

LAPORAN TUGAS AKHIR
ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY. “N”
USIA 32 TAHUN DENGAN INDIKASI KALA I MEMANJANG
DAN KETUBAN PECAH DINI DI BPM SOEMIDYAH IPUNG
Amd. Keb KOTA MALANG



OLEH :

EMILIA MASI LELAONA

1615.15401.1079

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

LAPORAN TUGAS AKHIR
ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY. “N”
USIA 32 TAHUN DENGAN INDIKASI KALA I MEMANJANG
DAN KETUBAN PECAH DINI DI SOEMIDYAH IPUNG
Amd.Keb KOTA MALANG



Diajukan Sebagai Syarat untuk Menyelesaikan
Pendidikan Tinggi Program Studi DIII Kebidanan

Oleh :

EMILIA MASI LELAONA

NIM 1615. 15401. 1079

PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN WIDYAGAMA
HUSADA MALANG

2019

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Tugas Akhir ini telah disetujui untuk dipertahankan di hadapan Tim

Penguji Tugas Akhir

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Widyagama Husada :

ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY. "N" USIA 32 TAHUN

DI BPM SOEMIDYAH IPUNG Amd. Keb BPM KOTA MALANG

Malang,.....2019

Menyetujui,

Pembimbing I

Pembimbing II

(Yuliyani, Amd.keb., S.KM, M, Biomed)

(Nicky Danur Jayanti, S.ST.M.KM)

LEMBAR PENGESAHAN

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

**ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF
PADA NY. "N" USIA 32 TAHUN
DI BPM SOEMIDYAH IPUNG Amd.Keb KOTA MALANG**

EMILIA MASI LELAONA

NIM 1615.15401.1079

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

Penguji 1

Yuliyani, Amd.keb., S.KM, M, Biomed ()

Penguji II

Nicky Danur Jayanti, S.ST.M.KM ()

Penguji III

Mengetahui,
Wakil Ketua I Bidang Akademik Dan Kemahasiswaan
STIKES Widyagama Husada

(dr. Rudy Joegijantoro, MMSR)
NIP : 197110152001121006

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas segala rahmat dan karuniaNya sehingga dapat terselesaikannya Laporan Tugas Akhir ini dengan judul : “Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny. “N” Usia 32 Tahun Di BPM SOEMIDYAH IPUNG Amd,Keb Kota Malang” sebagai salah satu persyaratan akademis dalam rangka menyelesaikan kuliah Program Studi DIII Kebidanan STIKES Widyagama Husada. Pada kesempatan ini penulis mengucapkan banyak terimakasih kepada:

1. dr. Rudy Joegijantoro, MMRS, selaku Ketua STIKES Widyagama Husada
2. dr. Wira Daramatasia, M. Biomed selaku Wakil Ketua I Akademik dan Kemahasiswaan STIKES Widyagama Husada.
3. Yuniar Angelia P.S.SiT, M.Kes, selaku Ketua Program Studi Diploma III Kebidanan STIKES Widyagama Husada.
4. Jiarti Kusbandiyah,S.SiT.M.Kes Selaku penguji 1 dalam penyusunan Laporan tugas Akhir ini.
5. Yuliyani, Amd.keb., SKM, M, Biomed selaku dosen pembimbing 2 yang telah memberikan masukan dan saran dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir.
6. Nicky Danur Jayanti, S.ST.M.KM selaku pembimbing 3 yang telah memberikan pengarahan dari awal sampai akhir penyusunan Laporan tugas Akhir ini.
7. Ibu N selaku ibu hamil, yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan Laporan tugas akhir .
8. Kedua orang tua dan keluarga yang senantiasa memberikan dorongan, bantuan, doa dan dukungan spiritual maupun material selama penelitian.

Semoga Tuhan Yang Maha Esa memberikan balasan pahala atas segala amal yang telah diberikan dan semoga Laporan Tugas Akhir ini berguna, baik bagi diri kami sendiri maupun pihak lain yang memanfaatkan.

Penulis mengharap kritik dan saran yang membangun dari semua pihak untuk perbaikan Laporan Tugas Akhir ini dan dapat bermanfaat untuk para pembaca pada umumnya dan penulis pada khususnya.

Malang, Agustus 2019

Penulis

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI	vi
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR	xii
RINGKASAN	xiii
SUMMARY	xiv
DAFTAR SINGKATAN	xv
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan.....	4
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus.....	4
1.4 Ruang Lingkup	5
1.4.1 Sasaran.....	5
1.4.2 Tempat.....	5
1.4.3 Waktu.....	5
1.5 Manfaat Laporan Tugas Akhir.....	6
1.5.1 Bagi institusi Pendidikan	6
1.5.2 Bagi Penulis	6
1.5.3 Bagi Lahan Praktek	6
1.5.4 Bagi Klien.....	6
1.5.5 Bagi Penulis LTA Selanjutnya	6
1.5.6 Bagi Bidan	7
BAB II TINJAUAN TEORI	7
2.1 Konsep Dasar Kehamilan	7
2.1.1 Pengertian Kehamilan	7
2.1.2 Proses Kehamilan	7
2.1.3 Perubahan dan Adaptasi Psikologis Selama Kehamilan.....	9
2.1.4 Tanda Kehamilan	10
2.1.5 Tanda Bahaya Dalam Masa Kehamilan Muda	11

2.1.6 Tanda – Tanda Komplikasi Ibu dan Janin Masa Kehamilan Lanjut	11
2.1.7 Asuhan Antenatal Care (ANC)	12
2.1.8 Tujuan Asuhan Kehamilan	13
2.1.9 Tujuan Utama ANC	13
2.1.10 Standar Asuhan Kehamilan.....	14
2.1.11 Pelayanan standar Asuhan 14 T.....	14
2.1.12 Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan Fisiologis	18
2.1.13 Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR).....	19
2.1.14 Lama Kehamilan	22
2.1.15 Diagnosa Kehamilan	22
2.1.16 Ketidaknyamanan dan Cara Mengatasinya	23
2.1.17 Kebutuhan ibu hamil	25
2.1.18 Diagnosa Banding Kehamilan.....	32
2.2 Konsep Dasar Ketuban Pecah Dini	33
2.2.1 Pengertian	33
2.2.2 Etiologi	33
2.2.3 Faktor Risiko ibu bersalin dengan Ketuban Pecah Dini	34
2.2.4 Patogenesis KPD	36
2.2.5 Cara Menentukan KPD.....	36
2.2.6 Pengaruh KPD.....	36
2.2.7 Komplikasi	37
2.2.8 Penatalaksanaan.....	38
2.3 Kala II Memanjang	39
2.3.1 Pengertian	39
2.3.2 Etiologi	40
2.3.3 Klasifikasi	40
2.3.4 Patofisiologis.....	40
2.3.5 Faktor Predeposisi	41
2.3.6 Tanda Gejala Klinis	43
2.3.7 Komplikasi pada Ibu dan Janin Akibat Kala I Lama	43
2.3.8 Daignosis Penunjang.....	45
2.3.9 Penatalaksanaan.....	45
2.4 Konsep Dasar Persalinan.....	47
2.4.1 Pengertian Persalinan	47
2.4.2 Tahapan Persalinan.....	48

2.4.3 Faktor yang mempengaruhi persalinan	51
2.4.4 Sebab-sebab terjadinya persalinan.....	58
2.4.5 Tanda – Tanda Persalinan	58
2.4.6 Mekanisme Persalinan	59
2.4.7 Penapisan pada saat persalinan	61
2.5 Konsep Dasar Insiasi Menyusu Dini (IMD)	62
2.5.1 Pengertian IMD	62
2.5.2 Keuntungan IMD	62
2.5.3 Keuntungan IMD untuk ibu	63
2.5.4 Lima Benang Merah Dalam Asuhan Persalinan Dan Kelahiran Bayi .	66
2.6 Konsep Teori Sectio Caesarea	66
2.6.1 Pengertian	66
2.6.2 Istilah Sectio Caesarea.....	66
2.6.3 Jenis –Jenis Operasi Sectio Caesarea	67
2.6.4 Etiologi	67
2.6.5 Patofisiologi.....	70
2.6.6 Perawatan dan Persiapan Pre Sectio Caesarea	71
2.7 Konsep Dasar Masa Nifas.....	74
2.7.1 Pengertian Masa Nifas	74
2.7.2 Tujuan Asuhan Masa Nifas	74
2.7.3 Tahapan Masa Nifas	75
2.7.4 Kebijakan Program Nasional Masa Nifas	75
2.7.5 Perubahan fisiologis Pada Masa Nifas	76
2.7.6 Proses Adaptasi Psikologi Masa Nifas	80
2.7.7 Perubahan Fisiologis Masa Nifas.....	81
2.7.8 Proses Laktasi dan Menyusui.....	82
2.7.9 Cara menyusui yang benar	83
2.7.10 Komplikasi Masa Nifas.....	84
2.8 Konsep Dasar Bayi Baru Lahir	88
2.8.1 Pengertian Neonatus.....	88
2.8.2 Ciri – Ciri Bayi Baru Lahir	88
2.8.3 Kebutuhan Bayi Baru Lahir.....	90
2.8.4 Adaptasi Fisiologi Bayi Baru Lahir	92
2.8.5 Kadar hemoglobin (Hb).....	94
2.8.6 Tahapan Bayi Baru Lahir.....	96

2.8.7	Penatalaksanaan Bayi Baru Lahir	97
2.8.8	Masalah-masalah yang Sering Muncul Pada Bayi Baru Lahir	99
2.8.9	Rencana Asuhan Bayi Baru Lahir	102
2.9	Konsep Dasar Keluarga Berencana.....	104
2.9.1	Pengetian Keluarga Berencana	104
2.9.2	Tujuan Keluarga Berencana.....	104
2.9.3	Ruang Lingkup KB	105
2.9.4	Langkah-Langkah Konseling KB.....	105
2.9.5	Jenis Alat Kontrasepsi	106
2.9.6	Suntik	106
2.9.7	Implan	107
2.9.8	IUD/ AKDR	107
2.10	Konsep Manajemen Kebidanan.....	117
2.10.1	Definisi Manajemen Kebidanan	117
2.10.2	Prinsip Manajemen Kebidanan.....	117
2.10.3	Langkah- Langkah Manajemen Kebidanan	118
2.11	Konsep Dokumentasi Kebidanan.....	121
2.11.1	Definisi Dokumentasi Kebidanan	121
2.11.2	Fungsi dan Prinsip Dokumentasi Kebidanan.....	121
2.11.3	Model Dokumentasi Asuhan Kebidanan.....	122
BAB III KERANGKA KONSEP ASUHAN KEBIDANAN		123
3.1	Kerangka Konsep	123
3.2	Penjelasan Kerangka Konsep.....	124
BAB IV ASUHAN KEBIDANAN.....		125
4.1	Asuhan Kebidanan Antenatal.....	125
4.1.1	Pengkajian Kehamilan I	125
4.1.2	Pengkajian Kehamilan II	131
4.1.3	Pengkajian Kehamilan III	133
4.1.4	Pengkajian Kehamilan IV.....	136
4.2	Laporan Pelaksanaan Asuhan Persalinan.....	139
4.2.1	KALA I	139
4.2.2	PRE SC	143
4.2.3	POST SC 2 jam.....	145
4.3	Laporan Pelaksanaan Asuhan Nifas.....	147
4.3.1	Kunjungan PNC I.....	147

4.3.2	Kunjungan PNC II	149
4.3.3	Kunjungan PNC III	151
4.3.4	Kunjungan PNC IV	153
4.4	Laporan Pelaksanaan Asuhan BBL	155
4.4.1	Kunjungan BBL I	155
4.4.2	Kunjungan BBL II	158
4.4.3	Kunjungan KB I	160
4.4.4	Kunjungan KB II	162
BAB V	PEMBAHASAN	164
5.1	Pembahasan Asuhan Kehamilan	164
5.2	Pembahasan Asuhan Persalinan	167
5.3	Pembahasan Asuhan Nifas	168
5.4	Pembahasan Asuhan BBL	171
5.5	Pembahasan Asuhan KB	173
BAB VI	PENUTUP	175
6.1	Kesimpulan	175
6.1.1	Asuhan Kehamilan	175
6.1.2	Asuhan Persalinan	175
6.1.3	Asuhan Nifas	175
6.1.4	Asuhan BBL	175
6.1.5	Asuhan KB	176
6.2	Saran	176
6.2.1	Bagi Tempat Asuhan	176
6.2.2	Bagi STIKES Widyagama Husada	176
6.2.3	Bagi Penulis	176
6.2.4	Bagi Bidan	176
6.2.5	Bagi Penulis Selanjutnya	177
DAFTAR PUSTAKA	178

DAFTAR TABEL

No.	Judul Tabel	Halaman
Tabel 2. 1	Pengukuran TFU Berdasarkan Usia Kehamilan	15
Tabel 2. 2	Pengukuran Panggul	19
Tabel 2. 3	Anamnesis dan Pemeriksaan Fisik	22
Tabel 2. 4	Pemeriksaan Pelvis dan Pemeriksaan Laboratorium	23
Tabel 2. 5	Ketidaknyamanan dan Mengatasi	23
Tabel 2. 6	Bidang Hodge	54
Tabel 2. 7	Ukuran Penting Kepala Janin	55
Tabel 2. 8	Proses Involusi Uterus	78
Tabel 2. 9	Tanda APGAR SCORE	90
Tabel 2. 10	Masalah yang Sering Muncul Pada Bayi Baru Lahir	100

DAFTAR GAMBAR

No.	Judul Gambar	Halaman
Gambar 2. 1	Senam Hamil	18
Gambar 2. 2	Kartu skor poedji Rochajati (KSPR)	21
Gambar 2. 3	Jenis Panggul	52
Gambar 2. 4	Ukuran Panggul Dalam	54
Gambar 2. 5	Bidang Hodge	55
Gambar 2. 6	Penapisan pada persalinan	77
Gambar 2. 7	Involusi Uterus	77
Gambar 2. 8	Proses Kehilangan Panas	99
Gambar 2. 9	Jenis Metode KB pasca Persalinan	117
Gambar 3. 1	Kerangka konsep asuhan kebidanan	80

RINGKASAN

Lelaona, Masi Emilia 2019. Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny. "N" 32 Tahun dengan indikasi Kala 1 Memanjang dan Ketuban Pecah Dini Di BPM Soemidyah Ipung, Amd.Keb Malang. Laporan Tugas Akhir Program Studi DIII Kebidanan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Widyagama Husada Malang. Pembimbing: 1. Yuliyani, Amd.Keb., S.KM, M, Biomed. Pembimbing: 2. Nicky Danur Jayanti, S.ST, M.KM.

Angka Kematian Ibu dan Angka Kematian Bayi merupakan derajat kesehatan terhadap keberhasilan pelayanan kesehatan di suatu negara. Pada Tahun 2016 di Indonesia. Angka Kematian Ibu mencapai 359 per 100.000 kelahiran hidup. Angka Kematian Bayi mencapai 32 per 1000 kelahiran hidup. Penelitian ini merupakan salah satu upaya untuk mengatasi tingginya Angka Kematian Ibu dan Angka kematian Bayi. menerapkan asuhan kebidanan secara komprehensif asuhan ini pada ibu bertujuan untuk melakukan deteksi dini mulai saat kehamilan hingga proses Keluarga Berencana demi menurunkan Angka Kematian Ibu dan Angka Kematian Ibu.

Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny."N" usia 32 tahun BPM Soemidyah Ipung dilakukan sebanyak 12 kali, terdiri dari 4 kali selama kehamilan, 1 kali saat persalinan, 4 kali selama nifas, 2 kali pada bayi baru lahir, dan 1 kali pada saat Keluarga Berencana. Hasil skor KSPR 2 di mana Ny. "N" termasuk kehamilan resiko rendah

Berdasarkan Asuhan Kebidanan Komprehensif yang dilakukan didapatkan hasil bahwa pada saat usia kehamilan 39 minggu 4 hari kepala janin belum masuk pintu atas panggul . Persalinan mengalami *Prolonged Latent Phase* dan diakhiri dengan *Sectio Caesarea*. Masa nifas 2 minggu berjalan fisiologis tinggi fundus uteri tidak teraba. Ibu memberikan air susu ibu saja tanpa susu formula hal ini membantu proses involusi uterus kembali seperti semula. Setelah bayi lahir dengan kondisi tidak menangis, selama 4 menit di lakukan resusitasi dan di berikan oksigen bayi sudah menangis kuat, refleks normal, berat badan 3.300 gram, panjang badan 48 cm. Ibu memilih kontrasepsi kondom setelah 1 minggu memakai kontrasepsi kondom tidak ada keluhan pada pasien. Selama proses asuhan kebidanan komprehensif yang telah dilakukan diharapkan bidan dapat lebih teliti dalam memberikan konseling asuhan yang tepat sehingga pasien dapat memahami permasalahan tersebut dan dapat di deteksi secara dini.

Kepustakaan : 10 referensi (2011-2016)
Kata kunci : Kehamilan, Persalinan, Nifas, Bayi Baru Lahir, Keluarga Ber

SUMMARY

Lelaona, Masi Emilia 2019. *Comprehensive Midwifery Care to Ny. "N" 32 old with Prolonged Latent Phase and Premature Rupture of Membranes at BPM Soemidyah Ipung, Amd. Keb Malang. Final Task DIII Study Program School of Health Widyagama Husada Malang. Advisor: 1. Yuliyani, Amd.Keb., S.KM, M, Biomed. Advisor : 2. Nicky Danur Jayanti, S.ST, M.KM.*

Maternal Mortality and Infant Mortality Rates are health degrees to the success of health services in a country. In 2016 Indonesia's. Maternal Mortality Rate reaches 359 per 100,000 live births, infant mortality is 32 per 1,000 live births. This research is an effort to overcome the high maternal and infant mortality rate. implementing comprehensive midwifery care. Of the study the aims to make early detection starting during pregnancy to the family planning process in order to reduce maternal to and infant mortality rate.

Comprehensive Midwifery Care to Mrs. "N" 32 old BPM Soemidyah Ipung was performed 12 visits, consisting of 4 visits during pregnancy, 1 visit during childbirth, 4 visits childbirth, 2 visits newborns, and 1 visit family planning service. KSPR score 2 results where Ny. "N" includes a low risk pregnancy.

Based on Comprehensive Midwifery Care conducted, it was found that at 39 weeks 4 days the fetal head had not entered the pelvic floor. Childbirth undergoes Prolonged Latent Phase and ends with Caesarean Sectio. The puerperal period of 2 weeks physiologically high fundus uteri did not palpable. Mothers only gave breast milk without formula milk, this helped the process of uterine involution back to normal. After the baby was born in a condition did not cry, for 4 minutes resuscitation and oxygen given the baby was crying strong, normal reflexes, weight 3,300 grams, length 48 cm. Mothers choosed condom contraception after 1 week of using condom contraception there were no complaints in patients. During the comprehensive midwifery care process that had been carried out it was hoped that midwives can be more careful in providing appropriate care counseling so that, patients can understand the problem and can be detected early.

Literature : 10 references (2011-2016)

**Keywords : Pregnancy, Childbirth, Postpartum, Newborns,
Family planning**

DAFTAR SINGKATAN

AKI	: Angka Kematian Ibu
AKB	: Angka Kematian Bayi
AKBK	: Alat Kontrasepsi Bawah Kulit
AKDR	: Alat Kontrasepsi Dalam Rahim
ANC	: Ante Natal Care
APGAR	: Apparance, Pulse rate, <i>Grimace</i> , <i>Activity</i> , <i>Respiration</i>
ASI	: Air Susu Ibu
BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
BB	: Berat Badan
BBL	: Bayi Baru Lahir
BBLER	: Bayi Berat Lahir Ekstrem Rendah
BBLR	: Bayi Berat Lahir Rendah
BBLSR	: Bayi Berat Lahir Sangat Rendah
BMR	: Basal Metabolisme Rate
COC	: <i>Continuity of Care</i>
DJJ	: Denyut Jantung Janin
FSH	: <i>Follicle Stimulating Hormone</i>
Hb	: Hemoglobin
CG	: <i>Human Chorionic Gonadotropin</i>
HPHT	: Hari Pertama Haid Terakhir
HPL	: <i>Human Placental Lactogen</i>
IMS	: Infeksi Menular Seksual
INC	: <i>Intra Natal Care</i>
K1	: Kunjungan pertama ibu hamil
K4	: Kunjungan keempat ibu hamil
KB	: Keluarga Berencana
KET	: Kehamilan Ektopik Terganggu
KIE	: Konseling, Informasi, Edukasi
KN	: Kunjungan Neonatal
KSPR	: Kartu Skor Poeji Rochyati
LH	: <i>Luteinizing Hormone</i>
MAL	: Metode Amenore Laktasi

MDGs	: <i>Millenium Development Goal's</i>
MOW	: Metode Operatif Wanita
PAP	: Pintu Atas Panggul
PN	: Persalinan Normal
PNC	: <i>Post Natal Care</i>
SC	: <i>Sectio Caesarea</i>
SDGs	: <i>Sustainable Development Goal's</i>
SDKI	: Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia
SOAP	: Subjektif, Objektif, Analisa, Penatalaksanaan
TB	: Tinggi Badan
TBJ	: Tafsiran Berat Janin
TD	: Tekanan Darah
TFU	: Tinggi Fundus Uteri
TM	: Trimester
TT	: Tetanus Toxoid
TTV	: Tanda-tanda Vital
UK	: Usia Kehamilan
USG	: Ultrasonography
VDRL	: <i>Veneral Disease Research Lab</i>
VT	: <i>Vagina Toucher</i>
WHO	: <i>World Health Organization</i>

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

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

Indonesia jumlah AKI sudah menargetkan pada tahun 2015-2019 target untuk AKI dengan data acuan 346/100.000 KH pada tahun 2014 menjadi 306/100.000 KH pada tahun 2019. Sedangkan untuk target AKB dengan data acuan 32/1000 KH pada tahun 2014 menjadi 24/1000 KH di tahun 2019 (Kemenkes, RI 2018).

Jawa timur merupakan provinsi dengan AKI dan AKB yang cukup tinggi. Terdapat 529 jumlah AKI dan 3.234 jumlah AKB pada masa neonatal di Jawa timur pada tahun 2013-2015. Sedangkan menurut SUPAS tahun 2016 target untuk AKI sebesar 305/100.000 kelahiran hidup, pada tahun 2016 AKI provinsi Jawa Timur mencapai 91,00/100.000 kelahiran hidup. Angka mengalami peningkatan di bandingkan tahun 2015 yang mencapai 89,6 per 100.000 kelahiran hidup. Penyebab tertinggi terjadi kematian pada ibu tahun 2016 adalah preeklamsi/eklamsi yaitu sebesar 30,90% atau sebanyak 165 orang. Sedangkan penyebab terendah adalah infeksi sebesar 4.87% atau

sebanyak 26 orang, sedangkan pada tahun 2017 tercatat 3 orang ibu dan 18 bayi meninggal setiap hari di provinsi Jawa Timur.

Laporan dari Dinas Kesehatan Kota Malang pada tahun 2016 angka kematian bayi mencapai angka 126 namun pada tahun 2018 angka kematian bayi merosot menjadi 66 kasus begitu juga dengan angka kematian ibu menurut laporan kepala seleksi keluarga dan gizi Dinas Kesehatan Kota Malang angka kematian ibu mengalami penurunan dari 14 kasus menjadi 8 kasus (Dinas Kesehatan Malang, 2018).

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

Continuity of Care adalah pelayanan yang di capai terjalannya hubungan yang terus menerus antara seorang wanita dan bidan. Asuhan yang berkelanjutan berkaitan dengan kualitas pelayanan dari waktu ke waktu yang membutuhkan hubungan terus menerus antara pasien dengan tenaga profesional kesehatan. Layanan kebidanan harus di sediakan mulai prankonsepsi, awal kehamilan, selama semua trimester, kelahiran dan melahirkan sampai enam minggu pertama postpartum. Asuhan kebidanan secara komprehensif adalah suatu pemeriksaan yang di lakukan secara lengkap dengan adanya pemeriksaan laboratorium sederhana dan konseling (Pratami, 2014)

Hasil Survey di BPM Soemidyah Ipung sejak Februari 2019 sampai Maret 2019 terdapat data kunjungan kehamilan rata –rata setiap bulan 100 oarang. Sedangkan persalinan berkisar 20 sampai 21 orang, dan pasien yang di rujuk kurang lebih 3 sampai 4 perbulan, pasien yang di rujuk biasanya paling sering disebabkan karena lilitan tali pusat, kala 1 memanjang,dan kala II lama. Peserta kb berkisar 200 sampai 250 orang per bulan meliputi KB pil, suntik, maupun KB alat.

Dari hasil pemeriksaan bidan dan hasil kunjungan penulis di dapatkan hasil perkembangan kesehatan ibu dan anak yang fisiologis, maka penulis melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif pada Ny “N” usia 32 tahun GI P₀₀₀₀ Ab₀₀₀ dengan memiliki KSPR 2 di BPM Soemidyah Ipung Kota Malang. Alasan saya mengambil pasien atas nama Ny. “N” dikarenakan pasien termasuk kehamilan resiko rendah karena di lihat dari hasil pemeriksaan mulai dari awal kehamilan hingga sekarang ibu tidak ada penyakit, dan di lihat dari hasil USG dan bayinya dalam keadaan sehat, dan ibu tidak termasuk dalam resiko tinggi, serta ibu dan keluarga yang komprehensif sehingga Asuhan Kebidanan komprehensif bisa di lakukan di rumah dan di bidan.

Persalinan pada Ny.”N” tidak berjalan dengan normal karena his yang tidak adekuat sehingga pembukaan tidaknya tidak ada kemajuan Masalah yang mungkin saja timbul dapat teratasi dengan baik oleh Ny.’N’ di karenakan ibu yang selalu rutin untuk melakukan pemeriksaan kehamilan, ibu juga menjaga pola makannya, penambahan berat badan ibu juga tergolong normal yaitu 11 kg selama masa kehamilan ini, ibu juga tidak merokok ataupun minum obat-obatan terlarang yang dapat membahayakan ibu dan janinnya. Keluhan yang dirasakan ibu selama

masa hamil juga tergolong fisiologis, kaki bengkak yang dialami ibu di sebabkan karena ibu kurang istirahat karena ibu bekerja, ketika duduk ibu menggantungkan kaki nya. Sehingga keadaan ibu dan janinnya dalam keadaan normal dan baik-baik saja. Namun, akan tetap di lakukan pemantauan khusus pada kehamilan ibu karena termasuk dalam resiko rendah, dari hasil beberapa data di atas saya pun tertarik untuk menjadikan Ny."N" sebagai subjek penelitian ini.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana melakukan asuhan kebidanan komprehensif Pada Ny. " N" dari mulai dari kehamilan sampai dengan KB dengan menggunakan Manajemen SOAP dan juga didokumentasikan.

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

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

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian, menyusun diagnosa kebidanan, merencanakan asuhan kebidanan, melaksanakan asuhan kebidanan, melakukan evaluasi dan melakukan pendokumentasian secara SOAP pada ibu hamil
2. Melakukan pengkajian, menyusun diagnosa kebidanan, merencanakan asuhan kebidanan, melaksanakan asuhan

- kebidanan, melakukan evaluasi dan melakukan pendokumentasian secara SOAP pada ibu bersalin
3. Melakukan pengkajian, menyusun diagnosa kebidanan, merencanakan asuhan kebidanan, melaksanakan asuhan kebidanan, melakukan evaluasi dan melakukan pendokumentasian secara SOAP pada ibu nifas
 4. Melakukan pengkajian, menyusun diagnosa kebidanan, merencanakan asuhan kebidanan, melaksanakan asuhan kebidanan, melakukan evaluasi dan melakukan pendokumentasian secara SOAP pada ibu neonatus
 5. Melakukan pengkajian, menyusun diagnosa kebidanan, merencanakan asuhan kebidanan, melaksanakan asuhan kebidanan, melakukan evaluasi dan melakukan pendokumentasian secara SOAP pada ibu ber KB

1.4 Ruang Lingkup

1.4.1 Sasaran

Sasaran asuhan kebidanan di tujukan kepada ibu hamil, masa persalinan, nifas, bayi setelah lahir serta keluarga berencana pada Ny. "N" Usia 32 Tahun GI P0000 Ab000 dengan usia kehamilan 35 minggu 1 hari T/ H dengan keadaan Fisiologis.

1.4.2 Tempat

Lokasi yang di pilih dalam memberikan asuhan kebidanan ini di Jl. Kendal sari gang III dalam No. 58 A Rt 04 / Rw 10 di wilayah kota Malang.

1.4.3 Waktu

Waktu pelaksanaan Laporan tugas akhir ini

bulan Maret – Agustus tahun 2019.

1.5 Manfaat Laporan Tugas Akhir

1.5.1 Bagi institusi Pendidikan

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

1.5.2 Bagi Penulis

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

1.5.3 Bagi Lahan Praktek

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

1.5.4 Bagi Klien

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

1.5.5 Bagi Penulis LTA Selanjutnya

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

1.5.6 Bagi Bidan

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

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1 Konsep Dasar Kehamilan

2.1.1 Pengertian Kehamilan

Kehamilan merupakan proses alamiah untuk menjaga kelangsungan peradaban manusia. Kehamilan baru bisa terjadi jika seorang wanita sudah mengalami pubertas yang ditandai dengan terjadinya menstruasi (Nurul, 2012).

Kehamilan ini merupakan proses fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan di lanjutkan dengan nidasi implantasi. Bila di hitung dari fertilisasi sampainya lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung selama 40 minggu atau 10 bulan atau 9 bulan menurut kelender internasional. Di tinjau dari tuanya kehamilan di bagi menjadi 3 bagian yaitu kehamilan triwulan pertama (0-12 minggu), triwulan kedua (12-28 minggu), triwulan ketiga(28-40 minggu) (Walyani, 2015).

2.1.2 Proses Kehamilan

Menurut Hani, dkk 2010, proses terjadinya kehamilan yaitu :

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

2. Sperma

- a. Dikeluarkan oleh testis dan peristiwa pematangannya disebut spermatogenesis
- b. Jumlahnya akan berkurang, tetapi tidak akan habis seperti pada Ovum dan tetap memproduksi meskipun pada lansia
- c. Kemampuan fertilisasi selama 2-4 hari, rata-rata 3 hari.
- d. Terdapat 100 juta sperma pada setiap mililiter air mani yang dihasilkan, rata-rata 3 cc tiap ejakulasi.
- e. Mengeluarkan enzim untuk melunakkan sel-sel granulosa.
- f. Mempunyai morfologi yang sempurna.

3. Fertilisasi

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

4. Pembelahan

Setelah melalui tahap pertama yaitu fertilisasi yang sudah membentuk zigot maka setelah 30 jam zigot akan membelah menjadi 2 tingkat sel, 4 sel, 8 sel sampai dengan 16 sel selama 3 hari dan akan membentuk sebuah gumpalan bersusun longgar. Setelah 3 hari sel-sel akan membelah dan

membentuk buah arbei dan 16 sel disebut Morula (4 hari). Hari ke 4½ - 5 mulai terbentuk blastokista yaitu ruang antar sel menyatu dan membentuk rongga. Hari ke 5½ - 6 zona pellusida menghilang sehingga trofoblas memasuki dinding rahim (endometrium) dan siap berimplantasi dalam bentuk blastokista tingkat lanjut.

5. Nidasi/Implantasi

Nidasi atau implantasi merupakan penanaman sel telur yang sudah dibuahi ke dalam dinding uterus pada awal kehamilan. Pada saat implantasi selaput lendir rahim sedang berada pada fase sekretorik (2-3 hari setelah ovulasi). Pada saat ini, kelenjar rahim dan pembuluh darah menjadi berkelok-kelok. Jaringan ini mengandung banyak cairan. Blastokista tingkat lanjut yang diselubungi oleh suatu simpai disebut trofoblas. Dalam tingkat nidasi, trofoblas antara lain menghasilkan hormon human *chorionic gonadotropin*. Produksi human *chorionic gonadotropin* meningkat sampai kurang lebih hari ke 60 kehamilan untuk kemudian turun lagi. Hormon human *chorionic gonadotropin* inilah yang khas untuk menentukan ada tidaknya kehamilan, hormon tersebut dapat ditemukan di dalam air kemih ibu hamil. Pada saat implantasi akan terjadi luka kecil yang kemudian sembuh dan menutup lagi. Itulah sebabnya, terkadang saat implantasi terjadi sedikit perdarahan (Tanda Hartman) yang umumnya terjadi pada dinding depan atau belakang rahim (korpus) dekat fundus uteri.

2.1.3 Perubahan dan Adaptasi Psikologis Selama Kehamilan

Menurut Kusmiyati,dkk.,2009 perubahan dan adaptasi psikologis selama kehamilan yaitu :

1. Trimester I

Trimester pertama sering dikatakan sebagai masa penentuan. Penentuan untuk membuktikan bahwa wanita dalam keadaan hamil. Pada

saat inilah tugas psikologis pertama sebagai calon ibu untuk dapat menerima kenyataan akan kehamilannya. Keadaan ini menciptakan kebutuhan untuk berkomunikasi secara terbuka dengan suami. Banyak wanita merasa butuh dicintai dan merasakan kuat untuk mencintai namun tanpa berhubungan seks. Libido sangat dipengaruhi kelelahan, rasa mual, pembesaran payudara, keprihatinan, kekhawatiran. Semua ini bagian normal dari proses kehamilan pada trimester pertama.

2. Trimester II

Trimester kedua sering disebut sebagai periode pancaran kesehatan, saat ibu merasa sehat. Ini disebabkan selama trimester ini umumnya wanita sudah merasa baik dan terbebas dari ketidaknyamanan kehamilan. Tubuh ini sudah terbiasa dengan kadar hormone yang lebih tinggi dan rasa tidak nyaman karena hamil sudah berkurang. Ibu sudah menerima kehamilannya dan mulai dapat menggunakan energy serta pikirannya secara konstruktif.

3. Trimester III

Trimester ketiga ini sering disebut sebagai periode penantian. Periode ini wanita menanti kehadiran bayinya sebagai bagian dari dirinya, dia menjadi tidak sabar untuk segera melihat bayinya. Trimester tiga adalah waktu untuk mempersiapkan kelahiran dan kedudukan sebagai orang tua, seperti terpusatnya perhatian pada kehadiran bayi. Sejumlah ketakutan terlihat selama trimester ketiga. Wanita mungkin khawatir terhadap hidupnya dan bayinya, dia tidak akan tahu kapan dia akan melahirkan (Kusmiyati dkk., 2009).

2.1.4 Tanda Kehamilan

Menurut Suryati, 2011, tanda-tanda kehamilan dapat dibagi dalam tiga kategori, yaitu :

1. Tanda tidak pasti

- a. Amenorrhea (terlambat datang bulan)
 - b. Mual dan muntah
 - c. Perubahan berat badan
 - d. Mengidam
 - e. Pingsan
 - f. Lelah
2. Tanda kemungkinan hamil
- a. Tanda hegar (perlunakan pada isthmus uterus)
 - b. Tanda goodell's (serviks terasa lebih lunak)
 - c. Chadwick (vagina dan vulva tampak lebih merah, agak kebiru-biruan)
 - d. Tanda Mc Donald (fundus uteri dan serviks mudah difleksikan)
3. Tanda Pasti Kehamilan
- a. DJJ
 - b. Gerakan janin

2.1.5 Tanda Bahaya Dalam Masa Kehamilan Muda

Kehamilan merupakan hal yang fisiologis. Namun kehamilan yang normal dapat berubah menjadi patologis. Salah satu asuhan yang dilakukan oleh seorang bidan untuk menapis adanya 3 risiko ini yaitu melakukan pendeteksian dini adanya komplikasi /penyakit yang mungkin terjadi selama hamil muda. Adapun komplikasi ibu dan janin yang mungkin terjadi pada masa kehamilan muda yaitu perdarahan pervaginam, hipertensi gravidarum maupun nyeri perut bagian bawah.

2.1.6 Tanda – Tanda Komplikasi Ibu dan Janin Masa Kehamilan Lanjut

Tanda-tanda bahaya yang perlu diperhatikan dan diantisipasi dalam kehamilan lanjut, yaitu :

1. Perdarahan pervaginam.

2. Sakit kepala yang hebat.
3. Penglihatan kabur.
4. Bengkak di wajah dan tangan.
5. Keluar cairan pervaginam.
6. Gerak janin tidak terasa dan nyeri perut yang hebat.

Selama pemeriksaan antenatal, ibu mungkin akan memberitahukan jika ibu mengalami tanda-tanda bahaya tersebut atau dapat terdeteksi oleh bidan. Penting bagi bidan untuk memeriksa tanda-tanda bahaya tersebut pada setiap kunjungan. Jika bidan menemukan suatu tanda bahaya ini, maka tindakan selanjutnya adalah melaksanakan semua kemungkinan untuk membuat suatu diagnosis dan membuat rencana penatalaksanaan yang sesuai (Suryati, 2011).

2.1.7 Asuhan Antenatal Care (ANC)

Menurut Sarwono, 2010, asuhan antenatal adalah upaya preventif program pelayanan kesehatan obstetrik untuk memantau rutin keadaan ibu maupun janin. Alasan penting untuk mendapatkan asuhan antenatal yaitu :

1. Mengupayakan terwujudnya kondisi terbaik bagi ibu dan bayi yang dikandungnya.
2. Memperoleh informasi dasar tentang kesehatan ibu dan kehamilannya.
3. Mengidentifikasi dan menata laksana kehamilan resiko tinggi.
4. Memberikan pendidikan kesehatan yang diperlukan dalam menjaga kualitas kehamilan dan merawat bayi.
5. Menghindarkan gangguan kesehatan selama kehamilan yang akan membahayakan keselamatan ibu hamil dan bayi yang dikandungnya.

2.1.8 Tujuan Asuhan Kehamilan

Menurut Suryati, 2011, tujuan asuhan kehamilan adalah :

1. Untuk memfasilitasi hamil yang sehat dan positif bagi ibu maupun bayi dengan menegakkan hubungan kepercayaan dengan ibu.
2. Memantau kehamilan dengan memastikan ibu dan tumbuh kembang anak sehat.
3. Mendeteksi komplikasi yang dapat mengancam jiwa selama hamil (penyakit umum, keguguran, pembedahan).
4. Mempersiapkan kelahiran cukup bulan dengan selamat, ibu dan bayi dengan trauma minimal.
5. Mempersiapkan ibu agar nifas berjalan normal dan dapat memberikan Asi eksklusif. Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang normal.
6. Membantu ibu mengambil keputusan klinik.

2.1.9 Tujuan Utama ANC

Menurut Suryati, 2011, menurunkan kesakitan dan kematian maternal dan perinatal dengan upaya bidan yaitu :

1. Memonitor kemajuan kehamilan dalam upaya memastikan kesehatan ibu dan perkembangan bayi normal.
2. Mengenali penyimpangan dari keadsaan normal dan memberikan pelaksanaan dan pengobatan yang diperlukan.
3. Mempersiapkan ibu dan keluarga secara fisik emosional dan psikologis untuk menghadapi kelahiran dan kemungkinan komplikasi.
4. Dalam upaya menurunkan kesakitan dan kematian asuhan antenatal berfokus pada :

Mempersiapkan kelahiran dan kemungkinan gawat darurat.

- a. Mengidentifikasi dan menangani masalah dalam kehamilan.
- b. Mempromosikan perilaku sehat yang dapat mencegah komplikasi.
- c. Menangani komplikasi secara efektif tepat waktu
- d. Mengidentifikasi dan mendeteksi masalah-masalah lebih awal sehingga tindakan yang sesuai dapat dilakukan serta menangani komplikasi yang mengancam jiwa.

2.1.10 Standar Asuhan Kehamilan

Menurut Hani, dkk, 2010, masa antenatal mencakup waktu kehamilan mulai dari HPHT sampai permulan persalinan yang sebenarnya, yaitu 280 hari, 40 minggu, 9 bulan 7 hari. Setiap wanita hamil menghadapi risiko komplikasi yang bisa mengancam jiwanya.

Kunjungan Antenatal Care (ANC) minimal :

1. Satu kali pada trimester I (usia kehamilan 0-13 minggu).
2. Satu kali pada trimester II (usia kehamilan 14-27 minggu).
3. Dua kali pada trimester III (usia kehamilan 28-40 minggu)

2.1.11 Pelayanan standar Asuhan 14 T

Menurut Walyani, 2015 pelayanan standar asuhan, yaitu 14T :

1. Timbang berat badan dan tinggi badan

Dalam keadaan normal kenaikan berat badan ibu dari sebelu hamil dihitung dari TM I sampai TM III yang berkisar anatar 9-13, 9 kg dan kenaikan berat badan setiap minggu yang tergolong normal adalah 0,4-0,5 kg tiap minggu mulai TM II. Pengukuran tinggi badan ibu hamil dilakukan untuk mendeteksi faktor resiko terhadap kehamilan yang sering berhubungan dengan keadaan rongga panggul

2. Tekanan darah

Tekanan darah yang normal 110/80-140/90 mmHg, bila melebihi 140/90 mmHg perlu diwaspadai adanya Preeklamsi.

