

LAPORAN TUGAS AKHIR
ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY. "S"
USIA 22 TAHUN DI BPM NGADILLAH SOBIRIN Amd.Keb
KOTA MALANG



OLEH :
DEVI NOVIANTI
NIM 1615.15401.1076

PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN WIDYAGAMA HUSADA
MALANG
2019

LAPORAN TUGAS AKHIR
ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY. “S”
USIA 22 TAHUN DI BPM NGADILLAH SOBIRIN Amd.Keb
KOTA MALANG



Diajukan Sebagai Syarat untuk Menyelesaikan
pendidikan Tinggi Program Studi DIII Kebidanan

OLEH :
DEVI NOVIANTI
NIM 1615.15401.1076

PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN WIDYAGAMA HUSADA
MALANG
2019

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Tugas Akhir ini disetujui untuk dipertahankan dihadapan Tim Penguji

Laporan Tugas Akhir Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Widyagama Husada :

ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY."S" 22 TAHUN
DI BPM NGADILLAH SOBIRIN Amd.Keb

DI MALANG

DEVI NOVIANTI

1615.15401.1076

Malang,.....

Menyetujui,

Pembimbing I

Pembimbing II

(Jiarti Kusbandiyah, S.SiT.,M.Kes)

(Yuniar Angelia P, S.SiT., M.Kes)

LEMBAR PENGESAHAN

Laporan Tugas Akhir ini telah diperiksa dan dipertahankan di hadapan Tim Penguji Laporan Tugas Akhir Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Widyagama Husada Pada Tanggal.....2019

**ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF
PADA NY “ S” USIA 22 TAHUN
DI BPM NGADILLAH SOBIRIN Amd.Keb KOTA MALANG**

DEVI NOVIANTI

NIM.1615.15401.1076

(dr.Herdiyanto, SpOG) ()

Penguji I

(Jiarti Kusbandiyah, S.SiT.,M.KES) ()

Penguji II

(Yuniar Angelia P, S.SiT., M.KES) ()

Penguji III

Mengetahui

Ketua

STIKES Widyagama Husada

dr. Rudy Joegijantoro, MMRS

NIP. 197110152001121006

KATA PENGANTAR

Puji syukur Penulis panjatkan pada Tuhan Yang Maha Esa karena atas rahmatNya penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir yang berjudul "Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny."S" Usia 22 Tahun Di BPM NGADILLAH SOBIRIN Amd.Keb Malang sebagai salah satu persyaratan akademik dalam rangka penyelesaian kuliah di program studi DIII Kebidanan di Stikes Widyagama Husada Malang. Dalam Laporan Tugas Akhir akan dijabarkan sebagai konsep mengenai Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny."S" dari kehamilan sampai KB di Wilayah Kota Malang sehingga hasil dari penelitian ini dapat dijadikan rujukan dalam meningkatkan asuhan kebidanan pada ibu hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas dan KB.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa dalam rangkaian kegiatan penulisan Laporan Tugas Akhir ini tidak akan terlaksana tanpa adanya bantuan dari beberapa pihak yang turut berperan dalam penyelesaian Laporan Tugas Akhir ini. Pada kesempatan ini penulis sampaikan terimakasih dan penghargaan kepada yang terhormat :

1. Dr. Rudy Joegijantoro, MMRS., selaku Ketua Stikes Widyagama Husada Malang
2. dr. Wira Daramatasia, M.Biomed., selaku Wakil Ketua Bidang I Akademik dan Kemahasiswaan STIKES Widyagama Husada Malang.
3. Dr. Herdianto, SpoG selaku Penguji I yang telah memberikan masukan dan saran dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini.
4. Yuniar Angelia P, S.SiT., M.KES selaku ketua Program Studi D3 Kebidanan STIKES Widyagama Husada Malang dan selaku Pembimbing II yang telah memberikan pengarahan, masukan dan saran dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini.
5. Jiarti Kusbandiyah, S.SiT.,M.KeS selaku Pembimbing I yang telah memberikan pengarahan, masukan dan saran dari awal sampai akhir penyusunan Laporan Tugas Akhir ini.
6. BPM NGADILLAH SOBIRIN Amd.Keb selaku penyedia lahan dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini.
7. Ny. "S" selaku pasien, yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.

8. Kedua Orang Tua yang selalu memberikan dukungan dan semangat kepada penulis.
9. Teman-teman seperjuangan yang sudah memberikan dukungan dan semangat kepada penulis

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa penulisan Laporan Tugas Akhir ini masih jauh dari kesempurnaan. Hal ini disebabkan karena keterbatasan penulis sendiri sebagai manusia yang tak luput dari kesalahan.

Penulis mengharap kritik dan saran yang membangun dari semua pihak untuk perbaikan Laporan Tugas Akhir ini di kemudian hari, sehingga hasil dari penyusunan Laporan Tugas Akhir dapat bermanfaat untuk menambah pengetahuan bagi para pembaca pada umumnya dan penulis pada khususnya

Malang, Agustus 2019

Penulis

RINGKASAN

Novianti, Devi. 2019. Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny. "S" Usia 22 Tahun di BPM Ngadilah Sobirin., Amd. Keb., Kota Malang. Laporan Tugas Akhir. DIII. Program Studi Kebidanan. Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Widyagama Husada Malang. Pembimbing: 1. Jiarti Kusbandiyah, S.SiT.M.Kes 2. Yuniar Angelia P, S.SiT., M.Kes

Angka Kematian Ibu dan Angka Kematian Bayi merupakan tolak ukur derajat kesehatan dan keberhasilan pelayanan kesehatan di suatu Negara. Di Indonesia Angka Kematian Ibu mencapai 306 per 100.000 kelahiran hidup dan Angka Kematian Bayi mencapai 24 per 1000 kelahiran hidup. Di Kota Malang Angka Kematian Ibu mencapai 80 jiwa per 100.000 kelahiran hidup dan Angka Kematian Bayi mencapai 14 per 1000 kelahiran hidup. Tujuan dari penatalaksanaan Asuhan Kebidanan Komprehensif dalam tugas akhir ini adalah mahasiswa mampu melaksanakan asuhan kebidanan mulai dari masa kehamilan sampai Keluarga Berencana.

Asuhan Kebidanan Komprehensif dilakukan pada bulan Juli - Agustus 2019 dengan 10 kali kunjungan, yaitu 1 kali kunjungan selama kehamilan, 1 kali kunjungan di saat persalinan, 2 kali kunjungan BBL, 4 kali kunjungan masa nifas, dan 2 kali kunjungan Keluarga Berencana. Asuhan kebidanan dilakukan menggunakan metode pendekatan Varney dan didokumentasikan dengan SOAP.

Hasil Asuhan yang diberikan pada Ny. "S" usia 22 tahun G₁ P₀₀₀₀ Ab₀₀₀₀ yang dimulai dari usia kehamilan 39 minggu 2 hari di BPM Ngadillah Sobirin, Amd.Keb tidak mengalami kesenjangan. Proses persalinan pada kala I berlangsung 5 jam, Kala II berlangsung 30 menit spontan. Kala III dilakukan penyuntikan oksitosin 1x dan kala IV berlangsung baik sehingga tidak ada kesenjangan. Bayi laki - laki lahir normal menangis kuat, bergerak aktif, berat badan 3000 gram, panjang badan 51 cm, APGAR score 7-8. Masa nifas berlangsung normal. Pasien memilih keluarga berencana Suntik 3 Bulan karena tidak mengganggu proses menyusui dan aktivitas. Dapat disimpulkan bahwa selama diberikan Asuhan Kebidanan Komprehensif dari masa Kehamilan, Persalinan, Nifas, bayi baru lahir, dan keluarga berencana pasien dalam keadaan yang fisiologis. Bidan disarankan dapat meningkatkan pelayanan kebidanan pada ibu mulai dari masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, dan keluarga berencana sesuai dengan standart asuhan kebidanan.

Kepustakaan :29 kepustakaan (2008-2016)

Kata kunci :Kehamilan, Persalinan, Nifas, Bayi Baru Lahir, dan

SUMMARY

Novianti, Devi. 2019. Comprehensive Midwifery Care in Ny. "S" Age 22 years at BPM Ngadilah Sobirin., Amd. Keb., Kota Malang. Final report. DIII. Midwifery Study Program. Widyagama Husada College of Health Sciences Malang. Supervisor: 1. Jiarti Kusbandiyah, S.SiT.M.Kes 2.Yuniar Angelia P, S.SiT., M.Kes

Maternal Mortality and Infant Mortality Rates are a measure of the degree of health and success of health services in a country. In Indonesia the Maternal Mortality Rate reaches 306 per 100,000 live births and the Infant Mortality Rate reaches 24 per 1000 live births. In Malang City the Mortality Rate reaches 80 people per 100,000 live births and the Infant Mortality Rate reaches 14 per 1000 live births. The aim of the management of Comprehensive Midwifery Care in this thesis is that students are able to carry out midwifery

Comprehensive Midwifery Care is carried out in July - August 2019 with 10 visits, namely 1 visit during pregnancy, 1 visit during labor, 2 visits to BBL, 4 times during the postpartum period, and 2 times family planning visits. Midwifery care is carried out using the Varney approach and documented by SOAP

The results of care given to Mrs. "S" 22 years old GI P0000 Ab000 starting from 39 weeks 2 days gestation at BPM Ngadillah Sobirin, Amd.Keb did not experience any gaps. The delivery process in the first time lasted 5 hours. Stage II lasts 30 minutes spontaneously. Stage III injected oxytocin once and Stage IV went well so there were no gaps. Normal baby boys cry strong, active moves, body weight 3000 grams, body length 51 cm, APGAR score 7-8. The postpartum period is normal. The patient chose family planning for 3-month injection because it did not interfere with the process of breastfeeding and activity. It can be concluded that during the provision of Comprehensive Midwifery Care from Pregnancy, Childbirth, Postpartum, newborn, and family planning patients in physiological conditions ,. Midwives are advised to improve midwifery services for mothers starting from pregnancy, childbirth, childbirth, newborns, and family planning in accordance with the standards of midwifery care.

Literature: 29 libraries (2008-2016)

Keywords: Pregnancy, Childbirth, Postpartum, Newborns, and Family Planning.

DAFTAR ISI

| | |
|--|-------------|
| LAPORAN TUGAS AKHIR | i |
| LEMBAR PERSETUJUAN..... | ii |
| LEMBAR PENGESAHAN | iii |
| KATA PENGANTAR | iv |
| RINGKASAN..... | vi |
| SUMMARY..... | vii |
| DAFTAR ISI | viii |
| DAFTAR TABEL | xi |
| DAFTAR GAMBAR | xii |
| BAB I PENDAHULUAN | 1 |
| 1.1 Latar Belakang | 1 |
| 1.2 Rumusan Masalah | 4 |
| 1.3 Tujuan..... | 4 |
| 1.3.1 Tujuan Umum | 4 |
| 1.3.2 Tujuan Khusus..... | 4 |
| 1.4 Ruang Lingkup | 5 |
| 1.4.1 Sasaran..... | 5 |
| 1.4.2 Tempat..... | 5 |
| 1.4.3 Waktu..... | 5 |
| 1.5 Manfaat Laporan Tugas Akhir..... | 5 |
| 1.5.1 Bagi institusi Pendidikan | 5 |
| 1.5.2 Bagi Penulis | 5 |
| 1.5.3 Bagi Lahan Praktek..... | 6 |
| 1.5.4 Bagi Klien | 6 |
| 1.5.5 Bagi Penulis LTA Selanjutnya | 6 |
| 1.5.6 Bagi Bidan | 6 |
| BAB II TINJAUAN TEORI..... | 7 |
| 2.1 Konsep Dasar..... | 7 |
| 2.1.1 Konsep dasar kehamilan | 7 |
| 2.1.2 Konsep Dasar Persalinan..... | 19 |
| 2.1.3 Konsep Dasar Retensio Plasenta | 32 |
| 2.1.4 Konsep Bayi Baru Lahir..... | 60 |
| 2.1.5 Konsep KB..... | 73 |

| | | |
|---|--|------------|
| 2.2 | Konsep Manajemen Kebidanan | 76 |
| 2.2.1 | Definisi Manajemen Kebidanan | 76 |
| 2.2.2 | Prinsip Manajemen Kebidanan | 76 |
| 2.2.3 | Langkah-langkah Manajemen Kebidanan | 77 |
| 2.3 | Konsep Dokumentasi Kebidanan | 79 |
| 2.3.1 | Definisi Dokumentasi Kebidanan | 79 |
| 2.3.2 | Fungsi dan Prinsip Dokumentasi Kebidanan | 80 |
| 2.3.3 | Model Dokumentasi Asuhan Kebidanan | 80 |
| BAB III KERANGKA KONSEP CONTINUITY OF CARE | | 82 |
| 3.1 | Kerangka Konsep | 82 |
| 3.2 | Keterangan Kerangka Konsep | 83 |
| BAB IV ASUHAN KEBIDANAN | | 84 |
| 4.1 | Laporan Asuhan Kehamilan | 84 |
| 4.1.1 | Asuhan Kebidanan Antenatal | 84 |
| 4.2 | Laporan Asuhan Persalinan | 89 |
| 4.2.1. | Persalinan Kala I | 89 |
| 4.2.2. | Persalinan Kala II | 91 |
| 4.2.3. | Asuhan Persalinan Kala III | 92 |
| 4.2.4. | Asuhan Persalinan Kala IV | 93 |
| 4.3. | Laporan Asuhan Masa Nifas | 95 |
| 4.3.1. | Asuhan Masa Nifas 1 (6 jam post partum) | 95 |
| 4.3.2. | Asuhan Masa Nifas 2 (6 Hari post partum) | 96 |
| 4.3.3. | Asuhan Masa Nifas 3 (2 Minggu post partum) | 98 |
| 4.3.4 | Asuhan Nifas Kunjungan IV | 99 |
| 4.4. | Laporan Asuhan Kebidanan Neonatus | 101 |
| 4.4.1. | Kunjungan BBL I | 101 |
| 4.4.2. | Kunjungan BBL Ke 2 | 103 |
| 4.3 | Laporan Pelaksanaan Asuhan KB | 105 |
| BAB V PEMBAHASAN | | 108 |
| 5.1. | Pembahasan Asuhan Kehamilan | 108 |
| 5.2. | Pembahasan Asuhan Persalinan | 113 |
| 5.3. | Pembahasan Asuhan Nifas | 115 |
| 5.4. | Pembahasan Asuhan Bayi Baru Lahir | 117 |
| 5.5. | Pembahasan Asuhan KB | 119 |
| BAB VI PENUTUP | | 121 |

| | |
|----------------------|-----|
| 6.1. Kesimpulan..... | 121 |
| 6.2. Saran | 122 |

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

| <u>NO JUDUL TABEL</u> | <u>HALAMAN</u> |
|--|----------------|
| Tabel 2. 1 Tinggi Fundus Uteri | 13 |
| Tabel 2. 2 Tinggi Fundus Uteri | 46 |
| Tabel 2. 3 Jadwal Kunjungan Rumah..... | 56 |
| Tabel 2. 4 Jadwal Imunisasi | 73 |
| Tabel 2. 5 Ukuran Panggul Luar | 76 |

DAFTAR GAMBAR

| <u>NO</u> | <u>JUDUL GAMBAR</u> | <u>HALAMAN</u> |
|--------------|------------------------------------|----------------|
| Gambar 2.1 | Proses Kehamilan..... | 8 |
| Gambar 2.2 | KSPR | 17 |
| Gambar 2.3 | Mekanisme Persalinan | 21 |
| Gambar 2. 4 | Jenis – Jenis Panggul..... | 25 |
| Gambar 2. 5 | Bidang Hodge | 27 |
| Gambar 2. 6 | Ukuran panggul dalam | 27 |
| Gambar 2. 7 | Payudara..... | 40 |
| Gambar 2. 8 | Reflek Mencari..... | 42 |
| Gambar 2. 9 | Posisi Menyusui yang Benar | 44 |
| Gambar 2. 10 | Posisi Perlekatan yang Benar | 45 |
| Gambar 2. 11 | Latihan Kegel..... | 52 |
| Gambar 2. 12 | Latihan Pernapasan | 52 |
| Gambar 2. 13 | Latihan Mengangkat pinggul | 53 |
| Gambar 2. 14 | Latihan Mengangkat kepala | 53 |
| Gambar 2. 15 | Latihan meluncurkan kaki..... | 53 |

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Di Indonesia angka kematian ibu dan angka kematian bayi masih tinggi, untuk itu upaya yang diutamakan oleh pemerintah memperbaiki kesehatan ibu, bayi baru lahir dan anak. Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) merupakan salah satu indikator utama derajat kesehatan suatu Negara. AKI dan AKB juga mengindikasikan kemampuan dari kualitas pelayanan kesehatan, kualitas pendidikan dan pengetahuan masyarakat, kualitas kesehatan lingkungan, sosial budaya serta hambatan dalam memperoleh akses program kesehatan (Kemenkes, 2017).

Angka kematian ibu (AKI) di Indonesia mencapai 346 per 10.000 kelahiran hidup dan Angka Kematian Bayi (AKB) mencapai 32 per 10.000 kelahiran hidup. Melengkapi hal tersebut, data laporan dari daerah yang diterima Kementerian Kesehatan RI menunjukkan bahwa jumlah ibu yang meninggal di Indonesia karena kehamilan dan persalinan tahun 2017 adalah sebanyak 5019 orang. Sedangkan jumlah bayi yang meninggal di Indonesia berdasarkan estimasi mencapai 160.681 anak (Kemenkes, 2018). Sedangkan di Indonesia jumlah AKI sudah menargetkan pada tahun 2015-2019 target untuk AKI dengan data acuan 346/100.000 KH pada tahun 2014 menjadi 306/100.00 KH pada tahun 2019. Sedangkan target AKB dengan data acuan 32/1000 KH pada tahun 2014 menjadi 24/1000 KH di tahun 2019 (Kemenkes, RI 2018) Berdasarkan hasil Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2016. Angka Kematian Ibu (AKI) yang berkaitan langsung dengan kehamilan, persalinan, nifas di Jawa Timur mencapai 91,00 per kelahiran hidup dan pada tahun 2015 AKI 306/100.000 per kehamilan hidup. AKB pada tahun 2015 mencapai 24/1000 KH dan pada tahun 2017 32 per 1000 kelahiran hidup. Angka ini mengalami penurunan di banding tahun 2015 yang mencapai 306/100.000 KH sedangkan AKI pada tahun 2016 berdasarkan hasil SDKI mencapai 91,00 per kehamilan hidup. Penyebab kematian ibu di dunia yaitu Pre eklamsi / eklamsia sebesar 30,90%, infeksi 4,87%, pada tahun 2016. Penyebab tertinggi kematian ibu di kota Malang yaitu perdarahan dan salah satu faktor dominan resiko kematian ibu hamil adalah obesitas yang bisa menyebabkan hipertensi dan

angka kematain bayi (AKB) mencapai sebesar 32 per 1000 kelahiran hidup. (kemenkes, 2018). Di Indonesia Angka Kematian Ibu (AKI) tercatat 305 per 100.000 kelahiran hidup sedangkan Angka Kematain Bayi (AKB) mencapai sebesar 32 per 1000 kelahiran hidup. (Kemenkes, 2017). Hal ini menunjukkan bahwa kualitas kesehatan di Indonesia mulai membaik karna Angka Kematian Ibu dan Bayi menurun dimana AKI Provinsi Jawa Timur menurun tiga tahun terakhir. Menurut SUPAS (Nasional) tahun 2016 target untuk AKI sebesar 305 per 100.000 kelahiran pada tahun 2016. AKI Jawa Timur mecapai 91,00 per 100.000 kelahiran hidup. Angka ini mengalami penurunan dibandingkan 2016 AKB (Angka Kematian Bayi) mencapai 32 per 1000 kelahiran pada tahun 2015 sebesar 24 per 1000 kelahiran hidup (Dinkes Provinsi Jawa Timur, 2016)

Berdasarkan data di atas capaian untuk K4 dan KN sudah semakin membaik karena setiap tahun mengalami peningkatan dan capain untuk KB mengalami penurunan, hal ini menjadi salah satu masalah yang harus di perhatikan oleh pemerintah khususnya capaian untuk KB karna pencapaian untuk satu tahun terakhir ini menurun. Salah satu upaya untuk menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) yang sudah dilakukan oleh pemerintah dan tenaga kesehatan terkait adalah dengan memberikan asuhan secara *continuity of care* dengan meningkatkan asuhan kebidanan yang bermutu dan menyeluruh kepada ibu dan bayi terutama pertolongan persalinan, kegawat daruratan obstetric serta asuhan bayi baru dan melakukan pelatihan pengembangan *soft skill*. Dengan melakukan *continuity of care*, pelayanan yang dicapai yaitu terjalin hubungan yang terus menerus antara seorang wanita dan bidan. Asuhan yang berkelanjutan berkaitan dengan kualitas pelayanan dari waktu ke waktu pasti membutuhkan hubungan yang terus menerus antara pasien dan tenaga kesehatan. Jawa timur merupakan provinsi dengan AKI dan AKB yang cukup tinggi. Terdapat 529 jumlah AKI dan 3.234 jumlah AKB pada masa neonatus di jawa timur tahun 2013-2015. Sedangkan menurut SUPAS tahun 2016 target untuk AKI sebesar 305/100.000 kelahiran hidup, pada tahun 2016 AKI provinsi Jawa Timur mencapai 91,00/100.000 kelahiran hidup. Angka mengalami peningkatan di bandingkan tahun 2015 yang mencapai 89,6 per 100.000 kelahiran hidup. Peyebab tertinggi terjadi kematian pada ibu tahun 2016 adalah preeklamsi/eklamsi yaitu sebesar 30,90% atau sebanyak 165 orang.

Sedangkan penyebab terendah adalah infeksi sebesar 4.87% atau sebanyak 26 orang. Sedangkan tahun 2017 tercatat 3 orang ibu dan 18 bayi meninggal setiap harinya di provinsi Jawa Timur. Sedangkan Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia mencapai 346/100.000 kelahiran hidup dan Angka Kematian Bayi (AKB) mencapai 32/100.000 kelahiran hidup. Melengkapi hal tersebut, data di laporkan dari daerah yang di terima Kementerian Kesehatan RI menunjukkan bahwa jumlah ibu yang meninggal karena kehamilan dan persalinan tahun 2017 adalah sebanyak 5019 orang. Sedangkan jumlah bayi yang meninggal di Indonesia berdasarkan estimasi mencapai 160.681 anak (Kemenkes, 2018)

Laporan dari Dinas Kesehatan Kota Malang tahun 2016 Angka Kematian Bayi mencapai 126 namun pada tahun 2018 Angka Kematian Bayi merosot menjadi 66 kasus, begitu juga dengan Angka Kematian Ibu menurut laporan Kepala seleksi keluarga dan gizi Dinas Kesehatan Kota Malang Angka Kematian Ibu mengalami penurunan dari 14 kasus menjadi 8 kasus (Dinas Kesehatan Malang, 2018)

Penyebab utama kematian ibu tertinggi adalah akibat komplikasi kehamilan, kelahiran dan masa nifas. Tingginya kejadian kematian ibu menunjukkan bahwa akses Asuhan ibu selama kehamilan belum adekuat. Kompetensi bidan tentang penanganan kegawat daruratan belum optimal serta pelayanan rujukan yang sesuai prinsip dasar masih belum optimal. Komplikasi persalinan terjadi dengan tidak terduga sehingga keluarga menjadi panik dan sulit atau lama mengambil keputusan untuk merujuk. Ketidak siapan mental, Biaya, Transportasi dan hambatan sosial budaya merupakan pertimbangan keluarga dalam pengambilan keputusan (Saifudin,2010)

Bidan merupakan ujung tombak memberi pelayanan bagi masyarakat terutama bagi ibu dan bayi. Salah satu tugas bidan adalah untuk membantu program pemerintah untuk menurunkan angka kematian ibu dan kematian bayi. Dimana asuhan tersebut diberikan pada saat ibu hamil, bersalin, nifas, dan KB serta pada bayi baru lahir. Asuhan tersebut dapat dilakukan dengan menggunakan COC. Tujuan dilakukan asuhan Komperesih (Continuty Of Care/COC) agar bidan dapat mendeteksi secara dini terjadinya masalah potensi, seperti PER/PEB saat kehamilan, HPP saat persalinan, infeksi saat

nifas, asfiksia atau BBLR, sehingga dapat mencegah terjadinya komplikasi dan kematian. Berdasarkan uraian di atas penulis tertarik melakukan asuhan kebidanan dengan metode COC selama proses kehamilan, Persalinan, Nifas, Bayi baru lahir, dan KB pada Ny”S” di BPM NGADILLAH SOBIRIN Amd.Keb

BPM Ngadillah Sobirin terletak di daerah Pakis. Selama satu bulan di dapatkan hasil pemeriksaan ANC kurang lebih 100, orang INC 10 orang PNC 10 orang dan KB 200-250 orang. Hasil studi pendahuluan proposal tugas akhir ini untuk tahun 2019 pada Ny “S” GI P0000 Ab000.

Bersdasarkan uraian di atas penulis tertarik mealakukan asuhan kebidanan dengan metode COC selama proses kehamlan, persalinan, nifas, bayi baru lahir dan kb panda NY “ S” di PBM Ngadillah Sobirin Amd.Keb

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana melakukan asuhan kebidanan komprehensif Pada Ny. “ S “ dari mulai dari kehamilan sampai dengan KB dengan menggunakan Manajemen SOAP dan juga di dokumentasikan .

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Melaksanakan asuhan kebidanan secara *continuity of care* pada ibu hamil, bersalin, nifas, dan Keluarga Berencana dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan dan di dokumentasikan dalam bentuk SOAPnote .

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian, menyusun diagnosa kebidanan, melaksanakan asuhan kebidanan, melakukan evaluasi dan dokumentasi pada ibu hamil.
2. Melakukan pengkajian, menyusun diagnosa kebidanan, melaksanakan asuhan kebidanan, melakukan evaluasi dan dokumentasi secara SOAP pada ibu bersalin.
3. Melakukan pengkajian, menyusun diagnosa kebidanan, melaksanakan asuhan kebidanan, melakukan evaluasi dan dokumentasi pada ibu nifas.

4. Melakukan pengkajian, menyusun diagnosa kebidanan, melaksanakan asuhan kebidanan, melakukan evaluasi dan dokumentasi pada ibu neonatus.
5. Melakukan pengkajian, menyusun diagnosa kebidanan, melaksanakan asuhan kebidanan, melakukan evaluasi dan dokumentasi pada ibu berKB.

1.4 Ruang Lingkup

1.4.1 Sasaran

Sasaran asuhan kebidanan di tujukan kepada ibu hamil, masa persalinan, nifas, bayi setelah lahir serta keluarga berencana pada Ny. "S" Usia 22 Tahun GI P0000 Ab000 dengan usia kehamilan 39 minggu 2 hari T/ H dengan keadaan Fisiologis.

1.4.2 Tempat

Lokasi yang di pilih dalam memberikan asuhan kebidanan ini di Jl.Sunan Ampel no.25 Rt 08 Rw 02 Kelurahan Ampeldento di wilayah Kota Malang.

1.4.3 Waktu

Waktu pelaksanaan proposal tugas akhir ini telah di tetapkan pada bulan Maret – Agustus tahun 2019.

1.5 Manfaat Laporan Tugas Akhir

1.5.1 Bagi institusi Pendidikan

Sebagai bahan masukan dan salah satu referensi dalam pembelajaran khususnya pada program studi DIII Kebidanan untuk mendidik mahasiswa menjadi bidan berkompeten dalam pemberian asuhan yang komprehensif atau *Continue Of Care* (COC)

1.5.2 Bagi Penulis

Untuk menambah pengetahuan, wawasan dalam melaksanakan asuhan kebidanan pada ibu hamil, nifas, bayi baru lahir dan pelayanan keluarga berencana.

1.5.3 Bagi Lahan Praktek

Menambah wawasan dan manfaat asuhan kebidanan komprehensif atau *Continue Of Care* (COC) dalam peningkatan mutu pelayanan

1.5.4 Bagi Klien

Sebagai motivasi dan dukungan bagi ibu hamil untuk memeriksakan kehamilannya pada tenaga kesehatan sebagai bentuk preventif atau pencegahan dan mengatasi komplikasi pada saat ibu hamil, persalinan, nifas maupun KB

1.5.5 Bagi Penulis LTA Selanjutnya

Untuk menambah pengetahuan, wawasan sebagai referensi atau dasar pemikiran untuk melaksanakan asuhan kebidanan yang komprehensif .

1.5.6 Bagi Bidan

Diharapkan dapat memberikan informasi dan masukan bagi para bidan dalam peningkatan pemberian asuhan kebidanan yang komprehensif sehingga dapat mengurangi AKI dan AKB

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1 Konsep Dasar

2.1.1 Konsep dasar kehamilan

a. Pengertian kehamilan

Menurut Nugroho, 2014 Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin (280 hari/ 40 minggu atau 9 bulan 7 hari).

Menurut Vivian, 2011 Kehamilan adalah pertumbuhan dan perkembangan janin intrauterin mulai sejak konsepsi sampai permulaan persalinan.

Menurut Hani, dkk dan Sarwono, 2010 Kehamilan terjadi pada wanita yang sudah mengalami pubertas yang bermula dari bertemunya sperma dan ovum. Pertemuan sperma dan ovum melewati 3 tahapan yaitu fertilisasi, pembelahan dan nidasi dan terus berkembang hingga berakhir sampai dengan persalinan yaitu 37 minggu sampai dengan 42 minggu.

Lama kehamilan berlangsung sampai persalinan aterm sekitar 280 sampai 300 hari dengan perhitungan sebagai berikut :

- 1) Kehamilan sampai 16 atau 20 minggu bila berakhir disebut keguguran (abortus).
- 2) Kehamilan 21 sampai 28 minggu bila terjadi persalinan disebut immatur.
- 3) Kehamilan 29 sampai 36 minggu bila terjadi persalinan disebut prematuritas.
- 4) Kehamilan 37 sampai 42 minggu disebut aterm
- 5) Kehamilan melebihi 42 minggu disebut kehamilan lewat waktu/postdate.

b. Etiologi Kehamilan

Peristiwa kehamilan meliputi beberapa tahapan seperti pembentukan gamet (ovum dan sperma), fertilisasi, pembelahan dan implantasi embrio pada uterus.

Menurut Hani, dkk, 2010 proses terjadinya kehamilan yaitu berawal dari bertemunya sperma dan ovum yang terdiri dari 3 tahapan yaitu pembuahan (konsepsi = fertilisasi), pembelahan, dan nidasi/Implantasi.

1). Ovum(sel telur)

- a) Bisa dibuahi jika sudah melewati proses *oogenesis*
- b) Dikeluarkan oleh ovarium saat fase ovulasi, satu kali setiap siklus haid dan akan habis jika sudah masuk masa *menopause*
- c) Ovum mempunyai waktu hidup 24-48 jam setelah dikeluarkan dari ovarium
- d) Mempunyai lapisan pelindung yaitu sel-sel *granulosa* dan *zona pellusida* yang harus bisa ditembus oleh sperma untuk dapat terjadi suatu kehamilan

Menurut umur wanita, jumlah oogonium adalah :

- 1) BBL : 750.000
- 2) Umur 6-15 : 439.000
- 3) Umur 16-25 tahun : 159.000
- 4) Umur 26-35 tahun : 59.000
- 5) Umur 35-45 tahun : 39.000
- 6) Masa *menopause* : 39.000

2). Sperma

- a) Dikeluarkan oleh testis dan peristiwa pematangannya disebut *spermatogenesis*
- b) Jumlahnya akan berkurang, tetapi tidak akan habis seperti pada ovum dan tetap berproduksi meskipun pada lansia
- c) Kemampuan fertilisasi selama 2-4 hari, rata-rata 3 hari
- d) Terdapat 100 juta sperma pada setiap mililiter air mani yang dihasilkan, rata-rata 3cc tiap ejakulasi
- e) Mengeluarkan *enzim hialuronidase* untuk melunakkan korona radiata atau sel-sel granulosa
- f) Mempunyai morfologi yang sempurna, yaitu:
 - 1) Kepala : berbentuk lonjong agak gepeng berisi inti (*nukleus*), diliputi lagi oleh akrosom dan membran plasma.
 - 2) Leher : menghubungkan kepala dengan bagian tengah.
 - 3) Ekor : panjang kurang lebih 10 kali bagian kepala dan dapat bergerak sehingga sperma dapat bergerak dengan cepat.

3). Fertilisasi (pembuahan)

Bertemunya sel telur dan sperma. Saat ejakulasi kurang lebih sperma yang dikeluarkan 300 juta sperma dan akan masuk ke dalam organ interna wanita melalui tuba fallopi dan bertemu dengan ovum di daerah ampulla tuba. Sebelum keduanya bertemu, maka akan terjadi 3 fase yaitu : tahapan pertama penembusan korona radiata yaitu 300-500 yang sampai di tuba fallopi dan bisa menembus korona radiata karena sudah mengalami proses kapasitasi, tahap kedua penembusan zona pellusida yaitu perisai glikoprotein di sekeliling ovum yang mengikat sperma dan menginduksi reaksi akrosom dan hanya satu yang mampu menembus *oosit*, tahap ketiga penyatuan *oosit* dan membran sel sperma yaitu dihasilkan *zigot* yang mempunyai *kromosom diploid*.

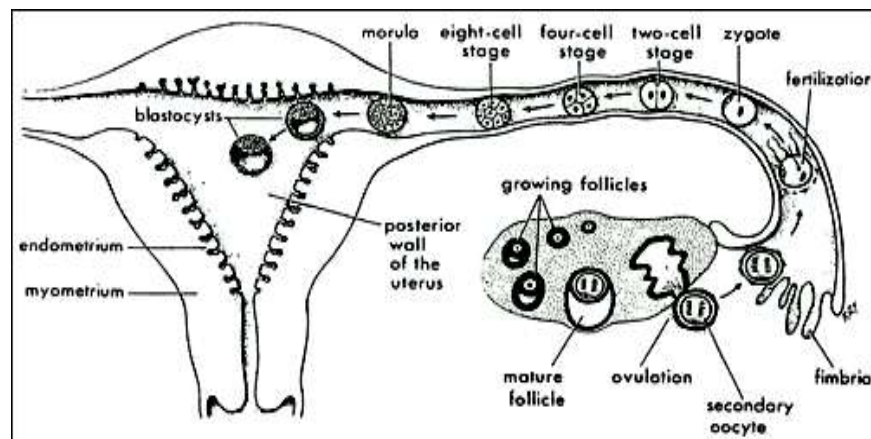
4). Pembelahan

Setelah melalui tahap pertama yaitu fertilisasi yang sudah membentuk zigot maka setelah 30 jam zigot akan membelah mejadi 2 tingkat sel, 4 sel, 8 sel sampai dengan 16 sel selama 3 hari dan akan membentuk sebuah gumpalan bersusun longgar. Setelah 3 hari sel-sel akan membelah dan membentuk buah arbei dan 16 sel disebut Morula(4 hari). Hari ke 4 ½ - 5 mulai terbentuk blastokista yaitu ruang antar sel menyatu dan membentuk rongga. Hari ke 5 ½ - 6 zona pellusida menghilang sehingga trofoblas memasuki dinding rahim (*endometrium*) dan siap berimplantasi dalam bentuk blastokista tingkat lanjut.

5). Nidasi/Implantasi

Nidasi atau implantasi merupakan penanaman sel telur yang sudah dibuahi ke dalam dinding uterus pada awal kehamilan. Pada saat implantasi selaput lendir rahim sedang berada pada fase sekretorik (2-3 hari setelah ovulasi). Pada saat ini, kelenjar rahim dan pembuluh darah menjadi berkelok-kelok. Jaringan ini mengandung banyak cairan. Blastokista tingkat lanjut yang diselubungi oleh suatu simpai disebut trofoblas. Dalam tingkat nidasi, trofoblas antara lain menghasilkan *hormon human chorionic gonadotropin*. *Produksi human chorionic gonadotropin*

meningkat sampai kurang lebih hari ke 60 kehamilan untuk kemudian turun lagi. *Hormon human chorionic gonadotropin* inilah yang khas untuk menentukan ada tidaknya kehamilan, hormon tersebut dapat ditemukan di dalam air kemih ibu hamil. Pada saat implantasi akan terjadi luka kecil yang kemudian sembuh dan menutup lagi. Itulah sebabnya, terkadang saat implantasi terjadi sedikit perdarahan (Tanda Hartman) yang umumnya terjadi pada dinding depan atau belakang rahim (korpus) dekat fundus uteri.



Gambar 2.1 Proses Kehamilan
(Hanni dkk, 2014)

c. Tanda -Tanda Kehamilan

Menurut Elisabeth Siwi Walyani, 2015 untuk dapat menegakan kehamilan ditetapkan dengan melakukan penilaian terhadap beberapa tanda dan gejala kehamilan.

