



LAPORAN TUGAS AKHIR
ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA IBU HAMIL TRIMESTER II DENGAN
RESIKO TINGGI USIA IBU >35 TAHUN

DI PMB "E" KOTA BENGKULU
TAHUN 2023

PUTRI AYUNA
NIM : 202002030

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SAPTA BAKTI
PRODI DIII KEBIDANAN
TAHUN 2022/2023



LAPORAN TUGAS AKHIR
ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA IBU HAMIL TRIMESTER II DENGAN
RESIKO TINGGI USIA IBU >35 TAHUN

DI PMB "E" KOTA BENGKULU
TAHUN 2022

PUTRI AYUNA
NIM : 202002030

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SAPTA BAKTI
PRODI DIII KEBIDANAN
TAHUN 2022/202

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Puji syukur kehadiran Allah SWT, atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini yang berjudul "Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ibu Hamil Trimester II Dengan Resiko Tinggi Usia Lebih Dari 35 Tahun di pmb "E" Kota Bengkulu"

Laporan Tugas Akhir ini disusun dengan bantuan dari berbagai pihak, oleh sebab itu pada kesempatan ini penulis mengucapkan ucapan terimakasih kepada :

1. Ibu Hj. Djusmalinar, SKM, M. Kes selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Sapta Bakti dan penguji I yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan DIII Kebidanan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Sapta Bakti dan yang telah memberikan kritikan dan saran dalam penyusunan Laporan Proposal ini.
2. Ibu Herlinda, M. Kes selaku Ka. Program Studi DIII Kebidanan sekaligus dosen pembimbing yang telah banyak memberikan bimbingan, arahan, koreksi serta nasehat dalam mengerjakan Laporan Proposal
3. Ibu Ns.Novi Lasmadasari, M.Kep selaku penguji I yang telah memberikan masukan, arahan, koreksi, serta nasehat dalam mengerjakan Laporan Proposal
4. Ibu Rismayani, SST, M,Kes selaku penguji II yang telah memberikan masukan, arahan, koreksi, serta nasehat dalam mengerjakan Laporan Proposal
5. Segenap dosen sekolah tinggi ilmu kesehatan sapta bakti Bengkulu yang telah memberikan ilmu pengetahuan kepada penulis
6. Cinta pertama dan panutanku, Ayahanda Yusuf dan Pintu surgaku, Ibunda Nurhama yang selalu memberikan doa dan mendidik dengan kesabaran untuk keberhasilan putrinya, serta kakakku dan keluargaku yang selalu memberikan dukungan, semangat dan rasa sayang kepada penulis .

Akhir kata, penulis berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala dukungan dan kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga Laporan Tugas Akhir ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Bengkulu, 05 Agustus, 2023.


Putri Ayuna

**ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF
PADA IBU HAMIL TRIMESTER II DENGAN RESIKO TINGGI USIA IBU >35 TAHUN**

DI PMB "E" KOTA BENGKULU

TAHUN 2023

PUTRI AYUNA, HERLINDA, SST,M.Kes

248 halaman, + 3 Lampiran + 5 tabel

RINGKASAN

Kehamilan beresiko tinggi pada usia > 35 tahun akan menyebabkan terjadinya bahaya atau komplikasi yang lebih besar baik pada ibu maupun pada janin dalam kandungan dan dapat menyebabkan kematian, kesakitan, kecacatan ketidaknyamanan, dan ketidakpuasan, tujuan penulisan tugas akhir ini adalah untuk melaksanakan pengasuhan lengkap dengan menggunakan Continuity Of Care (COC) untuk ibu hamil, bersalin, neonatus, nifas dan KB menggunakan pendekatan manajemen kebidanan, penulisan ini dalam bentuk studi kasus dengan menggunakan pendekatan proses kebidanan menggunakan manajemen SOAP, Rancangan penelitian ini penulis menggunakan metode deskriptif dengan menggunakan pendekatan studi kasus yang dilakukan dengan melakukan asuhan kebidanan secara komprehensif, Hasil penelitian ini diperoleh diagnosa Ny. Y usia 36 tahun G3P2A0 usia kehamilan 17 minggu dengan resiko tinggi umur lebih dari 35 tahun, dengan persalinan fisiologis pada umur kehamilan 40 minggu yang diikuti nifas fisiologis dan bayi baru lahir fisiologis dan akseptor KB Suntik 3 bulan. Asuhan yang diberikan yaitu pada kehamilan dilakukan pemeriksaan Hb didapati hasil 11,5 gr/dl senam hamil, perawatan payudara, pada persalinan asuhan yang diberikan asuhan sayang ibu memberikan nutrisi, minum, makan, penggunaan birthing ball berjalan dengan normal, pada neonatus terapi yang diberikan sinar matahari dan pada nifas perawatan payudara, Pada persalinan terdapat kesenjangan yaitu melakukan IMD selama 30 menit sedangkan menurut teori selama 1 jam.pada masa kehamilan, BBL, Nifas dan KB tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kasus.

Diharapkan Bidan praktisi dapat memberikan kesempatan IMD pada bayi sesuai standar dan dapat memberikan asuhan komplementer mulai dari sebelum hamil sampai keluarga berencana secara komprehensif.

Kata Kunci : Asuhan Kebidanan, *Countinuity Of Care*, Resiko tinggi usia >35 tahun

Daftar Pustaka : 18 Referensi (2011-2019)

COMPREHENSIVE MIDWIFE CARE
IN TRIMESTER II PREGNANT WOMEN WITH HIGH RISK AGE > 35 YEARS

IN PMB "E" BENGKULU CITY YEAR 2023

Putri Ayuna, Herlinda SST,M.Kes

248 pages, + 3 Appendices + 5 tables

SUMMARY

High risk pregnancies at > 35 years of age will cause greater harm or complications to both the mother and the fetus in the womb and can cause death, pain, disability, discomfort and dissatisfaction. The aim of writing this final assignment is to carry out complete care with using Continuity of Care (COC) for pregnant women, giving birth, neonates, postpartum and family planning using a midwifery management approach, this writing is in the form of a case study using a midwifery process approach using SOAP management. The author of this research design uses a descriptive method using a case study approach which was carried out by providing comprehensive midwifery care. The results of this research obtained a diagnosis of Mrs. Y, 36 years old, G3P2A0, 17 weeks of gestation with a high risk of being over 35 years of age, with physiological delivery at 40 weeks of gestation, followed by physiological postpartum and physiological newborns and 3-month birth control injection acceptors. The care provided, namely during pregnancy, Hb examination was carried out, the result was 11.5 gr/dl, pregnancy exercise, breast care, during childbirth, the care given was maternal care providing nutrition, drinking, eating, using a birthing ball which went normally, therapy was given to neonates. sunlight and postpartum breast care, During childbirth there is a gap, namely carrying out IMD for 30 minutes whereas according to theory it takes 1 hour. During pregnancy, BBL, postpartum and family planning there is no gap between theory and cases.

It is hoped that midwife practitioners can provide IMD opportunities for babies according to standards and can provide complementary care starting from before pregnancy to comprehensive family planning.

Keywords: Midwifery Care, Continuity Of Care, High risk >35 years old

Bibliography: 18 References (2011-2019)

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERSETUJUAN.....	ii
KATA PENGANTAR.....	iv
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL.....	viii
DAFTAR SINGKATAN.....	ix
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah.....	5
C. Tujuan Penyusunan.....	5
D. Manfaat Penelitian.....	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Konsep Teori.....	7
1. Kehamilan.....	7
4. Persalinan.....	23
5. Nifas	58
6. Neonatus	70
7. Keluarga Berencana.....	80
B. Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Pada Ibu Hamil Resiko Tinggi Usia >35 Tahun	
BAB III METODE PENELITIAN	
A. Desain Penelitian.....	112
B. Subjek penelitian	112
C. Definisi Oprasional.....	112
D. Lokasi dan Waktu Penelitian	112
E. Metode dan Instrumen Pengumpulan Data	112
F. Rencana Kerja Asuhan (RTL).....	115
G. Etika Peneitian.....	153
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	
A. HASIL.....	159
B. PEMBAHASAN	213
BAB V SIMPULAN DAN SARAN	
A. SIMPULAN.....	213
B. SARAN.....	214
DAFTAR PUSTAKA.....	220
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Nomor Tabel	Judul Tabel	Halaman Tabel
Tabel 2.1	Tinggi Fundus Uteri menurut Leopold	10
Tabel 2.2	Tinggi Fundus Uteri menurut Mc,Donald	10
Tabel 2.3	Indek Masa Tubuh (IMT)	16
Tabel 2.4	Penanganan atonia uteri	51
Table 2.5	Imunisasi lanjutan	73

DAFTAR SINGKATAN

AKDR	: Alat Kontrasepsi Dalam Rahim
ANC	: <i>Antenatal Care</i>
APN	: Asuhan Persalinan Normal
ASI	: Air Susu Ibu
BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
BBL	: Bayi Baru Lahir
BBLR	: Berat Bayi Lahir Rendah
BCG	: <i>Bacillus Calmette-Gueri</i>
DTT	: Desinfektan Tingkat Tinggi
HB	: <i>Haemaglobin</i>
HIV	: <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
HPHT	: Hari Pertama Haid Terakhir
IMD	: Inisiasi Menyusu Dini
IMT	: Indeks Masa Tubuh
IUD	: <i>Intra Uterine Device</i>
JK	: Jenis Kelamin
KB	: Keluarga Berencana
KIE	: Komunikasi Informasi dan Edukasi
KPD	: Ketuban Pecah Dini
KU	: Keadaan Umum
LILA	: Lingkar Lengan Atas
MAK III	: Manajemen Aktif Kala III
MAL	: Metode Amenore Laktasi
MKJP	: Metode Kontrasepsi Jangka Panjang
PAP	: Pintu Atas Panggul
PTT	: Peregangan Talipusat Terkendali
RI	: Republik Indonesia
RS	: Rumah Sakit

TBC	: <i>Tuberculosis</i>
TB	: Tinggi Badan
TM	: Trimester
TP	: Tafsiran Partus
TT	: Tetanus Toxoid
TTV	: Tanda Tanda Vital
USG	: <i>Ultrasonografi</i>

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) merupakan salah satu indikator dampak bagi kesehatan ibu dan anak (KIA). Angka Kematian Ibu dan Angka kematian Bayi mencapai indikator keberhasilan pembangunan daerah dan juga digunakan sebagai salah satu pertimbangan dalam menentukan indeks pembangunan manusia. AKI yaitu angka kematian ibu yang disebabkan kehamilan, melahirkan atau nifas bukan karena kecelakaan di hitung per 100.000 kelahiran hidup (KH). AKB adalah banyaknya bayi yang meninggal sebelum mencapai umur 1 tahun pada waktu tertentu per 1000 kelahiran hidup (KH) (Manuaba, 2017).

Sustainable Development Goals (SDGs) pada tahun 2030 menekankan AKI menjadi 12 per 10.000 KH. Secara nasional Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia telah menurun dari 305 kematian per 100.000 Kelahiran Hidup (Survei Penduduk Antar Sensus, 2015) menjadi 189 kematian per 100.000 Kelahiran Hidup (Sensus Penduduk, 2020). Hasil tersebut menunjukkan sebuah penurunan yang signifikan, bahkan jauh lebih rendah dari target di tahun 2022 yaitu 205 kematian per 100.000 Kelahiran Hidup. Pencapaian tersebut harus tetap dipertahankan, bahkan didorong menjadi lebih baik lagi untuk mencapai target di Tahun 2024 yaitu 183 Kematian per 100.000 Kelahiran Hidup dan > 70 kematian per 100.000 Kelahiran Hidup di Tahun 2030. Berdasarkan hasil Sample Registration System (SRS) Litbangkes Tahun 2016, tiga penyebab utama kematian ibu adalah gangguan hipertensi (33,07%), perdarahan obstetri (27,03%) dan komplikasi non obstetrik (15,7%). Sedangkan berdasarkan data Maternal Perinatal Death Notification (MPDN) tanggal 21 September 2021, tiga penyebab teratas kematian ibu adalah Eklamsi (37,1%), Perdarahan (27,3%), Infeksi (10,4%) dengan tempat/lokasi kematian tertingginya adalah di Rumah Sakit (84%).

Di Provinsi Bengkulu pada tahun 2021 secara absolut jumlah kematian ibu yaitu sebanyak 50 orang, yang terdiri dari kematian ibu hamil sebanyak 22 orang, kematian ibu bersalin sebanyak 11 orang dan kematian ibu nifas sebanyak 17 orang. Pada tahun 2021 terlihat kenaikan kasus kematian ibu yang cukup

meningkat dari tahun 2020 AKI sebesar 93 per 100.000 Kelahiran Hidup (32 orang dari 34.240 KH) naik menjadi 152 per 100.000 Kelahiran Hidup (50 orang dari 32.943 KH) pada tahun 2021. Dimana 44% kematian ibu terjadi pada masa kehamilan, 22% pada masa bersalin dan 34% pada masa nifas (Dinkes Provinsi Bengkulu, 2021).

Penyebab kematian ibu disebabkan oleh penyebab langsung dan tidak langsung. Penyebab langsung kematian ibu yaitu pendarahan (25%) biasanya perdarahan pasca persalinan, sepsis (15%), hipertensi dalam kehamilan (12%) Partus macet (8%) komplikasi abortus tidak aman (13%) dan sebab-sebab lain (8%) . Sedangkan penyebab tidak langsung kematian ibu oleh penyakit dan bukan karena kehamilan dan persalinannya seperti penyakit TBC, anemia, malaria, sifilis, HIV, AIDS (Prawiroharjo, 2018).

Kehamilan diusia tua adalah kehamilan yang terjadi pada wanita yang berusia lebih atau sama dengan 35 tahun baik primigravida maupun multigravida merupakan salah satu faktor risiko tinggi pada ibu hamil. Kelompok usia ini sudah tidak masuk dalam usia aman untuk kehamilan, yakni antara 20-34 tahun, dimana pada rentan usia tersebut kondisi fisik dan psikis ibu dalam kondisi prima dan dinilai paling cocok untuk menerima kehamilan (Prawirihardjo, 2014).

Kehamilan usia tua juga menambah risiko karena pada umumnya seorang wanita secara alamiah mengalami penurunan tingkat kesuburan pada usia 35 tahun. Wanita yang usianya lebih tua memiliki risiko komplikasi melahirkan yang tinggi dibandingkan dengan yang lebih muda. Bagi wanita yang berusia diatas 35 tahun, selain fisiknya mulai lemah, juga kemungkinan muncul berbagai risiko gangguan kesehatan, seperti darah tinggi, diabetes dan berbagai penyakit lainnya (Gunawan, 2010).

Risiko yang terjadi pada kehamilan usia tua antara lain adalah plasenta previa, preeklamsi dan eklamsi, anemia, *Intrauterine Fetal Death (IUFD)*, diabetes gestasional, ketuban pecah dini, serotinus atau kehamilan lewat bulan, kesakitan, kecacatan, bahkan kematian janin.

Kehamilan resiko tinggi adalah kehamilan yang akan menyebabkan terjadi bahaya dan komplikasi yang lebih besar baik pada ibu maupun pada janin dalam

kandungan dan dapat menyebabkan kematian, kesakitan, kecacatan, ketidaknyaman (Prawirohardjo, 2014).

Kehamilan risiko tinggi juga berdampak pada persalinan diantaranya perdarahan, partus macet dan sampai dengan kematian. Selain berdampak pada kehamilan dan persalinan, kehamilan risiko tinggi akan berdampak juga terhadap masa nifas yaitu ibu mengalami perdarahan post partum. Adapun dampak kehamilan risiko tinggi terhadap bayi yaitu bayi lahir premature, BBLR, ataupun bayi lahir dengan berat badan lebih, dan kematian bayi baru lahir (Prawirohardjo, 2014).

Asuhan kebidanan komprehensif merupakan asuhan kebidanan yang diberikan secara menyeluruh dari mulai hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas, neonatal sampai pada keluarga berencana. Asuhan kebidanan ini diberikan sebagai bentuk penerapan fungsi, kegiatan, dan tanggung jawab bidan dalam memberikan pelayanan kepada klien dan merupakan salah satu upaya untuk menurunkan AKI dan AKB (Fatimah, 2017).

Continuity Of Care (COC) adalah pelayanan yang dicapai ketika terjalin hubungan yang terus-menerus antara seorang wanita dan 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 (Fitriana, 2018).

Berdasarkan hasil survey di Praktik Bidan Mandiri (PMB) "E" yang beralamat di Simpang 4 Betungan, Kota Bengkulu data 1 tahun terakhir dari bulan Januari 2022 terdapat ibu hamil 85 orang yang melakukan kunjungan Antenatal Care (ANC) Adapun jumlah ibu bersalin mencapai 42 orang, jumlah BBL sebanyak 42 bayi hidup, dan jumlah ibu nifas sebanyak 42 orang. Sedangkan para kunjungan KB aktif sejumlah 220 orang, Suntik 3 bulan 75 orang, Suntik 1 bulan berjumlah 145 orang, pil 5 orang, implant 10 orang, IUD 4 orang.

Masalah yang terdapat pada masa kehamilan di PMB "E" , diperoleh kasus ibu hamil dengan resiko tinggi berjumlah 5 orang, salah satunya yaitu ibu "Y" umur 36 tahun G3P2A0, Data yang diperoleh dari buku KIA pada Ny. Y umur 36 tahun

G3P2A0 UK 17 minggu dan pendidikan terakhir SMA, pekerjaan IRT, suami Tn”S” pekerjaan suami swasta. Data yang diperoleh dari ibu dan buku KIA dimana pada kehamilan trimester I mengalami mual, muntah, tetapi tidak sering, untuk riwayat kesehatan sekarang, yang lalu, dan keluarga tidak mempunyai penyakit, riwayat kehamilan, persalinan, dan nifas yang lalu semuanya normal, ini merupakan pernikahan pertama,ibu mengatakan pernah menggunakan alat kontrasepsi IUD, suntik KB 3 bulan dan KB 1 bulan, informasi yang ibu ketahui tentang kehamilan yaitu ketidaknyamanan ibu hamil TM I. ibu makan seperti biasa seperti sebelum hamil. Respon keluarga sangat senang dengan kehamilan ibudan keluarga sangat mendukung, pengambilan keputusan adalah suami, ibu tidak memiliki kebiasaan serta pantangan selama hamil. Riwayat hasil TM I pemeriksaan ANC 1x pada usia kehamilan UK 6 minggu, BB sekarang 66 kg, TB 160 cm, LILA 24 cm, TD 110/80 mmHg, N 78 x/m, P 20x/m, suhu 36,7°C, BB Sebelum hamil 64 kg, BB TB 160 cm, N 80 x/m, P 24x/m,S 36,5°C, TFU belum teraba,DJJ-, telah dilakukan pemeriksaan dipuskesmas dengan Pemeriksaan laboratorium kadar Hb 13,7 gr/dl, HIV (-), hepatitis (-), sipilis (-), Imunisasi TT belum dilakukan, ibu belum pernah melakukan USG dan terapi yang sudah dikonsumsi yaitu tablet Fe, Kalk, vitamin C, diketahui HPHT 10-08-2022 dan TP 17-05-2023.

Pada TM II ibu mengeluh mudah lemas, hasil pemeriksaan yang telah dilakukan yaitu BB 70 kg, BB sebelum hamil 64 kg, IMT 25 kg/m, LILA 24 cm, TD 130/80 mmHg, N 78x/m, P 24x/m, S 36,2°C, hasil pemeriksaan fisik wajah tidak pucat, conjungtiva ananemis, mukosa bibir lembab, puting susu menonjol,TFU 3 Jari dibawah pusat, presentasi kepala, DJJ 153x/m, pemeriksaan Hb 13,7 gr/dl, Adapun penyebab ibu lemas adalah pola makan ibu tidak teratur,kebiasaan memilih-milih makanan, untuk penghasilan keluarga sama dengan UMR, ibu mengatakan mempunyai asuransi kesehatan yaitu BPJS, ibu telah mendapatkan KIE tentang perubahan fisiologis kehamilan, dari hasil yang diperoleh ibu belum melakukan pemeriksaan sesuai dengan standar pelayanan ANC, kemudian menganjurkan ibu melakukan kunjungan ulang setiap 2 minggu sekali atau apabila ada keluhan (Data primer, 2023).

Maka dari itu penulis berkesempatan untuk melakukan asuhan kebidanan secara *Continuity Of Care* (COC) yaitu asuhan berkelanjutan mulai dari masa kehamilan, proses persalinan, kunjungan nifas, kunjungan neonatus hingga program Keluarga Berencana (KB) pasca salin dengan prosedur terapi tindakan komplementer yang diberikan pada kehamilan dengan manajemen nutrisi, pada masa persalinan dengan birth ball, pada masa nifas tindakan komplementer yang diberikan pijat oksitosin dan pada KB akan diberikan asuhan yang mengarah pada MKJP (metode KB jangka panjang) dengan prosedur manajemen kebidanan dan didokumentasikan metode SOAP.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, maka rumusan masalahnya adalah: bagaimana asuhan kebidanan komprehensif pada ibu hamil dengan resiko tinggi usia ibu > 35 Tahun di PMB "E" Kota Bengkulu?

C. Tujuan Penyusunan

1. Diperoleh gambaran asuhan kebidanan pada ibu hamil usia lebih dari 35 tahun agar kehamilannya berjalan dengan normal tanpa komplikasi.
2. Diperoleh gambaran asuhan kebidanan pada ibu bersalin dengan usia lebih dari 35 tahun agar persalinan berjalan dengan normal tanpa komplikasi.
3. Diperoleh gambaran asuhan kebidanan pada ibu nifas dengan usia lebih dari 35 tahun agar nifasnya berjalan dengan normal tanpa komplikasi.
4. Diperoleh gambaran asuhan kebidanan pada neonatus agar tanpa komplikasi dan berhasil dalam proses menyusui.
5. Diperoleh gambaran asuhan kebidanan pada pelayanan KB agar ibu menjadi salah satu akseptor alat kontrasepsi.

D. Manfaat Penelitian

1. Tempat penelitian
Menambah wawasan, inovasi, dan dapat memberikan masukan bagi para Praktik Bidan dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan Asuhan kebidanan secara komprehensif.
2. Institusi pendidikan
Dapat mengaplikasikan ilmu yang diperoleh sebagai calon bidan saat kuliah dan lahan praktik seperti PMB dengan memberikan informasi tentang asuhan

kebidanan komplementer yang telah dipelajari dan sebagai bahan referensi untuk menambah wawasan mahasiswi di STIKes Sapta Bakti program studi DIII Kebidanan Bengkulu

3. Peneliti lainnya

Memberikan informasi baru kepada peneliti selanjutnya dan dapat menambah wawasan pengetahuan sehingga akan bermanfaat untuk pengembangan pendidikan selanjutnya serta dapat dijadikan referensi penelitian berikutnya di bidang yang sama

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Teori

1. Kehamilan

a. Konsep Teori kehamilan TM I, II, III

1) Pengertian

Kehamilan menurut Federasi Obstetri Ginekologi Internasional, kehamilan di definisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan midasi atau implemmentasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan atau 9 bulan menurut kalender internasional. Kehamilan terbagi dalam 3 trimester, dimana trimester I berlangsung dalam 12 minggu, trimester II 15 minggu (minggu ke 13-27) dan trimester ke III 13 minggu (minggu ke 28-40) (Prawirohardjo, 2014).

Kehamilan merupakan masa yang dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya lahir normal adalah 280 hari atau 40 minggu atau 9 bulan 7 hari. kehamilan dibagi menjadi 3 trimester yaitu: kehamilan trimester mulai dari 0- 14 minggu, kehamilan trimester II mulai 14-28 minggu, dan kehamilan trimester III mulai 29-42 minggu. Kehamilan adalah suatu proses yang natural bagi perempuan, dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin dengan rentang waktu 280 hari (40 minggu/ 9 bulan 7 hari) (Kemenkes, 2011).

Kehamilan usia tua merupakan kehamilan yang terjadi pada wanita berusia lebih atau sama dengan 35 tahun, baik primi maupun multi (Tukiran, 2014).

2) Tanda dan gejala Kehamilan

Tanda-tanda kehamilan sekumpulan tanda atau keajaala yang timbul pada wanita hamil dan terjadi akibat adanya perubahan psikologi dan fisiologi pada masa kehamilan menurut (Mochtar 2012).

- a) Tanda pasti hamil
 - (1) Gerakan janin yang dapat dilihat atau dirasa/diraba juga bagian janin.
 - (2) Denyut jantung janin : di dengar dengan stetoskop-monore leanec, dicetak dan di dengar alat Doppler, dicetak dnegan alat/foto elektro kardiogram, di lihat dengan USG
 - (3) Terlihat tulang-tulang janin dalam foto roentgen
 - b) Tanda presumtif/ tanda tidak pasti
 - (1) Amenorhoe (tidak haid)
 - (2) Nausea (eneg) dan emesis (muntah)
 - (3) Mengidam
 - (4) Mammae menajdi tegang dan membesar
 - (5) Anoreksia (tidak ada nafsu makan)
 - (6) Sering kencing
 - (7) Obstipasi
 - (8) Pigmentasi kulit
 - (9) Varises (penekanan pada vena-vena)
 - c) Tanda-tanda mungkin hamil
 - (1) Pembesaran, perubahan bentuk dan konsistensi Rahim
 - (2) Perubahan pada serviks
 - (3) Kontraksi Braxton hicks
 - (4) Balotemen
 - (5) Meraba bagian anak
 - (6) Pembesaran perut
 - (7) Tanda chedwick
- 3) Istilah tahapan dalam kehamilan
- Menurut Manuaba (2010) peristiwa terjadinya kehamilan diantaranya yaitu:
- a) Konsepsi

Yaitu bertemunya inti sel telur dan inti sel sperma yang nantinya akan membentuk zigot. Tempat bertemunya ovum dan sperma paling sering adalah di ampula tuba.

b) Pembelahan

Setelah itu zigot akan membelah menjadi dua sel (30 jam), 4 sel, sampai dengan 16 sel disebut blastomer (3 hari) dan membentuk sebuah gumpalan bersusun longgar. Setelah itu tiga hari sel-sel tersebut akan membelah membentuk morula (4 hari). Saat morula masuk rongga rahim, cairan mulai menembus zona pellusida masuk ke dalam ruang antar sel yang ada di massa sel dalam Zona pellusida akan menghilang sehingga trofoblas akan masuk ke endometrium sehingga siap berimplantasi (5-6 hari) dalam bentuk blastokista tingkat lanjut.

c) Nidasi atau implantasi

Seiring waktu sel yang terus membelah berjalan terus menuju endometrium maka terjadilah proses penanaman blastula yang berlangsung pada hari ke 6-7 setelah konsepsi.

d) Pertumbuhan dan Perkembangan

Embrio Setelah terjadi nidasi, embrio terus bertumbuh dan berkembang sampai usia kehamilan sekitar 40 minggu.

4) Perubahan fisiologi dan psikologis selama kehamilan

a) Perubahan Fisiologis Pada Kehamilan

Berikut perubahan-perubahan yang terjadi pada ibu hamil (Pantikawati, dkk.2010).

(1) Trimester I

(a) Uterus

Ibu hamil uterusnya tumbuh membesar akibat pertumbuhan isi konsepsi. Hormone estrogen menyebabkan hiperplasi jaringan, hormone progesterone berperan untuk elastisitas/ kelenturan uterus.

