LAPORAN TUGAS AKHIR

ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF

PADA NY "L" USIA 24 TAHUN

DENGAN KALA I FASE AKTIF MEMANJANG

DI ASRIKATON JL. ANGGREK 1 1/3 PAKIS

MALANG

Oleh :

DWI KUMALA WARDANI

NIM.1615.15401.1078

PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN

STIKES WIDYAGAMA HUSADA MALANG

2019

LAPORAN TUGAS AKHIR

ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF

PADA NY "L" USIA 24 TAHUN

DENGAN KALA I FASE AKTIF MEMANJANG

DI ASRIKATON JL. ANGGREK 1 1/3 PAKIS

MALANG

Diajukan Sebagai Syarat Menyelesaikan

Pendidikan Tinggi Program Studi DIII Kebidanan Malang

Oleh :

DWI KUMALA WARDANI

NIM.1615.15401.1078

PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN

STIKES WIDYAGAMA HUSADA MALANG

2019

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Tugas Akhir ini disetujui untuk dipertahankan di hadapan Tim Penguji
Laporan Tugas Akhir Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Widyagama Husada

LAPORAN TUGAS AKHIR
ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY "L" USIA 24 TAHUN
DENGAN KALA I FASE AKTIF MEMANJANG
DI ASRIKATON JL. ANGGREK 1 1/3 PAKIS
MALANG

DWI KUMALA WARDANI
NIM.1615.15401.1078

Malang, 2 Agustus 2019

Menyetujui,

Pembimbing I	Pembimbing II
(Yuniar Angelia P, S.SiT., M.Kes)	(Ervin Rufaindah, S.ST., M.Keb)

ii

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 13 Agustus 2019

LAPORAN TUGAS AKHIR
ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY "L" USIA 24 TAHUN
DENGAN KALA I FASE AKTIF MEMANJANG
DI ASRIKATON JL. ANGGREK 1 1/3 PAKIS
MALANG

DWI KUMALA WARDANI
NIM.1615.15401.1078

Yuliyanik, Amd. Keb., S.KM., M.Biomed ( )
13 Agustus 2019
Penguji I
Yuniar Angelia P, S.SiT., M.Kes ( )
13 Agustus 2019
Penguji II
Ervin Rufaindah, S.ST., M.Keb ( )
13 Agustus 2019
Penguji III

Mengetahui
Ketua
STIKES Widyagama Husada

(dr. Rudy Joegijantoro, MMRS)
NIP. 197110152001121006

iii

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT atas segala Rahmad dan Karunia Nya sehingga dapat terselesaikan Laporan Tugas Akhir dengan judul "ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY "L" USIA 24 TAHUN DENGAN KALA I FASE AKTIF MEMANJANG DI ASRIKATON JL. ANGGREK 1 1/3 PAKIS MALANG" sebagai salah satu persyaratan Akademik dalam rangka menyelesaikan kuliah di Program Studi DIII Kebidanan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Widyagama Husada.

Dalam Laporan Tugas Akhir ini dijabarkan bagaimana pelaksanaan asuhan kebidanan pada pasien mulai hamil hingga masa nifas selesai, meliputi asuhan selama kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, dan masa nifas serta asuhan keluarga berencana.

Pada kesempatan ini kami sampaikan terima kasih dan penghargaan yang penuh kepada Ibu Yuniar Angelia, S.SiT., M.Kes dan Ibu Ervin Rufaindah, S.ST., M.Keb., selaku pembimbing yang telah memberikan petunjuk, koreksi, serta saran sehingga terwujudnya Laporan Tugas Akhir ini. Penulis mengucapkan terima kasih juga penghargaan kami sampaikan pula kepada yang terhormat:

1. Bapak dr. Rudy Joegijantoro, MMRS selaku Ketua STIKES Widyagama Husada Malang.
2. Ibu dr. Wira Daramatasia., M.Biomed selaku Wakil Ketua 1, Bidang Akademik dan Kemahasiswaan STIKES Widyagama Husada Malang
3. Ibu Yuliyanik, Amd. Keb., S.KM., M.Biomed selaku dosen Penguji Laporan Tugas Akhir yang telah bersedia memberikan kritik dan sarannya untuk menyempurnakan Laporan Tugas Akhir ini.

4. BPM Ngadillah Sobirin, Amd.Keb., yang telah memberikan ijin untuk lokasi pelaksanaan asuhan.
5. Ibu Laeli Sa'adah, yang telah bersedia menjadi Responden dalam Pelaksanaa Asuhan Kebidanan.
6. Teman seperjuangan serta orang tua yang selalu membantu dan memberikan motivasi hingga terselesainya Laporan Tugas Akhir ini.

Semoga Allah SWT memberikan balasan setimpal atas segala amal yang telah diberikan dan semoga Laporan Tugas Akhir ini berguna baik bagi diri kami sendiri maupun pihak lain yang memanfaatkan.

Malang, Agustus 2019

Penulis

RINGKASAN

Wardani, Dwi Kumala. 2019. *Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny "L" Usia 24 Tahun dengan Kala I Fase Aktif Memanjang di Jl. Anggrek 1 1/3 Asrikaton Pakis Malang*. Laporan Tugas Akhir. Program Studi DIII Kebidanan STIKES Widyagama Husada Malang. Pembimbing: (1) Yuniar Angelia P, S.SiT., M.Kes. Pembimbing: (2) Ervin Rufaindah, S.ST., M.Keb.,

Tingkat Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) di sebuah negara merupakan standar kemampuan dan kualitas pelayanan kesehatan. Di Indonesia jumlah kasus kematian Bayi turun dari 33.278 di tahun 2015 menjadi 32.007 pada tahun 2016, dan di tahun 2017 di semester I sebanyak 10.294 kasus. Demikian pula dengan angka kematian Ibu turun dari 4.999 tahun 2015 menjadi 4912 di tahun 2016 dan di tahun 2017 (semester I) sebanyak 1712 kasus (Kemenkes RI, 2017). Upaya yang perlu dilakukan untuk terus menurunkan AKI yaitu *Safe Motherhood Initiatif* yang terdiri dari 4 pilar yang diantaranya adalah Asuhan Antenatal, Persalinan yang Aman atau Bersih, Pelayanan Obstetrik Neonatal Esensial atau Emergensi, serta Keluarga Berencana. Upaya tersebut bersifat berkelanjutan *(Continuity of Care)* seperti bidan, dapat memantau dan memastikan kondisi ibu dari masa kehamilan, bersalin, serta sampai masa nifas dan pelayanan keluarga berencana.

Asuhan kebidanan pada Ny "L" usia 24 tahun primigravida dilakukan mulai bulan April – Agustus 2019, dari masa kehamilan sampai dengan pelayanan keluarga berencana. Asuhan Kebidanan dilakukan sebanyak 13 kali kunjungan secara komprehensif dari masa kehamilan trimester III sebanyak 4 kali kunjungan, bersalin 1 kali kunjungan, nifas 4 kali kunjungan, asuhan bayi baru lahir 2 kali kunjungan, dan untuk pelayanan keluarga sebanyak 2 kali kunjungan, yang kemudian di dokumentasikan melalui manajemen kebidanan dalam bentuk data Subjektif, Objektif, Analisa, dan Penatalaksanaan (SOAP).

Hasil asuhan yang diberikan pada Ny "L" mulai proses kehamilan sampai dengan pelayanan keluarga berencana ada beberapa masalah yang timbul. Pada masa kehamilan, kenaikan berat badan ibu selama hamil melebihi kenaikan berat badan ibu hamil yang dianjurkan, kemudian pada usia kehamilan *aterm* kepala bayi belum masuk panggul. Pada proses persalinan dalam keadaan patologis, karena kala I fase aktif memanjang. Proses penatalaksanaan yang harus dilakukan, yang pertama adalah *amniotomy*, dan yang kedua adalah drip oxitosin. Selanjutnya pada kala II dilakukan *episiotomy*, untuk mempercepat kelahiran bayi. Pada kala III dan IV persalinan lancar. Pada saat asuhan bayi baru lahir keadaan bayi fisiologis, bayi lahir spontan, langsung menangis, gerak aktif, kulit kemerahan, berat badan 2.900 gram, panjang badan 48 cm, jenis kelamin laki laki. Hasil pemeriksaan fisik, antropometri, dan reflek pada bayi normal. Masa nifas normal, involusi uterus, lochea, serta proses laktasi yang tidak mengalami masalah, Pada proses penatalaksanaan pemberian air susu ibu eksklusif tidak dapat dilakukan karena kurangnya pengetahuan pasien terhadap program pemberian air susu ibu eksklusif. Pada proses pelayanan keluarga berencana, pasien memilih kontrasepsi suntik 3 bulan, maka dapat disimpulkan bahwa, *Continuity of Care* terhadap Ny "L" dapat dilaksanakan dengan baik. Penulis menyarankan agar pasien dapat berperan aktif untuk berkonsultasi dengan tenaga kesehatan sehingga hal ini dapat membantu mengurangi Angka Kematian Ibu dan Angka Kematian Bayi di Indonesia.

Referensi : 46 referensi (2009-2018)

Kata Kunci : Kehamilan, Persalinan, Nifas, Bayi Baru Lahir, Keluarga Berencana

SUMMARY

Wardani, Dwi Kumala. 2019. Comprehensive Midwifery Care to Mrs. "L" 24 Years Old Prolonged Active Phase Jl. Anggrek 1 1/3 Asrikaton Pakis Malang. Final Task. DIII Midwifery Study Program of Widyagama Husada School of Health Malang. Advisor: (1) Yuniar Angelia P, S.SiT., M.Kes. Advisor: (2) Ervin Rufaindah, S.ST., M.Keb.,

The standard of ability and quality health service in the country it can be showed at Maternal and Infant Mortality Rate. In Indonesia the number of cases of infant mortality decreased from 33,278 in 2015 to 32,007 in 2016, and in 2017 in the first semester there were 10,294 cases. Likewise, the maternal mortality rate decreased 4,999 in 2015 to 4912 in 2016 and in 2017 (semester I) as many as 1712 cases (Ministry of Health Republic of Indonesia, 2017). The efforts to continue reducing the MMR were the Safe Motherhood Initiative which consists of 4 pillars were Antenatal Care, Safe or Clean Childbirth, Essential Neonatal Obstetric Services or Emergencies, and Family Planning. The Continuity of Care (COC) such as midwives, can monitor and ensure the condition of the pregnancy, childbirth, until the postpartum and family planning services.

Midwifery care to Mrs. "L" 24 years old primigravida conducted in April to August 2019, pregnancy to family planning services. Midwifery care was carried out 13 visits comprehensively from the third trimester of 4 visits pregnancy, 1 delivery visit, 4 visits postpartum, 2 visits newborn, and 2 visits family planning, the documentation used Subjective, Objective, Analysis and Midwifery Management (SOAP) data.

The results of care given to Mrs. "L" the process of pregnancy to family planning services, there are several problems. The exceeded maternal weight gain during pregnancy that didn't recommended to pregnant women. The gestational age at term the baby's head had not been entered the pelvis. In the prolonged pathological labor, at the active phase. So, it must be carried out amniotomy and drip oxytocin. Furthermore, the second stage performed episiotomy, to accelerate the birth of a baby. In the third and fourth stages of labor smoothly. At newborn care physiological the baby was born spontaneously, immediately crying, active motion, reddish skin, weight 2,900 grams, length 48 cm, male. The results of physical examination, anthropometry, and normal reflexes infant. There were not any problem of puerperal period, uterine involution, lochia, and the lactation. The management of exclusive breastfeeding cannot be done because of the lack knowledge to breastfeeding programs. Patient choose 3-month injection contraception for family planning. It can be concluded that, Continuity of Care effectively implemented. The writer suggests that patients more active to consult to the health workers and it can be reduced Indonesia Maternal and Infant Mortality Rate (IMR).

References : 46 references (2009-2018)
Keywords : Pregnancy, Childbirth, Postpartum, Newborn, Family Planning

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL……i

LEMBAR PERSETUJUAN……..ii

LEMBAR PENGESAHAN……...……..……..iii

KATA PENGANTAR……...……iv

RINGKASAN……....vi

SUMMARY……vii

DAFTAR ISI……viii

DAFTAR TABEL……..xi

DAFTAR GAMBAR……xii

DAFTAR LAMPIRAN……xiii

DAFTAR SINGKATAN……..xiv

BAB I PENDAHULUAN……1

1.1 Latar Belakang……1

1.2 Rumusan Masalah……..4

1.3 Tujuan Penyusunan……...5

1.4 Ruang Lingkup……6

1.5 Manfaat Laporan Tugas Akhir……...6

BAB II TINJAUAN PUSTAKA……..8

2.1 Konsep Dasar……..8

2.1.1 Konsep Dasar Kehamilan……...8

2.1.2 Konsep Dasar Persalinan Normal……..….49

2.1.3 Konsep Dasar Masa Nifas……74

2.1.4 Konsep Dasar Bayi Baru Lahir……109

2.1.5 Konsep Dasar KB (Keluarga Berencana)……127

2.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Manajemen Varney……...…136

2.2.1 Definisi Asuhan Kebidanan……136

2.2.2 Langkah Langkah Asuhan Kebidanan Manajemen Varney……..137

2.3 Konsep Dasar Dokumentasi Mengacu SOAP……141

2.3.1 Pengertian Dokumentasi……141

2.3.2 Fungsi Dokumentasi……141

2.3.3 Manfaat dan Pentingnya Dokumentasi...……141

2.3.4 Yang diperlukan dalam Dokumentasi……...142

2.3.5 Prinsip Prinsip Teknik Pencatatan……143

2.3.6 Prinsip Prinsip Pelaksanaan Dokumentasi di Klinik……..144

2.3.7 Model Dokumentasi Asuhan Kebidanan……..145

2.3.8 Dengan Menggunakan SOAP……...145

BAB III KERANGKA KONSEP……146

3.1 Gambar Kerangka Konsep Kegiatan Asuhan Kebidanan……146

3.2 Pembahasan Kerangka Konsep……..147

BAB IV LAPORAN PELAKSANAAN ASUHAN……148

4.1 Laporan Pelaksanaan Asuhan Kehamilan……148

4.1.1 Kunjungan ANC 1……148

4.1.2 Kunjungan ANC 2……154

4.1.3 Kunjungan ANC 3……159

4.1.4 Kunjungan ANC 4……163

4.2 Laporan Pelaksanaan Asuhan Persalinan……167

4.2.1 Kunjungan INC……167

4.3 Laporan Pelaksanaan Asuhan Masa Nifas……177

4.3.1 Kunjungan PNC 1 (6 jam)……..177

4.3.2 Kunjungan PNC 2 (6 hari)……..180

4.3.3 Kunjungan PNC 3 (2 minggu)……183

4.3.4 Kunjungan PNC 4 (6 minggu)……186

4.4 Laporan Pelaksanaan Asuhan BBL……189
4.4.1 Kunjungan BBL 1 (6 jam)……189
4.4.2 Kunjungan BBL 2 (6 hari)……...193
4.5 Laporan Pelaksanaan Keluarga Berencana……..197
4.5.1 Kunjungan KB……..197
4.5.2 Evaluasi KB……..199
BAB V PEMBAHASAN……202
5.1 Pembahasan Asuhan Kebidanan pada Masa Kehamilan……202
5.2 Pembahasan Asuhan Kebidanan pada Persalinan……..205
5.3 Pembahasan Asuhan Kebidanan pada Masa Nifas……..209
5.4 Pembahasan Asuhan Kebidanan pada Bayi Baru Lahir……..211
5.5 Pembahasan Asuhan Kebidanan pada Keluarga Berencana……213
BAB VI PENUTUP……215
6.1 Kesimpulan…….215
6.1.1 Asuhan Kebidanan pada Masa Kehamilan…….……215
6.1.2 Asuhan Kebidanan pada Persalinan……....215
6.1.3 Asuhan Kebidanan pada Masa Nifas……...216
6.1.4 Asuhan Kebidanan pada Bayi Baru Lahir…….....216
6.1.5 Asuhan Kebidanan pada Keluarga Berencana……..216
6.2 Saran……....217
6.2.1 Bagi Penulis……217
6.2.2 Bagi Institusi dan Lahan Praktek……...217
6.2.3 Bagi Klien……..217
6.2.4 Bagi STIKes Widyagama Husada Malang……..218
6.2.5 Penyusun LTA Selanjutnya……218
DAFTAR PUSTAKA……219
LAMPIRAN……222

DAFTAR TABEL

No.	Judul Tabel	Halaman
2.1	Diagnosa Kehamilan	16
2.2	Diagnosis Banding Nulipara Dan Multipara	16
2.3	Ukuran TFU	34
2.4	Jadwal Pemberian Imunisasi TT	35
2.5	Informasi Kunjungan Antenatal	38
2.6	Diagnosis Persalinan Lama	69
2.7	Asuhan Kunjungan Masa Nifas Normal	76
2.8	Perubahan Uterus Masa Nifas	77
2.9	Nilai APGAR	112
2.10	Penilaian Score Down	113
2.11	Standar Asuhan Neonatus	122

DAFTAR GAMBAR

No.	Judul Gambar	Halaman
2.1	Fisiologi Kehamilan	9
2.2	Tahapan Pertumbuhan Janin	21
2.3	Perubahan Maternal	23
2.4	Penurunan Kepala dan Perlimaan dalam Persalinan	63
2.5	Mekanisme Persalinan	65
2.6	Cara Meletakkan Bayi	100
2.7	Cara Memegang Payudara	100
2.8	Cara Perlekatan Yang Benar	100
2.9	Cara Perlekatan Yang Salah	100
2.10	Jadwal Imunisasi	126
3.1	Kerangka Konsep Kegiatan Asuhan Kebidanan	146

DAFTAR LAMPIRAN

No. **Lampiran**

1. Jadwal Pelaksanaan LTA
2. Surat Pengantar LTA
3. Informed Consent
4. Dokumentasi laporan pasien (Buku KIA, Partograf, Buku Kunjungan, dll)
5. Dokumentasi pelaksanaan asuhan kebidanan komprehensif
6. Lembar Konsultasi Laporan
7. *Curriculum Vitae*

DAFTAR SINGKATAN

AKB : Angka Kematian Bayi

AKDR : Alat Kontrasepsi Dalam Rahim

AKI : Angka Kematian Ibu

ANC : Antenatal Care

APN : Asuhan Persalinan Normal

ASI : Air Susu Ibu

BBL : Bayi Baru Lahir

BBLR : Berat Bayi Lahir Rendah

CPD : Cephalo Pelvic Disproportion

HPHT : Hari Pertama Haid Terakhir

IMS : Indeks Masa Tubuh

IUFD : Intra Uterin Fetal Death

KB : Keluarga Berencana

KN : Kunjungan Neonatus

KRR : Kehamilan Resiko Rendah

KRT : Kehamilan Resiko Tinggi

KRST : Kehamilan Resiko Sangat Tinggi

KSPR : Kartu Skor Puji Roehayati

KPD : Ketuban Pecah Dini

KU : Keadaan Umum

Letkep : Letak Kepala

Letsu : Letak Sungsang

UK : Usia Kehamilan

USG : Ultrasonografi

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kehamilan adalah pertumbuhan dan perkembangan janin intra uteri mulai sejak konsepsi dan berakhir sampai permulaan persalinan. Kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir dan pemilihan alat kontrasepsi merupakan proses fisiologis dan berkesinambungan (Marmi, 2011). Dari masa kehamilan, persalinan, masa nifas, bayi baru lahir hingga penggunaan kontrasepsi, wanita akan mengalami berbagai masalah kesehatan. Agar kehamilan, persalinan serta masa nifas seorang ibu berjalan normal, ibu membutuhkan pelayanan kesehatan yang baik untuk mencapai hidup sehat dan mampu melahirkan generasi yang sehat dan berkualitas serta mengurangi Angka Kematian Ibu (Bandiyah, 2009).

Menurut Kemenkes RI dalam Capaian Kinerja Kemenkes RI tahun 2015-2017, jumlah kasus kematian Bayi turun dari 33.278 di tahun 2015 menjadi 32.007 pada tahun 2016, dan di tahun 2017 di semester I sebanyak 10.294 kasus. Demikian pula dengan angka kematian Ibu turun dari 4.999 tahun 2015 menjadi 4912 di tahun 2016 dan di tahun 2017 (semester I) sebanyak 1712 kasus (Kemenkes RI, 2017)

AKI di Provinsi Jawa Timur cenderung meningkat di tahun 2016 dan 2017. Menurut Supas tahun 2016, target AKI sebesar 305 per 100.000 kelahiran hidup. Pada tahun 2017, AKI di Provinsi Jawa Timur mencapai 91,92 per 100.000 kelahiran hidup. Angka ini mengalami peningkatan dibandingkan tahun 2016 yang mencapai 91 per 100.000 kelahiran hidup. Penyebab AKI tertinggi di Provinsi Jawa Timur pada tahun 2016 dan 2017 disebabkan oleh Pre Eklampsia/Eklampsia dengan persentase 31,28% tahun 2016, turun menjadi 29,92% tahun 2017. Penyebab AKI terendah tahun 2016 dan 2017 yaitu infeksi

dengan persentase 4,28% tahun 2016 dan 3,59% tahun 2017. Keadaan AKI dan AKN di Provinsi Jawa Timur yang diperoleh dari laporan rutin masih sangat tinggi yaitu sebanyak 4.059 bayi meninggal per tahun dan sebanyak 4.464 balita meninggal per tahun. Dalam satu hari berarti sebanyak 11 bayi meninggal dan 12 balita meninggal. Menurut SDKI tahun 2016 AKB yaitu sebanyak 23,6 per 1.000 kelahiran hidup, tahun 2017 yaitu sebanyak 23,1 per 1.000 kelahiran hidup (BPS Jatim, 2017)

AKI di Kabupaten Malang tahun 2016-2018 cenderung menurun, tahun 2016 sebanyak 21 kematian, dan tahun 2017 sebanyak 18 kematian. Data terbaru tahun 2018 menunjukkan jumlah kematian ibu di Kabupaten Malang sebanyak 17 kasus. AKB di Kabupaten Malang mengalami peningkatan, pada tahun 2017 sebesar 1,61 per 1.000 kelahiran hidup. Sementara, pada tahun 2018 mengalami peningkatan menjadi 2,08 per 1.000 kelahiran hidup (LKPJ Kab. Malang, 2019)

Dampaknya yang terjadi, bila tidak dilakukan asuhan kebidanan secara berkala adalah dapat meningkatkan resiko terjadinya komplikasi pada ibu dan bayi yang tidak tertangani, sehingga menyebabkan kematian yang berkontribusi terhadap meningkatnya Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) (Prawirohardjo, 2014).

Dalam menyikapi tingginya AKI di Indonesia sendiri pemerintah membentuk suatu program yaitu *Safe Motherhood Initiatif* yang terdiri dari 4 pilar yang diantaranya adalah Keluarga Berencana, Asuhan Antenatal, Persalinan yang Aman atau Bersih serta Pelayanan Obstetrik Neonatal Esensial atau Emergensi. Upaya dapat dilakukan oleh bidan yaitu mengacu pada program *Safe Motherhood Initiatif* dalam memberikan asuhan kebidanan yang berkesinambungan mulai dari hamil, bersalin, nifas. Pelayanan kesehatan ibu hamil diwujudkan melalui pemberian pelayanan antenatal minimal empat kali selama masa kehamilan, dengan distribusi pemberian pelayanan yang dianjurkan adalah satu kali pada

trimester pertama (usia kehamilan 0-12 minggu), dan satu kali pada Trimester kedua (usia kehamilan 13-27 minggu), dan dua kali pada Trimester ketiga (usia kehamilan 28 sampai melahirkan). Pelayanan antenatal terpadu tersebut diberikan kepada semua ibu. Pelayanan kesehatan sangat dibutuhkan selama periode ini. Karena pelayanan asuhan kebidanan yang bersifat berkelanjutan *(Continuity of Care)* memang sangat penting untuk ibu. Dengan asuhan kebidanan tersebut tenaga kesehatan seperti bidan, dapat memantau dan memastikan kondisi ibu dari masa kehamilan, bersalin, serta sampai masa nifas (Ambarwati, 2012).

BPM Ngadilah merupakan salah satu Rumah Bersalin yang berada di Kecamatan Pakis Kabupaten Malang dengan cakupan pelayanan ANC, persalinan, nifas, KB, imunisasi, dan anak sakit. Dalam kurun waktu Januari sampai Maret 2019 total ANC ada 940 ibu yang periksa, pada bulan Januari 312 ibu ANC, Februari 301 ibu ANC, dan Maret 327 ibu ANC. Total Persalinan kurun waktu Januari sampai Maret 2019 ada 110 persalinan, bulan Januari 38 ibu bersalin, Februari 43 ibu bersalin, dan Maret 29 ibu bersalin. Dengan total ibu bersalin yang dirujuk kurun waktu Januari sampai Maret ada 15 rujukan, Januari 6 rujukan, Februari 5 rujukan, dan Maret 4 rujukan. Kemudian untuk ibu ber KB dalam kurun waktu Januari sampai Maret 2019 terdapat 710 ibu ber KB, Januari 238 ibu ber KB, Februari 243 ibu ber KB, dan Maret 229 ibu ber KB. Dengan persentase KB suntik 3 bulan (43%), suntik 1 bulan (36%), IUD (15%), dan Implan (6%). Kemudian untuk cakupan Imunisasi bulan Januari sampai Maret 2019 ada 357 bayi dan balita yang melakukan imunisasi. Januari 228 imunisasi, Februari 182 imunisasi, dan Maret 180 imunisasi. Dengan jenis imunisasi Hb_0 (21%), BCG (21%), Pentavalen 3+Polio 4+IPV (16%), Pentavalen 1+Polio 2 (15%), Pentavalen 2+Polio 3 (12%), Campak (12%), dan Polio (3%).

Intervensi *Continuity of Care* yang dilakukan adalah dengan asuhan terhadap Ny "L" usia 24 tahun $G_{I}P_{0000}Ab_{000}$, ANC yang sudah dilakukan kunjungan pertama pada usia kehamilan 35 minggu 3 hari, dengan hasil yang didapat kehamilan fisiologis atau kehamilan resiko rendah. Meskipun skor KSPR Ny "L" adalah 2 yang berarti kehamilan resiko rendah, namun Ny "L" tetap berhak mendapatkan *Continuity of Care* untuk memenuhi hak setiap ibu hamil dalam memperoleh pelayanan antenatal yang berkualitas, sehingga mampu menjalani kehamilan dengan sehat, bersalin dengan selamat, dan melahirkan bayi yang sehat (Sari dkk, 2015). Kehamilan Resiko Rendah (KRR) skor 2 hijau merupakan kehamilan normal tanpa masalah atau resiko kemungkinan besar persalinan normal, tetap waspada komplikasi persalinan ibu dan bayi baru lahir hidup sehat (Mochtar, 2012).

Berdasarkan uraian di atas, penulis tertarik untuk menyusun Asuhan Kebidanan Pada masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir dan keluarga berencana secara *Continuty of Care* dengan menggunakan pendekatan managemen kebidanan dan di dokumentasikan dengan pendekatan metode SOAP.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimanakah Asuhan Kebidanan pada Kehamilan, Persalinan, Bayi Baru Lahir (BBL), Nifas, dan Perencanaan Keluarga Berencana (KB) di BPM Ngadillah Sobirin, Amd.Keb Jln. Asrikaton Pakis Malang.

1.3 Tujuan Penyusunan

1.3.1 Tujuan Umum

Memberikan Asuhan Kebidanan secara *Continuity of Care* pada Ibu Hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir, dan KB dengan menggunakan pendekatan managemen kebidanan dan didokumentasikan dalam bentuk SOAP.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan asuhan kebidanan pada ibu hamil meliputi pengkajian, merumuskan diagnosa kebidanan, merencanakan asuhan kebidanan, melaksanakan asuhan kebidanan, melakukan evaluasi kebidanan dan melakukan pendokumentasian asuhan kebidanan secara *Continuity of Care.*
2. Melakukan asuhan kebidanan pada ibu bersalin meliputi pengkajian, merumuskan diagnosa kebidanan, merencanakan asuhan kebidanan, melaksanakan asuhan kebidanan, melakukan evaluasi kebidanan dan melakukan pendokumentasian asuhan kebidanan secara *Continuity of Care.*
3. Melakukan asuhan kebidanan pada ibu nifas meliputi pengkajian, merumuskan diagnosa kebidanan, merencanakan asuhan kebidanan, melaksanakan asuhan kebidanan, melakukan evaluasi kebidanan dan melakukan pendokumentasian asuhan kebidanan secara *Continuity of Care.*
4. Melakukan asuhan kebidanan pada bayi baru lahir meliputi pengkajian, merumuskan diagnosa kebidanan, merencanakan asuhan kebidanan, melaksanakan asuhan kebidanan, melakukan evaluasi kebidanan dan melakukan pendokumentasian asuhan kebidanan secara *Continuity of Care.*

5. Melakukan asuhan kebidanan pada ibu dengan KB pascasalin meliputi pengkajian, merumuskan diagnosa kebidanan, merencanakan asuhan kebidanan, melaksanakan asuhan kebidanan, melakukan evaluasi kebidanan dan melakukan pendokumentasian asuhan kebidanan secara *Continuity of Care.*

1.4 Ruang Lingkup

1.4.1 Sasaran

Sasaran asuhan kebidanan ditujukan kepada ibu hamil dengan memperhatikan *Continuity of Care* mulai hamil TM III (UK 35 minggu), bersalin, nifas, BBL (Bayi Baru Lahir), dan KB (Keluarga Berencana).

1.4.2 Tempat

Laporan Tugas Akhir ini disusun dengan mengambil tempat di BPM Ngadillah Sobirin, Amd. Keb di Jln. Asrikaton Pakis Malang

1.4.3 Waktu

Waktu yang diperlukan dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir pelaksanaan *Continuity of Care* sampai dengan penyusunan LTA adalah bulan April 2019 sampai dengan Agustus 2019.

1.5 Manfaat Laporan Tugas Akhir

1.5.1 Manfaat Teoritis

Untuk pengembangan ilmu pengetahuan tentang asuhan kebidanan pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir dan KB secara *Continuity of Care.*

1.5.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Institusi Pendidikan

   Sebagai bahan kajian terhadap materi Asuhan Pelayanan Kebidanan serta referensi bagi mahasiswa dalam memahami pelaksanaan asuhan kebidanan secara komprehensif pada ibu hamil, bersalin, dan nifas, KB.

   Dapat mengaplikasikan materi yang telah diberikan dalam proses perkuliahan serta mampu memberikan asuhan kebidanan secara berkesinambungan yang bermutu dan berkualitas.

2. Bagi Penulis

   Dapat mempraktekkan teori yang didapat secara langsung di lapangan dalam memberikan asuhan kebidanan secara berkesinambungan pada ibu hamil, bersalin, nifas dan bayi baru lahir, dan KB.

3. Bagi Lahan Praktik (BPM)

   Dapat dijadikan sebagai acuan untuk dapat mempertahankan mutu pelayanan terutama dalam memberikan asuhan pelayanan kebidanan secara komprehensif. Dan untuk tenaga kesehatan dapat memberikan ilmu yang dimiliki serta mau membimbing kepada mahasiswa tentang cara memberikan asuhan yang berkualitas.

4. Bagi Klien dan keluarga

   Klien mendapatkan asuhan kebidanan komprehensif yang sesuai dengan standar pelayanan kebidanan. Jika terjadi komplikasi pada ibu akan segera diketahui secara dini. Keluarga juga merasa tenang dan tidak cemas karena ibu mendapatkan asuhan yang baik.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar

2.1.1 Konsep Dasar Kehamilan

1. Definisi Kehamilan

Kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsunng dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan atau 9 bulan menurut kalender internasional. Kehamilan terbagi menjadi 3 trimester, dimana trimester satu berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 15 minggu (minggu ke – 13 hingga ke – 27), dan trimester ketiga 13 minggu, minggu ke – 28 hingga ke – 40 (Saifuddin, 2011).

2. Fisiologi Kehamilan

Proses kehamilan menurut Prawirohardjo (2014) yaitu memantapkan mata rantai yang berkesinambungan dan terdiri dari :

a. Ovulasi

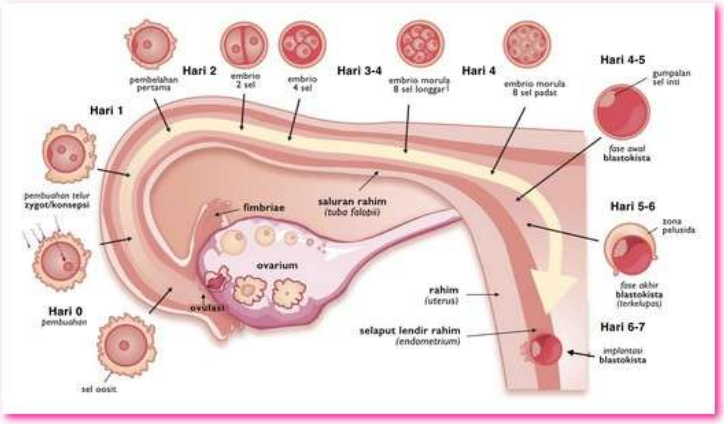
Ovulasi adalah proses terlepasnya sel ovum atau oosit dari ovarium sebagai akibat pecahnya folikel yang telah masak. Waktu yang dibutuhkan oleh seluruh proses ovulasi tergantung pada lokasi sel telur dalam folikel. Waktu ovulasi akan singkat apabila sel telur berada di dasar folikel dan akan lama apabila sel telur berada dekat pada stigma yang menonjol dipermukaan ovarium.

b. Fertilisasi

Fertilisasi adalah terjadinya pertemuan dan persenyawaan antar sel mani dan sel telur. Fertilisasi terjadi di ampula tuba. Syarat dari setiap kehamilan adalah harus ada : spermatozoa, ovum, pembuahan ovum (konsepsi) dan nidasi hasil konsepsi. Dengan adanya fertilisasi inti ovum segera berubah menjadi pronukleus betina, sementara spermatozoa setelah melepaskan ekornya berubah menjadi pronukleus jantan. Kedua pronukleus ini akhirnya melebur di tengah-tengah sitoplasma sel telur dan terjadilah zigot, sebuah sel tunggal, awal sebuah kehidupan baru makhluk hidup.

c. Implantasi / Nidasi

Nidasi adalah peristiwa tertanamnya/bersarangnya sel telur yang telah di buahi kedalam endometrium. Sel telur yang sudah di buahi (zigot) akan segera membelah diri membentuk bola padat terdiri atas sel-sel anak yang lebih kecil yang di sebut blastomer. Pada hari ke-3 bola tersebut terdiri dari 16 sel blastomer dan di sebut morula. Pada hari ke-14 di dalam bola tersebut mulai terbentuk rongga, bangunan ini di sebut blastula.



Gambar 2.1 Fisiologi Kehamilan (Prawirohardjo, 2014)

3. Jenis-jenis Kehamilan

Jenis-jenis Kehamilan menurut Prawihardjo (2014) adalah :

a. Kehamilan Matur , yaitu kehamilan 37-40 minggu

b. Kehamilan Postmatur, yaitu kehamilan lebih dari 43 minggu

c. Kehamilan Prematur, yaitu kehamilan antara 28 minggu-36 minggu

4. Tanda – tanda kehamilan

Untuk dapat menegakkan kehamilan ditetapkan dengan melakukan penilaian terhadap beberapa tanda dan gejala kehamilan (Hani, 2011).

a. Tanda Dugaan Hamil

1) *Amenorea* (berhentinya menstruasi)

Konsepsi dan nidasi menyebabkan tidak terjadi pembentukan folikel *de graaf* dan ovulasi sehingga menstruasi tidak terjadi. Lamanya amenorea dapat diinformasikan dengan memastikan hari pertama haid terakhir (HPHT), dan digunakan untuk memperkirakan usia kehamilan dan tafsiran persalinan. Tetapi, amenorhea juga dapat disebabkan oleh penyakit kronik tertentu, tumor pituitari, perubahan dan faktor lingkungan, malnutrisi, dan biasanya gangguan emosional seperti ketakutan akan kehamilan.

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

Pengaruh ekstrogen dan progesteron terjadi pengeluaran asam lambung yang berlebihan dan menimbulkan mual muntah yang terjadi terutama pada pagi hari yang disebut *morning sicknes*. Dalam batas tertentu hal ini masih fisiologis, tetapi bila

terlampau sering dapat menyebabkan gangguan kesehatan yang disebut dengan hiperemesis gravidarum.

3) Ngidam (menginginkan makan tertentu)

Wanita hamil sering menginginkan makanan tertentu, keinginan yang demikian disebut ngidam. Ngidam sering terjadi pada bulan–bulanan pertama kehamilan dan akan menghilang dengan tuanya kehamilan.

4) *Syncope* (pingsan)

Terjadinya gangguan sirkulasi kedaerah kepala (sentral) menyebabkan iskemia susunan saraf pusat dan menimbulkan syncope atau pingsan. Hal ini sering terjadi terutama jika berada pada tempat yang ramai, biasanya akan hilang setelah 16 minggu.

5) Kelelahan

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

6) Payudara Tegang

Estrogen meningkatkan perkembangan sistem duktus pada payudara, sedangkan progestron menstimulasi perkembangan sistem alveolar payudara. Bersama somatomamotropin, hormon–hormon ini menimbulkan pembesaran payudara, menimbulkan perasaan tegang dan nyeri selama dua bulan pertama kehamilan, pelebaran puting susu, serta pengeluaran kolostrum.

7) Sering miksi

Desakan rahim kedepan menyebabkan kandung kemih cepat terasa penuh dan sering miksi. Frekuensi miksi yang sering, terjadi pada triwulan pertama akibat desakan uterus kekandung kemih. Pada triwulan kedua umumnya keluhan ini akan berkurang karena uterus yang membesar keluar dari rongga panggul. Pada akhir triwulan, gejala bisa timbul karena janin mulai masuk kerongga panggul dan menekan kembali kandung kemih.

8) Konstipasi atau obstipasi

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

9) Pigmentasi kulit

Pigmentasi terjadi pada usia kehamilan lebih dari 12 minggu. Terjadi akibat pengaruh hormon kortikosteroid plasenta yang merangsang melanofor dan kulit.

Pigmentasi ini meliputi tempat – tempat berikut ini

a) Sekitar pipi: clolasma gravidarum (penghitaman pada daerah dahi, hidung, pipi, dan leher)
b) Sekitar leher tampak lebih hitam
c) Dinding perut: strie lividae/gravidarum (terdapat pada seorang primigravida, warnanya membiru), strie nigra, linea alba menjadi lebih hitam (linea grisae/nigra).
d) Sekitar payudara: hiperpigmentasi aerola mamae sehingga terbentuk areola sekunder. Pigmentasi areola ini berbeda pada tiap wanita, ada yang merah muda pada wanita kulit putih, coklat tua pada wanita kulit

coklat, dan hitam pada wanita kulit hitam. Selain itu, kelenjar montgomeri menonjol dan pembuluh darah menifes sekitar payudara.

e) Sekitar pantat dan paha atas: terdapat strie akibat pembesaran bagian tersebut.

10) Epulis

Hipertropi papila ginggivae/gusi, sering terjadi pada triwulan pertama.

11) Varises

Pengaruh estrogen dan progesteron menyebabkan pelebaran pembuluh darah terutama bagi wanita yang mempunyai bakat. Varises dapat terjadi disekitar genitalia eksterna, kaki dan betis, serta payudara. Penampakan pembuluh darah ini dapat hilang setelah persalinan.

b. Tanda Kemungkinan (Probability sign)

Tanda kemungkinan adalah perubahan – perubahan fisiologis yang dapat diketahui oleh pemeriksa dengan melakukan pemeriksaan fisik kepada wanita hamil.

Tanda kemungkinan ini terdiri atas hal – hal berikut ini:

1) Pembesaran perut

Terjadi akibat pembesaran uterus. Hal ini terjadi pada bulan keempat kehamilan.

2) Tanda hegar

Tanda hegar adalah pelunakan dan dapat ditekannya isthimus uteri.

3) Tanda goodel

Adalah pelunakan serviks. Pada wanita yang tidak hamil serviks seperti ujung hidung, sedangkan pada wanita hamil melunak seperi bibir.

4) Tanda chadwick

Perubahan warna menjadi keunguan pada vulva dan mukosa vagina termasuk juga porsio dan serviks.

5) Tanda piscaseck

Merupakan pembesaran uterus yang tidak simetris. Terjadi karena ovum berimplantasi pada daerah dekat dengan kornu sehingga daerah tersebut berkembang lebih dulu.

6) Kontraksi braxton hicks

Merupakan peregangan sel–sel otot uterus, akibat meningkatnya actomysin didalam otot uterus. Kontraksi ini tidak bermitrik, sporadis, tidak nyeri, biasanya timbul pada kehamilan delapan minggu, tetapi baru dapat diamati dari pemeriksaan abdominal pada trimester ketiga. Kontraksi ini akan terus meningkat frekuensinya, lamanya dan kekuatannya sampai mendekati persalinan.

7) Teraba ballotement

Ketukan yang mendadak pada uterus menyebabkan janin bergerak dalam cairan ketuban yang dapat dirasakan oleh tangan pemeriksa. Hal ini harus ada pada pemeriksaan kehamilan karena perabaan bagian seperti bentuk janin saja tidak cukup karena dapat saja merupakan myoma uteri.

8) Pemeriksaan tes biologis kehamilan (*planotest*) positif

Pemeriksaan ini adalah untuk mendeteksi adanya human Chorionic Gonadotropin (hCG) yang diproduksi oleh sinsiotropoblastik sel selama kehamilan. Hormon direkresi ini peredaran darah ibu (pada plasma darah), dan dieksresi pada urine ibu. Hormon ini dapat mulai dideteksi pada 26 hari setelah konsepsi dan meningkat dengan cepat pada hari ke 30 – 60. Tingkat tertinggi pada hari 60 – 70 usia gestasi, kemudian menurun pada hari ke 100 – 130.

c. Tanda Pasti (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.

1) Gerakan janin dalam rahim

Gerakan janin ini harus dapat diraba dengan jelas oleh pemeriksa. Gerakan janin baru dapat dirasakan pada usia kehamilan sekitar 20 minggu.

2) Denyut jantung janin

Dapat didengar dengan pada usia 12 minggu dengan menggunakan alat fetal *electrocardiograf* (misalnya dopler). Dengan stetoscope laenec, DJJ baru dapat didengar pada usia kehamilan 18-20 minggu.

3) Bagian – bagian janin

Bagian – bagian janin yaitu bagian besar janin (kepala dan bokong) serta bagian kecil janin (lengan dan kaki) dapat diraba dengan jelas pada usia kehamilan lebih tua (trimester terakhir).

Bagian janin ini dapat dilihat lebih sempurna lagi menggunakan USG.

4) Kerangka janin

Kerangka janin dapat dilihat dengan foto rontgen maupun USG.

5. Diagnosis Kehamilan

Menurut (Saifuddin, 2011), Diagnosis dibuat untuk menentukan hal-hal sebagai berikut:

Tabel 2.1 Diagnosa Kehamilan

Kategori	Gambaran
1. Kehamilan normal	1. Ibu sehat 2. Tidak ada riwayat obstetri buruk 3. Ukuran uterus sama/sesuai usia kehamilan 4. Pemeriksaan fisik dan laboratorium normal
2. Kehamilan dengan masalah Khusus	1. Seperti masalah keluarga atau psiko – sosial, kekerasan dalam rumah tangga, kebutuhan finansial, dll
3. Kehamilan dengan masalah kesehatan yang membutuhkan rujukan untuk konsultasi dan atau kerjasama penangananya	1 Seperti hipertensi, anemia berat, preeklamsi, pertumbuhan janin terhambat, infeksi saluran kemih, penyakit kelamin dan kondisi lain–lain yang dapat memburuk selama kehamilan.
4. Kehamilan dengan kondisi kegawadaruratan yang membutuhkan rujukan segera	1. Seperti perdarahan, eklamsi, ketuban pecah dini, atau kondisi–kondisi kegawatdaruratan lain pada ibu dan bayi

Sumber: (Saifuddin, 2011)

Menurut Hani (2011) diagnosis banding nulipara dan multipara dapat dilihat pada tabel bawah ini

Tabel 2.2 Diagnosis Banding Nulipara Dan Multipara

No	NULIPARA	MULTIPARA
1	Perut tegang	Perut longgar, perut gantung, banyak strie
2	Pusat menonjol	Tidak begitu menonjol
3	Rahim tegang	Agak lunak
4	Payudara tegang	Kurang tegang dan tergantung, ada strie
5	Labia mayora nampak bersatu	Terbuka
6	Himen koyak pada beberapa tempat	Kurunkula himenalis
7	Vagina sempit dengan rugae yang utuh	Lebih besar, rugae kurang menonjol
8	Serviks licin, bulat dan tidak dapat dilalui oleh satu ujung jari	Bisa terbuka dengan satu jari, kadang kala ada bekas robekan persalinan yang lalu

9	Perineum utuh baik dan baik	Bekas robekan atau bekas episiotomi
10	Pembukaan serviks: a. Serviks mendatar dulu, baru membuka b. Pembukaan rata – rata 1 cm dalam 2 jam	 a. Mendatar sambil membuka hampir sekaligus b. 2 cm dalam 1 jam
11	Bagian terbawah janin turun pada 4 – 6 minggu akhir kehamilan	Biasanya tidak terfiks pada PAP sampai persalinan mulai
12	Persalinan hampir selalu dengan episiotomi	tidak

Sumber: (Hani, 2011)

6. Hormon – hormon kehamilan

Menurut Pantikawati (2010) hormon adalah zat kimia (biasa disebut bahan kimia pembawa pesan) yang secara langsung dikeluarkan ke dalam aliran darah oleh kelenjar – kelenjar, dan pada kehamilan hormon membawa berbagai perubahan, terpusat pada berbagai bagian tubuh wanita.

Hormon yang paling berkaitan dengan kehamilan adalah:

Perubahan – perubahan hormonal selama kehammilan (trimester I sampai trimester III)

a. Estrogen

Produksi ekstrogen plasenta terus naik selama kehamilan dan pada akhir kehamilan kadarnya kira–kira 100 kali sebelum hamil.

b. Progesteron

Produksi produksi progesteron bahkan lebih banyak dibandingkan ekstrogen, pada akhir kehamilan produksinya kira–kira 250 mg/hari.

c. Human Chorionic Gonadotropin (HCG)

Puncak sekresinya terjadi kurang lebih 60 hari setelah konsepsi, fungsinya adalah untuk mempertahankan korpus luteum.

d. Human Placenta Lactogen (HPL)

Hormon ini diproduksi terus naik dan pada saat aterm mencapai 2 gram/hari. Ia bersifat diabetogenik, sehingga kebutuhan insulin wanita hamil naik.

e. Pituitary Gonadotropin

FSH dan LH berada dalam keadaan sangat rendah selama kehamilan karena ditekan oleh ekstrogen dan progesteron plasenta.

f. Prolaktin

Produksinya terus meningkat, sebagai akibat kenaikan sekresi ekstrogen. Sekresi air susu sendiri dihambat oleh ekstrogen di tingkat target organ.

g. Growth Hormone (STH)

Produksinya sangat rendah karena mungkin ditekan oleh HPL.

h. TSH, ACHT, dan MSH

Hormon – hormon ini tidak banyak dipengaruhi oleh kehamilan.

i. Titoksin

Kelenjar tyroid mengalami hipertropi dan produksi T4 menikat.

j. Aldosteron, Renin dan angiotensin

Hormon ini naik, yang menyebabkan naiknya volume intravaskuler.

k. Insulin

Produksi insulin meningkat sebagai akibat ekstrogen, progesteron dan HPL.

l. Parathormon

Hormon ini relatif tidak dipengaruhi oleh kehamilan.

