

LAPORAN TUGAS AKHIR
ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY. “S”
USIA 20TAHUN DI BPM MAR’ATUS SHOLIKHAH, Amd.Keb
KOTA MALANG



Oleh :

AYU ANITA SUMBARA WATI MUKAMAL

1413.15401.883

PROGRAM STUDI D3 KEBIDANAN

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN WIDYAGAMA HUSADA

MALANG

2017

LAPORAN TUGAS AKHIR
ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY. “S”
USIA 20 TAHUN DI BPM MAR’ATUS SHOLIKHAH, Amd.Keb
KOTA MALANG



Di Ajukan Sebagai Syarat Menyelesaikan
Pendidikan Tinggi Program Studi D3 Kebidanan

Oleh :

AYU ANITA SUMBARA WATI MUKAMAL

1413.15401.883

PROGRAM STUDI D3 KEBIDANAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN WIDYAGAMA HUSADA
MALANG
2017

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Tugas Akhir ini telah disetujui untuk dipertahankan dihadapan Tim
penguji Laporan Tugas Akhir Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Widyagama

Husada :

ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY. "S"

USIA 20 TAHUN

DI BPM Mar'atus Sholikhah, Amd.Keb

KOTA MALANG

AYU ANITA SUMBARA WATI MUKAMAL

NIM : 1413.15401.883

Malang, 22 Juli 2017

Menyetujui,

Pembimbing I



(Patemah, S.SiT, M.Kes)

Pembimbing II



(Bd. Wenny Rahmawati S. Keb)

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 Juli 2017.

ASUHAN KEBIDANAN SECARA KOMPREHENSIF
PADANY. "S"USIA 20 TAHUN
DI BPM MAR'ATUS SHOLIKHAH, Amd.Keb
KOTA MALANG

AYU ANITA SUMBARA WATI MUKAMAL

1413.15401.883

Waiti Amalia, S. ST, M. Keb

Juli 2017

Penguji I

()

Patemah, S.SiT, M.Kes

Juli 2017

Penguji II

()

Bd. Wenny Rahmawati S. Keb

Juli 2017


Penguji III

()

Mengetahui,

Ketua

STIKES Widyagama Husada Malang


dr. Rudy Joegijantoro, MMRS
NIP. 197110152001121006



KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Kuasa yang telah melimpahkan Rahmat dan Hidayat-Nyasehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini dengan judul “ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA Ny “S” DI BPM MAR’ATUS SHOLIKHAH,Amd.Keb. Kota Malang. Sebagai salah satu persyaratan akademik dalam rangka penyelesaiankuliah Program Studi D3 Kebidanan Stikes Widyagama Husada Malang.

Dalam Laporan Tugas Akhir ini akan dijabarkan sebagai konsep mengenai Asuhan Kebidanan Komprehensif pada ibu hamil sampai KB pada Ny “S” di Kota Malang.

Pada kesempatan ini kami menyampaikan terima kasih dan penghargaan penuh kepada ibu Patemah, S.SiT. M.Kes, selaku pembimbing I dan Bd. Wenny Rahmawati S. Keb, selaku dosen pembimbing II yang telah memberikan petunjuk, koreksi dan saran sehingga terwujudnya Laporan Tugas Akhir ini.

Terima kasih dan penghargaan saya sampaikan pula kepada yang terhormat :

1. Dr. Rudy Joegijantoro, MMRS selaku Direktur STIKES Widyagama Husada Malang.
2. Dr. Wira Daramatasia, M. Biomed selaku Wakil Bidang I Akademik dan Kemahasiswaan STIKES Widyagama Husada Malang.
3. Yuniar Angelia P, S.ST., M.Kes selaku Ketua Program Studi D3 Kebidanan STIKES Widyagama Husada Malang.
4. Waiti Amalia, S. ST, M. Kebselaku penguji yang telah memberikan masukan dan saran dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini.
5. BPM Mar’atus Solikhah, AMd. Keb yang telah memberikan ijin untuk lokasi asuhan kebidanan.

6. Ny. "S" dan keluarga yang telah bersedia menjadi responden dalam pemberian asuhan Laporan Tugas Akhir ini.
7. Kedua orang tua, saudara, dan teman-teman yang telah memberikan dukungan baik moral maupun materil 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 mengharapkan kritik dan saran yang membangun dari semua pihak untuk perbaikan Laporan Tugas Akhir ini dikemudian hari, semoga hasil dari penyusunan Laporan Tugas Akhir ini dapat bermanfaat untuk menambah pengetahuan bagi para pembaca pada umumnya dan penulis pada khususnya.

Malang, 21 Juli 2017

Penulis

RINGKASAN

Mukamal, Ayu Anita Sumbara Wati. 2017. *Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny. "S" Usia 20 Tahun Di BPM Mar'atus Sholikhah, Amd. Keb Malang. Tugas Akhir. D3 Kebidanan STIKes Widyagama Husada Malang. Pembimbing: 1. Patemah, S. SiT, M. Kes. 2. Wenny Rahmawati S. Keb.*

Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) di Indonesia masih sangat tinggi dan belum mencapai target Millenium Development (MDGs) tahun 2015. Sehingga dibentuklah Sustainable Development (SDGs) yang merupakan sebuah kesepakatan pembangunan baru untuk melanjutkan program MDGs demi menurunnya AKI dan AKB pada tahun 2016-2030. Salah satu upaya untuk mengatasi kejadian tersebut diterapkan Asuhan Kebidanan secara Komprehensif kepada ibu dan bayi. Tujuan dari penelitian ini adalah memberikan Asuhan Kebidanan Komprehensif sejak ibu hamil hingga proses KB dengan menggunakan pola pikir Varney dan di dokumentasikan melalui pendekatan manajemen kebidanan SOAP.

Metode Asuhan yang diberikan pada pasien Ny. " S" usia 20 tahun di BPM Mar'atus Sholikhah, Amd. Keb sejak April – Mei 2017 yaitu asuhan kebidanan yang berkesinambungan, dimulai dari kehamilan trimester III, persalinan, nifas, bayi baru lahir dan Keluarga Berencana. Asuhan Kebidanan dilakukan dalam 12 kunjungan, meliputi 4 kunjungan selama kehamilan, 1 kunjungan pada saat bersalin, 4 kunjungan selama nifas, 2 kunjungan pada masa bayi baru lahir dan 1 kunjungan pada saat Keluarga Berencana.

Berdasarkan hasil asuhan kebidanan diketahui bahwa selama hamil ibu sering buang air kecil. Pada saat persalinan terdapat luka laserasi derajat 2. Pada masa nifas ibu masih mengalami nyeri saat buang air besar. Bayi mengalami mata dengan sklera normal. Berkaitan dengan keadaan tersebut ibu telah diberikan konseling, informasi dan edukasi untuk mengatasi ketidaknyamanan yang dirasakan ibu dan keadaan bayinya. Dari hasil pengkajian selama hamil sampai KB di dapatkan kesimpulan bahwa semua proses berlangsung secara fisiologis. Diharapkan bidan dapat meningkatkan dan mempertahankan mutu pelayan kebidanan. Dan Pasien juga di harapkan memiliki kesadaran akan pentingnya melakukan pemeriksaan kehamilan hingga KB pada tenaga kesehatan untuk mengurangi AKI dan AKB di Indonesia.

Referensi : 22 referensi (2011-2015)

Kata kunci : kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, KB, asuhan kebidanan komprehensif

SUMMARY

Mukamal, Ayu Anita Sumbara Wati. 2017. *Comprehensif Midwifery Care to Mrs. "S" 20 Years Old at Mar'atus Sholikhah, Amd. Keb Midwife Practitioner Malang*. Final Task. D3 Midwifery Study program of Widyagama Husada School of Health Malang. Advisors: 1. Patemah, S. SiT, M. Kes. 2. Wenny Rahmawati S. Keb.

Maternal Mortality Rate (MMR) and Infant Mortality Rate (IMR) in Indonesia are still very high and they have not achieved the Millenium Development Goals (MDGs) in 2015. In consequence, the Government formed Sustainable Development Goals (SDGs) which continues new MDGs program to decrease MMR and IMR in 2016-2030. One of efforts to overcome that case is by applying Comprehensive Obstetric Care mother and infant. The objective of this study is to provide midwifery care started from pregnancy to Family Planning program by using Varney theory with obstetric management approach and SOAP documentation.

Continuity of care to Mrs "S" age 20 year old in Midwife Practitioner Mar'atus Sholikhah, Amd. Keb since April - May 2017 was the care method that given from the 3rd trimester of pregnancy, childbrith, porturition, new born, and Family Planning. The midwifery care was performed totaly 12 visit, it included 4 visits during pregnancy, one visit at the time childbirth, 4 visits during porturition, 2 visits during new born and 1 visits during Family Planning.

Based on *Comprehensif Midwifery Care*, it showed that during the pregnancy mother often did urination, and there was a perineum injury level 2. Mother experienced pain when she was having a pup. The baby's sclera was normal. Dealing to the state of the mother, she was given counseling, information and education to overcome all problems to make her feel comfortable. From the result can be concluded that both mother and baby were in normal condition. Hopefully midwife can improve and maintain the quality of *Comprehensif Midwifery Care*. So the patients are also have the awareness of the importance of *Comprehensif Midwifery Care* by examining her health to medical staff to participate in decreasing MMR and IMR in Indonesia.

References : 22 referenes (2011-2015)

Key word : pregnancy, childbirth, porturition, newborn, Family Planning, continuity of care

DAFTAR ISI

LAPORAN TUGAS AKHIR	i
LEMBAR PERSETUJUAN.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
RINGKASAN	vii
SUMMARY	viii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR SINGKATAN	xiv
BAB I 1PENDAHULUAN.....	1
1.1Latar Belakang	1
1.2Tujuan Penulisan	3
1.2.1 Tujuan Umum.....	3
1.2.2 Tujuan Khusus	3
1.3Ruang Lingkup	4
1.3.1 Sasaran	4
1.3.2 Tempat	4
1.3.3 Waktu	4
1.4Manfaat	5
1.4.1 Bagi Klien/Ibu	5
1.4.2 Bagi Lahan Praktek.....	5
1.4.3 Bagi Institusi Pendidikan.....	5
1.4.4 Bagi Penulis	5
1.4.5 Bagi Penulis Selanjutnya	6

BAB II	TINJAUAN PUSTAKA	7
2.1	Konsep Dasar	7
2.1.1	Konsep Dasar Kehamilan	7
2.1.2	Konsep Dasar Persalinan	33
2.1.3	Konsep Dasar Nifas	57
2.1.4	Konsep Dasar Neonatus.....	67
2.1.5	Konsep Dasar KB.....	76
2.2	Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Varney.....	81
2.2.1	Definisi Manajemen Kebidanan	81
2.2.2	Prinsip-Prinsip Manajemen Kebidanan	82
2.2.3	Langkah-langkah Proses Manajemen Kebidanan	82
2.3	Konsep Dasar Dokumentasi SOAP	89
2.3.1	Definisi Dokumentasi	89
2.3.2	Tujuan Dokumentasi	90
2.3.3	Manfaat dan Peningnya Dokumentasi.....	90
2.3.4	Metode pendokumentasian	91
2.3.5	Syarat Dalam Dokumentasi	93
BAB III	KERANGKA KONSEP KEGIATAN ASUHAN COC	95
3.1	Kerangka Konsep Kegiatan	95
3.2	Keterangan Kerangka Konsep.....	96
BAB IV	LAMPIRAN PELAKSANAAN ASUHAN.....	97
4.1	Asuhan Kehamilan	97
4.1.1	Asuhan Kebidanan Antenatal I	97
4.1.2	Asuhan Kebidanan Antenatal II	101
4.1.3	Asuhan Kebidanan Antenatal III	103
4.1.4	Asuhan Kebidanan Antenatal IV.....	105
4.2	AsuhanPersalinan	108

4.3AsuhanKebidananBayiBaruLahir	115
4.3.1 Asuhan Bayi Baru Lahir I	115
4.3.2 Asuhan Bayi Baru Lahir II	118
4.4Asuhan Kebidanan Masa Nifas	120
4.4.1 Asuhan Masa Nifas I	120
4.4.2 Asuhan Masa Nifas II	124
4.4.3 Asuhan Masa Nifas III	127
4.4.4 Asuhan Masa Nifas IV	130
4.5Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana	132
BAB V PEMBAHASAN	136
5.1 Pembahasan Asuhan Kebidanan Kehamilan	136
5.2 Pembahasan Asuhan Persalinan	139
5.3 Pembahasan Asuhan Masa Nifas	142
5.4 Pembahasan Bayi Baru Lahir	143
5.5Pembahasan Asuhan KB.....	145
BAB VI PENUTUP	147
6.1Kesimpulan.....	147
6.2Saran.....	149
DAFTAR PUSTAKA.....	151

DAFTAR TABEL

NO.	Judul	HALAMAN
Tabel 2.1	Pertumbuhan dan perkembangan hasil konsepsi.....	16
Tabel 2.2	Perkiraan Tinggi Fundus Uteri.....	20
Tabel 2.3	Indikator penilaian IMT	24
Tabel 2.4	Perubahan fisiologis dan ketidaknyamanan kehamilan.....	24
Tabel 2.5	Standar Kunjungan Kehamilan.....	31
Tabel 2.6	Tanda Bahaya Kehamilan	33
Tabel 2.7	Ukuran penting kepala janin	46
Tabel 2.8	Ukuran circumferensia.....	46
Tabel 2.9	18 penipisan ibu hamil	53
Tabel 2.10	Tabel Invulsi Uteri	58
Tabel 2.11	Kebijakan program nasional masa nifas	65
Tabel 2.12	Tanda bahaya masa nifas	66
Tabel 2.13	Nilai APGAR Skor.....	71
Tabel 2.14	Penanganan bayi baru lahir berdasarkan APGAR score	72
Tabel 2.15	Pemeriksaan fisik bayi baru lahir.....	73
Tabel 2.16	Tanda Bahaya Bayi Baru Lahir	75
Tabel 2.17	Jadwal Imunisasi	76

DAFTAR GAMBAR

NO.	Judul	HALAMAN
Gambar 2.1	Siklus Hormon	8
Gambar 2.2	Siklus menstruasi	12
Gambar 2.3	Proses Kehamilan	12
Gambar 2.4	Bagian Keras Panggul.....	41
Gambar 2.5	Bidang Panggul	42
Gambar 2.6	Bidang Hodge Panggul	43
Gambar 2.7	Mekanisme Persalinan	49
Gambar 2.8	Pengisian partograf dalam persalinan normal	55
Gambar 2.9	Lembar balik partograf	56
Gambar 2.10	Fisiologi Laktasi	63

DAFTAR SINGKATAN

AKB	: Angka Kematian Bayi
AKI	: Angka Kematian Ibu
AIDS	: <i>Acquired Immune Deficiency Syndrome</i>
AKBK	: Alat Kontrasepsi Bawah Kulit
AKDR	: Alat Kontrasepsi Dalam Rahim
ANC	: <i>Antenatal Care</i>
APGAR	: <i>Appreance, Pulse, Grimace, Activity, Respiratory</i>
ASI	: Air Susu Ibu
BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
BBL	: Bayi Baru Lahir
BBLR	: Berat Badan Lahir Rendah
BCG	: <i>Bacillus Calmette Guerine</i>
BKKBN	: Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional
BMR	: <i>Basal Metabolisme Rate</i>
BPM	: Bidan Praktek Mandiri
COC	: <i>Continuity of Care</i>
DJJ	: Denyut Jantung Janin
DM	: <i>Diabetes Mellitus</i>
DMPA	: <i>Depo Medroxy Progesterone</i>
DPT	: <i>Difteri, Pertusis, Tetanus</i>
Hb	: Hemoglobin
HCG	: <i>Hormone Corionic Gonadotropic</i>
HIV	: <i>Human Immuno Deficiency Virus</i>
HPHT	: Hari Pertama Haid Terakhir

HPL	: Hari Perkiraan Lahir
HPL	: <i>Hormone Plasenta Lactogene</i>
IUFD	: <i>Intra Uterine Fetal Death</i>
INC	: <i>Intranatal Care</i>
IMS	: Infeksi Menular Seksual
KB	: Keluarga Berencana
KIE	: Konseling, Informasi dan Edukasi
LH	: <i>Luthenishing Hormone</i>
LKI	: Laporan Kematian Ibu
MAL	: Metode Amenore Laktasi
MDG's	: <i>Millenium Development Goals</i>
MgSO ₄	: Magnesium Sulfat
MOP	: Metode Operatif Pria
MOW	: Metode Operatif Wanita
O ₂	: Oksigen
OUE	: Ostium Uteri <i>Eksterna</i>
OUI	: Ostium Uteri <i>Interna</i>
PAP	: Pintu Atas Panggul
pH	: <i>power of hydrogen</i>
PMS	: Penyakit Menular Seksual
PNC	: <i>Postnatal Care</i>
Px	: <i>Processus xipoideus</i>
SC	: <i>Sectio Caesarea</i>
SDG's	: <i>Suistanable Development Goals</i>
SDKI	: Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia
TFU	: Tinggi Fundus Uteri
TM	: Trimester

TT : Tetanus Toxoid

USG : *Ultrasonograf*

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kematian ibu dan bayi merupakan salah satu indikator perkembangan derajat kesehatan yaitu untuk menilai keberhasilan pelayanan kesehatan dan program pembangunan kesehatan lainnya di Negara miskin dan Negara berkembang, kematian wanita usia subur disebabkan oleh masalah yang berkaitan dengan kehamilan, persalinan serta nifas yang masih tinggi. Menurut laporan WHO Angka Kematian Ibu (AKI) di dunia yaitu 289.000 jiwa. Amerika Serikat yaitu 9300 jiwa, Afrika Utara 179.000 jiwa, dan Asia Tenggara 16.000 jiwa. Angka kematian ibu di negara-negara Asia Tenggara yaitu Indonesia 214 per 100.000 kelahiran hidup, Filipina 170 per 100.000 kelahiran hidup, Vietnam 160 per 100.000 kelahiran hidup, Thailand 44 per 100.000 kelahiran hidup, Brunei 60 per 100.000 kelahiran hidup, dan Malaysia 39 per 100.000 kelahiran hidup (WHO, 2014).

Status kesehatan Ibu dan Anak di Indonesia saat ini masih jauh dari yang diharapkan. Hasil Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012, Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia mencapai 359 per 100.000 kelahiran hidup dan Angka Kematian Bayi (AKB) mencapai 32 per 1000 kelahiran hidup. Melengkapi hal tersebut, data laporan dari daerah yang diterima Kementerian Kesehatan RI menunjukkan bahwa jumlah ibu yang meninggal karena kehamilan dan persalinan tahun 2013 adalah sebanyak 5019 orang. Sedangkan jumlah bayi yang meninggal di Indonesia berdasarkan estimasi SDKI tahun 2012 mencapai 160.681 anak, SKDI tahun 2013 mencapai. Sementara target AKI di tahun 2015 adalah 102 kematian per 100.000 kelahiran hidup (Kemenkes, 2014).

Penyebab kematian Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia dikarenakan pada ibu sering terjadi perdarahan, infeksi, pre-eklamsi dan eklamsi. Sedangkan Angka Kematian Bayi (AKB) di Indonesia dikarenakan diare, infeksi, kejang, ikterus.

AKI di Jawa Timur pada tahun 2012 masih tinggi yaitu 97,43 per 100.000 KH, kemudian mengalami penurunan pada tahun 2013 yaitu 97,39/100.000 KH dan pada tahun 2014 93,52/100.000 KH. AKB pada tahun 2014 yaitu 26,66 per 1.000 KH, tahun 2015 yaitu 9,89 per 1.000, dan tahun 2016 yaitu 9,53 per 1.000. Sedangkan Angka Kematian Ibu di Kota Malang menunjukkan lonjakan yang tinggi dari tahun sebelumnya sebesar 90,43 kematian per 100.000 kelahiran hidup menjadi 164,64 kematian per 100.000 kelahiran hidup di tahun 2012 (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, 2013). Pada tahun 2016 ibu hamil 177.57 capaian sebesar 95,11 persen, neonatus yang hidup 119.53 dan yang meninggal 87, masa nifas 116.93 capaian sebesar 91,18 persen, persalinan tenaga kesehatan 119.76 capaian sebesar 93,58 persen. Penyebab langsung kematian ibu adalah komplikasi yang terjadi saat hamil, persalinan dan masa nifas yang sering disebut dengan komplikasi kebidanan. Cakupan penanganan komplikasi kebidanan di Kota Malang masih rendah dibandingkan dengan kota/kabupaten lain di Provinsi Jawa Timur yaitu sebesar 63,05 persen dan belum mencapai target provinsi yang sebesar 80 persen (Edyanti dan Indawati, 2014).

Salah satu cara untuk menurunkan AKI di Indonesia adalah dengan persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan yang terlatih dan melakukan persalinan di fasilitas kesehatan (Kemenkes, 2014). Dari data tersebut dapat dilihat bahwa pencapaian cakupan AKI dan AKB kurang memenuhi target sehingga ditemukan suatu masalah mengenai kesehatan ibu dan anak.

Upaya yang dapat dilakukan untuk meningkatkan pelayanan kesehatan yang bersifat menyeluruh dan bermutu kepada ibu dan bayi dalam lingkup kebidanan adalah melakukan asuhan kebidanan secara komprehensif (*continuity of Care*) (Depkes, 2014).

Pelayanan KIA di BPM Mar'atus Sholikhah, Amd.Keb dengan jumlah ANC 5 kali sehari, INC 4 kali sehari, PNC 4 kali sehari, dan KB 20 kali sehari, oleh karena itu penulis memilih pasien ini untuk melakukan asuhan kebidanan pada Ny."S" usia 20 tahun G₁ P₀₀₀₀Ab₀₀₀ 36 MINGGU 4 HARI T/HMula dari masa kehamilan, bersalin, nifas, neonatus, dan keluarga berencana dengan menggunakan asuhan kebidanan secara komprehensif.

Oleh karena itu penulis melakukan asuhan kebidanan pada masa kehamilan, bersalin, nifas, neonatus dan keluarga berencana dengan menggunakan asuhan kebidanan secara komprehensif yang berkesinambungan.

1.2 Tujuan Penulisan

1.2.1 Tujuan Umum

Memberikan asuhan kebidanan secara komprehensif pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir, dan KB menggunakan manajemen asuhan kebidanan dengan pendokumentasian SOAP.

1.2.2 Tujuan Khusus

- 1) Dapat melaksanakan pengkajian, menentukan diagnosa kebidanan, merencanakan asuhan, melaksanakan asuhan, melakukan evaluasi dan dokumentasi yang telah dilakukan pada ibu hamil dengan SOAP note.
- 2) Dapat melaksanakan pengkajian, menentukan diagnosa kebidanan, merencanakan asuhan perencanaan, melaksanakan asuhan

pelaksanaan, melakukan evaluasi dan dokumentasi yang telah dilakukan pada ibu bersalin dengan SOAP note.

- 3) Dapat melaksanakan pengkajian, menentukan diagnosa kebidanan, merencanakan asuhan perencanaan, melaksanakan asuhan pelaksanaan, melakukan evaluasi dan dokumentasi yang telah dilakukan pada ibu nifas dengan SOAP note.
- 4) Dapat menentukan diagnosa kebidanan, merencanakan asuhan perencanaan, melaksanakan asuhan pelaksanaan, melakukan evaluasi dan dokumentasi yang telah dilakukan pada neonatus (bayi baru lahir) dengan SOAP note.
- 5) Dapat melaksanakan pengkajian, menentukan diagnosa kebidanan, merencanakan asuhan perencanaan, melaksanakan asuhan pelaksanaan, melakukan evaluasi dan dokumentasi yang telah dilakukan pada ibu ber-KB dengan SOAP note.

1.3 Ruang Lingkup

1.3.1 Sasaran

Sasaran asuhan kebidanan ditujukan kepada Ny."S" dengan memperhatikan komprehensif mulai hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir, dan KB.

1.3.2 Tempat

Asuhan kebidanan dilaksanakan di wilayah kerja BPM Mar'atus Sholikhah, Amd.Keb.

1.3.3 Waktu

Waktu yang diperlukan dalam penyusunan laporan tugas akhir ini di semester VI yaitu mulai bulan Maret-April 2017.

1.4 Manfaat

1.4.1 Bagi Klien/Ibu

Dapat meningkatkan pengetahuan tentang kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir dan KB melalui informasi yang diberikan oleh petugas selama diberikan asuhan dan klien mendapatkan pelayanan yang bermutu serta berkualitas secara berkesinambungan.

1.4.2 Bagi Lahan Praktek

Sebagaimana masukan untuk mengantisipasi dan mempersiapkan diri dalam melakukan penatalaksanaan awal terhadap masalah yang muncul pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir dan pelayanan kontrasepsi serta dapat meningkatkan asuhan kebidanan sesuai prosedur dan standar praktik kebidanan.

1.4.3 Bagi Institusi Pendidikan

Dapat digunakan sebagai salah satu bahan referensi mahasiswa maupun dosen dalam meningkatkan asuhan komprehensif pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir dan KB, dan sebagai data dasar untuk asuhan kebidanan komprehensif selanjutnya.

1.4.4 Bagi Penulis

Sebagai sarana belajar komprehensif untuk mengaplikasikan teori yang diperoleh selama perkuliahan dalam rangka menambah pengetahuan, pengalaman dan wawasan, serta bahan dalam penerapan asuhan kebidanan dalam batas komprehensif, terhadap ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir dan pelayanan kontrasepsi.

1.4.5 Bagi Penulis Selanjutnya

Sebagai masukan dan tambahan referensi untuk penyusunan proposal selanjutnya dalam upaya meningkatkan asuhan komprehensif pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir dan KB.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar

2.1.1 Konsep Dasar Kehamilan

1. Pengertian Kehamilan

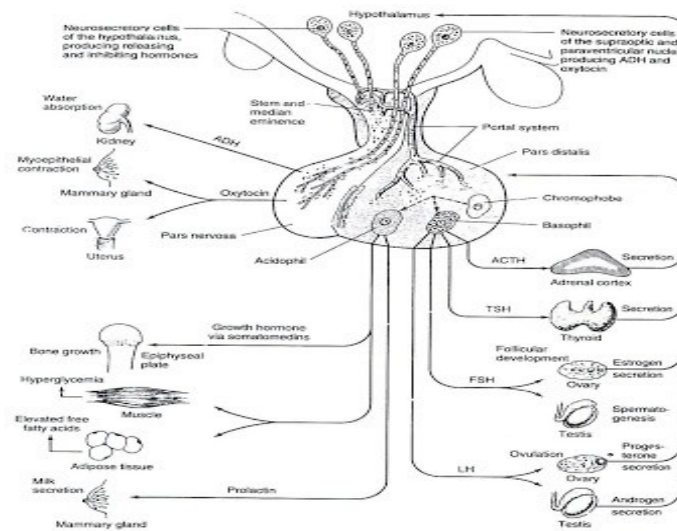
Kehamilan adalah masa sejak terjadinya konsepsi sampai dengan saat kelahiran, dihitung dari hari pertama haid terakhir (*Menstrual Age Of Pregnancy*) (Muslihatun, 2010). Kehamilan adalah proses dan mulainya ovulasi sampai partus yaitu kira-kira 280 hari (40 minggu) juga disebut kehamilan mature (cukup bulan) lebih dari 43 minggu disebut postmatur dan kehamilan antara 28 minggu sampai 36 minggu disebut kehamilan premature(Wati, 2013).

Kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan atau 9 bulan menurut kalender internasional, kehamilan terbagi menjadi 3 trimester, dimana trimester satu berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 15 minggu (minggu ke-13 hingga ke-27), dan trimester ketiga 13 minggu, minggu ke-28 hingga ke-40 (Saifuddin, 2010). Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin (280 hari/40 minggu atau 9 bulan 7 hari (Nugroho, 2012). Proses kehamilan merupakan mata rantai yang berkesinambungan dan terdiri dari ovulasi, migrasi spermatozoa dan ovum, konsepsi dan pertumbuhan zigot, nidasi, pembentukan plasenta dan tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm (Manuaba, 2010).

2. Proses menstruasi

a. Siklus Hormonal

Hipotalamus menghasilkan hormon yang mengaktifkan kelenjar pituitari dan saat dibutuhkan, juga menghasilkan hormon yang dapat menghentikan kelenjar pituitari di saat yang tepat sehingga tidak melepaskan hormon tertentu. Kelenjar pituitari atau kelenjar hipofisis mempunyai dua lobus yaitu hipofisis anterior dan hipofisis posterior. Hipofisis posterior akan merangsang pengeluaran hormon perangsang tiroid (TSH), hormon perangsang kelenjar adrenal (ACTH, hormon adrenokortikotropik), hormon perangsang folikel (FSH), hormon Luteinizing Hormone (LH), hormon-hormon yang bekerja pada jaringan tubuh (non-tropik), hormon pertumbuhan (GH), serta hormone prolaktin (PRL). Sedangkan, hipofisis posterior akan merangsang pengeluaran vasopresin (hormon antidiuretik) dan hormone oksitosin.