Tabel 2.1
Tinggi Fundus Uteri menurut Leopold

No.	Usia kehamilan	Tinggi Fundus Uteri
1	12 minggu	1-2 jari diatas simpisis
2	16 minggu	Pertengahan simpisis-pusat
3	20 minggu	3 jari dibawah pusat
4	24 minggu	Setinggi pusat
5	28 minggu	2-3 jari diatas pusat
6	32 minggu	Pertengahan pusat –px
7	38 minggu	3 jari dibawah px
8	40 minggu	Pertengan pusat-px

Sumber : Sofian A.(2012)

Tabel 2.2
Tinggi Fundus Uteri Menurut Mc.Donald

No.	Usia kehamilan	Tinggi Fundus Uteri
1	20 minggu	20 cm
2	24 minggu	23 cm
3	28 minggu	26 cm
4	32 minggu	30 cm
5	36 minggu	33 cm

Sumber : Penentuan Usia Kehamilan menurut Mc.Donald (2009)

(b) Vagina dan vulva

Akibat hormone estrogen, vagina dan vulva mengalami perubahan pula. Sampai minggu ke-8 mengakibatkan vagina dan vulva tampak lebih merah, agak kebiruan (lividae) tanda ini disebut tanda Chadwick

(c) Ovarium

Pada permulaan kehamilan masih terdapat korpus luteum gravidarum berdiameter kira-kira 3 cm.

(d) Serviks uteri

pada kehamilan juga mengalami perubahan karena hormone estrogen.

(e) Payudara/mammae

Mammae akan membesar dan tegang akibat hormone somatomamotropin, estrogen dan progesterone, tetapi belum mengeluarkan ASI. Papilla mammae akan membesar, lebih tegang

dan tambah lebih hitam, seperti seluruh areola mammae karena hiperpigmentasi.

(f) Perkemihan

Pada bulan-bulan pertama kehamilan kandung kencing tertekan sehingga sering timbul kencing.

(g) Sirkulasi darah

Sirkulasi darah ibu dalam kehamilan dipengaruhi oleh sirkulasi ke plasenta, uterus yang membesar dengan pembuluh darah yang membesar pula.

(h) Sistem pemafasan

Kebutuhan oksigen ibu meningkat sebagai respon terhadap laju metabolik dan peningkatan kebutuhan dasar oksigen jaringan uterus dan payudara.

(2) Trimester II

(a) Uterus

Pada kehamilan 16 minggu, cavum uteri sama sekali diisi oleh ruang amnion yang terisi janin dan isthimus menjadi bagian korpus uteri. Bentuk uterus menjadi bulat dan berangsur-angsur berbentuk lonjong seperti telur, ukurannya kira-kira sebesar kepala bayi atau tinju orang dewasa.

(b) Vulva dan Vagina

karena hormone estrogen dengan progesterone meningkat dan mengakibatkan pembulu-pembulu darah alat genetalia membesar.

(c) Ovarium

Pada usiakehamilan 16 minggu, plasenta terbentuk dan menggantikan fungsi korpus luteum graviditarum.

(d) Serviks Uteri

Konsistensi serviks menjadi lunak dan kelenjar-kelenjar di serviks akan berfungsi lebih dan akan mengeluarkan sekresi lebih banyak.

(e) Payudara/ Mammae

Pada kehamilan 12 minggu keatas dari putting susu dapat keluar cairan berwarna putih agak jernih disebut colostrum.

(f) Perkemihan

Kandung kencing tertekan oleh uterus yang membesar mulai berkurang. Pada trimester kedua, kandung kemih tertarik ke atas dan keluar dari panggul sejati ke arah abdomen.

(g) Sistem Pernapasan

Karena adanya penurunan tekanan CO₂ seorang wanita hamil sering mengeluh sesak nafas sehingga meningkatkan usaha bernafas.

(h) Kenaikan Berat Badan

Kenaikan berat badan 0,40 kg/400 Gram perminggu selama masa kehamilan.

(3) Trimester III

perubahan fisiologis yang terjadi pada trimester III adalah sebagai berikut:

(a) Kenaikan berat badan, biasanya 350-500 gram/minggu.

(b) Perubahan pada uterus

Yang paling mencolok yaitu tinggi fundus uteri yang sebelumnya setinggi pusat, pada usia kehamilan 28-32 minggu tinggi fundus uteri 2 jari di atas pusat, pada usia kehamilan 33-36 minggu tinggi fundus uteri pertengahan pusat dan px, pada usia kehamilan 37-40 minggu tinggi fundus uteri 2 jari dibawah px (setinggi iga terakhir).

(c) Perubahan pada mammae yaitu adanya pengeluaran colostrum.

(d) Bila kepala sudah turun ke rongga panggul kecil maka akan menekan kandung kemih sehingga menimbulkan sering kencing.

b) Perubahan Psikologis Selama kehamilan

(1) Perubahan psikologis trimester 1

(a) Ibu merasa tidak sehat dan terkadang merasa benci dengan kehamilannya

(b) Kadang muncul penolakan, kekecewaan, kecemasan dan kesedihan.

(c) Ibu selalu mencari tanda-tanda apakah ia benar-benar hamil. Hal ini dilakukan sekedar menyakinkan dirinya.

- (d) Setiap perubahan yang terjadi dalam dirinya akan selalu mendapat perhatian dengan seksama.
 - (e) Oleh karena itu perutnya masih kecil, kehamilan merupakan rahasia seorang ibu yang mungkin akan diberitahunya kepada orang lain atau malah merahasiakannya.
 - (f) Hasrat untuk melakukan seks berbeda-beda pada setiap wanita, tetapi kebanyakan akan mengalami penurunan.
- (2) Perubahan psikologis trimester II
- a) Ibu merasa sehat, tubuh ibu sudah terbiasa dengan kadar hormone yang tinggi.
 - b) Ibu sudah bisa menerima kehamilannya.
 - c) Merasakan gerakan janin.
 - d) Merasa terlepas dari ketidaknyamanan dan kekhawatiran.
 - e) Libido meningkat.
 - f) Menuntut perhatian dan cinta.
 - g) Merasa bahwa janin yang dikandungnya merupakan bagian dari dirinya.
 - h) Ketertarikan dan aktivitasnya terfokus pada kehamilannya, kelahiran, dan persiapan untuk peran baru.
- (3) Perubahan Psikologis Trimester III
- (a) Rasa tidak nyaman timbul kembali, merasa dirinya jelek, aneh, dan tidak menarik.
 - (b) Merasa tidak menyenangkan ketika bayinya tidak lahir tepat waktu.
 - (c) Takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang timbul pada saat melahirkan, khawatir akan keselamatannya.
 - (d) Khawatir bayinya akan dilahirkan dalam keadaan tidak normal.
 - (e) Merasa kehilangan perhatian.
 - (f) Perasaan mudah terluka (sensitif)

(g) Libido menurun.

5) Tanda-tanda bahaya selama kehamilan (TM I,II,III)

Tanda bahaya kehamilan (Pantikawati, dkk, 2013), yaitu :

a) Trimester I

Bahaya Kehamilan Trimester I meliputi :

- (1) Perdarahan pervaginam
- (2) Mual muntah berlebihan
- (3) Sakit kepala yang hebat
- (4) Penglihatan kabur
- (5) Nyeri perut yang hebat
- (6) Gerakan janin berkurang
- (7) Bengkak pada wajah, kaki dan tangan
- (8) Selaput kelopak mata pucat
- (9) Demam tinggi
- (10)Kejang
- (11)Keluar air ketuban sebelum waktunya

b) Trimester II

Tanda bahaya kehamilan trimester II yaitu:

- (1) Demam tinggi
- (2) Bayi kurang bergerak seperti biasa
- (3) Selaput kelopak mata pucat

c) Trimester III

- (1) Perdarahan pervaginam
- (2) Sakit kepala yang hebat dan menetap
- (3) Penglihatan kabur
- (4) Bengkak diwajah dan jari-jari tangan
- (5) Keluar cairan pervaginam
- (6) Gerakan janin tidak terasa
- (7) Nyeri abdomen yang hebat

6) Standar pelayanan Antenatal Care (ANC) 10 T

a) Pengertian Antenatal Care

ANC (Antenatal Care) merupakan perawatan atau asuhan yang diberikan kepada ibu hamil sebelum kelahiran, yang berguna untuk memfasilitasi hasil yang sehat dan positif bagi ibu hamil atau bayinya dengan menegakkan hubungan kepercayaan dengan ibu, mendeteksi komplikasi yang dapat mengancam jiwa, mempersiapkan kelahiran dan memberikan pendidikan kesehatan (Mufdliah,2016).

b) Standar minimal kunjungan kehamilan

Menurut Kemenkes (2020) ibu hamil melakukan ANC sesuai setandar pelayanan yaitu minimal 6 kali:

- (1) 2 kali pada trimester I
- (2) 1 kali pada trimester II
- (3) 3 kali pada trimester III

Menurut Permenkes Nomor 21 tahun 2021 ibu hamil mendapatkan pelayanan antenatal terpadu dan komprehensif sesuai standard selama kehamilan minimal 6 kali dengan distribusi waktu:

- (a) 1 kali pada trimester I
- (b) 2 kali pada trimester II
- (c) 3 kali pada trimester III

Dengan pelayanan ANC oleh Dokter pada trimester I dan III.

Menurut Kementrian Kesehatan RI (2016),standar asuhan antenatal terdiri dari 10T yang wajib diberikan seorang bidan ketika ibu hamil melakukan pemeriksaan kehamilan yaitu :

c) Standar Pelayanan Minimal

Pelayanan antenatal sesuai standard adalah pelayanan yang diberikan kepada ibu hamil minimal 8 kali selama kehamilan dengan jadwal dua kali pada trimester pertama, dua kali pada trimester kedua dan empat kali pada trimester ketiga yang dilakukan oleh bidan dan atau dokter spesialis kebidanan baik yang bekerja di fasilitas kesehatan pemerintah maupun swasta yang memiliki surat tanda register (STR). (permenkes 2016).

Indeks Masa Tubuh (IMT) ibu Hamil

Indeks Massa Tubuh (IMT) atau Body Mass Index (BMI) merupakan alat atau cara sederhana untuk memantau status gizi orang dewasa, khususnya yang berkaitan dengan kekurangan dan kelebihan berat badan (Supriasa, 2016). Menurut Kemenkes (2014), Indeks Massa Tubuh (IMT) dapat dihitung dengan membagi besaran Berat Badan (BB) dalam kilogram (kg) dengan Tinggi Badan (TB) dalam meter (m) kuadrat sesuai formula berikut :

$$\frac{\text{Berat badan (kg)}}{\text{Tinggi badan (m)} \times \text{tinggi badan (m)}}$$

Keterangan :

BB = berat badan dalam kilogram

TB = tinggi badan dalam meter

Peningkatan berat badan ibu hamil selama kehamilan yang direkomendasikan sesuai IMT adalah sebagai berikut :

Tabel 2.3 IMT Ibu hamil

IMT Pra Hamil	Kenaikan BB Total Selama Hamil	Laju kenaikan BB Pada TM III (kg/mg)
Gizi kurang/KEK (<18,5)	12,71-18,16	0,45-0,59
Normal (18,5-24,9)	11,35-15,89	0,36-0,45
Kelebihan BB (25,0-29,9)	6,81-11,35	0,23-0,32
Obesitas (>30,0)	4,99-9,08	0,18-0,27

Menurut Kemenkes (2014),

Antenatal Care(ANC) tersebut merupakan standar pelayanan yang dilakukan kepada ibu hamil dengan memenuhi kriteria 10T yaitu:

- 1) Timbang berat badan dan ukur tinggi badan.
- 2) Ukuran tekanan darah
- 3) Nilai status gizi (ukur lingkaran lengan atas /LILA)
- 4) Ukur tinggi puncak rahim (fundus uteri)
- 5) Tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ)
- 6) Skrining status imunisasi tetanus dan berikan imunisasi tetanus toksoid (TT) bila diperlukan.

- 7) Pemberian tablet tambah darah minimal 90 tablet selama kehamilan
 - 8) Tes laboratorium, tes kehamilan, pemeriksaan hemoglobin (HB), pemeriksaan golongan darah (bila belum pernah dilakukan sebelumnya), pemeriksaan protein urin (bila ada indikasi), yang pemberian pelayanannya disesuaikan dengan trimester kehamilan.
 - 9) Tatalaksana penanganan kasus sesuai kewenangan.
 - 10) Temu wicara (konseling) (permenkes 2016).
- 7) Pendidikan kesehatan trimester I, II, III
- Pendidikan kesehatan adalah Profesi yang mendidik masyarakat tentang kesehatan, meliputi kesehatan lingkungan, kesehatan fisik, kesehatan sosial, kesehatan emosional, kesehatan intelektual dan kesehatan rohani (WHO, 2015)
- a) Trimester I

Pada trimester pertama ibu sering mengalami mual muntah, berikan konseling kepada ibu untuk mengatasi mual dan muntah dengan cara mengatur pola makan, dengan makan sedikit tapi sering, hindari makana yang berminyak, makan makanan ringan dan kering, hindari bau yang memicu terjadinya mual dan muntah
 - b) Trimester II

Pada trimester kedua biasanya perut ibu mulai membesar sehingga ibu tidak percaya diri akan keadaan tubuhnya, berikan konseling kepada suami dan keluarga untuk memberikan support dan mental kepada ibu
 - c) Trimester III
 - (a) Pada trimester ini ibu biasanya mengalami kaki bengkak berikan konseling untuk mengatasi bengkak pada kaki ibu bisa meninggikan kaki saat beristirahat dengan cara diganjal dan membiasakan tidur miring ke kiri
 - (b) Ibu juga biasa mengalami sering kecing berikan konseling kepada ibu hal itu adalah hal yang normal, hindari kebiasaan menahan kencing, untuk mengurangi frekuensi kencing di malam hari kurangi minum pada waktu

8) kehamilan dengan resiko tinggi

a) Pengertian

Kehamilan risiko tinggi adalah kehamilan yang akan menyebabkan terjadinya bahaya dan komplikasi yang lebih besar baik terhadap ibu maupun terhadap janin yang akan dikandungnya selama masa kehamilan, melahirkan ataupun ifas bila dibandingkan dengan kehamilan persalinan dan nifas normal. (Rangkul & Harahap, 2020)

Kehamilan risiko tinggi adalah kehamilan yang dapat menyebabkan ibu dan bayi menjadi sakit atau meninggal sebelum kelahiran berlangsung (Indrawati, 2016).

Kehamilan di usia tua ialah kehamilan yang terjadi pada wanita berusia lebih dari atau sama dengan 35 tahun, baik primi maupun multigravida (Tukiran, 2014).

Karakteristik ibu hamil diketahui bahwa faktor penting penyebab resiko tinggi pada kehamilan terjadi pada kelompok usia <20 tahun dan usia >35 tahun dikatakan usia tidak aman karena saat bereproduksi pada usia <20 tahun dimana organ reproduksi belum matang sempurna dan umur >35 tahun dimana kondisi organ reproduksi wanita sudah mengalami penurunan kemampuan untuk bereproduksi. (Hapsari, 2014).

Hamil di usia ≥ 35 tahun memiliki resiko kehamilan dan persalinan sangat tinggi yang dapat merugikan kesehatan ibu dan bayi. Kematian maternal pada usia lebih tinggi daripada kematian maternal pada usia 20-34 tahun. Pada usia ≥ 35 terjadi penurunan fungsi pada jaringan alat-alat kandungan dan jalan lahir tidak lentur lagi (Prawirohardjo, 2018)

Penyebab kematian ibu secara tidak langsung dikarenakan keterlambatan maupun kesalahan sewaktu pertolongan persalinan. Belum memadainya pengawasan antenatal juga menyebabkan terjadinya penyulit dan kehamilan resiko tinggi ataupun komplikasi kehamilan. Masih banyaknya ibu dengan 4T (terlalu tua, terlalu muda, terlalu dekat dan terlalu banyak) (Manuaba, 2017).

Umur optimal bagi seorang ibu untuk hamil adalah 20-35 tahun, dibawah dan diatas umur tersebut akan meningkatkan resiko kehamilan maupun

persalinan. Pertambahan umur diikuti oleh perubahan perkembangan organ-organ dalam rongga pelvis. Pada wanita usia muda dimana organ-organ reproduksi belum sempurna secara keseluruhan dan kejiwaan belum siap menjadi seorang ibu maka kehamilan dapat berakhir dengan suatu keguguran, bayi berat lahir rendah (BBLR), dan dapat disertai dengan persalinan macet. Umur hamil pertama yang ideal bagi seorang wanita adalah 20 tahun, sebab pada usia tersebut rahim wanita sudah siap menerima kehamilan (Manuaba, 2017)

2. Resiko yang Dapat Terjadi pada Ibu Hamil dengan Usia ≥ 35 Tahun
 - a. Preeklamsia dan Eklamsia

Sehubungan dengan makin tingginya usia ibu, uterine semakin mengalami degenerasi. Patofisiologi terjadinya preeklampsia sampai saat ini pun belum diketahui dengan jelas. Banyak teori yang telah dikemukakan mengenai terjadinya hipertensi dalam kehamilan. Harrison (2012) menyebutkan bahwa preeklampsia dapat terjadi akibat kelainan implantasi plasenta, serta akibat perubahan pada ginjal dan sistem vaskuler secara keseluruhan, dimana, akibat adanya disfungsi endotel, faktor-faktor yang memungkinkan perkembangan pembuluh darah menjadi berubah, menyebabkan timbulnya lesi yang khas pada sel endotel glomerulus, yang ditandai dengan adanya mikroskopis thrombus, sehingga mengakibatkan menurunnya fungsi ginjal (Rochdjati, 2014)

Kemenkes RI, 2018, menyebutkan bahwa untuk mengurangi kejadian pre-eklamsia, bidan dapat mencegahnya dengan mengurangi faktor risiko dengan mendeteksi dini faktor risiko, memberi konseling kepada ibu untuk mengatur usia reproduksi (20-35 tahun), mengatur berat badan ibu serta melakukan kunjungan ANC minimal 6 kali.

Penatalaksanaan

- (1) Banyak istirahat (berbaring tidur/miring)
- (2) Tirah baring
- (3) Diet: cukup protein, rendah karbohidrat, lemak dan garam
- (4) Suplemen kalsium dan magnesium

(5) Obat anti hipertensi dan dirawat dirumah sakit bila ada kecenderungan menjadi eklamsi

b. Plasenta Previa

Plasenta previa digunakan untuk menggambarkan plasenta yang berimplantasi di atas atau sangat berdekatan dengan ostium uteri internum. Usia ibu yang semakin lanjut meningkatkan risiko plasenta previa. Terdapat 1 insiden dalam 1500 kehamilan pada perempuan kelompok usia ≤ 19 tahun dan sebesar 1 insiden dalam 100 kehamilan pada perempuan kelompok usia >35 tahun. Penelitian FASTER juga menyebutkan, mereka yang berusia >35 tahun memiliki risiko 1,1% untuk mengalami plasenta previa dibandingkan dengan wanita yang berusia <35 tahun yang hanya beresiko 0,5% (Rochdjati, 2018).

Penatalaksanaan

Menurut eastman bahwa tiap perdarahan trimester ketiga yang lebih dari show (perdarahan inisial), harus dikirim kerumah sakit tanpa dilakukan manipulasi apapun baik rectal maupun vagina. Apabila pada penilaian baik, perdarahan sedikit, janin masih hidup, belum inpartu, kehamilan belum cukup 37 minggu atau berat badan janin dibawah 2500 gr, maka kehamilan dapat dipertahankan istirahat dan pemberian obat-obatan dan observasilah dengan teliti.

c. Anemia

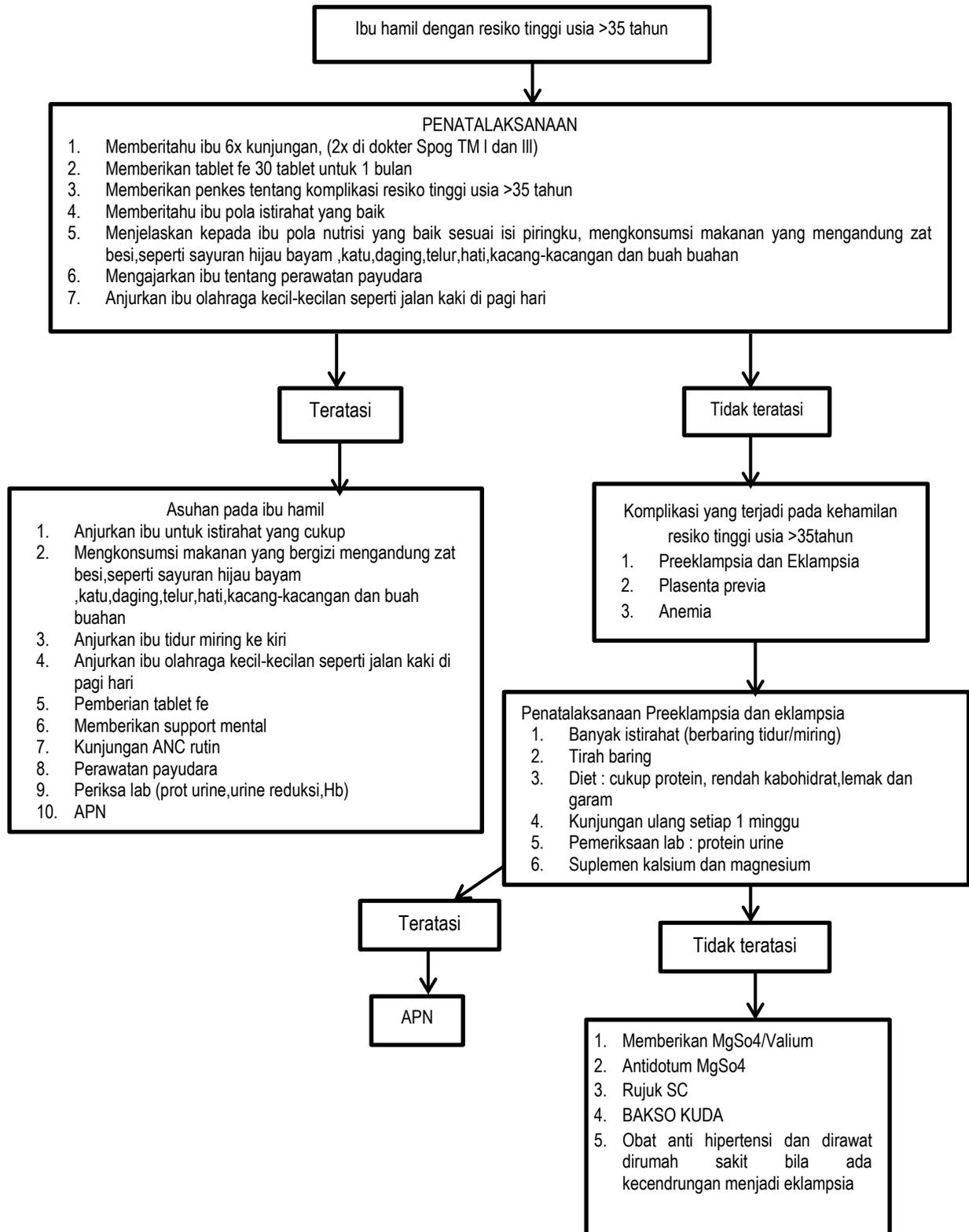
Anemia pada kehamilan adalah karena kekurangan zat besi. Jika persediaan zat besi minimal, maka setiap kehamilan akan mengurangi persediaan zat besi tubuh dan akhirnya menimbulkan anemia. Pada kehamilan relatif terjadi anemia karena darah ibu hamil mengalami hemodilusi atau pengenceran dengan peningkatan volume 30% sampai 40% yang puncaknya pada kehamilan 32 sampai 34 minggu. Pada ibu hamil yang mengalami anemia biasanya ditemukan ciri-ciri lemas, pucat, cepat lelah, mata berkunung-kunang. Pemeriksaan darah dilakukan minimal dua kali selama kehamilan yaitu pada trimester pertama dan trimester ketiga (Sulistyawati, 2017).

Upaya pencegahan dapat dilakukan dengan pemberian suplemen Fe dosis rendah 30 mg pada trimester III ibu hamil non anemik Hb ≥ 11 gr/dl, sedangkan untuk hamil dengan anemia defisiensi besi dapat diberikan suplemen sulfat 325 mg 1-2 kali sehari. Untuk yang disebabkan oleh defisiensi asam folat dapat diberikan asam folat 1 mg/hari atau untuk dosis pencegahan dapat diberikan 0,4 mg/hari. dan bisa juga diberi vitamin B12 100-200 mcg/hari (Budiarti, 2014)

Penatalaksanaan

- (1) Mengonsumsi makanan yang mengandung zat besi seperti daging, sayuran hijau, dan kacang-kacangan
 - (2) Mengonsumsi vit C lebih banyak seperti jeruk, jambu biji dan lain lain
 - (3) Anjurkan ibu tetap minum tablet Fe
 - (4) Istirahat yang cukup.
3. Asuhan Kebidanan Kehamilan dengan Usia 35 Tahun
- a. Berikan KIE tentang pemeriksaan kehamilan di fasilitas kesehatan pada trimester III minimal 2x kunjungan.
 - b. Berikan KIE tentang ANC terpadu yang meliputi pemeriksaan laboratorium urin dan darah, pemeriksaan gizi, gigi dan pemeriksaan penunjang lainnya.
 - c. KIE tentang persiapan persalinan sesuai faktor resiko ibu hamil untuk bersalin di fasilitas kesehatan atau rumah sakit dan di tolong oleh tenaga kesehatan.
 - d. Libatkan keluarga untuk memberikan dukungan pada ibu.
 - e. Jelaskan tanda- tanda persalinan.
 - f. Anjurkan ibu untuk melakukan pemeriksaan kehamilan setiap 1 minggu atau apabila ada keluhan (Kemenkes RI, 2018).

a) Bagan Hamil Resiko tinggi umur >35 tahun
Bagan 2.1



Sumber : Hadjono, 2011

2. Persalinan

a. Konsep teori persalinan

1) Pengertian

Persalinan merupakan proses alami yang bertanggung secara alamiah, walau demikian tetap diperlukan pemantauan khusus karena setiap ibu memiliki kondisi kesehatan yang berbeda-beda sehingga mengurangi resiko kematian ibu dan janin pada saat persalinan (Nurhayati, 2019).

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 (Kumiarum, 2016).

a) Jenis-jenis persalinan

(1) Jenis persalinan berdasarkan bentuk terjadinya

(a) Persalinan normal adalah pengeluaran buah kehamilan pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala, hasil konsepsi di keluarkan sebagai akibat kontraksi teratur, sering dan kuat, perdarahan <500 cc, plasenta keluar <30 menit setelah janin lahir. (Elisabeth dan Endang, 2015).

(b) Persalinan anjuran adalah persalinan rangsangan, bias dengan masase mengosongkan kandung kemih, dan menggunakan obat-obatan seperti oksitosin. (Elisabeth dan Endang, 2015).

(c) Persalinan buatan adalah pengeluaran buah kehamilan dengan bantuan alat- alat seperti vakum dan forcep. (Elisabeth dan Endang 2015).

(2) Jenis persalinan menurut lama kehamilan dan berat janin

(a) Abortus

Adalah pengeluaran hasil konsepsi dimana usia kehamilan kurang dari 20 minggu dan berat janin kurang dari 1000 gram.