7. Tahap Perubahan dan Perkembangan Janin

Menurut Sulistyowati (2010), diantaranya yaitu:

a. 0-4 Minggu

Pada minggu-minggu awal ini, janin memiliki panjang tubuh kurang lebih 2 mm. Perkembangannya juga ditandai dengan munculnya cikal bakal otak, sum sum tulang belakang yang masih sederhana, dan tanda-tanda wajah yang akan terbentuk.

b. 4-8 Minggu

Ketika usia kehamilan mulai mencapai usia 4 minggu, jantung janin mulai berdetak, dan semua organ tubuh lainnya mulai terbentuk. Muncul tulang-tulang belakang wajah, mata, kaki dan tangan.

c. 8-12 Minggu

Saat memasuki minggu-minggu ini, organ-organ tubuh utama janin telah terbentuk. Kepalanya berukuran lebih besar daripada badannya, sehingga dapat menampung otak yang terus berkembang dengan pesat. Dan memilliki dagu, hidung, dan kelopak mata yang jelas. Di dalam rahim, janin mulai diliputi cairan ketuban dan dapat melakukan aktifitas seperti menendang dengan lembut. Organ-organ utama janin kini telah terbentuk.

d. 12-16 Minggu

Paru-paru janin mulai berkembang dan detak jantungnya dapat didengarkan melalui ultrasonografi (USG). Wajahnya mulai dapat menunjukan ekspresi tertentu dan mulai tumbuh alis dan bulu mata. Kemudian janin sudah mulai dapat memutar kepalanya dan membuka mulut.

e. 16-20 Minggu

Janin mulai bereaksi terhadap suara ibunya. Tubuhnya ditumbuhi rambut halus yang disebut lanugo. Janin bisa menghisap jempol dan bereaksi terhadap suara ibunya. Ujung-ujung indra pengecap mulai berkembang dan bisa membedakan rasa manis dan pahit dan sidik jari mulai tampak.

f. 20-24 Minggu

Pada saat ini ternyata besar tubuh janin mulai sebanding dengan badannya. Alat kelaminnya mulai terbentuk, cuping hidungnya mulai terbuka, dan mulai melakukan gerakan pernafasan. Pusat-pusat tulangnya pun mulai mengeras. Selain itu, kini ia mulai memiliki waktu-waktu tertentu untuk tidur.

g. 24-28 Minggu

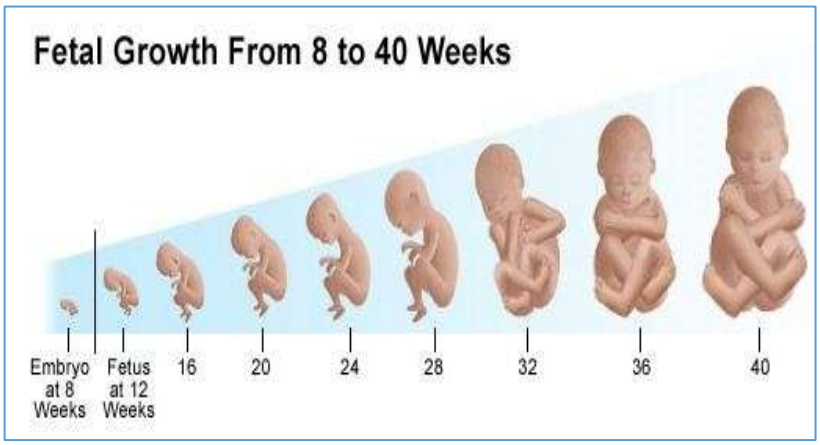
Di bawah kulit, lemak sudah mulai menumpuk, sedangkan dikulit kepalanya rambut mulai bertumbuhan, kelompok matanya membuka, dan otaknya mulai aktif. Janin dapat mendengar, baik suara dari dalam maupun dari luar (lingkungan). Janin dapat mengenali suara ibunya dan detak jantungnya bertambah cepat jika ibunya berbicara. Atau boleh dikatakan pada masa ini merupakan masa-mas bagi sang janin mempersiapkan diri menghadapi hari kelahirannya.

h. 28-36 Minggu

Matanya sudah mulai bisa berkedip bila melihat cahaya melalui dinding perut ibunya, kepalanya sudah mulai mengarah ke bawah. Paru-parunya belum sempurna.

i. 38 Minggu

Kepalanya sudah berada pada rongga panggul, seolah-olah mempersiapkan diri bagi kelahirannya kedunia. Ia kerap berlatih bernapas, menghisap dan menelan. Rambut-rambut halus di sekujur tubuhnya mulai menghilang. Ususnya terisi mekonium (tinja pada bayi baru lahir) yang biasanya akan dikeluarkan dua hari setelah lahir. Saat ini persalinan sudah amat dekat dan bisa terjadi kapan saja.



Gambar 2.2 Tahapan Pertumbuhan Janin (Sulistyowati, 2010)

8. Perubahan-Perubahan pada Ibu Hamil

Suatu kehamilan normal biasanya berlangsung 280 hari. Janin berkembang dari 2 sel kesuatu bentuk yang mampu hidup diluar uterus. Badan ibu yang berubah untuk mendukung perkembangan dari kehidupan baru dan untuk menyiapkan masuknya janin kedunia luar (diluar rahim ibunya) (Pusdiknakes, 2013).

a. Trimester Pertama

Tanda fisik pertama yang dapat dilihat pada beberapa ibu adalah perdarahan sedikit/ spotting sekitar 11 hari setelah konsepsi pada saat embrio melekat pada lapisan uterus. Jika seseorang ibu

mempunyai siklus menstruasi 28 hari, perdarahan ini terjadi beberapa hari sebelum ia akan mendapat menstruasi. Perdarahan implantasi ini biasanya kurang dari lamanya menstruasi, perubahan fisik berikutnya biasanya adalah nyeri dan pembesaran payudara diikuti oleh rasa kelelahan yang kronis atau menetap dan sering kencing. Ibu akan mengalami dua gejala yang terakhir selama tiga bulan berikutnya. *"Morning sickness*" atau mual dan muntah biasanya dimulai sekitar 8 minggu dan mungkin terakhir sampai 12 minggu. Pada usia kehamilan 12 minggu pertumbuhan uterus diatas simpisis pubis bila dirasakan. Ibu biasanya mengalami kenaikan berat badan sekitar 1-2 kg selama trimester pertama. (Pusdiknakes, 2013).

b. Trimester Kedua

Uterus akan terus tumbuh. Pada usia kehamilan 16 minggu uterus biasanya berada pada pertengahan antara simpisis pubis dan pusat. Penambahan berat bada sekitar 0,4-0,5 kg/minggu. Ibu mungkin akan mulai merasa mempunyai banyak anergi. Pada usia kehamilan 20 minggu fundus berada dekat dengan pusat. Payudara mulai mengeluarkan kolostrum. Ibu merasakan gerakan bayinya, dan juga mengalami perubahan yang normal pada kulitnya meliputi adanya cloasma, linea nigra, dan strie gravidarum. (Pusdiknakes, 2013)

c. Trimester Ketiga

Pada usia kehamilan 28 minggu fundus berada pada pertengahan antara pusat dan xypoid. Pada usia kehamilan 32-36 minggu fundus mencapai prosesus xypoid. Payudara penuh dan nyeri tekan. Sering kencing kembali terjadi. Sekitar usia kehamilan 38 minggu bayi masuk/turun kedalam panggul. Sakit punggung dan

sering kencing meningkat. Ibu mungkin menjadi sulit tidur. Kontraksi braxton hicks meningkat. (Pusdiknakes, 2013).

Gambar 2.3 Perubahan Maternal (Pusdiknakes, 2013)

9. Tanda – tanda bahaya pada ibu hamil

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

Perdarahan pada kehamilan muda salah satu komplikasi terbanyak pada kehamilan ialah terjadinya perdarahan. Perdarahan dapat terjadi pada setiap usia kehamilan. Pada kehamilan muda sering dikaitkan dengan kejadian abortus, *misscarriage*, *early pregnancy loss*. Perdarahan pada kehamilan muda dikenal beberapa istilah sesuai dengan pertimbangan masing-masing, setiap terjadinya perdarahan pada kehamilan maka harus selalu berfikir tentang akibat dari perdarahan ini yang menyebabkan kegagalan kelangsungan kehamilan (Sujiyatini, 2009).

1) Abortus

Abortus adalah ancaman atau pengeluaran hasil konsepsi sebelum janin dapat hidup di luar kandungan. Sebagai batasan ialah kehamilan kurang dari 20 minggu atau berat janin kurang dari

500 gram. Berdasarkan jenisnya Sujiyatini (2009) menyebutkan abortus dibagi menjadi:

a) Abortus Imminens (*threatened*)

Suatu abortus imminens dicurigai bila terdapat pengeluaran vagina yang mengandung darah, atau perdarahan pervaginam pada trimester pertama kehamilan.

b) Abortus Insipien (*inevitable*)

Merupakan suatu abortus yang tidak dapat dipertahankan lagi ditandai dengan pecahnya selaput janin dan adanya pembukaan serviks.

c) Abortus Incompletus (*incomplete*)

Adalah pengeluaran sebagian hasil konsepsi pada kehamilan sebelum 20 minggu dengan masih ada sisa yang tertinggal dalam uterus.

d) Abortus Completus (*complete*)

Pada abortus completus semua hasil konsepsi sudah dikeluarkan.

e) Missed Abortion

Adalah kematian janin berusia sebelum 20 minggu, tetapi janin mati itu tidak dikeluarkan selama 8 minggu atau lebih.

f) Abortus Habitualis (habitual abortion)

Adalah abortus spontan yang terjadi berturut-turut tiga kali atau lebih. Pada umumnya penderita tidak sukar menjadi hamil, namun kehamilannya berakhir sebelum 28 minggu.

2) Kehamilan ektopik

Adalah suatu kehamilan yang pertumbuhan sel telur telah dibuahi tidak menempel pada dinding endometrium kavum uteri.

Lebih dari 95% kehamilan ektopik berada di saluran telur (tuba Fallopi). Kejadian kehamilan ektopik tidak sama diantara senter pelayanan kesehatan. Hal ini bergantung pada kejadian salpingitis seseorang. Di Indonesia kejadian sekitar 5-6 per seribu kehamilan. Patofisiologi terjadinya kehamilan ektopik tersering karena sel telur yang telah dibuahi dalam perjalanannya menuju endometrium tersendat sehingga embrio sudah berkembang sebelum mencapai kavum uteri dan akibatnya akan tumbuh di luar rongga rahim. Bila kemudian tempat nidasi tersebut tidak dapat menyesuaikan diri dengan besarnya buah kehamilan, akan terjadi rupture dan menjadi kehamilan ektopik terganggu (Sujiyatini, 2009).

3) Mola hidatidosa

Adalah suatu kehamilan yang berkembang tidak wajar dimana tidak ditemukan janin dan hampir seluruh vili korialis mengalami perubahan berupa degenerasi hidropik. Secara makroskopik, mola hidatidosa mudah dikenal yaitu berupa gelembung-gelembung putih, tembus pandang, berisi cairan jernih, dengan ukuran bervariasi dari beberapa millimeter sampai 1 atau 2cm. Pada permulaannya gejala mola hidatidosa tidak seberapa berbeda dengan kehamilan biasa yaitu mual, muntah, pusing, dan lain-lain, hanya saja derajat keluhannya sering lebih hebat. Selanjutnya perkembangan lebih pesat, sehingga pada umumnya besar uterus lebih besar dari umur kehamilan (Sujiyatini, 2009)

4) Muntah terus dan tidak bisa makan pada kehamilan

Mual dan muntah adalah gejala yang sering ditemukan pada kehamilan trimester I. Mual biasa terjadi pada pagi hari, gejala ini biasa terjadi 6 minggu setelah HPHT dan berlangsung selama 10

minggu. Perasaan mual ini karena meningkatnya kadar hormon estrogen dan HCG dalam serum. Mual dan muntah yang sampai mengganggu aktifitas sehari hari dan keadaan umum menjadi lebih buruk, dinamakan Hiperemesis Gravidarum (Wiknjosastro, 2010).

5) Selaput kelopak mata pucat

Merupakan salah satu tanda anemia. Anemia dalam kehamilan adalah kondisi ibu dengan keadaan hemoglobin di bawah 11 gr% pada trimester I. Anemia dalam kehamilan disebabkan oleh defisiensi besi dan perdarahan akut bahkan tak jarang keduanya saling berinteraksi. Anemia pada trimester I bisa disebabkan karena mual muntah pada ibu hamil dan perdarahan pada ibu hamil trimester I (Saifuddin, 2010).

6) Demam Tinggi

Ibu menderita demam dengan suhu tubuh >38ºC dalam kehamilan merupakan suatu masalah. Demam tinggi dapat merupakan gejala adanya infeksi dalam kehamilan. Menurut SDKI tahun 2007 penyebab kematian ibu karena infeksi (11%). Penanganan demam antara lain dengan istirahat baring, minum banyak dan mengompres untuk menurunkan suhu (Saifuddin, 2011).

b. Tanda Bahaya Kehamilan Trimester II (13 – 28 minggu)

1) Demam Tinggi

Demam dapat disebabkan oleh infeksi dalam kehamilan yaitu masuknya mikroorganisme pathogen ke dalam tubuh wanita hamil yang kemudian menyebabkan timbulnya tanda atau gejala–gejala penyakit. Pada infeksi berat dapat terjadi demam dan gangguan

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

2) Bayi kurang bergerak seperti biasa

Gerakan janin tidak ada atau kurang (minimal 3 kali dalam 1 jam). Ibu mulai merasakan gerakan bayi selama bulan ke-5 atau ke-6. Jika bayi tidak bergerak seperti biasa dinamakan IUFD.

IUFD adalah tidak adanya tanda-tanda kehidupan janin didalam kandungan. Beberapa ibu dapat merasakan gerakan bayinya lebih awal. Jika bayi tidur gerakannya akan melemah. Bayi harus bergerak paling sedikit 3 kali dalam 1 jam jika ibu berbaring atau beristirahat dan jika ibu makan dan minum dengan baik (Pusdiknakes, 2013).

3) Selaput kelopak mata pucat

Merupakan salah satu tanda anemia. Anemia dalam kehamilan adalah kondisi ibu dengan keadaan hemoglobin di bawah <10,5 gr% pada trimester II. Anemia pada trimester II disebabkan oleh hemodilusi atau pengenceran darah. Anemia dalam kehamilan disebabkan oleh defisiensi besi (Saifuddin, 2011).

c. Tanda Bahaya Kehamilan Trimester III (29 – 42 minggu)

1) Perdarahan Pervaginam

Dilihat dari SDKI tahun 2007 penyebab kematian ibu dikarenakan perdarahan (28%). Pada akhir kehamilan perdarahan yang tidak normal adalah merah, banyak dan kadang-kadang tidak disertai dengan rasa nyeri. Perdarahan semacam ini berarti plasenta previa. Plasenta previa adalah keadaan dimana plasenta berimplantasi pada tempat yang abnormal yaitu segmen bawah rahim sehingga menutupi sebagian atau seluruh ostium uteri

interna. Penyebab lain adalah solusio plasenta dimana keadaan plasenta yang letaknya normal, terlepas dari perlekatannya sebelum janin lahir, biasanya dihitung sejak kehamilan 28 minggu.

2) Sakit Kepala Yang Hebat

Sakit kepala selama kehamilan adalah umum. Sakit kepala yang menunjukkan masalah yang serius adalah sakit kepala hebat yang menetap dan tidak hilang dengan beristirahat. Kadang-kadang dengan sakit kepala yang hebat tersebut, ibu mungkin mengalami penglihatan yang kabur. Sakit kepala yang hebat dalam kehamilan adalah gejala dari preeklampsia (Pusdiknakes, 2013).

3) Penglihatan Kabur

Penglihatan menjadi kabur atau berbayang dapat disebabkan oleh sakit kepala yang hebat, sehingga terjadi oedema pada otak dan meningkatkan resistensi otak yang mempengaruhi sistem saraf pusat, yang dapat menimbulkan kelainan serebral (nyeri kepala, kejang), dan gangguan penglihatan. Perubahan penglihatan atau pandangan kabur, dapat menjadi tanda preeklampsia. Masalah visual yang mengancam jiwa adalah perubahan visual yang mendadak, misalnya penglihatan kabur atau berbayang, melihat bintik-bintik (spot), berkunang kunang. Selain itu adanya skotama, diplopia dan ambiliopia merupakan tanda-tanda yang menujukkan adanya preeklampsia berat yang mengarah pada eklampsia. Hal ini disebabkan adanya perubahan peredaran darah dalam pusat penglihatan di korteks cerebri atau didalam retina (oedema retina dan spasme pembuluh darah) (Pusdiknakes, 2013).

4) Bengkak di muka atau tangan

Hampir separuh dari ibu-ibu akan mengalami bengkak yang normal pada kaki yang biasanya muncul pada sore hari dan biasanya hilang setelah beristirahat atau meletakkannya lebih tinggi. Bengkak dapat menunjukkan adanya masalah serius jika muncul pada permukaan muka dan tangan, tidak hilang setelah beristirahat, dan diikuti dengan keluhan fisik yang lain. Hal ini bisa merupakan pertanda preeklampsia (Pusdiknakes, 2013).

5) Janin Kurang Bergerak Seperti Biasa

Gerakan janin tidak ada atau kurang (minimal 3 kali dalam 1 jam). Ibu mulai merasakan gerakan bayi selama bulan ke-5 atau ke-6. Jika bayi tidak bergerak seperti biasa dinamakan IUFD (Intra Uterine Fetal Death). IUFD adalah tidak adanya tanda-tanda kehidupan janin didalam kandungan. Beberapa ibu dapat merasakan gerakan bayinya lebih awal. Jika bayi tidur gerakannya akan melemah. Bayi harus bergerak paling sedikit 3 kali dalam 1 jam jika ibu berbaring atau beristirahat dan jika ibu makan dan minum dengan baik (Pusdiknakes, 2013).

6) Pengeluaran Cairan Pervaginam (Ketuban Pecah Dini)

Yang dimaksud cairan di sini adalah air ketuban. Ketuban yang pecah pada kehamilan aterm dan disertai dengan munculnya tanda-tanda persalinan adalah normal. Pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda-tanda persalinan dan ditunggu satu jam belum dimulainya tanda-tanda persalinan ini disebut ketuban pecah dini. Makin lama periode laten (waktu sejak ketuban pecah sampai terjadi kontraksi rahim), makin besar kemungkinan kejadian

kesakitan dan kematian ibu atau janin dalam rahim (Hani dkk, 2011).

7) Kejang

Menurut SDKI tahun 2007 penyebab kematian ibu karena eklampsi (24%). Pada umumnya kejang didahului oleh makin memburuknya keadaan dan terjadinya gejala-gejala sakit kepala, mual, nyeri ulu hati sehingga muntah. Bila semakin berat, penglihatan semakin kabur, kesadaran menurun kemudian kejang. Kejang dalam kehamilan dapat merupakan gejala dari eklampsia (Saifuddin, 2011)

8) Selaput kelopak mata pucat

Merupakan salah satu tanda anemia. Anemia dalam kehamilan adalah kondisi ibu dengan keadaan hemoglobin di bawah 11 gr% pada trimester III. Anemia dalam kehamilan disebabkan oleh defisiensi besi dan perdarahan akut bahkan tak jarang keduanya saling berinteraksi. Anemia pada Trimester III dapat menyebabkan perdarahan pada waktu persalinan dan nifas, BBLR (Berat Bayi Lahir Rendah yaitu kurang dari 2500 gram) (Saifuddin, 2011).

9) Demam Tinggi

Ibu menderita demam dengan suhu tubuh >38ºC dalam kehamilan merupakan suatu masalah. Demam tinggi dapat merupakan gejala adanya infeksi dalam kehamilan. Penyebab kematian ibu karena infeksi. Penanganan demam antara lain dengan istirahat baring, minum banyak dan mengompres untuk menurunkan suhu (Saifuddin, 2011).

10. Penapisan Kehamilan

Menurut Mochtar (2012) Ibu hamil dibagi dalam 3 kelompok, yaitu:

a. Kehamilan Resiko Rendah (KRR) skor 2 hijau

   Kehamilan normal tanpa masalah atau resiko kemungkinan besar persalinan normal, tetap waspada komplikasi persalinan ibu dan bayi baru lahir hidup sehat.

b. Kehamilan Resiko Tinggi (KRT) skor 6-10 kuning

   Kehamilan dengan faktor resiko, baik dari ibu dan atau janin dapat menyebabkan komplikasi persalinan. Dampak kematian atau kesakitan atau kecacatan pada ibu dan bayi baru lahir.

c. Kehamilan Resiko Sangat Tinggi (KRST) skor ≥ 12 merah

   Kehamilan dengan faktor resiko ganda 2 lebih baik dari ibu dan atau janinnya yang dapat menyebabkan:

   1) Lebih besar resiko atau bahaya komplikasi persalinan
   2) Lebih besar dampak kematian ibu dan atau bayi.

11. Asuhan Antenatal Care

a. Pengertian Asuhan Antenatal Care

Asuhan antenatal care adalah suatu program yang terencana berupa observasi, edukasi, dan penanganan medik pada ibu hamil, untuk memperoleh suatu proses kehamilan dan persiapan persalinan yang aman dan memuaskan (Muslihatun, 2009).

b. Tujuan Asuhan Antenatal Care

Menurut Prawirohardjo (2014), tujuan dari ANC diantaranya:

1) Memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang bayi.

2) Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental dan sosial ibu juga bayi.
3) Mengenali secara dini adanya ketidaknormalan atau komplikasi yang mungkin terjadi selama hamil, termasuk riwayat penyakit secara umum, kebidanan, dan pembedahan.
4) Mempersiapkan persalinan cukup bulan, melahirkan dengan selamat, ibu maupun bayinya dengan trauma seminimal mungkin.
5) Mempersiapakan ibu agar masa nifas berjalan normal dan pemberian ASI ekslusif.
6) Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang secara normal.

c. Manfaat ANC

Manfaat pemeriksaan kehamilan secara dini adalah untuk memperoleh gambaran dasar mengenai perubahan fisiologis yang terjadi selama kehamilan dan berbagai kelainan yang menyertai kehamilan secara dini, sehingga dapat diperhitungkan dan dipersiapkan langkah-langkah dalam pertolongan persalinannya (Manuaba, 2012).

Pemeriksaan antenatal juga memberikan manfaat bagi ibu dan janin, antara lain:

1) Bagi ibu
   a) Mengurangi dan menegakkan secara dini komplikasi kehamilan dan mengobati secara dini komplikasi yang mempengaruhi kehamilan.
   b) Mempertahankan dan meningkatkan kesehatan mental dan fisik ibu hamil dalam menghadapi persalinan.

c) Meningkatkan kesehatan ibu setelah persalinan dan untuk dapat memberikan ASI.

d) Memberikan konseling dalam memilih metode kontrasepsi (Manuaba, 2012).

2) Bagi janin

Manfaat untuk janin adalah memelihara kesehatan ibu sehingga mengurangi persalinan prematur, BBLR, juga meningkatkan kesehatan bayi sebagai titik awal kualitas sumber daya manusia (Manuaba, 2012).

d. Jadwal pemeriksaan Antenatal

Menurut Muslihatun (2009), jadwal pemeriksaan antenatal adalah sebagai berikut:

1) Pemeriksaan pertama

Pemeriksaan pertama dilakukan segera setelah diketahui terlambat haid.

2) Pemeriksaan ulang

a) Setiap bulan sampai umur kehamilan 6 sampai 7 bulan

b) Setiap 2 minggu sampai kehamilan berumur 8 bulan

c) Setiap 1 minggu sejak umur kehamilan 8 bulan sampai terjadi persalinan

3) Frekuensi pelayanan antenatal oleh WHO ditetapkan 4 kali kunjungan ibu hamil dalam pelayanan antenatal, selama kehamilan dengan ketentuan sebagai berikut:

a) 1 kali pada trimester pertama (K 1)

b) 1 kali pada trimester dua dan dua kali pada trimeter ketiga (K 4).

e. Pelayanan Asuhan Standar Antenatal

Menurut Pantikawati (2010), Pelayanan ANC minimal 5T, meningkat menjadi 7T, dan sekarang menjadi 12T, sedangkan untuk daerah gondok dan endemik malaria menjadi 14T, yakni:

1) Timbang berat badan tinggi badan

Tinggi badan ibu dikategorikan adanya resiko apabila hasil pengukuran < 145 cm. Berat badan ditimbang setiap ibu datang atau berkunjung untuk mengetahui kenaikan BB dan penurunan BB. Kenaikan BB ibu hamil normal rata – rata antara 6,5 kg sampai 16 kg.

2) Tekanan darah

Diukur setiap kali ibu datang atau berkunjung, Deteksi tekanan darah yang cenderung naik diwaspadai adanya gejala hipertensi dan preeklamsi. Apabila turun dibawah normal kita pikirkan kearah anemia. Tekanan darah normal berkisar systole/diastole : 110/80 – 120/80 mmHg.

3) Pengukuran tinggi fundus uteri

Menggunakan pita sentimeter, letakkan titik nol pada tepi atas sympisis dan rentangkan sampai fundus uteri (fundus tidak boleh ditekan).

Tabel 2.3 Ukuran TFU

No	Umur kehamilan dalam minggu	Tinggi fundus Uteri (Jari)	Tinggi fundus uteri (cm)
1	12	2 jari diatas simfisis	12 cm
2	16	1/2 simfisis-pusat	16 cm
3	20	2 jari dibawah pusat	20 cm
4	24	Setinggi pusat	24 cm
5	28	3 jari diatas pusat	28 cm
6	32	1/2 pusat-px	32 cm
7	36	Setinggi px	36 cm
8	40	2 jari dibawah px	40 cm

Sumber: (Pantikawati, 2010)

4) Pemberian tablet tambah darah (Tablet Fe)

Untuk memenuhi kebutuhan volume darah pada ibu hamil dan nifas, karena masa kehamilan kebutuhan meningkat seiring dengan pertumbuhan janin.

5) Pemberian imunisasi TT

Untuk melindungi dari tetanus neonatorium. Efek samping TT yaitu nyeri, kemerah–merahan dan bengkak untuk 1 – 2 hari pada tempat penyuntikan.

Table 2.4 Jadwal Pemberian Imunisasi TT

Imunisasi	Interval	% Perlindungan	Masa Perlindungan
TT 1	Pada kunjungan ANC pertama	0 %	Tidak ada
TT 2	4 minggu setelah TT 1	80 %	3 tahun
TT 3	6 bulan setelah TT 2	95 %	5 tahun
TT 4	1 tahun setelah TT 3	99 %	10 tahun
TT 5	1 tahun setelah TT 4	99 %	25 tahun/seumur hidup

Sumber: (Pantikawati, 2010)

6) Pemeriksaan Hb

Pemeriksaan Hb dilakukan pada kunjungan ibu hamil yang pertama kali, lalu diperiksa lagi menjelang persalinan. Pemeriksaan Hb adalah salah satu upaya untuk mendeteksi anemia pada ibu hamil.

7) Pemeriksaan protein urine

Untuk mengetahui adanya protein dalam urine ibu hamil. Protein urine ini untuk mendeteksi ibu hamil kearah preeklamsi.

8) Pengambilan darah untuk pemeriksaan VDRL

Pemeriksaan Veneral Desease Research Laboratoty (VDRL) untuk mengetahui adanya treponema pallidum/penyakit menular seksual, antara lain syphilish.

9) Pemeriksaan urine reduksi

Dilakukan pemeriksaan urine reduksi hanya kepada ibu dengan ibu dengan indikasi penyakit gula/DM atau riwayat penyakit gula pada keluarga ibu dan suami.

10) Perawatan payudara

Meliputi senam payudara, perawatan payudara, pijat tekan payudara yang ditunjukkan kepada ibu hamil. Manfaat perawatan payudara adalah:

a) Menjaga kebersihan payudara, terutama putting susu
b) Mengencangkan serta memperbaiki bentuk puting susu (pada putting susu terbenam)
c) Merangsang kelenjar – kelenjar susu sehingga produksi ASI lancar
d) Mempersiapkan ibu dalam laktasi
e) Perawatan payudara dilakukan 2 kali sehari sebelum mandi dan mulai pada kehamilan 6 bulan.

11) Senam ibu hamil

Bermanfaat membantu ibu dalam persalinan dan mempercepat pemulihan setelah melahirkan serta mencagah sembelit.

12) Pemberian obat malaria

Pemberian obat malaria diberikan khusus untuk pada ibu hamil didaerah endemik malaria atau kepada ibu dengan gejala khas malaria yaitu panas tinggi disertai menggigil.

13) Pemberian kapsul minyak beryodium

Kekurangan yodium dipengaruhi oleh faktor – faktor lingkungan dimana tanah dan air tidak mengandung unsur yodium. Akibat

kekurangan yodium dapat mengakibatkan gondok dan kretin yang ditandai dengan:

a) Gangguan fungsi mental

b) Gangguan fungsi pendengaran

c) Gangguan pertumbuhan

d) Gangguan kadar hormon yang rendah

14) Temu wicara

a) Definisi konseling

Adalah suatu bentuk wawancara (tatap muka) untuk menolong orang lain memperoleh pengertian yang lebih baik mengenai dirinya dalam usahanya untuk memahami dan mengatasi permasalahan yang sedang dihadapinya.

b) Prinsip – prinsip konseling

Ada 5 prinsip pendekatan kemanusiaan, yaitu:

(1) Keterbukaan

(2) Empati

(3) Dukungan

(4) Sikap dan respon positif

(5) Setingkat atau sama derajat

c) Tujuan konsling pada antenatal care

(1) Membantu ibu hamil memahami kehamilannya dan sebagai upaya preventif terhadap hal – hal yang tidak diinginkan.

(2) Membantu ibu hamil untuk menemukan kebutuhan asuhan kehamilan, penolong persalinan yang bersih dan aman atau tindakan klinik yang mungkin diperlukan (Pantikawati, 2010).

f. Kebijakan Teknis

Setiap kehamilan dapat berkembang menjadi masalah atau komplikasi setiap saat, itu sebabnya mengapa ibu hamil memerlukan pemantauan selama kehamilannya.

Penatalaksanaan ibu hamil secara keseluruhan meliputi komponen–komponen sebagai berikut:

1) Mengupayakan kehamilan sehat
2) Melakukan deteksi dini komplikasi, melakukan penatalaksanaan awal rujukan jika diperlukan
3) Persiapan persalinan yang bersih dan aman
4) Perencanaan antisiapatif dan persiapan dini untuk melakukan rujukan jika terjadi komplikasi (Saifuddin, 2011).

g. Informasi penting yang dikumpulkan pada setiap kunjungan antenatal

Menurut Hani (2011), informasi yang sangat penting dikumpulkan pada setiap kali kunjungan antenatal adalah sebagai berikut:

Tabel 2.5 Informasi Kunjungan Antenatal

Kunjungan	Waktu	Informasi penting
Trimester pertama	Sebelum minggu Ke – 14	1. Membangun hubungan saling percaya antara petugas kesehatan dengan ibu hamil 2. Mendeteksi masalah dan penanganannya 3. Melakukan tindakan pencegahan seperti tetanus neonatorum, anemia kekurangan zat besi, penggunaan praktik tradisional yang merugikan 4. Memulai persiapan kelahiran kelahiran bayi dan kesiapan untuk menghadapi komplikasi 5. Mendorong perilaku yang sehat (gizi, latihan, dan kebersihan, istirahat dan sebagainya)
Trimeter kedua	Sebelum minggu Ke – 28	Sama seperti diatas, ditambah kewaspadaan khusus mengenai preeklamsi (tanya ibu tenteng gejala–gejala preeklamsi, pantau tekanan darah, evaluasi oedema, periksa untuk mengetahui proteinuria).
Trimester ketiga	Antara minggu 28 – 36	Sama seperti diatas, ditambah palpasi abdominal untuk mengetahui apakah ada kehamilan ganda

Trimester ketiga	Sama seperti diatas, ditambah deteksi letak bayi yang tidak normal, atau kondisi lain yang memerlukan kelahiran dirumah sakit.

Sumber: (Hani, 2011)

h. Teknis Pemberian Pelayanan Antenatal

Menurut Muslihatun (2009) teknis pemberian pelayanan antenatal dapat diuraikan sebagai berikut:

1) Kunjungan awal/pertama

a) Anamnesa

(1) Identitas

Nama, Umur, Pekerjaan, Agama, dan Alamat

(2) Keluhan utama

Sadar/tidak akan memungkinkan hamil, apakah semata-mata ingin periksa hamil, atau ada keluhan/masalah lain yang dirasakan.

(3) Riwayat kehamilan sekarang

Riwayat kehamilan sekarang meliputi HPHT dan apakah normal, gerak janin (kapan mulai dirasakan dan apakah ada perubahan yang terjadi), masalah atau tanda–tanda bahaya, keluhan–keluhan lazim pada kehamilan, penggunaan obat–obatan (termasuk jamu–jamuan), kekhawairan–kekhawatiran lain yang dirasakan oleh ibu.

(4) Riwayat kebidanan yang lalu

Riwayat kebidanan yang lalu meliputi jumlah anak, anak yang lahir hidup, persalinan aterm, persalinan premature, keguguran atau kegagalan kehamilan, persalinan dengan tindakan (forceps,

vakum, atau operasi seksio sesaria), riwayat perdarahan pada kehamilan, persalinan, atau nifas sebelumnya, kehamilan dengan tekanan darah tinggi, berat badan bayi <2.500 gram atau > 4.000 gram, dan masalah–masalah lain yang dialami ibu.

(5) Riwayat kesehatan

Riwayat kesehatan termasuk penyakit-penyakit yang didapat dahulu dan sekarang seperti masalah-masalah cardiovaskuler, hipertensi, diabetes, malaria, PMS, atau HIV/AIDS, dan lain-lain.

(6) Riwayat sosial dan ekonomi

Riwayat sosial dan ekonomi meliputi status perkawinan, respon ibu dan keluarga terhadap kehamilan ibu, Riwayat KB, dukungan keluarga, pengambilan keputusan dalam keluarga, gizi yang dikonsumsi dan kebiasaan makan, kebiasaan hidup sehat, merokok dan minuman-minuman keras, mengkonsumsi obat terlarang, beban kerja dan kegiatan sehari-hari, tempat dan petugas kesehatan yang diinginkan untuk membantu persalinan.

b) Pemeriksaan umum

(1) Keadaan umum dan kesadaran penderita

Composmentis (kesadaran baik), gangguan kesadaran (apatis, samnolen, spoor, koma).

(2) Tekanan darah

Tekanan darah yang normal adalah 110/80 mmHg sampai 140/90 mmHg. Bila >140/90 mmHg, hati – hati adanya hipertensi/preeklamsi.

(3) Nadi

Nadi normal adalah 60 sampai 100 menit. Bila abnormal mungkin ada kelainan paru–paru atau jantung.

(4) Suhu badan

Suhu badan normal adalah 36.5^{0}C sampai 37,5^{0}C. Bila suhu lebih tinggi dari 37,5^{0}C kemungkinan ada infeksi.

(5) Tinggi badan

Diukur dalam cm, tanpa sepatu. Tinggi badan kurang dari 145 cm ada kemungkinan terjadi Cepalo Pelvic Disproposian (CPD).

(6) Berat badan

Berat badan yang bertambah terlalu besar atau kurang, perlu mendapatkan perhatian khusus karena kemungkinan terjadi penyulit kehamilan. Kenaikan berat badan tidak boleh dari 0,5 kg per minggu.

c) Pemeriksaan Fisik

(1) *Inspeksi*

(a) Muka

Periksa palpebra, konjungtiva, dan sklera. Periksa palpebra untuk memperkirakan gejala

oedema umum. Periksa konjungtiva dan sklera untuk memperkirakan adanya anemia dan ikterus.

(b) Mulut/gigi

Periksa adanya karies, tonsillitis atau faringitis. Hal tersebut merupakan sumber infeksi.

(c) Jantung

Infeksi bila tampak sesak, kemungkinan ada kelainan jantung yang dapat meningkatkan terjadinya resiko yang lebih tinggi baik bagi ibu maupun bayinya.

(d) Payudara

Inpeksi bentuk payudara, benjolan, pigmentasi putting susu. Palpasi adanya benjolan (tumor mamae) dan colostrum.

(e) Abdomen

Inspeksi pembesaran perut (bila pembesaran perut itu berlebihan kemungkinan asites, tumor, ileus, dan lain-lain), pigmentasi di linea alba, nampakkah gerakan anak atau kontraksi rahim, adakah striae gravidarum atau luka bekas operasi.

(f) Tangan dan tungkai

Inspeksi pada tibia dan jari untuk melihat adanya oedema dan varices. Bila terjadi oedema pada tempat–tempat tersebut kemungkinan terjadinya preeklamsia.

(g) Vulva

Inspeksi untuk mengetahui adanya oedema, varices, keputihan, perdarahan, luka, cairan yang keluar, dan sebagainya.

(2) Palpasi

Palpasi yaitu pemeriksaan kebidanan pada abdomen dengan menggunakan manuver leopold untuk mengetahui keadaan janin di dalam abdomen.

(a) Leopold 1

Untuk mengetahui tinggi fundus uteri dan bagian yang berada pada bagian fundus dan mengukur tinggi fundus uteri dari simfisis untuk menentukan usia kehamilan dengan menggunakan (kalau > 12 minggu) atau cara Mc. Donald dengan pita ukuran (kalau > 22 minggu).

(b) Leopold 2

Untuk mengetahui letak janin memanjang atau melintang, dan bagian janin yang teraba disebelah kiri atau kanan.

(c) Leopold 3

Untuk menentukan bagian janin yang ada di bawah (presentasi).

(d) Leopold 4

Untuk menentukan apakah bagian janin sudah masuk panggul atau belum.

(3) *Auskultasi*

Auskultasi dengan menggunakan stetoskop monoaural atau doopler untuk menentukan DJJ setelah umur kehamilan 18 minggu, yang meliputi freuensi, keteraturan, dan kekuatan DJJ. DJJ normal adalah 120 sampai 160 per menit. Bila DJJ < 120 atau > 160 per menit, maka kemungkinan ada kelainan janin atau plasenta.

(4) *Perkusi*

Melakukan pengetukan pada daerah patella untuk memastikan adanya refleks pada ibu.

d) Pemeriksaan Dalam

Pemeriksaan dalam dilakukan oleh dokter/bidan pada usia kehamilan 34 sampai 36 minggu untuk primigravida atau 40 minggu pada multigravida dengan janin besar. Pemeriksaan ini untuk mengetahui keadaan serviks, ukuran panggul, dan sebagainya.

e) Pemeriksaan Penunjang

(1) Pemeriksaan Laboratorium.

Melakukan tes laboratorium yang diperlukan yakni protein urine, glukosa urine, dan hemoglobin.

(2) Pemeriksaan Ultrasonografi.

f) Analisa

Analisa merupakan kesimpulan yang didapat dari hal anamnesa, pemeriksaan umum, pemeriksaan kebidanan, pemeriksaan dalam, dan pemeriksaan penunjang. Sehingga didapat diagnose, masalah, dan kebutuhan.

g) Perencanaan.

Tujuan dari perencanaan pada wanita hamil untuk mencapai taraf kesehatan yang setinggi-tingginya dalam kehamilan dan menjelang persalinan. Menjelaskan kepada ibu mengenai hasil pemeriksaan, memberikan imunisasi TT dan tambahan vitamin A (jika dibutuhkan), serta suplemen zat besi/folate dan menjelaskan bagaimana mengkonsumsinya serta kemungkinan efek samping. Selanjutnya memberikan nasihat kepada ibu mengenai nutrisi, olahraga ringan/exercise, istirahat, kebersihan diri, pemberian ASI, KB pasca bersalin, tanda-tanda bahaya, aktifitas seksual, kegiatan sehari-hari, pekerjaan, obat-obatan, merokok, cara berpakaian dan bersepatu, persiapan kelahiran, komplikasi kegawat-daruratan, menjadwalkan kunjungan berikutnya (kunjungan ulang), dan sebagainya.

2) Kunjungan Ulang

a) Anamnesa

Anamnesa mengenai riwayat kehamilan sekarang meliputi gerakan janin dalam 24 jam terakhir, perasaan klien sejak kunjungan terakhirannya, masalah atau tanda-tanda bahaya yang mungkin dialami klien sejak kunjungan terakhir, keluhan-keluhan yang lazim dalam kehamilan, dan kekhawatiran-kekhawatiran lainnya.

b) Pemeriksaan umum dan kebidanan

Pemeriksaan umum dan kebidanan meliputi berat badan, tekanan darah, pengukuran tinggi fundus uteri, palpasi abdomen untuk mendeteksi kehamilan ganda (setelah 28

minggu), Manuver Leoplod untuk mendeteksi kelainan letak (setelah 36 minggu), dan DJJ setelah 18 minggu.

c) Pemeriksaan Penunjang

(1) Pemeriksaan Laboratorium

Tes laboratorium untuk mengetahui kadar protein urine, gluosa urine, dan hemoglobin.

(2) Pemeriksaan Ultrasonografi.

d) Analisa

Analisa merupakan kesimpulan yang didapat dari hal anamnesa, pemeriksaan umum, pemeriksaan kebidanan, pemeriksaan dalam, dan pemeriksaan penunjang. Sehingga didapat diagnose, masalah, dan kebutuhan.

e) Perencanaan.

Menjelaskan dan memberikan nasihat kepada ibu mengenai ketidaknyamanan yang dialami ibu, nutrisi, pemberian ASI, KB, latihan olahraga ringan, istirahat, nutrisi dan pertumbuhan janin, persiapan kelahiran atau kegawat-daruratan, tanda-tanda bahaya, menjadwalkan kunjungan berikutnya.

11. Faktor-Faktor Yang berhubungan dengan kepatuhan ibu dalam melakukan Pemeriksaan Kehamilan

a. Umur Ibu

Umur adalah lama waktu hidup atau sejak dilahirkan. Umur sangat menentukan suatu kesehatan ibu, ibu dikatakan beresiko tinggi apabila ibu hamil berusia dibawah 20 tahun dan di atas 35

tahun. Umur berguna untuk mengantisipasi diagnosa masalah kesehatan dan tindakan yang dilakukan (Pusdiknakes, 2013).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Juwaher (2011) cakupan yang memiliki umur 20 – 35 tahun (tidak resti) sebagian besar melakukan pemeriksaan kehamilan sesuai dengan standar (≥ 4 kali), dibandingkan dengan yang berumur < 20 atau > 35 tahun (resti).

b. Paritas Ibu

Paritas adalah keadaan wanita berkaitan dengan jumlah anak yang dilahirkan. Paritas anak kedua dan anak ketiga merupakan paritas paling aman ditinjau dari sudut kematian maternal. Pada paritas tinggi lebih dari 3 mempunyai angka kematian maternal lebih tinggi. Maka oleh sebab itu ibu-ibu yang sedang hamil anak pertama dan lebih dari anak ketiga harus memeriksakan kehamilan sesering mungkin agar tidak beresiko terhadap kematian maternal. Pada paritas rendah, ibu-ibu hamil belum begitu mengerti tentang kehamilan dan pentingnya pemeriksaan kehamilan (Saifuddin, 2011).

Ibu-ibu yang mempunyai anak < 3 (paritas rendah) dapat dikategorikan pemeriksaan kehamilan dengan kategori baik. Hal ini dikarenakan ibu paritas rendah lebih mempunyai keinginan yang besar untuk memeriksakan kehamilannya, karena bagi ibu paritas rendah kehamilannya ini merupakan sesuatu yang sangat diharapkannya. Sehingga mereka sangat menjaga kehamilannya tersebut dengan sebaik-baiknya. Mereka menjaga kehamilannya tersebut dengan cara melakukan pemeriksaan kehamilan secara rutin demi menjaga kesehatan janinnya (Mirza, 2010).

Ibu yang memiliki Paritas Rendah ≤ 2 sebagian besar melakukan pemeriksaan kehamilan dibandingkan ibu yang memiliki Paritas Tinggi > 2. Hal ini dikarenakan ibu paritas rendah kehamilannya ini merupakan sesuatu yang sangat diharapkannya. Sehingga mereka sangat menjaga kehamilannya tersebut dengan sebaik–baiknya. Mereka menjaga kehamilannya tersebut dengan cara melakukan pemeriksaan kehamilan secara rutin demi menjaga kesehatan janinnya.

c. Pekerjaan

Seorang wanita hamil boleh melakukan pekerjaan sehari–hari asal hal tersebut tidak memberikan gangguan rasa tidak enak. Bagi wanita pekerja, ia boleh tetap masuk sampai menjelang partus. Pekerjaan jangan sampai dipaksakan sehingga istirahat yang cukup selama kurang lebih 8 jam sehari. Seorang wanita hamil boleh mengerjakan pekerjaan sehari–hari asal hal tersebut tidak memberikan gangguan rasa tidak enak (Sujiyatini, 2009).

Ibu yang tidak bekerja sebagian besar melakukan pemeriksaan kehamilan sesuai dengan standar (≥ 4 kali) dibandingkan dengan ibu yang bekerja.

d. Faktor Pendidikan

Pendidikan Ibu Tingkat pendidikan sangat mempengaruhi bagaimana seseorang untuk bertindak dan mencari penyebab serta solusi dalam hidupnya. Orang yang berpendidikan tinggi biasanya akan bertindak lebih rasional. Oleh karena itu orang yang berpendidikan akan lebih mudah menerima gagasan baru. Demikian halnya dengan ibu yang berpendidikan tinggi akan memeriksakan kehamilannya secara teratur demi menjaga

keadaan kesehatan dirinya dan anak dalam kandungannya (Sujiyati, 2009).

e. Sosial Ekonomi

Keadaan sosial ekonomi sangat mempengaruhi kehamilan ibu karena berhubungan dengan pemenuhan kebutuhan–kebutuhan ibu selama kehamilan, antara lain makanan sehat, bahan persiapan kelahiran, obat – obatan, tenaga kesehatan dan transportasi/sarana angkutan.

Masalah keuangan sering timbul didalam kehidupan keluarga memang masalah ini bidan tidak bertanggung jawab atas pemecahan masalah keluarga tetapi hendaknya menunjukkan impatinya serta mencoba memberikan pemahaman akan manfaat financial yang tersedia untuk kepentingan ibu dan bayi sehingga bidan harus dapat memperoleh informasi mengenai kondisi ekonomi klien apakah ibu dan keluarga tidak mengalami kesulitan untuk memenuhi kebutuhan selama kehamilan. Keterbatasan ekonomi dapat mendorong ibu hamil tidak melakukan pemeriksaan rutin karena tidak mampu untuk membayarnya (Dewi, 2011).

2.1.2 Konsep Dasar Persalinan Normal

1. Pengertian

Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup dari dalam uterus melalui vagina ke dunia luar (Mansjoer, 2010).

Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan

dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (Saifuddin, 2011).

2. Klasifikasi atau Jenis Persalinan

Klasifikasi atau Jenis Persalinan Ada 3 klasifikasi persalinan menurut Asrinah dkk (2010) berdasarkan cara dan usia kehamilan.

a. Persalinan Normal (Spontan) Adalah proses lahirnya bayi pada Letak Belakang Kepala (LBK) dengan tenaga ibu sendiri, tanpa bantuan alat-alat serta tidak melukai ibu dan bayi yang umumnya berlangsung kurang dari 24 jam.
b. Persalinan Buatan Adalah persalinan dengan tenaga dari luar dengan ekstraksi forceps, ekstraksi vakum dan section sesaria.
c. Persalinan Anjuran Adalah bila kekuatan yang diperlukan untuk persalinan ditimbulkan dari luar dengan jalan rangsangan.

3. Fisiologis Persalinan

Menurut Arma (2015), ada beberapa teori yang menjelaskan tentang sebab terjadinya persalinan:

a. Teori Penurunan Progesteron

Penuaan plasenta telah dimulai sejak usia kehamilan 30-36 minggu sehingga terjadi penurunan konsentrasi progesteron dan estrogen pada saat hamil, terjadi perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron yang menimbulkan kontraksi Braxton Hicks, yang selanjutnya akan bertindak sebagai kontraksi persalinan. Kenyataan menunjukkan bahwa saat menjelang persalinan, tidak terjadi penurunan konsentrasi progesteron.

b. Teori Oksitosin

Menjelang persalinan terjadi peningkatan reseptor oksitosin dalam otot rahim sehingga mudah terstimulasi saat disuntikkan oksitosin dan menimbulkan kontraksi. Diduga bahwa oksitosin dapat meningkatkan pembentukan prostaglandin dan persalinan dapat berlangsung terus atau minimal melakukan kerjasama.

c. Teori Keregangan Otot Rahim

Induksi persalinan dapat dilakukan dengan memecahkan ketuban sehingga keregangan otot rahim makin pendek dan kekuatan untuk berkontraksi makin meningkat.

d. Teori Janin

Sinyal yang diarahkan pada maternal sebagai tanda bahwa janin telah siap lahir, belum diketahui dengan pasti. Kenyataan menunjukkan, bila terdapat anomaly hubungan hipofisis dan kelenjar supraneal, persalinan akan menjadi lebih lambat. Diduga bahwa keutuhan hipofisis dan glandula suprarenal sangat penting walaupun bentuk diketahui bentuk sinyalnya.

e. Teori Prostaglandin

Menjelang persalinan, diketahui bahwa prostaglandin sangat meningkat pada cairan amnion dan desidua. Diperkirakan bahwa terjadinya penurunan progesteron dapat memicu interleukin -1 untuk melakukan “hidrolisis gliserofosfolofid” sehingga terjadi pelepasan dari asam arakidonat menjadi prostaglandin, PGE2, dan PGF2 alfa. Terbukti pula bahwa saat mulainya persalinan terdapat penimbunan dalam jumlah besar asam arakidonat dan prostaglandin dalam cairan amnion. Selain

itu, terjadi pembentukan prostasiklin dalam miometrium desidua dan korion leave.

Prostaglandin dapat melunakkan serviks dan merangsang kontraksi bila diberikan dalam bentuk infuse, per os, atau secara intra vaginal. Oleh karena itu, dapat dikemukakan bahwa proses mulainya persalinan merupakan proses yang kompleks dan paling dominant, tetapi merupakan inisiasi pertama yang masih belum diketahui dengan pasti.

4. 5 Benang Merah dalam Asuhan Persalinan

Ada lima aspek dasar atau lima benang merah yang penting dan saling terkait dalam asuhan persalinan yang bersih dan aman. Berbagai aspek tersebut melekat pada setiap persalinan, baik normal maupun patologis. Lima benang merah tersebut, yaitu:

a. Membuat keputusan klinik;
b. Asuhan sayang ibu dan sayang bayi;
c. Pencegahan infeksi;
d. Pencatatan (rekam medik) asuhan persalinan;
e. Rujukan (JNPK-KR, 2010).

Hal-hal yang penting dalam mempersiapkan rujukan untuk ibu (BAKSOKUDA):

a. Bidan. Pastikan Bahwa ibu dan bayi baru lahir didampingi oleh penolong persalinan yang kompeten untuk melaksanakan gawat darurat obstetric dan BBL untuk dibawa ke fasilitas rujukan.
b. Alat. Bawa perlengkapan dan alat-alat untuk asuhan persalinan, masa nifas, dan BBL (tabung suntik, selang I.V, alat resusitasi,

dll) bersama ibu ke tempat rujukan. Perlengkapan dan bahan-bahan tersebut mungkin diperlukan jika ibu melahirkan dalam perjalanan ke fasilitas rujukan.

c. Keluarga. Beritahu ibu dan keluarga mengenai kondisi terakhir ibu dan bayi dan mengapa ibu dan bayi perlu dirujuk. Jelaskan pada mereka alasan dan tujuan rujuk ibu ke fasilitas rujukan tersebut.

d. Surat. Berikan surat keterangan rujukan ke tempat rujukan. Surat ini memberikan identifikasi mengenai ibu dan BBL. Cantumkan alasan rujukan dan uraikan hasil penyakit, asuhan atau obat-obatan yang diterima ibu dan BBL.

e. Obat. Bawa obat-obat esensial pada saat mengantar ibu ke fasilitas rujukan.

