

LAPORAN TUGAS AKHIR
ASUHAN KEBIDANAN SECARA KOMPREHENSIF
PADA Ny'R'USIA 23 TAHUN DAN KALA 1 MEMANJANG
Di PMB ANIK ROHANJARWATI, Amd. Keb KEC. PAKIS
KOTA MALANG



Oleh :

SILVIAWATI

1615.15401.1103

PROGRAM STUDI DIIIKEBIDANAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN WIDYAGAMA HUSADA
MALANG
2019

LAPORAN TUGAS AKHIR
ASUHAN KEBIDANAN SECARA KOMPREHENSIF
PADA NY'R'USIA 23 TAHUN
Di PMB ANIK ROHANJARWATI, Amd. Keb KEC. PAKIS
KOTA MALANG



Di Ajukan Sebagai Syarat Menyelesaikan
Pendidikan Tinggi Program Studi Diploma III Kebidanan

Oleh :

SILVIAWATI

1615.15401.1103

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

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Tugas Akhir ini disetujui untuk dipertahankan dihadapan

Tim Penguji Laporan Tugas Akhir

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Widyagama Husada :

LAPORAN TUGAS AKHIR ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF

PADA NY."R" 23 TAHUN

Di PMB ANIK ROHANJARWATI, Amd. Keb KEC. PAKIS

KOTA MALANG

SILVIAWATI

1615.15401.1103

Malang,30 Agustus 2019



LEMBAR PENGESAHAN

Laporan Tugas Akhir ini telah diperiksa dan dipertahankan di hadapan Tim
Penguji Laporan Tugas Akhir Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Widyagama

Husada Pada Tanggal 30 Agustus 2019

LAPORAN TUGAS AKHIR ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF

PADA NY. "R" USIA 23 TAHUN

Di PMB ANIK ROHANJARWATI, Amd. Keb KEC. PAKIS

KOTA MALANG

SILVIAWATI

NIM.1615.15401.1103

(dr. Asih Tri R., MM)

Penguji I

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

Penguji II

(Patemah, S.SiT. M.Kes)

Penguji III

Mengetahui,

Ketua STIKES Widyagama Husada

(dr. Rudi Joegijantoro, MMRS)

NDP. 197110152001121006

KATA PENGANTAR

Puji syukur Penulis panjatkan pada Tuhan Yang Maha Esa karena atas rahmatNya penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir yang berjudul "Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny."R" Usia 23 tahun Dari Masa Kehamilan Sampai KB Di wilayah Cemorokandang, Ampeldento , Pakis Kota Malang sebagai salah satu persyaratan akademik dalam rangka penyelesaian kuliah di program studi DIII Kebidanan di STIKES Widyagama Husada Malang. Dalam Laporan Tugas Akhir akan dijabarkan sebagai konsep mengenai Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ibu Hamil sampai KB Pada Ny."R" di Wilayah Kota Malang sehingga hasil dari penelitian ini dapat dijadikan rujukan dalam meningkatkan asuhan kebidanan pada ibu hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas dan KB.

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

1. dr. Rudy Joegijantoro, MMRS selaku Ketua STIKES Widyagama Husada
2. Yuniar Angelia P,S SiT., M.KES selaku Ketua Program Studi DIII Kebidanan STIKES Widyagama Husada Malang.
3. dr. Asih Tri R., MM selaku penguji I yang telah memberikan masukan.
4. Ervin Rufaindah, S.ST., M.Keb.Biomed selaku pembimbing I yang telah memberikan bimbingan dan selaku penguji II
5. Patemah,S.SiT.M.Kes. selaku pembimbing II yang telah memberikan bimbingan dan selaku penguji III

6. Kedua Orang Tua yang selalu memberikan dukungan dan semangat kepada penulis
7. Anik Rohanjarwati, Amd. Keb selaku bidan yang telah memberikan izin untuk lokasi pelaksanaan asuhan
8. Pasien yang selalu kooperatif selama melakukan asuhan
9. Teman-teman yang sudah memberikan dukungan dan semangat kepada penulis

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

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

Malang, Agustus 2019

Penullis

Ringkasan

Silviawati. 2019. *Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny. "R" Usia 23 tahun dengan kala I memanjang di BPM Anik Rohanjarwati. Amd. Keb. Kota Malang. Laporan Tugas Akhir. Program Studi DIII Kebidanan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Widyagama Husada Malang. Pembimbing: (1) Ervin Rufaindah, S.ST., M.Keb Pembimbing (2) Patemah, S. SiT. M.Kes*

Angka Kematian Ibu dan Angka Kematian Bayi merupakan salah satu indikator derajat kesehatan terhadap keberhasilan pelayanan kesehatan disuatu negara. Pada Tahun 2017 diProvinsi Jawa Timur Angka Kematian Ibu mencapai 91,92 per 100.000 kelahiran hidup, Angka Kematian Bayi mencapai 23,1 per 1.000 kelahiran hidup. Dalam penelitian ini salah satu upaya untuk mengatasi tingginya Angka Kematian Ibu dan Angka Kematian Anak adalah diterapkan asuhan kebidanan secara komprehensif kepada ibu dan bayinya yang bertujuan untuk memberikan Asuhan Kebidanan Komprehensif mulai saat kehamilan hingga proses keluarga berencana.

Asuhan dilakukan sejak bulan Juli sampai dengan bulan Agustus 2019. Asuhan diberikan secara Continuity of Care dari masa kehamilan trimester III hingga Keluarga Berencana. Terdapat 9 kunjungan yaitu, 1 kali kunjungan kehamilan, 1 kali kunjungan persalinan, 4 kali kunjungan masa nifas, 2 kali kunjungan bayi baru lahir dan 1 kali kunjungan Keluarga Berencana yang sesuai standar asuhan kebidanan dengan menggunakan manajemen Varney dan pendokumentasian Subjektif, Objektif, Analisa, dan Penatalaksanaan.

Berdasarkan asuhan yang dilakukan pada tanggal 26-06-2019 didapatkan bahwa Ny."R" Usia 23 tahun Kehamilan fisiologis,yang artinya kehamilan dengan resiko rendah sehingga dapat ditolong bidan, kehamilan ini merupakan kehamilan pertama, dilakukan asuhan kebidanan untuk memantau perkembangan kehamilan, dalam menghadapi komplikasi. Keluhan dirasakan pada trimester III termasuk fisiologis yaitu nyeri pada punggung karena uterus semakin membesar dan mengakibatkan tubuh ibu menjadi lordosis. Persalinan fisiologis tetapi pada kala I dilakukan pemasangan infus dengan indikasi his tidak adekuat. Pada kala II bayi lahir spontan dengan berat badan lahir 4.000 gram dan panjang badan 50 cm, Apgar Score bayi 7-9. Masa nifas fisiologis, involusi normal, dan ibu memberikan air susu ibu eksklusif dan ibu merasakan nyeri pada luka jahitan pada 6 hari post partum. Proses kelahiran bayi tergolong fisiologis berat badan lahir 4.000 gram, jenis kelamin perempuan, bayi diberikan air susu ibu eksklusif. Ibu memilih kontrasepsi suntik 3 bulan dan tidak ada efek samping pasca penggunaan. Bidan harus lebih meningkatkan mutu pelayanan dengan harapan dapat memberikan asuhan yang lebih baik sesuai standar asuhan kebidanan, Sehingga dapat memberikan pelayanan agar mendeteksi dini masalah, persalinan dapat diatasi dengan tindakan yang tepat dan cepat.

Kepustakaan : 22 Kepustakaan (2010-1016)
Kata Kunci : Asuhan kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, KB.

SUMMARY

Silviawati. 2019. *Comprehensive Midwifery Care to Ny. "R" 23 with the first Prologed Labor at BPM Anik Rohanjarwati. Amd Keb. Malang. Final Taks. DIII Midwifery Study Program, Widyagama Husada School of Health Malang. Advisor: (1) Ervin Rufaindah, S.ST., M.Keb Advisor (2) Patemah, S. SiT. M.Kes*

Maternal and Infant Mortality Rate is one indicator of the degree of health to the success of health services in a country. In 2017 in the Province of East Java the Maternal Mortality Rate reached 91.92 per 100,000 live births, the Infant Mortality Rate reached 23.1 per 1,000 live births. In this study, one of the efforts to overcome the high maternal mortality rate and child mortality rate is to implement comprehensive midwifery care for mothers and their babies, which aims to provide comprehensive midwifery care from pregnancy to the family planning process.

Care was conducted from July to August 2019. Care was given in Continuity of Care from the third trimester of pregnancy to family planning. There were 9 visits, 1 pregnancy visit, 1 childbirth visit, 4 childbirth visits, 2 newborn visits and 1 family planning visit according to midwifery standards using Varney management and Subjective, Objective, Analysis, and Management documentation.

Based on care carried out on 26-06-2019 it was found that Mrs. "R" Age 23 years old Physiological pregnancy, which means a low-risk pregnancy so that it can be helped by a midwife, this pregnancy was the first pregnancy, midwifery care was performed to monitor the progress of the pregnancy, in the face of complications. Complaints felt in the third trimester, including physiological, namely pain in the back because the uterus was getting bigger and causes the mother's body to become lordosis. Physiological childbirth but in the first stage infusion was performed with the indication that it was inadequate. In the second stage the baby was born spontaneously with a birth weight of 4,000 grams and a length of 50 cm, the infant Apgar Score 7-9. The physiological puerperium, involution was normal, and the mother gave exclusive breast milk and the mother felt pain in the suture wound at 6 days post partum. The process of birth was classified as physiological birth weight 4,000 grams, female, the baby was given exclusive breast milk. The mother choosed 3-month injection contraception and there were no side effects after use. Midwives must further improve the quality of services in the hope that they can provide better care according to midwifery care standards. So that they can provide services in order to detect problems early, labor can be overcome with appropriate and fast action.

References : 22 references (2010-2017)

Keywords : Antenatal care, intranatal care, postnatal care, neonatal care, Family planning

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI	vi
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
DAFTAR SINGKATAN	xiii
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan penulis	5
1.3.1 Tujuan Umum.....	5
1.3.2 Tujuan khusus.....	6
1.4 Ruang Lingkup	6
1.4.1 Sasaran	6
1.4.2 Tempat	6
1.4.3 Waktu	6
1.4.4 Manfaat	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1 Konsep Dasar Teori	8
2.1.1 Konsep Dasar Kehamilan	8
2.1.2 Konsep Dasar Persalinan	28
2.1.3 Konsep Dasar Masa Nifas	53
2.1.4 Konsep Dasar Neonatus.....	67
2.1.5 Konsep Dasar KB	76
2.1.6 KB Suntik 3 Bulan	82
2.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Komprehensif.....	84
2.3 Konsep Dasar Manajemen Kebidanan.....	86
2.4 Konsep Dasar Dokumentasi SOAP.....	88
BAB III KERANGKA KONSEP (CONTINUITY OF CARE).....	90

3.1 kerangka konsep kegiatan	90
3.2 Penjelasan Kerangka Konsep Kegiatan	91
BAB IV LAPORAN PELAKSANAAN ASUHAN KEBIDANAN	92
4.1 Laporan Pelaksanaan Asuhan Kehamilan	92
4.2 Laporan Pelaksanaan Asuhan Persalinan	94
4.3 Laporan Pelaksanaan Asuhan BBL.....	104
4.4 Laporan Pelaksanaan Asuhan Nifas	109
4.5 Laporan Pelaksanaan Asuhan KB.....	118
BAB V PEMBAHASAN	123
5.1 Pembahasan Asuhan Kehamilan	123
5.2 Pembahasan Asuhan Persalinan	126
5.3 Pembahasan Asuhan BBL.....	131
5.4 Pembahasan Asuhan Nifas	132
5.5 Pembahasan Asuhan KB.....	134
BAB VI PENUTUP	136
6.1 Kesimpulan	136
6.2 Saran.....	137
6.2.1 Bagi Tempat Peneliti.....	137
6.2.2 Bagi Institusi Pendidikan.....	137
6.2.3 Bagi Pasien	137
6.4 Peneliti Selanjutnya	137
DAFTAR PUSTAKA.....	143

DAFTAR TABEL

No.	Judul Tabel	Halaman
2. 1	Perkiraan TFU pada Umur Kehamilan	14
2. 2	Perubahan Uterus Masa Nifas	43
2. 3	Kunjungan Masa Nifas	57
2. 4	Tabel APGAR Bayi Baru Lahir	59

DAFTAR GAMBAR

No.	Judul Gambar	Halaman
2. 1	Proses terjadinya ovulasi – nidasi	8
2. 2	Pemeriksaan Leopold	13
2. 3	Sumbu Panggul	32
2. 4	Mekanisme persalinan normal	36
3. 1	Kerangka Konsep	80

DAFTAR LAMPIRAN

No. Lampiran

1. Studi Pendahuluan
2. Inform Consent
3. KSPR
4. Kartu Ibu Hamil
5. Catatan Kesehatan Ibu Hamil
6. Partograf
7. Dokumentasi Kegiatan
8. Liflet

DAFTAR SINGKATAN

AKB	: Angka Kematian Bayi
AKI	: Angka Kematian Ibu
AKDR	: Alat Kontrasepsi Dalam Rahim
ANC	: Antenatal Care
BBLR	: Bayi Berat Lahir Rendah
BPM	: Bidan Praktik Mandiri
COC	: <i>Contunity Of Care</i>
DJJ	: Denyut Jantung Janin
FSH	: <i>Follicle stimulating hormone</i>
Hb	: Hemoglobin
HCG	: <i>Human Chorionic Gonadotropin</i>
IMD	: Inisiasi Menyusu Dini
IMS	: Infeksi Menular Seksual
KB	: Keluarga Berencana
KBA	: Keluarga Berencana Alamiah
MAL	: Metode Amenore Laktasi
MSB	: Metode Suhu Basal
PAP	: Pintu Atas Panggul
PBP	: Pintu Bawah Panggul
TBJ	: Tafsiran Berat Janin
TFU	: Tinggi Fundus Uteri
USG	: Ultrasonografi

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, dan KB merupakan suatu keadaan yang fisiologis dalam siklus kehidupan wanita. Namun dalam prosesnya terdapat beberapa kemungkinan atau suatu keadaan yang dapat mengancam jiwa ibu dan bayi baru lahir bahkan bisa menyebabkan terjadinya suatu kematian. Proses ini berjalan dengan lancar dan tidak berkembang secara patologis maka diperlukan upaya sejak dini yaitu dengan cara memantau kesehatan ibu yang berkesinambungan serta melakukan pemeriksaan kepada ibu secara teratur kepada tenaga kesehatan dengan begitu perkembangan kondisi ibu setiap saat akan terlihat dengan baik dan melakukan kunjungan ulang minimal 4x (Kemenkes,2015).

Masih tingginya AKI berdasarkan data selama kurun waktu 25 tahun yaitu 1990 sampai dengan 2015. Data *World Health Organization* (WHO) mengenai status kesehatan nasional pada capaian target *Sustainable Development Goals* (SDGs) menyatakan secara global sekitar 830 wanita meninggal setiap hari karena komplikasi selama kehamilan dan persalinan, dengan tingkat AKI sebanyak 216 per 100.000 kelahiran hidup (WHO, 2017:29) Sebanyak 99 persen kematian ibu akibat masalah kehamilan, persalinan, atau kelahiran terjadi dinegara-negara berkembang. Rasio AKI masih dirasa cukup tinggi sebagaimana ditargetkan menjadi 70 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2030 (WHO, 2017). Keberhasilan upaya kesehatan ibu, diantaranya dapat dilihat dari indikator Angka Kematian Ibu (AKI) (Widiarini,2017).

Indonesia pada tahun 2016 sebesar 359 per 100.000 kelahiran hidup dan mengalami penurunan pada tahun 2018 yaitu sebesar 135 per 100.000 kelahiran hidup. Adanya penurunan AKI dan AKB terjadi karena beberapa faktor, yakni hampir seluruh Puskesmas yaitu 9456 telah melaksanakan kelas ibu hamil, 96,1% ibu hamil pernah mendapatkan pelayanan antenatal sekali selama kehamilannya, 86% ibu hamil periksa sekali sewaktu trimester I, dan 74,1% ibu hamil periksa sesuai standar, serta persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan telah mencapai 86%. Data menyebutkan saat ini status gizi masyarakat mengalami perbaikan. Berdasarkan Riskesdas, persentase Ibu Hamil Kurang Energi Kronis (KEK) di tahun 2013 sebesar 24,2% dan pada tahun 2018 mengalami penurunan yaitu sebesar 17,3% (Kemenkes, 2018).

Data yang tercatat untuk Angka Kematian Ibu di Jawa Timur pada tahun 2017 sebanyak 89,6 per 100.000 kelahiran hidup. Angka ini mengalami penurunan dibanding tahun 2016 yang mencapai 93,52 per 100.000 kelahiran hidup. Angka tersebut lebih rendah dari target MDGs yaitu 102 per 100.000 kelahiran hidup (Dinkes, 2018). Angka Kematian Bayi (AKB) sebanyak 4.059 Bayi meninggal pertahun dan sebanyak 4.464 balita meninggal pertahun. Dalam satu hari berarti sebanyak 11 bayi meninggal, data AKB yang dikeluarkan oleh badan pusat Statistik (Profinsi Jawa Timur). Tahun 2017 Angka Kematian Bayi pada posisi 23,1 per 1.000 kelahiran hidup (angka estimasi dari BPS Provinsi), Angka Kematian Bayi di Jawa Timur sampai dengan tahun 2017 masih dibawah target Nasional (Supas) yaitu 24 per 1.000 kelahiran hidup (Dinkes Jatim, 2017).

Kabupaten Malang pada tahun 2017, AKI mencapai 21 per 100.000 kelahiran hidup dan pada tahun 2018 yaitu 17 per 100.000 kelahiran hidup. Sedangkan untuk Angka Kematian Bayi (AKB) mencapai 9 per 1.000

kelahiran hidup. Artinya target awal tahun tercapai karena angka kematian bayi dibawah target maka indikator ini dikategorikan tercapai (Dinkes Kota Malang, 2017).

Berdasarkan data Kementrian Kesehatan RI penyebab kematian ibu yaitu seperti penyakit kanker, ginjal, jantung, tuberkulosis atau penyakit lain yang diderita ibu 31,9%, perdarahan 30,3%,hipertensi 27,1%, infeksi 7,3%, partus lama 1,8%, abortus 1,6%. Penyebab kematian bayi yang paling utama yaitu cacat lahir yang terjadi karena faktor infeksi, genetik, dan faktor lingkungan. Pada 18,1% bayi baru lahir usia 7-28 hari dan 1,4% bayi baru lahir usia 0-6 hari meninggal disebabkan karena kelainan bawaan. Kelainan bawaan yang paling banyak ditemukan adalah dari kelompok sistem muskulo skeletal (talipes equinovarus) 22,3%, sistem syaraf (anencephali, spina bifida dan meningocele) 22%, celah bibir dan langit-langit 18,5% dan omphalocele 12,5% (Kemenkes, 2017).

Status kesehatan masyarakat di Indonesia pada cakupan K4 kesehatan ibu dan anak mengalami peningkatan. Pada cakupan K4 selama tahun 2006 sampai tahun 2017 cakupan pelayanan kesehatan ibu hamil K4 cenderung meningkat. Jika dibandingkan dengan target Rencana Strategis (Renstra) Kementerian Kesehatan tahun 2017 yang sebesar 76%, capaian tahun 2017 telah mencapai target tahun tersebut walaupun masih terdapat 11 provinsi yang belum mencapai target (Kemenkes, 2017)

Data yang diperoleh penulis ditemukan masalah yang berhubungan dengan kesehatan ibu dan anak, untuk itu diperlukan upaya untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan ibu dan anak dengan melakukan *Continuity Of Care* (COC) atau asuhan yang berkelanjutan, menentukan kehamilan resiko tinggi dengan skrining KSPR (Kartu Skor Poedji Rochjati) pada masa kehamilan, Asuhan Persalinan, Asuhan Bayi Baru Lahir

(BBL), Asuhan Nifas, dan Keluarga Berencana (KB). Manfaat *Contuinity Of Care* (COC) untuk memantau dan mendeteksi dini komplikasi yang akan terjadi sehingga dapat mencegah komplikasi yang mungkin terjadi. Asuhan berkelanjutan berkaitan erat dengan kualitas pelayanan dari waktu ke waktu yang membutuhkan hubungan terus menerus antara pasien dengan tenaga kesehatan. Apabila asuhan *Contuinity Of Care* (COC) dalam kebidanan tidak diterapkan maka bidan atau tenaga kesehatan lainnya akan kesulitan untuk melakukan deteksi dini adanya penyulit dan dapat mengancam jiwa sehingga memperburuk kualitas kesehatan (Kemenkes, 2016)

Ibu hamil akan mengalami resiko yang bisa mengancam jiwanya. Upaya yang dapat dilakukan oleh bidan yaitu mengacu pada program *Safe Motherhood* Iniatif dalam memberikan asuhan kebidanan yang berkesinambungan mulai dari hamil, bersalin, nifas, neonatus sampai dengan KB. Pelayanan kesehatan ibu hamil diwujudkan melalui pemberian pelayanan antenatal sekurang-kurangnya 4 kali selama masa kehamilan dengan distribusi waktu minimal 1 kali pada Trimester pertama (usia kehamilan 0-12 minggu), minimal 1 kali pada Trimester kedua (usia kehamilan 12-24 minggu), dan minimal 2 kali pada Trimester ketiga (usia kehamilan 24-lahir). Standart waktu pelayanan tersebut dianjurkan untuk menjamin perlindungan terhadap ibu hamil dan atau janin, berupa deteksi dini faktor risiko, pencegahan dan penanganan dini komplikasi kebidanan. Berdasarkan hal tersebut, maka dalam penulis tertarik melakukan asuhan kebidanan pada Ibu hamil, bersalin, nifas, neonatus sampai dengan keluarga berencana menggunakan manajemen kebidanan 5 langkah kompetensi bidan dan pendokumentasian dalam bentuk SOAP (Prawirohardjo, 2017).

Berdasarkan hasil survey di BPM Anik Rohanjarwati mulai dari Desember 2018 sampai dengan Februari 2019 terdapat data Aseptor KB

sebanyak 185 orang, Kunjungan awal sebanyak 131 orang, Suntik 130 orang, Persalinan berkisar 83 orang, Bayi Baru Lahir sekitar 63, Pil 25 orang, IUFD sekitar 20 orang, Rujuk sekitar 20 orang, Implan 15 orang, IUD 10 orang, Akibat letak sungsang 7 orang, preeklamsia sekitar 6 orang, dan Abortus 5 orang.

Dari hasil pengkajian penulis yang dilakukan pada tanggal 24 Maret 2019 didapatkan bahwa Ny."R" usia 23 tahun GI P₀₀₀₀ Ab₀₀₀ usia kehamilan 36 minggu dengan KSPR 2. Penulis melakukan asuhan kebidanan untuk memantau perkembangan kehamilan, mengenali gejala dan tanda bahaya, menyiapkan persalinan dan kesediaan menghadapi komplikasi. Bidan merupakan orang yang berada digaris terdepan berhubungan langsung dengan perempuan memberikan asuhan kebidanan secara komprehensif atau secara berkesinambungan mulai masa kehamilan, bersalin, nifas, neonatus, KB sesuai standart pelayanan ANC (*Antenatal Care*). Berdasarkan data ANC di BPM Anik Rohanjarwati diambil salah satu ibu hamil untuk dilakukan asuhan kebidanan pada masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, dan keluarga berencana dengan menggunakan asuhan kebidanan komprehensif pada NY."R" usia 23 tahun GI P₀₀₀₀ Ab₀₀₀ dengan KSPR 2.

1.2 Rumusan Masalah

Rumusan masalah dalam Tugas Akhir ini adalah "Bagaimana melakukan asuhan kebidanan komprehensif pada Ny."R" Usia 23 tahun GI P₀₀₀₀ Ab₀₀₀ dari masa hamil sampai KB ?

1.3 Tujuan penulis

1.3.1 Tujuan Umum

Memberikan asuhan kebidanan secara *continuity of care* pada ibu hamil, bersalin, nifas, BBL, dan KB dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan.

1.3.2 Tujuan khusus

- a. Melakukan pengkajian, diagnosa, merencanakan, melakukan, dan mendokumentasikan asuhan kebidanan pada ibu hamil TM III.
- b. Melakukan pengkajian, diagnosa, merencanakan, melakukan, dan mendokumentasikan asuhan kebidanan pada ibu bersalin.
- c. Melakukan pengkajian, diagnosa, merencanakan, melakukan, dan mendokumentasikan asuhan kebidanan pada ibu nifas.
- d. Melakukan pengkajian, diagnosa, merencanakan, melakukan, dan mendokumentasikan asuhan kebidanan pada neonatus.
- e. Melakukan pengkajian, diagnosa, merencanakan, melakukan, dan mendokumentasikan asuhan kebidanan pada Keluarga Berencana (KB).

1.4 Ruang Lingkup

1.4.1 Sasaran

Sasaran asuhan kebidanan di tujukan kepada Ny."R" usia 23 tahun Tahun secara komprehensif mulai hamil, bersalin, nifas, neonatus dan KB.

1.4.2 Tempat

Asuhan kebidanan secara Komprehensif di BPM Anik Rohanjarwati, Amd. Keb Pakis Kota Malang

1.4.3 Waktu

Waktu yang digunakan mulai dari penyusunan sampai memberikan asuhan kebidanan yaitu pada bulan Maret – Juli 2019.

1.4.4 Manfaat

a. Bagi Pasien

Bahan informasi dan motivasi bahwa pemeriksaan dan pemantauan kesehatan sangat penting khususnya asuhan kebidanan pada ibu hamil, bersalin, nifas, neonatus , dan KB.

b. Bagi Lahan Praktek

Masukan untuk dapat meningkatkan mutu pelayanan kebidanan terutama asuhan kebidanan.

c. Bagi Institusi Pendidikan

Bahan masukan untuk pengembangan materi yang telah diberikan baik dalam proses perkuliahan maupun praktik lapangan agar mampu menerapkan asuhan kebidanan secara langsung dan berkesinambungan pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir dan KB dengan pendekatan manajemen kebidanan.

d. Bagi Penulis

Menambah pengalaman dan peningkatan kemasyarakatan dalam memberikan asuhan kebidanan secara komprehensif pada ibu hamil, bersalin, nifas, BBL, dan KB.

e. Bagi penulis selanjutnya

Menambah wawasan dalam melakukan penulisan asuhan kebidanan secara komprehensif pada ibu hamil, bersalin, nifas, BBL, dan KB.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Teori

2.1.1 Konsep Dasar Kehamilan

1. Definisi

Menurut Mochtar (2011), kehamilan merupakan fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum, dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam 40 minggu atau 9 bulan 10 hari.

Kehamilan adalah pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim yang dimulai sejak menempelnya zigot hingga terbentuk janin sampai permulaan persalinan (Dewi dan Sunarsih, 2011).

Jadi, dari beberapa definisi diatas dapat disimpulkan bahwa kehamilan adalah proses yang diawali dari bertemunya sperma dan sel telur kemudian berkembang sampai terbentuk janin dan berakhir saat persalinan berlangsung.