(b) Partus prematurus

Adalah proses pengeluaran hasil konsepsi dimana usia kehamilan antara 28-36 dengan berat janin kurang dari 2500 gr.

(c) Persalinan aterm

Yaitu pengeluaran hasil konsepsi dimana usia kehamilan cukup bulan, dengan usia kehamilan 37-40 minggu dengan berat janin 2500-4000 gr.

(d) Partus serotinus atau post maturus

Adalah proses pengeluaran hasil konsepsi dimana usia kehamilan lebih dari 40 minggu.

2) Tahap Persalinan Kala I, II, III

Menurut JNPK-KR (2017), ada 4 kala dalam persalinan yang terdiri dari kala I, kala II, kala III, kala IV.

a) Kala I

Persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus yang teratur dan meningkat (frekuensi dan kekuatannya) hingga serviks membuka lengkap (10cm).

Kala satu persalinan terdiri atas dua fase, yaitu fase laten dan fase aktif (JNPKKR, 2017).

(1) Fase Laten

(a) Dimulai sejak awal berkontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap.

(b) Berlangsung hingga serviks membuka kurang dari 4cm.

(c) Pada umumnya, fase laten berlangsung hamper atau hingga 8 jam Kontraksi mulai teratur tetapi lamanya di antara 20-30 detik (JNPKKR,2017).

(2) Fase Aktif

- (a) Frekuensi dan lama kontraksi uterus akan meningkat secara bertahap (kontraksi dianggap adekuat/memadai jika terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit, dan berlangsung selama 40 detik atau lebih).
- (b) Dari pembukaan 4cm hingga mencapai pembukaan lengkap atau 10cm, akan terjadi dengan kecepatan rata-rata 1 cm per jam (nullipara atau primigravida) atau lebih dari 1cm hingga 2cm (multipara).
- (c) Terjadi penurunan bagian terbawah janin (JNPK-KR, 2017).

b) Kala II

Persalinan dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap 10cm dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala dua juga disebut sebagai kala pengeluaran bayi. Tanda dan gejala kala dua persalinan adalah

- (a) Ibu merasakan ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi.
- (b) Ibu merasakan adanya peningkatan tekanan pada rectum dan/atau vaginanya.
- (c) Perineum menonjol.
- (d) Vulva-vagina dan sfingter ani membuka.
- (e) Meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah. Tanda pasti kala II ditentukan melalui pemeriksaan dalam yang hasilnya adalah pembukaan serviks telah lengkap, atau terlihatnya bagian kepala bayi melalui introitus vagina. Pada primigravida, kala II berlangsung 2 jam, dan pada multigravida berlangsung 1 jam (JNPK-KR, 2017).

c) Kala III

Kala III dimulai setelah lahirnya bayi sampai dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban.

- (1) Tanda-tanda lepasnya plasenta
 - (a) Perubahan bentuk dan tinggi fundus
 - (b) Tali pusat memanjang
 - (c) Semburan darah mendadak dan singkat (JNPK-KR, 2017).
- (2) Manajemen Aktif Kala III (MAK III) terdiri dari tiga langkah utama yaitu :
 - (a) Pemberian suntikan Oksitosin dalam 1 menit pertama setelah Lahir
 - (b) Melakukan penegangan tali pusat terkendali
 - (c) Masase fundus uteri.

Keuntungan dari manajemen aktif kala III yaitu persalinan kala III lebih singkat, mengurangi jumlah kehilangan darah, dan mengurangi kejadian retensio plasenta (JNPK-KR, 2017).

d) Kala IV

dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam setelah itu.

Observasi yang dilakukan pada kala IV adalah:

- (a) Tingkatkan kesadaran
- (b) Pemeriksaan tanda tanda vital, tekanan darah, nadi, suhu, dan pernafasan
- (c) Kontraksi uterus
- (d) Perdarahan Dikatakan perdarahan jika darah yang keluar >500 cc untuk persalinan normal dan >1000 cc untuk persalinan SC.

3) Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan

Terdapat beberapa faktor yang dapat mempengaruhi proses persalinan, berikut:

faktor-faktor tersebut menurut Kurniarum (2016):

a) Passage (Panggul Ibu)

Passage atau faktor jalan lahir dibagi atas:

- (1) Bagian keras: tulang tulang panggul (rangka panggul)
- (2) Bagian lunak: otot-otot jaringan-jaringan dan ligament ligament

b) Power atau Kekuatan

Power atau kekuatan terdiri dari:

(1) Kontraksi Uterus

Kekuatan yang mendorong janin dalam persalinan adalah his, kontraksi otot penit, kontraksi diafragma, dan aksi dari ligamen.

(2) Tenaga mengejan

Tenaga ini serupa dengan tenaga mengejan waktu kita buang air besar tapi jauh lebih kuat lagi

c) Passanger Janin, plasenta dan air ketuban.

d) Penolong

Penolong persalinan perlu kesiapan, dan menerapkan asuhan sayang ibu. Asuhan sayang ibu adalah asuhan yang menghargai budaya, kepercayaan dan keinginan sang ibu.

e) Psikologis

Kelahiran bayi merupakan peristiwa penting bagi kehidupan seorang ibu dan keluarganya. Banyak ibu mengalami psikis (kecemasan, keadaan emosional wanita) dalam menghadapi persalinan.

4) Tanda-tanda Persalinan

Tanda-tanda Persalinan menurut Rosyati (2017), yaitu:

a) Tanda dan Gejala Inpartu

(1) Penipisan dan pembukaan serviks

(2) Kontraksi uterus yang mengakibatkan perubahan serviks (frekuensi minimal 2 kali dalam 10 menit)

(3) Cairan lendir bercampur darah "show" melalui vagina

b) Tanda-Tanda Persalinan.

(1) Ibu merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi

(2) Ibu merasakan adanya peningkatan tekanan pada rektum dan perinium menonjol

(3) Vulva-vagina dan spingter ani membuka

(4) Meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah

c) Komplikasi Dalam Persalinan

- (a) Infeksi
- (b) Retensio plasenta
- (c) Hemotom pada vulva
- (d) Rupture uteri
- (e) Emboli di ketuban
- (f) Ruftur perineum

d) Mekanisme Persalinan

Persalinan normal diawali dengan turunnya kepala dari rongga panggul besar ke rongga panggul kecil, melewati pintu atas panggul (melintang). Dalam keadaan 3 kondisi yang pertama adalah apabila sutura sagitalis diantara promontorium dan simpisis atau ospariental depan dan ospariental belakang sejajar dengan sinklitismus. Apabila sutura sagitalis mendekati promontorium atau ospariental depan lebih rendah dari ospariental belakang dinamakan asinklitismus posterior. Apabila sutura sagitalis mendekati simpisis atau ospariental depan lebih tinggi dari pada ospariental belakang dinamakan asinklitismus anterior.

Kemudian kepala janin masuk dari rongga panggul besar menuju rongga panggul kecil dan terjadilah fleksi, dagu mendekati dada kemudian diikuti dengan terjadinya putaran paksi dalam diikuti dengan ekstensi atau defleksi sehingga ubun-ubun kecil tepat berada dibawah simpisis kemudian lahirlah ubun-ubun besar, ubun-ubun kecil, dan lain-lain.

Kemudian putaran paksi luar mengikuti sumbu tubuh janin, posisi tangan penolong bipariental, tarik kebawah untuk melahirkan bahu depan, tarik ke atas untuk melahirkan bahu belakang, sanggah dan susur seluruh badan bayi dan terjadilah ekspulsi.

5) Prinsip dalam Persalinan

Yaitu mengupayakan kelangsungan hidup dan mencapai derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayi melalui berbagai upaya yang terintegrasi dan lengkap serta intervensi minimal sehingga prinsip

keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat optimal. Dengan pendekatan-pendekatan seperti ini berarti bahwa setiap intervensi yang akan diaplikasikan dalam asuhan persalinan normal harus mempunyai alasan dan bukti ilmiah yang kuat tentang manfaat intervensi tersebut bagi kemajuan dan keberhasilan proses persalinan.

Praktik-praktik pencegahan yang akan dijelaskan pada asuhan persalinan normal meliputi:

- a) Mencegah infeksi secara konsisten dan sistematis.
- b) Memberikan asuhan rutin dan pemantauan selama persalinan dan setelah bayi lahir, termasuk penggunaan partograf
- c) Memberikan asuhan sayang ibu secara rutin selama persalinan pasca persalinan dan nifas
- d) Menyiapkan rujukan ibu bersalin
- e) Menghindari tindakan-tindakan berlebihan atau berbahaya
- f) Penatalaksanaan aktif kala III secara rutin
- g) Mengasuh bayi baru lahir
- h) Memberikan asuhan dan pemantauan ibu dan bayi
- i) Mengajarkan ibu dan keluarga untuk mengenali secara dini bahaya yang mungkin terjadi selama masa nifas pada ibu dan bayi
- j) Mendokumentasikan semua asuhan yang telah diberikan. Ada lima aspek dasar atau lima benang merah, yang penting dan saling berkaitan dalam asuhan persalinan yang bersih dan aman. Berbagai aspek tersebut melekat pada setiap persalinan, baik normal maupun patologis.

Lima benang merah tersebut adalah:

- (a) Membuat keputusan klinik

Membuat keputusan klinik adalah proses pencegahan masalah yang akan digunakan untuk merencanakan arahan bagi ibu dan bayi baru lahir. Tujuh langkah dalam membuat keputusan klinik:

- (1) Pengumpulan data utama dan relevan untuk membuat keputusan.
- (2) Menginterpretasikan data dan mengidentifikasi masalah.
- (3) Membuat diagnosis atau menentukan masalah yang terjadi.

- (4) Menilai adanya kebutuhan dan kesiapan Intervensi untuk mengetasi masalah.
- (5) Menyusun rencana pemberian asuhan atau intervensi untuk solusi masalah. Mementau dan mengevaluasi asuhan atau intervertasi.

(b) Asuhan sayang ibu dan sayang bayi

Asuhan sayang ibu dan sayang bayi adalah asuhan dengan prinsip saling menghargai budaya, kepercayaan, dan keinginan sang ibu. Salah satu prinsip dasarnya adalah mengikutserakan suami dan keluarga selama proses persalinan kelahiran bayi. Perhatian dan dukungan kepada ibu selama usb proses persalinan akan mendapat rasa aman dan keluarga yang lebih baik. Juga mengurangi jumlah persalinan dengan tindakan (ekstrasi vakum, cuman, dan seksio sesar) dan persalinan akan berlangsung lebih cepat. Asuhan sayang ibu dalam proses persalinan:

- (1) Memanggil ibu sesuai mananya, menghargai dan memperlakukan sesuai martabatnya.
- (2) Menjelaskan asuhan dan perawatan yang akan diberikan pada ibu sebelum memulai asuhan tersebut.
- (3) Menjelaskan proses persalinan pada ibu dan keluarganya.
- (4) Menganjurkan ibu untuk bertanya dan membicarakan rasa takut atau khawatir.
- (5) Mendengara dan menanggapi pertanyaan dan kekhawatiran ibu.
- (6) Memberikan dukungan, membesarkan hatinya, dan menentramkan lar une perasaan ibu beserta anggota keluarga lain.
- (7) Menganjurkan ibu untuk ditemani suaminya dan/atau anggota keluarga yang lain selama persalinan dan kelahiran bayinya.
- (8) Mengajarkan suami dan anggota untuk membantu mengatasi nyeri persalinan
- (9) Melakukan pencegahan infeksi yang baik secara konsisten.
- (10) Menghargai privasi ibu.

- (11) Menganjurkan ibu untuk mencoba berbagai posisi selama persalinan dan kelahiran bayi.
 - (12) Menganjurkan ibu untuk minum cairan dan makan makanan ringan bila ia menginginkannya.
 - (13) Menghargai dan memperbolehkan praktik-praktik tradisional yang tidak memberi pengaruh yang merugikan.
 - (14) Menghindari tindakan berlebihan dan mungkin membahayakan (episiotomy, mencukur, dan klisma).
 - (15) Menganjurkan ibu untuk memeluk bayinya sesegara mungkin.
 - (16) Membantu memulai pemberian ASI dalam 1 jam pertama setelah kelahiran bayi.
 - (17) Menyiapkan rencana rujukan (bila perlu)
 - (18) Mempersiapkan persalinan dan kelahiran bayi dengan baik, bahan-bahan, perlengkapan, dan obat-obatan yang diperlukan. Siap melakukan resusitasi bayi baru lahir pada setiap kelahiran bayi.
- (c) Pencegahan infeksi
- Prinsip pencegahan infeksi
- (1) Setiap orang harus dianggap dapat menularkan penyakit.
 - (2) Setiap orang harus dianggap beresiko terkena infeksi.
 - (3) Permukaan benda disekitar kita, peralatan atau benda-benda lainnya yang akan dan telah bersentuhan dengan permukaan kulit yang tak utuh, lecet selaput mukosa atau darah harus dianggap terkontaminasi, sehingga harus diproses secara benar.
 - (4) Jika tidak diketahui apakah permukaan, peralatan atau benda lainnya telah diproses maka semua itu harus dianggap terkontaminasi.
 - (5) Risiko infeksi tidak bisa dihilangkan secara total, tetapi dapat dikurangi hingga sekecil mungkin dengan menerapkan tindakan-tindakan pencegahan infeksi secara benar dan konsisten.

(d) Pencatatan (rekam medis)

Aspek-aspek penting dalam pencatatan:

- (1) Setiap orang harus dianggap dapat menularkan penyakit
- (2) Setiap orang harus dianggap berisiko terkena infeksi
- (3) Permukaan benda disekitar kita, peralatan atau benda-benda lainnyayang akan bersentuhan dengan permukaan kulit yang tak utuh, lecet selaput mukosa atau darah harus dianggap terkontaminasi, sehingga harus diproses secara benar.
- (4) Jika tidak diketahui apakah permukaan, peralatan atau benda lainnya telah diproses, maka semua itu harus dianggap masih terkontaminasi.
- (5) Risiko infeksi tidak bisa di hilangkan secara total, tapi dapat dikurangi hingga sekecil mungkin dengan menerapkan tindakan-tindakan pencegahan infeksi secara benar dan konsisten.

Pencatatan (rekam medis) aspek-aspek penting dalam pencatatan:

- (1) Tanggal dan waktu asuhan tersebut diberikan
- (2) Identifikasi penolong persalinan
- (3) Paraf atau tanda tangan (dari penolong persalinan) pada semua catatan d. Mencakup informasi yang berkaitan secara tepat, dicatat dengan jelas, dan dapat dibaca
- (4) Ketersediaan system penyimpanan catatan atau data pasien
- (5) Kerahasiaan dokumen-dokumen medis

(e) Rujukan

Meskipun sebagian besar ibu menjalani persalinan normal, tetapi sekitar 10-15% diantaranya akan mengalami masalah selama proses persalinan dan kelahiran sehingga perlu di rujuk ke fasilitas kesehatan rujukan. Sangat sulit menduga kapan penyulit akan terjadi sehingga kesiapan merujuk ibu atau bayinya ke fasilitas kesehatan rujukan secara optimal dan tepat waktu jika penyulit

terjadi. Setiap tenaga penolong atau fasilitas pelayanan harus mengetahui lokasi fasilitas rujukan terdekat yang mampu melayani kegawatdaruratan obsterti dan bayi baru lahir.

Hal-hal yang penting dalam mempersiapkan rujukan untuk ibu:

- (1) Bidan
- (2) Alat
- (3) Keluarga
- (4) Surat
- (5) Obat
- (6) Kendaraan
- (7) Uang
- (8) Darah
- (9) Do'a

Kemajuan Persalinan Dengan Partograf

- (a) Pemantauan kemajuan persalinan

Kemajuan persalinan ditandai dengan meningkatnya effacement dan dilatasi cerviks yang diketahui melalui pemeriksaan dalam. Pemeriksaan dalam dilakukan setiap 4 jam sekali atau apabila ada indikasi (meningkatnya frekuensi dan durasi serta intensitas kontraksi, dan ada tanda gejala kala II) Selain effacement dan dilatasi cerviks, kemajuan persalinan dapat dinilai dari penurunan, fleksi, dan rotasi kepala janin. Penurunan kepala dapat diketahui dengan pemeriksaan abdomen (palpasi) atau pemeriksaan dalam.

- (b) Pemantuan kesejahteraan ibu

Kesejahteraan ibu selama persalinan kala disesuaikan dengan tahapan persalinan yang sedang dilaluinya, apakah ibu sedang dalam fase aktif atau masih dalam fase laten persalinan. Pemantuan meliputi :

- (1) Frekuensi nadi
- (2) Suhu tubuh
- (3) Tekanan darah

- (4) Urin
 - (5) Keseimbangan cairan
 - (6) Pemeriksaan abdomen
 - (7) Dan pemeriksaan jalan lahir
- (c) Pemantuan kesejahteraan janin

Kondisi janin selama persalinan dapat dikaji dengan mendapatkan informasi mengenai frekuensi dan pola denyut jantung janin, pH darah janin dan cairan amniotic. Frekuensi denyut jantung janin dapat dikaji secara intermiten dengan stetoskop pinard, alat dopler atau dengan menggunakan Electronic Fetal Monitoring (EFM) secara kontinu, setiap 30 menit.

Pemantuan intermiten dilakukan pada keadaan jantung janin diauskultasikan dengan interval tertentu menggunakan stetoskop janin monorail (pinard) atau alat dopler.

Frekuensi jantung janin harus dihitung selama satu menit penuh untuk mendengarkan variasi dari denyut ke denyut. Batasan normal antara 110-160 kali denyutan per menit. Pemeriksaan denyut jantung janin dapat dilakukan saat kontraksi uterus berlangsung atau saat kontraksi sudah akan berakhir. Pada pemantauan EFM, transduser ultrasound dapat dilekatkan pada abdomen ditempat jantung janin agar terdengar dengan intensitas yang maksimal.

Dengan layar modern dan hasil yang dapat direkam dan dicetak, alat ini cukup kuat untuk memantau kesejahteraan janin dengan baik, terutama pada kasus gawat janin.

- (d) 60 Langkah APN

Langkah-langkah APN menurut buku JNPK-KR (2017) adalah sebagai berikut:

1. Mengamati dan melihat tanda gejala persalinan kala dua.
 - a. Ibu mempunyai keinginan untuk meneran.
 - b. Ibu merasa tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan vaginanya.
 - c. Perineum menonjol.
 - d. Vulva-vagina dan spingter anal membuka
2. Pastikan kelengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan menatalaksana komplikasi ibu dan bayi baru lahir. Untuk asuhan bayi baru lahir atau resusitasi, siapkan tempat datar, keras, bersih, kering dan hangat, 3 handuk/kain bersih dan kering, alat penghisap lender dan lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm dari tubuh bayi. Untuk ibu menggelar kain di perut bawah ibu, menyiapkan oksitosin 10 unit, alat suntik steril sekali pakai dalam partus set.
3. Pakai clemek plastik atau dari bahan yang tidak tembus cairan.
4. Melepaskan dan menyimpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir dan kemudian keringkan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering.
5. Pakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam.
6. Masukkan oksitosin ke dalam tabung suntik (gunakan tangan yang menggunakan sarung tangan DTT dan steril dan pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik).
7. Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari anterior (depan) ke posterior (belakang) menggunakan kapas atau kasa yang dibasahi air DTT.
8. Lakukan periksa dalam untuk memastikan pembukaan sudah lengkap. Bila selaput ketuban masih utuh saat pembukaan sudah lengkap maka lakukan amniotomi.
9. Dekontaminasi sarung tangan (mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5%, lepaskan dan rendam dalam keadaan terbalik dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit). Cuci tangan setelah sarung tangan dilepaskan dan setelah itu tutup kembali partus set.

10. Periksa denyut jantung janin (DJJ) setelah kontraksi uterus mereda (relaksasi) untuk memastikan DJJ dalam batas normal (120-160x/menit).
 - a. Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal.
 - b. Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ, semua temuan pemeriksaan dan asuhan yang diberikan kedalam partograf.
11. Beritahu pada ibu dan keluarga bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin cukup baik, kemudian bantu ibu menemukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya.
 - a. Tunggu hingga timbul kontraksi atau rasa ingin meneran, lanjutkan pemantauan kondisi dan (ikuti pedoman penatalaksanaan fase aktif) dan dokumentasikan semua temuan yang ada.
 - b. Jelaskan pada anggota keluarga tentang peran mereka untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu untuk meneran secara benar.
12. Minta keluarga untuk membantu menyiapkan posisi meneran jika ada rasa meneran atau kontraksi yang kuat, ibu diposisikan setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman.
13. Laksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ingin meneran atau timbulnya kontraksi yang kuat.
 - a. Bimbing ibu agar dapat meneran secara benar dan efektif.
 - b. Dukung dan beri semangat pada saat meneran dan perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai.
 - c. Bantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya (kecuali posisi berbaring terlentang dalam waktu yang lama).
 - d. Anjurkan ibu untuk istirahat diantara kontraksi.
 - e. Anjurkan keluarga memberi dukungan dan semangat untuk ibu.
 - f. Berikan cukup asupan cairan per oral (minum).
 - g. Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai.
 - h. Segera rujuk bila bayi belum atau tidak segera lahir setelah pembukaan lengkap dan dipimpin meneran 120 menit (2 jam) pada primigravida atau 60 menit (1 jam) pada multigravida.

14. Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam selang waktu 60 menit.
15. Letakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) diperut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm.
16. Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 sebagai alas bokong ibu.
17. Buka tutup partus set dan periksa kembali kelengkapan peralatan dan bahan.
18. Pakai sarung tangan DTT/steril pada kedua tangan.
19. Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering, tangan yang lain menahan belakang kepala untuk mempertahankan posisi fleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu untuk meneran secara efektif atau bernapas cepat dan dangkal.
20. Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat (ambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi) segera lanjutkan proses kelahiran bayi.
 - a. Jika tali pusat melilit leher secara longgar, lepaskan lilitan lewat bagian atas kepala bayi.
 - b. Jika tali pusat melilit leher secara kuat, klem tali pusat di dua tempat dan potong tali pusat diantara dua klem tersebut.
21. Setelah kepala lahir, tunggu putaran paksi luar yang berlangsung secara spontan. Lahirnya bahu :
22. Setelah putaran paksi luar selesai, pegang kepala bayi secara biparental. Anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakan kepala ke arah bawah dan distal hingga bahu depan muncul di bawah arcus pubis dan kemudian gerakkan ke arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.

Lahirnya badan dan tungkai:
23. Setelah kedua bahu lahir, satu tangan menyangga kepala dan bahu belakang tangan yang lain menelusuri lengan dan siku anterior bayi serta menjaga bayi terpegang baik.

24. Sanggah Susur: Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukkan telunjuk diantara kaki dan pegang kedua mata kaki dengan melingkarkan ibu jari pada sisi dan jari-jari lainnya pada sisi yang lain agar bertemu dengan jari telunjuk).
25. Lakukan penilaian (selintas):
 - a. Apakah bayi cukup bulan?
 - b. Apakah bayi menangis kuat dan/atau bernafas tanpa kesulitan?
 - c. Apakah bayi bergerak dengan aktif?Bila salah satu jawaban adalah "TIDAK", lanjut ke langkah resusitasi pada bayi baru lahir dengan asfiksia. Bila semua jawab
26. Keringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepal dan bagian tubuh lainnya (kecuali kedua tangan) tanpa membersihkan verniks, ganti handuk basah dengan handuk kain yang kering. Pastikan bayi dalam posisi dan kondisi aman di perut bagian bawah ibu.
27. Periksa kembali uterus untuk memastikan hanya satu bayi yang lahir (hamil tunggal) dan bukan kehamilan ganda (gemeli).
28. Beritahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi dengan baik.
29. Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikkan oksitosin 10 unit IM (intramuskular) di 1/3 distal lateral paha (lakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin).
30. Setelah 2 menit sejak bayi lahir (cukup bulan), jepit tali pusat dengan klem kira-kira 2-3 cm dari pusat bayi. Mendorong isi tali pusat ke arah ibu dan klem kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama.
31. Pemotongan dan pengikatan tali pusat.
 - (a) Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi) dan lakukan pengguntingan tali pusat diantara 2 klem tersebut.
 - (b) Ikat tali pusat dengan benang DTT atau steril pada satu sisi kemudian melingkar kembali benang tersebut dan mengikatnya dengan simpul kunci pada sisi lainnya.
 - (c) Lepaskan klem dan masukkan dalam wadah yang telah disediakan.

32. Melakukan IMD, letakkan bayi tengkurap di dada ibu untuk kontak kulit ibu. Letakkan bayi tengkurap di dada ibu. Luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel di dada/perut ibu. Usahakan kepala bayi berada diantara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting ibu.
- (a) Selimuti ibu dan bayi dengan kain kering dan hangat, pasang topi di kepala bayi.
 - (b) biarkan bayi melakukan kontak kulit didada ibu paling sedikit 1jam
 - (c) sebagian besar bayi akan berhasil melakukan IMD dalam waktu 30-60 menit. Menyusu untuk pertama kali akan berlangsung sekitar 10-15 menit. Bayi cukup menyusu dari satu payudara.
 - (d) biarkan bayi berada di dada ibu selama 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusu.

Kala III:

- 33. Pindahkan klem pada tali pusat hingga jarak 5-10 cm dari vulva.
- 34. Letakkan satu tangan di atas kain pada perut bawah ibu (di atas simfisis). untuk mendeteksi kontraksi. Tangan lain menegangkan tali pusat.
- 35. Pada saat uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus (dorso kranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversia uteri). Jika plasenta tidak lahir setelah 30 menit, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya, dan ulangi prosedur di atas. Mengeluarkan plasenta.
- 36. Bila pada penekanan bagian bawah dinding depan uterus kearah dorsal ternyata diikuti dengan pergeseran tali pusat ke arah distal maka lanjutkan dorongan kearah cranial hingga plasenta dapat dilahirkan.
 - a. Ibu boleh meneran tapi tali pusat hanya ditegangkan (Jangan ditarik secara kuat terutama jika uterus tak berkontraksi) sesuai dengan sumbu jalan lahir (ke arah bawah-sejajar lantai-atas.
 - b. Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak 5-10 cm dari vulva dan lahirkan plasenta.
 - c. Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat.
 - 1) Ulangi pemberian oksitosin 10 unit IM.
 - 2) Lakukan kateterisasi (aseptik) jika kandung kemih penuh.

- 3) Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan.
 - 4) Ulangi penegangan tali pusat 15 menit berikutnya.
 - 5) Jika plasenta tidak lahir dalam 30 menit setelah bayi lahir atau bila terjadi perdarahan, segera lakukan manual plasenta.
37. Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar hingga selaput ketuban terpilih kemudian dilahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan. Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian gunakan jari-jari tangan atau klem DTT atau steril untuk mengeluarkan selaput yang tertinggal.
38. Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan massase uterus, letakkan telapak tangan di fundus dan lakukan massase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras). Lakukan tindakan yang diperlukan (Kompresi Bimanual Internal, kompresi Bimanual Eksternal, Tampon kondom-kateter). Jika uterus tidak berkontraksi setelah 15 detik setelah rangsangan taktil/massase.

