

Kemenkes
Poltekkes Yogyakarta

TUGAS AKHIR

**ASUHAN BERKESINAMBUNGAN PADA NY. M UMUR 35 TAHUN G2P1A0AH1
USIA KEHAMILAN 40 MINGGU 4 HARI DENGAN ANEMIA RINGAN DAN
KEHAMILAN POST DATE DI PMB DYAH FEBRIANA FARIDA, SLEMAN**

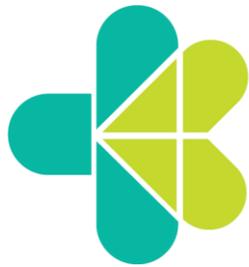
Oleh:

CANDRA RIZKI HAKIKI

NIM: P07124523053

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI BIDAN JURUSAN
KEBIDANAN POLTEKKES KEMENKES YOGYAKARTA**

2024



Kemenkes
Poltekkes Yogyakarta

TUGAS AKHIR

**ASUHAN BERKESINAMBUNGAN PADA NY. M UMUR 35 TAHUN G2P1A0AH1
USIA KEHAMILAN 40 MINGGU 4 HARI DENGAN ANEMIA RINGAN DAN
KEHAMILAN POST DATE DI PMB DYAH FEBRIANA FARIDA, SLEMAN**

Disusun Untuk Memenuhi Tugas Praktik Kebidanan Komunitas dalam Konteks
Continuity of Care (COC)

Oleh:

CANDRA RIZKI HAKIKI

NIM: P07124523053

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI BIDAN JURUSAN
KEBIDANAN POLTEKKES KEMENKES YOGYAKARTA**

2024

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : CANDRA RIZKI HAKIKI

NIM : P07124523053

Tanda Tangan :



Tanggal : 15 April 2024

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan ke hadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir dalam Konteks *Continuity of Care* (COC) yang berjudul “Asuhan Berkesinambungan Pada Ny. M Umur 35 Tahun G2P1A0AH1 Usia Kehamilan 40 Minggu 4 Hari dengan Anemia Ringan dan Kehamilan Post Date di PMB Dyah Febriana Farida, Sleman”. Penulis menyadari dalam pembuatan laporan ini tidak akan selesai tanpa bantuan dari berbagai pihak. Pada kesempatan ini, penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada:

1. Dr. Iswanto, S.Pd., M. Kes, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Yogyakarta yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti praktik klinik,
2. Dr. Heni Puji Wahyuningsih, S.SiT., M. Keb. selaku Ketua Jurusan Kebidanan yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti praktik klinik,
3. Munica Rita H., S.SiT, Bdn, M.Kes selaku Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Bidan yang telah memberikan kesempatan dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir,
4. Annisa Bekti T, S.Tr.Keb., Bdn selaku Pembimbing Akademik yang telah memberikan arahan dan kebijakan dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir,
5. Dyah Febriani. F, S.Str. Keb., Bdn selaku Pembimbing Klinik yang telah memberi bimbingan dan arahan selama menjalankan praktik klinik di PMB Dyah Febriani,
6. Orangtua dan Kakak yang telah banyak memberikan dukungan, doa dan semangat sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan laporan ini masih belum sempurna. Penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun dari semua pihak.

Yogyakarta, April 2024

Penulis

SINOPSIS

“Asuhan Berkesinambungan Pada Ny. M Umur 35 Tahun G2P1A0AH1 Usia Kehamilan 40 Minggu 4 Hari dengan Anemia Ringan dan Kehamilan Post Date di PMB Dyah Febriana Farida, Sleman”

Faktor risiko pada ibu hamil bila tidak dideteksi secara dini atau ditindaklanjuti segera dapat menyebabkan kemungkinan risiko atau bahaya bila terjadi komplikasi pada persalinan yang dapat menyebabkan kematian atau kesakitan pada ibu dan bayinya. Sehingga diperlukan pemantauan secara berkala yaitu dengan asuhan berkesinambungan atau *Continuity of Care* yang dilakukan mulai dari kehamilan, persalinan, bayi, nifas dan keluarga berencana. Salah satu ibu hamil dengan faktor risiko dengan anemia ringan dan kehamilan postdate di PMB Dyah Febriani Farida.

Kontak pertama dilakukan pada tanggal 1 Februari 2024 saat usia kehamilan 33 minggu 6 hari dan tidak ada keluhan. Pada saat kehamilan belum ditemukan masalah. Kontak kedua dilakukan pada tanggal 11 Februari 2024 saat usia kehamilan 35 minggu 2 hari dengan keluhan pusing dan lemas. Dilakukan pemeriksaan Hb dengan hasil 9,8 gr/dl. Ibu mengalami anemia ringan. Kemudian ibu diberikan konseling dan dosis Fe 2x sehari. Kontak ketiga dilakukan pada tanggal 12 Maret 2024 dan tidak ada keluhan. Dilakukan pemeriksaan Hb untuk melihat perkembangan, didapatkan hasil Hb 11,7 gr/dl. Ibu sudah tidak mengalami anemia ringan. Kontak keempat dilakukan pada tanggal 21 Maret 2024 pada usia kehamilan ibu 40 minggu 2 hari dengan keluhan ibu merasa cemas karena kehamilannya melebihi HPL. Pada pemeriksaan USG terakhir pada tanggal 24 Februari 2024 didapatkan hasil kondisi kehamilan ibu normal. Ibu disarankan mengikuti USG kembali pada tanggal 25 Maret 2024.

Pada tanggal 23 Maret 2024 ibu mulai merasakan kenceng yang teratur. Persalinan dilakukan secara spontan di PMB Dyah Febriani dengan tidak ada komplikasi pada ibu maupun pada bayi. Bayi lahir pada tanggal 23 Februari 2024 pukul 10.00 WIB, menangis kuat, warna kulit kemerahan, gerak otot aktif, jenis

kelamin perempuan, berat lahir 2600 gram, panjang lahir 47 cm, bayi normal tidak terdapat komplikasi. Ibu belum berkenan dipasang KB pasca salin IUD karena ingin KB suntik 3 bulan. Pada masa nifas dilakukan pengkajian nifas dan tidak ada penyulit ataupun masalah. Pengkajian neonatal juga tidak ada penyulit ataupun masalah pada bayi.

Asuhan berkesinambungan telah diberikan pada Ny. M dengan faktor risiko anemia ringan dan kehamilan post date hingga kontrol KB dan selesai masa nifasnya sehingga ibu tidak mengalami komplikasi. Keadaan ibu dan bayi dalam batas normal tidak didapatkan adanya masalah yang patologis. Harapan setelah dilakukan asuhan berkesinambungan ini adalah dilakukannya asuhan berkesinambungan dengan melibatkan SDM terkait sehingga ibu hamil yang memiliki faktor risiko mendapatkan pelayanan yang menyeluruh dan sesuai dengan kebutuhan.

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS Error! Bookmark not defined.	
HALAMAN PERSETUJUAN DAN PENGESAHAN ... Error! Bookmark not defined.	
KATA PENGANTAR	iv
SINOPSIS.....	v
DAFTAR ISI.....	vi
DAFTAR TABEL.....	vii
DAFTAR LAMPIRAN	ix
BAB I PENDAHULUAN	10
A. Latar Belakang	10
B. Tujuan	13
C. Ruang Lingkup.....	14
D. Manfaat	15
BAB II KAJIAN KASUS DAN TEORI	16
A. Kajian Kasus	16
B. Kajian Teori	26
BAB III PEMBAHASAN.....	85
A. Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan	85
B. Asuhan Kebidanan pada Persalinan	94
C. Asuhan Bayi Baru Lahir.....	100
D. Asuhan Kebidanan pada Masa Nifas	106
E. Asuhan Kebidanan pada Keluarga Berencana	112
BAB IV PENUTUP	114
A. Kesimpulan	114
B. Saran.....	114
DAFTAR PUSTAKA	116
LAMPIRAN.....	122

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Faktor risiko yang terdapat dalam kelompok I	32
Tabel 2. Faktor risiko yang terdapat dalam kelompok II	33
Tabel 3. Faktor risiko yang terdapat dalam kelompok III.....	34
Tabel 4. Pengukuran Serviks	54
Tabel 5. Perubahan uterus setelah Melahirkan	68
Tabel 6. Kunjungan masa nifas	73

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. SOAP Kehamilan	123
Lampiran 2. SOAP Persalinan	131
Lampiran 3. Lembar Observasi.....	134
Lampiran 4. Catatan Perkembangan Persalinan	136
Lampiran 5. Lembar Partograf.....	138
Lampiran 6. SOAP Bayi baru lahir	140
Lampiran 7. SOAP Masa nifas.....	148
Lampiran 8. SOAP Kontrasepsi.....	154
Lampiran 9. Surat keterangan selesai COC	156
Lampiran 10. Informed Consent	157
Lampiran 11. Dokumentasi.....	158
Lampiran 12. Lampiran jurnal	162

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kesejahteraan suatu bangsa di pengaruhi oleh kesejahteraan ibu dan anak, kesejahteraan ibu dan anak di pengaruhi oleh proses kehamilan, persalinan, nifas, neonatus dan juga pada saat pemakaian alat kontrasepsi. Proses tersebut akan menentukan kualitas sumber daya manusia yang akan datang. Pelayanan kesehatan maternal neonatal merupakan salah satu unsur penentu status kesehatan.¹ Kesehatan ibu dan anak juga dapat diartikan sebagai tolak ukur indikator terpenting untuk menilai kualitas pelayanan obstetrik dan ginekologi di suatu wilayah, yang dilihat dari Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) di wilayah tersebut.²

Jumlah Angka Kematian Ibu (AKI) di dunia pada tahun 2020 adalah 216/100.000 kelahiran hidup atau diperkirakan jumlah kematian ibu adalah 303.000 kematian dengan jumlah tertinggi berada di negara berkembang yaitu sebesar 302.000 kematian. Angka Kematian Bayi (AKB) di negara berkembang 20 kali lebih tinggi dibandingkan angka kematian ibu di negara maju yaitu 239/100.000 kelahiran hidup sedangkan di negara maju hanya 12/100.000 kelahiran hidup pada tahun 2020.²

Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia berdasarkan Survey Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) pada tahun 2017 angka kematian ibu sebesar 305 per 100.000 kelahiran hidup.³ Berdasarkan target *Millennium Development Goals* (MDGs) pada Tahun 2020 yaitu AKI 102 per 100.000 kelahiran hidup, sehingga target global MDGs (*Millennium Development Goals*) ke-5 untuk menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) menjadi 102/100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015 tidak tercapai. Mengacu pada kondisi saat ini, pemerintah mencoba upaya untuk menurunkan AKI melalui SDGs dan di harapkan AKI untuk tahun 2030

menjadi 70/100.000 kelahiran hidup.⁴ Jumlah AKI di DIY (Daerah Istimewa Yogyakarta) tahun 2013 berjumlah 46 ibu, pada tahun 2014 mengalami penurunan jumlah AKI yaitu 40 ibu. Pada tahun 2015 penurunan jumlah AKI menjadi sebesar 29 kasus, pada tahun 2016 kembali naik menjadi 39 kasus dan kembali sedikit turun menjadi 34 kasus pada tahun 2019. Kasus AKI terbanyak terjadi di Kabupaten Gunung Kidul (12 kasus) dan terendah di Kabupaten Kulon Progo (3 kasus).⁵

Berdasarkan SDKI tahun 2020, AKB di DIY belum mampu memenuhi target MDG's karena AKB tahun 2020 masih berada di angka 25/1000 kelahiran hidup. Pada tahun 2019 AKB di DIY sebesar 405 kasus dan tahun 2020 AKB di DIY turun menjadi 329 kasus, tahun 2019 turun menjadi 278 kasus kematian bayi, namun pada tahun 2020 kembali naik 313 kasus. Kasus AKB tertinggi terjadi di Kabupaten Bantul yaitu 108 kasus dan terendah di Kabupaten Yogyakarta yaitu 33 kasus.⁵

Masih tingginya angka kematian ibu dan bayi maka diperlukan asuhan kebidanan berbasis *Continuity of Care* (COC) mulai dari ibu hamil, bersalin, nifas, neonatus, dan keluarga berencana. COC adalah pelayanan yang dicapai ketika terjalin hubungan terus-menerus antara seorang wanita dengan bidan. Asuhan yang berkelanjutan berkaitan dengan kualitas pelayanan dari waktu ke waktu yang membutuhkan hubungan terus-menerus antara pasien dengan tenaga profesional kesehatan. Layanan kebidanan harus disediakan mulai prakonsepsi, awal kehamilan, selama semua trimester, kelahiran dan melahirkan sampai enam minggu pertama postpartum.⁶

COC adalah suatu proses dimana pasien dan tenaga kesehatan yang kooperatif terlibat dalam manajemen pelayanan kesehatan secara terus menerus menuju pelayanan yang berkualitas tinggi, biaya perawatan medis yang efektif. Pelayanan kesehatan yang diberikan pada ibu hamil melalui pemberian pelayanan antenatal care terpadu minimal 6 kali selama masa kehamilan.⁷ Beberapa faktor yang dapat menyebabkan kondisi ibu hamil menjadi berisiko mengalami

komplikasi selama kehamilan dan persalinan yaitu ibu hamil empat terlalu (terlalu muda < 20 tahun, terlalu tua > 35 tahun, terlalu dekat jaraknya < 2 tahun, terlalu banyak anaknya > 3 anak), ibu hamil dengan anemia, riwayat penyakit yang diderita ibu, riwayat persalinan sebelumnya salah satunya operasi sesar atau *Seksio Cesarea (SC)*.⁸

Anemia dalam kehamilan dapat disebut juga “*potensial danger to mother and child*” (potensi membahayakan ibu dan anak).⁹ Kondisi anemia pada ibu hamil memiliki risiko 9 kali lebih besar untuk melahirkan bayi dengan berat bayi lahir rendah dibandingkan dengan ibu hamil yang tidak mengalami anemia. Selain berdampak pada janin, kondisi kehamilan yang kurang optimal juga dapat berdampak pada ibu, yaitu kematian ibu akibat perdarahan saat melahirkan atau perdarahan postpartum.¹⁰ Kasus anemia pada ibu hamil di Indonesia termasuk tinggi. Hasil penelitian Fakultas Kedokteran di seluruh Indonesia menunjukkan bahwa prevalensi anemia ibu hamil di Indonesia adalah 50-63%. Sementara itu, penelitian Puspongoro dan *Anemia World Map* pada waktu yang sama menyebutkan 51% wanita hamil menderita anemia sehingga menyebabkan kematian hingga 300 jiwa perhari.

Prevalensi anemia ibu hamil di DIY pada tahun 2015 sebesar 14,85 % dan mengalami kenaikan pada tahun 2016 yaitu sebesar 16,09 % dan kembali turun menjadi 14,32 pada tahun 2017. Pada tahun 2018 kembali mengalami kenaikan 15,21, tahun 2019 naik menjadi 15,6.¹¹ Menurut data Profil Kesehatan Sleman 2020, proporsi anemia ibu hamil K1 Kabupaten sebesar 10,46%, proporsi ini mengalami kenaikan sebesar 1,56% kalau dibandingkan tahun 2018 yaitu dari 8,90% menjadi 10,46%.¹² Anemia dalam kehamilan merupakan salah satu masalah nasional karena mencerminkan kesejahteraan sosial ekonomi masyarakat dan pengaruhnya sangat besar terhadap kualitas sumber daya manusia.⁹ Pemerintah sudah melakukan program penanggulangan anemia pada ibu hamil yaitu dengan memberikan 90 tablet tambah darah kepada ibu hamil.

Kehamilan lewat tanggal atau *postdate pregnancy* adalah kehamilan yang terjadi lebih lama daripada tanggal taksiran persalinan.¹³ Angka kejadian kehamilan postterm yang dilaporkan bervariasi antara 4–14% dari semua kehamilan dengan rata-rata 10%.¹⁴ Kehamilan postdate sering dihubungkan dengan peningkatan risiko morbiditas dan mortalitas perinatal. Risiko lahir mati adalah 1 dari 926 kehamilan yang sedang berlangsung pada usia kehamilan 40 minggu, 1 dari 826 pada 41 minggu, 1 dari 769 pada 42 minggu, dan 1 dari 633 pada 43 minggu.¹⁵ Angka kematian perinatal pada usia kehamilan 40 minggu adalah 2–3 neonatus tiap 1000 kelahiran, sedangkan pada usia kehamilan 42 minggu menjadi 2 kali lipat, bahkan mencapai 4–6 kali lipat pada 44 minggu.¹⁶

Hal ini terjadi karena pada kehamilan postdate terdapat penurunan fungsi pendukung kesejahteraan janin yaitu plasenta sehingga mempunyai risiko lebih tinggi terhadap kematian perinatal berkaitan dengan aspirasi mekonium dan asfiksia sehingga kehamilan postdate akan berpengaruh terhadap hasil keluaran janin.¹⁷ Insufisiensi uteroplasenta, asfiksia (dengan dan tanpa mekonium), infeksi intrauterin, dan anencephaly semua berkontribusi terhadap peningkatan angka kematian perinatal.¹⁸

Berdasarkan fakta-fakta dan permasalahan yang ditemukan, maka penulis tertarik untuk membuat laporan *Continuity Of Care* (COC) yang bertujuan untuk memberikan asuhan kebidanan secara komprehensif dan berkesinambungan (*Continuity Of Care*) pada ibu hamil dengan judul “Asuhan Berkesinambungan Pada Ny. M Umur 35 Tahun G2P1A0AH1 Usia Kehamilan 40⁺⁴ Minggu dengan Anemia Ringan dan Kehamilan Post Date di PMB Dyah Febriana Farida”.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Mahasiswa mampu menjelaskan dan mengimplementasikan Asuhan Berkesinambungan Pada Ny. M Umur 35 Tahun G2P1A0AH1 Usia

Kehamilan 40⁺ Minggu dengan Anemia Ringan dan Kehamilan Post Date di PMB Dyah Febriani Farida.

2. Tujuan Khusus

- a. Melakukan asuhan kebidanan secara berkesinambungan pada Ny. M usia 35 tahun G2P1Ab0Ah1 umur kehamilan 40 minggu 4 hari meliputi pengkajian, diagnosa kebidanan, masalah dan kebutuhan, diagnosa potensial dan antisipasi segera, melaksanakan asuhan kebidanan dan melakukan evaluasi.
- b. Melakukan asuhan kebidanan secara berkesinambungan pada ibu bersalin meliputi pengkajian, diagnosa kebidanan, masalah dan kebutuhan, diagnose potensial dan antisipasi segera, melaksanakan asuhan kebidanan dan melakukan evaluasi.
- c. Melakukan asuhan kebidanan secara berkesinambungan pada bayi baru lahir meliputi pengkajian, diagnosa kebidanan, masalah dan kebutuhan, diagnose potensial dan antisipasi segera, melaksanakan asuhan kebidanan dan melakukan evaluasi.
- d. Melakukan asuhan kebidanan secara berkesinambungan pada ibu nifas meliputi pengkajian, diagnosa kebidanan, masalah dan kebutuhan, diagnose potensial dan antisipasi segera, melaksanakan asuhan kebidanan dan melakukan evaluasi.
- e. Melakukan asuhan kebidanan secara berkesinambungan pada keluarga berencana meliputi pengkajian, diagnosa kebidanan, masalah dan kebutuhan, diagnosa potensial dan antisipasi segera, melaksanakan asuhan kebidanan dan melakukan evaluasi.

C. Ruang Lingkup

Ruang lingkup laporan berkesinambungan ini adalah pelaksanaan pelayanan kebidanan yang berfokus pada masa hamil, bersalin, bayi baru lahir, neonatus, nifas, dan keluarga berencana.

D. Manfaat

1. Bagi Mahasiswa Profesi Kebidanan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta

Laporan tugas akhir ini dapat dijadikan tambahan pengalaman praktis kebidanan yang cukup dalam asuhan kebidanan pada masa kehamilan, persalinan, nifas, BBL neonatus dan KB sesuai dengan faktor risiko yang dimiliki.

2. Bagi Pasien Ny. M di PMB Dyah Febriani

Laporan tugas akhir ini dapat menambah pengetahuan dan wawasan bagi pasien, tentang kehamilan, persalinan, masa nifas, neonatus dan keluarga berencana, sehingga mampu mengantisipasi, mencegah dan menanggulangi terjadinya kegawatdaruratan dan dapat mengurangi angka morbiditas dan mortalitas di masyarakat.

3. Bagi Bidan di PMB Dyah Febriani

Laporan tugas akhir ini dapat dijadikan sebagai acuan untuk selalu meningkatkan mutu pelayanan asuhan kebidanan pada masa kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, neonatus, nifas, dan KB.

BAB II

KAJIAN KASUS DAN TEORI

A. Kajian Kasus

1. Asuhan Kebidanan pada Ibu Hamil

a. Asuhan pada ibu hamil pada tanggal 1 Februari 2024

Asuhan pada ibu hamil pertama pada Ny. M, umur 35 tahun datang bersama suaminya untuk memeriksakan kehamilannya. Ibu mengatakan tidak ada keluhan. Ny. M mengatakan ini merupakan pernikahan pertama dengan Tn. E, dan suami mengatakan ini juga pernikahan pertama. Menikah pada usia 23 tahun dan hamil pertama pada usia 25 tahun, dengan suami 12 tahun. Menarche: 12 tahun, siklus: 28 hari teratur, lama 6-7 hari, Banyaknya : ganti pembalut 3-4 kali/hari, HPHT: 12 Juni 2023 dengan HPL: 19 Maret 2024, umur kehamilan 33 minggu 6 hari. Riwayat KB, Ny. M mengatakan pernah menggunakan KB suntik 3 bulan. Kehamilan ini merupakan kehamilan yang kedua.

Riwayat kesehatan Ny. M dan keluarga dahulu dan sekarang tidak mempunyai sakit menurun, menahun, dan menular. Ny. M tidak mempunyai alergi obat ataupun makanan. Untuk pemenuhan sehari-hari dan personal hygiene baik, tidak ada keluhan. Riwayat psikososial Ny. M mengatakan sudah mengetahui tentang kehamilan. Bahwa masa kehamilan membutuhkan gizi dan istirahat yang cukup untuk perkembangan janin di dalam kandungan. Pengetahuan ibu tentang kondisi/keadaan yang dialami sekarang ibu mengetahui bahwa keadaannya normal tidak ada permasalahan. Ibu mengatakan menerima kehamilan saat ini dan keluarga serta suami mendukung dan senang.

Ibu memiliki rencana untuk melahirkan di PMB Dyah Febriani Farida secara spontan dan ibu sudah mempersiapkan sebagian perlengkapan untuk persalinan, ibu sudah mengetahui tanda-tanda

persalinan. Hasil pemeriksaan didapatkan keadaan umum: baik, composmentis. Pemeriksaan vital sign TD: 110/80 mmHg, N: 82x/menit, S: 36,2°C, BB sebelum hamil: 52 kg, BB sekarang: 60 kg terdapat kenaikan 8 kg, TB: 153 cm sehingga IMT 22,21 kg/m², hasil ini menunjukkan ibu kategori IMT normal. Lila sebelum hamil yakni 26 cm.

Pemeriksaan fisik wajah: tidak ada oedem, simetris, mata: konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, abdomen tidak ada bekas luka, palpasi fundus teraba bokong bayi, punggung di bagian kiri, ekstremitas dibagian kanan, presentasi kepala, belum masuk panggul. TFU 27 cm. TBJ : $(27-12) \times 155 = 2,325$ gram. DJJ 141 x/ menit dalam batas normal. Ekstremitas atas dan bawah normal tidak terdapat odema pada kaki. Riwayat pemeriksaan penunjang trimester I tanggal 28-08-2023 Hb 11,1 g/dL, GDS 88 mg/dl golongan darah: A, HIV, Sifilis dan HbsAg Non Reaktif.

b. Asuhan kedua yang dilakukan pada tanggal 12 Februari 2024

Asuhan kedua saat usia kehamilan 35 minggu 2 hari dengan keluhan pusing dan mudah lelah. Pemeriksaan vital sign TD: 100/60 mmHg, N: 81x/menit, R: 22x/menit, S: 36,6°C, BB: 60 kg. Pemeriksaan fisik wajah tidak ada oedem, simetris, mata konjungtiva merah muda sedikit pucat, sklera tidak ikterik, abdomen ada bekas luka. Palpasi fundus teraba bokong bayi, punggung di bagian kiri, ekstremitas dibagian kanan, presentasi kepala, belum masuk panggul. Pemeriksaan MC. Donald : TFU : 28 cm, TBJ : $(28-12) \times 155 = 2480$ gram. DJJ : 141 x / menit. Dilakukan pemeriksaan Hb dengan hasil 9,8 gd/dL. Ibu mengalami anemia ringan dan diberikan konseling serta dosis tablet Fe 2 kali sehari.

c. Asuhan ketiga tanggal 12 Maret 2024

Hasil anamnesa melalui *Whatapps* Ny. M datang ke PMB Dyah Febriani untuk memeriksakan perkembangan Hb nya. Dilakukan pemeriksaan; TD: 110/70 mmHg, N: 96 x/menit, R: 22x/menit, S: 36,6°C,

BB: 61,5 kg. Umur kehamilan 39 minggu 4 hari. Pemeriksaan keadaan umum baik, kesadaran composmentis, TFU 30 cm, TBJ: (30-11)x155: 2945 gram, DJJ: 132 x/m. Pemeriksaan Hb dilakukan dengan hasil 11,7 gr/dL.

d. Asuhan keempat tanggal 21 Maret 2024

Hasil anamnesa melalui *Whatapps* Ny. M datang ke PMB Dyah Febriani untuk memeriksakan kehamilannya. Ibu mengeluh cemas karena kehamilannya sudah melewati HPL dan belum ada tanda persalinan. Dilakukan pemeriksaan; TD: 110/70 mmHg, N: 89 x/menit, R: 22x/menit, S: 36,6°C, BB: 62 kg. Umur kehamilan 40 minggu 2 hari. Pemeriksaan keadaan umum baik, kesadaran composmentis, TFU 31 cm, TBJ: (31-11)x155: 3100 gram, DJJ: 134 x/m. Dianjurkan pada ibu untuk mengikuti USG 25 Maret 2024 jika belum ada tanda persalinan.

2. Asuhan Kebidanan Persalinan

Pada tanggal 23 Maret 2024 jam 06.30 WIB Ny. M datang ke PMB Dyah Febriani mengatakan merasa kenceng-kenceng dari jam 04.30 WIB dan sudah keluar lendir darah. Dilakukan pemeriksaan dengan hasil keadaan umum: baik, kesadaran: composmentis. Pemeriksaan vital sign TD: 110/80 mmHg, N: 96 x/menit, R: 22x/menit, S: 36,6°C, BB: 62 kg.

Pemeriksaan fisik wajah: tidak ada oedem, simetris, mata: konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, abdomen ada luka bekas operasi, TFU: 31 cm, punggung kiri, preskep (sudah masuk panggul), DJJ 140 x/menit, His 3x/10'/30', Dilakukan pemeriksaan dalam: vulva uretra tenang, dinding vagina licin, portio tipis, pembukaan 4 cm, selaput ketuban utuh, presentasi kepala, UUK jam 12, AK negatif, dan STLD positif. Ekstremitas tidak ada oedem. Dilakukan pemasangan infus RL pada ibu.

Memberitahu hasil pemeriksaan bahwa ibu sudah dalam persalinan pembukaan 4 cm. Memberitahu ibu untuk tidur miring kiri agar aliran oksigen dari ibu ke janin lancar dan tercukupi. Memberitahu ibu mengenai teknik

pernafasan. Memberi motivasi dan dukungan kepada ibu agar ibu tidak merasa cemas dalam melalui persalinan. Mempersilahkan keluarga untuk mendampingi ibu selama proses persalinan. Menyampaikan pada ibu untuk tidak mengejan terlebih dahulu karena pembukaan belum lengkap. Menyarankan ibu untuk makan dan minum. Menganjurkan ibu perbanyak doa terutama saat rasa sakit timbul. Memantau kemajuan persalinan diantaranya denyut jantung janin diperiksa setiap 30 menit, kontraksi uterus setiap 30 menit, nadi setiap 30 menit, pembukaan porsio dan tekanan darah setiap 4 jam atau jika ada indikasi, serta suhu dan produksi urin setiap 2 jam. Memimpin mengejan dan membantu melahirkan kepala serta badan bayi setelah pembukaan lengkap. Ibu dalam persalinan kala 1 fase aktif.

Pada jam 09.45 WIB ibu mengatakan ketuban pecah spontan dan merasa ingin mengejan. Dilakukan pemeriksaan dalam; vulva uretra tenang, dinding vagina licin, portio tidak teraba, pembukaan 10 cm, STLD positif, air ketuban jernih, penurunan kepala hodge III. DJJ 142 x/m, his 5x 45 detik dalam 10 menit. Vulva anus membuka dan perineum menonjol. Kemudian melakukan pertolongan persalinan sesuai dengan langkah APN.

Kemudian ibu dipimpin dan dibimbing untuk meneran. Pada jam 10.00 WIB bayi lahir spontan, segera menangis, menangis kuat, warna kulit kemerahan, tonus otot aktif, Apgar Score 8/9/10, Jenis kelamin perempuan. Dilakukan perawatan bayi baru lahir. Kala III dimulai setelah bayi lahir. Setelah bayi lahir dilakukan manajemen aktif kala III yaitu menyuntikkan oksitosin, PTT, dan masase uterus. Plasenta lahir 5 menit setelah bayi lahir, plasenta lahir spontan dan lengkap. Kala IV dimulai setelah plasenta lahir yaitu pukul 10.05 WIB. Terdapat laserasi derajat 2 yaitu kulit, mukosa vagina hingga otot perineum sehingga dilakukan penjahitan perineum tanpa anestesi terlebih dahulu.

Pada kala IV dilakukan pemantauan tanda-tanda vital, TFU, kontraksi, kandung kemih serta perdarahan. Pemantauan dilakukan setiap 15 menit pada

satu jam pertama dan setiap 30 menit pada satu jam kedua. Hasil pemantauan kala IV dalam batas normal dimana TD 112/81 mmHg, nadi 80x/menit, suhu 36,6°C, kontraksi uterus keras, TFU 2 jari dibawah pusat, kandung kemih kosong dan perdarahan dalam batas normal

3. Asuhan Bayi Baru Lahir dan Neonatus

a. Asuhan Bayi Baru Lahir 0 jam

Sabtu, tanggal 23 Maret 2024 pukul 10.00 WIB, dilakukan perawatan bayi baru lahir kemudian dilakukan IMD selama kurang lebih 1 jam. Hasil pemeriksaan KU: baik, kesadaran: Composmentis, jenis kelamin perempuan, N: 138 kali/menit, R: 44 kali/menit, S: 36,1°C, BB: 2600 gram, PB: 47 cm, Lila: 11 cm, LK: 33 cm, LD: 34 cm, tidak ada kelainan. Kulit berwarna kemerahan, terdapat vernix caseosa, kepala tidak ada pembekakan pada kepala. Mata simetris, tidak ada kelainan. Hidung tidak ada pernapasan cuping hidung. Telinga simetris, terdapat lubang. Mulut normal tidak ada kelainan. Leher tidak ada kelainan dan tidak ada pembesaran kelenjar tiroid. Dada tidak ada retraksi dinding dada. Abdomen tidak ada pembesaran abnormal. Umbilikal tidak ada perdarahan, tidak ada infeksi, tali pusat masih basah. Anus terdapat lubang anus. Ekstremitas lengkap, simetris. Labia mayora menutupi labia minora, terdapat lubang vagina. Pada jam 11.05 WIB bayi diberikan injeksi vitamin K dan salep mata.

Dari pengkajian dan penilaian dapat disimpulkan bahwa diagnosa bayi Ny. M usia 1 jam cukup bulan, normal. Penatalaksanaan yang diberikan antara lain telah diberikan salep mata cloramphenicole, menyuntikkan vitamin K 1 mg di paha sebelah kiri secara IM, membedong bayi dengan kain bersih serta memberikan bayi kepada orang tuanya untuk melakukan *bounding*. memberikan KIE ASI eksklusif, tehnik menyusui, tanda bahaya bayi baru lahir dan KIE ibu imunisasi Hb 0 pada bayi baru lahir.

b. Asuhan Neonatus 1 (KN I 6-48 jam)

Asuhan neonatus 1 dilakukan pada tanggal 24 Maret 2024 pukul 10.00 WIB. Ny. M mengatakan tidak ada masalah pada bayinya. Pemeriksaan fisik bayi menunjukkan bayi dalam keadaan normal, tidak diare, tidak ikterus, tidak ada kelainan maupun kecacatan.

Dari hasil anamnesa didapatkan Ny. M mengatakan sudah BAB, BAK dan tidak ada masalah. Ny. M mengatakan sekarang bayi tidak ada keluhan, ASI masih keluar sedikit dan terus berusaha tetap disusui. Bayi menyusu dengan kuat dan bayi tidak kuning, bayi sudah BAB dan BAK tidak ada keluhan, bayi telah mendapatkan imunisasi Hepatitis B pada tanggal 24 Maret 2024 jam 08.00 WIB.

Analisis data yaitu By.Ny.M usia 24 jam cukup bulan, sehat. Selanjutnya disusun rencana asuhan yaitu memberikan KIE kepada ibu untuk tetap menjaga kehangatan bayinya, KIE ASI *on demand* dan ASI eksklusif, KIE perawatan tali pusat dan perawatan bayi, serta KIE tanda bahaya bayi baru lahir. Kemudian, melakukan dokumentasi tindakan yang telah dilakukan.

c. Kunjungan Neonatus 2 (KN II 3-7 hari)

Asuhan neonatus 3 dilakukan tanggal 30 Maret 2024 pukul 10.00 WIB Ny. M dan By. Ny. M hari ke-7 pasca salin dilakukan pengkajian melalui via WA Ny. M mengatakan tidak ada keluhan. Dari hasil anamnesa didapatkan Ny. M mengatakan sudah BAB, BAK dan tidak ada masalah. Ny. M mengatakan sekarang bayi tidak ada keluhan, ASI sudah lancar. Bayi menyusu dengan kuat dan bayi tidak kuning, bayi sudah BAB dan BAK tidak ada keluhan.

Kemudian dari hasil pengkajian yang telah didapatkan, Analisis kebidanan berdasarkan hasil pemeriksaan yaitu By.Ny. M usia 7 hari cukup bulan, normal dengan kebutuhan edukasi *personal hygiene* dan perawatan bayi baru lahir. Selanjutnya, disusun rencana asuhan yaitu

memberikan pujian dan support, menjelaskan kepada ibu kulit bayi masih sangat sensitif terhadap suhu, reaksi alergi, paparan bahan kimia (sabun, pelembab), atau virus/bakteri sehingga ibu dianjurkan memberikan ASI lebih sering karena ASI dapat sebagai perlindungan bayi dari infeksi, menjaga bayi dari bahan yang membuat sensitif, memberikan KIE kepada ibu untuk tetap menjaga kehangatan bayinya, KIE ASI on demand dan ASI eksklusif, serta KIE tanda bahaya bayi baru lahir, mengingatkan ibu untuk kunjungan ulang ke PMB Dyah Febriani sesuai jadwal atau bila ada keluhan dan melakukan dokumentasi tindakan yang telah dilakukan.

d. Asuhan Neonatus 3 (KN III 8-28 hari)

Asuhan neonatus 3 dilakukan tanggal 12 April 2024 Jam 16.30 WIB via *Whatsapp* pada hari ke-20, didapatkan bahwa Ny. M mengatakan tidak ada keluhan, bayinya sehat dan menyusui dengan baik. Keadaan umum By.Ny.M baik, kesadaran penuh, berat badan terakhir adalah 2800 gram, suhu 36,6°C, respirasi 44x/m, nadi 124 x/m, warna kulit kemerahan, tali pusat sudah lepas dan tidak ada infeksi. kesadaran composmentis. By. Ny. M sudah dilakukan imunisasi BCG pada tanggal 7 April 2024.

Kemudian dari hasil pengkajian yang telah didapatkan, Analisis kebidanan berdasarkan hasil pemeriksaan yaitu By.Ny. M usia 20 hari cukup bulan, normal. Selanjutnya disusun rencana asuhan yaitu memberikan pujian dan support kepada ibu, KIE ASI on demand dan ASI eksklusif, KIE personal hygiene bayi, memberikan KIE untuk kehangatan bayi, serta KIE tanda bahaya bayi baru lahir, menganjurkan ibu untuk mengikuti posyandu untuk melakukan pemantauan pertumbuhan dan PMB bila ada keluhan. Kemudian melakukan dokumentasi tindakan yang telah dilakukan.

4. Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas dan Neonatus

a. Asuhan Nifas 1 (KF I 6-48 jam)

Asuhan Nifas1 dilakukan pada tanggal 24 Maret 2024 pukul 10.00 WIB. Ny. M mengatakan merasakan nyeri jahitan perineum, perut terasa mules, ibu dapat beristirahat, ibu dapat duduk maupun berjalan ke kamar mandi, sudah BAK dan bisa mandi sendiri, belum BAB, ganti pembalut 3-4 kali sehari, ASI sudah keluar sejak bayi baru lahir meskipun belum banyak namun cukup, ibu mengaku menyusui bayi 2 jam sekali, ibu makan 3 kali sehari dan minum air putih 2 liter dalam sehari dengan tambahan sari kacang hijau.

Hasil pemeriksaan pada catatan persalinan didapatkan Ny. M dalam keadaan umum baik, kesadaran compomentis, TD: 118/76 mmHg, Nadi: 86 x/menit, S: 36,5° C, RR: 21 x/menit. Perdarahan dalam batas normal, kontraksi uterus keras, TFU 2 jari dibawah pusat, lochea rubra, jahitan baik belum kering. Ibu mengatakan suami dan keluarga sangat senang dengan kelahiran anak pertamanya ditandai dengan selalu menemani dan membantu selama kehamilan hingga masa nifasnya.

Analisis yaitu Ny. M umur 35 tahun P2A0 postpartum spontan hari ke-1 normal membutuhkan asuhan nifas 6-48 jam. Penatalaksanaan yang dilakukan yaitu menganjurkan ibu untuk mencukupi kebutuhan makan minum dengan gizi cukup terutama tinggi protein dan berserat tinggi untuk membantu penyembuhan luka, melancarkan BAB, dan meningkatkan produksi ASI. KIE kebersihan genetalia dan personal hygiene, KIE menyusui on demand dan ASI eksklusif agar tercipta bonding, KIE kelola stress dan pemberian support, KIE tanda bahaya masa nifas, KIE minum obat secara rutin. Melakukan dokumentasi asuhan yang telah diberikan.

b. Asuhan Nifas 2 (KF II 3-7 hari)

Asuhan nifas 2 dilakukan tanggal 30 Maret 2024 pukul 10.00 WIB Ny. M yakni hari ke-7 pasca salin dilakukan pengkajian melalui via WA Ny. M mengatakan tidak ada keluhan. Dari hasil anamnesa didapatkan Ny. M mengatakan sudah BAB, BAK dan tidak ada masalah. Ny. M mengatakan sekarang bayi tidak ada keluhan, ASI sudah lancar. ada hasil pemeriksaan objektif yang terdokumentasikan pada buku KIA didapatkan keadaan umum baik, kesadaran composmentis, tanda-tanda vital dalam batas normal, ASI keluar cukup, kontraksi uterus keras, TFU 3 jari dibawah pusat, lochea sanguilenta dalam batas normal, jahitan perineum masih basah, tidak ada tanda-tanda infeksi, ekstremitas tidak ada pembengkakan.

Analisis yaitu Ny.M umur 35 tahun P2A0 postpartum spontan nifas hari ke-3 normal membutuhkan asuhan nifas 3-7 hari. Penatalaksanaan yang dilakukan yaitu KIE menyusui on demand dan ASI eksklusif agar tercipta bonding, menganjurkan ibu untuk mencukupi kebutuhan makan minum dengan gizi cukup terutama tinggi protein dan serat, KIE kebersihan badan dengan tetap berhati-hati saat mandi agar luka jahitan di perut tetap aman, KIE kelola stress dan pemberian support, KIE tanda bahaya masa nifas, mengingatkan ibu untuk kontrol sesuai jadwal atau bila ada keluhan. Melakukan dokumentasi asuhan yang telah diberikan.

c. Asuhan Nifas 3 (KF III 8-28 hari)

Asuhan neonatus 3 dilakukan tanggal 12 April 2024 Jam 16.30 WIB via *Whatsapp* pada hari ke-20, didapatkan hasil Ny. M mengatakan jahitan masih terasa nyeri, ibu dapat beristirahat karena dibantu suami untuk mengurus bayi dan pekerjaan rumah, ASI keluar cukup dan tidak ada keluhan. Hasil pemeriksaan objektif Ny.M dalam keadaan baik dan kesadaran composmentis, TD 110/70 mmHg, nadi 80 x/menit, respirasi 20 x/menit, ASI (+), TFU sudah tidak teraba, lochea alba, jahitan masih

ada yang basah, payudara bersih, puting menonjol, terdapat pengeluaran ASI, ekstremitas tidak ada pembengkakan.

Analisis yaitu Ny.M umur 35 tahun P2A0 postpartum spontan nifas hari ke-20 normal membutuhkan asuhan nifas 8-28 hari. Penatalaksanaan yang dilakukan yaitu memberitahu hasil pemeriksaan bahwa ibu dalam keadaan sehat, memberikan dukungan dan pujian pada ibu yang tetap menyusui *on demand* dan ASI eksklusif, menganjurkan ibu untuk menjaga pola makan gizi cukup terutama tinggi protein dan serat, menganjurkan mobilisasi secara perlahan agar mengurangi rasa kaku dan nyeri jahitan, KIE kebersihan genitalia, KIE kelola stress dan istirahat yang cukup. Mulai menanyakan perencanaan keluarga berencana dengan menjarangkan kehamilan menggunakan kontrasepsi menggunakan leaflet, dan dokumentasi asuhan.

d. Asuhan Nifas 4 (KF IV 29-42 hari)

Asuhan nifas 4 dilakukan pada tanggal 21 April 2024 melalui media *whatsapp*. Ibu mengatakan tidak ada keluhan, ASI lancar dan tidak ada masalah menyusui, ibu dapat beristirahat cukup, ibu dapat melakukan aktivitas rumah tangga seperti biasa, sudah BAK dan BAB tidak ada keluhan, darah nifas sudah berhenti (tidak ada pengeluaran dari jalan lahir), jahitan sudah kering dan tidak nyeri, makan 3-4 kali sehari, minum minimal 2 liter sehari.

Analisis yaitu Ny.M umur 35 tahun P2A0 postpartum spontan nifas hari ke-29 normal membutuhkan asuhan nifas 29-42 hari. Penatalaksanaan yang dilakukan yaitu memberikan dukungan dan pujian kepada ibu untuk melakukan ASI eksklusif 6 bulan, menganjurkan ibu untuk tetap menjaga pola nutrisi gizi cukup, kemudian memberikan konseling tentang macam-macam alat kontrasepsi yang dapat digunakan pada ibu pasca persalinan. Ibu merespon dengan baik dan mengetahui macam-macam kontrasepsi. Ibu juga mengatakan belum melakukan hubungan seksual dengan suami.

