

LAPORAN TUGAS AKHIR
ASUHAN KEBIDANAN SECARA KOMPREHENSIF
PADA Ny. “W” USIA 34 TAHUN DENGAN
GEMELLI DAN BBLR
DI PMB KHALIMATUS SADIYA, AMd. Keb
PAKIS



OLEH :
NOVERA
1615.15401.1094

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

LAPORAN TUGAS AKHIR
ASUHAN KEBIDANAN SECARA KOMPREHENSIF
PADA Ny “W” USIA 34 TAHUN DENGAN
GEMELLI DAN BBLR
DI PMB KHALIMATUS SADIYA AMd. Keb
PAKIS



Diajukan Sebagai Syarat Menyelesaikan
Pendidikan Tinggi Program Studi D III Kebidanan

OLEH :

NOVERA

NIM. 1615.15401.1094

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

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Tugas Akhir ini disetujui untuk dipertahankan dihadapan

Tim Penguji Laporan Tugas Akhir

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Widyagama Husada :

LAPORAN TUGAS AKHIR ASUHAN KEBIDANAN SECARA KOMPREHENSIF
PADA NY "W" USIA 34 TAHUN DENGAN GEMELLI DAN BBLR
DI PMB KHALIMATUS SADIYA AMd.Keb

NOVERA

1615.15401.1094

Malang,9 Agustus 2019

Menyetujui,

Pembimbing I



(Ervin Rufaindah, S.ST.,M.Keb)

Pembimbing II



(Yuliyani, AMd.Keb.,S.KM.,M.Biomed)

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 15 Agustus 2019.

LAPORAN TUGAS AKHIR ASUHAN KEBIDANAN SECARA KOMPREHENSIF
PADA Ny "W" USIA 34 TAHUN GEMELLI DAN BBLR
KOTA MALANG

NOVERA

NIM.1615.15401.1094

(dr. Herdiarto, Sp.OG., MM)

()

Penguji I

(Ervin Rufaindah, S.ST.,M.Keb)

()

Penguji II

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

()

Penguji III

Mengetahui,

Ketua STIKES Widyagama Husada


(dr. Rudy Joegijantoro, MMRS)
NIP. 197110152001121006

KATA PENGANTAR

Puji syukur Penulis panjatkan pada Tuhan Yang Maha Esa karena atas rahmat-Nya penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir yang berjudul "Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny "W" Usia 34 secara komprehensif, di wilayah Dusun Baran, Sukoanyar Pakis sebagai salah satu persyaratan Akademik dalam rangka penyelesaian kuliah di program studi DIII Kebidanan STIKES Widyagama Husada Malang. Dalam Laporan Tugas Akhir akan dijabarkan sebagai konsep mengenai Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ibu Hamil sampai KB Pada Ny "W" di Wilayah Kota Malang sehingga hasil dari penelitian ini dapat dijadikan rujukan dalam meningkatkan asuhan kebidanan pada ibu hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas dan KB.

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

1. dr. Rudy Joegijantoro, MMRS selaku Ketua STIKES Widyagama Husada Malang.
2. dr. Wira Daramatasia, M.Biomed, selaku Wakil Ketua I Bidang Akademik dan Kemahasiswaan STIKES Widyagama Husada.
3. Yuniar Angelia P, S.SiT., M.Kes selaku Ketua Program Studi DIII Kebidanan STIKES Widyagama Husada Malang.
4. dr. Herdiarto, Sp.OG., MM selaku penguji I yang telah memberikan bimbingan, arahan, koreksi dan saran sehingga terwujudnya Laporan Tugas Akhir ini.

5. Ervin Rufaindah, S.ST.,M.Keb selaku penguji II yang telah memberikan bimbingan, arahan, koreksi dan saran sehingga terwujudnya Laporan Tugas Akhir ini.
6. Yuliyani, Amd.Keb.,S.KM.,M.Biomed selaku penguji III yang telah memberikan bimbingan, arahan, koreksi dan saran sehingga terwujudnya Laporan Tugas Akhir ini.
7. Khalimatus Sadiyah Amd. Keb selaku bidan yang telah memberikan ijin untuk lokasi pelaksanaan asuhan.
8. Ny. "W" yang bersedia menjadi responden sehingga terselesaikannya laporan ini.
9. Bapak Kueng Lahang dan Ibu Marlina Anye selaku Orang Tua yang selalu memberikan dukungan dan semangat kepada penulis.
10. Teman-teman Kebidanan Angkatan 2016 yang sudah memberikan dukungan dan semangat kepada penulis.

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

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

Malang, Agustus 2019

Penulis

RINGKASAN

Novera. 2019. Asuhan Kebidanan Secara Komprehensif pada Ny. "W" Usia 34 Tahun dengan Janin Kembar (Gemelli) dan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) di Praktik Mandiri Bidan Khalimatus Sadiya, AMd.Keb. Pakis. Kabupaten Malang. Laporan Tugas Akhir. Program Studi DIII Kebidanan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Widyagama Husada Malang. Pembimbing : 1). Ervin Rufaindah, S.ST., M.Keb, Pembimbing : 2). Yuliyani, AMd.Keb., S.KM., M.Biomed.

Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi masih tinggi di Indonesia dan target pencapaian per kelahiran hidup belum maksimal. Berdasarkan data *World Health Organization (WHO)* status kesehatan nasional pada capaian target Sustainable Development Goals (SDGs) menyatakan secara global sekitar 830 wanita meninggal setiap hari karena komplikasi selama kehamilan dan persalinan, dengan tingkat Angka Kematian Ibu sebanyak 216 per 100.000 kelahiran hidup (WHO, 2017). Tujuan dari asuhan kebidanan komprehensif ini adalah salah satu upaya untuk menurunkan Angka Kematian Ibu dan Angka Kematian Bayi. Asuhan komprehensif adalah asuhan yang berkesinambungan mulai dari kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, sampai pelayanan keluarga berencana. Asuhan kebidanan dilakukan mulai bulan Mei- Juli 2019, pada Ny. "W" G_{II}P₁₀₀₁Ab₀₀₀ mulai dari masa hamil trimester III hingga keluarga berencana.

Pelayanan kesehatan yang diberikan pada ibu hamil dimulai pada kehamilan trimester III dengan metode 4 kali kunjungan selama kehamilan dalam pelayanan antenatal care dengan standart 14 T, kemudian bayi baru lahir 2 kali kunjungan, nifas dilakukan 4 kali kunjungan dan pelayanan keluarga berencana dilakukan 2 kali kunjungan. Dokumentasi melalui manajemen kebidanan, dalam bentuk data subjektif, objektif, analisa dan penatalaksanaan. Ny. "W" G_{II}P₁₀₀₁Ab₀₀₀ kehamilan dengan resiko tinggi sesuai dengan skor KSPR 6 karena faktor jarak kehamilan pertama dan yang kedua >10 tahun.

Hasil proses asuhan komprehensif pada Ny. "W" usia kehamilan 37 minggu 2 hari dengan persalinan normal yaitu janin kembar dan berat badan lahir rendah di Praktik Bidan Mandiri Khalimatus Sadiya, AMd. Keb. Asuhan antenatal care diambil dalam bentuk data sekunder. Kala I dan kala II fisiologis namun pada kala II terdeteksi gemelli atau janin kembar dengan persalinan normal, bayi baru lahir dengan berat badan lahir rendah, berat badan bayi (I) : 2200 gram, (II) : 1900 gram dengan panjang badan : 42 cm, afdar skor : 7. Masa nifas normal dan menggunakan kontrasepsi suntik 3 bulan. Terdapat kesenjangan antara teori dan praktek asuhan kebidanan *continuity of care* yaitu pemberian imunisasi sebelum berat badan bayi mencapai batas normal yaitu 2000 gram. Penulis menyimpulkan bahwa asuhan kebidanan pada Ny "W" mulai dari kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas dan pelayanan keluarga berencana dalam keadaan normal walaupun proses persalinan dengan bayi kembar (gemelli). Penulis menyarankan agar tenaga kesehatan lebih teliti dan meningkatkan ilmu pengetahuannya untuk memberikan asuhan antenatal care yang lebih optimal.

Referensi : 27 referensi (2007- 2017)

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

SUMMARY

Novera. 2019. *Comprehensive Midwifery Care to Mrs. "W" 34 Years Twins (Gemelli) and Low Birth Weight (LBW), in Independent Practices Midwife Khalimatus Sadiya, Amd.Keb. Pakis. Malang Regency. Final Task. DIII Midwifery Study Program of Widyagama Husada School of Health Malang. Advisor: 1). Ervin Rufaindah, S.ST.,M.Keb, Advisor: 2). Yuliyani, AMd.Keb.,S.KM.,M.Biomed.*

Maternal Mortality Rate (MMR) and Infant Mortality Rate are still high in Indonesia and the achievement target per birth is still not optimal. Based on, the data the *World Health Organization (WHO)* national health status in achieving the Sustainable Development Goals (SDGs) target around 830 women past away of every day due to pregnancy complications and childbirth, Maternal Mortality rate of 216 per 100,000 live births (WHO, 2017) . The aim of midwifery care is an effort to reduce maternal and infant mortality. Midwifery comprehensive care pregnancy , childbirth, newborns, postpartum and family planning services. Midwifery care was carried out in May-July 2019, to Mrs. "W" G₁₁P₁₀₀₁Ab₀₀₀ starting from the third trimester of pregnancy to family planning.

Health services provided to pregnant women begin at the third trimester of pregnancy, the method of 4 visits pregnancy at antenatal care service used a standard of 14T, 2 visits newborn, 4 visits postpartum and 2 visits family planning services. The documentation used midwifery management, used of subjective and objective data analysis. The data was showed Mrs. The "W" G₁₁P₁₀₀₁Ab₀₀₀ high-risk pregnancy as KSPR score was 6, the first and second pregnancy intervals are > 10 years.

The results of the comprehensive care to Ny. "W" gestational age of 37 weeks 2 days normal delivery was twins and low birth weight. Antenatal care was taken in the form of secondary data. The process of stage I and Stage II physiologically, but at stage II was detected gemelli or twin fetuses normal delivery, newborns had low birth weight, the first baby was 2200 grams, the second baby 1900 grams, the length of the baby was: 42 cm , afdar score: 7. Normal postpartum period and used 3-month injection contraception. There was a gap between the theory and practice of continuity of care, when immunization before the baby's weight reaches the normal limit of 2000 grams. The writer concluded that midwifery care to Mrs. "W" started from pregnancy, childbirth, newborns, postpartum and family planning services in normal circumstances despite the twin (gemelli) delivery process. The writer suggested that the health workers be more careful and improve their knowledge to provide optimal antenatal care.

References : 27 references (2007-2017)

Keywords : Pregnancy Care, Childbirth, Newborns, Postpartum and Family Planned

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PERSETUJUAN.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
RINGKASAN	v
DAFTAR ISI.....	vi
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
DAFTAR SINGKATAN.....	xiii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah.....	6
1.3 Tujuan Penulisan.....	6
1.3.1 Tujuan Umum	6
1.3.2 Tujuan Khusus.....	6
1.4 Ruang Lingkup	7
1.4.1 Sasaran.....	7
1.4.2 Tempat.....	7
1.4.3 Waktu.....	7
1.5 Manfaat.....	8
1.5.1 Bagi Penulis	8
1.5.2 Bagi Tempat Praktek	8
1.5.3 Bagi Institusi	8
1.5.4 Bagi Penulis Selanjutnya.....	8

1.5.5 Bagi Pasien.....	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	9
2.1 Konsep Dasar.....	9
2.1.1 Konsep Dasar Kehamilan.....	9
2.1.2 Konsep Dasar Persalinan.....	41
2.1.3 Konsep Dasar Asuhan Masa Nifas	52
11. Kebutuhan Dasar Ibu Nifas	65
2.1.4 Konsep Bayi Baru Lahir.....	73
2.1.5 Konsep Dasar KB	96
2.1.6 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Manajemen Varney	110
2.1.7 Konsep Dasar Dokumentasi Mengacu SOAP	114
BAB III KERANGKA KONSEP CONTINUITY OF CARE.....	115
3.1 Kerangka Konsep Kegiatan	115
3.2 Penjelasan Kerangka Konsep.....	116
BAB IV PELAKSANAAN ASUHAN KEBIDANAN	117
4.1 Kunjungan Antenatal Care	117
4.2 Kunjungan INC	124
4.3 Kunjungan Nifas	132
4.4 Bayi Baru Lahir	141
BAB V PEMBAHASAN	157
5.1 Pembahasan Asuhan kehamilan	157
BAB VI PENUTUP.....	168
6.1 Kesimpulan.....	168
6.2 Saran	169
DAFTAR PUSTAKA.....	169

DAFTAR TABEL

NO JUDUL TABEL	HALAMAN
Tabel 2.1 Tinggi Fundus Uteri	23
Tabel 2.2 Tahapan Lochea Masa	55
Tabel 2.3 Jadwal Imunisasi	89

DAFTAR GAMBAR

NO JUDUL GAMBAR	HALAMAN
Gambar 2.1 Proses Kehamilan	13
Gambar 2.2 KSPR	40
Gambar 2.3 Bidang Hodge	46
Gambar 2.4 Ukuran Panggul Dalam	46
Gambar 2.5 Mekanisme Persalinan	48
Gambar 2.6 Partograf	52
Gambar 2.7 Involusi Uterus	55
Gambar 2.8 Refleks Mencari	59
Gambar 2.9 Payudara	61
Gambar 2.10 Senam Nifas	70
Gambar 2.11 Alat Kontrasepsi	107

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Jadwal Pelaksanaan LTA
- Lampiran 2 : Surat Pengantar LTA
- Lampiran 3 : Lembar Persetujuan Menjadi Responden/ *Informed Consent*
- Lampiran 4 : Surat Kesediaan Pembimbing
- Lampiran 5 : Dokumentasi Buku KIA
- Lampiran 6 : Lembar Kartu Ibu Hamil
- Lampiran 7 : Lembar Kartu Score Pudji Roechayati
- Lampiran 8 : 24 Penapisan
- Lampiran 9 : Dokumentasi Partograf
- Lampiran 10 : Dokumentasi Pelaksanaan Asuhan Pada Pasien
- Lampiran 11 : Jadwal Kunjungan
- Lampiran 12 : Lembar Konsul LTA
- Lampiran 13 : Lembar Rekomendasi
- Lampiran 14 : Keaslian Penulisan

DAFTAR SINGKATAN

AKI	: Angka Kematian Ibu
AKB	: Angka Kematian Bayi
AKBK	: Alat Kontrasepsi Bawah Kulit
AKDR	: Alat Kontrasepsi Dalam Rahim
ANC	: <i>Ante Natal Care</i>
APGAR	: <i>Apparance, Pulse rate, Grimace, Activity, 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	: <i>Basal Metabolisme Rate</i>
COC	: <i>Continuity of Care</i>
DJJ	: Denyut Jantung Janin
FSH	: <i>Follicle Stimulating Hormone</i>
Hb	: Hemoglobin
hCG	: <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	: <i>Metode Amenore Laktasi</i>
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	: <i>Tetanus Toxoid</i>
TTV	: Tanda-tanda Vital
UK	: Usia Kehamilan
USG	: <i>Ultrasonography</i>

VDRL : *Veneral Disease Research Lab*

VT : *Vagina Toucher*

DAFTAR ISTILAH PENTING

<i>Abortus</i>	: Keguguran
<i>Amenorrhea</i>	: Tidak haid / gangguan haid
<i>Anencefalus</i>	: Tidak ada rongga kranial secara congenital
<i>Areola</i>	: Bagian yang kehitaman di tengah payudara
Bloody show	: Lendir bercampur darah
<i>Braxton hicks</i>	: Kontraksi palsu
<i>Caput Succedaneum</i>	: Pembesaran kepala berisi cairan
<i>Cephal Hematoma</i>	: Pembesaran kepala berisi darah
<i>Chloasma</i>	: Bercak di wajah
<i>Early ambulation</i>	: Ambulasi dini
<i>Ektopik</i>	: Kehamilan di luar dinding rahim
<i>Endometrium</i>	: Dinding rahim
<i>Fertilisasi</i>	: Bertemunya sel telur dan sperma
<i>Fimosis</i>	: Kulit yg melingkupi kepala penis tidak bisa ditarik ke belakang
<i>Gravida</i>	: Kehamilan
<i>Hematometra</i>	: Pembesaran uterus berisi darah
<i>Hemoglobin</i>	: Sel darah merah
<i>Hidrocefalus</i>	: Pembesaran kepala berisi cairan
<i>Hipermenorrhea</i>	: Meningkatnya jumlah darah haid
<i>Hipomoklion</i>	: Sumbu putar
<i>Hipospadia</i>	: Saluran kencing di bawah penis
<i>His/ Kontraksi</i>	: Keadaan kencing-kencing atau tegang pada dinding rahim saat proses persalinan
<i>Inseri</i>	: Pemasangan
<i>Laktasi</i>	: Proses menyusui
<i>Linea nigra</i>	: Garis hitam lurus pada pertengahan perut yg membujur

<i>Mammae</i>	: Payudara
<i>Nidasi/Implantasi</i>	: Penanaman sel telur yang sudah dibuahi ke dalam dinding uterus pada awal kehamilan
<i>Obstetri</i>	: Kehamilan
<i>Oedema</i>	: Bengkak
<i>Oksiput</i>	: Belakang kepala
<i>Ovum</i>	: Sel telur yang dikeluarkan oleh wanita
<i>Papilla/puting</i>	: Bagian yang menonjol di puncak payudara
<i>Preeklampsia</i>	: Tanda-tanda resiko tinggi pada kehamilan ditandai dengan adanya tekanan darah yang tinggi dan urine mengandung kadar protein
<i>Sperma</i>	: Sel mani yang dikeluarkan oleh laki-laki
<i>Spotting</i>	: Bercak darah
<i>Striae gravidarum</i>	: Lesi atau jaringan parut pada perut berkaitan dengan kehamilan
<i>Tubektomi</i>	: KB pada wanita
<i>Uterus</i>	: Rahim atau kandungan
<i>Vasektomi</i>	: KB pada lelaki

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

AKI adalah jumlah kematian ibu selama masa kehamilan, persalinan dan nifas yang disebabkan oleh kehamilan, persalinan, dan nifas atau pengelolaannya tetapi bukan karena sebab-sebab lain seperti kecelakaan atau terjatuh, di setiap 100.000 kelahiran hidup. Indikator ini tidak hanya mampu menilai program kesehatan ibu, tetapi juga mampu menilai derajat kesehatan masyarakat, karena sensitifitasnya terhadap perbaikan pelayanan kesehatan, baik dari sisi aksesibilitas maupun kualitas (DepKes RI, 2015).

Masih tingginya AKI berdasarkan data selama kurun waktu 25 tahun yaitu 1990 sampai dengan 2015, Data *World Health Organization (WHO)* mengenai status kesehatan nasional pada capaian target Sustainable Development Goals (SDGs) menyatakan secara global sekitar 830 wanita meninggal setiap hari karena komplikasi selama kehamilan dan persalinan, dengan tingkat AKI sebanyak 216 per 100.000 kelahiran hidup (WHO, 2017). Sebanyak 99 persen kematian ibu akibat masalah kehamilan, persalinan atau kelahiran terjadi di negara-negara berkembang. Rasio AKI masih dirasa cukup tinggi sebagaimana ditargetkan menjadi 70 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2030 (WHO, 2017). Keberhasilan upaya kesehatan ibu, di antaranya dapat dilihat dari indikator Angka Kematian Ibu (AKI) (Widiarini, 2017).

Di Indonesia pada tahun 2016 sebesar 359 per 100.000 jiwa pertahun. Dari bulan Januari sampai September tahun 2016 Angka Kematian Ibu (AKI) meningkat, jika dibandingkan target AKI di Indonesia pada tahun 2015 adalah 102 kematian per 100.000 kelahiran hidup. Hasil Survei Penduduk Antar

Sensus (SUPAS) 2016 menunjukkan AKB sebesar 22,33 per 1.000 kelahiran hidup, yang berarti sudah mencapai target MDG 2015 sebesar 23 per 1.000 kelahiran hidup (Badan Pusat Statistik, 2016).

Pada tahun 2017, AKI Provinsi Jawa Timur mencapai 91,92 per 100.000 kelahiran hidup. Angka ini mengalami peningkatan dibandingkan tahun 2016 yang mencapai 91 per 100.000 kelahiran hidup. Angka Kematian Ibu (AKI) pada tahun 2017 tertinggi terdapat di Kabupaten Mojokerto yaitu sebesar 171,88 per 100.000 kelahiran hidup atau kematian ibu pada tahun 2017 di Kabupaten Mojokerto sebanyak 29 orang. Sedangkan AKI terendah ada di Kabupaten Malang yaitu sebesar 46,48 per 100.000 kelahiran hidup atau kematian ibu pada tahun 2017 di Kabupaten Malang sebanyak 18 orang. Untuk Kota Mojokerto, Kota Blitar dan Kota Madiun tahun 2017 tidak ada kematian ibu. Walaupun capaian AKI di Jawa Timur sudah memenuhi target Renstra dan Supas, AKI harus tetap diupayakan menurun (Dinkes, Jatim 2017).

Keadaan Angka Kematian Bayi (AKB) dan Angka Kematian Neonatal (AKN) yang diperoleh dari laporan rutin relatif sangat kecil, Namun bila dihitung angka kematian absolut masih tinggi yaitu sebanyak 4.059 Bayi meninggal pertahun dan sebanyak 4.464 balita meninggal pertahun. Dalam satu hari berarti sebanyak 11 bayi meninggal dan 12 balita meninggal. sehingga data AKB yang dikeluarkan oleh Badan Pusat Statistik (Provinsi Jawa Timur). Tahun 2017 Angka Kematian Bayi pada posisi 23,1 per 1.000 kelahiran hidup (angka estimasi dari BPS Provinsi), Angka Kematian Bayi Jatim sampai dengan tahun 2017 masih dibawah target Nasional (Supas) yaitu 24 per 1.000 kelahiran hidup (Dinkes Jatim, 2017).

Dilaporkan bahwa selama tahun 2017 sebanyak 311 ibu meninggal, dan ibu meninggal dengan penyebab kematian tertinggi yaitu 28,92% atau

153 orang disebabkan oleh Preeklamsi/ eklamsia dimana hipertensi yang menyebabkan terjadinya kejang, keracunan kehamilan hingga menyebabkan kematian pada ibu, kemudian 26,28% atau 139 orang disebabkan oleh perdarahan. Penyebab lain yaitu infeksi sebesar 3,59% atau sebanyak 19 orang (Dinkes Jatim, 2017).

Telah diketahui bahwa tiga hal tersebut penyebab utama kematian ibu dalam bidang obstetric. Perdarahan pada saat persalinan akibat atonia uteri, dimana uterus tidak dapat berkontraksi dengan kuat yaitu otot-otot rahim seharusnya berkontraksi untuk mengeluarkan plasenta atau ari-ari yang masih berada di dalam rahim. Preeklamsi (keracunan kehamilan) diklasifikasikan menjadi dua yaitu preeklamsi ringan dan preeklamsi berat. Preeklamsi berat adalah preeklamsi dengan tekanan darah sistolik ≥ 160 mmHg dan tekanan darah diastolik ≥ 110 mmHg disertai proteinuria 5 g/24 jam). Preeklamsi merupakan salah satu penyebab dari kematian perinatal dan kehamilan dan banyak terjadi diseluruh dunia (WHO, 2011). Sedangkan infeksi nifas adalah infeksi peradangan pada semua alat genitalia pada masa nifas. Dimana suatu komplikasi yang diakibatkan masuknya kuman ke dalam alat kandungan seperti eksogen (kuman datang dari luar), autogen (kuman masuk dari tempat lain dalam tubuh), dan endogen (dari jalan lahir).

Dampak dari ketiga hal tersebut yaitu seperti perdarahan dapat menyebabkan keadaan syok pada ibu bersalin disertai dengan perubahan tanda- tanda vital bahkan menyebabkan kematian, Perdarahan yang sulit dihentikan bisa mendorong pada keadaan syok hemoragic (Marsha, 2012). Preeklamsia dan eklamsia memberi pengaruh buruk pada kesehatan janin yang disebabkan oleh menurunnya perfusi utero plasenta, hipovolemia, vasospasme, dan kerusakan sel endotel pembuluh darah plasenta. Dampak preeklamsia pada janin salah satunya adalah prematuritas (Prawiroharjo,

2014). Penyakit infeksi yang terjadi pada ibu hamil juga dapat meningkatkan resiko terjadinya kelahiran preterm, berat badan lahir rendah (BBLR) dan terjadinya Ketuban Pecah Dini (KPD) (KeMenKes, 2012).

Salah satu upaya untuk menurunkan AKI dan AKB adalah dengan melakukan asuhan secara komprehensif. Asuhan komprehensif adalah asuhan yang berkesinambungan mulai dari kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas sampai KB. Harapannya adalah dengan melakukan asuhan komprehensif dapat meningkatkan kesehatan ibu dan anak, yaitu mendapatkan pelayanan dari tenaga kesehatan, karena dengan begitu perkembangan kondisi setiap saat akan terpantau dengan baik. Memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas dan berkesinambungan (*Continuity of care*) mulai dari hamil, bersalin, nifas, neonatus dan pemilihan alat kontrasepsi. Pelayanan kesehatan yang diberikan pada ibu hamil melalui pemberian pelayanan antenatal minimum 4 kali selama masa kehamilan yaitu minimal 1 kali pada trimester pertama (usia kehamilan 0-12 minggu). Minimal 1 kali pada trimester kedua (usia kehamilan 12-28 minggu). Minimal 2 kali pada trimester ketiga (usia kehamilan 28 minggu – lahir) (Kemenkes, 2015). Pelayanan tersebut diberikan untuk 6 menjamin perlindungan terhadap ibu hamil dan janin berupa deteksi dini faktor resiko, pencegahan dan penanganan dini komplikasi kehamilan. Melakukan pertolongan persalinan dengan asuhan kasih sayang ibu dan bayi dan tetap berkolaborasi dengan dokter spesialis kandungan, pelayanan kesehatan ibu nifas, pelayanan kesehatan neonatus, serta pelayanan kesehatan keluarga berencana dengan mencakup pemberian Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE) (Kemenkes, RI. 2015).

Memberikan pelayanan individual yang aman, fasilitasi pilihan informasi, untuk lebih mendorong kaum wanita selama persalinan dan

kelahiran, dan untuk menyediakan perawatan komprehensif kepada ibu dan bayi baru lahir selama periode postpartum sampai dengan keluarga berencana (Estiningtyas,dkk,2013). Oleh sebab itu asuhan secara komprehensif dilakukan membantu untuk mengurangi angka kematian pada ibu dan bayi.

Dengan adanya permasalahan ini pemerintah mengupayakan untuk menyediakan kader dengan tujuan agar dapat membantu bidan kader juga berperan penting dalam kesejahteraan masyarakat. Adapun data antenatal care, intranatal care, sampai nifas yang terdapat pada Bidan Khalimatus Sadiya pada tahun 2018, yaitu ANC setiap tahun terdapat ± 200 orang. Sedangkan persalinan berkisar 100 orang tiap tahun, yang dirujuk pertiap bulan sekitar 3 sampai 4 orang, pasien yang dirujuk biasanya karena, kala I memanjang dan kala II lama. Peserta KB sekitar 1000 orang meliputi KB suntik, KB pil, maupun KB alat.

Oleh sebab itu saya melakukan asuhan secara komprehensif kepada Ny "W" usia 34 tahun UK 28 minggu $G_{II} P_{1001} Ab_{000}$ dengan kehamilan resiko tinggi yang dikarenakan terlalu lama hamil lagi (> 10 tahun) skor 4, kemudian ditambahkan skor awal ibu hamil yaitu 2 sehingga total KSPR Ny "J" adalah 6 dengan kehamilan resiko tinggi di BPM Khalimatus Sadiya, Pakis. Anak pertama berusia 12 tahun, dengan jarak yang jauh sehingga kehamilan ini memiliki memiliki resiko tinggi seperti memungkinkan terjadinya hipertensi, diabetes. Oleh sebab itu dilakukan pelayanan yang komprehensif untuk membantu mendeteksi secara dini keadaan ibu dan janin demi mencapai proses bersalin, nifas hingga KB dengan keadaan baik.

Bidan melakukan kunjungan rumah dan memberikan pelayanan sedikitnya 4 kali kunjungan antenatal untuk memberikan penyuluhan, motivasi ibu dan memotivasi suami dan keluarga agar mendorong ibu untuk

memeriksa kehamilan secara teratur serta memberikan saran yang tepat pada trimester ketiga untuk memastikan bahwa persiapan persalinan telah direncanakan dengan baik, bersih, aman, disamping persiapan transportasi dan biaya untuk merujuk sewaktu-waktu terjadi keadaan darurat. Apabila hal tersebut benar-benar dilakukan oleh bidan maka deteksi dini faktor penyebab AKI dan AKB dapat diketahui dan segera ditangani (Asrinah, 2014). Berdasarkan hal tersebut, maka penulis tertarik untuk melakukan Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny "W" Usia 34 tahun Dengan Gemeli dan BBLR.

1.2 Rumusan Masalah

Rumusan masalah dalam laporan tugas akhir ini adalah "Bagaimana melakukan Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny."W" Usia 34 tahun G_{ii} P₁₀₀₁ Ab₀₀₀ dari masa hamil sampai KB ?

1.3 Tujuan Penulisan

1.3.1 Tujuan Umum

Penulis dapat memberikan asuhan kebidanan secara *continuity of care* pada ibu hamil, bersalin, nifas, neonatus dan KB menggunakan pendekatan manajemen asuhan kebidanan dengan pendokumentasian secara SOAP.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Melakukan pengkajian, menyusun diagnosa, merencanakan asuhan kebidanan, melaksanakan asuhan kebidanan dan melakukan evaluasi pada ibu hamil serta mendokumentasikan dengan SOAP varney pada kunjungan pertama.
- b. Melakukan pengkajian, menyusun diagnose, merencanakan asuhan kebidanan, melaksanakan asuhan kebidanan dan

melakukan evaluasi pada ibu bersalin serta mendokumentasikan dengan SOAP note.

- c. Melakukan pengkajian, menyusun diagnosa, merencanakan asuhan kebidanan, melaksanakan asuhan kebidanan, dan melakukan evaluasi pada ibu nifas serta mendokumentasikan dengan SOAP note.
- d. Melakukan pengkajian, menyusun diagnosa, merencanakan asuhan kebidanan, melaksanakan asuhan kebidanan, dan melakukan evaluasi pada bayi baru lahir serta mendokumentasikan dengan SOAP note.
- e. Melakukan pengkajian, menyusun diagnose, merencanakan asuhan kebidanan, melaksanakan asuhan kebidanan dan melakukan evaluasi pada ibu akseptor KB serta mendokumentasikan dengan SOAP note.

1.4 Ruang Lingkup

1.4.1 Sasaran

Sasaran Asuhan Kebidanan di tujukan kepada Ny."W" usia 34 tahun secara komprehensif mulai hamil, bersalin, nifas, neonatus dan KB.

1.4.2 Tempat

Tempat pelaksanaan laporan tugas akhir ini di kediaman (rumah) Ny."W" dan wilayah kerja PMB Khalimatus Sadiya, AMd Keb.

1.4.3 Waktu

Waktu pelaksanaan laporan tugas akhir ini mulai bulan Juli-Agustus 2019.

1.5 Manfaat

1.5.1 Bagi Penulis

Menambahkan pengetahuan, serta meningkatkan pemahaman dan menambah pengalaman tentang Asuhan Kebidanan Komprehensif pada ibu hamil, bersalin, nifas, neonatus dan KB dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan.

1.5.2 Bagi Tempat Praktek

Dapat dijadikan sebagai acuan untuk membatu Asuhan Kebidanan secara *Continuity Of Care* yang lebih berkualitas dan lebih baik.

1.5.3 Bagi Institusi

Sebagai salah satu bahan referensi bagi mahasiswa maupun dosen dalam proses pembelajaran dan mengajar khusus dalam memberikan asuhan kebidanan dari masa kehamilan, bersalin, bayi baru lahir, nifas dan KB.

1.5.4 Bagi Penulis Selanjutnya

Sebagai salah satu referensi yang dapat digunakan untuk penyusunan Laporan Tugas Akhir selanjutnya dalam melakukan Asuhan Kebidanan selama kehamilan, persalinan, nifas, neonatus, dan KB.

1.5.5 Bagi Pasien

Dapat meningkatkan kesadaran Ibu untuk melakukan kunjungan ulang pada masa kehamilan dan dapat dideteksi sedini mungkin penyulit atau komplikasi pada masa kehamilan, persalinan, nifas, neonatus dan KB.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar

2.1.1 Konsep Dasar Kehamilan

1. Pengertian Kehamilan

Kehamilan adalah suatu keadaan dimana terdapat janin dikandung di dalam tubuh wanita, yang sebelumnya diawali dengan proses pembuahan dan kemudian akan diakhiri dengan proses persalinan. Kehamilan merupakan suatu keadaan fisiologis, akan tetapi pentingnya diagnosis selama kehamilan tidak dapat diabaikan (Cunningham, 2006).

Menurut Icemi (2013), kehamilan adalah rangkaian peristiwa yang baru terjadi bila ovum dibuahi dan pembuahan ovum akhirnya berkembang sampai menjadi fetus yang aterm.

Menurut Wiknjosastro (2009), kehamilan merupakan proses fertilisasi atau pertemuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi.

2. Proses Menstruasi

Menstruasi adalah perdarahan periodik dari uterus yang dimulai sekitar 14 hari setelah ovulasi secara berkala akibat terlepasnya lapisan endometrium uterus (Bobak, 2004).

Menurut Suzannec (2001), mendeskripsikan siklus menstruasi adalah proses kompleks yang mencakup reproduktif dan endokrin. Menurut Bobak (2004), Siklus menstruasi merupakan rangkaian

peristiwa yang secara kompleks saling mempengaruhi dan terjadi secara simultan.

3. Bagian-bagian Siklus Menstruasi Menurut Bobak (2004)

Ada beberapa rangkaian dari siklus menstruasi, yaitu :

a. Siklus Endometrium

Siklus endometrium menurut Bobak (2004), terdiri dari empat fase, yaitu :

1) Fase menstruasi

Pada fase ini, endometrium terlepas dari dinding uterus dengan disertai pendarahan dan lapisan yang masih utuh hanya stratum basale. Rata-rata fase ini berlangsung selama lima hari (rentang 3-6 hari). Pada awal fase menstruasi kadar estrogen, progesteron, LH (Luteinizing Hormon) menurun atau pada kadar terendahnya selama siklus dan kadar FSH (Folikel Stimulating Hormon) baru mulai meningkat.

2) Fase proliferasi

Fase proliferasi merupakan periode pertumbuhan cepat yang berlangsung sejak sekitar hari ke-5 sampai hari ke-14 dari siklus haid, misalnya hari ke-10 siklus 24 hari, hari ke-15 siklus 28 hari, hari ke-18 siklus 32 hari. Permukaan endometrium secara lengkap kembali normal sekitar empat hari atau menjelang perdarahan berhenti. Dalam fase ini endometrium tumbuh menjadi setebal $\pm 3,5$ mm atau sekitar 8-10 kali lipat dari semula, yang akan berakhir saat ovulasi. Fase proliferasi tergantung pada stimulasi estrogen yang berasal dari folikel ovarium.

3) Fase sekresi/ Luteal

Fase sekresi berlangsung sejak hari ovulasi sampai sekitar tiga hari sebelum periode menstruasi berikutnya. Pada akhir fase sekresi, endometrium sekretorius yang matang dengan sempurna mencapai ketebalan seperti beludru yang tebal dan halus. Endometrium menjadi kaya dengan darah dan sekresi kelenjar.

4) Fase iskemi/premenstrual

Implantasi atau nidasi ovum yang dibuahi terjadi sekitar 7 sampai 10 hari setelah ovulasi. Apabila tidak terjadi pembuahan dan implantasi, korpus luteum yang mensekresi estrogen dan progesteron menyusut. Seiring penyusutan kadar estrogen dan progesteron yang cepat, arteri spiral menjadi spasme, sehingga suplai darah ke endometrium fungsional terhenti dan terjadi nekrosis. Lapisan fungsional terpisah dari lapisan basal dan perdarahan menstruasi dimulai.

b. Siklus Ovulasi

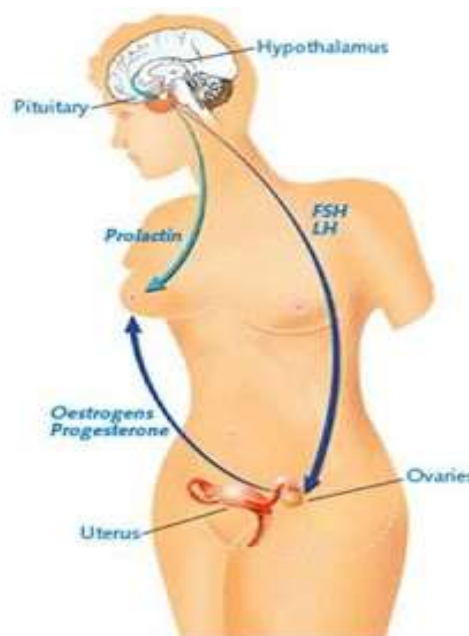
Ovulasi merupakan peningkatan kadar estrogen yang menghambat pengeluaran FSH, kemudian hipofise mengeluarkan LH (luteinizing hormon). Peningkatan kadar LH merangsang pelepasan oosit sekunder dari folikel.

c. Siklus Hipofisis- hipotalamus

Menjelang akhir siklus menstruasi yang normal, kadar estrogen dan progesteron darah menurun. Kadar hormon ovarium yang rendah dalam darah ini menstimulasi hipotalamus untuk mensekresi gonadotropin releasing hormone (Gn-RH). Sebaliknya, Gn-RH menstimulasi sekresi folikel stimulating hormone (FSH). FSH

menstimulasi perkembangan folikel de graaf ovarium dan produksi estrogennya. Kadar estrogen mulai menurun dan Gn-RH hipotalamus memicu hipofisis anterior untuk mengeluarkan lutenizing hormone (LH). LH mencapai puncak pada sekitar hari ke-13 atau ke-14 dari siklus 28 hari. Apabila tidak terjadi fertilisasi dan implantasi ovum pada masa ini, korpus luteum menyusut, oleh karena itu kadar estrogen dan progesteron menurun, maka terjadi menstruasi.