1). Tanda Dugaan hamil

a) *Amenorea* (berhentinya menstruasi)

Konsepsi dan nidasi menyebabkan tidak terjadi pembentukan folikel de graf dan ovulasi sehingga menstruasi tidak terjadi.

b) Mual (*nausea*) dan muntah (*emesis*)

Pengaruh estrogen dan progesteron terjadi pengeluaran asam lambung yang berlebihan dan menimbulkan mual muntah yang terjadi terutama pada pagi hari yang disebut morning sicknes.

c) Ngidam (menginginkan makanan tertentu)

d) *Syyncope* (pingsan)

Terjadi gangguan sirkulasi ke daerah kepala (sentral)

menyebabkan iskemia susunan saraf pusat dan menimbulkan syncope atau pingsan.

e) Kelelahan

Sering terjadi pada trimester pertama, akibat dari penurunan kecepatan basal metabolisme (basal metabolisme rate- BMR) pada kehamilan yang akan meningkat seiring pertambahan usia.

f) Payudara tegang

Estrogen meningkatkan perkembangan sistem duktus pada payudara, sedangkan progesterone menstimulasi perkembangan sistem alveolar payudara.

g) Sering miksi penuh dan sering miksi

Desakan rahim ke depan menyebabkan kandung kemih cepat terus.

h) Konstipasi atau obstipasi

Pengaruh progesteron dapat menghambat peristaltik usus (tonus otot menurun) sehingga kesulitan untuk BAB.

i) Pigmentasi kulit

Pigmentasi terjadi pada usia kehamilan lebih dari 12 minggu. Akibat pengaruh hormon kortikosteroid plasenta yang merangsang melanofor dan kulit. Meliputi sekitar pipi (*cloasma gravidarum*), sekitar leher, dinding perut, sekitar payudara, sekitar pantat dan paha atas.

j) Epulsi

Hipertropiapapilaginggivae/ gusi, sering terjadi pada triwulan pertama.

k) *Varises*

Pengaruh estrogen dan progesteron menyebabkan pelebaran pembuluh darah.

2). Tanda kemungkinan hamil

a) Pembesaran perut

Akibat pembesaran uterus, terjadi pada bulan keempat kehamilan.

b) Tanda *hegar* : pelunakan dan dapat ditekannya isthmus uteri

- c) Tanda *goodel* : pelunakan serviks
 - d) Tanda *chadwicks* : perubahan warna menjadi keunguan pada vulva dan mukosa vagina termasuk porsio dan servik.
 - e) Tanda *piscaseck* : pembesaran uterus yang tidak simetris.
 - f) Kontraksi *braxton Hicks*
Peregangan sel-sel otot uterus akibat meningkatnya actomysin didalam otot uterus.
 - g) Teraba *ballotement*
Ketukan yang mendadak pada uterus menyebabkan janin bergerak dalam cairan ketuban yang dirasakan tangan pemeriksa.
 - h) Pemeriksaan tes biologis kehamilan (*Planotest*) positif
- 3). Tanda Pasti Kehamilan (*Positive sign*)
Tanda pasti adalah tanda yang menunjukkan langsung keberadaan janin, yang dapat dilihat langsung oleh pemeriksa.
Tanda pasti kehamilan terdiri atas hal-hal berikut ini:
- a) Gerakan janin dalam rahim
 - b) Denyut jantung janin
 - c) Bagian – bagian janin
 - d) 2 Kerangka Janin

d. Menentukan Usia Kehamilan

Menurut Sulistyawati, 2014 cara menentukan usia kehamilan ada dua yang dapat dilakukan yaitu sebagai berikut :

- a). Menggunakan sesuatu alat khusus (skala yang sudah disesuaikan)
 - 1) Tentukan terlebih dahulu hari pertama haid terakhir (HPHT)
 - 2) Lihat dalam skala, akan terlihat usia kehamilan sekaligus HPL-nya
- b). Menggunakan cara manual (menghitung)
 - 1) Tentukan HPHT terlebih dahulu
 - 2) Tentukan tanggal pemeriksaan hari ini
 - 3) Buat daftar jumlah minggu dan kelebihan hari tiap bulan.
 - 4) Daftar jumlah minggu dan hari dibuat mulaidari sisa hari dalam bulan HPHT sampai dengan jumlah minggu dan hari di bulan saat pasien melakukan pemeriksaan

- 5) Setelah daftar di buat, jumlahkan minggu dan harinya, hasil akhirnya dikonversikan dalam jumlah minggu.

Tabel 2. 1 Tinggi Fundus Uteri

| Tinggi Fundus Uteri | Umur Kehamilan |
|--|----------------|
| 1/3 diatas simfisis | 12 minggu |
| ½ simpisis- pusat | 16 minggu |
| 2/3 diatas simpisi (20 cm) | 20 minggu |
| Setinggi pusat (23 cm) | 22 minggu |
| 1/3 diatas pusat (26 cm) | 28 minggu |
| ½ pusat-prosesus xifoideus (30 cm) | 34 minggu |
| Setinggi prosesus xifoideus (33 cm) | 36 minggu |
| 2 jari (4cm) di bawah prosesus xifoideus | 40 minggu |

Sulistyawati, 2014

Menurut Nugroho, 2014 Menentukan HPL. Cara menentukan HPL yaitu dihitung sejak hari pertama haid terakhir (HPHT) sampai sekarang dengan metode kalender menggunakan rumus neagle ± 7 hari, -3 , $+1$ tahun.

Rumus ini digunakan bila menstruasi terakhir. Rumus tidak dapat dipakai jika:

- Ibu dengan riwayat menstruasi tidak teratur
- Ibu hamil, saat menyusui dan belum menstruasi
- Ibu hamil post pil-KB belum menstruasi lagi

Lamanya kehamilan dimulai dari ovulasi sampai terjadinya persalinan adalah kira-kira 280 hari (40 minggu), dan tidak lebih dari 300 hari (43 minggu).

Ditinjau dari tuanya kehamilan, kehamilan dibagi dalam 3 bagian yaitu:

- Kehamilan trimester I (0 - 12 minggu)
- Kehamilan trimester II (12 - 28 minggu)
- Kehamilan trimester III (28 - 40 minggu)

e. Perubahan Anatomi Dan Adaptasi Fisiologis Pada Ibu Hamil

Trimester I, II, III

a) Sistem Reproduksi

1) Uterus

Ukuran rahim membesar, berat dari 30 gram menjadi 1000 gram pada akhir kehamilan. Posisi rahim mulai memasuki rongga perut yang dalam pembesarannya dapat mencapai batas hati. Terjadi

vaskularisasi. Serviks uteri bertambah vaskularisasinya dan menjadi lunak, kondisi ini yang disebut dengan tanda *goodell*. *Ovarium ovulasi* berhenti namun terdapat korus luteum graviditas sampai terbentuknya plasenta yang akan mengambil alih pengeluaran *estrogen* dan *progesterone*. Vagina dan vulva oleh karena pengaruh *estrogene*, terjadi *hipervaskularisasi* pada vagina dan vulva, sehingga pada bagian tersebut terlihat lebih merah atau kebiruan, kondisi ini disebut dengan tanda *chadwick*.

2) Payudara

Payudara bertambah besar, tegang dan berat, dapat teraba nodul-nodul, akibat hipertropi kelenjar alveoli, glandula *montgomery* makin tampak menonjol di permukaan areola mammae, hiperpigmentasi pada areola dan puting susu, terdapat kolustrum.

3) Sistem kardiovaskuler

Hipertropi atau dilatasi ringan jantung mungkin disebabkan oleh peningkatan volume darah dan curah jantung.

4) Sistem endokrin

1. HCG (*Hormone Corionic gonadotropic*)

Gonadotropin korionik manusia (HCG) yang disekresi oleh sel trofoblas dari plasenta untuk mempertahankan kehamilan.

2. HPL (*Hormone Plasenta Lactogene*)

Lactogene plasenta manusia (HPL) dihasilkan oleh plasenta.

a). Prolaktin

Prolaktin meningkat selama kehamilan sebagai respon terhadap meningkatnya estrogen. Fungsi prolaktin adalah perangsangan produksi susu.

b). Estrogen

Estrogen dihasilkan dalam hati janin dan paling banyak dalam kehamilan manusia.

c). Progesteron

Progesterone pada kehamilan kadarnya lebih tinggi sehingga menginduksi perubahan desidua.

5) Sistem urinaria

Pada akhir kehamilan, peningkatan aktifitas ginjal yang lebih besar terjadi saat wanita hamil yang tidur miring. Tidur miring

mengurangi tekanan dari rahim pada vena yang membawa darah dari tungkai sehingga terjadi perbaikan aliran darah yang selanjutnya akan meningkatkan aktivitas ginjal dan curah jantung.

6) Sistem *Gastrointestinal*

Rahim yang semakin membesar akan menekan rektum dan usus bagian bawah, sehingga terjadi sembelit atau konstipasi. Sembelit semakin berat karena gerakan otot di dalam usus diperlambat oleh tingginya kadar progesteron.

7) Sistem *metabolisme* Indeks Massa Tubuh (IMT)

Menurut Depkes RI (2007), Sejumlah metode dapat digunakan untuk mengkaji status nutrisi seorang wanita. Membandingkan berat badan dengan tinggi badan sebelum kehamilan memberikan perkiraan ukuran tubuh, untuk menentukan standar berat badan dan mengidentifikasi orang yang berat badannya kurang. Metode ini juga disebut pengukuran Indeks Masa Tubuh (IMT)

Pertambahan berat badan ibu hamil menggambarkan status gizi selama hamil, oleh karena itu perlu dipantau setiap bulan. Jika terdapat 9 kelambatan dalam penambahan berat badan ibu, ini dapat mengindikasikan adanya malnutrisi sehingga dapat menyebabkan gangguan pertumbuhan janin intrauterin (Intra-Uterin Growth Retardation- IUGR) (Sulistyawati, 2009).

Ibu hamil yang tergolong kurus sebelum hamil, diharapkan dapat mencapai kenaikan berat badan sebanyak 12,5-18 kg pada akhir kehamilan. Untuk ibu yang memiliki berat badan ideal sebelum hamil diharapkan mencapai kenaikan berat badan sebesar 10-16 kg diakhir kehamilannya. Untuk ibu yang memiliki berat badan berlebih saat sebelum hamil diharapkan kenaikan berat badannya hanya 7-11,5 kg pada akhir kehamilannya, dan untuk ibu yang obesitas saat sebelum hamil di harapkan kenaikan berat badannya 6 kg pada akhir kehamilannya. (Sulistyawati, 2014)

Tabel 2. 2 Pertambahan berat badan berdasarkan pertumbuhan melihat status gizi ibu pada kunjungan awal

| Kategori Berat Badan Berdasarkan IMT | Total Kenaikan Berat Badan (kg) | Penambahan Badan | |
|--------------------------------------|---------------------------------|------------------|-------|
| | | TM I | TM II |
| Kurus (IMT <19,8) | 12,5-18 | 2,3 | 0,49 |
| Normal (IMT 19,8-26,0) | 10-16 | 1,6 | 0,44 |
| Lebih (IMT 26,0-29,0) | 7-11,6 | 0,9 | 0,3 |
| Obesitas (IMT >29,0) | 6 | | |

(Sumber : Sulistyawati, 2014)

8) Sistem *musculoskeletal*

Estrogen dan *progesteron* memberi efek maksimal pada relaksasi otot dan ligamen pelvis pada akhir kehamilan. Relaksasi ini digunakan oleh pelvis untuk meningkatkan kemampuannya menguatkan posisi janin pada akhir kehamilan dan pada saat kelahiran.

9) Kulit

Terdapat *cloasma gravidarum*, peningkatan pigmentasi juga terjadi di sekeliling puting susu, sedangkan perut bagian bawah bagian tengah biasanya tampak garis gelap, yaitu *spider angioma* sebut sebagai *linea nigra*.

10) Darah dan pembekuan darah

Volume plasma meningkat pada minggu ke 6 kehamilan sehingga terjadi pengenceran darah (*hemodilusi*) dengan puncaknya pada umur kehamilan 32- 34 minggu. Serum darah (volume darah) bertambah 25-30% dan sel darah bertambah 20%. Masa sel darah merah terus naik sepanjang kehamilan.

11) Sistem pernapasan

Dorongan rahim yang membesar terjadi desakan diafragma. Terjadi desakan rahim dan kebutuhan O₂ meningkat, bumil akan bernafas lebih cepat 20 -25 % dari biasanya.

12) Sistem saraf.

Perubahan fisiologis spesifik akibat kehamilan dapat terjadi timbulnya gejala neurologis dan *neuromuskular* yaitu kompresi syaraf panggul atau statis vaskular akibat pembesaran uterus dapat menyebabkan perubahan sensori di tungkai bawah, *lordosis dorsolumbal* dapat menyebabkan nyeri akibat tarikan pada syaraf atau kompresi akar syaraf, edema yang melibatkan syaraf perifer dapat menyebabkan carpal tunnel syndrome selama trimester akhir kehamilan, akroestesia (rasa gatal di tangan) yang timbul akibat posisi tubuh yang membungkuk berkaitan dengan tarikan pada segmen fleksus artikularis.

f. Kebutuhan Dasar Ibu Hamil

Menurut Elisabeth, 2015 kebutuhan fisik ibu hamil yaitu, oksigen, nutrisi, personal hygiene, pakaian, eliminasi, seksual, mobilisasi, biomekanik, senam hamil, istirahat atau tidur, traveling, persiapan laktasi, memantau kesejahteraan janin.

g. Perubahan Psikologis Pada Ibu Hamil Trimester III

Perhatian ibu terfokus pada bayinya dan gerakan janin, sehingga ibu selalu waspada untuk melindungi bayinya dari bahaya, cedera dan akan menghindari orang atau hal benda yang dianggapnya membahayakan bayinya. Persiapan aktif dilakukan untuk menyambut bayinya, membuat baju, menata kamar bayi, membayangkan mengasuh atau merawat bayi, menduga – duga akan jenis kelaminnya dan rupa janinnya.

h. Konsep Dasar Antenatal (ANC)

a. Pengertian

Menurut Prawiharjo, 2010 Asuhan antenatal adalah upaya preventif program pelayanan kesehatan obstetrik untuk optimalisasi luaran maternal neonatal melalui serangkaian kegiatan pemantauan. (Prawiroharjo, 2010).

b. Tujuan asuhan antenatal

- 1) Membangun rasa saling percaya antara klien dan tenaga kesehatan
- 2) Mengupayakan terwujudnya kondisi terbaik bagi ibu dan bayi yang dikandungnya

- 3) Memperoleh informasi dasar tentang kesehatan ibu dan kehamilannya
- 4) Mengidentifikasi dan menataklaksana kehamilan resiko tinggi.
- 5) Memberikan pendidikan kesehatan yang diperlukan dalam menjaga kualitas kehamilan dan merawat bayi.
- 6) Menghindarkan gangguan kesehatan selama kehamilan yang akan membahayakan keselamatan ibu hamil dan bayinya.

c. Jadwal kunjungan

Sedikitnya 4 kali kunjungan yaitu:

- 1) Trimester I (sebelum 14 minggu) 1 kali kunjungan
- 2) Trimester II (antara 14-28 minggu) 1 kali kunjungan
- 3) Trimester III (antara 28-36 minggu)
- 4) Trimester III (sesudah 36 minggu) (Rromali,2011)

d. Standar Asuhan Kehamilan

- 1) Timbang berat badan
- 2) Ukur tekanan darah
- 3) Ukur tinggi fundus uteri
- 4) Imunisasi TT

Tujuan pemberian imunisasi TT adalah untuk melindungi janin dari tetanus neonatorum, pemerian imunisasi TT menimbulkan efek perlindungan bila diberikan sekurang-kurangnya 2 kali dengan interval minimal 4 minggu, kecuali bila sebelumnya ibu telah mendapatkan TT 2 kali pada kehamilan yang lalu atau pada masa calon pengantin, maka TT cukup diberikan satu kali (TT ulang)

- 5) Pemberian tablet Besi (FE)
- 6) Pemeriksaan HB
- 7) Pemeriksaan Protein urine
- 8) Pemeriksaan darah untuk pemeriksaan VDRL
- 9) Pemeriksaan urine reduksi
- 10) Senam ibu hamil
- 11) Perawatan payudara
- 12) Pemeberian obat malaria
- 13) Pemeberian kapsul minyak beryodium
- 14) Temu wicara dalam rangka persiapan rujukan

i. Kartu Skor Poedji Rochjati

Menurut Sulistyawati (2013), Skor Poedji Rochjati adalah suatu cara untuk mendeteksi dini kehamilan yang memiliki risiko lebih besar dari biasanya (baik bagi ibu maupun bayinya), akan terjadinya penyakit atau kematian sebelum maupun sesudah persalinan. Ukuran risiko dapat dituangkan dalam bentuk angka disebut skor. Skor merupakan bobot prakiraan dari berat atau ringannya risiko atau bahaya. Jumlah skor memberikan pengertian tingkat risiko yang dihadapi oleh ibu hamil. Berdasarkan jumlah skor kehamilan dibagi menjadi tiga kelompok:

- 1) Kehamilan Risiko Rendah (KRR) dengan jumlah skor 2.
- 2) Kehamilan Risiko Tinggi (KRT) dengan jumlah skor 6-10.
- 3) Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST) dengan jumlah skor ≥ 12.

SKRINING / DETEKSI DINI IBU RISIKO TINGGI OLEH PKK DAN PETUGAS KESEHATAN

Nama : Danu Ibu :

Alamat : Pekerjaan Persalinan :

Pendidikan Ibu : Status :

| No | Masalah / Faktor Risiko | Skor | Tribulan | | | |
|-------------------------------|---|------|----------|----|-----|----|
| | | | I | II | III | IV |
| 1 | 1. Berat Awal Ibu Hamil | 2 | | | | |
| I | 2. a. Tertinggi badan hamil < 140 cm | 1 | | | | |
| | b. Tertinggi badan hamil < 160 cm | 1 | | | | |
| | c. Tertinggi badan hamil < 150 cm | 1 | | | | |
| | 3. Tertinggi badan hamil > 190 cm | 1 | | | | |
| | 4. Tertinggi badan hamil > 170 cm | 1 | | | | |
| | 5. Tertinggi badan hamil > 180 cm | 1 | | | | |
| | 6. Tertinggi badan hamil > 160 cm | 1 | | | | |
| | 7. Tertinggi badan hamil > 140 cm | 1 | | | | |
| | 8. Papan kapak kebiruan | 1 | | | | |
| | 9. Papan melintang dengan | 1 | | | | |
| a. Tali tali yang / vakum | 1 | | | | | |
| b. Tali simpul | 1 | | | | | |
| c. Diberi insus/transasi | 1 | | | | | |
| 10. Diberi insus/transasi | 1 | | | | | |
| II | 11. Penyakit pada ibu hamil : | 1 | | | | |
| | a. Hipertensi | 1 | | | | |
| | b. TBC | 1 | | | | |
| | c. Penyakit jantung | 1 | | | | |
| | d. Penyakit ginjal (Gawat Ginjal) | 1 | | | | |
| | e. Penyakit Malaria | 1 | | | | |
| | f. Penyakit Malaria Sekuler | 1 | | | | |
| | 12. Mengakui pernah / keluarga dan / tekanan darah tinggi | 1 | | | | |
| | 13. Pernah melahirkan 2 atau lebih | 1 | | | | |
| | 14. Pernah melahirkan (Hiperemesis) | 1 | | | | |
| 15. Bayi mati dalam kandungan | 1 | | | | | |
| 16. Kehamilan lebih bulan | 1 | | | | | |
| 17. Lahir Buruk | 1 | | | | | |
| 18. Lahir Langu | 1 | | | | | |
| 19. Perawatan dalam kandungan | 1 | | | | | |
| 20. Perawatan dalam kandungan | 1 | | | | | |
| JUMLAH SKOR | | | | | | |

PENYULUH KEHAMILAN/PERSALINAN AMAN — BUJUKAN TERENCANA

| KEHAMILAN | | PERSALINAN | | PENGALAMAN DENGAN RISIKO | |
|-----------|----------|------------|--------|--------------------------|-------|
| JAR | SEL PERA | RUJUKAN | TEKNIK | PERO | PERAN |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 |
| 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 |
| 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 |
| 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 |
| 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 |
| 43 | 44 | 45 | 46 | 47 | 48 |
| 49 | 50 | 51 | 52 | 53 | 54 |
| 55 | 56 | 57 | 58 | 59 | 60 |
| 61 | 62 | 63 | 64 | 65 | 66 |
| 67 | 68 | 69 | 70 | 71 | 72 |
| 73 | 74 | 75 | 76 | 77 | 78 |
| 79 | 80 | 81 | 82 | 83 | 84 |
| 85 | 86 | 87 | 88 | 89 | 90 |
| 91 | 92 | 93 | 94 | 95 | 96 |
| 97 | 98 | 99 | 100 | 101 | 102 |

Kematian ibu dalam kehamilan : 1. Abortus 2. Lain-lain

KARTU SKOR 'POEDJI ROCHJATI' PERENCANAAN PERSALINAN AMAN

Tempat Persalinan : 1. Rawat Inap 2. Poliklinik 3. Rumah Sakit 4. Puskesmas 5. Rumah Sakti 6. Praktik Dokter

Persalinan : 1. Menahirkan sendiri

BUJUKAN DARI : 1. Sunda 2. Dukun 3. Bidan 4. Puskesmas 5. Bidan 6. Rumah Sakit

BUJUKAN : 1. Rujukan Diri Berencana (RDB) 2. Rujukan Tidak Berencana (RTB) 3. Rujukan Dalam Kritis (RDK) 4. Rujukan Tidak Berencana (RTB)

Gawat Obstetrik : 1. ... 2. ... 3. ... 4. ... 5. ... 6. ... 7. ...

Gawat Darurat Obstetrik : 1. ... 2. ... 3. ... 4. ... 5. ... 6. ... 7. ...

TEMPAT : 1. Rumah Ibu 2. Dukun 3. Poliklinik 4. Puskesmas 5. Rumah Sakti 6. Praktik Dokter

PENOLONG : 1. Dukun 2. Bidan 3. Dokter 4. Lina-2

MACAM PERSALINAN : 1. Normal 2. Operasi perineotomi 3. Operasi Caesar 4. Lina-2 5. Operasi Bissar

PASCA PERSALINAN : 1. ... 2. ... 3. ... 4. ... 5. ... 6. ... 7. ...

TEMPAT KEMATIAN IBU : 1. Rumah Ibu 2. Rumah Sakti 3. Poliklinik 4. Puskesmas 5. Rumah Sakti 6. Praktik Dokter 7. Lain-lain

BAYI : 1. Berat lahir ... 2. Lahir Buruk ... 3. Lahir mati ... 4. Mati ... 5. Kelahiran ...

KEADAHAN IBU SELAMA MASA MENDAHAS (AR-HM) PERSALINAN : 1. Sakti 2. Sakti 3. Tidak Penderitaan 4. Ya 5. Tidak

Keluarga Berencana : 1. Ya 2. Belum Tahu

Kategori Kehamilan : 1. Ya 2. Tidak

Sumber Biaya : Mandiri / Bantuan

Gambar2. 2 KSPR

2.1.2 Konsep Dasar Persalinan

a. Pengertian

Menurut Elisabeth dan Endang, 2015 Persalinan dan kelahiran adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37 - 42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala tanpa komplikasi baik ibu maupun janin.

Menurut Sulistyawati dan Nugraheny, 2014 Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri). Dimulai dengan adanya kontraksi persalinan sejati, yang ditandai dengan perubahan serviks secara progresif dan diakhiri dengan kelahiran plasenta.

Menurut Rohani, 2011 Persalinan merupakan proses keluarnya janin, plasenta, dan membran dari dalam rahim melalui jalan lahir. Proses ini berawal dari pembukaan dan dilatasi servik sebagai akibat kontraksi uterus dengan frekuensi, durasi, dan kekuatan yang teratur. Mula-mula yang muncul kecil, kemudian terus meningkat sampai pada puncaknya pembukaan serviks lengkap sehingga siap untuk pengeluaran janin dari rahim ibu.

b. Macam – Macam Persalinan

- 1) Persalinan spontanyaitu persalinan yang berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri dan melalui jalan lahir.
- 2) Persalinan buatanya yaitu persalinan yang dibantu dari luar misalnya vacum ekstraksi, forceps, SC.
- 3) Persalinan anjuran yaitu terjadi apabila bayi sudah cukup besar untuk hidup diluar, tetapi tidak sedemikian besarnya sehingga menimbulkan kesulitan dalam persalinan, missal dengan induksi persalinan.

c. Tanda – Tanda Persalinan

Menurut Walyani, 2015 tanda – tanda persalinan yaitu :

- 1) Rasa sakit oleh adanya his yang datang lebih kuat, sering dan teratur.
- 2) Keluar lender bercampur darah (show) yang lebih banyak karena robekan-robekan kecil pada serviks.
- 3) Terkadang ketuban pecah dengan sendirinya.
- 4) Pada pemeriksaan dalam, serviks mendatar dan pembukaan telah ada.

d .Sebab – sebab Mulainya Persalinan

Menurut Kuswanti dan Melina, 2014 banyak factor yang memegang peranan dan bekerja sama sehingga terjadi persalinan di antaranya :

- 1) Teori penurunan hormon.

Satu sampai dua minggu sebelum persalinan terjadi penurunan kadarestrogene dan progesterone, progesterone mengakibatkan relaksasi otot-otot rahim, sedangkan estrogen meningkatkan kerentanan otot rahim. Selama kehamilan terjadi keseimbangan antara kadarestrogene dan progesterone, tetapi akhir kehamilan terjadi penurunan kadar progesterone sehingga timbul his.

2) Teori distensi rahim

Rahim yang menjadi besar dan meregang akan menyebabkan iskemik otot rahim sehingga timbul kontraksi untuk mengeluarkan isinya.

3) Teori iritasi mekanik

Dibelakang serviks terletak *ganglion sevikalis*, bila ganglion ini ditekan oleh kepala janin maka akan timbul kontraksi uterus.

4) Teori plasenta menjadi tua

Akibat plasenta tua menyebabkan turunnya kadar progesterone yang mengakibatkan ketegangan pada pembuluh darah, hal ini menimbulkan kontraksi rahim.

5) Teori prostaglandin

Prostaglandin yang dihasilkan oleh desidua menjadi sebab permulaan persalinan karena menyebabkan kontraksi pada myometrium pada setiap umur kehamilan.

6) Indikasi partus

Partus dapat ditimbulkan dengan pemberian oksitosin drips, menurut tetesan perinfus dan pemberian gagang laminaria ke dalam kanalis sevikalis dengan tujuan merangsang *pleksus frankenhauser*, sehingga timbul kontraksi dan melakukan *amniotomi*.

7) Penurunan kadar progesterone

Progesterone menimbulkan otot-otot rahim, sebaliknya *estrogene* meninggikan kerenggangan otot rahim. Selama kehamilan terdapat keseimbangan antara kadar *progesterone* dan *estrogene* di dalam darah, tetapi pada akhir kehamilan kadar *progesterone* menurun sehingga timbul his.

8) Teori oksitosin

Pada akhir kehamilan kadar oxytocin bertambah oleh karena itu timbul kontraksi-kontraksi otot rahim.

9) Ketegangan otot-otot

Seperti halnya dengan kandungan kencing dan lambung, bila dindingnya terenggang oleh karena isinya.

10) Pengaruh janin / *fetal cortisol*

Hypofise dan kelenjar suprarenal janin rupa-rupanya juga memegang peranan, oleh karena itu, pada anenchepalus kehamilan sering lebih lama dari biasa.

11) Teori prostaglandin

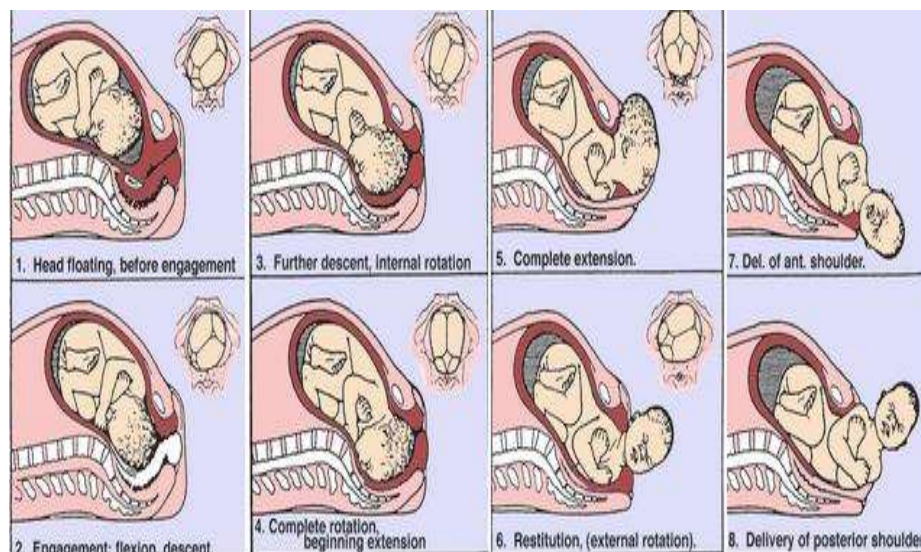
Prostaglandin yang dihasilkan oleh desidua, disangka menjadi salah satu penyebab permulaan persalinan hasil dari percobaan menunjukkan bahwa prostaglandin F2 atau E2 yang diberikan secara intravena, intra dan ekstra amnial menimbulkan kontraksi *myometrium* pada setiap umur kehamilan. Hal ini juga disokong dengan adanya kadar *prostaglandin* yang tinggi baik dalam air ketuban maupun darah perifer pada ibu-ibu hamil sebelum melahirkan atau selama persalinan.

e. Mekanisme Persalinan

Mekanisme persalinan yaitu proses keluarnya janin melalui jalan lahir dan penyesuaian ukuran janin dengan ukuran panggul saat kepala melewati panggul dan terjadi beberapa tahap yaitu :

- 1) *Engagement* adalah peristiwa ketika diameter biparietal melewati pintu atas panggul dengan sutura sagitalis melintang dalam jalan lahir dan sedikit fleksi. Pada primigravida terjadi padabulan terakhir kehamilan, sedangkan pada multigravida dapat terjadi pada awal persalina.
- 2) Penurunan kepala terjadi bersamaan dengan mekanisme lainnya. Kekuatan yang mendukung yaitu tekanan cairan amnion, tekanan langsung fundus pada bokong janin, kontraksi otot abdomen, ekstensi dan penelusuran badan janin atau tulang belakang.
- 3) Fleksi (Gerakan fleksi) disebabkan karena janin didorong maju, tetapi kepala janin terhambat oleh serviks, dinding panggul atau dasar panggul. Pada pemeriksaan dalam ubun-ubun kecil lebih jelas teraba daripada ubun-ubun besar.

- 4) Rotasi Dalam atau putar paksi dalam adalah pemutaran bagian terendah janin dari posisi sebelumnya ke arah depan sampai di bawah simpisis.
- 5) Ekstensi merupakan gerak dimana oksiput berhimpit langsung pada margo inferior simpisis pubis karena sumbu jalan lahir pada pintu bawah panggul mengarah kedepan dan atas sehingga kepala menyesuaikan dengan cara ekstensi agar dapat melaluinya.
- 6) Rotasi Luar merupakan gerakan memutar ubun-ubun kecil ke arah punggung janin, muka janin menghadap salah satu paha ibu.
- 7) Ekspulsi yaitu kelahiran bahu belakang, kemudian setelah kedua bahu lahir disusul lahirlah trochanter depan dan belakang sampai lahir janin.



Gambar 2.3 Mekanisme Persalina
(Kuswanti, dkk 2014)

f. Faktor yang Mempengaruhi Proses Persalinan

Menurut Kuswanti dan Melina, 2014 faktor yang mempengaruhi proses persalinan yaitu :

1). Power (kekuatan/tenaga)

Kekuatan yang mendorong janin saat persalinan adalah his, kontraksi otot-otot perut, kontraksi diafragma dan aksi dari ligament.

2). His (Kontraksi Uterus)

His adalah kontraksi otot - otot rahim pada persalinan. Sifat his yang baik dan sempurna yaitu : Kontraksi yang simetris, fundus dominan,

yaitu kekuatan paling tinggi berada di fundus uteri, kekuatan seperti meremas rahim, setelah adanya kontraksi, diikuti dengan adanya relaksasi, pada setiap his menyebabkan terjadinya perubahan pada serviks, yaitu menipis dan membuka.

Pembagian dan sifat-sifat his :

- a. *His* pendahuluan: his tidak kuat, tidak teratur dan menyebabkan *bloody show*.
- b. *His* pembukaan. : his pembukaan serviks sampai terjadi pembukaan 10 cm, mulai kuat, teratur dan terasa sakit atau nyeri.
- c. *His* pengeluaran: Sangat kuat, teratur, simetris, terkoordinasi dan lama. Merupakan his untuk mengeluarkan janin. Koordinasi bersama antara his kontraksi otot perut, kontraksi diafragma dan ligament.
- d. *His* pelepasan uri (kala III): Kontraksi sedang untuk melepaskan dan melahirkan plasenta.
- e. *His* pengiring: Kontraksi lemah, masih sedikit nyeri, pengecilan rahim dalam beberapa jam atau hari.

3). Passage (jalan lahir)

Dalam obstetrik dikenal ada empat macam bentuk panggul menurut Caldwell dan Moloy dengan masing-masing berciri sebagai berikut:

a) Jenis *Ginekoid*

Panggul jenis ini merupakan bentuk paling baik, karena dengan bentuk panggul yang hampir bulat seperti ini memungkinkan kepala bayi mengadakan penyesuaian saat proses persalinan.

b) Jenis *Android*

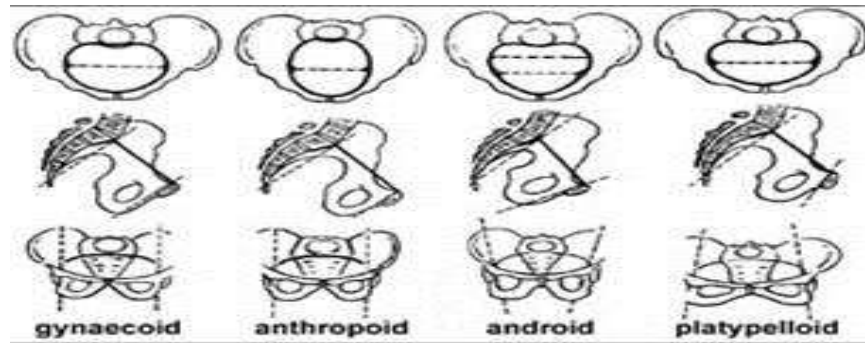
Ciri jenis ini adalah bentuk pintu atas panggulnya hampir seperti segitiga. Panggul jenis ini umumnya dimiliki pria, namun ada juga wanita yang mempunyai panggul jenis ini.

c) Jenis *Platipeloid*

Panggul jenis ini seperti panggul jenis ginekoid, hanya mengalami penyempitan pada arah muka belakang.

d) Jenis *Antropoid*

Panggul jenis ini mempunyai ciri berupa bentuknya yang lonjong seperti telur.



Gambar 2. 4 Jenis – Jenis Panggul

(Sulistyawati, 2010)

e) Ukuran-ukuran panggul

Ukuran panggul digunakan untuk menemukan garis besar bentuk dan ukuran panggul apabila dikombinasikan dengan pemeriksaan dalam. Ukuran-ukuran panggul luar :

| Nama ukuran panggul | Cara mengukur | Ukuran normal |
|---------------------------------|---|---------------|
| <i>Distansia spinarum (DS)</i> | Jarak antara <i>spina iliaca anterior superior (SIAS)</i> kanan dan kiri | 23 – 26 cm |
| <i>Distansia cristarum (DC)</i> | Jarak terjauh antara <i>crista iliaca</i> kanan dan kiri terletak kira-kira 5 cm dibelakang SIAS | 26 – 29 cm |
| <i>Conjugate eksterna</i> | Jarak antara tepi atas <i>symphysis pubis</i> dengan ujung <i>processus vertebra lumbal V</i> | 18 – 20 cm |
| <i>Distansia tuberum</i> | Ukuran melintang dari pintu bawah panggul atau jarak antara <i>tuber ischiadicum</i> kanan dan kiri | 10,5 – 11 cm |

| | | |
|-----------------|---|------------|
| Lingkar panggul | Menggunakan pita pengukur diukur dari tepi atas <i>symphysis pubis</i> , dikelilingi ke belakang melalui pertengahan antara S1AS dan <i>tochanter mayor kanan</i> , ke <i>ruas lumbal V</i> dan kembali sepihak | 80 – 90 cm |
|-----------------|---|------------|

Tabel 2.3 ukuran panggul luar

1) *Distansia Spinarum*

Jarak antara kedua spina iliaka anterio superior sinistra dan dekstra, jaraknya 24-26 cm.