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

g. Uang. Ingatkan keluarga untuk membawa uang dalam jumlah yang cukup untuk membeli obat-obatan yang diperlukan dan bahan-bahan kesehatan lainnya selama ibu dan bayi difasilitas rujukan.

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

5. Penapisan Ibu Bersalin

Menurut Sari (2014), penapisan pada ibu bersalin atau deteksi kemungkinan komplikasi gawat pada ibu bersalinan diantaranya adalah:

1. Riwayat Bedah SC
2. Perdarahan Pervagina
3. Persalinan Kurang Bulan (<37 minggu)
4. Ketuban Pecah dengan mekonium yang kental
5. Ketuban pecah lama (>24 jam)
6. Ketuban pecah pada persalinan kurang bulan (<37 minggu)
7. Ikterus
8. Anemia berat
9. Tanda dan gejala infeksi
10. Preeklampsia atau hipertensi dalam kehamilan
11. Tinggi fundus uteri 40cm atau lebih
12. Gawat janin
13. Primipara dalam fase aktif persalinan dengan palpasi kepala janin masih 5/5
14. Presentasi bukan belakang kepala
15. Presentasi majemuk
16. Kehamilan gemelli
17. Tali pusat menumbung
18. Syock
19. Ibu hamil TKI
20. Suami pelayaran
21. Suami atau ibu hamil bertato
22. HIV/AIDS
23. PMS
24. Anak Mahal

6. Tanda Menjelang Persalinan

Menurut Arma (2015), adapun tanda tanda menjelang persalinan diantaranya:

a. Untuk primigravida kepala janin telah masuk PAP pada minggu 36 yang disebut lightening
b. Rasa sesak di daerah epigastrum makin berkurang.
c. Masuknya kepala janin menimbulkan sesak dibagian bawah dan menekan kandung kemih.
d. Dapat menimbulkan sering kencing atau polakisuria
e. Pada Pemeriksaan: Tinggi fundus uteri semakin turun; Serviks uteri mulai lunak, sekalipun terdapat pembukaan

Braxton Hicks Kontrasepsi makin frekuen:

a. Sifatnya ringan, pendek, tidak menentu jumlahnya dalam 10 menit
b. Pengaruhnya terhadap effescement dan pembukaan serviks dapat mulai muncul.
c. Kadang-kadang pada multigravida sudah terdapat pembukaan.
d. Dengan stripping selaput ketuban akan dapat memicu his semakin frekuen dan persalinan dapat dimulai.

7. Tanda Mulai Persalinan

Timbulnya his persalinan dengan ciri:

a. Fundal dominant
b. Sifatnya teratur makin lama intervalnya makin pendek
c. Terasa nyeri dari abdomen dan menjalar ke pinggang
d. Menimbulkan perubahan progresif pada serviks berupa perlunakan dan pembukaan

e. Dengan aktivitas his persalinan makin bertambah

Persalinan dimulai (inpartu) sejak uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada serviks (membuka dan menipis) dan berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap. Ibu belum inpartu jika kontraksi uterus tidak mengakibatkan perubahan serviks (Manuaba, 2012).

8. Tanda dan Gejala Inpartu

a. Penipisan dan pembukaan serviks
b. Kontraksi uterus yang mengakibatkan perubahan pada serviks (frekuensi minimal 2 kali dalam 10 menit).
c. Cairan lendir bercampur darah (*show*) melalui vagina (Winkjosastro, 2011).

9. Berlangsungnya Persalinan Normal

Persalinan dibagi menjadi 4 kala:

a. Kala I (Kala Pembukaan)

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

Proses membukanya serviks sebagai akibat his dibagi dalam 2 fase:

1) Fase Laten: Berlangsung selama 8 jam. Pembukaan terjadi sangat lembab sampai mencapai ukuran diameter 3 cm
2) Fase Aktif: Dibagi dalam 3 fase lagi, yakni:
   a) Fase Akselerasi: Dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm tadi 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 kembali. Dalam waktu 2 jam pembukaan dari 9 cm menjadi lengkap.

Pada primigravida kala I berlangsung kira-kira 13 jam sedangkan pada multipara kira-kira 7 jam (Winkjosastro, 2011).

b. Kala II

Kala II juga disebut sebagai kala pengeluaran bayi. Kala II persalinan dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi.

Gejala dan Tanda Kala II Persalinan adalah:

1) Ibu merasakan ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi
2) Ibu merasakan adanya peningkatan tekanan pada rektum dan atau vaginanya
3) Perineum menonjol
4) Vulva vagina dan sfingter ani membuka
5) Meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah

Tanda pasti kala II ditentukan melalui periksa dalam (informasi obyektif) yang hasilnya adalah:

1) Pembukaan serviks telah lengkap
2) Terlihatnya bagian kepala bayi melalui introitus vagina

Pada kala II, his menjadi lebih kuat dan lebih cepat, kira-kira 2 sampai 3 menit sekali. Oleh karena biasanya kepala janin sudah masuk ruang panggul, maka pada his dirasakan tekanan pada otot-otot dasar panggul, yang secara reflektoris menimbulkan rasa

mengedan. Wanita merasa pula tekanan kepada rectum dan hendak buang air besar. Perineum menonjol menjadi lebih besar dan anus membuka. Labia membuka dan tak lama kemudian kepala janin tampak dalam vulva pada waktu his. Bila panggul sudah lebih berelaksasi kepala tidak masuk lagi di luar his. Dengan kekuatan mengejan maksimal kepala lahir dengan suboksiput dibawah simphisis dan dahi, muka, dan dagu melewati perineum. Setelah istirahat sebentar, his mulai lagi untuk mengeluarkan badan, dan anggota bayi. Para primgravida kala II berlangsung rata-rata 1,5 jam dan pada multipara rata-rata 0,5 jam (Winkjosastro, 2011).

c. Kala III

Setelah bayi lahir, uterus teraba keras dengan fundus uteri agak diatas 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. Kala III berlangsung sampai 6 sampai 15 menit setelah janin dikeluarkan (Winkjosastro, 2011).

Untuk mengetahui apakah plasenta telah lepas dari tempat implantasinya, dipakai beberapa prasat menurut Marmi (2012).

1) Perasat Kustner

Tangan kanan meregangkan atau menarik sedikit tali pusat, tangan kiri menekan daerah di atas simfisis. Bila tali pusat ini masuk kembali dalam vagina berarti plasenta belum lepas dari dinding uterus. Perasat ini hendaknya dilakukan secara hati-hati. Apabila hanya sebagian lasenta terlepas, perdarahan banyak akan dapat terjadi.

2) Perasat Strassman

Tangan kanan meregangkan atau menarik sedikit tali pusat, tangan kiri mengetok-ngetok fundus uteri. Bila terasa ada getaran pada tali pusat yang diregangkan ini, berarti plasenta belum lepas dari dinding uterus. Bila tidak terasa getaran, berarti plasenta telah lepas dari dinding uterus.

3) Perasat Klein

Wanita tersebut disuruh mengejan dan tali pusat tampak turun ke bawah. Bila pengedanannya dihentikan dan tali pusat masuk kembali kedalam vagina, berarti plasenta belum lepas dari dinding uterus.

4) Perasat Crede

Dengan cara memijat uterus seperti memeras jeruk agar plasenta lepas dari dinding uterus hanya dapat dipergunakan bila terpaksa misalnya perdarahan. Perasat ini dapat mengakibatkan kecelakaan perdarahan postpartum. Pada orang yang gemuk, perasat crede sukar atau tidak dapat dikerjakan.

d. Kala IV

Dimulai dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama post partum. Harus diperharikan 7 pokok penting 1) Kontraksi uterus harus bagus; 2) Tidak ada perdarahan dari vagina atau alat genetalia lainnya; 3) Plasenta dan selaput ketuban harus telah lahir lengkap; 4) Kandung kencing harus kosong; 5) Luka-luka pada perineum terawat dengan baik dan tidak ada hematoma; 6) Bayi dalam keadaan baik; 7) Ibu dalam keadaan baik. Nadi dan tekanan darah normal, tidak ada pengaduan sakit kepala atau enek. Adanya

frekuensi nadi yang menurun dengan volume yang baik adalah suatu gejala baik (Winkjosastro, 2011).

10. Faktor yang Mempengaruhi Persalinan Normal

Faktor-faktor penting dalam persalinan yaitu:

a. Power (HIS/kontraksi otot rahim, kontraksi dinding perut, kekuatan mengejan, keregangan, dan kontraksi ligamentum rotundum)
b. Passanger (janin dan plasenta)
c. Passage (jalan lahir lunak dan jalan lahir tulang)
d. Provider (pengetahuan, ketrampilan, sikap penolong dalam mengambil keputusan)
e. Psychologic (pengalaman sebelumnya, kesiapan emosional, support sistem) (Maryunani, 2013).

11. Penatalaksanaan Persalinan Normal

a. Anamnesa

Tujuan anamnesis adalah mengumpulkan informasi tentang riwayat kesehatan, kehamilan dan persalinan. Informasi ini digunakan dalam proses membuat keputusan klinik untuk menentukan diagnosis dan mengembangkan rencana asuhan atau perawatan yang sesuai, meliputi:

1) Nama, umur, dan alamat
2) Gravida dan para
3) Hari pertama haid terakhir
4) Kapan bayi akan lahir (menurut taksiran ibu)
5) Riwayat alergi obat-obat tertentu
6) Riwayat kehamilan yang sekarang dan sebelumnya

7) Riwayat medis lainnya (masalah pernapasan, hipertensi, gangguan jantung, berkemih, dan lain-lain)
8) Riwayat medis saat ini (sakit kepala, gangguan penglihatan, pusing atau nyeri epigastrum bagian atas)

b. Pemeriksaan Fisik

Tujuan pemeriksaan fisik adalah untuk menilai kondisi kesehatan ibu dan bayinya serta kenyamanan fisik ibu bersalin, meliputi; pemeriksaan abdomen. Pemeriksaan abdomen digunakan untuk:

1) Menentukan tinggi fundus uterus
2) Memantau kontraksi usus
3) Memantau denyut jantung janin
4) Menentukan presentasi
5) Menentukan penurunan bagian terbawah janin

c. Pemeriksaan Dalam

Pemeriksaan dalam diperlukan untuk menilai:

1) Vagina, terutama dindingnya, apakah ada bagian yang menyempit
2) Keadaan serta pembukaan serviks
3) Kapasitas panggul
4) Ada atau tidak adanya penghalang (tumor) pada jalan lahir
5) Sifat fluor albus dan apakah ada alat yang sakit umpamanya bartholmitis, urethritis, sistitis, dan sebagainya
6) Pecah tidaknya ketuban
7) Presentasi kepada janin
8) Turunnya kepala dalam ruang panggul
9) Penilaian besarnya kepala terhadap panggul

10) Apakah partus telah mulai atau sampai dimanakah partus telah berlangsung (Prawirohardjo, 2014).

Mendokumentasikan hasil anamnesa, pemeriksaan fisik kedalam patograf meliputi: informasi tentang ibu, kondisi janin, kemajuan persalinan, jam dan waktu, kontraksi uterus, obat-obatan dan cairan yang diberikan, kondisi ibu dan asuhan serta pengamatan klinik, mencatat dan mengkaji hasil anamnesis dan pemeriksaan fisik (Wiknjosastro, 2011).

12. Mekanisme Persalinan

Menurut Hidayat (2010), mekanisme persalinan merupakan pergerakan janin yang berturut-turut untuk menyesuaikandiri dengan jalan lahir.

Sebab terjadinya mekanisme persalinan:

a. Jalan kelahiran merupakan tabung yang melengkung ke depan.
b. PAP dan PBP berlainan dalam ukuran melintang

a. Turunnya kepala (Engagement)

Sebetulnya janin mengalami penurunan terus-menerus dalam jalan lahir sejak kehamilan trimester III, antara lain masuknya bagian terbesar kepala janin ke dalam Pintu Atas Panggul (PAP) yang pada primigravida terjadi pada usia kehamilan 36 minggu dan pada multigravida 38 minggu.

Perlimaan	Hodge	Keterangan
5/5		Kepala di atas PAP mudah digerakkan
4/5	HI-HII	Sulit di gerakkan, bagian terbesar kepala belum masuk panggul
3/5	HII-HIII	Bagian terbesar kepala belum masuk panggul
2/5	HIII +	Bagian terbesar kepala sudah masuk panggul
1/5	H IV	Kepala di dasar panggul
0/5	H IV	Di Perineum

Gambar 2.4 Penurunan Kepala dan Perlimaan Dalam Persalinan (Hidayat, 2010)

b. Fleksi

Pada permulaan persalinan kepala janin biasanya berada dalam sikap fleksi. Dengan adanya his atau tahanan dari dasar panggul yang makin besar, maka kepala janin akan makin turun dan semakin fleksi sehingga dagu janin menekan dada dan belakang kepala (oksiput) menjadi bagian terbawah, keadaan ini dinamakan fleksi maksimal.

c. Putaran paksi dalam

Makin turunnya kepala janin dalam jalan lahir, kepala janin akan berputar sedemikian rupa sehingga diameter terpanjang rongga panggul atau diameter antero posterior kepala janin akan bersesuaian dengan diameter terkecil tranversal (oblik) Pintu Atas Panggul, dan selanjutnya dengan diameter terkecil antero posterior Pintu Bawah Panggul.

Hal ini dimungkinkan karena pada kepala janin terjadi gerakan spiral atau seperti skrup sewaktu turun dalam jalan lahir. Bahu tidak berputar bersama-sama dengan kepala, sehingga sumbu panjang bahu dengan sumbu panjang kepala akan membentuk sudut 45^0. Keadaan demikian disebut putaran paksi dalam dan ubun-ubun kecil berada di bawah symfisis.

d. Ekstensi

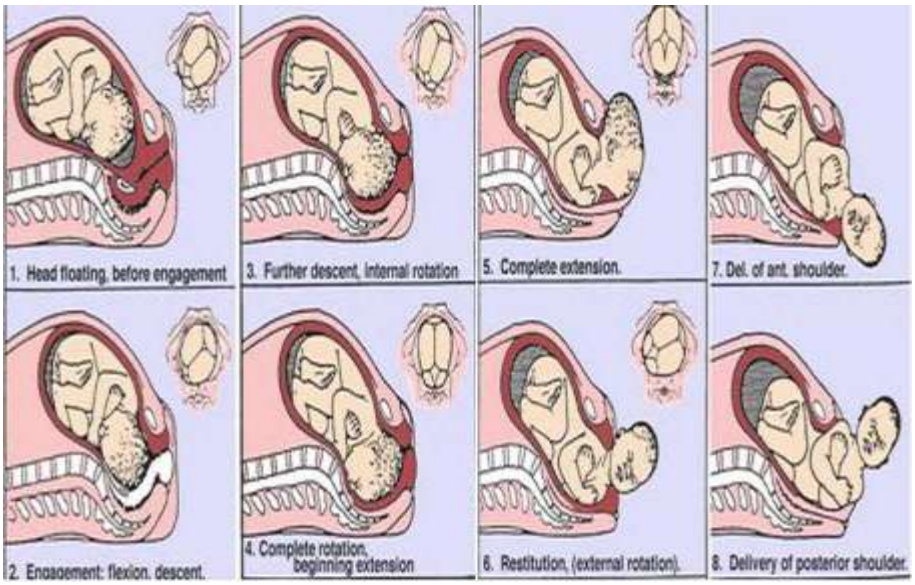
Setelah putaran paksi dalam selesai dan kepala sampai didasar panggul, terjadilah ekstensi atau defleksi kepala. Hal ini disebabkan karena sumbu jalan lahir pada Pintu Bawah Panggul mengarah ke depan dan ke atas, sehingga kepala harus mengadakan ekstensi untuk melaluinya.

e. Putaran paksi luar

Setelah ekstensi kemudian diikuti dengan putaran paksi luar yang pada hakikatnya kepala janin menyesuaikan kembali dengan sumbu panjang bahu, sehingga sumbu panjang bahu dengan sumbu panjang kepala janin berada dalam satu garis lurus.

f. Ekspulsi

Setelah putaran paksi luar, bahu depan sampai di bawah symfisis dan menjadi hipomoklion untuk kelahiran bahu belakang. Kemudian bahu belakang menyusul dan selanjutnya seluruh tubuh bayi lahir searah dengan paksi jalan lahir.



Gambar 2.5 Mekanisme Persalinan (Hidayat, 2010)

13. Partograf

Partograf digunakan untuk memantau kemajuan persalinan dan membantu petugas kesehatan dalam menentukan keputusan dalam penatalaksanaan (Saifuddin, 2011).

Penerapan partograf ditujukan pada kehamilan normal yang direncanakan untuk persalinan pervaginan. Dengan memperhatikan garis waspada dan garis tindakan sebagai titik tolak evaluasi pertolongan persalinan (Manuaba, 2012).

a. Denyut jantung janin, dicatat setiap 30 menit
b. Air ketuban, dicatat setiap melakukan pemeriksaan vagina:

U: selaput utuh

J: selapu pecah, air ketuban jernih

M: air ketuban bercampur mekonium

D: air ketuban bernoda darah

K: tidak ada cairan ketuban/ kering

c.Perubahan bentuk kepala janin (molding dan molase):

0: Sutura terpisah

1: Sutura tepat bersesuaian

2: Sutura tumpang tindih tetapi dapat di perbaiki

3: Sutura tumpang tindih dan tidak dapat di perbaiki

d. Pembukaan mulut rahim (serviks), dinilai setiap 4 jam dan di beri tanda silang (x).

e. Penurunan, mengacu pada bagian kepala (di bagi 5 bagian) yang teraba (pada pemeriksaan abdomen/luar) di atas simpisis pubis, dicatat dengan tanda lingkaran (O).

f. Waktu, menyatakan berapa jam waktu yang telah dijalani sesudah pasien di terima.

g. Jam, dicatat jam sesungguhnya

h. Kontraksi, dicatat setiap 30 menit, melakukan palpasi untuk menghitung banyaknya kontraksi dalam 10 menit dan lamanya tiap kontraksi dalam hitungan detik.

i. Oksitosin, apabila memakai oksitosin catatlah banyaknya oksitosin per volume cairan infuse dan dalam tetesan permenit

j. Obat yang diberikan, dicatat semua obat lain yang diberikan

k. Nadi, dicatat setiap 30-60 menit pada fase aktif serta ditandai dengan sebuah titik besar (.)

l. Tekanan darah, dicatat setiap 4 jam dan ditandai dengan anak panah

m. Suhu badan, dicatat setiap 4 jam pada fase laten, dan 2 jam pada fase aktif

n. Protein, aseton, volume urine, dicatat setiap kali ibu berkemih (Saifuddin, 2011).

14. Persalinan Lama

a. Pengertian

Partus lama merupakan fase laten lebih dari 8 jam yang persalinannya telah berlangsung 12 jam atau lebih bayi belum lahir, disertai dengan dilatasi serviks di kanan garis waspada pada persalinan fase aktif. (Saifuddin, 2011).

b. Etiologi

Menurut Saifudin (2011), pada prinsipnya persalinan lama dapat disebabkan oleh:

1) His tidak efisien (in adekuat)
2) Faktor janin (malpresenstasi, malposisi, janin besar). Malpresentasi adalah semua presentasi janin selain vertex (presentasi bokong, dahi, wajah, atau letak lintang). Malposisi adalah posisi kepala janin relative terhadap pelvis dengan oksiput sebagai titik referansi. Janin yang dalam keadaan malpresentasi dan malposisi kemungkinan menyebabkan partus lama atau partus macet.
3) Faktor jalan lahir (panggul sempit, kelainan serviks, vagina, tumor). Panggul sempit atau disporporsi sefalopelvik terjadi karena bayi terlalu besar dan pelvic kecil sehingga menyebabkan partus macet. Cara penilaian serviks yang baik adalah dengan melakukan partus percobaan (trial of labor). Kegunaan pelvimetre klinis terbatas (Saifudin, 2011).

c. Faktor Predisposisi

1) Paritas dan Interval kelahiran

   Penyebab Kelainan His menurut Wiknjosastro (2010) yang dapat menyebabkan partus lama terutama pada primigravida

khususnya primigravida tua, sedangkan pada multipara ibu banyak ditemukan kelainan yang bersifat inersia uteri.

2) Usia

3) Ketuban Pecah Dini

Ketuban pecah dini (KPD) didefinisikan sebagai pecahnya ketuban sebelum waktunya melahirkan. Hal ini dapat terjadi pada akhir kehamilan maupun jauh sebelum waktunya melahirkan. KPD yang memanjang adalah KPD yang terjadi lebih dari 12 jam sebelum waktunya melahirkan. Pada ketuban pecah dini bisa menyebabkan persalinan berlangsung lebih lama dari keadaan normal.

4) Wanita yang dependen, cemas dan ketakutan

Respon stres, Stres psikologis memiliki efek fisik yang kuat pada persalinan. Hormon stres, seperti adrenalin, berinteraksi dengan reseptor-beta di dalam otot uterus dan menghambat kontraksi, memperlambat persalinan. (Wiknjosastro, 2010).

d. Tanda dan Gejala Klinis

1) Pada ibu

Gelisah, letih, suhu badan meningkat, berkeringat, nadi cepat, pernapasan cepat, dan meteorismus. Didaerah lokal sering di jumpai edema serviks, cairan ketuban berbau, terdapat mekonium.

2) Pada janin

Periksa denyut jantung janin selama atau segera sesudah his. Hitung frekuensinya sekurang-kurangnya sekali dalam 30 menit selama fase aktif dan tiap 5 menit selama kala dua.

a) Jika terdapat gawat janin, lakukan seksio sesarea; kecuali jika syarat-syaratnya dipenuhi, lakukan ekstraksi vakum atau forceps.

b) Jika ketuban sudah pecah, air ketuban kehijau-hijauan atau bercampur darah, pikirkan kemungkinan gawat janin.

c) Jika tidak ada ketuban yang mengalir setelah selaput ketuban pecah, pertimbangkan adanya indikasi penurunan jumlah air ketuban yang mungkin menyebabkan gawat janin. Perbaiki keadaan umum dengan cara:

(1) Memberikan dukungan emosi. Bila keadaan masih memungkinkan anjurkan bebas bergerak, duduk dengan posisi yang berubah (sesuaikan dengan penanganan persalinan normal).

(2) Berikan cairan baik secara oral atau parenteral dan upayakan buang air kecil (hanya perlu katerisasi bila memang diperlukan) (Saifuddin, 2011).

e. Diagnosis

Tabel 2.6 Diagnosis Persalinan Lama

Tanda dan gejala	Diagnosis
Pembukaan serviks tidak membuka (kurang dari 3 cm) Tidak didapatkan kontraksi uterus	Belum in partu, false labor
Pembukaan serviks tidak melewati 3 cm sesudah 8 jam in partu	Prolonged latent phase
Pembukaan serviks melewati garis waspada partograf: Frekuensi dan lamanya kontraksi kurang dari 3, kontraksi per 10 menit dan kurang dari 40 detik	Inersia uteri
Secondary arrest of dilatation atau arrest of descent	Disproporsi sefalopelvik
Secondary arrest of dilatation dan bagian terendah dengan kaput, terdapat moulase hebat, edema serviks, tanda rupture uteri imminens, fetal dan maternal distress	Obstruksi

Kelainan presentasi (selain vertex)	Malpresentasi
Pembukaan serviks lengkap, ibu ingin mengedan, tetapi tak ada kemajuan penurunan.	Kala II Lama (Prolonged Second Stage).

Sumber: (Saifuddin, 2011)

f. Penanganan

Bagaimana bidan menghadapi persalinan lama atau persalinan macet. Bidan di daerah pedesaan dengan polindesnya diharapkan dapat mengambil bagian terbesar pada pertolongan persalinan normal dengan menggunakan partograf World Health Organisation (WHO). Kewaspadaan dalam pertolongan persalinan sudah dilakukan sejak semula, dengan melakukan observasi (kontraksi his, penurunan bagian terendah, pembukaan) sehingga setiap saat keadaan ibu dan janin dapat diketahui dengan pasti. Jika kala II dibiarkan berlangsung lama maka janin akan mengalami peningkatan hipoksia dan gawat janin.

Puncak kewaspadaan ini dilaksanakan dengan melakukan rujukan penderita kepusat pelayanan dengan fasilitas setelah melampaui garis waspada agar penderita diterima dipusat pelayanan dalam keadaan optimal. Bidan diharapkan bekerjasama dengan dukun melalui pendidikan dukun sehingga dapat mengenal penderita untuk dilakukan rujukan medis.

1) Penanganan Umum

a) Nilai cepat keadaan umum wanita hamil tersebut termasuk tanda-tanda vital tingkat hidrasinya.

b) Periksa denyut jantung janin selama atau segera sesudah his. Hitung frekuensinya sekurang-kurangnya sekali dalam 30 menit selama fase aktif dan tiap 5 menit selama kala II.

c) Memperbaiki keadaan umum:

(1) Dengan memberikan dukungan emosional, bila keadaan masih memungkinkan anjurkan bebas bergerak duduk dengan posisi yang berubah.

(2) Berikan cairan searah oral atau parenteral dan upaya buang air kecil.

(3) Berikan analgesia: tramadol atau petidin 25 mg IM (maksimum 1 mg/kg BB), jika pasien merasakan nyeri yang sangat.

2) Penanganan khusus

a) Persalinan palsu / belum inpartu (*False labor*)

Bila his belum teratur dan porsio masih tertutup, pasien boleh pulang. Periksa adanya infeksi saluran kencing. Ketuban pecah dan bila didapatkan adanya infeksi obati secara adekuat. Bila tidak pasien boleh rawat jalan.

b) Fase laten yang memanjang (*Prolonged latent phase*)

Diagnosis fase laten yang memanjang dibuat secara retrospektif. Bila his terhenti disebut persalinan palsu atau belum inpartu. Bila mana kontraksi makin teratur dan pembukaan bertambah sampai 3 cm, pasien tersebut dikatakan masuk fase laten. Apabila ibu berada dalam fase laten lebih dari 8 jam dan tidak ada kemajuan, lakukan pemeriksaan dalam:

(1) Bila tidak ada perubahan penipisan dan pembukaan serviks tidak didapatkan tanda gawat janin, kaji ulang diagnosisnya kemungkinan ibu belum dalam keadaan inpartu.

(2) Bila didapatkan perubahan dalam penipisan dan pembukaan serviks, lakukan drips oksi dengan 5 unit dalam 500 cc dekstrose atau NaCl mulai dengan 8 tetes per menit, setiap 30

menit ditambah 4 tetes sampai his adekuat maksimum 40 tetes per menit atau berikan preparat prostaglandin lakukan penilaian 4 jam.

(3) Bila didapatkan adanya tanda amnionitis, berikan induksi dengan oksitosin 5 unit dalam 500 cc dekstrose mulai dengan 8 tetes per menit, setiap 15 menit di tambah 4 tetes sampai his yang adekuat (maksimum 40 tetes per menit) atau di berikan preparat prostaglandin serta obati infeksi dengan ampisilin 2 gr Intra Vena (IV) sebagai dosis awal dan 1 gr Intra vena (IV) setiap 6 jam dan gentamisin 2 X 80 mg.

c) Fase aktif yang memanjang (*prolonged active phase)*

Bila tidak didapatkan adanya chefalo pelvik disproporsi (CPD) atau adanya obstruksi:

(1) Berikan penanganan kontraksi dan mempercepat kemajuan persalinan.

(2) Bila ketuban utuh, pecahkan ketuban

Bila kecepatan permukaan serviks pada waktu fase aktif kurang dari 1 cm per jam lakukan penilaian kontraksi uterus.

d) *Disproporsi sefalopelvik* (CPD)

CPD terjadi karena bayi terlalu besar atau pelvis kecil. Bila dalam persalinan terjadi CPD akan didapatkan persalinan yang macet. Cara penilaian pelvis yang baik adalah dengan melakukan partus percobaan (trial of labor). Kegunaan pelvimetri klinis terbatas:

(1) Bila diagnosis CPD ditegakkan, lahirkan bayi dengan seksio sesarea

(2) Bila bayi mati lakukan kraniotomi atau embriotomi (bila tidak mungkin lakukan seksio sesarea).

e) *Obstruksi* (partus macet)

Bila ditemukan tanda – tanda obstruksi:

(1) Bayi hidup lakukan SC

(2) Bayi meninggalkan lakukan kraniotomi/embriotomi (bila tidak mungkin, lakukan *seksio sesarea*).

f) Kontraksi uterus tidak adekuat (*inersia uteri*)

Bila kontraksi uterus tidak adekuat dan disproporsi atau obstruksi bisa disingkirkan, kemungkinan penyebab persalinan lama adalah inersia uteri.

(1) Pecahkan ketuban dan lakukan induksi dengan oksitosin 5 unit dalam 500 cc dekstrosa (atau NaCl) atau prostaglandin.

(2) Evaluasi kemajuan persalinan dengan pemeriksaan vaginal 2 jam setelah his adekuat:

(a) Jika tidak ada kemajuan, lakukan seksio sesarea

(b) Jika ada kemajuan, lanjutkan infuse oksitosin dan evaluasi setiap 2 jam

g) Kala II yang memanjang (*prolonged espulsive phase*)

Menghadapi persalinan lama dalam Kala II, dan tidak mungkin untuk merujuk penderita atau terjadi gawat janin diusahakan mengakhiri persalinan dengan episiotomi dan dorongan (eksresi) yang dilakukan dengan hati hati dan tarikan (Ekstraksi) vakum atau tarikan cunam.

Adapun syarat-syarat terpenuhi jika terdapat penyimpangan, dapat di usahakan mengakhiri persalinan.

(1) Jika malpresentasi dan tanda-tanda obstruksi bisa disingkirkan, berikan infus oksitosin.

(2) Jika tidak ada kemajuan penurunan kepala

(a) Kepala tidak lebih dari 1/5 diatas simfisis pubis, atau bagian tulang kepala di station (0), dilakukan ekstraksi vakum atau cunam.

(b) Kepala diantara 1/5-3/5 diatas simfisis pubis, atau bagian tulang kepala diantara station (0) -(-2), dilakukan ekstraksi vakum.

(c) Kepala lebih dari 3/5 diatas simfisis pubis, atau bagian tulang kepala diatas station (-2), lakukan secsio sesarea (Saifuddin, 2011).

2.1.3 Konsep Dasar Masa Nifas

1. Definisi Masa Nifas

Masa nifas adalah masa sesudah persalinan dan kelahiran bayi, plasenta, serta selaput yang diperlukan untuk memulihkan kembali organ kandungan seperti sebelum hamil dengan waktu kurang lebih 6 minggu (Saleha, 2009).

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 (Ambarwati, 2010).

2. Tahapan Masa Nifas

a. *Puerperium dini:* Kepulihan dimana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan. Dalam agama Islam dianggap telah bersih dan boleh bekerja setelah 40 hari.

b. *Puerperium intermedial:* Kepulihan menyeluruh alat-alat genetalia yang lamanya 6-8 minggu.

c. *Remote puerperium:* Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna bisa berminggu-minggu, bulanan, tahunan. (Ambarwati, 2010).

3. Periode Masa Nifas

a. *Periode immediate postpartum:* Masa segera setelah plasenta lahir sampai dengan 24 jam. Pada masa ini sering terdapat banyak masalah, misalnya perdarahan karena atonia uteri. Oleh karena itu, bidan dengan teratur harus melakukan pemeriksaan kontraksi uterus, pengeluaran lochea, tekanan darah, dan suhu.

b. *Periode early postpartum (24 jam-1 minggu):* Pada fase ini bidan memastikan involusi uteri dalam keadaan normal, tidak ada perdarahan, lochea tidak berbau busuk, tidak demam, ibu cukup mendapatkan makanan dan cairan, serta ibu dapat menyusui dengan baik.

c. *Periode late postpartum (1 minggu-5 minggu):* Pada periode ini bidan tetap melakukan perawatan dan pemeriksaan sehari-hari serta konseling KB (Saleha, 2009).

4. Kunjungan Masa Nifas

Menurut Ambarwati (2010), paling sedikit 4 kali kunjungan masa nifas dilakukan untuk menilai status ibu dan BBL, untuk mencegah, mendeteksi, dan menangani masalah-masalah yang terjadi dalam masa nifas.

Tabel 2.7 Asuhan Kunjungan Masa Nifas Normal

Kunjungan	Waktu	Asuhan
I	6-8 jam PP	1. Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri 2. Pemantauan keadaan umum ibu 3. Melakukan hubungan antara bayi dan ibu (*Bonding Attachment*) 4. ASI eksklusif
II	6 hari PP	1. Memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilicus, dan tidak ada tanda-tanda perdarahan abnormal. 2. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, dan perdarahan abnormal 3. Memastikan ibu mendapat istirahat yang cukup 4. Memastikan ibu mendapat makanan yang bergizi 5. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit
III	2 minggu PP	1. Memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilicus, dan tidak ada tanda-tanda perdarahan abnormal. 2. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, dan perdarahan abnormal 3. Memastikan ibu mendapat istirahat yang cukup 4. Memastikan ibu mendapat makanan yang bergizi 5. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit
IV	6 minggu PP	1. Menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang ia alami 2. Memberikan konseling untuk KB secara dini, imunisasi, senam nifas, dan tanda-tanda bahaya yang dialami oleh ibu dan bayi

Sumber: (Ambarwati, 2010)

5. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

a. Perubahan sistem reproduksi

1) Involusi Uterus

Involusi atau pengerutan uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil dengan berat sekitar 60 gram. Proses ini dimulai segera setelah plasenta lahir akibat kontraksi otot-otot polos uterus (Ambarwati, 2010).

Perubahan-perubahan normal pada uterus selama postpartum dapat dilihat di bawah ini:

Tabel 2.8 Perubahan Uterus Masa Nifas

Involusi Uteri	TFU	Berat Uterus	Diameter Uterus	Palpasi cervix
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000 gr	12,5 cm	Lembut/ lunak
Placenta lahir	2 jari dibawah pusat	750 gr	10 cm	Lembut/ lunak
7 hari	Pertengahan antara simpisis dan pusat	500 gr	7,5 cm	2 cm
14 hari	Tidak teraba	350 gr	5 cm	1 cm
6 minggu	Normal	50 gr	2,5 cm	Menyempit

Sumber: (Ambarwati, 2010)

Involusi uteri dari luar dapat diamati yaitu dengan memeriksa fundus uteri dengan cara:

a) Segera setelah persalinan, tinggi fundus uteri 2 cm di bawah pusat, 12 jam kemudian kembali 1 cm di atas pusat dan menurun kira-kira 1 cm setiap hari.

b) Pada hari kedua setelah persalinan tinggi fundus uteri 1 cm di bawah pusat. Pada hari ke 3-4 tinggi fundus uteri 2 cm di bawah pusat. Pada hari ke 5-7 tinggi fundus uteri setengah

pusat simpisis. Pada hari ke 10 tinggi fundus uteri tidak teraba.

Bila uterus tidak mengalami atau terjadi kegagalan dalam proses involusi disebut dengan subinvolusi. Subinvolusi dapat disebabkan oleh infeksi dan tertinggalnya sisa plasenta/perdarahan lanjut (*postpartum haemorrhage*) (Ambarwati, 2010).

2) Lochea

Lochea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas. Lochea mengandung darah dan sisa jaringan desidua yang nekrotik dari dalam uterus. Lochea mempunyai reaksi basa/alkalis yang dapat membuat organisme berkembang lebih cepat daripada kondisi asam yang ada pada vagina normal. Lochea mempunyai bau amis/anyir seperti darah menstruasi, meskipun tidak terlalu menyengat dan volumenya berbeda-beda pada setiap wanita. Lochea yang berbau tidak sedap menandakan adanya infeksi. Lochea mempunyai perubahan karena proses involusi.

Proses keluarnya darah nifas atau lochea terdiri atas 4 tahapan, yaitu:

a) Lochea Rubra/Merah (Kruenta)

Lochea ini muncul pada hari ke 1 sampai hari ke 4 masa postpartum. Cairan yang keluar berwarna merah karena berisi darah segar, jaringan sisa-sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, lanugo (rambut bayi), dan mekonium.

b) Lochea Sanguinolenta

Cairan yang keluar berwarna merah kecoklatan dan berlendir. Berlangsung dari hari ke 4 sampai hari ke 7 postpartum.

c) Lochea Serosa

Lochea ini berwarna kuning kecoklatan karena mengandung serum, leukosit dan robekan/laserasi plasenta. Muncul pada hari ke 7 sampai hari ke 14 postpartum.

d) Lochea Alba/Putih

Mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati. Lochea alba bisa berlangsung selama 2-6 minggu postpartum (Ambarwati, 2010).

3) Endometrium

Perubahan pada endometrium adalah timbulnya trombosis, degenerasi, dan nekrosis di tempat implantasi plasenta. Pada hari pertama tebal endometrium 2,5 mm, mempunyai permukaan yang kasar akibat pelepasan desidua, dan selaput janin. Setelah 3 hari mulai rata, sehingga tidak ada pembentukan jaringan parut pada bekas implantasi plasenta (Saleha, 2009).

4) Serviks

Serviks mengalami involusi bersama-sama dengan uterus. Warna serviks sendiri merah kehitam-hitaman karena pembuluh darah. Konsistensinya lunak, kadang-kadang terdapat laserasi/perlukaan kecil. Karena robekan kecil yang terjadi selama dilatasi, serviks tidak pernah kembali pada keadaan sebelum hamil.

Muara serviks yang berdilatasi 10 cm pada waktu persalinan, menutup secara bertahap. Setelah bayi lahir, tangan masih bisa masuk rongga rahim, setelah 2 jam dapat dimasuki 2-3 jari, pada minggu ke 6 postpartum serviks menutup (Ambarwati, 2010).

5) Vulva dan Vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses persalinan dan akan kembali secara bertahap dalam 6-8 minggu postpartum. Penurunan hormon estrogen pada masa postpartum berperan dalam penipisan mukosa vagina dan hilangnya rugae. Rugae akan terlihat kembali pada sekitar minggu ke 4 (Ambarwati, 2010).

6) Payudara (mamae)

Pada semua wanita yang telah melahirkan proses laktasi terjadi secara alami. Proses menyusui mempunyai dua mekanisme fisiologis, yaitu sebagai berikut:

a) Produksi susu

b) Sekresi susu atau *let down*

Selama 9 bulan kehamilan, jaringan payudara tumbuh dan menyiapkan fungsinya untuk menyediakan makanan bagi bayi baru lahir. Setelah melahirkan, ketika hormon yang dihasilkan plasenta tidak ada lagi untuk menghambatnya kelenjar pituitari akan mengeluarkan prolaktin (hormon laktogenik). Sampai hari ketiga setelah melahirkan, efek prolaktin pada payudara mulai bisa dirasakan. Pembuluh darah payudara menjadi bengkak terisi darah, sehingga timbul rasa

hangat, bengkak, dan rasa sakit. Sel-sel acini yang menghasilkan ASI juga mulai berfungsi. Ketika bayi menghisap puting, refleks saraf merangsang lobus posterior pituitari untuk menyekresi hormon oksitosin. Oksitosin merangsang refleks *let down* (mengalirkan), sehingga menyebabkan ejeksi ASI melalui sinus aktiferus payudara ke duktus yang terdapat pada puting. Ketika ASI dialirkan karena isapan bayi atau dengan dipompa sel-sel acini terangsang untuk menghasilkan ASI lebih banyak. Refleks ini dapat berlanjut sampai waktu yang cukup lama (Saleha, 2009).

b. Perubahan sistem pencernaan

Biasanya ibu mengalami obstipasi setelah melahirkan anak. Hal ini disebabkan karena pada waktu melahirkan alat pencernaan mendapat tekanan yang menyebabkan colon menjadi kosong, pengeluaran cairan yang berlebihan pada waktu persalinan (dehidrasi), kurang makan, haemorrhoid, laserasi jalan lahir. Supaya buang air besar kembali teratur dapat diberikan diit atau makanan yang mengandung serat dan pemberian cairan yang cukup. Bila usaha ini tidak berhasil dalam waktu 2 atau 3 hari dapat ditolong dengan pemberian huknah atau gliserin spuit atau diberikan obat laksan yang lain (Ambarwati, 2010).

c. Perubahan sistem perkemihan

Hendaknya buang air kecil dapat dilakukan sendiri secepatnya. Kadang-kadang puerperium mengalami sulit buang air kecil, karena sfingter uretra ditekan oleh kepala janin dan spasme oleh iritasi muskulus sphingter ani selama persalinan, juga oleh karena adanya edema kandung kemih yang terjadi selama persalinan.

Kadang-kadang oedema dari trigonium menimbulkan obstruksi dari uretra sehingga sering terjadi retensio urine. Kandung kemih dalam puerperium sangat kurang sensitif dan kapasitasnya bertambah, sehingga kandung kemih penuh atau sesudah buang air kecil masih tertinggal urine residual (normal ± 15 cc). Sisa urine dan trauma pada kandung kencing waktu persalinan memudahkan terjadinya infeksi. Urine biasanya berlebihan (poliurine) antara hari kedua dan kelima, hal ini disebabkan karena kelebihan cairan sebagai akibat retensi air dalam kehamilan dan sekarang dikeluarkan (Ambarwati, 2010).

d. Perubahan sistem muskuloskeletal

Ligamen-ligamen, fasia, dan diafragma pelvis yang meregang sewaktu kehamilan dan persalinan berangsur-angsur kembali seperti sediakala. Tidak jarang ligamen rotundum mengendur, sehingga uterus jatuh ke belakang. Fasia jaringan penunjang alat genitalia yang mengendur dapat diatasi dengan latihan-latihan tertentu. Mobilisasi sendi berkurang dan posisi lordosis kembali secara perlahan (Saleha, 2009).

e. Perubahan sistem endokrin

Selama proses kehamilan dan persalinan terdapat perubahan pada sistem endokrin, terutama pada hormon-hormon yang berperan dalam proses tersebut.

1) Oksitosin

Oksitosin disekresikan dari kelenjar otak bagian belakang. Selama tahap ketiga persalinan, hormon oksitosin berperan dalam pelepasan plasenta dan mempertahankan kontraksi, sehingga mencegah perdarahan. Isapan bayi dapat

merangsang produksi ASI dan sekresi oksitosin. Hal tersebut membantu uterus kembali ke bentuk normal (Saleha, 2009).

2) Prolaktin

Menurunnya kadar estrogen menimbulkan terangsangnya kelenjar pituitari bagian belakang untuk mengeluarkan prolaktin. Hormon ini berperan dalam pembesaran payudara untuk merangsang produksi susu. Pada wanita yang menyusui bayinya, kadar prolaktin tetap tinggi dan pada permulaan ada rangsangan folikel dalam ovarium yang ditekan. Pada wanita yang tidak menyusui bayinya tingkat sirkulasi prolaktin menurun dalam 14-21 hari setelah persalinan, sehingga merangsang kelenjar bawah depan otak yang mengontrol ovarium ke arah permulaan pola produksi estrogen dan progesteron yang normal, pertumbuhan folikel, ovulasi, dan menstruasi (Saleha, 2009).

3) Hipotalamik Pituitary Ovarium

Untuk wanita yang menyusui dan tidak menyusui akan mempengaruhi lamanya ia mendapatkan menstruasi. Seringkali menstruasi pertama itu bersifat anovulasi yang dikarenakan rendahnya kadar estrogen dan progesteron. Diantara wanita laktasi sekitar 15% memperoleh menstruasi selama 6 minggu dan 45% setelah 12 minggu. Diantara wanita yang tidak laktasi 40% menstruasi setelah 6 minggu, 65% setelah 12 minggu, dan 90% setelah 24 minggu. Untuk wanita laktasi 80% menstruasi pertama anovulasi dan untuk wanita yang tidak laktasi 50% siklus pertama an ovulasi (Ambarwati, 2010).

4) Estrogen dan progesteron

Selama hamil volume darah normal meningkat walaupun mekanismenya secara penuh belum dimengerti. Diperkirakan bahwa tingkat estrogen yang tinggi memperbesar hormon antidiuretik yang meningkatkan volume darah. Progesteron mempengaruhi otot halus yang mengurangi perangsangan dan peningkatan pembuluh darah. Hal ini sangat mempengaruhi saluran kemih, ginjal, usus, dinding vena, dasar panggul, perineum dan vulva, serta vagina. (Saleha, 2009).

f. Perubahan tanda-tanda vital

Tanda-tanda vital yang perlu dikaji pada masa nifas adalah:

1) Suhu

Suhu tubuh wanita inpartu tidak lebih dari 37,2 ^{0}C. Sesudah partus dapat naik kurang lebih 0,5 ^{0}C dari keadaan normal, namun tidak akan melebihi 38 ^{0}C. Sesudah dua jam pertama melahirkan umumnya suhu badan akan kembali normal. Bila suhu lebih dari 38 ^{0}C, mungkin terjadi infeksi pada klien (Saleha, 2009).

2) Nadi dan pernapasan

Nadi berkisar antara 60-80 denyutan per menit setelah partus, dan dapat terjadi bradikardia. Bila terdapat takikardia dan suhu tubuh tidak panas mungkin ada perdarahan berlebihan atau ada vitium kordis pada penderita. Pada masa nifas umumnya denyut nadi labil dibandingkan dengan suhu tubuh, sedangkan pernapasan akan sedikit meningkat setelah partus kemudian kembali seperti keadaan semula (Saleha, 2009).

3) Tekanan darah

Pada beberapa kasus ditemukan keadaan hipertensi postpartum akan menghilang dengan sendirinya apabila tidak terdapat penyakit-penyakit lain yang menyertainya dalam ½ bulan tanpa pengobatan (Saleha, 2009).

g. Perubahan sistem hematologi dan kardiovaskuler

Leukositosis adalah meningkatnya jumlah sel-sel darah putih sampai sebanyak 15.000 selama masa persalinan. Leukosit akan tetap tinggi jumlahnya selama beberapa hari pertama masa postpartum. Jumlah sel-sel darah putih tersebut masih bisa naik lebih tinggi lagi hingga 25.000-30.000 tanpa adanya kondisi patologis jika wanita tersebut mengalami persalinan lama. Akan tetapi, berbagai jenis kemungkinan infeksi harus dikesampingkan pada penemuan semacam itu. Jumlah hemoglobin dan hematokrit serta eritrosit akan sangat bervariasi pada awal-awal masa nifas sebagai akibat dari volume darah, volume plasma, dan volume sel darah yang berubah-ubah. Sering dikatakan bahwa jika hematokrit pada hari pertama atau kedua lebih rendah dari titik 2% atau lebih tinggi daripada saat memasuki persalinan awal, maka klien dianggap telah kehilangan darah yang cukup banyak. Titik 2% tersebut kurang lebih sama dengan kehilangan 500 ml darah. Biasanya terdapat suatu penurunan besar kurang lebih 1.500 ml dalam jumlah darah keseluruhan selama kelahiran dan masa nifas. Rincian jumlah darah yang terbuang pada klien ini kira-kira 200-500 ml hilang selama masa persalinan, 500-800 ml hilang selama minggu pertama postpartum, dan terakhir 500 ml selama sisa masa nifas (Saleha, 2009).

6. Kebutuhan Dasar Ibu Nifas

a. Nutrisi dan cairan

Pada masa nifas masalah diet perlu mendapat perhatian yang serius, karena dengan nutrisi yang baik dapat mempercepat penyembuhan ibu dan sangat mempengaruhi susunan air susu. Diet yang diberikan harus bermutu, bergizi tinggi, cukup kalori, tinggi protein, dan banyak mengandung cairan.

Ibu yang menyusui harus memenuhi kebutuhan akan gizi sebagai berikut:

1) Mengkonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari.
2) Makan dengan diet berimbang untuk mendapatkan protein, mineral, dan vitamin yang cukup.
3) Minum sedikitnya 3 liter air setiap hari.
4) Pil zat besi harus diminum untuk menambah zat gizi, setidaknya selama 40 hari pascapersalinan.
5) Minum kapsul vitamin A 200.000 unit agar dapat memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASI (Saleha, 2009).

b. Ambulasi

Ambulasi dini (*early ambulation*) ialah kebijaksanaan agar secepat mungkin bidan membimbing ibu postpartum bangun dari tempat tidurnya dan membimbing ibu secepat mungkin untuk berjalan.

Sekarang tidak perlu lagi menahan ibu postpartum terlentang di tempat tidurnya selama 7-14 hari setelah melahirkan. Ibu postpartum sudah diperbolehkan bangun dari tempat tidur dalam 24-48 jam postpartum.

Keuntungan *early ambulation* adalah sebagai berikut:

1) Ibu merasa lebih sehat dan kuat dengan *early ambulation*.
2) Faal usus dan kandung kemih lebih baik.
3) *Early ambulation* memungkinkan kita mengajarkan ibu cara merawat anaknya selama ibu masih di rumah sakit. Misalnya memandikan, mengganti pakaian, dan memberi makan.
4) Lebih sesuai dengan keadaan indonesia (sosial ekonomis). Menurut penelitian-penelitian yang seksama, *early ambulation* tidak mempunyai pengaruh yang buruk, tidak menyebabkan perdarahan yang abnormal, tidak mempengaruhi penyembuhan luka episiotomi atau luka di perut, serta tidak memperbesar kemungkinan prolapsus atau retrotexto uteri.

