan program yang telah di buat pemerintah mengenai masa nifas paling sedikit 4 kali kunjungan. Hal ini untuk menilai status ibu dan bayi baru lahir serta untuk mencegah, mendeteksi, dan menangani masalah-masalah yang terjadi. Selama memberikan asuhan pada Ny. N penulis melakukan sesuai dengan teori yang ada dimulai pada 6 hari setelah persalinan sampai 6 minggu dengan memberikan asuhan diantaranya mengobservasi perdarahan, mengajarkan ibu tehnik menyusui yang benar, *personal hygiene*, memberitahu ibu tanda bahaya pada masa nifas, pola istirahat, konseling ASI eksklusif, KB dan perawatan bayi sehari-hari, Dalam hal ini penulis melakukan kunjungan nifas sudah sesuai dengan teori yang ada dan hasilnya masa nifas Ny. N berlangsung secara normal tanpa ada komplikasi seperti adanya perdarahan, sub involusi, maupun infeksi dan pengeluaran ASI tidak ada masalah, asuhan ini diberikan mulai dari 6 hari setelah persalinan

sampai 6 minggu setelah persalinan. Faktor risiko obesitas pada ibu meningkatkan risiko terjadinya infeksi luka jahitan pasca persalinan, infeksi saluran kemih, serta penggunaan antibiotic yang lebih lama dibandingkan dengan wanita berat badan normal namun hal tersebut tidak terjadi pada kasus Ny. N.

Untuk KB (Keluarga Berencana) Ny N memilih untuk melakukan MAL dan memilih suntik progestin agar ASI tidak terganggu, Ny. N melakukan suntik pada tanggal 18 mei dan pernah berhubungan seksual sebelumnya dengan menggunakan kondom.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. KESIMPULAN

Untuk memberikan asuhan kebidanan secara komprehensif dari masa kehamilan 29⁺³ minggu, persalinan, nifas dan asuhan bayi baru lahir sampai dengan 42 hari (6 minggu) post partum yang di dokumentasikan melalui manajemen kebidanan dalam bentuk SOAP didapatkan kesimpulan sebagai berikut:

1. ANC yang di berikan sebanyak 4 kali kunjungan pada UK 29⁺³ sampai 39⁺² minggu selama kehamilan didapatkan ibu dengan risiko tinggi antara lain obesitas, riwayat abortus berulang, riwayat asma, riwayat hipertensi. Penulis melakukan asuhan berupa memberikan KIE sesuai identifikasi masalah, anjuran menu diet dan olahraga ringan, istirahat cukup, pemantauan dan berat badan janin untuk mengurangi risiko yang akan terjadi pada persalinan.
2. INC. Ibu mengalami KPD (keruban pecah dini) dan dirujuk dari Puskesmas Ngampilan menuju RSUD kota Jogja, ibu mengalami *inersia uteri* dan menyebabkan persalinan kala 1 fase aktif memanjang (*arrest of dilatation*) serta mendapatkan stimulasi oksitosin (*augmentasi persalinan*). pada kala II persalinan dilakukan episiotomi dikarena perinium kaku.

3. PNC yang diberikan sebanyak 4 kali kunjungan yang bertujuan untuk memantau keadaan ibu dan bayi, selama masa nifas tidak ada masalah, bayi dalam keadaan sehat.
4. BBL , asuhan yang diberikan sebanyak 4 kali pada umur 1 jam-40 hari, keadaan bayi baik dan normal.

B. SARAN

1. Bagi Institusi Poltekkes Kemenkes Yogyakarta

Diharapkan dapat memperjelas perizinan awal yang berkaitan dengan asuhan komprehensif dan berkesinambungan, agar mahasiswa lebih dapat mudah mendapatkan izin penelitian.

2. Bagi Puskesmas Ngampilan

Pelayanan di Puskesmas Ngampilan sudah cukup memuaskan bagi masyarakat karena fasilitas di tempat tersebut sangat memadai, namun belum tersedia pelayanan INC sehingga akan lebih baik apabila ditambah dengan fasilitas tersebut untuk mempermudah daerah cakupan Puskesmas Ngampilan mendapatkan asuhan berkesinambungan pada tempat yang sama.

