LAPORAN TUGAS AKHIR

ASUHAN KEBIDANAN SECARA KOMPREHENSIF PADA NY. “A” USIA 24 TAHUN DENGAN PERSALINAN SUNGSANG DI BPM DILLAH SOBIRIN PAKIS MALANG

Oleh:

APRILLA YUSTI WINDARI

1413.15401.882

PROGRAM STUDI D3 KEBIDANAN

STIKES WIDYAGAMA HUSADA MALANG

2017

LAPORAN TUGAS AKHIR

ASUHAN KEBIDANAN SECARA KOMPREHENSIF PADA NY. "A" USIA 24 TAHUN DENGAN PERSALINAN SUNGSANG DI BPM DILLAH SOBIRIN PAKIS MALANG

Diajukan Sebagai Syarat Menyelesaikan Pendidikan Tinggi Program Studi D3 Kebidanan

Oleh:

APRILLA YUSTI WINDARI

1413.15401.882

PROGRAM STUDI D3 KEBIDANAN

STIKES WIDYAGAMA HUSADA MALANG

2017

LEMBAR PERSETUJUAN

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

ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY "A" USIA 24 TAHUN DENGAN PERSALINAN SUNGSANG DI BPM DILLAH SOBIRIN PAKIS MALANG

APRILLA YUSTI WINDARI

NIM 1413.15401.882

Malang, 2 Agustus 2017

Menyetujui,

Pembimbing I	Pembimbing II
(Pateman, S. SiT., M. Kes)	(Indah Dwi Jayanti, S. ST)

LEMBAR PENGESAHAN

Laporan Tugas Akhir ini telah diperiksa dan dipertahankan

dihadapan Tim Penguji Laporan Tugas Akhir

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Widyagama Husada

Pada Tanggal 12-08-2017

ASUHAN KEBIDANAN SECARA KOMPREHENSIF

PADA NY "A" USIA 24 TAHUN DENGAN PERSALINAN SUNGSANG

DI BPM DILLAH SOBIRIN PAKIS MALANG

APRILLA YUSTI WINDARI

NIM 1413.15401.882

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

(Patemah, S. SiT., M. Kes) ( )
Penguji II

(Indah Dwi Jayanti, S.ST) ( )
Penguji III

Mengetahui,
Ketua STIKES Widyagama Husada Malang.

(dr.Rudy Joegijantoro, MMRS)

NIP.197110152001121006

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT atas segala Rahmat dan Karunia-Nya sehingga dapat terselesaikan Laporan Tugas Akhir dengan judul "Asuhan Kebidanan Secara Komprehensif Pada Ny "A" Usia 24 Tahun Dengan Persalinan Sungsang Di BPM Dillah Sobirin Pakis Malang" sebagai salah satu persyaratan akademik dalam rangka menyelesaikan kuliah di Program Studi D3 Kebidanan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Widyagama Husada.

Dalam Laporan Tugas Akhir ini dijabarkan bagaimana pelaksanaan asuhan kebidanan pada pasien mulai hamil hingga masa nifas selesai, meliputi asuhan selama kehamilan, persalinan, bayi baru lahir masa nifas serta asuhan Keluarga Berencana. Pada kesempatan ini penulis sampaikan terima kasih dan penghargaan yang penuh kepada:

1. dr. Rudy Joegijantoro, MMRS selaku ketua STIKES Widyagama Husada Malang.
2. dr. Wira Daramatasia, M. Biomed selaku wakil bidang 1 akademik dan kemahasiswaan STIKES Widyagama Husada Malang.
3. Bidan Dilah Sobirin, Amd. Keb yang telah memberi ijin untuk penelitian dan membimbing selama melakukan asuhan komprehensif pada pasien.
4. Ervin Rufaindah, S.ST., M.Keb selaku penguji laporan tugas akhir.
5. Patemah, S.SiT., M. Kes selaku pembimbing 1 yang telah memberikan masukan dan saran dalam penyusunan laporan tugas akhir ini.
6. Indah Dwi Jayanti, S.ST selaku pembimbing 2 yang telah memberikan masukan dan saran dalam penyusunan laporan tugas akhir ini.
7. Ny. "A" selaku pasien dalam penyelesaian laporan tugas akhir.

8. Ayah dan Ibu yang memberikan dukungan moril, materil dan do'a yang tulus selama ini.
9. Semua teman dan pihak yang membantu kelancaran pembuatan laporan tugas akhir ini.

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

Malang, Agustus 2017

Penulis

RINGKASAN

Windari, Aprilla Yusti. 2017. *Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny. "A" Usia 24 Tahun Dengan Persalinan Sungsang Di BPM Dillah Sobirin Pakis Malang*. Tugas Akhir. D3 Kebidanan STIKes Widyagama Husada Malang. Pembimbing: 1. Patemah, S. SiT., M. Kes 2. Indah Dwi Jayanti, S. ST

Jumlah Angka Kematian Ibu (AKI) pada tahun 2016 di Kabupaten Malang 52,78 per 100.000 Kelahiran Hidup (KH), sedangkan jumlah Angka Kematian Bayi (AKB) 4,52 per 1000 KH. Salah satu upaya menurunkan AKI dan AKB yaitu meningkatkan pelayanan kesehatan khususnya pelayanan asuhan kebidanan secara *Continuity of Care* yang berfokus pada asuhan sayang ibu dan bayi sesuai dengan standar pelayanan kebidanan. Tujuan dari penelitian ini adalah penulis mampu melaksanakan asuhan kebidanan sesuai dengan penerapan manajemen kebidanan yang didokumentasikan dalam bentuk SOAP (Subjektif, Objektif, Analisa, Penatalaksanaan) pada ibu hamil hingga Keluarga Berencana.

Asuhan kebidanan ini dilakukan pada Ny. "A" Usia 24 tahun G_{II} P_{1001} Ab_{000} di BPM Dillah Sobirin Pakis Malang sejak bulan April hingga Juli 2017. Asuhan Kebidanan Komprehensif dari kehamilan sampai KB dengan 12 kunjungan. Pada kehamilan trimester III dilakukan 4 kali kunjungan, pada masa persalinan 1 kali kunjungan, nifas 4 kali kunjungan, bayi baru lahir 2 kali kunjungan dan KB 1 kali kunjungan. Pada masa kehamilan berjalan fisiologis karena kepala sudah berada di bawah tetapi belum masuk Pintu Atas Panggul (PAP), saat persalinan berlangsung patologis karena diketahui letak bayi sungsang, beberapa faktor yaitu janin mudah bergerak karena air ketuban yang banyak, multipara dan sebab yang tidak diketahui. Persalinan dilakukan secara normal atas persetujuan suami. Bayi lahir dengan sehat dan tanpa cacat berjenis kelamin perempuan, BB 3100 gram PB 48 cm A/S 7-8, BBL tidak dilakukan Inisiasi Menyusu Dini (IMD). Masa nifas ibu tidak ada komplikasi yang mengarah ke patologis. Ibu memilih KB suntik 3 bulan sebagai alat kontrasepsinya.

Berdasarkan hasil pengkajian selama hamil sampai KB dapat disimpulkan bahwa masih terdapat kesenjangan antara teori dan praktek, asuhan tidak sesuai dengan standar asuhan kebidanan yaitu saat BBL dan saat nifas. Diharapkan asuhan kebidanan dilakukan sesuai standar asuhan kebidanan sehingga dapat mengurangi AKI dan AKB di Kabupaten Malang.

Referensi : 21 referensi (2010-2016)
Kata Kunci : kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, KB

SUMMARY

Windari, Aprilla Yusti. 2017. *Comprehensive Midwifery Care to Mrs. "A" 24 Years Old With Breech Delivery at Dillah Sobirin Midwife Practitioner Pakis Malang*. Final Task. D3 Midwifery Study Program of Widyagama School of Health. Advisors: 1. Patemah, S. ST., M. Kes 2. Indah Dwi Jayanti, S. ST

The number of Maternal Mortality Rate (MMR) in the Regency of Malang in 2016 was 52,78 per 100,000 live births, while the number of Infant Mortality Rate (IMR) was 4.52 per 1000 live births. The effort to decrease MMR and IMR is to improve midwifery care services by Continuity of Care which focus on maternal and infant care in accordance with standard of midwifery services. The purpose of this research is to perform midwifery care according to the implementation of midwifery management which documented in the form of SOAM (Subjective, Objective, Analysis, Management), started from pregnancy period to Family Planning programme.

Midwifery care was done to Mrs. "A", 24 years old, G_{II} P_{1001} Ab_{000} in Dillah Sobirin midwife practitioner, Pakis-Malang from April to July 2017. Comprehensive Midwifery Care done from pregnancy until Family Planning programme in 12 visits. In the third trimester of pregnancy there were four visits, one visit at labor, four visits during post partum, two visits in newborn period and one visit for Family Planning. The pregnancy run physiologically, the baby's head was down but not yet entered the entrance on the pelvis. It was a spontaneous and pathological labor with the inform consent of the husband. It was a breech baby in which it caused by several factors such as the fetus was easy to move for amniotic fluid, multipara and unknown causes. Baby girl was born normally, weighed 3100 gram, 48 cm height and APGAR Score 7-8, newborn baby was not given early breastfeeding initiation. Postpartum run physiologically and mother chosed 3 month injections as the method of her Family Planning.

The results of the Comprehensive Midwifery Care during pregnancy until the Family Planning has showed that there are still gaps between theories and practices, some processes of the upbringing are not in accordance with the standard of midwifery care, especially in the newborn and postpartum period. It is expected that the next services will be done according to the standard of Comprehensive Midwifery Care, so it can reduce MMR and IMR in the regency of Malang.

References : 21 references (2010-2016)
Keywords : pregnancy, labor, postpartum, newborn, Family Planning

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL……i
LEMBAR PERSETUJUAN ii
LEMBAR PENGESAHAN iii
KATA PENGANTAR iv
RINGKASAN vi
SUMMARY vii
DAFTAR ISI viii
DAFTAR GAMBAR xi
DAFTAR TABEL xii
DAFTAR LAMPIRAN xiii
DAFTAR SINGKATAN xv
BAB I PENDAHULUAN 1
1.1 Latar Belakang 1
1.2 Batasan Masalah 3
1.3 Tujuan Penyusunan 3
1.3.1 Tujuan Umum 3
1.3.2 Tujuan Khusus 3
1.4 Ruang Lingkup 4
1.4.1 Sasaran 4
1.4.2 Tempat 4
1.4.3 Waktu 4
1.5 Manfaat 4
1.5.1 Bagi Penulis 4
1.5.2 Bagi Pasien 5
1.5.3 Bagi BPM 5
1.5.4 Bagi Institusi Stikes Widyagama Husada Malang 5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA 6
2.1 Konsep Dasar 6
2.1.1Konsep Dasar Kehamilan 6
2.1.2 Konsep Dasar Persalinan 29
2.1.3 Konsep Dasar Nifas 41

2.1.4 Konsep Dasar Bayi Baru Lahir.....59
2.1.5 Keluarga Berencana.....78
2.1.6 Konsep Dasar Sungsang.....82
2.2 Konsep Dasar Manajemen Kebidanan.....96
2.2.1 Definisi Manajemen Kebidanan.....96
2.2.2 Prinsip Manajemen Kebidanan.....97
2.2.3 Langkah-langkah Manajemen Kebidanan.....98
2.3 Konsep Dasar Dokumentasi Kebidanan.....100
2.3.1 Definisi Dokumentasi Kebidanan.....100
2.3.2 Fungsi dan Prinsip Dokumentasi Kebidanan.....100
2.3.3 Model Dokumentasi Asuhan Kebidanan.....100
BAB III KERANGKA KONSEP.....102
3.1 Kerangka Konsep.....102
3. 2 Keterangan.....103
BAB IV LAPORAN PELAKSANAAN ASUHAN.....105
4.1 Laporan Kunjungan ANC.....105
4.1.1 Kunjungan ANC I.....105
4.1.2 KUNJUNGAN ANC II.....111
4.1.3 KUNJUNGAN ANC III.....113
4.1.4 KUNJUNGAN ANC IV.....116
2.2 LAPORAN PELAKSANAAN ASUHAN PADA IBU BERSALIN.....118
4.3.1 KUNJUNGAN PNC 1.....125
4.3.2 KUNJUNGAN PNC II.....126
4.3.3 KUNJUNGAN PNC III.....128
4.3.4 KUNJUNGAN PNC IV.....129
4.4 LAPORAN PELAKSANAAN ASUHAN PADA BAYI.....130
4.4.1 KUNJUNGAN 1.....130
4.4.2 KUNJUNGAN II.....133
4.5 LAPORAN PELAKSANAAN ASUHAN KB.....135
BAB V PEMBAHASAN.....138
5.1 Pembahasan Asuhan Kebidanan Pada Masa Kehamilan.....138
5.2 Pembahasan Asuhan Kebidanan Pada Persalinan.....142
5.3 Pembahasan Asuhan Pada Masa Nifas.....145

5.4 Pembahasan Asuhan Pada Bayi Baru Lahir 148
5.5 Pembahasan Asuhan Keluarga Berencana 151
BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN 153
6.1 Kesimpulan 153
6.1.1 Asuhan Kebidanan Kehamilan 153
6.1.2 Asuhan Kebidanan Persalinan 153
6.1.3 Asuhan Kebidanan Masa Nifas 153
6.1.4 Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir 154
6.1.5 Asuhan Kebidanan KB 154
6.2 Saran 154
6.2.1 Bagi Pasien 154
6.2.2 Bagi Lahan Praktek (BPM) 154
6.2.3 Bagi Institusi STIKES Widyagama Husada 154
DAFTAR PUSTAKA
LAMPIRAN

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1.Siklus Menstruasi 6
Gambar 2. 2.Anatomi Panggul Wanita 14
Gambar 2. 3.Kartu KSPR 16
Gambar 2. 4. Tinggi Fundus Uterus 20
Gambar 2. 5. Bidang Hodge 32
Gambar 2. 7. Klasifikasi Letak Sungsang 83

DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1.Ukuran Panggul Normal 14
Tabel 2. 2.Pemeriksaan laboratorium..... 15
Tabel 2. 3.Diagnosa Banding..... 17
Tabel 2. 4.Standart Minimal Asuhan Kehamilan 19
Tabel 2. 5.Perkiraan TFU Terhadap Umur Kehamilan 21
Tabel 2. 6.Perbandingan tipe panggul..... 33

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Jadwal Pelaksanaan LTA

Lampiran 2 Studi Pendahuluan untuk Bangkesbangpol

Lampiran 3 Studi Pendahuluan Untuk Bidan

Lampiran 4 Surat Balasan Dari Bidan

Lampiran 5 Kesediaan Membimbing Pembimbing 1

Lampiran 6 Kesediaan Membimbing Pembimbing 2

Lampiran 7 Lembar Konsul Pembimbing 1

Lampiran 8 Lembar Konsul Pembimbing 2

Lampiran 9 Inform Consent

Lampiran 10 Biodata Pasien

Lampiran 11 Catatan ANC

Lampiran 12 KSPR

Lampiran 13 Kartu Ibu

Lampiran 14 Hasil Penilaian ANC

Lampiran 15 Lembar Kendali Mahasiswa

Lampiran 16 Lembar Observasi

Lampiran 17 Partograf

Lampiran 18 Dokumentasi Kunjungan

Lampiran 19 Pernyataan Keaslian Tulisan

Lampiran 20 Curiculum Vitae

DAFTAR SINGKATAN

AGDO = Ada Gawat Darurat Obstetrik

AGO = Ada Gawat Obstetrik

AKB = Angka Kematian Bayi

AKI = Angka Kematian Ibu

APGO = Ada Potensi Gawat Obstetrik

BB = Berat Badan

COC = *Continuity Of Care*

DM = *Diabetes Melitus*

FSH = *Follicle Stimulating Hormone*

FH = *Fundal Height*

GnRH = *Gonadotropin Releasing Hormone*

Hb = *Hemoglobin*

HCG = *Human Chorionic Gonadotropin*

HPHT = Hari Pertama Haid Terakhir

IUFD = *Intra Uterine Fetal Dead*

IUGR = *Intrauterine Growth Restriction*

JEFW = *Johnson Estimated Fetal Weight*

KB = Keluarga Berencana

KH = Kelahiran Hidup

KRR = Kehamilan Risiko Rendah

KRST = Kehamilan Risiko Sangat Tinggi

LH = *Luteinizing Hormone*

MDGs = *Millenium Development Goals*

PAP = Pintu Atas Panggul

PWS = Pemantauan Wilayah Setempat

PX = *Prosessus Xiphoideus*

RS = Rumah Sakit

SDGs = *Suistanable Development Goals*

SIAS = *Spina Illiaka Anterior Superior*

SUPAS = Survei Penduduk Antar Sensus

TD = Tekanan Darah

TFU = Tinggi Fundus Uteri

TM = Trimester

TT = *Tetanus Toxoid*

VDRL = *Veneral Disease Research Lab*

BAB I
PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Suistanable Development Goals (SDGs) merupakan sebuah acuan dalam kerangka pembangunan dan perundingan negara-negara di dunia. Konsep SDGs melanjutkan konsep pembangunan *Millenium Development Goals* (MDGs) dimana konsep itu sudah berakhir pada tahun 2015. Rencana program ini dibuat sampai tahun 2030. Angka Kematian Ibu masih tinggi meskipun SUPAS 2015 ada penurunan dari 346 per 100.000 kelahiran hidup menjadi 305 per 100.000 kelahiran hidup dan Angka Kematian Bayi 22 per 1000 kelahiran hidup. Menurut laporan rutin Pemantauan Wilayah Setempat (PWS), penyebab langsung kematian ibu adalah perdarahan, keracunan kehamilan dan infeksi. Kondisi tersebut ditunjang juga dengan keadaan sosial ekonomi sebagian masyarakat yang masih berada di garis kemiskinan serta fasilitas kesehatan dan tenaga kesehatan yang belum tersebar secara merata di seluruh wilayah Indonesia. Pada tahun 2030, mengurangi rasio angka kematian ibu hingga kurang dari 70 per 100.000 kelahiran hidup dan mengakhiri kematian bayi dan balita yang dapat dicegah, dengan seluruh negara berusaha menurunkan Angka Kematian Bayi (AKB) setidaknya hingga 12 per 1.000 KH (Badan Pusat Statistik, 2016).

Jumlah AKI dan AKB di Jawa Timur pada tahun 2016 Angka Kematian Ibu 97,39 per 100.000 kelahiran hidup dan Angka Kematian Bayi 25,9 per 1.000 kelahiran hidup (Dinas Kesehatan Jawa Timur, 2016).

Jumlah ibu hamil di Kabupaten Malang 42.937 jiwa, ibu bersalin dan ibu nifas 40.986 jiwa. Jumlah AKI di Kabupaten Malang 52,78 per 100.000 KH, sedangkan jumlah AKB 4,52 per 1000 KH (Dinkes Kabupaten Malang, 2016). Studi penelitian di BPM Dillah Sobirin pada Bulan Maret 2017 diperoleh data ibu hamil sebanyak 118 jiwa, ibu bersalin dan ibu nifas sebanyak 51 jiwa.

Dampak masalah bila tidak dilakukan asuhan kebidanan secara komprehensif mungkin terdapat penyulit saat kehamilan seperti hipertensi, perdarahan yang disebabkan oleh *plasenta previa* dan *solutio plasenta*. Kondisi tersebut akan mengakibatkan kematian pada ibu saat melahirkan, misalnya terjadi perdarahan saat persalinan, *rupture uteri* dan persalinan macet. Pada masa nifas kemungkinan terdapat bendungan ASI, mastitis dan abses pada payudara. Pada bayi kemungkinan bayi lahir dengan berat badan rendah, penyulit pada masa nifas akan menghambat pemulihan, sehingga ibu lama dalam memlih kontrasepsi pasca salin. Hal ini akan meningkatkan pertambahan penduduk yang semakin tidak terkendali. Dampak tersebut jika tidak diperhatikan akan menyebabkan kematian yang meningkatkan AKI dan AKB.

Menurunkan AKI dan AKB dengan meningkatkan pelayanan kesehatan khususnya pelayanan asuhan kebidanan secara *Continuity Of Care* yang berfokus pada asuhan sayang ibu dan bayi sesuai dengan standart pelayanan kebidanan. Oleh sebab itu, penulis tertarik untuk mengambil kasus ini secara komprehensif yang berjudul “Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny.”A” Usia 24 Tahun dengan Persalinan Sungsang di BPM Dillah Sobirin Pakis Malang”.

1.2 Batasan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang batasan masalahnya yaitu asuhan kebidanan yang diberikan kepada ibu hamil, melahirkan, bayi baru lahir, masa nifas serta KB dilakukan pada Ny. A Usia 24 Tahun G_{II} P_{1001} Ab_{000}.

1.3 Tujuan Penyusunan

1.3.1 Tujuan Umum

Mampu melaksanakan asuhan kebidanan sesuai dengan penerapan manajemen kebidanan yang didokumentasikan dalam bentuk SOAP penatalaksanaan kebidanan pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir dan Keluarga Berencana.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mampu melakukan pengkajian, menentukan masalah, menganalisa masalah dan memberikan penatalaksanaan secara komprehensif serta didokumentasikan melalui SOAP pada kehamilan trimester 3.
2. Mampu melakukan pengkajian, menentukan masalah, menganalisa masalah dan memberikan penatalaksanaan secara komprehensif serta didokumentasikan melalui SOAP pada ibu bersalin.
3. Mampu melakukan pengkajian, menentukan masalah, menganalisa masalah dan memberikan penatalaksanaan secara komprehensif serta didokumentasikan melalui SOAP pada ibu nifas
4. Mampu melakukan pengkajian, menentukan masalah, menganalisa masalah dan memberikan penatalaksanaan secara komprehensif serta didokumentasikan melalui SOAP pada bayi baru lahir.

5. Mampu melakukan pengkajian, menentukan masalah, menganalisa masalah dan memberikan penatalaksanaan secara komprehensif serta didokumentasikan melalui SOAP pada pemakaian KB.

1.4 Ruang Lingkup

1.4.1 Sasaran

Sasaran asuhan kebidanan ditujukan kepada ibu hamil dengan memperhatikan *Continuity Of Care* mulai dari kehamilan trimester 3, persalinan, nifas, bayi baru lahir dan KB. Asuhan kebidanan ini merupakan penerapan dalam memberikan pelayanan kepada klien yang mempunyai masalah dalam bidang kesehatan ibu pada masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir dan Keluarga Berencana pada Ny “A” usia 24 tahun G_{II} P_{1001} Ab_{000} , di BPM Dillah Sobirin Pakis Malang.

1.4.2 Tempat

Laporan Tugas Akhir ini dilaksanakan dengan mengambil tempat di BPM Dillah Sobirin Pakis Malang.

1.4.3 Waktu

Asuhan *Continuity Of Care* (COC) yang dilakukan pada Ny.”A” dan penyusunan Laporan Tugas Akhir dimulai pada Bulan April sampai Bulan Agustus 2017.

1.5 Manfaat

1.5.1 Bagi Penulis

Menambah wawasan, pemahaman dan pengalaman tentang asuhan kebidanan secara komprehensif pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir dan Keluarga Berencana.

1.5.2 Bagi Pasien

Pasien lebih mengetahui yang harus dilakukan dan dapat mengetahui deteksi dini dan *homecare* pada tiap tahapnya dari kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir dan Keluarga Berencana.

1.5.3 Bagi BPM

Sebagai masukan dan pertimbangan untuk meningkatkan kualitas pelayanan asuhan kebidanan pada kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir dan KB.

1.5.4 Bagi Institusi Stikes Widyagama Husada Malang

Sebagai referensi yang bermanfaat tentang asuhan kebidanan yang komprehensif yang meliputi asuhan kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir dan Keluarga Berencana.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar

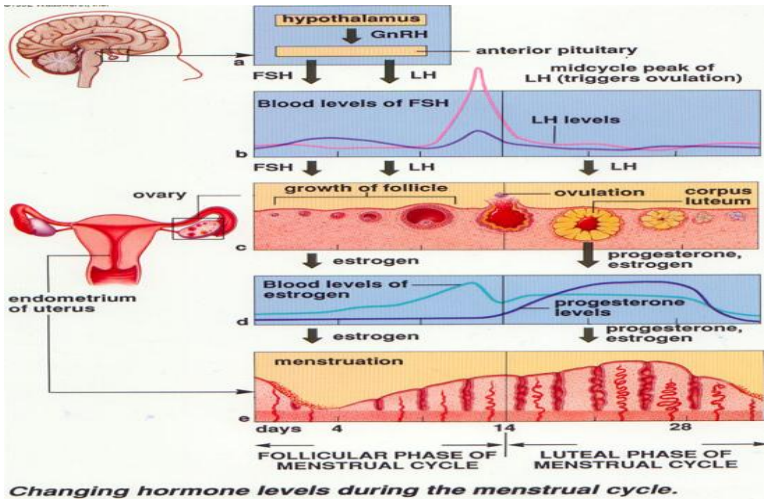
2.1.1 Konsep Dasar Kehamilan

1. Definisi Kehamilan

Menurut Dr. Taufan Nugroho dkk (2014) kehamilan merupakan bertemunya sel telur atau *ovum* dengan *sperma* di *tuba fallopi*. Dan kemudian terjadi proses *fertilisasi*, pembelahan dan *nidasi/implantasi*. Lamanya kehamilan di mulai dari *ovulasi* sampai terjadinya persalinan kira-kira 280 hari (40 minggu) dan tidak lebih dari 300 hari (43 minggu).

Menurut Sulistyawati (2012) kehamilan adalah serangkaian proses yang diawali dari pertemuan antara *ovum* dengan *sperma* dan dilanjutkan dengan *fertilisasi, nidasi* dan *implantasi*. Menurut Dewi dkk (2012) kehamilan adalah pertumbuhan dan perkembangan janin *intrauterine* mulai sejak *konsepsi* sampai permulaan persalinan.

2. Siklus Menstruasi



Gambar 2. 1. Siklus Menstruasi

Sumber : (Dewi dkk, 2012)

Menurut Wiknjosastro (2008) *menstruasi* adalah perdarahan secara periodik dan siklik dari *uterus*, disertai pelepasan *endometrium*. Empat fase utama dari siklus menstruasi adalah:

A. Menstruasi

Cairan *menstruasi* mengandung darah, sel-sel dari dinding rahim dan lendir. Rata-rata lama haid adalah antara tiga hari sampai satu minggu.

B. Fase *Folikuler*

Fase *folikuler* dimulai pada hari pertama *menstruasi* dan berakhir dengan *ovulasi*. Diminta oleh hipotalamus, kelenjar hipofisis melepaskan *Follicle Stimulating Hormone* (FSH). Hormon ini merangsang *ovarium* untuk memproduksi sekitar lima sampai 20 folikel (nodul kecil atau kista), seperti manik-manik di permukaan.

C. Ovulasi

Ovulasi adalah pelepasan telur yang matang dari permukaan ovarium. Hal ini umumnya terjadi pertengahan siklus, sekitar dua minggu atau lebih sebelum menstruasi dimulai. Selama fase folikuler, folikel berkembang menyebabkan peningkatan tingkat *estrogen*. *Hipotalamus* dalam otak mengenali tingkat kenaikan ini dan melepaskan bahan kimia yang disebut *Gonadotropin-Releasing Hormone* (GnRH). Hormon ini mendorong kelenjar pituitari untuk menghasilkan peningkatan kadar LH dan FSH. Dalam waktu dua hari, ovulasi dipicu oleh tingginya tingkat LH. Telur disalurkan ke dalam tuba falopi dan menuju uterus oleh gelombang kecil, tonjolan seperti rambut. Rentang hidup dari telur umumnya hanya sekitar 24 jam.

D. Fase *Luteal*

Selama *ovulasi,* semburan telur dari folikel, folikel pecah pada permukaan *ovarium*. Selama dua minggu ke depan atau lebih, folikel berubah menjadi suatu struktur yang dikenal sebagai *korpus luteum*. Struktur ini mulai melepaskan *progesteron*, bersama dengan sejumlah kecil *estrogen*. Kombinasi hormon mempertahankan lapisan menebal rahim, menunggu telur dibuahi menempel.

Jika telur dibuahi *implantasi* pada lapisan rahim, menghasilkan hormon yang diperlukan untuk mempertahankan *corpus luteum*. Ini termasuk *human chorionic gonadotropin*, yaitu hormon yang terdeteksi dalam tes urine untuk kehamilan. *Corpus luteum* terus memproduksi peningkatan kadar *progesteron* yang diperlukan untuk mempertahankan penebalan lapisan rahim. Jika kehamilan tidak terjadi, *corpus luteum* layu dan mati, biasanya sekitar 22 hari dalam siklus 28 hari. Penurunan kadar *progesteron* menyebabkan dinding rahim terjatuh. Hal ini dikenal sebagai *menstruasi*. Siklus ini kemudian berulang.

3. Proses Terjadinya Kehamilan

Berdasarkan Hani dkk (2010) dan Sarwono (2010) proses terjadinya kehamilan yaitu berawal dari bertemunya sperma dan ovum.

Terdiri dari 3 tahapan yaitu:

A. Fertilisasi

Fertilasi merupakan dimana bertemunya sel telur dan sel *sperma*, sebelum keduanya bertemu di *tuba fallopi,* penyatuan *oosit* dan membran sel *sperma* setelah menyatu maka akan dihasilkan *zigot*

yang mempunyai *kromoson diploid* dan terbentuk jenis kelamin baru (XX untuk wanita dan XY untuk laki-laki)

B. Pembelahan

Setelah *zigot* membelah menjadi tingkat 2 sel, 4 sel, 8 sel sampai 16 sel disebut *Blastomer* selama 3 hari dan membentuk sebuah gumpalan bersusun longgar. Setelah 3 hari sel-sel akan membelah membentuk buah arbei dari 16 sel disebut *morula* (4 hari). *Morula* masuk ke rongga rahim dalam ruang antar sel yang ada di massa sel. Berangsung-angsur ruang antar sel menyatu dan terbentuklah sebuah rongga atau *blastokel* disebut *Blastokista* (4 hari). Sel yang bagian dalam disebut *embrioblas* dan sel di luar disebut *trofoblas*. Zona *pellusida* akan hilang sehingga *trofoblast* dapat memasuki dinding rahim *(endometrium)* dan siap *berimplantasi* dalam bentuk *blastokista* tingkat lanjut.

C. Nidasi atau *Implantasi*

*Nidas*i atau *implantasi* adalah penanaman sel telur yang sudah dibuahi di dalam dinding *uterus* pada awal kehamilan. *Blastula* dengan bagian berisi massa sel dalam *(inner-cell mass)* akan mudah masuk ke dalam *desidua*, ini menyebabkan luka kecil yang dengan cepat sembuh dan menutup kembali. Itu lah sebabnya, saat nidasi terkadang terjadi sedikit perdarahan akibat luka *desidua*. *Nidasi* biasanya terjadi pada dinding depan atau belakang rahim dekat *fundus uteri.*

4. Tanda-Tanda Kehamilan

Menurut Ummi Hani dkk (2010) dan Dr. Taufan Nugroho dkk (2014) tanda kehamilan terjadi akibat adanya perubahan fisiologis dan psikologis pada masa kehamilan

A.Tanda *presumtif/*tanda tidak pasti

1) *Amenore* (tidak dapat haid)
2) Mual *(nausea)* dan muntah *(emesis)*
3) Mengidam (menginginkan makan tertentu)
4) Mamae menjadi tegang dan membesar
5) Sering *miksi*
6) *Kontipasi* atau *obstipasi*
7) *Pigmentasi* kulit
8) *Epulis*
9) *Varises*

B. Tanda kemungkinan kehamilan

1) *Uterus* membesar
2) Tanda *hegar*
3) Tanda *Goodel*
4) Tanda *Chadwicks*
5) Tanda *Piscasek*
6) Kontraksi *braxton hicks*
7) Teraba *ballottement* dan pemeriksaan tes kehamilan

C. Tanda pasti

1) Gerakan janin dalam rahim
2) Denyut jantung janin
3) Bagian-bagian janin
4) Kerangka janin

5. Pertumbuhan Dan Perkembangan Hasil Konsepsi

Setelah *bernidasi* kurang lebih 10 hari setelah *fertilisasi*, akan dimulai proses pertumbuhan dan perkembangan janin.

Terdapat 3 masa dalam pertumbuhan janin yaitu:

A. Masa *pre-embrionik*

Berlangsung selama 2 minggu setelah terjadinya *fertilisasi*, pembelahan sampai *nidasi*. Kemudian *inner-cell mass akan* membentuk 3 lapisan yaitu *ektodern* melapisi *cavitas amniotica*, yaitu lapisan tunggal yang bertanggung jawab untuk pertumbuhan kulit, rambut, jaringan saraf, alat indera dan *traktus genitalis. Endoderm* melapisi *saccus vitellius* berkembang membentuk *hepar, pankreas, laring, trakea* dan paru, serta *mesoderm* terletak disekitar cakram *embrio* yang menghasilkan sistem *sirkulasi* dan *limfatik*, ginjal, *ureter* dan lain-lain.

B. Masa *embrionik*

Sistem utama di dalam tubuh telah ada. Jantung menonjol dari tubuh dan mulai berdenyut sering disebut masa *organogenesis* atau masa pembentukan organ. Akibat pembentukan organ ciri-ciri utama bentuk tubuh sudah mulai jelas.

1) Lapisan *mudigah ektoderm* berfungsi membentuk organ dan stuktur tubuh yang memelihara dengan dunia luar yaitu susunan saraf pusat, sistem saraf tepi, hidung, mata, kulit, rambut, kuku dan lain-lain.
2) Lapisan *mesoderm*, terutama *mesoderm* para *aksial* membentuk *somity* di mana *somity* tersebut membentuk *miotom* (jaringan otot), *sklerotom* (tulang rawan dan hidung) dan *dermatotom* (jaringan *subkutan* kulit). *Mesoderm* juga membentuk sistem pembuluh yaitu jantung, pembuluh nadi, pembuluh balik, pembuluh getah bening serta semua sel darah dan sel getah bening, kemudian juga membentuk sistem kemih dan kelamin.

3) Lapisan *endoderm* menghasilan lapisan *epitel* saluran pencernaan, saluran pernafasan, kandung kemih, membentuk *parenkim tiroid*, kelenjar *paratiroid,* hati dan kelenjar pankreas.

C. Masa *fetal*

Tahap ini dimulai sejak usia 9 minggu sampai lahir. Setelah 8 minggu kehamilan embrio berkembang menjadi sel-sel tulang. Dalam tahapan ini ciri-ciri fisik orang dewasa mulai terlihat jelas. Pada tahap inci panjang janin kira-kira 3 inci dan beratnya ¾ ons yang spontan dapat menggerakkan kepala, tangan, kaki, dan jantungnya mulai berdenyut.

6. Menentukan Usia Kehamilan

Berdasarkan Ummi hani dkk (2010) lama kehamilan berlangsung sampai persalinan *aterm* sekitar 280 sampai 300 hari. Kehamilan dibagi menjadi tiga bagian yaitu: kehamilan trimester I (0 sampai 12 minggu), kehamilan trimester II (12 sampai 28 minggu) dan kehamilan trimester III (28 sampai 40 minggu).

7. Perubahan Anatomi Dan Adaptasi Fisiologis Pada Ibu Hamil

Menurut Dewi & Sunarsih (2014) pada trimester III perubahan dari bulan ke bulan adalah sebagai berikut:

A. Minggu ke 28/bulan ke 7

Fundus berada di pertengahan antara pusat dan px. Hemoroid mungkin terjadi. Pernapasan dada menggantikan pernapasan perut. Garis bentuk janin dapat dipalpasi. Rasa panas dalam perut mungkin mulai terasa.

B. Minggu ke-32/bulan ke 8

Fundus mencapai px, payudara penuh dan nyeri tekan. Sering BAK mungkin kembali terjadi. Selain itu, mungkin juga mengalami dispnea.

C. Minggu ke 38/bulan ke 9

Penurunan bayi ke dalam pelvis/panggul ibu (lightening). Plasenta setebal 4 kali waktu usia kehamilan 18 minggu dan beratnya 0,5-0,6 kg, sakit punggung dan sering BAK meningkat, braxton hicks meningkat karena serviks dan segmen bawah rahim disiapkan untuk persalinan.

8. Perubahan Psikologis Pada Ibu Hamil Trimester III

Menurut Nurul Janah (2012) trimester III sering disebut periode menunggu dan waspada sebab ibu merasa tidak sabar menunggu kelahirannya bayinya. Ibu khawatir bayinya akan lahir sewaktu-waktu, menyebabkan peningkatan kewaspadaan akan timbulnya tanda dan gejala persalinan serta ketidaknormalan bayinya. Rasa tidak nyaman akibat kehamilan timbul kembali, merasa dirinya aneh atau jelek dan gangguan *body image*. Perubahan *body image* dapat berdampak besar pada wanita dan pasangannya saat kehamilannya. Pada trimester ini ibu memerlukan dukungan dari suami, keluarga dan bidan. Trimester III adalah saat perpisahan aktif untuk kelahiran bayi dan menjadi orang tua. Keluarga mulai menduga-duga tentang jenis kelamin bayinya.