Siklus ini melibatkan 4 organ pertama yaitu :



- a. Hipotalamus (penghasil GnRH (gonadotropin-releasing hormone) yang merangsang lobus hipofisis anterior untuk mengeluarkan FSH dan LH)
- b. Hipofise (penghasil FSH (follicle stimulating hormone) dan LH (luteinizing hormone))
 - FSH berfungsi membantu mematangkan folikel de graff
 - LH berfungsi untuk melepaskan sel telur/ovum dari folikel de graff yang matur
- c. Uterus
- d. Ovarium (penghasil estrogen dan progesteron yang berfungsi dalam

4. Proses Terjadinya Kehamilan

1) Pembuahan

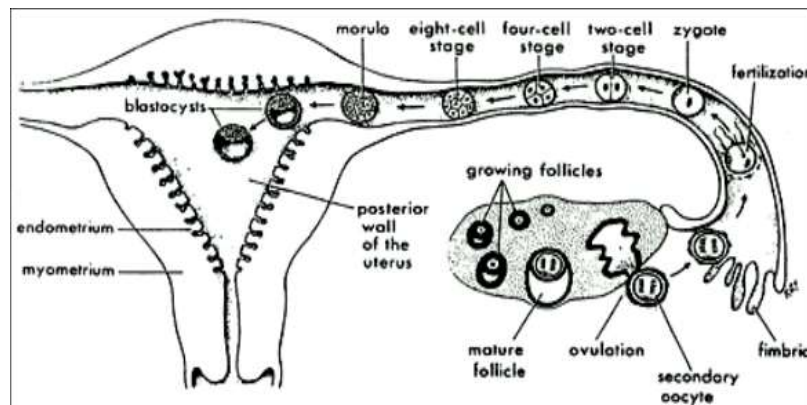
Pembuahan (fertilisasi) adalah penyatuan ovum (osit sekunder) dan spermatozoa yang biasanya berlangsung di ampula tuba. Fertilisasi meliputi penetrasi spermatozoa ke dalam ovum, fusi spermatozoa dan ovum, diakhiri dengan fusi materi genetik. Hanya satu spermatozoa yang mengalami proses kapasitas mampu melakukan penetrasi membran sel ovum.

Dengan beberapa jam setelah pembuahan terjadi, mulailah pembelahan zigot. Hal ini dapat berlangsung oleh karena sitoplasma ovum mengandung banyak zat asam amino dan enzim. Segera setelah pembelahan ini, terjadi pembelahan- pembelahan selanjutnya berjalan dengan lancar dan dalam 3 hari terbentuk suatu kelompok sel yang sama besarnya. Hasil konsepsi berada dalam stadium morula

2) Nidasi

Selanjutnya pada hari ke 4 hasil konsepsi mencapai stadium blastula disebut blastokista (*blastocyst*) suatu bentuk yang di bagian luarnya adalah trofoblas dan dibagian dalamnya disebut masa *inner cell*.

Proses direrensiasi terjadi di endometrium dan rongga rahim dan terus berkembang sehingga terjadi pembentukan lempeng embrional (sel ektodermal, mesodermal dan entodermal) dan berkembang menjadi embrio dan menjadi janin, plasenta, tali pusat.



Gambar 2.1 Proses Kehamilan

Sumber : Hanni dkk, 2014

5. Tanda – Tanda Kehamilan

Tanda dan gejala kehamilan Tanda dan gejala kehamilan menurut Prawiroharjo (2008) dibagi menjadi 3 bagian, yaitu :

a. Tanda tidak pasti kehamilan

- 1) Amenorea (tidak dapat haid) Gejala ini sangat penting karena umumnya wanita hamil tidak dapat haid lagi. Dengan diketahuinya tanggal hari pertama haid terakhir supaya dapat ditaksir umur kehamilan dan taksiran tanggal persalinan akan terjadi, dengan memakai rumus Naegele : $HPHT -3+7$
- 2) Mual dan muntah Biasa terjadi pada bulan-bulan pertama kehamilan hingga akhir triwulan pertama. Sering terjadi pada pagi hari disebut "*morning sickness*".
- 3) Mengidam (ingin makanan khusus) Sering terjadi pada bulan-bulan pertama kehamilan, akan tetapi menghilang dengan makin tuanya kehamilan.
- 4) Pingsan Bila berada pada tempat-tempat ramai yang sesak dan padat. Biasanya hilang sesudah kehamilan 16 minggu.
- 5) Anoreksia (tidak ada selera makan) Hanya berlangsung pada triwulan pertama kehamilan, tetapi setelah itu nafsu makan timbul lagi.
- 6) Mamae menjadi tegang dan membesar. Keadaan ini disebabkan pengaruh hormon estrogen dan progesteron yang merangsang duktus dan alveoli payudara.
- 7) Miksi sering Sering buang air kecil disebabkan karena kandung kemih tertekan oleh uterus yang mulai membesar. Gejala ini akan hilang pada triwulan kedua kehamilan. Pada akhir kehamilan, gejala ini kembali karena kandung kemih ditekan oleh kepala janin.

- 8) Konstipasi atau obstipasi Ini terjadi karena tonus otot usus menurun yang disebabkan oleh pengaruh hormon steroid yang dapat menyebabkan kesulitan untuk buang air besar.
 - 9) Pigmentasi (perubahan warna kulit) Pada areola mammae, genital, cloasma, linea alba yang berwarna lebih tegas, melebar dan bertambah gelap terdapat pada perut bagian bawah.
 - 10) Epulis Suatu hipertrofi papilla gingivae (gusi berdarah). Sering terjadi pada triwulan pertama.
 - 11) Varises (pemekaran vena-vena) karena pengaruh dari hormon estrogen dan progesteron terjadi penampakan pembuluh darah vena. Penampakan pembuluh darah itu terjadi disekitar genetalia eksterna, kaki dan betis, dan payudara.
- b. Tanda kemungkinan kehamilan
- 1) Perut membesar setelah kehamilan 14 minggu, rahim dapat diraba dari luar dan mulai pembesaran perut.
 - 2) Uterus membesar terjadi perubahan dalam bentuk, besar, dan konsistensi dari rahim. Pada pemeriksaan dalam dapat diraba bahwa uterus membesar dan bentuknya makin lama makin bundar.
 - 3) Tanda Hegar konsistensi rahim dalam kehamilan berubah menjadi lunak, terutama daerah ismus. Pada minggu-minggu pertama ismus uteri mengalami hipertrofi seperti korpus uteri. Hipertrofi ismus pada triwulan pertama mengakibatkan ismus menjadi panjang dan lebih lunak.

- 4) Tanda Chadwick perubahan warna menjadi kebiruan atau keunguan pada vulva, vagina, dan serviks. Perubahan warna ini disebabkan oleh pengaruh hormon estrogen.
- 5) Tanda Piskowsky Uterus mengalami pembesaran, kadang-kadang pembesaran tidak rata tetapi di daerah telur bernidasi lebih cepat 12 tumbuhnya. Hal ini menyebabkan uterus membesar ke salah satu jurusan hingga menonjol jelas ke jurusan pembesaran.
- 6) Tanda *Braxton-Hicks* bila uterus dirangsang mudah berkontraksi. Tanda khas untuk uterus dalam masa hamil. Pada keadaan uterus yang membesar tetapi tidak ada kehamilan misalnya pada mioma uteri, tanda *Braxton-Hicks* tidak ditemukan.
- 7) Teraba ballotmen Merupakan fenomena bandul atau pantulan balik. Ini adalah tanda adanya janin di dalam uterus. Reaksi kehamilan positif Cara khas yang dipakai dengan menentukan adanya *Human Chorionic Gonadotropin* pada kehamilan muda adalah air kencing pertama pada pagi hari. Dengan tes ini dapat membantu menentukan diagnosa kehamilan sedini mungkin.

c. Tanda pasti kehamilan

- 1) Gerakan janin yang dapat dilihat, dirasa atau diraba, juga bagian-bagian janin.
- 2) Kerangka janin
- 3) Denyut jantung janin
 - a) Didengar dengan stetoskop-monoral Laennec
 - b) Dicatat dan didengar dengan alat doppler

- c) Dicatat dengan fetoelektrokardiogram
- d) Dilihat pada ultrasonograf. Terlihat tulang-tulang janin dalam foto-rontgen.

6. Perubahan Fisik Selama Kehamilan

Seiring berkembangnya janin, tubuh sang ibu juga mengalami perubahan-perubahan yang dimaksudkan untuk keperluan tumbuh dan kembang sang bayi. Perubahan tersebut difasilitasi oleh adanya perubahan kadar hormon estrogen dan progesteron selama kehamilan. Baik dari segi anatomis maupun fisiologis, perubahan yang ditimbulkan terjadi secara menyeluruh pada organ tubuh ibu yang berjalan seiring dengan usia kehamilan dalam trimester. Perubahan-perubahan tersebut meliputi :

a. Perubahan Metabolik

Sebagai akibat dari peningkatan sekresi dari berbagai macam hormon selama masa kehamilan, termasuk tiroksin, adrenokortikal dan hormon seks, maka laju metabolisme basal pada wanita hamil meningkat sekitar 15 % selama mendekati masa akhir dari kehamilan. Sebagai hasil dari peningkatan laju metabolisme basal tersebut, maka wanita hamil sering mengalami sensasi rasa panas yang berlebihan. Selain itu, karena adanya beban tambahan, maka pengeluaran energi untuk aktivitas otot lebih besar daripada normal (Guyton, 2006).

b. Perubahan Kardiovaskular

Sistem kardiovaskular beradaptasi selama masa kehamilan terhadap beberapa perubahan yang terjadi. Meskipun perubahan sistem kardiovaskular terlihat pada awal trimester pertama, perubahan pada sistem kardiovaskular berlanjut ke trimester kedua

dan ketiga, ketika cardiac output meningkat kurang lebih sebanyak 40 % daripada pada wanita yang tidak hamil. Cardiac output meningkat dari minggu kelima kehamilan dan mencapai tingkat maksimum sekitar minggu ke-32 kehamilan, setelah itu hanya mengalami sedikit peningkatan sampai masa persalinan, kelahiran, dan masa post partum.

c. Perubahan Sistem Respirasi

Adaptasi respirasi selama kehamilan dirancang untuk mengoptimalkan oksigenasi ibu dan janin, serta memfasilitasi perpindahan produk sisa CO₂ dari janin ke ibu (Norwitz, et.al., 2008). Konsumsi oksigen dan ventilasi semenit meningkat secara progresif selama masa kehamilan. Volume tidal dan dalam angka yang lebih kecil, laju pernafasan meningkat. Pada aterm konsumsi oksigen akan meningkat sekitar 20-50% dan ventilasi semenit meningkat hingga 50%. Posisi diafragma terdorong ke atas akibat dari pembesaran uterus dan umumnya diikuti pembesaran diameter anteroposterior dan transversal dari cavum thorax. Mulai bulan ke lima, expiratory reserve volume, residuak volume, dan functional residual capacity menurun, mendekati akhir masa kehamilan menurun sebanyak 20 % dibandingkan pada wanita yang tidak hamil.

d. Perubahan Sistem Muskuloskeletal

Muskuloskeletal Kenaikan kadar relaksin selama masa kehamilan membantu persiapan kelahiran dengan melemaskan serviks, menghambat kontraksi uterus, dan relaksasi dari simfisis pubis dan sendi pelvik. Relaksasi ligamen menyebabkan peningkatan risiko terjadinya cedera punggung. Kemudian dapat berkontribusi dalam insidensi nyeri punggung dalam kehamilan (Morgan, 2006).

e. Sistem Endrokin

Plasenta menghasilkan berbagai hormon yang sangat penting untuk kesinambungan kehamilan itu sendiri. Hormon yang dihasilkan terdiri dari *Human Chorionic Gonadotropin* (HCG), *Human Plasental Lactogen* (HPL), *Human Chorionic Thyroptropin*, estrogen, progesteron. Peningkatan produksi estrogen akan mempengaruhi pembesaran uterus, buah dada, dan organ genital, retensi cairan yang menyebabkan penambahan natrium, perubahan deposisi lemak, relaksasi persendian, penurunan produksi HCl dan pepsin lambung serta berpengaruh pada fungsi kelenjar tiroid serta mengganggu metabolisme asam folat.

f. Ginjal dan saluran kemih

Terdapat perubahan fungsi ginjal yang diakibatkan oleh *Adreno Cortico Tropic Hormon* (ACTH), Anti diuretic hormon (ADH), kortisol, dan aldosteron. Piala ginjal melebar sampai 60 cc, sedangkan bila tidak hamil 10 cc. Panjang dan berat ginjal bertambah 1-1,5 cm. Glomerular filtration rate (GFR) meningkat sampai 50%. Aliran plasma ginjal meningkat sampai 25- 50%. Peningkatan GFR terkadang tidak dibarengi dengan kemampuan tubulus menyerap glukosa yang tersaring sehingga mengakibatkan glukosuria. Hal ini harus dipantau untuk mendeteksi adanya tanda awal dari diabetes kehamilan.

7. Tanda – tanda Bahaya Kehamilan

Tanda bahaya kehamilan pada trimester III (kehamilan lanjut) menurut Kusmiyati (2013) yaitu :

a. Perdarahan pervaginam

Perdarahan antepartum/perdarahan pada kehamilan lanjut

adalah perdarahan pada trimester akhir dalam kehamilan sampai bayi dilahirkan. Pada kehamilan lanjut, perdarahan yang tidak normal adalah merah, banyak dan kadang-kadang tapi tidak selalu, disertai dengan rasa nyeri. Beberapa hal yang dapat menyebabkan perdarahan pervaginam yaitu :

1. Plasenta Previa

Plasenta yang berimplantasi rendah sehingga menutupi sebagian atau seluruh ostium uteri internum. Implantasi plasenta yang normal adalah pada dinding depan, dinding belakang rahim atau pada daerah fundus uteri. Gejala-gejala yang sering ditunjukkan seperti: perdarahan tanpa nyeri, bagian terendah janin sangat tinggi karena plasenta terletak pada bagian bawah rahim sehingga bagian terendah tidak dapat mendekati pintu atas panggul, ukuran panjang rahim berkurang maka pada plasenta previa lebih sering disertai kelainan letak pada janin.

2. Solusio Plasenta

Lepasnya plasenta sebelum waktunya. Secara normal, plasenta terlepas setelah bayi lahir. Tanda dan gejalanya adalah: perdarahan disertai rasa nyeri, nyeri *abdomen* pada saat dipegang, palpasi sulit dilakukan, *Fundus uteri* semakin lama semakin naik, bunyi jantung biasanya susah ditemukan bahkan tidak ada.

- b. Sakit Kepala yang Berat

Sakit kepala merupakan salah satu ketidaknyamanan yang normal dalam kehamilan. Namun sakit kepala yang menunjukkan suatu masalah serius adalah sakit kepala yang menetap dan tidak hilang dengan beristirahat. Kadang-kadang dengan sakit

kepala yang hebat ibu mungkin menemukan bahwa penglihatannya menjadi kabur atau berkunang-kunang. Sakit kepala yang hebat dalam kehamilan adalah salah satu gejala dari preeklamsia.

c. Penglihatan Kabur

Karena pengaruh hormonal, ketajaman penglihatan seorang ibu hamil dapat berubah dalam kehamilan. Tanda dan gejalanya adalah :

1. Masalah visual yang mengindikasikan keadaan yang mengancam adalah perubahan visual yang mendadak, misalnya penglihatan kabur dan bekunang-kunang.
2. Perubahan penglihatan ini mungkin disertai sakit kepala yang hebat dan mungkin dapat menandakan preeklamsia.

d. Bengkak di Wajah dan Jari-jari Tangan

Bengkak bisa menunjukkan adanya masalah serius jika muncul pada muka dan tangan, tidak hilang setelah beristirahat dan disertai dengan keluhan fisik yang lain seperti pusing dan mata juga kabur. Hal ini merupakan pertanda anemia, gagal jantung atau preeklamsia.

e. Keluar Cairan Pervaginam

Keluarnya cairan berupa air dari vagina pada trimester 3, ketuban dinyatakan pecah dini jika terjadi sebelum proses persalinan berlangsung, pecahnya selaput ketuban dapat terjadi pada kehamilan preterm (sebelum kehamilan 37 minggu) maupun pada kehamilan aterm, Normalnya selaput ketuban pecah pada akhir kala I atau awal kala.

f. Gerakan Janin Tidak Terasa

Ibu tidak merasakan gerakan janin sesudah kehamilan trimester 3, normalnya ibu mulai merasakan gerakan janinnya selama bulan ke-5 atau ke-6, beberapa ibu dapat merasakan gerakan bayinya lebih awal, jika bayi tidur, gerakannya akan melemah, gerakan bayi akan lebih mudah terasa jika ibu berbaring atau beristirahat dan saat ibu makan dan minum dengan baik.

g. Nyeri Abdomen yang Hebat

Nyeri abdomen yang mungkin menunjukkan masalah yang mengancam keselamatan jiwa adalah nyeri yang hebat, menetap dan tidak hilang setelah ibu beristirahat.

8. Menentukan Usia Kehamilan

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

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

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

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

- a. Kehamilan trimester I (0 - 12 minggu)
- b. Kehamilan trimester II (12 - 28 minggu)
- c. Kehamilan trimester III (28 - 40 minggu), (Sulistyawati, 2014).

Tabel 2.1 Tinggi Fundus Uteri

Tinggi Fundus Uteri	Umur Kehamilan
1/3 diatas simfisis	12 minggu
1/2 simpisis- pusat	16 minggu
2/3 diatas simpisi (20 cm)	20 minggu
Setinggi pusat (23 cm)	24 minggu
1/3 diatas pusat (26 cm)	28 minggu
1/2 pusat-prosesus xifoideus (30 cm)	34 minggu
Setinggi prosesus xifoideus (33 cm)	36 minggu
2 jari (4cm) di bawah prosesus xifoideus	40 minggu

Sumber :Sulistyawati, 2014

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

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

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

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

9. Antenatal Care

a. Pengertian Antenatal Care

Pemeriksaan antenatal care (ANC) adalah pemeriksaan kehamilan untuk mengoptimalkan kesehatan mental dan fisik ibu hamil. Sehingga mampu menghadapi persalinan, kala nifas, persiapan pemberian ASI dan kembalinya kesehatan reproduksi secara wajar (Manuaba, 1998). Kunjungan Antenatal Care (ANC) adalah kunjungan ibu hamil ke bidan atau dokter sedini mungkin semenjak ia merasa dirinya hamil untuk mendapatkan pelayanan/ asuhan antenatal.

Pelayanan antenatal ialah untuk mencegah adanya komplikasi obstetri bila mungkin dan memastikan bahwa komplikasi dideteksi sedini mungkin serta ditangani secara memadai (Saifuddin, dkk., 2002). Pelayanan antenatal terintegrasi merupakan integrasi pelayanan antenatal rutin dengan beberapa program lain yang sasarannya pada ibu hamil, sesuai prioritas Departemen Kesehatan, yang diperlukan guna meningkatkan kualitas pelayanan antenatal.

b. Tujuan Antenatal Care

Baru dalam setengah abad ini diadakan pengawasan wanita hamil secara teratur dan tertentu. Dengan usaha itu ternyata angka mortalitas serta morbiditas ibu dan bayi jelas menurun.

Tujuan pengawasan wanita hamil ialah menyiapkan ia sebaik-baiknya fisik dan mental, serta menyelamatkan ibu dan anak dalam kehamilan, persalinan dan masa nifas, sehingga keadaan mereka

postpartum sehat dan normal, tidak hanya fisik akan tetapi juga mental. Tujuan antenatal care :

- 1) Memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan Ibu dan tumbuh kembang bayi.
- 2) Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental, dan sosial ibu dan bayi.
- 3) Mengenali secara dini adanya ketidak normalan atau komplikasi yang mungkin terjadi selama hamil, termasuk riwayat penyakit secara umum, kebidanan dan pembedahan.
- 4) Mempersiapkan persalinan cukup bulan, melahirkan dengan selamat, Ibu maupun bayinya dengan trauma seminimal mungkin
- 5) Mempersiapkan peran Ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang secara normal (Saifuddin, dkk., 2002).

c. Cara Pelayanan Antenatal Care

Cara pelayanan antenatal, disesuaikan dengan standar pelayanan antenatal menurut Depkes RI yang terdiri dari :

- 1) Kunjungan Pertama
 - a) Catat identitas ibu hamil
 - b) Catat kehamilan sekarang
 - c) Catat riwayat kehamilan dan persalinan yang lalu
 - d) Catat penggunaan cara kontrasepsi sebelum kehamilan
 - e) Pemeriksaan fisik diagnostic dan laboratorium
 - f) Pemeriksaan obstetric
 - g) Pemberian imunisasi tetanus toxoid (TT)

h) Pemberian obat rutin seperti tablet Fe, calsiium, multivitamin,dan mineral lainnya serta obat-obatan khususatas indikasi.

i) Penyuluhan/konseling.

d. Jadwal kunjungan

Sedikitnya 4 kali kunjungan yaitu:

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

e. Standar Asuhan Kehamilan

- 1) Timbang berat badan (**T1**) membandingkan berat badan sebelum hamil, catat jumlah kg berat badan beberapa minggu sejak kunjungan terakhir, catat pola perkembangan berat badan. Pemeriksaan kehamilan pertama, perhatikan apakah berat badan ibu sesuai dengan tinggi badan ibu dan usia kehamilan. Berat badan ibu hamil bertambah 0,5 kg perminggu atau 6,5 kg sampai 16,5 kg selama kehamilan (Manuaba, 2010). Bila peningkatan berat badan kurang dari 0,5 kg perminggu, perhatikan apakah ada malnutrisi. Awasi adanya pertumbuhan janin terhambat, insufisien plasenta, kemungkinan kelahiran prematur. Bila peningkatan berat badan lebih dari 0,5 kg perminggu, perhatikan adanya diabetes melitus, kehamilan ganda, hidramion dan makrosomia (Kusmiyati,2010).

- 2) Ukur tekanan darah (**T2**) mengukur tekanan darah dilakukan pada saat pertama kali mencatat riwayat kline darah yang normal 110/80 – 140/90 mmHg, bila melebihi Tekanan dari 140/90 mmHg perlu diwaspadai adanya preeklamsi.
- 3) Ukur tinggi fundus uteri atau TFU (**T3**) merupakan suatu cara untuk mengukur besar rahim dari tulang kemaluan hingga batas pembesaran perut tepatnya pada puncak fundus uteri. Dari pemeriksaan tersebut dapat diketahui pertumbuhan janin sesuai dengan usia kehamilan.
- 4) Pemberian tablet Fe sebanyak 90 tablet selama kehamilan (**T4**), tablet Fe merupakan tablet penambah darah. Selama masa pertengahan kehamilan yaitu, pada trimester II dan trimester III, diminum pada malam hari sebelum tidur 1 x tablet. Tekanan sistolik dan distolik menurun 5 hingga 10 mmHg. Hal ini bisa terjadi karena vasodilatasi perifer akibat perubahan hormonal selama kehamilan (Indryani, 2013).
- 5) Pemberian imunisasi TT (*Tetanus Toksoid*) (**T5**) pemberian imunisasi sangat dianjurkan untuk mencegah terjadinya infeksi tetanus neonatorum. Penyakit tetanus neonatorum yang disebabkan oleh masuknya kuman *Clistridium Tetani* ke tubuh bayi, merupakan penyakit infeksi yang dapat mengakibatkan kematian bayi dengan gejala panas tinggi, kaku kuduk, dan kejang. Imunisasi TT diberikan sekurang-kurangnya 2 kali dengan interval minimak 4 minggu, kecuali bila sebelumnya telah mendapatka TT 2 kali pada kehamilan yang lalu atau pada masa calon pengantin, maka TT cukup diberikan satu kali (TT ulang) (Bartini, 2012).

6) Pemeriksaan Hb (**T6**) pemeriksaan Hb sangat penting bagi ibu hamil kadar Hb yang kurang disebut juga anemia. Dimana penyakit anemia dapat berdampak buruk pada kondisi ibu dan janin, seperti berat badan bayi rendah (BBLR), kematian janin, kelahiran prematur dan komplikasi lainnya.

a) Normal : > 11 gr%

b) Ringan : 8-11 gr%

c) Berat : < 8 gr%

7) Pemeriksaan VDRL (**T7**) merupakan pemeriksaan untuk mendeteksi munculnya antibodi terhadap bakteri *Treponema pallidum*, sering direkomendasikan dokter bila seseorang memiliki gejala penyakit sifilis atau berisiko tinggi terkena penyakit sifilis.

8) Perawatan payudara, (**T8**) untuk ibu hamil, dilakukan 2 kali sehari sebelum mandi.

9) Pemeliharaan tingkat kebugaran / senam ibu hamil (**T9**) bertujuan untuk meregangkan otot-otot ibu hamil yang tertarik oleh berat janin serta melemaskan otot-otot reproduksi sebelum persalinan agar lentur ketika tiba proses persalinan.

10) Pemeriksaan protein urine atas indikasi (**T10**)

Tingginya kadar protein dalam urine pada ibu hamil dapat mengindikasikan terjadinya preeklamsi. Tanda preeklamsi pada ibu hamil tidak hanya hipertensi dan edema, tetapi juga protein urine yang positif. Jika tidak dicegah maka akan timbul masalah potensial yaitu terjadinya eklamsia.

a) Protein urine rendah : < 500 mg/24 jam

b) Protein urine sedang : 500-4000 mg/24 jam

c) Protein urine tinggi : > 4000 mg/24 jam

11) Pemeriksaan reduksi urine atas indikasi **(T11)**

Pemeriksaan reduksi urine berguna untuk mengetahui adanya kadar glukosa pada urine ibu hamil, apabila hasil pemeriksaan reduksi urine pada ibu hamil positif maka kemungkinan besar ibu mengalami diabetes gestasional. Dampak diabetes gestasional pada ibu dan janin yaitu, ukuran bayi lebih besar dari normal, keguguran kelahiran prematur, tekanan darah tinggi (Hipertenai) atau preeklamsi saat hamil.

a) Negatif : bila tidak ada perubahan warna

b) Positif (+) : bila hijau kekuning-kuningan

c) Positif (++) : bila kuning

d) Positif (+++) : bila orange

e) Positif (+++++) : bila merah tua

12) Pemberian terapi kapsul yodium untuk daerah endemis gondok **(T12)**. Diberikan kepada kasus gangguan akibat kekurangan yodium di daerah endemis yang dapat berefek buruk terhadap tumbuh kembang manusia.

13) Pemberian terapi anti malaria untuk daerah endemis malaria **(T13)**. Diberikan kepada ibu hamil yang bertempat tinggal di daerah yang rawan terkena malaria dan kepada ibu hamil dengan gejala malaria yakni panas tinggi, disertai menggigil dan hasil apusan darah yang positif. Dampak atau akibat penyakit tersebut kepada ibu hamil yakni kehamilan muda, dapat terjadi abortus, partus prematurus, dan juga anemia.

14) Temu wicara dalam rangka persiapan rujukan (**T14**)
Merupakan tentang komunikasi, informasi dan edukasi yang dilakukan kepada ibu hamil yang bertujuan memberikan pelayanan antenatal yang berkualitas untuk mendeteksi dini komplikasi kehamilan.

f. Kartu Skor Poedji Rochjati

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

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

g. Kehamilan dengan gemelli

1. Pengertian

Kehamilan kembar ialah suatu kehamilan dengan dua janin atau lebih yang ada didalam kandungan selama proses kehamilan. Bahaya bagi ibu tidak begitu besar, tetapi wanita dengan kehamilan kembar memerlukan perhatian dan pengawasan khusus bila diinginkan hasil yang memuaskan bagi ibu janin (Wiknjosastro, 2007). Sedangkan menurut Mochtar Rustam (2012) kehamilan ganda atau kembar adalah kehamilan

dengan dua jenis janin atau lebih. Jadi, kehamilan kembar adalah suatu kehamilan dengan dua jenis janin atau lebih yang ada didalam kandungan selama proses kehamilan.

2. Etiologi Kehamilan Gemelli

Menurut Mellyna (2007) kehamilan gemelli dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain :

- a. Faktor-faktor yang mempengaruhi adalah : bangsa, umur dan paritas sering mempengaruhi kehamilan 2 telur
- b. Faktor obat-obat induksi ovulasi profertil, domid dan hormon gonadotropin dapat menyebabkan kehamilan dizigotik dan kembar lebih dari dua
- c. Faktor keturunan
- d. Faktor yang lain belum diketahui.

Bangsa, hereditas, umur dan paritas hanya mempunyai pengaruh terhadap kehamilan kembar yang berasal dari 2 telur, juga hormon gonadotropin yang dipergunakan untuk menimbulkan ovulasi dilaporkan menyebabkan kehamilan dizigotik. Faktor-faktor tersebut dan mungkin pula faktor lain dengan mekanisme tertentu menyebabkan matangnya 2 atau lebih folikel de graff atau terbentuknya 2 ovum atau lebih dalam satu folikel. Kemungkinan pertama dibuktikan dan ditemukan 21 korpora lutea pada kehamilan kembar. Pada fertilisasi in vitro dapat pula terjadi kehamilan kembar, jika telur-telur yang diperoleh dapat dibuahi lebih dari satu, jika semua embrio yang kemudian dimasukan kedalam rongga rahim ibu tumbuh berkembang lebih dari satu. Pada kembar yang berasal dari satu telur, faktor bangsa, hereditas, umur dan paritas tidak atau sedikit sekali

mempengaruhi kehamilan kembar itu. Diperkirakan disini sebabnya ialah faktor penghambat pada masa pertumbuhan dini hasil konsepsi.

Faktor penghambat yang mempengaruhi segmentasi sebelum blastula terbentuk, menghasilkan kehamilan kembar dengan 2 amnion, 2 korion dan 2 plasenta seperti pada kehamilan kembar dizigotik.

3. Patofisiologi

Menurut Manuaba (2007) kehamilan kembar dibagi menjadi dua. Monozigot, kembar yang berasal dari satu telur dan dizigot kembar yang berasal dari dua telur. Dari seluruh jumlah kelahiran kembar, sepertiganya adalah monozigot. Kembar dizigot berarti dua telur matang dalam waktu bersamaan, lalu dibuahi oleh sperma. Akibatnya, kedua sel telur itu mengalami pembuahan dalam waktu bersamaan. Sedangkan kembar monozigot berarti satu telur yang dibuahi sperma, lalu membelah dua. Masa pembelahan inilah yang akan berpengaruh pada kondisi bayi kelak.

Masa pembelahan sel telur terbagi dalam empat waktu, yaitu 0 – 72 jam, 4 – 8 hari, 9-12 dan 13 hari atau lebih. Pada pembelahan pertama, akan terjadi diamniotik yaitu rahim punya dua selaput ketuban, dan dikorionik atau rahim punya dua plasenta. Sedangkan pada pembelahan kedua, selaput ketuban tetap dua, tapi rahim hanya punya satu plasenta. Pada kondisi ini, bisa saja terjadi salah satu bayi mendapat banyak makanan, sementara bayi satunya tidak. Akibatnya, perkembangan bayi bisa terhambat. Lalu, pada pembelahan ketiga, selaput ketuban dan plasenta masing-masing hanya sebuah, tapi bayi masih membelah dengan baik.

Pada pembelahan keempat, rahim hanya punya satu plasenta dan satu selaput ketuban, sehingga kemungkinan terjadinya kembar siam cukup besar. Pasalnya waktu pembelahannya terlalu lama, sehingga sel telur menjadi berdempet. Jadi kembar siam biasanya terjadi pada monozigot yang pembelahannya lebih dari 13 hari. Dari keempat pembelahan tersebut, tentu saja yang terbaik adalah pembelahan pertama, karena bayi bisa membelah dengan sempurna. Namun, keempat pembelahan ini tidak bisa diatur waktunya. Faktor yang mempengaruhi waktu pembelahan, dan kenapa bisa membelah tidak sempurna sehingga mengakibatkan dempet, biasanya dikaitkan dengan infeksi, kurang gizi, dan masalah lingkungan.

4. Jenis Kehamilan Gemelli Kehamilan kembar dibagi menjadi 3 macam, menurut Mochtar, Rustam (2012) adalah sebagai berikut:
 - a. Gemelli dizigotik yaitu kembar dua telur , heterolog, biovuler dan praternal :

Kedua telur berasal dari :

 - 1) 1 ovarium dan dari dua folikel *de graff*
 - 2) Ovarium dan 1 folikel *de graff*
 - 3) Dari ovarium kanan dan satu lagi dari ovarium kiri
 - b. Gemelli monozigotik yaitu kembar satu telur, homolog, identic dapat terjadi karena :
 - 1) Satu telur dengan 2 inti, hambatan pada tingkat blastula
 - 2) Hambatan pada tingkat segmentasi
 - 3) Hambatan setelah amnion dibentuk , tetapi sebelum primitive steak.
5. Tanda dan Gejala Kehamilan Gemelli Menurut Dutton, dkk (2012) tanda dan gejala pada kehamilan kembar adalah sebagai berikut :

- a. Pada kehamilan kembar distensi uterus berlebihan, sehingga melewati batas toleransinya dan seringkali terjadi partus prematurus. Usia kehamilan makin pendek dan makin banyaknya janin pada kehamilan kembar.
- b. Mual dan muntah berat karena HCG meningkat
- c. Palpasi abdomen mendapatkan 3 atau lebih bagian tubuh yang besar
- d. Auskultasi lebih dari satu denyut jantung yang terdengar jelas dan berbeda (nonmaternal) lebih dari 10 denyut/menit. Kecurigaan meningkat jika keluarga memiliki riwayat kehamilan kembar
- e. Kebutuhan ibu akan zat-zat makanan pada kehamilan kembar bertambah sehingga dapat menyebabkan anemia dan penyakit defisiensi lain.

6. Pertumbuhan Janin Gemelli

Dalam masa kehamilan pertumbuhan janin perlu diperhatikan. Pertumbuhan janin pada kehamilan kembar tentu berbeda dengan pertumbuhan janin pada kehamilan tunggal. Menurut Mochtar Rustam (2012) pertumbuhan pada janin kembar adalah sebagai berikut :

- a. Berat badan satu janin kehamilan kembar rata-rata 1000 gr lebih ringan dari janin tunggal.
- b. Berat badan baru lahir biasanya pada kembar dibawah 2500 gr triplet dibawah 2000 gr, quadriplet dibawah 1500 gr dan duintuplet dibawah 1000 gr.
- c. Berat badan masing-masing janin dari kehamilan kembar tidak sama umumnya berselisih antara 50 – 100 gr, karena pembagian sirkulasi darah tidak sama, maka yang satu kurang bertumbuh dari yang lainnya.

d. Pada kehamilan ganda monozigotik

- 1) Pembuluh darah janin yang satu beranastomosis dengan pembuluh darah janin yang lain, karena itu setelah bayi satu lahir tali pusat harus diikat untuk menghindari perdarahan
- 2) Karena itu janin yang satu dapat terganggu pertumbuhannya dan menjadi monstrem seperti akardiakus dan kelainan lainnya.
- 3) Dapat terjadi sindroma transfusi fetal : pada janin yang dapat darah lebih banyak terjadi hidramnion, polisitemia, edema dan pertumbuhan yang baik. Sedangkan janin kedua kurang 19 pertumbuhannya terjadilah bayi kecil, anemia, dehidrasi, oligohidrami dan mikrokardia, karena kurang mendapat darah.

e. Pada kehamilan kembar dizigotik

- 1) Dapat terjadi satu janin meninggal dan yang satu tumbuh sampai cukup bulan.
- 2) Janin yang mati dapat diresorpsi (kalau pada kehamilan muda) atau pada kehamilan agak tua janin jadi gepeng disebut fetus papyraseus atau kompresus.

7. Letak dan Presentasi Janin

Menurut Mochtar Rustam (2012) pada hamil kembar sering terjadi kesalahan presentasi dan posisi kedua janin. Begitu pula letak janin kedua dapat berubah setelah janin pertama lahir, misalnya dari letak lintang berubah jadi letak sungsang atau letak kepala. Berbagai kombinasi letak, presentasi dan posisi bisa terjadi yang paling sering dijumpai adalah :

- a. Kedua janin dalam letak membujur, presentasi kepala (44-47 %).
 - b. Letak membujur, presentasi kepala bokong (37-38 %).
 - c. Keduanya presentasi bokong (8-10 %).
 - d. Letak lintang dan presentasi kepala (5-5,3 %).
 - e. Letak lintang dan presentasi bokong (1,5-2 %).
 - f. Keduanya letak lintang (0,2-0,6 %).
 - g. Letak dan presentasi 69 adalah letak yang berbahaya karena dapat terjadi kunci-mengunci (interlocking).
8. Menurut Hartono, dkk (2006) beberapa komplikasi yang dapat terjadi pada janin yang dilahirkan pada kehamilan kembar diantaranya adalah :
- a. Prematuritas Janin dari kehamilan multipel cenderung dilahirkan preterm dan kebanyakan memerlukan perawatan pada neonatal intensive care unit (NICU). Sekitar 50 persen kelahiran kembar terjadi sebelum usia kehamilan 37 minggu. Lamanya kehamilan akan semakin pendek dengan bertambahnya jumlah janin di dalam uterus. Sekitar 20% bayi dari kehamilan multipel merupakan bayi dengan berat lahir rendah.
 - b. Hyalin Membrane Disease (HMD) Bayi kembar yang dilahirkan sebelum usia kehamilan 35 minggu dua kali lebih sering menderita HMD dibandingkan dengan bayi tunggal yang dilahirkan pada usia kehamilan yang sama. HMD atau yang dikenal sebagai Respiratory Distres Syndrom (RDS) adalah penyebab tersering dari gagal nafas pada bayi prematur. Terjadi segera setelah atau beberapa saat setelah bayi lahir. Ditandai dengan sukar bernafas, cuping hidung, retraksi dinding dada dan sianosis yang menetap dalam 48-96 jam pertama kehidupan.

c. Asfiksia saat Kelahiran/Depresi Napas Perinatal

Bayi dari kehamilan multipel memiliki peningkatan frekuensi untuk mengalami asfiksia saat kelahiran atau depresi perinatal dengan berbagai sebab. Prolaps tali pusat, plasenta previa, dan ruptur uteri dapat terjadi dan menyebabkan asfiksia janin. Kejadian cerebral palsy 6 kali lebih tinggi pada bayi kembar dua dan 30 kali lebih sering pada bayi kembar tiga dibandingkan dengan janin tunggal.

h. Letak Sungsang

1. Pengertian

Letak sungsang adalah janin yang letaknya memanjang (membujur) dalam rahim, kepala berada di fundus dan bokong di bawah (Sofian, 2011).