   Early ambulation tentu tidak dibenarkan pada ibu postpartum dengan penyulit, misalnya anemia, penyakit jantung, penyakit paru-paru, demam, dan sebagainya.

   Penambahan kegiatan dengan *early ambulation* harus berangsur-angsur, jadi bukan maksudnya ibu segera setelah bangun dibenarkan mencuci, memasak, dan sebagainya (Saleha, 2009).

c. Eliminasi

1) Buang Air Kecil

   Ibu diminta buang air kecil (miksi) 6 jam postpartum. Jika dalam 8 jam postpartum belum dapat berkemih atau sekali berkemih belum melebihi 100 cc, maka dilakukan kateterisasi. Akan tetapi, kalau ternyata kandung kemih penuh, tidak perlu menunggu 8 jam untuk kateterisasi.

Berikut ini sebab-sebab terjadinya kesulitan berkemih (retensio urine) pada ibu postpartum.

a) Berkurangnya tekanan intra abdominal
b) Otot-otot perut masih lemah
c) Edema dan uretra
d) Dinding kandung kemih kurang sensitif (Saleha, 2009).

2) Buang Air Besar

Ibu postpartum diharapkan dapat buang air besar (defekasi) setelah hari kedua postpartum. Jika hari ketiga belum juga BAB, maka perlu diberi obat pencahar per oral atau per rektal. Jika setelah pemberian obat pencahar masih belum bisa BAB, maka dilakukan klisma (huknah) (Saleha, 2009).

d. Personal hygiene

Pada masa postpartum, seorang ibu sangat rentan terhadap infeksi. Oleh karena itu, kebersihan diri sangat penting untuk mencegah terjadinya infeksi. Kebersihan tubuh, pakaian, tempat tidur, dan lingkungan sangat penting untuk tetap dijaga.

Langkah-langkah yang dapat dilakukan untuk menjaga kebersihan diri ibu post partum adalah sebagai berikut:

1) Anjurkan kebersihan seluruh tubuh, terutama perineum.
2) Mengajarkan ibu bagaimana membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air. Pastikan bahwa ibu mengerti untuk membersihkan daerah disekitar vulva terlebih dahulu, dari depan ke belakang, kemudian membersihkan daerah sekitar anus. Nasehati ibu untuk membersihkan vulva setiap kali selesai buang air kecil atau besar.

3) Sarankan ibu untuk mengganti pembalut atau kain pembalut setidaknya 2 kali sehari. Kain dapat digunakan ulang jika telah dicuci dengan baik dan dikeringkan dibawah matahari dan disetrika.
4) Sarankan ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kemaluannya.
5) Jika ibu mempunyai luka episiotomi atau laserasi, sarankan kepada ibu untuk menghindari menyentuh daerah tersebut (Saleha, 2009).

Apabila setelah buang air besar atau buang air kecil perineum dibersihkan secara rutin akan membantu mengurangi risiko terjadinya infeksi. Caranya dibersihkan dengan sabun yang lembut minimal sekali sehari. Biasanya ibu merasa takut pada kemungkinan jahitannya akan lepas, juga merasa sakit sehingga perineum tidak dibersihkan atau dicuci. Cairan sabun atau sejenisnya sebaiknya dipakai setelah buang air kecil atau buang air besar. Membersihkan dimulai dari simpisis sampai anal sehingga tidak terjadi infeksi. Ibu diberitahu caranya mengganti pembalut yaitu bagian dalam jangan sampai terkontaminasi oleh tangan. Pembalut yang sudah kotor harus diganti paling sedikit 4 kali sehari. Ibu diberitahu tentang jumlah, warna, dan bau lochea sehingga apabila ada kelainan dapat diketahui secara dini. Sarankan ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kemaluannya. Apabila ibu mempunyai luka episiotomi atau laserasi, sarankan kepada ibu untuk menghindari menyentuh daerah luka (Ambarwati, 2010).

e. Istirahat dan tidur

Hal-hal yang bisa dilakukan pada ibu untuk memenuhi kebutuhan istirahat dan tidur adalah sebagai berikut:

1) Anjurkan ibu agar istirahat cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan.
2) Sarankan ibu untuk kembali pada kegiatan-kegiatan rumah tangga secara perlahan-lahan, serta untuk tidur siang atau beristirahat selagi bayi tidur.
3) Kurang istirahat akan mempengaruhi ibu dalam beberapa hal:
    a) Mengurangi jumlah ASI yang diproduksi.
    b) Memperlambat proses involusi uterus dan memperbanyak perdarahan.
    c) Menyebabkan depresi dan ketidakmampuan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri.

f. Aktivitas seksual

Aktivitas seksual yang dapat dilakukan oleh ibu masa nifas harus memenuhi syarat berikut ini:

1) Secara fisik aman untuk memulai hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jarinya ke dalam vagina tanpa rasa nyeri, maka ibu aman untuk memulai melakukan hubungan suami istri kapan saja ibu siap.

Banyak budaya yang mempunyai tradisi menunda hubungan suami istri sampai masa waktu tertentu, misalnya setelah 40 hari atau 6 minggu setelah persalinan. Keputusan ini bergantung pada pasangan yang bersangkutan (Ambarwati, 2010)

g. Latihan senam nifas

Setelah persalinan terjadi involusi pada hampir seluruh organ tubuh wanita. Involusi ini sangat jelas terlihat pada alat-alat kandungan. Sebagai akibat kehamilan dinding perut menjadi lembek dan lemas disertai adanya striae gravidarum yang membuat keindahan tubuh akan sangat terganggu. Oleh karena itu, mereka akan selalu berusaha untuk memulihkan dan mengencangkan keadaan dinding perut yang sudah tidak indah lagi. Cara untuk mengembalikan bentuk tubuh menjadi indah dan langsing seperti semula adalah dengan melakukan latihan dan senam nifas (Saleha, 2009).

7. Komplikasi Masa Nifas

Patologi yang sering terjadi pada masa nifas adalah sebagai berikut:

a. Infeksi nifas: Infeksi nifas adalah infeksi luka pada jalan lahir setelah melahirkan, yang kadang kala meluas, menyebabkan flebitis atau peritonitis
b. Perdarahan dalam masa nifas
c. Infeksi saluran kemih
d. Patologi menyusui (Saleha, 2009).

8. Konsep Dasar Laktasi

a. Definisi Laktasi

Menyusui adalah salah satu komponen dari proses reproduksi yang terdiri atas haid, konsepsi, kehamilan, persalinan, menyusui, dan penyapihan (Prawirohardjo, 2014).

Laktasi atau menyusui mempunyai dua pengertian, yaitu produksi dan pengeluaran.

b. Fisiologi Laktasi

Menurut Prawirohardjo (2014), dua refleks pada ibu yang sangat penting dalam proses laktasi, refleks prolaktin dan refleks aliran timbul akibat perangsangan puting susu oleh hisapan bayi.

1) Refleks prolaktin

Dalam puting susu terdapat banyak ujung sensoris. Bila ini dirangsang, timbul impuls yang menuju hipotalamus selanjutnya ke kelenjar hipofisis bagian depan sehingga kelenjar ini mengeluarkan hormon prolaktin. Hormon inilah yang berperan dalam produksi ASI di tingkat alveoli. Dengan demikian mudah dipahami bahwa makin sering rangsangan penyusuan makin banyak pula produksi ASI.

2) Refleks aliran (*let down reflex*)

Rangsangan puting susu tidak hanya diteruskan sampai ke kelenjar hipofisis depan, tetapi juga kelenjar hipofisis bagian belakang, yang mengeluarkan hormon oksitosin. Hormon ini berfungsi memacu kontraksi otot polos yang ada di dinding alveolus dan dinding saluran, sehingga ASI dipompa keluar. Makin sering menyusui, pengosongan alveolus dan saluran makin baik sehingga kemungkinan terjadinya bendungan susu makin kecil, dan menyusui akan makin lancar. Saluran ASI yang mengalami bendungan tidak hanya menganggu penyusunan, tetapi juga berakibat mudah terkena infeksi.

Tiga refleks yang penting dalam mekanisme hisapan bayi, meliputi:

1) Refleks menangkap (*rooting reflex*)

Timbul bila bayi baru lahir tersentuh pipinya, bayi akan menoleh ke arah sentuhan. Bila bibirnya dirangsang dengan papilla mammae, maka bayi akan membuka mulut dan berusaha untuk menangkap puting susu.

2) Refleks menghisap

Refleks ini timbul apabila langit-langit mulut bayi tersentuh, biasanya oleh puting. Supaya puting mencapai bagian belakang palatum, maka sebagaian besar areola harus tertangkap mulut bayi. Dengan demikian, maka sinus laktiferus yang berada di bawah areola akan tertekan antara gusi, lidah, dan palatum, sehingga ASI terperas keluar.

3)* Refleks menelan *(Swallowing)

Bila mulut bayi terisi ASI, ia akan menelannya (Perinasia, 2010).

c. Posisi Menyusui

Cara menyusui ada tiga macam, yaitu:

1) Cara menyusui dengan cara duduk

a) Ibu duduk tegak, tetapi santai. Usahakan ibu duduk di kursi tanpa sandaran tangan. Kursi dengan sandaran tangan akan mengganggu gerak ibu saat menyusui. Pada saat duduk, kaki ibu mencapai lantai atau tidak tergantung.

b) Pada saat ibu memangku bayinya, lengan yang menopang tubuh bayi perlu diganjal bantal agar tidak lelah menahan bayi. Bayi pun dapat tidur dengan nyaman.

c) Tangan penopang selalu menopang punggung dan leher bayi, sedangkan telapak tangan menahan bokong bayi. Letakkan bantal penahan lengan di antara tangan penopang dan paha ibu.

d) Tangan lain yang tidak menopang tubuh bayi membantu mengeluarkan ASI ke mulut bayi. Caranya, jari tangan dan ibu jari menjepit payudara. Usahakan mulut bayi masuk sampai mencapai lingkaran pangkal puting (daerah lingkaran cokelat).

e) Jika menyusui baru berlangsung 2-3 menit, tetapi payudara terasa masih tagang, padahal bayi tampak malas atau mengantuk, sebaiknya bayi dibangunkan dan disusui kembali ASI masih cukup banyak.

f) Sadari bahwa menyusui merupakan kesempatan yang paling baik dalam memberi bayi kesempatan berada di dekat ibunya walaupun sewaktu bekerja ibu terpaksa berpisah dengan bayinya.

g) Jika selama menyusui (5-10 menit) payudara sudah tidak tegang, susui bayi dengan payudara yang lain sampai bayi kenyang dan tertidur.

h) Untuk mengeluarkan udara yang masuk ke dalam lambung bayi, yakni udara yang terisap pada saat menyusui, sandarkan dada bayi ke dada ibu sampai kepalanya di atas bahu ibu, kemudian urut atau tepuk punggungnya secara perlahan selama dua menit sehingga bayi dapat bersendawa.

i) Setelah bayi kenyang disusui, tidurkanlah dengan posisi miring. Jika terjadi muntah, muntahnya tidak masuk ke jalan napas (Perinasia, 2010).

2) Cara menyusui sambil berbaring

a) Ibu berbaring miring dan punggung diganjal bantal.

b) Usahakan lengan sebelah payudara yang mengarah ke mulut bayi dapat menopang tubuh bayi, mulai dari leher, punggung, dan bokongnya. Jadi, kedudukan bayi tetap berbaring sambil ditopang lengan ibunya.

c) Leher bayi terletak di persendian lengan ibunya. Punggung bayi di lengan bawah ibu, sedangkan bokongnya ditopang dengan telapak tangan ibu. Dengan demikian, mulut bayi dapat diatur agar dapat mencapai putung payudara ibu.

d) Tangan ibu yang bebas membantu memasukkan puting susu ke mulut bayi sambil telapak tangan menahan payudara agar tidak menutup hidung bayi. Jari telunjuk dan jari tengah membantu mengeluarkan ASI dengan cara menjepit payudara.

e) Jangan menyusui menggunakan dot sebelum cara menyusui ini bisa dilakukan dengan baik (Perinasia, 2010).

3) Cara menyusui *football Hold*

a) Pastikan ibu menggunakan kursi atau bangku dengan bantalan yang nyaman. Ibu dapat menambahkan bantal untuk menopang punggungnya atau di bawah bayinya agar bayi lebih mudah diposisikan untuk menyususui.

b) Hindari posisi membungkuk selama menyusui. Posisi seperti ini membuat ibu tegang, dan akhirnya dapat menderita sakit punggung.

c) Gendong bayi seperti membawa bola, arahkan bayi mendekat ke bagaian samping tubuh ibu. Ibu yang dalam masa pemulihan dari bedah sesar sering memilih posisi ini karena dapat mempertahankan bayi dekat abdomen ibu.

d) Pastikan kepala bayi tertopang dengan baik, dan bayi seperti duduk, karena kepala posisinya lebih tinggi dari abdomennya. Dengan posisi ini, bayi dapat lebih mudah bersendawa.

e) Arahkan puting ke tengah-tengah dan bayi akan melekatkan mulutnya. Ketika puting berada di tengah, ibu dapat mengubah arah puting dengan cara menekan ibu jari agar bergerak ke arah atas atau menekan jari lainnya agar mengarah ke bawah.

f) Ketika posisi mulut bayi terhadap payudara sudah benar, bibir bawah akan melengkung ke luar (Perinasia, 2010).

d. Tanda-tanda posisi menyusui yang benar, yaitu:

1) Kepala dan badan bayi berada dalam satu garis lurus.
2) Wajah bayi harus menghadap payudara dengan hidung berhadapan dengan puting.
3) Ibu harus memeluk badan bayi dekat dengan badannya.
4) Jika bayi baru lahir, ibu harus menyangga seluruh badan bayi, bukan hanya kepala dan bahu (Perinasia, 2010).

e. Pelekatan mulut bayi dengan puting susu ibu, antara lain:

1) Payudara dipegang dengan ibu jari di atas, dan jari yang lain menopang di bawah (bentuk huruf C).
2) Bayi diberi rangsangan agar membuka mulut dengan cara:
   a) Menyentuh pipi dengan puting susu,
   b) Menyentuh sisi mulut dengan puting susu
3) Tunggu sampai bayi bereaksi dengan membuka lebar mulutnya dan menjulurkan lidahnya.
4) Dengan cepat dekatkan bayi ke payudara ibu dengan menggerakkan bahu belakang bayi.
5) Posisikan puting susu di atas bibir atas bayi dan berhadapan dengan hidung bayi.
6) Usahakan sebagaian areola masuk ke mulut bayi (tampak lebih sedikit areola bagian bawah dari pada bagian atas).
7) Setelah bayi mengisap dengan baik, payudara tidak perlu disangga lagi (Perinasia, 2010).

f. Tanda-tanda pelekatan bayi yang baik saat menyusui antara lain:

1) Tubuh bagian depan bayi menempel pada tubuh ibu.
2) Dagu menyentuh payudara ibu dengan mulut terbuka lebar.
3) Hidung bayi mendekati dan kadang-kadang menyentuh payudara ibu.
4) Mulut bayi mencakup sebanyak mungkin areola (tidak hanya puting saja), lingkar areola atas terlihat lebih banyak daripada areola bagian bawah. Bibir bawah bayi melengkung ke luar.
5) Bayi mengisap kuat dan dalam secara perlahan dan kadang-kadang disertai dengan berhenti sesaat (jeda) yang

menandakan bahwa dalam mulutnya penuh ASI, dan hal ini merupakan kesempatan bayi untuk menelan ASI.

6) Bayi puas dan tenang pada akhir menyusu. Puting susu tidak terasa sakit atau lecet (Perinasia, 2010).

g. Tanda bayi puas setelah menyusu:

1) Bayi tertidur nyenyak
2) Bayi melepas sendiri puting susu ibunya (Perinasia, 2010).

h. Hal-hal yang perlu diperhatikan pada menetekkan bayi:

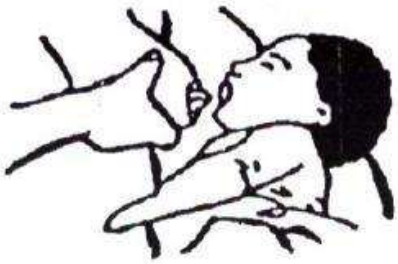
1) Susuilah bayi segera setelah lahir
2) Berilah bayi ASI saja pada bulan pertama dan kedua
3) Ibu yang menyusui sebaiknya makan makanan yang bergizi tinggi dan minum kurang lebih 8-12 gelas perhari
4) Ibu harus istirahat yang cukup
5) Susuilah bayi dengan santai dan penuh kasih sayang
6) Jagalah kebersihan, gunakan pakaian yang longgar dan tidak kaku, serta gunakan BH khusus untuk menyusui (Perinasia, 2010).

i. Langkah Langkah Menyusui Yang Benar

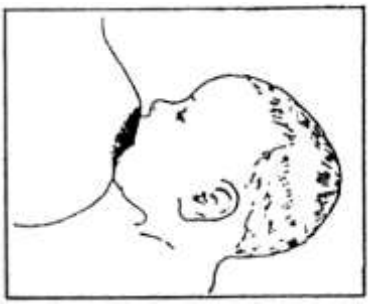
1) Sebelum menyusui, ASI dikeluarkan sedikit, kemudian dioleskan pada puting dan areola payudara. Cara ini mempunyai manfaat sebagai desinfeksi dan menjaga kelembaban puting susu.
2) Bayi diposisikan menghadap perut atau payudara ibu.
3) Ibu duduk atau berbaring dengan santai. Bila duduk, lebih baik menggunakan kursi yang rendah (agar kaki tidak menggantung) dan punggung ibu bersandar pada sandaran kursi.

4) Bayi dipegang pada belakang bahunya dengan satu lengan, kepala bayi terletak pada lengkung siku ibu (kepala bayi tidak boleh menengadah dan bokong bayi disokong dengan telapak tangan).
5) Satu tangan bayi diletakkan di belakang badan ibu dan yang lain di depan.
6) Perut bayi menempel pada badan ibu dan kepala bayi menghadap payudara tidak hanya membelokkan kepala bayi).
7) Telinga dan lengan bayi terletak pada suatu garis lurus.
8) Ibu menatap bayi dengan kasih sayang.
9) Payudara dipegang dengan dengan ibu jari di atas dan jari lain menopang di bawah. Jangan menekan puting susu atau areola saja.
10) Bayi diberi rangsangan agar membuka mulut (*reflex rooting*) dengan cara menyentuh sisi mulut bayi dengan jari. Setelah bayi membuka mulut, dengan cepat kepala bayi didekatkan ke payudara ibu dan puting serta areola payudara dimasukkan ke mulut bayi.
11) Usahakan sebagaian besar areola payudara dapat masuk ke mulut bayi, sehingga puting susu berada di bawah langit-langit dan lidah bayi akan menekan ASI keluar dari tempat penampungan ASI yang terletak di bawah areola payudara. Posisi yang salah, yaitu bila bayi hanya mengisap pada puting susu saja, yang akan mengakibatkan masukan ASI yang tidak adekuat dan puting susu lecet.
12) Setelah bayi mulai mengisap, payudara tidak perlu dipegang atau disangga lagi (Perinasia, 2010).

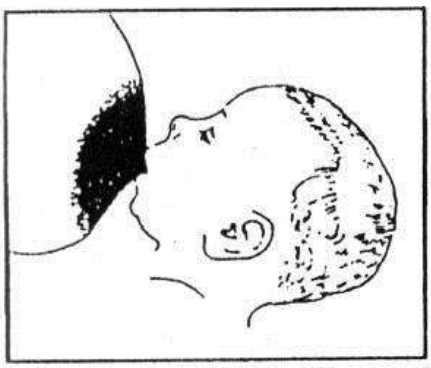
Gambar 2.6 Cara Meletakkan Bayi (Perinasia, 2010)



Gambar 2.7 Cara Memegang Payudara (Perinasia, 2010)



Gambar 2.8 Cara Perlekatan Yang Benar (Perinasia, 2010)



Gambar 2.9 Cara Perlekatan Yang Salah (Perinasia, 2010)

j. Metode Menyendawakan Bayi

1) Gendong bayi dengan kepalanya disandarkan di bahu ibu. Tepuk atau gosok perlahan punggung bayi sampai ia bersendawa.
2) Posisikan bayi duduk di atas pangkuan dan pastikan kepala dan punggung bayi ditopang dengan tangan. Tepuk atau gosok secara perlahan punggung bayi sampai ia bersendawa.
3) Baringkan bayi dengan posisi kepala bersandar miring di atas pangkuan atau matras. Miringkan kepala bayi dan topang dengan tangan. Tepuk atau gosok perlahan punggung bayi sampai ia bersendawa (Perinasia, 2010).

k. Faktor yang Mempengaruhi Ibu Menyusui

Menurut Perinasia (2010), faktor yang mempengaruhi ibu untuk menyusui sebagai berikut, antara lain:

1) Faktor psikis

Status psikis mendasari ibu dan pendukungnya untuk keberhasilan menyusui, termasuk percaya diri ibu dan komitmennya untuk menyusui. Bayi yang merasa kenyang adalah kepuasan bagi ibu menyusui. Dukungan orang-orang terdekat juga termasuk ke dalam faktor psikis. Dukungan bisa dilakukan dengan banyak cara, diantaranya member informasi atau pengetahuan tentang keuntungan menyusui dan cara menyusui, memberi pengertian, membesarkan hati, menyayangi, dan memberi pertolongan fisik agar ibu dapat menyusui bayinya. Pemberi dukungan dapat berasal dari mana saja, mulai dari keluarga, suami,

teman, teman dekat, tenaga kesehatan, sampai lingkungan hidup.

2) Faktor tenaga kesehatan

Dukungan yang diberikan tenaga kesehatan dapat membangkitkan rasa percaya diri ibu untuk membuat keputusan menyusui bayinya. Informasi tentang perawatan payudara selama masa kehamilan, lama menyusui, keuntungan menyusui, dan inisiasi menyusui dini merupakan dukungan tenaga kesehatan yang dapat membantu menyukseskan kelangsungan pemberian ASI eksklusif.

3) Faktor demografi

Faktor demografi terbagi menjadi dua, yaitu faktor sosiodemografi dan faktor biomedik. Yang termasuk faktor sosiodemografi diantaranya usia, pendidikan, status perkawinan, suku, tingkat sosial, dan penghasilan. Sementara yang termasuk faktor biomedik adalah jumlah kelahiran, kesehatan bayi, dan kesehatan ibu (selama hamil, melahirkan, dan setelah melahirkan)

I. Masalah dalam Menyusui

Menurut Perinasia (2010), berikut adalah masalah-masalah yang biasanya terjadi dalam menyusui, antara lain:

1) Puting susu lecet

Sebanyak 57% ibu yang menyusui dilaporkan pernah menderita kelecetan pada puting. Penyebab lecet tersebut adalah sebagai berikut:

a) Kesalahan dalam teknik menyusui, bayi tidak menyusui sampai areola tertutup oleh mulut bayi.

b) Akibat dari pemakaian sabun, alkohol, krim, atau zat iritan lainnya untuk mencuci puting susu.

c) Bayi dengan *frenulum lingue* (lidah yang pendek), sehingga menyebabkan bayi sulit mengisap sampai ke kalang payudara dan isapan hanya pada puting susu saja.

d) Rasa nyeri juga dapat timbul apabila ibu menghentikan menyusui dengan kurang berhati-hati.

Penatalaksanaan:

a) Bayi harus disusukan terlebih dahulu pada puting yang normal yang lecetnya sedikit. Untuk menghindari tekanan lokal pada puting, maka posisi menyusu harus sering diubah. Untuk puting yang sakit dianjurkan mengurangi frekuensi dan lamanya menyusui. Untuk menghindari payudara yang bengkak, ASI dikeluarkan dengan tangan pompa, kemudian diberikan dengan sendok, gelas, dan pipet.

b) Setiap kali selesai menyusui bekas ASI tidak perlu dibersihkan, tetapi diangin-anginkan sebentar agar melembutkan puting sekaligus sebagai antiinfeksi.

c) Jangan menggunakan sabun, alkohol, atau zat iritan lainnya untuk membersihkan payudara.

d) Menyusui lebih sering (8-12 kali dalam 24 jam), sehingga payudara tidak sampai terlalu penuh dan bayi tidak begitu lapar juga tidak menyusu terlalu rakus.

Pencegahan:

a) Tidak membersihkan puting susu dengan sabun, alkohol, atau zat-zat iritan lainnya.
b) Sebaiknya untuk melepaskan puting dari isapan bayi pada saat bayi selesai menyusu, tidak dengan memaksa menarik puting, tetapi dengan menekan dagu atau dengan memasukkan jari kelingking yang bersih ke mulut bayi.
c) Posisi menyusu harus benar, yaitu bayi harus menyusu sampai ke kalang payudara dan menggunakan kedua payudara.

2) Payudara bengkak

Penyebab:

Pembengkakan payudara terjadi karena ASI tidak disusui dengan adekuat,

Gejala:

Payudara yang mengalami pembengkakan tersebut sangat sulit disusui oleh bayi, karena kalang payudara lebih menonjol, puting lebih datar dan sulit diisap oleh bayi, kulit pada payudara. Nampak lebih mengkilap, ibu merasa demam, dan payudara terasa nyeri. Oleh karena itu, sebelum disusukan pada bayi, ASI harus diperas dengan tangan atau pompa terlebih dahulu agar payudara lebih lunak, sehingga bayi lebih mudah menyusu.

Penatalaksanaan:

a) *Masase* payudara dan ASI diperas dengan tangan sebelum menyusui.

b) Kompres dingin untuk mengurangi statis pembuluh darah vena dan mengurangi rasa nyeri. Bisa dilakukan selang-seling dengan kompres panas untuk melancarkan pembuluh darah.

c) Menyusui lebih sering dan lebih lama pada payudara yang terkena untuk melancarkan aliran ASI dan menurunkan tegangan payudara.

Pencegahan:

a) Susukan bayi tanpa jadwal.

b) Keluarkan ASI dengan tangan atau pompa, bila produksi ASI melebihi kebutuhan bayi.

3) Saluran susu tersumbat

Penyebab:

a) Tekanan jari ibu yang terlalu kuat pada waktu menyusui.

b) Pemakaian bra yang terlalu ketat.

c) Komplikasi payudara bengkak, yaitu susu terkumpul tidak segera dikeluarkan, sehingga terbentuklah sumbatan.

Gejala:

a) Pada wanita yang kurus, gejalanya terlihat dengan jelas dan lunak pada perabaan.

b) Payudara pada daerah yang mengalami penyumbatan terasa nyeri dan bengkak yang terlokalisir.

Penatalaksanaan:

a) Untuk mengurangi rasa nyeri dan bengkak, dapat dilakukan masase serta kompres panas dan dingin secara bergantian.
b) Bila payudara masih terasa penuh, ibu dianjurkan untuk mengeluarkan ASI dengan tangan atau dengan pompa setiap kali selesai menyusui.
c) Ubah-ubah posisi menyusui untuk melancarkan aliran ASI.

Pencegahan:

a) Perawatan payudara pasca persalinan secara teratur, untuk menghindari terjadinya statis aliran ASI.
b) Posisi menyusui yang diubah-ubah.
c) Mengenakan bra yang menyangga, bukan yang menekan.

4) *Mastitis* (radang pada payudara)

Penyebab:

a) Payudara bengkak yang tidak disusui secara adekuat, akhirnya terjadi *mastitis.*
b) Puting lecet akan memudahkan masuknya kuman dan terjadinya payudara bengkak.
c) Ibu yang dietnya buruk, kurang istirahat, dan anemia akan mudah terkena infeksi.

Gejala:

a) Bengkak, nyeri pada seluruh payudara/nyeri lokal.
b) Kemerahan pada seluruh payudara atau hanya lokal.
c) Payudara keras dan berbenjol-benjol.

d) Panas badan.

5) **Abses payudara**

Merupakan kelanjutan/komplikasi dari mastitis.

Gejala:

a) Payudara lebih merah dan mengkilap

b) Benjolan lebih lunak karena berisi nanah, sehingga perlu diinsisi untuk mengeluarkan nanah tersebut

Penatalaksanaan:

a) Teknik menyusui yang benar

b) Kompres air hangat atau dingin

c) Terus menyusui pada mastitis

d) Susukan dari yang sehat

e) Rujuk

Pengeluaran nanah dan pemberian antibiotik bila abses bertambah. Bila terjadi abses, menyusui dihentikan, tetapi ASI tetap dikeluarkan (Saleha, 2009)

6) Bayi sering menangis

Bayi menangis pastilah ada sebabnya, karena bayi menangis berarti berkomunikasi. Oleh karena itu bila bayi sering menangis harus dilakukan pemeriksaan yang teliti dengan cermat dan dapat dilakukan penanganan yang tepat. Bayi menangis bisa karena lapar, takut, kesepian, bosan, popok atau pakaian basah atau kotor atau bahkan sakit. Kira-kira 80% bayi menangis dapat ditolong dengan menyusui dengan cara yang tepat. Bila karena bayi sakit haruslah dirujuk ke dokter ahli.

7) Bayi enggan menyusu

Ada kalanya bayi enggan menyusu, bahkan muntah, diare, mengantuk, kuning, kejang. Kondisi seperti ini sebaiknya dirujuk ke dokter ahli.

Penyebab:

a) Hidung tertutup lendir atau ingus, karena pilek, sehingga sulit bernafas.
b) Bayi mengalami *stomatitis* (sariawan).
c) Terlambat mulainya menyusu ketika berada di rumah sakit, karena tidak dirawat gabung.
d) Ditinggal ibu cukup lama, karena ibunya sakit atau bekerja.
e) Teknik menyusui salah.
f) ASI kurang lancar atau sebaliknya terlalu keras memancar.
g) Bayi yang diberikan dot bergantian dengan menyusu.

Cara mengatasi:

a) Bila pilek, diajarkan cara membersihkan lubang hidung.
b) Bila mulut bayi sakit karena *stomatitis* segera diberi pengobatan.
c) Ibu diberikan kesempatan untuk merawat bayinya sendiri, sehingga lebih hangat dan dekat secara psikologis dan mengenal sifat bayinya.
d) Teknik menyusui yang benar.
e) Tidak memberikan makanan tambahan terlalu dini.

f) Bila ASI memancar terlalu deras sebelum menyusui, kemudian bayi disusui dengan cara posisi tegak atau berdiri.

8) Bayi bingung puting susu

Tanda bingung puting:

a) Bayi mengisap puting susu seperti mengisap dot.
b) Ketika menyusu terputus-putus seperti mengisap dot susu formula.
c) Bayi menolak untuk menyusu pada payudara ibu.

Pencegahan:

a) Diusahakan bayi hanya menyusu pada ibu.
b) Cara menyusu yang tepat.
c) Menyusunya lebih lama dan lebih sering tanpa ada jadwal.
d) Diperlukan kesabaran.
e) Ibu melakukan perawatan payudara post-natal secara benar, sistematis dan teratur (Perinasia, 2010).

2.1.4 Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

1. Pengertian

Neonatus adalah bayi baru lahir sampai dengan usia 1 bulan sesudah lahir. Neonatus dini berusia 0-7 hari dan Neonatus lanjut berusia 7-28 hari. Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dari kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dan berat badan lahir 2500 gram sampai dengan 4000 gram (Muslihatun, 2010).

Bayi baru lahir adalah bayi yang baru dilahirkan sampai dengan usia empat minggu

a. Neonatal Dini adalah BBL sampai dengan usia 1 minggu

b. Neonatal lanjut adalah BBL dari usia 8-28 hari.

2. Ciri Ciri Bayi Baru Lahir Fisiologis

Menurut Depkes RI (2011), Ciri-ciri bayi normal antara lain:

a. Dilahirkan pada umur kehamilan antara 37-42 minggu
b. Berat lahir 2500-4000 gram
c. Panjang badan waktu lahir 48 – 51 cm
d. Warna kulit merah muda / pink
e. Kulit diliputi verniks caseosa
f. Lanugo tidak severapa lagi hanya pada bahu dan punggung
g. Pada dahi jelas perbatasan tumbuhnya rambut kepala
h. Bayi kelihatan montok karena jaringan lemak di bawah kulit cukup
i. Tulang rawan pada hidung dan telinga sudah tumbuh jelas
j. Kuku telah melewati ujung jari
k. Menangis kuat
l. Refleks menghisap baik
m. Pernapasan berlangsung baik (40-60 kali/menit)
n. Pergerakan anggota badan baik
o. Alat pencernaan mulai berfungsi sejak dalam kandungan ditandai dengan adanya / keluarnya mekonium dalam 24 jam pertama
p. Alat perkemihan sudah berfungsi sejak dalam kandungan ditandai dengan keluarnya air kemih setelah 6 jam pertama kehidupan
q. Pada bayi laki-laki testis sudah turun ke dalam skrotum dan pada bayi perempuan labia minora ditutupi oleh labia mayora
r. Anus berlubang

3. Etiologi

Faktor-faktor yang menyebabkan dilakukannya asuhan pada bayi antara lain (Saifudin, 2011)

a. Stabilisasi temperatur tubuh bayi (menjaga agar bayi tetap hangat)
b. Memulai pemberian ASI (menyusui) sedini mungkin untuk mencegah terjadinya perdarahan pada ibu dan memberikan kekebalan pada bayi.
c. Gangguan pernafasan (penatalaksanaan sedini mungkin)
d. Memantau terjadinya infeksi pada bayi terutama pada tali pusat bayi.

4. Penilaian Awal Bayi Baru Lahir

Segera setelah bayi lahir, letakkan bayi di atas kain bersih dan kering yang disiapkan pada perut bawah ibu. Segera lakukan penilaian awal dengan menjawab 4 pertanyaan:

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 cukup bulan dan atau air ketuban bercampur mekonium dan atau tidak menangis atau tidak bernafas atau megap-megap dan atau tonus otot tidak baik lakukan langkah resusitasi. (APN, 2014)

Menurut Prawirohardjo (2014), keadaan umum bayi dinilai setelah lahir dengan penggunaan nilai APGAR. Penilaian ini perlu untuk mengetahui apakah bayi menderita asfiksia atau tidak. Yang dinilai ada 5 poin

a. Appearance (warna kulit)

b. Pulse rate (frekuensi nadi)

c. Grimace (reaksi rangsangan)

d. Activity (tonus otot)

e. Respiratory (pernapasan).

Setiap penilaian diberi nilai 0, 1, dan 2. Bila dalam 2 menit nilai apgar tidak mencapai 7, maka harus dilakukan tindakan resusitasi lebih lanjut, oleh karena bila bayi menderita asfiksia lebih dari 5 menit, kemungkinan terjadinya gejala-gejala neurologik lanjutan di kemudian hari lebih besar. berhubungan dengan itu penilaian apgar selain pada umur 1 menit, juga pada umur 5 menit.

Tabel 2.9 Nilai APGAR

Tanda	Skor		
	0	1	2
Appearance	Pucat	Badan merah, ektrimitas biru	Sekuruh tubuh kemerahan
Pulse	Tidak ada	< 100 x/menit	> 100 x/menit
Grimace	Tidak ada	Sedikit gerakan mimik/ menyeringai	Batuk/ bersin
Activity	Tidak ada	Ekstrimitas dalam sedikit fleksi	Gerakan aktif
Respiration	Tidak ada	Lemah/ tidak teratur	Baik/ menangis

Sumber: (Prawirohardjo, 2014)

Dari hasil penilaian tersebut dapat diketahui apakah bayi tersebut normal atau asfiksia.

a. Nilai Apgar 7-10: Bayi normal

b. Nilai Apgar 4-6 : asfiksia sedang ringan

c. Nilai Apgar 0-3 : asfiksia berat (Prawirohardjo, 2014)

5. Tanda Bahaya Bayi Baru Lahir

Menurut Prawirohardjo (2014), semua bayi baru lahir harus dinilai adanya tanda-tanda kegawatan yang menunjukkan suatu penyakit.

Bayi baru lahir sakit apabila mempunyai salah satu atau beberapa tanda-tanda berikut:

a. Sulit minum

b. Sianosis sentral (lidah biru)

c. Perut kembung

d. Periode apneu

e. Kejang/periode kejang-kejang kecil

f. Merintih

g. Perdarahan

h. Sangat kuning

i. Berat badan lahir < 1500 gram

Tabel 2.10 Penilaian Score Down

PENILAIAN	0	1	2
Frekuensi nafas	<60x/menit	60-80x/menit	>80x/menit
cyanosis	Tidak ada	Hilang dengan pemberian O_2	Tidak Hilang dengan pemberian O_2
Retraksi	Tidak ada	Ringan	Berat
Air Entry	Tidak ada penurunan	Penurunan ringan	Penurunan berat
Merintih	Tidak ada	Dapat didengar dengan stetoscope	Terdengar tanpa stetoscope

Sumber: (Prawirohardjo, 2014)

Keterangan:

a. Skor < 4 : tidak ada gawat nafas

b. Skor 4-7 : gawat nafas

c. Skor > 7 : ancaman gagal nafas

6. Perubahan pada Bayi Baru Lahir

Menurut Prawirohardjo (2014), sebagai akibat perubahan lingkungan dalam uterus ke luar uterus, maka bayi menerima rangsangan yang bersifat kimiawi, mekanik dan termik seperti:

a. Perubahan Metabolisme Karbohidrat

Pada waktu 2 jam setelah lahir, akan terjadi penurunan kadar gula dalam darah tali pusat yang semula 65 mg/100 ml, bila terjadi

gangguan perubahan glukosa menjadi glikogen sehingga tidak dapat memenuhi kebutuhan neonatus maka kemungkinan besar bayi akan mengalami rangsangan hipoglekemia.

b. Perubahan Suhu Tubuh

Sesaat sesudah bayi baru lahir, ia akan berada di tempat yang suhunya lebih rendah dari dalam kandungan dan dalam keadaan basah. Pada suhu lingkungan yang tidak baik akan menyebabkan bayi menderita hipertermi, hipotermi, atau trauma dingin (cold injury). Kehilangan panas dapat dikurangi dengan mengatur suhu lingkungan seeprti mengeringkan, membungkus badan dan kepala, meletakkannya di tempat hangat seperti di pangkuan ibu, dalam inkubator, atau di bawah sorotan lampu.

Mekanisme kehilangan panas pada bayi baru lahir menurut Maryunani (2013) dapat melalui:

1) Evaporasi, adalah cara kehilangan panas utama pada tubuh bayi. Kehilangan panas terjadi karena menguapnya cairan ketuban pada permukaan tubuh bayi setelah lahir karena bayi tidak langsung dikeringkan atau terjadi setelah bayi dimandikan.
2) Konduksi, adalah kehilangan panas melalui kontak langsung antara tubuh bayi dengan permukaan yang dingin, misal bayi yang diletakkan diatas meja, tempat tidur atau timbangan yang dingin cepat mengalami kehilangan panas tubuh melalui konduksi.
3) Konveksi, adalah kehilangan panas yang terjadi saat bayi terpapar dengan udara disekitar yang relatif dingin (25°C atau kurang), bayi yang dilahirkan diruangan yang dingin

cepat mengaami kehilangan panas. Kehilangan panas terjadi jika ada tiupan kipas angin, aliran udara atau penyejuk ruangan.

4) Radiasi, adalah kehilangan panas yang terjadi saat bayi ditempatkan dekat tempat yang mempunyai temperatur tubuh lebih rendah dari temperatur tubuh bayi, bayi akan kehilangan panas melalui cara ini. Benda yang lebih dingin tersebut tidak bersentuhan langsung dengan panas bayi.

c. Perubahan Sistem Pernafasan

Pernafasan pertama bayi normal terjadi dalam waktu 30 detik sesudah kelahiran. Pernapasan ini terjadi akibat aktivitas normal susunan saraf pusat dan perifer yang dibantu oleh beberapa rangsangan lainnya. Tekanan rongga dada bayi pada waktu melalui jalan lahir pervaginam mengakibatkan bahwa paru-paru, yang pada janin cukup bulan mengandung 80 sampai dengan 100 ml cairan, kehilangan 1/3 dari cairan ini. setelah lahir cairan yang hilang diganti dengan udara. Paru-paru berkembang sehingga rongga dada kembali ke bentuk semua.

d. Perubahan Sistem Sirkulasi

Dengan berkembangnya paru-paru tekanan oksigen di alveoli meningkat. Sebaliknya tekanan karbondioksida menurun. Hal tersebut mengakibatkan turunnya resistensi pembuluh-pembuluh darah paru, sehingga aliran darah ke alat tersebut meningkat. Ini meyebabkan darah dari arteri pulomonalis mengalir ke paru-paru dan duktus arteriosus menutup. Dengan menciutnya arteri dan vena

umbilikalis dan kemudian dipotongnya tali pusat, aliran darah dari plasenta melalui vena cava inferior dari foramen ovale ke atrium kiri terhenti. Dengan diterimanya darah oleh atrium kiri dari paru-paru, tekanan di atrium kiri menjadi lebih tinggi daripada tekanan di atrium kanan. Ini menyebabkan foramen ovale menutup. Sirkulasi darah janin pun berubah menjadi sirkulasi yang hidup di luar tubuh ibu.

7. Penatalaksanaan Awal pada Bayi Baru Lahir

a. Membersihkan jalan nafas

Bayi normal akan menangis spontan segera setelah lahir. Bila bayi baru lahir segera menangis spontan atau segera menangis, hindari melakukan penghisapan secara rutin pada jalan nafasnya karena penghisapan pada jalan nafas yang tidak dilakukan secara hati-hati dapat menyebabkan perlukaan pada jalan nafas hingga terjadi infeksi, serta dapat merangsang terjadinya gangguan denyut jantung dan spasme (gerakan involuter dan tidak terkendali pada otot, gerakan tersebut diluar kontrol otak). Pada laring dan tenggorokan bayi.

Bayi normal akan segera menangis segera setelah lahir. Apabila tidak langsung menangis maka lakukan:

1) Letakkan bayi pada posisi telentang di tempat yang keras dan hangat.
2) Posisi kepala diatur lurus sedikit tengadah ke belakang.
3) Bersihkan hidung, rongga mulut dan tenggorokan bayi dengan jari tangan yang dibungkus kassa steril.

4) Tepuk kedua telapak kaki bayi sebanyak 2 – 3 kali atau gosok kulit bayi dengan kain kering dan kasar agar bayi segera menangis.

b. Memotong dan merawat tali pusat

Setelah bayi lahir, tali pusat dipotong 5 cm dari dinding perut bayi dengan gunting steril dan diikat dengan pengikat steril. Luka tali pusat dibersihkan dan dirawat dengan perawatan terbuka tanpa dibubuhi apapun.

c. Mempertahankan suhu tubuh bayi

Cegah terjadinya kehilangan panas dengan mengeringkan tubuh bayi dengan handuk atau kain bersih kemudian selimuti tubuh bayi dengan selimut atau kain yang hangat, kering, dan bersih. Tutupi bagian kepala bayi dengan topi dan anjurkan ibu untuk memeluk dan menyusui bayinya serta jangan segera menimbang atau memandikan bayi baru lahir karena bayi baru lahir mudah kehilangan panas tubuhnya.

d. Pemberian vitamin K

Kejadian perdarahan karena defisiensi Vitamin K pada bayi baru lahir dilaporkan cukup tinggi, sekitar 0,25 – 0,5 %. Untuk mencegah terjadinya perdarahan tersebut, semua bayi baru lahir normal dan cukup bulan perlu diberi Vitamin K peroral 1 mg/hari selama 3 hari, sedangkan bayi resiko tinggi diberi Vitamin K perenteral dengan dosis 0,5-1 mg IM.

e. Upaya profilaksis terhadap gangguan mata

Pemberian obat tetes mata Eritromisin 0,5% atau Tetrasiklin 1% dianjurkan untuk pencegahan penyakit mata karena klamidia (penyakit menular seksual).(Abdul Bari Saifuddin, 2009)

Tetes mata / salep antibiotik tersebut harus diberikan dalam waktu 1 jam pertama setelah kelahiran. Upaya profilaksis untuk gangguan pada mata tidak akan efektif jika tidak diberikan dalam 1 jam pertama kehidupannya.

Teknik pemberian profilaksis mata:

1) Cuci tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir.
2) Jelaskan pada keluarganya tentang apa yang anda lakukan, yakinkan mereka bahwa obat tersebut akan sangat menguntungkan bayi.
3) Berikan salep/teki mata dalam satu garis lurus, mulai dari bagian mata yang paling dekat dengan hidung bayi menuju ke bagian luar mata.
4) Jangan biarkan ujung mulut tabung/salep atau tabung penetes menyentuh mata bayi.
5) Jangan menghapus salep/tetes mata bayi dan minta agar keluarganya tidak menghapus obat tersebut.

f. Identifikasi

Apabila bayi dilahirkan di tempat bersalin yang persalinannya mungkin lebih dari satu persalinan, maka sebuah alat pengenal yang efektif harus diberikan kepada setiap bayi baru lahir dan harus tetap di tempatnya sampai waktu bayi dipulangkan.

Peralatan identifikasi bayi baru lahir harus selalu tersedia di tempat penerimaan pasien, di kamar bersalin, dan di ruang rawat bayi. Alat yang digunakan hendaknya kebal air, dengan tepi yang halus dan tidak mudah melukai, tidak mudah sobek dan tidak mudah lepas. Pada alat identifikasi harus tercantum: nama (bayi,

nyonya), tanggal lahir, nomor bayi, jenis kelamin, unit, nama lengkap ibu. Di setiap tempat tidur harus di beri tanda dengan mencantumkan nama, tanggal lahir dan nomor identifikasi.

Sidik telapak kaki bayi dan sidik jari ibu harus dicetak di catatan yang tidak mudah hilang. Sidik telapak kaki bayi harus dibuat oleh personil yang berpengalaman menerapkan cara ini, dan dibuat dalam catatan bayi. Bantalan sidik jari harus disimpan dalam ruangan bersuhu kamar. Ukurlah berat lahir, panjang bayi, lingkar kepala, lingkar perut dan catat dalam rekam medik.

g. Mulai Pemberian ASI

Pastikan bahwa pemberian ASI dimulai dalam waktu 1 jam setelah bayi lahir. Jika mungkin, anjurkan ibu untuk memeluk dan mencoba untuk menyusukan bayinya segera setlah tali pusat diklem dan dipotong berdukungan dan bantu ibu untuk menyusukan bayinya.

Keuntungan peberian ASI:

1) Merangsang produksi air susu ibu
2) Memperkuat reflek menghisab bayi
3) Mempromosikan keterikatan antara ibu dan bayinya
4) Memberikan kekebalan pasif segera kepada bayi melalui kolostrum
5) Merangsang kontraksi uterus

Posisi untuk menyusui:

1) Ibu memeluk kepala dan tubuh bayi secara urus agar muka bayi menghadapi ke payudara ibu dengan hidung di depan puting susu ibu.

2) Perut bayi menghadap ke perut ibu dan ibu harus menopang seluruh tubuh bayi tidak hanya leher dan bahunya.
3) Dekatkan bayi ke payudara jika ia tampak siap untuk menghisap puting susu.
4) Membantu bayinya untuk menempelkan mulut bayi pada puting susu di payudaranya.
   a) Dagu menyentuh payudara ibu.
   b) Mulut terbuka lebar.
   c) Mulut bayi menutupi sampai ke areola.
   d) Bibir bayi bagian bawah melengkung keluar.
   e) Bayi menghisap dengan perlahan dan dalam, serta kadang-kadang berhenti (Prawirohardjo, 2014).