3. Pengukuran tinggi fundus uteri (TFU)

Tujuan pemeriksaan TFU menggunakan tehnik Mc. Donald adalah menentukan umur kehamilan berdasarkan minggu dan hasilnya bisa di bandingkan dengan hasil anamnesis hari pertama haid terakhir (HPHT) dan kapan gerakan janin mulai dirasakan. TFU yang normal harus sama dengan UK dalam minggu yang dicantumkan dalam HPHT. Pengukuran TFU

berdasarkan usia kehamilan menurut (Walyani, 2015) yaitu :

Tabel 2. 1 Pengukuran TFU Berdasarkan Usia Kehamilan

Tinggi Fundus Uteri	Umur Kehamilan	Cm
1/3 di atas simpisis atau 3 jari di atas simpisis	12 Minggu	
½ simpisis – pusat	16 Minggu	
3 jari di bawah pusat	20 Minggu	20 cm
Setinggi pusat	24 Minggu	23 cm
3 jari diatas pusat	28 Minggu	26 cm
½ pusat px	32 Minggu	30 cm
Setinggi px	36 minggu	
2 jari di bawah px	40 minggu	

Sumber : Walyani, 2015

a. Menurut Lohson jika kepala belum masuk PAP maka rumusnya :

Berat janin = (TFU – 12) x 155 gram tetapi jika sudah masuk PAP maka rumusnya: Berat janin = (TFU – 11) x 155 gram.

b. Menurut Hodge Rumus TBJ adalah Tinggi fundus (cm) –N x 155

Hodge I N = 13 bila kepala belum melewati PAP

Hodge II N = 12 bila kepala berada di atas spina isciadika

Hodge III N = 11 bila kepala berada di bawah spina isciadika

4. Pemberian tablet tambah darah (Tablet Fe) sebanyak 90 tablet selama kehamilan.
5. Pemberian imunisasi TT
Imunisasi Tetanus Toxoid harus segera di berikan pada saat seorang wanita hamil melakukan kunjungan yang pertama dan dilakukan pada minggu ke-4.
6. Pemeriksaan Hb
Pemeriksaan Hb pada Bumil harus dilakukan pada kunjungan pertama dan minggu ke 28. bila kadar Hb <11 gr%. Bumil dinyatakan anemia, maka harus diberi suplemen 60 mg Fe dan 0,5 mg As. Folat hingga Hb menjadi 11 gr% atau lebih.
7. Pemeriksaan protein urine
Dilakukan untuk mengetahui apakah pada urine mengandung protein atau tidak untuk mendeteksi gejala Preeklamsi.
8. Pemeriksaan VDRL (Venereal Disease Research Lab).
Pemeriksaan dilakukan pada saat Bumil datang pertama kali diambil arah vena kurang lebih 2 cc, apabila hasil test positif maka dilakukan pengobatan dan rujukan.
9. Pemeriksaan urine reduksi
Untuk ibu hamil dengan riwayat Diabetes Militus bila hasil positif maka perlu diikuti pemeriksaan gula.
10. Perawatan payudara
Perawatan payudara untuk ibu hamil, dilakukan 2 kali sehari sebelum mandi dimulai pada usia kehamilan 6 Minggu.
11. Senam ibu hamil
12. Pemberian obat malaria

Diberikan kepada ibu hamil pendatang dari daerah endemis malaria, serta kepada ibu hamil dengan gejala malaria, yaitu panas tinggi disertai menggigil dan hasil tes darah yang positif.

13. Pemberian kapsul minyak beryodium

Diberikan pada kasus gangguan akibat kekurangan Yodium di daerah endemis yang dapat berefek buruk terhadap tumbuh kembang manusia.

14. Temu wicara

Menurut Hani, dkk, (2010), selain melakukan pemeriksaan sesuai standart asuhan pada ibu hamil, dianjurkan pada ibu hamil untuk tetap melakukan aktifitas tetapi bukan aktifitas berat seperti contoh melakukan senam hamil.

Manfaat senam hamil adalah :

- a. Memperbaiki sirkulasi darah.
- b. Mengurangi trauma bengkak kaki.
- c. Meningkatkan keseimbangan otot-otot.
- d. Mengurangi gangguan gastrointestinal.
- e. Mengurangi kejang kaki atau kram.
- f. Memperkuat otot perut.
- g. Mempercepat penyembuhan setelah kehamilan.
- h. Memperbaiki posisi janin.

Akan tetapi senam hamil sebaiknya dilakukan saat trimester 3 dan hentikan melakukan senam hamil apabila terjadi kram perut, perdarahan, demam, dan tidak enak badan. Bagi ibu yang mempunyai riwayat abortus atau kelahiran premature bisa mengkonsultasikan dulu dengan dokter sebelum melakukan senam hamil. Senam hamil bisa dilakukan 1 kali dalam seminggu secara rutin. Setiap langkah gerakan dilakukan minimal 10 kali.



Gambar 2. 1 Senam Hamil

Sumber : Walyani, 2015

2.1.12 Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan Fisiologis

Menurut Suryati, (2011), manajemen kebidanan merupakan suatu metode atau bentuk pendekatan yang digunakan oleh bidan dalam memberikan asuhan kebidanan. Langkah langkah dalam manajemen kebidanan menggambarkan alur pola berpikir dan bertindak bidan dalam pengambilan keputusan klinis untuk mengatasi masalah.

1. Pengkajian data

Pada pemeriksaan pada lagkah pertama ini di kumpulkan sebagai informasi yang akurat dan lengkap dari sumber yang berkaitan dengan kondisi klien. pengkajian data wanita hamil terdiri dari data- data yang di kumpulkan antara lain: identitas klien, alasan datang, riwayat penyakit sekarang, riwayat kesehatan yang lalu, riwayat penyakit keluarga, riwayat menstruasi, riwayat obstetri, riwayat KB .

Pemeriksaan perlu dilakukan pada kunjungan awal wanita hamil untuk memastikan apakah wanita hamil tersebut mempunyai abnormalitas medis atau penyakit. Pemeriksaan fisik yang dilakukan antara lain :

- a. Pemeriksaan TTV.
- b. Pemeriksaan umum, yaitu pemeriksaan pada kepala, leher payudara, abdomen, tangan, kaki, genetalia.
- c. Pengukuran panggul

Menurut suryati, (2011) pengukuran panggul dibagi menjadi sebagai berikut:

Tabel 2. 2 Pengukuran Panggul

Bidang	Diameter	Keterangan
Distansia spinarum	24 -26 cm	Diukur dari 2 sias
Distansia kristarum	28 – 30 cm	Diukur dari 2 krista illiaka
Konjugata eksterna/boudeloque	18 cm	Diukur dari 2 tepi atas simfisis dan lumbal ke 5
Distansia tuberum	10,5 cm	Dari 2 tuberositas
Lingkar Panggul	> 80 cm	Dari tepi atas simfisis, trouchanter, lumbal ke 5

Sumber : Suryati, 2011

2.1.13 Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR)

KSPR adalah kartu skor yang digunakan sebagai alat skrining antenatal berbasis keluarga untuk menemukan faktor risiko ibu hamil, yang selanjutnya mempermudah pengenalan kondisi untuk mencegah terjadi komplikasi obstetrik pada saat persalinan. KSPR disusun dengan format 14 kombinasi antara checklist dari kondisi ibu hamil / faktor risiko dengan sistem skor. Kartu skor ini dikembangkan sebagai suatu teknologi sederhana, mudah, dapat diterima dan cepat digunakan oleh tenaga non profesional.

Fungsi dari KSPR adalah :

1. Melakukan skrining deteksi dini ibu hamil risiko tinggi.
2. Memantau kondisi ibu dan janin selama kehamilan.
3. Memberi pedoman penyuluhan untuk persalinan aman berencana (Komunikasi Informasi Edukasi/KIE).

4. Mencatat dan melaporkan keadaan kehamilan, persalinan, nifas.
5. Validasi data mengenai perawatan ibu selama kehamilan, persalinan, nifas dengan kondisi ibu dan bayinya.
6. Audit Maternal Perinatal (AMP) Sistem skor memudahkan pengedukasian mengenai berat ringannya faktor risiko kepada ibu hamil, suami, maupun keluarga.
7. Skor dengan nilai 2, 4, dan 8 merupakan bobot risiko dari tiap faktor risiko. Sedangkan jumlah skor setiap kontak merupakan perkiraan besar risiko persalinan dengan perencanaan pencegahan.

Kelompok risiko dibagi menjadi 3 yaitu:

- a. Kehamilan Risiko Rendah (KRR) : Skor 2(hijau)
- b. Kehamilan Risiko Tinggi (KRT) : Skor 6-10 (kuning)
- c. Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST) : Skor \geq 12 (merah)

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

Nama : Umur Ibu : Th.
 Hamil ke Hari Terakhir tgl : Persalinan Persalinan tgl : II
 Pendidikan : ibu Suami
 Pekerjaan : ibu Suami

KEL. F.R.	NO.	Masalah / Faktor Risiko	SKOR	Tribalan				
				I	II	III	III.2	III.3
		Skor Awal Ibu Hamil	2					
I	1	Tertalu muda hamil < 16 th	4					
	2	a. Tertalu lambat hamil I, kawin > 4th	4					
		b. Tertalu tua, hamil > 35 th	4					
	3	Tertalu cepat hamil lagi (< 2 th)	4					
	4	Tertalu lama hamil lagi (> 10 th)	4					
	5	Tertalu banyak anak, 4 / lebih	4					
	6	Tertalu tua, umur > 35 tahun	4					
	7	Tertalu pendek < 145 Cm	4					
	8	Farah gagal kehamilan	4					
	9	Farah melahirkan dengan :						
	a. Tarikan tang / vakum	4						
	b. Ut drogoh	4						
	c. Diberi intus/Transusi	4						
	10	Farah Operasi Sesar	0					
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						
	17	Letak Sungsang	0					
	18	Letak Uprong	0					
III	19	Pendarahan dalam kehamilan m	0					
	20	Pre eklampsia Berat / Kejang-2	0					
JUNLAH SKOR								

PENYULUHAN KEHAMILAN/PERSALINAN AMAN ~ RUJUKAN TERENCANA

JML. SKOR RISKI	KEL. KATAN	PERA KATAN	KEHAMILAN		PERSALINAN DENGAN RISIKO		RUJUKAN		
			TIDAK BERISIKO	RUMAH POLINDES	RUMAH POLINDES	RUJUKAN	RUJUKAN	RUJUKAN	
0	KIB	BIKAN	TIDAK BERISIKO	RUMAH POLINDES	RUJUKAN	RUJUKAN	RUJUKAN	RUJUKAN	RUJUKAN
1-10	KIB	BIKAN	BIKAN	POLINDES	POLINDES	BIKAN	BIKAN	BIKAN	BIKAN
> 10	KIB	BIKAN	RUMAH SAKIT	RUMAH SAKIT	RUMAH SAKIT	RUMAH SAKIT	RUMAH SAKIT	RUMAH SAKIT	RUMAH SAKIT

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

KARTU SKOR 'POEDJI ROCHJATI' PERENCANAAN PERSALINAN AMAN

Tempat Persalinan Kehamilan : 1. Porsyandu 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 Diri Berencana (ROB) / Rujukan Tepat Waktu (RTW)
 Rujukan Dalam Rahim (RDR) 2. Rujukan Terlambat (RTL)
 3. Rujukan Tertambat (RTT)

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
 • Komplikasi Obstetrik
 1. Perdarahan postpartum
 4. Uri Tertinggal
 5. Persalinan Lama
 6. Pemas Tinggi

TEMPAT :
 1. Rumah Ibu
 2. Rumah bidan
 3. Polindes
 4. Puskesmas
 5. Rumah Sakit
 6. Perjanjian

PENDONG :
 1. Dukun
 2. Bidan
 3. Dokter
 4. Lain-2

MACAM PERSALINAN :
 1. Normal
 2. Tindakan pervaginam
 3. Operasi Sesar

PASCA PERSALINAN :

IBU :
 1. Hisap
 2. Mati, dengan penyebab :
 a. Perdarahan b. Pre eklampsia
 c. Partus lama d. Infeksi e. Lain-2

BAYI :
 1. Berat lahir : gram, Laki-2/Perempuan
 2. Lahir tidup : Appar Skor :
 3. Lahir mati, penyebab :
 4. Mati kemudian, umur : hr, penyebab :
 5. Kelainan bawaan : tidak ada / ada

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 :

Gambar 2. 2 Kartu Skor Poedji Rochajati (KSPR)

Sumber : Manuaba, ddk, 2010

2.1.14 Lama Kehamilan

Lama kehamilan berlangsung sampai persalinan aterm (cukup bulan) adalah sekitar 280 sampai 300 hari. Kehamilan dibagi menjadi tiga triwulan, yaitu triwulan pertama (0 sampai 12 minggu), triwulan kedua (13 sampai 28 minggu), dan triwulan ketiga (29 sampai 42 minggu). (Manuaba, dkk., 2010).

2.1.15 Diagnosa Kehamilan

Menurut Hani, dkk, (2011), pemeriksaan diagnosa kehamilan adalah pemeriksaan yang dilakukan untuk memastikan seorang wanita hamil atau tidak. Dalam kunjungan awal, yang paling penting adalah memastikan wanita itu hamil dan berapa usia kehamilannya, serta adanya kelainan yang menyertai.

Sebelum mendiagnosis adanya kehamilan pemeriksaan yang perlu dilakukan terdiri dari anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan panggul serta pemeriksaan laboratorium.

Tabel 2. 3 Anamnesis dan Pemeriksaan Fisik

Anamnesis	Pemeriksaan Fisik
1. Amenorea	1. Pengeluaran kolostrum
2. Mual muntah	2. Hiperpigmentasi areola
3. Pembesaran payudara dan pelebaran puting susu	3. Pembesaran payudara dan pelebaran puting susu
4. Peningkatan frekuensi bekemih	4. Pembesaran abdomen
5. Kelelahan	5. Teraba garis janin
6. Peningkatan suhu basal tubuh tanpa danya infeksi	6. Ballotemen
7. Pengeluaran kolostrum	7. Gerakan janin
8. Tanda Chadwick kening(gerakan pertama janin	8. Bunyi jantung janin
9. Pigmentasi, kulit, striae, linea nigra	

Sumber : Menurut Hani, dkk 2011

Tabel 2. 4 Pemeriksaan Pelvis dan Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan Pelvis	Pemeriksaan Laboratorium
1. Pembesaran uterus	1. Tes kehamilan positif
2. Perubahan bentuk uterus	2. USG tampak keberadaan janin
3. Tanda pascasek	3. Tampak rangka janin pada foto rontgen
4. Tanda hegar	
5. Tanda goodell	
6. Teraba kontraksi braxton hicks	
7. Tanda chadwick	

Sumber : Hani, dkk 2012

2.1.16 Ketidaknyamanan dan Cara Mengatasinya

Tabel 2. 5 Ketidaknyamanan dan Mengatasi

No	Ketidaknyamanan	Cara Mengatasi
1	Sering buang air kecil (Trimester I dan III)	a. Kurang asupan karbohidrat murni dan makanan yang mengandung gula b. Batasi minum kopi, teh dan soda
2	Striae gravidarum Tampak jelas pada bulan ke 6-7	a. Gunakan emolien topikal atau antipruritik jika ada indikasinya. b. Gunakan baju longgar yang dapat menopang payudara dan abdomen
3	Hemoroid Timbul Trimester II dan III	a. Makan makanan yang berserat, buah dan sayuran serta banyak minum air putih dan sari buah b. Melakukan senam hamil untuk mengatasi hemoroid Jika hemoroid menonjol keluar
4	Kelelahan pada trimester I	a. Istirahat yang cukup, minimal 2 jam pada siang hari b. Melakukan teknik relaksasai
5	Keputihan terjadi di trimester I, II, dan III	a. Tingkatkan kebersihan dengan mandi setiap hari b. Memakai pakaian dalam dari bahan katun dan mudah menyerap keringat c. Tingkatkan daya tahan tubuh dengan akan buah dan sayur
6	Keringat bertambah Secara perlahan terus meningkat sampai akhir kehamilan	a. Pakailah pakaian yang tipis dan longgar b. Tingkatkan asupan cairan c. Mandi secara teratur
7	Sembelit Trimester I dan III	a. Minum 3 liter cairan setiap hari terutama air putih atau sari buah b. Makan makanan yang kaya serat dan vitamin C c. Lakukan senam hamil d. Membiasakan buang air besar secara teratur
8	Kram pada kaki. Setelah usia kehamilan 24 minggu	a. Rendam kaki dengan air yang telah diberi minyak esensial siprus

		<ul style="list-style-type: none"> b. Kurangi konsumsi susu (kandung fosfatnya tinggi) c. Latihan dorsofleksi pada kaki.
9	Mengidam (Trimester I)	<ul style="list-style-type: none"> a. Tidak perlu dikhawatirkan selama diet memenuhi kebutuhannya b. Jelaskan bahaya makanan yang tidak bisa diterima, mancakup gizi yang diperlukan serta memuaskan rasa menyidam atau kesukaan menutut kultur
10	Sesak nafas. (Trimester I dan III)	<ul style="list-style-type: none"> a. Jelaskan penyebab fisiologisnya b. Merentangkan tangan diatas kepala serta menarik nafas panjang c. Mendorong postur tubuh yang baik
11	Nyeri ligamentum rotundum (Trimester II dan III)	<ul style="list-style-type: none"> a. Berikan penjelasan mengenai penyebab nyeri b. Tekuk lutut kearah abdomen c. Mandi air hangat d. Gunakan sebuah bantal untuk menopang uterus dan bantal lainnya diletakkan diantara lutut sewaktu dalam posisi berbaring miring.
12	Panas perut. Trimester II dan bertambah semakin lamanya kehamilan hilang pada waktu persalinan	<ul style="list-style-type: none"> a. Makan Sedikit- sedikit tapi sering. b. Hindari makan berlemak dan bumbu tajam c. Hindari berbaring setelah makan d. Tidur dengan kaki di tinggikan
13	Perut kembung. (Trimester II dan III)	<ul style="list-style-type: none"> a. Hindari makanan mengandung gas b. Mengunyah makanan secara teratur c. Melakukan senam secara teratur.
14	Pusing atau sakit kepala Trimester II dan III	<ul style="list-style-type: none"> a. Bangun secara perlahan dari posisi istirahat. b. Hindari berbaring dalam posis terlentang.
15	Mual dan muntah (Trimester I)	<ul style="list-style-type: none"> a. Makan sedikit tetapi sering b. Hindari makanan berlemak dan gorengan c. Minum suplemen vitamin B6 dan zat besi
16	Sakit punggung atas dan bawah (Trimester II dan III)	<ul style="list-style-type: none"> a. Posis atau sikap tubuh yang baik selama melakukan aktifitas b. Hindari mengangkat barang berat. c. Gunakan bantal ketika tidur untuk meluruskan punggung
17	Varises pada kaki (Trimester II dan III)	<ul style="list-style-type: none"> a. Istirahat dengan menaikan kaki setinggi mungkin untuk mengembalikan efek gravitasi b. Jaga agar kaki tidak bersilangan c. Hindari berdiri atau duduk terlalu lama

Sumber : Suryati, 2011.

e. Kunjungan Ulang

Pada umumnya kunjungan ulang dijadwalkan tiap 4 minggu sampai umur kehamilan 28 minggu. Selanjutnya setiap 2 minggu sampai umur kehamilan 36 minggu dan seterusnya setiap minggu sampai bersalin.

f. Pekerjaan

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

2.1.17 Kebutuhan ibu hamil

Kebutuhan ibu hamil menurut sulistyowati, 2010 yaitu :

1. Oksigen

Kebutuhan oksigen adalah yang utama pada manusia termasuk ibu hamil. Berbagai gangguan pernafasan bisa terjadi saat hamil sehingga akan mengganggu pemenuhan kebutuhan oksigen pada ibu yang akan berpengaruh pada bayi yang dikandung.

Untuk mencegah hal tersebut diatas dan untuk memenuhi kebutuhan oksigen maka ibu hamil perlu:

- a. Latihan nafas melalui senam hamil
- b. Tidur dengan bantal yang lebih tinggi
- c. Makan tidak terlalu banyak
- d. Kurangi atau hentikan merokok
- e. Konsul ke dokter bila ada kelainan atau gangguan pernapasan seperti asma.

2. Nutrisi

Tinggi meskipun tidak berarti makanan yang mahal harganya. Gizi pada waktu hamil harus ditingkatkan hingga 300 kalori perhari, ibu hamil

seharusnya mengkonsumsi makanan Pada saat hamil ibu harus makan-makanan yang mengandung nilai gizi bermutu yang mengandung protein, zat besi, dan minum cukup cairan (menu seimbang).

3. Kalori

Untuk proses pertumbuhan, janin memerlukan tenaga. Oleh karena itu, saat hamil, ibu memerlukan tambahan jumlah kalori. Sumber kalori utama adalah hidrat arang dan lemak. Bahan makanan yang banyak mengandung hidrat arang adalah goongan padi-padian (misalnya beras dan jagung), golongan umbi-umbian (misalnya ubi dan singkong), dan sagu. Selain sebagai sumber tenaga, bahan makanan yang tergolong padi-padian merupakan sumber protein, zat besi, fosfor, dan vitamin.

- a. Asuhan makanan ibu hamil pada trimester 1 sering mengalami penurunan karna menurunnya nafsu makan dan sering timbul mual dan muntah. Meskipun ibu hamil mengalami keadaan tersebut tetapi asupan makan harus tetap diberikan seperti biasa.
- b. Pada trimester II nafsu makan biasanya sudah mulai meningkat, kebutuhan zat tenaga lebih banyak dibanding kebutuhan saat hamil muda. Demikian juga zat pembangun dan zat pengatur seperti lauk pauk, sayur, dan buah-buahan.
- c. Pada trimester III, janin mengalami pertumbuhan dan perkembangan yang sangat pesat. Perkembangan janin yang pesat ini terjadi pada 20 minggu terakhir kehamilan. Umumnya nafsu makan ibu akan sangat baik dan ibu merasa cepat lapar.

4. Protein

Protein adalah zat utama untuk membangun jaringan bagian tubuh. Seiring dengan pertumbuhan janin serta perkembangan payudara ibu, keperluan protein pada waktu hamil sangat meningkat. Kekurangan protein dalam

makanan ibu hamil mengakibatkan bayi akan lahir lebih kecil dari normal. Sumber zat protein yang berkualitas tinggi adalah susu.

Susu merupakan minuman yang berkualitas tinggi untuk memenuhi kebutuhan wanita hamil terhadap zat gizi karena mengandung protein, kalsium, fosfat, vitamin A, serta vitamin B1 dan B2. Sumber lain meliputi sumber protein hewani misalnya (daging ikan, unggas, telur, dan kacang) dan sumber protein nabati misalnya (kacang-kacangan seperti kedelai, kacang tanah, kacang tolo, dan hasil kacang-kacangan misalnya tahu dan tempe).

5. Mineral

prinsipnya semua mineral dapat terpenuhi dengan makan-makanan sehari-hari yaitu buah-buahan, sayur-sayuran, dan susu. Hanya zat besi yang tidak bisa terpenuhi dengan makan sehari-hari. Kebutuhan akan besi pada pertengahan kedua kehamilan kira-kira 17 minggu per hari. Untuk memenuhi kebutuhan ini dibutuhkan suplemen besi 30mg sebagai ferrous, ferofumarat atau feroglukonat perhari dan pada kehamilan kembar atau pada wanita yang sedikit anemi dibutuhkan 60-100 mg perhari.

6. Vitamin

Vitamin sebenarnya telah terpenuhi dengan makanan sayur dan buah-buahan, tetapi dapat pula diberikan ekstra vitamin. Kebutuhan makanan bagi ibu hamil lebih banyak daripada kebutuhan untuk wanita tidak hamil.

Kegunaan makanan tersebut adalah:

- a. Untuk pertumbuhan janin yang ada dalam kandungan.
- b. Untuk mempertahankan kesehatan dan kekuatan badan ibu sendiri.
- c. Agar supaya luka-luka persalian lekas sembuh dalam nifas.
- d. Guna mengadakan cadangan untuk masa laktasi.

7. Personal Hygiene

Kebersihan harus dijaga pada masa hamil. Mandi dianjurkan sedikitnya 2 kali sehari karena ibu hamil cenderung untuk mengeluarkan banyak keringat, menjaga kebersihan diri terutama lipatan kulit (ketiak, bawah buah dada, daerah genitalia) dengan cara dibersihkan dengan air dan dikeringkan. Pakaian

Beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam pakaian ibu hamil adalah :

- a. Pakaian harus longgar, bersih, dan tidak ada ikatan yang ketat pada daerah perut
- b. Bahan pakaian diusahakan yang mudah menyerap keringat
- c. Pakailah bra yang menyokong payudara
- d. Memakai sepatu dengan hak yang rendah
- e. Pakaian dalam yang selalu bersih.

8. Eliminasi

Keluhan yang sering muncul pada ibu hamil berkaitan dengan eliminasi adalah konstipasi dan sering buang air kecil. Konstipasi terjadi karena adanya pengaruh hormone progesterone yang mempunyai efek rileks terhadap otot polos, salah satunya otot usus. Sering buang air kecil merupakan keluhan yang utama dirasakan oleh ibu hamil, terutama pada trimester I dan III hal tersebut merupakan kondisi yang fisiologis.

9. Seksual

Selama kehamilan berjalan normal, koitus diperbolehkan sampai akhir kehamilan, meskipun beberapa ahli berpendapat sebaiknya tidak lagi berhubungan seks selama 14 hari menjelang kelahiran. Koitus tidak dibenarkan bila terdapat perdarahan pervaginam, riwayat abortus berulang, abortus / partus prematurus imminens, ketuban pecah sebelum waktunya.

10. Mobilisasi

Ibu hamil boleh melakukan kegiatan atau aktifitas fisik biasa selama tidak terlalu melelahkan. Ibu hamil dapat dianjurkan untuk melakukan pekerjaan rumah dengan dan secara berirama dengan menghindari gerakan menyentak, sehingga mengurangi ketegangan kepada tubuh dan menghindar kelelahan.

11. Body Mekanik

Secara anatomi, ligamen sendi putar dapat meningkatkan pelebaran atau pembesaran rahim pada ruang abdomen. Nyeri pada ligamen ini terjadi karena pelebaran dan tekanan pada ligament karena adanya pembesaran rahim nyeri pada ligamen ini merupakan suatu ketidaknyamanan pada ibu hamil. Sikap tubuh yang perlu diperhatikan oleh ibu hamil adalah:

- a. Duduk
- b. Berdiri
- c. Berjalan
- d. Tidur
- e. Bangun dan baring
- f. Membungkuk dan mengangkat

12. Istirahat

Wanita hamil dianjurkan untuk merencanakan istirahat yang teratur khususnya seiring kemajuan kehamilannya. Jadwal istirahat dan tidur perlu diperhatikan dengan baik, karena istirahat dan tidur yang teratur dapat meningkatkan kesehatan jasmani dan rohani untuk kepentingan perkembangan dan pertumbuhan janin. Tidur pada malam hari ± 8 jam dan istirahat dalam keadaan rilaks pada siang hari selama 1 jam.

13. Imunisasi

Imunisasi selama kehamilan sangat penting dilakukan untuk mencegah penyakit yang dapat menyebabkan kematian ibu dan janin. Jenis imunisasi yang diberikan adalah Tetanus Toxoid (TT) yang dapat mencegah penyakit tetanus. Imunisasi TT pada ibu hamil harus terlebih dahulu ditentukan status kekebalan atau imunisasinya. Ibu hamil diharapkan mencapai status T5 dengan interval yang ditentukan hal ini untuk mencegah terjadinya tetanus pada bayi yang akan dilahirkan.

14. Traveling

Meskipun dalam keadaan hamil, ibu masih membutuhkan reaksi untuk menyegarkan pikiran dan perasaan, misalnya dengan mengunjungi objek wisata atau keluar kota.

15. Persiapan Laktasi

Payudara merupakan aset yang sangat penting sebagai persiapan menyambut kelahiran sang bayi dalam proses menyusui. Beberapa hal yang perlu diperhatikan dan perawatan payudara adalah:

- a. Hindari pemakaian bra dengan ukuran yang terlalu ketat dan yang menggunakan busa, karena akan mengganggu penyerapan keringat payudara.
- b. Gunakan bra dengan bentuk yang menyangga payudara.
- c. Hindari membersihkan puting dengan sabun mandi karena akan menyebabkan iritasi. Bersihkan puting susu dengan minyak kelapalalu bilas dengan air hangat.
- d. Jika ditemukan pengeluaran cairan yang berwarna kekuningan daerah payudara berarti produksi asi sudah dimulai.

16. Persiapan Persalinan dan Kelahiran Bayi

Rencana persalinan adalah rencana tindakan yang dibuat oleh ibu, anggota keluarga dan bidan. Dengan adanya rencana persalinan akan mengurangi kebingungan dan kekacauan pada saat persalinan dan meningkatkan kemungkinan bahwa ibu akan menerima asuhan yang sesuai tepat waktu. Ada 5 komponen penting dalam rencana persalinan, antara lain:

17. Membuat rencana persalinan

Berikut ini hal-hal yang harus di gali dan diputuskan dalam membuat rencana persalinan, antara lain:

- a. Memilih tempat persalinan
- b. Memilih tenaga terlatih
- c. Bagaimana menghubungi tenaga kesehatan tersebut
- d. Bagaimana transportasi ke tempat persalinan
- e. Siapa yang akan menemani disaat persalinan
- f. Berapa banyak biaya yang dibutuhkan dan bagaimana mengumpulkan biaya tersebut
- g. Membuat rencana untuk pengambilan keputusan jika terjadi kegawatdaruratan pada saat pangambilan keputusan utama tidak ada.
- h. Mempersiapkan sistem transportasi jika terjadi kegawatdaruratan
- i. Membuat rencana atau pola menabung
- j. Mempersiapkan peralatan yang diperlukan untuk persalinan.

18. Memantau kesejahteraan janin

Jika pemeliharaan janin dalam Rahim secara tradisional dilakukan denganusaha yang bersifat turun temurun dan sesuai adat kebiasaan masyarakat, maka kini telah dikembagkan alat-alat canggih untuk melakukan pemeriksaan kesejahteraan janin dalam Rahim.

Untuk melakukan penilaian terhadap kesejahteraan janin dan rahim bisa menggunakan stetoskop leaner, untuk mendengarkan denyut jantung secara manual (auskultasi). Pemantauan kesejahteraan janin yang dapat dilakukan oleh ibu hamil adalah dengan menggunakan kartu “fetalmovement” setiap pergerakan janin yang dirasakan.

2.1.18 Diagnosa Banding Kehamilan

Menurut Suryati, 2011, suatu kehamilan kadang kala harus dibedakan dengan atau penyakit yang dalam pemeriksaan meragukan, yaitu :

1. Hamil palsu

Gejalanya dapat sama dengan kehamilan, seperti amenorea, perut membesar, mual muntah, air susu keluar, dan bahkan wanita ini merasakan gerakan janin. Namun pada pemeriksaan, uterus tidak membesar, tanda-tanda kehamilan lain dan reaksi kehamilan negative.

2. Mioma uteri

Perut dan rahim membesar, namun pada perabaan rahim tidak padat, kadang kala berbenjol-benjol. Tanda kehamilan negative dan tidak dijumpai tanda-tanda kehamilan lainnya.

3. Kista ovarii

membesar bahkan makin bertambah besar, namun pada pemeriksaan dalam, rahim teraba sebesar biasa. Reaksi kehamilan negative, tanda-tanda kehamilan lain negatif.

a. Kandung kemih penuh dan terjadi retensi urine

Pada pemasangan kateter keluar banyak air kencing.

b. Hematometra : uterus membesar karena terisi darah.

2.2 Konsep Dasar Ketuban Pecah Dini

2.2.1 Pengertian

Ketuban pecah dini adalah pecahnya selaput sebelum terdapat tanda tanda persalinan mulai dan ditunggu satu jam belum terjadi inpartu terjadi pada pembukaan < 4 cm yang dapat terjadi pada usia kehamilan cukup waktu atau kurang waktu (Wiknjosastro, 2011)

2.2.2 Etiologi

Tekanan intra uterin yang meninggi atau meningkat secara berlebihan dapat menyebabkan terjadinya ketuban pecah dini, misalnya : Trauma (hubungan seksual, pemeriksaan dalam, amniosintesis), Gemelli (Kehamilan kembar adalah suatu kehamilan dua janin atau lebih). Pada kehamilan gemelli terjadi distensi uterus yang berlebihan, sehingga menimbulkan adanya ketegangan rahim secara berlebihan. Hal ini terjadi karena jumlahnya berlebih, isi rahim yang lebih besar dan kantung (selaput ketuban) relatif kecil sedangkan dibagian bawah tidak ada yang menahan sehingga mengakibatkan selaput ketuban tipis dan mudah pecah. Makrosomia adalah berat badan neonatus >4000 gram kehamilan dengan makrosomia menimbulkan distensi uterus yang meningkat atau over distensi dan menyebabkan tekanan pada intra uterin bertambah sehingga menekan selaput ketuban, menyebabkan selaput ketuban menjadi teregang, tipis, dan kekuatan membran menjadi berkurang, menimbulkan selaput ketuban mudah pecah. Hidramnion atau polihidramnion adalah jumlah cairan amnion >2000mL. Uterus dapat mengandung cairan dalam jumlah yang sangat banyak. Hidramnion kronis adalah peningkatan jumlah cairan amnion terjadi secara berangsur-angsur. Hidramnion akut, volume tersebut meningkat tiba-

tiba dan uterus akan mengalami distensi nyata dalam waktu beberapa hari saja (Winkjosastro, 2011).

2.2.3 Faktor Risiko ibu bersalin dengan Ketuban Pecah Dini

1. Pekerjaan

Pekerjaan adalah suatu kegiatan atau aktivitas responden sehari-hari, namun pada masa kehamilan pekerjaan yang berat dan dapat membahayakan kehamilannya hendaklah dihindari untuk menjaga keselamatan ibu maupun janin. Kejadian ketuban pecah sebelum waktunya dapat disebabkan oleh kelelahan dalam bekerja. Hal ini dapat dijadikan pelajaran bagi ibu-ibu hamil agar selama masa kehamilan hindari/kurangi melakukan pekerjaan yang berat (Abdul, 2010). Pekerjaan adalah kesibukan yang harus dilakukan terutama untuk menunjang kehidupan dan kehidupan keluarga .pekerjaan bukanlah sumber kesenangan tetapi lebih banyak merupakan cara mencari nafkah yang membosankan,berulang dan banyak tantangan. Bekerja pada umumnya membutuhkan waktu dan tenaga yang banyak aktivitas yang berlebihan mempengaruhi kehamilan ibu untuk menghadapi proses persalinanya.

2. Paritas

Multigravida atau paritas tinggi merupakan salah satu dari penyebab terjadinya kasus ketuban pecah sebelum waktunya. Paritas 2-3 merupakan paritas paling aman ditinjau dari sudut kematian. Paritas 1 dan paritas tinggi (lebih dari 3) mempunyai angka kematian maternal lebih tinggi, risiko pada paritas 1 dapat ditangani dengan asuhan obstetrik lebih baik, sedangkan risiko pada paritas tinggi dapat dikurangi/ dicegah dengan keluarga berencana (Winkjosastro, 2011).

3. Umur

Adalah umur individu terhitung mulai saat dilahirkan sampai saat berulang tahun. Semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berfikir dan bekerja (Santoso, 2013).

4. Usia

Kehamilan Komplikasi yang timbul akibat ketuban pecah dini bergantung pada usia kehamilan. Dapat terjadi infeksi maternal ataupun neonatal, persalinan 15 prematur, hipoksia karena kompresi tali pusat, deformitas janin, meningkatnya insiden Sectio Caesaria, atau gagalnya persalinan normal. Persalinan prematur setelah ketuban pecah biasanya segera disusul oleh persalinan. Periode laten tergantung umur kehamilan. Pada kehamilan aterm 90% terjadi dalam 24 jam setelah ketuban pecah. Pada kehamilan antara 28-34 minggu 50% persalinan dalam 24 jam. Pada kehamilan kurang dari 26 minggu persalinan terjadi dalam 1 minggu. Periode waktu dari KPD sampai kelahiran berbanding terbalik dengan usia kehamilan saat ketuban pecah. Jika ketuban pecah trimester III hanya diperlukan beberapa hari saja hingga kelahiran terjadi dibanding dengan trimester II. Makin muda kehamilan, antar terminasi kehamilan banyak diperlukan waktu untuk mempertahankan hingga janin lebih matur. Semakin lama menunggu, kemungkinan infeksi akan semakin besar dan membahayakan janin serta situasi maternal (Astuti, 2012).

5. Cephalopelvic Disproportion(CPD)

Keadaan panggul merupakan faktor penting dalam kelangsungan persalinan, tetapi yang tidak kurang penting ialah hubungan antara kepala janin dengan panggul ibu. Partus lama yang sering kali disertai pecahnya 16 ketuban pada pembukaan kecil, dapat menimbulkan dehidrasi serta asidosis, dan infeksi intrapartum. Pengukuran panggul (pelvimetri) merupakan cara

pemeriksaan yang penting untuk mendapat keterangan lebih banyak tentang keadaan panggul (Prawirohardjo, 2011).

2.2.4 Patogenesis KPD

Patogenesis KPD Menurut Prawirohardjo (2011), mengatakan Patogenesis KPD berhubungan dengan hal-hal berikut: Adanya hipermotilitas rahim yang sudah lama terjadi sebelum ketuban pecah dini. Penyakit-penyakit seperti pielonefritis, sistitis, sevisitis, dan vaginitis terdapat bersama-sama dengan hipermotilitas rahim ini. Selaput ketuban terlalu tipis (kelainan ketuban) Infeksi (amnionitis atau koroamnionitis), Faktor-faktor lain yang merupakan predisposisi ialah: multifara, malposisi, servik inkompeten, dan lain-lain. Ketuban pecah dini artificial (amniotomi), di mana berisi ketuban dipecahkan terlalu dini.

2.2.5 Cara Menentukan KPD

Menurut Prawirohardjo (2011) cara menentukan terjadinya KPD dengan :

- (a) Memeriksa adanya cairan yang berisi mekoneum, verniks kaseosa, rambut lanugo atau bila telah terinfeksi berbau.
- (b) Inspekulo: lihat dan perhatikan apakah memang air ketuban keluar dari kanalis serviks dan apakah ada bagian yang sudah pecah.
- (c) Gunakan kertas lakmus (litmus) : bila menjadi biru (basa) berarti air ketuban, bila menjadi merah (merah) berarti air kemih 17 (urine)
- (d) Pemeriksaan pH fornix posterior pada KPD pH adalah basa (air ketuban), Pemeriksaan histopatologi air ketuban.

2.2.6 Pengaruh KPD

Pengaruh KPD menurut Prawirohardjo (2011) yaitu:

1. Terhadap janin Walaupun ibu belum menunjukkan gejala-gejala infeksi tetapi janin mungkin sudah terkena infeksi, karena infeksi intrauterin lebih

dahulu terjadi (aminionitis,vaskulitis) sebelum gejala pada ibu dirasakan,jadi akan meninggikan mortalitas dan mobiditas perinatal. Dampak yang ditimbulkan pada janin meliputi prematuritas, infeksi, mal presentasi, prolaps tali pusat dan mortalitas perinatal.

2. Terhadap ibu

Karena jalan telah terbuka,maka dapat terjadi infeksi intrapartum,apa lagi terlalu sering diperiksa dalam, selain itu juga dapat dijumpai infeksi peupuralis (nifas), peritonitis dan seftikamia, serta dry-labor. Ibu akan merasa lelah karena terbaring ditempat tidur, partus akan menjadi lama maka suhu tubuh naik,nadi cepat dan nampaklah gejala-gejala infeksi. Hal-hal di atas akan meninggikan angka kematian dan angka morbiditas pada ibu. Dampak yang ditimbulkan pada ibu yaitu partus lama, perdarahan post partum, atonia uteri, infeksi nifas.

2.2.7 Komplikasi

Komplikasi yang timbul akibat ketuban pecah dini bergantung pada usia kehamilan. Dapat terjadi infeksi maternal ataupun neonatal, persalinan prematur, hipoksia karena kompresi tali pusat, deformitas janin, meningkatnya insiden SC, atau gagalnya persalinan normal (Mochtar, 2011).

Persalinan Prematur Setelah ketuban pecah biasanya segera disusul oleh persalinan. Periode laten tergantung umur kehamilan. Pada kehamilan aterm 90% terjadi dalam 24 jam setelah ketuban pecah. Pada kehamilan antara 28- 34 minggu 50% persalinan dalam 24 jam. Pada kehamilan kurang dari 26 minggu persalinan terjadi dalam 1 minggu (Mochtar, 2011).

Risiko infeksi ibu dan anak meningkat pada ketuban pecah dini. Pada ibu terjadi korioamnionitis. Pada bayi dapat terjadi septikemia, pneumonia, omfalitis. Umumnya terjadi korioamnionitis sebelum janin terinfeksi. Pada ketuban pecah dini premature, infeksi lebih sering dari pada aterm. Secara umum insiden infeksi sekunder pada KPD meningkat sebanding dengan lamanya periode laten (Mochtar, 2011). Adapun pendapat yang lain (Mochtar, 2011): Tanda dan Gejala Tanda dan gejala ketuban pecah dini yang terjadi adalah keluarnya cairan ketuban merembes melalui vagina, aroma ketuban berbau amis dan tidak berbau amoniak, mungkin cairan tersebut masih merembes atau menetes, dengan ciri pucat dan bergaris warna darah, cairan ini tidak akan berhenti atau kering kerana tersu diproduksi sampai kelahiran tetapi bila anda duduk atau berdiri kepala janin yang sudah terletak dibawah biasanya mengganjal. Kebocoran untuk sementara, demam, bercak vagina yang banyak, nyeri perut, denyut jantung janin bertambah cepat, merupakan tanda infeksi yang terjadi (Nugroho, 2012).