Ibu mengatakan akan menggunakan KB suntik 3 bulan. Memberitahu ibu masa subur setelah persalinan dan waktu yang tepat untuk memulai menggunakan kontrasepsi yang diinginkan, serta melakukan dokumentasi asuhan.

5. Asuhan Kebidanan pada calon akseptor KB suntik DMPA

Asuhan pada KB dan alat kontrasepsi pasca salin dilakukan pada tanggal 21 April 2024 jam 10.00 WIB melalui *whatsapp*, dilakukan anamnesa dan konseling mengenai penggunaan KB setelah melahirkan. Ibu mengatakan belum menggunakan KB dan belum melakukan hubungan seksual dengan suami. Ibu juga mengatakan akan sesegera mungkin menggunakan KB sesuai yang diinginkan yaitu KB suntik 3 bulan.

Penatalaksanaan memberitahu efek samping alat kontrasepsi suntik DMPA, kelebihan dan kekurangan menggunakan KB suntik DMPA. Memberitahu ibu masa subur setelah persalinan dan waktu yang tepat untuk memulai menggunakan kontrasepsi yang diinginkan, serta melakukan dokumentasi asuhan.

B. Kajian Teori

1. Kehamilan

a. Pengertian

Pengertian Kehamilan Beberapa pengertian dari kehamilan adalah sebagai berikut:¹

- 1) Kehamilan merupakan waktu transisi, yakni suatu masa antara kehidupan sebelum memiliki anak yang sekarang berada dalam kandungan dan kehidupan nanti setelah anak tersebut lahir.
- 2) Kehamilan merupakan masa yang dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari). Kehamilan ini dibagi atas 3 semester yaitu; kehamilan trimester pertama mulai 0-14 minggu, kehamilan trimester kedua

mulai mulai 14-28 minggu, dan kehamilan trimester ketiga mulai 28-42 minggu.

- 3) Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai janin lahir. Lama kehamilan normal dihitung dari hari pertama menstruasi terakhir (HPMT) yaitu 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari). Selama kehamilan seorang wanita akan mengalami perubahan dalam yang meliputi perubahan fisiologis dan psikologis.²

b. Perubahan Fisiologi Trimester III

Perubahan fisiologi pada masa kehamilan Trimester III adalah¹⁹ :

- 1) Minggu ke-28/bulan ke-7

Fundus berada dipertengahan antara pusat dan *sifoudeus*. Hemoroid mungkin terjadi. Pernapasan dada menggantikan pernapasan perut. Garis bentuk janin dapat dipalpasi. Rasa panas perut mungkin terasa.

- 2) Minggu ke-32/ bulan ke-8

Fundus mencapai *prosesus sifoideus*, payudara penuh, dan nyeri tekan. Sering BAK mungkin kembali terjadi. Selain itu, mungkin juga terjadi dispnea.

- 3) Minggu ke-38/ bulan ke-9

Penurunan bayi ke dalam pelvis/panggul ibu (lightening). Plasenta setebal hampir 4 kali waktu usia kehamilan 18 minggu dan beratnya 0,5-0,6 kg. Sakit punggung dan sering BAK meningkat. *Braxton Hicks* meningkat karena serviks dan segmen bawah rahim disiapkan untuk persalinan.

c. Ketidaknyamanan Trimester III

Berikut adalah ketidaknyamanan ibu hamil trimester III²⁰:

- 1) Sering buang air kecil

Sering buang air kecil disebabkan oleh adanya pembesaran rahim dan saat kepala bayi turun kerongga panggul yang menekan kandung kemih sehingga membuat ibu sering buang air kecil.

Cara menangani dan mencegah bisa dengan cara latihan kegel, menganjurkan ibu untuk buang air kecil secara teratur dan tidak menahan BAK, serta menghindari penggunaan pakaian yang ketat.

2) Nyeri pinggang

Nyeri pada pinggang, hal ini karena ada peningkatnya beban berat yang dibawa oleh ibu yaitu bayi dalam kandungan. Cara menanganinya ataupun mencegahnya dengan cara hindari sikap membungkuk saat mengangkat beban sebaiknya tekuk lutuk terlebih dahulu sebelum mengangkat beban.

3) Sulit bernafas

Ibu hamil yang sudah memasuki trimester tiga yaitu usia kehamilan 28 minggu. Janin semakin membesar dan akan terus menekan rahim. Sehingga tekanan ini membuat otot-otot yang berada dibawah paru-paru hanya menaik sekitar 4 cm dari posisi sebelumnya. Hal ini menyebabkan ruang udara didalam paru-paru menyempit. Tetapi ketika kepala bayi sudah masuk kedalam rongga panggul biasanya ibu dapat merasakan lega dan mudah untuk bernafas kembali.

Cara menanganinya ataupun cara mencegah yaitu dengan melakukan teknik relaksasi yaitu Tarik nafas panjang lalu hembuskan secara perlahan.

4) Kontraksi

Kontraksi yang dirasakan ibu merupakan kontraksi palsu atau Braxton hicks. Hal ini dapat ibu rasakan ketika menjelang hari H-persalinan. berupa rasa sakit yang ringan, tidak teratur, dan hilang bila ibu duduk atau istirahat.

5) Varises pada kaki atau vulva

Peningkatan volume darah dan alirannya selama kehamilan akan menekan daerah panggul dan vena di kaki atau vulva, yang menyebabkan vena menonjol. Pada akhir kehamilan kepala bayi juga

akan menekan vena daerah panggul sehingga menimbulkan varises. Cara menanggapi ataupun mencegah yaitu lakukan olahraga ataupun senam secara teratur, hindari duduk ataupun berdiri dalam jangka waktu yang lama. Hindari memakai sepatu ataupun sandal yang ber hak tinggi, dan ketika tertidur kaki posisikan lebih tinggi daripada kepala.

6) Konstipasi

Pada trimester ke 3 ini konstipasi juga dirasakan karena adanya tekanan rahim yang membesar ke daerah usus selain peningkatan hormon progesterone. Atasi dengan makanan berserat, buah-buahan, sayur-sayuran, minum air yang banyak, dan olahraga. Cara menanggapi dan mencegahnya yaitu lebih banyak mengonsumsi makanan yang berserat, melakukan olahraga ringan ataupun senam hamil secara rutin, tidak menahan BAB.

7) Kram dan nyeri kaki

Kram pada kaki biasanya timbul pada usia kehamilan 24 minggu. Hal ini dirasakan oleh ibu hamil sanget sakit, kadang-kadang masih terjadi pada saat persalinan sehingga sangat mengganggu ibu dalam proses persalinan. Serta penyebabnya pun belum pasti, tetapi ada beberapa kemungkinan terjadi karena adanya kadar kalsium yang rendah, uterus membesar sehingga menekan pembuluh darah pelvik, kelelahan dan sirkulasi darah ke tingkai bagian bawah berkurang.

Cara untuk mengurangi kram dan nyeri kaki yaitu: olahraga atau senam secara teratur, meningkatkan asupan kalsium (susu, sayuran yang berwarna hijau gelap) dan air putih yang cukup, pada saat bangun tidur, sebaiknya jari-jari kaki ditegakkan sejajar dengan tumit untuk mencegah kram yang mendadak. Dan hindari sepatu atau sandal yang hak tinggi.

8) Peningkatan cairan vagina

Peningkatan cairan vagina selama kehamilan adalah normal. Cairan biasanya jernih, pada awal kehamilan biasanya agak kental mendekati persalinan lebih cair, yang terpenting adalah tetap menjaga kebersihan. Cara menanganinya dengan mengganti celana dalam jika sudah terasa lembab dan basah, memelihara kebersihan alat reproduksi. Tidak menggunakan bahan celana dalam yang ketat lebih baiknya untuk menggunakan bahan celana dalam yang berbahan katun.

9) Oedema

Ini sering terjadi pada kehamilan trimester ke 2 dan 3, biasanya berhubungan dengan karena adanya pembesaran uterus pada ibu hamil yang mengakibatkan vena pelvik tertekan sehingga menimbulkan gangguan sirkulasi, tekanan pada saraf dikaki atau karena rendahnya kadar kalsium. Cara menanganinya yaitu dengan meningkatkan periode istirahat dan berbaring dengan posisi miring kiri, tidak menggantung kaki saat duduk, perbanyak konsumsi cairan (minimal 6-8 gelas/ hari) untuk membantu diuresis natural, hindari pakaian dan kaos kaki yang ketat.

d. Faktor Risiko pada Kehamilan

1) Pengertian Faktor Risiko

Kehamilan risiko tinggi adalah kehamilan yang akan menyebabkan terjadinya bahaya dan komplikasi yang lebih besar baik pada ibu maupun pada janin dalam kandungan dan dapat menyebabkan kematian, kesakitan, kecacatan, ketidak nyamanan dan ketidak puasan. Dengan demikian untuk menghadapi kehamilan atau janin risiko tinggi harus diambil sikap proaktif, berencana dengan upaya promotif dan preventif. Sampai pada waktunya, harus diambil sikap tepat dan cepat untuk menyelamatkan ibu dan bayinya atau dipilih ibunya saja.

Keadaan yang dapat meningkatkan risiko kematian ibu secara tidak langsung disebut sebagai faktor risiko, semakin banyak faktor

risiko yang ditemukan pada kehamilan maka semakin tinggi pula risikonya. Komplikasi pada saat kehamilan dapat dikategorikan dalam risiko kehamilan, sebanyak 90% penyebab kematian terjadi karena komplikasi obstetric yang tidak terduga saat kehamilan, saat persalinan atau pasca persalinan dan 15% kehamilan diperkirakan berisiko tinggi dan dapat membahayakan ibu dan janin.⁴

2) Kriteria Kehamilan Berisiko

Kehamilan berisiko terbagi menjadi tiga kriteria yang dituangkan dalam bentuk angka atau skor. Angka bulat yang digunakan dalam penilaian yaitu 2, 4 dan 8 pada setiap variabel dan kemudian dijumlahkan menjadi total skor akhir.

- a) Kehamilan Risiko Rendah (KRR) Kehamilan risiko rendah dimana ibu seluruh ibu hamil berisiko terhadap kehamilannya untuk ibu hamil dengan kehamilan risiko rendah jumlah skor 2 yaitu tanpa adanya masalah atau faktor risiko. Persalinan dengan kehamilan risiko rendah dalam dilakukan secara normal dengan keadaan ibu dan bayi sehat, tidak dirujuk dan ditolong bidan.
- b) Kehamilan Risiko Tinggi (KRT) Kehamilan risiko tinggi dengan jumlah skor 6 - 10, adanya satu atau lebih penyebab masalah pada kehamilan, baik dari pihak ibu maupun bayi dalam kandungan yang memberi dampak kurang menguntungkan bagi ibu bayi. Kategori KRT memiliki risiko kegawatan tetapi tidak darurat.
- c) Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST) Kehamilan risiko sangat tinggi (KRST) dengan jumlah skor ≥ 12 . Ibu hamil dengan dua atau lebih faktor risiko meningkat dan memerlukan ketepatan waktu dalam melakukan tindakan rujukan serta pertolongan persalinan yang memadai di Rumah Sakit ditangani oleh Dokter spesialis. Hasil penelitian menunjukkan bahwa KRST merupakan kelompok risiko penyebab kematian maternal.

- 3) Pengelompokan faktor risiko tinggi kehamilan
 - a) Faktor risiko tinggi menjelang kehamilan. Faktor genetika yaitu faktor keturunan dan faktor lingkungan yang dipengaruhi oleh pendidikan dan sosial.⁵
 - b) Faktor risiko tinggi yang bekerja selama hamil atau keadaan yang dapat merangsang kehamilan. Kebiasaan ibu seperti merokok, minum minuman alkohol, kecanduan obat dll. Penyakit yang mempengaruhi kehamilan misalnya hipertensi gestasional, toksemia gravidarum.
 - c) Faktor risiko saat persalinan
 - d) Faktor risiko pada neonatus.

4) Batasan Faktor Risiko

Faktor risiko pada ibu hamil dikelompokkan dalam 3 kelompok, sebagai berikut: ²¹

a) Kelompok I

Ada Potensi Gawat Obstetrik (APOG), meliputi 10 faktor risiko: 7 Terlalu dan 3 Pernah. Kelompok ini pada kehamilan yang mempunyai masalah yang perlu diwaspadai. Selama kehamilan, ibu hamil sehat tanpa ada keluhan yang membahayakan tetap waspada karena kemungkinan terjadi penyulit dalam persalinan.⁶

Tabel 1. Faktor risiko yang terdapat dalam kelompok I

No	Faktor Risiko (FR I)	Batasan Kondisi Ibu
1	Primi Muda	Terlalu muda, hamil pertama ≤ 16 tahun
2	Primi Tua	a. Terlalu tua, hamil pertama umur ≥ 35 tahun b. Terlalu lambat hamil, setelah kawin ≥ 4 tahun
3	Primi Tua Sekunder	Terlalu lama punya anak lagi, terkecil ≥ 10 tahun
4	Anak Terkecil <2tahun	Terlalu cepat punya anak lagi, terkecil ≤ 2 tahun
5	Grande Multi	Terlalu banyak punya anak, 4 atau lebih

6	Umur >35 tahun	Terlalu tua, hamil umur 35 tahun atau lebih
7	Tinggi Badan <145 cm	Terlalu pendek dengan ibu hamil pertama; hamil kedua atau lebih, tetapi belum pernah melahirkan normal/spontan dengan bayi cukup bulan dan hidup
8	Pernah gagal kehamilan	a. Hamil kedua, pertama gagal b. Hamil ketiga/lebih mengalami gagal (abortus, lahir mati) 2 kali
9	Pernah melahirkan dengan:	a. Pernah melahirkan dengan tarikan tang/vakum b. Pernah uri dikeluarkan oleh penolong dari dalam rahim c. Pernah diinfus/transfusi pada perdarahan pasca persalinan
10	Pernah Operasi Sesar	Pernah melahirkan bayi dengan operasi sesar sebelum kehamilan ini

Sumber: Rochjati (2021)

b) Kelompok II

Ada Gawat Obstetrik/AGO, ada 8 faktor risiko Gawat Obstetri tanda bahaya pada saat kehamilan, persalinan, dan nifas. Beberapa penyakit ibu hamil yang dikategorikan sebagai gawat obstetri yaitu: anemia, malaria pada ibu hamil, penyakit TBC, payah jantung, diabetes militus, HIV/AIDS, toksoplasmosis

Tabel 2. Faktor risiko yang terdapat dalam kelompok II

No	Faktor Risiko (FR II)	Batasan Kondisi Ibu
1	Penyakit ibu hamil	
	Anemia	Pucat, lemas badan, lekas, berkunang-kunang, lelah, lesu, mata
	Malaria	Panas tinggi, mengigil keluar keringat, sakit kepala
	Tuberkulosa paru	Batuk lama tidak sembuh-sembuh, batuk darah, badan lemah, lesu dan kurus
	Payah jantung	Sesak nafas, jantung berdebar-debar, kaki bengkak

	Kencing manis	Diketahui diagnosa dokter dengan pemeriksaan laboratorium
	PMS, dll	Diketahui diagnosa dokter dengan pemeriksaan laboratorium
2	Preeklamsia ringan	Bengkak tungkai dan tekanan darah tinggi
3	Hamil kembar/gemeli	Perut ibu sangat besar, gerak anak terasa dibanyak tempat
4	Hamil kembar air/Hidramnion	Perut ibu sangat membesar, gerak anak kurang terasa karena air ketuban terlalu banyak
5	Hamil lebih bulan/hamil serotinus	Ibu hamil 9 bulan dan lebih 2 minggu belum melahirkan
6	Janin mati di dalam rahim	Ibu hamil tidak merasakan gerakan anak lagi, perut mengecil
7	Letak sungsang	Rasa berat menunjukkan letak dari kepala janin di atas perut; kepala bayi ada di atas dalam rahim
8	Latak lintang	Rasa berat menunjukkan letak kepala janin di samping perut; kepala bayi dalam rahim terletak di sebelahh kanan atau kiri.

Sumber: Rochjati (2021)

c) Kelompok III

Ada Gawat Darurat Obstetrik AGDO, ada 2 faktor risiko, ada ancaman nyawa ibu dan bayi.

Tabel 3. Faktor risiko yang terdapat dalam kelompok III

No	Faktor Risiko (FR II)	Batasan Kondisi Ibu
1	Perdarahan sebelum bayi lahir	Mengelurkan darah pada waktu hamil, sebelum melahirkan bayi
2	Pereklampsia berat	Pada hamil 6 bulan lebih; sakit kepala/pusing, bengkak tungkai/wajah, tekanan darah tinggi, pemeriksaan urine ada albumin
3	Eklampsia	Ditambah dengan terjadi kejang-kejang

Sumber: Rochjati (2021)

5) Faktor penyebab terjadinya risiko tinggi

a) Faktor non medis Faktor non medis penyebab terjadinya kehamilan

risiko tinggi yaitu kemiskinan, ketidaktahuan, pendidikan rendah, adat istiadat, tradisi, kepercayaan, status gizi, sosial ekonomi yang rendah, kebersihan lingkungan, kesadaran untuk memeriksakan kehamilan secara teratur, fasilitas dan sarana kesehatan yang serba kekurangan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan antara pengetahuan, pendapatan ibu dan pemeriksaan Antenatal Care (ANC) dengan kejadian Kekurangan Energi Kronis (KEK). Terdapat hubungan antara tingkat pendidikan dengan pengetahuan tentang tanda bahaya kehamilan.⁷

b) Faktor medis Penyakit ibu dan janin, kelainan obstetrik, gangguan plasenta, gangguan tali pusat, komplikasi janin, penyakit neonatus dan kelainan genetik.

e. Ibu Hamil dengan Anemia Ringan

1) Pengertian Anemia

Anemia didefinisikan sebagai penurunan jumlah sel darah merah atau penurunan konsentrasi hemoglobin didalam sirkulasi darah.²² Anemia dalam kehamilan adalah suatu kondisi ibu dengan kadar nilai hemoglobin dibawah 11 gr% pada trimester I dan III atau kadar nilai hemoglobin kurang dari 10,5 gr % pada trimester II, perbedaan nilai batas diatas dihubungkan dengan kejadian hemodilusi, terutama pada trimester II.²³

2) Patofisiologis Anemia dalam Kehamilan

Perubahan hematologi sehubungan dengan kehamilan, antara lain oleh karena peningkatan oksigen, perubahan sirkulasi yang makin meningkat terhadap plasenta dan janin, serta kebutuhan suplai darah untuk pembesaran uterus, sehingga terjadi peningkatan volume darah yaitu peningkatan volume plasma dan sel darah merah. Namun, peningkatan volume plasma terjadi dalam proporsi yang lebih besar jika dibandingkan dengan peningkatan eritrosit sehingga terjadi

penurunan konsentrasi hemoglobin akibat hemodilusi. Volume plasma meningkat 45-65 % dimulai pada trimester II, dan maksimum terjadi pada bulan ke-9 yaitu meningkat sekitar 1000 ml, menurun sedikit menjelang aterm, serta kembali normal tiga bulan setelah partus. Stimulasi yang meningkatkan volume plasma seperti laktogen plasenta, yang menyebabkan peningkatan sekresi aldosteron.²⁴

Volume plasma yang terekspansi menurunkan hematokrit, konsentrasi hemoglobin darah, dan hitung eritrosit, tetapi tidak menurunkan jumlah absolut Hb atau eritrosit dalam sirkulasi. Penurunan hematokrit, konsentrasi hemoglobin, dan hitung eritrosit biasanya tampak pada minggu ke-7 sampai ke-8 kehamilan, dan terus menurun sampai 22 minggu ke-16 sampai ke-22 ketika titik keseimbangan tercapai. Sebab itu, apabila ekspansi volume plasma yang terus-menerus tidak diimbangi dengan peningkatan produksi eritropoetin sehingga menurunkan kadar Ht, konsentrasi Hb, atau hitung eritrosit di bawah batas “normal”, timbulah anemia.²⁴

3) Etiologi Anemia dalam Kehamilan

Penyebab anemia pada kehamilan antara lain kehilangan darah yang berat seperti pada saat menstruasi dan infeksi parasit, kondisi seperti malaria dan Human Immunodeficiency Virus (HIV), hipervolemia yang menurunkan konsentrasi hemoglobin (Hb) darah dan kekurangan nutrisi mikronutrien. Asupan yang rendah dan penyerapan zat besi yang buruk, terutama selama kehamilan saat kebutuhan zat besi tinggi juga merupakan penyebab terjadinya anemia. Hipervolemia menyebabkan terjadinya pengenceran darah, penambahan sel darah tidak sebanding dengan penambahan plasma, kurangnya zat besi dalam makanan, dan kebutuhan zat besi meningkat.²⁵

4) Faktor Predisposisi Anemia dalam Kehamilan

Adapun faktor predisposisi terjadinya anemia dalam kehamilan, yaitu:²⁶

- a) Diet rendah zat besi, B12, dan asam folat
 - b) Kelainan gastrointestinal
 - c) Penyakit kronis
 - d) Riwayat keluarga
- 5) Klasifikasi Anemia dalam Kehamilan

Anemia diklasifikasikan dalam beberapa macam, yaitu:

- a) Anemia Defisiensi Besi
Anemia defisiensi besi merupakan gejala kronis dengan keadaan hipokromik (konsentrasi Hb kurang), mikrositik yang disebabkan oleh suplai besi kurang dalam tubuh. Kurangnya besi berpengaruh dalam pembentukan hemoglobin sehingga konsentrasinya dalam sel darah merah berkurang, hal ini akan mengakibatkan tidak adekuatnya pengangkutan oksigen ke seluruh jaringan tubuh.^{27,28}
 - b) Anemia Megaloblastik
Anemia megaloblastik biasanya berbentuk makrositik atau pernisiiosa. Penyebabnya adalah karena kekurangan asam folat atau vitamin B12. Biasanya karena malnutrisi dan infeksi yang kronik.²⁹
 - c) Anemia Hipoplasti
Anemia hipoplasti disebabkan oleh hipofungsi sumsum tulang, membentuk sel-sel darah merah baru.²⁸
 - d) Anemia Hemolitik
Anemia hemolitik disebabkan penghancuran atau pemecahan sel darah merah yang lebih cepat dari pembuatannya.²⁸
- 6) Jenis-jenis Anemia dalam Kehamilan

Secara umum ada tiga jenis utama anemia, diklasifikasikan menurut ukuran sel darah merah yaitu:²⁹

a) Anemia Mikrositik

Jika sel darah merah lebih kecil dari biasanya. Penyebab utama dari jenis ini anemia defisiensi zat besi (besi tingkat rendah) dan thalassemia (kelainan bawaan hemoglobin).

b) Anemia Normositik

Jika ukuran sel darah merah normal dari dalam ukuran tetapi rendah dalam jumlah, seperti anemia yang menyertai penyakit kronis atau anemia yang berhubungan dengan penyakit ginjal.

c) Anemia Makrositik

Jika sel darah merah lebih besar dari normal. Penyebab utama dari jenis ini adalah anemia pernisiiosa dan anemia yang berhubungan dengan alkoholisme.

7) Dampak Anemia dalam Kehamilan

Dampak anemia dalam kehamilan bervariasi dari keluhan sangat ringan hingga terjadinya gangguan kelangsungan kehamilan (abortus, partus immatur atau prematur), gangguan proses persalinan (inertia, atonia, partus lama, perdarahan atonis), gangguan pada masa nifas (sub involusi rahim, daya tahan terhadap infeksi dan stres, kurang produksi ASI), dan gangguan pada janin (abortus, dismaturitas, mikrosomi, BBLR, kematian perinatal).²⁵

8) Pencegahan Anemia dalam Kehamilan

Pastikan bahwa ibu hamil pada kunjungan pertama kehamilan dilakukan pemeriksaan anemia. Asupan nutrisi yang baik adalah cara terbaik untuk mencegah terjadinya anemia jika sedang hamil atau dalam program hamil. Konsumsi makanan yang tinggi kandungan zat besi dan protein (sayuran berdaun hijau seperti bayam, kangkung, sawi, brokoli, daging merah, telur, ikan, sereal dan kacang-kacangan seperti tahu, tempe) dapat membantu memastikan bahwa tubuh menjaga pasokan besi yang diperlukan untuk berfungsi dengan baik. Pemberian

vitamin atau tablet tambah darah untuk memastikan bahwa tubuh memiliki cukup zat besi dan asam folat. Program pemerintah dalam penanggulangan anemia pada ibu hamil yakni memberikan 90 tablet tambah darah selama kehamilan. Pemberian preparat 60 mg/hari dapat menaikkan kadar Hb sebanyak 1 gr/dl perbulan.²⁹

Perlu diperhatikan apa yang diminum bersamaan dengan tablet tambah darah. Mengonsumsi makanan atau minuman yang kaya vitamin C seperti stroberi atau jus jeruk bersama dengan zat besi akan meningkatkan penyerapan zat besi dalam tubuh. Hindari mengonsumsi minuman berkafein seperti kopi dan teh bersama dengan makanan tinggi zat besi karena dapat mengurangi jumlah besi yang diserap tubuh. Selain itu, kalsium yang dikonsumsi dalam produk susu dan beberapa obat juga dapat menghalangi penyerapan zat besi.³⁰

Pemberian zat besi secara oral dapat menimbulkan efek samping pada saluran gastrointestinal pada sebagian orang, seperti rasa tidak enak di ulu hati, mual, muntah dan diare. Konsumsi tablet besi pada malam hari adalah Salah satu cara yang dianjurkan untuk mengurangi mual sebagai efek samping dari mengonsumsi tablet tambah darah. Konsumsi tablet tambah darah secara rutin akan menyebabkan warna feses menjadi kehitaman dan mengeras. Pada sebagian wanita, menyebabkan sembelit, ditambah dengan adanya relaksasi otot dari usus besar diakarenakan adanya peningkatan hormon progesteron, pergeseran dan penekanan terhadap perut oleh pembesaran uterus, sehingga menjadikan kerja usus menurun dan menyebabkan jarang defeksi, jumlah feses berkurang, konsistensinya keras dan kering. Penyulit Ini dapat diredakan dengan cara memperbanyak minum, menambah konsumsi makanan yang kaya akan serat seperti roti, sereal, dan agar-agar.³¹

9) Deteksi Anemia dalam Kehamilan

Untuk menegakan diagnosis anemia dapat dilihat dari tanda dan gejala yang muncul serta diperlukan metode pemeriksaan yang akurat dan kriteria diagnosis yang tegas. Gejala ini berupa badan pusing, lemah, lesu, cepat lelah, mata berkunang-kunang, tidak nafsu makan, serta telinga mendenging. Pada pemeriksaan fisik dijumpai pasien yang pucat, terutama pada konjungtiva dan jaringan di bawah kuku. Penegakan diagnosa anemia dapat dilakukan dengan memeriksa kadar hemoglobin dengan menggunakan alat sederhana. Anemia dapat didiagnosis dengan pasti jika kadar Hb lebih rendah dari batas normal, berdasarkan kelompok umur dan jenis kelamin.²⁴

Menurut WHO (2014), Nilai ambang batas yang digunakan untuk menentukan status anemia pada ibu hamil, dibagi menjadi 4 kategori yaitu: dikategorikan normal atau tidak anemia jika Hb >11 gr/dl. Dikategorikan anemia ringan apabila Hb 9-10 gr/dl. Dikategorikan anemia sedang apabila Hb 7-8 gr/dl. Dikategorikan anemia berat apabila <7 gr/dl.³²

10) Penatalaksanaan Anemia dalam Kehamilan

Penatalaksanaan anemia dalam kehamilan berdasarkan kategori kadar Hb, sebagai berikut:

a) Anemia Ringan

Kadar Hb 9-10 gr/dl masih merupakan anemia ringan sehingga hanya perlu diberikan kombinasi 60 mg/hari zat besi, dan 400 µg folat peroral sehari sekali.³³

b) Anemia Sedang

Pengobatannya dengan kombinasi 120 mg zat besi dan 500 µg asam folat peroral sekali sehari.³³

c) Anemia Berat

Pemberian preparat parenteral yaitu dengan fero dextrin sebanyak 1000 mg (20 ml) intravena atau 2x10 ml intramuskular. Trasnfusi

darah kehamilan lanjut dapat diberikan walaupun sangat jarang diberikan mengingat risiko transfusi bagi ibu dan janin.²³

f. Kehamilan *Postdate*

1) Pengertian

Pengertian Kehamilan lewat bulan (KLB) disebut juga kehamilan serotinus, kehamilan lewat waktu, prolonged pregnancy, postterm pregnancy, extended pregnancy, postdate/postdatisme atau postmaturitas.³⁴ Kehamilan dan persalinan lewat bulan adalah 294 hari setelah hari pertama menstruasi terakhir, atau 280 hari setelah ovulasi. Istilah lewat bulan (postdate) digunakan karena tidak menyatakan secara langsung pemahaman mengenai lama kehamilan dan maturitas janin.³⁵ Kehamilan lewat tanggal atau postdate adalah kehamilan yang terjadi dalam jangka waktu > 40 minggu sampai dengan 42 minggu.³⁶

2) Etiologi

Penyebab pasti kehamilan lewat waktu sampai saat ini belum kita ketahui. Diduga penyebabnya adalah siklus haid yang tidak diketahui pasti, kelainan pada janin (anencefalus, kelenjar adrenal janin yang fungsinya kurang baik, kelainan pertumbuhan tulang janin/osteogenesis imperfect, atau kekurangan enzim sulfatase plasenta). Penyebab kehamilan lewat waktu adalah kelainan pada janin sehingga tidak ada kontraksi dari janin untuk memulai proses persalinan. Kelainan janin tersebut antara lain anencephalus, hipoplasia, kelenjar supra renal janin, dan janin tidak memiliki kelenjar hipofisia, kelainan pada plasenta yang berupa tali pusat pendek dan kelainan letak kehamilan.

Beberapa faktor penyebab kehamilan lewat waktu adalah sebagai berikut:

- a) Kesalahan dalam penanggalan, merupakan penyebab yang paling sering.

- b) Tidak diketahui.
- c) Primigravida dan riwayat kehamilan lewat bulan.
- d) Defisiensi sulfatase plasenta atau anensephalus merupakan penyebab yang jarang terjadi.
- e) Jenis kelamin janin laki-laki juga merupakan predisposisi.
- f) Faktor genetik.

Disamping itu faktor obstetrik pun ikut berpengaruh, diantaranya pemeriksaan kehamilan yang terlambat atau tidak adekuat (cukup), kehamilan sebelumnya yang lewat waktu, perdarahan pada trimester pertama kehamilan, jenis kelamin janin (jenis laki-laki lebih sering menyebabkan kehamilan lewat waktu ketimbang jenis perempuan) dan cacat bawaan.³⁶ Penyebab pasti dari kehamilan postdate sampai saat ini masih belum diketahui pasti. Beberapa teori yang diajukan pada umumnya menyatakan bahwa terjadinya kehamilan postdate sebagai akibat gangguan terhadap timbulnya persalinan. Beberapa teori diajukan antara lain:

(1) Teori Progesteron

Penurunan hormone progesterone dalam kehamilan dipercaya merupakan kejadian perubahan endokrin yang penting dalam memacu proses biomolekular pada persalinan dan meningkatkan sensitivitas uterus terhadap oksitosin. Berdasarkan teori ini, diduga bahwa terjadinya kehamilan postdate adalah karena masih berlangsungnya pengaruh progesterone melewati waktu yang semestinya.

(2) Teori Oksitosin Rendahnya pelepasan oksitosin dari neurohipofisis ibu hamil pada kehamilan lanjut diduga sebagai salah satu faktor penyebab terjadinya kehamilan postdate.

- (3) Teori Kortisol/ACTH Janin Dalam teori ini diajukan bahwa sebagai “pemberi tanda” untuk dimulainya persalinan adalah janin, diduga akibat peningkatan tiba-tiba kadar kortisol plasma janin. Kortisol janin akan mempengaruhi plasenta sehingga produksi progesterone berkurang dan memperbesar sekresi estrogen, selanjutnya berpengaruh terhadap meningkatnya produksi prostaglandin. Pada cacat bawaan janin seperti anensefalus, hipoplasia adrenal janin dan tidak adanya kelenjar hipofisis pada janin akan menyebabkan kortisol janin tidak diproduksi dengan baik sehingga kehamilan dapat berlangsung lewat bulan.
- (4) Teori Saraf Uterus Tekanan pada ganglion servikalis dari pleksus frankenhauser akan membangkitkan kontraksi uterus pada keadaan dimana tidak ada tekanan pada pleksus ini, seperti pada kelainan letak, tali pusat pendek, dan bagian bawah masih tinggi kesemuanya diduga sebagai penyebab terjadinya kehamilan postdate.
- (5) Teori Heriditer Pengaruh heriditer terhadap insidensi kehamilan postdate telah dibuktikan pada beberapa penelitian sebelumnya. Seorang ibu yang pernah mengalami kehamilan postdate pada kehamilan berikutnya akan memiliki resiko lebih tinggi untuk mengalami kehamilan postdate pada kehamilan berikutnya. Kehamilan postdate juga dipengaruhi faktor genetik.³⁵

3) Patofisiologi

Fungsi plasenta mencapai puncaknya pada kehamilan 38 minggu dan kemudian mulai menurun terutama setelah 42 minggu. Hal ini dapat dibuktikan dengan penurunan estriol dan plasental laktogen. Rendahnya fungsi plasenta berkaitan dengan peningkatan kejadian

gawat janin dengan resiko 3 kali. Permasalahan kehamilan lewat waktu adalah plasenta tidak sanggup memberikan nutrisi dan pertukaran CO₂/O₂ akibat tidak timbul his sehingga pemasukan nutrisi dan O₂ menurun menuju janin di samping adanya spasme arteri spiralis menyebabkan janin resiko asfiksia sampai kematian dalam rahim.

Makin menurun sirkulasi darah menuju sirkulasi plasenta dapat mengakibatkan pertumbuhan janin makin lambat dan penurunan berat disebut dismatur, sebagian janin bertambah besar sehingga memerlukan tindakan operasi persalinan, terjadi perubahan metabolisme janin, jumlah air ketuban berkurang dan makin kental menyebabkan perubahan abnormal jantung janin.³⁷

4) Manifestasi Klinis

- a) Keadaan klinis yang dapat ditemukan jarang ialah gerakan janin yang jarang, yaitu secara subyektif kurang dari 7 kali per 30 menit atau secara obyektif dengan KTG kurang dari 10 kali per 30 menit.
- b) Pada bayi akan ditemukan tanda-tanda lewat waktu atau postdate yang terbagi menjadi 3 yaitu :
 - (1) Stadium I : Kulit kehilangan verniks caseosa dan terjadi maserasi sehingga kulit kring, rapuh dan mudah mengelupas.
 - (2) Stadium II : Seperti stadium I disertai pewarnaan mekonium (kehijauan) dikulit.
 - (3) Stadium III : Seperti stadium I disertai pewarnaan kekuningan pada kuku, kulit dan tali pusat.³⁸

5) Diagnosis

Diagnosis kehamilan lewat waktu biasanya dari perhitungan rumus Naegele setelah mempertimbangkan siklus haid dan keadaan klinis. Bila ada keraguan, maka pengukuran tinggi fundus uteri serial dengan sentimeter akan memberikan informasi mengenai usia

gestasi lebih tepat. Keadaan klinis yang mungkin ditemukan ialah air ketuban yang berkurang dan gerakan janin yang jarang. Ada beberapa syarat yang harus dipenuhi dalam mendiagnosis kehamilan lewat waktu, antara lain:

- a) HPHT jelas
- b) Siklus 28 hari dan teratur
- c) Dirasakan gerakan janin pada umur kehamilan 16-18 minggu.
- d) Terdengar denyut jantung janin (normal 10-12 minggu dengan Doppler, dan 19-20 minggu dengan fetoskop).

Umur kehamilan yang sudah ditetapkan dengan USG pada umur kehamilan kurang dari atau sama dengan 20 minggu.

- e) Tes kehamilan (urin) sudah positif dalam 6 minggu pertama telat haid. Berdasarkan riwayat haid, seorang penderita yang ditetapkan sebagai kehamilan postdate kemungkinan adalah sebagai berikut : (1) Terjadinya kesalahan dalam menentukan tanggal HPHT atau akibat menstruasi abnormal. (2) Tanggal haid terakhir diketahui jelas, tetapi terjadi kelambatan ovulasi. (3) Tidak ada kesalahan menentukan HPHT dan kehamilan memang berlangsung lewat bulan (keadaan ini sekitar 20-30% dari seluruh penderita yang diduga kehamilan postdate). Bila telah dilakukan pemeriksaan USG serial terutama sejak trimester pertama, maka hampir dapat dipastikan usia kehamilan. Sebaliknya pemeriksaan yang sesaat setelah trimester III sukar untuk memastikan usia kehamilan.

Diagnosis juga dapat dilakukan dengan penilaian biometrik janin pada trimester I kehamilan dengan USG. Penyimpangan pada tes biometrik ini hanya lebih atau kurang satu minggu. Pemeriksaan sitologi vagina (indeks kariopiknotik > 20%) mempunyai sensitifitas 75 % dan tes tanpa tekanan dengan KTG mempunyai spesifisitas 100% dalam menentukan adanya

disfungsi janin plasenta atau postterm. Kematangan serviks tidak biasa dipakai untuk menentukan usia kehamilan. Yang paling penting dalam menangani kehamilan lewat waktu ialah menentukan keadaan janin, karena setiap keterlambatan akan menimbulkan resiko kegawatan.

Penentuan keadaan janin dapat dilakukan: tes tanpa tekanan (non stress test) Bila memperoleh hasil non reaktif maka dilanjutkan dengan tes tekanan oksitosin. Bila diperoleh hasil reaktif maka nilai spesifisitas 98,8% menunjukkan kemungkinan besar janin baik. Bila ditemukan hasil tes tekanan yang positif, meskipun sensitifitas relative rendah tetapi telah dibuktikan berhubungan dengan keadaan postmatur. Gerakan janin dapat ditentukan secara subyektif (normal rata-rata 7 kali/20 menit) atau secara obyektif dengan tokografi (normal rata-rata 10 kali/ 20 menit), dapat juga ditentukan dengan USG.

Penilaian banyaknya air ketuban secara kualitatif dengan USG (normal >1 cm/bidang) memberikan gambaran banyaknya air ketuban, bila ternyata oligohidramnion maka kemungkinan telah terjadi kehamilan lewat waktu. Amnioskopi. Bila ditemukan air ketuban yang banyak dan jernih mungkin keadaan janin masih baik. Sebaliknya air ketuban sedikit dan mengandung mekonium akan mengalami resiko 33% asfiksia.³⁹

- 6) Pemeriksaan
 - a) Berat badan ibu turun dan lingkaran perut mengecil, air ketuban berkurang.
 - b) Pemeriksaan rontgenologik dengan pemeriksaan ini pada janin matur

dapat ditemukan osifikasi pada oskubuid bagian distal femus dan bagian proksimal tubia, diameter biparietal kepala 9,8 cm lebih. Keberatan pemeriksaan ini kemungkinan pengaruh tidak baik sinar rontgen terhadap janin.

- c) Pemeriksaan Sitologik Liquoramni Amniostopi dan periksa pHnya dibawah 7,20 dianggap sebagai tanda gawat janin.
- d) Pemeriksaan dengan USG Dengan pemeriksaan ini diameter biparietal kepala janin dapat di ukur dengan teliti tanpa bahaya.
- e) Pemeriksaan sitologik vagina untuk menentukan infusensi plasenta dinilai berbeda-beda.⁴⁰

Kehamilan dapat dinyatakan sebagai kehamilan postdate bila didapat atau lebih dari 4 kriteria hasil pemeriksaan sebagai berikut:

- a) Telah lewat 36 minggu sejak tes kehamilan positif.
 - b) Telah lewat 32 minggu sejak DJJ pertama terdengar dengan Doppler.
 - c) Telah lewat 24 minggu sejak dirasakan gerakan janin pertama kali.
 - d) Telah lewat 22 minggu sejak terdengarnya DJJ pertama kali dengan stetoskop Laennec.³⁶
- 7) Pemeriksaan Penunjang
- a) Penilaian warna air ketuban dengan amioskopi atau amniotomi (tes tanpa tekanan dinilai apakah reaktif atau tidak ada tes tekanan oksitosin).
 - b) USG untuk menilai usia kehamilan, ologohidramion, derajat maturitas plasenta.
 - c) KTG untuk menilai ada atau tidaknya gawat janin.³⁸
- 8) Permasalahan pada Postdate

Kehamilan postdate mempunyai resiko lebih tinggi dari pada kehamilan atterm, terutama terhadap kematian perinatal (antepartum,

intrapartum, dan postpartum) berkaitan dengan aspirasi mekonium dan asfiksia. Pengaruh kehamilan postdate antara lain sebagai berikut:

a) Perubahan pada Plasenta Disfungsi plasenta merupakan faktor penyebab terjadinya komplikasi pada kehamilan postterm dan meningkatnya resiko pada janin. Penurunan fungsi plasenta dapat dibuktikan dengan penurunan kadar estriol dan plasenta laktogen. Perubahan yang terjadi pada plasenta sebagai berikut:

- (1) Penimbunan kalsium Pada kehamilan postdate terjadi peningkatan penimbunan kalsium pada plasenta. Hal ini dapat menyebabkan gawat janin dan bahkan kematian janin intrauterine yang dapat meningkat sampai 2-4 kali lipat.
- (2) Selaput vaskulosinsisial menjadi tambahan tebal dan jumlahnya berkurang. Keadaan ini dapat menurunkan mekanisme traspor plasenta.
- (3) Terjadi proses degenerasi jaringan plasenta seperti edema, timbunan fibrinoid, fibrosis, thrombosis intervili dan infrak vili.
- (4) Perubahan biokimia. Adanya insufisiensi plasenta menyebabkan protein plasenta dan kadar DNA dibawah normal, sedangkan konsentrasi RNA meningkat, transport kalsium tidak terganggu, aliran natrium, kalium dan glukosa menurun. Pengangkutan bahan dengan berat molekul tinggi seperti asam amino, lemak, dan gama globulin biasanya mengalami gangguan sehingga dapat mengakibatkan gangguan pertumbuhan janin intrauterine.³⁴
- (5) Pengaruh pada Janin Pengaruh kehamilan postdate terhadap janin sampai saat ini masih diperdebatkan. Fungsi plasenta mencapai puncak pada kehamilan 38 minggu dan kemudian mulai menurun terutama setelah 42 minggu. Hal ini dapat

dibuktikan dengan penurunan kadar estriol dan plasenta laktogen. Rendahnya fungsi plasenta berkaitan dengan peningkatan kejadian gawat janin resiko 3 kali. Akibat dari proses penuaan plasenta, pemasokan makanan dan oksigen akan menurun disamping adanya spasme arteri spiralis. Sirkulasi utero plasenta akan berkurang dengan 50% menjadi 250 ml/menit. Beberapa pengaruh kehamilan postdate terhadap janin antara lain sebagai berikut:

- (a) Berat Janin Dari penelitian vorher tampak bahwa sesudah umur kehamilan 36 minggu grafik rata-rata pertumbuhan janin mendatar dan tampak adanya penurunan sesudah 42 minggu. Namun seringkali pula plasenta masih dapat berfungsi dengan baik sehingga berat janin bertambah terus sesuai dengan bertambahnya umur kehamilan. Resiko persalinan bayi dengan berat lebih dari 4000 gram pada kehamilan post date tingkat dua sampai 4 kali lebih besar dari kehamilan aterm.
- (b) Sindroma Postmaturitas Umumnya didapat sekitar 12-20% neonatus dengan tanda postmaturitas pada kehamilan post date.
- (c) Gawat janin atau kematian perinatal Menunjukkan angka meningkat setelah kehamilan 42 minggu atau lebih, sebagian besar terjadi intrapartum. Umumnya disebabkan oleh: 1. Makrosomia yang dapat menyebabkan terjadinya distosia pada persalinan, fraktur klavikula, palsy Erb-Duchene, sampai kematian bayi. 2. Insufisiensi plasenta yang berakibat: a) Pertumbuhan janin terhambat. b) Oligohidramion: terjadi kompresi tali pusat, keluar mekonium yang kental, perubahan abnormal jantung janin.

c) Hipoksia janin, d) Keluarnya mekonium yang berakibat dapat terjadi aspirasi mekonium pada janin. (d) Cacat bawaan pada janin terutama akibat hipoplasia adrenal dan anensefalus. Kematian janin akibat kehamilan postterm terjadi 30% sebelum persalinan, 55% dalam persalinan dan 15% pasca natal. Komplikasi yang dapat dialami oleh bayi baru lahir adalah suhunya tidak stabil, hipoglikemi, polisitemi dan kelainan neurologik.