2) *Distansia Kristarum*

Jarak terpanjang antara dua tempat yang simetris pada *krista iliaka* kanan dan kiri, jaraknya 28-30 cm.

3) *Konjugata eksterna/ boudelogue*

Merupakan jarak bagian atas simpisis dan proesus spinosus lumbal 5, jaraknya 18-20 cm.

4) *Distansia Intertrokantrika*

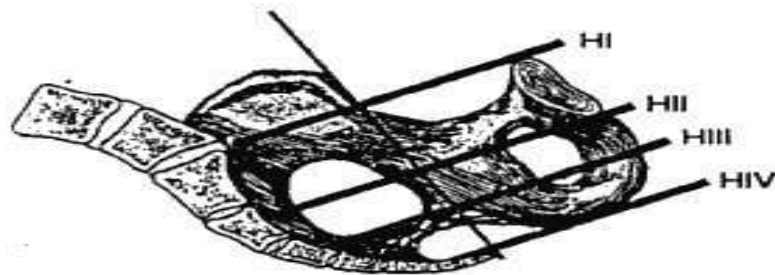
Merupakan jarak antara kedua trokanter mayor.

5) *Distansia Tuberum*

Jarak antara tuber ischii kanan dan kiri. Untuk mengukurnya dipakai jangka panggul Osceander, jaraknya 10,5 cm

Ukuran Panggul Dalam :

- a. *Konjugata vera* / diameter antero posterior (diameter depan - belakang) yaitu diameter antara promontorium dan tepi atas symfisis 11 cm. Cara pengukuran dengan periksa dalam akan memperoleh *konjugata diagonalis* yaitu jarak dari tepi bawah *symfisis pubis ke promontorium* (12,5 cm) dikurangi 1,5- 2 cm. *konjugata obstetrika* adalah jarak antara promontorium dengan pertengahan symfisis pubis.
- b. Diameter melintang (*transversa*), yaitu jarak terlebar antara ke-2 linea inominata 13 cm.
- c. Diameter oblik (miring) jarak antara artikulasio sakro iliaka dengan tuberkulum pubicum sisi yang bersebelahan 12 cm.

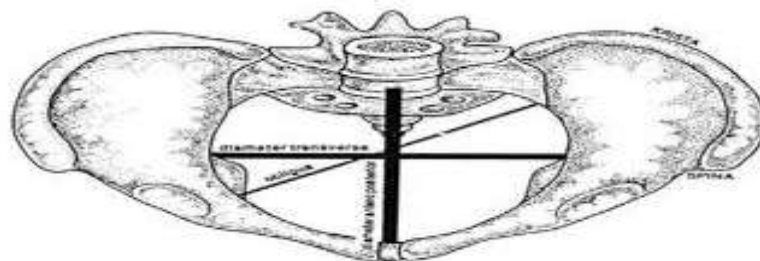


Gambar 2.5 Bidang Hodge
(Sulistyawati, 2010)

Bidang Hodge: Bidang - bidang ini dipelajari untuk menentukan sampai mana bagian terendah janin turun ke panggul pada proses persalinan.

Bidang *Hodge* tersebut antara lain :

1. *Hodge I* : Bidang yang dibentuk pada lingkaran PAP dengan bagian atas simpisis dan promontorium
2. *Hodge II* : Bidang yang sejajar *Hodge I* setinggi bagian bawah simpisis
3. *Hodge III* : Bidang yang sejajar *Hodge I* setinggi *spina ischiadika*
4. *Hodge IV* : Bidang yang sejajar *Hodge I* setinggi tulan
5. Koksigi



Gambar 2. 6 Ukuran panggul dalam
(Sulisryawati, 2010)

3. Passenger (Janin dan Plasenta)

Pesenger terdiri dari:

- a) Janin

Janin sebagai passenger sebagian besar adalah mengenai ukuran kepala janin, karena kepala adalah bagian terbesar dari janin dan paling sulit untuk dilahirkan. Ukuran-ukuran penting kepala janin :

- 1) Diameter *suboccipito bregmatika* (10cm)
- 2) Diameter *suboccipito frontalis* (11cm)
- 3) Diameter *occipito mento vertikal* (13cm)
- 4) Diameter *submento bregmatika* (10cm)
- 5) Diameter *biparietalis* (9,5cm)
- 6) Diameter *bitemporalis* (8cm)

b) Plasenta

Plasenta terbentuk bundar atau oval, ukuran diameter 15-20 cm, tebalnya 2-3 cm, berat 500-600 gram

c) Air ketuban

Sebagai cairan pelindung dalam pertumbuhan dan perkembangan janin, air ketuban berfungsi sebagai 'bantalan' untuk melindungi janin terhadap trauma dari luar, tidak hanya itu saja, air ketuban juga berfungsi melindungi janin dari infeksi, menstabilkan perubahan suhu dan menjadi sarana yang memungkinkan janin bergerak bebas.

g. Tahapan Persalinan

Menurut *Kuswanti dan Melina, 2014* tahapan persalinan yaitu :

a) Kala I

Proses membukanya serviks dibagi dalam 2 macam :

1) Fase laten

Berlangsung selama 7-8 jam. Pembukaan terjadi sangat lambat sampai mencapai ukuran diameter 3 cm.

2) Fase aktif

Fase ini berlangsung selama 6 jam dan dibagi menjadi 3 macam:

- a) Fase akselerasi, dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm.
- b) Fase dilatasi maksimal, dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat, dari 4 cm menjadi 9 cm.

c) Fase deselerasi, pembukaan menjadi lambat, dalam waktu 2 jam pembukaan dari 9 cm menjadi lengkap.

b) Kala II

Kala ini disebut juga sebagai kala pengeluaran. Kala dimulai dari pembukaan lengkap sampai lahirnya janin. Pada kala ini his menjadi lebih kuat dan lebih cepat, kira-kira 2 sampai 3 menit sekali. Dalam fase ini dirasakan tekanan pada otot-otot dasar panggul yang dapat menimbulkan rasa mengedan.. Pada primigravida kala II berlangsung rata-rata 1,5 jam dan pada multigravida rata-rata 0,5 jam.

c) Kala III

Disebut juga sebagai kala uri. Setelah bayi lahir, uterus teraba keras dengan fundus uteri agak di atas pusat. Beberapa menit kemudian uterus berkontraksi lagi untuk melepaskan plasenta dari dindingnya. Biasanya plasenta lepas dalam 6 sampai 15 menit setelah bayi lahir dan keluar spontan atau dengan tekanan pada fundus uteri. Pengeluaran plasenta disertai dengan pengeluaran darah, kira-kira 100-200 cc.

d) Kala IV

Kala IV adalah pengawasan selama 1-2 jam setelah bayi dan uri lahir untuk mengamati keadaan ibu terutama terhadap perdarahan postpartum.

h. Kebutuhan Dasar Selama Persalinan

Menurut Elisabeth dan Endang, 2015 kebutuhan ibu nifas selama persalinan yaitu :

a) Dukungan fisik dan psikologis

Setiap ibu yang memasuki masa persalinan maka akan muncul perasaan takut, khawatir, ataupun cemas terutama pada ibu primipara. Perasaan takut dapat meningkatkan nyeri, otot – otot akan menjadi tegang dan ibu menjadi cepat lelah dan pada akhirnya akan menghambat proses persalinan. Dukungan dapat diberikan oleh orang – orang terdekat pasien, (suami, keluarga, teman, perawat, bidan maupun dokter). Bidan harus mampu memberikan perasaan kehadiran :

1) Selama bersama pasien, bidan harus konsentrasi penuh untuk mendengarkan dan melakukan observasi

- 2) Membuat kontak fisik : mencuci muka pasien, menggosok punggung dan memegang tangan pasien
 - 3) Menempatkan pasien dalam keadaan yakin (bidan bersikap tenang dan menenangkan pasien)
- b) Kebutuhan makanan dan cairan
- Makanan padat tidak boleh diberikan selama persalinan aktif, oleh karena makan padat lebih lama tinggal dalam lambung dari pada makanan cair, sehingga proses pencernaan lebih lambat selama persalinan.
- Untuk mencegah dehidrasi pasien dapat diberikan banyak minum segar (jus buah, sup, air putih, teh manis).
- c) Kebutuhan Eliminasi
- Kandung kemih harus dikosongkan setiap 2 jam selama proses persalinan. Bila pasien tidak dapat berkemih sendiri dapat dilakukan katerisasi karena kandung kemih yang penuh akan menghambat penurunan bagian terbawah janin, selain itu juga dapat meningkatkan rasa tidak nyaman yang tidak dikenali pasien karena bersama kontraksi uterus. Rektum yang penuh akan mengganggu penurunan bagian terbawah janin, namun bila pasien ingin BAB, bidan harus memastikan kemungkinan adanya tanda dan gejala masuk pada kala II.
- d) Positioning dan Aktifitas
- Bidan memberitahukan ibu untuk tidak perlu terlentang terus menerus dalam masa persalinan, bidan bisa menganjurkan untuk miring kiri, berdiri, atau berjalan – jalan. Posisi untyuk persalinan : duduk atau setengah duduk, posisi merangkak, berjongkok atau berdiri, berbaring miring ke kiri
- e) Pengurangan Rasa Sakit
- Pendekatan – pendekatan untuk mengurangi rasa saki : adanya seseorang untuk mendukung dalam persalinan, mengatur posisi, relaksasi dan latihan pernapasan, istirahat, sentuhan dan massase.

i. Partograf

Menurut Dewi, dkk, 2011 partograf merupakan alat untuk mencatat informasi berdasarkan observasi, anamneses dan pemeriksaan fisik ibu dalam persalinan dan sangat penting khususnya untuk membuat keputusan klinis selama kala I

a) Kegunaan partograf

Partograf sangat berguna dalam proses persalinan dalam hal:

- 1) Mengamati dan mencatat informasi kemajuan persalinan dan memeriksa dilatasi serviks
- 2) Menentukan apakah persalinan berjalan normal dan mendeteksi dini persalinan lama sehingga bidan dapat membuat deteksi dini mengenai kemungkinan persalinan lama
- 3) Mencatat kondisi ibu dan janin

b) Pencatatan halaman depan partograf

- 1) Nama
- 2) Umur
- 3) Gravida, para, abortus
- 4) Nomor catatan
- 5) Tanggal dan waktu mulai darurat
- 6) Waktu pecahnya selaput ketuban

c) Pencatatan kondisi ibu dan janin

- 1) Denyut jantung setiap $\frac{1}{2}$ jam
- 2) Frekuensi dan lamannya kontraksi uterus setiap $\frac{1}{2}$ jam
- 3) Tekanan darah dan suhu setiap 4 jam
- 4) Penurunan kepala setiap 4 jam
- 5) Produksi urine, aseton dan protein setiap 2 -4 jam

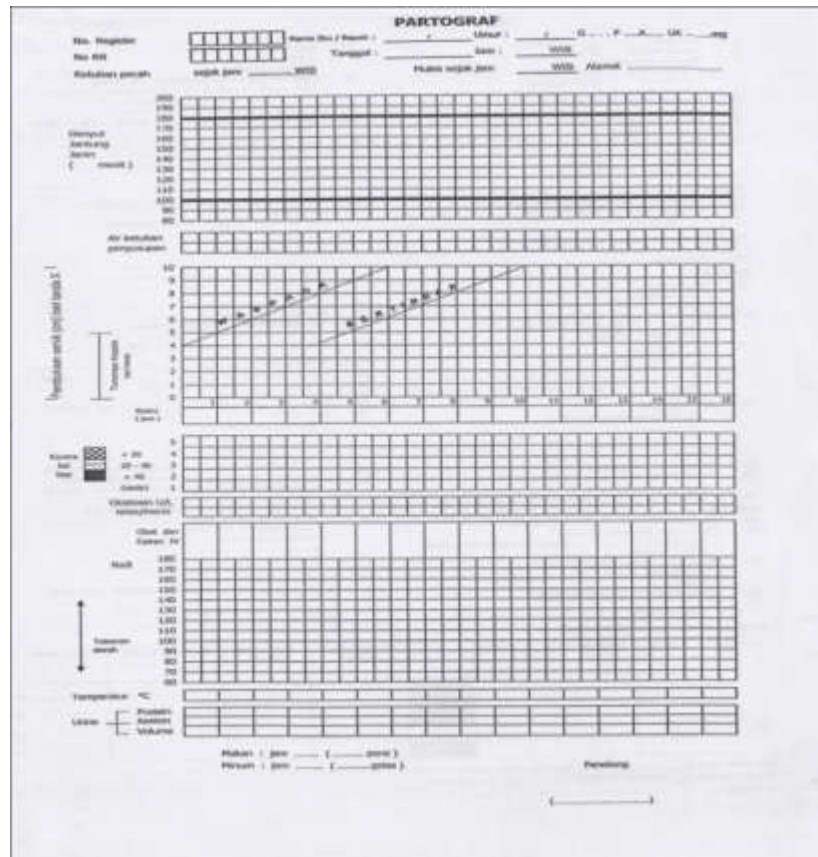
d) Penggunaan symbol

- 1) U: ketuban utuh
- 2) J: ketuban pecah warna jernih
- 3) M: ketuban pecah, ketuban bercampur mekonium
- 4) D: ketuban pecah bercampur darah
- 5) K: ketuban pecah kering

e) Pencatatan pada lembar belakang partograf

Halaman belakang partograf merupakan bagian terpenting untuk mencatat hal-hal yang terjadi selama proses persalinan dan kelahiran ,

serta tindakan-tindakan yang dilakukan sejak persalinan kala I kala II, kala III hingga kala IV (termasuk baru lahir).



Gambar 2. 1 Partograf Halaman Depan

2.1.3 Konsep Dasar Retensio Plasenta

a. Pengertian Retensio Plasenta

Menurut Sulistyawati dan Nugraheny, 2010 Retensio plasenta adalah terlambatnya kelahiran plasenta selama setengah jam setelah kelahiran bayi. Pada beberapa kasus dapat terjadi retensio plasenta berulang (*habitual plasenta*). Plasenta harus dikeluarkan karena dapat menimbulkan bahaya perdarahan, infeksi karena sebagai benda mati, dapat terjadi plasenta *inkarserata*, dapat terjadi polip plasenta, dan terjadi degenerasi ganas kario karsinoma.

b. Klasifikasi Retensio Plasenta

Menurut Arsinah (2010) terdiri dari :

1) Plasenta adhesive

Implantasi yang kuat dari jonjot korion plasenta sehingga menyebabkan kegagalan mekanisme separasi fisiologis.

- 2) Plasenta akreta
Implantasi jonjot korion plasenta hingga memasuki sebagian lapisan miometrium.
- 3) Plasenta inkreta
Implantasi jonjot korion plasenta hingga mencapai/memasuki miometrium.
- 4) Plasenta perkreta
Implantasi jonjot korion plasenta menembus lapisan otot hingga mencapai lapisan serosa dinding uterus.
- 5) Plasenta inkarserata
Tertahanya plasenta di dalam kavum uteri disebabkan oleh kontriksi ostium uteri.

c. Etiologi

Sebab Retensio Plasenta menurut Arsinah (2010):

- 1) Faktor-faktor maternal
 - a) Gravidarum berusia lanjut
 - b) Multi paritas
- 2) Faktor-faktor uterus
 - a) Bekas section saesaria. Plasenta sering tertanam pada jaringan cicatrix uterus
 - b) Bekas pembedahan uterus
 - c) Bekas curettage uterus, yang terutama setelah kehamilan atau abortus
 - d) Bekas pengeluaran plasenta secara manual
 - e) Bekas endomtrium
- 3) Faktor-faktor plasenta
 - a) Plasenta previa
 - b) Implementasi corneal.

Maka sebagian besar faktor etiologi tersebut masih diragukan dua faktor predisposisi yang paling sering adalah plasenta previa dan bekas section saesaria (Hakimi, 2010)

d. Patofisiologi

Segera setelah anak lahir uterus berhenti kontraksi namun secara perlahan tetapi progresif uterus mengecil, yang disebut retraksi, pada masa retraksi itu lembek namun serabut-serabut nya secara perlahan memendek kembali. Peristiwa retraksi menyebabkan pembuluh-pembuluh darah yang berjalan di celah-celah serabut otot-otot polos rahim terjepit oleh serabut otot rahim itu sendiri. Bila serabut ketuban belum terlepas, plasenta belum terlepas seluruhnya dan bekuan darah dalam rongga rahim bisa menghalangi proses retraksi yang normal dan menyebabkan banyak darah hilang (Arsinah, 2010).

e. Tanda dan Gejala

1) Plasenta Akreta Parsial/Separasi

Konsistensi uterus kenyal, TFU setinggi pusat atau diatas pusat, bentuk uterus discoid, perdarahan sedang-banyak, tali pusat terjulur sebagian, ostium uteri terbuka, separasi plasenta lepas sebagian dan syok sering.

2) Plasenta Inkaserata

Konsistensi uterus keras, TFU 2 jari bawah pusat, bentuk uterus globular, perdarahan sedang, tali pusat terjulur, ostium uteri terbuka, separasi plasenta sudah lepas, syok jarang.

3) Plasenta Akreta

Konsistensi uterus cukup, TFU setinggi pusat atau diatas pusat, bentuk uterus discoid, perdarahan sedikit / tidak ada, tali pusat menjulur tidak memanjang, ostium uteri terbuka, separasi plasenta melekat seluruhnya, syok jarang sekali, kecuali akibat inversion oleh tarikan kuat pada tali pusat (Prawihardjo, 2010).

f. Cara Pelepasan Plasenta

1) Metode Ekspulsi Schultze

Pelepasan ini dapat dimulai dari tengah (sentral) atau dari pinggir plasenta. Ditandai oleh makin panjang keluarnya tali pusat dari vagina (tanda ini dikemukakan oleh Ahlfled) tanpa adanya perdarahan per vaginam. Lebih besar kemungkinannya terjadi pada plasenta yang melekat di fundus (Chandra, 2009).

2) Metode Ekspulsi Matthew-Duncan

Ditandai oleh adanya perdarahan dari vagina apabila plasenta mulai terlepas. Umumnya perdarahan tidak melebihi 400 ml. bila lebih, hal ini patologik. Lebih besar kemungkinan terjadi pada implantasi lateral. Apabila plasenta lahir, umumnya otot-otot uterus segera berkontraksi, pembuluh-pembuluh darah akan terjepit, dan perdarahan segera berhenti. Pada keadaan normal, plasenta akan lahir spontan dalam waktu lebih kurang 6 menit setelah anak lahir lengkap.

g. Pengeluaran Plasenta

Plasenta yang sudah terlepas oleh kontraksi rahim akan didorong ke segmen bawah rahim, ke dalam bagian atas vagina. Dari tempat ini plasenta didorong keluar oleh tenaga mengejan, 20% secara spontan dan selebihnya memerlukan pertolongan.

Plasenta dikeluarkan dengan melakukan tindakan manual bila :

- a) Perdarahan lebih dari 400 sampai 500cc
- b) Terjadi retensio plasenta
- c) Bersamaan dengan tindakan yang disertai narkosa
- d) Dari anamnesa terdapat perdarahan habitualis

h. Prosedur Manual Plasenta

Manual plasenta merupakan tindakan operasi kebidanan untuk melahirkan retensio plasenta. Plasenta manual adalah tindakan untuk melepas plasenta secara manual (menggunakan tangan) dari tempat implantasinya dan kemudian melahirkannya keluar dari kavum uteri.

1) Persiapan

- a) Pasang set dan cairan infuse
- b) Jelaskan pada prosedur dan tujuan tindakan
- c) Lakukan anestesi verbal atau analgesic per rectal
- d) Siapkan dan jalankan prosedur pencegahan infeksi

2) Tindakan penetrasi ke dalam kavum uteri

- a) Pastikan kandung kemih dalam keadaan kosong
- b) Jepit tali pusat dengan klem pada jarak 5-10 cm dari vulva, tegangkan satu tangan sejajar lantai

- c) Secara obstetric masukan tangan lainnya (punggung tangan menghadap kebawah) ke dalam vagina menelusuri sisi bawah tali pusat
 - d) Setelah mencapai bukaan serviks minta tolong asisten/penolong lain untuk memegang klem tali pusat kemudian pindahkan tangan luar untuk menahan fundus uteri
 - e) Sambil menahan fundus uteri, masukan tangan dalam sampai ke kavum uteri, masukkan tangan dalam sampai ke kavum uteri, masukkan tangan dalam
- 3) Melepas plasenta dari dinding uterus
- a) Tentukan implantasi plasenta, temukan tepi plasenta paling bawah
 - b) Setelah ujung-ujung jari masuk di antara plasenta dan dinding uterus, perluas pelepasan plasenta dengan jalan menggeser tangan ke kanan dan kiri sambil digeser ke atas (cranial pasien) hingga sampai perlekatan plasenta dari dinding uterus
- 4) Mengeluarkan Plasenta
- a) Sementara satu tangan masih di dalam kavum uteri, lakukan eksplorasi untuk menilai tidak ada sisa plasenta yang tertinggal
 - b) Pindahkan tangan luar dari fundus ke supra simfisis (tahan segmen bawah uterus) kemudian instruksikan asisten atau penolong untuk menarik tali pusat sambil tangan dalam membawa plasenta keluar.
 - c) Lakukan penekanan uterus ke arah dorso-kraniol setelah plasenta dilahirkan dan tempatkan plasenta di dalam wadah yang telah disiapkan.
- 5) Pencegahan infeksi pasca tindakan
- a) Dekontaminasi sarung tangan serta peralatan lain yang digunakan.
 - b) Lepaskan dan rendam sarung tangan dan peralatan lainnya di dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit
 - c) Cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir
 - d) Keringkan tangan dengan handuk bersih dan kering
- 6) Pemantauan pasca tindakan

- a) Periksa kembali tanda vital pasien
- b) Catat kondisi pasien dan buat laporan tindakan.
- c) Tuliskan rencana pengobatan, tindakan yang masih diperlukan dan asuhan lanjutan.
- d) Beritahu pasien dan keluarga bahwa tindakan telah selesai tetapi pasien masih memerlukan pemantauan dan asuhan lanjutan
- e) Lanjutkan pemantauan pasien hingga 2 jam pasca tindakan sebelum dipindah ke ruang nifas.

2.1.4 Konsep Dasar Nifas

a) Pengertian

Menurut Vivian dan Tri Susansih, 2013 Masa nifas (puerperium) dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat - alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil

Menurut Dewi, 2013 Masa nifas (puerperium) dimulai setelah kelahiran dan berakhir ketika alat-alat reproduksi / kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas atau puerperium dimulai sejak 2 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (42 hari)

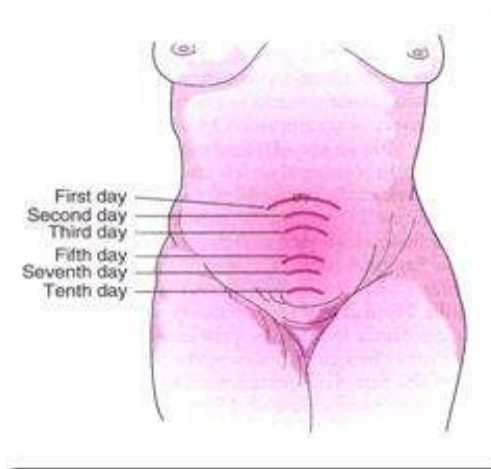
Menurut Sarwono Prawiroharjo, 2010 Puerperium dimulai sejak 2 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu atau 42 hari

b) Asuhan yang di berikan dalam kunjungan nifas

Menurut Saleha (2009) Asuhan yang diberikan adalah :

1. Kunjungan I (6-8 jam post partum).
 - a. Mencegah perdarahan masa nifas akibat atonia uteri
 - b. Mendeteksi dan perawatan penyebab lain perdarahan serta melakukan rujukan bila perdarahan berlanjut
 - c. Memberikan konseling pada ibu dan keluarga tentang cara mencegah perdarahan yang disebabkan atonia uteri
 - d. Pemberian ASI awal
 - e. Menjaga kehangatan bayi
2. Kunjungan II (6 hari post partum).
 - a. Memastikan involusi uteri berjalan dengan normal (kontraksi uterus baik, TFU di bawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal),
 - b. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, perdarahan

- c. Memastikan ibu mendapat istirahat yang cukup
 - d. Memastikan ibu mendapat makanan yang bergizi dan cukup cairan
 - e. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan benar serta tidak ada tanda-tanda kesulitan menyusui
 - f. Memberikan konseling tentang perawatan bayi baru lahir
3. Kunjungan III (2 minggu post partum)
Asuhan yang diberikan sama dengan asuhan yang diberikan pada kunjungan 6 hari post partum.
4. Kunjungan IV (6 minggu post partum)
Menanyakan penyulit-penyulit yang dialami ibu selama masa nifas, memberikan konseling KB secara dini.



Gambar 2.2 Involusi Uterus
(Dewi dkk, 2013)

c) Tujuan Asuhan Pada Masa Nifas

Menurut Vivian, 2011 tujuan dilakukannya asuhan masa nifas yaitu:

- 1) Mendeteksi adanya perdarahan masa nifas.
- 2) Menjaga kesehatan ibu dan bayinya
- 3) Melaksanakan skrining secara komprehensif
- 4) Memberikan pendidikan kesehatan diri meliputi perawatan diri, nutrisi KB, menyusui, pemberian imunisasi kepada bayinya, dan perawatan bayi sehat.
- 5) Memberikan pendidikan mengenai laktasi dan perawatan payudara.
- 6) Konseling mengenai KB.

d) Tahapan Masa Nifas

Menurut Dewi, dkk tahun 2013 masa nifas dibagi menjadi 3 tahap yaitu:

1) Puerperium dini

yaitu kepulihan dimana ibu diperbolehkan berdiri dan berjalan, serta menjalankan aktifitas layaknya wanita normal lainnya.

2) Puerperium intermedate

yaitu suatu kepulihan menyeluruh alat-alat genitalia yang lamanya sekitar 6-8 minggu. *Puerperium remote* waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama apabila ibu selama hamil atau persalinan mempunyai masalah.

e) Proses Laktasi dan Menyusui

Menurut Vivian dan Tri sunarsih, 2013 proses laktasi dan menyusui yaitu

1) Anatomi Payudara

Payudara (mammariae) adalah kelenjar yang terletak dibawah kulit, diatas otot dada. Fungsi dari payudara adalah memproduksi susu untuk nutrisi bayi. Manusia mempunyai sepasang kelenjar payudara, yang beratnya kurang lebih 200 gram, saat hamil 600 gram, dan saat menyusui 800 gram

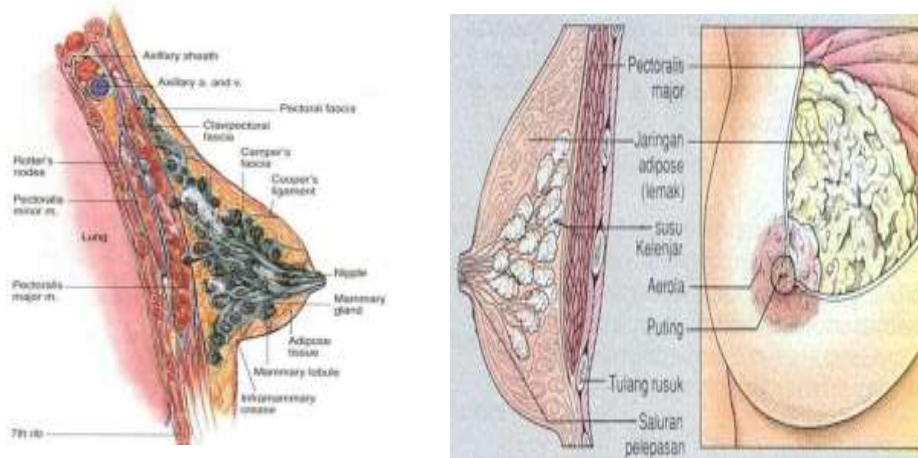
- a. Letak : setiap payudara terletak pada sternum dan meluas setinggi costa kedua dan keenam. Payudara ini terletak pada fascia superficialis dinding rongga dada yang disangga oleh ligamentum suspensorium.
- b. Bentuk : masing-masing payudara berbentuk tonjolan setengah bola dan mempunyai ekor (cauda) dari jaringan yang meluas ke ketiak atau aksila
- c. Ukuran : ukuran payudara berbeda pada setiap individu, juga tergantung pada stadium perkembangan dan umur. Tidak jarang salah satu payudara ukurannya agak lebih besar daripada yang lainnya.

2) Struktur Makroskopis

Struktur makroskopis dari payudara adalah sebagai berikut :

- a. Kauda aksilaris yaitu jaringan payudara yang meluas kearah aksila

- b. *Areola* yaitu daerah lingkaran yang terdiri dari kulit yang longgar dan mengalami pigmentasi. Areola pada masing-masing payudara memiliki garis tengah kira-kira 2,5 cm. letaknya mengelilingi puting susu dan berwarna kegelapan yang disebabkan oleh penipisan dan penimbunan pigmen pada
- c. kulitnya.



Gambar 2. 9 Payudara
(Vivian, 2013)

- d. *Papilla mammae* yaitu terletak setinggi *interkosta* IV, tetapi berhubung adanya variasi bentuk dan ukuran payudara, maka letaknya akan bervariasi. Pada tempat ini terdapat, lubang-lubang kecil yang merupakan muara dari duktus laktiferus, ujung-ujung serat saraf, pembuluh darah, pembuluh getah bening serat-serat otot polos yang tersusun secara sirkuler sehingga bila ada kontraksi duktus laktiferus akan memadat dan menyebabkan puting susu ereksi sedangkan otot-otot yang longitudinal akan menarik kembali puting susu tersebut. Bentuk puting ada 4 macam yaitu bentuk yang normal, pendek/datar, panjang dan terbenam.

3) Struktur *mikroskopis*

a. *Alveoli*

Alveolus merupakan unit terkecil yang memproduksi susu. Bagian dari alveolus adalah sel aciner, jaringan lemak, sel plasma, sel otot polos, dan pembuluh darah

b. *Duktus laktiferus*

alah saluran sentral yang merupakan muara beberapa tubulus laktiferus.

c. *Ampulla*

Adalah bagian dari duktus laktiferus yang melebar, merupakan tempat menyimpan air susu. Ampulla terletak dibawah areola.

d. Lanjutan setiap duktus laktiferus

Meluas dari ampulla sampai muara pailla mammae.

4) Fisiologi Pengeluaran ASI

Pengeluaran ASI merupakan suatu interaksi yang sangat kompleks antara rangsangan mekanik, saraf, dan bermacam-macam hormon. Pengaturan hormon terhadap pengeluaran ASI, dapat dibedakan menjadi 3 bagian, yaitu sebagai berikut :

a) Pembentukan kelenjar payudara

Pada permulaan kehamilan terjadi peningkatan yang jelas dari duktus yang baru, percabangan percabangan dan lobulus, yang di pengaruhi oleh hormon-hormon plasenta dan korpusluteum. Hormon hormon yang ikut membantu mempercepat pertumbuhan adalah prolaktin, aktogen plasenta, karionik gonadotropin, insulink ortisol, hormon tiroid, hormon paratoroid, dan hormon pertumbuhan.

b) Pembentukan air susu

Pada ibu yang menyusui memiliki dua refleks yang masing-masing berperan sebagai pembentukan dan pengeluaran air susu yaitu sebagai berikut :

1) *Refleks prolaktin* : *hormon prolaktin* berperan untuk membuat kolostrum, namun jumlahnya terbatas karena dihambat oleh *estrogene* dan *progesterone* yang kadarnya memang tinggi, setelah partus, lepasnya plasenta dan kurangnya fungsi dari *korpus luteum* membuat *estrogen* dan *progesteron* sangat

berkurang, ditambah dengan isapan bayi yang merangsang puting susu akan merangsang ujung-ujung saraf *sensoris* yang berfungsi sebagai reseptor mekanik.

2) *Refleks let down* : bersama dengan pembentukan prolaktin oleh *hipofisis anterior*, rangsangan yang berasal dari isapan bayi ada yang dilanjutkan ke *hipofisis posterior* yang kemudian dikeluarkan oksitosin. Hormon ini diangkat menuju uterus yang dapat menimbulkan kontraksi. Kontraksi dari sel akan memeras air susu yang telah diproduksi.

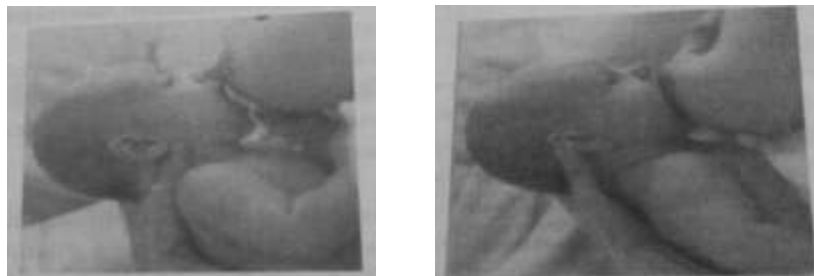
c) Pemeliharaan pengeluaran air susu

Hubungan yang utuh antara *hipotalamus* dan *hipofisis* mengatur kadar prolaktin dan oksitosin dalam darah. Hormon - hormon ini sangat perlu untuk pengeluaran permulaan dan pemeliharaan penyediaan air susu selama menyusui.

d) Mekanisme menyusui

a. Refleks mencari (*rooting reflex*)

Menurut Vivian,2013 Payudara ibu yang menempel pada pipi atau daerah sekeliling mulut merupakan rangsangan yang menimbulkan refleks mencari pada bayi, keadaan ini menyebabkan bayi berputar menuju puting susu yang menempel diikuti mulut membuka kemudian puting susu ditarik masuk ke dalam mulut.



Gambar 2. 10 Reflek Mencari

(Vivian, 2013)

b. Refleks menghisap (*sucking reflex*)

Puting susu yang sudah masuk ke dalam mulut dengan bantuan lidah ditarik lebih jauh dan rahang menekan kalang

payudara dibelakang putting susu yang pada saat itu sudah terletak di langit-langit keras

c. Refleks menelan (*swallowing reflex*)

Pada saat air susu keluar, akan disusul dengan gerakan mengisap yang ditimbulkan oleh otot-otot pipi sehingga pengeluaran air susu akan bertambah dan diteruskan dengan mekanisme menelan masuk ke lambung.

e) Manfaat pemberian ASI

Manfaat ASI untuk bayi adalah sebagai berikut :

1) Nutrisi (zat gizi) dalam ASI sesuai dengan kebutuhan bayi

2) ASI mengandung zat protektif

Dengan adanya zat protektif dalam ASI maka bayi jarang mengalami sakit. Zat - zat protektif sebagai berikut :

a. *Laktobasilus bifidus*, mengubah *laktosa* menjadi asam laktat dan asam asetat, yang membantu memberikan keasaman pada pencernaan sehingga menghambat pertumbuhan mikroorganisme

b. *Laktoferin*, mengikat zat besi sehingga membantu menghambat pertumbuhan kuman

c. *Lisozim*, enzim yang memecah dinding bakteri dan anti inflamatori bekerja sama dengan peroksida dan skorbat untuk menyerang *E.coli* dan *Salmonella*.

3) Pada saat bayi kontak dengan ibunya, maka akan timbul rasa aman dan nyaman bagi bayi.

4) ASI akan membuat bayi memiliki tumbuh kembang yang baik, dapat dilihat dari kenaikan berat badan dan kecerdasan otak balik.

5) Mengurangi kejadian karies dentis.

6) Mengurangi kejadian maloklusi (kebiasaan lidah yang mendorong kedepan akibat menyusui dengan botol / dot)

f. Komposisi gizi dalam ASI

Kandungan gizi dari ASI sangat khusus dan sempurna, serta sesuai dengan keebutuhan tumbuh kembang bayi yaitu protein, karbohidrat, lemak, mineral, air, vitamin.

a. Stadium ASI

ASI dibedakan dalam tiga stadium yaitu sebagai berikut :

- 1) Kolostrum : cairan pertama yang diperoleh bayi pada ibunya adalah kolostrum, yang mengandung campuran kaya akan protein, mineral, dan antibodi daripada ASI yang telah matang.
- 2) ASI transisi : ASI peralihan yang keluar setelah kolostrum sampai sebelum ASI matang, yaitu sejak hari ke 4 sampai ke 10.
- 3) ASI matur : ASI matur disekresi pada hari ke 10 dan seterusnya.

b. Cara Menyusui yang Benar

- a. Membersihkan puting susu dengan air atau minyak sehingga epitel yang lepas tidak menumpuk
- b. Puting susu ditarik-tarik setiap mandi sehingga menonjol untuk memudahkan isapan bayi
- c. Bila puting susu belum menonjol dapat memakai pompa susu.