Gambar 2.1 Siklus Hormon

Sumber: (Andia,2009)

b. Siklus menstruasi

Siklus menstruasi adalah suatu daur kejadian yang terjadi pada ovarium di mana menghasilkan perubahan bukan hanya pada uterus, tetapi juga pada tubuh wanita secara keseluruhan. Siklus ini terutama diatur oleh kelenjar hipofisis anterior yang mengadakan rangsangan pada gonad. Berikut ini beberapa hormon yang berperan dalam siklus menstruasi.

1. FSH dikeluarkan oleh hipofisis posterior berfungsi untuk mematangkan folikel de Graaf.
2. LH dikeluarkan oleh hipofisis posterior berfungsi untuk mematangkan korpus luteum.
3. Hormon estrogen, dikeluarkan akibat pengaruh FSH ke ovarium dan mempunyai fungsi sebagai berikut:
 - a. Memacu pertumbuhan endometrium dan meningkatkan vaskularisasinya.
 - b. Meningkatkan regenerasi endometrium setelah menstruasi
 - c. Meningkatkan mucus servix
 - d. Menyebabkan proliferasi epitel vagina dan terisiglikogen
4. Hormon progesteron, dikeluarkan akibat pengaruh LH ke ovarium dan mempunyai fungsi sebagai berikut:
 - a. Menyebabkan mucus servix lebih lengket
 - b. Meningkatkan tonus otot pada tuba fallopi
 - c. Menurunkan frekuensi kontraksi peristaltic
 - d. Meningkatkan vaskularisasi payudara dan menyebabkan proliferasi jaringan payudara
 - e. Meningkatkan retensi air dan natrium dalam tubuh

Menstruasi adalah perdarahan periodic pada uterus yang dimulai sekitar 14 hari setelah ovulasi. Seorang wanita biasanya mengalami menstruasi pertama (menarche) pada umur 13 tahun yang menandai telah masuk masa pubertas berdasarkan perubahan pada endometrium, terdapat beberapa fase pada siklus menstruasi, yaitu fase menstruasi, proliferasi, ovulasi dan sekresi. Akan tetapi apabila dilihat dari perubahan pada ovarium siklus menstruasi, dapat dibagi menjadi dua fase yaitu fase folikular (pre-ovulasi) dan fase luteal (post-ovulasi) yang biasanya berlangsung selama 14 hari dan rata-rata sama pada setiap wanita. Jadi, meskipun seorang wanita mempunyai siklus menstruasi yang panjang, tetapi fase lutealnya rata-rata sama. Satu siklus, menstruasi di hitung dari hari pertama menstruasi sampai menstruasi pada bulan berikutnya.

Berikut adalah beberapa fase dari siklus menstruasi .

a. Fase menstruasi

Dimulai sejak hari pertama sejak pengeluaran darah menstruasi, biasa berlangsung 5-7 hari. Pada saat ini kadar hormon estrogen dan progesteron dalam tingkat paling rendah. Kemudian merangsang hipofisis anterior untuk melepaskan FSH sehingga dikeluarkan folikel primordial untuk dimatangkan menjadi folikel de-Graaf.

b. Fase proliferasi

Berlangsung sekitar hari ke-5 sampai terjadi ovulasi. Pada fase ini, estrogen mulai diproduksi dan meningkat sehingga menghambat pengeluaran FSH. Estrogen ini berfungsi untuk regenerasi endometrium yang telah luruh. Endometrium akan

mengalami penebalan 8 – 10 kali lipat. Selain itu, folikel de-Graff menjadi semakin matang.

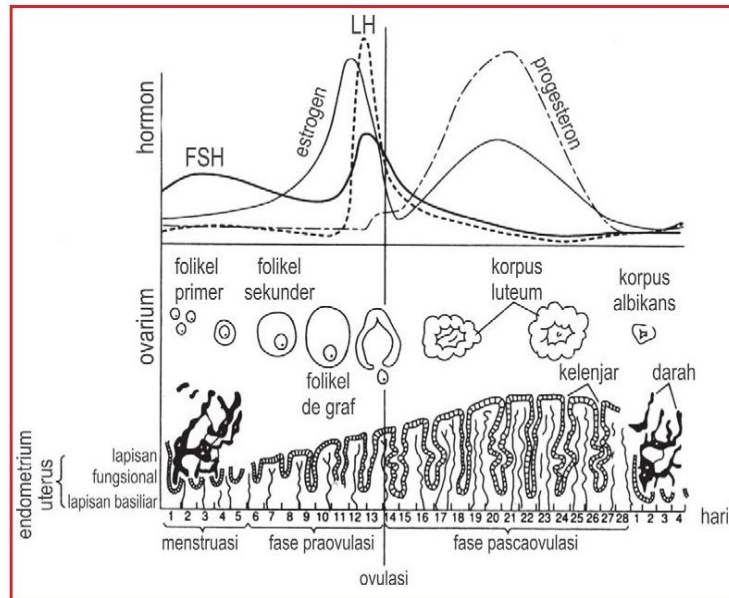
c. Fase ovulasi

Ada yang mengatakan fase ini merupakan bagian dari fase proliferasi. Pada fase ini, estrogen meningkat disertai lonjakan LH sehingga ovum dikeluarkan dari folikel de-Graff atau disebut “ovulasi”. Biasanya terjadi 14 hari sebelum menstruasi bulan berikutnya.

d. Fase sekresi

Setelah terjadi ovulasi, maka folikel de-Graff berubah menjadi korpus luteum yang akan dipelihara oleh LH. Korpus luteum ini akan menghasilkan hormon progesteron dalam jumlah tinggi yang berfungsi untuk membuat dinding endometrium mengeluarkan sekret dan semakin berkelok-kelok untuk memfasilitasi jika terjadi pembuahan/fertilisasi sebagai tempat nidasi hasil konsepsi. Jika tidak terjadi pembuahan, maka korpus luteum akan menjadi menjadi korpus albikan dan hormon progesteron berhenti bereproduksi dan akhirnya kadar akan menurun dan terjadilah menstruasi.

Untuk lebih jelasnya bila diperhatikan gambar siklus menstruasi di bawah ini

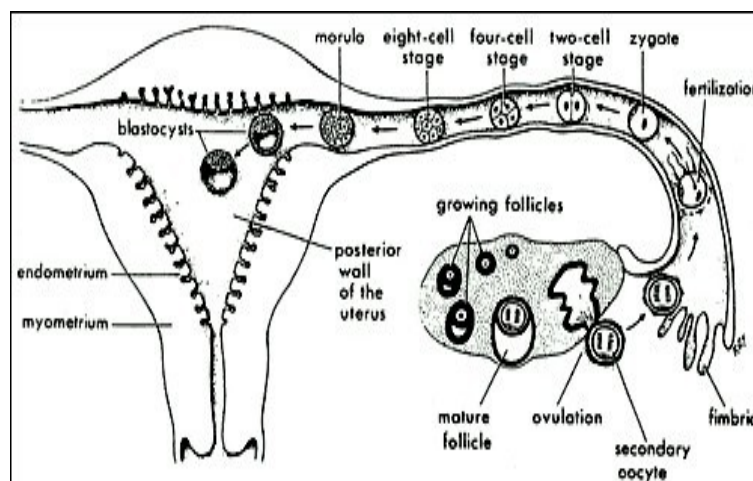


Gambar 2.2 siklus menstruasi

Sumber: (Anandia, 2009)

3. Etiologi

Secara garis besar peristiwa kehamilan meliputi beberapa tahapan seperti: pembentukan gamet (ovum dan sperma), fertilisasi, pembelahan dan implantasi embrio pada uterus.



Gambar 2.3 Proses Kehamilan

Sumber: Endrikonologi kehamilan FKUNPAD

a. Menurut Hani (2010), menyatakan bahwa pembentukan *Gamet* yaitu :

1) Ovum

Ovum dapat di buahi jika sudah melewati proses *oogenesis*. Dikeluarkan oleh ovarium saat fase ovulasi, satu kali setiap siklus menstruasi dan akan habis jika sudah masuk masa *menopause*. Ovum mempunyai waktu hidup 24-48 jam setelah dikeluarkan dari ovarium, mempunyai lapisan pelindung yaitu sel - sel *granulosa* dan *zona pellusida* harus bisa ditembus oleh sperma untuk dapat terjadi suatu kehamilan.

2) Sperma

Sperma dikeluarkan oleh testis dengan peristiwa *spermatogenesis*. Kemampuan *fertilisasi* selama 2-4 hari, rata-rata 3 hari. Terdapat 100 juta sperma pada setiap milliliter sperma yang dihasilkan, rata-rata 3cc tiap *ejakulasi*. Mengeluarkan *enzim hialuronidase* untuk melakukan *korona radiata* atau sel-sel *granulosa*.

3) *Fertilisasi*

Fertilisasi adalah bertemunya sel telur dan sel sperma. Saat *ejakulasi* testis mengeluarkan kurang lebih 3 cc atau 300 juta sperma. Tempat bertemunya ovum dan sperma di ampula tuba. Dari 200-300 juta hanya 300-500 yang sampai di tuba fallopi yang bias menembus *korona radiata* karena sudah mengalami proses kapasitasasi. Setelah itu spermatozoa bisa menempel di *zona pellusida* tetapi hanya satu yang terlihat mampu menembus *oosit*. Setelah menyatu maka akan

dihasilkan *zigot* yang mempunyai *kromosom diploid* (44 *autosom* dan 2 *gonosom*) dan terbentuk jenis kelamin baru (XX untuk wanita dan XY untuk laki-laki).

4) Tahap Pembelahan

Hasil dari *fertilisasi* terjadilah *zigot* dan membelah secara *mitosis*. *Zigot* akan membelah menjadi 2 sel (30jam), 4sel, 8sel, 16sel disebut *blastomer* (3hari). Setelah 3 hari sel-sel tersebut akan membelah membentuk buah arbei dari 16 sel disebut *morula* (4hari). Didalam *morula* terdapat *blastosel* yang berisi cairan yang dikeluarkan oleh tuba fallopi, bentuk ini disebut *blastosit* (4½-5 hari). Sel bagian dalam disebut *embrioblas* dan sel diluar disebut *trofoblas*. Lapisan terluar *trofoblas* berfungsi untuk menyerap makanan dan merupakan calon ari-ari (*plasenta*), sedangkan simpul embrio (*embrionik knot*) yang merupakan calon janin. Dalam waktu kurang lebih 5-7 hari *blastosit* berimplantasi di uterus. Hormon estrogen dan progesteron merangsang pertumbuhan uterus, dinding endometrium menjadi tebal, lunak, dan banyak mengandung pembuluh darah, serta mengeluarkan secret seperti air susu (*uterin milk*) sebagai makanan *embrio*.

5) Tahap nidasi / implantasi

Implantasi adalah proses *insersi sel blastosis* ke dinding *anterior* atau *posterior*, enam hari setelah *fertilisasi*. *Trofoblas* menempel pada dinding uterus dan melepaskan hormone *korionik gonadotropin*. Hormon ini melindungi kehamilan dengan menstimulasi produksi hormone estrogen dan progesteron sehingga mencegah terjadinya *menstruasi*. *Embrio*

telah kuat menempel setelah hari ke-12 dari *fertilisasi*, selanjutnya akan terbentuk lapisan-lapisan *embrio*. *Blastosis* biasanya berinsersi di dekat puncak rahim (*fundus uteri*), di bagian depan maupun dinding belakang *fundus uteri*. Sel-sel yang berada dibagian dalam dinding *blastosis* yang tebal akan berkembang menjadi *embrio*, sedangkan sel-sel bagian luar yang tertanam pada dinding rahim akan membentuk *plasenta*.

6) Proses pemecahan dan pematangan

Pada proses ini mengikuti bentuk *anafase* dan "telofase" sehingga pronukleus-nya menjadi "haploid". *Pronukleus spermatozoa* dalam keadaan haploid saling mendekati dengan inti ovum yang kini haploid dan bertemu dalam pasangan pembawa tanda dari pihak pria maupun wanita.

7) Pembentukan placenta

Bagian desidua yang tidak dihancurkan membagi plasenta menjadi sekitar 15 sampai 20 kotiledon maternal. Sedangkan dari sudut *fetus*, maka plasenta akan dibagi menjadi sekitar 200 kotiledon fetus. Setiap, kotiledon fetus terus bercabang dan mengambang ditengah aliran darah untuk menjalankan fungsinya memberikan nutrisi, pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim ibu. Darah ibu dan janin tidak berhubungan langsung dan dipisahkan oleh lapisan trofoblas, dinding pembuluh darah janin. Fungsinya dilakukan berdasarkan sistem osmotik dan enzimatis serta pinositosis. Situasi placenta demikian disebut sistem placenta hemokorial.

4. Pertumbuhan dan Perkembangan Hasil Konsepsi

Pertumbuhan dan perkembangan hasil konsepsi dibagi menjadi beberapa tahapan yaitu sebagai berikut :

Tabel 2.1 Pertumbuhan dan perkembangan hasil konsepsi

Masa pre embrionik	Membentuk 3 lapisan yaitu <i>ektoderm, endoderm, dan mesoderm</i> .
Masa embrionik (2-8 minggu)	Masa <i>organogenesis</i> atau masa pembentukan organ. Jantung mulai menonjol dari tubuh dan mulai berdenyut.
Minggu ke-12-16	Janin berukuran 15 cm. Ini merupakan awal dari <i>trimester</i> ke-2. Kulit janin masih transparan, telah mulai tumbuh <i>lanugo</i> . Janin bergerak aktif yaitu menghisap dan menelan air ketuban. Telah terbentuk <i>mekonium</i> dalam usus. Jantung berdenyut 120-150/menit
Minggu ke-17-24	Komponen mata terbentuk penuh, juga sidik jari. Seluruh tubuh diliputi oleh <i>vernix caseosa</i> (lemak). Janin mempunyai reflek.
Minggu ke-25-28	Saat ini disebut permulaan <i>trimester</i> ke-3, di mana terdapat perkembangan otak yang cepat. Sistem syaraf mengendalikan gerakan dan fungsi tubuh, mata sudah membuka. Kelangsungan hidup pada periode ini sangat sulit bila lahir.
Minggu ke-29-32	Bila bayi dilahirkan ada kemungkinan untuk hidup (50-70%). Tulang telah terbentuk sempurna, gerakan nafas telah regular, suhu relative stabil
Minggu ke-33-36	Berat janin 1500-2500 gram. Bulu kulit janin (<i>lanugo</i>) mulai berkurang, pada saat 35 minggu paru telah matur. Janin akan dapat hidup tanpa kesulitan
Minggu ke-38-40	Sejak 38 minggu kehamilan disebut <i>aterm</i> , di mana bayi akan meliputi seluruh uterus. Air ketuban mulai berkurang, tetapi masih dalam batas normal

Sumber: (Romauli, 2012)

5. Tanda dan Gejala Kehamilan

Menurut Dewi (2011), menyatakan bahwa perubahan fisiologis yang terjadi pada wanita hamil menyebabkan timbulnya perubahan-perubahan yang menjadi tanda-tanda kehamilan yaitu antara lain :

a. Tanda Tidak Pasti Kehamilan (presumptive sign)

Tanda tidak pasti adalah perubahan-perubahan fisiologis yang dapat dikenali dari pengakuan atau yang dirasakan oleh wanita hamil.

- 1) Amenorea (berhentinya menstruasi)
 - 2) Mual dan muntah (*nausea and vomiting*)
 - 3) Mengidam (ingin makanan khusus).
 - 4) *Syncope* (pingsan)
 - 5) *Quickening* (gerakan bayi)
 - 6) Tidak ada selera makan (anoreksia)
 - 7) Lelah (fatigue)
 - 8) Payudara
 - 9) Miksi
 - 10) Konstipasi/ obstipasi
 - 11) Pigmentasi kulit
 - 12) *Epulis* atau dapat disebut juga *hipertrofi* dari papil gusi
 - 13) Pemekaran vena-vena (varises)
- b. Tanda Kemungkinan Kehamilan (*probability sign*)
- Tanda kemungkinan adalah perubahan–perubahan fisiologis yang dapat diketahui oleh pemeriksa dengan melakukan pemeriksaan fisik kepada wanita hamil.
- 1) Perut membesar
 - 2) Uterus membesar, terjadi perubahan dalam bentuk besar dan konsistensi dari rahim.
 - 3) Tanda Hegar
Ditemukan pada kehamilan 6-12 minggu, yaitu adanya uterus segmen bawah lebih lunak dari pada bagian yang lain.
 - 4) Tanda *Picaseck*
Yaitu adanya tempat yang kosong pada rongga uterus karena embrio biasanya terletak di sebelah atas, dengan bimanual akan terasa benjolan yang asimetris.

5) Tanda *Chadwick*

Perubahan warna servik dan vagina menjadi kebiru-biruan.

6) Tanda *Braxton-Hicks*

Kontraksi-kontraksi kecil pada uterus bila dirangsang.

7) Tanda *Goodel*.

Adalah pelunakan pada serviks. Pada wanita hamil melunak seperti bibir namun akan terasa seperti hidung ketika wanita tidak hamil.

8) Teraba *Ballotement*

9) Reaksi kehamilan (planotest) positif

c. Tanda Pasti Kehamilan (*positive sign*)

Tanda pasti adalah tanda yang menunjukkan langsung keberadaan janin, yang dapat dilihat langsung oleh pemeriksa.

1) Gerakan janin yang dapat dilihat/dirasajuga bagian-bagian janin.

2) Denyut jantung janin:

a) Didengar dengan stetoskop monoral laennec (mulai bisa didengar ketika UK 18-20 minggu)

b) Dicatat dan didengar oleh Doppler (mulai dapat didengar pada UK 12 minggu)

c) Dicatat dengan foto elektrokardiogram.

d) Dilihat pada ultrasonografi (USG)

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).

4) Terlihat tulang-tulang janin dalam foto rontgen.

6. Klasifikasi Kehamilan Berdasarkan Lama Kehamilan

Menurut Prawiharjo (2010), menyatakan bahwa lama kehamilan berlangsung sampai persalinan *aterm* sekitar 280 hari sampai 300 hari dengan perhitungan sebagai berikut :

- a. *Abortus* : kehamilan sampai usia 16-20 minggu
- b. *Immatur* : kehamilan sampai usia 21-28 minggu
- c. *Prematur* : kehamilan sampai usia 29-36 minggu
- d. *Aterm* : kehamilan sampai usia 37-42 minggu
- e. *Postdate* : kehamilan melebihi usia 42 minggu

7. Menentukan Usia Kehamilan

1. Cara menentukan usia kehamilan

Menurut Wati (2013), menyatakan bahwa cara yang dapat dilakukan untuk menentukan usia kehamilan yaitu sebagai berikut:

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

2. Menentukan Hari Perkiraan Lahir (HPL)

Menurut Nugroho (2012), menyatakan bahwa cara menentukan HPL yaitu dihitung sejak hari pertama haid terakhir (HPHT) sampai sekarang dengan metode kalender menggunakan Rumus *Neagle*. Didapatkan dari HPHT (hari pertama haid terakhir) dan bisa untuk mengetahui tafsiran persalinan.

- a. Jika bulan April-Desember : Tanggal di tambah 7, bulan di kurangi 3, dan tahun di tambah 1
- b. Jika bulan Januari-Maret : Tanggal di tambah 7, bulan di tambah 9, dan tahun di tambah 0 (tahun tetap)

Rumus tidak dapat dipakai jika:

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

Lamanya kehamilan dimulai dari ovulasi sampai terjadinya persalinan adalah kira-kira 280 hari (40 minggu), dan tidak lebih dari 300 hari (43 minggu). Ditinjau dari tuanya kehamilan, kehamilan dibagi dalam 3 bagian yaitu :

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

Tabel perkiraan tinggi fundus uteri adalah sebagai berikut :

Tabel 2.2 Perkiraan Tinggi Fundus Uteri

Umur kehamilan	Ukuran	Panjang Uterus
12 minggu	1/3 di atas simpisis atau 3 jari di atas simpisis	
16 minggu	1/2 simpisis pusat	
20 minggu	2/3 di atas simpisis atau 3 jari di bawah pusat	20 cm

24 minggu	Setinggi pusat	23 cm
28 minggu	1/3 di atas pusat atau 3 jari di atas pusat	26 cm
32 minggu	½ pusat – <i>processus xiploideus</i>	30 cm
36 minggu	Setinggi <i>processus xiploideus</i>	33 cm
40 minggu	2 jari di bawah Px	

Sumber : (Romauli, 2012)

8. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kehamilan

Menurut Wati (2013), Kebutuhan Dasar Ibu Hamil Sesuai Tahap Perkembangannya Trimester I, II, dan III yaitu sebagai berikut :

a. Status gizi

Status gizi merupakan hal yang sangat penting diperhatikan pada masa kehamilan, karena faktor gizi sangat berpengaruh terhadap status kesehatan ibu selama hamil serta guna pertumbuhan dan perkembangan janin. Pengaruh gizi pada kehamilan sangat penting. Berat badan ibu hamil harus memadai, bertambah sesuai dengan umur kehamilan. Kenaikan berat badan yang ideal ibu hamil 7 kg (untuk ibu yang gemuk) dan 12,5 kg jika kenaikan berat badan lebih dari normal, dapat menimbulkan komplikasi keracunan kehamilan (*pre-eklamsia*), anak yang terlalu besar sehingga menimbulkan kesulitan persalinan. Kebutuhan gizi pada ibu hamil secara garis besar adalah sebagai berikut :

1) Asam folat

Menurut konsep *evidence* bahwa pemakaian *asam folat* pada masa dan *perikonsepsi* menurunkan resiko kerusakan otak, kelainan *neural, spina bifida anensepalus*, baik pada ibu hamil yang normal maupun beresiko. *Asam folat* juga berperan untuk membantu memproduksi sel darah merah. Sintesis DNA pada janin dan pertumbuhan *plasenta*. Pemberian multivitamin saja tidak terbukti efektif untuk mencegah kelainan *neural*. Minimal

pemberian suplemen *asam folat* untuk preventif adalah 500 kilogram atau 0,5-0,8 mg, sedangkan untuk kelompok dengan faktor resiko adalah 4 mg/hari. Karena kekurangan *asam folat* dapat menyebabkan *anemia* pada ibu dan cacat pada bayi yang dilahirkan.

2) Energi

3) Protein

4) Zat besi (Fe)

Setiap hari ibu hamil membutuhkan tambahan 700-800 mg zat besi. Kebutuhan berzat tinggi ibu hamil lebih meningkat pada kehamilan *trimester* II dan III. Zat besi bukan saja penting untuk memelihara kehamilan. Ibu hamil yang kekurangan zat besi dapat terganggu pada proses persalinan. Mungkin terjadi perdarahan setelah persalinan.

5) *Kalsium*

Janin yang tumbuh harus banyak memerlukan banyak *kalsium* untuk pembentukan tulang dan gigi bayi. Kebutuhan *kalsium* ibu hamil adalah 500 mg/hari.

6) *Vitamin D*

7) *Yodium*

8) *Vitamin A*

9) *Mineral*

Pada wanita hamil dengan gizi buruk, perlu mendapatkan gizi yang adekuat baik jumlah maupun susunan menu atau kualitasnya serta mendapat askes pendidikan kesehatan tentang gizi. Akibat *malnutrisi* pada kehamilan yaitu berat otak dan bagian-bagian otak kurang dari normal. Setelah lahir akan menjadi *intelegensia* (IQ)

dibawah rata-rata. Karena adanya *malnutrisi* pada ibu hamil. Volume darah jadi berkurang, aliran darah ke uterus dan plasenta berkurang, ukuran plasenta berkurang, dan transfer nutrisi melalui plasenta berkurang sehingga janin tumbuh lambat atau terganggu (IUGR). Ibu hamil dengan kekurangan gizi cenderung melahirkan *prematuur* atau BBLR. Rata-rata kenaikan berat badan selama hamil adalah 10- 20 kg atau 20,5 dari berat badan ideal sebelumnya. Proporsi kenaikan berat badan selama hamil adalah sebagai berikut :

- a. Kenaikan berat badan *trimester* I lebih kurang dari 1 kg karena berat badan ini hampir seluruhnya merupakan kenaikan berat badan ibu.
- b. Kenaikan berat badan *trimester* II adalah 3 kg atau 0,3 kg/minggu. Sebesar kenaikan 60 % kenaikan berat badan ini karena pertumbuhan jaringan pada ibu.
- c. Kenaikan berat badan *trimester* III adalah 6 kg atau 0,3-0,5 kg/minggu. Sebesar 60% kenaikan berat badan ini karena pertumbuhan janin. Timbunan pada ibu lebih kurang 3 kg.

Gizi sangat berpengaruh pada tumbuh kembang otak. Pertumbuhan otak yang pesat terjadi 2 fase. Fase pertama adalah usia kehamilan 15-20 minggu dan fase kedua adalah 30 minggu sampai 18 bulan setelah bayi lahir (*perinatal*). Pada umur 0-1 tahun terjadi pertumbuhan otak 25% dari saat hamil. Pada usia 2 tahun pertumbuhan otak kurang dari 10%. Berat otak pada saat lahir 25% otak dewasa, pada saat 5 tahun 90% otak dewasa dan pada umur 10 tahun 95% otak dewasa. Pengaturan komposisi makanan terdiri dari protein 10-15%, lemak 20% dan karbohidrat 60-70%. Penilaian status gizi ibu hamil adalah dari :

1) Berat badan dilihat dari *body mass index* (IMT)

Perhitungan IMT diperoleh dengan memperhitungkan berat badan sebelum hamil dalam kilogram dibagi tinggi badan dalam meter kuadrat. Indikator penilaian untuk IMT adalah sebagai berikut :

Tabel 2.3 Indikator penilaian IMT

Nilai IMT	Kategori
Kurang dari 20	<i>Underweight</i> / di bawah normal
20 – 24,9	<i>Desirable</i> / normal
25 – 29,9	<i>Moderate obesity</i> / lebih dari normal
Over 30	<i>Severe obesity</i> / sangat gemuk

Sumber : (Romauli,2011)

2) Ukurang Lingkar Lengan Atas (LILA)

Standar minimal untuk ukuran lingkar lengan atas pada wanita dewasa atau usia *reproduktif* adalah 23,5 cm. Jika ukuran LILA kurang dari 23,3 cm maka interpretasinya adalah kurang energi kronis (KEK).

3) Kadar *hemoglobin* (Hb)

Nilai normal kadar *hemoglobin* pada ibu hamil 10,5-14,0 gr%.