(d) Pengaruh pada Ibu. Morbiditas atau Mortalitas Ibu

Dapat meningkatkan sebagai akibat dari makrosomia janin dan tulang tengkorak menjadi lebih keras yang menyebabkan terjadinya distosia persalinan, incoordinate uterine action, partus lama, meningkatkan tindakan obstetric dan persalinan traumatis/perdarahan postpartum akibat bayi besar. Aspek emosi Ibu dan keluarga menjadi cemas bilamana kehamilan terus berlangsung melewati taksiran persalinan. Komentar tetangga atau teman seperti “Belum lahir juga? Akan menambah frustrasi ibu.”⁴¹

9) Pencegahan

Pencegahan dapat dilakukan dengan melakukan pemeriksaan kehamilan yang teratur, minimal 4 kali selama kehamilan, 1 kali pada trimester pertama (sebelum 12 minggu), 1 kali pada trimester kedua (antara 13 minggu sampai 28 minggu) dan 2 kali trimester ketiga (diatas 28 minggu). Bila keadaan memungkinkan, pemeriksaan kehamilan dilakukan 1 bulan sekali sampai usia 7 bulan, 2 minggu sekali pada kehamilan 7-8 bulan dan seminggu sekali pada bulan terakhir. Hal ini akan menjamin ibu dan dokter mengetahui dengan benar usia kehamilan dan mencegah terjadinya kehamilan lewat waktu yang berbahaya.

Perhitungan dengan satuan minggu seperti yang digunakan para dokter kandungan merupakan perhitungan yang lebih tepat. Untuk itu perlu diketahui dengan tepat tanggal hari pertama haid terakhir seorang (calon) ibu itu. Perhitungannya jumlah hari sejak hari pertama haid terakhir hingga saat itu dibagi 7 (jumlah hari dalam minggu). Misalnya hari pertama haid terakhir Bu A jatuh pada 2 januari 1999. Saat ini tanggal 4 maret 1999. Jumlah hari sejak hari pertama haid terakhir adalah 61. Setelah itu dibagi 7 diperoleh angka 8,7. Jadi usia kehamilannya saat ini 9 minggu.³⁶

10) Penatalaksanaan

a) Di bidan praktek mandiri:

- (1) Melakukan konsultasi dengan dokter spesialis kandungan.
- (2) Mengajukan untuk melakukan persalinan di rumah sakit.
- (3) Merujuk pasien ke rumah sakit untuk mendapatkan pertolongan yang adekuat.

b) Di rumah sakit:

(1) Pengantar:

- (a) Kehamilan lewat waktu memerlukan pertolongan induksi persalinan atau persalinan anjuran.
- (b) Persalinan induksi tidak banyak menimbulkan penyulit bayi, asalkan dilakukan di rumah sakit dengan fasilitas yang cukup.
- (c) Oleh karena itu berikut ini di paparkan mengenai beberapa metode induksi persalinan atau persalinan anjuran.

(2) Persalinan anjuran atau induksi persalinan dapat dilakukan dengan metode:

- (a) Persalinan anjuran dengan infuse pituitrin (sintonsinon):

- Persalinan anjuran dengan infus oksitosin, pituirin atau sintosinon 5 unit dalam 500 cc Ringer Laktat banyak digunakan.
- Teknik induksi dengan infuse RL lebih sederhana, dan mulai dengan 8 tetes, dengan maksimal 40 tetes/menit.
- Kenaikan tetesan setiap 15 menit sebanyak 4 sampai 8 tetes sampai kontraksi optimal tercapai.
- Bila dengan 30 tetes kontraksi maksimal telah tercapai, maka tetesan tersebut di pertahankan sampai terjadi persalinan.
- Apabila terjadi kegagalan, ulangi persalinan anjuran dengan selang waktu 24-48 jam atau lakukan operasi seksio cesarean.

(b) Memecahkan ketuban:

- Memecahkan ketuban merupakan salah satu metode untuk mempercepat persalinan.
- Setelah ketuban pecah, di tunggu sekitar 4 sampai 6 jam dengan harapan kontraksi otot rahim akan berlangsung.
- Apabila belum berlangsung kontraksi otot rahim dapat di ikuti induksi persalinan dengan infuse glukosa yang mengandung 5 unit oksitosin.

(c) Persalinan anjuran dengan menggunakan prostaglandin:

- Telah diketahui bahwa kontraksi otot rahim terutama di rangsang oleh prostaglandin.

- Pemakaian sebagai induksi persalinan dapat dalam bentuk infus intravena (Nalador) dan pervaginam (prostaglandin vagina suppositoria).⁴²
- (3) Penatalaksanaan kehamilan lewat waktu bila keadaan janin baik dapat dilakukan dengan cara:
- (a) Tunda pengakhiran kehamilan selama 1 minggu dengan menilai gerakan janin dan tes tanpa tekanan 3 hari kemudian bila hasil positif segera lakukan seksio cesaria.
 - (b) Induksi persalinan.³⁹

Sebelum mengambil langkah, beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam pengelolaan kehamilan postterm adalah sebagai berikut :

- Menentukan apakah kehamilan memang telah berlangsung lewat bulan atau bukan. Dengan demikian, penatalaksanaan ditujukan pada dua variasi dari postterm.
- Identifikasi kondisi janin dan keadaan yang membahayakan janin.
- Periksa kematangan serviks dengan skor bishop. Kematangan serviks ini memegang peranan penting dalam pengelolaan kehamilan possterm. Sebagian besar kepustakaan sepakat bahwa induksi persalinan dapat segera dilaksanakan baik pada usia 41 minggu maupun 42 minggu bilamana serviks telah matang.³⁵

Tabel 4. Pengukuran Serviks

Skor	Pendataran servik	Pembukaan servik	Penurunan dari Kepala Hodge III	Konsistensi servik
0	0-30%	0	-3	Keras
1	40-50%	1-2	-2	Sedang
2	60-70%	3-4	-1.0	Lunak
3	80%	5-6	+1 +2	Posisi serviks, Posterior searah sumbu jalan lahir anterior

Tatalaksana yang biasa dilakukan ialah induksi dengan oksitosin 5 IU. Sebelum dilakukan induksi, pasien dinilai terlebih dahulu kesejahteraan janinnya dengan alat KTG, serta diukur skor pelviksnya. Jika keadaan janin baik dan skor pelvis >5, maka induksi persalinan dapat dilakukan. Induksi persalinan dilakukan dengan oksitosin 5 IU dalam infus Dextrose 5%. Tetesan infus dimulai dengan 8 tetes/menit, lalu dinaikkan tiap 30 menit sebanyak 4 tetes/menit hingga timbul his yang adekuat. Selama pemberian infus, kesejahteraan janin tetap diperhatikan karena dikhawatirkan dapat timbul gawat janin.

Setelah timbul his adekuat, tetesan infus dipertahankan hingga persalinan. Namun jika infus pertama habis dan his adekuat belum muncul, dapat diberikan infuse drip oksitosin 5 IU ulang. Jika his adekuat yang diharapkan tidak muncul, dapat dipertimbangkan terminasi dengan seksio sesaria. Pada pelaksanaannya, kehamilan yang telah melewati 40 minggu dan belum menunjukkan tanda-tanda inpartu, biasanya langsung segera diterminasi agar resiko kehamilan dapat diminimalis.³⁶

- g. Penatalaksanaan sesuai Kewenangan Bidan

Kewenangan bidan yang berkaitan dengan perencanaan kehamilan yang sehat tertuang dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 tahun 2017.⁹

1) Pasal 18

Dalam penyelenggaraan Praktik Kebidanan, Bidan memiliki kewenangan untuk memberikan:

- a) pelayanan kesehatan ibu;
- b) pelayanan kesehatan anak; dan
- c) pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana.

2) Pasal 19

- a) Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud dalam Pasal 18 huruf diberikan pada masa sebelum hamil, masa hamil, masa persalinan, masa nifas, masa menyusui, dan masa antara dua kehamilan. Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi pelayanan:

- (1) konseling pada masa sebelum hamil;
- (2) antenatal pada kehamilan normal;
- (3) persalinan normal;
- (4) ibu nifas normal;
- (5) ibu menyusui; dan
- (6) konseling pada masa antara dua kehamilan.

Selain itu kewenangan bidan terdapat pada Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 97 Tahun 2014 yang berisi tentang Pelayanan Kesehatan Masa Hamil terdapat pada pasal :¹⁰

3) Pasal 12

- a) Pelayanan Kesehatan Masa Hamil bertujuan untuk memenuhi hak setiap ibu hamil memperoleh pelayanan kesehatan yang berkualitas

sehingga mampu menjalani kehamilan dengan sehat, bersalin dengan selamat, dan melahirkan bayi yang sehat dan berkualitas.

- b) Pelayanan Kesehatan Masa Hamil sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan sejak terjadinya masa konsepsi hingga sebelum mulainya proses persalinan.
- c) Pelayanan Kesehatan Masa Hamil sebagaimana dimaksud pada ayat (1) wajib dilakukan melalui pelayanan antenatal terpadu.
- d) Pelayanan antenatal terpadu sebagaimana dimaksud pada ayat (3) merupakan pelayanan kesehatan komprehensif dan berkualitas yang dilakukan melalui:
 - (1) Pemberian pelayanan dan konseling kesehatan termasuk stimulasi dan gizi agar kehamilan berlangsung sehat dan janinnya lahir sehat dan cerdas;
 - (2) Deteksi dini masalah, penyakit dan penyulit/komplikasi kehamilan;
 - (3) Penyiapan persalinan yang bersih dan aman;
 - (4) Perencanaan antisipasi dan persiapan dini untuk melakukan rujukan jika terjadi penyulit/ komplikasi;
 - (5) Penatalaksanaan kasus serta rujukan cepat dan tepat waktu bila diperlukan; dan
 - (6) Melibatkan ibu hamil, suami, dan keluarganya dalam menjaga kesehatan dan gizi ibu hamil, menyiapkan persalinan dan kesiagaan bila terjadi penyulit/ komplikasi.

2. Persalinan

a. Pengertian

Persalinan adalah suatu proses dimana seorang wanita melahirkan bayi yang diawali dengan kontraksi uterus yang teratur dan memuncak pada saat pengeluaran bayi sampai dengan pengeluaran plasenta dan selaputnya dimana proses persalinan ini akan berlangsung selama 12

sampai 14 jam.⁴³ Menurut Mochtar.R persalinan atau disebut dengan partus adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup dari dalam uterus melalui vagina ke dunia luar.⁴⁴

b. Penyebab Terjadinya Persalinan

Menurut Mochtar, sebab – sebab yang menimbulkan persalinan adalah ⁴⁵ :

1) Teori penurunan hormon

Pada saat 1- 2 minggu sebelum partus, mulai terjadi penurunan kadar hormon estrogen dan progesteron. Progesteron bekerja sebagai penenang otot – otot polos rahim. Karena itu, akan terjadi kekejangan pembuluh darah yang menimbulkan his jika progesteron turun.

2) Teori plasenta menjadi tua

Penuaan plasenta akan menyebabkan turunnya kadar estrogen dan progesteron sehingga terjadinya kekejangan pembuluh darah. Hal tersebut akan menimbulkan kontraksi rahim.

3) Teori iritasi mekanik

Dibelakang serviks, terletak ganglion servikale (pleksus frankenhauser). Apabila ganglion tersebut digeser dan ditekan, misalnya oleh kepala janin, akan timbul kontraksi uterus.

4) Teori distensi rahim

Rahim yang menjadi besar dan meregang menyebabkan iskemia otot – otot rahim sehingga mengganggu sirkulasi uteroplasenta.

5) Induksi partus (*induction of labour*).

Partus dapat pula ditimbulkan dengan : gagang laminaria yang dimasukkan kanalis serviks dengan tujuan merangsang pleksus frankenhauser, amniotomi/ pemecahan ketuban, dan pemberian oksitosin.⁴⁵

c. Tanda – Tanda Persalinan ⁴⁶

1) Timbulnya his persalinan ialah his pembukaan dengan sifat-sifatnya sebagai berikut : Nyeri melingkar dari punggung memancar ke perut

bagian depan, teratur, makin lama makin pendek intervalnya dan makin kuat intensitasnya, jika dibawa berjalan bertambah kuat, dan mempunyai pengaruh pada pendataran atau pembukaan *serviks*

2) *Bloody show* (pengeluaran lendir disertai darah melalui vagina)

Dengan his permulaan, terjadi perubahan pada serviks yang menimbulkan pendataran dan pembukaan, lendir yang terdapat di kanalis servikalis lepas, kapiler pembuluh darah pecah, yang menjadikan darah sedikit.

3) Dengan pendataran dan pembukaan

Lendir dari canalis servikalis keluar di sertai dengan sedikit darah. Perdarahan yang sedikit ini disebabkan karena lepasnya selaput janin pada bagian bawah segmen bawah rahim hingga beberapa kapiler terputus.

4) Pengeluaran cairan

Terjadi akibat pecahnya ketuban atau selaput ketuban robek. Sebagian besar ketuban baru pecah menjelang pembukaan lengkap tetapi kadang ketuban pecah pada pembukaan kecil, hal ini di sebut dengan ketuban pecah dini.

d. Faktor – faktor yang mempengaruhi persalinan

Keberhasilan proses persalinan dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu faktor ibu (power, passage, psikologis), faktor janin, plasenta dan air ketuban (passenger), dan faktor penolong persalinan. Hal ini sangat penting, mengingat beberapa kasus kematian ibu dan bayi yang disebabkan oleh tidak terdeteksinya secara dini adanya salah satu dari faktor-faktor tersebut.

1) Power (tenaga / kekuatan)

a) His (kontraksi uterus)

Merupakan kekuatan kontraksi uterus karena otot-otot polos rahim bekerja dengan baik dan sempurna. Sifat his yang baik

adalah kontraksi simetris, *fundus dominial*, terkordinasi dan relaksasi. Kontraksi ini bersifat *involunter* karena berada dibawah saraf *intrinsic*.

b) Tenaga mendedan

Setelah pembukaan lengkap dan ketuban pecah atau dipecahkan, serta sebaaian presentasi sudah berada di dasar panggul, sifat kontraksinya berubah, yakni bersifat mendorong keluar dibantu dengan keinginan ibu untuk mendedan atau usaha *volunteer*. Keinginan mendedan ini di sebabkan karena, kontraksi otot-otot dinding perut yang mengakibatkan peninggian tekanan intra *abdominal* dan tekanan ini menekan uterus pada semua sisi dan menambah kekuatan untuk mendorong keluar, tenaga ini serupa dengan tenaga mendedan sewaktu buang air besar (BAB) tapi jauh lebih kuat, saat kepala sampai kedasar panggul timbul *reflex* yang mengakibatkan ibu menutup *glotisnya*, mengkontraksikan otot-otot perut dan menekan diafragmanya kebawah, tenaga mengejan ini hanya dapat berhasil bila pembukaan sudah lengkap dan paling efektif sewaktu ada his dan tanpa tenaga mendedan bayi tidak akan lahir.⁴⁶

2) Passage (jalan lahir)

Merupakan jalan lahir yang harus dilewati oleh janin terdiri dari rongga panggul, dasar panggul, *serviks*, dan vagina. Syarat agar janin dan plasenta dapat melalui jalan lahir tanpa ada rintangan, maka jalan lahir tersebut harus normal.⁴⁷

3) Passenger (janin, plasenta, dan air ketuban)

a) Janin

Passenger atau janin bergerak sepanjang jalan lahir merupakan akibat interaksi beberapa faktor, yakni kepala janin, presentasi, letak, sikap dan posisi janin.⁴⁶

b) Plasenta

Plasenta juga harus melewati jalan lahir maka dia di anggap sebagai bagian dari *passenger* yang menyertai janin. Namun plasenta jarang menghambat proses persalinan normal.⁴⁷

c) Air ketuban

Amnion pada kehamilan aterm merupakan suatu membran yang kuat dan ulet tetapi lentur. Amnion adalah jaringan yang menentukan hampir semua kekuatan regangan membran janin, dengan demikian pembentukan komponen *amnion* yang mencegah *ruptur* atau robekan. Penurunan ini terjadi atas 3 kekuatan yaitu salah satunya adalah tekanan dari cairan *amnion* dan juga saat terjadinya dilatasi *serviks* atau pelebaran muara dan saluran *serviks* yang terjadi di awal persalinan, dapat juga karena tekanan yang ditimbulkan oleh cairan *amnion* selama ketuban masih utuh.⁴⁷

4) Faktor Psikis (psikologis) Perasaan *positif* berupa kelegaan hati, seolah-olah pada saat itulah benar-benar terjadi realitas, “kewanitaan sejati” yaitu munculnya rasa bangga bisa melahirkan atau memproduksi anak.

a) Psikologis meliputi : Kondisi psikologis ibu sendiri, emosi dan persiapan intelektual, pengalaman melahirkan bayi sebelumnya, kebiasaan adat, dan dukungan dari orang terdekat pada ibu.

b) Sikap negative terhadap persalinan di pengaruhi oleh : Persalinan semacam ancaman terhadap keamanan, persalinan semacam ancaman pada self-image, medikasi persalinan, dan nyeri persalinan dan kelahiran.⁴⁷

5) *Pysician* (Penolong)

Peran dari penolong persalinan dalam hal ini adalah bidan, yang mengantisipasi dan menangani komplikasi yang mungkin terjadi pada

ibu dan janin.⁴⁷ Tidak hanya aspek tindakan yang di berikan, tetapi aspek konseling dan meberikan informasi yang jelas dibutuhkan oleh ibu bersalin utuk mengurangi tingkat kecemasan ibu dan keluarga.⁴⁶

e. Jenis-Jenis Persalinan

Persalinan pada umumnya merupakan proses yang fisiologis yang terjadi pada akhir kehamilan. Proses persalinan biasanya diawali dengan kontraksi uterus yang adekuat yang diikuti dengan adanya pembukaan serviks, kemudian dilanjutkan dengan pengeluaran hasil konsepsi, dandiakhiri dengan 2 jam post partum.⁴³ Berikut adalah jenis persalinan:

1) Persalinan Pervaginam

Persalinan pervaginam disebut juga persalinan spontan. Persalinan spontan adalah proses pengeluaran janin secara spontan melalui pervaginam dengan presentasi belakang kepala tanpa komplikasi baik pada ibu maupun janin. Persalinan normal dimulai dengan kala satu persalinan yang didefinisikan sebagai pemulaan kontraksi secara adekuat yang ditandai dengan perubahan serviks yang progresif dan diakhiri dengan pembukaan lengkap (10 centimeter).⁴⁸

2) Persalinan Bedah Sesar

Persalinan bedah sesar termasuk dalam persalinan buatan. Persalinan bedah sesar dikenal dengan istilah *Sectio Caesarea* (SC) yaitu pengeluaran janin melalui insisi yang dibuat pada dinding abdomen dan uterus. Tindakan ini dipertimbangkan sebagai pembedahan abdomen mayor.⁴⁹

3. Bayi Baru Lahir

a. Definisi Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir disebut juga dengan *neonatus* yaitu bayi yang baru saja mengalami proses kelahiran, berusia 0 – 28 hari. Bayi baru lahir normal mempunyai ciri-ciri berat badan lahir 2500-4000 gram, umur kehamilan 37-40 minggu, bayi segera menangis, bergerak aktif, kulit

kemerahan, menghisap ASI dengan baik, dan tidak ada cacat bawaan. BBL memerlukan penyesuaian fisiologis berupa maturasi, adaptasi (menyesuaikan diri dari kehidupan intrauterin ke kehidupan ekstrauterin) dan toleransi bagi BBL untuk dapat hidup dengan baik.⁵⁰

b. Klasifikasi bayi baru lahir

Bayi baru lahir atau neonatus di bagi dalam beberapa kasifikasi, yaitu:

- 1) Neonatus menurut masa gestasinya :
 - a) Kurang bulan (preterm infant) : < 259 hari (37 minggu)
 - b) Cukup bulan (term infant) : 259-294 hari (37-42 minggu)
 - c) Lebih bulan (postterm infant) : > 294 hari (42 minggu atau lebih)
- 2) Neonatus menurut berat badan lahir :
 - a) Berat lahir rendah : < 2500 gram
 - b) Berat lahir cukup : 2500-4000 gram
 - c) Berat lahir lebih : > 4000 gram
- 3) Neonatus menurut berat lahir terhadap masa gestasi (masa gestasi dan ukuran berat lahir yang sesuai untuk masa kehamilan) :
 - a) Nenonatus cukup/kurang/lebih bulan (NCB/NKB/NLB)
 - b) Sesuai/kecil/besar untuk masa kehamilan (SMK/KMK/ BMK)

c. Penatalaksanaan Bayi baru lahir

Semua bayi diperiksa segera setelah lahir untuk mengetahui apakah transisi dari kehidupan intrauterine ke ekstrauterine berjalan dengan lancar dan tidak ada kelainan. Pemeriksaan medis komprehensif dilakukan dalam 24 jam pertama kehidupan. Pemeriksaan rutin pada bayi baru lahir harus dilakukan, tujuannya untuk mendeteksi kelainan atau anomali kongenital yang muncul pada setiap kelahiran dalam 10-20 per 1000 kelahiran, pengelolaan lebih lanjut dari setiap kelainan yang terdeteksi pada saat antenatal, mempertimbangkan masalah potensial terkait riwayat kehamilan ibu dan kelainan yang diturunkan, dan

memberikan promosi kesehatan, terutama pencegahan terhadap *sudden infant death syndrome* (SIDS).

Tujuan utama perawatan bayi segera sesudah lahir adalah untuk membersihkan jalan napas, memotong dan merawat tali pusat, mempertahankan suhu tubuh bayi, identifikasi, dan pencegahan infeksi. Asuhan bayi baru lahir meliputi :

1) Penilaian awal untuk memutuskan resusitasi pada bayi

Untuk menilai apakah bayi mengalami asfiksia atau tidak dilakukan penilaian sepintas seluruh tubuh bayi lahir dengan tiga pertanyaan:

- a) Apakah kehamilan cukup bulan?
- b) Apakah bayi menangis atau bernapas/tidak megap-megap?
- c) Apakah tonus otot bayi baik/bayi bergerak aktif?

Jika ada jawaban “tidak” kemungkinan bayi mengalami asfiksia sehingga harus segera dilakukan resusitasi. Penghisapan lendir pada jalan napas bayi tidak dilakukan secara rutin.

2) Pemotongan dan pengikatan Tali Pusat

Setelah penilaian sepintas dan tidak ada tanda asfiksia pada bayi, dilakukan manajemen bayi baru lahir normal dengan mengeringkan bayi mulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks, kemudian bayi diletakkan di atas dada atau perut ibu. Setelah pemberian oksitosin pada ibu, lakukan pemotongan tali pusat dengan satu tangan melindungi perut bayi.

Perawatan tali pusat adalah dengan tidak membungkus tali pusat atau mengoleskan cairan/bahan apa pun pada tali pusat. Perawatan rutin untuk tali pusat adalah selalu cuci tangan sebelum memegangnya, menjaga tali pusat tetap kering dan terpapar udara, membersihkan dengan air, menghindari dengan alkohol karena

menghambat pelepasan tali pusat, dan melipat popok di bawah umbilicus.⁵¹

3) Inisiasi Menyusu Dini (IMD)

Setelah bayi lahir dan tali pusat dipotong, segera letakkan bayi tengkurap di dada ibu, kulit bayi kontak dengan kulit ibu 10 untuk melaksanakan proses IMD selama 1 jam. Biarkan bayi mencari, menemukan puting, dan mulai menyusu. Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan IMD dalam waktu 60-90 menit, menyusu pertama biasanya berlangsung pada menit ke- 45-60 dan berlangsung selama 10-20 menit dan bayi cukup menyusu dari satu payudara.²³ Jika bayi belum menemukan puting ibu dalam waktu 1 jam, posisikan bayi lebih dekat dengan puting ibu dan biarkan kontak kulit dengan kulit selama 30-60 menit berikutnya. Jika bayi masih belum melakukan IMD dalam waktu 2 jam, lanjutkan asuhan perawatan neonatal esensial lainnya (menimbang, pemberian vitamin K, salep mata, serta pemberian gelang pengenalan) kemudian dikembalikan lagi kepada ibu untuk belajar menyusu.⁵²

4) Mempertahankan suhu tubuh bayi

Mekanisme pengaturan temperatur bayi belum berfungsi sempurna. Oleh karena itu, jika tidak dilakukan pencegahan kehilangan panas maka bayi akan mengalami hipotermia. Hipotermia dapat terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam keadaan basah atau tidak segera dikeringkan dandiselimuti walaupun berada dalam ruangan yang hangat. Pencegahan kehilangan panas melalui tunda mandi selama 6 jam, kontak kulit bayi dan ibu serta menyelimuti kepala dan tubuh bayi.

5) Pemberian salep mata/tetes mata

Pemberian salep atau tetes mata diberikan untuk pencegahan infeksi mata. Beri bayi salep atau tetes mata antibiotika profilaksis

(tetrasiklin 1%, oxytetrasiklin 1% atau 11 antibiotika lain). Pemberian salep atau tetes mata harus tepat 1 jam setelah kelahiran. Upaya pencegahan infeksi mata tidak efektif jika diberikan lebih dari 1 jam setelah kelahiran.

- 6) Pencegahan perdarahan melalui penyuntikan vitamin K1 dosis tunggal di paha kiri

Semua bayi baru lahir harus diberi penyuntikan vitamin K1 (Phytomenadione) 1 mg intramuskuler di paha kiri, untuk mencegah perdarahan BBL akibat defisiensi vitamin yang dapat dialami oleh sebagian bayi baru lahir.

- 7) Pemberian imunisasi Hepatitis B (HB 0) dosis tunggal di paha kanan

Imunisasi Hepatitis B diberikan 1-2 jam di paha kanan setelah penyuntikan vitamin K1 yang bertujuan untuk mencegah penularan Hepatitis B melalui jalur ibu ke bayi yang dapat menimbulkan kerusakan hati.

- 8) Pemeriksaan Bayi Baru Lahir (BBL)

Pemeriksaan BBL bertujuan untuk mengetahui sedini mungkin kelainan pada bayi. Bayi yang lahir di fasilitas kesehatan dianjurkan tetap berada di fasilitas tersebut selama 24 jam karena risiko terbesar kematian BBL terjadi pada 24 jam pertama kehidupan. saat kunjungan tindak lanjut (KN) yaitu 1 kali pada umur 1-3 hari, 1 kali pada umur 4-7 hari dan 1 kali pada umur 8-28 hari.

d. Keadaan bayi baru lahir normal

Bayi baru lahir dikatakan normal apabila:⁵³

- 1) Frekuensi napas 40-60 kali per menit
- 2) Frekuensi denyut jantung 120-160 kali per menit
- 3) Suhu badan bayi 36,5 – 37,5°C
- 4) Berat badan bayi 2500-4000 gram

- 5) Gerakan aktif dan warna kulit kemerahan
- e. Tanda-tanda bahaya
 - 1) Pernafasan sulit atau lebih dari 60 kali permenit
 - 2) Kehangatan terlalu panas ($> 38^{\circ}\text{C}$ atau terlalu dingin $< 36^{\circ}\text{C}$)
 - 3) Warna kuning, biru atau pucat, memar
 - 4) Pemberian makan, hisapan lemah, mengantuk berlebihan, banyak muntah.
 - 5) Tali pusat merah, bengkak, keluar cairan, bau busuk, pernafasan sulit
 - 6) Tidak berkemih dalam 24 jam, tinja lembek, ada lender atau darah pada tinja.
 - 7) Aktivitas menggigil atau tangis tidak biasa, sangat mudah tersinggung, lemas, terlalu mengantuk, lunglai, kejang, menangis terus menerus.

4. Masa Nifas

a. Pengertian

Masa nifas atau *puerperium* dimulai sejak 2 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (42 hari) setelah itu. Pelayanan pascapersalinan harus terselenggara pada masa itu untuk memenuhi kebutuhan ibu dan bayi, yang meliputi upaya pencegahan, deteksi dini dan pengobatan komplikasi dan penyakit yang mungkin terjadi, serta penyediaan pelayanan pemberian ASI, cara menjarangkan kehamilan, imunisasi, dan nutrisi bagi ibu.¹⁹ Nifas atau *Puerperium* dari kata *Puer* yang artinya bayi dan *parous* melahirkan. Jadi, *Puerperium* berarti masa setelah melahirkan bayi. Masa Nifas adalah masa pulih kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti sebelum hamil.⁵⁴ Pelayanan kesehatan ibu nifas oleh bidan dan dokter dilakukan minimal 3 kali yaitu 6 jam – 3 hari setelah melahirkan, hari ke 4 – 28 hari setelah melahirkan, hari ke 29 – 42 hari setelah melahirkan.⁵⁵

b. Tujuan Asuhan Pada Masa Nifas

Adapun tujuan asuhan kebidanan pada masa nifas adalah sebagai berikut⁴:

- 1) Menjaga kesehatan ibu dan bayi baik fisik maupun psikologis
- 2) Mendeteksi masalah, mengobati dan merujuk apabila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayi.
- 3) Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan diri, nutrisi, cara dan manfaat menyusui, imunisasi, serta perawatan bayi sehari-hari
- 4) Memberikan pelayanan KB
- 5) Memberikan pendidikan mengenai laktasi dan perawatan payudara

c. Tahapan Masa Nifas

Tahapan masa nifas merupakan suatu rangkaian setelah proses persalinan dilalui oleh seorang wanita, beberapa tahapan masa nifas yang harus dipahami oleh seorang bidan antara lain:

- 1) Periode pasca salin segera / *immediate postpartum* (0 – 24 jam)
Masa segera setelah plasenta lahir sampai 24 jam. Sering terdapat banyak masalah, misal perdarahan karena *atonia uteri*. Oleh sebab itu tenaga kesehatan harus teratur melakukan pengecekan lochea, tekanan darah dan suhu.
- 2) Periode pasca salin awal / *early postpartum* (24 jam – 1 minggu)
Pada periode ini tenaga kesehatan memastikan *involution uteri* dalam keadaan normal, tidak ada perdarahan, lochea tidak berbau busuk, tidak ada demam, ibu cukup mendapatkan makanan dan cairan, serta ibu dapat menyusui bayinya dengan baik
- 3) Periode pasca salin lanjut / *late postpartum* (1 minggu – 6 minggu)
Pada periode ini tenaga kesehatan tetap melakukan perawatan dan pemeriksaan sehari – hari serta konseling KB.

d. Periode Masa Nifas

Nifas dibagi menjadi 3 periode⁵⁶:

- 1) *Puerpurium Dini* yakni kepulihan dimana ibu telah diperbolehkan untuk berdiri dan berjalan-jalan.
- 2) *Puerpurium Intermedial* yakni kepulihan menyeluruh alat-alat genetalia, lamanya 6-8 minggu.
- 3) *Remote Puerpurium* yakni Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama apabila ibu selama hamil atau bersalin mempunyai komplikasi.

e. Perubahan Fisik Masa Nifas

Selama menjalani masa nifas, ibu mengalami perubahan yang bersifat fisiologis yang meliputi perubahan fisik yaitu:

1) *Involusi*

Involusi adalah perubahan yang merupakan proses kembalinya alat kandungan atau uterus dan jalan lahir setelah bayi dilahirkan hingga mencapai keadaan seperti sebelum hamil. *Involusi* meliputi:

a) Uterus

Setelah plasenta lahir uterus merupakan alat yang keras, karena kontraksi dan retraksi otot-ototnya. Perubahan uterus setelah melahirkan dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

Tabel 5. Perubahan uterus setelah Melahirkan

Involusi	Uterus	Berat Uterus
Bayi lahir	Sepusat	1000 gram
Plasenta lahir	2 jari dibawah pusat	750 gram
1 minggu	Pertengahan pusat syimpisis	500 gram
2 minggu	Tidak teraba	350 gram
6 minggu	Berukuran normal seperti semula	50 gram

b) *Involusi* tempat plasenta

Pada permulaan nifas bekas plasenta mengandung banyak pembuluh darah besar yang tersumbat oleh *trombus*. Luka bekas

implantasi plasenta tidak meninggalkan parut karena dilepaskan dari dasarnya dengan pertumbuhan *endometrium* baru dibawah permukaan luka. *Endometrium* ini tumbuh dari pinggir luka dan juga sisa-sisa kelenjar pada dasar luka.

c) Perubahan pembuluh darah rahim

Dalam kehamilan, uterus mempunyai banyak pembuluh darah yang besar, tetapi karena setelah persalinan tidak diperlukan lagi peredaran darah yang banyak maka arteri harus mengecil lagi dalam masa nifas.

d) Perubahan pada *cervix* dan vagina

Beberapa hari setelah persalinan *ostium eksternum* dapat dilalui oleh 2 jari, pada akhir minggu pertama dapat dilalui oleh 1 jari saja. Karena *hiperplasi* ini dan karena retraksi dari *cervix*, robekan *cervix* jadi sembuh. Vagina yang sangat diregang waktu persalinan, lambat laun mencapai ukuran yang normal. Pada minggu ke 3 post partum rugae mulai nampak kembali. Luka jalan lahir bila tidak disertai infeksi akan sembuh selama 6-7 hari.

2) *After pains* / Rasa sakit (meriang atau mules-mules)

Disebabkan kontraksi rahim biasanya berlangsung 3–4 hari pasca persalinan. Perlu diberikan pengertian pada ibu mengenai hal ini dan bila terlalu mengganggu analgesic

3) Dinding perut dan *peritonium*

Setelah persalinan dinding perut longgar karena diregang begitu lama, namun berangsur-angsur akan pulih kembali dalam 6 minggu.

4) Saluran kencing

Dapat terjadi odema dan *hyperemia*, pada masa nifas kandung kemih kurang sensitif dan kapasitasnya bertambah sehingga kandung kencing masih terdapat urine residual. Sisa urin dan trauma kandung kemih waktu persalinan akan memudahkan terjadinya infeksi.

5) Laktasi

Laktasi dapat diartikan dengan pembentukan dan pengeluaran air susu ibu. Air susu ibu ini merupakan makanan pokok, makanan yang terbaik dan bersifat alamiah bagi bayi yang disediakan oleh ibu yang baru saja melahirkan bayi akan tersedia makanan bagi bayinya dan ibunya sendiri. Selama kehamilan hormon *estrogen* dan *progesteron* merangsang pertumbuhan kelenjar susu sedangkan *progesteron* merangsang pertumbuhan saluran kelenjar, kedua hormon ini mengerem LTH. Setelah plasenta lahir maka LTH dengan bebas dapat merangsang laktasi. *Lobus posterior hypofise* mengeluarkan oksitosin yang merangsang pengeluaran air susu. Pengeluaran air susu adalah reflek yang ditimbulkan oleh rangsangan penghisapan puting susu oleh bayi. Rangsang ini menuju ke *hypofise* dan menghasilkan oksitosin yang menyebabkan buah dada mengeluarkan air susunya.

Keadaan payudara 2 hari pertama nifas sama dengan keadaan dalam kehamilan. Payudara belum mengandung susu melainkan kolostrum. Mulai 3 hari postpartum buah dada membesar, keras dan nyeri. Ini menandai permulaan sekresi air susu, dan kalau *areola mammae* dipijat, keluarlah cairan putih dari puting susu. Air susu ibu kurang lebih mengandung Protein 1-2%, lemak 3-5 %, gula 6,5-8 %, garam 0,1–0,2 %.

Menurut penelitian minggu – minggu pertama menyusui adalah hal yang sangat penting untuk meningkatkan produksi ASI. Pada satu jam pertama setelah melahirkan dan hari pertama ibu yang menyusui akan menghasilkan 0-5 ml kolostrum. Pada hari ketiga jumlah ASI akan bertambah menjadi 37-169 ml. Setelah 6 hari, ASI akan bertambah menjadi 556-705 ml. Dengan sering menyusui bayi maka volume ASI akan semakin banyak.⁵⁷

6) Lokhea

Lokhea adalah cairan yang dikeluarkan dari uterus melalui vagina dalam masa nifas. Lokhea bersifat alkalis, jumlahnya lebih banyak dari darah menstruasi. Lokhea ini berbau anyir dalam keadaan normal, tetapi tidak busuk. Pengeluaran lokhea dapat dibagi berdasarkan jumlah dan warnanya yaitu:

a) Lokhea rubra (*cruenta*)

Berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel *desidua*, *vernix caseosa*, lanugo, mekonium. Selama 2 hari pasca persalinan.

b) Lokhea sanguinolenta

Berwarna merah kuning berisi darah dan lendir, hari 3–7 pasca persalinan.

c) Lokhea serosa

Cairan ini tidak berdarah lagi pada hari ke-7 samapai hari ke-14 pasca persalinan. Warnanya kecoklatan mengandung banyak serus, lebih sedikit darah dan laserasi plasenta

d) Lokhea alba

Dimulai hari ke-14 kemudian makin lama makin sedikit hingga sama sekali berhenti sampai satu atau dua minggu berikutnya. Warnanya putih kekuningan mengandung leukosit, selaput lendir serviks dan serabut jaringan mati

e) Lokhea purulenta

Terjadi infeksi keluar cairan seperti nanah, berbau busuk.

f. Adaptasi Psikologi Masa Nifas

Proses adaptasi psikologi sudah terjadi selama kehamilan, menjelang proses kelahiran maupun setelah persalinan. Pada periode tersebut, kecemasan seorang wanita dapat bertambah. Pengalaman yang unik dialami oleh ibu setelah persalinan. Masa nifas merupakan masa yang rentan dan terbuka untuk bimbingan dan pembelajaran. Perubahan peran

seorang ibu memerlukan adaptasi. Tanggung jawab ibu mulai bertambah. Fase-fase yang akan dialami oleh ibu pada masa nifas antara lain ⁵⁴:

1) *Fase Taking In*

Fase ini merupakan periode ketergantungan, yang berlangsung dari hari pertama sampai hari ke dua setelah melahirkan. Lebih terfokus pada dirinya sendiri, sehingga cenderung pasif terhadap lingkungannya. Ketidaknyamanan yang dialami antara lain rasa mules, nyeri pada luka jahitan, kurang tidur, kelelahan. Hal yang perlu diperhatikan pada fase ini adalah istirahat cukup, komunikasi yang baik dan asupan nutrisi. Gangguan psikologis yang dapat dialami oleh ibu pada fase ini adalah:

- a) Kekecewaan pada bayinya.
- b) Ketidaknyamanan sebagai akibat perubahan fisik yang dialami
- c) Rasa bersalah karena belum bisa menyusui bayinya.
- d) Kritikan suami atau keluarga tentang perawatan bayinya

2) *Fase Taking Hold*

Fase ini berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawab dalam perawatan bayinya. Perasaan ibu lebih sensitif sehingga mudah tersinggung. Hal yang perlu diperhatikan adalah komunikasi yang baik, dukungan dan pemberian penyuluhan/pendidikan kesehatan tentang perawatan diri dan bayinya. Tugas bidan antara lain: Mengajarkan cara perawatan bayi, cara menyusui yang benar, cara perawatan luka jahitan, senam nifas, pendidikan kesehatan gizi, istirahat, kebersihan diri dan lain-lain.

3) *Fase Letting Go*

Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya. Fase ini berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah mulai dapat menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya. Terjadi peningkatan akan perawatan diri dan bayinya. Ibu merasa percaya diri

akan peran barunya, lebih mandiri dalam memenuhi kebutuhan dirinya dan bayinya. Dukungan suami dan keluarga dapat membantu merawat bayi. Kebutuhan akan istirahat masih diperlukan ibu untuk menjaga kondisi fisiknya.

g. Kunjungan Masa Nifas

Selama masa nifas, akan terjadi banyak perubahan pada tubuh, baik secara emosional ataupun fisik. Dalam masa nifas, ibu memerlukan perawatan dan pengawasan yang dilakukan selama ibu tinggal di rumah sehingga ibu nifas dapat melakukan kunjungan nifas. Kunjungan masa nifas dilakukan paling sedikit empat kali yaitu pada 6 jam, 6 hari, 2 minggu dan 6 minggu. Kunjungan ini bertujuan untuk menilai status ibu dan bayi baru lahir, mendeteksi adanya perdarahan masa nifas Tujuan perawatan masa nifas adalah untuk mendeteksi adanya kemungkinan adanya pendarahan post partum, dan infeksi.²⁵

Tabel 6. Kunjungan masa nifas

Kunjungan	Waktu	Tujuan
1	6-8 jam setelah persalinan	<ul style="list-style-type: none"> a. Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri. b. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, rujuk jika perdarahan berlanjut. c. Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga, bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri d. Pemberian ASI awal. e. Melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir. f. Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah terjadi hipotermi. g. Jika petugas kesehatan menolong persalinan, petugas kesehatan harus tinggal dengan ibu dan bayi baru lahir untuk 2 jam pertama setelah kelahiran atau sampai ibu dan bayi dalam keadaan stabil.
2	6 hari setelah persalinan	<ul style="list-style-type: none"> a. Memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi dengan baik, fundus di bawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal atau tidak ada bau.

		<ul style="list-style-type: none"> b. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, atau perdarahan abnormal. c. Memastikan ibu cukup mendapatkan makanan, cairan dan istirahat. d. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit. e. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi agar tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari
3	2 minggu setelah persalinan	Sama seperti kunjungan II yaitu: <ul style="list-style-type: none"> a. Memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi dengan baik, fundus di bawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal atau tidak ada bau. b. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, atau perdarahan abnormal. c. Memastikan ibu cukup mendapatkan makanan, cairan dan istirahat. d. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda- tanda penyulit. e. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi agar tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.
4	6 minggu setelah persalinan	<ul style="list-style-type: none"> a. Menanyakan pada ibu, penyulit yang ibu atau bayi alami. b. Memberikan konseling KB secara dini.