2. Etiologi

Menurut Dewi dan Sunarsih (2011), proses terjadinya kehamilan diklasifikasikan sebagai berikut:

a. *Fertilisasi*

Fertilisasi yaitu bertemunya sel telur dan sel sperma. Saat terjadi ejakulasi, kurang lebih 3 cc sperma dikeluarkan dari organ reproduksi pria yang kurang lebih berisi 300 juta sperma. Setelah masuk ke organ genitalia interna wanita, sperma akan menghadapi beberapa rintangan antara lain:

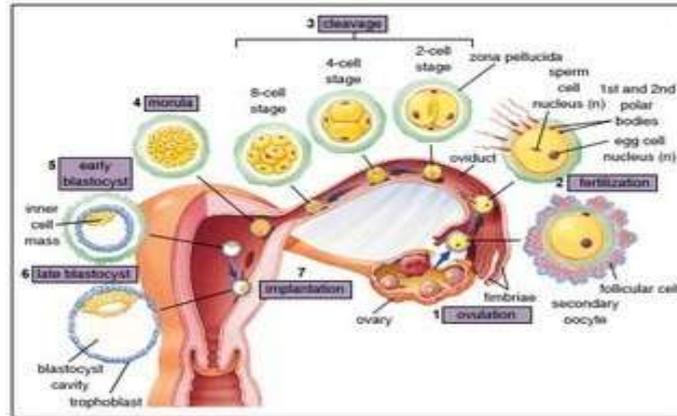
lendir vagina yang bersifat asam, lendir serviks yang kental, panjangnya uterus, serta silia yang ada dituba fallopi, untuk bisa menghadapi rintangan tersebut, maka sperma harus mempunyai *akrosom* dan melewati proses kapasitasi. Sedangkan, ovum akan dikeluarkan dari ovarium sebanyak satu setiap bulan, ditangkap oleh fimbriae dan berjalan menuju tuba fallopi. Dalam hal ini, sel ovum yang matang akan terjadi pembuahan (*Fertilisasi*) ketika bertemu dengan sperma. Adapun tempat bertemunya ovum dan sperma paling sering adalah didaerah *ampula tuba*.

b. Pembelahan

Setelah terjadi pembuahan hingga terbentuk zigot, maka akan terjadi proses pembelahan dimana zigot akan membelah diri menjadi 2 sel (30 jam), 4 sel, 8 sel hingga 16 sel. Selanjutnya sel-sel tersebut akan membelah lagi hingga terbentuk gumpalan menyerupai buah arbei atau yang disebut sebagai *morula* (4 hari). Saat *morula* memasuki rongga rahim, ruang antar sel akan menyatu dan terbentuk *blastokista* (4 ½ -5 hari). Pada masa ini zona pellusida akan berangsur-angsur menghilang sehingga *trofoblas* atau sel bagian luar dapat memasuki dinding rahim dan siap berimplantasi (5 ½ - 6 hari).

c. *Nidasi/ Implantasi*

Nidasi atau *Implantasi* adalah penanaman sel telur yang sudah dibuahi ke dalam dinding uterus pada awal kehamilan.



Gambar 2. 1 Proses Terjadinya ovulasi-nidasi

3. Tanda Kehamilan

Menurut Mochtar (2011), tanda kehamilan dapat diklasifikasikan sebagai berikut:

a. Tanda tidak pasti (*Presumptive Sign*)

1) Aminorea (berhentinya menstruasi)

Konsepsi dan nidasi atau penempelan zigot ke dinding rahim akan menyebabkan tidak terjadi pembentukan folikel de graaf dan ovulasi sehingga menstruasi atau peluruhan dinding rahim tidak terjadi.

2) Mual (*Nausea*) dan muntah (*Emesis*)

Pengaruh hormon estrogen dan progesteron akan memungkinkan terjadinya pengeluaran asam lambung yang berlebihan dan menimbulkan mual muntah pada ibu hamil.

3) Ngidam (menginginkan makanan tertentu)

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

4) Payudara tegang

Estrogen meningkatkan perkembangan sistem duktus pada payudara, sedangkan progesterone menstimulasi perkembangan sistem alveolar payudara. Bersama somatotropin, hormon-hormon ini menimbulkan pembesaran payudara, pelebaran puting susu, serta pengeluaran kolostrum.

5) Sering miksi

Pada triwulan pertama, sering miksi disebabkan oleh desakan uterus terhadap kandung kemih. Pada triwulan kedua umumnya keluhan ini akan berkurang karena uterus yang membesar keluar dari rongga panggul, sedangkan pada akhir triwulan gejala sering miksi ini bisa timbul kembali akibat masuknya janin ke rongga panggul dan menekan kandung kemih.

6) Konstipasi atau obstipasi

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

7) Pigmentasi kulit

Terjadi akibat pengaruh hormone kortikosteroid plasenta yang merangsang melanofor kulit untuk menggelapkan warna kulit.

b. Tanda Kemungkinan (*Probability Sign*)

1) Pembesaran perut

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

2) Tanda hegar

Tanda hegar adalah pelunakan dan dapat ditekannya isthmus uteri.

3) Tanda goodel

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

4) Tanda chadwicks

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

5) Tanda piscaseck

Merupakan pembesaran uterus yang tidak simetris, hal ini normal terjadi sebagai dampak dari penempelan bakal janin.

6) Kontraksi Braxton hicks

Merupakan peregangan sel-sel otot uterus akibat meningkatnya *actomysin* didalam otot uterus.

7) Teraba ballottement

Ketukan yang mendadak pada uterus menyebabkan janin bergerak dalam cairan ketuban yang dapat dirasakan oleh tangan pemeriksa.

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

Pemeriksaan ini adalah untuk mendeteksi adanya Human Chorionic Gonadotropin (HCG) yang diproduksi oleh sinsiotropoblastiksel selama kehamilan. Hormon ini disekresi diperedaran darah ibu (diplasma darah), dan diekskresi pada urin ibu.

c. Tanda Pasti (*Positive Sign*)

1) Gerakan janin dalam rahim

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

2) Denyut jantung janin

Dapat didengar pada usia 12 minggu dengan menggunakan alat fetal electrocardiograf (misalnya dopler).

3) Bagian-bagian janin

Bagian-bagian janin yaitu bagian besar janin (kepala dan bokong) serta bagian kecil janin (lengan dan kaki) dapat diraba dengan jelas pada usia kehamilan lebih tua (trimester akhir). Bagian janin ini dapat dilihat lebih sempurna lagi menggunakan USG.

4) Kerangka janin

Kerangka janin dapat dilihat dengan foto rontgen maupun USG.

4. Menentukan Usia Kehamilan

Umur kehamilan dapat ditentukan melalui beberapa cara, diantaranya sebagai berikut:

a. Rumus Naegele

Rumus naegele digunakan untuk menentukan Hari Perkiraan Lahir. Rumus ini terutama berlaku untuk wanita dengan siklus 28 hari sehingga ovulasi terjadi pada hari ke 14. Rumus Naegele memperhitungkan umur kehamilan berlangsung selama 280 hari. Perhitungan kasarnya dapat dipakai dengan

menentukan hari pertama haid dan ditambah 280 hari, sehingga perkiraan kelahiran dapat ditetapkan. Rumus Naegele dapat dihitung dari hari haid pertama ditambah 7 (tujuh), bulannya dikurang 3 (tiga) dan tahun ditambah 1 (satu).

b. Gerakan pertama fetus

Pada primigravida biasanya dirasakan pada usia kehamilan 18 minggu, sedangkan pada multigravida sekitar 16 minggu.

c. Pemeriksaan abdomen

1) Rumus Mc Donald

Fundus uteri diukur dengan pita. Tinggi fundus dikalikan 2 dan dibagi 7 memberikan umur kehamilan dalam bulan obstetrik dan bila dikalikan 8 dan dibagi 7 memberikan umur kehamilan dalam minggu.

2) Palpasi Leopold

Palpasi leopold merupakan teknik pemeriksaan pada perut ibu bayi untuk menentukan posisi dan letak janin. Adapun palpasi leopold yang dimaksud adalah terdiri dari 4 langkah yaitu:

a) Leopold I :

Bertujuan untuk mengetahui letak fundus uteri dan bagian lain yang terdapat pada bagian fundus uteri

b) Leopold II :

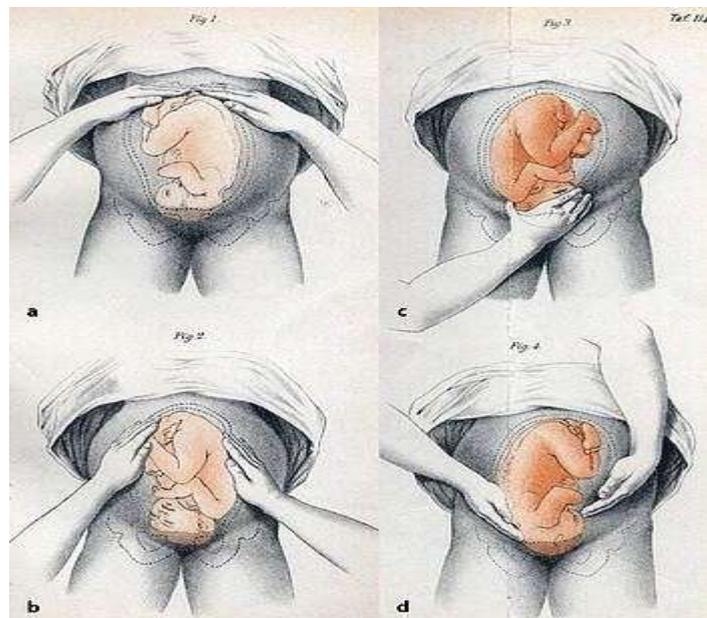
Bertujuan untuk menentukan punggung dan bagian kecil janin di sepanjang sisi maternal

c) Leopold III :

Bertujuan untuk membedakan bagian persentasi dari janin dan sudah masuk dalam pintu panggul

d) Leopold IV :

Bertujuan untuk meyakinkan hasil yang ditemukan pada pemeriksaan Leopold III dan untuk mengetahui sejauh mana bagian presentasi sudah masuk pintu atas panggul.



Gambar 2. 2 Pemeriksaan Leopold

3) Perkiraan tinggi fundus uteri

Tabel 2. 1 Perkiraan TFU pada umur kehamilan

Tinggi Fundus Uteri	Umur Kehamilan
1/3 di atas simfisis atau 3 jari di atas simfisis	12 minggu
½ simfisis – pusat	16 minggu
2/3 di atas simfisis atau 3 jari di bawah pusat	20 minggu
Setinggi pusat	24 minggu
1/3 di atas pusat atau 3 jari di bawah pusat	28 minggu
½ pusat – processus xipoides	32 minggu
Setinggi processus xipoides	36 minggu
Dua jari (4 cm) di bawah px	40 minggu

Sumber: Mochtar (2011)

5. Perubahan Fisik dan Psikologi Ibu Hamil

Menurut Dewi dan Sunarsih, (2011). Perubahan fisik dan Psikologi Ibu Hamil dapat diklasifikasikan sebagai berikut:

a. Perubahan Fisik

1) Sistem reproduksi

Uterus akan mengalami pembesaran akibat peningkatan hormone estrogen dan progesteron, uterus akan mengalami hipertrofi dan hipervaskularisasi akibat dari pertumbuhan dan perkembangan janin, penambahan amnion dan perkembangan plasenta dari yang berukuran 30 gr menjadi 1000 gr.

Serviks pada ibu hamil akan terjadi hipervaskularisasi dan pelunakan akibat peningkatan kadar hormon estrogen dan progesteron.

Vagina pada masa kehamilan akan terjadi perubahan berupa peningkatan produksi lendir oleh mukosa vagina dan adanya hipervaskularisasi di area vagina.

2) Sistem pencernaan

Peningkatan hormon progesteron selama hamil menyebabkan relaksasi pada otot-otot pencernaan sehingga penyerapan air dalam usus menjadi lebih lama karena pergerakan feses dalam usus melambat yang pada akhirnya menyebabkan ibu hamil dapat mengalami konstipasi.

Peningkatan estrogen dan progesteron juga menyebabkan ibu hamil rentan mengalami gusi berdarah karena aliran

darah ke rongga mulut meningkat seiring dengan peningkatan kedua hormon tersebut.

3) Sistem kardiovaskuler

Peningkatan volume darah dan curah jantung pada masa kehamilan terjadi akibat terdorongnya diafragma ke atas oleh aktivitas janin dalam uterus. Terjadinya gangguan sirkulasi darah juga dapat terjadi akibat pembesaran dan penekanan uterus terutama pada vena pelvis ketika duduk dan vena cava inferior ketika berbaring.

4) Sistem perkemihan

Triwulan pertama pada masa kehamilan akan terjadi keadaan berupa sering miksi yang disebabkan oleh desakan uterus terhadap kandung kemih. Triwulan kedua umumnya keluhan ini akan berkurang karena uterus yang membesar keluar dari rongga panggul. Sedangkan, pada akhir triwulan gejala sering miksi pada ibu hamil bisa timbul kembali akibat masuknya janin ke rongga panggul dan menekan kandung kemih.

5) Sistem integumen

Terjadi perubahan bercak hiperpigmentasi kecoklatan pada kulit di daerah tonjolan maksila dan dahi (chloasma gravidarum). Timbulnya bercak pada wajah ini disebabkan oleh peningkatan hormone estrogen dan progesterone, serta hormone melanokortikotropin.

6) Sistem pernafasan

Perubahan pernafasan pada ibu hamil ini masih lazim terjadi untuk pembesaran penerimaan O₂ pada kandungan

dan menyediakan saluran pembuangan CO₂ yang efektif bagi ibu dan janin (pada pernafasan udara yang dihirup meningkat antara 7-10 ½ menit).

7) Sistem musculoskeletal

Pada ibu hamil dapat mengalami kram terutama di kaki yang disebabkan oleh turunnya kalsium dan alkalosis yang terjadi akibat perubahan pada system pernafasan, tekanan uterus pada saraf, kelelahan dan sirkulasi yang buruk pada tungkai.

b. Perubahan psikologi

1) Trimester pertama

Segera setelah terjadi peningkatan hormone estrogen dan progesterone dalam tubuh, maka akan muncul berbagai ketidaknyamanan secara fisiologis pada ibu misalnya, mual, muntah dan pembesaran pada payudara. Hal ini menjadikan wanita berada pada periode penyesuaian terhadap kenyataan apakah dia benar-benar mengandung.

2) Trimester kedua

Trimester kedua biasanya ibu merasa sehat dan sudah terbiasa dengan kadar hormone yang tinggi, serta rasa tidak nyaman akibat kehamilan sudah mulai berkurang.

3) Trimester ketiga

Trimester ketiga biasanya disebut periode menunggu dan waspada sebab pada saat itu ibu tidak sabar menunggu kehadiran bayinya.

6. Kebutuhan Dasar Ibu Hamil

Menurut Astuti (2012), kebutuhan dasar pada ibu hamil adalah sebagai berikut:

a. Oksigen

Kebutuhan oksigen ibu berpengaruh pada kebutuhan bayi yang dikandung. Untuk mencegah terjadinya kekurangan oksigen, ibu hamil perlu latihan nafas melalui senam hamil dan tidur dengan bantal yang lebih tinggi.

b. Nutrisi

Bahan pangan yang dikonsumsi ibu hamil harus mengandung gizi yang terdiri dari karbohidrat, protein, vitamin, mineral, lemak, dan air. Makanan yang mengandung protein (nabati dan hewani), susu dan olahannya, roti dan biji-bijian, buah dan sayur, nasi, dan gandum atau umbi-umbian.

c. Personal Higiene

Kebersihan harus dijaga selama hamil. Mandi dianjurkan sedikitnya dua kali sehari karena ibu hamil cenderung mengeluarkan banyak keringat.

d. Kebutuhan Fisik Ibu hamil

Kebutuhan fisik ibu hamil terdiri dari pakaian hamil dan hubungan seksual. Dianjurkan pakaian yang dipakai ibu hamil adalah pakaian yang longgar dan terbuat dari kartun sehingga mempunyai kemampuan menyerap. Hubungan seksual sepenuhnya aman selama dua bulan terakhir kehamilan, hubungan seksual disarankan dihentikan bila terdapat tanda infeksi dengan pengeluaran cairan disertai rasa nyeri atau panas.

e. Mobilisasi

Adaptasi maternal membuat wanita terpapar pada nyeri punggung, kemungkinan cedera dan menimbulkan tekanan terutama pada otot abdomen.

f. Senam hamil

Senam hamil bertujuan untuk mempersiapkan dan melatih otot-otot sehingga dapat dimanfaatkan untuk berfungsi secara optimal dalam persalinan normal.

7. Tanda Bahaya Kehamilan

Menurut Astuti (2012), tanda-tanda yang mengindikasikan adanya bahaya yang bisa terjadi selama kehamilan dini dan kehamilan lanjut, antara lain:

a. Kehamilan Dini

1) Perdarahan pervaginam

Perdarahan pervaginam adalah perdarahan yang terjadi pada kehamilan kurang dari 22 minggu. Perdarahan berwarna merah terang maupun merah tua. Perdarahan ini dapat berarti abortus, kehamilan mola atau kehamilan ektopik.

2) Hipertensi gravidarum

Hipertensi adalah kenaikan tekanan diastolik 15 mmHg atau paling rendah 90 mmHg dan tekanan sistolik 30 mmHg atau paling rendah 140 mmHg.

b. Kehamilan Lanjut

1) Perdarahan pervaginam

Perdarahan pada kehamilan lanjut yang tidak normal adalah berwarna merah, banyak, atau kadang-kadang

tetapi tidak selalu disertai dengan rasa nyeri. Perdarahan pada kehamilan lanjut dapat disebabkan karena plasenta previa, solusio plasenta ataupun ruptur uteri.

2) Sakit kepala yang hebat

Sakit kepala yang menunjukkan adanya masalah yang serius adalah sakit kepala menetap dan tidak hilang dengan beristirahat. Sakit kepala yang hebat dalam kehamilan adalah gejala pre-eklamsi, yang disebabkan vasospasmus atau oedema otak. Deteksi dini dengan anamnesis pada ibu yang mengalami oedema muka, tangan dan masalah visual.

3) Penglihatan kabur

Biasanya akibat pengaruh hormonal, ketajaman penglihatan ibu berubah selama kehamilan. Apabila masalah penglihatan ini terjadi secara mendadak ataupun tiba-tiba, perlu diwaspadai karena bisa mengacu pada tanda bahaya kehamilan.

4) Bengkak di wajah dan jari-jari tangan

Pada saat kehamilan, hampir seluruh ibu akan mengalami bengkak yang normal pada kaki, biasanya muncul pada sore hari dan hilang setelah istirahat atau meninggikan kaki. Bengkak biasanya menunjukkan adanya masalah serius apabila muncul pada muka dan tangan, tidak hilang setelah beristirahat, dan disertai keluhan fisik yang lain.

5) Keluar cairan pervaginam

Ketuban pecah dini, merupakan bocornya cairan amnion sebelum persalinan dimulai, penyebab: faktor

korioamnionitis, kehamilan ganda, hidramnion dan kelainan letak janin. Penilaian: USG, amniosentesis, penggunaan kertas lakmus. Pengaruh dalam kehamilan dan persalinan: prematuritas, gawat janin, infeksi dan persalinan patologis.

6) Gerakan janin tidak terasa

Pergerakan janin dimulai pada usia kehamilan 20-24 minggu, dan sebagian ibu merasakan pergerakan lebih awal. Tanda dan gejala yaitu gerakan kurang dari 3x dalam periode 3 jam.

7) Nyeri perut yang hebat

Nyeri abdomen yang tidak berhubungan dengan persalinan mengancam keselamatan jiwa adalah yang hebat, menetap, dan tidak hilang setelah beristirahat. Hal ini bisa berarti appendiksitis, penyakit radang panggul, gastritis dan lain-lain.

8. Standar Asuhan Kehamilan

Menurut Indryani (2013) asuhan antenatal yang baik sangat penting untuk hasil kehamilan yang baik karena sebagian besar kematian ibu bisa dihindarkan melalui asuhan antenatal. Intranatal, dan postnatal yang bermutu tinggi.

Standar minimal asuhan kehamilan yang dikenal sebagai 14 T adalah sebagai berikut :

a. Timbang berat badan (**T1**)

Membandingkan berat badan sebelum hamil, catat jumlah kg berat badan beberapa minggu sejak kunjungan terakhir, catat pola perkembangan berat badan. Pemeriksaan

kehamilan pertama, perhatikan apakah berat badan ibu sesuai dengan tinggi badan ibu dan usia kehamilan. Berat badan ibu hamil bertambah 0,5 kg perminggu atau 6,5 kg sampai 16,5 kg selama kehamilan. Bila peningkatan berat badan kurang dari 0,5 kg perminggu, perhatikan apakah ada malnutrisi. Awasi adanya pertumbuhan janin terhambat, insufisien plasenta, kemungkinan kelahiran prematur. Bila peningkatan berat badan lebih dari 0,5 kg perminggu, perhatikan adanya diabetes melitus, kehamilan ganda, hidramion dan makrosomia.

b. Ukur tekanan darah **(T2)**

Mengukur tekanan darah dilakukan pada saat pertama kali mencatat riwayat kline

darah yang normal 110/80 – 140/90 mmHg, bila melebihi Tekanan dari 140/90 mmHg perlu diwaspadai adanya preeklamsi.

c. Ukur tinggi fundus uteri atau TFU **(T3)**

Merupakan suatu cara untuk mengukur besar rahim dari tulang kemaluan hingga batas pembesaran perut tepatnya pada puncak fundus uteri. Dari pemeriksaan tersebut dapat diketahui pertumbuhan janin sesuai dengan usia kehamilan.

d. Pemberian tablet Fe sebanyak 90 tablet selama kehamilan **(T4)**

Tablet Fe merupakan tablet penambah darah. Selama masa pertengahan kehamilan yaitu, pada trimester II dan trimester III, diminum pada malam hari sebelum tidur 1 x

tablet. Tekanan sistolik dan distolik menurun 5 hingga 10 mmHg. Hal ini bisa terjadi karena vasodilatasi perifer akibat perubahan hormonal selama kehamilan.

e. Pemberian imunisasi TT (*Tetanus Toksoid*) (T5)

Pemberian imunisasi sangat dianjurkan untuk mencegah terjadinya infeksi tetanus neonatorum. Penyakit tetanus neonatorum yang disebabkan oleh masuknya kuman *Clostridium Tetani* ke tubuh bayi, merupakan penyakit infeksi yang dapat mengakibatkan kematian bayi dengan gejala panas tinggi, kaku kuduk, dan kejang. Imunisasi TT diberikan sekurang-kurangnya 2 kali dengan interval minimal 4 minggu, kecuali bila sebelumnya telah mendapatka TT 2 kali pada kehamilan yang lalu atau pada masa calon pengantin, maka TT cukup diberikan satu kali (TT ulang).

Tabel 2. 2 Pemberian Imunisasi TT

Antigen	Interval (selang waktu minimal)	Lama perlindungan	Perlindungan %
TT 1	Pada kunjungan antenatal pertama		
TT 2	4 minggu setelah TT 1	3 tahun	80
TT 3	6 bulan setelah TT 2	5 tahun	95
TT 4	1 tahun setelah TT 3	10 tahun	99
TT 5	1 tahun setelah TT 4	25 tahun/seumur hidup	99

Sumber: (Romauli, 2011)

f. Pemeriksaan Hb (T6)

Pemeriksaan Hb sangat penting bagi ibu hamil kadar Hb yang kurang disebut juga anemia. Dimana penyakit anemia dapat berdampak buruk pada kondisi ibu dan janin,

seperi berat badan bayi rendah (BBLR), kematian janin, kelahiran prematur dan komplikasi lainnya.

- 1) Normal : > 11 gr%
- 2) Ringan : 8-11 gr%
- 3) Berat : < 8 gr%

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

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

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

j. Pemeriksaan protein urine atas indikasi **(T10)**

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

- 1) Protein urine renda : < 500 mg/24 jam
- 2) Protein urine sedang : 500-4000 mg/24 jam
- 3) Protein urine tinggi : > 4000 mg/24 jam

k. Pemeriksaan reduksi urine atas indikasi **(T11)**

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

- 1) Negatif :bila tidak ada perubahan warna
- 2) Positif (+) :bila hijau kekuning-kuningan
- 3) Positif (++) :bila kuning
- 4) Positif (+++) :bila orange
- 5) Positif (+++++) :bila merah tua

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

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

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

9. Standar Minimal Kunjungan

Kunjungan ibu hamil adalah kontak ibu hamil dengan tenaga profesional untuk mendapatkan pelayanan antenatal sesuai standar yang ditetapkan. Kunjungan yang dimaksud bukan berarti ibu hamil yang berkunjung ke fasilitas pelayanan, tetapi setiap kontak tenaga kesehatan dengan ibu hamil untuk memberikan pelayanan antenatal sesuai standar (Megasari, 2015).

Berikut adalah kunjungan minimal saat masa kehamilan menurut Megasari (2015). Sebagai berikut:

1. Kunjungan ibu hamil K1

K1 adalah kunjungan ibu hamil yang pertama kali, kapan saja pada masa kehamilan tanpa memperhatikan usia kehamilan disebut K1 akses. Kunjungan ibu hamil yang pertama kali pada masa kehamilan ditrimester 1 atau selambat-lambatnya awal trimester II disebut K1 murni.

2. Kunjungan ulang

Kunjungan ulang adalah kontak ibu hamil dengan tenaga kesehatan kedua dan seterusnya, untuk mendapatkan pelayanan antenatal sesuai standar selama satu periode kehamilan berlangsung.

3. K4

K4 adalah kontak ibu hamil dengan tenaga kesehatan yang ke empat atau lebih. Untuk mendapatkan pelayanan antenatal sesuai standar yang ditetapkan syarat sebagai berikut:

- a) Minimal satu kali pada trimester I (usia kehamilan 0-13 minggu)
- b) Minimal satu kali pada trimester II (usia kehamilan 14-27 minggu)
- c) Minimal dua kali pada trimester III (usia kehamilan 28-40 minggu).

2.1.2 Konsep Dasar Persalinan

1. Definisi

Kuswanti dan Fitria (2014) menyebutkan definisi persalinan sebagai berikut:

- a. Persalinan merupakan hal yang paling ditunggu-tunggu oleh para ibu hamil, sebuah waktu yang menyenangkan, namun disisi lain merupakan hal yang paling mendebarkan.
- b. Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup dari dalam uterus melalui vagina ke dunia luar.
- c. Persalinan adalah serangkaian kejadian yang berakhir dengan pengeluaran bayi yang cukup bulan disusul dengan pengeluaran placenta dan selaput janin dari tubuh ibu.

Jadi, persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (bayi, plasenta, selaput janin) pada kehamilan cukup bulan dari dalam rahim melalui vagina ke dunia luar.

2. Macam-macam Persalinan

a. Persalinan spontan

Yaitu persalinan yang berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri dan melalui jalan lahir.

b. Persalinan buatan

Yaitu persalinan yang dibantu dari luar misalnya vaccum ekstraksi, forceps, SC.

c. Persalinan anjuran

Yaitu terjadi bila bayi sudah cukup besar untuk hidup diluar, tetapi tidak sedemikian besarnya sehingga menimbulkan kesulitan dalam persalinan, misal dengan induksi persalinan.

3. Tahapan Persalinan

Menurut Kuswanti dan Fitria (2014), tahapan persalinan dibagi menjadi 4 macam:

a. Kala I

Kala I terjadi mulai dari serviks membuka sampai pembukaan 10 cm. Menurut Kuswanti dan Fitria (2014), proses membukanya serviks terbagi menjadi 2 macam, yaitu:

1) Fase laten

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

2) Fase aktif

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

a) fase akselerasi

Dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm

b) fase dilatasi maksimal

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

c) fase deselerasi

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

Fase-fase tersebut di jumpai pada primigravida.

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

b. Kala II

Kala ini disebut juga sebagai kala pengeluaran. Kala ini dimulai dari pembukaan lengkap sampai lahirnya janin, pada kala ini his menjadi lebih kuat dan lebih cepat, kira-kira 2 sampai 3 menit sekali. Fase kala II ditandai dengan timbulnya rasa mengedan, terdapat tekanan pada rectum, perineum mulai menonjol dan anus membuka. Kala II pada primigravida berlangsung rata-rata 1,5 jam dan pada multigravida rata-rata 0,5 jam.

c. Kala III

Kala III disebut juga sebagai kala uri. Setelah bayi lahir, uterus teraba keras dengan fundus uteri berada diatas pusat.