Gambar 2. 11 Posisi Menyusui yang Benar
(Vivian, 2013)

c. Tanda bayi cukup ASI

- 1) Bayi minum ASI tiap 2-3jam atau dalam 24 jam minimal mendapat ASI 8 kali pada 2 sampai 3 minggu pertama
- 2) Kotoran berwarna kuning dengan frekuensi sering dan warna menjadi lebih muda pada hari kelima setelah lahir
- 3) Bayi akan BAK paling tidak 6-8 kali/hari
- 4) Ibu dapat mendengarkan pada saat bayi menelan ASI
- 5) Payudara terasa lebih lembek yang menandakan ASI telah habis

- 6) Warna bayi merah dan kulit terasa kenyal
- 7) Pertumbuhan berat badan BB dan tinggi badan TB bayi sesuai dengan grafik pertumbuhan
- 8) Perkembangan motorik bayi (bayi aktif dan motoriknya sesuai dengan rentang usianya)
- 9) Bayi kelihatan puas sewaktu-waktu akan lapar akan bangun dan tidur dengan cukup. Bayi menyusui dengan kuat kemudian mengantuk dan tertidur pulas.



Gambar 2. 12 Cara Menyusui Yang Benar

(Vivian, 2013)

g. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

Menurut Vivian dan Tri sunarsih, 2013 perubahan fisiologis pada masa nifas

1) Uterus

Pada uterus terjadi proses involusi. Proses involusi adalah kembalinya uterus ke keadaan sebelum hamil setelah melahirkan. Proses ini dimulai segera setelah lahirnya plasenta. Proses involusi uterus adalah sebagai berikut :

- a. *Iskemia miometrium*, disebabkan oleh kontraksi dan retraksi yang terus-menerus dari uterus setelah pengeluaran.
- b. *Autolisis*, merupakan proses penghancuran diri sendiri yang terjadi di dalam otot uterus. Hal ini disebabkan oleh menurunnya hormon estrogen dan progesteron.
- c. Efek *oksitosin*, menyebabkan terjadinya kontraksi dan retraksi otot uterin sehingga akan menekan pembuluh darah yang mengakibatkan berkurangnya suplai darah ke uterus.

Perubahan uterus ini berhubungan erat dengan perubahan-perubahan pada miometrium. Pada miometrium terjadi perubahan-perubahan yang bersifat proteolisis. (Sunarsih, 2013)

| Involusi | TFU | berat Uterus (g) | Diameter bekas melekat plasenta (cm) | keadaan serviks |
|----------------|-----------------------------|------------------|--------------------------------------|---|
| Bayi lahir | Setinggi pusat | 1000 | | |
| Uri lahir | 2 jari dibawah pusat | 750 | 12,5 | lembek |
| Satu minggu | pertengahan pusat simfisi | 500 | 7,5 | |
| Dua Minggu | tak teraba di atas simfisis | 350 | 3 -4 | Beberapa hari setelah postpartum dapat dilalui 2 jari Akhir minggu pertama dapat dilalui 1 jari |
| Enam Minggu | bertambah kecil | 50 – 60 | 1 - 2 | |
| Delapan minggu | sebesar normal | 30 | | |

Tabel 2. 4 Tinggi Fundus Uteri
(Sunarsih, 2013)

2. Perubahan ligament

Ligament - ligamen dan diafragma pelvis, serta fascia yang meregang sewaktu kehamilan dan partus, setelah jalan lahir, berangsur-angsur menciut kembali seperti sediakala. Tidak jarang ligamentum rotundum menjadi kendur yang mengakibatkan letak uterus menjadi retrofleksi.

3. Serviks

Serviks mengalami involusi bersama-sama uterus. Setelah persalinan ostium eksterna dapat dimasuki 2 sampai 3 jari. Setelah 6 minggu persalinan, serviks menutup.

a. *Lokia*

Lokia adalah cairan secret yang berasal dari cavum uteri dan vagina dalam masa nifas. Macam-macam lochea:

- 1) Lokia rubra (*kruenta*): berisi darah segar dan sisa selaput ketuban, serta desidua, vernik kaseosa, lanugo, dan meconium, selama 2 hari post partum.
- 2) Lokia *sanguinolenta*: berwarna kuning berisi darah dan lender, hari ke-3 sampai 7 postpartum.
- 3) Lokia *serosa*: berwarna kuning cairan tidak berdarah lagi, hari ke-7 sampai 14 postpartum.
- 4) Lokia alba: cairan putih, setelah 2 minggu.
- 5) Lokia purulenta: terjadi infeksi, keluar cairan berupa nanah berbau busuk.
- 6) *Locheastasis*: lochea tidak lancar keluaranya.

b. Vulvadan vagina

Setelah proses persalinan kedua organ ini masih mengendur akibat proses melahirkan bayi. Setelah 3 minggu vulva dan vagina kembali kekeadaan tidak hamil dan rugae dalam vagina berangsur muncul, sedangkan labia menjadi lebih menonjol.

c. *Perineum*

Setelah melahirkan periniumpun juga akan mengendur. Pada hari ke 5 akan kembali sekalipun tetap lebih kendur daripada sebelum melahirkan.

d. Payudara

Kadar prolactin yang disekresikan oleh kelenjar hypofisis anterior meningkat secara stabil selama kehamilan, tetapi hormone plasenta menghambat produksi ASI. Setelah kelahiran plasenta, konsentrasi estrogen dan progesterone menurun, prolactin dilepaskan dan sintesis ASI dimulai. Suplai darah ke payudara meningkat dan menyebabkan pembengkakan vaskuler sementara.

e. System perkemihan

Buang air kecil sering sulit selama 24 jam pertama. Kemungkinan terdapat spasine sfingter dan edema leher buli-

buli sesudah bagian ini mengalami kompresi antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan. Urine dalam jumlah yang besar akan dihasilkan dalam waktu 12-36 jam sesudah melahirkan.

f. Sistem Gastrointestinal

Kerap kali diperlukan waktu 3-4 hari sebelum faal usus kembali normal. Meskipun kadar estrogen menurun setelah melahirkan, namun asupan makanan juga mengalami penurunan selama satu atau dua hari, gerak tubuh berkurang dan usus bagian bawah sering kosong jika sebelum melahirkan diberi enema. Rasa sakit di daerah perineum dapat menghalangi keinginan kebelakang.

g. Sistem endokrin

Kadar estrogen menurun 10% dalam waktu sekitar 3 jam post partum. Progesterone turun pada hari ke 3 postpartum. Kadar prolactin dalam darah berangsur-angsur menghilang.

h. Sistem musculoskeletal

Ambulasi umumnya dimulai 4-8 jam post partum. Ambulasi dini sangat membantu untuk mencegah komplikasi dan mempercepat proses involusi.

i. Sistem integument

Penurunan melanin umumnya setelah persalinan menyebabkan berkurangnya hyperpigmentasi kulit. Perubahan pembuluh darah yang tampak pada kulit karena kehamilan dan akan menghilang pada saat estrogen menurun.

h. Adaptasi Psikologi Ibu dalam Masa Nifas

Menurut Vivian dan Tri sunarsih, 2013 adaptasi psikologi ibu pada masa nifas yaitu :

1. Fase *taking in*

Yaitu periode ketergantungan yang berlangsung pada hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Gangguan psikologi yang dirasakan pada fase ini:

- a. Kecewa karena tidak mendapatkan apa yang diinginkan tentang bayinya. Misalkan: jenis kelamin tertentu, warna kulit, dan sebagainya.

- b. Ketidaknyamanan misalnya: rasa mules akibat kontraksi rahim, payudara bengkak, luka jahitan.
- c. Rasa bersalah karena belum bisa menyusui bayinya
- d. Suami dan keluarga mengkritik ibu tentang cara merawat bayinya dan cenderung hanya melihat bayinya saja tidak ikut membantu. Padahal hal tersebut bukan hanya tanggung jawabnya tetapi juga tanggung jawab bersamaan.

2. Fase *taking hold*

Berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Fase ini ibu khawatir tidak mampu merawat bayinya. Ibu sangat sensitive sehingga mudah tersinggung dan gampang marah sehingga kita perlu berhati-hati dalam berkomunikasi dengannya.

3. Fase *letting go*

Merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah bisa menyesuaikan diri, merawat diri dan bayinya, serta percaya dirinya sudah meningkat. Dukungan dari suami dan keluarga sangat diperlukan.

i. Kebutuhan Dasar Ibu Nifas

Menurut Vivian dan Tri Sunarsih, 2013 kebutuhan dasar pada ibu nifas yaitu:

1. Nutrisi dan Cairan

- a. Kebutuhan kalori selama menyusui proporsional dengan jumlah air susu ibu yang dihasilkan dan lebih tinggi selama menyusui dibanding selama hamil. Makanan yang dikonsumsi ibu berguna untuk melakukan aktivitas, cadangan dalam tubuh, proses produksi ASI, serta sebagai ASI itu sendiri yang akan dikonsumsi bayi untuk pertumbuhan dan perkembangannya. Makanan yang dikonsumsi juga perlu memenuhi syarat seperti susunannya harus seimbang, porsinya cukup dan teratur, tidak terlalu asin, pedas atau berlemak, serta tidak mengandung alkohol, bahan pengawet, dan pewarna.
- b. Protein diperlukan untuk pertumbuhan dan penggantian sel – sel yang rusak atau mati. Sumber protein dapat diperoleh dari protein hewani dan nabati. Protein hewani antara lain : telur, daging, udang, ikan, kerang, susu dan keju. Sementara itu protein nabati banyak terkandung dalam tahu, tempe, kacang-kacangan.

- c. Nutrisi lain yang diperlukan selama laktasi adalah asupan cairan. Ibu menyusui dianjurkan minum 2-3 liter per hari dalam bentuk air putih, susu, dan jus buah. Mineral, air, dan vitamin digunakan untuk melindungi tubuh dari serangan penyakit dan mengatur kelancaran metabolisme dalam tubuh. Sumber zat pengatur tersebut bisa diperoleh dari semua jenis sayur dan buah – buahan segar.
- d. Pil zat besi (Fe) harus diminum, untuk menambah zat gizi setidaknya selama 40 hari pascabersalin.
- e. Minum kapsul vitamin A (200.000 unit) sebanyak 2 kali yaitu 1 jam setelah melahirkan dan 24 jam setelahnya agar dapat memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASI

2. Ambulasi

Perawatan mobilisasi dini mempunyai keuntungan yaitu:

- a. Melancarkan pengeluaran lochia, mengurangi infeksi puerperium
- b. Mempercepat involusi uterus
- c. Melancarkan fungsi alat gastrointestinal dan alat kelamin
- d. Meningkatkan kelancaran peredaran sehingga mempercepat fungsi ASI dan pengeluaran sisa metabolisme

3. Eliminasi

Miksi disebut normal bila dapat BAK spontan tiap 3-4 jam. Ibu diusahakan mampu buang air kencing sendiri, bila tidak maka dilakukan tindakan yaitu:

- a. Dirangsang dengan mengalirkan air
- b. Mengompres air hangat di atas simfisis
- c. Berendam didalam air hangat

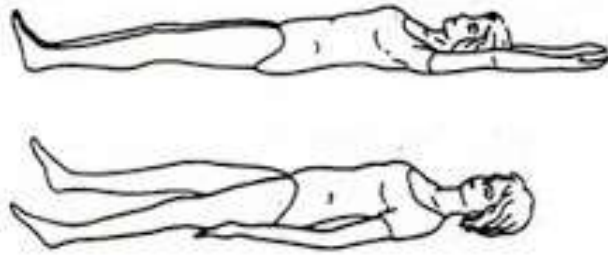
Defikasi (buang air besar) harus dalam 3 hari postpartum, cara agar dapat BAB dengan teratur yaitu:

- a) Diet teratur
- b) Pemberian cairan yang banyak
- c) Ambulasi yang baik
- d) Bila takut buang BAB secara episiotomi, maka diberikan laksana suposotria

4. Kebersihan diri dan perineum

- 1. Personal hygiene
 - a. Puting susu

- b. Partum lokea
2. Perineum
- a. Anjurkan kebersihan seluruh tubuh
 - b. Anjurkan untuk membersihkan daerah kelamin
 - c. Sarankan untuk mengganti pembalut 2 kali sehari
 - d. Sarankan ibu untuk membasuh tangan sebelum atau sesudah membersihkan alat kelaminnya
 - e. Jika terdapat luka episiotomi atau laserasi dianjurkan untuk tidak menyentuh luka tersebut.
5. Istirahat
- a. Beristirahat yang cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan
 - b. Sarankan untuk tidak melakukan aktivitas yang berat terlebih dahulu
6. Seksual
- Dinding vagina kembali pada keadaan sebelum hamil dalam waktu 6-8 minggu. Secara fisik aman untuk memulai hubungan suami istri begitu darah merah berhenti, dan ibu dapat memasukkan 1-2 jari ke dalam vagina tanpa rasa nyeri
7. Keluarga berencana
- Tujuan dari kontrasepsi adalah menghindari/mencegah terjadinya kehamilan sebagai akibat bertemunya sel telur yang matang dan sel sperma tersebut. Kontrasepsi yang cocok untuk ibu nifas antara lain Metode Amenorhea Laktasi (MAL), pil progestin, suntikan progestin, kontrasepsi implan, dan alat kontrasepsi dalam Rahim.
8. Latihan atau senam nifas
- Menurut Vivian, 2013 Senam nifas bertujuan untuk mempercepat penyembuhan, mencegah timbulnya komplikasi, serta memulihkan dan menguatkan otot – otot punggung, otot dasar panggul dan otot perut, berikut langkah senam nifas
- a. Latihan ini dapat dilakukan saat ibu berbaring setelah melahirkan. Lakukan juga latihan kegel saat berkemih atau menyusui. Caranya lakukan gerakan seperti menahan buang air kecil, tahan kontraksi 8-10 detik kemudian lepaskan



Gambar 2. 13 Latihan Kegel

- b. Ambil posisi dasar : berbaring terlentang, lutut ditekuk dan saling berpisah dengan jarak 30 cm. Telapak kaki menjejak lantai, kepala dan bahu didukung bantal. Letakkan tangan diperut sehingga anda bisa merasakan terangkat saat menarik nafas perlahan melalui hidung. Kencangkan otot – otot perut saat anda menghembuskan nafas perlahan lewat mulut. Lakukan 2 – 3 kali bernafas dalam setiap latihan



Gambar 2. 14 Latihan Pernapasan

- c. Ambil posisi dasar. Hirup sementara anda menekan pinggul ke lantai. Selanjutnya hembuskan napas dan lemaskan. Sebagai permulaan ulang 3 – 4 kal. Secara bertahap, latihan ditambah hingga 12 kali, lalu 24 kali



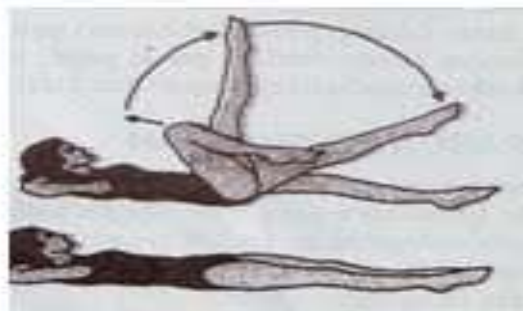
Gambar 2. 15 Latihan Mengangkat pinggul

- d. Ambil posisi dasar. Tarik napas dalam – dalam, angkat kepala sedikit sambil menghembuskan napas. Angkat kepala lebih tinggi
- e. sedikit setiap hari dan secara bertahap usahakan mengangkat pundak.



Gambar 2. 26 Latihan Mengangkat kepala

- f. Ambil posisi dasar. Secara perlahan, julurkan kedua tungkai kaki hingga rata dengan lantai. Geserkan telapak kaki kanan dengan tetap menjejak lantai, ke belakang ke arah bokong. Perlahan pinggul tetap meneka lantai. Geserkan tungkai kaki ke arah bawah. Ulangi untuk kaki kiri. Mulailai 3 – 4 kali geserkan setiap kaki, lalu secara bertahap tambah sampai anda bisa melakukannya 12 kali atau lebih dengan nyaman.



Gambar 2. 17Latihan meluncurkan kaki

9. Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas

1. Pengkajian masa nifas

Asuhan pada masa nifas dapat dikaji meliputi data subjektif dan objektif, berikut pengkajian menurut data subjektif :

- a. Keluhan yang dirasakan ibu saat ini
- b. Adakah kesulitan dalam pemenuhan kebutuhan sehari-hari misalnya pola makan, BAK dan BAB, kebutuhan istirahat, mobilisasi
- c. Riwayat tentang persalinan ini meliputi adakah komplikasi, laserasi, atau episiotomy
- d. Obat/suplemen yang dikonsumsi saat ini, misalnya tablet besi
- e. Perasaan ibu saat ini yang berkaitan dengan kelahiran bayi dan penerimaan terhadap peran baru sebagai orang tua
- f. Adakah kesulitan dalam pemberian ASI dan perawatan bayi sehari-hari
- g. Bagaimana perencanaan menyusui nanti (ASI eksklusif atau tidak), perawatan bayi dilakukan sendiri atau dibantu orang lain
- h. Bagaimana dukungan dari suami dan keluarga terhadap ibu
- i. Pengetahuan ibu tentang nifas

2. Pemeriksaan fisik dilakukan secara menyeluruh dan terutama berfokus pada masa nifas, yaitu sebagai berikut :

a. Pemeriksaan umum

- 1) Temperatur atau suhu selama 24 jam pertama dapat meningkat sampai 38 derajat celcius sebagai akibat feel dehidrasi persalinan. Setelah 24 jam pertama wanita harus tidak demam. Jika suhu ibu meningkat sampai 38 derajat celcius setelah 24 jam pertama dan terjadi lagi atau menetap selama 2 hari maka dicurigai kemungkinan mastitis, endometritis, infeksi saluran kemih dan infeksi sistemik.
- 2) Denyut Nadi saat jam pertama setelah kelahiran akan tetap tinggi dan kemudian menurun dengan frekuensi yang tidak diketahui. Pada minggu ke 8 dan 10 setelah melahirkan denyut nadi kembali ke keadaan normal atau frekuensi sebelum hamil jika nadi cepat atau semakin meningkat dapat menunjukkan hipovolemia akibat perdarahan.

- 3) Pernafasan harus berada dalam rentang normal sebelum melahirkan, hipoventilasi bisa terjadi jika tidak berada dalam normal.
- 4) Tekanan darah sedikit berubah atau menetap. Hipotensi ortostatik yang diindikasikan oleh rasa pusing dan seakan ingin pingsan segera setelah berdiri dapat timbul dalam 24 jam pertama. Hal ini akibat pembengkakan limpa yang terjadi setelah wanita melahirkan. Tekanan darah yang rendah bisa menunjukkan hipovolemia akibat perdarahan. Jika tekanan darah meningkat bisa disebabkan pemakaian vasopressor atau obat oksitosik secara berlebihan, hipertensi akibat kehamilan dapat menetap atau timbul pertama kali pada pasca partum.

b. Pemeriksaan khusus

- 1) Mata : sclera tidak ikterus, konjungtiva merah muda, jika pucat kemungkinan anemia akibat perdarahan
- 2) Leher : tidak terlihat pembesaran kelenjar tyroid dan bendungan vena jugularis
- 3) Perut : pada perut dapat dilihat kontraksi uterus apakah keras, jika tidak kemungkinan terjadi perdarahan atau robekan, atau sisa plasenta.
- 4) Genitalia : pada genitalian dapat dilihat lochea, jika darah yang keluar merah terang berarti darah berasal dari robekan lalu dapat dilihat juga perineum jika ada luka bekas episiotomi dilihat juga tanda-tanda infeksi
- 5) Ekstremitas : tidak oedema

10. Program Tindak Lanjut Asuhan Dirumah

Menurut Dewi,dkk, 2013 bidan dapat menggunakan berbagai metode untuk tetap dapat berhubungan dengan ibu dan bayi antara periode segera pascapartum dan pemeriksaan 4-6 minggu pascapartum. Beberapa bidan melakukan panggilan per telepon, ada juga yang melakukan kunjungan rumah, dan beberapa ada yang meminta ibu dan bayi kembali lagi untuk kunjungan 2 minggu pascapartum. Berikut jadwal kunjungan rumah bagi ibu nifas :

(Dewi,dkk, 2011)

Tabel 2. 5 Jadwal Kunjungan Rumah

| | |
|----------------------------------|---|
| 1. Kunjungan I (hari ke 1-7) | <p>a. Bidan menganjurkan pasien untuk memberikan ASI eksklusif</p> <p>b. Mengkaji warna dan banyaknya jumlah perdarahan</p> <p>c. Mengkaji TFU, dan kontraksi uterus, dan menjelaskan pada ibu tentang involusi uterus</p> <p>d. Bidan mendorong ibu untuk memperkuat ikatan batin antara ibu dan bayi</p> <p>e. Memberikan penyuluhan tentang tanda bahaya nifas maupun tanda bahaya pada bayi</p> |
| <hr/> | |
| 2. Kunjungan II (hari ke 8-28) | <p>a. Memberikan informasi mengenai makanan yang seimbang, mengandung protein, berserat, dan banyak minum air putih 8-10 gelas/hari</p> <p>b. Menganjurkan untuk menjaga kebersihan diri, terutama puting dan perinium</p> <p>c. Mengajarkan senam kegel, dan senam nifas</p> <p>d. Menganjurkan ibu untuk istirahat yang cukup</p> <p>e. Mengkaji adanya tanda-tanda post partum blues</p> <p>f. Membicarakan tentang kembalinya masa subur, melanjutkan hubungan seksual setelah selesai masa nifas, kebutuhan pengendalian kehamilan</p> |
| <hr/> | |
| 3. Kunjungan III (hari ke 29-42) | <p>a. Menganjurkan ibu untuk memenuhi kecukupan diet makan makanan yang bergizi</p> <p>b. Menentukan rencana KB</p> <p>c. Keterampilan membesarkan dan membina anak</p> <p>d. Rencana untuk check-up dan imunisasi bayi</p> |

Sumber : Dewi, dkk, 2011

11. Deteksi Dini Komplikasi Pada Masa Nifas

Menurut Vivian dan Tri sunarsih, 2013 deteksi dini komplikasi pada ibu nifas yaitu sebagai berikut :

1. Haemoragi

a. Perdarahan pasca persalinan primer

Perdarahan pervagiman yang melebihi 500 ml setelah bersalin didefinisikan sebagai perdarahan pasca persalinan, akan tetapi terdapat beberapa masalah mengenai definisi ini, yaitu sebagai berikut.

- 1) Perkiraan kehilangan darah biasanya tidak sebanyak yang sebenarnya, kadang-kadang hanya setengah dari biasanya. Darah tersebut bercampur dengan cairan amnion atau dengan urine, darah juga tersebar pada spon, handuk, dan kain di dalam ember, serta lantai
- 2) Volume darah yang hilang juga bervariasi akibatnya sesuai dengan kadar hemoglobin ibu. Seorang ibu dengan kadar Hb normal akan dapat menyesuaikan diri terhadap kehilangan darah di mana sebaliknya akan berakibat fatal pada ibu yang mengalami anemia. Akan tetapi, pada kenyataannya seorang ibu yang sehat dan tidak anemia pun dapat mengalami akibat fatal dari kehilangan darah.
- 3) Perdarahan dapat terjadi dengan lambat untuk jangka waktu beberapa jam dan kondisi ini dapat tidak dikenali sampai terjadi syok.

Beberapa etiologi dari komplikasi ini adalah atonia uteri dan sisa plasenta (80%), laserasi jalan lahir (20%), serta gangguan faal pembekuan darah pasca solusio plasenta. Berikut adalah faktor resiko dari komplikasi ini :

- Partus lama
- *Overdistensi* uterus (hidramnion, kehamilan kembar, makrosomia).
- Perdarahan *antepartum*
- Pasca induksi oksitosin atau $MgSO_4$
- Korioamnionitis
- Mioma uteri

- *Anestesia*

Penatalaksanaan yang dapat dilakukan adalah sebagai berikut.

a. Perdarahan kala III (plasenta belum lahir)

Masase fundus uteri untuk memicu kontraksi uterus disertai dengan tarikan tali pusat terkendali. Bila perdarahan terus terjadi meskipun uterus telah berkontraksi dengan baik, periksa kemungkinan laserasi jalan lahir atau ruptur uteri. Bila plasenta belum dapat dilahirkan, lakukan plasenta manual.

b. Perdarahan pasca persalinan primer (true HPP)

- 1) Periksa apakah plasenta lengkap
- 2) Masase fundus uteri
- 3) Bila kontraksi uterus baik dan perdarahan uterus terjadi, periksa kembali kemungkinan adanya laserasi jalan lahir
- 4) Bila perdarahan terus menerus lakukan kompresi bimanual
- 5) Bila perdarahan terlalu banyak pertimbangkan transfusi darah.

c. Infeksi Masa Nifas

Jenis-jenis infeksi masa nifas sebagai berikut, yaitu :

1) *Endometritis*

Jenis infeksi ini paling sering ialah endometritis. Kuman-kuman yang memasuki endometrium, biasanya melalui luka bekas insersio plasenta, dan dalam waktu singkat mengikutsertakan seluruh endometrium. Tanda dan gejalanya, peningkatan demam mencapai 40°C, tergantung dari keparahan infeksi, takikardi, menggigil dengan infeksi berat, nyeri tekan uteri menyebar secara lateral, nyeri panggul dengan pemeriksaan bimanual.

2) *Parametritis*

Parametritis Adalah infeksi jaringan pelvis yang dapat terjadi melalui beberapa cara: penyebaran melalui limfe dari luka serviks yang terinfeksi atau dari endometritis, penyebaran langsung dari luka pada serviks yang meluas

sampai kedasar ligamentum, serta penyebaran sekunder dari tromboflebitis.

3) *Peritonitis*

Peritonitis dapat berasal dari penyebaran melalui pembuluh limfe uterus, parametritis yang meluas keperitoneum, salpingo ooforitis meluas keperitoneum atau langsung sewaktu tindakan perabdominal. Tanda dan gejalanya seperti, suhu badan tinggi, nadi cepat dan kecil, perut nyeri tekan, pucat, muka cekung, kulit dingin, mata cekung yang disebut muka hipokrates.

4) Infeksi trauma vulva, perineum, vagina, dan serviks

5) *Mastitis*

Mastitis adalah infeksi payudara. Meskipun dapat terjadi pada setiap wanita, mastitis semata-mata merupakan komplikasi pada wanita menyusui. Mastitis harus dibedakan dari peningkatan suhu transien dan nyeri payudara akibat pembesaran awal karena air susu masuk ke dalam payudara. Gejalanya yaitu, peningkatan suhu yang cepat, peningkatan kecepatan nadi, menggigil, nyeri hebat, bengkak, inflamasi, area payudara keras.

d. *Tromboflebitis* dan *Emboli paru*

Tromboflebitis pascapartum lebih umum terjadi pada wanita penderita varikosis atau yang mungkin secara genetic rentan terhadap relaksasi dinding vena akibat efek progesterone dan tekanan pada vena oleh uterus.

e. *Hematoma*

Hematoma adalah pembengkakan jaringan yang berisi darah. Bahaya hematoma adalah kehilangan sejumlah darah karena hemoragi, anemia, dan infeksi. Hematoma terjadi karena rupture pembuluh darah spontan atau akibat trauma. Pada siklus reproduktif, hematoma sering kali terjadi selama proses melahirkan atau segera setelahnya, seperti hematom vulva, vagina, atau hematoma ligamentum latum uteri.

2.1.4 Konsep Bayi Baru Lahir

a. Pengertian

Menurut M. Sholeh Kosim (2007) dalam buku (Marmi and Rahardjo 2012) Bayi baru lahir normal adalah berat lahir antara 2500 – 4000 gram, cukup bulan, lahir langsung menangis, dan tidak ada kelainan kongenital (cacat bawaan) yang berat.

Menurut (Donna, 2003) dalam buku (Marmi and Rahardjo 2012) Bayi baru lahir adalah bayi dari lahir sampai usia 4 minggu. Lahirnya biasanya dengan usia gestasi 38-42 minggu.

Menurut Saifuddin (2002) dalam buku (Marmi and Rahardjo 2012) Bayi baru lahir adalah bayi yang baru lahir selama satu jam pertama kelahiran.

Menurut (Marmi and Rahardjo 2012) Bayi baru lahir (neonatus) adalah bayi yang baru mengalami proses kelahiran, berusia 0 – 28 hari. BBL memerlukan penyesuaian fisiologis berupa maturasi, adaptasi (menyesuaikan diri dari kehidupan intrauterine ke kehidupan ekstra uterine) dan toleransi bagi BBL untuk memerlukan kehidupan yang baik.

b. Penilaian Bayi Baru Lahir

Penilaian awal bayi baru lahir harus segera dilakukan secara tepat dan tepat (0-30 detik), dengan cara menilai

- a. Apakah bayi cukup bulan ?
- b. Apakah air ketuban jernih, tidak bercampur mekonium ?
- c. Apakah bayi menangis atau bernapas ?
- d. Apakah tonus otot bayi baik ?

Jika bayi tidak cukup bulan dan atau air ketuban bercampur mekonium dan atau tidak menangis atau tidak bernapas atau megap-megap dan atau tonus otot tidak baik lakukan langkah resusitasi.(Asuhan Persalinan Normal 2010)

c. Penanganan Bayi Baru Lahir

Tujuan utama perawatan bayi segera sesudah lahir menurut (Asuhan Persalinan Normal 2010) adalah :

- a. Membersihkan jalan nafas

Bayi normal akan menangis spontan setelah lahir. Apabila bayi tidak langsung menangis penolong segera memberikan jalan nafas dengan cara sebagai berikut :

- 1) Letakkan bayi pada posisi terlentang di tempat yang keras dan hangat.
 - 2) Gulung kain dan letakkan dibawah bahu sehingga leher bayi lebih lurus dan kepala tidak menekuk. Posisi kepala diatur lurus sedikit tengadah kebelakang.
 - 3) Bersihkan hidung, rongga mulut dan tenggorokan bayi dengan jari tangan yang membungkus dengan kassa steril.
 - 4) Tepuk kedua telapak kaki bayi sebanyak 2-3 kali atau gosok kulit bayi dengan kain kering. Dengan rangsangan ini biasanya bayi segera menangis.
- b. Memotong dan merawat tali pusat
- Tali pusat dipotong 3 cm dari dinding perut bayi dengan menggunakan gunting steril dan diikat dengan pengikat steril, tali pusat dibersihkan dan dirawat dengan kassa steril.
- c. Mempertahankan suhu tubuh
- Pada waktu baru lahir, bayi belum mampu mengatur tetap suhu badannya, dan membutuhkan pengaturan dari luar untuk membantunya tetap hangat. Bayi baru lahir harus dibungkus hangat setelah IMD, suhu tubuh bayi merupakan tolak ukur kebutuhan akan tempat tidur yang hangat sampai suhu tubuhnya sudah stabil, suhu bayi harus dicatat.
- d. IMD (Inisiasi Menyusu Dini

d. Adaptasi Bayi Baru Lahir

Adaptasi neonatal (bayi baru lahir) adalah proses penyesuaian fungsional neonatus dari kehidupan di dalam uterus. Kemampuan adaptasi fungsional neonatus dari kehidupan di dalam uterus ke kehidupan di luar uterus. Kemampuan adaptasi fisiologis ini disebut juga homeostatis. Bila terdapat gangguan adaptasi, maka bayi akan sakit (Marmi and Rahardjo 2012).

Adapun adaptasi bayi baru lahir menurut (Marmi and Rahardjo 2012) adalah :

1. Sistem Pernafasan

Perkembangan sistem pulnomer terjadi sejak masa embrio, tepatnya pada umur kehamilan 24 hari. Pada umur kehamilan 24 hari ini bakal paru-paru terbentuk. Pada umur kehamilan 26-28 hari kedua bronchi

membesar. Pada umur kehamilan 6 minggu terbentuk segmen bronchus. Pada umur kehamilan 12 minggu terjadi diferensiasi lobus. Pada umur kehamilan 24 minggu terbentuk alveolus. Pada umur kehamilan 28 minggu terbentuk surfaktan. Pada umur kehamilan 34-36 minggu struktur paru-paru matang, artinya paru-paru sudah bisa mengembangkan system alveoli. Selama dalam uterus, janin mendapatkan oksigen dari pertukaran gas melalui plasenta. Setelah bayi lahir, pertukaran gas harus melalui paru-paru bayi. Pernafasan pertama bayi normal terjadi dalam 30 menit pertama sesudah lahir.

2. Jantung dan Sirkulasi Darah

a) Peredaran darah janin

Di dalam rahim darah yang kaya oksigen dan nutrisi berasal dari plasenta yang masuk ke dalam tubuh janin melalui plasenta umbilikalis, sebagian masuk vena kava inferior melalui duktus venosus aranti. Darah dari vena kava inferior masuk ke atrium kanan dan bercampur dengan vena kava superior. Darah dari atrium kanan sebagian melalui foramen ovale masuk ke atrium kiri bercampur dengan darah yang bercampur dengan vena pulmonalis. Darah dari atrium kiri selanjutnya ke ventrikel kiri yang kemudian akan dipompakan ke aorta, selanjutnya melalui arteri koronaria darah mengalir ke bagian kepala, ekstremitas kanan dan ekstremitas kiri.

b) peredaran darah *neonatus*

Aliran darah dari plasenta berhenti pada saat tali pusat diklem. Tindakan ini menyebabkan suplai oksigen ke plasenta menjadi tidak ada dan menyebabkan serangkaian reaksi selanjutnya..

Karena tali pusat diklem, sistem bertekanan rendah yang berada pada unit janin plasenta terputus sehingga berubah menjadi sistem sirkulasi tertutup, bertekanan tinggi dan berdiri sendiri. Efek yang terjadi segera setelah tali pusat diklem adalah peningkatan tahanan pembuluh darah sistemik.

3). Saluran Pencernaan

Pada kehamilan empat bulan pencernaan telah cukup terbentuk dan janin telah dapat menelan air ketuban dalam jumlah yang cukup banyak, aborsi air ketuban telah terjadi melalui mukosa seluruh

saluran pencernaan, janin minum air ketuban dapat dibuktikan dengan adanya mekonium.

4). *Hepar*

Hepar janin pada kehamilan empat bulan mempunyai peranan dalam metabolisme hidrat arang, dan glikogen mulai disimpan di dalam hepar, setelah bayi lahir simpanan glikogen cepat terpakai, vitamin A dan D juga sudah disimpan dalam hepar. Fungsi hepar janin dalam kandungan dan segera setelah lahir masih dalam keadaan imatur (belum matang), hal ini dibuktikan dengan ketidakseimbangan hepar untuk meniadakan bekas penghancuran dalam peredaran darah.

5). *Metabolisme*

Energi tambahan yang diperlukan neonatus pada jam-jam pertama sesudah lahir, diambil dari hasil metabolisme asam lemak sehingga kadar gula darah mencapai 120 mg/ 100ml. Apabila oleh sesuatu hal misalnya bayi dari ibu menderita DM dan BBLR perubahan glukosa menjadi glikogen akan meningkat atau terjadi gangguan pada metabolisme asam lemak yang tidak dapat memenuhi kebutuhan neonatus, maka kemungkinan besar bayi akan menderita hipoglikemi.

6) Produksi Panas (Suhu Tubuh)

Bayi baru lahir mempunyai kecenderungan untuk mengalami stress fisik akibat perubahan suhu di luar uterus. Fluktuasi (naik turunnya) suhu di dalam uterus minimal, rentang maksimal hanya 0,6 derajat C sangat berbeda dengan kondisi diluar uterus.

Berikut mekanisme kehilangan panas menurut (Marmi dan Rahardjo, 2012).

a) *Konduksi*

Panas dihantarkan dari tubuh bayi ke benda di sekitarnya yang kontak langsung dengan tubuh bayi.