Dikatakan tidak normal apabila kadar Hb kurang dari 10,5 gr%.

b. *Personal Hygiene*

c. Istirahat

9. Perubahan Fisiologis dan Ketidaknyamanan Kehamilan

Perubahan fisiologis dan ketidaknyamanan kehamilan akan di sajikan pada tabel berikut :

Tabel 2.4 Perubahan fisiologis dan ketidaknyamanan kehamilan

Perubahan	Perubahan fisiologis	Ketidaknyamanan fisiologis	Kebutuhan fisiologis
Sistem reproduksi	1. Servik Terjadi <i>hipervaskularisasi</i> dan pelunakan pada serviks akibat peningkatan estrogen dan pr	Keputihan	1. Tingkat kebersihan dengan mandi setiap hari. 2. Pakaian dalam menggunakan bahan katun yan

	<p>ogesteron. Peningkatan lender servik yang disebut dengan <i>operculum</i>.</p> <p>2. Vagina Terjadi peningkatan produksi lender oleh mukosa vagina, <i>hipervaskularisasi</i> pada vagina</p> <p>3. Ovarium Terjadi pembentukan <i>folikel</i> baru dan hanya terlihat perkembangan dari <i>korpus luteum</i>.</p>		<p>g memiliki daya serap tinggi, jangan menggunakan akan nilon.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Cara cebok yang benar yaitu dari arah vagina kebelakang. 4. Selalu bersihkan vulva setelah BAB dan BAK. 5. Ganti celana dalam setelah basah. 6. Hindari semprotan air.
Sistem pencernaan	<p>1. Payudara Terjadi <i>hipervaskularisasi</i> pembuluh darah akibat peningkatan estrogen dan progesteron. Selain itu juga terjadi peningkatan hormon <i>somatotropin</i> untuk produksi ASI</p> <p>2. Mulut dan gusi Peningkatan estrogen dan progesterone meningkatkan aliran darah ke rongga mulut; <i>hipervaskularisasi</i> pembuluh darah <i>kapiler</i> gusi sehingga terjadi <i>edema</i> dan <i>hiperplastis</i>; ketebalan <i>epithelial</i> berkurang sehingga gusi lebih rapuh; timbulnya muntah menyebabkan kebersihan mulut terganggu dan meningkatkan rasa asam di mulut.</p> <p>3. Lambung Terjadi <i>relaksasi</i> pada otot-otot pencernaan antara lain <i>peristaltik</i> di lambung sehingga pencernaan makanan oleh lambung menjadi lebih lama dan mudah terjadi <i>peristaltik</i> balik ke <i>esofagus</i>. Selain itu, pengaruh dari peningkatan hormon <i>HCG</i> juga dapat menyebabkan ibu hamil merasakan mual dan muntah.</p> <p>4. Usus halus dan besar</p>	<p>Payudara terasa tegang dan keras</p> <p>Karies gigi Gusi berdarah</p> <p>Mual muntah</p> <p><i>Konstipasi</i></p>	<p>Kebersihan payudara untuk persiapan <i>laktasi</i> dengan melakukan perawatan payudara ibu hamil.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berkumur dengan air hangat dan asin. 2. Menggosok gigi secara teratur dan menjaga kebersihannya. 3. Memeriksa gusi secara teratur. 1. Hindari bau dan faktor penyebab lain. 2. Makan biskuit kering dan roti bakar sebelum bangun dari tempat tidur dan diantara waktu makan 3. Makan dengan porsi sedikit tapi sering. 4. Duduk tegak setiap kali selesai makan. 5. Hindari makanan yang berminyak dan bersantan 6. Jangan langsung gosok gigi setelah makan 7. Gunakan obat-obatan nonfarmakologi jika memungkinkan. 8. Jika terlalu parah beri terapi dengan vit B6. 1. Tingkatkan <i>intake</i> cairan dan serat dalam

	<i>Relaksasi</i> pada usus halus sehingga penyerapan makanan menjadi lebih maksimal. <i>Relaksasi</i> juga terjadi pada usus besar sehingga penyerapan air menjadi lebih lama		diet, misalnya buah, sayuran, minuman air hangat ketika perut kosong. 2. Istirahat secukupnya. 3. Senam hamil. 4. Buang air besar secara teratur dan segera setelah ada dorongan. 5. Hindari minyak mineral, <i>lubrican</i> , perangsang, <i>saline</i> , <i>hiperosmosis</i> , dan <i>Castrol oil</i> .
		<i>Hemoroid</i>	1. Hindari <i>konstipasi</i> . 2. Makan makanan bongkahan, gunakan bungkus es, kompres panas 3. Dengan perlahan masukan kedalam <i>rektum</i> seperlunya 4. Jika perlu digunakan salep obat luar untuk memperingan/ anestesi sesaat, <i>astringen wirsch-hazel</i> , <i>calamine</i> , dan <i>oksidase</i> , <i>krim hidrokortison</i> . 5. Jangan duduk terlalu lama
<i>Sistem Kardiovaskular</i>	1. Jantung Hipertrofi (perbesaran) atau <i>dilatasi</i> jantun g disebabkan oleh peningkatan volume darah dan curah jantung, karena <i>diagfragma</i> terdorong ke atas, jantung terangkat ke atas dan berotasi ke depan; antara minggu ke-14 dan ke-20, denyut jantung meningkat perlahan, mencapai 10 sampai 15 kali per menit, kemudian menetap sampai <i>aterm</i> .	<i>Palpitasi jantung</i>	KIE tentang perubahan fisiologi kehamilan.
	2. Volume dan komposisi darah. Presentasi kenaikan bergantung kepada jumlah besi yang tersedia. Massa SDM meningkat 3033% pada kehamilan <i>aterm</i> , jika ibu mengkonsumsi suplemen besi. Apabila tidak mengkonsumsi suplemen besi, SDM hanya meningkat 17% pada beberapa wanita.	<i>Anemia Fisiologis</i>	1. Konsumsi makanan atau diet tinggi Fe dan asam folat, misalnya sayur berwarna hijau, ikan, daging, dan susu. 2. Konsumsi tablet Fe 1x minimal selama 3 bulan.
	3. Sirkulasi darah Terjadi gangguan <i>sirkulasi</i> darah akibat	<i>Edema umum</i>	1. Hindari posisi tegak lurus dalam waktu yang lama.

	<p>pembesaran dan penekanan uterus terutama pada <i>vena pelvis</i> ketika duduk dan <i>vena cava inferior</i> ketika berbaring; peningkatan penyerapan kapiler.</p>		<ol style="list-style-type: none"> 2. Istirahat dengan posisi berbaring miring ke kiri dan kaki agak ditinggikan. 3. Hindari kaos kaki atau stoking yang ketat. 4. Olahraga atau senam hamil. 5. Hindari sandal atau sepatu hak tinggi 6. Kurangi makanan yang mengandung garam
Sistem Perkemihan	<p>Peningkatan sensitivitas kandung kemih dan pada tahap selanjutnya merupakan akibat kompresi pada kandung kemih. Pada <i>trimester</i> kedua, kandung kemih tertarik ke atas dan keluar dari panggul sejati ke arah abdomen. Uretra memanjang sampai 7,5 cm karena kandung kemih bergeser ke arah atas. <i>Kongesti</i> panggul pada masa hamil di tunjukan oleh <i>hyperemia</i> kandung kemih dan uretra. Peningkatan <i>vaskularisasi</i> ini membuat <i>mukosa</i> kandung kemih menjadi mudah luka berdarah. Tonus kandung kemih dapat menurun. Hal ini dapat memungkinkan <i>distensi</i> kandung kemih walaupun kandung kemih hanya berisi sedikit urine.</p>	Sering BAK	<ol style="list-style-type: none"> 1. KIE tentang penyebab sering BAK. 2. Kosongkan kandung kemih ketika ada dorongan. 3. Perbanyak minum pada siang hari. 4. Jangan kurangi minum di malam hari kecuali mengganggu tidur dan mengalami kelelahan. 5. Hindari minum kopi atau teh sebagai <i>dieresis</i>. 6. Berbaring miring kiri saat tidur untuk meningkatkan <i>dieresis</i>. 7. Tidak memerlukan pengobatan farmakologi.
Sistem Integumen	<p>1. Muka Terjadi perubahan warna bercak <i>hiperpigmentasi</i> kecoklatan pada kulit di daerah tonjolan maksimal dan dahi, akibat peningkatan estrogen dan progesteron, serta MSH</p> <p>2. Kulit <i>Hipersensitivitas allergen plasenta</i>. Peningkatan kelenjar <i>apocrine</i> akibat peningkatan hormon, kelenjar tersebut meningkat terutama akibat berat badan dan kegiatan <i>metabolic</i> yang meningkat; peningkatan aktivitas <i>kelenjar sebacea</i></p>	<i>Chloasma gravidarum</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hindari sinar matahari secara berlebihan saathamil. 2. Gunakan alat pelindung non alergis. 3. Hindari penggunaan <i>hidrokuinon</i>.
		Gatal – gatal Keringat bertambah	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gunakan kompres mandi siram air sejuk. 2. Gunakan cara mandi <i>oatmeal</i>. 3. Pertimbangkan penggunaan obat luar atau <i>antipeuritik</i>. 4. Evaluasi jika ada gangguan atau penyakit kulit. 5. Pakailah pakaian yang longgar. 6. Perbanyak minum. 7. Mandi secara teratur.

	<p>3. Perut Terjadi perubahan deposit <i>pigmen</i> dan <i>hiperpigmentasi</i> karena pengaruh <i>Melanophore Stimulating Hormone</i> <i>hipofisis anterior</i> dan pengaruh kelenjar <i>suprarenalis</i>. <i>Hiperpigmentasi</i> ini terjadi pada <i>striae gravidarum livide</i> atau <i>alba</i>, <i>aerola mammae</i>, <i>papilla mammae</i>, <i>linea nigra</i>.</p>	Garis-garis di perut dan payudara	<ol style="list-style-type: none"> Gunakan <i>emolien</i> luar atau <i>antipluritik</i> menurut indikasinya. Gunakan pakaian yang menopang payudara dan abdomen.
Sistem Pernapasan	<p>1. Hidung Peningkatan <i>vaskularisasi</i> yang merupakan respon terhadap peningkatan kadar estrogen, juga terjadi pada traktus pernapasan atas. Oleh karena itu kapiler membesar, terbentuklah <i>edema</i> dan <i>hyperemia</i> di hidung, <i>faring</i>, <i>laring</i>, <i>trakea</i>, dan <i>bronkus</i>.</p>	Hidung tersumbat dan mimisan	<ol style="list-style-type: none"> KIE tentang perubahan fisiologi kehamilan. Gunakan <i>vaporizer</i> udara dingin. Hindari dekongestan untuk hidung yang tersumbat biasa. <i>Antihistamin</i> biasanya efektif dan tidak berbahaya.
	<p>2. Trakea dan Diafragma Dengan semakin membesarnya uterus, maka akan mengalami desakan pada diafragma sehingga naik 4 cm; peningkatan progesterone menyebabkan peningkatan pusat saraf untuk mengkonsumsi oksigen.</p>	Sesak Napas	<ol style="list-style-type: none"> KIE tentang penyebab fisiologis Bantu cara untuk mengatur pernapasan. Mendorong postur tubuh yang baik untuk pernapasan. Berikan posisi <i>semifowler</i> Istirahat teratur. Latihan pernapasan dan senam hamil.
Sistem Neurologis dan Muskuloskeletal	<p><i>Lordosis dorsolumbar</i> dapat menyebabkan nyeri akibat tarikan pada syaraf atau kompresi akar syaraf. Struktur ligamentum dan otot tulang belakang bagian tengah dan bawah mendapatkan tekanan berat. Perubahan ini dan perubahan lainnya sering kali menimbulkan rasa tidak nyaman pada muskuloskeletal.</p>	Nyeri pinggang dan punggung bagian bawah	<ol style="list-style-type: none"> Gunakan mekanisme tubuh yang baik untuk mengangkat barang yang jatuh, misalnya dengan jongkok, lebarkan kaki dan letakkan satu kaki sedikit di depan titik Hindarkan sepatu hak tinggi, hindarkan pekerjaan dengan beban yang terlalu berat Gunakan bantal waktu tidur untuk meluruskan punggung Gunakan kasur yang keras untuk tidur Senam hamil <i>Masase</i> daerah pinggang

<i>Sistem neurologi</i>	Penurunan dan <i>alkalosis</i> terjadi akibat perubahan pada system pernafasan, tekanan uterus pada syaraf, keletihan, sirkulasi yang buruk pada tungkai.	Kram terutama pada kaki	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kurangi konsumsi fosfor tinggi supaya terjadi relaksasi pada otot-otot kaki 2. Beri kompres hangat pada kaki 3. Konsumsi cukup kalsium 4. Istirahat yang cukup
	Perubahan titik pusat gaya berat akibat uterus yang bertambah besar dan berat membuat wanita mengambilsikap yang dapat menekan <i>syaraf ulnar, median, dan skiatik</i> ; terjadi <i>hiperventilasi</i>	Kesemutan	<ol style="list-style-type: none"> 1. KIE tentang penyebab 2. Posisikan postur tubuh dengan benar 3. Berbaring dan merebahkan diri
	Terjadi <i>hipertensi postural</i> yang berhubungan dengan perubahan <i>hemodinamis, hiperglikemia</i> , penumpukan darah di bagian tungkai sehingga mengurangi arah balik <i>vena</i> dan mengurangi <i>curah jantung</i> .	Pusing sampai pingsan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bangun secara perlahan-lahan dari posisi istirahat 2. Hindari berdiri terlalu lama 3. Hindari lingkungan yang terlalu ramai dan berdesak-desakan 4. Hindari berbaring dalam <i>posisi supine</i>

Sumber : (Hani, 2010)

10. Perubahan Psikologis pada Ibu Hamil

Menurut Wati (2013), menyatakan bahwa, perubahan psikologis ibu hamil pada trimester pertama, kedua, dan ketiga, yaitu :

1. Trimester Pertama

Segera setelah, konsepsi kadar hormon progesteron dan estrogen dalam tubuh akan meningkat dan ini menyebabkan timbulkan mual muntah pada pagi hari, lemah, lelah dan besarnya payudara, ibu merasa tidak sehat dan sering kali membenci kehamilannya, pada trimester pertama seorang ibu akan selalu mencari tanda-tanda untuk lebih meyakinkan bahwa dirinya memang hamil.

2. Trimester Kedua

Pada trimester kedua biasanya adalah saat ibu merasa sehat, ibu sudah terbiasa dengan kadar hormon yang lebih tinggi dan rasa tidak

nyaman karena hamil sudah berkurang, perut ibu belum teralu besar sehingga belum dirasakan sebagai beban, ibu sudah menerima kehamilannya dan mulai dapat merasakan gerakan bayinya, dan ibu mulai merasakan kehadiran bayinya, banyak ibu terlepas dari rasa kecemasan dan rasa tidak nyaman seperti yang dirasakannya pada trimester pertama.

3. Trimester ketiga

Trimester ketiga sering kali disebut periode menunggu atau waspada sebab pada saat itu ibu merasa tidak sabar menunggu kelahiran bayinya. Gerakan bayi dan membesarnya perut merupakan 2 hal yang mengingatkan ibu akan bayinya. Kadang-kadang ibu merasa khawatir bahwa bayinya akan lahir sewaktu-waktu, ini menyebabkan ibu meningkatkan kewaspadaan akan timbulnya tanda dan gejala akan terjadi persalinan, ibu sering kali merasa khawatir atau kalau bayi yang akan dilahirkannya tidak normal.

11. Standar Minimal Kunjungan Kehamilan

Untuk menerima manfaat secara maksimum dilakukan kunjungan antenatal minimal 4 kali kunjungan yang terdistribusi 3 trimester atau dengan istilah rumus 1 1 2 yaitu sebagai berikut :

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

Pada setiap kali kunjungan perlu didapatkan informasi yang sangat penting.

Garis besarnya dijelaskan dalam tabel dibawah ini :

Tabel 2.5 Standar Kunjungan Kehamilan

Kunjungan	Waktu	Informasi Penting
Trimester I	Sebelum Minggu ke-14	Membangun hubungan saling percaya antara petugas kesehatan dengan ibu hamil. Medeteksi masalah dan menanganinya. Melakukan tindakan pencegahan seperti tetanus neonatorum, anemia, penggunaan praktik tradisional yang merugikan. Memulai persiapan kelahiran bayi dan kesiapan untuk menghadapi komplikasi. Mendorong perilaku yang sehat(gizi, latihan dan kebersihan, istirahat dsb).
Trimester II	Sebelum Minggu ke-28	Sama seperti diatas, ditambah kewaspadaan khusus mengenai preeklamsia (Tanya ibu tentang gejala preeklamsia, pantau tekanan darah, evaluasi edema, periksa untuk mengetahui proteinuria).
Trimester III	Antara minggu 28-36	Sama seperti diatas, ditambah palpasi abdominal untuk mengetahui apakah ada kehamilan ganda.
Trimester III	Setelah 36 minggu	Sama seperti diatas, ditambah

deteksi letak bayi yang tidak normal, atau kondisi lain yang memerlukan kelahiran dirumah sakit.

Sumber :(Hani, 2010)

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

- 1) Timbang berat badan dan ukur tinggi badan
- 2) Ukur tekanan darah
- 3) Ukur TFU
- 4) Imunisasi TT
- 5) Pemeriksaan HB
- 6) Pemberian tablet Fe (minimum 90 tablet selama kehamilan).
- 7) Pengambilan darah untuk pemeriksaan VDRL (Test terhadap PMS).
- 8) Pemeriksaan protein urine
- 9) Pemeriksaan urine reduksi
- 10) Perawatan payudara
- 11) Senam ibu hamil
- 12) Pemberian obat malaria
- 13) Pemberian kapsul minyak beryodium
- 14) Temu wicara.

12. Tanda Bahaya Kehamilan

Tanda-tanda bahaya kehamilan akan dijelaskan pada tabel berikut .

Tabel 2.6 Tanda Bahaya Kehamilan

Tanda Gejala	Faktor Predisposisi	Penyulit	Diagnosis
Tekanan <i>diastolic</i> 90-110 mmHg (dua kali pengukuran berjarak 4 jam) pada kehamilan > 20 minggu			<i>hipertensi dalam kehamilan</i>
Tekanan <i>diastolic</i> 90-110 (dua kali pengukuran berjarak 4 jam) pada kehamilan >20 minggu. <i>Proteinuria</i> ++			<i>Preeklampsia ringan</i>
Tekanan <i>diastolik</i> ≥110 mmHg pada kehamilan >20 minggu. <i>Proteinuria</i> +++			<i>Preeklampsia berat</i>
Kejang, tekanan <i>diastolic</i> ≥90 mmHg pada kehamilan >20 minggu. <i>Proteinuria</i>			<i>Eklampsia</i>
Perdarahan tanpa nyeri, usia <i>gestasi</i> >22 minggu Darah segar/kehitaman dengan bekuan Perdarahan dapat terjadi setelah <i>miksi</i> atau <i>defekasi</i> ,aktivitas fisik, <i>kontraksi Braxton hiks</i> atau <i>coitus</i>	<i>Grande multipara</i>	1. Syok 2. perdarahan setelah <i>coitus</i> 3. tidak ada kontraksi uterus 4. bagian terendah janin tidak masuk PAP 5. kondisi janin normal atau terjadi gawat janin	<i>Plasenta previa</i>
1. Perdarahan dengan nyeri <i>intermiten</i> atau menetap 2. Warna darah kehitaman dan cair 3. Jika <i>ostium</i> terbuka terjadi perdarahan warna merah	<i>Hipertensi Versi luar Trauma abdomen Polihidramnion Gemeli Defisiensi gizi</i>	1. Syok 2. Melemah atau hilangnya gerak janin 3. Gawat janin 4. Uterus tegang seperti papan 5. <i>Anemia berat</i>	<i>Solusio plasenta</i>
1. Teraba <i>his</i> 2. Lendir bercampur darah sebelum UK 37 minggu 3. Pembukaan dan pelunakan serviks 4. Perdarahan <i>pervaginam</i> ringan			Kemungkinan persalinan <i>preterm</i>

Sumber : (Hani, 2010)

2.1.2 Konsep Dasar Persalinan

1. Pengertian

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks, dan janin turun ke dalam jalan lahir dan juga merupakan proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir

spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (Prawirohardjo, 2010). Persalinan adalah serangkaian kejadian yang berakhir dengan pengeluaran bayi yang cukup bulan atau hampir cukup bulan disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin dari tubuh itu (Kuswanti, 2014).

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri). Proses ini dimulai dengan adanya kontraksi persalinan sejati, yang ditandai dengan perubahan serviks secara progresif dan diakhiri dengan kelahiran plasenta (Ariani & Meiliasari, 2013). Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri) yang dapat hidup ke dunia luar, dari rahim melalui jalan lahir atau dengan jalan lain (Mochtar, 2012).

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 Ekstrasi, Forceps, dan caesar*.

c. Persalinan Anjuran

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

Istilah-istilah yang berhubungan dengan persalinan:

1. Partus Immaturus yaitu partus dimana umur kehamilan kurang dari 28 Minggu dan lebih dari 20 Minggu dengan berat janin antara 500-1000 gram.
 2. Partus Prematurus yaitu suatu partus dari hasil konsepsi yang dapat hidup tetapi belum *aterm* (cukup bulan). Berat janin antara 1000-2500 gram atau tua kehamilan antara 28-36 Minggu.
 3. Partus postmaturus (*serotinus*) yaitu partus yang terjadi 2 minggu atau lebih dari waktu partus yang diperkirakan.
- d. Para yaitu seorang wanita yang pernah melahirkan bayi yang dapat hidup (*viable*).
- e. Inpartu yaitu seorang wanita yang sedang dalam keadaan persalinan.

3. Sebab-sebab Mulainya Persalinan

Selama kehamilan ada dua hormon yang berperan dalam tubuh wanita, yaitu hormon *estrogen* dan *progesteron*. Kedua hormon ini harus dalam posisi yang seimbang, sehingga kehamilan dapat dipertahankan. Perubahan keseimbangan antara *estrogen* dan *progesteron* memicu oksitosin dikeluarkan oleh *hipofisis posterior*, hal tersebut menyebabkan kontraksi yang disebut dengan *Braxton Hicks*. Kontraksi *Braxton Hicks* akan menjadi kekuatan dominan saat mulainya proses persalinan. Oleh karena itu makin matang usia kehamilan maka frekuensi kontraksi akan semakin sering.

Berikut adalah beberapa Teori yang menimbulkan persalinan, yaitu :

1. Teori Penurunan Hormon

Penuaan plasenta telah dimulai sejak usia kehamilan 30-60 minggu sehingga terjadi penurunan konsentrasi progesteron dan estrogen pada saat hamil, terjadi perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron yang menimbulkan kontraksi *Braxton Hicks*, yang

selanjutnya akan bertindak sebagai kontraksi persalinan. Kenyataan menunjukkan bahwa saat menjelang persalinan, tidak terjadi penurunan konsentrasi *progesteron*.

2. Teori Plasenta Menjadi Tua

Seiring matangnya usia Kehamilan, *Vili Chorialis* dalam plasenta mengalami beberapa perubahan, hal ini menyebabkan turunnya kadar *estrogen* dan *progesteron* yang mengakibatkan tegangnya pembuluh darah sehingga akan menimbulkan kontraksi.

3. Teori Distensi Rahim

Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu, setelah melewati batas tersebut, akhirnya terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat segera dimulai.

4. Teori Iritasi Mekanik

Dibelakang servik terletak *ganglion servikale (fleksus frankenhauser)*. Bila *ganglion servikalis* ini digeser dan ditekan (misalnya oleh kepala janin) maka akan timbul kontraksi uterus.

5. Induksi Persalinan

a. Gagang Laminaria

b. Amniotomi

Pemecahan Ketuban

c. Oksitosin Drip (OD)

Pemberian Oksitosin menurut tetesan per Infus.

6. Teori Oksitosin

Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar *hipofisis Posterior*. Perubahan keseimbangan *estrogen* dan *progesteron* dapat mengubah sensitivitas otot rahim, sehingga sering terjadi kontraksi *Braxton Hicks*. Menurunnya konsentrasi *progesteron* karena matangnya usia

kehamilan menyebabkan oksitosin meningkatkan aktivitasnya dalam merangsang otot rahim untuk berkontraksi, dan akhirnya persalinan dimulai.

7. Teori Hipotalamus Pituitari dan *Glandula Suprarenalis*

Glandula Suprarenalis merupakan pemicu terjadinya persalinan. Teori ini menunjukkan pada kehamilan dengan bayi *anensefalus* sering terjadi kelambatan persalinan karena tidak terbentuknya Hipotalamus.

8. Teori Prostaglandin

Menjelang persalinan, diketahui bahwa prostaglandin sangat meningkat pada cairan amnion dan desidua. Diperkirakan bahwa terjadinya penurunan progesteron dapat memicu interleukin -1 untuk melakukan "*hidrolisis gliserofosfolofid*" sehingga terjadi pelepasan dari asam arakidonat menjadi prostaglandin, PGE₂, dan PGF₂ alfa. Terbukti pula bahwa saat mulainya persalinan terdapat penimbunan dalam jumlah besar *asam arakidonat* dan prostaglandin dalam cairan amnion. Selain itu, terjadi pembentukan *prostaglandin* dalam miometrium desidua dan *korion leave*. Prostaglandin dapat melunakkan serviks dan merangsang kontraksi bila diberikan dalam bentuk infus, per os, atau secara intra vaginal. Oleh karena itu, dapat dikemukakan bahwa proses mulainya persalinan merupakan proses yang kompleks dan paling dominant, tetapi merupakan inisiasi pertama yang masih belum diketahui dengan pasti.

4. Tanda-Tanda Permulaan Persalinan

Menurut Wati (2011), menyatakan bahwa tanda-tanda permulaan persalinan adalah :

1. *Lightening*

Menjelang minggu ke-36 pada Primigravida, terjadi penurunan fundus uterus karena kepala bayi sudah masuk kedalam panggul. Penyebab dari proses ini adalah :

- a. Kontraksi *Braxton Hicks*
- b. Ketegangan dinding perut
- c. Ketegangan Ligamentum Rotundum
- d. Gaya berat janin, kepala kearah bawah uterus.

Masuknya kepala janin ke dalam panggul dapat dirasakan oleh wanita hamil dengan tanda-tanda sebagai berikut:

- 1) Terasa Ringan dibagian atas dan rasa sesak berkurang.
- 2) Dibagian bawah terasa penuh dan mengganjal
- 3) Kesulitan saat berjalan
- 4) Sering berkemih

2. Terjadinya His Permulaan

Adanya perubahan kadar hormon *estrogen* dan *progesteron* menyebabkan oksitosin semakin meningkat dan dapat menjalankan fungsinya dengan efektif untuk menimbulkan kontraksi atau his permulaan. His permulaan ini sering di istilahkan sebagai his palsu dengan ciri-ciri sebagai berikut:

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

5. Faktor Yang Mempengaruhi Proses Persalinan

Menurut Kuswanti (2014), menyatakan bahwa, faktor yang mempengaruhi proses persalinan meliputi, *power* (kekuatan ibu), *passage* (jalan lahir), *passanger* (janin dan plasenta), air ketuban.

a. *Power* (kekuatan Ibu)

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

His adalah kontraksi otot rahim pada persalinan. Sifat his yang baik dan sempurna yaitu:

1. Kontraksi yang simetris
2. Kekuatan paling tinggi berada di fundus 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.

Beberapa hal yang harus diobservasi pada his persalinan adalah frekuensinya, amplitude dan intensitasnya, aktivitas his, durasi his, datangnya his, dan interval antara dua kontraksi.

Perubahan-perubahan akibat His:

- 1) Pada uterus dan serviks, uterus teraba keras/padat karena kontraksi.
- 2) Pada ibu, akan terasa nyeri karena iskemia rahim dan kontraksi rahim, serta terdapat peningkatan nadi dan tekanan darah.
- 3) Pada janin, pertukaran oksigen pada sirkulasi utero plasenter kurang, sehingga timbul hipoksia janin.

Pembagian dan sifat-sifat His:

a) His Pendahuluan

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

b) His Pembukaan

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

c) His Pengeluaran

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

d) His Pelepasan Uri

Kontraksi sedang untuk melepaskan dan melahirkan plasenta.

e) His Pengiring

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

b. *Passage* (Jalan Lahir)

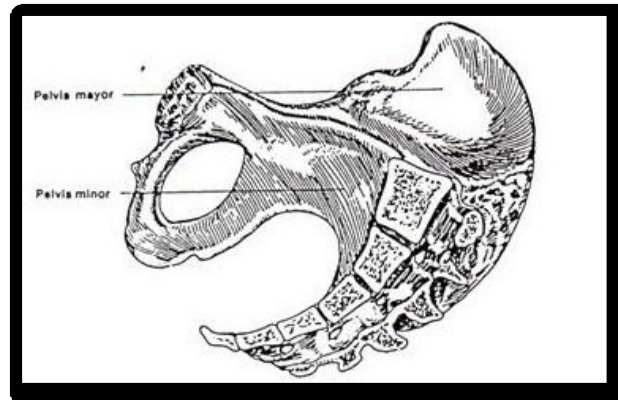
Jalan lahir terdiri atas bagian keras tulang-tulang panggul (rangka panggul) dan bagian lunak (otot-otot, jaringan, dan ligament).

1. Bagian keras panggul (rangka panggul)

Bagian keras 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. Tulang panggul terdiri atas 4 buah tulang, yaitu:

- a. 2 tulang pangkal paha (*ossa coxae*) yang terdiri atas 3 buah tulang yang saling berhubungan yaitu tulang usus, tulang duduk, dan tulang kemaluan.
- b. 1 tulang kelangkang (*os sacrum*)
- c. 1 tulang tungging (*os coccyangis*)

Berikut ini adalah gambar bagian keras panggul:



Gambar 2.4 Bagian Keras Panggul

Sumber : (Chapman, 2014)

a) Panggul kecil

Untuk lebih mengerti bentuk dari panggul kecil dan untuk menentukan tempat bagian depan anak dalam panggul, maka ditentukan 4 bidang, yaitu:

1) Pintu Atas Panggul

Adalah batas atas dari panggul kecil, bentuknya bulat oval, dan batas-batasnya adalah promontorium, sayap sacrum, linea innominate, ramus superior ossis pubis dan pinggir atas symfisis. Biasanya 3 ukuran yang ditentukan dari PAP adalah ukuran muka belakang (diameter antero posterior, conjugata vera) ukurannya 11 cm, ukuran melintang (diameter *transversa*) ukurannya 12,5-13 cm, dan kedua ukuran serong (diameter *oblique*) ukurannya 13 cm.