Beberapa menit kemudian uterus berkontraksi lagi untuk melepaskan plasenta dari dindingnya. Normalnya plasenta lepas dalam 6 sampai 15 menit setelah bayi lahir dan keluar spontan atau dengan tekanan pada fundus uteri. Pengeluaran plasenta disertai dengan pengeluaran darah, kira-kira 100-200 cc.

d. Kala IV

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

4. Tanda-tanda Persalinan

Berikut adalah tanda-tanda dimulainya persalinan menurut Kuswanti dan Fitria (2014) sebagai berikut:

- a. *Lightening* atau *setting* atau *opping* yaitu kepala turun memasuki pintu atas panggul terutama pada primigravida, sedangkan pada multipara tidak begitu kentara.
- b. Perut kelihatan lebih melebar, fundus uteri turun.
- c. Perasaan sering atau susah kencing (polakisuria) karena kandung kemih tertekan oleh bagian terbawah janin.
- d. Perasaan sakit diperut dan pinggang oleh adanya kontraksi-kontraksi lemah dari uterus, kadang-kadang disebut dengan false labor pains.
- e. Serviks menjadi lembek, mulai mendatar dan sekresinya bertambah, bisa bercampur darah (*bloody show*).

5. Sebab-sebab mulainya Persalinan

Sebab-sebab mulainya persalinan belum diketahui dengan jelas, banyak faktor yang memegang peranan dan bekerja sama

sehingga terjadi persalinan (Kuswanti dan Fitria, 2014), diantaranya:

a. Teori penurunan hormon

Satu sampai dua minggu sebelum proses persalinan dimulai, terjadi penurunan kadar estrogen dan progesterone. Progesterone bekerja sebagai penenang otot polos rahim, jika kadar progesterone turun maka akan menyebabkan tegangnya pembuluh darah dan menimbulkan his (kontraksi).

b. Teori distensi rahim

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

c. Teori iritasi mekanik

Di belakang serviks terletak ganglion servikalis, bila ganglion ini ditekan oleh kepala janin maka akan timbul kontraksi uterus.

d. Teori plasenta menjadi tua

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

e. Teori prostaglandin

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

6. Faktor yang Mempengaruhi Persalinan

Berikut adalah faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan normal menurut Kuswanti dan Fitria (2014) sebagai berikut:

a. Power (His dan tenaga mengejan)

Kekuatan yang mendorong janin adalah his, kontraksi otot-otot perut, kontraksi diafragma dan aksi dari ligamen. Kekuatan primer yang diperlukan dalam persalinan adalah his, sedangkan sebagai kekuatan sekundernya adalah tenaga meneran ibu. Menurut Kuswanti dan Fitria (2014), sifat his yang baik antara lain:

- 1) Kontraksi yang simetris
- 2) Fundus dominan, yaitu kekuatan paling tinggi berada difundus uteri
- 3) Kekuatannya seperti gerakan memeras rahim
- 4) Setelah adanya kontraksi, diikuti dengan adanya relaksasi
- 5) Pada setiap his menyebabkan terjadinya perubahan pada serviks, yaitu menipis dan membuka.

Menurut Kuswanti dan Fitria (2014), his berdasarkan sifat-sifatnya dapat dibagi sebagai berikut:

a) His pendahuluan

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

b) His pembukaan

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

c) His pengeluaran

Sangat kuat, teratur, simetris, terkoordinasi dan lama.
Merupakan his untuk mengeluarkan janin.

d) His pelepasan uri (kala III)

Kontraksi sedang untuk melepaskan dan melahirkan plasenta.

e) His pengiring

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

b. Passage (faktor jalan lahir)

Jalan lahir dibagi atas bagian keras tulang-tulang panggul (rangka panggul) dan bagian lunak (otot-otot, jaringan-jaringan dan ligamen- ligamen). Berikut adalah penjabaran dari bagian-bagian jalan lahir menurut Kuswanti dan Fitria (2014):

1) Bagian Keras Panggul (rangka panggul)

Bagian keras panggul atau tulang-tulang panggul merupakan suatu corong. Bagian atas yang lebar disebut panggul besar (pelvis major), yang mendukung isi perut. Bagian bawah atau panggul kecil (pelvis minor) menjadi wadah alat kandungan dan menentukan bentuk jalan lahir.

2) Panggul kecil

a) Pintu Atas Panggul (PAP)

Adalah batas atas dari panggul kecil, bentuknya bulat oval. Batas-batasannya ialah promontorium, sayap sacrum, linea innominate, ramus superior ossis pubis dan pinggir atas symphysis

b) Bidang luas panggul

Adalah bidang dengan ukuran-ukuran yang terbesar (Kuswanti dan Fitria, 2014). Bidang ini terbentang antara pertengahan symphysis, pertengahan acetabulum dan pertemuan antara ruas sacral II dan III.

c) Bidang sempit panggul (bidang tengah panggul)

Merupakan bidang dengan ukuran-ukuran kecil. Bidang ini terdapat setinggi pinggir bawah symphysis, kedua spina ischiadica dan memotong sacrum $\pm 1-2$ cm diatas ujung sacrum. Ukuran muka belakang 11,5 cm, ukuran melintang 10 cm dan diameter sagitalis posterior ialah dari sacrum ke pertengahan antara spina ischiadica 5 cm.

d) Pintu Bawah Panggul (PBP)

Pintu bawah panggul terdiri dari 2 segitiga dengan dasar yang sama, ialah garis yang menghubungkan kedua tuber ischiadicum kiri dan kanan.

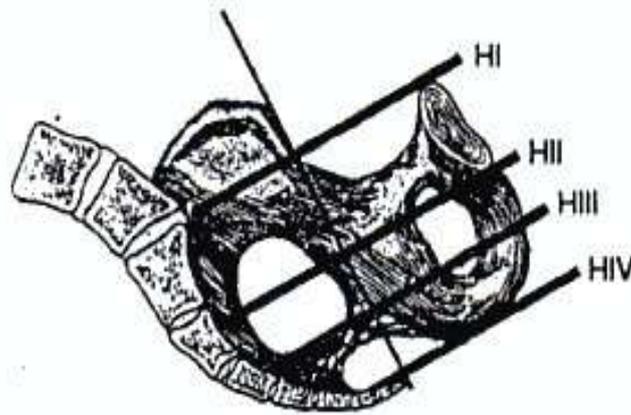
3) Bidang Hodge

Bidang hodge dipelajari untuk menentukan sampai mana bagian terendah janin turun dalam panggul.

Berikut adalah klasifikasi bidang Hodge menurut Kuswanti dan Fitria (2014):

- 1) Hodge I yaitu bidang yang dibentuk pada lingkaran Pintu Atas Panggul dengan bagian atas symphysis dan promontorium.

- 2) Hodge II yaitu bidang yang berada sejajar dengan Hodge I, terletak setinggi bagian bawah symphysis.
- 3) Hodge III yaitu bidang yang sejajar Hodge I dan II, serta terletak setinggi spina ischiadika kanan dan kiri.
- 4) Hodge IV yaitu bidang yang berada sejajar dengan Hodge I, II, III, terletak setinggi os koksigis.



Gambar 2. 3 Sumbu Panggul

4) Bagian lunak panggul

Bagian lunak panggul terdiri dari otot-otot dan ligamen yang meliputi dinding panggul sebelah dalam dan yang menutupi panggul sebelah bawah membentuk dasar panggul (diafragma pelvis).

5) Ukuran-ukuran panggul

Berikut adalah ukuran luar dari panggul yang terpenting menurut Kuswanti dan Fitria (2014) sebagai berikut:

1) Distansia spinarum

Jarak antara spina iliaca anterior superior kiri dan kanan (24-26 cm).

2) Distansia kristarum

Jarak yang terjauh antara krista iliaka kanan dan kiri (28-30 cm).

3) Konjugata eksterna

Jarak antara pinggir atas symphysis dan ujung processus spinosus ruas tulang lumbal ke-5 (± 18 cm).

4) Ukuran lingkaran panggul

Dari pinggir atas symphysis ke pertengahan antara spina iliaca anterior posterior dan trochanter major sepihak dan kembali melalui tempat-tempat yang sama dipihak yang lain (80-90 cm).

c. Passanger (janin, plasenta, dan selaput ketuban)

1. Janin

Bagian yang paling besar dan keras dari janin adalah kepala janin. Posisi dan besar kepala dapat mempengaruhi jalan persalinan.

2. Plasenta

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

3. Air ketuban

Sebagai cairan pelindung dalam pertumbuhan dan perkembangan janin, air ketuban berfungsi sebagai bantalan untuk melindungi janin terhadap trauma dari luar.

d. Psikis ibu (dalam bentuk kemampuan pasien untuk bekerjasama dengan penolong dan adaptasi terhadap rasa nyeri persalinan).

- e. Penolong (harus memenuhi syarat dalam kemampuan dan keterampilan dalam menghadapi pasien baik primipara maupun multipara).

7. Tahapan Persalinan

Menurut Damayanti (2014), mekanisme persalinan normal dibagi melalui tahapan – tahapan sebagai berikut :

a. Engagement

Mekanisme yang digunakan oleh diameter *biparietal* - *diameter transversal* kepala janin pada presentasi *oksiput* untuk melewati pintu atas panggul disebut sebagai engagement. Fenomena ini terjadi pada minggu-minggu terakhir kehamilan.

b. *Descens* (penurunan kepala)

Penurunan kepala merupakan syarat utama kelahiran bayi. Wanita nulipara pada fase engagement dapat terjadi sebelum awalan persalinan dan *desensus* lebih lanjut mungkin belum terjadi sampai dimulainya persalinan kala II. Pada wanita multipara, *desensus* biasanya mulai bersamaan dengan engagement. Menurut Damayanti (2014), *Descens* terjadi akibat satu atau lebih dari 4 gaya yaitu :

- 1) Tekanan cairan amnion
- 2) Tekanan langsung fundus pada bokong saat kontraksi
- 3) Usaha mengejan yang menggunakan otot-otot abdomen
- 4) Ekstensi dan pelurusan badan janin.

c. Fleksi

Ketika *descens* mengalami tahanan, baik dari serviks, dinding panggul, atau dasar panggul biasanya terjadi fleksi kepala.

d. Rotasi Interna (Putaran Paksi Dalam)

Putaran paksi dalam ialah pemutaran bagian depan sedemikian rupa sehingga bagian terendah dari bagian depan memutar ke depan ke bawah simfisis. Putaran paksi dalam tidak terjadi tersendiri, tetapi selalu bersamaan dengan majunya kepala dan tidak terjadi sebelum kepala sampai ke Hodge III kadang-kadang baru terjadi setelah kepala sampai didasar panggul.

e. Ekstensi

Setelah putaran paksi selesai dan kepala sampai didasar panggul terjadilah ekstensi atau *defleksi* kepala. Hal ini disebabkan karena sumbu jalan lahir pada pintu bawah panggul mengarah ke depan dan ke atas sehingga kepala harus mengadakan ekstensi untuk melaluinya. Jika tidak terjadi ekstensi kepala akan tertekan pada perineum dan menembusnya. Pada kepala, bekerja dua kekuatan yang satu mendesaknya ke bawah, dan yang satunya disebabkan oleh tahanan dasar panggul yang menolaknya ke atas.

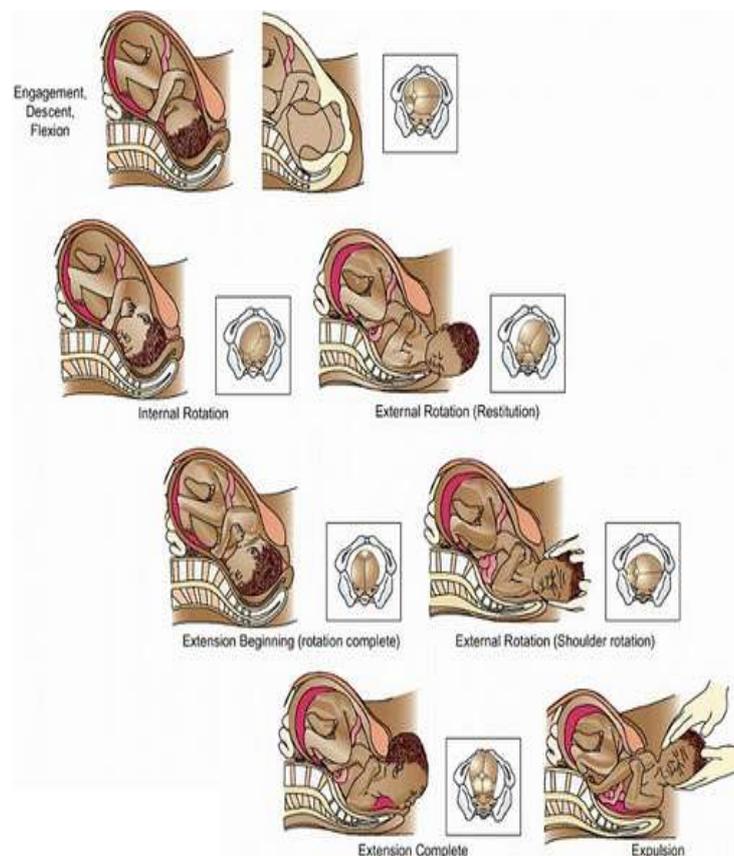
f. Rotasi Eksterna (putaran paksi luar)

Setelah kepala lahir, belakang kepala janin memutar kembali ke arah punggung janin untuk menghilangkan torsi pada leher yang terjadi karena putaran paksi dalam. Gerakan ini disebut putaran restitusi (putaran balasan : putaran paksiluar). Selanjutnya putaran dilanjutkan hingga belakang kepala berhadapan dengan tuber ischiadicum. Gerakan yang terakhir ini adalah putaran paksi luar yang sebenarnya dan

disebabkan karena ukuran bahu menempatkan diri dalam diameter anteroposterior pintu bawah panggul.

g. Ekspulsi

Setelah putaran paksi luar, bahu depan sampai dibawah simfisis dan menjadi hipomoklion untuk kelahiran bahu belakang. Kemudian bahu depan menyusul dan selanjutnya seluruh badan anak lahir searah dengan paksi jalan lahir.



Gambar 2. 4 Mekanisme Persalinan Normal

8. Kebutuhan Dasar Selama Persalinan

Menurut Kuswanti dan Fitria, (2014). Kebutuhan dasar selama persalinan dapat diklasifikasikan sebagai berikut:

a. Asuhan tubuh dan fisik

Asuhan ini berorientasi pada tubuh ibu selama dalam proses persalinan, hal ini yang akan menghindarkan ibu dari infeksi.

b. Kehadiran seorang pendamping

Fungsi hadirnya seorang pendamping pada saat persalinan yaitu mengurangi rasa sakit, membuat waktu persalinan lebih singkat dan menurunkan kemungkinan persalinan dengan operasi.

c. Pengurangan rasa sakit

Nyeri adalah rasa tidak enak akibat perangsangan ujung-ujung syaraf khusus. Selama persalinan pervagina, nyeri disebabkan oleh kontraksi rahim, dilatasi serviks dan distensi perineum. Berikut adalah beberapa metode pengurangan rasa sakit menurut Kuswanti dan Fitria (2014) adalah:

1) Terapi farmakologis

Berbagai obat disuntikkan ke ibu dengan tujuan untuk mengurangi rasa nyeri ketika menghadapi persalinan, baik itu anastesi umum yang disuntikkan secara epidural,spinal ataupun sekedar regional (bukan kewenangan bidan secara mandiri).

2) Terapi non farmakologis

Terapi yang digunakan yakni dengan tanpa menggunakan obat-obatan, tetapi dengan memberikan berbagai teknik yang dapat mengurangi nyeri saat persalinan tiba, seperti: kompres panas, kompres dingin dan hidroterapi.

d. Penerimaan terhadap sikap dan perilakunya

Penerimaan terhadap tingkah laku dan sikap juga kepercayaan mengenai apapun yang ibu lakukan merupakan hal terbaik yang mampu ia lakukan pada saat itu.

e. Informasi dan kepastian tentang hasil persalinan yang aman

Setiap ibu membutuhkan informasi tentang kemajuan persalinannya, sehingga ia mampu mengambil keputusan dan ibu juga perlu diyakinkan bahwa persalinannya normal.

9. Penapisan

Prawirohardjo (2014) menjelaskan bahwa ada 24 penapisan yang harus dilakukan pada semua ibu bersalin untuk mendeteksi ibu bersalin patologis, diantaranya:

1. Riwayat Bedah Caesar
2. Pendarahan Pervaginam
3. Kehamilan Kurang Bulan
4. Ketuban Pecah Dengan Mekonium Kental
5. Ketuban Pecah Lama (>24 Jam)
6. Ketuban Pecah Pada Kehamilan Kurang Bulan (<37 Minggu)
7. Ikterus
8. Anemia Berat
9. Tanda Atau Gejala Infeksi
10. Pre Eklamsi Atau Hipertensi Dalam Kehamilan
11. TFU >24 Cm
12. Gawat Janin
13. Primipara Dalam Fase Aktif Persalinan Dengan Palpasi Kepala Janin Masih 5/5
14. Presentasi Bukan Belakang Kepala

15. Presentasi Majemuk
16. Kehamilan Ganda
17. Tali Pusat Menumbung
18. Syok
19. Bumil Tki
20. Suami Pelayar
21. Suami/Bumil Bertato
22. HIV/AIDS
23. PMS
24. Anak Mahal

10. Partograf

Menurut Kuswanti dan Fitria, (2014). Patograf dapat diklasifikasikan sebagai berikut:

a. Pengertian

Partograf adalah alat bantu yang digunakan selama fase aktif persalinan.

b. Tujuan

Berikut adalah tujuan penggunaan partograf menurut Kuswanti dan Fitria (2014) adalah:

- 1) Mencatat hasil observasi dan menilai kemajuan persalinan
- 2) Mendeteksi apakah persalinan berjalan normal atau terdapat penyimpangan
- 3) Melakukan deteksi dini setiap kemungkinan terjadinya partus lama.

c. Penggunaan partograf

- a) Selama kala I fase laten

Selama fase ini ditulis dilembar observasi. Yang dicatat antara lain : DJJ, frekuensi dan lamanya his, serta nadi dipantau setiap $\frac{1}{2}$ jam. Pembukaan serviks dan penurunan kepala janin setiap 4 jam. Tekanan darah, suhu, produksi urin, aseton dan protein setiap 2 jam.

b) Selama kala I fase aktif

- 1) Pencatatan selama fase aktif persalinan yaitu menggunakan partograf. Hal-hal yang dicatat antara lain informasi tentang ibu yaitu identitas ibu.
- 2) Kondisi janin : DJJ, warna dan adanya air ketuban, dan penyusupan (molage).
- 3) Kemajuan persalinan : pembukaan serviks, penurunan bagian terbawah janin atau presentasi janin serta garis waspada dan garis bertindak.
- 4) Obat-obatan dan cairan yang diberikan jika ibu mendapatkan tetesan (drip) oksitosin dokumentasikan tiap 30 menit.
- 5) Kesehatan dan kenyamanan ibu nadi, tekanan darah dan temperature tubuh. Volume urine, protein, dan aseton.

d. Halaman belakang partograf

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

Penilaian dan pencatatan halaman belakang partograf pada ibu nifas selama persalinan kala III dan IV

memungkinkan penolong persalinan mencegah terjadinya penyulit, terutama pada pemantauan kala IV (mencegah terjadinya perdarahan pasca persalinan). Pemantauan kala IV meliputi tanda-tanda vital, kontraksi uterus, TFU, kandung kemih dan perdarahan.

11. Persalinan Lama

a. Pengertian

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

b. Etiologi

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

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

adalah dengan melakukan partus percobaan (trial of labor).
Kegunaan pelvimetre klinis terbatas (Saifudin, 2011).

c. Faktor Predisposisi

1) Paritas dan Interval kelahiran

Penyebab Kelainan His menurut Wiknjosastro (2010) yang dapat menyebabkan partus lama terutama pada primigravida khususnya primigravida tua, sedangkan pada multipara ibu banyak ditemukan kelainan yang bersifat inersia uteri.

2) Usia

3) Ketuban Pecah Dini

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

4) Wanita yang dependen, cemas dan ketakutan

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

d. Tanda dan Gejala Klinis

1) Pada ibu

Gelisah, letih, suhu badan meningkat, berkeringat, nadi cepat, pernapasan cepat, dan meteorismus. Didaerah lokal sering di

jumpai edema serviks, cairan ketuban berbau, terdapat mekonium.

2) Pada janin

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

- a. Jika terdapat gawat janin, lakukan seksio sesarea; kecuali jika syarat-syaratnya dipenuhi, lakukan ekstraksi vakum atau forceps.
- b. Jika ketuban sudah pecah, air ketuban kehijau-hijauan atau bercampur darah, pikirkan kemungkinan gawat janin.
- c. Jika tidak ada ketuban yang mengalir setelah selaput ketuban pecah, pertimbangkan adanya indikasi penurunan jumlah air ketuban yang mungkin menyebabkan gawat janin. Perbaiki keadaan umum dengan cara:
 - (1) Memberikan dukungan emosi. Bila keadaan masih memungkinkan anjurkan bebas bergerak, duduk dengan posisi yang berubah (sesuaikan dengan penanganan persalinan normal).
 - (2) Berikan cairan baik secara oral atau parenteral dan upayakan buang air kecil (hanya perlu katerisasi bila memang diperlukan) (Saifuddin, 2011).
- e. Diagnosis

Tabel 2.6 Diagnosis Persalinan Lama

Tanda dan gejala	Diagnosis
Pembukaan serviks tidak membuka (kurang dari 3 cm)	Belum in partu, false labor

Tidak didapatkan kontraksi uterus	
Pembukaan serviks tidak melewati 3 cm sesudah 8 jam in partu	Prolonged latent phase
Pembukaan serviks melewati garis waspada partograf: Frekuensi dan lamanya kontraksi kurang dari 3, kontraksi per 10 menit dan kurang dari 40 detik	Inersia uteri
Secondary arrest of dilatation atau arrest of descent	Disproporsi sefalopelvik
Secondary arrest of dilatation dan bagian terendah dengan kaput, terdapat moulase hebat, edema serviks, tanda rupture uteri imminens, fetal dan maternal distress	Obstruksi
Kelainan presentasi (selain vertex)	Malpresentasi
Pembukaan serviks lengkap, ibu ingin mencedan, tetapi tak ada kemajuan penurunan.	Kala II Lama (Prolonged Second Stage).

Sumber: (Saifuddin, 2011)

f. Penanganan

Bagaimana bidan menghadapi persalinan lama atau persalinan macet. Bidan di daerah pedesaan dengan polindesnya diharapkan dapat mengambil bagian terbesar pada pertolongan persalinan normal dengan menggunakan partograf World Health Organisation (WHO). Kewaspadaan dalam pertolongan persalinan sudah dilakukan sejak semula, dengan melakukan observasi (kontraksi his, penurunan bagian terendah, pembukaan) sehingga setiap saat keadaan

ibu dan janin dapat diketahui dengan pasti. Jika kala II dibiarkan berlangsung lama maka janin akan mengalami peningkatan hipoksia dan gawat janin.

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

1) Penanganan Umum

- a) Nilai cepat keadaan umum wanita hamil tersebut termasuk tanda-tanda vital tingkat hidrasinya.
- b) Periksa denyut jantung janin selama atau segera sesudah his. Hitung frekuensinya sekurang-kurangnya sekali dalam 30 menit selama fase aktif dan tiap 5 menit selama kala II.
- c) Memperbaiki keadaan umum:
 - (1) Dengan memberikan dukungan emosional, bila keadaan masih memungkinkan anjurkan bebas bergerak duduk dengan posisi yang berubah.
 - (2) Berikan cairan searah oral atau parenteral dan upaya buang air kecil.
 - (3) Berikan analgesia: tramadol atau petidin 25 mg IM (maksimum 1 mg/kg BB), jika pasien merasakan nyeri yang sangat.

2) Penanganan khusus

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

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

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

Diagnosis fase laten yang memanjang dibuat secara retrospektif.

Bila his terhenti disebut persalinan palsu atau belum inpartu.

Bila mana kontraksi makin teratur dan pembukaan bertambah sampai 3 cm, pasien tersebut dikatakan masuk fase laten.

Apabila ibu berada dalam fase laten lebih dari 8 jam dan tidak ada kemajuan, lakukan pemeriksaan dalam:

- (1) Bila tidak ada perubahan penipisan dan pembukaan serviks tidak didapatkan tanda gawat janin, kaji ulang diagnosis nya kemungkinan ibu belum dalam keadaan inpartu.
- (2) Bila didapatkan perubahan dalam penipisan dan pembukaan serviks, lakukan drips oksi dengan 5 unit dalam 500 cc dekstrose atau NaCl mulai dengan 8 tetes per menit, setiap 30 menit ditambah 4 tetes sampai his adekuat maksimum 40 tetes per menit atau berikan preparat prostaglandin lakukan penilaian 4 jam.
- (3) Bila didapatkan adanya tanda amnionitis, berikan induksi dengan oksitosin 5 unit dalam 500 cc dekstrose mulai dengan 8 tetes per menit, setiap 15 menit di tambah 4 tetes sampai his yang adekuat (maksimum 40 tetes per menit) atau di berikan preparat prostaglandin serta obati infeksi dengan ampisilin 2 gr Intra Vena (IV) sebagai dosis awal dan 1 gr Intra vena (IV) setiap 6 jam dan gentamisin 2 X 80 mg.

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

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

(1) Berikan penanganan kontraksi dan mempercepat kemajuan persalinan.

(2) Bila ketuban utuh, pecahkan ketuban

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

d) *Disproporsi sefalopelvik* (CPD)

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

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

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

e) *Obstruksi* (partus macet)

Bila ditemukan tanda – tanda obstruksi:

(1) Bayi hidup lakukan SC

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

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

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

- (1) Pecahkan ketuban dan lakukan induksi dengan oksitosin 5 unit dalam 500 cc dekstrosa (atau NaCl) atau prostaglandin.
- (2) Evaluasi kemajuan persalinan dengan pemeriksaan vaginal 2 jam setelah his adekuat:
 - (a) Jika tidak ada kemajuan, lakukan seksio sesarea
 - (b) Jika ada kemajuan, lanjutkan infuse oksitosin dan evaluasi setiap 2 jam
 - (g) Kala II yang memanjang (*prolonged expulsive phase*)

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

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

- (1) Jika malpresentasi dan tanda-tanda obstruksi bisa disingkirkan, berikan infus oksitosin.
- (2) Jika tidak ada kemajuan penurunan kepala
 - (a) Kepala tidak lebih dari 1/5 diatas simfisis pubis, atau bagian tulang kepala di station (0), dilakukan ekstraksi vakum atau cunam.
 - (b) Kepala diantara 1/5-3/5 diatas simfisis pubis, atau bagian tulang kepala diantara station (0) -(-2), dilakukan ekstraksi vakum.
 - (c) Kepala lebih dari 3/5 diatas simfisis pubis, atau bagian tulang kepala diatas station (-2), lakukan secsio sesarea (Saifuddin, 2011).

2.1.3 Konsep Dasar Masa Nifas

Menurut Nanny dkk, (2011). Konsep Dasar Masa Nifas dapat diklasifikasikan sebagai berikut:

1. Definisi

Masa nifas (*puerperium*) adalah masa setelah keluarnya plasenta sampai alat-alat reproduksi pulih seperti sebelum hamil. Secara normal masa nifas berlangsung selama 6 minggu atau 40 hari.