5. Keluarga Berencana

a. Pengertian

Keluarga berencana merupakan usaha suami istri untuk mengukur jumlah dan jarak anak yang diinginkan. Prinsip dasar metode kontrasepsi adalah mencegah sperma laki-laki mencapai dan membuahi telur wanita (*fertilisasi*) atau mencegah telur yang sudah dibuahi untuk berimplantasi (melekat) dan berkembang didalam rahim.⁵⁸

b. Tujuan KB

Dalam pemilihan jenis kontrasepsi didasarkan pada tujuan penggunaan kontrasepsi, yaitu:

- 1) Fase Menunda kehamilan. Pasangan dengan istri berusia dibawah 20 tahun dianjurkan menunda kehamilannya.

- 2) Fase Menjarangkan kehamilan (mengatur kesuburan) Masa saat istri berusia 20-30 tahun adalah masa usia yang paling baik untuk melahirkan 2 anak dengan jarak 3-4 tahun.
- 3) Fase Mengakhiri kesuburan (tidak ingin hamil lagi) Saat usia istri diatas 30 tahun, dianjurkan untuk mengakhiri kesuburan setelah mempunyai 2 anak.⁴²

c. Macam-macam metode kontrasepsi

Kontrasepsi ideal harus memenuhi syarat sebagai berikut: dapat dipercaya, tidak menimbulkan efek yang mengganggu kesehatan, daya kerjanya dapat diatur menurut kebutuhan, tidak menimbulkan gangguan sewaktu koitus, tidak memerlukan motivasi terus menerus, mudah pelaksanaannya, murah harganya sehingga dapat dijangkau oleh seluruh lapisan masyarakat, dapat diterima penggunaannya oleh pasangan yang bersangkutan. Sampai saat ini belum ada cara kontrasepsi yang benar-benar ideal untuk digunakan.¹⁹

Terdapat beberapa alat kontrasepsi menurut Prawihardjo & Winknjosastro (2021) yang dapat digunakan antara lain :

- 1) Kontrasepsi non hormonal :
 - a) Sanggama Terputus (*Coitus Interuptus*)
 - b) Pembilasan Pascasanggama (*Postcoital Douche*)
 - c) Pantang Berkala (*Rhythm MetHod*)
 - d) Kondom
 - e) Diafragma Vaginal
 - f) Metode lendir serviks
 - g) AKDR (Alat Kontrasepsi Dalam Rahim)
 - h) Kontrasepsi Mantap yakni Vasektomi dan Tubektomi.
- 2) Kontrasepsi hormonal
 - a) Kontrasepsi Pil
 - b) Kontrasepsi Implant

- c) Kontrasepsi Suntik
- d. Kontrasepsi KB Suntik DMPA

- 1) Pengertian KB Suntik DMPA

Suntik merupakan alat kontrasepsi yang berdaya kerja panjang (lama), tidak membutuhkan pemakaian setiap hari atau saat bersenggama, tetapi tetap reversibel. Suntikan KB adalah metode kontrasepsi jangka pendek dan bersifat hormonal. Hormon progesterin adalah metode kontrasepsi dengan menggunakan progesterin, yaitu bahan tiruan dari progesteron.⁵⁹

Kontrasepsi suntik adalah alat kontrasepsi berupa cairan yang disuntikan ke dalam tubuh wanita secara periodik dan mengandung hormonal, selanjutnya masuk ke dalam pembuluh darah diserap sedikit demi sedikit oleh tubuh yang berguna untuk mencegah timbulnya kehamilan. Kontrasepsi suntik di Indonesia semakin banyak dipakai karena kerjanya yang efektif, pemakaiannya yang praktis, harganya relatif murah dan aman.⁶⁰

Kontrasepsi suntik progesterin adalah suatu sintesa progesterin yang mempunyai efek progesterin asli dari tubuh wanita dan merupakan suspensi steril medroxy progesterone asetat 150 mg, kontrasepsi ini telah dipakai lebih dari 90 negara, telah digunakan selama kurang lebih 20 tahun dan sampai saat ini akseptornya berjumlah kira-kira 5 juta wanita. Depo Medroksiprogesteron Asetat (Depo Provera), adalah kontrasepsi yang mengandung 150 mg DMPA, yang diberikan setiap 3 bulan dengan cara disuntik intramuskuler dan di daerah sepertiga bagian atas bokong mendekati SIAS.⁶⁰

- 2) Cara Kerja Suntik DMPA

Mencegah ovulasi (bekerja dengan cara menghalangi pengeluaran FSH dan LH, sehingga tidak terjadi pelepasan ovum); mengentalkan lendir servik sehingga menurunkan kemampuan

penetrasi sperma, karena sperma sulit menembus kanalis servikalis; perubahan pada endometrium sehingga implantasi terganggu; dan menghambat transportasi gamet karena terjadi perubahan peristaltik tuba falopi.⁶⁰

3) Efektifitas

Kontrasepsi suntik progestin memiliki efektivitas tinggi yaitu 0,3 kehamilan per 100 perempuan per tahun, asal penyuntikannya dilakukan secara teratur sesuai jadwal yang telah ditentukan.⁶⁰

4) Keuntungan

Sangat efektif, pencegahan kehamilan jangka panjang, tidak berpengaruh pada hubungan suami-istri, tidak mengandung estrogen sehingga tidak berdampak serius terhadap penyakit jantung dan gangguan pembekuan darah, tidak memiliki pengaruh terhadap ASI, sedikit efek samping, klien tidak perlu menyimpan obat suntik, dapat digunakan oleh perempuan usia >35 tahun sampai perimenopause, membantu mencegah kanker endometrium dan kehamilan ektopik, menurunkan kejadian penyakit radang panggul, serta menurunkan krisis anemia bulan sabit (sickle cell).⁵⁹

5) Keterbatasan

Sering ditemukan gangguan haid, seperti: siklus haid yang memendek atau memanjang, perdarahan yang banyak atau sedikit, perdarahan tidak teratur atau perdarahan bercak (spotting), dan tidak haid sama sekali; klien sangat bergantung pada tempat sarana pelayanan kesehatan; tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu sebelum suntikan berikut; permasalahan berat badan merupakan efek samping tersering; tidak menjamin perlindungan terhadap penularan infeksi menular seksual; terlambat nya kembali kesuburan setelah penghentian pemakaian; terjadi perubahan lipid serum pada penggunaan jangka panjang; pada penggunaan jangka dapat sedikit

menurunkan kepadatan tulang; serta pada penggunaan jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan pada vagina, menurunkan libido, gangguan emosi, sakit kepala, nervositas, dan jerawat.⁵⁹

6) Indikasi

Usia reproduksi, nulipara dan yang telah memiliki anak, menghendaki kontrasepsi jangka panjang dan yang memiliki efektivitas tinggi, menyusui dan membutuhkan kontrasepsi yang sesuai, setelah melahirkan dan tidak menyusui, setelah abortus atau keguguran, telah banyak anak tetapi belum menghendaki tubektomi, perokok, tekanan darah < 180/110 mmHg, menggunakan obat epilepsi, tidak dapat memakai kontrasepsi yang mengandung estrogen, sering lupa menggunakan pil kontrasepsi, anemia defisiensi besi, mendekati usia menopause yang tidak mau atau tidak boleh menggunakan pil kontrasepsi kombinasi.⁵⁹

7) Kontraindikasi

Hamil atau dicurigai hamil, perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya, tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid, menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara, dan diabetes mellitus disertai komplikasi. WHO menganjurkan untuk tidak menggunakan kontrasepsi suntikan pada kehamilan, karsinoma payudara, karsinoma traktus genitalia, dan perdarahan abnormal uterus.⁵⁹

8) Efek Samping

Efek samping yang sering terjadi pada pemakaian suntik DMPA adalah:⁶⁰

- a) Gangguan haid, amenorhoe, spotting dan metrorrhagia. Pola haid yang normal dapat menjadi amenorea, perdarahan ireguler, perdarahan berak, perubahan dalam frekuensi yang lama. Efek pada pola haid tergantung pada lama pemakaian.

- (1) Tidak mengalami haid (amenore) Amenore dibedakan menjadi dua yaitu amenore primer merupakan masa remaja kurang dari 16 tahun belum pernah mengalami mens atau belum menampakkan tanda-tanda fisik seksual sekunder, sedangkan amenore sekunder bila wanita sudah mengalami menstruasi namun kemudian tidak mengalami menstruasi dalam waktu 3-6 bulan.
- (2) Perdarahan berupa tetesan atau bercak-bercak (spotting). Perdarahan bercak merupakan keluhan atau gejala yang akan menurun dengan makin lamanya pemakaian.
- (3) Perdarahan diluar siklus haid (metrorarghia). Bila menstruasi terjadi dengan interval tidak teratur atau jika terdapat insiden bercak darah atau perdarahan diantara menstruasi, istilah metroragi digunakan untuk menggambarkan keadaan tersebut.
- (4) Perdarahan haid yang lebih lama dan atau lebih banyak daripada biasanya (menorarghia) Persepsi yang umum mengenai perdarahan berlebihan adalah apabila tiga sampai empat pembalut sudah penuh selama empat jam. Jumlah kehilangan darah yang dipertimbangkan normal selama mens adalah 30 cc sejak penelitian yang dilakukan pada tahun 1960-an dan setiap perdarahan yang lebih dari 80 cc dinyatakan perdarahan abnormal, seperti yang dikatakan oleh Engstrom, bahwa batas 8 cc merupakan ukuran standar untuk menetapkan menoragi.
- (5) Penyebab gangguan haid disebabkan karena adanya ketidakseimbangan hormon sehingga endometrium mengalami perubahan. Pada awal penyuntikan progesteron juga menyebabkan terbentuknya kembali

pembuluh darah kapiler yang normal dengan sel-sel endotel yang intak dengan sel-sel yang mengandung kadar glikoprotein cukup sehingga sel-sel endotel terlindungi dari kerusakan. Sehingga akan mempengaruhi mekanisme kerja hormonal dan siklus haid yang normal, sehingga perdarahan akan menjadi lebih banyak. Pendarahan sela pada pengguna kontrasepsi progestin-only disebabkan oleh paparan endometrium terhadap progestogen dengan dosis yang relatif konstan dan berlangsung secara terus menerus. Pendarahan sela berkaitan dengan serangkaian gangguan molekuler yang menyebabkan kerusakan pembuluh darah akibat gangguan angiogenesis, meningkatnya fragilitas pembuluh darah, hilangnya integritas endotel, epitel dan stroma struktur penunjang. Penyebab pasti kerapuhan pembuluh darah belum sepenuhnya dimengerti. Aktivitas.

- (6) Matriks metalloproteinase (MMP) endometrium pada pengguna kontrasepsi progestogen meningkat, terutama MMP-9 dan aktivitas Tissue Inhibitory Metalo Proteinase (TIMP) yang menurun. Hal ini menyebabkan lemahnya jaringan penunjang disekitar pembuluh darah, dan di bawah epitel, sehingga endometrium menjadi rapuh, dan terjadi kerusakan pada pembuluh darah, yang pada akhirnya dapat memicu terjadinya pendarahan pada pengguna kontrasepsi progestin. Metabolisme asam arakidonat endometrium pada pengguna kontrasepsi progestin terganggu, yang ditunjukkan dengan peningkatan bermakna kadar PGF2D dan metabolit

epoxide. Sedangkan keadaan amenore disebabkan atrofi endometrium

b) Sakit Kepala

Rasa berputar/sakit kepala yang dapat terjadi pada satu sisi, kedua sisi, atau keseluruhan dari bagian kepala. Ini biasanya bersifat sementara dan akan hilang setelah suntik pertama dan kedua. Sakit kepala yang terjadi pada akseptor KB suntik 3 bulan disebabkan akibat dari hormon progesteron yang akan membuat ketidakseimbangan hormon yang memicu sakit kepala.

c) Penambahan Berat Badan

Alat kontrasepsi hormonal suntik DMPA yaitu alat kontrasepsi yang mengandung hormon progesteron, yang dapat merangsang pusat pengendalian nafsu makan di hipotalamus sehingga menyebabkan terjadinya peningkatan berat badan akseptor. Ada ahli yang menyebutkan bahwa penggunaan KB suntik Depo Medroksi Progesteron Asetat (DMPA) bisa berefek pada penambahan berat badan. Terjadinya kenaikan berat badan kemungkinan disebabkan karena hormon progesteron mempermudah perubahan karbohidrat dan gula menjadi lemak, juga menyebabkan nafsu makan bertambah dan menurunnya aktivitas fisik, akibatnya dapat menyebabkan berat badan bertambah.

d) Keputihan (Leukorea)

e) Pada sistem kardiovaskuler efeknya sangat sedikit, mungkin ada sedikit peninggian dari kadar insulin dan penurunan HDL Kolesterol.

f) Galaktorea (pengeluaran ASI yang berlebihan). Pada DMPA tidak ditemukan efek terhadap laktasi, malah mungkin dapat

memperbaiki (memperbanyak produksi ASI). DMPA tidak merubah komposisi dari ASI.

- g) Depresi
 - h) Pusing dan mual
 - i) Mual yang terjadi pada akseptor biasanya tidak mengganggu aktifitas sehari-hari. Pada bulan-bulan pertama penyuntikan tubuh akan bereaksi terhadap hormon progesteron yang bisa mempengaruhi produksi asam lambung.
 - j) Pada penggunaan jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan vagina, menurunkan libido, gangguan emosi.
- 9) Penatalaksanaan akseptor KB dengan efek samping
- a) Komunikasi Informasi Edukasi (KIE) dengan menjelaskan sebab terjadinya, bahwa gejala atau keluhan tersebut dalam rangka penyesuaian diri, bersifat sementara dan individu. Memberi KIE secara individu pada klien. KIE Individu adalah suatu proses KIE timbul secara langsung antara petugas KIE dengan individu sasaran program KB. KIE bertujuan meningkatkan pengetahuan, sikap, dan praktek KB sehingga tercapai penambahan peserta baru dan membina kelestarian peserta KB.⁵⁹
 - b) Melakukan Konseling secara intensif.

Konseling merupakan proses pemberian informasi obyektif dan lengkap, dilakukan secara sistematis dengan panduan komunikasi interpersonal, teknik bimbingan dan penguasaan pengetahuan klinik yang bertujuan untuk membantu seseorang mengenali kondisinya saat ini, masalah yang sedang dihadapi, dan menentukan jalan keluar atau upaya mengatasi masalah tersebut.¹⁹ Penelitian yang dilakukan di Nigeria menyebutkan bahwa konseling yang lebih berkualitas dapat membantu mendorong perempuan melanjutkan metode

kontrasepsi suntik baru setelah 3 bulan.⁶⁰

(1) Amenorea

Amenore bila tidak hamil tidak perlu dilakukan tindakan apapun, cukup konseling dengan menjelaskan bahwa haid terkumpul dalam rahim dan beri nasihat untuk kembali ke klinik.

(2) Spotting

Perdarahan bercak merupakan keluhan atau gejala yang akan menurun dengan makin lamanya pemakaian. Sebagian wanita yang mengalami perdarahan bercak menemukan bahwa keluhan ini membaik dengan sendirinya, biasanya pada suntikan keempat.

(3) Metrorrhagia

Memberikan konseling pada akseptor bahwa perdarahan diluar siklus haid merupakan efek samping kontrasepsi suntik yang dipakai dan jenis perdarahan ini tidak berbahaya meskipun berlangsung sampai beberapa minggu.

(4) Menorrhagia

Perdarahan banyak atau memanjang lebih dari 8 hari atau 2 kali lebih banyak dari haid biasanya, jelaskan hal itu biasa ditemukan pada bulan pertama suntikan. Motivasi agar tetap memakai suntikan.⁶¹

10) Tindakan Medis

a) Amenore

Jangan berikan terapi hormonal untuk menimbulkan perdarahan karena tidak akan berhasil. Tunggu 3-6 bulan, bila tidak terjadi perdarahan juga rujuk ke klinik. Bila klien tidak menerima gangguan tersebut, suntikan jangan dilanjutkan. Anjurkan pemakaian kontrasepsi yang lain. Bila terjadi

kehamilan, rujuk klien dan jelaskan bahwa hormone progestin tidak akan menimbulkan kelainan.⁶⁰

b) Spotting dan metrorarghia

Bila ringan atau tidak terlalu mengganggu tidak perlu diberi obat. Bila cukup mengganggu dapat diberikan pil KB 3x1 tablet selama 7 hari. 1 siklus pil kontrasepsi kombinasi (30-35 µg etinilestradiol), 40 ibuprofen (sampai 800mg, 3x/hari untuk 5 hari) atau obat sejenis lain.⁶⁰

c) Menorarghia

Bila terjadi perdarahan banyak selama penyuntikan ditangani dengan pemberian 2 tablet pil kontrasepsi kombinasi/hari selama 3-7 hari dilanjutkan dengan 1 siklus pil kontrasepsi hormonal, atau diberi 50 µg etinilestradiol atau 1,25 mg estrogen equin konjugasi untuk 14-21 hari. Untuk mencegah anemia perlu preparat besi atau makanan yang mengandung banyak zat besi (Saifuddin, 2003). Diberi tablet sulfas ferosus (Fe) 3x1 tablet antara 5-7 hari sampai keadaan membaik.^{62,63}

BAB III

PEMBAHASAN

A. Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan

1. Catatan Kunjungan pertama

a. Pengkajian data

Asuhan pada ibu hamil pada tanggal 1 Februari 2024

Asuhan pada ibu hamil pertama pada Ny. M, umur 35 tahun datang bersama suaminya untuk memeriksakan kehamilannya. Ibu mengatakan tidak ada keluhan. Ny. M mengatakan ini merupakan pernikahan pertama dengan Tn. E, dan suami mengatakan ini juga pernikahan pertama. Menikah pada usia 23 tahun dan hamil pertama pada usia 25 tahun, dengan suami 12 tahun. Menarche: 12 tahun, siklus: 28 hari teratur, lama 6-7 hari, Banyaknya : ganti pembalut 3-4 kali/hari, HPHT: 12 Juni 2023 dengan HPL: 19 Maret 2024, umur kehamilan 33 minggu 6 hari. Riwayat KB, Ny. M mengatakan pernah menggunakan KB suntik 3 bulan. Kehamilan ini merupakan kehamilan yang kedua.

Riwayat kesehatan Ny. M dan keluarga dahulu dan sekarang tidak mempunyai sakit menurun, menahun, dan menular. Ny. M tidak mempunyai alergi obat ataupun makanan. Untuk pemenuhan sehari-hari dan personal hygiene baik, tidak ada keluhan. Riwayat psikososial Ny. M mengatakan sudah mengetahui tentang kehamilan. Bahwa masa kehamilan membutuhkan gizi dan istirahat yang cukup untuk perkembangan janin di dalam kandungan. Pengetahuan ibu tentang kondisi/keadaan yang dialami sekarang ibu mengetahui bahwa

keadaannya normal tidak ada permasalahan. Ibu mengatakan menerima kehamilan saat ini dan keluarga serta suami mendukung dan senang.

Ibu memiliki rencana untuk melahirkan di PMB Dyah Febriani Farida secara spontan dan ibu sudah mempersiapkan sebagian perlengkapan untuk persalinan, ibu sudah mengetahui tanda-tanda persalinan. Hasil pemeriksaan didapatkan keadaan umum: baik, composmentis. Pemeriksaan vital sign TD: 110/80 mmHg, N: 82x/menit, S: 36,2°C, BB sebelum hamil: 52 kg, BB sekarang: 60 kg terdapat kenaikan 8 kg, TB: 153 cm sehingga IMT 22,21 kg/m², hasil ini menunjukkan ibu kategori IMT normal. Termasuk kategori normal. Ibu hamil yang memiliki IMT di bawah 18,5 (underweight) sebelum kehamilan, disarankan menaikkan berat badan sampai 13–18 kg, Ibu hamil yang memiliki IMT 18,5–24,9 (berat badan normal) sebelum kehamilan, disarankan menaikkan berat badan sebanyak 11–16 kg, Ibu hamil yang memiliki IMT 25–29,9 (overweight) sebelum kehamilan, disarankan menjaga kenaikan berat badan pada kisaran 7–11 kg.⁶⁴ Lila sebelum hamil yakni 26 cm.

Pemeriksaan fisik wajah: tidak ada oedem, simetris, mata: konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, abdomen tidak ada bekas luka, palpasi fundus teraba bokong bayi, punggung di bagian kiri, ekstremitas dibagian kanan, presentasi kepala, belum masuk panggul. TFU 27 cm. TBJ : $(27-12) \times 155 = 2,325$ gram. DJJ 141 x/ menit dalam batas normal. Ekstremitas atas dan bawah normal tidak terdapat odema pada kaki. Riwayat pemeriksaan penunjang trimester I tanggal 28-08-2023 Hb 11,1 g/dL, GDS 88 mg/dl golongan darah: A, HIV, Sifilis dan HbsAg Non Reaktif. TBJ janin jika kepala belum masuk PAP dihitung dengan rumus $(TFU-12) \times 155$. Adapun dimana nilai normal denyut jantung janin antara 120-160 kali permenit.⁶⁵

b. Analsisis

Analisis adalah interpretasi berdasarkan data yang terkumpul kemudian dibuat kesimpulan yang meliputi diagnosis, antisipasi diagnosis atau masalah potensial, serta perlu tidaknya dilakukan tindakan segera. Pada kasus diatas dapat disimpulkan yaitu:

- 1) Diagnosis: Ny. M Usia 35 Tahun G2P1A0Ah1 Umur Kehamilan 33 minggu 6 hari tunggal, puki, presentase kepala, belum masuk PAP dengan kehamilan normal
- 2) Masalah: tidak ada

c. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan sudah dilakukan sesuai dengan diagnosa yang ditegakkan. Penatalaksanaan pada kasus ini pasien yaitu:

- 1) Menganjurkan ibu untuk mengkonsumsi makanan bergizi seimbang dan harus meliputi enam kelompok, yaitu makanan yang mengandung protein (hewani dan nabati), susu dan olahannya (lemak), roti dan biji-bijian (karbohidrat), buah dan sayur-sayuran.
- 2) Rutin memeriksakan kehamilannya minimal 2 minggu sekali sesuai dengan usia kehamilan ibu yang telah memasuki trimester 3.
- 3) Memberikan vitamin Fe dan kalsium dan cara serta memberikan konseling cara meminumnya dan anjuran untuk rutin mengkonsumsi.
- 4) Melakukan dokumentasi.

2. Catatan Kunjungan Kedua

a. Pengkajian data

Asuhan kedua yang dilakukan pada tanggal 12 Februari 2024

Asuhan kedua saat usia kehamilan 35 minggu 2 hari dengan keluhan pusing dan mudah lelah. Pemeriksaan vital sign TD: 100/60 mmHg, N: 81x/menit, R: 22x/menit, S: 36,6°C, BB: 60 kg. Pemeriksaan fisik wajah tidak ada oedem, simetris, mata konjungtiva merah muda sedikit pucat, sklera tidak ikterik. Palpasi fundus teraba bokong bayi, punggung di bagian kiri, ekstremitas dibagian kanan, presentasi kepala,

belum masuk panggul. Pemeriksaan MC. Donald: TFU : 28 cm, TBJ : (28-12) x 155 = 2480 gram. DJJ : 141 x / menit.

Dilakukan pemeriksaan Hb dengan hasil 9,8 gd/dL. Ibu mengalami anemia ringan dan diberikan konseling serta dosis tablet Fe 2 kali sehari. Menurut teori pemeriksaan kadar Hb pada ibu hamil adalah salah satu upaya untuk mendeteksi anemia pada ibu hamil.⁶⁶ Nilai ambang batas yang digunakan untuk menentukan status anemia pada ibu hamil, dibagi menjadi 4 kategori yaitu: dikategorikan normal atau tidak anemia jika Hb >11 gr/dl. Dikategorikan anemia ringan apabila Hb 9-10 gr/dl. Dikategorikan anemia sedang apabila Hb 7-8 gr/dl. Dikategorikan anemia berat apabila <7 gr/dl.³²

b. Analisis

Analisis adalah interpretasi berdasarkan data yang terkumpul kemudian dibuat kesimpulan yang meliputi diagnosis, antisipasi diagnosis atau masalah potensial, serta perlu tidaknya dilakukan tindakan segera. Pada kasus diatas dapat disimpulkan yaitu:

- 1) Diagnosis: Ny. M Usia 35 Tahun G2P1A0Ah1 Umur Kehamilan 35 minggu 3 hari tunggal, puki, presentase kepala, belum masuk PAP dengan kehamilan dengan anemia ringan. Dampak anemia dalam kehamilan bervariasi dari keluhan sangat ringan hingga terjadinya gangguan kelangsungan kehamilan (abortus, partus immatur atau prematur), gangguan proses persalinan (inertia, atonia, partus lama, perdarahan atonis), gangguan pada masa nifas (sub involusi rahim, daya tahan terhadap infeksi dan stres, kurang produksi ASI), dan gangguan pada janin (abortus, dismaturitas, mikrosomi, BBLR, kematian perinatal).²⁵
- 2) Masalah: anemia ringan
- 3) Kebutuhan: Memberikan KIE mengenai faktor risiko ibu hamil dengan anemia ringan

- 4) Diagnosis potensial: anemia sedang
- 5) Antisipasi tindakan segera: pemberian tablet Fe dosis 2x sehari dan konseling gizi.

c. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan sudah dilakukan sesuai dengan diagnosa yang ditegakkan. Penatalaksanaan pada kasus ini pasien yaitu

- 1) Ibu dianjurkan untuk mengkonsumsi makanan dengan menu seimbang dan makanan yang banyak mengandung zat besi dan protein (seperti sayur-sayuran hijau bayam, kangkung, brokoli, buah-buahan seperti buah bit, pepaya, alpukat, daging merah, hati ayam, telur rebus, kacang-kacangan terutama kacang panjang hijau, tahu, tempe). Ibu diberikan vitamin atau tablet tambah darah 2x1 peroral (dalam satu tablet mengandung dosis 60 mg Fe dan asam folat 400 µg) dan tambahan kalk 1x500 mg dan ibu dianjurkan untuk meminumnya secara rutin. Sesuai teori bahwa penatalaksanaan untuk anemia sedang dengan kadar Hb 7-8 gr/dl Pengobatannya dengan kombinasi 120 mg zat besi dan 500 µg asam folat peroral sekali sehari.³³ Konsumsi tablet tambah darah dengan dosis 2x1 sehari dilakukan sampai kadar Hb normal atau sampai dokter memberikan advis sesuai kondisi ibu.
- 2) Ibu diberikan penjelasan mengenai cara minum dan efek samping dari vitamin atau tablet tambah darah, sesuai dengan teori yaitu vitamin atau tablet tambah darah diminum dengan minuman yang mengandung vitamin C (jus jeruk) atau air putih, supaya proses penyerapan zat besi dalam tubuh optimal. Ibu dianjurkan untuk menghindari meminumnya bersamaan dengan kopi, teh, dan susu karena dapat menghambat proses penyerapan. Vitamin atau tablet tambah darah diminum pada malam hari menjelang tidur dan pada pagi hari, sedangkan tablet kalsium pada siang hari agar

penyerapannya maksimal.²⁹ Kemudian untuk evaluasi kadar Hb adalah 4 minggu kemudian.

- 3) Ibu diberikan konseling mengenai P4K yaitu Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi. Keluarga juga perlu mempersiapkan rencana jika terjadi komplikasi pada persalinan ibu, seperti mengidentifikasi tempat rujukan dan transportasi untuk mencapai tempat tersebut, mempersiapkan donor darah, mengadakan persiapan finansial serta mengidentifikasi pembuat keputusan pertama dan pembuat keputusan kedua jika pembuat keputusan pertama tidak ada di tempat.⁶⁷
- 4) Ibu diberi penjelasan terkait tanda bahaya kehamilan trimester III diantaranya perdarahan, nyeri perut hebat, nyeri kepala hebat dan gangguan penglihatan, kejang, demam tinggi, mual dan muntah berlebihan, pergerakan janin berkurang, serta bengkak pada kaki tangan dan wajah, air ketuban pecah sebelum waktunya. Apabila ibu menemui salah satu tanda diatas menganjurkan kepada ibu untuk segera memeriksakan kehamilannya dilayanan kesehatan terdekat. Ibu dijadwalkan untuk periksa hamil 1 minggu kemudian atau jika ibu ada keluhan. Hal ini sesuai dengan standar minimal pemeriksaan kehamilan yang dianjurkan oleh WHO bahwa ibu hamil memeriksakan kehamilannya setiap sekali seminggu pada trimester III.⁶⁸
- 5) Melakukan dokumentasi.

3. Catatan Kunjungan Ketiga

a. Pengkajian data

Asuhan ketiga tanggal 12 Maret 2024

Hasil anamnesa melalui *whatsapp* Ny. M datang ke PMB Dyah Febriani untuk memeriksakan perkembangan Hb nya. Dilakukan pemeriksaan; TD: 110/70 mmHg, N: 96 x/menit, R: 22x/menit, S: 36,6°C,

BB: 61,5 kg. Umur kehamilan 39 minggu 4 hari. Pemeriksaan keadaan umum baik, kesadaran composmentis, TFU 30 cm, TBJ: (30-11)x155: 2945 gram, DJJ: 132 x/m. Pemeriksaan Hb dilakukan dengan hasil 11,7 gr/dL. Hb ibu sudah normal. Nilai ambang batas yang digunakan untuk menentukan status anemia pada ibu hamil, dibagi menjadi 4 kategori yaitu: dikategorikan normal atau tidak anemia jika Hb >11 gr/dl. Dikategorikan anemia ringan apabila Hb 9-10 gr/dl. Dikategorikan anemia sedang apabila Hb 7-8 gr/dl. Dikategorikan anemia berat apabila <7 gr/dl.³²

b. Analisis

Analisis adalah interpretasi berdasarkan data yang terkumpul kemudian dibuat kesimpulan yang meliputi diagnosis, antisipasi diagnosis atau masalah potensial, serta perlu tidaknya dilakukan tindakan segera. Pada kasus diatas dapat disimpulkan yaitu:

- 1) Diagnosis: Ny. M Usia 35 Tahun G2P1A0Ah1 Umur Kehamilan 39 minggu 4 hari hamil normal
- 2) Masalah: Ibu merasa cemas dikarenakan belum ada tanda persalinan
- 3) Kebutuhan: Memberikan KIE untuk mengurangi kecemasan ibu dan konseling cara stimulasi kontraksi

c. Penatalaksanaan

- 1) Menjelaskan kepada ibu dan keluarga untuk tidak cemas dan gelisah karena itu dapat mengganggu kesehatan bayi dan ibu dengan cara memberikan support mental pada ibu. Kekhawatiran/kecemasan pada ibu hamil mempunyai dampak dan pengaruh terhadap fisik/psikis baik pada ibu maupun janin yang dikandungnya, yang ditandai dengan peningkatan hormone stress dan dapat menyebabkan kejadian vasokonstriksi/ spasme pembuluh darah,dengan ditandai turunnya aliran darah dari ibu ke janin sehingga asupan O2, nutrisi juga berkurang.⁶⁹

- 2) Menyarankan suami dan keluarga untuk memberikan dukungan psikologi pada Ny.M agar tenang dan rileks. Pada trimester ke 3 disebut periode penantian. Trimester ke 3 adalah waktu untuk mempersiapkan kelahiran. Ibu mulai khawatir terhadap hidupnya dan bayinya, dia tidak tahu kapan dia melahirkan rasa tidak nyaman timbul kembali karena perubahan *body image* yaitu merasa dirinya aneh dan jelak, ibu membutuhkan dukungan dari suami, keluarga dan bidan.⁷⁰
- 3) Menganjurkan kepada ibu untuk tetap melakukan hubungan seksual dengan suami untuk stimulasi kontraksi. Hubungan seksual pada saat cukup bulan telah dikaitkan dengan permulaan persalinan yang lebih awal dan berkurangnya kebutuhan akan induksi pada usia kehamilan 41 minggu. Metode ini merupakan metode non farmakologis yang memungkinkan wanita memiliki kendali lebih besar terhadap upaya induksi persalinan.⁷¹
- 4) Pendokumentasian pada lembar evaluasi, status pasien, dan register.

4. Catatan Kunjungan Keempat

a. Pengkajian data

Asuhan keempat tanggal 21 Maret 2024

Hasil anamnesa melalui *whastapp* Ny. M datang ke PMB Dyah Febriani untuk memeriksakan kehamilannya. Ibu mengeluh cemas karena kehamilannya sudah melewati HPL dan belum ada tanda persalinan. Kehamilan dan persalinan merupakan peristiwa yang penuh ketidakpastian. Ketidapastian tersebut diantaranya dan yang utama adalah ketidakpastian pada taksiran persalinan. Cara perempuan mengkonstruksi ketidakpastian tanggal melahirkan dapat berdampak pada pembuatan keputusan mengenai waktu dan cara persalinan.⁷¹ Dilakukan pemeriksaan; TD: 110/70 mmHg, N: 89 x/menit, R: 22x/menit, S: 36,6°C, BB: 62 kg. Umur kehamilan 40 minggu 2 hari. Pemeriksaan keadaan

umum baik, kesadaran composmentis, TFU 31 cm, TBJ: (31-11)x155: 3100 gram, DJJ: 134 x/m.

b. Analisis

Analisis adalah interpretasi berdasarkan data yang terkumpul kemudian dibuat kesimpulan yang meliputi diagnosis, antisipasi diagnosis atau masalah potensial, serta perlu tidaknya dilakukan tindakan segera. Pada kasus diatas dapat disimpulkan yaitu:

- 1) Diagnosis: Ny. M Usia 35 Tahun G2P1A0Ah1 Umur Kehamilan 40 minggu 2 hari hamil post date
- 2) Masalah: Ibu merasa cemas dikarenakan belum ada tanda persalinan dan kehamilan lebih dari masa HPL.
- 3) Kebutuhan: Memberikan KIE untuk mengurangi kecemasan ibu dan menganjurkan USG

c. Penatalaksanaan

- 1) Menjelaskan kepada ibu dan keluarga untuk tidak cemas dan gelisah karena itu dapat mengganggu kesehatan bayi dan ibu dengan cara memberikan support mental pada ibu. Kekhawatiran/kecemasan pada ibu hamil mempunyai dampak dan pengaruh terhadap fisik/psikis baik pada ibu maupun janin yang dikandungnya, yang ditandai dengan peningkatan hormone stress dan dapat menyebabkan kejadian vasokonstriksi/ spasme pembuluh darah,dengan ditandai turunnya aliran darah dari ibu ke janin sehingga asupan O2, nutrisi juga berkurang.⁶⁹
- 2) Dianjurkan pada ibu untuk mengikuti USG 25 Maret 2024 jika belum ada tanda persalinan. Pemeriksaan trimester ketiga dilakukan pemeriksaan USG untuk memantau jumlah cairan ketuban, tumbuh kembang janin dengan mengukur tulang paha, ukuran kepala dan perut si kecil. USG juga dilakukan untuk mengecek posisi bayi apakah sungsang atau tidak. Apabila ibu lewat HPL, maka USG dilakukan

untuk memeriksa detak jantung bayi dan kondisi kesehatan bayi, lokasi plasenta dan kondisi serviks terkait kesiapannya untuk persalinan.⁷²

- 3) Menganjurkan kepada ibu untuk tetap melakukan hubungan seksual dengan suami untuk stimulasi kontraksi. Peran prostaglandin sendiri untuk pematangan serviks dan induksi persalinan telah diteliti secara ekstensif. Cairan semen mengandung prostaglandin yang dihasilkan dari kelenjar prostat dan diduga sebagai sumber biologis yang mengandung konsentrasi prostaglandin tertinggi.⁷¹
- 4) Pendokumentasian pada lembar evaluasi, status pasien, dan register.

B. Asuhan Kebidanan pada Persalinan

1. Pengkajian

Pada tanggal 23 Maret 2024 jam 06.30 WIB Ny. M datang ke PMB Dyah Febriani mengatakan merasa kenceng-kenceng dari jam 04.30 WIB dan sudah keluar lendir darah. Dilakukan pemeriksaan dengan hasil keadaan umum: baik, kesadaran: composmentis. Pemeriksaan vital sign TD: 110/80 mmHg, N: 96 x/menit, R: 22x/menit, S: 36,6°C, BB: 62 kg. Hal ini sesuai dengan teori yang mana beberapa tanda tanda persalinan ialah timbulnya kontraksi uterus biasa juga disebut dengan his persalinan ditandai dengan Nyeri melingkar dari punggung memancar ke perut bagian depan, pinggang terasa sakit dan menjalar kedepan, teratur, interval makin lama makin pendek dan kekuatannya makin besar, pengaruh pada pendataran dan atau pembukaan cervix, adanya *bloody show* (lendir disertai darah dari jalan lahir).⁷³

Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu. Setelah melewati batas waktu tersebut terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai. Proses penebaran plasenta terjadi mulai umur 38 minggu, dimana terjadi penimbunan jaringan ikat, pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu. Produksi progesterone mengalami penurunan,

sehingga otot rahim lebih sensitif terhadap oksitosin. Akibatnya otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesterone tertentu.⁴⁶

Pemeriksaan fisik wajah: tidak ada oedem, simetris, mata: konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, abdomen ada luka bekas operasi, TFU: 31 cm, TBJ: $(31-11) \times 155 = 3100$ gr, punggung kiri, preskep (sudah masuk panggul), DJJ 140 x/menit, His 3x/10'/30', Dilakukan pemeriksaan dalam: vulva uretra tenang, dinding vagina licin, portio tipis, pembukaan 4 cm, selaput ketuban utuh, presentasi kepala, UUK jam 12, AK negative, dan STLD positif. Ekstremitas tidak ada oedem. Dilakukan pemasangan infus RL pada ibu.

TBJ janin jika kepala sudah masuk PAP dihitung dengan rumus $(TFU-11) \times 155$. Adapun dimana nilai normal denyut jantung janin antara 120-160 kali permenit.⁶⁵ Adapun beberapa tanda persalinan dimana beberapa tanda tanda persalinan ialah adanya pendataran dan atau pembukaan cervix, adanya bloody show (lendir disertai darah dari jalan lahir), penipisan dan pembukaan cervix.⁷³ Memberitahu hasil pemeriksaan bahwa ibu sudah dalam persalinan pembukaan 4 cm. Ibu dalam persalinan kala 1 fase aktif.

Pada jam 09.45 WIB ibu mengatakan ketuban pecah spontan dan merasa ingin mengejan. Dilakukan pemeriksaan dalam; vulva uretra tenang, dinding vagina licin, portio tidak teraba, pembukaan 10 cm, STLD positif, air ketuban jernih, penurunan kepala hodge III. DJJ 142 x/m, his 5x 45 detik dalam 10 menit. Vulva anus membuka dan perineum menonjol. Hal ini sesuai dengan teori yang mana tanda gejala kala II diantaranya ibu merasakan ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi. (doran), tekanan pada anus (teknus), perineum terlihat menonjol.(perjol), vulva-vagina dan sfingter ani terlihat membuka. (vulka), peningkatan pengeluaran lendir dan darah.⁷⁴

Kemudian melakukan pertolongan persalinan sesuai dengan langkah APN. Ibu dipimpin dan dibimbing untuk meneran. Kala II berlangsung \pm 15 menit. Hal ini sesuai dengan teori dimana Kala II persalinan dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi proses ini biasanya berlangsung dua jam pada primi dan satu jam pada multi.⁷⁴

Pada jam 10.00 WIB bayi lahir spontan, segera menangis, menangis kuat, warna kulit kemerahan, tonus otot aktif, Apgar Score 8/9/10, Jenis kelamin perempuan. Dilakukan perawatan bayi baru lahir. Kala III dimulai setelah bayi lahir. Setelah bayi lahir dilakukan manajemen aktif kala III yaitu menyuntikkan oksitosin, PTT, dan masase uterus. Plasenta lahir 5 menit setelah bayi lahir, plasenta lahir spontan dan lengkap. Hal ini sesuai dengan teori dimana 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.⁷⁵

Kala IV dimulai setelah plasenta lahir yaitu pukul 10.05 WIB. Terdapat laserasi derajat 2 yaitu kulit, mukosa vagina hingga otot perineum sehingga dilakukan penjahitan perineum tanpa anestesi terlebih dahulu. Hal ini sesuai dengan teori dimana Kala IV dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhirnya dua jam setelah proses tersebut.⁷⁵ Terdapat laserasi derajat 2 pada perineum meliputi kulit, mukosa vagina hingga otot perineum. Hal ini sesuai dengan teori dimana dikatakan laserasi derajat II yaitu meliputi mukosa vagina, fourchette posterior, kulit perineum dan otot perineum.⁷³

Pada kala IV dilakukan pemantauan tanda-tanda vital, TFU, kontraksi, kandung kemih serta perdarahan. Pemantauan dilakukan setiap 15 menit pada satu jam pertama dan setiap 30 menit pada satu jam kedua. Hasil pemantauan kala IV dalam batas normal dimana TD 112/81 mmHg, nadi 80x/menit, suhu 36,6°C, kontraksi uterus keras, TFU 2 jari dibawah pusat, kandung kemih kosong dan perdarahan dalam batas normal. Keluhan

mules yang ibu rasakan sesuai dengan teori dimana pada kala IV kontraksi otot rahim meningkat sehingga pembuluh darah terjepit untuk menghentikan perdarahan.⁷⁶

2. Analisis

Dari pengkajian data kala I hingga kala IV dapat disimpulkan bahwa diagnosa Ny.M umur 35 tahun P2Ab0 usia kehamilan 40⁺⁴ minggu dengan persalinan spontan normal, ruptur perineum derajat II. Menurut teori, persalinan normal didefinisikan sebagai proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun janin. Lama kala I untuk primigravida berlangsung 12 jam sedangkan multigravida sekitar 8 jam.⁷⁷

3. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan yang diberikan pada Ny. M yaitu bidan memberitahu hasil pemeriksaan bahwa ibu sudah dalam persalinan pembukaan 4 cm. Bidan memberi tahu ibu untuk tidur miring kiri agar aliran oksigen dari ibu ke janin lancar dan tercukupi. Bidan memberitahu ibu mengenai teknik relaksasi pernafasan. Relaksasi merupakan manajemen yang sangat mudah dilakukan. Pernapasan dengan teknik inhalasi (hirup) dan ekshalasi (hembuskan) yang dilakukan secara teratur dan mendalam akan menghasilkan efek yang baik yaitu menghasilkan oksigen yang cukup. Oksigen yang masuk secara optimal kedalam tubuh dapat merileksasi ketegangan otot dan menenangkan pikiran, mengurangi stress baik fisik maupun emosional sehingga dapat menurunkan intensitas nyeri dan mengurangi kecemasan pada ibu bersalin.⁷⁸

Bidan memberi motivasi dan dukungan kepada ibu agar ibu tidak merasa cemas dalam melalui persalinan. Bidan mempersilahkan keluarga untuk mendampingi ibu selama proses persalinan. Kehadiran seorang pendamping persalinan memberikan pengaruh karena dapat membantu ibu

saat persalinan serta dapat memberikan perhatian, rasa aman, nyaman, semangat, menentramkan hati ibu, mengurangi ketegangan ibu atau status emosional menjadi lebih baik.⁷⁹

Bidan menyampaikan pada ibu untuk tidak mengejan terlebih dahulu karena pembukaan belum lengkap. Mengejan sebelum disarankan oleh penolong persalinan karena tenaga terbuang percuma, dan jalan lahir membengkak selama kala I, anjurkan ibu untuk cukup makan dan minum, untuk mendukung kemajuan persalinan.⁸⁰

Pada kala II, ibu bersalin mudah sekali mengalami dehidrasi, karena terjadi peningkatan suhu tubuh dan terjadinya kelelahan karena proses mengejan. Untuk itu disela-sela kontraksi, pastikan ibu mencukupi kebutuhan cairannya (minum). Pada kala III dan IV, setelah ibu berjuang melahirkan bayi, maka bidan juga harus memastikan bahwa ibu mencukupi kebutuhan nutrisi dan cairannya, untuk mencegah hilangnya energi setelah mengeluarkan banyak tenaga selama kelahiran bayi (pada kala II).⁷³

Bidan menganjurkan ibu perbanyak doa terutama saat rasa sakit timbul. Hal ini sesuai dengan konsep perawatan holistik yang mana perawatan holistik menggambarkan pendekatan dan intervensi yang dimaksudkan untuk memenuhi kebutuhan fisik, mental, emosional, dan spiritual pasien.⁸¹ Bidan memantau kemajuan persalinan. Monitoring kemajuan persalinan kala I dilakukan dengan lembar observasi untuk fase laten, sedangkan untuk fase aktif menggunakan partograf. Denyut jantung janin diperiksa setiap 30 menit, kontraksi uterus setiap 30 menit, nadi setiap 30 menit, pembukaan porsio dan tekanan darah setiap empat jam, serta suhu dan produksi urin setiap dua jam. Hal ini sesuai dengan teori yang mana pencatatan yang dilakukan pada partograf diantaranya DJJ, Kontraksi uterus, nadi, pembukaan serviks, penurunan bagian terendah janin, tekanan darah nadi dan suhu, produksi urin, aseton, dan protein.⁶⁵ Bidan memimpin mengejan dan membantu melahirkan kepala serta badan

bayi setelah pembukaan lengkap. Membantu ibu memilih posisi nyaman untuk proses melahirkan. Mengajarkan ibu cara mengejan yang benar dan sesuai langkah APN. Setelah bayi lahir dan tali pusat dipotong, bayi diletakkan tengkurap di dada ibu, kulit bayi kontak dengan kulit ibu untuk melaksanakan proses IMD selama satu jam.