Presentasi bokong adalah letak memanjang dengan kelainan dalam polaritas. Panggul janin merupakan kutub bawah. Penunjuknya adalah sacrum. Sacrum kanan depan adalah presentasi bokong dengan sacrum janin ada di kuadran kanan depan panggul ibu, dan diameter bitrochanterica janin berada pada diameter oblique dextra panggul ibu (Oxorn, 2010).

2. Etiologi Presentasi Bokong

Faktor-faktor etiologi presentasi bokong meliputi prematuritas, air ketuban yang berlebihan, kehamilan ganda, plasenta previa, panggul sempit, fibromyoma, hydrocephalus, lilitan tali pusat atau tali pusat pendek, janin sudah mati dan janin besar. Setiap keadaan yang mempengaruhi masuknya kepala janin ke dalam panggul mempunyai peranan dalam etiologi presentasi bokong. Banyak yang tidak diketahui sebabnya, dan setelah mengesampingkan

kemungkinan-kemungkinan lain maka sebab malposisi tersebut baru dinyatakan hanya karena kebetulan saja. Sebaliknya, ada presentasi bokong yang membakat. Beberapa ibu melahirkan bayinya semuanya dengan presentasi bokong, menunjukkan bahwa bentuk panggulnya adalah sedemikian rupa sehingga lebih cocok untuk presentasi bokong dari pada presentasi kepala. Implantasi plasenta di fundus atau cornu uteri cenderung untuk mempermudah terjadinya presentasi bokong.

3. Klasifikasi Sungsang

a. Letak bokong (*Frank Breech*)

Letak bokong dengan kedua tungkai terangkat ke atas. Tujuh puluh lima persen presentasi bokong adalah jenis ini (Sofian, 2011).

b. Letak sungsang sempurna (*Complete Breech*)

Sikap janin pada posisi ini fleksi sempurna, dengan pinggul dan lutut fleksi dan kaki terlipat ke dalam di samping bokong (Fraser, 2009).

c. Letak sungsang tidak sempurna (*Incomplete Breech*)

Adalah letak sungsang di mana selain bokong bagian yang terendah juga kaki atau lutut, terdiri dari :

a) Kedua kaki : Letak kaki sempurna (24%)

b) Satu kaki : Letak kaki tidak sempurna

c) Kedua lutut : Letak lutut sempurna (1%)

d) Satu lutut : Letak lutut tidak sempurna (Sofian, 2011).

4. Patofisiologi Letak Sungsang

Letak janin dalam uterus bergantung pada proses adaptasi janin terhadap ruangan dalam uterus. Pada kehamilan sampai

kurang lebih 32 minggu, jumlah air ketuban relatif lebih banyak, sehingga memungkinkan janin bergerak dengan leluasa. Dengan demikian janin dapat menempatkan diri dalam presentasi kepala, letak sungsang atau letak lintang.

Pada kehamilan triwulan terakhir janin tumbuh dengan cepat dan jumlah air ketuban relatif berkurang. Karena bokong dengan kedua tungkai terlipat lebih besar daripada kepala, maka bokong dipaksa untuk menempati ruang yang lebih luas di fundus uteri, sedangkan kepala berada ruangan yang lebih kecil di segmen bawah uterus. Dengan demikian dapat dimengerti mengapa pada kehamilan belum cukup bulan, frekuensi letak sungsang lebih tinggi, sedangkan pada kehamilan cukup bulan, janin sebagian besar ditemukan dalam presentasi kepala.

5. Komplikasi Letak Sungsang

a. Pada Ibu

1. Persalinan berjalan lebih lama karena bokong dan kaki merupakan bagian yang lunak sehingga sulit membuka jalan lahir.
2. Robekan serviks sering terjadi karena bokong dan kaki dapat lahir sebelum pembukaan lengkap.
3. Karena terjadi kemacetan, maka akibat pertolongan persalinan sungsang dapat mengakibatkan robekan jalan lahir.

b. Pada janin

1. Kemacetan persalinan bokong dapat mengakibatkan fraktur tulang femur dan paralisa tungkai.

2. Kemacetan bahu dapat mengakibatkan fraktur tulang humerus dan mengakibatkan kerusakan organ visera.

3. Kemacetan persalinan kepala (after coming head) dengan akibat asfiksia, kematian, perdarahan intrakranial, robekan otot leher, kerusakan pleksus brachialis.

6. Teknik pertolongan persalinan sungsang

Persalinan diselesaikan dengan pertolongan pervaginam dengan pertolongan fisiologis secara brach, ekstraksi parsial (secara klasik, Mueller, loevset), persalinan kepala (secara mauriceau veit smellie, menggunakan forcep ekstraksi). Ekstraksi bokong totalis (ekstraksi bokong, ekstraksi kaki) atau pertolongan persalinan dengan sectio caesaria (Manuaba, 2010).

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

Nama: _____ Umur Ibu: _____
 Hari ke: _____ Hari Terakhir tgl: _____ Perkiraan Persalinan tgl: _____
 Pendidikan: _____ Pekerjaan: _____

KEL. F. N.	No.	Masalah / Faktor Risiko	SKOR	Tindakan			
				I	II	III	IV
I	1	Terjadi muntah, ngantuk > 10 hr	2				
	2	2x Terjadi muntah hebat 1. kram > 4hr	4				
	3	Terdapat tdk. hamil < 36 hr	4				
	4	Terdapat cepet hamil lagi (< 2 hr)	4				
	5	Terdapat lama hamil lagi (> 10 hr)	4				
	6	Terdapat bayi berat > 4 kg	4				
	7	Terdapat pendek < 145 cm	4				
	8	Pernah gagal kehamilan	4				
	9	Pernah melahirkan dengan a. Tali tali b. Tali b. Tali c. Tali d. Tali e. Tali	4				
	10	Pernah melahirkan dengan a. Tali b. Tali c. Tali d. Tali e. Tali	4				
	11	Penyakit pada ibu hamil	4				
	12	a. Ruam b. Malena c. Pusing jantung d. Nyeri Muntah (Diabetes) e. Penyakit Menstr. Berasal	4				
	13	Bengkak pada muka / tungkai dari tekanan darah tinggi	4				
II	14	Terdapat 2 atau lebih	4				
	15	1. Berat badan 2. Tinggi badan	4				
	16	1. Berat badan 2. Tinggi badan	4				
	17	1. Berat badan 2. Tinggi badan	4				
	18	1. Berat badan 2. Tinggi badan	4				
III	19	1. Berat badan 2. Tinggi badan	4				
	20	1. Berat badan 2. Tinggi badan	4				

JUMLAH SKOR

KEMAMPUAN		PERSALINAN		PERALIHAN		PERALIHAN	
JML. BAYI	PERA. WATZ	PERA. WATZ	PERA. WATZ	PERA. WATZ	PERA. WATZ	PERA. WATZ	PERA. WATZ
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5

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

KARTU SKOR 'POEDJI ROCHJATI' PERENCANAAN PERSALINAN AMAN

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

Persalinan: (Milihlah tanggal) _____

RIJUKAN DAN :	RIJUKAN KE :
1. Rawat 2. Dukun 3. Bidan 4. Puskesmas	1. Bidan 2. Puskesmas 3. Rumah Sakti

RIJUKAN :
 1. Rujukan Diri Berencana (RDB) / Rujukan Dalam Rujukan (RDR) / Rujukan Terlewat (RTW) / Rujukan Terlambat (RTT)

Gawat Obstetrik :
 a. Ket. Faktor Risiko I & II
 1. ...
 2. ...
 3. ...
 4. ...
 5. ...
 6. ...
 7. ...

Gawat Darurat Obstetrik :
 a. Ket. Faktor Risiko III
 1. ...
 2. ...
 3. ...
 4. ...
 5. ...
 6. ...
 7. ...

TEMPAT :	PENOLONG :	MACAM PERSALINAN :
1. Rumah Ibu 2. Rumah Bidan 3. Puskesmas 4. Rawat 5. Rumah Sakti 6. Praktek Dokter	1. Dukun 2. Bidan 3. Dokter 4. Lahir 5. Lahir 2	1. Normal 2. Fisiologi persalinan 3. Operasi Sesar

PASCA PERSALINAN :
 1. Muntah 2. Muntah dengan nyeri 3. Perdarahan 4. Perdarahan lama 5. Infeksi 6. Lahir 2

TEMPAT KEMATIAN IBU :
 1. Rumah Ibu 2. Rumah Bidan 3. Puskesmas 4. Rumah Sakti 5. Praktek Dokter 6. Lahir 2

BAYI :
 1. Berat lahir 2. Berat lahir 3. Berat lahir 4. Berat lahir 5. Berat lahir 6. Berat lahir 7. Berat lahir 8. Berat lahir 9. Berat lahir 10. Berat lahir

KEADAAN IBU SELAMA MASA INTRASPARTUM (42 Hari Pasca Salin) :
 1. Sehat 2. Sakit 3. Muntah 4. Muntah 5. Muntah 6. Muntah 7. Muntah 8. Muntah 9. Muntah 10. Muntah

KEADAAN IBU SELAMA MASA INTRASPARTUM (42 Hari Pasca Salin) :
 1. Ya 2. Tidak

Keadaan Ibu : 1. Ya 2. Tidak

Keadaan Keluarga : 1. Ya 2. Tidak

Kategori Kehamilan : 1. Ya 2. Tidak

Sumber Biaya : Mandiri / Bantuan

Gambar 2.2 : KSPR

Sumber : Sulistyawati, 2013

2.1.2 Konsep Dasar Persalinan

1. Pengertian

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup umur kehamilannya dan dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir atau jalan lain dengan bantuan atau dengan kekuatan ibu sendiri (Manuaba, 2010).

Persalinan normal merupakan suatu proses pengeluaran bayi dengan usia kehamilan yang cukup, letak memanjang atau sejajar sumbu badan ibu, presentasi belakang kepala, keseimbangan diameter kepala bayi dan panggul ibu, serta dengan tenaga ibu sendiri. Hampir sebagian besar persalinan merupakan persalinan normal, hanya sebagian saja (12-15%) merupakan persalinan patologik (Saifuddin, 2010).

2. Tujuan Asuhan Persalinan

Tujuan asuhan persalinan adalah memberikan asuhan yang memadai selama persalinan dalam upaya mencapai pertolongan persalinan yang bersih dan aman, dengan memerhatikan aspek sayang ibu dan sayang bayi.

3. Penyebab Persalinan

Persalinan dapat terjadi karena beberapa faktor. Penurunan fungsi plasenta ditandai dengan penurunan kadar progesterone dan estrogen secara mendadak sehingga nutrisi janin dari plasenta berkurang yang dapat menimbulkan persalinan. Selain itu, tekanan pada ganglion servikale dari pleksus Frankenhauser, menjadi stimulator (*pacemaker*) bagi kontraksi otot polos uterus untuk terjadi persalinan. Faktor lain adalah iskemia otot-otot uterus karena pengaruh hormonal dan beban uterus yang semakin merangsang

terjadinya kontraksi. Peningkatan beban atau stress pada maternal maupun fetal dan peningkatan estrogen yang mengakibatkan peningkatan aktivitas kortison, prostaglandin, oksitosin, menjadi pencetus rangsangan untuk terjadinya proses persalinan.

4. Macam – Macam Persalinan

- a. Persalinan spontan yaitu persalinan yang berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri dan melalui jalan lahir.
- b. Persalinan buatan yaitu persalinan yang dibantu dari luar misalnya vacum ekstraksi, forceps, SC.
- c. Persalinan anjuran yaitu terjadi apabila bayi sudah cukup besar untuk hidup diluar, tetapi tidak sedemikian besarnya sehingga menimbulkan kesulitan dalam persalinan, misal dengan induksi persalinan.

5. Tanda - Tanda Persalinan

Menurut Sofian (2012), tanda dan gejala persalinan antara lain:

- a. Rasa sakit karena his datang lebih kuat, sering dan teratur.
- b. Keluarnya lendir bercampur darah (blood show) karena robekan-robekan kecil pada serviks.
- c. Terkadang ketuban pecah dengan sendirinya.
- d. Pada pemeriksaan dalam didapati serviks mendatar dan pembukaan telah ada.

6. Tahapan Persalinan

Menurut Sulistyawati (2010) persalinan dibagi dalam 4 kala, yaitu :

- a. Kala I (Kala pembukaan)

Kala pembukaan berlangsung antara pembukaan 0-10 cm. dalam Proses ini terdapat 2 fase, yaitu fase laten (8 jam) dimana serviks membuka sampai 3 cm dan fase aktif (7 jam) dimana serviks

membuka dari 3 sampai 10 cm. Kontraksi akan lebih kuat dan sering selama fase aktif. Lamanya kala 1 pada primigravida berlangsung 12 jam sedangkan pada multigravida sekitar 8 jam.

b. Kala II (Kala pengeluaran bayi)

Kala II ini dimulai dari pembukaan lengkap sampai lahirnya bayi. Kala II biasanya akan berlangsung selama 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida. Pada tahap ini kontraksi akan semakin kuat dengan interval 2-3 menit, dengan durasi 50-100 detik.

c. Kala III (Kala pelepasan plasenta)

Dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta. Proses ini berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Tanda- tanda terlepasnya plasenta yaitu uterus menjadi berbentuk bulat, tali pusat bertambah panjang, terjadi semburan darah secara tiba-tiba.

d. Kala IV (Kala pengawasan)

Kala IV dimulai dari lahirnya plasenta sampai 2 jam postpartum. Pada kala IV dilakukan observasi terhadap perdarahan pasca persalinan yang paling sering terjadi pada 2 jam pertama.

Penanganan persalinan tergantung dari jenis persalinan dan kondisi ibu. Untuk persalinan normal, dilakukan penanganan sesuai dengan standar asuhan persalinan normal (Varney, 2007). Apabila terdapat komplikasi, maka diperlukan tindakan persalinan sesuai dengan kondisi kehamilan. Persalinan dengan kehamilan postterm dan persalinan lama merupakan indikasi untuk dilakukannya persalinan anjuran karena menuntut kelahiran yang lebih cepat (Cunningham, 2014). Kelahiran dengan umur kehamilan yang masih kurang seperti abortus dan partus prematurus diusahakan untuk dipertahankan

apabila keadaan janin masih memungkinkan untuk dipertahankan (Saifuddin, 2014).

7. Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan

Beberapa faktor yang berperan didalam sebuah proses persalinan menurut Sondakh (2013) meliputi :

- a. *Power* (Kekuatan) Kekuatan atau tenaga yang mendorong janin keluar.

Kekuatan tersebut meliputi kontraksi dan tenaga meneran. His adalah kontraksi otot- otot rahim pada persalinan. Pada bulan terakhir kehamilan sebelum persalinan, kontraksi rahim telah terjadi, yang disebut his pendahuluan atau his palsu, yang sebetulnya hanya merupakan peningkatan kontraksi dari *Braxton Hicks*.

Pembagian dan sifat-sifat his :

- 1) *His* pendahuluan

his tidak kuat, tidak teratur dan menyebabkan *bloody show*.

- 2) *His* pembukaan.

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

- 3) *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.

- 4) *His* pelepasan uri (kala III)

Kontraksi sedang untuk melepaskan dan melahirkan plasenta.

5) *His* pengiring

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

- b. *Passenger* (Penumpang) Penumpang dalam persalinan adalah janin dan plasenta. Hal-hal yang perlu diperhatikan mengenai janin adalah ukuran kepala janin, 9 presentasi, letak, sikap dan posisi janin, sedangkan yang perlu diperhatikan pada plasenta adalah letak, besar, dan luasnya.

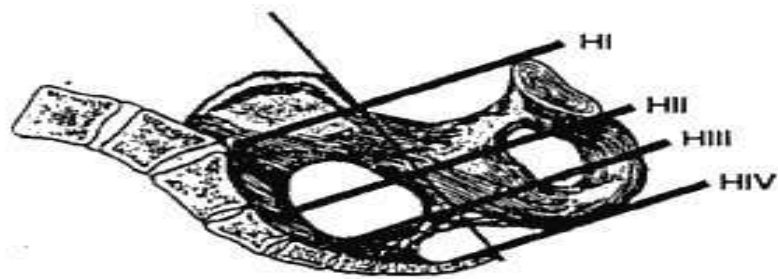
1) Janin

- 2) Janin sebagai *passenger* sebagian besar adalah mengenai ukuran kepala janin, karena kepala adalah bagian terbesar
Air ketuban

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

- b. *Passage* (Jalan lahir)

Jalan lahir terbagi atas dua, yaitu jalan lahir keras dan jalan lahir lunak. Hal-hal yang perlu diperhatikan dari jalan keras adalah ukuran dan bentuk tulang panggul, sedangkan pada jalan lahir lunak adalah segmen bawah uterus yang dapat meregang, serviks, otot dasar panggul, vagina dan introitus vagina.



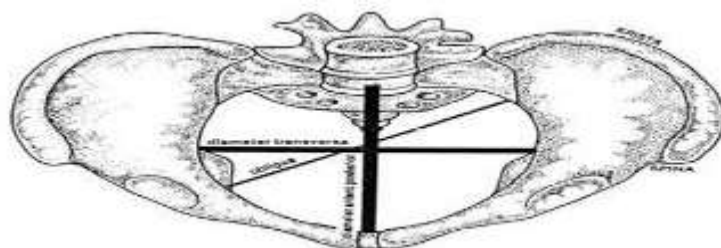
Gambar 2.3 Bidang Hodge

Sumber : Sulistyawati, 2010

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

Bidang *Hodge* tersebut antara lain :

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



Gambar 2.4 Ukuran panggul dalam

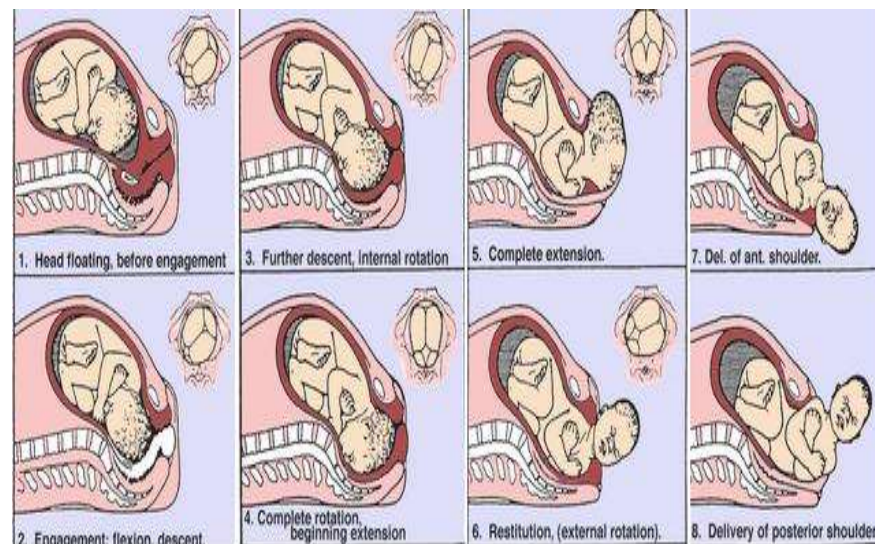
Sumber : Sulistyawati, 2010

8. Mekanisme Persalinan

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

- a. *Engagement* adalah peristiwa ketika diameter biparietal Melewati pintu atas panggul dengan sutura sagitalis melintang dalam jalan lahir dan sedikit fleksi. Pada primigravida terjadi pada bulan terakhir kehamilan, sedangkan pada multigravida dapat terjadi pada awal persalinan.
- b. Penurunan kepala terjadi bersamaan dengan mekanisme lainnya. Kekuatan yang mendukung yaitu tekanan cairan amnion, tekanan langsung fundus pada bokong janin, kontraksi otot abdomen, ekstensi dan penelusuran badan janin atau tulang belakang.
- c. Fleksi (Gerakan fleksi) disebabkan karena janin didorong maju, tetapi kepala janin terhambat oleh serviks, dinding panggul atau dasar panggul. Pada pemeriksaan dalam ubun-ubun kecil lebih jelas teraba dari pada ubun-ubun besar.
- d. Rotasi Dalam atau putar paksi dalam adalah pemutaran bagian terendah janin dari posisi sebelumnya ke arah depan sampai di bawah simpisis.
- e. Ekstensi merupakan gerak dimana oksiput berhimpit langsung pada margo inferior simpisis pubis karena sumbu jalan lahir pada pintu bawah panggul mengarah kedepan dan atas sehingga kepala menyesuaikan dengan cara ekstensi agar dapat melaluinya.
- f. Rotasi Luar merupakan gerakan memutar ubun-ubun kecil ke arah punggung janin, muka janin menghadap salah satu paha ibu.

- g. Ekspulsi yaitu kelahiran bahu belakang, kemudian setelah kedua bahu lahir disusul lahirlah trochanter depan dan belakang sampai lahir janin.



Gambar 2.5 Mekanisme Persalinan
Sumber : Kuswantidkk , 2014

9. Kebutuhan Dasar Ibu Bersalin

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

a. Dukungan fisik dan psikologis

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

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

2) Membuat kontak fisik : mencuci muka pasien, menggosok punggung dan memegang tangan pasien

3) Menempatkan pasien dalam keadaan yakin (bidan bersikap tenang dan menenangkan pasien).

b. Kebutuhan makanan dan cairan

Makanan padat tidak boleh diberikan selama persalinan aktif, oleh karena makan padat lebih lama tinggal dalam lambung dari pada makanan cair, sehingga proses pencernaan lebih lambat selama persalinan. Untuk mencegah dehidrasi pasien dapat diberikan banyak minum segar (jus buah, sup, air putih, teh manis).

c. Kebutuhan Eliminasi

Kandung kemih harus dikosongkan setiap 2 jam selama proses persalinan. Bila pasien tidak dapat berkemih sendiri dapat dilakukan katektisasi karena kandung kemih yang penuh akan menghambat penurunan bagian terbawah janin, selain itu juga dapat meningkatkan rasa tidak nyaman yang tidak dikenali pasien karena bersama kontraksi uterus. Rektum yang penuh akan mengganggu penurunan bagian terbawah janin, namun bila pasien ingin BAB, bidan harus memastikan kemungkinan adanya tanda dan gejala masuk pada kala II.

d. Positioning dan Aktifitas

Bidan memberitahukan ibu untuk tidak perlu terlentang terus menerus dalam masa persalinan, bidan bisa menganjurkan untuk miring kiri, berdiri, atau berjalan – jalan. Posisi untuk persalinan : duduk atau setengah duduk, posisi merangkak, berjongkok atau berdiri, berbaring miring ke kiri.

e. Pengurangan Rasa Sakit

Pendekatan – pendekatan untuk mengurangi rasa sakit : adanya seseorang untuk mendukung dalam persalinan, mengatur posisi, relaksasi dan latihan pernapasan, istirahat, sentuhan dan massase.

10. Partograf

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

a. Kegunaan partograf

Partograf sangat berguna dalam proses persalinan dalam hal:

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

b. Mencatat kondisi ibu dan janin

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

c. Pencatatan kondisi ibu dan janin

- 1) Denyut jantung setiap ½ jam

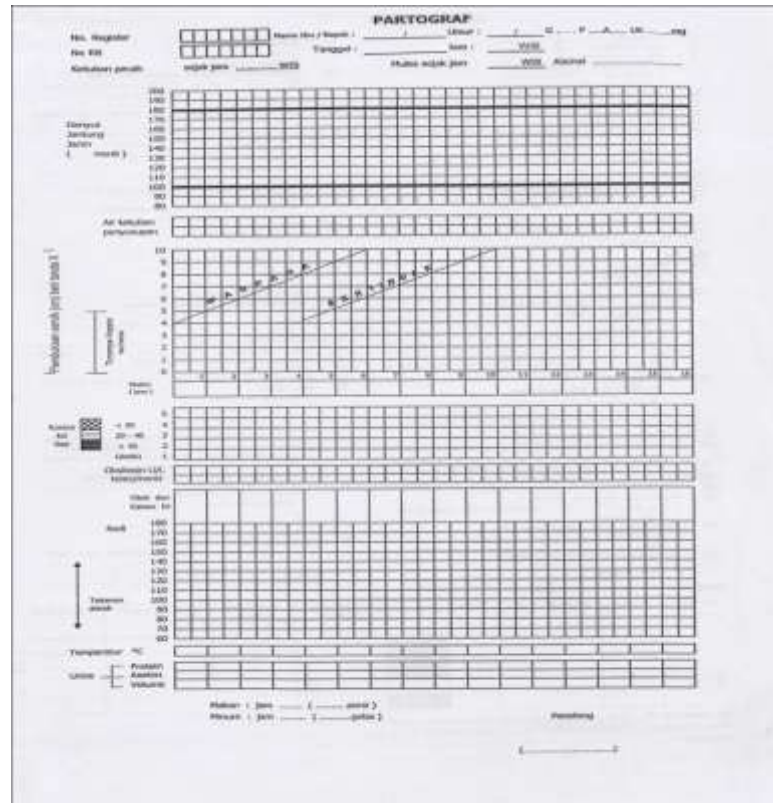
- 2) Frekuensi dan lamanya kontraksi uterus setiap $\frac{1}{2}$ jam
- 3) Tekanan darah dan suhu setiap 4 jam
- 4) Penurunan kepala setiap 4 jam
- 5) Produksi urine, aseton dan protein setiap 2 -4 jam

d. Penggunaan simbol

- U: ketuban utuh
- J: ketuban pecah warna jernih
- M: ketuban pecah, ketuban bercampur mekonium
- D: ketuban pecah bercampur darah
- K: ketuban pecah kering

e. Pencatatan pada lembar belakang partograf

Halaman belakang partograf merupakan bagian terpenting untuk mencatat hal-hal yang terjadi selama proses persalinan dan kelahiran, serta tindakan-tindakan yang dilakukan sejak persalinan kala I kala II, kala III hingga kala IV (termasuk baru lahir).



Gambar 2.6 Partograf

Sumber : Dewi dkk, 2011

2.1.3 Konsep Dasar Asuhan Masa Nifas

1. Pengertian

Masa nifas (puerperium) dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu atau 42 hari, namun secara keseluruhan akan pulih dalam waktu 3 bulan (Anggraini, Y, 2010).

Masa Nifas atau Puerperium adalah masa setelah persalinan selesai sampai 6 minggu atau 42 hari. Asuhan selama periode nifas perlu mendapat perhatian karena sekitar 60% angka kematian ibu terjadi pada periode ini (Martalina D., 2012).

2. Tujuan Asuhan Masa Nifas

Menurut Anggraini, Y (2010) tujuan masa nifas antara lain sebagai berikut:

- a. Menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik fisik maupun psikologis .
- b. Melaksanakan skrining yang komprehensif, mendeteksi masalah, mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayinya.
- c. Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan dini, nutrisi, KB, menyusui, pemberian imunisasi pada bayi dan perawatan bayi sehat.
- d. Memberikan pelayanan KB
- e. Mendapatkan kesehatan emosi.

3. Tahapan Masa Nifas

Menurut Saleha (20dxz09) tahapan yang terjadi pada masa nifas adalah sebagai berikut :

- a. Periode Immediate Postpartum Masa segera setelah plasenta lahir sampai dengan 24 jam. Pada masa ini sering terdapat banyak masalah, misalnya pendarahan karena atonia uteri. Oleh karena itu, bidan dengan teratur harus melakukan pemeriksaan kontraksi uterus, pengeluaran lochia, tekanan darah, dan suhu.
- b. Periode Early Postpartum (24 jam – 1 minggu) Pada fase ini bidan memastikan involusio uteri dalam keadaan normal, tidak ada perdarahan, lochia tidak berbau busuk, tidak demam, ibu cukup mendapatkan makanan dan cairan, serta ibu dapat menyusui dengan baik.

c. Periode Late Postpartum (1 minggu – 5 minggu) Pada periode ini bidan tetap melakukan perawatan dan pemeriksaan sehari-hari serta konseling KB.

4. Asuhan yang di berikan dalam kunjungan nifas

Menurut Saleha (2009) Asuhan yang diberikan adalah :

a. Kunjungan I (6-8 jam post partum)

- 1) Mencegah perdarahan masa nifas akibat atonia uteri
- 2) Mendeteksi dan perawatan penyebab lain perdarahan serta melakukan rujukan bila perdarahan berlanjut
- 3) Memberikan konseling pada ibu dan keluarga tentang cara mencegah perdarahan yang disebabkan atonia uteri
- 4) Pemberian ASI awal
- 5) Menjaga kehangatan bayi

b. Kunjungan II (6 hari post partum)

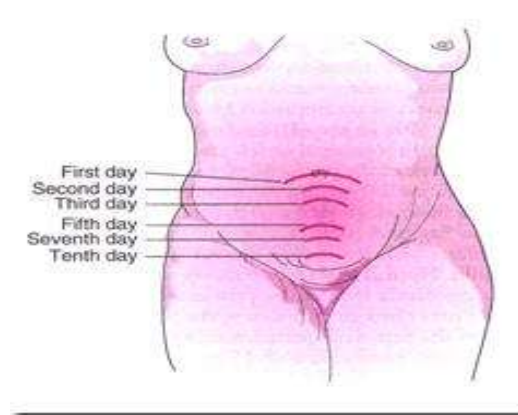
- 1) Memastikan involusi uteri berjalan dengan normal (kontraksi uterus baik, TFU di bawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal),
- 2) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, perdarahan
- 3) Memastikan ibu mendapat istirahat yang cukup
- 4) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan benar serta tidak ada tanda -tanda kesulitan menyusui
- 5) Memberikan konseling tentang perawatan bayi baru lahir

c. Kunjungan III (2 minggu post partum)

Asuhan yang diberikan sama dengan asuhan yang diberikan pada kunjungan 6 hari post partum.

d. Kunjungan IV (6 minggu post partum)

Menanyakan penyulit-penyulit yang dialami ibu selama masa nifas, memberikan konseling KB secara dini.



Gambar 2.7 Involusi Uterus

Sumber : Ambarwati, 2011

5. Tahapan Lochea Masa Nifas

Tabel 2.2 Tahapan Lochea Masa Nifas

Lokhea	Waktu	Warna	Ciri – Ciri
Rubra	1-3 hari	Merah Kehitaman	Terdiri dari sel desisua, verniks rambut lanuogu, sisa meconium dan darah
Sanguilenta	3- 7 hari	Putih bercampur merah	Sisa darah bercampur lender
Serosa	7-14 hari	Kekuningan/ kecoklatam	Lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri dari leukosit dan robekan laserasi plasenta
Alba	>14 hari	Putih	Mengandung leukosit, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati

Sumber : Ambarwati, 2011

6. Adaptasi Psikologis Ibu Nifas

Perubahan yang mendadak dan dramatis pada hormonal, menyebabkan ibu Dalam masa nifas sensitive terhadap factor-faktor yang dalam keadaan normal mampu diatasinya. Menurut Rubin (1997) bahwa dalam periode masa nifas akan terjadi tiga tahap perubahan psikologis ibu yaitu :

- a. Tahap I : Fase *Taking In* (Periode Ketergantungan)

Periode yang berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua melahirkan. Pada fase ini ibu sedang berfokus terutama pada dirinya sendiri. Ibu akan berulang kali menceritakan proses persalinan yang dialaminya dari awal sampai akhir. Ketidaknyamanan fisik yang dialami ibu pada fase ini seperti mules, nyeri pada jahitan, kurang tidur dan kelelahan merupakan sesuatu yang tidak dapat dihindari. Hal tersebut membuat ibu perlu cukup istirahat untuk mencegah gangguan psikologis yang mungkin dialami, seperti menangis, dan mudah tersinggung. Hal ini membuat ibu cenderung lebih pasif terhadap lingkungannya.

Pada fase ini kemampuan mendengarkan (*listening skill*) dan menyediakan waktu yang cukup dan kehadiran suami atau keluarga sangat diperlukan.

b. Tahap II : Fase *Taking Hold*

Periode yang berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Pada fase ini ibu timbul rasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Ibu mempunyai perasaan sangat sensitif, sehingga mudah tersinggung dan marah. Dukungan moral sangat diperlukan untuk menumbuhkan kepercayaan diri ibu.

c. Tahap III : *Letting Go*

Fase ini berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Terjadi peningkatan akan perawatan diri dan bayinya. Ibu sudah mulai menyelesaikan diri dengan ketergantungan bayinya (Saleha, 2013).

7. Proses Laktasi dan Menyusui

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

a. Anatomi Payudara

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

1) Letak : setiap payudara terletak pada sternum dan meluas setinggi costa kedua dan keenam. Payudara ini terletak pada *fascia superficialis* dinding rongga dada yang disangga oleh ligamentum suspensorium.

2) Bentuk : masing-masing payudara berbentuk tonjolan setengah bola dan mempunyai ekor (cauda) dari jaringan yang meluas ke ketiak atau aksila

3) Ukuran : ukuran payudara berbeda pada setiap individu, juga tergantung pada stadium perkembangan dan umur. Tidak jarang salah Satu payudara ukurannya agak lebih besar daripada yang lainnya.

b. Fisiologi Pengeluaran ASI

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

1. Pembentukan kelenjar payudara

Pada permulaan kehamilan terjadi peningkatan yang jelas dari duktus yang baru, percabangan percabangan dan lobulus, yang di pengaruhi oleh hormon-hormon plasenta dan korpuslutum.

Hormon hormon yang ikut membantu mempercepat pertumbua

n adalah prolaktin, aktogen plasenta, karionik gonadotropi. Insulin, kortisol, hormon tiroid, hormon paratoroid, dan hormon pertumbuhan.

2. Pembentukan air susu

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

a) *Refleks prolaktin*

hormon prolaktin berperan untuk membuat kolostrum, namun jumlahnya terbatas karena dihambat oleh *estrogene* dan *progesterone* yang kadarnya memang tinggi, setelah partus, lepasnya plasenta dan kurangnya fungsi dari *korpus luteum* membuat *estrogen* dan *progesteron* sangat berkurang, ditambah dengan isapan bayi yang merangsang puting susu akan merangsang ujung-ujung saraf *sensoris* yang berfungsi sebagai reseptor mekanik.

b) *Refleks let down*

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

c) Pemeliharaan pengeluaran air susu

Hubungan yang utuh antara *hipotalamus* dan *hipofisis* mengatur kadar prolaktin dan oksitosin dalam darah. Hormon

- hormon ini sangat perlu untuk pengeluaran permulaan dan pemeliharaan penyediaan air susu selama menyusui.

d) Mekanisme menyusui

1) Refleks mencari (*rooting reflex*)

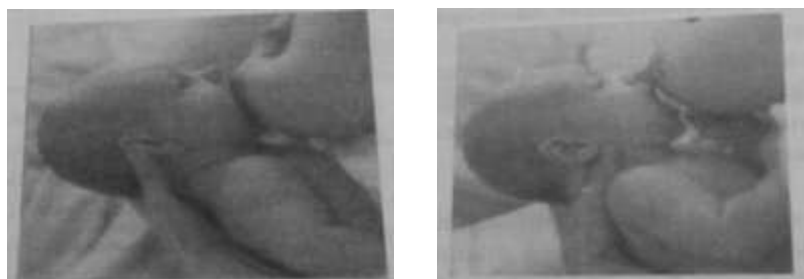
Menurut Vivian, 2013 Payudara ibu yang menempel pada pipi atau daerah sekeliling mulut merupakan rangsangan yang menimbulkan refleks mencari pada bayi, keadaan ini menyebabkan bayi berputar menuju puting susu yang menempel diikuti mulut membuka kemudian puting susu ditarik masuk ke dalam mulut.

2) Refleks menghisap (*sucking reflex*)

Puting susu yang sudah masuk ke dalam mulut dengan bantuan lidah ditarik lebih jauh dan rahang menekan kalang payudara dibelakang puting susu yang pada saat itu sudah terletak di langit-langit keras.

3) Refleks menelan (*swallowing reflex*)

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



Gambar 2.8 Reflek Mencari

Sumber : Vivian, 2013

e) Manfaat pemberian ASI

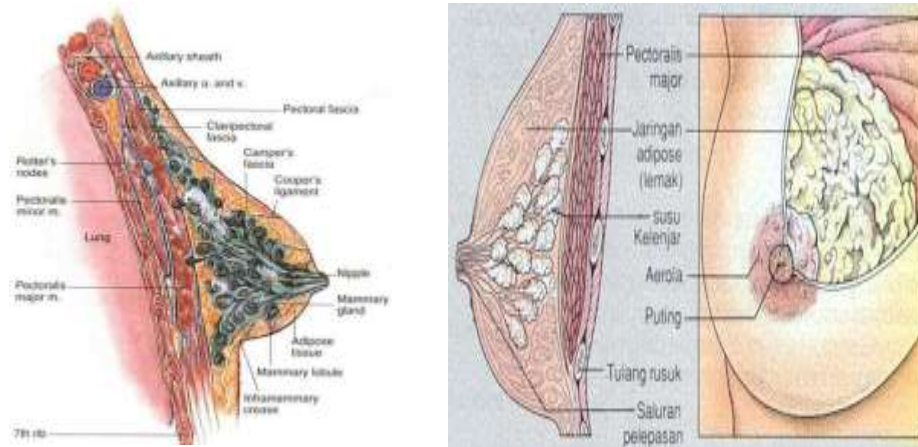
Manfaat ASI untuk bayi adalah sebagai berikut :

- 1) Nutrisi (zat gizi) dalam ASI sesuai dengan kebutuhan bayi
- 2) ASI mengandung zat protektif

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

- a. *Laktobasilus bifidus*, mengubah *laktosa* menjadi asam laktat dan asam asetat, yang membantu memberikan keasaman pada pencernaan sehingga menghambat pertumbuhan mikroorganisme
- b. *Laktoferin*, mengikat zat besi sehingga membantu menghambat pertumbuhan kuman.
- c. *Lisozim*, enzim yang memecah dinding bakteri dan anti inflamatori bekerja sama dengan peroksida dan skorbat untuk menyerang *E.coli* dan *Salmonella*.