Masa nifas adalah masa sesudah persalinan dan kelahiran yang diperlukan untuk memulihkan kembali organ kandungan seperti sebelum hamil.

Jadi, masa nifas merupakan masa yang dimulai dari lahirnya plasenta sampai 40 hari pasca persalinan guna memulihkan organ-organ reproduksi seperti pada saat sebelum hamil.

2. Tujuan Asuhan pada Masa Nifas

Menurut Nanny dkk (2011), tujuan dari asuhan masa nifas adalah:

- a. Menjaga kesehatan ibu dan bayi, baik fisik maupun psikologi dimana pada masa ini peran keluarga sangat penting
- b. Melaksanakan skrining komprehensif mendekati masalah, mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu maupun pada bayinya
- c. Mencegah atau mendeteksi atau menetalaksanakan komplikasi yang timbul pada waktu pasca persalinan, baik medis atau bedah

- d. Dukungan pada ibu dan keluarganya pada peralihan suasana keluarga baru
- e. Konseling asuhan bayi baru lahir
- f. Dukungan ASI
- g. Konseling dan pelayanan KB termasuk nasehat hubungan seksual.

3. Tahapan Masa Nifas

Berikut adalah tahapan masa nifas menurut Nanny dkk (2011) adalah:

- a. Puerperium dini, yaitu kepulihan dimana ibu dibolehkan berjalan atau berdiri serta menjalankan aktivitas layaknya wanita normal.
 - b. Puerperium intermediate, yaitu kepulihan seluruh alat alat reproduksi yang lamanya 6-8 minggu.
4. Puerperium remote, yaitu waktu yang dibutuhkan untuk pulih dan sehat sempurna, Perubahan Fisiologi Masa Nifas

1. Perubahan sistem reproduksi

Menurut Wulandari dan Sri, (2011). Perubahan system reproduksi dapat diklasifikasikan sebagai berikut:

a) Uterus

Involusi uterus merupakan suatu proses kembalinya uterus ke keadaan sebelum hamil dengan berat sekitar 60 gram. Proses ini dimulai segera setelah plasenta lahir akibat kontraksi otot – otot polos uterus.

Tabel 2. 3 Perubahan uterus masa nifas

Involusi Uterus	TFU	Berat Uterus	Diameter Uterus	Palpasi Cervik
Plasenta	Setinggi	1000 gr	12,5 cm	Lembut/

Lahir	pusat			Lunak
7 hari	Pertengahan an shympisis – pusat	500 gr	7,5 cm	2 cm
14 hari	Tidak teraba	350 gr	5 cm	1 cm
6 minggu	Normal	60 gr	2,5 cm	Menyempit

Sumber: (Wulandari dan Sri, 2011)

b) Lochea

Lochea adalah istilah untuk sekret dari uterus yang keluar melalui vagina selama puerperium. Jenis dari lochea menurut Wulandari dan Sri (2011) adalah sebagai berikut:

1) Lochea Rubra

Lochea ini muncul pada hari ke 1-4 masa post partum.

Cairan yang keluar berwarna merah karena berisi darah segar, jaringan sisa – sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, lanugo, dan mekonium.

2) Lochea Sanguinolenta.

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

3) Lochea Serosa

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

4) Lochea Alba

Lochea ini berlangsung selama 2-6 minggu post partum.

c) Vagina

Pada sekitar minggu ketiga, vagina mengecil dan timbul rugae kembali. Vagina yang semula sangat teregang akan kembali secara bertahap seperti ukuran sebelum hamil pada minggu ke 6-8 setelah melahirkan. Rugae akan terlihat kembali pada minggu ke 3 atau ke 4. Esterogen setelah melahirkan sangat berperan dalam penebalan mukosa vagina dan pembentukan rugae kembali.

2. Perubahan sistem perkemihan

Pelvis renalis dan ureter, yang meregang dan dilatasi selama kehamilan, kembali normal pada akhir minggu keempat pascapartum. Kandung kemih dalam puerperium sangat kurang sensitif dan kapasitasnya bertambah, sehingga kandung kemih penuh atau sesudah buang air kecil masih tertinggal urine residual.

3. Perubahan Gastrointestinal

Konstipasi mungkin menjadi masalah pada puerperium awal karena kurangnya makanan padat selama persalinan dan karena wanita menahan defekasi. Wanita mungkin menahan defekasi karena perineumnya mengalami perlukaan atau karena ia kurang pengetahuan dan takut akan merobek atau merusak jahitan jika melakukan defekasi.

4. Perubahan musculoskeletal

Ligamen, fasia, dan diafragma pelvis yang meregang pada waktu persalinan secara berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali. Stabilisasi secara sempurna terjadi pada 6-8 minggu setelah persalinan.

5. Perubahan endokrin

Menurut Wulandari dan Sri (2011), perubahan endokrin pada masa nifas meliputi:

a) Hormon plasenta

Hormon plasenta menurun dengan cepat setelah persalinan. HCG menurun dengan cepat dan menetap sampai 10% dalam 3 jam hingga hari ke-7 post partum dan sebagai onset pemenuhan *mamae* pasca hari ke-3 post partum.

b) Hormon pituitary

Prolaktin darah akan mengikat dengan cepat. Pada wanita yang tidak menyusui, prolaktin menurun dalam waktu 2 minggu. FSH dan LH akan meningkat pada fase konsentrasi folikuler (minggu ke-3) dan LH tetap rendah hingga ovulasi terjadi.

c) Hypotalamik pituitary ovarium

Lamanya seorang wanita mendapat menstruasi juga dipengaruhi oleh faktor menyusui.

d) Kadar esterogen

Selekeh persalinan, terjadi penurunan kadar esterogen yang bermakna sehingga aktivitas prolaktin yang juga

sedang meningkat dapat mempengaruhi kelenjar mammae dalam menghasilkan ASI.

6. Perubahan tanda – tanda vital

a) Suhu

Suhu maternal kembali normal dari suhu yang sedikit meningkat selama periode intrapartum dan stabil dalam 24 jam pertama pascapartum.

b) Nadi

Denyut nadi yang meningkat selama persalinan akhir, kembali normal setelah beberapa jam pertama pascapartum. Apabila denyut nadi diatas 100 selama puerperium, hal tersebut abnormal dan mungkin menunjukkan adanya infeksi/ hemoragi pascapartum lambat.

c) Tekanan darah

Hasil pengukuran tekanan darah seharusnya tetap stabil setelah melahirkan. Penurunan takanan darah bisa mengindikasikan adanya hipovolemia yang berkaitan dengan hemorhagi uterus. Peningkatan sistolik 30 mmHg dan diastolik 15 mmHg yang disertai dengan sakit kepala dan gangguan penglihatan, bisa menandakan ibu mengalami preeklamsia.

d) Pernafasan

Fungsi pernafasan ibu kembali ke fungsi seperti saat sebelum hamil pada bulan ke enam setelah melahirkan.

5. Adaptasi Psikologis Masa Nifas

Menurut Wulandari dan Sri (2011), dalam menjalani adaptasi setelah melahirkan, ibu akan mengalami fase-fase sebagai berikut:

1. Fase *taking in*

Fase *taking in* yaitu periode ketergantungan yang berlangsung pada hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Pada saat itu, fokus perhatian ibu terutama pada dirinya sendiri. Pengalaman selama proses persalinan berulang kali diceritakannya. Hal ini membuat ibu cenderung menjadi pasif terhadap lingkungannya.

Berikut adalah gangguan psikologis yang mungkin dirasakan ibu pada fase ini menurut Wulandari dan Sri dalam bukunya yang berjudul *Asuhan Kebidanan Ibu Masa Nifas* (2011):

- 1) Kekecewaan karena tidak mendapat apa yang diinginkan
- 2) Ketidaknyamanan akibat perubahan fisik yang dialami
- 3) Rasa bersalah missal karena tidak bisa menyusui bayinya.

2. Fase *taking hold*

Fase ini berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Pada fase ini, ibu merasa khawatir akan ketidak mampuannya dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Ibu memiliki perasaan yang sangat sensitif sehingga mudah tersinggung dan gampang marah sehingga kita perlu berhati-hati dalam berkomunikasi dengan ibu.

Pada fase ini ibu memerlukan dukungan karena saat ini merupakan kesempatan yang baik untuk menerima berbagai

penyuluhan dalam merawat diri dan bayinya sehingga timbul percaya diri.

3. Fase *letting go*

Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung sepuluh hari setelah melahirkan (Wulandari dan Sri, 2011). Ibu sudah dapat menyesuaikan diri, merawat diri dan bayinya, serta kepercayaan dirinya sudah meningkat.

6. Proses Laktasi

1. Definisi

Laktasi adalah bagian integral dari siklus reproduksi mamalia termasuk manusia. Laktasi merupakan keseluruhan proses menyusui mulai dari ASI diproduksi sampai proses bayi menghisap dan menelan ASI.

ASI merupakan nutrisi alamiah terbaik bagi bayi karena mengandung kebutuhan energi dan zat yang dibutuhkan selama enam bulan pertama kehidupan bayi.

2. Anatomi payudara

Ada 3 bagian utama payudara, yaitu: korpus (badan), areola dan papilla atau puting. Areola mammae letaknya mengelilingi puting susu dan berwarna kegelapan yang disebabkan oleh penipisan dan penimbunan pigmen pada kulit.

3. Hormon laktasi

Berikut adalah beberapa hormon yang mendukung proses laktasi menurut Wulandari dan Sri (2011) :

- a) Prolaktin berfungsi untuk memproduksi ASI dan menyebabkan alveoli membesar selama kehamilan.

- b) Oksitosin berfungsi mengencangkan otot halus disekitar alveoli sehingga ASI dapat dikeluarkan. Oksitosin berperan dalam turunnya susu let-down.
- c) Progesteron berfungsi mempengaruhi pertumbuhan dan ukuran alveoli.
- d) Estrogen berfungsi untuk menstimulasi dan memperbesar sistem saluran ASI.

4. Pembentukan dan Pengeluaran ASI

Menurut Wulandari dan Sri (2011), Terdapat 2 reflek yang berperan dalam pembentukan dan pengeluaran ASI, yaitu:

a) Reflek prolaktin

Reflek ini berfungsi dalam pembentukan kolostrum yang dibantu dengan reflek hisapan bayi yang dapat memacu keluarnya prolaktin. Hormon ini merangsang sel sel alveoli untuk membuat susu.

b) Reflek let-down

Reflek ini berfungsi dalam pengeluaran ASI.

5. Manfaat ASI

Berikut adalah beberapa manfaat pemberian ASI menurut Wulandari dan Sri (2011):

a) Bagi bayi

- 1) Nutrien yang sesuai untuk bayi
- 2) Mengandung zat protektif
- 3) Mempunyai efek psikologis yang sesuai
- 4) Menyebabkan pertumbuhan yang baik dan mengurangi kejadian karies dentis

b) Bagi ibu

1) Aspek kesehatan ibu

Hisapan bayi merangsang hipofisis untuk membentuk oksitosin. Oksitosin membantu proses involusi uterus dan mencegah terjadinya perdarahan pasca persalinan.

2) Aspek KB

Menyusui secara eksklusif dapat menjadi metode KB karena hormon yang mempertahankan laktasi akan menekan hormon untuk ovulasi.

3) Aspek psikologis karena ibu akan merasa bangga dan diperlukan.

6. Jenis ASI

Menurut Wulandari dan Sri (2011), ASI terbagi dalam 3 jenis, yaitu:

a) Kolostrum, merupakan ASI yang pertama kali keluar yang berwarna kekuningan. Kolostrum keluar pada hari pertama sampai hari ke 3-4. Kolostrum lebih banyak mengandung antibodi dan sedikit lemak serta karbohidrat. Volume kolostrum sekitar 150-300 ml/ 24jam.

b) ASI transisi, merupakan ASI peralihan dari kolostrum menjadi ASI matur. Disekresi dari hari ke-4 sampai hari ke-10, volume ASI ini lebih banyak dari kolostrum. ASI transisi memiliki kadar protein rendah dan karbohidrat serta lemak lebih meningkat dari kolostrum.

c) ASI matur, merupakan ASI yang keluar pada hari ke-10 dan seterusnya. ASI ini berwarna putih kekuningan yang

disebabkan oleh garam Ca-caseinat, riboflavin dan karotan. Pada ASI ini terdapat anti *microbil*.

7. Inisiasi Menyusu Dini

Menurut Wulandari dan Sri, (2011). dapat diklasifikasikan sebagai berikut:

1. Pengertian

Inisiasi Menyusu dini (*early initiation*) adalah bayi diberi kesempatan mulai atau inisiasi menyusu sendiri segera setelah lahir/dini dengan cara membiarkan kulit bayi melekat pada kulit ibu setidaknya satu jam atau sampai menyusu awal selesai, dengan cara merangkak mencari payudara (*The Breast Crawl*).

2. Manfaat IMD

Menurut Wulandari dan Sri (2011) IMD memiliki manfaat sebagai berikut:

- a) Dada ibu menghangatkan bayi dengan tepat.
- b) Ibu dan bayi merasa tenang.
- c) Memindahkan bakteri kulit ibu ke kulit bayi, dengan menjilat kulit ibu maka bayi menelan bakteri berkoloni dan bakteri yang berada di usus bayi akan menyaingi bakteri ganas dari lingkungannya.
- d) Jalinan kasih sayang ibu-bayi lebih baik sebab bayi siaga 1-2 jam pertama.
- e) Mendapat *colostrum*, kaya anti bodi, penting untuk pertumbuhan usus, ketahanan infeksi, kehidupan bayi.
- f) IMD lebih berhasil dengan cara menyusu eksklusif dan lebih lama disusu.

- g) Sentuhan, emutan, jilatan pada puling merangsang pengeluaran hormon oksitosin, penting untuk Kontraksi rahim, membantu mengurangi pendarahan, Merangsang hormon lain membuat ibu tenang, rileks, mencintai bayinya, meningkatkan ambang nyeri, kebahagiaan.
- h) Merangsang pengeluaran ASI.

8. Kebutuhan Dasar Ibu Nifas

Menurut Wulandari dan Sri (2011), kebutuhan dasar ibu nifas meliputi:

1. Kebersihan diri

- a) Mengajarkan ibu bagaimana membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air. Pastikan bahwa ia mengerti untuk membersihkan daerah sekitar vulva terlebih dahulu, dari depan belakang, baru kemudian membersihkan daerah sekitar anus. Nasehati ibu untuk membersihkan diri setiap kali selesai BAK/BAB.
- b) Sarankan ibu untuk mengganti pembalutnya setidaknya 2 kali sehari.
- c) Sarankan ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminnya.
- d) Jika ibu mempunyai luka episiotomi/ laserasi, sarankan kepada ibu untuk menghindari menyentuh daerah luka.

2. Istirahat

- a) Anjurkan ibu untuk istirahat cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan.

- b) Sarankan ia untuk kembali ke kegiatan rumah tangga biasa perlahan-lahan, serta untuk tidur siang/beristirahat selagi bayi tidur.

3. Gizi

Berikut adalah menu gizi pada ibu nifas menurut Wulandari dan Sri (2011):

- a) Tambahkan 500 kalori setiap hari.
- b) Makan dengan diet berimbang untuk mendapatkan protein, mineral dan vitamin yang cukup.
- c) Minum secukupnya 3 liter setiap harinya.
- d) Pil zat besi harus diminum untuk menambah zat besi setidaknya selama 40 hari pasca salin.
- e) Minum kapsul vitamin A (200.000 10) untuk bisa memberikan zat besi setidaknya selama 40 hari pasca salin

4. Perawatan payudara

Berikut adalah cara merawat payudara pada ibu nifas menurut Wulandari dan Sri (2011):

- a) Menjaga payudara tetap bersih dan kering
- b) Menggunakan bra yang menyokong payudara
- c) Apabila puting susu lecet, oleskan kolostrum. Menyusui tetap dilakukan pada puting yang tidak lecet.
- d) Apabila lecet sangat berat, dapat diistirahatkan selama 24 jam. ASI dikeluarkan dan diminumkan dengan menggunakan sendok.
- e) Untuk menghilangkan nyeri dapat diminum paracetamol 1 tablet setiap 4-6 jam.

5. Mobilisasi

Karena lelah sehabis bersalin, ibu harus beristirahat. Tidur terlentang selama 8 jam pasca persalinan, kemudian boleh miring ke kanan dan ke kiri dan untuk mencegah terjadinya tromboemboli, pada hari kedua diperbolehkan duduk dan jalan-jalan.

9. Tanda Bahaya Masa Nifas

Berikut adalah tanda bahaya masa nifas menurut Wulandari dan Sri (2011):

1. Perdarahan pervaginam. Terjadi bila terdapat peningkatan perdarahan tiba-tiba dan perdarahan hebat (melebihi haid biasa atau jika perdarahan tersebut membasahi lebih dari 2 pembalut seliter dalam waktu setengah jam).
2. Infeksi masa nifas. Hal ini ditandai dengan adanya pengeluaran cairan dengan bau busuk yang keras serta demam.
3. Kelainan payudara (engorgement, mastitis, abses).
4. Nyeri hebat pada perut bagian bawah atau punggung.
5. Sakit kepala yang terus menerus, nyeri epigastrik, atau masalah penglihatan.
6. Pembengkakan pada wajah dan tangan.
7. Demam, muntah, rasa sakit sewaktu buang air kecil atau merasa tidak enak badan.
8. Kehilangan nafsu makan untuk waktu yang berkepanjangan.
9. Merasa sangat sedih atau tidak mampu mengurus diri sendiri atau bayi.
10. Merasa sangat letih atau nafas terengah engah.

10. Kebijakan Program Nasional Masa Nifas

Menurut Wulandari dan Sri (2011), paling sedikit ada 4 kali kunjungan dalam masa nifas untuk mencegah, mendeteksi dan menangani masalah-masalah yang terjadi.

Tabel 2. 4 Kunjungan Masa Nifas

Kunjungan	Waktu	Tujuan
1	6-8 jam setelah persalinan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mencegah perdarahan masa nifas akibat atonia uteri 2. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, rujuk jika perdarahan berlanjut 3. Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri 4. Pemberian ASI awal.
2	6 hari setelah persalinan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memastikan involusi uterus berjalan normal 2. Menilai adanya tanda-tanda demam 3. Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan dan istirahat 4. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit 5. Memberikan konseling pada ibu tentang asuhan pada bayi
3	2 minggu Setelah	Sama seperti diatas (6 hari setelah persalinan)
4	6 minggu setelah persalinan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang ibu alami 2. Memberikan konseling KB secara dini

Sumber: Wulandari dan Sri (2011)

2.1.4 Konsep Dasar Neonatus

Menurut Nanny, (2011). Konsep Dasar Neonatus dapat diklasifikasikan sebagai berikut:

a. Definisi

bayi baru lahir adalah bayi yang baru lahir selama satu jam pertama kelahiran (Marmi dan Kukuh, 2015). Menurut M. Sholeh Kosim dalam buku karya Marmi dan Kukuh (2015),

neonatus atau bayi baru lahir adalah bayi baru lahir normal dengan umur kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dan berat badan lahir 2500 gram sampai 4000 gram.

b. Penilaian Bayi Baru Lahir

Keadaan umum bayi dinilai setelah lahir dengan penggunaan nilai APGAR (Nanny, 2011).

Tabel 2. 5 Tabel APGAR Bayi Baru Lahir

Tanda	0	1	2
Appearance (warna kulit)	Seluruh tubuh biru atau pucat	Tubuh kemerahan, ekstremitas biru	Seluruh. tubuh kemerahan
Pulse (denyut jantung)	Tidak ada	<100	>100
Grimace (refleks)	Tidak bereaksi	Sedikit gerakan	Reaksi melawan, menangis
Activity (tonus otot)	Lumpuh	Ekstremitas sedikit fleksi	Gerakan aktif, ekstremitas fleksi dengan baik
Respiratory Effort (usaha bernafas)	Tidak ada	Lambat, tidak teratur	Menangis kuat

Sumber: Nanny (2011)

Dari hasil penilaian tersebut dapat diketahui apakah bayi tersebut normal atau asfiksia (Nanny, 2011).

1. Nilai Apgar 7-10 : Bayi normal
2. Nilai Apgar 4-6 : asfiksia sedang ringan
3. Nilai Apgar 0-3 : asfiksia berat

c. Adaptasi Fisiologi Bayi Baru Lahir

Menurut Nanny, (2011). Adaptasi Fisiologi Bayi Baru Lahir dapat diklasifikasikan sebagai berikut:

1. Metabolisme Karbohidrat

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

sehingga tidak dapat memenuhi kebutuhan neonatus maka kemungkinan besar bayi akan mengalami rangsangan hipoglekemia.

2. Suhu Tubuh

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

3. Sistem Pernafasan

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

4. Sistem Sirkulasi

Dengan berkembangnya paru-paru tekanan oksigen dialveoli meningkat. Sebaliknya tekanan karbondioksida menurun. Hal

tersebut mengakibatkan turunnya resistensi pembuluh-pembuluh darah paru, sehingga aliran darah ke alat tersebut meningkat. Ini menyebabkan darah dari arteri pulmonalis mengalir ke paru-paru dan duktus arteriosus menutup. Dengan menciutnya arteri dan vena umbilikalis dan kemudian dipotongnya tali pusat, aliran darah dari plasenta melalui vena cava inferior dari foramen ovale ke atrium kiri terhenti. Dengan diterimanya darah oleh atrium kiri dari paru-paru, tekanan di atrium kiri menjadi lebih tinggi daripada tekanan diatrium kanan. Ini menyebabkan foramen ovale menutup. Sirkulasi darah janin pun berubah menjadi sirkulasi yang hidup diluar tubuh ibu.

d. Pemeriksaan Fisik Bayi Baru Lahir

Menurut Marmi dan Kuku, (2015) Pemeriksaan Fisik Bayi Baru Lahir dapat diklasifikasikan sebagai berikut:

1. Kepala

Raba sepanjang garis sutura dan *fontanel*, apakah ukuran dan tampilannya normal. Sutura yang berjarak lebar mengidentifikasi yang preterm, *moulding* yang buruk atau hidrosefalus. Pada kelahiran spontan letak kepala, sering terlihat tulang kepala tumpang tindih yang disebut *moulding* atau *moulase*. *Fontanel anterior* harus diraba, *fontanel* yang besar dapat terjadi akibat prematuritas atau hidrosefalus, sedangkan yang terlalu kecil terjadi pada mikrosefali. Jika *fontanel* menonjol, hal ini diakibatkan peningkatan tekanan intrakranial, sedangkan yang cekung dapat terjadi akibat dehidrasi.

2. Wajah

Wajah harus tampak simetris dan perhatikan kelainan wajah yang khas seperti sindrom down serta kelainan wajah karena trauma lahir seperti akibat laserasi.

3. Mata

- a) Periksa adanya strabismus yaitu koordinasi mata yang belum sempurna.
- b) Periksa adanya sekret pada mata, konjungtivitis oleh kuman gonokokus yang dapat menyebabkan kebutaan.
- c) Periksa adanya trauma seperti palpebra, perdarahan konjungtiva atau retina.

4. Hidung

- a) Periksa adanya secret yang kadang mukopurulen yang terkadang berdarah, hal ini memungkinkan adanya sifilis kongenital.
- b) Periksa adanya pernapasan cuping hidung, jika cuping hidung mengembang menunjukkan adanya gangguan pernapasan.

5. Leher

- a) Periksa adanya trauma leher yang dapat menyebabkan kerusakan pada fleksus brakhialis.
- b) Lakukan perabaan untuk mengidentifikasi adanya pembengkakan kelenjar tyroid maupun bendungan vena jugularis.

6. Klavikula

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

7. Tangan

- a) Kedua lengan harus sama panjang, periksa dengan cara meluruskan kedua lengan ke bawah.
- b) Kedua lengan harus bergerak bebas, jika gerakan kurang kemungkinan adanya kerusakan neurologis atau fraktur.
- c) Periksa jumlah jari, perhatikan adanya *polidaktili* atau *sidaktili*.

8. Dada

Periksa kesimetrisan gerakan dada saat bernapas, apabila tidak simetris kemungkinan bayi mengalami pneumotoraks, paresis diafragma atau hernia diafragmatika

9. Abdomen

Abdomen harus tampak bulat dan bergerak secara bersamaan dengan gerakan dada saat bernapas.

10. Genetalia

- a) Pada bayi laki-laki, periksa posisi lubang uretra dengan cara prepusium tidak boleh ditarik karena akan menyebabkan fimosis.
- b) Skrotum harus dipalpasi untuk memastikan jumlah testis ada dua.
- c) Pada bayi perempuan cukup bulan, labia mayora menutupi labia minora.

11. Anus dan rectum

Periksa adanya kelainan atresia ani, mekonium secara umum keluar pada 24 jam pertama, jika sampai 48 jam belum keluar kemungkinan adanya obstruksi saluran pencernaan.

e. Masalah-masalah yang sering Muncul

Menurut Nanny, (2011). Masalah-masalah yang sering Muncul dapat diklasifikasikan sebagai berikut:

1. Bercak Mongol

Suatu pigmentasi yang datar dan berwarna gelap didaerah pinggang bawah dan bokong yang biasanya dapat ditemukan pada beberapa bayi saat lahir.

2. Ikterus

Salah satu keadaan yang menyerupai penyakit hati yang terjadi pada bayi baru lahir akibat hiperbilirubinemia.

3. Muntah

Keluarnya sebagian besar atau seluruh isi lambung setelah agak lama makanan dicerna dalam lambung yang disertai dengan kontraksi lambung dan abdomen.

4. Gumoh

Keluarnya kembali sebagian kecil isi lambung setelah beberapa saat setelah makanan dicerna dalam lambung. Muntah susu adalah hal yang agak umum, terutama pada bayi yang mendapatkan asi.

5. Oral Trush

Terjadinya infeksi jamur candidiasis pada membrane mukosa mulut bayi yang ditandai dengan munculnya bercak – bercak

keputihan, membentuk plak – plak berkeping di mulut, ulkus dangkal, demam, dan adanya iritasi gastrointer stinal.

6. Diaperas (ruam popok)

Terjadinya ruam – ruam kemerahan pada bokong akibat kontak terus menerus dengan lingkungan yang tidak baik (popok atau pampers).

7. Seborrhea

Radang berupa sisik yang berlemak pada daerah yang terdapat banyak kelenjar sebaseanya, biasanya terjadi didaerah kepala.

f. Tanda-tanda Bahaya

Tanda bahaya bayi baru lahir adalah suatu keadaan atau masalah pada bayi baru lahir yang dapat mengakibatkan kematian pada bayi.

Berikut beberapa tanda yang perlu diperhatikan dalam mengenali kegawatan pada bayi baru (neonatus) menurut Nanny (2011):

1. Bayi tidak mau menyusu

Bayi tidak mau menyusu ketika sudah dalam kondisi lemah, dan mungkin menandakan bayi dalam kondisi dehidrasi berat.

2. Kejang

Kejang sering terjadi pada bayi dan perlu diperiksa adanya penyebab kejang, jika karena demam tinggi maka dapat diantisipasi dengan menyediakan obat penurun demam sesuai dosis anjuran . Jika pemicu kejang bukan demam, maka curigai ada masalah lain. Perhatikan frekuensi dan lamanya kejang, lalu konsultasikan pada dokter.

3. Lemah

Jika bayi terlihat tidak seaktif biasanya, maka waspada, jangan biarkan kondisi ini berlanjut. Kondisi lemah bisa dipicu dari diare, muntah yang berlebihan ataupun infeksi berat.

4. Sesak napas

Frekuensi nafas bayi pada umumnya lebih cepat dari manusia dewasa yaitu sekitar 30-60 kali per menit. Jika bayi bernafas kurang dari 30 kali per menit atau lebih dari 60 kali per menit maka wajib diwaspadai.