Bayi lahir spontan pada tanggal 23 Februari 2024 pukul 10.00 WIB. Setelah bayi lahir, dilakukan manajemen aktif kala III yang meliputi pemberian oksitosin, PTT dan masase fundus uteri. Plasenta lahir 5 menit setelah bayi lahir. Penatalaksanaan kala III sesuai teori yang mana tiga langkah manajemen aktif kala III yaitu memberikan oksitosin 10 unit IM dalam waktu satu menit setelah lahir bayi, melakukan PTT, dan masase fundus uteri segera setelah plasenta lahir.⁶⁵ Dari hasil penelitian yang dilakukan oleh Susiloningtyas dan Purwanti didapatkan hasil bahwa Berdasarkan bukti-bukti pengelolaan aktif kala III telah memberikan hasil secara bermakna terhadap penurunan resiko kasus perdarahan post partum.⁸²

Dilakukan penjahitan laserasi tanpa anestesi terlebih dahulu. Penjahitan perineum dilakukan tanpa anestesi lidokain, hal ini sesuai dengan teori yang mengatakan bahwa prosedur pra penjahitan tanpa anestesi lebih efektif terhadap penyembuhan luka robekan perineum.⁸³

Kemudian melakukan pemantauan kala IV meliputi tekanan darah, nadi, kontraksi uterus, kandung kemih, dan perdarahan setiap 15 menit pada satu jam pertama dan 30 menit pada satu jam kedua. Tujuan dari pemantauan ini adalah untuk memastikan ibu dan bayi berada dalam kondisi stabil serta mendeteksi dini komplikasi pasca bersalin dan mengambil tindakan yang tepat untuk melakukan stabilisasi. Hal ini sesuai dengan teori yang mana pemantauan kala IV dilakukan pada satu jam pertama setiap 15 menit dan setiap 30 menit pada satu jam kedua. Total pemantauan dilaksanakan sebanyak enam kali selama dua jam postpartum.

Observasi yang harus dilakukan pada kala IV adalah tekanan darah, nadi, temperatur, TFU, kontraksi uterus, kandung kemih dan perdarahan.⁷⁴

C. Asuhan Bayi Baru Lahir

1. Pengkajian

Sabtu, tanggal 23 Maret 2024 pukul 10.00 WIB, dilakukan perawatan bayi baru lahir kemudian dilakukan IMD selama kurang lebih 1 jam. Hasil pemeriksaan KU: baik, kesadaran: Composmentis, jenis kelamin perempuan, N: 138 kali/menit, R: 44 kali/menit, S: 36,1°C, BB: 2600 gram, PB: 47 cm, Lila: 11 cm, LK: 33 cm, LD: 34 cm, tidak ada kelainan. Bayi baru lahir normal mempunyai ciri-ciri berat badan lahir 2500-4000 gram, bayi segera menangis, bergerak aktif, kulit kemerahan, menghisap ASI dengan baik, dan tidak ada cacat bawaan.⁸⁴

Kulit berwarna kemerahan, terdapat vernix caseosa, kepala tidak ada pembekakan pada kepala. Mata simetris, tidak ada kelainan. Hidung tidak ada pernapasan cuping hidung. Telinga simetris, terdapat lubang. Mulut normal tidak ada kelainan. Leher tidak ada kelainan dan tidak ada pembesaran kelenjar tiroid. Dada tidak ada retraksi dinding dada. Abdomen tidak ada pembesaran abnormal. Umbilikal tidak ada perdarahan, tidak ada infeksi, tali pusat masih basah. Anus terdapat lubang anus. Ekstremitas lengkap, simetris. Labia mayora menutupi labia minora, terdapat lubang vagina. Pada jam 11.05 WIB bayi diberikan injeksi vitamin K dan salep mata.

Dari pengkajian dan penilaian dapat disimpulkan bahwa diagnosa bayi Ny. M usia 1 jam cukup bulan, normal. Penatalaksanaan yang diberikan antara lain telah diberikan salep mata cloramphenicol, menyuntikkan vitamin K 1 mg di paha sebelah kiri secara IM, membedong bayi dengan kain bersih serta memberikan bayi kepada orang tuanya untuk melakukan bonding. memberikan KIE ASI eksklusif, tehnik menyusui,

tanda bahaya bayi baru lahir dan KIE ibu imunisasi Hb 0 pada bayi baru lahir.

2. Analisis

Dari pengkajian dan penilaian cepat dapat disimpulkan bahwa diagnosabayi Ny. S usia 1 jam cukup bulan, sesuai masa kehamilan, normal. Bayi baru lahir (neonatus) adalah bayi yang berusia 0-28 hari. Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dari kehamilan 37 minggu sampai 42 minggudan berat badan lahir 2500 gram sampai dengan 4000 gram.⁷³

3. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan yang diberikan kepada bayi Ny. M meliputi telah dilakukan IMD selama kurang lebih satu jam serta mengeringkan bayi dengan menggunakan kain bersih dan kering. Tindakan ini digunakan guna mencegah terjadinya hipotermi. Hal ini sesuai dengan teori yang mana mekanisme pengaturan temperatur bayi belum berfungsi sempurna.⁸⁴ Oleh karena itu, jika tidak dilakukan pencegahan kehilangan panas maka bayi akan mengalami hipotermia. Hipotermia dapat terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam keadaan basah atau tidak segera dikeringkan dan diselimuti walaupun berada dalam ruangan yang hangat. Pencegahan kehilangan panas melalui tunda mandi selama enam jam, kontak kulit bayi dan ibu serta menyelimuti kepala dan tubuh bayi.

Bidan melakukan pemeriksaan antropometri dan pemeriksaan fisik pada bayi. Hasil pemeriksaan antropometri menunjukkan hasil BB: 2600 gram, PB: 47 cm, Lila: 11 cm, LK: 33 cm, LD: 34 cm. Bayi Ny. M berjenis kelamin perempuan. Pemeriksaan fisik bayi menunjukkan bayi dalam keadaan normal, tidak ada kelainan maupun kecacatan. AS:8/9. Hal ini sesuai dengan teori yang mana bayi baru lahir normal memiliki panjang badan 48-52 cm, lingkar dada 30-38 cm, lingkar lengan 11-12 cm, frekuensi denyut jantung 120-160 x/menit, pernapasan 40-60 x/menit, lanugo tidak terlihat dan rambut kepala tumbuh sempurna, kuku agak

panjang dan lemas, nilai APGAR >7, refleks-refleks sudah terbentuk dengan baik (rooting, sucking, morro, grasping), organ genitalia pada bayi laki-laki testis sudah berada pada skrotum dan penis berlubang, mekonium sudah keluar dalam 24 jam pertama berwarna hitam kecoklatan.⁸⁴

Bidan memberikan salep mata chloramphenicol 0,1% pada kedua mata bayi dan Vit K 1 Mg IM pada paha kiri bayi. Pemberian salep atau tetes mata diberikan untuk pencegahan infeksi mata. Beri bayi salep atau tetes mata antibiotika profilaksis. Semua bayi baru lahir harus diberi penyuntikan vitamin K1 (Phytomenadione) 1 mg intramuskuler di paha kiri, untuk mencegah perdarahan BBL akibat defisiensi vitamin yang dapat dialami oleh sebagian bayi baru lahir.

Bidan membedong bayi dengan kain bersih serta memberikan bayi kepada orang tuanya untuk melakukan bonding. Bonding adalah keterikatan intens yang berkembang antara orang tua dan bayi mereka. Itu membuat orang tua ingin menghujani bayi mereka dengan cinta dan kasih sayang dan untuk melindungi dan merawat si kecil mereka. Sentuhan menjadi bahasa awal saat bayi merespons kontak kulit ke kulit. Kontak mata-ke-mata memberikan komunikasi yang bermakna dari jarak dekat.⁸⁵ Bidan memberikan KIE ASI eksklusif, tehnik menyusui, tanda bahaya bayi baru lahir dan KIE imunisasi Hb0 pada bayi baru lahir.

Secara keseluruhan, penatalaksanaan yang diberikan pada asuhan persalinan dan bayi baru lahir pada kasus Ny. M sesuai dengan kewenangan bidan yang diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 tahun 2017 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan, Pasal 19 ayat 2 menyebutkan bahwa dalam memberikan pelayanan kesehatan ibu, bidan berwenang melakukan: konseling pada masa sebelum hamil, antenatal pada kehamilan normal, persalinan normal, ibu nifas normal, ibu menyusui dan konseling pada masa antara dua kehamilan. Pasal 19 ayat 3

meyebutkan bahwa dalam memberikan pelayanan kesehatan ibu, bidan berwenang melakukan: episiotomy, pertolongan persalinan normal, penjahitan luka jalan lahir tingkat I dan II, penanganan kegawatdaruratan, dilanjutkan dengan perujukan, pemberian tablet tambah darah pada ibu hamil, pemberian vitamin A dosis tinggi pada ibu nifas, fasilitasi/bimbingan inisiasi menyusui dini dan promosi air susu ibu eksklusif, pemberian uterotonika pada manajemen aktif kala tiga dan postpartum, penyuluhan dan konseling, bimbingan pada kelompok ibu hamil dan pemberian surat keterangan kehamilan dan kelahiran.⁸⁶

Pada PMK nomor 28 tahun 2017 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan pasal 20 ayat (3) juga disebutkan bidan berwenang melakukan pelayanan kesehatan neonatal esensial meliputi inisiasi menyusui dini, pemotongan dan perawatan tali pusat, pemberian suntikan vit K, pemberian imunisasi Hb0, pemeriksaan fisik bayi baru lahir, pemantauan tanda bahaya, pemberian tanda identitas diri, dan merujuk kasus yang tidak dapat ditangani dalam kondisi stabil dan tepat waktu ke faskes yang lebih mampu.⁸⁶

Asuhan Neonatus 1 (KN I 6-48 jam). Asuhan neonatus 1 dilakukan pada tanggal 24 Maret 2024 pukul 10.00 WIB. Ny. M mengatakan tidak ada masalah pada bayinya. Pemeriksaan fisik bayi menunjukkan bayi dalam keadaan normal, tidak diare, tidak ikterus, tidak ada kelainan maupun kecacatan.

Dari hasil anamnesa didapatkan Ny. M mengatakan sudah BAB, BAK dan tidak ada masalah. Ny. M mengatakan sekarang bayi tidak ada keluhan, ASI masih keluar sedikit dan terus berusaha tetap disusui. Bayi menyusui dengan kuat dan bayi tidak kuning, bayi sudah BAB dan BAK tidak ada keluhan, bayi telah mendapatkan imunisasi Hepatitis B pada tanggal 24 Maret 2024 jam 08.00 WIB. Imunisasi Hepatitis B bermanfaat untuk mencegah infeksi Hepatitis B terhadap bayi, terutama jalur penularan

ibu-bayi. Penularan Hepatitis pada bayi baru lahir dapat terjadi secara vertikal (penularan ibu ke bayinya pada waktu persalinan) dan horisontal (penularan dari orang lain). Dengan demikian untuk mencegah terjadinya infeksi vertikal, bayi harus diimunisasi Hepatitis B sedini mungkin.⁸⁷

Analisis data yaitu By.Ny.M usia 24 jam cukup bulan, sehat. Selanjutnya disusun rencana asuhan yaitu memberikan KIE kepada ibu untuk tetap menjaga kehangatan bayinya, KIE *ASI on demand* dan ASI eksklusif, KIE perawatan tali pusat dan perawatan bayi, serta KIE tanda bahaya bayi baru lahir. Kemudian, melakukan dokumentasi tindakan yang telah dilakukan.

Mengajari ibu untuk melakukan perawatan tali pusat dengan menjaga tali pusat tetap bersih dan kering. Sebelum merawat tali pusat, mencuci tangan dengan sabun dan air bersih kemudian membersihkan tali pusat dengan kapas dan dibungkus kassa, tidak perlu dioles cairan atau bahan apapun. Tali pusat yang bersih dan kering akan menghindarkan bayi dari infeksi tali pusat dan mempercepat tali pusat terlepas. Tali pusat akan terlepas sendiri kurang lebih 5-7 hari.⁸⁸

Kunjungan Neonatus 2 (KN II 3-7 hari). Asuhan neonatus 2 dilakukan tanggal 30 Maret 2024 pukul 10.00 WIB Ny. M dan By. Ny. M hari ke-7 pasca salin dilakukan pengkajian melalui via WA Ny. M mengatakan tidak ada keluhan. Dari hasil anamnesa didapatkan Ny. M mengatakan sudah BAB, BAK dan tidak ada masalah. Ny. M mengatakan sekarang bayi tidak ada keluhan, ASI sudah lancar. Bayi menyusu dengan kuat dan bayi tidak kuning, bayi sudah BAB dan BAK tidak ada keluhan.

Kemudian dari hasil pengkajian yang telah didapatkan, Analisis kebidanan berdasarkan hasil pemeriksaan yaitu By.Ny. M usia 7 hari cukup bulan, normal dengan kebutuhan edukasi *personal hygiene* dan perawatan bayi baru lahir. Selanjutnya, disusun rencana asuhan yaitu memberikan pujian dan support, menjelaskan kepada ibu kulit bayi masih sangat

sensitif terhadap suhu, reaksi alergi, paparan bahan kimia (sabun, pelembab), atau virus/bakteri sehingga ibu dianjurkan memberikan ASI lebih sering karena ASI dapat sebagai perlindungan bayi dari infeksi, menjaga bayi dari bahan yang membuat sensitif, memberikan KIE kepada ibu untuk tetap menjaga kehangatan bayinya, KIE ASI on demand dan ASI eksklusif, serta KIE tanda bahaya bayi baru lahir, mengingatkan ibu untuk kunjungan ulang ke PMB Dyah Febriani sesuai jadwal atau bila ada keluhan dan melakukan dokumentasi tindakan yang telah dilakukan.

Menganjurkan kepada ibu untuk memberikan ASI dan menyusui bayi sesering mungkin, karena semakin sering menyusui maka akan merangsang reflek let down (ASI yang dikeluarkan) meningkat dan produksi ASI (reflek prolaktin) sehingga bayi sehat dan dapat tumbuh optimal. Ibu sebaiknya memberikan ASI saja tanpa tambahan apapun termasuk air putih dan susu formula selama 6 bulan atau ASI eksklusif, dan meneruskan pemberian ASI dengan tambahan MP-ASI (makanan pendamping ASI) hingga anak berusia 2 tahun.⁹⁷

Menganjurkan kepada ibu agar bayinya mendapatkan imunisasi BCG sebelum usia 3 bulan, dilanjutkan imunisasi lainnya (LIL) sebelum usia 1 tahun, memantau pertumbuhan dan perkembangan anak dengan melakukan penimbangan setiap bulan di posyandu, dan melakukan stimulasi perkembangan pada anak sesuai arahan petugas kesehatan.

Asuhan Neonatus 3 (KN III 8-28 hari). Asuhan neonatus 3 dilakukan tanggal 12 April 2024 Jam 16.30 WIB via *Whatsapp* pada hari ke-20, didapatkan bahwa Ny. M mengatakan tidak ada keluhan, bayinya sehat dan menyusu dengan baik. Keadaan umum By.Ny.M baik, kesadaran penuh, berat badan terakhir adalah 2800 gram, suhu 36,6°C, respirasi 44x/m, nadi 124 x/m, warna kulit kemerahan, tali pusat sudah lepas dan tidak ada infeksi. kesadaran composmentis. By. Ny. M sudah dilakukan imunisasi BCG pada tanggal 7 April 2024. Manfaat imunisasi BCG (*Basil*

Calmette Guerin) yaitu untuk mencegah bayi atau anak terserang dari penyakit TBC yang berat, seperti: meningitis TBC dan TBC milier. Ini dikarenakan bayi atau anak masih rentan terinfeksi *Mycobacterium Tuberculosis* penyebab penyakit TBC, akibat adanya kontak dengan penderita TBC yang ada di sekitarnya, seperti: orang tua, keluarga, pengasuh, dan lain sebagainya. Vaksin (BCG) merupakan bagian dari pemberian imunisasi dasar pada bayi sebanyak dosis yang diberikan 0,05 MI dan 0,1 MI dosis diberikan pada bayi 1-3 bulan.⁸⁹

Kemudian dari hasil pengkajian yang telah didapatkan, Analisis kebidanan berdasarkan hasil pemeriksaan yaitu By.Ny. M usia 20 hari cukup bulan, normal. Selanjutnya disusun rencana asuhan yaitu memberikan pujian dan support kepada ibu, KIE ASI on demand dan ASI eksklusif, KIE personal hygiene bayi, memberikan KIE untuk kehangatan bayi, serta KIE tanda bahaya bayi baru lahir, menganjurkan ibu untuk mengikuti posyandu untuk melakukan pemantauan pertumbuhan dan PMB bila ada keluhan. Kemudian melakukan dokumentasi tindakan yang telah dilakukan.⁹⁰

D. Asuhan Kebidanan pada Masa Nifas

1. Pengkajian

Asuhan Nifas 1 (KF I 6-48 jam)

Asuhan Nifas1 dilakukan pada tanggal 24 Maret 2024 pukul 10.00 WIB. Ny. M mengatakan merasakan nyeri jahitan perineum, perut terasa mules, ibu dapat beristirahat, ibu dapat duduk maupun berjalan ke kamar mandi, sudah BAK dan bisa mandi sendiri, belum BAB, ganti pembalut 3-4 kali sehari, ASI sudah keluar sejak bayi baru lahir meskipun belum banyak namun cukup, ibu mengaku menyusui bayi 2 jam sekali, ibu makan 3 kali sehari dan minum air putih 2 liter dalam sehari dengan tambahan sari kacang hijau. Nyeri yang dirasakan oleh ibu post partum pada bagian

perineum disebabkan oleh luka jahitan pada waktu melahirkan karena adanya jaringan yang terputus. Respon nyeri pada setiap individu adalah unik dan relatif berbeda. Hal ini dipengaruhi antara lain oleh pengalaman, persepsi, maupun sosial kultural individu.⁹¹

Hasil pemeriksaan pada catatan persalinan didapatkan Ny. M dalam keadaan umum baik, kesadaran compomentis, TD: 118/76 mmHg, Nadi: 86 x/menit, S: 36,5° C, RR: 21 x/menit. Perdarahan dalam batas normal, kontraksi uterus keras, TFU 2 jari dibawah pusat, lochea rubra, jahitan baik belum kering. Ibu mengatakan suami dan keluarga sangat senang dengan kelahiran anak pertamanya ditandai dengan selalu menemani dan membantu selama kehamilan hingga masa nifasnya. Penatalaksanaan yang dilakukan yaitu menganjurkan ibu untuk mencukupi kebutuhan makan minum dengan gizi cukup terutama tinggi protein dan berserat tinggi untuk membantu penyembuhan luka, melancarkan BAB, dan meningkatkan produksi ASI. KIE kebersihan genetalia dan personal hygiene, KIE menyusui on demand dan ASI eksklusif agar tercipta bonding, KIE kelola stress dan pemberian support, KIE tanda bahaya masa nifas, KIE minum obat secara rutin. Melakukan dokumentasi asuhan yang telah diberikan.

2. Analisis

- a. Diagnosa: Ny. M umur 35 tahun P2A0 postpartum spontan
- b. Masalah: tidak ada

3. Penatalaksanaan

Memberi KIE pada Ny. M tentang kebersihan daerah kelamin, istirahat ibu, perawatan payudara dan cara meningkatkan produksi ASI. Cara menjaga kebersihan daerah kelamin yaitu dengan cara cebok dengan menggunakan air hangat, cebok dengan arah dari depan ke belakang. Mengganti softex maksimal 6 jam sekali. Untuk istirahat Ibu disarankan tidur malam selama 7-8 jam dan tidur siang 1 jam. Menggunakan waktu istirahat dengan menyesuaikan waktu tidur bayi.⁹²

Memberi Ibu tablet tambah darah untuk dikonsumsi 1x1 selama 7 hari dan vitamin C 1x1 selama 7 hari dan asam mefenamat untuk mengurangi nyeri jahitan perineum. Penelitian menunjukkan bahwa pemberian tablet Fe dan vitamin c pada ibu nifas berhubungan dengan peningkatan Hb secara signifikan. Vitamin C mempunyai peranan yang sangat penting dalam penyerapan besi terutama dari besi nonhem yang banyak ditemukan dalam makanan nabati. Bahan makanan yang mengandung besi hem yang mampu diserap adalah sebanyak 37% sedang bahan makanan golongan besi nonhem hanya 5% yang dapat diserap oleh tubuh. Penyerapan besi nonhem dapat ditingkatkan dengan kehadiran zat pendorong penyerapan seperti vitamin C dan faktor pendorong lain seperti daging, ayam, ikan. Vitamin C bertindak sebagai enhancer yang kuat dalam mereduksi ion ferri menjadi ion ferro, sehingga mudah diserap dalam pH lebih tinggi dalam duodenum dan usus halus.⁹⁵

Memberikan ibu kapsul vitamin A 2 tablet. Pada masa nifas perlu diberikan vitamin A untuk menaikkan jumlah kandungan vitamin A dalam ASI serta kesehatan ibu, dalam fase recovery setelah ibu melalui proses melahirkan. Vitamin A juga berguna bagi bayi yang mana saat masa nifas ibu menyusui bayinya, bayi yang disusui akan memperoleh sumber vitamin A yang berasal dari ASI yang mengandung kaya akan vitamin A yang bagus bagi pertumbuhan bayi. *The International Vitamin A Consultative Group (IVACG)* mengeluarkan rekomendasi bahwa seluruh ibu nifas seharusnya menerima 400,000 IU atau dua kapsul dosis tinggi 200,000 IU. Pemberian kapsul pertama dilakukan segera setelah melahirkan, dan kapsul kedua diberikan sedikitnya satu hari setelah pemberian kapsul pertama dan tidak lebih dari 6 minggu kemudian.⁹³

Asuhan Nifas 2 (KF II 3-7 hari). Asuhan nifas 2 dilakukan tanggal 30 Maret 2024 pukul 10.00 WIB Ny. M yakni hari ke-7 pasca salin dilakukan pengkajian melalui via WA Ny. M mengatakan tidak ada

keluhan. Dari hasil anamnesa didapatkan Ny. M mengatakan sudah BAB, BAK dan tidak ada masalah. Ny. M mengatakan sekarang bayi tidak ada keluhan, ASI sudah lancar. ada hasil pemeriksaan objektif yang terdokumentasikan pada buku KIA didapatkan keadaan umum baik, kesadaran composmentis, tanda-tanda vital dalam batas normal, ASI keluar cukup, kontraksi uterus keras, TFU 3 jari dibawah pusat, lochea sanguilenta dalam batas normal, jahitan perineum masih basah, tidak ada tanda-tanda infeksi, ekstremitas tidak ada pembengkakan.

Analisis yaitu Ny.M umur 35 tahun P2A0 postpartum spontan nifas hari ke-3 normal membutuhkan asuhan nifas 3-7 hari. Penatalaksanaan yang dilakukan yaitu menganjurkan ibu untuk mencukupi kebutuhan makan minum dengan gizi cukup terutama tinggi protein dan serat, KIE kebersihan badan, KIE kelola stress dan pemberian support, KIE tanda bahaya masa nifas, mengingatkan ibu untuk kontrol sesuai jadwal atau bila ada keluhan. Melakukan dokumentasi asuhan yang telah diberikan.

Menganjurkan ibu mengkonsumsi banyak protein dan vitamin C untuk mempercepat penyembuhan luka perineum. Vitamin C (asam askorbat) adalah salah satu jenis vitamin yang larut air dan memiliki peranan penting di dalam tubuh, sebagai koenzim atau kofaktor. Fungsi vitamin C banyak berkaitan dengan pembentukan kolagen yang merupakan senyawa protein yang mempengaruhi integritas struktur sel di semua jaringan ikat, seperti pada tulang rawan, gigi, membran kapiler, kulit dan urat otot. Dengan demikian, vitamin C berperan dalam penyembuhan luka, patah tulang, memelihara kesehatan gigi dan gusi.⁹⁶

Memberi motivasi pada keluarga agar mendukung perawatan ibu dalam masa nifas. Penelitian menyebutkan bahwa dukungan dari suami dan keluarga selama masa nifas akan menurunkan kejadian post partum blues. Orang yang memotivasi, membesarkan hati dan orang yang selalu bersamanya serta membantu dalam menghadapi perubahan akibat adanya

persalinan, untuk semua ini yang penting berpengaruh bagi ibu nifas adalah kehadiran seorang suami. Dukungan suami merupakan cara mudah untuk mengurangi depresi postpartum pada istri mereka yang diperlukan untuk meningkatkan kesejahteraan.⁹⁴

Asuhan Nifas 3 (KF III 8-28 hari). Asuhan neonatus 3 dilakukan tanggal 12 April 2024 Jam 16.30 WIB via *Whatsapp* pada hari ke-20, didapatkan hasil Ny. M mengatakan jahitan masih terasa nyeri, ibu dapat beristirahat karena dibantu suami untuk mengurus bayi dan pekerjaan rumah, ASI keluar cukup dan tidak ada keluhan. Hasil pemeriksaan objektif Ny.M dalam keadaan baik dan kesadaran composmentis, TD 110/70 mmHg, nadi 80 x/menit, respirasi 20 x/menit, ASI (+), TFU sudah tidak teraba, lochea alba, jahitan masih ada yang basah, payudara bersih, puting menonjol, terdapat pengeluaran ASI, ekstremitas tidak ada pembengkakan.

Lochea terbagi menjadi tiga jenis yaitu : Lochea rubra (cruenta) berwarna merah karena berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, set-set desidua, verniks caseosa, lanugo, dan mekonium selama 2 hari pascapersalinan, Lochea sanguilenta berwarna merah kuning berisi darah dan lendir yang keluar pada hari ke-3 sampai ke-7 pascapersalinan, Lochea serosa dimulai dengan versi yang lebih pucat dari lochea rubra. Lochea ini berbentuk serum dan berwarna merah jambu kemudian menjadi kuning. Cairan tidak berdarah lagi pada hari ke-7 sampai hari ke-14 pascapersalinan, kemudian dilanjut lochea alba adalah lochea yang terakhir hari ke-14 Bentuknya seperti cairan putih berbentuk krim serta terdiri atas leukosit dan sel-sel desidua.⁹⁴

Analisis yaitu Ny.M umur 35 tahun P2A0 pospartum spontan nifas hari ke-20 normal membutuhkan asuhan nifas 8-28 hari. Penatalaksanaan yang dilakukan yaitu memberitahu hasil pemeriksaan bahwa ibu dalam keadaan sehat, menganjurkan ibu untuk menjaga pola makan gizi cukup terutama tinggi protein dan serat. Menganjurkan Ibu mengonsumsi protein

hewani seperti daging merah, hati ayam, telur rebus dan ikan lele. Pada masa nifas ini protein sangat berperan penting untuk proses penyembuhan luka pada perineum atau luka jalan lahir. Untuk itu pada ibu post partum ini perlunya diet tinggi protein dengan kadar sesuai kebutuhan dalam satu hari untuk menekan angka terjadinya infeksi, selain itu bila ibu nifas melakukan perawatan luka yang benar dan di tambah dengan diet tinggi protein akan mempercepat penyembuhan luka pada perineum.⁹⁵

Asuhan Nifas 4 (KF IV 29-42 hari). Asuhan nifas 4 dilakukan pada tanggal 21 April 2024 melalui media *whatsapp*. Ibu mengatakan tidak ada keluhan, ASI lancar dan tidak ada masalah menyusui, ibu dapat beristirahat cukup, ibu dapat melakukan aktivitas rumah tangga seperti biasa, sudah BAK dan BAB tidak ada keluhan, darah nifas sudah berhenti (tidak ada pengeluaran dari jalan lahir), jahitan sudah kering dan tidak nyeri, makan 3-4 kali sehari, minum minimal 2 liter sehari.

Analisis yaitu Ny.M umur 35 tahun P2A0 postpartum spontan nifas hari ke-29 normal membutuhkan asuhan nifas 29-42 hari. Penatalaksanaan yang dilakukan yaitu memberikan dukungan dan pujian kepada ibu untuk melakukan ASI eksklusif 6 bulan, menganjurkan ibu untuk tetap menjaga pola nutrisi gizi cukup, kemudian memberikan konseling tentang macam-macam alat kontrasepsi yang dapat digunakan pada ibu pasca persalinan. Ibu merespon dengan baik dan mengetahui macam-macam kontrasepsi. Ibu juga mengatakan belum melakukan hubungan seksual dengan suami. Ibu mengatakan akan menggunakan KB suntik 3 bulan. Memberitahu ibu masa subur setelah persalinan dan waktu yang tepat untuk memulai menggunakan kontrasepsi yang diinginkan, serta melakukan dokumentasi asuhan.

Penatalaksanaan selanjutnya adalah memberi KIE pada Ibu dan keluarga tentang perawatan payudara. Ibu disarankan untuk menggunakan BH yang menopang tidak boleh BH yang terlalu ketat. Untuk meningkatkan produksi ASI Ibu disarankan untuk sering mengkonsumsi daun katuk.

Beberapa penelitian menyatakan bahwa daun katuk dapat meningkatkan produksi ASI secara signifikan. Selain daun katuk, Ibu juga bisa mengonsumsi temu lawak.⁵⁶

Menganjurkan ibu untuk tetap menyusui bayinya secara eksklusif hingga 6 bulan dan secara on demand. Air susu ibu (ASI) mengandung lebih dari 200 nutrisi yang sempurna untuk memenuhi kebutuhan bayi. Seiring dengan tumbuh kembangnya, kandungan nutrisi di dalam ASI akan menyesuaikan dengan kebutuhan bayi. Memberikan ASI eksklusif hingga 6 bulan akan menekan risiko diabetes, obesitas, asma, serta penyakit infeksi seperti infeksi telinga, radang paru-paru (pneumonia), atau diare. Selain itu, ASI juga mampu meningkatkan kecerdasan bayi.⁹⁶

E. Asuhan Kebidanan pada Keluarga Berencana

1. Pengkajian

Asuhan pada KB dan alat kontrasepsi pasca salin dilakukan pada tanggal 21 April 2024 jam 10.00 WIB melalui *whatsapp*, dilakukan anamnesa dan konseling mengenai penggunaan KB setelah melahirkan. Pemilihan alat kontrasepsi yang tepat akan membantu pasangan suami istri untuk menghindari kehamilan yang tidak diinginkan, mendapatkan kelahiran yang diinginkan, mengatur interval diantara kehamilan, mengontrol waktu saat kelahiran dalam hubungan dengan umur istri serta menentukan jumlah anak dalam keluarga.⁹⁷ Ibu mengatakan belum menggunakan KB dan belum melakukan hubungan seksual dengan suami. Ibu juga mengatakan akan sesegera mungkin menggunakan KB sesuai yang diinginkan yaitu KB suntik 3 bulan.

2. Analisis

- a. Diagnosa: Ny. M usia 35 tahun P2Ab0Ah2 calon akseptor KB suntik 3 bulan
- b. Masalah: tidak ada

3. Penatalaksanaan

Memberikan informasi kepada ibu tentang metode kontrasepsi selama menyusui yang dapat ibu pilih. Ibu dapat menggunakan kondom, KB pil, implanan, IUD, dan implan. Ibu juga dapat menggunakan metode alamiah yakni MAL (Metode Amenorea Laktasi), pantang berkala, suhu basal, maupun kalender. Setiap metode kontrasepsi mempunyai efektifitas yang beragam dalam mencegah kehamilan.⁹⁸

Melakukan konseling kepada Ny. M tentang kontrasepsi suntik KB 3 bulan (DMPA) yang menjadi pilihan ibu. Ibu diberikan edukasi mengenai efek samping pemakaian KB suntik DMPA jangka panjang. Pada penggunaan jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan vagina, menurunkan libido, gangguan emosi, penipisan tulang dan amenore.⁹⁹

BAB IV

PENUTUP

A. Kesimpulan

Dalam kasus ini, penulis memahami kasus secara nyata tentang asuhan kebidanan pada kasus Ny. M usia 35 tahun dengan faktor risiko anemia ringan dan kehamilan postdate pada masa kehamilan, bersalin, bayi baru lahir dan keluarga berencana, dari kasus ini penulis dapat menyimpulkan:

1. Asuhan kebidanan pada Ny. M sejak kehamilan umur 33 minggu 6 hari dilakukan berdasarkan pengkajian dan pemeriksaan fisik, sehingga penanganan yang diberikan berdasarkan kebutuhan dan kewenangan bidan. Kehamilan Ny. M merupakan kehamilan berisiko yakni anemia ringan dan kehamilan postdate.
2. Asuhan persalinan Ny. M sesuai dengan standar APN dengan persalinan spontan normal tanpa komplikasi di PMB Dyah Febriani Farida.
3. Asuhan kebidanan pada bayi Ny. M berlangsung secara fisiologis tanpa penyulit dengan dilakukan manajemen pada Bayi Baru Lahir (BBL).
4. Asuhan kebidanan pada Ny. M saat nifas berlangsung secara fisiologis dan tidak ada keluhan sehingga cukup diberikan konseling.
5. Asuhan kebidanan pada Ny. M sudah dilakukan konseling pemilihan KB pasca salin, dalam kasus ini Ny. M memilih menggunakan KB suntik DMPA.

B. Saran

1. Bagi Mahasiswa
Diharapkan mahasiswa lebih memperdalam ilmu dan teori tentang kehamilan, bersalin, nifas, KB, bayi baru lahir. Sehingga dapat menentukan atau mengambil tindakan secara tepat pada kasus ibu hamil dengan faktor risiko anemia ringan dan kehamilan postdate.
2. Bagi Pasien Ny. M

Bagi wanita yang ingin hamil dapat mempersiapkan kehamilannya dengan baik, mengurangi faktor risiko yang dapat menyebabkan komplikasi pada kehamilannya dan dapat mempengaruhi kondisi janin yang dikandungnya.

3. Bagi Bidan di PMB Dyah Febriani Farida

Diharapkan dapat mempertahankan pelayanan kebidanan dengan konseling, informasi dan edukasi (KIE) yang informatif tentang kehamilan, persalinan nifas, KB, bayi baru lahir terutama pada ibu yang mempunyai faktor risiko. Sehingga pasien dapat lebih menjaga kehamilannya dan mempersiapkan persalinan yang sehat serta aman.

DAFTAR PUSTAKA

1. Saifuddin A. Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal. Jakarta: EGC; 2013.
2. WHO. Maternal Mortality Ratio. 2015;
3. Kementerian Kesehatan RI. Survei Demografi Kesehatan Indonesia 2017. 2017.
4. Kemenkes. Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2015.
5. DIY D. Profil Kesehatan Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta. Yogyakarta: Dinkes DIY.; 2017.
6. Pratami E. Konsep Kebidanan Berdasarkan Kajian Filosofi dan Sejarah. Magetan: Forum Ilmu Kesehatan; 2014.
7. Adnani H. Ilmu Kesehatan Masyarakat. Yogyakarta: Nuha Medika; 2011.
8. Kemenkes RI. Buku Ajar Kesehatan Ibu dan Anak. Jakarta: Pusdiklatnakes Kemenkes RI; 2015.
9. Kartika ID, Savitri A, Gayatri SW. Pencegahan dan Tata Laksana Awal Penyakit Anemia pada Ibu Hamil di RSIA St. Khadijah 1 Makassar. *J Pengabdian Kedokteran Indonesia*. 2020;1(1):12–6.
10. Margirizki SA, Sumarmi S. Analisa Program Tablet Tambah Darah untuk Ibu Hamil di Kota Bogor. *Media Gizi Kesmas*. 2020;8(1):19.
11. Dinas Kesehatan DIY. Buku Profil Kesehatan DIY 2019. 2019;
12. Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman. Profil Kesehatan Kabupaten Sleman Tahun 2020. Dinas Kesehatan Sleman. 2020;(6):1–173.
13. Awadalla Abdelwahid S, Gawahir Murad A, Hajar Suliman Ibrahim A, Abdelgadir Suliman I, Kabbashi Mohammed Adam H, Emad Abdalla Siddig O, et al. Postdate Pregnancy Maternal and Fetal Outcomes among Sudanese Women. *Clin J Obstet Gynecol*. 2023;6(4):165–71.
14. Cunningham. *Obstetri William*. 24th ed. Jakarta: Penerbit Kedokteran EGC; 2014.
15. Uthpala Vadakaluru D s. V. Post Term Pregnancy and Its Maternal and Fetal Outcome. 2014;(2006):325–32.
16. Smith GCS. Life-table analysis of the risk of perinatal death at term and post term in singleton pregnancies. *Am J Obstet Gynecol*. 2001;184(3):489–96.
17. PJ S. High Risk Pregnancy E-Book: Management Options-Expert Consult. UK: Elsevier Saunders; 2010.
18. Mengesha HG, Lerebo WT, Kidanemariam A, Gebrezgiabher G, Berhane Y. Pre-term and post-term births: Predictors and implications on neonatal mortality in Northern Ethiopia. *BMC Nurs [Internet]*. 2016;15(1):1–11.
19. Prawirohardjo S. Ilmu Kebidanan. PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo; 2016.

20. Sulistyawati A. *Asuhan Kebidanan Pada Masa Kehamilan*. Yogyakarta: Salemba Medika; 2013.
21. Rochjati P. *Skrining Antenatal Pada Ibu Hamil*. Vol. 2. Jakarta: CV.Trans Info Media; 2011.
22. Varney. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC; 2007.
23. Prawirohardjo S. *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: PT. Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo; 2014.
24. Patimah S. *Modul Bahan Ajar Cetak Kebidanan III*. Jakarta: BPPSDM Kemenkes RI; 2016.
25. Rukiyah AY. *Asuhan Kebidanan 4 Patologi Kebidanan Edisi Revisi*. Jakarta: CV Trans Info Media; 2013.
26. Kementerian Kesehatan RI. *Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan*. In Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2013.
27. Amru Sofian. *Rustam Mochtar Sinopsis Obstetri: Obstetri Fisiologi, Obstetri Patologi*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC; 2013.
28. Tarwoto. *Buku Saku Anemia pada Ibu Hamil*. Jakarta: Trans Info Media; 2019.
29. Proverawati A. *Anemia dan Anemia Kehamilan*. Yogyakarta: Nuha Media; 2019 p.
30. Susiloningtyas I. *Pemberian Zat Besi (Fe) Dalam Kehamilan*. *Maj Ilm Sultan Agung*. 2012;50:128.
31. Hayati S. *Pengaruh Konsumsi Tablet Fe Dengan Kejadian Konstipasi Pada Ibu Hamil Diwilayah Kerja Puskesmas Payung Sekaki Pekanbaru*. *J Med Usada*. 2020;3(1):15–9.
32. Okia CC, Aine B, Kiiza R, Omuba P, Wagubi R, Muwanguzi E, et al. *Prevalence, morphological classification, and factors associated with anemia among pregnant women accessing antenatal clinic at Itojo Hospital, south western Uganda*. *J Blood Med*. 2019;10:351–7.
33. Arisman. *Gizi Dalam Daur Kehidupan*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC; 2010.
34. Fadlun. *Asuhan Kebidanan Patologis*. Jakarta: Salemba Medika; 2012.
35. Saifudin. *Ilmu Kebidanan Edisi 4*. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo; 2009.
36. Arianti D. *Hubungan Usia Ibu Dan Paritas Dengan Kejadian Kehamilan Post Date Di Rumah Sakit Bhayangkara Hasta Bhata Batu*. *Biomed Sci J Ilm Obstet Ginekol dan Ilmu Kesehat [Internet]*. 2020;14(6):8–15.
37. Arman SR. *Faktor-faktor yang Berhubungan Dengan Pemilihan Metode Persalinan Sectio Caesarea di Rumah Sakit Agung Jakarta Periode November 2016-Oktober 2017*. 2017;4(November 2016):9–15.
38. Sujiyatini. *Asuhan Patologi Kebidanan*. Jakarta: Nuha Medika; 2009.
39. Prodi Pendidikan Profesi Bidan Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta. *Praktik Asuhan Kebidanan Kolaborasi pada Kasus Patologi dan Komplikasi*. *Kemamp Koneksi Mat (Tinjauan Terhadap Pendekatan*

- Pembelajaran Savi). 2018;53(9):1689–99.
40. Vivian D. Asuhan Kehamilan untuk Kebidanan. Jakarta: Salemba Medika; 2011.
 41. Manuaba. Ilmu Kebidanan; Penyakit Kandungan Dan Keluarga Berencana Untuk Pendidikan Bidan. Jakarta: EGC; 2013.
 42. Manuaba, IAC., I Bagus dan IG. Ilmu Kebidanan, penyakit kandungan dan KB. Jakarta: EGC; 2010.
 43. Kurniarum A. Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir. Jakarta: Kemenkes RI; 2016.
 44. Mochtar R. Sinopsis Obstetri : Obstetri Operatif, Obstetri Sosial. Jakarta: EGC; 2013.
 45. Mochtar R. Sinopsis Obstetri : obstetric fisiologi, obstetric patologi. Edisi 3. Jakarta: EGC; 2011.
 46. Nursiah A dkk. Asuhan Persalinan Normal Bagi Bidan. Bandung: PT. Refika Aditama; 2014.
 47. Ilmiah WS. Buku Ajar Asuhan Persalinan Normal. Yogyakarta: Nuha Medika; 2015.
 48. Prawirohardjo S. Ilmu Kebidanan. 4 ed. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo; 2010.
 49. Reeder Martin Koniak-Griffin. Volume 2 Keperawatan Maternitas Kesehatan wanita, Bayi, dan Keluarga Edisi 18. Jakarta: EGC; 2012.
 50. Marmi. Asuhan Neonatus, Bayi, Balita dan Anak Prasekolah. Yogyakarta: Pustaka Pelajar; 2012.
 51. Damanik RK, Linda. Hubungan Perawatan Tali Pusat Dengan Kejadian Infeksi Pada Bayi Baru Lahir Di Rsud Dr. Pirngadi Medan 2019. J Keperawatan Prior. 2019;2 No.2.
 52. Smith CA, Levett KM, Collins CT, Armour M DHS. Relaxation Techniques for Pain Management in Labour. Cochrane Database Syst Rev ;Art No CD(3). 2018;
 53. Kementerian Kesehatan RI. Pedoman Pelayanan Antenatal Terpadu. Jakarta: Kemenkes RI; 2010.
 54. Asih Y dkk. Buku Ajar Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui. Jakarta: CV. Trans Info Media; 2016.
 55. Kemenkes RI. Buku Kesehatan Ibu dan Anak. Jakarta: Kemenkes RI; 2016.
 56. Mutoin, A. 2019. Laporan Pendahuluan Nifas.
 57. Jacqueline C Kent, dkk. 2011. Principles for Maintaining or Increasing Breast Milk Production. Journal of Obstetric Gynecologic & Neonatal Nursing.
 58. Walyani ES dk. Panduan Materi Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana. Yogyakarta: Pustaka Baru Press; 2016.
 59. Marmi. Buku Ajar Pelayanan KB. Pustaka Pelajar; 2016.
 60. BKKBN. Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi. 3rd ed. Affandi B, Adriaansz G, Gunardi ER, Koesno H, editors. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo; 2012.
 61. Surya, N. H. W., Manuaba, G. F., Budiana, N. G., Mahendra NB&, Sudirman J.