8. Pemantauan pada Bayi Baru Lahir

Menurut Dewi (2010), tujuan pemantauan pada bayi baru lahir adalah untuk mengetahui aktivitas bayi normal atau tidak dan identifikasi masalah bayi barur lahir yang memerlukan perhatian keluarga dan penolong persalinan setra tindak lanjut petugas kesehatan.

a. Dua jam pertama sesudah lahir

Hal-hal yang dinilai waktu pemantauan bayi pada jam pertama sesudah lahir meliputi:

1) Kemampuan menghisap lemah atau kuat
2) Bayi tampak aktif dan lunglai
3) Bayi kemerahan atau biru

b. Sebelum penolong persalinan meninggalkan ibu dan bayinya, penolong persalinan melakukan pemeriksaan dan penilaian terhadap ada tidaknya masalah kesehatan yang memerlukan tindak lanjut, meliputi:

1) Bayi kecil untuk masa kehamilan atau bayi kurang bulan
2) Gangguan pernapasan
3) Hipotermi
4) Infeksi
5) Cacat bawaan dan trauma lahir

Yang perlu dipantau pada bayi baru lahir: (Saifuddin, 2011)

1) Kesadaran dan reaksi terhadap sekeliling
2) Keaktifan
3) Kepala
4) Muka/wajah
5) Mata
6) Mulut
7) Leher, dada, abdomen
8) Punggung
9) Bahu, tangan, sendi, tungkai
10) Kuku dan kulit
11) Kelancaran menghisap dan pertanyaan
12) Tinja dan kemih
13) Refleks
14) Berat badan

9. Standar Asuhan Neonatus

Tabel 2.11 Standar Asuhan Neonatus

Kunjungan	Penatalaksanaan
Kunjungan Neonatal ke-1 (KN 1) dilakukan dalam kurun waktu 6-48 jam setelah bayi lahir.	1. Mempertahankan suhu tubuh bayi Hindari memandikan bayi hingga sedikitnya enam jam dan hanya setelah itu jika tidak terjadi masalah medis dan jika suhunya 36,5^{o}C. Bungkus bayi dengan kain yang kering dan hangat, kepala bayi harus tertutup 2. Pemeriksaan fisik bayi 3. Dilakukan pemeriksaan fisik a. Gunakan tempat tidur yang hangat dan bersih untuk pemeriksaan b. Cuci tangan sebelum dan sesudah pemeriksaan lakukan pemeriksaan b. Telinga: Periksa dalam hubungan letak dengan mata dan kepala c. Mata. Tanda-tanda infeksi d. Hidung dan mulut: Bibir dan langit-langit. Periksa adanya sumbing Refleks hisap, dilihat pada saat menyusu e. Leher: Pembengkakan, Gumpalan f. Dada: Bentuk, Puting, Bunyi nafas, Bunyi jantung g. Bahu lengan dan tangan: Gerakan Normal, Jumlah Jari h. System syaraf: Adanya reflek moro i. Perut: Bentuk, Penonjolan sekitar tali pusat pada saat menangis, Pendarahan tali pusat? tiga pembuluh, Lembek (pada saat tidak menangis), Tonjolan j. Kelamin laki-laki: Testis berada dalam skrotum, Penis berlubang pada letak ujung lubang k. Kelamin perempuan: Vagina berlubang, Uretra berlubang, Labia minor dan labia mayor l. Tungkai dan kaki: Gerak normal, Tampak normal, Jumlah jari m. Punggung dan Anus: Pembengkakan atau cekungan, Ada anus atau lubang n. Kulit: Verniks, Warna, Pembekakan atau bercak hitam, Tanda-Tanda lahir o. Konseling: Jaga kehangatan, Pemberian ASI, Perawatan tali pusat, Agar ibu mengawasi tanda-tanda bahaya p. Tanda-tanda bahaya yang harus dikenali oleh ibu: Pemberian ASI sulit, sulit menghisap atau lemah hisapan, Kesulitan bernafas yaitu pernafasan cepat > 60 x/m atau menggunakan otot tambahan, Letargi –bayi terus menerus tidur tanpa bangun untuk makan,Warna kulit abnormal – kulit biru (sianosis) atau kuning, Suhu-terlalu panas (febris) atau terlalu dingin (hipotermi), Tanda dan perilaku abnormal atau tidak biasa, Ganggguan gastro internal misalnya tidak bertinja selama 3 hari, muntah terus-menerus, perut membengkak, tinja hijau tua dan darah berlendir, Mata bengkak atau mengeluarkan cairan q. Lakukan perawatan tali pusat Pertahankan sisa tali pusat dalam keadaan terbuka agar terkena udara dan dengan kain bersih secara longgar, Lipatlah popok di bawah tali pusat, Jika tali pusat terkena kotoran tinja, cuci dengan sabun dan air bersih dan keringkan dengan benar

Kunjungan	Penatalaksanaan
	3. Gunakan tempat yang hangat dan bersih 4. Cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan pemeriksaan 5. Memberikan Imunisasi HB-0
Kunjungan Neonatal ke-2 (KN 2) dilakukan pada kurun waktu hari ke-3 sampai dengan hari ke 7 setelah bayi lahir.	1. Menjaga tali pusat dalam keadaaan bersih dan kering 2. Menjaga kebersihan bayi 3. Pemeriksaan tanda bahaya seperti kemungkinan infeksi bakteri, ikterus, diare, berat badan rendah dan Masalah pemberian ASI 4. Memberikan ASI Bayi harus disusukan minimal 10-15 kali dalam 24 jam) dalam 2 minggu pasca persalinan 5. Menjaga keamanan bayi 6. Menjaga suhu tubuh bayi 7. Konseling terhadap ibu dan keluarga untuk memberikan ASI eksklusif pencegahan hipotermi dan melaksanakan perawatan bayi baru lahir dirumah dengan menggunakan Buku KIA 8. Penanganan dan rujukan kasus bila diperlukan
Kunjungan Neonatal ke-3 (KN-3) dilakukan pada kurun waktu hari ke-8 sampai dengan hari ke-28 setelah lahir.	1. Pemeriksaan fisik 2. Menjaga kebersihan bayi 3. Memberitahu ibu tentang tanda-tanda bahaya Bayi baru lahir 4. Memberikan ASIBayi harus disusukan minimal 10-15 kali dalam 24 jam) dalam 2 minggu pasca persalinan. 5. Menjaga keamanan bayi 6. Menjaga suhu tubuh bayi 7. Konseling terhadap ibu dan keluarga untuk memberikan ASI ekslutif pencegahan hipotermi dan melaksanakan perawatan bayi baru lahir dirumah dengan menggunakan Buku KIA 8. Memberitahu ibu tentang Imunisasi BCG 9. Penanganan dan rujukan kasus bila diperlukan

Sumber: (Saifuddin, 2011)

10. Imunisasi

a. Vaksin hepatitis B (HB)

Vaksin HB pertama (monovalent) paling baik diberikan dalam waktu 12 jam setelah lahir dan didahului pemberian suntikan vitamin K1 minimal 30 menit sebelumnya. Jadwal pemberian vaksin HB monovalen adalah usia 0,1, dan 6 bulan. Bayi lahir dari ibu HBsAg positif, diberikan vaksin HB dan imunoglobin hepatitis B (HBIg) pada ekstrimitas yang berbeda. Apabila diberikan HB kombinasi dengan DTPw, maka jadwal pemberian pada usia 2,3, dan 4 bulan. Apabila vaksin HB kombinasi dengan DTPa, maka jadwal pemberian pada usia 2,4, dan 6 bulan.

b. Vaksin polio

Apabila lahir di rumah segera berikan OPV-0. Apabila lahir di sarana kesehatan, OPV-0 diberikan saat bayi dipulangkan. Selanjutnya, untuk polio-1, polio-2, polio-3, dan polio booster diberikan OPV atau IPV. Paling sedikit harus mendapat satu dosis vaksin IPV bersamaan dengan pemberian OPV-3.

c. Vaksin BCG

Pemberian vaksin BCG dianjurkan sebelum usia 3 bulan, optimal usia 2 bulan. Apabila diberikan pada usia 3 bulan atau lebih, perlu dilakukan uji tuberculin terlebih dahulu.

d. Vaksin DTP

Vaksin DTP pertama diberikan paling cepat pada usia 6 minggu. Dapat diberikan vaksin DTPw atau DTPa atau kombinasi dengan vaksin lain. Apabila diberikan vaksin DTPa maka interval mengikuti rekomendasi vaksin tersebut yaitu usia 2,4, dan 6 bulan. Untuk usia lebih dari 7 bulan diberikan vaksin Td atau Tdap. Untuk DTP 6 dapat diberikan Td/Tdap pada usia 10-12 tahun dan booster Td diberikan setiap 10 tahun.

e. Vaksin pneumokokus (PCV)

Apabila diberikan pada usia 7-12 bulan, PCV diberikan 2 kali dengan interval 2 bulan; dan pada usia lebih dari 1 tahun diberikan 1 kali. Keduanya perlu booster pada usia lebih dari 12 bulan atau minimal 2 bulan setelah dosis terakhir. Pada anak usia di atas 2 tahun PCV diberikan cukup satu kali.

f. Vaksin rotavirus

Vaksin rotavirus monovalen diberikan 2 kali, dosis pertama diberikan usia 6-14 minggu (dosis pertama tidak diberikan pada usia ≥ 15 minggu), dosis ke-2 diberikan dengan interval minimal 4 minggu. Batas akhir pemberian

pada usia 24 minggu. Vaksin rotavirus pentavalen diberikan 3 kali, dosis pertama diberikan usia 6-14 minggu (dosis pertama tidak diberikan pada usia ≥ 15 minggu), dosis kedua dan ketiga diberikan dengan interval 4-10 minggu. Batas akhir pemberian pada usia 32 minggu.

g. Vaksin influenza

Vaksin influenza diberikan pada usia lebih dari 6 bulan, diulang setiap tahun. Untuk imunisasi pertama kali (primary immunization) pada anak usia kurang dari 9 tahun diberi dua kali dengan interval minimal 4 minggu. Untuk anak 6-36 bulan, dosis 0,25 mL. Untuk anak usia 36 bulan atau lebih, dosis 0,5 mL.

h. Vaksin campak

Vaksin campak kedua (18 bulan) tidak perlu diberikan apabila sudah mendapatkan MMR.

i. Vaksin MMR/MR

Apabila sudah mendapatkan vaksin campak pada usia 9 bulan, maka vaksin MMR/MR diberikan pada usia 15 bulan (minimal interval 6 bulan). Apabila pada usia 12 bulan belum mendapatkan vaksin campak, maka dapat diberikan vaksin MMR/MR.

j. Vaksin varisela

Vaksin varisela diberikan setelah usia 12 bulan, terbaik pada usia sebelum masuk sekolah dasar. Apabila diberikan pada usia lebih dari 13 tahun, perlu 2 dosis dengan interval minimal 4 minggu.

k. Vaksin human papilloma virus (HPV)

Vaksin HPV diberikan mulai usia 10 tahun. Vaksin HPV bivalen diberikan tiga kali dengan jadwal 0, 1, 6 bulan; vaksin HPV tetravalent dengan jadwal 0,2,6 bulan. Apabila diberikan pada remaja usia 10-13 tahun,

pemberian cukup 2 dosis dengan interval 6-12 bulan; respons antibodi setara dengan 3 dosis.

l. Vaksin Japanese encephalitis (JE)

Vaksin JE diberikan mulai usia 12 bulan pada daerah endemis atau turis yang akan bepergian ke daerah endemis tersebut. Untuk perlindungan jangka panjang dapat diberikan booster 1-2 tahun berikutnya.

m. Vaksin dengue

Diberikan pada usia 9-16 tahun dengan jadwal 0,6, dan 12 bulan (IDAI, 2017).

Gambar 2.10 Jadwal Imunisasi (IDAI, 2017)

2.1.5 Konsep Dasar KB (Keluarga Berencana)

1. Pengertian

Keluarga berencana adalah suatu usaha untuk menjarangkan atau merencanakan jumlah dan jarak kehamilan dengan memakai kontrasepsi (Manuaba, 2012).

Keluarga berencana menurut WHO adalah tindakan yang memakai individu atau pasangan suami istri untuk:

a. Mendapatkan obyek-obyek tertentu
b. Menghindari kelahiran yang tidak diinginkan
c. Mendapatkan kelahiran yang memang diinginkan
d. Mengatur interval diantara kehamilan
e. Mengontrol waktu saat kelahiran dalam hubungan dengan umur suami istri
f. Menentukan jumlah anak dalam keluarga (Hanafi, 2012)

2. Tujuan KB

Tujuan dilaksanakan program KB yaitu untuk membentuk keluarga kecil sesuai dengan kekuatan sosial ekonomi suatu keluarga dengan cara pengaturan kelahiran anak agar diperoleh suatu keluarga bahagia dan sejahtera yang dapat memenuhi kebutuhan hidupnya (Sulistyawati, 2013).

Tujuan program KB lainnya yaitu untuk menurunkan angka kelahiran yang bermakna, untuk mencapai tujuan tersebut maka diadakan kebijakaan yang dikategorikan dalam tiga fase (menjarangkan, menunda, dan menghentikan) maksud dari kebijakaan tersebut yaitu untuk menyelamatkan ibu dan anak akibat melahirkan pada usia muda, jarak

kelahiran yang terlalu dekat dan melahirkan pada usia tua (Hartanto, 2009).

3. Sasaran Keluarga Berencana

Sasaran dan target yang ingin dicapai dengan program Keluarga Berencana adalah segera tercapai dan melembaganya Norma Keluarga Kecil yang Bahagia dan Sejahtera (NKKBS) pada masyarakat Indonesia. Menurut Depkes RI (2013), sasaran yang mesti digarap untuk mencapai target tersebut adalah:

a. Pasangan Usia Subur (PUS), yaitu pasangan suami istri yang hidup bersama dimana istrinya berusia 15-49 tahun harus dimotivasi terus-menerus sehingga menjadi peserta Keluarga Berencana lestari
b. Non PUS, yaitu anak sekolah, orang yang belum kawin, pemuda-pemudi, pasangan suami istri di atas usia 45 tahun, dan tokoh masyarakat
c. Institusional, yaitu berbagai organisasi, lembaga masyarakat, pemerintahan, dan swasta.

4. **Jenis – Jenis Alat Kontrasepsi**

a. Kontrasepsi Tanpa Alat/Obat

1) Senggama terputus *(coitus interuptus)*

Menurut BKKBN (2015) senggama terputus adalah metode keluarga berencana tradisional, dimana pria mengeluarkan alat kelaminnya (penis) dari vagina sebelum pria mencapai ejakulasi sehingga sperma tidak masuk ke dalam

vagina sehingga tidak ada pertemuan antara sperma dan ovum, dan kehamilan dapat dicegah.

2)* Metoda *Amenorhea Laktasi (*MAL*)

Menurut BKKBN (2015) *MAL* adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian ASI secara eksklusif. MAL dapat dipakai sebagai kontrasepsi bila menyusui secara penuh ≥8x sehari, belum haid, umur bayi kurang dari 6 bulan. Cara kerja metode ini yaitu dengan menunda atau menekan ovulasi.

3) Metode kalender

Menurut BKKBN (2015) metode ini dilakukan dengan cara menentukan masa subur. Senggama dihindari pada masa subur yaitu dekat dengan pertengahan siklus haid atau terdapat tanda-tanda adanya kesuburan yaitu keluarnya lendir encer dari liang vagina. Untuk perhitungan masa subur dipakai rumus siklus terpanjang dikurangi 11. Siklus terpendek dikurangi 18. Antara kedua waktu senggama dihindari.

4) Metode *suhu basal*

Menurut BKKBN (2015) peninggian suhu badan basal 0,2-0,5 C waktu ovulasi. Peningkatan suhu badan basal disebabkan oleh peningkatan kadar hormon progesteron mulai 1-2 hari setelah ovulasi. Efektivitas kegagalan 0,3-6,6 kehamilan pada 100 wanita pertahun. Kerugian utama metode suhu badan basal adalah berpantang sudah harus dilakukan pada masa *pra ovulasi*. Usaha ini dilakukan sewaktu bangun pagi sebelum menjalankan kegiatan apapun dengan memasukkan *thermometer* dalam *rektum* atau *sublingual* selama 5 menit**.**

5) Metode lendir servik atau *metode ovulasi billing (MOB)*

Menurut BKKBN (2015) perubahan lendir serviks yang terjadi karena perubahan kadar *estrogen*. Masa subur dapat dipantau melalui lendir servik yang keluar dari vagina pengamatan sepanjang hari dan ambil kesimpulan pada malam hari.

b. Metode barrier

1) Kondom

Menurut BKKBN (2015) sarung atau selubung karet yang berbentuk silinder yang digunakan untuk menghalangi masuknya *spermatozoa* ke dalam saluran reproduksi perempuan. Prinsip kerja kondom ialah sebagai perisai dari penis sewaktu melakukan *coitus* dan mencegah pengumpulan sperma dalam vagina. Keuntungan kondom selain untuk memberi perlindungan terhadap penyakit kelamin juga dapat digunakan untuk tujuan *kontrasepsi*. Kekurangannya adalah ada kalanya pasangan yang mempergunakannya merasakan selaput karet tersebut sebagai penghalang dalam kenikmatan saat *coitus.* Yang boleh menggunakan kondom adalah laki-laki dengan penyakit genetalia, penis sensitif terhadap sekret vagina, ejakulasi dini. Sebagai kontrasepsi sementara.

2) Diafragma

Menurut BKKBN (2015) diafragma merupakan kap berbentuk bulat cembung terbuat dari lateks yang diinsersikan dalam vagina sebelum berhubungan seksual dan menutup serviks. Cara kerjanya dengan menahan sperma agar tidak

masuk ke saluran reproduksi bagian atas (*uterus* dan *tuba fallopi*) dan sebagai alat tempat *spermisida*.

c. Kontrasepsi Hormon Steroid

1) **Pil oral kombinasi**

Menurut BKKBN (2015) pil kombinasi mengandung *estrogen* dan *progesteron* yang harus diminum setiap hari.

2) **Kontasepsi Pil Yang Berisi *Progestin* Saja (Mini Pil)**

Menurut BKKBN (2015) mini pil digunakan oleh perempuan yang ingin menggunakan kontrasepsi oral tetapi menyusui.

d. Kontrasepsi suntikan

Menurut BKKBN (2015) kontrasepsi suntik dibagi menjadi 2 yaitu :

1) **Suntik 3 bulan *(depo provera)***

Menurut BKKBN (2015) suntik 3 bulan digunakan untuk kontrasepsi parenteral mempunyai efek progesteron yang kuat dan efektif. Noristerat termasuk golongan kontrasepsi suntikan.

a) Mekanisme kerja

(1) Mencegah ovulasi

(2) Mengentalkan lendir servik

(3) Menjadikan selaput lendir rahim tipis dan atrofi

(4) Menghambat transportasi gamet oleh tuba

b) Keuntungan

(1) Sangat efektif dan mempunyai efek pencegahan kehamilan jangka panjang

(2) Tidak berpengaruh terhadap hubungan suami istri

(3) Tidak mengandung estrogen sehingga tidak berdampak serius terhadap penyakit jantung dan gangguan pembekuan darah

(4) Tidak mempengaruhi ASI

(5) Efek samping sedikit

(6) Mencegah *kanker* endometrium dan kehamilan ektopik

(7) Menurunkan kejadian penyakit jinak payudara

(8) Menurunkan krisis anemia bulan sabit

(9) Mencegah beberapa penyakit radang panggul

c) Keterbatasan

(1) Pola haid tidak teratur

(2) Pada waktu tertentu harus kembali untuk mendapat suntikan

(3) Tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu sebelum suntikan berikutnya

(4) Permasalahan berat badan

(5) Tidak melindungi terhadap penyakit infeksi menular seksual, HIV/AIDS

(6) Setelah pemakaian suntikan kesuburan terlambat kembali karena pelepasan suntikan sebelumnya belum habis

d) Indikasi

(1) Usia reproduksi

(2) Nulipara dan yang telah memiliki anak

(3) Menghendkaki kontrasepsi jangka panjang dan efektivitas tinggi

(4) Menyusui dan membutuhkan kontrasepsi

(5) Setelah melahirkan dan tidak menyusui

(6) Setelah abortus

(7) Telah mempunyai banyak anak tetapi belum menginginkan *tubektomi*

(8) Perokok

(9) Tekanan darah 180/110 mmHg, dengan masalah gangguan pembekuan darah atau anemia bulan sabit

(10) Sering lupa minum pil kontrasepsi

e) Kontraindikasi

(1) Hamil atau dicurigai hamil

(2) Perdarahan pervaginam yang belum jelas

(3) Tidak dapat menerima terjadinya gangguan pola haid terutama amenorea

(4) Menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara

(5) *Diabetes mellitus* disertai komplikasi.

f) Waktu Pemberian

(1) Setelah melahirkan: hari ke 3 – 5 pasca salin dan setelah ASI berproduksi

(2) Setelah keguguran: segera setelah dilakukan kuretase atau 30 hari setelah keguguran (asal ibu belum hamil lagi)

(3) Dalam masa haid: Hari pertama sampai hari ke-5 masa haid

g) Lokasi Penyuntikan

(1) Daerah bokong/pantat

(2) Daerah otot lengan atas

2) **Suntikan 1 bulan *(monthly injectable)***

Menurut BKKBN (2015) suntik bulanan mengandung 2 hormon *progestin* dan *estrogen* seperti hormon alami pada tubuh. Mekanisme kerjanya adalah menekan ovulasi, membuat lender servik menjadi kental, perubahan pada *endometrium (atrofi)* sehingga implantasi terganggu, menghambat transportasi gamet oleh tuba. Efektivitas tergantung saat kembalinya untuk mendapatkan suntikan, bila tepat waktu angka kehamilannya 0,1-0,4 per 100 perempuan.

e) Alat kontrasepsi dalam Rahim

Menurut BKKBN (2015) AKDR (IUD) adalah alat kontrasepsi yang di masukkan ke dalam uterus untuk tujuan mencegah kehamilan. Jenis – jenis AKDR yang umum adalah *CuT-380A, NOVA T.*

f) Alat Kontrasepsi Bawah Kulit (AKBK)

Menurut BKKBN (2015) implan merupakan metode kontrasepsi hormonal yang efetif, tidak permanen, dan dapat mencegah terjadinya kehamilan antara tiga sampai lima tahun. Jenis-jenis implant

a) *Norplant* terdiri 6 kapsul dengan 216 mg *levonogastrel* dengan lama kerja 5 tahun
b) *Implanon* merupakan kontrasepsi subdermal kapsul tunggal yang mengandung *etonogestrel* (3-*ketodesogestrel)* dengan lama kerja 3 tahun.
c) *Jadelle (norplant II*) dan indoplant terdiri dari 2 batang dengan 150 mg *lenovogastrel* dengan lama kerja 5 tahun

g) Kontrasepsi Mantap

1) Vasektomi

Menurut BKKBN (2015) vasektomi merupakan metode kontrasepsi untuk laki-laki yang tidak ingin anak lagi. Perlu prosedur bedah untuk melakukan *vasektomi.*

2) Tubektomi

Menurut BKKBN (2015) merupakan metode kontrasepsi untuk perempuan yag tidak inginanak lagi. Perlu prosedur bedah untuk melakukan *tubektomi*.

5. Syarat-Syarat Penggunaan Kontrasepsi

Menurut Sulistyawati (2013), syarat-syrat suatu metode kontrasepsi sebagai berikut:

a. Aman, artinya tidak akan menimbulkan komplikasi berat bila digunakan.
b. Berdaya guna, dalam arti bila digunakan sesuai dengan aturan akan dapat mencegah terjadinya kehamilan.
c. Dapat diterima, bukan hanya oleh klien melainkan juga oleh lingkungan budaya di masyarakat.
d. Terjangkau harganya oleh masyarakat.
e. Bila metode tersebut dihentikan penggunaannya, klien akan segera kembali kesuburannya, kecuali untuk kontrasepsi mantap.

6. Faktor – Faktor dalam Memilih Kontrasepsi

Menurut Sulistyawati (2016) faktor faktor memilih metode kotrasepsi:

a. Faktor pasangan
    1. Gaya hidup

2. Frekuensi senggama
3. Jumlah keluarga yang diinginkan
4. Pengalaman dengan kontrasepsi yang lain
5. Umur
6. Sikap kewanitaan dan kepriaan

b. Faktor Kesehatan

1. Status kasehatan
2. Riwayat haid
3. Pemeriksaan fisik
4. Pemeriksaan panggul

c. Faktor metode kontrasepsi

1. Efektifitas
2. Efek samping minor
3. Kerugian
4. Komplikasi-komplikasi yang potensial
5. Biaya

2.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Manajemen Varney

2.2.1 Definisi Asuhan Kebidanan

Asuhan Kebidanan merupakan penerapan fungsi dan kegiatan yang menjadi tanggung jawab dalam memberikan pelayanan kepada klien yang mempunyai kebutuhan atau masalah dalam bidang kesehatan ibu pada masa hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir, serta keluarga berencana (Depkes RI, 2011)

2.2.2 Langkah Langkah Asuhan Kebidanan Manajemen Varney

1. **Langkah I: Pengumpulan Data Dasar**

Pada langkah pertama ini dilakukan pengumpulan data dasar untuk mengumpulkan semua data yang diperlukan guna mengevaluasi keadaan klien secara lengkap. Data terdiri atas data subjektif dan data objektif. Data subjektif dapat diperoleh melalui anamnesa langsung, maupun meninjau catatan dokumentasi asuhan sebelumnya, dan data objektif didapatkan dari pemeriksaan langsung pada pasien. Pada langkah pertama ini dikumpulkan semua informasi yang akurat dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien (Depkes RI, 2011).

2. **Langkah II: Interpretasi Data Dasar**

Pada langkah ini, data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga ditemukan diagnosis yang spesifik (sesuai dengan “nomenklatur standar diagnosa”) dan atau masalah yang menyertai. Dapat juga dirumuskan kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan. Masalah dan diagnosis keduanya digunakan karena beberapa masalah tidak dapat diselesaiakan seperti diagnosis, tetapi membutuhkan penanganan yang dituangkan ke dalam sebuah rencana asuhan terhadap klien. Masalah sering berkaitan dengan pengalaman wanita yang diidentifikasi oleh bidan. Masalah ini sering menyertai diagnosa. Sebagai contoh diperoleh diagnosa “kemungkinan wanita hamil”, dan masalah yang berhubungan dengan diagnosa ini adalah bahwa wanita tersebut mungkin tidak menginginkan kehamilannya (Depkes RI, 2011).

3. **Langkah III: Mengidentifikasi Diagnosa atau Masalah Potensial**

Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosa yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan. Sambil mengamati klien, bidan diharapkan dapat bersiap-siap bila diagnosa/masalah potensial ini benar-benar terjadi.

Pada langkah ini penting sekali melakukan asuhan yang aman. Contoh: seorang wanita yang hamil pertama kali, tetapi letak janinnya tidak normal (misalnya: bayi letak sungsang), yang harus diantisipasi adalah terhadap kemungkinan kelahiran bayi tersebut apabila ingin dilahirkan pervaginam, maka bidan harus dipertimbangkan besarnya janin dan ukuran panggul ibu, juga harus dapat mengantisipasi terjadinya persalinan macet *(aftercoming head)* pada waktu melahirkan kepala (Depkes RI, 2011).

4. **Langkah IV: Mengidentifikasi dan Menetapkan Kebutuhan yang Memerlukan Penanganan Segera**

Pada langkah ini, bidan mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai kondisi klien. Dalam kondisi tertentu seorang wanita mungkin akan memerlukan konsultasi atau kolaborasi dengan dokter atau tim kesehatan lainnya seperti pekerja sosial, ahli gizi atau seorang ahli perawatan klinis bayi baru lahir. Dalam hal ini bidan harus mampu mengevaluasi kondisi setiap klien untuk menentukan kepada siapa konsultasi dan kolaborasi yang paling tepat dalam manajemen asuhan kebidanan (Depkes RI, 2011).

5. Langkah V: Merencanakan Asuhan yang Menyeluruh

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh, ditentukan oleh langkah- langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnosa atau masalah yang telah diidentifikasi atau diantisipasi, dan pada langkah ini reformasi / data dasar yang tidak lengkap dapat dilengkapi. Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap masalah yang berkaitan tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap wanita tersebut seperti apa yang diperkirakan akan terjadi berikutnya apakah dibutuhkan penyuluhan, konseling, dan apakah perlu merujuk klien bila ada masalah-masalah yang berkaitan dengan sosial-ekonomi, kultural atau masalah psikologis.

Dengan perkataan lain, asuhan terhadap wanita tersebut sudah mencakup setiap hal yang berkaitan dengan semua aspek asuhan. Setiap rencana haruslah disetujui oleh kedua belah pihak, yaitu oleh bidan dan klien, agar dapat dilaksankan dengan efektif karena klien merupakan bagian dari pelaksanaan rencana tersebut. Oleh karena itu, pada langkah ini tugas bidan adalah merumuskan rencana asuhan sesuai dengan hasil pembahasan rencana bersama klien, kemudian membuat kesepakatan bersama sebelum melaksanakannya (Depkes RI, 2011).

6. Langkah VI: Melaksanakan Perencanaan

Pada langkah ini, rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diurakan pada langkah kelima dilaksanakan secara efisien dan

aman. Perencanaan ini bisa dilakukan oleh bidan atau sebagian dilakukan oleh bidan dan sebagian lagi oleh klien, atau anggota tim kesehatan yang lain. Jika bidan tidak melakukannya sendiri, ia tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya (misalnya: memastikan agar langkah-langkah tersebut benar-benar terlaksana). Dalam situasi dimana bidan dalam manajemen asuhan bagi klien adalah bertanggungjawab terhadap terlaksananya rencana asuhan bersama yang menyeluruh tersebut. Manajemen yang efisien akan mengurangi waktu dan biaya serta meningkatkan mutu dari asuhan klien (Depkes RI, 2011).

7. Langkah VII: Evaluasi

Pada langkah ketujuh ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan sebagaimana telah diidentifikasi dalam masalah dan diagnosis. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang sesuai dengan masalah dan diagnosis klien, juga benar dalam pelaksanaannya. Disamping melakukan evaluasi terhadap hasil asuhan yang telah diberikan, bidan juga dapat melakukan evaluasi terhadap proses asuhan yang telah diberikan. Dengan harapan, hasil evaluasi proes sama dengan hasil evaluasi secara keseluruhan (Depkes RI, 2011).

2.3 Konsep Dasar Dokumentasi Mengacu SOAP

2.3.1 Pengertian Dokumentasi

Dokumentasi dalam asuhan kebidanan adalah suatu pencatatan yang lengkap dan akurat terhadap keadaan/kejadian yang dilihat dalam pelaksanaan asuhan kebidanan (proses asuhan kebidanan) (Estiwidani, 2012).

2.3.2 Fungsi Dokumentasi

1. Sebagai dokumen yang sah sebagai bukti atas asuhan yang telah diberikan
2. Sebagai sarana komunikasi dalam tim kesehatan yang memberikan asuhan
3. Sebagai sumber data yang memebrikan gambaran tentang kronologis kejadian kondisi yang terobservasi untuk mengikuti perkembangan dan evaluasi respon pasien terhadap asuhan yang telah diberikan
4. Sebagai sumber data penting untuk Pendidikan penelitian (Estiwidani, 2012).

2.3.3 Manfaat dan Pentingnya Dokumentasi

1. Nilai hukum - catatan informasi tentang klien/pasien merupakan dokumentasi resmi dan mempunyai nilai hukum jika terjadi suatu masalah yang berkaitan dengan pelanggaran etika & moral profesi, dokumentasi dapat merupakan barang bukti tentang tindakan yang telah dilakukan bidan sekaligus sebagai bahan pertimbangan dalam memberikan sanksi.

2. Jaminan mutu (*quality control*) – pencatatan yang lengkap & akurat dapat menjadi tolak - ukur dalam menilai asuhan yang telah diberikan dan menentukan tindak lanjut berikutnya.
3. Alat komunikasi – merupakan alat “perekam” terhadap masalah yang terkait dengan klien/pasien atau tenaga kesehatan lain. Dapat dilihat apa yang telah terjadi/dilakukan terhadap pasien/klien, terutama pada keadaan dimana pasien perlu dirujuk atau dikonsultasikan ke dokter/ahli gizi dsb.
4. Nilai administrasi termasuk salah satunya adalah biaya/dana – dapat dipergunakan sebagai pertimbangan/acuan dalam menentukan biaya yang telah dibutuhkan/dikeluarkan untuk asuhan.
5. Nilai pendidikan dapat di pergunakan sebagai bahan pembelajaran bagi peserta didik kebidanan maupun tenaga bidan muda, karena menyangkut secara kronologis proses asuhan kebidanan serta tindakan yang dilakukan (sistematika pelaksanaan).
6. Bahan penelitian dokumentasi yang rangkap & akurat dapat mempunyai nilai bagi penelitian dalam pengembangan pelayanan kebidanan selanjutnya (objek riset).
7. Akreditasi/audit digunakan sebagai kesimpulan keberhasilan asuhan yang diberikan serta menentukan/memperlihatkan peran & fungsi bidan dalam masalah kebidanan (Estiwidani, 2012).

2.3.4 Yang Perlu diperhatikan dalam Dokumentasi

1. Jangan mencoret-coret tulisan yang salah, karena akan terlihat seperti bidan mencoba menutupi sesuatu/informasi atau merusak catatan. Jika ada kesalahan dalam mencatat lebih baik diberi garis

pada tulisan yang salah dengan diberi catatan “salah” dan diberi paraf dan kemudian ditulis catatan yang benar.

2. Jangan memberi komentar/menulis hal yang bersifat mengkritik klien atau tenaga kesehatan lain. Ditulis hanya uraian obyektif perilaku klien atau tindakan yang dilakukan.
3. Koreksi terhadap kesalahan dibuat dengan segera mungkin, karena kesalahan mencatat dapat diikuti dengan kesalahan tindakan.
4. Catat hanya fakta, jangan membuat spekulasi atau perkiraan dari situasi yang ada.
5. Semua catatan harus ditulis dengan tinta dan menggunakan bahasa yang lugas dan jelas (hindari istilah-istilah yang tidak dimengerti). Karena tulisan yang tidak dimengerti dapat disalah tafsirkan dan menimbulkan persepsi yang salah (jangan pakai pensil, karena mudah terhapus).
6. Hindari catatan yang bersifat umum, karena informasi yang spesifik tentang klien atau tentang keadaannya akan hilang.
7. Ingat bahwa bidan bertanggung jawab atas informasi yang dicatatnya/ditulisnya. Asuhan kebidanan komprehensif membutuhkan data informasi yang lengkap, obyektif, dapat dipercaya, karena hal tersebut. Dapat menjadi bumerang bagi bidan jika dilaksanakan secara tidak sesuai ketentuan yang ada (Estiwidani, 2012).

2.3.5 Prinsip Prinsip Teknik Pencatatan

1. Mencantumkan nama jelas pasien pada setiap lembaran observasi atau pemeriksaan
2. Menulis dengan tinta hitam (tidak boleh pakai pensil), supaya tidak terhapus dan bila perlu foto copy akan lebih jelas.

3. Menuliskan tanggal, jam, pemeriksaan, tindakan atau observasi yang dilakukan sesuai dengan temuan yang obyektif (kenyataan) dan bukan interpretasi (hindari kata penilaian seperti tampaknya, rupanya).
4. Tuliskan nama jelas pada setiap pesanan, hasil observasi dan pemeriksaan oleh orang yang melakukan.
5. Hasil temuan digambarkan secara jelas termasuk posisi, kondisi, tanda, gejala, warna, jumlah dan besar dengan ukuran yang lazim dipakai. Memakai singkatan atau simbol yang sudah di sepakati, misalnya KU, Ket +, KPD, Letkep, Letsu, S/N, T dan lain-lain.
6. Interpretasi data objektif harus di dukung oleh observasi.
7. Kolom tidak dibiarkan kosong tetapi dibuat tanda penutup. Misalnya dengan garis atau tanda silang.
8. Bila ada kesalahan menulis, tidak diperkenankan menghapus, (ditutup, atau ditip'ex), tetapi dicoret dengan garis dan membubuhkan paraf disampingnya (Estiwidani, 2012).

2.3.6 Prinsip Prinsip Pelaksanaan Dokumentasi di Klinik

1. Dalam pelaksanaan harian dapat dicatat secara singkat dilembaran kertas, yang khusus disediakan, kemudian dipindahkan secara lengkap dengan nama dan identifikasi yang lengkap dan jelas.
2. Tidak mencatat tindakan yang belum dilakukan/dilaksanakan
3. Hasil observasi atau perubahan yang nyata harus segera dicatat
4. Pada keadaan emergensi/gawat darurat dimana bidan terlibat langsung dalam tindakan penyelamatan, perlu ditugaskan seseorang khusus untuk mencatat semua tindakan dan obat-obatan yang diberikan secara berurutan dan setelah tindakan selesai, si pelaksana perlu

segera memeriksa kembali catatan tersebut apakah ada yang ketinggalan atau tidak sesuai dan perlu koreksi (Estiwidani, 2012).

2.3.7 Model Dokumentasi Asuhan Kebidanan

Model dokumentasi yang digunakan dalam asuhan kebidanan adalah dalam bentuk catatan perkembangan, karena bentuk asuhan yang diberikan berkesinambungan dan menggunakan proses yang terus menerus *(Progress Notes)*. Bentuk dokumentasi ini sangat cocok digunakan oleh tenaga kesehatan yang memberikan asuhan secara berkesinambungan, sehingga perkembangan klien dapat dilihat dari awal sampai akhir (Estiwidani, 2012).

2.3.8 Dengan Menggunakan SOAP

S : Data informasi yang subjektif (mencatat hasil anamnesa)

O : Data informasi Objektif (Hasil pemeriksaan, observasi)

A : Mencatat hasil Analisa (diagnosa dan masalah Kebidanan)

P : Mencatat seluruh penatalaksanaan yang dilakukan (tindakan antisipasi, tindakan segera, tindakan rutin, penyuluhan, support, kolaborasi, rujukan dan evaluasi/follow up)

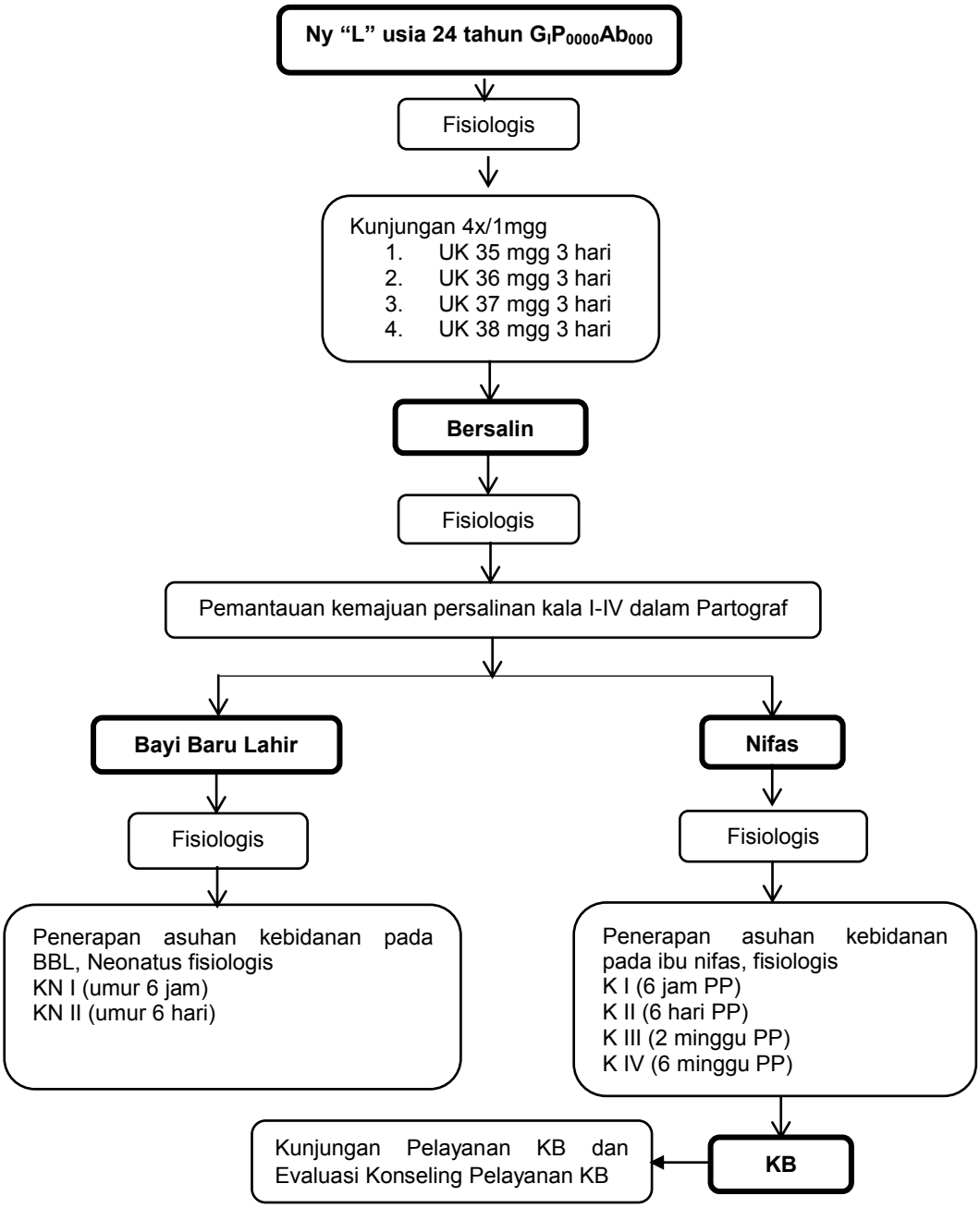
Dokumentasi SOAP ini di catat pada lembar catatan perkembangan yang ada dalam rekam medik pasien (Estiwidani, 2012).

BAB III

KERANGKA KONSEP KEGIATAN ASUHAN KEBIDANAN

3.1 Kerangka Konsep Kegiatan

Laporan Tugas Akhir ini bisa digambarkan sebagai berikut:



Keterangan:

= Dilakukan

Gambar 3.1 Kerangka Konsep Kegiatan Asuhan Kebidanan

3.2 Pembahasan Kerangka Konsep

Pada pelaksanaan laporan tugas akhir, penulis melakukan asuhan kebidanan pada Ny "L" usia 24 tahun $G_IP_{0000}Ab_{000}$ yang komprehensif dimulai dari hamil trimester III, bersalin, neonatus, nifas, dan sampai KB dengan melakukan kunjungan rumah sebanyak 12 kali. Pertama penulis melakukan informed consent dengan klien dan keluarga, sebagai bukti lembar persetujuan asuhan yang akan diberikan. Pada kehamilan fisiologis penulis memberikan asuhan kebidanan secara komprehensif dan melakukan kunjungan rumah sebanyak 4 kali selama masa kehamilan yaitu kunjungan I (35 minggu 3 hari), kunjungan II (36 minggu 3 hari), kunjungan III (37 minggu 3 hari), dan kunjungan IV (38 minggu 3 hari).

Pada saat memasuki proses persalinan, penulis melakukan pengkajian dan asuhan mulai dari kala I fase aktif sampai kala IV, dimana pada kala I Ny "L" adalah patologis, karena kala I fase aktif memanjang namun kala II, III, dan IV fisiologis. Penulis melakukan pemantauan kemajuan persalinan menggunakan partograf.

Setelah bayi lahir, penulis melakukan penerapan asuhan kebidanan pada bayi baru lahir fisiologis sebanyak 2 kali kunjungan, yaitu kunjungan I (usia 6 jam), dan kunjungan II (usia 6 hari). Masa nifas Ny "L" fisiologis, penulis melakukan kunjungan sebanyak 4 kali kunjungan, kunjungan I (6 jam postpartum), kunjungan II (6 hari postpartum), kunjungan III (2 minggu postpartum), dan kunjungan IV (6 minggu postpartum). Pada kunjungan masa nifas 6 minggu, penulis juga melakukan konseling KB. Kemudian pada tanggal 26 Juni 2019, Ny "L" melakukan suntik KB 3 bulan di RB Dillah Sobirin Pakis, dan kunjungan evaluasi KB dilakukan pada tanggal 6 Juli 2019.

BAB IV

LAPORAN PELAKSANAAN ASUHAN

4.1 Laporan Pelaksanaan Asuhan Kehamilan

4.1.1 Kunjungan 1 ANC

1. Pengkajian

Tanggal Pengkajian : 1 April 2019

Jam Pengkajian : 10.30 WIB

Tempat : Jl. Jombang Gg 2 No. 15b (Domisili Pasien)

Pengkaji : Dwi Kumala Wardani

2. Pengumpulan Data Dasar

DATA SUBJEKTIF

Biodata

Nama Ibu	: Ny “L”	Nama	: Tn “A”
Umur	: 24 tahun	Umur	: 24 tahun
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: SMU	Pendidikan	: SMU
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Swasta (PT. KAI)
Alamat	: Asrikaton Jl. Anggrek I 1/3 Pakis, Malang		

Keluhan Utama

Ibu mengatakan tidak sedang memiliki keluhan kehamilan apapun.

Riwayat Menstruasi

Menarche : 14 tahun

Siklus Haid : 30 hari

Lama Haid : 6 hari

Flour Albus : (-)

HPHT : 27-7-2018

HPL : 4-5-2019

UK : 35 minggu 3 hari

Riwayat Perkawinan

Perkawinan ke : 1

Umur kawin : 24 tahun

Lama kawin : 9 bulan

Jumlah anak : -

Riwayat Kehamilan, Persalinan, Nifas, dan KB yang lalu

Kehamilan		Persalinan			Anak			Nifas		KB	
No.	UK	Jenis	Penolong	Tempat	BBL	JK	Usia	Lama	ASI	Jenis	Lama
1	H	A	M	I	L		I	N	I		

Riwayat Kehamilan Sekarang

Ibu mengatakan ini adalah kehamilannya yang pertama, dan usia kehamilan 8 bulan. Pada trimester 1 hingga sekarang trimester 3 ibu mengatakan tidak pernah memiliki keluhan kehamilan apapun.

Riwayat Kesehatan Ibu

Ibu mengatakan saat ini tidak sedang menderita penyakit apapun, baik menular (PMS, HIV/AIDS, Hepatitis), menurun (hipertensi, DM, paru), dan menahun (jantung, ginjal).

Riwayat Kesehatan Keluarga

Ibu mengatakan baik suami, keluarga, maupun keluarga suami tidak ada yang memiliki riwayat penyakit menular (PMS, HIV/AIDS, Hepatitis), menurun (hipertensi, DM, paru), dan menahun (jantung, ginjal).

Riwayat Psikososial, Ekonomi, dan Spiritual

Ibu mengatakan mendapatkan dukungan dan motivasi kehamilan dari suami, keluarga, dan keluarga suami. Setiap memeriksakan kehamilan ibu biasa ditemani suami dan mertua, setelah melahirkan ibu mertua juga siap membantu ibu dalam merawat bayinya nanti. Ibu merupakan seorang ibu rumah tangga, yang memiliki hubungan baik dengan tetangga dan warga sekitar. Suami ibu merupakan seorang pekerja swasta di PT. KAI. Ibu dan keluarga selalu menunaikan ibadah sholat 5 waktu.

Tingkat Pengetahuan

Yang diketahui :

Ibu mengatakan mengetahui nutrisi yang baik selama hamil, aktivitas fisik yang cocok untuk ibu hamil, istirahat dan personal hygiene yang dianjurkan untuk ibu hamil, cara senam hamil, perawatan payudara, tanda bahaya ibu hamil, latihan pernapasan, tanda tanda persalinan,

Yang tidak diketahui :

Ibu mengatakan tidak mengetahui cara memandikan bayi, perawatan tali pusat, cara menyusui yang benar, dan senam nifas.

Pola Kebiasaan Sehari hari

Pola Nutrisi : Ibu mengatakan makan 3x sehari porsi penuh nasi dengan lauk pauk beragam, seperti ikan, ayam, telur,

daging, sayur sayuran, serta buah buahan. Minum air putih 8-10 gelas setiap hari.

Pola Aktivitas : Ibu mengatakan jalan jalan dipagi hari sebelum mengerjakan pekerjaan rumah seperti memasak, menyapu, mencuci baju, dan menyetrika baju. Ibu juga biasanya melakukan senam hamil sendiri dirumah.

Pola Istirahat : Ibu mengatakan tidur siang ±2 jam setiap hari, tidur malam ±8 jam setiap hari.

Pola Eliminasi : Ibu mengatakan BAK ±5-6 x/hari, BAB 1x/hari

Personal Hygiene: Ibu mengatakan mandi 2x sehari, gosok gigi 2x sehari, keramas 2 hari sekali, dan ganti pakaian setiap habis mandi atau setiap kali basah.

DATA OBJEKTIF

Pemeriksaan Umum

Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

TTV TD : 90/70 mmHg

N : 88 x/menit

RR : 22 x/ menit

S : 36,5^{O}C

BB sebelum hamil : 46 kg

BB sekarang : 63 kg

TB : 152 cm

LILA : 25 cm

Lingkar Panggul :

Distansia Spinarum : 28 cm

Distansia Kristarum : 30 cm

Konjugata Eksterna : 25 cm

Lingkar Panggul : 97 cm

Pemeriksaan Fisik

Kepala : Simetris, tidak ada benjolan abnormal

Muka : Tidak tampak anemis

Mata : Konjungtiva merah muda, sklera putih, tidak strabismus

Hidung : Tidak ada pernapasan cuping hidung, tidak ada polip

Mulut : Tidak pucat, tidak ada stomatitis

Gigi : Tidak ada karies gigi

Telinga : Simetris, tidak ada serumen

Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar thyroid, tidak ada bendungan vena jugularis

Dada : Simetris, tidak ada tarikan dinding dada abnormal

Payudara : Simetris, puting susu menonjol, hyperpigmentasi areola, kolostrum belum keluar

Abdomen :

Leopold I : Teraba lunak, tidak melenting (bokong) TFU 32 cm, ½ pusat-px

Leopold II : Teraba punggung kiri

Leopold III : Teraba bulat, melenting (kepala belum masuk PAP)

DJJ : (12+11+12) x 4 = 140 x/menit teratur, punctum maksimal di bawah pusat sebelah kiri

TBJ : (32-13) x 155 = 2.945 gram

Genetalia : Bersih, tidak ada pengeluaran cairan pervagina

Anus : Tidak ada hemoroid

Ekstremitas :

Atas : Simetris, pergerakan bebas, tidak oedema

Bawah : Simetris, tidak oedema, turgor kulit baik, reflek patella (+)

Pemeriksaan Penunjang

Dilakukan tanggal : 9-10-2018

Hb : 13,6 gr/dL

Albumin : (-)

Reduksi : (-)

GDA : 69 mg/Dl

HbSAg : (-)

HIV : (-)

Golda : A^+

ANALISA

Ny "L" usia 24 tahun $G_IP_{0000}Ab_{000}$ UK 35 minggu 3 hari T/H/I letkep dengan kehamilan fisiologis.

PENATALAKSANAAN

1. Memberikan informed consent kepada ibu

   Evaluasi: Ibu bersedia menjadi responden

2. Memberikan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga bahwa ibu dan janin dalam keadaan sehat

   Evaluasi: Ibu dan keluarga merasa lega

3. Menganjurkan ibu untuk tetap mempertahankan pola nutrisi, untuk mempertahankan kadar Hb, ibu tetap disarankan untuk makan sayur sayuran hijau seperti kangkung, bayam, dan hati ayam. Namun

menyarankan ibu untuk mengurangi karbohidrat seperti nasi, dan memperbanyak aktivitas ringan seperti senam hamil karena kenaikan berat badan ibu sudah melebihi batas normal.