5. Pusar kemerahan

Tali pusat yang berwarna kemerahan menunjukkan adanya tanda infeksi. Yang harus diperhatikan saat merawat tali pusat adalah jaga tali pusat bayi tetap kering dan bersih. Bersihkan dengan air hangat dan biarkan kering, betadin dan alcohol boleh diberikan tapi tidak untuk dikompreskan. Artinya hanya dioleskan saja saat sudah kering baru ditutup dengan kassa steril.

6. Kulit terlihat kuning

Kuning pada bayi biasanya terjadi karena bayi kurang ASI. Namun jika kuning pada bayi terjadi pada waktu ≤ 24 jam setelah lahir atau ≥ 14 hari setelah lahir, bahkan tinja bayi berwarna kuning maka segera konsultasikan hal tersebut pada dokter.

Tindakan yang harus dilakukan bila ada salah satu saja tanda bahaya: Merujuk segera ke rumah sakit atau puskesmas.

2.1.5 Konsep Dasar KB

Menurut Mochtar, (2011). Konsep dasar KB dapat diklasifikasikan sebagai berikut:

1. Definisi

Keluarga Berencana (*family planning, planned parenthood*) adalah suatu usaha untuk menjarangkan atau merencanakan jumlah dan jarak kehamilan dengan memakai kontrasepsi. Kontrasepsi adalah cara, alat atau obat-obatan untuk mencegah terjadinya *fertilisasi* atau pembuahan.

2. Syarat

Menurut Mochtar dalam bukunya yang berjudul Sinopsis Obstetri (2011), kontrasepsi hendaknya memenuhi syarat-syarat sebagai berikut:

- 1) Aman pemakaiannya dan dapat dipercaya
- 2) Tidak ada efek samping
- 3) Lama kerjanya dapat diatur menurut keinginan
- 4) Tidak mengganggu hubungan seksual
- 5) Dapat diterima oleh suami istri.

3. Metode Kontrasepsi

1. Metode Amenorea Laktasi (MAL)

Metode Amenorea Laktasi (MAL) adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian ASI secara eksklusif, artinya hanya di berikan ASI tanpa tambahan makanan atau minuman apapun. Menurut Mochtar (2011), cara kerja MAL adalah dengan melakukan penekanan ovulasi. MAL dapat dipakai kontrasepsi apabila:

- a) Menyusui secara penuh
- b) Belum haid
- c) Umur bayi < 6 bulan
- d) Keefektifan MAL ini sampai 6 bulan, setelah 6 bulan harus dilanjutkan pemakaian metode kontrasepsi lainnya.

2. Metode keluarga berencana alamiah (kba)

Hal yang harus diperhatikan dalam menggunakan metode ini adalah ibu harus belajar mengetahui kapan masa suburnya berlangsung, efektif bila dipakai dengan tertib, tidak ada efek samping dan pasangan secara sukarela menghindari senggama pada masa subur ibu (Mochtar, 2011). Senggama dihindari pada masa subur yaitu dekat dengan pertengahan siklus haid atau terdapat tanda-tanda adanya kesuburan yaitu keluarnya lendir encer dari liang vagina untuk menghitung masa subur dipakai rumus siklus terpanjang dikurang 11, siklus terpendek dikurangi 18 dimana antara kedua waktu, senggama harus dihindari.

3. Metode suhu basal (msb)

Cara kerja metode ini adalah dengan mengukur suhu ibu pada waktu yang hampir sama setiap pagi (sebelum bangkit dari tempat tidur) dan catat suhu ibu pada kartu yang telah disediakan oleh instruktur KBA ibu. Pakailah catatan suhu pada kartu tersebut untuk 10 hari pertama pada siklus haid ibu untuk menentukan suhu tertinggi dari suhu yang "normal, rendah" (Mochtar, 2011). Abaikan suhu tinggi yang disebabkan oleh demam atau gangguan lain. Tarik garis pada $0,05^{\circ} - 0,1^{\circ} \text{ C}$ diatas suhu tertinggi dari suhu 10 hari tersebut.

Ini dinamakan garis pelindung atau garis suhu, dimana masa tak subur mulai pada sore setelah hari ketiga berturut-turut suhu berada diatas garis pelindung tersebut (Aturan Perubahan Suhu).

4. Metode senggama terputus

Senggama terputus adalah metode keluarga tradisional, dimana pria mengeluarkan alat kelaminnya (penis) dari wanita sebelum pria mencapai ejakulasi. Cara kerjanya adalah dengan mengeluarkan alat kelamin (penis) sebelum ejakulasi sehingga sperma tidak masuk kedalam vagina sehingga tidak ada pertemuan antara sperma dan ovum, dan kehamilan dapat dicegah.

5. Metode barrier

a) Kondom

Cara kerja kondom adalah dengan menghalangi terjadi pertemuan sperma dan sel telur dengan cara mengemas sperma diujung selubung karet yang dipasang pada penis sehingga sperma tersebut tidak tumpah kedalam saluran reproduksi wanita. Kontrasepsi ini juga dapat mencegah penularan Infeksi Menular Seksual (IMS) dari suatu pasangan ke pasangan lain.

b) Diafragma

Diafragma adalah kap berbentuk bulat cembung, terbuat dari lateks (karet) yang diinsersikan kedalam vagina sebelum berhubungan seksual dan menutup servik. Beberapa jenis dari diafragma adalah flat spring (flat metal band), coil spring (coiled wire) dan arching spring

(kombinasi metal spring). Cara kerja diafragma dengan menahan sperma agar tidak mendapatkan akses mencapai saluran alat reproduksi bagian atas (uterus dan tuba falopi) dan sebagai alat tempat spermisida.

6. Kontrasepsi hormonal

Berikut adalah metode kontrasepsi hormonal menurut Mochtar (2011):

a) Pil kombinasi (hormon estrogen dan progestin)

Jenis KB ini dapat dipakai oleh semua ibu usia reproduksi, baik yang sudah mempunyai anak maupun belum. Jenisnya ada Monofasik merupakan pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen/ progesterone (E/P) dalam dosis yang sama, dengan 7 tablet tanpa hormone aktif.

Cara kerja pil kombinasi adalah dengan menekan ovulasi, mencegah implantasi, lendir servik mengental sehingga sulit dilalui oleh sperma dan mengganggu pergerakan tuba sehingga transportasi telur dengan sendirinya akan terganggu pula.

b) Pil progestin

Terdiri dari jenis mini pil yang terdiri dari kemasan dengan isi 35 pil: 300 µg Levonorgestrel atau 350 µg noretindon. Kemasan dengan isi 28 pil : 75 µg desogestrel. Cara Kerja pil ini dengan menekan sekresi gondotropin dan sintesis steroid seks diovarium, oleh karena itu endometrium mengalami transformasi lebih awal sehingga implantasi lebih sulit.

c) Suntik kombinasi

Jenis suntikan kombinasi adalah 25 mg depo medroksiprogesteron asetat dan 5 mg estradiol sipionat yang diberikan injeksi IM (Intra Muskuler) sebulan sekali (Cyclofem) dan 50 mg Noretindon enantat dan 5 mg estradiol valerat yang diberikan injeksi IM sebulan sekali. Cara kerja dengan menekan ovulasi dan membuat lendir servik menjadi kental sehingga penetrasi sperma terganggu. Perubahan pada endometrium (atrofi) sehingga implantasi terganggu. Serta menghambat transportasi gamet terganggu. Efektivitas suntik kombinasi sangat tinggi yaitu (0,1 – 0,4 kehamilan per 100 perempuan) selama tahun pertama penggunaan.

d) Suntik progestin

Jenis suntik ini adalah depo medroksiprogesteron asetat (Depoprovera), mengandung 150 mg DMPA, yang diberikan setiap 3 bulan dengan cara disuntik intramuscular. Cara kerja suntik progestin dengan mencegah ovulasi dan mengentalkan lendir servik sehingga menurunkan kemampuan penetrasi sperma. Menjadikan selaput lendir rahim tipis dan atrofi serta menghambat transportasi gamet oleh tuba.

e) Implan

Jenis kontrasepsi implan terdiri dari norplant yang terdiri dari 6 batang silastik lembut berongga dengan panjang 2,4 cm, dengan diameter 2 mm, yang diisi dengan 36 mg

levonorgestrel dan lama kerjanya 5 tahun. Implanon terdiri dari satu batang putih lentur dengan panjang kira-kira 40 mm, dan diameter 2 mm, yang diisi dengan 68 mg 3-keto-desogestrel dan lama kerja 3 tahun dan jadena dan indoplan. Cara kerja mengubah lendir servik menjadi kental, mengganggu proses pembentukan endometrium sehingga sulit terjadi implantasi, mengurangi transportasi sperma dan menekan ovulasi.

7. AKDR (Alat Kontrasepsi Dalam Rahim)

AKDR merupakan alat yang dimasukkan ke dalam rahim perempuan. Cara kerja AKDR dengan menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba falopi dan mempengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai kavum uteri.

8. Kontrasepsi mantap

a) Tubektomi

Tubektomi adalah metode kontrasepsi yang tidak ingin anak lagi. Sangat efektif dan permanen serta memerlukan tindakan pembedahan yang aman dan sederhana. Mekanisme kerja tubektomi adalah dengan mengokulasi tuba fallopi (mengikat dan memotong atau memasang cicin), sehingga sperma tidak dapat bertemu ovum.

b) vasektomi

Vasektomi adalah metode kontrasepsi untuk lelaki yang tidak ingin punya anak lagi. Kontrasepsi ini efektif setelah 20 ejakulasi atau 3 bulan dan tidak ada efek samping jangka panjang. Vasektomi adalah prosedur klinik untuk

menghentikan kapasitas reproduksi pria dengan jalan melakukan oklusi vasdeferens sehingga alur transportasi sperma terhambat dan proses fertilisasi tidak terjadi.

2.1.6 KB Suntik 3 Bulan

Menurut Handayani, (2011). KB Suntik 3 Bulan dapat diklasifikasikan sebagai berikut:

1. Pengertian

Kontrasepsi suntikan adalah cara untuk mencegah terjadinya kehamilan melalui suntikan hormonal. Kontrasepsi suntik 3 bulan adalah alat kontrasepsi berupa cairan yang hanya berisi hormon progesterone dan disuntikkan kedalam tubuh wanita secara periodik yaitu 3 bulan sekali.

2. Indikasi

Aspek umum dari pemakai KB suntik 3 bulan antara lain: wanita yang menginginkan kontrasepsi lama yang sangat efektif, menginginkan metode yang bersifat pribadi dan tidak terkait dengan senggama, memerlukan kontrasepsi bebas estrogen sehingga tidak mengganggu proses laktasi (menyusui), serta bagi wanita yang tidak suka minum pil. KB suntik 3 bulan juga dapat diberikan pada akseptor yang memiliki penyakit sel sabit. Selain itu, KB jenis ini juga dapat diberikan pada akseptor yang memiliki riwayat maupun sedang menderita hipertensi.

3. Kontraindikasi

Kontrasepsi suntik 3 bulan tidak boleh diberikan pada ibu hamil atau diduga hamil, klien dengan perdarahan genital yang tidak diketahui penyebabnya, dan mengalami kesulitan dengan

penyuntikan. Selain itu, KB ini juga tidak boleh diberikan pada klien yang menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara serta pada akseptor dengan karsinoma traktus genitalis yang mengalami perdarahan abnormal uterus.

4. Mekanisme Kerja

Menurut Handayani (2011), mekanisme kerja KB suntik 3 bulan adalah sebagai berikut:

1. Menghalangi pengeluaran FSH dan LH sehingga tidak terjadi pelepasan ovum.
2. Mengentalkan lendir serviks sehingga spermatozoa akan sulit menembus serviks.
3. Membuat pergerakan peristaltik tuba fallopi untuk menghambat terjadinya konsepsi.
4. Mengubah suasana endometrium, sehingga tidak sempurna untuk terjadi implantasi hasil konsepsi.

5. Keuntungan dan Kekurangan

Kontrasepsi suntik 3 bulan memiliki beberapa keuntungan, antara lain: sangat efektif mencegah kehamilan jangka panjang, tidak berpengaruh pada hubungan suami istri dan tidak memiliki pengaruh terhadap produksi ASI. KB suntik 3 bulan juga dapat menurunkan kejadian penyakit jinak payudara serta dapat digunakan untuk usia >35 tahun sampai perimenopause.

Selain memiliki kelebihan, KB suntik 3 bulan juga memiliki kekurangan antara lain: gangguan siklus menstruasi, permasalahan berat badan, klien sangat tergantung pada tempat sarana pelayanan kesehatan. kontrasepsi suntik juga tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu sebelum tiba jadwal penyuntikan dan

tidak menjamin perlindungan terhadap penularan penyakit menular seksual, hepatitis B, atau virus HIV.

6. Waktu Penyuntikan

Suntik 3 bulan dapat diberikan pada saat-saat tertentu, yaitu: sedang menstruasi (sampai hari ke 7), bila tidak sedang menstruasi hari ke 8 atau lebih boleh disuntik, namun memakai perlindungan ganda (kondom) selama 2x24 jam. KB suntik 3 bulan juga dapat diberikan pada klien yang sedang menyusui (segera setelah nifas 6 minggu) dan bila tidak menyusui, suntikan bisa diberikan segera setelah nifas (6 minggu post partum).

2.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Komprehensif

Menurut Damayanti, (2014). Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Komprehensif dapat diklasifikasikan sebagai berikut:

1. Pengertian

Asuhan komprehensif atau berkesinambungan adalah pemberian layanan kesehatan tanpa batas kepada pasien, melalui layanan terintegrasi, koordinasi, dan tukar informasi antara pemberi asuhan yang berbeda.

Asuhan Kebidanan Komprehensif adalah suatu pemeriksaan yang dilakukan secara lengkap dengan adanya pemeriksaan laboratorium dan konseling.

Asuhan kebidanan komprehensif mencakup empat kegiatan Asuhan Kebidanan berkesinambungan diantaranya adalah Asuhan Kebidanan Kehamilan (Antenatal Care), Asuhan Kebidanan Persalinan (Intranatal Care), Asuhan Kebidanan Masa Nifas (Postnatal Care), dan

Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir (Neonatal Care) dan Asuhan Kebidanan pada Keluarga Berencana.

2. Tujuan

Tujuan Asuhan Kebidanan Komprehensif adalah melaksanakan pendekatan manajemen kebidanan pada kasus kehamilan persalinan dan nifas, sehingga dapat menurunkan atau menghilangkan angka kesakitan ibu dan anak.

3. Syarat Asuhan

Damayanti (2014), menguraikan syarat asuhan berkesinambungan, yaitu:

1. Kesiambungan manajemen. Merupakan pendekatan pengaturan kasus yang konsisten dan jelas, yang responsif dalam memenuhi kebutuhan klien. Manajemen juga melibatkan komunikasi berdasarkan fakta dan penilaian dalam tim, institusi pendidikan, dan batasan profesional kebidanan, serta antara pemberi pelayanan dan pasien. Manajer dalam asuhan berkesinambungan adalah bidan. Asuhan kebidanan berkesinambungan dapat dilakukan oleh 4 orang, dengan melibatkan mahasiswa kebidanan dan kader kesehatan.
2. Kesiambungan informasi. Semua tim yang terlibat dalam pemberian asuhan mempunyai informasi yang cukup tentang keadaan kliennya untuk dapat memberikan asuhan yang tepat. Informasi untuk klien, difokuskan pada ketersediaan waktu untuk memberikan informasi yang relevan (terkait asuhan yang diberikan). Semuanya penting, baik untuk para manajer (bidan) dan pasien.
3. Kesiambungan hubungan. Hubungan berarti "hubungan terapeutik" antara pasien dan tenaga kesehatan, sepanjang waktu. Hubungan personal yang tetap terjaga sepanjang waktu, dapat mempunyai efek

yang baik pada pasien dan hasil asuhannya. Untuk memenuhi kaidah ini, asuhan berkesinambungan hendaknya dilakukan oleh satu orang tenaga kesehatan yang sama.

2.3 Konsep Dasar Manajemen Kebidanan

Menurut Trisnawati, (2016). Konsep Dasar Manajemen Kebidanan dapat diklasifikasikan sebagai berikut:

1. Pengertian

Varney dalam buku Trisnawati (2016) menjelaskan bahwa prinsip manajemen kebidanan adalah pemecahan masalah sedangkan menurut Mufdlilah (2012) manajemen kebidanan adalah pendekatan yang dilakukan oleh bidan dalam menerapkan metode pemecahan masalah secara sistematis, mulai dari pengkajian, analisis data, diagnosa kebidanan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

2. Prinsip Proses Manajemen Kebidanan

Trisnawati (2016) menjelaskan bahwa dalam manajemen kebidanan, terdapat beberapa proses diantaranya:

1. Secara sistematis mengumpulkan dan memperbaharui data yang lengkap dan relevan dengan melakukan pengkajian yang komprehensif terhadap kesehatan setiap klien, termasuk mengumpulkan riwayat kesehatan dan pemeriksaan fisik.
2. Mengidentifikasi masalah dan membuat diagnose berdasarkan interpretasi data dasar.
3. Mengidentifikasi kebutuhan terhadap asuhan kesehatan dalam menyelesaikan masalah dan merumuskan tujuan asuhan kesehatan bersama klien.
4. Membuat rencana asuhan yang komprehensif bersama klien.

5. Secara pribadi bertanggung jawab terhadap implementasi rencana individu.
 6. Melakukan konsultasi, perencanaan dan melaksanakan manajemen dengan kolaborasi dan merujuk klien untuk mendapatkan asuhan selanjutnya.
 7. Melaksanakan manajemen terhadap komlikasi tertentu, dalam situasi darurat dan bila ada penyimpangan dari keadaan normal.
 8. Melakukan evaluasi bersama klien terhadap pencapaian asuhan kesehatan dan merevisi rencana asuhan sesuai dengan kebutuhan.
3. Langkah-langkah

Berikut adalah langkah-langkah dalam melakukan manajemen kebidanan menurut Varney dalam buku Trisnawati (2016):

1. Langkah I (pertama) : Pengumpulan data dasar
Langkah pertama merupakan awal yang akan menentukan langkah berikutnya. Mengumpulkan data adalah menghimpun informasi tentang klien/orang yang meminta asuhan. Teknik pengumpulan data ada tiga cara yaitu observasi, wawancara, pemeriksaan.
2. Langkah II (kedua) : Interpretasi data dasar
Pada langkah ini dilakukan identifikasi yang benar terhadap diagnosa atau masalah dan kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar terhadap data-data yang dikumpulkan.
3. Langkah III (ketiga) Mengidentifikasi diagnosa dan masalah potensial
Pada langkah ini identifikasi data dan masalah potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnose yang telah di identifikasi.
4. Langkah IV (keempat) mengidentifikasi dan menetapkan kebutuhan yang memerlukan penanganan segera Beberapa data menunjukkan

situasi emergensi dimana bidan perlu bertindak segera demi keselamatan ibu dan bayi, beberapa data menunjukkan situasi yang memerlukan tindakan segera sementara menunggu instruksi dokter. Bidan mengevaluasi situasi setiap pasien untuk menentukan asuhan pasien yang paling tepat.

5. Langkah V (kelima) merencanakan asuhan yang komprehensif

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh ditentukan oleh langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnose atau masalah yang telah diidentifikasi.pada langkah ini informasi atau data dasar yang tidak lengkap dilengkapi.

6. Langkah VI (keenam) Melaksanakan perencanaan dan penatalaksanaan

Pada langkah keenam ini direncanakan asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah ke 5 dilaksanakan secara efisien dan aman.

7. Langkah VII (ketujuh) Evaluasi

Pada langkah ke 7 ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi didalam masalah dan diagnosa.

2.4 Konsep Dasar Dokumentasi SOAP

Asuhan yang telah dilakukan harus dicatat secara benar, jelas, singkat, logis dalam suatu metode pendokumentasian (Mufdlilah, 2012). Menurut Varney, alur berpikir bidan saat merawat klien meliputi tujuh langkah agar orang lain mengetahui apa yang telah dilakukan bidan melalui proses

berfikir sistematis, dokumentasi dibuat dalam bentuk SOAP (Mufdlilah, 2012).

Berikut dokumentasi SOAP note yang mengacu pada Kepmenkes RI nomor 938/Menkes/VIII/2007 tentang standar asuhan kebidanan yang dikutip kembali oleh Endradita (2015):

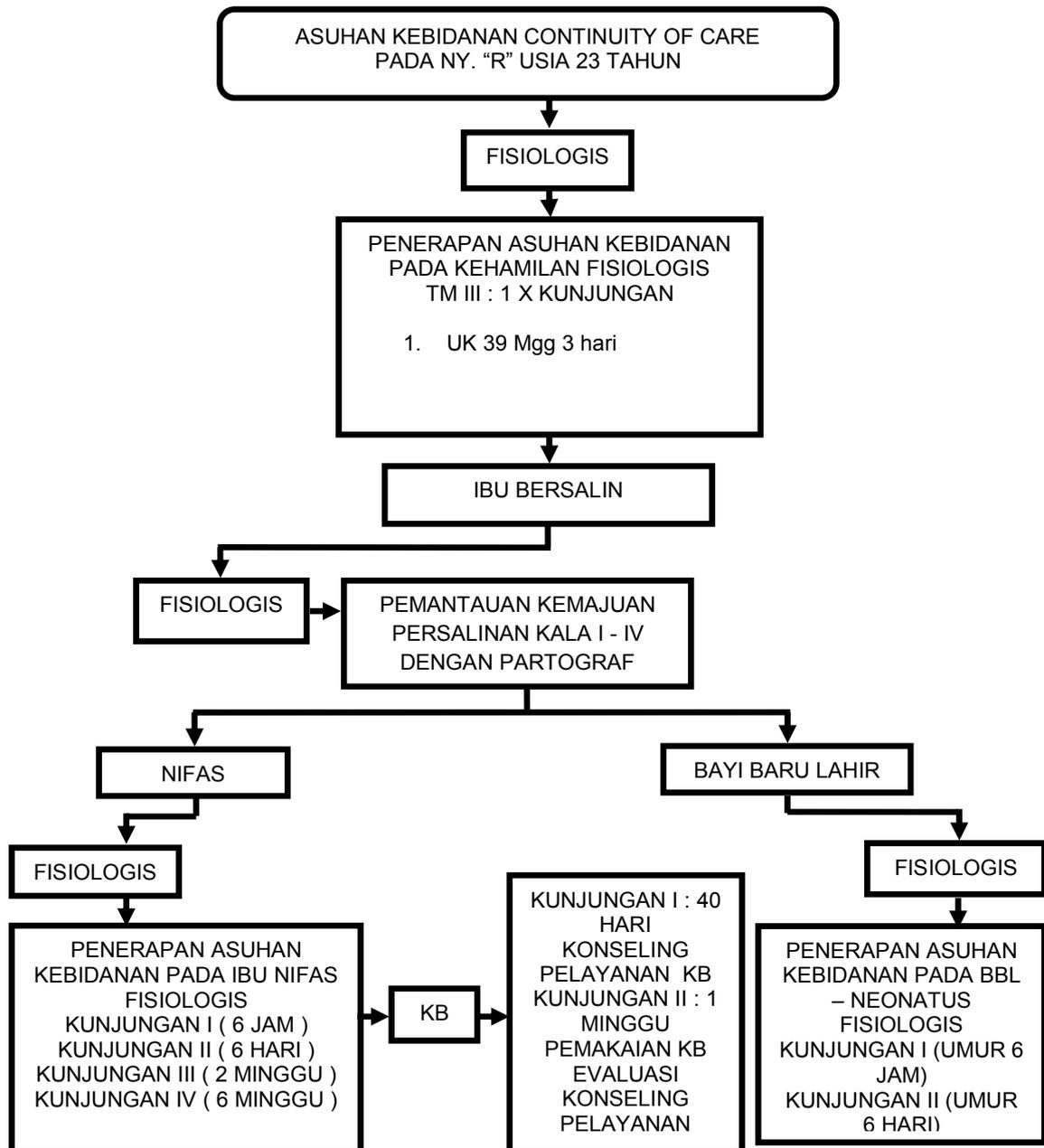
1. S adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesa auto anamnesa maupun allo anamnesa, sesuai keadaan klien.
2. O adalah data objektif, mencatat hasil pemeriksaan: fisik, laboratorium, dan penunjang, sesuai keadaan klien.
3. A adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan, berdasarkan data focus pada klien.
4. P adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan, seperti: tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/follow up dan rujukan.

BAB III

KERANGKA KONSEP (CONTINUITY OF CARE)

3.1 kerangka konsep kegiatan

Kerangka konsep dalam asuhan komprehensif adalah sebagai berikut:



Gambar 3. 1 Kerangka Konsep

Keterangan Gambar 3.1:



→ : Pengaruh

— : Hubungan

3.2 Penjelasan Kerangka Konsep Kegiatan

Berdasarkan gambar asuhan kebidanan komprehensif pada Ny “R” usia 23 tahun, asuhan kebidanan dilakukan dalam lingkup fisiologis dan dilaksanakan secara komprehensif dengan melakukan asuhan kehamilan sebanyak 1 kali kunjungan rumah. Kunjungan pertama dilakukan pada tanggal 26 Juni 2019, kemudian dilakukan asuhan persalinan normal di BPM pada usia kehamilan 39 minggu 3 hari. Asuhan nifas fisiologis dilakukan 2 jam pertama setelah persalinan dan tiga kali kunjungan rumah, sedangkan asuhan pada bayi baru lahir fisiologis dilakukan pada 6 jam pertama bayi lahir dan kunjungan rumah satu kali, selanjutnya asuhan Keluarga Berencana pada responden dilanjutkan pada hari ke 40 masa nifas.

BAB IV

LAPORAN PELAKSANAAN ASUHAN KEBIDANAN

4.1 Laporan Pelaksanaan Asuhan Kehamilan

4. Kunjungan 1 ANC

Tanggal : 26 Juni 2019
Waktu Pengkajian : 12.00 WIB
Tempat Pengkajian : Rumah Ny. "R"
Pengkaji : Silviawati

Data Subjektif

1. Keluhan Utama

Ibu mengatakan sudah merasakan adanya kontraksi dan keluar bercak-bercak kecoklatan divaginanya

Data Objektif

1. Pemeriksaan Umum

a. Keadaan Umum : Baik
a. Kesadaran : Composmentis
b. TTV
TD : 100/60 mmHg
Nadi : 82x/menit
RR : 22 x/menit
Suhu : 36,5⁰C
BB : 67 kg

2. Pemeriksaan Fisik

a. Muka : Tidak pucat, tidak odema
b. Mata : Sklera putih, konjungtiva merah muda

- c. Payudara : Tidak ada nyeri tekan dan colostrum sudah keluar.
- d. Abdomen : Tidak ada luka bekas operasi, tidak ada striae alba dan linea nigra, Leopold I: Teraba bulat, lunak dan tidak melenting (Bokong), TFU satu jari di bawah px (30cm), Leopold II: Di bagian kiri ibu teraba keras, datar seperti papan (PUKI), sebelah kanan ibu teraba bagian kecil dari ekstremitas jani, Leopold III: kepala sudah masuk PAP, Leopold IV: teraba 4/5 bagian janin, DJJ (+) 132x/menit, teratur, maksimal di sebelah kiri perut ibu bawah pusat, TBJ : $(30-12) \times 155 = 2.790$ gram
- e. Ekstremitas: Atas : Simetris, turgor kulit baik, tidak odema
Bawah : Simetris, turgor baik, tidak ada odem.

Analisa

Ny. "R" G₁P₀₀₀₀Ab₀₀₀ Usia 23 tahun Kehamilan 39 minggu 3 hari T/H/I dengan kehamilan fisiologis

Penatalaksanaan

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga. Ibu dan keluarga memahami dan mengetahui hasil pemeriksaan
2. Mengingat kembali KIE tanda-tanda persalinan, dan persiapan persalinan, Ibu menjelaskan kembali semua dengan baik
3. Menganjurkan ibu untuk ke bidan karena ibu ada lendir kecoklatan.

