



LAPORAN TUGAS AKHIR

**ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA IBU HAMIL
TRIMESTER III KEKURANGAN ENERGI KRONIK (KEK)
DENGAN MANAJEMEN NUTRISI “ISI PIRINGKU”**

DI PMB “M” KOTA BENGKULU

TAHUN 2024

MECHEL ANGELICA

NIM: 202102032

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SAPTA BAKTI BENGKULU

PRODI DIII KEBIDANAN

TAHUN 2024



LAPORAN TUGAS AKHIR

**ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA IBU HAMIL
TRIMESTER III KEKURANGAN ENERGI KRONIK (KEK)
DENGAN MANAJEMEN NUTRISI “ ISI PIRINGKU”**

**DI PMB “M” KOTA BENGKULU
TAHUN 2024**

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan
Program Pendidikan DIII Kebidanan

**MECHEL ANGELICA
NIM: 202102032**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SAPTA BAKTI BENGKULU
PRODI DIII KEBIDANAN
TAHUN 2024**

**ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA IBU HAMIL TRIMESTER III
KEKURANGAN ENERGI KRONIK (KEK) DENGAN MANAJEMEN
NUTRISI “ISI PIRINGKU” DI PMB “M” KOTA BENGKULU
TAHUN 2023**

MECHEL ANGELICA, DITA SELVIANTI

RINGKASAN

Indikator kesehatan ibu dan anak dapat dilihat dari jumlah AKI dan AKB. Salah satu upaya untuk menurunkan AKI dan AKB adalah melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif dan berkelanjutan (Continuity Of Care). Penyebab tidak langsung kematian ibu antara lain Kekurangan Energi Kronis (KEK) pada kehamilan. Terjadinya Kekurangan Energi Kronik (KEK) pada ibu hamil disebabkan karena ketidak seimbangan antara asupan energi dan protein, sehingga zat gizi yang dibutuhkan tidak tercukupi. Tujuan penulis pada tugas akhir ini adalah memberikan asuhan kebidanan pada masa kehamilan, persalinan, neonatus, nifas, dan keluarga berencana di PMB “M” dengan manajemen nutrisi isi piringku. Sasarannya adalah Ny. S usia 26 tahun G1P0A0 usia kehamilan 28 minggu dengan Kekurangan Energi Kronik, Ny. S akan diberikan asuhan secara komprehensif. Hasil asuhan komprehensif pada Ny. S selama kehamilan adalah Ny. S telah melakukan kunjungan sebanyak 8 kali pemeriksaan di bidan dan dokter kandungan, kualitas pelayanan ANC yang diperoleh sudah memenuhi standar 10T. Pada kehamilan trimester I dan II mengalami Kekurangan Energi Kronik, asuhan yang diberikan dari PMB makan sedikit tapi sering, hasilnya KEK belum teratasi. Pada Trimester III ibu mengalami Kekurangan Energi Kronik asuhan kebidanan komplementer yang diberikan yaitu membuat menu ibu hamil KEK dengan manajemen nutrisi isi piringku, hasilnya KEK teratasi. Pada persalinan didampingi oleh suami, asuhan yang diberikan yaitu melakukan gym ball, persalinan berjalan dengan normal, bayi baru lahir tampak bugar dengan BB 3500 gram dan PB 52 cm. Pada masa nifas dan laktasi penulis memberikan asuhan komplementer pijat oksitosin. Asuhan keluarga berencana telah dilakukan dan ibu memutuskan menjadi akseptor KB suntik 3 bulan. Pada masa kehamilan, persalinan, neonatus, nifas dan KB tidak ada kesenjangan antara teori dengan praktek. Diharapkan bidan dapat mendeteksi dini dan mencegah terjadinya komplikasi pada kehamilan agar dapat membantu menurunkan AKI dan AKB.

Kata kunci: Asuhan Kebidanan, Continuity Of Care, KEK, Manajemen nutrisi isi piringku

Daftar pustaka : 49 referensi (2014-2022)

**Comprehensive midwifery care for pregnant women third trimester
with chronic energy deficiency (KEK) with nutrition
management “fill my plate”**

MECHEL ANGELICA, DITA SELVIANI

SUMMARY

Maternal and child health indicators can be seen from the number of AKI and AKB. One of the efforts to reduce MMR and IMR is to implement comprehensive and sustainable midwifery care (Continuity Of Care). Indirect causes of maternal death include Chronic Energy Deficiency/KEK in pregnancy. The occurrence of Chronic Energy Deficiency (KEK) in pregnant women is caused by an imbalance between energy and protein intake, so that the nutrients needed are not fulfilled. The author's aim of this final project is to provide midwifery care during pregnancy, childbirth, neonates, postpartum, and family planning at PMB "M" with nutritional management. The target is Mrs. S age 26 years G1P0A0 28 weeks gestational age with chronic energy deficiency will be given comprehensive care. The results of comprehensive care for Mrs. S during pregnancy is Mrs. S has visited 8 times for examinations at midwives and obstetricians, the quality of ANC services obtained has met the 10 T standard. In the first and second trimesters of pregnancy, there is a chronic lack of energy, care is given to eat little but often, the result is chronic lack of energy has not been resolved. In the third trimester, the mother experienced a chronic energy deficiency. The complementary midwifery care provided was to make a menu for pregnant women with chronic lack of energy with nutritional management fill my plate, the result was that chronic lack of energy was resolved. In childbirth accompanied by her husband, the care provided was doing gym ball, the delivery went normally, the newborn looked fit with a weight of 3500 grams and a body length of 52 cm. During the puerperium and lactation the author provides complementary care of oxytocin massage. Family planning care has been carried out and the mother decides to become an injection family planning acceptor for 3 months after 6 months. During pregnancy, childbirth, neonatus, postpartum and family planning, there is no gap between theory and practice. It is hoped that midwives can detect early and prevent complications in pregnancy in order to help reduce AKI and AKB.

Keywords: Midwifery Care, Continuity Of Care, pregnant with chronic energy deficiency, nutrition management fill my plate

Bibliography: 49 references (2014-2022)

KATA PENGANTAR

Asalamualaikum Wr.Wb.

Puji syukur kehadiran SWT, atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Proposal Laporan Tugas Akhir ini yang berjudul "Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ibu Hamil TM III Kekurangan Energi Kronik (KEK) Dengan Manajemen Nutrisi Isi Piringku".

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

1. Ibu Hj. Djusmalinar, SKM, M.Kes selaku Ketua Sekolah tinggi Ilmu Kesehatan Sapta Bakti yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan di DIII Kebidanan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Sapta Bakti.
2. Ibu Dr. Nur Elly, S.Kp, M.Kes selaku Wakil Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Sapta Bakti dan sekaligus penguji I yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan di DIII Kebidanan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Sapta Bakti.
3. Ibu Bdn, Herlinda, M. Kes selaku Ka. Prodi DIII Kebidanan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Sapta Bakti
4. Ibu Dita Selvianti, M.Kes sebagai dosen pembimbing proposal yang telah banyak memberikan bimbingan, arahan koreksi serta nasihat dalam mengerjakan Laporan Proposal ini.
5. Ibu Resya Aprillia, M.Keb selaku penguji II yang bersedia meluangkan waktunya untuk menguji dan memberikan ilmu pengetahuan terhadap penulis.
6. Segenap Dosen Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Sapta Bakti yang telah memberikan ilmu pengetahuan kepada penulis.
7. Orang Tua dan Nenek saya yang senantiasa mendukung saya, Adik saya Chintya dan Liony serta keluarga saya terimakasih banyak atas semua dukungan, doa, nasehat, bimbingan, saran, support mental serta semua yang telah diberikan selama ini.
8. Kepada Nabil Nasiron, terimakasih telah menemani dan menyemangati saya dalam mengerjakan proposal ini

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

Bengkulu, Agustus 2024

Michelle Angelica

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
RINGKASAN	iii
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL	ix
LAMPIRAN.....	x
DAFTAR SINGKATAN	xi
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah	6
C. Tujuan	6
1. Tujuan Umum	6
2. Tujuan Khusus.....	6
D. Manfaat Penelitian	6
1. Bagi Tempat Penelitian.....	6
2. Bagi Institusi Pendidikan Stikes Sapta Bakti.....	6
3. Bagi Penulis	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	8
A. Konsep Teori	8
1. Kehamilan	8
2. Persalinan.....	42
3. Nifas	66
4. Neonatus.....	81
5. Keluarga Berencana (KB)	91
BAB III METODELOGI PENELITIAN	102
A. Desain Penelitian.....	102
B. Subjek Penelitian	102
C. Kriteria Inklusi dan Eksklusi.....	102
D. Definisi Operasional.....	102
E. Lokasi Dan Waktu Penelitian	103

F. Metode Dan Instrument Pengumpulan Data.....	103
G. Instrumen Pengumpulan Data	104
H. Analisis Data	105
I. Etika Penelitian	105
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	106
A. Hasil.....	106
1. Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan	108
2. Asuhan Kebidanan Pada Persalinan	129
3. Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas	139
4. Asuhan Kebidanan Pada Neonatus.....	147
5. Asuhan Kebidanan Pada Akseptor KB	153
B. Pembahasan	156
BAB V SIMPULAN DAN SARAN.....	165
A. Kesimpulan	165
B. Saran	166
DAFTAR PUSTAKA	192

LAMPIRAN

Lampiran 1. Jadwal tugas akhir

Lampiran 2. Lembar bimbingan

Lampiran 3. Dokumentasi

Lampiran 4. Informed consent

Lampiran 5. Lembar observasi

Lampiran 6. Leaflet isi piringku

Lampiran 7. Contoh menu makanan seimbang bagi ibu hamil

Lampiran 8. Lembar checklist

Lampiran 9. Tabel evaluasi isi piringku

Lampiran 10. SOP pijat oksitosin

Lampiran 11. Partograf

DAFTAR TABEL

Nomor Tabel	Judul Tabel	Halaman
Tabel 2.1	Tinggi Fundus Uteri Menurut Leopold	9
Tabel 2.2	Tinggi Fundus Uteri Menurut Mc. Donald	9
Tabel 2.3	Peningkatan berat badan selama kehamilan	21
Tabel 2.4	Klasifikasi tekanan darah berdasarkan MAP	22
Tabel 2.5	Pola Makan Seimbang	36
Tabel 2.6	Contoh Macam-Macam Makanan Tambahan	37
Tabel 2.7	Penapisan Ibu Hamil	39
Tabel 2.8	Penapisan Ibu Bersalin	52
Tabel 2.9	Perkembangan uterus pada masa nifas	67
Tabel 2.10	Asuhan Kunjungan nifas normal	69
Tabel 2.11	Komponen Penilaian Apgar Skor	83
Tabel 2.12	Kunjungan neonatus	86

DAFTAR SINGKATAN

Singkatan Kepanjangan

AKB	: Angka kematian Bayi
AKI	: Angka Kematian Ibu
ANC	: <i>Ante Natal Care</i>
ASI	: Air Susu Ibu
APD	: Alat Pelindung Diri
APN	: Asuhan Persalinan Normal
BB	: Berat Badan
BBL	: Bayi Baru Lahir
BBLR	: Berat Badan Lahir Rendah
Kemenkes RI	: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
BPM	: Bidan Praktik Mandiri
DJJ	: Denyut Jantung Janin
G	: <i>Gravida</i>
HPHT	: Hari Pertama Haid Terakhir
IM	: <i>Intra Muskular</i>
IMD	: Inisiasi Menyusu Dini
IMT	: <i>Indeks</i> Masa Tubuh
IMS	: Infeksi Menular Seksual
JNPK-KR	: Jaringan Nasional Pelatihan Klinik Kesehatan <i>Reproduksi</i>
KEK	: Kekurangan Energi Kronik
KB	: Keluarga Berencana
KF	: Kunjungan Nifas
KIA	: Kesehatan Ibu dan Anak
KIE	: Konseling Informasi dan Edukasi
KN	: Kunjungan Neonatal
KU	: Keadaan Umum
K1	: Kunjungan Pertama
K4	: Kunjungan Keempat

KPD	: Ketuban Pecah Dini
LILA	: Lingkar Lengan Atas
MAL	: <i>Metode Amenorea Laktasi</i>
MKJP	: Metode Kontrasespsi Jangka Panjang
SAR	: Segmen Atas Rahim
SOAP	: <i>Subjektif Objektif Analisa Penatalaksanaan</i>
PAP	: Pintu Atas Panggul
PMT	: Pemberian Makanan Tambahan
SDGS	: <i>Sustainable Development Goals</i>
TB	: Tinggi Badan
TD	: Tekanan Darah
TBJ	: Tafsiran Berat Janin
TFU	: <i>Tinggi Fundus Uteri</i>
TT	: <i>Tetanus Toksoid</i>
TP	: Tafsiran Persalinan
TTV	: Tanda-Tanda Vital
UK	: Usia Kehamilan
USG	: <i>Ultrasonografi</i>
WHO	: <i>World Health Organization</i>

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Menurut *World Health Organization (WHO)* tahun 2019 Angka Kematian Ibu (*Maternal Mortality Rate*) adalah jumlah kematian ibu akibat dari proses kehamilan, persalinan, dan setelah persalinan yang dijadikan indikator derajat kesehatan perempuan. salah satu target global *Sustainable Development Goals (SDGs)* adalah menurunkan AKI menjadi 70 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2030 (Kemenkes RI 2020). Salah satu indikator pembangunan berkelanjutan 2030 atau yang biasa disebut *SDGs* merupakan adanya pelaksanaan kesehatan yang baik. Tujuan dari indikator tersebut adalah menjamin kehidupan yang sehat dan mendorong kesejahteraan bagi semua orang di segala usia. Salah satu target yang bisa menjadi ukurannya adalah adanya penurunan AKI (Meilani 2022).

Penyebab kematian ibu disebabkan oleh penyebab langsung dan tidak langsung. Penyebab langsung kematian ibu yaitu perdarahan (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 Kekurangan Energi Kronik (KEK), TBC, anemia, malaria, sifilis, HIV, AIDS (Prawiroharjo, 2018)

Di Provinsi Bengkulu 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).

Beberapa penyebab kematian ibu antara lain pendarahan sebanyak 7 orang, Hipertensi dalam kehamilan sebanyak 4 orang, penyebab infeksi sebanyak 3 orang, kelainan jantung/pembuluh darah sebanyak 2 orang, penyebab lain-lain sebanyak 12 orang (Dinkes Provinsi Bengkulu, 2022)

Penyebab kematian ibu secara tidak langsung salah satunya adalah kematian ibu karena penyakit yaitu Kekurangan Energi Kronik (KEK). KEK merupakan keadaan dimana seorang ibu mengalami keadaan kekurangan energi dan protein yang berlangsung menahun (kronis) sehingga mengakibatkan terjadinya gangguan kesehatan pada ibu yang ditandai dengan Lingkar Lengan Atas (LILA) kurang dari 23,5 cm dan IMT kurang dari 18,5 kg/m². (Simbolon & Rahmadi, 2019).

Faktor penyebab KEK terdiri dari penyebab langsung dan tidak langsung. Faktor penyebab langsung terdiri dari asupan makanan yang kurang atau pola konsumsi yang buruk dan penyakit. Sedangkan Faktor penyebab tidak langsung yaitu IMT kurang dari 18,5 kg/m², ekonomi yang kurang, pengetahuan yang kurang, riwayat KEK pada kehamilan sebelumnya, riwayat *hyperemesis gravidarum*, usia ibu yang terlalu muda atau terlalu tua, jarak kelahiran yang terlalu dekat (Khadijah, 2018).

Ibu hamil yang mengalami Kekurangan Energi Kronik (KEK) tanda dan gejalanya dapat dilihat dan diukur. Tanda dan gejala KEK yaitu Lingkar Lengan Atas (LILA) kurang dari 23,5 cm. Selain itu, ibu hamil mudah lelah, ibu biasanya mengalami tanda gejala anemia dengan Hb < 11 gr%, letih, lesu, lemah, lunglai, bibir tampak pucat, nafas pendek, denyut jantung meningkat, susah buang air besar, nafsu makan berkurang (Yulianti. NN, 2018)

Dampak KEK pada ibu hamil yaitu anemia, perdarahan dan berat badan ibu tidak bertambah secara normal. Terhadap proses persalinan dapat mengakibatkan partus lama serta perdarahan setelah persalinan. Dampak pada janin yaitu dapat mempengaruhi proses pertumbuhan janin, asfiksia, dan lahir dengan berat badan lahir rendah (BBLR), pada masa nifas produksi ASI sedikit dan perdarahan (Anggrita Sari dkk, 2015).

Upaya yang dapat dilakukan untuk pencegahan KEK pada ibu hamil adalah melakukan pemeriksaan sesuai dengan standar minimal 6 kali selama masa kehamilan yaitu minimal 1 kali pada trimester pertama (usia kehamilan 0-12 minggu), Minimal 2 kali pada trimester kedua (usia kehamilan 12-28 minggu), Minimal 3 kali pada trimester ketiga (usia kehamilan 28 minggu - lahir), dan memberikan pelayanan 10 T yaitu timbang berat badan dan ukur tinggi badan, pemeriksaan tekanan darah, pengukuran LILA, pengukuran TFU, tentukan

presentasi kepala dan DJJ, skrining status imunisasi TT, pemberian tablet zat besi minimal 90 tablet, test lab sederhana (Hb, Protein urine), tatalaksana kasus, temu wicara, meningkatkan konsumsi makanan yang cukup secara kualitas (variasi makanan yang dimakan) serta kuantitas (jumlah makanan dan zat gizi yang sesuai kebutuhan) dan suplemen yang harus dikonsumsi oleh ibu hamil yaitu tablet tambah darah (zat besi), asam folat, kalsium, zink, vitamin A, vitamin D, dan iodium (Permenkes RI, 2021).

Ada beberapa cara untuk mencegah terjadinya KEK, yaitu meningkatkan konsumsi makanan bergizi, makan makanan yang banyak mengandung zat besi dari bahan makanan hewani daging, ikan, ayam, telur dan bahan nabati sayur berwarna hijau tua, kacang-kacangan, tempe. Makan sayur-sayuran dan buah-buahan yang banyak mengandung vitamin C seperti daun katuk, daun singkong, bayam, jambu, tomat, jeruk dan nanas. Makan makanan yang mengandung karbohidrat, protein, asam folat, kalsium, lemak, serta menambah pemasukan zat besi dalam tubuh dengan meminum tablet penambah darah (Chinue, 2015).

Penatalaksanaan KEK menganjurkan ibu untuk mengonsumsi makanan bergizi total seimbang sesuai isi piringku yang terdiri dari karbohidrat, protein, asam folat, zat besi, kalsium, vitamin, pemberian makanan tambahan (PMT), peningkatan suplemen tablet FE, rutin melakukan pemeriksaan ANC terpadu, pemantauan berat badan dan LILA (Kemenkes RI, 2014)

Metode makanan baru dengan gizi seimbang yaitu "Isi Piringku". Secara umum, "Isi piringku" menggambarkan porsi makan yang dikonsumsi dalam satu kali makan yang terdiri dari 50% makanan pokok sebagai sumber karbohidrat dan lauk-pauk sebagai sumber protein. Dari separuh isi piringku tersebut dibagi menjadi 2/3 bagian terdiri dari makanan pokok dan 1/3 sisanya lauk-pauk. Sedangkan 50% lagi sebagai sumber serat pangan, vitamin, dan mineral yang terdiri dari sayuran dan buah-buahan, pembagiannya 2/3 sayuran dan 1/3 buah-buahan. Dibandingkan dengan 4 sehat 5 sempurna, "Isi piringku" lebih menekankan pada berapa banyak porsi makanan yang ideal, menggunakan perumpamaan sajian dalam satu piring. Penerapan prinsip gizi seimbang yang diwujudkan dalam isi piringku pada setiap kali makan (makan pagi, makan siang, makan sore/malam). Selain itu, perlu disertai dengan 2 kali snack setiap hari yaitu snack pagi dan sore (Kemenkes RI 2022).

Berdasarkan hasil survey di PMB "M" dari bulan September 2023-Maret 2024 didapatkan bahwa ibu yang melakukan ANC sebanyak 229 orang. Persalinan normal sejumlah 40 orang, Kunjungan neonatus sejumlah 40 orang, Kunjungan nifas sejumlah 40 orang. Pelayanan KB sejumlah 521 orang, sebagian besar memilih KB suntik 3 bulan yaitu sejumlah 325 orang, KB suntik 1 bulan yaitu sejumlah 127 orang, KB suntik 2 bulan sejumlah 64 orang, Pil KB yaitu sejumlah 3 orang, IUD yaitu sejumlah 4 orang dan Implant yaitu sejumlah 6 orang. (Data Primer 2024)

Dari 229 ibu hamil yang melakukan kunjungan ANC di PMB "M" terdapat 5 ibu hamil yang anemia, 4 ibu hamil dengan resiko tinggi, 5 ibu hamil mengalami *hyperemesis gravidarum*, 6 ibu hamil mengalami KEK dengan LILA rata-rata berada pada angka 22,5 cm, dan sisanya ibu hamil normal. KEK pada ibu hamil beresiko lebih besar menyebabkan stunting dan ibu yang KEK dapat menyebabkan anemia dalam kehamilan, Anemia jika tidak teratasi akan menyebabkan perdarahan pada saat persalinan. (Anggrita Sari dkk, 2015).

Pada saat penulis praktik di PMB "M", penulis bertemu Ny.S umur 26 tahun G1P0A0 UK 28 minggu untuk melakukan pemeriksaan, dengan keluhan mudah lelah, lesu, dan susah buang air besar. Kemudian penulis melihat riwayat kehamilan ibu melalui buku KIA saat TM I ibu mengalami mual muntah tetapi tidak sering, ibu tidak memiliki riwayat penyakit apapun, ini merupakan pernikahan pertama dan sudah menikah selama 1,5 tahun, Ibu tidak bekerja, hanya mengurus rumah tangga. Suami Tn.T bekerja sebagai tukang ojek. Ibu mengatakan belum pernah menggunakan alat kontrasepsi, informasi yang ibu ketahui tentang kehamilan yaitu ketidaknyamanan ibu hamil TM I. Ibu memiliki kebiasaan memilih-milih makanan sejak sebelum hamil dan hanya makan sedikit karena tidak nafsu makan serta minum 2 liter/hari, Ibu mengatakan sudah pernah mendapat penkes (pendidikan kesehatan) tentang KEK dari Puskesmas, respon keluarga sangat senang dengan kehamilan ibu dan keluarga sangat mendukung, pengambilan keputusan adalah ibu sendiri dan suami, ibu hanya tinggal bersama suami, ibu tidak memiliki kebiasaan serta pantangan selama hamil. Riwayat hasil pemeriksaan TM I UK 12 minggu, BB 42 kg, TB 158 cm, LILA 22,5 cm, IMT 16,8 kg/m², TTV dalam keadaan normal, TFU 2 jari di atas symphysis. Hasil pemeriksaan laboratorium HB 11 gr/dl, HIV (-), hepatitis (-), sipilis (-).