9. Diagnosa Kehamilan

Pemeriksaan diagnostik kehamilan adalah pemeriksaan yang dilakukan untuk memastikan bahwa seseorang wanita tersebut sedang hamil atau tidak, bukan pemeriksaan yang dilakukan pada wanita yang

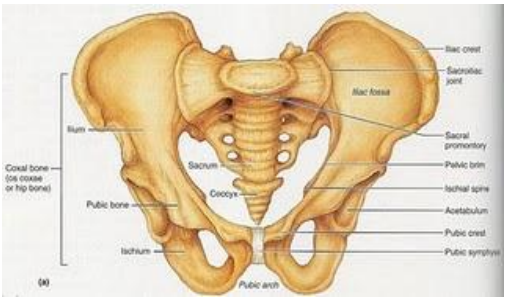
sudah diketahui hamil. Pemeriksaan diagnostik kehamilan pada trimester I dan II mengacu pada tanda-tanda tidak pasti, tanda mungkin, dan tanda pasti. Pemeriksaan ini terdiri dari anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan panggul, serta pemeriksaan laboratorium.

A. Pemeriksaan Panggul

Tabel 2. 1.Ukuran Panggul Normal

Ukuran	Diameter	Keterangan
Distansia spinarum	24-26 cm	Diukur dari 2 *spina iliaka anterior superior* (SIAS) kanan dan kiri
Dinstansia kristarum	28-30 cm	Diukur dari jarak terjauh antara *krista iliaka* kanan dan kiri, terletak kira-kira 5 cm dibelakan SIAS
Konjugata eksterna/ Boudeloque	18 cm	Diukur dari tepi atas *simfisis pubis* dan ujung *procesus spinosus vertebra lumbal* V
Distansia tuberum	10,5 cm	Diukur melintang dari pintu bawah panggul atau jarak antara *tuberiskhiadikum* kanan dan kiri
Lingkar panggul	>80 cm	Menggunakan pita pengukur, diukur dari tepi atas simfisis pubis,ke pertengahan antara SIAS dan trochanter mayor kanan, keruas lumbal V

Sumber : (Ummi Hani, dkk, 2011)



Gambar 2. 2. Anatomi Panggul Wanita

Sumber : (Ummi Hani, dkk, 2011)

B. Tes laboratorium dan penunjang

1) Tes kehamilan positif
2) Pemeriksaan USG
3) Pemeriksaan rongten
4) Pemeriksaan laboratorium

Tabel 2. 2.Pemeriksaan laboratorium

Tes lab	Nilai normal	Nilaitidak normal	Diagnosis/ Masalah terkait
Hemoglobin	10,5-14,0	<10,5	Anemia
Protein urine	Terlacak/negatif Bening/negative	>atau = 2+ keruh (positif)	Protein urine
Glukosa dalam urine	Warna hijau	Kuning, orange dan coklat	Diabetes militus
VDRL/RPR	Negatif	Positif	Syphilis
Faktor rhesus	Rh +	Rh -	Rh sensitization
Golongan darah	A B O AB	-	Ketidakcocokan ABO
HIV	-	+	AIDS
Rubella	Negatif	Positif	Abnomali pada janin jika ibu terinfeksi.

Sumber : (Hani, dkk, 2010)

10. Skrining Antenatal pada ibu hamil

Menurut Poedji Rochjati (2011) risiko adalah suatu ukuran statistik dari peluang atau kemungkinan untuk terjadinya suatu kegawatdaruratan yang tidak diinginkan. Ukuran risiko dapat dituangkan dalam bentuk angka disebut skor. Skor merupakan bobot perkiraan 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:

A. Kehamilan Risiko Rendah (KRR) dengan jumlah skor 2

Kehamilan tanpa faktor risiko (fisiologis) kemungkinan besar diikuti oleh persalinan normal dengan ibu dan bayi sehat.

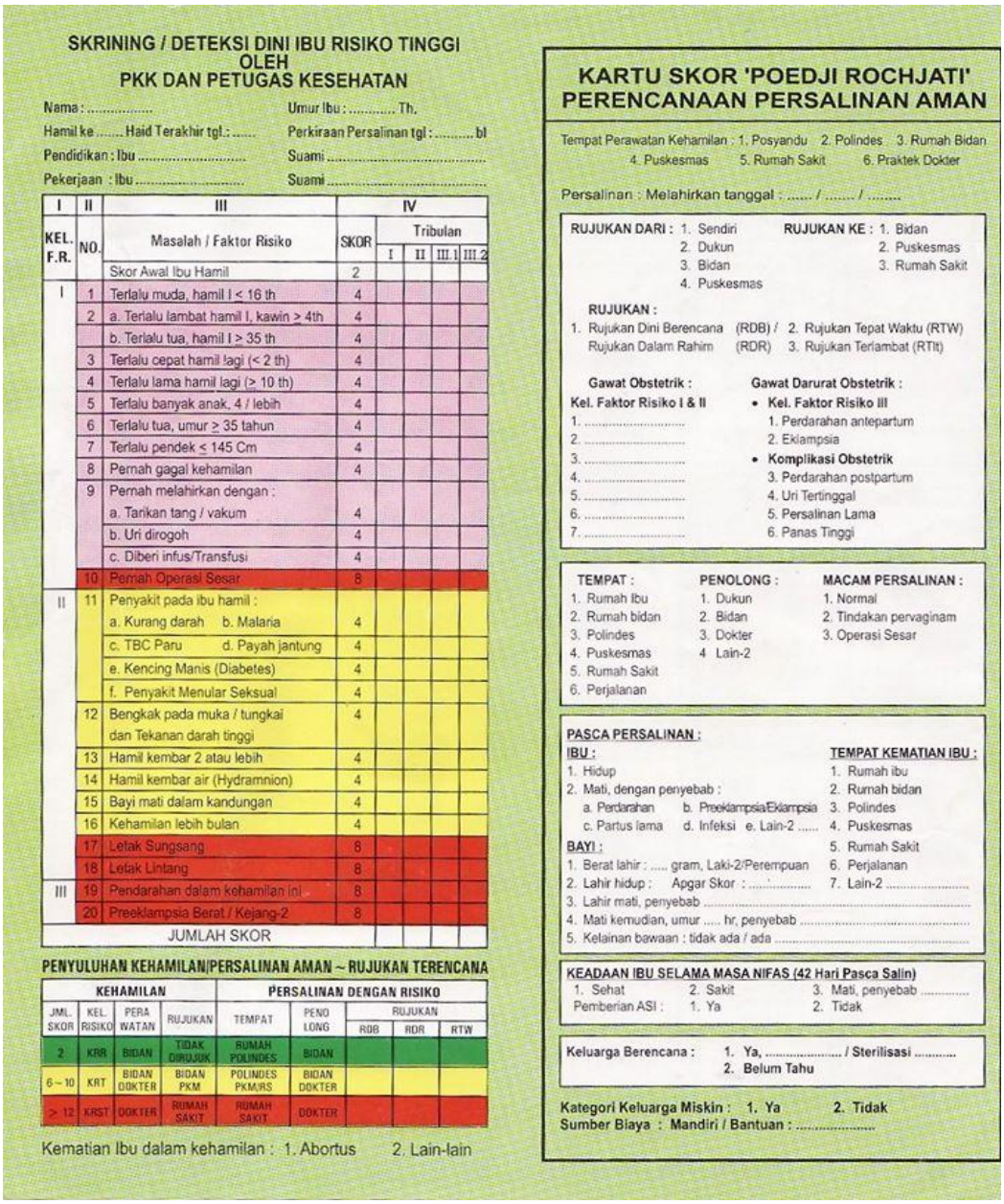
B. Kehamilan Risiko Tinggi (KRT) dengan jumlah skor 6-10 pada:

1) Kehamilan dengan satu atau lebih, baik dari pihak ibu dengan *APGO* atau *AGO.* Selama kehamilan ibu hamil sehat. Ibu dan janin menghadapi kegawatan. Dalam persalinan harus waspada terhadap komplikasi.
2) Kehamilan hanya satu faktor risiko-*AGDO*, yaitu ibu perdarahan sebelum bayi lahir, pre eklamsi berat atau eklamsi. Dengan

kegawatdaruratan bagi ibu dan janin, sangat membutuhkan segera di rujuk ke rumah sakit.

C. Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST) dengan jumlah skor ≥ 12

Kehamilan dengan faktor risiko ganda atau lebih, kemungkinan terjadi komplikasi dalam persalinan, ini perlu dilakukan rujukan yang terencana dan tepat waktu ke puskesmas atau RS.



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

Nama : ..... Umur Ibu : ..... Th.
Hamil ke ..... Haid Terakhir tgl.: ..... Perkiraan Persalinan tgl : ..... bl
Pendidikan : Ibu ..... Suami .....
Pekerjaan : Ibu ..... Suami .....

I	II	III	IV				
KEL. F.R.	NO.	Masalah / Faktor Risiko	SKOR	Tribulan I	II	III.1	III.2
		Skor Awal Ibu Hamil	2				
I	1	Terlalu muda, hamil I < 16 th	4				
	2	a. Terlalu lambat hamil I, kawin > 4th	4				
		b. Terlalu tua, hamil I > 35 th	4				
	3	Terlalu cepat hamil lagi (< 2 th)	4				
	4	Terlalu lama hamil lagi (> 10 th)	4				
	5	Terlalu banyak anak, 4 / lebih	4				
	6	Terlalu tua, umur > 35 tahun	4				
	7	Terlalu pendek < 145 Cm	4				
	8	Pernah gagal kehamilan	4				
	9	Pernah melahirkan dengan :					
		a. Tarikan tang / vakum	4				
		b. Uri dirogoh	4				
		c. Diberi infus/Transfusi	4				
	10	Pernah Operasi Sesar	8				
II	11	Penyakit pada ibu hamil :					
		a. Kurang darah b. Malaria	4				
		c. TBC Paru d. Payah jantung	4				
		e. Kencing Manis (Diabetes)	4				
		f. Penyakit Menular Seksual	4				
	12	Bengkak pada muka / tungkai dan Tekanan darah tinggi	4				
	13	Hamil kembar 2 atau lebih	4				
	14	Hamil kembar air (Hydramnion)	4				
	15	Bayi mati dalam kandungan	4				
	16	Kehamilan lebih bulan	4				
	17	Letak Sungsang	8				
	18	Letak Lintang	8				
III	19	Pendarahan dalam kehamilan ini	8				
	20	Preeklampsia Berat / Kejang-2	8				
		JUMLAH SKOR					

PENYULUHAN KEHAMILAN/PERSALINAN AMAN ~ RUJUKAN TERENCANA

KEHAMILAN				PERSALINAN DENGAN RISIKO				
JML. SKOR	KEL. RISIKO	PERA WATAN	RUJUKAN	TEMPAT	PENO LONG	RUJUKAN RDB	RDR	RTW
2	KRR	BIDAN	TIDAK DIRUJUK	RUMAH POLINDES	BIDAN			
6 ~ 10	KRT	BIDAN DOKTER	BIDAN PKM	POLINDES PKM/RS	BIDAN DOKTER			
> 12	KRST	DOKTER	RUMAH SAKIT	RUMAH SAKIT	DOKTER			

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

RUJUKAN :
1. Rujukan Dini Berencana (RDB) / Rujukan Dalam Rahim (RDR)
2. Rujukan Tepat Waktu (RTW)
3. Rujukan Terlambat (RTlt)

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

Gawat Darurat Obstetrik :
- Kel. Faktor Risiko III
  1. Perdarahan antepartum
  2. Eklampsia
- Komplikasi Obstetrik
  3. Perdarahan postpartum
  4. Uri Tertinggal
  5. Persalinan Lama
  6. Panas Tinggi

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

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

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

PASCA PERSALINAN :
IBU :
1. Hidup
2. Mati, dengan penyebab :
a. Perdarahan b. Preeklampsia/Eklampsia
c. Partus lama d. Infeksi e. Lain-2 .....
BAYI :
1. Berat lahir : ..... gram, Laki-2/Perempuan
2. Lahir hidup : Apgar Skor : .....
3. Lahir mati, penyebab .....
4. Mati kemudian, umur ..... hr, penyebab .....
5. Kelainan bawaan : tidak ada / ada .....

TEMPAT KEMATIAN IBU :
1. Rumah ibu
2. Rumah bidan
3. Polindes
4. Puskesmas
5. Rumah Sakit
6. Perjalanan
7. Lain-2 .....

KEADAAN IBU SELAMA MASA NIFAS (42 Hari Pasca Salin)
1. Sehat 2. Sakit 3. Mati, penyebab .....
Pemberian ASI : 1. Ya 2. Tidak

Keluarga Berencana : 1. Ya, ... / Sterilisasi ..... 2. Belum Tahu

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

Gambar 2. 3. Kartu KSPR

Sumber : (Poedji Rochjati, 2011)

11. Diagnosa Banding Kehamilan

Menurut Ummi Hani dkk (2011) pembesaran perut wanita tidak selamanya merupakan suatu kehamilan sehingga perlu dilakukan diagnosa banding, diantaranya sebagai berikut:

Tabel 2. 3.Diagnosa Banding

No	Diagnosa Banding
1	*Pseudosiesis* (hamil palsu atau kehamilan *spuria*), terdapat *amenore*, perut membesar tapi tanda-tanda kehamilan lain dan reaksi kehamilan negatif. Ini biasanya terjadi pada wanita yang ingin sekali hamil tetapi dengan pemeriksaan alat canggih dan tes biologis tidak menunjukan kehamilan.
2	*Kista ovari*, terdapat amenore, perut semakin besar tapi tidak disertai tanda kehamilan dan uterusnya sebesar biasa, lama pembesaran perut dapat melampaui umur kehamilan, plano test negatif (-).
3	*Mioma uteri*, terdapat *amenore* , perut dan uterus semakin membesar tetapi tanda-tanda kehamilan seperti *braxton hicks* dan plano test negatif (-)
4	*Vesika urinaria* dengan *retensio urine*, uterus memiliki ukuran seperti biasa, tanda-tanda kehamilan dan plano test negatif (-)
5	*Hematometra.* Terlambat datang bulan yang dapat melampaui umur kehamilan, setiap bulan perut terasa sakit, terjadi penumpukan darah dalam rahim, tanda kehamilan dan plano test negatif (-)

Sumber : (Ummi Hani, dkk, 2011)

12. Tanda Bahaya Kehamilan

Berdasarkan pada proses penatalaksaan asuhan kebidanan, bidan harus waspada terhadap tanda bahaya kehamilan. Pada setiap dilakukan pemeriksaan, bidan harus memberitahu dan mengajari ibu hamil bagaimana mengenali tanda-tanda bahaya kehamilan ini. Macam-macam tanda bahaya yaitu:

A. Perdarahan pervaginam

Perdarahan vagina yang terjadi pada wanita hamil trimester III *solusio plasenta* dan *plasenta previa.*

B. Sakit kepala hebat yang menetap

Sakit kepala yang menunjukan suatu masalah yang serius adalah sakit kepala hebat yang menetap dan tidak hilang dengan beristirahat adalah salah satu gejala *preeklamsi. Preeklamsi* biasanya

disertai dengan pandangan kabur, bengkak/oedema pada kaki dan muka.

C. Nyeri abdomen yang hebat

Merupakan nyeri perut yang hebat menetap dan tidak hilang setelah istirahat, merupakan nyeri perut yang disebabkan oleh *appendicitis, abortus*, penyakit radang panggul, persalinan *preterm*, *gastritis* dan infeksi kandung kemih.

D. Bayi kurang bergerak seperti biasa

Terjadi *fetal distress* dan bisa mengakibatnya *IUFD (intra uterine fetal dead).*

E. Keluar air ketuban sebelum waktunya (ketuban pecah dini)

Cairan yang keluar mendadak disertai bau yang khas.Ini terjadi kemungkinan karena infeksi dalam rahim.

F. Demam

Demam tinggi diikuti dengan tubuh mengigil, rasa sakit seluruh tubuh, sangat pusing luar biasa yang disebabkan malaria, malaria mempengaruhi kehamilan dan dapat menggangu kehamilan seperti keguguran, kematian *neonatus* tinggi dan *retensio plasenta.*

13. Asuhan Antenatal

Menurut Ummi Hani dkk (2011) asuhan antenatal adalah upaya preventif program pelayanan kesehatan obstetrik untuk memantau rutin keadaan ibu maupun janin. Asuhan yang dilakukan harus dicatat secara benar, singkat dan logis dalam suatu metode pendokumentasian yang dapat mengkomunikasikan kepada orang lain mengenai asuhan yang telah dilakukan dan yang akan dilakukan pada seorang klien sesuai langkah-langkah dalam proses manajemen kebidanan.

Tabel 2. 4.Standart Minimal Asuhan Kehamilan

No	Standart Asuhan	Fisiologi
1.	Timbang BB	Secara perlahan BB ibu hamil akan mengalami kenaikan sekitar 0,5 kg per minggu atau 2 kg dalam 1 bulan. Biasanya terjadi kenaikan BB pada TM2. BB bertambah normalnya pada ibu hamil sekitar 9 kg-11 kg. Maka dari itu perlu dilakukan pemantauan BB tiap kali ibu periksa.
2.	Tekanan Darah	Tekanan darah normal sekitar 90/60 mmHg-120/80 mmHg dan tidak banyak meningkat selama kehamilan. Apabila TD tinggi dapat menyebabkan berbagai masalah saat hamil karena pada saat hamil aliran darah ke plasenta juga akan terganggu dan menyebakan asupan oksigen ke janin terganggu sehingga beresiko menyebabkan IUFD.
3.	Tinggi Fundus Uteri	Uterus semakin hari semakin membesar dengan penambahan usia kehamilan, pemeriksaan TFU dapat dilakukan dengan membandingkan HPHT (hari pertama haid terakhir) dan diukur dengan menggunakan palpasi. Uterus kira-kira bertambah 2 jari per bulan.
4.	TT (Imunisasi)	Imunisasi TT perlu diberikan pada ibu hamil guna memberikan kekebalan pada janin terhadap infeksi tetanus (tetanus neonatorum) pada saat persalinan maupun postnatal.
5.	Tablet Besi	Selama hamil ibu harus mendapat minimal 90 tablet tambah darah (Fe), karena sulit untuk mendapat zat besi dengan jumlah yang cukup dari makanan. Zat besi penting untuk mengompensasi peningkatan volume darah yang terjadi selama kehamilan dan untuk memastikan pertumbuhan serta perkembangan janin yang adekuat.
6.	Tes Hb	Pemeriksaan Hb pada bumil harus dilakukan pada kunjungan pertama dan minggu ke 28. bila kadar Hb < 11 gr% bumil dinyatakan anemia, maka harus diberi suplemen 60 mg Fe dan 0,5 mg As. Folat hingga Hb menjadi 11 gr% atau lebih.
7.	Temu Wicara	Temu wicara sangat diperlukan untuk persiapan segala sesuatu yang kemungkinan terjadi selama kehamilan karena apabila ada komplikasi dalam kehamilan ibu segera mendapat pertolongan secara cepat karena kematian ibu sering terjadi karena 3T yaitu terlambat mengenali bahaya, terlambat untuk dirujuk, terlambat mendapat pertolongan.
8	Pemeriksaan VDRL (*Veneral Disease Research Lab*)	Pemeriksaan *Veneral Desease Research Laboratory* (VDRL) adalah untuk mengetahui adanya *treponema pallidum*/penyakit menular seksual, antara lain *syphilis*. Pemeriksaan kepada ibu hamil yang pertama kali datang diambil spesimen darah vena ± 2 cc. Apabila hasil tes dinyatakan postif, ibu hamil dilakukan pengobatan/rujukan. Akibat fatal yang terjadi adalah kematian janin pada kehamilan < 16 minggu, pada kehamilan lanjut dapat menyebabkan premature dan cacat bawaan.
9	Pemeriksaan urine reduksi	Untuk ibu hamil dengan riwayat DM. bila hasil positif maka perlu diikuti pemeriksaan gula darah untuk memastikan adanya *Diabetes Melitus Gestasioal*. *Diabetes Melitus Gestasioal* pada ibu dapat mengakibatkan adanya penyakit berupa pre-eklampsia, polihidramnion dan bayi besar.
10.	Pemeriksaan Protein urine	Pemeriksaan protein urine dilakukan untuk mengetahui apakah pada urine mengandung protein atau tidak untuk mendeteksi gejala preeklampsi.
11.	Perawatan Payudara	Senam payudara atau perawatan payudara untuk ibu hamil, dilakukan 2 kali sehari sebelum mandi dimulai pada usia kehamilan 6 minggu.
12.	Senam Hamil	Senam hamil bermanfaat untuk membantu ibu hamil dalam mempersiapkan persalinan. Adapun tujuan senam hamil adalah memperkuat dan mempertahankan elastisitas otot-otot dinding perut, ligamentum, otot dasar panggul, memperoleh relaksasi tubuh dengan latihan-latihan kontraksi dan relaksasi.

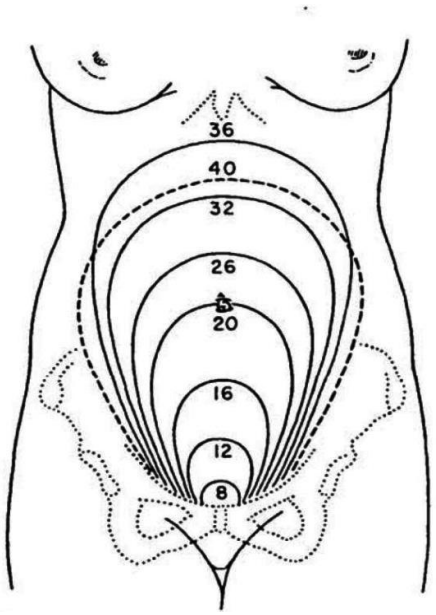
13.	Pemberian Obat Malaria	Diberikan kepada ibu hamil pendatang dari daerah malaria juga kepada ibu hamil dengan gejala malaria yakni panas tinggi disertai mengigil dan hasil apusan darah yang positif. Dampak atau akibat penyakit tersebut kepada ibu hamil yakni kehamilan muda dapat terjadi abortus, partus prematurus juga anemia.
14.	Pemberian Kapsul Minyak Yodium	Diberikan pada kasus gangguan akibat kekurangan Yodium di daerah endemis yang dapat berefek buruk terhadap tumbuh kembang manusia.

Sumber :(Ummi Hani, dkk. 2011)

Untuk menerima manfaat yang maksimal dari kunjungan-kunjungan antenatal maka sebaiknya ibu memperoleh sedikitnya 4x kunjungan selama kehamilan yang terdistribusi dalam 3 trimester atau dengan istilah rumus 1,1,2 yaitu sbb:

a. 1 kali pada trimester I
b. 1 kali pada trimester II
c. 2 kali pada trimester III

Perkiraan dengan Tinggi *Fundus Uteri* (TFU) merupakan perkiraan yang harus diketahui oleh tenaga kesehatan. Perkiraan dengan TFU akan lebih tepat pada kehamilan pertama, namun kurang tepat pada kehamilan berikutnya.



Gambar 2. 4. Tinggi Fundus Uterus

Sumber : (Ummi hani, dkk, 2011)

Tabel 2. 5.Perkiraan TFU Terhadap Umur Kehamilan

Usia kehamilan	Tinggi *Fundus Uteri* (TFU)	Centimeter (Cm)
12 minggu	3 jari diatas *simfisis*	
16 minggu	Pertengahan pusat-*simfisis*	
20 minggu	3 jadi dibawah *simfisis*	20 cm
24 minggu	Setinggi pusat	23 cm
28 minggu	3 jari diatas pusat	26 cm
32 minggu	Pertengahan pusat-*prosesus xiphoideus* (px)	30 cm
36 minggu	Setinggi *procesus xipoideus*	33 cm
40 minggu	Dua jari dibawah px	

Sumber : (Ummi hani, dkk, 2011)

14. Pengukuran Leopold

Pemeriksaan leopold ini dilakukan untuk mengetahui presentasi janin, tinggi *fundus uteri,* dan apakah kepala bayi sudah memasuki PAP atau belum.

***Leopold* I**

A. Pemeriksa menghadap ke arah wajah ibu hamil
B. Dengan menggunakan kedua tangan, pemeriksa menentukan tinggi fundus uteri (jarak fundus ke *prosessus xiphoideus* atau pengukuran dengan sentimeter jarak dari pinggir atas *simphisis* ke fundus uteri)
C. Melakukan palpasi secara gentle dengan menggunakan jari-jari kedua tangan untuk menentukan bagian mana dari janin yang terletak pada fundus.

***Leopold* II**

A. Pemeriksa masih menghadap ke arah wajah ibu hamil.
B. Dengan menggunakan kedua tangan, telapak tangan diletakkan pada sisi kiri-kanan abdomen dengan memberikan sedikit penekanan.
C. Menentukan letak bagian besar (punggung) dan bagian-bagian kecil janin.
D. Pada letak lintang, tentukan di mana letak kepala janin.

Pada satu sisi akan teraba bagian yang agak keras dan besar yang merupakan punggung janin dan di sisi lain akan teraba beberapa bagian kecil yang lebih mudah digerakkan yang merupakan ekstremitas dari janin.

Leopold III

A. Pemeriksa menghadap ke arah wajah ibu hamil.
B. Dengan menggunakan ibu jari tangan kanan dan jari-jari tangan lainnya untuk menentukan bagian terbawah janin dengan cara meraba di daerah *abdomen* bagian bawah atau tepat di atas *simphisis pubis*, sedangkan tangan kiri melakukan fiksasi pada bagian *fundus uteri*.

Leopold IV

A. Pemeriksa sekarang menghadap ke arah kaki ibu.
B. Dengan menggunakan 3 jari dari kedua tangan, maka selain dapat ditentukan bagian terbawah janin juga untuk menentukan seberapa jauh bagian tersebut telah memasuki pintu atas panggul.

   Bila kepala belum masuk ke dalam panggul, kepala dengan mudah dapat digerakkan ke kanan dan ke kiri dan teraba *ballotement*. Kedua jari tangan dapat berada di antara kepala dan *simphisis*. Bila hanya sebagian kecil kepala saja yang dapat teraba dan kepala tidak dapat digerakkan, maka ia sudah memasuki PAP.

15. Menghitung Tafsiran Berat Janin

Pada prosedur Ante Natal Care (ANC) yaitu pemeriksaan rutin ibu hamil, sangat penting sekali menentukan taksiran berat janin dalam kandungan ibu. Taksiran berat janin ini berguna untuk memprediksi kesehatan janin, memprediksi adanya kelainan mayor pada janin, memprediksi kemampuan janin dan ibu dalam proses persalinan apakah

bisa diproses dengan normal, spontan per *vaginam* atau *secsio saesaria*, memprediksi kondisi ibu selama dan setelah proses kehamilan dan melahirkan, maka ibu hamil harus peduli terhadap pertambahan berat janinnya. Taksiran berat janin dapat dihitung dari rumus Johnson Toshack (*Johnson Toshack Estimated Fetal Weight*) yang diambil dari tinggi fundus uteri . JEFW (gram) = (FH (*Fundal Height* cm) – n) x 155 (konstanta) n = 11 bila kepala di bawah *spina ischiadica*, n = 12 bila kepala di atas *spina ischiadica*, n = 13 bila kepala belum masuk pintu atas panggul.

16. Ketidaknyaman Pada Ibu Hamil Trimester III

A. *Konstipasi* atau Sembelit

Konstipasi atau sembelit selama kehamilan terjadi karena: Peningkatan hormone progesterone yang menyebabkan relaksasi otot sehingga usus kurang efisien, konstipasi juga dipengaruhi karena perubahan uterus yang semakin membesar, sehingga uterus menekan daerah perut. Cara mengatasi konstipasi atau sembelit adalah:

1) Minum air putih yang cukup minimal 6-8 gelas/hari
2) Makanlah makanan yang berserat tinggi seperti sayuran dan buah-buahan
3) Lakukanlah olahraga ringan secara teratur seperti berjalan

B. *Edema* atau pembengkakan

Edema pada kaki timbul akibat gangguan sirkulasi *vena* dan peningkatan tekanan *vena* pada ekstremitas bagian bawah. Gangguan sirkulasi ini disebabkan oleh tekanan *uterus* yang membesar pada *vena*-

vena panggul saat wanita tersebut duduk atau berdiri pada vena kava inferior saat ia berada dalam posisi terlentang.

Adapun cara penanganannya adalah sebagai berikut:.

1) Hindari menggunakan pakaian ketat
2) Elevasi kaki secara teratur sepanjang hari
3) Posisi menghadap kesamping saat berbaring
4) Penggunaan penyokong atau korset pada abdomen maternal yang dapat melonggarkan vena-vena panggul.

C. Insomnia

Pada trimester III gangguan ini terjadi karena ibu hamil sering kencing, rasa tidak nyaman yang dirasakan ibu hamil seperti bertambahnya ukuran rahim yang mengganggu gerak ibu.

Beberapa cara untuk mengurangi gangguan *insomnia,* yaitu:

1) Menghindari *cafein*
2) Usahakan tidur sebentar di siang hari. Usahakan agar ibu tenang dan rileks
3) Biasakan tidur miring kiri
4) Kurangi minum pada malam hari. Sebaiknya ibu lebih banyak minum pada pagi dan siang hari untuk mengurangi frekuensi buang air kecil pada malam hari
5) Minum segelas susu hangat. Meminum segelas susu hangat akan membuat ibu hamil mudah terlelap. Kandungan asam amino *tryptophan* yang terdapat dalam susu akan meningkatkan kadar *serotonin* dalam otak dan membantu ibu hamil tidur. Susu juga akan

membangkitkan hormone *melatonin* dalam darah yang membuat seseorang menjadi mudah mengantuk.

D. Nyeri punggung bawah (Nyeri Pinggang)

Nyeri punggung bawah (nyeri pinggang) merupakan nyeri punggung yang terjadi pada area *lumbosakral*. Nyeri punggung bawah biasanya akan meningkat intensitasnya seiring pertambahan usia kehamilan karena nyeri ini merupakan akibat pergeseran pusat gravitasi wanita tersebut dan postur tubuhnya. Perubahan-perubahan ini disebabkan oleh berat uterus yang membesar. Jika wanita tersebut tidak memberi perhatian penuh terhadap postur tubuhnya maka ia akan berjalan dengan ayunan tubuh kebelakang akibat peningkatan lordosis. Lengkung ini kemudian akan meregangkan otot punggung dan menimbulkan rasa sakit atau nyeri. Cara untuk mengatasi ketidaknyamanan ini antara lain:

1) Tekuk kaki daripada membungkuk ketika mengambil atau mengangkat apapun dari bawah
2) Lebarkan kedua kaki dan tempatkan satu kaki sedikit di depan kaki yang lain saat menekukan kaki sehingga terdapat jarak yang cukup saat bangkit dari proses setengah jongkok
3) Gunakan sepatu bertumit rendah, sepatu tumit tinggi tidak stabil dan memperberat masalah pada pusat gravitasi
4) Kompres hangat (jangan terlalu panas) pada punggung, contoh: bantalan pemanas, mandi air hangat, duduk di bawah siraman air hangat
5) Pijatan/ usapan pada punggung

6) Untuk istirahat atau tidur,gunakan kasur yang menyokong atau gunakan bantal di bawah punggung untuk meluruskan punggung dan meringankan tarikan dan regangan.

17. Penapisan Ibu Hamil

A. Ibu dengan riwayat bedah sesar

Beresiko terjadinya *ruptur uteri* yaitu robeknya uterus akibat perlukaan sesar, sehingga berbahaya bagi ibu dan bayi.

B. Ibu dengan riwayat perdarahan pervaginam, beresiko terjadinya *solusio plasenta* dan *plasenta previa.*

C. Ibu dengan riwayat kehamilan kurang bulan

Beresiko bagi janinnya karena kondisi janin terjadi *prematur* yang akibatnya organ-organ janin belum *matur*, sehingga janin belum sanggup menjalankan fungsinya dengan optimal

D. Ibu dengan riwayat ketuban pecah dengan *mekonium* kental

Beresiko janin terjadi *hipoksia* dan ketika lahir terjadi *asfiksi* yang dapat membahayakan janin.

E. Ibu dengan riwayat ketuban pecah lama (>24 jam)

Beresiko terjadinya partus lama sehingga dapat mengakibatkan infeksi pada ibu dan janin.

F. Ibu dengan riwayat ketuban pecah pada kehamilan kurang bulan, beresiko terjadinya kelahiran *premature* yang nantinya dapat berdampak pada janin yang belum siap untuk dilahirkan.

G. Ibu dengan riwayat ikterus, beresiko terjadi kerusakan pada hepar yang nantinya dapat mengakibatkan komplikasi pada janin sehingga terjadi ikterus pada janin.

H. Ibu dengan riwayat anemi berat, beresiko terjadinya IUGR pada janin serta persalinan dengan komplikasi yang berlebihan.

I. Ibu dengan riwayat *preeklamsi* berat, beresiko pada ibu dengan terjadinya *hipertensi* kronik serta kejang dan beresiko pula pada janin, yaitu pertumbuhan janin terhambat, kematian janin, perdarahan serebral serta persalinan *premature*.

J. Tinggi *Fundus Uteri* >40 cm

Tinggi fundus uteri yang tidak sesuai dengan usia kehamilan bisa disebabkan (*makrosomia*, kehamilan ganda), maka perlu dilakukan pemeriksaan dini karena makrosomia dapat menyebabkan distosia bahu dan menyebabkan perdarahan pasca persalinan.

K. Demam (>38°C)

Ibu dengan riwayat demam memerlukan pengawasan yang intensif karena demam yang tinggi merupakan tanda dan gejala infeksi dapat menyebabkan kematian jika demam tidak langsung ditangani.

L. Gawat Janin

Ibu yang mengalami gawat janin perlu di lakukan pemantauan DJJ yang sering karena gawat janin dapat berakibat fatal pada janin yang di kandung dan bahkan dapat menyebabkan kematian pada janin.

M. Presentasi Bukan belakang kepala. Kelainan pada *Malpresentasi/malposisi* dapat menyebabkan kesulitan pada proses persalinan, maka ini bisa dilakukan operasi untuk proses persalinannya.

N. Tali Pusat Menumbung

Untuk mengetahui tali pusat menumbung perlu dilakukan pemeriksaan ini dengan USG, karena tali pusat menumbung dapat

mengakibatkan perdarahan bahkan juga partus lama karena tali pusat menutupi jalan lahir.

O. Kehamilan Primi Fase Aktif Penurunan Kepala 5/5

Untuk mengatasinya ibu dapat miring ke kiri ataupun dengan mengubah posisi ibu dengan jongkok maupun berdiri. Posisi ini bisa membantu untuk penurunan kepala dan jika tetap tidak ada penurunan persalinan bisa dilakukan dengan *secsio sesaria*.

P. Letak majemuk, untuk mencegah letak majemuk dapat di lakukan dengan ibu posisi sujud tetapi jika presentasi terendah sudah masuk PAP posisi sujud tidak dapat mengubah presentasi dan persalinan harus dilakukan *secsio sesaria*.

Q. Gemeli

Ibu yang mengandung bayi *gemeli*/kembar perlu dilakukan SC untuk mengeluarkan bayinya karena dikhawatirkan adanya *malpresentasi/malposisi* pada salah satu janinnya dan juga dapat mengakibatkan perdarahan.

R. Shock

Untuk mengatasi shock bisa diberikan infus dan oksigen untuk mencegah komplikasi yang lebih serius. Jika tidak shock tidak tertangani dapat menyebabkan kematian pada janin dan ibu.

S. Bumil TKI beresiko terkena HIV/AIDS

T. Suami pelayaran beresiko terkena HIV/AIDS

U. Suami/bumil bertatto beresiko terkena HIV/AIDS

V. HIV/AIDS

W. PMS beresiko terkena HIV/AIDS

X. Anak mahal

2.1.2 Konsep Dasar Persalinan

1. Definisi Persalinan

Menurut Marmi (2012), persalinan merupakan proses membuka dan menipisnya *serviks* dan janin turun ke dalam jalan lahir kemudian berakhir dengan pengeluaran bayi diikuti pengeluaran *plasenta* dan selaput janin dari tubuh ibu melalui jalan lahir. Persalinan dikatakan normal yaitu jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan yang cukup bulan tanpa disertai adanya penyulit.

2. Sebab-sebab Terjadinya Persalinan

Menurut Kuswanti (2014) beberapa teori yang dikemukakan sebagai penyebab persalinan dimulai adalah:

A. Penurunan kadar *estrogen* dan *progesterone*

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

B. Teori Oksitosin

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

C. Teori Distensi Rahim

Rahim yang membesar dan meregang menyebabkan iskemia otot-otot rahim sehingga timbul kontraksi untuk mengeluarkan isi rahim.

D. Teori Plasenta menjadi tua

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

3. Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan

Menurut Walyani (2015) faktor yang mempengaruhi persalinan yaitu:

A. *Power* (His dan Mengejan)

Pada saat persalinan kekuatan yang mendorong bayi keluar adalah his, kontraksi otot-otot perut, kontraksi diafragma dan ligamen-ligamen.

1) His (kontraksi *uterus*)

His adalah kontraksi otot-otot pada dinding *uterus* yang berawal dari *fundus* dimana *tuba fallopi* masuk ke dinding uterus sehingga menghasilkan *peacemaker* pada dinding tersebut. Pada saat berkontraksi, otot-otot rahim menguncup dan menebal sehingga mendorong janin dan kantong *amnion* ke segmen bawah rahim.