4.2 Laporan Pelaksanaan Asuhan Persalinan

Tanggal : 03 Juli 2019
Jam : 08.00 WIB
Tempat : BPM Anik Rohanjarwati
Pengkaji : Silviawati

IDENTITAS

Nama Klien	: Ny "R"	Nama Suami	: Tn "D"
Usia	: 23 Tahun	Usia	: 23 Tahun
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: SMK	Pendidikan	: SMP
Pekerjaan	: Swasta	Pekerjaan	: Swasta
Alamat	: Jl.Cemorokandang Rt.01/Rw.04 Kedungkandang, Pakis, Malang.		

KALA I

SUBYEKTIF

Ibu datang ke BPM dengan keluhan kencing - kencing sejak pukul 05.00 WIB tanggal 03-07-2019 pukul 08.30 WIB disertai keluar lendir bercampur darah pada jalan lahir.

OBYEKTIF

Keadaan Umum : baik
Tekanan Darah : 100/ 60 mmHg
Nadi : 84x/ menit
RR : 21x/ menit
BB sebelum hamil : 57 kg
BB sekarang : 67 kg

Pemeriksaan Fisik

- Muka : bersih, tidak pucat, tidak ada benjolan abnormal.
- Mata : sklera putih, konjungtiva merah muda, tidak ada oedema palpebrae.
- Dada dan payudara : tidak ada retraksi dinding dada, payudara simetris, puting susu menonjol, bersih, hiperpigmentasi areola mammae, colostrum (+).
- Genetalia : tidak ada odema dan varises, blood show (+).
- Anus : tidak ada hemoroid.
- Ekstremitas : tidak ada oedema dan tidak ada varises pada ekstremitas atas dan bawah.
- Abdomen : tidak ada luka bekas operasi, ada striae gravidarum. TFU: 30 cm. bagian fundus teraba bundar, kurang melenting (bokong janin), bagian kiri perut ibu teraba panjang, lurus, keras (puki), bagian bawah perut ibu teraba bundar, keras, melenting (letkep) dan sudah masuk PAP (divergen), kepala teraba 3/5 bagian.
- His 1.10', 35", DJJ (+) (150 x/menit).

Pemeriksaan Dalam

VT :Pembukaan 6 cm, penipisan 75%, ketuban (+), bagian terdahulu kepala, tidak ada bagian kecil disamping bagian terdahulu, bagian terendah UUK jam 12, hodge II, Molase 0

ANALISA

Ny. "R" Usia 23 Tahun G₁ P₀₀₀₀ Ab₀₀₀ dengan inpartu kala 1 fase aktif.

PENATALAKSANAAN:

1. Menyampaikan hasil pemeriksaan bahwa pembukaan sudah 6 cm, ibu memahami
2. Menganjurkan ibu untuk tidur posisi miring kiri, ibu mau miring kiri
3. Mengajarkan teknik relaksasi yang benar dengan cara tarik nafas dari hidung dan keluarkan melalui mulut, ibu mau melakukannya
4. Menganjurkan ibu untuk tidak meneran sebelum waktunya supaya jalan lahir tidak bengkak, ibu menarik nafas panjang saat ada his
5. Memantau DJJ setiap tidak ada his sudah dilakukan, hasil : +148x/menit
6. Memberi ibu makan dan minum,ibu makan 1 potong roti dan minum ±350 cc air putih
7. Menyiapkan partus set, heating set,resusitasi set dan semua alat sudah siap digunakan.
8. Melakukan observasi kemajuan persalinan, hasil:

Tabel 4.2.1 Lembar Observasi

Tanggal/ Jam	HIS	DJJ	Suhu	Nadi	TD	VT	Ket
03-07-2019/ 08.30 WIB	1.10', 40"	150x/i	36,5°C	84x/ i	100/60	v/v lendir darah, Ø 6 cm, eff 75%, ket +, kepala, tidak ada bagian kecil disamping bagian terdahulu, UUK, H II M ₀	-
03-07-2019/ 09.00 WIB	2.10', 40"	148x/i	-	84x/ i	-	-	-
03-07-2019/ 09.30 WIB	2.10', 40"	148x/i	-	84x/ i	-	-	-
03-07-2019/ 10.00 WIB	2.10', 42"	148x/i	-	85x/ i	-	-	-
03-07-2019/ 10.30 WIB	2.10', 42"	148x/i	36,6°C	85x/ i	-	-	-

03-07-2019/ 11.00 WIB	2.10', 40"	148x/i	-	84x/ i	-	-	-
03-07-2019/ 11.30 WIB	2.10', 40"	148x/i	-	84x/ i	-	-	-
03-07-2019/ 12.00 WIB	2.10', 42"	148x/i	-	85x/ i	-	-	-
03-07-2019/ 12.30 WIB	3.10', 42"	148x/i	-	85x/ i	-	-	-

LANJUTAN OBSERVASI FASE AKTIF

Tanggal : 03 Agustus 2019

Jam : 12.30 WIB

1. Subjektif

Ibu mengatakan ingin meneran.

2. Objektif

TTV :

TD : 100/60 mmHg

S : 36.5°C

Abdomen : Puki, Djj 141x/menit

Genetalia : VT tanggal 03 Agustus 2019 jam 12.30 WIB Ø 7cm,

Odema porsio, eff 75%, ketuban (-),Hodge 2, molase 0

Ekstremitas : Tidak oedema, tidak ada varises

3. Analisa

Ny "R" Usia 13 Tahun G1P0000Ab000 UK 39 minggu 3 hari T/H Letkep dengan Fase aktif.

4. Penatalaksanaan

1). Jam 12.30 WIB Menginformasikan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga, ibu dan keluarga memahami bahwa ibu dan bayi dalam keadaan baik, dan saat ini ibu sudah memasuki fase persalinan fase aktif.

- 2). Jam 12.40 WIB Memberitahu ibu bahwa pembukaan sudah 7, ibu mengetahui bahwa pembukaan sudah 7.
- 3). Jam 12.40 WIB Menganjurkan ibu untuk makan dan minum, agar ibu mempunyai tenaga untuk mengedan pada saat proses persalinan, ibu hanya mau minum air putih dan tidak mau makan karena his yang sudah semakin sering dan semakin sakit.
- 4). Jam 12.40 WIB Menganjurkan ibu untuk tidur miring kiri agar mempercepat pembukaan ke pembukaan 10 atau lengkap, ibu mengerti dan bersedia untuk berbaring ke arah kiri.
- 5). Jam 12.40 WIB Menganjurkan ibu untuk menarik nafas dan hembuskan melalui mulut jika kontraksi untuk mengurangi rasa sakit, ibu menarik nafas panjang setiap ada kontraksi.
- 6). Jam 12.40 WIB Memberitahukan pada ibu tidak boleh meneran sebelum pembukaan lengkap karena porsio ibu sudah bengkak dan akan menghalangi pembukaan, ibu spontan untuk meneran karena dorongan janin ke dasar panggul sehingga timbul odema porsio.
- 7). Jam 12.45 WIB Melakukan observasi : DJJ 30 menit , His dan TTV setiap 4 jam, suhu setiap 2 jam, hasil dalam batas normal.

LANJUTAN OBSERVASI FASE AKTIF

Tanggal : 03 Agustusl 2019

Jam : 16.30 WIB

1. Subjektif

Ibu mengatakan ingin meneran, dan ibu merasa lemas.

2. Objektif

TTV

TD : 120/70 mmHg

S : 36,5'C

Abdomen : Puki, Djj 136x/menit

Genetalia : VT tanggal 03 Agustus 2019 jam 16.30 WIB Ø 8cm,

Odema porsio, eff 75%, ketuban (-),Hodge 2, molase 0

Ekstremitas : Tidak oedema, tidak ada varises

3. Analisa

Ny "R" Usia 23 Tahun GIP0000Ab000 UK 39 minggu 3 hari T/H Letkep dengan Fase aktif.

4. Penatalaksanaan

- 1) Jam 16.30 WIB Menginformasikan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga, ibu dan keluarga memahami bahwa ibu Sudah memasuki pembukaan 8 namun setelah 4 jam di vt kembali pembukaan tetap 8, dan bidan berkonsultasi ke Dr.SPOG"K" supaya bisa lahir normal di PMB karena ibu dalam kondisi baik dan sehat. dan dr.SPOG"K" menyarankan untuk dilakukan pemantauan di PMB terlebih dahulu maka bidan melakukan pemasangan yaitu melalui cairan Infus dan obat oksitosin .
- 2) Jam 16.30 WIB Memberikan ibu dan keluarga inform consent, ibu sudah mengerti.
- 3) Jam 16.30 WIB Menganjurkan ibu untuk menarik nafas dan hembuskan melalui mulut jika kontraksi untuk mengurangi rasa sakit, ibu menarik nafas panjang terus menerus setiap kontraksi datang.
- 4) Jam 16.30 WIB Ibu di pasang infus RL, drip 2 ampl cintoxyin untuk penanganan pertama agar tenaga ibu tidak habis karena sudah terlalu lama mengalami kontraksi serta menghindarkan ibu dari perdarahan setelah di lakukan persalinan, ibu memahami dan bersedia untuk di infus.
- 5) Jam 16.40 WIB ibu sudah dipasangkan infus dan memulai melakukan obserfasi yang di lakukan selama tetes an tiap 15 menit sekali dalam tetesan 4,8,12,16,20,24,28,22,26,30.

KALA II**SUBYEKTIF**

Pukul 19.10 ibu mengatakan ada rasa ingin meneran seperti BAB.

OBJEKTIF

Keadaan umum : baik

Kesadaran : Composmentis

TTV : TD:120/70mmhg S: 36,6⁰C

N : 84x/menit RR: 22x/menit

Genetalia : perinium menonjol, vulva membuka, terdapat tekanan pada anus

VT :Terdapat pengeluaran lendir bercampur darah, Ø 10 cm, eff 100%, ketuban sudah pecah (jernih), bagian terdahulu kepala, tidak ada bagian kecil disamping bagian terdahulu, bagian terendah UUK, Molase 0, Hodge III+.

ANALISA

Ny "R" usia 23 tahun G₁P₀₀₀₀ Ab₀₀₀ dengan inpartu kala II.

PENATALAKSANAAN

1. Memastikan tanda gejala kala II (doran, teknus, perjol, vulka), sudah dilakukan
2. Mempersiapkan kelengkapan alat dan obat-obatan yang dibutuhkan, alat dan obat telah siap
3. Mengingatkan kembali cara mengejan yang benar, ibu bisa melakukannya

4. Memimpin ibu untuk meneran saat ada HIS dan istirahat jika his mereda, sudah dilakukan
5. Menganjurkan keluarga memberi makan dan minum saat his mereda, ibu minum ± 150 cc susu coklat
6. Mengobservasi DJJ saat his mereda, hasil: +144 x/menit
7. Menganjurkan keluarga memberikan rangsangan puting susu untuk merangsang kontraksi, kontraksi datang tiap 5 menit
8. Melakukan pertolongan sesuai standar APN, bayi lahir spontan, menangis kuat, bergerak aktif, lahir pukul 19.40 WIB, jenis kelamin perempuan, BB 4000 gram, PB 50 cm, tidak ada kelainan kongenital, Anus (+).
9. memotong tali pusat
10. Melakukan IMD dengan meletakkan bayi di atas perut ibu selama 1 jam, perut bayi menempel pada perut ibu dan bayi sudah mulai menemukannya, bayi merangkak naik menyusui dan menjilat-jilat kulit ibu, bayi belum bisa melekatkan mulutnya dengan baik.
11. Memastikan bayi tunggal.

KALA III

SUBYEKTIF

Ibu merasa lega dengan kelahiran bayinya dan sangat bersyukur karena bayinya sehat. Saat ini ibu mengatakan perutnya mules.

OBJEKTIF

Keadaan umum : Baik

Pemeriksaan fisik khusus

Abdomen :TFU setinggi pusat, uterus keras dan globuler.

Genitalia :terdapat semburan darah tiba-tiba, tali pusat memanjang.

ANALISA

P₁₀₀₁ Ab₀₀₀ dengan persalinan kala III

PENATALAKSANAAN

1. Menyuntikan oksitosin 10 ui/ IM, oksitosin sudah disuntikkan dengan benar di paha kiri ibu dan plasenta lahir.
2. Melakukan penegangan tali pusat pada tangan kanan, dan tangan kiri melakukan dorso kranial. lasenta lahir pukul 19.45 WIB.
3. Melakukan masase uterus 15 kali atau 15 detik, kontraksi baik, uterus teraba keras dan globuler
4. Memeriksa kelengkapan plasenta yaitu, diameter 6 cm panjang tali pusat 50 cm, pembuluh darah semakin menepi semakin mengecil, ketebalan 3 cm, jumlah kotiledon 21 dan selaput plasenta utuh.
5. Melakukan masase uterus 15 kali atau 15 detik, kontraksi baik, uterus teraba keras
6. Memeriksa adanya laserasi, terdapat laserasi derajat 2 pada mukosa vagina, kulit perineum dan otot perineum
7. Melakukan hecing perineum derajat 2 dan laserasi telah dijahit dengan benar
8. Estimasi jumlah pendarahan, darah yang keluar \pm 150 cc
9. Dekontaminasi alat dan membersihkan ibu, sudah dilakukan.

KALA IV**SUBYEKTIF**

Ibu mengatakan saat ini merasa kelelahan setelah mengeluarkan banyak tenaga saat proses persalinan.

OBJEKTIF

Keadaan umum : baik

TTV : TD:100/70mmhg

S: 36,6°C

N : 84x/menit

RR: 22x/menit

Pemeriksaan fisik khusus

Abdomen :TFU 2 jari bawah pusat, kontraksi baik, kandung kemih kosong.

Genetalia :Terdapat pengeluaran lochia rubra 1 pembalut penuh ±40 cc, terdapat jahitan pada perineum derajat 2.

ANALISA

P₁₀₀₁ Ab₀₀₀ dengan persalinan kala IV.

PENATALAKSANAAN

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga bahwa kondisi ibu saat ini dalam keadaan baik, ibu dan keluarga sangat bersyukur
2. Mengajarkan ibu cara menyusui yang benar dan menganjurkan ibu untuk memberikan ASI pada bayinya sesering mungkin.
3. Mengobservasi TFU, kontraksi, dan kandung kemih sudah dilakukan

4. Mengajarkan ibu dan keluarga untuk melakukan masase uterus dan menjelaskan tujuan, ibu dapat mengulangi dengan benar semua
5. Menganjurkan ibu untuk melakukan mobilisasi dengan miring kiri dan kanan jika tidak pusing ibu memahami
6. Melakukan kolaborasi dengan bidan dalam pemberian terapi oral, yaitu: amoxicillin 3x500 mg, asam mefenamat 3x500 mg dan vitamin A 2x200.000 iu. semua obat telah diterima ibu.

4.3 Laporan Pelaksanaan Asuhan BBL

a. Kunjungan BBL 16 Jam

Tanggal : 4 Juli 2019
Jam : 16.00 WIB
Tempat : Rumah responden
Pegkaji : Silviawati

Identitas bayi

Nama Bayi : By Ny "R"
Tanggal lahir : 03 Juli 2019
Jam : 04.00 WIB
Umur : 8 jam
Jenis kelamin : Perempuan
Anak ke : I (satu)

Identitas orang tua

Nama Ibu : Ny "R"	Nama Ayah : Tn "D"
Usia : 23 Tahun	Usia : 23 Tahun
Agama : Islam	Agama : Islam
Pendidikan : SMK	Pendidikan : SMP

Pekerjaan : Swasta Pekerjaan : Swasta
Alamat : Jl.Cemorokandang Rt.01/Rw.04 Kedungkandang, Pakis,
Malang.

SUBYEKTIF

Ibu mengatakan telah melahirkan anaknya yang pertama secara normal pada tanggal 03 Juli 2019 pukul 19.40 WIB langsung menangis, bergerak aktif, jenis kelamin perempuan, BB = 4.000 gram PB = 50 cm.

OBJEKTIF

Keadaan Umum : Baik
Kesadaran : Composmentis
TTV N : 134x/menit
S : 36,5°C
RR : 42x/menit

Laporan persalinan

Lahir : Normal
UK : 39 minggu
Hari/Tanggal : Rabu/ 03 Juli 2019
Jam : 19.40 WIB
Dibantu oleh : Bidan
Jenis kelamin : Perempuan
BB/ PB : 4.000 gram/ 50 cm
A – S : 7 – 9
LIKA/ LIDA : 35 cm/ 33 cm
Air ketuban : jernih
Saleb mata : sudah diberikan

BAK/BAB : sudah BAK 3x, dan BAB 1x.

Injeksi Hepatitis B : sudah diberikan

Pemeriksaan Antropometri

1. Sirkumferensia sub oksipito bregmatika = 33 cm
2. Sirkumferensia fronto oksipitalis = 35 cm
3. Sirkumferensia mento oksipitalis = 36 cm
4. Sirkumferensia submento bregmatika = 33 cm

Pemeriksaan fisik

Kepala :Tidak ada caput suscadaneum, tidak terdapat cephal hematoma

Muka :Tidak pucat, tidak oedema

Mata :Konjungtiva merah muda, sklera putih

Hidung :Tidak terdapat pernafasan cuping hidung, tidak ada secret

Mulut :Lidah bersih, tidak ada oral trush

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

Dada :Tidak terdapat retraksi dinding dada, tidak ada weezing, tidak ada ronkhi

Abdomen :Tidak ada tanda – tanda infeksi, tali pusat masih basah, tidak ada perdarahan tali pusat, tali pusat di bungkus kassa kering

Genitalia :Bersih, labia mayor menutupi labia minor

Ekstremitas :Atas :Simetris, tonus otot baik, gerakan aktif.

Bawah :Simetris, tonus otot baik, gerakan aktif.

Reflek

Reflek glabella :Baik

Reflek rooting :Baik

Reflek sucking :Baik

Reflek swallowing :Baik

Reflek grasping :Baik

Reflek babinsky :Baik

ANALISA

By Ny "R" Usia 8 jam dengan Bayi Baru Lahir Normal.

PENATALAKSANAAN.

1. Melakukan perawatan bayi baru lahir normal, meliputi:
 - a. Melakukan pemotongan tali pusat sudah dilakukan
 - b. melakukan pengukuran antropometri sudah dilakukan
 - c. Melakukan pencegahan hipotermi dengan mengganti selimut yang kering dan bersih, memakaikan baju, dan membedong bayi sudah dilakukan.
 - d. Melakukan perawatan tali pusat dengan membungkus dengan kassa kering dan steril sudah dilakukan.
 - e. Memberikan salep mata agar mencegah terjadinya infeksi pada mata dan vit k agar menjegah terjadinya perdarahan pada otak dan talipusat sudah dilakukan,
 - f. Memberikan imunisasi Hb nol sudah dilakukan supaya mencegah terjadinya penyakit hepatitis B.

2. Meletakkan bayi didekat ibu sudah dilakukan
3. Menganjurkan ibu untuk memberikan ASI pada bayinya sesering mungkin maksimal selang waktu 2 jam, ibu mau melakukan
4. Menganjurkan ibu untuk kontrol ulang 6 hari lagi pada tanggal 9 Juni 2019, ibu menyetujui.

b. Kunjungan BBL 6 Hari

Tanggal : 9 Juli 2019
Jam : 15.00 WIB
Tempat : Rumah Responden
Pengkaji : Silviawati

SUBYEKTIF

Ibu mengatakan bayinya sehat

OBJEKTIF

Keadaan umum : Baik
Kesadaran : Composmentis
TTV N : 140xmenit
S : 36,8°C
RR : 40x/menit
BB : 4.000 gram

Pemeriksaan Fisik

Muka : Tidak oedem, tidak pucat
Mata : Konjungtiva merah muda, sclera putih
Hidung : Bersih, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada sekret

- Mulut : Bersih, tidak ada oral thrush.
- Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid
- Dada : Tidak terdapat retraksi dinding dada, tidak ada wheezing, tidak ada ronkhi
- Abdomen : Tali pusat sudah lepas, tidak ada tanda– tanda perdarahan tali pusat.
- Genitalia : bayi memakai popok, bersih, tidak ada ruam popok
- Ekstremitas : Atas: Simetris, gerakan aktif, tonus otot baik.
Bawah: Simetris, gerakan aktif, tonus otot baik.

ANALISA

Bayi Ny “R” Usia 6 hari dengan Bayi Baru Lahir Normal.

PENATALAKSANAAN

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan bahwa bayinya dalam keadaan sehat, ibu memahami.
2. Menganjurkan ibu untuk memberikan ASI pada bayinya sesering mungkin maksimal selang waktu 2 jam, ibu mau melakukan.
3. Memberikan KIE tentang tanda bahaya pada bayi, seperti: kuning, muntah atau diare, tidak BAK tidak BAB, tidak mau menyusui, demam, ibu dapat menjelaskan kembali KIE secara sebagian.
4. Memberitahukan jadwal imunisasi selanjutnya pada bayi yakni imunisasi BCG dan polio 1 saat bayi berusia 1 bulan, ibu mengerti dan mau membawa bayinya ke BPM untuk imunisasi.

4.4 Laporan Pelaksanaan Asuhan Nifas

1. Kunjungan Nifas 6 -8 jam

Tanggal : 4 Juli 2019

Jam : 04.00 WIB
 Tempat : BPM Anik Rohanjarwati
 Oleh : Silviawati

IDENTITAS

Nama Klien : Ny "R"	Nama Suami : Tn "D"
Usia : 23 Tahun	Usia : 23 Tahun
Agama : Islam	Agama : Islam
Pendidikan : SMU	Pendidikan : SMP
Pekerjaan : Swasta	Pekerjaan : Swasta
Alamat : Jl. Raya cemorokandang RT.01/RW.04. Kedungkandang. Malang.	

SUBYEKTIF

Ibu mengatakan telah melahirkan bayinya peremuan yang pertama dengan berat lahir 4.000 gram, bayinya sehat, ASI sudah keluar, ibu sudah BAK belum BAB.

DATA OBYEKTIF

Keadaan Umum	: Baik		
Kesadaran	: Composmentis		
TTV	:TD	: 110/80 mmHg	N : 84x/menit
	S	: 36,5°C	RR: 22x/ menit

Pemeriksaan fisik

Muka : Tidak pucat, tidak odema, tidak ada cloasma gravidarum.
 Mata : konjungtiva merah muda, sklera putih.

- Leher :tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada bendungan vena jugularis.
- Dada :Simetris, tidak ada retraksi dinding dada, tidak ada wheezing, tidak ada ronki, payudara bersih hiperpigmentasi areola mammae, tidak ada nyeri tekan putting susu menonjol, ASI keluar
- Abdomen :TFU 3 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih kosong
- Genitalia :Bersih, lochea rubra ± 25 cc, perdarahan normal $\pm 1/2$ pembalut
- Anus :Tidak terdapat hemoroid
- Ekstremitas : Atas :Tidak oedem, turgor kulit baik
Bawah: Tidak oedem tidak ada varises, Turgor kulit baik

ANALISA

P₁₀₀₁ Ab₀₀₀ dengan 6 jam post partum fisiologis.

PENATALAKSANAAN

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan bahwa ibu dalam kondisi baik, ibu memahami.
2. Memantau TTV setiap 15 menit pada 1 jam pertama dan 30 menit pada 1 jam ke dua. TD = 110/80 mmHg, N = 82x/menit, S = 36,5°C.
3. Mengajarkan ibu dan keluarga cara mencegah pendarahan dengan cara massase fundus yang benar, ibu dan keluarga memahami serta mau melakukan.
4. Membantu ibu memberikan ASI pada bayi, ibu merasa nyaman dan bayi dapat menyusu dengan baik.

5. Memastikan ibu sudah bisa BAK, ibu sudah BAK.
6. Mengajarkan ibu untuk menjaga kehangatan bayinya dengan cara memeluk bayi serta menyelimuti bayi, ibu memahami.
7. Melakukan estimasi jumlah pendarahan, pendarahan setengah softex
8. KIE :
 - b) Mengajarkan ibu untuk makan dan minum agar kondisi ibu lebih sehat setelah proses persalinan, ibu makan 1 bungkus nasi lauk ayam.
 - c) Mengajarkan ibu untuk menjaga kebersihan jalan lahir dengan cara ganti softex jika terasa lembab agar tidak terjadi infeksi, ibu mau melakukan.
 - d) Mengajarkan ibu untuk sesering mungkin menyusui bayinya, ibu dapat melakukan dengan baik
 - e) Mengajarkan ibu untuk mobilisasi yaitu miring kiri dan kanan jika tidak pusing duduk dan dilanjutkan berjalan jika tidak pusing, ibu bisa melakukan.

2. Kunjungan Nifas 6 Hari

Tanggal : 10 Juli 2018
Jam : 15.00 WIB
Tempat : Rumah responden
Oleh : Silviawati

SUBYEKTIF

Ibu mengeluh bekas jahitannya masih sakit setelah mengalami persalinan dan sudah 6 hari

OBJEKTIF

Keadaan Umum : Baik
Kesadaran : Composmentis
TTV :TD : 120/80 mmHg
N : 82x/menit
S : 36,7°c
RR : 22x/menit

Pemeriksaan fisik

Muka :Tidak pucat, tidak odema.
Mata : Konjungtiva merah muda, sklera putih, dan sebagian sclera merah .
Leher :Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada bendungan vena jugularis.
Dada :Tidak ada retraksi dinding dada, tidak ada whezing, tidak ada ronkhi, tidak ada nyeri tekan, putting susu menonjol, ada pengeluaran ASI.
Abdomen :Tidak ada luka bekas operasi, TFU setinggi pertengahan pusat simfisis, kandung kemih kosong
Genitalia : Lochea sanguilenta
Anus :Tidak terdapat hemoroid
Ekstremitas :Atas :Tidak oedem turgor kulit baik
Bawah :Sedikit oedema, turgor kulit baik

ANALISA

P₁₀₀₁ Ab₀₀₀ Post partum hari ke 6 fisiologis

PENATALAKSANAAN

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan pada ibu untuk tidak khawatir dengan kondisinya saat ini, ibu mau mengerti dengan kondisinya saat ini.
2. Menjelaskan bahwa bekas jahitan yang dialami ibu dikarenakan bekas robekan saat melahirkan anaknya, ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan.
3. Menganjurkan ibu untuk makan untuk tidak takut makan dengan memakan makanan sayur-sayuran, ikan laut, daging dan lain-lain, agar jahitannya suaya cepat kering, ibu mengerti dan mau melakukan anjuran yang diberikan.
4. Mengajarkan ibu gerakan senam nifas untuk mengencangkan otot dan mempercepat involusi uteri, ibu dapat mengulang dengan benar semua.
5. Mengajarkan cara perawatan bayi baru lahir, ibu kooperatif
6. Memberikan KIE:
 - a) Tanda bahaya masa nifas, seperti bengkak pada muka dan ekstremitas, kepala pusing disertai pandangan kabur, payudara merah, bengkak terasa panas, dan lain-lain. Ibu dapat menjelaskan KIE secara sebagian.
 - b) Makan makanan yang bergizi, seperti: sayur, buah, ikan dan tidak takut makan serta minum air putih minimal 12 gelas/ hari. Ibu mau melakukan.
 - c) Menjaga kebersihan vulva hygien dan personal hygien agar tidak terjadi infeksi, ibu memahami.