3. Bagi RSUD kota Yogyakarta

Pelayanan di RSUD kota Yogyakarta sudah cukup memuaskan akan tetapi masih perlu ditingkatkan lagi untuk kesigapan dalam

pengambilan tindakan terhadap pasien sehingga didapatkan pelayanan yang lebih cepat dan mengurangi risiko-risiko yang mungkin dapat terjadi.

114

4. Klien

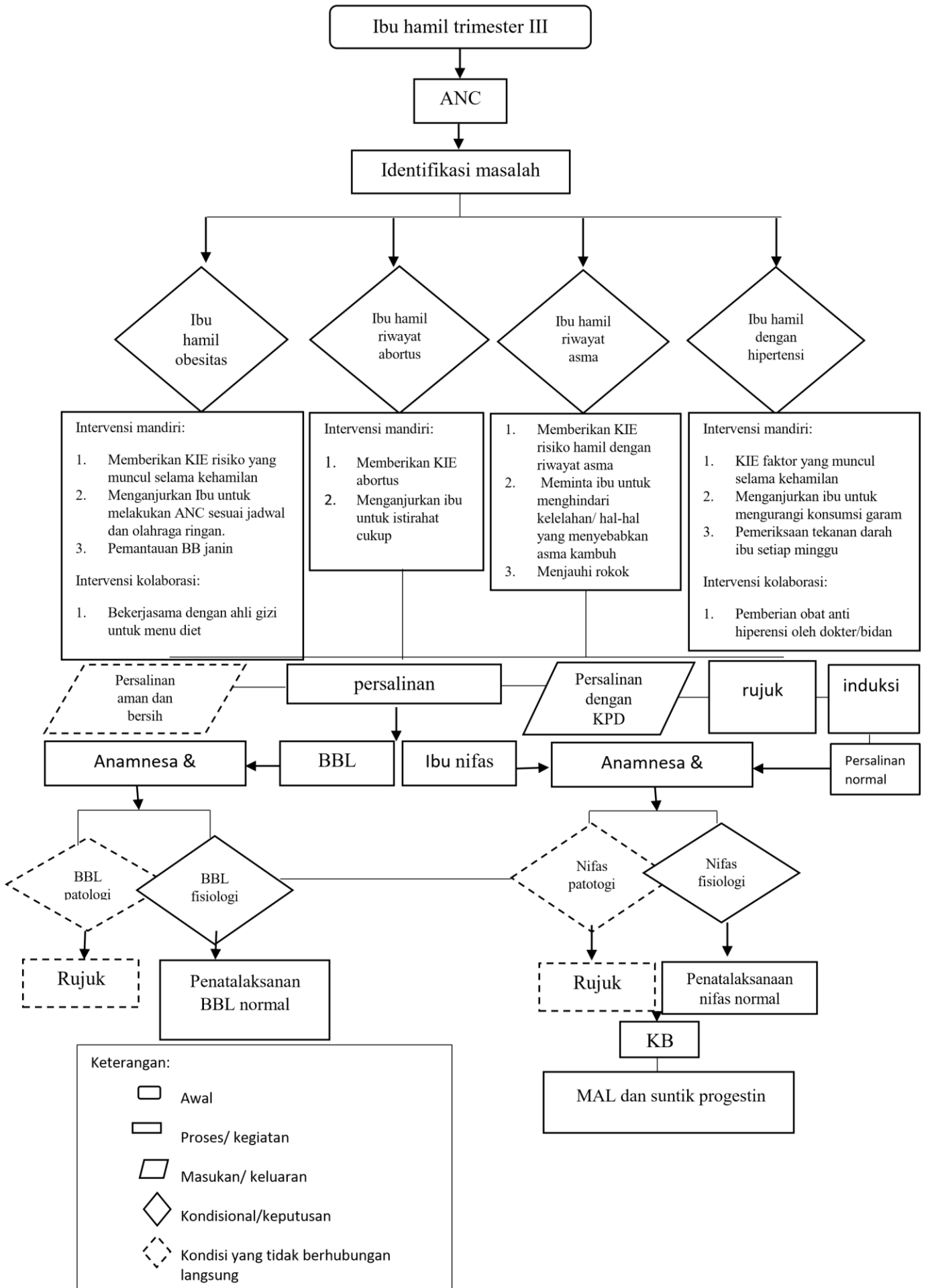
Diharapkan untuk tetap mempertahankan sikap positif dalam menanggapi kesehatan diri dan keluarganya. Mengingat riwayat obstetric yang kurang baik sebaiknya ibu merencanakan dan memantau lebih baik lagi pada kehamilan selanjutnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Banudi, L. (2013). *Gizi Kesehatan Reproduksi*. Jakarta: EGC.
- Cunningham, Lenovo, Bloom, Hauth, & spong, R. &. (2013). *obstetri Williams (Edisi 23)*. Jakarta: EGC.
- D.M, A. (2010). Hipertensi Dalam Kehamilan. In S. Prawirohardjo, *Ilmu Kebidanan Edisi 2* (pp. 530-559). Jakarta: PT.Bina Pustaka.
- Dumais, C., Legkong, R., & Mengkawang, M. (2016). Hubungan Obesitas Pada Kehamilan Dengan Preeklamsia.
- Dwi, H. A., & P, C. C. (2009). *Asuhan Persalinan Normal*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Ekwendi, Adelia S., Mengkawang, Maya E., M.M, Frank. (2016). perbandingan persalinan secsio sesarea dan ervaginam pada wanita hamil dengan obesitas.
- Hariadi, Alkaff, Z., & Siswosudarmo, R. (2002). efektivitas misoprostol per vaginam dan peroral untuk induksi persalinan pada kehamilan aterm ketuban pecah dini.
- johanes C. Mose, M. A. (2010). Persalinan Lama. In s. prawirohardjo, *ilmu kebidanan* (pp. 562-578). jakarta: PT bina pustaka.
- Kriebs, G. (2010). *Buku Saku Kebidanan Varney Edisi 2*. Jakarta : EGC.
- laili, F., & dkk. (2014). Hubungan Faktor Risiko Kegawatdadruratan Obstetri Menurut Rochjati Dengan Pelaksanaan Rujukan Oleh Bidan Di RSUD Gambiran Kediri. *e-journal*. Retrieved from e-journal.
- Manuaba, I, A. C., & Fajar, G. B. (2010). *Ilmu Kebidanan Penyakit Kandungan Dan Keluarga Berencana Untuk Pendidikan Bidan*. Jakarta: EGC.
- Medforth, J., Battersby, S., Evans, M., Marsh, B., & Walker, A. (2013). *kebidanan Oxford*. Jakarta: EGC.
- Muryunani, & Nurhayati. (2008). *Asuhan Bayi baru Lahir Normal*. Jakarta: TIM.
- Rochjati, P. (2011). *Skrining Antenatal Pada Ibu Hamil Edisi 2*. Jakarta: Salemba Medika.