2.2.8 Penatalaksanaan

1. Ketuban pecah dengan kehamilan aterm Penatalaksanaan KPD pada kehamilan aterm yaitu : diberi antibiotika, Observasi suhu rektal tidak meningkat, ditunggu 24 jam, bila belum ada tanda-tanda inpartu dilakukan terminasi. Bila saat datang sudah lebih dari 24 jam, tidak ada tanda-tanda inpartu dilakukan terminasi.
2. Ketuban pecah dini dengan kehamilan prematur Penatalaksanaan KPD pada kehamilan aterm yaitu EFW (Estimate Fetal Weight) < 1500 gram yaitu pemberian Ampicilin 1 gram/ hari tiap 6 jam, IM/ IV selama 2 hari dan gentamycine 60-80 mg tiap 8-12 jam sehari selama 2 hari, pemberian

Kortikosteroid untuk merangsang maturasi paru (betamethasone 12 mg, IV, 2x selang 24 jam), melakukan Observasi 2x24 jam kalau belum inpartu segera terminasi, melakukan Observasi suhu rektal tiap 3 jam bila ada kecenderungan meningkat $> 37,6^{\circ}\text{C}$ segera terminasi b. EFW (Estimate Fetal Weight) > 1500 gram yaitu melakukan Observasi 2x24 jam, melakukan Observasi suhu rectal tiap 3 jam, Pemberian antibiotika/kortikosteroid, pemberian Ampicilline 1 22 gram/hari tiap 6 jam, IM/IV selama 2 hari dan Gentamycine 60-80 mg tiap 8-12 jam sehari selama 2 hari, pemberian Kortikosteroid untuk merangsang meturasi paru (betamethasone 12 mg, IV, 2x selang 24 jam), melakukan VT selama observasi tidak dilakukan, kecuali ada his/inpartu, Bila suhu rektal meningkat $>37,6^{\circ}\text{C}$ segera terminasi, Bila 2x24 jam cairan tidak keluar, USG: bagaimana jumlah air ketuban : Bila jumlah air ketuban cukup, kehamilan dilanjutkan, perawatan ruangan sampai dengan 5 hari, Bila jumlah air ketuban minimal segera terminasi. Bila 2x24 jam cairan ketuban masih tetap keluar segera terminasi, Bila konservatif sebelum pulang penderita diberi nasehat : Segera kembali ke RS bila ada tanda-tanda demam atau keluar cairan lagi, Tidak boleh coitus, Tidak boleh manipulasi digital

2.3 Kala II Memanjang

2.3.1 Pengertian

Persalinan dengan kala I lama adalah persalinan yang fase latennya berlangsung lebih dari 8 jam dan pada fase aktif laju pembukaannya tidak adekuat atau bervariasi; kurang dari 1 cm setiap jam selama sekurang-kurangnya 2 jam setelah kemajuan persalinan; kurang dari 1,2 cm per jam pada primigravida dan kurang dari 1,5 per jam pada multipara; lebih dari 12

jam sejak pembukaan 4 sampai pembukaan lengkap (rata-rata 0,5 cm per jam). Insiden ini terjadi pada 5 persen persalinan dan pada primigravida insidensinya dua kali lebih besar daripada multigravida (Saifuddin, 2010)

2.3.2 Etiologi

Menurut Mochtar (2011), sebab-sebab terjadinya partus lama yaitu:

- a. Kelainan letak janin
- b. Kelainan-kelainan panggul
- c. Kelainan his
- d. Janin besar atau ada kelainan kongenital
- e. Primitua
- f. Ketuban pecah dini

2.3.3 Klasifikasi

lama diklasifikasikan menjadi 2, yaitu:

a) Fase Laten Memanjang (Prolonged latent phase)

Adalah fase pembukaan serviks yang tidak melewati 3 cm setelah 8 jam inpartu (Saifuddin, 2009)

b) Fase aktif memanjang (Prolonged Active Phase)

Adalah 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)

2.3.4 Patofisiologis

Faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya kala I lama meliputi kelainan letak janin seperti letak sungsang, letak lintang, presentasi muka, dahi dan

puncak kepala, Kelainan panggul seperti pelvis terlalu kecil dan CPD (cephalopelvic disproportion), kelainan his seperti inersia uteri, incoordinate uteri action. Kelainan-kelainan tersebut dapat mengakibatkan pembukaan serviks berjalan sangat lambat, akibatnya kala I menjadi lama (Saifuddin, 2010).

2.3.5 Faktor Predeposisi

Faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya kala I lama antara lain:

1. Kelainan letak janin

Meliputi presentasi puncak kepala, presentasi muka, presentasi dahi, letak sungsang, letak melintang, dan presentasi ganda. Pada kelainan letak janin dapat menyebabkan partus lama dan ketuban pecah dini, dengan demikian mudah terjadi infeksi intrapartum. Sementara pada janin dapat berakibat adanya trauma partus dan hipoksia karena kontraksi uterus terus menerus (Mochtar, 2011).

2. Kelainan his

Menurut Wiknjosastro (2010) kelainan his antara lain :

Inertia Uteri

Hypotonic uterine contraction

Suatu keadaan dimana kontraksi uterus lebih lama, singkat, dan jarang daripada biasa. Keadaan umum penderita baik, dan rasa nyeri tidak seberapa. Selama ketuban masih utuh umumnya tidak banyak bahaya, baik bagi ibu maupun janin, kecuali jika persalinan berlangsung terlalu lama.

3. Inersia uteri sekunder

Timbul setelah berlangsungnya his kuat untuk waktu yang lama. Karena dewasa ini persalinan tidak dibiarkan berlangsung lama sehingga dapat menimbulkan kelelahan otot uterus, maka inersia sekunder jarang ditemukan, kecuali pada wanita yang tidak diberi pengawasan baik pada waktu persalinan.

His terlampau kuat (*hypertonic uterine contraction*)

His yang terlalu kuat dan terlalu efisien menyebabkan persalinan selesai dalam waktu yang singkat. Partus yang sudah selesai kurang dari tiga jam, dinamakan partus presipitatus: sifat his normal, tonus otot di luar his juga biasa, kelainan terletak pada kekuatan his. Bahaya partus presipitatus bagi ibu adalah terjadinya perlukaan luas pada jalan lahir, khususnya serviks uteri, vagina, dan perineum, sedangkan bayi bisa mengalami perdarahan dalam tengkorak karena bagian tersebut mengalami tekanan kuat dalam waktu yang singkat.

Incoordinate uterine action

Tidak adanya koordinasi antara kontraksi bagian atas, tengah, dan bawah menyebabkan his tidak efisien dalam mengadakan pembukaan sehingga menyebabkan kala I lama.

Kelainan lain

Meliputi pimpinan persalinan yang salah, janin besar atau ada kelainan kongenital, primi tua primer dan sekunder, perut gantung, grandemulti, ketuban pecah dini ketika serviks masih menutup, keras dan belum mendatar, kecemasan dan ketakutan atau respon stress, pemberian analgetik yang kuat atau terlalu cepat pada persalinan dan pemberian anastesi sebelum fase aktif, ibu bertubuh pendek <150 cm yang biasanya berkaitan dengan malnutrisi, riwayat persalinan

terdahulu sectio caesarea, IUFD (Intra Uterine Fetal Death), ibu usia muda atau di bawah 17 tahun, adanya derajat plasenta previa yang tidak diketahui, atau adanya masa seperti fibroid yang muncul dari uterus atau serviks (Oxorn, 2010).

2.3.6 Tanda Gejala Klinis

Menurut Mochtar (2011) tanda klinis kala I lama terjadi pada ibu dan juga pada janin meliputi:

a. Pada ibu

Gelisah, letih, suhu badan meningkat, berkeringat, nadi cepat, pernapasan cepat dan meteorismus. Di daerah lokal sering dijumpai edema vulva, edema serviks, cairan ketuban yang berbau, terdapat mekonium.

b. Pada janin

Denyut jantung janin cepat/hebat/tidak teratur bahkan negatif; air ketuban terdapat mekonium, kental kehijau-hijauan, berbau.

c. Kaput suksedaneum yang besar

d. Moulage kepala yang hebat

e. Kematian janin dalam kandungan

f. Kematian janin intra partal.

2.3.7 Komplikasi pada Ibu dan Janin Akibat Kala I Lama

1) Bagi ibu

Ketuban pecah dini

Apabila kepala tertahan pada pintu atas panggul, seluruh tenaga dari uterus diarahkan ke bagian membran yang meyentuh os internal. Akibatnya, ketuban pecah dini lebih mudah terjadi infeksi (Wijayarini, 2010).

2) Sepsis Puerperalis

Infeksi merupakan bahaya serius bagi ibu dan janin pada kasus persalinan lama, terutama karena selaput ketuban pecah dini. Bahaya infeksi akan meningkat karena pemeriksaan vagina yang berulang-ulang (Wijayarini, 2011).

3) Ruptur Uterus

Penipisan segmen bawah rahim yang abnormal menimbulkan bahaya serius selama persalinan lama. Jika disproporsi sangat jelas sehingga tidak ada engagement atau penurunan, segmen bawah rahim menjadi sangat teregang, dan dapat diikuti oleh ruptur (Cunningham, 2013).

4) Cedera dasar panggul

Cedera pada otot dasar panggul, persarafan, atau fascia penghubung adalah konsekuensi pelahiran pervaginam yang sering terjadi, terutama apabila pelahirannya sulit (Cunningham, 2013).

5) Dehidrasi

Ibu nampak kelelahan, nadi meningkat, tensi mungkin normal atau telah turun, temperatur meningkat (Manuaba, 2010).

6) Pemeriksaan dalam

Pada pemeriksaan dalam terdapat oedema serviks, dan air ketuban bercampur dengan mekoneum.

(Manuaba, 2010)

a. Bagi janin

Persalinan dengan kala I lama dapat menyebabkan detak jantung janin mengalami gangguan, dapat terjadi takikardi sampai bradikardi. Pada pemeriksaan dengan menggunakan NST atau OCT menunjukkan asfiksia intrauterin. Dan pada pemeriksaan sampel darah kulit kepala

menuju pada anaerobik metabolisme dan asidosis. Selain itu, persalinan lama juga dapat berakibat adanya kaput suksidaneum yang besar (pembengkakan kulit kepala) seringkali terbentuk pada bagian kepala yang paling dependen, dan molase (tumpang tindih tulang-tulang kranium) pada kranium janin mengakibatkan perubahan bentuk kepala (Hollingworth, 2012 ; Manuaba, 2013)

2.3.8 Daignosis Penunjang

Oxorn (2010) mengatakan untuk menegakkan diagnosis diperlukan beberapa pemeriksaan penunjang antara lain :

Pemeriksaan USG untuk mengetahui letak janin.

Pemeriksaan laboratorium untuk mengetahui kadar haemoglobin guna mengidentifikasi apakah pasien menderita anemia atau tidak.

Pemeriksaan sinar rontgen dilakukan jika diagnosis sulit ditegakkan karena terjadi moulage yang cukup banyak dan caput succedanum yang besar, pemeriksaan sinar rontgen dapat membantu menentukan posisi janin disamping menentukan bentuk dan ukuran panggul.

2.3.9 Penatalaksanaan

Menurut Saifuddin (2009), Simkin (2005) dan Oxorn (2010), penanganan umum pada ibu bersalin dengan kala I lama yaitu:

- a. Nilai keadaan umum, tanda-tanda vital dan tingkat hidrasinya.
- b. Tentukan keadaan janin:

Periksa DJJ selama atau segera sesudah his, hitung frekuensinya minimal sekali dalam 30 menit selama fase aktif.

Jika terdapat gawat janin lakukan sectio caesarea kecuali jika syarat dipenuhi lakukan ekstraksi vacuum atau forceps.

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

Jika tidak ada air ketuban yang mengalir setelah selaput ketuban pecah, pertimbangkan adanya indikasi penurunan jumlah air ketuban yang dapat menyebabkan gawat janin.

- c. Perbaiki keadaan umum dengan:
- d. Beri dukungan semangat kepada pasien selama persalinan.
- e. Pemberian intake cairan sedikitnya 2500 ml per hari. Dehidrasi ditandai adanya aseton dalam urine harus dicegah.
- f. Pengosongan kandung kemih dan usus harus
- g. Pemberian sedatif agar ibu dapat istirahat dan rasa nyerinya diredakan dengan pemberian analgetik (tramadol atau pethidine 25 mg). Semua preparat ini harus digunakan dengan dosis dan waktu tepat sebab dalam jumlah yang berlebihan dapat mengganggu kontraksi dan membahayakan bayinya.
- h. Pemeriksaan rectum atau vaginal harus dikerjakan dengan frekuensi sekecil mungkin. Pemeriksaan ini menyakiti pasien dan meningkatkan resiko infeksi. Setiap pemeriksaan harus dilakukan dengan maksud yang jelas
- i. Apabila kontraksi tidak adekuat
- j. Menganjurkan untuk mobilisasi dengan berjalan dan mengubah posisi dalam persalinan.
- k. Rehidrasi melalui infus atau minum.
- l. Merangsang puting susu.
- m. Acupressure.
- n. Evaluasi ulang dengan pemeriksaan vaginal tiap 4 jam.
- o. Apabila garis tindakan dilewati (memotong) lakukan sectio secarea.

- p. Apabila ada kemajuan evaluasi setiap 2 jam.
- q. Apabila tidak didapatkan tanda adanya CPD (Cephalopelvic disproportion) atau
- r. Berikan penanganan umum yang kemungkinan akan memperbaiki kontraksi dan mempercepat kemajuan persalinan.
- s. Apabila ketuban utuh maka pecahkan ketuban.
- t. Apabila kecepatan pembukaan serviks pada waktu fase aktif kurang dari 1 cm per jam lakukan penilaian kontraksi uterus.
- u. Lakukan induksi dengan oksitosin drip 5 unit dalam 500 cc dekstrosa atau NaCl.
- v. Konsultasi dokter jika persalinan tidak ada kemajuan

2.4 Konsep Dasar Persalinan

2.4.1 Pengertian Persalinan

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain dengan bantuan atau tanpa bantuan (Kekuatan sendiri) (Sulistyawati dan Nurraheny, 2013)

Persalinan adalah proses pengeluaran (kelahiran) hasil konsepsi yang dapat hidup di luar uterus melalui vagina ke dunia luar. Proses tersebut dapat di katakan spontan atau normal jika bayi yang di lahirkan berada dalam posisi letak belakang kepala dan berlansung tanpa bantuan alat –alat atau pertolongan, seta tidak melukai ibu dan bayi. Pada umumnya proses ini berlangsung pada waktu yang kurang dari 24 jam (Sondakh, 2013)

2.4.2 Tahapan Persalinan

1. Kala 1 (Kala Pembukaan)

Kala pembukaan berlangsung antara pembukaan 0- 10cm, dalam proses ini ada 2 fase, yaitu :

a. Fase Laten

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

b. Fase Aktif

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

1) Fase akselerasi

Dalam waktu 2 jam pembukaan servik 3 cm sampai 4 cm.

2) Fase dilatasi maksimal

Dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat dari 4 cm sampai 9 cm.

3) Fase deselerasi

Permukaan menjadi lambat, dalam waktu 2 jam pembukaan dari 9 cm sampai lengkap.

Fase-fase tersebut di jumpai pada primigravida. Pada multigravida terjadi demikian namun fase laten dan fase aktif terjadi dalam waktu yang lebih pendek. Mekanisme membukanya serviks berbeda antara primigravida dengan multigravida. Kala I persalinan pada primigravida berlangsung kira-kira 13 jam dan pada multigravida kira-kira 7 jam (Kuswanti , 2014).

2. Kala II (Kala Pengeluaran Janin)

Menurut Rohani, dkk, (2011) Kala II persalinan dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala II pada primipara berlangsung selama 2 jam dan pada multipara 1 jam.

Tanda dan gejala kala II:

- a. His semakin kuat, dengan interval 2 sampai 3 menit.
 - b. Ibu merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi.
 - c. Ibu merasakan meningkatnya tekanan pada rektum atau vagina.
 - d. Perineum terlihat menonjol.
 - e. Vulva–vagina dan sfingter ani terlihat membuka.
 - f. Peningkatan pengeluaran lendir dan darah.
3. Kala III (Kala Pengeluaran Plasenta)

Menurut Kuswanti, (2014) kala III disebut juga sebagai kala uri. Setelah bayi lahir uterus teraba keras dengan posisi fundus uteri setinggi pusat. Pelepasan plasenta normalnya dalam 6 sampai 15 menit setelah bayi lahir dan secara spontan, pengeluaran plasenta disertai dengan pengeluaran darah kira-kira 100-200 cc.

Menurut Sulistyawati, (2011) sebab-sebab lepasnya plasenta yaitu saat bayi dilahirkan, rahim sangat mengecil dan setelah bayi lahir uterus merupakan organ dengan dinding yang tebal dan rongganya hampir tidak ada. Posisi fundus uterus turun sedikit di bawah pusat, karena terjadi pengecilan uterus, maka tempat perlekatan plasenta juga sangat mengecil. Plasenta harus mengikuti proses pengecilan ini hingga tebalnya menjadi dua kali lipat daripada permulaan persalinan dan karena pengecilan tempat perlekatannya maka plasenta akan menjadi berlipat-lipat pada bagian yang terlepas dari dinding rahim karena tidak dapat mengikuti pengecilan dari dasarnya. Jadi faktor yang paling penting dalam pelepasan plasenta ialah reaksi dan kontraksi uterus setelah anak lahir.

Di tempat pelepasan plasenta yaitu antara plasenta dan desidua basalis terjadi perdarahan karena hematoma ini membesar maka seolah-olah plasenta terangkat dari dasarnya oleh hematoma tersebut sehingga daerah pelepasan plasenta meluas.

1) Perubahan psikologis kala III:

- a) Ibu ingin melihat, menyentuh, dan memeluk bayinya.
- b) Merasa gembira, lega dan bangga akan dirinya juga merasa sangat lelah.
- c) Memusatkan diri dan kerap bertanya apakah vagina perlu dijahit.
- d) Menaruh perhatian terhadap plasenta.

4. Kala IV (Kala Pengawasan)

Menurut Rohani, dkk, 2011 kala IV dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir 2 jam setelah proses tersebut. Observasi yang harus dilakukan pada kala IV:

- a. Tingkat kesadaran.
- b. Pemeriksaan tanda-tanda vital: tekanan darah, nadi, pernapasan.
- c. Kontraksi uterus.
- d. Terjadinya perdarahan dianggap masih normal jika jumlahnya tidak melebihi 400 sampai 500 cc.

5. Asuhan dan pemantauan pada kala IV:

Lakukan rangsangan taktil (seperti pemijatan) pada uterus untuk merangsang uterus berkontraksi.

- a. Evaluasi tinggi fundus dengan meletakkan jari tangan secara melintang antara pusat dan fundus uteri.
- b. Perkirakan kehilangan darah secara keseluruhan.
- c. Periksa perineum dari perdarahan aktif (misalnya apakah ada laserasi atau episiotomi).
- d. Evaluasi kondisi ibu secara umum.

Dokumentasikan semua asuhan dan temuan selama kala IV laman belakang partograf segera setelah asuhan diberikan atau setelah penilaian dilakukan.

2.4.3 Faktor yang mempengaruhi persalinan

Menurut Kuswanti, 2014 faktor yang mempengaruhi proses persalinan :

1. *Power* (kekuatan/tenaga)

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

2. *His* (Kontraksi Uterus)

His adalah kontraksi otot-otot rahim pada persalinan. Sifat his yang baik dan itu Kontraksi yang simetris, fundus dominan, yaitu kekuatan paling tinggi berada di fundus uteri, kekuatan seperti meremas rahim, setelah adanya kontraksi, diikuti dengan adanya relaksasi, pada setiap his menyebabkan terjadinya perubahan pada serviks, yaitu menipis dan membuka.

Pembagian dan sifat-sifat his :

a. His pendahuluan

His tidak kuat, tidak teratur dan menyebabkan bloody show.

b. His pembukaan

His pembukaan serviks sampai terjadi pembukaan 10 cm, mulai kuat, teratur dan terasa sakit atau nyeri.

c. His pengeluaran.

Sangat kuat, teratur, simetris, terkoordinasi dan lama. Merupakan his untuk mengeluarkan janin. Koordinasi bersama antara his kontraksi otot perut, kontraksi diafragma dan ligament.

d. His pelepasan uri (kala III)

Kontraksi sedang untuk melepaskan dan melahirkan plasenta.

e. His pengiring.

Kontraksi lemah, masih sedikit nyeri, pengecilan rahim dalam beberapa jam atau hari.

3. *Passage* (jalan lahir)

Dalam obstetri dikenal ada empat macam bentuk panggul menurut dengan masing-masing berciri sebagai berikut :

a. Jenis Ginekoid

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

b. Jenis Android

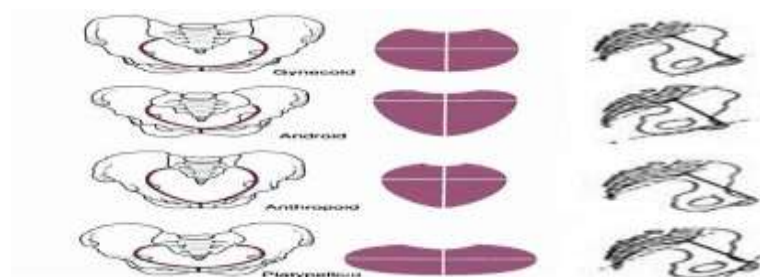
Ciri jenis ini adalah bentuk pintu atas panggulnya hampir seperti segitiga. Panggul jenis ini umumnya dimiliki pria, namun ada juga wanita yang mempunyai panggul jenis ini.

c. Jenis Platipeloid

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

d. Jenis Antropoid

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



Gambar 2. 3 Jenis Panggul

Sumber : Kuswanti, (2014)

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

1. Ukuran-ukuran panggul luar :

a. Distansia Spinarum

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

b. Kristarum

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

c. Konjugata eksterna/ boudelogue

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

d. Distansia Intertrokantrika

Merupakan jarak antara kedua trokanter mayora

e. Distansia Tuberum

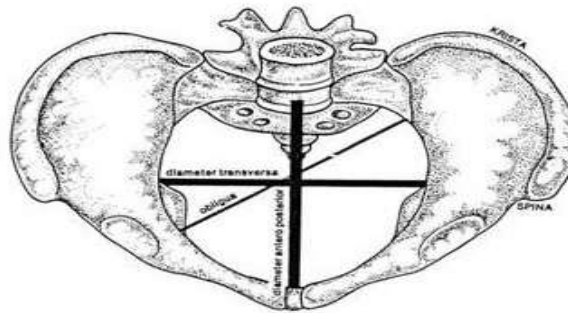
Jarak antara tuber ischii kanan dan kiri. Untuk mengukurnya dipakai jangka panggul Osceander, jaraknya 10,5 cm.

2. Ukuran Panggul Dalam :

a. Konjugata vera/diameter antero posterior (diameter depan belakang) yaitu diameter antara promontorium dan tepi atas symfisis 11 cm. Cara pengukuran dengan periksa dalam akan memperoleh konjugata diagonalis yaitu jarak dari tepi bawah symfisis pubis ke promontorium (12,5 cm) dikurangi 1,5-2 cm. konjugata obstetrika adalah jarak antara promontorium dengan pertengahan symfisis pubis.

b. Diameter melintang (transversa), yaitu jarak terlebar antara ke-2 linea inominata 13 cm.

- c. Diameter oblik (miring) jarak antara artikulasio sakro iliaka dengan tuberkulum pubicum sisi yang bersebelahan 12 cm.



Gambar 2. 4 Ukuran Panggul Dalam

Sumber : Menurut Kuswanti,(2014)

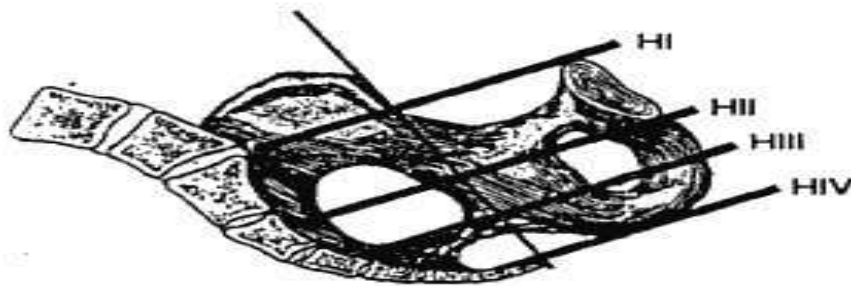
- d. Bidang Hodge :

Bidang-bidang ini dipelajari untuk menentukan sampai mana bagian terendah janin turun ke panggul pada proses persalinan. Menurut Sulistyawati (2011) pembagian bidang Hodge sebagai berikut

Tabel 2. 6 Bidang Hodge

Bidang Hodge	Batas
Hodge I	Dibentuk pada lingkaran PAP dengan bagian atas symphysis promotorium
Hodge II	Sejajar dengan hodge 1 setinggi pinggir symphysis
Hodge III	Sejajar dengan Hodge I dan II setinggi spina ischiadica kanan dan kiri
Hodge IV	Sejajar dengan hodge I,II, dan III setinggi os, Coccygs

Sumber : Sulistyawati, 2011



Gambar 2. 5 Bidang Hodge

Sumber : Sulistyawati, 2011

4. *Passanger* (janin, plasenta, tali pusat dan air ketuban)

a. Janin

Menurut Sulistyawati, (2011) selama janin dan plasenta berada dalam rahim belum tentu pertumbuhannya normal, adanya kelainan genetik dan kebiasaan ibu yang buruk dapat menjadikan pertumbuhannya abnormal yaitu :

- 1) Kelainan bentuk dan besar janin: anencefalus, hidrocefalus, makrosomia.
- 2) Kelainan presentasi: presentasi puncak, presentasi muka, presentasi dahi dan kelainan oksiput.

Menurut Sulistyawati, 2011 untuk mengetahui ukuran kepala janin dapat dilihat pada tabel sebagai berikut :

Tabel 2. 7 Ukuran Penting Kepala Janin

Diameter	Panjang normal	Presentasi
Sub oksipito bregmatika	9,5 cm	Fleksi maksimal
Sub oksipito frontalis	12 cm	Fleksi maksimal
Okipito frontalis	12 cm	Puncak dahi
Mento oksipitalis	13,5 cm	Dahi
Submento bregmatika	9,5 cm	Defleksi maksimal
Diameter biparietalis	9,25 cm	
Diameter bitemporalis	1 cm	

Sumber : Sulistyawati, 2011

- 3) Kelainan letak janin: letak sungsang, letak lintang, letak mengolok, presentasi rangkap.

5. Plasenta

Menurut Sulistyawati, 2011 struktur plasenta yaitu :

- a. Berbentuk bundar dengan diameter 15-20 cm dan tebal 2-2,5 cm.
- b. Berat rata-rata 500-600 gram.
- c. Letak plasenta umumnya di depan atau di belakang dinding uterus agak ke atas ke arah fundus.
- d. Terdiri dari 2 bagian, yaitu pars maternal bagian plasenta yang menempel pada desidua terdapat kotiledon (rata-rata 20 kotiledon).
Di bagian ini terjadi tempat pertukaran darah ibu dan janin dan pars fetal: terdapat tali pusat (penanaman tali pusat)

6. Tali pusat

Tali pusat merupakan bagian yang sangat penting untuk kelangsungan hidup janin meskipun tidak menutup kemungkinan bahwa tali pusat juga dapat menyebabkan penyulit persalinan misalnya lilitan tali pusat.

Menurut Sulistyawati, (2011) struktur tali pusat :

- a. Terdiri dari dua arteri umbikalis dan satu vena umbikalis.
- b. Bagian luar tali pusat berasal dari lapisan amnion.
- c. Di dalamnya terdapat jaringan yang lembek dinamakan selai Wharton. Selai wharton berfungsi melindungi dua arteri dan satu vena umbikalis yang berada dalam tali pusat.
- d. Panjang rata-rata 50-55 cm.

7. Air Ketuban

Air ketuban merupakan elemen paling penting dalam prose persalinan. Air ketuban ini dapat dijadikan acuan dalam menentukan diagnosa kesejahteraan janin.

Menurut Sulistyawati, 2011 struktur Amnion :

- a. Volume pada kehamilan cukup bulan kira-kira 1.000-500 cc.
- b. Berwarna putih keruh berbau amis dan terasa manis.
- c. Reaksi agak alkalis sampai netral dengan berat janin 1.000 gr.
- d. Komposisi terdiri atas 98% air sisanya albumin, urea, asam urik, keratin, sel-sel epitel, lanugo, vernik caseosa dan garam anorganik.

8. Psikis Ibu

Menurut Rukiyah, dkk, 2012 psikis ibu bersalin sangat berpengaruh dari dukungan suami dan anggota keluarga yang lain untuk mendampingi ibu selama bersalin dan kelahiran anjurkan mereka berperan aktif dalam mendukung dan mendampingi langkah-langkah yang mungkin akan sangat membantu kenyamanan ibu, hargai keinginan ibu untuk didampingi.

9. Penolong

Menurut Rukiyah, dkk, (2012) penolong persalinan adalah petugas kesehatan yang mempunyai legalitas dalam menolong persalinan antara lain dokter, bidan, serta mempunyai kompetensi dalam menolong persalinan menangani kegawatdaruratan serta melakukan rujukan jika diperlukan. Penolong persalinan selalu menerapkan upaya pencegahan infeksi yang dianjurkan termasuk diantaranya cuci tangan, memakai sarung tangan dan perlengkapan pelindung pribadi serta pendokumentasian alat bekas pakai.

2.4.4 Sebab-sebab terjadinya persalinan

Menurut Kuswanti, 2014 beberapa teori yang dikemukakan sebagai persalinan adalah:

1. Penurunan kadar estrogen dan progesterone

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

2. Teori Oksitosin

Perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron menyebabkan oksitosin yang dikeluarkan oleh hipofise part posterior dapat menimbulkan kontraksi dalam bentuk *Braxton Hicks*.

3. Teori Distensi Rahim

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

4. Teori Plasenta menjadi tua

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

2.4.5 Tanda – Tanda Persalinan

1. Terjadinya his persalinan

Sifat his persalinan adalah :

- a. Pinggang terasa sakit dan menjalar ke depan
- b. Sifatnya teratur, interval makin pendek dan kekuatan makin besar.
- c. Makin beraktivitas (jalan), kekuatan akan makin bertambah.

2. Pengeluaran Lendir

Terjadinya his persalinan mengakibatkan terjadinya perubahan pada serviks yang akan menimbulkan :

- a. Pendataran dan pembukaan.
- b. Pembukaan menyebabkan lendir yang terdapat pada kanalis servikalis lepas.
- c. Terjadi perdarahan karena kapile pembuluh darah pecah.

3. Pengeluaran cairan

Pada beberapa kasus persalinan akan terjadi pecah ketuban. Sebagian besar, keadaan ini terjadi menjelang pembukaan lengkap. Setelah adanya pecah ketuban, diharapkan proses persalinan akan berlangsung kurang dari 24 jam.

4. Hasil-hasil yang didapatkan pada pemeriksaan dalam

5. Perlunakan serviks

6. Pembukaan serviks

2.4.6 Mekanisme Persalinan

Menurut Rukiya, dkk, 2012 mekanisme persalinan sebenarnya mengadu pada bagaimana janin menyesuaikan diri dari panggul ibu yang meliputi gerakan:

1. Turunnya kepala janin

Kepala janin mengalami penurunan terus-menerus dalam jalan lahir sejak kehamilan trimester III, antara lain masuknya bagian terbesar janin atau diameter biparietal janin ke dalam pintu atas panggul yang pada primigravida 38 minggu atau selambat-lambatnya awal kala II.

2. Fleksi

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

3. Putaran paksi dalam

Makin turunnya kepala janin dalam jalan lahir, kepala janin akan berputar sedemikian rupa sehingga diameter terpanjang rongga panggul atau diameter anterior posterior kepala janin akan bersesuaian dengan diameter terkecil antero posterior pintu bawah panggul. Bahu tidak berputar dan kepala akan membentuk sudut 45° dalam keadaan ini ubun-ubun kecil berada di bawah symphysis.

4. Ekstensi

Kepala sampai di dasar panggul dan terjadi ekstensi atau defleksi. Hal ini disebabkan oleh gaya tahanan di pasar panggul yang membentuk lengkungan carus. Dengan ekstensi sub oksiput bertindak sebagai hipomoklion (sumbu putar).

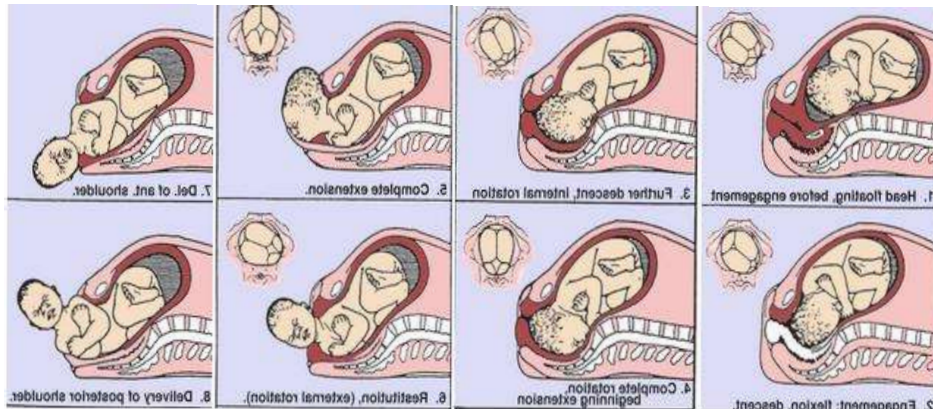
5. Putar paksi luar

Pada putaran paksi luar kepala janin menyesuaikan kembali dengan sumbu bahu sehingga sumbu panjang bahu dengan sumbu panjang kepala janin berada pada satu garis lurus.

6. Ekspulsi

Setelah putar paksi luar bahu posterior berada di bawah symphysis menjadi hipomoklion untuk kelahiran bahu belakang dengan cara fleksi.

2.4.7 Penapisan pada saat persalinan



Gambar 2.6 Penapisan Pada Persalinan

Sumber : Rukivah.ddk. (2012)

Menurut Sujiyatini, dkk, 2011 penapisan pada saat persalinan yaitu :

1. Riwayat bedah SC.
2. Perdarahan pervagina.
3. Persalinan kurang bulan (usia kehamilan kurang dari 37 minggu).
4. Ketuban pecah dengan mekonium yang kental.
5. Ketuban pecah lama (lebih dari 24 jam).
6. Ketuban pecah pada persalinan kurang bulan.
7. Ikterus.
8. Anemia berat.
9. Tanda atau gejala infeksi.
10. Preeklamsi 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 gemeli.
17. Tali pusat menumbung.
18. Shock
19. Bumil TKI
20. Suami pelayaran
21. Suami/bumil bertato
22. HIV/AIDS
23. PMS

2.5 Konsep Dasar Insiasi Menyusu Dini (IMD)

2.5.1 Pengertian IMD

Menurut Sondakh, 2013, inisiasi menyusu dini atau permulaan menyusu dini adalah bayi mulai menyusu sendiri segera setelah lahir. Kontak antara kulit bayi dengan kulit ibunya dibiarkan setidaknya selama satu jam segera setelah lahir, kemudian bayi akan mencari payudara ibu dengan sendirinya. Cara bayi melakukan Inisiasi Menyusu Dini (IMD) ini dinamakan the breast crawl atau merangkak mencari payudara.

2.5.2 Keuntungan IMD

1. Keuntungan kontak kulit ibu dengan kulit bayi untuk bayi, antara lain
Menstabilkan pernafasan dan detak jantung.
 - a. Mengendalikan temperatur tubuh bayi.
 - b. Memperbaiki pola tidur bayi lebih baik.
 - c. Mendorong keterampilan bayi untuk menyusu lebih cepat dan efektif.
 - d. Meningkatkan kenaikan berat (bayi lebih cepat kembali ke berat lahirnya)

- e. Meningkatkan hubungan psikologis ibu dan bayi.
- f. Mengurangi tangis bayi.
Mengurangi infeksi bayi dikarenakan adanya kolonisasi kuman di usus bayi akibat kontak kulit ibu dengan kulit bayi dan bayi menjilat kulit ibu.
- g. Mengeluarkan mekonium lebih cepat, sehingga menurunkan kejadian ikterus dan BBL.
- h. Memperbaiki kadar gula dan parameter biokimia lain selama beberapa jam pertama hidupnya.
- i. Mengoptimalkan keadaan hormonal bayi.

2.5.3 Keuntungan IMD untuk ibu

Merangsang produksi oksitosin dan prolaktin pada ibu.

1. Pengaruh oksitosin :

- a. Membantu kontraksi uterus dan menurunkan resiko perdarahan pasca persalinan
- b. Merangsang pengeluaran kolostrum dan meningkatkan produksi ASI.
- c. Membantu ibu mengatasi stress sehingga ibu merasa lebih tenang dan tidak nyeri pada saat plasenta lahir dan prosedur pasca persalinan lainnya.

2. Pengaruh prolaktin :

- a. Meningkatkan produksi ASI.
- b. Memberi efek relaksasi pada ibu setelah bayi selesai menyusu.
- c. Menunda ovulasi.

3. Keuntungan IMD untuk bayi

- a. Mempercepat keluarnya kolostrum yaitu makanan dengan kualitas dan kuantitas optimal untuk kebutuhan bayi.

- b. Mengurangi infeksi dengan kekebalan pasif (melalui kolostrum) maupun aktif.
 - c. Mengurangi 22% kematian bayi berusia 28 hari ke bawah.
 - d. Meningkatkan keberhasilan menyusui secara eksklusif dan lamanya bayi disusui membantu bayi mengkoordinasikan kemampuan isap, telan dan napas. Refleks menghisap awal pada bayi paling kuat dalam beberapa jam pertama setelah lahir.
 - e. Meningkatkan jalinan kasih sayang ibu dengan bayi.
 - f. Meningkatkan kecerdasan.
 - g. Mencegah kehilangan panas.
 - h. Meningkatkan berat badan
4. Langkah-langkah melakukan IMD yang dianjurkan :
- a. Begitu lahir, bayi diletakan di perut ibu yang sudah dialasi kain kering.
 - b. seluruh tubuh bayi termasuk kepala secepatnya, kecuali kedua tangannya.
 - c. Tali pusat dipotong lalu diikat.
 - d. Vernix (zat lemak putih) yang melekat di tubuh bayi sebaiknya tidak dibersihkan karena zat ini membuat nyaman kulit bayi.
 - e. Tanpa dibedong, bayi langsung ditengkurapkan di dada atau perut ibu dengan kontak kulit bayi dan kulit ibu. Ibu dan bayi diselimuti bersama-sama. Jika perlu, bayi diberi topi untuk mengurangi pengeluaran panas dari kepalanya.
5. Tahapan Inisiasi Menyusu Dini (IMD) :
- a. Tahap pertama disebut istirahat siaga (rest/quiet alert stage). Dalam waktu 30 menit, biasanya bayi hanya terdiam. Sesekali matanya terbuka melihat ibunya. Tapi jangan mengganggu

proses menyusui dini gagal bila setelah 30 menit sang bayi tetap diam. Bayi jangan diambil, paling tidak 1 jam melekat. Masa tenang yang istimewa ini merupakan penyesuaian peralihan dari keadaan dalam kandungan ke keadaan di luar kandungan. Bounding (hubungan kasih sayang) ini merupakan dasar pertumbuhan bayi dalam suasana aman. Hal ini dapat meningkatkan kepercayaan diri ibu terhadap kemampuan menyusui dan mendidik bayinya

- b. Tahap kedua, bayi mulai mengeluarkan suara kecapan dan gerakan menghisap pada mulutnya. Pada menit ke 30 sampai 40 ini bayi memasukan tangannya ke mulut.
- c. Tahap ketiga, bayi mengeluarkan air liur. Namun air liur yang menetes dari mulut bayi itu jangan dibersihkan. Bau ini yang dicium bayi. Bayi juga mencium bau air ketuban ditangannya yang baunya sama dengan bau puting susu ibunya. Jadi bayi akan mencari baunya.
- d. Tahap keempat, bayi sudah mulai menggerakkan kakinya. Kaki mungilnya menghentak dan menekan perut ibu, menghentak-hentakan kepala ke dada ibu, menoleh ke kanan dan ke kiri guna membantu tubuhnya bermanuver mencari puting susu. Areola (kalang payudara) sebagai sasaran. Khusus tahap keempat, ibu juga merasakan manfaatnya. Hentakan bayi diperut bagian rahim membantu proses persalinan selesai, hentakan itu membantu ibu mengeluarkan ari-ari
- e. Pada tahap kelima, bayi akan menjilat kulit ibunya. Bakteri yang masuk lewat mulut akan menjadi bakteri baik di pencernaan bayi. Jadi biarkan si bayi melakukan kegiatan itu.

- f. Tahap terakhir adalah saat bayi menemukan puting susu ibunya. Bayi akan menyusui untuk pertama kalinya. Proses sampai bisa menyusui bervariasi, ada yang sampai 1 jam.

2.5.4 Lima Benang Merah Dalam Asuhan Persalinan Dan Kelahiran Bayi

Menurut Asuhan Persalinan Normal, 2010, lima benang merah dalam asuhan persalinan dan kelahiran bayi adalah :

1. Membuat keputusan klinik.
2. Asuhan sayang ibu dan sayang bayi.
3. Pencegahan infeksi.
4. Pencatatan (rekam medik) asuhan persalinan.
5. Rujukan.

2.6 Konsep Teori Sectio Caesarea

2.6.1 Pengertian

Sectio caesaria adalah suatu persalinan buatan dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding depan perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin di atas 500 gram (Sarwono, 2011).

Sectio caesaria ialah tindakan untuk melahirkan janin dengan berat badan di atas 500 gram melalui sayatan pada dinding uterus yang utuh (Gulardi & Wiknjosastro, 2011).

2.6.2 Istilah Sectio Caesarea

- a. Seksio caesarea secara primer (efektif)

Dari semula telah direncanakan bahwa janin akan dilahirkan secara seksio caesarea tidak diharapkan lagi kelahiran pervaginam, misalnya pada panggul sempit.

b. Seksio caesarea sekunder

Kita bersikap mencoba menunggu kelahiran biasa bila tidak ada kemajuan persalinan atau partus percobaan, baru dilakukan.

c. Seksio caesarea berulang

Ibu pada kehamilan yang mengalami seksio caesarea dan pada kehamilan selanjutnya dilakukan seksio caesarea ulang.

2. Seksio caesarea histerektomi

Suatu operasi dimana setelah janin keluar dari kavum uteri dan langsung dilakukan histerektomi, oleh karean satu indikasi.

2.6.3 Jenis –Jenis Operasi Sectio Caesarea

Seksio caesarea klasik atau korporal dengan insisi memanjang pada corpus uteri. Seksio caesarea ismika atau profumda dengan insisi pada segmen bawah rahim. Seksio caesarea ekstra peritonealis, yaitu membuka peritoneum parteralis dengan demikian tidak membuka kavum abdominalis.