Imunisasi TT (Tetanus Toksoid) belum dilakukan, Ibu belum pernah melakukan USG dan terapi yang sudah dikonsumsi yaitu tablet Fe. Penkes yang diberikan saat kunjungan 1 yaitu menganjurkan ibu untuk mengonsumsi makanan bergizi seimbang, makan sedikit namun sering, mengatur pola istirahat dan rutin meminum tablet Fe, adapun penyebab ibu mengalami KEK dikarenakan IMT kurang dari $18,5 \text{ kg/m}^2$, LILA kurang dari 23,5 cm, pola makan ibu yang tidak teratur, kebiasaan memilih-milih makanan, kurangnya pengetahuan terhadap gizi seimbang pada ibu hamil dan perekonomian ibu yang tidak stabil karena gaji suami di bawah UMR, diketahui HPHT 23-08-2023 dan TP 30-05-2024.

Pada riwayat pemeriksaan TM II ibu mengeluh mual muntah di pagi hari, hasil pemeriksaan yang telah dilakukan yaitu UK 16 minggu BB 43 kg, TB 158 cm, LILA 22,5 cm, IMT $17,2 \text{ kg/m}^2$, TTV dalam keadaan normal, TFU 3 jari di atas symphysis. Penkes yang diberikan saat kunjungan 2 yaitu menganjurkan ibu untuk mengonsumsi makanan bergizi seimbang, makan sedikit namun sering, mengatur pola istirahat dan rutin meminum tablet Fe.

Pada saat kunjungan ANC di usia kehamilan 28 minggu ini ibu mengeluh mudah lelah, lesu, dan susah buang air besar. Hasil pemeriksaan yang telah dilakukan yaitu UK 28 minggu, BB sekarang 46 kg, BB pada saat TM I 42 kg, IMT $18,4 \text{ kg/m}^2$, LILA 22,5 cm, TTV dalam keadaan normal, hasil pemeriksaan fisik wajah tidak pucat, konjungtiva anemik, sklera anikterik, mukosa bibir lembab, puting susu menonjol, TFU 2 jari di atas pusat, presentasi kepala, DJJ 145x/menit, Penkes yang diberikan saat kunjungan TM II yaitu menganjurkan ibu untuk mengonsumsi makanan bergizi seimbang, makan sedikit namun sering, mengatur pola istirahat dan rutin meminum tablet Fe. (Data primer, 2023).

Karena pentingnya pencegahan stunting akibat dari salah satu komplikasi KEK pada ibu hamil maka penulis tertarik untuk melakukan asuhan secara komprehensif atau *Continuity Of Care* (COC) yaitu asuhan berkelanjutan mulai dari masa kehamilan, proses persalinan dengan asuhan komplementer birthball, kunjungan nifas dengan asuhan komplementer pijat oksitosin, kunjungan neonatus hingga program Keluarga Berencana (KB) pasca salin dengan prosedur manajemen kebidanan dan didokumentasikan dengan metode SOAP.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, maka rumusan masalahnya adalah "Bagaimana Asuhan Kebidanan komprehensif pada ibu hamil TM III Kekurangan Energi Kronik (KEK) dengan manajemen nutrisi Isi piringku Bersalin, Neonatus, Nifas, dan KB pasca salin di PMB M"

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Diperoleh gambaran penerapan Asuhan Kebidanan secara komprehensif pada ibu hamil TM III Kekurangan Energi Kronik (KEK) dengan manajemen nutrisi Isi piringku bersalin, neonatus, nifas dan KB pasca salin di PMB M menggunakan pendekatan manajemen kebidanan.

2. Tujuan Khusus

Setelah dilakukan asuhan kebidanan, diharapkan mampu :

- a. Diperoleh gambaran Asuhan Kebidanan secara komprehensif pada ibu hamil dengan Kekurangan Energi Kronik.
- b. Diperoleh gambaran Asuhan Kebidanan dengan pada ibu bersalin.
- c. Diperoleh gambaran Asuhan Kebidanan pada ibu nifas
- d. Diperoleh gambaran Asuhan Kebidanan pada neonatus.
- e. Diperoleh gambaran Asuhan Kebidanan pada pelayanan KB

D. Manfaat

1. Bagi Tempat Penelitian

Sebagai bahan masukan serta informasi sehingga dapat memberikan asuhan kebidanan secara menyeluruh pada ibu hamil dengan KEK.

2. Institusi Pendidikan Stikes Sapta Bakti Bengkulu

Dapat mengaplikasikan ilmu yang diperoleh sebagai calon bidan saat kuliah dan lahan praktek seperti PMB dengan memberikan informasi tentang Asuhan Kebidanan komplementer yang telah dipelajari. Sebagai bahan referensi untuk menambah wawasan mahasiswa di STIKES Sapta Bakti Program Studi Kebidanan Bengkulu.

3. Penulis

Sebagai informasi tentang hal-hal yang berhubungan dengan ibu hamil KEK, sehingga dapat melakukan pencegahan dan meminimalisir resiko maupun komplikasi.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Teori

1. Kehamilan

a. Konsep Teori Kehamilan

1) Pengertian

Kehamilan adalah proses fisiologis yang terjadi pada perempuan akibat adanya pembuahan antara sel kelamin laki-laki dan sel kelamin perempuan. Dengan kata lain, kehamilan adalah pembuahan ovum oleh spermatozoa, sehingga mengalami nidasi pada uterus dan berkembang sampai kelahiran janin. (Walyani, 2018).

Kehamilan adalah kondisi yang terjadi ketika terdapat pembuahan dan perkembangan janin di dalam rahim. Umumnya, kehamilan akan berlangsung selama 37 hingga 40 minggu yang dihitung dari hari pertama menstruasi terakhir (Depkes RI, 2016).

2) Pengertian Kehamilan Trimester III

Kehamilan Trimester III di mulai dari minggu ke 28 sampai minggu ke 40 Pada trimester ini semua organ tubuh dengan sempurna. Janin menunjukkan aktivitas motorik yang terkoordinasi. Paru-paru berkembang pesat menjadi sempurna dan siap untuk dilahirkan (Kusmiyati, 2012).

3) Perubahan fisiologis yang terjadi pada Kehamilan

Berikut perubahan-perubahan yang terjadi pada ibu hamil (Pratami, 2014).

a) Trimester I

(1) Uterus

Ibu hamil uterusnya tumbuh membesar akibat pertumbuhan isi konsepsi. Hormon estrogen menyebabkan hiperplasi jaringan, hormon progesteron 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 di atas simpisis
2	16 minggu	pertengahan simpisis - pusat
3	20 minggu	3 jari di bawah pusat
4	24 minggu	setinggi pusat
5	28 minggu	2-3 jari di atas pusat
6	32 minggu	pertengahan pusat - px
7	38 minggu	3 jari di bawah px
8	40 minggu	pertengahan pusat - px

Tabel 2.2 Tinggi Fundus Uteri menurut Mc.Donald

No	Usia kehamilan	Tinggi Fundus Uteri
1	12 minggu	20-24 cm di atas simpisis
2	16 minggu	26-30 cm di atas simpisis
3	20 minggu	28-32 cm di atas simpisis
4	24 minggu	30-34 cm di atas simpisis
5	28 minggu	32-36 cm di atas simpisis
6	32 minggu	34-38 cm di atas simpisis
7	38 minggu	36-40 cm di atas simpisis
8	40 minggu	38-42 cm di atas simpisis

Sumber : (Sari, Anggrita.dkk 2019)

(2) Vagina dan vulva

Akibat hormon 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..

(3) Ovarium

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

(4) Serviks uteri

Serviks uteri pada kehamilan juga mengalami perubahan karena hormon estrogen.

(5) Payudara/mammae

Mammae akan membesar dan tegang somatomamotropin, estrogen dan progesterone, tetapi belum mengeluarkan ASI. Papilla mammae akan membesar, lebih tegang dan tambah lebih hitam, seluruh mammae karena hiperpigmentasi. akibat hormone

(6) Perkemihan

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

(7) Sirkulasi Darah

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

(8) Sistem Pernafasan

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

b) Trimester II

(1) Uterus

Pada kehamilan 16 minggu, cavum uteri diisi oleh ruang amnion yang terisi janin dan isthmus 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.

(2) Vulva dan Vagina

Karena hormon estrogen dan progesterone meningkat dan mengakibatkan pembuluh-pembuluh darah alat genitalia membesar.

(3) Ovarium

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

(4) Serviks Uteri

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

(5) Payudara/ Mammae

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

(6) 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.

(7) Sistem Pernapasan

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

(8) Kenaikan Berat Badan

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

c) Trimester III

Perubahan fisiologis yang terjadi pada trimester III adalah sebagai berikut:

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

(2) 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 di bawah px (setinggi iga terakhir).

(3) Perubahan pada mammae yaitu adanya pengeluaran colostrum.

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

4) Perubahan Psikologis yang Terjadi pada Kehamilan

Perubahan psikologi pada ibu hamil dapat dibagi dengan melihat waktu kehamilannya yaitu trimester I, II, dan trimester III

a) Trimester I

Respon emosional Berbagai respon emosional pada trimester 1 yang dapat muncul berupa perasaan ambivalen, kekecewaan, penolakan, kecemasan, depresi, dan kesedihan. Selain itu perubahan mood akan lebih cepat terjadi bahkan ibu biasanya menjadi lebih sensitive. Rasa sedih hingga berurai air mata, rasa amarah, dan rasa suka cita datang silih berganti tanpa penyebab yang jelas (Astuti, 2016).

b) Trimester II

Secara umum, pada trimester kedua ini ibu akan merasa lebih baik dan sehat karena bebas dari ketidaknyamanan kehamilan, misalnya mual muntah dan letih. Bagaimanapun juga, ketidaknyamanan lain akibat perubahan fisiologis akibat berkembangnya kehamilan tetap dapat dirasakan. Hal tersebut dapat menjadi sesuatu yang mengganggu, namun di sisi lain terdapat perubahan yang dirasakan sebagai sesuatu yang menyenangkan, misalnya energi yang bertambah (Astuti, 2016).

c) Trimester III

Pada kehamilan trimester ketiga, ibu akan lebih nyata mempersiapkan diri untuk menyambut kelahiran anaknya. Selama menjalani kehamilan trimester ini ibu dan suaminya sering kali berkomunikasi dengan janinnya yang berada dalam kandungannya dengan cara mengelus perut dan berbicara di depannya, walaupun yang dapat merasakan gerakan janin di

perut hanyalah ibu hamil itu sendiri. Perubahan yang terjadi pada trimester ini yaitu (Astuti, 2016):

- (1) Kekhawatiran atau kecemasan dan waspada
- (2) Persiapan menunggu kelahiran

5) Istilah Tahapan dalam Kehamilan

Menurut Marmi (2015) 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 blatokista 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

6) Tanda-tanda Bahaya selama Kehamilan

a) Tanda Bahaya Kehamilan Trimester I (0-12 minggu).

(1) Perdarahan Pada Kehamilan Muda.

Salah satu komplikasi terbanyak pada kehamilan ialah terjadinya Perdarahan. Perdarahan dapat terjadi pada setiap

usia kehamilan. Pada kehamilan muda sering dikaitkan dengan kejadian *abortus, misscarriage, early pregnancy loss*.

(2) Kehamilan *ektopik*

Merupakan suatu kehamilan yang pertumbuhan sel telur telah dibuahi tidak menempel pada dinding endometrium kavum uteri. Lebih dari 95% kehamilan ektopik berada di saluran telur (tuba Fallopi). Kejadian kehamilan ektopik tidak sama diantara senter pelayanan kesehatan. Hal ini bergantung pada kejadian salpingitis seseorang. Di Indonesia kejadian sekitar 5-6 per seribu kehamilan. Patofisiologi terjadinya kehamilan ektopik tersering karena sel telur yang telah dibuahi dalam perjalanannya menuju endometrium tersendat sehingga embrio sudah berkembang sebelum mencapai kavum uteri dan akibatnya akan tumbuh di luar rongga rahim. Bila kemudian tempat nidasi tersebut tidak dapat menyesuaikan diri 18 dengan besarnya buah kehamilan, akan terjadi rupture dan menjadi kehamilan ektopik terganggu. (Pusdiknakes, 2013)

(3) *Mola hidatidosa*

Suatu kehamilan yang berkembang tidak wajar dimana tidak ditemukan janin dan hampir seluruh vili korialis mengalami perubahan berupa degenerasi hidropik. Secara makroskopik, molahidatidosa mudah dikenal yaitu berupa gelembung-gelembung putih, tembus pandang, berisi cairan jernih, dengan ukuran bervariasi dari beberapa millimeter sampai 1 atau 2 cm. Pada permulaannya gejala mola hidatidosa tidak seberapa berbeda dengan kehamilan 19 biasa yaitu mual, muntah, pusing, dan lain-lain, hanya saja derajat keluhannya sering lebih hebat. Selanjutnya perkembangan lebih pesat, sehingga pada umumnya besar uterus lebih besar dari umur kehamilan. Ada pula kasus-kasus yang uterusnya lebih kecil atau sama besar walaupun jaringannya belum dikeluarkan. Dalam hal ini perkembangan jaringan trofoblas

tidak begitu aktif sehingga perlu dipikirkan kemungkinan adanya *hyperemesis gravidarum*. Perdarahan merupakan gejala utama mola. Biasanya keluhan perdarahan inilah yang menyebabkan mereka datang ke rumah sakit.

(4) Muntah terus dan tidak bisa makan

Mual dan muntah adalah gejala yang sering ditemukan pada kehamilan trimester 1. Mual biasa terjadi pada pagi hari, gejala ini biasa terjadi 6 minggu setelah HPHT dan berlangsung selama 10 minggu. Perasaan mual ini karena meningkatnya kadar hormon estrogen dan HCG dalam serum. Mual dan muntah yang sampai mengganggu aktivitas sehari-hari dan keadaan umum menjadi lebih buruk, dinamakan *Hyperemesis Gravidarum*.

(5) Selaput kelopak mata pucat

Merupakan salah satu tanda anemia. Anemia dalam kehamilan adalah kondisi ibu dengan keadaan hemoglobin di bawah 11 gr% pada trimester 1. Anemia dalam kehamilan disebabkan oleh defisiensi besi dan perdarahan akut bahkan tak jarang keduanya saling berinteraksi. Anemia pada trimester bisa disebabkan karena mual muntah pada ibu hamil dan perdarahan pada ibu hamil trimester 1.

(6) Demam tinggi

Ibu menderita demam dengan suhu tubuh $>38^{\circ}\text{C}$ dalam kehamilan merupakan suatu masalah. Demam tinggi dapat merupakan gejala adanya infeksi dalam kehamilan. Menurut SDKI (2012) penyebab kematian ibu karena infeksi (11%). Penanganan demam antara lain dengan istirahat baring, minum banyak dan mengompres untuk menurunkan suhu. Saifuddin, (2012). Demam dapat disebabkan oleh infeksi dalam kehamilan yaitu masuknya mikroorganisme patogen ke dalam tubuh wanita hamil yang kemudian menyebabkan timbulnya tanda atau gejala-gejala penyakit. Pada infeksi berat dapat terjadi demam dan gangguan fungsi organ vital.

Infeksi dapat terjadi selama kehamilan, persalinan dan masa nifas (Pusdiknakes, 2013).

b) Tanda bahaya Trimester II (13-27 minggu).

(1) Demam tinggi

Ibu menderita demam dengan suhu tubuh $>38^{\circ}\text{C}$ dalam kehamilan merupakan suatu masalah. Demam tinggi dapat merupakan gejala adanya infeksi dalam kehamilan. Menurut SDKI (2012) penyebab kematian ibu karena infeksi (11%). Penanganan demam antara lain dengan istirahat baring, minum banyak dan mengompres untuk menurunkan suhu. Demam dapat disebabkan oleh infeksi dalam kehamilan yaitu masuknya mikroorganisme patogen ke dalam tubuh wanita hamil yang kemudian menyebabkan timbulnya tanda atau gejala-gejala penyakit. Pada infeksi berat dapat terjadi demam dan gangguan fungsi organ vital. Infeksi dapat terjadi selama kehamilan, persalinan dan masa nifas

(2) Bayi kurang bergerak

Seperti biasa Gerakan janin tidak ada atau kurang (minimal 3 kali dalam 1 jam). Ibu mulai merasakan gerakan bayi selama bulan ke-5 atau ke-6. Jika bayi tidak bergerak seperti biasa dinamakan IUFD (Intra Uterine Fetal Death). IUFD adalah tidak adanya tanda-tanda kehidupan janin di dalam kandungan. Beberapa ibu dapat merasakan gerakan bayinya lebih awal. Jika bayi tidur gerakannya akan melemah. Bayi harus bergerak paling sedikit 3-22 kali dalam 1 jam jika ibu berbaring atau beristirahat dan jika ibu makan dan minum dengan baik.

(3) Selaput ketuban pecah

Merupakan salah satu tanda anemia. Anemia dalam kehamilan adalah kondisi ibu dengan keadaan hemoglobin bawah $<10,5 \text{ gr\%}$ pada trimester II. Anemia pada trimester II disebabkan oleh hemodilusi atau pengenceran darah. Anemia dalam kehamilan disebabkan oleh defisiensi besi.

c) Tanda bahaya Trimester III (28-40minggu).

(1) Perdarahan pervaginam

Penyebab kematian ibu dikarenakan perdarahan (28%). Pada akhir kehamilan perdarahan yang tidak normal adalah merah, banyak dan kadang-kadang tidak disertai dengan rasa nyeri. Perdarahan semacam ini berarti plasenta previa. Plasenta previa adalah keadaan dimana plasenta berimplantasi pada tempat yang abnormal yaitu segmen bawah rahim sehingga menutupi sebagian atau seluruh ostium uteri interna. Penyebab lain adalah solusio plasenta dimana keadaan plasenta yang letaknya normal, terlepas dari perlekcatannya sebelum janin lahir, biasanya dihitung sejak kehamilan 28 minggu.

(2) Sakit Kepala yang Hebat

Sakit kepala selama kehamilan adalah umum, seringkali merupakan ketidaknyamanan yang normal dalam kehamilan. Sakit kepala yang menunjukkan masalah yang serius adalah sakit kepala hebat yang menetap dan tidak hilang dengan beristirahat. Kadang-kadang dengan sakit kepala yang hebat tersebut, ibu mungkin mengalami penglihatanyang kabur. Sakit kepala yang hebat dalam kehamilan adalah gejala dari pre-eklampsia

(3) Penglihatan Kabur

Penglihatan menjadi kabur atau berbayang dapat disebabkan oleh sakit kepala yang hebat, sehingga terjadi oedema pada otak dan meningkatkan Resistensi otak yang mempengaruhi sistem saraf pusat, yang dapat menimbulkan kelainan serebral (nyeri kepala, kejang), dan gangguan penglihatan. Perubahan penglihatan atau pandangan kabur, dapat menjadi tanda pre-eklampsia. Masalah visual yang mengidentifikasi keadaan yang mengancam jiwa adalah perubahan visual yang mendadak, misalnya penglihatan kabur atau berbayang, melihat bintik-bintik (spot)

berkunang-kunang. Selain itu adanya skotoma, diplopia dan ambliopia merupakan tanda-tanda yang menunjukkan adanya preeklampsia berat yang mengarah pada eklampsia. Hal ini disebabkan adanya 24 perubahan peredaran darah dalam pusat penglihatan di korteks cerebri atau di dalam retina (oedema retina dan spasme pembuluh darah).

(4) Bengkak di muka atau tangan

Hampir separuh dari ibu-ibu akan mengalami bengkak yang normal pada kaki yang biasanya muncul pada sore hari dan biasanya hilang setelah beristirahat atau meletakkannya lebih tinggi. Bengkak dapat menunjukkan adanya masalah serius jika muncul pada permukaan muka dan tangan, tidak hilang setelah beristirahat, dan diikuti dengan keluhan fisik yang lain. Hal ini bisa merupakan pertanda pre-eklampsia.

(5) Janin kurang bergerak Seperti Biasa

Gerakan janin tidak ada atau kurang (minimal 3 kali dalam 1 jam), Ibu mulai merasakan gerakan bayi selama bulan ke-5 atau ke-6. Jika bayi tidak bergerak seperti biasa dinamakan IUFD (Intra Uterine Fetal Death). IUFD adalah tidak adanya tanda-tanda kehidupan janin di dalam kandungan. Beberapa ibu dapat merasakan gerakan bayinya lebih awal. Jika bayi tidur gerakannya akan melemah. Bayi harus bergerak paling sedikit 3 kali dalam 1 jam jika ibu berbaring atau beristirahat dan jika ibu makan dan minum dengan baik.

(6) Pengeluaran cairan pervaginam (Ketuban Pecah Dini).

Yang dimaksud cairan di sini adalah air ketuban. Ketuban yang pecah pada kehamilan aterm dan disertai dengan munculnya tanda-tanda persalinan adalah normal. Pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda-tanda persalinan dan ditunggu satu jam belum dimulainya tanda-tanda persalinan ini disebut ketuban pecah dini. Ketuban pecah dini menyebabkan hubungan langsung antara dunia luar dan

ruangan dalam rahim sehingga memudahkan terjadinya infeksi. Makin lama periode laten (waktu sejak ketuban pecah sampai terjadi kontraksi rahim), makin besar kemungkinan kejadian kesakitan dan kematian ibu atau janin dalam rahim. (Mandriwati, 2017)

(7) Kejang

Pada umumnya kejang didahului oleh makin memburuknya keadaan dan terjadinya gejala-gejala sakit kepala, mual, nyeri ulu hati sehingga muntah. Bila semakin berat, penglihatan semakin kabur, kesadaran menurun kemudian kejang. Kejang dalam kehamilan dapat merupakan gejala dari eklampsia.

(8) Demam tinggi

Ibu menderita demam dengan suhu tubuh $>38^{\circ}\text{C}$ dalam kehamilan merupakan suatu masalah. Demam tinggi dapat merupakan gejala adanya infeksi dalam kehamilan. penyebab kematian ibu karena infeksi (11%). (Pusdiknakes, 2013)

7) Standar Pelayanan Antenatal Care

Asuhan antenatal adalah upaya promotif program pelayanan kesehatan obstetrik untuk optimalisasi asuhan maternal dan neonatal melalui serangkaian kegiatan pemantauan rutin selama kehamilan (Prawiroharjo, 2014).

a) Tujuan ANC terpadu Menurut Permenkes, (2021)

Pelayanan antenatal terpadu merupakan pelayanan komprehensif dan berkualitas yang diberikan secara terintegrasi dengan program pelayanan kesehatan lainnya. Tujuan ANC terpadu adalah :

- (1) Memberikan pelayanan antenatal terpadu, termasuk konseling kesehatan, dan gizi ibu hamil, konseling KB dan pemberian ASI.
- (2) Pemberian dukungan emosi dan psikososial sesuai dengan keadaan ibu hamil pada setiap kontak dengan tenaga

kesehatan yang memiliki kompetensi klinis dan interpersonal yang baik.

- (3) Menyediakan kesempatan bagi seluruh ibu hamil untuk mendapatkan pelayanan antenatal terpadu minimal 6 kali selama masa kehamilan.
- (4) Melakukan pemantauan tumbuh kembang janin
- (5) Melakukan tata laksana terhadap kelainan, penyakit dan gangguan pada ibu hamil sedini mungkin atau melakukan rujukan khusus ke fasilitas pelayanan kesehatan sesuai dengan sistem rujukan yang ada.

b) Kunjungan kehamilan/ANC menurut Permenkes RI, (2021).