2) Bidang Luas Panggul

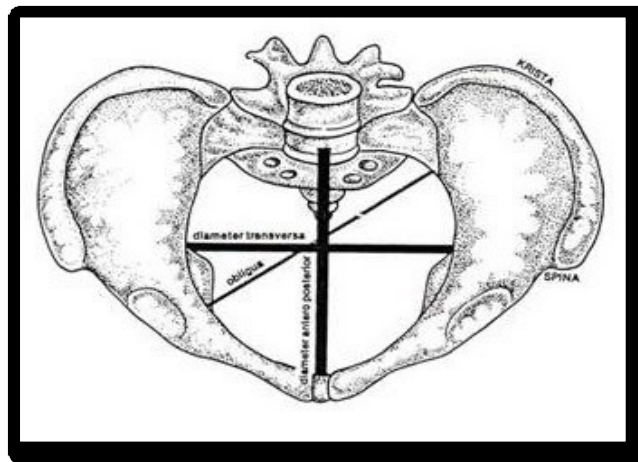
Adalah bidang dengan ukuran-ukuran yang terbesar. Bidang ini terbentang antara pertengahan symfisis, pertengahan acetabulum dan pertemuan antara ruas sacral I dan III.

3) Bidang Sempit Panggul (bidang tengah panggul)

Merupakan bidang dengan ukuran-ukuran terkecil. Bidang ini terdapat setinggi pinggir bawah symphysis, kedua spina ischiadica dan memotong sacrum \pm 1-2 cm diatas ujung sacrum.

4) Pintu Bawah Panggul

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



Gambar 2.5 Bidang Panggul

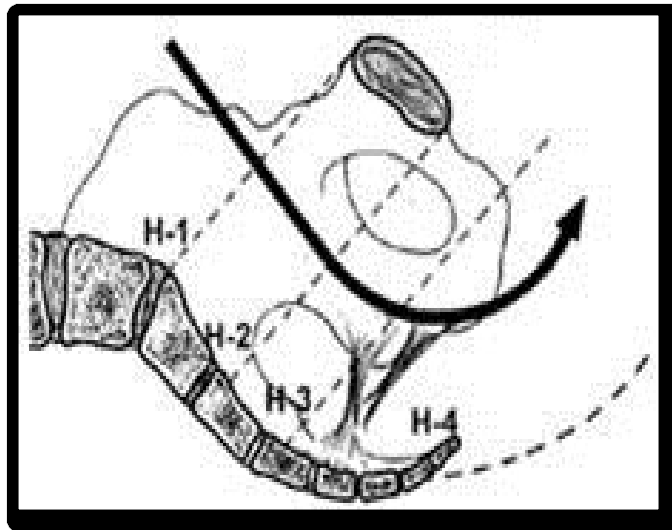
Sumber : (Chapman, 2014)

b) Bidang hodge

Dipelajari untuk menentukan sampai mana bagian terendah janin turun dalam panggul. Bidang *hodge* ini terdiri dari:

- 1) Hodge I yaitu bidang yang dibentuk pada lingkaran pintu atas panggul dengan bagian atas symfisis dan promontorium.

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



Gambar 2.6 Bidang Hodge Panggul

Sumber : (Chapman, 2014)

c) Ukuran panggul

Ukuran panggul luar yang terpenting adalah:

1) *Distansia Spinarum*

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

2) *Distansia Cristarum*

Jarak yang terjauh antara crista iliaca kanan dan kiri (28-30cm).

3) *Conjugate externa (baudeloque)*

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

4) Ukuran lingkaran panggul

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

d) Bagian lunak

Bagian lunak panggul terdiri dari otot-otot dan ligamentum yang meliputi uterus, otot dasar panggul dan perineum.

1) Uterus

Uterus terbagi atas 3 bagian, yaitu:

a) Segmen atas uterus

Terdiri atas fundus dan bagian uterus yang terletak di atas refleksi lipatan vesika uterine peritoneum. Selama persalinan, segmen ini memberikan kontraksi yang kuat untuk mendorong janin keluar.

b) Segmen bawah uterus

Terletak antara lipatan vesika uterine peritoneum sebelah atas dan serviks di bawah. Pada saat kontraksi segmen bawah uterus berkembang lebih cepat dan teregang secara radikal untuk memungkinkan turunnya bagian presentasi janin

c) Serviks uteri

Pada kehamilan lanjut, serviks uteri menjadi lebih lunak dan menjadi lebih pendek karena tergabung dalam segmen bawah uterus. Pada saat persalinan karena adanya kontraksi uterus, maka serviks mengalami penipisan dan pembukaan

e) Otot dasar panggul

Terdiri atas otot-otot dan ligament yaitu dinding panggul sebelah dalam dan yang menutupi panggul bawah, yang

menutupi panggul bawah membentuk dasar panggul disebut pelvis. Jaringan lunak yang terdiri atas segmen bawah uterus yang dapat meregang, serviks, otot dasar panggul, vagina dan introitus

f) Perineum

Perineum adalah jaringan yang terletak di sebelah distal diafragma pelvis. Perineum mengandung sejumlah otot superfisial, sangat vaskuler dan berisi jaringan lemak. Saat persalinan otot ini sering mengalami kerusakan ketika janin dilahirkan.

c. *Passenger* (janin, ketuban, dan plasenta)

a. Janin

Bagian yang paling besar dan keras dari janin adalah kepala janin, posisi dan besar kepala dapat memengaruhi jalannya persalinan. Pada persalinan tulang-tulang masih dibatasi fontanel dan sutura yang belum keras, maka pinggir tulang dapat menyisip antara tulang satu dengan tulang yang lain (molase), sehingga kepala bayi bertambah kecil.

Istilah-istilah yang digunakan untuk kedudukan janin dalam rahim yaitu :

1) Sikap (*attitude/habitués*)

Adalah hubungan bagian tubuh janin yang satu dengan bagian lainnya. Sikap menunjukkan bagian-bagian janin dengan sumbu janin, biasanya terhadap tulang punggungnya. Janin biasanya dalam sikap fleksi dimana kepala, tulang punggung dan kaki dalam keadaan fleksi, serta lengan bersilang dada.

2) Letak (*lie/situs*)

Adalah bagaimana sumbu janin berada terhadap sumbu ibu.

3) Presentasi (*presentation*)

Presentasi digunakan untuk menentukan bagian janin yang ada dibagian bawah rahim, yang dijumpai pada palpasi atau pada pemeriksaan dalam.

4) Bagian terbawah (*presenting part*)

Adalah bagian janin yang pertama kali memasuki pintu atas panggul dan terus melalui jalan lahir saat persalinan mencapai aterm.

5) Posisi (*position*)

Merupakan indicator untuk menentukan arah bagian terbawah janin, misalnya pada letak belakang kepala ubun-ubun kecil.

Berikut adalah tabel ukuran kepala janin

Tabel 2.7 Ukuran penting kepala janin

Diameter	Panjang normal	Presentasi
<i>Sub oksipito bregmatika</i>	9,5 cm	<i>Fleksi maksimal</i>
<i>Sub oksipito frontalis</i>	12 cm	<i>Fleksi tak maksimal</i>
<i>Oksipito frontalis</i>	12 cm	<i>Puncak dahi</i>
<i>Mento oksipitalis</i>	13,5 cm	<i>Dahi</i>
<i>Sub mento bregmatika</i>	9,5 cm	<i>Defleksi maksimal</i>
<i>Diameter biparietalis</i>	9,25 cm	
<i>Diameter bitemporalis</i>	8 cm	

Sumber : (Wati, 2010)

Tabel 2.8 Ukuran circumferensia

Circumferensia	Ukuran normal
<i>Cir. Fromto occipitalis</i>	34 cm
<i>Cir. Mento occipitalis</i>	35 cm
<i>Cir. Sub oksipito bregmatika</i>	32 cm

Sumber : (Wati, 2010)

b. Plasenta dan Tali Pusat

1) Plasenta

Struktur plasenta adalah berbentuk bundar dengan diameter 15-20 cm dan tebal 2-2,5 cm, beratnya ± 500 gram, letaknya didepan atau dibelakang dinding uterus agak keatas pada bagian fundus, dan terdiri dari 2 bagian yaitu: pars maternal dan pars fetal.

Fungsi dari plasenta adalah memberikan makanan ke janin, ekskresi homon, respirasi janin : pertukaran O_2 dan CO_2 antara janin dan ibu, membentuk hormone estrogen dan menyalurkan berbagai antibodi dari ibu.

2) Tali pusat

Merupakan bagian yang penting untuk kelangsungan hidup janin meskipun tali pusat dapat menyebabkan penyulit selama persalinan. Fungsi dari tali pusat adalah sebagai nutrisi dan oksigen dari plasenta ke tubuh janin, pengeluaran sisa metabolisme janin ke tubuh ibu, zat antibodi dari ibu ke janin.

c. Air ketuban

Air ketuban merupakan elemen penting dalam persalinan. Strukturnya yaitu volumenya pada kehamilan cukup bulan kira-kira 100-500 cc, berwarna putih keruh, berbau amis, dan terasa manis. Fungsi dari amnion ini sendiri adalah melindungi janin dari trauma/ benturan, memungkinkan janin bergerak bebas, menstabilkan suhu tubuh janin agar tetap hangat, menahan tekanan uterus, dan sebagai pembersih jalan lahir.

d. Psikologis

Psikologis ibu, keadaan psikologis ibu mempengaruhi proses persalinan. Kondisi psikologis ibu bersalin dapat juga dipengaruhi oleh dukungan dari pasangannya, orang terdekat, keluarga, penolong, fasilitas dan lingkungan tempat bersalin.

e. *Pysician* (Penolong)

Kompetensi yang dimiliki penolong sangat bermanfaat untuk memperlancar proses persalinan dan mencegah kematian maternal neonatal.

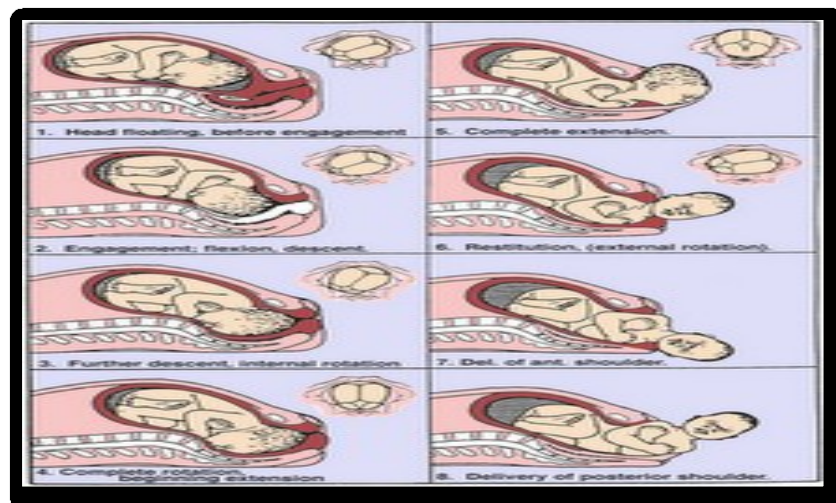
6. Mekanisme Persalinan Normal

Menurut wati(2010), menyatakan bahwa, mekanisme persalinan terbagi dalam beberapa tahap pergerakan janin di dasar panggul yang diikuti oleh lahirnya seluruh badan bayi :

- a. *Descent* (penurunan) : terjadi karena adanya kontraksi yang efektif, posisi, serta kekuatan meneran dari pasien.
- b. *Engagement* (penguncian) : diameter biparietal janin telah melalui lubang masuk panggul pasien.
- c. Fleksi : Pada fleksi ukuran kepala yang melalui jalan lahir kecil, karena diameter fronto occipito di gantikan diameter sub occipito.
- d. *Internal rotation* (Putar paksi dalam) : rotasi penuh akan terjadi ketika kepala sudah sampai didasar panggul atau segera setelah itu.
- e. *Extensition* (ekstensi) : kepala dengan posisi oksiput posterior, bagaian leher belakang di bawah simpisis pubis. Kontraksi uterus akan memberikan tekanan tambahan dikepala yang menyebabkan ekstensi tetap lanjut saat lubang vagina membuka lebar.

- f. *Restitusi* : putaran sebesar 45 derajat baik ke kanan atau ke kiri mengikuti perputaran menuju posisi oksiput anterior.
- g. *External rotation* (putar paksi luar) : pada saat kepala janin mencapai pada dasar panggul, bahu akan berputar kearah yang sama dengan kepala. Bahu anterior akan terlihat pada lubang vagina yang akan bergeser di bawah simpisis pubis.
- h. Lahirnya bahu dan seluruh anggota badan badan bayi.

Berikut adalah gambar mekanisme persalinan :



Gambar 2.7 Mekanisme Persalinan

Sumber : (Chapman, 2014)

7. Tahapan-Tahapan dalam Persalinan

Menurut Kuswanti (2014), menyatakan bahwa ada beberapa tahapan dalam persalinan, yaitu :

1. Kala I (Pembukaan)

Kala I adalah pembukaan yang berlangsung hingga 10 cm, dapat dinyatakan partus apabila timbul his, mengeluarkan lendir yang bersemu darah disertai dengan pendataran (*Effacement*).

Proses membukanya serviks dibagi dalam 2 macam, yaitu :

a. Fase laten

Berlangsung selama 7-8 jam, dimana serviks membuka sampai 3 cm.

b. Fase aktif

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

1) Fase Akselerasi

Dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm-4cm.

2) Fase Dilatasi Maksimal

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

3) Fase Deselerasi

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

Mekanisme membukanya serviks berbeda antara primigravida dan multigravida. Pada primigravida Ostium Uteri Interna (OUI) akan membuka lebih dahulu sehingga serviks serviks akan mendatar dan menipis, baru kemudian Ostium Uteri Eksterna (OUE) membuka. Pada Multigravida OUI sudah sedikit membuka, OUI dan OUE serta penipisan dan pendataran serviks terjadi dalam saat yang sama.

Pada Primigravida kala I berlangsung kira-kira 13 jam dan pada Multigravida kira-kira berlangsung 7 jam.

2. Kala II (Pengeluaran Bayi)

Kala ini disebut juga sebagai kala pengeluaran, yang dimulai dari pembukaan lengkap sampai lahirnya janin. Pada kala ini his menjadi lebih kuat dan lebih cepat, kira-kira 2-3 menit

sekali. Dalam fase ini dirasakan tekanan pada otot-otot dasar panggul yang menimbulkan rasa untuk meneran, adanya tekanan pada rectum, perineum menonjol dan menjadi lebar dengan anus membuka, labia mulai membuka dan tidak lama kepala janin tampak dalam vulva pada waktu his. Pada primigravida kala II berlangsung rata-rata 1,5 jam dan pada multigravida rata-rata 0,5 jam.

3. Kala III (Pelepasan Plasenta)

Setelah bayi lahir, uterus teraba keras dengan fundus uteri diatas pusat, beberapa menit kemudian uterus berkontraksi lagi untuk melepaskan plasenta dari dindingnya. Biasanya plasenta lepas dalam 6-15 menit setelah bayi lahir dan keluar spontan atau dengan tekanan pada fundus uteri. Pengeluaran plasenta disertai dengan pengeluaran darah, kira kira 100-200 cc.

4. Kala IV (Lahirnya Plasenta- 2 jam *Postpartum*)

Adalah pengawasan selama 1-2 jam setelah bayi dan uri lahir untuk mengamati keadaan ibu terutama terhadap bahaya perdarahan *postpartum*.

8. 18 Penapisan Ibu Hamil

Pengkajian ibu bersalin yang harus dilakukan dengan menentukan adanya 18 penapisan yaitu:

Tabel 2.9 penapisan ibu hamil

No	Temuan/anamnesis	Diagnosa	Rencana asuhan
1.	Riwayat bedah operasi	Bedah <i>Caesar</i>	1. segera rujuk ,dampingi ibu ke tempat rujukan
2.	Perdarahan pervaginam	a. <i>palsenta previa</i> b. <i>solusio plasenta</i>	1. jangan melakukan pemeriksaan dalam 2. baringkan ibu ke sisi kiri 3. pasang infus NS 4. rujuk ke fasilitas yang terdapat bedah sesar, dampingi ibu.

3.	Uk > 37 minggu	<i>Premature</i>	1. segera rujuk ke fasilitas PGDON 2. dampingi ibu ke tempat rujukan
4.	Ketuban pecah di sertai dengan <i>meconium</i>	Ketuban pecah dini	1. baringkan ibu posisi kiri 2. DJJ 3. rujuk ke tepat rujukan bawa partus set
5.	Ketuban pecah > 24 jam	Ketuban pecah dini	segera rujuk
6.	Ketuban pecah pada persalinan kurang bulan	Ketuban pecah dini	segera rujuk
7.	Demam, suhu > 38 °C	Infeksi	1. baringkan ibu posisi kiri 2. infus NS
8.	<i>Sistolik</i> > 160 mmHg <i>diastolik</i> > 110 mmHg	<i>Preeclampsia</i>	1. baringkan ibu posisi kiri 2. infus NS 3. MgSO ₄ 20% iv 4. MgSO ₄ 15% im 5. segera rujuk
9.	TFU < 20 cm > 40 cm	<i>a. polihidramion</i> <i>b. gemeli</i> <i>c. hidrocephalus</i>	1. baringkan ibu posisi kiri 2. DJJ 3. rujuk ke tepat rujukan bawa partus set
10	DJJ > 120 < 100x/menit	gawat janin	1. baringkan ibu posisi kiri 2. infus NS 3. teknik relaksasi 4. segera rujuk
11	<i>Primipara</i> penurunan kepala 5/5 bagian	<i>CPD</i>	1. baringkan ibu posisi kiri 2. segera rujuk
12	Presentasi ganda/majemuk	a. Sungsang b. lintang	1. baringkan ibu posisi kiri 2. segera rujuk
13	Saat periksa dalam ada bagian kecil mengikuti	Tali pusat menumbung	Periksa dengan sarung tangan DTT, jauhkan kepala janin dari tali pusat
14	Pembukaan > 8 jam	<i>Fase laten</i> memanjang	1. baringkan ibu posisi kiri 2. segera rujuk
15	Seklera kuning	<i>Ikterus</i>	1. baringkan ibu posisi kiri 2. segera rujuk
16	Hb > 7 gr	<i>Anemia berat</i>	1. baringkan ibu posisi kiri 2. segera rujuk
17	Pembukaan serviks melewati garis waspada Pembukaan serviks > 1cm /1jam	<i>Partus lama</i>	1. baringkan ibu posisi kiri 2. segera rujuk
18	Nadi > 110x/menit Pusing, keringat dingin napas > 30x/menit	Syok	1. baringkan ibu posisi kiri 2. posisi trendelebug 3. infus RL/NS 4. segera rujuk

Sumber : (APN, 2010)

9. Penggunaan Partograf

a. Pengertian partograf

Partograf merupakan alat bantu yang digunakan untuk menentukan kemajuan kala I persalinan dan informasi untuk membuat keputusan klinik.

b. Fungsi Partograf

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

c. Partograf digunakan harus pada kondisi sebagai berikut:

- 1) Semua ibu dalam fase aktif kala I persalinan sebagai elemen penting asuhan persalinan. Partograf harus digunakan, baik dengan atau tanpa penyulit. Partograf dan membuat keputusan klinik baik persalinan normal maupun yang disertai dengan penyulit.
- 2) Selama persalinan dan kelahiran di semua tempat (rumah, puskesmas, klinik bidan swasta dan rumah sakit)
- 3) Persalinan yang memberikan asuhan kepada ibu selama persalinan dan kelahiran (spesialis kandungan, bidan, dokter umum, residen dan mahasiswa kedokteran)

d. Kriteria pasien yang dapat dipantau menggunakan partograf

- 1) Persalinan diperkirakan spontan.
- 2) Janin tunggal

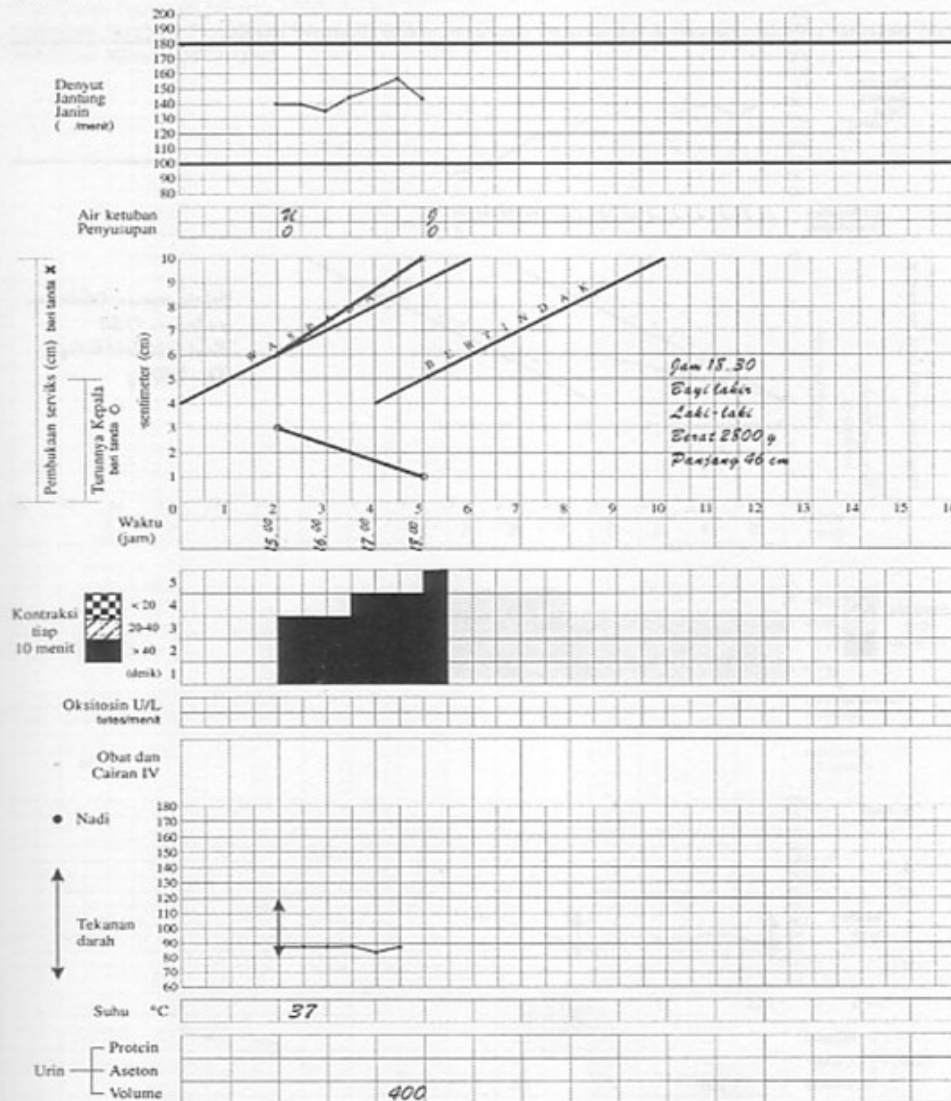
- 3) Usia kehamilan 36-42 minggu.
 - 4) Presentasi kepala.
 - 5) Tidak ada penyulit persalinan.
 - 6) Persalinan sudah masuk dalam kala I fase aktif.
- e. Kriteria pasien yang tidak perlu dipantau menggunakan partograf
- a. Tinggi badan pasien kurang dari 145 cm
 - b. Ada perdarahan antepartum
 - c. Mengalami pre-eklampsia atau eklampsia
 - d. Anemia
 - e. Adanya kelainan letak janin
 - f. Persalinan premature
 - g. Adanya induksi persalinan
 - h. Gemeli
 - i. Adanya rencana persalinan SC, misalkan sudah diketahui adanya panggul sempit/DKP

PARTOGRAF

331

PARTOGRAF

No. Register Nama Ibu: Shanti Umur: 27 th G: 2 P: 1 A: 0
 No. Puskesmas Tanggal: 21-5-2001 Jam: 15.00
 Ketuban pecah sejak jam _____ Mules sejak jam 12.00



Gambar 24-4. Pengisian partograf pada persalinan normal (contoh 1). Parturien ibu Shanti, 27 th, G2 P1-1, partus normal, bayi laki-laki, BB = 2800 gram, panjang = 46 cm. Perdarahan kurang lebih 150 cc².

Gambar 2.8 Pengisian partograf dalam persalinan normal

CATATAN PERSALINAN

1. Tanggal :
2. Nama bidan :
3. Tempat Persalinan :
 Rumah Ibu Puskesmas
 Polindes Rumah Sakit
 Klinik Swasta Lainnya :
4. Alamat tempat persalinan :
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
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 :menit
21. Pemberian Oksitosin 10 U im ?
 Ya, waktu : menit sesudah persalinan
 Tidak, alasan
22. Pemberian ulang Oksitosin (2x) ?
 Ya, alasan
23. Penegangan 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								
2								

Masalah kala IV :

Penatalaksanaan masalah tersebut :

Hasilnya :

24. Masase fundus uteri ?
 Ya.
 Tidak, alasan
25. Plasenta lahir lengkap (*intact*) Ya / Tidak
Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan :
a.
b.
26. Plasenta tidak lahir > 30 menit : Ya / Tidak
 Ya, tindakan :
a.
b.
c.
27. Laserasi :
 Ya, dimana
28. Jika laserasi perineum, derajat : 1 / 2 / 3 / 4
Tindakan :
 Penjahitan, dengan / tanpa anestesi
 Tidak dijahit, alasan
29. Atoni uteri :
 Ya, tindakan
a.
b.
c.
 Tidak
30. Jumlah perdarahan : ml
31. Masalah lain, sebutkan
32. Penatalaksanaan masalah tersebut :
33. Hasilnya :

BAYI BARU LAHIR :

34. Berat badangram
35. Panjang 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
39. Cacat bawaan, sebutkan :
 Hipotermi, tindakan :
a.
b.
c.
40. Pemberian ASI
 Ya, waktu :jam setelah bayi lahir
 Tidak, alasan
41. Masalah lain,sebutkan :
42. Hasilnya :

[HTTP://ahbiduniSha.blogspot.com](http://ahbiduniSha.blogspot.com)

Gambar 2.9 Lembar balik partograf

2.1.3 Konsep Dasar Nifas

1. Pengertian

Nifas adalah masa dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat kandung kembali seperti semula sebelum hamil, yang berlangsung selama 6 minggu atau \pm 40 hari (Prawirohardjo, 2010). Masa nifas (puerperium) dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas atau puerperium dimulai sejak 2 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (42 hari) setelah melahirkan (Manuaba, 2010).

Masa nifas (puerperium) adalah masa yang dimulai setelah plasenta keluar dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan semula (sebelum hamil), dan berlangsung selama kira-kira 6 Minggu (Romlah, 2014). Masa nifas (puerperium) dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas atau puerperium dimulai sejak 2 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (42 hari) setelah itu (Ambarwati, 2011).

2. Tujuan Asuhan Masa Nifas

Menurut Ambarwati (2011), menyatakan bahwa ada 6 tujuan asuhan masa nifas, yaitu :

1. Mendeteksi adanya perdarahan masa nifas
2. Menjaga kesehatan ibu dan bayinya
3. Melaksanakan skrining secara komprehensif
4. Memberikan pendidikan kesehatan diri.
5. Memberikan pendidikan mengenai laktasi dan perawatan payudara
6. Konseling mengenai KB

3. Tahapan Masa Nifas

Beberapa tahapan masa nifas adalah sebagai berikut :

1. Puerperium dini

Yaitu kepulihan dimana ibu diperbolehkan berdiri dan berjalan, serta menjalankan aktivitas layaknya wanita normal lainnya.

2. Puerperiumintermediate

Yaitu kepulihan menyeluruh alat-alat genitalia yang lamanya sekitar 6-8 minggu.

3. Puerperium remote

Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama apabila ibu selama hamil atau persalinan mempunyai komplikasi.

4. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

Menurut Ambarwati (2011), menyatakan bahwa ada beberapa perubahan fisiologis pada masa nifas, yaitu :

1. Uterus

Pada uterus terjadi proses involusi yaitu proses kembalinya uterus kedalam keadaan sebelum hamil setelah melahirkan. Proses involusi uteri terdiri dari :

- a. Iskemia miometrium
- b. Autolysis
- c. Efek oksitosin

Berikut adalah tabel involusi uteri :

Tabel 2.10 Tabel Involusi Uteri

Involusi	Tinggi Fundus Uterus	Berat Uterus
Bayi Lahir	Setinggi pusat	1000 gram
Uri Lahir	2 jari dibawah pusat	750 gram

1 minggu	Pertengahan pusat <i>simpisis</i>	500 gram
2 minggu	Tak teraba diatas <i>simpisis</i>	350 gram
6 minggu	Bertambah kecil	50 gram
8 minggu	Sebesar normal	30 gram

Sumber : (Ambarwati, 2011)

2. Involusi Tempat Plasenta

Setelah persalinan, tempat plasenta merupakan tempat dengan permukaan kasar, tidak rata dan kira-kira sebesar telapak tangan.

3. Perubahan Ligament

Ligament dan diafragma pelvis meregang sewaktu kehamilan dan partus, setelah janin lahir akan berangsur - angsur menciut dan kembali ke bentuk sediakala.

4. Perubahan Pada Serviks

Serviks setelah melahirkan akan mengalami perubahan bentuknya yaitu menganga seperti corong, bentuk ini disebabkan oleh korpus uteri yang dapat berkontraksi, sedangkan serviks tidak berkontraksi sehingga seolah-olah pada perbatasan antara korpus dan serviks uteri terbentuk semacam cincin, dan warna serviks akan berwarna merah kehitaman karena penuh dengan pembuluh darah.