2.6.4 Etiologi

Manuaba (2012) indikasi ibu dilakukan sectio caesarea adalah ruptur uteri iminen, perdarahan antepartum, ketuban pecah dini. Sedangkan indikasi dari janin adalah fetal distres dan janin besar melebihi 4.000 gram. Dari beberapa faktor sectio caesarea diatas dapat diuraikan beberapa penyebab sectio caesarea sebagai berikut:

1. CPD (Cepalo Pelvik Disproportion)

Cepalo Pelvik Disproportion (CPD) adalah ukuran lingkaran panggul ibu tidak sesuai dengan ukuran lingkaran kepala janin yang dapat menyebabkan ibu tidak dapat melahirkan secara alami. Tulang-tulang panggul merupakan susunan beberapa tulang yang membentuk rongga panggul yang merupakan jalan yang harus

dilalui oleh janin ketika akan lahir secara alami. Bentuk panggul yang menunjukkan kelainan atau panggul patologis juga dapat menyebabkan kesulitan dalam proses persalinan alami sehingga harus dilakukan tindakan operasi. Keadaan patologis tersebut menyebabkan bentuk rongga panggul menjadi asimetris dan ukuran-ukuran bidang panggul menjadi abnormal.

2. PEB (Pre-Eklamsi Berat)

Pre-eklamsi dan eklamsi merupakan kesatuan penyakit yang langsung disebabkan oleh kehamilan, sebab terjadinya masih belum jelas. Setelah perdarahan dan infeksi, pre-eklamsi dan eklamsi merupakan penyebab kematian maternal dan perinatal paling penting dalam ilmu kebidanan. Karena itu diagnosa dini amatlah penting, yaitu mampu mengenali dan mengobati agar tidak berlanjut menjadi eklamsi.

3. KPD (Ketuban Pecah Dini)

Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda persalinan dan ditunggu satu jam belum terjadi inpartu. Sebagian besar ketuban pecah dini adalah hamil aterm di atas 37 minggu, sedangkan di bawah 36 minggu.

4. Bayi Kembar

Tidak selamanya bayi kembar dilahirkan secara caesar. Hal ini karena kelahiran kembar memiliki resiko terjadi komplikasi yang lebih tinggi daripada kelahiran satu bayi. Selain itu, bayi kembar pun dapat mengalami sungsang atau salah letak lintang sehingga sulit untuk dilahirkan secara normal.

5. Faktor Hambatan Jalan Lahir

Adanya gangguan pada jalan lahir, misalnya jalan lahir yang tidak memungkinkan adanya pembukaan, adanya tumor dan kelainan bawaan pada jalan lahir, tali pusat pendek dan ibu sulit bernafas.

6. Kelainan Letak Janin

a. Kelainan pada letak kepala

1) Letak kepala tengadah

Bagian terbawah adalah puncak kepala, pada pemeriksaan dalam teraba UUB yang paling rendah. Etiologinya kelainan panggul, kepala bentuknya bundar, anaknya kecil atau mati, kerusakan dasar panggul.

2) Presentasi muka

Letak kepala tengadah (defleksi), sehingga bagian kepala yang terletak paling rendah ialah muka. Hal ini jarang terjadi, kira-kira 0,27-0,5 %.

3) Presentasi dahi

Posisi kepala antara fleksi dan defleksi, dahi berada pada posisi terendah dan tetap paling depan. Pada penempatan dagu, biasanya dengan sendirinya akan berubah menjadi letak muka atau letak belakang kepala.

b. Letak Sungsang

Letak sungsang merupakan keadaan dimana janin terletak memanjang dengan kepala difundus uteri dan bokong berada di bagian bawah kavum uteri. Dikenal beberapa jenis letak sungsang, yakni presentasi bokong, presentasi bokong kaki, sempurna, presentasi bokong kaki tidak sempurna dan presentasi kaki (Saifuddin, 2013).

2.6.5 Patofisiologi

SC merupakan tindakan untuk melahirkan bayi dengan berat di atas 500 gr dengan sayatan pada dinding uterus yang masih utuh. Indikasi dilakukan tindakan ini yaitu distorsi kepala panggul, disfungsi uterus, distorsia jaringan lunak, placenta previa dll, untuk ibu. Sedangkan untuk janin adalah gawat janin. Janin besar dan letak lintang setelah dilakukan SC ibu akan mengalami adaptasi post partum baik dari aspek kognitif berupa kurang pengetahuan. Akibat kurang informasi dan dari aspek fisiologis yaitu produk oksitosin yang tidak adekuat akan mengakibatkan ASI yang keluar hanya sedikit, luka dari insisi akan menjadi post de entris bagi kuman. Oleh karena itu perlu diberikan antibiotik dan perawatan luka dengan prinsip steril. Nyeri adalah salah utama karena insisi yang mengakibatkan gangguan rasa nyaman.

Sebelum dilakukan operasi pasien perlu dilakukan anestesi bisa bersifat regional dan umum. Namun anestesi umum lebih banyak pengaruhnya terhadap janin maupun ibu anestesi janin sehingga kadang-kadang bayi lahir dalam keadaan upnoe yang tidak dapat diatasi dengan mudah. Akibatnya janin bisa mati, sedangkan pengaruhnya anestesi bagi ibu sendiri yaitu terhadap tonus uteri berupa atonia uteri sehingga darah banyak yang keluar. Untuk pengaruh terhadap nafas yaitu jalan nafas yang tidak efektif akibat sekret yan berlebihan karena kerja otot nafas silia yang menutup. Anestesi ini juga mempengaruhi saluran pencernaan dengan menurunkan mobilitas usus.

Seperti yang telah diketahui setelah makanan masuk lambung akan terjadi proses penghancuran dengan bantuan peristaltik usus. Kemudian diserap untuk metabolisme sehingga tubuh memperoleh energi. Akibat dari mortilitas yang menurun maka peristaltik juga menurun. Makanan yang ada

di lambung akan menumpuk dan karena reflek untuk batuk juga menurun. Maka pasien sangat beresiko terhadap aspirasi sehingga perlu dipasang pipa endotracheal. Selain itu motilitas yang menurun juga berakibat pada perubahan pola eliminasi yaitu konstipasi (Saifuddin, Mansjoer & Prawirohardjo, 2012).

2.6.6 Perawatan dan Persiapan Pre Sectio Caesarea

Menurut Saifuddin (2012) mengemukakan beberapa perawatan dan persiapan pre SC. Pre operasi (pre bedah) merupakan masa sebelum dilakukannya tindakan pembedahan, dimulai sejak persiapan pembedahan dan berakhir sampai pasien di meja bedah.

Hal-hal yang perlu dikaji dalam tahap pra oprasi adalah pegetahuan tentang persiapan pembedahan, dan kesiapan psikologis. Prioritas pada prosedur pembedahan yang utama adalah inform consent yaitu pernyataan persetujuan klien dan keluarga tentang tindakan yang akan dilakukan yang berguna untuk mencegah ketidak tahuan klien tentang prosedur yang akan dilaksanakan dan juga menjaga rumah sakit serta petugas kesehatan dari klien dan keluarganya mengenai tindakan tersebut.

a. Rencana tindakan :

1) Pemberian pendidikan kesehatan pre operasi.

Pendidikan kesehatan yang perlu diberikan mencakup penjelasan mengenai berbagai informasi dalam tindakan pembedahan. Informasi tersebut diantaranya tentang jenis pemeriksaan yang dilakukan sebelum bedah, alat-alat khusus yang di perlukan, pengiriman ke kamar bedah, ruang pemulihan, dan kemungkinan pengobatan setelah bedah.

2) Persiapan diet

Sehari sebelum bedah, pasien boleh menerima makanan biasa. Namun, 8 jam sebelum bedah tersebut dilakukan, pasien tidak diperbolehkan makan. Sedangkan cairan tidak diperbolehkan 4 jam sebelum operasi, sebab makanan dan cairan dalam lambung dapat menyebabkan aspirasi.

3) Persiapan kulit

Dilakukan dengan cara membebaskan daerah yang akan dibedah dari mikroorganisme dengan cara menyiram kulit dengan sabun heksaklorin atau sejenisnya yang sesuai dengan jenis pembedahan. Bila pada kulit terdapat rambut, maka harus di cukur.

4) Latihan napas dan latihan batuk

Latihan ini dilakukan untuk meningkatkan kemampuan pengembangan paru-paru. Pernapasan yang dianjurkan adalah pernapasan diafragma, dengan cara berikut:

- a) Atur posisi tidur semifowler, lutut dilipat untuk mengembangkan toraks.
- b) Tempatkan tangan diatas perut.
- c) Tarik napas perlahan-lahan melalui hidung, biarkan dada mengembang.
- d) Tahan napas 3 detik.
- e) Keluarkan napas dengan mulut yang dimoncongkan.
- f) Tarik napas dan keluarkan kembali, lakukan hal yang sama hingga tiga kali setelah napas terakhir, batukkan untuk mengeluarkan lendir.
- g) Istirahat.

5) Latihan kaki

Latihan ini dapat dilakukan untuk mencegah dampak tromboflebitis. Latihan kaki yang dianjurkan antara lain latihan memompa otot, latihan quadrisept, dan latihan mengencangkan glutea. Latihan memompa otot dapat dilakukan dengan mengontraksi otot betis dan paha, kemudian istirahatkan otot kaki, dan ulangi hingga sepuluh kali. Latihan quadrisept dapat dilakukan dengan membengkokkan lutut kaki rata pada tempat tidur, kemudian meluruskan kaki pada tempat tidur, mengangkat tumit, melipat lutut rata pada tempat tidur, dan ulangi hingga lima kali. Latihan mengencangkan glutea dapat dilakukan dengan menekan otot pantat, kemudian coba gerakkan kaki ke tepi tempat tidur, lalu istirahat, dan ulangi hingga lima kali.

6) Latihan mobilitas

Latihan ini dilakukan untuk mencegah komplikasi sirkulasi, mencegah dekubitus, merangsang peristaltik, serta mengurangi adanya nyeri. Melalui latihan mobilitas, pasien harus mampu menggunakan alat di tempat tidur, seperti menggunakan penghalang agar bisa memutar badan, melatih duduk di sisi tempat tidur, atau dengan menggeser pasien ke sisi tempat tidur. Melatih duduk diawali dengan tidur fowler, kemudian duduk tegak dengan kaki menggantung di sisi tempat tidur.

7) Pencegahan cedera

Untuk mengatasi risiko terjadinya cedera, tindakan yang perlu dilakukan sebelum pelaksanaan bedah adalah:

(b) Cek identitas pasien.

(c) Lepaskan perhiasan pada pasien yang dapat mengganggu, misalnya cincin, gelang, dan lain-lain.

- (d) Bersihkan cat kuku untuk memudahkan penilaian sirkulasi.
- (e) Lepaskan kontak lensa.
- (f) Lepaskan protesis.
- (g) Alat bantu pendengaran dapat digunakan jika pasien tidak dapat mendengar.
- (h) Anjurkan pasien untuk mengosongkan kandung kemih.
- (i) Gunakan kaos kaki anti emboli jika pasien berisiko terjadi tromboflebitis

2.7 Konsep Dasar Masa Nifas

2.7.1 Pengertian Masa Nifas

Masa nifas (puerperium) adalah masa setelah setelah keluarnya plasenta sampai alat – alat reproduksi pulih seperti sebelum hamil dan secara normal masa nifas berlangsung selama 6 minggu atau 40 hari 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. Masa nifas atau puerperium adalah masa setelah partus sampai selesai sampai pulihnya kembali alat – alat kandungan seperti sebelum hamil. Lamanya masa nifas ini yaitu kira – kira 6-8 minggu. Masa nifas adalah masa yang sesudah persalinan, masa perubahan, pemulihan, penyembuhan dan pengembalian alat – alat kandungan. Proses masa nifas berkisar antara 6 minggu sampai 40 minggu hari (Dewi, 2013)

2.7.2 Tujuan Asuhan Masa Nifas

Asuhan masa nifas sangat penting dilakukan karena periode ini merupakan masa kritis bagi ibu maupun bayi. Diperkirakan 50% ibu

meninggal dalam 24 jam pertama masa nifas dan 60% bayi meninggal dalam waktu 7 hari setelah hari. (Dewi dan Sunarsih, 2012)

Adapun tujuan asuhan masa nifas ini adalah :

1. Untuk menjaga kesehatan ibu dan bayi, baik fisik maupun psikologis
2. Melaksanakan skrining secara komprehensif, deteksi dini, mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayi.
3. Memberikan pendidikan kesehatan tentang kesehatan perawatan diri, nutrisi, keluarga berencana, cara dan manfaat menyusui, pemberian imunisasi serta perawatan bayi secara sehari-hari
4. Memberikan pelayanan keluarga berencana (KB)
5. Mendapatkan kesehatan emosi (Maritalia, 2012)

2.7.3 Tahapan Masa Nifas

Adapun tahapan masa nifas menurut Dewi dan Sunarsih, 2012 dibagi dalam 3 periode:

1. *Puerperium* dini: kepulihan dimana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan.
2. *Puerperium intermedial*: kepulihan menyeluruh alat-alat genitalia yang lamanya 6-8 minggu
3. *Remote puerperium*: waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat terutama ibu hamil atau persalinannya mempunyai komplikasi.

2.7.4 Kebijakan Program Nasional Masa Nifas

1. 6-8 jam setelah persalinan
 - a. Mencegah perdarahan akibat atonia uteri
 - b. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, rujuk bila perdarahan berlanjut.

- c. Memberikan konseling pada ibu atau anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan karena atonia uteri.
 - d. Pemberian ASI awa
 - e. Melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir
 - f. Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi
2. 6 hari setelah persalinan
- a. Memastikan involusi uterus berjalan normal, normal uteru berkontraksi, fundus dibawah umbilicus tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau.
 - b. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi dan perdarahan abnormal
 - c. Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan dan istirahat
 - d. Memastiakn ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit.
 - e. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi dan tali pusat ,serta menjaga bayi tetap hangat,dan merawat bayi sehari-hari
3. 2 minggu setelah persalinan
- Memastikan rahim sudah kembali normal dengan mengukur dan meraba bagian rahim.
4. 6 minggu setelah persalian
- Menanyakan pada ibu tentang penyulit yang ibu dan bayi alam.

2.7.5 Perubahan fisiologis Pada Masa Nifas

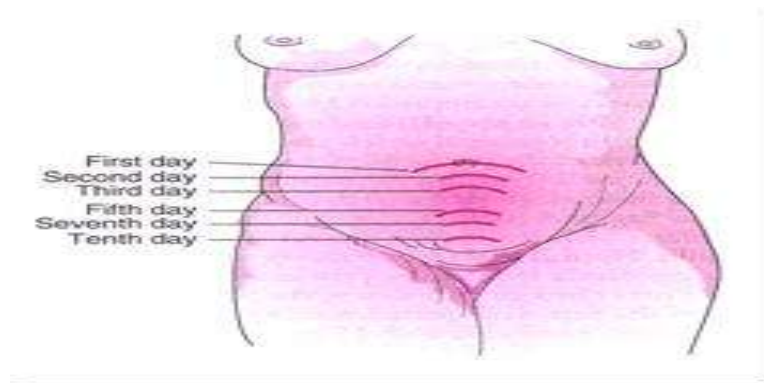
1. Perubahan Fisiologis Masa Nifas Menurut Dewi dan Sunarsih, (2012)

a. Uterus

Pada uterus terjadi involusi, yaitu proses kembalinya uterus ke dalam keadaan semula sebelum hamil setelah melahirkan. Proses ini dimulai segera setelah plasenta keluar akibat kontraksi otot-otot polos uterus.

Proses involusi uterus adalah sebagai berikut:

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



Gambar 2.7 Involusi Uterus

Sumber : Dewi, 2011

Perubahan uterus ini berhubungan erat dengan perubahan-perubahan pada miometrium. Pada miometrium terjadi perubahan-perubahan yang bersifat proteolisis. Hasil dari proses ini dialirkan melalui pembuluh getah bening.

Menurut Dewi, (2011), proses involusi sebagai berikut :

Tabel 2. 8 Proses Involusi Uterus

Involusi	Tinggi Fundus Uteri	Berat uterus (gr)	Diameter bekas melekat plasenta	Keadaan Servix
Bayi Lahir	Setinggi pusat	1000		
Uri lahir	2 jari di bawah pusat	750	12,5	Lembek
Satu minggu	Pertengahan pusat – simpisis	500	7,5	Beberapa hari setelah
Dua Minggu	Tak teraba di atas simpisis	350	3 -4	Postpartum dapat dilalui 2 jari
Enam minggu	Bertambah Kecil	50 -60	1-2	Akhir minggu pertama dapat di masuki 1 jari
Delapan minggu	Sebesar normal	30		

Sumber : Dewi, 2011

2 Involusi tempat plasenta

Setelah persalinan, tempat plasenta merupakan tempat dengan permukaan kasar, tidak rata, dan kira-kira sebesar telapak tangan. Dengan cepat luka ini mengecil, pada akhir minggu ke 2 hanya sebesar 3-4 cm dan pada akhir nifas 1-2 cm.

1. Perubahan Ligamen

Ligamen-ligamen dan diafragma pelvis, serta fasia yang meregang sewaktu kehamilan dan partus, setelah janin lahir, berangsur-angsur menciut kembali seperti sedia kala. Tidak jarang ligamentum rotundum menjadi kendur yang mengakibatkan letak uterus menjadi retrofleksi.

2. Perubahan pada serviks

Serviks mengalami involusi bersama-sama uterus. Perubahan-perubahan yang terdapat pada serviks postpartum adalah bentuk serviks yang akan menganga seperti corong. Bentuk ini disebabkan oleh korpus uteri yang dapat mengadakan kontraksi, sedangkan serviks tidak

berkontraksi sehingga seolah-olah pada perbatasan antara korpus dan serviks uteri terbentuk semacam cincin.

3. Lochea

Dengan adanya involusi uterus, maka lapisan luar dari desidua yang mengelilingi akan menjadi nekrotik. Campuran antara darah dan desidua tersebut dinamakan lochea, yang biasanya berwarna merah muda atau putih pucat. Pengeluaran Lochea dapat dibagi berdasarkan waktu dan warnanya diantaranya sebagai berikut:

- a. Lochea Rubra : Muncul pada hari pertama sampai hari ke tiga postpartum, warnanya biasanya merah.
- b. Lochea sanguinolenta : berwarna merah kuning berisi darah dan lendir, muncul pada hari ke 3-5 hari postpartum.
- c. Lochea serosa : muncul pada hari ke 5-9 postpartum, warnanya kekuningan atau kecoklatan.
- d. Lochea alba : muncul lebih dari 10 hari postpartum, warnanya lebih pucat, putih kekuningan, serta lebih banyak mengandung leukosit, selaput lendir serviks, dan serabut jaringan yang mati.
- e. Perubahan pada vagina dan perinium
- f. Estrogen pascapartum yang menurun berperan dalam penipisan mukosa vagina dan hilangnya rugae. Vagina yang semula sangat teregang akan kembali secara bertahap pada ukuran sebelum hamil selama 6-8 minggu setelah bayi lahir.

4. Perubahan tanda-tanda vital :

Menurut Dewi, (2011) ada beberapa perubahan tanda-tanda vital yaitu :

1. Suhu badan : 1 hari postpartum suhu badan akan naik sedikit ($37,538^{\circ}\text{C}$) akibat kerja keras waktu melahirkan, kehilangan cairan, dan kelelahan.

2. Nadi : denyut nadi setelah melahirkan biasanya akan lebih cepat (normalnya 60-80x/menit).
3. Tekanan darah : biasanya tidak berubah, kemungkinan darah akan rendah disebabkan perdarahan pasca melahirkan, tekanan darah tinggi setelah melahirkan menandakan preeklamsia postpartum.
4. Pernafasan : keadaan pernafasan berhubungan dengan keadaan nadi dan suhu, bila suhu dan nadi tidak normal, pernafasan juga akan mengikutinya, kecuali memang ada gangguan khusus pada saluran nafas.

2.7.6 Proses Adaptasi Psikologi Masa Nifas

1. Fase Talking In

Fase taking in merupakan periode ketergantungan. Berlansung pada hari pertama sampai hari kedua postpartum. Pada fase ini inu fokus pada diri sendiri dan sering menceritakan pengalaman proses persalinannya.

2. Fase Taking Hold

Fase ini berlangsung antara 3- 10 hari. Pada fase ini ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawabnya merawat bayi, mudah 7. Tersingung dan memerlukan dukungan untuk menerima berbagai penyuluhan

3. Fase letting go

Fase dimana ibu menerima tanggungjawab akan peran barunya. Berlangsung 10 hari postpartum. Ibu sudah mulai menyesuaikan diri dan keinginan untuk merawat bayi meningkat (Dewi dan Sunarsih, 2012).

2.7.7 Perubahan Fisiologis Masa Nifas

1. Perubahan sistem reproduksi

a. Uterus

Pada uterus terjadi proses involusi. Involusi uterus adalah proses kembalinya uterus ke keadaan sebelum hamil baik dalam bentuk maupun posisi. Proses involusi uterus berlangsung sekitar 6 minggu. Uterus akan mengalami perubahan baik berat dan ukuran (Dewi dan Sunarsih, 2012).

Sedangkan pada dinding uterus, terjadi perubahan berupa timbulnya trombosis, degenerasi dan nekrosis. Jaringan-jaringan di tempat implantasi plasenta akan mengalami degenerasi dan kemudian terlepas. Tidak ada pembentukan jaringan parut karena pelepasan jaringan ini berlangsung lengkap (Maritalia, 2012)

b. Lochea

Lochea adalah eksresi cairan rahim selama masa nifas. *Lochea* mengandung darah dan sisa jaringan desidua dan jaringan nekrotik dalam uterus. *Lochea* yang berbau tidak sedap menandakan adanya infeksi.

Proses keluarnya lochea ada 4 tahapan :

1) Rubra

Lochea ini muncul pada hari 1-4 masa nifas. Cairan keluar berwarna merah berisi darah segar, sisa jaringan, lemak bayi, lanugo dan mekonium. Jika lochea tidak berubah, hal ini menunjukkan adanya tanda-tanda perdarahan sekunder yang mungkin disebabkan oleh tertinggalnya selaput atau sisa plasenta.

2) Sanguilenta

Cairan yang keluar kenapa lendir bercampur darah, berwarna merah kecoklatan. Berlangsung hari ke 4-7 postpartum.

3) Serosa

Cairan yang keluar berwarna kuning kecoklatan karena mengandung serum, leukosit, dan robekan plasenta. Muncul pada hari ke 7-14 postpartum.

4) Alba

Cairan berwarna putih karena mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lendir servik dan serabut jaringan yang sudah mati. Berlangsung 2-6 minggu postpartum.

5) Serviks

Serviks mengalami involusi bersama uterus. Beberapa hari setelah persalihan, ostium eksternum dapat dilalui oleh 2 jari, pinggirnya tidak rata, tetapi retak-retak karena robekan dalam persalihan. Pada akhir minggu pertama hanya dapat dilalui oleh satu jari saja, dan lingkaran retraksi berhubungan dengan bagian atas dari kanalis servikalis (Astuti dan dkk, 2015)

6) Ovarium

Setelah kelahiran plasenta estrogen dan progesteron menurun sehingga menimbulkan mekanisme timbal balik dari siklus menstruasi dan dimulai kembali proses ovulasi.

7) Vulva dan vagina

Vulva dan vagina akan mengalami tekanan serta peregangan yang besar saat proses persalihan dan akan kembali secara bertahap dalam 6-8 minggu postpartum.

2.7.8 Proses Laktasi dan Menyusui

Persiapan payudara untuk menyusui dimulai sejak kehamilan yang ditandai dengan payudara menjadi besar seiring dengan meningkatnya jumlah dan ukuran kelenjar alveoli sebagai hasil dari peningkatan kadar

hormon estrogen. Dalam beberapa hari pertama payudara mengeluarkan kolostrum yang sangat penting bagi kesehatan bayi payudara menghasilkan ASI dimulai ketika bayi mulai menyusu pada puting susu ibu dan hasil rangsangan fisik ini menyebabkan impuls pada ujung saraf yang selanjutnya dikirim ke Hypothalamus di otak yang secara bergantian memberitahu kelenjar Pituitary di otak untuk menghasilkan hormon Oxytocin dan Prolaktin. Prolaktin menyebabkan susu diproduksi dan Oxytocin menyebabkan serat otot yang mengelilingi kelenjar Alveoli mengerut seperti pada otot rahim. Semakin bayi menghisap, semakin banyak susu yang dihasilkan.

2.7.9 Cara menyusui yang benar

1. Waktu menyusui

Pada bayi yang baru lahir akan menyusu lebih sering, rata-rata adalah 10-12 kali menyusu tiap 24 jam, atau bahkan 18 kali. Menyusu on-demand adalah menyusui kapanpun bayi meminta atau kapanpun dibutuhkan oleh bayi. Bayi yang sehat dapat mengkosongkan satu payudara sekitar 5-7 menit dan ASI dalam lambung bayi akan kosong dalam waktu 2 jam.

a. Perlekatan

Jika bayi melekat dengan benar, bibir bawah akan terlipat ke bawah dan dagu akan mendekat ke payudara. Lidah seharusnya ada di bawah payudara, areola dan puting susu menempel pada langit-langit mulut bayi.

b. Seluruh puting dan areola berada dalam mulut bayi.

Posisi ini memungkinkan posisi bayi menekan sinus-sinus di bawah areola dan mengeluarkan ASI dan puting. Jika hanya puting yang masuk ke mulut bayi, jumlah ASI yang dikeluarkan akan lebih sedikit dan bayi harus menghisap dengan keras dan lebih lama.

2. Tanda bayi cukup ASI.
 - a. Bayi kencing setidaknya 6 kali dalam sehari dan warnanya jernih sampai kuning muda.
 - b. Bayi sering buang air besar berwarna kekuningan “berbiji”
 - c. Bayi tampak puas, sewaktu-waktu merasa lapar, bangun, dan tidur cukup. Bayi setidaknya menyusui 10-12 kali dalam 24 jam.
 - d. Payudara ibu terasa lembut dan kosong setiap kali selesai menyusui.
 - e. Ibu dapat merasakan geli karena aliran ASI, setiap kali bayi mulai menyusu.
 - f. Bayi bertambah berat badannya (Sulistyawati, 2009)

2.7.10 Komplikasi Masa Nifas

1. Perdarahan Post Partum

Perdarahan yang melebihi 500 ml setelah bayi lahir. perdarahan post partum:

- a. Ketahui dengan pasti kondisi ibu nifas sejak awal (saat masuk) Saat persalinan, pimpin persalinan dengan mengacu pada persalinan bersih dan aman (termasuk upaya pencegahan perdarahan post partum). Lakukan observasi melekat pada 2 jam pertama postpartum (di ruang persalinan) dan lanjutkan pemantauan terjadwal hingga 4 jam berikutnya (di ruang rawat gabung).
- b. Selalu siapkan keperluan tindakan gawat darurat.
- c. Segera lakukan penilaian klinik dan upaya pertolongan apabila dihadapkan dengan masalah dan komplikasi.
- d. Atasi syok.

- e. Pastikan kontraksi berlangsung baik (keluarkan bekuan darah, lakukan pijatan uterus, beri uterotonika 10 UI IM dilanjutkan infus 20 UI dalam
- f. 500 cc NS/RL dengan 40 tetesan per menit)
- g. Pastikan plasenta lahir dengan lengkap, eksplorasi kemungkinan robekan jalan lahir.
- h. Bila perdarahan terus berlangsung, lakukan uji beku darah. Pasang kateter menetap dan pantau masuk keluar cairan.
- i. Cari penyebab perdarahan dan lakukan tindakan spesifik.

2. Infeksi masa nifas

Infeksi pada traktus genitalia setelah persalinan, biasanya dari endometrium bekas insersi plasenta. Penanganan yang diberikan pada infeksi nifas adalah:

- a. Dengan cara mengukur suhu per oral sedikitnya 4 kali sehari.
- b. Memberikan terapi antibiotik.
- c. Memperhatikan diet.
- d. Melakukan transfusi darah bila perlu.

Bila ada abses, jaga supaya nanah tidak masuk dalam rongga perineum.

3. Pre Eklamsia dan eklamsia

Pre eklampsia pada masa nifas biasanya merupakan akibat timbulnya pre eklampsia pada saat hamil ataupun bersalin, sehingga masa nifas memerlukan observasi yang ketat terhadap kemungkinan timbulnya gejala ulangan pre-eklampsia. Penanganan pada pre-eklampsia adalah:

- a. Jika tekanan diastolik >10 mmHg, berikan anti hipertensi sampai tekanan diastolik diantara 90-110 mmHg.
- b. Kolaborasi dengan dokter:
 - 1) Pasang infus RL dengan jarum besar (16 gauge atau lebih)

- 2) Pemberian obat anti hipertensi.
- 3) Pemberian anti konvulsan sampai dengan 24 jam msa nifas atau kejang terakhir.
- 4) Kateterisasi urine.
- 5) Jika jumlah urine <30 ml/jam maka infus cairan dipertahankan 1 liter/8 jam dan lakukan pemantauan kemungkinan oedema paru.
- 6) Jangan tinggalkan pasien sendirian
- 7) Ukur keseimbangan cairan jangan sampai overload.
- 8) Observasi TTV.
- 9) Auskultasi paru-paru untuk mengetahui kemungkinan terjadinya oedema paru
- 10) Nilai pembekuan darah dengan uji pembekuan bedside.

4. Payudara

Peningkatan aliran vena dan limfe pada payudara dalam rangka mempersiapkan diri untuk laktasi. Hal ini bukan disebabkan over distensi dari saluran sistem laktasi. Penanganan umum bendungan payudara adalah dengan:

- a. Pemberian analgesik.
- b. Mengkosongkan payudara dengan pompa atau diurut bila bayi malas menyusui.
- c. Sebelum bayi disusukan dilakukan pengurutan terlebih dahulu
- d. Lakukan kompres hangat dingin.
- e. Lakukan perawatan payudara secara teratur.
- f. Gunakan bra yang menopang dan tidak menekan payudara.

5. Mastitis

Peradangan payudara yang dapat disertai atau tidak disertai infeksi.

Pencegahan mastitis adalah dengan:

- a. Beha yang cukup menyangga tetapi tidak ketat.
- b. Perhatian yang cermat saat mencuci tangan dan perawatan payudara.
- c. Kompres hangat pada area yang terkena.
- d. Massage area saat menyusui untuk memfasilitasi aliran air susu.
- e. Peningkatan asupan cairan.

6. Istirahat.

Membantu ibu menentukan prioritas untuk mengurangi stres dan kelelahan dalam kehidupannya. Suportif, pemeliharaan perawatan ibu.

7. Tromboflebitis

Tromboflebitis postpartum lebih umum terjadi pada wanita penderita varikosis atau yang mungkin secara genetik yang rentan terhadap relaksasi dinding vena dan stasis vena. Penanganan tromboflebitis adalah dengan:

- a. Tirah baring
- b. Pemberian nutrisi dan cairan yang cukup.
- c. Elevasi ekstremitas yang terkena.
- d. Kompres panas.
- e. Stoking elastis.
- f. Pemberian obat-obatan jika dibutuhkan, misalnya analgesik untuk mengurangi keluhan nyeri serta antipiretik karena adanya peningkatan suhu tubuh.

8. Depresi Postpartum

Waktu dimana ibu mengalami stres setelah persalinan karena persalinan merupakan perjuangan hidup seorang wanita terutama pada ibu primipara. Pencegahan depresi postpartum adalah dengan:

- a. Pelajari diri sendiri.

- b. Tidur dan makan yang cukup.
- c. Olahraga secara teratur.
- d. Hindari perubahan hidup sebelum atau sesudah melahirkan.
- e. Beritahukan perasaan pada pasangan.
- f. Masa nifas memerlukan dukungan keluarga dan orang lain.
- g. Persiapan diri dengan baik.
- h. Lakukan pekerjaan rumah tangga seperti biasa.
- i. Adanya dukungan emosional dan dukungan kelompok depresi postpartum.

2.8 Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

2.8.1 Pengertian Neonatus

Bayi baru lahir di sebut juga dengan neonatus merupakan individu yang sedang bertumbuh dan baru saja mengalami trauma kelahiran serta harus dapat melakukan penyesuaian diri dari kehidupan intrauterin ke kehidupan ektrauterin (Dewi, 2013)

Bayi baru lahir (neonatus) adalah bayi yang baru mengalami proses kelahiran, berusia 0-28 hari. BBL memerlukan penyesuaia fisiologis berupa maturasi, aaptasi (penyesuaian diri dari kehidupan intrauterin ke kehidupan ektrauterin) dan toleransi bagi BBL untuk dapat hidup dengan baik (Marlin dan Rahardjo , 2012)

2.8.2 Ciri – Ciri Bayi Baru Lahir

Menurut Marmi, Dkk 2015 ciri-ciri bayi baru lahir normal yaitu :

1. Lahir aterm antara 37-42 minggu
2. Berat badan 2.500-4.000 gram.
3. Panjang badan 48-52 cm.
4. Lingkar dada 30-38 cm.

5. Lingkar kepala 33-35 cm.
6. Frekuensi denyut jantung 120-160 x/menit.
7. Pernapasan \pm 40-60 x/menit.
8. Kulit kemerah merahan dan licin karena jaringan subkutan yang cukup.
9. Rambut lanugo tidak terlihat dan rambut kepala biasanya telah sempurna.
10. Kuku agak panjang dan lemas.
11. Genetalia
12. Perempuan labia mayora menutupi labia minora
13. Laki-laki testis sudah turun, skrotum sudah ada
14. *Reflex rooting* (mencari puting susu dengan rangsangan taktil pada pipi dan daerah mulut) sudah terbentuk dengan baik.
15. *Reflek sucking* (isap dan menelan) sudah terbentuk dengan baik
16. *Reflek morro* (gerakan memeluk bila dikagetkan) sudah terbentuk dengan baik.
17. *Reflek grasping* (menggenggam) sudah baik.
18. Eliminasi baik yang ditandai dengan keluarnya mekonium dalam
19. jam pertama dan berwarna hitam kecoklatan.

Menurut Dewi, 2011 penilaian APGAR score sebagai berikut :

Tabel 2. 9 Tanda APGAR SCORE

Tanda	0	1	2
Appearance (Warna kulit)	Blue seluruh tubuh biru atau pucat	Tubuh kemerahan ekstermitas biru	Seluruh kemerahan Tubuh
Pulse(frekuensi jantung)	Absent tidak ada	Dibawah 100x/menit	Diatas q100x/menit
Grimace(reaksi terhadap rangsangan)	Tidak bereaksi	Sedikit gerakan	Menangis baik atau bersin
Activity(tonus otot)	Lumpuh	Ekstermitas dalam fleksi sedikit	Gerak aktif
Respiration(pernafasan)	Tidak ada	Lemah dan teratur	Menangis

Menurut : (Dewi, 2011)

Interpretasi :

1. Nilai 1-3 asfiksia berat
2. Nilai 4-6 asfiksia sedang
3. Nilai 7-10 normal

2.8.3 Kebutuhan Bayi Baru Lahir

1. Minum

Air susu ibu (ASI) merupakan makanan yang terbaik bagi bayi. ASI diketahui mengandung zat gizi yang paling sesuai untuk pertumbuhan dan perkembangan bayi, baik kualitas maupun kuantitasnya. Bayi harus selalu diberi ASI minimal 2-3 jam. Berikan ASI saja (ASI eksklusif) sampai bayi berusia 6 bulan.

2. Defekasi (BAB)

Jumlah feses pada bayi baru lahir cukup bervariasi selama minggu pertama dan jumlah paling banyak adalah antara hari ketiga dan keenam. Feses transisi (kecil-kecil berwarna coklat sampai hijau karena adanya mekonium) dikeluarkan sejak hari ketiga sampai keenam. Bayi baru lahir yang diberi makan lebih awal akan lebih cepat mengeluarkan feses daripada mereka yang diberi makan kemudian. Feses dari bayi yang menyusu dengan ASI akan berbeda dengan bayi yang menyusu dengan

susu formula. Feses dari bayi ASI lebih lunak, berwarna kuning emas, dan tidak menyebabkan iritasi pada kulit bayi. Untuk membersihkannya gunakan air bersih hangat dan sabun.

3. Berkemih (BAK)

Fungsi ginjal bayi masih belum sempurna selama dua tahun pertama kehidupannya. Biasanya terdapat urine dalam jumlah yang kecil pada kandung kemih bayi saat lahir, tetapi ada kemungkinan urine tersebut tidak dikeluarkan selama 12-24 jam. Berkemih serig terjadi pada periode ini dengan frekuensi 6-10 kali sehari dengan warna urine yang pucat. Kondisi ini menunjukkan masukan cairan yang cukup. Untuk menjaga bayi tetap bersih, hangat, dan kering maka setelah BAK harus diganti popoknya.

4. Tidur

Dalam 2 minggu pertama setelah lahir, bayi normalnya sering tidur. Bayi baru lahir sampai usia 3 bulan rata-rata tidur selama 16 jam sehari. Pada umumnya bayi terbangun sampai malam hari pada usia 3 bulan.

5. Kebersihan kulit

Kebersihan kulit bayi perlu benar-benar dijaga. Walaupun mandi dengan membasahi seluruh tubuh tidak harus dilakukan setiap hari, tetapi bagian-bagian seperti muka, bokong, dan tali pusat perlu dibersihkan secara teratur.

6. Keamanan

Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam menjaga keamanan bayi adalah dengan tetap menjaganya, jangan sekalipun meninggalkannya. Selain itu juga perlu dihindari untuk memberikan apapun ke mulut bayi selain ASI, karena bayi akan tersedak dan jangan menggunakan alat penghangat buatan di tempat tidur bayi.

7. Tanda-tanda bahaya

- a. Pernapasan sulit atau lebih dari 60 kali per menit.
- b. Terlalu hangat ($>38^{\circ}\text{C}$) atau terlalu dingin ($<36^{\circ}\text{C}$).
- c. Kulit bayi kering (terutama 24 jam pertama), biru, pucat, atau memar.
- d. Isapan saat menyusui lemah, rewel, sering muntah, dan mengantuk berlebihan.
- e. Tali pusat merah, bengkak, keluar cairan, berbau busuk, dan berdarah.
- f. Terdapat tanda-tanda infeksi seperti suhu tubuh meningkat, merah, bengkak, bau busuk, keluar cairan, dan pernapasan sulit
- g. Tidak BAB dalam 3 hari, tidak BAK dalam 24 jam, feses lembek atau cair, sering berwarna hijau tua, dan terdapat lendir atau darah.
- h. Menggigil, rewel, lemas, mengantuk, kejang, tidak bisa tenang, menangis terus-menerus.

8. Perawatan tali pusat

Cara perawatan tali pusat agar tidak terjadi infeksi yaitu dengan membiarkan luka tali pusat terbuka dan membersihkan luka hanya dengan air bersih.

9. Imunisasi.

suatu cara memproduksi imunitas aktif buatan untuk melindungi diri melawan penyakit tertentu dengan cara memasukkan suatu zat ke dalam tubuh melalui penyuntikkan atau secara oral.

2.8.4 Adaptasi Fisiologi Bayi Baru Lahir

Menurut Muslihatun, 2011 pada waktu kelahiran, tubuh bayi baru lahir mengalami sejumlah adaptasi psikologik. Bayi memerlukan pemantauan

ketat untuk menentukan masa transisi kehidupannya ke kehidupan luar uterus berlangsung baik. Bayi baru lahir juga membutuhkan asuhan yang dapat meningkatkan kesempatan untuknya menjalani masa transisi dengan baik.

1. Perubahan Pernafasan

Saat kepala bayi melewati jalan lahir, ia akan mengalami penekanan yang tinggi pada toraksnya, dan tekanan ini akan hilang dengan tiba-tiba setelah bayi lahir. Proses mekanis ini menyebabkan cairan yang ada di dalam paru-paru hilang karena terdorong ke bagian perifer paru untuk kemudian diabsorpsi. Karena terstimulasi oleh sensor kimia, suhu, serta mekanis akhirnya bayi memulai aktivitas nafas untuk pertama kali.

Tekanan intratoraks yang negatif disertai dengan aktivasi napas yang pertama memungkinkan adanya udara masuk ke dalam paru-paru. Setelah beberapa kali napas pertama, udara dari luar mulai mengisi jalan napas pada trakea dan bronkus, akhirnya semua alveolus mengembang karena terisi udara.

Fungsi alveolus dapat maksimal jika dalam paru-paru bayi terdapat surfaktan yang adekuat. Surfaktan membantu menstabilkan dinding alveolus sehingga alveolus tidak kolaps saat akhir napas.

2. Perubahan Sirkulasi

Aliran darah dari plasenta berhenti pada saat tali pusat di klem. Tindakan ini menyebabkan suplai oksigen ke plasenta menjadi teroksigenasi melalui paru-paru mengalir melalui lubang antara atrium kanan dan kiri yang disebut foramen ovale. Darah yang kaya akan oksigen ini kemudian secara istimewa mengalir ke otak melalui duktus arteriosus.

Karena tali pusat di klem, sistem bertekanan rendah yang berada pada unit janin plasenta terputus sehingga berubah menjadi sistem sirkulasi tertutup, bertekanan tinggi, dan berdiri sendiri. Efek yang terjadi segera setelah tali pusat di klem adalah peningkatan tahanan pembuluh darah sistemik. Hal yang paling penting adalah peningkatan tahanan pembuluh darah dan tarikan nafas pertama terjadi secara bersamaan. Oksigen dari nafas pertama tersebut menyebabkan sistem pembuluh darah paru menjadi sistem bertekanan rendah. Berelaksasi dan terbuka sehingga paru-paru.

3. Termoregulasi

Sesaat sesudah bayi lahir ia akan berada ditempat yang suhunya lebih rendah dari dalam kandungan dan dalam keadaan basah. Bila dibiarkan saja dalam suhu kamar 25°C maka bayi akan kehilangan panas.