- 3) Pada saat bayi kontak dengan ibunya, maka akan timbul rasa aman dan nyaman bagi bayi.
- 4) ASI akan membuat bayi memiliki tumbuh kembang yang baik, dapat dilihat dari kenaikan berat badan dan kecerdasan otak balik.
- 5) Mengurangi kejadian karies dentis.
- 6) Mengurangi kejadian maloklusi (kebiasaan lidah yang mendorong kedepan akibat menyusui dengan botol / dot).



Gambar 2.9 Payudara

Sumber : Vivian, 2013

10. Perubahan Yang Terjadi Selama Masa Nifas

a. Perubahan Sistem Reproduksi

Menurut Pitriani (2014), selama masa nifas alat-alat internal maupun eksternal berangsur-angsur kembali ke keadaan sebelum hamil. Perubahan keseluruhan alat genitalia ini disebut involusi. Pada masa ini terjadi juga perubahan penting lainnya, perubahan-perubahan yang terjadi antara lain sebagai berikut.

- 1) Uterus : Involusi uterus atau pengerutan uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil.
- 2) Lokia : Akibat involusi uteri, lapisan luar desidua yang mengelilingi situs plasenta akan menjadi nekrotik. Desidua yang mati akan keluar bersama dengan sisa cairan. Percampuran darah dan desidua inilah yang dinamakan lokia. Lokia adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas dan mempunyai reaksi basa/alkalis yang membuat

organisme berkembang lebih cepat dari pada kondisi asam yang ada pada vagina normal. Lokia mempunyai bau yang amis (anyir) meskipun tidak terlalu menyengat dan volumenya berbeda-beda ada setiap wanita. Total jumlah rata-rata pengeluaran lokia sekitar 240-270 ml.

3) Vagina dan Perineum

Selama proses persalinan vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan, setelah beberapa hari persalinan kedua organ ini kembali dalam keadaan kendur. Rugae timbul kembali pada minggu ketiga. Himen tampak sebagai tonjolan kecil dan dalam proses pembentukan berubah menjadi karankulae mitiformis yang khas bagi wanita multipara. Ukuran vagina akan selalu lebih besar dibandingkan keadaan sebelum persalinan pertama. Perubahan pada perineum pasca melahirkan terjadi pada saat perineum mengalami robekan. Robekan jalan lahir dapat terjadi secara spontan ataupun dilakukan episiotomi dengan indikasi tertentu.

a. Perubahan Sistem Pencernaan

Sistem gastrointestinal selama kehamilan dipengaruhi oleh beberapa hal, diantaranya tingginya kadar progesteron yang dapat mengganggu keseimbangan cairan tubuh, meningkatkan kolesterol darah, dan melambatkan kontraksi otot-otot polos. Beberapa hal yang berkaitan dengan perubahan pada sistem pencernaan, antara lain:

- 1) Nafsu makan : Pasca melahirkan, biasanya ibu merasa lapar sehingga diperbolehkan untuk mengkonsumsi makanan. Pemulihan nafsu makan diperlukan waktu 3-4 hari sebelum faal usus kembali normal.
 - 2) Motilitas : Secara khas, penurunan tonus dan motilitas otot traktus cerna menetap selama waktu yang singkat setelah bayi lahir. Kelebihan analgesia dan anastesia bisa memperlambat pengembalian tonus dan motilitas ke keadaan normal.
 - 3) Konstipasi : Pasca melahirkan ibu sering mengalami konstipasi. Hal ini disebabkan tonus otot usus menurun selama proses persalinan dan awal masa postpartum, diare sebelum persalinan, enema sebelum melahirkan, kurang makan, dehidrasi, hemoroid maupun laserasi jalan lahir.
- b. Perubahan Sistem Perkemihan Perubahan yang terjadi pada sistem ini antara lain :
- 1) Fungsi sistem perkemihan
 - 2) Sistem urinaris: Perubahan hormonal pada masa hamil (kadar steroid yang tinggi) turut menyebabkan peningkatan fungsi ginjal, sedangkan penurunan kadar steroid setelah wanita melahirkan sebagian menjelaskan penyebab penurunan fungsi ginjal selama masa postpartum. Fungsi ginjal akan kembali normal dalam waktu satu bulan setelah melahirkan.

- 3) Komponen urea: Glikosaria ginjal diinduksi oleh kehamilan menghilang. Laktosuria positif pada ibu menyusui merupakan hal normal. Blood Urea Nitrogen (BUN) yang meningkat selama postpartum merupakan akibat autolisis uterus yang berinvolusi.
- 4) Diuresis postpartum: Dalam 12 jam setelah melahirkan, ibu membuang kelebihan cairan yang tertimbun di jaringan selama ia hamil. Salah satu mekanisme untuk mengurangi cairan yang teretensi selama masa hamil adalah diaphoresis luas, terutama pada malam hari, selama 2-3 hari pertama setelah melahirkan.

5) Sistem Gastrointestinal

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

6) Sistem endokrin

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

7) Sistem musculoskeletal

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

8) Sistem integument

Penurunan melanin umumnya setelah persalinan menyebabkan berkurangnya hyperpigmentasi kulit.

11. Kebutuhan Dasar Ibu Nifas

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

a. Nutrisi dan Cairan

Kebutuhan kalori selama menyusui proporsional dengan jumlah air susu ibu yang dihasilkan dan lebih tinggi selama menyusui dibanding selama hamil. Makanan yang dikonsumsi ibu berguna untuk melakukan aktivitas, cadangan dalam tubuh, proses produksi ASI, serta sebagai ASI itu sendiri yang akan dikonsumsi bayi untuk pertumbuhan dan perkembangannya.

- 1) Protein diperlukan untuk pertumbuhan dan penggantian sel – sel yang rusak atau mati. Sumber protein dapat diperoleh dari protein hewani dan nabati. Protein hewani antara lain : telur, daging, udang, ikan, kerang, susu dan keju. Sementara itu protein nabati banyak terkandung dalam tahu, tempe, kacang- kacangan.

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

b. Ambulasi

Perawatan mobilisasi dini mempunyai keuntungan yaitu:

- 1) Melancarkan pengeluaran lochia, mengurangi infeksi puerperium
- 2) Mempercepat involunsi uterus
- 3) Melancarkan fungsi alat gastrointestinal dan alat kelamin
- 4) Meningkatkan kelancaran peredaran sehingga mempercepat fungsi ASI dan pengeluaran sisa metabolisme.

c. Eliminasi

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

- 1) Dirangsang dengan mengalirkan air
- 2) Mengompres air hangat di atas simfisis
- 3) Berendam didalam air hangat

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

- 1) Diet teratur
- 2) Pemberian cairan yang banyak
- 3) Ambulasi yang baik
- 4) Bila takut buang BAB secara episiotomi, maka diberikan laksana suposotria

d. Kebersihan diri dan perineum

1) Personal hygiene

- a) Puting susu
- b) Partum lokea

2) Perineum

- a) Anjurkan kebersihan seluruh tubuh
- b) Anjurkan untuk membersihkan daerah kelamin
- c) Sarankan untuk mengganti pembalut 2 kali sehari
- d) Sarankan ibu untuk membasuh tangan sebelum atau sesudah membersihkan alat kelaminnya
- e) Jika terdapat luka episiotomi atau laserasi dianjurkan untuk tidak menyentuh luka tersebut.

e. Istirahat

- 1) Beristirahat yang cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan
- 2) Sarankan untuk tidak melakukan aktivitas yang berat terlebih dahulu.

f. Seksual

Dinding vagina kembali pada keadaan sebelum hamil dalam waktu 6-8 minggu. Secara fisik aman untuk memulai hubungan suami istri begitu darah merah berhenti, dan ibu dapat memasukkan 1-2 jari kedalam vagina tanpa rasa nyeri.

g. Keluarga berencana

Tujuan dari kontrasepsi adalah menghindari/mencegah terjadinya kehamilan sebagai akibat bertemunya sel telur yang matang dan sel sperma tersebut. Kontrasepsi yang cocok untuk ibu nifas antara lain Metode Amenorhea Laktasi (MAL), pil progestin, suntikan progestin, kontrasepsi implan, dan alat kontrasepsi dalam rahim.

h. Latihan atau senam nifas

Menurut Vivian, 2013 Senam nifas bertujuan untuk mempercepat penyembuhan, mencegah timbulnya komplikasi, serta memulihkan dan menguatkan otot – otot punggung, otot dasar panggul dan otot perut, berikut langkah senam nifas :

1) Langkah 1

Berbaring dengan lutut ditekuk. Tempatkan tangan diatas perut dibawah area iga- iga. Nafas dalam

dan lambat melalui hidung dan kemudian keluarkan melalui mulut, kencangkan dinding abdomen untuk membantu mengosongkan paru- paru.

2) Langkah 2

Berbaring telentang, lengan keatas kepala, telapak terbuka keatas. Kendurkan lengan kanan. Pada waktu yang bersamaan rilekskan kaki kiri dan regangkan kaki kanan sehingga ada regangan penuh pada seluruh bagian kanan tubuh.

3) Langkah 3

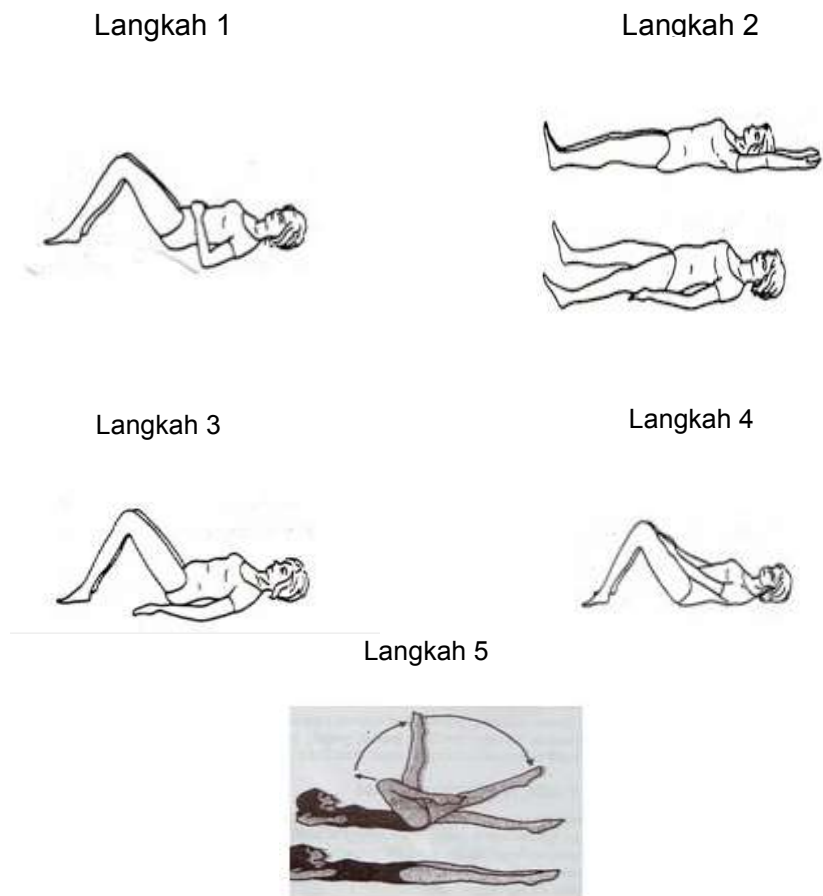
Kontraksi vagina. Berbaring telentang, kedua kaki sedikit diregangkan. Tarik dasar panggul, tahan selama tiga detik dan kemudian rileks.

4) Langkah 4

Memiringkan panggul . berbaring, lutut ditekukkan. Kontraksi/ kencangkan otot- otot perut sampai tulang punggung mendatar dan kencangkan otot-otot bokong tahan 3 detik kemudian rileks.

5) Langkah 5

Tidur telentang, kedua lengan dibawah kepala dan kedua kaki diluruskan. Angkat kedua kaki sehingga pinggul dan lutut mendekati badan semaksimal mungkin. Lalu luruskan dan angkat kaki kiri dan kanan vertical dan perlahan- lahan turunkan kembali ke lantai.



Gambar 2.10 Senam nifas

Sumber : Vivian, 2013

12. Infeksi Masa Nifas

Jenis-jenis infeksi masa nifas sebagai berikut, yaitu :

a. *Endometritis*

Jenis infeksi ini paling sering ialah endometritis. Kuman-kuman yang memasuki endometrium, biasanya melalui luka bekas insersio plasenta, dan dalam waktu singkat mengikut sertakan seluruh endometrium. Tanda dan gejalanya, peningkatan demam mencapai 40°C , tergantung dari keparahan infeksi, takikardi, menggigil dengan infeksi

berat, nyeri tekan uteri menyebar secara lateral, nyeri panggul dengan pemeriksaan bimanual.

b. *Parametritis*

Parametritis Adalah infeksi jaringan pelvis yang dapat terjadi melalui beberapa cara: penyebaran melalui limfe dari luka serviks yang terinfeksi atau dari endometritis, penyebaran langsung dari luka pada serviks yang meluas sampai ke dasar ligamentum, serta penyebaran sekunder dari tromboflebitis.

c. *Peritonitis*

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

d. Infeksi trauma vulva, perineum, vagina, dan serviks

e. *Mastitis*

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

f. *Tromboflebitis dan Emboli paru*

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

g. *Hematoma*

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

13. Tanda tanda Bahaya Masa Nifas

Menurut Pitriani (2014), ada beberapa tanda-tanda bahaya selama masa nifas, yaitu :

1. Perdarahan hebat atau peningkatan perdarahan secara tiba-tiba (melebihi haid biasa atau jika perdarahan tersebut membasahi lebih dari 2 pembalut saniter dalam waktu setengah jam).
2. Pengeluaran cairan vaginal dengan bau busuk yang menyengat.
3. Rasa nyeri di perut bagian bawah atau punggung.
4. Sakit kepala yang terus-menerus, nyeri *epigastric* atau masalah penglihatan.
5. Pembengkakan pada wajah dan tangan, demam, muntah, rasa sakit sewaktu buang air seni atau merasa tidak enak badan.
6. Payudara memerah, panas atau sakit.

7. Kehilangan selera makan untuk waktu yang berkepanjangan.
8. Merasa sangat sedih atau tidak mampu mengurus diri sendiri atau bayi.
9. Merasa sangat letih atau bernafas terengah-engah.

2.1.4 Konsep Bayi Baru Lahir

1. Pengertian

Bayi baru lahir (neonatus) adalah bayi yang berusia 0-28 hari (Kementerian Kesehatan RI, 2010). Bayi baru lahir adalah bayi berusia satu jam yang lahir pada usia kehamilan 37-42 minggu dan berat badannya 2.500-4000 gram (Dewi, 2010).

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

2. Penilaian Bayi Baru Lahir

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

- 1) Apakah bayi cukup bulan ?
- 2) Apakah air ketuban jernih, tidak bercampur meconium ?
- 3) Apakah bayi menangis atau bernapas ?
- 4) Apakah tonus otot bayi baik ?

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

3. Ciri-ciri bayi baru lahir normal

Bayi baru lahir normal mempunyai ciri-ciri berat badan lahir 2500-4000 gram, umur kehamilan 37-40 minggu, bayi segera menangis, bergerak aktif, kulit kemerahan, menghisap ASI dengan baik, dan tidak ada cacat bawaan (Kementerian Kesehatan RI, 2010). Bayi baru lahir normal memiliki panjang badan 48-52 cm, lingkar dada 30-38 cm, lingkar lengan 11-12 cm, frekuensi denyut jantung 120-160 x/menit, pernapasan 40-60 x/menit, lanugo tidak terlihat dan rambut kepala tumbuh sempurna, kuku agak panjang dan lemas, nilai APGAR >7, refleks-refleks sudah terbentuk dengan baik (rooting, sucking, morro, grasping), organ genitalia pada bayi laki-laki testis sudah berada pada skrotum dan penis berlubang, pada bayi perempuan vagina dan uretra berlubang serta 7 adanya labia minora dan mayora, mekonium sudah keluar dalam 24 jam pertama berwarna hitam kecoklatan (Dewi, 2010).

4. Penanganan bayi baru lahir

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

a. Membersihkan jalan nafas

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

- 1) Letakkan bayi pada posisi terlentang di tempat yang keras dan hangat.
- 2) Gulung kain dan letakkan dibawah bahu sehingga leher bayi lebih lurus dan kepala tidak menekuk. Posisi kepala diatur lurus sedikit tengadah kebelakang.

3) Bersihkan hidung, rongga mulut dan tenggorokan bayi dengan jari tangan yang membungkus dengan kassa steril.

4) Tepuk kedua telapak kaki bayi sebanyak 2-3 kali atau gosok kulit bayi dengan kain kering. Dengan rangsangan ini biasanya bayi segera menangis.

b. Memotong dan merawat tali pusat

Tali pusat dipotong 3 cm dari dinding perut bayi dengan menggunakan gunting steril dan diikat dengan pengikat steril, tali pusat dibersihkan dan dirawat dengan kassa steril.

c. Mempertahankan suhu tubuh

Pada waktu baru lahir, bayi belum mampu mengatur tetap suhu badannya, dan membutuhkan pengaturan dari luar untuk membantunya tetap hangat. Bayi baru lahir harus dibungkus hangat setelah IMD, suhu tubuh bayi merupakan tolak ukur kebutuhan akan tempat tidur yang hangat sampai suhu tubuhnya sudah stabil, suhu bayi harus dicatat.

d. IMD (Inisiasi Menyusu Dini).

e. Fungsi vitamin K

Fungsi vitamin K pada bayi baru lahir adalah mencegah terjadinya perdarahan pada otak, selain itu merupakan bahan pembentuk faktor pembekuan darah pada kulit, selaput lendir, dan organ lain dalam tubuh bayi (Utami, 2008).

5. **Klasifikasi Neonatus**

Bayi baru lahir atau neonatus di bagi dalam beberapa klasifikasi menurut Marmi (2015) , yaitu :

a. Neonatus menurut masa gestasinya :

- 1) Kurang bulan (*Preterm infant*) : < 259 hari (37 minggu)
 - 2) Cukup bulan (*Term infant*) : 259-294 hari (37-42 minggu)
 - 3) Lebih bulan (*Postterm infant*) : > 294 hari (42 minggu atau lebih)
- b. Neonatus menurut berat badan lahir :
- 1) Berat lahir rendah : < 2500 gram
 - 2) Berat lahir cukup : 2500-4000 gram
 - 3) Berat lahir lebih : > 4000 gram
- c. Neonatus menurut berat lahir terhadap masa gestasi (masa gestasi dan ukuran berat lahir yang sesuai untuk masa kehamilan) :
- 1) Neonatus cukup/kurang/lebih bulan (NCB/NKB/NLB)
 - 2) Sesuai/ kecil/ besar untuk masa kehamilan (SMK/ KMK/ BMK).

6. Kunjungan Neonatal

- a. Neonatus sedikitnya 3 kali yaitu :
- 1) Kunjungan neonatal I (KN1) pada 6 jam sampai dengan 48 jam setelah lahir.
 - 2) Kunjungan neonatal II (KN2) pada hari ke 3 - 7 hari.
 - 3) Kunjungan neonatal III (KN3) pada hari ke 8 – 28 hari.
- b. **Adaptasi Bayi Baru Lahir**

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

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

1) Sistem Pernafasan

Perkembangan sistem pulnomer terjadi sejak masa embrio, tepatnya pada umur kehamilan 24 hari. Pada umur kehamilan 24 hari ini bakal paru-paru terbentuk. Pada umur kehamilan 26-28 hari ini kedua bronchi membesar. Pada umur kehamilan 6 minggu terbentuk segmen bronchus. Pada umur kehamilan 12 minggu terjadi deferensiasi lobus. Pada umur kehamilan 24 minggu terbentuk alveoulus. Pada umur kehamilan 28 minggu terbentuk surfaktan. Pada umur kehamilan 34-36 minggu struktur paru-paru matang, artinya paru-paru sudah bisa mengembangkan sistem alveoli. Selama dalam uterus, janin mendapatkan oksigen dari pertukaran gas melalui plasenta. Setelah bayi lahir, pertukaran gas harus melalui paru-paru bayi. Pernafasan pertama bayi normal terjadi dalam 30 menit pertama sesudah lahir.

2) Jantung dan Sirkulasi Darah

1) Peredaran darah janin

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

koronaria darah mengalir ke bagian kepala, ekstremitas kanan dan ekstremitas kiri.

2) Peredaran darah *neonatus*

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

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

3) Saluran Pencernaan

Pada kehamilan empat bulan pencernaan telah cukup terbentuk dan janin telah dapat menelan air ketuban dalam jumlah yang cukup banyak, aborsi air ketuban telah terjadi melalui mukosa seluruh saluran pencernaan, janin minum air ketuban dapat dibuktikan dengan adanya mekonium.

4) *Hepar*

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

meniadakan bekas penghancuran dalam peredaran darah.

Metabolisme

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

5) Produksi Panas (Suhu Tubuh)

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

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

1) *Konduksi*

Panas dihantarkan dari tubuh bayi ke benda di sekitarnya yang kontak langsung dengan tubuh bayi. Contohnya ialah menimbang bayi tanpa alas timbangan, tangan penolong yang dingin memegang bayi baru lahir, menggunakan stetoskop dingin untuk pemeriksaan bayi baru lahir.

2) *Konveksi*

Panas hilang dari bayi ke udara di sekitarnya yang sedang bergerak (jumlah panas yang hilang tergantung pada kecepatan dan suhu udara). Contohnya ialah membiarkan atau

menempatkan bayi baru lahir dekat jendela, membiarkan bayi baru lahir di ruang yang terpasang kipas angin.

3) *Radiasi*

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

4) *Evaporasi*

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

6) Susunan Syaraf

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

Beberapa reflek pada bayi :

- 1) Reflek *Moro*
- 2) Reflek *Rooting*
- 3) Reflek *sucking*
- 4) Reflek batuk dan bersin

- 5) Reflek *grabs*
- 6) Reflek *Walking* dan *Stapping*
- 7) Reflek *Tonic Neck*
- 8) Reflek *Babinsky*
- 9) Reflek Membengkokkan Badan (Reflek *Galant*)
- 10) Reflek Bauer / Merangkak.

g. *Imunologi*

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

Berikut beberapa contoh kekebalan alami :

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

c. **Pemeriksaan Fisik BBL**

Pengkajian fisik pada bayi baru lahir merupakan suatu proses yang dilakukan di kamar bersalin setelah bayi lahir dan pengkajian ini merupakan bagian dari prosedur perawatan segera bayi baru lahir. Menurut Marmi and Rahardjo 2012, tujuan dari pemeriksaan

fisik pada bayi baru lahir adalah untuk memastikan normalitas dan mendeteksi adanya penyimpangan normal. Dalam pelaksanaannya harus diperhatikan agar bayi tidak kedinginan, dan dapat ditunda apabila suhu tubuh bayi rendah atau bayi tampak tidak sehat.

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

a. Pengukuran antropometri

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

b. Pemeriksaan Fisik

a. Kepala

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

b) Wajah

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

c) Mata

Periksa jumlah, posisi atau letak mata. Periksa adanya strabismus yaitu koordinasi mata yang belum sempurna. Periksa adanya glaucoma congenital, mulanya akan tampak sebagai pembesaran kemudian sebagai kekeruhan pada kornea. Periksa adanya secret pada mata, konjungtivitis oleh kuman gonokokus dapat menjadi panoftalmia dan menyebabkan kebutaan.

Apabila ditemukan *epichantus* melebar kemungkinan bayi mengalami *syndrome down*.

d) Hidung

(1) Kaji bentuk dan lebar hidung, pada bayi cukup bulan lebarnya harus lebih dari 2,5 cm.

(2) Bayi harus bernapas dengan hidung, jika melalui mulut kemungkinan adanya obstruksi jalan napas karena atresiakoana bilateral, fraktur tulang hidung atau ensefalokel yang menonjol ke nasofaring.

(3) Periksa adanya sekret yang mukopurulen yang terkadang berdarah, hal ini memungkinkan adanya sifilis congenital.

(4) Periksa adanya pernapasan cuping hidung, jika cuping hidung mengembang menunjukkan adanya gangguan pernapasan

e) Leher

(1) Leher bayi biasanya pendek dan harus diperiksa kesimetrisannya. Pergerakan harus baik. Jika terdapat keterbatasan gerakan kemungkinan adanya kelainan tulang leher.

(2) Periksa adanya trauma leher yang menyebabkan kerusakan pada fleksus brakhialis.

(3) Lakukan perabaan untuk mengidentifikasi adanya pembengkakan. Periksa adanya pembesaran kelenjar tyroid dan vena jugularis

(4) Adanya lipatan kulit yang berlebihan di bagian belakang leher menunjukkan adanya kemungkinan trisomi 21.

f) Klavikula

Raba seluruh klavikula untuk memastikan keutuhannya terutama pada bayi yang lahir dengan presentasi bokong atau distosia bahu. Periksa kemungkinan adanya fraktur.

g) Tangan

(1) Kedua tangan harus sama panjang, periksa dengan cara meluruskan kedua lengan ke bawah.

(2) Kedua lengan harus bebas bergerak, jika gerakan kurang kemungkinan adanya kerusakan neurologis atau fraktur.

(3) Periksa jumlah jari. Periksa adanya polidaktili atau sidaktili.

(4) Telapak tangan harus dapat terbuka, garis tangan yang hanya satu buah berkaitan dengan abnormalitas kromosom seperti trisomi 21.

(5) Periksa adanya paronisia pada kuku yang dapat terinfeksi atau tercabut sehingga menimbulkan luka dan perdarahan

h) Dada

(1) Periksa kesimterisan gerakan dada saat bernapas. Apabila tidak simetris kemungkinan bayi mengalami pneumotoraks paresis diafragma atau hernia diafragmatika. Pernapasan yang normal dinding dada dan abdomen bergerak secara

bersamaan. Tarikan sternum atau interkostal pada saat bernapas perlu diperhatikan.

- (2) Pada bayi cukup bulan, puting susu sudah terbentuk dengan baik dan tampak simetris
- (3) Payudara dapat tampak membesar tetapi ini normal.

i) Abdomen

- (1) Abdomen harus tampak bulat dan bergerak secara bersamaan dengan gerakan dada saat bernapas. Kaji adanya pembengkakan.
- (2) Jika perut sangat cekung kemungkinan terdapat hernia diafragmatika
- (3) Abdomen yang membuncit kemungkinan karena hepatosplenomegali atau tumor lainnya.
- (4) Jika perut kembung kemungkinan adanya eterokilitis vesikalis, omfalokel atau duktus omfaloentrikus persisten.

j) Genetalia

- (1) Pada bayi laki-laki panjang penis 3-4 cm dan lebar 1-1,3 cm. Periksa lubang uretra. Prepusium tidak boleh ditarik karena menyebabkan fimosis.
- (2) Periksa adanya hipospadia dan epispadia.
- (3) Skrotum harus dipalpasi untuk memastikan testis ada dua.
- (4) Pada bayi perempuan cukup bulan labia mayora menutupi labia minora.
- (5) Lubang uretra terpisah dengan lubang vagina.
- (6) Terkadang tampak adanya sekret yang berdarah dari vagina, hal ini disebabkan oleh pengaruh hormon ibu.

k) Anus dan rectum

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

1) Tungkai

a) Periksa kesimetrisan tungkai dan kaki. Periksa panjang kedua kaki dengan meluruskan keduanya dan bandingkan.

b) Kedua tungkai harus dapat bergerak bebas. Kurangnya gerakan berkaitan dengan adanya trauma, misalnya fraktur, kerusakan neurologis.

c) Periksa adanya polidaktili atau sidaktili pada jari kaki.

2) Spinal

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

3) Kulit

Perhatikan kondisi kulit bayi.

a) Periksa adanya ruam dan bercak atau tanda lahir.

b) Periksa adanya pembengkakan.

c) Perhatikan adanya vernik kaseosa.

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

d. **Tanda- tanda Bahaya Pada Bayi**

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

a. Bila bayi tersebut menangis atau bernafas (telihat dari pergerakan dada paling sedikit 30x/menit) berikan bayi tersebut dengan ibunya.

b. Bila bayi tersebut tidak bernafas dalam waktu 30 detik segeralah cari bantuan dan mulailah langkah resusitasi bayi tersebut.

c. Penanganan persiapan kebutuhan resusitasi untuk setiap bayi dan siapkan rencana untuk meminta bantuan khususnya bila ibu tersebut memiliki riwayat eklampsia, pendarahan persalinan lama atau macet, persalinan dini atau infeksi.

d. Jika bayi tidak bisa bernafas lakukan hal-hal sebagai berikut :

- 1) Keringkan bayi dengan selimut atau handuk yang hangat
- 2) Gosoklah punggung bayi tersebut dengan lembut

e. Jika bayi masih belum mulai bernafas setelah 60 detik mulailah resusitasi.

f. Apabila bayi sianosis (kulit biru) atau sukar bernafas (frekuensi pernafasan <30 atau >60x/ menit) berilah oksigen kepada bayi dengan kateter nasal atau nasal prongs).

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

Tanda – tanda bahaya yang harus dikenali oleh ibu yaitu :

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

- 2) Kesulitan bernafas, yaitu pernafasan cepat >60/menit atau menggunakan otot nafas tambahan.
- 3) Letargi, bayi terus-menerus tidur tanpa bangun untuk makan.
- 4) Warna abnormal kulit atau bibir biru (sianosis) dan bayi sangat kuning.
- 5) Suhu terlalu panas (febris) atau terlalu dingin (hipotermia).
- 6) Tanda dan perilaku abnormal atau tidak biasa.
- 7) Gangguan gastrointestinal, misalnya tidak bertinja selama 3 hari pertama setelah lahir, muntah terus menerus, muntah dan perut bengkak, tinja hijau tua atau berdarah atau lender. Mata bengkak atau mengeluarkan cairan.

Tanda tanda bahaya yang harus di waspadai pada bayi baru lahir:

- 1) Pernafasan sulit atau lebih dari 60 kali permenit.
- 2) Kehangatan terlalu panas >38° C atau terlalu dingin <36° C.
- 3) Warna kuning (terutama pada 24 jam pertama), biru atau pucat, memar.
- 4) Pemberian makan, hisapan lemah, mengantuk berlebihan, banyak muntah.
- 5) Tali pusat merah, bengkak, keluar cairan (nanah), bau busuk, pernafasan sulit.
- 6) Tinja atau kemih-tidak berkemih dalam 24 jam, tinja lembek, sering,
hijau tua, ada lender dan darah pada tinja.
- 7) Aktivitas-mengigil atau tangis tidak biasa, sangat mudah tersinggung, lemas, tidak mengantuk, lunglai, kejang, kejang

halus, tidak bisa tenang, menangis terus menerus, (Marmi & Rahardjo, 2012).

e. **Imunisasi**

Imunisasi adalah suatu cara memproduksi imunitas aktif buatan untuk melindungi diri melawan penyakit tertentu dengan cara memasukan suatu zat dalam tubuh melalui penyuntikan atau secara oral. Menurut (Marmi and Rahardjo 2012) jadwal imunisasi yang diwajibkan sesuai program pengembangan imunisasi (PPI) adalah BCG, polio, hepatitis B, DPT, dan campak. (Vivian, 2013).

Tabel 2.3 Jadwal Imunisasi

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

5. BBLR (Bayi Berat Lahir Rendah)

1. Pengertian Bayi berat lahir rendah (BBLR) adalah bayi dengan berat lahir kurang dari 2500 gram tanpa memandang usia gestasi. BBLR dapat terjadi pada bayi kurang bulan (< 37 minggu) atau pada bayi cukup bulan (intrauterine growth restriction) (Pudjiadi, dkk., 2010).
2. Klasifikasi Ada beberapa cara dalam mengelompokkan BBLR (Proverawati dan Ismawati, 2010) :
 - a. Menurut harapan hidupnya
 - 1) Bayi berat lahir rendah (BBLR) dengan berat lahir 1500-2500 gram.

- 2) Bayi berat lahir sangat rendah (BBLSR) dengan berat lahir 1000-1500 gram.
 - 3) Bayi berat lahir ekstrim rendah (BBLER) dengan berat lahir kurang dari 1000 gram.
- b. Menurut masa gestasinya
- 1) rematuritas murni yaitu masa gestasinya kurang dari 37 minggu dan berat badannya sesuai dengan berat badan untuk masa gestasi atau biasa disebut neonatus kurang bulan sesuai untuk masa kehamilan (NKB-SMK).
 - 2) Dismaturitas yaitu bayi lahir dengan berat badan kurang dari berat badan seharusnya untuk masa gestasi itu. Bayi mengalami retardasi pertumbuhan intrauterin dan merupakan bayi kecil untuk masa kehamilannya (KMK).
3. Faktor Penyebab Beberapa penyebab dari bayi dengan berat badan lahir rendah (Proverawati dan Ismawati, 2010)
- a. Faktor ibu
- 1) Penyakit
 - a) Mengalami komplikasi kehamilan, seperti anemia, perdarahan antepartum, preeklamsia berat, eklamsia, infeksi kandung kemih.
 - b) Menderita penyakit seperti malaria, infeksi menular seksual, hipertensi, HIV/AIDS, TORCH, penyakit jantung.
 - c) Penyalahgunaan obat, merokok, konsumsi alcohol
 - 2) Ibu

- a) Angka kejadian prematitas tertinggi adalah kehamilan pada usia < 20 tahun atau lebih dari 35 tahun.
 - b) Jarak kelahiran yang terlalu dekat atau pendek (kurang dari 1 tahun).
 - c) Mempunyai riwayat BBLR sebelumnya.
- b. Keadaan sosial ekonomi
- 1) Kejadian tertinggi pada golongan sosial ekonomi rendah. Hal ini dikarenakan keadaan gizi dan pengawasan antenatal yang kurang.
 - 2) Aktivitas fisik yang berlebihan
 - 3) Perkawinan yang tidak sah
- c. Faktor janin Faktor janin meliputi : Klainan kromosom, infeksi janin kronik (inklusi sitomegali, rubella bawaan), gawat janin, dan kehamilan kembar.
- d. Faktor plasenta Faktor plasenta disebabkan oleh : hidramnion, plasenta previa, solutio plasenta, sindrom tranfusi bayi kembar (sindrom parabiotik), ketuban pecah dini.
- e. Faktor lingkungan Lingkungan yang berpengaruh antara lain : tempat tinggal di dataran tinggi, terkena radiasi, serta terpapar zat beracun
4. Permasalahan pada BBLR

BBLR memerlukan perawatan khusus karena mempunyai permasalahan yang banyak sekali pada sistem tubuhnya disebabkan kondisi tubuh yang belum stabil (Surasmi, dkk., 2002).

- a. Ketidakstabilan suhu tubuh Dalam kandungan ibu, bayi berada pada suhu lingkungan 36°C-37°C dan segera setelah lahir bayi dihadapkan pada suhu lingkungan yang umumnya lebih rendah. Perbedaan suhu ini memberi pengaruh pada kehilangan panas tubuh bayi. Hipotermia

juga terjadi karena kemampuan untuk mempertahankan panas dan kesanggupan menambah produksi panas sangat terbatas karena pertumbuhan otototot yang belum cukup memadai, ketidakmampuan untuk menggigil, sedikitnya lemak subkutan, produksi panas berkurang akibat lemak coklat yang tidak memadai, belum matangnya sistem saraf pengatur suhu tubuh, rasio luas permukaan tubuh relatif lebih besar dibanding berat badan sehingga mudah kehilangan panas.

- b. Gangguan pernafasan Akibat dari defisiensi surfaktan paru, toraks yang lunak dan otot respirasi yang lemah sehingga mudah terjadi periodik apneu. Disamping itu lemahnya reflek batuk, hisap, dan menelan dapat mengakibatkan resiko terjadinya aspirasi.
- c. Imaturitas imunologis Pada bayi kurang bulan tidak mengalami transfer IgG maternal melalui plasenta selama trimester ketiga kehamilan karena pemindahan substansi kekebalan dari ibu ke janin terjadi pada minggu terakhir masa kehamilan. Akibatnya, fagositosis dan pembentukan antibodi menjadi terganggu.
- d. Masalah gastrointestinal dan nutrisi Lemahnya reflek menghisap dan menelan, motilitas usus yang menurun, lambatnya pengosongan lambung, absorpsi vitamin yang larut dalam lemak berkurang, defisiensi enzim laktase pada jonjot usus, menurunnya cadangan kalsium, fosfor, protein, dan zat besi dalam tubuh, meningkatnya resiko NEC (Necrotizing Enterocolitis). Hal ini menyebabkan nutrisi yang tidak adekuat dan penurunan berat badan bayi.
- e. Imaturitas hati Adanya gangguan konjugasi dan ekskresi bilirubin menyebabkan timbulnya hiperbilirubin, defisiensi vitamin K sehingga mudah terjadi perdarahan. Kurangnya enzim glukoronil transferase

sehingga konjugasi bilirubin direk belum sempurna dan kadar albumin darah yang berperan dalam transportasi bilirubin dari jaringan ke hepar berkurang.