Kala IV:

39. Evaluasi kemungkinan perdarahan dan laserasi pada vagina dan perineum. Lakukan penjahitan bila terjadi laserasi derajat 1 atau derajat 2 dan atau menimbulkan perdarahan.
40. Periksa kedua sisi plasenta (maternal-fetal) pastikan plasenta telah dilahirkan lengkap. Masukkan plasenta ke dalam katung plastik atau tempat khusus.
41. Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.
42. Pastikan kandung kemih kosong. Jika penuh, lakukan kateterisasi.
43. Cuci tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%. Bersihkan noda darah dan cairan tubuh, dan bilas di air DTT tanpa melepas sarung tangan kemudian keringkan dengan tisu atau handuk pribadi yang bersih dan kering.

44. Ajarkan ibu dan keluarga cara melakukan massase uterus dan menilai kontraksi.
45. Memeriksa nadi ibu dan pastikan keadaan umum ibu baik.
Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.
46. Pantau keadaan bayi dan pastikan bahwa bayi bernafas dengan baik (40-60x/menit).
 - (a) Jika bayi sulit bernafas, merintih atau retraksi, diresusitasi dan segera merujuk kerumah sakit.
 - (b) Jika bayi nafas terlalu cepat atau sesak napas, segera rujuk ke RS Rujukan.
 - (c) Jika kaki diraba dingin, pastikan ruangan hangat. Lakukan kembali kontak kulit ibu-bayi dan hangatkan ibu-bayi dalam satu selimut.
47. Bersihkan ibu dari paparan darah dan cairan tubuh dengan menggunakan air DTT. Bersihkan cairan ketuban, lender dan darah diranjang atau disekitar ibuberbaring. 0,5% lalu bilas dengan air DTT. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.teterisasi.
48. Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI.
49. Anjurkan keluarga untuk memberi ibu minuman dan makanan yang diinginkan.
50. Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10menit). Cuci dan bilas peralatan setelah didekontaminasi.
51. Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.
52. Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%.
53. Celupkan tangan yang masih menggunakan sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5%, lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
54. Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan tangan menggunakan tisu dan handuk pribadi yang bersih dan kering.
55. Pakai sarung tangan yang membersihkan untuk memberikan vitamin K1 (1mg) IM dipaha kiri bawah lateral dan salep mata profllaksis infeksi dalam 1 jam pertama kelahiran.

56. Lakukan pemeriksaan fisik lanjutan (setelah 1 jam kelahiran bayi). Pastikan kondisi bayi tetap baik (pernafasan normal 40-60x/menit dan temperature tubuh normal 36,5-37,5C) setiap 15 menit.
57. Setelah 1 jam pemberian pemberian Vitamin K berikan suntikan imunisasi Hepatitis B dipaha kanan bawah lateral. Letakkan bayi didalam jangkauan ibu agar sewaktu-waktu dapat disusukan.
58. Lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam didalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
59. Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering.
60. Lengkapi partograf (halaman depan dan belakang)

b. Persalinan pada ibu resiko tinggi usia >35 tahun

Resiko persalinan pada ibu usia > 35 tahun

1) Partus dengan Tindakan (Rochdjati, 2010)

Ibu usia >35 tahun memiliki risiko lebih tinggi menghadapi penyulit dalam masa kehamilan dan persalinan. Berbagai penyulit kehamilan tersebut berdampak pada meningkatnya kebutuhan persalinan dengan tindakan. Ibu usia >35 tahun memiliki kecenderungan lebih tinggi untuk melahirkan dengan sectio caesaria serta persalinan dengan induksi dibanding ibu yang berusia lebih muda. Hal ini ditunjukkan dengan meningkatnya rasio sectio caesaria pada ibu usia 40-45 tahun hingga mencapai 50%. Begitu pula pada ibu usia 50-63 tahun, yang rasionya meningkat menjadi 80%.

Usia ibu yang tua merupakan faktor risiko tanggal dilakukannya sectio caesaria, baik Tindakan sectio secara langsung maupun yang didahului oleh persalinan spontan atau persalinan menggunakan induksi lainnya. Hal ini dikarenakan parturien yang lebih tua memiliki kecenderungan yang lebih tinggi untuk terjadinya persalinan nonprogresif dan lebih sering membutuhkan oksitosin dalam dosis lebih tinggi, serta waktu lebih panjang untuk melahirkan pervaginam dibandingkan mereka yang berusia lebih muda.

2) Persalinan dapat berjalan tidak lancar (Partus Lama)

Partus lama (partus tak maju) yaitu persalinan yang ditandai tidak adanya pembukaan serviks dalam 2 jam dan tidak adanya penurunan janin dalam 1 jam. Partus lama (partus tak maju) berarti meskipun kontraksi uterus kuat, janin tidak dapat turun karena faktor mekanis. Kemacetan persalinan turunnya kepala dan putar paksi sebelum 2 jam terakhir, biasanya terjadi pada pintu atas panggul, tetapi dapat juga terjadi pada rongga panggul atau pintu bawah panggul.

Biasanya tidak ada pembukaan serviks, Usia ibu hamil dan jumlah paritas merupakan penyebab terjadinya partus lama. Usia reproduksi yang optimal bagi seorang ibu untuk hamil dan melahirkan adalah 20-35 tahun karena pada usia ini secara fisik dan psikologi ibu sudah cukup matang dalam menghadapi kehamilan dan persalinan.

Usia >35 tahun organ reproduksi mengalami perubahan yang terjadi karena proses menuanya organ kandungan dan jalan lahir kaku atau tidak lentur lagi. Selain itu peningkatan umur seseorang akan mempengaruhi organ yang vital seperti sistem kardiovaskuler, ginjal dll (pada umur tersebut mudah terjadi penyakit pada ibu yang akan memperberat tugas organ-organ tersebut sehingga berisiko mengalami komplikasi pada ibu dan janin).

Jumlah paritas. Paritas 1-3 merupakan paritas paling aman ditinjau dari sudut kematian maternal, Paritas 0 dan paritas lebih dari 3 mempunyai angka kematian maternal yang lebih tinggi. Lebih tinggi paritas lebih tinggi kematian maternal. Ibu hamil yang memiliki paritas 4 kali atau lebih, kemungkinan mengalami gangguan kesehatan, kekendoran pada dinding perut dan kekendoran dinding rahim sehingga berisiko mengalami kelainan letak pada janin, persalinan letak lintang, robekan rahim, persalinan macet dan perdarahan pasca persalinan.

Penatalaksanaan

Menganjurkan ibu bermain Birthing ball

3) Perdarahan pasca persalinan

Perdarahan adalah kehilangan darah lebih dari 500 ml melalui jalan lahir yang terjadi pada proses persalinan. Perdarahan pada kala III dapat disebabkan diantaranya:

a) Atonia uteri

Atonia uteri adalah suatu kondisi dimana miometrium tidak dapat berkontraksi dan bila ini terjadi maka darah yang keluar dari bekas tempat melekatnya plasenta menjadi tidak terkendali.

(Prawirohardjho, 2018).

Atonia uteri adalah keadaan dimana uterus atau rahim tidak mampu berkontraksi sebagaimana semestinya yang akan menyebabkan perdarahan akibat tidak tertutupnya perdarahan setelah kelahiran bayi maupun plasenta. Salah satu faktor resiko penyebab terjadinya atonia uteri adalah peregangan rahim yang berlebihan akibat kehamilan gemelli (kembar) dan janin yang terlalu besar (Kurniarum, 2018).

Atonia uteri dapat menyebabkan perdarahan, dampak dari perdarahan adalah kematian, terjadinya atonia uteri ini disebabkan karena serabut miometrium yang mengelilingi pembuluh darah yang memvaskularisasi daerah implantasi plasenta tidak berkontraksi. Sekitar (75 sampai 80%) perdarahan yang terjadi pada masa nifas diakibatkan atonia uteri (Julizar et al., 2019).

Atonia uteri terjadi jika uterus tidak berkontraksi dalam 15 detik setelah dilakukan rangsangan taktil (pemijatan) fundus uteri. Perdarahan postpartum dengan penyebab uteri tidak terlalu banyak dijumpai karena penerimaan gerakan keluarga berencana makin meningkat (Manuaba & APN). Atonia uteri merupakan penyebab terbanyak perdarahan pospartum dini (50%), dan merupakan alasan paling sering untuk melakukan histerektomi postpartum. Kontraksi uterus merupakan mekanisme utama untuk mengontrol perdarahan setelah melahirkan. Atonia terjadi karena kegagalan mekanisme ini. Perdarahan postpartum secara fisiologis dikontrol oleh kontraksi

serabut-serabut miometrium yang mengelilingi pembuluh darah yang memvaskularisasi daerah implantasi plasenta. Atonia uteri terjadi apabila serabut-serabut miometrium tidak berkontraksi (Kurniarum, 2018).

Atonia uteri adalah suatu kondisi di mana miometrium tidak dapat berkontraksi. Bila keadaan ini terjadi, maka darah yang keluar dari bekas tempat melekatnya plasenta menjadi tidak terkendali. Diagnosis atonia uteri ditegakkan apabila uterus tidak berkontraksi dalam 15 menit setelah dilakukan rangsangan taktil atau masase fundus uteri (Jayanti, 2019).

b) Faktor resiko terjadinya atonia uteri

- 1) Penyebab uterus membesar lebih dari normal selama kehamilan, diantaranya pada hidramnion (jumlah air ketuban yang berlebihan), pada kehamilan gemelli (kembar), dan janin yang besar misalnya pada ibu pada diabetes mellitus.
- 2) Kala I dan II memanjang.
- 3) Persalinan cepat (partus percipitatus).
- 4) Persalinan yang diinduksi atau dipercepat dengan oksitosin atau augmentasi.
- 5) Infeksi intrapartum.
- 6) Multiparitas tinggi atau grande multipara.
- 7) Magnesium sulfat yang digunakan untuk mengendalikan kejang pada preeklamsi atau eklamsi.
- 8) Mempunyai riwayat atonia uteri atau perdarahan persalinan yang lalu.
- 9) Hipertensi dalam kehamilan.
- 10) Pimpinan kala III yang salah.
- 11) Kelainan uterus (Rizkia, 2018)

c) Tanda dan gejala

Mengenal tanda dan gejala sangat penting dalam penentuan diagnosis dan penatalaksanaannya. Tanda dan gejala atonia uteri antara lain sebagai berikut:

- 1) Perdarahan pervaginam. Perdarahan yang terjadi pada kasus atonia sangat banyak 500 hingga 1.000 cc dan darah tidak merembes, peristiwa yang sering terjadi pada kondisi ini adalah darah keluar disertai gumpalan. Hal ini terjadi karena trombnoplastin sudah tidak mampu lagi berperan sebagai anti pembeku darah.
 - 2) Konsistensi rahim lunak. Gejala ini merupakan gejala terpenting atau khas atonia dan membedakan atonia dengan penyebab perdarahan yang lainnya.
 - 3) Fundus uteri naik. Disebabkan masih banyak darah yang sudah keluar dari pembuluh darah, tetapi masih terperangkap dalam uterus.
 - 4) Terdapat tanda-tanda syok:
 - a) Nadi cepat dan lemah.
 - b) Tekanan darah rendah.
 - c) Pucat.
 - d) Keringat atau kulit terasa dingin dan lembab.
 - e) Pernapasan cepat.
 - f) Gelisah, bingung atau hilang kesadaran.
 - g) Urine yang sedikit (Jayanti, 2019).
- d) Pencegahan
- 1) Menurut Journal of Chemical Information and Modeling (Sugawara & Nikaido, 2014) berpendapat dengan mengatakan klasifikasi kehamilan risiko rendah dan risiko tinggi akan memudahkan penyelenggaraan pelayanan kesehatan untuk menata strategi pelayanan ibu hamil saat perawatan antenatal dan melahirkan. Akan tetapi, pada saat proses persalinan, semua kehamilan mempunyai risiko untuk terjadinya patologi persalinan, salah satunya adalah Perdarahan Post Partum PPP. Pencegahan PPP (dapat dilakukan dengan manajemen aktif kala III. Manajemen aktif kala III adalah kombinasi dari pemberian uterotonika segera setelah bayi lahir, peregangan tali pusat terkendali, dan melahirkan plasenta. Setiap komponen dalam

manajemen aktif kala III mempunyai peran dalam pencegahan perdarahan postpartum. Semua wanita melahirkan harus diberikan uterotonika selama 16 kala III persalinan untuk mencegah perdarahan postpartum. Oksitosin (IM/IV 10 IU) direkomendasikan sebagai uterotonika pilihan. Uterotonika injeksi lainnya dan misoprostol direkomendasikan sebagai alternatif untuk pencegahan perdarahan postpartum ketika oksitosin tidak tersedia. Peregangan tali pusat terkendali harus dilakukan oleh tenaga kesehatan yang terlatih dalam menangani persalinan. Penarikan tali pusat lebih awal yaitu kurang dari satu menit setelah bayi lahir tidak disarankan.

- 2) Menurut (Jayanti, 2019), penanganan atonia uteri dapat dilakukan dengan:
 - a) Melakukan secara rutin manajemen aktif kala III pada semua wanita yang bersalinan, karena hal ini dapat menurunkan insidens perdarahan pasca persalinan akibat atonia uteri.
 - b) Pemberian misoprostol peroral 2 sampai 3 tablet (400 hingga 600 mg) segera setelah bayi lahir.
- e) Diagnosa
 - 1) Uterus tidak berkontraksi, membesar dan lembek.
 - 2) Perdarahan segera setelah anak lahir (Perdarahan Pasca persalinan Primer atau P3) (Jayanti, 2019).
- f) Pemeriksaan
 - 1) Pemeriksaan fisik: pucat, dapat disertai tanda-tanda syok, tekanan darah rendah, denyut nadi cepat, ekstremitas dingin serta nampak darah keluar dari vagina terus menerus.
 - 2) Pemeriksaan obstetri: mungkin kontraksi uterus lembek, uterus membesar bila ada atonia uteri (Jayanti, 2019)

g) Tindakan persiapan

Antisipasi pendarahan pascapartum segera sebagai akibat atonia uterus memungkinkan bidan mengambil tindakan persiapan yang paling cepat untuk mencegah dan mengontrol sebanyak mungkin pendarahan yang hilang. Tindakan persiapan tersebut mencakup di bawah ini:

- 1) Buat keputusan tentang dan hati-hati mengenai tempat kelahiran.
- 2) Wanita memiliki kombinasi dua atau lebih faktor predisposisi, wanita harus dibawa ke rumah sakit.
- 3) Ingatkan dokter konselen untuk mewaspadaai kemungkinan perdarahan pascapartum sehingga mereka siap menerima panggilan jika diperlukan.
- 4) Ingatkan staf keperawatan terhadap kemungkinan perdarahan pascapartum dan minta mereka sudah mengambil dan siap memberi resep kepada anda untuk obat-obat oksitosin yang digunakan segera setelah kelahiran plasenta.
- 5) Pastikan infus intravena dimulai dengan jarum 16 guage dan rute vena ini paten pada saat persalinan. Gunakan dekstrosa 5% dalam larutan RL.
- 6) Periksa golongan darah dan lakukan silang persiapan untuk mendapatkan darah jika diperlukan.
- 7) Pastikan kandung kemih kosong pada saat kelahiran (Rizkia, 2018).

h) Penanganan

- 1) Sikap bidan dalam menghadapi atonia uteri

Meningkatkan upaya preventif adalah salah satu sikap bidan terhadap penanganan atonia uteri dengan cara meningkatkan penerimaan keluarga berencana sehingga memperkecil jumlah grandemultipara dan memperpanjang jarak hamil, melakukan konsultasi atau merujuk kehamilan dengan overdistensi uterus, hidramnion dan kehamilan ganda dugaan janin besar (makrosomia), mengurangi peranan pertolongan persalinan oleh dukun (Jayanti, 2019).

2) Penanganan segera atonia uteri (Jayanti, 2019):

Atonia uteri terjadi jika uterus tidak berkontraksi dalam 15 detik setelah dilakukan rangsangan taktil (massase) fundus uteri:

a) Segera lakukan Kompresi Bimanual Internal (KBI)

Kompresi Bimanual Internal adalah metode yang berguna untuk mengendalikan perdarahan pada atonia uteri. Langkah-langkah Kompresi Bimanual Internal sebagai berikut:

- 1) Pakai sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril, dengan lembut masukkan secara obstetrik (menyatukan kelima ujung jari) melalui introitus ke dalam vagina ibu.
- 2) Periksa vagina dan serviks. Jika ada selaput ketuban atau bekuan darah pada kavum uteri mungkin hal ini menyebabkan uterus tidak dapat berkontraksi secara penuh.
- 3) Kepalkan tangan dalam dan tempatkan pada forniks anterior, tekan dinding anterior uterus ke arah tangan luar yang menahan dan mendorong dinding posterior uterus ke arah depan sehingga uterus ditekan dari arah depan dan belakang.
- 4) Tekan kuat uterus diantara kedua tangan. Kompresi uterus ini memberikan tekanan langsung pada pembuluh darah yang terbuka (bekas implantasi plasenta).

b) Evaluasi keberhasilan

- (1) Jika uterus berkontraksi dan perdarahan berkurang, teruskan melakukan KBI selama dua menit, kemudian 20 perlahan-lahan keluarkan tangan dan pantau ibu secara melekat selama kala IV.
- (2) Jika uterus berkontraksi tapi perdarahan masih berlangsung, periksa ulang perineum, vagina dan serviks apakah terjadi lacerasi.
- (3) Jika demikian, segera lakukan penjahitan untuk menghentikan perdarahan. Jika uterus tidak berkontraksi

dalam waktu 5 menit, ajarkan keluarga untuk melakukan kompresi bimanual eksternal (KBE) kemudian lakukan langkah-langkah penatalaksanaan atonia uteri selanjutnya. Minta keluarga untuk mulai menyiapkan rujukan.

- c) Berikan 0,2 mg ergometrin IM atau misoprostol 600 hingga 1.000 mcg per rektal. Jangan berikan ergometrin kepada ibu dengan hipertensi karena ergometrin dapat menaikkan tekanan darah.
- d) Gunakan jarum berdiameter besar (ukuran 16 atau 18), pasang infus dan berikan 500 cc larutan Ringer Laktat yang mengandung 20 unit oksitosin.
- e) Pakai sarung tangan steril atau disinfeksi tingkat tinggi dan ulangi KBI.
- f) Jika uterus tidak berkontraksi dalam waktu 1 sampai 2 menit, segera rujuk ibu karena hal ini bukan atonia uteri sederhana. Ibu membutuhkan tindakan gawat darurat di fasilitas 21 kesehatan rujukan yang mampu melakukan tindakan operasi dan transfusi darah.
- g) Sambil membawa ibu ke tempat rujukan, teruskan tindakan KBI dan infus cairan hingga ibu tiba di tempat rujukan.
 - (1) Infus 500 ml pertama dihabiskan dalam waktu 10 menit.
 - (2) Berikan tambahan 500 ml per jam hingga tiba di tempat rujukan atau hingga jumlah cairan yang diinfuskan mencapai 1,5 L kemudian lanjutkan dalam jumlah 125 cc per jam.
 - (3) Jika cairan infus tidak cukup, infus kan 500 ml (botol kedua) cairan infus dengan tetesan sedang dan ditambah dengan pemberian cairan secara oral untuk dehidrasi.

- h) Langkah-langkah Kompresi Bimanual Eksternal (KBE) sebagai berikut:
- (1) Letakkan satu tangan pada abdomen di depan uterus, tepat di depan symfisis pubis.
 - (2) Letakkan tangan yang lain pada dinding abdomen (di belakang korpus uteri) usahakan memegang bagian belakang uterus seluas mungkin.
 - (3) Jika uterus tidak berkontraksi dalam waktu 5 menit, ajarkan keluarga untuk melakukan kompresi bimanual eksternal (KBE) kemudian lakukan langkah-langkah 22 penatalaksanaan atonia uteri selanjutnya. Minta keluarga untuk mulai menyiapkan rujukan.
- i) Kompresi Aorta Abdominalis. Langkah-langkah kompresi aorta abdominalis sebagai berikut:
- (1) Raba pulsasi arteri femoralis pada lipat paha. Kepalkan tangan kiri dan tekankan bagian punggung jari telunjuk sehingga kelingking pada umbilikus ke arah kolumna vertebralis dengan arah tegak lurus.
 - (2) Dengan tangan yang lain, raba pulsasi arteri femoralis untuk mengetahui cukup tidaknya kompresi.
 - (3) Jika pulsasi masih teraba, artinya tekanan kompresi masih belum cukup.
 - (4) Jika tekanan tangan mencapai aorta abdominalis, maka pulsasi arteri femoralis akan berkurang atau terhenti. Jika perdarahan pervaginam berhenti, pertahankan posisi ter
 - (5) sebut dan pemijatan uterus (dengan bantuan asisten) hingga uterus berkontraksi dengan baik.
 - (6) Jika perdarahan masih berlanjut: lakukan ligasi arterina dan utero-ovarika, jika perdarahan terus banyak, lakukan histerektomi supravaginal

Tabel 2.4
Penanganan atonia uteri

No.	Langkah penatalaksanaan	Alasan
1.	Massase fundus uteri segera setelah lahirnya plasenta (maksimal 15 detik)	Massase merangsang kontraksi uterus saat di massase dapat dilakukan penilaian kontraksi uterus.
2.	Bersihkan bekuan darah dan/atau selaput ketuban dari vagina dan lubang serviks	Bekuan darah dan selaput ketuban dalam vagina dan saluran serviks dapat menghalangi kontraksi uterus secara baik.
3.	Pastikan bahwa kandung kemih kosong, jika penuh dan dapat di palpasi lakukan kateterisasi menggunakan teknik aseptik	Kandung kemih yang kosong akan menghalangi uterus berkontraksi dengan baik.
4.	Lakukan KBI selama 5 menit	KBI memberi tekanan langsung pada pembuluh darah dinding uterus dan juga merangsang miometrium untuk berkontraksi. Jika KBI setelah 5 menit, maka diperlukan tindakan lain
5.	Anjurkan keluarga untuk membantu KBE	Keluarga dapat meneruskan KBE selama penolong melakukan langkah-langkah selanjutnya.
6.	Keluarkan tangan perlahan-lahan	Menghindari rasa nyeri
7.	Berikan ergometrin 0,2 mg IM (kontraindikasi Hipertensi) atau misoprotol 600 hingga 1.000 mg	Ergometrin dan misoprotol akan bekerja dalam 5 hingga 7 menit dan menyebabkan kontraksi uterus.
8.	Pasang infus menggunakan jarum 16 atau 18s dan berikan 500 cc RL dan 20 UI oksitosin. habiskan 500 cc pertama secepat mungkin	Jarum besar memungkinkan pemberian larutan IV secara cepat atau transfusi darah. RL akan membantu memulihkan volume cairan yang hilang selama perdarahan. Oksitosin IV dengan cepat akan merangsang kontraksi uterus
9.	Ulangi KBI	KBI yang dilakukan bersama dengan ergometrin dan oksitosin atau misoprostol akan membuat uterus berkontraksi
10.	Rujuk segera	Jika uterus tidak berkontraksi selama 1 hingga 2 menit, hal ini bukan atonia sederhana,

		ibu membutuhkan keperawatan gawat darurat difasilitas yang mampu melaksanakan bedah dan transfusi darah
11.	Damping ibu ke tempat rujukan. Sapii terus melakukan KBI	Kompresi uterus ini memberikan tekanan langsung ke pembuluh darah dinding uterus dan merangsang uterus berkontraksi
12.	Lanjutkan infus RL +20 IU oksitosin dalam 500 cc per jam sehingga tiba di tempat rujukan menghabiskan 1,5 L infus kemudian berikan 125 cc per jam. Jika tidak tersedia cairan yang cukup, berikan 500 cc yang kedua dengan kecepatan sedang dan berikan minum untuk rehidrasi.	RL dapat membantu memulihkan volume cairan yang hilang akibat perdarahan, oksitosin dapat merangsang uterus untuk berkontraksi

3) Penanganan Atonia Uteri berdasarkan hasil jurnal

Berdasarkan hasil penelitian dari Z Geburtshilfe Perinatol tahun 2007 dengan judul Treatment of postpartal atony with prostaglandins. Rahim dapat berkontraksi dengan baik menggunakan prostaglandin. Efek prostaglandin dimanfaatkan dalam pengobatan atonia uteri. Prostaglandin diberikan secara intravena untuk 21 wanita yang mengalami atonia uteri setelah persalinan, dengan hasil 19 orang wanita yang perdarahannya berhenti.

Tidak ada efek samping dari pengobatan tersebut. Hasil ini disajikan dan dibahas dengan mengacu pada data lain dalam literatur. Berdasarkan hasil penelitian dari Pratiwi Puji Lestari, tahun 2014 dengan judul Keberhasilan Penatalaksanaan Perdarahan Postpartum karena Atonia Uteri dengan KBI dan KBE.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ibu postpartum yang mengalami perdarahan postpartum karena atonia uteri adalah sebesar 4,7% dari total seluruh persalinan, dan sebesar 48,3% dari total seluruh kasus perdarahan. Penatalaksanaan yang dilakukan untuk kasus atonia uteri adalah KBI atau KBI yang diikuti KBE.

Keberhasilan penatalaksanaan dengan KBI yang diikuti KBE mencapai 100% (Jayanti, 2019).

j) Langkah penatalaksanaan

1) Menurut jurnal (Rizkia, 2018) menjelaskan bahwa:

Pendarahan harus minimal jika uterus wanita berkontraksi dengan baik setelah kelahiran plasenta. Tetapi, sebaliknya jika ada aliran menetap (seperti aliran kecil) atau pancaran kecil darah dari vagina, bidan harus mengambil langkah berikut untuk menangani kedaruratan ini:

- a) Periksa konsentrasi uterus, yang merupakan langkah pertama, karena 80 hingga 90% pendarahan pascapartum segera berhubungan dengan atonia uterus.
- b) Jika uterus bersifat atonik, massase untuk menstimulasi kontraksi sehingga pembuluh darah yang mengalami pendarahan pada sisi plasenta akan berligasi.
- c) Jika uterus gagal berkontraksi segera setelah massase dilakukan:
 - (1) Massase uterus+ pemberian uterotonika (infus oksitosin 10 IU s/d 100 IU dalam 500 ml Dextrosa 5%, 1 ampul Ergometrin I.V, yang dapat diulang 4 jam kemudian, suntikan prostaglandin.
 - (2) Lakukan kompresi bimanual sebagai tambahan stimulasi kontraksi uterus yang meligasi pembuluh darah pada sisi plasenta, kompresi bimanual memberi tekanan kontinu 26 pada vena uterus dan segmen bawah uterus, yang merupakan tempat lain perdarahan.