- Obstetrik dan Ginekologi [Internet]. Udayana University Press; 2019.
62. Rahayu SIP. *Praktikum Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2016.
 63. Adawiyah R, Mulyantoro I, Dewantiningrum J, Pramono N. Randomized Controlled Trial of Tranexamic Acid's Effect on Bleeding Length: A Study on DMPA Users with Abnormal Uterine Bleeding Who Receive Low-Dose Oral Contraceptive Pill. *J Biomed Transl Res*. 2020;6(1):1–5.
 64. Pasaribu IH, Rahayu MA, Marlina R, Karawang US, Kehamilan K, Tubuh IM, et al. Studi Cross Sectional: Status Gizi Ibu Hamil Dan Komplikasi Pada Kehamilan. 2022;156–61.
 65. JNPK-KR. *Asuhan Persalinan Normal: Asuhan Esensial Persalinan Buku Acuan*. 2016.
 66. *Bidan dan Dosen Kebidanan Indonesia. Kebidanan Teori dan Asuhan*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC; 2020.
 67. Yasril AI. Faktor Yang Berhubungan Tentang P4K Dengan Kesiapan Persalinan Di Kelurahan Parupuk Tabin Tahun 2017. *Hum Care J*. 2019;4(2):57.
 68. Tyastuti S. *Modul Bahan Ajar Cetak Kebidanan Asuhan Kebidanan Kehamilan*. Jakarta: BPPSDM Kemenkes RI; 2016.
 69. Nofita R, Simanjuntak B. Korelasi Aktivitas Seksual Pada Ibu Hamil Dengan Resiko Kontraksi Di Trimester 3 Wilayah Puskesmas Tangerang Selatan. *Indones J Midwifery*. 2018;1(2):65–72.
 70. Dwi Febriati L, Zakiyah Z. Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Adaptasi Perubahan Psikologi Pada Ibu Hamil. *J Kebidanan Indones*. 2022;13(1):23–31.
 71. Citra T, Sofiyanti S, Bandung PK, Bandung DK, Bandung PK. Laporan Kasus: Hubungan Seksual untuk Menstimulasi Proses Persalinan. :496–502.
 72. Sari RK, Intan YSN, PH L. Karakteristik Ibu Hamil Berhubungan dengan Pengetahuan dalam Penggunaan Kontrasepsi Pasca Persalinan. *J Kesehat Manarang*. 2020;6(2):138.
 73. Kurniarum A. *Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*. Jakarta Selatan: Pusdik SDM Kesehatan Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan; 2016.
 74. Widiastini. *Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin Dan Bayi Baru Lahir*. Bogor: In Media; 2014.
 75. Prawirohardjo S. *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal Dan Neonatal*. Jakarta: Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo; 2010.
 76. Ari, Sulistyawati, Esty Nugraheny. 2010. *Asuhan Kebidanan pada Ibu Bersalin*. Jakarta: Salemba Medika.
 77. Prawirohardjo S. *Ilmu Kebidanan Sarwono Prawirohardjo*. Jakarta: PT Bina Pustaka; 2014.
 78. Diniyati LS, Septiani Y. Efektivitas Slow Deep Breathing Relaxation Pada Ibu Bersalin Kala I Untuk Meringankan Nyeri Persalinan. *J Ilm Penelit Kebidanan dan Kesehat Reproduksi*. 2022;5(2):22–31.
 79. Afritayeni A. Hubungan Umur, Paritas Dan Pendamping Persalinan Dengan

- Intensitas Nyeri Persalinan Kala I. *J Endur*. 2017;2(2):178.
80. Susanti RW. Pengaruh teknik relaksasi bernafas terhadap penurunan intensitas nyeri pada persalinan kala I di ruang kebidanan puskesmas poasia kota kendari. *J keperawatan [Internet]*. 2014;1(1):75–81.
 81. Jasemi M, Valizadeh L, Zamanzadeh V, Keogh B. A concept analysis of holistic care by hybrid model. *Indian J Palliat Care*. 2017;23(1):71–80.
 82. Susiloningtyas I, Purwanti Y. Kajian Pengaruh Manajemen Aktif Kala III Terhadap Pencegahan Perdarahan Postpartum. 2018;1–10.
 83. Istiana S. Efektivitas Prosedur Penatalaksanaan Pra Penjahitan Metode Jelujur Terhadap Lamanya Penyembuhan Luka Perineum. Pengaruh Derajat Laserasi Perineum Terhadap Skala Nyeri Perineum Pada Ibu Post Partum. 2020;1:2.
 84. Setyani. Modul bahan ajaran cetak kebidanan praktikum asuhan kebidanan neonatus, bayi, anak prasekolah. Kemenkes RI; 2016.
 85. Zhang J, Bareinboim E. Bounding Causal Effects on Continuous Outcome. 35th AAAI Conf Artif Intell AAAI 2021. 2021;13B:12207–15.
 86. Kementerian Kesehatan RI. Permenkes RI No. 28 Tahun 2017 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan. *Occup Med (Chic Ill)*. 2017;53(4):130.
 87. RI KK. Buku Saku Pelayanan Kesehatan Neonatal Esensial. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2010.
 88. Nurbiantoro DA, Ratnasari F, Nuryani N, Qohar A, Jaenuri A, Supandi D, et al. Perawatan Tali Pusat Neonatus dan Manfaat Tali Pusat Terbuka. *J Kreat Pengabd Kpd Masy*. 2022;5(2):427–35.
 89. Rivanica R, Hartina I. Pemberian Imunisasi Bcg Pada Bayi (1-3 Bulan) Berdasarkan Tingkat Pengetahuan Dan Sikap Ibu. *J 'Aisyiyah Med*. 2020;5(1):205–12.
 90. Mastuti S, Ulfa L, Nugraha S. Pemantauan Pertumbuhan Balita Di Posyandu. *J Ilmu Kesehat*. 2019;14(01):93–112.
 91. Lukman, Rahma S, Putri P. Pengaruh Teknik Relaksasi Napas dalam Terhadap Nyeri Luka Episiotomi di RS Muhammadiyah Palembang. *Keperawatan Poltekkes Kemenkes Palembang*. 2020;7(2):2–6.
 92. Sukma FEHSNJ. Asuhan kebidanan pada masa nifas. Jakarta: Fakultas Kedokteran dan Kesehatan Universitas Muhammadiyah Jakarta; 2017.
 93. Pengajar S. Hubungan Pengetahuan terhadap Konsumsi Vitamin A pada Ibu Nifas di Wilayah kerja Puskesmas IV Koto Kecamatan IV Koto Kabupaten Agam Tahun 2012 Oleh : Lusiana El Sinta B dan Is Susiloningtyas. 2012;001:1–15.
 94. Qiftiyah M, Ulya K. Studi Diskriptif Tentang Mobilisasi Dini Terhadap Pengeluaran Lochea Pada Ibu Nifas Hari Ke-4. *J Kebidanan*. 2018;10(1):6.
 95. baktianita etnis, sutanso hastono sri widodo. Pengaruh Konsumsi Ikan Lele terhadap Lama Penyembuhan Luka Jahitan Perineum. *Glob Heal Sci*. 2018;3(1):339–45.
 96. Nasriani. Hubungan Pemberian Bantuan Cara Menyusui yang Benar dan Anjuran Menyusui on Demand dengan Cakupan Asi Eksklusif di Kabupaten

- Pangkep. J Ilm Kesehat Diagnosis. 2021;15(3):277–81.
97. Prijatni ISR. Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2016.
 98. Kementerian Kesehatan RI. Pedoman Pelayanan Keluarga Berencana Pasca Persalinan di Fasilitas Kesehatan. Direktorat Bina Kesehatan Ibu Direktorat Jenderal Bina Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak Kementerian Kesehatan RI. 2014.
 99. Wati I. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Pemilihan Alat Kontrasepsi Suntik Secara Rasional Pada Akseptor KB di Puskesmas Bentiring Kota Bengkulu. 2018;2(January):6.

LAMPIRAN

Lampiran 1. SOAP Kehamilan

**PRODI PENDIDIKAN PROFESI BIDAN
JURUSAN KEBIDANAN POLTEKKES KEMENKES YOGYAKARTA
Jalan Mangkuyudan MJ III/304 Yogyakarta 55143 Telp (0274) 374331**

**ASUHAN KEBIDANAN IBU HAMIL PADA NY. M UMUR 35 TAHUN
G2P1A0AH1 USIA KEHAMILAN 33⁺6 MINGGU DENGAN KEHAMILAN
NORMAL DI PMB DYAH FEBRIANA FARIDA**

TANGGAL/JAM : Kamis, 1 Februari 2024/18.00 WIB

S : Identitas

Nama : Ny. M Tn.RE
Umur : 35 tahun 40 tahun
Agama : Islam Islam
Pendidikan : SMP SMP
Pekerjaan : Karyawan swasta Buruh
Alamat : Tempursari, Sembur, Kalasan, Sleman

1. Keluhan:

Ibu mengatakan ingin memeriksa kehamilannya, Ibu mengatakan tidak ada keluhan.

2. Riwayat Pernikahan

Ny. M mengatakan ini merupakan pernikahan pertama dengan Tn. E, dan suami mengatakan ini juga pernikahan pertama. Menikah pada usia 23 tahun dan hamil saat berusia 25 tahun, dengan suami 12 tahun.

3. Riwayat menstruasi

Menarche: 12 tahun, siklus: 28 hari teratur, lama 6-7 hari, Banyaknya : ganti pembalut 3-4 kali/hari, Tidak nyeri haid maupun keputihan. HPHT : 12-06-2023, HPL: 19-03-2024, umur kehamilan 33 minggu 6 hari.

4. Riwayat Kehamilan, Persalinan, Nifas Ibu yang lalu

Hamil ke-	Persalinan							Nifas		
	Tgl lahir	UK	Jenis persalinan	Penolong	Komplikasi		JK	BB Lahir	Laktasi	Komplikasi
					Ibu	Bayi				
1	2013	40 ⁺ 2	Spontan	Dokter	his	Tak	P	2600	Ya	induksi
2	Hamil ini									

5. Riwayat KB

Ny. M pernah menggunakan KB suntik 3 bulan selama 7 tahun, dicopot karena ingin anak.

6. Riwayat kesehatan :
Ibu mengatakan bahwa ibu dan keluarga tidak pernah/tidak sedang menderita penyakit menular (TBC, Hepatitis, PMS), menurun (DM, Asma, Hipertensi), dan menahun (jantung, paru, ginjal).
7. Pola nutrisi:
Makan sehari 3x, jenisnya nasi, sayur dan lauk. Minum air putih kurang lebih 8 gelas perhari, tidak ada keluhan Ny. M tidak mempunyai alergi obat ataupun makanan.
8. Pola Aktivitas: Melakukan pekerjaan rumah tangga
9. Pola istirahat : tidur siang 1-2 jam dan tidur malam 8 jam.
10. Psikososial :
Kehamilan ini diinginkan suami istri dan keluarga.
11. Pengetahuan ibu tentang kehamilan Ibu mengatakan sudah mengetahui tentang kehamilan. Bahwa masa kehamilan membutuhkan gizi dan istirahat yang cukup untuk perkembangan janin di dalam kandungan.
12. Pengetahuan ibu tentang kondisi/keadaan yang dialami sekarang
Ibu mengatakan mengetahui bahwa keadaannya sekarang normal tidak ada permasalahan.
13. Penerimaan ibu dan keluarga terhadap kehamilan saat ini
Ibu mengatakan menerima kehamilan saat ini dan keluarga serta suami mendukung dan senang.
14. Persiapan/rencana persalinan
Ibu mengatakan memiliki rencana untuk melahirkan di PMB Dyah Febriani secara spontan dan ibu belum mempersiapkan pakaian dll untuk persalinan, ibu belum mengetahui tanda-tanda persalinan.

O :

1. Pemeriksaan umum

Keadaan umum	: baik	Kesadaran	: composmentis
BB sekarang	: 60 kg	BB sebelum hamil	: 52 kg
Suhu	: 36,2 °C	TD	: 110/80 mmHg
Nadi	: 82 x/menit	Lila TM I	: 26 cm
TB	: 153 cm	IMT	: 22,21 (kategori normal)
2. Pemeriksaan fisik
Wajah : tidak pucat

Mata : konjungtiva merah muda, sklera putih
Abdomen : ada bekas luka operasi
Palpasi : fundus teraba bokong bayi, punggung di bagian kiri, ekstremitas dibagian kanan, presentasi kepala, belum masuk panggul
TFU : 27 cm
TBJ : $(27-12) \times 155 = 2,325$ gram
DJJ : 141 x/ menit
Ekstremitas atas dan bawah : tidak terdapat odema pada kaki

3. Pemeriksaan Penunjang

Trimester I tanggal 28-08-2023

Hb : 11,1 g/dL HIV : NR

GDS : 88 mg/Dl Sifilis : NR

Golongan darah : A HBsAg: NR

A :

1. Diagnosis

Ny. M Usia 35 Tahun G2P1A0Ah1 Umur Kehamilan 33 Minggu 6 hari, janin tunggal, puki, presentase kepala, belum masuk PAP dengan kehamila normal.

2. Masalah

Tidak ada

P : Kamis, 1 Februari 2024 Pukul 18.20 WIB .

1. Menganjurkan ibu untuk mengkonsumsi makanan bergizi seimbang dan harus meliputi enam kelompok, yaitu makanan yang mengandung protein (hewani dan nabati), susu dan olahannya (lemak), roti dan biji-bijian (karbohidrat), buah dan sayur-sayuran.

Evaluasi: Ibu mengerti penjelasan bidan

2. Rutin memeriksakan kehamilannya minimal 2 minggu sekali sesuai dengan usia kehamilan ibu yang telah memasuki trimester 3.

Evaluasi: Ibu bersedia mengikuti saran bidan

3. Memberikan vitamin Fe dan kalsium dan cara serta memberikan konseling cara meminumnya dan anjuran untuk rutin mengkonsumsi.

Evaluasi: Ibu bersedia mengikuti saran bidan

4. Melakukan dokumentasi.

Evaluasi: dokumntasi telah dilakukan

**ASUHAN KEBIDANAN IBU HAMIL PADA NY. M USIA 35 TAHUN G₂P₁A₀AH₁
UK 35⁺² MINGGU DENGAN ANEMIA RINGAN DI PMB DYAH FEBRIANA
FARIDA**

Tanggal : Senin, 12 Februari 2024
Jam : 17.00 WIB

S : Ibu mengatakan keluhan pusing dan mudah lelah

- O** :
1. Pemeriksaan umum
 - a. keadaan umum : baik
 - b. kesadaran : composmentis
 - c. vital sign : TD: 100/60 mmHg, N: 81x/menit, R: 22x/menit,
S: 36,6°C, BB: 60 kg.
 2. Pemeriksaan fisik
 - a. Wajah : tidak odema
 - b. Mata : konjungtiva merah muda, sclera tidak ikterik
 - c. Abdomen : ada bekas operasi
Palpasi : fundus teraba bokong bayi, punggung di bagian kiri,
ekstremitas dibagian kanan, presentasi kepala, sudah masuk panggul
Pemeriksaan MC. Donald : TFU : 28 cm TBJ : (28-12) x 155 = 2480
gram
DJJ : 141 x / menit
 - a. Pemeriksaan Dalam: tidak dilakukan
 - b. His: tidak ada
 3. Pemeriksaan Penunjang
Hb: 9,8 gr/dL

- A** :
1. Diagnosis: Ny. M usia 35 tahun G₂P₁A₀AH₁ UK 35⁺² minggu intra uteri, janin hidup, tunggal, puki, presentase kepala, belum masuk PAP dengan kehamilan anemia ringan.
 2. Masalah: anemia ringan
 3. Kebutuhan: Memberikan KIE mengenai faktor risiko ibu hamil dengan anemia ringan
 4. Diagnosis potensial: anemia sedang
 5. Antisipasi tindakan segera: konseling dan pemberian tablet Fe dosis 2 kali sehari

P : Tanggal: Senin, 12 Februari 2024

1. Ibu dianjurkan untuk mengkonsumsi makanan dengan menu seimbang dan makanan yang banyak mengandung zat besi dan protein (seperti

sayur-sayuran hijau bayam, kangkung, brokoli, buah-buahan seperti buah bit, pepaya, alpukat, daging merah, hati ayam, telur rebus, kacang-kacangan terutama kacang panjang hijau, tahu, tempe). Ibu diberikan vitamin atau tablet tambah darah 2x1 peroral (dalam satu tablet mengandung dosis 60 mg Fe dan asam folat 400 µg) dan tambahan kalsium 1x500 mg dan ibu dianjurkan untuk meminumnya secara rutin.

Evaluasi: Ibu sudah paham dengan penjelasan bidan.

2. Ibu diberikan penjelasan mengenai cara minum dan efek samping dari vitamin atau tablet tambah darah

Evaluasi: Ibu dan suami sudah paham dengan penjelasan bidan.

3. Ibu dianjurkan untuk menghindari meminumnya bersamaan dengan kopi, teh, dan susu karena dapat menghambat proses penyerapan. Vitamin atau tablet tambah darah diminum pada malam hari menjelang tidur dan pada pagi hari, sedangkan tablet kalsium pada siang hari agar penyerapannya maksimal. Kemudian untuk evaluasi kadar Hb adalah 4 minggu kemudian.

Evaluasi: Ibu dan suami sudah paham dengan penjelasan bidan.

4. Ibu diberikan konseling mengenai P4K yaitu Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi. Keluarga juga perlu mempersiapkan rencana jika terjadi komplikasi pada persalinan ibu, seperti mengidentifikasi tempat rujukan dan transportasi untuk mencapai tempat tersebut, mempersiapkan donor darah, mengadakan persiapan finansial serta mengidentifikasi pembuat keputusan pertama dan pembuat keputusan kedua jika pembuat keputusan pertama tidak ada di tempat

Evaluasi: Ibu mengerti

5. Ibu diberi penjelasan terkait tanda bahaya kehamilan trimester III diantaranya perdarahan, nyeri perut hebat, nyeri kepala hebat dan gangguan penglihatan, kejang, demam tinggi, mual dan muntah berlebihan, pergerakan janin berkurang, serta bengkak pada kaki tangan dan wajah, air ketuban pecah sebelum waktunya. Apabila ibu menemui salah satu tanda di atas menganjurkan kepada ibu untuk segera memeriksakan kehamilannya dilayanan kesehatan terdekat. Ibu dijadwalkan untuk periksa hamil 1 minggu kemudian atau jika ibu ada keluhan.

Evaluasi: Ibu dan suami tampak tidak cemas.

6. Melakukan dokumentasi.

Evaluasi: Dokumentasi telah dilakukan

**ASUHAN KEBIDANAN IBU HAMIL PADA NY. D USIA 29 TAHUN
G₂P₁A₀AH₁ UK 39⁺⁴ MINGGU DENGAN KEHAMILAN NORMAL
DI PMB DYAH FEBRIANI FARIDA**

Tanggal : Selasa, 12 Maret 2024
Jam : 10.00 WIB

S : Ibu mengatakan merasa cemas dikarenakan belum ada tanda persalinan.

O : 1. Pemeriksaan umum

- a. keadaan umum : baik
- b. kesadaran : composmentis
- c. vital sign : TD: 110/70 mmHg, N: 96 x/menit, R: 22x/menit, S: 36,6°C, BB: 61,5 kg.

2. Pemeriksaan fisik

- a. Wajah : tidak odema
- b. Mata : konjungtiva merah muda, sclera tidak ikterik
- c. Abdomen : ada bekas operasi
- c. Palpasi : fundus teraba bokong bayi, punggung di bagian kiri, ekstremitas dibagian kanan, presentasi kepala, sudah masuk panggul
Pemeriksaan MC. Donald : TFU : 30 cm TBJ: (28-11) x 155 = 2945gr
- d. DJJ : 132 x / menit
- e. His: belum ada.

3. Pemeriksaan Penunjang
Hb: 11,7 gr/dL

A :

- 1. Diagnosis: Ny. M Usia 35 Tahun G₂P₁A₀Ah₁ Umur Kehamilan 39 minggu 4 hari dengan kehamilan normal
- 2. Masalah: Ibu merasa cemas dikarenakan belum ada tanda persalinan
- 3. Kebutuhan: Memberikan KIE untuk mengurangi kecemasan ibu dan konseling cara stimulasi kontraksi

P : Tanggal 12 Maret 2024 jam 10.15 WIB

- 1. Menjelaskan kepada ibu dan keluarga untuk tidak cemas dan gelisah karena itu dapat mengganggu kesehatan bayi dan ibu dengan cara memberikan support mental pada ibu.
Evaluasi: Ibu dan keluarga mengerti

2. Menyarankan suami dan keluarga untuk memberikan dukungan psikologi pada Ny.M agar tenang dan rileks
Evaluasi: suami dan keluarga mengerti
3. Menganjurkan kepada ibu untuk tetap melakukan hubungan seksual dengan suami untuk stimulasi kontraksi
Evaluasi: Ibu dan suami mengerti penjelasan bidan
4. Pendokumentasian pada lembar evaluasi, status pasien, dan register telah dilakukan

**ASUHAN KEBIDANAN IBU HAMIL PADA NY. M USIA 35 TAHUN
G₂P₁A₀AH₁ UK 40⁺² MINGGU DENGAN KEHAMILAN POSTDATE
DI PMB DYAH FEBRIANI FARIDA**

Tanggal : Kamis, 21 Maret 2024
Jam : 19.00 WIB

S : Ibu mengatakan merasa cemas dikarenakan belum ada tanda persalinan.

O : 1. Pemeriksaan umum

- a. keadaan umum : baik
- b. kesadaran : composmentis
- c. vital sign : TD: 110/70 mmHg, N: 96 x/menit, R: 22x/menit,
S: 36,6°C, BB: 62 kg.

2. Pemeriksaan fisik

- a. Wajah : tidak odema
- b. Mata : konjungtiva merah muda, sclera tidak ikterik
- c. Abdomen : ada bekas operasi
- f. Palpasi : fundus teraba bokong bayi, punggung di bagian kiri, ekstremitas dibagian kanan, presentasi kepala, sudah masuk panggul
Pemeriksaan MC. Donald : TFU : 31 cm TBJ: (31-11) x 155 = 3100gr
- g. DJJ : 134 x / menit
- h. His: belum ada.

A :

1. Diagnosis: Ny. M Usia 35 Tahun G₂P₁A₀Ah₁ Umur Kehamilan 40 minggu 2 hari dengan kehamilan postdate
2. Masalah: Ibu merasa cemas dikarenakan belum ada tanda persalinan
3. Kebutuhan: Memberikan KIE untuk mengurangi kecemasan ibu dan konseling cara stimulasi kontraksi dan menganjurkan ibu untuk USG

P : Tanggal 21 Maret 2024 jam 19.15 WIB

1. Menjelaskan kepada ibu dan keluarga untuk tidak cemas dan gelisah karena itu dapat mengganggu kesehatan bayi dan ibu dengan cara memberikan support mental pada ibu.
Evaluasi: Ibu dan keluarga mengerti
2. Dianjurkan pada ibu untuk mengikuti USG 25 Maret 2024 jika belum ada tanda persalinan.
Evaluasi: ibu dan suami bersedia.
3. Menganjurkan kepada ibu untuk tetap melakukan hubungan seksual dengan suami untuk stimulasi kontraksi
Evaluasi: Ibu dan suami mengerti penjelasan bidan
4. Pendokumentasian pada lembar evaluasi, status pasien, dan register telah dilakukan

Lampiran 2. SOAP Persalinan

ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN SPONTAN KALA I FASE AKTIF PADA NY. M USIA 35 TAHUN G₂P₀A₀AH₁ UK 40⁺⁴ MINGGU DI PMB DYAH FEBRIANI FARIDA

TANGGAL/JAM : Minggu, 23 Maret 2024/ 06.30 WIB

S : Identitas

Nama : Ny. M Tn. E
Umur : 35 tahun 40 tahun
Agama : Islam Islam
Pendidikan : SMP SMP
Pekerjaan : Karyawan swasta Buruh
Alamat : Tempursari, Sembur, Kalasan, Sleman

1. Keluhan:

Ibu mengatakan merasa kenceng-kenceng dari jam 04.30 WIB dan sudah keluar lendir darah.

2. Riwayat Pernikahan

Ny. M mengatakan ini merupakan pernikahan pertama dengan Tn. E, dan suami mengatakan ini juga pernikahan pertama. Menikah pada usia 23 tahun dan hamil saat berusia 25 tahun, dengan suami 12 tahun.

3. Riwayat menstruasi

Menarche: 12 tahun, siklus: 28 hari teratur, lama 6-7 hari, Banyaknya : ganti pembalut 3-4 kali/hari, Tidak nyeri haid maupun keputihan. HPHT : 12-06-2023, HPL: 19-03-2024, umur kehamilan 33 minggu 6 hari.

4. Riwayat Kehamilan, Persalinan, Nifas Ibu yang lalu

Hamil ke-	Persalinan								Nifas	
	Tgl lahir	UK	Jenis persalinan	Penolong	Komplikasi		JK	BB Lahir	Laktasi	Komplikasi
					Ibu	Bayi				
1	2013	40 ⁺²	Spontan	Dokter	his	Tak	P	2600	Ya	induksi
2	Hamil ini									

5. Riwayat KB

Ny. M pernah menggunakan KB suntik 3 bulan selama 7 tahun, dicopot karena ingin anak.

6. Riwayat kesehatan :

Ibu mengatakan bahwa ibu dan keluarga tidak pernah/tidak sedang

menderita penyakit menular (TBC, Hepatitis, PMS), menurun (DM, Asma, Hipertensi), dan menahun (jantung, paru, ginjal).

7. Pola nutrisi:

Makan sehari 3x, jenisnya nasi, sayur dan lauk. Minum air putih kurang lebih 8 gelas perhari, tidak ada keluhan Ny. M tidak mempunyai alergi obat ataupun makanan.

8. Pola Aktivitas: Melakukan pekerjaan rumah tangga

9. Pola istirahat : tidur siang 1-2 jam dan tidur malam 8 jam.

10. Psikososial :

Kehamilan ini diinginkan suami istri dan keluarga.

11. Pengetahuan ibu tentang kehamilan Ibu mengatakan sudah mengetahui tentang kehamilan. Bahwa masa kehamilan membutuhkan gizi dan istirahat yang cukup untuk perkembangan janin di dalam kandungan.

12. Pengetahuan ibu tentang kondisi/keadaan yang dialami sekarang

Ibu mengatakan mengetahui bahwa keadaannya sekarang merupakan kehamilan lewat HPL.

13. Penerimaan ibu dan keluarga terhadap kehamilan saat ini

Ibu mengatakan menerima kehamilan saat ini dan keluarga serta suami mendukung dan senang.

14. Persiapan/rencana persalinan

Ibu mengatakan memiliki rencana untuk melahirkan di PMB Dyah Febri secara spontan dan ibu sudah mempersiapkan persiapan untuk persalinan, ibu sudah mengetahui tanda-tanda persalinan.

O : 1. Pemeriksaan umum

- a. keadaan umum : baik
- b. kesadaran : composmentis
- c. vital sign : TD: 110/80 mmHg, N: 96 x/menit, R: 22x/menit,
S: 36,6°C, BB: 62 kg.

2. Pemeriksaan fisik

- a. Wajah : tidak odema
- b. Mata : konjungtiva merah muda, sclera tidak ikterik
- c. Abdomen : ada bekas operasi
- d. Palpasi : fundus teraba bokong bayi, punggung di bagian kiri, ekstremitas dibagian kanan, presentasi kepala, sudah masuk panggul
Pemeriksaan MC. Donald : TFU : 31 cm TBJ : (31-11) x 155 = 3100gram

- e. DJJ : 140 x / menit
- f. His: 3x/10'/30"
- g. Pemeriksaan dalam: vulva uretra tenang, dinding vagina licin, portio tipis, pembukaan 4 cm, selaput ketuban utuh, presentasi kepala, UUK jam 12, AK negative, dan STLD positif

A :

1. Diagnosis: Ny. M Usia 35 Tahun G2P1A0Ah1 Umur Kehamilan 40 minggu 4 hari dalam persalinan kala 1 fase aktif
2. Masalah: Ibu merasa cemas dengan kondisinya
3. Kebutuhan: Memberikan KIE untuk mengurangi kecemasan ibu
4. Antisipasi tindakan segera: Pemantauan kemajuan persalinan

P : Tanggal 23 Maret 2024/ 06.30 WIB

1. Bidan memberitahu hasil pemeriksaan bahwa ibu sudah dalam persalinan pembukaan 4 cm. Bidan memberi tahu ibu untuk tidur miring kiri agar aliran oksigen dari ibu ke janin lancar dan tercukupi. Bidan memberitahu ibu mengenai teknik relaksasi pernafasan
Evaluasi: Ibu mematuhi anjuran bidan
2. Bidan memberi motivasi dan dukungan kepada ibu agar ibu tidak merasa cemas dalam melalui persalinan. Bidan mempersilahkan keluarga untuk mendampingi ibu selama proses persalinan
Evaluasi: Ibu dan suami mengerti
3. Bidan menyampaikan pada ibu untuk tidak mengejan terlebih dahulu karena pembukaan belum lengkap.
Evaluasi: Ibu paham penjelasan bidan.
4. Anjurkan ibu untuk cukup makan dan minum, untuk mendukung kemajuan persalinan.
Evaluasi: Ibu dan seuami bersedia
5. Bidan menganjurkan ibu perbanyak doa terutama saat rasa sakit timbul
Evaluasi: Ibu mengerti
6. Memasang infus RL pada ibu. Bidan memantau kemajuan persalinan. Monitoring kemajuan persalinan kala I dilakukan dengan lembar observasi untuk fase laten, sedangkan untuk fase aktif menggunakan partograf. Denyut jantung janin diperiksa setiap 30 menit, kontraksi uterus setiap 30 menit, nadi setiap 30 menit, pembukaan porsio dan tekanan darah setiap empat jam, serta suhu dan produksi urin setiap dua jam
Evaluasi: Pemantauan telah dilakukan.

Lampiran 3. Lembar Observasi

Tanggal/Jam	His	Keterangan
23 Maret 2024 06.30 WIB	3x/10'/30"	Ku: baik, composmentis TD: 110/80 mmHg, N: 96 x/menit, R: 22x/menit, S: 36,6°C DJJ 140 x/menit VT: vulva uretra tenang, dinding vagina licin, portio tipis, pembukaan 4 cm, selaput ketuban utuh, presentasi kepala, UUK jam 12, AK negative, dan STLD positif
07.00 WIB	3x/10'/35"	DJJ: 143 x/m N: 80 x/m
07.30 WIB	4x/10'/40"	DJJ: 147 x/m N: 86 x/m
08.00 WIB	4x/10'/40"	DJJ: 136 x/m N: 80 x/m
08.30 WIB	4x/10'/45"	DJJ: 142 x/m N: 87 x/m
09.00 WIB	5x/10'/45"	DJJ: 142 x/m N: 87 x/m
09.30 WIB	5x/10'/45"	DJJ: 140 x/m N: 80 x/m
09.45 WIB	5x/10'/45"	Ku: baik, composmentis TD: 120/80 mmHg, N: 96 x/menit, R: 22x/menit, S: 36,2°C, DJJ 140 x/menit VT: vulva uretra tenang, dinding vagina licin, portio tidak teraba, pembukaan 10 cm, selaput ketuban negatif, presentasi kepala, UUK jam 12, AK jernih.

Lampiran 4. Catatan Perkembangan Persalinan

**CATATAN
PERKEMBANGAN**

Tanggal/Jam	Data Subjektif	Data Objektif (dikaji berdasarkan anamnesa)	Analisa	Jam	Penatalaksanaan (dilaporkan berdasar hasil anamnesa)
Minggu, 23 Maret 2023 jam 09.045 WIB	Ibu mengatakan perut terasa kencang teratur dan nyeri semakin kuat, terasa ingin BAB, ketuban pecah spontan	Ku: baik, composmentis TD: 120/80 mmHg N: 80 x/m R: 20 x/m T: 36,6 C DJJ: 140 x/m VT: pembukaan 10 cm, portio tidak teraba	Ny. M Umur 35 Tahun G2P1A0 UK 40 ⁺⁴ minggu, janin Tunggal intrauterine, hidup, letak memanjang puki, presentasi kepala dengan persalinan kala II	09.45 WIB	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memastikan alat dan obat lengkap 2. Memakai APD 3. Menyedot oksitosin ke spuit 4. Membersihkan vulva dan perineum 5. Cek pembukaan dan DJJ 6. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan 7. Mengajari ibu teknik mengejan lalu memimpin meneran 8. Atur posisi ibu dan memasang handuk diatas perut ibu 9. Memasang underpad baru 10. Tangan kanan menahan perineum, tunggu putaran paksi luar, biparietal, sangga susur
				10.00 WIB	<ol style="list-style-type: none"> 11. Bayi lahir spontan, menangis kuat 12. Meletakkan bayi diatas perut ibu 13. Keringkan bayi 14. Meraba abdomen, memastikan janin tunggal 15. Memberikan injeksi oksitosin pada paha kiri ibu 16. Jepit potong tali pusat 17. Melakukan IMD selama 1 jam
10.00 WIB	Ibu merasa senang bayinya telah lahir. Ibu mengatakan	Kontraksi uterus, terlihat tanda pelepasan tali	Ny. M Umur 35 tahun P2A0 post Dengan persalinan	10.00 WIB	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memindahkan klem tali pusat 10 cm dari vulva 2. Melakukan peregangan tali pusat 3. Melakukan dorso kranial

	masih merasa mules dan ingin mengejan.	pusat	kala III		<ol style="list-style-type: none"> 4. Memindahkan klem tali pusat 5-10 cm depan vulva mengikuti panjang tali pusat 5. Lahirkan tali pusat, masase uterus 6. Memeriksa plasenta
10.05 WIB	Ibu mengatakan merasa nyeri di jalan lahir	TD: 110/80 mmHg N: 80 x/m TFU: 2 jari bawah pusat	Ny. M umur 35 tahun P2A0 dengan persalinan kala IV	10.05 WIB	<ol style="list-style-type: none"> 1. Plasenta lahir lengkap 2. Menilai robekan perineum derajat II, melakukan penjahitan perineum tanpa lidocain 3. Ajarkan keluarga masase uterus 4. Evaluasi perdarahan 5. Memantau keadaan bayi 6. Membersihkan badan ibu dan dekontaminasi alat 7. Memeriksa fisik dan menimbang bayi 8. Memberikan salep mata dan injeksi vitamin K pada bayi 9. Dekontaminasi sarung tangan dan cuci tangan 10. Dokumentasi partograf

Catatan:

Ibu dirawat selama sehari dan kemudian dibolehkan pulang pada tanggal 24 Maret 2024 jam 13.00 WIB

CATATAN PERSALINAN

- Tanggal : 23 Maret 2024
- Nama bidan : Dyah Febrina
- Tempat Persalinan :
 - Rumah Ibu Puskesmas
 - Polindes Rumah Sakit
 - Klinik Swasta Lainnya : PMB Dyah Febrina
- Alamat tempat persalinan : Kakaban, Sleman
- Catatan : rujuk, kala : I / II / III / IV
- Alasan merujuk :
- Tempat rujukan :
- Pendamping pada saat merujuk :
 - Bidan Teman
 - Suami Dukun
 - Keluarga Tidak ada

KALA I

- Partogram melewati garis waspada : Y (T)
- Masalah lain, sebutkan :
- Penatalaksanaan masalah Tsb :
- Hasilnya :

KALA II

- Episiotomi :
 - Ya, Indikasi
 - Tidak
- Pendamping pada saat persalinan
 - Suami Teman Tidak ada
 - Keluarga Dukun
- Gawat Janin :
 - Ya, tindakan yang dilakukan
 -
 -
 -
 - Tidak
- Distosia bahu :
 - Ya, tindakan yang dilakukan
 -
 -
 -
 - Tidak
- Masalah lain, sebutkan :
- Penatalaksanaan masalah tersebut :
- Hasilnya :

KALA III

- Lama kala III : 5 menit
- Pemberian Oksitosin 10 U im ?
 - Ya, waktu : 1 menit sesudah persalinan
 - Tidak, alasan
- Pemberian ulang Oksitosin (2x) ?
 - Ya, alasan
 - Tidak
- Pepegangan tali pusat terkendali ?
 - Ya
 - Tidak, alasan

PEMANTAUAN PERSALINAN KALA IV

Jam Ke	Waktu	Tekanan darah	Nadi	Suhu	Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Perdarahan
1	10.15	110/70	86	36,6°C	2 jr ↓ pst	Keras	Kosong	100
	10.30	110/70	84		2 jr ↓ pst	Keras	Kosong	75
	10.45	100/70	83		2 jr ↓ pst	Keras	Kosong	50
	11.00	110/80	82		2 jr ↓ pst	Keras	Kosong	30
2	11.30	110/70	83	36,2°C	2 jr ↓ pst	Keras	Kosong	25
	12.00	110/80	84		2 jr ↓ pst	Keras	Kosong	15

Masalah kala IV :

Penatalaksanaan masalah tersebut :

Hasilnya :

- Masase fundus uteri ?
 - Ya
 - Tidak, alasan
- Plasenta lahir lengkap (intact) Ya / Tidak
 - Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan :
 -
 -
- Plasenta tidak lahir > 30 menit : Ya / Tidak
 - Ya, tindakan :
 -
 -
 -
 - Tidak
- Laserasi :
 - Ya, dimana : perineum
 - Tidak
- Jika laserasi perineum, derajat : 1 (2) 3 / 4
 - Tindakan :
 - Penjahitan, dengan (lampa) anestesi
 - Tidak dijahit, alasan
- Atoni uteri :
 - Ya, tindakan
 -
 -
 - Tidak
- Jumlah perdarahan : 100 ml
- Masalah lain, sebutkan :
- Penatalaksanaan masalah tersebut :
- Hasilnya :

BAYI BARU LAHIR :

- Berat badan : 2600 gram
- Panjang : 47 cm
- Jenis kelamin : L (P)
- Penilaian bayi baru lahir : (baik) / ada penyulit
- Bayi lahir :
 - Normal, tindakan :
 - mengeringkan
 - menghangatkan
 - rangsang taktil
 - bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
 - Asfiksia ringan/pucat/biru/lemas, tindakan :
 - mengeringkan bebaskan jalan napas
 - rangsang taktil menghangatkan
 - bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
 - lain - lain sebutkan
 - Cacat bawaan, sebutkan :
 - Hipotermi, tindakan :
 -
 -
 -
- Pemberian ASI
 - Ya, waktu : segera Jam setelah bayi lahir
 - Tidak, alasan
- Masalah lain,sebutkan :
- Hasilnya :

Lampiran 6. SOAP Bayi baru lahir

**ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI BARU LAHIR BY.NY. M USIA 0 JAM
DI PMB DYAH FEBRIANI FARIDA**

TANGGAL/JAM : Sabtu, 23 Maret 2024/10.00 WIB

S : Bayi lahir dengan spontan, menangis kuat, bergerak aktif dan kulit kemerahan

O :

1. Keadaan Umum : Baik
2. Penilaian awal
 - a. Menangis Kuat : Ya
 - b. Warna Kulit : Kemerahan
 - c. Tonus Otot : Bergerak Aktif
3. Pemeriksaan Antropometri
 - a. Berat Badan : 2600 gram
 - b. Panjang Badan : 47 cm
 - c. Lingkar Kepala : 33 cm
 - d. Lingkar Dada : 34 cm
 - e. Lila : 11 cm
4. Tanda – Tanda Vital

Denyut Jantung Bayi : 138 x/menit
Pernapasan : 44 x/menit
Suhu : 36,1°C
5. Pemeriksaan fisik

Kulit	: Berwarna Kemerahan, terdapat vernix caseosa
Kepala	: Tidak ada pembekakan pada kepala.
Mata	: Simetris, tidak ada kelainan
Hidung	: tidak ada pernapasan cuping hidung
Telinga	: Simetris, terdapat lubang
Mulut	: normal tidak ada kelainan
Leher	: Tidak ada kelainan dan tidak ada pembesaran kelenjar tiroid
Dada	: Tidak ada retraksi dinding dada
Abdomen	: Tidak ada pembesaran abnormal
Umbilikal	: Tidak ada perdarahan, tidak ada infeksi, tali pusat basah
Anus	: Terdapat lubang anus

- Kelamin : labia mayora menutupi labia minora, terdapat lubang vagina
 Ekstremitas : Lengkap, simetris
 Punggung : normal tidak ada kelainan.
6. Reflek
- | | | | |
|------------|-----------|---------|-----------|
| Morro | : Positif | Sucking | : Positif |
| Swallowing | : Positif | Rooting | : Positif |

A :

Diagnosa: By. Ny. M usia 0 jam cukup bulan, normal.