Berikut merupakan pembagian dan sifat dari his:

a) His palsu atau pendahuluan: his tidak kuat, tidak teratur dan tidak disertai dilatasi serviks.
b) His pembukaan kala I: his pembukaan serviks sampai 10 cm, mulai teratur dan makin sakit.
c) Pembukaan kala II: sangat kuat, teratur, simetris, terkoordinasi dan lama, his untuk mengeluarkan janin dan koordinasi bersama antara his kontraksi otot perut, diafragma dan ligamen.

d) His pelepasan uri: kontraksi untuk melepaskan dan melahirkan plasenta.

e) His pengiring (kala IV): kontraksi lemah, sedikit nyeri dan berfungsi mengecilkan rahim.

2) Mengejan

Pada proses persalinan ibu harus mengejan dengan benar, baik dari segi kekuatan maupun keteraturan. Biasanya ibu diminta mengejan sekuat mungkin sesuai intruksi tenaga kesehatan yang diimbangi dengan memenarik nafas panjang beberapa kali. Apabila ibu mengejan sesuai intruksi pada saat puncak his maka pecahnya pembuluh darah disekitar mata dan wajah bisa dihindari dan juga bisa terhindar dari resiko berkurangnya suplai oksigen ke janin.

Ada beberapa hal yang perlu diperhatikan sebelum proses persalinan, yaitu :

a) Mulai trimester dua ibu hamil dianjurkan untuk mengikuti senam hamil untuk membantu melemaskan otot panggul, menguatkan nafas dan mengejan.

b) Pada saat mengejan ibu harus tetap rileks, tidak boleh tegang sehingga otot-otot tubuh tetap rileks.

B. *Passage* (jalan lahir)

Terdiri dari dua jalan lahir:

1) Bagian keras: tulang-tulang panggul (rangka panggul).

2) Bagian lunak: otot-otot, jaringan-jaringan, ligamen-ligamen.

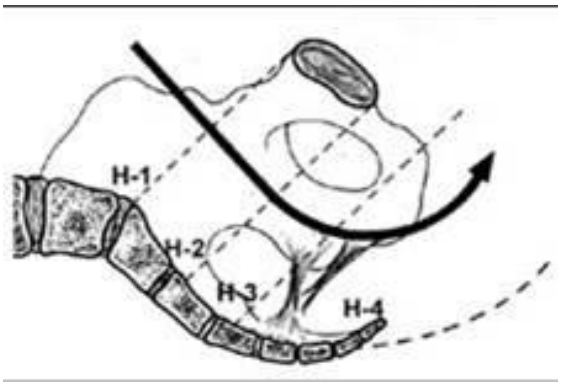
Panggul manusia dapat diukur menggunakan pita meter, angka panggul, pelvimetri klinis, pelvimetri rongenologis.

Berikut merupakan ukuran-ukuran panggul manusia, yaitu:

1) *Distansia spinarum*: jarak antara kedua *spina iliaka anterior* superior 24-26 cm
2) *Distansia kristarum*: jarak antara kedua *krista iliaka* kanan dan kiri 28-30 cm
3) *Konjugata eksterna*: 18-20 cm
4) Lingkar panggul: 80-100 cm
5) *Konjugata diagonalis*: 12,5 cm
6) *Distansia tuberum*: 10,5 cm

Untuk menentukan sampai manakah bagian terendah janin turun dalam panggul. Terdiri dari 4 bidang hodge, yaitu:

1) Hodge 1 yaitu bidang yang di bentuk pada lingkaran pintu atas panggul dengan bagian atas *sympisis* dan *promontorium*.
2) Hodge II yaitu sejajar dengan hodge I, terletak setinggi bagian bawah *sympisis*.
3) Hodge III yaitu sejajar dengan hodge I dan II, terletak setinggi *spina ischiadika* kanan dan kiri.
4) Hodge IV yaitu sejajar dengan hodge I, II, III, terletak setinggi *os koksigeus.*



Gambar 2. 5. Bidang Hodge

Sumber : (Walyani, 2015)

Bentuk panggul, jenis-jenis panggul menurut caldwell-Moloy mengemukakan 4 jenis panggul :

Tabel 2. 6.Perbandingan tipe panggul

Keterangan	Ginekoid	Android	Anthropoid	Platipeloid
Prosentase	50 %	23 %	24 %	3 %
Bentuk	Bulat	Hati	Oval	Pipih
Kedalaman	Sedang	Dalam	Dalam	Dangkal
Dinding tepi	Lurus	Konvergen	Lurus	Lurus
Diameter anteroposterior	Hapir sama dengan diameter transversa	Hampir sama dengan diameter tranversa	Lebih panjang dari diameter transversa	Lebih pendek dari diameter transversa
Spina iskiadika	Tumpul, agak jauh terpisah	Menonjol, diameter interspinosa sempit.	Menonjol, diameter interspinosa sempit	Tumpul terpisah jauh
Sakrum	Dalam, melengkung	Sedikit melengkung,ujung sering bengkok	Sedikit melengkung	Sedikit melengkung
Lengkung suprapubik	Lebar	Sempit	Sempit	Lebar
Jenis persalinan	Per vaginam spontan pada posisi oksipitoanterior	SC, per vaginam sulit, jika menggunakan forceps	Forceps/spontan dengan oksipitoposterior atau oksipitoanterior	Spontan

Sumber : (Hani, dkk, 2012)

C. Passenger

1) Janin

Selama janin dan plasenta berada dalam rahim belum tentu pertumbuhannya normal, adanya kelainan genetik dan kebiasaan ibu yang buruk dapat menjadikan pertumbuhannya abnormal, yaitu :

a) Kelainan bentuk dan besar janin, *anencefalus, hidrocefalus, makrosomia.*
b) Kelainan presentasi: presentasi puncak, presentasi muka, presentasi dahi dan kelainan oksiput.
c) Kelainan letak janin: letak sungsang, letak lintang, letak mengolak dan presentasi rangkap.

2) *Plasenta*

a) Berbentuk bundar dengan diameter 15-20 cm dan tebal 2-2,5 cm.

b) Berat rata-rata 500-600 gram.

c) Letak *plasenta* umumnya di depan atau di belakang dinding uterus agak ke atas ke arah *fundus*.

d) Terdiri dari 2 bagian, yaitu *pars maternal* bagian *plasenta* yang menempel pada desidua terdapat kotiledon (rata-rata 20 kotiledon). Di bagian ini terjadi tempat pertukaran darah ibu dan janin dan pars fetal: terdapat tali pusat (penanaman tali pusat)

3) Tali pusat

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

Struktur tali pusat:

a) Terdiri dari dua *arteri umbikalis* dan satu *vena umbikalis*.

b) Bagian luar tali pusat berasal dari lapisan *amnion*.

c) Di dalamnya terdapat jaringan yang lembek dinamakan selai Wharton. Selai wharton berfungsi melindungi dua arteri dan satu vena umbikalis yang berada dalam tali pusat.

d) Panjang rata-rata 50-55 cm.

4) Air Ketuban

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

Struktur *Amnion*:

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

D. Psikis Ibu

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

E. Penolong

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

4. Tanda-Tanda Persalinan

A. Tanda-tanda bahwa persalinan sudah dekat

1) Terjadi *lightening*

Menjelang minggu ke 36, tanda *primigravida* terjadi penurunan *fundus uteri* karena kepala bayi sudah masuk pintu atas panggul yang disebabkan: kontaksi *Braxton Hiks,* ketegangan dinding perut, ketegangan *Ligamentum Rotudum* dan gaya berat janin dimana kepala ke arah bawah.

Masuknya bayi ke pintu atas panggul menyebabkan ibu merasakan:

a) Ringan dibagian atas, dan rasa sesaknya berkurang
b) Bagian bawah perut ibu terasa penuh dan mengganjal
c) Terjadinya kesulitaan saat berjalan
d) Sering kencing (*follaksuria*)

2) Terjadi his permulaan

Makin tua kehamilan, pengeluaran *esterogen* dan *progesteron* makin berkurang sehingga produksi *oksitosin* meningkat, dengan demikian dapat menimbulkan kontraksi yang lebih sering, his permulaan ini lebih sering diistilahkan sebagai his palsu. Sifat his palsu antara lain:

a) Rasa nyeri ringan dibagian bawah
b) Datangnya tidak teratur
c) Tidak ada perubahan pada *serviks* atau tidak ada tanda-tanda kemajuan persalinan.
d) Durasinya pendek
e) Tidak bertambah bila beraktivitas

B. Tanda-tanda timbulnya persalinan (*Inpartu*)

1) Terjadinya his persalinan

His adalah kontaksi rahim yang dapat diraba dan menimbulakan nyeri di perut serta dapat menimbulkan pembukaan *serviks* kontaksi rahim dimulai pada 2 *facemaker* yang letaknya didekat *cornu uteri*. His yang menimbulkan pembukaan *serviks* dengan kecepatan tertentu disebut his efektif. His efektif mempunyai sifat yang dominan, irama teratur dan frekuensi yang semakin sering, lama his sekitar 45-60 detik.

Pengaruh his dapat menimbulkan desakan daerah *uterus* (meningkat), terhadap penurunan janin, terhadap *korpus uteri* (dinding menjadi lebih tebal), terhadap *istmus uteri* (tegang dan menipis), terhadap *kanalis servikalis* (*efficement* dan pembukaan).

His persalinan memiliki ciri-ciri sebagai berikut:

a) Pinggang terasa sakit dan menjalar ke depan
b) Sifat his teratur
c) Terjadi perubahan pada *serviks*
d) Jika beraktifitas seperti berjalan kekuatan his akan bertambah

Tabel 2. 7.Perbedaan His Palsu Dan His Efektif

Jenis perubahan	His palsu	His efektif
Karakteristik kontraksi	Tidak teratur dan tidak semakin sering (disebut *kontraksi Braxton Hicks*)	Timbul secara teratur dan semakin sering, berlangsung selama 30-70 detik
Pengaruh gerakan tubuh kekuatan kontraksi	Jika untuk berjalan atau istirhata atau jika dalam posisi tubuh ibu berubah, kontraksi akan menghilang/berhenti	Meskipun posisi/gerakan ibu berubah, kontraksi tetap dirasakan
Kekuatan kontraksi	Biasanya lemah dan tidak semakin kuat (mungkin menjadi kuat lalu melemah)	Kontraksinya semakin kuat
Nyeri karena kontraksi	Biasanya hanya dirasakan di tubuh bagian depan	Biasanya berawal dari punggung dan menjalar ke depan

Sumber : (Marmi, 2012)

2) Keluarnya lendir bercampur darah pervaginam (*blood show*)

Lendir berasal dari pembukaan yang menyebabkan lepasnya lendir dari *kanalis servikalis.* Sedangkan pengeluaran darah disebabkan robeknya pembuluh darah saat *serviks* membuka.

3) Kadang-kadang ketuban pecah dengan sendirinya

Sebagian ibu hamil mengeluarkan air ketuban akibat pecahnya selaput ketuban. Jika ketuban sudah pecah, maka persalinan dapat dilakukan dalam waktu 24 jam. Namun jika tidak tercapai, maka persalinan harus diakhiri dengan tindakan tententu, misalnya *ekstrasi vakum* dan *sectio caesaria*.

4) *Dilatasi* dan *efficement*

Dilatasi adalah terbukanya *kanalis servikalis* secara berangsur-angsur akibat pengaruh his. *Efficement* adalah pendataran atau pemendekan *kanalis servikalis* yang semula panjang 1-2 cm menjadi hilang sama sekali, sehingga tinggal hanya *ostium* yang tipis seperti kertas.

5. Persalinan Menurut Umur Kehamilan

Menurut Walyani (2015) persalinan berdasarkan umur kehamilan yaitu:

A. Kehamilan sampai 16 atau 20 minggu bila berakhir disebut keguguran *(Abortus).*

B. Kehamilan 21 sampai 28 minggu bila terjadi persalinan disebut *Immatur.*

C. Kehamilan 29 sampai dengan 36 minggu bila terjadi persalinan disebut *Prematuritas.*

D. Kehamilan 37 minggu sampai dengan 42 minggu disebut *Aterm.*

E. Kehamilan melebihi 42 minggu disebut *Postdate/Postmatur atau Sirotinus.*

6. Partograf

Partograf merupakan alat untuk mencatat informasi berdasarkan observasi atau riwayat pemeriksaan fisik pada ibu dalam persalinan dan alat penting khususnya untuk membuat keputusan klinis selama kala I:

A. Fungsi partograf

1) Mengamati dan mencatat informasi kemajuan persalinan dengan memeriksa *dilatasi serviks* selama pemeriksaan dalam.
2) Mendeteksi secara dini terhadap kemungkinan adanya penyulit persalinan sehingga bidan dapat membuat keputusan tindakan yang tepat.
3) Sebagai alat komunikasi yang unik antara bidan dan dokter mengenai perjalanan persalinan pasien.
4) Alat dokumentasi riwayat persalinan pasien beserta data pemberian medika metosa yang diberikan selama proses persalinan.

B. Partograf digunakan harus pada kondisi sebagai berikut :

1) Semua ibu dalam fase aktif kala I persalinan, sebagai elemen penting asuhan persalinan. Partograf akan membantu penolong persalinan dalam memantau, mengevaluasi dan membuat keputusan klinik baik persalinan normal maupun yang disertai dengan penyulit.
2) Selama persalinan dan kelahiran di semua tempat (rumah, puskesmas, klinik bidan swasta dan rumah sakit)

3) Secara rutin oleh semua penolong persalinan yang memberikan asuhan kepada ibu selama persalinan dan kelahiran

C. Bagian-bagian partograf merupakan grafik yang diisi berdasarkan hasil pemeriksaan yang dilakukan selama kala I persalinan, meliputi:

1) Pencatatan halaman depan partograf
   a) Nomor register
   b) Nama pasien
   c) Umur
   d) Paritas pasien
   e) Tanggal dan jam datang
   f) Waktu pecahnya selaput ketuban
2) Kemajuan persalinan
   a) Pembukaan *serviks* setiap 4 jam
   b) Penurunan kepala janin
   c) Kontraksi *uterus* setiap ½ jam
   d) Tekanan darah dan suhu setiap 4 jam
3) Keadaan janin
   a) DJJ setiap ½ jam
   b) Warna ketuban (penggunaan simbol untuk penulisan ketuban, yaitu: ketuban utuh (U), ketuban pecah jernih (J), ketubah pecah bercampur mekonium (M), ketuban pecah bercampur darah (D), ketuban pecah kering (K).
   c) Molase (penyusupan) tulang kepala janin
4) Pengisian halaman 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).

2.1.3 Konsep Dasar Nifas

1. Definisi Nifas

Masa nifas (*puerperium*), berasal dari bahasa latin, yaitu *puer* yang artinya bayi dan *perium* yang artinya melahirkan atau berarti masa sesudah melahirkan. Asuhan kebidanan masa nifas adalah penatalaksanaan asuhan yang diberikan pada pasien mulai dari saat setelah lahirnya bayi sampai dengan kembalinya tubuh dalam keadaaan seperti sebelum hamil atau mendekati keadaan sebelum hamil.

2. Tahapan Masa Nifas

Masa nifas dibagi menjadi tiga tahap menurut Sulistyawati (2010) yaitu:

A. Puerperium Dini

Puerperium dini merupakan masa kepulihan, yang dalam hal ini ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan.

B. Puerperium Intermedial

Puerperium intermedial merupakan masa kepulihan menyeluruh alat-alat genitalia, yang lamanya sekitar 6-8 minggu.

C. Remote Puerperium

Remote puerperium merupakan masa yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna, terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna dapat berlangsung selama berminggu-minggu, bulanan, bahkan tahunan.

3. Kebijakan Program Nasional Masa Nifas Menurut Sulistyowati (2010)

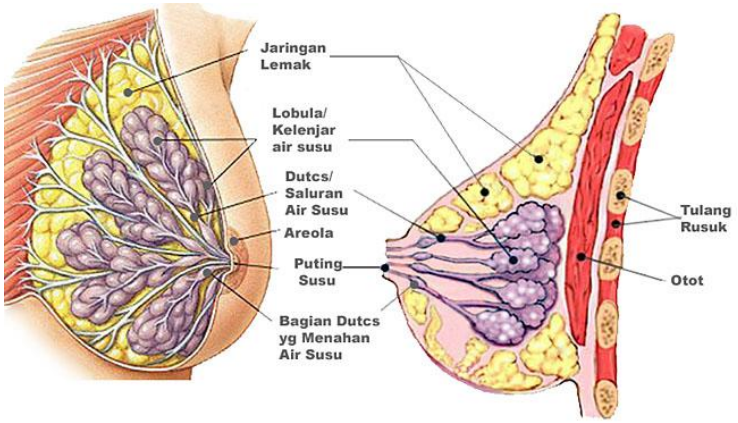
Tabel 2. 9.Kebijakan Program Nasional Masa Nifas

Kunjungan	Waktu	Tujuan
1	6-8 jam setelah persalinan	1. Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri 2. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, rujuk jika perdarahan berlanjut 3. Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga mengenai bagaimana cara mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri. 4. Pemberian ASI awal 5. Melakukan hubungan antara ibu dengan bayi baru lahir. 6. Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah *hypothermi.* 7. Jika petugas kesehatan menolong persalinan, ia harus tinggal dengan ibu dan bayi yang baru lahir selama 2 jam pertama setelah kelahiran atau sampai ibu dan bayinya dalam keadaan stabil.
2	6 hari setelah persalinan	1. Memastikan *involusi uterus* berjalan normal: uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau. 2. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal. 3. Memastikan ibu mendapatkan istirahat yang cukup makanan, cairan dan istirahat. 4. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit. 5. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.
3	2 minggu setelah persalinan	1. Memastikan *involusi uterus* berjalan normal: uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau. 2. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal. 3. Memastikan ibu mendapatkan istirahat yang cukup makanan, cairan dan istirahat. 4. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit. 5. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.
4	6 minggu setelah persalinan	1. Menanyakan pada ibu tentang kesulitan-kesulitan yang dialami ibu dan bayinya. 2. Memberikan konseling KB secara dini.

Sumber : (Sulistyowati, 2010)

4. Proses Laktasi Dan Menyusui

A. Anatomi payudara



Gambar 2. 8.Anatomi Payudara

Sumber : (Dewi, 2011)

Menurut Dewi (2011) payudara (*mammae*) 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.

Struktur makroskopis dari payudara adalah sebagai berikut:

1) *Cauda aksilaris*

   Adalah jaringan payudara yang meluas ke arah aksila.

2) *Areola*

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

3) *Papilla mammae*

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

   Struktur mikroskopis

1) *Alveoli*

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

2) *Duktus laktiferus*

Adalah saluran sentral yang merupakan muara beberapa *tubulus laktiferus.*

3) *Ampulla*

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

4) Lanjutan setiap *duktus laktiferus*

Meluas dari *ampulla* sampai muara *papilla mammae.*

B. Fisiologis 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 tiga bagian, yaitu sebagai berikut:

1) Pembentukan kelenjar payudara

Pada permulaan kehamilan terjadi peningkatan yang jelas dari duktus yang baru, percabangan-percabangan dan *lobulus*, yang dipengaruhi oleh hormon-hormon plasenta dan *korpus luteum*. Hormon-hormon yang ikut membantu mempercepat pertumbuhan *prolaktin, laktogen plasenta, karionik gonadtropin, insulin, kortisol*, hormon *tiroid,* hormon *paratoroid* dan hormon pertumbuhan.

Pada trimester pertama kehamilan, *prolaktin* dari *hipofisis anterior* mulai merangsang kelenjar air susu untuk menghasilkan air susu yang disebut *colostrum*. Pada masa ini pengeluaran *colostrum* masih dihambat oleh *estrogen* dan *progesteron*, tetapi

jumlah *prolaktin* meningkat, hanya pembuatan kolostrum yang ditekan.

Pada trimester dua kehamilan, laktogen plasenta mulai merangsang untuk pembuatan kolostrum. Keaktifan dari rangsangan hormon-hormon terhadap pengeluaran air susu telah di demonstrasikan kebenarannya bahwa seorang ibu yang melahirkan bayi berumur empat bulan dimana bayinya meninggal, tetap keluar kolostrum.

2) Pembentukan air susu

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

a) Reflek *Prolaktin*

Setelah *partus* isapan bayi yang merangsang puting susu dan kalang payudara yang akan merangsang ujung-ujung saraf sensoris. Rangsangan ini dilanjutkan ke *hipotalamus* melalui *medula spinalis hipotalamus* yang akan merangsang pengeluaran faktor-faktor yang memacu sekresi *prolaktin*. Faktor-faktor yang memacu *sekresi prolaktin* akan merangsang *hipofisis anterior* sehingga keluar *prolaktin*. Hormon ini merangsang sel-sel *alveoli* yang berfungsi untuk membuat air susu.

b) Reflek *Let down*

Melalui aliran darah, hormon ini diangkat menuju *uterus* yang dapat menimbulkan kontraksi pada *uterus* sehingga terjadi *involusi* dari organ tersebut. Kontraksi dari sel akan

memeras air susu yang telah diproduksi keluar dari *alveoli* dan masuk sistem duktus, selanjutnya mengalir melalui *duktus laktiferus* masuk kemulut bayi.

Faktor-faktor yang meningkatkan *let down* adalah :

a. Melihat bayi
b. Mendengar suara bayi
c. Mencium bayi
d. Memikirkan untuk menyusui bayi

Faktor-faktor yang menghambat reflex *let down* adalah stres, seperti keadaan bingung/kepikiran kacau, takut dan cemas.

3) Pemeliharaan pengeluaran air susu

Hubungan yang utuh antara *hipotalamus* dan *hipofisis* akan mengantur kadar *prolaktin* dan *oksitosin* dalam darah. Hormon-hormon ini sangat perlu untuk pengeluaran permulaan dan pemeliharaan penyediaan air susu selama menyusui. Bila air susu tidak dikeluarkan akan mengakibatkan berkurangnya sirkulasi darah kapiler yang menyebabkan terlambatnya proses menyusui dan berkurangnya rangsangan menyusui oleh bayi misalnya kekuatan isapan yang berkurang, frekuensi isapan yang berkurang, serta singkatnya waktu menyusui. Hal ini berarti pelepasan *prolaktin* yang cukup diperlukan untuk mempertahankan pengeluaran air susu mulai sejak minggu pertama kelahiran.

4) Mekanisme menyusui

a) Reflek mencari (*rooting reflex*)

Payudara ibu yang menempel pada pipi atau daerah sekeliling mulut merupakan rangsangan yang menimbulkan

refleks mencari pada bayi. Keadaan ini menyebabkan kepala bayi berputar menuju puting susu yang menempel tadi diikuti dengan membuka mulut dan kemudian puting susu ditarik masuk ke dalam mulut.

b) Reflek menghisap (*sucking reflex*)

Puting susu yang sudah masuk ke dalam lidah ditarik lebih jauh dan rahang menekan kalang payudara di belakang puting susu yang pada saat itu sudah terletak pada langit-langit keras. Tekanan bibir dan gerakan rahang yang terjadi secara berirama membuat gusi akan menjepit kalang payudara dan *sinus laktiferus* sehingga air susu akan menggalir ke puting susu, selanjutnya bagian belakang lidah menekan puting susu pada langit-langit yang mengakibatkan air susu keluar dari putting susu. Cara yang dilakukan oleh bayi tidak akan menimbulkan cidera pada puting susu.

c) Reflek menelan (*swallowing reflex*)

Pada saat air susu keluar dari puting susu, akan disusul dengan gerakan menghisap yang ditimbulkan oleh otot-otot pipi sehingga pengeluaran air susu akan bertambah dan diteruskan dengan mekanisme menelan masuk ke lambung. Keadaan akan berbeda bila bayi diberi susu botol dimana rahang mempunyai peranan sedikit saat menelan dot botol, sebab susu mengalir dengan mudah dari lubang dot. Dengan adanya gaya berat yang disebabkan oleh posisi botol yang dipegang kearah bawah dan selanjutnya dengan adanya isapan pipi, keadaan ini akan membantu aliran susu sehingga tenaga yang diperlukan oleh bayi untuk menghisap susu menjadi minimal.

C. Manfaat pemberian ASI

Menurut Eny Retna dkk (2010) ASI adalah makanan yang terbaik untuk bayi. ASI tidak hanya memberikan manfaat untuk bayi saja, melainkan untuk ibu, keluarga dan negara.

1) Untuk bayi
   a) Memberikan antibodi untuk bayi
   b) ASI memiliki komposisi yang tepat dan merupakan yang baik untuk bayi
   c) Memberikan rasa nyaman dan aman pada bayi
   d) Adanya ikatan antara ibu dan bayi
   e) Terhindar dari alergi
   f) ASI meningkatan kecerdasaan bagi bayi
2) Untuk ibu
   a) Untuk alat kontrasepsi
   b) Untuk mempercepat kesehatan ibu
   c) Untuk penurunan berat badan
3) Untuk keluarga
   a) Lebih ekonomis dan praktis.
   b) Tidak perlu membeli
4) Untuk negara
   a) Menurunkan angka kesakitan dan kematian bayi
   b) Menghemat devisa negara
   c) Peningkatan kualitas generasi penerus

D. ASI dibedakan dalam tiga stadium yaitu :

1) *Colostrum*

Colostrum adalah air susu yang pertama kali keluar. *Colostrum* merupakan cairan berwarna kekuningan dan lengket,

colostrum mengandung tinggi protein, mineral, imunoglobulin dan lain-lain. *Imunogloblin* ini untuk mencegah dan menetralisir bakteri, virus, jamur dan parasit, *colostrum* juga merupakan pencahar ideal untuk membersihkan zat yang tidak dipakai dari usus bayi yang baru lahir.

2) ASI transisi atau peralihan

ASI peralihan adalah ASI yang keluar setelah kolostrum sampai ASI sebelum matang, yaitu sejak hari ke 4 sampai ke 10. Selama 2 minggu volume air susu bertambah banyak dan berubah warna serta komposisinya. Kadar imunoglobulin dan protein menurun, sedangkan lemak dan laktosa meningkat.

3) ASI matur

ASI matur disekresi pada hari ke 10 dan seterusnya. ASI matur tampak berwarna putih. Air susu yang mengalir pertama kali disebut *foremilk. Foremilk* lebih encer*. Foremilk* memiliki kandungan rendah lemak dan tinggi laktosa, gula, protein dan mineral. Selanjutnya air susu berubah menjadi *hindmilk*. *Hindmilk* kaya akan lemak dan nutrisi. Hindmilk membuat bayi cepat kenyang dengan demikian bayi akan membutuhkan keduanya, baik foremilk maupun hindmilk.

5. Perubahan Fisiologis Masa Nifas Menurut Eny Retna Ambarwati dan Diah Wulandari (2010)

A. Perubahan sistem reproduksi

1) Involusi *uterus* atau pengerutan *uterus* merupakan suatu proses dimana uterus dimana *uterus* kembali ke kondisi sebelum hamil. Proses ini dimulai segera setelah plasenta lahir akibat kontraksi otot-

otot polos *uterus*. Perubahan-perubahan normal pada uterus selama postpartum.

Tabel 2. 10.Perubahan normal uterus selama postpartum

Involusi	Tinggi fundus uteri	Berat Uterus
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000 gram
Uri lahir	2 jari bawah pusat	750 gram
1 minggu	Pertengahan pusat simpisis	500 gram
2 minggu	Tidak teraba di atas simpisis	350 gram
6 minggu	Bertambah kecil	50 gram
8 minggu	Sebesar normal	30 gram

Sumber :(Eny Retna Ambarwati dan Diah Wulandari, 2010)

2) Bekas *implantasi* plasenta segera setelah lahir seluas 12×5 cm, permukaan kasar, dimana pembuluh dasar bermuara, pada pembuluh darah terjadi pembentukan *trombosis* disamping pembuluh darah tertutup karena kontraksi rahim, bekas luka *implantasi* dengan cepat mengecil pada minggu ke-2 sebesar 6-8 cm pada akhir masa nifas sebesar 2 cm. Lapisan endometrium dilepaskan dalam bentuk jaringan *nekrosis* bersama dengan lochea. Luka bekas implantasi plasenta akan sembuh karena pertumbuhan *endometrium* yang berasal dari tepi luka dan lapisan *basalis endometrium*. Luka sembuh sempurna pada 6-8 minggu postpartum.

3) *Lochea* adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas. *Lochea* mengandung darah dan sisa jaringan *desidua* yang *nekrotik* dari dalam *uterus. Lochea* mempunyai bau yang amis meskipun tidak terlalu menyengat dan volumenya berbeda-beda pada setiap wanita. Lochea yang tidak sedap menandakan adanya infeksi. Lochea memiliki perubahan karena proses involusi.

Proses keluarnya darah nifas atau lochea terdiri dari 4 tahapan:

a) *Lochea Rubra*

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

b) *Lochea Sanguenolenta*

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

c) *Lochea Serosa*

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

d) Lochea Alba

Lochea ini berwarna lebih pucat, putih kekuningan atau kecoklatan. Lochea ini terdiri dari sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri dari *leukosit* dan robekan *plasenta*.

Bila *lochea rubra* yang menetap pada awal periode *postpartum* menunjukan adanya perdarahan *postpartum* sekunder yang mungkin disebabkan oleh tertinggalnya sisa/selaput plasenta. Bila terjadi infeksi, keluar cairan nanah, berbau busuk yang disebut dengan *lochea purulenta*. Pengeluaran *lochea* yang tidak lancar disebut *lochea statis*.

4) *Ligamen-ligamen* dan *diafragma pelvis* serta *fasia* yang merengang sewaktu kehamilan dan persalinan, setelah jalan lahir, berangsur-

angsur menciut kembali seperti sedia kala. Tidak jarang *ligamentum rotundum* menjadi kendor yang mengakibatkan letak *uterus* menjadi *retrofleksi.* Setelah melahirkan *ligamen, fasia*, jaringan penunjang alat genetalia menjadi kendor.

5) *Serviks* mengalami involusi bersama *uterus*. Perubahan pada *serviks* yaitu bentuk *serviks* yang akan menganga seperti corong. Korpus ini disebabkan oleh korpus uteri yang dapat mengadakan kontraksi, sedangkan *serviks* tidak berkontraksi. Sehingga ada perbatasan antara korpus uteri dan *serviks* terbentuk cicin. Muara *serviks* yang dilatasi 10 cm pada waktu persalinan, menutup secara bertahap. Setelah bayi lahir, tangan masih bisa masuk rongga rahim, setelah 2 jam dapat dimasuki 2-3 jari, pada minggu ke 6 postpartum serviks menutup.
6) Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses persalinan dan akan kembali secara bertahap dalam 6-8 minggu postpartum. Penurunan hormon esterogen pada masa postpartum berperan dalam penipisan mukosa vagina dan hilangnya *rugae. Rugae* akan kembali sekitar minggu ke 4.

B. Perubahan sistem pencernaan

Biasanya ibu mengalami konstipasi setelah melahirkan anak.Ini disebabkan karena waktu persalinan alat pencernaan mendapat tekanan yang menyebabkan colon menjadi kosong, pengeluaran cairan yang berlebihan pada waktu persalinan (dehidrasi), kurang makan, hemoroid, laserasi jalan lahir. Supaya buang air besar kembali teratur dapat diberikan makanan yang mengandung serat dan pemberian

cairan yang cukup. Bila usaha ini tidak berhasil dalam waktu 2 atau 3 hari dapat ditolong dengan pemberian huknah atau obat.

C. Perubahan tanda-tanda vital

1) Suhu badan

24 jam postpartum suhu badan akan naik sekitar (37,5°C- 38°C) sebagai akibat kerja keras waktu melahirkan, kehilangan cairan dan kelelahan, pada hari ke tiga suhu badan akan naik lagi karena ada pembentukan ASI.

2) Nadi

Denyut nadi normal orang dewasa 60-80 kali permenit. Sehabis melahirkan biasanya denyut nadi akan lebih cepat.

3) Tekanan darah

Biasanya tekanan darah tidak berubah, kemungkinan tekanan darah akan rendah setelah ibu melahirkan karena ada perdarahan.

4) Pernafasan

Keadaan pernafasan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Apabila suhu dan denyut nadi tidak normal pernafasan juga akan mengikutinya.

6. Adaptasi Psikologi Masa Nifas

Setelah melahirkan menurut Sulistyowati (2009) ibu mengalami perubahan fisik dan fisiologis yang juga mengakibatkan adanya beberapa perubahan psikisnya. Reva Rubin membagi periode ini menjadi 3 bagian, antara lain:

A. Periode *Taking In,* periode ini terjadi 1-2 hari sesudah melahirkan. Ibu baru pada umumnya pasif dan tergantung, perhatiannya tertuju pada kekhawatiran akan tubuhnya.

1) Mengulang-ulang menceritakan pengalamannya waktu melahirkan.
2) Tidur tanpa gangguan sangat penting untuk mengurangi gangguan kesehatan akibat kurang istirahat.
3) Peningkatan nutrisi dibutuhkan untuk mempercepat pemulihan dan penyembuhan luka, serta persiapan proses laktasi aktif.

B. Periode *Taking Hold*

1) Periode ini berlangsung pada hari ke 2-4 post partum.
2) Ibu menjadi perhatian pada kemampuannya menjadi orangtua yang sukses dan meningkatkan tanggung jawab kepada bayinya.
3) Ibu berkonsentrasi pada pengontrolan fungsi tubuhnya, BAB, BAK, serta kekuatan dan ketahanan tubuhnya.
4) Ibu berusaha keras untuk menguasai keterampilan perawatan bayi.
5) Ibu biasanya agak sensitive dan merasa tidak mahir dalam merawat bayi.

C. Periode *Letting Go*

1) Periode ini sangat berpengaruh terhadap waktu dan perhatian yang diberikan oleh keluarganya.
2) Ibu mengambil tanggung jawab terhadap perawatan bayi dan ia harus beradaptasi dengan segala kebutuhan bayi yang sangat tergantung padanya. Hal ini menyebabkan berkurangnya hak ibu, kebebasan dan hubungan sosial.
3) Depresi post partum umumnya terjadi pada periode ini.

7.Tanda Bahaya Nifas

Menurut Dewi dkk (2013) deteksi dini komplikasi pada masa nifas harus dilakukan untuk mencegah hal buruk yang terjadi pada ibu nifas, berikut beberapa komplikasi atau tanda bahaya ibu nifas:

A. Perdarahan pasca persalinan

Perdarahan per vaginam yang melebihi 500 ml setelah bersalin, beberapa etiologi dari komplikasi ini adalah *atonia uteri* dan sisa *plasenta*, laserasi jalan lahir, serta gangguan faal pembekuan darah *pasca solusio plasenta*.

B. Endometritis

Jenis infeksi yang paling sering ialah *endometritis.* Kuman-kuman yang memasuki *endometrium*, biasanya melalui bekas *insersio plasenta* dan dalam waktu singkat mengikutsertakan seluruh *endometrium*. Tanda gejala *endometritis* adalah sebagai berikut :

1) Peningkatan suhu tubuh hingga 40 derajat celcius
2) *Takikardi* (nadi cepat)
3) Menggigil dengan infeksi berat
4) Nyeri tekan uteri menyebar secara lateral
5) Nyeri panggul dan pemeriksaan bimanual
6) Subinvolusio
7) *Lochea* sedikit, tidak berbau atau berbau tidak sedap, *lochea purelenta*

Penanganannya dengan obat antimikroba spektrum-luas termasuk sefalosporin (misalnya : cefoxitin, cefotetan) dan penisilin pektrum-luas, atau inhibitor kombinasi penicillin/betalaktamase. Kombinasi klindasimin dan

gentamisin juga dapat digunakan, seperti metronidazol jika ibu tidak menyusui.

C. 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*. Penderita tampak sakit, nadi cepat dan perut nyeri.

D. Infeksi trauma vulva, perinium, vagina dan serviks

Tanda gejalanya adalah nyeri lokal, *disuria,* suhu derajat rendah jarang diatas 38,3 derajat celcius, *oedema,* sisi jahitan merah dan *inflamasi*, mengeluarkan *pus* atau *eksudat* berwarna abu-abu kehijauan, pemisahan atau terlepasnya lapisan luka operasi. Penanganannya, membuang semua jahitan, membuka, membersihkan luka dan memberikan obat antimikroba spektrum luas.

E. Infeksi Saluran Kemih

Kejadian infeksi saluran kemih pada masa nifas relatif tinggi dan hal ini dihubungkan dengan *hipotoni* kandung kemih akibat trauma kandung kemih saat persalinan, pemeriksaan dalam yang sering, kontaminasi kuman dari *perinium* atau kateterisasi yang sering. Tanda gejalanya adalah nyeri saat berkemih (disuria), demam, menggigil, perasaan mual muntah. Penanganannya, antibiotik yang terpilih meliputi golongan nitrofurantion, sulfonamid, trimetoprim, sulfametoksasol atau sefalosporin.

F. Mastitis

Mastitis adalah infeksi payudara. Meskipun dapat terjadi pada setiap wanita, mastitis semata-mata merupakan komplikasi pada wanita menyusui. Mastitis terjadi akibat invasi jaringan payudara oleh mikroorganisme infeksius atau adanya cedera payudara. Tanda gejalanya adalah nyeri otot, sakit kepala, keletihan, nyeri ringan pada salah satu *lobus* payudara yang diperkuat ketika bayi menyusui, menggigil, demam, area payudara keras. Penanganan terbaik mastitis adalah dengan pencegahan. Pencegahan dilakukan dengan mencuci tangan menggunakan sabun anti bakteri secara cermat, pencegahan pembesaran dengan menyusui sejak awal dan sering, posisi bayi yang tepat pada payudara, penyangga payudara yang baik tanpa konstriksi, membersihkan hanya dengan air.