Evaluasi: Ibu mengerti dengan penjelasan

4. Memastikan ibu untuk rutin minum tablet Fe setiap hari sekali malam sebelum tidur.

   Evaluasi: Ibu selalu mengkonsumsi tablet Fe setiap hari

5. Menganjurkan ibu untuk mengurangi aktivitas berat, memperbanyak istirahat dan sering melakukan olahraga ringan untuk ibu hamil.

   Evaluasi: Ibu bersedia untuk melakukan senam hamil

6. Memberitahu ibu tanda bahaya ibu hamil seperti muntah berkelanjutan, demam tinggi, sakit kepala yang hebat dan berkelanjutan, penglihatan kabur, bengkak pada wajah tangan dan kaki, perdarahan, keluarnya cairan/air ketuban sebelum waktunya, janin tidak bergerak aktif seperti biasa, dengan cara menganjurkan ibu menghitung gerakan bayi minimal 3 kali dalam 1 jam.

   Evaluasi: Ibu mengerti dengan penjelasan dan bersedia pergi ke tenaga kesehatan saat ada tanda bahaya kehamilan yang menyertai

7. Memberikan dukungan ibu untuk tetap kontrol rutin 2 minggu lagi, atau pergi ke tenaga kesehatan setiap ada keluhan.

   Evaluasi: Ibu bersedia kontrol ke bidan 2 minggu sekali, dan pergi ke bidan setiap ada keluhan.

4.1.2 Kunjungan 2 ANC

1. Pengkajian

Tanggal Pengkajian : 8 April 2019

Jam Pengkajian : 13.00 WIB

Tempat : Jl. Jombang Gg 2 No. 15b (Domisili Pasien)

Pengkaji : Dwi Kumala Wardani

2. Pengumpulan Data Dasar

DATA SUBJEKTIF

Keluhan Utama

Ibu mengeluh mudah lelah, nyeri perut bagian bawah, dan nyeri punggung.

Pola Kebiasaan Sehari hari

Pola Nutrisi : Ibu mengatakan makan 3x sehari porsi sedang nasi dengan lauk pauk beragam, seperti ikan, ayam, telur, daging, sayur sayuran, serta buah buahan. Minum air putih 8-10 gelas setiap hari.

Pola Aktivitas : Ibu mengatakan jalan jalan dipagi hari sebelum mengerjakan pekerjaan rumah seperti memasak, menyapu, mencuci baju, dan menyetrika baju, tanpa dibantu suami. Ibu juga biasanya melakukan senam hamil sendiri dirumah.

Pola Istirahat : Ibu mengatakan tidur siang ±2 jam setiap hari, tidur malam ±8 jam setiap hari.

Pola Eliminasi : Ibu mengatakan BAK ±5-6 x/hari, BAB 1x/hari

Personal Hygiene : Ibu mengatakan mandi 2x sehari, gosok gigi 2x sehari, keramas 2 hari sekali, dan ganti pakaian setiap habis mandi atau setiap kali basah.

DATA OBJEKTIF

Pemeriksaan Umum

Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

TTV TD : 90/70 mmHg

N : 88 x/menit

RR : 20 x/ menit

S : 36,5^{O}C

BB : 63 kg

Pemeriksaan Fisik

Kepala : Simetris, tidak ada benjolan abnormal

Muka : Tidak tampak anemis

Mata : Konjungtiva merah muda, sklera putih, tidak strabismus

Hidung : Tidak ada pernapasan cuping hidung, tidak ada polip

Mulut : Tidak pucat, tidak ada stomatitis

Gigi : Tidak ada karies gigi

Telinga : Simetris, tidak ada serumen

Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar thyroid, tidak ada bendungan vena jugularis

Dada : Simetris, tidak ada tarikan dinding dada abnormal

Payudara : Simetris, puting susu menonjol, hyperpigmentasi areola, kolostrum belum keluar

Abdomen :

Leopold I : Teraba lunak, tidak melenting (bokong) TFU 33 cm, 1/2 pusat-px

Leopold II : Teraba punggung kiri

Leopold III : Teraba bulat, melenting (kepala belum masuk PAP)

DJJ : 134 x/menit teratur, punctum maksimal di bawah pusat sebelah kiri

TBJ : (33-13) x 155 = 3.100 gram

Genetalia : Bersih, tidak ada pengeluaran cairan pervagina

Anus : Tidak ada hemoroid

Ekstremitas :

Atas : Simetris, pergerakan bebas, tidak oedema

Bawah : Simetris, tidak oedema, turgor kulit baik, pergerakan bebas

ANALISA

Ny "L" usia 24 tahun $G_IP_{0000}Ab_{000}$ UK 36 minggu 3 hari T/H/I letkep dengan kehamilan fisiologis.

PENATALAKSANAAN

1. Memberikan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga bahwa ibu dan janin dalam keadaan sehat

   Evaluasi: Ibu dan keluarga merasa lega

2. Menjelaskan kepada ibu tentang keluhan kehamilan yang dialami yaitu nyeri dibagian perut bawah merupakan hal fisiologis dimana kepala bayi sudah mulai turun dan masuk ke rongga panggul. Untuk mengatasinya, ibu disarankan untuk Teknik relaksasi, yaitu menarik nafas panjang dari hidung dan mengeluarkan dari mulut setiap kali merasa sakit perut.

   Evaluasi: Ibu mengerti dan sudah tidak khawatir lagi, Ibu bersedia melakukan Teknik relaksasi setiap kali perut sakit.

3. Menjelaskan kepada ibu tentang keluhan nyeri pinggang disebabkan karena ibu kelelahan dengan aktivitas fisik yang berlebihan, oleh karena itu ibu disarankan untuk mengurangi aktivitas berat, seperti mencuci baju.

   Evaluasi: Ibu bersedia untuk meminta bantuan suami saat mengangkat beban berat

8. Menganjurkan ibu untuk tetap mempertahankan pola nutrisi, untuk mempertahankan kadar Hb, agar ibu tidak mudah lelah dan lemas. Ibu tetap disarankan untuk makan sayur sayuran hijau seperti kangkung, bayam, dan hati ayam. Mengingatkan kembali kepada ibu untuk mengurangi karbohidrat seperti nasi, dan memperbanyak aktivitas ringan seperti senam hamil, karena kenaikan berat badan ibu sudah melebihi batas normal.

   Evaluasi: Ibu mengerti dengan penjelasan

4. Memastikan ibu untuk rutin minum tablet Fe setiap hari sekali malam sebelum tidur.

   Evaluasi: Ibu selalu mengkonsumsi tablet Fe setiap hari

5. Memberitahu ibu tanda bahaya ibu hamil seperti muntah berkelanjutan, demam tinggi, sakit kepala yang hebat dan berkelanjutan, penglihatan kabur, bengkak pada wajah tangan dan kaki, perdarahan, keluarnya cairan/air ketuban sebelum waktunya, janin tidak bergerak aktif seperti biasa.

   Evaluasi: Ibu mengerti dengan penjelasan dan bersedia pergi ke tenaga kesehatan saat ada tanda bahaya kehamilan yang menyertai

6. Memberikan dukungan ibu untuk tetap kontrol rutin 2 minggu lagi, atau pergi ke tenaga kesehatan setiap ada keluhan.

Evaluasi: Ibu bersedia kontrol ke bidan 2 minggu sekali, dan pergi ke bidan setiap ada keluhan.

4.1.3 Kunjungan 3 ANC

1. Pengkajian

Tanggal Pengkajian : 15 April 2019

Jam Pengkajian : 18.00 WIB

Tempat : Jl. Jombang Gg 2 No. 15b (Domisili Pasien)

Pengkaji : Dwi Kumala Wardani

2. Pengumpulan Data Dasar

DATA SUBJEKTIF

Keluhan Utama

Ibu mengatakan tidak ada keluhan. Ibu sudah tidak merasakan mudah lelah dan nyeri punggang.

Pola Kebiasaan Sehari hari

Pola Nutrisi : Ibu mengatakan makan 3x sehari porsi sedang nasi dengan lauk pauk beragam, seperti ikan, ayam, telur, daging, sayur sayuran, serta buah buahan. Minum air putih 8-10 gelas setiap hari.

Pola Aktivitas : Ibu mengatakan jalan jalan dipagi hari, Ibu sudah mengurangi mengerjakan pekerjaan rumah sediri seperti memasak, menyapu, mencuci baju, dan menyetrika baju. Ibu meminta bantuan suami unntuk menjemur pakaian. Ibu juga lebih sering melakukan senam hamil sendiri dirumah.

Pola Istirahat : Ibu mengatakan tidur siang ±2 jam setiap hari, tidur malam ±8 jam setiap hari.

Pola Eliminasi : Ibu mengatakan BAK ±5-6 x/hari, BAB 1x/hari

Personal Hygiene: Ibu mengatakan mandi 2x sehari, gosok gigi 2x sehari, keramas 2 hari sekali, dan ganti pakaian setiap habis mandi atau setiap kali basah.

DATA OBJEKTIF

Pemeriksaan Umum

Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

TTV TD : 100/80 mmHg

N : 84 x/menit

RR : 18 x/ menit

S : 36,5^{O}C

BB : 62,8 kg

Pemeriksaan Fisik

Kepala : Simetris, tidak ada benjolan abnormal

Muka : Tidak tampak anemis

Mata : Konjungtiva merah muda, sklera putih, tidak strabismus

Hidung : Tidak ada pernapasan cuping hidung, tidak ada polip

Mulut : Tidak pucat, tidak ada stomatitis

Gigi : Tidak ada karies gigi

Telinga : Simetris, tidak ada serumen

Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar thyroid, tidak ada bendungan vena jugularis

Dada : Simetris, tidak ada tarikan dinding dada abnormal

Payudara : Simetris, puting susu menonjol, hyperpigmentasi areola, kolostrum belum keluar

Abdomen :

Leopold I : Teraba lunak, tidak melenting (bokong) TFU 33 cm, ½ pusat - px

Leopold II : Teraba punggung kiri

Leopold III : Teraba bulat, melenting (kepala belum masuk PAP)

DJJ : 135 x/menit teratur, punctum maksimal di bawah pusat sebelah kiri

TBJ : (33-13) x155 = 3.100 gram

Genetalia : Bersih, tidak ada pengeluaran cairan pervagina

Anus : Tidak ada hemoroid

Ekstremitas :

Atas : Simetris, pergerakan bebas, tidak oedema

Bawah : Simetris, tidak oedema, turgor kulit baik, pergerakan bebas

ANALISA

Ny "L" usia 24 tahun $G_IP_{0000}Ab_{000}$ UK 37 minggu 3 hari T/H/I letkep dengan kehamilan fisiologis.

PENATALAKSANAAN

1. Memberikan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga bahwa ibu dan janin dalam keadaan sehat

   Evaluasi: Ibu dan keluarga merasa lega

2. Memberitahukan ibu tanda tanda persalinan diantaranya kontraksi perut makin lama makin sering, keluar lender bercampur darah, keluar cairan ketuban

   Evaluasi: Ibu mengerti, dan siap pergi ke bidan apabila merasakan tanda persalinan diatas

3. Menganjurkan ibu untuk mempersiapkan keperluan persalinan, seperti Bidan untuk tempat melahirkan, kendaraan untuk perjalanan, yang mendampingi saat persalinan, biaya persalinan/BPJS, dan keperluan ibu dan bayi.

   Evaluasi: Ibu sudah menyiapkan keperluan

4. Memastikan ibu untuk rutin minum tablet Fe setiap hari sekali malam sebelum tidur.

   Evaluasi: Ibu selalu mengkonsumsi tablet Fe setiap hari

5. Memastikan ibu untuk selalu melakukan teknik relaksasi setiap ada keluhan di perut maupun punggung, yaitu menarik nafas panjang dari hidung dan mengeluarkan dari mulut

   Evaluasi: Ibu dapat mengikuti sesuai yang diajarkan dan bersedia melakukan teknik relaksasi

6. Menganjurkan ibu untuk memperbanyak jalan jalan, jongkok, dan hubungan suami istri lebih sering. Agar kepala cepat masuk PAP dan mempercepat proses persalinan karena usia kehamilan ibu sudah cukup bulan

   Evaluasi: Ibu mengerti penjelasan, dan bersedia mengikuti saran.

7. Memberitahu ibu karena usia kehamilan sudah cukup bulan, jadi ibu harus segera ke tenaga kesehatan saat merasakan tanda persalinan.

Evaluasi: Ibu mengerti tanda persalinan, dan bersedia ke bidan saat ada tanda persalinan yang menyertai.

4.1.4 Kunjungan 4 ANC

1. Pengkajian

Tanggal Pengkajian : 22 April 2019

Jam Pengkajian : 20.00 WIB

Tempat : Asrikaton Jl. Anggrek 1 Pakis, Malang

Pengkaji : Dwi Kumala Wardani

2. Pengumpulan Data Dasar

DATA SUBJEKTIF

Keluhan Utama

Ibu mengatakan sudah mulai kenceng kenceng 2 kali dalam 10 menit lamanya 15 detik, mengeluarkan flek kecoklatan, dan ibu lebih sering BAK >10 kali/hari.

Pola Kebiasaan Sehari hari

Pola Nutrisi : Ibu mengatakan makan 3x sehari porsi sedang nasi dengan lauk pauk beragam, seperti ikan, ayam, telur, daging, sayur sayuran, serta buah buahan. Minum air putih 8 gelas setiap hari.

Pola Aktivitas : Ibu mengatakan jalan jalan dipagi hari sebelum mengerjakan pekerjaan rumah seperti memasak, menyapu, mencuci baju, dan menyetrika baju. Ibu mengikuti saran bidan untuk jalan cepat, jongkok jongkok.

Pola Istirahat : Ibu mengatakan tidur siang ±2 jam setiap hari, tidur malam ±8 jam setiap hari.

Pola Eliminasi : Ibu mengatakan BAK >10 x/hari, BAB 1x/hari

Personal Hygiene: Ibu mengatakan mandi 2x sehari, gosok gigi 2x sehari, keramas 2 hari sekali, dan ganti pakaian setiap habis mandi atau setiap kali basah.

DATA OBJEKTIF

Pemeriksaan Umum

Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

TTV TD : 90/70 mmHg

N : 84 x/menit

RR : 20 x/ menit

S : 36,5^{O}C

BB : 63 kg

Pemeriksaan Fisik

Kepala : Simetris, tidak ada benjolan abnormal

Muka : Tidak tampak anemis

Mata : Konjungtiva merah muda, sklera putih, tidak strabismus

Hidung : Tidak ada pernapasan cuping hidung, tidak ada polip

Mulut : Tidak pucat, tidak ada stomatitis

Gigi : Tidak ada karies gigi

Telinga : Simetris, tidak ada serumen

Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar thyroid, tidak ada bendungan vena jugularis

Dada : Simetris, tidak ada tarikan dinding dada abnormal

Payudara : Simetris, puting susu menonjol, hyperpigmentasi areola, kolostrum belum keluar

Abdomen :

Leopold I : Teraba lunak, tidak melenting (bokong) TFU 32 cm, ½ pusat-px

Leopold II : Teraba punggung kiri

Leopold III : Teraba bulat, tidak melenting (kepala sudah masuk PAP)

Leopold IV : Hodge 1, 4/5

DJJ : 128 x/menit teratur, punctum maksimal di bawah pusat sebelah kiri

TBJ : (32-12)x155 = 3.100 gram

Genetalia : Mengeluarkan flek kecoklatan

Anus : Tidak ada hemoroid

Ekstremitas :

Atas : Simetris, pergerakan bebas, tidak oedema

Bawah : Simetris, tidak oedema, turgor kulit baik, pergerakan bebas

ANALISA

Ny "L" usia 24 tahun $G_IP_{0000}Ab_{000}$ UK 38 minggu 3 hari T/H/I letkep dengan kehamilan fisiologis.

PENATALAKSANAAN

1. Memberikan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga bahwa ibu dan janin dalam keadaan sehat

   Evaluasi: Ibu dan keluarga merasa lega

2. Memberitahukan ibu bahwa tanda tanda persalinan sudah ada yaitu kenceng kenceng dan mengeluarkan flek, jadi menganjurkan ibu untuk periksa ke bidan untuk melihat pembukaan

   Evaluasi: Ibu bersedia periksa kebidan, pembukaan 1cm, ibu disarankan untuk pulang kerumah dulu dan datang kembali saat kenceng kenceng semakin sering atau ketuban pecah tiba tiba.
3. Memastikan ibu tetap melakukan teknik relaksasi, yaitu menarik nafas panjang dari hidung dan mengeluarkan dari mulut, setiap kali kenceng kenceng

   Evaluasi: Ibu selalu melakukan Teknik relaksasi saat merasakan kenceng kenceng
4. Menganjurkan ibu untuk mempersiapkan keperluan persalinan, seperti Bidan untuk tempat melahirkan, kendaraan untuk perjalanan, yang mendampingi saat persalinan, biaya persalinan/BPJS, dan keperluan ibu dan bayi.

   Evaluasi: Ibu sudah menyiapkan keperluan
5. Menganjurkan ibu untuk tetap mempertahankan pola nutrisi sebagai tenaga untuk persalinan nanti, seperti memperbanyak karbohidrat yang ada pada nasi, dan juga memperbanyak gula.

   Evaluasi: Ibu mengerti dengan penjelasan
6. Menganjurkan ibu untuk memperbanyak jalan jalan dan jongkok. Agar kepala cepat turun dan mempercepat proses persalinan.

   Evaluasi: Ibu mengerti penjelasan, dan bersedia mengikuti saran.
7. Menganjurkan ibu untuk datang ke bidan lagi apabila kenceng kenceng semakin sering dan semakin lama durasinya atau ketuban pecah tiba tiba.

   Evaluasi: Ibu mengerti dengan penjelasan

4.2 Laporan Pelaksanaan Asuhan Persalinan

4.2.1 Kunjungan INC

1. Pengkajian

Tanggal Pengkajian : 26 April 2019

Jam Pengkajian : 04.00 WIB

Tempat : Rumah Bersalin Ngadilah Sobirin

Pengkaji : Dwi Kumala Wardani

2. Pengumpulan Data Dasar

DATA SUBJEKTIF

Keluhan Utama

Ibu mengeluh perutnya mulai terasa kenceng-kenceng sejak tanggal 25 April 2019 Jam 19.00 WIB. Kemudian pada tanggal 26 April 2019 jam 03.45 WIB kontraksi semakin bertambah dan keluar lendir darah, belum mengerluarkan cairan ketuban, ibu pergi ke bidan dilakukan pemeriksaan dengan pembukaan 7cm. HPHT: 27 – 07 - 2018 HPL: 4 – 05 – 2019.

Riwayat Obstetri yang lalu

Ini adalah kehamilan pertama ibu

Riwayat Kehamilan sekarang

Ibu mengatakan ini merupakan kehamilannya yang pertama usia 9 bulan, selama hamil ibu sering memeriksakan kehamilannya ke bidan dan hasil pemeriksaan dalam batas normal.

DATA OBJEKTIF

Pemeriksaan Umum

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

TTV TD : 110/70 mmHg

N : 82 x/mnt

RR : 20 x/mnt

S : 36,6^{o}C

BB : 63 kg

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 +/+

Abdomen : tidak ada luka bekas operasi

Leopold I : teraba lunak, tidak melenting (bokong), TFU 31 cm

Leopold II : teraba datar seperti papan dibagian kiri (punggung kiri)

Leopold III : Teraba bulat, tidak melenting (kepala sudah masuk PAP)

Leopold IV : Divergen, teraba 3/5 bagian

DJJ :148x/menit,

HIS : 3 x10' . 30''

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

Ekstrimitas :

Atas : tidak oedem, pergerakan bebas

Bawah : tidak oedem, tidak ada varises

Pemeriksaan Dalam

Dilakukan tanggal 26 April 2019 Jam: 04.30 WIB

$^{v}/_{v}$: bloodshow (+), Ø7cm, eff 75%, ketuban utuh, bagian terdahulu kepala, hodge II, molase 0.

ANALISA

Ny. "L" usia 24 tahun G_I P_{0000} Ab_{000} UK 39 Minggu T/ H/I Letkep dengan Inpartu Kala I Fase aktif.

PENATALAKSANAAN

1. (04.35) Memberitahukan kepada ibu dan keluarga hasil pemeriksaan bahwa pembukaan 7cm.

   Evaluasi: Ibu mengerti dengan kondisinya
2. (04.37) Menganjurkan ibu tidur miring ke kiri, jalan jalan, jongkok, atau duduk bersila untuk mempercepat turunnya kepala dan pembukaan.

   Evaluasi: Ibu bersedia jalan jalan terlebih dahulu, apabila lelah duduk bersila
3. (04.38) Mengajarkan teknik relaksasi yaitu menarik nafas panjang dari hidung dan mengeluarkan lewat mulut, dan menyarankan ibu untuk melakukan Teknik relaksasi setiap ada kontraksi.

   Evaluasi: Ibu mampu melakukan teknik relaksasi dengan benar, dan selalu melakukan Teknik relaksasi setiap ada kontraksi.

4. (04.40) Menganjurkan ibu BAK bila terasa, untuk mempercepat turunnya kepala.

   Evaluasi: Ibu BAK 1 kali

5. (04.43) Menganjurkan ibu makan dan minum, sebagai persiapan energi untuk mengajan.

   Evaluasi: Ibu bersedia minum ½ gelas teh manis

6. (04.45) Menyiapkan partus set, perlengkapan ibu dan baju bayi.

   Evaluasi: Sudah dilakukan

7. (04.50) Memantau kemajuan persalinan, dengan observasi tiap 30 menit.

   Evaluasi: Kala I memanjang

Catatan Perkembangan Kala I

Tanggal : Jum'at, 26 April 2019

Jam : 08.30 WIB

Tempat : Rumah Bersalin Ngadillah Sobirin

Pengkaji : Dwi Kumala Wardani

DATA SUBJEKTIF

Ibu mengatakan kenceng kenceng yang dirasakan masih sama belum bertambah sakit dan durasinya.

DATA OBJEKTIF

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

HIS : 3 x 10' . 30''

DJJ : 140 x/menit

Pemeriksaan Dalam:

$^{v}/_{v}$: bloodshow (+), Ø8cm, eff 75%, ketuban utuh, bagian terdahulu kepala, hodge III, molase 0.

ANALISA

Ny. "L" usia 24 tahun G_I P_{0000} Ab_{000} UK 39 Minggu T/ H/I Letkep dengan Inpartu Kala I Fase aktif memanjang.

PENATALAKSANAAN

1. (08.35) Memberitahukan kepada ibu dan keluarga hasil pemeriksaan bahwa pembukaan 8 cm.

   Evaluasi: Ibu mengerti dengan kondisinya
2. (08.37) Menganjurkan ibu untuk tetap tidur miring ke kiri untuk mempercepat turunnya kepala dan pembukaan.

   Evaluasi: Ibu bersedia
3. (08.38) Menganjurkan ibu tetap melakukan teknik relaksasi setiap ada kontraksi.

   Evaluasi: Ibu mampu melakukan teknik relaksasi setiap ada kontraksi.
4. (08.40) Menganjurkan ibu BAK untuk mengosongkan kandung kemih.

   Evaluasi: Ibu bersedia BAK
5. (08.42) Melakukan amniotomi, agar kepala segera turun dan merangsang peningkatan His

   Evaluasi: Amniotomi saat His reda
6. (08.43) Menganjurkan ibu makan dan minum, sebagai persiapan energi untuk mengajan.

   Evaluasi: Ibu bersedia makan ½ piring lauk ayam dan sayur, minum ½ gelas teh manis

7. (08.50) Memantau kemajuan persalinan kembali, dengan observasi setiap 30 menit.

   Evaluasi: His mulai adekuat

8. (09.42) Melakukan drip oxytosin agar His meningkat

   Evaluasi: drip oxytosin 5 IU dengan infus D5 di tangan sebelah kanan, dimulai dari 8 tpm ditingkatkan 4 tpm setiap 15 menit.

Asuhan Kebidanan pada Ibu Bersalin Kala II

Tanggal : Jum'at, 26 April 2019

Jam : 12.30 WIB

Tempat : Rumah Bersalin Ngadillah Sobirin

Pengkaji : Dwi Kumala Wardani

DATA SUBJEKTIF

Ibu mengatakan ingin meneran

DATA OBJEKTIF

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

HIS : 5 x 10' . 45''

DJJ : 132 x/menit

Pemeriksaan Dalam:

$^{v}/_{v}$: bloodshow (+), Ø10cm, eff 100%, ketuban pecah amniotomi jernih, bagian terdahulu kepala, hodge III+, molase 0.

Tanda Gejala Kala II :

1. Adanya dorongan untuk meneran
2. Tekanan pada anus
3. Perineum menonjol
4. Vulva Vagina membuka

ANALISA

Ny "L" usia 24 tahun G_I P_{0000} Ab_{000} UK 39 minggu dengan inpartu kala II

PENATALAKSANAAN

1. (12.31) Memberitahu ibu bahwa pembukaan sudah lengkap ibu boleh mengejan

   Evaluasi: Ibu mengejan saat ada kontraksi
2. (12.32) Memakai APD, dekatkan partus set

   Evaluasi: memakai apron, handscoon steril
3. (12.33) Membimbing ibu meneran dengan benar, dan melakukan RPS saat HIS reda

   Evaluasi: Ibu mengejan dengan benar
4. (13.00) Melakukan episiotomi saat ada His, karena perineum kaku

   Evaluasi: Episiotomi mediolateralis ke arah kanan
5. (13.00) Melakukan pertolongan persalinan sesuai APN

   Evaluasi: (13.15) Bayi lahir spontan, langsung menangis, gerak aktif, kulit kemerahan, JK laki laki, BBL 2900 gram, PB 48cm, anus (+), cacat (-)
6. (13.15) Jepit jepit potong tali pusat

   Evaluasi: jepit tali pusat dengan umbilical cord, potong ± 3cm

Asuhan Kebidanan pada Ibu Bersalin Kala III

Tanggal : Jum'at, 26 April 2019

Jam : 13.15 WIB

Tempat : Rumah Bersalin Ngadillah Sobirin

Pengkaji : Dwi Kumala Wardani

DATA SUBJEKTIF

Ibu mengatakan senang dan lega dengan kelahiran bayinya

DATA OBJEKTIF

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

Tanda tanda lepasnya plasenta:

1. Adanya semburan darah
2. Tali pusat memanjang
3. Uterus Globuler

ANALISA

Ny "L" usia 24 tahun P_{1001} Ab_{000} dengan inpartu kala III

PENATALAKSANAAN

1. (13.16) Cek fundus memastikan bayi tunggal

   Evaluasi: Bayi tunggal, TFU setinggi pusat
2. (13.16) Menyuntikkan oxytosin 10 IU secara IM

   Evaluasi: Disuntikkan dipaha kiri ibu
3. (13.17) PTT dan dorsokranial

Evaluasi: (13.20) Plasenta lahir spontan lengkap, kotiledon lengkap, selaput menutup sempurna

4. (13.20) Massase fundus 15 kali

   Evaluasi: kontraksi uterus keras, TFU 2 jari dibawah pusat

5. (13.21) Cek robekan jalan lahir

   Evaluasi: Robekan derajat II, yaitu mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum, otot perineum.

6. (13.22) Heacting dan estimasi jumlah perdarahan.

   Evaluasi: Heacting jahitan jelujur, perdarahan ± 100 cc.

Asuhan Kebidanan pada Ibu Bersalin Kala IV

Tanggal : Jum'at, 26 April 2019

Jam : 13.20 WIB

Tempat : Rumah Bersalin Ngadillah Sobirin

Pengkaji : Dwi Kumala Wardani

DATA SUBJEKTIF

Ibu mengatakan nyeri dibekas jalan lahir dan perut bawah

DATA OBJEKTIF

Pemeriksaan Umum

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

TTV TD : 110/70 mmHg

N : 88 x/menit

RR : 22 x/menit

S : 36,5 ^{o}C

Pemeriksaan Khusus

Muka : tidak tampak anemis, tidak oedema

Mata : konjungtiva merah muda, sklera putih

Payudara : colostrum sudah keluar +/+

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

Genetalia : Laserasi derajat 2 jahitan jelujur dep kassa steril dan betadine, perdarahan ± 50 cc.

ANALISA

Ny "L" usia 24 tahun P_{1001} Ab_{000} dengan inpartu kala IV

PENATALAKSANAAN

1. (13.22) Memberitahu ibu dan keluarga bahwa kondisi ibu dan bayi normal

   Evaluasi: Ibu dan keluarga merasa senang dan lega
2. (13.23) Membersihkan tubuh ibu dengan air DTT, dan mengganti baju ibu

   Evaluasi: Ibu merasa nyaman
3. (13.25) Dekontaminasi alat

   Evaluasi: Rendam alat habis pakai di larutan klorin, cuci kemudian sterilkan
4. (13.35) Observasi kala IV hingga 2 jam post partum

   Evaluasi: Kala IV normal (partograph terlampir)
5. (15.15) Menganjurkan kepada ibu untuk mobilisasi dini secara bertahap dari miring kanan miring kiri, duduk, jika tidak pusing berdiri,

dan berjalan ke kamar mandi sendiri. Menganjurkan ibu makan dan minum, serta IMD.

Evaluasi: Ibu miring kiri 1 jam, miring kanan 1 jam, duduk 2 jam, tidak pusing kemudian berdiri, dan belajar berjalan ke kamar mandi sendiri untuk BAK. Ibu makan dan minum, kemudian membersihkan putting susunya dengan kapas DTT dan melakukan IMD.

4.3 Laporan Pelaksanaan Asuhan Masa Nifas

4.3.1 Kunjungan PNC 1 (6 jam)

1. Pengkajian

Tanggal Pengkajian : 26 April 2019

Jam Pengkajian : 19.30 WIB

Tempat : Rumah Bersalin Ngadilah Sobirin

Pengkaji : Dwi Kumala Wardani

2. Pengumpulan Data Dasar

DATA SUBJEKTIF

Keluhan Utama

Ibu mengatakan masih nyeri dibekas jalan lahir dan perut bagian bawah. ASI yang keluar masih sedikit.

DATA OBJEKTIF

Pemeriksaan Umum

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

TTV TD : 110/70 mmHg

N : 80 x/menit

RR : 22 x/menit

S : 36,2°C

Pemeriksaan Fisik

Muka : Muka tidak pucat, tidak oedema

Mata : Sklera putih, conjungtiva merah muda

Payudara : Pengeluaran colostrum +/+, puting susu menonjol.

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

Genetalia : Lochea rubra, perdarahan 1/4 pembalut, jahitan masih basah, tidak ada tanda-tanda infeksi

Ekstremitas : Tidak terdapat oedema pada ekstremitas kiri dan kanan

ANALISA

Ny "L" usia 24 tahun P_{1001} Ab_{000} dengan 6 jam postpartum fisiologis

PENATALAKSANAAN

1. Memberitahukan hasil pemeriksaan bahwa kondisi ibu dalam keadaan baik.

   Evaluasi: Ibu memahami kondisinya.

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.

   Evaluasi: Ibu mengerti

3. Mengajarkan ibu untuk melakukan ambulasi dini secara bertahap yaitu miring kanan kiri lalu duduk kemudian berjalan.

   Evaluasi: Ibu sudah mampu berjalan ke kamar mandi sendiri

4. Mengajarkan ibu cara menyusui yang benar.

   Evaluasi: Ibu mampu melakukan dengan benar

5. Menganjurkan kepada ibu untuk tetap menyusui banyinya untuk merangsang keluarnya ASI dan menganjurkan ibu menyusui banyinya setiap 2 jam sekali atau sesuai keinginan bayi (on demand).

   Evaluasi: Ibu bersedia

6. KIE tentang nutrisi selama masa nifas yaitu ibu tidak boleh tarak makan perbanyak konsumsi makanan protein seperti telur sehari 6-10 butir untuk mempercepat proses penyembuhan luka perineum.

   Evaluasi: Ibu mengerti dengan penjelasan

7. KIE tentang pola istirahat serta aktivitas yaitu pola tidur ibu mengikuti pola tidur bayi dan ibu tidak boleh duduk dengan kaki menggantung agar peredaran darahnya lancar.

   Evaluasi: Ibu mengerti dan bersedia duduk kaki tidak menggantung

8. KIE tentang eliminasi, ibu tidak perlu takut untuk BAB dan BAK tidak boleh ditahan. Jika masih takut jongkok boleh setengah jongkok, hingga perlahan lahan belajar untuk jongkok. Cebok dari depan kebelakang untuk mencegah infeksi luka jahitan.

   Evaluasi: Ibu mengerti dengan penjelasan.

9. KIE tentang vulva hygiene yaitu mengganti pembalut paling sedikit 3x sehari atau apabila terasa lembab dan basah agar tidak terjadi infeksi.

   Evaluasi: Ibu memahami dan bersedia melakukannya.

10. KIE tanda bahaya masa nifas diantaranya demam tinggi, pusing, mata berkunang-kunang, pandangan kabur, bengkak ekstremitas, perdarahan abnormal

    Evaluasi: Ibu mengerti dan dapat menjelaskan kembali sebagian.

11. Memberitahukan kepada ibu bahwa akan ada kunjungan rumah pada masa nifas 6 hari pada tanggal 1 Mei 2019.

    Evaluasi: Ibu bersedia

4.3.2 Kunjungan PNC 2 (6 hari)

1. Pengkajian

Tanggal Pengkajian : 1 Mei 2019

Jam Pengkajian : 13.30 WIB

Tempat : Asrikaton Jl. Anggrek 1, Pakis Malang

Pengkaji : Dwi Kumala Wardani

2. Pengumpulan Data Dasar

DATA SUBJEKTIF

Keluhan Utama

Ibu mengatakan nyeri pada luka jahitan masih terasa namun sudah berkurang nyerinya dibandingkan hari sebelumnya. Ibu mengatakan bahwa ASI lancar, meneteki bayinya sesuai kebutuhan bayinya namun tetap di tambah dengan susu formula, melakukan aktivitas seperti biasa dan tidak takut dalam melakukan mobilisasi seperti BAB maupun BAK, tidak tarak makan, minum air putih seperti biasanya, sudah bisa memandikan bayinya sendiri dan dapat beristirahat saat malam hari.

Pola Kebiasaan Sehari hari

Pola Nutrisi : Ibu mengatakan tidak tarak makan, makan 3 kali sehari dengan lauk beragam seperti ayam, ikan, telur, sayur dan buah buahan. Minum air putih ±8 gelas setiap hari.

Pola Istirahat : Ibu mengatakan tidur siang dan tidur malam mengikuti waktu tidur bayinya

Pola Aktivitas : Ibu mengatakan masih melakukan aktivitas ringan seperti mencuci popok bayi, memandikan bayi, dan mengurus keperluan bayinya. Untuk keperluan rumah tangga masih dibantu suami, mertua, dan keluarga.

Pola Eliminasi : Ibu mengatakan sudah bisa BAB mulai 3 hari masa nifas 1 kali perhari, dan BAK ±5-6 kali perhari.

Personal Hygiene : Ibu mengatakan selalu mengganti pembalut dan kassa betadine setiap kali sehabis mandi, BAB, BAK, atau setiap kali basah. Cebok dari depan ke belakang. Mandi 2 kali sehari, keramas 2 hari sekali, gosok gigi 2 kali sehari, ganti pakaian setiap sehabis mandi atau setiap kali basah.

DATA OBJEKTIF

Pemeriksaan Umum

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

TTV TD : 110/70mmHg

RR : 22 x/menit

N : 80 x/menit

S : 36,2°C

Pemeriksaan Fisik

Wajah : Muka tidak pucat, tidak oedema

Payudara : Puting susu tidak lecet, tidak ada bendungan ASI

Abdomen : TFU setengah sympisis-pusat, kandung kemih kosong

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

Ekstremitas : Tidak ada oedema pada ekstremitas kiri dan kanan.

ANALISA

Ny "L" usia 24 tahun P_{1001} Ab_{000} dengan 6 hari postpartum fisiologis

PENATALAKSANAAN

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

   Evaluasi: Ibu dan keluarga sangat kooperatif, dan selalu bertanya setiap ada hal yang belum diketahui.

2. Memberitahukan hasil pemeriksaan bahwa kondisi ibu dalam keadaan sehat serta proses pengembalian rahim berjalan normal dan jahitan sudah menyatu dengan daging dan sudah agak kering.

   Evaluasi: Ibu mengerti dengan kondisinya.

3. Mengingatkan kembali pada ibu tentang cara merawat luka jahitan dengan cebok dari arah depan ke belakang, tidak takut untuk BAK, tidak menahan BAB ataupun BAK.

   Evaluasi: Ibu mengerti dengan penjelasan

4. Mengingatkan kembali kepada ibu untuk tidak tarak makan untuk pemulihan luka perineum, dan sering menyusui tanpa tambahan susu formula, karena menyusui dapat mempercepat kembalinya organ reproduksi.

   Evaluasi: Ibu bersedia.

5. Mengingatkan kembali kepada ibu untuk istirahat yang cukup, saat bayi tidur ibu juga ikut tidur.

   Evaluasi: Ibu mengerti.

6. Mengingatkan kembali kembali kepada ibu agar tetap menyusui bayinya setiap 2 jam sekali atau sesuai kebutuhan bayi, payudara kanan dan kiri secara bergantian dan menyarankan untuk menghentikan pemberian susu formula. Serta menjemur bayi setiap pagi jam 7 selama 15 menit dada depan, 15 punggung.

   Evaluasi: Ibu mengerti dan mau melakukan.

7. Menanyakan pada ibu tentang tanda – tanda bahaya masa nifas apakah ibu masih mengingat

   Evaluasi: Ibu dapat menjelaskan kembali tanda tanda bahaya masa nifas seperti demam tinggi, pusing, mata berkunang-kunang, pandangan kabur, bengkak ekstremitas, perdarahan abnormal

8. Mengajarkan ibu senam nifas, dan memberikan leaflet agar ibu dapat melakukan senam nifas sendiri di rumah.

   Evaluasi: Ibu bersedia melakukan senam nifas sendiri dirumah.

9. Menyepakati jadwal kunjungan ulang pada tanggal 10 Mei 2019.

   Evaluasi: Ibu bersedia.

4.3.3 Kunjungan PNC 3 (2 minggu)

1. Pengkajian

Tanggal Pengkajian	: 10 Mei 2019
Jam Pengkajian	: 13.30 WIB
Tempat	: Jl. Jombang Gg 2 No. 15b (Domisili Pasien)
Pengkaji	: Dwi Kumala Wardani

2. Pengumpulan Data Dasar

DATA SUBJEKTIF

Keluhan Utama

Ibu mengatakan sudah tidak memiliki keluhan apapun, sudah tidak nyeri jahitan lagi.

Pola Kebiasaan Sehari hari

Pola Nutrisi : Ibu mengatakan makan 3-4 kali sehari dengan lauk beragam seperti ayam, ikan, telur, sayur dan buah buahan. Minum air putih ±8 gelas setiap hari. Nafsu makan bertambah karena sedang menyusui.

Pola Istirahat : Ibu mengatakan tidur siang dan tidur malam mengikuti waktu tidur bayinya

Pola Aktivitas : Ibu mengatakan sudah melakukan aktivitas seperti biasa selain mengurus keperluan bayinya, juga mengurus keperluan rumah tangga. Ibu melakukan satu gerakan senam nifas setiap akan bangun pagi.

Pola Eliminasi : Ibu mengatakan BAB 1 kali perhari, dan BAK ±5-6 kali perhari.

Personal Hygiene : Ibu mengatakan selalu mengganti pembalut setiap kali sehabis mandi, BAB, BAK, atau setiap kali basah. Sudah tidak memakai kassa betadine lagi. Cebok dari depan ke belakang. Mandi 2 kali sehari, keramas 2 hari sekali, gosok gigi 2 kali sehari, ganti pakaian setiap sehabis mandi atau setiap kali basah.

DATA OBJEKTIF

Pemeriksaan Umum

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

TTV TD : 110/70mmHg

RR : 22 x/menit

N : 80 x/menit

S : 36,2°C

Pemeriksaan Fisik

Wajah : Muka tidak pucat, tidak oedema

Payudara : Puting susu tidak lecet, tidak ada bendungan ASI

Abdomen : TFU tidak teraba, kandung kemih kosong

Genetalia : Lochea serosa, tidak ada tanda-tanda infeksi pada luka jahitan, jahitan sudah menyatu dan sudah agak kering.

Ekstremitas : Tidak ada oedema pada ekstremitas kiri dan kanan.

ANALISA

Ny "L" usia 24 tahun P_{1001} Ab_{000} dengan 2 minggu postpartum fisiologis

PENATALAKSANAAN

1. Memberitahukan hasil pemeriksaan bahwa kondisi ibu dalam keadaan sehat serta proses pengembalian rahim berjalan normal dan jahitan sudah menyatu dengan daging dan sudah kering.

   Evaluasi: Ibu mengerti dengan kondisinya.

2. Menganjurkan ibu untuk mempertahankan pola nutrisi, aktivitas, dan istirahat yang cukup, selain sebagai penunjang kesehatan ibu dalam masa nifas juga untuk produksi ASI saat menyusui

   Evaluasi: Ibu makan teratur dengan gizi seimbang aktivitas yang baik dan istirahat cukup.

3. Menganjurkan ibu untuk tetap mempertahankan pola menyusui bayinya setiap 2 jam sekali atau sesuai kebutuhan bayi, payudara kanan dan kiri secara bergantian, dan mengingatkan kembali untuk menghentikan susu formula. Serta menjemur bayi setiap pagi jam 7 selama 15 menit dada depan, 15 punggung.

   Evaluasi: Ibu menyusui setiap 2 jam dan menjemur setiap pagi.

4. Menanyakan kepada ibu apakah tali pusat bayi “R” sudah lepas (puput)

   Evaluasi: Tali pusat lepas setelah 10 hari.

5. Menanyakan kembali tanda bahaya masa nifas, apakah ibu masih mengingat atau tidak

   Evaluasi: Ibu mampu menjelaskan kembali.

6. Menyepakati jadwal kunjungan ulang pada tanggal 10 Juni 2019.

   Evaluasi: Ibu bersedia.

4.3.4 Kunjungan PNC 4 (6 minggu)

1. Pengkajian

Tanggal Pengkajian	: 10 Juni 2019
Jam Pengkajian	: 11.00 WIB
Tempat	: Jl. Jombang Gg 2 No. 15b (Domisili Pasien)
Pengkaji	: Dwi Kumala Wardani

2. Pengumpulan Data Dasar

DATA SUBJEKTIF

Keluhan Utama

Ibu mengatakan tidak memiliki keluhan masa nifas apapun.

Pola Kebiasaan Sehari hari

Pola Nutrisi : Ibu mengatakan makan 3 kali sehari dengan lauk beragam seperti ayam, ikan, telur, sayur dan buah buahan. Minum air putih ±8 gelas setiap hari.

Pola Istirahat : Ibu mengatakan tidur siang dan tidur malam mengikuti waktu tidur bayinya

Pola Aktivitas : Ibu mengatakan melakukan aktivitas rumah seperti biasa seperti mengurus keperluan bayinya dan juga mengurus keperluan rumah tangga.

Pola Eliminasi : Ibu mengatakan BAB 1 kali perhari, dan BAK ±5-6 kali perhari.

Personal Hygiene : Ibu mengatakan sudah tidak memakai pembalut, namun selalu mengganti celana dalam setiap sehabis mandi, atau setiap kali basah. Cebok dari depan ke belakang. Mandi 2 kali sehari, keramas 2 hari sekali, gosok gigi 2 kali sehari, ganti pakaian setiap sehabis mandi atau setiap kali basah.

DATA OBJEKTIF

Pemeriksaan Umum

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

TTV	TD	: 110/70mmHg
	RR	: 22 x/menit
	N	: 80 x/menit
	S	: 36,2°C

Pemeriksaan Fisik

Wajah	: Muka tidak pucat, tidak oedema
Payudara	: Puting susu tidak lecet, tidak ada bendungan ASI
Abdomen	: TFU tidak teraba, kandung kemih kosong
Genetalia	: Lochea alba, tidak ada tanda-tanda infeksi pada luka jahitan, jahitan sudah menyatu dan sudah agak kering.
Ekstremitas	: Tidak ada oedema pada ekstremitas kiri dan kanan.

ANALISA

Ny "L" usia 24 tahun P_{1001} Ab_{000} dengan 6 minggu postpartum fisiologis

PENATALAKSANAAN

1. Memberitahukan hasil pemeriksaan bahwa kondisi ibu dalam keadaan sehat serta proses pengembalian rahim berjalan normal dan jahitan sudah menyatu dengan daging dan sudah kering.

   Evaluasi: Ibu mengerti dengan kondisinya.
2. Memastikan kembali ibu mendapatkan nutrisi dan istirahat yang cukup, selain sebagai penunjang kesehatan ibu dalam masa nifas juga untuk produksi ASI saat menyusui

   Evaluasi: Ibu makan teratur dengan gizi seimbang dan istirahat cukup.

3. Memastikan kembali ibu tetap menyusui bayinya setiap 2 jam sekali atau sesuai kebutuhan bayi, payudara kanan dan kiri secara bergantian, dan mengingatkan kembali kepada ibu untuk menghentikan susu formula. Serta menjemur bayi setiap pagi jam 7 selama 15 menit dada depan, 15 punggung.

   Evaluasi: Ibu mencoba menghentikan sufor dan menjemur setiap pagi.
4. Menanyakan kembali tanda bahaya masa nifas, apakah ibu masih mengingat atau tidak

   Evaluasi: Ibu mampu menjelaskan kembali.
5. Memberitahu ibu bahwa setelah masa nifas berakhir sudah waktunya ibu untuk memakai KB. Menjelaskan keuntungan dan kerugian masing masing KB, indikasi dan kontraindikasi. Dan memilihkan KB yang paling cocok untuk ibu menyusui.

   Evaluasi: Ibu ingin merundingkan dengan suami antara KB IUD dan suntik 3 bulan.
6. Memberitahu ibu jadwal imunisasi selanjutnya pada anak setelah BCG, yaitu DPT, Hib, Hb, dan polio 2 pada usia 2 bulan.

   Evaluasi: Ibu mengerti, yaitu pada tanggal 26 Juni 2019
7. Mengajarkan ibu untuk melakukan senam nifas, dan meminta ibu untuk melakukan setiap hari atau minimal 3 kali seminggu untuk mempercepat kembali organ organ reproduksi kembali ke bentuk semula.

   Evaluasi: Ibu bersedia dan mampu melakukan sendiri tanpa bimbingan.

4.4 Laporan Pelaksanaan Asuhan Bayi Baru Lahir

4.4.1 Kunjungan BBL 1 (6 jam)

1. Pengkajian

Tanggal Pengkajian : 26 April 2019

Jam Pengkajian : 19.30 WIB

Tempat : Rumah Bersalin Ngadillah Sobirin

Pengkaji : Dwi Kumala Wardani

2. Pengumpulan Data Dasar

DATA SUBJEKTIF

Biodata

Nama Bayi : By. Ny."L"

Tanggal lahir : 26 April 2019

Jam Lahir : 13.15 WIB

Umur : 8 Jam

Jenis kelamin : Laki-laki

Anak ke : 1

Keluhan Utama

Ibu mengatakan karena ASI belum lancer karena itu bayi menangis kuat saat haus

DATA OBJEKTIF

Pemeriksaan Umum

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmenthis

TTV DJ : 137 x/menit

RR : 45 x/menit

S : 36,5°C

BB : 2900 gram

PB : 48 cm

Lila : 11 cm

LD : 33 cm (30 – 38)

Pemeriksaan Antropometri:

Sirkumferensia suboksipito bregmatika : 32 cm

Sirkumferensia fronto oksipitalis : 34 cm

Sirkumferensia mento oksipitalis : 35 cm

Sirkumferensia Submento bregmatika : 32 cm

Pemeriksaan Fisik

Kepala : tidak oedem, tidak ada cephalhematoma, 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 turun ke dalam skrotum, terdapat lubang anus, sudah BAK dan BAB

Ekstremitas : tidak odema, gerak aktif, tidak ada polidaktil atau sindaktil;

Pemeriksaan Reflek

Reflek moro : positif (+)

Reflek glabella : positif (+)

Reflek tonic neck : positif (+)

Reflek grashping : positif (+)

Reflek rooting : positif (+)

Reflek sucking : positif (+)

Reflek swallowing : positif (+)

Reflek babinsky : positif (+)

ANALISA

By.Ny.”L” usia 6 jam dengan Bayi Baru Lahir Normal

PENATALAKSANAAN

1. Memberitahukan hasil pemeriksaan kepada ibu bahwa kondisi bayi dalam keadaan baik.

   Evaluasi: Ibu mengerti dengan kondisi bayinya
2. Memberikan injeksi vit K dan salep mata

   Evaluasi: Diberikan sesaat setelah lahir
3. Memberikan imunisasi Hb0 0,5 ml uniject pada paha kanan satu jam setelah pemberian vit.

   Evaluasi: Sudah dilakukan.
4. Menganjurkan ibu untuk menyusui bayi sesering mungkin, setiap 2 jam sekali untuk merangsang keluarnya ASI agar lebih lancar, dan merangsang kontraksi agar tidak terjadi perdarahan.

   Evaluasi: Ibu bersedia menyusui bayi bila tidur setiap 2 jam sekali.

5. Memeritahu ibu tentang perawatan tali pusat menggunakan kaasa steril tanpa diberikan ramuan, alkohol, maupun betadine.

   Evaluasi: Ibu mengerti dengan penjelasan

6. Memberitahu ibu tentang cara perawatan bayi sehari-hari yaitu memandikan bayi 2 kali sehari, mengganti popok bayi setiap kali bayi BAK atau BAB, menjemur bayi setiap pagi hari antara jam 07.00 – 09.00 selama 15 bagian depan dan 15 menit bagian punggung bayi, tanpa menggunakan bedong dan baju, hanya menutup mata bayi dan kelamin agar bayi tidak kuning.