Pelayanan Kesehatan Masa Hamil dilakukan paling sedikit 6 (enam) kali selama masa kehamilan meliputi: 2 (dua) kali pada trimester pertama, 1 (satu) kali pada trimester kedua dan 3 (tiga) kali pada trimester ketiga. 2 (dua) kali oleh dokter atau dokter spesialis kebidanan dan kandungan pada trimester pertama dan ketiga.

c) Pelayanan antenatal sesuai dengan standar

Menurut Permenkes RI, (2021) standar pelayanan antenatal meliputi 10 T yaitu:

(1) Timbang berat badan dan tinggi badan.

Timbang berat badan dilakukan setiap kunjungan antenatal, penambahan berat badan yang kurang dari 9 kg selama kehamilan atau kurang dari 1 kg setiap bulannya menunjukkan adanya gangguan pertumbuhan janin. Pengukuran tinggi badan dilakukan saat kontak pertama untuk menapis adanya faktor resiko pada ibu hamil. Tinggi badan ibu kurang dari 145 cm meningkatkan resiko *Cephalo Pelvic Disproportion (CPD)* yaitu komplikasi persalinan yang terjadi karena ukuran kepala atau tubuh bayi terlalu besar untuk melewati panggul ibu.

.Tabel 2.3 Peningkatan Berat Badan Selama Kehamilan

IMT sebelum hamil	Total pertambahan berat badan pada TM 1	Pertambahan berat badan pada TM II dan III per minggu
Underweight (<18,5 kg/m ²)	1-3 kg	0,44-0,55 kg
Normal (18,5-24,9 kg/m ²)	1-3 kg	0,35-0,50 kg
Overweight (25-29,9 kg/m ²)	1-3 kg	0,23-0,33 kg
Obesitas (>30 kg/m ²)	0,2-2 kg	0,17-0,27 kg

Sumber : Wijayanti,dkk 2017

Status gizi dapat diketahui melalui perhitungan Indeks Massa Tubuh (IMT) dengan rumus sebagai berikut:

$$\text{IMT} = \frac{\text{BB Sebelum hamil (kg)}}{\text{TB}^2 \text{ (Meter)}}$$

(2) Pengukuran tekanan darah

Tekanan darah adalah kekuatan atau tenaga yang digunakan oleh darah untuk melawan dinding pembuluh arteri dan biasanya dapat diukur dalam satuan milimeter air raksa (mmHg). Nilai pada tekanan darah dapat dibedakan menjadi dua angka yaitu angka tekanan darah sistolik dan diastolik. Tekanan darah sistolik adalah nilai tekanan darah pada saat fase jantung berkontraksi, sedangkan tekanan darah diastolik adalah tekanan darah pada saat jantung relaksasi (Prasetyaningrum, 2014).

Skrining untuk hipertensi dapat dideteksi dengan MAP (Mean arterial pressure) yaitu metode pengukuran tekanan arteri, yang digunakan untuk memeriksa apakah aliran darah tercukupi dengan baik untuk memasok semua organ utama tubuh. MAP dianggap normal jika hasilnya 70 hingga 100 mmHg. MAP setara dengan 40% tekanan sistolik dan

ditambah 60% tekanan diastolik Woods dalam (Anggraini, 2021). MAP adalah tekanan arteri rata-rata dengan satuan milimeter Hg (mmHg) selama satu siklus jantung (Pramono, 2015). MAP merupakan perhitungan tekanan darah dengan rumus sebagai berikut (Sadewo et al, 2017)

$$\text{MAP} = \text{S} + 2\text{D}/3$$

Keterangan:

MAP : *Mean Arterial Pressure*

S : *Sistol*

D : *Diastol*

(Sherwood, 2018).

Tabel 2.4 Klasifikasi Tekanan Darah Berdasarkan MAP

Kategori darah	Nilai tekanan darah		
	Sistol	Diastol	MAP
Hipotensi	<90	<60	<70
Normal	90-119	60-79	70-92
Pre-Hipertensi	120-139	80-89	93-106
Hipertensi (stadium 1)	140-159	90-99	107-119
Hipertensi (stadium 2)	160-179	100-109	120-132

Sumber : Sadewo et al, 2017)

(3) Nilai status gizi (pengukuran lingkaran lengan atas (LILA).

Status gizi pada ibu hamil dipengaruhi oleh kondisi kesehatan, jarak kelahiran, usia kehamilan, paritas dan pendidikan (Bunga, 2019). Salah satu cara penilaian status gizi ibu hamil adalah dengan melakukan pengukuran lingkaran lengan atas (LILA) dimana ibu hamil dengan status gizi baik memiliki LILA $\geq 23,5$ dan ibu hamil dengan status gizi kurang memiliki LILA $< 23,5$ (Bunga, 2019). Cara pengukuran LILA yaitu pita ukur direntangkan melingkari titik tengah antara tulang acromion dan olecranon lengan kiri pada keadaan rileks, titik tengah tersebut telah diukur sebelum lengan ditekuk 90 derajat. Pita LILA yang digunakan memiliki

panjang 33 cm dengan tingkat ketelitian 0,1 cm, jika pita tidak cukup maka dapat menggunakan pita metlin sebagai pengganti.

(4) Pengukuran tinggi puncak Rahim (fundus uteri)

Tabel 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 di bawah px
8	40 minggu	pertengahan pusat - px

Tabel Tinggi Fundus Uteri menurut Mc.Donald

No	Usia kehamilan	Tinggi Fundus Uteri
1	12 minggu	20-24 cm diatas simpisis
2	16 minggu	26-30 cm diatas simpisis
3	20 minggu	28-32 cm diatas simpisis
4	24 minggu	30-34 cm diatas simpisis
5	28 minggu	32-36 cm diatas simpisis
6	32 minggu	34-38 cm diatas simpisis
7	38 minggu	36-40 cm diatas simpisis
8	40 minggu	38-42 cm diatas simpisis

Sumber : (Sari, Anggrita. dkk. 2015)

(5) Tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ)

Detak jantung janin normal antara 120-160 kali permenit. Pemeriksaan ini digunakan untuk menentukan frekuensi denyut jantung janin per menit, teratur atau tidak, dimana letak punctum maksimum (Manuaba dkk., 2010)

- (6) Skrining status imunisasi tetanus dan berikan imunisasi tetanus bila diperlukan.

Imunisasi TT untuk pencegahan terhadap tetanus, terdiri dari 2 dosis primer 0,5 ml yang diberikan secara intramuskuler atau subkutan yang dalam dengan interval 4 minggu yang dilanjutkan dengan dosis ke tiga pada 6 - 12 bulan berikutnya. Untuk mempertahankan kekebalan terhadap tetanus pada wanita usia subur, maka dianjurkan diberikan 5 dosis TT. Dosis ke empat diberikan 1 tahun setelah dosis ke tiga, dan dosis ke lima diberikan 1 tahun setelah dosis ke empat. Imunisasi TT dapat secara aman diberikan selama masa kehamilan bahkan pada periode trimester pertama. (Supriadi, 2011)

- (7) Pemberian tablet tambah darah minimal 90 tablet selama kehamilan

Ibu hamil perlu mengonsumsi satu Tablet Tambah Darah (TTD)/hari minimal 90 hari selama masa kehamilan sebagai upaya pencegahan kejadian anemia saat kehamilan. (Anggraeni dan Muchtar, F. 2021). Ada 4 aturan minum tablet tambah darah yang benar untuk ibu hamil yaitu:

- a) Ibu hamil sebaiknya minum tablet tambah darah pada malam hari. Tujuannya, untuk mengurangi efek yang terkadang bisa memicu rasa mual.
- b) Minum tablet tambah darah pada ibu hamil sebaiknya diimbangi dengan mengonsumsi makanan atau minuman yang banyak mengandung vitamin C, seperti jeruk, jambu biji, kiwi, tomat, pepaya, stroberi, brokoli. Vitamin ini bisa membantu mempercepat penyerapan zat besi.
- c) Saat minum tablet tambah darah, ibu hamil sebaiknya tidak mengkonsumsinya bersamaan dengan asupan berkafein seperti teh, kopi, soda, cokelat, selain itu jangan

mengkonsumsinya dengan susu, obat maag, dan tablet kalsium karena bisa menghambat penyerapan zat besi.

- d) Ibu hamil sebaiknya minum tablet tambah darah tidak dalam kondisi perut kosong, karena efek tablet tambah darah terkadang menyebabkan perut perih dan nyeri ulu hati.

(8) Tes laboratorium

(a) Pemeriksaan Hb

Pemeriksaan Hb pada ibu hamil bertujuan untuk mengetahui kadar sel darah merah dan sebagai deteksi dini terhadap adanya gejala anemia secara umum. Pemeriksaan Hb pada saat hamil dianjurkan minimal 2 kali diantaranya pada trimester pertama dan trimester ketiga, kadar Hb normal pada ibu hamil adalah 11 gr/dl. Pemeriksaan Hb bisa dilakukan di pelayanan kesehatan seperti puskesmas dan rumah sakit. Klasifikasi anemia pada ibu hamil menurut kadar hemoglobin yaitu:

- (i) Anemia ringan apabila kadar hb 9-10 gr/dl
- (ii) Anemia sedang apabila kadar hb 7-8 gr/dl
- (iii) Anemia berat apabila kadar hb <7 gr/dl

(b) Pemeriksaan Gol darah

Pemeriksaan golongan darah pada ibu hamil penting dilakukan untuk mengetahui golongan darah ibu dan faktor Rh karena faktor tersebut berkaitan dengan kesehatan janin dalam kandungan, serta mencegah risiko transfusi darah selama kehamilan dan persalinan.

(c) Pemeriksaan VDRL (Venereal Disease Research Lab)

Pemeriksaan VDRL adalah tes darah yang digunakan untuk mendeteksi infeksi penyakit menular seksual (PMS) yang disebabkan oleh bakteri *Spirochete Treponema Pallidum*. Pemeriksaan VDRL ini merupakan skrining awal untuk mengetahui seseorang terinfeksi atau tidak. Pada ibu hamil pemeriksaan VDRL sangat

penting dilakukan karena dapat menularkan penyakit dari ibu ke janin dan dapat menyebabkan komplikasi serius seperti keguguran, kelahiran prematur, atau kelahiran bayi dengan BBLR. Pemeriksaan VDRL bisa dilakukan di puskesmas dan rumah sakit.

(d) Pemeriksaan GTT (periksa gula darah untuk ibu hamil)

Tes toleransi glukosa, dikenal juga sebagai tes toleransi glukosa oral (TTGO), digunakan untuk mendeteksi atau mengonfirmasi diabetes. GTT umumnya digunakan untuk memeriksa diabetes tipe 2 dan diabetes gestasional, yaitu jenis diabetes yang terjadi pada wanita hamil.(Kemenkes RI, 2010).

(e) Pemeriksaan Protein urine

Pemeriksaan protein urine ini bertujuan untuk mengetahui komplikasi adanya preeklamsia pada ibu hamil yang sering kali menyebabkan masalah dalam kehamilan maupun persalinan dan terkadang menyebabkan kesakitan dan kematian ibu dan bayi bila tidak segera diantisipasi.

(f) Pemeriksaan Urine Reduksi

Pemeriksaan reduksi urine bertujuan untuk mengetahui adanya kadar glukosa atau gula pada urine ibu hamil, serta untuk mengetahui adanya indikasi penyakit diabetes melitus

(9) Tatalaksana / penanganan kasus sesuai kewenangan

Tatalaksana kasus perlu dilakukan pada ibu hamil yang memiliki risiko. Pastikan ibu hamil mendapatkan perawatan yang tepat agar kesehatan ibu dan janin tetap terjaga

(10) Temuwicara (konseling) dan penilaian kesehatan jiwa

Temuwicara penting dilakukan sebagai media komunikasi antar sesama ibu hamil dan bidan yang membina. Temuwicara biasanya dikoordinir oleh kader posyandu

bersama puskesmas dan dilakukan pada saat pelaksanaan pemeriksaan di posyandu. Temuwicara dilakukan setiap ibu hamil melakukan kunjungan pelayanan ANC, temuwicara ini berupa konsultasi ibu hamil mengenai keadaannya atau mengenai persiapan persalinan, hingga perencanaan Kb setelah persalinan.

d) Kunjungan kehamilan/ANC menurut WHO

WHO menyarankan minimal 8 kali kunjungan, yakni 1 kunjungan pada trimester pertama, 2 kunjungan pada trimester kedua, dan 5 kunjungan pada trimester ketiga. Namun, WHO turut menyebutkan bahwa setiap negara mungkin menyarankan jumlah minimal ANC yang berbeda tergantung kondisi masing-masing. (Khrisna, 2020)

e) Pelayanan antenatal secara terpadu

Merupakan pelayanan komprehensif yang dilakukan dengan prinsip:

- (1) Deteksi dini masalah penyakit dan penyulit atau komplikasi kehamilan
- (2) Stimulasi janin pada saat kehamilan
- (3) Persiapan persalinan yang bersih dan aman
- (4) Perencanaan dan persiapan dini untuk melakukan rujukan jika terjadi komplikasi
- (5) Melibatkan ibu hamil, suami, dan keluarga dalam menjaga kesehatan dan gizi ibu hamil dan menyiapkan persalinan dan kesiagaan jika terjadi penyakit atau komplikasi dengan P4K (Permenkes RI, 2021)

8) Kekurangan Energi Kronik (KEK) pada Kehamilan

a) Pengertian

Kekurangan Energi Kronik (KEK) adalah salah satu keadaan malnutrisi. Ibu KEK menderita kekurangan makanan yang berlangsung menahun (kronik) yang mengakibatkan timbulnya gangguan kesehatan pada ibu secara relatif atau absolut satu atau lebih zat gizi (Sipahutar, dkk, 2013).

Kekurangan Energi Kronik (KEK) adalah salah satu keadaan malnutrisi atau keadaan patologis akibat kekurangan secara relatif atau absolut satu atau lebih zat gizi (Supariasa, 2013).

Kekurangan Energi Kronik (KEK) adalah kekurangan energi yang memiliki dampak buruk terhadap kesehatan ibu dan pertumbuhan perkembangan janin. Ibu hamil dikategorikan KEK jika Lingkar Lengan Atas (LILA) < 23,5 cm. (Simboion dan Rahmadi, 2019).

b) Penyebab Kekurangan Energi Kronik (KEK)

(1) Penyebab langsung

Terdiri dari asupan makanan yang kurang atau pola konsumsi yang buruk dan penyakit.

(2) Penyebab tidak langsung

- (a) IMT kurang dari 18,5 kg/m²
- (b) Ekonomi yang kurang
- (c) Pengetahuan yang kurang
- (d) Riwayat hyperemesis gravidarum
- (e) Riwayat KEK pada kehamilan pertama
- (f) Pendidikan umum dan pendidikan gizi kurang
- (g) Jarak kelahiran yang terlalu dekat
- (h) Usia ibu yang terlalu muda/tua (Waryana, 2018)

c) Gejala Kekurangan Energi Kronik

- (1) Lingkar Lengan Atas (LILA) kurang dari 23,5 cm
- (2) Terus menerus merasa letih
- (3) Sering merasa pusing
- (4) Sering kesemutan
- (5) Nafsu makan berkurang
- (6) Wajah pucat (Pratiwi, 2015).

d) Dampak KEK pada ibu hamil

Menurut Anggrita Sari dkk (2015) yaitu:

(1) Pada kehamilan

Dampak KEK pada ibu hamil yaitu anemia, perdarahan, dan berat badan tidak bertambah secara normal.

(2) Pada janin

Dapat mempengaruhi proses pertumbuhan janin, asfiksia, dan lahir dengan berat badan lahir rendah (BBLR)

(3) Pada persalinan

Dapat menyebabkan partus lama dan perdarahan setelah persalinan

(4) Pada masa nifas

Dapat menyebabkan produksi ASI sedikit dan perdarahan

e) Pencegahan KEK

Ada beberapa cara untuk mencegah terjadinya KEK, antara lain:

(1) Meningkatkan konsumsi makanan bergizi, yaitu :

(a) Makan makanan yang banyak mengandung zat besi dari bahan makanan hewani (gaging, ikan, ayam, telur) dan bahan nabati (sayur berwarna hijau tua, kacang-kacangan, tempe).

(b) Makan sayur-sayuran dan buah-buahan yang banyak mengandung vitamin C seperti (daun katuk, daun singkong, bayam, jambu, tomat, jeruk dan nanas).

(2) Menambah pemasukan zat besi dalam tubuh dengan meminum tablet penambah darah. Guna mencegah terjadinya resiko KEK pada ibu hamil sebelum kehamilan.

f) Penatalaksanaan KEK

(1) Menganjurkan ibu untuk konsumsi makanan bergizi seimbang

ibu dianjurkan untuk mengkonsumsi makanan bergizi seimbang dan harus meliputi enam kelompok, yaitu makanan yang mengandung protein (hewani dan nabati), susu dan olahannya (lemak), roti dan biji-bijian (karbohidrat), buah dan sayur-sayuran (Proverawati dan Siti, 2019).

(2) Menyusun menu seimbang bagi ibu hamil

Ibu hamil membutuhkan tambahan energi/kalori untuk pertumbuhan dan perkembangan janin, plasenta, jaringan payudara dan cadangan lemak. Tambahan energi yang diperlukan selama hamil yaitu 27.000-80.000 Kkal atau 100 Kkal/hari. Sedangkan energi yang dibutuhkan oleh janin untuk tumbuh dan berkembang adalah 50-95 Kkal/hari. Kebutuhan tersebut terpenuhi dengan mengkonsumsi sumber tenaga (kalori/energi) sebanyak 9 porsi, sumber zat pembangun (protein) sebanyak 10 porsi dan sumber zat pengatur sebanyak 6 porsi dalam sehari. (Yuliarti,2019)

(3) Memberikan ibu makanan tambahan (PMT bagi ibu hamil)

PMT pemulihan bumil KEK adalah makanan bergizi yang diperuntukkan bagi ibu hamil sebagai makanan tambahan untuk pemulihan gizi, PMT Pemulihan bagi ibu hamil dimaksudkan sebagai tambahan makanan, bukan sebagai pengganti makanan sehari-hari. PMT dilakukan berbasis bahan makanan lokal dengan menu khas daerah yang disesuaikan dengan kondisi setempat. Mulai tahun 2012, Kementerian Kesehatan RI menyediakan anggaran untuk kegiatan PMT pemulihan bagi balita kurang gizi dan ibu hamil KEK melalui Bantuan Operasional Kesehatan (BOK). PMT diberikan kepada ibu yang hamil setiap hari selama 90 hari berturut-turut atau dikondisikan dengan keadaan geografis dan sumber daya kader masyarakat yang membantu proses memasak PMT (Panduan Penyelenggaraan PMT (Pemulihan Bagi Balita Gizi Kurang dan Ibu Hamil).

(4) Peningkatan suplementasi tablet Fe pada ibu hamil

Peningkatan dengan memperbaiki sistem distribusi dan monitoring secara terintegrasi dengan program lainnya seperti pelayanan ibu hamil dll (Waryana, 2010).

(5) Rutin memeriksakan kehamilan

Rutin memeriksakan kehamilannya Kunjungan kehamilan/ANC (Antenatal Care) pada kehamilan minimal 6 kali dengan rincian 2x di trimester 1, 1x di trimester 2, 3x di trimester 3. Minimal 2x diperiksa oleh dokter saat kunjungan 1 di trimester 1 dan saat kunjungan ke 5 di trimester 3 (Buku KIA Terbaru Revisi tahun 2020).

g) Manajemen nutrisi kehamilan

(1) Manajemen nutrisi

Manajemen adalah sebuah proses khas yang terdiri dari beberapa Tindakan seperti perencanaan, menggerakkan, dan Terry, 2016). Nutrisi adalah sejumlah kandungan gizi atau zat yang umumnya diperoleh dari berbagai jenis bahan pangan dan makanan seperti karbohidrat, protein, lemak, mineral vitamin, serat dan air. Manajemen nutrisi adalah menyediakan dan nutrisi yang seimbang. (R.Tery, 2016)

(2) Macam-macam nutrisi

Menurut Kemenkes RI, 2014, ada beberapa macam nutrisi bagi ibu hamil, yaitu :

a) Karbohidrat

Tumbuh kembang janin selama kehamilan membutuhkan karbohidrat sebagai sumber kalori utama. Pilihan yang di anjurkan adalah karbohidrat kompleks seperti nasi, roti, sereal dan pasta, Seorang ibu hamil memerlukan 80.000 kalori (kurang lebih selama kehamilan untuk dapat melahirkan bayi yang sehat.

b) Protein

Protein juga merupakan nutrisi penting yang harus terpenuhi selama kehamilan untuk memastikan pertumbuhan yang baik dari jaringan dan organ bayi, termasuk otak. Kebutuhan protein ibu meningkat selama tiap trimester kehamilan. Ibu hamil perlu mengkonsumsi sekitar 70 hingga 100 gram protein setiap hari. Sumber protein yang baik untuk ibu hamil meliputi daging sapi

tanpa lemak, ayam, ikan, salmon, kacang-kacangan, selai kacang, kacang polong, dan keju cottage.

c) Asam folat

Asam folat merupakan bentuk sintetis folat yang dapat ditemukan dalam suplemen dan makanan yang bergizi. Suplemen asam folat sudah terbukti dapat menurunkan resiko kelahiran prematur. *American College of Obstetrics and Gynecology (ACOG)* merekomendasikan ibu untuk mengkonsumsi 600-800 mikrogram folat selama kehamilan. Ibu bisa mendapatkan asupan folat dari makanan seperti hati, kacang-kacangan, telur, sayuran berwarna hijau tua serta kacang polong.

d) Zat besi

Tubuh ibu membutuhkan zat besi untuk membuat hemoglobin, yaitu protein dalam sel darah merah yang bertugas membawa oksigen ke jaringan. Selama kehamilan ibu membutuhkan asupan zat besi dua kali lipat dari yang dibutuhkan wanita yang tidak hamil. Ibu bisa mendapatkan asupan zat besi dari makanan seperti daging merah tanpa lemak, unggas, dan ikan. Pilihan makanan lain yang mengandung zat besi yaitu sereal, kacang-kacangan, selain dengan mengkonsumsi makanan sehat, ibu bisa memenuhi kebutuhan nutrisi dengan minum suplemen.

e) Kalsium

Kalsium merupakan nutrisi penting yang perlu ibu penuhi guna membentuk tulang dan gigi bayi yang kuat, kalsium juga membantu sistem peredaran darah, otot, dan saraf ibu berjalan dengan normal. Sumber kalsium yang baik bisa ditemukan pada susu, youghurt, keju, ikan, dan seafood yang rendah merkuri, seperti salmon, udang, dan ikan lele, tahu yang mengandung kalsium dan sayuran berdaun hijau tua.

f) Lemak

Fungsi lemak untuk pertumbuhan jaringan plasenta. Pada kehamilan yang normal kadar lemak dalam aliran darah akan meningkat pada akhir trimester ke-3 tubuh wanita akan menyimpan lemak yang akan mendukung persiapannya untuk menyusui setelah bayi lahir.

g) Air

Air merupakan pelarut dalam berbagai reaksi biokimia. Air berperan penting dalam mempertahankan zat volume intravascular, mentranspor berbagai zat gizi dan membantu mengontrol suhu dahulu sementara yang lainnya dapat dimasak dengan cara dikukus, direbus, dan ditumis.

h) Buah-buahan

Buah-buahan merupakan sumber berbagai vitamin (Vitamin A, B, B1, B6, C), mineral dan serat pangan. Sebagai vitamin, mineral yang terkandung dalam buah-buahan berperan sebagai oksidan. Minum 8 gelas per hari, mencuci tangan dengan sabun minimal 20 detik, dan berolahraga fisik minimal 30 menit perhari.