(3) Pastikan IV paten, atau meminta perawat memulai dengan jarum 16-gauge dan dekstroza 5% dalam larutan RL yang ditambahkan 10 unit pitocin per 500ml larutan. Jika wanita terpasang IV paten, minta perawat menambahkan Pitocin kelarutan IV dengan proposi yang telah ditulis.

d. Birthing ball

a) Pengertian birthing

ball Birthing ball adalah menambah ukuran rongga pelvis dengan menggoyang panggul dengan diatas bola dan dengan perlahan mengayunkan pinggul kedepan dan kebelakang, sisi kanan, sisi kiri, dan melingkar. Dengan kata lain dapat merangsang dilaktasi dan pelebaran panggul. Duduk diatas bola maka gaya gravitasi bumi akan membantu janin atau bagian terendah janin untuk segera turun ke panggul sehingga didapatkan waktu persalinan lebih pendek atau singkat (Aprila 2015)

b) Manfaat birthing ball Manfaat yang didapatkan dengan menggunakan birthing ball selama persalinan adalah mengurangi rasa nyeri, kecemasan, membantu proses penurunan kepala dan mengurangi durasi persalinan kala 1 (ade dkk, 2017).

c) SOP birthing ball

(1) Duduk di birthing ball

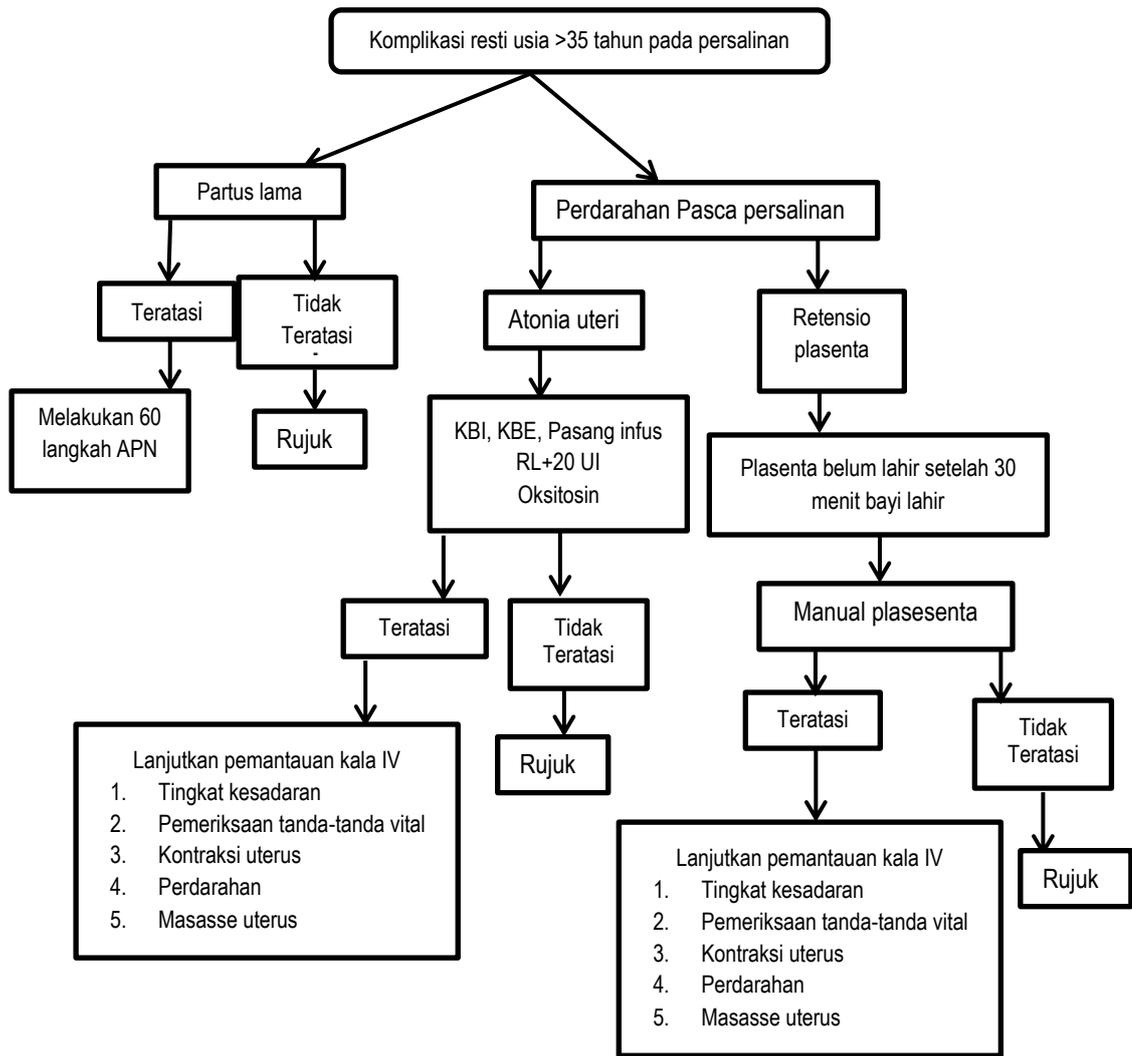
(a) Dengan lembut bergoyanglah maju mundur pada birthing ball akan membantu meringankan rasa sakit kontraksi

(b) Dengan duduk lurus di atas bola maka gaya gravitasi bumi akan membantu janin atau bagian terendah janin untuk segera turun ke panggul

(c) Dengan duduk pada birth ball dan bersandar di kursi depan maka memungkinkan ibu untuk bersantai dan memungkinkan pasangan ibu untuk melakukan pijat endorphin di punggung ibu di sela kontraksi selama proses persalinan

- (d) Duduk di birth ball memberikan dukungan perineum dan otot panggul tanpa tambahan banyak tekanan demikian dapat merangsang di laktasi dan pelebaran panggul
 - (e) Duduk nyaman di atas bola dan membungkuk ke kursi adalah cara nyaman untuk beristirahat di antara kontraksi
- (2) Berdiri diatas birthing ball
- (a) Ketika bola ditempatkan di tempat tidur atau kursi ibu biasa bersandar ke atas bola sehingga dapat membantu ibu untuk melakukan goyangan panggul dan mobilitas.
 - (b) Dengan berdiri kokoh dan posisi kaki terbuka maka akan meningkatkan gaya gravitasi sehingga kepala janin terbantu untuk semakin turun ke panggul.
- (3) Berlutut bersandar diatas birthing ball
- (a) Lutut di atas bola lantai, mendorong gerakan panggul yang mungkin membantu janin posterior berubah menjadi posisi yang benar untuk dilahirkan
 - (b) Melakukan gerakan goyangan panggul dalam posisi ini dengan menyelipkan panggul anda, akan membantu meringankan sakit punggung selama persalinan
- (4) Jongkok bersandar di birthing ball
- Birth ball akan mendukung posisi ibu ketika jongkok untuk memperluas outlet panggul

e. bagan kasus dalam persalinan Resiko Tinggi Usia >35 tahun



Sumber: Jayanti, 2019

3. Nifas

a. konsep teori nifas

1) Pengertian

Pengertian Masa nifas (puerperium) adalah masa setelah kala IV sampai 40 hari yang normal terjadi pada masa nifas (Walyani dan Purwoastuti, 2015).

Tujuan Asuhan Nifas (Prawirohardjo, 2016)

- a) Menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik fisik maupun psikologik.
- b) Melaksanakan skrining yang komprehensif, mendeteksi masalah, mengobati atau menjuk bila terjadi komplikasi pada ibu dan bayinya.
- c) Memberikan penkes tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, KB, munyusui,imunisasi dan perawatan bayi sehat.
- d) Memberikan pelayanan KB

2) Hal-hal yang terjadi pada masa nifas

Menurut Walyani dan purwoastuti (2015) hal-hal yang terjadi pada masa nifas adalah:

3) Involusi

Adalah pengembalian hampir ke keadaan semula dari seluruh organ tubuh ibu yang terutama adalah uterus, tolak ukur pengembaliannya adalah palpasi pada fundus uteri yatu sebagai berikut:

- a) Hari 1-2: TFU 2 jari di bawah pusat
- b) Hari 3-7: TFU Pertengahan Pusat simpisis
- c) Hari 10: TFU 2 jari diatas simpisis
- d) Hari 14: Normalnya sudah tidak teraba lagi

4) Pengeluaran lochea

Adalah pengeluaran cairan dari uterus, dari bekas tumbuhnya Plasenta

- a) Hari 1-3: Lochea Rubra berwarna merah segar bau amis
- b) Hari 3-7: Lochea Sanguinolenta berwarna merah kecoklatan
- c) Hari 7-14: Lochea Serosa berwarna merah muda atau coklat
- d) Hari 14: Lochea Alba berwarna putih

5) Laktasi

Proses produksi asi dan pengeluaran asi (Sumantri,2012).

6) Standar pelayanan pada ibu nifas

Standar 15: Pelayanan Bagi Ibu dan Bayi pada masa nifas.

Pernyataan standar Bidan memberikan yaitu pelayanan selama masa nifas melalui kunjungan Masa Nifas. Kunjungan masa nifas menurut Setyo dan Sri (2011)

terbagi menjadi 4 kunjungan yaitu :

a) Kunjungan pertama dilakukan 6-8 jam setelah persalinan.

Tujuannya:

- (1) Mencegah pendarahan waktu nifas karena anemia, atonia uteri.
- (2) Deteksi dan obati penyebab perdarahan lainnya, lihat kapan pendarahan berlanjut
- (3) Memberikan konseling pada ibu atau salah satu keluarga bila terjadi pendarahan yang banyak
- (4) Pemberian ASI awal
- (5) Melakukan kontak antara ibu dan bayi
- (6) Menjaga bayi agar tetap sehat dengan cara mencegah terjadinya hipotermia
- (7) Jika petugas kesehatan menolong persalinan petugas harus tinggal dan mengawasi sampai 2 jam pertama

b) Kunjungan kedua 6 hari setelah persalinan.

Tujuannya:

- (1) Memastikan involusi uteri berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus uteri di bawah umbilicus, tidak ada pendarahan dan tidak berbau.
- (2) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau pendarahan abnormal
- (3) Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan dan istirahat
- (4) Memastikan ibu dapat menyusui dengan baik dan benar

- (5) Memastikan konseling pada ibu tentang perawatan tali pusat, kehangatan dan kebersihan bayi.
- c) Kunjungan ketiga 2-3 minggu post partum Tujuannya:
- (1) Memastikan involusi terus berjalan normal, uterus berkontraksi, tidak ada perdarahan dan pengeluaran tidak berbau.
 - (2) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi dan pendarahan abnormal.
 - (3) Memastikan ibu mendapat cukup makan, cairan dan istirahat.
 - (4) Memastikan ibu menyusui bayinya dengan baik, dan tidak menunjukkan tanda-tanda penyakit
 - (5) Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi agar tetap hangat dalam merawat bayinya.
- d) Kunjungan keempat 4-6 minggu setelah persalinan
- (1) Menanyakan pada ibu tentang penyaki-penyakit yang ibu dan bayi alami
 - (2) Memberikan konseling KB secara dini.
 - (3) Konseling perawatan tali pusat, tali pusat harus tetpa kering, beritahu ibu bahaya membubuhkan sesuatu pada tali pusat bayi, misalnya minyak tau bahan lain jika ada kemerahan pada pusat, perdarahan, tercium bau busuk, bayi segera dirujuk.
 - (4) Perhatikan kondisi umum bayi, apakah ada ikterus atau tidak ikterus pada hari ketiga post partum adalah kondisi fisiologis yang tidak perluhpengobatan. Bila ikterus terjadi pada hari ketiga atau kapan saja dan bayi malas untuk menyusu serta tampak mengantuk maka segera rujuk ke Rumah Sakit.
- 7) Bahaya pada masa nifas
- Menurut Pitriani (2014), ada beberapa tanda bahaya selama masa nifas, yaitu:
- a) Perdarahan hebat atau peningkatan perdarahan secara tiba-tiba (melebihi haid biasa atau jika perdarahan tersebut membasahi lebih dari 2 pembalut saniter dalam waktu setengah jam).

- b) Pengeluaran cairan vaginal dengan bau busuk yang menyengat.
 - c) Rasa nyeri di perut bagian bawah atau punggung.
 - d) Sakit kepala yang terus-menerus atau masalah penglihatan.
 - e) Pembengkakan pada wajah dan tangan, demam, muntah, rasa sakit sewaktu buang air seni atau merasa tidak enak badan.
 - f) Payudara memerah, panas atau sakit.
 - g) Kehilangan selera makan untuk waktu yang berkepanjangan.
 - h) Merasa sangat sedih atau tidak mampu mengurus diri sendiri atau bayi. Merasa sangat letih atau bernafas terengah-engah
- 8) Infeksi puerperalis

Infeksi kala nifas adalah infeksi peradangan pada semua alat genitalia pada masa nifas oleh sebab apa pun dengan ketentuan meningkatnya suhu badan melebihi 38°C tanpa menghitung hari pertama dan berturut-turut selama 2 hari dalam sepuluh hari pertama postpartum. Jika peningkatan suhu terjadi pada hari kedua postpartum, harus dibedakan dengan keadaan fisiologis di mana pada hari tersebut masa produksi ASI maksimal. Suhu harus diukur dari mulut setidaknya 4 kali sehari.

Gambaran Klinis Infeksi Nifas

- a) Infeksi pada perineum, vulva, vagina, dan serviks

- (1) Vulvitis

Pada luka infeksi bekas sayatan episiotomy atau luka perineum jaringan di sekitarnya membengkak, tepi luka menjadi merah dan bengkak, jahitan mudah lepas, luka yang terbuka menjadi ulkus dan mengeluarkan pus.

- (2) Vaginitis

Infeksi vagina dapat terjadi secara langsung pada luka vagina atau melalui perineum. Permukaan mukosa membengkak dan kemerahan, terjadi ulkus, serta getah mengandung nanah dan keluar dari daerah ulkus. Penyebaran dapat terjadi, tetapi pada umumnya infeksi tinggal terbatas.

(3) Servitis Infeksi

serviks sering juga terjadi, akan tetapi biasanya tidak menimbulkan banyak gejala. Luka serviks yang dalam, luas dan langsung ke dasar ligamentum latum dapat menyebabkan infeksi yang menjalar ke parametrium.

Gejala:

- (a) Rasa nyeri serta panas pada tempat infeksi.
- (b) Kadang-kadang perih bila kencing.
- (c) Bila getah radang bisa keluar, biasanya keadaannya tidak berat.
- (d) Suhu sekitar 38°C dan nadi di bawah 100 kali per menit.
- (e) Kadang perih bila BAK.
- (f) Bila luka terinfeksi tertutup oleh jahitan dan getah radang tidak dapat keluar, demam bisa naik sampai 39-40°C dengan kadang-kadang disertai menggigil.

Penanganan pada kasus ini merupakan pemberian antibiotik, roborantia, pemantauan vital sign, serta in take out pasien (makanan dan cairan)

(4) Pengobatan

- (a) Berikan antibiotika dengan spectrum luas.
- (b) Lakukan tindakan untuk mempertinggi daya tahan tubuh.
- (c) Jika terjadi abses lakukan pembukaan jahitan.
- (d) Tranfusi darah bila perlu.

9) Perdarahan post partum

Perdarahan post partum adalah perdarahan lebih dari 500-600 ml dalam masa 24 jam setelah anak lahir (Prawirohardjo, 2010).

Menurut waktu terjadinya dibagi atas 2 bagian :

- a) Perdarahan post partum primer, yang terjadi dalam 24 jam setelah anak lahir. Penyebab utama adalah atonia uteri, retensio plasenta, sisa plasenta dan robekan jalan lahir. Terbanyak dalam 2 jam pertama.

- b) Perdarahan post partum sekunder, yang terjadi setelah 24 jam biasanya terjadi antara hari ke 5-15 post partum. Penyebab utama adalah robekan jalan lahir dan sisa plasenta (Prawiroharjdo, 2010).

10) Sub involusi

- a) Sub involusi uterus

Involusi adalah keadaan uterus yang mengecil oleh kontraksi rahim. Tanda sub involusi uterus adalah sebagai berikut :

Uterus lebih besar dan lebi lembek dari seharusnya

- b) Fundus masih tinggi
- c) Lochea banyak dan berbau
- d) Perdarahan

11) Lochea yang berbau busuk

Lokea adalah cairan secret yang berasal dari cavum uteri dan vagina selama masa nifas.

Tanda lochea yang berbau adalah sebagai berikut:

- a) Keluarnya cairan dari vagiria
- b) Adanya bau yang menyengat dari vagina
- c) Disertai demam $>38^{\circ}\text{C}$

12) Nyeri pada perut dan panggul

Tanda nyeri pada perut dan panggul adalah sebagai berikut :

- a) Demam
- b) Nyeri perut bagian bawah
- c) Suhu meningkat
- d) Nadi cepat dan kecil
- e) Nyeri tekan
- f) Pucat muka cekung, kulit dingin

b. Nifas dengan resiko tinggi usia >35 tahun

Menurut Pitriani (2016), ada beberapa resiko selama masa nifas, yaitu:

1) Subinvolusi

Penatalaksanaan

- a) Pemeriksaan patologis spesimen kuretase endometrium postpartum

- b) USG Rahim
- c) Pemberian ergometrium per-oral atau suntikan intramuscular
- d) Transfusi darah dan unit plasma diperluka

Terapi yang tepat harus dilakukan ketika subinvolusi ditemukan hanya sebagai tanda dari beberapa patologi local adalah antibiotik pada endometritis, eksplorasi uterus pada produk yang tertahan pessarium dalam prolaps atau retroversi. Methergine, begitu sering diresepkan untuk meningkatkan proses involusi.

2) Produksi ASI tidak lancar

Penatalaksanaan

- a) Anjurkan ibu dan keluarga untuk melakukan perawatan payudara supaya ASI lancar
- b) Melakukan pijat oksitosin
- c) Anjurkan ibu untuk banyak minum
- d) Anjurkan ibu untuk menyusui sesering mungkin
- e) Penkes tentang makanan yang mengandung dan memperbanyak ASI seperti bayam, katu, daun kelor, wortel, jantung pisang, pucuk ubi, daging, ayam, hati, dan buah-buahan
- f) Dukungan psikologis

3) Payudara memerah, panas, atau sakit.

Penatalaksanaan

- a) Melakukan perawatan payudara
- b) Mengompres payudara menggunakan air hangat \pm 5 menit
- c) Mengajari ibu cara menyusui yang benar
- d) Perbanyak istirahat dan minum
- e) Konsumsi makanan sehat dan mengandung nutrisi yang seimbang
- f) Hindari mengenakan pakaian dan bra yang terlalu ketat

4) Perawatan payudara

(a) Pengertian perawatan payudara

Perawatan payudara merupakan suatu tindakan untuk merawat payudara terutama pada masa nifas untuk memperlancar pengeluaran ASI (Kumalasari, 2015). Perawatan payudara tidak hanya dilakukan sebelum melahirkan, tetapi dilakukan setelah melahirkan

(b) Manfaat perawatan payudara

Manfaatnya yaitu menjaga kebersihan payudara terutama kebersihan puting susu, melenturkan dan menguatkan puting susu sehingga memudahkan bayi untuk menyusui, merangsang kelenjar – kelenjar air susu sehingga produksi ASI banyak dan lancar.

(c) Tujuan perawatan payudara

Tujuan perawatan payudara diantaranya:

- (1) Memperbaiki sirkulasi darah.
- (2) Menjaga kebersihan payudara, terutama kebersihan puting susu agar terhindar dari infeksi.
- (3) Menguatkan alat payudara, memperbaiki bentuk puting susu sehingga bayi menyusui dengan baik.

Langkah-langkah perawatan payudara menurut (Kumalasari, 2015)

(d) Persiapkan ibu

- (1) Cuci tangan dengan sabun dan air mengalir
- (2) Buka pakian

(e) Persiapkan alat

- (1) Handuk
- (2) Kapas yang dibentuk bulat
- (3) Minyak kelapa atau baby oil
- (4) Waslap atau handuk kecil untuk kompres
- (5) Baskom dua yang masing-masing berisi air hangat dan air dingin

- (f) Pelaksanaan perawatan payudara
- (1) Buka pakian ibu, lalu letakkan handuk di atas pangkuan ibu tutuplah payudara dengan handuk
 - (2) Buka handuk pada daerah payudara dan taruh di pundak ibu
 - (3) Kompres puting susu dengan menggunakan kapas minyak selama 3-5 menit agar epitel yang lepas tidak menumpuk, lalu bersihkan kerak-kerak pada puting susu
 - (4) Bersihkan dan tariklah puting susu keluar terutama untuk puting susu ibu datar
 - (5) Ketuk-ketuk sekeliling puting susu dengan ujung-ujung jari d)
- Teknik Pengurutan Payudara
- (g) Pengurutan I
- (1) Licinkan kedua tangan dengan baby oil
 - (2) Menyokong payudara kiri dengan tangan kiri, lakukan gerakan kecil dengan dua atau tiga jari tangan, mulai dari pangkal payudara dengan gerakan memutar berakhir pada daerah puting (dilakukan 20-30 kali)
- (h) Pengurutan II
- Membuat gerakan memutar sambil menekan dari pangkal payudara dan berakhir pada puting susu (dilakukan 20- 30 kali) pada kedua payudara.
- (i) Pengurutan III Meletakkan kedua tangan di antara payudara, mengurut dari tengah ke atas sambil mengangkat kedua payudara dan lepaskan keduanya perlahan.
- (j) Pengurutan IV
- (1) Mengurut payudara dengan sisi kelingking dari arah pangkal ke arah puting.
 - (2) Payudara dikompres dengan air hangat lalu dingin secara bergantian kira-kira lima menit.
 - (3) Keringkan dengan handuk dan pakailah BH khusus yang dapat menopang dan menyangga payudara.

5) Pijat oksitosin

- (1) Pengertian Pijat oksitosin Pijat oksitosin adalah yang dilakukan dipunggung, tepatnya disepanjang tulang belakang sebagai upaya melancarkan keluarnya ASI dari payudara ibu menyusui.
- (2) Manfaat pijat oksitosin Mempercepat penyembuhan luka bekas implantasi plasenta, mencegah terjadinya perdarahan post partum, dapat mempercepat terjadinya proses involusi uterus, meningkatkan produksi ASI, meningkatkan rasa nyaman pada ibu menyusui, meningkatkan hubungan psikologis antar ibu dan keluarga.

(3) Tujuan pijat oksitosin

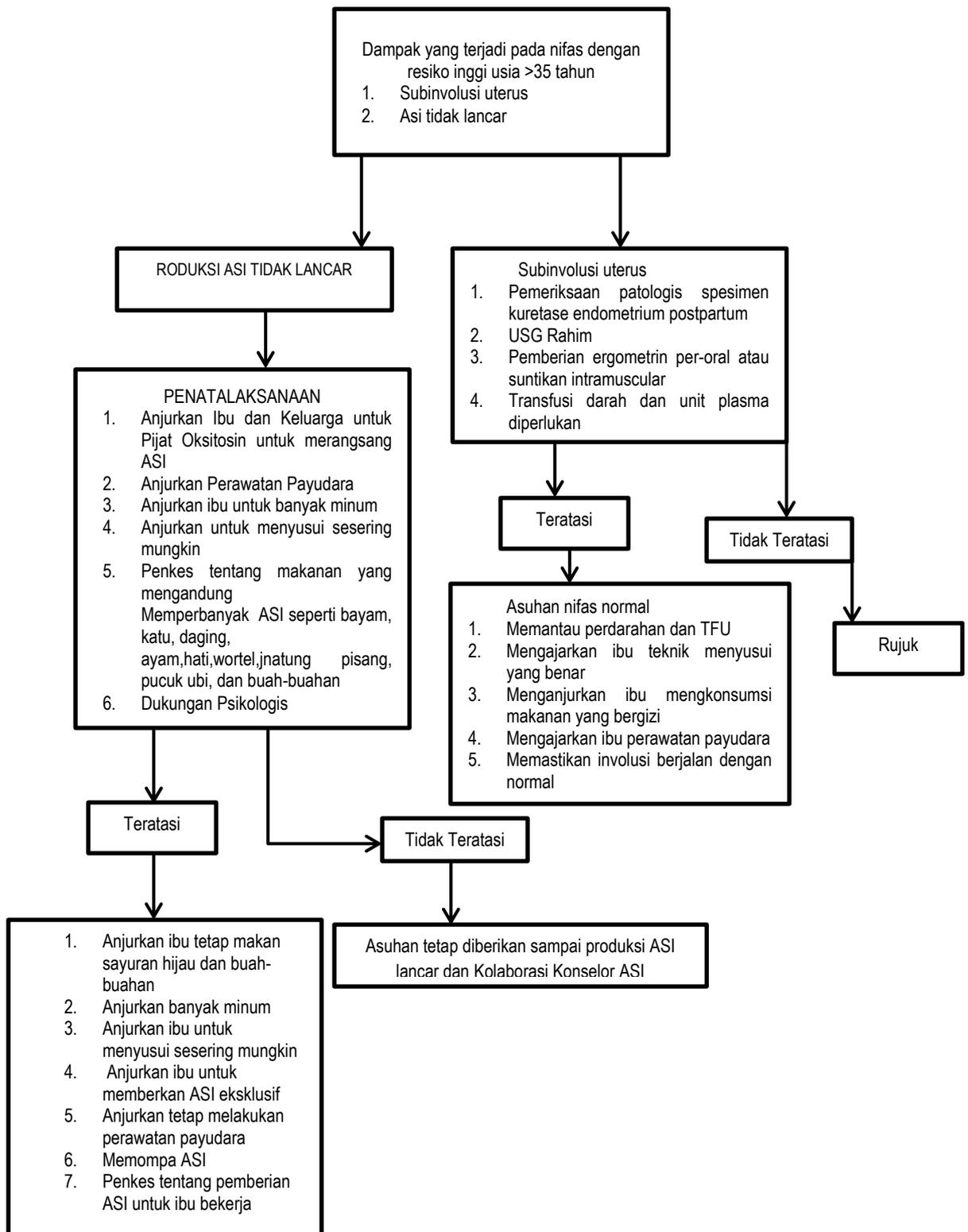
Pijat oksitosin bisa menjadi semakin efektif jika dilakukan secara rutin dan dilakukan dengan kelembutan dan rasa penuh kasih sayang. Menurut penelitian (Sinica, 2017) pijat oksitosin mampu memicu peningkatan produksi hormon oksitosin.

(4) Prosedur tindakan

- (a) Alat dan bahan Baby oil atau minyak kelapa, Air hangat , Handuk atau washlap.
- (b) Persiapan pasien Melepas pakaian atas dan BH, mengatur ibu duduk rileks bersandar ke depan, tangan dilipat di atas meja dengan kepala diletakkan di atasnya dan biarkan payudara terlepas tanpa bra. Letakkan handuk di atas pangkuan ibu. Jika ibu tidak mampu untuk duduk, pijatan bisa dilakukan dengan memposisikan ibu miring kiri atau miring kanan.
- (c) Persiapan lingkungan Pasang sampiran atur pencahayaan
- (d) Persiapan bidan Mencuci tangan dibawah air megalir
- (e) Langkah-langkah pemijatan menurut (Sinica, 2017)
 - (1) Posisikan tubuh senyaman mungkin, lebih baik jika mama duduk berdasarkan ke depan sambil memeluk bantal. Jika tidak ada, mama juga bisa bersandar pada meja.

- (2) Berikan pijatan pada kedua sisi tulang belakang dengan menggunakan kepalan tangan. Tempatkan ibu jari menunjuk ke depan .
- (3) Pijat kuat dengan gerakan melingkar
- (4) Pijat kembali sisi tulang belakang ke arah bawah sampai sebatas dada, mulai dari leher sampai ke tulang belikat.
- (5) Lakukan pijatan ini berulang-ulang

d. bagan kasus resiko tinggi usia >35 tahun pada masa nifas



Sumber : Prawirohardhjo, 2018

4. Neonatus

a. Konsep teori Neonatus

1) Pengertian

Menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia (2016) Neonatus adalah bayi baru lahir sampai dengan usia 28 hari, pada masa tersebut terjadi perubahan yang sangat besar dari kehidupan di dalam rahim dan terjadi pematangan hampir pada semua sistem.

Neonatus adalah bayi yang baru lahir 28 hari pertama kehidupan (Rudolph, 2015).