G. Hematoma

Hematoma adalah pembengkakan jaringan yang berisi darah. Bahaya hematoma adalah kehilangan sejumlah darah karena *hemoragi,* anemia, dan infeksi. *Hematoma* terjadi karena *ruptur* pembuluh darah spontan atau akibat trauma. Kemungkinan penyebab termasuk sebagai berikut:

1) *Laserasi* sobekan pembuluh darah yang tidak dijahit selama injeksi local atau selama penjahitan episiotomi atau laserasi
2) Kegagalan *homeostatis* lengkap sebelum penjahitan *laserasi* atau *episiotomi*

3) Pembuluh darah di atas *apeks insisi* atau laserasi tidak dibendung, atau kegagalan melakukan jahitan pada titik tersebut
4) Penanganan kasar pada jaringan vagina kapan pun atau pada uterus selama *massase*

Tanda gejalanya adalah pembengkakan yang tegang dan berdenyut, perubahan warna jaringan kebiruan atau biru kehitaman.

Penanganannya adalah pemantauan perdarahan secara terus-menerus dengan melakukan pemeriksaan laboratorium *hematokrit,* insisi untuk mengevaluasi darah dan bekuan darah, serta penutupan rongga dan perlunya intervensi pembedahan lain, penggantian darah, atau antibiotik.

2.1.4 Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

1. Definisi Bayi Baru Lahir

Menurut Marmi (2012) bayi baru lahir disebut juga dengan neonatus merupakan individu yang sedang bertumbuh dan baru saja mengalami trauma kelahiran serta harus dapat melakukan penyesuaian diri dari kehidupan intrauterine ke kehidupan ekstrauterin.

2. Apgar Skor

Apgar Skor adalah metode sederhana yang digunakan untuk menilai kedaan umum sesaat setelah bayi lahir.

Tabel 2. 11. Apgar Skor

Tanda	0	1	2
Frekuensi jantung	Tidak ada	Kurang dari 100 kali/menit	Lebih dari 100 kali/menit
Upaya pernafasan	Tidak ada	Tidak teratur	Baik,menangis
Tonus otot	Tidak ada	Sedikit fleksi pada ekstermitas	Aktif
Reflek	Tidak ada	Menyeringai	Menangis
Warna kulit	Tidak ada	Warna tubuh merah, ekstermitas biru	Warna kulit seluruh tubuh merah muda

Sumber :(Marmi, 2012)

3. Adaptasi Bayi Baru Lahir

Menurut Marmi (2012) pada saat kelahiran bayi berubah dari keadaan ketergantungan secara fisiologis, perubahan proses yang kompleks dikenal sebagai transisi. Periode transisi merupakan fase tidak stabil selama 6 sampai 8 jam pertama kehidupan yang akan dialami oleh seluruh bayi dengan mengabaikan usia *gestasi* atau sifat persalinan dan melahirkan.

Periode transisi dibagi menjadi 3 yaitu:

A. Reaktivitas I *(The First Period Of Reactivity)***.**

Dimulai pada masa persalinan dan berakhir setelah 30 menit. Selama periode ini detak jantung cepat dan *pulsasi* tali pusat jelas. Warna kulit terlihat sementara *sianosis* atau *akrosianosis*. Selama periode ini mata bayi membuka dan bayi memperlihatkan perilaku siaga. Bayi mungkin menangis, terkejut atau terpaku. Selama periode ini setiap usaha harus dibuat untuk memudahkan kontak bayi dan ibu. Membiarkan ibu untuk memegang bayi untuk mendukung proses

pengenalan. Beberapa bayi akan disusui selama periode ini. Bayi sering mengeluarkan kotoran dengan seketika setelah persalinan dan suara usus pada umumnya terdengar setelah usia 30 menit. Bunyi usus menandakan sistem pencernaan berfungsi dengan baik. Keluarnya kotoran sendiri, tidak menunjukkan kehadiran gerak peristaltik hanya menunjukkan bahwa anus dalam keadaan baik.

B. Fase Tidur *(Period Of Unresponsive Sleep)*

Berlangsung selama 30 menit sampai 2 jam persalinan. Tingkat tarif pernafasan menjadi lebih lambat. Bayi dalam keadaan tidur, suara usus muncul tapi berkurang. Jika mungkin bayi tidak diganggu untuk pengujian utama dan jangan memandikannya. Selama masa tidur memberikan kesempatan pada bayi untuk memulihkan diri dari proses persalinan dan periode transisi ke kehidupan di luar *uterin*.

C. Periode Reaktivitas II *(The Second Period Of Reaktivity)*

Berlangsung selama 2 sampai 6 jam setelah persalinan. Jantung bayi labil dan terjadi perubahan warna kulit yang berhubungan dengan stimulus lingkungan. Tingkat pernafasan bervariasi tergantung pada aktivitas. *Neonatus* mungkin membutuhkan makanan dan harus menyusu. Pemberian makan awal penting dalam pencegahan *hipoglikemia* dan stimulasi pengeluaran kotoran dan pencegahan penyakit kuning. Pemberian makan awal juga menyediakan kolonisasi bakteri isi perut yang mengarahkan pembentukan vitamin K oleh *traktus intestinal*. *Neonatus* mungkin bereaksi terhadap makanan pertama dengan cara memuntahkan susu bersama *mucus.* Ibu harus diajari cara menyendawakan

bayinya. Setiap *mucus* yang terdapat selama pemberian makan awal dapat berpengaruh terhadap kecukupan pemberian makanan, terutama jika mucus berlebihan. Kehadiran mucus yang banyak mungkin mengindikasikan masalah seperti *esofagial atresia*, mucus bernoda empedu menunjukkan adanya penyakit pada bayi dan pemberian makan perlu ditunda sehingga penyebabnya diselidiki secara menyeluruh. Periode transisi ke *ekstrauterin* berakhir setelah periode kedua reaktivitas. Hal ini terjadi sekitar 2-6 jam setelah persalinan. Kulit dan saluran pencernaan neonatal belum terkolonisasi oleh beberapa tipe bakteri.

Tabel 2. 12.Adaptasi Bayi Baru Lahir

Sistem	Intaruterin	Ekstrauterin
Pernapasan volunteer	Belum berfungsi	Berfungsi
Alveoli	Kolaps	Berkembang
Vaskularisasi paru	Belum aktif	Aktif
Resistensi paru	Tinggi	Rendah
Intake oksigen	Dari plasenta ibu	Dari paru bayi sendiri
Pengeluaran CO2	Di plasenta	Di paru
Sirkulasi paru	Tidak berkembang	Berkembang banyak
Sirkulasi sistemik	Resisten prifer	Resistensi prifer
Denyut jantung	Rendah lebih cepat	Tinggi lebih lambat
Absorbsi nutrient	Belum aktif	Aktif
Kolonisasi kuman	Belum	Segera
Feses	Mekonium	<hari ke 4, feses biasa
Enzim pencernaan	Belum aktif	Aktif

Sumber :(Marmi, 2012)

4. Ciri-Ciri Bayi Baru Lahir Normal

Menurut (Marmi,2012) ciri-ciri bayi baru lahir yaitu:

A. Berat badan 2500-4000 gram

B. Panjang badan 48-52 cm

C. Lingkar dada 30-38 cm

D. Lingkar kepala 33-35 cm

E. Frekuensi jantung 120-160 ×/menit

F. Pernafasan 40-60 ×/menit

G. Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan *subkutan* cukup

H. Rambut *lanugo* tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna

I. Kuku agak panjang dan lemas

J. Genetalia : Perempuan : *Labia mayor* menutupi *labia minor*

Laki-laki : *testis* turun, skrotum sudah ada

K. Reflek hisap dan menelan sudah baik

L. Reflek *morro* atau gerak memeluk bila dikagetkan sudah baik

M. Reflek *graps* atau menggengam sudah baik

N. Eliminasi baik, mekonium akan keluar 24 jam pertama, mekonium berwarna hitam kecoklatan

O. Reflek hisap dan menelan sudah terbentuk dengan baik

5. Perubahan Fisiologis Pada Bayi Baru Lahir menurut (Marmi dan Rahardjo, 2012)

A. Sistem Pernapasan

Masa yang paling kritis pada bayi baru lahir adalah ketika harus mengatasi *resistensi* paru. Pada umur kehamilan 24 hari bakal paru-paru terbentuk dan pernafasan pada bayi normal terjadi dalam waktu 30 menit pertama sesudah lahir.

Tabel 2. 13. Perkembangan Sistem Pulmoner

Umur Kehamilan	Perkembangan
24 Hari	Bakal paru-paru terbentuk
26-28 Hari	Dua bronki membesar
6 Minggu	Dibentuk segmen bronkus
12 Minggu	Deferensiasi Lobus
16 Minggu	Dibentuk bronkiolus
24 Minggu	Dibentuk Alveolus
28 Minggu	Dibentuk Surfaktan
34-36 Minggu	Maturasi struktur (Paru-paru dapat mengembang system alveoli dan tidak mengempis lagi)

Sumber :(Marmi dan Rahardjo, 2012)

B. Jantung dan Sirkulasi darah

Peredaran darah janin dan nutrisi berasal dari plasenta *umbilikalis* sebagian masuk ke *vena kava inferior* melalui *dukutus venosus aranti*. Darah dari *vena kava inferior* masuk ke *atrium* kanan dan bercampur dengan darah dari vena kava inferior. Darah dari *atrium* kanan sebagian melalui *foramen ovale* masuk ke *atrium* kiri bercampur dengan darah yang berasal dari vena pulmonalis. Darah dari *atrium* kiri selanjutnya ke ventrikel kiri yang akan dipompakan ke *aorta* selanjutnya melalui *arteri koronia* darah mengalir ke bagian kepala, ekstremitas kanan dan kiri.

C. Saluran Pencernaan

Saluran pencernaan *neonatus* relatif lebih panjang dan berat daripada orang dewasa. Adaptasi saluran pencernaan yaitu :

1) Pada hari ke 10 kapasitas lambung menjadi 100 cc
2) Kelenjar lidah berfungsi saat lahir tetapi kebanyakan tidak mengeluarkan ludah sampai usia bayi 2-3 bulan

D. Hepar

Hepar masih belum berfungsi pada *neonatus* sehingga mengakibatkan ikterus fisiologis**.** Pada jam-jam pertama energi didapatkan dari pembakaran karbohidrat dan pada hari ke dua energi didapatkan dari pembakaran lemak. Setelah mendapat susu kurang lebih pada hari ke enam, pemenuhan kebutuhan energi bayi 60% didapatkaan dari lemak dan 40% dari karbohidrat.

E. Panas Suhu Tubuh

Terdapat empat mekanisme kemungkinan hilangnya panas tubuh dari bayi baru lahir ke lingkungannya, yaitu:

1) *Evaporasi*

Kehilangan panas akibat penguapan cairan ketuban pada permukaan tubuh oleh panas tubuh bayi sendiri. Hal ini merupakan jalan utama bayi kehilangan panas. Kehilangan juga dapat terjadi ketika saat bayi baru lahir tidak segera dikeringkan atau terlalu cepat dimandikan dan tubuhnya tidak segera dikeringkan dan diselimuti.

2) *Konduksi*

Kehilangan panas tubuh melalui kontak langsung antara tubuh bayi dengan permukaan yang dingin. Contoh menimbang bayi tanpa alas timbangan dan menggunakan stetoskop dingin untuk memeriksa bayi baru lahir.

3) *Konveksi*

Kehilangan panas tubuh yang terjadi saat bayi terpapar udara sekitar yang lebih dingin (jumlah panas yang hilang tergantung pada kecepatan dan suhu udara) contohnya membiarkan atau menempatkan bayi baru lahir dekat jendela, membiarkan bayi baru lahir di ruangan yang terpasang kipas angin.

4) *Radiasi*

Panas dipancarkan dari bayi baru lahir, keluar tubuhnya ke lingkungan yang lebih dingin (pemindahan panas antara 2 objek yang mempunyai suhu berbeda) contoh bayi mengalami kehilangan panas tubuh secara radiasi, ialah bayi baru lahir dibiarkan dalam ruangan dengan AC tanpa diberi pemanas, bayi baru lahir dibiarkan telanjang, bayi baru lahir ditidurkan berdekatan dengan ruangan yang dingin, misalnya dekat tembok.

F. Kelenjar *Endokrin*

Penyesuaian pada system endokrin adalah:

1) Kelenjar *tiroid* berkembang selama minggu ke 3 dan ke 4
2) Sekresi-sekresi *thyroxin* dimulai pada minggu ke 8.
3) *Kortek adrenal* dibentuk pada minggu ke 6 dan menghasilkan hormon pada minggu ke 8 dan ke 9
4) Pankreas dibentuk dari *foregut* pada minggu ke 5

G. Keseimbangan Cairan dan Fungsi Ginjal

Pada *neonatus* fungsi ginjal belum sempurna hal ini karena jumlah *nefron matur* belum sebanyak orang dewasa, tidak seimbang antara luas permukaan *glomerulus* dan volume *tobulus* proksimal.

H. Keseimbangan Asam Basa

Derajat keasaman (ph) darah pada waktu lahir rendah karena *glikolisis* rendah karena *glikolisis anaerobic*. Dalam 24 jam *neonatus* telah mengkompensasi *asidosis*.

I. Susunan Syaraf

Sistem *neurologis* bayi secara anatomis atau fisiologis belum berkembang secara sempurna.

J. Imunologi

Pada *neonatus* hanya terdapat IgG (*Imunoglobulin Gamma*). IgG berasal dari ibu melalui plasenta.

6. Pencegahan Infeksi

Menurut Marmi dkk (2012) pencegahan infeksi merupakan penatalaksanaan awal yang harus dilakukan pada bayi baru lahir karena bayi baru lahir sangat rentan terhadap infeksi. Pada saat penanganan bayi baru lahir, pastikan penolong untuk melakukan tindakan

pencegahan infeksi pada bayi baru lahir. Upaya yang dapat dilakukan untuk mencegah terjadinya infeksi pada bayi baru lahir adalah:

A. Pencegahan infeksi pada tali pusat

Cara yang paling efektif adalah dengan membiarkan tali pusat tetap terbuka, mengering dan hanya dibersihkan setiap hari dengan air bersih.

B. Pencegahan infeksi pada kulit

Beberapa cara yang diketahui dapat mencegah terjadinya infeksi pada kulit bayi baru lahir atau penyakit infeksi lain adalah meletakkan bayi di dada ibu agar terjadi kontak langsung ibu dan bayi, sehingga menyebabkan terjadi kolonisasi mikroorganisme yang ada di kulit dan saluran pencernaan bayi dengan mikroorganisme ibu yang cenderung bersifat nonpatogen, serta adanya zat antibodi bayi yang sudah terbentuk dan tergantung dalam air susu ibu.

C. Pencegahan infeksi pada mata bayi baru lahir

Cara mencegah infeksi pada mata bayi baru lahir adalah merawat mata bayi baru lahir dengan memberikan salep mata untuk mencegah *oftalmia neonatrum* biarkan obat tetap pada mata bayi dan obat yang ada di sekitar mata jangan dibersihkan.

D. Imunisasi

Imunisasi adalah suatu proses untuk membuat sistem pertahanan tubuh terhadap invasi mikroorganisme (bakteri dan virus) yang dapat menyebabkan infeksi sebelum mikroorganisme tersebut memiliki kesempatan untuk menyerang tubuh kita. Dengan imunisasi tubuh akan terlindungi dari dari infeksi.

Tabel 2. 14. Jenis Imunisasi

No.	Penyakit	Waktu	Reaksi	Perlindungan
1	Imunisasi DPT, difteri, batuk rejan, tetanus	Suntikan pada usia 2,4,6,18 bulan. Dan dapat diulangi pada 4-5 tahun.	Anak bisa demam, tempat suntikan terasa sakit	Harus diulang selama 5 tahun supaya terhindar dari tetanus.
2	Polio	Vaksin diminum pada usia 0,2,3,4,6,18 bulan dan ulangi pada umur	Tidak ada	Harus diulang agar selalu terlindungi.
3	Campak	Suntikan pada usia 9 bulan dan diulang pada usia 6 tahun.	Tidak ada	Harus diulangi agar selalu terlindungi
4	Tuberkulosis (BCG)	Suntikan pada usia 0-3 bulan dan diulang pada usia 10-13 tahun, jika dianggap perlu	Demam dan timbul bercak-bercak	Tidak diketahui berapa lama sejak vaksinasi terakhir.

Sumber :(Marmi, 2012)

7. Pengkajian Pada Bayi Baru Lahir Menurut Wafi (2010)

A. Pemeriksaan TTV

Pemeriksaan frekuensi nafas dihitung selama satu menit penuh dengan mengamati naik turun perut bayi. Bayi dalam keadaan tenang, nafas normalnya 40-60 kali permenit.

1) Periksa frekuensi jantung dengan menggunakan stetoskop dan dihitung selama satu menit. Denyut jantung normal 120-160 kali permenit.
2) Suhu tubuh bayi baru lahir normalnya 36,5-37,5C diukur di daerah *aksila* selama lima menit dengan menggunakan termometer.

B. Pemeriksaan Fisik

1) Kepala
   a) Ubun-ubun. Ukuran bervariasi dan tidak ada standar. Ubun-ubun merupakan titik lembut pada bagian kepala bayi di tempat tulang tengkorak yang belum sepenuhnya bertemu.

b) *Sutura, molase*. Perubahan bentuk kepala janin (*molding* atau *molase*)

0: *sutura t*erpisah

1: *sutura* (pertemuan dua tulang tengkorak) yang tepat bersesuaian

2: *sutura* tumpang tindih tetapi dapat diperbaiki

3: *sutura* tumpang tindih dan tidak dapat diperbaki

Tulang tengkorak baru menyatu pada umur satu tahun

c) Penonjolan atau daerah cekung. Periksa adanya kelainan baik karena trauma persalinan (*caput sucedeneum, sefalo hematom*) atau adanya cacat kongenital *(hidrosefalus)*

d) Ukur lingkar kepala untuk mengukur ukuran *frontal oksipitalis* kepala bayi

2) Wajah

Memperhatikan kelainan wajah yang khas seperti *sindrom down,* apakah wajah nampak kuning jika kuning kemungkinan bayi mengalami gejala icterus, memperhatikan jika bayi tampak aneh misalnya telinga letak rendah dan gangguan struktur lain berarti bayi mengalami penyimpangan kromosom atau gangguan herediter.

3) Mata

Lihat kedua mata bayi, perhatikan apakah kedua matanya tampak normal dan apakah bergerak bersama, lakukan pemeriksaan dengan melakukan penyinaran pada pupil bayi. Normalnya, jika disinari pupil akan mengecil.

4) Hidung

Bentuk dan lebar hidung, pola pernapasan, kebersihan, adakah pernapasan cuping hidung.

5) Mulut

Bentuk simetris/tidak, *mukosa* mulut kering/basah, lidah, bercak putih pada gusi, refleks menghisap, trush dan sianosis.

6) Leher

Bentuk simetris/tidak, adakah pembengkakan dan benjolan, kelainan *tiroid, hemangioma*, tanda abnormalitas *kromosom* dan lain-lain.

7) Dada

Pada daerah dada yang diperiksa adalah bentuk pada dada, puting bayi, bunyi napas dan bunyi jantung (dengan menggunakan stetoskop).

8) Abdomen

Penonjolan sekitar tali pusat pada saat menangis, perdarahan tali pusat, jumlah pembuluh darah pada tali pusat, dinding perut dan adanya benjolan, *distensi, gastroskisis, omfalokel*, bentuk simetris/tidak.

9) Genetalia

Bayi laki-laki normalnya ada dua testis dalam skrotum, kemudian pada ujung penis terdapat lubang. Bayi perempuan, normalnya *labia mayora* menutupi *labia minora*, pada vagina terdapat lubang, pada *uretra* terdapat lubang dan mempunyai *klitoris.*

10) Tungkai dan kaki

Gerakan, bentuk simetris/tidak, jumlah jari dan pergerakan

11) Anus

Berlubang/tidak, posisi, fungsi *spinter ani*, adanya *atresia ani*, *mekonium* plug syndrom, *megacolon.*

12) Kulit

Pada kulit yang perlu diperhatikan verniks (cairan keputihan, keabu-abuan, ke kuning-kuningan, berminyak dan berlendir yang berfungsi melindungi kulit bayi agar tidak tenggelam oleh air ketuban selama ia berada di dalam rahim, warna, pembengkakan atau bercak hitam dan tanda lahir.

13) Reflek

Refleks adalah gerakan naluriah yang berguna untuk melindungi bayi dan juga berfungsi menguji kondisi umum bayi serta kenormalan system saraf pusatnya.

14) Pengukuran *Anthropometri*

a) Penimbangan berat badan normalnya 2500-4000 gram jika ≤ 2500 gram bayi *premature.*

b) Panjang badan normalnya 45-55 cm jika kurang atau lebih maka terjadi penyimpangan *kromosom* atau *herediter*.

c) Lingkar kepala normalnya 32-35cm jika ≤ 32 cm maka terjadi *rubella*, *toksoplasmosis* jika lebih besar maka *hidrosefalus.*

d) Lingkar dada normalnya 30-33cm jika lebih kecil berarti *premature*.

e) Ukuran-ukuran kepala bayi

a. Diameter *suboksipito bregmatika* normalnya 9,5 cm dari *foramen magnum* ke ubun ubun besar.

b. Diameter *suboksipito frontalis* normalnya 11 cm antara *foramen magnum* ke pangkal hidung.

c. Diameter *fronto oksipitalis* normalnya 12 cm antara pangkal titik hidung kejarak terjauh belakang kepala.

d. Diameter *mento oksipitalis* 13.5 cm antara dagu ke titik terjauh belakang kepala.

e. Diameter *sub mento bregmatika* 9 cm antara *os hyoid* ke ubun-ubun besar

f) Ukuran lingkaran

a. *Sirkumferensia Sub oksipito bregmatika* 32 cm

b. *Sirkumferensia Fronto oksipitalis* normalnya 34 cm melalui jalan lahir pada letak puncak kepala

c. *Sirkumferensia Mento oksipitalis* 35 cm melalui jalan lahir pada letak dahi

g) Ukuran melintang

a. Diameter *biparietalis* antara kedua *parietalis* dengan ukuran 9 cm.

b. Diameter *bitemporalis* antara kedua tulang temporalis dengan ukuran 8 cm.

8. Asuhan Bayi Baru Lahir Menurut Menurut Marmi dan Rahardjo (2012)

A. Asuhan Segera Bayi Baru Lahir

Asuhan segera bayi baru lahir adalah asuhan yang diberikan saat jam pertama kelahiran yaitu:

1) Memantau pernafasan dan warna kulit pada 5 menit setelah kelahiran gunanya untuk melakukan penilaian Apgar Score dimana penilaian dilakukan 1 dan 5 menit setelah kelahiran bayi.

2) Menjaga agar bayi tetap kering dan hangat dengan cara mengganti handuk atau kain yang basah dan bungkus bayi dengan selimut fungsinya untuk mencegah kehilangan panas serta

pastikan kepala bayi terlindung dengan baik karena pada bayi luas tubuh yang cepat kehilangan panas juga adalah pada kepala bayi.

3) Memeriksa telapak kaki bayi setiap 15 menit sekali dan sampai 1 jam jika telapak kaki bayi dingin periksa suhu aksila normalnya (36,50 C-37,50 C), jika suhu kurang dari 36,50 C segera hangatkan bayi karena ditakutkan bayi mengalami sianosis yang dapat mengakibatkan *hipoksia* pada otak dan akhirnya bayi mengalami tidak bisa bernafas dan meninggal.
4) Kontak dini dengan bayi membiarkan ibu dan bayi bersama paling tidak 1 jam setelah kelahiran gunanya untuk kehangatan dimana bayi dapat mempertahankan panas serta untuk ikatan batin antara ibu dan bayi lalu pemberian kolostrum dimana kolostrum sangat baik untuk bayi.

B. Asuhan Bayi Baru Lahir

Asuhan Bayi baru lahir adalah asuhan yang diberikan dalam waktu 24 jam.

1) Melanjutkan pengamatan pernafasan, warna dan aktifitas
2) Mempertahankan suhu tubuh bayi dengan cara
3) Pemeriksaan fisik pada bayi
4) Memberikan vit K untuk mencegah terjadinya perdarahan
5) Identifikasi bayi merupakan alat pengenal pada bayi misalnya saja gelang agar tidak tertukar
6) Perawatan lain seperti (tali pusat,memberikan imunisasi hepatitis B, BCG, Polio oral), mengajarkan tentang tanda bahaya pada bayi, mengajarkan tentang cara merawat bayi, memberikan ASI sesuai kebutuhan setiap 2-3 jam, pertahankan bayi agar selalu dekat dengan ibu, mengawasi kesulitan dan masalah pada bayi.

C. Asuhan Pada Bayi Usia 2-6 Hari

1) Kebutuhan Nutrisi

Rencana asuhan yang diberikan untuk memenuhi kebutuhan makan/minum bayi adalah membantu bayi mulai menyusui dengan pemberian ASI eksklusif. ASI merupakan makanan yang terbaik bagi bayi mengandung zat gizi yang paling banyak sesuai kualitas dan kuantitasnya untuk pertumbuhan dan perkembangan bayi. Pastikan bayi diberi minum segera setelah lahir dalam waktu 30 menit atau dalam 3 jam. Pemberian ASI dilakukan dengan payudara tidak hanya satu payudara tetapi secara bergantian. Bayi diberi ASI sampai 6 bulan tanpa diberikan makanan pendamping dan harus disususi kapan pun ia mau (*on deman*)

2) Kebutuhan Eliminasi

Bayi miksi sebanyak 6 kali dalam sehari, semakin banyak cairan yang masuk semakin banyak maka bayi akan sering *miksi. Defekasi* pertama berwarna hijau kehitaman. Pada hari ke 3-5 kotoran berubah warna menjadi kuning kecoklatan. Bayi *defekasi* 4-6 kali sehari. Kotoran bayi yang hanya minum susu biasanya cair. Bayi yang diberikan ASI saja kotorannya berwarna kuning dan agak cair dan berbiji. Bayi yang minum susu botol, kotorannya coklat muda, lebih padat dan berbau.

3) Kebutuhan Tidur

Dalam 2 minggu pertama setelah lahir, bayi normalnya sering tidur. Bayi yang baru lahir mempergunakan sebagian besar dari waktunya untuk tidur. Neonatus sampai usia 3 bulan rata-rata tidur sekitar 16 jam sehari.

Tabel 2. 15.Pola Tidur Bayi Dan Anak

Pola tidur bayi dan anak	Waktu
1 minggu	16,5 jam
1 tahun	14 jam
2 tahun	13 jam
5 tahun	11 jam
9 tahun	10 jam

Sumber: (Sari Wahyuni, 2012)

4) Kebersihan Kulit

Kulit bayi masih sangat sensitif terhadap kemungkinan terjadinya infeksi. Untuk mencegah terjadinya infeksi pada kulit bayi, keutuhan kulit harus senantiasa dijaga. *Verniks caseosa* bermanfaat untuk melindungi kulit bayi, sehingga jangan dibersihkan pada saat memandikan bayi. Muka, pantat dan tali pusat perlu dibersihkan secara teratur terutama ketika memandikan bayi harus mencuci tangan sebelum memegang bayi, merawat tali pusat menggunakan kasa agar cepat kering tanpa dibubuhi apapun.

5) Kebutuhan Keamanan

Tidak boleh meninggalkan bayi tanpa ada yang menunggu, menghindari pemberian apapun ke mulut bayi selain ASI karena bayi bisa tersedak.

D. Asuhan Primer Pada Bayi Usia 6 Minggu Pertama

1) Peran bidan pada bayi yang sehat

Ada beberapa prinsip yang dipegang oleh bidan yaitu anak bukanlah miniatur orang dewasa tetapi merupakan sosok yang individu dan unik yang mempunyai kebutuhan yang khusus sesuai dengan tahapan perkembangan dan pertumbuhannya, berdasarkan kepada pertumbuhan dan perkembangan anak sehingga permasalahan asuhan terhadap klien sesuai dengan kebutuhan tahap perkembangan anak.

2) Mengidentifikasi peranan bidan pada bayi sehat

Bidan berperan dalam asuhan terhadap bayi dan balita terutama dalam hal:

a) Melakukan pengkajian atau pemeriksaan pertumbuhan dan perkembangan anak misalnya pemeriksan fisik dan lain-lain.
b) Penyuluhan kesehatan kepada keluarga misalnya cara pemberian ASI pada bayi, cara menyusul bayi yang baik dan lain-lain.

3) Tahap-tahap penting perkembangan dalam 6 minggu pertama.

Dapat diketahui menggunakan metode Denver II atau DDST yang mana alat tersebut dapat mendeteksi apakah anak mengalami keterlambatan pertumbuhan dan perkembangan.

4) Peran bidan dalam pemberian ASI

Memberikan konseling kepada ibu seperti cara menyusi yang benar, memberikan dukungan psikologi, memberitahu ibu bayi yang cukup ASI.

5) Peran bidan dalam pemantauan BAB.

Mengobservasi frekuensi, konsistensi dan warna BAB bayi, memberitahu ibu agar segera mengganti popok apabila bayi BAB, memberitahu ibu pola BAB bayi yang benar.

6) Peran bidan dalam pemantauan BAK bayi

Mengobservasi frekuensi dan warna dari BAK bayi memberitahu ibu agar segera mengganti popok apabila bayi BAK, memberitahu ibu pola BAK bayi yang benar yang bertujuan agar ibu dan keluarga paham jika ada hal yang tidak normal.

7) BA (*Bonding Attachment*)

Bonding Attachment dapat dimulai pada saat persalinan memasuki kala IV, dengan cara diadakan kontak antar ibu dan anak, ayah yang berada dalam ikatan kasih.

Tahapan *bonding attachment*

a) Perkenalan (*acquaiantance*), dengan melakukan kontak mata, menyentuh, berbicara dan mengeksplorasi segera setelah mengenal bayinya.
b) *Bonding* (keterikatan)
c) *Attachment*, perasaan sayang yang mengikat individu dengan individu lain

Elemen-elemen *Bonding Attachment*:

a. Sentuhan
b. Kontak mata

   Orang tua dan bayi menggunakan lebih banyak waktu untuk saling memandang dan merasa lebih dekat dengan bayinya.
c. Suara

   Saling mendengar dan merespon suara antar orang tua dan bayinya. Orang tua menunggu tangisan bayinya dengan tegang, sedangkan bayi akan merasa tenang dan berpaling ke arah orang tua saat berbicara dengan suara bernada tinggi.
d. Aroma

   Ibu mengingat bahwa setiap anak memiliki aroma yang unik. Sementara itu bayi belajar dengan cepat membedakan aroma susu ibu nya.

e. *Entertainment*

Bayi baru lahir bergerak-gerak sesuai dengan struktur pembicara orang tua. Bayi akan menggoyangkan tangan, mengangkat kepala, menendang-nendang kaki. Ini terjadi saat anak mulai berbicara berfungsi untuk memberi umpan balik positif kepada orang tua dan cara berkomunikasi yang efektif dan positif.

f. *Bioritme*

Anak yang belum lahir atau baru lahir dapat dikatakan senada dengan ritme alamiah ibunya.

g. Kontak Dini

Pemberian kasih sayang kehangatan tubuh dan stimulasi hormon adalah elemen lain dalam BA.

2.1.5 Keluarga Berencana

1. Definisi Keluarga Berencana

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

2. Pola Dasar Kebijakan Program Keluarga Berencana

Pola dasar kebijakan program KB antara lain:

A. Menunda perkawinan dan kehamilan sekurang-kurangnya sampai berusia 20 tahun

B. Menjarangkan kelahiran dan dianjurkan menganut system keluarga

C. Catur warga adalah keluaraga yang terdiri dari ayah, ibu dan 2 anak

D. Panca warga adalah keluarga yang terdiri dari ayah, ibu dan 3 anak

E. Hendaknya besar keluarga yang dicapai dalam usia reproduksi antara 20-30 tahun

3. Memilih Metode Kontrasepsi

Syarat-syarat yang harus dipenuhi oleh suatu metode kontrasepsi yang baik ialah:

A. Aman dan tidak berbahaya

B. Dapat diandalkan

C. Dapat diterima oleh banyak orang

D. Pemakaian jangka lama

E. Sederhana, sedapat-dapatnya tidak usah dikerjakan oleh dokter

4. Alat Kontrasepsi

Kontrasepsi hormonal yang dianjurkan untuk ibu pasca persalinan yaitu yang mengandung hormon *progestin* saja, apabila KB hormonal yang diberikan pada ibu pasca persalinan mengandung hormon *estrogen*, maka hormon tersebut akan mengganggu produksi ASI, sehingga ibu pasca persalinan dianjurkan untuk menggunakan KB hormonal.

Yang mengandung hormon *progestin* berikut adalah:

1) Suntik progestin

Depo Medroksiprogesteron Asetat (DMPA), mengandung 150mg DMPA yang diberikan setiap 3 bulan dengan cara intramuscular (IM) pada daerah bokong.

a) Cara kerja

a. Mencegah ovulasi
b. Mengentalkan lendir *serviks* sehingga menurunkan kemampuan penetrasi sperma
c. Menjadikan selaput lendir rahim tipis dan atrofi
d. Menghambat transportasi gamet oleh tuba

b) Indikasi dari penggunaan kontrasepsi suntikan progestin

a. Usia reproduksi
b. Nulipara dan yang telah memiliki anak
c. Menghendaki menggunakan kontrasepsi jangka panjang dan efektivitas tinggi
d. Setelah melahirkan dan membutuhkan kontrasepsi yang sesuai
e. Tekanan darah <160/110 mmHg, dengan masalah gangguan pembekuan darah atau anemia bulan sabit
f. Sering lupa jika menggunakan pil

c) Kontraindikasi dari penggunaan kontrasepsi suntikan progestin

a. Hamil atau dicurigai hamil
b. Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya
c. Tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid, terutama amenorea
d. Menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara
e. Diabetes mellitus disertai komplikasi

d) Keuntungan

a. Sangat efektif
b. Pencegahan kehamilan jangka panjang
c. Tidak berpengaruh pada hubungan saumi istri

d. Tidak mengandung estrogen sehingga sehingga tidak berdampak serius terhadap penyakit jantung dan gangguan pembekuan darah.
e. Tidak mempengaruhi ASI
f. Klien tidak perlu menyimpan obat suntik

e) Kerugian

a. Pendarahan tidak menentu
b. Terjadinya amenorhea berkepanjangan
c. Klien sangat tergantung pada tempat sarana pelayanan kesehatan
d. Permasalahan berat badan merupakan efek samping tersering
e. Tidak menjamin terhadap penularan IMS, virus hepatitis B atau HIV
f. Terlambat kembalinya kesuburan setelah penghentian penyuntikan

f) Efek Samping

a. Mengalami gangguan haid
b. Penambahan berat badan.
c. Mual.
d. Kunang-kunang.
e. Sakit kepala
f. Nervositas
g. Penurunan libido
h. Vagina kering

g) Waktu Mulai Menggunakan Suntik 3 Bulan

a. Setiap saat selama siklus haid, asal tidak hamil.

b. Mulai hari pertama sampai hari ke-7 siklus haid.

c. Pada ibu yang tidak haid atau dengan perdarahan tidak teratur, injeksi dapat diberikan setiap saat, asal tidak hamil. Selama 7 hari setelah penyuntikan tidak boleh melakukan hubungan seksual.

d. Ibu yang telah menggunakan kontrasepsi hormonal lain secara benar dan tidak hamil kemudian ingin mengganti dengan kontrasepsi DMPA, suntikan pertama dapat segera diberikan tidak perlu menunggu sampai haid berikutnya.

e. Ibu yang menggunakan kontrasepsi non hormonal dan ingin mengganti dengan kontrasepsi hormonal, suntikan pertama dapat segera diberikan, asal ibu tidak hamil dan pemberiannya tidak perlu menunggu haid berikutnya. Bila ibu disuntik setelah hari ke-7 haid, selama 7 hari penyuntikan tidak boleh melakukan hubungan seksual.

2.1.6 Konsep Dasar Sungsang

1. Definisi Sungsang

Menurut Prawirohardjo (2010) Pengertian letak sungsang merupakan keadaan dimana janin terletak memanjang dengan kepala di *fundus uteri* dan bokong berada di bagian bawah *kavum uteri.*

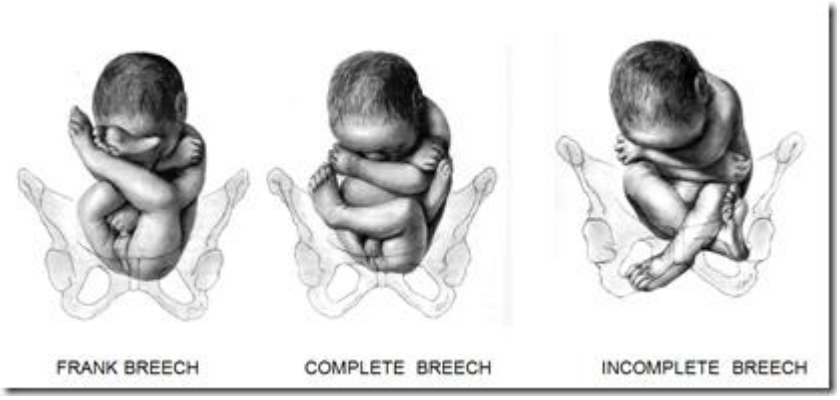
2. Klasifikasi Letak Sungsang

Letak sungsang sendiri dibagi menjadi:

a. Letak bokong Murni / *Frank Breech* yaitu presentasi bokong murni, Bokong saja yang menjadi bagian depan sedangkan kedua tungkai lurus ke atas.

b. Letak bokong kaki / *Complete Breech* (presentasi bokong kaki) disamping bokong teraba kaki. Disebut letak bokong kaki sempurna atau tidak sempurna kalau disamping bokong teraba kedua kaki atau satu kaki saja.

c. Letak lutut (presentasi lutut) dan letak kaki (presentasi kaki) / *Incomplete Breech*. Tergantung pada terabanya kedua kaki atau lutut atau hanya teraba satu kaki atau lutut disebut letak kaki atau lutut sempurna dan letak kaki atau lutut tidak sempurna.