2.8.5 Kadar hemoglobin (Hb)

1. Perubahan pada Darah

Bayi dilahirkan dengan kadar Hb yang tinggi. Konsentrasi Hb normal $13,7-20 \text{ gr\%}$. Hb yang dominan pada bayi adalah hemoglobin F yang secara bertahap akan mengalami penurunan selama 1 bulan.

2. Sel darah merah

Sel darah merah bayi baru lahir memiliki usia yang sangat singkat (80 hari) jika dibandingkan dengan orang dewasa (120 hari). Pergantian sel yang sangat cepat ini akan menghasilkan lebih banyak sampah metabolik, termasuk bilirubin yang harus di metabolisme. Kadar bilirubin yang berlebihan akan menyebabkan ikterus fisiologis pada bayi baru lahir.

3. Sel darah putih

Jumlah sel darah putih rata-rata pada bayi baru lahir memiliki rentang mulai dari 10.000-30.000/mm². Peningkatan lebih lanjut dapat terjadi pada bayi baru lahir normal selama 24 jam pertama kehidupan.

4. Perubahan Pada Sistem Gastrointestinal

Sebelum lahir, janin cukup bulan akan mulai menghisap dan menelan. Reflek muntah dan reflek batuk yang matang sudah terbentuk dengan baik pada saat lahir. Kemampuan bayi baru lahir cukup bulan untuk menelan dan mencerna makanan (selain susu) masih terbatas. Hubungan antara esofagus bawah dan lambung masih belum sempurna yang mengakibatkan gumoh pada bayi baru lahir dan neonatus. Kapasitas lambung sendiri sangat terbatas yaitu kurang dari 30 cc untuk seorang bayi baru lahir cukup bulan dan kapasitas lambung ini akan bertambah secara lambat bersamaan dengan pertumbuhannya.

5. Perubahan Pada Sistem Imun

Sistem imunitas bayi baru lahir masih belum matang, sehingga menyebabkan neonatus rentan terhadap berbagai infeksi dan alergi. Sistem imunitas yang matang akan memberikan kekebalan alami maupun yang didapat. Kekebalan alami terdiri dari struktur pertahanan tubuh yang berfungsi mencegah atau meminimalkan infeksi.

6. Perubahan Pada Sistem Ginjal

Ginjal bayi baru lahir menunjukkan penurunan aliran darah, ginjal, dan penurunan kecepatan filtrasi glomerulus, kondisi ini mudah menyebabkan retensi cairan. BBL mengekskresikan sedikit urine pada 48 jam pertama kehidupan, yaitu hanya 30-60 ml. Normalnya dalam urine tidak terdapat protein atau darah.

7. Perlindungan Termal

Menurut Walyani, 2015 beberapa upaya yang dapat dilakukan untuk meminimalkan kehilangan panas tubuh bayi baru lahir adalah sebagai berikut:

- a. Hangatkan dahulu setiap selimut, topi, pakaian dan kaos kaki bayi sebelum kelahiran.
- b. Segera keringkan BBL.
- c. Hangatkan dahulu area resusitasi BBL.
- d. Atur suhu ruangan kelahiran pada suhu 24°C.
- e. Jangan lakukan pengisapan pada bayi baru lahir di atas alas tempat tidur yang basah.
- f. Tunda memandikan BBL sampai suhunya stabil.
- g. Atur agar ruangan perawatan bayi baru lahir jauh dari jendela, pintu, lubang ventilasi atau pintu keluar.
- h. Pertahankan kepala bayi baru lahir tetap tertutup dan badannya dibedong dengan baik selama 48 jam pertama.

2.8.6 Tahapan Bayi Baru Lahir

1. Tahap I terjadi segera setelah lahir, selama menit-menit pertama kelahiran. Pada tahap ini digunakan sistem scoring APGAR untuk fisik dan scoring gray untuk interaksi ibu dan bayi.
2. Tahap II disebut tahap transisional reaktivitas. Pada tahap II dilakukan pengkajian selama 24 jam pertama terhadap adanya perubahan perilaku.
3. Tahap III disebut tahap periodik, pengkajian dilakukan setelah 24 jam pertama yang meliputi pemeriksaan seluruh tubuh.

2.8.7 Penatalaksanaan Bayi Baru Lahir

1. Cara memotong tali pusat

- a. Menjepit tali pusat dengan klem jarak 3 cm dari pusat, lalu mengurut tali pusat ke arah ibu dan memasang klem ke 2 dengan jarak 2 cm dari klem.
- b. Memegang tali pusat di antara 2 klem dengan menggunakan tangan kiri (jari tengah melindungi tubuh bayi) lalu memotong tali pusat di antara 2 klem.
- c. Mengikat tali pusat dengan jarak \pm 1 cm dari umbilikus dengan simpul mati lalu mengikat balik tali pusat dengan simpul mati. Untuk kedua kalinya bungkus dengan kassa steril, lepaskan klem pada tali pusat, lalu memasukkannya dalam wadah yang berisi larutan klorin 0,5%.
- d. Membungkus bayi dengan kain bersih dan memberikannya kepada ibu.

2. Mempertahankan suhu tubuh BBL dengan mencegah hipotermi

- a. Mengeringkan tubuh bayi segera setelah lahir. Kondisi bayi lahir dengan tubuh basah karena air ketuban atau aliran udara melalui jendela/pintu yang terbuka akan mempercepat terjadinya penguapan yang akan mengakibatkan bayi lebih cepat kehilangan suhu tubuh. Hal ini akan mengakibatkan serangan dingin (cold stres) yang merupakan gejala awal hipotermia. Bayi kedinginan biasanya tidak memperlihatkan gejala menggigil oleh karena kontrol suhunya belum sempurna.
- b. Untuk mencegah terjadinya hipotermi, bayi baru lahir harus segera dikeringkan dan di bungkus dengan kain kering kemudian

diletakkan telungkup di atas dada ibu untuk mendapatkan kehangatan dari dekapan ibu.

c. Menunda memandikan BBL sampai tubuh bayi stabil.

Pada BBL cukup bulan dengan berat badan lebih dari 2.500 gram dan menangis kuat bisa dimandikan ± 24 jam setelah kelahiran dengan tetap menggunakan air hangat. Pada BBL beresiko yang berat badanya kurang dari 2.500 gram atau keadaanya sangat lemah sebaiknya jangan di mandikan sampai suhu tubuhnya stabil dan mampu menghisap ASI dengan baik.

1. Menghindari kehilangan panas pada bayi baru lahir.

Dewi, 2011 ada empat cara yang membuat bayi kehilangan panas, yaitu melalui konduksi, konveksi, radiasi, evaporasi.

2. Konduksi

Panas dihantarkan oleh tubuh bayi ke benda sekitarnya yang kontak langsung dengan tubuh bayi (pemindahan panas dari tubuh bayi ke objek lain melalui kontak langsung). Sebagai contoh, konduksi bisa terjadi ketika menimbang bayi tanpa alas timbangan, memegang bayi saat tangan dingin, dan menggunakan stetoskop dingin untuk pemeriksaan BBL.

3. Konveksi

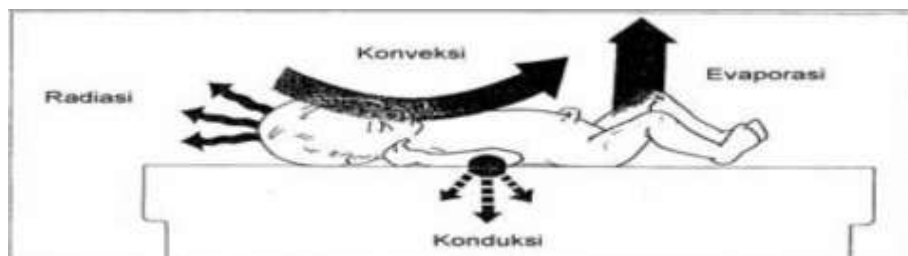
Panas hilang dari tubuh ke udara sekitarnya yang sedang bergerak (jumlah panas yang hilang bergantung pada kecepatan dan suhu udara). Sebagai contoh, konveksi dapat terjadi ketika membiarkan atau menempatkan BBL dekat jendela, atau membiarkan BBL di ruangan yang terpasang kipas angin.

4. Radiasi

Panas di pancarkan dari BBL keluar tubuhnya ke lingkungan yang lebih dingin (perpindahan panas antara 2 objek yang mempunyai suhu berbeda). Sebagai contoh, membiarkan BBL dalam ruangan AC tanpa diberikan pemanas (*radiant warmer*), membiarkan BBL dalam keadaan telanjang, atau menidurkan BBL berdekatan dengan ruangan yang dingin (dekat tembok).

5. Evaporasi

Panas hilang melalui proses penguapan yang bertanggung pada kecepatan dan kelembapan udara (perpindahan panas dengan cara mengubah cairan menjadi uap). Evaporasi ini dipengaruhi oleh jumlah panas yang di pakai, tingkat kelembapan udara, dan aliran udara yang melewati. Adaptasi BBL dibiarkan dalam suhu kamar 25°C, maka bayi akan kehilangan panas melalui konveksi, radiasi, dan evaporasi yang besarnya 200kg/BB, sedangkan yang dibentuk hanya seperlunya saja.



Gambar 2. 8 Proses Kehilangan Panas

Sumber: Menurut Dewi, 2011

2.8.8 Masalah-masalah yang Sering Muncul Pada Bayi Baru Lahir

Menurut Marmi dan Rahardjo, 2012 masalah yang sering muncul pada bayi baru lahir adalah sebagai berikut :

Tabel 2. 10 Masalah yang Sering Muncul Pada Bayi Baru Lahir

Masalah yang sering muncul pada bayi	Pengertian	Penatalaksanaan
Bercak mongol	Bintik Mongolia, daerah pigmentasi biru-kehitaman, dapat terlihat pada semua permukaan tubuh, termasuk pada ekstremitas. Bercak ini lebih sering terlihat di daerah punggung atau bokong. Bercak-bercak ini lebih sering terlihat pada individu berkulit gelap tanpa memperhatikan kebangsaannya. Bercak ini secara bertahap akan lenyap dengan sendirinya dalam hitungan bulan atau tahun.	Memberikan konseling pada orang tua bayi. Menjelaskan mengenai apa yang dimaksud dengan bintik mongol, menjelaskan bahwa bintik mongol ini akan menghilang dalam hitungan bulan atau tahun dan tidak berbahaya serta tidak memerlukan penanganan khusus sehingga orang tua tidak merasa cemas.
Hemangioma	Merupakan proliferasi dari pembuluh darah yang tidak normal dan dapat terjadi pada setiap jaringan pembuluh darah. Hemangioma merupakan tumor vascular jinak terlazim pada bayi dan anak. Hemangioma muncul saat lahir namun dapat hilang dengan sendirinya dalam beberapa bulan setelah lahir.	Memberikan konseling kepada orang tua bahwa tanda lahir itu normal dan sering terjadi pada bayi baru lahir, sehingga orang tua tidak perlu khawatir dalam menghadapi kejadian ini.
Muntah dan Gumoh	Muntah adalah keluarnya sebagian besar atau seluruh isi lambung yang terjadi setelah makanan masuk lambung agak lama, disertai kontraksi lambung dan abdomen, sedangkan gumoh adalah keluarnya kembali sebagian kecil isi lambung setelah beberapa saat setelah makanan masuk ke dalam lambung.	Jika muntah kaji faktor penyebab dan sifat muntah, berikan pengobatan yang bergantung pada faktor penyebab, ciptakan suasana tenang, perlakukan bayi dengan baik dan hati-hati, berikan diet yang sesuai dan tidak merangsang muntah, berikan antiemetik jika terjadi reaksi simptomatis, rujuk segera. Jika gumoh yaitu memperbaiki teknik menyusui, perhatikan posisi botol saat emberikan susu,

Oral trush	Oral trush adalah kandidiasis selaput, lendir mulut, biasanya mukosa dan lidah, dan kadang-kadang palatum, gusi serta lantai mulut. Ditandai dengan plak-plak putih dari bahan lembut menyerupai gumpalan susu yang dapat terkelupas, yang meninggalkan permukaan perdarahan mentah. Oral trush dapat dicegah dengan selalu menjaga kebersihan mulut dan sering-sering minum sehabis makan.	sendawakan bayi setelah disusu, lakukan teknik menyusui yang benar yaitu bibir mencakup rapat seluruh puting susu ibu. Bedakan oral trush dengan endapansusu pada mulut bayi, apabila sumber infeksi berasal dari ibu, maka ibu harus segera diobati dengan pemberian antibiotik berspektrum luas, jika kebersihan dengan baik, terutama kebersihan mulut, bersihkan daerah mulut bayi setelah makan atau minum susu dengan air matang atau air bersih, jika minum susu dengan botol gunakan teknik steril dalam membersihkan botol susu, berikan terapi pada bayi gentian violet 3 kali sehari.
	Diaper Rash (ruampopok) adanya keluhan bintik-bintik merah pada kelamin dan bokong pada bayi yang mengenakan pampers diakibatkan gesekan-gesekan kulit dengan pampers. Pencegahan dapat dilakukan dengan selalu memperhatikan daya tamping diaper itu, menghindari pemakaian diaper terlalu sering, menjaga kebersihan daerah kelamin dan bokong bayi.	Daerah yang terkena ruam popok tidak boleh terkena air dan harus dibiarkan terbuka dan tetap kering, gunakan kapas halus yang mengandung minyak untuk membersihkan kulit yang iritasi, segera bersihkan dan keringkan bayi setelah BAK dan BAB, atur posisi tidur agar anak tidak menekan kulit daerah yang iritasi, usahakan memberikan makanan yang tinggi kalori tinggi protein, perhatikan kebersihan kulit dan tubuh secara keseluruhan, jagalah kebersihan pakaian dan alat-alat untuk bayi, rendamlah pakaian atau celana yang terkena urine dalam air yang dicampur acidum borium, setelah itu bersihkan menggunakan sabun cuci, bilas dan keringkan.

Seborrhea	Merupakan suatu peradangan pada kulit bagian atas yang menyebabkan timbulnya sisik pada kulit kepala, wajah dan kadang pada bagian tubuh lainnya. Biasanya pergantian sel-sel pada kulit kepala secara perlahan-lahan dan tidak terlihat oleh mata.	Dengan sering mencuci kulit kepala bayi dengan sampo dan bayi yang lembut dan diolesi krim hydrocortisone. Selama ada sisik kulit kepala dicuci setiap hari dengan sampo yang lembut, setelah sisik menghilang cukup dicuci 2x seminggu.
Milliariasis	Miliarisis atau sering disebut keringat buntet merupakan suatu kelainan kulit yang sering ditemukan pada bayi dan balita, kadang juga orang dewasa. Hal ini disebabkan produksi keringat yang berlebihan dan disertai sumbatan pada saluran kelenjar keringat.	Dengan merawat kulit dengan benar dan bersih, dengan memandikan bayi 2x sehari dan memberikan bedak tabur segera setelah mandi, bila berkeringat sesering mungkin untuk menyeka dengan handuk kering atau waslap basah setelahnya keringkan dan berikan bedak tabor tipis-tipis.
Diare	Merupakan suatu penyakit utama pada bayi dan anak Indonesia. Neonates dinyatakan diare jika frekuensi BABnya lebih dari 4x. Mengeluarkan tinja normal secara berulang pada bayi yang minum ASI atau mengeluarkan tinja lunak tidak disebut diare selama berat badan bayi meningkat normal. Hal ini dikarenakan intoleransi laktosa sementara akibat belum sepenuhnya perkembangan saluran cerna.	Kebanyakan kasus diare sembuh dengan sendirinya, namun bila sampai dua hari bayi belum menunjukkan kesembuhan segera bawa bayi ke dokter, puskesmas, atau rumah sakit terdekat.

Sumber : Menurut Marmi,(2012)

2.8.9 Rencana Asuhan Bayi Baru Lahir

Menurut Marmi, 2012 rencana Asuhan pada BBL adalah sebagai berikut:

1. Asuhan 2-6 hari

Asuhan pada bayi 2-6 hari setelah lahir harus dilakukan secara menyeluruh. Asuhan pada bayi 2-6 hari juga harus diinformasikan

dan diajarkan kepada orangtua bayi, sehingga pada saat kembali rumah orangtua sudah siap dan dapat melaksanakannya sendiri.

2. Asuhan Primer Pada Bayi 6 Minggu Pertama

Bulan pertama kehidupan bayi merupakan masa transisi dan penyesuaian, baik untuk orang tua maupun bayi, oleh karena itu bidan harus dapat memfasilitasi proses tersebut.

3. *Bounding Attachment*

Bounding attachment adalah kontak dini secara langsung antar ibu dan bayi setelah proses persalinan.

- a. Upaya meingkatkan bounding attachment
- b. Menit pertama dan jam pertama.
- c. Sentuhan orangtua pertama kali.
- d. Adanya ikatan yang baik.
- e. Terlibat proses persalinan.
- f. Persiapan PNC sebelumnya.

4. Adaptasi.

Kontak sedini mungkin sehingga dapat membantu dalam memberi kehangatan pada bayi, menurunkan rasa sakit ibu, serta memberi rasa nyaman.

- a. Fasilitas untuk kontak lebih lama.
- b. Penekaan pada hal-hal yang positif.
- c. Perawat maternitas.
- d. Libatkan anggota keluarga lainnya.
- e. Informasi bertahap mengenai bounding attachment.
- f. Dampak positif yang diperoleh dari bounding attachment
- g. Bayi merasa dicintai, diperhatikan, mempercayai,

menumbuhkan sikap sosial.

h. Bayi merasa aman, berani mengadakan eksplorasi.

5. Hambatan *bounding attachment*

- a. Kurangnya support system.
- b. Ibu dengan resiko.
- c. Bayi dengan resiko.
- d. Kehadiran bayi yang tidak diinginkan.
- e. Perkembangan tingkah laku anak yang terhambat.
- f. Kemunduran motorik, kognitif, verbal.
- g. Bersikap apatis.

2.9 Konsep Dasar Keluarga Berencana

2.9.1 Pengetian Keluarga Berencana

Keluarga berencana adalah usaha untuk mengukur jumlah dan jarak anak yang diinginkan (Sulistyawati, 2011).

Menurut Mulyani, dkk, 2013, Kontrasepsi adalah pencegahan menempelnya sel telur yang telah dibuahi ke dinding rahim. Kontrasepsi adalah upaya untuk mencegah terjadinya kehamilan, upaya itu dapat bersifat sementara dan dapat pula bersifat permanen .

2.9.2 Tujuan Keluarga Berencana

Tujuan umum : 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.

Tujuan lain : pengaturan kelahiran, pendewasaan usia perkawinan, peningkatan ketahanan, dan kesejahteraan keluarga (Sulistyawati, 2011).

2.9.3 Ruang Lingkup KB

Ruang lingkup program KB Menurut Setyaningrum, 2015 meliputi :

1. Komunikasi informasi dan edukasi.
2. Konseling
3. Pelayanan kontrasepsi
4. Pelayanan infertilitas
5. Pendidikan seks
6. Konsultasi pra perkawinan dan konsultasi perkawinan
7. Konsultasi genetic
8. Adopsi

2.9.4 Langkah-Langkah Konseling KB

Menurut Pinem, 2011, dalam memberikan konseling hendaknya diterapkan 6 langkah yang dikenal dengan kata SATU TUJU. Kata kunci ini digunakan untuk memudahkan petugas mengingat langkah-langkah yang perlu dilakukan tetapi dalam penerapannya tidak harus dilakukan secara berurutan. Kata kunci SATU TUJU sebagai berikut :

1. SA : Sapa dan salam kepada klien secara sopan dan terbuka. Memberikan tempat yang nyaman saat berbicara untuk menjamin privasi dan keyakinan klien untuk membangun rasa percaya diri
2. T : Tanya klien untuk mendapatkan informasi tentang dirinya dan bantu klien untuk lebih aktif
3. U : Uraikan kepada klien mengenai pilihannya dan beritahu apa pilihan kontrasepsi yang paling mungkin untuk klien
4. TU : Bantulah klien untuk memilih kontrasepsi yang paling sesuai dengan keadaan dan kebutuhannya.
5. J : Jelaskan secara lengkap tentang kontrasepsi pilihannya setelah klien memilih kontrasepsinya

6. U : Perlunya dilakukan kunjungan ulang untuk pemeriksaan lanjutan atau permintaan kontrasepsi lainnya.

2.9.5 Jenis Alat Kontrasepsi

1. Kontrasepsi Hormonal

1) Pil

Pil yang berisi hormon sintetis yang digunakan oleh wanita secara periodik sebagai alat kontrasepsi. Kontrasepsi pil mempunyai keuntungan, kerugian dan kontraindikasi antara lain:

- a) Keuntungan : memiliki efektifitas tinggi apabila digunakan setiap hari, tidak mengganggu hubungan seksual, siklus haid menjadi teratur, mudah dihentikan setiap saat, dapat digunakan kontrasepsi darurat.
- b) Kerugian : mahal dan membosankan, mual terutama pada 3 bulan pertama, pusing, nyeri payudara, berat badan naik, berhenti haid (*amenore*), dapat meningkatkan tekanan darah tinggi.
- c) Kontraindikasi : kehamilan (diketahui atau dicurigai), tromboflebitis, kerusakan hati, tumor maligna atau benigna, perdarahan genitalia abnormal yang tidak terdiagnosis, diabetes mellitus.

2.9.6 Suntik

Alat kontrasepsi berupa cairan yang berisi hormone progesteron disuntikkan ke dalam tubuh wanita secara periodik. Kontrasepsi suntik mempunyai keuntungan, kerugian antara lain:

1. Keuntungan: sangat efektif, pencegahan kehamilan jangka panjang, tidak berpengaruh pada hubungan suami-istri, tidak memiliki pengaruh

terhadap produksi ASI, dapat digubakan oleh perempuan usia lebih dari 35 tahun sampai perimenopause.

2. Kerugian: siklus haid yang memendek atau memanjang, sangat bergantung pada saran pelayanan kesehatan, tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu sebelum suntikan berikutnya, tidak menjamin perlindungan terhadap penularan infeksi menular seksual hepatitis B atau HIV.

2.9.7 Implan

Alat kontrasepsi berbentuk kapsul silastik berisi hormon jenis progesterin (progesteron sintetik) yang ditanamkan di bawah kulit. Kontrasepsi implan mempunyai keuntungan, kerugian antara lain:

1. Keuntungan: daya guna tinggi, perlindungan jangka panjang, tidak memerlukan pemeriksaan dalam, tidak mengganggu aktifitas seksual, tidak mengganggu produksi ASI, dapat dicabut sesuai dengan kebutuhan.
2. Kerugian: nyeri kepala, peningkatan atau penurunan berat badan, nyeri payudara, perasaan mual, pusing kepala, tidak memberikan efek protektif terhadap penyakit infeksi menular seksual termasuk AIDS.

2.9.8 IUD/ AKDR

AKDR adalah alat kontrasepsi yang dipasang dalam rahim dengan menjepit kedua saluran yang menghasilkan indung telur sehingga tidak terjadi pembuahan.

Cara kerja AKDR, yaitu:

1. Menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke dalam tuba falopi, mencegah pertemuan sperma dan ovum.
2. Mengurangi kemampuan sperma untuk fertilisasi.
3. Mempengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai kavum uteri.
4. Memungkinkan untuk mencegah implantasi telur dalam uterus.

Keuntungan AKDR, yaitu:

- b. Dapat dipakai oleh semua wanita usia reproduktif.
Sangat efektif.
- c. Jangka panjang (dapat 10 tahun tidak ganti).
- d. Tidak mempengaruhi hubungan seksual.
- e. Tidak mempengaruhi produksi dan kualitas ASI
- f. Dapat dipasang segera setelah melahirkan atau setelah abortus bila tidak ada infeksi.
- g. Membantu mencegah kehamilan ektopik.
- h. Dapat digunakan sampai menopause.

Kerugian AKDR, yaitu:

- 1) Perubahan siklus haid.
- 2) Tidak mencegah IMS.
- 3) Tidak baik digunakan oleh perempuan yang berganti-ganti pasangan.
- 4) Ada sedikit nyeri dan spotting terjadi segera setelah pemasangan AKDR.
- 5) Klien harus memeriksa posisi benang AKDR dari waktu ke waktu dengan cara memasukkan jarinya ke dalam vagina.

Yang boleh menggunakan AKDR, yaitu :

- a) Usia reproduktif.
- b) Nulipara.
- c) Ingin kontrasepsi jangka panjang.
- d) Setelah melahirkan.
- e) Risiko rendah dari IMS.
- f) Tidak menghendaki kehamilan pada 1-5 tahun.

Kontraindikasi AKDR, yaitu:

- (1) Ibu dengan kemungkinan hamil.
- (2) Ibu pasca melahirkan 2-28 hari.

- (3) AKDR hanya boleh dilakukan 48 jam dan 40 hari pasca melahirkan.
- (4) Ibu dengan resiko IMS (Infeksi Menular Seksual), terdapat perdarahan vagina yang tak diketahui.
- (5) Tiga bulan terakhir sedang mengalami penyakit radang panggul.
- (6) Kelainan bawaan uterus yang abnormal atau tumor jinak rahim yang dapat mempengaruhi kavum uteri.

Waktu pemasangan AKDR yang tepat adalah:

- (a) Setiap waktu dalam siklus haid, hari pertama sampai hari ketujuh siklus haid.
- (b) Segera setelah melahirkan, dalam 48 jam pertama atau setelah 4 minggu pascapersalinan. Setelah 6 bulan bila menggunakan kontrasepsi MAL.
- (c) Setelah mengalami abortus (segera atau dalam waktu 7 hari) bila tidak ditemukan gejala infeksi.
- (d) Selama 1-5 hari setelah senggama yang tidak dilindungi.

Efek samping AKDR yaitu:spooting (perdarahan diantara haid), haid semakin banyak, lama dan rasa sakit selama 3 bulan pertama pemakaian.

bagi klien:

1. Kembali memeriksakan diri setelah 4 sampai 6 minggu pemasangan AKDR.
2. Selama bulan pertama penggunaan AKDR, periksalah benang AKDR secara rutin, terutama setelah haid.
3. Setelah bulan pertama pemasangan, hanya perlu memeriksa keadaan benang setelah haid apabila mengalami:
 - a. Kram/kejang di perut bagian bawah.
 - b. Perdarahan/spooting diantara haid atau setelah senggama.

- c. Nyeri setelah senggama atau apabila pasangan mengalami tidak nyaman selama melakukan hubungan seksual.
 - d. Copper T-380A perlu dilepas setelah 10 tahun pemasangan, tetapi dapat dilakukan lebih awal apabila diinginkan.
4. Kembali ke klinik apabila:
- a. Tidak dapat meraba benang AKDR.
 - b. Merasa bagian yang keras dari AKDR.
 - c. AKDR terlepas.
 - d. Siklus terganggu.
 - e. Pengeluaran cairan abnormal dari vagina.
 - f. Adanya infeksi.
5. Kontrasepsi Sederhana
- a. Metode Kalender
- Metode kalender menggunakan prinsip pantang berkala yaitu tidak melakukan persetubuhan pada masa subur istri. Untuk menentukan masa subur istri digunakan tiga patokan yaitu:
- 1) Ovulasi terjadi 14 ± 2 hari sebelum haid yang akan datang.
Sperma dapat hidup dan membuahi selama 48 jam setelah ejakulasi.
 - 2) Ovum dapat hidup 24 jam setelah ovulasi.
Jadi apabila konsepsi ingin dicegah, koitus harus dihindari sekurang-kurangnya selama tiga hari (72 jam), yaitu 48 jam sebelum ovulasi dan 24 jam sesudah ovulasi
6. Metode Pantang Berkala
- Metode KB pantang berkala dapat diambil suatu rangkuman sebagai berikut:

1. Prinsipnya adalah tidak melakukan hubungan seksual pada masa subur. Patokan masa subur adalah sebagai berikut:

- a. Ovulasi terjadi 14 ± 2 hari sebelum haid yang akan datang.
- b. Sperma dapat hidup dan membuahi selama 48 jam setelah ejakulasi.
- c. Ovum dapat hidup selama 24 jam setelah ovulasi.

Jadi, koitus dihindari selama 72 jam, yaitu 48 jam sebelum ovulasi dan 24 jam setelah ovulasi.

Berikut adalah enam langkah menentukan masa aman dalam pantang berkala.

- 1) Tentukan siklus haid terpendek.
- 2) Tentukan siklus haid terpanjang.
- 3) Siklus haid terpendek dikurangi 18.
- 4) siklus haid terpanjang dikurangi 11.
- 5) Tentukan masa ovulasi = hasil langkah (3) sampai dengan hasil dari langkah
- 6) Tentukan masa aman mulai dari langkah hasil (3) dikurangi 1 sampai dengan hasil 4 ditambah 1.

7. Metode Suhu Basal

Menjelang ovulasi suhu basal tubuh akan turun dan kurang lebih 24 jam setelah ovulasi suhu basal akan naik lagi sampai lebih tinggi daripada suhu sebelum ovulasi. Fenomena ini dapat digunakan untuk menentukan waktu ovulasi. Suhu basal diukur waktu pagi segera setelah bangun tidur dan sebelum melakukan aktivitas.

Efek samping

Pantang yang terlampau lama dapat menimbulkan frustrasi. Hal ini dapat diatasi dengan pemakaian kondom atau tablet vagina saat hubungan seksual.

8. Daya guna

Daya guna teoretis adalah 15 kehamilan per 100 wanita per tahun, daya guna pemakaian ialah 20-30 kehamilan per 100 wanita per tahun. Daya guna dapat ditingkatkan dengan menggunakan pola cara rintangan, misalnya kondom atau obat spermatisida di samping pantang berkala.

9. Metode Lendir Serviks

Metode ovulasi didasarkan pada pengenalan terhadap perubahan lendir serviks selama siklus menstruasi yang menggambarkan masa subur dalam siklus dan waktu fertilitas maksimal dalam masa subur. Pada saat seorang wanita merasakan sensasi pada vulva dan keberadaan lendir sepanjang hari ketika ia melakukan aktivitas hariannya, catat hasil pengamatannya sebelum hari terakhir. Selama pencatatan siklus yang pertama tidak boleh melakukan hubungan seksual agar familiar terhadap sensasi dan adanya lendir.

Pasangan yang ingin menghindari kehamilan harus mengikuti beberapa atauran sebagai berikut:

Peraturan hari awal

- a. Hubungan seksual harus dihindari selama hari-hari perdarahan menstruasi yang berat. Lendir serviks tidak dapat terdeteksi karena ada perdarahan
- b. menstruasi. Hubungan seksual diperbolehkan setiap dua malam selama hasil pengamatan menunjukkan BIP. Sehari setelah melakukan hubungan seksual dipertimbangkan sebagai hari subur karena ada cairan semen yang dapat menghalangi pengamatan terhadap lendir.
- c. Apabila terdapat perubahan dari BIP, maka pasangan tidak boleh melakukan hubungan pada hari tersebut dan hari-hari berikutnya

selama masih terjadi perubahan dan tiga hari kemudian ketika BIP kembali.

- d. Biasanya perubahan dari BIP mengidentifikasikan dimulainya fase subur, semua perubahan ini berlanjut hingga hari puncak.
- e. Peraturan pada hari puncak yaitu hindari hubungan seksual sampai hari keempat setelah hari puncak diidentifikasi. Setelah fase ini sampai akhir siklus, pasangan dapat melakukan hubungan seksual setiap hari dan kapan saja.

1. Metode Simtomtermal

Masa subur dapat ditentukan dengan mengamati suhu tubuh dan lendir serviks.

- 1) Setelah darah haid berhenti, hubungan seksual dapat dilakukan pada malam hari pada hari kering dengan berselang sehari selama masa tak subur. Ini adalah aturan selang hari kering (aturan awal), atau sama dengan metode lendir serviks.
- 2) Masa subur mulai ketika ada perasaan basah atau munculnya lendir, ini adalah aturan awal. Aturan yang sama dengan metode lendir serviks, yaitu berpantang melakukan hubungan seksual sampai masa subur berakhir.
- 3) Pantang melakukan hubungan seksual sampai hari puncak dan aturan perubahan suhu telah terjadi.
- 4) Apabila aturan ini tidak mengidentifikasikan hari yang sama sebagai hari akhir masa subur, selalu ikuti aturan yang paling konservatif, yaitu aturan yang mengidentifikasi masa subur yang paling panjang.

2. Koitus Interuptus

- a) Cara kerja: alat kelamin pria (penis) dikeluarkan sebelum ejakulasi sehingga sperma tidak masuk ke dalam vagina dan kehamilan dapat dicegah.
- b) Keuntungan: menimbulkan efek jika digunakan dengan benar, tidak mengganggu produksi ASI, dapat digunakan sebagai pendukung metode KB lainnya, tidak ada efek samping, dapat digunakan setiap waktu, tidak membutuhkan biaya.
- c) Kerugian: efektivitas bergantung pada kesediaan pasangan untuk melakukan koitus terputus setiap melaksanakannya (Angka kegagalan 4-18 kehamilan per 100 perempuan per tahun), efektivitas akan jauh menurun apabila sperma dalam 24 jam sejak ejakulasi masih melekat pada penis, memutus kenikmatan dalam hubungan seksual.
- d) Kontraindikasi: pria dengan pengalaman ejakulasi dini, pria yang sulit melakukan senggama terputus, pria yang memiliki kelainan fisik atau psikologis, perempuan yang mempunyai pasangan yang sulit bekerja sama, pasangan yang kurang dapat saling berkomunikasi, pasangan yang tidak bersedia melakukan metode ini.
- e) Kondom
Suatu barang karet yang tipis, berwarna atau tidak berwarna dipakai untuk melingkupi batang penis atau zakar sewaktu melakukan hubungan seksual.
 - (1) Keuntungan: murah, mudah didapat, tidak perlu pengawasan, dan mengurangi kemungkinan penularan penyakit kelamin.
 - (2) Kerugian: kondom rusak/ robek/ bocor, iritasi lokal pada penis atau reaksi alergi, kurangnya kenikmatan hubungan seks

(3) Kontraindikasi: alergi terhadap kondom karet.

f) Spermisida

Spermisida adalah bahan kimia (biasanya nonoksinol) yang digunakan untuk menonaktifkan atau membunuh sperma.

(a) Cara kerja: menyebabkan sel membraan sperma terpecah, memperlambat pergerakan sperma, dan menurunkan kemampuan pembuahan sel telur.

(b) Keuntungan: efektif seketika (busa dan krim), tidak mengganggu produksi ASI, sebagai pendukung metode lain, tidak mengganggu kesehatan, tidak mempunyai pengaruh sistemik, mudah digunakan, meningkatkan lubrikasi selama hubungan seksual, tidak perlu resep dokter atau pemeriksaan kesehatan khusus.

(c) Kerugian: efektivitas kurang (3-21 kehamilan per 100 perempuan per tahun pertama), efektivitas sebagai kontrasepsi bergantung pada kepatuhan mengikuti cara penggunaan, ketergantungan pengguna dari motivasi yang berkelanjutan, yaitu dengan menggunakannya setiap melakukan hubungan seksual, pengguna harus menunggu 10-15 menit setelah dipasang sebelum melakukan hubungan seksual (tablet busa vagina, supositoria, dan film), efektivitas aplikasi hanya 1-2 jam (Setyaningrum, 2015).

g) Kontraasepsi MKJP (Metode Kontrasepsi Jangka Panjang).

1. Tubektomi (Metode Operasi Wanita-MOW)

Tubektomi pada wanita adalah setiap tindakan yang dilakukan pada kedua saluran telur wanita yang mengakibatkan orang yang bersangkutan tidak akan medapat keturunan lagi. Kontrasepsi ini

digunakan hanya untuk jangka panjang, walaupun kadang-kadang masih dapat dipulihkan kembali seperti semula.

- a. Cara kerja: mencegah bertemunya sel telur dengan sperma karena saluran sel telur (tuba fallopi) yang menuju Rahim diputus (tubektomi minilaparotomi) atau dijepit (laparoskopi).
- b. Efek samping: reaksi alergi anastesi, infeksi/abses pada luka, perforasi rahim, perlukaan kandung kencing, perlukaan usus, perdarahan mesosalping.

h) Vasektomi (Metode Operasi Pada Pria-MOP).

Suatu cara kontrasepsi permanen pada pria dilakukan dengan tindakan operasi kecil untuk mengikat, menjepit, memotong atau menutup saluran mani (laki-laki).

- a. Cara kerja: mencegah spermatozoa bertemu dengan sel telur karena saluran mani (Vas deferens) ditutup.
- b. Efek samping: reaksi alergi anastesi, perdarahan, hematoma, infeksi, granuloma sperma, gangguan psikis (dorongan seksual meningkat atau impotensi).



Gambar 2.9 Jenis Metode KB pasca Persalinan

Sumber : Pinem, 2011

2.10 Konsep Manajemen Kebidanan

2.10.1 Defini Manajemen Kebidanan

Manajemen kebidanan merupakan pendekatan yang di gunakan oleh bidan dalam menerapkan metode pemecahan masalah secara sistematis, mulai dari pengkajian, analisis data, diagnosa kebidanan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi (Mufdlilah, 2012)

2.10.2 Prinsip Manajemen Kebidanan

1. Secara sistematis dalam mengumpulkan dan memperbaharui data yang lengkap dan relevan dengan melakukan pengkajian yang komprehensif.
2. Mengidentifikasi masalah dan membuat diagnosa berdasarkan interpretasi data dasar.

3. Mengidentifikasi kebutuhan terhadap asuhan kebidanan dalam penyelesaian masalah dan merumuskan tujuan asuhan kebidanan bersama klien.
4. Melakukan informasi dan support terhadap klien agar klien dapat bertanggung jawab terhadap keputusan kesehatannya.
5. Membuat rencana asuhan yang komprehensif bersama klien .
6. Secara pribadi bertanggung jawab terhadap implementasi rencana asuhan .
7. Melakukan konsultasi, perencanaan dan melaksanakan manajemen dengan kolaborasi dan merujuk klien untuk mendapat asuhan selanjutnya.
8. Merencanakan manajemen terhadap komplikasi tertentu, dalam situasi darurat dan bila ada penyimpangan dari keadaan normal.
9. Melakukan evaluasi bersama klien terhadap pencapaian asuhan kebidanan dan merevisi rencana asuhan sesuai dengan kebutuhan.

2.10.3 Langkah- Lankah Manajemen Kebidanan

Langkah – langkah manajemen kebidanan meliputi :

1. Langkah 1 : pengumpulan data dasar

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

- a. Observasi, dilakukan dengan mengamati klien melalui indera seperti penglihatan, pendengaran, penciuman, dan indera peraba
- b. Wawancara, pembicaraan terarah terhadap data yang relevan

- c. Pemeriksaan, dilakukan dengan menggunakan instrumen atau alat pengukur

Secara garis besar data di bedakan menjadi data subjektif dan objektif. Data subyektif meliputi antara lain : biodata klien, keluhan klien, riwayat kesehatan sekarang dan kesehatan yang lalu, dan riwayat obstetri. Sedangkan data objektif meliputi antara lain : mengamati ekspresi dan perilaku klien, pemeriksaan fisik klien, baik inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi, serta menggunakan teknik pemeriksaan yang benar dan terarah sesuai dengan kebutuhan klien.

2. Langkah 2 : Interpretasi Data Dasar

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

Diagnosa merupakan masalah yang di tegakkan oleh bidan dalam lingkup praktik kebidana dan memenuhi standar nomenklatur diagnosa kebidanan.

Standar nomenklatur kebidanan adalah sebagai berikut :

- a) Diakui dan telah di sahkan oleh profesi
- b) Berhubung langsung dengan praktik kebidanan
- c) Memiliki ciri khas kebidanan
- d) Di dukung oleh clinical judgement dalam praktik kebidanan
- e) Dapat di selesaikan dengan pendekatan manajemen kebidanan.

3. Langkah 3 : mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial

Pada tahap ini bidan di tuntut untuk dapat mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial yang mungkin terjadi. Identifikasi dilakukan berdasarkan rangkain masakah atau diagnosa yang telah di dapat. Langkah ini membutuhkan antidipasi dan pencegahan serta pengamatan keadaan klien dan kesiapan apabila masalah potensial ini benar terjadi.

4. Langkah 4 : Mengidentifikasi dan menetapkan kebutuhan yang memerlukan penanganan segera

Beberapa data yang telah di dapat menunjukkan kondisi darurat yang memerlukan tindakan segera demi keselamatan. Identifikasi di lakukan untuk menentukan kebutuhan klien yang harus di dahulukan. Langkah ini mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidana.

5. Langka 5 : merencanakan asuhan yang konprehensif atau menyeluruh

Pada langkah ini membuat dan mendiskusikan tentang rencana asuhan menyeluruh yang akan di berikan. Langkah ini merupakan mengembangkan rencana yang sesuai dengan identifikasi kondisi klien, setiap masalah yang berkaitan, gambaran besar tentang apa yang terjadi berikutnya, konseling, dan rujukan. Setiap rencana harus di setujui oleh petugas kesehatan dan klien serta keluarga.

6. Langkah 6 : Evaluasi

Pada langkah ini di lakukan evaluasi atau penilaian terhadap keefektifan dari asuhan yang telah di berikan. Evaluasi yang telah di lakukan meliputi pemenuhan kebutuhan klien sesuai identifikasi masalah apakah telah terpenuhi. Rencana di anggap efektif dan pelaksanaan di anggap berhasil apabila kebutuhan klien telah terpenuhi (Mufdililah, 2012)

2.11 Konsep Dokumentasi Kebidanan

2.11.1 Definisi Dokumentasi Kebidanan

Dokumentasi asuhan kebidana merupakan pencatatan yang lengkap dan akurat terhadap keadaan atau kejadian yang di lihat dan di lakukan dalam pelaksanaan asuhan kebidanan(proses asuhan kebidanan) (Mufdlilah, 2012)

Pengkajian merupakan dasar utama dalam memberikan asuhan kebidanan sesuai dengan kebutuhan individu. Oleh kerana itu, pengkajian harus akurat, lengkap sesuai dengan kenyataan, kebenaran data sangat penting dalam merumuskan suatu diagnosa kebidana dan memberikan pelayanan kebidanan.