- f. Hipoglikemi Kecepatan glukosa yang diambil janin tergantung dari kadar gula darah ibu karena terputusnya hubungan plasenta dan janin menyebabkan terhentinya pemberian glukosa. Bayi berat lahir rendah dapat mempertahankan kadar gula darah selama 72 jam pertama dalam kadar 40 mg/dl. Hal ini disebabkan cadangan glikogen yang belum mencukupi

5. Penatalaksanaan BBLR

Konsekuensi dari anatomi dan fisiologi yang belum matang menyebabkan bayi BBLR cenderung mengalami masalah yang bervariasi. Hal ini harus diantisipasi dan dikelola pada masa neonatal. Penatalaksanaan yang dilakukan bertujuan untuk mengurangi stress fisik maupun psikologis. Adapun penatalaksanaan BBLR meliputi (Wong, 2008; Pillitteri, 2003) :

- a. Dukungan respirasi Tujuan primer dalam asuhan bayi resiko tinggi adalah mencapai dan mempertahankan respirasi. Banyak bayi memerlukan oksigen suplemen dan bantuan ventilasi. Bayi dengan atau tanpa penanganan suportif ini diposisikan untuk memaksimalkan oksigenasi karena pada BBLR beresiko mengalami defisiensi surfaktan dan periodik apneu. Dalam kondisi seperti ini diperlukan pembersihan jalan nafas, merangsang pernafasan, diposisikan miring untuk mencegah aspirasi, posisikan tertelungkup jika mungkin karena posisi ini menghasilkan oksigenasi yang lebih baik, terapi oksigen diberikan berdasarkan kebutuhan dan penyakit bayi.

- b. Termoregulasi Kebutuhan yang paling krusial pada BBLR setelah tercapainya respirasi adalah pemberian kehangatan eksternal. Pencegahan kehilangan panas pada bayi distress sangat dibutuhkan karena produksi panas merupakan proses kompleks yang melibatkan sistem kardiovaskular, neurologis, dan metabolik. Bayi harus dirawat dalam suhu lingkungan yang netral yaitu suhu yang diperlukan untuk konsumsi oksigen dan pengeluaran kalori minimal. Menurut Thomas (1994) suhu aksilar optimal bagi bayi dalam kisaran $36,5^{\circ}\text{C} - 37,5^{\circ}\text{C}$, sedangkan menurut Sauer dan Visser (1984) suhu netral bagi bayi adalah $36,7^{\circ}\text{C} - 37,3^{\circ}\text{C}$.

Menghangatkan dan mempertahankan suhu tubuh bayi dapat dilakukan melalui beberapa cara, yaitu (Kosim Sholeh, 2005) :

- 1) Kangaroo Mother Care atau kontak kulit dengan kulit antara bayi dengan ibunya. Jika ibu tidak ada dapat dilakukan oleh orang lain sebagai penggantinya.
 - 2) Pemancar pemanas
 - 3) Ruangan yang hangat
 - 4) Inkubator.
- c. Perlindungan terhadap infeksi

Perlindungan terhadap infeksi merupakan bagian integral asuhan semua bayi baru lahir terutama pada bayi preterm dan sakit. Pada bayi BBLR imunitas seluler dan humoral masih kurang sehingga sangat rentan dengan penyakit. Beberapa hal yang perlu dilakukan untuk mencegah infeksi antara lain :

- 1) Semua orang yang akan mengadakan kontak dengan bayi harus melakukan cuci tangan terlebih dahulu.

- 2) Peralatan yang digunakan dalam asuhan bayi harus dibersihkan secara teratur. Ruang perawatan bayi juga harus dijaga kebersihannya.
- 3) Petugas dan orang tua yang berpenyakit infeksi tidak boleh memasuki ruang perawatan bayi sampai mereka dinyatakan sembuh atau disyaratkan untuk memakai alat pelindung seperti masker ataupun sarung tangan untuk mencegah penularan.

d. Hidrasi

Bayi resiko tinggi sering mendapat cairan parenteral untuk asupan tambahan kalori, elektrolit, dan air. Hidrasi yang adekuat sangat penting pada bayi preterm karena kandungan air ekstraselulernya lebih tinggi (70% pada bayi cukup bulan dan sampai 90% pada bayi preterm). Hal ini dikarenakan permukaan tubuhnya lebih luas dan kapasitas osmotik diuresis terbatas pada ginjal bayi preterm yang belum berkembang sempurna sehingga bayi tersebut sangat peka terhadap kehilangan cairan.

e. Nutrisi

Nutrisi yang optimal sangat kritis dalam manajemen bayi BBLR tetapi terdapat kesulitan dalam memenuhi kebutuhan nutrisi mereka karena berbagai mekanisme ingesti dan digesti makanan belum sepenuhnya berkembang. Jumlah, jadwal, dan metode pemberian nutrisi ditentukan oleh ukuran dan kondisi bayi. Nutrisi dapat diberikan melalui parenteral ataupun enteral atau dengan kombinasi keduanya.

2.1.5 Konsep Dasar KB

1. Pengertian

Menurut Sulistyawati, 2014 Keluarga Berencana (*Family Planning/ Planned Parenthood*) merupakan suatu usaha menjarangkan atau merencanakan jumlah dan jarak kehamilan dengan menggunakan kontrasepsi.

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

2. Tujuan Program KB

Tujuan dilaksanakan program KB yaitu untuk membentuk keluarga kecil sesuai dengan kekuatan sosial ekonomi suatu keluarga dengan cara pengaturan kelahiran anak agar diperoleh suatu keluarga bahagia dan sejahtera yang dapat memenuhi kebutuhan hidupnya (Sulistyawati, 2013). Tujuan program KB lainnya yaitu untuk menurunkan angka kelahiran yang bermakna, untuk mencapai tujuan tersebut maka diadakan kebijakan yang dikategorikan dalam tiga fase (menjarangkan, menunda, dan menghentikan) maksud dari kebijakan tersebut yaitu untuk menyelamatkan ibu dan anak akibat melahirkan pada usia muda, jarak kelahiran yang terlalu dekat dan melahirkan pada usia tua (Hartanto, 2002).

3. Kontrasepsi

Definisi Kontrasepsi merupakan usaha-usaha untuk mencegah terjadinya kehamilan. Usaha-usaha itu dapat bersifat sementara dan

permanen (Wiknjosastro, 2007). Kontrasepsi yaitu pencegahan terbuahnya sel telur oleh sel sperma (konsepsi) atau pencegahan menempelnya sel telur yang telah dibuahi ke dinding rahim (Nugroho dan Utama, 2014).

4. Memilih Metode

Kontrasepsi Menurut Hartanto (2002), ada beberapa hal yang perlu dipertimbangkan dalam memilih kontrasepsi. Metode kontrasepsi yang baik ialah kontrasepsi yang memiliki syarat-syarat sebagai berikut:

- a. Aman atau tidak berbahaya
- b. Dapat diandalkan
- c. Sederhana
- d. Murah
- e. Dapat diterima oleh orang banyak
- f. Pemakaian jangka lama (continuation rate tinggi).

Menurut Hartanto (2002), faktor-faktor dalam memilih metode kontrasepsi yaitu:

- a. Faktor pasangan
 - 1) Umur
 - 2) Gaya hidup
 - 3) Frekuensi senggama
 - 4) Jumlah keluarga yang diinginkan
 - 5) Pengalaman dengan kontraseptivum yang lalu
 - 6) Sikap kewanitaan
 - 7) Sikap kepriaan
- b. Faktor kesehatan
 - 1) Status kesehatan

- 2) Riwayat haid
- 3) Riwayat keluarga
- 4) Pemeriksaan fisik
- 5) Pemeriksaan panggul.

5. Macam-macam Kontrasepsi

a) Metode Kontrasepsi Sederhana

Metode kontrasepsi sederhana terdiri dari 2 yaitu metode kontrasepsi sederhana tanpa alat dan metode kontrasepsi dengan alat. Metode kontrasepsi tanpa alat antara lain : Metode Amenorrhoe Laktasi (MAL), Coitus Interruptus, Metode Kalender, Metode Lendir Serviks, Metode Suhu Basal Badan, dan Simptotermal yaitu perpaduan antara suhu basal dan lendir servik. Sedangkan metode kontrasepsi sederhana dengan alat yaitu kondom, diafragma, cup serviks dan spermisida (Handayani, 2010).

b) Metode Kontrasepsi Hormonal

Metode kontrasepsi hormonal pada dasarnya dibagi menjadi 2 yaitu kombinasi (mengandung hormon progesteron dan estrogen sintetik) dan yang hanya berisi progesteron saja. Kontrasepsi hormonal kombinasi terdapat pada pil dan suntikan/injeksi. Sedangkan kontrasepsi hormon yang berisi progesteron terdapat pada pil, suntik dan implant (Handayani, 2010).

c) Metode Kontrasepsi Mantap

Metode kontrasepsi mantap terdiri dari 2 macam yaitu. Metode Operatif Wanita (MOW) dan Metode Operatif Pria (MOP). MOW sering dikenal dengan tubektomi karena prinsip metode ini adalah memotong atau mengikat saluran tuba/tuba falopii sehingga mencegah pertemuan antara ovum dan sperma. Sedangkan MOP sering dikenal dengan nama vasektomi, vasektomi yaitu memotong atau mengikat saluran vas deferens 14 sehingga cairan sperma tidak dapat keluar atau ejakulasi (Handayani, 2010).

6. Efektivitas (Daya Guna) Kontrasepsi

Menurut Nugroho dan Utama (2014), efektivitas atau daya guna suatu cara kontrasepsi dapat dinilai pada 2 tingkat, yakni:

- a. Daya guna teoritis (theoretical effectiveness), yaitu kemampuan suatu cara kontrasepsi untuk mengurangi terjadinya kehamilan yang tidak diinginkan, apabila kontrasepsi tersebut digunakan dengan mengikuti aturan yang benar.
- b. Daya guna pemakaian (use effectiveness), yaitu kemampuan kontrasepsi dalam keadaan sehari-hari dimana pemakaiannya dipengaruhi oleh faktor-faktor seperti pemakaian yang tidak hati-hati, kurang disiplin dengan aturan pemakaian dan sebagainya.

7. Asuhan Keluarga Berencana

a. Pengertian

Suatu proses pemberian bantuan yang dilakukan seseorang kepada orang lain dalam membuat suatu keputusan atau memecahkan masalah melalui pemahaman tentang fakta-fakta dan perasaan-perasaan yang terlibat didalamnya (Elisabeth, 2015).

b. Tujuan

Tujuan Konseling KB menurut Elisabeth (2015), adalah :

1) Meningkatkan Penerimaan

Informasi yang benar, diskusi bebas dengan cara mendengarkan, berbicara dan komunikasi non verbal meningkatkan penerimaan informasi mengenai KB oleh klien.

2) Menjamin pilihan yang cocok

Menjamin petugas dan klien memilih cara terbaik yang sesuai dengan keadaan kesehatan dan kondisi klien.

3) Menjamin penggunaan yang efektif

Konseling efektif diperlukan agar klien mengetahui bagaimana menggunakan KB dengan benar dan mengatasi informasi yang keliru tentang cara tersebut.

1) Menjamin kelangsungan yang lebih lama

Kelangsungan pemakaian cara KB akan lebih baik bila klien ikut memilih cara tersebut,

mengetahui cara kerjanya dan mengatasi efek sampingnya.

c. **Macam-macam Kontrasepsi**

Menurut Kemenkes, (2013) Terdapat beberapa pilihan metode kontrasepsi yang dapat digunakan setelah persalinan karena tidak mengganggu proses menyusui. Berikut penjelasan mengenai metode tersebut :

1) **Metode Amenorea Laktasi (MAL)**

Metode Amenorea Laktasi adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif, artinya hanya diberikan ASI tanpa tambahan makanan atau minuman apa pun lainnya. MAL akan efektif jika digunakan dengan benar selama 6 bulan pertama melahirkan dan belum mendapatkan haid setelah melahirkan serta memberikan ASI secara eksklusif (Pusdiknakes, 2014). Selain itu, ada beberapa hal yang perlu diperhatikan agar efektivitas MAL optimal menurut Kemenkes 2013 :

- a) Ibu harus menyusui secara penuh atau hampir penuh
- b) Perdarahan pasca 56 hari pascasalin dapat diabaikan (belum dianggap haid)
- c) Bayi menghisap payudara secara langsung
- d) Menyusui dimulai dari setengah sampai satu jam setelah bayi lahir

- e) Kolostrum diberikan kepada bayi
- f) Pola menyusui *on demand* (menyusui setiap saat bayi membutuhkan) dan dari kedua payudara
- g) Sering menyusui selama 24 jam termasuk malam hari
- h) Hindari jarak antar menyusui lebih dari 4 jam

2) Metode Kalender (Pantang Berkala)

Metode kalender atau pantang berkala adalah cara/ metode kontrasepsi sederhana yang dilakukan oleh pasangan suami istri dengan tidak melakukan senggama atau hubungan seksual pada masa subur/ ovulasi. Kontrasepsi Oral (Pil KB)

Pil KB mengandung hormon, baik dalam bentuk kombinasi progestin dengan estrogen atau progestin saja. Pil KB mencegah kehamilan dengan cara menghentikan ovulasi (pelepasan sel telur oleh ovarium) dan menjaga kekentalan lendir servikal sehingga tidak dapat dilalui oleh sperma.

Keuntungan pemakaian pil KB adalah mengurangi:

- a) Resiko kanker jenis tertentu
- b) Angka kekambuhan kram pada saat menstruasi
- c) Ketegangan premenstruasi
- d) Perdarahan tidak teratur
- e) Anemia
- f) Kista payudara
- g) Kista ovarium

- h) Kehamilan ektopik (kehamilan di luar kandungan)
- i) Infeksi tuba falopii.

4) Suntikan

Kontrasepsi yang menggunakan suntikan mengandung hormon sintetik. Penyuntikan ini dilakukan 2-3 kali dalam sebulan. Suntikan setiap 3 bulan (*Depoprovera*), setiap 10 minggu (*Norigest*), dan setiap bulan (*Cyclofem*). Salah satu keuntungan suntikan adalah tidak mengganggu produksi ASI. Pemakaian hormon ini juga bisa mengurangi rasa nyeri dan darah haid yang keluar. Cara Kerja KB Suntik:

- a) Menghalangi ovulasi (masa subur)
 - a) Mengubah lendir serviks (vagina) menjadi kental
 - b) Menghambat sperma dan menimbulkan perubahan pada rahim
 - c) Mencegah terjadinya pertemuan sel telur & sperma
- Mengubah kecepatan transportasi sel telur.

Efek Samping

- a) Siklus haid kacau
- b) Perdarahan bercak (*spotting*), yang dapat berlangsung cukup lama.
- c) Jarang terjadi perdarahan yang banyak.
- d) Sering menjadi penyebab bertambahnya berat badan.
- e) Bisa menyebabkan (tidak pada semua akseptor) terjadinya sakit kepala, nyeri pada payudara, "*moodiness*", timbul jerawat dan berkurangnya libido seksual.

f. Kondom

Pada dasarnya fungsi kondom hanya untuk menampung sperma agar tidak masuk ke dalam vagina. Penggunaan kondom dinilai cukup efektif mencegah kehamilan hingga 90 %. Bahkan penggunaan kondom untuk pencegahan kehamilan akan semakin efektif apabila disertai penggunaan spermisida (pembunuh sperma) namun jarang sekali ditemukan pasangan suami istri yang menggunakan spermisida. Namun kemungkinan terjadinya kehamilan masih dapat terjadi dari survei yang dilakukan dari 100 pasangan suami-istri yang menggunakan alat kontrasepsi ini sekitar 4 orang wanita yang terjadi kehamilan. Kondom selain berfungsi sbagai pencegah kehamilan, kondom juga dapat digunakan sebagai suatu alat bantu dalam pencegahan penularan penyakit kelamin seksual.

g. Susuk / Implan

Susuk juga digunakan sebagai alat kontrasepsi wanita atau yang juga disebut sebagai alat kontrasepsi bawah kulit, karena dipasang di bawah kukit pada lengan kiri atas. Bentuk susuk ini seperti tabung-tabung kecil atau pembungkus silastik (plastik berongga) dan ukurannya sebesar batang korek api. Susuk yang ditanam dibawah kulit ini berisi zat aktif yang berupa hormon atau levonorgestrel. Kemudian susuk tersebut akan mengeluarkan hormon sedikit demi sedikit. Susuk ini bekerja dengan cara menghalangi terjadinya ovulasi (pembuahan) dan menghalangi migrasi sperma.

Pemakaian susuk dapat diganti setiap 5 tahun (*Norplant*) dan 3 tahun (*Implanon*). Sekarang ada pula yang diganti setiap

tahun. Penggunaan kontrasepsi ini biayanya ringan. Pencabutan bisa dilakukan sebelum waktunya jika memang ingin hamil lagi. Efektifitasnya, dari 10.000 pasangan, ada 4 wanita yang hamil dalam setahun. Dampak negatif dari penggunaan alat kontrasepsi jenis susuk ini berupa terganggunya menstruasi, haid tidak lancar, bercak atau tidak mengalami menstruasi sama sekali. Selain itu mengalami kenaikan berat tubuh, ketegangan payudara dan liang vagina terasa kering. Timbul infeksi pada pencabutan susuk yang disebabkan susuk sulit untuk dikeluarkan karena pemasangan susuk yang terlalau dalam. Dapat dicabut setiap saat sesuai dengan kebutuhan.

h. Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR/IUD)

IUD adalah alat kecil terdiri dari bahan plastik yang lentur yang dimasukkan ke dalam rongga rahim, yang harus diganti jika sudah digunakan selama periode tertentu. IUD merupakan cara kontrasepsi jangka panjang. Nama populernya adalah spiral.

Fungsi dari AKDR ini adalah mencegah kehamilan dengan mencegah sel telur yang telah dibuahi bersarang di dalam rahim. AKDR atau IUD dapat bertahan di dalam rahim selama 2-5 tahun dan dapat dikeluarkan kembali apabila ada keinginan untuk hamil kembali.

Cara Kerja :

- a) Menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba falopi
- b) Mempengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai kavum uteri

c) IUD bekerja terutama mencegah sperma dan ovum bertemu, walaupun IUD membuat sperma sulit masuk ke dalam alat reproduksi perempuan dan mengurangi sperma untuk fertilisasi.

i. Kontrasepsi Mantap

Kontrasepsi mantap, jarang sekali dilakukan para pasangan suami-istri. Kalau pun dilakukan didasari alasan yang sangat umum yakni merasa cukup dengan jumlah anak yang dimiliki. Kontrasepsi mantap ini dilakukan dengan jalan operasi pemotongan atau memutuskan saluran sperma pada pria yang disebut vasektomi begitu pula dengan wanita memutuskan atau memotong saluran sel telur yang disebut dengan tubektomi. Sehingga tidak akan terjadi kehamilan kembali atau tidak akan memiliki keturunan.

Manfaat:

- a) Sangat efektif, karena merupakan metode kontrasepsi permanen.
- b) Tidak mempengaruhi proses pemberian ASI
- c) Tidak bergantung pada faktor senggama
- d) Akan lebih bermanfaat bagi anda yang memiliki riwayat kehamilan beresiko karena akan terhindar dari keadaan tersebut
- e) Dilakukan dengan pembedahan sederhana, dapat dilakukan dengan anestesi local
- f) Tidak ada efek samping dalam jangka panjang, serta

- g) Tidak mempengaruhi keadaan fungsi seksual karena tidak ada efek pada produksi hormone ovarium.



Gambar 2.11 Alat Kontrasepsi

Sumber : Handayani, 2011

2.1.5. Konsep Kehamilan Resiko Tinggi

1. Defenisi

Kehamilan risiko tinggi adalah kehamilan yang menyebabkan terjadinya bahaya dan komplikasi yang lebih besar terhadap ibu maupun janin yang dikandungnya selama kehamilan, persalinan ataupun nifas bila dibandingkan dengan kehamilan, persalinan dan nifas normal.

2. Frekuensi

Frekuensi kehamilan risiko tinggi yang dilaporkan oleh beberapa peneliti berbeda-beda, tergantung dari cara penilaian faktor yang dimasukkan dalam kehamilan risiko tinggi. Rochjati (1977) dari RS dr. Sutomo Surabaya melaporkan frekuensi kehamilan risiko tinggi 30,8%. Daely (1979) dari RS dr. Pirngadi Medan melaporkan frekuensi kehamilan risiko tinggi 69,7% dengan kriteria tersendiri yaitu dari jumlah kasus-

kasus persalinan sebagai penyebut. Tingginya angka kehamilan risiko tinggi di RS dr. Pirngadi Medan mungkin karena banyaknya kasus patologi yang dirujuk setelah ditangani di luar dan setelah terjadi komplikasi.

3. Menentukan Kehamilan Resiko Tinggi

Cara penentuan KRT dapat dengan memakai kriteria dan juga dikelompokkan berdasarkan skoring atau nilai. Kriteria yang dikemukakan oleh peneliti-peneliti dari berbagai institut berbeda, namun dengan tujuan yang sama mencoba mengelompokkan kasus-kasus risiko tinggi. Rochyati, dkk mengemukakan kriteria KRT adalah: primimuda, primitua, umur 35 tahun atau lebih, tinggi badan kurang dari 145 cm, grandemulti, riwayat persalinan yang buruk, bekas seksio sesaria, pre-eklampsia, hamil serotinus, perdarahan antepartum, kelainan letak, kelainan medis, dan lain-lain.

Daely (Medan) memakai kriteria kehamilan risiko tinggi terbagi berdasarkan :

a. Komplikasi Obstetrik :

- 1) Umur (≤ 19 tahun atau > 35 tahun)
- 2) Paritas (primigravida atau para lebih dari 6)
- 3) Riwayat kehamilan yang lalu :
 - ≥ 2 kali abortus
 - ≥ 2 kali partus prematur
 - Primi tua sekunder, ibu yang mengalami kehamilan dengan jarak persalinan sebelumnya adalah ≥ 10 tahun. Dalam hal ini ibu tersebut seolah menghadapi kehamilan yang pertama lagi.
 - Kematian janin dalam kandungan atau kematian perinatal

- Perdarahan paska persalinan
 - Pre-eklamsi dan eklamsi
 - Kehamilan mola
 - Pernah ditolong secara obstetri operatif
 - Pernah operasi ginekologik - Pernah inersia uteri
- 4) Disproporsi sefalo pelvik, perdarahan antepartum, pre-eklamsi dan eklamsi, kehamilan ganda, hidramnion, kelainan letak pada hamil tua, dismaturitas, kehamilan pada infertilitas, persalinan terakhir ≥ 5 tahun, inkompetensi serviks, postmaturitas, hamil dengan tumor (mioma atau kista ovarii), uji serologis lues positif.
- 5) Komplikasi medis
- a) Anemia, hipertensi, penyakit jantung, diabetes melitus, obesitas, penyakit saluran kencing, penyakit hati, penyakit paru dan penyakitpenyakit lain dalam kehamilan.

4. **Faktor Resiko**

Faktor resiko merupakan situasi dan kondisi serta keadaan umum ibu selama kehamilan, persalinan dan nifas akan memberikan ancaman pada kesehatan dan jiwa ibu maupun janin yang dikandungnya. Keadaan dan kondisi tersebut bisa digolongkan sebagai faktor medis dan non medis.

Faktor non medis antara lain adalah kemiskinan, ketidak tahuan, adat, tradisi, kepercayaan, dan lain-lain. Hal ini banyak terjadi terutama pada negara berkembang, yang berdasarkan penelitian ternyata sangat mempengaruhi morbiditas dan mortalitas. Dimasukkan pula dalam faktor non medis adalah sosial ekonomi rendah, kebersihan lingkungan, kesadaran

memeriksa kehamilan secara teratur, fasilitas dan sarana kesehatan yang serba kekurangan.

Faktor medis antara lain adalah penyakit-penyakit ibu dan janin, kelainan obstetri, gangguan plasenta, gangguan tali pusat, komplikasi persalinan, penyakit neonatus dan kelainan genetik.

Menurut Backett faktor risiko itu bisa bersifat biologis, genetika, lingkungan atau psikososial. Namun dalam kesehatan reproduksi kita dapat membaginya secara lebih spesifik, yaitu :

- a. Faktor demografi: umur, paritas dan tinggi badan
- b. Faktor medis biologis: underlying disease, seperti penyakit jantung dan malaria.
- c. Faktor riwayat obstetri: abortus habitualis, SC, dan lain-lain.
- d. Faktor lingkungan: polusi udara, kelangkaan air bersih, penyakit endemis, dan lain-lain.
- e. Faktor sosioekonomi budaya : pendidikan, penghasilan.

Seharusnya faktor risiko dikenali oleh ibu hamil serta keluarga sehingga ibuibu dengan kehamilan risiko tinggi mendapat pertolongan yang semestinya.

2.1.6 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Manajemen Varney

Manajemen kebidanan 7 langkah: Pengumpulan data, interpretasi data untuk diagnosa dan atau masalah aktual, menentukan diagnosa potensial dan antisipasi diagnosa potensial, identifikasi kebutuhan tindakan segera, menyusun rencana tindakan, melaksanakan tindakan sesuai rencana, melaksanakan evaluasi asuhan yang telah dilaksanakan. (KepMenkes RI no.369 th 2007).

1. Pengkajian data

Pada langkah ini dikumpulkan semua informasi yang akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien. Pengkajian data ibu hamil terdiri atas anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang. (Hanni; dkk, 2014).

a. Data subjektif

Menurut Romauli, 2014 data subjektif berupa data fokus yang dibutuhkan untuk menilai keadaan ibu sesuai dengan kondisinya.

Jenis data yang dikumpulkan adalah :

- 1) Biodata
- 2) Alasan kunjungan
- 3) Keluhan utama
- 4) Riwayat keluhan utama
- 5) Riwayat kebidanan:
 - a) Riwayat menstruasi
 - b) Gangguan kesehatan reproduksi
 - c) Riwayat kontrasepsi
 - d) Riwayat obstetrik
 - e) Riwayat kesehatan
 - f) Riwayat seksual
 - g) Riwayat keluarga
 - h) Riwayat social
- 6) Pola kehidupan sehari-hari.

b. Data objektif

Setelah data subjektif didapatkan untuk menegakkan diagnosis maka harus dilakukan pengkajian data objektif yang meliputi pemeriksaan inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi yang

dilakukan secara berurutan. Data-data yang perlu dikaji adalah sebagai berikut:

- 1) Keadaan umum
- 2) Kesadaran
- 3) Tanda-tanda vital (tekanan darah, suhu, nadi, respirasi)
- 4) Tinggi badan
- 5) Berat badan
- 6) LILA
- 7) Pemeriksaan fisik : Inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi
- 8) Pemeriksaan Leopold :
 - a) *Leopold I* : Normal tinggi fundus uteri sesuai dengan usia kehamilan. Pada fundus teraba bagian lunak dan tidak melenting.
 - b) *Leopold II* : Normal teraba bagian panjang, keras seperti papan (punggung) pada satu sisi uterus dan pada sisi lain teraba bagian kecil
 - c) *Leopold III* : Normal pada bagian bawah janin teraba bagian yang bulat, keras dan melenting (kepala).
 - d) *Leopold IV* : Posisi tangan masih bisa bertemu dan belum masuk PAP (*konvergen*) posisi dengan tidak bertemu dan sudah masuk PAP (*divergen*).
- 9) Pemeriksaan panggul

Keadaan panggul terutama penting bagi primigravida, karena panggulnya belum pernah diuji dalam persalinan.

1. Identifikasi diagnosis dan masalah

Pada langkah ini dilakukan identifikasi terhadap diagnosis atau masalah berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang

telah diumpulkan. Data yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga dapat merumuskan diagnosis dan masalah spesifik.

2. Identifikasi diagnosis dan masalah potensial

Langkah ini membutuhkan antisipasi bila memungkinkan dilakukan pencegahan. Bidan diharapkan waspada dan bersiap-siap mencegah diagnosis/masalah potensial ini menjadi benar-benar terjadi. Langkah ini sangat penting dalam melakukan asuhan yang aman.

3. Identifikasi kebutuhan segera

Pada langkah ini bidan menetapkan kebutuhan segera dengan melakukan konsultasi dan kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain berdasarkan kondisi klien.

4. Menyusun rencana asuhan menyeluruh

Dalam menyusun rencana asuhan pada ibu hamil harus disesuaikan dengan hasil temuan dalam pengkajian data agar lebih tepat sasaran. Perencanaan bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan sebagian lagi oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya.

5. Pelaksanaan rencana asuhan

Pada langkah ini pelaksanaan asuhan langsung secara efisien dan aman. Manajemen yang efisien akan menyingkat waktu dan biaya serta meningkatkan mutu dan asuhan klien. Kaji ulang apakah semua rencana asuhan sudah dilaksanakan.

6. Evaluasi

Pada langkah ini dilakukan evaluasi keefektifan asuhan yang telah diberikan. Hal yang dievaluasi meliputi apakah kebutuhan telah terpenuhi dan mengatasi diagnosis masalah yang telah diidentifikasi.

2.1.7 Konsep Dasar Dokumentasi Mengacu SOAP

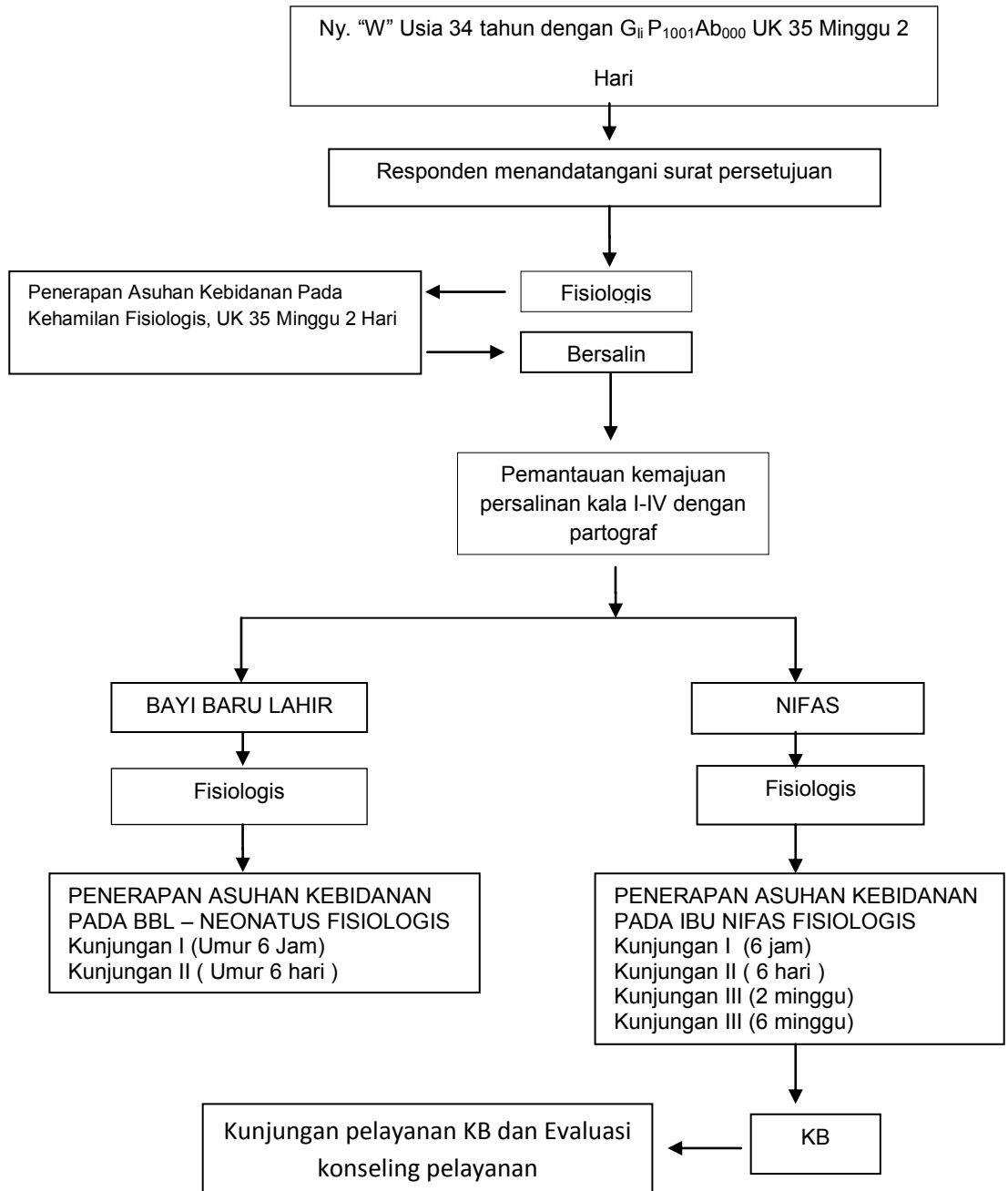
SOAP Note mengacu pada Kepmenkes RI nomor 938/ Menkes/ VII/ 2007 tentang standar asuhan kebidanan.

1. Data subyektif terfokus mencatat hasil anamnesa, auto anamnesa sesuai keadaan pasien.
2. Data obyektif terfokus mencatat hasil pemeriksaan : fisik, laboratorium dan penunjang, sesuai keadaan pasien.
3. Hasil analisis, mencatat diagnose dan masalah kebidanan, berdasarkan data focus pada klien.
4. Penatalaksanaan mencatat, mencatat seluruh perencanaan dan pelaksanaan yang sudah dilakukan seperti : tindakan antisipasif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan dukungan, kolaborasi, evaluasi/ tindak lanjut dan rujukan.

BAB III

KERANGKA KONSEP CONTINUITY OF CARE

3.1 Kerangka Konsep Kegiatan



Keterangan :

Yang dilakukan :

Gambar 3.1 Kerangka Konsep

3.2 Penjelasan Kerangka Konsep

Pelaksanaan Laporan Tugas Akhir penulis melakukan asuhan kebidanan Ny. "W" usia 34 tahun G_{II} P₁₀₀₁ Ab₀₀₀ secara komprehensif dimulai hamil trimester III, bersalin, neonatus, nifas, dan sampai KB dengan melakukan kunjungan rumah minimal 12 kali. Pertama penulis melakukan *informed consent* terhadap klien dan keluarga sebagai bukti lembar persetujuan terhadap asuhan yang akan penulis berikan. Pada kehamilan dengan resiko tinggi penulis memberikan asuhan kebidanan secara komprehensif dan melakukan kunjungan rumah pada usia kehamilan 35 minggu 2 hari.

Saat memasuki proses persalinan pasien dengan kehamilan resiko tinggi, penulis melakukan pengkajian dan asuhan mulai kala I persalinan sampai kala IV. Penulis melakukan pemantauan dengan media partograf untuk mengetahui kemajuan persalinan klien.

Setelah bayi lahir, penulis melakukan penerapan asuhan kebidanan pada bayi baru lahir kunjungan I (6 jam- 3 hari PP), kunjungan II (4-7 hari PP). Saat memasuki masa pada nifas fisiologis penulis melakukan asuhan kebidanan selama 6 minggu post partum dengan kunjungan : kunjungan I (6 jam-3 hari PP), kunjungan II (4-7 hari PP), kunjungan III (8-14 hari PP) dan kunjungan IV (\geq 15 hari PP). Selama proses kunjungan nifas penulis juga memberikan asuhan bayi baru lahir dan keluarga berencana. Setelah proses nifas selesai penulis melakukan konseling pelayanan KB suntik 3 bulan sesuai dengan rencana pasien sebelum persalinan dan evaluasi konseling pelayanan KB suntik 3 bulan.

BAB IV

PELAKSANAAN ASUHAN KEBIDANAN

4.1 Kunjungan Antenatal Care

Kunjungan 1

Hari/Tanggal : Minggu / 19- 05 - 2019
Waktu Pengkajian : 16.30 WIB
Tempat Pengkajian : BPM Khalimatus Sadiya
Pengkaji : Novera

A. Subjektif

2. Biodata

Nama Ibu	: Ny "W"	Nama Suami	: Tn "A"
Umur	: 34 Tahun	Umur	: 33 Tahun
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: SD	Pendidikan	: SD
Pekerjaan	: Penjahit	Pekerjaan	: Karyawan Toko Bangunan
Alamat	: Dusun Baran Rt 01/ Rw 07, Sukoanyar, Pakis		

3. Keluhan Utama

Ibu mengatakan ini merupakan kehamilan kedua dan saat ini tidak ada keluhan apa- apa

4. Riwayat Menstruasi

- a. Menarche : 13 tahun
- b. Siklus : Tidak teratur
- c. Lama : 2- 5 hari
- d. Banyak : 3 - 4 ganti pembalut/ hari
- e. Keluhan : Tidak ada

5. Riwayat Perkawinan

- a. Menikah : Ya
- b. Umur waktu menikah : 20 tahun
- c. Pernikahan ke : 1 (pertama)
- d. Lama pernikahan : 13 tahun

e. Riwayat Kehamilan, Persalinan, dan Nifas yang Lalu

Hamil Ke	UK	Jenis Partus	Penolong	Penyulit Kehamilan dan persalinan	Anak	Nifas						KB	
						JK	BB	P B	Umur	L A M A	ASI	P e n y u l i t	Jenis
1	39 mg	Normal	Dukun	-	P	2700 gr	48 cm	12 th	40 hr	-		Suntik 3 bln dan kb Pil	6 th kb suntik, 6 bln kb pil
2	H	A	M	I	L		I	N	I				

6. Riwayat Keluarga Berencana

Pernah KB : Pernah KB suntik 3 bulan dan KB Pil

7. Riwayat Kehamilan Sekarang

- a. BB sebelum hamil : 59 kg
- b. HPHT : 15-09-2018
- c. HPL : 22-06-2019

8. Riwayat Kesehatan Sekarang

a. Riwayat penyakit sebelum hamil

Ibu mengatakan bahwa sebelum hamil tidak pernah sakit parah hingga dirawat di rumah sakit, hanya batuk, pilek biasa yang sembuh setelah berobat

b. Riwayat penyakit selama hamil

Ibu mengatakan selama hamil tidak pernah sakit hingga mengganggu kehamilannya, hanya batuk, pilek biasa yang sembuh setelah berobat.