(3) Menyusun menu seimbang bagi ibu hamil

Cara sederhana pemenuhan gizi ibu hamil adalah dengan menerapkan prinsip gizi seimbang yang diwujudkan dalam Isi Piringku pada setiap kali makan (makan pagi, makan siang, dan makan sore/malam).



Gambar 2.1 Isi Piringku untuk ibu hamil

Sumber (Kemenkes RI,2022)

Metode makanan baru dengan gizi seimbang yaitu "Isi Piringku". Secara umum, "Isi piringku" menggambarkan porsi makan yang dikonsumsi dalam satu kali makan yang terdiri dari 50% makanan pokok sebagai sumber karbohidrat dan lauk-pauk sebagai sumber protein. Dari separuh isi piringku tersebut dibagi menjadi 2/3 bagian terdiri dari makanan pokok dan 1/3 sisanya lauk pauk. Sedangkan 50% lagi sebagai sumber serat pangan, vitamin, dan mineral yang terdiri dari sayuran dan buah-buahan, pembagiannya 2/3 sayuran dan 1/3 buah-buahan. Dibandingkan dengan 4 sehat 5 sempurna, "Isi piringku" lebih menekankan pada berapa banyak porsi makanan yang ideal, menggunakan perumpamaan sajian dalam satu piring. Penerapan prinsip gizi seimbang yang diwujudkan dalam isi piringku pada setiap kali makan (makan pagi, makan siang, makan sore/malam). Selain itu, perlu disertai dengan 2 kali snack setiap hari yaitu snack pagi dan sore (Kemenkes RI 2022).

Berdasarkan anjuran Kementrian Kesehatan anjuran porsi masing masing kelompok pangan dalam isi piringku adalah sebagai berikut:

- (a) Separuh dari isi piringku adalah makanan pokok dan lauk pauk

- (b) Porsi makanan pokok sedikit lebih banyak dibandingkan porsi lauk pauk
- (c) Separuh dari isi piringku adalah buah dan sayur
- (d) Porsi sayur sedikit lebih banyak dibandingkan porsi buah
- (e) Porsi gula, garam dan lemak sehari tidak lebih dari empat sendok makan gula (50 gram), satu sendok teh garam (5 gram), dan lima sendok makan lemak (70 gram).
- (f) Mengatur pola makan dengan 3 J
 - 3 J yaitu tepat Jadwal Makan, Tepat Jumlah Makan dan Tepat Jenis bahan makanan.
 - (i) J pertama adalah jadwal, artinya mengikuti jadwal makan yang tepat atau teratur untuk menjaga waktu makan sesuai jam yang ditentukan (sarapan pkl 06.00-07.00 wib, snack pagi pkl 09.00- 10.00 wib, makan siang pkl 12.00 wib, snack sore pkl 15.00 wib serta snack malam pkl 21.00 wib).
 - (ii) J yang kedua adalah jumlah, artinya mengkonsumsi jumlah makanan atau mengatur porsi makanan yang dikonsumsi setiap waktu makan.
 - (iii) J yang ketiga adalah jenis, artinya memilih jenis bahan makanan yang tepat agar dapat membiasakan pola konsumsi makan yang baik.

Tabel 2.5 Contoh Pola Makan Seimbang

Waktu	Menu	Berat (gram)	Ukuran Rumah Tangga
Pagi (06.00-07.00)	- Nasi - Telur goreng - Tumis tempe kacang panjang - pisang	- 100 - 60 - 150 - 50	- 1 piring kecil - 1 butir - 1 piring kecil - 1 buah sedang
Selingan Pagi (09.00-10.00)	- ubi rebus - susu	- 135 - 100	- 1 buah sedang - 1 gelas sedang
Siang	- nasi - sup ayam wortel kentang - tempe goreng - pepaya	- 100 - 180 - 80 - 120	- 1 piring kecil - 1 mangkok kecil - 4 potong sedang - 1 potong sedang
Selingan Siang (15.00-16.00)	- kolak pisang - jeruk manis	- 150 - 200	- 1 mangkuk kecil - 2 buah sedang
Malam (21.00)	- nasi - ikan goreng - tumis tahu - pepaya	- 100 - 50 - 100 - 120	- 1 piring kecil - 1/2 ekor - 2 potong sedang - 1 potong sedang

catatan : minum air putih 2 liter (8-12 gelas) / hari (Pergizi pangan 2021)

(4) Memberikan ibu makanan tambahan

Makanan tambahan adalah makanan bergizi sebagai tambahan selain makanan utama bagi kelompok sasaran guna memenuhi kebutuhan gizi. Setelah satu kebijakan dan upaya yang ditempuh pemerintah untuk mengatasi masalah

kekurangan gizi pada balita dan ibu hamil Kekurangan Energi Kronik (KEK), dilakukan dengan pemberian makanan tambahan, bukan sebagai pengganti makanan utama sehari-hari pada sasaran (Anomin, 2017).

PMT pemulihan bumil KEK adalah makanan bergizi yang diperuntukkan bagi ibu hamil sebagai makanan tambahan untuk pemulihan gizi, PMT pemulihan bagi ibu hamil dimaksudkan sebagai tambahan makanan, bukan sebagai pengganti makanan sehari-hari. PMT dilakukan berbasis bahan makanan lokal dengan menu khas daerah yang disesuaikan dengan kondisi setempat.

Mulai tahun 2012, Kementrian Kesehatan RI menyediakan anggaran untuk kegiatan PMT pemulihan bagi balita kurang gizi dan ibu hamil KEK melalui Bantuan Oprasional Kesehatan (BOK).

PMT diberikan kepada ibu hamil setiap hari selama 90 hari berturut-turut atau dikondisikan dengan keadaan geografis dan sumber daya kader masyarakat yang membantu proses memasak PMT Panduan Pelayanan PMT (Pemulihan Bagi Balita Kurang Gizi dan Ibu Hamil). PMT bumil pabrikan Biscuit lapis (100 gr) PMT yang dibuat berbasis pangan lokal dapat berupa makanan selingan padat, contohnya :

Tabel 2.6 Contoh Macam-Macam Makanan Tambahan

Bahan makanan	Keterangan
Bakso ikan	1 porsi
Pempek	1 porsi
Bakso ayam	1 porsi
Tahu goreng	4 potong
Siomay	1 porsi
Bubur kacang hijau	1 mangkok
Roti	1 buah

(5) Pemantauan kepatuhan konsumsi tablet Fe(Waryana, 2013).

(6) Rutin memeriksakan kehamilan

Kunjungan kehamilan/ANC (Antenatal Care) pada kehamilan minimal 6 kali dengan rincian 2x di trimester 1, 1x di trimester 2, 3x di trimester 3. Minimal 2x diperiksa oleh dokter saat kunjungan 1 di trimester 1 dan saat kunjungan ke 5 di trimester 3 (Buku KIA Terbaru Revisi tahun 2020).

(7) Pemantauan berat badan dan pengukuran LILA

Pemantauan berat badan dan pengukuran LILA dilakukan setiap kali ibu melakukan pemeriksaan kehamilan dan pada saat melakukan kunjungan ke rumah (Waryana, 2016).

h) Dampak dari Kekurangan energi kronik (KEK) pada kehamilan

(1) Anemia pada kehamilan

Anemia adalah suatu penyakit kekurangan sel darah merah. Ibu hamil dikatakan mengalami anemia apabila kadar hemoglobin ibu kurang dari 11 gr/dl pada TM satu dan tiga, serta kurang dari 10,5 g/dl pada TM kedua (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2013). Ada beberapa tingkatan anemia ibu hamil yang dialami ibu hamil menurut WHO (2011), yaitu:

a) Anemia ringan

Anemia pada ibu hamil disebut ringan apabila kadar hemoglobin ibu 10,9 g/dl sampai 10 g/dl

b) Anemia sedang

Anemia pada ibu hamil disebut sedang apabila kadar hemoglobin ibu 9,9 g/dl sampai 7,0 g/dl.

c) Anemia berat

Anemia pada ibu hamil disebut berat apabila kadar hemoglobin ibu berada di bawah 7,0 g/dl.

(2) Penanganan anemia pada kehamilan

(a) Menganjurkan ibu mengkonsumsi makanan yang mengandung asam folat yaitu sayuran yang berwarna

hijau, hati, buncis, kacang tanah, daging, ikan. Mengonsumsi makanan yang mengandung vitamin C yaitu tomat, kentang, sayuran hijau, jeruk, nanas.

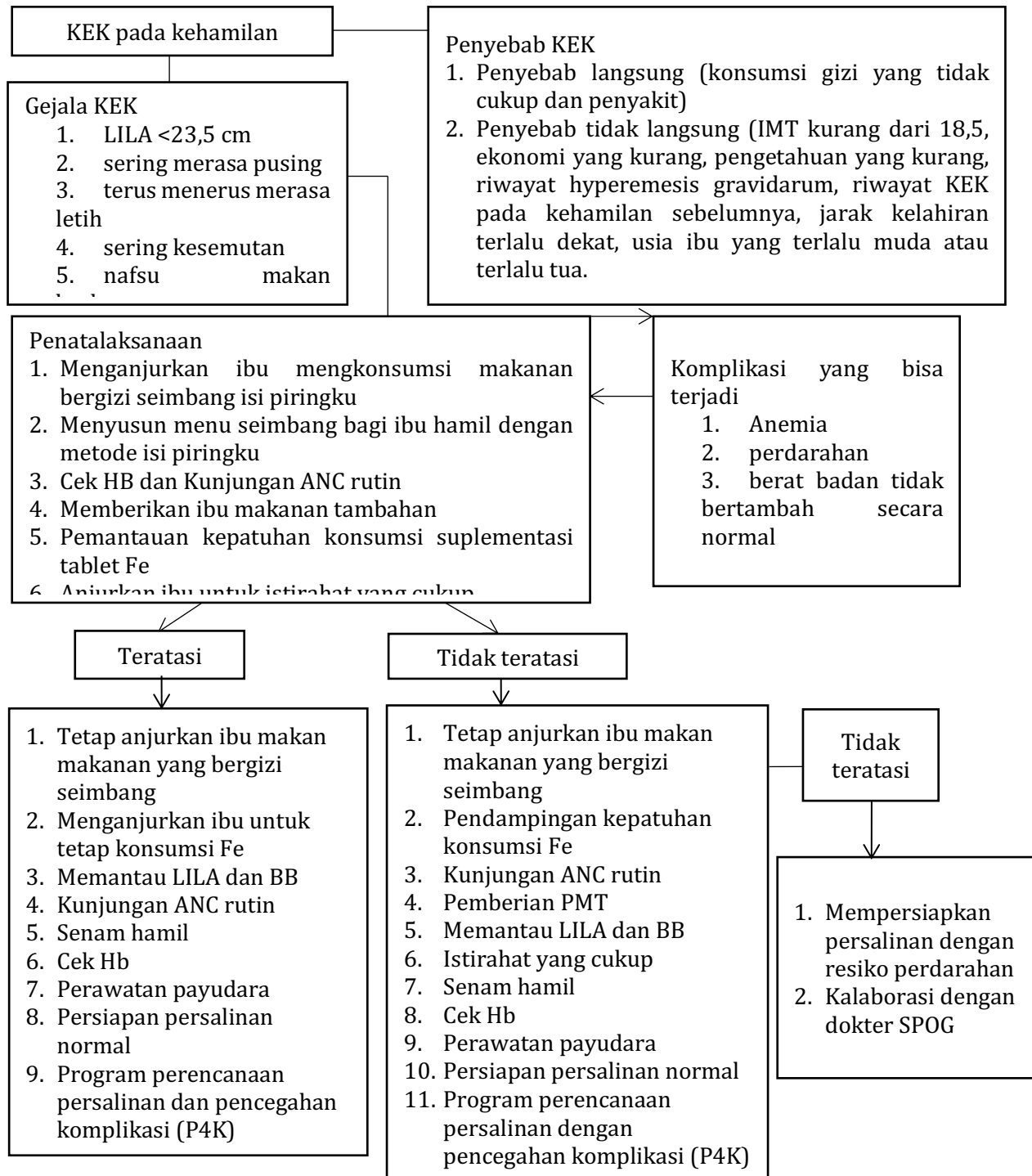
- (b) Pencegahan dapat dilakukan dengan mengatur pola makan yaitu dengan mengombinasikan menu makanan serta konsumsi buah dan sayuran yang mengandung vitamin C (seperti tomat, jeruk, jambu) dan mengandung zat besi (sayuran berwarna hijau tua seperti bayam).
- (c) Rutin konsumsi tablet Fe, jangan dikonsumsi bersamaan dengan kopi dan teh karena kopi dan teh adalah minuman yang menghambat penyerapan zat besi sehingga tidak dianjurkan untuk dikonsumsi bersamaan (Arantika dan Fatimah, 2019).
- (d) Melakukan pemeriksaan HB ulang, jika $HB > 8 \text{ gr/dl}$ berikan tablet tambah darah dan asam folat 3 kali setiap hari. Apabila setelah 90 hari pemberian Fe dan asam folat kadar HB tidak meningkat maka rujuk.

Tabel 2.7 Penapisan Ibu Hamil

Pengertian	Skrining penapisan ibu hamil dengan factor resiko adalah sebuah kehamilan yang mempunyai resiko untuk terjadinya komplikasi bila tidak ditangani segera (JNPK KR, 2017) Yang termasuk faktor resiko: 1. Hamil umur kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun 2. Anak lebih dari empat 3. Jarak persalinan terakhir dengan kehamilan sekarang kurang dari 2 tahun 4. Kurang energi kronik (KEK) dengan lingkaran lengan atas <23,5 cm atau penambahan berat badan < 9 kg selama kehamilan 5. Anemia dengan Hb <11 gr% 6. Tinggi badan <145 cm, atau kelainan bentuk panggul dan tulang belakang. 7. Riwayat hipertensi pada kehamilan sebelumnya atau sebelum kehamilan ini 8. Sedang atau pernah menderita penyakit kronis antara lain TBC, kelainan jantung, kelainan ginjal, kelainan hati, diabetes militus, tumor dan HIV 9. Riwayat kehamilan buruk keguguran berulang, kehamilan ektopik terganggu, mola hidatidosa, KPD, bayi dengan cacat konginetal 10. Riwayat persalinan dengan komplikasi persalinan dengan SC, ekstraksi vacuum/forceps 11. Riwayat nifas dengan komplikasi: perdarahan pasca persalinan, infeksi masa nifas dan post partum blues.
Tujuan	Sebagai acuan dalam penerapan langkah-langkah untuk skrining penapisan ibu hamil dengan resiko tinggi
Sumber	APN. 2017. Buku Acuan Persalinan Normal. Jakarta: JNPK-KR

Bagan 2.1

Asuhan kebidanan hamil dengan KEK



(Sumber: Proverawati dan Siti, 2019)

2. Persalinan

a. Konsep Teori Persalinan

1) Pengertian

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup dari dalam uterus ke dunia luar. Persalinan dan kelahiran normal merupakan proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam waktu 18 jam, tanpa komplikasi baik ibu maupun janin (Jannah, 2015).

Persalinan adalah proses membuka dan menutupnya serviks dan janin turun ke dalam jalan lahir. Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan yang normal yaitu yang terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (37 minggu) tanpa disertai penyulit (Saifudin, 2010).

2) Jenis-jenis Persalinan

Ada dua jenis persalinan, yaitu berdasarkan bentuk persalinan dan menurut usia kehamilan (Rukmawati dkk, 2014):

a) Jenis persalinan berdasarkan bentuk persalinan

(1) Persalinan normal (spontan)

Persalinan spontan adalah proses keluarnya hasil konsepsi dengan tenaga ibu sendiri tanpa bantuan tanpa bantuan alat dari luar serta tidak melukai ibu dan bayi pada umumnya.

(2) Persalinan buatan

persalinan buatan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi dengan bantuan tenaga dari luar dengan ekstraksi forceps, ekstraksi vakum dan sectio sesaria.

b) Jenis persalinan menurut usia kehamilan

(1) Persalinan abortus (keguguran)

Keluarnya buah kehamilan sebelum janin dapat hidup di luar rahim pada umur kehamilan kurang dari 28 minggu atau berat badan janin kurang dari 1000 gram.

(2) Persalinan prematur

Keluarnya buah kehamilan dengan usia kehamilan 28-36 minggu, dengan berat badan janin 1000-2400 gram.

(3) Persalinan matur (cukup bulan)

Keluarnya hasil konsepsi dengan usia kehamilan sudah cukup bulan dimana usia kehamilan 37-40 minggu dengan berat badan janin 2500-4000 gram.

(4) Persalinan post matur (lebih bulan)

Persalinan dengan usia kehamilan lebih dari 42 minggu.

3) Tahapan Persalinan

Menurut JNPK-KR (2020), 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, 2020).

(1) Fase Laten

- (a) Dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap.
- (b) Berlangsung hingga serviks membuka kurang dari 4cm.
- (c) Pada umumnya, fase laten berlangsung hampir atau hingga 8 jam kontraksi mulai teratur tetapi lamanya di antara 20-30 detik (JNPKKR, 2020).

(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 4 cm hingga mencapai pembukaan lengkap atau 10 cm, akan terjadi dengan kecepatan rata-rata 1 cm per jam (nullipara atau primigravida) atau lebih dari 1cm hingga 2 cm (multipara).

Gambar 2.2
Lembar Partograf Bagian Depan

[illegible]

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:

- (1) Ibu merasakan ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi.
- (2) Ibu merasakan adanya peningkatan tekanan pada rectum atau vaginanya.
- (3) Perineum menonjol.
- (4) Vulva-vagina dan sfingter ani membuka.
- (5) 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, pada multigravida berlangsung 1 jam (JNPK-KR, 2020).

c) Kala III

Persalinan dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban.

Tanda-tanda lepasnya plasenta

- (1) Perubahan bentuk dan tinggi fundus
- (2) Tali pusat memanjang
- (3) Semburan darah mendadak dan singkat (JNPK-KR, 2020).

Manajemen Aktif Kala III terdiri dari tiga langkah utama yaitu:

- (1) Pemberian suntikan Oksitosin dalam 1 menit pertama setelah bayi lahir
- (2) Melakukan peregang tali pusat terkendali
- (3) 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, 2020).

d) Kala IV

Dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam setelah itu. Observasi yang dilakukan pada kala IV adalah :

(1) Tingkat kesadaran

Pemeriksaan tanda-tanda vital, tekanan darah, nadi dan pernafasan, kontraksi uterus dan perdarahan. Dikatakan normal jika tidak melebihi 500cc, rata-rata perdarahan normal adalah 250cc.

(2) Pengkajian dan penjahitan setiap laserasi atau episiotomi (JNPKKR, 2020).

Gambar 2.3
Lembar Partograf Bagian Belakang

CATATAN PERSALINAN								
1.	Tanggal :							
2.	Nama bidan :							
3.	Tempat Persalinan : ☐ Rumah Ibu ☐ Puskesmas ☐ Polindes ☐ Rumah Sakit ☐ Klinik Swasta ☐ Lainnya :							
4.	Alamat tempat persalinan :							
5.	Catatan : ☐ rujuk, kala : I / II / III / IV							
6.	Alasan merujuk :							
7.	Tempat rujukan :							
8.	Pendamping pada saat merujuk : ☐ Bidan ☐ Teman ☐ Suami ☐ Dukun ☐ Keluarga ☐ Tidak ada							
KALA I								
9.	Partogram melewati garis waspada : Y / T							
10.	Masalah lain, sebutkan :							
11.	Penatalaksanaan masalah Tsb :							
12.	Hasilnya :							
KALA II								
13.	Episiotomi : ☐ Ya, Indikasi ☐ Tidak							
14.	Pendamping pada saat persalinan ☐ Suami ☐ Teman ☐ Tidak ada ☐ Keluarga ☐ Dukun							
15.	Gawat Janin : ☐ Ya, tindakan yang dilakukan a. b. c. ☐ Tidak							
16.	Distosia bahu : ☐ Ya, tindakan yang dilakukan a. b. c. ☐ Tidak							
17.	Masalah lain, sebutkan :							
18.	Penatalaksanaan masalah tersebut :							
19.	Hasilnya :							
KALA III								
20.	Lama kala III : menit							
21.	Pemberian Oksitosin 10 U i.m ? ☐ Ya, waktu : menit sesudah persalinan ☐ Tidak, alasan							
22.	Pemberian ulang Oksitosin (2x) ? ☐ Ya, alasan ☐ Tidak							
23.	Penegangan tali pusat terkendali ? ☐ Ya, ☐ Tidak, alasan							
24.	Masase fundus uteri ? ☐ Ya, ☐ Tidak, alasan							
25.	Plasenta lahir lengkap (intact) Ya / Tidak Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan : a. b.							
26.	Plasenta tidak lahir > 30 menit : Ya / Tidak ☐ Ya, tindakan : a. b. c.							
27.	Laserasi : ☐ Ya, dimana ☐ Tidak							
28.	Jika laserasi perineum, derajat : 1 / 2 / 3 / 4 Tindakan : ☐ Penjahitan, dengan / tanpa anestesi ☐ Tidak dijahit, alasan							
29.	Atoni uteri : ☐ Ya, tindakan a. b. c. ☐ Tidak							
30.	Jumlah perdarahan : ml							
31.	Masalah lain, sebutkan							
32.	Penatalaksanaan masalah tersebut :							
33.	Hasilnya :							
BAYI BARU LAHIR :								
34.	Berat badan gram							
35.	Panjang cm							
36.	Jenis kelamin : L / P							
37.	Penilaian bayi baru lahir : baik / ada penyulit							
38.	Bayi lahir : ☐ Normal, tindakan : ☐ mengeringkan ☐ menghangatkan ☐ rangsang taktil ☐ bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu ☐ Asfiksia ringan/pucat/biru/lemas/tindakan : ☐ mengeringkan ☐ bebaskan jalan napas ☐ rangsang taktil ☐ menghangatkan ☐ bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu ☐ lain - lain sebutkan ☐ Cacat bawaan, sebutkan : ☐ Hipotermi, tindakan : a. b. c.							
39.	Pemberian ASI ☐ Ya, waktu : jam setelah bayi lahir ☐ Tidak, alasan							
40.	Masalah lain,sebutkan : Hasilnya :							
PEMANTAUAN PERSALINAN KALA IV								
Jam Ke	Waktu	Tekanan darah	Nadi		Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Perdarahan
1								
2								
Masalah kala IV :								
Penatalaksanaan masalah tersebut :								
Hasilnya :								

4) Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan

Menurut (Yuli Aspiani, 2017) faktor yang mempengaruhi sebagai berikut:

- a) Power (kekuatan)
- b) Passage (jalan lahir)
Passage terdiri dari jalan lahir lunak dan keras (panggul ibu)
- c) Passanger (muatan)
Passanger terdiri dari janin, plasenta, dan air ketuban
- d) Penolong
Penolong persalinan perlu kesiapan, dan menerapkan asuhan sayang ibu seperti menghargai budaya, kepercayaan, dan keinginan ibu

5) Tanda-tanda persalinan

Menurut Purwoastuti dan Wahyuni (2015), yang termasuk tanda-tanda persalinan meliputi:

- a) Adanya kontraksi rahim
- b) Keluar lendir bercampur darah
- c) Keluarnya air-air ketuban
- d) Pembukaan serviks

6) Prinsip dalam persalinan

- a) Lima Benang Merah

Dalam Persalinan Terdapat lima aspek dasar penting dan saling terkait dalam asuhan persalinan yang bersih dan aman. Aspek-aspek tersebut melekat pada setiap persalinan, baik normal maupun patologi (Rimandini, 2014).