7. Menjadwalkan kunjungan ulang 1 minggu lagi, yakni tanggal 17 Juni 2019 dan ibu menyepakati.

c. Kunjungan Nifas 2 Minggu

Tanggal : 17 Juli 2019
Jam : 13.00 WIB
Tempat : Rumah responden
Oleh : Silviawati

SUBYEKTIF

Ibu mengatakan tidak memiliki keluhan, dan jahitannya sudah baik

OBJEKTIF

Keadaan Umum : Baik
Kesadaran : Composmentis
TTV : TD : 120/80 mmHg
N : 80x/menit
S : 36,5°C
RR : 20x/menit

Pemeriksaan fisik

Muka : Tidak pucat, tidak odema.
Mata : Konjungtiva merah muda, sklera putih.
Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada bendungan vena jugularis.
Dada : Tidak ada retraksi dinding dada, tidak ada wheezing, tidak ada ronkhi, tidak ada nyeri tekan, putting susu menonjol, ASI keluar lancar.

Abdomen :Tidak ada luka bekas operasi, TFU tidak teraba, kandung kemih kosong

Genitalia :Bersih, lochea serosa, perdarahan normal 1/4 softex

Anus :Tidak terdapat hemoroid

Ekstremitas :Atas :Tidak oedem, turgor kulit baik.

Bawah:Tidak oedem, turgor kulit baik.

ANALISA

P₁₀₀₁ Ab₀₀₀ 2 Minggu post partum fisiologis

PENATALAKSANAAN

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan bahwa ibu dalam kondisi baik, ibu memahami
2. Mengingatkan ibu untuk tetap rutin menyusui bayinya, ibu memahami.
3. Menganjurkan ibu untuk menjemur bayinya dipagi hari pukul 07.00-08 pagi selama 15-30 menit, ibu memahami.
4. Menjadwalkan kunjungan ulang 1 bulan lagi, yakni tanggal 14 Agustus 2019 dan ibu menyepakati

d. Kunjungan Nifas 6 Minggu

Tanggal : 14 Agustus 2019

Jam : 13.00 WIB

Tempat : Rumah responden

Oleh : Silviawati

SUBYEKTIF

Ibu mengatakan saat ini tidak ada keluhan.

OBJEKTIF

Keadaan Umum : Baik
Kesadaran : Composmentis
TTV TD : 120/80 mmHg
N : 81x/menit
S : 36,5°c
RR : 24x/menit

Pemeriksaan fisik

Muka : Tidak pucat, tidak oedem,
Mata : Konjungtiva merah muda, sklera putih
Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada
bendungan vena jugularis
Dada : Tidak ada retraksi dinding dada, tidak ada weezing, tidak
ada ronkhi, tidak ada nyeri tekan, puting susu menonjol,
ASI keluar lancar.
Abdomen : Tidak ada luka bekas operasi, TFU tidak teraba, kandung
kemih kosong
Genitalia : Bersih, lochea Alba, perdarahan normal satu softex tidak
penuh
Ekstremitas : Atas : Tidak oedem, turgor kulit baik
Bawah : Tidak oedem, turgor kulit baik

ANALISA

P₁₀₀₁ Ab₀₀₀ 6 Minggu post partum fisiologis

PENATALAKSANAAN

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan bahwa ibu dalam kondisi baik, ibu memahami
2. Memberikan konseling tentang macam-macam alat kontrasepsi serta indikasi dan kontraindikasi untuk membantu ibu memilih alat kontrasepsi yang tepat, ibu dan suami telah memutuskan memakai kb suntik 3 bulan
3. Menjelaskan bahwa ibu sudah melewati masa nifas dan ibu boleh kembali melakukan hubungan seksual apabila ibu sudah siap, ibu mengerti.
4. Menjadwalkan rencana pemakaian Kb dan ibu berencana mulai memakai Kb suntik pada tanggal 08/08/2019 di BPM Anik Rohanarwati Amd.Keb

4.5 Laporan Pelaksanaan Asuhan KB

Kunjungan KB I

Hari/ tgl : Kamis, 8 Agustus 2019
 Waktu : 19.00 WIB
 Tempat : Di BPM Anik Rohanjarwati
 Oleh : Silviawati

1. Subjektif

Ibu mengatakan ingin menggunakan KB suntik 3 bulan .

2. objektif

KU : baik
 Kesadaran : composmentis

TTV :

TD : 120/80 mmHg

Suhu : 36,5 'C

Nadi : 83x/menit

RR : 23x/menit

Pemeriksaan fisik :

Muka : tidak pucat, tidak odema

Mata : conjungtiva merah muda, sclera putih

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

Dada : tidak ada retraksi dinding dada

Ketiak : tidak ada pembesaran kelenjar

Payudara : tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan abnormal

Abdomen : Tidak ada luka bekas operasi, TFU sudah tidak teraba, kandung kemih kosong.

Genetalia : terdapat lochea Alba sedikit di softex.

Ekstremitas : tidak ada odema, tidak ada varises

3. Analisa

Ny "R" usia 23 tahun P1001 Ab000 6 minggu postpartum dengan KB suntik 3 bulan baru.

4. Penatalaksanaan

- 1) Menginformasikan pada ibu hasil pemeriksaan, ibu mengerti dan menerima hasil pemeriksaan dalam batas normal.

- 2) Memberitahukan kembali pada ibu kinerja, kelebihan serta kekurangan dari KB yang ibu pilih, ibu memahaminya kelebihan serta kekurangan KB dan dapat menjawab dengan baik jika pertanyaan di ulangi pada ibu.
- 3) Menjelaskan efek samping yang terjadi saat ibu menggunakan KB suntik 3 bulan, ibu memahami dan mengetahui efek samping dari KB 3 bulan tersebut.
- 4) Memberitahukan pada ibu bahwa setelah penyuntikan ibu tidak diperbolehkan melakukan senggama dahulu selama 1 minggu, ibu memahami dan tidak akan melakukan senggama selama 1 minggu.
- 5) Menjelaskan pada ibu jenis KB 3 bulan ada 2 jenis yaitu depoprogestin banyaknya 3cc dan Neo banyaknya 1cc, sehingga ibu dapat memilih sesuai dengan keinginan ibu, ibu memahami dan memilih jenis Neo banyak 1 cc.
- 6) Memberitahukan pada ibu bahwa ibu bisa melakukan suntik KB pertama ke bidan, ibu memahami dan melakukan suntik pada tanggal 8 Agustus 2019 pukul 19.00 WIB di bidan.

Kunjungan KB 2

Tanggal : 13 Agustus 2019

Jam : 14.00 WIB

Tempat : Rumah Ny. "R"

Oleh : Silviawati

IDENTITAS

Nama Klien : Ny "R"

Nama Suami : Tn "D"

Usia : 23 Tahun

Usia : 23 Tahun

Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: SMK	Pendidikan	: SMP
Pekerjaan	: Swasta	Pekerjaan	: Swasta
Alamat	:Jl. Raya cemorokandang RT.01/RW.04. Kedungkandang. Malang.		

SUBYEKTIF

Ibu mengatakan kondisinya sehat, bisa beraktifitas dengan bebas dan tidak memiliki keluhan apapun dan saat ini ibu ingin menggunakan KB suntik 3 bulan.

OBJEKTIF

Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

TTV TD : 120/80 mmHg

N : 80x/menit

S : 36,5°C

RR : 22x/menit

Pemeriksaan Khusus

Muka :Tidak pucat, tidak oedem, tidak ada cloasma gravidarum

Mata :Konjungtiva merah muda, sclera putih

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

Dada :Simetris, tidak ada retraksi dinding dada, tidak ada whezing, tidak ada ronky

Abdomen :tidak teraba balletemen (-)

Ekstremitas :Atas:Tidak oedem, turgor kulit baik.

Bawah:Tidak oedem, tidak ada varises, Turgor kulit baik.

ANALISA

Ny "R" P₁₀₀₁ Ab₀₀₀ dengan calon Akseptor KB suntik 3 Bulan.

PENATALAKSANAAN

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan ibu dalam kondisi baik, ibu memahami.
2. Mengingatkan kepada ibu tentang efek samping KB yaitu berat badan bertambah, haid tidak teratur agar ibu tetap tenang jika mengalami efek-efek tersebut, ibu memahami.
3. Menyarankan pada ibu untuk menggunakan KB alami
4. Mengoleskan kapas alkohol sebagai antiseptik, menyuntikkan Neo dengan dosis 1 cc pada sepertiga SIAS secara IM, telah dilakukan tindakan sesuai prosedur, sudah dilakukan.
5. Memberitahukan kepada ibu apabila sewaktu-waktu ada keluhan segera kontrol ke tenaga kesehatan.
6. Menjadwalkan kunjungan ulang KB 3 bulan lagi yaitu tanggal 3 November 2019

BAB V

PEMBAHASAN

Seorang wanita dalam kehidupannya akan melewati beberapa periode yang diharapkan berjalan normal dan lancar. Oleh sebab itu dilakukan asuhan kebidanan continuity of care pada ibu hamil sampai Keluarga Berencana pada Ny "R" di BPM Anik Rohanjarwati Malang dan didapatkan hasil sebagai berikut:

5.1 Pembahasan Asuhan Kehamilan

Mochtar (2011) menyebutkan bahwa masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin (40 minggu atau 9 bulan 10 hari). Kehamilan dibagi dalam 3 triwulan yaitu triwulan pertama dimulai dari konsepsi sampai 3 bulan, triwulan kedua dari bulan ke empat sampai 6 bulan, dan triwulan ketiga dari bulan ke tujuh sampai 9 bulan (Trisnawati, 2016).

Asuhan kebidanan selama kehamilan pada penelitian ini dimulai sejak trimester III dengan melakukan kunjungan rumah sebanyak 4 kali. Kunjungan pertama dilakukan pengkajian menggunakan pola pikir varney dan pendokumentasian dalam bentuk SOAP note dengan tujuan mendapatkan data serta riwayat lengkap dari ibu, sedangkan pada kunjungan kedua dan seterusnya dilakukan pengkajian keluhan ibu selama hamil serta perkembangan janin dalam rahim dengan hasil pengkajian yang didokumentasikan dalam bentuk SOAP note seperti pada kunjungan pertama.

Pengkajian kehamilan ditemukan bahwa ibu memiliki skor KSPR 2 yang artinya ibu mengalami kehamilan dengan resiko rendah, skor ini didapat dari skor awal ibu hamil. Menurut Rochjati (2012), kehamilan resiko rendah merupakan kehamilan tanpa masalah atau faktor resiko,

fisiologis dan kemungkinan besar diikuti oleh persalinan normal dengan ibu dan bayi hidup sehat.

Selama dilakukan kunjungan kehamilan, ditemukan beberapa masalah, diantaranya: Nyeri pada punggung. Nyeri pada punggung dikeluhkan ibu pada kunjungan pertama dan kedua. Keluhan Nyeri punggung yang kadang dialami ibu adalah hal yang normal terjadi pada kehamilan tua. Hal ini sesuai dengan pendapat Mochtar (2011) bahwa ketidaknyaman berupa nyeri punggung pada kehamilan TM III adalah hal yang normal terjadi karena semakin membesarnya uterus dan turunnya kepala janin sehingga akan menekan tulang bagian belakang.

Menurut Megasari (2015) standar ANC untuk ibu hamil terdiri atas 14 T, yaitu: timbang berat badan, ukur tekanan darah, ukur tinggi fundus uteri (TFU), imunisasi tetanus toxoid (TT) yang berfungsi untuk mencegah terjadinya tetanus pada ibu dan resiko terjadi tetanus neonatorum pada bayi, pemberian tablet Fe (minimal 90 tablet selama kehamilan), pemeriksaan Hemoglobin (Hb) yang bertujuan untuk mengetahui kadar Hb dalam darah, Hb normal pada ibu hamil yaitu > 11 gr%, pemeriksaan protein, pengambilan darah untuk pemeriksaan VDRL (*Veneral Disease Research Lab*), pemeriksaan urine reduksi, perawatan payudara, senam hamil, pemberian obat malaria, pemberian kapsul minyak beryodium, dan temu wicara. Kunjungan asuhan kehamilan pada penelitian ini hanya meliputi pemeriksaan 6 T, yaitu: mengukur BB, mengukur TD, LILA, TFU, senam hamil dan temu wicara. Asuhan saat kunjungan hanya dilakukan 6 T saja karena disesuaikan dengan indikasi yang ada, permintaan pasien dan menyesuaikan terhadap ketersediaan alat pemeriksaan. Tindakan seperti pemberian tablet fe, imunisasi TT, pemeriksaan Hb dan VDRL hanya bisa dilakukan di BPM, Puskesmas, atau di Rumah Sakit karena

adanya alat yang lengkap dan siap untuk digunakan, sedangkan pemeriksaan urin reduksi, pemberian obat malaria dan kapsul minyak beryodium tidak dilakukan karena ibu tidak memiliki indikasi untuk menerima tindakan. Maka dari itu, pada kasus ini terdapat kesenjangan antara teori dan praktik, karena menurut teori yang sudah dijelaskan asuhan standar kebidanan yang benar dilakukan dengan menggunakan 14T.

Selama hamil, berat badan ibu naik 9 kg dimulai dari awal kehamilan sampai dengan usia kehamilan 37 minggu. Berdasarkan perhitungan IMT (Indeks Masa Tubuh) yang merupakan alat untuk menentukan golongan berat badan sehat dan tidak sehat, IMT membandingkan berat badan dengan tinggi badan, di hitung dengan membagi berat badan dalam kilogram dan tinggi badan dalam meter kuadrat (Sharon, 2012). Menurut Sharon (2012), mengitung IMT yaitu tinggi badan kuadrat: $1,47 \times 1,47 = 2,13$ kemudian dibagi angka berat badan dengan hasil kuadrat tinggi badan: $49 / 2,13 = 23,00$. Telah di cantumkan berat badan dalam katagori IMT adalah: Kurus: ($<19,8 \text{ kg/m}^2$), Normal: ($19,8-26 \text{ kg/m}^2$), Lebih: ($26-29 \text{ kg/m}^2$), Obesitas: ($>29 \text{ kg/m}^2$). Berdasarkan hasil perhitungan IMT, kenaikan berat badan ibu termasuk dalam kategori normal. Menurut Sharon (2012), bagi ibu yang mempunyai berat badan normal sebelum hamil, dan dengan hasil IMT antara $19,8-26 \text{ kg/m}^2$, disarankan untuk menaikkan berat badan sebesar 9,5-16 kg selama kehamilan. Ibu mengalami kenaikan BB normal karena ditinjau dari pola nutrisi ibu selama hamil sangat baik, dan tidak ada masalah mengenai pola makan setiap hari selama kehamilan, dengan asupan nutrisi yang baik akan memberikan kesehatan kepada ibu dan meningkatkan proses

perkembangan janin, serta persiapan tenaga ibu untuk menghadapi persalinan.

Ukuran LILA normal pada ibu hamil adalah $\geq 23,5$ cm (Depkes RI, 2012). Menurut Depkes RI (2012), mengukur LILA atau Lingkar Lengan Atas dilakukan untuk mengetahui status gizi ibu yang berhubungan dengan pertumbuhan janin. Hasil pengukuran LILA pada ibu adalah 26 cm, angka ini menunjukkan besar LILA ibu dalam batas normal.

Hasil pengukuran Tinggi Fundus Uteri pada ibu saat usia kehamilannya 30 minggu adalah 23 cm. Ukuran TFU saat usia kehamilan masuk 31 minggu adalah 25 cm, hasil pemeriksaan ini tidak sesuai dengan teori yang disebutkan Mochtar (2011) bahwa ukuran TFU normal pada kehamilan 31 minggu adalah 31 cm, begitu juga hasil pengkajian TFU pada usia kehamilan 32 dan 34 minggu yang menunjukkan ketidak sesuaian dengan teori. Hasil pengukuran TFU pada usia kehamilan 32 dan 34 minggu adalah 26 cm dan 27 cm, sedangkan menurut Mochtar (2011), normal TFU pada usia 32 dan 34 minggu adalah 30,5-31 cm.

Berdasarkan data-data yang terkumpul dari anamnesa, pemeriksaan fisik, pemeriksaan khusus kebidanan secara inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perkusi tidak ditemukan adanya masalah. Selama melaksanakan asuhan antenatal, semua asuhan yang diberikan dapat terlaksana dengan baik, keadaan ibu normal, suami dan keluarga sangat kooperatif, sehingga tidak kesulitan dalam pemberian asuhan kebidanan.

5.2 Pembahasan Asuhan Persalinan

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (Janin dan plasenta) cukup bulan yang dapat hidup dari dalam uterus melalui vagina atau melalui jalan lain ke dunia luar baik dengan bantuan maupun tanpa

bantuan (kekuatan sendiri) (Kuswanti dan Fitria, 2014). Menurut Kuswanti dan Fitria (2014), persalinan dibagi menjadi 4 tahapan, yaitu: kala I (pembukaan), kala II (pengeluaran), kala III (pelepasan plasenta) dan kala IV (pemantauan).

Berdasarkan hasil anamnesa tanggal 03 Juli 2019, didapatkan Ny. "R" datang ke bidan dengan keluhan kenceng-kenceng yang sudah teratur sejak pukul 05:00 WIB, sudah keluar lendir campur darah dan air ketuban utuh. Ibu datang ke PMB pukul 08:30 WIB, pembukaan 6 cm, penurunan kepala 3/5, ketuban utuh, porsio lunak, Serviks lunak, blood show ada dan kontraksi 1 kali dalam 10 menit lamanya 40 detik. pukul 12.30 WIB kemudian dilakukan pemeriksaan ulang atas indikasi pecahnya ketuban secara spontan, hasil: pembukaan 7 cm, penurunan kepala 2/5, ketuban pecah jernih, porsio lunak, blood show ada, kontraksi 2 kali dalam 10 menit lamanya 42 detik. Puku 16.30 WIB kemudian dilakukan pemeriksaan, hasil: pembukaan 8 cm, penurunan kepala 2/5, ketuban pecah jernih, porsio lunak, blood show ada, kontraksi 3 kali dalam 10 menit lamanya 42 detik. dan bidan mengonsultasikan kembali kedokter SPOG"K" dengan terjadinya kala satu memanjang dan ibu sudah melebihi garis waspada dengan pembukaan masih belum lengkap, adanya his adekuat kekuatan ibu masih membaik dan suhu $36,5^{\circ}\text{C}$ dan dokter SPOG"K" menyarankan untuk bidan menginjeksi secara IV dengan caitan RL dan obat oksitosin yang di lakukan pemasangan pukul 16.40 WIB dan dilakukan observasi selama 15 menit sekali untuk menentukan beberapa tetes yang akan diberikan kepada ibu dan observasinya mulai dari tetesan 4,8,12,18,22,26,30. Hal tersebut sesuai oksitosin diberikan dengan menggunakan protokol dosis rendah (1-4 Mu/menit) atau dosis tinggi (6-40 Mu/menit) awalnya hanya variasi protokol dosis rendah yang digunakan di Amerika serikat, kemudian

dilakukan percobaan dengan membandingkan dosis tinggi, dan hasilnya kedua regimen tersebut tetap digunakan untuk induksi dan augmentasi persalinan karena tidak ada regimen yang lebih baik daripada terapi yang lain untuk mempendek waktu persalinan (Cunningham, 2013). Karena infus RL dan oksitosin membantu merangsang adanya kontraksi dan penurunan janin. Pukul 19.10 WIB kemudian ibu mengeluh ada dorongan kuat untuk meneran seperti orang BAB, kemudian dilakukan pemeriksaan dalam kembali dan didapatkan hasil kemajuan persalinan normal: pembukaan serviks sudah 10 cm, penurunan kepala 1/5, hodge III+.

Kala I fase aktif ibu berlangsung 10 jam, menurut teori yang ada, fase aktif berlangsung selama 7 jam, dalam hal ini terjadi kesenjangan antara teori dan praktik dan berdasarkan pemantauan melalui patograf didapatkan hasil bahwa pemantauan persalinan ibu melewati garis waspada Fase-fase tersebut di jumpai pada primigravida. Pada multigravida terjadi demikian namun fase laten dan fase aktif terjadi dalam waktu yang lebih pendek. Mekanisme membukanya serviks berbeda antara primigravida dengan multigravida. Kala I persalinan pada primigravida berlangsung kira-kira 13 jam dan pada multigravida kira-kira 7 jam (Kuswanti, 2014).

Faktor yang mempengaruhi saat persalinan normal menurut Kuswanti dan Fitria (2014) yaitu, Passage (jalan lahir), yang harus dilewati oleh janin terdiri dari rongga panggul, dasar panggul, serviks dan vagina, yang kedua Power (kekuatan) atau tenaga untuk melahirkan yang terdiri dari his atau kontraksi uterus dan tenaga meneran dari ibu, yang ketiga Passenger (penopang) yang terdiri dari janin dan plasenta, dan Psyche (Psikologis) untuk mempersiapkan diri agar ibu tidak cemas dan takut untuk menghadapi persalinan, sehingga tidak ada masalah yang dapat terjadi. Saat melalui persalinan kala I dalam waktu normal karena dilihat

dari power atau kekuatan ibu, mengontrol nafas dengan teknik relaksasi sangat baik, klien sangat kooperatif, dan mengikuti apa yang disarankan oleh bidan, yaitu banyak jalan, miring kiri, duduk jongkok, dan posisi menungging supaya kepala janin cepat turun serta mempercepat proses pembukaan sampai lengkap, dari psikologi ibu sendiri, terlihat cemas dan takut untuk menghadapi persalinannya, akan tetapi dalam hal ini bidan memberikan pengarahan terhadap klien untuk tenang, sabar dan berdoa agar persalinannya berjalan dengan lancar.

Kala II ibu berlangsung 30 menit. bayi lahir spontan belakang kepala dengan berat lahir 4.000 gram dan panjang badan 50 cm, A-S bayi 7-9. Menurut Kuswanti dan Fitria (2014), pada primigravida kala II berlangsung rata-rata 1,5 jam dan pada multigravida rata-rata 0,5 jam. Asuhan yang diberikan segera setelah bayi lahir pada kala II adalah melakukan IMD. Menurut Wulandari dan Sri (2011), IMD memiliki manfaat penting baik untuk ibu maupun bayi, salah satunya adalah meningkatkan jalinan kasih sayang antara ibu dan bayi, menjaga kehangatan bayi serta merangsang produksi ASI.

Kala III berlangsung selama 20 menit setelah bayi lahir. Menurut Kuswanti dan Fitria (2014), Kala III dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta, yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit, dengan demikian kala III, tidak ada kesenjangan antara teori dan praktik. Asuhan yang diberikan pada tahap ini yaitu melakukan manajemen aktif kala III dan pada jam 19.50 WIB plasenta lahir lengkap, diameter 6 cm panjang tali pusat 50 cm, pembuluh darah semakin menepi semakin mengecil, ketebalan 3 cm, jumlah kotiledon 21 dan selaput plasenta utuh. Kemudian melakukan massase dan kontraksi uterus baik, memeriksa adanya

laserasi, ibu terdapat laserasi derajat 2 sehingga pada penatalaksanaan dilakukan penjahitan perineum derajat 2 dengan anastesi. Hal tersebut sesuai antara berat badan bayi baru lahir dengan kejadian ruptur perineum, dimana semakin besar berat badan bayi baru lahir semakin tinggi tingkat ruptur perineum, hal ini sesuai dengan pendapat (verney 2008) menyatakan bahwa ruptur perineum disebabkan oleh berat badan bayi yang besar. memeriksa estimasi pendarahan, total darah yang keluar pada kala III \pm 150 cc, kemudian dilakukan dekontaminasi alat, tempat persalinan dan membersihkan ibu.

Kala IV dimulai dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam post partum, dan harus dilakukan observasi dengan alasan perdarahan post partum paling sering terjadi pada 2 jam pertama (Kuswanti dan Fitria, 2014). Pemeriksaan atau observasi yang dilakukan adalah pemeriksaan TD, nadi, pernafasan, suhu, kontraksi rahim, perdarahan yang mungkin terjadi, dari luka episiotomi, perlukaan pada serviks, cek kandung kemih, apabila kandung kemih penuh, segera kosongkan, karena dapat mengganggu kontraksi rahim (Kuswanti dan Fitria, 2014). Hasil observasi yang dilakukan pada kala IV diantaranya: TTV batas normal 100/ 70mmHg, suhu 36,6 °C, TFU setelah plasenta lahir 2 jari di bawah pusat, kontraksi uterus baik, keras, lochea rubra, pengeluaran darah selama kala IV \pm 30 cc, dalam hal ini kala IV yang dilakukan tidak ada kesenjangan teori dan praktik, dan berdasarkan hasil pengkajian mulai dari persalinan kala I, II, III dan IV tidak ada penyulit maupun komplikasi

5.3 Pembahasan Asuhan BBL

Bayi baru lahir adalah bayi yang baru lahir selama satu jam pertama kelahiran (Marmi dan Kuku, 2015). Menurut M. Sholeh Kosim dalam buku karya Marmi dan Kuku (2015), *neonatus* atau bayi baru lahir adalah bayi baru lahir normal dengan umur kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dan berat badan lahir 2500 gram sampai 4000 gram.

Selain memberikan kunjungan pada ibu dalam masa kehamilan dan persalinan serta nifas, bidan juga melakukan kunjungan bayi baru lahir (Marmi dan Kuku, 2015). Pemberian asuhan pada bayi baru lahir bertujuan untuk meningkatkan akses neonatal terhadap pelayanan kesehatan dasar dan mengetahui sedini mungkin bila terjadi kelainan pada bayi (Marmi dan Kuku, 2015).

Kunjungan bayi baru lahir pada bayi Ny. "R" dilakukan sebanyak 2 kali, yakni pada usia 6-8 jam dan saat bayi berusia 6 hari. Selama kunjungan pada bayi tidak ditemukan adanya masalah.

Pemantauan berat badan bayi selama 1 bulan mengalami kenaikan menjadi 4.700 gram dari berat lahir, bayi lahir dengan berat badan 4.000 gram. Menurut Nanny (2011), berat badan normal bayi selama 1 bulan – 3 bulan berat normalnya bertambah 700 gram per 4 minggu, dengan demikian kenaikan berat badan bayi sudah sesuai dengan usianya. Kenaikan berat badan bayi ditentukan oleh asupan nutrisi yang diterima dan nutrisi yang paling baik pada usia 0-6 bulan adalah ASI eksklusif.

Berdasarkan hasil pemeriksaan selama 2 kali kunjungan, bayi tidak mempunyai gejala yang menunjukkan tanda bahaya bayi baru lahir. Tanda bahaya yang dimaksud meliputi: bayi tidak mau menyusu, kejang, sesak nafas, pusar kemerahan, bayi kelihatan kuning dan terlihat lemah tidak seaktif biasanya (Nanny, 2011). Semua hasil pemeriksaan selama

kunjungan dalam batas normal karena ibu sangat kooperatif dalam setiap pemberian asuhan kebidanan yang diberikan kepada bayinya.

5.4 Pembahasan Asuhan Nifas

Masa nifas (*puerperium*) adalah masa setelah keluarnya plasenta sampai alat-alat reproduksi pulih seperti sebelum hamil dan secara normal masa nifas berlangsung selama 6 minggu atau 40 hari (Wulandari dan Sri, 2011). Dalam hal ini dilakukan kunjungan nifas untuk menilai status ibu dan bayi baru lahir untuk mencegah, mendeteksi serta menangani masalah-masalah yang terjadi.