5. Lochea

Lochea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas dan mempunyai reaksi basa/alkalis yang dapat membuat organisme berkembang lebih cepat daripada kondisi asam pada vagina normal. Lochea mengalami perubahan karena proses involusi dan pengeluaran lochea dibagi menjadi :

a. Lochea Rubra

Muncul pada hari 1-3 pos partum, warnanya merah dan mengandung darah dari perobekan/ luka plasenta dan serabut dari desidua dan chorion.

b. Lochea Sanguinolenta

Berwarna merah kuning berisi darah dan lendir karena pengaruh plasma darah, dan biasanya muncul pada hari ke 3-5 post partum.

c. Lochea Serosa

Berwarna kekuningan atau kecoklatan, terdiri dari sedikit darah dan lebih banyak serum, dan juga terdiri atas leukosit dan robekan laserasi plasenta. Lochea ini biasanya muncul pada hari ke 5-9 post partum.

d. Lochea Alba

Lochea ini muncul lebih dari hari ke-10 post partum, warnanya lebih pucat, putih kekuningan serta mengandung leukosit, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati.

6. Perubahan Pada Vagina Dan Perineum

Estrogen pascapartum yang menurun berperan dalam penipisan mukosa vagina dan hilangnya rugae. Vagina yang semula regang akan kembali secara bertahap selama 6-8 minggu setelah melahirkan. Kekurangan estrogen ini menyebabkan penurunan jumlah pelumas vagina dan penipisan mukosa vagina. Kekeringan local dan rasa tidak nyaman saat koitus (dispareuni) menetap sampai fungsi ovarium kembali normal dan menstruasi dimulai lagi.

7. Perubahan Tanda-Tanda Vital

a. Suhu badan

b. Nadi

- c. Tekanan darah
 - d. Pernapasan
8. Perubahan Sistem Kardiovaskuler
- a. Volume darah
 - b. Curah jantung
9. Perubahan Sistem Hematologi
10. Sistem Pencernaan Masa Nifas
- a. Nafsu makan
 - b. Motilitas
 - c. Pengosongan Usus
11. Perubahan Sistem Perkemihan

5. Adaptasi Psikologis Ibu Dalam Masa Nifas

Menurut Handayani & Wulandari (2012), menyatakan bahwa ada beberapa penyesuaian dibutuhkan oleh wanita dalam menghadapi aktivitas dan peran barunya sebagai seorang ibu.

Dalam menjalani adaptasi setelah melahirkan, ibu akan mengalami beberapa fase, yaitu :

a. Fase taking in

Yaitu periode ketergantungan yang berlangsung pada hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Pada saat ini, ibu fokus terhadap dirinya sendiri dan akan menceritakan berulang kali pengalamannya selama proses persalinan.

b. Fase taking hold

Berlangsung pada hari ke 3-10 postpartum. Pada fase ini, ibu merasa khawatir akan ketidak mampuannya dalam merawat bayi. 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.

c. Fase letting go

Merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung sepuluh hari setelah melahirkan. Ibu sudah dapat menyesuaikan diri merawat diri dan bayinya, serta kepercayaan dirinya sudah meningkat.

6. Proses Laktasi Dan Menyusui

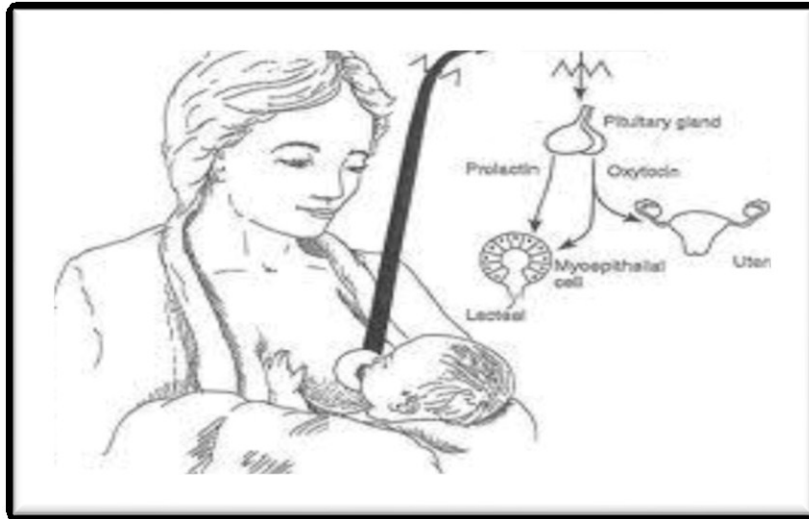
a. Definisi

Laktasi adalah keseluruhan proses menyusui mulai dari ASI di produksi sampai proses menghisap dan menelan bayi (Selasi, 2011).

Laktasi adalah proses pemberian susu kepada bayi atau anak kecil dengan air susu ibu (ASI) dari payudara ibu. Bayi menggunakan refleks menghisap untuk mendapatkan dan menelan susu (Surbekti, 2013).

Dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia *Laktasi* adalah pengeluaran susu dari kelenjar susu.

b. *Fisiologi Laktasi*



Gambar 2.10 Fisiologi Laktasi

Sumber : (Selasi, 2011)

Dari gambar diatas dapat kita simpulkan setelah kelahiran plasenta menyebabkan penurunan kadar estrogen. Sebagai akibatnya produksi *prolaktin* meningkat dari *kelenjar hipofisis anterior*. *Prolaktin* bekerja pada sel-sel *asinid* dalam payudara untuk memproduksi ASI dari *globul-globul lemak* dalam darah. Saat bayi menghisap puting susu ibu akan dibentuk *reflek neurohormonal*. Reflek ini merangsang *kelenjar hipofisis posterior* untuk memproduksi *oksitosin*. *Oksitosin* menyebabkan sel-sel *mioepitel* dalam payudara berkontraksi dan memerah ASI dari sel-sel asini ke dalam *duktus laktiferus* dan kearah *ampula*, kejadian ini dapat menimbulkan kontraksi rahim atau *after pain*.

7. Lama Dan Frekuensi Menyusui

Menurut Nurjanahdkk, (2013) menyatakan bahwa lama dan frekuensi menyusui menurut adalah sebagai berikut:

- a. Menyusui bayi tidak perlu dijadwal, menyusui dilakukan setiap saat bayi membutuhkan ASI.

- b. ASI ada dalam lambung bayi hingga habis diserap berlangsung dalam 2 jam, oleh karena itu usahakan bayi menyusui lagi dalam 2 jam.
- c. Bayi yang sehat akan menyusui dan mengosongkan satu payudara selama 5-7 menit.

Kebutuhan ASI seorang bayi harus selalu tercukupi setiap hari. Bayi akan melepaskan puting susu sendiri apabila dia telah kenyang menyusui. ASI yang tercukupi akan membuat bayi merasa tenang dan rileks. Tanda lain bahwa ASI tercukupi dengan baik adalah bayi akan buang air kecil sebanyak 5-6 kali sehari dan buang air besar sebanyak 2 kali atau lebih dalam sehari (Roesli, 2011).

8. Manfaat ASI

Menurut Selasi (2011), menyatakan bahwa beberapa manfaat ASI adalah sebagai berikut :

- a. Manfaat ASI untuk bayi
 - 1) ASI mengandung semua zat gizi dan cairan yang dibutuhkan untuk memenuhi seluruh gizi bayi pada 6 bulan pertama
 - 2) ASI mengurangi resiko infeksi lambung-usus, sembelit dan alergi
 - 3) ASI memiliki kekebalan lebih tinggi terhadap penyakit
 - 4) Bayi yang diberikan ASI lebih bisa menghadapi efek kuning (*jaundice*)
 - 5) Memberikan kedekatan antara ibu dan bayi
 - 6) Mudah di cerna oleh bayi
- b. Manfaat untuk ibu
 - 1) Hisapan bayi membuat rahim mengecil atau berkontraksi
 - 2) Penelitian menunjukkan bahwa ibu yang menyusui memiliki risiko lebih rendah terhadap kanker rahim dan kanker payudara
 - 3) ASI lebih ekonomis, praktis, dan murah

- c. Manfaat ASI bagi keluarga
- 1) Tidak perlu uang untuk membeli susu formula dan botol susu
 - 2) Bayi sehat berarti keluarga mengeluarkan biaya sedikit
 - 3) Penjarangan kelahiran karena efek kontrasepsi MAL dan ASI eksklusif
 - 4) Lebih praktis saat akan bepergian, tidak perlu membawa botol susu, air panas, dll.
- d. Untuk masyarakat dan Negara
- 1) Menghemat devisa Negara karena tidak perlu mengimpor susu formula dan peralatan lain
 - 2) Mengurangi subsidi untuk rumah sakit
 - 3) Meningkatkan kualitas generasi penerus bangsa
 - 4) Terjadi penghematan pada sektor kesehatan karena jumlah bayi sakit lebih sedikit
 - 5) Memperbaiki kelangsungan hidup anak dengan menurunkan kematian.

9. Kebijakan Program Nasional Masa Nifas

Paling sedikit 4 kali kunjungan masa nifas dilakukan untuk mencegah, mendeteksi dan menangani masalah-masalah yang terjadi. Berikut adalah tabel kebijakan program nasional tentang masa nifas.

Tabel 2.11 Kebijakan program nasional masa nifas

Kunjungan	Waktu	Tujuan
1	6-8 jam <i>postpartum</i>	<ol style="list-style-type: none"> a. Mencegah perdarahan masa nifas akibat <i>atonia uteri</i> b. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, rujuk jika perdarahan berlanjut c. Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas d. Pemberian ASI awal e. Melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir f. Menjaga bayi tetap sehat dengan mencegah

		<i>hipotermi</i>
		g. Jika petugas kesehatan menolong persalinan ia harus tinggal dengan ibu dan bayi untuk 2 jam pertama setelah kelahiran sampai ibu dan bayi dalam keadaan stabil
2	6 hari <i>postpartum</i>	a. Memastikan <i>involusi uterus</i> berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus di bawah <i>umbilicus</i> , tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau b. Manilai adanya demam c. Memastikan agar ibu mendapatkan cukup makanan, cairan dan istirahat d. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda penyulit e. Memberi konseling kepada ibu tentang asuhan kepada bayi, perawatan tali pusat, menjaga bayi tetap hangat, dan perawatan bayi sehari-hari
3	2 minggu <i>postpartum</i>	Sama dengan 6 hari pasca persalinan
4	6 minggu <i>postpartum</i>	a. Mengkaji tentang kemungkinan penyulit pada ibu b. Memberi konseling keluarga berencana (KB) secara dini

Sumber :(Wulandari, 2011)

10. Tanda Bahaya Masa Nifas

Tanda bahaya yang dapat terjadi pada masa nifas sebagai berikut :

Tabel 2.12 Tanda bahaya masa nifas

Komplikasi	Gejala Klinis	Penatalaksanaan
Perdarahan pervaginam karena <i>atonia</i>	1. Uterus tidak berkontraksi dan lembek 2. Perdarahan segera setelah anak lahir (perdarahan pasca persalinan primer)	1. <i>Kompresi Bimanual Interna (KBI)</i> 2. <i>Kompresi Bimanual Eksterna (KBE)</i> 3. <i>Kompresi Aorta Abdominalis (KAA)</i>
Perdarahan pervaginam karena robekan jalan lahir	1. Perdarahan segera 2. Darah segar yang mengalir segera setelah bayi lahir 3. Uterus berkontraksi baik 4. Plasenta baik 5. Pucat, lemah, menggigil	Segera jahit atau obati luka jahitan, dan berikan antibiotik dan pereda nyeri.
infeksi pada vulva, vagina, dan perineum	1. Rasa nyeri serta panas pada tempat infeksi 2. Kadang-kadang perih bila kencing 3. Bila getah radang bisa keluar, biasanya keadaannya tidak berat 4. Suhu sekitar 38 ⁰ C dan nadi dibawah 100 x/menit 5. Bila luka terinfeksi tertutup oleh jahitan dan getah radang tidak dapat keluar, demam bisa naik sampai 39-40 ⁰ C dengan kadang-kadang disertai menggigil	1. Jika terjadi infeksi dari luar, maka biasanya jahitan diangkat supaya ada drainase getah-getah luka atau lakukan kompres 2. Pemberian antibiotik, <i>roborantia</i> , pemantauan <i>vital sign</i> serta <i>in take out</i> pasien (makanan dan cairan)
<i>Inkontenensia alvi</i>	1. Adanya feses yang keras 2. <i>Defekasi</i> kurang dari 3 kali seminggu 3. Menurunnya bising usus 4. Adanya keluhan pada rectum	1. Menolong BAB dengan menggunakan pispot 2. Memberika huknah rendah dengan cara memasukkan cairan hangat ke dalam <i>kolon</i>

	5. Nyeri saat mengejan dan defekasi		<i>desenden</i> dengan menggunakan <i>kanula rekti</i> melalui anus
	6. Adanya perasaan masih ada sisa feses	3.	Memberikan huknah tinggi dengan cara memasukkan cairan hangat ke dalam <i>kolon asenden</i> dengan menggunakan <i>kanula usus</i>
		4.	Memberikn <i>gliserin</i> dengan memasukkan <i>gliserin</i> ke dalam poros usus dengan menggunakan spuit <i>gliserin</i>
		5.	Mengeluarkan feses dengan jari
<i>Post partum blues</i>	Ditandai dengan menangis, mudahtersinggung, cemas, menjadi pelupa, dan sedih	1.	Pengawasan masa nifas serta komunikasi dua arah
		2.	Perawatan secara <i>rooming in</i>
		3.	Memberikan pelajaran tentang perawatan bayi dan cara laktasi yang benar
		4.	Memberikan dukungan dan perhatian

Sumber : (Maryuni, 2013)

2.1.4 Konsep Dasar Neonatus

1. Pengertian

Masa neonatal adalah masa sejak lahir sampai dengan 4 minggu (28 hari) sesudah kelahiran. Neonatus adalah bayi berumur 0 (baru lahir) sampai dengan usia 1 bulan sesudah lahir. Neonatus dini adalah bayi berusia 0-7 hari. Neonatus lanjut adalah bayi berusia 7-28 hari (Muslihatun, 2010). Bayi baru lahir adalah bayi yang baru lahir selama satu jam pertama kelahiran (Saifuddin, 2010).

Bayi baru lahir normal adalah berat lahir antara 2500-4000 gram, cukup bulan, lahir langsung menangis, dan tidak ada kelainan kongenital (cacat bawaan) yang berat (Surbekti, 2013). Bayi baru lahir (neonatus) adalah bayi yang baru mengalami proses kelahiran, berusia 0-28 hari. BBL memerlukan penyesuaian fisiologis berupa maturasi, adaptasi (menyesuaikan diri dari kehidupan intrauterine ke kehidupan ekstra uterine) dan toleransi bagi BBL untuk memerlukan kehidupan yang baik (Marmi, 2012).

2. Ciri-ciri Bayi Baru Lahir

- 1) Berat badan lahir 2500-4000 gram
- 2) Panjang badan lahir 48-52 cm
- 3) Lingkar dada 30-38cm
- 4) Lingkar kepala 30-35 cm
- 5) Bunyi jantung pada menit-menit pertama cepat kira-kira 180x/menit, kemudian turun setelah tenang kira-kira 120-140x/menit.
- 6) Pernapasan pada menit menit pertama cepat kira-kira 80x/menit, kemudian turun setelah tenang kira-kira 40x/menit.
- 7) Kulit kemerah-merahan karena jaringan subkutan cukup terbentuk dan diliputi vernix casosa.
- 8) Rambut lanugo tidak terlihat, rambut kepala agak panjang dan lemas
- 9) Kuku panjang dan lemas
- 10) Genitalia : labia mayor ditutupi oleh labia minor (pada perempuan) dan testis sudah turun (pada laki-laki).
- 11) Reflek hisap dan menelan sudah terbentuk dengan baik
- 12) Reflek grasping atau menggenggam sudah baik apabila diletakkan benda di atas telapak tangan bayi akan menggenggam/adanya reflek.
- 13) Reflek morrow sudah baik. Bila bayi dikagetkan dan memperlihatkan gerakan seperti memeluk.
- 14) Eliminasi baik, urine dan mekonium akan keluar dalam 24 jam pertama berwarna hitam kecoklatan.

3. Klasifikasi Bayi Baru Lahir

- a. Klasifikasi menurut berat lahir yaitu :
 - 1) Bayi Berat Lahir Cukup : berat dengan berat lahir > 2500 gram
 - 2) Bayi Berat Lahir Lebih : berat badan lahir > 4000 gram

- 3) Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) : berat badan lahir kurang dari 1500 – 2500 gram
 - 4) Bayi Berat Lahir Sangat Rendah (BBLSR) : bayi dengan berat badan lahir 1000 – 1500 gram
 - 5) Bayi Berat Lahir Amat Sangat Rendah (BBLASR) : bayi lahir hidup dengan berat badan lahir kurang dari 1000 gram.
- b. Klasifikasi menurut masa gestasi atau umur kehamilan yaitu :
- 1) Bayi Kurang Bulan (BKB) : Bayi dilahirkan dengan masa gestasi < 37 minggu (< 259 hari)
 - 2) Bayi Cukup Bulan (BCB) : Bayi dilahirkan dengan masa gestasi antara 37 – 42 minggu (259 – 293 hari)
 - 3) Bayi Lebih Bulan (BLB) : Bayi dilahirkan dengan masa gestasi > 42 minggu (294 hari)
 - 4) Bayi Kecil Untuk Masa Kehamilan : bayi dilahirkan dengan berat lahir (< 10 Persentil) menurut grafik Lubchenco
 - 5) Bayi Besar Untuk Masa Kehamilan : Bayi dilahirkan dengan berat lahir > 10 persentil menurut grafik Lubchenco

4. Adaptasi Bayi Baru Lahir

Menurut Muslihatun (2010), menyatakan bahwa adaptasi neonatal (bayi baru lahir) adalah proses penyesuaian fungsional neonatus dari kehidupan di dalam uterus. *Adaptasi neonatal* adalah proses penyesuaian fungsional *neonatus* dari kehidupan di dalam uterus ke luar uterus. *Homeostasis* adalah kemampuan mempertahankan fungsi-fungsi vital bersifat dinamis dipengaruhi oleh tahap pertumbuhan dan perkembangan termasuk masa pertumbuhan dan perkembangan *intrauterine*.

- a. Perubahan sistem *respirasi*
- b. Perubahan *sistem sirkulasi*

c. *Termoregulasi*

Bayi baru lahir mempunyai kecenderungan untuk mengalami stres fisik akibat perubahan suhu di luar uterus. *Fluktuasi* suhu di dalam uterus rentang maksimal 0,6°C (Wati, 2010).

Menurut Wati (2010), terdapat empat mekanisme hilangnya panas tubuh dari bayi baru lahir :

1) *Konduksi*

Perpindahan panas tubuh bayi karena kulit bayi kontak langsung dengan permukaan yang lebih dingin, contoh : menimbang bayi tanpa alas, dan menggunakan stetoskop.

2) *Konveksi*

Hilangnya panas tubuh bayi karena aliran udara di sekeliling bayi, contoh : menempatkan bayi dekat jendela atau kipas angin.

3) *Radiasi*

Panas dipancarkan bayi keluar tubuhnya ke lingkungan yang lebih dingin, contoh : bayi dalam ruangan ber AC.

4) *Evaporasi*

Cairan atau air ketuban yang membasahi kulit bayi dan menguap, contoh : bayi baru lahir tidak langsung dikeringkan.

5. **Penilaian Bayi Baru Lahir**

Menurut Marmi (2012), bahwapenilaian awal bayi baru lahir harus segera dilakukan secara tepat dan tepat (0-30 detik), dengan cara menilai:

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

Identifikasi bayi baru lahir yang memerlukan asuhan tambahan adalah bila bayi tidak menangis kuat, kesulitan bernafas, gerak bayi tidak aktif, warna kulit bayi pucat.

6. Penanganan Bayi Baru Lahir

Menurut Marmi (2012), asuhan segera pada bayi baru lahir adalah asuhan yang diberikan pada bayi tersebut selama bayi pertamanya setelah kelahiran. Sebagian besar bayi yang baru lahir akan menunjukkan usaha pernafasan spontan dengan sedikit bantuan atau gangguan. Aspek-aspek penting dari asuhan segera bayi baru lahir :

1. Jagalah agar bayi tetap kering dan hangat.
 - a. Pastikan bayi tersebut tetap hangat dan kontak antara kulit bayi dengan kulit ibu.
 - b. Ganti handuk/ kain yang basah dan bungkus bayi dengan selimut dan memastikan bahwa kepala telah terlindungi dengan baik untuk mencegah keluarnya panas tubuh.
 - c. Pastikan bayi tetap hangat dengan memeriksa telapak bayi setiap 15 menit.
 2. Kontak dini dengan bayi
- Kontak dini antara ibu dan bayi penting untuk :
- a. Kehangatan mempertahankan panas yang benar pada bayi baru lahir.
 - b. Ikatan batin dan pemberian ASI.

Berikut ini adalah tabel nilai APGAR Skor :

Tabel 2.13 Nilai APGAR Skor

Tanda	0	1	2
A <i>Appearance colour</i> (warna kulit)	Biru atau pucat	Tubuh kemerahan, ekstremitas biru	Seluruh tubuh kemerahan
P <i>Pulse (Heart Rate)</i> frekuensi jantung	Tidak ada	Dibawah 100x/mnt	Diatas 100x/mnt

G	<i>Grimace</i> (reaksi terhadap rangsangan)	Tidak ada	Sedikit gerakan mimik	Menangis, baik atau bersin
A	<i>Activity</i> (Tonus otot)	Lumpuh	Ekstremitas dalam fleksi sedikit	Gerakan aktif
R	<i>Respiration</i> (usaha nafas)	Tidak ada	Lemah, tidak teratur	Menangis kuat

Sumber : (Maryuni, 2013)

Tabel 2.14 Penanganan bayi baru lahir berdasarkan APGAR score

Nilai APGAR lima menit pertama	Penanganan
0-3	<ol style="list-style-type: none"> Tempatkan di tempat yang hangat dengan lampu sebagai sumber penghangat Pemberian oksigen Resusitasi Stimulasi Rujuk
4-6	<ol style="list-style-type: none"> tempatkan dalam tempat yang hangat pemberian oksigen stimulasi taktil
7-10	<ol style="list-style-type: none"> dilakukan penatalaksanaan sesuai dengan bayi normal

Sumber : (Wati,2010)

Interpretasi Penilaian:

1. Nilai 1-3 Asfiksia berat
2. Nilai 4-6 Asfiksia Sedang
3. Nilai 7-10 Asfiksia Ringan

7. Pemeriksaan Fisik BBL

Menurut Muslihatun (2010), pengkajian fisik pada bayi baru lahir merupakan suatu proses yang dilakukan di kamar bersalin setelah bayi lahir dan pengkajian ini merupakan bagian dari prosedur perawatan segera bayi baru lahir. Tujuan dari pemeriksaan fisik pada bayi baru lahir adalah untuk memastikan normalitas dan mendeteksi adanya penyimpangan normal. Dalam pelaksanaannya harus diperhatikan agar bayi tidak kedinginan, dan dapat ditunda apabila suhu tubuh bayi rendah atau bayi tampak tidak sehat.

Adapun pemeriksaan fisik pada bayi baru lahir adalah sebagai berikut :

Tabel 2.15 Pemeriksaan fisik bayi baru lahir

Pemeriksaan fisik	Keadaan normal
Tonus, postur dan aktivitas	Posisi tungkai dan lengan fleksi. Bayi sehat akan bergerak aktif
Kulit	Wajah, bibir dan selaput lendir, dada harus berwarna merah muda, tanpa adanya kemerahan atau bisul.
pernapasan dan retraksi dinding dada	Frekuensi napas normal 40-60 kali per menit. Tidak ada tarikan dinding dada bawah yang dalam
Denyut jantung	Frekwensi denyut jantung normal 120-160 kali per menit.
suhu ketiak	Suhu normal adalah 36,5 - 37,5° C
Kepala	Bentuk kepala terkadang asimetris karena penyesuaian pada saat proses persalinan, umumnya hilang dalam 48 jam. Ubun-ubun besar rata atau tidak membenjol, dapat sedikit membenjol saat bayi menangis.
Mata	Tidak ada kotoran atau secret
Mulut	Bibir, gusi, langit-langit utuh dan tidak ada bagian yang terbelah.
Perut	Perut bayi datar, teraba lemas.
Tali pusat	Tidak ada perdarahan, pembengkakan, nanah, bau yang tidak enak pada tali pusat atau kemerahan sekitar tali pusat
Punggung	Kulit terlihat utuh, tidak terdapat lubang dan benjolan pada tulang belakang
Ekstremitas	Tidak terdapat <i>sindaktili</i> , <i>polidaktili</i> , <i>siemenline</i> , dan kelainan kaki (<i>pes equino varus dan vagus</i>).
Anus	lubang anus dan periksa apakah <i>meconium</i> sudah keluar.
Genitalia	<ol style="list-style-type: none"> Bayi perempuan kadang terlihat cairan vagina berwarna putih atau kemerahan. Bayi laki-laki terdapat lubang uretra pada ujung penis. Teraba testis di skrotum. Pastikan bayi sudah buang air kecil dalam 24 jam setelah lahir. Yakinkan tidak ada kelainan alat kelamin, misalnya <i>hipospadia</i>, <i>rudimenter</i>, <i>kelamin ganda</i>
Timbang	Berat lahir 2,5-4 kg.
Mengukur panjang dan lingkaran kepala	<ol style="list-style-type: none"> Panjang lahir normal 48-52 cm. Lingkar kepala normal 33-37 cm.

Sumber : (Wati,2010)

8. Reflek Bayi Baru Lahir

Dalam beberapa minggu pertama kehidupan bayi akan mempertahankan posisi tubuhnya seperti posisi di dalam kandungan (posisi janin) yaitu fleksi penuh pada sendi lengan siku, panggul dan lutut dan memposisikan anggota gerak untuk dekat dengan bagian depan tubuh bayi. Posisi ini akan berubah bila bayi sudah dapat mengontrol gerakannya. BBL memiliki berbagai macam reflek alamiah. Memakai

reflek ini akan sangat membantu untuk memahami penyebab beberapa perilaku bayi (Kosim, 2012).

Menurut Kosim (2012), menyatakan bahwa reflek seorang BBL meliputi :

- a. *Rooting reflek* : bayi akan menoleh kearah akan diberikan minum dan dia sudah siap untuk menghisap dengan menyentuh pipi bayi, akan menyebabkan bayi memberi respon ini
- b. Reflek menghisap : bila diletakkan sebuah benda di mulut bayi, maka bayi secara alami sudah siap untuk menghisap
- c. Reflek terkejut : bayi akan menggerakkan tangan dan kakinya tiba-tiba bila ia terkejut. Biasanya respon ini disertai dengan menangis
- d. *Reflek tonik* : bayi memutar kepalanya ke satu sisi dan disertai gerakan lengan memegang pada sisi yang sama
- e. Reflek memegang : bayi akan memegang dengan erat sesuatu benda yang diletakkan pada telapak tangan
- f. Reflek melangkah atau *placing reflex* : kaki bayi mencoba melangkah bila ditegakkan atau bila kakinya disentuh pada permukaan yang keras. Lengan, paha, dan dagu bayi akan bergetar terutama bila sedang menangis. Hal ini terjadi karena system saraf bayi yang belum berkembang sempurna.