(1) Membuat Keputusan Klinik

Aspek pemecahan masalah yang diperlukan untuk menentukan Pengambilan Keputusan Klinik (Clinical Decision Making) (Sari dan Rimandini, 2014).

(2) Asuhan Sayang Ibu dan Sayang Bayi

Asuhan sayang ibu adalah asuhan dengan prinsip saling menghargai budaya, kepercayaan, dan keinginan sang ibu. Salah satu prinsip dasar sayang ibu adalah dengan

mengikutsertakan suami dan keluarga selamam proses persalinan dan kelahiran bayi (Sari dan Rimandini, 2014).

(3) Pencegahan Infeksi

Tujuan pencegahan infeksi yaitu mencegah terjadinya transmisi penyakit yang disebabkan oleh bakteri, virus, dan jamur serta untuk menurunkan resiko terjangkit atau terinfeksi mikroorganisme yang menimbulkan penyakit-penyakit berbahaya yang hingga kini belum ditemukan cara pengobatannya seperti hepatitis dan HIV/AIDS (Sari dan Rimandini, 2014).

Prinsip-prinsip pencegahan infeksi :

- (a) Setiap orang harus di anggap dapat menularkan penyakit karena infeksi yang terjadi bersifat asimtomatik
- (b) Setiap orang harus di anggap beresiko terkena infeksi
- (c) Permukaan tempat pemeriksaan, peralatan, dan benda-benda lainnya yang akan dan telah bersentuhan dengan kulit tidak utuh/selaput mukosa atau darah harus dianggap terkontaminasi sehingga setelah selesai di gunakan harus dilakukan proses pencegahan infeksi secara benar
- (d) Jika tidak diketahui apakah permukaan, peralatan, atau benda lainnya telah di proses dengan benar, harus di anggap telah terkontaminasi
- (e) Resiko infeksi tidak bisa dihalangkan secara total, tetapi dapat dikurangi hingga sekecil mungkin dengan menerapkan tindakan- tindakan pencegahan infeksi yang benar dan konsisten. Beberapa cara berikut ini adalah cara efektif untuk mencegah penyebaran penyakit dari orang ke orang, dan dari alat kesehatan ke orang, prosesnya dapat berupa fisik, mekanik maupun kimia yang meliputi :
- (f) Cuci tangan, Pakai sarung tangan, Penggunaan cairan antiseptic, Pemprosesan alat bekas, Pembuangan sampah.

(4) Rekam medis

Pencatatan adalah bagian penting dari proses pembuatan keputusan klinis karena memungkinkan penolong persalinan untuk terus menerus memperhatikan asuhan yang diberikan selama proses kelahiran bayi (Sari dan Rimandini, 2014).

(5) Rujukan

Jika ditemukan suatu masalah dalam persalinan, sering kali sulit untuk melakukan upaya rujukan dengan cepat, hal ini karena banyak faktor yang mempengaruhi.

Di bawah ini merupakan akronim yang dapat di gunakan petugas kesehatan dalam mengingat hal-hal penting dalam mempersiapkan rujukan untuk ibu dan bayi :

a) B (Bidan)

Pastikan bahwa ibu dan bayi baru lahir didampingi oleh penolong persalinan yang kompeten untuk melaksanakan gawat darurat obstetrik dan BBL untuk dibawa ke fasilitas rujukan.

b) A (Alat)

Bawa perlengkapan dan alat-alat untuk asuhan persalinan masa nifas dan BBL (tabung suntik, selang IV, alat resusitasi, dan lain- lain) bersama ibu ke tempat rujukan.

c) K (Keluarga)

Beritahu ibu dan keluarga mengenai kondisi terakhir ibu dan bayi dan mengapa ibu dan bayi perlu dirujuk. Jelaskan kepada mereka alasan dan tujuan merujuk ibu ke fasilitas rujukan tersebut.

d) S (Surat)

Berikan surat keterangan rujukan ke tempat rujukan. Surat ini harus memberikan identifikasi mengenai ibu dan bayinya, cantumkan alasan rujukan dan

uraikan hasil penyakit, asuhan atau obat-obatan yang di terima ibu atau bayinya.

e) O (Obat)

Bawa obat-obatan esensial pada saat mengantar ibu ke fasilitas rujukan. Obat-obatan tersebut mungkin diperlukan dalam perjalanan.

f) K (Kendaraan)

Siapkan kendaraan yang paling memungkinkan untuk merujuk ibu dalam kondisi cukup nyaman.

g) U (Uang)

Ingatkan keluarga untuk membawa uang dalam jumlah yang cukup untuk membeli obat-obatan yang diperlukan dan bahan- bahan kesehatan lain yang diperlukan selama ibu dan bayi baru lahir tinggal di fasilitas rujukan.

h) DA (Donor dan Doa)

Persiapkan darah baik dari anggota keluarga maupun kerabat sebagai persiapan jika terjadi perdarahan. Dan doa sebagai kekuatan spiritual dan harapan yang dapat membantu proses persalinan (Sari dan Rimandini, 2014)

b) Penapisan dalam persalinan

Tabel 2.8 Penapisan Awal Ibu Bersalin

Pengertian	Ibu hamil yang melahirkan harus memenuhi beberapa persyaratan yang disebut penapisan awal. Apabila didapati salah satu/lebih penyulit seperti di bawah ini maka ibu harus dirujuk di rumah sakit: 1. Riwayat bedah besar 2. Perdarahan pervaginam 3. Persalinan Kurang Bulan (usia kehamilan kurang dari 37 minggu) 4. Ketuban Pecah dengan Mekonium Kental 5. Ketuban Pecah Lama (>24 jam) 6. Ketuban Pecah pada Persalinan Kurang Bulan (usia kehamilan kurang dari 37 minggu) 7. Ikterus 8. Anemia Berat 9. Tanda/ gejala Infeksi 10. Preeklampsia/ Hipertensi Dalam Kehamilan 11. Tinggi Fundus Uteri 40 cm atau lebih 12. Gawat Janin 13. Primipara dalam Fase Aktif Kala Satu Persalinan dengan palpasi kepala masih 5/5 14. Presentasi bukan belakang kepala 15. Presentasi Majemuk 16. Kehamilan Gemeli 17. Tali pusat menumbung 18. Syok
Tujuan	Untuk menentukan apakah ibu tersebut boleh bersalin di PKD/BPM (bidan praktek mandiri) atau harus dirujuk.
Sumber	Asuhan persalinan normal (2008). JNPK-KR.

7) Asuhan Persalinan Normal

a) Pengertian asuhan persalinan normal

Asuhan persalinan normal adalah asuhan yang bersih dan aman di setiap tahapan persalinan yaitu mulai dari kala 1 sampai kala 4 pencegahan perdarahan pasca persalinan, hipotermi serta asfiksia pada bayi baru lahir (JPN-KR, 2013).

b) Tujuan asuhan persalinan normal

Menurut JNPK-KR (2013), asuhan persalinan normal memiliki tujuan yaitu mengupayakan kelangsungan hidup dan memberikan derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya.

c) Asuhan persalinan normal

Persalinan dan kelahiran dikatakan normal jika :

- (1) Usia kehamilan cukup bulan (37-40 minggu)
- (2) Persalinan terjadi spontan
- (3) Presentasi belakang kepala
- (4) Berlangsung tidak lebih dari 18 jam
- (5) Tidak ada komplikasi pada ibu dan janin

8) 60 langkah APN

Langkah-langkah APN menurut buku JNPK-KR (2020) adalah sebagai berikut:

- (1) Mendengar dan melihat tanda Kala Dua persalinan.
- (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 lendir 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 celemek plastik atau dari bahan yang tidak tembus cairan.
- (4) Melepas 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 pulva 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 ke dalam larutan klorin 0,5%, lepaskan dan rendam dalam keadaan terbalik dalam larutan enzimatik selama 10 menit). Cuci tangan setelah sarung tangan dilepaskan, dan setelah sarung tangan dilepaskan tutup kembali partus set.
- (10) Periksa denyut jantung janin (DJJ) setelah kondisi 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 ke dalam patograf.
- (11) Beritahu pada ibu dan keluarga bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin cukup baik, kemudian bantu ibu menentukan 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 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 pastikan ibu merasa nyaman.
- (13) Laksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ingin meneran atau timbulnya kontraksi yang kuat.
 - (a) Bombing 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 telentang 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 pembukaaan lengkap dan dipimpin meneran 120 menit (2 jam) pada primigravida 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) Letakan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut ibu, jika kepala bayitelah membuka vulva sengan 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 pulva 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 bernafas 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.

(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 gerakan 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 dengan dan siku anterior bayi serta menjaga bayi terpegang baik.

(24) Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukkan jari pada sisi jari-jari lainnya pada sisi yang lain agar bertemu dengan jari telunjuk).

(25) Lakukan penilaian (selintas):

(a) Apakah bayi cukup bulan ?

(b) Apakah bayi menagis kuat dan bernafas tanpa kesulitan?

(c) Apakah bayi bergerak dengan aktif ?

Bila salah satu jawaban adalah "TIDAK", lanjutkan ke langkah resusitasi pada bayi baru lahir dengan asfiksia.

Bila semua jawaban "IYA" :

- (26) Keringkan tubuh bayi, keringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lainnya (kecuali kedua tangan) tanpa membersihkan vermiks, ganti handuk basah dengan yang kering. Pastikan bayi dalam posisi dan kondisi arnan di perut bagian bawah ibu. handuk/kain
- (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, suntikan oksitosin 10 unit IM (intramuskular) di 1/3 distal lateral paha (lakukan aspirasi sebelum menyuntikan 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 masukan dalam wadah yang telah disediakan.
- (32) 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 uten), 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.
 - (d) Ulangi pemberian oksitosin 10 unit IM.
 - (e) Lakukan kateterisasi (aseptik) jika kandung kemih penuh.

- (f) Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan.
 - (g) Ulangi penegangan tali pusat 15 menit berikutnya.
 - (h) 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 massage uterus, letakkan telapak tangan di fundus dan lakukan message dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras). Lakukan tindakan yang diperlukan (Kompresi Bimanual Internal, kompresi aorta abdominai. Tampon kondom-kateter). Jika uterus tidak berkontraksi setelah 15 detik setelah rangsangan taktil/massage. (Lihat penatalaksanaan atonia uteri)

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 kedalam 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) Celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan enzimatik. 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 ke rumah 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 ibu berbaring, lalu bilas dengan air DTT. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
- (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 enzimatik 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 enzimatik.
- (53) Celupkan tangan yang masih menggunakan sarung tangan kedalam larutan enzimatik, lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam dalam larutan enzimatik selama 10 menit.

- (54) Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir keringkan tangan menggunakan tisu dan handuk pribadi yang bersih dan kering, kemudian
 - (55) Pakai sarung tangan yang bersih untuk memberikan vitamin K1 (1mg) IM dipaha kiri bawah lateral dan salep mata profilaksis 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 di paha kanan bawah lateral. Letakkan bayi didalam jangkauan ibu agar sewaktu-waktu dapat disusukan.
 - (58) Lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam didalam larutan enzimatik 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. Patologi Persalinan Pada Ibu yang Mengalami KEK
- 1) Distosia karena kelainan his

Distosia adalah kesulitan dalam jalannya persalinan. Distosia dapat disebabkan karena kelainan HIS (HIS hipotonik dan hipertonic), karena kelainan besar anak, bentuk anak (Hidrocefalus, kembar siam, prolapse tali pusat), letak anak (letak sungsang dan lintang), serta karena kelainan jalan lahir.

Distosia karena kelainan HIS antara lain berupa Inersia Uteri (Hypotonic uterine contraction), Adalah kelainan his dengan kekuatan yang lemah / tidak ade kuat untuk melakukan pembukaan serviks atau mendorong anak keluar. Di sini kekuatan his lemah dan frekuensinya jarang. Sering dijumpai pada penderita dengan keadaan umum kurang baik seperti anemia, uterus yang terlalu teregang

misalnya akibat hidramnion atau kehamilan kembar atau makrosomia, grandemultipara atau primipara, serta pada penderita dengan keadaan emosi kurang baik. Dapat terjadi pada kala pembukaan serviks, fase laten atau fase aktif, maupun pada kala pengeluaran. Inersia uteri hipotonik terbagi dua, yaitu:

2) Inersia uteri primer

Terjadi pada permulaan fase laten. Sejak awal telah terjadi his yang tidak adekuat (kelemahan his yang timbul sejak dari permulaan persalinan), sehingga sering sulit untuk memastikan apakah penderita telah memasuki keadaan inpartu atau belum.

3) Inersia uteri sekunder

Terjadi pada fase aktif kala I atau kala II. Permulaan his baik, kemudian pada keadaan selanjutnya terdapat gangguan / kelainan. Penanganan:

- a) Keadaan umum penderita harus diperbaiki. Gizi selama kehamilan harus diperhatikan.
- b) Penderita dipersiapkan menghadapi persalinan, dan dijelaskan tentang kemungkinan yang ada.
- c) Teliti keadaan serviks, presentasi dan posisi, penurunan kepala / bokong bila sudah masuk PAP pasien disuruh jalan, bila his timbul adekuat dapat dilakukan persalinan spontan, tetapi bila tidak berhasil maka akan dilakukan secsio cesaria.
- d) Berikan oksitosin drips 5-10 satuan dalam 500 cc dektrosa 5%, dimulai dengan 12 tetes permenit, dinaikkan setiap 10-15 tetes permenit sampai 40-50 tetes permenit.

4) Tetania Uteri (Hypertonic uterine contraction)

Tetania uteri adalah HIS yang terlampau kuat dan terlalu sering sehingga tidak ada relaksasi rahim. Hal ini dapat menyebabkan terjadinya partus presipitatus yang dapat menyebabkan persalinan di atas kendaraan, kamar mandi, dan tidak sempat dilakukan pertolongan. Pasien merasa kesakitan karena his yang kuat dan berlangsung hamper terus- menerus. Akibatnya terjadilah luka-luka jalan lahir yang luas pada serviks, vagina dan perineum, dan pada bayi

dapat terjadi perdarahan intrakranial dan hipoksia janin karena gangguan sirkulasi uteroplasenter.

Bila ada kesempitan panggul dapat terjadi ruptur uteri mengancam, dan bila tidak segera ditangani akan berlanjut menjadi ruptura uteri. Faktor yang dapat menyebabkan kelainan ini antara lain adalah rangsangan pada uterus, misalnya pemberian oksitosin yang berlebihan, ketuban pecah lama dengan disertai infeksi, dan sebagainya. Penanganan:

- a) Berikan obat seperti morfin, luminal, dan sebagainya asal janin tidak akan lahir dalam waktu dekat (4-6 jam).
 - b) Bila ada tanda-tanda obstruksi, persalinan harus segera diselesaikan dengan secsio sesaria.
 - c) Pada partus presipitatus tidak banyak yang dapat dilakukan karena janin lahir tiba-tiba dan cepat
- 5) Aksi Uterus Inkoordinasi (incoordinate uterine action)

Sifat his yang berubah-ubah, tidak ada koordinasi dan sinkronisasi antara kontraksi dan bagian-bagiannya. Jadi kontraksi tidak efisien dalam mengadakan pembukaan, apalagi dalam pengeluaran janin. Pada bagian atas dapat terjadi kontraksi tetapi bagian tengah tidak, sehingga dapat menyebabkan terjadinya lingkaran kekejangan yang mengakibatkan persalinan tidak maju. Penanganan Untuk mengurangi rasa takut, cemas dan tonus otot, berikan obat-obat anti sakit dan penenang (sedativa dan analgetika) seperti morfin, petidin, dan valium.

- 6) Distosia kelainan presentasi, posisi, atau janin
- a) Berat badan janin

Yang dimaksud dengan berat badan berlebihan pada janin adalah bila berat badan mencapai 5000 gram. Merupakan akibat kelainan sikap (Habitus) berupa defleksi kepala maksimum. Pada janin aterm dengan presentasi muka mento-posterior, proses persalinan terganggu akibat bregma (dahi) tertahan oleh bagian belakang simfisis pubis. Dalam keadaan ini, gerakan fleksi kepala

agar persalinan pervaginam dapat berlangsung terhalang, maka persalinan muka spontan per vaginam tidak mungkin terjadi.

b) Presentasi dahi Bentuk dari kelainan sikap (habitus)

Berupa gangguan defleksi moderate. Presentasi yang sangat jarang. Pada presentasi dahi yang bersifat sementara (penempatan dahi), prognosis tergantung pada presentasi akhir. Bila presentasi dahi sudah bersifat menetap, prognosis persalinan pervaginam sangat buruk kecuali bila janin kecil atau jalan lahir sangat luas.

c) Letak lintang

Sumbu Panjang janin tegak lurus dengan sumbu Panjang tubuh ibu. Kadang-kadang sudut yang ada tidak tegak lurus sehingga terjadi letak oblique yang sering bersifat sementara oleh karena akan berubah menjadi presentasi kepala atau presentasi bokong ("unstable lie"). Pada letak lintang, bahu biasanya berada di atas Pintu Atas Panggul dengan bokong dan kepala berada pada fossa iliaca.

d) Presentasi lengkap

Keadaan ini disebabkan oleh hambatan penutupan PAP oleh kepala janin secara sempurna antara lain seperti yang terjadi pada persalinan preterm.

e) Distosia akibat hidrosepalus

Hidrosepalus penumpukan cairan cerebro spinal yang berlebihan menyebabkan pembesaran kepala janin. Normal pada kehamilan aterm berkisar antara 32-38 cm; pada hidrosepalus dapat melebihi 50 cm dan bahkan ada yang mencapai 80 cm. Volume CSF umumnya mencapai 500-1500 ml dan bahkan dapat mencapai 5 liter

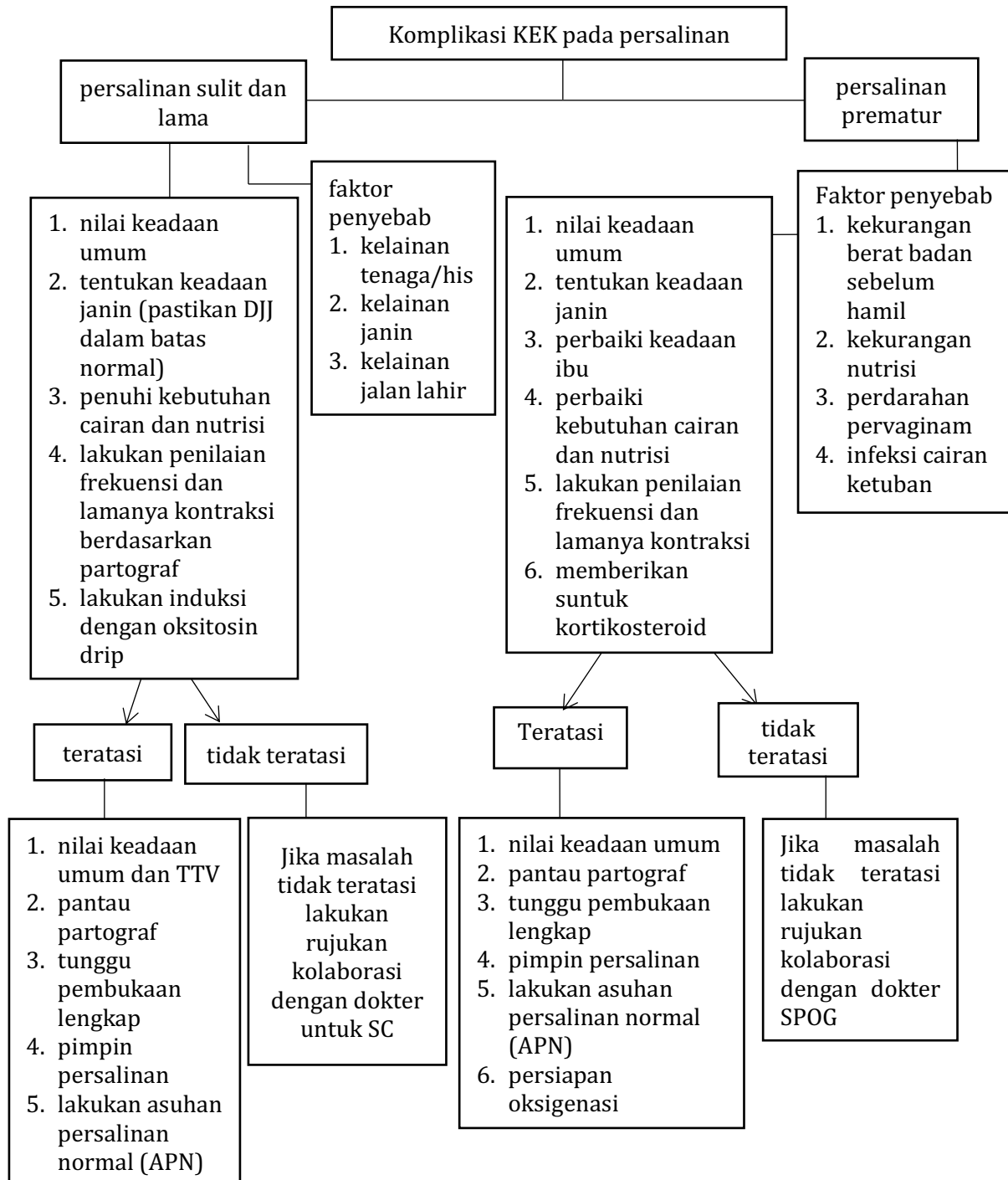
f) Distosia akibat pembesaran abdomen

Pembesaran abdomen janin dapat menyebabkan distosia. Pembesaran abdomen janin dapat terjadi oleh karena :

- (1) Vesika urinaria yang penuh.
- (2) Pembesaran ginjal atau hepar

Bagan 2.2

Asuhan kebidanan ibu bersalin dengan KEK



(Sumber : Niswati,2016)

3. Nifas

a. Konsep Teori Nifas

1) Pengertian

Masa Nifas (Puerperium) dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa Nifas atau puerperium dimulai sejak 2 jam setelah lahirnya plasenta sampai 6 minggu atau 42 hari setelah itu. Puerperium adalah masa pulih kembali, dimulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti pra hamil (Sari dkk, 2014).

Masa nifas adalah masa setelah persalinan selesai sampai 6 minggu atau 42 hari. Selama masa nifas, organ reproduksi secara perlahan akan mengalami perubahan seperti keadaan sebelum hamil. Perubahan organ reproduksi ini disebut involusi (Maritalia, 2012).

2) Tujuan asuhan masa nifas

- a) Mendeteksi adanya perdarahan masa nifas
- b) Menjaga Kesehatan ibu dan bayi
- c) Melaksanakan skinning secara komprehensif
- d) Memberikan Pendidikan Kesehatan diri
- e) Memberikan Pendidikan tentang laktasi dan perawatan payudara
- f) Konseling tentang KB
- g) Untuk memulihkan Kesehatan umum ibu

3) Hal-Hal Yang Terjadi Pada Masa Nifas

a) Involusi

Involusi uterus atau pengerutan uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil.