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang baru lahir pada usia kehamilan 37-42 minggu, dengan presentasi belakang kepala yang pervaginam tanpa memakai alat (Tando, 2016).

Bayi baru lahir (neonatus) adalah bayi yang baru mengalami proses kelahiran, berusia 0-28 hari. BBL memerlukan penyesuaian diri dan kehidupan intra uterin ke kehidupan ekstra uterin dan toleransi bagi BBL untuk dapat hidup dengan baik. (Marni dan Rahardjo, 2015).

2) Hal-Hal Yang Harus Diperhatikan Dalam Asuhan Neonatus

Bayi baru lahir atau neonatus menurut Marni dan Rahardjo (2015) dibagi dalam beberapa klasifikasi, yaitu:

3) Pertumbuhan Neonatus

Selama bulan pertama BB meningkat rata-rata berat badan 120 sampai 240 gram perminggu, tinggi badan 0,6-2,5 cm dan 2 cm dalam lingkaran kepala

- a) Denyut jantung menurun dari denyut jantung 120 sampai 160 kali permenit turun menjadi 120 sampai 140 kali permenit.
- b) Rata-rata waktu pernapasan adalah 30 sampai 50 kali permenit
- c) Temperature aksila berada dalam rentang antar 36°C sampai 37,5°C dan secara umum menjadi stabil dalam 24 jam setelah lahir.
- d) Reflek normal termasuk berkedip dalam merespon terhadap cahaya terang dan gerakan terkejut berespon terhadap suara rebut dan tiba-tiba.

4) Perkembangan Neonatus

- a) Perilaku yang normal meliputi periode menghisap, menangis, tidur, dan beraktifitas. Neonatus normalnya melihat wajah ibunya secara reflektif tersenyum dan berespon terhadap stimulus sensorik, kekhususnya wajah ibu, suara dan sentuhan
- b) Perkembangan yang kognitif yang awal mulai dengan perilaku bawaan, reflek dan fungsi sensorik. Misalnya neonatus belajar menoleh kearah puting susu pada saat baru lahir. Kemampuan sensori ini memberikan neonatus untuk mengekuarkan stimulus lebih dari pada hanya menerima stimulus.

5) Imunisasi

Anak perlu diberikan imunisasi dasar lengkap agar terlindung dari penyakit- penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi.

a) Imunisasi BCG

Ketahanan terhadap penyakit TB (tuber) vaksin bcg diberikan pada bayi sejak lahir, untuk mencegah penyakit tbc. Jika bayi sudah berumur lebih dari 3 bulan, harus dilakukan uji tuberculin terlebih dahulu. BCG dapat diberikan apabila hasil uji tuberculin negatif

b) Hepatitis B

Hepatitis B diberikan 3x. yang pertama dalam waktu 12 jam setelah lahir. Imunisasi ini di anjurkan saat bayi berumur 1 bulan, kemudian diberikan lagi saat 3-6 bulan.

c) Polio

Imunisasi yang satu ini belakangan sering di gadang-gadangkan pemerintah Karena telah memakan korban cukup banyak. Target pemerintah membebaskan anak Indonesia dari penyakit polio. Polio -0 diberikan saat kunjungan pertama setelah lahir. Selanjutnya vaksin ini diberikan 3x, saat bayi berumur 2,4,dan 6 bulan. Pemberian vaksin ini di ulang pada usia 18 bulan dan 5 tahun.

Table 2.5
Imunisasi lanjutan

Imunisasi lanjutan	Umur
Polio 2	3 bulan
Dpt-Hb-Hib 1	3 bulan
Campak	9 bulan

Sumber : Mami, Rahardjo (2015).

6) Standar Pelayanan pada Neonatus

Standar pelayanan yang dapat bidan lakukan pada neonates melalui kunjungan neonatus dimana bidan memberikan pelayanan kunjungan selama 3 kali kunjungan.

Tiga kali kunjungan neonatus menurut (Buku Saku Asuhan Pelayanan Maternal dan Neonatal, 2013) yaitu :

- a) Pada usla 6-48 jam (kunjungan neonatus 1)
 - (a) Menjaga kehangatan bayi
 - (b) Memastikan bayi menyusu sesering mungkin
 - (c) Memastikan bayi telah buang air besar (BAB) dan buang air kecil (BAK)
 - (d) Memastikan bayi cukup tidur
 - (e) Menjaga kebersihan kulit bayi
 - (f) Perawatan tali pusat untuk mencegah infeksi
 - (g) Mengamati tanda-tanda infeksi
- b) Pada usia 3-7 hari (kunjungan neonatus 2)
 - (a) Mengingat ibu unutup menjaga kehangatan bayinya
 - (b) Menanyakan pada ibu apakah bayi menyusu kuat
 - (c) Menanyakan pada ibu apakah BAB dan BAK bayi normal
 - (d) Menanyakan pada ibu apakah bayi tidur lelap atau rewel
- c) Pada usia 8-28 hari (kunjungan neonatus 3)
 - (a) Mengingat pada ibu untuk menjaga kehangatan bayi
 - (b) Menanyakan pada ibu apakah bayi menyusui kuat
 - (c) Menganjurkan ibu untuk menyusul ASI saja tanpa makanan tambahan selama 6 bulan

(d) Bayi sudah mendapatkan imunisasi BCG, polio, dan hepatitis B

(e) Mengingatkan ibu untuk menjaga pusat tetap bersih dan kering

(f) Mengingatkan ibu untuk mengamati tanda-tanda infeksi

7) Tanda Bahaya pada Neonatus

Tanda dan gejala sakit berat pada bayi baru lahir dan bayi muda sering tidak spesifik, tanda-tanda bahaya pada neonatus sebagai berikut: (Jamil, 2017)

- a) Bayi tidak mau menyusu
- b) Merintih
- c) Pusat kemerahan
- d) Demam atau tubuh merasa dingin
- e) Mata bernanah banyak
- f) Kulit terlihat kuning

b. Resiko persalinan pada Ibu Hamil Usia >35 tahun terhadap Bayi Baru Lahir (BBL)

1) Resiko terhadap bayi yang lahir pada ibu yang berusia di atas 35 tahun meningkat, yaitu bisa berupa kelainan kromosom pada anak. Kelainan yang paling banyak muncul berupa kelainan down syndrome, yaitu sebuah kelainan kombinasi dari Retardasi mental dan abnormalitas bentuk fisik yang disebabkan oleh kelainan kromosom dan kelainan kongenital (Friedman, 2012)

2) Pada usia di atas 35 tahun telah terjadi kemunduran fungsi fisiologis maupun reproduksi secara umum. Hal tersebut yang mengakibatkan proses perkembangan janin menjadi tidak optimal dan menghasilkan anak yang lahir dengan (BBLR) berat badan lahir rendah atau kurang (Saifuddin, 2013)

Penatalaksanaan :

- (a) Jaga kehangatan bayi
- (b) Lakukan IMD

(c) Metode kangguru

(d) Penggunaan incubator

8) BBLR

Berat lahir adalah berat badan neonatus pada saat kelahiran yang ditimbang dalam waktu satu jam sesudah lahir. Berat badan merupakan ukuran antropometri yang penting dan paling sering digunakan pada bayi baru lahir (neonatus). Berat badan digunakan mendiagnosis bayi normal atau BBRL (WHO, 2010). BBRL adalah bayi baru lahir yang berat badan lahirnya pada saat kelahiran kurang dari 2.500 gram (Hasan et al, 1997). Menurut Norwitz et al (2006), BBRL adalah bayi dengan berat badan lahir absolut <2500 gram tanpa memandang usia gestasi. Dengan pengertian seperti yang telah diterangkan diatas, bayi

BBRL dapat dibagi menjadi 2 gelombang, yaitu:

- 1) Prematuritas murni masa gestasinya kurang dari 37 minggu dan berat badannya sesuai dengan berat badan untuk masa gestasi itu atau bisa disebut neonatus kurang bulan-sesuai untuk masa kehamilan (NKB-SKM), bayi prematur memiliki karakteristik klinis dengan berat badan kurang dari 2500 gram, panjang badan kurang atau sama dengan 45 cm, lingkaran dada kurang dari 30 cm, dan lingkaran kepala kurang dari 33 cm (Abdoerrachman et al, 2007).
- 2) Dismaturiytas bayi lahir dengan berat badan kurang dari berat badan seharusnya untuk masa gestasi itu. Berat bayi mengalami retardasi pertumbuhan intrauterine dan merupakan bayi yang kecil untuk masa kehamilan (kmk). Penyebab dismaturitas adalah setiap keadaan yang mengganggu pertukaran zat antara ibu dan janin (Hasan et al, 1997).

a. Ciri-ciri BBLR

Menurut Manuaba (2006) mengemukakan bayi berat lahir rendah (BBLR) mempunyai ciri-ciri yaitu berat badan kurang dari 2500 gram, panjang badan kurang atau sama dengan 45

cm, lingkaran dada kurang dari 30 cm, dan lingkaran kepala kurang dari 33 cm, ukuran kepala relative lebih besar dari tubuh, kulit tipis, transparan, rambut lanugo banyak, lemak kulit kurang, otot hypotonic lemah, pernafasan tidak teratur, dapat terjadi apnea, ekstremitas abduksi, sendi lutut/kaki refleks lurus, frekuensi nadi 100-140 kali per menit.

b. Penyakit BBLR

Penyakit-penyakit yang berhubungan dengan BBLR menurut Hasan, et al (1997), penyakit-penyakit yang ada hubungannya dengan BBLR yaitu:

- (1) Sindrom gangguan pernapasan idiopatik disebut juga penyakit membrane hialin karena stadium terakhir akan terbentuk membran hialin yang melewati alveolus paru
- (2) Pneumonia aspirasi sering ditemukan pada bayi prematur karena reflek menelan dan bentuk belum sempurna
- (3) Perdarahan intraventrikular perdarahan spontan di vertikal otak lateral biasanya disebabkan oleh karena anoksia otak
- (4) Hiperbilirubinemia bayi prematur lebih sering mengalami Hiperbilirubinemia dibandingkan dengan bayi cukup bulan, karena faktor kematangan hepar sehingga konjugasi bilirubin indirek menjadi bilirubin direk belum sempurna
- (5) Hipoglikemia keadaan ini dapat terjadi pada kira-kira 15 persen pada bayi dengan berat lahir rendah. Karena itu, pemeriksaan secara teratur terhadap glukosa bayi harus dilakukan sehingga dapat diberikan makanan. Jika terdeteksi, dapat diberikan glukosa melalui infuse intravena (6-9 mg/kg/menit)
- (6) Hipotermia dapat terjadi karena terbatasnya kemampuan untuk mempertahankan suhu panas karena pertumbuhan otot-otot yang belum memadai, ketidakmampuan untuk menggigil, sedikitnya lemak subkutan,

produksi panas berkurang akibat lemak coklat yang tidak memadai, belum matangnya system saraf pengatur suhu tubuh, rasio luas permukaan tubuh relatif lebih besar dibandingkan berat badan sehingga mudah kehilangan panas

c. Penatalaksanaan BBLR

Penatalaksanaan perawatan bayi yang dilakukan ibu meliputi mempertahankan suhu dan kehangatan pada BBLR, memberikan ASI kepada BBLR dan mencegah terjadinya infeksi pada BBLR (Magdalena, 2012).

d. Tindakan komplementer pada neonatus

1) Perawatan Metode kangguru

Pengertian perawatan metode kangguru

Perawatan metode kangguru (Kangaroo Mother Care) atau disebut juga kontak kulit dengan kulit (Skin to Skin Contact) merupakan metode asuhan Khusus bagi bayi berat lahir rendah atau bayi prematur (< 2500 gram) atau kurang bulan (<37 mg) dengan melakukan kontak langsung antara kulit ibu dan kulit bayi.

Tujuan perawatan metode kangguru

- a) Mencegah hipotermi
- b) Mencegah Infeksi
- c) Mendukung ibu memberikan ASI eksklusif

Manfaat perawatan metode kangguru

Menghangatkan bayi, menstabilkan tanda vital bayi, meningkatkan durasi tidur, mengurangi tangisan dan kalori yang terbuang dari bayi, meningkatkan berat badan bayi dan perkembangan otak, meningkatkan hubungan emosional bayi dan ibu, mempermudah pemberian ASI.

Langkah – langkah perawatan metode kangguru

- a) Bayi telanjang (hanya menggunakan popok dan topi),
- b) Bayi diletakkan di dada ibu, diantara kedua payudara ibu sehingga terjadi kontak dengan kulit pinggul bayi dengan posisi fleksi (frog position) kemudian di sanggah dengan kain penggandong,
- c) Posisi kepala bayi sedikit ekstensi, sehingga jalan nafas bayi tetap terbuka dan memungkinkan terjadinya kontak mata antara ibu dan bayi

2) Terapi sinar matahari

d) Pengertian terapi sinar matahari

Terapi sinar matahari atau biasa disebut fototerapi adalah salah satu metode untuk menurunkan kadar zat kuning (bilirubin) dalam darah.

e) Manfaat terapi sinar matahari

Sinar matahari pagi mengandung sinar biru dan hijau. Salah satu manfaat sinar biru untuk bayi adalah mengendalikan kadar bilirubin serum agar tidak mencapai nilai yang dapat menimbulkan kemikterus, namun sinar biru tidak bagus untuk kesehatan mata, sedangkan manfaat warna hijau yang terkandung dalam sinar pagi diantaranya yaitu untuk memperkuat otot, membersihkan darah, dan membantu membuang benda-benda asing dari sistem tubuh. Bisa juga merangsang Susunan saraf otak, mengatasi susah buang air (Puspitosari, 2013).

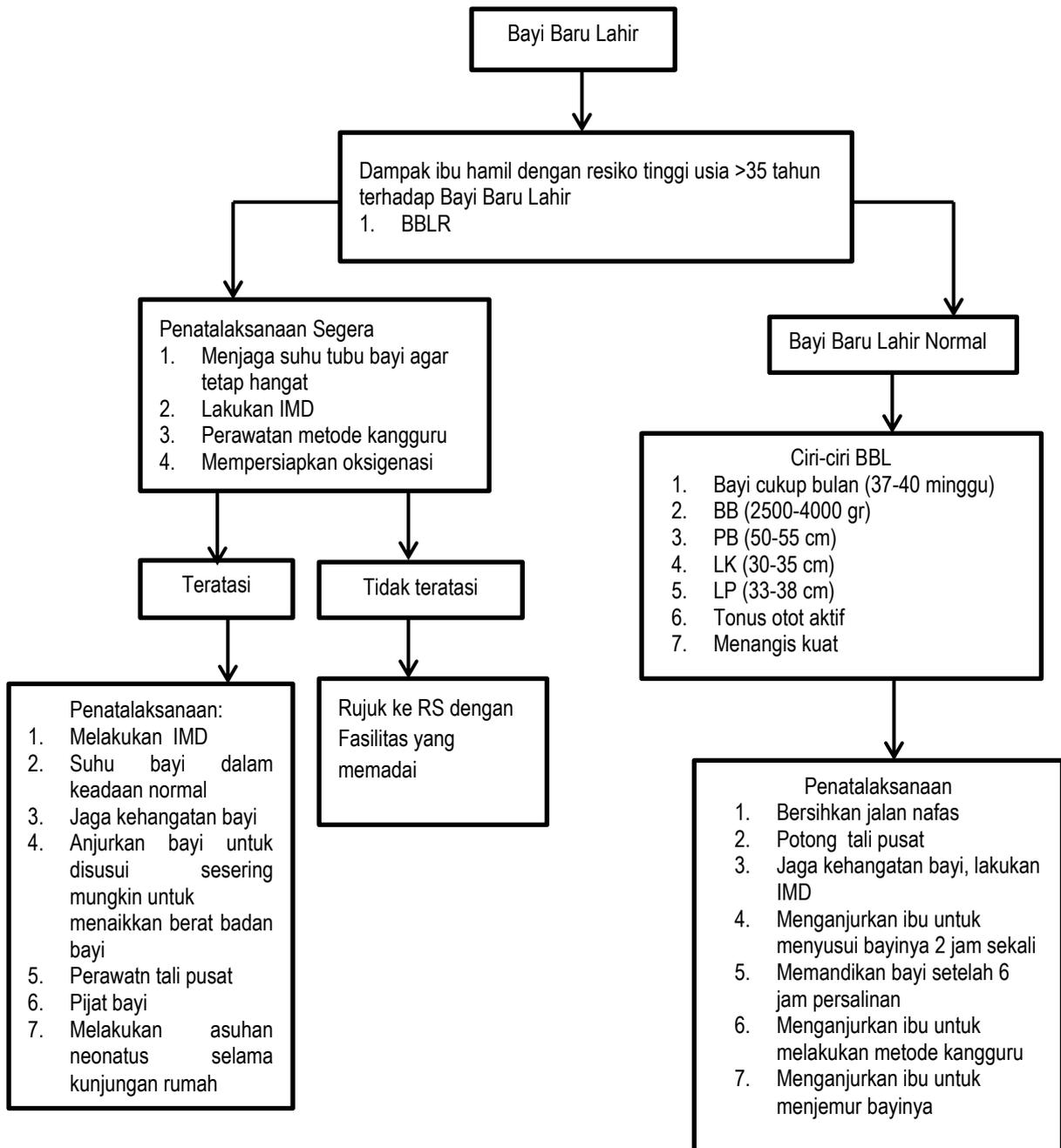
f) Tujuan terapi sinar matahari

Tujuan terapi sinar matahari adalah salah satu metode perawatan yang umum dilakukan untuk menangani kondisi bayi kuning,

g) Langkah-langkah terapi sinar matahari

- (1) Setelah selesai memandikan bayi pada pagi hari bawa bayi keluar untuk pemberian terapi sinar matahari.
- (2) Cari tempat disekitar rumah yang mendapatkan sinar matahari dipagi hari.
- (3) Jemur bayi di bawah sinar matahari pakaian bayi dibuka dan matanya ditutup agar tidak silau.
- (4) Dilakukan selama 10-15 menit pada pagi hari sekitar jam 7 sampai jam 9.

c. Bagan Kasus Pada Neonatus



Sumber : Pitriani, 2016

5. Keluarga Berencana

a. Konsep Teori Keluarga Berencana

1) Pengertian

Keluarga berencana (family planning, planned parenthood) adalah suatu usaha untuk menjarangkan atau merencanakan jumlah dan jarak kehamilan dengan memakai alat kontrasepsi (Marmi, 2016).

Keluarga berencana postpartum adalah melakukan tindakan KB ketika wanita baru melahirkan dan gugur kandung di ruman sakit, atau memberi pengarahannya agar memilih KB efektif (melakukan sterilisasi wanita atau pria, menggunakan AKDR, menerima KB hormonal dalam bentuk suntik atau susuk) (Manuaba, 2013).

Peraturan pemerintah RI Nomor 87 tahun 2014 tentang perkembangan kependudukan dan pembangunan keluarga, keluarga berencana, dan sistem informasi keluarga menyebutkan bahwa Keluarga Berencana (KB) adalah upaya mengatur kelahiran anak, jarak dan usia ideal melahirkan, mengatur kehamilan, melalui promosi perlindungan dan bantuan sesuai dengan hak reproduksi untuk mewujudkan keluarga yang berkualitas (Kemenkes RI, 2018).

2) Alat kontrasepsi

a) Pengertian

Definisi kontrasepsi merupakan usaha-usaha untuk mencegah terjadinya. Usaha-usaha itu bersifat sementara dan permanen (Wiknojosastra, 2007). Kontrasepsi yaitu pencegahan terbuainya sel telur oleh sel sperma (konsepsi) atau pencegahan menempelnya sel telur yang telah dibuahi ke dinding Rahim (Nugroho dan Utami, 2014).

b) Jenis-Jenis Alat Kontrasepsi

c) Metode alat kontrasepsi sederhana

(1) Lactaconal Amenorhea Method

(a) Pengertian

Lactaconal Amenorhea Method (LAM) adalah metode kontrasepsi sementara yang mengandalkan pemberian air susu ibu (ASI) secara eksklusif, artinya hanya diberikan ASI saja tanpa tambahan makanan dan minuman lainnya. (Purwoastuti dan Elisabeth, 2015).

(2) Keuntungan dan kerugian alat kontrasepsi MAL

- (a) Efektivitas tinggi (98% apabila digunakan selama 6 bulan pertama setelah melahirkan, belum mendapat haid dan menyusui eksklusif)
- (b) Dapat segera dimulai setelah melahirkan
- (c) Tidak memerlukan prosedur khusus, alat maupun obat
- (d) Tidak memerlukan perawatan medis
- (e) Tidak mengganggu senggama
- (f) Mudah digunakan
- (g) Tidak perlu biaya
- (h) Tidak memerlukan efek samping sistemik
- (i) Tidak bertentangan dengan budaya maupun agama

(3) Kerugian MAL

- (a) Memerlukan persiapan dimulai sejak kehamilan
- (b) Metode ini hanya efektif digunakan selama 6 bulan setelah melahirkan, belum mendapat haid dan menyusui secara eksklusif
- (c) Tidak melindungi diri dari penyakit menular seksual termasuk hepatitis B ataupun HIV/AIDS
- (d) Tidak menjadi pilihan bagi wanita yang tidak menyusui
- (e) Kesulitan dalam mempertahankan pola menyusui secara eksklusif.

(4) Indikasi penggunaan KB MAL

- (a) Ibu yang menyusui eksklusif dan bayinya berusia kurang dari 6 bulan
- (b) Belum mendapat menstruasi setelah melahirkan.

(c) Tidak dapat mendorong ibu untuk memilih metode lain dengan tetap menganjurkannya untuk melanjutkan ASI, saat terjadi keadaan-keadaan seperti:

- (1) Bayi mulai diberikan makanan pendamping secara teratur (menggantikan satu kali menyusui).
- (2) Menstruasi sudah mulai kembali
- (3) Bayi sudah tidak terlalu sering menyusui
- (4) Bayi sudah berusia 6 bulan atau lebih.
- (5) Kontraindikasi penggunaan KB MAL
- (6) Sudah mendapat menstruasi setelah persalinan.
- (7) Tidak menyusui secara eksklusif
- (8) Bayinya sudah berumur lebih dari 6 bulan

Bekerja dan terpisah dari bayi lebih lama dari 6 jam. (Hidayati,2009)

(5) Senggama terputus

(a) Pengertian

Senggama terputus adalah metode keluarga berencana tradisional, dimana pria mengeluarkan alat kelaminnya dari vagina sebelum pria mencapai ejakulasi sehingga sperma tidak masuk kedalam vagina dan kehamilan dapat dicegah.

(b) Kelebihan senggama terputus

- (1) Tidak mengganggu produksi ASI
- (2) Bisa digunakan setiap hari
- (3) Tidak ada efek samping
- (4) Tidak memerlukan biaya

(c) Indikasi

- (1) Pasangan yang tidak mau menggunakan KB lainnya
- (2) Pasangan yang tidak memerlukan metode sementara
- (3) Pasangan yang melakukan hubungan seksual tidak teratur
- (4) Pasangan yang memerlukan kontrasepsi segera

(d) Kontraindikasi

- (1) Pria dengan pengalaman ejakulasi dini obolin
- (2) Pria yang sulit melakukan senggama terputus

(3) Pria yang memiliki pasangan yang sulit bekerja sama

(6) Kontrasepsi kondom

(a) Pengertian

Kondom merupakan selubung atau sarung karet yang dipasang pada penis saat berhubungan seksual. Cara kerja kondom untuk menghalangi terjadinya pertemuan sperma dan sel telur dengan cara mengemas sperma di ujung selubung karet yang dipasang pada penis sehingga sperma tersebut tidak terkucur ke dalam saluran reproduksi perempuan, selain itu kondom juga dapat mencegah penularan mikroorganisme (HIV/AIDS) dari satu pasangan kepada pasangan yang lain.

Secara ilmiah didapatkan sedikit angka kegagalan kondom yaitu 2-12 kehamilan per 100 perempuan/tahun (Saifuddin, 2010).

(b) Keuntungan menggunakan kondom adalah:

- (a) Efektif bila digunakan dengan benar
- (b) Tidak mengganggu kesehatan pengguna
- (c) Murah dan dapat dibeli secara umum

(c) Kerugian menggunakan kondom adalah:

- (a) Agak mengganggu hubungan seksual (mengurangi sentuhan langsung)
- (b) Harus selalu tersedia setiap kali berhubungan seksual
- (c) Cara penggunaan sangat mempengaruhi kontrasepsi

(d) Indikasi

Semua pasangan usia subur yang ingin berhubungan seksual dan belum menginginkan kehamilan. Selain itu, untuk perlindungan maksimum terhadap infeksi menular seksual (IMS) (Puspitasari, 2009).

(e) Kontraindikasi

- (1) Apabila secara psikologis pasangan tidak dapat menerima metode ini.

- (2) Malformasi penis
- (3) Apabila salah satu dari pasangan alergi terhadap karet lateks (Puspitasari, 2009).

d) Metode kontrasepsi hormonal

(1) Kontrasepsi pil

(a) Pengertian

Pil oral akan menggantikan produksi normal ekstrogen dan progesterone oleh ovarium. Pil oral akan menekan hormolin ovarium selama siklus haid normal, sehingga juga menekan releasing factors di otak dan akhirnya mencegah ovulasi. Tetapi juga menimbulkan gejala-gejala pseudo pregnancy (kehamilan palsu) seperti mual, muntah, payudara membesar, dan terasa nyeri (Hartanto, 2008).

(b) Efektivitas

Efektivitas pada penggunaan yang sempurna adalah 99,5-99,9% dan 97% (Handayani, 2010).

(c) jenis KB

Menurut Sulistyawati (2010) yaitu:

- (1) Monofasik: pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormone aktif ekstrogen atau progestin, dalam dosis yang sama, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif, jumlah dan porsi hormonya konstan setiap hari.
- (2) Bifasik: pil yang tersedian dalam kemasan 21 tablet mengandung hormone aktif ekstrogen, progestin, dengan dua dosis berbeda 7 tablet tanpa hormone aktif, dosis hormone bervariasi.
- (3) Trifasik: pil yang tersedian dalam kemasan 21 tablet mengandung hormone aktif ekstrogen atau progestin, dengan 3 dosis yang berbeda 7 tablet tanpa hormone aktif, dosis hormone bervariasi setiap hari.

(d) Cara kerja KB pil Menurut Saifuddin (2010) yaitu:

- (1) Menekan ovulasi
- (2) Mencegah implantasi
- (3) Mengentalkan lender serviks
- (4) Pergerakan tuba terganggu sehingga transportasi ovum akan terganggu.

(e) Keuntungan KB pil menurut Handayani (2010) yaitu:

- (1) Tidak mengganggu hubungan seksual
- (2) Siklus haid menjadi teratur (mencegah anemia)
- (3) Dapat digunakan sebagai metode jangka panjang
- (4) Dapat digunakan pada masa remaja hingga menopause
- (5) Mudah dihentikan setiap saat
- (6) Kesuburan cepat kembali setelah penggunaan pil dihentikan
- (7) Membantu mencegah: kehamilan ektopik, kanker ovarium, kanker endometrium, kista ovarium, acne, dismenorhea

(f) Keterbatasan KB

Menurut Sinclair (2010) pendarahan haid yang berat, pendarahan diantara siklus haid, depresi, amenorrhea, kenaikan berat badan, mual dan muntah. Perubahan libido, hipertensi, jerawat, nyeri, tekan payudara, pusing, sakit kepala, kesemutan, cloasma, perubahan lemak, disminorea, infeksi pernapasan.