2.11.2 Fungsi dan Prinsip Dokumentasi Kebidanan

Penulisan dokumentasi kebidana mempunyai memiliki tujuan dan prinsip adapun tujuan penulisan dokumentasi kebidanan adalah sebagai berikut:

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

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

- a. Mencantumkan nama jelas pasien pada setiap lembaran
- b. Menulis dengan tinta hitam
- c. Menuliskan tanggal, jam, pemeriksaan, tindakan atau obsevasi yang telah di lakukan.
- d. Tuliskan nama jelas pada setiap pesanan, hasil obsevasi dan pemeriksaan oleh orang yang melakukan.
- e. Hasil temuan di gambarkan secara jelas
- f. Interpretasi data obyektif harus di dukung hasil pemeriksaan.

- g. Kolom tidak di biarkan kosong tetapi di huat tanda penutup
- h. Bila ada kesalahn menulis, tidak di perkenankan untuk menghapus
(ditutup atau di tipp' ex) (Mufdlilah, 2012)

2.11.3 Model Dokumentasi Asuhan Kebidanan

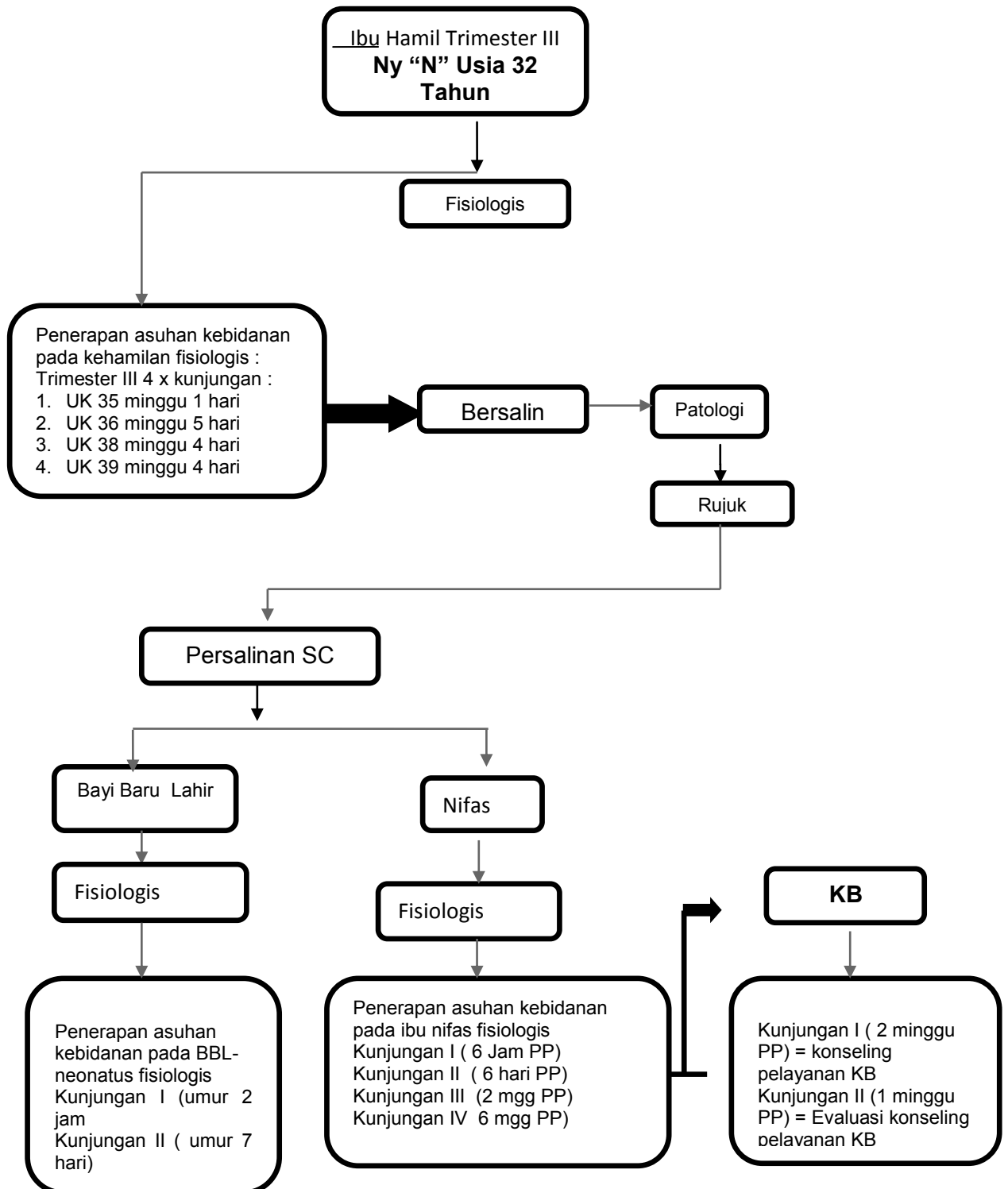
Model asuhan kebidana yang di gunakan adalah dalam bentuk catatan perkembangan, karena asuhan yang di berikan berkesinambungan dan menggunakan proses yang harus terus menerus. Dokumentasi asuhan kebidanan yang di gunakan adalah SOAP notes. SOAP notes meliputi :

1. S (subyektif), berisi tentang informasi yang subyektif (cacatan hasil anamnesa)
2. O (obyektif) berisi tentang informasi objektif (meliputi hasil observasi dan hasil pemeriksaan
3. A (analisa) catatan hasil analisa atau dignosa kebidanan. Diangnosa kebidana meliputi :
 - a) Diagnosa atau masalah.
 - b) Diagnosa atau masalah potensial dan antisipasinya
 - c) Perlunya tindakan segera
4. P (Pelaksanaa dan evaluasi) yaitu mencatatn tentang seluruh pelaksanaan (tindakan antispasi), tindakan segera, tindakan rutin, pemyuluhan, support, kolaborasi, rujukan dan evaluasi atau follow up
(Mufdlilah,2012)

BAB III

KERANGKA KONSEP ASUHAN KEBIDANAN

3.1 Kerangka Konsep



Gambar 3.1 Kerangka Konsep Asuhan Kebidanan

3.2 Penjelasan Kerangka Konsep

Berdasarkan gambar kerangka konsep asuhan kebidanan komperensif pada Ny " N" usia 32 tahun akan dilaksanakan asuhan kebidanan fisiologis yang komprehensif dengan melakukan asuhan kehamilan selama 4 kali kunjungan rumah, kunjungan pertama dilakukan pada usia kehamilan 35 minggu 5 hari , kunjungan ke dua pada usia kehamilan 38 minggu 4 hari, kunjungan ke tiga pada usia 39 minggu 4 hari, kunjungan ke empat pada usia kehamilan 38 minggu 4 hari dan satu kali. Asuhan persalinan di lakukan observasi selama 12 jam dan persalinan ibu mengalami fase laten memanjang (*Prolonged Latent Phase*) sehingga ibu harus di rujuk karena bisa terjadi gangguan pada sistem pernafasan bayi dan pada ibu dapat mengalami infeksi dan persalinan di akhiri dengan tindakan SC di rumah sakit . Asuhan masa nifas fisiologis dilakukan sebanyak 4 kali antara lain: kunjungan satu dilakukan 6 jam pertama setelah di SC, kunjungan ke dua 6 hari post partum , kunjungan ke tiga 2 minggu post partum , kunjungan ke empat 6 minggu post partum. kunjungan bayi baru lahir (BBL) di lakukan sebanyak 2 kali: kunjungan ke satu bayi umur 2 jam, kunjungan dua umur 7 hari, kunjungan ke tiga 8-28 hari, selanjutnya kunjungan KB dua kali yaitu: kunjungan satu 2 minggu post partum (Konseling pelayanan KB), kunjungan dua 1minggu post partum di lakukan KB kunjungan adalah bertujuan agar ibu menentukan KB yang akan di pilih ibu, setelah di lakukan penjelasan kepada ibu tentang KB, maka ibu memutuskan untuk memakai KB Kondom sebagai alat kontrasepsi ibu dan ibu tidak memiliki keluhan setelah penggunaan KB kondom selama 1 minggu.

BAB IV
ASUHAN KEBIDANAN

4.1 Asuhan Kebidanan Antenatal

4.1.1 Pengkajian Kehamilan I

Hari/Tanggal : 2 April 2019
Waktu Pengkajian : 16.30 WIB
Tempat Pengkajian : Rumah Pasien Ny. "N"
Oleh : Emilia Masi Lelaona

a. Data Subjektif

Identitas Ibu / Suami

Nama Ibu	: Ny "N"	Nama Suami	: Tn "R"
Umur	: 32 Thn	Umur	: 37 Thn
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: SMU	Pendidikan	: SMU
Pekerjaan	: IRT	pekerjaan	: Kulih Bangunan
Alamat	: Jl.Kendalsari GIII Dalam No 58A		

a. Keluhan Utama

Ibu mengatakan ini merupakan kehamilan yang pertama dengan usia kehamilan 8 bulan, dengan mengeluh Buang sering buang air kecil pada malam hari.

b. Riwayat kesehatan sekarang/lalu

Ibu mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit menurun seperti jantung, hipertensi, serta menurun, seperti kencing manis, asma, dan menular seperti HIV/AIDS baik sebelum dan selama kehamilan.

c. Riwayat Kesehatan Keluarga

Ibu mengatakan keluarganya tidak memiliki riwayat penyakit menahun seperti jantung, hipertensi, serta menurun, seperti kencing manis, asma, dan menular seperti HIV/AIDS.

d. Riwayat Haid

Menarche	: 13 Thn	Lama	: 7 hari
Siklus	: 28 hari	Keluhan	: tidak ada

e. Riwayat pernikahan

Menikah : Ya

Umur waktu menikah : 30 tahun

Pernikahan ke : 1 (pertama)

Lama Pernikahan : 2 Tahun

f. Riwayat kehamilan sekarang

Ibu mengatakan ini merupakan kehamilan pertama dengan usia kehamilan 8 bulan, ibu selalu rutin memeriksakan kehamilannya ke BPM Soemidyah Ipung Amd, Keb. HPHT 01 – 08- 2018 TP 08 -05- 2019 gerakan janin aktif, ibu dan bayi sehat.

g. Riwayat pemenuhan Kebutuhan Dasar

1. Pola Nutrisi

- a. Sebelum hamil : ibu mengatakan makan 3x sehari, dengan porsi satu piring nasi menunya nasi lauk, sayur, ibu tidak ada pantangan makan, minum 5 -6 gelas/hari.
- b. Selama hamil : ibu mengatakan tidak nafsu makan kurang makan 2x sehari dengan porsi kecil, nasi ½ piring, sayur ½ mangkuk, 1-2 potong lauk, kadang makan buah. Ibu mengatakan minum air putih 5- 6 gelas/hari

2. Eliminasi

- a. Sebelum hamil: ibu mengatakan BAK tidak ada masalah, BAK 5 – 6x/ hari dengan konsistensi warna kuning jernih, bau khas air seni. BAB 1x/ hari dengan konsistensi padat, warna kuning, bau khas tinja.
- b. Selama hamil: ibu mengatakan BAK tidak ada keluhan, BAK 5 – 7x/ hari dengan konsistensi warna kuning jernih, bau khas air seni. BAB 1x/ hari dengan konsistensi padat, warna kuning, bau khas tinja.

3. Aktivitas

- a. Sebelum hamil: ibu mengerjakan kegiatan sehari-hari seperti menyapu, mengepel dan mencuci dan memasak .
- b. Selama hamil: ibu mengerjakan kegiatan sehari-hari seperti menyapu, mengepel, dan mencuci dan memasak kadang dibantu oleh ibu dan keluarga.

4. Kebersihan/personal hygiene

- a. Sebelum hamil : ibu mengatakan mandi 2x/ hari, gosok gigi 2x/hari, ganti pakaian 2x/hari, ganti celana dalam 2x/hari, ibu mengerti cara cebok yang benar yaitu dari arah depan ke belakang.
- b. Selama hamil : ibu mengatakan mandi 2x/hari, gosok gigi 2x/hari, ganti pakaian 2x/hari, ganti celana dalam 2x/hari.

5. Istirahat

- a. Sebelum hamil : tidur siang \pm 2 jam (12.30 – 14.30), tidur malam \pm 6 jam (22.00 – 05.00)
- b. Selama hamil : tidur siang \pm 2 jam tetapi sering terbangun (12.30 – 14.30), tidur malam \pm 4 jam (22.00 – 05.00) karna susah tidur.

6. Kebiasaan

- a. Sebelum hamil : ibu mengatakan tidak punya kebiasaan merokok dan minum jamu-jamuan.
- b. Selama hamil : ibu mengatakan tidak punya kebiasaan merokok dan minum jamu-jamuan.

7. Riwayat Psikososial dan Spiritual

- a. ibu mengatakan senang dengan kehamilannya ini.
- b. Sosial : ibu mengatakan hubungan ibu dengan suami dan keluarganya baik, terbukti pada saat periksa ke Bidan ibu diantar oleh suaminya.
- c. Spiritual :ibu mengatakan taat beribadah dan berdo'a agar kehamilan ini berjalan lancar dan normal.

2. Data Objektif

A. Pemeriksaan Fisik Umum

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

TTV (Tanda – Tanda Vital)

TD : 100/90 mmHg Suhu : 36,5⁰C

Nadi : 80x/mnt RR :20x/mnt

BB Sebelum Hamil : 42 kg BB Sekarang : 58 kg

Lila : 25,2 cm

TB : 152 cm

HPHT : 1 - 08- 2018

TP : 08 - 05 – 2019

Pemeriksaan Fisik

Muka : Tidak oedema, tidak pucat.

Mata : Konjungtiva merah muda, sclera putih

Hidung : Tidak ada pengeluaran cairan abnormal, tidak ada polip dan tidak ada nyeri tekan.

Mulut : Bersih , tidak ada karies gigi, mukosa bibir lembab, mulut tidak Berbau.

Telinga : Tidak ada pengeluaran cairan abnormal, pendengaran normal.

Leher : Tidak terdapat bendungan vena jugularis, tidak terdapat, pembengkakan kelenjar tyroid.

Dada : Simetris, tidak ada retraksi dinding dada, tidak ada bunyi abnormal seperti ronki dan wheezing, payudara Simetris, tidak ada benjolan , ASI belum keluar, Puting menonjol, tidak ada nyeri tekan

Abdomen : Tidak ada bekas operasi, terdapat linea nigra

- a. Leopold 1 : TFU 25cm (setinggi pusat) Pada bagian atas Fundus teraba bagian bulat lunak dan tidak melenting (Bokong)
- b. Leopold 2 : Pada bagian kiri perut ibu teraba tahanan keras memanjang (Punggung) dan pada bagian kanan perut ibu teraba bagian kecil janin (Ekstermitas Janin)
- c. Leopold 3 : Presentase Kepala (Kepala belum masuk PAP)
- d. Leopold 4 : Tidak dilakukan (Kepala Belum Masuk PAP)
- e. Auskultasi : DJJ (+) 140x/menit (Terdengar jelas), TBJ : $(25 - 13) \times 155 = 1,860$ gram.

Genetalia : Keadaan bersih, tidak ada lesi maupun varises.

Ekstremitas : Atas / bawah : Turgor Kulit baik, tidak oedema, tidak varises
 Hasil KSPR 2 ibu bisa di tolong oleh bidan dan bisa melahirkan secara pervaginam karena ada beberapa faktor yang mendukung : usia ibu belum

lebih dari 35 tahun, tinggi badan ibu cukup dan tidak ada riwayat penyakit yang mungkin membahayakan ibu dalam proses persalinan (terlampir).

B. Analisa

Ny."N" Usia 32 Tahun G₁ P₀₀₀₀ Ab₀₀₀ UK 35 minggu 1 hari T/H/I Letkep dengan kehamilan fisiologis.

C. Penatalaksanaan

- a. Memberitahukan pada ibu hasil pemeriksaan yang telah dilakukan bahwa kondisi ibu dan bayinya dalam keadaan sehat dan memberi tahu rencana asuhan selanjutnya, ibu mengerti.
- b. Menganjurkan ibu untuk jalan-jalan di pagi hari agar mempercepat penurunan kepala, ibu memahami dan mau melakukan.
- c. Menganjurkan ibu untuk mengurangi asupan cairan pada malam hari agar tidak mengganggu waktu istirahat, tetapi tidak untuk pagi dan siang hari, ibu mengerti.
- d. Menganjurkan kepada ibu untuk makan makanan yang bergizi seperti, sayuran berkuah, ikan, daging dan sering mengkonsumsi buah- buahan yang di sukai.
- e. Memberi tahu kepada ibu tentang tanda – tanda bahaya pada kehamilan yaitu perdarahan pervaginam, bengkak pada kaki dan wajah, demam tinggi, tekanan darah tinggi, penglihatan kabur.
- f. Menyepakati kunjungan ulang pada tanggal 11 April 2019 atau sewaktu-waktu bila ada keluhan ibu segera ke tenaga kesehatan.

4.1.2 Pengkajian Kehamilan II

Hari/Tanggal : 11 April 2019

Waktu Pengkajian : 08.00 WIB

Tempat Pengkajian : Rumah Pasien Ny. "N"

Oleh : Emilia Masi Lelaona

1. Data Subjektif

Keluhan Utama

Ibu mengatakan ini merupakan kehamilan yang pertama dengan usia kehamilan 8 bulan, dan tidak ada keluhan yang di rasakan oleh ibu.

2. Data Objektif

a. Pemeriksaan Fisik Umum

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

TTV (Tanda – Tanda Vital)

TD : 100/80 mmHg Suhu : 36,5⁰C

Nadi : 80x/mnt RR : 20x/mnt

BB Sebelum Hamil : 42 kg BB Sekarang : 58 kg

Lila : 25,2 cm

TB : 152 cm

HPHT : 1 - 08- 2018

TP : 08 - 05 – 2019

b. Pemeriksaan Fisik

Muka : Tidak oedema, tidak pucat.

Mata : Konjungtiva merah muda, sclera putih

Hidung : Tidak ada pengeluaran cairan abnormal, tidak ada polip dan tidak ada nyeri tekan.

Mulut : Bersih , tidak ada karies gigi, mukosa bibir lembab, mulut tidak Berbau.

Telinga : Tidak ada pengeluaran cairan abnormal, pendengaran normal.

Leher : Tidak terdapat bendungan vena jugularis, tidak terdapat, pembengkakan kelenjar tyroid.

Dada : Simetris, tidak ada retraksi dinding dada, tidak ada bunyi abnormal seperti ronki dan wheezing, payudara Simetris, tidak ada benjolan, pengeluaran ASI -/-, Puting menonjol, tidak ada nyeri tekan

Abdomen : Tidak ada bekas operasi, terdapat linea nigra)

- a. Leopold 1 : TFU 26 (setinggi pusat)Pada bagian atas Fundus teraba bagian bulat lunak dan tidak melenting (Bokong)
- b. Leopold 2 : Pada bagian kiri perut ibu teraba tahanan keras memanjang (Punggung) dan pada bagian kanan perut ibu teraba bagian kecil janin (Ekstermitas Janin)
- c. Leopold 3 : Presentase Kepala (Kepala belum masuk PAP)
- d. Leopold 4 : Tidak dilakukan (Karna Kepala Belum Masuk PAP)

Auskultasi : DJJ (+) 142x/menit (Terdengar jelas), TBJ : (26 -13)x155 =2,015 gram.

Genetalia : Keadaan bersih, tidak ada lesi maupun varises.

Ekstremitas : Atas / bawah : Turgor Kulit baik, tidak oedema, tidak varises,

c. Analisa

Ny."N" Usia 32 Tahun G₁ P₀₀₀₀ Ab₀₀₀ UK 36 minggu 5 hari T/H/I Letkep dengan kehamilan fisiologis.

d. **Penatalaksanaan**

- a. Memberitahukan pada ibu tentang hasil pemeriksaan yang telah dilakukan bahwa kondisi ibu dan bayinya dalam keadaan sehat dan memberi tahu rencana asuhan selanjutnya, ibu mengerti.
- b. Mengingatkan pada ibu jalan-jalan pagi hari tujuan mempercepat penurunan kepala, ibu memahami dan mau melakukan.
- c. Memberitahukan pada ibu untuk mengurangi minum air putih yang terlalu banyak pada malam hari agar tidak mengganggu waktu istirahat pada malam hari. Ibu mengerti dan melakukan
- d. Menjelaskan dan menganjurkan pada ibu tentang makan makanan yang lebih bergizi agar bayi sehat dan ibu sehat makanan sehat tersebut seperti, sayuran berkuah, ikan, daging dan sering mengkonsumsi buah-buahan yang di sukai dan tidak
- e. Mengingatkan pada ibu untuk mengurangi pekerjaan rumah yang terlalu banyak seperti mencuci pakaian yang terlalu banyak sehingga tidak terlalu kecapaian.
- f. Menjelaskan pada ibu tentang tanda – tanda persalinan kepada ibu seperti mules –mules yang semakin sering, keluar lendir bercampur darah jika ibu sudah merasakan ada tanda seperti segera ke tenaga kesehatan.
- g. Menyepakati kunjungan ulang pada tanggal 25 April 2019 atau sewaktu-waktu bila ada keluhan ibu segera ke tenaga kesehatan.

4.1.3 Pengkajian Kehamilan III

Hari/Tanggal : 25 April 2019
 Waktu Pengkajian : 16.30 WIB
 Tempat Pengkajian : Rumah Pasien Ny. "N"
 Oleh : Emilia Masi Lelaona

1. Data Subjektif

Keluhan Utama

Ibu mengatakan ini merupakan kehamilan yang pertama dan ibu merasakan keluhan kakinya bengkak.

2. Data Objektif

a. Pemeriksaan Fisik Umum

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

TTV (Tanda – Tanda Vital)

TD : 100 /90 mmHg Suhu :36,5⁰C

Nadi : 80x/mnt RR :20x/mnt

BB Sebelum Hamil : 42 kg BB Sekarang Hamil : 60 kg

Lila : 25,2 cm

TB : 152 cm

HPHT : 1 - 08- 2018

TP : 08 - 05 – 2019

Pemeriksaan Fisik

Muka : Tidak oedema, tidak pucat.

Mata : Konjungtiva merah muda, sclera putih

Hidung : Tidak ada pengeluaran cairan abnormal, tidak ada polip dan tidak ada nyeri tekan.

Mulut : Bersih , tidak ada karies gigi, mukosa bibir lembab, mulut tidak berbau.

Telinga : Tidak ada pengeluaran cairan abnormal, pendengaran normal.

Leher :Tidak terdapat bendungan vena jugularis, tidak terdapat, pembengkakan kelenjar tyroid.

Dada : Simetris, tidak ada retraksi dinding dada, tidak ada bunyi abnormal seperti ronki dan wheezing, Simetris, tidak ada benjolan -/-, pengeluaran ASI -/-, Puting menonjol, tidak ada nyeri tekan

Abdomen : Tidak ada bekas operasi, terdapat linea nigra)

- 1) Leopold 1 : TFU 28 cm (3 jari si atas pusat) Pada bagian atas Fundus teraba bagian bulat lunak dan tidak melenting (Bokong)
- 2) Leopold 2 : Pada bagian kiri perut ibu teraba tahanan keras memanjang (Punggung) dan pada bagian kanan perut ibu teraba bagian kecil janin (Ekstermitas Janin)
- 3) Leopold 3 : Presentase Kepala (Kepala masuk PAP)
- 4) Leopold 4 : kepala sudah masuk PAP
- 5) Auskultasi : DJJ (+) 142x/menit (Terdengar jelas),TBJ : $(26 -12) = 16$
 $\times 155 = 2,480$ gram.
- 6) Genetalia : Keadaan bersih, tidak ada lesi maupun varises.

b. Analisa

Ny."N" Usia 32 Tahun G₁ P₀₀₀₀ Ab₀₀₀₀ UK 38 minggu 4 hari T/H/I Letkep dengan kehamilan fisiologis.

c. Penatalaksanaan

- a. Memberitahukan pada ibu tentang hasil pemeriksaan yang telah dilakukan bahwa kondisi ibu dan bayinya dalam keadaan sehat
- b. Mengingatkan kepada ibu untuk istirahat yang lebih banyak lagi dan pekerjaan yang berat untuk saat ini di hindari dulu , ibu mengerti.
- c. Menjelaskan pada ibu tentang tanda – tanda persalinan kepada ibu seperti mules –mules yang semakin sering, keluar lendir bercampur darah jika ibu sudah merasakan ada tanda seperti segera ke tenaga kesehatan.

- d. Mengingatkan pada ibu untuk minum air putih yang banyak dan duduk di kursi kakinya jangan di gantung begitu sajah harus di ganjal, sehabis jalan- jalan kakinya tidak boleh di lipat, karena darah yang jalan ke seluruh tubuh itu tidak teredar dengan baik ke tubuh kita terlalu lama (ibu melakukan dan mengerti)
- e. Menepakati kunjungan ulang pada tanggal 2 Mei 2019 atau sewaktu-waktu bila ada keluhan ibu segera ke tenaga kesehatan.

4.1.4 Pengkajian Kehamilan IV

Hari/Tanggal : 2 Mei 2019
 Waktu Pengkajian : 16.25 WIB
 Tempat Pengkajian : Rumah Pasien Ny. "N"
 Oleh : Emilia Masi Lelaona

1. Data Subjektif

Keluhan Utama

Ibu mengatakan ini merupakan kehamilan yang pertama dan ibu merasakan keluhan kakinya bengkak dan merasa tidak nyaman pada perut bagian bawah.

2. Data Objektif

a. Pemeriksaan Fisik Umum

Keadaan umum : Baik
 Kesadaran : Composmentis

TTV (Tanda – Tanda Vital)

TD	: 100 /80 mmHg	Suhu	: 36,5 ⁰ C
Nadi	: 80x/mnt	RR	: 20x/mnt
BB Sebelum Hamil	: 42 kg	BB Sekarang	: 60 kg
Lila	: 25,2 cm		
TB	: 152 cm		

HPHT : 1 - 08- 2018

TP : 08 - 05 – 2019

Pemeriksaan Fisik

Muka : Tidak oedema, tidak pucat.

Mata : Konjungtiva merah muda, sclera putih

Hidung : Tidak ada pengeluaran cairan abnormal, tidak ada polip dan tidak ada nyeri tekan.

Mulut : Bersih , tidak ada karies gigi, mukosa bibir lembab, mulut tidak Berbau

Telinga : Tidak ada pengeluaran cairan abnormal, pendengaran normal.

Leher : Tidak terdapat bendungan vena jugularis, tidak terdapat, pembengkakan kelenjar tyroid.

Dada : Simetris, tidak ada retraksi dinding dada, tidak ada bunyi abnormal seperti ronki dan wheezing, Simetris, tidak ada benjolan -/-, pengeluaran ASI -/-, Puting menonjol, tidak ada nyeri tekan

Abdomen : Tidak ada bekas operasi, terdapat linea nigra)

- a. Leopold 1 : TFU 31 cm ($\frac{1}{2}$ pusat -PX) Pada bagian atas Fundus teraba bagian bulat lunak dan tidak melenting (Bokong)
- b. Leopold 2 : Pada bagian kiri perut ibu teraba tahanan keras memanjang (Punggung) dan pada bagian kanan perut ibu teraba bagian kecil janin (Ekstermitas Janin)
- c. Leopold 3 : Presentase Kepala (Kepala masuk PAP)
- d. Leopold 4 : kepala sudah masuk PAP

Auskultasi : DJJ (+) 142x/menit (Terdengar jelas),TBJ : $(31 -12)= 20$
 $\times 155 = 2,945$ gram.

Genetalia : Keadaan bersih, tidak ada lesi maupun varises.

f. Analisa

Ny."N" Usia 32 Tahun G₁ P₀₀₀₀ Ab₀₀₀ UK 39 minggu 4 hari T/H/I Letkep dengan kehamilan fisiologis.

g. Penatalaksanaan

- a. Memberitahukan pada ibu tentang hasil pemeriksaan yang telah dilakukan bahwa kondisi ibu dan bayinya dalam keadaan sehat
- b. Mengingatkan kepada ibu untuk istirahat yang lebih banyak lagi dan pekerjaan yang berat untuk saat ini di hindari dulu , ibu mengerti.
- c. Menjelaskan pada ibu tentang tanda – tanda persalinan kepada ibu seperti mules –mules yang semakin sering, keluar lendir bercampur darah jika ibu sudah merasakan ada tanda seperti segera ke tenaga kesehatan.
- d. Menjelaskan kepada ibu tentang tidak nyaman pada perut bagian bawah itu di mana bayi sudah masuk ke pintu panggung dan mencari posisi yang pas untuk kepala bayi tersebut (ibu mengerti)
- e. Mengingatkan kembali pada ibu jika ibu sudah merasa tanda- tanda persalinan seperti Pecah ketuban, keluar lendir bercampur darah, kontraksinya semakin semakin sering segera ke tenaga kesehatan.

4.2 Laporan Pelaksanaan Asuhan Persalinan

Hari/ tanggal. : 22 Mei 2018
 Waktu : 05.00 WIB
 Tempat : BPM SOEMIDYAH IPUNG
 Oleh : Emilia Masi Lelaona

4.2.1 KALA I

1. Subjektif

Ibu mengatakan merasa kenceng-kenceng dan mengeluarkan lendir bercampur darah serta air ketuban dari jalan lahir sejak jam 04.00 WIB.

2. Objektif

Pemeriksaan umum

K/u : Baik
 Kesadaran : Composmentis
 TD : 110/80 mmHg

Pemeriksaan fisik

Muka : Pucat (+), oedema (-)
 Mata : Konjungtiva merah muda, sclera putih.
 Abdomen : TFU 31 cm)(1/2 Pusat – Processus xifoideus) teraba bokong, puki, letak kepala, sudah masuk PAP, teraba 4/5 bagian kepala, DJJ : 140 x/menit, His 2.10' 20"
 TBJ: (31-11) x 155 =3.100 gram.
 Genetalia : Ada pengeluaran cairan, lendir darah dan ketuban VT tanggal 22 Mei jam 06.00 WIB Ø 1 cm eff 25%, ketuban (-),Hodge 1,molase 0

Ekstremitas atas dan bawah : Tidak oedema, tidak ada varises

3. Analisa

Ny" N" Usian 32 Tahun G₁P₀₀₀₀Ab₀₀₀ UK 42 minggu 4 hari T/H Letkep dengan inpartu kala I fase laten Dan KPD.

4. Penatalaksanaan

- 1) Jam 06.35 WIB Menginformasikan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga, ibu dan keluarga memahami bahwa ibu dan bayi dalam keadaan baik, dan saat ini ibu sudah memasuki fase persalinan.
- 2) Jam 06.40 WIB Memberitahukan kepada ibu dan keluarga untuk segera mempersiapkan keperluan persalinan ibu dan perlengkapan bayi, ibu dan keluarga sudah mempersiapkan keperluan ibu dan bayi yang akan di pakai.
- 3) Jam 06.45 WIB Memberitahu ibu tidak boleh berjalan-jalan di karenakan air ketuban ibu sudah pecah agar air ketuban tidak cepat keluar dan, ibu bersedia untuk berbaring dan tidak berjalan-jalan sehingga air ketuban tidak habis dan membahayakan ibu dan bayi.
- 4) Jam 06.50 Menganjurkan ibu untuk makan dan minum, agar ibu mempunyai tenaga untuk mengedan pada saat proses persalinan, ibu bersedia untuk makan dan minum, ibu minum 2 gelas air dan roti.
- 5) Jam 06.55 WIB Menganjurkan ibu untuk tidur miring kiri agar mempercepat pembukaan dan tidak menekan vena cava inferior, ibu bersedia untuk miring kiri.
- 6) Jam 06.55 WIB Menganjurkan ibu untuk menarik nafas dan hembuskan melalui mulut jika kontraksi untuk mengurangi rasa sakit, ibu menarik nafas panjang dan menghembuskan setiap ada kontraksi.
- 7) Jam 07.00 WIB Melakukan observasi : DJJ, His dan TTV, di dapatkan hasilnya His yang tidak adekua

CATATAN PERKEMBANGAN

Tanggal : 22 Mei 2018

Jam : 11.00 WIB

1. Subjektif

Ibu mengatakan kenceng – kencengnya sering saja dan tidak lama

2. Objektif

TTV :

TD : 110/80 mmHg

S : 37.5°C

Abdomen : Puki, Djj 141x/menit

Genetalia : VT tanggal 22 Mei jam 11.00 WIB Ø 1 cm (tebal), eff 25
%, ketuban (-),Hodge 1, molase 0, His : 2 x10”20”

Ekstremitas : Tidak oedema, tidak ada varises

3. Analisa

Ny "N" Usia 32 Tahun GIP0000Ab000 UK 42 minggu 4 hari T/H/I
Letkep dengan Fase Laten Memanjang Dan KPD.

4. Penatalaksanaan

- 1) Jam 11.00 WIB Menginformasikan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga, ibu dan keluarga memahami bahwa ibu dan bayi dalam keadaan baik, dan saat ini ibu, masih berada di fase laten
- 2) Jam 11.10 WIB Memberitahu ibu bahwa pembukaan tetap 1 cm, ibu mengetahui bahwa pembukaan sudah 1 cm .
- 3) Jam 11.10 WIB Menganjurkan ibu untuk makan dan minum, agar ibu mempunyai tenaga untuk mengedan pada saat proses persalinan, ibu hanya mau minum air putih dan tidak mau makan karena his yang sudah semakin sering dan semakin sakit.

- 4) Jam 11.10 WIB Menganjurkan ibu untuk tidur miring kiri agar mempercepat pembukaan atau lengkap, ibu mengerti dan bersedia untuk berbaring ke arah kiri.
- 5) Jam 11.10 WIB Menganjurkan ibu untuk menarik nafas dan hembuskan melalui mulut jika kontraksi untuk mengurangi rasa sakit, ibu menarik nafas panjang setiap ada kontraksi.
- 6) Jam 11.10 WIB Memberitahukan pada ibu kalau pembukaannya masih tetap ibu bisa lakukan sujud miring kiri tujuan mempercepat penurunan kepala
- 7) Jam 11.15 WIB Melakukan observasi : DJJ 30 menit , His dan TTV setiap 4 jam, suhu setiap 2 jam, hasil dalam batas normal.

CATATAN PERKEMBANGAN

Tanggal : 22 April 2019

Jam : 15.00 WIB

1. Subjektif

Ibu mengatakan kontraksinya sudah tidak sering lagi.

2. Objektif

TTV

TD : 110/70 mmHg

S : 36,7°C

Abdomen : Puki (Punggung Kiri), DJJ 136x/menit

Genetalia : VT tanggal 22 Mei 2019 jam 15.00 WIB Ø 1 cm, , eff 25
%, ketuban (-),Hodge 1, molase 0 , His : 2 x 10" 20"

Ekstremitas : Tidak oedema, tidak ada varises

3. Analisa

Ny "N" Usia 32 Tahun GIP1001Ab000 UK 42 minggu 4 hari T/H
Letkep dengan Fase laten Memanjang Dan KPD .

4. Penatalaksanaan

- 1) Jam 15.10 WIB Menginformasikan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga, ibu dan keluarga memahami bahwa ibu masih pembukaan 1 (Ibu Mengerti)
- 2) Jam 15.15 WIB Menjelaskan pada ibu bahwa pembukaan ibu tidak ada peningkatan, dan ketuban sudah pecah lebih dari jam 12 jam ini harus di rujuk di karena bisa terjadi gangguan pada sistem pernafasan bayi dan ibu dapat mengalami panas tinggi kerena infeksi . (Ibu Mengerti)
- 3) Jam 15.20 WIB Menjelaskan pada ibu bahwa tindakan yang akan di lakukan adalah merujuk ibu ke RS untuk dilakukan SC, ibu dan keluarga memahami bahwa rujukan di lakukan agar ibu cepat mendapat tindakan sehingga ibu dan bayi dapat terselamatkan.
- 4) Jam 15.20 WIB Memberikan ibu amoxilin 1 butir sebagai antibiotic yang di sebabkan karena cairan ketuban yang sudah pecah lebih dari 12 jam, ibu mengerti atas penjelasan dan meminum terapi amoxxinlin dari bidan.

4.2.2 PRE SC

Tanggal : 22 Mei 2019

Jam : 15.25 WIB

1. Data subyektif

Ibu mengatakan kontraksinya sudah jarang di rasakan dan muncul juga tapi tidak begitu lama

2. Data Obyektif

TTV

TD : 110/70 MmHg

S : 36,5⁰C

Abdomen : Puki (Punggung Kiri), DJJ 141x/menit

Genetalia : VT tanggal 22 Mei 2019 jam 15.25 WIB Ø 1 cm, eff 25 %,
ketuban (-),Hodge 1, molase 0.

Ekstremitas : Tidak oedema, tidak ada varises

3. Analisa

Ny "N" Usia 32 Tahun GIP0000Ab000 UK 42 minggu 4 hari T/H Letkep dengan Fase laten Memanjang Dan KPD.

4. Penatalaksanaan

- 1) Jam 15.30 WIB Merujuk ibu ke RS permata bunda pada pukul 16.40 WIB sambil terus mengobservasi ibu.
- 2) Jam 16. 40 WIB ibu tiba di RS, kemudian masuk ruang VK untuk di lakukan perawatan pre SC.Jam 16.45 WIB Ibu di pasang infus RL, ibu memahami dan bersedia untuk di infus.
- 3) Jam 17.00 WIB dilakukan pemasangan kateter untuk mempermudah ibu untuk BAK setelah SC, karena pre SC ibu tidak di perbolehkan untuk bergerak dulu karena masih dalam pengaruh obat bius dan menjaga luka jahitan, ibu memahami dan menyetujui di pasangkan kateter.
- 4) Jam 17.30 WIB Ibu di seka menggunakan larutan steril sebelum memasuki ruangan operasi untk di SC, ibu bersedia untuk di seka.
- 5) Jam 18.05 WIB Ibu memasuki ruangan operasi untuk di lakukan tindakan SC.

- 6) Jam 19.05 WIB Bayi lahir dengan keadaan tidak menangis dan di berikan bantuan dengan cara di resusitasi, memberikan oksigen .

4.2.3 POST SC 2 jam

Tanggal : 22 Mei 2019

Jam : 05.00 WIB

1. Data Subyektif

Ibu mengatakan perutnya masih terasa nyeri karena luka bekas jahitan operasi.

2. Data Obyektif

K/U : Baik

Kesadaran : Composmentis

TD : 110/70 mmHg

Suhu : 36,5°C

Pemeriksaan Fisik

Muka : pucat (-), odema (-)

Mata : conjungtiva merah muda, sklera putih

Mulut : mukosa bibir kering, tidak ada karies gigi.

Leher : tidak ada benjolan abnormal

Payudara : Bersih, tidak ada benjolan abnormal, puting susu menonjol, ada hyperpigmentasi pada areola, colostrum (+),

Abdomen : Terlihat luka bekas SC yang berbalut dengan kassa dan perban, Kontraksi uterus baik, kandung kemih kosong.

Genetalia : Terlihat keluar lochea rubra 1 softex tidak penuh, sedikit odema pada area vagina, terlihat ada kateter terpasang, perdarahan 20cc.

Ekstremitas : tidak odema, terlihat terpasang infus RL Pada

Ekstermitas kiri dalam 20 tetesan/ menit

Ekstremitas : tidak odema, tidak ada varises

Anus : Tidak ada hemoroid

3. Analisa

Ny”N” Usia 32 Tahun P₁₀₀₁Ab₀₀₀ dengan 2 jam post SC dengan indikasi Fase Laten Memanjang Dan KPD

4. Penatalaksanaan

1. Jam 20.10 WIB Menjalin hubungan yang baik dengan ibu dan keluarga, agar dapat dengan mudah memberitahu kondisi ibu saat ini.
2. Jam 20.10 WIB Menjelaskan pada ibu bahwa ibu telah menjalani operasi dan saat ini ibu dalam kondisi stabil, kemudian memberitahu bahwa anaknya selamat dan dalam kondisi normal, ibu sudah memahami bahwa keadaan ibu dan bayi dalam keadaan baik-baik saja.
3. Jam 20.10 WIB Menganjurkan ibu untuk makan bubur yang sudah di haluskan apabila sudah buang angin atau minum sedikit-sedikit, ibu memahami dan minum air sedikit-sedikit.
4. Jam 20.20 WIB KIE ibu untuk mobilisasi dini i miring kiri atau kanan dulu setelah itu belajar duduk, ibu mengerti dan akan melakukannya
5. Jam 20.20 WIB KIE pada ibu tanda bahaya pada luka operasi seperti keluar darah dari luka jahitan, ibu mengerti
6. Jam 20.30 WIB KIE ASI eksklusif pada ibu yaitu menyusui bayi selama 6 bulan full tanpa M-PASI, Ibu mengerti dan akan menyusui bayi nya selama 6 bulan penuh tanpa susu formula.
7. Jam 21.00 WIB Injeksi yang di berikan pada ibu sesuai dengan advice dokter SpOG :

Ranitidine 2x 1 ampul IV pada jam 17.00 WIB

Ketorolax 3x 1 ampul IV pada jam 17.00 WIB

8. Jam 21.00 WIB KIE tentang tanda bahaya masa nifas pada ibu, seperti demam tinggi, pusing, mengeluarkan darah yang banyak dari jalan lahir, bengkak daerah wajah maupun ekstremitas, ibu mengerti dan akan memperhatikan setiap keluhan yang di alami ibu pada saat nifas yang membahayakan bagi ibu.
9. Jam 21.00 WIB Memberitahu pada ibu tentang teknik relaksasi, menarik nafas panjang jika terasa nyeri, ibu memahami dan menarik nafas lalu menghembuskan pelan-pelan jika luka jahitan terasa nyeri.