Tabel 2.9
Perkembangan uterus pada masa nifas

Involusi	TFU	Berat uterus
Bayi lahir	setinggi pusat	1000 gr
plasenta lahir	2 jari di bawah pusat	750 gr
1 minggu	pertengahan pusat-simpisis	750 gr
2 minggu	2-3 jari di atas simpisis	500 gr
6 minggu	normal	50 gr

Sumber : (Kumalasari 2015)

b) Pengeluaran Lochea

Lochea adalah cairan secret yang berasal dari cavum uteri dan vagina selama masa nifas. Berikut adalah beberapa jenis lochea yang terdapat pada wanita masa nifas:

- (1) Lochea Rubra, berwarna merah segar dan akan keluar selama 2-3 hari post partum.
- (2) Lochea Sanquillenta, berwarna merah kuning dan akan keluar pada hari ke-3 sampai ke-7 paca persalinan.
- (3) Lochea Serosa, berwarna kuning dan akan keluar pada hari ke-7 sampai hari ke-14 pasca persalinan.
- (4) Lochea Alba, seperti cairan putih berbentuk krim dan akan keluar dari hari ke-24 sampai satu atau dua minggu berikutnya

c) Laktasi

Laktasi adalah keseluruhan proses menyusui mulai dari ASI diproduksi sampai proses bayi menghisap dan menelan ASI. Masa laktasi mempunyai tujuan meningkatkan pemberian ASI eksklusif dan meneruskan pemberian ASI sampai anak umur 2 tahun secara baik dan benar serta anak mendapatkan kekebalan tubuh secara alami.

ASI merupakan suatu emulsi lemak dalam larutan protein, lactose dan garam-garam organik yang disekresi oleh kedua belah kelenjar payudara ibu, ASI adalah makanan terbaik untuk bayi kerana merupakan makanan alamiah yang sempurna, mudah

dicerna bayi dan mengandung zat gizi yang sesuai dengan kebutuhan, kekebalan dan mencegah berbagai penyakit serta untuk kecerdasan bayi (Ambarwati E,2013).

Faktor yang mempengaruhi produksi ASI antara lain:

- (1) Kualitas dan kuantitas makanan ibu
- (2) Hormonal
- (3) Psikologi sosial

4) Tanda Bahaya Pada Masa Nifas

Tanda bahaya Adalah suatu tanda yang abnormal yang dapat terjadi mengindikasikan adanya tidak dilaporkan atau tidak terdeteksi bidan menyebabkan kematian ibu (Pusdiknakes, 2016).

Tanda bahaya pada masa nifas adalah sebagai berikut :

a) Perdarahan post partum

Perdarahan post partum adalah perdarahan lebih dari 500-600 mm dalam masa 24 jam setelah anak lahir (Prawirohardjo, 2018). Menurut waktu terjadinya dibagi atas 2 bagian:

(1) 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

(2) Perdarahan post partum sekunder

Yang terjadi 24 jam biasanya terjadi antara hari ke 5-15 post partum. Penyebab utama adalah robekan jalan lahir dan sisa plasenta (Prawiroharjdo, 2018)

b) Lochea yang berbau busuk

Lochea adalah cairan secret yang berasal dari cavum uteri dan vagina selama masa nifas. Tanda lochea yang berbau adalah sebagai berikut:

- (1) Keluarnya cairan dari vagina
- (2) Adanya bau yang menyengat dari vagina disertai demam $>38^{\circ}\text{C}$

c) Sub involusi uterus

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

- (1) Uterus lebih besar dan lebih lembek dari seharusnya
- (2) Fundus masih tinggi
- (3) Lochea banyak dan berbau
- (4) Perdarahan

d) Nyeri pada perut dan panggul

Tanda nyeri pada perut dan panggul adalah sebagai berikut:

- (1) Demam
- (2) Nyeri perut bagian bawah
- (3) Suhu meningkat
- (4) Nadi cepat dan kecil
- (5) Nyeri tekan
- (6) Pucat muka cekung, kulit dingin

5) Kunjungan Masa Nifas

Kunjungan nifas dilakukan paling sedikit 4 kali dilakukan untuk mencegah, mendeteksi dan menangani masalah yang terjadi (Bahiyatun, 2016)

Tabel 2.10
Asuhan Kunjungan Nifas Normal

Kunjungan	Waktu	Tujuan
I	6-8 jam setelah persalinan	a. Mencegah pendarahan waktu nifas karena atonia uteri b. Mendeteksi dan merawat penyebab lain pendarahan, rujuk bila pendarahan berlanjut c. Memberikan konseling pada ibu atau salah satu keluarga bila terjadi pendarahan banyak d. Pemberian ASI awal e. Melakukan hubungan antara ibu dan bayi f. Menjaga bayi agar tetap sehat dengan cara mencegah terjadinya hipotermia g. Jika petugas kesehatan menolong persalinan

		petugas harus tinggal dan mengawasi sampai 2 jam pertama
II	6 hari setelah persalinan	a. Memastikan involusi uteri berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus uteri di bawah umbilicus, tidak ada perdarahan dan tidak berbau b. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal. c. Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan dan istirahat. d. Memastikan ibu menyusui bayinya dengan baik dan tidak menunjukkan adanya tanda-tanda penyakit. e. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi supaya tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.
III	2 minggu setelah persalinan	Memastikan rahim sudah kembali normal dengan mengukur dan meraba bagian Rahim
IV	6 minggu setelah persalinan	a. Menanyakan pada ibu tentang penyakit-penyakit yang ibu dan bayi alami b. Memberikan konseling KB secara dini

6) Perubahan psikologis masa nifas

Adanya perasaan kehilangan sesuatu secara fisik sesudah melahirkan akan menjurus pada suatu reaksi perasaan sedih. Kemurungan dan kesedihan dapat semakin bertambah oleh karena ketidaknyamanan secara fisik, rasa letih setelah proses persalinan, stress, kecemasan, adanya ketegangan dalam keluarga, kurang istirahat karena harus melayani keluarga dan tamu yang berkunjung untuk melihat bayi atau sikap petugas yang tidak ramah (Maritalia, 2012).

Minggu-minggu pertama masa nifas merupakan masa rentan bagi seorang ibu. Pada saat yang sama, ibu baru (primipara) mungkin frustrasi karena merasa tidak kompeten dalam merawat bayi dan tidak

mampu mengontrol situasi. Semua wanita akan mengalami perubahan ini, namun penanganan atau mekanisme koping yang dilakukan dari setiap wanita untuk mengatasinya pasti akan berbeda. Hal ini dipengaruhi oleh pola asuh dalam keluarga dimana wanita tersebut dibesarkan, lingkungan, adat istiadat setempat, suku, bangsa, pendidikan serta pengalaman yang didapat (Maritalia, 2012).

Perubahan psikologis yang terjadi pada ibu masa nifas menurut Maritalia (2012) yaitu:

a) Adaptasi psikologis ibu dalam masa nifas

Pada primipara, menjadi orang tua merupakan pengalaman tersendiri dan dapat menimbulkan stress apabila tidak ditangani dengan segera. Perubahan peran dari wanita biasa menjadi seorang ibu memerlukan adaptasi sehingga ibu dapat melakukan perannya dengan baik. Perubahan hormonal yang sangat cepat setelah proses melahirkan juga ikut mempengaruhi keadaan emosi dan proses adaptasi ibu pada masa nifas. Fase- fase yang akan dialami oleh ibu pada masa nifas menurut Dewi (2012) antara lain adalah sebagai berikut:

(1) Fase taking in

Fase taking in merupakan fase ketergantungan yang berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Ibu terfokus pada dirinya sendiri sehingga cenderung pasif terhadap lingkungannya. Ketidaknyamanan yang dialami ibu lebih disebabkan karena proses persalinan yang baru saja dilaluinya. Rasa mules, nyeri pada jalan lahir, kurang tidur atau kelelahan, merupakan hal yang sering dikeluhkan ibu. Pada fase ini, kebutuhan istirahat, asupan nutrisi dan komunikasi yang baik harus dapat terpenuhi. Bila kebutuhan tersebut tidak terpenuhi, ibu dapat mengalami gangguan psikologis berupa kekecewaan pada bayinya, ketidaknyamanan sebagai akibat perubahan fisik yang dialami, rasa bersalah karena belum bisa menyusui bayinya dan kritikan suami atau keluarga tentang perawatan bayinya.

(2) Fase taking hold

Fase taking hold merupakan fase yang berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawab dalam perawatan bayinya. Perasaan ibu lebih sensitif sehingga mudah tersinggung. Hal yang perlu diperhatikan adalah komunikasi yang baik, dukungan dan pemberian penyuluhan atau pendidikan kesehatan tentang perawatan diri dan bayinya.

(3) Fase letting go

Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab peran barunya sebagai seorang ibu. Fase ini berlangsung selama 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah mulai dapat menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya dan siap menjadi pelindung bagi bayinya. Perawatan ibu terhadap diri dan bayinya semakin meningkat. Rasa percaya diri ibu akan peran barunya mulai tumbuh, lebih mandiri dalam memenuhi kebutuhan dirinya dan bayinya. Dukungan suami dan keluarga dapat membantu ibu untuk lebih meningkatkan rasa percaya diri dalam merawat bayinya. Kebutuhan akan istirahat dan nutrisi yang cukup masih sangat diperlukan ibu untuk menjaga kondisi fisiknya.

b) Postpartum blues (Baby blues)

Postpartum blues merupakan perasaan sedih yang dialami oleh seorang ibu berkaitan dengan bayinya. Biasanya muncul sekitar 2 hari sampai 2 minggu sejak kelahiran bayi. Keadaan ini disebabkan oleh perubahan perasaan yang dialami ibu saat hamil sehingga sulit menerima kehadiran bayinya.

Ibu yang mengalami baby blues akan mengalami perubahan perasaan, menangis, cemas, kesepian khawatir, yang berlebihan mengenai sang bayi, penurunan gairah sex, dan kurang percaya diri terhadap kemampuan menjadi seorang ibu. Jika hal ini terjadi, ibu disarankan untuk melakukan hal-hal berikut ini:

- (1) Minta suami atau keluarga membantu dalam merawat bayi atau melakukan tugas-tugas rumah tangga sehingga ibu bisa cukup istirahat untuk menghilangkan kelelahan.
- (2) Komunikasikan dengan suami atau keluarga mengenai apa yang sedang ibu rasakan, mintalah dukungan dan pertolongannya.
- (3) Buang rasa cemas dan kekhawatiran yang berlebihan akan kemampuan merawat bayi.
- (4) Carilah hiburan dan luangkan waktu untuk istirahat dan menyenangkan diri sendiri, misalnya dengan cara menonton, membaca, atau mendengar musik (Maritalia, 2012).

c) Depresi postpartum

Seorang ibu primipara lebih beresiko mengalami kesedihan atau kemurungan postpartum karena ia belum mempunyai pengalaman dalam merawat dan menyusui bayinya. Kesedihan atau kemurungan yang terjadi pada awal masa nifas merupakan hal yang umum dan akan hilang sendiri dalam dua minggu sesudah melahirkan setelah ibu melewati proses adaptasi.

Ada kalanya ibu merasakan kesedihan karena kebebasan, otonomi, interaksi sosial, kemandiriannya berkurang setelah mempunyai bayi. Hal ini akan mengakibatkan depresi pasca-persalinan (depresi postpartum). Ibu yang mengalami depresi postpartum akan menunjukkan tanda- tanda berikut: sulit tidur, tidak ada nafsu makan, perasaan tidak berdaya atau kehilangan kontrol, terlalu cemas atau tidak perhatian sama sekali pada bayi, tidak menyukai atau takut menyentuh bayi, pikiran yang menakutkan mengenai bayi, sedikit atau tidak ada perhatian terhadap penampilan bayi, sedikit atau tidak ada perhatian terhadap penampilan diri, gejala fisik seperti sulit bernafas atau perasaan berdebar debar.

7) Perubahan Fisiologis Masa Nifas

Ibu dalam masa nifas mengalami perubahan fisiologis. Setelah keluarnya plasenta, kadar sirkulasi hormon HCG (human chorionic

gonadotropin), human plasental lactogen, estrogen dan progesteron menurun. Human plasental lactogen akan menghilang dari peredaran darah ibu dalam 2 hari dan HCG dalam 2 minggu setelah melahirkan. Kadar estrogen dan progesteron hampir sama dengan kadar yang ditemukan pada fase follikuler dari siklus menstruasi berturut-turut sekitar 3 dan 7 hari. Penarikan polipeptida dan hormon steroid ini mengubah fungsi seluruh sistem sehingga efek kehamilan berbalik dan wanita dianggap sedang tidak hamil (Walyani, 2017)

Perubahan-perubahan fisiologis yang terjadi pada ibu masa nifas menurut Maritalia (2012) dan Walyani (2017) yaitu:

a) Uterus

Uterus merupakan organ reproduksi interna yang berongga dan berotot, berbentuk seperti buah alpukat yang sedikit gepeng dan berukuran sebesar telur ayam. Panjang uterus sekitar 7-8 cm, lebar sekitar 5-5,5 cm dan tebal sekitar 2, 5 cm. Letak uterus secara fisiologis adalah anteversiofleksio. Uterus terbagi dari 3 bagian yaitu fundus uteri, korpus uteri, dan serviks uteri.

Menurut Walyani (2017) uterus berangsur-angsur menjadi kecil (invulasi) sehingga akhirnya kembali seperti sebelum hamil:

- (1) Bayi lahir fundus uteri setinggi pusat dengan berat uterus 1000 gr.
- (2) Akhir kala III persalinan tinggi fundus uteri teraba 2 jari bawah pusat dengan berat uterus 750 gr.
- (3) Satu minggu postpartum tinggi fundus uteri teraba pertengahan pusat dengan simpisis, berat uterus 500 gr.
- (4) Dua minggu postpartum tinggi fundus uteri tidak teraba di atas simpisis dengan berat uterus 350 gr.
- (5) Enam minggu postpartum fundus uteri bertambah kecil

b) Serviks

Serviks merupakan bagian dasar dari uterus yang bentuknya menyempit sehingga disebut juga sebagai leher rahim. Serviks menghubungkan uterus dengan saluran vagina dan sebagai jalan keluarnya janin dan uterus menuju saluran vagina

pada saat persalinan. Segera setelah persalinan, bentuk serviks akan menganga seperti corong. Hal ini disebabkan oleh korpus uteri yang berkontraksi sedangkan serviks tidak berkontraksi. Warna serviks berubah menjadi merah kehitaman karena mengandung banyak pembuluh darah dengan konsistensi lunak.

4 dari 50

Segera setelah janin dilahirkan, serviks masih dapat dilewati oleh tangan pemeriksa. Setelah 2 jam persalinan serviks hanya dapat dilewati oleh 2-3 jari dan setelah 1 minggu persalinan hanya dapat dilewati oleh 1 jari, setelah 6 minggu persalinan serviks menutup.

c) Vagina

Vagina merupakan saluran yang menghubungkan rongga uterus dengan tubuh bagian luar. Dinding depan dan belakang vagina berdekatan satu sama lain dengan ukuran panjang $\pm 6,5$ cm dan ± 9 cm.

Selama proses persalinan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar, terutama pada saat melahirkan bayi. Beberapa hari pertama sesudah proses tersebut, vagina tetap berada dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu vagina kembali kepada keadaan tidak hamil dan rugae dalam vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali.

Sesuai dengan fungsinya sebagai bagian lunak dan jalan lahir dikeluarkannya sekret yang berasal dari cavum uteri selama masa nifas yang disebut lochea.

Karakteristik lochea dalam masa nifas adalah sebagai berikut:

(1) Lochea rubra/kruenta

Timbul pada hari 1-2 postpartum, terdiri dari darah segar bercampur sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, sisa-sisa verniks kaseosa, lanugo dan mekoneum

(2) Lochea sanguinolenta

Timbul pada hari ke 3 sampai dengan hari ke 7 postpartum, karakteristik lochea sanguinolenta berupa darah bercampur lendir.

(3) Lochea serosa

Merupakan cairan berwarna agak kuning, timbul setelah 1 minggu postpartum.

(4) Lochea alba

Timbul setelah 2 minggu postpartum dan hanya merupakan cairan putih (Walyani, 2017)

Normalnya lochea agak berbau amis, kecuali bila terjadi infeksi pada jalan lahir, baunya akan berubah menjadi berbau busuk.

d) Vulva

Sama halnya dengan vagina, vulva juga mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi. Beberapa hari pertama sesudah proses melahirkan vulva tetap berada dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu vulva akan kembali kepada keadaan tidak hamil dan labia menjadi lebih menonjol.

e) Payudara (mamae)

Setelah kelahiran plasenta, konsentrasi estrogen dan progesteron menurun, prolactin dilepaskan dan sintesis ASI dimulai. Suplai darah ke payudara meningkat dan menyebabkan pembengkakan vascular sementara. Air susu sata diproduksi disimpan di alveoli dan harus dikeluarkan dengan efektif dengan cara dihisap oleh bayi untuk pengadaaan dan keberlangsungan laktasi. ASI yang akan pertama muncul pada awal nifas ASI adalah ASI yang berwarna kekuningan yang biasa dikenal dengan sebutan kolostrum. Kolostrum telah terbentuk didalam tubuh ibu pada usia kehamilan $\pm$ 12 minggu.

Perubahan payudara dapat meliputi:

- (1) Penurunan kadar progesteron secara tepat dengan peningkatan hormon prolactin setelah persalinan.

- (2) Kolostrum sudah ada saat persalinan produksi ASI terjadi pada hari ke 2 atau hari ke 3 setelah persalinan
- (3) Payudara menjadi besar dan keras sebagai tanda mulainya proses laktasi (Walyani, 2017)

f) Tanda-tanda vital

Perubahan tanda-tanda vital menurut Maritalia (2012) dan Walyani (2017) antara lain:

(1) Suhu tubuh

Setelah proses persalinan suhu tubuh dapat meningkat $0,5^{\circ}$ celcius dari keadaan normal namun tidak lebih dari 38° celcius. Setelah 12 jam persalinan suhu tubuh akan kembali seperti keadaan semula.

(2) Nadi

Setelah proses persalinan selesai frekuensi denyut nadi dapat sedikit lebih lambat. Pada masa nifas biasanya denyut nadi akan kembali normal.

(3) Tekanan darah

Setelah partus, tekanan darah dapat sedikit lebih rendah dibandingkan pada saat hamil karena terjadinya perdarahan pada proses persalinan.

(4) Pernafasan

Pada saat partus frekuensi pernapasan akan meningkat karena kebutuhan oksigen yang tinggi untuk tenaga ibu meneran/ mengejan dan mempertahankan agar persediaan oksigen ke janin tetap terpenuhi. Setelah partus frekuensi pernafasan akan kembali normal.

b. Tindakan Komplementer Pijat Oksitosin

1) Pengertian Oksitosin (oxytocin)

Oksitosin adalah hormon pada manusia yang berfungsi untuk merangsang kontraksi yang kuat pada dinding Rahim/uterus sehingga mempermudah dalam membantu proses kelahiran. Selain itu hormon ini juga berfungsi untuk mensekresi ASI (Suherni, Hesty, 2014).

Pijat oksitosin adalah pijat relaksasi untuk merangsang hormon oksitosin. Pijat yang dilakukan sepanjang tulang vertebrae sampai tulang costae kelima atau keenam, pijat oksitosin merupakan salah satu solusi untuk mengatasi ketidaklancaran produksi ASI. Menurut Depkes RI (2017), pijat oksitosin dilakukan dengan cara memijat pada daerah punggung sepanjang kedua sisi tulang belakang sehingga diharapkan ibu akan merasakan rileks dan kelelahan setelah melahirkan akan hilang.

2) Manfaat pijat oksitosin

- a) Meningkatkan ASI
- b) Memperlancar ASI
- c) Membantu ibu secara psikologis, menenangkan, dan tidak stress
- d) Meningkatkan rasa percaya diri
- e) Membantu ibu agar mempunyai pikiran dan perasaan baik tentang bayinya

(Rahayu, 2016)

3) Indikasi pijat oksitosin

Indikasi pijat oksitosin adalah ibu post partum dengan gangguan produksi ASI.

4) Kontraindikasi pijat oksitosin

- a) Dalam keadaan menderita infeksi yang khas dan menular.
- b) Dalam keadaan demam atau suhu tubuh lebih dari 38°C.
- c) Dalam keadaan menderita sakit yang berat atau tubuh memerlukan istirahat yang sempurna.
- d) Dalam keadaan menderita arteroma atau arteriosclerosis

5) Waktu pelaksanaan pijat oksitosin

Pijat oksitosin bisa dilakukan kapanpun ibu mau dengan durasi ± 15 menit, lebih disarankan dilakukan sebelum menyusui atau memerah ASI (Hainun nisa, 2021).