   Evaluasi: Ibu memahami penjelasan

7. Memeberitahu ibu 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.

   Evaluasi: Ibu memahami dan mampu mengulangi penjelasan.

8. Menganjurkan ibu untuk menjaga kehangatan bayi.

   Evaluasi: Ibu mengerti

4.4.2 Kunjungan BBL 2 (6 hari)

1. Pengkajian

Tanggal Pengkajian	: 1 Mei 2019
Jam Pengkajian	: 13.30 WIB
Tempat	: Asrikaton Jl. Anggrek 1, Pakis Malang
Pengkaji	: Dwi Kumala Wardani

2. Pengumpulan Data Dasar

DATA SUBJEKTIF

Keluhan utama

Ibu mengatakan tali pusat bayinya belum lepas, padahal sudah 6 hari.

Pola Kebiasaan Sehari hari

Pola Nutrisi : Ibu mengatakan bayinya menyusu setiap 2 jam sekali, diberikan tambahan susu formula 1-2 kali sehari sebanyak 30 ml

Pola Istirahat : Ibu mengatakan bayinya tidur setiap saat, dan dibangunkan saat akan dimandikan

Pola Aktivitas : Ibu mengatakan bayinya menangis keras dan gerak aktif saat lapar, maupun tidak nyaman saat sedang BAB dan BAK. Bayi selalu dijemur dipagi hari sebelum mandi.

Pola Eliminasi : Ibu mengatakan bayinya BAB 2 kali sehari konsistensi lembek berwarna kuning. BAK

Personal Hygiene : Ibu mengatakan bayinya dimandikan 2 kali sehari, selalu ganti baju sehabis mandi atau setiap kali basah. Popok diganti setiap habis BAK maupun BAB. Tali pusat dibersihkan setiap kali dimandikan, dibungkus kassa kering tanpa dibubuhi apapun baik alcohol maupun betadine, diganti tiap kali basah.

DATA OBJEKTIF

Pemeriksaan Umum

Keadaan umum : Baik

Kesadaran		: Composmenthis
TTV	DJ	: 137 x/menit
	RR	: 45 x/menit
	S	: 36,5°C
BB		: 3.100 gram
PB		: 48 cm
Lila		: 11 cm
LD		: 34 cm (30 – 38)

Pemeriksaan Antropometri:

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

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
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 turun ke dalam skrotum, terdapat lubang anus, sudah BAK dan BAB

Ekstremitas : tidak odema, gerak aktif, tidak ada polidaktil atau sindaktil;

ANALISA

By.Ny."L" usia 6 hari dengan Bayi Baru Lahir Normal

PENATALAKSANAAN

1. Memberitahukan hasil pemeriksaan kepada ibu bahwa kondisi bayi dalam keadaan baik

   Evaluasi: Ibu mengerti dengan kondisinya.

2. Memastikan bahwa ibu sering menyusui bayinya setiap 2 jam sekali atau sesuai keinginan bayi (on demand), tanpa diberikan susu formula atau minuman lain selain ASI. Memberitahu bahwa ASI ibu lancar jadi tidak perlu diberikan susu formula, karena ASI saja sudah cukup, dan memberitahu ibu manfaat ASI bagi metabolisme bayi.

   Evaluasi: Ibu selalu membangunkan bayi setiap 2 jam sekali untuk disusui, dan bersedia menyusui hanya ASI saja.

3. Memastikan bahwa ibu menjemur bayi di pagi hari antara jam 07.00 – 09.00 dengan durasi 15 bagian depan, dan 15 menit bagian punggung.

   Evaluasi: Ibu selalu melakukannya.

4. Memastikan tentang kebersihan tali pusat dan cara perawatan tali pusat kepada ibu

Evaluasi: Ibu selalu menjaga kebersihan tali pusat, dengan mengganti kassa setiap kali basah, dan tidak pernah membubuhkan apapun seperti betadine maupun alcohol.

5. Memberitahu ibu bahwa normalnya tali pusat pada bayi lepas (puput) adalah 6-14 hari, jadi ibu tidak perlu khawatir

   Evaluasi: Ibu mengerti

6. Menanyakan kembali tentang tanda bahaya pada bayi baru lahir, apakah ibu masih mengingatnya.

   Evaluasi: Ibu dapat mengulangi tanda tanda bahaya pada bayi baru lahir.

7. Memberitahu ibu tentang jadwal imunisasi BCG yang ada di BPM yang wajib dilakukan jika usia anak sudah 1 bulan.

   Evaluasi: Ibu mengerti dan bersedia datang ke BPM tanggal 18 Mei 2019.

4.5 Laporan Pelaksanaan Keluarga Berencana

4.5.1 Kunjungan KB

1. Pengkajian

Tanggal Pengkajian	: 26 Juni 2019
Jam Pengkajian	: 09.00 WIB
Tempat	: Rumah Bersalin Ngadillah Sobirin
Pengkaji	: Dwi Kumala Wardani

2. Pengumpulan Data Dasar

DATA SUBJEKTIF

Keluhan Utama

Ibu mengatakan darah nifas sudah bersih, dan ingin menggunakan KB suntik 3 bulan.

DATA OBJEKTIF

Pemeriksaan Umum

Keadaan Umum		: Baik
Kesadaran		: Composmentis
TTV	TD	: 100/70 mmHg
	N	: 84 x/menit
	RR	: 16 x/menit
	S	: 36,5 ^{o}C
BB		: 53 kg

Pemeriksaan Fisik

Muka	: tidak pucat, tidak oedema
Mata	: konjungtuva merah muda, sklera putih
Leher	: tidak ada bendungan vena jugularis, tidak ada pembesaran kelenjar thyroid
Payudara	: hyperpigmentasi areola mammae, tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan, tidak ada pembengkakan payudara, ASI keluar +/+
Abdomen	: tidak ada pembesaran rahim
Ekstremitas	:
Atas	: tidak ada oedema, pergerakan bebas

Bawah : tidak ada oedema, tidak ada varises, pergerakan bebas

ANALISA

Ny "L" usia 24 tahun $P_{1001}Ab_{000}$ dengan akseptor baru KB suntik 3 bulan.

PENATALAKSANAAN

1. Memberitahukan hasil pemeriksaan kepada ibu bahwa keadaan ibu normal. TD: 100/70 mmHg, BB: 53 kg. Jadi ibu dapat menggunakan KB suntik 3 bulan.

   Evaluasi: Ibu mengerti dengan kondisinya
2. Memberitahu ibu keuntungan, kerugian, serta efek samping KB suntik 3 bulan.

   Evaluasi: Ibu mengerti dengan penjelasan.
3. Melakukan informed consent, bahwa akan dilakukan penyuntikan KB suntik 3 bulan.

   Evaluasi: Ibu bersedia
4. Menyiapkan alat dan bahan KB suntik 3 bulan

   Evaluasi: Menyiapkan vial Tryclofem dan memasukkan dalam spuit.
5. Mengatur posisi pasien, privasi pasien terjaga dengan posisi tidur tengkurap senyaman mungkin.

   Evaluasi: Ibu merasa nyaman dengan posisinya
6. Mencuci tangan dibawah air mengalir menggunakan sabun, mengeringkan tangan dan memakai handscoon

   Evaluasi: Sudah dilakukan
7. Antisepsis 1/3 bagian atas SIAS dan coccygeus dengan kapas alcohol dan menyuntikkan Tryclofem secara IM.

Evaluasi: Sudah dilakukan

8. Membuang spuit yang sudah dipakai dalam safety box

   Evaluasi: Memisahkan jarum dan tabung

9. Melepas handscoon dan membuang dalam tempat sampah medis dan mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir, kemudian mengeringkan tangan.

   Evaluasi: Sudah dilakukan

10. Memberitahu ibu bahwa prosedur sudah selesai dilakukan. Dan memberitahu ibu kapan waktunya datang kembali untuk suntik selanjutnya, atau bisa datang kapan saja apabila ada keluhan dan komplikasi yang menyertai.

    Evaluasi: Datang kembali tanggal 15-9-2019

4.5.2 Evaluasi KB

1. Pengkajian

Tanggal Pengkajian	: 6 Juli 2019
Jam Pengkajian	: 07.00 WIB
Tempat	: Jl. Jombang Gg. 2 15b (Domisili Pasien)
Pengkaji	: Dwi Kumala Wardani

2. Pengumpulan Data Dasar

DATA SUBJEKTIF

Keluhan Utama

Ibu mengatakan mengalami flek selama 3 hari pasca penyuntikkan KB suntik 3 bulan.

DATA OBJEKTIF

Pemeriksaan Umum

Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

TTV TD : 100/70 mmHg

N : 82 x/menit

RR : 16 x/menit

S : 36,5 ^{o}C

BB : 53 kg

ANALISA

Ny “L” usia 24 tahun $P_{1001}Ab_{000}$ dengan akseptor baru KB suntik 3 bulan.

PENATALAKSANAAN

1. Memberitahukan hasil pemeriksaan kepada ibu bahwa keadaan ibu normal. TD: 100/70 mmHg, BB: 53 kg. Tidak ada peningkatan TD dan BB pada ibu.

   Evaluasi: Ibu mengerti dengan kondisinya

2. Mengingatkan kembali kepada ibu tentang keluhan yang dirasakan, bahwa flek yang dirasakan merupakan efek samping dari pengguna KB suntik 3 bulan

   Evaluasi: Ibu sudah mengerti dengan efek samping yang akan dirasakan, jadi ibu tidak khawatir

3. Mengingatkan kembali kepada ibu kapan kembali KB

   Evaluasi: Ibu mengingat bahwa kembali KB tanggal 15-9-2019

BAB V

PEMBAHASAN

Dalam studi kasus ini penulis akan membahas tentang Asuhan Kebidanan yang diberikan pada ibu hamil, bersalin, ibu nifas, bayi baru lahir dan KB yang dilakukan pada Ny “L” usia 24 tahun pada kehamilan Trimester III sampai dengan KB yang di mulai tanggal 1 April – 26 Juni 2019 di BPM Ngadillah Sobirin, di Asrikaton Jl. Anggrek 1 Pakis Malang (Rumah mertua), dan Jl. Jombang Gg 2 no 15b (Domisili). Pada bab ini berisi mengenai suatu pembahasan kasus yang diambil dari hasil pengkajian pada Ny “L” tersebut. Penulis akan membahas dan membandingkan antara teori dengan praktek di lapangan untuk lebih jelas sistematis maka penulis membuat pembahasan dengan mengacu pada pendekatan asuhan kebidanan, menyimpulkan data, menganalisa data dan melakukan penatalaksanaan asuhan sesuai dengan asuhan kebidanan yang dilakukan oleh mahasiswa DIII Kebidanan STIKes Widyagama Husada Malang.

5.1 Pembahasan Asuhan Kebidanan pada Masa Kehamilan

Asuhan Kebidanan pada kehamilan pada Ny “L” telah dilakukan sebanyak 4 kali kunjungan, asuhan kebidanan yang dilakukan antara lain anamnesa, pemeriksaan umum, pemeriksaan tanda tanda vital, dan pemeriksaan fisik. Pada setiap pemeriksaan yang telah dilakukan, ibu dalam keadaan baik.

Keluhan yang dialami Ny “L” yaitu mudah lelah, nyeri punggung dan perut bagian bawah. Keluhan yang dialami Ny “L” merupakan salah satu ketidaknyamanan yang dialami oleh ibu hamil trimester III. Adapun perubahan yang dirasakan ibu pada masa kehamilan trimester III diantaranya payudara penuh dan nyeri tekan, sekitar usia kehamilan 38 minggu bayi

masuk/turun kedalam panggul sehingga sakit punggung dan sering kencing, ibu akan menjadi sulit tidur, dan saat mendekati persalinan kontraksi braxton hicks akan meningkat (Pusdiknakes, 2013).

Asuhan kebidanan *Continuity of Care* yang dilakukan pada ibu ibu hamil trimester III sebanyak 4 kali kunjungan, pada asuhan nya terdapat 14T standar minimal asuhan kehamilan diantaranya sebagai berikut : timbang berat badan, ukur tekanan darah, pemeriksaan TFU, pemberian tablet Fe, imunisasi TT, pemeriksaan Hb, pemeriksaan protein urine, pemriksaan reduksi urine, pemeriksaan VDRL, perawatan payudara, senam hamil, pemberian obat malaria, pemberian kapsul minyak beryodium, dan temu wicara (Pantikawati, 2010).

Selama dilakukan asuhan kebidanan pada kehamilan terdapat kesenjangan antara teori dan praktik, yaitu pada standar asuhan kehamilan 14T, yang dilakukan hanya 10 standar yaitu: timbang berat badan, ukur tekanan darah, pemeriksaan TFU, pemberian tablet Fe, pemeriksaan Hb, pemeriksaan protein urine, pemriksaan reduksi urine, perawatan payudara, senam hamil, dan temu wicara. Sedangkan 4 standar yang tidak dilakukan yaitu: imunisasi TT karena sudah dilakukan sebelum ibu menikah, pengambilan darah untuk pemeriksaan VDRL *(Veneral Disease Research Laboratory)* tidak dilakukan karena tidak ada indikasi mengarah ke penyakit menular seksual, pemberian obat malaria dan pemberian kapsul minyak yodium karena pasien tidak tinggal di daerah endemic malaria.

Pada pemeriksaan leopold bagian atas uterus teraba bokong, bagian kiri perut ibu teraba punggung dan pada bagian bawah perut ibu teraba kepala, belum masuk PAP. Pada Ny “L” usia kehamilan 37 minggu 3 hari dengan TFU 32 cm kepala belum masuk PAP, namun ibu dilakukan konseling untuk sering melakukan jongkok maupun jalan jalan agar kepala

cepat masuk PAP, TBJ 3.100 gram dan lingkar panggul ibu juga normal. Padahal seharusnya pada primigravida kepala janin sudah turun dan masuk PAP pada usia kehamilan 36 minggu (Manuaba, 2012). Adapun penyebab kepala bayi belum masuk PAP pada usia kehamilan aterm diantarnya adalah kepala bayi besar (berat bayi >4kg), rongga panggul ibu sempit, adanya lilitan tali pusat, adanya tumor di rongga panggul, plasenta previa (plasenta yang menutupi jalan lahir) (Manuaba, 2012). Namun apabila penyebab tersebut disingkirkan, dapat ditunggu hingga memasuki fase persalinan (terjadinya kontraksi), asalkan janin dalam kondisi baik. Bila sudah memasuki fase persalinan kepala belum masuk PAP atau dikatakan masih tinggi, kehamilan harus diakhiri dengan operasi Caesar (Zulkarnain, 2015). Namun setelah Ny "L" memasuki usia kehamilan 38 minggu kepala janin sudah masuk PAP, sehingga masalah tersebut teratasi. Selama melaksanakan asuhan antenatal, semua asuhan yang diberikan pada Ny "L" dapat terlaksana dengan baik, dengan skor KSPR 2 yaitu kehamilan resiko rendah (KRR). Ibu sudah melakukan cek darah lengkap dengan Hb 13,6 gr/dL, yang artinya ibu dalam keadaan normal atau tidak anemis. Menurut Prawirohardjo (2014), kadar Hb normal ibu hamil >11 gr/dL.

IMT (Indeks Massa Tubuh) ibu 19,9 kg/m^2, artinya indeks massa tubuh ibu normal. Menurut Triwijayanti (2012), kenaikan berat badan yang disarankan selama hamil dengan IMT 18,5-24,9 kg/m^2 adalah 11,5-16 kg, namun Ny "L" mengalami kenaikan berat badan 17 kg yang melebihi kenaikan berat badan yang dianjurkan, asuhan yang diberikan kepada ibu adalah dengan menyarankan untuk mengurangi karbohidrat dan memperbanyak aktivitas. Menurut Haakstad (2009), selain asupan makanan selama hamil, pengeluaran energi dari aktivitas fisik merupakan faktor yang berhubungan terhadap kenaikan BB selama hamil. Namun, dengan kenaikan

BB yang berlebih pada Ny “L” tidak membuat berat bayi lahir besar, bayi Ny “L” lahir dengan berat 2.900 gram. Menurut Calvin (2010), ada 2 faktor yang berhubungan dengan berat bayi lahir rendah dengan kenaikan BB ibu yang berlebih, yang pertama adalah faktor asupan nutrisi ibu, dimana menurut Calvin (2010) penurunan BB tidak boleh dilakukan dalam kehamilan, namun yang perlu diperhatikan adalah kalori yang masuk ke dalam tubuh. Anggapannya, bila ibu sudah gemuk maka janin dalam kandungan pun tumbuh besar, padahal yang besar itu lapisan lemak dalam dinding perut ibu, bukan janinnya. Kemudian yang kedua adalah faktor ukuran pembuluh darah dari ibu hamil ke rahim dan plasenta, yang merupakan saluran makanan bagi janin dalam kandungan, menurut Calvin (2010), bila terjadi gangguan pada perkembangan pembuluh darah rahim, janin dalam kandungan tidak akan bertumbuh dengan baik walaupun ibu hamil mengalami kenaikan berat badan yang drastis.

Ny “L”, suami, dan keluarga bersifat kooperatif sehingga tidak terjadi kesulitan dalam memberikan asuhan. Berdasarkan dari hasil data yang ada semua masih dalam batas normal, tidak di temukan adanya komplikasi atau masalah selama kehamilan serta tidak ditemukan kesenjangan antara teori dengan praktik lapangan.

5.2 Pembahasan Asuhan Kebidanan pada Persalinan

Kala I yang dilakukan pada Ny “L” yaitu mengobservasi tanda tanda vital, His, DJJ, dan kemajuan persalinan menggunakan partograf. Ny “L” memasuki kala I fase aktif dari pembukaan 7cm ke 10cm (lengkap) selama 8 jam atau disebut kala I fase aktif memanjang, dikatakan kala I fase aktif memanjang adalah karena fase yang lebih panjang dari 12 jam dengan pembukaan serviks kurang dari 1,2 cm per jam pada primigravida dan 6 jam

rata-rata 2,5 jam dengan laju dilatasi serviks kurang dari 1,5 cm per jam pada multigravida (Oxorn, 2010). Pada observasi kemajuan persalinan menggunakan partograf sudah melewati garis waspada, menurut Depkes RI (2011), jika pembukaan serviks telah melewati dan berada di sebelah kanan garis bertindak, maka hal ini menunjukkan perlu dilakukan tindakan untuk menyelesaikan persalinan dan sebaiknya ibu harus sudah berada di tempat rujukan sebelum garis bertindak terlewati, namun pada kasus ini ibu dan keluarga menolak untuk dilakukan rujukan karena beberapa alasan yang tidak dapat disampaikan. Kemudian, setelah mengetahui hasil observasi tanda tanda vital ibu dan janin normal akhirnya dilakukan penatalaksanaan untuk mempercepat persalinan. Kasus Ny "L" ini kala I pada pembukaan 7 cm ke 8 cm berlangsung 4 jam, dikarenakan His yang kurang adekuat karena itu dilakukan amniotomy dan dipasang infus D5 dengan drip oxytosin 5 IU sebagai induksi. Dikatakan his tidak adekuat yaitu kurang dari 3 kali dalam 10 menit dengan durasi kurang dari 40 detik pertimbangkan adanya inersia uteri (Saifuddin, 2011). Untuk merangsang kontraksi sendiri terdapat 2 cara, secara alami yaitu dapat dilakukan dengan cara hubungan seksual sehingga sperma yang masuk yang mengandung prostaglandin dapat memicu kontraksi rahim, atau dengan oat-obatan dan tindakan lainnya seperti amniotomy, balon kateter, atau memberikan prostaglandin seperti E2(PGE2) atau oksitosin, dan pada kasus Ny "L" penatalaksanaan yang diberikan pertama disaat his kurang adekuat adalah dilakukannya amniotomy. Tindakan ini umumnya dilakukan pada saat pembukaan lengkap agar penyelesaian proses persalinan berlangsung sebagaimana mestinya. Namun pada kondisi selektif, amniotomi dilakukan pada fase aktif awal, sebagai upaya akselerasi persalinan, pada penatalaksaannya terlebih dahulu dilakukan penilaian serviks, penurunan bagian terbawah dan juga luas

panggul. Kemudian jika proses persalinan tidak terjadi dalam 1 jam setelah amniotomi, mulailah dengan pemberikan oksitosin atau drip oksitosin (Ness dkk, 2011).

Dari pembukaan 8 cm hingga 10 cm (lengkap) juga berlangsung selama 4 jam. Menurut Mathai (2012) penyebab kala I memanjang yaitu 3P diantaranya powers atau tidak terkoordinasinya kontraksi uterus, passenger atau diameter kepala bayi yang terlalu besar (> 9,5 cm) atau malposisi, dan passage atau pelvis yang abnormal, tumor, atau adanya obstruksi pelvis atau jalan lahir. Kemudian setelah dilakukan observasi dan melihat hasil pemeriksaan, penyebab kala I Ny “L” memanjang adalah karena kontraksi uterus yang kurang adekuat. Akhinya pada kala I memanjang diberikan asuhan sesuai dengan asuhan persalinan bersih dan aman atau 5 benang merah selama persalinan yaitu membuat keputusan klinik, asuhan sayang ibu dan sayang bayi, pencegahan infeksi, pencatatan (rekam medik) asuhan persalinan, dan juga rujukan bila terdapat indikasi untuk merujuk (JNPK-KR, 2010). Keputusan klinik yang diambil yaitu mengusahakan persalinan normal yang sesuai dengan teknik penanganan kala I fase aktif memanjang, karena ibu dan kaluarga yang menolak rujukan.

Pada Ny “L” kala II berlangsung selama 45 menit dan pembukaan lengkap pukul 12.30 WIB sampai bayi lahir spontan pukul 13.15 WIB, seperti yang telah dijelaskan yaitu pada primgravida kala II berlangsung rata-rata 1,5 jam dan pada multipara rata-rata 0,5 jam (Winkjosastro, 2011). Pada kala II juga dilakukan episiotomy atas indikasi perineum kaku, sehingga di harapkan dengan melakukan epistomi dapat mengurangi luka yang lebih luas diperineum atau labia (lipatan disisi kanan dan kiri alat kelamin) jika tidak dilakukan episiotomy. Episiotomy yang dilakukan adalah jenis episiotomi mediolateralis yaitu sayatan dimulai dari bagian belakang introitus vagina

menuju ke arah belakang dan samping, arah sayatan dapat dilakukan ke arah kanan ataupun kiri, tergantung pada kebiasaan orang yang melakukannya, panjang sayatan kira-kira 4 cm (Benson, 2009).

Kala III pada Ny “L” berlangsung selama 5 menit pukul 13.15 WIB setelah bayi lahir, dimana 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 (Winkjosastro, 2011). Melakukan manajemen aktif kala III yaitu pemberian oxytosin 10 IU secara IM, melakukan peregangan tali pusat terkendali, melakukan massase fundus uteri selama ± 15 detik, penatalaksanaan tersebut sesuai dengan teori manajemen aktif kala III (Winjaksono, 2011). Plasenta lahir lengkap dengan Panjang tali pusat 45 cm, diameter plasenta 15 cm, ketebalan ± 3 cm, dan tidak ada selaput yang tertinggal. Larerasi derajat II, dan dilakukan heacting jahitan jelujur.

Kala IV dimulai dari jam 13.20 WIB sampai 15.20 WIB, pada 1 jam pertama dilakukan observasi tekanan darah, suhu, nadi, TFU, kontraksi uterus, kandung kemih, dan perdarahan setiap 15 menit, dan 1 jam kedua setiap 30 menit. Seperti yang ada pada teori 7 pokok penting kala IV diantaranya kontraksi uterus harus bagus, tidak ada perdarahan dari vagina atau alat genetalia lainnya, plasenta dan selaput ketuban harus telah lahir lengkap, kandung kencing harus kosong, luka-luka pada perineum terawat dengan baik dan tidak ada hematoma, bayi dalam keadaan baik, ibu dalam keadaan baik. Nadi dan tekanan darah normal, tidak ada pengaduan sakit kepala atau mual. Adanya frekuensi nadi yang menurun dengan volume yang baik adalah suatu gejala baik (Winkjosastro, 2011).

5.3 Pembahasan Asuhan Kebidanan pada Masa Nifas

Asuhan kebidanan masa nifas pada Ny “L” telah dilakukan sebanyak 4 kali kunjungan, asuhan yang dilakukan yaitu anamnesa, pemeriksaan tanda tanda vital, pemeriksaan fisik, dan didapatkan hasil ibu dalam kondisi normal. Selama masa nifas ibu mengeluhkan nyeri di perut bagian bawah dan bekas jalan lahir (luka jahitan), dimana keluhan nyeri pada bagian perut bawah merupakan hal yang normal dirasakan setiap ibu yang melewati masa nifas, seperti yang dipaparkan oleh Ambarwati (2010) masa yang dilewati ibu nifas ini dinamakan *involusi uteri* atau pengerutan uterus yang merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil. Proses ini dimulai segera setelah plasenta lahir akibat kontraksi otot-otot polos uterus. Pada *involusi uteri* juga terjadi perubahan TFU (Tinggi Fundus Uteri), sesuai dengan teori Ambarwati (2010) TFU Ny “L” setelah plasenta lahir adalah 2 jari dibawah, dan saat kunjungan 2 minggu postpartum TFU sudah tidak teraba.

Pada masa nifas ibu juga mengeluhkan nyeri luka jahitan di bekas jalan lahir, secara teori rasa nyeri ini akibat terputusnya jaringan saraf dan jaringan otot akibat episiotomy, adapun faktor yang mempengaruhi proses penyembuhan luka jahitan bekas episiotomy menurut Prawirohardjo (2014) adalah status nutrisi yang tidak tercukupi memperlambat penyembuhan luka, kebiasaan merokok dapat memperlambat penyembuhan luka, penambahan usia memperlambat penyembuhan luka, peningkatan kortikosteroid akibat stress dapat memperlambat penyembuhan luka, ganguan oksigenisasi dapat mengganggu sintesis kolagen dan menghambat epitelisasi sehingga memperlambat penyembuhan luka, infeksi dapat memperlambat penyembuhan luka. Oleh karena itu Ny “L” diberikan KIE untuk pemenuhan nutrisi, serta perawatan luka untuk mencegah infeksi dengan mengganti pembalut dan kassa setiap kali basah dan cebok dari depan ke belakang.

Luka jahitan rata-rata akan kering dan baik dalam waktu kurang dari satu minggu. Sama hal nya dengan Ny “L” dimana dalam waktu 6 hari rasa nyeri sudah berkurang, tidak seperti hari sebelumnya, maka dari itu tidak ada kesenjangan antara teori dan penatalaksanaan kasus yang terjadi sesuai dengan teori yang dipaparkan oleh Wilujeng (2011).

Lochea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas, pada masa nifas Ny “L” 6 jam postpartum lochea yang keluar warna merah segar (rubra), 6 hari postpartum merah kecoklatan (sanguinolenta), 2 minggu postpartum coklat kekuningan (serosa), dan 6 minggu postpartum berwarna putih (alba). Hal ini sesuai dengan teori yang ada menurut Ambarwati (2010).

Asuhan yang diberikan yaitu KIE cara menyusui yang benar, ASI eksklusif, menjemur bayi setiap pagi hari, perawatan tali pusat, tetap menjaga kehangatan bayi, memberitahukan ibu untuk tidak tarak makan, menjaga personal hygiene, istirahat, mobilisasi, senam nifas, tanda bahaya masa nifas, kapan waktunya KB, dan imunisasi pada bayi, serta menganjurkan ibu untuk membawa bayi ke posyandu secara rutin untuk melihat tumbuh kembang bayi (Ambarwati, 2010).

Pada masa nifas ini Ny “L” tidak memiliki masalah dengan ASI dan cara menyusui, karena setelah memasuki masa nifas diberikan KIE tentang cara menyusui, seperti teori Prawirohardjo (2014) dimana makin sering ibu menyusui, pengosongan alveolus dan saluran makin baik sehingga kemungkinan terjadinya bendungan susu makin kecil, dan menyusui akan makin lancar. Adapun KIE yang diberikan tentang cara menyusui yang benar yaitu kepala dan badan bayi berada dalam satu garis lurus, wajah bayi harus menghadap payudara dengan hidung berhadapan dengan putting, ibu harus memeluk badan bayi dekat dengan badannya, jika bayi baru lahir, ibu harus menyangga seluruh badan bayi, bukan

hanya kepala dan bahu (Perinasia, 2010). ASI yang keluar lancer dan KIE tentang manfaat ASI eksklusif telah diberikan, namun sesekali ibu tetap memberikan tambahan susu formula dengan alasan merasa bayinya belum merasa puas, kemudian KIE yang diberikan selanjutnya adalah dengan mengajurkan ibu untuk relaktasi, atau menyusui hanya ASI kembali tanpa diberikan susu formula atau minuman lain selain ASI (*parsial*), menurut Tenrilemba (2011), relaktasi dapat dilakukan pada seorang ibu dan bayi dengan usia 0-2 tahun.

5.4 Pembahasan Asuhan Kebidanan pada Bayi Baru Lahir

Pada ashan bayi baru lahir dilakukan kunjungan rumah sebanyak 2 kali. Dari hasil pengkajian bayi Ny “L” lahir pukul 13.30 WIB spontan belakang kepala, langsung menangis, gerak aktif, kulit kemerahan, jenis kelamin laki laki, BB 2900 gram, PB 48cm. Salep mata dan vitamin K diberikan sesaat setelah bayi lahir. Menurut IDAI (2017) manfaat vitamin K yaitu untuk mencegah terjadinya perdarahan pada bayi baru lahir, semua bayi baru lahir normal dan cukup bulan perlu diberikan vitamin K peroral 1 mg per hari selama 3 hari atau injeksi vitamin K 1 mg secara IM, pemberian vitamin K maksimal 2 jam setelah bayi dilahirkan.

Menurut Astuti (2018) dalam proses melahirkan normal maka semua bagian tubuh bayi akan melewati jalan lahir ibu atau vagina ibu. Dalam proses ini kemungkinan ada banyak bakteri yang berasal dari saluran reproduksi dalam, air ketuban dan air kencing. Karena itu setiap bayi yang lahir akan menerima perawatan berupa salep Eritromisin, Erlamycetin, atau Oxytetracycline yang dioleskan pada bagian mata. Fungsi utama dari salep mata ini adalah mencegah infeksi pada mata bayi, mencegah kebutaan karena infeksi mata bayi, dan tidak mencegah penyakit mata akibat klamidia.

Menurut Depkes RI (2011), IMD dilakukan segera setelah bayi lahir diletakkan diatas dada / perut ibu tanpa dibatasi kain dan biarkan bayi mencari putting susu ibunya dan dalam dekapan ibunya dan bayi kan merasa hangat juga melatih reflek isap bayi. Namun pada Ny “L” IMD tidak dilakukan segera setelah bayi lahir karena kebijakan pihak lapangan ada. Hal ini tidak sesuai dengan teori yang ada.

Bayi Ny “L” diberikan imunisasi Hb0, seperti yang telah dijelaskan bahwa vaksin Hb pertama (monovalent) paling baik diberikan dalam waktu 12 jam setelah lahir dan didahului pemberian suntikan vitamin K1 minimal 30 menit sebelumnya, adapun manfaat Vaksin hepatitis B yaitu untuk melindungi anak dari virus hepatitis B, yang dapat menyebabkan kerusakan hati hingga kematian. (IDAI, 2017).

Kemudian melakukan pemeriksaan reflek pada bayi baru lahir usia 6 jam, diantaranya reflek moro, reflek glabella, reflek tonic neck, reflek grashping, reflek rooting, reflek sucking, reflek swallowing, dan reflek babinsky yang pada semua pemeriksaan hasilnya positif. Menurut IDAI (2017), reflek merupakan gerakan yang sifatnya involunter alias tidak sengaja. Reflek biasanya berupa gerakan yang bersifat spontan, reflek bayi yang baik menandakan aktivitas saraf dan otak bayi yang normal, artinya kondisi bayi Ny “L” juga normal.

Pada saat kunjungan 6 hari, ibu mengeluhkan tali pusat yang belum lepas (puput), namun hal itu masih fisiologis dimana tali pusar bayi biasanya akan puput atau lepas setelah 6-14 hari kehidupan pertamanya. Biasanya, tali pusar ini akan terlepas setelah mengering dengan sendirinya (IDAI, 2017).

Bayi Ny “L” mengalami kenaikan berat badan 200 gram pada usia 6 hari dari 2.900 gram panjang 48 cm menjadi 3.100 gram dengan panjnag

tetap 48 cm, kenaikan ini masih normal dimana menurut IDAI (2017), usia 0 – 1 bulan. rata-rata kenaikan berat badan bayi baru lahir adalah 2/3 sampai 100 gram/hari dan tingginya bertambah 2 sampai 5 cm dalam 1 bulan. Perlu diingat, bahwa sebagian besar bayi kehilangan berat badan selama beberapa hari pertama kehidupannya, tapi biasanya ia akan mendapatkan kembali berat badan yang hilang, selama beberapa hari ke depan. Sehingga dalam seminggu sampai 10 hari berat badan bayi akan kembali ke berat lahir semula.

Setelah dilakukan pemeriksaan bayi Ny "L" juga tidak ikterus, dimana menurut IDAI (2017), umumnya kondisi bayi kuning bermula di wajah bayi, kemudian mulai turun ke dada, perut, serta tangan dan kaki. Kondisi ini disebabkan tingkat bilirubin yang tinggi dalam darah bayi baru lahir. bisa semakin sulit dideteksi jika bayi memiliki kulit gelap sehingga hanya bisa dilihat di bawah sinar matahari. Tidak ada kesenjangan antara teori dan penatalaksanaannya, yang selalu menganjurkan ibu untuk menyusui sesering mungkin. Karena tingginya tingkat bilirubin bisa bertahan lebih lama daripada yang biasa terjadi ketika bayi tidak mendapatkan cukup ASI. Saat bayi tidak menerima ASI sesuai kebutuhan tubuhnya, pergerakan di sistem pencernaan akan berkurang. Akibatnya, bilirubin yang ada di perut terserap kembali ke dalam aliran darah karena tidak ikut keluar bersama kotoran yang dihasilkan jika sistem pencernaannya bekerja dengan baik.

5.5 Pembahasan Asuhan Kebidanan pada Keluarga Berencana

Setelah diberikan KIE tentang KB pada kunjungan nifas ke 3 dan ke 4, dimana ibu diberikan beberapa pilihan metode KB yang aman untuk ibu menyusui, ibu memilih KB suntik 3 bulan, dan tidak ada kontraindikasi yang menjadi alasan ibu untuk tidak menggunakan KB suntik 3 bulan, seperti hamil

atau dicurigai hamil, perdarahan pervaginam yang belum jelas, tidak dapat menerima terjadinya gangguan pola haid terutama amenorea, menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara, diabetes mellitus disertai komplikasi (BKKBN, 2015). Dan tidak ada kesenjangan teori dan penatalaksanaan penyuntikkan yaitu di 1/3 bagian atas SIAS dan coccygeus secara IM (Saifuddin, 2011).

BAB VI

PENUTUP

6.1 Kesimpulan

Setelah melakukan asuhan kebidanan secara komprehensif dan pendokumentasian menggunakan SOAP, Ny "L" usia 24 tahun $G_IP_{0000}Ab_{000}$ dilakukan asuhan kebidanan dari kehamilan trimester III dengan 4 kali kunjungan, persalinan 1 kali kunjungan, nifas 4 kali kunjungan, bayi baru lahir 2 kali kunjungan, dan KB 1 kali kunjungan di Rumah Bersalin Ngadillah Sobirin, di rumah pasien Jl. Jombang Gg.2 15b (Domisili tempat tinggal pasien), dan juga Asrikaton Jl. Anggrek 1 Pakis (Rumah Mertua), yang dilakukan mulai tanggal 1 April 2019 sampai dengan tanggal 26 Juni 2019, maka dapat disimpulkan bahwa :

6.1.1 Asuhan Kebidanan pada Masa Kehamilan

Pemeriksaan ANC pada Ny "L" dilakukan sebanyak 4 kali kunjungan dengan standa 14T, tetapi yang dilaksanakan hanya 10T. Dari hasil pemeriksaan selama kehamilan ini tidak ditemukan adanya masalah dengan kehamilan resiko tinggi, keluhan yang dialami ibu merupakan ketidaknyamanan yang normal terjadi pada ibu hamil trimester III. Penatalaksanaan yang dilakukan juga sesuai dengan kebutuhan ibu.

6.1.2 Asuhan Kebidanan pada Persalinan

Setelah melakukan pengkajian, menyusun diagnosa merencanakan asuhan, melaksanakan asuhan, melakukan evaluasi asuhan kebidanan pada Ny "L" usia 24 tahun, proses persalinan kala I,

kala II, kala III, dan kala IV berjalan lancar dan normal, meskipun ada penyulit yang terjadi yaitu adanya His yang kurang adekuat sehingga dilakukan penanganan dengan drip oxytosin yang sudah disetujui oleh ibu dan keluarga, akhirnya penyulit dapat diatasi sesuai prosedur yang ada.

6.1.3 Asuhan Kebidanan pada Masa Nifas

Setelah melakukan pengkajian, menyusun diagnosa, merencanakan asuhan, melaksanakan asuhan, melakukan evaluasi asuhan kebidanan pada Ny “L” usia 24 tahun, didapatkan hasil masa nifas fisiologis atau normal. Asuhan kebidanan pada ibu nifas yang dilakukan sebanyak 4 kali kunjungan. Selama melakukan asuhan, keluhan yang dirasakan oleh Ny “L” dapat diatasi dengan melakukan penatalaksanaan sesuai dengan teori tanpa adanya kesenjangan.

6.1.4 Asuhan Kebidanan pada Bayi Baru Lahir

Pada bayi baru lahir dilakukan kunjungan selama 2 kali, sesuai dengan kebijakan yaitu pada kunjungan pertama usia 6 jam, dan kunjungan kedua pada usia 5 hari. Dari hasil pemeriksaan kunjungan pertama dan kedua dapat disimpulkan bahwa bayi dalam keadaan sehat tanpa komplikasi apapun, dan dilakukan dokumentasi asuhan kebidanan dengan SOAP.

6.1.5 Asuhan Kebidanan pada Keluarga Berencana

Setelah melakukan pengkajian, menyusun diagnose, merencanakan asuhan, melakukan asuhan, dan melakukan evaluasi asuhan kebidanan pada Ny “L”, didapatkan hasil bahwa Ny “L” menggunakan

KB suntik 3 bulan. Pasca penyuntikkan efek yang dirasakan ibu adalah flek yang berlangsung selama 3 hari, namun tidak ada keluhan lain yang dirasakan ibu. Konseling yang diberikan sesuai dengan kebutuhan ibu, kemudian dilakukan pendokumentasian asuhan menggunakan SOAP.

6.2 Saran

6.2.1 Bagi Penulis

Setelah menyelesaikan Laporan Tugas Akhir diharapkan penulis dapat melakukan asuhan kebidanan sesuai standar dan mempraktikkan teori yang didapat pada ibu masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, maupun keluarga berencana.

6.2.2 Bagi Institusi dan Lahan Praktik

Diharapkan Laporan Tugas Akhir ini dapat menjadi reverensi untuk meningkatkan mutu pelayanan kebidanan yang berkualitas. Peningkatan pelayanan harus terus dilakukan dalam upaya meningkatkan kesehatan masyarakat terutama pada ibu hamil dan bayi untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian. Melengkapi sarana pemeriksaan untuk menyadari bahwa masalah kesehatan pada ibu hamil, bersalin, nifas, serta bayi baru lahir adalah tanggungjawab tenaga kesehatan untuk mendeteksi dini kemungkinan kegawatdaruratan.

6.2.3 Bagi Klien

Diharapkan klien dapat meningkatkan perhatiannya untuk kehamilan yang berikutnya, karena ibu sudah mengetahui pantangan

dan anjuran pada masa kehamilan hingga KB, sehingga ibu dapat menjebatani diri untuk menurunkan tingkat resiko.

6.2.4 Bagi STIKes Widyagama Husada Malang

Stikes Widyagama Husada Malang merupakan salah satu Perguruan Tinggi Kesehatan Swasta yang cukup maju di Kota Malang, sehingga sebagai contoh perguruan tinggi kampus swasta lainnya, juga harus selangkah lebih maju dalam melengkapi literatur pembelajaran dengan ilmu ilmu yang up to date, juga peralatan laboratorium penunjang mahasiswa dalam melakukan asuhan kebidanan.

6.2.5 Penyusun LTA Selanjutnya

Mengembangkan Laporan Tugas Akhir ini dengan menambah referensi referensi asuhan kebidanan terbaru sehingga komplikasi pada masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, serta KB dapat terdeteksi dan teratasi.

DAFTAR PUSTAKA

Ambarwati, Eny. 2010. *Asuhan Kebidanan Nifas.* Yogyakarta: Nuha Medika.

Ambarwati, Eny Retna. 2012. *Asuhan Kebidanan Nifas*. Jogjakarta: Nuha Medika

APN 2014. Asuhan Persalinan Normal

Arma, N; Karlinah, Nelly; dan Yanti, E. 2015. *Bahan Ajar Obstetri Fisiologi.* Yogyakarta: Deepublish.

Asrinah, dkk. 2010. *Asuhan Kebidanan Pada Persalinan*. Yogyakarta : Graha Ilmu

Bandiyah, S. 2009. *Kehamilan Persalinan Gangguan Kehamilan.* Yogjakarta: Nuha Medika.

BKKBN. 2015. *Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi.* Jakarta: BKKBN

Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2011. *Asuhan Persalinan Normal.* Jakarta : JNPK-KR.

Dewi, Vivian nanny lia dan Tri sunarsih. 2011. *Asuhan Kehamilan untuk kebidanan*. Jakarta: Salemba medika.

Dewi, Vivian Nanny Lia. 2010. *Asuhan Neonatus bayi dan Anak Balita*. Jakarta: Salemba Medika

Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur. 2015. *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2015*. Surabaya: Dinkes Jatim

Dinas Kesehatan Kota Malang. 2016. *Profil Kesehatan Kota Malang Tahun 2016*. Malang: Dinkes Kota Malang

Estiwidani, Meilani, Widyasih, Widyastuti. 2012. *Konsep Kebidanan*. Yogyakarta, EGC

Farrer, H. 2010. *Keperawatan Maternitas. Edisi 4, Vol 2, Alih Bahasa: dr. Andry Hartono.* Jakarta: EGC

Hanafi, H, 2012. *Keluarga Berencana Dan Kontrasepsi.* Jakarta. Pustaka Sinar Harapan

Handayani, S. 2010. *Buku Ajar Pelayanan Keluarga Berencana.* Yogyakarta: Pustaka Rihama

Hani, Ummi, Kusbandiyah, Jiarti, dkk. 2011. A*suhan Kebidanan Pada Kehamilan Fisiologis.* Jakarta: Salemba Medika

Hartanto, H. 2009. *Keluarga Berencana dan Kontrasepsi.* Jakarta: Pustaka Sinar Harapan: 212-213.

Hidayat, A dan Sujiyatini. 2010. *Asuhan Kebidanan Persalinan.* Yogyakarta : Nuha Medika.

Ismail. 2012. *Luka dan perawatannya*. Jakarta: Balai Pustaka

JNPK-KR. 2010. *Asuhan Persalinan Normal dan Inisiasi Menyusui Dini.* Jakarta: Jhplego.

Kemenkes RI. 2017. *Capaian Kinerja Kemenkes RI Tahun 2015 - 2017*. Dipublikasikan Pada : Rabu, 16 Agustus 2017 00:00:00. Diakses pada tanggal 2 April 2019 pukul 08.15 WIB http://www.depkes.go.id/article/view/17081700004/-inilah-capaian-kinerja-kemenkes-ri-tahun-2015--2017.html

Leveno, Kenneth J. 2009. *Obstetric Williams Panduan Ringkas*. Jakarta : EGC

Mansjoer, Arif. 2010. *Ilmu Kebidanan Patologis*. Jakarta: Salemba Medika.

Manuaba, Ida Bagus. 2012. *Ilmu Kebidanan Penyakit Kandungan dan KB*. Jakarta : EGC

Marmi. 2011. *Asuhan Kebidanan pada Masa Nifas.* Jakarta: Salemba Medika.

Marmi, S.ST. 2012. Asuhan Kebidanan Pada Persalinan. Yogyakarta : Pustaka Pelajar

Maryunani, Anik. 2013. Asuhan Kegawatdaruratan Maternal & Neonatal. Jakarta : Trans Info Medika

Mirza , Maulana. 2010. *Panduan lengkap kehamilan.* Jogjakarta: Kata Hati.

Mochtar, R. 2012*. Sinopsis Obstetri Fisiologi Obstetri Patologi Jilid I*. Jakarta : EGC

Muslihatun, Nur Wafi; Mufdlilah; Nanik Setiyawati. 2009. "*Dokumentasi Kebidanan"*. Yogyakarta: Fitramaya.

Muslihatun, WN. 2010. *Asuhan Neontaus Bayi dan Balita*. Yogyakarta: Fitramaya

Perinasia. 2010. *Melindungi, Meningkatkan, dan Mendukung Menyusui: Peran Khusus pada Pelayanan Kesehatan Ibu Hamil dan Menyusui, Pernyataan bersama WHO/UNICEF, Perkumpulan Perinatologi Indonesia.* Jakarta: WHO-JHPIEGO

Pantikawati, Saryono. 2010. *Asuhan Kebidanan I (Kehamilan)*. Yogyakarta: Nuha Medika.

Prawirohardjo, Sarwono. 2014. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: PT. Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo

Pusdiknakes. 2013. *Asuhan Antenatal*. Jakarta: WHO-JHPIEGO.

Riskerdas. 2015. *Riset Kesehatan Dasar.* Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementrian Kesehatan RI.

Saifuddin. 2011. *Ilmu Kebidanan.* Jakarta. Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo

Saleha, S. 2009. *Asuhan Kebidanan pada Masa Nifas.* Jakarta: Salemba Medika

Sari, Anggrita, Ika Mardiatul Ulfa dan Ramalida Daulay. 2015. *Asuhan Kebidanan pada Kehamilan.* Bogor: In Media

Sari E.P, Rimandini K.D. 2014. *Asuhan Kebidanan Persalinan*. Jakarta: CV. Trans Info Media

Sujiyatini, dkk, 2009. *Asuhan Patologi Kebidanan*. Nuha Medika. Yogyakarta.

Sulistyawati. A. 2010. *Asuhan Kebidanan Pada Masa Kehamilan.* Jakarta: Salemba Medika

Sulistyawati, A. 2013. *Pelayanan Keluarga Berencana.* Jakarta: Salemba Medika.

Wahyuni, S. 2012. *Asuhan Neonatus, Bayi & Balita Penuntun Belajar Praktik Klinik.* Jakarta: EGC

Wiknjosastro, Hanifa. 2010. *Ilmu Kandungan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo

Wiknjosastro, Adriaansz dan Waspodo. 2011. *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal* Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjdo

LAMPIRAN 1

JADWAL PELAKSANAAN LAPORAN TUGAS AKHIR

PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN

STIKES WIDYAGAMA HUSADA MALANG

2019

NO	KEGIATAN	BULAN																			
		Maret				April				Mei				Juni				Agustus			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1.	Penyusunan Proposal																				
2.	Seminar Proposal																				
3.	Revisi																				
4.	Pelaksanaan Asuhan																				
5.	Penyusunan LTA																				
6.	Pelaksanaan ujian LTA																				
7.	Revisi																				
8.	Penjilidan dan Pengumpulan Laporan LTA																				

LAMPIRAN 2

Surat Pengantar LTA

YAYASAN PEMBINA PENDIDIKAN INDONESIA WIDYAGAMA MALANG (YPPIWM)
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKES)
WIDYAGAMA HUSADA
SK MENDIKNAS RI NOMOR: 130/D/0/2007
Program Studi : * D-3 Kebidanan * S-1 Kesehatan Lingkungan * S-1 Ilmu Keperawatan * Profesi Ners

Nomor : 10 /A-2/STIKES/III/2019
Lampiran : 1 (satu) lembar
Perihal : **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, 14 Maret 2019
Kaprodi DIII Kebidanan,

Yanjar Angelia P,S.SiT.,M.Kes
NDP. 2003.05

LAMPIRAN 3

Informed Consent

SURAT PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

(INFORMED CONSENT)

Yang bertandatangan di bawah ini:

Nama : Laeli Sa'adah

Umur : 24 th

Saya mengerti bahwa saya akan diminta untuk menjadi subjek pelaksanaan asuhan kebidanan untuk diberikan asuhan sejak kehamilan sampai KB.

Saya mengerti bahwa catatan mengenai data penelitian ini akan dirahasiakan. Informasi mengenai Identitas saya tidak akan ditulis pada instrumen penelitian dan akan disimpan secara terpisah serta terjamin kerahasiaannya.

Saya mengerti saya berhak menolak untuk berperan atau mengundurkan diri dari penelitian setiap saat tanpa adanya sanksi atau kehilangan hak hak saya.

Saya telah diberi kesempatan untuk bertanya mengenai peran serta saya dalam penelitian ini, dan telah dijawab serta dijelaskan secara memuaskan. Saya secara sukarela dan sadar menyatakan bersedia berperan serta dengan menandatangani Surat Persetujuan Menjadi Subyek Penelitian. Apabila terjadi sesuatu hal yang merugikan diri saat dalam asuhan ini, maka saya akan bertanggungjawab atas pilihan saya sendiri dan tidak akan menuntut dikemudian hari.