9. Riwayat penyakit menular

Ibu mengatakan bahwa tidak pernah menderita penyakit menular seperti batuk lama lebih dari 3 minggu, malaria, penyakit kuning, hiv/ aids dan penyakit kelamin.

10. Riwayat kesehatan keluarga

Ibu mengatakan dalam keluarga tidak ada yang pernah mengalami penyakit seperti penyakit seperti hipertensi, diabetes, asma, diare yang lama, ginjal, malaria atau penyakit menular lainnya seperti penyakit kuning dan penyakit kelamin.

11. Riwayat penyakit menurun pada keluarga.

Ibu mengatakan bahwa dikeluarganya tidak ada yang menderita penyakit menurun.

12. Riwayat keturunan kembar.

Ibu mengatakan bahwa baik keluarga ibu maupun keluarga suami tidak ada yang mempunyai keturunan kembar.

13. Riwayat Psikososial

a. Penerimaan Pasien Terhadap Kehamilan

Ibu mengatakan senang dengan kehamilannya saat ini.

b. Penerimaan Keluarga Terhadap Kehamilan.

Ibu mengatakan keluarganya juga senang, membantu, memotivasi dan mendukung kehamilan ibu.

14. Pola Kehidupan Sehari-hari

Pola	Sebelum Hamil	Selama Hamil
NUTRISI		
Pola makan/banyaknya	3 x 1 porsi sedang	2 x 1 porsi sedang
Minum / banyaknya	6-7 gelas	8-9 gelas
Makanan yang sering di konsumsi	Nasi, sayur, lauk, teh manis, air putih	Nasi, sayur, lauk, buah air putih, susu
ELIMINASI		
Pola BAB	1 x sehari	1 x sehari
Konsistensi	Lembek	Lembek
Pola BAK	4-5 x sehari	6-7 x sehari
Warna	Kuning Jernih	Kuning Jernih
ISTIRAHAT		
Lamanya	Siang : ±2 Malam : + 8 jam	Siang : ±2-3 Malam : + 7-8 Jam
AKTIVITAS		
Aktivitas dirumah	Memasak, nyapu, mencuci	Memasak, nyapu, mencuci
Aktivitas di luar rumah	Bekerja	Bekerja
KEBIASAAN BURUK YANG MEMPENGARUHI KESEHATAN		
Minum-minuman keras	Tidak pernah	Tidak pernah
Merokok	Tidak pernah	Tidak pernah
Minum kopi	Tidak Pernah	Tidak pernah
Memakai pakaian ketat	Tidak	Tidak pernah
Memakai sandal/sepatu hak tinggi	Pernah	Tidak pernah

15. Pengetahuan Tentang Kehamilan & Persalinan

a. Pengetahuan tentang kebutuhan nutrisi dan cairan

Ibu mengatakan bahwa ibu hamil harus banyak makan makanan yang bergizi dan perbanyak minum air putih.

b. Pengetahuan tentang kebutuhan istirahat dan aktivitas.

Ibu mengatakan bahwa ibu hamil harus istirahat cukup dan mengurangi aktivitas yang melelahkan.

- c. Pengetahuan tentang perawatan payudara.

Ibu mengatakan belum mengetahui perawatan payudara.

- d. Pengetahuan tentang senam hamil.

Ibu mengatakan sudah mengetahui tentang senam hamil dan pernah mengikuti senam hamil sekali.

- e. Pengetahuan tentang tanda bahaya kehamilan dan penanganannya.

Ibu mengatakan yang ibu tahu tanda bahaya kehamilan adalah apabila keluar darah dari jalan lahir dan apabila ibu menemukan hal tersebut ibu langsung ke tenaga kesehatan terdekat.

- f. Pengetahuan tentang tanda-tanda persalinan.

Ibu mengatakan sudah tahu tanda-tanda persalinan seperti perut kencang-kencang semakin teratur dan mengeluarkan lendir darah, apa bila ibu menemukan hal tersebut ibu segera ke tenaga kesehatan.

B. Objektif

Pemeriksaan Umum

- | | | |
|----|---------------------|-----------------|
| 1) | Keadaan Umum | : Baik |
| 2) | Tanda-Tanda Vital | |
| | a. TD | : 120 / 70 mmHg |
| | b. N | : 80 x/menit |
| | c. RR | : 22 x/menit |
| | d. Suhu | : 36,5 °C |
| | e. BB sebelum hamil | : 59 kg |
| | f. BB Sekarang | : 62 kg |
| | g. TB | : 145 cm |

- h. LILA : 28 cm
- i. HPHT : 15- 09- 2018
- j. TP : 22- 06- 2019

3) Pemeriksaan Fisik

a. Inspeksi

- 1) Muka : Tidak pucat,tidak oedema
- 2) Mata : Sclera putih, conjungtiva merah muda
- 3) Leher :Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid dan bendungan vena jugularis
- 4) Payudara : Simetris, ada hyperpigmentasi aerola, puting susu menonjol,tidak ada benjolan abnormal, tidak ada nyeri tekan.
- 5) Abdomen : Pembesaran abdomen sesuai UK,tidak ada massa abnormal, tidak ada luka bekas SC, terdapat striae gravidarum
- 6) Ekstremitas : Simetris, turgor kulit kembali dalam 2 detik dan tidak ada oedema, tidak ada varises.

b. Palpasi

Leopod I : Teraba bulat, lunak dan tidak melenting (bokong), setinggi prosesus xifoideus(32 cm)

Leopod II : Di bagian kanan ibu teraba keras, datar seperti papan (puka), di sebelah kiri ibu teraba bagian kecil dari ekstremitas janin.

Leopod III : teraba bulat, keras dan melenting (kepala), kepala sudah masuk PAP.

c. Auskultasi

DJJ : (+) 138 x/menit

TBJ : $(32 - 12) \times 155 = 3100$ gram

Pemeriksaan penunjang (27-12-2019) di Puskesmas

HB : 9,1 g/ dl

Golongan darah : B

HIV/AIDS : Non reaktif

HbsAG : Non reaktif

C. Analisa

Asuhan kebidanan pada Ny."W" Usia 34 tahun G_{II} P₁₀₀₁ Ab₀₀₀ UK
35 minggu 2 hari T/H/I letkep dengan kehamilan resiko tinggi.

D. Penatalaksanaan

1. Memberitahukan hasil pemeriksaan pada ibu bahwa keadaan ibu dan janin sehat, ibu memahami.
2. Mengingatkan kembali pada ibu tentang ketidaknyamanan kehamilan pada trimester III seperti sering kencing karena kepala bayi turun dan menekan kandung kemih oleh sebab itu ibu dianjurkan untuk mengurangi minum pada malam hari terutama minuman manis, ibu memahami.
3. Menganjurkan ibu untuk tetap mengkonsumsi makanan bergizi seperti makanan yang banyak mengandung protein dan yang mengandung kalori.
4. Menganjurkan ibu untuk jalan dipagi hari membantu mempercepat penurunan kepala, serta meregangkan otot agar lebih rileks.

5. Menyampaikan kepada ibu untuk tetap minum obat penambah darah seperti biasanya 1 hari sekali.
6. Menyampaikan tanda- tanda bahaya kehamilan seperti terjadinya perdarahan pervaginam, tekanan darah tinggi, penglihatan kabur, kaki tangan dan wajah bengkak, panas tinggi mencapai 39°C dalam waktu lebih dari 3 hari jika hal tersebut terjadi segera dibawa ke bidan atau tenaga kesehatan lainnya, ibu memahami.
7. Menyampaikan tanda – tanda persalinan yaitu rasa sakit karena his datang lebih kuat, sering dan teratur, keluaranya lendir bercampur darah, terkadang ketuban pecah dengan sendirinya, ibu memahami.
8. Menyepakati kepada ibu untuk kunjungan ulang 2 minggu lagi atau sewaktu- waktu jika ada keluhan ibu bisa langsung ke petugas kesehatan.

4.2 Kunjungan INC

Kala I

Hari/Tangga : Minggu, 02-06-2019

Waktu Pengkajian : 16.30 WIB

Tempat Pengkajian : PMB Khalimatus Sadiya

Oleh : Novera

Data Subjektif

Ibu mengatakan ini merupakan kehamilan yang kedua. Ibu mengeluh kenceng-kenceng namun belum ada keluar lendir darah, mulai tanggal pada tanggal 02-06-2019 jam 06.30 WIB. Kemudian pada jam 16.20 WIB ibu sudah tidak tahan lagi karena merasakan sakit yang semakin lama dan

semakin sering sehingga ibu bersama suami pergi ketempat bidan. Sampai ditempat bidan sekitar jam 16.30 WIB

Data Objektif

a. Pemeriksaan Umum

Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Komposmentis

TTV

TD : 110/ 80 mmHg

Nadi : 82 x/ mnt

Suhu : 36,5 °C

RR : 23x/ menit

BB : 62 kg

b. Pemeriksaan Fisik

Muka : Tidak pucat, tidak oedema.

Mata : Sklera putih, konjungtiva merah muda.

Payudara : Puting susu menonjol, colostrum (+/+).

Abdomen : Tidak ada luka bekas operasi, TFU 32 cm, teraba bulat dan lunak (bokong), teraba keras pada bagian kanan (punggung kanan), teraba bulat, keras dan melenting (kepala) sudah masuk PAP, teraba penurunan 2/5 bagian, DJJ (+) 145 x/menit. His : 4x10'.45". TBJ: (32-11)x155 = 3.255 gram.

Genetalia : Tidak ada pengeluaran lendir darah.

c. Pemeriksaan Dalam

Dilakukan tanggal 02-06-2019 pukul 16.30 WIB.

VT : v/v *Bloodshow* (+), Pembukaan 6 cm, *Efficement* 50%,
Ketuban (+), bagian terdahulu kepala, tidak ada bagian kecil
di samping bagian terdahulu, bagian terendah UUK jam 12,
Hodge III, Molase 0.

Analisa

Ny. "W" usia 34 tahun G_{II} P₁₀₀₁ Ab₀₀₀ UK 37 minggu 2 hari T/H/I Letkep
dengan Inpartu Kala I fase aktif.

Penatalaksanaan

1. Memberitahu hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga, ibu dan keluarga memahami bahwa ibu dan bayi dalam keadaan sehat dan saat ini ibu sudah memasuki fase persalinan
2. Memberitahu kepada ibu dan keluarga untuk segera mempersiapkan keperluan persalinan ibu dan perlengkapan bayi, perlengkapan ibu dan bayi sudah disiapkan
3. Menganjurkan ibu untuk tidur miring kiri agar bayi mendapat oksigen, ibu mengerti dan mau melakukannya
4. Menganjurkan ibu untuk melakukan teknik relaksasi saat ada kontraksi, ibu memahami dan mau melakukannya dengan menarik nafas dari hidung lalu mengeluarkan melalui mulut
5. Memberitahu suami ibu agar memberikan makan dan minum saat tidak ada kontraksi, ibu minum teh dan roti.
5. Melakukan pemantauan DJJ dan his setiap 30 menit, sudah dilakukan
6. Menyiapkan alat partus, alat resusitasi, larutan klorin, serta sampah medis dan non medis.

Kala II

Hari/Tanggal : Minggu, 02-06-2019

Waktu Pengkajian : 19.00 WIB

Data Subjektif

Ibu mengatakan ingin meneran dan merasa seperti ingin BAB

Data Objektif

a. Pemeriksaan Umum

Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Komposmentis

TTV

TD : 120/ 80 mmHg

Nadi : 82 x/mnt

Suhu : 36,5⁰c

RR : 22 x/menit

b. Pemeriksaan Fisik

Abdomen : Tidak ada luka bekas operasi, TFU 32 cm, teraba bulat dan lunak (bokong), teraba keras pada bagian kanan (punggung kanan), teraba bulat, keras dan melenting (kepala) sudah masuk PAP, teraba penurunan 2/5 bagian, DJJ (+) 140 x/menit. His : 4x10'.45". TBJ: (32-11) x155 = 3.255 gram.

Genetalia : VT v/v *Bloodshow* (+), Pembukaan 10 cm, *Efficement* 100%, Ketuban (-) jernih, Bagian terdahulu kepala, tidak ada bagian kecil di samping bagian terdahulu tidak ada, Bagian terendah UUK jam 12, Hodge III, Moulase 0.

Anus : Terlihat membuka, tidak ada hemoroid

Analisa

Ny. "D" usia 34 tahun G_{II} P₁₀₀₁ Ab₀₀₀ UK 37 minggu 2 hari T/H/I Letkep dengan Inpartu Kala II.

Penatalaksanaan

1. Memberitahu hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga bahwa ibu sudah waktunya bersalin, ibu dan suami memahami bahwa ibu akan segera melahirkan
2. Meminta bantuan kepada suami untuk membantu ibu mengatur posisi persalinan, sudah dilakukan
3. Mengajari ibu cara mengejan yang benar yaitu dagu menempel ke dada, tidak mengeluarkan suara mengejan seperti orang ingin buang air besar, ibu bisa melakukannya
4. Memimpin ibu untuk meneran saat ada kontraksi, ibu mampu meneran dengan benar
5. Menyiapkan handuk bersih kering diatas perut ibu dan duk bersih di bawah bokong ibu ketika kepala sudah terlihat 5-6 cm, sudah dilakukan
6. Melahirkan kepala dan menganjurkan ibu untuk tarik nafas panjang dan menunggu kepala bayi putar paksi luar secara spontan dan melahirkan badan bayi, sudah dilakukan
7. Melakukan penilaian selintas pada bayi baru lahir, bayi cukup bulan, menangis kuat, gerakan aktif pada jam 19.30 WIB, jenis kelamin laki- laki, berat badan 2200 gram, panjang badan 42 cm serta bayi tidak memiliki cacat bawaan, sudah dilakukan
8. Kemudian memeriksa tinggi fundus uteri dan fundus masih teraba tinggi, VT teraba bokong

9. Memimpin ibu untuk melahirkan bayi ke 2, ibu dapat melakukan dengan benar
10. Melakukan penilaian selintas pada bayi kedua lahir jam 19.35 WIB , jenis kelamin laki- laki, cukup bulan, menangis lemah, gerakan aktif, berat badan 1900 gram, panjang badan 42 cm serta bayi tidak memiliki cacat bawaan, sudah dilakukan
11. Mengeringkan tubuh bayi dengan melakukan rangsangan taktil, sudah dilakukan.

Kala III

Hari/Tanggal : Minggu, 02- 06- 2019
Waktu Pengkajian : 19.40 WIB
Tempat Pengkajian : PMB Khalimatus Sadiya
Oleh : Novera

Data Subjektif

Ibu saat ini perutnya masih terasa mules dan tidak pusing atau pandangan kabur.

Data Objektif

a. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum : Cukup
Kesadaran : Composmentis

TTV

TD : 100 /80 mmHg

Nadi : 85 x/menit

Suhu : 36°c

RR : 24 x/menit

b. Pemeriksaan Fisik

Abdomen : TFU setinggi pusat, uterus globuler.

Genitalia : Terdapat semburan darah tiba-tiba, tali pusat semakin memanjang

Analisa

Ny. "W" usia 34 tahun P₁₁₀₃ Ab₀₀₀ dengan Kala III.

Penatalaksanaan

a. Memberitahukan kepada ibu dan suami hasil pemeriksaan yang telah dilakukan bahwa ibu dalam kondisi baik, ibu dan suami mengatakan merasa lega karena kondisinya saat ini baik dan sehat.

b. Melakukan MAK III yaitu :

1) Menyuntikan oksitosin 10 IU secara IM pada paha luar ibu, oksitosin telah disuntikan dan ibu menyeringai saat disuntik.

2) Melakukan peregangan tali pusat terkendali (PTT) dan dorso kranial saat ada kontraksi, plasenta lahir spontan dan lengkap pukul 19.45 WIB.

3) Melakukan masase pada fundus uteri selama 15 kali atau 15 detik, uterus berkontraksi.

c. Mengecek laserasi dan jumlah perdarahan \pm 100 cc.

d. Tidak ada robekan pada jalan lahir

Kala IV

Hari/Tanggal : Minggu, 02- 06- 2019

Waktu Pengkajian : 20.15 WIB

Tempat Pengkajian : PMB Khalimatus Sadiya

Oleh : Novera

Data Subjektif

Ibu mengatakan mengeluh perutnya masih terasa mulas dan tidak merasa pusing. Saat ini ibu masih kelelahan setelah melahirkan bayinya namun ibu merasa senang dan lega karena bayinya lahir dengan selamat dan sehat.

Data Objektif

a. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum : Cukup
 Kesadaran : Composmentis
 TTV : TD : 100/70 mmHg
 Nadi : 81 x/ menit
 Suhu : 36,5⁰ C
 RR : 22x/ menit

b. Pemeriksaan Fisik

Muka : Tidak pucat, tidak oedema.
 Mata : Sklera putih, konjungtiva merah muda.
 Abdomen : TFU teraba 2 jari di bawah pusat, kontraksi baik, kandung kemih kosong.
 Genetalia : Lokhea rubra ± 25 cc, tidak ada luka jahitan

Analisa

Ny. "W" usia 34 tahun P₁₁₀₃ Ab₀₀₀ dengan 2 jam post partum.

Penatalaksanaan

- a. Memberitahukan hasil pemeriksaan kepada ibu dan suami bahwa kondisi ibu baik, ibu dan suami merasa lega karena kondisinya sehat.
- b. Mengajarkan ibu untuk melakukan masase sendiri sampai uterus terasa keras, ibu mampu melakukan dengan baik.

- c. Membersihkan tubuh ibu dan membantu mengganti pakaian serta memakaikan pembalut pada ibu, sudah dilakukan dan saat ini ibu dalam keadaan bersih.
- d. Melakukan dekontaminasi alat-alat dan mencuci tangan, alat-alat sudah di masukkan dalam alat sterilisator.
- e. Melakukan perawatan bayi baru lahir yaitu memakaikan baju dan membedong bayi, sudah dilakukan.
- f. Melakukan observasi pada 2 jam post partum yaitu TTV, TFU, kontraksi uterus, kandung kemih dan perdarahan, sudah dilakukan observasi setiap 15 menit pada 1 jam pertama dan setiap 30 menit pada 1 jam kedua menggunakan partograf.
- g. Memfasilitasi kebutuhan nutrisi ibu, ibu bersedia melakukan sesuai dengan anjuran dan akan makan setelah ini.
- h. Memberikan KIE mengenai tanda bahaya pada masa nifas seperti adanya perdarahan dan menganjurkan ibu segera memanggil bidan jika ada tanda-tanda perdarahan, ibu mengerti dan mampu mengulang KIE seluruhnya.

4.3 Kunjungan Nifas

Kunjungan I

Hari/Tanggal	: Senin/ 03 Juni 2019
Waktu Pengkajian	: 07.00 WIB
Tempat Pengkajian	: Rumah pasien
Oleh	: Novera

Data Subjektif

a. Keluhan Utama

Ibu mengatakan kondisinya sehat dan sudah lega atas kelahiran bayinya. Saat ini ibu mengeluh perutnya masih terasa mulas dan tidak pusing. Ibu menyusui bayinya.

b. Kebutuhan Dasar

Pola Nutrisi : Ibu mengatakan sudah makan 1x porsi sedikit dengan nasi, lauk dan sayur serta tambahan susu untuk ibu menyusui, minum 2 gelas air putih dan 1 gelas teh manis hangat.

Pola Eliminasi : Ibu mengatakan sudah BAK 2 kali dan belum BAB setelah melahirkan.

Personal Hygiene : Ibu mengatakan sudah ganti pembalut 2 saat BAK.

Pola Istirahat : Ibu mengatakan sudah tidur sekitar 30 menit setelah menyusui bayinya.

Pola Aktivitas : Ibu mengatakan sudah bisa duduk dan berjalan ke kamar mandi sendiri.

Data Objektif

c. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Komposmentis

TTV

TD : 120/ 70 mmHg

Nadi : 79 x/menit

Suhu : 36,4 °C

RR : 22 x/menit

d. Pemeriksaan Fisik

Muka : Tidak pucat, tidak oedema.

Mata : Sklera putih, konjungtiva merah muda.

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

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

Abdomen : Teraba TFU dua jari di bawah pusat, kontraksi baik kandung kemih kosong.

Genetalia : Lochea rubra ± 30 cc.

Analisa

Ny. "W" usia 34 tahun P₁₁₀₃ Ab₀₀₀ dengan 6 Jam Post Partum Fisiologis.

Penatalaksanaan

- a. Memberitahukan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga, ibu dan keluarga mengatakan merasa lega dan rasa khawatir sudah cukup berkurang.
- b. Memberitahu ibu bahwa keluhan yang dialami saat ini merupakan suatu hal yang normal pada ibu dengan perut mules dikarenakan terjadi kontraksi untuk proses pengembalian uterus pada ukuran semula, ibu memahami.
- c. Menganjurkan ibu untuk tetap melakukan masase pada perutnya, ibu bersedia melakukan anjuran yang diberikan.
- d. Menganjurkan ibu untuk tidak terekam makan terutama makanan yang mampu melancarkan pengeluaran ASI serta menganjurkan ibu untuk

- minum yang banyak, ibu dan keluarga memahami dan akan melakukan sesuai anjuran.
- e. Memberikan KIE tentang mobilisasi dan menganjurkan ibu untuk latihan duduk, dan jalan-jalan, ibu memahami dan bersedia melakukan.
 - f. Memberikan KIE tentang tanda bahaya masa nifas seperti adanya perdarahan, demam tinggi, pusing, kejang dan lain-lain, ibu memahami.
 - g. Menjelaskan pada ibu tentang manfaat ASI dan menganjurkan ibu untuk menyusui bayinya sesering mungkin setiap 2 jam sekali walaupun keluar hanya sedikit, ibu bersedia melakukan.
 - h. Mengajarkan ibu cara menyusui yang benar, ibu memahami dan mampu mempraktekkan dengan benar.
 - i. Menganjurkan ibu untuk tetap menjaga kebersihan diri ibu dengan mengganti pembalut ibu bila terasa penuh atau tidak nyaman setelah mandi, BAB dan BAK, serta menganjurkan ibu untuk tidak menahan BAK agar tidak mengganggu kontraksi uterus, ibu memahami dan mau melakukan.
 - j. Menyepakati kunjungan ulang 3 hari lagi atau apabila ibu ada keluhan segera ke tenaga kesehatan, ibu mengerti dan bersedia.

Kunjungan II

Hari/Tanggal : Jum'at, 07-06- 2019

Waktu Pengkajian : 09.15 WIB

Tempat Pengkajian : Rumah Pasien

Oleh : Novera

Data Subjektif

Ibu mengatakan saat ini tidak ada keluhan dan ibu juga sudah bisa BAB.

Data Objektif

a. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

TTV

TD : 100/ 80 mmHg

Nadi : 81 x/menit

Suhu : 36,5 °C

RR : 22 x/menit

A. Pemeriksaan Fisik

Muka : Tidak pucat, tidak oedema.

Mata : Sklera putih, konjungtiva agak pucat.

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

Abdomen : Setengah symphysis - pusat, kontraksi baik, kandung kemih kosong.

Genitalia : Tampak genitalia bersih, lochea sanguilenta, tidak ada tanda-tanda infeksi.

Ekstremitas : Ekstremitas atas dan bawah turgor kulit baik, tidak oedema, tidak ada varises, gerakan bebas.

Analisa

Ny. "W" usia 34 tahun P₁₁₀₃Ab₀₀₀ dengan 5 Hari Post Partum Fisiologis.

Penatalaksanaan

- a. Memberitahukan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga bahwa kondisi ibu sehat, ibu dan keluarga mengerti
- b. Memberikan KIE tentang kebutuhan istirahat ibu, menganjurkan ibu agar tetap mencukupi kebutuhan istirahatnya jika bayi tidur ibu juga harus tidur, ibu mengerti.
- c. Menganjurkan ibu untuk tetap menyusui bayinya agar dapat merangsang pengeluaran sehingga tidak terjadi bendungan ASI
- d. Menganjurkan ibu untuk tetap menjaga pola nutrisi yaitu tetap memakan makanan seperti telur, daging, buah-buahan dan sayur-sayuran, ibu mengerti dan bersedia.
- e. Menjelaskan kembali tanda bahaya masa nifas, ibu memahami dan dapat menyebutkan salah satu tanda bahaya masa nifas.
- f. Menyepakati pertemuan selanjutnya atau sewaktu-waktu jika ibu ada keluhan langsung ke tenaga kesehatan, ibu memahami.

Kunjungan III

Hari/Tanggal : Jum'at, 14-06- 2019

Waktu Pengkajian : 11.30 WIB

Tempat Pengkajian : Rumah Pasien

Oleh : Novera

Data Subjektif

Ibu mengatakan saat ini tidak ada keluhan. Ibu mengatakan bayi diberikan susu formula, karena ibu merasa bayi kurang kenyang saat diberikan ASI saja.

Data Objektif

- a. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum : Baik

Kesadaran	: Komposmentis
TTV	
TD	: 120/ 80 mmHg
Nadi	: 79 x/ menit
Suhu	: 36,5 °C
RR	: 22 x/ menit
BB	: 56 kg

b. Pemeriksaan Fisik

Muka	: Tidak pucat, tidak oedema.
Mata	: Sklera putih, konjungtiva merah muda.
Payudara	: Tampak puting susu menonjol dan tidak lecet, tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan abnormal tidak ada bendungan ASI, pengeluaran ASI (+/+).
Abdomen	: TFU tidak teraba, kandung kemih kosong.
Genetalia	: Bersih, lochea serosa, tidak ada tanda infeksi
Ekstremitas	: Turgor kulit normal, tidak oedema, tidak varises, gerakan bebas.

Analisa

Ny. "W" usia 34 tahun P₁₁₀₃ Ab₀₀₀ dengan 2 minggu Post Partum Fisiologis.

Penatalaksanaan

- Memberitahukan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga, ibu dan keluarga memahami.
- Memberikan KIE tentang kebutuhan istirahat ibu, menganjurkan ibu agar tetap mencukupi kebutuhan istirahatnya jika bayi tidur ibu juga harus tidur, ibu mengerti.
- Menganjurkan ibu untuk berhenti memberikan susu formula dan hanya memberikan ASI saja, karena sebenarnya ASI akan cukup pada bayi,

- mungkin posisi menyusui kurang tepat sehingga ASI tidak keluar dan bayi merasa tidak cukup, ibu memahami.
- d. Menganjurkan ibu untuk tetap menjaga pola nutrisi yaitu tetap memakan makanan seperti telur, daging, buah-buahan dan sayur-sayuran, ibu mengerti dan bersedia melakukannya.
 - e. Menganjurkan ibu tetap menyusui bayinya setiap 2 jam sekali tanpa makanan tambahan apapun, ibu mengerti.
 - f. Memberikan KIE tentang KB hormonal dan KB non hormonal, KB hormonal terdiri dari suntik 1 bulan, suntik 3 bulan, pil KB, implan/susuk (jangka waktunya 3-5 tahun), efek sampingnya dari KB hormonal menimbulkan flek pada wajah, haid tidak teratur, meningkatkan berat badan, KB suntik 1 bulan dapat mengganggu ASI, sedangkan KB suntik 3 bulan keuntungannya tidak mengganggu ASI. KB non hormonal IUD efek sampingnya timbul kram dibawah perut, keuntungannya tidak mengganggu ASI, pola haid teratur. Efek samping kondom dapat menimbulkan elergi, hanya sekali pakai, pemakaian harus tepat karena mudah terlepas, keuntungan dapat mencegah penyakit menular, praktis dan mudah digunakan. Efek samping KB MAL kurang efektif karena pasangan harus menunggu haid pertama setelah melahirkan untuk berhenti berhubungan, keuntuganan tidak membutuhkan biaya
 - g. Menyepakati pertemuan selanjutnya atau sewaktu-waktu bila ibu ada keluhan langsung ke tenaga kesehatan, ibu mengerti dan bersedia.

Kunjungan IV

Hari/Tanggal : Minggu, 14-07- 2019

Waktu Pengkajian : 09.00 WIB

Tempat Pengkajian : Rumah Pasien

Oleh : Novera

Data Subjektif

Ibu mengatakan saat ini tidak ada keluhan.

Data Objektif

c. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Komposmentis

TTV

TD : 100/ 80 mmHg

Nadi : 81 x/ menit

Suhu : 36,5 °C

RR : 21 x/ menit

BB : 56 kg

d. Pemeriksaan Fisik

Muka : Tidak pucat, tidak oedema.

Mata : Sklera putih, konjungtiva merah muda.

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

Ekstremitas : Turgor kulit normal, tidak oedema, tidak varises,
gerakan bebas.

Analisa

Ny. "W" usia 34 tahun P₁₁₀₃Ab₀₀₀ dengan 42 hari Post Partum Fisiologis.

Penalaksanaan

1. Menyampaikan hasil pemeriksaan pada ibu, ibu mengerti

2. Memberikan KIE pada ibu tentang nutrisi agar tetap makan pada porsi biasanya serta tidak terek makan agar ASI tetap lancar, ibu mengerti dan tetap makan sayur maupun lauk pauk lainnya
3. Mengingatkan kembali pada ibu untuk istirahat yang cukup terutama disiang hari, ibu usahakan harus tidur siang 1- 2 jam saat bayi tidur, ibu memahami dan selalu tidur siang hari.
4. Mengingatkan kembali bahwa KB suntik 3 bulan yang telah digunakan ibu yaitu tidak mengganggu ASI.
5. Menyampaikan kepada ibu untuk kembali suntik dengan tepat waktu.

4.4 Bayi Baru Lahir

Kunjungan I

Hari/Tanggal : Senin / 03-06-2019
 Waktu Pengkajian : 07.00 WIB
 Tempat Pengkajian : PMB Khalimatus Sadiya
 Oleh : Novera

Data Subjektif

a. Biodata

Nama Bayi (I) : By. Ny. "W"
 Umur : 6 jam
 Jenis Kelamin : Laki- laki
 Tanggal Lahir : 02- 06- 2019
 Jam : 19. 30 WIB

b. Keluhan Utama

Ibu mengatakan telah melahirkan anak kedua dengan kehamilan kembar pada tanggal 02-06-2019 pada jam 19.30 dengan berat badan 2200 gram, panjang badan 42 cm.

Data Objektif

a. Pemeriksaan Umum Bayi (I)

Keadaan umum	: Baik
Kesadaran	: Composmentis
TTV	
N	: 134 x /menit
Suhu	: 36,7 °C
RR	: 45x / menit
BB Lahir	: 2200 gram

b. Pemeriksaan Fisik

Kepala	: Tidak terdapat caput succadaneum, tidak ada cephal hematoma, rambut hitam namun tipis
Muka	: Tidak pucat, tidak oedema.
Mata	: Bersih, sklera putih, konjungtiva merah muda.
Hidung	: Simetris, tidak ada pernafasan cuping hidung
Mulut	: Normal, tidak ada kelainan kongenital seperti labioskisis dan labiopalatokisis.
Telinga	: Simetris, ada lubang telinga, tulang rawan dan daun telinga sudah terbentuk, tidak ada pengeluaran cairan.
Dada	: Simetris, tidak ada retraksi dinding dada, tampak puting susu, tidak terdengar ronchi dan wheezing
Abdomen	: Tali pusat masih basah dan terbungkus kasa, tidak ada perdarahan pada tali pusat, tidak ada meteorismus, turgor kulit baik.
Genetalia	: Testis sudah turun, lubang anus (+), mekonium (+), BAK (+).

Ekstremitas : Ekstremitas atas dan bawah simetris, gerakan aktif, tidak sianosis, warna kulit kemerahan.

c. Pemeriksaan Antropometri

Berat badan : 2200 gram

Panjang badan : 42 cm

Lingkar kepala : 32 cm

Lingkar Lengan : 12 cm

Lingkar Dada : 29 cm

d. Pemeriksaan Reflek

Reflek rooting : (+) dengan hasil bayi bisa menemukan putting susu ibunya.

Reflek sucking : (+) dengan hasil bila putting susu ibu dimasukkan kemulutnya bayi berhasil menghisap.

Reflek swallowing : (+) dengan hasil bayi berhasil meminum asi dengan baik.

Reflek grasping : (+) dengan hasil bila telapak tangan bayi disentuh maka jari tangan akan menggengam.

Reflek babinski : (+) dengan hasil bila telapak kaki bayi di sentuh jari-jari kaki akan mencengkram.

Reflek morro : (+) dengan hasil bayi terkejut saat tiba-tiba mendengar suara keras.

Data Objektif

Analisa

By. (I) Ny. "W" usia 6 jam dengan BBLR.

Penatalaksanaan

- a. Memberitahukan hasil pemeriksaan bayinya kepada ibu dan keluarga bahwa kondisi bayi baik, ibu dan keluarga mengatakan merasa lega dan senang bayinya dalam keadaan sehat.
- b. Mengajarkan pada ibu dan keluarga cara melakukan perawatan tali pusat dengan tidak membubuhi apapun pada tali pusat dan hanya dibungkus kassa, ibu dan keluarga memahami dan sudah bisa melakukan secara mandiri.
- c. Memberitahu ibu untuk menyusui bayinya setiap 2 jam sekali dan membangunkan bayinya apabila tidur untuk menyusui, ibu dan keluarga memahami dan akan melakukan sesuai anjuran.
- d. Memberitahu ibu beberapa cara menjaga suhu tubuh bayi agar tetap hangat, ibu dan keluarga memahami dan ibu akan melakukan sesuai anjuran.
- e. Memberitahu ibu bahwa bayinya telah di suntikkan Hb0, ibu mengerti.
- f. Menjelaskan pada ibu untuk menjaga personal hygiene bayinya yaitu mulai dari membersihkan tubuh bayi dengan mengoleskan baby oil dibadan bayi mengganti popok bayi ketika BAB atau BAK, ibu dan keluarga memahami dengan bersedia melakukan sesuai anjuran.
- g. Menjelaskan kepada ibu dan keluarga mengenai tanda bahaya pada bayi baru lahir, ibu dan keluarga memahami dengan mampu menjelaskan kembali apa yang sudah dijelaskan.
- h. Memberitahukan ibu untuk tetap control 3 hari lagi atau sewaktu- waktu jika ada keluhan, ibu bersedia untuk melakukan.

a. Biodata

Nama Bayi : By. (II) Ny. "W"
 Umur : 6 jam
 Jenis Kelamin : Laki- laki
 Tanggal Lahir : 02- 06- 2019
 Jam : 19. 35 WIB

c. Keluhan Utama

Ibu mengatakan telah melahirkan anak kedua dengan kehamilan kembar pada tanggal 02-06-2019 pada jam 19.35 dengan berat badan 1900 gram, panjang badan 42 cm.

DataSubjektif

b. Pemeriksaan Umum Bayi (II)

Keadaan umum : Baik
 Kesadaran : Composmentis
 TTV
 N : 137 x /menit
 Suhu : 36,6 °C
 RR : 46x / menit
 BB lahir : 1900 gram

b. Pemeriksaan Fisik

Kepala : Tidak terdapat caput succadaneum, tidak ada cephal hematoma, rambut hitam namun tipis
 Muka : Tidak pucat, tidak oedema.
 Mata : Bersih, sklera putih, konjungtiva merah muda.
 Hidung : Simetris, tidak ada pernafasan cuping hidung

- Mulut : Normal, tidak ada kelainan kongenital seperti labioskisis dan labiopalatokisis.
- Telinga : Simetris, ada lubang telinga, tulang rawan dan daun telinga sudah terbentuk, tidak ada pegeluaran cairan.
- Dada : Simetris, tidak ada retraksi dinding dada, tampak puting susu, tidak terdengar ronchi dan wheezing
- Abdomen : Tali pusat masih basah dan terbungkus kasa, tidak ada perdarahan pada tali pusat, tidak ada meteorismus, turgor kulit baik.
- Genetalia : Testis sudah turun, lubang anus (+), mekonium (+), BAK (+).
- Ekstremitas : Ekstremitas atas dan bawah simetris, gerakan aktif, tidak sianosis, warna kulit kemerahan.

e. Pemeriksaan Antropometri

- Berat badan : 1900 gram
- Panjang badan : 42 cm
- Lingkar kepala : 32 cm
- Lingkar Lengan : 10 cm
- Lingkar Dada : 28 cm

f. Pemeriksaan Reflek

- Reflek rooting* : (+) dengan hasil bayi bisa menemukan puting susu ibunya.
- Reflek sucking* : (+) dengan hasil bila puting susu ibu dimasukkan kemulutnya bayi berhasil menghisap.
- Reflek swallowing* : (+) dengan hasil bayi berhasil meminum asi dengan baik.

- Reflek grasping* : (+) dengan hasil bila telapak tangan bayi disentuh maka jari tangan akan menggengam.
- Reflek babinski* : (+) dengan hasil bila telapak kaki bayi di sentuh jari-jari kaki akan mencengkram.
- Reflek morro* : (+) dengan hasil bayi terkejut saat tiba- tiba mendengar suara keras.

Data Objektif

Analisa

By. (II) Ny. "W" usia 6 jam dengan BBLR..

Penatalaksanaan

1. Memberitahukan hasil pemeriksaan bayinya kepada ibu dan keluarga bahwa kondisi bayi baik, ibu dan keluarga mengatakan merasa lega dan senang bayinya dalam keadaan sehat.
2. Mengajarkan pada ibu dan keluarga cara melakukan perawatan tali pusat dengan tidak membubuhi apapun pada tali pusat dan hanya dibungkus kassa, ibu dan keluarga memahami dan sudah bisa melakukan secara mandiri.
3. Memberitahu ibu untuk menyusui bayinya setiap 2 jam sekali dan membangunkan bayinya apabila tidur untuk menyusu, ibu dan keluarga memahami dan akan melakukan sesuai anjuran.
4. Memberitahu ibu beberapa cara menjaga suhu tubuh bayi agar tetap hangat, ibu dan keluarga memahami dan ibu akan melakukan sesuai anjuran.
5. Memberitahu ibu bahwa bayinya telah di suntikkan Hb0, ibu mengerti.
6. Menjelaskan pada ibu untuk menjaga personal hygiene bayinya yaitu mulai dari membersihkan tubuh bayi dengan mengoleskan

baby oil dibadan bayi mengganti popok bayi ketika BAB atau BAK, ibu dan keluarga memahami dengan bersedia melakukan sesuai anjuran.