9. Tanda Bahaya pada Bayi Baru Lahir

Beberapa tanda bahaya yang dapat terjadi pada bayi baru lahir meliputi :

Tabel 2.16 Tanda Bahaya Bayi Baru Lahir

Tanda Bahaya	Gejala Klinis	Penatalaksanaan
<i>Hipotermia</i>	Akral dingin, bayi tidak mau minum, kurang aktif, <i>kutis marmorata</i> , pucat, <i>takipnea</i> atau <i>takikardi</i> .	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ganti pakaian yang dingin dan basah dengan pakaian yang hangat, memakai topi dan selimuti dengan selimut hangat 2. Hangatkan bayi dengan metode kanguru 3. Anjurkan ibu untuk menyusui lebih sering 4. Periksa kadar glukosa darah bila <45 mg/dL tangani <i>hipoglikemi</i> 5. Periksa suhu tubuh bayi setiap jam 6. Setelah suhu tubuh normal lakukan perawatan lanjutan, pantau bayi selama 12jam berikutnya periksa suhu setiap 3 jam
<i>Hipertermia</i>	Perabaan yang hangat/panas, <i>iritabel</i> , <i>takipnea</i> , dan <i>takikardi</i> , tidak mau minum, tonus otot dan aktivitas menurun, berkeringat.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jangan memberi obat <i>antipiretik</i> kepada bayi yang suhu tubuhnya tinggi 2. Bila suhu diduga karena paparan panas yang berlebihan letakkan bayi di ruangan yang suhunya normal (25-28C) 3. Lepaskan seluruh pakaian 4. Periksa suhu aksilar setiap jam sampai tercapai suhu dalam batas normal 5. Bila suhu tinggi (>39C) lakukan komres dingin pada daerah lipatan
<i>Icterus neonatorum</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ketika kadar <i>bilirubin</i> meningkat dalam darah maka warna kuning akan dimulai dari kepala kemudian turun ke lengan, badan, dan akhirnya kaki 2. Jika kadar <i>bilirubin</i> sudah cukup tinggi, bayi akan tampak kuning hingga di bawah lutut serta telapak tangan 3. Kuning sendiri tidak akan menunjukkan gejala klinis tetapi penyakit lain yang menyertai mungkin akan menunjukkan suatu gejala seperti keadaan bayi yang tampak sakit, demam, dan malas minum 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan ASI yang cukup (8-12 kali sehari) 2. Tempatkan bayi dekat jendela terbuka untuk mendapat matahari pagi antara jam 7-8 pagi agar bayi tidak kepanasan. Lakukan penyinaran selama 30 menit, 15 menit terlentang, 15 menit tengkurap. 3. Segera bawa ke tenaga kesehatan untuk periksa laboratorium dan dilakukan terapi medis
Infeksi atau <i>sepsis</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak mau minum ASI 2. Suhu tubuh >38 C 3. Lemas dan tidak responsive 4. Tidak aktif bergerak 5. Bernafas sangat cepat atau kesulitan bernafas 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji riwayat maternal, identifikasi bayi terkena infeksi 2. Cegah transmisi infeksi dengan cuci tangan, tingkatkan kebersihan,

	6. <i>Sianosis</i>		pertahankan teknik sterilitas pada setiap tindakan
	7. Ruam kemerahan		
	8. Kurang produksi urin	3.	Obsevasi TTV, tonus otot, <i>intake dan out put</i>
<i>Dehidrasi</i>	1. Lebih dari 6 jam tidak pipis	1.	Memberikan cairan yang banyak pada bayi
	2. Pipisnya berwarna lebih gelap dari biasanya dan baunya lebih kuat	2.	Jika umur bayi sudah lebih dari empat bulan, berikan juga banyak air putih
	3. Lemah dan lesu	3.	Ketika memeberikan jus buah pada bayi, campurlah dengan air supaya cairannya lebih banyak
	4. Mulut dan bibir kering atau pecah-pecah		
	5. Tidak keluar air mata ketika menangis		
	6. Mata cekung		
	7. Tangan dan kaki terasa dingin dan terlihat kemerahan		
	8. Rewel dan mengantuk berlebihan		
	9. Ubun-ubun cekung		

Sumber : (Maryuni, 2013)

10. Imunisasi

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

Tabel 2.17 Jadwal Imunisasi

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

Sumber : (Maryuni, 2013)

2.1.5 Konsep Dasar KB

1. Pengertian Keluarga Berencana

KB adalah suatu usaha guna merencanakan dan mengatur jarak kehamilan sehingga kehamilan dapat dikehendaki pada waktu yang diinginkan (Prawirohardjo, 2010). Keluarga Berencana adalah upaya

peningkatan kepedulian dan peran serta masyarakat melalui pendewasaan usia perkawinan (PUP), pengaturan kelahiran, pembinaan ketahanan keluarga, peningkatan kesejahteraan keluarga kecil, bahagia dan sejahtera (Glasier dan Gebbie, 2012).

Menurut Depkes, dalam buku Biran Affandi, dkk., tahun 2011 Program KB adalah bagian yang terpadu (integral) dalam program pembangunan nasional dan bertujuan untuk menciptakan kesejahteraan ekonomi, spiritual dan social budaya penduduk Indonesia agar dapat dicapai keseimbangan yang baik dengan kemampuan produksi nasional (Affandi & George, 2011).

2. Tujuan Keluarga Berencana

1. Tujuan Umum

Tujuan umum KB adalah membentuk keluarga kecil sesuai dengan kekuatan sosial ekonomi suatu wilayah keluarga dengan cara mengatur jarak kelahiran anak, agar diperoleh suatu keluarga bahagia dan sejahtera yang dapat memenuhi kebutuhan hidupnya.

2. Tujuan Khusus

Penurunan angka kelahiran yang bermakna, guna mencapai tujuan tersebut maka ditempuh kebijaksanaan:

- a. Fase menunda perkawinan
- b. Fase menjarangkan kehamilan
- c. Fase menghentikan/ mengakhiri kehamilan/ kesuburan.

3. Tujuan Program KB

Menurut Handayani (2011), tujuan umum untuk lima tahun kedepan mewujudkan visi dan misi program kb yaitu membangun kembali dan melestarikan pondasi yang kokoh bagi pelaksana program kb di masa

mendatang untuk mencapai keluarga berkualitas tahun 2015. Sedangkan tujuan program KB secara filosofis adalah :

- a) Meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak serta mewujudkan keluarga kecil yang bahagia dan sejahtera melalui pengendalian kelahiran dan pengendalian pertumbuhan penduduk Indonesia.
- b) Terciptanya penduduk yang berkualitas, sumber daya manusia yang bermutu dan meningkatkan kesejahteraan keluarga.

4. Sasaran Program KB

Sasaran program KB dibagi menjadi 2 yaitu sasaran langsung dan sasaran tidak langsung, tergantung dari tujuan yang ingin dicapai.

1. Sasaran langsungnya adalah Pasangan Usia Subur (PUS) yang bertujuan untuk menurunkan tingkat kelahiran dengan cara penggunaan kontrasepsi secara berkelanjutan.
2. Sasaran tidak langsungnya adalah pelaksana dan pengelola KB, dengan tujuan menurunkan tingkat kelahiran melalui pendekatan kebijaksanaan kependudukan terpadu dalam rangka mencapai keluarga yang berkualitas, keluarga sejahtera.

5. Jenis-Jenis Kontrasepsi

1. Metoda Keluarga Berencana Alamiah (KBA)

Menurut Meilani dan Rinawati (2013), menyatakan bahwa, dalam metoda Keluarga Berencana Alamiah ini, ibu harus belajar mengetahui kapan masa suburnya berlangsung. Metode keluarga berencana alamiah berdasarkan kesadaran penuh dari siklus reproduksi ibu tersebut. Macam-macam KBA yaitu :

- 1) Metode Amenorrhea Laktasi (MAL)
- 2) Senggama Terputus

- 3) Metode Lendir Serviks atau lebih dikenal sebagai Metode Ovulasi Billings/ MOB atau metode dua hari mukosa serviks.
- 4) Metode Simtomtermal adalah metode yang paling efektif
- 5) Sistem Kalender atau Pantang Berkala
- 6) Metode Suhu Basal.

2. Metode Barrier

Menurut Meilani dan Rinawati (2013), menyatakan bahwa ada beberapa cara KB nonhormonal, yaitu :

- a. Kondom
- b. Diagfragma
- c. Spermisida

3. KB Hormonal

Menurut Affandi dan George (2011), menyatakan bahwa KB hormonal ada beberapa macam, yaitu :

- a. Pil Progestin (Mini Pil)
- b. Suntik Progestin (Suntik 3 bulan)
- c. Suntik Kombinasi (Progesteron dan Estrogen/ Suntik 1 Bulan)
- d. Kontrasepsi Implan

4. Alat Kontrasepsi dalam Rahim

Menurut Manuaba (2010), menyatakan bahwa alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR) memiliki beberapa jenis yaitu saf-T-coil, dana super, copper T-380A, copper 7, multiload, dan lippes lopps.

a. Beberapa keuntungan yang diberikan oleh kontrasepsi jenis ini adalah sebagai berikut:

- 1) Efektifitas tinggi (0,6-0,8 kehamilan/100 kehamilan dalam 1 tahun pertama, 1 kegagalan dalam 125-170 kehamilan.

- 2) Metode jangka panjang (10 tahun proteksi dari cut=380 A dan tidak perlu diganti).
 - 3) Tidak memengaruhi hubungan seksual dan meningkatkan kenyamanan seksual karena tidak perlu takut hamil.
 - 4) Tidak memengaruhi produksi ASI
 - 5) Dapat dipasang segera setelah melahirkan dan sesudah abortus (apabila tidak terjadi infeksi).
 - 6) Dapat digunakan sampai menopause (1 tahun/lebih setelah haid terakhir).
 - 7) Tidak ada interaksi dengan obat-obatan
 - 8) Reversibel
 - 9) Dapat dipakai oleh semua perempuan usia reproduksi.
- b. Beberapa kerugian dari pemakaian kontrasepsi ini adalah sebagai berikut:
- 1) Efek samping yang umum terjadi, perubahan siklus haid (umumnya pada 3 bulan pertama dan akan berkurang setelah 3 bulan), haid lebih lama dan banyak, perdarahan spotting antar menstruasi, saat haid lebih sakit.
 - 2) Komplikasi lain: merasakan sakit dan kejang selama kolaborasi 3-5 hari setelah pemasangan, perforasi dinding uterus, perdarahan berat pada waktu haid yang memungkinkan penyebab anemia.
 - 3) Tidak mencegah IMS termasuk HIV/AIDS.
 - 4) Tidak baik digunakan pada perempuan dengan IMS atau perempuan yang sering gonta-ganti pasangan.

2.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Varney

2.2.1 Definisi Manajemen Kebidanan

Manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, penemuan-penemuan, keterampilan dalam rangkaian/ tahapan yang logis untuk pengambilan suatu keputusan berfokus pada klien (Helen Varney, 1997 dalam buku Wati, 2014). Manajemen kebidanan adalah metode dan pendekatan pemecahan masalah ibu dan khusus dilakukan oleh bidan dalam memberikan asuhan kebidanan pada individu, keluarga dan masyarakat (Wati, 2014).

Sesuai dengan perkembangan pelayanan kebidanan, maka bidan diharapkan lebih kritis dalam melaksanakan proses manajemen kebidanan untuk mengambil keputusan. Menurut *Hellen Varney*, ia mengembangkan proses manajemen kebidanan ini dari 5 langkah menjadi 7 langkah yaitu mulai dari pengumpulan data sampai dengan evaluasi. Manajemen kebidanan untuk mengaplikasikan pendekatan itu, adalah:

1. Identifikasi dan analisis masalah yang mencakup pengumpulan data subyektif dan obyektif dan analisis dari data yang dikumpulkan/ dicatat.
2. Perumusan (diagnosa) masalah utama, masalah yang mungkin akan timbul (potensial) serta penentuan perlunya konsultasi, dan rujukan.
3. Penyusunan rencana tindakan berdasarkan hasil perumusan
4. Pelaksanaan tindakan kebidanan sesuai dengan kewenangannya

5. Evaluasi hasil tindakan. Digunakan untuk menentukan tingkat keberhasilan tindakan kebidanan yang telah dilakukan dan sebagai bahan tindak lanjut.

2.2.2 Prinsip-Prinsip Manajemen Kebidanan

1. Meminimalkan rasa tidak nyaman baik fisik maupun emosi
2. Menjaga privasi klien
3. Adaptasikan pola pendekatan ke klien dengan tepat
4. Beri kesempatan kepada klien untuk bertanya
5. Beri kesempatan kepada klien untuk mendapatkan dukungan
6. Saling bertukar informasi
7. Dukung hak klien untuk membuat dan bertanggung jawab terhadap setiap keputusan mengenai perawatan.
8. Komunikasi dengan tim kesehatan lain.
9. Terima tanggung jawab dalam membuat keputusan dan konsekuensinya.
10. Kembangkan lingkungan saling menghargai di setiap interaksi nasional.

2.2.3 Langkah-langkah Proses Manajemen Kebidanan

Proses manajemen kebidanan ini ditulis oleh Varney berdasarkan proses manajemen kebidanan *American College of Nurse Midwife* yang pada dasar pemikirannya sama dengan proses manajemen menurut Varney.

Adapun 7 langkah Varney tersebut adalah:

1. Langkah I : Tahap pengumpulan data dasar

Pada langkah pertama ini dikumpulkan semua informasi yang akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien. Untuk memperoleh data dilakukan dengan

cara anamnesa, pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan dan pemeriksaan tanda-tanda vital, pemeriksaan khusus dan pemeriksaan penunjang.

Tahap ini merupakan langkah awal yang akan menentukan langkah berikutnya, sehingga kelengkapan data sesuai dengan kasus yang dihadapi yang akan menentukan proses interpretasi yang benar atau tidak dalam tahap selanjutnya. Sehingga dalam pendekatan ini harus komprehensif meliputi data subyektif, obyektif dan hasil pemeriksaan sehingga dapat menggambarkan kondisi pasien yang sebenarnya dan valid. Contoh: dari data subyektif diperoleh bahwa si pasien mengatakan pusing, susah tidur dll. Dari data obyektif diperoleh data kesehatan pasien dengan cara pemeriksaan TTV. Kaji ulang data yang sudah dikumpulkan apakah sudah tepat, lengkap, dan akurat.

2. Langkah II : Interpretasi data dasar

Pada langkah ini dilakukan identifikasi terhadap diagnose atau masalah berdasarkan interpretasi atas data-data yang telah dikumpulkan.

Data dasar yang telah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga dapat merumuskan diagnose dan masalah yang spesifik. Rumusan diagnose dan masalah keduanya digunakan karena masalah tidak dapat didefinisikan seperti diagnose tetapi tetap membutuhkan penanganan. Masalah sering berkaitan dengan hal-hal yang sedang dialami wanita yang diidentifikasi oleh bidan sesuai dengan hasil pengkajian. Masalah juga sering menyertai diagnose.

Sebagai contoh: wanita pada trimester ketiga merasa takut terhadap proses persalinan dan melahirkan yang sudah tidak dapat ditunda lagi. Perasaan takut tidak termasuk dalam kategori “nomenklatur standar diagnose” tetapi tentu akan menciptakan suatu masalah yang membutuhkan pengkajian lebih lanjut dan memerlukan suatu perencanaan untuk mengurangi rasa takut. Diagnose kebidanan adalah diagnose yang ditegakkan bidan dalam lingkup praktik kebidanan dan memenuhi standar nomenklatur diagnose kebidanan.

Standar nomenklatur diagnose kebidanan:

- a. Diakui dan telah disahkan oleh profesi
 - b. Berhubungan langsung dengan praktik kebidanan
 - c. Memiliki ciri khas kebidanan
 - d. Didukung oleh clinical judgement dalam praktik kebidanan
 - e. Dapat diselesaikan dengan pendekatan manajemen kebidanan.
3. Langkah III : Mengidentifikasi diagnose atau masalah potensial dan mengantisipasi penanganannya

Pada langkah ini bidan mengidentifikasi masalah potensial atau diagnose potensial berdasarkan diagnose yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan. Bidan diharapkan dapat waspada dan bersiap-siap mencegah diagnose ini menjadi benar-benar terjadi. Langkah ini penting sekali dalam melakukan asuhan yang aman.

Contoh: seorang wanita dengan pemuaihan uterus yang berlebihan, bidan harus mempertimbangkan kemungkinan

penyebab pemuaihan uterus yang berlebihan tersebut. Kemudian ia harus mengantisipasi, melakukan perencanaan untuk mengatasinya dan bersiap-siap terhadap kemungkinan tiba-tiba terjadi perdarahan post partum yang disebabkan oleh atonia uteri karena pemuaihan uterus yang berlebihan.

Pada langkah ketiga ini bidan dituntut untuk mampu mengantisipasi masalah potensial, tidak hanya merumuskan masalah potensial yang akan terjadi tetapi juga merumuskan tindakan antisipasi agar masalah atau diagnose potensial tidak terjadi. Sehingga langkah ini benar merupakan langkah yang bersifat antisipasi yang rasional atau logis. Kaji ulang apakah diagnose atau masalah potensial yang diidentifikasi sudah tepat.

4. Langkah IV : Menetapkan kebutuhan terhadap tindakan segera untuk melakukan konsultasi, kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain berdasarkan kondisi klien.

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan atau untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai kondisi klien.

Langkah keempat mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan. Jadi manajemen bukan hanya selama asuhan primer periodik atau kunjungan prenatal saja tetapi juga selama wanita tersebut bersama bidan terus menerus, misalnya pada waktu wanita tersebut dalam persalinan.

Databaru mungkin saja dikumpulkan dan dievaluasi. Beberapa data mungkin mengidentifikasi situasi yang gawat dimana bidan harus bertindak segera untuk kepentingan keselamatan jiwa ibu atau anak.

Dari data yang dikumpulkan dapat menunjukkan satu situasi yang memerlukan tindakan segera sementara yang lain harus menunggu intervensi dari dokter. Situasi lainnya tidak merupakan kegawatan tetapi memerlukan konsultasi atau kolaborasi dengan dokter. Demikian juga bila ditemukan tanda-tanda awal dari pre eklampsia, kelainan panggul, adanya penyakit jantung, diabetes atau masalah medik yang serius, bidan perlu melakukan konsultasi atau kolaborasi dengan dokter.

Dalam kondisi tertentu seorang wanita mungkin juga akan memerlukan konsultasi atau kolaborasi dengan dokter atau tim kesehatan lain seperti pekerja social, ahli gizi atau seorang ahli perawatan klinis BBL. Dalam hal ini bidan harus mampu mengevaluasi kondisi setiap klien untuk menentukan kepada siapa konsultasi dan kolaborasi yang paling tepat dalam manajemen askeb.

Pada penjelasan di atas menunjukkan bahwa bidan dalam melakukan tindakan harus sesuai dengan prioritas masalah atau kebutuhan yang dihadapi kliennya. Setelah bidan merumuskan tindakan yang perlu dilakukan untuk mengantisipasi diagnose atau masalah potensial pada step sebelumnya, bidan juga harus merumuskan tindakan segera yang harus dirumuskan untuk menyelamatkan ibu dan bayi. Dalam rumusan ini termasuk tindakan segera yang mampu dilakukan secara mandiri, secara kolaborasi atau bersifat rujukan. Kaji ulang apakah tindakan segera ini benar-benar dibutuhkan.

5. Langkah V : Menyusun rencana asuhan yang menyeluruh

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

Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa-apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap masalah yang berkaitan tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap wanita tersebut seperti apa yang diperkirakan akan terjadi berikutnya, apakah dibutuhkan penyuluhan, konseling, dan apakah perlu merujuk klien bila ada masalah-masalah yang berkaitan dengan social ekonomi-kultural atau masalah psikologis. Dengan perkataan lain, asuhan terhadap wanita tersebut sudah mencakup setiap hal yang berkaitan dengan setiap aspek asuhan kesehatan.

Setiap rencana asuhan haruslah disetujui oleh kedua pihak, yaitu bidan dan klien agar dapat dilaksanakan dengan efektif karena klien juga akan melaksanakan rencana tersebut. Oleh karena itu, pada langkah ini tugas bidan adalah merumuskan rencana asuhan sesuai dengan hasil pembahasan rencana asuhan bersama klien kemudian membuat kesepakatan bersama sebelum melaksanakannya.

Semua keputusan yang dikembangkan dalam asuhan menyeluruh ini harus rasional dan benar-benar valid berdasarkan pengetahuan dan teori yang up to date serta sesuai dengan asumsi tentang apa yang akan dilakukan klien. Kaji ulang apakah

rencana asuhan sudah meliputi semua aspek asuhan kesehatan terhadap wanita.

6. Langkah VI : Pelaksanaan langsung asuhan dengan efisien dan aman

Pada langkah keenam ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah kelima dilaksanakan efisien dan aman. Perencanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian lagi oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya. Walau bidan tidak melakukannya sendiri, ia tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya, misalnya memastikan langkah-langkah tersebut benar-benar terlaksana.

Dalam situasi dimana bidan berkolaborasi dengan dokter untuk menangani klien yang mengalami komplikasi, maka keterlibatan bidan dalam manajemen asuhan bagi klien adalah tetap bertanggung jawab terhadap terlaksananya rencana asuhan bersama yang menyeluruh tersebut. Manajemen yang efisien akan menyangkut waktu dan biaya serta meningkatkan mutu dan asuhan klien. Kaji ulang apakah semua rencana asuhan telah dilaksanakan.

7. Langkah VII : Mengevaluasi

Pada langkah ketujuh ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi dalam diagnose dan masalah. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar efektif dalam pelaksanaannya.

Ada kemungkinan bahwa sebagian rencana tersebut efektif sedangkan sebagian belum efektif. Mengingat bahwa proses manajemen asuhan ini merupakan suatu kegiatan yang berkesinambungan maka perlu mengulang kembali dari awal setiap asuhan yang tidak efektif melalui manajemen untuk mengidentifikasi mengapa proses manajemen tidak efektif serta melakukan penyesuaian terhadap rencana asuhan tersebut.

Langkah-langkah proses manajemen umumnya merupakan pengkajian yang memperjelas proses pemikiran yang mempengaruhi tindakan serta berorientasi pada proses klinis, karena proses manajemen tersebut berlangsung didalam situasi klinik dan dua langkah terakhir tergantung pada klien dan situasi klinik, maka tidak mungkin proses manajemen ini dievaluasi dalam tulisan saja.

2.3 Konsep Dasar Dokumentasi SOAP

2.3.1 Definisi Dokumentasi

Menurut Muslihatun (2010), dokumentasi adalah catatan tentang interaksi antara tenaga kesehatan, pasien, keluarga pasien dan tim kesehatan tentang hasil pemeriksaan, prosedur tindakan, pengobatan pada pasien, dan respon pasien terhadap semua asuhan yang telah diberikan.

Pendokumentasian yang benar adalah pendokumentasian mengenai asuhan yang telah dan akan dilakukan pada seseorang pasien, di dalamnya tersirat proses berfikirbidan yang sistematis dalam menghadapi seorang pasien sesuai langkah-langkah manajemen kebidanan.

2.3.2 Tujuan Dokumentasi

1. Sebagai sarana komunikasi
2. Sebagai sarana tanggung jawab dan tanggung gugat
3. Sebagai sarana informasi statistik
4. Sebagai sarana pendidikan
5. Sebagai sumber data penelitian
6. Sebagai jaminan kualitas pelayanan kesehatan
7. Sebagai sumber data perencanaan asuhan kebidanan berkelanjutan
8. Sebagai dokumen yang sah sebagai bukti atas asuhan yang telah di berikan.
9. Sebagai sumber data yang memberikan gambaran tentang kronologis kejadian kondisi yang terobservasi untuk mengikuti perkembangan dan evaluasi respon pasien terhadap asuhan yang telah diberikan.

2.3.3 Manfaat dan Peningnya Dokumentasi

1. Nilai hukum-catatan informasi tentang klien/ pasien merupakan dokumentasi resmi dan mempunyai nilai hukum jika terjadi suatu masalah yang berkaitan dengan pelanggaran etika & moral profesi, dokumentasi dapat merupakan barang bukti tentang tindakan yang telah dilakukan bidan sekaligus sebagai bahan pertimbangan dalam memberikan sanksi.
2. Jaminan mutu (*quality control*) pencatatan yang lengkap dan akurat dapat menjadi tolak-ukur dalam menilai asuhan yang telah diberikan dan menentukan tindak lanjut berikutnya.
3. Alat komunikasi-merupakan alat "perekam" terhadap masalah yang terkait dengan klien/ pasien atau tenaga kesehatan lain.

Dapat dilihat apa yang telah terjadi/ dilakukan terhadap pasien/ klien, terutama pada keadaan dimana pasien perlu dirujuk atau dikonsultasikan ke dokter/ahli gizi dsb.

4. Nilai administrasi termasuk salah satunya adalah biaya/ dana dapat dipergunakan sebagai pertimbangan/ acuan dalam menentukan biaya yang telah dibutuhkan/ dikeluarkan untuk asuhan.
5. Nilai pendidikan dapat di pergunakan sebagai bahan pembelajaran bagi peserta didik kebidanan maupun tenaga bidan muda, karena menyangkut secara kronologis proses asuhan kebidanan serta tindakan yang dilakukan (sistematika pelaksanaan).
6. Bahan penelitian-dokumentasi yang rangkap & akurat dapat mempunyai nilai bagi penelitian dalam pengembangan pelayanan kebidanan selanjutnya (objek riset).
7. Akreditasi/ audit digunakan sebagai kesimpulan keberhasilan asuhan yang diberikan serta menentukan/ memperlihatkan peran & fungsi bidan dalam masalah kebidanan.

2.3.4 Metode pendokumentasian

Metode pendokumentasian yaitu dengan menggunakan metode SOAPIER, SOPIED, SOAPIE dan SOAP. Semua metode dokumentasi memiliki kesamaan dalam pengkajiannya, tetapi dari semua metode tersebut yang dipakai dalam pendokumentasian asuhan kebidanan pada saat ini, yaitu memakai metode SOAP. Dalam metode SOAP S adalah data *Subjektif*, O adalah data *Objektif*, A adalah *Analysis/ Assesment* dan P adalah *Planning*. Merupakan catatan yang bersifat sederhana, jelas, logis, dan singkat. Prinsip dari metode SOAP ini merupakan proses pemikiran penatalaksanaan manajemen kebidanan.

1. S (Data Subjektif)

Data subjektif, merupakan pendokumentasian hanya pengumpulan data klien melalui anamnesa. Tanda gejala subjektif yang diperoleh dari hasil bertanya dari pasien, suami maupun keluarga. Catatan ini berhubungan dengan masalah sudut pandang pasien. Ekspresi pasien mengenai kekhawatiran dan keluhannya dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang berhubungan dengan diagnosa.

2. O (Data Objektif)

Data objektif merupakan pendokumentasian hasil observasi yang jujur dan pemeriksaan fisik klien, hasil lab, dan test diagnostik lain yang dirumuskan dalam data fokus untuk mendukung. Tanda gejala objektif yang diperoleh dari hasil pemeriksaan (tanda KU, Fital sign, Fisik, khusus, kebidanan, pemeriksaan dalam, laboratorium dan pemeriksaan penunjang). Pemeriksaan dengan inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi. Data ini memberi bukti gejala klinis pasien dan fakta yang berhubungan dengan diagnosa. Data fisiologis, hasil observasi yang jujur.

3. A (Assessment)

Assesment merupakan hasil analisis dan interpretasi (kesimpulan) atau diagnosa yang ditegakkan berdasarkan data atau informasi subjektif maupun objektif yang dikumpulkan atau disimpulkan. Karena keadaan pasien terus berubah dan selalu ada informasi baru baik subjektif maupun objektif, dan sering diungkapkan secara terpisah-pisah, maka proses pengkajian adalah suatu proses yang dinamik. Sering menganalisa adalah

sesuatu yang penting dalam mengikuti perkembangan pasien dan menjamin suatu perubahan baru cepat diketahui dan dapat diikuti sehingga dapat diambil tindakan yang tepat.

4. P (Planning)

Plan/ Planning/ Perencanaan adalah membuat rencana tindakan saat itu atau yang akan datang. Untuk mengusahakan tercapainya kondisi pasien yang sebaik mungkin atau menjaga mempertahankan kesejahteraannya. Proses ini termasuk kriteria tujuan tertentu dari kebutuhan pasien yang harus dicapai dalam batas waktu tertentu, tindakan yang diambil harus membantu pasien mencapai kemajuan dalam kesehatan dan harus sesuai.

Alasan pemakaian SOAP dalam pendokumentasian asuhan kebidanan, yaitu :

1. Karena SOAP merupakan pencatatan yang memuat kemajuan informasi yang sistemis, mengorganisasikan penemuan kesimpulan sehingga terbentuk suatu rencana asuhan.
2. SOAP merupakan intisari dari manajemen kebidanan untuk penyediaan pendokumentasian.
3. SOAP merupakan urutan-urutan yang dapat membantu bidan mengorganisasikan pikiran dalam pemberian asuhan yang bersifat komprehensif (Muslihatun, 2010).