Contohnya ialah menimbang bayi tanpa alas timbangan, tangan penolong yang dingin memegang bayi baru lahir, menggunakan stetoskop dingin untuk pemeriksaan bayi baru lahir.

b) *Konveksi*

Panas hilang dari bayi ke udara di sekitarnya yang sedang bergerak (jumlah panas yang hilang tergantung pada kecepatan

dan suhu udara). Contohnya ialah membiarkan atau menempatkan bayi baru lahir dekat jendela, membiarkan bayi baru lahir di ruang yang terpasang kipas angin.

c) *Radiasi*

Panas dipancarkan dari bayi baru lahir, keluarinya tubuh ke lingkungan yang lebih dingin (pemindahan panas antar dua objek yang mempunyai suhu tubuh yang berbeda). Contohnya ialah bayi baru lahir dibiarkan dalam ruangan *Air Conditioner (AC)* tanpa diberikan pemanas (*Radiant Warmer*), bayi baru lahir dibiarkan keadaan telanjang, bayi baru lahir ditudurkan berdekatan dengan ruangan dingin, misalnya dekat tembok.

d) *Evaporasi*

Panas hilang melalui proses penguapan tergantung kepada kecepatan dan kelembaban udara (perpindahan panas dengan cara merubah cairan menjadi uap). Evaporasi dipengaruhi jumlah panas yang dipakai, tingkat kelembaban udara, aliran udara yang melewati. Contohnya ialah penguapan cairan ketuban pada permukaan tubuh bayi

1. *Endokrin*

Adapun penyesuaian pada system endokrin adalah :

- a) Kelenjar thyroid berkembang selama minggu ke 3 dan 4.
- b) Sekresi-sekresi thyroxin dimulai pada minggu ke 8 thyroxin maternal dalam bisa memintasi plasenta sehingga fetus yang tidak memproduksi hormone thyroid akan lahir dengan hypothyroidism konginital jika tidak ditangani akan menyebabkan reterdasi mental berat.
- c) Kortek adrenal dibentuk pada minggu ke 6 dan menghasilkan hormone pada minggu ke 8 dan minggu ke 9.
- d) Pankreas dibentuk dari foregut pada minggu ke 5 sampai minggu ke 8 dan pulau langerhans berkembang selama minggu ke 12 serta insulin diproduksi pada minggu ke 20 pada infant dengan ibu DM dapat menghasilkan fetal hyperglikemi yang dapat merangsang hyperinsulinemia dan sel-sel pulau hyperplasia hal ini menyebabkan ukuran fetus berlebih.

e) Hyperinsulinemia dapat memblok maturasi paru sehingga dapat menyebabkan janin dengan resiko tinggi distress pernapasan.

2. Keseimbangan Cairan dan Fungsi Ginjal

Menurut Rohani dkk, 2011 Tubuh neonatus mengandung relatif lebih banyak air dan kadar natrium relatif lebih besar karena ruangan ekstra seluler luas. Pada neonatus fungsi ginjal belum sempurna hal ini karena :

- a) Jumlah nefron matur belum sebanyak orang dewasa.
- b) Tidak seimbang antara luas permukaan glomerulus dan volume tubulus proksimal.
- c) Aliran darah ginjal pada neonatus relatif kurang bila dibandingkan dengan orang dewasa. Hingga bayi berumur tiga hari ginjalnya belum di pengaruhi oleh pemberian air minum, sesudah lima hari barulah ginjalnya memproses air yang di dapatkan setelah lahir.

d). Keseimbangan Asam Basa

Derajat kesamaan (pH) darah pada waktu lahir rendah, karena glikolisis anaerobic. Dalam 24 jam neonatus telah mengkompensi asidosis.

e). Susunan Syaraf

neurologis bayi secara anatomic atau fisiologis belum berkembang sempurna. Bayi baru lahir menunjukkan gerakan-gerakan tidak terkoordinasi, pengaturan suhu yang labil, control otot yang buruk, mudah terkejut, dan tremor pada ekstremitas.

Beberapa reflek pada bayi :

- Reflek *Moro*
- Reflek *Rooting*
- Reflek *sucking*
- Reflek batuk dan bersin
- Reflek *grabs*
- Reflek *Walking* dan *Stapping*
- Reflek *Tonic Neck*
- Reflek *Babinsky*

- Reflek Membengkokkan Badan (Reflek *Galant*)
- Reflek Bauer / Merangkak

f). *Imunologi*

Pada neonatus hanya terdapat *imunoglobulin gamma G*, dibentuk banyak dalam bulan kedua setelah bayi dilahirkan, *imunoglobulin gamma G* pada janin berasal dari ibunya melalui plasenta. Semua imunitas bayi baru lahir belum matang, sehingga menyebabkan neonates rentan terhadap berbagai infeksi dan alergi. System imunitas yang matang akan memberikan kekebalan alami maupun yang didapati. Kekebalan alami terdiri dari struktur pertahanan tubuh yang berfungsi mencegah dan meminimalkan infeksi.

Berikut beberapa contoh kekebalan alami :

- 1) Perlindungan dari membrane mukosa
- 2) saringan saluran nafas
- 3) Pembentukan koloni mikroba di kulit dan usus
- 4) Perlindungan kimia oleh lingkungan asam lambung

e. **Pemeriksaan Fisik BBL**

Pengkajian fisik pada bayi baru lahir merupakan suatu prosesng dilakukan di kamar bersalin setelah bayi lahir dan pengkajian ini merupakan bagian dari prosedur perawatan segera bayi baru lahir.

Menurut Marmi and Rahardjo 2012, tujuan dari pemeriksaan fisik pada bayi baru lahir adalah untuk memastikan normalitas dan mendeteksi adanya penyimpangan normal. Dalam pelaksanaanya harus diperhatikan agar bayi tidak kedinginan, dan dapat ditunda apabila suhu tubuh bayi rendah atau bayi tampak tidak sehat.

Adapun pemeriksaan fisik pada bayi baru lahir menurut Marmi and Rahardjo 2012, adalah :

a. Pengukuran antropometri

- 1) Penimbangan berat badan
- 2) Pengukuran panjang badan
- 3) Ukur lingkar kepala
- 4) Ukur lingkar dada.

b. Pemeriksaan Fisik

1) Kepala

- a) Raba sepanjang garis sutura dan fontanel, apakah ukuran dan tampilannya normal. sutura yang berjarak lebar mengindikasikan bayi preterm, moulding yang buruk atau hidrosefalus
- b) Periksa adanya trauma kelahiran misalnya caput suksedaneum, sepal hematoma, perdarahan subapneurotik atau fraktur tulang tengkorak
- c) Perhatikan adanya kelainan congenital seperti anansefali, mikrosefali, kraniotabes dan sebagainya.

2) Wajah

Wajah harus tampak simetris. Terkadang wajah bayi tampak asimetris karena posisi bayi di intrauteri. Perhatikan kelainan khas seperti *syndrome down* atau *syndrome piere robin*. Perhatikan wajah akibat trauma lahir seperti laserasi.

3) Mata

Periksa jumlah, posisi atau letak mata. Periksa adanya strabismus yaitu koordinasi mata yang belum sempurna. Periksa adanya glaucoma congenital, mulanya akan tampak sebagai pembesaran kemudian sebagai kekeruhan pada kornea. Periksa adanya secret pada mata, konjungtivitis oleh kuman gonokokus dapat menjadi panoftalmia dan menyebabkan kebutaan. Apabila ditemukan *epichantus* melebar kemungkinan bayi mengalami *syndrome down*.

4) Hidung

- a) Kaji bentuk dan lebar hidung, pada bayi cukup bulan lebarnya harus lebih dari 2,5 cm
- b) Bayi harus bernapas dengan hidung, jika melalui mulut kemungkinan adanya obstruksi jalan napas karena atresi koana bilateral, fraktur tulang hidung atau ensefalokel yang menonjol ke nasofaring.

- c) Periksa adanya secret yang mukopurulen yang terkadang berdarah, hal ini memungkinkan adanya sifilis congenital.
 - d) Periksa adanya pernapasan cuping hidung, jika cuping hidung mengembang menunjukkan adanya gangguan pernapasan
- 5) Leher
- a) Leher bayi biasanya pendek dan harus diperiksa kesimetrisannya. Pergerakan harus baik. Jika terdapat keterbatasan gerakan kemungkinan adanya kelainan tulang leher.
 - b) Periksa adanya trauma leher yang menyebabkan kerusakan pada fleksus brakhialis.
 - c) Lakukan perabaan untuk mengidentifikasi adanya pembengkakan. Periksa adanya pembesaran kelenjar tyroid dan vena jugularis
 - d) Adanya lipatan kulit yang berlebihan di bagian belakang leher menunjukkan adanya kemungkinan trisomi 21.
- 6) Klavikula
- Raba seluruh klavikula untuk memastikan keutuhannya terutama pada bayi yang lahir dengan presentasi bokong atau distosia bahu. Periksa kemungkinan adanya fraktur.
- 7) Tangan
- a) Kedua tangan harus sama panjang, periksa dengan cara meluruskan kedua lengan ke bawah.
 - b) Kedua lengan harus bebas bergerak, jika gerakan kurang kemungkinan adanya kerusakan neurologis atau fraktur.
 - c) Periksa jumlah jari. Periksa adanya polidaktili atau sidaktili.

- d) Telapak tangan harus dapat terbuka, garis tangan yang hanya satu buah berkaitan dengan abnormalitas kromosom seperti trisomi 21.
 - e) Periksa adanya paronisia pada kuku yang dapat terinfeksi atau tercabut sehingga menimbulkan luka dan perdarahan
- 8) Dada
- a) Periksa kesimterisan gerakan dada saat bernapas. Apabila tidak simetris kemungkinan bayi mengalami pneumotoraks paresis diafragma atau hernia diafragmatika. Pernapasan yang normal dinding dada dan abdomen bergerak secara bersamaan. Tarikan sternum atau interkostal pada saat bernapas perlu diperhatikan.
 - b) Pada bayi cukup bulan, puting susu sudah terbentuk dengan baik dan tampak simetris
 - c) Payudara dapat tampak membesar tetapi ini normal.
- 9) Abdomen
- a) Abdomen harus tampak bulat dan bergerak secara bersamaan dengan gerakan dada saat bernapas. Kaji adanya pembengkakan.
 - b) Jika perut sangat cekung kemungkinan terdapat hernia diafragmatika
 - c) Abdomen yang membuncit kemungkinan karena hepatosplenomegali atau tumor lainnya.
 - d) Jika perut kembung kemungkinan adanya eterokilitis vesikalis, omfalokel atau ductus omfaloentrikus persisten.
- 10) Genetalia
- a) Pada bayi laki-laki panjang penis 3-4 cm dan lebar 1-1,3 cm. Periksa lubang uretra. Prepusium tidak boleh ditarik karena menyebabkan fimosis.
 - b) Periksa adanya hipospadia dan epispadia.

- c) Skrotum harus dipalpasi untuk memastikan testis ada dua.
- d) Pada bayi perempuan cukup bulan labia mayora menutupi labia minora.
- e) Lubang uretra terpisah dengan lubang vagina.
- f) Terkadang tampak adanya secret yang berdarah dari vagina, hal ini disebabkan oleh pengaruh hormone ibu (withdrawl bleeding, 2013).

11) Anus dan rectum

Periksa adanya kelainan atresia ani, kaji posisinya. Mekonium secara umum keluar pada 24 jam pertama, jika sampai 48 jam belum keluar kemungkinan adanya mekonium plug sindrom megakolon atau obstruksi saluran pencernaan.

12) Tungkai

- a) Periksa kesimetrisan tungkai dan kaki. Periksa panjang kedua kaki dengan meluruskan keduanya dan bandingkan.
- b) Kedua tungkai harus dapat bergerak bebas. Kurangnya gerakan berkaitan dengan adanya trauma, misalnya fraktur, kerusakan neurologis.
- c) Periksa adanya polidaktili atau sidaktili pada jari kaki.

13) Spinal

Periksa spina dengan cara menelungkupkan bayi, cari adanya tanda-tanda abnormalitas seperti spina bifida, pembengkakanlesung atau bercak kulit berambut yang dapat menunjukkan adanya abnormalitas medulla spinalis atau kolumna vetebrata.

14) Kulit

Perhatikan kondisi kulit bayi.

- a) Periksa adanya ruam dan bercak atau tanda lahir.
- b) Periksa adanya pembengkakan.

- c) Perhatikan adanya vernik kaseosa.
- d) Perhatikan adanya lanugo, jumlah yang terdapat pada bayi kurang bulan.(Marmi & Rahardjo, 2012).

c. Tanda-tanda Bahaya Pada Bayi

Sebagian besar bayi akan menangis atau bernafas secara spontan dalam waktu 30 detik setelah lahir(Marmi dan Rahardjo, 2012).

- a. Bila bayi tersebut menangis atau bernafas (telihat dari pergerakan dada paling sedikit 30x/menit) berikan bayi tersebut dengan ibunya.
- b. Bila bayi tersebut tidak bernafas dalam waktu 30 detik segeralah cari bantuan dan mulailah langkah-langkah resusitasi bayi tersebut.
- c. Penanganan persiapan kebutuhan resusitasi untuk setiap bayi dan siapkan rencana untuk meminta bantuan khususnya bila ibu tersebut memiliki riwayat eklampsia, pendarahan persalinan lama atau macet, persalinan dini atau infeksi.
- d. Jika bayi tidak bisa bernafas lakukan hal-hal sebagai berikut
 - 1) Keringkan bayi dengan selimut atau handuk yang hangat
 - 2) Gosoklah punggung bayi tersebut dengan lembut
- e. Jika bayi masih belum mulai bernafas setelah 60 detik mulailah resusitasi.
- f. Apabila bayi sianosis (kulit biru) atau sukar bernafas (frekuensi pernafasan < 30 atau >60x/ menit) berilah oksigen kepada bayi dengan kateter nasal atau nasal prongs.

Menurut (Marmi dan Rahardjo, 2012) Tanda-tanda Bahaya Bayi dibagi menjadi dua yaitu:

Tanda – tanda bahaya yang harus dikenali oleh ibu yaitu :

1. Pemberian ASI sulit, sulit menghisap, atau hisapan lemah.

2. Kesulitan bernafas, yaitu pernafasan cepat >60/menit atau menggunakan otot nafas tambahan.
 3. Letargi, bayi terus-menerus tidur tanpa bangun untuk makan.
 4. Warna abnormal kulit atau bibir biru (sianosis) dan bayi sangat kuning.
 5. Suhu terlalu panas (febris) atau terlalu dingin (hipotermia).
 6. Tanda dan perilaku abnormal atau tidak biasa.
 7. Gangguan gastrointestinal, misalnya tidak bertinja selama 3 hari pertama setelah lahir, muntah terus menerus, muntah dan perut bengkak, tinja hijau tua atau berdarah atau lender. Mata bengkak atau mengeluarkan cairan.
- g. Tanda tanda bahaya yang harus di waspadai pada bayi baru lahir:
- 1) Pernafasan sulit atau lebih dari 60 kali permenit.
 - 2) Kehangatan terlalu panas >38° C atau terlalu dingin <36° C.
 - 3) Warna kuning (terutama pada 24 jam pertama), biru atau pucat, memar.
 - 4) Pemberian makan, hisapan lemah, mengantuk berlebihan, banyak muntah.
 - 5) Tali pusat merah, bengkak, keluar cairan (nanah), bau busuk, pernafasan sulit.
 - 6) Tinja atau kemih-tidak berkemih dalam 24 jam, tinja lembek, sering, hijau tua, ada lender dan darah pada tinja.
 - 7) Aktivitas-mengigil atau tangis tidak biasa, sangat mudah tersinggung, lemas, tidak mengantuk, lunglai, kejang, kejang halus, tidak bisa tenang, menangis terus menerus. (Marmi & Rahardjo, 2012)

h. imunisasi

Imunisasi adalah suatu cara memproduksi imunitas aktif buatan untuk melindungi diri melawan penyakit tertentu dengan cara memasukan suatu zat dalam tubuh melalui penyuntikan atau secara oral. Menurut (Marmi and Rahardjo 2012) jadwal imunisasi yang diwajibkan sesuai program pengembangan

imunisasi (PPI) adalah BCG, polio, hepatitis B, DPT, dan campak.(Vivian, 2013)

Tabel 2. 6 Jadwal imunisasi

| Umur | Jenis imunisasi |
|----------|-------------------|
| 0-7 hari | Hb 0 |
| 1 bulan | BCG, Polio 1 |
| 2 bulan | DPT/Hb 1, Polio 2 |
| 3 bulan | DPT/Hb 2, Polio 3 |
| 4 bulan | DPT/Hb 3, Polio 4 |
| 9 bulan | Campak |

Sumber : Vivian, 2013

2.1.5 Konsep KB

a. Pengertian

Menurut Handayani,2012 Keluarga Berencana adalah upaya peningkatan kepedulian dan peran serta masyarakat melalui pendewasaan usia perkawinan (PUP), pengaturan kelahiran, pembinaan ketahanan keluarga, peningkatan kesejahteraan keluarga kecil, bahagia dan sejahtera.

Menurut sulistyawati, 2014 Keluarga Berencana (*familyplanning/planned parenthood*) merupakan suatu usaha menjarangkan atau merencanakan jumlah dan jarak kehamilan dengan menggunakan kontrasepsi.

Menurut Depkes, 1999 dalam buku Dewi Vivian tahun 2011 Program KB adalah bagian yang terpadu (integral) dalam program pembangunan nasional dan bertujuan untuk menciptakan kesejahteraan ekonomi, spiritual dan social budaya penduduk Indonesia agar dapat dicapai keseimbangan yang baik dengan kemampuan produksi nasional.(Dewi, dkk, 2014).

b. Tujuan KB

- a. Meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak serta mewujudkan keluarga kecil yang bahagia dan sejahtera melalui pengendalian kelahiran dan pengendalian pertumbuhan penduduk Indonesia

- b. Tercapainya penduduk yang berkualitas, sumber daya manusia yang bermutu dan meningkatkan kesejahteraan keluarga.

(Handayani, 2011)

c. Jenis Alat Kontrasepsi

- a. Metode Amenorrhea Laktasi (MAL)

Metode amenorrhea laktasi (MAL) adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian ASI. (Dewi, dkk, 2013)

- b. Metode Keluarga Berencana Alamiah (KBA)

Dalam metoda Keluarga Berencana Alamiah ini, ibu harus belajar mengetahui kapan masa suburnya berlangsung. KB ini efektif bila dipakai dengan tertib dan tidak ada efek samping jika menggunakan KB ini.

- c. Senggama Terputus

Senggama terputus adalah metode keluarga berencana tradisional, dimana pria mengeluarkan alat kelaminnya (penis) dari vagina sebelum pria mencapai ejakulasi. Cara Kerjanya adalah Alat kelamin (*penis*) dikeluarkan sebelum ejakulasi sehingga sperma tidak masuk ke dalam vagina sehingga kehamilan dapat dicegah.

- d. Metode Barrier

- 1) Kondom
- 2) Diafragma

Diafragma adalah kap berbentuk bulat cembung, terbuat dari lateks (karet) yang diinsersikan ke dalam vagina sebelum berhubungan seksual dan menutup serviks.

- 3) *Spermisida*

Spermisida adalah bahan kimia (biasanya non oksinol) digunakan untuk menonaktifkan atau membunuh sperma.

- e. KB Pil

- 1) *Pil Progestin* (Mini Pil)

Metode ini cocok untuk digunakan oleh ibu menyusui yang ingin memakai PIL KB karena sangat efektif pada masa laktasi. Efek samping utama adalah gangguan perdarahan (perdarahan bercak atau perdarahan tidak teratur).

(Dewi, dkk, 2013)

f. KB suntik 3 bulan

KB suntik 3 bulan adalah metode kontrasepsi yang diberikan secara intramuskular setiap tiga bulan.

Terdapat 2 jenis KB suntik 3 bulan yaitu: 1) DMPA (depo Medroxy Progesterone) yang diberikan tiap 3 bulan dengan dosis 150 miligram yang disuntik secara intramuskular 2) depo noristerat diberikan tiap 2 bulan dengan dosis 200 mg nore-trindron enantat. Cara kerja metode ini yaitu menghakanagi terjadinya ovulasi dengan menekan pembentukan releasing factor dan *hipotalamus*, leher serviks bertambah kental sehingga menghambat penetrasi sperma melalui serviks uteri, menghambat implantasi ovum dalam endometrium.

Kontraindikasi metode ini adalah ibu yang dinyatakan hamil atau diduga hamil, ibu yang menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara, diabetes mellitus yang disertai komplikasi, perdarahan pervaginam yang belum tau penyebabnya

Waktu mulai penggunaan kontrasepsi suntik 3 bulan:

- (1) Setiap saat selama siklus haid, asalkan ibu diyakini tidak hamil, mulai hari pertama sampai hari ke-7 siklus haid
- (2) Pada ibu yang tidak haid, asalkan ibu diyakini tidak hamil, suntikan pertama diberikan setiap saat. Selama 7 hari setelah suntikan tidak boleh bersenggama
- (3) Perempuan yang menggunakan kontrasepsi hormonal lain dan ingin mengganti dengan kontrasepsi suntikan, maka dapat segera menggunakan kontrasepsi suntik
- (4) Ibu yang menggunakan kontrasepsi non-hormonal dan ingin menggantinya dengan kontrasepsi hormonal, maka dapat segera menggunakan kontrasepsi suntik.

Terdapat beberapa efek samping dari kb suntik 3 bulan, berikut adalah efek samping kb suntik 3 bulan beserta penatalaksanaannya:

- 1) Meningkat atau menurunnya berat badan
- 2) Gangguan haid (*amenorea*):
Bila terjadi kehamilan maka dihentikan pemberian suntik kb 3 bulan.

3) Perdarahan

Bila pendarahan terus berlanjut maka klien dianjurkan untuk mengganti kontrasepsi lain (Mulyani, dkk, 2013).

g. Kontrasepsi Implan

Efektif selama 5 tahun norplant, 3 tahun untuk jadena, indoplant dan implanon. Kontrasepsi ini dapat dipakai oleh semua perempuan dalam usia reproduksi. Pemasangan dan pencabutan perlu pelatihan. Kesuburan segera kembali setelah implan dicabut.

h. Alat Kontrasepsi dalam Rahim

Alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR) memiliki beberapa jenis yaitu cut-380A, nova T, dan lippes loppes.



Gambar 2. 18 Macam-macam KB

2.2 Konsep Manajemen Kebidanan

2.2.1 Definisi Manajemen Kebidanan

Menurut Sulistyawati, dkk (2009) manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, temuan serta keterampilan dalam rangkaian atau tahapan yang logis untuk mengambil suatu keputusan yang berfokus pada pasien.

2.2.2 Prinsip Manajemen Kebidanan

Menurut Dewi (2011), prinsip-prinsip manajemen kebidanan, yaitu:

1. Secara sistematis mengumpulkan dan memperbaharui data yang lengkap dan relevan dengan melakukan pengkajian yang komprehensif.
2. Mengidentifikasi masalah dan membuat diagnosa berdasarkan interpretasi data dasar.
3. Mengidentifikasi kebutuhan terhadap asuhan kebidanan dalam penyelesaian masalah dan merumuskan tujuan asuhan kebidanan bersama klien.
4. Memberi informasi dan support terhadap klien agar klien dapat bertanggung jawab terhadap keputusan kesehatannya.
5. Membuat rencana asuhan yang komprehensif bersama klien.
6. Secara pribadi bertanggung jawab terhadap implementasi rencana asuhan.
7. Melakukan konsultasi, perencanaan dan melaksanakan manajemen dengan kolaborasi dan merujuk klien untuk mendapat asuhan selanjutnya.
8. Merencanakan manajemen terhadap komplikasi tertentu, dalam situasi darurat dan bila ada penyimpangan dari keadaan normal.
9. Melakukan evaluasi bersama klien terhadap pencapaian asuhan kebidanan dan merevisi rencana asuhan sesuai dengan kebutuhan.

2.2.3 Langkah-langkah Manajemen Kebidanan

Langkah-langkah manajemen kebidanan meliputi:

1. Langkah I: Pengumpulan data dasar

Pengumpulan data dasar merupakan kegiatan menghimpun informasi tentang klien atau orang yang meminta asuhan. Data yang tepat adalah data yang relevan dengan situasi yang dialami klien. Teknik pengumpulan data ada 3, yaitu:

- a. Observasi, dilakukan dengan mengamati klien melalui indera seperti penglihatan, pendengaran, penciuman dan indera peraba.
- b. Wawancara, yaitu pembicaraan terarah terhadap data yang relevan.
- c. Pemeriksaan, dilakukan dengan menggunakan instrumen atau alat pengukur.

Secara garis besar, data dibedakan menjadi data subjektif dan data objektif. Data subjektif meliputi antara lain: biodata klien, keluhan klien, riwayat kesehatan sekarang dan kesehatan yang lalu, dan riwayat

obstetri. Sedangkan data objektif meliputi antara lain: mengamati ekspresi dan perilaku klien, pemeriksaan fisik klien baik inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi, serta menggunakan teknik pemeriksaan yang benar dan terarah sesuai dengan keluhan klien.

2. Langkah II : Interpretasi data dasar

Pada langkah ini dilakukan identifikasi yang benar terhadap diagnosa atau kebutuhan klien berdasarkan interpretasi sesuai dengan data-data yang telah dikumpulkan. Langkah awal penentuan masalah atau diagnosa adalah dengan menganalisa data, yaitu dengan menghubungkan setiap data yang diterima sehingga tergambar fakta.

Diagnosa merupakan masalah yang ditegakan oleh bidan dalam lingkup praktik kebidanan dan memenuhi standar nomenklatur diagnosa kebidanan. Standar nomenklatur kebidanan adalah sebagai berikut:

- a. Diakui dan telah disahkan oleh profesi.
- b. Berhubungan langsung dengan praktik kebidanan.
- c. Memiliki ciri khas kebidanan.
- d. Didukung oleh *clinical judgement* dalam praktik kebidanan.
- e. Dapat diselesaikan dengan pendekatan manajemen kebidanan.

3. Langkah III: Mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial

Pada tahap ini bidan dituntut untuk dapat mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial yang mungkin terjadi. Identifikasi dilakukan berdasarkan rangkaian masalah atau diagnosa yang telah didapat. Langkah ini membutuhkan antisipasi dan pencegahan serta pengamatan keadaan klien dan kesiapan apabila masalah potensial ini benar terjadi.

4. Langkah IV : Menetapkan kebutuhan penanganan segera

Beberapa data yang telah didapat menunjukkan kondisi darurat yang memerlukan tindakan segera demi keselamatan. Identifikasi dilakukan untuk menentukan kebutuhan klien yang harus didahulukan. Langkah ini mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan.

5. Langkah V: Merencanakan asuhan yang komprehensif atau menyeluruh

Pada langkah ini membuat dan mendiskusikan tentang rencana asuhan menyeluruh yang akan diberikan. Langkah ini merupakan

pengembangan rencana yang sesuai dengan identifikasi kondisi klien, setiap masalah yang berkaitan, gambaran besar tentang apa yang terjadi berikutnya, konseling, dan rujukan. Setiap rencana harus disetujui oleh petugas kesehatan dan klien serta keluarga.

6. Langkah VI : Melaksanakan perencanaan atau implementasi

Pada langkah ini rencana asuhan menyeluruh dilaksanakan secara efisien dan aman. Pelaksanaan kegiatan dilakukan oleh bidan atau anggota tim kesehatan lainnya. Pelaksanaan yang efisien dapat menyingkat waktu dan biaya serta dapat meningkatkan mutu asuhan.

7. Langkah VII: Evaluasi

Pada langkah ini dilakukan evaluasi atau penilaian terhadap keefektifan dari asuhan yang telah diberikan. Evaluasi yang dilakukan meliputi pemenuhan kebutuhan klien sesuai identifikasi masalah apakah telah terpenuhi. Rencana dianggap efektif dan pelaksanaan dianggap berhasil apabila kebutuhan klien telah terpenuhi.

2.3 Konsep Dokumentasi Kebidanan

2.3.1 Definisi Dokumentasi Kebidanan

Menurut Mufdillah (2014), dokumentasi asuhan kebidanan merupakan pencatatan yang lengkap dan akurat terhadap keadaan atau kejadian yang dilihat dan dilakukan dalam pelaksanaan asuhan kebidanan (proses asuhan kebidanan).

Pengkajian merupakan dasar utama dalam memberikan asuhan kebidanan sesuai dengan kebutuhan individu. Oleh karena itu, pengkajian harus akurat, lengkap, sesuai dengan kenyataan, kebenaran data sangat penting dalam merumuskan suatu diagnosa kebidanan dan memberikan pelayanan kebidanan sesuai dengan respon individu sebagaimana yang telah ditentukan sesuai standar asuhan kebidanan dalam keputusan Menteri Kesehatan Nomor 938/MENKES/SK/VIII/2007 tentang Registrasi dan Praktik Bidan dan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 369/MENKES/SK/III/2007 tentang standart asuhan kebidanan. Penyusunan data sebagai indicator dari data yang mendukung diagnose kebidanan adalah suatu kegiatan kognitif yang kompleks dan bahkan pengelompokkan data fokus adalah sesuatu yang sulit.

2.3.2 Fungsi dan Prinsip Dokumentasi Kebidanan

Penulisan dokumentasi kebidanan memiliki tujuan dan prinsip adalah sebagai berikut:

1. Sebagai bukti sah atas asuhan.
2. Sebagai sarana komunikasi.
3. Sebagai sumber data yang memberikan gambaran tentang kronologis kejadian dan kondisi.
4. Sebagai sumber data penting untuk pendidikan dan penelitian.

Selain itu, dalam melakukan dokumentasi bidan harus menerapkan prinsip dokumentasi kebidanan. Prinsip dokumentasi kebidanan adalah sebagai berikut:

1. Mencantumkan nama jelas pasien pada setiap lembaran.
2. Menulis dengan tinta hitam.
3. Menuliskan tanggal, jam, pemeriksaan, tindakan atau observasi yang dilakukan.
4. Tuliskan nama jelas pada setiap pesanan, hasil observasi dan pemeriksaan oleh orang yang melakukan.
5. Hasil temuan digambarkan secara jelas.
6. Interpretasi data objektif harus didukung hasil pemeriksaan.
7. Kolom tidak dibiarkan kosong tetapi dibuat tanda penutup.
8. Bila ada kesalahan menulis, tidak diperkenankan menghapus (ditutup atau di *tipp'ex*).

2.3.3 Model Dokumentasi Asuhan Kebidanan

Menurut Sulistyawati (2009), model dokumentasi kebidanan yang digunakan adalah dalam bentuk catatan perkembangan, karena asuhan yang diberikan berkesinambungan dan menggunakan proses yang terus menerus. Dokumentasi asuhan kebidanan yang digunakan adalah SOAP notes. SOAP notes meliputi:

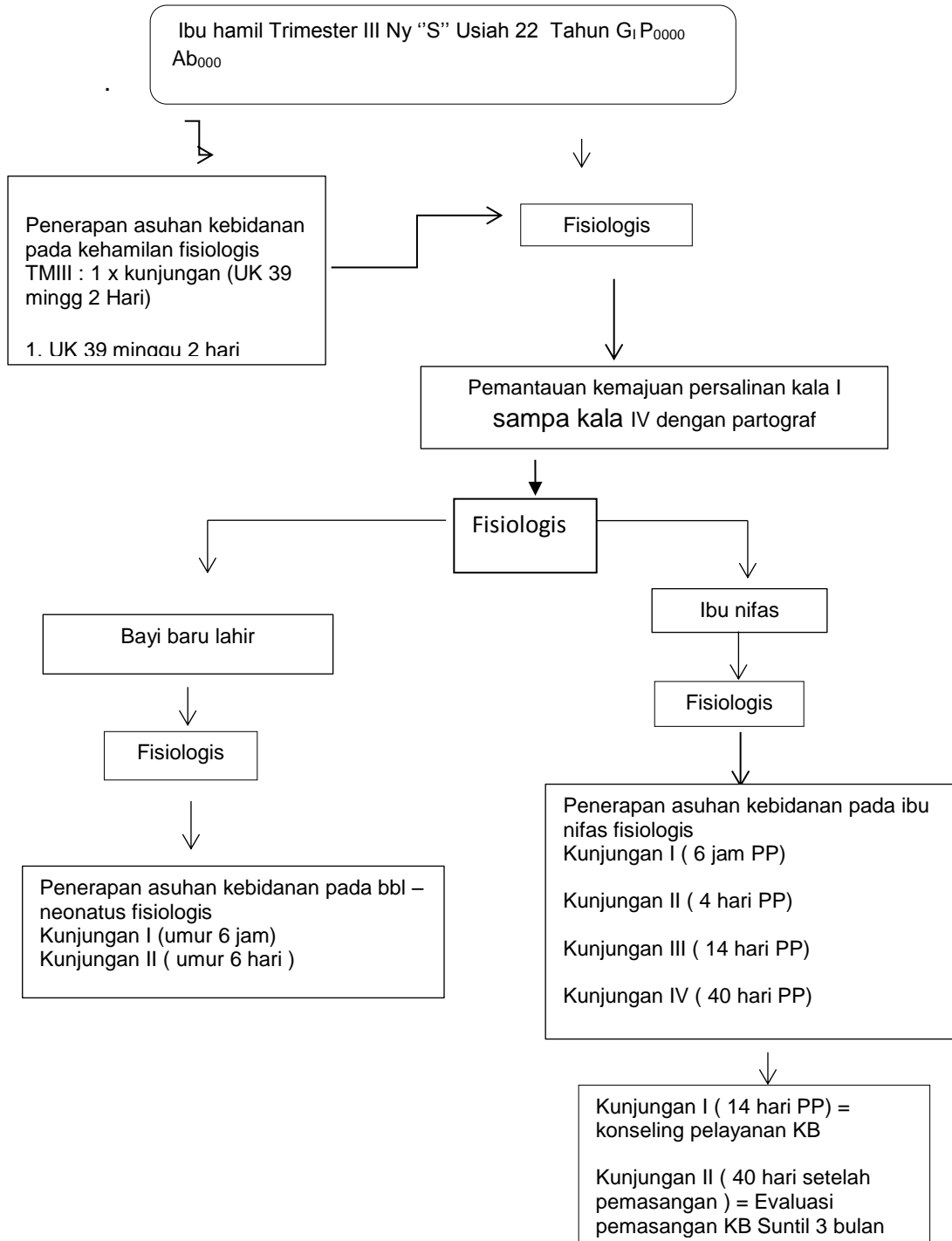
1. Data S (subjektif), berisi tentang informasi yang subjektif (catatan hasil anamnesa).
2. Data O (objektif), berisi tentang informasi objektif (meliputi hasil observasi dan hasil pemeriksaan).
3. Data A (analisa), catatan hasil analisa atau diagnosa kebidanan. Diagnosa kebidanan meliputi:
 - a. Diagnosa atau masalah.

- b. Diagnosa atau masalah potensial dan antisipasinya.
 - c. Perlunya tindakan segera.
4. Data P (pelaksanaan dan evaluasi), yaitu mencatat tentang seluruh pelaksanaan (tindakan antisipasi, tindakan segera, tindakan rutin, penyuluhan, *support*, kolaborasi, rujukan dan evaluasi atau *follow up*)

BAB III

KERANGKA KONSEP CONTINUITY OF CARE

3.1 Kerangka Konsep



Gambar 3. 1 Kerangka Konsep Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny "S" Usia 22 Tahun

3.2 Keterangan Kerangka Konsep

Kerangka konsep dalam asuhan kebidanan komprehensif ini adalah melakukan pengkajian pada ibu hamil fisiologis trimester III, dengan melakukan kunjungan ulang sebanyak 1 kali. Pada kunjungan pertama usia kehamilan 39 minggu 2 hari.

Asuhan pada ibu bersalin, melakukan pemantauan kemajuan persalinan mulai kala I sampai kala IV dengan menggunakan lembar partograf. Asuhan pada bayi baru lahir – neonatus dilakukan 2 kali kunjungan dimulai dari 6 jam pertama kelahiran dan 6 hari setelah lahir.

Penerapan asuhan kebidanan pada ibu nifas fisiologis dilakukan 4 kali kunjungan, yakni kunjungan 1 dilakukan pada 6 jam, kunjungan 2 dilakukan 6 hari post partum, kunjungan 3 dilakukan 14 hari post partum dan kunjungan 4 dilakukan lebih dari 20 hari post partum. Asuhan pada ibu KB dilakukan 2 kali yaitu memberikan konseling, pelaksanaan pelayanan KB dan evaluasi pelayanan KB.