7. Menjelaskan kepada ibu dan keluarga mengenai tanda bahaya pada bayi baru lahir, ibu dan keluarga memahami dengan mampu menjelaskan kembali apa yang sudah dijelaskan.
8. Memberitahukan ibu untuk kontrol 3 hari lagi atau sewaktu- waktu jika ada keluhan, ibu bersedia untuk melakukan.

Kunjungan II

Hari/Tanggal : Jum'at, 7 Juni 2019

Waktu Pengkajian : 09.15 WIB

Tempat Pengkajian : Rumah Pasien

Oleh : Novera

Data Subjektif

Bayi hanya disinari oleh lampu. Ibu mengatakan bayinya usia 5 hari dalam kondisi sehat dan tidak ada keluhan, semakin hari menyusuinya semakin kuat, pusatnya sudah mulai mengering dan tali pusat sudah terlepas pada hari ke empat sekitar jam 14.00 WIB. Saat ini bayi hanya diberikan ASI saja dengan menetek pada ibu.

Data Objektif

a. Pemeriksaan Umum Bayi (I)

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : composmentis

TTV

N : 136 x/menit

Suhu : 36,8⁰C

RR : 44 x/ menit

BB : 2200 gram

b. Pemeriksaan Fisik

Kepala : Rambut hitam, tipis, tidak ada benjolan abnormal.

Muka : Tidak pucat, tidak oedema.

Mata : Tampak bersih, sklera putih, konjungtiva merah muda.

Hidung : Simetris, tidak ada pernafasan cuping hidung.

Mulut : Lembab, tidak pucat, tidak ada oral thrush, tidak stomatitis.

Dada : Simetris, tidak ada retraksi dinding dada, tidak ada bunyi abnormal seperti ronchi dan wheezing.

Abdomen : Terdapat kasa pada pusat, tali pusat sudah lepas, tidak ada tanda-tanda infeksi, tidak ada meteorismus.

Genetalia : Tidak ada ruam popok.

Ekstremitas : Gerakan aktif, turgor kulit baik, tidak sianosis, warna kulit kemerahan.

Analisa

By. (I) Ny. "W" usia 5 hari dengan BBLR.

Penatalaksanaan

- a. Memberitahukan hasil pemeriksaan bayinya kepada ibu dan keluarga, ibu dan keluarga mengatakan merasa lega dan senang bayinya dalam keadaan sehat.
- b. Mengingatkan kembali pada ibu untuk tetap menyusui bayi sesering mungkin atau 2 jam sekali dan membangunkan bayinya apabila tidur untuk menyusu karena semakin sering bayi menyusu maka ASI akan lancar, ibu dan keluarga memahami dan akan melakukan sesuai anjuran.

- c. Mengingatkan kembali kepada ibu agar tetap memberikan lampu dekat pada tempat tidur bayi.
 - d. Menganjurkan ibu untuk tetap menjaga suhu tubuh bayi agar tetap hangat, ibu dan keluarga memahami dan ibu akan melakukan sesuai anjuran.
 - e. Menganjurkan ibu untuk menjaga personal hygiene bayinya yaitu mulai dari memandikan 2x sehari dengan mengoleskan baby oil dibadan bayi dan segera mengganti popok ketika BAB maupun BAK, ibu memahami dengan bersedia melakukan sesuai anjuran.
 - f. Menjelaskan tanda bahaya bayi baru lahir seperti hipotermi, hipertermi, bayi kuning, kejang, bayi malas menyusu disertai letih dan menangis merintih, ibu memahami.
 - g. Memberitahukan ibu untuk control ke bidan atau tenaga kesehatan lainnya jika sewaktu-waktu ada keluhan.
- a. Pemeriksaan Umum Bayi (II)

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

TTV

N : 138 x/menit

Suhu : 36,7 °C

RR : 43 x/menit

BB : 1900 gram

c. Pemeriksaan Fisik

Kepala : Rambut hitam, tipis, tidak ada benjolan abnormal.

Muka : Tidak pucat, tidak oedema.

Mata : Tampak bersih, sklera putih, konjungtiva merah muda.

Hidung : Simetris, tidak ada pernafasan cuping hidung.

- Mulut : Lembab, tidak pucat, tidak ada oral thrush, tidak stomatitis.
- Dada : Simetris, tidak ada retraksi dinding dada, tidak ada bunyi abnormal seperti ronchi dan wheezing.
- Abdomen : Terdapat kasa pada menutupi pusat, tampak kering, tali pusat sudah terlepas hari ke empat jam 16.00 WIB tidak ada tanda-tanda infeksi, tidak ada meteorismus.
- Genetalia : Tidak ada ruam popok.
- Ekstremitas : Gerakan aktif, turgor kulit baik, tidak sianosis, warna kulit kemerahan.

Analisa

By. (II) Ny. "W" usia 5 hari dengan BBLR.

Penatalaksanaan

- a. Memberitahukan hasil pemeriksaan bayinya kepada ibu dan keluarga, ibu dan keluarga mengatakan merasa lega dan senang bayinya dalam keadaan sehat.
- b. Mengingatkan kembali pada ibu untuk tetap menyusui bayi sesering mungkin atau 2 jam sekali dan membangunkan bayinya apabila tidur untuk menyusu karena semakin sering bayi menyusu maka ASI akan lancar, ibu dan keluarga memahami dan akan melakukan sesuai anjuran.
- c. Mengingatkan kembali kepada ibu agar tetap memberikan lampu dekat pada tempat tidur bayi.
- d. Menganjurkan ibu untuk tetap menjaga suhu tubuh bayi agar tetap hangat, ibu dan keluarga memahami dan ibu akan melakukan sesuai anjuran.

- e. Mengajarkan ibu untuk menjaga personal hygiene bayinya yaitu mulai dari memandikan 2x sehari dengan mengoleskan baby oil dibadan bayi dan segera mengganti popok ketika BAB maupun BAK, ibu memahami dengan bersedia melakukan sesuai anjuran.
- f. Menjelaskan tanda bahaya bayi baru lahir seperti hipotermi, hipertermi, bayi kuning, kejang, bayi malas menyusu disertai letih dan menangis merintih, ibu memahami.
- g. Memberitahukan ibu untuk control ke bidan atau tenaga kesehatan lainnya jika sewaktu- waktu ada keluhan.

4.5 Kunjungan Keluarga Berencana

Hari/ Tanggal : Kamis, 11- 07- 2019

Jam pengkajian : 16.15 WIB

Tempat : PMB Khalimatus Sadiya

Oleh : Novera

DATA SUBJEKTIF

Ibu mengatakan tetap menggunakan KB suntik 3 bulan karena ibu merasa cocok menggunakan KB suntik dan sebelumnya pernah menggunakan KB suntik 3 bulan, tidak mengalami tekanan darah tinggi, tidak mengganggu ASI.

DATA OBJEKTIF

Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

TD : 120 /70 mmHg

Nadi : 81 x/menit

Suhu : 36,5 °C

RR : 22 x/menit

BB : 51 kg

Pemeriksaan Fisik :

Muka : Tidak pucat, tidak oedema

Mata : Konjungtiva merah muda, sclera putih.

Payudara : Tidak ada nyeri tekan dan benjolan abnormal pada payudara, puting susu menonjol dan tidak lecet, ASI keluar lancar

Abdomen : Tidak ada pembesaran pada abdomen

Ekstermitas : Tidak oedema, turgor kulit baik.

Analisa

Ny. "W" P₁₁₀₃ Ab₀₀₀ dengan akseptor baru KB suntik 3 bulan.

Penatalaksanaan

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan, ibu memahami.
2. Menjelaskan indikasi dan kontraindikasi KB suntik 3 bulan, ibu mengerti dan dapat menjelaskan kembali.
3. Menjelaskan efek samping KB suntik 3 bulan, ibu mengerti dan mampu menjelaskan kembali
4. Mengambil 1 cc, mengecek nama, tanggal dan perubahan warna obat kemudian mengocok hingga endapan tercampur dan mengambil larutan dalam vial dengan menggunakan spuit, sudah dilakukan.
5. Mengganti jarum yang baru dan mengeluarkan udara dalam spuit, sudah dilakukan.
6. Menganjurkan pasien untuk tidur posisi tengkurap, ibu mengerti dan mau melakukannya

7. Membebaskan daerah yang akan disuntik dari pakaian dan menentukan daerah penyuntikan yaitu 1/3 pada spina iliaca anterior superior (SIAS), sudah dilakukan
8. Mengantiseptik daerah yang akan disuntik yaitu 1/3 pada spina iliaca anterior superior (SIAS) dengan menggunakan kapas alcohol 70 % dan tunggu sampai kering, sudah dilakukan
9. Menegangkan kulit kemudian memasukakan jarum secara intramuscular dengan sudut 90°c, sudah dilakukan
10. Melakukan aspirasi, tidak ada darah dan memasukkan larutan secara perlahan-lahan, sudah dilakukan
11. Telunjuk tangan kiri menekan daerah bekas suntikkan dengan kapas alcohol dengan tangan kanan mencabut jarum dengan cepat, sudah dilakukan
12. Membuang spuit pada safety box dan sampah yang terkontaminasi ketempat sampah yang sesuai, sudah dilakukan
13. Memberikan KIE untuk tidak berhubungan terlebih dahulu selama 1 minggu atau 7 hari, ibu mengerti dan mau melakukan
14. Mengingatkan ibu untuk kembali suntik yaitu pada tanggal 29-09-2019, ibu menyepakati.

Kunjungan II Keluarga Berencana

- Hari/ Tanggal : Kamis, 18 -07-2019
- Jam pengkajian : 10.00 WIB
- Tempat : PMB Khalimatus Sadiya
- Oleh : Novera

Data Subjektif

Ibu mengatakan tidak ada keluhan setelah 1 minggu ini memakai KB suntik.

Data Objektif

Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

TD : 100 /80 mmHg

Nadi : 79 x/menit

Suhu : 36,5 °C

RR : 22 x/menit

BB : 52 kg

Pemeriksaan Fisik :

Muka : Tidak pucat, tidak oedema

Mata : Konjungtiva merah muda, sclera putih.

Payudara : Tidak ada benjolan abnormal pada payudara, puting susu menonjol dan tidak lecet, ASI keluar lancar

Ekstermitas : Tidak oedema, turgor kulit baik.

Analisa

Ny. "W" P₁₁₀₃ Ab₀₀₀ dengan akseptor KB suntik 3 bulan.

Penatalaksanaan

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan dengan hasil normal, ibu memahami.
2. Memberikan apresiasi pada ibu karena tidak memiliki keluhan setelah 1 minggu memakai KB suntik, menandakan bahwa KB suntik 3 bulan cocok bagi ibu.
3. Menyampaikan kembali kepada ibu untuk tetap memberikan ASI kepada bayi, karena KB suntik 3 bulan tidak mengganggu ASI, ibu bersedia.
4. Mengingatkan kembali kepada ibu untuk kembali suntik 3 bulan lagi yaitu tanggal 29- 09- 2019 dan usahakan tidak terlambat, ibu menyepakati.

5. Menyampaikan kepada ibu jika ada keluhan yang dirasakan agar segera memeriksa ke tenaga kesehatan, ibu bersedia.

BAB V

PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil asuhan kebidanan komprehensif yang dilakukan pada Ny. "W" di PMB Khalimatus Sadiya, AMd. Keb dan dirumah pasien Dusun Baran RT 01/ RW 07, Sukoanyar, Pakis. Asuhan kebidanan ini diberikan kepada ibu hamil trimester III oleh mahasiswa DIII Kebidanan STIKES Widyagama Husada Malang.

5.1 Pembahasan Asuhan kehamilan

Pada tanggal 19 Mei 2019 dilakukan kunjungan kehamilan dimana data diambil berdasarkan data sekunder yaitu pada Ny. "W" usia 34 tahun G_{II} P₁₀₀₁ Ab₀₀₀. Ibu mengatakan ini merupakan kehamilan kedua, anak pertama sekarang berusia 12 tahun. Dari hasil pengkajian didapatkan bahwa Ny. "W" dengan usia kehamilan 35 minggu. Tujuan dilakukannya kunjungan saat masa kehamilan ini adalah membantu bidan memantau kemajuan kehamilan serta mengenali secara dini adanya komplikasi yang mungkin terjadi selama kehamilan (Saifuddin, dkk 2002).

Sesuai standart asuhan kehamilan dilakukan beberapa pemeriksaan seperti tanda- tanda vital untuk mengetahui tanda klinis dan menegakkan diagnosis suatu penyakit dalam menentukan perencanaan perawatan medis yang sesuai. Pemeriksaan fisik dilakukan untuk menentukan adanya kelainan- kelainan dari suatu sistem atau suatu organ tubuh dengan cara melihat (inspeksi), meraba (palpasi), megetuk (perkusi) dan mendengar (auskultasi). Dan pemeriksaan leopold dilakukan untuk mengetahui bagian- bagian janin, letak dan presentasi janin.

Pada kunjungan ANC dimana terdapat 14 standar dalam pelayanan asuhan antenatalcare yang telah dilakukan yaitu, timbang berat badan, ukur tekanan darah, ukur tinggi fundus uteri, pemberian tablet Fe, pemeriksaan Hb, dan temu wicara atau pemberian KIE, adapun yang tidak dilakukan seperti tes urine, pemeriksaan VDRL, pemberian kapsul yodium, terapi malaria karena tidak ada gejala yang timbul atau indikais sehingga tidak dilakukan.

Pelayanan antenatal care pada Ny. "W" dengan usia kehamilan 35 minggu didapatkan hasil pemeriksaan TTV dalam batasan normal, Ibu mengatakan saat ini tidak ada keluhan. Dari data objektif didapatkan berat badan ibu 62 kg, TFU 32 cm DJJ (+) 138x/ menit sudah masuk PAP. Selama hamil ini kenaikan berat badan ibu 5 kg menurut Hanni, dkk (2011) secara perlahan berat badan ibu hamil akan mengalami kenaikan antara 9-13 kg selama hamil atau sama dengan 0,5 kg/minggu atau 2 kg dalam 1 bulan

Pemeriksaan penunjang dengan pemeriksaan Hb hasilnya 9,1 gr/dl. Dari hasil pemeriksaan Hb ibu mengalami anemia ringan karena itu ibu dianjurkan, istirahat yang cukup, serta pola makan ibu yang teratur. dalam teori menyatakan bahwa Hb normal pada ibu hamil ≥ 11 gr/dl. Hal ini dapat di simpulkan bahwa Hb ibu masih kurang dari normal dimana pemeriksaan hb dilakukan agar dapat mengantisipasi terjadinya anemia yang dapat menyebabkan perdarahan pada saat bersalin dan dapat mengakibatkan kematian pada ibu hamil apabila tidak dilakukan skrining test dari awal.

Skrining ibu hamil menggunakan KSPR (Kartu Skor Poedji Rochjati) di dapat hasil KSPR yaitu 6, dikarenakan terlalu lama hamil lagi (> 10 tahun) dalam hal ini ibu tersebut seolah menghadapi kehamilan yang pertama lagi. Sehingga masuk dalam pertolongan kehamilan resiko tinggi (KRT) yang dapat

ditolong oleh bidan serta dapat ditolong di fasilitas kesehatan seperti polindes, ataupun puskesmas. Berdasarkan teori kehamilan Ny. "W" dalam keadaan sehat namun dari kunjungan pertama dan kunjungan kedua ibu mengeluh. Hal ini dapat teratasi dengan memberikan KIE tentang istirahat yang cukup, tidak melakukan aktivitas yang berat, pola makan dengan makan sedikit- sedikit tetapi sering sesuai dengan keinginan ibu.

Selama asuhan antenatal care pada Ny. "W" sejak kunjungan pertama hingga kunjungan terakhir terdapat kesenjangan antara teori dan keadaan klinis pasien, dimana berdasarkan hasil dari semua data khususnya pada kadar Hb dan berat badan yang kurang dari normal.

5.2 Pembahasan Asuhan Persalinan

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup umur kehamilannya dan dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir atau jalan lain dengan bantuan atau dengan kekuatan ibu sendiri (Manuaba, 2010). Tanda- tanda persalinan yaitu dimulai adanya kontraksi atau his yang lebih kuat, sering dan teratur, keluar lendir bercampur darah karena robekan- robekan kecil pada serviks, terkadang ketuban pecah dengan sendirinya. Pada pemeriksaan dalam adanya pembukaan serviks Sofian, (2012).

Kala I persalinan pada Ny. "W" berlangsung 12 jam dihitung dari ibu mulai merasakan his yaitu sejak jam 07. 00 WIB- 19.00 WIB buka lengkap. Menurut Saifuddin, (2010) yaitu kala I (kala pembukaan) terdapat 2 fase yaitu laten (8 jam) dimana serviks membuka sampai 3 cm sedangkan pada fase aktif (7 jam) dimana serviks membuk dari 4 sampai 10 cm. Lamanya kala I pada primigravida berlangsung 12 jam sedangkan pada multigravida sekitar 8 jam.

Jarak kehamilan terlalu jauh (≥ 10 tahun) Ibu hamil dengan persalinan terakhir ≥ 10 tahun yang lalu. Ibu dalam kehamilan dan persalinan ini seolah-olah menghadapi persalinan yang pertama lagi (Poedji Rochjati, 2003).

Kala II pada Ny. "W" berlangsung 30 menit dari pembukaan lengkap pukul 19.00 WIB dan bayi I lahir spontan pukul 19.30 WIB. Sebelum masuk ke kala III yaitu kala pelepasan plasenta (Sulistyawati, 2011), dilakukan pemeriksaan fundus setelah bayi lahir untuk mengetahui apakah ada janin kedua. Fundus teraba masih tinggi kemudian bidan melakukan periksa dalam dan teraba bokong, keadaan ini disebut dengan *hidden twin* dimana salah satu janin bersembunyi sehingga tidak terlihat dalam pemeriksaan selama masa antenatalcare ataupun menggunakan USG (Fitriyani, 2017). Lalu bidan memimpin persalinan dengan menganjurkan ibu untuk meneran saat ada kontraksi, bayi II lahir jam 19.35 WIB dan langsung melakukan perawatan BBL.

Kala III yang dilakukan yaitu melakukan manajemen aktif yaitu pemberian oksitosin 10 IU secara IM, melakukan peregangan tali pusat terkendali, melakukan masase fundus uteri selama 15 detik setelah plasenta lahir serta melakukan pengecekan kelengkapan plasenta, pengecekan rupture, tidak ada robekan pada jalan lahir. Pada Ny. "W" plasenta lahir spontan dan lengkap pukul 19.45 WIB berlangsung 10 menit setelah bayi baru lahir. Menurut Walyani (2015) hal ini normal terjadi karena plasenta lahir 5-30 menit setelah bayi lahir.

Kala IV dimulai dari lahirnya plasenta sampai 2 jam post partum (Walyani, 2015). Pada pemeriksaan kala IV penulis melakukan observasi selama 2 jam post partum di teruskan hingga 6 jam post partum. Pada Ny. "W" selama observasi dilakukan pemeriksaan tekanan darah, suhu, nadi, tinggi fundus uteri, kontraksi rahim, kandung kemih, lokhea, dengan hasil keadaan

umum baik, kesadaran komposmentis, tekanan darah 120/70 mmHg, suhu 36,5°C, nadi 79 x/menit, tinggi fundus uteri 2 jari dibawah pusat, kontraksi rahim baik, kandung kemih kosong, lochea rubra \pm 20 cc (1 underpat).

Dalam kasus ini yaitu persalinan dengan patologis. Dimana bayi lahir kembar namun pada kala I, III dan IV dalam keadaan fisiologis.

5.3 Asuhan Masa Nifas

Masa nifas adalah masa setelah persalinan selesai sampai 6 minggu atau 42 hari. Masa nifas dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil (Anggraini, 2010). Adapun tujuan dari masa nifas yaitu menjaga kesehatan ibu dan bayi, baik fisik maupun psikologis, memberikan pendidikan kesehatan dini, nutrisi, KB, menyusui, pemberian imunisasi pada bayi dan perawatan bayi sehat. Kunjungan nifas diberikan pada 6- 8 jam setelah persalinan, kunjungan ke 6 hari setelah persalinan, kunjungan 2 minggu setelah persalinan, kunjungan keempat yaitu 6 minggu setelah persalinan.

Pada kunjungan pertama 6 jam post partum, keadaan umum ibu baik, tekanan darah 120/ 70 mmHg, TFU 2 jari dibawah pusat, kandung kemih kosong, lochea rubra, ASI +/+ , tidak ada robekan jalan lahir, ibu juga tidak takut untuk buang air kecil dan sudah bisa ke kamar mandi sendiri. Memberikan KIE nutrisi, ASI eksklusif, ambulasi dini, istirahat seta memberikan KIE vulva hygiene. Pada saat 6 jam PP Ny."W" sudah bisa melakukan ambulasi dini seperti berjalan pelan-pelan sehingga dapat membantu mempercepat terjadinya involusi uterus.

Pada kunjungan 6 hari setelah persalinan ibu mengatakan tidak ada keluhan dan juga sudah bisa BAB pada hari keempat. Dilakukan pemeriksaan tekanan darah ibu dengan hasil normal. Jika dikaji dari teori Ambarwati, 2011, TFU hari ke 6 yaitu sympisis- pusat menandakan bahwa proses involusi uterus berjalan dengan baik serta memberikan apresiasi pada ibu karena tidak ada pantangan dalam makan sehingga nutrisi dapat terpenuhi dan juga membuat ASI menjadi lancar. Warna lochea putih bercampur kemerahan.

Kunjungan ketiga yaitu pada minggu ke 2 pasca persalinan, saat ini tidak ada keluhan, namun ibu mengatakan bahwa bayi diberikan susu formula karena ibu merasa bayi kurang kenyang saat diberikan ASI saja, salah satu dampak negative pemberian susu formula menurut Judarwanto (2007), menjelaskan bahwa bayi yang diberikan susu formula berakibat lebih sering muntah/ gumoh, kembung, terutama dari cara pengenceran susu formula yang kurang tepat atau susu yang terlalu kental dapat membuat usus bayi susah mencerna. Dimana cara pengenceran susu akan mempengaruhi proses metabolisme pada tubuh bayi yang dapat menyebabkan seperti bayi gumoh ataupun diare, sedangkan jika di berikan hanya ASI sudah cukup untuk bayi karena tidak perlu diolah sendiri oleh sebab itu menyarankan kepada ibu tetap menyusui bayi dengan ASI saja karena sangat baik untuk bayi. Kemudian memeriksa tinggi fundus sudah tidak teraba dan darah nifas berwarna kecoklatan, sesuai teori Ambarwati (2011) lochea masa nifas hari ke 7- 14 yaitu kuning kecoklatan.

Pada kunjungan keempat dilakukan pada minggu ke 6 yaitu sesuai dengan program nasional masa nifas, kemudian menanyakan pada Ny. "W" tentang penyulit yang dialami ibu maupun bayi, serta memberikan konseling

terkait KB yang akan digunakan ibu. Kunjungan nifas dari awal hingga yang keempat, tidak ada keluhan ibu yang abnormal.

Sehingga dapat dikatakan bahwa masa nifas Ny. "W" dalam kategori fisiologis dimana tidak ditemukan kesenjangan antara teori yang ada dan kenyataan.

5.4 Asuhan Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir (neonates) adalah bayi berusia satu jam yang lahir pada usia kehamilan 37- 42 minggu dan berat badannya 2500 – 4000 gram (Dewi, 2010). Bayi baru lahir normal mempunyai ciri- ciri berat badan lahir 2500- 4000 gram, umur kehamilan 37- 40 minggu, bayi segera menangis, bergerak aktif, kulit kemeraha, menghisap ASI baik, panjang badan 48- 52 cm, lingkardada 30- 38 cm, lingkarlengan 11- 12 cm, frekuensi denyut jantung 120-160x/ menit, pernafasan 40- 60x/ menit.

BBLR (Bayi berat lahir rendah) adalah bayi dengan berat lahir kurang dari 2500 gram tanpa memandang usia gestasi. Ciri – ciri BBLR menurut penelitian dari Tripthy (2014) ada beberapa yaitu rambut tipis halus, tulang tengkorak lunak, kulit tipis dan transparan, berat badan <2500 gram, panjang badan 48 - 52 cm, lingkardada 30 - 38 cm, lingkarkepala 33 - 35 cm.

Bayi Ny. "W" lahir dengan persalinan gemelli pada usia kehamilan 37 minggu 2 hari, dimana bayi pertama lahir jam 19.30 WIB dengan berat badan 2200 gram, panjang badan 42 cm, LIKA 32 cm, LILA 12 cm, lingkardada 29 cm. Dilakukan asuhan bayi baru lahir pada jam-jam pertama kelahiran, dengan dilakukan pemeriksaan fisik guna mengetahui kelainan atau masalah yang terjadi pada BBL seperti adanya kelainan congenital dan dari

pemeriksaan fisik tidak ditemukan masalah, pemeriksaan antropometri, pencegahan terjadinya hipotermi. Lalu bayi kedua lahir jam 19.35 WIB dengan BB 1900 gram, panjang badan 42 cm, lingkar kepala 32 cm, lingkar lengan 10 cm, lingkar dada 28 cm. Kemudian melakukan penatalaksanaan bayi baru lahir dengan mencegah hipotermi pada bayi, serta pemeriksaan fisik guna menilai kemungkinan terjadi kelainan congenital dari hasil tersebut tidak ada masalah yang ditemukan pada bayi.

Pemberian injeksi vitamin K dengan dosis 0,05 cc pada bayi dibagian 1/3 paha kiri bagian luar, menurut Utami, (2008) vit K berfungsi mencegah terjadinya perdarahan pada otak, selain itu merupakan bahan pembentuk faktor pembekuan darah pada kulit, selaput lendir, dan organ lain dalam tubuh bayi, kemudian pemberian salep mata Oxytetracycline 1% bertujuan untuk pengobatan profilaktik mata yang resmi untuk *Neisseria gonorrhoea* yang dapat menginfeksi bayi baru lahir selama proses persalinan melalui jalan lahir.

Pada usia 6 jam bayi telah diberikan imunisasi hepatitis B, dimana imunisasi ini bertujuan untuk memberi tubuh kekebalan terhadap penyakit Hepatitis B, diberikan segera setelah bayi lahir atau kurang dari 7 hari setelah kelahiran (Proverawati, 2010). Sesuai teori bahwa bayi yang lahir dari Ibu HBsAg negatif dan berat badan < 2 kg pemberian imunisasi ditunda yaitu sampai berat badan anak \geq 2 kg atau umur anak \pm 2 bulan Kecuali apabila diketahui ibu mempunyai titer HBsAg positif, imunisasi HB mulai diberikan dalam 12 jam pertama dan dosis pertama ini tidak dihitung (Sari Perdiati, 2003). Namun bayi (II) Ny."W" lahir dengan BB 1900 gram telah diberikan imunisasi hepatitis B sehingga terdapat kesenjangan antara teori dan kasus karena berdasarkan hal tersebut pemberian vaksin awal pada bayi telah diberikan dengan berat lahir kurang dari 2000 gram.

Dilakukan pengukuran antropometri dan pemeriksaan reflex pada bayi dimana hasil yang didapat kan pada pengukuran antropometri terdapat kesenjangan antara teori dan kasus karena bayi lahir dengan BBLR. Pemeriksaan refleksi berfungsi menguji kondisi umum bayi serta kenormalan sistem saraf pusatnya (Marmi & Rahardjo, 2012). Pada bayi Ny. "W" BAB terjadi pada usia 4 jam dan berwarna hitam serta lengket. Hal ini normal, sesuai dengan teori warna hitam pada feses merupakan produk dari sel-sel yang diproduksi dalam saluran cerna selama bayi berada dalam kandungan (Marmi & Rahardjo, 2012).

Memberikan KIE mengenai ASI eksklusif agar Ibu memberikan ASI saja pada bayi sesering mungkin untuk pembentukan antibodi bayi juga, menurut Roesli (2004), ASI meningkatkan daya tahan tubuh bayi yang mendapat ASI eksklusif akan lebih sehat dan lebih jarang sakit, karena ASI mengandung berbagai zat kekebalan. Kemudian untuk mencegah terjadinya hipotermi bayi dihangatkan pada box bayi dan diberikan lampu 5 watt oleh bidan. Melakukan perawatan tali pusat untuk mencegah terjadinya infeksi pada tali pusat yaitu dengan cara membalut tali pusat menggunakan kassa kering dan bersih.

Kunjungan ke-2 (dua) dilakukan saat bayi berusia 5 hari, dengan hasil pemantauan adalah bayi dalam keadaan sehat dan hanya diberikan ASI. Adapun perawatan bayi yang dilakukan dirumah yaitu bayi dengan disinari lampu 5 watt yang letaknya dikasur dalam kamar tidur, jadi tidak dijemur terkena sinar matahari untuk menghindari kehilangan panas pada tubuh bayi. Menurut (Bunga Ch Rosha, 2018) cara itu termasuk cara menghangatkan tubuh secara tradisional dengan meletakkan lampu yang mengorot langsung ke bayi, namun jika dilakukan perawatan dirumah bayi akan rentan sakit atau mengalami infeksi, sedangkan dalam jangka panjang, bayi tersebut berisiko

mengalami keterlambatan perkembangan motorik atau kemampuan dalam belajar serta komplikasi yang mungkin terjadi seperti paru-paru yang belum matang atau masalah pada usus, maka bayi tersebut perlu dirawat di ruang (NICU) perawatan intensif neonatal (Khan dkk, 2016). Mengingat jadwal Imunisasi BCG pada usia 1 bulan, berat badan bayi lahir 2200 gr dan 1900 gram dan sekarang berat badan masih tetap, sesuai teori selain itu tidak ditemukan tanda-tanda bahaya pada bayi, tali pusat keduanya sudah terlepas, tidak terjadi kesenjangan dengan teori dan praktek.

Menurut (Marmi dan Rahardjo, 2012) pada kunjungan 5 hari setelah bayi bari lahir adalah melihat apakah berat badan bayi meningkat atau tidak, melihat keadaan suhu tubuh dan mengkaji suplai ASI dan melihat tanda-tanda bahaya pada bayi seperti tali pusat berbau, bayi tidak mau menyusui dan bayi selalu menangis, dengan hasil baik hanya terdapat kesenjangan antara teori dan kasus pada imunisasi hepatitis b pada bayi karena diberikan pada bayi dengan berat badan kurang dari 2000 gram.

5.5 Kunjungan Keluarga Berencana

Menurut Sulistyawati, 2014 Keluarga Berencana (*Family Planning/ Planned Parenthood*) merupakan suatu usaha menjarangkan atau merencanakan jumlah dan jarak kehamilan dengan menggunakan kontrasepsi. Dimana kontrasepsi yang berfungsi untuk mencegah pencegahan terbuahnya sel telur oleh sel sperma (konsepsi) pada saat berhubungan.

KB yang digunakan Ny. "W" adalah Kb suntik 3 bulan, ibu telah memahami apa saja yang menjadi efek sampingnya dan ibu juga merasa cocok menggunakan KB suntik 3 bulan karena sebelumnya pernah menggunakan KB suntik 3 bulan oleh sebab itu Ibu merasa nyaman juga alasan nya bahwa KB suntik 3 bulan tidak mengganggu produksi ASI. Salah

satu keuntungan suntikan 3 bulan adalah tidak mengganggu produksi ASI. Pemakaian hormon ini juga bisa mengurangi rasa nyeri dan darah haid yang keluar (Kemenkes RI, 2013).

Evaluasi dilakukan setelah 1 minggu Ny. "W" memakai KB suntik 3 bulan ibu mengatakan tidak ada keluhan setelah memasang KB suntik 3 bulan dan merasa nyaman dengan KB yang digunakannya, melakukan pemeriksaan tekanan darah ibu dengan hasil 110/ 70 mmHg dalam normal dan mengiatkan pada ibu untuk kembali suntuk 3 bulan lagi yaitu tanggal 29- 09- 2019 atau jika sewaktu- waktu ada keluhan.

BAB VI

PENUTUP

6.1 Kesimpulan

Setelah melakukan asuhan kebidanan komprehensif pada Ny."W" usia 34 tahun di PMB Khalimatus Sadiya, AMd. Keb, Pakis dan kediaman (rumah) Ny. "W" Dusun Baran Rt 01/ Rw 07, Sukoanyar, Pakis dari masa kehamilan, persalinan, nifas, BBL (Bayi Baru Lahir) dan KB, dengan pengkajian menggunakan pola pikir manajemen kebidanan Varney dengan pendokumentasian SOAP *note*, maka dapat disimpulkan :

1. Asuhan kebidanan antenatal care

Asuhan yang diberikan pada Ny."W" selama masa kehamilan tidak didapatkan kesenjangan antara teori dan penatalaksanaan yang dilakukan, kadar Hb yang kurang dari normal diberikan KIE untuk meningkatkan kadar Hb. Ibu tidak ada keluhan selama masa kehamilan.

2. Asuhan kebidanan intranatal care

Persalinan pada Ny."W" berlangsung normal selama kala I dan pada kala II fisiologis yaitu gemelli dengan persalinan normal.

3. Asuhan kebidanan postnatal

Asuhan kebidanan pada Ny. "W" saat masa nifas tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan penatalaksanaan yang diberikan karena asuhan sudah dilakukan sesuai dengan kebijakan nasional kunjungan masa nifas dimana dilakukan kunjungan selama 4 kali.

4. Asuhan Bayi Baru Lahir

Pada asuhan bayi baru lahir terdapat kesenjangan antara teori dan tindakan yang diberikan dimana bayi lahir dengan berat badan rendah

dan diberikan imunisasi hepatitis B secara teori belum dapat diberikan sebelum BB bayi 2000 kg.

5. Asuhan Keluarga Berencana

Setelah melakukan pengkajian, menyusun diagnosa merencanakan asuhan, evaluasi serta didapatkan hasil, Ny."W" mengikuti program KB dengan metode KB suntik 3 bulan yang dilakukan pada tanggal 11- 07- 2019 di PMB Khalimatus Sadiya, AMd. Keb serta melakukan pendokumentasian asuhan kebidanan dengan SOAP *note*.

6.2 Saran

1. Bagi Institusi Pendidikan

Laporan Tugas Akhir ini diharapkan dapat menambah referensi serta pembelajaran khususnya Prodi DIII Kebidanan STIKES Widyagama Husada Malang dalam memberikan asuhan kebidanan kepada ibu mulai dari masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, dan KB. Serta diharapkan kepada Institusi dapat memudahkan dalam peminjaman alat bagi mahasiswa yang membutuhkan dalam melaksanakan asuhan kebidanan selama Laporan Tugas Akhir.

2. Bagi Lahan Praktik

Laporan Tugas Akhir ini diharapkan dapat memberikan masukan khususnya pada pemeriksaan kehamilan untuk mempertahankan dan meningkatkan mutu pelayanan kebidanan pada ibu mulai dari masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir dan KB sesuai dengan standart asuhan kebidanan.

3. Bagi Penulis

Diharapkan untuk meningkatkan pengetahuannya dalam memberikan pelayanan asuhan kebidanan dengan cara belajar dan membaca

lebih banyak referensi serta menjadikan setiap kasus menjadi pengalaman dalam pemberian asuhan kebidanan pada ibu selama masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir dan KB.

4. Bagi Penyusun LTA selanjutnya

Penyusun LTA selanjutnya diharapkan dapat mengembangkan Laporan Tugas Akhir ini dengan menambah atau mencari referensi-referensi sesuai perkembangan asuhan kebidanan terbaru tentang asuhan yang dilakukan dalam masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir dan KB, serta untuk lebih meningkatkan pengetahuan dan keterampilannya dengan teliti saat melakukan asuhan kebidanan sehingga komplikasi yang dapat terjadi pada ibu selama kehamilan, persalinan, nifas, dan bayi baru lahir dapat terdeteksi sedini mungkin.

5. Bagi Pasien

Diharapkan kepada ibu hamil dapat meningkatkan pengetahuan tentang kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, dan KB serta lebih giats dalam melakukan pemeriksaan antenatal secara teratur ke tenaga kesehatan agar dapat terdeteksi sedini mungkin komplikasi yang mungkin terjadi saat persalinan nifas maupun bayi baru lahir.