2.3.5 Syarat Dalam Dokumentasi

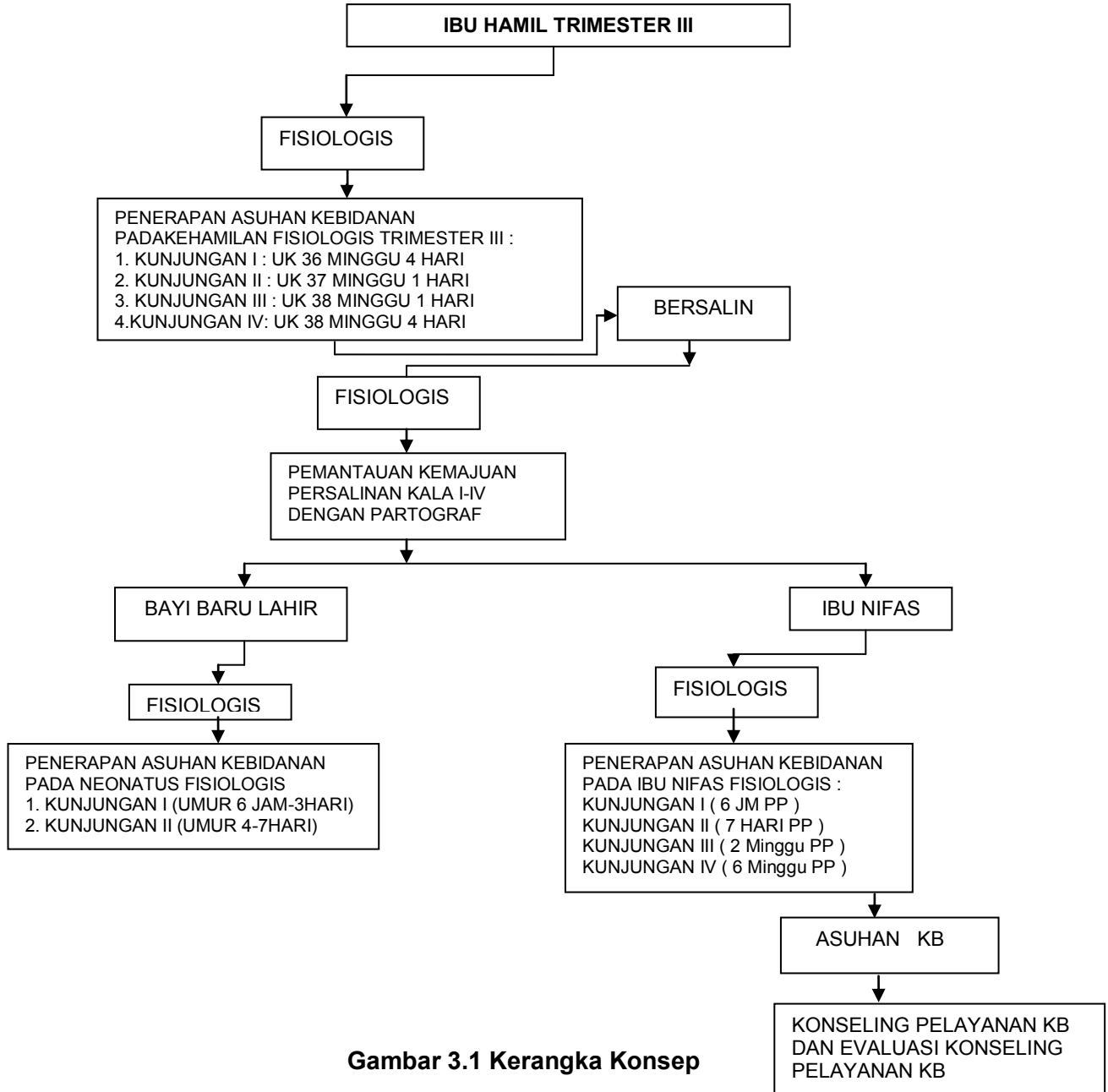
1. Kesederhanaan (*simplicity*)
2. Keakuratan
3. Kesabaran
4. Ketepatan (*precision*)
5. Kelengkapan

6. Kejelasan dan keobjektifan (*irrefutability*)
7. Rahasia (confidentiality)

BAB III

KERANGKA KONSEP KEGIATAN ASUHAN COC

3.1 Kerangka Konsep Kegiatan



Keterangan Gambar :

- : Sudah dilakukan asuhan
- : Tidak dilakukan asuhan

3.2 Keterangan Kerangka Konsep

Dalam pelaksanaan Laporan Tugas Akhir penulis melakukan asuhan kebidanan pada Ny "S" usia 20 tahun, G₁ P₀₀₀₀ Ab₀₀₀ mulai hamil trimester III sampai KB dengan melakukan kunjungan rumah minimal 12 kali. Pertama penulis melakukan informed consent terhadap klien dan keluarga sebagai bukti lembar persetujuan terhadap asuhan yang akan penulis berikan. Selanjutnya penulis melakukan kunjungan rumah sebanyak 4 kali selama masa kehamilan. Kunjungan pertama pada usia kehamilan 36 minggu 4 hari, kunjungan kedua pada usia kehamilan 37 minggu 1 hari, kunjungan ketiga pada usia kehamilan 38 minggu 1 hari, dan kunjungan keempat pada usia kehamilan 38 minggu 4 hari. Saat memasuki intrapartum ibu tidak mengalami komplikasi selama persalinan sehingga tidak dilakukan rujukan dan proses persalinan dilakukan secara spontan.

Saat ibu memasuki masa nifas dan neonatus penulis melakukan asuhan kebidanan selama 6 minggu postpartum dengan jadwal kunjungan: kunjungan I saat 6 jam PP, kunjungan II saat 7 hari PP, kunjungan III saat 2 minggu PP, dan kunjungan IV saat 6 minggu PP. Selain melakukan kunjungan masa nifas penulis juga melakukan kunjungan neonatal yaitu kunjungan I saat usia 6 jam dan kunjungan ke II pada saat usia 7 hari. Asuhan yang diberikan setelah masa nifas yaitu asuhan keluarga berencana yaitu dimana penulis melakukan kunjungan pada saat 6 minggu PP dan melakukan konseling serta evaluasi KB.

BAB IV

LAMPIRAN PELAKSANAAN ASUHAN

4.1 Asuhan Kehamilan

4.1.1 Asuhan Kebidanan Antenatal I

1. PENGKAJIAN DATA

Tanggal : 27Maret 2017
Jam : 10.00 WIB
Tempat : Jl. Muharto 3 5B RT 10 RW 06
Oleh : Ayu Anita Sumbara Wati Mukamal

DATA SUBYEKTIF

1. Identitas

Nama	: Ny "s"	Nama Suami	: Tn "s"
Usia	: 20 tahun	Usia	: 22 tahun
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: SMA	Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: Ibu Rumah Tangga	Pekerjaan	: Wiraswata
Alamat	: Jl. Muharto 3 5B RT 10 RW 06		

2. Keluhan

Ibu mengatakan ini adalah kehamilan pertamanya. Ibu merasa senang atas kehamilannya, dan saat ini ibu mengatakan tidak ada keluhan.

3. Riwayat Kehamilan

Ini merupakan kehamilan yang pertama.

4. Riwayat Kb Yang Lalu

Ibu mengatakan sebelumnya belum pernah menggunakan KB.

5. Riwayat Kehamilan Sekarang

Ibu mengatakan selama hamil rutin memeriksakan kehamilannya setiap bulan dan ibu belum melakukan USG. Selama kehamilan ini ibu sudah memeriksakan diri ke bidan sebanyak 5 kali. Ibu tidak memiliki keluhan yang mengganggu aktifitasnya.

6. Riwayat Menstruasi

Menarche : 13 tahun

Siklus : 28 hari

Lama : 7 hari

Keluhan : Tidak ada

HPHT : 15 Juli 2016

TP : 22 april 2017

7. Riwayat Pernikahan

Pernikahan ke : 1 (satu)

Lama Menikah : 3 tahun

Usia Saat Menikah : 18 tahun

8. Riwayat Kesehatan Ibu Dan Keluarga

Ibu mengatakan dirinya tidak memiliki penyakit yang menurun seperti hipertensi, asma, diabetes, tidak ada penyakit menular seperti hepatitis dan TBC, dan tidak memiliki penyakit menahun seperti jantung, dan tidak ada keturunan kembar dalam keluarganya.

9. Pola Kebiasaan Sehari-Hari

1. Nutrisi

Sebelum hamil : Makan 3 kali sehari, jenis makanan nasi, lauk, sayur, dan kadang ditambah buah. Minum 8-10 gelas sehari.

2. Pola Istirahat

Sebelum hamil : Tidur siang 1 jam tiap hari, tidur malam 7 jam per hari, dan tidak memiliki gangguan tidur.

3. Pola Eliminasi

Sebelum hamil : BAB 1 kali sehari, dan BAK 3-4 kali sehari.

4. Pola Aktivitas

Sebelum hamil : Ibu mengerjakan pekerjaan rumah tangga (memasak, menyapu, mengepel, mencuci).

5. Personal Hygiene

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

10. Riwayat Psikososial dan budaya

Ibu merasa senang dengan kehamilannya, suami beserta keluarga mendukung kehamilan ini, dan kelahiran bayi sangat dinantikan. Dalam keluarga biasanya ada budaya bagi ibu hamil minum jamu dan pijat, tetapi pada Ny. "S" tidak dilakukan.

3. DATA OBJEKTIF

1. Keadaan Umum : Baik

2. Kesadaran : Composmentis

3. TTV :

TD	: 110/80 mmHg	BB sebelum hamil	: 59 kg
Nadi	: 80 kali/menit	BB saat hamil	: 69 kg
Suhu	: 36,3°C	TB	: 155cm
RR	: 20 kali/menit	LILA	: 28 cm

4. Pemeriksaan Fisik

- a. Muka : Tidak oedem, tidak pucat, dan tidak terlihat chloasma gravidarum.
- b. Mata : Sklera putih, konjungtiva merah muda, dan tidak ada gangguan penglihatan.
- c. Leher : Tidak teraba pembesaran kelenjar thyroid, tidak teraba pembesaran vena jugularis.
- d. Dada : Tidak terlihat retraksi dinding dada dan tidak terdengar wheezing dan ronchi.
- e. Payudara : Bersih, hiperpigmentasi pada areola mammae, papilla menonjol, tidak teraba benjolan abnormal, dan tidak ada nyeri tekan, colostrums -/-.
f. Abdomen : Tidak ada luka bekas operasi, terdapat striae alba dan linea nigra, Leopold I: TFU 24 cm, Leopold II: pada bagian kanan teraba keras, memanjang seperti papan (punggung) dan bagian kiri ibu terasa bagian kecil janin (ekstremitas), Leopold III: pada fundus teraba bulat, lunak, dan tidak melenting (bokong), Leopold IV: kepala belum masuk PAP, DJJ 136x/menit, TBJ : 1705 gram.
- g. Ekstremitas
 - Atas : Tidak oedem.
 - Bawah : Tidak oedem, tidak varises.
 - Lingkar panggul :

- Distansia spinarum : 24,5 cm
- Distansia kristaum : 32 cm
- Konjunggata eksterna: 19 cm
- Lingkar panggul : 100 cm

h. Data penunjang : pemeriksaan Hb 11,5

4. ANALISA

G₁P₀₀₀Ab₀₀₀ UK 36 minggu 4 hari T/H dengan kehamilan fisiologis.

5. PENATALAKSANAAN

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga. Ibu dan keluarga memahami dan mengetahui hasil pemeriksaan
2. Memberikan KIE tentang tanda bahaya kehamilan, persiapan persalinan, nutrisi, pola aktivitas, pola istirahat, personal hygiene, dan pentingnya pemeriksaan kehamilan, Ibu memahami
3. Memberikan KIE tentang cara mempercepat penurunan kepala dengan cara senam hamil.
4. Menyepakati jadwal kunjungan ulang yaitu pada tanggal 01 April 2017.

4.1.2 Asuhan Kebidanan Antenatal II

1. PENGKAJIAN DATA

Tanggal : 01 April 2017

Jam : 15.00 WIB

Tempat : Jl. Muharto 3 5B RT 10 RW 06

Oleh : Ayu Anita Sumbara Wati Mukamal

2. DATA SUBYEKTIF

Ibu mengatakan sering ingin buang air kecil.

3. DATA OBJEKTIF

1. Keadaan Umum : Baik
2. Kesadaran : Composmentis
3. TTV :

TD	: 110/80 mmHg	BB	: 69 kg
Nadi	: 78 kali/menit	LILA	: 28 cm
Suhu	: 36,5°C	RR	: 20 kali/menit
4. Pemeriksaan Fisik
 - a. Mata : Sklera putih, konjungtiva merah muda, dan tidak ada gangguan penglihatan.
 - b. Leher : Tidak teraba pembesaran kelenjar thyroid, tidak teraba pembesaran vena jugularis.
 - c. Payudara : Bersih, hiperpigmentasi pada areola mammae, papilla menonjol, tidak teraba benjolan abnormal, dan tidak ada nyeri tekan, colostrums+/.
 - d. Abdomen : Tidak ada luka bekas operasi, terdapat striae alba dan linea nigra, Leopold I : TFU 26 cm, Leopold II : pada fundus teraba bulat, lunak, dan tidak melenting (bokong), pada bagian kanan ibu teraba keras, memanjang seperti papan (punggung) dan bagian kiri ibu terasa bagian kecil janin (ekstremitas), Leopold III : kepalabelum masuk PAP, DJJ 138x/menit, TBJ : 2015 gram.
 - e. Ekstremitas

Atas : Tidak oedem.

Bawah : Tidak oedem, tidak varises.

5. Pemeriksaan Penunjang

Urin : Protein (-)

4. ANALISA

G₁P₀₀₀₀Ab₀₀₀ UK 37 minggu 1 hari, T/H dengan kehamilan fisiologis.

5. PENATALAKSANAAN

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga. Ibu dan keluarga memahami dan mengetahui hasil pemeriksaan
2. Mengajari ibu cara perawatan payudara. Ibu bisa melakukan semua dengan benar
3. Menjelaskan pada ibubahwa sering buang air kecil adalah hal yang fisiologis, karena kepala bayi menekan kandung kemih. Ibu memahami
4. Memberikan KIE tanda – tanda persalinan. Ibu memahami
5. Menyepakati jadwal kunjungan ulang yaitu pada tanggal 08 April 2017.

4.1.3 Asuhan Kebidanan Antenatal III

I. PENGKAJIAN DATA

Tanggal : 08 April 2017

Jam : 15.00 WIB

Tempat : Jl. Muharto G3 5B RT 10 RW 06

Oleh : Ayu Anita Sumbara Wati Mukamal

2. DATA SUBYEKTIF

Ibu mengatakan tidak ada keluhan apapun, dan anjuran sudah dilakukan.

3. DATA OBJEKTIF

1. Keadaan Umum : Baik
2. Kesadaran : Composmentis
3. TTV :

TD	: 110/70 mmHg	BB	: 70 kg
Nadi	: 80 kali/menit	LILA	: 28 cm
Suhu	: 36,7°C	RR	: 22 kali/menit

4. Pemeriksaan Fisik

- a. Mata :Sklera putih, konjungtiva merah muda, dan tidak ada gangguan penglihatan.
- b. Payudara :Bersih, hiperpigmentasi pada areola mammae, papilla menonjol, tidak teraba benjolan abnormal, dan tidak ada nyeri tekan, colostrums +/-.
- c. Abdomen :Tidak ada luka bekas operasi, terdapat striae alba dan linea nigra, leopold I : TFU 27 cm, leopold II : pada fundus teraba bulat, lunak, dan tidak melenting (bokong), pada bagian kanan ibu teraba keras, memanjang seperti papan (punggung) dan bagian kiri ibu terasa bagian kecil janin (ekstremitas), leopold III : kepala sudah masuk PAP,leopold IV :teraba 4/5 bagian janin, DJJ 138x/menit, TBJ : 2325 gram.

d. Ekstremitas

Atas : Tidak oedem.

Bawah : Tidak oedem, tidak varises.

5. Pemeriksaan Penunjang

Urin : Protein(-)

4. ANALISA

G₁P₀₀₀₀Ab₀₀₀₀ UK 38 minggu 1 hari, T/H dengan kehamilan fisiologis.

5. PENATALAKSANAAN

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga.
Ibu dan keluarga memahami dan mengetahui hasil pemeriksaan
2. Mengingatkan kembali KIE tentang pola aktivitas, pola istirahat, personal hygiene, tanda-tanda bahaya kehamilan, perawatan payudara dan pentingnya pemeriksaan kehamilan. Ibu bisa menjelaskan kembali semua dengan benar
3. Menyepakati jadwal kunjungan ulang yaitu pada tanggal 14 April 2017.

4.1.4 Asuhan Kebidanan Antenatal IV**1. PENGKAJIAN DATA**

Tanggal : 10 April 2016

Jam : 07.00 WIB

Tempat : Jl. Muharto 3 5B RT 10 RW 06

Oleh : Ayu Anita Sumbara Wati Mukamal

2. DATA SUBYEKTIF

Ibu mengatakan perutnya terasa kencang-kencang

3. DATA OBJEKTIF

1. Keadaan Umum : Baik

2. Kesadaran : Composmentis

3. TTV :

TD	: 110/80 mmHg	BB	: 69 kg
Nadi	: 81 kali/menit	LILA	: 28 cm
Suhu	: 36,5°C	RR	: 22 kali/menit

4. Pemeriksaan Fisik

a. Muka : Tidak oedem, tidak pucat, dan tidak terlihat chloasma gravidarum.

b. Mata : Sklera putih, konjungtiva merah muda, dan tidak ada gangguan penglihatan.

c. Leher : Tidak teraba pembesaran kelenjar thyroid, tidak teraba pembesaran vena jugularis.

d. Payudara : Bersih, hiperpigmentasi pada areola mammae, papilla menonjol, tidak teraba benjolan abnormal, dan tidak ada nyeri tekan, colostrums +/-.

e. Abdomen : Tidak ada luka bekas operasi, terdapat striae alba dan linea nigra, leopard I : TFU 28 cm, leopard II : pada fundus teraba bulat, lunak, dan tidak melenting (bokong), pada bagian kanan ibu teraba keras, memanjang seperti papan

(punggung) dan bagian kiri ibu terasa bagian kecil janin (ekstremitas), leopold III : kepala sudah masuk PAP, leopold IV : teraba 3/5 bagian janin, DJJ 140x/menit, TBJ : 2635 gram.

f. Ekstremitas

Atas : Tidak oedem.

Bawah : Tidak oedem, tidak varises.

5. Pemeriksaan Penunjang

Urin : Protein(-)

4. ANALISA

G₁P₀₀₀₀Ab₀₀₀₀ UK 38 minggu 4 hari, T/H dengan kehamilan fisiologis.

5. PENATALAKSANAAN

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga.
Ibu dan keluarga memahami dan mengetahui hasil pemeriksaan
2. Menjelaskan pada ibu bahwa kencang –kencang adalah hal yang fisiologis, ibu menarik nafas panjang untuk mengurangi rasa sakit. Ibu memahami
3. Mengingatkan kembali KIETanda-tanda persalinan, dan persiapan persalinan, Ibu menjelaskan kembali semua dengan benar
4. Menganjurkan ibu untuk melakukan kunjungan ulang ke bidan sesuai jadwal yang telah di tentukan.

4.2 Asuhan Persalinan

4.2.1 Asuhan Persalinan KALA I

1. PENGKAJIAN DATA

Tanggal : 10 April 2017

Waktu Pengkajian : 10.00 WIB

Tempat Pengkajian: BPM Mar'atus Sholikhah, Amd. Keb

Pengkaji : Ayu Anita Sumbara Wati Mukamal

2. DATA SUBYEKTIF

Ibu datang ke rumah bidan pada pukul 09.00

WIB. Ibu mengatakan perutnya terasa mules dan kenceng-

kencengserta mengeluarkan lender darah sejak pukul 07.30 WIB. HPHT

15 Juli 2016.

3. DATA OBYEKTIF

1. Keadaan Umum : Baik

2. Kesadaran : Compos mentis

3. TTV : TD : 10/70 mmHg Nadi : 80 kali/menit

Suhu : 36,3°C RR : 20 kali/menit

4. Pemeriksaan Fisik

a. Mata : Sklera putih, konjungtiva merah muda, dan tidak ada gangguan penglihatan.

b. Payudara : Bersih, hiperpigmentasi pada areola mammae, papilla menonjol, tidak teraba benjolan abnormal, dan tidak ada nyeri tekan, colostrum sudah keluar.

c. Abdomen : Tidak ada luka bekas operasi, terdapat striae alba dan lineanigra, Leopold I : TFU 28 cm, Leopold II : pada fundus teraba bulat, lunak,

dantidakmelenting (bokong),
 padabagiankananibuterabakeras,
 memanjangsepertipapan
 (punggung)danbagiankiriibuterasabagiankecilja
 nin (ekstremitas), leopold III :
 kepalasudahmasuk PAP, leopold IV : teraba 3/5
 bagianjanin, DJJ 140x/menit, TBJ : 2325 gram.
 HIS 3.10'.35".

d. Genitalia : Tidakoedem, terdapat lendir darah, VT
 pembukaan 3cm, penipisan 25%, ketuban
 negatif jernih, bagianterdahulukepala,
 bagianterendahkepala,
 tidakadabagiankecildisampingbagianterdahulu,
 Hodge II, Molase 0

e. Ekstremitas

Atas : Tidakoedem.

Bawah : Tidakoedem, tidakvarises.

4. ANALISA

Ny "S" Usia 20tahun G₁P₀₀₀₀Ab₀₀₀₀dengan UK 38 minggu 4hari
 letkepdenganInpartukala I faseleten

5. PENATALAKSANAAN

1. Menjalin hubungan saling percaya dengan pasien dan keluarga kooperatif dengan tindakan yang dilakukan,Ibu dan keluarga kooperatif.
2. Memberitahu hasil pemeriksaan pada pasien dan keluarga, ibu memahami.

3. Melakukan pemantauan His, DJJ, nadi setiap 30 menit sekali, TD, VT 4 jam kemudian, suhu 2 jam sekali
4. Menganjurkan ibu untuk miring kiri/kanan, ibu mau melakukan.
5. Mengajarkan dan menganjurkan ibu teknik relaksasi, ibu mau melakukan.
6. Memberitahu ibu untuk tidak meneran sebelum waktunya, ibu mengerti.
7. Menganjurkan ibu untuk makan atau minum saat tidak ada his/kontraksi, ibu mengerti.
8. Menganjurkan ibu untuk tidak menahan BAB dan BAK, ibu mengerti.
9. Menyiapkan partus set, pakaian ibu dan bayi, sudah tersedia.

4.2.2 Asuhan Persalinan KALA II

1. PENGKAJIAN DATA

Tanggal : 10 April 2017

Jam : 12.00 WIB

2. DATA SUBYEKTIF

Ibu mengatakan perutnya mules dan terasa seperti ingin BAB

3. DATA OBYEKTIF

Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Compos mentis

TTV : TD : 110/70 mmHg Nadi : 80 kali/menit

Suhu : 36,3°C RR : 20 kali/menit

DJJ : 138x/menit HIS : 5.10'.45"

Pemeriksaan Fisik

Genitalia : Vulva membuka, perineum menonjol, keluar lender bercampur darah, VT pembukaan 10 cm, penipisan 100%, ketuban negatif jernih, bagian terdahulu kepala, tidak ada bagian kecil disamping bagian terdahulu, bagian terendah ubun-ubun kecil, hodge III+, molase 0.

Anus : Terdapat tekanan pada anus, tidak ada hemoroid.

4. ANALISA

Ny "S" Usia 20 tahun G₁P₀₀₀₀Ab₀₀₀₀ dengan in partu kala II

5. PENATALAKSANAAN

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan dan rencana asuhan, ibu mengerti.
2. Mengingat kan ibu cemas dan takut yang benardengan menarik dan menghembuskan nafas serta mendekatkan dagu ke arah dada ibu, ibu mengerti penjelasan bidan.
3. Mengajak keluarga untuk melakukan rangsangan puting susu, keluarga mengerti.
4. Memimpin persalinan, ibu menerangkan benar.
5. Menolong persalinan sesuai prosedur.

Jam 12.30 WIB bayi lahir spontan tanggal 10 April 2017, menangis kuat, tonus otot aktif, warna kulit kemerahan, jenis kelamin laki-laki, panjang badan 48 cm, tidak ada kelainan, anus(+)

4.2.3 Asuhan Persalinan KALA III

1. PENGKAJIAN DATA

Tanggal : 10 April 2017

Jam : 12.35 WIB

2. DATA SUBYEKTIF

Ibu mengatakan senang atas kelahiran bayinyadan perutnya sedikit mules.

3. DATA OBYEKTIF

KeadaanUmum : Baik

PemeriksaanFisik

Abdomen : TFU setinggipusat, janintunggal, uterus globuler

Genetalia :Terlihat tanda-tanda pelepasan plasenta, seperti talipusat memanjang, adanya semburan darah.

4. ANALISA

Ny."S" Usia 20 tahun P₁₀₀₁Ab₀₀₀ dengan inpartu kala III

5. PENATALAKSANAAN

1. Memberitahu ibu bahwa bayinya sudah lahir dan akan disuntikan oksitosin agar uterus berkontraksi, ibu mengerti dan menyetujui penjelasan bidan.
2. Menyuntikan oksitosin 10 IU di paha atas ibu secara IM, lalu lakukan pemotongan talipusat.
3. Melakukan PTT (plasenta lahir lengkap jam 12.35 WIB).
4. Masase uterus selama 15 detik (uterus teraba keras).
5. Cek plasenta (plasenta lahir lengkap). Kotiledon berjumlah 20, panjang talipusat 50cm, diameter 20cm.
6. Cek robekan (ada robekan). Derajat 2 mulai dari mukosa vagina, kulit perineum, otot perineum. Dilakukan penjaitan pada perineum dengan anastesi.
7. Cek perdarahan (\pm 350 cc).

4.2.4 Asuhan Persalinan KALA IV

1. PENGKAJIAN DATA

Tanggal : 10 April 2017

Jam : 22.45 WIB

2. DATA SUBYEKTIF

Ibu mengatakan perut masih terasa mules dan senang atas kelahiran bayinya.

3. DATA OBYEKTIF

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

Tekanan Darah : 110/80 mmHg

Nadi : 81x/menit

Pernapasan : 22x/menit

Pemeriksaan Fisik

Muka : Tidak pucat, tidak oedem.

Mata : Skleraputih, conjungtiva merah muda

Payudara : Puting menonjol, tidak adanyeritekan,
colostrum sudah keluar (+/+).

Abdomen : Tidak ada bekas operasi, TFU 2 jari dibawah pusat,
kontraksi baik, kandung kemih kosong

Genitalia : Lochearubra, perdarahan ± 50 cc, ada robekan derajat 2

4. ANALISA

Ny”S” Usia 20 tahun P₁₀₀₁Ab₀₀₀ dengan inpartu kala IV

5. PENATALAKSANAAN

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan bahwa kondisi ibu baik, ibu mengerti.
2. Menganjurkan ibu untuk istirahat, ibu mengerti dan mau melakukan.
3. Menganjurkan ibu untuk makan dan minum, ibu mengerti dan mau melakukannya.
4. Menganjurkan ibu untuk mobilisasi dini bertahap seperti miring kiri/kanan, duduk dan berdiri/berjalan, ibu mengerti.
5. Mengajarkan dan menganjurkan ibu untuk menyusui bayinya sedini mungkin, ibu mau melakukan.
6. Menganjurkan ibu untuk tidak menahan BAB atau BAK, ibu mengerti.
7. Melakukan pemantauan KU, TTV, urin, UC, TFU, perdarahan setiap 15 menit untuk 1 jam pertama dan 30 menit sekali pada 1 jam kedua pasca persalinan.

4.3 Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir

4.3.1 Asuhan Bayi Baru Lahir I

1. PENGKAJIAN DATA

Tanggal : 10 April 2017
 Waktu Pengkajian : 18.30 WIB
 Tempat Pengkajian : BPM Mar'atussholikhah, Amd. Keb
 Pengkaji : Ayu Anita Sumbara Wati Mukamal

2. DATA SUBYEKTIF

Identitas Bayi

Nama : By "S"
 Umur : 6 jam
 Jenis kelamin : Laki-Laki
 Tanggal lahir : 10 April 2017
 Jam lahir : 12.30 WIB
 Anak ke : pertama

Identitas Orang Tua

Nama	: Ny "S"	Nama Suami	: Tn "S"
Usia	: 20 Tahun	Usia	: 23 Tahun
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: SMA	Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Swasta
Alamat	: Jl. Muhartha 3 5B RT 10 RW 06		

Ibu mengatakan melahirkan anak pertama pada tanggal 10 April 2017, pukul 12.30 WIB. Bayi berjenis kelamin laki-laki berat badan 3.500 gram, panjang badan 48 cm dan dalam keadaan sehat.

3. DATA OBYEKTIF

1. Keadaan Umum : Baik
2. Kesadaran : Composmentis
3. Tanda –tanda vital:

RR : 41 x/menit	BB	: 3.500 gram
HR : 143x/menit	PB	: 48 cm
S : 36,5°C	Lingkar kepala	: 31,5 cm
Lila : 11 cm	Lingkar dada	: 31 cm
4. Pemeriksaan Antropometri
 - 1) Sirkumferensia sub oksipito bregmatika : 31 cm
 - 2) Sirkumferensia fronto oksipitalis : 33 cm
 - 3) Sirkumferensia mento oksipitalis : 34 cm
 - 4) Sirkumferensia submento bregmatika : 31 cm
5. Pemeriksaan Fisik
 - a. Kulit : Kemerahan.
 - b. Kepala : Tidak ada molase, tidak ada caput succedanum,tidak ada cepal hematoma, rambut hitam.
 - c. Wajah : Simetris, bulat.
 - d. Mata : Simetris, konjungtiva merah muda, skleratidak ikterus.
 - e. Hidung : Bersih, tidak ada pengeluarancairan abnormal,
tidakadapernafasancupinghidung.