Gambar 2. 6. Klasifikasi Letak Sungsang

Sumber : (Nita Norma D, 2013)

3 Etiologi

Faktor predisposisi dari letak sungsang adalah:

A. Prematuritas karena bentuk rahim relatif kurang lonjong.

B. Air ketuban masih banyak dan kepala anak relatif besar.

C. Plasenta previa karena menghalangi turunnya kepala ke dalam pintu atas panggul.

D. Kelainan bentuk kepala: hidrocephalus, anencephalus, karena kepala kurang sesuai dengan bentuk pintu atas panggul.

E. Fiksasi kepala pada pintu atas panggul tidak baik atau tidak ada, misalnya pada panggul sempit, *hidrosefalus, plasenta previa*, tumor–tumor *pelvis* dan lain–lain.

F. Janin mudah bergerak, seperti pada hidramnion, multipara.

G. *Gemeli* (kehamilan ganda)

H. Kelainan *uterus*, seperti uterus *arkuatus ; bikornis, mioma* uteri.

I. Janin sudah lama mati.

J. Sebab yang tidak diketahui.

Penyebab letak sungsang dapat berasal dari:

A. Sudut Ibu

1) Keadaan rahim

a) Rahim arkuatus

b) *Septum* pada rahim

c) Uterus dupleks

d) *Mioma* bersama kehamilan

2) Keadaan plasenta

a) Plasenta letak rendah

b) Plasenta previa

3) Keadaan jalan lahir

a) Kesempitan panggul

b) Deformitas tulang panggul

c) Terdapat tumor menjalani jalan lahir dan perputaran ke posisi kepala

B. Sudut janin

Pada janin terdapat berbagai keadaan yang menyebabkan letak sungsang :

1) Tali pusat pendek atau lilitan tali pusat
2) *Hedrosefalus* atau *anensefalus*
3) Kehamilan kembar
4) *Poliidroamnion* atau *aligohidromion*
5) *Prematuritas*

4. **Patofisiologi**

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. Sayangnya, beberapa fetus tidak seperti itu. Sebagian dari mereka berada dalam posisi sungsang.

5. Diagnosa

Diagnosis letak bokong dapat ditentukan dengan persepsi gerakan janin oleh ibu, pemeriksaan *leopold, auskultasi* denyut jantung janin di atas umbilikus, pemeriksaan dalam, USG dan Foto sinar-X. Pergerakan anak teraba oleh ibu di bagian perut bawah, di bawah pusat, dan ibu sering merasa benda keras (kepala) mendesak tulang iga.

Antara tonjolan tulang tadi dapat diraba anus dan genitalia anak, tapi jenis kelamin anak hanya dapat ditentukan kalau *oedem* tidak terlalu besar.

Terutama kalau *caput succedaneum* besar, bokong harus dibedakan dari muka karena kedua tulang pipi dapat menyerupai *tubera ossis ischii*, dagu menyerupai *jung os sacrum* sedangkan mulut disangka anus. Yang menentukan ialah bentuk os sacrum yang menyerupai deretan *processi spinosi* yang disebut *crista sacralis* media. Asuhan pada kala I :

a) Memberikan dukungan emosional

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

b) Mengatur posisi yang nyaman bagi ibu

Persalinan dan kelahiran merupakan suatu peristiwa yang normal, tanpa disadari dan mau tidak mau harus berlangsung untuk membantu ibu agar tetap tenang dan rileks sedapat mungkin bidan

tidak boleh memaksakan posisi yang diinginkan oleh ibu dalam persalinannya.

c) Kebutuhan eliminasi

Kandung kencing harus dikosongkan setiap 2 jam selama proses persalinan. Bila pasien tidak dapat berkemih sendiri dapat dilakukan kateterisasi oleh kandung kemih yang penuh dapat menghambat penurunan bagian terbawah janin, selain itu juga meningkatkan rasa tidak nyaman yang tidak dikenali pasien karena bersama dengan munculnya kontraksi uterus. Rektum yang penuh akan mengganggu.

d) Pengurangan Rasa Nyeri

Mengurangi rasa sakit pada sumbernya dengan memberikan rangsangan alternatif yang kuat selain itu mengurangi reaksi mental yang negatif, emosional dan reaksi fisik ibu terhadap rasa sakit dengan cara *counterpressure* untuk mengurangi tegangan pada *ligamen sacroiliaka*, pijatan ganda pada pinggul, kompres hangat dan kompres dingin, berendam dan terapi musik untuk mengalihkan perhatian.

e) Kebutuhan makanan dan cairan

Makanan padat tidak boleh diberikan selama persalinan aktif, oleh karena makanan padat lebih lama tinggal dalam lambung dari pada makanan cair. Bila ada pemberian obat, dapat juga merangsang terjadinya mual/muntah yang dapat mengakibatkan terjadinya aspirasi ke dalam paru-paru untuk mencegah dehidrasi, pasien dapat diberikan banyak minum segar selama proses persalinan, namun bila mual/muntah dapat diberikan cairan IV Ringer Laktat (RL).

6. Mekanisme Persalinan

Jenis persalinan pada presentasi sungsang ada 2, yaitu pervaginam dan *Sectio Caesarea*:

A. Pervaginam

Terdapat perbedaan dasar antara persalinan pada presentasi sungsang dengan persalinan pada presentasi belakang kepala. Pada presentasi belakang kepala, bila kepala sudah lahir maka sisa tubuh janin akan mengalami proses persalinan selanjutnya dan umumnya tanpa kesulitan. Pada presentasi sungsang, lahirnya bokong dan bagian tubuh janin tidak selalu dapat diikuti dengan persalinan kepala secara spontan. Dengan demikian maka pertolongan persalinan sungsang pervaginam memerlukan keterampilan khusus dari penolong persalinan. *Engagement* dan desensus bokong terjadi melalui masuknya diameter *bitrochanteric* bokong melalui diameter *oblique* panggul. Panggul *anterio*r anak umumnya mengalami desensus lebih cepat dibandingkan panggul *posterior*.

Pada saat bertemu dengan tahanan jalan lahir terjadi putar paksi dalam sejauh 45^0 dan diikuti dengan pemutaran panggul anterior kearah *arcus pubis* sehingga diameter *bi-trochanteric* menempati diameter *antero-posterior* pintu bawah panggul. Setelah putar paksi dalam, desensus bokong terus berlanjut sampai *perineum* teregang lebih lanjut oleh bokong dan panggul anterior terlihat pada *vulva*. Melalui gerakan *laterofleksi* tubuh janin, panggul *posterior* lahir melalui *perineum*.

Tubuh anak menjadi lurus (*laterofleksi* berakhir) sehingga panggul *anterior* lahir dibawah *arcus pubis*. Tungkai dan kaki dapat lahir secara spontan atau atas bantuan penolong persalinan. Setelah bokong lahir, terjadi putar paksi luar bokong sehingga punggung berputar ke anterior

dan keadaan ini menunjukkan bahwa saat itu diameter *bisacromial* bahu sedang melewati diameter *oblique* pintu atas panggul.

Bahu selanjutnya mengalami desensus dan mengalami putar paksi dalam sehingga diameter bis-acromial berada pada diameter *antero-posterior* jalan lahir. Segera setelah bahu, kepala anak yang umumnya dalam keadaan fleksi maksimum masuk panggul melalui diameter oblique dan kemudian dengan cara yang sama mengalami putar paksi dalam sehingga bagian tengkuk janin berada dibawah simfisis pubis. Selanjutnya kepala anak lahir melalui gerakan fleksi. *Engagement* bokong dapat terjadi pada diameter tranversal panggul dengan *sacrum* di *anterior* atau *posterior*. Mekanisme persalinan pada posisi tranversal ini sama dengan yang sudah diuraikan diatas, perbedaan terletak pada jauhnya putar paksi dalam (dalam keadaan ini putar paksi dalam berlangsung sejauh 90^0).

Kadang-kadang putar paksi dalam terjadi sedemikian rupa sehingga punggung anak berada dibagian posterior dan pemutaran semacam ini sedapat mungkin dicegah oleh karena persalinan kepala dengan dagu di depan akan jauh lebih sulit bila dibandingkan dengan dagu di belakang selain itu dengan arah pemutaran seperti itu kemungkinan terjadinya *hiperekstensi* kepala anak juga sangat besar dan ini akan memberi kemungkinan terjadinya “after coming head” yang amat besar.

Selama proses persalinan, resiko ibu dan anak jauh lebih besar dibandingkan persalinan pervaginam pada presentasi belakang kepala. Pada saat masuk kamar bersalin perlu dilakukan penilaian secara cepat dan cermat mengenai: keadaan selaput ketuban, fase persalinan, kondisi

janin serta keadaan umum ibu. Dilakukan pengamatan cermat pada DJJ dan kualitas his dan kemajuan persalinan.

Berdasarkan tenaga yang dipakai dalam melahirkan janin pervaginam, persalinan pervaginam dibagi menjadi 3 yaitu:

1) Persalinan spontan (*spontaneous breech*).

   Janin dilahirkan dengan kekuatan dan tenaga ibu sendiri, tanpa tarikan ataupun manipulasi selain menyangga bayi. Cara ini disebut cara Bracht.

2) Manual aid (*partial breech axtraction/assisted breech delivery*).

   Janin dilahirkan sebagian dengan tenaga dan kekuatan ibu dan sebagian lagi dengan tenaga penolong.

3) Ekstraksi sungsang (total breech extraction).

   Janin dilahirkan seluruhnya dengan memakai tenaga penolong.

Mekanisme persalinan sungsang pervaginam berlangsung melalui *"seven cardinal movement"* yang terjadi pada masing-masing tahapan persalinan sungsang pervaginam:

1) Persalinan Bokong
2) Persalinan Bahu
3) Persalinan Kepala

Persalinan sungsang pervaginam secara spontan (sungsang/*Bracht*) dibagi menjadi 3 tahap :

1) Fase Lambat Pertama

   Tahapan persalinan dari bokong sampai *umbilikus*. Disebut fase lambat oleh karena pada fase ini umumnya tidak terdapat hal-hal yang membahayakan jalannya persalinan. Pada fase ini, penolong bersikap pasif menunggu jalannya persalinan.

2) Fase Cepat

Tahapan persalinan dari *umbilikus* sampai mulut. Disebut fase cepat oleh karena dalam waktu < 8 menit (1 – 2 kali kontraksi uterus) fase ini harus sudah berakhir. Pada fase ini, tali pusat berada diantara kepala janin dengan PAP sehingga dapat menyebabkan terjadinya asfiksia janin.

3) Fase lambat Kedua

Tahapan persalinan dari mulut sampai seluruh kepala. Pertolongan pada tahap persalinan ini tidak boleh tergesa-gesa oleh karena persalinan kepala yang terlalu cepat pada presentasi sungsang dapat menyebabkan terjadinya dekompresi kepala sehingga dapat menyebabkan perdarahan *intrakranial.*

1) Pertolongan persalinan secara *Bracht*

Bokong dan pangkal paha janin yang telah lahir dipegang dengan 2 tangan, kemudian dilakukan hiperlordosis tubuh janin ke arah perut ibu, sehingga lambat laun badan bagian atas, bahu, lengan dan kepala janin dapat dilahirkan. Kemudian bayi diletakkan diperut ibu dan dilakukan asuhan pada bayi baru lahir.

Pada manuver ini penolong sama sekali tidak melakukan tarikan dan hanya membantu melakukan proses persalinan sesuai dengan mekanisme persalinan letak sungsang. Tetapi tidak selalu bahu dan kepala berhasil dilahirkan sehingga untuk mempercepat kelahiran bahu dan kepala dilakukan manual aid atau manual hilfe.

Pertolongan dimulai setelah bokong nampak di vulva dengan penampang sekitar 5 cm. Suntikkan 5 unit oksitosin i.m dengan tujuan bahwa dengan 1–2 his berikutnya fase cepat dalam persalinan sungsang spontan pervaginam akan terselesaikan. Dengan menggunakan tangan yang dilapisi oleh kain setengah basah, bokong janin dipegang sedemikian rupa sehingga kedua ibu jari

penolong berada pada bagian belakang pangkal paha dan empat jari-jari lain berada pada bokong janin.

Pada saat ibu meneran, dilakukan gerakan mengarahkan punggung anak ke perut ibu (gerak hiperlordosis) sampai kedua kaki anak lahir. Setelah kaki lahir, pegangan dirubah sedemikian rupa sehingga kedua ibu jari sekarang berada pada lipatan paha bagian belakang dan ke empat jari-jari berada pada pinggang janin.

Dengan pegangan tersebut, dilakukan gerakan hiperlordosis dilanjutkan (gerak mendekatkan bokong anak pada perut ibu) sedikit kearah kiri atau kearah kanan sesuai dengan posisi punggung anak. Gerakan hiperlordosis tersebut terus dilakukan sampai akhirnya lahir mulut-hidung-dahi dan seluruh kepala anak.

Pada saat melahirkan kepala, asisten melakukan tekanan *suprasimfisis* searah jalan lahir dengan tujuan untuk mempertahankan posisi fleksi kepala janin.

Setelah anak lahir, perawatan dan pertolongan selanjutnya dilakukan seperti pada persalinan spontan pervaginam pada presentasi belakang kepala.

2) Manual aid

Yaitu janin dilahirkan sebagian dengan tenaga dan kekuatan ibu dan sebagian lagi dengan tenaga penolong. Dengan persalinan cara manual aid ada 3 tahapan yaitu: tahap pertama lahirnya bokong sampai pusar yang dilahirkan dengan kekuatan ibu sendiri, tahap kedua lahirnya bahu dan lengan yang memakai tenaga penolong dengan cara klasik, *mueller, lovset*, tahap ketiga lahirnya kepala dengan memakai cara *mauriceau* dan *forceps piper*. Berikut ini cara

melahirkan bahu dan lengan pada letak sungsang dengan cara klasik:

a. Kedua kaki janin dipegang dengan tangan kanan penolong pada pergelangan kakinya dan dielevasi ke atas sejauh mungkin sehingga perut janin mendekati perut ibu.
b. Bersamaan dengan itu tangan kiri penolong dimasukkan ke dalam jalan lahir dengan jari telunjuk menelusuri bahu janin sampai pada *fossa cubiti* kemudian lengan bawah dilahirkan dengan gerakan seolah-olah lengan bawah mengusap muka janin.
c. Untuk melahirkan lengan depan, pegangan pada pergelangan kaki janin diganti dengan tangan kanan penolong dan ditarik curam ke bawah sehingga punggung janin mendekati punggung ibu. Dengan cara yang sama lengan dapat dilahirkan.

Berikut ini melahirkan bahu dan lengan pada letak sungsang dengan cara *mueller*:

a) Badan janin dipegang secara femuro-pelvis dan sambil dilakukan traksi curam ke bawah sejauh mungkin sampai bahu depan di bawah simfisis dan lengan depan dilahirkan dengan mengait lengan di bawahnya.
b) Setelah bahu dan lengan depan lahir, maka badan janin yang masih dipegang secara femuro-pelvis ditarik ke atas sampai bahu belakang lahir.

Berikut ini melahirkan bahu dan lengan dengan cara *lovset:*

a) Badan janin dipegang secara femuro-pelvis dan sambil dilakukan traksi curam ke bawah badan janin diputar setengah lingkaran, sehingga bahu belakang menjadi bahu depan.

b) Sambil melakukan traksi, badan janin diputar kembali ke arah yang berlawanan setengah lingkaran demikian seterusnya bolak-balik sehingga bahu belakang tampak di bawah simfisis dan lengan dapat dilahirkan.

Berikut ini melahirkan kepala dengan cara *mauriceau:*

a) Tangan penolong yang sesuai dengan muka janin dimasukkan ke dalam jalan lahir.
b) Jari tengah dimasukkan ke dalam mulut dan jari telunjuk serta jari ke empat mencengkeram *fossa canina* sedangkan jari yang lain mencengkeram leher.
c) Badan anak diletakkan di atas lengan bawah penolong seolah-olah janin menunggang kuda. Jari telunjuk dan jari ke tiga penolong mencengkeram leher janin dari arah punggung.
d) Kedua tangan penolong menarik kepala janin curam ke bawah sambil seorang asisten melakukan fundal pressure.
e) Saat *suboksiput* tampak di bawah simfisis, kepala janin dielevasi ke atas dengan *suboksiput* sebagai *hipomoklion* sehingga berturut-turut lahir dagu, mulut, hidung, mata, dahi, ubun-ubun besar dan akhirnya seluruh kepala.

3) Ekstraksi sungsang

Yaitu janin dilahirkan seluruhnya dengan memakai tenaga penolong. Ekstraksi sungsang dilakukan jika ada indikasi dan memenuhi syarat untuk mengakhiri persalinan serta tidak ada kontraindikasi. Indikasi ekstraksi sungsang yaitu gawat janin, tali pusat menumbung, persalinan macet. Cara ekstraksi kaki :

a) Bila kaki masih terdapat di dalam vagina, tangan operator yang berada pada posisi yang sama dengan *os sacrum* dimasukkan

dalam vagina untuk menelusuri bokong, paha sampai lutut guna mengadakan abduksi paha janin sehingga kaki janin keluar. Selama melakukan tindakan ini, *fundus uteri* ditahan oleh tangan operator yang lain.

b) Bila satu atau dua kaki sudah berada di luar vulva, maka dipegang dengan dua tangan operator pada betis dengan kedua ibu jari berada punggung betis. Lakukan traksi ke bawah. Setelah lutut dan sebagian paha keluar, pegangan dialihkan pada paha dengan kedua ibu jari pada punggung paha.

c) Dilakukan traksi ke bawah lagi (operator jongkok) dengan tujuan menyesuaikan arah traksi dengan sumbu panggul ibu.

Cara ekstraksi bokong

a) Lakukan periksa dalam vagina untuk memastikan titik penunjuk (*os sacrum*).

b) Jari telunjuk tangan operator yang berhadapan dengan os sacrum dikaitkan pada lipat paha depan janin. Kemudian dilakukan ekstraksi curam ke bawah

c) Bila trokanter depan sudah berada di bawah simfisis, jari telunjuk tangan operator yang lain dipasang pada lipat paha belakang untuk membantu traksi sehingga bokong berada di luar vulva.

d) Arah ekstraksi berubah ke atas untuk mengeluarkan trokanter belakang.

e) Ekstraksi kemudian mengikuti putaran paksi dalam.

f) Bila pusat sudah berada di luar vulva, dikendorkan.

g) Ekstraksi diteruskan dengan cara menempatkan kedua tangan pada bokong janin dengan kedua ibu jari berada di atas sacrum dan jari-jari kedua tangan berada di atas lipat paha janin.

h) Ekstraksi dilakukan dengan punggung janin di depan, kemudian mengikuti putaran paksi dalam bahu, salah satu bahu akan ke depan.

i) Setelah ujung tulang belikat terlihat dilakukan periksa dalam vagina untuk menentukan letak lengan janin, apakah tetap berada di depan dada, menjungkit atau di belakang tengkuk. Pada ekstraksi bokong sampai tulang belikat sering diperlukan bantuan dorongan kristeller.

B. Per*abdominam*

Memperhatikan komplikasi persalinan letak sungsang melalui pervaginam, maka sebagian besar pertolongan persalinan letak sungsang dilakukan dengan *seksio caesarea*. Pada saat ini *seksio sesarea* menduduki tempat yang sangat penting dalam menghadapi persalinan letak sungsang. *Seksio caesarea* direkomendasikan pada presentasi kaki ganda dan panggul sempit.

Seksio caesarea bisa dipertimbangkan pada keadaan ibu yang primi tua, riwayat persalinan yang jelek, riwayat kematian perinatal, curiga panggul sempit, ada indikasi janin untuk mengakhiri persalinan (hipertensi, KPD >12 jam, fetal distress), kontraksi uterus tidak adekuat, ingin steril, dan bekas SC. Sedangkan seksio sesarea bisa dipertimbangkan pada bayi yang prematuritas >26 minggu dalam fase aktif atau perlu dilahirkan, IUGR berat, nilai social janin tinggi, hiperekstensi kepala, presentasi kaki, dan janin >3500 gram (janin besar).

2.2 Konsep Dasar Manajemen Kebidanan

2.2.1 Definisi Manajemen Kebidanan

Menurut Mufdlilah (2012) manajemen kebidanan merupakan pendekatan yang digunakan oleh bidan dalam menerapkan metode

pemecahan masalah secara sistematis, mulai dari pengkajian, analisis data, diagnosa kebidanan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

2.2.2 Prinsip Manajemen Kebidanan

Menurut Mufdilah (2012) prinsip Manajemen Kebidanan yaitu:

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

2.2.3 Langkah-langkah Manajemen Kebidanan

Menurut Mufdlilah (2012) langkah-langkah manajemen kebidanan meliputi:

1. Langkah I: pengumpulan data dasar

   Pengumpulan data dasar merupakan kegiatan mengumpulkan informasi tentang klien. Data yang tepat adalah data yang relevan dengan situasi yang dialami klien. Teknik pengumpulan data ada tiga, yaitu:

   A. Observasi, dilakukan dengan mengamati klien melalui indera.

   B. Wawancara, yaitu pembicaraan terarah terhadap data yang relevan.

   C. Pemeriksaan, dilakukan dengan menggunakan instrumen atau alat pengukur.

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

2. Langkah II: interpretasi data dasar

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

3. Langkah III: mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial

   Pada tahap ini bidan dituntut untuk dapat mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial yang mungkin terjadi.Identifikasi

dilakukan berdasarkan rangkaian masalah atau diagnosa yang telah didapat.Langkah ini membutuhkan antisipasi dan pencegahan serta pengamatan keadaan klien dan kesiapan apabila masalah potensial ini benar terjadi.

4. Langkah IV: mengidentifikasi dan menetapkan kebutuhan yang memerlukan penanganan segera.

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

5. Langkah V: merencanakan asuhan yang komprehensif.

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

6. Langkah VI: melaksanakan perencanaan atau implementasi

   Pada langkah ini rencana asuhan menyeluruh dilaksanakan secara efisien dan aman. Pelaksanaan kegiatan dilakukan oleh bidan atau anggota tim kesehatan lainnya..

7. Langkah VII: Evaluasi

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

2.3 Konsep Dasar Dokumentasi Kebidanan

2.3.1 Definisi Dokumentasi Kebidanan

Menurut Mufdlilah (2012) dokumentasi asuhan kebidanan merupakan pencatatan yang lengkap dan akurat terhadap keadaan atau kejadian yang dilihat dan dilakukan dalam pelaksanaan asuhan kebidanan (proses asuhan kebidanan).

2.3.2 Fungsi dan Prinsip Dokumentasi Kebidanan

Menurut Mufdillah (2012) penulisan dokumentasi kebidanan memiliki tujuan dan prinsip. Adapun tujuan penulisan dokumentasi kebidanan adalah sebagai berikut:

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

2.3.3 Model Dokumentasi Asuhan Kebidanan

Model dokumentasi kebidanan yang digunakan berbentuk catatan perkembangan, karena asuhan yang diberikan berkesinambungan dan menggunakan proses yang terus menerus. Menurut Kementerian kesehatan (2013), dokumentasi asuhan kebidanan yang digunakan adalah SOAP notes yang meliputi:

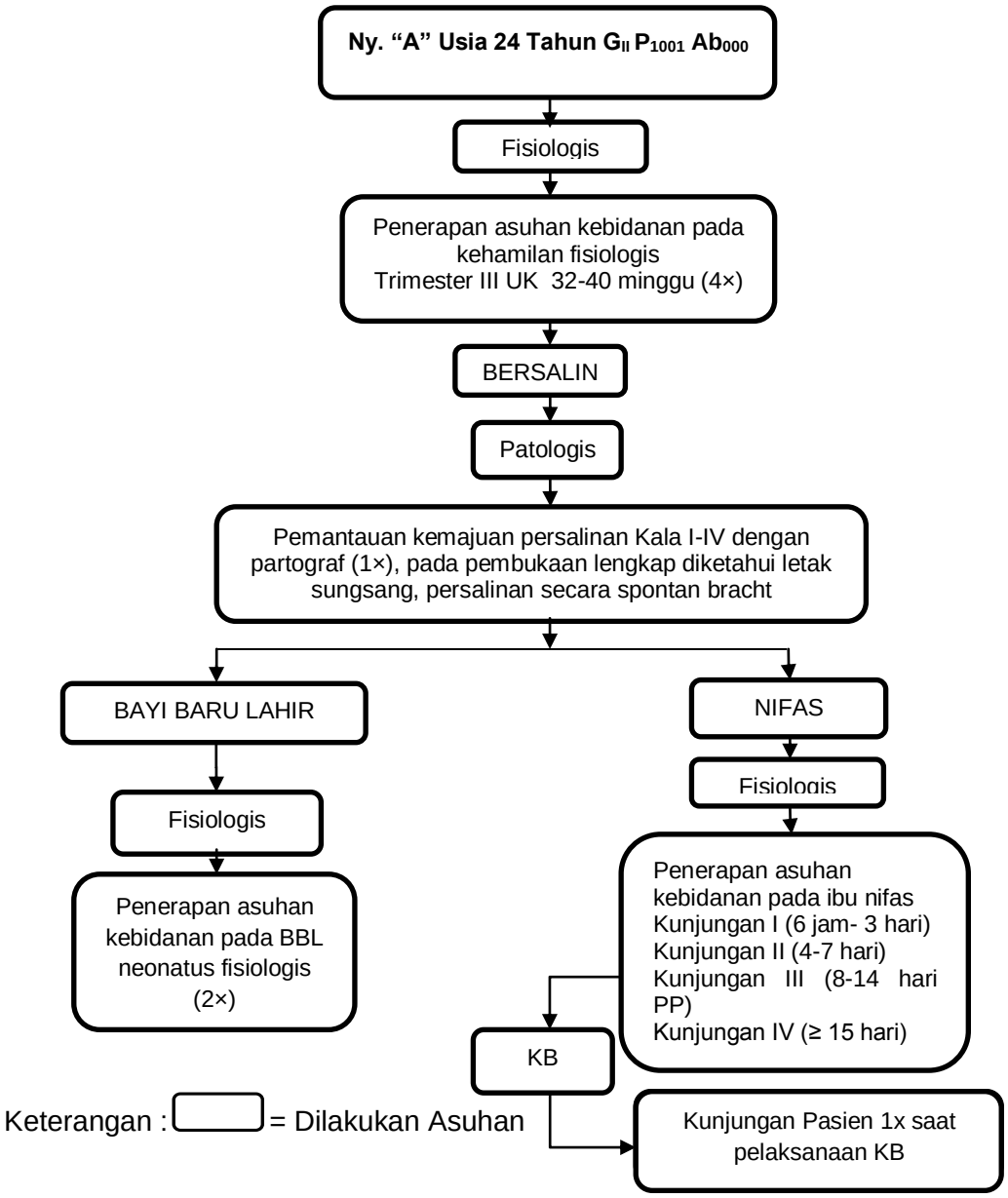
1. S (Subjektif), berisi tentang informasi yang subjektif (catatan hasil anamnesa).
2. O (Objektif), berisi tentang informasi objektif (meliputi hasil observasi dan hasil pemeriksaan).

3. A (Analisa), adalah catatan hasil analisa, mecatatat diagnosa dan masalah kebidanan.
4. P (Pelaksanaan dan evaluasi), yaitu mencatat tentang seluruh pelaksanaan (tindakan antisipasi, tindakan segera, tindakan rutin, penyuluhan, *support*, kolaborasi, rujukan dan evaluasi atau *follow up).*

BAB III

KERANGKA KONSEP

3.1 Kerangka Konsep



Gambar 3. 1. Kerangka Konsep

3. 2 Keterangan

Kerangka konsep dalam asuhan kebidanan komprehensif ini adalah melakukan pengkajian pada Ny. A usia 24 tahun G_{II} P_{1001} Ab_{000} dengan usia kehamilan 32-40 minggu dengan kunjungan kehamilan sebanyak 4 kali. Pada kunjungan pertama keluhan pasien punggung sakit setelah mengikuti tahlil putri dan sering BAK pada malam hari. Kunjungan kedua masih sedikit merasakan sakit pada punggungnya dan ibu sudah tidak sering kencing pada malam hari, Kunjungan ketiga punggungnya sudah tidak sakit. Kunjungan keempat ibu mengatakan sudah siap jika sewaktu-waktu melahirkan.

Asuhan pada ibu bersalin, yaitu melakukan pemantauan kemajuan persalinan mulai kala I-IV. Kala I berlangsung selama 6 jam. Pada pembukaan lengkap dilakukan amniotomi, ketuban jernih dan diketahui letak janin sungsang. Dilakukan informed consent untuk tetap dilahirkan di bidan. Bayi lahir dengan spontan bracht. Bayi menangis kuat, bergerak aktif, Kala III berlangsung selama 10 menit, Kala IV Tekanan darah 120/80 mmHg, Nadi 82x/menit, suhu 36,7 ^{0}C, TFU 2 jari dibawah pusat, kandung kemih kosong, perdarahan ± 60cc.

Asuhan pada bayi baru lahir atau neonatus dilakukan 2 kali kunjungan mulai dari lahir atau hari pertama bayi lahir sampai bayi berusia 4-7 hari. Pada saat bayi berusia 3 hari ibu mengatakan bayinya malas menyusu, bayinya kuning, tali pusat masih basah. Pada hari keenam bayi sudah tidak kuning dan tali pusat sudah lepas.

Penerapan asuhan kebidanan pada ibu nifas fisiologis dilakukan sebanyak 4 kali kunjungan, yakni kunjungan pertama pada 8 jam postpartum dengan keluhan perut mules dan nyeri luka jahitan.

Kunjungan kedua dilakukan pada hari ke tujuh dengan keluhan kakinya bengkak dan nyeri luka jahitan sudah berkurang. Kunjungan ketiga dilakukan pada hari ke 14 dengan tidak ada keluhan. Kunjungan keempat dilakukan pada hari ke 40 dengan tidak ada keluhan.

Asuhan pada ibu KB dengan memberikan konseling tentang KB dan memantau pada saat melakukan penatalaksanaan. Ibu memilih KB suntik 3 bulan, ibu melakukan suntik 3 bulan 60 hari post partum.

BAB IV

LAPORAN PELAKSANAAN ASUHAN

4.1 Laporan Kunjungan ANC

4.1.1 Kunjungan ANC I

Tanggal : 10 April 2017

Jam : 19.00 WIB

Tempat : Rumah Ny ”A” Jl. Anggrek No. 3 Asri Katon RT 08 RW 03

Oleh : Aprilla Yusti Windari

PENGKAJIAN DATA

DATA SUBJEKTIF

IDENTITAS

Nama Klien	: Ny “A”	Nama Suami	: Tn “A”
Usia	: 24 Tahun	Usia	: 31 Tahun
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: SMP	Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Buruh

Alamat : Jl. Anggrek No. 3 Asri Katon RT 08 RW 03

KELUHAN UTAMA

Ibu mengatakan punggungnya terasa sakit waktu petang hari ketika selesai mengikuti tahlil putri.

RIWAYAT MENSTRUASI

Minarche : 14 tahun

Siklus : 28 Hari

Lamanya : 7 – 8 Hari

HPHT : 23 Agustus 2016

RIWAYAT OBSTETRI YANG LALU

Ibu mengatakan ini kehamilan yang kedua.Anak yang pertama lahir normal di bidan berat badan lahir 2500 gr berjenis kelamin perempuan sekarang berumur 6 tahun.

RIWAYAT KEHAMILAN SEKARANG

Selama hamil Ibu rutin memeriksakan kehamilannya di bidan.Selama kehamilan ini ibu sudah memeriksa kandungannya ke bidan sebanyak 7 kali. Ibu juga rutin mengkonsumsi tablet penambah darah (Fe) dari bidan.Ibu tidak memiliki keluhan yang menggangu aktifitas.Status TT (*Tetanus Toxoid*) ibu yaitu TT5.

RIWAYAT KB

Ibu mengatakan sebelum hamilyang pertama ibu tidak memakai KB, setelah melahirkan dan sebelum hamil yang kedua ibu menggunakan KB suntik 3 bulan selama 2 tahun kemudian memakai KB pil sebelum hamil ini sekitar 1 tahun.

RIWAYAT NIFAS

Ibu nifas selama 40 hari tidak ada komplikasi dan ibu menyusui bayinya sampai umur 2 tahun.

RIWAYAT PERNIKAHAN

Pernikahan ke : 1 (satu)

Lama Menikah : 6 Tahun

Usia saat menikah : 18 Tahun

RIWAYAT KESEHATAN IBU DAN KELUARGA

Ibu mengatakan dirinya tidak memiliki penyakit seperti kencing manis, darah tinggi, jantung, batuk lama, HIV dan alergi lainnya. serta tidak ada keturunan kembar dalam keluarga.

POLA KEBIASAAN SEHARI-HARI

Nutrisi

Sebelum hamil : Makan 2-3 kali sehari, jenis makanan nasi, lauk, sayur dan kadang ditambah buah. Minum 6-7 gelas sehari

Selama hamil : Makan 3-4 kali sehari tetapi dengan jumlah porsi yang bertambah. Ibu tidak memiliki pantangan makan apapun.

Pola Istirahat

Sebelum hamil : tidur siang 1 jam, tidur malam 8 jam dan tidak mempunyai gangguan tidur.

Selama hamil : tidur siang 1- 2 jam, tidur malam 6 jam akhir-akhir ini ibu sering terbangun karena terasa ingin kencing.

Pola Eliminasi

Sebelum hamil : BAB 1 kali per hari. BAK ± 4-5 kali per hari.

Selama hamil : BAB 1 kali per hari. BAK 7-8 kali per hari (sering pada malam hari)

Pola Aktivitas

Sebelum hamil : ibu melakukan pekerjaan rumah tangga (memasak, menyapu, mengepel, dan mencuci).

Selama hamil : ibu tetap melakukan pekerjaan rumah tangga tetapi tidak terlalu berat.

Personal hygiene

Sebelum hamil : mandi 2 kali sehari, ganti pakaian setiap selesai mandi, ganti celana dalam setiap selesai mandi.

Selama hamil : mandi 2 kali sehari, ganti pakaian setiap selesai mandi, ganti celana dalam setiap selesai mandi.

RIWAYAT PSIKOSOSIAL

Ibu merasa senang dengan kehamilannya sekarang, suami dan keluarga mendukung kehamilannya ini dan kelahiran bayi sangat dinantikan oleh keluarga.

PENGETAHUAN IBU

Ibu belum mengetahui tentang senam hamil, perawatan payudara, tanda bahaya kehamilan, tanda-tanda persalinan dan KB.Ibu sudah mengetahui tentang nutrisi yang dibutuhkan ibu hamil.

OBJEKTIF

Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

TTV	: TD	: 110/80 mmHg	BB Sebelum hamil	: 57 kg
	N	: 80 x/menit	BB Sekarang	: 66 kg
	RR	: 22 x/menit	TB	: 150 cm
	S	: 36,5^{0}C	LILA	: 30 cm
TP		: 30 Mei 2017	KSPR	: 2

Pemeriksaan fisik

Muka : Tidak odema, tidak pucat, tidak terdapat cloasma gravidarum.

Mata : Konjungtiva merah muda, sclera putih, tidak ada gangguan penglihatan.

Leher : Tidak teraba perbesaran kelenjar tyroid, tidak teraba bendungan venajugularis

Dada : Simetris, tidak ada retraksi dinding dada.

Payudara : Simetris , hiperpigmentasi aerola mammae, puting susu menonjol, tidak teraba benjolan abnormal, tidak ada nyeri tekan.

Abdomen : Tidak ada luka bekas operasi, terdapat striae gravidarum.Teraba bagian lunak di bagian fundus, TFU: 26 cm. Teraba bagian panjang dan keras pada bagian kanan. Di bagian bawah perut ibu teraba satu bagian yang bulat, keras, melenting dan mudah digerakkan

DJJ : (11+12+11)x4 = 136 x/menit menggunakan funandoskop

TBJ : (26-13) x 155 = 2015 gram.

Ekstremitas:

Atas : Tidak oedema

Bawah : Tidak ada varises, tidak oedema.