P :

1. Memberitahu ibu dan keluarga bahwa keadaan bayi dalam keadaan sehat.
Evaluasi: Ibu dan keluarga mengerti dan bersyukur.
2. Melakukan *informed consent* injeksi vitamin K dan pemberian salep mata kepada ibu.
Evaluasi: Ibu setuju dan bersedia anaknya disuntik vitamin K dan pemberian salep mata.
3. Memberi injeksi Vit-K 1 mg secara IM untuk mencegah terjadinya perdarahan intrakranial pada bayi baru lahir. Memberikan salep mata tetrasiklin 1 % untuk mencegah infeksi pada mata.
Evaluasi: Vitamin K dan salep mata telah diberikan.
4. Melakukan perawatan tali pusat, menjaga kebersihannya, dan menjaga agar tali pusat tetap dalam kondisi kering.
Evaluasi: Perawatan tali pusat telah diberikan.
5. Menjaga kehangatan bayi dan melakukan rawat gabung dengan Ny.M
Evaluasi: Bayi dirawat gabung dengan ibu

**ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI BARU LAHIR BY.NY. M USIA
 24 JAM
 DI PMB DYAH FEBRIANI FARIDA**

TANGGAL/JAM : 24 Maret 2024/10.00 WIB (KN1)

S : Ibu mengatakan tidak ada keluhan, bayinya sehat, menyusu dengan baik, sudah BAB dan BAK

O :

1. Keadaan Umum : Baik

2. Penilaian awal
 - a. Menangis Kuat : Ya
 - b. Warna Kulit : Kemerahan
 - c. Tonus Otot : Bergerak Aktif
3. Pemeriksaan Antropometri
 - a. Berat Badan : 2600 gram
 - b. Panjang Badan : 47 cm
 - c. Lingkar Kepala : 33 cm
 - d. Lingkar Dada : 34 cm
 - e. Lila : 11 cm
 - f. Tanda – Tanda Vital
 - g. Denyut Jantung Bayi : 120 x/menit
 - h. Pernapasan : 42 x/menit
 - i. Suhu : 36,6°C
4. Pemeriksaan fisik

Kulit	: Berwarna Kemerahan, terdapat vernix caseosa
Kepala	: Tidak ada pembekakan pada kepala.
Mata	: Simetris, tidak ada kelainan
Hidung	: tidak ada pernapasan cuping hidung
Telinga	: Simetris, terdapat lubang
Mulut	: normal tidak ada kelainan
Leher	: Tidak ada kelainan dan tidak ada pembesaran kelenjar tiroid
Dada	: Tidak ada retraksi dinding dada
Abdomen	: Tidak ada pembesaran abnormal
Umbilikal	: Tidak ada perdarahan, tidak ada infeksi, tali pusat basah
Anus	: Terdapat lubang anus
Kelamin	: Labia mayora menutupi labia minora, terdapat lubang vagina
Ekstremitas	: Lengkap, simetris
Punggung	: normal tidak ada kelainan.

A : Diagnosa: By. Ny. M umur 24 jam, Cukup Bulan, Normal

P :

1. Memberitahu ibu bahwa dengan kondisi bayinya sehat, hasil pemeriksaan fisik dalam batas normal.
Evaluasi: Ibu mengetahui dan mengerti
2. Menjelaskan pada ibu bahwa bayi telah dilakukan imunisasi Hb0.
Menjelaskan pada ibu manfaat imunisasi Hb0 pada bayi baru lahir.

- Evaluasi: Imunisasi Hb0 telah diberikan pada jam 08.00 WIB
3. Menyampaikan pada ibu bahwa penurunan BB bayi normal dalam 7 hari pertama selama penurunan BB <10% BB lahir. Ibu dianjurkan tetap menyusui sehingga bayi tidak turun.
Evaluasi: Ibu merespon dengan baik.
 4. Memberitahu ibu untuk tetap menjaga kehangatan bayinya yaitu dengan cara memakaikan topi, selimut, serta segera mengganti popok yang sudah basah.
Evaluasi: Ibu bersedia menjaga kehangatan bayinya
 5. Memberitahu ibu untuk menyusui bayinya sesering mungkin minimal 2 jam sekali, atau semau bayi dan juga melakukan ASI eksklusif selama 6 bulan.
Evaluasi: Ibu bersedia menyusui bayinya sesering mungkin dan ASI eksklusif
 6. Menyampaikan cara perawatan tali pusat.
Evaluasi: Ibu merespon dengan baik.
 7. Memberitahu ibu tanda bahaya yang dapat terjadi pada bayi yaitu bayi tidak mau menyusu, bayi terlihat kuning, demam tinggi, tidak sadar, dan memuntahkan ASI yang diberikan. Apabila mengalami hal tersebut sebaiknya ibu segera memberitahu bidan untuk mendapatkan pertolongan segera.
Evaluasi: Ibu mengerti tanda bahaya yang dapat terjadi pada bayi
 8. Mengajukan ibu untuk kontrol ulang sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan.
Evaluasi: Ibu bersedia kontrol dengan bayinya pada tanggal 30 Maret 2024
 9. Melanjutkan observasi dan melakukan dokumentasi tindakan
Evaluasi: Tindakan telah didokumentasikan

**ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI BARU LAHIR BY.NY. M USIA 7 HARI
DI PMB DYAH FEBRIANI FARIDA**

TANGGAL/JAM : 30 Maret 2024/10.00 WIB (KN2)

S : Ibu mengatakan tidak ada keluhan, bayinya sehat, menyusu dengan baik.

O :

1. Keadaan Umum : Baik
2. Penilaian awal
 - a. Menangis Kuat : Ya
 - b. Warna Kulit : Kemerahan
 - c. Tonus Otot : Bergerak Aktif
3. Pemeriksaan Antropometri
 - a. Berat Badan : 2800 gram
 - b. Panjang Badan : 48 cm

- c. Lingkar Kepala : 34 cm
 - d. Lingkar Dada : 32 cm
 - e. Lila : 13 cm
4. Tanda – Tanda Vital
- Denyut Jantung Bayi : 135 x/menit
 - Pernapasan : 40 x/menit
 - Suhu : 36,7°C
5. Pemeriksaan fisik
- Kulit : Berwarna Kemerahan, terdapat vernix caseosa
 - Kepala : Tidak ada pembekakan pada kepala.
 - Mata : Simetris, tidak ada kelainan
 - Hidung : tidak ada pernapasan cuping hidung
 - Telinga : Simetris, terdapat lubang
 - Mulut : normal tidak ada kelainan
 - Leher : Tidak ada kelainan dan tidak ada pembesaran kelenjar tiroid
 - Dada : Tidak ada retraksi dinding dada
 - Abdomen : Tidak ada pembesaran abnormal
 - Umbilikal : Tidak ada perdarahan, tidak ada infeksi, tali pusat basah
 - Anus : Terdapat lubang anus
 - Kelamin : Tampak penis menonjol dan skortum dengan 2 testis (+)
 - Ekstremitas : Lengkap, simetris
 - Punggung : normal tidak ada kelainan.

A : Diagnosa: By. Ny. M umur 7 hari, Cukup Bulan, Normal

P :

1. Menjelaskan kemerahan yang dialami dapat terjadi karena kulit bayi masih sangat sensitif terhadap suhu, reaksi alergi, paparan bahan kimia (sabun, pelembab), atau virus/bakteri sehingga ibu dianjurkan memberikan ASI lebih sering karena ASI dapat sebagai perlindungan bayi dari infeksi, menjaga bayi dari bahan yang membuat sensitif, dan tidak panik karena kemerahan akan hilang sendirinya namun bila keluhan tidak berkurang dapat segera periksa.
Evaluasi: Ibu mengetahui dan mengerti.
2. Memberitahu ibu untuk tetap menjaga kehangatan bayinya yaitu dengan cara memakaikan topi, selimut, serta segera mengganti popok yang sudah basah.
Evaluasi: Ibu bersedia menjaga kehangatan bayinya.
3. Memberitahu ibu untuk melakukan perawatan tali pusat dengan prinsip bersih dan kering, tidak perlu ditambahkan ramuan apapun.
Evaluasi: Ibu mengerti.

4. Memberitahu ibu untuk menyusui bayinya sesering mungkin minimal 2 jam sekali, atau semau bayi dan juga melakukan ASI eksklusif selama 6 bulan.
Evaluasi: Ibu bersedia menyusui bayinya sesering mungkin dan ASI eksklusif.
5. Memberitahu ibu tanda bahaya yang dapat terjadi pada bayi yaitu bayi tidak mau menyusui, bayi terlihat kuning, demam tinggi, tidak sadar, dan memuntahkan ASI yang diberikan. Apabila mengalami hal tersebut sebaiknya ibu segera periksa ke bidan atau dokter untuk mendapatkan pertolongan segera.
Evaluasi: Ibu mengerti tanda bahaya yang dapat terjadi pada bayi
6. Menganjurkan kepada ibu agar bayinya mendapatkan imunisasi BCG sebelum usia 3 bulan, dilanjutkan imunisasi lainnya (LIL) sebelum usia 1 tahun.
Evaluasi: Ibu mengerti dan bersedia
7. Menganjurkan ibu untuk kontrol menimbang BB dan mengukur PB rutin setiap bulan di posyandu terdekat untuk memantau pertumbuhan dan perkembangan anak.
Evaluasi: Ibu bersedia mengikuti posyandu
8. Melanjutkan observasi dan melakukan dokumentasi tindakan
Evaluasi: Tindakan telah didokumentasikan

**ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI BARU LAHIR BY.NY. M USIA 20
HARI
DI PMB DYAH FEBRIANI FARIDA**

TANGGAL/JAM : 12 April 2024/ 16.30 WIB (KN3)

S : Ibu mengatakan tidak ada keluhan, bayinya sehat, menyusui dengan baik.

O :

1. Keadaan Umum : Baik
2. Penilaian awal
 - a. Menangis Kuat : Ya
 - b. Warna Kulit : Kemerahan
 - c. Tonus Otot : Bergerak Aktif
3. Pemeriksaan Antropometri
 - a. Berat Badan : 3400 gram
 - b. Panjang Badan : 51 cm
 - c. Lingkar Kepala : 36 cm
 - d. Lingkar Dada : 34 cm
 - e. Lila : 15 cm

4. Tanda – Tanda Vital

Denyut Jantung Bayi : 124 x/menit

Pernapasan : 44 x/menit

Suhu : 36,6°C

5. Pemeriksaan fisik

Kulit : Berwarna Kemerahan, terdapat vernix caseosa

Kepala : Tidak ada pembekakan pada kepala.

Mata : Simetris, tidak ada kelainan

Hidung : tidak ada pernapasan cuping hidung

Telinga : Simetris, terdapat lubang

Mulut : normal tidak ada kelainan

Leher : Tidak ada kelainan dan tidak ada pembesaran kelenjar tiroid

Dada : Tidak ada retraksi dinding dada

Abdomen : Tidak ada pembesaran abnormal

Umbilikal : Tidak ada perdarahan, tidak ada infeksi, tali pusat basah

Anus : Terdapat lubang anus

Kelamin : Labia mayora menutupi labia minora, terdapat lubangvagina

Ekstremitas : Lengkap, simetris

Punggung : normal tidak ada kelainan.

A : Diagnosa: By. Ny. M umur 20 hari, Cukup Bulan, Normal

P :

1. Memberikan pujian dan support kepada ibu dan keluarga. Memotivasi ibu untuk tetap melakukan ASI eksklusif.
Evaluasi: Ibu bersedia.
2. Memberikan KIE kepada ibu bahwa kenaikan BB yang harus dicapai setiap bulan berdasar grafik KMS. Pada bulan pertama, kenaikan BB yang dianjurkan adalah 800 gr dari BB lahir.
Evaluasi: Ibu mengerti dan mengetahui.
3. Memberitahu ibu untuk tetap menjaga kehangatan bayinya yaitu dengan cara memakaikan topi, selimut, serta segera mengganti popok yang sudah basah.
Evaluasi: Ibu bersedia menjaga kehangatan bayinya.
4. Memberitahu ibu tanda bahaya yang dapat terjadi pada bayi yaitu bayi tidak mau menyusu, bayi terlihat kuning, demam tinggi, tidak sadar, dan memuntahkan ASI yang diberikan. Apabila mengalami hal tersebut sebaiknya ibu segera periksa ke bidan atau dokter untuk mendapatkan pertolongan segera.
Evaluasi: Ibu mengerti tanda bahaya yang dapat terjadi pada bayi.

5. Mengajukan ibu untuk kontrol menimbang BB dan mengukur PB rutin setiap bulan di posyandu terdekat untuk memantau pertumbuhan dan perkembangan anak.
Evaluasi: Ibu bersedia mengikuti posyandu.
6. Menjelaskan pada ibu manfaat imunisasi BCG.
Evaluasi: Imunisasi BCG telah dilakukan pada tanggal 7 April 2024
7. Melanjutkan observasi dan melakukan dokumentasi tindakan
Evaluasi: Tindakan telah didokumentasikan

Lampiran 7. SOAP Masa nifas

**ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU NIFAS NORMAL PADA NY. M USIA 35
TAHUN P2A0AH2 24 JAM POSTPARTUM SPONTAN DI PMB DYAH
FEBRIANI FARIDA**

TANGGAL/JAM : 24 Maret 2024, 10.00 WIB (KF1)

S: Identitas

Nama	: Ny. M	Tn.E
Umur	: 35 tahun	40 tahun
Agama	: Islam	Islam
Pendidikan	: SMP	SMP
Pekerjaan	: Karyawan swasta	Buruh
Alamat	: Tempursari, Sembur, Kalasan, Sleman	

1. Keluhan utama

Ibu mengatakan masih nyeri jahitan perineum, perut terasa mules

2. Riwayat persalinan sekarang

Tempat persalinan : PMB Dyah Febriani

Tanggal persalinan : 23 Maret 2024

Jenis persalinan : Spontan

Penolong : Bidan

Plasenta : Lengkap

Lama persalinan : 4 jam 30 menit

Komplikasi : tidak ada

3. Riwayat bayi baru lahir

Lahir : Normal

Tanggal : 23 Maret 2024

BB/PB : 2600 gram / 47 cm

LK/LD/Lila : 34 cm/ 33 cm/ 11 cm

Jenis kelamin : Perempuan

Apgar Score : 8/9/10

Komplikasi : Tidak ada

4. Pola pemenuhan kebutuhan sehari-hari

- a. Nutrisi: Makan: 1x, porsi 1 piring jenisnya nasi, sayur, lauk.
Minum: 2x, 1 gelas, jenisnya air putih dan teh manis
- b. Istirahat: ibu mengatakan selama 6 jam melahirkan sudah tidur kurang lebih 1,5 jam
- c. Pola eliminasi : BAB dan BAK tidak ada keluhan
- d. Pola Aktivitas : Ibu mengatakan sudah bisa duduk dan jalan

O :

1. Pemeriksaan umum
 - a. Keadaan umum : baik
 - b. Kesadaran : composmentis
 - c. Vital sign : TD: 118/76 mmHg, N: 86 kali/menit,
R: 21 kali/menit, suhu: 36,5°C.
2. Pemeriksaan fisik

Mata : Sklera putih konjungtiva merah mudah

Abdomen : TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi keras, kandung kemih kosong

Lochea : Lochea rubra, warna merah, bau khas

A :

1. Diagnosa: Ny. M usia 25 tahun P₂A₀Ah₂ postpartum spontan 24 jam normal
2. Masalah: tidak ada
3. Diagnosa potensial: tidak ada

P :

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan bahwa ibu dalam kondisi baik
Evaluasi: Ibu mengerti dan bersyukur dengan kondisinya.
2. Melakukan pengecekan luka jahitan perineum
Evaluasi: luka jahitan masih basah namun dalam kondisi baik.
3. Memberikan KIE makanan tinggi protein seperti ikan dan putih telur agar luka yang masih basah cepat kering.
Evaluasi: Ibu mengetahui hasil, ibu akan meningkatkan konsumsi makanan tinggi protein.
4. Menganjurkan ibu untuk istirahat yang cukup agar kondisinya cepat pulih dan jika kurang istirahat mengganggu produksi ASI
Evaluasi: Ibu mengerti dan akan istirahat
5. Menjelaskan kepada ibu mengenai tanda-tanda bahaya pada masa nifas seperti demam, pusing, payudara bengkak, perdarahan yang banyak dan berbau, dan dapat segera ke fasilitas kesehatan jika mengalami tanda

bahaya.

Evaluasi: Ibu mengerti tanda bahaya masa nifas dan akan segera ke faskes jika mengalami gejala tersebut.

6. Menganjurkan ibu untuk kontrol nifas 1 minggu lagi.

Evaluasi: Ibu bersedia kontrol 1 minggu lagi.

7. Mendokumentasikan semua hasil pemeriksaan yang sudah dilakukan

Evaluasi: sudah dilakukan pendokumentasian menggunakan SOAP

**ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU NIFAS NORMAL PADA NY. M USIA 35
TAHUN P₂A₀AH₂ 7 HARI POSTPARTUM SPONTAN DI PMB DYAH
FEBRIANI FARIDA**

TANGGAL/JAM : 30 Maret 2024, 10.00 WIB (KF2)

S: Identitas

Nama	: Ny. E	Tn.E
Umur	: 35 tahun	40 tahun
Agama	: Islam	Islam
Pendidikan	: SMP	SMP
Pekerjaan	: Karyawan swasta	Buruh
Alamat	: Tempursari, Sembur, Kalasan, Sleman	

Keluhan utama:

Ibu mengatakan tidak ada keluhan

O :

1. Pemeriksaan umum
 - a. Keadaan umum : baik
 - b. Kesadaran : composmentis
 - c. Vital sign : TD: 100/70 mmHg, N: 80 kali/menit,
R: 22 kali/menit, suhu: 36,6°C.
2. Pemeriksaan fisik

Mata	: Sklera putih konjungtiva merah mudah
Abdomen	: TFU 3 jari dibawah pusat, kontraksi keras, kandung kemih kosong
Lochea	: Lochea sanguilenta, warna merah, bau khas

A :

1. Diagnosa: Ny. M usia 35 tahun P₂A₀AH₂ postpartum spontan 7 hari normal
2. Masalah: tidak ada
3. Diagnosa potensial: tidak ada

P :

1. Memberitahu ibu untuk tetap menyusukan payudara secara bergantian. Menyusukan sesering mungkin dapat meningkatkan jumlah ASI. Selain itu, makan-makanan yang cukup untuk pemenuhan gizi ibu dan bayi.
Evaluasi: Ibu mengerti.
2. Memotivasi ibu untuk pemberian ASI eksklusif.
Evaluasi: Ibu bersedia.
3. Menganjurkan ibu menjaga pola makan gizi seimbang, jaga kebersihan genitalia, kelola stress dan istirahat cukup.
Evaluasi: Ibu bersedia.
4. Memberikan KIE tanda bahaya nifas seperti perdarahan berlebih, demam, pusing.
Evaluasi: Ibu merespon dengan baik.
5. Menganjurkan ibu melanjutkan obat yang diberi bidan.
Evaluasi: Ibu bersedia, ibu melanjutkan vitamin tambah darah yang diberikan
6. Menganjurkan ibu kontrol ulang sesuai jadwal.
Evaluasi: Ibu bersedia.

ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU NIFAS NORMAL PADA NY. M USIA 35 TAHUN P₂A₀AH₂ 20 HARI POSTPARTUM SPONTAN DI PMB DYAH FEBRIANI FARIDA

TANGGAL/JAM : 12 April 2024, 16.30 WIB (KF3)

S: Identitas

Nama	: Ny. M	Tn.E
Umur	: 35 tahun	40 tahun
Agama	: Islam	Islam
Pendidikan	: SMP	SMP
Pekerjaan	: Karyawan swasta	Buruh
Alamat	: Tempursari, Sembur, Kalasan, Sleman	
Keluhan utama		

Ibu mengatakan tidak ada keluhan. ASI sudah lancar. Bayi menyusu dengan kuat dan tidak ada keluhan.

O :

TD	: 110/80 mmHg
Respirasi	: 20 x/menit,

Nadi : 80 x/menit

Suhu : 36,6°C.

Pemeriksaan Fisik

Abdomen : TFU tidak teraba, luka jahitan sudah kering

Vagina : Lochea jumlah sedikit berwarna putih (alba).

A : Ny. M usia 35 tahun P₂A₀Ah₂ postpartum spontan usia 20 hari normal

P :

1. Mengajarkan kepada ibu untuk istirahat yang cukup, ibu dianjurkan tidur saat bayi tidur dan bergantian dengan suami menjaga bayi. Support suami penting pada saat ini.
Evaluasi: Ibu mengerti dan akan istirahat yang cukup.
2. Mengajarkan kepada ibu untuk tetap memenuhi nutrisi dengan makan makanan yang bergizi. Minum minimal 8 -10 gelas per hari untuk meperlancar produksi asinya.
Evaluasi: Ibu akan memenuhi kebutuhan nutrisi dan cairannya.
3. Memastikan ibu sudah mengetahui posisi menyusui bayi yang baik dan perlekatan yang benar
Evaluasi: Ibu sudah mengetahui posisi menyusui bayi dan perlekatannya
4. Memberitahu ibu tentang tanda-tanda bahaya pada masa nifas yaitu bekas luka jahitan bernanah dan bengkak, perdarahan, pandangan kabur, bengkak pada wajah dan kaki, payudara bengkak dan bernanah, demam dan pusing yang hebat.
Evaluasi: ibu mengerti
5. Memberikan konseling pada ibu bagaimana cara menjaga bayi tetap hangat yaitu dengan meletakkan bayi di tempat yang hangat, memakaikan pakaian yang kering dan bersih, tidak meletakkan bayi dibawah kipas angin, dibawah jendela yang terbuka dan didekat pintu yang terbuka
Evaluasi: Ibu mengerti cara perawatan bayi.
6. Melakukan dokumentasi
Evaluasi: Dokumentasi telah dilakukan

**ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU NIFAS NORMAL PADA NY. M USIA 35
TAHUN P₂A₀AH₂ 29 HARI POSTPARTUM SPONTAN DI PMB DYAH
FEBRIANI FARIDA**

TANGGAL/JAM : 21 April 2024, 08.40 WIB (KF4)

S : Ny. M mengatakan tidak ada keluhan

O : 1. Pemeriksaan umum

- a. Keadaan umum : baik
- b. Kesadaran : composmentis
- c. Vital sign : TD:120/70 mmHg, respirasi: 21 x/menit,
Nadi: 83 x/menit

2. Pemeriksaan Fisik

- a. Abdomen : TFU tidak teraba, luka jahitan sudah kering
- b. lochea : alba

A : Ny.M usia 35 tahun P₂A₀AH₂ postpartum spontan usia 29 hari normal

P :

1. Menganjurkan kepada ibu untuk istirahat yang cukup.
Evaluasi: Ibu mengerti dan akan istirahat cukup.
2. Menganjurkan kepada ibu untuk tetap memenuhi nutrisi dengan makan makanan yang bergizi.
Evaluasi: Ibu mengerti dan bersedia.
3. Menganjurkan kepada ibu untuk menyusui anaknya sesering mungkin dan jemur anak dipagi hari
Evaluasi: Ibu mengerti dan bersedia melakukan anjuran yang diberikan
4. Menganjurkan kepada ibu untuk memberikan ASI saja sampai usia 6 bulan
Evaluasi: Ibu bersedia
5. Melakukan Konseling suntik DMPA, mengenai efektivitas suntik DMPA, Cara kerja suntik DMPA, keuntungan suntik DMPA, kerugian suntik DMPA, Indikasi pemasangan suntik DMPA, Kontra Indikasi suntik DMPA, Prosedur penggunaan suntik DMPA, efek samping suntik DMPA
Evaluasi : ibu mengerti akan keuntungan dan kerugian KB suntik DMPA yang dipilih
6. Melakukan dokumentasi di buku KIA dan register nifas.
Evaluasi: Dokumentasi sudah dilakukan

Lampiran 8. SOAP Kontrasepsi

**PRODI PENDIDIKAN PROFESI BIDAN
JURUSAN KEBIDANAN POLTEKKES KEMENKES YOGYAKARTA
Jalan Mangkuyudan MJ III/304 Yogyakarta 55143 Telp (0274) 374331**

**ASUHAN KEBIDANAN PADA NY. M USIA 35 TAHUN CALON AKSEPTOR
KB SUNTIK DMPA P₂A₀AH₂**

Tanggal : 21 April 2024

Jam : 08.40 WIB

S : Identitas

Nama : Ny. M Tn. R
Umur : 35 tahun 40 tahun
Agama : Islam Islam
Pendidikan : SMP SMP
Pekerjaan : Karyawan swasta Buruh
Alamat : Tempursari, Sembur, Kalasan, Sleman

1. Keluhan utama

Ibu mengatakan ingin menggunakan KB suntik DMPA

2. Riwayat persalinan sekarang

Tempat persalinan : PMB Dyah Febriani Farida

Tanggal persalinan : 23 Maret 2024

Jenis persalinan : Spontan

Penolong : Bidan

Plasenta : Lengkap

Lama persalinan : 4 jam 30 menit

Komplikasi : tidak ada

3. Riwayat bayi baru lahir

Lahir : Normal

Tanggal : 23 Maret 2024

BB/PB : 2600 gram / 47 cm

LK/LD/Lila: 34 cm/ 33 cm/ 11 cm

Jenis kelamin : Perempuan

Apgar Score : 8/9/10

Komplikasi : tidak ada

4. Pola pemenuhan kebutuhan sehari-hari
 - a. Nutrisi: Makan: 1x, porsi 1 piring jenisnya nasi, sayur, lauk.
Minum: 2x, 1 gelas, jenisnya air putih dan teh manis
 - b. Istirahat: ibu istirahat mengikuti pola istirahat bayinya.
 - c. Pola eliminasi : BAB dan BAK tidak ada keluhan
 - d. Pola Aktivitas : Ibu mengatakan sudah melakukan aktifitas seperti biasa
 - e. Riwayat hubungan seksual: Ibu belum melakukan hubungan seksual sejak melahirkan.

O :

KU: Baik

Kesadaran: Compos Mentis,

TD : 120/80 mmHg,

BB : 59 kg

RR : 20 kali/menit,

N : 84 kali/menit

S : 36,5⁰C

Mata : Konjungtiva merah muda, sclera putih, ASI sudah lancar,

Abdomen : TFU tidak teraba, luka jahitan sudah kering.

A : Ny. M umur 35 tahun P₂Ab₀Ah₂ calon akseptor KB suntik DMPA

P :

1. Memberikan konseling pada ibu untuk pemilihan KB
Evaluasi: Ibu memahami penjelasan bidan dan memilih suntik DMPA
2. Memberitahu ibu cara penggunaan suntik DMPA yaitu diberikan pada 1/3 bokong dan SIAS ibu dengan dosis 0,5 ml.
Evaluasi: Ibu mengerti dan paham.
3. Menjelaskan KB suntik DMPA yakni mengenai efektivitas, Cara kerja, keuntungan, kerugian, Indikasi penggunaan, Kontra Indikasi, Prosedur Pemasangan, efek samping.
Evaluasi: Ibu mengerti dan telah mantap menggunakan KB suntik DMPA

Lampiran 9. Surat keterangan selesai COC

SURAT KETERANGAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama pembimbing klinik : Dyah Febriani Farida, S.Tr.Keb., Bdn
Instansi : PMB Dyah Febriani Farida

Dengan ini menyatakan :

Nama Mahasiswa : Candra Rizki Hakiki
NIM : P07124523053
Prodi : Pendidikan Profesi Bidan
Jurusan : Kebidanan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta

Telah selesai melakukan asuhan kebidanan berkesinambungan dalam rangka praktek kebidanan holistic *Continuity of Care* (COC).

Asuhan dilaksanakan pada tanggal 1 Februari 2024 sampai dengan 21 April 2024.

Judul asuhan: ASUHAN BERKESINAMBUNGAN PADA NY. M UMUR 35 TAHUN G2P1A0AHI USIA KEHAMILAN 40⁺ MINGGU DENGAN ANEMIA RINGAN DAN KEHAMILAN POST DATE DI PMB DYAH FEBRIANA FARIDA

Demikian Surat keterangan ini dibuat dengan sesungguhnya untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Yogyakarta, 21 April 2024

Dyah Febriani Farida, S.Tr.Keb., Bdn
PMB Dyah Febriani Farida

Lampiran 10. Informed Consent

LEMBAR PERSETUJUAN (INFORMED CONSENT)

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ny. Meriyana

Umur : 35 tahun

Alamat : Tempursari, Sembur, Kalasan, Sleman

Bersama ini menyatakan kesediaan sebagai subyek dalam praktik *Continuity of Care (COC)* pada mahasiswa Prodi Pendidikan Profesi Bidan T.A. 2023/2024. Saya telah menerima penjelasan sebagai berikut :

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

Demikian surat persetujuan ini saya buat tanpa paksaan dari pihak manapun dan dipergunakan sebagaimana mestinya.

Yogyakarta, 1 Februari 2024

Mahasiswa



Candra Rizki Hakiki

Klien



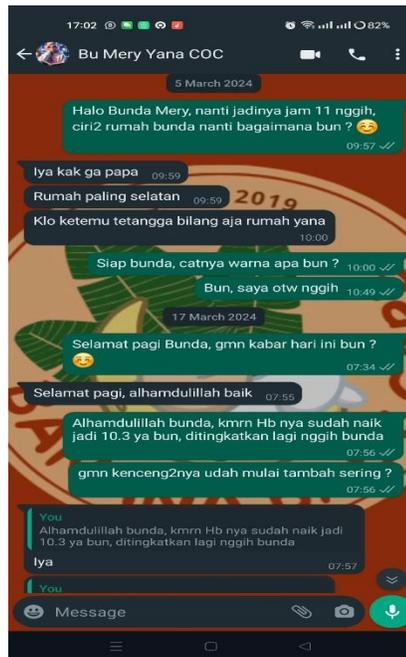
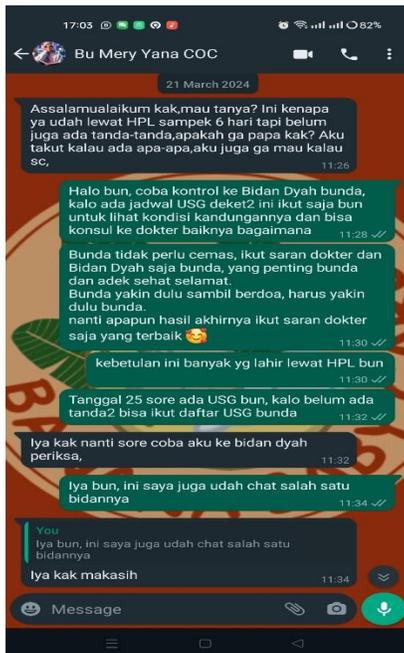
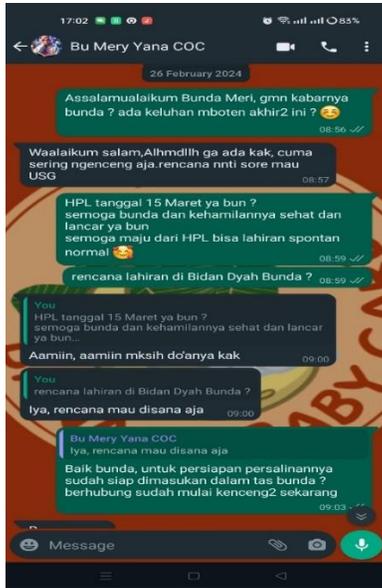
Meriyana

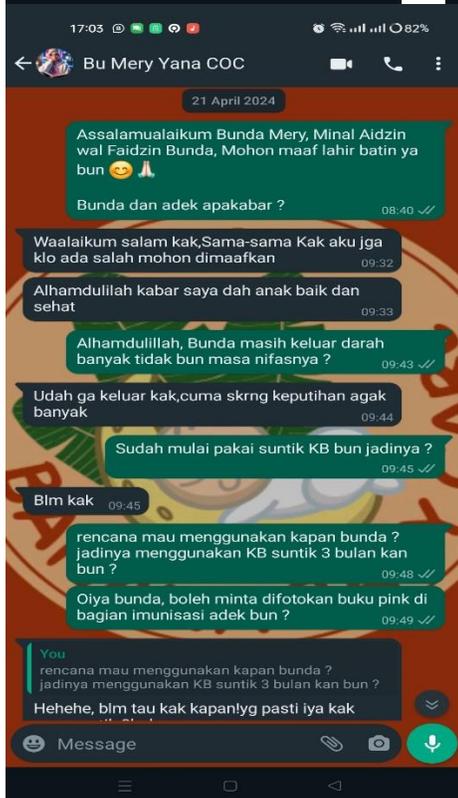
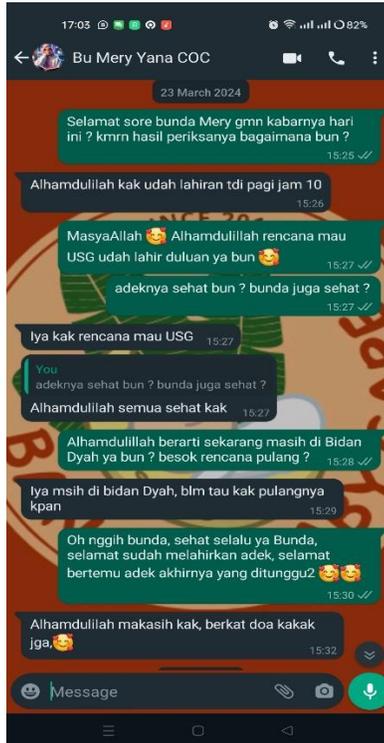
Lampiran 11. Dokumentasi

1. Kunjungan dan pemantauan ibu hamil serta nifas



3. Pemantauan melalui whatsapp







CLINICAL JOURNAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Thesis

Postdate Pregnancy Maternal and Fetal Outcomes among Sudanese Women

Awadalla Abdelwahid Suliman^{1*}, Gawahir Murad Abdelrahman², Hajjar Suliman Ibrahim Ahmed³, Abdelgadir Suliman Ibrahim⁴, Kababshi Mohammed Adam Hamada⁵, Emad Abdalla Siddig Omer⁶ and Siddig Omer M Handayda⁷

¹Assistant Professor, Consultant of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Al Neelain University, Sudan
²Specialist of Obstetrics and Gynecology, Sudan Medical Specialization Board (SMSB), Sudan
³Consultant Physician, MD of Internal Medicine Sudan, Sudan Medical Specialization Board (SMSB), Sudan
⁴Consultant of Obstetrics and Gynecology, Sudan Medical Specialization Board (SMSB), Sudan

Abstract

Background: Postdated pregnancy is one of the most common obstetric problems associated with increased maternal morbidity, perinatal mortality, and mortality. Pregnancy at 37-42 weeks of gestation is called the term from the last menstrual period. If the pregnancy exceeds 42 weeks, it is called a postdated pregnancy, but when pregnancy is prolonged beyond 42 weeks, it is called post maturity or post term pregnancy.

Objective: This study aimed to determine the adverse effects of postdate pregnancy on mothers and fetuses.

Methodology: This was a descriptive, prospective, cross-sectional, hospital-based study conducted at Omdurman Maternity Hospital from January 2018 to June 2018.

An interview questionnaire was used to collect data. Data were collected by trained doctors in the labor room. One hundred and fifty-eight (158) postdated pregnant women were included in this study after obtaining informed consent through a structured questionnaire. Demographic and clinical data concerning personal history, booking status, mode of delivery, maternal complications, and fetal complications were recorded.

Results: During the study period, 2751 women delivered, of which 138 were postdated deliveries, with a prevalence of 5%. Most women's age range was 31-34 years (48.6%). Their education level was mostly secondary school (42%), primigravida 65%, multipara 26%, and grandmultipara 9%. Most women were homemakers (52%). Table 1.

Postdate pregnant women booked were booked 75.4% and unbooked 24.6%. Booked at gestational age 40-41+6 weeks were 55.8%, while unbooked 3.6%, booked at gestational 41-41+6 weeks were 16%, and unbooked was 13.7%, booked at gestational > 42 weeks were 3.6% and unbooked were 24.6%. Table 2.

Women with a previous history of postdate pregnancy were 34.1% while 65.9% not have a previous history of prolonged pregnancy, had a previous history of prolonged pregnancy at gestational age 40-41+6 weeks were 27.5%, while not had prolonged pregnancy history 31.9%, had a previous history of prolonged pregnancy at gestational 41-41+6 weeks was 2.2%, while not had prolonged pregnancy history 27.5%, had a previous history of prolonged pregnancy at gestational > 42 weeks were 4.3% not had prolonged pregnancy history 27.5%, had a previous history of prolonged pregnancy at gestational were 6.5%. Table 3. The total number of normal vaginal delivery was 79.7%, cesarean section was 14.5%,

Table 1: Sociodemographic distribution of postdate women (n = 138)

Sociodemographic	Frequency	Percent	Mean	Std. Deviation
Age				
20	7	5.1		
20-25	18	13.0		
26-30	32	23.2		
31-35	67	48.6	3.4505	1.01175
More 35	14	10.1		
Residence				
Inside Khartoum	132	95.7	1.0435	2.0467
Outside Khartoum	6	4.3		
Education				
Illiterate	23	16.7		
Primary school	33	23.9		
Secondary school	58	42.0	2.6014	.96311
Graduated	24	17.4		
Booking status				
Booked	104	75.4	1.2464	1.4247
Unbooked	34	24.6		
Previous prolonged pregnancy				
Yes	47	34.1		
No	91	65.9	1.6534	.47503
Gravidy				
Primigravida	90	65.2	1.4348	.80117
Multipara	36	26.1		

and instrumental delivery was 3.8%. At gestational age, 40-41+6 weeks vaginal delivery was 54.3%, cesarean section 4.3%, instrumental delivery 0.7%, at gestational 41-41+6 weeks vaginal delivery was 23.2%, cesarean section 3.6%, instrumental delivery 2.9% at gestational > 42 weeks vaginal delivery was 2.2%, cesarean section 14.5%, instrumental delivery 2.2%. Table 4. Cesarean section indications were cervical dystocia (14.4%), cephalopelvic disproportion (9.5%), meconium-stained liquor with fetal distress (33.3%), pathological CTC (19%), and failure to progress (23.8%).

Maternal complications were present in 11% of women, PPH was found in 7.2%, perineal tear was present in 7% cervical tear was found in 1.4% and postpartum infection was 1.4%. At gestational age 40-41+6 weeks 52.9% had no complications, 4.3% postpartum hemorrhage, 0.7% postnatal infection, 0.7% cervical tear, and 0.7% perineal trauma, at gestational 41-41+6 weeks 27.5% had no complications, 0.7% postpartum hemorrhage, 0.7% postnatal infection, 0.7% cervical tear, at gestational > 42 weeks had no complications 8.6%, 2.2% postpartum hemorrhage, no postnatal infection, 0% cervical tear and no perineal trauma. Table 5.

Fetal complications were found in twenty of the study women (14.5%). Shoulder Dystocia (2.9%), asphyxia (6.5%), and meconium aspiration (5.1%). At gestational age 40-41+6 weeks 1.4% had shoulder dystocia, 2.2% asphyxia, 2.9% meconium aspiration, and 52.9% had no complications, at gestational 41-41+6 weeks 0.7% had shoulder dystocia, 1.4% asphyxia, 1.4% meconium aspiration, and 26.1% had

Table 3: History of prolonged pregnancy and gestational age among postdate women (n = 138)

Gestational Age/Weeks	History of prolonged pregnancy		Total
	Had Prolonged pregnancy	Not had prolonged pregnancy	
40+1-40+6	38	41	82
41-41+6	3	38	41
>42	6	9	15
Total	47	91	138

p-value < 0.01. Correlation is significant at the 0.01 level

Table 4: Mode of delivery and postnatal age among postdate women (n = 138)

Gestational Age/Weeks	Mode of delivery			Total
	Vaginal delivery	Cesarean section	Instrumental delivery	
40+1-40+6	72	6	1	82
41-41+6	35	5	4	41
>42	3	9	3	15
Total	110	20	8	138

Introduction

Any pregnancy that has passed beyond the estimated date of delivery is called a postdated pregnancy. However, when pregnancy is prolonged beyond 42 weeks, it is called post-maturity or post-term pregnancy [1]. The incidence of prolonged pregnancy is 3% - 14% in all pregnancies [2]. Adverse perinatal outcomes gradually increase after 40 gestational weeks and substantially increase post-term (≥ 42 weeks (≥ 294 days)). The risk of stillbirth has been shown to increase after term. Worldwide, as much as 14% of stillbirths are associated with prolonged pregnancy [3].

Postdate pregnancies are associated with an increased incidence of pregnancy complications, particularly perinatal mortality, which includes stillbirths and early neonatal deaths [4]. Risk factors for postdate pregnancy include maternal obesity, prolonged pregnancy, male fetuses, and genetic disposition [5]. Although the pathophysiology of prolonged pregnancy is not well understood, the placenta may be involved in the expression of corticotrophin-releasing hormone (CRH) by the syncytiotrophoblast, which affects the length of gestation [6].

The management of prolonged pregnancy remains controversial, although most now accept that perinatal mortality and morbidity increase when pregnancy exceeds 42 weeks of gestation.

Decreased fetal movements (FM) may precede an abnormal fetal heart rate (FHR) or in-utero fetal death by a few days or weeks [7-9] but pregnant women are poorly informed about what to do when they experience it, and so encounter a significant delay in accessing care or do not even contact healthcare [10-12]. Fetal movement monitoring may be an interesting way to improve neonatal outcomes [13]. Perinatal morbidity has also been noted to be higher in post-term pregnancies, including meconium and meconium aspiration syndrome [14], macrosomia [15,16], fetal birth injury, [17] rate of non-reassuring fetal heart rate or fetal distress in labor, [18] and cesarean delivery rates.

Maternal complications of labor and delivery increased in post-date women with third- or fourth-degree perineal lacerations. Postpartum hemorrhage, chorioamnionitis, and prolonged labor were all increased among women delivered at > 42 weeks compared to 39 weeks of gestation. Different

term pregnancies, post-date pregnancies had greater rates of intervention and more maternal and fetal problems. 25% of women underwent cesarean sections, while only 1.1% underwent successful vaginal deliveries. Failure to progress during labor was the most common cause of cesarean section [21].

Materials and methods

This descriptive cross-sectional, hospital-based study was conducted at the Omdurman Maternity Hospital between January 2018 and June 2018.

The Study population included all postdate (40 weeks +1 day and more) pregnant women who presented in labor to the outpatients or labor room and agreed to participate in the study. The inclusion criteria were gestational age (40 weeks + 1 day completed and - 42 weeks completed and more), regular menstrual cycles, known last menstrual period, and single ton pregnancy with vertex presentation. The study excluded pregnant women with associated complications, such as previous lower segment cesarean section (LSCS), congenital anomaly, malpresentation, antepartum hemorrhage, and pregnancy-induced hypertension.

About 138 postdate women who presented in labor to the outpatients or labor room agreed to participate in the study and delivered in the hospital. Data were collected through direct interviews, using a well-structured questionnaire. The participants were interviewed about age, residence, education, booking status, previous prolonged pregnancy, gestational age, mode of delivery, maternal complications (postpartum hemorrhage, postpartum infection, cervical tear, and perineal tear), and fetal complications (shoulder dystocia, asphyxia, and meconium aspiration).

Statistical analysis was performed using SPSS software (SPSS, Chicago, IL, USA). Continuous variables were compared using Student's t-test (for paired data) or Mann-Whitney U test for nonparametric data. For categorical data, a comparison was performed using the chi-square test (χ²) or Fisher's exact test, when appropriate. Statistical significance was set at p < 0.05.

Ethical considerations were taken from the Sudan Medical Specialization Board, which was presented to the ethics review committee (EDC) and approved. Permission to conduct

no complications at gestational, at gestational > 42 weeks 0.7% had shoulder dystocia, 2.9% asphyxia, 0.7% meconium aspiration, and 6.5% had no complications at gestational. Table 6.