4.3 Laporan Pelaksanaan Asuhan Nifas

4.3.1 Kunjungan PNC I

Hari/ tanggal pengkajian : Rabu, 22- 05-2019

Waktu : 04.00 WIB

Tempat : Di RS Mutiara Bunda

Oleh : Emilia Masi Lelaona

1. Data Subjektif

Ibu telah melahirkan anak pertama secara SC dengan BB 3380 gr dan PB 48 cm, Jenis kelamin laki- laki, Saat ini ibu mengeluh nyeri pada luka jahitan dan merasa mules pada perutnya. Ibu sudah bisa miring kiri/kanan dan bisa duduk.

2. Data Objektif

Pemeriksaan umum

K/u : Baik

Kesadaran : Composmentis

TD : 120/70 mmHg

Pemeriksaan fisik

Muka : Tidak pucat, tidak odema

Mata : Konjungtiva merah muda, sclera putih.

Leher : Tidak ada bendungan Vena jugularis, tidak ada pembengkakan kelenjar tyroid.

Payudara : tidak ada benjolan abnormal, puting menonjol ASI (+/+)

Abdomen : Ada Luka bekas operasi terbungkus kassa steril, ada linea nigra, kontraksi uterus baik, TFU : 2 jari dibawah pusat.

Genetalia : Pengeluaran lochea rubra, terpasang kateter dengan urine 20cc.

Ekstremitas : Tidak ada odema, tidak ada varises, terpasang infus RL 20 tpm, di tangan sebelah kiri.

10. Analisa

Ny"N" Usia 32 Tahun P₁₀₀₁Ab₀₀₀ dengan 6 jam post SC

11. Penatalaksanaan

- 1) Jam 04.00 WIB Memberitahukan hasil pemeriksaan bahwa ibu dalam keadaan baik, ibu memahami bahwa ibu dalam keadaan baik saat ini.
- 2) Jam 04.00 WIB Menganjurkan ibu untuk cukup istirahat, jika bayi tidur di harapkan ibu bisa istirahat yaitu dengan cara tidur bersama bayi ibu, ibu memahami dan akan istirahat jika bayi tertidur.
- 3) Jam 04.00 WIB Memberitahukan pada ibu bahwa luka jahitan terasa nyeri di karenakan pengaruh obat bius yang sudah mulai habis, ibu anjurkan menarik nafas panjang jika terasa nyeri. Ibu memahami terus menarik nafas perlahan lalu di hembuskan perlahan juga agar rasa nyeri dari luka jahitan tersebut berkurang.
- 4) Jam 04.00 WIB Menganjurkan ibu untuk mobilisasi bertahap miring kiri atau kanan, kemudian duduk agar otot ibu tidak kaku dan mempercepat involusi uterus ibu, ibu bersedia untuk miring kiri, kanan lalu setengah duduk.

4.3.2 Kunjungan PNC II

Hari/ tgl : Selasa, 28 Mei 2019
 Waktu : 09.00 WIB
 Tempat : Di Rumah Ny. "N"
 Oleh : Emilia Masi Lelaona

1. Subjektif

Ibu mengatakan masih terasa sedikit nyeri pada luka jahitan, ASI sudah lancar, ibu memberikan ASI pada bayi , ibu sudah bisa BAB dan ibu tidak terek makan.

2. Objektif

Pemeriksaan umum

K/u : Baik
 Kesadaran : Composmentis
 N : 82x/menit
 RR : 22x/menit
 TD : 110/70 mmHg
 S : 36,5°C

Pemeriksaan fisik

Muka/Mata : Tidak pucat, tidak odema/ Sclera putih, konjungtiva merah muda
 Payudara : Tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan abnormal, puting menonjol, pengeluaran ASI lancar
 Abdomen : Terdapat luka operasi, luka jahitan operasi sudah mulai membaik dan sebagian sudah mengering serta tidak ada tanda infeksi, jahitan sudah menyatu. Kontraksi uterus baik, TFU pertengahan symphysis , kandung kemih kosong.
 Genitalia : Pengeluaran lochea sanguinolenta

Ekstremitas : Tidak ada odema, tidak ada varises

3. Analisa

Ny”N” Usia 32 Tahun P₁₀₀₁Ab₀₀₀ dengan 6 hari post SC

4. Penatalaksanaan

- 1) Menginformasikan hasil pemeriksaan bahwa ibu dalam keadaan baik, ibu memahami bahwa diri nya dan bayi dalam kondisi baik-baik saja.
- 2) Memberitahukan pada ibu bahwa luka jahitan SC ibu sudah mulai membaik dan sebagian sudah mengering, jahitan pun sudah menyatu dan tidak basah dan bersih, luka di tutup kembali menggunakan kassa dan perban anti air, ibu memahami dan bersedia luka jahitan untuk di tutup kembali menggunakan kassa karena sebagian jahitan belum mengering
- 3) Memberitahu ibu untuk tetap menjaga luka agar tetap kering, ibu memahami dan bersedia untuk menjaga luka jahitan hingga semua mengering.
- 4) Memberitahukan pada ibu agar ibu tidak boleh tarak makan, makan-makanan yang mengandung banyak protein seperti ikan, daging, dan kacang kacang untuk mempercepat pemulihan luka bekas SC, serta sayuran hijau, buah buahan dan minum air putih yang banyak agar ibu tidak mengalami sembelit atau susah BAB, ibu mengerti dan selama masa nifas ibu tidak pernah tarak makan serta ibu sudah bisa BAB setelah 4 hari post SC dan tidak sembelit.
- 5) Memberikan KIE tanda bahaya nifas seperti perdarahan banyak, bengkak pada muka, tangan dan kaki, pusing yang menetap, demam tinggi, dan lochea yang berbau busuk serta bernanah dari vagina, jika terdapat salah satu tanda bahaya tersebut maka segera periksa ke tenaga kesehatan, ibu memahami dan akan memeriksakan diri jika salah satu tanda bahaya tersebut di rasakan ibu.

- 6) Memberikan KIE pada ibu tanda infeksi pada luka jahitan SC ibu seperti mengeluarkan cairan yang berbau atau mengeluarkan darah, bengkak, maka segera periksa, ibu memahami dan akan segera periksa jika tanda bahaya tersebut timbul.
- 7) KIE ASI eksklusif pada ibu, bahwa menyusui selama 6 bulan full tanpa memberikan susu formula atau makanan tambahan, ibu memahami namun ibu belum melakukan ASI-E karena masih di bantu oleh susu formula
- 8) KIE ibu tentang vulva hygiene, yaitu cebok dari depan kebelakang dan mengganti pembalut jika sudah terasa basah, ibu memahami dan sudah melakukannya.
- 9) Menganjurkan ibu untuk menjaga pola istirahat agar ibu tidak kelelahan dalam mengurus bayinya, ibu memahami dan ibu selalu tidur jika bayinya tertidur.
- 10) Mengajarkan ibu senam nifas dengan berbagai gerakan kemudian menganjurkan ibu untuk mengulang kembali beberapa gerakan yang ibu ingat, ibu mengulang beberapa gerakan senam nifas yang di contohkan .
- 11) Menganjurkan ibu untuk periksa rutin kebidan sesuai anjuran, ibu melakukan pemeriksaan secara rutin ke bidan mulai dari 6 hari post SC hingga hari ke 40 .

4.3.3 Kunjungan PNC III

Hari/ tgl : Senin , 03 juni 2019

Waktu : 10.00 WIB

Tempat : Di Rumah Ny "N"

Oleh : Emilia Masi Lelaona

1. Subjektif

Ibu mengatakan tidak ada keluhan. ASI lancar dan ibu sudah melakukan aktifitas yang ringan seperti menyapu, dll.

2. Objektif

Pemeriksaan umum

K/u : Baik

Kesadaran : Composmentis N: 82x/enit RR: 22x/menit

TD : 110/70 mmHg S: 36 °C

Pemeriksaan fisik

Muka/ Mata :Muka tidak pucat,tidak oedema, Sclera putih, konjungtivamerah muda

Payudara : Tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan abnormal, puting menonjol pengeluaran ASI lancar.

Abdomen :Ada Luka bekas operasi,jahitan sudah mengering keseluruhan, tidak ada tanda infeksi pada jahitan, striae(+), linea nigra (-),TFU sudah tidak teraba, kandung kemih kosong.

Genetalia :Terdapat pengeluaran lochea alba.

Ekstremitas : tidak ada odema, tidak ada varises

3. Analisa

Ny "N" Usia 32 Tahun P₁₀₀₁Ab₀₀₀ dengan 2 minggu post SC

4. Penatalaksanaan

- 1) Memberitahukan hasil pemeriksaan bahwa ibu dalam keadaan baik, ibu memahami keadaannya dalam batas normal.
- 2) Memberitahukan pada ibu bahwa luka jahitan ibu sudah mengering secara keseluruhan dan tidak perlu di balut kassa lagi, ibu memahami dan ibu bersedia jahitannya untuk tidak di balut menggunakan kassa lagi karena semua sudah mengering dan jahitan ibu sudah terbentuk dan jadi.

- 3) Mengingatkan ibu untuk tetap memberikan ASI saja kepada bayinya sampai usia 6 bulan karena itu sangat penting untuk bayi, serta menjelaskan bahwa ASI-E saja sudah cukup untuk memenuhi kebutuhan nutrisi dan gizi pada bayi usia 0-6 bulan, Ibu memahami dan sudah mulai melakukan ASI-E tanpa memberikan susu formula.
- 4) Menjelaskan pada ibu bahwa ASI-E juga membantu mengembalikan TFU secara normal, maka anjurkan ibu untuk memberikan ASI pada bayi, ibu memahami dan mulai memberi ASI-E pada bayi.
- 5) Mengingatkan ibu untuk mengkonsumsi makanan seperti sayur-sayuran, ikan, telur, dan lain-lain, dan minum air putih yang banyak minimal 8 gelas sehari, ibu memahami dan sudah melakukannya sehingga luka jahitan ibu sudah mnegering dan ibu bis BAB dengan lancar.
- 6) KIE tentang alat kontrasepsi (KB) pada ibu, termasuk menjelaskan jenis-jenis, kinerja alat kontrasepsi serta kelebihan dan kekurangan alat kontrasepsi, ibu memahami jenis KB dan ibu mulai memikirkan untuk menggunakan jenis KB yang akan di pilih sebagai alat kontrasepsi.
- 7) Menganjurkan ibu untuk merundingkan terlebih dahulu kepada suami sebelum memilih KB yang ibu inginkan, ibu akan merundingkan KB yang akan ibu pilih kepada seuami.
- 8) Menganjurkan ibu untuk istirahat dan cukup tidur agar ibu tidak kelelahan dan jatuh sakit, ibu mengerti dan tertidur setelah bayi tidur.
- 9) Mengingatkan pada ibu tetap kontrol ke tenaga kesehatan sewaktu-waktu jika ada keluhan, ibu memahami dan akan segera ke tenaga kesehatan jika ada keluhan.

4.3.4 Kunjungan PNC IV

Hari/ tgl : 10 juli 2019

Waktu : 09.00 WIB

Tempat : Rumah Ny. "N"

Oleh : Emilia Masi Lelaona

1. Subjektif

Ibu mengatakan tidak ada keluhan. ASI lancar dan ibu sudah melakukan aktifitas rumah tangga seperti biasa.

2. Objektif

Pemeriksaan umum

K/u : Baik

Kesadaran : Composmentis N: 80x/menit RR: 22x/menit

TD : 120/80 mmHg S: 36,2 °C

Pemeriksaan fisik

Muka/ Mata : Muka tidak pucat, tidak oedema, Sclera putih, konjungtivamerah muda

Payudara : Tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan abnormal, puting menonjol pengeluaran ASI lancar.

Abdomen : Ada Luka bekas operasi, jahitan sudah mengering keseluruhan, tidak ada tanda infeksi pada jahitan, striae(+), linea nigra (-), TFU tidak teraba, kandung kemih kosong.

Genitalia : Terdapat pengeluaran lochea alba.

Ekstremitas : tidak ada odema, tidak ada varises

3. Analisa

Ny "N" Usia 32 Tahun P₁₀₀₁Ab₀₀₀ dengan 6 minggu post SC

4. Penatalaksanaan

- 1) Memberitahukan hasil pemeriksaan bahwa ibu dalam keadaan baik, ibu memahami keadaannya dalam batas normal.

- 2) Memberitahukan pada ibu bahwa luka jahitan ibu sudah mengering secara keseluruhan dan tidak perlu di balut kassa lagi, ibu memahami dan ibu bersedia jahitannya untuk tidak di balut menggunakan kassa lagi karena semua sudah mengering dan jahitan ibu sudah terbentuk dan jadi.
- 3) Mengingatkan ibu untuk tetap memberikan ASI saja kepada bayinya sampai usia 6 bulan karena itu sangat penting untuk bayi, serta menjelaskan bahwa ASI-E saja sudah cukup untuk memenuhi kebutuhan nutrisi dan gizi pada bayi usia 0-6 bulan, Ibu memahami dan sudah mulai melakukan ASI-E tanpa memberikan susu formula.
- 4) Menjelaskan pada ibu bahwa ASI-E juga membantu mengembalikan TFU secara normal, maka anjurkan ibu untuk memberikan ASI pada bayi, ibu memahami dan sudah mulai memberi ASI-E sejak usia bayi 2 minggu.
- 5) Mengingatkan ibu untuk mengkonsumsi makanan seperti sayur-sayuran, ikan, telur, dan lain-lain, dan minum air putih yang banyak minimal 8 gelas sehari, ibu memahami dan sudah melakukannya sehingga luka jahitan ibu sudah mengering dan ibu bisa BAB dengan lancar.
- 6) KIE tentang alat kontrasepsi (KB) yang dipilih oleh ibu yaitu KB Kondom hal yang perlu di perhatikan saat memakai KB Kondom yaitu dengan pastikan kondom yang di gunakan itu tidak dalam keadaan rusak.
- 7) Menganjurkan ibu untuk istirahat dan cukup tidur agar ibu tidak kelelahan dan jatuh sakit, ibu mengerti dan tertidur setelah bayi tidur.
- 8) Mengingatkan pada ibu tetap kontrol ke tenaga kesehatan sewaktu-waktu jika ada keluhan, ibu memahami dan akan segera ke tenaga kesehatan jika ada keluhan.

4.4 Laporan Pelaksanaan Asuhan BBL

4.4.1 Kunjungan BBL I

Hari/ tgl : 22 Mei 2019

Abdomen : tidak ada Pembesaran abnormal, tali pusat masih basah tertutup kassa kering, tidak ada perdarahan, dan tidak ada tanda-tanda infeksi.

Genetalia : Skrotum sudah turun di testis

Ekstremitas : Simetris, tidak oedema, tidak ada sianosis, polidaktili dan sindaktili(-), kulit kemerahan, kering dan mengelupas, terdapat IV kateter di ekstremitas bawah bagian kanan.

Pemeriksaan Antropometri

BBL : 3300 gram PB : 54 cm

LK : 33 cm LD : 34 cm

LILA : 12 cm

Circumferentia suboksipito bregmatika : 32 cm

Circumferentia fronto oksipitalis : 34 cm

Circumferentia submento bregmatika : 32 cm

Circumferentia mento oksipitalis : 35 cm

Reflek

Reflek Moro : baik

Reflek Grasping : baik

Reflek Sucking : baik

Reflek Rooting : baik

Reflek Swallowing : baik

3. Analisa

By Ny "N" Neonatus Cukup Bulan Sesuai Masa Kehamilan Usia 2 jam

4. Penatalaksanaan

1) Menginformasikan kepada ibu hasil pemeriksaan bahwa kondisi bayi dalam keadaan sehat, ibu memahami bahwa bayi kondisi pernafasannya sudah membaik .

- 2) Memberitahukan kepada ibu bahwa pada 1 jam pertama bayi telah diberikan injeksi vit K dan salep mata, Ibu memahami dan menyetujui tindakan pada bayinya.
- 3) Memberitahukan pada ibu untuk menjaga suhu tubuh bayinya agar tetap hangat dengan cara bayi dibedong, memberi topi kepada bayi, berikan alas yang hangat, dan mengganti popok atau pampres apabila bayi BAK dan BAB, ibu mengerti dan sudah melakukannya.
- 4) Memberitahukan pada ibu bahwa bayinya tidak sempat menangis tapi setelah di berikan bantuan dengan cara resusitasi selama 1 jam serta di berikan oksigen dan kondisi bayinya sudah menangis kuat. (Ibu menengerti)
- 5) Menganjurkan ibu menyusui bayinya setiap 2 jam sekali atau setiap kali bayi menginginkan dan menganjurkan memberikan bayinya hanya ASI sampai usia 6 bulan, ibu mengerti dan akan melakukannya.
- 6) Meberitahukan ibu untuk menjaga tali pusat agar tetap bersih dan kering, ibu mengerti dan sudah melakukannya.
- 7) Menganjurkan ibu untuk datang ke petugas kesehatan jika ada keluhan atau masalah, Ibu menyetujui akan datang segera jika ada keluhan atau masalah

4.4.2 Kunjungan BBL II

Hari/ tgl : 28 Mei 2019
Waktu : 09.00 WIB
Tempat : Di Rumah Ny" N"
Oleh : Emilia Masi Lelaona

1. Subjektif

Saat ini bayinya dalam kondisi sehat dan menyusunya sering dan hanya diberikan ASI saja. tali pusat sudah lepas, bayi BAB 1-2 kali/hari, BAK sering dan bayinya bergerak aktif.

2. Objektif

KU : Baik

TTV : DJ : 136 x/menit

RR : 40 x/menit

BB : 3400 gram

Pemeriksaan Fisik

Muka/Mata : Tidak pucat, kulit kemerehan, sclera putih, conjungtiva merah muda

Hidung : simetris, bersih, tidak ada secret

Mulut : Refleks menghisap baik, tidak ada oral trush

Telinga : Bersih, tidak ada serumen

Leher : Gerakkan bebas, tidak ada benjolan abnormal

Dada : Simetris, tidak ada retraksi dinding dada

Abdomen : tidak Meteorismus, tali pusat sudah lepas, dan tidak ada tanda-tanda infeksi.

Genetalia : Skrotum sudah turun, dan keadaannya bersih, anus (+)

Ekstremitas : Tidak ada Sianosis, gerak aktif

3. Analisa

By Ny "N" Neonatus Cukup Bulan Sesuai Masa Kehamilan pada hari ke 7

4. Penatalaksanaan

1) Menginformasikan kepada ibu hasil pemeriksaan bahwa kondisi bayi dalam keadaan sehat, ibu mengerti keadaan bayinya dalam batas normal.

- 2) Mengingatkan kembali pada ibu untuk selalu menjemur bayinya pada pagi hari \pm 15 - 30 menit dan memberikan ASI setiap 2 jam dan memberi ASI saja selama 6 bulan, ibu mengerti dan memberikan ASI setiap 2 jam sekali atau jika bayi menangis karena lapar.
- 3) Menjelaskan kembali kepada ibu tanda-tanda bahaya pada bayinya, seperti tidak mau menyusu, demam, kejang, warna kemerahan pada tali pusat hingga dinding perut, pada tali pusat berbau menyengat dan keluar darah pada tali pusat, nampak kuning pada hari pertama ($<$ 24 jam setelah lahir), $>$ 14 hari nampak kuning pada telapak tangan dan kaki, apabila ibu menemukan salah satu tanda bahaya tersebut pada bayinya, ibu segera membawa bayinya ke tenaga kesehatan terdekat, ibu mengerti dan akan pergi ke tenaga kesehatan segera ketika tanda bahaya tersebut timbul pada bayinya.
- 4) Menganjurkan pada ibu agar meriksakan bayinya ke tenaga kesehatan apabila ada keluhan, ibu mengerti dan bersedia untuk ke tenaga kesehatan sewaktu-waktu jika ada keluhan pada bayinya.

4.4.3 Kunjungan KB I

Hari/ tgl : 10 juli 2019
 Waktu : 09.00 WIB
 Tempat : Di Rumah Ny "N"
 Oleh : Emilia Masi Lelaona

1. Subjektif

Ibu mengatakan ingin menggunakan KB Kondom

2. Objektif

KU : baik
 Kesadaran : composmentis
 TTV :

TD : 120/80 mmHg

Suhu : 36,5 °C

Nadi : 83x/menit

RR : 23x/menit

Pemeriksaan fisik :

Muka : tidak pucat, tidak odema

Mata : conjungtiva merah muda, sclera putih

Leher : tidak ada bendungan vena jugularis, tidak ada benjolan abnormal

Dada : tidak ada retraksi dinding dada

Ketiak : tidak ada pembesaran kelenjar

Payudara : tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan abnormal

Abdomen : TFU sudah tidak teraba, terdapat luka bekas SC yang sudah kering.

Genitalia : terdapat lochea Alba sedikit di softex.

Ekstremitas : tidak ada odema, tidak ada varises

3. Analisa

Ny "N" usia 32 tahun P1001 Ab000 dengan KB kondom .

4. Penatalaksanaan

- 1) Menginformasikan pada ibu hasil pemeriksaan, ibu mengerti dan menerima hasil pemeriksaan dalam batas normal.
- 2) Memberitahukan pada ibu tentang keuntungan pada KB Kondom (Ibu Mengerti)
- 3) Menjelaskan Efek Samping KB kondom (Ibu Mengerti)
- 4) Memberitahukan pada ibu cara penggunaan KB kondom yang Benar (Ibu Mengerti)
- 5) Menjelaskan Pada ibu tentang kelebihan pada KB Kondom.

4.4.4 Kunjungan KB II

Hari/ tgl : Sabtu, 17 juli 2019
 Waktu : 15.00 WIB
 Tempat : Di Rumah Ny N
 Oleh : Emilia Masi Lelaona

1. Subjektif

Ibu mengatakan tidak ada keluhan yang di rasakan saat memakai KB Kondom

2. Objektif

KU : baik

Kesadaran : composmentis

TTV :

TD : 110/80 mmHg

Nadi : 80x/menit

RR : 22x/menit

Pemeriksaan fisik :

Muka : tidak pucat, tidak odema

Mata : conjungtiva merah muda, sclera putih

Leher : tidak ada bendungan vena jugularis, tidak ad benjolan abmormal

Dada : tidak ada retraksi dinding dada

Ketiak : tidak ada pembesaran kelenjar

Payudara : tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan abnormal

Abdomen : TFU sudah tidak teraba, terdapat luka bekas SC yang sudah kering.

Genetalia : terdapat lochea Alba sedikit di softex.

Ekstremitas : tidak ada odema, tidak ada varises

3. Analisa

Ny "N" usia 32 tahun P1001 Ab000 dengan KB Kondom

4. Penatalaksanaan

- 1) Memberitahukan pada ibu bahwa keadaan ibu baik-baik saja, ibu memahami dan menerima hasil ibu dalam keadaan baik-baik saja.
- 2) Menjelaskan kembali pada ibu kinerja, kelebihan serta kekurangan dari KB Kondom ibu pilih, ibu memahami kelebihan serta kekurangan KB dan selama 1 minggu ibu memakai KB Kondom tidak mengalami keluhan tersebut.

BAB V

PEMBAHASAN

Setelah melakukan asuhan kebidanan pada Ny "N" usia 32 tahun G₁P₀₀₀₀ Ab₀₀₀ mulai dari hamil hingga KB oleh mahasiswa D3 Kebidanan STIKes Widyagama Husada yang dilakukan di rumah pasien dan BPM Soemidyah Ipung, Amd. Keb

5.1 Pembahasan Asuhan Kehamilan

Pada kehamilan Ny."N" didapati kehamilan tergolong dalam kehamilan resiko rendah (KRR) jumlah skor terdapat skor 2 yaitu awal kehamilan. Menurut Kartu Skor Poedji (KSPR) KRR dalam batas skor 10 masih dapat memeriksa, kehamilannya ke bidan dan melahirkan di bidan atau dokter rumah sakit. Sesuai teori bahwa skor 2 tergolong kehamilan resiko Rendah (KRR) Kartu Skor Poedji (2011).

Standar minimal asuhan kehamilan ada 14 T (Hanni, dkk, 2011) dari pemeriksaan 14 T ada yang tidak di lakukan yaitu, Imunisasi TT, pemberian tablet Fe karena sudah diberikan oleh bidan. Prmeriksaan terhadap PMS(Penyakit Menular Seksual) karena ibu tidak ada indikasi, pemberian obat malaria dan pemberiab kapsul beryodium tidak di berikan karena lingkungan tidak endemik (Daerah rawan malaria) dan gondok. Pemeriksaan Hb juga dilakukan oleh bidan dan hasilnya Hb ibu adalah 13 g/dL sehingga ibu tidak mengalami anemia. Menurut Hanni, (2011) HB normal pada ibu hamil adalah 11 gr%. Klasifikasi anemia yaitu: *anemia* ringan (10-19,5 gr%), *anemia* sedang (7-9,5 gr%), *anemia* berat (<7gr%). Protein urine juga harus dilakukan kepada ibu hamil sebagai deteksi terjadinya pre eklamsi. Didapatkan hasil bahwa reduksi urine dan protein urine adalah negatif sehingga ibu tidak mempunyai penyakit diabetes ataupun pre eklamsi. Sedangkan yang dilakukan yaitu timbang berat badan, mengukur tekanan darah, perawatan payudara dan temu wicara.

Pemeriksaan tekanan darah untuk memantau adanya hipertensi pada ibu dan setelah diperiksa didapatkan tekanan darah ibu rata-rata adalah 100/80 mmHg. Menurut Hanni,dkk (2011) Tekanan darah normal antara 110-130 hingga 75-85 mmHg dan tidak banyak meningkat selama kehamilan. Menurut Sulistyawati, (2014)

Pada saat kehamilan ibu trimester I, ibu BB badan ibu mengalami peningkatan 2 kg karena ibu juga sering mual muntah, tetapi ibu tetap mengkonsumsi makan dan minum walaupun hanya sedikit pada saat ibu tidak merasa mual. Ibu mengalami peningkatan berat badan sebelum hamil 49 menjadi 51,4 kg. Kemudian pada TM I dan TM II ibu terus mengalami peningkatan berat badan sampai pada kunjungan yang ke empat yaitu 60 kg. Selama kehamilan berat badan ibu bertambah 11 kg. Menurut Hanni, ddk (2011) secara perlahan berat badan ibu hamil akan mengalami kenaikan antara 9-13 kg, selama kehamilan atau sama dengan 0,5 kg per minggu atau 2 kg dalam 1 bulan. Penambahan berat badan paling banyak terjadi pada trimester II kehamilan di sebabkan karena tumpuan dari bayi dan ibu sering makan-makanan yang bergizi sehingga berat badan ibu semakin bertambah. Dari perhitungan IMT (Indeks Masa Tubuh) pada Ny. "N" di dapat hasil berat badan lebih 25,9 kg. Pengukuran LILA Ny."N" LILA 25,2 Cm dan normal yaitu 27 cm sedangkan resiko KEK (Kekurangan Energi Kronis) yaitu dengan LILA < 23,5 cm.

Hasil pemeriksaan TFU yang di lakukan 4 kali kunjungan. Tinggi Fundus Uteri pada kunjungan ke empat 31 cm pada usia kehamilan 39 minggu 4 hari dengan TBJ : 3.100 gram, tidak terlampau jauh dengan berat janin waktu lahir yaitu 3,380 gram. Menurut Hanni, dkk (2011) Pemeriksaan TFU ini dilakukan untuk memantau apakah sesuai antar usia kehamilan ibu dengan pertumbuhan janin. Selama hamil ibu mengkonsumsi nasi, sayur, ikan, daging dan susu sehingga kebutuhan ibu bisa terpenuhi. Menurut Nugroho, dkk (2013) selama

hamil ibu membutuhkan banyak nutrisi untuk pertumbuhan dan perkembangan janinnya, nutrisi yang baik bagi ibu hamil diantaranya adalah kebutuhan akan kalori, asam folat, protein, kalsium, vitamin A, zat besi, vitamin C, dan vitamin D yang semuanya itu dapat diperoleh jika ibu banyak mengonsumsi umbi-umbian, nasi, buah-buahan, sayuran hijau, kacang-kacangan, tahu, tempe, daging, susu, ikan dan telur. Jika kebutuhan nutrisi pada ibu hamil tidak terpenuhi maka akan menyebabkan malnutrisi, BBLR, down syndrome, pertumbuhan dan perkembangan janin menjadi terhambat, KEK, dan anemia.

Menurut Hani (2011) Keluhan yang di rasakan ibu seperti sering BAK, kemudian kaki bengkak, semua hal itu merupakan ketidaknyamanan yang biasa di rasakan oleh ibu hamil pada usia kehamilan menginjak trimester III. Keluhan Sering BAK karena ibu banyak minum pada saat malam hari, kemudian kaki bengkak yang di alami ibu karena ibu sering menggantungkan kaki nya pada saat duduk, dan sesak yang di rasakan ibu di akibatkan karena semakin besar janin maka akan semakin menekan diafragma dan membuat ibu sedikit sesak serta tidak nyaman pada saat ingin tidur.

Penatalaksanaan yang diberikan sesuai dengan keluhan yang di rasakan oleh ibu yaitu menganjurkan ibu untuk mengurangi minum air pada malam hari tetapi diimbangi pada siang hari, dan kaki bengkak yang dialami disebabkan oleh penumpukan cairan di jaringan kapiler dan penekanan pembuluh darah besar diperut sebelah kanan (vena kava) oleh rahim yang membesar, sehingga darah yang balik ke jantung berkurang dan menumpuk di tungkai bawah. Kaki bengkak yang dialami ibu masih normal karena tidak disertai tekanan darah tinggi, dan pusing. Penatalaksanaan yang dilakukan adalah mengganjal kaki menggunakan bantal dengan kaki lebih tinggi dari kepala, tidak menggunakan sepatu berhak tinggi dan berukuran kecil dan kaki tidak boleh di gantung saat duduk.

5.2 Pembahasan Asuhan Persalinan

Kala 1 Pada asuhan persalinan Ny" N" dipantau dengan menggunakan catatan perkembangan dari kala I pembukaan 1 merupakan pembukaan yang berlangsung antara pembukaan nol sampai lengkap primigravida berlangsung 12 jam multi 8 jam pada Ny."N" pembukaan 1 tidak terjadi kemajuan persalinan selama 12 jam sehingga persalinannya termasuk kala 1 fase memanjang. Menurut Mochtar (2011) Fase Laten Memanjang (*Prolonged Latent Phase*) adalah fase pembukaan serviks yang tidak melewati 3 cm setelah 8 jam inpartu.

Ibu mengalami pembukaan yang masih tetap saja persio pada ibu masih tebal dan kepala masih tinggi dan ketubannya sudah pecah dari jam 04.00 WIB. Menurut (Mochtar, 2014) Ketuban Pecah dini (KPD) dimana pecahnya ketuban sebelum waktunya yaitu pada primi bila pembukaan kurang dari 3 cm dan pada multipara bila pembukaan kurang dari 5 cm Keadaan yang di alami oleh Ny"K" di lakukan penatalaksanaan yaitu dengan tetap memantau DJJ segera setelah his, kemudian menghitung frekuensi his minimal dalam 30 menit sebelum di lakukan rujukan.

Rujukan pada pasien adalah cara yang paling tepat agar ibu dan bayi dapat terselamatkan segera akibat *Prolonged Latent Phase* yang dapat menimbulkan komplikasi pada ibu dan bayi nya, rujukan di lakukan tepat waktu dan segera pada ibu dan bayi. Tindakan untuk mengakhiri persalinan yaitu dengan *sectio caesarea*, karena jika lama di tangani bayi bisa saja mengalami asfiksia atau gangguan pada sistem pernafasan. Ibu tiba di RS pukul 16.40 kemudian masuk ke ruangan operasi pukul 18.05 WIB. Setelah 30 menit proses bayi lahir dengan partus lama dan ketuban pecah dini semua bisa mengakibatkan asfiksia pada bayi. Setelah bayi Ny" N" lahir mengalami asfiksia karena bayi lahir persalinan lama, KPD.

Menurut (Icesmi & Sudarti, 2014) Asfiksia merupakan kegagalan untuk memulai pernafasan secara spontan dan teratur pada saat bayi setelah bayi lahir. Penatalaksanaan yang pertama di berikan yaitu resusitasi memberikan oksigen dan tetap observasi pernafasannya.

Kala III pada Ny."N" setelah operasi di lakukan pemeriksaan kontraksi uterus keras, TFU 2 jari dibawah pusat dan ibu tidak memiliki keluhan. Menurut (Dewi, dkk 2013), Kala III biasanya berlangsung 5-30 menit. Setelah operasi di lakukan pemeriksaan kontraksi uterus keras, pada saat dilakukan pengukuran TFU dengan menggunakan jari didapatkan 2 jari di bawah pusat ini merupakan hal yang fisiologis.

Ny."N" memasuki kala IV setelah dilakukan observasi selama 2 jam post SC, untuk mengetahui kondisi ibu setelah Sectio Caesarea (SC) terdapat tekanan darah 110/70 MmHg, Suhu 36,5°C, uc baik, kandung kemih kosong, perdarahn 20 cc. Menurut (Dewi, dkk 2011), kala IV Jika kontraksi uterus baik maka pembuluh-pembuluh darah yang berada di sekitar otot-otot rahim akan terjepit sehingga tidak terjadi perdarahan. Jumlah perdarahan sampai pada 2 jam Post SC 20 cc yang dinamakan lochea rubra.

5.3 Pembahasan Asuhan Nifas

Masa nifas (puerperium) adalah masa setelah keluarnya plasenta sampai alat-alat reproduksi pulih seperti sebelum hamil dan secara normal masa nifas berlangsung selama 6 minggu atau 40 hari (Wulandari, R, 2011). Menurut Sulistyawati (2010) Asuhan yang diberikan kepada ibu nifas bertujuan untuk meningkatkan kesejahteraan fisik dan psikologis bagi ibu dan bayi, pencegahan, diagnosa dini, dan pengobatan komplikasi pada ibu dengan diberikannya asuhan pada ibu nifas, merujuk ibu apabila terjadi komplikasi, peningkatan hubungan yang baik antara ibu dan anak.

Proses menyusui berlangsung lancar, ibu tidak ada kesulitan dalam proses menyusui. ASI lancar karena ibu tidak tarak makan dan ibu makan-makanan yang bergizi. Ibu ingin tetap memberikan ASI Eksklusif tanpa memberikan susu formula selama 6 bulan. Proses menyusui sangat bermanfaat bagi ibu karena menurunkan resiko terkena kanker payudara, mencegah pendarahan dan mempercepat proses *invulusi* (Saleha, 2009).

Proses involusi yang terjadi pada Ny."N" berjalan normal, TFU pada 6 hari post partum normal yaitu pertengahan simpisis pusat. *Involusi* merupakan suatu proses kembalinya uterus pada kondisi sebelum hamil. Perubahan ini dapat diketahui dengan melakukan pemeriksaan palpasi untuk meraba di mana TFU nya. Pada 1 minggu post partum, TFU teraba pertengahan pusat simpisis dengan berat 500 gram (Wulandari, Handayani, 2011).

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

Menurut Elizabeth (2015) Tahapan psikologis pada ibu setelah melahirkan yang pertama adalah fase *taking in* yaitu fase ketergantungan terjadi hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan, fase *taking hold* periode yang berlangsung 3-10 hari setelah melahirkan, pada fase ini ibu timbul rasa khawatir pada ibu akan ketidakmampuan merawat bayinya, *letting go* periode dimana ibu sudah mulai bisa menerima tanggung jawab akan bayinya terjadi setelah 6 hari ibu melahirkan. Pada hari pertama ibu sudah memasuki fase *taking hold*, karena

ibu dan keluarga sangat menginginkan kehamilannya saat ini karena sudah dinantikannya sejak lama. Ibu fokus merawat bayinya dan menyusui dengan rutin

Suami sangat mendukung ibu dalam merawat anak, suami membantu ibu dengan mencuci pakaian ibu dan anaknya. Mertua ibu membantu dengan memandikan bayinya karena ibu masih perlu belajar lagi karena sudah lama tidak memandikan bayi. Anak pertama ibu juga sudah bisa menerima kehadiran adiknya dengan mau membantu menjaga adiknya.

Pada Ny."N" pola nutrisinya baik, tidak ada tarak makan, ibu sering melakukan aktifitas yang ringan seperti menyapu tujuannya untuk mempercepat proses pengembalian uterus seperti semula. Menurut (Nanny.2014), Pola nutrisi yang baik artinya dapat memenuhi kebutuhan energi pada ibu nifas karena ketika proses involusi uterus berlangsung membutuhkan energi yang banyak sehingga mengatur pola nutrisi sangat penting bagi ibu dalam masa nifas. Sedangkan mobilisasi pada ibu nifas bertujuan untuk membuat gerakan otot uterus agar tidak kaku sehingga pengembalian uterus ke bentuk semula akan berjalan lebih cepat dan baik

Jahitan sudah mulai mengering pada nifas hari ke 6 dan sudah mulai menyatu. Kemudian pada hari ke 14 jahitan sudah mengering keseluruhan dan tidak perlu untuk di balut menggunakan kassa. Jahitan ibu mudah mengering di karenakan ibu tidak tarak makan, ibu makan telur 4 butir per hari kemudian makan makanan yang kaya akan protein seperti ikan dll sehingga jahitan SC ibu cepat mengering dan membaik. (Sulistyawati 2011)

Pada Ny."N" produksi ASI lancar setiap bayi rewel ibu memberikan ASI. Dimana calon ibu sudah siap baik secara psikologis dan fisik. Menurut (Rukiyah, ddk, 2011 Manajemen Laktasi adalah produksi dan pengeluaran ASI, dimana calon ibu harus sudah siap baik secara psikologis dan fisik. Produksi ASI disesuaikan dengan kebutuhan bayi, volume ASI 500- 800 ml/hari)

5.4 Pembahasan Asuhan BBL

Asuhan bayi baru lahir dilakukan 2 kali kunjungan, kunjungan pertama dan kedua dilakukan pemeriksaan fisik didapatkan hasil bahwa BBL dalam keadaan normal. Kepala bayi simetris tidak ada caput succedaneum dan cephal hematoma, muka tidak pucat, kemerahan, mata sclera putih, conjungtiva merah muda, hidung simetris tidak terdapat PCH, mulut normal tidak ada labioskisis dan palatoskisis, telinga tidak mengeluarkan cairan abnormal, dada simetris tidak ada retraksi dinding dada, puting susu menonjol, pembesaran perut normal, tali pusat terlepas pada hari ke 5. Pelepasan tali pusat pada bayi termasuk cepat dikarenakan perawatan tali pusat dilakukan secara benar yaitu hanya dibungkus memakai kassa steril kering tanpa dibubuhi apapun, sehingga tali pusat cepat kering dan lepas dengan cepat (Marmi,2012).

Asuhan yang diberikan pada bayi baru lahir adalah membersihkan jalan nafas, memotong tali pusat, mengeringkan dan menjaga kesehatan, melakukan IMD, menjaga kebersihan, mencegah infeksi pada mata, menyuntik vit k, menimbang berat badan 3,300 gram untuk mengetahui apakah berat bayi normal, mengukur panjang badan 48 cm, lingkar kepala 33, lingkar dada 34 pemeriksaan kepala dan lingkar dada bertujuan untuk mengetahui apakah bayihidrosefalus atau mikrosefalus. Pada kunjungan ke 2 bayi berusia 7 hari dan dilakukan pemeriksaan fisik seperti pengukuran berat badan dan didapatkan kenaikan 100 gram yang berarti bayi sudah mendapatkan ASI yang cukup sehingga memiliki kenaikan berat badan.

Bayi Ny"N" tidak mengalami ikterus dikarenakan ibu rajin menjemur bayi pada pagi hari. Menurut (Marmi,2012) Ikterus yang biasa terjadi pada BBL disebabkan karena organ hati bayi yang belum berfungsi secara sempurna dalam mengolah bilirubin. Oleh karena itu dilakukan terapi sinar matahari setiap pagi

hari pukul 07.00-08.00, dalam jangka waktu 15-20 menit karena dapat menurunkan kadar bilirubin.

Menurut Marmi (2012) Walaupun sinar matahari langsung dan alami dapat membantu menurunkan kadar bilirubin, hal tersebut tidak dianjurkan sebagai pengobatan. Karena tingkat paparan sinar matahari maupun temperatur tubuh bayi selama penyinaran terlalu sulit untuk diukur dan dikendalikan. Jika hanya untuk menjaga kadar bilirubin bagi bayi sinar matahari sudah cukup dengan proses sinar ultra violetnya yang dapat memecah bilirubin dan membantu kerja hati untuk menurunkan kadar bilirubin.

Hal ini salah satunya untuk memastikan bahwa bayi menerima kolostrum (susu pertama) yang kaya akan faktor protektif (zat kekebalan tubuh). Ketika tidak dilakukan IMD itu berarti bayi tidak mendapatkan kolostrum yang fungsinya untuk memelihara kekebalan tubuh bayi. Tidak IMD juga meningkatkan resiko hipotermi pada bayi dikarenakan manfaat lain yang dapat diperoleh dari IMD yaitu bayi tetap hangat karena bersentuhan dengan kulit ibu, menurunkan resiko kematian bayi akibat hipotermi.

Kemudian pemberian ASI pada bayi juga membantu mencegah meningkatnya bilirubin pada bayi. Karena jika bayi kekurangan cairan dapat menyebabkan konsentrasi bilirubin pada darah naik. (Marmi, 2012).

Reflek pada bayi Ny”N” baik, ketika di kagetkan bayi spontan bergerak dan kaget sehingga reflek morro bayi baik, ketika ibu meletakkan jari tangannya ke tangan sang bayi, bayi pun reflek menggenggam jari ibu sehingga reflek grasping bayi baik, reflek dalam menyusu seperti rooting, sucking, dan swallowing berjalan dengan baik. Reflek pada bayi harus di kaji untuk mengetahui sejak dini ketika ada kelainan pada bayi yang akan berpengaruh pada IQ bayi (Marmi, 2012).