Pemeriksaan Penunjang tanggal 7 April 2017

Hb : 12gr/dl Urine reduksi : Negatif Urine Protein : Negatif

ANALISA

Ny. ”A” $G_{II}P_{1001}Ab_{000}$ 32 Minggu 6 Hari T/H/Letkep dengan kehamilan fisiologis

PENATALAKSANAAN

1. Memberitahukan hasil pemeriksaan pada Ibu bahwa ibu dan janinnya dalam kondisi normal. Ibu mengerti.

   Memberikan penjelasan pada ibu tentang kondisi yang sedang dialaminya bahwa sakit punggung yang dialaminya disebabkan karena perubahan sikap badan pada kehamilan, titik berat badan pindah ke depan disebabkan perut membesar. Menyarankan ibu untuk tidur miring kiri, kompres dengan air hangat, sering berganti posisi seperti tidak terlalu lama duduk, duduk jongkok apabila mau mengambil barang dan berdiri kembali secara pelan-pelan, tidak membawa/mengangkat barang yang berat. Ibu mengerti.
2. Menjelaskan penyebab ibu sering buang air kecil, janin yang semakin membesar menekan kandung kemih ibu karenanya kapasitas kandung kemih jadi terbatas. Menyarankan agar 2-3 jam sebelum tidur tidak

minum dan buang air kecil sebelum tidur, namun agar kebutuhan air pada ibu hamil tetap terpenuhi sebaiknya minum lebih banyak di siang hari. Ibu mengerti.

3. Mengingatkan ibu untuk tetap mengkonsumsi makanan yang bergizi seperti mengandung protein dan tinggi kalori seperti pisang, alpukat, es krim, susu kental manis dll. Ibu bersedia.
4. Mengajarkan ibu untuk senam hamil. Ibu bisa melakukan senam hamil dengan benar.
5. Menyepakati kunjungan ulang pada tanggal 21 April 2016. Ibu bersedia.

4.1.2 KUNJUNGAN ANC II

Tanggal : 21 April 2017

Jam : 11.30 WIB

Tempat : Rumah Ny.”A”

Oleh : Aprilla Yusti Windari

SUBYEKTIF

Ibu masih sedikit merasakan sakit pada punggungnya dan ibu sudah tidak sering kencing pada malam hari.

OBJEKTIF

Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

TTV : TD : 110/80 mmHg BB : 66,5kg

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

S : 36,5^{0}C TP : 30 Mei 2017

Pemeriksaan fisik

Muka : Tidak odema, tidak pucat, tidak terdapat cloasma gravidarum.

Mata : Konjungtiva merah muda, sclera putih, tidak ada gangguan penglihatan.

Leher : Tidak teraba perbesaran kelenjar tyroid, tidak teraba bendungan venajugularis

Dada : Tidak ada retraksi dinding dada, tidak ada ronchi dan wheezing.

Payudara : Simetris , hiperpigmentasi aerola mammae, puting susu menonjol, tidak teraba benjolan abnormal, tidak ada nyeri tekan, colostrum (-).

Abdomen : Tidak ada luka bekas operasi,terdapat striae gravidarum.Teraba bagian lunak di bagian fundus, TFU : 27 cm. Teraba bagian panjang dan keras pada bagian kanan. Di bagian bawah perut ibu teraba satu bagian yang bulat, keras, melenting dan mudah digerakkan kepala belum masuk PAP.

DJJ :(12+11+12)x4=140 x/menit dengan menggunakan funandoskop.

TBJ : (27-13) x 155 = 2170 gram.

Ekstremitas: Atas : Tidak oedema

Bawah : Tidak ada varises, tidak oedema

ANALISA

Ny "A" G_{II} P_{1001} AB_{000} 34 minggu 3 hari T/H/letkep dengan kehamilan fisiologis.

PENATALAKSANAAN

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga bahwa kondisi ibu dalam keadaan normal, ibu dan keluarga sangat bersyukur.
2. Mengingatkan kembali cara mengatasi sakit punggung. Ibu mengerti.
3. Mengingatkan ibu untuk tetap mengkonsumsi makanan yang bergizi seperti mengandung protein dan tinggi kalori seperti pisang, alpukat, es krim, susu kental manis dll. Ibu bersedia.
4. Mengingatkan ibu untuk senam hamil. Ibu masih mengingat cara senam hamil.
5. Mengajarkan ibu tentang perawatan payudara. Ibu bisa melakukan perawatan payudara dengan semua benar.
6. Memberikan KIE pada ibu tanda–tanda bahaya kehamilan. Ibu bisa menjelaskan kembali dengan semua benar.
7. Menyepakati jadwal kunjungan ulang pada tanggal 8 Mei 2017. Ibu bersedia.

4.1.3 KUNJUNGAN ANC III

Tanggal : 8 Mei 2017

Jam : 13.00 WIB

Tempat : Rumah Ny. "A"

Oleh : Aprilla Yusti Windari

SUBYEKTIF

Ibu mengatakan punggungnya sudah tidak sakit.

OBJEKTIF

Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

TTV : TD : 120/70 mmHg BB : 67kg

N : 80 x/menit S : 36,5^{0}C

RR : 22 x/menit TP : 30 Mei 2017

Pemeriksaan fisik

Muka : Tidak odema, tidak pucat, tidak terdapat cloasma gravidarum.

Mata : Konjungtiva merah muda, sclera putih, tidak ada gangguan penglihatan.

Leher : Tidak teraba perbesaran kelenjar tyroid, tidak teraba bendungan venajugularis

Dada : Tidak ada retraksi dinding dada

Payudara : Simetris , hiperpigmentasi aerola mammae, puting susu menonjol, tidak teraba benjolan abnormal, tidak ada nyeri tekan, colostrum (+)

Abdomen : Tidak ada luka bekas operasi, terdapat striae gravidarum.Teraba bagian lunak di bagian fundus,

TFU:28 cm. Teraba bagian panjang dan keras pada bagian kanan. Di bagian bawah perut ibu teraba satu bagian yang bulat, keras, melenting dan mudah digerakkan kepala belum masuk PAP.

DJJ :(12+11+12)x4=140 x/menit dengan menggunakan funandoskop.

TBJ : (28-13) x 155 = 2325 gram.

Ekstremitas : Atas : Tidak oedema

Bawah : Tidak ada varises, tidak oedema

ANALISA

Ny "A" G_{II} P_{1001} AB_{000} 36 minggu 6 hari T/H/Letkep dengan kehamilan fisiologis.

PENATALAKSANAAN

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga bahwa kondisi ibu dalam keadaan normal. Ibu dan keluarga sangat bersyukur.
2. Mengingatkan ibu untuk tetap mengkonsumsi makanan yang bergizi seperti mengandung protein dan tinggi kalori seperti pisang, alpukat, es krim, susu kental manis dll. Ibu bersedia.
3. Mengingatkan ibu untuk senam hamil. Ibu masih mengingat cara senam hamil dengan semua benar.
4. Mengingatkan ibu untuk perawatan payudara. Ibu masih mengingat cara perawatan payudara.
5. Mengingatkan kembali pada ibu tanda–tanda bahaya kehamilan. Ibu bisa menjelaskan kembali dengan semua benar.

6. Memberikan KIE persiapan untuk melahirkan.Ibu bisa menjelaskan kembali dengan semua benar.
7. Memberikan KIEpada ibu tanda-tanda persalinan. Ibu bisa menjelaskan kembali dengan semua benar.
8. Menyepakati jadwal kunjungan ulang pada tanggal 17 Mei 2017. Ibu bersedia.

4.1.4 KUNJUNGAN ANC IV

Tanggal : 17 Mei 2017

Jam : 14.00 WIB

Tempat : Rumah Ny. ”A”

Oleh : Aprilla Yusti Windari

SUBYEKTIF

Ibu mengatakan sudah siap jika sewaktu-waktu melahirkan.

OBJEKTIF

Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

TTV : TD : 120/70 mmHg BB : 67,5kg

N : 82 x/menit

RR : 18 x/menit

S : 36,5^{0}C

TP : 30 Mei 2017

Pemeriksaan fisik

Muka : Tidak odema, tidak pucat, tidak terdapat cloasma gravidarum.

Mata : Konjungtiva merah muda, sclera putih, tidak ada gangguan penglihatan.

Leher : Tidak teraba perbesaran kelenjar tyroid, tidak teraba bendungan venajugularis

Dada : Tidak ada retraksi dinding dada.

Payudara : Simetris , hiperpigmentasi aerola mammae, puting susu menonjol, tidak teraba benjolan abnormal, tidak ada nyeri tekan, colostrum (+).

Abdomen : Tidak ada luka bekas operasi, terdapat striae gravidarum.Teraba bagian lunak di bagian fundus, TFU :30 cm. Teraba bagian panjang dan keras pada bagian kanan. Di bagian bawah perut ibu teraba satu bagian yang bulat, keras, melenting dan mudah digerakkan kepala belum masuk PAP

DJJ :(12+11+12)x4=140 x/menit dengan menggunakan funandoskop.

TBJ : (30-13) x 155 = 2635 gram.

Ekstremitas: Atas : Tidak oedema

Bawah : Tidak ada varises, tidak oedema

ANALISA

Ny "A" G_{II} P_{1001} AB_{000} 38 minggu 1 hari H/T/Letkep dengan kehamilan fisiologis.

PENATALAKSANAAN

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga bahwa kondisi ibu dalam keadaan normal. Ibu dan keluarga sangat bersyukur.
2. Mengingatkan ibu untuk tetap mengkonsumsi makanan yang bergizi seperti mengandung protein dan tinggi kalori seperti pisang, alpukat, es krim, susu kental manis dll. Ibu bersedia.
3. Mengingatkan ibu untuk senam hamil. Ibu masih mengingat cara senam hamil dengan semua benar.
4. Mengingatkan ibu untuk perawatan payudara. Ibu masih mengingat cara perawatan payudara dengan semua benar.
5. Mengingatkan kembali pada ibu tanda–tanda bahaya kehamilan. Ibu bisa menjelaskan kembali dengan semua benar.
6. Menanyakan kembali persiapan yang sudah disiapkan ibu untuk persalinan. Ibu sudah menyiapkan persiapan untuk persalinan.
7. Memberitahukan pada ibu tanda-tanda persalinan. Ibu bisa menjelaskan dengan semua benar.

2.2 LAPORAN PELAKSANAAN ASUHAN PADA IBU BERSALIN

Hari/Tanggal : Jum'at, 26 Mei 2017

Jam : 13.00 WIB

Tempat : BPM Dillah Sobirin

Oleh : Aprilla Yusti Windari

S: Ibu mengeluh perutnya kenceng-kenceng mulai hari ini tanggal 26 Mei 2017 pukul 10.00 WIB dan sudah mengeluarkan lendir darah pukul 12.00 WIB. Ibu

tidak memiliki riwayat penyakit seperti: asma, darah tinggi, jantung dan kencing manis. BAK terakhir ibu sekitar jam 12.30 WIB, sedangkan ibu BAB terakhir kemarin. HPHT: 23 Agustus 2016.

O : Keadaan Umum : Baik Pernafasan : 18 x/menit

Kesadaran : Composmentis TP : 30 Mei 2017

Tekanan darah : 110/70 mmHg

Suhu : 36,2 °C

Muka : Simetris, tidak pucat, tidak oedema

Mata : Tidak strabismus, konjungtiva merah muda, sklera putih

Abdomen : Tidak ada bekas operasi, TFU: 30 cm, bokong, PUKI, Letkep, sudah masuk PAP 2/5 bagian, His 3×10' 40", DJJ: 132 ×/menit

Genetalia : Adanya lendir darah, ketuban (+), VT : 2 cm , eff 25 %

Ekstremitas: Tidak oedema , tidak varises

A : Ny. A usia 24 tahun G_{II} P_{1001} Ab_{000} 39 minggu 3 hari dengan inpartu kala 1 fase laten

P : 13.00 Memberitahu hasil pemeriksaan pada ibu, ibu memahami

13.05 Memfasilitasi informed consent, ibu dan keluarga menyetujui

13.10 Mengajarkan ibu teknik relaksasi, ibu bernafas panjang

13.12 Menganjurkan ibu untuk miring kiri agar tidak menekan *vena cava inferior* jika ibu terlalu lama dalam posisi terlentang akan menekan oksigen yang masuk dari ibu ke bayi, ibu memahami dan mau melakukan

13.15 Menganjurkan ibu untuk menambah nutrisi, ibu mau makan roti 5 suapan dan minum satu gelas teh

13.20 menganjurkan ibu untuk jalan-jalan atau jongkok-jongkok agar kepala bayi cepat turun, ibu mau jalan-jalan dan istirahat jika lelah

13.30 Mengobservasi ibu dan janin setiap 60 menit meliputi: DJJ, nadi, his dan memantau kemajuan persalinan setiap 4 jam meliputi: pemeriksaan dalam, tekanan darah, hasil terlampir

13.40 Menyiapkan partus set, resusitasi set dan APD, partus set, resusitasi set dan APD sudah disiapkan

CATATAN PERKEMBANGAN

Hari/Tanggal : Jumat, 26 Mei 2017

Jam : 17.00 WIB

S : Ibu mengatakan perutnya kenceng-kenceng semakin kuat

O : Tekanan darah : 110/70 mmHg

Nadi : 80 x/mnt

Suhu : 36,7^{o}C

Pernafasan : 21×/menit

Muka : Simetris, tidak pucat, tidak oedema

Mata : Tidak strabismus, konjungtiva merah muda, sklera putih

Abdomen : Tidak ada bekas operasi, TFU : 30 cm, bokong, PUKI, Letkep, sudah masuk PAP 4/5 bagian, His 3×10’ 40”, DJJ: 132 ×/menit

Genetalia : Adanya lendir darah, Ø 7 cm, eff 75 %, ketuban (+), letkep, UUK, tidak ada bagian kecil di samping terdahulu, molase 0, hodge II

Ekstremitas : Tidak oedema -/-, tidak varises

A : Ny. A usia 24 tahun G_{II} P_{1001} Ab_{000} 39 minggu 3 hari dengan inpartu kala 1 fase aktif

P : 17.10 Memberitahu hasil pemeriksaan pada ibu, ibu memahami

17.12 Mengingatkan ibu teknik relaksasi, ibu bernafas panjang

17.15 Mengingatkan ibu untuk miring kiri, Ibu bersedia miring kiri

17.20 Mengingatkan ibu untuk menambah nutrisi, ibu makan roti 6 gigitan dan minum segelas teh

17.30 Mengobservasi ibu dan janin setiap 30 menit meliputi: DJJ, nadi, his dan memantau kemajuan persalinan setiap 4 jam meliputi: pemeriksaan dalam, tekanan darah, hasil terlampir

CATATAN PERKEMBANGAN

Hari/Tanggal : Jumat, 26 Mei 2017

Jam : 19.00 WIB

S : Ibu mengatakan perutnya kenceng-kenceng semakin kuat dan ada dorongan kuat untuk meneran

O : Tekanan darah : 110/80 mmHg

Nadi : 80 x/mnt

Suhu : 36,8^{o}C

Pernafasan : 21×/menit

DJJ : 145 x/menit

His : 5x10’ 45”

Genetalia : Tampak tanda-tanda persalinan

- Adanya tekanan anus
- Perineum menonjol
- Vulva membuka

VT : Ø 10 cm, eff 100 %, ketuban (+), letak sungsang, tidak ada bagian kecil disamping bagian terdahulu, bagian terendah bokong, H III

A : Ny. A Usia 24 tahun $G_{II}P_{1001}Ab_{000}$ 39 minggu 3 hari dengan inpartu kala II

P : 19.00 Melakukan amniotomi dan memberitahukan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga letak bayi sungsang dianjurkan untuk di rujuk tetapi pasien dan keluarga meminta untuk dilahirkan di bidan

19.05 Memfasilitasi informed consent, ibu dan keluarga menyetujui

19.15 Memimpin ibu meneran saat kontraksi, telah dilakukan

19.20 Memberi minum saat tidak ada kontraksi, ibu minum the

19.25 Mengatur posisi ibu saat meneran, posisi ibu sudah diatur

19.26 Membantu persalinan sesuai dengan standar pertolongan pesalinan sungsang, telah dilakukan

19.50 Bayi lahir normal, menangis kuat, gerak aktif, AS 7-8, BB: 3100 gram, PB: 48 cm, jenis kelamin: perempuan, anus ada, tidak ada cacat

CATATAN PERKEMBANGAN

Hari/Tanggal : Jumat,26 Mei 2017

Jam : 20.00 WIB

S : Ibu mengatakan lega telah melahirkan bayinya

O : - Uterus globuler

- Tali pusat memanjang
- Adanya semburan darah

A : Ny**.** A Usia 24 tahun $P_{2002}Ab_{000}$ dengan inpartu kala III

P: 19.51 Melakukan MAK III yaitu memberitahu ibu akan disuntik oksitosin 10 IU, 1 menit setelah bayi lahir, ibu bersedia disuntik ibu sudah disuntik oksitosin

20.00 Melakukan PTT (peregangan tali pusat terkendali), telah dilakukan

20.05 Masasse fundus uteri setelah kelahiran plasenta, memeriksa kelengkapan plasenta dan selaputnya, memeriksa kontraksi

uterus ibu, telah dilakukan hasilnya plasenta lengkap dan uterus keras

20.07 Periksa adanya robekan: ada robekan derajat 2 yaitu di mukosa vagina, kulit perineum dan jaringan perineum dilakukan penjahitan dengan anastesi dan dijahit secara jelujur, telah dilakukan

CATATAN PERKEMBANGAN

Hari/Tanggal :26 Mei 2017 Jam : 20.20 WIB

S : Ibu mengatakan perutnya masih merasa mules

O : Keadaan Umum : Cukup

Kesadaran : Composmentis

Tekanan darah : 100/70 mmHg

Pernafasan : 20x/mnt

Nadi : 82 x/mnt

Suhu : 37 ^{0}C

Payudara : Colostrum (ada), ASI sedikit

TFU : 2 jari dibawah pusat

Kontraksi : Keras dan baik

Kandung kemih : Kosong

Perdarahan : ± 60cc

Laserasi : Derajat 2 di mukosa vagina, kulit perineum dan jaringan perineum

A : Ny. A Usia 24 Tahun P_{2002} Ab_{000} dengan inpartu kala IV

P : 20.20 Mendekontaminasi tempat dan alat persalinan, dilakukan

20.25 Membersihkan ibu menggunakan waslap, ibu merasa nyaman

20.30 Memberitahu ibu untuk tidak menahan BAK, ibu memahami

20.31 Mengajari ibu massase jika perutnya terasa lembek, ibu bisa melakukan

20.33 Memantau 2 jam PP, hasil terlampir di partograf

20.50 Memberikan ibu vitamin A, Ibu mau meminumnya

CATATAN PERKEMBANGAN

Hari/Tanggal : Jum'at, 26 Mei 2017 Jam : 20.20 WIB

S : Ibu mengatakan perutnya masih merasa mules

O : Keadaan Umum : Cukup

Kesadaran : Composmentis

Tekanan darah : 100/70 mmHg

Pernafasan : 20 x/mnt

Nadi : 82 x/mnt

Suhu : 37 ^{0}C

Payudara : Colostrum (ada), ASI sedikit

TFU : 2 jari dibawah pusat

Kontraksi : Keras dan baik

Kandung kemih : Kosong

Perdarahan : ± 60cc

Laserasi : Derajat 2 di mukosa vagina, kulit perineum dan jaringan perineum

A : Ny. A Usia 24 Tahun P_{2002} Ab_{000} dengan inpartu kala IV

P : 20.20 Mendekontaminasi tempat dan alat persalinan, dilakukan

20.25 Membersihkan ibu menggunakan waslap, ibu merasa nyaman

20.30 Memberitahu ibu untuk tidak menahan BAK, ibu memahami

20.31 Mengajari ibu massase jika perutnya terasa lembek, ibu bisa melakukan

20.33 Memantau 2 jam PP, hasil terlampir di partograf

20.50 Memberikan ibu vitamin A, Ibu mau meminumnya

4.3 LAPORAN PELAKSANAAN ASUHAN PADA MASA NIFAS

4.3.1 KUNJUNGAN PNC 1

Hari/Tanggal : Sabtu, 27 Mei 2017

Jam : 06.00 WIB

Tempat : Di BPM Dillah Sobirin

Oleh : Aprilla Yusti Windari

S : Ibu senang atas kelahirannya bayinya, ibu mengeluh sering mules diperut dan nyeri luka jahitan. Ibu mengatakan perutnya teraba keras, perdarahannya sedikit dan sudah bisa jalan. Setelah melahirkan ibu sudah tidak tarak makan ikan dan daging, jadi ibu bisa makan apa saja.

O : Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

Tekanan darah : 110/80 mmHg

Suhu : 36,4 °C

Nadi : 82 x/menit

Pernafasan : 20 x/menit

Muka : Simetris, tidak pucat

Mata : Konjungtiva merah muda, sklera putih.

Payudara : Simetris, puting susu menonjol +/+, tidak lecet, tidak ada benjolan abnormal, tidak ada nyeri tekan , ASI sedikit keluar +/+

Abdomen : TFU: 2 jari di bawah pusat, kontraksi uterus keras dan baik, kandung kemih kosong.

Genetalia : Tidak ada tanda-tanda infeksi, jahitan perineum, lochea rubra, darah berwarna merah segar, perdarahan ± 30cc.

Ekstermitas : Tidak oedema -/-

A : Ny. A Usia 24 tahun P_{2002} Ab_{000} dengan Post Partum hari ke 1

P : 1. Memberitahu hasil pemeriksaan pada ibu bahwa keadaan umum ibu baik, ibu memahami.

2. Menjelaskan ketidaknyaman yang dirasakan ibu yaitu perut mules adalah hal yang normal, di mana alat kandungan ibu mengalami perubahan ke bentuk semula seperti sebelum hamil, ibu memahami.

3. Memberitahu ibu untuk makan dan minum lebih banyak 4 sehat 5 sempurna karena untuk membantu produksi dan membantu mempercepat proses penyembuhan luka perineum serta minum obat sesuai yang diberikan oleh bidan, ibu memahami.

4. Menjelaskan ibu tentang perawatan luka perineumnya. Ibu mengerti.

5. Mengajari ibu cara menyusui yang benar, ibu bisa menyusui dengan benar.

6. Mengajari ibu senam nifas. Ibu bisa melakukan.

7. Memberikan KIE tentang manfaat ASI ekslusif, ibu mengerti.

8. Memberitahu ibu untuk menjemur bayinya selama 30 menit, waktunya dari jam 06:00-08:00 pagi, ibu bersedia untuk menjemur bayinya.

4.3.2 KUNJUNGAN PNC II

Hari/Tanggal : Jumat, 2 Juni 2017

Jam : 11.30 WIB

Tempat : Di rumah Ny.A

Oleh : Aprilla Yusti Windari

S : Ibu saat ini mengatakan bahwa nyeri luka jahitannya sudah berkurang dan mengalami bengkak pada kedua kakinya karena memakai stagen yang terlalu kencang dan waktu menyusui dengan posisi duduk kaki ibu masih berjinjit. ASI sudah mulai lancar. Darah yang keluar sudah kecoklatan.

O: Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

Tekanan darah : 110/80 mmHg

Suhu : 36,7^{o}C

Pernafasan : 18 x/menit

Nadi : 80x/mnt

Muka : Simetris, tidak pucat

Mata : Konjungtiva merah muda, sklera putih.

Payudara :Simetris, puting menonjol +/+, tidak lecet, tidak ada benjolan abnormal, tidak ada nyeri tekan , ASI keluar +/+.

Abdomen :TFU pertengahan pusat dan simphisis, kontraksi uterus keras dan baik, kandung kemih kosong.

Genetalia :Tidak ada tanda-tanda infeksi, lochea serosa, darah berwarna kekuningan, perdarahan sedikit, ada luka jahitan perineum.

Ekstermitas : Atas : Tidak oedema -/-, bawah : oedema +/+

A : Ny. A Usia 24 tahun P_{2002} Ab_{000} dengan Post Partum hari ke 7

P : 1. Memberitahu hasil pemeriksaan pada ibu bahwa keadaan umum ibu baik, ibu memahami.

2. Memberitahu ibu untuk melanjutkan perawatan luka jahitanya dengan diberi betadine pada kassa, ibu memahami dan mau melakukan.

3. Memberikan KIE untuk kaki bengkak yaitu:

a) Memberitahu ibu penyebab bengkak pada kaki ibu mungkin karena pemakaian stagen yang terlalu kencang, ibu memahami.

b) Memberitahu pada ibu untuk tidak memakai stagen terlalu kencang agar tidak menghambat peredaran darah, ibu memahami dan mau melakukan.

c) Memberitahu kalau menyusui dengan posisi duduk kaki tidak boleh mengantung atau berjinjit, ibu mengerti dan mau melakukan.

4. Menganjurkan ibu untuk makan makanan yang berserat seperti sayur dan buah–buahan, serta minum banyak air putih minimal 8 gelas sehari. Ibu mengerti dan bersedia melakukan

4.3.3 KUNJUNGAN PNC III

Hari/Tanggal : Jumat, 9 Juni 2017

Jam : 15.00 WIB

Tempat : Rumah Ny A

Oleh : Aprilla Yusti Windari

S : Ibu mengatakan kakinya sudah tidak bengkak lagi. Darah yang keluar sudah putih. Ibu tidak memiliki keluhan apapun saat ini.

O : Keadaan Umum : Cukup

Kesadaran : Composmentis

Tekanan darah : 110/70 mmHg

Suhu : 36,4^{o}C

Pernafasan : 20x/mnt

Nadi : 80x/mnt

Muka : Simetris, tidak pucat

Mata : Konjungtiva merah muda, sklera putih

Payudara : Simetris, puting menonjol +/+, tidak lecet, tidak ada benjolan abnormal, tidak ada nyeri tekan, ASI lancar +/+

Abdomen : TFU : sudah tidak teraba

Genetalia :Tidak ada tanda-tanda infeksi, lochea alba, jahitan sudah kering

Ekstremitas : Atas: tidak oedema -/-, bawah: tidak oedema -/-

A: Ny. A usia 24 tahun P_{2002} Ab_{000} dengan post partum hari ke 14

P:

1. Memberitahu hasil pemeriksaan pada ibu bahwa keadaan umum ibu baik, ibu memahami.
2. Memberitahu ibu agar selalu menjaga personal hygiene atau kebersihan sehari-harinya, ibu memahami.
3. Menganjurkan ibu untuk makan makanan yang banyak serat seperti sayur-sayuran agar ASI tetap lancar. Ibu mau memakan sayur-sayuran.
4. Memastikan ibu mendapatkan istirahat yang cukup. Ibu istirahat cukup.
5. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit. Ibu sudah bisa menyusui dengan benar dan tidak ac 136 penyulit. Ibu bisa menyusui dengan benar.

4.3.4 KUNJUNGAN PNC IV

Hari/Tanggal : Jumat, 7 Juli 2017

Pukul : 14.00 WIB

Tempat : Rumah Ny. A

Jam : 15.00 WIB

Oleh : Aprilla Yusti Windari

S : Ibu mengatakan saat ini tidak ada keluhan

O : Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

Tekanan darah : 110/70 mmHg

Suhu : 36, 5°C

Pernafasan : 18x/mnt

Nadi : 80x/mnt

Muka : Simetris, tidak pucat.

Mata : Konjungtiva merah muda, sklera putih.

Payudara : Simetris, puting menonjol +/+, tidak lecet, tidak ada benjolan abnormal, tidak ada nyeri tekan ,pengeluaran ASI lancar +/+.

Abdomen : TFU: sudah tidak teraba.

Genetalia : Tidak ada tanda-tanda infeksi.

Ekstermitas : Atas: tidak oedema -/-, bawah: tidak oedema -/-.

A : Ny. A Usia 24 tahun P_{2002} Ab_{000} dengan post partum normal hari ke 40

P : 1. Memberitahu hasil pemeriksaan pada ibu bahwa keadaan umum ibu baik, ibu memahami.

2. Memberikan pilihan serta menjelaskan macam-macam KB pada ibu, ibu memahami.

4.4 LAPORAN PELAKSANAAN ASUHAN PADA BAYI

4.4.1 KUNJUNGAN 1

Hari/Tanggal : Sabtu, 27 Mei 2017

Jam : 06.00 WIB

Tempat : Di BPM Dillah Sobirin

Oleh : Aprilla Yusti Windari

IDENTITAS

Identitas Bayi

Nama Bayi : Bayi Ny.A

Tanggal lahir : 26 Mei 2017

Pukul : 19.50 WIB

Jenis Kelamin : Perempuan

Identitas Orang Tua

Nama ibu	: Ny.A	Nama Ayah	: Tn.A
Umur	: 24 tahun	Umur	: 30 tahun
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: SD	Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Buruh

Alamat : Jl. Anggrek No. 3 Asri Katon RT 08 RW 03

DATA SUBJEKTIF

Ibu telah melahirkan anak kedua secara normal di bidan dan bayi dalam keadaan normal.

DATA OBJEKTIF

Keadaan Umum : Baik

Gerak Tangis : Kuat

Pernafasan : 126×/menit

Suhu : 36,8 °C

Berat Badan : 3100 gram

Panjang Badan : 48 cm

Lingkar dada : 33 cm

Lingkar lengan : 13 cm

Kepala : Tidak ada caput succedaneum, tidak ada cephalhematoma

Muka : Kemerahan

Mata : Konjungtiva merah muda, sklera putih

Hidung : Tidak ada pernafasan cuping hidung

Mulut : Tidak ada labioskisis dan labiopalatoskisis

Leher : Simetris, tidak ada pembesaran abnormal

Dada : Tidak ada retraksi dinding dada

Perut : Tali pusat basah, tidak meteorismus dan tidak ada kelainan

Genetalia : Labia mayor sudah menutupi labia minor

Ekstermitas : Simetris dan tidak sianosis

Mengukur Lingkar Kepala:

- Sirkumferensia suboksipito bregmatika : 32 cm
- Sirkumferensia Frontooksipitalis : 34 cm
- Sirkumferensia mentooksipitalis : 35 cm
- Sirkumferensia submento bregmatika : 32 cm

Reflek-reflek pada bayi

- Reflek Glabella : Baik
- Reflek Rooting : Baik
- Reflek Sucking : Baik
- Reflek Swalowwing : Baik
- Reflek Grasping : Baik
- Reflek Moro : Baik
- Reflek Babinsky : Baik

ANALISA

By Ny.A dengan Bayi Baru Lahir Normal

PENATALAKSANAAN

20.50 Memberikan salep mata bayi menggunakan gentamicyn dan memberikan injeksi vitamin K secara IM di paha sebelah kiri. Sudah dilakukan.

21.00 Menjaga kehangatan tubuh bayi dengan pakaian yang hangat dan bersih dan memberikan bayi pada ibu untuk dilakukan rawat gabung dan melatih ibu untuk menyusui bayi. Sudah dilakukan dan ibu sudah bisa menyusui bayinya.

21.15 Memberi KIE tentang perawatan bayi, termasuk menjemur bayi pada pukul 06.30 – 08.00 ± 45 menit hanya menggunakan popok dan penutup mata. Ibu bersedia.

06.05 Memberikan KIE tentang ASI eksklusif dan menganjurkan ibu untuk memberikan ASI eksklusif selama 6 bulan. Ibu bersedia

06.07 Menganjurkan ibu untuk menyendawakan bayi setiap kali habis di susui, hal ini untuk mencegah terjadinya gumoh pada bayi. Ibu mengerti dan mau melakukan.

06.10 Memberikan KIE tentang tanda bahaya bayi baru lahir dan menganjurkan ibu untuk membawa bayinya ke tenaga kesehatan jika terdapat tanda bahaya pada bayinya. Ibu bersedia.

06.30 Menganjurkan ibu control ulang di bidan tanggal 2 Juni 2017, untuk pemeriksaan ibu dan bayi serta pemberian imunisasi HB0. Ibu bersedia.

4.4.2 KUNJUNGAN II

Hari/Tanggal : Senin , 29 Mei 2017

Jam : 14:00 WIB

Tempat : Di rumah Ny.A

Oleh : Aprilla Yusti Windari

S : Ibu mengatakan bayinya kuning karena malas menyusu dan ibu jarang menjemur bayinya. Bayi BAB 2x/hari berwarna kuning. BAK lebih dari 7x/hari, tali pusat belum lepas dan dalam keadaan masih basah.

O : Keadaan Umum : Baik

BB : 3050 gram

Pernafasan : 133 ×/menit

Suhu : 36,4 °C

Muka : Kuning

Mata : Konjungtiva merah muda, sklera kuning

Hidung : Tidak ada pernafasan cuping hidung

Leher : Simetris, tidak ada pembesaran abnormal, kuning

Dada : Tidak ada retraksi dinding dada, kuning

Perut : Tali pusat belum lepas,dalam keadaan basah tidak meteorismus dan kuning

Ekstermitas : Simetris, tidak sianosis dan kuning

A : By Ny.A usia 3 hari bayi fisiologis

P :

1. Memberitahu hasil pemeriksaan bayi pada ibu, ibu memahami.
2. Memberitahu ibu bahwa bayi malas menyusu merupakan salah satu ciri bayi kuning dan memberitahu ibu untuk tetap memberikan ASInya, ibu memahami.
3. Memotivasi ibu untuk menjemur bayinya selama ± 45 menit, waktunya dari jam 06:00-08:00 pagi, caranya yaitu baju bayi dilepas semua kecuali popok dan bayi dijemur dengan kepala membelakangi matahari, ibu mau melakukan.
4. Memberikan KIE tentang perawatan bayi sehari- hari. Ibu mengerti.
5. Menjelaskan lagi tentang tanda bahaya bayi baru lahir kepada ibu. Ibu mengerti.
6. Mengevaluasi perkembangan dan kondisi bayi 3 hari lagi yaitu pada tanggal 1 Juni 2017. Ibu bersedia

CATATAN PERKEMBANGAN

Hari/Tanggal : Kamis , 1 Juni 2017

Jam : 10.00 WIB

Tempat : Di rumah Ny.A

Oleh : Aprilla Yusti Windari

S : Ibu mengatakan bayinya sudah tidak kuning karena bayi sudah tidak malas menyusu dan ibu setiap pagi menjemur bayinya. Tali pusat sudah lepas.

O : Keadaan Umum : Baik

BB : 3250 gram

Pernafasan : 133 ×/menit

Suhu : 36,4 °C

Muka : Tidak pucat

Mata : Konjungtiva merah muda, sklera putih

Hidung : Tidak ada pernafasan cuping hidung

Leher : Simetris, tidak ada pembesaran abnormal

Dada : Tidak ada retraksi dinding dada

Perut : Tali pusat sudah lepas, tidak meteorismus

Ekstermitas : Simetris dan tidak sianosis

A : By Ny.A usia 6 hari bayi fisiologis

P :

1. Memberitahu hasil pemeriksaan bayi pada ibu, ibu memahami
2. Memberikan KIE tentang perawatan bayi sehari-hari. Ibu mengerti.

4.5 LAPORAN PELAKSANAAN ASUHAN KB

Hari/Tanggal : Rabu, 26 Juli 2017 Jam : 17.00 WIB

Tempat : BPM Dillah Sobirin

Oleh : Aprilla Yusti Windari

S : Ibu mengatakan ingin suntik KB 3 bulan. Ibu saat ini tidak memiliki keluhan. Keadaan ibu dan bayi dalam keadaan sehat.

O : Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

Tekanan darah : 90/60 mmHg

Pernafasan : 18x/menit

BB : 66 kg

Muka : Simetris, tidak pucat

Mata : Konjungtiva merah muda, sklera putih

Payudara : Simetris, puting menonjol, tidak lecet, tidak ada benjolan abnormal, tidak ada nyeri tekan

Abdomen : Tidak ada pembesaran abnormal

Ekstermitas : Tidak oedema, tidak varises

A : Ny. A usia 24 tahun dengan akseptor baru KB suntik 3 bulan

P :

1. Memberitahukan hasil pemeriksaan kepada ibu dan rencana asuhan yang akan diberikan. ibu memahami.
2. Menjelaskan kembali kepada ibu tentang keuntungan, kerugian, efek samping KB 3 bulan. Ibu mengerti.
3. Menyiapkan alat dan bahan yaitu spuit, kapas alcohol dan kontrasepsi KB 3 bulan triclofem. Alat dan bahan sudah disiapkan.
4. Melakukan antiseptis pada 1/3 *spina iliaka anterior posterior-sacrum.* Sudah dilakukan.
5. Melakukan penyuntikan secara intramuscular pada daerah bokong, 1/3 *spina iliaka anterior posterior-sacrum.*Sudah dilakukan.

6. Mengingatkan kembali kepada ibu untuk makan makanan yang bergizi seperti sayuran, buah, daging, ikan, tahu, tempe dan banyak minum air putih. Ibu memahami dan mau melakukan.
7. Mengingatkan jadwal kembali suntik KB berikutnya yaitu pada tanggal 20 Oktober 2017 dan jika ibu ada keluhan bisa berkonsultasi dengan bidan sewaktu - waktu. Ibu bersedia kembali lagi.

BAB V

PEMBAHASAN

Dalam masa kehidupan seorang wanita akan melewati beberapa periode kehidupan yang diharapkan berjalan dengan normal dan lancar, oleh sebab itu dilakukan Asuhan Kebidanan secara komprehensif pada masa kehamilan sampai KB pada Ny. A usia 24 tahun G_{II} P_{2002} Ab_{000} di BPM Dillah Sobirin Pakis Malang.

5.1 Pembahasan Asuhan Kebidanan Pada Masa Kehamilan

Antenatal Care (ANC) adalah pemeriksaan kehamilan yang dilakukan untuk memeriksakan keadaan ibu dan janin secara berkala, yang diikuti dengan upaya koreksi terhadap kegawatan yang ditemukan. Kunjungan ANC sebaiknya dilakukan sedikitnya 4 kali kunjungan.