(g) Indikasi

Indikasi penggunaan kontrasepsi pil adalah usia reproduksi, telah memiliki anak, ibu yang menyusui tapi tidak memberikan asi eksklusif, ibu yang siklus haid tidak teratur, riwayat kehamilan ektopik (Saifuddin, 2010)

(h) Kontraindikasi

Kontraindikasi penggunaan kontrasepsi pil adalah ibu yang sedang hamil, perdarahan yang tidak terdeteksi, diabetes berat dengan komplikasi, depresi berat dan obesitas. (Everett, 2008)

(2) Kontrasepsi suntik

(a) Efektivitas kontrasepsi suntik

Menurut Susilawaty (2013), kedua jenis kontrasepsi suntik mempunyai efektivitas yang tinggi, dengan 30% kehamilan per 100 perempuan/tahun, jika menyuntikannya dilakukan secara teratur sesuai jadwal yang telah ditentukan. DMPA maupun NET EN sangat efektif sebagai metode kontrasepsi. Kurang dari 1/100 wanita akan mengalami kehamilan dalam 1 tahun pemakaian DMPA dan 2/100 wanita pertahun pemakain NET EN

(b) Jenis kontrasepsi suntik

Menurut Sulistyawati, (2013) terdapat 2 jenis kontrasepsi suntikan yang hanya mengandung progestin, yaitu:

- (1) Depo Mendoroksi Progesterone (MDPA). Mengandung 1500 mg DMPA yang diberikan setiap 3 bulan dengan cara disuntik intramuscular.
- (2) Depo Norestisteron Enatat (Depo noristerat) mengandung 200 mg Noretindron Enatat, diberikan setiap dua bulan dengan cara di suntik intramuscular (didaerah pantat atau bokong).

(c) Cara kerja kontrasepsi suntik

Menurut Sulistyawati (2013) yaitu:

- (1) Mencegah ovulasi
- (2) Mengentalkan lender serviks sehingga menurunkan kemampuan penetrasi sperma
- (3) Menjadikan selaput lender Rahim tipis dan atrofi
- (4) Menghambat transportasi gamet oleh tuba fallopii

(d) Keuntungan kontrasepsi suntik

Keuntungan penggunaan KB suntik yaitu sangat efektif, pencegah kehamilan jangka panjang, tidak berpengaruh pada hubungan seksual, tidak mengandung estrogen sehingga tidak berdampak serius terhadap penyakit jantung dan gangguan pembekuan darah, tidak mempengaruhi ASI, efek samping sangat kecil, klien tidak perlu menyimpan obat suntik, dapat digunakan oleh perempuan usia lebih dari 35 tahun sampai perimenopause, membantu mencegah kanker endometrium dan kehamilan ektopik, menurunkan kejadian tumor jinak payudara, dan mencegah beberapa penyebab penyakit radang panggul (Sulistyawati, 2013).

(e) Keterbatasan

Adapun keterbatasan dari kontrasepsi suntik menurut Sulistyawati, (2013), yaitu: Gangguan haid, leukorhea atau keputihan, galaktorea, jerawat, rambut rontok, perubahan berat badan, perubahan libido.

(f) Indikasi

Indikasi kontrasepsi suntik adalah usia reproduksi, telah mempunyai anak, ibu yang menyusui, ibu post partum, perokok, nyeri haid yang hebat dan ibu yang sering lupa menggunakan kontrasepsi pil (Saifuddin, 2010)

(g) Kontraindikasi

Kontraindikasi kontrasepsi adalah ibu yang dicurigai hamil, perdarahan yang belum jelas penyebabnya, menderita kanker payudara dan ibu yang menderita diabetes militus disertai komplikasi(Saifuddin, 2010).

(3) Kontrasepsi Implant

(a) Pengertian kontrasepsi implant

Implant/ susuk KB adalah kontrasepsi dengan cara memasukan tabung kecil di bawah kulit pada bagian tangan yang dilakukan oleh dokter anda. Tabung kecil berisi

hormone tersebut akan terlepas sedikit-sedikit, sehingga mencegah kehamilan. Keuntungan memakai kontrasepsi ini. Anda tidak harus minum pila tau suntik KB berkala. Proses pemasangan susuk KB ini cukup 1 kali untuk masa pakai 2-5 tahun. Dan bilamana anda berencana hamil, cukup melepas implant ini kembali, efek samping yang ditimbulkan, antara lain menstruasi tidak teratur (Saifuddin, 2010).

(b) Efek samping utama berupa : perdarahan tidak teratur, perdarahan, bercak, amenorea

(c) Cara kerja kontrasepsi implant

Menurut Saifuddin (2010) yaitu:

- (1) Lender serviks menjadi kental
- (2) Mengganggu proses pembentukan endometrium sehingga sulit terjadi implantasi
- (3) Mengurangi transportasi sperma
- (4) Menekan ovulasi

(d) Keuntungan kontrasepsi implant menurut (Saifuddin, 2010) yaitu:

- (1) Daya guna tinggi
- (2) Perlindungan jangka panjang
- (3) Pengembalian tingkat kesuburan yang cepat setelah pencabutan
- (4) Tidak memerlukan pemeriksaan dalam
- (5) Tidak mengganggu dari kegiatan senggama
- (6) Tidak mengganggu ASI
- (7) Klien hanya kembali jika ada keluhan
- (8) Dapat dicabut sesuai dengan kebutuhan
- (9) Mengurangi nyeri haid
- (10) Mengurangi jumlah darah haid
- (11) Mengurangi dan memperbaiki anemia
- (12) Melindungi terjadinya kanker endometrium
- (13) Melindungi angka kejadian kelainan jinak payudara

(14) Melindungi diri dari beberapa penyebab penyakit radang panggul

(15) Menurunkan kejadian endometriosis

(e) Keterbatasan kontrasepsi implant

Menurut Saifuddin (2010) Pada kebanyakan pasien dapat menyebabkan perubahan pola haid berupa perdarahan bercak (spotting), hipermenorea atau meningkatnya jumlah darah haid, serta amenorrhea

(f) Indikasi

Kontrasepsi implant adalah wanita usia subur, wanita y ingin kontrasepsi jangka panjang, ibu yang menyusui, pasca yang keguguran, (Everret, 2007, hlm.182).

(g) Kontraindikasi

Kontraindikasi kontrasepsi implant adalah ibu yang hamil, perdarahan yang tidak di ketahui penyebabnya, adanya penyakit hati yang berat, obesitas dan depresi, (Everret, 2007,hlm.182)

e) Metode kontrasepsi dengan AKDR

(a) Pengertian IUD

Pengertian AKDR atau IUD atau spiral adalah suatu benda kecil yang terbuat dari plastic yang lentur, mempunyai lilitan tembaga atau juga mengandung hormone dan di masukan ke dalam Rahim melalui vagina dan mempunyai benang (Handayani, 2014).

(b) Cara kerja

Menurut Saifuddin (2010) cara kerja IUD adalah:

- (1) Menghambat kemampuan sperma untuk masuk ketuba falopi
- (2) Mempengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai kavum uteri
- (3) AKDR bekerja terutama mencegah sperma dan ovum bertemu, walaupun AKDR membuat sperma sulit masuk

kedalam alat reproduksi perempuan dan mengurangi kemampuan sperma untuk fertilisasi

- (4) Memungkinkan untuk mencegah implantasi telur dalam uterus

(c) Efektivitas

Keefektifitasan IUD adalah: sangat efektif yaitu 0,51 kehamilan per 100 perempuan dalam 1 tahun pertama penggunaan (Sujiyantini dan Arum, 2012).

(d) Keuntungan

Menurut Saifuddin (2010), keuntungan IUD yaitu:

- (1) Sebagai kontrasepsi, elektifitasnya tinggi. Sangat elektif 06-08 kehamilan/100 perempuan dalam 1 tahun pertama (1 kegagalan dalam 125/170 kehamilan).
 - (2) AKDR dapat efektif segera setelah pemasangan.
 - (3) Metode jangka panjang (10 tahun proteksi dari CuT 380A dan tidak perlu diganti).
 - (4) Sangat efektif karena tidak perlu lagi mengingat-ingat
 - (5) Tidak mempengaruhi hubungan seksual
 - (6) Meningkatkan kenyamanan seksual karena tidak perlu takut untuk hamil
 - (7) Tidak ada efek samping hormonal dengan Cu AKDR (CUT -380)
 - (8) Tidak mempengaruhi kualitas dan volume ASI
 - (9) Dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesudah abortus (apabila tidak terjadi infeksi)
 - (10) Dapat digunakan sampai menopause (1 tahun atau lebih setelah haid terakhir)
 - (11) Membantu mencegah kehamilan ektopik
- Kerugian menurut Saifuddin (2010)
- Efek samping yang mungkin terjadi :
- (1) Perubahan siklus haid (umum pada 3 bulan pertama dan akan berkurang setelah 3 bulan).

- (2) Haid lebih lama dan banyak
- (3) Perdarahan (spotting) antar menstruasi
- (4) Saat haid lebih sakit
- (5) Merasa sakit dan kejang selama 5 hari setelah pemasangan
- (6) Perdarahan berat pada waktu haid atau diantaranya yang memungkinkan penyebab anemia benar)
- (7) Perforasi dinding uterus (sangat jarang apabila pemasangannya benar)

(e) Efek samping

Menurut Sujiantini (2012), efek samping IUD:

- (1) Perdarahan (menoragia atau spotting menorogia)
- (2) Rasa nyeri dan kejang perut
- (3) Terganggunya siklus menstruasi (umumnya terjadi pada 3 bulan pertama pemakaian)
- (4) Disminore
- (5) Gangguan pada suami (sensasi keberadaan benang IUD dirasakan sakit atau mengganggu bagi pasangan saat)
- (6) Inveksi pelvis dan endometrium melakukan aktifitas seksual)

(f) Indikasi

Menurut Glasier (2005) hlm 125 yang merupakan indikasi pemakaian kontrasepsi IUD adalah: wanita yang kontrasepsi jangka panjang. Multigravida, wanita yang mengalami kesulitan menggunakan kontrasepsi lain, tidak ada nyeri goyang porsio, tidak ada keputihan yang abnormal.

(g) Kontraindikasi menginginkan

Menurut Saifuddin (2003) MK-73 dan Bruns, 2000 hlm. 311 yang merupakan kontraindikasi pemakaian kontrasepsi IUD adalah: wanita yang sedang hamil. Wanita yang sedang menderita infeksi alat genitalia. Perdarahan vagina yang tidak diketahui. Wanita yang tidak dapat menggunakan kontrasepsi

IUD. Wanita yang menderita PMS. Wanita yang pernah menderita infeksi rahim. Wanita yang pernah mengalami perdarahan yang hebat.

f) Metode kontrasepsi Mantap

(a) Pengertian

Suatu tindakan untuk membatasi kelahiran dalam jangka waktu yang tidak terbatas, yang dilakukan terhadap salah seorang dari pasangan suami isteri atas permintaan yang bersangkutan, secara sukarela. Kontrasepsi mantap (kontap) adalah suatu tindakan untuk membatasi keturunan dalam jangka waktu yang tidak terbatas yang dilakukan terhadap salah seorang dari pasangan suami isteri atas permintaan yang bersangkutan, secara mantap dan sukarela (Zietraelmart, 2010).

Metode kontrasepsi mantap dibagi menjadi 2 yaitu:

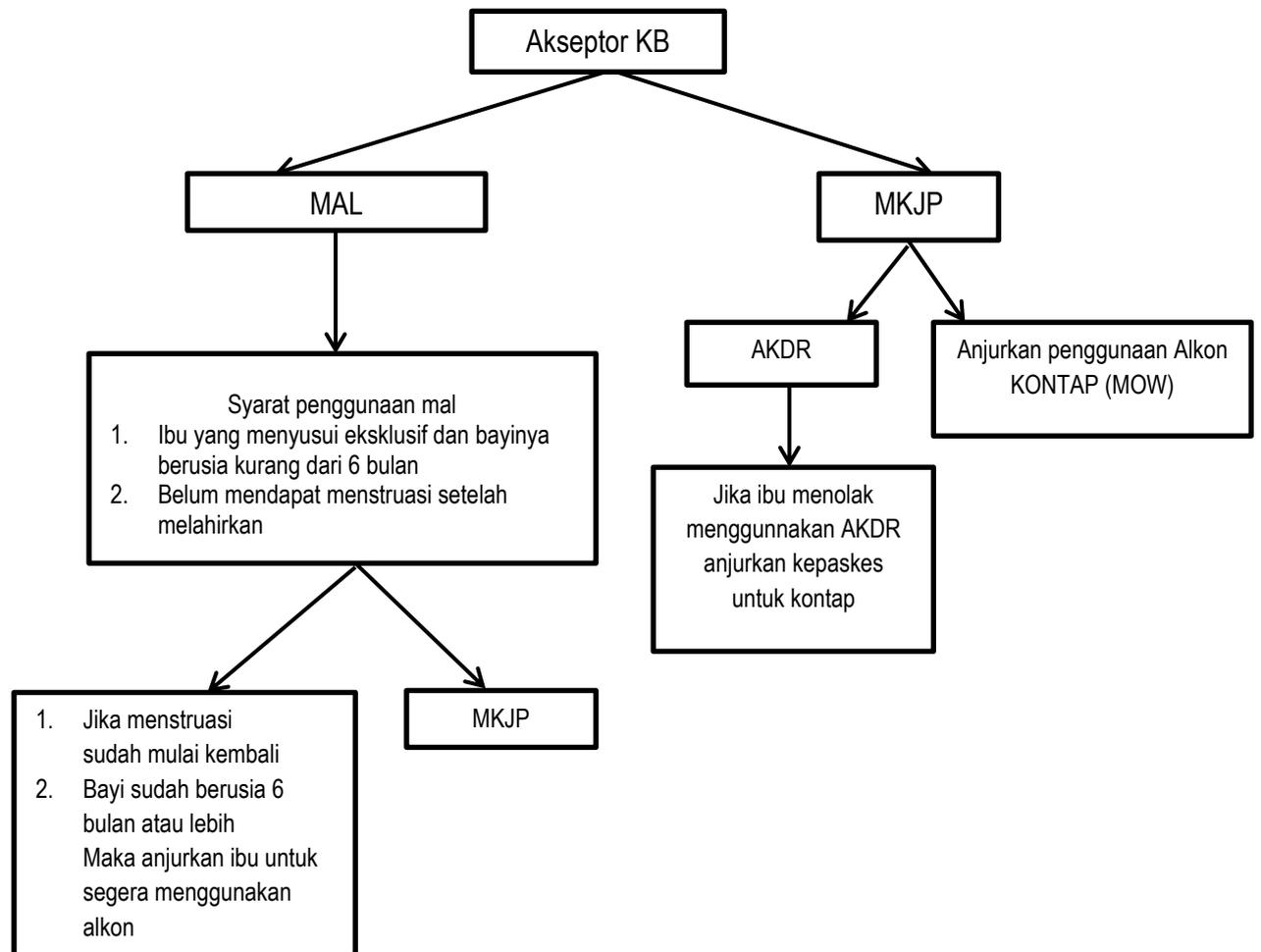
(1) Tubektomi (Metode Operasi Wanita/ MOW)

Adalah metode kontrasepsi mantap yang bersifat suka rela bagi seorang wanita bila tidak ingin hamil lagi dengan cara mengklusi tuba falopi mengikat dan memotong atau memasang cincin). Sehingga sperma tidak bertemu dengan ovum.

(2) vasektomi (Metode Operasi Pria /MOP)

Adalah prosedur klinis untuk menghentikan kapasitas reproduksi pria dengan cara mengklusi vas deferens sehingga alur transpotasi sperma terhambat dan proses fertilisasi tidak terjadi

(b) .Bagan Pelayanan Keluarga Berencana resiko tinggi usia >35 tahun



Sumber: Purwoastuti dan Elisabeth, 2015

B. Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Pada Ibu Hamil Resiko Tinggi Usia >35 Tahun

1. Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Kehamilan

Pengkajian

a. Data Subjektif :

ibu mengatakan akan memeriksakan kehamilannya, mengetahui kondisi kehamilan dan keadaan janinnya

b. Data Objektif :

KU : Baik/tidak

Kesadaran : Composmentis/apatis

Tanda Vital : TD = Normal/Tidak (100/70mmHg- 120/80 mmHg)N =Normal/Tidak (60-80x/menit)P =Normal/Tidak (16-24x/menit)S=Normal/Tidak (36,5-c-37,2°c)

Muka

Oedema : Ada/Tidak

Warna : Pucat/Tidak

Mata

Warna : Pucat/ merah muda

Konjungtiva

Warna Sklera : Kuning/Putih

Payudara : Puting menonjol/tenggelam, colostrumsudah keluar/belum

PalpasiAbdomen : Abdomen tidak ada bekas luka operasi.

Leopold I : Untuk mengetahui tinggi fundus uteri dan untuk mengetahui bagian janin apa pada fundus (bagianatas perut)

Leopold II : Untuk mengetahui bagian janin apa yang terdapat pada perut bagian kanan dan kiri

Leopold III : Untuk mengetahui bagian janin apa yang terdapat pada di bagian bawah perut dan apakah bagian janin sudah masuk PAP.

Leopold IV : Untuk mengetahui seberapa jauh bagian

- bawahjanin telah masuk PAP.
- TBJ : Untuk mengetahui tafsiran berat janin apakah sudah sesuai dengan umur kehamilannya. Rumus menghitung tafsiran berat janin
- (TFU-N) X 155 : N = 11 jika janin belum masuk pintu atas panggul (PAP).
N = 12 jika janin sudah masuk pintu atas panggul (PAP).
- DJJ : frekuensi....., irama....., kekuatan.....
- PM : Untuk mengetahui letak terkeras denyut jantung janin.

c. Analisa

Ny...., Umur > 20tahun atau < 35 tahun, G... P... A..., Usia Kehamilan, Intra/ ekterna Uterin, Keadaan Janin, Presentasi Janin, Keadaan umum Ibu dan Janin.

d. Penatalaksanaan

Pada ibu hamil dengan kasus resiko tinggi di dapati penatalaksanaan sebagai berikut:

- 1) Jelaskan pada ibu tentang hasil pemeriksaan.
- 2) Berikan KIE tentang pemeriksaan kehamilan di fasilitas kesehatan pada trimester III minimal 2x kunjungan.
- 3) Berikan KIE tentang ANC terpadu yang meliputi pemeriksaan laboratorium urin dan darah, pemeriksaan gizi, gigi dan pemeriksaan penunjang lainnya.
- 4) Beritahu ibu agar mengkonsumsi fe 1x1, kalk 1x1.
- 5) Lakukan deteksi dini dengan menggunakan kartu skor poedji rochjati untuk digunakan sebagai alat screening atau deteksi dini faktor resiko ibu hamil.
- 6) Berikan KIE senam hamil secara rutin untuk mengurangi dan mencegah timbulnya gejala-gejala yang mengganggu selama

kehamilan dan mengurangi ketegangan otot-otot sendi sehingga mempermudah proses kelahiran.

- 7) KIE mengenai resiko jika terjadi kehamilan selanjutnya di usia 40 tahun.
- 8) KIE tentang persiapan persalinan sesuai faktor resiko ibu hamil untuk bersalin di fasilitas kesehatan atau rumah sakit dan ditolong oleh tenaga kesehatan.
- 9) Libatkan keluarga untuk memberikn dukungan pada ibu.
- 10) Jelaskan tanda-tanda persalinan.
- 11) Anjurkan ibu untuk melakukan pemeriksaan kehamilan setiap 1 minggu atau apabila ada keluhan (Kemenkes RI, 2018).

2. Konsep Asuhan Kebidanan Pada Persalinan Normal

a. KALA I

1) Data Subjektif

1) Keluhan Utama

Pada kala I keluhan yang dirasakan biasanya nyeri perut bagian bawah menjalar ke pinggang, keluar lendir bercampur darah.

2) Riwayat Kebidanan

(1) Riwayat Menstruasi

Menarche : 12-14 tahun
 Siklus : 28-30 hari
 Lama : 5-7 hari
 Banyaknya : 3x1 ganti pembalut/hari

(2) Riwayat kehamilan sekarang

GPA : Untuk mengetahui kehamilan,persalinan keberapa,abortus yang lalu.
 UK : Untuk mengetahui usia kehamilan
 Tempat : Bidan/SpOG
 HPHT : Untuk mengetahui haid terakhir dan menentukan usia Kehamilan
 TP : Untuk menentukan tapsiran

persalinan

- 3) Riwayat kontrasepsi
 Alat kontrasepsi : Suntik/pil / IUD / implant / kondom
 yang digunakan /belum pernah menggunakan alat
 kontrasepsi.
 Lama : Suntik (1 bulan, 3 bulan), IUD(3 tahun,
 5 tahun, 8 tahun,10 tahun).
 Keluhan : Ada/tidak

4) Riwayat kehamilan, persalinan, nifas yang lalu

No	Kehamilan	Persalinan						Anak	Nifas
		Tahun	Tempat	Penolong	Jenis	Penyulit	JK		
1					-				-

5) Pola kebiasaan sehari –hari

a) Nutrisi

Makan

Frekuensi : 3 x sehari

Jenis : sebutkan (Nasi, lauk)

Porsi : ...gelas

Minum : sebutkan

Frekuensi : 8-9 gelas sehari

Jenis : sebutkan (air putih,teh,susu)

b) Eliminasi

BAB

Frekuensi : 1-2x/hari

Warna : kuning khas feses/tidak

Bau : khas feses /tidak

Konsistensi : lembek/keras

BAK

Frekuensi : 6 x sehari

Warna : kuning jernih/pekat

Bau : khas urin/tidak

c) Istirahat

- Tidur siang : 1-2 jam/hari
 Tidur malam : 7-8 jam/hari
 Masalah : Ada / tidak (sebutkan bila ada)
- d) Aktifitas : (sesuaikan dengan pekerjaan ibu)
- Jenis aktifitas : ...x seminggu
 Masalah : Ada / Tidak (sebutkan bila ada)
- e) Hubungan Seksual
 Frekuensi : ...x seminggu
 Masalah : Ada / tidak (sebutka bila ada)
- f) Personal Hygiene
 Mandi : 2-3x sehari
- Gosok gigi : 2-3x sehari
 Keramas : 1-2x seminggu
- Ganti pakaian dalam : 2-3x sehari
- g) Pola aktifitas : Untuk mengetahui apa saja kegiatan dalam sehari.
 Untuk mengetahui apakah ibu sudah tercukupi asuhan gizinya dan agar memudahkan bidan untuk mendapat kangambaran bagai mana pasien mencukupi asupan gizinya.

2) Data Objektif

a) Pemeriksaan umum

- KU : Baik/tidak
 Kesadaran : composmentis/apatis
 Tanda Vital : TD = Normal/Tidak (100/70mmHg-
 : 120/80 mmHg)
 N =Normal/Tidak (60-80x/menit)

P=Normal/Tidak(16-24x/menit)

S=Normal/Tidak (36,5-c-37,2°c)

b) Pemeriksaan fisik

1) Muka

Mukosa : pucat/ tidak

Oedema : ada/tidak

2) Mata

Warna : anemis/An anemis

konjungtiva

Warna sclera : ikterik/ An ikterik

3) Mulut

Gigi : bersih/tidak

Caries : ada/tidak

Mukosa bibir : lembab/kering

4) Payudara

Aerola mammae : Hyperpigmentasi/tidak

Papilla : menonjol/tenggelam

Bekas operasi : ada/tidak

Kebersihan : bersih/tidak

Pengeluaran ASI : ada/tidak

Palpasi

Benjolan : ada/tidak

patologis

Nyeri tekan : ada/tidak

5) Abdomen

Inspeksi

Bekas operasi : ada/tidak

Linea : alba/nigra

Striae : ada/tidak

Palpasi

Leopold I : Untuk mengetahui tinggi fundus uteri dan untuk mengetahui bagian janin pada

		fundus (bagian atas perut ibu)
Leopold II	:	Untuk mengetahui bagian janin apa yang terdapat pada kiri/kanan perut ibu.
Leopold III	:	Untuk mengetahui bagian janin yang terdapat pada bagian bawah perut ibu dan apakah janin sudah masuk PAP
Leopold IV	:	Untuk mengetahui seberapa jauh bagian bawah janin telah masuk PAP
6) Kandung kemih	:	Kosong/penuh
Nyeri waktu BAK	:	Ya/tidak
7) Genetalia	:	Bersih/tidak
Kebersihan	:	Bersih/tidak
Pengeluaran	:	Keluar lendir bercampur darah
perineum	:	Kaku/tidakkaku, menonjol/yidak menonjol
Pemeriksaan dalam		
Porsio	:	Keras/lembut, tebal/tipis
Pembukaan	:	1 cm-10 cm
Ketuban	:	(+)(-)
Pres		Kepala/bokong/kaki
Penurunan kepala		
Hodge I	:	bidang yang dibentuk pada lingkaran PAP dengan bagian atas symphysis dan promontorium.
Hodge II	:	bidang ini sejajar dengan bidang Hodge I terletak setinggi bagian bawah symphysis.
Hodge III	:	bidang ini sejajar dengan bidang Hodge I dan II, terletak setinggi spina ischiadika

kanan dan kiri.

Hodge IV : bidang ini sejajar dengan bidang Hodge I, II, dan III, terletak setinggi os coccygeus.

8) Ekstremitas

(a) Atas

Oedema : Ada/tidak

Varises : Ada/tidak

(b) Bawah : Ada/tidak

Oedema

Varises : Ada/tidak

3) **Analisa**

Seorang perempuan umur >20<35 G...P..A..., UK 28-40 minggu, presentasi kepala, janin intra uterin, DJJ 120-160X/menit, KU ibu dan janin baik dengan inpartu kala I.

4) **Penatalaksanaan**

a) Memberikan asuhan sayang ibu

(1) Anjurkan agar ibu selalu didampingi oleh keluarganya selama proses persalinan dan kelahiran bayinya.

(2) Bekerja bersama anggota keluarga atau pendamping untuk:

(a) Mengucapkan kata-kata yang memberikan hati dan pujian kepada ibu.

(b) Membantu ibu bernafas secara benar pada saat kontraksi.

(c) Memijat punggung, kaki atau kepala ibu dan tindakan-tindakan bermanfaat lainnya.

(d) Menyeka muka ibu secara lembut dengan menggunakan kain yang membasahi air hangat atau dingin.

(e) Menciptakan suasana kekeluargaan dan rasa aman.

(f) Anjurkan keluarga ikut terlibat dalam asuhan

(3) Penolong persalinan dapat memberikan dukungan dan semangat kepada ibu dan anggota keluarganya dengan menjelaskan tahapan dan kemajuan proses persalinan atau kelahiran bayi kepada mereka.