6) SOP pijat oksitosin

a) Persiapan ibu sebelum dilakukan pijat oksitosin :

- (1) Bangkitkan rasa percaya diri ibu (menjaga privacy)
- (2) Bantu ibu agar mempunyai pikiran dan perasaan baik tentang bayinya

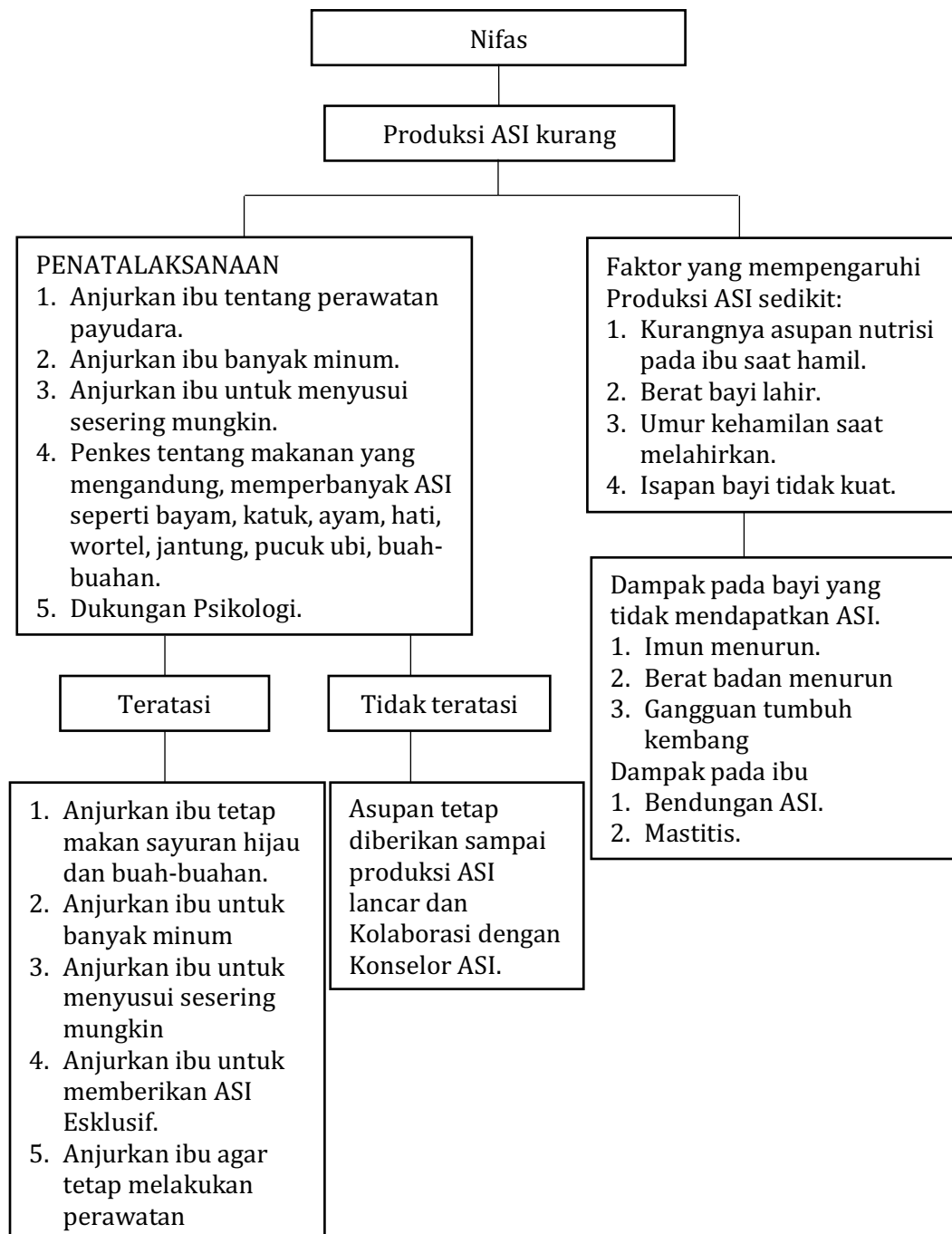
b) Alat-alat yang digunakan :

- (1) 2 buah handuk besar bersih
- (2) Air hangat dan air dingin dalam baskom
- (3) 2 buah Waslap atau sapu tangan dari handuk
- (4) Minyak kelapa atau baby oil pada tempatnya

c) Langkah-langkah melakukan pijat oksitosin sebagai berikut (Wijayanti, 2014):

- (1) Melepaskan baju ibu bagian atas
- (2) Ibu miring ke kanan maupun ke kiri, lalu memeluk bantal atau bisa juga dengan posisi duduk
- (3) Memasang handuk
- (4) Melumuri kedua telapak tangan dengan minyak atau baby oil
- (5) Memijat sepanjang kedua sisi tulang belakang ibu dengan menggunakan dua kepalan tangan, dengan ibu jari menunjuk ke depan.
- (6) Menekan kuat-kuat kedua sisi tulang belakang membentuk gerakan-gerakan melingkar kecil-kecil dengan kedua ibu jarinya.
- (7) Pada saat bersamaan, memijat kedua sisi tulang belakang ke arah bawah, dari leher ke arah tulang belikat, selama 2-3 menit secara bergantian
- (8) Mengulangi pemijatan hingga 3 kali.
- (9) Membersihkan punggung ibu dengan waslap air hangat dan dingin.

Bagan 2.3
Asuhan Kebidanan Nifas dengan KEK



(Sumber : Paritakul, 2016)

4. Neonatus

a. Konsep Dasar Neonatus

1) Pengertian Neonatus

Menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia (2016) neonates 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 system.

Bayi baru lahir atau neonatus adalah masa kehidupan (0-28 hari), dimana terjadi perubahan yang sangat besar dari kehidupan di dalam rahim menuju luar rahim dan terjadi pematangan organ hampir pada semua sistem. Bayi hingga umur kurang satu bulan merupakan golongan umur yang memiliki risiko gangguan kesehatan paling tinggi dan berbagai masalah kesehatan bisa muncul, sehingga tanpa penanganan yang tepat bisa berakibat fatal (Kemenkes RI, 2020).

Neonatus adalah bayi yang baru lahir 28 hari pertama kehidupan. Bayi baru lahir normal adalah bayi yang baru lahir pada usia kehamilan 37-40 minggu, dengan presentasi belakang kepala yang pervaginam tanpa memakai alat.

Menurut Tando (2016), ciri-ciri Neonatus:

- a) Berat badan 2.500-4.000 gram.
- b) Panjang badan 48-52 cm.
- c) Lingkar dada 30-38 cm.
- d) Lingkar kepala 33-35 cm.
- e) Frekuensi jantung 120-160 x/menit.
- f) Pernapasan $\pm$ 40-60 x/menit.
- g) Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan cukup.
- h) Rambut lanugo tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna.
- i) Kuku agak panjang dan lemas.
- j) Genitalia:

Pada perempuan, labia mayora sudah menutupi labia minora

Pada laki-laki, testis sudah turun, skrotum sudah ada.

- k) Refleks isap dan menelan sudah terbentuk dengan baik.
 - l) Refleks moro atau gerak memeluk jika di kagetkan sudah baik.
 - m) Refleks grasp atau menggenggam sudah baik.
 - n) Eiminasi baik, mekonium keluar dalam 24 jam pertama, mekonium berwarna hitam kecokelatan.
- 2) Hal-hal yang diperhatikan dalam Asuhan Neonatus

a) Penilaian neonatus

Pengkajian pertama pada seorang bayi dilakukan pada saat lahir dengan penilaian kebugaran dan melalui pemeriksaan fisik singkat. Pengkajian dapat dilakukan dua jam pertama setelah lahir. Pengkajian fisik yang lebih lengkap diselesaikan dalam 24 jam (Wijayarini, 2005).

b) Membersihkan jalan nafas (Prawirohardjo, 2009)

Bayi normal menangis spontan segera setelah lahir. Apabila bayi tidak langsung menangis, penolong segera membersihkan jalan napas dengan cara sebagai berikut:

- (1) Letakkan bayi pada posisi terlentang di tempat yang keras dan hangat
- (2) Gulung sepotong kain dan letakkan di bawah bahu sehingga leher bayi lebih lurus dan kepala tidak menengkuk. Posisi kepala diatur lurus sedikit tengadah ke belakang
- (3) Bersihkan hidung, rongga mulut dan tenggorokan bayi dengan jari tangan yang dibungkus kasa steril
- (4) Tepuk kedua telapak kaki bayi sebanyak 2-3 kali atau gosok kulit bayi dengan kain kering dan kasar. Dengan rangsangan ini biasanya bayi segera menangis

c) Mempertahankan suhu tubuh bayi

Pada waktu baru lahir, bayi belum mau mengatur tetap suhu badannya, dan membutuhkan pengaturan dari luar untuk membuatnya tetap hangat. Bayi baru lahir harus dibungkus hangat. Suhu tubuh bayi merupakan tolak ukur kebutuhan akan tempat tidur yang hangat sampai suhu tubuhnya sudah stabil (Prawirohardjo, 2009).

Tali pusat dipotong sebelum atau sesudah plasenta lahir tidak begitu menentukan dan tidak akan mempengaruhi bayi, kecuali pada bayi kurang bulan. Apabila bayi lahir tidak menangis, maka tali pusat segera dipotong untuk memudahkan melakukan tindakan resusitasi pada bayi (Prawirohardjo, 2009).

d) Memotong dan merawat tali pusat

Tali pusat dipotong sebelum atau sesudah plasenta lahir tidak begitu menentukan dan tidak akan mempengaruhi bayi, kecuali pada bayi kurang bulan. Apabila bayi lahir tidak menangis, maka tali pusat segera dipotong untuk memudahkan melakukan tindakan resusitasi pada bayi (Prawirohardjo, 2009).

Tabel 2.11
APGAR SKOR

KRITERIA	0	1	2
A (Appearance/ warna kulit)	Seluruh tubuh warna biru atau pucat	Tubuh kemerahan, Ekstremitas biru	Seluruh tubuh kemerahan
P (Pulse/ laju jantung)	Tidak ada	<1000x/menit	>1000x/ menit
G (Grimace/ refleks)	Tidak bereaksi	Gerakan sedikit	Reaksi melawan
A (Activity/ tonus otot)	Lumpuh	Ekstremitas fleksi sedikit	Gerakan aktif
R (Respiration/ Usaha bernapas)	Tidak ada	Lambat	Menangis kuat

Interpretasi :

<3 : asfiksia berat

4-6 : asfiksia ringan-sedang

>7 : tidak asfiksia

(sumber : Dwiendra R, Octa 2015)

e) Inisiasi menyusui dini (IMD)

Untuk mempererat ikatan batin antara ibu-anak, setelah dilahirkan sebaiknya bayi langsung diletakkan di dada ibunya sebelum bayi itu dibersihkan. Sentuhan kulit dengan kulit mampu menghadirkan efek psikologis yang dalam antara ibu dan anak. IMD dilanjutkan dengan pemberian ASI eksklusif selama enam bulan dan diteruskan hingga dua tahun dengan pemberian makanan tambahan (Kemenkes, 2010).

f) Posisi menyusui dan metode menyendawakan bayi

Posisi menyusui bayi ada tiga macam yaitu digendong, berbaring dan football hold. Metode menyendawakan bayi ada tiga metode yakni disandarkan di bahu ibu, bayi duduk di pangkuan ibu dan bayi berbaring dengan kepala miring (Wahyuningtyas, 2010).

g) Pemberian salep antibiotik

Di beberapa negara perawatan mata bayi baru lahir secara hukum diharuskan untuk mencegah terjadinya oftalmia neonatorum. Di daerah dimana prevalensi gonorea tinggi, setiap bayi baru lahir perlu di beri salep mata sesudah 5 jam bayi lahir. Pemberian obat mata eritromisin 13 0,5% atau tetrasiklin 1% dianjurkan untuk pencegahan penyakit mata karena klamidia penyakit menular seksual (Prawirohardjo, 2009).

h) Pemberian vitamin K

Kejadian perdarahan karena defisiensi vitamin K pada bayi baru lahir dilaporkan cukup tinggi berkisar 0,25-0,5 %. Untuk mencegah terjadinya perdarahan tersebut semua neonatus fisiologis dan cukup bulan perlu vitamin K peroral 1mg/hari selama 3 hari, sedangkan bayi risiko tinggi diberi vitamin K parenteral dengan dosis 0,5-1 mg I.M. (Prawirohardjo, 2009). Semua neonatus yang lahir harus diberi penyuntikan vitamin K1 (Phytomenadione) 1 mg intramuskuler di paha kiri. (Kemenkes, 2010)

i) Pemberian imunisasi bayi baru lahir

Imunisasi Hepatitis B diberikan 1-2 jam di paha kanan setelah penyuntikan Vitamin K1 yang bertujuan untuk mencegah penularan Hepatitis B melalui jalur ibu ke bayi yang dapat menimbulkan kerusakan hati. Selanjutnya Hepatitis B dan DPT diberikan pada umur 2 bulan, 3 bulan, dan 4 bulan. Dianjurkan BCG dan OPV diberikan pada saat bayi berumur 24 jam (pada saat bayi pulang dari klinik) atau pada usia 1 bulan. Selanjutnya OPV diberikan sebanyak 3 kali pada umur 2 bulan, 3 bulan, dan 4 bulan (Depkes RI, 2013).

j) Pemantauan bayi baru lahir

Tujuan pemantauan bayi baru lahir adalah untuk mengetahui aktivitas bayi normal atau tidak dan identifikasi masalah kesehatan bayi baru lahir yang memerlukan perhatian keluarga dan penolong persalinan serta tindak lanjut petugas Kesehatan (Prawirohardjo, 2018).

(1) Dua jam pertama sesudah lahir Hal-hal yang dinilai waktu pemantauan bayi pada jam pertama sesudah lahir meliputi:

- (a) Kemampuan mengisap kuat atau lemah
- (b) Bayi tampak aktif atau lunglai
- (c) Bayi kemerahan atau biru

(2) Sebelum penolong persalinan meninggalkan ibu dan bayinya Penolong persalinan melakukan pemeriksaan dan penilaian terhadap ada tidaknya masalah kesehatan yang memerlukan tindak lanjut seperti:

- (a) Bayi kecil untuk masa kehamilan atau bayi kurang bulan
- (b) Gangguan pernapasan
- (c) Hipotermia
- (d) Infeksi
- (e) Cacat bawaan dan trauma lahir

k) Pemeriksaan fisik dan refleks bayi (Kemenkes, 2018)

Pemeriksaan bayi baru lahir dilakukan pada saat bayi berada dalam klinik (dalam kali kunjungan. 24 jam) dan dalam kunjungan neonatus sebanyak tiga.

Memandikan bayi merupakan kesempatan untuk seluruh tubuh bayi, Mengobservasi keadaan, memberi rasa nyaman dan mensosialisasikan orangtua-anak-keluarga. membersihkan

3) Standar pelayanan pada Neonatus

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

Tabel 2.12
Kunjungan Neonatus

Kunjungan	Waktu	Tujuan
1	6-8 jam setelah lahir	1. Menjaga kehangatan bayi 2. Memastikan bayi menyusu sesering mungkin 3. Memastikan bayi sudah buang air besar (BAB) dan buang air kecil (BAK) 4. Memastikan bayi cukup tidur 5. Menjaga kebersihan kulit bayi 6. Perawatan tali pusat untuk mencegah infeksi 7. Mengamati tanda-tanda infeksi
2	3-7 hari setelah lahir	1. Mengingatkan ibu untuk menjaga kehangatan bayinya 2. Menanyakan pada ibu apakah bayi menyusu kuat 3. Menanyakan pada ibu apakah BAB dan BAK bayi normal 4. Menanyakan apakah bayi tidur lelap atau rewel 5. Menjaga kekeringan tali pusat

		6. Menanyakan pada ibu apakah terdapat tanda-tanda infeksi
3	8-28 hari setelah lahir	1. Mengingatkan ibu untuk menjaga kehangatan bayinya 2. Menanyakan pada ibu apakah bayi menyusu kuat 3. Menganjurkan ibu untuk menyusui ASI saja tanpa makanan tambahan selama 6 bulan 4. Bayi sudah mendapatkan imunisasi BCG, Polio dan hepatitis

- 4) Tanda-tanda yang harus diwaspadai pada bayi baru lahir
 - a) Pernapasan sulit atau lebih dari 60 kali permenit
 - b) Tali pusat merah, bengkak, keluar cairan (nanah), bau busuk
 - c) Pernapasan sulit.
 - d) Tidak berkemih 24 jam, tinja lembek, hijau tua, ada lendir dan darah.

b. Patologi pada Neonatus

1) Bayi Berat Badan Lahir Rendah (BBLR)

Bayi berat lahir rendah (BBLR) adalah bayi dengan berat lahir kurang dari 2500 gram tanpa memandang usia gestasi. BBLR dapat terjadi pada bayi yang lahir sebelum umur kehamilan mencapai 37 minggu atau pada bayi cukup bulan. Berat badan lahir adalah berat badan yang ditimbang dalam 1 jam setelah bayi lahir. Bayi berat lahir rendah terjadi karena kehamilan prematur dan kurang bulan, bayi kecil masa kehamilan dan kombinasi keduanya. Bayi yang lahir kurang bulan belum siap hidup di luar kandungan sehingga bayi akan mengalami kesulitan dalam bernapas, menghisap, melawan infeksi dan menjaga tubuh tetap hangat (Pudjiadi, dkk., 2010).

2) Klasifikasi BBLR

Menurut (Tando, 2016) ada beberapa cara dalam mengelompokkannya yaitu :

- a) Klasifikasi BBLR menurut harapan hidupnya :
 - (1) Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) berat lahir 1500-2500 gr
 - (2) Bayi Berat Lahir Sangat Rendah (BBLSR) berat lahir 1000-1500 gr
 - (3) Bayi Berat Lahir Ekstrem Rendah (BBLER) berat lahir 1000 gr
- b) Menurut masa gestasinya :
 - (1) Prematuritas murni: Masa gestasinya kurang dari 37 minggu dan berat badannya sesuai dengan berat badan untuk masa gestasi berat atau biasa disebut neonatus kurang bulan sesuai untuk masa kehamilan.
 - (2) Dismaturitas: Bayi lahir dengan berat badan kurang dari berat badan seharusnya untuk masa gestasi itu. Berat bayi mengalami retardasi pertumbuhan intrauterin dan merupakan bayi yang kecil untuk masa kehamilannya (Proverawati & Ismawati, 2012).

3) Faktor resiko BBLR

Menurut dan Ismawati, (2010) yaitu:

- a) usia ibu
- b) tingkat pendidikan
- c) stres psikologis
- d) status sosial ekonomi
- e) Status gizi
- f) Ibu hamil mengkonsumsi alkohol
- g) Penyakit selama kehamilan
- h) Budaya pantangan makanan
- i) asupan gizi
- j) paritas
- k) Jarak kehamilan
- l) ibu hamil perokok
- m) penyakit selama kehamilan
- n) budaya pantangan makanan

4) Infeksi pada Neonatus

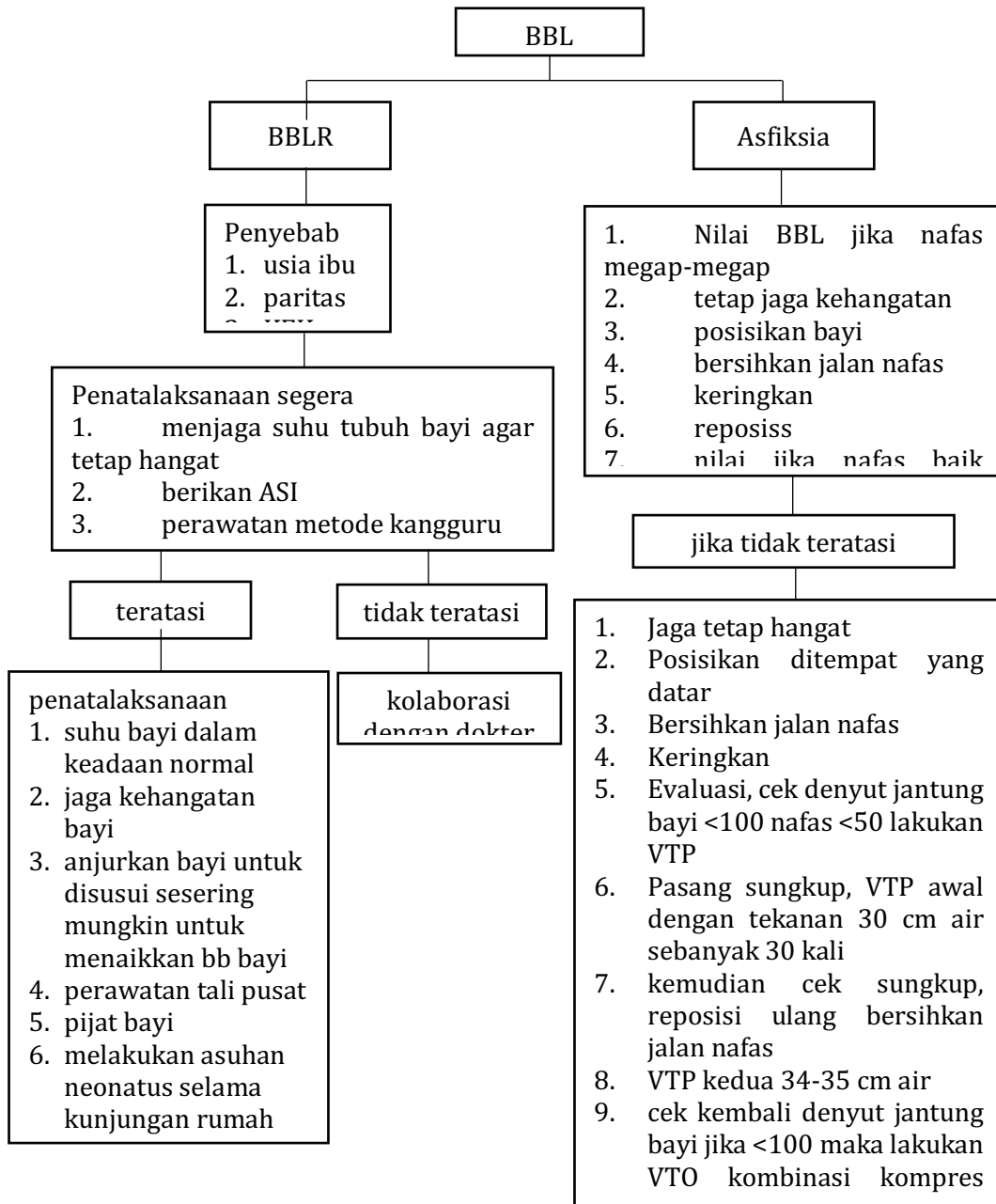
Bayi baru lahir sangat rentan terhadap infeksi yang disebabkan oleh paparan atau kontaminasi selama proses persalinan atau beberapa saat setelah lahir. Sebelum menangani bayi baru lahir, pastikan tangan penolong persalinan melakukan upaya infeksi. Ketika bayi mengalami infeksi, bayi dapat mengalami beberapa tanda dan gejala berikut:

- a) suhu tubuh menurun atau meningkat
- b) Bayi tampak kuning
- c) muntah muntah
- d) lemas
- e) kurang mau menyusu
- f) kejang kejang
- g) diare
- h) kulit kebiruan atau pucat
- i) sesak nafas
- j) gula darah rendah
- k) infeksi tali pusat

5) Penatalaksanaan BBLR

- a) pengaturan panas tersedia pada zona panas normal, merupakan suhu yang cukup untuk memelihara suhu tubuh
- b) Terapi oksigen dan bantuan ventilasi jika diperlukan
- c) nutrisi terbatas karena untuk menghisap dan menelan. ASI merupakan sumber makanan utama yang optimal sebagai makanan dari luar
- d) jika bayi hyperbilirubinemia dilakukan pemantauan kadar bilirubin.

Bagan 2.4
BBL dengan KEK



(Sumber : Ruspita Mimi 2020)

5. Keluarga Berencana (KB)

a. Konsep Teori Keluarga Berencana

1) Pengertian

Keluarga berencana merupakan usaha untuk mengukur jumlah anak dan jarak kelahiran anak yang diinginkan. Maka dari itu, pemerintah merencanakan program atau cara untuk mencegah dan menunda kehamilan (Sulistyawati, 2013).

Kontrasepsi yaitu pencegahan terbuahnya sel telur oleh sel sperma (Konsepsi) atau pencegahan menempelnya sel telur yang telah di buahi dinding rahim (Nugroho dan Utama, 2014).

KB Pasca Persalinan merupakan upaya pencegahan kehamilan dengan menggunakan alat dan obat kontrasepsi segera setelah melahirkan sampai dengan 42 hari/ 6 minggu setelah melahirkan, sedangkan KB Pasca Keguguran merupakan upaya pencegahan kehamilan dengan alat dan obat kontrasepsi setelah mengalami keguguran sampai dengan kurun waktu 14 hari (BKKBN, 2017).

2) Alat Kontrasepsi

a) Pengertian

Kontrasepsi adalah pencegah terbuahnya sel telur oleh sel sperma (konsepsi) atau pencegahan menempelnya sel telur yang telah dibuahi (Nugroho dkk, 2014).

b) Jenis-jenis kontrasepsi

Menurut Handayani (2017) adapun jenis-jenis kontrasepsi yaitu:

(1) Metode kontrasepsi sederhana

(a) Metode Amenore Laktasi (MAL)

MAL adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif, artinya hanya diberikan ASI tanpa tambahan makanan ataupun minuman apa pun lainnya.