Asuhan kebidanan kehamilan pada Ny.A dimulai pada trimester 3 sejak usia kehamilan 32 minggu. Kunjungan pada Ny.A dilakukan sebanyak 4 kali. Yaitu pada usia kehamilan, 32 minggu 6 hari, 34 minggu 3 hari, 36 minggu 6 hari dan 38 minggu 1 hari.

Menurut Walyani (2015) Terdapat 14T pemeriksaan yang harusnya dilakukan, pada Ny. A hanya dilakukan 11T karena menyesuaikan dengan keadaan pasien, lingkungan dan tempat praktek. Pemeriksaan yang dilakukan yaitu Timbang BB, Tekanan Darah, Tinggi Fundus Uteri, TT (Imunisasi), Tablet Besi, Tes Hb, Temu Wicara, Pemeriksaan urine reduksi, Pemeriksaan Protein urine, Perawatan Payudara, Senam Hamil. Pemeriksaan yang tidak dilakukan yaitu pemberian obat malaria diberikan kepada ibu hamil dengan gejala malaria, panas tinggi disertai mengigil dan

hasil apusan darah yang positif. Pemberian kapsul minyak yodium diberikan pada kasus gangguan akibat kekurangan yodium di daerah endemis yang dapat berefek buruk terhadap tumbuh kembang manusia. Pemeriksaan VDRL (*Veneral Disease Research Lab*) pemeriksaan dilakukan pada saat ibu hamil datang pertama kali, diambil spesimen darah vena kurang lebih 2 cc, apabila hasil test positif maka dilakukan pengobatan dan rujukan. Tes sipilis dan HIV/AIDS tidak dilakukan karena tidak ada indikasi ke arah penyakit menular seksual ditandai dengan tidak ada keluhan keputihan berbau dan gatal serta tidak ada sarana dan fasilitas.

Asuhan kebidanan pada kehamilan pada kunjungan pertama sampai keempat didapatkan hasil letak kepala dan belum masuk PAP. Diagnosa pada kunjungan pertama Ny. A usia 24 tahun G_{II} P_{1001} Ab_{000} 32 minggu 6 hari T/H/Letkep dengan kehamilan fisiologis dan diagnosa pada kunjungan keempat Ny. A usia 24 tahun G_{II} P_{1001} Ab_{000} 38 minggu 1 hari T/H/Letkep dengan kehamilan fisiologis

Deteksi dini ibu hamil resiko tinggi/skrining antenatal pada Ny. A jumlah skor 2. Didapatkan dari skor awal ibu hamil yaitu 2. Fungsi dari skor Poedji Rochjati yaitu untuk alat komunikasi informasi dan edukasi atau KIE bagi ibu hamil, suami, keluarga dan masyarakat serta sebagai alat peringatan bagi petugas kesehatan. Pada Ny. A termasuk kehamilan risiko rendah (KRR) yaitu kehamilan tanpa masalah/faktor risiko, fisiologis dan kemungkinan besar diikuti oleh persalinan normal dengan ibu dan bayi hidup sehat. Tempat persalinan pada ibu KRR yaitu di BPM atau Polindes dan penolongnya Bidan (Poedji Rochjat, 2011).

Tinggi Fundus Uteri (TFU) Ibu tidak sesuai dengan usia kehamilannya. TFU ibu kurang dari usia kehamilannya, disebabkan ibu

kurang mengkonsumsi makanan yang tinggi kalori. Pengukuran ini mempunyai hubungan penting dengan usia kehamilan. Pengukuran TFU dapat membantu mengidentifikasi faktor-faktor risiko tinggi. Tinggi fundus uteri yang stabil dan menurun dapat mengidentifikasi retardasi pertumbuhan intra uterin, peningkatan yang berlebihan dapat menujukan adanya kehamilan kembar atau hidramion. Pada kunjungan terakhir usia kehamilan Ny.A 38 minggu 1 hari dengan TFU 30 cm.

Secara keseluruhan asuhan yang diberikan pada Ny. A berjalan secara fisiologis. Hal ini dibuktikan dari hasil pemeriksaan yang dilakukan selama 4x kunjungan ANC. Data presentasi janin sampai kunjungan ke IV adalah presentasi kepala dan belum masuk Pintu Atas Panggul (PAP). Berdasarkan teori presentasi digunakan untuk menentukan bagian janin yang ada di bagian bawah rahim yang dijumpai pada palpasi atau pada pemeriksaan dalam. Misalnya presentasi kepala, presentasi bokong, presentasi bahu, dan lain–lain (Mochtar, 2012). Dalam keadaan normal, presentasi janin adalah belakang kepala dengan penunjuk ubun–ubun kecil dalam posisi transversal (saat masuk pintu atas panggul) dan posisi anterior (setelah melewati pintu tengah panggul). Dengan presentasi tersebut, maka kepala janin akan masuk panggul dalam ukuran terkecilnya apabila sikap kepala janin fleksi. Sikap yang tidak normal akan menimbulkan malpresentasi pada janin dan terjadi kesulitan persalinan karena diameter kepala yang harus melalui panggul menjadi lebih besar.

Selama melakukan kunjungan, tidak ada tanda bahaya kehamilan yang dialami oleh ibu. Adapun keluhan yang dialami ibu yaitu pada kunjungan pertama ibu mengeluh punggung terasa sakit saat petang hari ketika selesai tahlil putrid dan sering kencing saat malam hari. Sakit punggung yang dialami ibu disebabkan karena perubahan sikap badan pada

kehamilan, titik berat badan pindah ke depan disebabkan perut membesar. Sering kencing disebabkan janin semakin membesar menekan kandung kemih ibu karenanya kapasitas kandung kemih jadi terbatas (Ummi Hani, dkk, 2011). Penatalaksanaan yang dapat di berikan pada Ny. A adalah menganjurkan ibu untuk tidur miring kiri, kompres air hangat, sering berganti posisi seperti tidak terlalu lama duduk, duduk jongkok apabila mau mengambil barang dan berdiri kembali secara pelan-pelan tidak membawa atau mengangkat barang yang berat. Menganjurkan ibu 2-3 jam sebelum tidur tidak minum dan buang air kecil sebelum tidur, namun kebutuhan air pada ibu hamil tetap terpenuhi sebaiknya minum lebih banyak di siang hari. Ibu juga dianjurkan untuk melakukan senam hamil agar dapat meningkatkan durasi tidur karena senam hamil dapat memberikan kenyamanan (relaksasi). (Wahyuni & Ni'mah, 2013)

Pemeriksaan hemoglobin (Hb) yang telah dilakukan Ny. A pada usia kehamilan 32 minggu 3 hari hasilnya adalah 12 gr%. Nilai dari Hb ibu tergolong tidak anemia. Namun Ny A tetap disarankan menghabiskan tablet zat besi, mengkonsumsi makanan yang bergizi serta banyak istirahat agar kondisi ibu selalu sehat dan Hb ibu tidak turun karena menurut WHO, (2010). Hb ≥11 gr%: Tidak anemia, Hb 9-10%: Anemia ringan, Hb 7-8 gr%: Anemia sedang, Hb < 7 gr%: Anemia berat. Pemeriksaan Hb dilakukan yaitu untuk mendeteksi adanya anemia pada ibu hamil. Anemia menyebabkan risiko kematian maternal, angka prematuritas, berat badan bayi lahir rendah dan angka kematian perinatal meningkat. Upaya yang dilakukan untuk mencegah terjadinya anemia yaitu dengan pemberian tablet besi (Fe) minimal 90 tablet selama kehamilan (Walyani, 2015).

5.2 Pembahasan Asuhan Kebidanan Pada Persalinan

Kehamilan pada Ny. A diakhiri pada usia kehamilan 39 minggu 3 hari. Selama persalinan dilakukan pemantauan kemajuan persalinan kala I-IV dengan partograf, kunjungan yang dilakukan 1 kali. Menurut (Marmi, 2012). Persalinan merupakan proses membuka dan menipisnya *serviks* dan janin turun ke dalam jalan lahir kemudian berakhir dengan pengeluaran bayi diikuti pengeluaran plasenta dan selaput janin dari tubuh ibu melalui jalan lahir.

Kala I fase laten yaitu umumnya fase laten berlangsung selama 8 jam (Marmi, 2012). Kala I fase aktif yaitu dari pembukaan 4 cm sampai pembukaan 10 cm. Fase aktif dipantau menggunakan partograf. Keadaan ibu secara umum normal. Hasil dari partograf tidak melewati garis waspada. Pemantauan persalinan dengan partograf digunakan untuk menentukan persalinan berjalan normal dan mendeteksi dini persalinan lama sehingga bidan dapat membuat deteksi dini mengenai kemungkinan persalinan lama.

Kala I fase aktif pada Ny. A berlangsung 2 jam dan itu dikatakan normal. asuhan kala I yang diberikan yaitu memberikan ibu minum teh hangat dan air putih dianjurkan karena mengingat untuk persalinan diperlukan tenaga atau energi yang sangat banyak. Namun nutrisi yang diberikan harus tepat untuk ibu hamil dalam persalinan kala I meliputi karbohidrat yang mudah dicerna seperti roti, buah segar dan berbagai cairan.

Mengajari ibu teknik relaksasi saat ada kontraksi, dukungan emosional pada ibu seperti membantu ibu bernafas saat ada kontraksi. Hal ini jika tidak ditanganin dengan baik maka akan menyebabkan ketidaknyaman bagi ibu dan akan mempengaruhi saat proses persalinan nanti. Mengajurkan ibu memilih posisi yang nyaman yaitu miring kiri hal ini

untuk mencegah terjadinya penekanan pada vena cava sehingga peredaran darah balik ibu bisa mengalir lancar, pengiriman oksigen dalam darah ibu ke janin melalui plasenta. Sehingga proses pembukaan akan berlangsung secara perlahan-lahan dan persalinan berlangsung nyaman (Marmi, 2012).

Pasien datang ke BPM setelah terdapat tanda-tanda persalinan yaitu perutnya mulas teratur dan keluar lendir darah. Didapatkan hasil pemeriksaan dalam pembukaan 2 cm, letak kepala dan ketuban utuh. Dilakukan observasi DJJ, his dan nadi setiap jam. Setelah 4 jam dilakukan pemeriksaan dalam hasilnya pembukaan 7 cm, letak kepala, ketuban utuh menonjol, selanjutnya dilakukan observasi setiap 30 menit memantau kondisi ibu dan janin. Pemeriksaan dalam yang berikutnya dilakukan sebelum 4 jam dikarenakan ibu mengeluh ingin BAB, dorongan kuat untuk meneran dan terdapat tanda gejala kala II tekanan pada anus dan perineum menonjol. Kemudian dilakukan amniotomi dan diketahui letak bokong murni, tidak ada bagian kecil disamping terdahulu. Dilakukan persalinan normal dengan standar asuhan persalinan sungsang bracht dengan persetujuan suami dan keluarga.

Pada saat pembukaan lengkap dilakukan amniotomi karena ketuban belum pecah dan untuk mempercepat proses penurunan kepala, namun setelah dilakukan amniotomi diketahui letak bokong dan tidak ada bagian kecil disamping bokong. Pada saat sebelum dilakukan amniotomi diketahui letak kepala karena pada saat itu ketuban utuh dan menonjol sehingga tangan pemeriksa tidak langsung menyentuh bagian terdahulu janin. Penyebab yang menyebabkan letak bayi menjadi sungsang dikarenakan janin mudah bergerak, seperti pada hidramnion, multipara dan sebab yang tidak diketahui. Kala II yaitu terdapat tanda-tanda ibu merasakan ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi, ibu merasakan adanya

peningkatan pada rektum dan vaginanya, perineum menonjol, vulva vagina dan sfingter ani membuka dan meningkatnya pengeluaran lendir darah. Memberitahukan pada keluarga dan ibu diketahui letak sungsang disarankan untuk dilakukan rujukan tetapi pasien dan keluarga menolak, maka dilakukan inform consent. Kala II berlangsung selama 30 menit. Asuhan persalinan dilakukan sesuai dengan asuhan persalinan sungsang bracht.

Pada perineum dilakukan episiotomi derajat dua yaitu mukosa vagina, kulit perineum dan jaringan perineum. Bayi lahir pada pukul 19.50 wib menangis spontan, bergerak aktif berjenis kelamin perempuan. Penilaian sekilas ini sesuai dengan teori bahwa hal tersebut dilakukan untuk menilai kesejahteraan bayi secara umum juga dijadikan data awal bahwa bayi dalam kondisi baik.

Kala III disebut kala pengeluaran uri lepas dalam waktu 5-15 menit dan terdapat tanda-tanda: uterus globuler, tali pusat memanjang dan semburan darah. Kala III terdiri dari langkah utama yaitu pemberian oksitosin dalam 1 menit pertama setelah bayi lahir, melakukan penegangan tali pusat dan massase fundus uteri. Pelepasan uri pada Ny. A berlangsung sekitar 10 menit. Pengeluaran plasenta disertai dengan darah kira-kira 100-150 cc serta fungsi dari oksitosin ialah dapat menyebabkan uterus berkontraksi dengan kuat dan efektif sehingga dapat membantu pelepasan plasenta dan mengurangi kehilangan darah (Kuswanti dan Melina, 2014).

Kala IV disebut dari lahirnya uri sampai 2 jam postpartum. Secara umum pemantauan dan pemeriksaan yang dilakukan tidak ada yang mengarah ke patologis. TFU 2 jari di bawah pusat. Pemantauan pertama dilakukan 15 menit dan pada saat satu jam kedua setiap 30 menit.

Pemeriksaan yang perlu dilakukan pada kala IV yaitu, tinggi fundus uteri pada Ny. A setelah plasenta lahir 2 jari di bawah pusat dan teraba

keras, kandung kemih yang kosong juga mempengaruhi kontraksi uterus agar tetap adekuat. Hal ini merupakan fisiologis karena sesuai dengan teori. Menurut Dewi, dkk (2013). Uterus akan terjadi involusi, yaitu kembalinya uterus ke keadaan sebelum hamil setelah melahirkan. Proses ini terjadi segera setelah plasenta lahir akibat kontraksi otot-otot polos pada uterus. Perdarahan pada Ny.A yaitu ± 60cc pada kala IV. Pada teori ini hal yang normal karena saat seorang ibu melahirkan akan mengeluarkan darah kurang dari 500 cc (Sulistyawati dan Nugraheny, 2010). Satu jam setelah melahirkan ibu mendapatkan vitamin A 200.000 IU dari bidan.

5.3 Pembahasan Asuhan Pada Masa Nifas

Asuhan kebidanan pada masa nifas yaitu memberikan asuhan pada ibu post partum yang dimulai dari 2 Jam post partum hingga kembalinya alat–alat kandungan seperti sebelum hamil yang kira- kira berlangsung 6-8 minggu. Maka dari itu perlu dilakukan kunjungan masa nifas minimal 4 kali sesuai dengan kebijakan nasional untuk memberikan asuhan dan pemantauan keadaan ibu (Marmi, 2011). Kunjungan yang dilakukan yaitu pada tanggal 27 Mei 2017, 2 Juni 2017, 9 Juni 2017 dan 7 Juli 2017.

Pada kunjungan nifas yang pertama ibu mengeluh perutnya dan nyeri pada luka jahitan. Keluhan tersebut merupakan fisiologis. Perut mules terjadi karena ada proses involusi dimana involusi atau pengerutan uterus merupakan proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil. Proses involusi ini dimulai segera setelah plasenta lahir akibat kontraksi otot-otot polos uterus (Ambarwati dan Wulandari, 2010). Perut mules yang dikeluhan Ny.A tersebut merupakan keadaan yang fisiologis pada ibu nifas dan akan uterus akan mengecil dengan sendirinya. Seharusnya pada 24 jam post

partum ibu mendapat vitamin A dari bidan, tetapi ibu tidak mendapatkan vitamin A. Sehingga terdapat kesenjangan antara teori dan praktek.

Nyeri pada luka jahitan ini disebabkan karena luka yang terjadi pada saat proses persalinan. Menurut Mas'adah (2010) penyembuhan luka perineum dengan terbentuknya jaringan baru yang menutupi luka perineum. Pada Ny. A luka kering pada hari ke 10. Perawatan yang dilakukan untuk luka perineum menggunakan kassa yang diberi betadine. Sesuai dengan teori betadine mengandung *providone-iodine* (PVPI). Iodium ini bersifat germisidal dimana dapat menghambat pertumbuhan dan perkembangan spora bakteri sehingga cocok digunakan untuk penyembuhan luka. Nyeri luka pada ibu umumnya akan dirasakan 1-3 hari post partum. Hal ini evaluasi pada kunjungan kedua bahwa Ny. A mengatakan nyeri luka jahitannya ± 2 hari. Proses pemnyembuhan luka ini juga dibantu dengan Ny.A yang selalu memenuhi nutrisinya cukup dengan makan-makanan yang mengandung protein seperti ikan, daging, tahu, tempe dan telur. Karena setelah melahirkan Ny. A sudah tidak tarak terhadap ikan dan daging. Kandungan protein dapat membantu proses penyembuhan luka dan meregenerasi sel-sel pada kulit. Faktor-faktor yang mempengaruhi luka perineum agar dapat kering adalah dari nutrisi dan perawatan luka jahitan dengan diberi betadine yang berfungsi sebagai antiseptik (Sulistyawati dan Nugraheny, 2010).

Keadaan psikologis ibu dalam menjalani masa nifas, pada fase-fase adaptasi tahapan-tahapan masa nifas yaitu fase taking in, fase taking hold dan fase letting go. Saat melakukan kunjungan pada hari pertama yang disebut fase *taking in*, tidak ditemukan kesenjangan karena ibu masih sering menceritakan tentang pengalamannya saat proses persalinan, pada 7 hari

postpartum yang disebut fase *taking hold* penulis menanyakan bagaimana perasaan ibu setelah kelahiran bayinya. Ibu mengatakan senang atas kelahiran bayinya dan ibu dalam merawat bayinya masih dibantu oleh suami dan keluarga. Fase letting go ini dimana ibu menerima tanggung jawab akan perannya, lebih mandiri dalam memenuhi kebutuhan dirinya dan bayinya serta Ibu dapat menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya, sebelumnya ibu sudah berpengalaman dalam merawat bayi jadi tidak sulit untuk ibu menyesuaikan keadaan. Dibuktikan saat melakukan kunjungan hari ke 14. Ibu sudah merawat diri dan bayinya sendiri tanpa bantuan suami dan keluarga serta kebutuhan akan istirahat masih diperlukan ibu untuk menjaga kondisi fisik ibu (Irhami, 2010).

Proses menyusui mempengaruhi proses involusi. Sesuai dengan teori proses laktasi dipengaruhi oleh reflek prolaktin dan reklek let down. Rangsangan yang berasal dari isapan bayi dilanjutkan ke hipofisa posterior kemudian dikeluarkan hormon oksitosin. Jika kedua reflek ini tidak bekerja dengan baik maka akan mempengaruhi proses involusi sehingga uterus akan melambat dan kemungkinan dapat terjadi perdarahan dan segera dibawa ke tenaga kesehatan (Dewi dan Sunarsih, 2012). Manfaat dari ASI bagi bayi untuk pembentukan antibodi atau kekebalan terhadap penyakit, manfaat ASI ini juga tidak hanya untuk bayi saja namun bagi ibu, keluarga dan Negara (Ambarwati dan Wulandari, 2010).

TFU pada Ny. A normal secara umum yaitu uterus sudah kembali normal atau sudah tidak teraba pada hari ke-14, melakukan mobilisasi dini dengan baik memegang peranan penting untuk percepatan involusi uteri karena gerakan yang dilakukan segera setalah melahirkan dengan rentang waktu 2–6 jam ibu sudah dapat melakukan aktifitas secara mandiri dapat

memberikan manfaat yang baik bagi ibu. Karena gerakan–gerakan ini selain bermanfaat untuk sistem tubuh yang lain tetapi paling penting untuk mempercepat involusi uteri karena dengan mobilisasi dini uterus berkontraksi dengan baik dan kontraksi ini yang dapat mempercepat involusi uterus yang ditandai dengan penurunan tinggi fundus uteri (Pratiwi, Yusuf, & Dulahu, 2014).

Pengeluaran lochea pada Ny. A termasuk normal sesuai dengan teori lochea yang keluar selama nifas pada hari pertama sampai ketiga post partum yaitu lochea rubra warnanya merah muncul pada hari 1-3. Lochea sanguinolenta berwarna merah kecoklatan berisi darah dan lendir berlangsung pada hari ke 4-7 postpartum. Pada hari ke 7-14 post partum yaitu lochea serosa, warnanya kekuningan atau kecoklatan dan lochea alba warnanya lebih pucat, putih kekuningan bisa berlangsung selama 2-6 minggu.

Jadi pada masa nifas yang dilihat adaptasi psikologis dan fisiologis ibu berjalan baik. Adapun masalah pada masa nifas, sudah dapat teratasi. pemeriksaan selama kunjungan dilakukan sesuai dengan tujuan pengawasan masa nifas. Dari hasil pemantauan tersebut didapatkan keadaan ibu baik. Secara keseluruhan masa nifas Ny. A berlangsung normal tanpa ada penyulit yang patologis.

5.4 Pembahasan Asuhan Pada Bayi Baru Lahir

Asuhan pada bayi baru lahir dilakukan kunjungan neonatal, antara lain pada saat 6- 8 jam postpartum dan lebih dari 24 jam yaitu 2-6 hari postpartum, 2 minggu pertama dan 6 minggu pertama (Rahardjo dan Marmi, 2012). Dari teori tersebut penulis telah melakukan asuhan sesuai teori yaitu penulis melakukan asuhan pada bayi minimal 2 kali yaitu pada 6 jam post

partum dan lebih dari 24 jam hari post partum. Bayi Ny. A lahir spontan bracht pada tanggal 26 Mei 2017 pukul 19.50 WIB, bayi lahir normal, menangis kuat, gerak aktif, AS 7-8, BB: 3100 gram, PB: 48 cm, jenis kelamin : perempuan , anus ada, tidak ada cacat.

Inisiasi Menyusu Dini adalah proses mengawali menyusu sejak dini yakni pada menit-menit pertama kelahiran bayi dimana bayi mencari sendiri putting susu ibu. Inisiasi menyusu dini sangat berpengaruh terhadap bayi yaitu menjadikan bayi lebih tenang, tidak stress, pernafasan dan detak jantung lebih stabil, hal ini dikarenakan oleh kontak antara kulit ibu dan bayi dapat mempererat hubungan ikatan rasa kasih sayang antara ibu dan anaknya .(Rahmawati & Tarmi, 2013). Terdapat kesenjangan yang terjadi pada saat inisiasi menyusui dini (IMD) yaitu pada asuhan ini tidak dilakukan IMD.

Setelah melakukan asuhan segera pada bayi baru lahir, satu jam kemudian sebagai upaya profilaksis diberikan salep mata gentamicyn 0,5 % dan vitamin K untuk mencegah terjadinya perdarahan. Imunisasi HB 0 seharusnya diberikan 2 jam setelah bayi lahir namun dapat diberikan 1 minggu setelah bayi lahir dengan dosis 0,05 cc berguna serta bermanfaat untuk mencegah virus Hepatitis B yang dapat menyerang dan merusak hati dan bila hal itu terus terjadi sampai si anak dewasa akan bisa menyebabkan timbulnya penyakit kanker hati. Imunisasi sangat penting untuk mencegah meluasnya penyebaran penyakit hepatitis B di Indonesia melalui imunisasi hepatitis B terhadap semua bayi yang baru lahir sedini mungkin (0-7 hari) setelah kelahirannya. Imunisasi hepatitis B adalah suatu usaha yang dilakukan dalam pemberian vaksin pada tubuh seseorang sehingga dapat timbul kekebalan terhadap penyakit hepatitis B

Pemeriksaan antropometri dan pemeriksaan reflek dengan hasil secara keseluruhan dalam keadaan baik. Pemeriksaan ini dilakukan untuk mengetahui apakah keadaan bayi normal. Pemeriksaan ini berguna untuk melihat apakah kondisi bayi serta ke normalan sistem saraf pusatnya (Marmi dan Rahardjo, 2012).

Pada usia 3 hari bayi agak kuning dan malas menyusu. Kuning adalah suatu kondisi pada bayi baru lahir akibat hiperbilirubin karena kurang ASI. Hiperbilirubin ini terjadi karena fungsi hati yang belum sempurna untuk mengeluarkan bilirubin dari darah. Keadaan ini biasanya terjadi pada 25-50 % bayi cukup bulan. Pada bayi baru lahir biasanya bilirubin meningkat karena fungsi hati belum matang sehingga sulit untuk memproses bilirubin tersebut. Akhirnya bilirubin yang seharusnya keluar bersama dengan feses kembali mengedap pada usus. Kondisi kuning yang biasanya terlihat hari ke empat kelahirannya ini disebut kuning fisiologis, pada kuning fisiologis biasanya kadar bilirubin akan menurun 7-10 hari tanpa pengobatan apapun. Dan salah satu ciri-ciri bayi kuning yaitu bayi yang malas menyusu. Penatalaksanaan yang diberikan pada ibu yaitu memotivasi ibu agar tetap memberikan bayinya ASI sesering mungkin.

Kunjungan bayi usia 3 hari. Pada kunjungan ini terdapat BB bayi yaitu dari 3100 gram ke 3050 gram, hal ini sesuai dengan teori, bahwa pada minggu pertama akan terjadi penurunan berat badan sekitar 7% hingga 10% yang disebabkan karena ketika di dalam kandungan tubuh bayi mengandung banyak air. Kelebihan sekian puluh gram ini akan dikeluarkan setelah ia lahir, terutama melalui urine (Rahardjo dan Marmi, 2012). Pada perut bayi tali pusat sudah kering dan lepas pada hari ke 4. Perawatan tali pusat

menggunakan kassa steril. Sesuai dengan teori perawatan tali pusat menggunakan kassa steril.

Metabolisme bayi baru lahir layaknya sebuah sistem, bayi pada usia ini memiliki sistem metabolisme yang baru. Pada bayi Ny.A BAK sebanyak 7x/hari dan BAB 4-6x / hari. Sesuai dengan teori. Pada bayi umumnya BAK bisa sampai 6 kali dan BAB-nya akan lebih sering sekitar 4 kali, hal tersebut disebabkan penyerapan saluran cerna masih berdaptasi (Wahyuni, 2011).

Asuhan yang dilakukan dalam setiap kunjungan adalah menanyakan keluhan atau masalah yang dialami bayi pada ibu, melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital, pemeriksaan fisik dan memberikan konseling kepada ibu tentang menjaga kehangatan dan kebersihan bayi, pemberian ASI, perawatan tali pusat, yaitu dilakukan dengan cara membersihkan dan mengeringkan setelah bayi di mandikan tanpa menggunakan apapun, perawatan bayi sehari-hari, ASI Eksklusif, tanda-tanda bahaya pada bayi. Tidak ditemukan keluhan yang mengarah ke patologis.

5.5 Pembahasan Asuhan Keluarga Berencana

Asuhan kebidanan keluarga berencana pada Ny.A dimulai pada kunjungan ketiga nifas yaitu hari Jum'at, 9 Juni 2017. Pada kunjungan ini ibu diberikan pilihan dan penjelasan tentang KB yang cocok untuk ibu. KB yang dipilih adalah KB 3 bulan. Hal ini sesuai dengan teori karena KB suntik 3 bulan merupakan alat kontrasepsi yang dapat digunakan oleh ibu menyusui karena mengandung *Depomendroksiprogesteron* (DMPA) 150 mg yang tidak mengganggu produksi ASI, cara kerja KB Suntik 3 bulan yaitu menghalangi terjadinya ovulasi dengan jalan menekan pembentukan releasing hormon dan hipotalamus, menghambat penetrasi

sperma melalui serviks uteri, implantasi ovum dalam endometrium dihalangi, kecepatan transport ovum melalui tuba berubah (Yuniati, 2010).

Kondisi ibu juga sesuai dengan indikasi penggunaan kontrasepsi suntikan progestin yaitu, usia reproduksi, telah memiliki anak, menghendaki menggunakan kontrasepsi jangka panjang dan efektivitas tinggi, setelah melahirkan dan membutuhkan kontrasepsi yang sesuai, tekanan darah <160/110 mmHg, dengan masalah gangguan pembekuan darah atau anemia bulan sabit.

Efek samping suntik KB 3 bulan yaitu meningkat atau menurunnya berat badan kemungkinan disebabkan karena hormon progesteron mempermudah perubahan karbohidrat dan gula menjadi lemak, sehingga lemak dibawah kulit bertambah. Hormon ini juga menyebabkan nafsu makan bertambah dan menurunkan aktifitas fisik. Gangguan haid disebabkan karena gangguan ketidakseimbangan hormon sehingga endometrium mengalami perubahan histologi. Pusing, mual dan muntah kemungkinan disebabkan karena reaksi tubuh terhadap hormon progesteron (BKKBN, 2012).

Pelaksanaan asuhan kebidanan Keluarga Berencana pada Ny.A tanggal 26 Juli 2017 di BPM Dillah Sobirin. Tindakan penyuntikan sudah sesuai dengan teori yaitu sebelum dilakukan penyuntikan dilakukan antiseptis terlebih dahulu dan penyuntikan secara IM di 1/3 *spina illiaca anterior posterior- os sacrum.* Ibu memakai KB suntik KB 3 bulan jenis Triclofem dengan dosis 1 cc mengandung 150 mg medroxyprogsterone acetat, tanggal kembali yaitu 20 Oktober 2017.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1 Kesimpulan

Setelah penulis melaksanakan asuhan kebidanan selama hamil, persalinan, nifas, bayi baru lahir dan KB pada Ny. A usia 24 tahun G_{II} P_{1001} Ab_{000} yang dimulai pada usia kehamilan 32 minggu 6 hari sampai KB dengan cara melakukan pengkajian, mendiagnosa, merencanakan, melaksanakan, mengevaluasi serta mendokumentasikan dapat diambil kesimpulan sebagai berikut:

6.1.1 Asuhan Kebidanan Kehamilan

Didapatkan hasil pemeriksaan yang normal selama 4 kali kunjungan, kunjungan yang ke empat dilakukan saat usia kehamilan 38 minggu 1 hari dengan letak kepala. Keluhan yang rasakan semuanya fisiologis. Asuhan dan penatalaksanaan yang sesuai dengan teori.

6.1.2 Asuhan Kebidanan Persalinan

Didapatkan hasil pemeriksaan dengan letak sungsang maka persalinan dilakukan secara spontan bracht dan berjalan lancar. Penatalaksanaan asuhan yang dilakukan sudah sesuai dengan teori.

6.1.3 Asuhan Kebidanan Masa Nifas

Masa nifas pada Ny. A didapatkan hasil bahwa proses involusi berjalan dengan baik. Terdapat kesenjangan antara teori dan praktek yaitu tidak diberikan vitamin A 200.000 IU yang kedua yaitu 24 jam setelah melahirkan.

6.1.4 Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir tidak dilakukan IMD (Inisiasi Menyusu Dini). Bayi dalam kondisi normal hanya saja terdapat ikterus. Ikterus ini masih fisiologis karena hilang pada hari ke 6. Terdapat kesenjangan antara teori dan praktek yaitu tidak dilakukan IMD.

6.1.5 Asuhan Kebidanan KB

Ny. A memilih menggunakan KB suntik 3 bulan jenis triclofem. Hal ini sesuai dengan kondisi ibu yang tidak memiliki riwayat darah tinggi dan juga ingin memberikan ASI pada bayinya. Suntik KB dilakukan saat usia bayi 2 bulan di BPM Dillah Sobirin. Asuhan dan penatalaksanaan yang sesuai dengan teori.

6.2 Saran

6.2.1 Bagi Pasien

Diharapkan pasien lebih kooperatif dalam upaya menjaga kesehatannya dan bayinya. Ibu diharapkan lebih memperhatikan asupan nutrisi pada kehamilan berikutnya dan juga tetap memberikan ASI.

6.2.2 Bagi Lahan Praktek (BPM)

Diharapkan asuhan yang diberikan pada ibu hamil sampai KB sesuai dengan standar kebidanan, agar tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktek.

6.2.3 Bagi Institusi STIKES Widyagama Husada

Diharapkan institusi dapat memfasilitasi sarana dan memperbolehkan mahasiswa meminjam alat atau fasilitas untuk memudahkan mahasiswa dalam proses pembelajaran dan pembuatan

tugas akhir seperti Doppler, pengukur HB digital, pengukur jangka panggul, timbang berat badan, dll.

6.2.4 Bagi Penulis

Diharapkan dari pembuatan laporan tugas akhir ini penulis mampu mempelajari tentang berbagai kasus yang ada di lapangan dan menerapkan saat bekerja nanti. Adapun kesenjangan yang ditemukan dilapangan, dapat dijadikan sebagai acuan untuk lebih mendalami lagi tentang ilmu kebidanan.

DAFTAR PUSTAKA

Ambarawati, E. R., &Wulandari, D. 2010. *Asuhan Kebidanan Nifas.* Yogyakarta: Nusa Medika.

Dewi dkk. 2012. *Asuhan Kehamilan Untuk Kebidanan*. Jakarta: Selemba Medika.

Hani, U,.Marjiati, J. K., & Yulifah, R. 2012. *Asuhan Kebidanan pada Kehamilan Fisiologis*. Jakarta: Selemba Medika.

Jannah, N. 2012. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Kehamilan*. Yogyakarta: CV Andi OF SET.

Lia, V. N., & Dewi. 2010*. Asuhan Neonatus Bayi dan Anak Balita*. Jakarta: Salemba Medika.

Marmi. 2011. *Asuhan Kebidanan pada Masa Nifas*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.

Marmi ,& Rahardjo, K. 2012. *Asuhan Neonatus Bayi Balita dan Anak Pra Sekolah.* Yogyakarta: Pustaka Medika.

Mulyani, N. S., & Rinawati, M. 2013. *Keluarga Berencana*. Yogyakarta: Nuha Medika.

Muslihatun, W. N. 2010. *Asuhan Neonatus Bayi dan Balita*. Yogyakarta: Fitramaya.

Mufdlilah. 2012. *Dokumentasi Kebidanan*. Jakarta: Selemba Medika.

Nugroho, T., Nurrezki, Warnaliza, D., & Willis. 2013. *Askeb 1 Kehamilan.* Yogyakarta: Nuha Medika.

Prawirohardjo, S. 2010. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: PT Bina Pustaka.

RI, K. K. 2010. *Pelayanan Kesehatan Neonatal Esensial.* Jakarta: ECG.

Rochajati, P. 2011. *Skrining Antenatal pada Ibu Hamil. Surabaya:* Pusat Penerbitan dan Pencetakan Unair (AUP).

Rohani, Saswita, R., & Marisah.2011. *Asuhan Kebidanan pada Masa Persalinan.* Jakarta: Selemba Medika.

Sulistyawati, Ari. 2012. *Asuhan Kebidanan pada Masa Kehamilan.*Jakarta : Selemba Medika.

Saifuddin, A. 2012. *Pelayanan Kontrasepsi*. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

Saiifuddin, A. 2014.*Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

Sulistyawati, A. 2011.*Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi*. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

Wahyuni, S. 2011. *Asuhan Neonatus, Bayi, dan Balita*. Jakarta: EGC.

Walyani, E. S. 2015. *Asuhan Kebidanan pada Kehamilan*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.

Lampiran 1
Jadwal Pelaksanaan LTA

No	NamaKegiatan	Bulan																											
		Maret			April				Mei				Juni				Juli				Agustus				Septembe r			
		2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Bimbingan Proposal LTA																											
2	Seminar Proposal LTA																											
3	RevisiPropasal LTA																											
4	KunjunganPasien danBimbingan LTA																											
5	Seminar LTA																											
6	Revisi LTA																											
7	PenyelesaianAd ministasi LTA																											
8	Yudisium																											

Lampiran 2

Studi Pendahuluan untuk Bangkesbangpol

YAYASAN PEMBINA PENDIDIKAN INDONESIA (YPPI) WIDYAGAMA
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKES)
WIDYAGAMA HUSADA
Terakreditasi
Program Studi : * D3 Kebidanan * S1 Kesehatan Lingkungan * S1 Ilmu Keperawatan * Profesi Ners

Nomor : 361 /A-1/STIKES/IV/2017 Malang, 12 April 2017
Lampiran : -
Perihal : Studi Pendahuluan

Kepada Yth:
Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik (Bakesbangpol)
Di-
Kabupaten Malang

Dengan hormat,

Mahasiswi Program Studi D3 Kebidanan STIKES Widyagama Husada akan menyusun Laporan Tugas Akhir (LTA) Tahun Akademik 2016/2017, untuk itu diperlukan data-data pendukung sebagai syarat yang harus ditempuh.

Berkenaan dengan hal tersebut kami mengajukan permohonan kepada Bapak/ibu agar berkenan memberikan Ijin kepada mahasiswi kami dibawah ini untuk melakukan Studi Pendahuluan Laporan Tugas Akhir.

Adapun nama mahasiswi dan judul Laporan Tugas Akhir sebagai berikut:

Nama	:	Aprilla Yusti Windari
NIM	:	1413.15401.882
Judul TA	:	Asuhan Kebidanan Komprehensif dari kehamilan sampai KB di BPM Ngadilah Sobirin, Amd.Keb. Desa Asrikaton, Kec. Pakis, Kabupaten Malang
Tujuan Surat	:	BPM Ngadilah Sobirin, Amd.Keb

Demikian, atas perhatian dan kerja samanya kami sampaikan terima kasih.