Sesuai kebijakan program nasional Asuhan Kebidanan masa nifas pada Ny "R" P₁₀₀₁, asuhan dilakukan sebanyak 4 kali kunjungan yaitu 6 jam, 6 hari, 2 minggu, dan 6 minggu. Kunjungan I pada 6 jam post partum didapatkan hasil TFU 2 jari di bawah pusat, kontraksi uterus baik, dan kandung kemih kosong. Menurut teori asuhan masa nifas yang dikemukakan oleh Sulistyawati (2012) hasil TFU pada klien masih dalam normal, karena rahim berkontraksi dengan baik, sehingga tidak ada kesenjangan dengan teori. Uterus secara berangsur-angsur akan menjadi kecil, sehingga akhirnya kembali seperti saat sebelum hamil. Saat dilakukan proses menyusui, kolostrum belum keluar dan bayi belum bisa menyusu dengan baik. Menurut Wulandari dan Sri (2011), lochea normal setelah melahirkan yaitu lochea rubra, yang berisi darah segar sisa – sisa selaput ketuban, dan berdasarkan hasil pemeriksaan didapat ibu mengeluarkan lochea rubra, sehingga dalam hal ini tidak ada kesenjangan antara teori dan di lapangan. Pemeriksaan lochea ini dilakukan untuk mengetahui adanya infeksi dan untuk memantau pengeluaran lochea secara normal.

Kunjungan ke II masa nifas dilakukan pada 6 hari post partum, yaitu untuk menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal, memastikan ibu cukup makanan, cairan, istirahat, dan memastikan ibu menyusui dengan baik. Hasil pemeriksaan, Ibu mengeluh nyeri jahitan. Saat dilakukan pengkajian keluhan ibu tidak disertai dengan keluhan lain seperti pusing maupun pandangan kabur sehingga keluhan yang ibu alami masih masuk kategori normal. Menurut Wulandari dan Sri (2011), salah satu tanda bahaya masa nifas adalah bengkak pada muka, ekstremitas dan disertai kepala pusing serta pandangan kabur yang merupakan tanda pre eklamsi. Hasil pemeriksaan TFU pada kunjungan kedua yaitu antara pusat-sympisis, dan kontraksi uterus baik, menurut teori Wulandari dan Sri (2011) pada 6 hari post partum, TFU normal berada pada pertengahan pusat dan sympisis. Pada pemeriksaan genetalia didapatkan pengeluaran lochea sanguinolenta yang berwarna merah kuning, menurut teori mengenai lochea pada 6 hari post partum, pengeluaran lochea ibu dalam batas normal (Wulandari dan Sri, 2011). Selain itu, luka jahitan perineum ibu sudah bagus dan kering, pengeluaran ASI sudah Lancar dan ibu menyusui bayinya dengan baik sesuai kebutuhan bayi.

Kunjungan ke III dilakukan pada 2 minggu post partum, yaitu untuk menilai keadaan ibu dan bayi dalam keadaan baik dan normal, serta mengevaluasi keluhan yang dirasa saat kunjungan ke II, nyeri jahitan. Hasil pengkajian didapatkan nyeri jahitan sudah tidak nyeri dan saat ini ibu tidak memiliki keluhan, hasil pemeriksaan TFU ibu sudah tidak teraba sehingga pada penatalaksanaan ibu hanya menerima konseling untuk tetap menjaga pola nutrisi yang seimbang, memperbanyak makan sayur-sayuran, daging, telur, ikan, perbanyak minum air putih, pola aktivitas dikurangi dan pola

istirahat yang teratur dan anjuran menjaga kebersihan personal hygien dan vulva hygien.

Kunjungan ke IV pada 6 minggu post partum merupakan kelanjutan pemantauan keadaan ibu dan bayi dari kunjungan sebelumnya (Wulandari dan Sri, 2011). Tindakan yang dilakukan pada kunjungan keempat adalah melakukan konseling tentang jenis atau metode keluarga berencana dimana bidan menjelaskan kembali tentang masa subur serta melanjutkan melakukan hubungan seksual setelah persalinan (Wulandari dan Sri, 2011).

5.5 Pembahasan Asuhan KB

Keluarga Berencana (*family planning, planned parenthood*) adalah suatu usaha untuk menjarangkan atau merencanakan jumlah dan jarak kehamilan dengan memakai kontrasepsi (Mochtar, 2011). Kontrasepsi adalah cara, alat atau obat-obatan untuk mencegah terjadinya *fertilisasi* atau pembuahan (Mochtar, 2011).

Asuhan keluarga berencana pada Ny. "R" dilakukan 1 minggu sebelum masa post partum karena sebelumnya ibu telah di berikan konseling tentang macam-macam KB dan ibu telah memutuskan bersama suami untuk menggunakan KB Suntik 3 bulan karena selain menyusui, saat ini ibu juga tidak sedang haid dan tidak hamil. Menurut Mochtar (2011) waktu penggunaan KB suntik setelah melahirkan yaitu 6 minggu paska salin, dan pada waktu haid yaitu hari pertama sampai hari kelima masa haid.

Ibu diberikan konseling kembali mengenai efek samping KB yaitu berat badan bertambah atau menurun dan haid yang tidak teratur. Menurut Mochtar (2011) efek samping Kb suntik 3 bulan adalah meningkat atau menurunnya berat badan, gangguan haid (*amenorea*) dan bila terjadi

kehamilan maka dihentikan pemberian suntik Kb 3 bulan, perdarahan dan bila pendarahan terus berlanjut maka klien dianjurkan untuk mengganti kontrasepsi lain.

Berdasarkan pengkajian ulang yang dilakukan, ibu dan suami telah mantap menggunakan Kb suntik 3 bulan dan pada hasil pemeriksaan menunjukkan bahwa ibu sudah dipastikan tidak hamil karena baru saja selesai masa nifas dan ibu menyusui bayinya secara eksklusif sehingga dalam hal ini ibu dapat segera memakai kontrasepsi jenis KB suntik 3 bulan.

Ibu diberikan suntikan Kb di 1/3 SIAS melalui prosedur penyuntikan yang benar, yakni: melakukan tindakan aseptik saat memasukkan obat, menentukan area penyuntikan, melakukan antiseptik pada area penyuntikan menggunakan kapas alkohol dan menyuntikkan Kb secara IM. Selanjutnya ibu dijadwalkan untuk melakukan kunjungan ulang tiga bulan lagi yakni tanggal 3 November 2019. Menurut Mochtar (2011), kunjungan ulang Kb suntik dapat dilakukan 90 hari dari jadwal suntik sebelumnya, dengan demikian semua asuhan yang diberikan pada ibu sudah sesuai dengan teori.

Evaluasi terhadap KB dilakukan 1 minggu setelah pemakaian kontrasepsi. Hasil evaluasi didapatkan bahwa Ibu tidak ada keluhan, hanya saja nafsu makan ibu bertambah naik, hal ini normal terjadi karena salah satu dari efek samping hormonal dari pemakaian KB suntik, setelah itu ibu diberitahukan agar tidak telat untuk melakukan kunjungan suntik ulang, supaya KB yang digunakan tidak ada masalah dan dapat berjalan dengan hasil yang normal.

BAB VI

PENUTUP

6.1 Kesimpulan

Setelah melaksanakan pengkajian, mendiagnosa, merencanakan, melaksanakan, mengevaluasi dan pendokumentasian selama hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir serta Keluarga Berencana pada Ny. "R" usia 23 tahun, penulis memberikan kesimpulan sebagai berikut:

1. Asuhan kehamilan dilakukan sebanyak 4 kali kunjungan dan didapatkan kesenjangan antara teori dan praktik yaitu standar 14T tidak dilaksanakan sepenuhnya, dan yang dilakukan sekitar 13T dan yang tidak dilakukan yaitu Terapi malaria. didapati bahwa kehamilan berjalan secara fisiologis dan termasuk dalam kehamilan resiko rendah dengan skor KSPR 2. kehamilan berakhir dan persalinan diawali pada usia 39 minggu 3 hari.
2. Proses persalinan ibu dari kala I 10 jam, kala II 30 menit, kala III 20 menit, sampai kala IV berlangsung selama 2 jam berlangsung dengan normal, lancar dan tidak terjadi perdarahan yang abnormal.
3. Asuhan masa nifas ibu dilakukan sebanyak 4 kali kunjungan dan selama kunjungan tidak ditemukan tanda patologis, semua berjalan normal hanya pada saat kunjungan nifas kedua ibu mengeluh bengkak pada kaki tanpa disertai keluhan lain dan saat evaluasi kunjungan ketiga, masalah sudah teratasi.
4. Asuhan BBL dilakukan dengan 2 kali kunjungan dan selama kunjungan tidak didapat bayi mengalami ruam popok namun masalah tersebut sudah teratasi saat dilakukan evaluasi kunjungan berikutnya.

5. Kunjungan Kb dilakukan setelah masa nifas dan ibu telah memilih menggunakan KB suntik 3 bulan. Berdasarkan pengkajian dan pemeriksaan, ibu dapat segera memakai Kb.dengan usia masa nifas 6 minggu setelah melahirkan.

6.2 Saran

6.2.1 Bagi Tempat Peneliti

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

6.2.2 Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan dapat meningkatkan kualitas pendidikan bagi mahasiswa dengan penyediaan fasilitas sarana seperti di perbolehkan meminjam alat jangka panggul untuk di bawa ke rumah pasien supaya mahasiswa tidak kesulitan dan prasarana yang mendukung peningkatan kompetensi mahasiswa sehingga dapat menghasilkan bidan yang berkualitas.

6.2.3 Bagi Pasien

Pasien memiliki kesadaran pentingnya melakukan pemeriksaan kehamilan agar keadaan kehamilannya dapat terpantau secara teratur sehingga akan merasa lebih yakin dan nyaman karena mendapatkan gambaran tentang pentingnya pengawasan pada saat hamil, bersalin, nifas, dan bayi baru lahir dan KB.

6..4 Peneliti Selanjutnya

Sebagai referensi atau dasar pemikiran untuk penelitian selanjutnya. Khususnya meneliti tentang Asuhan Kebidanan mulai dari

kehamilan, persalinan, Nifas, BBL, hingga KB sehingga membantu penulis dalam proses penelitian.

DAFTAR PUSTAKA

- Astuti, Puji. 2012. Buku Ajaran Asuhan Kebidanan I (Kehamilan). Yogyakarta: Rohima Press.
- Arkandi, Indi dan Wiwiek Setya Winahju. 2015. Analisis Faktor Risiko Kematian Ibu dan Kematian Bayi dengan Pendekatan Regresi Poisson Bivariat di Provinsi Jawa Timur Tahun 2013. Diakses pada tanggal 14 Maret 2018 pukul 15:00 WIB. Dari <https://media.neliti.com/media/publications/15669-ID-analisis-faktor-kematian-ibu-dan-bayi-dengan-pendekatan-regresi.pdf>.
- Damayanti, Putri dkk. 2014. Buku Ajar Asuhan Kebidanan Komperhensif Pada Ibu Bersalin Dan Bayi Baru Lahir. Yogyakarta : Deepublish.
- Dewi, Vivian Nanny Lia dan Tri Sunarsih. 2011. Asuhan Kehamilan Untuk Kebidanan. Jakarta: Salemba Medika.
- Dinkes Jatim. 2017. Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2016. Diakses pada tanggal 14 Maret 2018 pukul 13:30 WIB. Dari <http://www.depkes.go.id/download/profil-kes-prov-jatim-jatim.pdf>.
- _____. 2015. Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2015. Diakses pada tanggal 17 Maret 2018 pukul 10:30 WIB. Dari http://www.depkes.go.id/download/PROFIL_KES_PROVINSI_2015/15_Jatim_2015.pdf.
- Dinkes Kab Malang. 2016. Profil Kesehatan Kota Malang Tahun 2015. Diakses pada tanggal 14 Maret 2018 pukul 14:50 WIB. Dari <http://www.depkes.go.id/download/profil-kes-Malang-jatim.pdf>.

Endradita, Galih. 2015. Kepmenkes RI No. 938 Tahun 2007 Tentang Standar Asuhan Kebidanan. Diakses pada tanggal 04 Maret 2018 pukul 06:47 WIB. Dari <https://www.galihendra.files.wordpress.com/2015/03/kmk-no-938-2007-ttg-standar-asuhan-kebidanan.pdf>.

Handayani, Sri. 2011. Buku Ajar Pelayanan Keluarga Berencana. Yogyakarta: Pustaka Rihama.

Kemenkes RI. 2017. Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2016. Diakses pada tanggal 14 Maret 2018 pukul 13:40 WIB. Dari <http://www.depkes.go.id/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia-2016.pdf>.

Kuswanti, Ina dan Fitria Melina. 2014. ASKEB II Persalinan. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.//.mn3

Marmi dan Kukuh Rahardjo. 2015. Asuhan Neonatus, Bayi, Balita, dan Anak Prasekolah. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.

Megasari, Miratu., dkk. 2015. Panduan Belajar Asuhan Kebidanan 1. Yogyakarta : Deepublish.

Melasari, Nur. 2014. Panduan Lengkap dan Komplet Praktikum Kebidanan. Yogyakarta: D-Medika.

Mochtar, Rustam. 2011. Sinopsis Obstetri. Jakarta: EGC.

Mufdililah., Asri, Hidayat., Ima, Kharimaturrahman. 2012. Konsep Kebidanan. Yogyakarta : Nuha Madika.

Nanny, Vivian. 2011. Asuhan Neonatus Bayi Dan Anak Balita. Jakarta: Salemba Medika.

Riskesdas (Riset Kesehatan Dasar). 2013. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian RI Tahun 2013. Diakses pada tanggal 17 Maret 2018 pukul 10:35 WIB. Dari

<http://www.depkes.go.id/resources/download/general/hasilriskesdas2013.pdf>.

Rochjati, Poedji. *Skrining Antenatal pada Ibu Hamil*. 2011. Surabaya: University Press.

Trisnawati, Frica. 2016. *Pengantar Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Prestasi Pustaka.

Walyani, S, Elisabeth., Endang, Purwoastuti. 2015. *Asuhan Kebidanan Persalinan & Bayi Baru Lahir*. Yogyakarta : Pustaka Baru Press.

WHO. 2014. *World Health Statistics 2014*. Diakses pada tanggal 14 Maret 2018 pukul 14:58 WIB. Dari

<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112738/9789240692671.pdf>.

Wulandari, Setyo Retno dan Sri Handayani. 2011. *Asuhan Kebidanan Ibu Masa Nifas*. Yogyakarta: Gosyen Publishi

Lampiran 2: Biodata Ibu

Nomor Registrasi Ibu	:	463
Nomor Urut di Kohort Ibu	:	18
Tanggal menerima buku KIA	:	20-12-2018
Nama & No. Telp. Tenaga Kesehatan:	:	B. Anik

IDENTITAS KELUARGA	
Nama Ibu	: ROICHARULJANAH
Tempat/Tgl. lahir	: 22-5-1996 / 23 th
Kehamilan ke	: 1 Anak terakhir umur: tahun
Agama	: Islam
Pendidikan	: Tidak Sekolah/SD/SMP <u>SMU</u> /Akademi/Perguruan Tinggi*
Golongan Darah	: -
Pekerjaan	: Swasta
No. JKN	: Ada (BRJS)

Nama Suami	: DANANG CITRA YUDITIRA
Tempat/Tgl. lahir	: 23 th
Agama	: Islam
Pendidikan	: Tidak Sekolah/SD/SMP <u>SMU</u> /Akademi/Perguruan Tinggi*
Golongan Darah	: -
Pekerjaan	: Supir

Alamat Rumah	: Cemoro Kandang RT 01 RW 01
Kecamatan	: Kedung Kandang
Kabupaten/Kota	: Malang
No. Telp. yang bisa dihubungi	: 083834942867

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

* Lingkari yang sesuai

iv

Lampiran 4: Informed Consent



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

WIDYAGAMA HUSADA

SK MENDIKNAS RI NOMOR 130/D/0/2007

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

SURAT PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

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

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

Saya mengerti bahwa catatan mengenai data penelitian ini akan dirahasiakan. Informasi mengenai identitas saya tidak akan ditulis pada instrumen penelitian dan akan disimpan secara terpisah serta terjamin kerahasiaannya.

Saya mengerti saya berhak menolak untuk berperan atau mengundurkan diri dari penelitian setiap saat tanpa adanya sanksi atau kehilangan hak-hak saya.

Saya telah diberi kesempatan untuk bertanya mengenai peran serta saya dalam penelitian ini, dan telah dijawab serta dijelaskan secara memuaskan. Saya secara sukarela dan sadar menyatakan bersedia berperan serta dengan menandatangani Surat Persetujuan Menjadi Subyek Penelitian.

Malang,

Mahasiswa,


(.....Siliawati.....)

Subyek Penelitian,


ROICHATUN JAHANI

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

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

Telp : (0341) 408150 Fax : (0341) 471277

Website : www.widyagamahusada.ac.id

Lampiran 8: Surat pengantar LTA



YAYASAN PEMBINA PENDIDIKAN INDONESIA WIDYAGAMA MALANG (YPPiWM)
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKES)

WIDYAGAMA HUSADA

SK MENDIKNAS RI NOMOR: 130/D/0/2007

Program Studi : * D-3 Kebidanan * S-1 Kesehatan Lingkungan * S-1 Ilmu Keperawatan * Profesi Ners

Nomor : 101/A-2/STIKES/III/2019
Lampiran : 1 (satu) lembar
Perihal : **Permohonan Ijin Memberikan Asuhan Kebidanan**

Kepada Yth. : BPM Ngadillah,Amd.Keb

Di –

Malang

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

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

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

Malang, 14 Maret 2019
Keprosid DIII Kebidanan,

Yanjar Angelia P.S.SiT.,M.Kes
NDP.2003-05
K E B I D A N

Patograf

CATATAN PERSALINAN

1. Tanggal : 02.07.2020
2. Nama bidan : Anit. Eka Yuriani
3. Tempat Persalinan :
 - Rumah Ibu Puskesmas
 - Polindes Rumah Sakit
 - Klinik Swasta Lainnya : Rumah Bidan
4. Alamat tempat persalinan : Jl. Angkadesa
5. Catatan : rujuk kala I / II / III / IV
6. Alasan merujuk :
7. Tempat rujukan :
8. Pendamping pada saat merujuk :
 - Bidan Teman
 - Suami Dukun
 - Keluarga Tidak ada

KALA I

9. Partogram melewati garis waspada (Y) T
10. Masalah lain, sebutkan :
11. Penatalaksanaan masalah tsb :
12. Hasilnya :

KALA II

13. Episiotomi :
 - Ya, indikasi
 - Tidak
14. Pendamping pada saat persalinan
 - Suami Teman Tidak ada
 - Keluarga Dukun
15. Gawat Janin :
 - Ya, tindakan yang dilakukan
 - a.
 - b.
 - c.
 - Tidak
16. Distosia bahu :
 - Ya, tindakan yang dilakukan
 - a.
 - b.
 - c.
 - Tidak
17. Masalah lain, sebutkan :
18. Penatalaksanaan masalah tersebut :
19. Hasilnya :

KALA III

20. Lama kala III : 5 menit
21. Pemberian Oksitosin 10 U im ?
 - Ya, waktu : menit sesudah persalinan
 - Tidak, alasan
22. Pemberian ulang Oksitosin (2x) ?
 - Ya, alasan
 - Tidak
23. Penanganan tali pusat terkendali ?
 - Ya,
 - Tidak, alasan

PEMANTAUAN PERSALINAN KALA IV

Jam Ke	Waktu	Tekanan darah	Nadi	Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Perdarahan
1	10-10	100/70	80	36 cm	1 jari di Pusat	Baik	Kurang 1/2 70 cc
	20-05	100/70	80	36 cm	1 jari di Pusat	Baik	Kurang 1/2 70 cc
	30-10	100/70	80	36 cm	1 jari di Pusat	Baik	Kurang 1/2 70 cc
	40-35	100/70	80	36 cm	1 jari di Pusat	Baik	Kurang 1/2 70 cc
2	1-05	100/80	80	36 cm	2 jari di Pusat	Baik	Kurang 1/2 70 cc
	21-35	100/80	80	36 cm	2 jari di Pusat	Baik	Kurang 1/2 70 cc

- Masalah kala IV :
- Penatalaksanaan masalah tersebut :
- Hasilnya :

24. Masase fundus uteri ?
 - Ya,
 - Tidak, alasan
 25. Plasenta lahir lengkap (intact) Tidak
Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan :
 - a.
 - b.
 26. Plasenta tidak lahir > 30 menit : Ya Tidak
 - Ya, tindakan :
 - a.
 - b.
 - c.
 - Tidak
 27. Laserasi :
 - Ya, dimana
 - Tidak
 28. Jika laserasi perineum, derajat : 1 2 / 3 / 4
Tindakan :
 - Perjahitan, dengan / tanpa anestesi
 - Tidak dijahit, alasan
 29. Atoni uteri :
 - Ya, tindakan
 - a.
 - b.
 - c.
 - Tidak
 30. Jumlah perdarahan : 150 ml
 31. Masalah lain, sebutkan :
 32. Penatalaksanaan masalah tersebut :
 33. Hasilnya :
- BAYI BARU LAHIR :**
34. Berat badan : 4000 gram
 35. Panjang : 50 cm
 36. Jenis kelamin : L P
 37. Penilaian bayi baru lahir : baik / ada penyulit
 38. Bayi lahir :
 - Normal, tindakan :
 - mengeringkan
 - menghangatkan
 - rangsang taktil
 - bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
 - Aspiksia ringan/pucat/biru/lemas, tindakan :
 - mengeringkan bebaskan jalan napas
 - rangsang taktil menghangatkan
 - bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
 - lain - lain sebutkan
 - Cacat bawaan, sebutkan :
 - Hipotermi, tindakan :
 - a.
 - b.
 - c.
 39. Pemberian ASI
 - Ya, waktu : 1 jam setelah bayi lahir
 - Tidak, alasan
 40. Masalah lain, sebutkan :
 - Hasilnya :

Lembar Penapisan

PENAPISAN IBU BERSALIN

Deteksi Kemungkinan Komplikasi Gawat Darurat

	Ya	Tidak
1. Riwayat bedah caesar	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2. Perdarahan pervaginam	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3. Kehamilan kurang bulan (UK <37 minggu)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4. Ketuban pecah dengan mekonium kental	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5. Ketuban pecah lama (> 24 jam)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6. Ketuban pecah pada persalinan kurang bulan	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
7. Ikterus	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
8. Anemia berat	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
9. Tanda / gejala infeksi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
10. Pre-eklamsia/hipertensi dalam kehamilan	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
11. TFU > 40cm	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
12. Gawat janin	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
13. Primipara dalam fase aktif palpasi masih 5/5	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
14. Presentasi bukan belakang kepala	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
15. Presentasi majemuk	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
16. Gemeli	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
17. Talipusat menumbung	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
18. Syok	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Jika salah satu jawaban diatas "Ya" → RUJUK

Kesimpulan hasil pemeriksaan di atas :

Persalinan :

- Cukup bulan
- Kehamilan tunggal → persalinan normal
- Presentasi belakang kepala

Lampiran 9: Dokumentasi ANC



KUNJUNGAN INC



Kunjungan PNC



KUNJUNGAN BBL



KUNJUNGAN KB



Lampiran 10: Lembar Konsultasi Laporan

Pembimbing 1

Form 5: CATATAN KONSULTASI PEMBIMBING 1

NO.	TANGGAL	KEGIATAN DAN SARAN	PARAF PEMBIMBING
1.	Jumat, 29/3/2019.	- Konsil latar belakang.	[Signature]
2.	Kamis, 04/04/2019.	- Forum bab 1 & bab 2.	[Signature]
3.	Senin, 15/04/2019.	- Revisi bab latar belakang, pengantar, paragraf, SOAL 1-5.	[Signature]
4.	Sabtu, 20/04/2019.	- Revisi latar belakang, SOAL 1-5.	[Signature]
5.	Senin, 22/4/2019.	- Revisi UB, rangkuman, rangkuman, rangkuman.	[Signature]
6.	Selasa, 23/4/2019.	- ACC rangkuman.	[Signature]
7.	Kamis, 15/8/19.	Revisi bab 4-5.	[Signature]
8.	Rabu, 21/8/19.	Revisi bab 4-5.	[Signature]
9.	Jumat, 23/8/19.	Bab 1-6 ACC Lengkap laporan.	[Signature]

Form 6: CATATAN KONSULTASI PEMBIMBING 1

NO.	TANGGAL	KEGIATAN DAN SARAN	PARAF PEMBIMBING
10.	Senin, 26/8/19.	ACC -> ACC PHT. Ujian UTA.	[Signature]

Pembimbing 2

Form 7:
CATATAN KONSULTASI PEMBIMBING 1

NO.	TANGGAL	KEGIATAN DAN SARAN	PARAF PEMBIMBING

Form 8:
CATATAN KONSULTASI PEMBIMBING 2

NO.	TANGGAL	KEGIATAN DAN SARAN	PARAF PEMBIMBING
1	09/04/2019	Ppt 5, 11, 11 dan 12	[Signature]
2	15/04/2019	Ppt bab 2, 14, 14 dan 15	[Signature]
3	20/04/2019	Ppt bab 2, 3, 14 dan 15	[Signature]
4	25/04/2019	Ppt Bab 2, 3, 14 dan 15	[Signature]
5	27/04/2019	Ace. r. pp. 14 dan 15	[Signature]
6	29/04/2019	Ace. bab 14 dan 15	[Signature]
7	17/8/2019	Ppt bab 6, 31/4/19	[Signature]
8	19/8/2019	Ppt bab 6, 31/4/19	[Signature]
9	23/8/2019	Ppt bab 6, 31/4/19	[Signature]

Lampiran 11:

Lembar Rekomendasi

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

Nama Mahasiswa : Silviawati
NIM : 1615.15401.1103
Judul LTA : Asuhan Kebidanan Secara Komprehensif Pada Ny."R" Usia 23 tahun dan kala 1 memanjang di PMB Anik Rohanjar Wati, Amd.Keb

No	Nama Penguji	Rekomendasi	TTD
1	Dr.Asih Tri R.,MM	<ul style="list-style-type: none">- Cek penulisan di BAB 3- Cek Lampiran	
2	Ervin Rufaindah, S.ST., M.Keb	<ul style="list-style-type: none">- Penatalaksanaan BBL- Kala 1 memanjang pengertiannya dan factor- Efek samping KB 3 bulan- Kenapa Kb 3 bulan untuk menyusui	
3	Patemah, S.SIT. M.Kes	<ul style="list-style-type: none">- Cek penulisan di BAB 3	

Lampiran 12:

Lembar Pernyataan Keaslian Tulisan



YAYASAN PEMBINA PENDIDIKAN INDONESIA (YPMI) WIDYAGAMA
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKES)
WIDYAGAMA HUSADA
SK MENDIKNAS RI NOMOR 130/D/0/2007
Program Studi : * D3 Kebidanan * S1 Kesehatan Lingkungan * S1 Ilmu Keperawatan * Profesi Ners
Program Studi : * D3 Kebidanan * S1 Kesehatan Lingkungan * S1 Ilmu Keperawatan * Profesi Ners

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

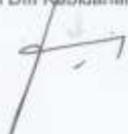
Nama : Silviawati
NIM : 1615.15401.1103
Program Studi : D III Kebidanan
STIKES Widyagama Husada

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

Malang, 24 september 2019

Mengetahui,

Kaprodi DIII Kebidanan



(Yuniar Angella P, S.SIT., M.Kes)

Penulis



(Silviawati)

Kampus B (Kantor Pusat) : J. Taman Borobudur Indah 3A, Malang ,
Kampus A : J. Sudimoro 16, Malang , Jawa Timur
Telp : (0341) 428150 Fax : (0341) 471277

Lampiran 13:

Curriculum Vitae



SILVIAWATI

LUMAJANG, 15 JUNI 1998

Motto:

"Sesuatu yang belum dikerjakan, sering kali tampak mustahil, kita baru yakin kalau kita telah berhasil melakukannya dengan baik"

Riwayat Pendidikan :

SDN 01 Ranuyoso, Lumajang Lulus Tahun 2010

SMPN 01 Ranuyoso, Lumajang Lulus Tahun 2013

SMA Nurul Jadid, Paiton, Probolinggo Lulus tahun 2016

DIII Kebidanan STIKES Widyagama Husada Malang