(b) Berkala

Teknik kontrasepsi alamiah dimana hubungan seksual dilakukan pada masa subur, yaitu dekat dengan

pertengahan siklus haid atau terdapat tanda-tanda kesuburan (keluarnya lendir encer pada dinding vagina).

(c) Senggama Terputus

Saat Koitus pria mengeluarkan penisnya dari vagina sebelum penis mencapai ejakulasi yang pada akhirnya tidak ada pertemuan antara sperma dan ovum sehingga kehamilan dapat di cegah.

(2) Metode kontrasepsi hormonal

(a) Pil

1) Pengertian

Pil kombinasi merupakan pil kontrasepsi yang berisi hormon sintetis estrogen dan progesteron. Pil progestin merupakan pil kontrasepsi yang berisi hormon sintetis progesterone.

2) Jenis KB Pil menurut Sulistyawati (2013) yaitu:

a) Monofasik

Pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen atau progestin, dalam dosis yang sama, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif, jumlah dan porsi hormonnya konstan setiap hari.

b) Bifasik

Pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen, progestin dengan dua dosis berbeda 7 tablet tanpa hormon aktif, dosis hormon bervariasi.

c) Trifasik

Pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen atau progestin, dengan tiga dosis yang berbeda 7 tablet tanpa hormon aktif, dosis hormon bervariasi setiap hari.

3) Indikasi

a) Usia reproduksi

- b) Telah memiliki anak ataupun belum
- c) Gemuk atau kurus
- d) Setelah melahirkan dan tidak menyusui
- e) Pasca keguguran
- f) Anemia karena haid berlebihan
- g) Riwayat kehamilan ektopik
- h) Siklus haid tidak teratur
- i) Kelainan payudara jinak
- j) kencing manis tanpa komplikasi ginjal, pembuluh darah, dan syaraf (Priyanti, 2017).

4) Kontra indikasi

- a) Karsinoma payudara
 - b) Kehamilan
 - c) Pendarahan abnormal dari genatalis tanpa sebab
 - d) Sakit kepala hebat
 - e) Hipertensi
 - f) DM
 - g) Umur 40 tahun di sertai riwayat kardiovaskuler
 - h) Umur 35 tahun perokok berat (>15 batang/hari)
 - i) Myoma uteri
 - j) Epilepsi
- (sumber : Priyanti, 2017).

(b) Injeksi/Suntikan

1) Pengertian

Suntik kombinasi merupakan kontrasepsi suntik yang berisi hormon sintetis estrogen dan progesteron dan suntik progestin merupakan kontrasepsi suntikan yang berisi hormon progesterone.

2) Jenis kontrasepsi Suntik

Menurut Sulistyawati (2013) Terdapat dua jenis kontrasepsi suntikan yang hanya mengandung progestin, yaitu:

- a) Depo Mendroksi Progesteron (DMPA), mengandung 150 mg DMPA yang diberikan setiap tiga bulan dengan cara di suntik intramuscular (di daerah pantat).
- b) Depo Noretisteron Enantat (Depo Noristerat), mengandung 200 mg Noretindron Enantat, diberikan setiap dua bulan dengan cara di suntik intramuscular (di daerah pantat atau bokong).

3) Indikasi

Indikasi pemakaian kontrasepsi suntik antara lain, jika klien menghendaki pemakaian kontrasepsi jangka panjang atau klien telah mempunyai cukup anak sesuai harapan, tapi saat ini belum siap. Kontrasepsi ini juga cocok untuk klien yang menghendaki tidak ingin menggunakan kontrasepsi setiap hari atau saat melakukan sanggama atau klien dengan kontra indikasi pemakaian estrogen dan klien yang sedang menyusui. Klien yang mendekati masa menopause atau sedang menunggu proses sterilisasi juga cocok menggunakan kontrasepsi suntik (Yulizawati, 2019).

4) Kontraindikasi

Beberapa keadaan kelainan atau penyakit merupakan kontra indikasi pemakaian suntikan KB. Ibu dikatakan tidak cocok menggunakan KB suntik jika ibu sedang hamil, ibu yang menderita sakit kuning (liver), kelainan jantung, varises (urat kaki keluar), mengidap tekanan darah tinggi, kanker payudara atau organ reproduksi, atau menderita kencing manis. Selain itu, ibu yang merupakan perokok berat, sedang dalam persiapan operasi, pengeluaran darah yang tidak jelas dari vagina, sakit kepala sebelah (migrain) merupakan kelainan-kelainan yang menjadi pantangan penggunaan KB suntik ini (Yulizawati, 2019).

(c) Implan

1) Pengertian

Salah satu jenis alat kontrasepsi yang berupa susuk yang dibuat dari sejenis karet silastik yang berisi hormon, dipasang pada lengan atas (Yulizawati, 2019).

2) Indikasi

- a) Usia reproduksi
- b) Telah memiliki anak ataupun belum
- c) Menghendaki kontrasepsi yang memiliki efektivitas tinggi dan menghendaki pencegahan kehamilan jangka panjang
- d) Pasca persalinan dan tidak menyusui
- e) Riwayat kehamilan ektopik
- f) Tekanan darah >180/110 mmHg, dengan masalah pembekuan darah atau anemia sel sabit (sickle cell).
- g) Tidak boleh menggunakan kontrasepsi hormonal yang mengandung estrogen (Priyanti, 2017)

3) Kontraindikasi

- a) Hamil atau diduga hamil
- b) Pendarahan pervagina yang belum jelas penyebabnya.
- c) Benjolan kanker payudara atau riwayat kanker payudara.
- d) Tidak dapat menerima perubahan pola haid yang terjadi
- e) Mioma uterus dan kanker payudara.
- f) Gangguan toleransi Glukosa (Priyanti, 2017).

4) Efek samping

- a) Amenorea
- b) Pendarahan
- c) Ekspulsi

d) Infeksi pada daerah insersi

e) Berat badan naik atau turun (Priyanti, 2017).

(3) Metode kontrasepsi dengan AKDR

(a) Pengertian AKDR

Adalah suatu alat atau benda yang dimasukkan ke dalam rahim yang sangat efektif, reversibel dan berjangka panjang dapat dipakai oleh semua perempuan usia reproduktif (Priyanti, 2017).

(b) Indikasi

- 1) Usia reproduktif.
- 2) Pernah melahirkan dan mempunyai anak serta ukuran rahim tidak kurang dari 5 cm.
- 3) Menginginkan menggunakan kontrasepsi jangka panjang.
- 4) Menyusui yang menginginkan menggunakan kontrasepsi.
- 5) Setelah mengalami abortus dan tidak terlihat adanya infeksi.
- 6) Resiko rendah dari IMS.
- 7) Tidak menghendaki metode hormonal.
- 8) Tidak ada kontraindikasi

AKDR dapat digunakan pada ibu dalam segala kemungkinan keadaan misalnya:

- 1) Perokok
- 2) Setelah keguguran atau kegagalan kehamilan apabila tidak terlihat adanya infeksi
- 3) Sedang memakai antibiotik atau anti kejang
- 4) Gemuk ataupun yang kurus
- 5) Sedang menyusui (Yulizawa, 2019).

(c) Kontra indikasi

- 1) Hamil
- 2) Penyakit inflamasi *polvic (pid/pelvic inflammatory disease)*

- 3) *Karcinoma servik* atau uterus
- 4) Riwayat atau keberadaan penyakit katup jantung karena penyakit ini rentan terhadap endometritis bakterial.
- 5) Keberadaan miomata, malformasi congenital, atau anomali perkembangan yang dapat mempengaruhi rongga uterus.
- 6) Diketahui atau dicurigai alergi terhadap tembaga atau penyakit Wilson (penyakit genetik diturunkan yang mempengaruhi metabolisme tembaga sehingga mengakibatkan penumpukan tembaga di berbagai organ dalam tubuh
- 7) Ukuran uterus dengan alat periksa (sonde) berada di luar batas ditetapkan pada petunjuk terbaru tentang memasukkan AKDR, uterus harus terekam pada kedalaman 6-9cm pada paragard dan mirena.
- 8) Resiko tinggi penyakit menular seksual (pasangan seksual yang berganti-ganti).
- 9) Riwayat kehamilan ektopik atau kondisi yang dapat mempermudah kehamilan ektopik, merupakan kontraindikasi hanya pada pengguna AKDR hormonal.
- 10) Servikitis atau vaginitis akut (sampai diagnosis ditegakkan dan berhasil diobati).
- 11) Peningkatan kerentanan terhadap infeksi (seperti pada terapi kortikostteroid kronis, diabetes, HIV/AIDS, Jeukimia, dan penyalahgunaan obat-obatan IV.
- 12) Penyakit hati akut, meliputi hepatitis virus aktif atau tumor hati merupakan kontraindikasi hanya pada pengguna AKDR hormonal.
- 13) Diketahui atau dicurigai terkena karsinoma payudara merupakan kontraindikasi hanya pada pengguna AKDR hormonal.

- 14) Trombosis vena dalam/embolisme paru yang terjadi baru- baru ini merupakan kontra indikasi hanya pada penggunaan AKDR hormonal.
- 15) Sakit kepala migrain dengan gejala neurologis vokal merupakan kontraindikasi hanya pada penggunaan AKDR hormonal (Yulzawati, 2019)

(d) Efek Samping

- 1) Amenorea
- 2) Kram
- 3) Pendarahan vagina yang tidak teratur dan banyak
- 4) Benang hilang
- 5) Cairan vagina/dugaan penyakit radang panggul (Priyanti, 2017).

(4) Metode Kontrasepsi Mantap (TUBEKTOMI)

(a) Pengertian

Kontrasepsi operatif wanita adalah suatu tindakan pada kedua saluran telur yang mengakibatkan parang atau pasangan yangb bersangkutan tidak akan mendapat keturunan lagi (Priyanti, 2017).

(b) Indikasi

- 1) Wanita pada usia >26 tahun
- 2) Wanita dengan paritas >2
- 3) Wanita yang yakin telah mempunyai keluarga besar yang dikehendaki
- 4) Wanita yang pada kehamilannya akan menimbulkan resiko kesehatan yang serius
- 5) Wanita pasca persalinan
- 6) Wanita pasca keguguran
- 7) Wanita yang paham dan secara sukarela setuju dengan prosedur ini (Priyanti, 2017).

(c) Kontraindikasi

- 1) Wanita yang hamil (sudah terdeteksi atau dicurigai)

- 2) Wanita dengan perdarahan pervaginaan yang belum jelas penyebabnya
- 3) Wanita dengan infeksi sistemik atau pelvik yang akut
- 4) Wanita yang tidak boleh menjalani proses pembedahan
- 5) Wanita yang kurang pasti mengenai keinginan fertilitas di masa depan
- 6) Wanita yang belum memberikan persetujuan tertulis (Yulizawati, 2019).

b. KB pada ibu KEK

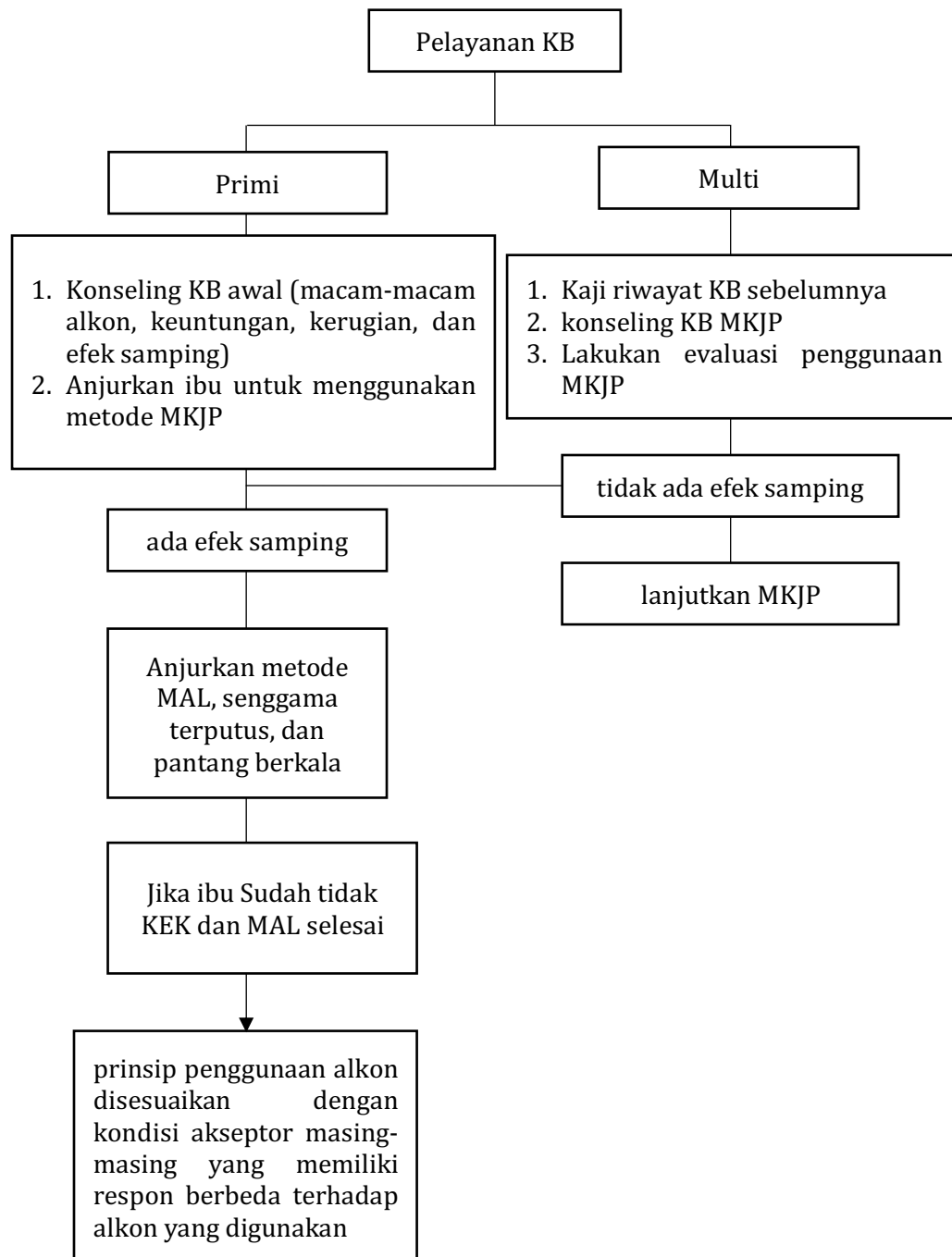
Kekurangan energi kronik adalah salah satu keadaan malnutrisi. Dimana keadaan ibu menderita kekurangan makanan yang berlangsung menahun (kronik) yang mengakibatkan timbulnya gangguan kesehatan pada ibu sangat mutlak satu atau lebih zat gizi (Helena, 2013).

Penelitian menunjukkan bahwa ibu yang berstatus gizi buruk memiliki risiko 3,638 kali lebih besar untuk tidak memberikan ASI eksklusif dibandingkan dengan ibu yang memiliki status gizi buruk. Hasil tersebut sesuai dengan teori yang menyebutkan bahwa status gizi ibu menyusui akan mempengaruhi volume dan komposisi ASI, sehingga dibutuhkan gizi yang seimbang agar kebutuhan ibu dan bayinya dapat terpenuhi dengan baik. Bila ibu menyusui memiliki pekerjaan, maka sebaiknya ASI tetap diberikan (Atikah, 2010).

Jadi ibu menyusui harus menggunakan alat kontrasepsi yang tidak mengganggu produksi ASI pada KB alka diberikan asuhan yang mengarah pada MKJP (metode KB jangka panjang), Metode Kontrasepsi Jangka Panjang atau MKJP adalah salah satu metode kontrasepsi yang menggunakan alat kontrasepsi untuk menunda atau mengatur jarak kehamilan untuk jangka panjang atau waktu yang cukup lama. Metode kontrasepsi jangka Panjang ini memiliki efektifitas yang tinggi yang berarti sangat baik digunakan untuk menjarangkan atau menunda kelahiran. Metode Kontrasepsi jangka Panjang yang digunakan adalah metode IMPLAN dan IUD. Metode ini memiliki manfaat yang cukup banyak yaitu jangka waktu pemakaian yang lebih Panjang, untuk implant biasanya jangka waktu pemakaiannya 3 (tiga) tahun sedangkan jangka waktu pemakaian

untuk IUD adalah 5 (lima) hingga 10 (sepuluh) tahun. Selain itu metode MKJP ini tidak mengganggu produksi air susu ibu sehingga aman bagi ibu menyusui serta metode ini pun tidak mengganggu fungsi seksual wanita. Berbagai manfaat dari metode MKJP ini menunjukkan bahwa alat kontrasepsi jenis ini sangat aman digunakan bagi wanita usia subur yang telah menikah, tentu disesuaikan pula dengan kondisi medis tiap ibu (BKKBN, 2015).

Bagan 2.5
Pelayanan KB



(sumber : Helena, 2015)

BAB III

METODELOGI PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Jenis penelitian ini adalah kualitatif dalam bentuk studi kasus untuk mengeksplorasi masalah asuhan kebidanan komprehensif pada ibu hamil TM III dengan Kekurangan Energi Kronik, Bersalin, Nifas, Neonatus sampai menjadi Akseptor KB. Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan asuhan kebidanan yang meliputi subjektif, objektif, analisa, dan penatalaksanaan.

B. Subjek Penelitian

Subjek yang digunakan dalam studi kasus ini adalah Ny.S umur 26 tahun G1P0A0 trimester III dengan Kekurangan Energi Kronik.

C. Kriteria Inklusi dan Eksklusi

1. Kriteria Inklusi

- a. Ibu hamil dengan LILA <23,5 cm dan IMT < 18,5 kg/m²
- b. Ibu hamil bersedia menjadi responden
- c. Ibu hamil yang tidak mengalami pendarahan selama satu bulan terakhir
- d. Ibu hamil dalam keadaan tidak sakit
- e. Ibu hamil yang dapat berkomunikasi dengan baik

2. Kriteria Eksklusi

- a. Ibu hamil pindah tempat tinggal
- b. Ibu hamil yang mengundurkan diri saat pengambilan data

D. Definisi Operasional

1. Asuhan Kebidanan Komprehensif

Asuhan kebidanan komprehensif adalah asuhan secara komprehensif atau *Continuity Of Care* (COC) yaitu asuhan berkelanjutan mulai dari masa kehamilan, proses persalinan dengan asuhan komplementer birthball, kunjungan nifas dengan asuhan komplementer pijat oksitosin, kunjungan neonatus hingga program Keluarga Berencana (KB) pasca salin dengan prosedur manajemen kebidanan dan didokumentasikan dengan metode SOAP.

2. KEK

KEK (Kekurangan Energi Kronik) adalah keadaan dimana ibu hamil mengalami gizi yang berlangsung lama dapat dilihat dari LILA <23,5 cm.

3. Manajemen Nutrisi "Isi Piringku"

Secara umum, manajemen nutrisi "Isi piringku" menggambarkan porsi makan yang dikonsumsi dalam satu kali makan yang terdiri dari 50% makanan pokok sebagai sumber karbohidrat dan lauk-pauk sebagai sumber protein. Dari separuh isi piringku tersebut dibagi menjadi 2/3 bagian terdiri dari makanan pokok dan 1/3 sisanya lauk pauk. Sedangkan 50% lagi sebagai sumber serat pangan, vitamin, dan mineral yang terdiri dari sayuran dan buah-buahan, pembagiannya 2/3 sayuran dan 1/3 buah-buahan.

E. Lokasi dan Waktu Penelitian

Lokasi studi kasus ini dilakukan di PMB Mariani Tebeng dan rumah pasien pada bulan September 2023 – Juni 2024.

F. Metode dan Instrumen Pengumpulan Data

1. Jenis Data

a. Primer

Data yang diperoleh atau dikumpulkan langsung di lapangan melalui wawancara oleh orang yang melakukan penelitian atau yang bersangkutan yang memerlukannya. Yaitu dalam studi kasus ini peneliti menggunakan data primer yang didapatkan melalui wawancara pada Ny "S".

b. Sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh selain dari pemeriksaan tetapi diperoleh dari keterangan keluarga, lingkungan, mempelajari status dan dokumentasi pasien, catatan dalam buku KIA dan Register kebidanan dan studi.

2. Teknik Pengumpulan Data

a. Wawancara

Wawancara adalah suatu metode di buku register yang digunakan atau mengumpulkan data dimana peneliti mendapat keterangan

pendirian secara lisan dari seorang responden dan berbicara berhadapan muka dengan orang tersebut.

b. Observasi

Observasi adalah mengamati perilaku dan keadaan klien untuk memperoleh data tentang masalah kesehatan dan perawatan klien.

c. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik merupakan untuk mengetahui keadaan fisik pasien sistematis dengan cara:

1) Inspeksi

Inspeksi adalah suatu proses observasi yang dilakukan sistematis dengan indra penglihatan, pendengaran dan penciuman, sebagai satu alat untuk mengumpulkan data.

2) Palpasi

Palpasi adalah suatu teknik yang menggunakan indera peraba tangan dan jari-jari adalah suatu instrumen yang sensitive dan digunakan untuk menyimpulkan data tentang temperature, turgor, bentuk kelembaban, vibrasi dan ukuran.

3) Perkusi

Perkusi adalah suatu pemeriksaan dengan jalan mengetuk permukaan badan dengan peralatan jari tangan. Bertujuan untuk mengetahui keadaan organ-organ tubuh. Tergantung dari isi jaringan yang ada dibawahnya

4) Auskultasi

Auskultasi adalah pemeriksaan dengan jalan mendengarkan suara yang dihasilkan oleh tubuh dengan menggunakan stetoskop. Pemeriksaan ini dilakukan untuk memeriksa tekanan darah pada nadi ibu normal atau tidak.

G. Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen studi kasus adalah fasilitas format pengkajian verbal dalam bentuk SOAP yang digunakan penulisan dalam mengumpulkan data agar pengerjaannya lebih mudah dan hasilnya lebih baik, dalam arti cermat, lengkap, dan sistematis sehingga lebih mudah diolah. Dalam kasus ini instrument yang

digunakan yang digunakan untuk mendapatkan data adalah format asuhan kebidanan pada ibu hamil dan lembar observasi.

H. Analisis Data

Analisa data dilakukan sejak penelitian di lapangan, sewaktu pengumpulan data sampai dengan semua pengumpulan data terkumpul. Analisa data dilakukan dengan cara mengemukakan fakta, selanjutnya membandingkan dengan teori yang ada dan selanjutnya dituangkan dalam opini pembahasan. Teknik analisis yang digunakan secara deskriptif berdasarkan hasil interpretasi yang dilakukan untuk menjawab rumusan masalah penelitian.

I. Etika Penelitian

1. Lembar Persetujuan (*Informed Consent*)

lembar persetujuan untuk pasien diberikan sebelum studi kasus yang dilakukan agar pasien mengetahui maksud dan tujuan studi kasus yang dilakukan. Selain persetujuan pasien

2. Tanpa Nama (*Anonymity*)

Dalam penulisan nama pasien diharapkan tidak menyebut nama pasien, namun dapat dibuat dalam bentuk inisial.

3. Kerahasiaan (*Confidential*)

Kerahasiaan informasi dari pasien yang telah dikumpulkan menjadi tanggung jawab penulis.