STIKES Widyagama Husada
Wakil Bidang III,

Tiwi Yuniastuti, S.Si., M.Kes
NDP. 2012.247

Lampiran 3

Studi Pendahuluan Untuk Bidan

YAYASAN PEMBINA PENDIDIKAN INDONESIA (YPPI) WIDYAGAMA
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKES)
WIDYAGAMA HUSADA
Terakreditasi
Program Studi : * D3 Kebidanan * S1 Kesehatan Lingkungan * S1 Ilmu Keperawatan * Profesi Ners

Nomor : 361 /A-1/STIKES/IV/2017 Malang, 12 April 2017
Lampiran : -
Perihal : Studi Pendahuluan

Kepada Yth:
BPM Ngadilah Sobirin, Amd.Keb
Di-
Kabupaten Malang

Dengan hormat,

Mahasiswi Program Studi D3 Kebidanan STIKES Widyagama Husada akan menyusun Laporan Tugas Akhir (LTA) Tahun Akademik 2016/2017, untuk itu diperlukan data-data pendukung sebagai syarat yang harus ditempuh.

Berkenaan dengan hal tersebut kami mengajukan permohonan kepada ibu agar berkenan memberikan Ijin kepada mahasiswi kami dibawah ini untuk melakukan Studi Pendahuluan Laporan Tugas Akhir.

Adapun nama mahasiswi dan judul Laporan Tugas Akhir sebagai berikut:

Nama	:	Aprilla Yusti Windari
NIM	:	1413.15401.882
Judul TA	:	Asuhan Kebidanan Komprehensif dari kehamilan sampai KB di BPM Ngadilah Sobirin, Amd.Keb. Desa Asrikaton, Kec. Pakis, Kabupaten Malang

Demikian, atas perhatian dan kerja samanya kami sampaikan terima kasih.

STIKES Widyagama Husada
Wakil Bidang III,

Tiwi Yuniastuti, S.Si., M.Kes
NDP. 2012.247

Lampiran 4

Surat Balasan dari Bidan

Dengan hormat,

saya yang bertanda tangan dibawah ini selaku bidan pemimpin BPM Dillah Sobirin Amd. Keb menyatakan bahwa mahasiswa program studi D3 Kebidanan Stikes Widyagama Husada Malang

nama : Aprilla Yusti Windari

NIM : 1413.15401.882

status : Mahasiswa D3 Kebidanan Stikes Widyagama Husada Malang

judul TA : Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny. "A" Usia 24 Tahun Di BPM Dillah Sobirin, Amd. Keb Pakis Malang

Diberikan ijin untuk melakukan penelitian di BPM Dillah Sobirin, Amd. Keb Pakis Malang.

Demikian surat pemberian ijin yang saya buat dengan sebenar-benarnya.

Pakis, 8 Mei 2017

BIDAN
NGADILLAH, AMD.Keb.
DESA ASRIKATON
TELP. (0341) 7091737

(.....)

Lampiran 5

Kesediaan Membimbing Pembimbing 1

YAYASAN PEMBINA PENDIDIKAN INDONESIA (YPPI) WIDYAGAMA
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKES)
WIDYAGAMA HUSADA
Terakreditasi BAN-PT
Program Studi : * D3 Kebidanan * S1 Kesehatan Lingkungan * S1 Ilmu Keperawatan * Profesi Ners

SURAT KESEDIAAN BIMBINGAN LAPORAN TUGAS AKHIR
PROGRAM STUDI D3 KEBIDANAN
STIKES WIDYAGAM HUSADA MALANG
TAHUN AKADEMIK 2016/ 2017

Yang bertanda tangan di bawah ini:
Nama : Patemah, S.SiT., M.Kes
Jabatan : Dosen
Alamat : Jl. Diponegoro no.12 RT 34 RW 14 KARANGANYAR PONCOKUSUMO
No Telp : 085855456299
Dengan ini menyatakan bersedia/ tidak bersedia*) menjadi pembimbing 1/ pembimbing 2*) Laporan Tugas Akhir Prodi D3 Kebidanan STIKES Widyagama Husada bagi mahasiswa:
Nama : APRILLA YUSTI WINDARI
NIM : 1413.15401.882
Alamat : Dusun Grangsil RT 08 RW 02 Jambangan Dampit
Judul LTA : ASUHAN KEBIDANAN SECARA KOMPREHENSIF PADA NY.A USIA 24 TAHUN DI BPM DILLAH SOBIRIN DAKLS MALANG

Malang, 11 APRIL 2017
Pembimbing LTA,

Patemah. S.SiT., M.Kes

*) Coret yang tidak perlu

Kampus A Jl. Sudimoro 16, Malang
Kampus B Jl. Taman Borobudur Indah 3A Malang
Jawa Timur Telp : (0341) 406150 Fax : (0341) 471277
website : widyagamahusada.ac.id

Lampiran 6

Kesediaan Membimbing Pembimbing 2

YAYASAN PEMBINA PENDIDIKAN INDONESIA (YPPI) WIDYAGAMA
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKES)
WIDYAGAMA HUSADA
Terakreditasi BAN-PT
Program Studi : * D3 Kebidanan * S1 Kesehatan Lingkungan * S1 Ilmu Keperawatan * Profesi Ners

SURAT KESEDIAAN BIMBINGAN LAPORAN TUGAS AKHIR
PROGRAM STUDI D3 KEBIDANAN
STIKES WIDYAGAM HUSADA MALANG
TAHUN AKADEMIK 2016/ 2017

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Indah Dwi Jayanti, S. ST
Jabatan : Dosen
Alamat : Jl. Martadojo no. 90, BATU
No Telp : 082173999655

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

Nama : APRILLA YUSTI WINDARI
NIM : 1913.15901.882
Alamat : Dusun Grangsil RT 08 RW 02 Jambangan-Pampit
Judul LTA : Asuhan Kebidanan Secara Komprehensif Pada Ny. A usia 29 Tahun dengan Persalinan Sungsang

Malang, Juli 2017
Pembimbing LTA,

Indah Dwi Jayanti

Kampus A Jl. Sudimoro 16, Malang
Kampus B Jl. Taman Borobudur Indah 3A Malang
Jawa Timur Telp : (0341) 406150 Fax : (0341) 471277
website : widyagamahusada.ac.id

Lampiran 7

Lembar Konsul Pembimbing 1

Form 5:

CATATAN KONSULTASI PEMBIMBING 1

NO.	TANGGAL	KEGIATAN DAN SARAN	PARAF PEMBIMBING
1	11/4 2017	Revisi Bab 1, 2, 3	
2	27/4 2017	Konsul bab 1, 2, 3 Revisi	
3.	8/5 2017	Konsul bab 1. 2, 3. 4 Rnc.	
4.	13/5 2017	Konsul bab 1. 2. 3. 4 Bab 4 Revisi	
5	17/5 2017	Tanya bab 4 dan PP	
6	31/5 2017	Revisi bab 1. 2. 3. 4 Lengkap	
7	06/06 2017	Acc maju ujian proposal	
8	21/7 2017	Konsul bab 4. 5. 6 Lengkap	
9	25/7 2017	Konsul bab 5 Rapi	

Lampiran 7

Lembar Konsul Pembimbing 1

Form 6:

CATATAN KONSULTASI PEMBIMBING 1

NO.	TANGGAL	KEGIATAN DAN SARAN	PARAF PEMBIMBING
10	01/08 2017	Rapi tab. 6 buat Bylaan	
11	02/08 2017	Ac lagi lepu LTA	

Lampiran 8

LembarKonsulPembimbing 2

Form 8:
CATATAN KONSULTASI PEMBIMBING 2

NO.	TANGGAL	KEGIATAN DAN SARAN	PARAF PEMBIMBING
1.	10/04/2017	Revisi BAB I, II, III	
2.	2/05/2017	Revisi BAB II, IV	
3.	15/05/2017	Revisi BAB I - IV	
4.	17/05/2017	Revisi BAB I, III, IV ⊕ lampiran	
5.	6/06/2017	Revisi penulisan (AN) Acc maju proposal	

Form 9:
CATATAN KONSULTASI PEMBIMBING 2

NO.	TANGGAL	KEGIATAN DAN SARAN	PARAF PEMBIMBING
1	25/07 2017	Revisi	
2.	26/07 2017	Revisi	
3	28/07 2017	Revisi	
4	1/08 2017	Revisi	
5	2/08 2017	ACC maju LTA	

Lampiran 9

Inform Consent

YAYASAN PEMBINA PENDIDIKAN INDONESIA (YPPI) WIDYAGAMA
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKES)
WIDYAGAMA HUSADA
Terakreditasi BAN-PT
Program Studi : * D3 Kebidanan * S1 Kesehatan Lingkungan * S1 Ilmu Keperawatan * Profesi Ners

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN
(INFORMED CONSENT)

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:
Nama : Andini
Umur : 24 Tahun
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat : Asrikaton 8/3 Pakis Malang

Setelah mendapatkan penjelasan tentang tujuan dan manfaat asuhan secara berkesinambungan (*continuity of care*) dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya telah

"BERSEDIA/ ~~TIDAK BERSEDIA~~"

untuk berperan serta sebagai responden dan diberikan asuhan mulai dari kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, dan KB. Terhadap diri saya/ istri/ anak saya *)
Nama : Andini
Umur : 24 Tahun
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat : Asrikaton 8/3 Pakis Malang

Yang tujuan, sifat dan perlunya asuhan tersebut diatas serta resiko yang dapat ditimbulkan telah cukup dijelaskan, maka saya akan bertanggung jawab atas pilihan saya sendiri dan tidak akan menuntut kemudian hari dan telah saya mengerti sepenuhnya.

Demikian pernyataan persetujuan ini saya buat dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan.

Malang, 31 Maret 2017
yang membuat pernyataan

Saksi

(Aprilla Yusti W.)

METERAI TEMPEL
F3FB1AEF281756573
6000
ENAM RIBU RUPIAH

(Andini)

Kampus A Jl. Sudimoro 16, Malang
Kampus B Jl. Taman Borobudur Indah 3A Malang
Jawa Timur Telp : (0341) 406150 Fax : (0341) 471277
website : widyagamahusada.ac.id

Lampiran 10Biodata Pasien

Nomor Reg : .....Nomor Urut : .....

Menerima Buku KIA

Tanggal : .....

Nama tempat pelayanan : .....

IDENTITAS KELUARGA

Nama Ibu : Ny. Andini

Tempat/Tgl Lahir : 24 Tahun Agama : Islam

Pendidikan : Tidak sekolah/SD/(SMP)/SMU/Akademi/Perguruan Tinggi*

Golongan Darah : .....

Pekerjaan : IRT

Nama Suami : Tn. Anton

Tempat/Tgl Lahir : 31 Tahun Agama : Islam

Pendidikan : Tidak sekolah/SD/SMP/(SMU)/Akademi/Perguruan Tinggi*

Pekerjaan : Buruh

Alamat rumah : Jl. Anggrek No. 3 Asri Katon RT 08 RW 03

Kecamatan : Pakis

Kabupaten/Kota : Malang

No. telepon : .....

Nama Anak : .....

Tempat/Tgl Lahir : .....

*Lingkari yang sesuai

Lampiran 11

Catatan ANC

TATAN KESEHATAN IBU HAMIL

DIISI OLEH PETUGAS KESEHATAN

Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT), tanggal : 23 - 8 - 2016

Hari Taksiran Persalinan (HTP), tanggal : 30 - 5 - 2017

Lingkar Lengan Atas : 30 cm Tinggi Badan : 150 cm

Penggunaan kontrasepsi sebelum kehamilan ini: pil KB

Riwayat Penyakit yang diderita ibu : – Gemeli ⊖

Riwayat Alergi : –

Tgl.	Keluhan Sekarang	Tekanan Darah (mmHg)	Berat Badan (kg)	Umur Kehamilan (minggu)	Tinggi Fundus (cm)	Letak Janin Kep/Su/Li	Denyut Jantung Janin / Menit
8/10 16	Mual	110/70	64	7-8 mg	2 jari atas simphisis	Ball ⊕	
7/11 16	Mual, muntah	120/80	63	11-12	2 jari ↑ simphisis	Ball ⊕	
4/12 16	Muntah, pusing	120/80	63	15-16	4 jari ↑ symphisis	Ball ⊕	⊕
11/01 17	T.a.a	120/70	63	21-22	1 jari ↓ pst	Ball ⊕	⊕
08/02 17	T.aa	110/70	64	26	2 jari ↑ pst	Ball ⊕	⊕
13/03 17	T.a.a	110/80	66	30-31	3 jari ↑ pst	Letkep ∪	⊕
10/04 17	T.a.a	110/80	66	34-35	½ pst px	Letkep ∪	⊕
12/5 17	T.a.a	110/70	67	38-39	3 jari ↓ px	Letkep ∪	⊕ puka

CATATAN KESEHATAN IBU HAMIL

Hamil ke : 2 Jumlah persalinan : 1 Jumlah keguguran : 0

Jumlah anak hidup : 1 Jumlah lahir mati : –

Jumlah anak lahir kurang bulan : – anak

Jarak kehamilan ini dengan persalinan terakhir : 5

Status imunisasi TT : 5 Imunisasi TT terakhir : [bulan/tahun]

Penolong persalinan terakhir : Bidan

Cara persalinan terakhir** : [✓] Spontan/Normal [ ] Tindakan :

** Beri tanda [✓] pada kolom yang sesuai

Kaki Bengkak	Hasil Pemeriksaan Laboratorium	Tindakan (Terapi: TT/Fe Rujukan, Umpan Balik)	Nasihat yang Disampaikan	Keterangan - Tempat Pelayanan - Nama Pemeriksa (Paraf)	Kapan Harus Kembali
(-)/+		Anta + BG Anelat	Istirahat	[signature]	ANC 1 bulan
(-)/+		Omedom anelat	- nutrisi - Istirahat	[signature]	ANC 1 bulan
(-)/+		Anelat Etabion		[signature]	ANC 1 bulan
(-)/+		Etabion		[signature]	ANC 1 bulan
(-)/+		Etabion		[signature]	ANC 1 bulan
(-)/+		Etabion		[signature]	ANC 1 bulan
(-)/+		Etabion Kalk	- nutrisi - Istirahat	[signature]	ANC 1 bulan
(-)/+		Alinamin F	Jalan xx pagi	[signature]	Anc sewaktu wa
-/+					
-/+					
-/+					

Lampiran 12

KSPR

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

Nama : Ny. A Umur Ibu: 29 Th.
Hamil ke 2 Haid terakhir tgl : 23-8-16 Perkiraan persalinan tgl: 30-5 bl-17
Pendidikan ibu : SMP Suami : SMU
Pekerjaan ibu : IRT Suami : Buruh

I	II	III	IV				
KEL. F.R	NO.	Masalah/Faktor Risiko	SKOR	Tribulan I	Tribulan II	Tribulan III.1	Tribulan III.2
		Skor Awal ibu Hamil	2			2	2
I	1	Terlalu muda, hamil ≤ 16 Th	4			0	0
	2	a. Terlalu lambat hamil I, kawin ≥ 4 Th	4			0	0
		b. Terlulu tua, hamil 1 ≥ 35 Th	4			0	0
	3	Terallu cepat hamil lagi (<2 Th)	4			0	0
	4	Terlalu lama hamil lagi (≥ 10 Th)	4			0	0
	5	Terlalu banyak anak, 4/lebih	4			0	0
	6	Terlalu tua, umur ≥ 35 Th	4			0	0
	7	Teralu pendek ≤ 145 cm	4			0	0
	8	Pernah gagal kehamilan	4			0	0
	9	Pernah Melahirkan dengan				0	0
		a. Tarikan tang/vakum	4			0	0
		b. Uri dirogoh	4			0	0
		c. Diberi infus/Transfusi	4			0	0
	10	Pernah Operasi Sesar	8			0	0
II	11	Penyakit pada ibu hamil	4				
		a. Kurang darah b. Malaria				0	0
		c. TBC Paru d. Payah Jantung	4			0	0
		e. Kencing manis (Diabetes)	4			0	0
		f. Penyakit Menular Seksual	4			0	0
	12	Bengkak pada muka/tangkai dan tekanan darah tinggi	4			0	0
	13	Hamil kembar 2 atau lebih	4			0	0
	14	hamil Kembar air (hidraminon)	4			0	0
	15	Bayi mati dalam kandungan	4			0	0
	16	Kehamilan lebih bulan	4			0	0
	17	Letak sungsang	8			0	0
	18	Letak lintang	8			0	0
III	19	Pendarahan dalam kehamilan ini	8			0	0
	20	Pre-eklampsia Berat/Kejang-kejang	8			0	0
		JUMLAH SKOR				2	2

PENYULUHAN KEHAMILAN/PERSALINAN AMAN ~ RUJUKAN TERENCANA

	KEHAMILAN			PERSALINAN DENGAN RISIKO				
JML. SKOR	KEL. RISIKO	PERA-WATAN	RUJUKAN	TEMPAT	PENOLONG	RUJUKAN RDB	RUJUKAN RDR	RUJUKAN RTW
2	KRR	BIDAN	TINDAK RUJUK	RUMAH POLINDES	BIDAN			
6~10	KRT	BIDAN DOKTER	BIDAN PKM	POLINDES PKM/RS	BIDAN DOKTER			
> 12	KRST	DOKTER	RUMAH SAKIT	RUMAH SAKIT	DOKTER			

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

Lampiran 13

Kartu Ibu

KARTU IBU

BPS / RB	:
Desa / Kelurahan	:
Kab / Kota	:

No. Indekos / Kode	:
Tgl. Pendaftaran Pertama	:
Nama Pemeriksa	:

IDENTITAS IBU		IDENTITAS SUAMI
Nama	: Ny. Andini	Tn. Anton
Umur	: 24 Tahun	31 Tahun
Agama	: Islam	Islam
Alamat /Telp.	:	
Keluarahan	:	
Pekerjaan	: IRT	Swasta
Pendidikan	:	
Buku KIA	(Punya) Belum, diberi tanggal :	

RIWAYAT PERKAWINAN

Kawin ke	Lama Kawin	Sebab Pisah		Sebab Meninggal
		Gerai	Meninggal	
1	6			

RIWAYAT KEHAMILAN, PERSALINAN DAN KB

KE	HAMIL: KOMPLIKASI: APB	HT	PERSALINAN: AIPS	IUFD	NORMAL	SU	ALAT	SC	TEMPAT PERSALINAN: RS	PUSK	BPS	RUMAH	Lain-lain	KOMPLIKASI PERSALINAN: P-LAMA	INFAKSI	HPP	INFUS	PENOLONG: DOKTER	BIDAN	Lain-lain	KEADAAN BBL: P/L	BERAT	SEHAT	SAKIT	MATI	KEADAAN ANAK SEKARANG: HIDUP	MATI	KB	ASI
1					✓						✓								✓		P	2500 gr	✓			6th		Pil	2th
2	Hamil ini																												

RIWAYAT KEHAMILAN SEKARANG

G II P1001 Abaro

Haid	: (Teratur) / Tidak
BB sebelum hamil	: 57 Kg
Mual / Muntah	: (Tidak) / Kadang- Kadang / Terus-menerus
Pusing	: (Tidak) / Kadang- Kadang / Terus-menerus
Nyeri Perut	: Ada / (Tidak)
Gerak Janin	: (Aktif) / Jarang / Tidak ada
Oedema	: (Tidak ada) / Ada (tibia/umum)
Nafsu Makan	: (Baik) / Menurun
Pendarahan	: (Tidak ada) / Ada (sejak.....)
Penyakit yang diderita bumil	: ~~Paru / DM / Epilepsi / Hati / Psikosis / Ginjal / Malaria / Jantung / Hipertensi / Asthma / Diare Lama / PMS~~ :
Riwayat penyakit keluarga	: ~~Hipertensi / DM / Paru / Jantung / Psikosis / Gemeli~~
[illegible]	: Merokok / Minuman Keras / Narkotika / Minum Jamu / Pijat Perut

HPHT 23-8-2016 HPL 30-5-2017

KELUHAN UTAMA PASIEN

HASIL SKOR KSPR : RST / RT / (RR)
DETEKSI OLEH TENAGA KESEHATAN : + / -
DETEKSI OLEH MASYARAKAT : + / -
RUJUK KE :

[illegible] Adakah Faktor Resiko HIV AIDS : Ada / Tidak, (Jika ada : Transfusi / Pengguna Narkoba Suntik / Multi Partner Sex / Tatto – Tindik)

Lampiran 14

HasilPenilaian ANC

HASIL PELAYANAN ANC

Tanggal Jam	SUBYEK	OBYEK															ANALISA MASALAH	PENATALAKSANAAN				TT Fx
	KELUHAN	UMUM							KEBIDANAN									PENYULUHAN	Terapi/TT	Rujuk Ke	Pemeriksa / Paraf Tgl Kembali	
		Bawa Bk KIA	BB (kg)	TD (mmHg)	Nadi	R R	Abdomen	Oedem Tungkai	TFU (Cm)	LL Janin Kep/Sukl	D J J	Gerak Janin Aktif	Gerak Janin Jarang	U K Mg	LAB	SKOR						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
10/9 2017	Sakit pinggang	✓	66	110/80	80	20		—	26	Letkep	136	✓		32		2	G2 P0A1 Ahmad LH 30 mgg	- KIE BAK, nilai - senam hamil - konsultasi RS Bgs				
21/9 2017	Sakit pinggang	✓	66,5	110/80	80	22		—	27	letkep	140	✓		34		2	G2 P0A1 Ahmad LH 32 mgg	- istirahat - ANC Rutin - senam hamil				
8/5 2017	T.O.O	✓	67	120/70	80	22		—	28	letkep	140	✓		36		2	G2 P0A1 Ahmad LH 36 mgg	- tanda persalinan - KIE persiapan				
17/5 2017	Stop mulas. Kan	✓	68	120/70	82	18		—	30	letkep	140	✓		37		2	G2 P0A1 Ahmad LH 37 mgg	- istirahat - tanda persalinan				

INSPEKULO : Normal / duh tubuh / tumor / condyloma / ..... (bila ada indikasi)

Lampiran 15

Lembar Kendali

LEMBAR KENDALI MAHASISWA

KUNJUNGAN MAHASISWA KERUMAH PASIEN

KUNJUNGAN KE-	HARI DAN TANGGAL/JAM DATANG	JAM PULANG	ASUHAN PADA PASIEN	DOKUMENTASI		TTD PASIEN	TTD DOSEN
				SOAP	FOTO		
ANC I	10 April 2017 19.00 WIB	19.30 WIB	- Membertahukan hasil pemeriksaan - KIE mengatasi sakit punggung - KIE mengatasi BAK malam hari - Mengingatkan ttg nutrisi - Mengajarkan senam hamil				
II	21 April 2017 11.30 WIB	12.15 WIB	- Membertahukan hasil pemeriksaan - Mengingatkan mengatasi sakit punggung - Mengingatkan nutrisi - Mengajarkan ibu senam hamil - Mengajarkan perawatan payudara - KIE tanda bahaya kehamilan				
III	8 Mei 2017 13.00 WIB	14.00 WIB	- Membertahukan hasil pemeriksaan - Mengingatkan ttg nutrisi - Mengingatkan senam hamil - Mengingatkan perawatan payudara - Mengingatkan tanda bahaya hamil - KIE persiapan melahirkan - KIE tanda persalinan				
IV	17 Mei 2017 14.00 WIB	15.00 WIB	- menginformasikan hasil pemeriksaan - Mengingatkan ttg nutrisi - Mengingatkan perawatan payudara - Mengingatkan tanda bahaya kehamilan - Mempersiapkan kembali persiapan melahirkan				
INC	26 Mei 2017 13.00 WIB	23.00 WIB	- Menganjurkan nafas panjang - Menganjurkan miring kiri - Menganjurkan makan - Observasi - Menolong persalinan				

LEMBAR KENDALI MAHASISWA

KUNJUNGAN MAHASISWA KERUMAH PASIEN

KUNJUNGAN KE-	HARI DAN TANGGAL/JAM DATANG	JAM PULANG	ASUHAN PADA PASIEN	DOKUMENTASI		TTD PASIEN	TTD DOSEN
				SOAP	FOTO		
BBL	Sabtu, 27 Mei 2017 06.00 WIB	07.30 WIB	-Asuhan BBL - KIE perawatan Bayi - KIE ASI Eksklusif - KIE tanda bahaya				
BBL	Senin, 29 Mei 2017 14.00 WIB	15.00 WIB	- KIE menjemur bayi - KIE perawatan bayi - KIE tanda bahaya				
BBL	Kamis, 1 Juni 2017 15.00 WIB	16.00 WIB	- Evaluasi perkembangan bayi				
PNC I	Sabtu, 27 Mei 2017 06.00 WIB	07.30 WIB	-Menjelaskan ketidaknyamanan - Nutrisi - KIE Perawatan luka perineum - KIE cara menyusui yang benar - KIE manfaat ASI Eksklusif - KIE merawat bayi - Senam nifas				
PNC II	Jum'at, 2 Juni 2017 11.30 WIB	12.30 WIB	- KIE perawatan luka perineum - KIE untuk kaki bengkak - Nutrisi - Istirahat - perawatan payudara				

LEMBAR KENDALI MAHASISWA

KUNJUNGAN MAHASISWA KERUMAH PASIEN

KUNJUNGAN KE-	HARI DAN TANGGAL/JAM DATANG	JAM PULANG	ASUHAN PADA PASIEN	DOKUMENTASI		TTD PASIEN	TTD DOSEN
				SOAP	FOTO		
PNC III	Jumat, 9 Juni 2017 15.00 WIB	16.00 WIB	- KIE personal hiegiene - Istirahat - Nutrisi - Memastikan ibu menyusui dg benar				
PNC IV	Jumat, 7 Juli 2017 14.00 WIB	15.00 WIB	- Nutrisi - Istirahat - KIE KB				
KB	Rabu, 26 Juli 2017 17.00 WIB	18.00 WIB	- Nutrisi - KIE perawatan bayi - Istirahat				

Lampiran 16

Lembar Observasi

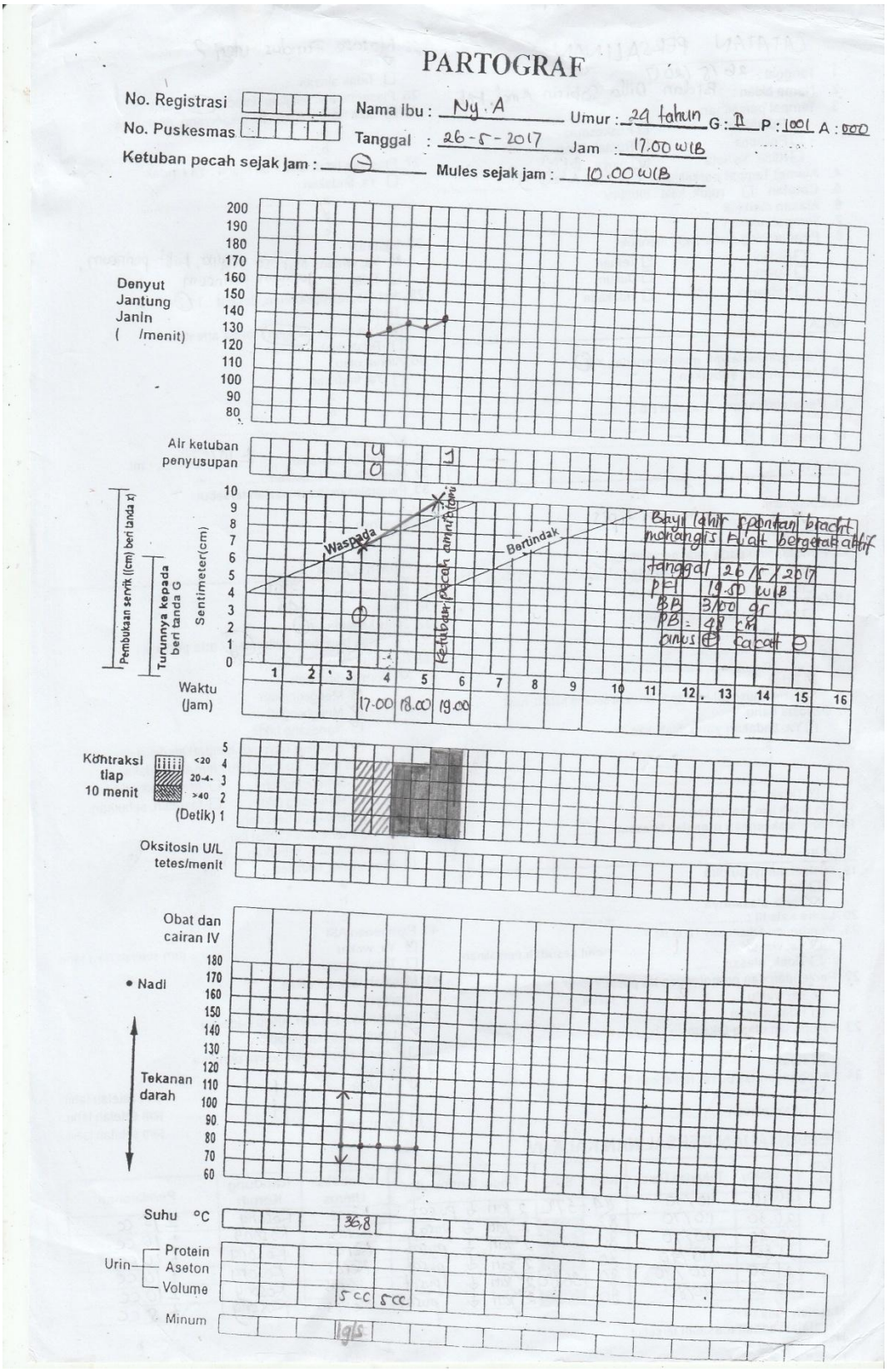
1. Kala I

LEMBAR OBSERVASI PERSALINAN

Tgl	Jam	His	DJJ	Suhu	Nadi	TD	VT	Ket
26/17/5	13.00	3x10'.40"	132x/mnt	36,2°C	80x/mnt	110/70 mm Hg	V/V lendir darah, Ø 2cm, eff = 25%, ket ⊕, letkep	
	14.00	3x.10'.40"	136x/mnt		80x/mnt			
	15.00	4x.10'.40"	140x/mnt	36,5°C	80x/mnt			
	16.00	4x.10'.40"	136x/mnt		80x/mnt			
	17.00	Hasil terlampir di partograf						

Lampiran 17

Partograf



Lampiran 17

Partograf

CATATAN PERSALINAN

1. Tanggal : 26/5/2017
2. Nama bidan : Bidan Dilla Sabirin Amd, Keb
3. Tempat persalinan :
   - ☐ Rumah ibu ☐ Puskesmas
   - ☐ Polindes ☐ Rumah Sakit
   - ☐ Klinik Swasta ☑ Lainya BPM
4. Alamat Tempat persalinan : Pakis Malang
5. Catatan ☐ rujuk, kala I/II/III/IV
6. Alasan merujuk : –
7. Tempat rujukan : –
8. Pendamping pada saat merujuk :
   - ☐ Bidan ☐ Teman
   - ☐ Suami ☐ Dukun
   - ☐ Keluarga ☐ Tidakada

KALA I

9. Partograf melewati garis waspada : Y/T
10. Masalah lain, sebutkan : –
11. Penatalaksanaan masalah tsb : –
12. Hasilnya : –

KALA II

12. Episiotomi :
    - ☑ Ya, indikasi perineum tipis
    - ☐ Tidak
14. Pendamping pada saat persalinan :
    - ☑ Suami ☐ Teman ☐ Tidak ada
    - ☐ Keluarga ☐ Dukun
15. Gawat janin :
    - ☐ Ya, tindakan yang dilakukan :
      a. b. c.
    - ☑ Tidak
    - ☑ Pemantauan DJJ setiap 5-10 menit selama kala II, hasil :
16. Distosia bahu
    - ☐ Ya, tindakan yang dilakukan :
      a. b. c.
    - ☑ Tidak
17. Masalah lain, sebutkan : –
18. Penatalaksanaan masalah tersebut : –

KALA III

19. Inisiasi menyusu dini
    - ☐ Ya
    - ☑ Tidak alasannya
20. Lama kala III : ..... menit
21. Pemberian Oksitosin 10 U IM ?
    - ☑ Ya, waktu 1 menit sesudah persalinan
    - ☐ Tidak, alasan :
22. Penjepitan dan pemotongan tali pusat ?
    - ☑ Ya, waktu 2 menit
    - ☐ Tidak alasan :
23. Pemberian ulang Oksitosin (2x) ?
    - ☐ Ya, alasan :
    - ☑ Tidak
24. Penegangan tali pusat terkendali ?
    - ☑ Ya
    - ☐ Tidak, alasan :
25. Masase Fundus uteri ?
    - ☑ Ya
    - ☐ Tidak alasan :
26. Plasenta lahir lengkap (intact) (Ya) Tidak
    - ☐ Jika tidak lengkap tindakan yang dilakukan
      a. b.
27. Plasenta tidak lahir > 30 menit : Ya / Tidak
    - ☐ Ya, tindakan :
      a. b. c.
28. Laserasi
    - ☑ Ya, dimana mukosa vagina, kulit perineum, jaringan perineum
    - ☐ Tidak
29. Jika laseransipireneum, derajat : 1 (2) / 3 / 4
    Tindakan :-
    - ☑ Penjahitan, (dengan) tanpa anestesi
    - ☐ Tidak dijahit, alasan :
30. Atonia uteri
    - ☐ Ya, tindakan :
      a. b. c.
    - ☑ Tidak
31. Jumlah pendarahan : ± 150 ml
32. Masalah lain, sebutkan : –
33. Penatalaksanaan masalah tersebut : –
34. Hasilnya : –

BAYI BARU LAHIR :

35. Berat badan 3100 gram
36. Panjang 48 cm
37. Jenis kelamin L / (P)
38. Penilaian bayi baru lahir : (baik) ada penyulit
39. Bayi lahir dengan A/S : 7–8
    - ☑ Normal, tindakan :
      - ☑ Mengeringkan
      - ☑ Menghangatkan
      - ☑ Rangsang taktil
      - ☑ Bungkus bayi dan tempatkan disisi ibu
    - ☐ Asfiksia ringan / pucat / biru / lemas / tindakan
      - ☐ Mengeringkan ☐ Menghangatkan
      - ☐ Rangsang taktil ☐ lain-lain, sebutkan
      - ☐ Bungkus bayi dan tempatkan disisi ibu
    - ☐ Cacat bawaan, sebutkan :
    - ☐ Hipotermia, tindakan
      a. b. c.
40. Pemberian ASI
    - ☑ Ya, waktu 1 jam setelah bayi lahir
    - ☐ Tidak, alasan
41. Masalah lain, sebutkan : –
    Hasilnya : –
42. Pemberian vit. A 200.000 iu pada ibu
    - ☑ 1 jam setelah melahirkan
    - ☐ 24 jam setelah pemberian pertama
43. Pada bayi
    - ☑ Inj. Vit K 1 jam setelah lahir
    - ☑ zalf mata 1 jam setelah lahir
    - ☐ Hb. unijeck jam setelah lahir

PEMANTAUAN PERSALINAN KALA IV

Jam ke	Waktu	Tekanan Darah	Nadi	Suhu	Tinggi fundus uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Pendarahan
1	20.15	110/70	84	37°C	2 jari ↓ pusat	Keras	Kosong	± 15 cc
	20.30	110/70	82		2 jari ↓ pusat	Keras	Kosong	± 10 cc
	20.45	110/70	80		2 jari ↓ pusat	Keras	Kosong	± 10 cc
	21.00	110/70	80		2 jari ↓ pusat	Keras	Kosong	± 10 cc
2	21.30	120/80	80	36,8°C	2 jari ↓ pusat	Keras	Kosong	± 10 cc
	22.00	120/80	80		2 jari ↓ pusat	Keras	Kosong	± 5 cc

Masalah Kala IV :
Penatalaksanaan masalah tersebut :
Hasilnya :

Lampiran 18

Dokumentasi Kunjungan

Lampiran 19

Pernyataan Keaslian Tulisan

YAYASAN PEMBINA PENDIDIKAN INDONESIA (YPPI) WIDYAGAMA
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKES)
WIDYAGAMA HUSADA
Terakreditasi BAN-PT
Program Studi : * D3 Kebidanan * S1 Kesehatan Lingkungan * S1 Ilmu Keperawatan * Profesi Ners

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:
Nama : Aprilla Yusti Windari
NIM : 1413. 15401. 882
Program Studi : D3 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 akan bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Malang, 23 Agustus 2017

Mengetahui

Kaprodi

Yunior Angelia P, S.SiT, M.Kes

Penulis

METERAI TEMPEL
EC035AEF212967109
6000
ENAM RIBU RUPIAH

Aprilla Yusti W

Kampus A Jl. Sudimoro 16, Malang
Kampus B Jl. Taman Borobudur Indah 3A Malang
Jawa Timur Telp : (0341) 406150 Fax : (0341) 471277
website : widyagamahusada.ac.id

Lampiran 20

CURRICULUM VITAE

APRILLA YUSTI WINDARI

Malang, 20 April 1996

Motto : “Fokus Pada Kekuatanmu dan Tinggalkan Zona Nyamanmu!”

Riwayat Pendidikan

SDN JAMBANGAN IV Lulus Tahun 2008

SMP NEGERI 1 TUREN Lulus Tahun 2011

SMA NEGERI 1 KEPANJEN Lulus Tahun 2014