DAFTAR PUSTAKA

- Ambarwati. 2011. *Buku Ajar Maternitas Asuhan Keperawatan Antenatal*. Jakarta: Trans. Info Media.
- Dinkes. 2017. *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2017*. Surabaya 2018
- Dewi, dkk 2011. *Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*. Jakarta : Erlangga.
- Hani, dkk 2014. *Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan Fisiologis*. Jakarta: Salemba Medika.
- Hartanto. 2002. *Kesehatan Reproduksi dan Kontrasepsi*. Jakarta: Trans Info Media
- Kemenkes. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2012*. Jakarta 2013.
- KepMenkes RI. 2007. *Asuhan Kebidanan Manajemen Varney*. Jakarta
- Marmi, dkk. 2015. *Asuhan Neonatus, Bayi, Balita, dan Anak Prasekolah*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Manuaba, Ida Bagus. 2010. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan KB untuk Pendidikan Bidan*. Jakarta : EGC
- Nugroho 2014. *Asuhan Kebidanan II (persalinan)*. Yogyakarta: Rohima Press.
- Nugroho. Taufan, L. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan I (Kehamilan)*. Yogyakarta : Nurrul Jannah. 2010. *Askeb II Persalinan*. Jakarta : EGC
- Proverawati, dkk. 2010. *Kesehatan Reproduksi dan Kontrasepsi*. Jakarta: Trans Info Media.
- Prawirohardjo. 2010. *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka.
- Roito, dkk. 2013. *Asuhan Kebidanan Postpartum*. Bandung: Refika Aditama.
- Rukiyah, A. 2012. *Asuhan Kebidanan II (Persalinan)*. Jakarta: Trans Info Media

- Rohani dan Saswita R .2011. *Asuhan Kebidanan pada Masa Persalinan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Romauli dan Suryati S. 2011. *Asuhan Kebidanan 1 Konsep Dasar Asuhan Kehamilan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Siwi, W. E. 2015. *Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Sulistyawati, A. 2014. *Pelayanan Keluarga Berencana*. Jakarta: Salemba Medika.
- Sulistyawati. dan Susanto A.(2014). *Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Sulistyawati. 2010. *Asuhan Kebidanan Papada Persalinan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Saifudin, A Bari. 2010. *Panduan Praktis Pekayanan Kontrasepsi*. Jakarta: Tridasa Printer.
- Vivian, N., dan Sunarsih T. 2013. *Asuhan Kehamilan untuk Kebidanan*. Jakarta: Salemba medika.
- Withdrawl Bleeding, 2013. *Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Walyani. 2015. *Asuhan Kebidanan Ibu Nifas*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Widiarini. 2017. *Responsivitas Dinas Kesehatan Kabupaten Karang Anyar dalam Upaya Menurunkan Angka Kematian Ibu dan Angka Kematian Bayi di Kabupaten Karang Anyar*. Jurnal Wacana Publik Vol 1No 3, 2017 hlm 40-49.
- Wiknjosastro, Hanifa. 2010. Ilmu Kandungan. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

Lampiran 2



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 : 206 /A-2/STIKES/VI/2019
Lampiran : 1 (satu) lembar
Perihal : **Permohonan Ijin Memberikan Asuhan Kebidanan**

Kepada Yth. : PMB Khalimatus Sadiya, 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, 24 Juni 2019
Keprosdi DIII Kebidanan,

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



YAYASAN PEMBINA PENDIDIKAN INDONESIA WIDYAGAMA MALANG (YPIWM)
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 : 2016/IA-2/STIKES/VI/2019

Yang bertandatangan di bawah ini :

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

Menerangkan mahasiswi yang bernama di bawah ini :

Nama : Novera
NIM : 1615.15401.1094
Identitas Pasien : Nama px : Ny. Widayati
Usia : 34 tahun
Alamat : Dusun Baran 1/7, Sukoanyar, Pakis, Kab Malang
HP : 0822-3433-4829

Dosen Pembimbing : 1. Ervin Rufaindah, S.ST., M.Keb
2. Yuliyani, Amd. Keb., S.KM., M.Biomed

Diperbolehkan Memberikan Asuhan Kebidanan berikut :

1. Persalinan
2. Bayi Baru lahir
3. Nifas
4. 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, 24 Juni 2019
Kaprodi DIII Kebidanan

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

Lampiran 3



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

SK MENDIKNAS RI NOMOR 130/DJ/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 menolai 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.

Malang, 14 Juni 2019

Mahasiswa,


(.....
Novera.....)

Subyek Penelitian,


WIDYAGAMA

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

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

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

Website : www.widyagamahusada.ac.id

Lampiran 4

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

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Ervin Rufaindah
Jabatan : Pembimbing 1
Alamat : Jl. Ikan Tombro Barat No.46, Malang
No. Telp : +6281357276465

Dengan ini menyatakan bersedia/tidak bersedia*) menjadi pembimbing 1 /
pembimbing 2*) Laporan Tugas Akhir Prodi DIII Kebidanan STIKES Widyagama
Husada bagi Mahasiswa :

Nama : Novera
NM : 1615.15401.1094
Alamat : Desa Teras Nawang RT 03, Kecamatan Tanjung Palas,
Bulungan, Kalimantan Utara
Judul LTA : Laporan Tugas Akhir Asuhan Kebidanan Komprehensif
Pada Ny. "J" Usia 39 Tahun G_{IV}P₃₀₀₃ Ab₀₀₀ di BPM Siti
Nurcahyaningih, Amd Keb

Malang, 3 Mei 2019

Pembimbing LTA,



(Ervin Rufaindah, S.ST.,M.Keb)

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

Yang bertanda tangan d bawah ini :

Nama : Yuliyani
Jabatan : Pembimbing 2
Alamat : Perum Taman Kusuma Kav.28 Simp. KH Yusuf,
Tasikmadu, Malang
No. Telp : +6281334334796

Dengan inii menyatakan bersedia/tidak bersedia*) menjadi pembimbing 1 /
pembimbing 2*) Laporan Tugas Akhir Prodi DIII Kebidanan STIKES Widyagama
Husada bagi Mahasiswa :

Nama : Novera
NM : 1615.15401.1094
Alamat : Desa Teras Nawang RT 03, Kecamatan Tanjung Palas,
Kalimantan Utara
Judul LTA : Laporan Tugas Akhir Asuhan Kebidanan Komprehensif
Pada Ny. "J" Usia 39 Tahun G₁P₃₀₀₃Ab₀₀₀ di BPM Siti
Nurchayaningsih, Amd Keb

Malang, 7 Mei 2019

Pembimbing LTA,

(Yuliyani, A.Md.Keb., S.KM., M.Biomed)

Lampiran 5

CATATAN KESEHATAN IBU HAMIL
 diisi oleh petugas kesehatan

Hari pertama hamil Terakhir menstruasi tanggal: 18-02-2014
 Hari Terakhir Menstruasi (TMM) tanggal: 22-02-2014
 Umur Ibu Hamil: 30 - cm, KMK (-), Nila KMK (-) Tinggi Badan:
 Berat Badan: 60 - kg, Nila KMK (-) Tinggi Badan:
 Mengonsumsi kontrasepsi sebelum kehamilan ini: Suntik 1 bulan
 Riwayat Penyakit yang diderita Ibu:
 Riwayat Abort:

Trimester	Uterus Besar (cm)	Tebal Dinding Jantung (cm)	Berat Beban (kg)	Osiret Kehamilan (Minggu)	Tinggi Fundus (cm)	Latak Janta Kep(Sa/II)	Denyut Jantung Janta (B/m)
1 ^{tr}	14-15	2	60	14-15	18-16	Bohd	-
2 ^{tr}	18-20	2	62	18-20	20-16	U	120
3 ^{tr}	22-28	2	63	22-28	22-16	U	120
4 ^{tr}	34-36	2	64	34-36	34-16	U	120
5 ^{tr}	38-36	2	62	38-36	38-16	U	120

CATATAN KESEHATAN IBU HAMIL
 diisi oleh petugas kesehatan

Jenis dan 3... jenis persalinan: ... persalinan spontan (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 276, 277, 278, 279, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 289, 290, 291, 292, 293, 294, 295, 296, 297, 298, 299, 300, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 318, 319, 320, 321, 322, 323, 324, 325, 326, 327, 328, 329, 330, 331, 332, 333, 334, 335, 336, 337, 338, 339, 340, 341, 342, 343, 344, 345, 346, 347, 348, 349, 350, 351, 352, 353, 354, 355, 356, 357, 358, 359, 360, 361, 362, 363, 364, 365, 366, 367, 368, 369, 370, 371, 372, 373, 374, 375, 376, 377, 378, 379, 380, 381, 382, 383, 384, 385, 386, 387, 388, 389, 390, 391, 392, 393, 394, 395, 396, 397, 398, 399, 400, 401, 402, 403, 404, 405, 406, 407, 408, 409, 410, 411, 412, 413, 414, 415, 416, 417, 418, 419, 420, 421, 422, 423, 424, 425, 426, 427, 428, 429, 430, 431, 432, 433, 434, 435, 436, 437, 438, 439, 440, 441, 442, 443, 444, 445, 446, 447, 448, 449, 450, 451, 452, 453, 454, 455, 456, 457, 458, 459, 460, 461, 462, 463, 464, 465, 466, 467, 468, 469, 470, 471, 472, 473, 474, 475, 476, 477, 478, 479, 480, 481, 482, 483, 484, 485, 486, 487, 488, 489, 490, 491, 492, 493, 494, 495, 496, 497, 498, 499, 500, 501, 502, 503, 504, 505, 506, 507, 508, 509, 510, 511, 512, 513, 514, 515, 516, 517, 518, 519, 520, 521, 522, 523, 524, 525, 526, 527, 528, 529, 530, 531, 532, 533, 534, 535, 536, 537, 538, 539, 540, 541, 542, 543, 544, 545, 546, 547, 548, 549, 550, 551, 552, 553, 554, 555, 556, 557, 558, 559, 560, 561, 562, 563, 564, 565, 566, 567, 568, 569, 570, 571, 572, 573, 574, 575, 576, 577, 578, 579, 580, 581, 582, 583, 584, 585, 586, 587, 588, 589, 590, 591, 592, 593, 594, 595, 596, 597, 598, 599, 600, 601, 602, 603, 604, 605, 606, 607, 608, 609, 610, 611, 612, 613, 614, 615, 616, 617, 618, 619, 620, 621, 622, 623, 624, 625, 626, 627, 628, 629, 630, 631, 632, 633, 634, 635, 636, 637, 638, 639, 640, 641, 642, 643, 644, 645, 646, 647, 648, 649, 650, 651, 652, 653, 654, 655, 656, 657, 658, 659, 660, 661, 662, 663, 664, 665, 666, 667, 668, 669, 670, 671, 672, 673, 674, 675, 676, 677, 678, 679, 680, 681, 682, 683, 684, 685, 686, 687, 688, 689, 690, 691, 692, 693, 694, 695, 696, 697, 698, 699, 700, 701, 702, 703, 704, 705, 706, 707, 708, 709, 710, 711, 712, 713, 714, 715, 716, 717, 718, 719, 720, 721, 722, 723, 724, 725, 726, 727, 728, 729, 730, 731, 732, 733, 734, 735, 736, 737, 738, 739, 740, 741, 742, 743, 744, 745, 746, 747, 748, 749, 750, 751, 752, 753, 754, 755, 756, 757, 758, 759, 760, 761, 762, 763, 764, 765, 766, 767, 768, 769, 770, 771, 772, 773, 774, 775, 776, 777, 778, 779, 780, 781, 782, 783, 784, 785, 786, 787, 788, 789, 790, 791, 792, 793, 794, 795, 796, 797, 798, 799, 800, 801, 802, 803, 804, 805, 806, 807, 808, 809, 810, 811, 812, 813, 814, 815, 816, 817, 818, 819, 820, 821, 822, 823, 824, 825, 826, 827, 828, 829, 830, 831, 832, 833, 834, 835, 836, 837, 838, 839, 840, 841, 842, 843, 844, 845, 846, 847, 848, 849, 850, 851, 852, 853, 854, 855, 856, 857, 858, 859, 860, 861, 862, 863, 864, 865, 866, 867, 868, 869, 870, 871, 872, 873, 874, 875, 876, 877, 878, 879, 880, 881, 882, 883, 884, 885, 886, 887, 888, 889, 890, 891, 892, 893, 894, 895, 896, 897, 898, 899, 900, 901, 902, 903, 904, 905, 906, 907, 908, 909, 910, 911, 912, 913, 914, 915, 916, 917, 918, 919, 920, 921, 922, 923, 924, 925, 926, 927, 928, 929, 930, 931, 932, 933, 934, 935, 936, 937, 938, 939, 940, 941, 942, 943, 944, 945, 946, 947, 948, 949, 950, 951, 952, 953, 954, 955, 956, 957, 958, 959, 960, 961, 962, 963, 964, 965, 966, 967, 968, 969, 970, 971, 972, 973, 974, 975, 976, 977, 978, 979, 980, 981, 982, 983, 984, 985, 986, 987, 988, 989, 990, 991, 992, 993, 994, 995, 996, 997, 998, 999, 1000.

Nilai Amnion	Nilai Pemeriksaan Laboratorium	Tekanan darah sistolik diastolik rata-rata	Nilai yang diambil	Keputusan Terdas Pemeriksaan dan Pemeriksaan lain	Nilai Rata-rata
7+		- 120/80	- 120/80	120/80	120/80
-1+		- 120/80	- 120/80	120/80	120/80
0+		- 120/80	- 120/80	120/80	120/80
0+		- 120/80	- 120/80	120/80	120/80
0+		- 120/80	- 120/80	120/80	120/80
-1+		- 120/80	- 120/80	120/80	120/80
-1+		- 120/80	- 120/80	120/80	120/80
-1+		- 120/80	- 120/80	120/80	120/80
-1+		- 120/80	- 120/80	120/80	120/80

Nomor Pendaftaran Ibu
 Nomor Ulat di Rumah Ibu
 Tanggal Sistemis Isuku KIA
 Nama & No. Telp. Tenaga Kesehatan: 27 Desember 2019

IDENTITAS KELUARGA
 Nama Ibu: Fitria S. Utami
 Tempat/Tgl. Lahir: 27-02-1982
 Alamat: Desa Bagan, Kecamatan Patis, Kabupaten Malang
 Agama: Islam
 Pendidikan: Tidak Sekolah/SD/SMP/SML/Akademi/Perguruan Tinggi
 Golongan Darah: B
 Pekerjaan: Rumahan

Nama Suami: Abd. Elan
 Tempat/Tgl. Lahir: Malang 25.01.1982
 Agama: Islam
 Pendidikan: Tidak Sekolah/SD/SMP/SML/Akademi/Perguruan Tinggi
 Golongan Darah: B
 Pekerjaan: Rumahan

Alamat Rumah: Desa Bagan, Rt. 1/1, Bagan
 Kecamatan: Patis
 Kabupaten/Kota: Malang
 No. Telp. yang bisa dihubungi:

Nama Anak: Fitria S. Utami Ula
 Tempat/Tgl. Lahir: Malang 17-07-2007 L/P
 Anak Ke: 1 dari 1 anak
 No. Akte Kelahiran:

PEMERIKSAAN KEBUPATEN MALANG
 DINAS KESEHATAN
 UPT PUSKESMAS PAKIS
 Jl. Raya Pakis Kembangan No. 70 Telp. (0341) 715441 Pac. Pakis
KABUPATEN MALANG

NAMA: Fitria S. Utami L/P
 UMUR: 33 th
 ALAMAT: Desa Bagan Subwoyo
 TANGGAL: 27/12/19
 NO. REG:
 PENGIRIM:

PEMERIKSAAN	HASIL	NILAI NORMAL
A.ANC		
HB	<u>51</u>	L:14.0-18.0 P:12.0-16.0 g/dl
GOLDA	<u>15</u>	ABO/Rh:
HIV RAPID		NON REAKTIF
HEPATITIS B/HBsAg	<u>NR</u>	NON REAKTIF
GYPHUS RAPID	<u>NR</u>	NON REAKTIF
ALBUMIN URINE		NEGATIF
REDUKSI URINE		NEGATIF
pH URINE		5.0-7.2
HCG STRIP/PLANO		NEGATIF

CATATAN:
 Pemeriksa:

Lampiran 6

KARTU - IBU

RS/Puskesmas/RE		No index / kode	
Pusat/Palindoa/BPS		Tgl Pendaftaran pertama	
Desa/Kelurahan		Nama pemelika	
Kad/Kota			

IDENTITAS IBU		IDENTITAS SUAMI	
Nama	<u>M. WIDAYATI</u>	Nama	<u>Tn. Abdul Mubin</u>
Umur	<u>34</u> tahun	Umur	<u>52</u> tahun
Agama	<u>Islam</u>	Agama	<u>Islam</u>
Alamat/Telp	<u>Dsn. Banting RT/ RW 4</u>	Alamat/Telp	<u>Dsn. Banting RT/ RW 3</u>
Pekerjaan	<u>Cukcokan, MUKS</u>	Pekerjaan	<u>Cukcokan, MUKS</u>
Pendidikan	<u>SD</u>	Pendidikan	<u>SD</u>
Buku KIA	<u>(Punya) belum dibent (terang)</u>	Buku KIA	<u>SD</u>

RIWAYAT PERKAWINAN				
Kawin ke	Lama Kawin	Batas Pisah	Sebab Meringgal	Sebab Meringgal
<u>1</u>	<u>14 th</u>	<u>-</u>	<u>-</u>	<u>-</u>

RIWAYAT KEHAMILAN, PERSALINAN DAN KB

HAMIL	PERSALINAN	TEMPAT PERSALINAN	KOMPLIKASI PERSALINAN	PENDOLONG	KEADAAN BBL	KEADAAN ANAK SEKARANG	KB
KOMPLETE AS	A H S B A S R P S R	A S R P S R	A H S B A S R P S R	A H S B A S R P S R	A H S B A S R P S R	A H S B A S R P S R	A H S B A S R P S R
<u>1</u>	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>1</u>

RIWAYAT KEHAMILAN SEKARANG

G : <u>II</u>	P : <u>1000</u>	Ag : <u>0000</u>
Had	Suka / tenar (<u>tidak</u>)	HWHT <u>15/12</u> HPL <u>22/6</u>
BB saat hamil	<u>55</u> Kg	
Mual / muntah	<u>Tidak</u> / kadang - kadang / terus - menerus	
Pusing	<u>Tidak</u> / kadang - kadang / terus - menerus	
Nyeri perut	<u>Ada</u> / <u>Tidak</u>	
Gemetar-jemur	<u>Ada</u> / jarang / tidak ada	
Oedema	<u>Tidak ada</u> / ada (tali / umum)	
Nafsu makan	<u>Baik</u> / menurun	
Pendarahan	<u>Tidak ada</u> / ada (sejak _____)	

Penyakit yang diderita bunda : Daru / DM / Epilepsi / Hb / Polio / Gigitan ular / Banting / Hepatitis / Anem / Darah tinggi / PMG
 Riwayat penyakit keluarga : Jepirani / DM / Paru / Antang / Polio / Gemetar-jemur
 Kelahiran ku : Memiliki / mempunyai / bekas / no/kelua / Menun-jemu / Rije paru
 Status TT : T0 / T1 / T2 / T3 / T4 / T5 Tanggal munsani : _____
 Perhatian! Acidoh Faktor Resiko HIV/AIDS : Ada / Tidak, (jika ada : Transfusi / Pengguna Narkoba Suntik / Multi Partner Sex / Taktik-Induk)

PEMERIKSAAN

TD	<u>110/70</u> Cm
LILA	<u>05</u> Cm
BENTUK TUBUH	<u>Normal</u> / Kelelahan 5 bbl / kelesan tungkai / kelesan bentuk panggul
KESADARAN	<u>Baik</u> / ada gangguan
MUKA	<u>Berwarna</u> / kuning
KULIT	<u>Normal</u> / Ruam-kecil / herpes / Leucoderma / taluk / karies / luka sayatan / bekas-bekas / Gigitan / Hewan / Hewan
MATA	<u>Normal</u> / Oedema palpebra / conjunctiva / pupil / iteras
MULUT	<u>Normal</u> / Cyanosis / Stomatitis / Tonsilitis / Faringitis
GIGI	<u>Normal</u> / karies
PENDERAHAN KEL	<u>Lekuk</u> / karies / kelesan / Patau / Covid
DADA	<u>Normal</u> / Bentuk dada abnormal
- Paru / jantung	<u>Normal</u> / sesak
- Jantung	<u>Tidak ada kelainan</u> / berdebar-debar / mudah sesak napas
- Payudara	<u>Normal</u> / kemerahan
	<u>Berjalan</u> / puting susu memek / Kulit jerk / keluar cairan
TANGAN TUNGKAI	<u>Normal</u> / oedema
- refleks	<u>Tidak ada</u> / <u>Patut</u>

RENCANA PERSALINAN

Gal darah ibu : B

Persolong : _____

Tenasi : _____

Pelampang : _____

Calon Desai : _____

Kesimpulan / Diagnosa : _____

Lampiran 7

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

Name: Mrs. Widayati Umur ibu: 37 Th.
 Hamil ke: II, Haid Terakhir tgl: 15/4/16 Perkiraan Persalinan tgl: 26/10/16 bl.
 Pendidikan: Ibu SD Suami SD
 Pekerjaan: Ibu Pengantar Suami Karyawan Toko Bersejarah

KEL F.R.	I NO	III Masalah / Faktor Risiko	SKOR	IV Tribulan		
				I	II	III
		Skor Asli Ibu Hamil	2			
I	1	Tertalu muda, hamil I < 16 th	4			
	2	a. Tertalu lambat hamil I, kevin > 4th b. Tertalu tua, hamil I > 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	Pernah gagal kehamilatan	4			
	9	Pernah melahirkan dengan: a. Tarikan tang / vakum b. Uti drogoh c. Diben infus/Transfusi	4			
	10	Pernah Operasi Sesak	4			
II	11	Penyakit pada ibu hamil a. Kurang darah b. Malaria c. TBC Paru d. Payah jantung e. Kencing Manis (Diabetes) 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	Lelah berlebihan	4			
	18	Lelah Lengah	4			
III	19	Pendapatan dalam kehamilan di- 20. Perawatan dan Sertifikasi	4			
JUMLAH SKOR						

PENYULUHAN KEHAMILAN/PERSALINAN AMAN - RUJUKAN TERENCANA

KEHAMILAN			PERSALINAN DENGAN RISIKO			
JM. SKOR	KEL. IBU	FEEL MASY	RUJUKAN	TEMPAT	PENJ. IUD	RUJUKAN
			TIDAK BERISIKO	RUMAH	POLINDES	RUJUKAN
2	KM	BDAN	TIDAK BERISIKO	RUMAH	POLINDES	RUJUKAN
6-10	KBT	BDAN DBLTER	BDAN PSM	POLINDES	POLINDES	RUJUKAN
11-22	KBT	BDAN DBLTER	RUMAH SAKIT	RUMAH SAKIT	RUMAH SAKIT	RUJUKAN

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

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

Tempat Perawatan Kehamilan : 1. Posyandu 2. Polindes 3. Rumah Bidan
4. Puskesmas 5. Rumah Sakit 6. Praktek Dokter

Persalinan : Melahirkan tanggal : / /

RUJUKAN DARI : 1. Sendi 2. Dukun 3. Bidan 4. Puskesmas
 RUJUKAN KE : 1. Bidan 2. Puskesmas 3. Rumah Sakit 4. Puskesmas

RUJUKAN :
 1. Rujukan Diri Berencana (RDBR) / 2. Rujukan Tepat Waktu (RTW)
 Rujukan Dalam Rahim (RDR) / 3. Rujukan Timbal (RT)

Gawat Obstetrik :
 Kel. Faktor Risiko I & II :
 1.
 2.
 3.
 4.
 5.
 6.
 7.
 Gawat Danurak Obstetrik :
 • Kel. Faktor Risiko III
 1. Perubahan antepartum
 2. Ekstremis
 • Komplikasi Obstetrik
 3. Perubahan postpartum
 4. Un Terseggal
 5. Persalinan Lama
 6. Parus Tinggi

TEMPAT : 1. Rumah Bidan 2. Rumah Bidan 3. Polindes 4. Puskesmas 5. Rumah Sakit 6. Perawatan
 PENOLONG : 1. Dukun 2. Bidan 3. Dokter 4. Lahir-2
 MACAM PERSALINAN : 1. Normal 2. Terbatas pervaigrom 3. Operasi Sesak

PAŠCA PERSALINAN :
 IBU :
 1. Tidak 2. Mati dengan penyebab
 a. Perawatan b. Perkomposisi Ekstremis
 c. Parus lama d. Infeksi e. Lain-2
 TEMPAT KEMATIAN IBU :
 1. Rumah Bidan 2. Rumah Bidan 3. Polindes 4. Puskesmas 5. Rumah Sakit 6. Perawatan
 BAYI :
 1. Berat lahir gram, Lahir-2 Perempuan
 2. Lahir hidup Apgar Skor
 3. Lahir mati penyebab
 4. Mati kemudian, umur th, penyebab
 5. Kematian 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 :

Lampiran 8

PENAPISAN IBU BERSALIN

NAMA : Ny. Widiyanti
 TANGGAL : 02 Juni 2019
 JAM : 19.30 WIB

NO.	KRITERIA	YA	TIDAK
1	Riwayat bedah secar		✓
2	Perdarahan pervaginam		✓
3	Persalinan kurang bulan (<37 minggu)		✓
4	Ketuban pecah dengan mekonium kental		✓
5	Ketuban pecah selama (>24 jam)		✓
6	Ketuban pecah pada persalinan kurang bulan (<37 minggu)		✓
7	Ikterus		✓
8	Anemia	✓	
9	Tanda atau gejala infeksi		✓
10	Preeklamsia / hipertensi dalam kehamilan		✓
11	Tinggi fundus 40 cm atau lebih		✓
12	Gawat janin		✓
13	Primipara dalam fase aktif kepala masih 5/5		✓
14	Presentasi bukan belakang kepala		✓
15	Presentasi ganda (majemuk)		✓
16	Kehamilan ganda atau gammeli	✓	
17	Tali pusat menubung		✓
18	Syok		✓
19	Bumil TKI		✓
20	Suami pelayaran		✓
21	Suami atau bumil bertato		✓
22	HIV/AIDS		✓
23	PMS		✓
24	Anak mahal		✓

Pembimbing Klinik

CATATAN PERSALINAN

- Tanggal: 03 / 06 / 2017
- Nama bidan: Khairunnisrah Anindya
- Tempat persalinan:
 - Rumah ibu
 - Puskesmas
 - Polindes
 - Rumah Sakit
 - Klinik Swasta
 - Lainnya: Klinik
- Alamat Tempat persalinan: RT 005 RW 015
- Catatan: rujuk, kals: IM/IM/IV
- Alasan merujuk:
- Tempat rujukan:
- Pendamping pada saat merujuk:
 - Sidan
 - Teman
 - Suami
 - Dukun
 - Keluarga
 - Tidak ada

KALA I

- Partogram melewati garis waspada: Ya / Tidak
- Masalah lain, sebutkan:
- Penatalaksanaan masalah tsb:
- Hasilnya:

KALA II

- Epsiotomi:
 - Ya, indikasi
 - Tidak
- Pendamping pada saat persalinan:
 - Suami
 - Teman
 - Keluarga
 - Dukun
 - Tidak ada
- Gawat janin:
 - Ya, tindakan yang dilakukan:
 - Tidak
 - Pemantauan DJJ setiap 6-10 menit selama kala II, hasil:
- Distosis bahu:
 - Ya, tindakan yang dilakukan:
 - Tidak
- Masalah lain, sebutkan:
- Penatalaksanaan masalah tersebut:

KALA III

- Inisiasi menyusui dini:
 - Ya
 - Tidak, alasannya: AARDYA SUDIN DE-2
- Lama kala III: menit
- Pemberian Oksitosin 10 U/IM ?
 - Ya, waktu menit sesudah persalinan
 - Tidak, alasan:
- Perjepitan dan pemotongan tali pusat ?
 - Ya, waktu menit
 - Tidak, alasan:
- Pemberian ulang Oksitosin (2x) ?
 - Ya, alasan:
 - Tidak
- Penengangan tali pusat terkendali ?
 - Ya
 - Tidak, alasan:

PEMANTAUAN PERSALINAN KALA IV

Jam ke	Waktu	Tekanan Darah	Nadi	Suhu	Tinggi fundus uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Korch	Pendarahan
1	01.30	110 / 70	80	36,5	2 jari + puting	kuat	aktif	20 cc
	02.30	100 / 60	80	36,5	2 jari + puting	kuat	aktif	20 cc
	03.45	100 / 60	80	36,5	2 jari + puting	kuat	aktif	20 cc
	04.00	100 / 60	80	36,5	2 jari + puting	kuat	aktif	20 cc
2	05.30	110 / 70	80	36,5	2 jari + puting	kuat	aktif	20 cc
	06.00	100 / 60	80	36,5	2 jari + puting	kuat	aktif	20 cc

Masalah Kala IV
 Penatalaksanaan masalah tersebut
 Hasilnya

- Manase fundus uteri:
 - Ya
 - Tidak, alasan:
- Plasenta lahir lengkap (intact): Ya / Tidak
 Jika tidak lengkap tindakan yang dilakukan:
 -
 -
- Plasenta tidak lahir > 30 menit: Ya / Tidak
 Jika tidak, tindakan:
 -
 -
 -
- Lacerasi:
 - Ya, dimana
 - Tidak
- Jika lacerasi perineum, derajat: 1 / 2 / 3 / 4
 Tindakan:
 - Penjahitan, dengan / tanpa anestesi
 - Tidak dijahit, alasan:
- Atonia uteri:
 - Ya, tindakan:
 - Tidak
- Jumlah pendarahan: ± 100 ml
- Masalah lain, sebutkan:
- Penatalaksanaan masalah tersebut:
- Hasilnya:

BAYI BARU LAHIR :

- Berat badan: 3.200 gr, 1.100 gram
- Perjang: 47 cm, 42 cm
- Jenis kelamin: L / P
- Penilaian bayi baru lahir (Bali) / ada penyuki
- Bayi lahir dengan A/S:
 - Normal, tindakan:
 - Mengeringkan
 - Menghangatkan
 - Rangsang taktis
 - Bungkus bayi dan tempatkan disisi ibu
 - Asfiksia ringan / pucat / biru / lemas / tindakan:
 - Mengeringkan
 - Rangsang taktis
 - Bungkus bayi dan tempatkan disisi ibu
 - Cacat bawaan, sebutkan:
 - Hipotermia, tindakan:
 -
 -
 -
- Pemberian ASI:
 - Ya, waktu: 1 jam setelah bayi lahir
 - Tidak, alasan:
- Masalah lain, sebutkan:
 Hasilnya:
- Pemberian vit. A 200.000 IU pada ibu:
 - 1 jam setelah melahirkan
 - 24 jam setelah pemberian pertama
- Pada bayi:
 - Inj. Vit K: 1 jam setelah lahir
 - zalf mata: 1 jam setelah lahir
 - Hb, unjeck: 1 jam setelah lahir

Lampiran 10



2 Jam Post Partum





Mengukur Lingkar kepala





Kunjungan Nlfas



Kunjungan KB

Lampiran 11

**TATA TERTIB
PEMBUATAN SURAT UNTUK LTA
PRODI D III KEBIDANAN STIKES WIDYAGAMA HUSADA
TAHUN AKADEMIK 2018/2019**

- Mahasiswa diwajibkan melakukan pendaftaran penyusunan tugas akhir pada bagian pendaftaran tugas akhir.
- Mahasiswa wajib melakukan konfirmasi kepastian pemakaian ruang dan jadwal ujian pada kedua pembimbing dan pengaji sebelum melakukan permohonan pembuatan surat (studi pendahuluan, permohonan pengaji proposal, permohonan pengaji tugas akhir).
- Mahasiswa diwajibkan konfirmasi minimal 4 hari sebelum melakukan permintaan pembuatan surat (studi pendahuluan, permohonan pengaji proposal, permohonan pengaji tugas akhir).
- Mahasiswa dapat mengambil surat permohonan (studi pendahuluan, permohonan pengaji proposal, permohonan pengaji tugas akhir) minimal 1 hari setelah proses pengajuan.
- Mahasiswa wajib menandatangani penyelesaian pembimbing pada lembar konfirmasi dan diserahkan kepada mahasiswa sebelum melakukan proses permohonan pembuatan surat (studi pendahuluan, permohonan pengaji proposal, permohonan pengaji tugas akhir).
- Jika mahasiswa meminta pembuatan surat (di luar batas akhir kelulusan) maka sebelum pembuatan surat dilakukan mahasiswa yang bersangkutan wajib meminta rekomendasi prodi.

UNIVERSITAS WIDYAGAMA HUSADA
KEMENTERIAN KESEHATAN RI

NO	NOOR	NOOR	NOOR	NOOR	NOOR	NOOR	NOOR	NOOR	NOOR
NO	NOOR	NOOR	NOOR	NOOR	NOOR	NOOR	NOOR	NOOR	NOOR
I	Konv/11.30 25/1/19	18-15	ANC						
II	Solusi 14/1/19	09.00-10.15	ANC						
III	Solusi 14/1/19	16.00-17.00	ANC						
IV	Solusi 14/1/19	18.30-19.30	1MC + 60AL						
V	Solusi 14/1/19	18.00-19.00	PMC						

UNIVERSITAS WIDYAGAMA HUSADA
KEMENTERIAN KESEHATAN RI

NO	NOOR	NOOR	NOOR	NOOR	NOOR	NOOR	NOOR	NOOR	NOOR
NO	NOOR	NOOR	NOOR	NOOR	NOOR	NOOR	NOOR	NOOR	NOOR
VI	7/1/19	09.15-10.00	PMC + 60AL (6 kali)						
VII	14/1/19	12.15	PMC (2 kali saja)						
VIII	14/1/19	10.00-11.00	PMC (6 minggu)						
IX	14/1/19	17.15	KB (pengangan)						
X	14/1/19	18.00-18.30	Exam (jari) Anemomom KB						

UNIVERSITAS WIDYAGAMA HUSADA
KEMENTERIAN KESEHATAN RI

NO	NOOR	NOOR	NOOR	NOOR	NOOR	NOOR	NOOR	NOOR	NOOR
NO	NOOR	NOOR	NOOR	NOOR	NOOR	NOOR	NOOR	NOOR	NOOR

Lampiran 12

Form 5:
CATATAN KONSULTASI PEMBIMBING 1

NO.	TANGGAL	KEGIATAN DAN SARAN	PARAF PEMBIMBING
1.	25/03 2019 Gem.	Forum bab 1 & 2. Revisi di slide ppt.	<i>[Signature]</i>
2.	27/03 2019 Poh.	Revisi bab 1 latar belakang Korlat GEMP.	<i>[Signature]</i>
3.	01/04 2019.		<i>[Signature]</i>
4.	11/04 2019.	ACC bab 1, Revisi bab 2, 4. 5019.	<i>[Signature]</i>
5.	04/05 2019.	ACC -> Ujian proposal	<i>[Signature]</i>
6.	5/07 2019.	Bab 2 dan 3 bab 1, 2, 3. Revisi slide ppt. Revisi slide ppt.	<i>[Signature]</i>
7.	09/09 2019	Bab 1, 2, 3 ACC Revisi slide ppt. Revisi presentasi	<i>[Signature]</i>
8.	29/7 2019	Revisi presentasi Revisi analisis bab	<i>[Signature]</i>
9.	2/8 2019.	Langkah kepingan.	<i>[Signature]</i>

Form 6:
CATATAN KONSULTASI PEMBIMBING 1

NO.	TANGGAL	KEGIATAN DAN SARAN	PARAF PEMBIMBING
10.	6/8 2019.	ACC -> Ujian LTA ppt ACC.	<i>[Signature]</i>

Form 7:
CATATAN KONSULTASI PEMBIMBING 1

NO.	TANGGAL	KEGIATAN DAN SARAN	PARAF PEMBIMBING

Form 8:
CATATAN KONSULTASI PEMBIMBING 2

NO.	TANGGAL	KEGIATAN DAN SARAN	PARAF PEMBIMBING
1	2/4 2019	Revisi Bab 1-2 Pembelajaran kearah umum	<i>[Signature]</i>
2	4/4 2019	Revisi Bab 1-2 Langkah	<i>[Signature]</i>
3	10/4 2019	Revisi Bab 1-3 Pembelajaran	<i>[Signature]</i>
4	16/4 2019	Revisi Bab 2 Langkah DP	<i>[Signature]</i>
5	20/4 2019	Langkah kearah umum Pembelajaran kearah umum	<i>[Signature]</i>
6	29/4 2019	Revisi Bab 2 Langkah kearah umum	<i>[Signature]</i>
7	9/5 2019	Revisi DP, kearah umum PPT	<i>[Signature]</i>
8	8/5 2019	ACC Ujian Proposal	<i>[Signature]</i>
9	8/7 2019	Revisi Jurnal, Revisi kearah umum	<i>[Signature]</i>

Form 9:
CATATAN KONSULTASI PEMBIMBING 2

NO.	TANGGAL	KEGIATAN DAN SARAN	PARAF PEMBIMBING
10	9/3 2019	Senin, Feb 2, 1999, Langiran	<i>[Signature]</i>
11	1/5 2019	Senin, Feb 5	<i>[Signature]</i>
12	5/8 2019	SOA P, Langiran, praktik	<i>[Signature]</i>
13	8/8 2019	Langiran, PPT	<i>[Signature]</i>
14	9/8 2019	Ate Ngusu LTA	<i>[Signature]</i>

Form 10:
CATATAN KONSULTASI PEMBIMBING 2

NO.	TANGGAL	KEGIATAN DAN SARAN	PARAF PEMBIMBING




Lampiran 13

LEMBAR REKOMENDASI
PERBAIKAN LAPORAN TUGAS AKHIR
PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN
STIKES WIDYAGAMA HUSADA
MALANG

Nama Mahasiswa : Novera

NIM : 1615.15401.1094

Judul LTA : "Laporan Tugas Akhir Asuhan Kebidanan Secara Komprehensif Pada Ny "W" Usia 34 Tahun Dengan Gemelli dan BBLR di PMB Khalimatus Sadiya, AMd. Keb, Pakis"

NO	NAMA PENGUJI	REKOMENDASI	TTD
1.	dr. Herdiarto, Sp. OG., MM	<ul style="list-style-type: none">- Istilah teknologi diagnosa kehamilan- Memperbaiki ketikan- Lebih menguasai teori kebidanan lagi- Pemeriksaan dengan Leopold lebih dipertajam lagi	
2.	Ervin Rufaindah, S.ST., M.Keb	<ul style="list-style-type: none">- Cara menentukan bayi ke 2 selain TFU- Lama persalinan Kate III- Bayi BBLR kapan dipulangkan dan asuhan dirumah bagaimana- Penyebab BBLR- Apakah ada hubungan jarak kehamilan >10 th dengan kehamilan gemelli	
3.	Yuliyani, Amd.Keb., S.KM., M.Biomed	<ul style="list-style-type: none">- Memperbaiki SOAP	

Lampiran 14

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Novera

NIM : 1615.15401.1094

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, 30 Agustus 2019

Mengetahui,

Kaprodi DIII Kebidanan

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

Penulis

(Novera)

CURRICULUM VITAE



Novera

Tanjung Selor, 19 November 1998

Motto : “ Kegagalan Boleh Terjadi Tetapi Ingatlah Untuk Bangkit Kembali ”

SD Negeri 008 Tanjung Palas Lulus Tahun 2010

SMP Negeri 1 Tanjung Selor Lulus Tahun 2013

SMA Negeri 1 Tanjung Selor Lulus Tahun 2016