- (4) Tenteramkan hati ibu dalam menghadapi dan menjalani kala dua persalinan. Lakukan bimbingan jika diperlukan dan tawarkan bantuan
 - (5) Membantu ibu untuk memilih posisi yang nyaman saat meneran.
 - (6) Setelah pembukaan lengkap, anjurkan ibu hanya meneran apabila ada dorongan kuat dan spontan untuk meneran. Jangan menganjurkan untuk meneran berkepanjangan dan Anjurkan ibu untuk minum selama kala dua persalinan.
 - (7) Memberikan rasa aman dan semangat serta tenteramkan hatinya selama proses persalinan berlangsung. Dukungan dan perhatian akan mengurangi perasaantegang, proses persalinan dan kelahiran bayi. membantu kelancaran
- c) Beritahu ibu bahwa mules yang dialami masih dalam batas normal pada persalinan kala I.
- (1) Beritahu ibu juga bahwa keluar lendir bercampur darah yang dialami pada kala I dalam batas normal.
 - (2) Beritahu ibu persalinan kala I adalah kala pembukaan yang berlangsung dari pembukaan 1-lengkap.
 - (3) Beritahu ibu lama normalnya kala I biasanya pada anak pertama 6- 18 jam sedangkan pada anak ke dua 2-10 jam
 - (4) Beritahu dan berikan pada ibu untuk memenuhi kebutuhan cairan dan nutrisi
 - (5) Beritahu dan ajarkan pada ibu cara relaksasi yang benar.

b. Kala II

1) Subjektif

Perut semakin terasa sakit, dorongan mengedan sudah semakin sering.

2) Objektif

- KU : baik, kesadaran composmentis
 DJJ : Normal/Tidak (120x/menit - 160x/menit)
 His : 4x/10'/45"
 Kekuatanhis : Teratur/lemah
 Keadaan : Ada benjolan/tdk ada bejolan
 vagina
 Porsio : Keras/lembut, tebal/tipis
 Pembukaan : 10 cm (lengkap)
 Ketuban : (+)/(-)
 Presentasi : Kepala/ bokong/kaki

3) Analisa

Seorang perempuan umur.... G...P..A..., UK... minggu, presentasi kepala, janin intra uterin, DJJ 120-160X/menit, KU ibu dan janin baik, inpartu kala II. 4) Perencanaan

- a) Jelaskan pada ibu untuk tidak mengedan saat tidak ada his karena anaknya akan segera lahir
- b) Mengobservasi DJJ, pembukaan dan tanda-tanda persalinan serta menyiapkan alat dan bahan untuk menolong persalinan.
- c) Jika porsio sudah tidak teraba lagi, ketuban pecah dan keluar lendir bercampur darah serta pembukaan lengkap bimbing ibu untuk mengedan dan menolong persalinan dengan 58 langkah asuhan persalinan normal.

c. Kala III

1) Data Subjektif

Menurut Marni (2015) tanda kala III adalah adanya semburan darah dari vagina, tali pusat memanjang atau menjulur keluar.

2) data Objektif

Keadaan ibu, TFU, kontraksi, tali pusat dan volume darah yang keluar.

3) Analisa

Seorang ibu, P... A..., inpartu kala III

- 4) Perencanaan
 - a) Melakukan langkah manajemen aktif kala III
 - b) Evaluasi kemungkinan adanya laserasi pada vagina dan perinium, dan lakukan penjahitan bila ada robekan.
- d. Kala IV
 - 1) Data Subjektif

Menurut Mami (2015) kala IV adalah kala pengawasan setiap 15 menit, 30 menit pertama TTV dipantau, perdarahan yang keluar.
 - 2) Data Objektif

Menurut Mami (2015) TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, darah yang keluar berwarna merah segar (lochea rubra)
 - 3) Analisa

Seorang ibu P...A..., KU ibu baik, inpartu kala IV
 - 4) Perencanaan
 - a) Beritahu ibu bahwa mules perut yang alami pada kala IV dalam batas normal yaitu karena adanya kontraksi.
 - b) Melakukan pengawasan setiap 15 menit jam pertama dan 30 menit kedua setelah persalinan yaitu pengawasan kontraksi uterus, perdarahan, dan KU ibu dan bayi.
 - c) Lengkapi Partograf.

Panduan pertolongan persalinan oleh bidan

 - a) Jika ada tanda-tanda bersalin, segera hubungi Bidan melalui telepon/wa. Bidan melakukan skrining faktor resiko. Apabila ada faktor resiko, segera rujuk ke PKM / RS sesuai standar.
 - b) Lakukan Pengkajian komprehensif sesuai standar, bidan dapat berkoordinasi dengan RT/RW/Kades.
 - c) Pertolongan persalinan dilakukan sesuai standar APN, Lakukan IMD & Pemasangan IUD paska persalinan dengan APD, dan Pasien pendamping maks 1 orang menggunakan.
 - d) Jika tidak dapat melakukan pertolongan persalinan, segera berkolaborasi dan rujuk ke PKM/RS sesuai standar.

- e) Melaksanakan rujukan persalinan terencana untuk ibu bersalin dengan resiko.

3. Konsep Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas Normal

a. Data Subyektif

1) Keluhan Utama

Untuk mengetahui masalah yang dihadapi yang berkaitan dengan masa nifas, misalnya pasien merasa mules, sakit pada jalan lahir karena adanya jahitan pada perineum (Sulistiyawati, 2017).

2) Riwayat Kesehatan

a) Riwayat kesehatan yang lalu Data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya riwayat atau penyakit akut, kronis seperti Hipertensi, Asma yang dapat mempengaruhi pada masa nifas ini.

b) Riwayat kesehatan sekarang Data-data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya penyakit yang diderita pada saat ini yang ada hubungannya dengan masa nifas dan bayinya.

c) Riwayat kesehatan keluarga

Data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya pengaruh penyakit keluarga tertiadap gangguan kesehatan pasien dan bayinya, yaitu apabila ada penyakit keluarga yang menyertainya.

3) Riwayat Obstetrik

a) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu.

Berapa kali ibu hamil, apakah pernah abortus, jumlah anak, cara persalinan yang lalu, penolong persalinan, keadaan nifas yang lalu.

b) Riwayat persalinan sekarang.

Tanggal persalinan, jenis persalinan, jenis kelamin anak, keadaan bayi meliputi PB, BB, s penolong persalinan. Hal ini perlu dikaji untuk mengetahui apakah proses persalinan mengalami kelainan atau tidak yang bisa berpengaruh pada masa nifas saat ini.

c) Riwayat KB

Untuk mengetahui apakah pasien pernah ikut KB dengan kontrasepsi jenis apa, berapa lama, adakah keluhan selama menggunakan kontrasepsi serta rencana KB setelah masa nifas ini dan beralih ke kontrasepsi apa.

d) Riwayat perkawinan.

Yang perlu dikaji adalah berapa kali menikah, status menikah syah atau tidak, karena bila melahirkan tanpa status yang jelas akan berkaitan dengan psikologisnya sehingga akan mempengaruhi proses nifas.

4) Kehidupan sosial budaya

Untuk mengetahui pasien dan keluarga yang menganut adapt istiadat yang akan menguntungkan atau merugikan pasien khususnya pada masa nifas misalnya pada kebiasaan pantang makan.

5) Data psikososial

Untuk mengetahui respon ibu dan keluarga terhadap bayinya. Wanita mengalami banyak perubahan emosi/psikologis selama masa nifas sementara ia menyesuaikan diri menjadi seorang ibu. Cukup sering ibu menunjukkan depresi ringan beberapa hari setelah kelahiran. Depresi tersebut sering disebut sebagai postpartum blues. Postpartum blues sebagian besar merupakan perwujudan fenomena psikologis yang dialami oleh wanita yang terpisah dari keluarga dan bayinya. Hal ini sering terjadi sering diakibatkan oleh sejumlah faktor.

6) Pola Pemenuhan Kebutuhan Sehari-hari.

a) Nutrisi

Menggambarkan tentang pola makan dan minum, frekuensi, banyaknya, jenis makanan, makanan pantangan.

b) Eliminasi

Menggambarkan pola fungsi sekresi yaitu kebiasaan buang air besar meliputi frekuensi, jumlah, konsistensi dan bau serta kebiasaan buang air kecil meliputi frekuensi, wama, jumlah.

c) Istirahat

Menggambarkan pola istirahat dan tidur pasien, berapa jam pasien tidur. Istirahat sangat penting bagi ibu masa nifas karena dengan istirahat yang cukup dapat mempercepat penyembuhan.

d) Personal hygiene

Dikaji untuk mengetahui apakah ibu selalu menjaga kebersihan tubuh terutama pada daerah genitalia, karena pada masa nifas masih mengeluarkan lochea.

e) Aktivitas

Menggambarkan pola aktivitas pasien sehari-hari. Mobilisasi sedini mungkin dapat mempercepat proses pengembalian alat - alat reproduksi. Apakah ibu melakukan ambulasi, seberapa sering, apakah kesulitan, dengan bantuan atau sendiri, apakah ibu pusing ketika melakukan ambulasi.

b. Data Obyektif

Komponen-komponen pengkajian data obyektif ini adalah:

1) Vital sign

a) Temperatur/suhu

Peningkatan suhu badan mencapai pada 24 jam pertama masa nifas pada umumnya disebabkan oleh dehidrasi, yang disebabkan oleh keluarnya cairan pada waktu melahirkan, selain itu bisa juga disebabkan karena istirahat dan tidur yang diperpanjang selama awal persalinan. Tetapi pada umumnya setelah 12 jam post partum suhu tubuh kembali normal. Kenaikan suhu yang mencapai >38.2 C adalah mengarah ke tanda-tanda infeksi.

b) Nadi dan pemapasan

Nadi berkisar antara 60-80x/menit. Denyut nadi di atas 100x/menit pada masa nifas adalah mengindikasikan adanya suatu infeksi, hal ini salah satunya bisa diakibatkan oleh proses persalinan sulit atau karena kehilangan darah yang berlebihan.

Pemafasan harus berada dalam rentang yang normal, yaitu sekitar 20-30x/menit.

c) Tekanan darah

Pada beberapa kasus ditemukan keadaan hipertensi postpartum, tetapi keadaan ini akan menghilang dengan sendirinya apabila tidak ada penyakit-penyakit lain yang menyertainya dalam 2 bulan pengobatan. Tekanan darah normalnya 100/80 sampai 120/80 mmHg (Sulistyawati, 2017).

2) Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik dari ujung rambut sampai ujung kaki

Menjelaskan pemeriksaan fisik :

a) Keadaan buah dada dan puting susu

- (1) Simetris/ tidak
- (2) Konsistensi, ada pembengkakan/ tidak
- (3) Puting menonjol/tidak.lecet/tidak
- (4) Keadaan abdomen

b) Uterus:

Normal:

- 1) berkontraksi baik
- 2) Tinggi fundus berada di bawah umbilikus

c) Keadaan genitalia

- (1) Keadaan perineum: oedema, hematoma, bekas luka episiotomi/ robekan, hecing
- (2) Keadaan anus: hemorrhoid

d) Keadaan ekstremitas.

c. Analisa

Ny....P..A...Umur keadaan umum ibu baik/tidak, postpartum....

d. Penatalaksanaan

- 1) Observasi meliputi keadaan umum, kesadaran, tanda-tanda vital, tinggi fundus uteri, kontraksi uterus, anjurkan ibu untuk segera berkemih, observasi mobilisasi dini.

- 2) Jaga kebersihan seluruh tubuh terutama daerah genitalia
- 3) Ganti pembalut minimal 2 kali sehari atau setiap kali selesai
- 4) Cukup istirahat
- 5) Mengonsumsi makanan yang bergisi, bermutu dan cukup kakxi, sebaiknya ibu makan makanan yang mengandung protein, vitamin dan mineral.
- 6) Minum sedikitnya 3 liter air sehari atau segelas setiap habis menyusui.
- 7) Minum tablet Fe / zat besi selama 40 hari pasca persalinan.
- 8) Perawatan payudara
- 9) Memberi ASI eksklusif sampai bayi umur 6 bulan.
- 10) Keluarga berencana

4. Konsep Asuhan Kebidanan Neonatus

a. Data Subjektif

- 1) Biodata
 - Nama anak : nama anak untuk mengenal, memanggil, dan menghindari terjadinya kekeliruan.
 - Umur : untuk mengantisipasi diagnosa masalah kesehatan dan tindakan yang dilakukan, apabila perlu tempil obat.
 - Jenis kelamin : untuk mencocokkan identitas kelamin sesuai nama anak,serta menghindari kekeliruan bila terjadi kesamaan nama anak dengan pasien yang lain.
 - Anak ke : untuk mengetahui paritas dari orang tua
- 2) Keluhan Utama
 - Disi sesuai dengan apa yang dikeluhkan ibu tentang keadaan bayinya
- 3) Riwayat Kesehatan Sekarang
 - Untuk mengetahui kondisi bayinya apakah dalam keadaan yang sehat atau sakit.
- 4) Riwayat Kesehatan Keluarga
 - Ditanyakan mengenai latar belakang keluarga terutama:

- a) Anggota keluarga yang mempunyai penyakit tertentu terutama penyakit menular seperti TBC, hepatitis dll.
 - b) Penyakit keluarga yang diturunkan seperti kencing manis, kelainan pembekuan darah, jiwa, asma dll.
 - c) Riwayat kehamilan kembar.
Faktor yang meningkatkan kemungkinan hamil kembar adalah faktor ras, keturunan, umur wanita, dan paritas. Oleh karena itu apabila ada yang pernah melahirkan atau hamil dengan anak kembar hams diwaspadai karena hal ini bisa menumn pada ibu.
- 5) Riwayat Prenatal, Natal, Postnatal dan Neonatal
- a) Prenatal
Untuk mengetahui kondisi Ibu selama hamil, adakah komplikasi tidak, periksa kehamilan dimana dan berapa kali, serta mendapatkan apa saja dari petugas kesehatan selama hamil.
 - b) Natal
Untuk mengetahui cara persalinan, ditolong oleh siapa, apakah ada penyulit/tidak selama melahirkan seperti perdarahan.
 - c) Post natal
Untuk mengetahui berapa lama ibu mengalami masa nifas serta adakah komplikasi atau tidak.baik berhubungan dengan ibu maupun bayi.
 - d) Neonatal
untuk mengetahui berapa berat badan lahir, panjang badan lahir apakah saat lahir bayi langsung menangis/ tidak serta adakah cacau tidak
- 6) Pola Kebiasaan Sehari-hari
- a) Nutrisi
Setelah bayi dilahirkan apakah bayi sudah diberi minum ASI/ PASI atau tidak.
 - b) Eliminasi
BAB:<24 jam setelah bayi dilahirkan bayi mengeluarkan mekonium BAK: segera setelah bayi sudah lahir

- c) Istirahat
1 jam pertama dari kelahiran bayi. Bayi belum tidur
 - d) Personal Hygiene
Bayi mandi setelah 6 jam/ lebih dari kelahiran bayi
- 7) Riwayat psikologi, sosial dan budaya
- a) Riwayat psikologi
Untuk mengetahui respon orang tua dan lingkungan maupun sebaliknya terhadap kelahiran bayi.
 - b) Riwayat budaya
Untuk mengetahui kebiasaan ibukeluarga berobat jika saka, serta dapat dijadikan dasa, dalam memberikan inionnasi tang daampatan dapatsesuai dengan adat yang dianut ibu.
 - c) Sosial
Untuk mengetahui kebiasaan anak dalam kepercayaan yang dianut oleh keluarganya, adakah kebiasaan orang tua yang dianggap kurang baik menurut kesehatan.
 - d) Riwayat spiritual
Untuk mengetahui kebiasaan ibu dan keluarga dalam beribadah. untuk memudahkan petugas kesehatan dalam pendekatan terapeutik.

b. Data Obyektif

1) Pemeriksaan Umum

Keadaan umum : baik/cukup/lemah

Kesadaran : composmentis/somnolen/koma

Antropometri

PB : normal (48-52 cm)

BBL : normal (2500-4000 gram)

LIKA : normal (33-35 cm) Tanda-tanda vital

Pernafasan : normal (40-60 x/menit)

Suhu : normal (36,5-37,5°C)

Nadi : normal (100-160 x/menit)

Dengan menilai secara APGAR Score yaitu:

- A(Appearance) : Kulit merah (2 point)
- P (Pulse) : DJJ 145x/m (2 point)
- G (Grimace) : Bayi menangis (2 point)
- A (Activity) : Bergerak akti (2 point)
- R (Respiration) : Pernafasan baik dan teratur (2 point)
- 2) Pemeriksaan fisik
- a) Inspeksi
- Kepala : bersih/tidak, hitam/tidak, tampak benjolan abnormal/ tidak, ada hematoma/tidak, ada caput succedaneum/tidak.
- Wajah : pucat/tidak
- Mata : simetris/tidak, sclera kuning/tidak, conjungtiva
- Hidung : simetris/tidak, bersih/tidak, ada sekret/tidak
- Telinga : bersih/tidak, ada serumen/tidak
- Mulut : bibir lembab/kering, ada labio skizis/ tidak, ada labiopalato skizis/ tidak
- Leher : tampak pembesaran kelenjar tyroid, vena jugularis dan kelenjar limfe/tidak
- Dada : simetris/tidak, tampak retraksi dada/tidak
- Abdomen : tampak benjolan abnormal/tidak, tali pusat belum kering masih terbungkus kasa steril.
- Genetalia : bersih tidak, labia mayora sudah menutupi labia minora/tesis sudah turun ke skrotum
- Ekstremitas
- Atas : gerakan normal/lidak, aktif/tidak, sindaktil/ tidak, kuku pucat/tidak.
- Bawah : gerakan normal/ tidak, akti/ tidak, sindaktil/ tidak.

b) Palpasi

- Kepala : teraba benjolan abnormal/tidak
 Leher : teraba pembesaran kelenjar tyroid, vena jugularis
 Dada : teraba benjolan abnormal/tidak
 Abdomen : teraba tidak, teraba benjolan abnormal/tidak, pembesaran hepar/ tidak.

c) Auskultasi

- Dada : terdengar suara wheezing maupun ronchi/tidak

d) Perkusi

- Abdomen : kembung/tidak

Reflek

Reflek Mora : +1-

Reflek Rooting : +/-

Reflek menelan : +/-

Reflek : +/-

menggenggam

Rufek menghisap : +/-

Tonic neck reflek : +/-

Babynsky : +/-

c. Analisa

Bayi Ny usia'.... keadaan umum bayi baik/tidak

d. Penatalaksanaan

- 1) Menjelaskan pada ibu tentang kondisi bayinya
- 2) Mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan pada bay!
- 3) Melakukan inisiasi menyusui dini
- 4) Mengajari ibu dan keluarga perawatan tali pusat dengan kassa kering
- 5) Mencegah kehilangan panas pada tubuh bayi dengan mengeringkan tubuh bayi
- 6) Melakukan penilaian pada BBL dengan pemeriksaan tanda-tanda vital dan pemeriksaan fisik

- 7) Memberikan Injeksi vitamin K11 mg secara IM di paha kiri
- 8) Memberikan salep mata antibiotik profilaksis
- 9) Memberikan injeksi hepatitis B secara IM di paha kanan
- 10) Melakukan pemantauan Intake dan Output

5. Konsep Kebidanan Keluarga Berencana

a. Data Subyektif

- 1) Keluhan utama adalah alasan pasien datang ke fasilitas pelayanan kesehatan (Sulistyawati, 2017).
- 2) Riwayat penyakit
Riwayat penyakit menurut (Astuti, 2018) meliputi:
 - a) Riwayat penyakit sekarang
Untuk menentukan bagaimana asuhan berikutnya
 - b) Riwayat penyakit yang lalu
Untuk mengetahui apakah ibu mengalami penyakit jantung, ginjal, asma atau TBC, hepatitis, DM, hipertensi, epilepsi dan lain-lain.
 - c) Riwayat penyakit keluarga
Untuk mengetahui kemungkinan adanya pengaruh penyakit keluarga terhadap gangguan kesehatan pasien, yaitu apabila ada penyakit keluarga yang menyertainya, misalnya penyakit menurun seperti asma, hipertensi dan DM, serta penyakit menular seperti TBC, hepatitis, dan HIV/AIDS.
- 3) Riwayat Kebidanan
 - a) Riwayat perkawinan
Untuk mengetahui status perkawinan, perkawinan keberapa, umur ibu saat perkawinan dan lama perkawinan (Muslihatun, dkk, 2015).
 - b) Riwayat menstruasi
Data yang kita peroleh akan mempunyai gambaran tentang keadaan dasar dari organ reproduksinya. Beberapa data yang harus kita peroleh dari riwayat menstruasi menurut Sulistyawati (2017) antara lain:

(1) Menarche

Usia pertama kali mengalami menstruasi, wanita Indonesia biasanya mengalami menarche sekitar umur 12 sampai 16 tahun.

(2) Siklus

Jarak antara menstruasi yang dialami dengan menstruasi berikutnya, dalam hitungan hari biasanya sekitar 28 sampai 32 hari

(3) Lamanya

Lama haid yang normal adalah ± 7 hari. Apabila sudah mencapai 15 hari sudah abnormal dan kemungkinan adanya gangguan ataupun penyakit yang mempengaruhinya.

(4) Banyaknya

Data ini menjelaskan seberapa banyak darah menstruasi yang dikeluarkan.

(5) Teratur/tidak

Untuk mengetahui apakah haidnya teratur.sesuai dengan siklusnya.

(6) Sifat darah

Untuk mengetahui warna dan jenis darah yang dikeluarkan saat haid.

(7) Dismenorrhoe

Untuk mengetahui apakah ibu pernah mengalami nyeri hebat pada perut bagian bawah sampai mengganggu aktifitas. saat haid.

c) Riwayat Keluarga Berencana

Untuk mengetahui jenis metode yang dipakai, waktu, tenaga dan tempat saat pemasangan dan berhenti, serta keluhan atau alasan berhenti (Muslihatun, dkk, 2015).

4) Pola kebiasaan sehari-hari

Pola kebiasaan sehari-hari menurut Astuti (2017), pola kebiasaan sehari-hari meliputi:

a) Nutrisi

Menggambarkan tentang pola makan dan minum, frekuensi, banyaknya jenis makanan dan makanan pantangan.

b) Eliminasi

Menggambarkan pada fungsi sekresi yaitu kebiasaan buang air besar meliputi frekuensi, jumlah, konsistensi dan bau, serta kebiasaan buang air kecil meliputi frekuensi, wama, bau dan masalah.

c) Aktivitas

Untuk mengetahui kegiatan yang dilakukan ibu.

d) Istirahat/tidur

Menggambarkan pola istirahat dan tidur pasien dan berapa jam pasien tidur.

e) Personal hygiene

Dikaji untuk mengetahui apakah ibu menjaga kebersihan tubuh dan gigi.

b. Data Obyektif

Untuk melengkapi data kita dalam menegakan diagnosis, maka kita harus melakukan pengkajian data obyektif melalui pemeriksaan inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perkusi yang dilakukan secara benmitan (Sulistyawati, 2017).

1) Pemeriksaan umum

Astuti (2017), menyatakan bahwa pemeriksaan umum meliputi:

a) Keadaan umum

Untuk mengetahui data ini kita cukup dengan mengamati keadaan pasien.

b) Kesadaran

Ukuran dari kesadaran dan respon seseorang terhadap rangsangan dari lingkungan.

c) Tanda-tanda vital

(1) Tekanan darah

Untuk mengetahui faktor risiko hipertensi, normalnya 100/80 120/80 mmHg (Sulistiyawati, 2017).

(2) Nadi

Untuk mengetahui nadi pasien yang dihitung dalam hitungan menit, frekuensi nadi normal 60-100 kali/menit.

(3) Respirasi

Frekuensi pemafasan normal 16-24x/menit.

(4) Suhu

Dalam keadaan normal suhu badan berkisar 36,5°C sampai 37,5°C

2) Pemeriksaan sistematis

Pemeriksaan sistematis menurut Muslihatun, dkk (2015) dan Astuti (2017) meliputi:

a) Kepala

(1) Muka

meliputi pemeriksaan sistematis, oedema dan cloasma gravidarum

(2) Mata

Untuk mengetahui conjungtiva, sclera dan ada tidaknya oedema, pada mata.

(3) Hidung

Untuk mengetahui adanya secret dan benjolan pada hidung.

(4) Telinga

Untuk mengetahui kesimetrisan kanan dan kiri, tanda infeksi dan serumen.

b) Leher

Untuk mengetahui pemeriksaan kelenjar limfe, pembesaran kelenjar tyroid, dan tumor.

c) Dada dan abdomen

(1) Mammae

Untuk mengetahui adanya benjolan dan kolostrum, pigmentasi puting susu (Walyani, 2015).

(2) Abdomen

Inspeksi pembesaran perut (bila pembesaran perut berlebihan kemungkinan tumor, luka bekas operasi (Walyani, 2015).

d) Ekstremitas

Untuk mengetahui oedema pada tangan dan kaki, pucat pada kuku jari, varises dan reflek patella.

e) Genetalia luka,

Untuk mengetahui varices, pengeluaran pervaginam, keadaan kelenjar bartolini, nyeri tekan, hemoroid dan kelainan lain (Muslihatun, dkk, 2015).

c. Analisa

Diagnosis ditegakkan berdasarkan pengkajian data yang diperoleh: Ny... umur....calon akseptor KB....

d. Penatalaksanaan

- 1) Menyapa dan salam kepada klien secara terbuka dan sopan.
- 2) Menanyakan pada klien informasi tentang dirinya (pengalaman KB dan kesehatan reproduksi, tujuan, kepentingan, harapan, keadaan kesehatan dan kehidupan keluarganya)
- 3) Menguraikan pada klien mengenai beberapa jenis kontrasepsi, meliputi jenis, cara kerja, keuntungan, kerugian, efektivitas, indikasi dan kontraindikasi.

4) Menyarankan ibu untuk menggunakan Kontrasepsi Mantap

(a) Tubektomi (Metode Operasi Wanita/ MOW)

Adalah metode kontrasepsi mantap yang bersifat sukarela bagi seorang wanita bila tidak ingin hamil lagi dengan cara mengoklusi tuba falopi (mengikat dan memotong atau memasang cincin), sehingga sperma tidak dapat bertemu dengan ovum.

(b) Vasektomi (Metode Operasi Pria/ MOP) Adalah prosedur klinik untuk menghentikan kapasitas reproduksi pria dengan cara mengoklusi vas deferens sehingga alur transportasi sperma terhambat dan proses fertilisasi (penyatuan dengan ovum) tidak terjadi.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Jenis penelitian ini adalah deskriptif dalam bentuk studi kasus untuk meneliti masalah asuhan kebidanan komprehensif pada ibu hamil multigravida usia lebih dari 35 tahun. Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan asuhan kebidanan yang meliputi subjektif, objektif, anamnesa dan penatalaksanaan.

B. Subjek penelitian

Subjek penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah individu, ibu hamil G3P2A0 Trimester II.

C. Definisi Oprasional

1. Asuhan kebidanan komprehensif adalah asuhan kebidanan yang diberikan secara sepedes menyeluruh dari mulai hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas, neonatal, sampai pada keluarga berencana mulai dari pengkajian data (Data subjektif, data objektif), menegakkan diagnosis, perencanaan, pelaksanaan serta evaluasi.
2. Ibu hamil trimester kedua adalah periode yang terjadi pada minggu 13-28 kehamilan. Pada trimester ini, organ vital bayi seperti jantung, paru-paru, ginjal, dan otak sudah lebih berkembang, sehingga ukurannya menjadi lebih besar.
3. Kehamilan usia tua adalah kehamilan yang terjadi pada wanita berusia lebih atau sama dengan 35 tahun baik primi maupun multi.

D. Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di PMB Elka Neli di Betungan dan rumah pasien pada tanggal 15 bulan November s.d 29 juni 2023

E. Metode dan Instrumen Pengumpulan Data

1. Jenis data

Primer

Data primer merupakan materi atau kumpulan fakta data yang didapatkan langsung dari pasien.

Skunder