BAB IV
ASUHAN KEBIDANAN

4.1 Laporan Asuhan Kehamilan

4.1.1 Asuhan Kebidanan Antenatal

Hari/Tanggal : Rabu, 24 Juli 2019

Waktu Pengkajian : 16.00 WIB

Tempat Pengkajian : Rumah Ny”S”

Oleh : Devi Novianti

A.DATA SUBYEKTIF

a. Biodata

| | | | |
|------------|---|------------|------------|
| Nama ibu | : Ny”S” | Nama Suami | : Tn”N” |
| Umur | : 22 Tahun | Umur | : 22 tahun |
| Agama | : Islam | Agama | : Islam |
| Pendidikan | : SMU | Pendidikan | : SMK |
| Pekerjaan | : IRT | Pekerjaan | : Swasta |
| Alamat | : Jl.Sunan Ampel No 25 Rt 08 Rw 02 Ampeldelto | | |

b. Keluhan Utama

Ibu mengatakan kram pada kakinya

c. Riwayat Kehamilan, Persalinan, dan KB yang lalu

Ibu mengatakan bahwa ini adalah kehamilan yang pertama

d. Riwayat Kehamilan Sekarang

HPHT : 22 – Oktober - 2018

TP : 29 - Juli – 2019

Siklus Haid : Teratur

Lama haid : 5 hari

e. Riwayat Pernikahan

Berapa Kali Menikah : 1x

Lama Pernikahan : 1 tahun

Usia Pernikahan : 21 tahun

f. Riwayat Kesehatan Sekarang

Ibu mengatakan sekarang dalam keadaan sehat, tidak menderita penyakit seperti paru-paru, kencing manis, tekanan darah tinggi, hati, jantung, batuk lama, HIV/AIDS

g. Riwayat Kesehatan Yang Lalu

Ibu mengatakan tidak pernah menderita penyakit seperti paru-paru, kencing manis, tekanan darah tinggi, hati, jantung, batuk lama, HIV/AIDS

h. Riwayat Kesehatan Keluarga

Ibu mengatakan keluarganya maupun keluarga suaminya tidak ada yang menderita penyakit seperti paru-paru, kencing manis, tekanan darah tinggi, hati, jantung, batuk lama, HIV/AIDS

i. Pola kebiasaan sehari-hari

- 1) Nutrisi : makan 3 kali sehari, 1 porsi makan dengan variasi nasi $\frac{1}{2}$ porsi, sayur semangkuk kecil, dan lauk pauk. Saat trimester 1 napsu makan ibu menurun karena sering mual dan sekarang napsu makan ibu sudah membaik seperti sebelum hamil. Minum air putih 7-8 gelas sehari.
- 2) Istirahat : ibu mengatakan tidur siang kurang lebih 1 jam dan tidur malam sering terbangun karena sering kencing dan ketidaknyamanan kehamilan trimester 3
- 3) Eliminasi : ibu BAK 7-8 kali sehari dan BAB 1 kali sehari.
- 4) Aktivitas : ibu mengatakan tetap mengerjakan pekerjaan rumah tangga yang ringan dan kadang di bantu oleh keluarga dan suaminya.
- 5) Hygiene : ibu mengatakan mandi 2 kali sehari, ganti pakaian setiap selesai mandi, dan mengganti celana dalam setiap selesai mandi atau lembab.

j. Riwayat Psikososial

Ibu mengatakan senang dengan kehamilannya yang sekarang.

k. Riwayat Sosial

Ibu mengatakan hubungan ibu, suami, keluarga dan masyarakat baik. Ibu juga merasa senang dengan kehamilannya sekarang.

B. DATA OBYEKTIF

| | | |
|------------------|----|-----------------|
| Keadaan umum | : | baik |
| Kesadaran | : | composmentis |
| TTV | : | TD :120/80 MmHg |
| | S | : 36,2 |
| | N | : 82 x/Menit |
| | RR | : 20 x/Menit |
| BB sebelum hamil | : | 50 kg |
| BB sekarang | : | 60 Kg |
| TB | : | 160 cm |
| IMT | : | 37.5 |
| Skor KSPR | : | 2 |
| TP | : | 29 Juli 2019 |

Pemeriksaan fisik :**1. Muka dan mata**

Tidak pucat, tidak oedema, konjungtiva merah muda, sklera putih.

2. Mulut dan bibir

Bersih, tidak pucat, tidak ada sariawan.

3. Leher

Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada bendungan vena jugularis.

4. Payudara

Puting menonjol +/-, simetris, tidak ada benjolan abnormal,
tidak ada nyeri tekan

5. Abdomen

Leopold I : Teraba lunak, bokong, TFU 30 cm

Leopold II : Teraba punggung kiri

Leopold III : Letak kepala, Sudah Masuk PAP

Leopold IV : 3/5 BAGIAN

Djj : 142x/ menit

TBJ : 2790 gram

6. Ekstremitas

Atas : simetris, bengkak -/-, pergerakan bebas

Bawah : simetris, bengkak -/-, pergerakan bebas

A. ANALISA

Asuhan kebidanan pada Ny "S" usia 22 tahun GIP0000 Ab00 UK 39
Minggu 2 hari T/ H/ I/ Letkep, puki dengan kehamilan fisiologis.

B. PENATALAKSANAAN

1. Memberitahukan kepada ibu bahwa hasil pemeriksaan ibu dan bayinya dalam keadaan sehat dan normal, ibu mengerti.
2. Melakukan konseling tentang keluhan yang di rasakan ibu yaitu ibu tidak boleh menggantung kaki saat duduk, dan mengatakan kepada ibu bahwa itu adalah normal, yang merupakan ketidaknyamanan pada kehamilan trimester 3, Ibu mengerti.
3. Melakukan konseling tentang tanda bahaya kehamilan trimester 3 yaitu perdarahan pervaginam, sakit kepala yang hebat, bengkak di wajah dan jari tangan, gerakan janin tidak terasa, nyeri perut yang hebat, ibu bisa mengulang sebagian dari tanda bahaya kehamilan.

4. Memberikan konseling kepada ibu tentang nutrisi yang sehat untuk ibu hamil yaitu mengkonsumsi makanan yang mengandung karbohidrat seperti nasi, kentang, protein seperti daging, ikan, kacang-kacangan, kalsium seperti susu, sayur bayam, ikan sarden atau salmon, zat besi seperti sayuran hijau, ibu mengerti dan mau mengkonsumsinya.
5. Memberitahu ibu untuk kunjungan ulang, ibu mengerti.
6. Menganjurkan ibu untuk datang kembali ke tenaga kesehatan jika ada keluhan sewaktu-waktu dan adanya tanda bahaya kehamilan, ibu mengerti.
7. Memberitahu Ibu tentang Tanda-Tanda Persalinan, Ibu mengerti

4.2 Laporan Asuhan Persalinan

4.2.1. Persalinan Kala I

Tanggal pengkajian : Rabu 31 Juli 2019
 Tempat : BPM Ngadillah Sobirin Amd.keb
 Waktu : 09.00 WIB
 Oleh : Devi Novianti

A. Data Subyektif

Ibu mengeluh merasa kenceng-kenceng sejak kemarin tanggal 30 Juli 2019, sudah mengeluarkan lendir darah jam 01.00 WIB dan belum mengeluarkan cairan ketuban. Makan/Minum terakhir jam 07.10 WIB, BAB terakhir tanggal 30 Juli jam 20.25 WIB, BAK terakhir jam 07.20 WIB, HPHT: 22-10-2018, TP : 29-07-2019.

B. Data Obyektif

1) Pemeriksaan Umum

Keadaan umum : baik
 Kesadaran : *composmentis*
 TTV : TD : 110/70 mmHg
 RR : 19 x/mnt
 Suhu : 36,6°C
 Nadi : 78 x/mnt
 BB : 60 Kg
 TB : 160 cm

2) Pemeriksaan Fisik

Muka : Tidak pucat, tidak odema
 Mata : Simetris, konjungtiva merah muda, sklera putih
 Payudara : Hiperpigmentasi areola mammae, puting susu tidak menonjol, tidak teraba benjolan abnormal, tidak ada nyeri tekan, colostrum sudah keluar.
 Abdomen : Tidak ada luka bekas operasi
 Leopold I : Teraba lunak, bokong, TFU 32 cm
 Leopold II : Teraba punggung kanan

Leopold III : Letak kepala, sudah masuk PAP

Leopold IV : Teraba 4/5 bagian

DJJ : 148x/mnt

HIS : 2 x 10 (35")

TBJ : 3255 gram

Genetalia : Terdapat lendir darah, tidak oedem, tidak ada tanda - tanda PMS

Ekstrimitas : atas : tidak oedem,

bawah : tidak oedem, tidak ada varises.

3. Pemeriksaan Dalam

Dilakukan tanggal 31 Juli 2019 jam 09.00 WIB, v/v : *bloodshow* (+), Ø 4 cm, *eff* 50%, ketuban (+), bagian terdahulu kepala, *hodge* II, *molase* 0.

C. Analisa

Ny. "S" usia 22 tahun G₁ P₀₀₀₀ Ab₀₀₀ UK 40 Minggu 2hari T/ H/I Letkep dengan Inpartu Kala I fase aktif.

D. Penatalaksanaan

1) Penatalaksanaan

1. Jam 09.20 : Memberitahukan kepada ibu dan keluarga hasil pemeriksaan bahwa pembukaan 4 cm, ketuban masih utuh, ibu dan janin dalam keadaan sehat, ibu mengerti.
2. Jam 09.25 : Menganjurkan ibu untuk miring kiri atau berjalan-jalan agar kepala bayi cepat turun . ibu mengerti dan bersedia melakukannya.
3. Jam 09.30 : Menganjurkan ibu untu makan dan minum untuk persiapan persalinan, ibu mau makan nasi setengah porsi dan 1 botol air minum.
4. Jam 09.35 : Menganjurkan ibu untuk tarik napas panjang sebagai relaksasi saat ada kontraksi, ibu memahami dan mau melakukannya.

5. Jam 09.40 :Memberitahu ibu untuk tidak mengedan terlebih dahulu sebelum pembukaan lengkap dan sebelum dimuali pimpinan persalinan, ibu mengerti.
6. Jam 09.45 : Melakukan evaluasi kemajuan persalinan.
7. Jam 09.50 :Menyiapkan partus set dan kelengkapan persalinan.

4.2.2. Persalinan Kala II

| | |
|--------------------|---------------------------------|
| Tanggal pengkajian | : Rabu, 31 Juli 2019 |
| Tempat | : BPM Ngadillah Sobirin Amd.Keb |
| Waktu | :14.00 WIB |
| Oleh | : Devi Novianti |

A. Data Subyektif

Ibu mengeluh kenceng-kenceng semakin sering, dan saat ini rasa ingin mengejan sudah tidak bisa ditahan.

B. Data Obyektif

1) Pemeriksaan Umum

| | |
|--------------|-----------------------|
| Keadaan umum | : baik |
| Kesadaran | : <i>composmentis</i> |
| TTV : TD | : 120/70 mmHg |
| RR | : 20 x/mnt |
| Suhu | : 36,6°C |
| Nadi | : 80 x/mnt |
| BB | : 60 Kg |
| TB | : 160 cm |

2) Pemeriksaan Fisik

| | |
|---------|----------------------------|
| Muka | : Tidak Pucat, tidak eodem |
| Abdomen | : DJJ : 148x/menit |
| | : HIS : 4X10 (45'') |
| | : TJB : 3255 Gram |

Genetalia : Tanda gejala Kala II : Vulva vagina yang membuka, Perinum terlihat menonjol, adanya Tekanan pada anus, Dorongan Untuk meneran.

3. Pemeriksaan Dalam

Dilakukan tanggal 31 Juli 2019 jam 14.00 WIB, v/v : *bloodshow* (+), Ø 10 cm, *eff* 100%, ketuban (+), bagian terdahulu kepala, *hodge* III, *molase* 0.

C. Analisa

Ny. "S" usia 22 tahun G_I P₀₀₀₀ Ab₀₀₀ UK 40 Minggu 2hari T/ H/I Letkep dengan Inpartu Kala II.

D. Penatalaksanaan

2) Penatalaksanaan

1. Jam 14.10 : Memberitahukan kepada ibu dan keluarga hasil pemeriksaan bahwa pembukaan sudah lengkap. Ibu memahami.
2. Jam 14.15 : Mengatur posisi ibu senyaman mungkin untuk melakukan pertolongan persalinan (posisi Litotomi).
3. Jam 14.20 : Membimbing ibu untuk meneran secara efektif dan benar dan mengikuti dorongan alamiah yang terjadi. Ibu meneran dengan baik serta ada kemajuan penurunan kepala.
4. Jam 14.30 : Melakukan pertolongan persalinan normal sesuai APN. Tanggal 31 Juli 2019 pukul 14.30 WIB bayi lahir spontan, menangis kuat, gerakan aktif, jenis kelamin perempuan, AS: 4/9 BB 3500 gram, PB 49 cm, anus (+), Cacat (-).
5. Jam 14.31 : Dilakukan IMD (*Inisiasi Menyusu Dini*) selama 30 menit, bayi telah kontak kulit dengan ibu dan bayi dapat menyentuh puting susu ibu selama 5 – 10 menit saja.

4.2.3. Asuhan Persalinan Kala III

Tanggal : 31 Juli 2019

Jam : 14.32 WIB

Tempat : BPM Ngadillah Sobirin Amd.Keb

A. Subyektif

Ibu mengatakan merasa lega dan perutnya terasa mules

B. Obyektif

K/U : baik

TFU : setinggi pusat, janin tunggal, kontraksi baik. Adanya tanda pelepasan plasenta yaitu semburan darah, tali pusat memanjang dan *uterus globuler*, kandung kemih kosong

C. Analisa

Ny. "S" usia 22 tahun P₁₀₀₁ Ab₀₀₀ dengan Persalinan kala III

D. Penatalaksanaan

1. Jam 14.32 : Memberitahukan kepada ibu dan keluarga hasil pemeriksaan bahwa janin tunggal. Ibu memahami.
2. Jam 14.35 : Melakukan Manajemen Aktif Kala III (MAK III) yaitu
 - a. Penyuntikan oksitosin 10 IU secara IM.
 - b. Melakukan peregangan tali pusat terkendali. Plasenta lahir jam 14.40 WIB
 - c. Melakukan masase fundus uteri. Uterus berkontraksi dengan baik
3. Jam 14.37 :Melakukan pengecekan pada plasenta untuk memastikan plasenta lahir lengkap. Panjang tali pusat ± 40 cm. kotiledon lengkap, diameter 20 cm ketebalan 3 cm, selaput utuh.
4. Jam 14.40 : Melakukan pengecekan laserasi. Terdapat laserasi derajat 2 meliputi; mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum, otot perineum.
5. Jam 14.42 :Melakukan heating secara jelujur pada ibu.
6. Jam 14.48 : Melakukan estimasi jumlah perdarahan. Jumlah perdarahan ± 100 ml

4.2.4. Asuhan Persalinan Kala IV

Tanggal : 31 Juli 2019

Jam : .14.50 WIB

Tempat : BPM Ngadillah Sobirin Amd.Keb

A. Subyektif

Ibu mengatakan senang atas kelahiran bayinya dan perutnya masih agak mules.

B. Obyektif

Keadaan umum : cukup
 Kesadaran : *composmenthis*
 TD : 120/70 mmHg
 Nadi : 87 x/mnt
 Suhu : 36,8°C
 TFU : 2 jari dibawah pusat
 Kontraksi : Baik
 Kandung kemih : kosong
 Perdarahan : ± 30 ml

Laserasi : derajat 2 sudah di heating

C. Analisa

Ny. S usia 22 Tahun P₁₀₀₁ Ab₀₀₀ dengan kala IV.

D. Penatalaksanaan

1. Jam 14.55 :Memberitahukan hasil pemeriksaan bahwa ibu dan bayi dalam keadaan baik, ibu memahami
2. Jam 15.00 : Membersihkan ibu dan merapikan alat-alat serta melakukan dekontaminasi alat-alat. Ibu sudah dirapikan dan dipindahkan keruangan nifas
3. Jam 15.05 : Mengajarkan kembali kepada ibu cara melakukan massase uterus, ibu mengerti dan bisa melakukan
4. Jam 15.10 : Memberikan makan dan minum kepada pasien, ibu bisa makan dan minum.
5. Jam 15.15 : Mengajari ibu cara menyusui yang baik dan benar,ibu bias melakukannya sendiri tanpa bantuan.
6. Jam 15.20 : Melakukan observasi 2 jam post partum meliputi TD, Nadi, TFU, kandung kemin, UC, dan perdarahan setiap 15 menit sekali pada jam pertama dan setiap 30 menit sekali pada jam kedua. Observasi suhu setiap satu jam sekali pada jam pertama dan satu jam sekali pada satu jam kedua. Terlampir
7. Jam 15.25 : Mobilisasi dini yaitu miring kanan dan kiri, duduk, berdiri dan berjalan seperti biasanya, ibu bisa melakukannya dan ibu tidak ada keluhan apapun
8. Jam 15.30 : Menganjurkan ibu istirahat.ibu beristirahat dengan baik..

4.3. Laporan Asuhan Masa Nifas

4.3.1. Asuhan Masa Nifas 1 (6 jam post partum)

Tanggal : 31 Juli 2019
 Jam : 20.45 WIB
 Tempat : BPM Ngadillah Sobirin Amd.Keb
 Oleh : Devi Novianti

A. Data Subyektif

Ibu mengatakan perutnya masih terasa mules, nyeri luka jahitan

B. Data Obyektif

Keadaan umum : baik
 Kesadaran : *composmenthis*
 TTV : TD : 110/70mmHg
 N : 80 x/menit
 S : 36,2°C
 RR : 22 x/menit

Pemeriksaan Fisik

Wajah : Muka tidak pucat, tidak oedema
 Mata : sclera putih, conjungtiva merah muda
 Payudara : pengeluaran colostrum sudah keluar, puting susu menonjol.
 Abdomen : TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi baik,
 kandung kemih : kosong
 Genetalia : lochea rubra, perdarahan 1/4 pembalut,
 jahitan masih basah.
 Ekstremitas : tidak terdapat oedema pada ekstremitas kiri dan kanan.

C. Analisa

Asuhan Kebidanan pada Ny "S" usia 22 Tahun P₁₀₀₁ Ab₀₀₀ dengan 6 jam post partum fisiologis

D. Penatalaksanaan:

- 1) Memberitahukan hasil pemeriksaan bahwa kondisi ibu dalam keadaan baik, Ibu memahami.
- 2) Menjelaskan bahwa keluhan yang ibu alami merupakan hal yang normal dikarenakan proses kembalinya alat kandungan seperti sebelum hamil serta jahitan masih basah sehingga masih terasa nyeri, ibu memahami.

- 3) Mengajarkan ibu untuk melakukan ambulasi dini secara bertahap yaitu miring kanan kiri lalu duduk kemudian berjalan. ibu memahami dan mau melakukan.
- 4) Mengajarkan ibu cara menyusui yang benar, ibu bersedia dan dapat melakukan.
- 5) KIE tentang nutrisi selama masa nifas yaitu ibu tidak boleh tarak makan perbanyak konsumsi makanan protein seperti telur sehari 6-10 tanpa kuning untuk mempercepat proses penyembuhan luka perineum. Ibu memaham dan dapat mengulangi semua.
- 6) Memberitahu ibu tentang tanda bahaya masa nifas seperti perdarahan, keluar darah yang berbau dari vagina, demam tinggi, pusing, mata berkunang-kunang, pandangan kabur, ibu mengerti`

4.3.2. Asuhan Masa Nifas 2 (6 Hari post partum)

Tanggal : 06 Agustus 2019
 Jam : 16.00 WIB
 Tempat : Rumah Responden Ny."S"
 Oleh : Devi Novianti

A. Data Subyektif

Ibu mengatakan bahwa ASI lancar dan ASI Eklusif, menetek bayinya sesuai kebutuhan bayinya, melakukan aktivitas seperti biasa dan tidak takut dalam melakukan mobilisasi seperti BAB maupun BAK, tidak tarak makan, minum air putih seperti biasanya, memandikan bayinya sendiri hanya saja istirahat ibu kurang dikarenakan Bayinya sering terbangun pada malam hari.

B. Data Obyektif

Keadaan umum : baik
 Kesadaran : *composmentis*
 TTV : TD : 110/70mmHg
 N : 80 x/menit
 S : 36,5°C
 RR : 22 x/menit

Pemeriksaan Fisik

Wajah : Muka tidak pucat, tidak oedema
 Payudara : puting susu tidak lecet, Kandungan ASI baik

Abdomen :TFU : ½ pusat- simpisis, Kontraksi baik, Uc bagus

Genetalia : lochea sanguinolenta, tidak ada tanda-tanda infeksi pada luka jahitan, jahitan sudah agak kering.

Ekstremitas : tidak ada oedema pada ekstremitas kiri dan kanan.

C. Analisa

Ny.“S” usia 22 tahun P₁₀₀₁ Ab₀₀₀ dengan 6 hari postpartum fisiologis

D. Penatalaksanaan

1. Menjalin hubungan baik dengan ibu dan keluarga. Ibu dan keluarga kooperatif dengan tindakan yang dilakukan.
2. Memberitahukan hasil pemeriksaan bahwa kondisi ibu dalam keadaan sehat serta proses pengembalian rahim berjalan normal dan jahitan ibu baik tidak ada tanda-tanda infeksi dan sudah mulai kering. Ibu memahami
3. Menjelaskan pada ibu tentang cara merawat luka jahitan dengan cebok dari arah depan ke belakang, tidak takut untuk BAK, tidak menahan BAB ataupun BAK. Ibu mengerti.
4. Memberitahukan dan menjelaskan pada ibu untuk istirahat yang cukup, saat bayi tidur ibu juga ikut tidur. Ibu mengerti.
5. Menganjurkan ibu untuk tidak terek makan untuk pemulihan luka perineum, makan sayur katuk untuk memperlancar ASI. Ibu mengerti.
6. Menganjurkan kepada ibu agar tetap menyusui bayinya setiap 2 jam sekali atau sesuai kebutuhan bayi, payudara kanan dan kiri secara bergantian. Ibu mengerti dan mau melakukannya.
7. Menjelaskan pada ibu tentang tanda – tanda bahaya masa nifas seperti demam tinggi, pusing, mata berkunang-kunang, pandangan kabur, bengkak ekstremitas, perdarahan abnormal, ibu mengerti.
8. Menganjurkan pada ibu untuk tidak memakai garter terlalu kencang agar peredaran darah pada ibu lancar. Ibu mengerti.

9. Menjelaskan pada ibu tentang KB sementara yaitu KB MAL dengan cara menyusui rutin setiap 2 jam sekali tanpa ditambah dengan susu formula atau yang lain. Ibu mengerti.
10. Menyepakati jadwal kunjungan ulang pada tanggal 05 Mei 2019. ibu bersedia.

4.3.3. Asuhan Masa Nifas 3 (2 Minggu post partum)

Tanggal : 12 Agustus 2019
 Jam : 16.00WIB
 Tempat : Rumah Responden Ny."S"
 Oleh : Devi Novianti

A. Data Subyektif

Ibu mengatakan tidak ada keluhan. ASI lancar dan ASI Eksklusif, meneteki bayinya sesuai kebutuhan bayinya, melakukan aktivitas seperti biasa dan melakukan mobilisasi seperti BAB maupun BAK, tidak tarak makan, minum air putih seperti biasanya.

B. Data Obyektif

Keadaan umum : baik
 Kesadaran : *composmentis*
 TTV : TD : 110/70mmHg
 N : 80 x/menit
 S : 36,3°C
 RR : 20 x/menit

Pemeriksaan Fisik

Wajah : Muka tidak pucat, tidak oedema
 Payudara : puting susu tidak lecet, ASI lancar.
 Abdomen :TFU : tidak teraba
 Genetalia : lochea serosa, tidak ada tanda-tanda infeksi pada luka jahitan, jahitan sudah kering.
 Ekstremitas : tidak ada oedema pada ekstremitas kiri dan kanan.

C. Analisa

Ny."S" usia 22 tahun P₁₀₀₁ Ab₀₀₀ dengan 2 minggu postpartum fisiologis

D. Penatalaksanaan

1. Menjalin hubungan baik dengan ibu dan keluarga. Ibu dan keluarga kooperatif dengan tindakan yang dilakukan.

2. Memberitahukan hasil pemeriksaan bahwa kondisi ibu dalam keadaan sehat serta proses pengembalian rahim berjalan normal dan jahitan ibu baik tidak ada tanda-tanda infeksi dan sudah kering. Ibu memahami
3. Memberitahukan dan menjelaskan pada ibu untuk istirahat yang cukup, saat bayi tidur ibu juga ikut tidur. Ibu mengerti.
4. Menganjurkan ibu untuk tidak tarak makan untuk pemulihan luka perineum, makan sayur katu untuk memperlancar ASI juga minum air putih minimal sehari 8 gelas. Ibu mengerti.
5. Menganjurkan kepada ibu agar tetap menyusui bayinya setiap 2 jam sekali atau sesuai kebutuhan bayi, payudara kanan dan kiri secara bergantian. Ibu mengerti dan mau melakukannya.
6. Menjelaskan pada ibu tentang tanda – tanda bahaya masa nifas seperti demam tinggi, pusing, mata berkunang-kunang, pandangan kabur, bengkak ekstremitas, perdarahan abnormal, ibu mengerti.
7. Menjelaskan pada ibu tentang macam-macam alat KB yang aman untuk ibu menyusui, keuntungan, kerugian, efek samping. Ibu mengerti dan mengulangi yang telah di jelaskan.
8. Menyepakati jadwal kunjungan ulang pada tanggal 02 Juni 2019. ibu bersedia.

4.3.4 Asuhan Nifas Kunjungan IV

Hari/Tanggal : Senin, 9 September 2019

Waktu Pengkajian: 17.00 WIB

Tempat Pengkajian : Rumah Pasien

Oleh : DEVI NOVIANTI

1. Subjektif

Ibu mengatakan saat ini sudah 6 minggu masa nifas dan tidak ada keluhan yang dirasakan.

2. Objektif

a. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Komposmentis

TTV : TD : 110/80 mmHg

Nadi : 80 x/menit

Suhu : 36,5 °C

RR : 20 x/menit

b. Pemeriksaan Fisik

Muka : tidak pucat, tidak oedema.

Mata : sklera putih, konjungtiva merah muda.

Payudara : puting susu menonjol, tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan abnormal, tidak ada bendungan ASI, pengeluaran ASI (+/+).

Abdomen : TFU tidak teraba

Genitalia : lochea alba, tidak ada tanda-tanda infeksi, kandung kemih kosong.

Ekstremitas : tidak oedema, tidak varises, gerakan bebas.

4. Analisa

Ny. "S" usia 22 tahun P₁₀₀₁ Ab₀₀₀ dengan 6 minggu Post Partum Fisiologi.

5. Penatalaksanaan

1. Memberitahukan seluruh hasil pemeriksaan bahwa kondisi ibu dalam keadaan baik, ibu mengerti.
2. Memberitahu keadaan ibu selama masa nifas dan proses involusi uterus berjalan dengan normal. Ibu mengerti.
3. Mengingatkan kembali kepada ibu untuk menyusui bayinya setiap 2 jam sekali atau sesuai keinginan bayi, ibu bersedia.
4. Menjelaskan kepada ibu tentang KB yang aman untuk ibu menyusui yaitu KB IUD atau KB suntik 3 bulan, efektivitas, keuntungan dan efek samping, ibu mengerti dan dapat mengulang kembali yang telah di jelaskan.
5. Menganjurkan ibu untuk menentukan jenis KB apa yang akan di gunakan, ibu mengerti dan bersedia.

4.4. Laporan Asuhan Kebidanan Neonatus

4.4.1. Kunjungan BBL I

Tanggal : 31 Juli 2019
 Jam : 20.40 WIB
 Tempat : BPM Ngadillah Sobirin Amd.Keb
 Oleh : Devi Novianti

A. Data Subyektif

Identitas Bayi

Nama Bayi : By. Ny."S"
 Tanggal lahir : 31 Juli 2019
 Jam Lahir : 20:40 WIB
 Umur : 6 Jam
 Jenis kelamin : Laki-Laki
 Anak ke : 1

B. Data Obyektif

Keadaan umum : baik
 Kesadaran : *composmenthis*
 BB : 3500 gram
 PB : 49 cm
 Lila : 12 cm
 LK : 33 cm
 LD : 34 cm
 TTV : DJ : 137 x/menit
 S : 36,5°C
 RR : 45 x/menit
 A/S : 7-9

Pemeriksaan Antropometri:

Sirkumferensia suboksipito bregmatika : 33 cm
Sirkumferensia fronto oksipitalis : 34 cm
Sirkumferensia mento oksipitalis : 35 cm
Sirkumferensia Submento bregmatika : 32 cm

Pemeriksaan Fisik

Kepala : tidak oedem, tidak ada *cephal hematoma*,serta tidak ada *caput succedaneum*

| | |
|-------------|--|
| Muka | : tidak pucat, tidak odema |
| Mata | : simetris, konjungtiva merah muda, sklera putih |
| Hidung | : simetris, bersih, tidak ada pernafasan cuping hidung |
| Mulut | : tidak ada labio skizis, dan tidak ada palatoskizis |
| Leher | : tidak teraba pembesaran kelenjar tyroid dan tidak teraba bendungan vena jugularis |
| Dada | : simetris, tidak ada retraksi dinding dada, tidak ada bunyi ronkhi dan tidak ada bunyi wheezing |
| Abdomen | : tidak ada pembesaran abnormal, tidak kembung, tali pusat masih basah dan tertutup kassa seteril, tidak ada tanda-tanda infeksi pada tali pusat |
| Genetalia | : testis sudah ada dalam skrotum, terdapat lubang anus, sudah BAK dan BAB. |
| Ekstremitas | : atas : tidak odema, gerak aktif, bawah : tidak oedema, gerak aktif, |

Pemeriksaan Reflek

| | |
|--------------------------|---|
| Reflek <i>moro</i> | : Mengejutkan bayi dengan suara positif (+) |
| Reflek <i>glabella</i> | : Menyentuh dahi bayi. Positif(+) |
| Reflek <i>tonic neck</i> | : Kepala bayi di gerakan ke samping positif (+) |
| Reflek <i>grasping</i> | : Menyentuh telapak tangan. positif (+) |
| Reflek <i>rooting</i> | : Sentuhan pada pipi atau area mulut. positif (+) |
| Reflek <i>sucking</i> | : Letakkan jari kedalam mulut bayi. positif (+) |
| Reflek <i>swallowing</i> | : Memasukan susu kedalam mulutnya. positif (+) |
| Reflek <i>babinsky</i> | : Menyentuh telapak kaki, dan ujung kaki. positif (+) |

C. Analisa

By.Ny."S" usia 6 jam dengan NCB SMK

D. Penatalaksanaan

- 1) Memberitahukan hasil pemeriksaan kepada ibu bahwa kondisi bayi dalam keadaan baik, Ibu memahami.
- 2) Melakukan perawatan bayi baru lahir. Sudah dilakukan

- 3) Salep mata *Tetracyclin* 1%, suntikkan vit.K 0,05 ml pada paha kiri sudah diberikan pada satu jam pertama, ibu memahami.
- 4) Memberikan imunisasi Hb0 0,5 ml pada paha kanan satu jam setelah pemberian vit , ibu memahami dan bersedia.
- 5) KIE tentang perawatan tali pusat yaitu tanpa memberikan ramuan, alkohol, betadine, pada tali pusat tetapi hanya dibungkus kassa kering, ibu memahami dan bersedia.
- 6) KIE tentang cara perawatan bayi sehari-hari yaitu memandikan bayi 2 kali sehari, mengganti popok bayi setiap kali bayi BAK atau BAB, menjemur bayi dipagi hari antara jam 07.00 – 09.00 sekitar 10-15 menit dengan cara bedong dan baju dibuka, serta mata bayi dan kelamin ditutup agar bayi tidak kuning, ibu memahami dan bersedia
- 7) KIE tentang tanda bahaya pada bayi baru lahir yaitu infeksi pada tali pusat, kejang, bayi kuning, lemas dan tidak mau menyusu, berwarna kebiruan, panas lebih dari 38°C, atau tangan dan kaki bayi teraba dingin, ibu memahami dan dapat mengulangi sebagian.
- 8) Menganjurkan ibu untuk menjaga kehangatan bayi, Ibu mengerti
- 9) Menganjurkan ibu menyusui bayi sesering mungkin, minimal 2 jam sekali. Ibu mengerti dan mau melakukannya

4.4.2. Kunjungan BBL Ke 2

Tanggal : 06 Agustus 2019

Jam : 16.00 WIB

Tempat : Rumah Ny "S"

Oleh : Devi Novianti

A. DATA SUBJEKTIF

Ibu mengatakan bayinya sering bangun di malam hari dan sering menyusu

B. DATA OBJEKTIF

Keadaan umum : baik

Kesadaran : *composmenthis*

TTV : denyut jantung: 132 x/menit

S : 36,8°C
 RR : 45 x/menit
 BB : 3700 gram

Pemeriksaan Fisik

Kepala : tidak oedem, tidak ada *cephalhematoma*, serta tidak ada *caput succedaneum*
 Muka : tidak pucat, tidak odema, tidak *ikterus*
 Mata : simetris, *konjungtiva* merah muda, sklera putih
 Hidung : simetris, bersih, tidak ada pernafasan cuping hidung
 Leher : tidak teraba pembesaran kelenjar tyroid dan tidak teraba bendungan vena jugularis
 Telinga : bersih, tidak ada pengeluran cairan abnormal
 Dada : simetris, tidak ada retraksi dinding dada, tidak ada bunyi *ronkhi* dan tidak ada bunyi *wheezing*
 Abdomen : tidak ada pembesaran abnormal, tidak kembung, tali pusat kering dan tertutup kassa kering, tidak ada tanda-tanda infeksi pada tali pusat
 Genetalia : Tidak ada masalah, BAK 6-7x/hari dan BAB 4x/hari
 Ekstremitas atas dan bawah : tidak odema, gerak aktif, tidak ada *polidaktil* atau *sindaktil*.

C. ANALISA

By.Ny."S" Usia 6 hari dengan fisiologis

D. PENATALAKSAAN

- 1) Memberitahukan hasil pemeriksaan kepada ibu bahwa kondisi bayi dalam keadaan baik, Ibu memahami.

- 2) Menganjurkan ibu untuk sering menyusui bayinya setiap 2 jam sekali atau sesuai keinginan bayi (*on demand*), ibu bersedia.
- 3) Mengingatkan ibu untuk menjemur bayi di pagi hari antara jam 07.00 – 09.00 sekitar 15-30 menit dengan cara bedong dan baju dibuka, serta mata bayi dan kelamin ditutup agar bayi tidak kuning, Ibu memahami dan mau melakukannya.
- 4) Mengingatkan kembali tentang tanda bahaya pada bayi baru lahir yaitu infeksi pada tali pusat, kejang, bayi kuning, lemas dan tidak mau menyusui, berwarna kebiruan, panas lebih dari 38°C, atau tangan dan kaki bayi teraba dingin, ibu memahami dan dapat mengulangi semua.
- 5) KIE tentang pentingnya imunisasi BCG yang dilakukan jika usia anak sudah 1 bulan. ibu memahami dan bersedia.
- 6) Menyepakati jadwal kunjungan ulang pada tanggal 12 Agustus 2019, ibu bersedia.

4.3 Laporan Pelaksanaan Asuhan KB

4.3.1 Asuhan KB Kunjungan I

1. Pengkajian

Hari/Tanggal : Minggu, 25 Agustus 2019
 Waktu Pengkajian : 16.00 WIB
 Tempat Pengkajian : Rumah Pasien
 Oleh : Diana Clarita Maupada

2. Subjektif

Ibu mengatakan keadaannya sehat dan tidak ada keluhan. Ibu telah memilih KB yang akan digunakan karena sebelumnya telah diberikan KIE mengenai KB.

3. Objektif

a. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum : Baik
 Kesadaran : Komposmentis
 TTV : TD : 110/70 mmHg
 Nadi : 80 x/menit
 Suhu : 36,6°C
 RR : 20 x/menit
 BB : 66 kg

b. Pemeriksaan Fisik

- Muka : tidak pucat, tidak oedema.
 Mata : sklera putih, konjungtiva merah muda.
 Payudara : puting susu menonjol, tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan abnormal, tidak ada bendungan ASI, pengeluaran ASI (+/+).
 Abdomen : TFU tidak teraba, kandung kemih kosong.
 Ekstremitas : ekstremitas atas dan bawah simetris, tidak oedema, tidak ada varises, gerakan bebas.

4. Analisa

Ny. "E" usia 40 tahun P₂₀₀₂ Ab₀₀₀ Akseptor Ulang KB Suntik 3 Bulan.

5. Penatalaksanaan

- Memberitahukan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga bahwa kondisi ibu baik, ibu dan keluarga mengerti.
- Memberitahukan kepada ibu tentang pengertian KB Suntik 3 Bulan, ibu mengerti.
- Memberitahukan kepada ibu tentang keuntungan dan kerugian KB Suntik 3 Bulan, ibu mengerti.
- Memberitahukan kepada ibu tentang efek samping IUD, ibu mengerti.
- Menyepakati dengan ibu untuk kunjungan berikutnya atau sewaktu-waktu ibu ada keluhan langsung ke tenaga kesehatan, ibu mengerti.

4.5.2 Asuhan KB Kunjungan II

1. Pengkajian

- Hari/Tanggal : Sabtu, 7 September 2019
 Waktu Pengkajian : 12.00 WIB
 Tempat Pengkajian : Rumah Pasien
 Oleh : Diana Clarita Maupada

2. Subjektif

Ibu mengatakan keadaannya sehat dan tidak ada keluhan apapun, saat ini ibu telah memakai alat kontrasepsi yaitu Suntik 3 bulan.