- Rochjati, P. (2011). *Skrining Antenatal Pada Ibu Hamil Edisi 2*. Jakarta: Salemba Medica.
- Saifuddin, A. B. (2009). *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Materi Dan Neonatal*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Sidirtayasa, W. (2015). Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal. *Jurnal Obesitas Dalam Kehamilan* .
- Siswosudarmo, R. (1991). Penanganan Ketuban Pecah Dini. *Berkala ilmu kedokteran*.
- Soetomo, S. (2010). Ketuban Pecah Dini. In S. Prawirohardjo, *Ilmu Kebidanan edisi 2* (pp. 678-682). Jakarta: PT.Bina Pustaka.
- Sumara, Widyastuti, Y., & Wiyati, N. (2008). *Perawatan Ibu bersalin*. Yogyakarta: Fitramaya.
- WHO. (2010). *Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu Di Fasilitas Kesehatan Dasar Dan Rujukan*. Jakarta: Kemenkes.
- Wiknjosastro, H. (2007). *Ilmu KEbidanan. Edisi 3*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Yogyakarta, D. (2015). *Profil Kesehatan Tahun 2015 Kota Yogyakarta*. Yogyakarta: Dinkes Yogyakarta.

Flowchart



Lampiran 2. Menu diet sehat

DAFTAR MENU DIET SEHAT NY. NUR IKA PUTRI

Menu 1.