Dampak reflek yang buruk bagi bayi adalah dapat mempengaruhi proses perkembangan bayi dan dapat di jadikan indikasi cedera pada sistem saraf. Lemahnya gerakan bayi juga dampak buruk dari buruknya reflek Bayi Baru Lahir (Marmi,2012).

Bayi Ny."N" setelah lahir diberikan salep mata tetrasiklin 1%, hal ini sesuai dengan teori bahwa pemberian salep mata ini bertujuan untuk pengobatan profilaktik mata yang resmi untuk *Neisseria gonorrhoea* yang dapat menginfeksi bayi baru lahir selama proses persalinan melalui jalan lahir (Marmi, 2012).Pemberian Vit K dilakukan setelah pemberian salep mata yaitu dengan cara disuntikkan dipaha kiri. Menurut teori penyuntikan Vit K bertujuan untuk mencegah perdarahan yang bisa muncul karena kadar protrombin yang dibentuk di hati dan memerlukan vitamin K untuk membentuknya menjadi rendah pada beberapa hari pertama kehidupan bayi (Marmi,2012).

Asuhan yang diberikan selanjutnya adalah imunisasi HB0 yang dilakukan 1 jam setelah lahir, hal ini sesuai dengan teori, bahwa pemberian imunisasi HB0 pada usia 0 hari sampai 7 hari, tujuan imunisasi HB0 adalah untuk mencegah penyakit hepatitis B yaitu penyakit infeksi yang dapat merusak hati.Setelah melakukan pengkajian sampai evaluasi asuhan bayi baru lahir mulai dari 6 jam dan 6 hari, maka dapat disimpulkan bahwa bayi dalam keadaan sehat tanpa komplikasi apapun.

5.5 Pembahasan Asuhan KB

Asuhan pada kunjungan KB di lakukan sebanyak 2x. Didapatlan hasil bahwa pasien ingin menggunakan KB Kondom, alasan ibu adalah masih ingin mempunyai anak dan ibu takut memakai KB selain dari kondom. Ibu juga memiliki alasan jika KB Kondom, tidak mengganggu proses menyusui, sehingga ibu tetap bisa ASI Eksklusif selama 6 bulan (Hani, dkk 2011).

Asuhan pada kunjungan KB di lakukan sebanyak 2x. Didapatlan hasil bahwa pasien ingin menggunakan KB Kondom, alasan ibu adalah masih ingin mempunyai anak dan ibu takut memakai KB selain dari kondom. Ibu juga memiliki alasan jika KB Kondom, tidak mengganggu proses menyusui, sehingga ibu tetap bisa ASI Eksklusif selama 6 bulan (Hani, dkk 2011).

Kuntungan pada KB kondom yaitu tidak mengganggu produksi ASI, murah dapat di beli di tempat murah, tidak perlu resep dokter, membantu mencegah terjadinya kanker serviks. Kerugiannya seperti : beberapa klien mungkin malu untuk membeli kondom secara umum, harus selalu tersedia kondom setiap akan melakukan hubungan seksual, sedikit mengganggu hubungan seksual.

Efek samping pada KB kondom pada ibu dan suami yaitu kerusakan pada KB Kondom yaitu kondom rusak atau bocor sebelum berhubungan, kondom bocor di curigai ada curahan di vagina saat berhubungan, di curigai adanya reaksi alergi, mengurangi kenikmatan berhubungan seksual (Hani, dkk 2011).

Cara Pemakaian yaitu gunakan kondom tersebut saat melakukan hubungan seksual, Pasangkan kondom pada penis saat penis ereksi, tempelkan ujungnya pada glans penis dan tempatkan bagian penampung sperma pada ujung uretra. Lepakan gulungan karetnya dengan cara menggeser gulungan tersebut ke arah pangkal penis, pemasangan harus sebelum penetrasi penis ke vagina, kondom di lepas saat penis belum pendek, pegang bagian pangkal kondom sebelum mencabut penis sehingga kondom tidak terlepas pada saat penis di cabut dan lepaskan kondom di luar vagina.

Setelah memakai KB Kondom dan di lakukan evaluasi selama 1 minggu tidak di dapatkan keluhan dari ibu maupun komplikasi dan ibu merasa nyaman.

BAB VI

PENUTUP

6.1 Kesimpulan

Setelah melakukan asuhan kebidanan secara komprehensif pada Ny "N" usia 32 tahundi BPM Soemidyah Ipung AMd. Keb dan dirumah Ny "N" dari masa hamil, bersalin, nifas, BBL dan KB, dengan menggunakan alur pikir Varney pada pendekatan manajemen kebidanan dengan pendokumentasian SOAP, maka dapat disimpulkan :

6.1.1 Asuhan Kehamilan

Pada kehamilan Ny"N" di dapati hasil bahwa kehamilan Ny"N" berjalan secara fisiologis dan termasuk dalam kehamilan beresiko tinggi dengan skor KSPR 2. Kepala janin belum memasuki PAP pada usia kehamilan 36 minggu 4 hari.

6.1.2 Asuhan Persalinan

Persalinan pada Ny "N" mengalami *Prolonged Latent Phase* dan persalinan Ny"N" di akhiri dengan tindakan SC.

6.1.3 Asuhan Nifas

Nifas pada Ny"N" di dapati hasil bahwa masa nifas Ny"N" berjalan secara fisiologis TFU sudah tidak teraba lagi pada masa nifas 2 minggu.

6.1.4 Asuhan BBL

Setelah melakukan pengkajian hingga evaluasi asuhan bayi baru lahir dapat di simpulkan bahwa bayi dalam keadaan fisiologis. Bayi Ny"N" ASI eksklusif mulai usia 2 minggu dan Bayi Ny"N" tidak mengalami ikterus.

6.1.5 Asuhan KB

Ibu memilih menggunakan KB Kondom untuk alat kontrasepsi untuk alat dan tidak ada keluhan dalam memakai KB Kondom.

6.2 Saran

6.2.1 Bagi Tempat Asuhan

Lebih meningkatkan pelayanan dalam deteksi dini komplikasi pada ibu hamil dengan KRT sehingga ketika persalinan dapat melakukan tindakan yang tepat dan cepat.

6.2.2 Bagi STIKES Widyagama Husada

Menambah literatur atau referensi dalam pembelajaran Ilmu kegawatdaruratan kebidanan maternal maupun neonatal sehingga ketika di lapangan di dapati kasus kegawatan maternal dan neonatal mahasiswa dapat dengan sigap melakukan penanganan awal.

6.2.3 Bagi Penulis

Menambah dan menerapkan ilmu pengetahuan Asuhan kebidanan Komprehensif pada pasien dengan keadaan fisiologis maupun patologis. Sehingga ketika masuk ke dunia kerja penulis dapat mengetahui tata cara yang tepat bagi pasien dalam keadaan fisiologis maupun patologis.

6.2.4 Bagi Bidan

Memberikan informasi dan masukan bagi para bidan dalam peningkatan deteksi dini kehamilan sehingga ketika ada kehamilan dengan KRT dapat tertangani dengan tepat dan cepat. Penggunaan partograf pada setiap Bidan Praktek Mandiri harus di terapkan karena akan mempengaruhi asuhan persalinan pasien pada fase aktif.

6.2.5 Bagi Penulis Selanjutnya

Sebagai referensi atau dasar pemikiran untuk penelitian selanjutnya. Khususnya meneliti tentang Asuhan Kebidanan mulai dari kehamilan, persalinan, Nifas, BBL, hingga KB sehingga membantu penulis dalam proses penelitian.

DAFTAR PUSTAKA

- Astuti, ddk. 2015. *Asuhan Kebidanan Nifas dan menyusui*. Yogyakarta: Pustaka Belajar
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur. 2018. *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2014* :Dinas Kesehatan Jawa Timur 2018
- Dewi, Viviani NannyLia . 2011. *Asuhan Kehamilan Untuk Kebidanan*. Jakarta:Salemba Medika
- Dewi, Viviani NannyLia . 2010. *Asuhan Neonatus Bayi dan Anak Balita*. Jakarta:Salemba Medika
- Dewi, Viviani N.L., & Sunarsih, Tri . 2012. *Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas*. Jakarta:Salemba Medika
- Dewi, . 2011. *Asuhan Neonatus Bayi dan Anak Balita*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- Dewi, Viviani NannyLia. 2013. *Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas*. Jakarta:Salemba Medika
- Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI), 2017
- Hani, Umi, dkk. 2011. *Asuhan Pada Ibu Hamil*. Yogyakarta : Pustaka Pelajar
- Hani, Umi, dkk. 2010. *Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan Fisiologis*. Jakarta Salemba Medika EGC.
- Kusmiati, Y. 2010. *Asuhan Kebidanan*. Yogyakarta: Titramya
- Kuswanti, 2014. *Askeb II Persalinan*. Yogyakarta : Pustaka Pelajar

- Kusmiyati, Y. 2009. *Asuhan Kehamilan Untuk Kebidanan*. Jakarta: Salemba Medika
- Muslihatun, W. 2011. *Asuhan Neonatus Bayi dan Balita*. Yogyakarta : Fitramaya
- Maritalia, Dewi. 2014. *Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui*. Yogyakarta: Pustaka Belajar
- Maritalia, Dewi. 2012. *Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas*. Jakarta: Salemba Medika
- Mufdilah. 2009. *Antenatal care fokus*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Marmi. 2015. *Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press
- Marmi, R . and Marmi, K. 2015. *Asuhan Kebidanan Patologi and Asuhan Neonatus, Bayi, Balita dan Anak Pra Sekolah* . Yogyakarta : Pustaka Pelajar
- Marmi. 2010. *Asuhan Neonatus Bayi dan Anak Balita*. Jakarta : Salemba Medika
- Marmi. 2012. *Asuhan Neonatus Bayi dan Anak Balita*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- Marmi dan Rahardjo, K. (2012). *Asuhan Neonatus, Bayi, Balita, dan anak Prasekolah*. Yogyakarta; Nuha Medika
- Mufdilah, 2012. *Asuhan Kebidanan*. Yogyakarta; Nuha Medika
- Mufdilah, 2012. *Kesehatan Reproduksi dan Kontrasepsi*. Jakarta: Yogyakarta: CV Trans Info Media

- Marmi, ddk, (2015). *Asuhan Neonatus, Bayi, Balita, dan anak Prasekolah*. Yogyakarta; Nuha Medika
- Normal, 2010. *Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin*. Jakarta :Salemba Medika
- Manuaba, ddk., 2010. *Ilmu Kebidanan*. Edisi Kedua. Jakarta
- Mulyani, ddk. 2013. *Keluarga Berencana dan Alat Kontrasepsi*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Pinem. 2011. *Kesehatan Reproduksi dan Kontrasepsi*. Jakarta: Yogyakarta: CV Trans Info Media
- Rukiyah, A., dkk. 2012. *Asuhan Kebidanan II (Persalinan)*. Jakarta : Trans Info Media
- Rohani, dkk. 2011. *Asuhan Pada Masa Persalinan*. Jakarta :Salemba Medik
- Sarwono. 2010. *Asuhan Persalinan Normal*. Jakarta : JNPK-KR.
- Sarwono Ps. 2010. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta :Yayasan Bina Pustaka
- Sulistyawati, A. 2011. *Asuhan Kebidanan Pada Masa Kehamilan*. Jakarta :Salemba Medika
- Sulistyawati, ddk, 2013. *Asuhan Kebidanan Pada Masa Persalinan*. Jakarta :Salemba Medika
- Sulistyawati Ps. 2011. *Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin*. Jakarta :Salemba Medika
- Sodakh, Jenny, 2013. *Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru lahir* Jakarta: penerbit Erlangga

Sulistyawati, A. 2010. *Asuhan Kebidanan Pada Masa Kehamilan*. Jakarta
:Salemba Medika

Setyaningrum, E. 2015. *Pelayanan Keluarga Berencana Dan Kesehatan
Reproduksi Edisi Revisi*. Jakarta : TIM

Sulistyawati, A. 2009. *Asuhan Kebidanan dan Masa Kehamilan* . Jakarta
:Salemba Medika

Suryati, 2011. *Konsep Dasar Asuhan Kebidanan*. Yogyakarta: Nuha Medika

Walyani Ps 2015. *Asuhan Kebidanan Pada Neonatus Bayi dan Anak Balita*.
Yogyakarta

Wahyuningsih. 2014. *Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin*. Jakarta :Salemba
Medika

LAMPIRAN 2

DOKUMENTASI

KUNJUNGAN I

Dilakukan pada :

Hari/ Tanggal : Selasa, 2 April 2019



Melakukan Pengukuran Tekanan Darah



Melakukan Palpasi Leopold

Melakukan Pengukuran Tinggi Fundus Uteri



Melakukan Pengukuran Tinggi Fundus Uteri



Memeriksa Denyut Jantung Pada Bayi

Kunjungan II

Dilakukan Pada :

Hari/ Tanggal : 11 April 2019

Melakukan Pengukuran Tekanan Darah



Melakukan Palpasi Leopold



Melakukan Pengukuran Tinggi Fundus Uteri



Memeriksa Denyut Jantung Pada Bayi

Kunjungan III

Dilakukan Pada :

Hari/ Tanggal : 16 April 2019



Melakukan Pengukuran Tekanan Darah



Melakukan Palpasi Leopold



Melakukan Pengukuran Tinggi Fundus Uteri



Melakukan Pengukuran Tinggi Fundus Uterus

Kunjungan Post SC



Kunjungan Masa Nifas





Biodata

Nomor Registrasi Ibu : 2587-319
Nomor Urut di Kohort Ibu :
Tanggal menerima buku KIA :
Nama & No. Telp. Tenaga Kesehatan: 

IDENTITAS KELUARGA
Nama Ibu : NURIA HUDAYANI
Tempat/Tgl. Lahir : 21-07-1987, Malang
Kehamilan ke : 7 Anak terakhir umur: tahun
Agama : ISLAM
Pendidikan : Tidak Sekolah/SD/SMP/SMU/Akademi/Perguruan Tinggi*
Golongan Darah : O
Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga
No. JKN :

Nama Suami : ROHMAT
Tempat/Tgl. Lahir : Malang, 10-08-1982
Agama : ISLAM
Pendidikan : Tidak Sekolah/SD/SMP/SMU/Akademi/Perguruan Tinggi*
Golongan Darah :
Pekerjaan : SWASTA

Alamat Rumah : Jl. Kendal Sari II Dalam 53-A 04/10
kel. Julusreez
Kecamatan : Lawafuru kel.
Kabupaten/Kota :
No. Telp. yang bisa dihubungi : 089-6100-36155

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

* Lingkari yang sesuai



Catatan Kesehatan Ibu

CATATAN KESEHATAN IBU HAMIL

Diisi oleh petugas kesehatan

Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT), tanggal: 1/8/18
 Hari Taksiran Persalinan (HTP), tanggal: 8/5/19
 Lingkar Lengan Atas: 35,2 cm; KEK (), Non KEK () Tinggi Badan: 152 cm
 Colongan Darah: 0
 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/Su/Li	Denyut Jantung Janin/ Menit
<u>11/12/18</u>	Batuk	<u>104/64</u>	<u>51,4</u>	<u>12-18</u>	<u>12</u>	Baito	<u>148</u>
<u>23/11/18</u>	batuk	<u>80/50</u>	<u>50,5</u>	<u>20-24</u>	<u>13</u>	Baito	<u>146</u>
<u>15/1/19</u>	batuk	<u>85/52</u>	<u>52,5</u>	<u>23-24</u>	<u>21</u>	kep puka	<u>142 x/m</u>
<u>26/02/19</u>	batuk	<u>110/70</u>	<u>54</u>	<u>24-26 wj</u>	<u>17e</u>	let w	<u>140</u>
<u>25/3/19</u>	batuk s.dh 2 hr	<u>110/70</u>		<u>28 wj</u>	<u>17e</u>	let w	<u>140</u>
<u>19/4/19</u>	t.a. a	<u>93/61</u>	<u>57,4</u>	<u>32-33</u>	<u>29cm</u>	kep puka	<u>148 x/m</u>
<u>26/5/19</u>	t.a. a	<u>100/80</u>	<u>58,0</u>	<u>34-35</u>	<u>29 cm</u>	kep	<u>148 x/m</u>
<u>8/6/19</u>	tas	<u>90/80</u>	<u>58,1</u>	<u>35-36</u>	<u>25</u>	kep	<u>140 x/m</u>
<u>8/7/19</u>	Kulit kemerahan	<u>100/70</u>	<u>60</u>	<u>36</u>	<u>1/2 pt</u>	<u>U</u>	<u>140</u>
<u>15/7/19</u>	tas	<u>90/60</u>	<u>60,5</u>	<u>37</u>	<u>28</u>	kep	<u>140 x/m</u>

CATATAN KESEHATAN IBU HAMIL

Diisi oleh petugas kesehatan

Hamil ke 1 Jumlah persalinan 0 Jumlah keguguran 0 G I P 0 A D
 Jumlah anak hidup 0 Jumlah lahir mati
 Jumlah anak lahir kurang bulan anak
 Jarak kehamilan ini dengan persalinan terakhir
 Status imunisasi TT terakhir T4 [bulan/tahun] 2017
 Penolong persalinan terakhir
 Cara persalinan terakhir** : [] Spontan/Normal [] Tindakan

** Beri tanda (✓) pada kolom yang sesuai

Kaki Bengkok	Hasil Pemeriksaan Laboratorium	Tindakan (pemberian TT, Fe, terapi, rujukan, umpan balik)	Nasihat yang disampaikan	Keterangan - Tempat Pelayanan - Nama Pemeriksa (Paraf)	Kapan Harus Kembali
⊕/+	2018 Hb 14,0	Fe 1000 (set 1) BBH 500	teruskan makan	RS Kus	8/19
-/+	BBF 124 Asb 1000 Hb 14,0 PITC 100	Fe 1000 (set 1) BBH 500	teruskan makan	RS ed/ANIS	25/19
⊕/+		Fe 1000 (set 1) BBH 500	teruskan makan	RS Kus	20/19
-/+		Reel	sering dijilid	RS Kus	
-/+		Reel	nutrisi	RS Kus	1 kg 22/4 19
⊕/+		Fe 1000 (set 1) BBH 500	teruskan makan	RS Kus	30/3
-/+		parasetamol calmagestrol	nutrisi	BPA PMB Sumidjah	22/4 19
-/+		parasetamol	nutrisi	PMB Sumidjah	0'
-/+		vitamin kalsium	nutrisi	PMB Sumidjah	22/4 19
-/+					

Catatan Imunisasi Anak

CATATAN IMUNISASI ANAK

UMUR (BULAN)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12+***
Vaksin	Tanggal Pemberian Imunisasi												
HB-0 (0-7 hari)	21/9	Ejenek: ANBVC 07/BB Td : 1st April 2020											
BCG		2/9	21/9										
*Polio	21/9												
*DPT-Hb-Hib 1			22/9										
*Polio 2			22/9										
*DPT-Hb-Hib 2				22/9									
Polio 3				21/9									
*DPT-Hb-Hib 3					21/9								
*Polio 4					22/9								
*PI													
Campak													

UMUR (BULAN)	18	24
Vaksin	Tanggal Pemberian Imunisasi	
**DPT-Hb-Hib Lanjutan		
***Campak Lanjutan		

Jadwal tepat pemberian imunisasi dasar lengkap

Waktu yang masih diperbolehkan untuk pemberian imunisasi dasar lengkap

Waktu Pemberian imunisasi bagi anak di atas 1 tahun yang belum lengkap

Waktu yang tidak diperbolehkan untuk pemberian imunisasi dasar lengkap

CATATAN IMUNISASI ANAK

Surat Persetujuan Menjadi Responden



**YAYASAN PEMBINA PENDIDIKAN INDONESIA (YPPI) WIDYAGAMA
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKES)
WIDYAGAMA HUSADA**

SK MENDIKNAS RI NOMOR 130/D/0/2007

Program Studi : * D3 Kebidanan * S1 Kesehatan Lingkungan * S1 Ilmu Keperawatan * Profesi Ners
Program Studi : * D3 Kebidanan * S1 Kesehatan Lingkungan * S1 Ilmu Keperawatan * Profesi Ners

SURAT PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya telah membaca lembar permohonan persetujuan asuhan kebidanan dan mendapatkan penjelasan mengenai tujuan dan manfaat asuhan yang berjudul "Asuhan Kebidanan Komprehensif"

Saya mengerti bahwa saya akan diminta untuk menjadi subyek pelaksanaan asuhan kebidanan.

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.

Mahasiswa,

(Erika Masi Lelaona)

Malang, 10-April-2019



Kampus B (Kantor Pusat) : Jl. Taman Borobudur Indah 3A Malang .

Kampus A : Jl. Sudmaro 16, Malang , Jawa Timur

Telp : (0341) 406150 Fax : (0341) 471277

Website : www.stikeswidyagamahusada.ac.id

Kartu Skor Poedji Rochjati

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

Nama: NY. H. Umur Ibu: 27 Th. 8-05-2009

Hamil ke: 1 Hari Terhenti tgl: 1-08-2008 Persalinan tgl: 11

Pendidikan ibu: SMP Suku: T. F.

Pekerjaan ibu: IRT Suku: T. F.

KEL. F.A.	NO.	Masalah / Faktor Risiko	SKOR	Tribulan			
				1	II	III	IV
		Skor Awal Ibu Hamil	2				4
I	1	Terdalu muda, hamil < 18 th	4				0
	2	a. Terlalu lambat hamil / karies > 4th	4				0
		b. Terlalu tua, hamil > 35 th	4				0
	3	Terdalu rapat hamil lagi (< 2 th)	4				0
	4	Terdalu lama hamil lagi (> 10 th)	4				0
	5	Terdalu banyak anak, 4 / lebih	4				0
	6	Terdalu tua, umur > 35 tahun	4				0
	7	Terdalu pendek < 145 Cm	4				0
	8	Pernah papai kehamilan	4				0
9	Pernah melahirkan dengan						0
	a. Terhenti tang / vakum	4				0	
	b. UH dirangsang	4				0	
	c. Diperius transfusi	4				0	
Pernah operasi jalan			4				0
II	11	Penyakit pada ibu hamil:	4				0
		a. Kurang darah b. Malaria	4				0
		c. TBC Paru d. Penyakit jantung	4				0
		e. Kencing Manis (Diabetes)	4				0
		f. Penyakit Menular Seksual	4				0
	12	Bengkak pada tungkai / tangan dan Tekanan darah tinggi	4				0
13	Hamil kembar 2 atau lebih	4				0	
14	Hamil kembar an. (Hydatidosis)	4				0	
15	Bayi mati dalam kandungan	4				0	
16	Ketahanan lebih bulan	4				0	
	17. Lelah Lempang	4				0	
	18. Lelah Lengah	4				0	
III	19	Pengobatan dengan antibiotik	2				0
	20	Pengobatan dengan Malaria	2				0
Jumlah Skor							2

PENYULUHAN KEHAMILAN/PERSALINAN AMAN – RUJUKAN TERENCANA

KEHAMILAN			PERSALINAN DENGAN RISIKO					
JPL. SKOR	KEL. BUKAN	PISA	RUJUKAN	TEMPAT	PINDA	RUJUKAN		
					LINE	KEB	KEB	ETB
2	NY	SD	TR	TR	TR	TR	TR	TR
1-14	NY	SD	TR	TR	TR	TR	TR	TR
1-14	NY	SD	TR	TR	TR	TR	TR	TR

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

KARTU SKOR 'POEDJI ROCHJATI' PERENCANAAN PERSALINAN AMAN

Tempat Persalinan Kehamilan: 1. Puskesmas 2. Poliklinik 3. Rumah Bidan
4. Puskesmas 5. Rumah Sakit 6. Praktek Dokter

Persalinan: Melahirkan tanggal: _____ / _____ / _____

RUJUKAN DAS: 1. Sordit 2. Dukun 3. Bidan 4. Pakarman

RUJUKAN KE: 1. Bidan 2. Puskesmas 3. Bidan 4. Pakarman

RUJUKAN
1. Rujukan Di Berekam (RDB) / 2. Rujukan Tegal Waktu (RTW)
Rujukan Dalam Rumah (RDR) / 3. Rujukan Terlewat (RTL)

Gawat Obstetrik:
Ket. Faktor Risiko I & II

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

Gawat Darurat Obstetrik:
Ket. Faktor Risiko II

1. Perdarahan antepartum
2. Eklampsia
3. Komplikasi Obstetrik
4. Perdarahan postpartum
5. Lm Tertinggi
6. Persalinan Lama
7. Panas Tinggi

TEMPAT:
1. Rumah bu 2. Rumah bidan 3. Poliklinik 4. Puskesmas 5. Rumah Sakit 6. Pejajaran

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

MACAM PERSALINAN:
1. Normal 2. Teknikal pervaginam 3. Operasi Sezar

PASCA PERSALINAN:
IBU:
1. Hilap 2. Mal. dengan penyakit 3. Perawatan 4. Panas lama 5. Ketidakl. e. Lan-2

BAYI:
1. Berat lahir < 3000 gram, Laki 2. Perawatan 3. Lahir tidak 4. Aggr. Skar 5. Lahir mati penyakit 6. Mal. kemadun, umur > 12, penyakit 7. Kelahiran dengan: 5000 atau lebih

TEMPAT KEMADIAN IBU:
1. Rumah bu 2. Rumah bidan 3. Poliklinik 4. Puskesmas 5. Rumah Sakit 6. Pejajaran 7. Lan-2

KEDAAAN IBU SELAMA MASA NIFAS (di Hari Pasca Salin)
1. Sehat 2. Sakit 3. Mal. penyakit
Fembaran AS: 1. Ya 2. Tidak

Keluarga Berencana: 1. Ya _____ / Berencana _____
2. Belum Tahu

Kategori Keluarga Miskin: 1. Ya _____ / 2. Tidak
Sumber Biaya: Mandiri / Bantuan _____

Kartu Ibu Hamil

KARTU IBU HAMIL

RS/Puskesmas Pustu/Polindes/BPS Kelurahan Kota		No Indak / kode Tgl. Pendaftaran pertama Nama Pemerikas																																																									
IDENTITAS IBU Nama: NU. N. Umur: 32 tahun Agama: Islam Alamat/Telp.: Jl. Kendal Sari Bangsal Pekerjaan: SMP RT Pendidikan: SMP		IDENTITAS SUAMI Nama: Tn. R. Umur: 37 tahun Agama: Islam Alamat/Telp.: Jl. Kendal Sari Bangsal Pekerjaan: Kuli Bangunan Pendidikan: SMA																																																									
Riwayat Perkawinan <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Kawin Ke</th> <th>Umur Kawin (th)</th> <th>Kawin Ke</th> <th>Jumlah anak</th> <th>Sebab placenta</th> <th>Sebab meninggal</th> <th>Tempat meninggal</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>30</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>Cerai meninggal</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				Kawin Ke	Umur Kawin (th)	Kawin Ke	Jumlah anak	Sebab placenta	Sebab meninggal	Tempat meninggal	1	30	1	1	Cerai meninggal																																												
Kawin Ke	Umur Kawin (th)	Kawin Ke	Jumlah anak	Sebab placenta	Sebab meninggal	Tempat meninggal																																																					
1	30	1	1	Cerai meninggal																																																							
Riwayat Kehamilan, Persalinan dan KB <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>HAMIL</th> <th>PERSALINAN</th> <th>TEMPAT PERSALINAN</th> <th>KOMP PERSALINAN</th> <th>PENOLONG</th> <th>KEADAAN BBL</th> <th>KEADAAN BBL</th> <th>KB</th> </tr> <tr> <th>Komplikasi APB HT</th> <th>A/I/P/</th> <th>IU/FO</th> <th>Normal/Abn</th> <th>SC</th> <th>RS</th> <th>PKM</th> <th>SPS</th> <th>Ru mah</th> <th>Lain-lain</th> <th>Planta</th> <th>Intra m</th> <th>HPP</th> <th>Dr</th> <th>Bd</th> <th>Lain-lain</th> <th># /</th> <th>BBL (g)</th> <th>Sa</th> <th>Sa</th> <th>Ma</th> <th>Hidup (th)</th> <th>Mtd</th> <th>KB</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>H</td> <td>A</td> <td>M</td> <td>I</td> <td>L</td> <td>I</td> <td>N</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				HAMIL	PERSALINAN	TEMPAT PERSALINAN	KOMP PERSALINAN	PENOLONG	KEADAAN BBL	KEADAAN BBL	KB	Komplikasi APB HT	A/I/P/	IU/FO	Normal/Abn	SC	RS	PKM	SPS	Ru mah	Lain-lain	Planta	Intra m	HPP	Dr	Bd	Lain-lain	# /	BBL (g)	Sa	Sa	Ma	Hidup (th)	Mtd	KB	H	A	M	I	L	I	N																	
HAMIL	PERSALINAN	TEMPAT PERSALINAN	KOMP PERSALINAN	PENOLONG	KEADAAN BBL	KEADAAN BBL	KB																																																				
Komplikasi APB HT	A/I/P/	IU/FO	Normal/Abn	SC	RS	PKM	SPS	Ru mah	Lain-lain	Planta	Intra m	HPP	Dr	Bd	Lain-lain	# /	BBL (g)	Sa	Sa	Ma	Hidup (th)	Mtd	KB																																				
H	A	M	I	L	I	N																																																					
Riwayat Kehamilan Sekarang G : 1 P : 0000 A : 000 Haid : Siklus 30 hari (teratur/tidak), Lama haid 3 hari, HPHT : 01-04-2018 Mual / Muntah : Tidak / Kadang-kadang / Terus-menerus Pusing : Tidak / Kadang-kadang / Terus-menerus Nyeri perut : Tidak / Kadang-kadang / Terus-menerus Gerak janin : Ada / Tidak Ada Oedema : Tidak ada / ada (tibia / Umum) Nafsu makan : Ada / Menurun Perdarahan : Tidak ada / ada (sejak) Penyakit yang diderita ibu hamil : Paru/DW/Epilepsi/Hari/Psikosis/Ginjal/Malaria/Jantung/Hipertensi/Diare Lama/Pneumonia/Baluk lama/BB menurun/PMS Penyakit yang diderita suami : PMS/Telo/Tindik/DW/Baluk Lama/Diare Lama/HIV/Hepatitis/Tumor Riwayat penyakit keluarga : Hipertensi/DM/Paru/Jantung/Gemali/Psikosis Kebiasaan ibu : Merokok/minuman keras/hardiskalolab/penenang/minum jamu/pjat 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 seksual istri : Satu lebih dari satu Pasangan seksual suami : Satu lebih dari satu																																																											
Pemeriksaan <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>PEMERIKSAAN</th> <th>FISIK</th> <th>KEBIDANAN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>BB sbm hamil : 58 Kg TB / BB / LILA : 158 cm / 58 kg / 38 cm BENTUK TUBUH : Normal Kelainan tulang belakang Kelainan sungsai Kelainan bentuk punggung KESADARAN : Fluk / Pakis PUCAT : Tidak / ya KUNING : Tidak / ya TEKANAN DARAH : 100 / 70 mmHg SUHU / NADI : 37,5 / 80 / menit PERNAFASAN : 20 X / menit</td> <td>KULIT : MATA : MULUT : GIGI : PEMS KEL : DADA : - Paru / Jantung : - Payudara : ABOOMEN : - Luka bekas op : - Massa abdomen : - Hati : TANGAN TUNJAI : - refleks :</td> <td>TFU : 35 JanCM UK : 35 Minggu BENTUK UTERUS : Normal / kelainan LETAK JANIN : - 28 minggu : Bujur / miring - 36 minggu : Bujur / miring sungsai/gamat - Perutmen tep : 4 / 8 DOKTAH JANJUNG : 140 X / menit RESPENULO : Normal / dah lebat / (Bila ada indikasi) : regula / luhur / serbis / ektopia / konversio terhenti</td> </tr> </tbody> </table>				PEMERIKSAAN	FISIK	KEBIDANAN	BB sbm hamil : 58 Kg TB / BB / LILA : 158 cm / 58 kg / 38 cm BENTUK TUBUH : Normal Kelainan tulang belakang Kelainan sungsai Kelainan bentuk punggung KESADARAN : Fluk / Pakis PUCAT : Tidak / ya KUNING : Tidak / ya TEKANAN DARAH : 100 / 70 mmHg SUHU / NADI : 37,5 / 80 / menit PERNAFASAN : 20 X / menit	KULIT : MATA : MULUT : GIGI : PEMS KEL : DADA : - Paru / Jantung : - Payudara : ABOOMEN : - Luka bekas op : - Massa abdomen : - Hati : TANGAN TUNJAI : - refleks :	TFU : 35 JanCM UK : 35 Minggu BENTUK UTERUS : Normal / kelainan LETAK JANIN : - 28 minggu : Bujur / miring - 36 minggu : Bujur / miring sungsai/gamat - Perutmen tep : 4 / 8 DOKTAH JANJUNG : 140 X / menit RESPENULO : Normal / dah lebat / (Bila ada indikasi) : regula / luhur / serbis / ektopia / konversio terhenti																																																		
PEMERIKSAAN	FISIK	KEBIDANAN																																																									
BB sbm hamil : 58 Kg TB / BB / LILA : 158 cm / 58 kg / 38 cm BENTUK TUBUH : Normal Kelainan tulang belakang Kelainan sungsai Kelainan bentuk punggung KESADARAN : Fluk / Pakis PUCAT : Tidak / ya KUNING : Tidak / ya TEKANAN DARAH : 100 / 70 mmHg SUHU / NADI : 37,5 / 80 / menit PERNAFASAN : 20 X / menit	KULIT : MATA : MULUT : GIGI : PEMS KEL : DADA : - Paru / Jantung : - Payudara : ABOOMEN : - Luka bekas op : - Massa abdomen : - Hati : TANGAN TUNJAI : - refleks :	TFU : 35 JanCM UK : 35 Minggu BENTUK UTERUS : Normal / kelainan LETAK JANIN : - 28 minggu : Bujur / miring - 36 minggu : Bujur / miring sungsai/gamat - Perutmen tep : 4 / 8 DOKTAH JANJUNG : 140 X / menit RESPENULO : Normal / dah lebat / (Bila ada indikasi) : regula / luhur / serbis / ektopia / konversio terhenti																																																									
Laboratorium RUTIN - Darah : Hb gr % - Urine : Albumin Reduksi - Gol Darah : ATASI INDIKASI : Feces / darah tap / four sibus/COU/Pap smear/hepatitis/HIV/VOR/landi cervic/plano test/ STA/tongen *Hasil terlampir																																																											
KESIMPULAN / DIAGNOSA: M.Y. N. usia 32 tahun G1P000 A3000 uk 35 minggu I/H/I letkep dengan kehamilan fisiologi.																																																											
PEMERIKSAAN OBAT: - Imunisasi TT : T4 - Pengobatan :																																																											
PENYULUHAN *Tentukan dan sesuaikan																																																											

RENCANA PERSALINAN

Penolong :
 Pendamping :
 Calon Donor :

Tanggal	KELUHAN				UMUM						KEBIDAHAN				KETERANGAN	
	BB	TD	MAH	RPR	Overton Tanggal	RFK	LEDAK JAHN	DUI	GERAK JAHN ASI	Jarak	Temp / Pengobatan	Umur Kehamilan	Persalinan 7	Daftar ke	Pemeriksa	Lain-lain
11	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18

*) MATERI PENYULUHAN

- Gizi (nutrisi ibu hamil)
- Kebenaran
- Pekerjaan dan perilaku sehari-hari
- Olah raga
- Perawatan Payudara dan ASI / PMSI
- Pentingnya pemantauan kehamilan

- (01)
- (02)
- (03)
- (04)
- (05)
- (06)

- Tanda-tanda kelahiran esiko tinggi
- Persalinan oleh tenaga kesehatan kompeten
- KB setelah melahirkan
- Program Pencegahan Persalinan dan Penanganan Komplikasi (P4K)
- IMS / HIV - AIDS / PMTCT (ARV, SC, VCT)
- IMD

- (07)
- (08)
- (09)
- (10)
- (11)
- (12)

Surat Ijin Memberikan Asuhan Kebidanan



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 Soemidyah Ipung,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
Keprod DIII Kebidanan,

Nur Anjalia P.S.SiT.M.Kes
NDP.2005.05



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

SURAT KETERANGAN

NOMOR : 790 /A-2/STIKES/III/2019

Yang bertandatangan di bawah ini :

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

Menerangkan mahasiswa yang bernama di bawah ini :

NO	NAMA MHASISWA	NIM
1.	Dwi Kumala Wardani	1615.15401.1078
2.	Nurul Huda Alviena	1615.15401.1096
3.	Rianti Ningsih	1615.15401.1101
4.	Resky Puspita Cahyani Saleh	1615.15401.1100
5.	Nanda Evi Susilowaty	1615.15401.1091
6.	Emilia Masi Lelaona	1615.15401.1079
7.	Emilia Sedo Kuma Lamatokan	1615.15401.1080
8.	Debora Tuwa Negu	1615.15401.1075

Diperbolehkan Memberikan Asuhan Kebidanan berikut :

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

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

Demikian surat keterangan ini dibuat, dan dipergunakan sebagaimana mestinya.

Malang, 14 Maret 2019
Kaprodi DIII Kebidanan

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

**SURAT KESEDIAAN BIMBINGAN LAPORAN TUGAS AKHIR
PROGRAM STUDI D3 KEBIDANAN
STIKES WIDYAGAMA HUSADA
TAHUN AKADEMIK 2018/2019**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Yuliyani, Amd.keb., SKM, M, Biomed

Jabatan : Dosen

Alamat : Perum Taman Kusuma Kav.28

No Telp : 081 334 334796

Dengan ini Menyatakan bersedia/tidak bersedia*) menjadi pembimbing 1
(pembimbing 2*)

Nama : Emilia Masi Lelaona

NIM : 1615. 15401. 1079

Alamat : Jl. Taman Borobudur Indah No 3A

Judul LTA : Proposal Laporan Tugas Akhir Asuhan Kebidanan Komprehensif
Pada Ny."N" Usia 32 Tahun Di BPM Soemidyah Ipung Amd.Keb

Malang,

Pembimbing LTA

**SURAT KESEDIAAN BIMBINGAN LAPORAN TUGAS AKHIR
PROGRAM STUDI D3 KEBIDANAN
STIKES WIDYAGAMA HUSADA
TAHUN AKADEMIK 2018/2019**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Nicky Danur Jayanti, S.ST.M.KM
Jabatan : Pembimbing LTA
Alamat : Jl. Wendit Timur 25 Mangliawan -Palkis
No Telp : 0822.3211.1746

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

Nama : Emilia Masi Lelaona
NIM : 1615. 15401. 1079
Alamat : Jl. Taman Borobudur Indah No 3A
Judul LTA : Proposal Laporan Tugas Akhir Asuhan Kebidanan Komprehensif
Pada Ny."N" Usia 32 Tahun Di BPM Soemidyah Ipung Amd.Keb

Malang,

Pembimbing LTA

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Emilia Masi Lelaona

NIM : 1615.15401.1079

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 pengambilan alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui 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,... Agustus 2019

Mengetahui,

Kaprodi DIII Kebidanan

Penulis

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

(Emilia Mssi Lelaona)

Form 7: CATATAN KONSULTASI PEMBIMBING 1

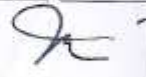




NO.	TANGGAL	KEGIATAN DAN SARAN	PARAF PEMBIMBING
1	5/4/2019	- Rvisi Bab 1-3 - perbaiki penulisan	
2	10/4/2019	- Rvisi Bab 1-3 - lengkapi	
3	23/4/2019	- Rvisi Bab 1-3 - Penulisan DP - Lanjutkan perbaiki	
4	29/4/2019	- Penulisan perbaiki - DP - Lanjutkan	
5	30/4/2019	- Perbaiki DP + kepastian - RPT	
6	2/5/2019	Ace Ngin Proposal	
1	9/8/2019	Rvisi SOAP, lengkapi	
2	13/8/2019	Rvisi SOAP, lengkapi Araar - akhir	
3	15/8/2019	Ringkasan - Bab 6	

Form 8: CATATAN KONSULTASI PEMBIMBING 2

NO.	TANGGAL	KEGIATAN DAN SARAN	PARAF PEMBIMBING
4	19/8/2019	Rvisi Bab 1, lampiran PPT	
5	29/8/2019	Ace Ngin L-TA	

Form 11:

CATATAN KONSULTASI RINGKASAN BAHASA
INGGRIS

NO.	TANGGAL	KEGIATAN DAN SARAN	PARAF PEMBIMBING
1.	30-8-2019	Penyerahan & Revisi 1	
2.	5-9-2019	Revisi 2	
3	9-9-2019	fix Revisi dari B. Ludo	
4	15-9-2019	Revisi format	
5	14-9-2019	final draft Acc	

Form 12:

KITIR UJIAN PROPOSAL DAN AKHIR

NO	SYARAT	PROPOSAL	AKHIR	KETERANGAN
1	Administrasi Keuangan	<i>[Signature]</i> 25/4/19	<i>[Signature]</i> 27/6/19	
2	Administrasi Akademik <i>2/4/19</i>	<i>[Signature]</i> 2/4/19	<i>[Signature]</i> 2/4/19	
3	Telah Menyelesaikan ASKEB/ASKEP/LAP. PKL	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	
4	Perpustakaan	24/19 4 <i>[Signature]</i>	9/19 10 <i>[Signature]</i>	
5	Alat – alat Laboratorium	slaf 24/4/19	slaf	
6	Telah Menyelesaikan Kompetensi	26/4/19 23 LP <i>[Signature]</i>	50 LP Luana 6/4/19 <i>[Signature]</i>	
7	Telah Mengumpulkan Berkas LTA/ Skripsi			

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

CURRICULUM VITAE



EMILIA MASI LELAONA

TOBILOTA, 25 JULI 1998

Motto :

Memulai dengan penuh keyakinan menjalankan dengan penuh keiklasan
menyelesaikan dengan penuh kebahagiaan

Riwayat Pendidikan

SD Masehi Kananggar Tahun 2010

SMP Negeri 1 Paberiwai Tahun 2013

SMA PGRI Waingapu Tahun 2016

DIII Kebidanan Stikes Widyagama Husada Malang Lulus Tahun 2019