Malang, 2019

Mahasiswa,	Subjek Penelitian,
(Dwi Kumala Wardani)	(Laeli)

Surat Kesediaan Pembimbing 1

SURAT KESEDIAAN BIMBINGAN LAPORAN TUGAS AKHIR
PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN
STIKES WIDYAGAMA HUSADA
TAHUN AKADEMIK 2018/2019

Yang Bertandatangan di bawah ini :

Nama : YUNIAR ANGELIA P, S.ST., M.Kes
Jabatan : Pembimbing 1
Alamat : Perumahan Bumi Mendoroko
No. Telp. : 081331855039

Dengan ini menyatakan bersedia~~/tidak bersedia~~*) menjadi pembimbing 1 / ~~pembimbing 2~~*) Laporan Tugas Akhir Prodi DIII Kebidanan STIKES Widyagama Husada bagi mahasiswa :

Nama : DWI KUMALA WARDANI
NIM : 1615.15401.1078
Alamat : Dsn. Cungkup RT.02 RW.03 Ds. Ngrendeng Kec. Selorejo Kab. Blitar
Judul LTA : Asuhan Kebidanan Kompetensif pada Ny "L" usia 24 tahun G1P0000A0000 UK 35 minggu 3hari dengan kehamilan fisiologis di BPM Ngadillah Sobirin Pakis Malang.

Malang, 10 April 2019
Pembimbing LTA

YUNIAR ANGELIA P. S.ST., M.Kes

*) Coret yang tidak perlu

Surat Kesediaan Pembimbing 2

SURAT KESEDIAAN BIMBINGAN LAPORAN TUGAS AKHIR
PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN
STIKES WIDYAGAMA HUSADA
TAHUN AKADEMIK 2018/2019

Yang Bertandatangan di bawah ini :
Nama : ERVIN RUFAINDAH, S.ST., M.Keb
Jabatan : Pembimbing 2.
Alamat : Jl. Ifan tambro barat no. 46 Malang.
No. Telp. : 081357276465

Dengan ini menyatakan bersedia/~~tidak bersedia~~*) menjadi ~~pembimbing 1~~ / pembimbing 2*) Laporan Tugas Akhir Prodi DIII Kebidanan STIKES Widyagama Husada bagi mahasiswa :
Nama : DWI KUMALA WARDANI
NIM : 1615.15401.1078
Alamat : Dsn. Cungkup RT.02 RW.03 Ds. Ngrendeng Kec. Selorejo Kab. Blitar
Judul LTA : Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny "L" usia 24 tahun G1P0000 Ab000 UK 35 minggu 3hari dengan kehamilan fisiologis. di BPM Ngadillah Sobirin Pakis Malang

Malang, 25 Maret 2019
Pembimbing LTA

ERVIN RUFAINDAH, S.ST., M.Keb.

*) Coret yang tidak perlu

LAMPIRAN 4

Buku KIA

Nomor Registrasi Ibu : .....
Nomor Urut di Kohort Ibu : .....
Tanggal menerima buku KIA : .....
Nama & No. Telp. Tenaga Kesehatan: .....

BIDAN
NGADILLAH, AMd.Keb.
DESA ASRIKATON
TELP. 085 859 997 081

IDENTITAS KELUARGA

Nama Ibu : Ny. Laely
Tempat/Tgl. Lahir : 24
Kehamilan ke : 1 Anak terakhir umur: - tahun
Agama : Islam
Pendidikan : Tidak Sekolah/SD/SMP/(SMU)/Akademi/Perguruan Tinggi*
Golongan Darah : A
Pekerjaan : IRT
No. JKN : .....

Nama Suami : Tn. Anjang
Tempat/Tgl. Lahir : 24
Agama : Islam
Pendidikan : Tidak Sekolah/SD/SMP/(SMU)/Akademi/Perguruan Tinggi*
Golongan Darah : .....
Pekerjaan : Swasta

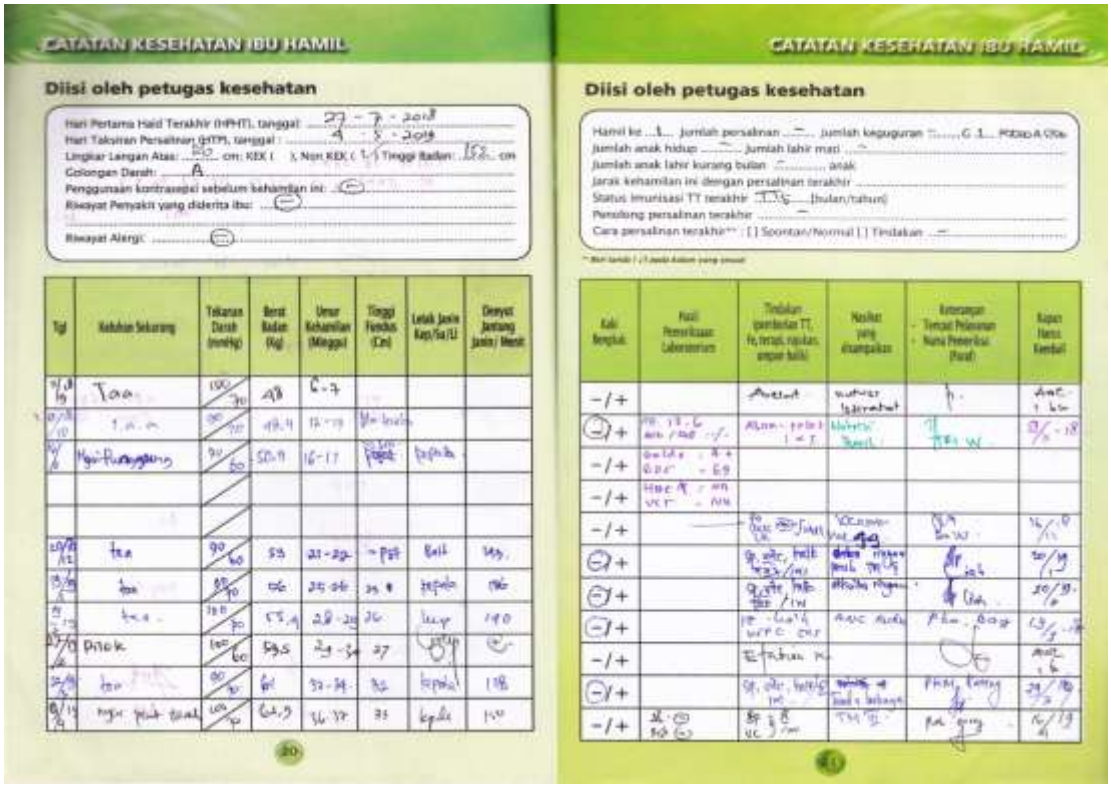
Alamat Rumah : Asrikaton Jl. Anggrek I 1/3
Kecamatan : Pakis
Kabupaten/Kota : Malang
No. Telp. yang bisa dihubungi : 085 563 050 2110

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

** Lingkari yang sesuai*

viii

Buku Kunjungan



CATATAN KESEHATAN IBU HAMIL

Diisi oleh petugas kesehatan

Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT), tanggal: 27 - 7 - 2018
Hari Taksiran Persalinan (HTP), tanggal: 4 - 5 - 2019
Lingkar Lengan Atas: 20 cm; KEK ( ), Non KEK ( ) Tinggi Badan: 152 cm
Golongan Darah: A
Penggunaan kontrasepsi sebelum kehamilan ini: (-)
Riwayat Penyakit yang diderita ibu: (-)
Riwayat Alergi: (-)

Tgl	Keluhan Sekarang	Tekanan Darah (mmHg)	Berat Badan (Kg)	Umur Kehamilan (Minggu)	Tinggi Fundus (Cm)	Letak Janin Kep/Sa/Li	Denyut Jantung Janin/ Menit
9/8 19	Tea	100/70	48	6-7			
10/8 10	t.a.a	90/70	48.4	12-13	[illegible]		
10/8	Hyi-Pungung	90/60	50.9	16-17	[illegible]	kepala	
20/8 12	tea	90/60	53	21-22	[illegible]	Bali	143
13/9	tea	80/70	56	25-26	25	kepala	136
19/9	tea	100/70	55,4	28-29	26	[illegible]	140
27/9	Pilek	100/60	53,5	29-34	27	[illegible]	(-)
22/9	tea	90/70	61	32-34	32	kepala	138
8/19	[illegible]	100/70	62,9	36-37	33	kepala	140

20

CATATAN KESEHATAN IBU HAMIL

Diisi oleh petugas kesehatan

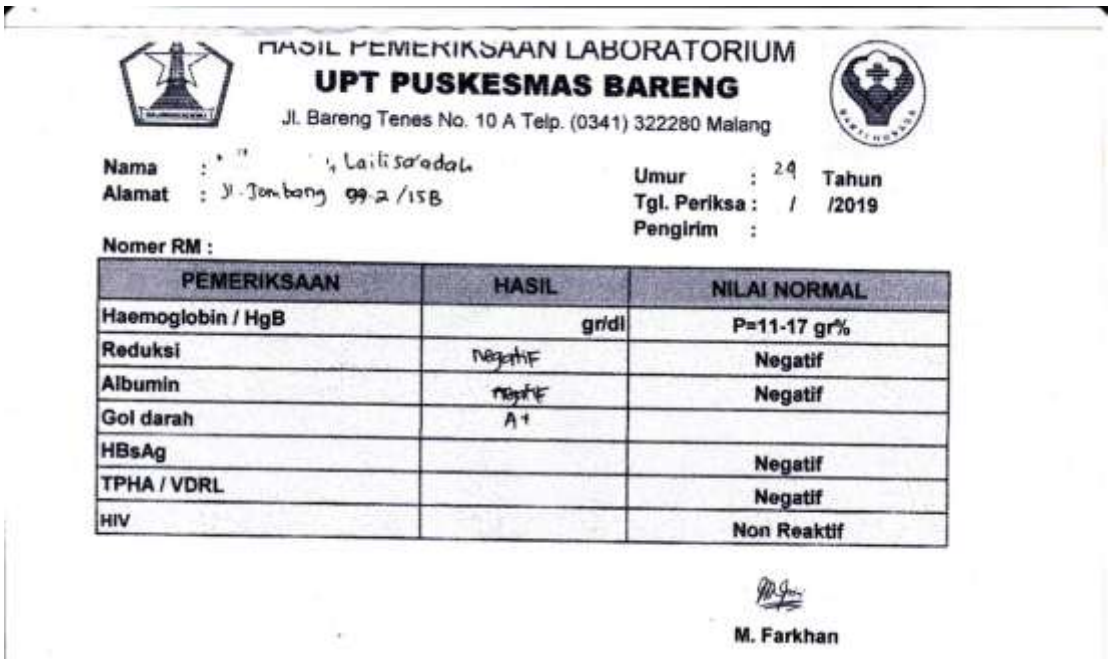
Hamil ke 1 jumlah persalinan - jumlah keguguran - G 1 Pdbp A Ctbs
Jumlah anak hidup - jumlah lahir mati -
Jumlah anak lahir kurang bulan - anak
Jarak kehamilan ini dengan persalinan terakhir
Status imunisasi TT terakhir TT5 (bulan/tahun)
Penolong persalinan terakhir -
Cara persalinan terakhir** : [ ] Spontan/Normal [ ] Tindakan -

** Bisa lebih / ( ) pada kolom yang sesuai

Kaki Bengkak	Hasil Pemeriksaan Laboratorium	Tindakan (pemberian TT, Fe, terapi, rapikan, ampar baik)	Masihat yang disampaikan	Keterangan - Tempat Pelayanan - Nama Pemeriksa (Paraf)	Kapan Harus Kembali
-/+		Avesat	nutrisi lesiratat	[illegible]	Anc. 1 bln
(-)/+	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	13/5-18
-/+	Golda : A+ BDR : 69				
-/+	HBsAg : NN VCT : NN				
-/+		[illegible]	[illegible]	[illegible]	16/11
(-)/+		[illegible]	[illegible]	[illegible]	20/9
(-)/+		[illegible]	[illegible]	[illegible]	20/9
(-)/+		[illegible]	ANC [illegible]	[illegible]	13/5
-/+		[illegible]		[illegible]	Anc. 1 b
(-)/+		[illegible]	[illegible]	[illegible]	29/10
-/+	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	16/19

21

Hasil Laboratorium



HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM
UPT PUSKESMAS BARENG
Jl. Bareng Tenes No. 10 A Telp. (0341) 322280 Malang

Nama : Lailisa'adah
Alamat : Jl. Jombang 99.2 /15B

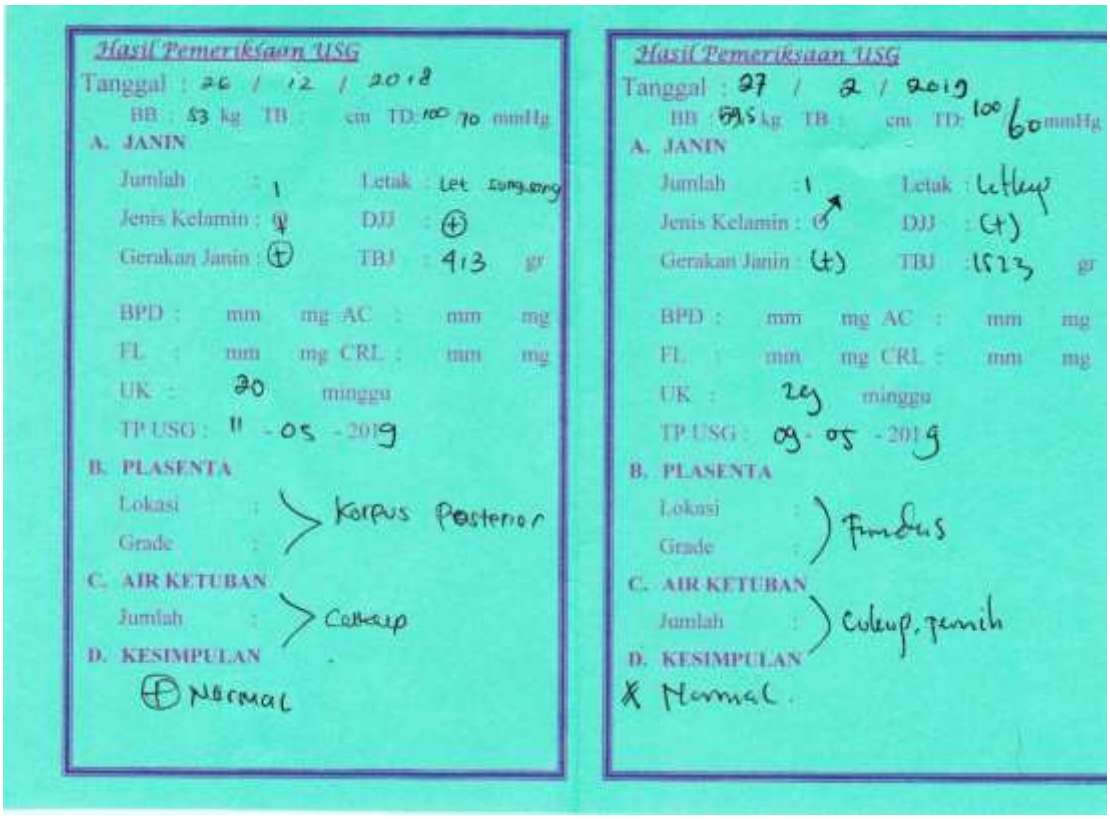
Umur : 29 Tahun
Tgl. Periksa : / /2019
Pengirim :

Nomer RM :

PEMERIKSAAN	HASIL	NILAI NORMAL
Haemoglobin / HgB	gr/dl	P=11-17 gr%
Reduksi	negatif	Negatif
Albumin	negatif	Negatif
Gol darah	A+	
HBsAg		Negatif
TPHA / VDRL		Negatif
HIV		Non Reaktif

M. Farkhan

Hasil USG



Hasil Pemeriksaan USG

Tanggal : 26 / 12 / 2018

BB : 53 kg TB : cm TD: 100 70 mmHg

A. JANIN

Jumlah : 1 Letak : Let longitudinal

Jenis Kelamin : ♀ DJJ : (+)

Gerakan Janin : (+) TBJ : 413 gr

BPD : mm mg AC : mm mg

FL : mm mg CRL : mm mg

UK : 30 minggu

TP USG : 11 - 05 - 2019

B. PLASENTA

Lokasi : Korpus Posterior

Grade :

C. AIR KETUBAN

Jumlah : Cukup

D. KESIMPULAN

(+) Normal

Hasil Pemeriksaan USG

Tanggal : 27 / 2 / 2019

BB : 69,5 kg TB : cm TD: 100 60 mmHg

A. JANIN

Jumlah : 1 Letak : Letkep

Jenis Kelamin : ♂ DJJ : (+)

Gerakan Janin : (+) TBJ : 1523 gr

BPD : mm mg AC : mm mg

FL : mm mg CRL : mm mg

UK : 29 minggu

TP USG : 09 - 05 - 2019

B. PLASENTA

Lokasi : Fundus

Grade :

C. AIR KETUBAN

Jumlah : Cukup, jernih

D. KESIMPULAN

Normal.

Kartu Ibu Hamil

KARTU IBU HAMIL

RS/Puskesmas :
Pustu/Polindes/BPS :
Desa/Kelurahan :
Kab/Kota :

No. Indeks / kode :
Tgl Pendaftaran pertama :
Nama pemeriksa :

IDENTITAS IBU		IDENTITAS SUAMI
Nama	Ny. Laely	Tn. Anjang
Umur	24 tahun	24 tahun
Agama	Islam	Islam
Alamat/Telp.	Asrikaton Jl. Anggrek 1/3 Pakis	Asrikaton Jl. Anggrek 1/3 Pakis
Pekerjaan	IRT	Swasta (PT. KAI)
Pendidikan	SMU	SMU

RIWAYAT PERKAWINAN

kawin ke	Umur kawin (thn)	lama kawin (thn)	Jumlah anak	Sebab pisah: cerai	Sebab pisah: meninggal	Sebab meninggal	Tempat meninggal
1.	24	9 bln	-	-			

RIWAYAT KEHAMILAN, PERSALINAN DAN KB

HAMIL: Ke	HAMIL: KOMPLIKASI APB HT	PERSALINAN: Ab	I / P /	IU FD	Normal	Su	Alat	S C	TEMPAT PERSALINAN: RS	PKM	BPS	Rumah	Lain-lain	KOMP PERSALINAN: P. Lama	Infeksi	HPP	PENOLONG: Dr	Bd	Lain-lain	KEADAAN BBL: P / L	BBL (gr)	Sehat	Sakit	Mati	KEADAAN ANAK SKRG: Hidup (thn)	Mati	KB
1	Hamil ini																										
2																											
3																											
4																											
5																											
6																											

RIWAYAT KEHAMILAN SEKARANG

G : 1 P : 0000 A : 000

Haid : Siklus : 30 hari (teratur/tidak), Lama haid 6 hari, HPHT 27/4/18 HPL : 4/1/19
Mual / muntah : Tidak / ~~Kadang - kadang~~ / ~~Terus - menerus~~
Pusing : Tidak / ~~Kadang - kadang~~ / ~~Terus - menerus~~
Nyeri perut : Ada / ~~Tidak~~
Gerak janin : Aktif / ~~Jarang~~ / ~~tidak ada~~
Oedema : Tidak ada / ~~ada (kaki / umum)~~
Nafsu makan : Baik / ~~menurun~~
Perdarahan : tidak ada / ~~ada~~ (sejak .....)
Penyakit yang diderita Ibu hamil : ~~Paru / DM / Epilepsi / Hati / Psikosis / Ginjal / Malaria / Jantung / Hipertensi / Diare lama / Panas / Batuk lama / BB menurun / PMS~~
Penyakit yang diderita suami : ~~PMS / Tetis / Tindik / DM / Batuk lama / Diare lama / HIV / Hepatitis / Tumor~~
Riwayat penyakit keluarga : ~~Hipertensi~~ / DM / ~~Paru / Jantung / Gemeli / Psikosis~~
Kebiasaan Ibu : ~~Merokok / minuman keras / narkotika / obat penenang / Minum jamu / pijat perut~~
Riwayat Imunisasi TT : ~~Tidak /~~ pernah Status TT : T1 / T2 / T3 / T4 / T5
Fluor Albus : Tidak / ~~ada~~ (gatal / berbau / seperti susu / busa cair), warna : .....
Pasangan sexual Istri : ~~Satu / lebih dari satu~~
Pasangan sexual suami : ~~Satu / lebih dari satu~~

KELUHAN UTAMA PASIEN
Tag

HASIL SKOR KSPR : RST / RT / RR
RUJUK KE :

PEMERIKSAAN

UMUM		FISIK		KEBIDANAN
BB sblm hamil	46 Kg	KULIT	: Suam kuli / herpes / sarcoma / tato / bekas luka sayatan / bekas tusukan jarum / dermatitis	TFU : 32 cm / Cm
TB / BB / LILA	152 cm / 63 kg / 25 cm	MATA	: Normal / Oedema palpebra / conjunctiva pucat / icterus	UK : 35 Minggu 3 hari
BENTUK TUBUH	: Normal Kelainan tulang belakang Kelainan tungkai Kelainan bentuk panggul	MULUT	: Normal / Cyanosis / Stomatitis / Tonsilitis / Faringitis	BENTUK UTERUS : Normal / kelainan
		GIGI	: Normal / Karies	LETAK JANIN
		PEMB KE'	: Leher / Ketiak / Lipatan Paha / Tiroid	- < 36 minggu : Sujur / lintang
		DADA		- > 36 minggu : Kepala / lintang / sungsang / gemeli
KESADARAN	: Flak / Psikis Baik / ada gangguan	- Paru / jantung	: Normal / Bentuk dada abnormal Napas normal / napas sesak,	- Penurunan kep : 5 /5
PUCAT	Tidak / ya	- Payudara	: Normal / Kemerahan Benjolan / putingpusat / masuk / Kulit jeruk / keluar cairan	DETAK JANTUNG : 140 /menit
KUNING	Tidak / ya	ABDOMEN		INSPEKULO : Normal / ~~luka tubuh / vaginitis / tumor / ca cervix / cervicitis / condyloma~~
TEKANAN DARAH	: 90 / 70 mmHg	- Luka bekas op	: Tidak ada / ada (.....)	(Bila ada indikasi)
SUHU / NADI	: 36,5 °C / 88 / menit	- Massa abdomen	: Teraba / Tidak teraba	
PERNAPASAN	: 22 / menit	- H a t i	: Teraba / Tidak teraba	lain-lain.....
		TANGAN TUNGKAI	: Normal / oedema	
		- refleks	: Tidak ada / ada	

LABORATORIUM

RUTIN
- Darah : Hb 13,6 gr%
- Urine : Albumin –, Reduksi –
- Gol. Darah : A+

ATASI INDIKASI :
Feces / darah tepi / flour albus / Cd4 / Pap smear / hepatitis / HIV / VDRL / lendir cervix / plano test / BTA / rontgen

*) Hasil lampiran

KESIMPULAN / DIAGNOSA :

PEMBERIAN OBAT
- Imunisasi TT : 5
- Pengobatan :

PENYULUHAN
*) Materi lihat lembar belakang

KSPR

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

Nama: Ny. Laeli Umur Ibu: 24 Th.

Hamilke: 1 Hari Terakhir tgl.: 27/7 18 Perkiraan Persalinan tgl.: 4 bl 5

Pendidikan : Ibu SMU Suami SMU

Pekerjaan : Ibu IRT Suami Swasta (PT.KAI)

I	II	III	IV				
KEL. F.R.	NO.	Masalah / Faktor Risiko	SKOR	Tribulan I	II	III 1	III 2
		Skor Awal Ibu Hamil	2	2	2	2	
I	1	Terlalu muda, hamil I < 16 th	4	-	-	-	
	2	a. Terlalu lambat hamil I, kawin > 4th	4	-	-	-	
		b. Terlalu tua, hamil I > 35 th	4	-	-	-	
	3	Terlalu cepat hamil lagi (< 2 th)	4	-	-	-	
	4	Terlalu lama hamil lagi (> 10 th)	4	-	-	-	
	5	Terlalu banyak anak, 4 / lebih	4	-	-	-	
	6	Terlalu tua, umur ≥ 35 tahun	4	-	-	-	
	7	Terlalu pendek < 145 Cm	4	-	-	-	
	8	Pernah gagal kehamilan	4	-	-	-	
	9	Pernah melahirkan dengan :					
		a. Tarikan tang / vakum	4	-	-	-	
		b. Uri dirogoh	4	-	-	-	
		c. Diberi infus/Transfusi	4	-	-	-	
		[illegible]	4				
II	11	Penyakit pada ibu hamil :					
		a. Kurang darah b. Malaria	4	-	-	-	
		c. TBC Paru d. Payah jantung	4	-	-	-	
		e. Kencing Manis (Diabetes)	4	-	-	-	
		f. Penyakit Menular Seksual	4	-	-	-	
	12	Bengkak pada muka / tungkai dan Tekanan darah tinggi	4	-	-	-	
	13	Hamil kembar 2 atau lebih	4	-	-	-	
	14	Hamil kembar air (Hydramnion)	4	-	-	-	
	15	Bayi mati dalam kandungan	4	-	-	-	
	16	Kehamilan lebih bulan	4	-	-	-	
	[illegible]	[illegible]	4	-	-	-	
	[illegible]	[illegible]	4	-	-	-	
III	[illegible]	[illegible]	4	-	-	-	
	[illegible]	[illegible]	4	-	-	-	
JUMLAH SKOR				2	2	2	

PENYULUHAN KEHAMILAN/PERSALINAN AMAN – RUJUKAN TERENCANA

KEHAMILAN				PERSALINAN DENGAN RISIKO				
JML SKOR	KEL. RISIKO	PERAWATAN	RUJUKAN	TEMPAT	PENOLONG	RUJUKAN		
						RDR	RDK	RTW
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]			
[illegible]	[illegible]	BIDAN DESA/PKM	BIDAN PKM	POLINDES/PUSKESMAS	BIDAN DESA/PKM			
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]			

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

KARTU SKOR 'POEDJI ROCHJATI' PERENCANAAN PERSALINAN AMAN

Tempat Pelayanan kehamilan : 1. Posyandu 2. Polindes (3) Rumah Bidan 4. Puskesmas 5. Rumah Sakit 6. Praktek Dokter

Persalinan : Melahirkan tanggal : ..... / ..... / .....

RUJUKAN DARI : 1. Sendiri 2. Dukun 3. Bidan 4. Puskesmas

RUJUKAN KE : 1. Bidan 2. Puskesmas 3. Rumah Sakit

RUJUKAN :
1. Rujukan Dini Berencana (RDB) / Rujukan Dalam Rahim (RDR)
2. Rujukan Tepat Waktu (RTW)
3. Rujukan Terlambat (RTR)

Gawat Obstetrik :
Kel. Faktor Risiko I & II
1. .....
2. .....
3. .....
4. .....
5. .....
6. .....
7. .....

Gawat Darurat Obstetrik :
- Kel. Faktor Risiko III
  1. Perdarahan antepartum
  2. Eklampsia
- Kompilasi Obstetrik
  3. Perdarahan postpartum
  4. Uri Tertinggal
  5. Persalinan Lama
  6. Panas Tinggi

TEMPAT :
1. Rumah Ibu
2. Rumah bidan
3. Polindes
4. Puskesmas
5. Rumah Sakit
6. Perjalanan

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

MACAM PERSALINAN :
1. Normal
2. Tindakan pervaginam
3. Operasi Sesar

PASCA PERSALINAN :

IBU :
1. Hidup
2. Mati, dengan penyebab :
   a. Perdarahan b. Preeklampsia/Eklampsia c. Partus lama d. Infeksi e. Lain-2 .....

BAYI :
1. Berat lahir ..... gram, Laki-2/Perempuan
2. Lahir hidup : Apgar Skor : .....
3. Lahir mati, penyebab .....
4. Mati kemudian, umur ..... hr, penyebab .....
5. Kelainan bawaan : tidak ada / ada .....

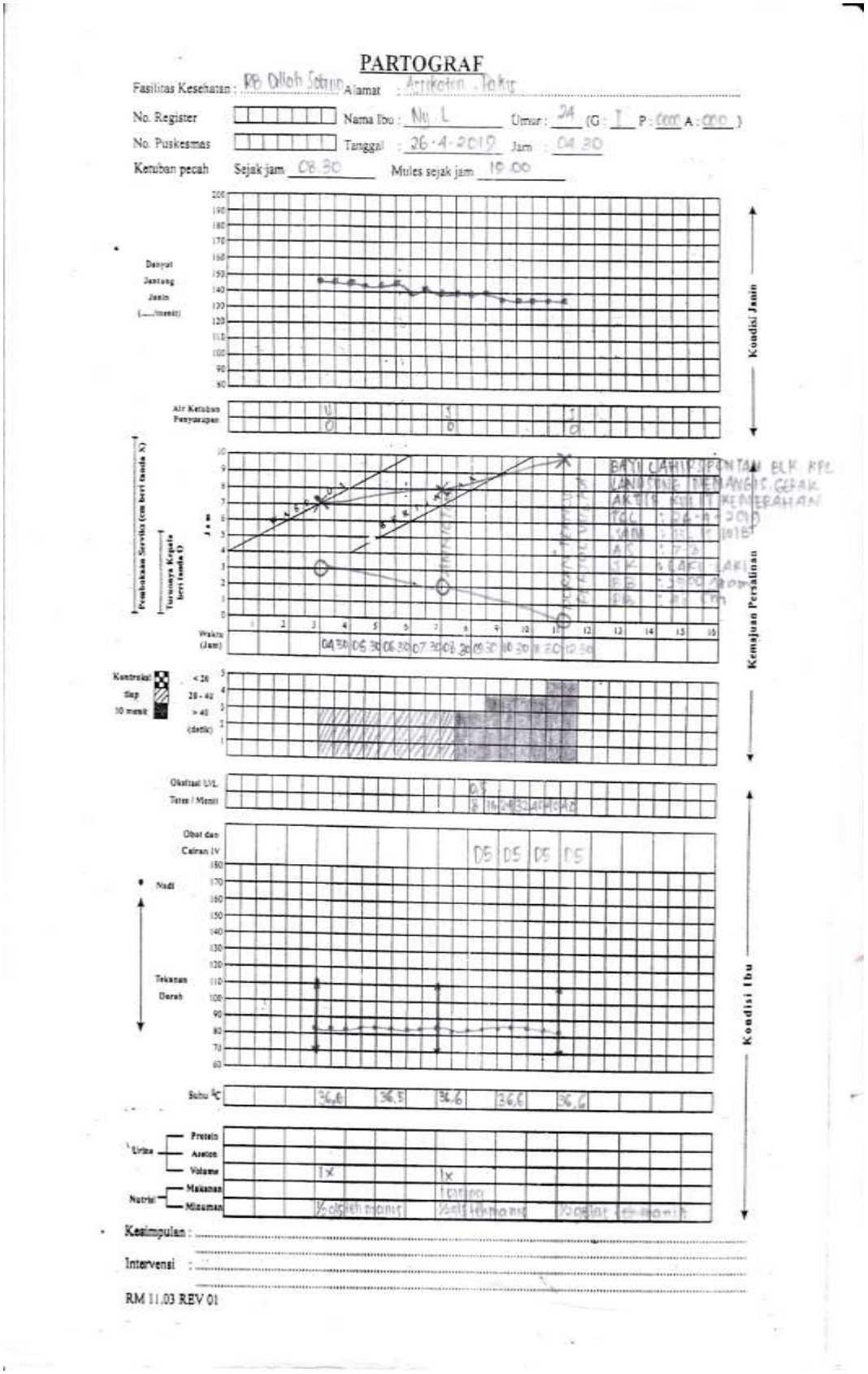
TEMPAT KEMATIAN IBU :
1. Rumah ibu
2. Rumah bidan
3. Polindes
4. Puskesmas
5. Rumah Sakit
6. Perjalanan
7. Lain-2 .....

KEADAAN IBU SELAMA MASA NIFAS (42 Hari Pasca Salin)
1. Sehat 2. Sakit 3. Mati, penyebab .....
Pemberian ASI : 1. Ya 2. Tidak

Keluarga Berencana : 1. Ya, ... / Sterilisasi .....
2. Belum Tahu

Kategori Keluarga Miskin : 1. Ya 2. Tidak
Sumber Biaya : Mandiri / Bantuan : .....

Partograf



PARTOGRAF

Fasilitas Kesehatan : RB Dillah Sabrin Alamat : Arrikaten . Takis

No. Register Nama Ibu : Ny. L Umur : 24 (G : I P : 000 A : 000)

No. Puskesmas Tanggal : 26-4-2019 Jam : 04.30

Ketuban pecah Sejak jam 08.30 Mules sejak jam 19.00

Denyut Jantung Janin (...../menit)

Air Ketuban Penyusupan

Pembukaan Serviks (cm beri tanda X)

Turunnya Kepala beri tanda O

Jam

Waktu (Jam)

Kontraksi tiap 10 menit

< 20 20 - 40 > 40 (detik)

Oksitasi U/L Tetes / Menit

Obat dan Cairan IV

Nadi

Tekanan Darah

Suhu °C

Urine Protein Aseton Volume

Nutrisi Makanan Minuman

Kondisi Janin

Kemajuan Persalinan

Kondisi Ibu

Kesimpulan :

Intervensi :

RM 11.03 REV 01

Partograf

CATATAN PERSALINAN

1. Tanggal : 28 - 4 - 2019
2. Nama Bidan : Nadilah Amd. Keb
3. Tempat Persalinan :
   - ☐ Rumah Ibu ☐ Puskesmas
   - ☐ Polindes ☐ Rumah Sakit
   - ☑ Klinik Swasta ☐ Lainnya : .....
4. Alamat tempat persalinan : Dekat
5. Catatan : ☐ Rujuk, Kala : I / II / III / IV
6. Alasan merujuk : .....
7. Tempat rujukan : .....
8. Pendamping pada saat merujuk :
   ☐ Bidan ☐ Teman ☐ Suami ☐ Dukun ☐ Keluarga ☐ Tidak ada
9. Masalah dalam kehamilan / persalinan ini :
   ☐ Gawat darurat ☐ Pendarahan ☐ HDK ☐ Infeksi ☐ PMTCT

KALA I

10. Partograf melewati garis waspada (Y) T
11. Masalah lain, sebutkan : tht tak dorkop
12. Penatalaksanaan masalah tersebut : episotomi, dipotong
13. Hasilnya : 2 jam lahir

KALA II

14. Episiotomi :
    ☑ Ya, Indikasi perineum kaku
    ☐ Tidak
15. Pendamping pada saat persalinan :
    ☑ Suami ☐ Dukun
    ☑ Keluarga ☐ Tidak ada
    ☐ Teman
16. Gawat janin :
    ☐ Ya, tindakan yang dilakukan
    a. .....
    b. .....
    ☑ Tidak
    ☐ Pemantauan DJJ setiap 5-10 menit selama Kala II hasil .....
17. Distosia bahu :
    ☐ Ya, tindakan yang dilakukan : .....
    ☑ Tidak
18. Masalah lain, penatalaksanaan masalah tsb dan hasilnya .....

KALA III

19. Inisiasi Menyusu Dini
    ☑ Ya
    ☐ Tidak, alasannya .....
20. Lama Kala III : 5 menit
21. Pemberian Oksitosin 10 U im ?
    ☑ Ya, waktu : 1 menit sesudah persalinan
    ☐ Tidak, alasan .....
    Penjepitan tali pusat 1 menit setelah bayi lahir
22. Pemberian ulang Oksitosin (2X) ?
    ☐ Ya, alasan .....
    ☑ Tidak
23. Penegangan tali pusat terkendali ?
    ☑ Ya
    ☐ Tidak, alasannya .....
24. Masase fundus uteri ?
    ☑ Ya
    ☐ Tidak, alasan .....
25. Plasenta lahir lengkap (infek) ya / tidak
    Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan
    a. .....
    b. .....
26. Plasenta tidak lahir > 30 menit
    ☑ Tidak
    ☐ Ya, tindakan .....
27. Laserasi :
    ☑ Ya, dimana mukosa vagina, komissura posterior
    ☐ Tidak kulit perineum otot perineum
28. Jika Laserasi perineum, derajat : 1 / 2 / 3 / 4
    Tindakan :
    ☑ Penjahitan, dengan / tanpa anestesi
    ☐ Tidak dijahit, alasan .....
29. Atonia uteri
    ☑ Tidak
    ☐ Ya, tindakan .....
30. Jumlah darah yang keluar/pendarahan 400 ml
31. Masalah dan penatalaksanaan masalah tersebut .....
    Hasilnya .....

KALA IV

32. Kondisi ibu KU : baik TD : 100/70 mmHg Nadi 82 x/mnt
    Napas : 20 x/mnt
33. Masalah dan penatalaksanaan masalah : -

BAYI BARU LAHIR

34. Berat badan 3000 gram
35. Panjang badan 48 cm
36. Jenis kelamin (L) P
37. Penilai bayi baru lahir : (baik) / ada penyulit
38. Bayi lahir
    ☑ Normal, tindakan :
    - ☑ mengeringkan
    - ☑ menghangatkan
    - ☐ rangsangan taktil
    - ☑ memastikan IMD atau naluri menyusu segera

    ☐ Asfiksia ringan / pucat / biru / lemas, tindakan :
    - ☐ mengeringkan ☐ menghangatkan
    - ☐ rangsangan taktil ☐ lain-lain, sebutkan : .....
    - ☐ bebaskan jalan napas
    - ☐ pakaian/selimut bayi dan tempatkan di sisi ibu

    ☐ Cacat bawaan, sebutkan : .....
    ☐ Hipotermi, tindakan :
    a. .....
    b. .....
    c. .....
39. Pemberian ASI setelah jam pertama bayi lahir
    ☑ Ya, waktu : 1 jam setelah bayi lahir
    ☐ Tidak, alasan : .....
40. Masalah lain, sebutkan .....
    Hasilnya : .....

TABEL PEMANTAUAN KALA IV

Jam Ke	Waktu	Tekanan darah	Nadi	Suhu	Tinggi fundus uteri	Kontraksi uterus	Kandung kemih	Darah yang keluar
1	13.35	100/70	82	36.6	2 jr ↓ pusat	kerat	kosong	± 30 cc
	13.50	100/70	82	[redacted]	2 jr ↓ pusat	kerat	kosong	± 30 cc
	14.05	100/70	82	[redacted]	2 jr ↓ pusat	kerat	kosong	± 30 cc
	14.20	100/70	82	[redacted]	2 jr ↓ pusat	kerat	kosong	± 30 cc
2	15.50	100/70	80	36.5	2 jr ↓ pusat	kerat	kosong	-
	16.20	110/70	80	[redacted]	2 jr ↓ pusat	kerat	kosong	-

RM 11 03 REV 01

Lembar Penapisan

PENAPISAN IBU BERSALIN

NAMA : Ny "L"
TANGGAL : 26-4-2019
JAM : 04.30 WIB

NO.	KRITERIA	YA	TIDAK
1	Riwayat bedah secar		✓
2	Perdarahan pervaginam		✓
3	Persalinan kurang bulan (<37 minggu)		✓
4	Ketuban pecah dengan mekonium kental		✓
5	Ketuban pecah selama (>24 jam)		✓
6	Ketuban pecah pada persalinan kurang bulan (<37 minggu)		✓
7	Ikterus		✓
8	Anemia		✓
9	Tanda atau gejala infeksi		✓
10	Preeklamsia / hipertensi dalam kehamilan		✓
11	Tinggi fundus 40 cm atau lebih		✓
12	Gawat janin		✓
13	Primipara dalam fase aktif kepala masih 5/5		✓
14	Presentasi bukan belakang kepala		✓
15	Presentasi ganda (majemuk)		✓
16	Kehamilan ganda atau gammeli		✓
17	Tali pusat menumbung		✓
18	Syok		✓
19	Bumil TKI		✓
20	Suami pelayaran		✓
21	Suami atau bumil bertato		✓
22	HIV/AIDS		✓
23	PMS		✓
24	Anak mahal		✓

Pembimbing Klinik

_____

LAMPIRAN 5

Dokumentasi Pelaksanaan Asuhan Kebidanan Komprehensif

KUNJUNGAN ANC 1

Senin, 1 April 2019

KUNJUNGAN ANC 2

Senin, 8 April 2019

KUNJUNGAN ANC 3

Senin, 15 April 2019

KUNJUNGAN ANC 4

Senin, 22 April 2019

KUNJUNGAN INC

Jum'at, 26 April 2019

KUNJUNGAN PNC 1 (6 JAM)

Jum'at, 26 April 2019

KUNJUNGAN PNC 2 (6 HARI)

Rabu, 1 Mei 2019

KUNJUNGAN PNC 3 (2 MINGGU)

Jum'at, 10 Mei 2019

KUNJUNGAN PNC 4 (6 MINGGU)

Senin, 10 Juni 2019

KUNJUNGAN BBL 1 (6 JAM)

Jum'at, 26 April 2019

KUNJUNGAN BBL 2 (6 HARI)

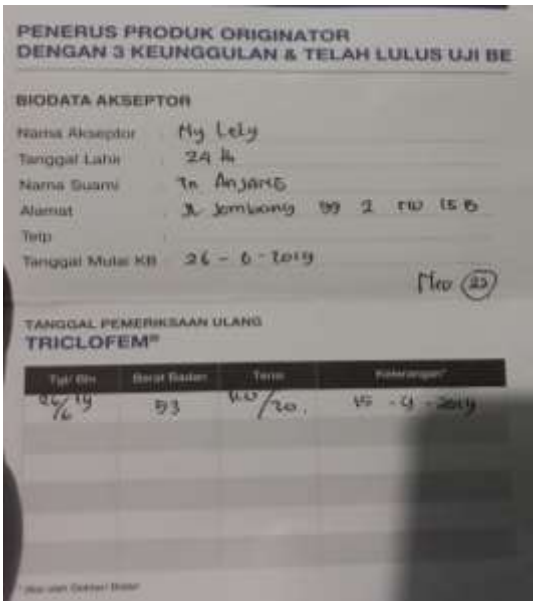
Rabu, 1 Mei 2019

KUNJUNGAN KB

Rabu, 26 Juni 2019

EVALUASI KB

Sabtu, 6 Juli 2019



PENERUS PRODUK ORIGINATOR
DENGAN 3 KEUNGGULAN & TELAH LULUS UJI BE

BIODATA AKSEPTOR

Nama Akseptor : My Lely
Tanggal Lahir : 24 th
Nama Suami : Tn Anjang
Alamat : Jl. Jombang 99 2 RW 15 B
Telp :
Tanggal Mulai KB : 26 - 6 - 2019

Neo (23)

TANGGAL PEMERIKSAAN ULANG
TRICLOFEM®

Tgl/ Bln	Berat Badan	Tensi	Keterangan*
26/6 19	53	110/20.	15 - 4 - 2019

LAMPIRAN 6

Lembar Konsultasi Laporan

Pembimbing 1

Form 5:

CATATAN KONSULTASI PEMBIMBING 1

NO.	TANGGAL	KEGIATAN DAN SARAN	PARAF PEMBIMBING
1.	16/3 2019	Acc Pasien Dan Revisi SOAP	
2.	21/3 2019	Revisi bab 1 - 3 Revisi SOAP NOTE	
3.	4/4 2019	Lanjutkan kuyuk Revisi bab 1-3	
4.	6/4 2019	cek keseluruhan Lanjut PPT	
5.	10/4 2019	Revisi PPT	
6.	11/4 2019	Acc ujian proposal	
7.	16/7 2019	Revisi SOAP & bab 4 - 6	
8.	29/7 2019	Revisi bab 3 - 6 Lanjut bab keseluruhan	
9.	2/8 2019	cek keseluruhan Lanjut PPT	

Form 6:

CATATAN KONSULTASI PEMBIMBING 1

NO.	TANGGAL	KEGIATAN DAN SARAN	PARAF PEMBIMBING
10	5/8 2019	Revisi PPT	
11	5/8 2019	Acc ujian LTA	

Pembimbing 2

Form 8:

CATATAN KONSULTASI PEMBIMBING 2

NO.	TANGGAL	KEGIATAN DAN SARAN	PARAF PEMBIMBING
1.	Senin, 25/03 2019.	-Konsultasi latar belakang, bab 1, 2, 3, SOAP.	
2.	Rabu, 27/03 2019.	- Konsultasi latar belakang bab 1, 2, 3, SOAP.	
3.	Kamis, 28/03 2019.	- Konsultasi UB & bab 3.	
4.	Kamis, 04/04 2019.	-(+) Penjelasan 24 perapisan -Tingkat pengetahuan PS.	
5.	Sabtu, 06/04 2019.	Tulis 2 SOAP lengkapi lampiran.	
6.	Selasa, 23/04 2019.	ACC → ujian sempro	
7.	Jumlat, 12/07' 2019	Revisi SOAP, pembahasan, penutup.	
8.	Senin, 15/07 2019.	Revisi pembahasan BBL.	
9.	Sabtu, 27/7 2019.	Lengkapi lampiran.	

Form 9:

CATATAN KONSULTASI PEMBIMBING 2

NO.	TANGGAL	KEGIATAN DAN SARAN	PARAF PEMBIMBING
10.	2/8 '19.	ACC → ujian LTA	

Lembar Mengikuti Seminar Proposal

Lembar Kendali Mahasiswa

LEMBAR KENDALI MAHASISWA

KUNJUNGAN MAHASISWA KERUMAH PASIEN

KUNJUNGAN KE-	HARI DAN TANGGAL	JAM DATANG	JAM PULANG	ASUHAN PADA PASIEN	DOKUMENTASI SOAP	DOKUMENTASI FOTO	TTD PASIEN	TTD DOSEN
1	1/4 19	10.30	12.00	- Rutin minum tablet Fe - Memberitahu tanda bahaya TM3 - Kontrol rutin setiap 2mg	✓	✓		
2	8/4 19	13.00	14.30	- Rutin minum tablet Fe - Aktivitas berat dikurangi - Memperbanyak teknik relaksasi - kontrol 2mg / ada keluhan	✓	✓		
3	15/4 19	18.00	19.30	- Tanda - tanda persalinan - Mempersiapkan keperluan u/ persalinan - Mengajurkan tengkek jalan [illegible]	✓	✓		
4	22/4 19	20.00	21.30	- Tanda persalinan - Teknik relaksasi - Datang ke BPM sewaktu waktu	✓	✓		
5	26/4 19	04.00	15.00	- Observasi kala I - Membantu persalinan - Observasi kala IV	✓	✓		

LEMBAR KENDALI MAHASISWA

KUNJUNGAN MAHASISWA KERUMAH PASIEN

KUNJUNGAN KE-	HARI DAN TANGGAL	JAM DATANG	JAM PULANG	ASUHAN PADA PASIEN	DOKUMENTASI SOAP	DOKUMENTASI FOTO	TTD PASIEN	TTD DOSEN
6	26/4 19	19.30	21.00	PNC 6jam PP	✓	✓		
7	26/4 19	19.30	21.00	BBL 6jam PP	✓	✓		
8	1/5 19	13.30	15.00	PNC 6hari PP	✓	✓		
9	1/5 19	13.30	15.00	BBL 6hari PP	✓	✓		
10	10/5 19	13.30	15.00	PNC 2minggu PP	✓	✓		

LEMBAR KENDALI MAHASISWA

KUNJUNGAN MAHASISWA KERUMAH PASIEN

KUNJUNGAN KE-	HARI DAN TANGGAL	JAM DATANG	JAM PULANG	ASUHAN PADA PASIEN	DOKUMENTASI SOAP	DOKUMENTASI FOTO	TTD PASIEN	TTD DOSEN
11	10/6 19	11.00	13.00	PNC 6minggu PP	✓	✓		
12	26/6 19	09.00	10.00	KB suntik 3bulan	✓	✓		
13	6/7 19	07.00	08.00	Evaluasi KB	✓	✓		

Lembar Rekomendasi Perbaikan LTA

LEMBAR REKOMENDASI

PERBAIKAN LAPORAN TUGAS AKHIR

PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN STIKES WIDYAGAMA HUSADA

Nama : Dwi Kumala Wardani

NIM : 1615.15401.1078

Judul : Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny "L" Usia 24 tahun dengan Kala I Fase Aktif Memanjang di Asrikaton Jl. Anggrek 1 1/3 Pakis Malang

NO	NAMA PENGUJI	REKOMENDASI	TTD
1	Yuliyanik, Amd. Keb., S.KM., M.Biomed	Memperbaiki Lembar Pengesahan, Ringkasan, Daftar isi, BAB IV (SOAP)	
2	Yuniar Angelia P., S.SiT., M.Kes	Mengganti Judul, Memperbaiki Ringkasan	
3	Ervin Rufaindah, S.ST., M.Keb	Memperbaiki Ringkasan, Judul pada BAB III	

Lembar Keaslian Tulisan

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan disini:

Nama : Dwi Kumala Wardani

NIM : 1615.15401.1078

Program Studi : DIII Kebidanan

Stikes Widyagama Husada

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Laporan Tugas Akhir yang saya tulis ini benar-benar hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambil 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, 13 Agustus 2019

Mengetahui,

Kaprodi DIII Kebidanan

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

Penulis

METERAI TEMPEL 6000

(Dwi Kumala Wardani)

LAMPIRAN 7

Curriculum Vitae

DWI KUMALA WARDANI

Blitar, 24 Februari 1998

Motto:

“Tidak ada keberuntungan, yang ada hanya mereka yang selalu berusaha”

Riwayat Pendidikan:

SDN Ngrendeng 01, Selorejo, Blitar Lulus Tahun 2010

SMPN 01 Kesamben, Blitar Lulus Tahun 2013

SMAN 01 Talun, Blitar Lulus Tahun 2016

DIII Kebidanan STIKES Widyagama Husada Malang