3. Objektif

a. Pemeriksaan Umum

- Keadaan umum : Baik
 Kesadaran : Komposmentis
 TTV : TD : 110/70 mmHg

Nadi : 80 x/menit

Suhu : 36,5⁰C

RR : 18 x/menit

BB : kg

b. Pemeriksaan Fisik

Muka : tidak pucat, tidak oedema.

Mata : sklera putih, konjungtiva merah muda.

Payudara : tampak puting susu menonjol, tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan abnormal, tidak ada bendungan ASI, pengeluaran ASI (+/+).

Abdomen : TFU tidak teraba, kandung kemih kosong.

Ekstremitas : ekstremitas atas dan bawah simetris, tidak oedema, tidak ada varises, gerakan bebas.

4. Analisa

Ny. "E" usia 40 tahun P₂₀₀₂ Ab₀₀₀ Akseptor ulang KB suntik 3 bulan.

5. Penatalaksanaan

- a. Memberitahukan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga bahwa kondisi ibu baik, ibu dan keluarga mengerti.
- b. Memberitahukan pada ibu agar tetap menjaga kebersihan pada daerah genitalia, ibu mengerti
- c. Menyepakati dengan ibu untuk kunjungan berikutnya atau sewaktu-waktu ibu ada keluhan langsung ke tenaga kesehatan, ibu mengerti.

BAB V

PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil dari asuhan kebidanan komprehensif yang dilakukan oleh penulis dari masa kehamilan sampai keluarga berencana kepada Ny "S" di BPM Ngadillah Sobirin Amd.Keb Kota Malang dan di rumah pasien di Jl Sunan Ampel No 25 Rt 08 Rw 02 Kelurahan Sunan Ampeldelto. Asuhan kebidanan ini diberikan kepada ibu hamil trimester III oleh mahasiswa DIII Kebidanan STIKES Widyagama Husada Malang.

5.1. Pembahasan Asuhan Kehamilan

Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin 280 hari atau hingga 40 minggu atau 9 bulan di hitung dari hari pertama haid terakhir (HPHT) (Prawirohardjo, 2014). Asuhan yang diberikan berkelanjutan berkaitan dengan kualitas pelayanan kesehatan dari waktu ke waktu yang bertujuan untuk mengetahui kondisi ibu dan komplikasi yang terjadi.

Selama kehamilan dilakukan kunjungan rumah sebanyak 1 kali dimulai bulan Juli 2019, dilakukannya kunjungan 1x di rumah pasien. Menurut penulis kunjungan yang sudah dilakukan pada ANC Ny "S".

Menurut Walyani, 2015 pelayanan standar asuhan kebidanan meliputi 14T yaitu timbang berat badan atau tinggi badan, tekanan darah, pengukuran tinggi fundus uteri, pemberian tablet darah (Fe), pemberian imunisasi TT, pemeriksaan HB, pemeriksaan protein urine, pemeriksaan VDRL, pemeriksaan urine reduksi, perawatan payudara, senam ibu hamil, pemberian obat malaria, pemberian kapsul minyak beryodium, temu wicara.

Pada saat kunjungan, yang dilakukan meliputi 5T yaitu timbang BB, pengukuran TB, pengukuran TD, temu wicara, pengukuran tinggi fundus uteri, Sedangkan yang dilakukan oleh bidan di BPM yaitu pemberian tablet Fe, pemberian imunisasi TT, Temu wicara dalam rangka persiapan rujukan ketika ada masalah dalam kandungan, perawatan payudara, dan 2T standar pelayanan tidak dilakukan yaitu pemberian obat malaria dan kapsul yodium karena pelayanan tersebut hanya diberikan pada daerah tertentu atau endemik. Pada kasus ini

penulis menemukan kesenjangan antara teori dan yang telah terjadi di lapangan.

Menurut Kuswanti, 2014 kartu skor poedji Rochjati (KSPR) adalah kartu yang digunakan untuk alat skrining antenatal untuk menemukan faktor resiko ibu hamil, yang selanjutnya mempermudah pengenalan kondisi untuk mencegah terjadi komplikasi obstetrik pada saat persalinan. Kelompok resiko dibagi menjadi tiga yaitu kehamilan resiko rendah (KRR) skor 2 (hijau) dengan penolong bidan, tidak di rujuk. Kehamilan resiko tinggi (KRT) skor 6-10 (kuning) dengan penolong bidan dan dokter, rujukan PKM atau RS. Kehamilan resiko sangat tinggi (KRST) skor <12 (merah), dengan penolong dokter di Rumah Sakit. Pada kunjungan dilakukan skrining ibu hamil menggunakan KSPR (kartu skor poedji rochjati) didapatkan hasil KSPR 2 yaitu skor awal kehamilan 2, bisa ditolong oleh Bidan.

Pada trimester III Ny "S" Ibu mengatakan tidak ada keluhan apapun dan ibu dan bayinya dalam keadaan sehat. pada kehamilan trimester III sering terjadi ketidaknyamanan yang dalam batas normal seperti yang dirasakan Ny "S" tersebut. Pada TM III merupakan hal yang normal dialami ibu hamil, selain kontraksi menjelang persalinan, kontraksi palsu juga bisa terjadi karena adanya proses pengencangan dibagian rahim yang dalam beberapa waktu bisa kembali rileks.

Berdasarkan hasil pemeriksaan tekanan darah Ny "S" pada trimester III rata-rata 110/70MmHg- 120/80 MmHg. tekanan darah Ny "S" dalam batas normal. Hal ini sesuai dengan teori Romauli (2011), tekanan darah dalam batas normal yaitu 100/70- 120/80 MmHg, tekanan darah dikatakan tinggi bila lebih dari 140/90 MmHg. Berdasarkan hal diatas, tekanan darah Ny "S" masih dalam batas normal.

Menurut Prawihardjo (2010) Kenaikan BB yang dibutuhkan selama kehamilan adalah 6,5 – 16,5 kg, antara teori dan keadaan Ny"S" tidak ada kesenjangan karena selama kehamilan NY"S" kenaikan BB yaitu 10kg, dan ibu dalam keadaan sehat.

Hasil perhitungan Indeks Masa Tubuh (IMT) Ny"S" yaitu 37.5 di dapatkan dari rumus $(BB : TB^2)$ yaitu $(50 : 160 m^2 = 50 kg :1.6 = 20)$ Menurut WHO (2010) IMT merupakan alat atau cara sederhana untuk memantau gizi orang dewasa khususnya yang berkaitan dengan BB dan

kelebihan BB dengan katagori kurus (17.0 – 18.4), ideal (18.5 – 20.6), obesitas tingkat I (25.1 – 27.0), obesitas tingkat II (>27.0). Sehingga hasil IMT Ny”S” adalah ideal

Menurut Walyani, 2015 kenaikan berat badan ibu dari sebelum hamil dihitung dari trimester I sampai trimester III yang berkisar antara 9 sampai 13 kg. Berdasarkan hasil pemeriksaan berat badan Ny “S” sebelum hamil 50 kg pada akhir kehamilan 60 kg dan terjadi penambahan berat badan sebanyak 10 kg. penambahan berat badan ibu di katakan ideal, karena jika dilihat dari perhitungan pada indeks masa tubuh pada ibu didapatkan 20. Jika di hitung TBJ bayi juga dalam batas normal yaitu 2635 gram. Ibu hamil di sarankan untuk mengatur berat badan agar berada pada posisi ideal dan tetap menjaga pola makan dengan gizi cukup dan seimbang. Apabila kenaikan berat badan berlebihan perlu di waspadai karena berisiko terhadap ibu berupa preeklamsi, diabetes gestasional, operasi Caesar dan terhadap bayinya yaitu makrosomia. Berdasarkan hal diatas, kenaikan berat badan Ny “S” dalam keadaan ideal. Dalam hal ini penulis menemukan kesenjangan antara teori dan yang terjadi di lapangan.

Berdasarkan hasil pemeriksaan LILA ukuran LILA Ny”S” 25,2 cm, pengukuran LILA sangat penting karena dari pengukuran tersebut kita bisa melihat status gizi ibu hamil baik atau tidak. LILA Ny”S” dalam batas normal, jadi gizi ibu sudah terpenuhi dan tidak dikhawatirkan ibu akan kekurangan gizi. Apabila LILA ibu kurang dari batas normal maka ibu akan mengalami KEK yang akan berdampak pada bayi yaitu BBLR. Menurut Weni (2010), LILA normal lebih dari 25,2cm. berdasarkan hal diatas, ukuran LILA Ny” S” masih dalam batas normal

Hasil pemeriksaan TFU yang dilakukan sebanyak 1 kali kunjungan sesuai dengan usia kehamilan yaitu TFU pada kunjungan yaitu 30 cm atau 2 jari dibawah prosesus xyloideus pada usia kehamilan 39 minggu 2hari. Menurut penulis ukuran TFU setiap ibu memang berbeda sesuai dengan bentuk perut dan ketebalan dinding perut, namun dengan rumus yang sudah ada dapat dengan mudah untuk menentukan bahwa TFU ibu hamil normal . Apabila TFU tidak sesuai dengan usia kehamilan maka dapat mengindikasikan janin kecil, janin sudah turun ke pintu atas panggul, cairan ketuban sedikit, posisi janin melintang dll. Pemeriksaan

TFU yang dilakukan dapat mengetahui TBJ pada saat itu sehingga didapatkan hasil TBJ Ny”S” dengan TFU 30 adalah 2635 gram dan agak terlampau jauh dengan berat janin pada saat lahir yaitu 3500 gram dengan panjang badan 49 cm.

Menurut Romauli (2011), TFU pada usia kehamilan 39 minggu yaitu 1 jari dibawah prosesus xypoideus. Pemeriksaan TFU ini dilakukan untuk memantau apakah sesuai antara usia kehamilan ibu dengan pertumbuhan janin. Berdasarkan hal diatas maka pemeriksaan TFU Ny”S” masih dalam batas normal. Hasil pemeriksaan yang dilakukan pada Ny” S” penulis tidak menemukan kesenjangan antara teori dengan yang terjadi di lapangan.

Perubahan fisik yang dilakukan pada Ny “ S” saat hamil trimester III yaitu muka tidak oedema, konjungtiva merah muda, sclera putih, ekstremitas tidak oedema, mammae tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan abnormal, colostrum belum keluar, pada abdomen ibu TFU sesuai dengan usia kehamilan. Menurut penulis perubahan tersebut merupakan perubahan fisiologis yang dialami oleh setiap ibu hamil, meskipun tiap ibu hamil memiliki perubahan yang berbeda-beda.

Pemeriksaan fisik untuk ibu hamil harus dilakukan karena dengan pemeriksaan fisik yang dilakukan sedini mungkin untuk mendeteksi dini tanda bahaya dan resiko yang mungkin terjadi. Hal ini fisiologis menurut Romauli (2011) perubahan yang terjadi pada ibu hamil trimester III didapatkan tidak ada oedema pada muka, sclera putih, konjungtiva merah muda, tidak ada pembesaran kelenjar limfe dan tyroid, tidak ada bendungan vena jugularis, putting susu menonjol, dan TFU sesuai dengan usia kehamilan ibu. Hal ini tidak menunjukkan tanda-tanda terjadinya patologis kehamilan. Berdasarkan hal diatas pemeriksaan fisik pada Ny “S” dalam batas normal. Pada hal ini penulis tidak menemukan kesenjangan antara teori dengan yang berad di lapangan.

Hasil pemeriksaan HB Ny”S” 11,9 gr%. hemoglobin sangat berpengaruh langsung terhadap ibu dan janin karena untuk mengetahui jumlah sel darah merah ibu hamil, agar kadar hemoglobin stabil dapat dilakukan dengan cara beristirahat yang cukup, minum tablet Fe dengan rutin serta makan makanan yang bergizi, kadar hemoglobin yang rendah pada ibu hamil dapat menyebabkan anemia yang berdampak bagi ibu

dan bayi bisa terjadi berbagai komplikasi seperti perdarahan pada saat persalinan, partus macet atau partus lama dan BBLR. Menurut Roumali (2012) kadar Hb normal 10-14 gr%. Berdasarkan hal diatas kadar hemoglobin Ny "S" masih dalam batas normal. Dalam hal ini penulis tidak menemukan kesenjangan antara teori dan yang ada dilapangan.

Sesuai data yang diperoleh dari pemeriksaan pasien, hasil pemeriksaan urine albumin Ny "S" adalah negatif. hal ini fisiologis karena pada ibu hamil sebaiknya urine albumin hasilnya negatif, karena jika hasilnya positif dapat menjadi masalah pada kesehatan seperti bisa menyebabkan terjadinya preeklamsia yang akan menyebabkan kejang pada masa kehamilan, perdarahan pada masa nifas, BBLR, bahkan bisa menyebabkan kematian pada ibu. Menurut Roumali (2012), pemeriksaan urine albumin normal bila hasilnya negatif (urine tidak keruh). Berdasarkan hal diatas pemeriksaan urine Ny "S" sudah dilakukan di laboratorium di Puskesmas. Dalam hal ini penulis tidak menemukan kesenjangan antara teori dengan yang terjadi di lapangan.

Sesuai data yang di peroleh dari pemeriksaan pasien hasil pemeriksaan urine reduksi Ny " S" adalah negatif. hal ini fisiologis karena hasil dari pemeriksaan urine reduksi sebaiknya negative. Tujuan dari pemeriksaan ini untuk mendiagnostik apakah ibu mengalami positif kenaikan gula darah atau tidak didalam urine, karena jika dalam pemeriksaan ditemukan hasil positif maka bisa terjadi bayi besar atau makrosomi, yang akan menimbulkan berbagai masalah saat persalinan, seperti perdarahan saat persalinan karena robekan jalan lahir. Menurut Roumali (2012), pemeriksaan urine dikatakan normal jika hasilnya negative. Dalam hal ini penulis tidak menemukan kesenjangan antara teori dan yang terjadi di lapangan.

Menurut penulis hasil yang didapatkan dari asuhan kehamilan yang dilakukan pada Ny "S" merupakan fisiologis, karena tidak ditemukannya masalah yang mengarah pada kehamilan patologis, sehingga asuhan yang diberikan yaitu KIE tentang tanda bahaya pada ibu hamil, tanda-tanda persalinan, persiapan persalinan, kolaborasi pemberian suplemen dan kontrol ulang.

Menurut Sarwono (2014) asuhan yang diberikan untuk kehamilan normal karena diantaranya KIE tentang keluhan pada ibu hamil seperti

kenceng-kenceng, tanda bahaya ibu hamil, tanda-tanda persalinan, persiapan persalinan, kolaborasi pemberian suplemen dan kontrol ulang. Berdasarkan hal diatas, penatalaksanaan Ny "S" sudah sesuai dengan keluhan yang dialami. Dalam hal ini penulis tidak menemukan kesenjangan antara teori dengan yang terjadi di lapangan.

5.2. Pembahasan Asuhan Persalinan

Persalinan merupakan proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun kedalam jalan lahir kemudian berakhir dengan pengeluaran bayi yang cukup bulan atau hampir cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin dari tubuh ibu melalui jalan lahir dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri) (Marmi, 2012). Persalinan terbagi menjadi IV kala. Kala I (pembukaan), kala II (pengeluaran), kala III (pengeluaran uri) serta kala IV (pengawasan). Faktor utama yang mempengaruhi persalinan yaitu *power, passage, passenger, penolong*. Adapun tanda mulainya persalinan yaitu adanya his, pengeluaran lendir campur darah, serta pengeluaran cairan.

Berdasarkan data yang didapat ibu datang mengeluh kenceng-kenceng dan keluar lendir bercampur darah pada tanggal 31 juli 2019 sejak pukul 09.00 WIB dan sakitnya semakin sering dan ibu memeriksakannya di BPM dan masih pembukaan Ø 4 cm sehingga ibu dianjurkan untuk jalan-jalan di sekitar BPM. Kala I pada Ny."S" berlangsung 5 jam dan ini normal, karena di pengaruhi oleh Power ibu yang begitu adekuat seperti His yang teratur, Ibu berjalan-jalan sekitar BPM untuk mempercepat penurunan kepala dan ketika Hiss, ibu beristirahat sejenak untuk mengambil nafas panjang untuk menghilangkan his, Ketika His berhenti ibupun mulai berjalan lagi di sekitar BPM, ketika ibu beristirahat untuk makan atau minum yang telah di sediakan sambil menunggu untuk pemeriksaan berikutnya. Pada jam 13.00 WIB ibu di periksa oleh bidan dan hasil pemeriksaannya pembukaan Ø 8 cm, penipisan 75%, Ketuban (+), Penurunan (Hodge III) Hiss : 4"10"40". Memberitahukan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga bahwa pembukaan masih Ø 8 cm dan masih belum pembukaan lengkap, ibu di sarankan agar jalan-jalan seperti yang ibu lakukan agar dapat mempercepat penurunan kepala bayi. Menurut

Marmi, (2012) Kala I pembukaan dibagi menjadi dua yaitu fase laten dan fase aktif. Fase laten berlangsung selama 7-8 jam. Pembukaan terjadi sangat lambat sampai mencapai ukuran diameter 3 cm. Sedangkan fase aktif dibagi menjadi tiga fase yaitu fase akselerasi, pembukaan 3 cm sampai 4 cm, fase dilatasi maksimal pembukaan 4 cm sampai 9 cm, fase deselerasi pembukaan 9 cm sampai lengkap. Pada primigravida berlangsung selama 12 jam sedangkan pada multigravida berlangsung selama 8 jam. Pada Ny" S" Ini adalah kehamilan pertama atau Primigravida, Pada Seseorang yang masi primigravida bisa berlangsung selama 12 jam, tetapai pada Ny" S" itu berlangsung selama 5 jam, itu bisa di pengaruhi oleh Power, Passage, Passanger, Psikis ibu yang sangat adekuat.

Kala II disebut juga dengan kala pengeluaran. Kala ini dimulai dari pembukaan lengkap (10 cm) sampai bayi lahir. Proses ini berlangsung 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida (Marmi, 2012). Pada Ny."S" kala II berlangsung 30 menit, his yang adekuat serta cara mengejan ibu yang baik mempermudah proses kala II dan juga dipengaruhi oleh faktor *power*, *passage*, serta *passenger* yang baik. *Passage* (jalan lahir) terdiri atas bagian keras tulang-tulang panggul (rangka panggul) dan bagian lunak (otot, jaringan dan ligament). Power kekuatan *his* dan mengejan. *Passanger* (janin, plasenta, tali pusat dan air ketuban) (Kuswanti & Melina, 2014). Setelah dilakukan pemeriksaan pada jam 14.00 WIB dan didapatkan hasil Ø (10 cm), eff 100%, ketuban (-), bagian terdahulu kepala, tidak ada bagian kecil disamping bagian terdahulu, bagian terendah UUK, hodge III, molase 0, ada dorongan untuk meneran, anus menonjol, perenium menonjol, vulva membuka dan vagina membuka, dilakukan pertolongan persalinan sesuai dengan asuhan persalinan normal (APN) pada Ny."S". Kala II berlangsung dengan lancar, his yang adekuat serta cara mengejan ibu yang baik mempermudah proses kala II. Bayi lahir spontan jam 14.30 WIB, langsung menangis kuat, kulit kemerahan, gerakan aktif.

Setelah bayi lahir ibu memasuki kala III terlihat adanya tanda-tanda pelepasan plasenta yaitu tali pusat semakin memanjang, adanya semburan darah tiba-tiba dan uterus globuler. Melakukan manajemen aktif kala III. Menurut Elisabeth & Endang (2015), kala III dimulai setelah

bayi lahir, uterus teraba keras dengan fundus uteri agak di atas pusat. Beberapa menit kemudian uterus berkontraksi lagi untuk melepaskan plasenta dari dindingnya. Biasanya plasenta lepas dalam 5 sampai 15 menit setelah bayi lahir dan keluar spontan atau dengan tekanan pada fundus uteri. Berdasarkan data yang didapat pada kala III uterus globuler, ada semburan darah tiba-tiba, tali pusat memanjang, plasenta lahir spontan lengkap \pm 150 cc dan lama kala III 05 menit waktu yang tidak lama sehingga dapat mencegah ibu pendarahan. Dan melakukan Inisiasi Menyusu Dini (IMD) yang dilakukan selama 30 menit setelah bayi lahir. Dan bayi berhasil melakukan IMD selama 30 menit. Kontak bayi ini dilakukan minimal selama 30 menit sampai 1 jam. IMD sangat banyak manfaatnya yaitu menurunkan resiko kematian bayi karena hipotermi, ibu dan bayi merasa tenang, bayi, dan merangsang hormon oksitosin.

Setelah plasenta lahir Ny."S" memasuki kala IV dimana dilakukan pemantauan hingga 2 jam post partum untuk mengetahui perbaikan kondisi ibu setelah bersalin. Tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 82 x/menit, respirasi 20 x/menit, suhu 36,2 °C, UC baik, kandung kemih kosong, pendarahan 20 CC. Kala IV dimaksudkan untuk melakukan observasi karena pendarahan postpartum paling sering terjadi pada 2 jam pertama (Elisabeth & Endang 2015). Dari hasil pemeriksaan kala IV selama 2 jam post partum TTV, UC keras,TFU 2 jari di bawah pusat, pendarahan normal kurang lebih 50 cc, kandung kemih kosong, tidak terjadi masalah dan ibu merasakan mules karena rahim ibu berkontraksi.

Dari hasil pemeriksaan yang didapatkan mulai dari kala I sampai dengan kala IV persalinan pada Ny."S" berlangsung normal tanpa ada penyulit karena ibu mendengarkan asuhan yang diberikan yaitu melakukan teknik relaksasi, menganjurkan ibu untuk miring kiri sesekali miring kanan, cara mengejan yang benar, IMD, mobilisasi dini dan melakukannya dengan baik. Dalam hal ini penulis tidak menemukan kesenjangan antara teori dan yang terjadi di lapangan.

5.3. Pembahasan Asuhan Nifas

Masa nifas (puerperium) adalah masa setelah keluarnya plasenta sampai alat-alat reproduksi pulih seperti sebelum hamil dan secara

normal masa nifas berlangsung selama 6 minggu atau 40 hari (Wulandari, R, 2011). Menurut Sulistyawati (2010) Asuhan yang diberikan kepada ibu nifas bertujuan untuk meningkatkan kesejahteraan fisik dan psikologis bagi ibu dan bayi, pencegahan, diagnosa dini, dan pengobatan komplikasi pada ibu dengan diberikannya asuhan pada ibu nifas, merujuk ibu apabila terjadi komplikasi, peningkatan hubungan yang baik antara ibu dan anak.

Proses menyusui berlangsung lancar dan ASI Eksklusif, ibu tidak ada kesulitan dalam proses menyusui. ASI lancar karena ibu tidak tawar makan dan ibu makan-makanan yang bergizi. Ibu ingin tetap memberikan ASI Eksklusif tanpa memberikan susu formula selama 6 bulan. Proses menyusui sangat bermanfaat bagi ibu karena menurunkan resiko terkena kanker payudara, mencegah pendarahan dan mempercepat proses *invulasi* (Saleha, 2011).

Pada masa nifas dilakukan empat kali kunjungan yaitu 6 jam post partum, 6 hari post partum, 2 minggu post partum. Dalam setiap kunjungan dilakukan asuhan yang berbeda setiap kunjungannya. Selama pemantauan masa nifas didapatkan hasil keadaan umum dan tanda-tanda vital ibu dalam keadaan normal. Proses involusi yang terjadi pada Ny."S" berjalan normal, TFU pada 6 hari post partum normal yaitu pertengahan simpisis pusat.

Menurut Wulandari, 2011 *Involusi* merupakan suatu proses kembalinya uterus pada kondisi sebelum hamil. Perubahan ini dapat diketahui dengan melakukan pemeriksaan palpasi untuk meraba di mana TFU nya. Pada 1 minggu post partum, TFU teraba pertengahan pusat simpisis dengan berat 500 gram.

Pada kunjungan yang dilakukan pada Ny."S" *lokhea* yang keluar adalah normal. *Lokhea* adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas. *Lokhea* mengandung darah dan sisa jaringan desidua yang nekrotik dari dalam uterus. *Lokhea rubra*/merah keluar pada hari pertama sampai hari keempat post partum, *lokhea sanguinolenta*/merah kecoklatan berlangsung dari hari ke empat sampai hari ke tujuh post partum, *lokhea serosa*/kuning kecoklatan berlangsung hari ke tujuh sampai ke empat belas, *lokhea alba*/putih berlangsung selama dua sampai enam minggu post partum (Dewi, 2011).

Menurut Elizabeth (2015) Tahapan psikologis pada ibu setelah melahirkan yang pertama adalah fase *taking in* yaitu fase ketergantungan terjadi hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan, fase *taking hold* periode yang berlangsung 3-10 hari setelah melahirkan, pada fase ini ibu timbul rasa khawatir pada ibu akan ketidakmampuan merawat bayinya, *letting go* periode dimana ibu sudah mulai bisa menerima tanggung jawab akan bayinya terjadi setelah 6 hari ibu melahirkan. Pada hari pertama ibu sudah memasuki fase *taking hold*, karena ibu dan keluarga sangat menginginkan kehamilannya saat ini karena sudah dinantikannya sejak lama. Ibu fokus merawat bayinya dan menyusui dengan rutin.

Suami sangat mendukung ibu dalam merawat anak pertamanya. suami dan mertua ibu membantu dengan memandikan bayinya karena ibu masih perlu belajar lagi karena baru pertama mempunyai anak.

Dari asuhan yang telah diberikan kepada Ny."S" tidak ditemukan adanya masalah atau bahaya nifas. Maka dapat disimpulkan bahwa masa nifas Ny."S" berlangsung normal. Ibu dan keluarga sangat kooperatif dalam menerima asuhan yang telah diberikan, dan ibu bisa menjelaskan kembali apa yang telah dijelaskan sehingga proses pengambilan data dan pemberian asuhan berjalan dengan lancar.

5.4. Pembahasan Asuhan Bayi Baru Lahir

Menurut Marmi (2012) Bayi baru lahir normal adalah berat lahir antara 2500-4000 gram, cukup bulan, lahir langsung menangis, dan tidak ada kelainan kongenital (cacat bawaan) yang berat.

Asuhan yang diberikan pada bayi baru lahir setelah persalinan adalah membersihkan jalan napas, memotong tali pusat, mengeringkan dan menjaga kehangatan, melakukan IMD, menjaga kebersihan, mencegah infeksi mata, menyuntikkan Vit K, menimbang berat badan yaitu 3500 gram untuk mengetahui apakah berat bayi normal, mengukur panjang badan 49 cm, lingkar kepala 33 cm, lingkar dada 34 cm, pemeriksaan lingkar kepala dan lingkar dada bertujuan apakah bayi mengalami hidrosefalus atau mikrosefalus, memeriksa tanda-tanda vital yaitu S : 36,5°C, frekuensi jantung : 126 x/menit, RR : 38 x/menit dengan APGAR Score 7-9, pemeriksaan antropometri dan pemeriksaan reflek normal. Pada kunjungan kedua, bayi berusia 6 hari dan dilakukan pemeriksaan

fisik seperti pengukuran berat badan dan di dapati kenaikan 200 gram yang berarti bayi sudah mendapatkan ASI yang cukup sehingga mengalami kenaikan berat badan.

Setelah lahir By Ny."S" diberikan salep mata karena pemberian salep mata bertujuan untuk pengobatan profilaktik mata yang resmi untuk *Neisseria gonorrhoea* yang dapat menginfeksi bayi baru lahir selama proses persalinan melalui jalan lahir (Marmi, 2012).

Menurut Marmi (2012) Pemberian Vit K dilakukan setelah pemberian salep mata dengan tujuan mencegah pendarahan yang bisa muncul karena kadar protombin yang rendah pada beberapa hari pertama kehidupan bayi. Pemberian Vit K dengan dosis 0,5 cc di paha kiri bagian luar.

Setelah 1 jam diberikan imunisasi HB0 diberikan secara IM di paha kanan bagian luar. HB0 diberikan pada usia 0 hari sampai 7 hari dengan tujuan untuk mencegah penyakit hepatitis B yaitu penyakit yang dapat merusak hati (Marmi, 2012).

Pada kunjungan pertama dan kedua tidak menemukan adanya tanda ikterus pada bayi. Ikterus fisiologis muncul lebih dari 24 jam setelah lahir dan menghilang dalam waktu 1 minggu sedangkan ikterus patologis terjadi pada 24 jam pertama setelah lahir (Marmi, 2012). Oleh karena itu diberikan KIE kepada ibu untuk menjemur bayinya di pagi hari agar bayinya tidak mengalami ikterus.

Menurut Saleha, 2012 reflek pada bayi harus sudah positif dari bayi lahir yaitu reflek moro, reflek rooting, reflek glabella, reflek tonic neck, reflek grasping, reflek sucking, reflek swallowing, reflek babynsky. Berdasarkan hasil pemeriksaan reflek pada bayi Ny "S" semuanya positif dan tidak mengalami gangguan pada refleksnya.

Menurut Indrayani, 2013 pada bayi baru lahir ukuran lingkaran kepala normal adalah 33-35 cm, akan bertambah 2 cm setiap bulan pada usia 0-3 bulan, pada usia 4-6 bulan akan bertambah 1 cm perbulan, dan pada usia 6-12 bulan pertambahan 0,5 cm perbulan. Hasil pemeriksaan pada kunjungan pertama dan kedua yaitu 33 cm adalah normal dan tidak ditemukan masalah pada pengukuran lingkaran kepala pada bayi Ny "S". Dalam hal ini penulis tidak menemukan kesenjangan antara teori dengan yang terjadi di lapangan.

Menurut Saifudin, 2010 bayi baru lahir ukuran lingkaran dada 33-38 cm. Hasil pemeriksaan pada kunjungan pertama dan kedua lingkaran dada bayi Ny "S" yaitu 34 cm dan sesuai teori dikatakan normal, sehingga penulis tidak menemukan kesenjangan antara teori dengan yang terjadi di lapangan.

Menurut Saleha, 2013 bayi baru lahir ukuran lingkaran lengan atas (LILA) 11-15 cm, hasil pemeriksaan pada kunjungan pertama dan kedua lingkaran lengan atas (LILA) bayi Ny "S" yaitu 12 dan sesuai teori dikatakan normal. Sehingga penulis tidak menemukan kesenjangan antara teori dan yang terjadi di lapangan.

ASI adalah cairan hidup yang mengandung zat kekebalan tubuh yang akan melindungi bayi dari penyakit infeksi bakteri, virus, parasit dan jamur, lebih steril dari susu formula, komposisi sudah sesuai dengan kebutuhan bayi. ASI mengandung lebih dari 200 unsur-unsur pokok, antara lain zat putih telur, lemak, karbohidrat, vitamin, mineral, faktor pertumbuhan, hormon, enzim, zat kekebalan dan sel darah putih (Sujiyatini, 2011). Bayi Ny."S" sudah bisa menyusu dengan kuat. Dan ASI juga lancar. Ibu ingin tetap memberikan ASI Eksklusif kepada bayinya. Ibu memberikan ASI kepada bayinya setiap 2 jam sekali dan apabila bayinya menangis.

Menurut Marmi (2012) Tali pusat merupakan jaringan yang menghubungkan plasenta ibu dengan janinnya. Tali pusat biasanya akan lepas sendiri kurang lebih 7-14 hari setelah dilahirkan. Pada Ny."S" tali pusat lepas pada hari ke 6 setelah dilahirkan dengan diberikan perawatan tali pusat yaitu dengan kasa steril tanpa diberikan apapun.

Berdasarkan asuhan yang telah diberikan sebanyak dua kali yaitu pada 6 jam dan 6 hari post partum berjalan dengan baik. Tidak ditemukan adanya hal yang patologis selama pengkajian dan pemeriksaan.

5.5. Pembahasan Asuhan KB

Keluarga Berencana adalah upaya peningkatan kepedulian dan peran serta masyarakat melalui pendewasaan usia perkawinan (PUP), pengaturan kelahiran, pembinaan ketahanan keluarga, peningkatan kesejahteraan keluarga kecil, bahagia dan sejahtera (Handayani,

2011). Menurut Purwoastuti (2015) Tujuan umum: Meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak dalam rangka mewujudkan NKKBS (Norma Keluarga Kecil Bahagia Sejahtera) yang menjadi dasar terwujudnya masyarakat yang sejahtera dengan mengendalikan kelahiran sekaligus menjamin terkendalinya pertumbuhan penduduk.

Berdasarkan asuhan yang diberikan pada Ny."S" ibu masih ingin berfokus pada bayinya dan masih belum berencana hamil lagi. Saat ini ibu ingin menggunakan KB suntik 3 bulan karena ibu ingin tetap memberikan ASI Eksklusif kepada bayinya. Riwayat KB sebelumnya ibu mengatakan belum pernah menggunakan KB apapun. Sebelum melakukan KB suntik 3 bulan diberikan konseling mengenai macam-macam KB serta keuntungan dan efek samping dari masing-masing KB. Hal ini dilakukan untuk memberikan pilihan pada ibu tentang KB yang akan digunakan. Konseling lebih ditekankan pada KB suntik 3 bulan karena ibu memilihnya. Jenis kontrasepsi suntik 3 bulan yang dipilih ibu yaitu *Depo Medroxy Progesterone Asetat (DMPA)* dengan dosis 1 cc atau 150 mg. Keuntungan KB suntik 3 bulan ini yaitu tidak mempengaruhi hubungan seksual, mencegah kanker endometrium, mencegah kehamilan ektopik, mengurangi pendarahan saat menstruasi dan nyeri, dan tidak mempengaruhi produksi ASI. Efek sampingnya yaitu perubahan pola menstruasi, menstruasi tidak teratur, kenaikan berat badan dan kembalinya kesuburan lambat (Kemenkes, 2013).

Ibu sudah menggunakan KB suntik tiga bulan pada tanggal 9 September 2019 dan kembali untuk suntik lagi pada tanggal 02 November 2019. Sebelum menggunakan KB ibu mengatakan belum menstruasi dan belum melakukan hubungan seksual dan saat ini ibu tidak ada keluhan. Produksi ASI ibu juga lancar dan bayi sudah menyusu dengan kuat. Ibu mengatakan ada rencana untuk hamil lagi sehingga disarankan untuk menggunakan KB suntik 3 bulan. Berdasarkan asuhan yang sudah diberikan secara keseluruhan sudah sesuai dengan kebutuhan ibu dan ibu menggunakan KB suntik tiga bulan ini sudah musyawarah dan mendapat ijin dari suami.

BAB VI

PENUTUP

6.1. Kesimpulan

Setelah melakukan asuhan kebidanan secara komprehensif pada Ny."S" usia 22 tahun G₁P₀₀₀Ab₀₀₀ di BPM Ngadillah Sobirin Amd.Keb Kota Malang dan di rumah Ny."S" yang beralamat di jln sunan ampel no 25 Rt 08 Rw 02 Kelurahan Ampeldelto dari masa hamil, bersalin, nifas, neonatus dan rencana KB maka dapat disimpulkan :

1. Asuhan kebidanan pada kehamilan

Asuhan Antenatal diberikan kepada Ny. "S" sebanyak 1 kali kunjungan pada usia kehamilan 39 minggu 2 hari. Selama melakukan asuhan kehamilan tidak ada keluhan yang dirasakan oleh Ny. "S" masih dalam batas fisiologis dan asuhan yang dilakukan sudah sesuai dengan teori dan mendokumentasikan asuhan kebidanan dengan pendokumentasian SOAP. Kunjungan selama kehamilan dari trimester 1 sampai 3 ibu kontrol di BPM Ngadillah Sobirin Kota Malang sebanyak 8 kali. Pada kehamilan tidak ada kesenjangan.

2. Asuhan kebidanan pada persalinan

Ny."S" usia 22 tahun didapatkan hasil bahwa pada asuhan intranatal mulai dari kala I sampai kala IV sesuai dengan asuhan persalinan normal dan dalam pelaksanaannya penulis tidak menemukan adanya kesenjangan antara teori dan asuhan persalinan normal yang dilakukan pada Ny "S". Ibu dan bayi lahir tanpa ada penyulit maupun komplikasi, kemudian penulis melakukan pendokumentasian dengan menggunakan pendokumentasian SOAP.

3. Asuhan kebidanan pada nifas

Ny."S" usia 22 tahun didapatkan hasil normal. Asuhan Kebidanan pada Ibu nifas dilakukan sebanyak 4 kali. Selama melakukan asuhan keluhan yang dirasakan oleh Ny."S" masih dalam batas fisiologis, asuhan yang dilakukan sudah sesuai dengan teori dan tidak ada kesenjangan antara teori dengan asuhan yang dilakukan di lapangan dan mendokumentasikan asuhan kebidanan dengan SOAP.

4. Asuhan kebidanan pada bayi baru lahir

disimpulkan bahwa bayi Ny "S" dalam keadaan sehat tanpa komplikasi apapun. Dan tidak ada kesenjangan antara teori dengan asuhan yang dilakukan di lapangan dan mendokumentasikan asuhan kebidanan dengan SOAP.