The fetal outcome is 97.1% alive while 2.9% fresh stillbirth Figure 1. Grad of meconium, grade I meconium in 4.3%, grade II in 10.9%, and grade III 5.8%. Figure 2 Feta weight, normal fetal weight 2.5 kg -3.7 kg was 84%, macrosomia fetal weight 4 kg and more in 10% and small for gestational age less than 2.5 kg were 6%. Figure 3. APGAR SCORE less than 7 was 13% and > 7 was 87%, the mean APGAR score was 1.1667, less than three in only 3.6%, and > 7 in 86.9%. Figure 4. In NICU admission 12.3% were admitted and 87.7% were not admitted only five were admitted for more than a week. Figure 5.

Gestational Age/Weeks	Fetal complications			Total
	Shoulder Dystocia	Asphyxia	Meconium aspiration	
40+1-40+6	2	3	4	75
41-41+6	1	2	2	36
>42	1	4	1	9
Total	4	9	7	118

p-value < 0.03. Correlation is significant at the 0.05 level

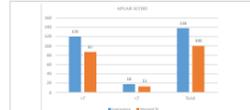


Figure 4: APGAR SCORE of postdate women fetuses.



Figure 5: Fetal NICU admission among postdate women (n = 138)



Figure 6: Grad of Meconium among postdate women (n = 138)

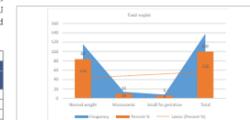


Figure 7: Fetal weight of postdate women.

Discussion

Postdated pregnancy is a high-risk pregnancy associated with increased maternal morbidity, fetal and neonatal mortality, and mortality, and this study was conducted at the Omdurman Maternity Hospital to assess maternal and fetal outcomes of postdated women. The study included 138 women, and the total number of deliveries during the study period was 2751 so the prevalence of postdate was 5%, which is similar to the study by Singh, et al [22].

Most of the postdate women's age range 31-34 years 48.6% and this reproductive age of our population which different from another study Alkhat P, et al. [23] observed in their study on pregnancy beyond 41 weeks of gestation that 82% of cases were in the age group of 18 to 29 years. In addition, Alrubaee, et al [24] found that the majority of women were aged between (18 and 30 years) of age; (62.4% and 56.3%, respectively). The educational level is a secondary school in 42% of postdate women, which indicates a reverse relation in contrast to [25] and had primary education (7%),

weeks of gestation age. In a study conducted by Patel, et al. [29], the maximum number of patients was between 40 and 40.6 weeks which is similar to the results of this study.

The total number of normal vaginal delivery was 79.7%, cesarean section was 14.5%, and instrumental delivery was 5.8%. Shingle N, et al. [30] reported that most of the women 53.7% underwent spontaneous vaginal delivery, 9.5% of patients required instrumental delivery, and 37% of patients required cesarean section as a mode of delivery [30,31] whereas in Mahapatro's [32] study, it was found to be 5.72% [42] and lower than [28] found 22.3%.

In the present study, the indications for cesarean section were cervical dystocia 14.4%, cephalopelvic disproportion 5%, meconium-stained liquor with fetal distress 33.3%, pathological CTG 19%, and failure to progress 23.8%, which is comparable with and similar to Mahapatro's study [32] in which fetal distress was found to be the most common indication for caesarean section. In Akhtar, et al. cesarean section was performed given fetal distress in 32% cases [23] and comparable to [33], which found that common causes of LSCS were meconium liquor post-rupture of the membrane, which accounted for 43.75%, followed by non-reassuring NST consisting of decelerations or fetal tachycardia or bradycardia, which accounted for 32.81%.

No maternal mortality was observed, but maternal complications occurred in 11% of postdate women, of which PPH was found in 7.2%, which is lower than [33], the perineal tear was present in 7% and cervical tear was found in 1.4%, and postpartum infection was 1.4% lower than [33] found 12.7% which was comparable to Neetu Singh, et al. study [22], which found most common 6% complication was postpartum hemorrhage, others were perineal tears in 5%, cervical tears in 2% of cases.

Fetal complications were found in twenty of the study women (14.5%). Shoulder Dystocia (2.9%), macrosomia asphyxia was nine cases at 6.5% which is lower than [34] found at 13.4%, and meconium aspiration (1.5%).

Fetal outcomes with an APGAR score of more than 7 was 86.9%, less than three in only 3.6%, and neonatal death was 3% which is lower than Akhtar S and Thakur, et al. [23], 5.4%, and similar to [35,36] the neonatal death was because of

than previous studies, which showed about 14% and 25.7%, respectively [38,39] and similar to [34,40-41]. There was a higher incidence of cesarean section due to arrest and protraction disorders in postdate pregnancies in which the infant was macrosomic.

Study strengths and limitations

One of the strengths of the study is that women's information was collected by deputy obstetrician-gynecologist registrars who administer the treatment, which had a positive impact on the inclusion of patients. The hospital is a referral hospital so it is easy to find women who meet the criteria, which makes the study possible. In addition, the study population characteristics can be generalized to Sudan and countermeasures can be developed with similar characteristics.

One of the limitations of the study is that it was conducted in one hospital, therefore, it cannot be compared, and the type of induction was not included to determine the effect of induction of labor on postdate pregnancy.

Conclusion

Postdate pregnancy is associated with an increased fetal risk of morbidity and mortality, neonatal risk of morbidity, NICU admission, and mortality, and increased maternal risk of operative delivery, instrumental delivery, postpartum hemorrhage, and postpartum infection. Early detection and diagnosis with an early ultrasound scan and proper pregnancy and labor management will optimize maternal and fetal outcomes; therefore, booking an early pregnancy ultrasound will reduce the risk of postdates, and any pregnancy that goes beyond 40 weeks of confirmed gestational age fetal well-being must be assessed.

Recommendations

Increasing the awareness of mothers about the importance of antenatal (ANC) and early booking to avoid postdated pregnancy and post-term pregnancy will reduce adverse maternal and fetal outcomes. Adequate provision of a local protocol for postdate pregnancy management and induction of labor by licensed prostaglandin drugs. Fetal surveillance in the third trimester with advanced ultrasound and cardiotocography (CTG) should be introduced in practice.

and assistance during this study, as well as to the respondents for their participation in this study.

Consent: All participants were consented

Approval: Ethical clearance and the supportive letter were obtained from the Sudan Medical Specialization Board (SMSB) & Educational Development Center (EDC).

Written permission was obtained from Omdurman Maternity Hospital.

Author contribution: All authors contributed to the manuscript writing.

Data sharing: The authors agreed to the data sharing policy of this journal which applies to the HSPJ publisher group.

References

1. Heath JC, Goodman MT, Gilstrap LC 3rd, Gilstrap JF. Post term pregnancy. *J Obstet Gynecol*. 1980 Oct;56(4):467-70. PMID: 7422191.
2. Switz DA, Terry JW Jr, Dole N, Thorp AJ Jr, Sings Riz AM, Herring AH. Comparison of pregnancy dating by last menstrual period, ultrasound scanning, and their combination. *Am J Obstet Gynecol*. 2002 Dec;187(6):1660-6. doi: 10.1053/ajog.2002.127601. PMID: 12501060.
3. Wennerholm UB, Salveit S, Wennerberg A, Almqvist M, Bergh C, Wessle SB, Fall H, Jonsson M, Larfors L, Sengren V, Westberg J, Wennergren G, Wikström AK, Elden H, Staphansson O, Hagberg H. Induction of labour at 41 weeks versus expectant management and induction of labour at 42 weeks (SWEDISH Post-term Induction Study, SWEPIS): multicentre, open label, randomised, superiority trial. *BMJ*. 2019 Nov 20;367:g151. doi: 10.1136/bmj.g151. Erratum in: *BMJ*. 2021 Dec 15;375:n3072. PMID: 31748223. PMCID: PMC6899660.
4. Carroll A, Lee S, Deslorges M, Hezari A. A review of the evidence for placental aging in prolonged pregnancy. *Medical Research Archives*. 2020; 8(8). <https://doi.org/10.19103/mra.v8i8.2188>.
5. Galal M, Symonds I, Murray H, Petragnia F, Smith R. Postterm pregnancy. *Facts Views Opin*. 2012;4(3):175-87. PMID: 24759006. PMCID: PMC3891404.
6. Dunn Fletcher CE, Maglia LM, Pavlovic M, Wolf G, Sun MA, Hu YC, Huffman E, Tomiakulski G, Thale K, Malherbe A, Zudovova S, Zhang X, Swaggart KA, Lamm KYB, Jones H, Macfarlan TB, Maglia LJ. Antepartum private specific: retrieval element THE1B controls expression of CSF1 in placenta and alters gestation length. *PLoS Biol*. 2018 Sep 19;16(9):e2005337. doi: 10.1371/journal.pbio.2005337. PMID: 30231016. PMCID: PMC6216674.
7. Linde A, Georgsson S, Pettersson K, Holmström S, Norberg E, 10. Sergej F, Lefevre A, Verschoep E, Marpeau L. Diminution des mouvements actifs du fœtus au troisième trimestre: que faire? [Decreased fetal movements in the third trimester: what to do?]. *Gynecol Obstet Fertil*. 2005 Nov;33(11):861-9. French. doi: 10.1016/j.gyofte.2005.07.041. Epub 2005 Oct 21. PMID: 16243668.
11. Chauveau L, Raisa-Bajart T, Noddi E, Fargel C, Gatto C, Chabot C. Evaluation des connaissances des femmes enceintes sur les mouvements actifs fœtaux lors de la visite de terme [Maternal knowledge of fetal movements in late pregnancy]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2016 Apr;45(4):360-5. French. doi: 10.1016/j.jgynob.2015.08.005. Epub 2015 Jun 27. PMID: 26122074.
12. Linde A, Rabesland I, Pettersson K, Hagberg L, Georgsson S. 'Better safe than sorry': Reasons for consulting care due to decreased fetal movements. *Women Birth*. 2017 Oct;30(5):276-281. doi: 10.1016/j.wombi.2017.02.007. Epub 2017 Mar 27. PMID: 28399794.
13. Morioz L, Hovioe A, Trombert B, Rancou F, Zufferey P, Chauveau L, Chabot C, Raisa-Bajart T. Fetal Movement Counting in Prolonged Pregnancy: The COMTAMAP Prospective Randomized Trial. *Healthcare (Basel)*. 2022 Dec 18;10(12):2589. doi: 10.3390/healthcare10122589. PMID: 36554592. PMCID: PMC9778956.
14. Usher RH, Boyd ME, McLean FH, Kramer MS. Assessment of fetal risk in postdate pregnancies. *Am J Obstet Gynecol*. 1988 Feb;158(2):259-64. doi: 10.1016/0002-9378(88)90134-2. PMID: 3341404.
15. McLean FH, Boyd ME, Usher RH, Kramer MS. Postterm infants: too big or too small? *Am J Obstet Gynecol*. 1991 Feb;162(2):18-24. doi: 10.1016/0002-9378(91)90035-9. PMID: 1992713.
16. Avias F. Predictability of complications associated with prolongation of pregnancy. *Obstet Gynecol*. 1987 Jul;70(1):101-6. PMID: 3209174.
17. Campbell MK, Ostbye T, Jiggins LM. Post-term birth: risk factors and outcomes in a 10-year cohort of Norwegian births. *Obstet Gynecol*. 1997 Apr;89(4):543-8. doi: 10.1016/s0029-7844(97)00494-5. PMID: 9063310.
18. Boyd ME, Usher RH, McLean FH, Kramer MS. Obstetric consequences of postmaturity. *Am J Obstet Gynecol*. 1986 Feb;158(2):334-8. doi: 10.1016/0002-9378(86)90160-9. PMID: 3277431.
19. RCOG Evidence-Based Clinical Guidelines Induction of Labour, www.researchgate.net/publication/286045914_RCOG_Evidence-Based_Clinical_Guidelines_Induction_of_Labour
20. Who Recommendations on Induction of Labour, at or beyond Term. World Health Organization, World Health Organization, www.who.int/publications-detail/induced9789200525796
21. Oryshchuk A, Oshko L, Maman J, Chu V, Eshe C, Umeora O. *Out C International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences*. 2023; 11: 33-36.
22. Neetu S. Postdated pregnancy: Its maternal and fetal outcome. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*. 2020; 9: 3223. <https://doi.org/10.18203/2320-1770.ijro202002096>
23. Paul A. Maternal outcome of prolonged pregnancy. *Journal of*

27. Kilby MD. To induce or not to induce? the management of a pregnancy near 'post-term'. *Current Obstetrics Gynecology*. 1994; 4(2): 85-89. [https://doi.org/10.1016/0957-5847\(94\)90021-3](https://doi.org/10.1016/0957-5847(94)90021-3)
28. Shivani S, Hemprobbha G, Uravashi V, Gujran Y. The study of maternal and perinatal outcomes in prolonged pregnancy. *Int Report contracept Obstet Gynecol*. 2017; 6(3): 1067-1070.
29. Pramsukhbat PY, Londhe P. Study of maternal and fetal outcome in postdate pregnancy in Tertiary Care Hospital. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*. 2020; 9(9):3585. <https://doi.org/10.18203/2320-1770.ijro202003558>.
30. Smith ER, Oakley E, Grandner GW, Ferguson K, Fanofo F, et al. Adverse maternal, fetal, and newborn outcomes among pregnant women with SARS-CoV-2 infection: an individual participant data meta-analysis. *BMJ Glob Health*. 2023 Jan;8(1):e009495. doi: 10.1136/bmjgh-2022-009495. PMID: 36648475; PMCID: PMC8895919.
31. Caughey AB, Washington AE, Laros RK Jr. Neonatal complications of term pregnancy: rates by gestational age increase in a continuous, not threshold, fashion. *Am J Obstet Gynecol*. 2005 Jan;192(1):185-90. doi: 10.1016/j.ajog.2004.06.068. PMID: 15672023.
32. Mahapatro A, Samal S. Feto maternal outcome in pregnancy beyond 40 weeks. *Int J Pharma Bio Sci*. 2015; 6(2):53-8.
33. Nair PP, Jungani M, Tiwari MR, Buloia LK. Study of induction of labor with oral misoprostol and its maternal and perinatal outcome. *International Journal of Current Research and Review*. 2020; 77-81. <https://doi.org/10.31782/ijcrr.2020.7781>.
34. Nofassat T, Utami FS. Characteristics of Child Birthing Women and Fetal Outcome in Postdate Pregnancy. *Advances in Social Science, Education, and Humanities Research*. 2019; 436: 671-674.
35. Agrawal M, Ehrigru R, Hantharan C. Assessment of maternal and perinatal outcome in postdated pregnancy. *Journal of Datta Meghe Institute of Medical Sciences University*. 2017; 12(1): 35. https://doi.org/10.4103/dmimsu.djmsu_20_17.
36. Caughey AB, Washington AE, Laros RK Jr. Neonatal complications of term pregnancy: rates by gestational age increase in a continuous, not threshold, fashion. *Am J Obstet Gynecol*. 2005 Jan;192(1):185-90. doi: 10.1016/j.ajog.2004.06.068. PMID: 15672023.
37. Muhammed AK. The relationship between some variables with birth outcome among postdate pregnant women delivering at Maternity Teaching Hospital Sulaymaniyah City, Iraq. *Journal of Zanqon Sulaiman - Part A*. 2020; 22(1): 389-398. <https://doi.org/10.17756/j.zs.10800>.
38. Kuller JA, Katz VL, McMahon MJ, Wells SR, Bashford RA. Pharmacologic treatment of psychiatric disease in pregnancy and lactation: fetal and neonatal effects. *Obstet Gynecol*. 1996 May;37(5 Pt 1):789-94. doi: 10.1016/0029-7844(95)00476-9. PMID: 8677036.
39. Kuznetsova IV, Kononov VA. Use of folic acid during pregravid preparation and pregnancy. *Russian Bulletin of Obstetrician Gynecologist*. 2015; 15(1): 24. <https://doi.org/10.17116/roaskush.201515124-31>.
40. Indonesian Ministry of Health. 2016 National Health Indicator Survey Report. Indonesian Ministry of Health, Jakarta, 2017.
41. Morken NH, Klungstoy K, Skjerveen R. Perinatal mortality by gestational week and size at birth in singleton pregnancies at and beyond term: a nationwide population-based cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014 May 22;14:172. doi: 10.1186/1471-2393-14-172. PMID: 24885576; PMCID: PMC4037276.

Article

ANALISIS FAKTOR RISIKO KEJADIAN ANEMIA PADA IBU HAMIL

Mirawati¹, Wa Ode Salma^{2*}, Ramadhan Tosepu³

¹Prodi Kesehatan Masyarakat, Pasca Sarjana Universitas Halu Oleo, Kendari, Indonesia

²Departemen Gizi, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Halu Oleo, Kendari, Indonesia

³Departemen Kesehatan Lingkungan, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Halu Oleo, Kendari, Indonesia

SUBMISSION TRACK
 Received: September 02, 2022
 Final Revision: September 15, 2022
 Available Online: September 22, 2022

KEYWORDS
 Anemia, Pregnancy, maternal age, income, education level, pregnancy interval

CORRESPONDENCE
 Wa Ode Salma
 E-mail: salmawade849@gmail.com

A B S T R A C T

Pregnant women who suffer from iron deficiency anemia can have a negative impact on the health of mothers and babies born so that it can increase the maternal mortality rate (MMR) and infant mortality rate (IMR). This study aims to analyze the relationship between the characteristics of the incidence of anemia in pregnant women in the working area of the Kulissusu Public Health Center, North Buton Regency. This cross sectional study was conducted in June-July 2022, in the working area of the Kulissusu Public Health Center, North Buton Regency, involving 126 pregnant women who met the sample criteria. The sampling technique was carried out by simple random sampling. Data analysis using chi square test. The results showed that the frequency of anemia was greater in respondents with normal status than respondents with anemia status (43.7%). The incidence of anemia was related to the age of pregnant women (P-value < 0.000), and not related to income (P-value = 0.602), education level (P-value = 0.225), and gestational distance (P-value = 0.364). The conclusion of the study is that the safe age for pregnant women is between 20-35 years

II. METHODS

Penelitian cross sectional ini dilaksanakan pada bulan Juni-Juli 2022, di Wilayah kerja Puskesmas kulissusu Kabupaten Buton Utara yang melibatkan 126 ibu hamil yang memenuhi kriteria sampel. Teknik penarikan sampel dilakukan secara acak sederhana.

Variabel dalam penelitian ini antara lain pendapatan keluarga, pendidikan ibu, usia ibu, dan jarak kehamilan. Variabel pendapatan keluarga diukur berdasarkan besaran upah minimum Kabupaten buton utara yakni cukup jika \geq Rp. 2.760.000,-/kapita/bulan dan rendah jika < Rp. 2.760.000,-/kapita/bulan. Variabel tingkat pendidikan dibagi menjadi pendidikan tinggi (tamam SMA ke atas) dan pendidikan rendah (tamam SMP ke bawah). Usia ibu memiliki kategori < 20 Tahun dan >35 Tahun dan 20-35 tahun. Jarak kehamilan memiliki kriteria berisiko jika <2 Tahun dan tidak berisiko jika >2 Tahun).

Data disajikan sebagai angka dan persentase untuk variabel kategoris. Data kontinuu dinyatakan sebagai mean \pm standar deviasi (SD) atau median dengan Interquartile Range (IQR). Analisis data menggunakan uji chi square, jika nilai P-value < 0,000 maka dianggap signifikan kemudian menggunakan aplikasi spss versi 16.0.

III. RESULT

Distribusi karakteristik responden dalam penelitian ini dapat dilihat pada tabel

I. INTRODUCTION

Keberhasilan upaya kesehatan masyarakat, diantaranya dapat dilihat dari indikator Angka Kematian Ibu (AKI) (Abdullah et al., 2022). AKI adalah jumlah kematian ibu selama masa kehamilan, persalinan dan nifas yang disebabkan oleh kehamilan, persalinan, dan nifas atau pengelolaannya tetapi bukan karena sebab-sebab lain seperti kecelakaan, terjatuh, dan lain-lain di setiap 100.000 kelahiran hidup (Kementerian Kesehatan, 2021; Marlapan et al., 2013).

Pada umumnya anemia terjadi diseluruh dunia, terutama di negara berkembang (Developing Countries). Setiap ibu hamil menghadapi risiko terjadinya kematian, sehingga salah satu upaya menurunkan tingkat kematian ibu adalah meningkatkan status kesehatan ibu hamil sampai bersalin melalui pelayanan ibu hamil sampai nifas (Sarah & Irianto, 2018; Shahzad et al., 2017). Prevalensi ibu-ibu hamil di seluruh dunia yang mengalami anemia sebesar 41, 8%. Prevalensi di antara ibu hamil bervariasi dari 33% di Amerika Selatan hingga 64% di Asia bagian selatan. Gabungan Asia selatan dan Tenggara turut menyumbang hingga 58% total penduduk yang mengalami anemia di negara berkembang. Di Amerika Utara, Eropa dan Australia jarang di jumpai anemia karena defisiensi zat besi selama kehamilan. Bahkan di AS hanya terdapat sekitar 5% anak kecil dan 5-10% wanita dalam usia produktif yang menderita anemia karena defisiensi zat besi (World Health Organization, 2021).

Indonesia kejadian anemia pada ibu

yang berumur lebih dari atau sama dengan 35 tahun mengalami anemia (Kemenkes RI, 2018). Kemudian prevalensi anemia pada ibu hamil di Sulawesi Tenggara tahun 2020 sebesar 10,5% dimana prevalensi tertinggi adalah di Kabupaten Muna sebesar 40,69%, Kabupaten Buton sebesar 23,5% dan Kabupaten Muna Barat sebesar 20,3% (Dinkes Propinsi Sulawesi Tenggara, 2020).

Faktor faktor yang memengaruhi kesehatan kejadian anemia pada ibu hamil banyak sekali, diantaranya adalah karakteristik ibu hamil yaitu pendapatan keluarga, pendidikan ibu, Umur ibu, pengetahuan ibu, kepatuhan konsumsi tablet Fe, jarak kehamilan dan status gizi ibu (Ernawati, 2017; Rosita & Rusmimpone, 2022; Shofiana et al., 2018). Dampak negatif ibu hamil yang mengalami anemia defisiensi besi juga terjadi pada outcome kehamilan, yaitu bayi yang baru dilahirkan dapat mengalami intra uterine growth retardation (UGR), kelahiran prematur atau bahkan keguguran, dan bayi lahir dengan berat badan yang rendah (BBLR) (Lutfitsa & Ratnasari, 2020; Mahardika & Zuraida, 2016; Muchtar & Salma, Wa Ode, Alfiriki, 2021).

Berdasarkan data profil kesehatan buton utara selama empat tahun terakhir mengalami peningkatan kejadian kasus anemia pada ibu hamil, pada tahun 2018 sebanyak 364 ibu hamil yang dilakukan pemeriksaan Hb di Puskesmas/Posyandu, dari jumlah tersebut terdapat 242 orang (66,5%) yang menderita anemia. Selanjutnya tahun 2019 sebanyak 1.128 ibu hamil yang dilakukan pemeriksaan Hb terdapat 726 orang (64,5%) yang menderita anemia. Kemudian tahun 2020 sebanyak

SLTA/Sederajat	57	45,2
Perguruan Tinggi	40	31,7
Jenis pekerjaan		
Tidak bekerja	99	76,8
PNS/TNI/POLRI	8	6,3
Pegawai Swasta	5	4,0
Petani/Nelayan	9	7,1
Wiraswasta	5	4,0
Usia kehamilan		
1 – 10 Minggu	3	2,4
11 – 20 Minggu	35	27,8
21 – 30 Minggu	56	44,4
>30 Minggu	32	25,4

Berdasarkan tabel 1 diketahui bahwa distribusi frekuensi responden berdasarkan usia lebih besar responden yang berusia antara 26 – 35 tahun dibandingkan dengan perawat yang berusia antara 17 – 25 tahun dan 36 – 45 tahun. Tingkat pendidikan lebih besar responden yang memiliki pendidikan SLTA/Sederajat dibandingkan dengan responden yang

memiliki pendidikan Perguruan Tinggi, SLTP/Sederajat dan tamat SD. Jenis pekerjaan lebih besar responden yang tidak bekerja dibandingkan dengan responden yang memiliki pekerjaan. Usia kehamilan lebih besar responden yang memiliki usia kehamilan 21 – 30 minggu dibandingkan dengan responden yang memiliki usia kehamilan lainnya.

Tabel 2. Distribusi Variabel Penelitian

Variabel	N	%	P-value
Status anemia			
Anemia	55	43,7	
Normal	71	56,3	
Penghasilan			
Cukup : \geq Rp. 2.760.000	22	17,5	
Kurang : < Rp. 2.760.000	104	82,5	0,602
Tingkat pendidikan			
Pendidikan Tinggi	97	77,0	
Pendidikan Rendah	29	23,0	0,225
Risiko usia			
Berisiko	47	37,3	
Tidak berisiko	79	62,7	0,000

keluarga yang memiliki penghasilan cukup. Tingkat pendidikan lebih besar responden yang memiliki tingkat pendidikan tinggi dibandingkan dengan responden yang memiliki tingkat pendidikan rendah. Risiko usia lebih besar responden yang tidak berisiko dibandingkan dengan responden yang memiliki risiko. Jarak kehamilan lebih besar responden yang memiliki risiko dibandingkan dengan responden yang tidak berisiko.

Status anemia ibu hamil berhubungan dengan usia, dan tidak berhubungan dengan penghasilan, tingkat pendidikan dan jarak kehamilan.

IV. DISCUSSION

1. Penghasilan

Penghasilan keluarga merupakan jumlah penghasilan real dari seluruh anggota rumah tangga yang digunakan untuk memenuhi kebutuhan bersama maupun perorangan dalam rumah tangga. Dengan demikian, pendapatan merupakan gambaran terhadap posisi ekonomi keluarga dalam masyarakat. Pendapatan dapat memengaruhi pola konsumsi suatu keluarga (Hartati & Wahyuni, 2018; Rai et al., 2016). Perolehan pendapatan yang tinggi, maka akan semakin cukup konsumsi makan yang kaya akan asupan gizi bagi keluarga. Tetapi sebaliknya, perolehan pendapatan yang rendah dalam suatu keluarga maka akan semakin rendah pula konsumsinya makanan yang kaya akan gizi bagi keluarganya. Karena dalam hal ini suatu keluarga hanya akan pas-pasan dalam memenuhi kebutuhannya, dengan kata lain kurang

memiliki penghasilan cukup. Sebanyak 104 (82,5%) keluarga dengan penghasilan kurang dan 22 (17,5%) keluarga dengan penghasilan cukup.

Hasil analisis menunjukkan bahwa responden yang memiliki status anemia lebih banyak terjadi pada responden dengan penghasilan keluarga kurang sebesar 45,2% dibanding responden dengan penghasilan keluarga cukup sebesar 36,4%. Kemudian responden yang memiliki status normal lebih banyak terjadi pada responden dengan penghasilan keluarga cukup sebesar 63,6% dibanding keluarga dengan penghasilan keluarga kurang sebesar 54,8%. Dari hasil uji statistik bivariat dengan metode *Chi square* didapatkan $p\text{-value}=0,602$ dengan nilai $\alpha=0,05$ maka $p\text{-value} < \alpha$ yang berarti tidak ada hubungan yang signifikan antara penghasilan keluarga dengan Kejadian Anemia.

Hal tersebut dikarenakan penyebab timbulnya masalah anemia pada ibu hamil dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor penyebab, diantaranya adalah penyebab langsung, penyebab tidak langsung, akar masalah dan pokok masalah. Faktor penyebab langsung yaitu makanan dan penyakit infeksi yang mungkin diderita oleh ibu. Penyebab tidak langsung diantaranya adalah ketahanan pangan dalam keluarga, pola perilaku kesehatan ibu hamil, pelayanan kesehatan. Apabila penelitian ini dilakukan pada populasi yang berbeda dapat saja menghasilkan hasil yang berbeda. Hal demikian disebut dengan bias deteksi.

dan anggota keluarga lainnya. Pendapatan keluarga akan relatif lebih besar jika suami dan istri bekerja diluar rumah (Purbadewi & Ulvie, 2013).

2. Tingkat Pendidikan

Pendidikan ibu merupakan modal utama dalam menunjang ekonomi keluarga juga berperan dalam penyusunan makan keluarga, serta pengasuhan dan perawatan anak. Bagi keluarga dengan tingkat pendidikan yang tinggi akan lebih mudah menerima informasi kesehatan khususnya bidang gizi, sehingga dapat menambah pengetahuannya dan mampu menerapkan dalam kehidupan sehari-hari (Yulianti, 2019).

Hasil penelitian ini diketahui bahwa distribusi frekuensi tingkat pendidikan lebih besar responden yang memiliki tingkat pendidikan tinggi dibandingkan dengan responden yang memiliki tingkat pendidikan rendah. Sebanyak 97 (77,0%) responden dengan tingkat pendidikan tinggi dan sebanyak 29 (23,0%) responden dengan tingkat pendidikan rendah.

Hasil analisis menunjukkan bahwa responden yang memiliki status anemia lebih banyak terjadi pada responden dengan tingkat pendidikan rendah sebesar 55,2% dibanding responden dengan tingkat pendidikan tinggi sebesar 40,2%. Kemudian responden yang memiliki status normal lebih banyak terjadi pada responden dengan tingkat pendidikan tinggi sebesar 59,8% dibanding keluarga dengan

Tidak adanya hubungan pendidikan dengan kejadian anemia pada ibu hamil dapat dikarenakan perkembangan teknologi yang ada saat ini. Ibu dengan tingkat pendidikan rendah dengan adanya perkembangan teknologi saat ini dapat dengan mudah mengakses informasi dari berbagai media, sehingga mereka dapat meningkatkan pengetahuannya.

Tingkat pendidikan ibu balita di Kecamatan Unaha sebagian besar adalah menengah yaitu SMA, sedangkan status anemia ibu hamil sebagian besar adalah baik. Hal tersebut dapat dipengaruhi oleh adanya kegiatan rutin ke posyandu yang ada penyampaian informasi kesehatan secara berkala. Sehingga sangat membantu ibu dalam meningkatkan pengetahuan yang berhubungan dengan kesehatan pada ibu hamil. Selain itu tingkat pendidikan ibu berhubungan dengan pengetahuan dan kemampuan ibu dalam memahami informasi kesehatan yang didapat ibu sehingga ibu dapat menerapkan perilaku sehat selama masa kehamilan (Muchtari & Anggraeni, 2021; Suryani et al., 2022).

Pendidikan yang dijalani seseorang memiliki pengaruh pada peningkatan kemampuan berfikir, dimana seorang yang berpendidikan lebih tinggi akan dapat mengambil keputusan yang lebih rasional, umumnya terbuka menerima perubahan atau hal baru dibandingkan dengan individu yang berpendidikan

Tingkat pendidikan juga merupakan salah satu faktor yang memengaruhi persepsi seseorang untuk lebih mudah menerima ide-ide dan teknologi. Seorang ibu khususnya ibu hamil yang memiliki pendidikan tinggi dapat menyeimbangkan pola konsumsinya. Apabila pola konsumsinya sesuai maka asupan zat gizi yang diperoleh akan tercukupi, sehingga dapat terhindar dari masalah anemia (Chandra et al., 2019; Edison, 2020).

3. Usia

Umur reproduksi yang baik adalah pada usia 20-35 tahun dimana umur tersebut merupakan periode baik untuk hamil, melahirkan, dan menyusui. Usia 20-35 tahun kemungkinan tidak memiliki risiko tinggi pada saat kehamilan dan persalinan, karena pada usia tersebut rahim sudah siap menerima kehamilan, mental sudah matang dan sudah mampu merawat bayi dan dirinya (Isnaini et al., 2021; Komang Arie Wiyasmari, 2021).

Penelitian diketahui bahwa distribusi frekuensi risiko usia lebih besar responden yang tidak berisiko dibandingkan dengan responden yang memiliki risiko. Sebanyak 79 (62,7%) responden yang tidak berisiko dan sebanyak 47 (37,3%) responden yang memiliki risiko. Kemudian berdasarkan hasil analisis ditemukan bahwa responden yang memiliki status anemia lebih banyak terjadi pada responden

statistik bivariat dengan metode *Chi square* didapatkan $p\text{-value}=0,000$ dengan nilai $\alpha=0,05$ maka $p\text{-value} > \alpha$ yang berarti ada hubungan yang signifikan antara resiko usia dengan Kejadian Anemia.

Kehamilan diusia < 25 dan > 35 tahun dapat menyebabkan anemia karena pada kehamilan di usia < 20 tahun secara biologis belum optimal, emosional cenderung labil, mentalnya belum matang sehingga mudah mengalami kegugangan yang mengakibatkan kurangnya perhatian terhadap pemuduran zat-zat gizi selama kehamilannya (Komang Arie Wiyasmari, 2021). Usia kurang dari 20 tahun kondisi alat reproduksi masih dalam pertumbuhan, sehingga makanan banyak dipakai untuk pertumbuhan ibu yang dapat mengakibatkan gangguan pertumbuhan janin. Gangguan pertumbuhan janin dapat meningkatkan angka mortalitas maupun morbiditas bayi (Besty, 2019; Majidah et al., 2018).

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Juliana tahun 2018, berdasarkan uji chi-square diperoleh nilai $p\text{-value}=0,016$ ($\alpha < 0,05$), artinya Ha diterima berarti ada hubungan umur dengan kejadian anemia. Hasil penelitian faktor umur, menunjukkan bahwa memang benar umur berpengaruh terhadap kejadian anemia. Anemia rentan terjadi pada ibu hamil usia <20 tahun dan >35 tahun. Kemudian penelitian yang dilakukan

Umur <20 tahun membutuhkan zat besi lebih banyak untuk keperluan ibu dan janin, sedangkan pada usia >35 tahun terkait dengan kemunduran dan penurunan daya tahan tubuh dari penyakit yang sering terjadi di usia ini. Ibu hamil umur <20 tahun dan >35 tahun merupakan umur yang berisiko tinggi terhadap kehamilan dan persalinan. Ibu hamil di atas usia 35 tahun cenderung mengalami anemia disebabkan karena pengaruh turnnya cadangan besi dalam tubuh. Pada kehamilan pertama pada wanita berusia di atas 35 tahun juga akan mempunyai risiko penyulit persalinan dan mulai terjadinya penurunan fungsi-fungsi organ reproduksi (Besty, 2019; Majidah et al., 2018).

4. Jarak Kehamilan

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa, jarak kehamilan lebih besar responden yang memiliki risiko dibandingkan dengan responden yang tidak berisiko. Sebanyak 78 (61,9%) responden yang memiliki risiko dan sebanyak 48 (38,1%) responden yang tidak memiliki risiko. Berdasarkan hasil analisis diketahui bahwa responden yang memiliki status anemia lebih banyak terjadi pada responden yang memiliki jarak kehamilan beresiko sebesar 47,4% dibanding responden yang memiliki jarak kehamilan tidak beresiko sebesar 37,5%. Kemudian responden yang memiliki status normal lebih banyak terjadi pada responden yang memiliki jarak kehamilan tidak berisiko sebesar 62,5% dibanding

hubungan yang signifikan antara jarak kehamilan dengan Kejadian Anemia.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Penelitian ini sejalan dengan penelitian ibu hamil trimester III di wilayah kerja Puskesmas Teladan Kecamatan Medan Kota tahun 2017 oleh Dwi Damayanti menunjukkan $p>0,05$ artinya tidak terdapat hubungan antara jarak kehamilan dengan kejadian anemia pada ibu hamil. Penelitian ini juga sejalan dengan penelitian (Sepdwiwana & Sutrianiingsih, 2017) pada ibu hamil di Wilayah Kerja Puskesmas Rambah Samo 1 melaporkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara jarak kehamilan dengan kejadian anemia ($p>0,05$).

Hal ini bertolak belakang dengan penelitian Zebua (2011), analisis jarak kehamilan dengan kejadian anemia pada ibu hamil dan responden yang paling banyak menderita anemia adalah responden dengan jarak kehamilan < 2 tahun sebanyak 21 orang (75%). Penelitian (Vehra et al., 2012) juga menyatakan bahwa wanita dengan interval kehamilan <2 tahun mengalami kejadian anemia lebih tinggi dibandingkan dengan interval kehamilan lebih dari 2 tahun.

Jarak kehamilan yang terlalu lama (>2 tahun) antara kehamilan bisa mengurangi manfaat yang diperoleh dari kehamilan sebelumnya, seperti uterus yang sudah membesar dan meningkatnya aliran darah ke uterus, begitu pula sebaliknya (Sukmawati et al., 2021). Salah satu penyebab yang

- kasih sayang dengan orang tuanya (Heriansyah & Rangkuti, 2020; Mandasari, 2010).
- Banyak wanita yang tidak sempat memulihkan tenaga antara jarak Universitas Sumatera Utara kehamilan. Hal ini membuat wanita lebih sering mengalami tingkat kesehatan yang buruk, komplikasi kehamilan dan persalinan. Berbagai penelitian membuktikan bahwa status gizi ibu belum pulih selama 2 tahun pasca persalinan sebelumnya sehingga belum siap untuk kehamilan berikutnya (Gusnidarsih, 2020). Dengan adanya resiko dalam menentukan jarak kehamilan diperlukan perencanaan berkeluarga yang optimal melalui perencanaan kehamilan yang aman, sehat, dan yang paling penting menurunkan angka kematian maternal (Nurhidayati et al., 2013).
- Menjaga jarak kehamilan tidak hanya menyelamatkan ibu dan bayi dari sisi kesehatan, tetapi juga memperbaiki kualitas psikologis keluarga. Salah satu perencanaan kehamilan antara lain dengan mengikuti program KB. KB memberi kepada pasangan pilihan tentang kapan sebaiknya mempunyai anak, jumlah anak, jarak antar anak yang satu dengan anak yang lain.
- V. CONCLUSION**
- Status anemia ibu hamil berhubungan dengan usia, dan tidak berhubungan dengan penghasilan, tingkat Besty, B. (2019). *Hubungan Usia, Paritas dan Jarak Kehamilan dengan Kadar Hemoglobin Ibu Hamil Trimester Ketiga di RSIA Siti Hawa Padang*. Universitas Andalas.
- Chandra, F., Junita, D. D., & Fatmawati, T. Y. (2019). Tingkat Pendidikan dan Pengetahuan Ibu Hamil dengan Status Anemia. *Jurnal Ilmiah Ilmu Keperawatan Indonesia*, 9(04), 653–659.
- Dinkes Kabupaten Butur. (2021). *Profil Kesehatan Kabupaten Buton Utara 2020*.
- Dinkes Propinsi Sulawesi Tenggara. (2020). *Profil Kesehatan Sulawesi Tenggara*. <https://pusdatin.kemkes.go.id/index.php?category=profil-kesehatan-kabupaten&provid=PV-027>
- Edison, E. E. (2020). Hubungan Tingkat Pendidikan Dengan Kejadian Anemia Pada Ibu Hamil. *Jurnal JKFT*, 4(2), 65–71.
- Ernawati, A. (2017). Masalah gizi pada ibu hamil. *Jurnal Litbang: Media Informasi Penelitian, Pengembangan Dan IPTEK*, 13(1), 60–69.
- Gusnidarsih, V. (2020). Hubungan Usia Dan Jarak Kehamilan Dengan Kejadian Anemia Klinis Selama Kehamilan. *Jurnal Asuhan Ibu Dan Anak*, 5(1), 35–40.
- Hartati, L., & Wahyuni, S. (2018). hubungan sosial ekonomi dengan kejadian anemia pada ibu hamil TM III di Puskesmas Jatinom. *MOTORIK Jurnal Ilmu Kesehatan*, 13(27).
- Heriansyah, R., & Rangkuti, N. A. (2020). DAN PEKER HUBUNGAN USIA, PARITAS DAN PFKFRIAAN TFRHADAP KFIADIAN ANEMIA PADA IBU HAMIL. *Nursing Arts*, 15(2), 65–74.
- Kemendes RI. (2018). Hasil utama RISKESDAS 2018. In *Kementerian Kesehatan Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan*. https://kesmas.kemkes.go.id/assets/ uploads/dlr_519d41d8cd98f00/files/Hasi-l-risksdas-2018_1274.pdf. Last accessed: 20 June 2022.
- Kementerian Kesehatan. (2021). *Profil Kesehatan Indonesia*. Depkes RI. <https://pusdatin.kemkes.go.id/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia/Profil-Kesehatan-indonesia-2019.pdf>. Last accessed: 19 July 2022.
- Komang Arie Wiyasmari, A. (2021). *Hubungan Usia Ibu dan Paritas dengan Anemia pada Ibu Hamil di Puskesmas Seririt I Tahun 2020*. Politeknik Kesehatan Kemenkes Denpasar.
- Liow, F. M., Kapantow, N. H., & Malonda, N. (2012). Hubungan antara status sosial ekonomi dengan anemia pada ibu hamil di desa sapa kecamatan tenga kabupaten Minahasa selatan. *Fakultas Kesehatan Masyarakat. Universitas Sam Ratulangi Manado. Bidang Minat Gizi*.
- Luftbis, A. A., & Ratnasari, F. (2020). Pengaruh Konsumsi Pisang Ambon Terhadap Peningkatan Kadar HB Ibu Hamil. *Jurnal Kesehatan*, 9(1), 11–21.
- Mahardika, N. P., & Zuraida, R. (2016). Vitamin C pada Pisang Ambon (Musa paradisiaca S.) dan Anemia Defisiensi KEHAMILAN DENGAN KEJADIAN ANEMIA PADA IBU HAMIL DI PUSKESMAS LENDAH I KABUPATEN KULON PROG. Kebidanan.
- Marliapan, S., Wantouw, B., & Sambeka, J. (2013). Hubungan Status Gizi Dengan Kejadian Anemia Pada Ibu Hamil Di Wilayah Kerja Puskesmas Tuminting Kec. Tuminting Kota Manado. *Jurnal Keperawatan*, 11(1).
- Muchtar, F., & Anggraeni, N. L. A. (2021). Pengetahuan, Sikap dan Kepatuhan Mengonsumsi Tablet Tambah Darah (TTD) Pada Ibu Hamil Selama Masa Pandemi Covid-19. *Nursing Care and Health Technology Journal (NCHAT)*, 1(3), 144–154.
- Muchtar, F., & Salma, Wa Ode, Alifariki, L. (2021). Faktor yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Ibu Hamil Mengonsumsi Fe Tablet: Sistematis Review. *NURSING UPDATE: Jurnal Ilmiah Ilmu Keperawatan*, 12(4), 143–152.
- Nurhidayati, R. D., Sulastri, S. K., & Irdawati, S. K. (2013). *Analisis faktor penyebab terjadinya anemia pada ibu hamil di wilayah kerja puskesmas tangwarsari kabupaten sukoharjo*. Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Purbadewi, L., & Ulvie, Y. N. S. (2013). Hubungan tingkat pengetahuan tentang anemia dengan kejadian anemia pada ibu hamil. *Jurnal Gizi*, 2(1).
- Rai, I. G. B. N., Kawengian, S. E. S., & Mayulu, N. (2016). Analisis faktor-faktor yang berhubungan dengan kadar hemoglobin pada ibu hamil.