Waktu	Menu	Isi	Jumlah
Pagi 07.00	Nasi		150 gr / 1,5 centong
	Ayam panggang madu		1 potong
	Sayur sop jagung	Jagung manis Wortel kentang	100 gr / 1 mangkok kecil
	Tempe bumbu terik		2 potong
Selingan pagi 10.00	Papaya		1 potong sedang
Siang 12.00	Nasi		200 gr / 2 centong
	Bandeng goreng		1 potong
	Tahu isi sayuran		2 potong
	Sayur kimlo	Wortel Ayam bihun Jamur kuping	100 gr / 1 mangkok kecil
	Buah pear		1 buah
Selingan sore	Kue talam		1 buah
Malam 18.00	Nasi		200 gr / 2 centong
	telur ceplok cabe hijau		1 buah
	Tahu goreng		2 potong
	Sayur sop macaroni	Macaroni Wortel Kobis	100 gr / 1 mangkok kecil
	Pisang ambon		1 buah

Menu 2.

Waktu	Menu	Isi	Jumlah
Pagi 07.00	Nasi		150 gr / 1,5 centong
	Ikan pindang goreng		1 potong
	Sayur Lodeh	Kacang panjang	100 gr / 1 mangkok kecil
		Terong	
Daun so			

	Tahu bumbu bacem		2 potong
Selingan pagi 10.00	nagasari		1 buah
Siang 12.00	Nasi		200 gr / 2 centong
	Daging lada hitam		1 potong
	Tempe bumbu bacem		2 potong
	Oseng buncis wortel	buncis	100 gr / 1 mangkok kecil
		wortel	
Buah melon		1 potong sedang	
Selingan sore 15.00	Jeruk manis		1 buah
Malam 18.00	Nasi		200 gr / 2 centong
	Ayam goreng		2 potong
	Tempe bumbu kuning		2 potong
	Sayur sop jagung kacang polong	Jagung manis	100 gr / 1 mangkok kecil
		Wortel	
semangka		1 potong sedang	

Menu 3.

Waktu	Menu	Isi	Jumlah
Pagi 07.00	Nasi kuning		150 gr / 1,5 centong
	Abon daging		3 sdm
	Capcay bakso	Bakso	100 gr / 1 mangkok kecil
		Capcay	
		wortel	
Kering tempe		4 sdm	
Selingan pagi 10.00	Bubur mutiara		1 mangkok kecil
Siang 12.00	Nasi		200 gr / 2 centong
	Telur puyuh bumbu semur		5 butir

Selingan sore 15.00	Perkedel tahu		1 potong
	Oseng kangkung	kangkung	100 gr / 1 mangkok kecil
		Kecambah dele	
	Buah apel		1 buah
pisang ambon		1 buah	
Malam 18.00	Nasi		200 gr / 2 centong
	Tahu bumbu bacem		2 potong
	Sop bakso	Bakso	100 gr / 1 mangkok kecil, dengan bakso 5 butir
		Wortel	
		Kembang kol	
Jeruk manis		1 buah	

Menu 4.

Waktu	Menu	Isi	Jumlah
Pagi 07.00	Lontong		150 gr / 1,5 centong
	Opor ayam		1 potong
	Oseng kacang panjang kecambah dele	Kacang panjang	100 gr / 1 mangkok kecil
		Kecambah dele Kulit melinjo	
Oseng tahu cabe hijau		4 sdm	
Selingan pagi 10.00	Papaya		1 buah
Siang 12.00	Nasi		200 gr / 2 centong
	Pepes ikan nila		1 potong
	Tempe goreng		2 potong
	Sayur asem	Jagung manis	100 gr / 1 mangkok kecil
		Wortel	
Labu siam			
Kacang biji Daun so			
Pisang putri uli		1 buah	
Selingan sore 15.00	Pudding buah		1 buah
Malam	Nasi		200 gr / 2 centong

18.00	Ayam bumbu teriyaki		1 potong
	Tahu saus tomat		1 potong
	Sayur bening gambas	bayam Wortel gambas	100 gr / 1 mangkok kecil
	semangka		1 buah

Tabel pemantauan Tekanan Darah Ny. N

no	tanggal	Tekanan Darah (mmHg)	keterangan
1.	23 januari 2017	130/90	Pemeriksaan di puskesmas, sudah diberi obat
2.	30 januari 2017	120/80	Kunjungan rumah
3.	13 januari 2017	120/70	Kunjungan rumah
4.	20 januari 2017	-	-
5.	25 januari 2017	120/80	Pemeriksaan ibu di RSKIA rachmi
6.	7 febuari 2017	120/90	Pemeriksaan di puskesmas
7.	14 febuari 2017	120/80	Pemeriksaan di puskesmas