5. Asuhan kebidanan pada KB

Ny."S" didapatkan hasil bahwa Ny."S" bahwa pasien rencana menggunakan KB suntik 3 bulan. Dan tidak ada kesenjangan antara teori dengan asuhan yang dilakukan di lapangan dan mendokumentasikan asuhan kebidanan dengan SOAP.

6.2. Saran

1. Bagi Mahasiswa

Mahasiswa diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan dan keterampilan dalam melakukan asuhan kebidanan secara komprehensif terhadap klien.

2. Bagi Pasien

Pasien diharapkan memiliki kesadaran pentingnya melakukan pemeriksaan kehamilan agar keadaan kehamilannya dapat terpantau secara teratur sehingga akan merasa lebih yakin dan

nyaman karena mendapatkan gambaran tentang pentingnya pengawasan pada saat hamil, bersalin, nifas dan bayi baru lahir dan KB.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan institusi pendidikan dapat meningkatkan kualitas pendidikan bagi mahasiswa dengan penyediaan fasilitas sarana dan prasarana yang dapat mendukung peningkatan kompetensi mahasiswa sehingga dapat menghasilkan bidan yang berkualitas.

4. Bagi Institusi Lahan Praktik

Diharapkanlah praktik lebih meningkatkan mutu pelayanan kebidanan agar dapat memberikan asuhan yang lebih baik sesuai dengan standar asuhan kebidanan.

LAMPIRAN

 SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKES)
WIDYAGAMA HUSADA
SK MENDIKNAS RI NOMOR: 130/D/0/2007

Nomor
Lampiran
Perihal : ST/ JA-2/STIKES/IV/2019
1 (satu) lembar
Permohonan Ijin Memberikan Asuhan Kebidanan

Kepada Yth.
BPM NGADILLAH Amd.Keb
Di - Malang

Program Studi DIII Kebidanan STIKES Widyagama Husada telah memasuki Tahun Akademik 2018 – 2019 Semester VI (enam) untuk menyelesaikan Laporan Tugas Akhir (LTA) kami mengajukan permohonan kepada Ibu agar berkenan memberi ijin kepada mahasiswa kami untuk Memberikan Asuhan Kebidanan.

Adapun tujuan dari Laporan Tugas Akhir (LTA) sebagai syarat kelulusan Program Studi DIII Kebidanan STIKES Widyagama Husada, segala sesuatu yang berhubungan dengan ini kami serahkan pada kebijaksanaan Ibu.

Demikian permohonan ini kami sampaikan, atas kesediaan dan kerjasamanya kami sampaikan terima kasih.

Malang, 5 April 2019
Kaprod DIII Kebidanan,

Yuniar Angella, P.S. SIT, M. Kes
NIP. 200305

LAMPIRAN

**YAYASAN PEMBINA PENDIDIKAN INDONESIA WIDYAGAMA MALANG (YPPNMI)**
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKES)
WIDYAGAMA HUSADA
SK MENDIKNAS RI NOMOR: 136/D/02/2007
Program Studi : 1. D-3 Kebidanan * 2.1 Kesehatan Lingkungan * & 1. Sains Keperawatan * Kebidanan Baru

SURAT KETERANGAN
NOMOR : 51 /A-2/STIKES/IV/2019

yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : Yuniar Angella P. S.SiT., M.Kes
Jabatan : Kaprodi DIII Kebidanan

Menerangkan mahasiswa yang bernama di bawah ini :

| NO | NAMA MAHASISWA | NIM |
|----|----------------|-----------------|
| 1. | Devi Novianti | 1613.15403.1076 |

Diperbolehkan Memberikan Asuhan Kebidanan berikut :

1. Kehamilan
2. Persalinan
3. Bayi Baru lahir
4. Nifas
5. KB
6. Imunisasi

Dan mendapatkan bimbingan serta monitoriy Control dari pihak STIKES Widyagama Husada melalui Dosen Pembimbing LTA.

Demikian surat keterangan ini dibuat, dan dipergunakan sebagaimana mestinya.

Matang, 8 April 2019
Kaprodi DIII Kebidanan


Yuniar Angella P.S.SiT., M.Kes
NDP. 2003.05

LAMPIRAN

**BIDAN PRAKTEK MANDIRI**
NGADILLAH, Amd.Keb
DESA ASRIKATON
Telp.085 859 997 061

Nomor :
Lampiran : 1 (lembar) lembar
Perihal : PemohonanIjinMelakukanAsuhanKebidanan

Dengan hormat,
Mahasiswi Program Studi: DIII-Kebidanan STIKES Widyagama Husada akan menyusun Laporan Tugas Akhir (LTA) Tahun Akademik 2018/2019, untuk itu di perukan data-data pendukung sebagai syarat yang harus di tempuh.

Berkenaan dengan hal tersebut, saya memberikan ijin kepada mahasiswi di bawah ini untuk melakukan Studi Pendahuluan Laporan Tugas Akhir.

Adapun nama mahasiswi dan judul Laporan Tugas Akhir sebagai berikut:

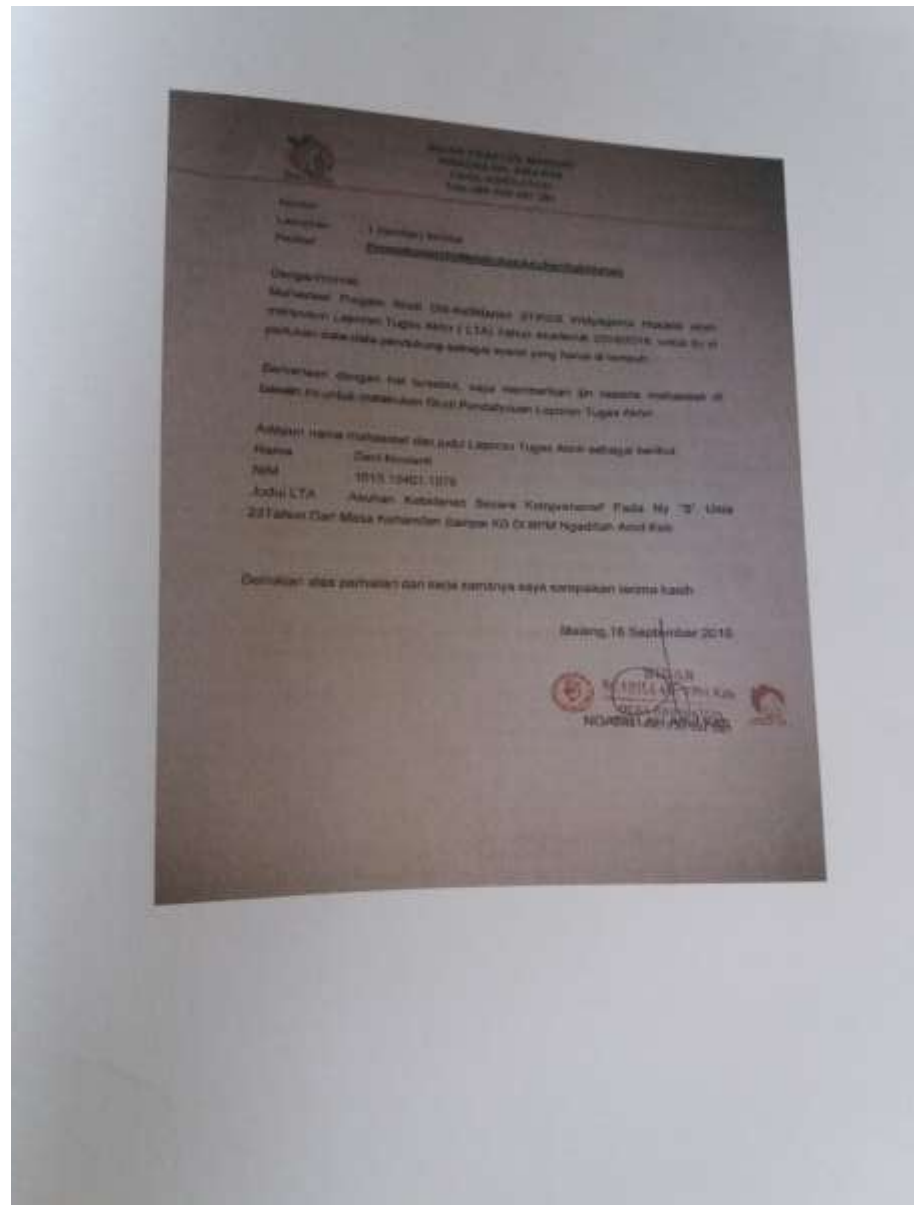
Nama : Devi Novianti
NIM : 1615 15401 1076
Judul LTA : Asuhan Kebidanan Secara Komprehensif Pada Ny "S" Usia 22 Tahun Dari Masa Kehamilan Sampai KB Di BPM Ngadillah Amd Keb

Demikian atas perhatian dan kerja samanya saya sampaikan terima kasih

Maung, 16 September 2019

**NGADILLAH Amd Keb**

LAMPIRAN



BURAT KEBERHAAN BMBINGAN LAPORAN TUGAS AKHIR
PROGRAM STUDI DI KEBIDANAN
STIKES WIDYAGAMA HUSADA
TAHUN AKADEMIK 2018/2019

Yang bertanda tangan di bawah ini

Nama Yuliar Angella P. S. ST. M. Kes
Jabatan Pembimbing LTA
Alamat Malang
No Telp 081 231 955 039

Dengan ini Menyatakan bersedia/sidak bersedia*) menjadi pembimbing 1 /
pembimbing 2*) Laporan Tugas Akhir Prodi D3 Kebidanan STIKES Widyagama
Husada bagi mahasiswa:

Nama Devi Noviani
NIM 1015. 15401. 1578
Alamat Jl. Taman Borobudur Indah No 3A
Judul LTA Proposal Laporan Tugas Akhir Asuhan Kebidanan Komprehensif
Pada Ny "M" Usia 23 Tahun Di RDU PERMATA BUNDA

Malang,

Pembimbing LTA



Yuliar Angella P. S. ST. M. Kes


BUNYI KEBERKHAAN BERSIKUTAN LAPORAN TUGAS AKHIR
PROGRAM STUDI DI KEBIDANAN
STIKES WISYADAMA INDRAMATI
TAHUN AKADEMIK 2014/2015

Yang berkedudukan sebagai di rumah di
Nama : Sari Kartandiyah, S. Si M. Kes
Jabatan : Dosen
Alamat : Puri Taman Kencana Kav. 28
No. Telp : 081 534 334 768

Orang-orang yang menyatakan berkecukupan (berkecukupan) sebagai pembimbing 1 / 1
Nama : Devi Nurvanti
NIDN : 1914 15401 1076
Alamat : Jl. Taman Borobudur Indah No. 3A
Jukka LTA : Proposal Laporan Tugas Akhir Asuhan Kebidanan Komprehensif
Mata No. "M" Usia 23 Tahun Di RSUD PERMATA BUNDA

Malang.






Pembimbing LTA


Sari Kartandiyah, S. Si M. Kes

Form 5:
CATATAN KONSULTASI PEMBIMBING 1

| NO. | TANGGAL | KEGIATAN DAN SARAN | PARAF PEMBIMBING |
|-----|-----------|---|------------------|
| 1. | 2/4 2019 | Tulis + Bab 1, 2 Cek Fmt. Anne 11 | |
| 2. | 20/4 2019 | Bab 1 & 2 Penulisan | |
| 3. | 14/6 2019 | Perbaiki Bab 1, 2, 3 + Kees | |
| 4. | 15/6 2019 | Bab 2, 3 & 4 Bab 1 perbaiki | |
| 5. | 1/6 19 | Bab 1 @ Perbaiki Spasi, format, layout semua buku perbaiki dan mapa (1, 2, 3, 4, 5, 6) | |
| 6. | 24/6 19 | Perbaiki, Marqie Sun PDI | |
| 7. | 8/7 19 | see | |
| | | | |
| | | | |


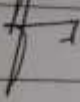
Form 6:
CATATAN KONSULTASI PEMBIMBING 1

| NO | TANGGAL | KEGIATAN DAN SARAN | PARAF PEMBIMBING |
|----|--------------|---|---|
| 1. | 19. 8 19. | Perbaiki Bab II |  |
| 2. | 21 8 19. | Revisi ganti dx br Perbab Bab 3 lagi |  |
| 3. | 21 9 1 | Perbaiki Babah lagi Ky. NIF - KB |  |
| 4. | 5 9 18 | Lgk: 1.2 lagi in. Skr rskn |  |
| 5. | 18 9 15 | PM → ase in LTA |  |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Form 8: CATATAN KONSULTASI PEMBIMBING 2

| NO | TANGGAL | KEGIATAN DAN SARAN | PARAF PEMBIMBING |
|----|--------------|----------------------------------|------------------|
| 1. | 15 / 06 2019 | Aksi Kugung Psiki awak | f-i |
| 2. | 14 / 6 2019 | Revisi bab 1-3 Revisi STAP | f-i |
| 3. | 29 / 6 2019 | Revisi bab 1-3 Revisi STAP | f-i |
| 4. | 4 / 7 2019 | Revisi bab 1-3 Revisi STAP | f-i |
| 5. | 6 / 7 2019 | EKC Fesdum Dik. PPT | f-i |
| 6. | 6 / 7 2019 | Revisi PPT Aksi uji persiapan | f-i |
| 7. | 22 / 8 2019 | Revisi bab 1-5 Dik. Righman | f-i |
| 8. | 23 / 8 2019 | Revisi bab 1-5 Dik. Righman | f-i |
| 9. | | Revisi Righ Revisi bab 1-6 | f-i |

Form 9: CATATAN KONSULTASI PEMBIMBING 2

| NO. | TANGGAL | KEGIATAN DAN SARAN | PARAF PEMBIMBING |
|-----|-----------|--------------------|---|
| 10. | | Mentor Kacikun |  |
| 11. | 18/9/2019 | Ate LTA |  |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Form 12:

KITIR UJIAN PROPOSAL DAN AKHIR

| NO | SYARAT | PROPOSAL | | AKHIR | KETERANGAN |
|----|--|---------------------------------------|--------------------|------------------------------------|--|
| | | 1 | 2 | | |
| 1 | Administrasi Keuangan <i>Es: fani</i> | <i>[Signature]</i> | <i>[Signature]</i> | <i>[Signature]</i> | |
| 2 | Administrasi Akademik <i>9/10/19</i> <i>Bu giarti</i> | <i>[Signature]</i> | <i>[Signature]</i> | <i>[Signature]</i> | |
| 3 | Telah Menyelesaikan ASKEP/ASKEP/LAP. PKL <i>Bu Norma</i> | <i>[Signature]</i> | <i>[Signature]</i> | <i>[Signature]</i> | UMAP 3 -AMC (T. 2. 4. 4.) -M. In. 1. 1. 1. -M. In. 2. 1. 1. |
| 4 | Perpustakaan | <i>8/19</i> <i>[Signature]</i> | <i>[Signature]</i> | <i>13/13</i> <i>[Signature]</i> | |
| 5 | Alat - alat Laboratorium <i>Bu Nings</i> | <i>[Signature]</i> | <i>[Signature]</i> | <i>[Signature]</i> | |
| 6 | Telah Menyelesaikan Kompetensi <i>Bu Inda</i> | <i>13/10/19</i> <i>[Signature]</i> | <i>[Signature]</i> | <i>[Signature]</i> | |
| 7 | Telah Mengumpulkan Berkas LTA/ Skripsi | | | <i>(32)</i> | |

Ka.Prodi Mengetahui,
 Malang,20
 Kabag.Akademik,

LEMBAR KERJA KEASAHAN/KEPERAWATAN
 01. NULI PIGLAI MULIAWATI RESUMEN/DAFTAR ISI

| KUNJUNGAN KE- | TARIKH LANGGAL | JAM DATANG | JALU PELLENG | DISKUSI/ASAS | | TARIKH BERES | TANDA BUKLAH |
|---------------|-----------------|------------|--------------|---|------|--------------|--------------|
| | | | | ASAS POKOK BAHAS | ASAS | | |
| 1. | MINGGU 28/19/04 | 14:00 | 17:30 | <ul style="list-style-type: none"> -- Mengajarkan reses -- Massage punggung -- Mengajarkan ibu untuk praktik nages | ✓ | ✓ | ✓ |
| 1. | Selasa 28/29/05 | 15:30 | 16:10 | <ul style="list-style-type: none"> -- KIE keluhan Utama -- KIE Tanda bahaya kehamilan | ✓ | ✓ | ✓ |
| 2. | Selasa 04/19/06 | 15:30 | 16:00 | <ul style="list-style-type: none"> -- KIE keluhan Utama -- KIE Tanda bahaya kehamilan | ✓ | ✓ | ✓ |
| 1. | Kamis 13/06/19 | 16:00 | 17:00 | <ul style="list-style-type: none"> -- KIE keluhan Utama -- KIE Tanda bahaya kehamilan | ✓ | ✓ | ✓ |
| 2. | Kamis 20/06/19 | 11:00 | | <ul style="list-style-type: none"> -- KIE IUBTISI | ✓ | ✓ | ✓ |

LEMBAR KERJA SISWA/STAF
 MELAKUKAN MANGROVE RESTORASI PADI

| KUNCIAN KE- | TEMBES TANGGAL | JAM DATANG | JAM PULANG | JURUSAN PADI PETER | WAKTU DI PADI (DIT) | STATUS |
|-------------|----------------|------------|------------|--------------------|---------------------|--------|
| 1 | 31/19 09 | 08:00 | 11:00 | INC dan PNC | ✓ | On |
| 2 | 06/19 09 | 16:00 | | PNC II | ✓ | On |
| 3 | | 16:00 | | PNC III | ✓ | On |
| 4 | | 19:00 | | PNC IV | ✓ | On |
| 5 | | 17:00 | | BRU I | ✓ | On |

LEMBAR KERJA KELOMPOK
M. NUTRISI DAN KESEHATAN REPRODUKSI WANITA

| KUNJUNGAN M- | KEBERHA- SIAN TANGGAL | JAM DARI | JAM PULSA | JAM PULSA | BESAR TANGGAL | | TANGGAL | |
|-----------------|-----------------------------|-------------|--------------|--------------|------------------|------|---------|------|
| | | | | | 1972 | 1973 | 1972 | 1973 |
| | | | | BEL II | | ✓ | ✓ | |
| 6. | | | | KE I | | ✓ | ✓ | |
| 7. | | | | KB II | | | | |
| 8. | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

Kartu Skor Poedji Rochajati

**SKORING / DETEKSI DINI IBU RISIKO TINGGI
OLEH
PKK DAN FETUGAS KESEHATAN**

Berat: _____ Usia Ibu: _____ %
 Hamil ke: _____ Masih Hamil ke: _____ Perkiraan Persalinan ke: _____ II
 Pendidikan: _____ Suku: _____
 Pekerjaan: _____ Suku: _____

| No | Kategori | Kategori | | Skor | Tingkat | | | | | |
|--------------------|----------|----------|---|--|----------|---|---|---|---|--|
| | | I | II | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 1 | I | 1 | Tinggi badan < 145 cm | 4 | | | | | | |
| 2 | | 2 | A. Tinggi berat badan < 18 kg/m ² B. Tinggi badan < 150 cm | 4 | | | | | | |
| 3 | | 3 | Tinggi badan < 145 cm | 4 | | | | | | |
| 4 | | 4 | Tinggi badan < 145 cm | 4 | | | | | | |
| 5 | | 5 | Tinggi badan < 145 cm | 4 | | | | | | |
| 6 | | 6 | Tinggi badan < 145 cm | 4 | | | | | | |
| 7 | | 7 | Tinggi badan < 145 cm | 4 | | | | | | |
| 8 | | 8 | Pernah paku ketuban | 4 | | | | | | |
| 9 | | 9 | Pernah melahirkan dengan: a. Tidak terencana b. Tidak terencana c. Tidak terencana | 4 | | | | | | |
| 10 | | II | 10 | Pernah paku ketuban a. Kurang dari 3 minggu b. 3-4 minggu c. 4-5 minggu d. Lebih dari 5 minggu | 4 | | | | | |
| 11 | 11 | | Kejang preeklamsia / kejang dan tekanan darah tinggi | 4 | | | | | | |
| 12 | 12 | | Pernah melahirkan di rumah atau di Puskesmas | 4 | | | | | | |
| 13 | 13 | | Pernah melahirkan di rumah atau di Puskesmas | 4 | | | | | | |
| 14 | 14 | | Pernah melahirkan di rumah atau di Puskesmas | 4 | | | | | | |
| 15 | 15 | | Pernah melahirkan di rumah atau di Puskesmas | 4 | | | | | | |
| 16 | 16 | | Pernah melahirkan di rumah atau di Puskesmas | 4 | | | | | | |
| 17 | 17 | | Pernah melahirkan di rumah atau di Puskesmas | 4 | | | | | | |
| 18 | 18 | | Pernah melahirkan di rumah atau di Puskesmas | 4 | | | | | | |
| 19 | 19 | | Pernah melahirkan di rumah atau di Puskesmas | 4 | | | | | | |
| Jumlah Skor | | | | | 2 | | | | | |

PERYUKTIAN KESEHATAN PERSALINAN AMAN – BILANGAN TINGKATAN

| No | Kategori | Kategori | | Skor | Tingkat | | | | | |
|----|----------|----------|--|------|---------|---|---|---|---|--|
| | | I | II | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 1 | I | 1 | Tinggi badan < 145 cm | 4 | | | | | | |
| 2 | | 2 | A. Tinggi berat badan < 18 kg/m ² B. Tinggi badan < 150 cm | 4 | | | | | | |
| 3 | II | 3 | Tinggi badan < 145 cm | 4 | | | | | | |
| 4 | | 4 | Tinggi badan < 145 cm | 4 | | | | | | |
| 5 | III | 5 | Tinggi badan < 145 cm | 4 | | | | | | |
| 6 | | 6 | Tinggi badan < 145 cm | 4 | | | | | | |
| 7 | IV | 7 | Tinggi badan < 145 cm | 4 | | | | | | |
| 8 | | 8 | Tinggi badan < 145 cm | 4 | | | | | | |

Kemudian ke dalam tabel lain 1. Apotik 2. Lain-lain

**KARTU SKOR 'POEDJI ROCHAJATI'
PERENCANAAN PERSALINAN AMAN**

Tingkat Persalinan: 1. Persalinan 2. Persalinan 3. Persalinan 4. Persalinan
 5. Persalinan 6. Persalinan 7. Persalinan 8. Persalinan

Persalinan / Melahirkan tanggal: _____ / _____ / _____

| RILISAN DARI: | | RILISAN KE: | |
|---------------|---------|-------------|---------|
| 1. Sesi | 1. Sesi | 2. Sesi | 2. Sesi |
| 2. Sesi | 2. Sesi | 3. Sesi | 3. Sesi |
| 3. Sesi | 3. Sesi | 4. Sesi | 4. Sesi |
| 4. Sesi | 4. Sesi | 5. Sesi | 5. Sesi |

RIWAYAT
 1. Riwayat Dari Berencana (RDB) 2. Riwayat Tidak Berencana (RTB)
 Riwayat Dari Berencana (RDB) 3. Riwayat Tidak Berencana (RTB)

Daftar Obesitas / **Daftar Berat Obesitas**
 1. Faktor Risiko I & II / 1. Faktor Risiko I & II
 2. / 2. /
 3. / 3. /
 4. / 4. /
 5. / 5. /
 6. / 6. /
 7. / 7. /

| TERMIN | PENGOLAH | MACAM PERSALINAN |
|--------------|-----------|--------------------|
| 1. Rumah Ibu | 1. Dokter | 1. Normal |
| 2. Rumah Ibu | 2. Sesi | 2. Tidak terencana |
| 3. Rumah Ibu | 3. Dokter | 3. Operasi |
| 4. Rumah Ibu | 4. Sesi | 4. Sesi |
| 5. Rumah Ibu | 5. Dokter | 5. Operasi |
| 6. Rumah Ibu | 6. Dokter | 6. Operasi |

PANGA FREEMAN

RIWAYAT

| | |
|-------------|-------------|
| 1. Riwayat | 1. Riwayat |
| 2. Riwayat | 2. Riwayat |
| 3. Riwayat | 3. Riwayat |
| 4. Riwayat | 4. Riwayat |
| 5. Riwayat | 5. Riwayat |
| 6. Riwayat | 6. Riwayat |
| 7. Riwayat | 7. Riwayat |
| 8. Riwayat | 8. Riwayat |
| 9. Riwayat | 9. Riwayat |
| 10. Riwayat | 10. Riwayat |

KEMAMPUAN MELAKUKAKAN PERSALINAN AMAN (MELAKUKAKAN)

| | | |
|---------|---------|---------|
| 1. Sesi | 2. Sesi | 3. Sesi |
| 4. Sesi | 5. Sesi | 6. Sesi |

Keputusan Bersalin: 1. Ya / 2. Tidak

Keputusan Bersalin: 1. Ya / 2. Tidak

LAMPIRAN 6

Biodata

| | |
|-----------------------------------|-------|
| Nomor Registrasi | |
| Nomor Urut | |
| Tanggal menerima buku KIA | |
| Nama & No. Telp. Tenaga Kesehatan | |

| IDENTITAS KELUARGA | |
|--------------------|---|
| Nama Ibu | SRI ISRODUL |
| Tempat/Tgl lahir | MALANG, 02 / 04 / 1997 |
| Kehamilan ke | I Anak Terakhir umur: tahun |
| Agama | ISLAM |
| Pendidikan | Tidak Sekolah/SD/SMP/SMK <input checked="" type="radio"/> Akademi/Perguruan Tinggi* |
| Colongan Darah | O |
| Pekerjaan | IBU RUMAH TANGGA |
| No. JKN | |

| | |
|------------------|---|
| Nama Suami | MUHAMMAD MI |
| Tempat/Tgl lahir | MALANG, 01 / 02 / 1997 |
| Agama | ISLAM |
| Pendidikan | Tidak Sekolah/SD/SMP/SMK <input checked="" type="radio"/> Akademi/Perguruan Tinggi* |
| Colongan Darah | |
| Pekerjaan | WIRASWASTA |

| | |
|-------------------------------|------------------------------------|
| Alamat Rumah | Jl. Ampel demlo no. 25 RT 08 RW 02 |
| Kecamatan | Pakis |
| Kabupaten/Kota | Malang |
| No. Telpn yang bisa dihubungi | 085816818393 |

| | |
|--------------------|-----------------------|
| Nama Anak | L/P* |
| Tempat/Tgl Lahir | |
| Anak Ke | dari anak |
| No. Akte Kelahiran | |

LAMPIRAN 7

Catatan kesehatan ibu

CATATAN KESEHATAN IBU HAMIL
 Diisi oleh petugas kesehatan

Hari Pertama Mula Terakhir (HPMT), tanggal: 22 - Oktober - 2018
 Hari Takiran Persalinan (HTP), tanggal: 29 - Juli - 2019
 Lingkar Lengan Atas: 33.5 cm; KEK (), Non KEK () Tinggi Badan: 160 cm
 Golongan Darah: 0
 Penggunaan kontrasepsi sebelum kehamilan ini: Tidak KB
 Riwayat Penyakit yang diderita ibu: Tidak ada
 Riwayat Alergi: Tidak ada

| Tgl | Keluhan Sekarang | Tekanan Darah (mmHg) | Berat Badan (kg) | Umur Kehamilan (Minggu) | Tinggi Fundus (Cm) | Letak Janin Kep/Su/Li | Denyut Jantung Janin (Mnt) |
|------------------|--------------------------------|----------------------|------------------|-------------------------|--------------------|-----------------------|----------------------------|
| 30/10 | Mual, Bopit, Ridom | 100 | | | | | |
| 10 | Muntah | 90 | 56 | 3-4 | 21cm | Bate ⊕ | ⊕ |
| 6/11 | Mual | 110 | | | | | |
| 11 | | 80 | 58 | 14-15 | 1/2 Pr | Bate ⊕ | ⊕ |
| 4/11 | Tao | 120 | | | | | |
| 01 | | 70 | 60 | 19 | 13cm | Bate ⊕ | ⊕ |
| 29/11 | keselutan | 120 | | | | | |
| 02 | | 80 | 60 | 22-23 | 21cm | Bate ⊕ | ⊕ |
| 18/11 | Kaki bengkak, tangan kesemutan | 110 | | | | | |
| 01 | | 90 | 59 | 30 | 24cm | Kepala | ⊕ |
| 10/11 | Batuk, pilek | 120 | | | | | |
| 02 | Panas | 90 | 60 | 35-36 | 29 | Kepala | ⊕ |
| 29/11 | kesemutan, Batuk | 110 | | | | | |
| 06 | | 90 | 58 | 38-39 | 25 | Kepala | ⊕ |
| 29/11 | Tao | 120 | | | | | |
| 07 | | 90 | 60 | 39-40 | 29cm | letkep | 120/M |

Hamil ke .I..... Jumlah persalinan Jumlah keguguran
 Jumlah anak hidup Jumlah lahir mati
 Jumlah anak lahir kurang bulan anak
 Jarak kehamilan ini dengan persalinan terakhir
 Status imunisasi Imunisasi TT terakhir (bulan/tahun)
 Penolong persalinan terakhir
 Cara persalinan terakhir** : [] Spontan/Normal [] Tindakan


→ girl tanda (+) pada AsHem yang seksual

| Kaki Bengkak | Hasil Pemeriksaan Laboratorium | Tindakan (pemberian TT, Fe, terapi, rujukan, umpan balik) | Nasihat yang disampaikan | Keterangan - Tempat Pelayanan - Nama Pemeriksa (Paraf) | Kapan Harus Kembali |
|--------------|-----------------------------------|---|--------------------------|--|---------------------|
| -/+ | Plano ⊕ | Etaboro 1x1 Nena 3x1 | | <i>Che</i> | ANC 2 bln |
| -/+ | | Amurmas 3x1 Etaboro 1x1 | | <i>Che</i> | ANC 1 bln |
| -/+ | | Etaboro 1x1 | | <i>Che</i> | ANC 1 bln |
| -/+ | | Etaboro 1x1 Kalk 1x1 | | <i>Che</i> | ANC 1 bln |
| -/+ | | Etaboro 1x1 | | <i>Che</i> | ANC 1 bln |
| -/+ | | Refad. Vit C Ladecan 1x1 | | <i>Che</i> | ANC 2mg |
| -/+ | | Etaboro 1x1 Kalk 1x1 | | <i>Che</i> | ANC 2mg |
| -/+ | | Etaboro 1x1 | | <i>Che</i> | ANC 2mg |
| -/+ | R. Lab. HTP NR HB 14.1 Hiv. NR | | | | |
| -/+ | GDA : 115 P54 171 | | | | |
| -/+ | | | | | |

LAMPIRAN 16

Leaflet

Keluarga Berencana (KB)



PRAKTIK KLINIK KONSELING
SIRBY WEDYACAMA HENADA MALANG
JUN 2017

Pili KB

Tidak مناسبu tubuhan seksual
Tidak dibetuk efek sisi, tidak boleh lama

Terdapat 2 macam:

1. Pill (pil) Berisi 2 hormon estrogen dan progesteron
Tidak untuk ibu menyusui
(meningkatkan resiko, dalam waktu 40)
2. Mini Pill Berisi 1 hormon progesteron
Tidak مناسبu ASI, cocok untuk ibu menyusui
Gangguan haid (bila menses, memendek, tidak haid, berat) (sekitar 10-15 hari)

IUD (Intra Uterine Device) Spiral

Spiral ditanam didalam rahim, untuk mencegah pertemuan sel telur dengan sperma.

- Efektifitas tinggi
- Jangka panjang (8-10 tahun)
- Tidak mengganggu produksi ASI
- Tidak mengganggu hubungan seksual
- Tidak mempengaruhi berat badan
- Haid bisa lebih banyak

Implant

Disebuah silinder dan kecil, ditanam didalam rahim, 2 tahun, dan 1 tahun.
Efektifitas lama 3 tahun, 5 tahun.

- Tidak مناسبu produksi ASI
- Tidak مناسبu tubuhan seksual
- Dapat dibetuk efek sisi sesuai kebutuhan & kembali ke tubuhan seksual
- Dapat terjadi perubahan sisi haid
- Dapat terjadi perubahan berat badan

Kontrasepsi MANTAP (Steril)

Harus untuk pasangan yang tidak menasikkan, tambah anak lagi.

- Dilakukan di cara pembedahan (bisa bisa lokal)
- Harus dilakukan oleh dokter terlatih
- Sangat efektif dan benakit pemenuhan
- Tidak ada efek samping
- Tidak ada perubahan fungsi seksual

Metode Operatif Wanita (MOW)
Metode Operatif Pria (MOP)

Apa sih KB itu?

KB atau **Keluarga Berencana** adalah suatu usaha untuk mengatur jumlah dan jarak antara kelahiran anak guna meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan keluarga.

Siapa yang harus menggunakan KB?

PUS atau Pasangan Usia Subur, yaitu suami istri yang istrinya berumur antara 15 sampai 49 tahun. (BKKBN, 2007:8)

Apa manfaat KB?

- Menghindari kehamilan resiko tinggi
- Menurunkan angka kematian ibu dan bayi
- Meredakan beban ekonomi keluarga
- Membentuk NKKBS (Norma Keluarga Kecil Bahagia dan Sejahtera)

Kontrasepsi

Merupakan upaya (cara, alat, obat-obatan) yang digunakan untuk mencegah terjadinya kehamilan

Kontrasepsi yang baik itu bagaimana???

Kontrasepsi yang baik yang memiliki syarat- syarat antara lain:

- Aman tidak berbahaya
- Dapat diandalkan
- Sederhana, (sebia mungkin tidak ke dokter)
- Murah
- Dapat diterima orang banyak
- Dan dapat dipakai dalam jangka panjang

Metode Kontrasepsi

MAL (Metode Amenore Laktasi)

Untuk ibu Nifas, syaratnya:

- Menyusui bayi secara eksklusif setelah melahirkan (hanya ASI secara penuh, teratur, dan sesering mungkin)
- Belum haid
- Efektifnya sampai 6 bulan

Kondom

Keuntungan:
(-) Tidak مناسبu ASI
(-) Murah dan mudah dipakai
(-) Mencegah penyakit menular seksual

Keuntungan:
(-) Efektifitas tidak berlaku terus
(-) Dapat مناسبu tubuhan seksual
(-) Bisa terdidi aleral, bahan dasar kondom

KB Suntik

Efektifitas tinggi
Tidak مناسبu tubuhan seksual

1 Bulan:

- Mempengaruhi estrogen dan progesterone
- Menasnasu produksi ASI
- Diuruti setiap bulan

3 Bulan:

- Tidak مناسبu produksi ASI
- Dapat terjadi gangguan haid
- Penakutan berat badan

LAMPIRAN 17
Dokumentasi
TTV

Pemeriksaan Leopold



Pemeriksaan DJJ



IMD



Pemberian HBO



6 Hari BBL

Pemeriksaan TTV (NIFAS)

Pemeriksaan TFU (NIFAS)



Kunjungan KB



**LEMBAR REKOMENDASI
PERBAIKAN PROPOSAL TUGAS AKHIR
PROGRAM STUDI D3 KEBIDANAN
STIKES WIDYAGAMA HUSADA
MALANG**

Nama Mahasiswa : DEVI NOVIANTI
NIM :1615. 15401. 1076
**Judul LTA : ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA
NY'S''
USIA 22 TAHUN DI BPM Ngadillah Sobirin
Amd.Keb.,
. KOTA MALANG**

| NO | NAMA PENGUJI | REKOMENDASI | TDD |
|-----------|---|--|------------|
| 1. | Dr.Herdianto, SoPG | Ketikan yang benar, teliti, istilah, ketelitian hasil dan pemeriksaan teori | |
| 2. | Jiarti Kusbandiyah, S.SiT.M.Kes. | Perbaiki sesuai masukan penguji | |
| 3. | Yuniar Angelia P, S.SiT.M.Kes | Lihat pada makalah | |

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan disini :

Nama : DEVI NOVIANTI

NIM : 1615.15401.1076

Program Studi: D III Kebidanan

STIKES Widyagama Husada

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Laporan Tugas Akhir yang saya tulis ini benar-benar hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilan alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya aku sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri. Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa tugas akhir ini adalah hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Malang,.....2019

Mengetahui,

Kaprodi DIII Kebidanan

Penulis

(Yuniar Angelia., S.SiT., M. Kes)

(DEVI NOVIANTI)

CURRICULUM VITAE



DEVI NOVIANTI

Nangahure, 06 september 1997

'Tetap jadi diri sendiri'

'Menjadi yang lebih baik lagi'

Riwayat Pendidikan :

TK Putri Duyung

SDN WURING 2012

Mts Muhammadiyah 2015

SMK St.Thomas Maumere 2016

D3 Kebidanan Stikes Widyagama Husada Malang 2019