- f. Mulut : Bersih, tidak ada labioskizis dan labiopalatos kizis.
- g. Telinga : Bersih, tidak ada pengeluaran cairan abnormal.
- h. Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada bendungan vena jugularis, tidak ada benjolan abnormal.
- i. Dada : Simetris, gerakan rongga dada teratur, puting susu simetris, tidak ada retraksi dinding dada.
- j. Abdomen : Tidak meteorismus, tali pusat dibungkus kassadan masih basah.
- k. Genetalia : Testis sudah turun, BAK (+).
- l. Anus : Terdapat lubang anus, BAB (+).
- m. Ekstremitas : Jari kedua tangan dan kaki lengkap, gerakan aktif, turgor kulit baik, bentuk ekstremitas kanan dan kiri simetris.

6. Pemeriksaan Neurologis

- 1) Reflek labela : Baik
- 2) Reflek rooting : Baik
- 3) Reflek sucking : Baik
- 4) Reflek swallowing : Baik
- 5) Reflek grasping : Baik
- 6) Reflek babinsky : Baik
- 7) Reflek moro : Baik

4. ANALISA

Bayi“S” Usia 6 jam dengan bayi baru lahir normal.

5. PENATALAKSANAAN

Tanggal 10 April 2017

- 1) Memberitahu pada ibu hamil pemeriksaanbayinya bahwa kondisi bayi saat ini baik, ibu memahami.
- 2) Memenuhi kebutuhan personal hygiene bayi yaitu memandikanbayidanmelakukanperawatantalipusat.
- 3) Menjaga bayi agar tetap hangat dengan membedong bayi dengan kain kering dan bersih, telah dilakukan dan bayi terbalut rapi.
- 4) Memberikan KIE kepada ibu tentang pemberian ASI sedini mungkin, cara menyusui yang benar, perawatan tali pusat, tanda bahaya pada bayi, dan imunisasi. Ibu mengerti.
- 5) Melakukan rawat gabung agar terbentuk bounding attachment antara ibu dan bayi, telah dilakukan dan ibu bersedia.
- 6) Menyepakatikunjunganulangtanggal 16 Mei 2017,ibumenyepakati.

4.3.2 Asuhan Bayi Baru Lahir II

1. PENGKAJIAN DATA

Tanggal :16 April 2017
 WaktuPengkajian : 07.00 WIB
 TempatPengkajian :Jl. Muharto 3 5B RT 10 RW
 Pengkaji : AyuAnita SumbaraWatiMukamal

2. DATA SUBYEKTIF

Identitas Bayi

Nama :By”S”

Umur : 6 hari

Jenis kelamin: Laki-Laki

Tanggal lahir : 10 April 2017

Jam lahir : 12.30 WIB

Anak ke : Pertama

Ibumengatakan ASInyalancerdanbayimenyusudenganbaik,
danbelummendapatmakananpendampinghanya ASI
saja.Talipusatbelum lepas.

3. DATA OBYEKTIF

1. Keadaan Umum : Baik

2. Kesadaran : Composmentis

3. Tanda –tanda vital:

RR : 38 x/menit BB : 3.800 gram

HR : 140x/menit S : 36,4°C

4. Pemeriksaan Fisik

a. Wajah :Tidakpucat, tidakoedem.

b. Mata : Simetris, konjungtiva merah muda,
skleraputihtidak ikterus.

c. Dada : Simetris, gerakan rongga dada teratur,
tidak ada retraksi dinding dada.

d. Abdomen : Tidak meteorismus, tali pusat sudahlepas.

e. Genetalia : Testis sudahturun.

f. Ekstremitas : Gerakan aktif,tidakkuning.

4. ANALISA

Bayi”S” Usia 6hari dengan bayi baru lahir normal

5. PENATALAKSANAAN

- 1) Memberitahu pada ibu hamil pemeriksaan bayinya bahwa kondisi bayi saat ini baik, ibu memahami.
- 2) Memberikan KIE tentang ASI eksklusif yaitu menyusui ASI saja tanpa makanan tambahan apapun sampai berusia 6 bulan, ibu mengerti dan mau memberikan ASI secara eksklusif.
- 3) Menganjurkan ibu untuk sesering mungkin menyusui bayinya, agar memenuhi kebutuhan nutrisi, ibu memahami.
- 4) Memberikan KIE kepada ibu tentang tanda – tanda bahaya pada bayi, ibu mengerti dan bisa mengulangi penjelasan.
- 5) Menganjurkan ibu untuk menjemur bayinya maksimal 45 menit 06.30 WIB – 07.15 WIB. Ibu mengerti dan mau melakukannya.
- 6) Menganjurkan ibu untuk datang ke posyandu untuk mendapatkan imunisasi lengkap pada bayinya, ibu memahami

4.4 Asuhan Kebidanan Masa Nifas

4.4.1 Asuhan Masa Nifas I

1. PENGKAJIAN DATA

Tanggal pengkajian : 10April 2017
Tempat : Jl. Muharto 3 5B RT 10 RW
Waktu : 19.15 WIB
Oleh : Ayu Anita Sumbara Wati Mukamal

2. DATA SUBYEKTIF

a. Keluhan Utama

Ibu mengatakan perut masih terasa mules. Ibu mengatakan telah melahirkan anak pertama secara normal pada jam 12.30 WIB

tanggal 10 april 2017 dirumah bidan. Ibu sudah BAK, ibu tidak tatak makan dan tidak minum jamu.

b. Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

Ibu mengatakan melahirkan anak pertama dengan normal. Bayi lahir spontan, berat badan 3500 gram, panjang badan 48 cm, jenis kelamin laki-laki.

c. Riwayat kesehatan ibu

Ibu mengatakan tidak pernah menderita penyakit kronis, menular, menahun dan menurun seperti: diabetes militus, hipertensi, asma, jantung, hepatitis, TBC.

d. Riwayat kesehatan keluarga

Ibu mengatakan dalam keluarga tidak ada yang menderita penyakit kronis, menular, menahun, dan menurun seperti: diabetes militus, hipertensi, asma jantung, hepatitis, TBC.

e. Data psikologis

Ibu merasa bahagia dengan kelahiran anak pertamanya. Ibu mengatakan senang dalam merawat bayinya, namun ibu masih takut untuk memandikan bayinya.

f. Pola sehari-hari

1) Pola Nutrisi

Ibu sudah makan 1 kali dengan menu 1 porsi nasi dan lauk, ikan, tempe, sayur, minum 1 gelas air putih, obatnya sudah diminum.

2) Pola Eliminasi

Ibu sudah BAK 1 kali, namun belum BAB.

3) Pola Aktivitas

Ibu sudah bisa miring kanan, miring kiri, berdiri dan berjalan ke kamar mandi.

4) Pola Istirahat

Ibu sudah tidur selama 1 jam, saat bayinya juga tidur.

5) Pola Personal Hyginie

Ibu sudah ganti softek 2 kali saat buang air kecil, ibu sudah bisa mengoles luka jahitan dengan betadin dan mandi 1 kali, ganti pakaian 1 kali.

3. DATA OBYEKTIF

1. Keadaan : Baik
2. Kesadaran : Composmentis
3. Tanda–tanda vital:

TD : 110/80 mmHg RR : 20 x/menit

N : 80x/menit BB : 65 kg

S : 36,3°C TB : 155 cm

4. Pemeriksaan fisik

- a. Muka : Tidak pucat, tidak oedema.
- b. Mata : Sklera putih, conjungtiva merah muda.
- c. Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, dan tidakada bendungan vena jugularis.
- d. Payudara : Simetris, tidak ada benjolan abnormal, tidak ada bendungan ASI, putting susu menonjol, putting tidak lecet, pengeluaran ASI +/+.

- e. Abdomen : Simetris, tidak ada luka bekas operasi, terdapat linea nigra dan striae alba, TFU 3 jari dibawah pusat, uterus teraba keras.
- f. Genetalia : Lochea rubra (warna kemerahan), terdapat luka jahitan. Kondisi luka masih basah.
- g. Ekstremitas
- Atas : Tidak oedem.
- Bawah : Tidak oedem, tidak varises.

4. ANALISA

Ny”S” Usia 20 tahun P₁₀₀₁Ab₀₀₀ 6Jam Post Partum fisiologis.

5. PENATALAKSANAAN

- 1) Memberitahu ibu hasil pemeriksaan yang telah dilakukan, ibu mengerti.
- 2) Memberikan konseling kepada ibu dan keluarga cara mencegah perdarahan masa nifas yaitu dengan masasse fundus uteri, ibu dan keluarga mengerti dan mau melakukan.
- 3) Mengajarkan ibu teknik menyusui yang benar supaya bayinya mendapatkanASI sesuai kebutuhan, ibu mengerti dan melakukandenganbenar.
- 4) Mengingatkan kembali kepada ibu tentang pola nutrisi, istirahat, dan personal hygiene.
- 5) Memberikan KIE tentang tanda bahaya masa nifas yaitu perdarahan yang banyaknya 2 kali ganti pembalut dalam $\frac{1}{2}$ jam, payudara nyeri dan merah, bengkak (pada kaki, tangan, dan muka), demam tinggi lebih dari 24 jam, penglihatan kabur, ibu memahami.

- 6) Menganjurkan ibu untuk melakukan kontrol ulang pada tenaga kesehatan 3 hari setelah pasca melahirkan dan menyepakati kunjungan ulang, ibu mengerti.

4.4.2 Asuhan Masa Nifas II

1. PENGKAJIAN DATA

Tanggal pengkajian : 16 April 2017
Jam : 07.00WIB
Tempat : Jl. Muharto 3 5B RT 10 RW
Oleh : Ayu Anita Sumbara Wati Mukamal

2. DATA SUBJEKTIF

a. Keluhan Utama

Ibu mengatakan saat ini hari ke 6 masa nifas, ibu mengatakan nyeri saat buang air kecil dan kurang tidur setiap malam begadang untuk menyusui bayinya dan takut untuk jongkok saat BAB.

b. Pola sehari-hari

1) Pola Nutrisi

Ibu makan 3-4 kali sehari dengan menu 1 porsi nasi dan lauk, ikan, tempe, sayur, telur, di sertai dengan makan buah. Minum 7-8 gelas air putih, ibu rutin meminum obat.

2) Pola Eliminasi

Ibu BAK 3 kali sehari, dan sudah bisa BAB 1 kali sehari dengan konsistensi lembek.

3) Pola Aktivitas

Ibu sudah bisa aktivitas ringan, menyusui bayinya setiap 2 jam sekali.

4) Pola Istirahat

Ibu jarang tidur siang, dan pada malam hari ibu tidur hanya 5-6 jam karena sering terbangun untuk menyusui bayinya.

5) Pola Personal Hygiene

Ibu ganti softex setiap kali habis BAK, dan mengoles luka jahitannya dengan betadin, ibu mandi 2 kali sehari ganti pakaian dan CD 2 kali sehari.

c. Data Psikologis

Ibu mengatakan ingin memandikan bayinya sendiri namun masih takut

3. DATA OBJEKTIF

1. Keadaan Umum : Baik

2. Kesadaran : Composmentis

3. Tanda –tanda vital:

TD : 110/70 mmHg RR : 22 x/menit

N : 81 x/menit BB : 65 kg

S : 36,4 °C

4. Pemeriksaan fisik

a. Muka : Tidak pucat, tidak oedema

b. Mata : Sklera putih, conjungtiva merah muda

c. Payudara : Simetris, tidak ada benjolan abnormal, puting susu menonjol, puting susu tidak lecet, tidak ada bendungan ASI, pengeluaran ASI +/+.

d. Abdomen : Tidak ada luka bekas operasi, TFU tidak teraba

e. Genetalia : Lochae sanguinolenta (merah kecoklatan), luka jahitan sudah kering.

f. Ekstremitas

Atas : Tidak oedem

Bawah : Tidak oedem, tidak varises

4. ANALISA

Ny”S” Usia 20 tahun P₁₀₀₁Ab₀₀₀ 6 Hari Post Partum

5. PENATALASANAAN

- 1) Memberitahu ibu hasil pemeriksaan yang telah dilakukan, ibu mengerti.
- 2) Memastikan involusi uterus berjalan dengan normal, TFU sudah tidak teraba
- 3) Memberikan ibu KIE tentang ASI eksklusif yaitu memberikan ASI saja selama 6 bulan tanpa makanan tambahan.
- 4) KIE tentang perawatan payudara, ibu memahami cara perawatan payudara.
- 5) Mengajarkan ibu cara memandikan bayi. Ibu mengerti.
- 6) Mengajarkan pada ibu untuk jongkok pada saat BAB agar memperlancar proses penyembuhan dan sirkulasi darah. Ibu mengerti.
- 7) Mengingatkan kembali kepada ibu tentang pola nutrisi, istirahat, dan personal hygiene
- 8) Mengingatkan kembali tentang tanda bahaya nifas, ibu memahami tanda bahaya nifas seperti pandangan tiba-tiba kabur, demam, payudara bengkak.

- 9) Mengajarkan pada ibu tentang senam nifas. Ibu mau melakukan.
- 10) Menyepakati pertemuan selanjutnya dengan ibu atau sewaktu-waktu jika ibu ada keluhan langsung ke tenaga kesehatan, ibu memahami.

4.4.3 Asuhan Masa Nifas III

1. PENGKAJIAN DATA

- Tanggal pengkajian : 29 April 2017
- Jam : 11.00 WIB
- Tempat : Jl. Muharto 3 5B RT 10 RW
- Oleh : Ayu Anita Sumbara Wati Mukamal

2. DATA SUBJEKTIF

a) Keluhan Utama

Ibu mengatakan saat ini tidak ada keluhan yang dirasakan dan sudah bisa jongkok saat BAB.

b) Pola sehari-hari

1) Pola Nutrisi

Ibu makan 3-4 kali sehari dengan menu 1 porsi nasi dan lauk, ikan, tempe, sayur, telur, di sertai dengan makan buah. Minum 7-8 gelas air putih, ibu rutin meminum obat.

2) Pola Eliminasi

Ibu BAK 3 kali sehari, dan sudah bisa BAB 1 kali sehari dengan konsistensi lembek.

3) Pola Aktivitas

Ibu sudah bisa aktivitas ringan, menyusui bayinya setiap 2 jam sekali.

4) Pola Istirahat

Ibu jarang tidur siang, dan pada malam hari ibu tidur hanya 5-6 jam karena sering terbangun untuk menyusui bayinya.

5) Pola Personal Hygiene

Ibu ganti softek setiap kali habis BAK, dan mengoles luka jahitannya dengan betadin, ibu mandi 2 kali sehari ganti pakaian dan CD 2 kali sehari.

d. Data Psikologis

Ibu mengatakan sudah memandikan bayinya sendiri.

3. DATA OBJEKTIF

1. Keadaan Umum : Baik
2. Kesadaran : Composmentis
3. Tanda –tanda vital:

TD : 110/70 mmHg RR : 20 x/menit

N : 82x/menit BB :65 kg

S : 36°C

4. Pemeriksaan fisik

- a. Muka : Tidak pucat, tidak oedema
- b. Mata : Sklera putih, conjungtiva merah muda
- g. Payudara : Simetris, putting susu menonjol, putting susu tidak lecet, tidak ada benjolan

- abnormal, tidak ada bendungan ASI,
 pengeluaran ASI +/-.
- h. Abdomen : Simetris, tidak ada luka bekas operasi, TFU
 tidak teraba, uterus tidak teraba.
- i. Genetalia : Lochea serosa (Coklat kekuningan), ada
 luka jahitan, sudah kering.
- j. Ekstremitas
- Atas : Tidak oedem
- Bawah : Tidak oedem, tidak varises

4. ANALISA

Ny. "S" Usia 20 tahun P₁₀₀₁ Ab₀₀₀ 2 minggu Post Partum

5. PENATALAKSANAAN

- 1) Memberitahu ibu hasil pemeriksaan yang telah dilakukan, ibu mengerti.
- 2) Memastikan involusi uterus berjalan dengan normal.
- 3) Memberitahukan kepada ibu untuk membersihkan puting susu setiap akan menyusui dan mengolesi dengan ASI di sekitar areola, ibu mengerti dan mau melakukan.
- 4) Mengingatkan kembali tentang pola nutrisi, istirahat, personal hygiene, dan aktivitas, ibu memahami.
- 5) Mengingatkan kembali tentang tanda bahaya nifas, ibu memahami tanda bahaya nifas seperti pandangan tiba-tiba kabur, demam, payudara bengkak, ibu mengerti dan bisa menjelaskan kembali.

- 6) Menyepakati pertemuan selanjutnya dengan ibu atau sewaktu-waktu jika ibu ada keluhan langsung ke tenaga kesehatan, ibu memahami.

4.4.4 Asuhan Masa Nifas IV

1. PENGKAJIAN DATA

Tanggal pengkajian : 6 Mei 2017
 Jam : 09.00 WIB
 Tempat : Jl. Muhartha 3 5B RT 10 RW
 Oleh : Ayu Anita Sumbara Wati Mukamal

2. DATA SUBJEKTIF

Ibu mengatakan saat ini ibu tidak ada keluhan yang dirasakan.

3. DATA OBJEKTIF

1. Keadaan : Baik
2. Kesadaran : Komposmentis
3. Tanda –tanda vital:

TD : 110/70 mmHg RR : 20 x/menit

N : 81x/menit BB : 65 kg

S : 36,3°C

4. Pemeriksaan fisik

- a. Muka : Tidak pucat, tidak oedema.
- b. Mata : Sklera putih, konjungtiva merah muda.
- c. Payudara : Simetris, putting susu menonjol, putting susu tidak lecet, tidak ada benjolan

abnormal, tidak ada bendungan

ASI, pengeluaran ASI +/+.

d. Abdomen : Simetris, tidak ada luka bekas operasi,
TFU tidak teraba.

e. Genetalia : Lochea Alba (putih kekuningan).

f. Ekstremitas

Atas : Tidak oedem

Bawah : Tidak oedem, tidak varises

4. ANALISA

Ny”S” Usia 20 Tahun P₁₀₀₁Ab₀₀₀21 hari Post Partum.

5. PENATALAKSANAAN

- 1) Memberitahu ibu hasil pemeriksaan yang telah dilakukan, ibu mengerti.
- 2) Mengingatn kembali kepada ibu tentang ASI eksklusif, personal hygiene, pola nutrisi, pola istirahat, senam nifas, tanda-tanda bahaya masa nifas, ibu mengerti dan bisa mengulangi penjelasan.
- 3) Menanyakan kepada ibu tentang penyakit atau komplikasi yang dialami ibu selama masa nifas, ibu tidak ada komplikasi selama masa nifas
- 4) Memberikan konseling tentang KB, ibu berencana menggunakan KB PIL.

4.5 Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana

4.5.1 Asuhan KB Kunjungan I

1. PENGKAJIAN DATA

Tanggal pengkajian : 19 Mei 2017
Jam : 16.00 WIB
Tempat : BPM Mar'atus Sholikhah, Amd. Keb
Oleh : Ayu Anita Sumbara Wati Mukamal

2. DATA SUBYEKTIF

Ibu mengatakan ingin memakai Kb pil laktasi.

3. DATA OBYEKTIF

1. Keadaan : Baik
2. Kesadaran : Composmentis
3. Tanda –tanda vital:

TD : 120/80 mmHg RR : 20 x/menit

N : 80x/menit BB : 71 kg

S : 36,5°C

4. Pemeriksaan fisik

- a. Muka : Tidak pucat, tidak oedema
- b. Mata : Sklera putih, konjungtiva merah muda
- c. Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, dan tidak ada bendungan vena jugularis.

- d. Payudara : Simetris, tidak ada benjolan abnormal, tidak ada bendungan ASI, pengeluaran ASI +/+.
- e. Abdomen : Simetris, tidak ada luka bekas operasi, TFU tidak teraba.
- f. Genetalia : Tidak ada pengeluaran darah nifas.
- g. Ekstremitas
- Atas : Tidak oedem
- Bawah : Tidak oedem, tidak varises

6. ANALISA

Ny”S” Usia 20 Tahun P₁₀₀₁Ab₀₀₀ dengan akseptor baru KB PIL

7. PENATALAKSANAAN

- 1) Memberitahu ibu hasil pemeriksaan yang telah dilakukan, ibu mengerti.
- 2) Menjelaskan kepada ibu tentang efek samping dari Kb pil yaitu amenore, spotting, mual, peningkatan berat badan, mooy, nyeri kepala dan payudara. Ibu mngerti
- 3) Menjelaskan tentangkeuntunganandankerugianKB pil, ibu memahami.
- 4) Menjelaskan cara minum KB pil yang benar, jika minum KB pil waktu minum harus tetap sama. Ibu mengerti.
- 5) Menyepakatipertemuanselanjutnyadenganibuatausewaktu-waktu jikaibuadakeluhanibulangsungketenagakesehatan, ibu memahami.

4.5.2 Asuhan KB Kunjungan II

4. PENGKAJIAN DATA

Tanggal pengkajian : 10 Juli 2017
 Jam : 13.00 WIB
 Tempat : BPM Mar'atus Sholikhah, Amd. Keb
 Oleh : Ayu Anita Sumbara Wati Mukamal

5. DATA SUBYEKTIF

Ibu mengatakan saat ini ibu tidak ada keluhan.

6. DATA OBYEKTIF

- 1) Keadaan : Baik
- 2) Kesadaran : Composmentis
- 3) Tanda –tanda vital :

TD : 110/70 mmHg	RR : 22 x/menit
N : 82x/menit	BB :71 kg
S : 36,7°C	
- 4) Pemeriksaan fisik
 - a. Muka : Tidak pucat, tidakoedema
 - b. Mata : Sklera putih, konjungtiva merah muda
 - c. Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, dan tidak ada bendungan vena jugularis.
 - d. Payudara : Simetris, hiperpigmentasi areola mammae, tidak ada benjolan abnormal, tidak ada bendungan ASI, pengeluaran ASI +/-.
 - e. Abdomen : Simetris, tidak ada luka bekas operasi, TFU tidak teraba.

f. Ekstremitas

Atas : Tidak oedem

Bawah : Tidak oedem, tidak varises

8. ANALISA

Ny”S” Usia 20 Tahun P₁₀₀₁Ab₀₀₀ dengan akseptor baru KB PIL.

9. PENATALAKSANAAN

- 1) Memberitahu ibu hasil pemeriksaan yang telah dilakukan, ibu mengerti.
- 2) Menjelaskan kembali kepada ibu tentang efek samping dari KB PIL yaitu Perubahan pola haid terutama pada 3 – 6 bulan pertama (haid memanjang dan banyak, haid tidak teratur dan nyeri haid).
- 3) Memberitahukan kepada ibu bila ada keluhan segera periksa ke tenaga kesehatan.

BAB V

PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil asuhan kebidanan komprehensif yang dilakukan penulis dari masa kehamilan sampai keluarga berencana kepada Ny. "S" di BPM Mar'atus sholikhah, Amd.Keb dan di rumah pasien di Kabupaten Malang. Asuhan Kebidanan ini diberikan kepada ibu hamil trimester III oleh mahasiswa D3 kebidanan STIKES Widyagama Husada Malang.

5.1 Pembahasan Asuhan Kebidanan Kehamilan

Menurut Walyani, (2015) kehamilan berlangsung selama 40 minggu, dengan perhitungan bahwa satu bulan sama dengan 28 hari. Kehamilan dianggap lewat bulan bila lebih dari 42 minggu. Asuhan yang berkelanjutan berkaitan dengan kualitas pelayanan kesehatan dari waktu ke waktu yang bertujuan untuk mengetahui kondisi ibu dan komplikasi yang terjadi. Selama kehamilan ibu melakukan kunjungan total sebanyak 5x. Dari jumlah ANC Ny. "S" di bidan, tidak melebihi standar minimal kunjungan pemeriksaan kehamilan ibu hamil yaitu minimal 4x selama kehamilan (Hani, 2015).

Pada kunjungan pertama dilakukan pengkajian yang mendalam dengan menggunakan pola pikir varney untuk mendapatkan data dan riwayat lengkap dari ibu dengan pendokumentasian SOAP. Pada saat kunjungan pertama didapatkan data yaitu ibu terakhir menstruasi tanggal 15-06-2016. Pada saat kunjungan didapatkan hasil pemeriksaan ibu hamil meliputi identitas ibu hamil dan suami, keluhan yang dirasakan, riwayat kehamilan sekarang, riwayat kesehatan, kehamilan, persalinan serta nifas yang dahulu, riwayat psiko-sosial

dan aktifitas sehari-hari serta melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital, pemeriksaan fisik meliputi *inspeksi*, *palpasi* dan *auskultasi* dan pemeriksaan penunjang yaitu berupa skrining ibu hamil menggunakan KSPR (Kartu Skor Poedji Rochjati) didapatkan hasil KSPR yaitu 2 masuk ke dalam penggolongan Kehamilan Resiko Rendah (KRR) yang dapat ditolong oleh bidan. Dan status TT Ny. "S" yaitu TT 5 (lengkap).

Menurut Wati (2014), standar asuhan kebidanan menggunakan pelayanan asuhan standar antenatal 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 $> 11\text{gr/dl}$, pemeriksaan protein, pengambilan darah untuk pemeriksaan VDRL (*Veneral Disease Research Lab*), pemeriksaan urine reduksi, perawatan payudara, senam ibu hamil, pemberian obat malaria, pemberian kapsul minyak beryodium, temu wicara. Pada kasus klien yang dilakukan adalah ukur tekanan darah, ukur tinggi fundus uteri (TFU), pemeriksaan HB, senam hamil, pemerisaan reduksi urine, perawatan payudara, dan tidak dilakukan beberapa asuhan karena keterbatasan alat. Standar asuhan kebidanan pada kehamilan yang tidak dilakukan yaitu pemberian imunisasi TT karena sudah mendapatkan imunisasi TT lengkap. Tablet Fe karena sudah mendapatkan di bidan, pemberian obat malaria dan pemberian kapsul minyak beryodium tidak diberikan karena kondisi pasien serta lingkungan yang tidak membutuhkan pemberian asuhan tersebut (bukan daerah endemic). Serta tes terhadap PMS (*Penyakit Menular Seksual*) yaitu pemeriksaan Tes sifilis tidak dilakukan karena tidak ada indikasi kearah penyakit menular

seksual ditandai dengan tidak ada keluhan keputihan berbau dan gatal serta tidak adanya sarana dan fasilitas yang tersedia (Walyani, 2015).

Pada pemeriksaan Tinggi Fundus Uteri (TFU) didapatkan hasil pada kunjungan terakhir didapatkan TFU 28 cm, letak kepala, DJJ normal, TBJ 2.635 gram. Dari hasil pemeriksaan setiap kunjungan didapatkan kenaikan TFU serta TBJ secara bertahap setelah diberikan diberikan KIE terkait nutrisi pada klien.

Menurut Hani (2015), ketidaknyamanan yang dialami pada kehamilan trimester III antara lain: sering kencing, kencing-kencing. Selama 4x kunjungan kehamilan didapatkan keluhan fisiologis diantaranya sering kencing dan kencing-kencing. Menurut Hani (2015), sering kencing adalah hal yang fisiologis di karenakan kepala sudah masuk PAP dan kepala menekan kandung kemih, dan merasakan kencing-kencing pada usia kehamilan 38 minggu. Menurut Wati (2011), adanya perubahan kadar hormon *estrogen* dan *progesteron* menyebabkan oksitosin semakin meningkat dan dapat menjalankan fungsinya dengan efektif untuk menimbulkan kontraksi atau his permulaan.

Pada pemeriksaan laboratorium dilakukan pemeriksaan Hb hasilnya 11,5 gr/dl, menunjukkan dalam Hb normal, ini sesuai dengan teori bahwa Hb normal pada ibu hamil adalah >11 gr/dl, anemia ringan 8-11 gr/dl, dan anemia berat <8 gr/dl (WHO, 2013).Protein urine hasilnya (-). Selama melaksanakan asuhan antenatal, semua asuhan yang diberikan dapat terlaksana dengan baik,keadaan normal.

Kunjungan rumah 4 x yang telah dilakukan tidak terdapat masalah serius dari anamnesa serta pemeriksaan fisik,namun dalam pemeriksaan penunjang telah ditemukan1 masalahpada ibu yaitu ibu merasa sering kencing. Sering

kencing dikarenakan ada tekanan kepala bayi yang semakin turun sehingga menekan kandung kemih.

Romauli (2011), kenaikan berat badan normal ibu hamil berkisar 10-20 kg selama kehamilan, pada klien kenaikan berat badan selama kehamilan sebanyak 10 kg. Dalam hal ini kenaikan berat badan sudah sesuai dengan teori, kenaikan dari berat sebelum hamil sampai hamil adalah 12 kg, ukuran LILA standar minimal pada wanita dewasa atau usia reproduksi adalah 23,5 cm jika kurang maka interperstasinya adalah kurang energi kronis (KEK). Ukuran LILA yaitu 28 cm dalam kategori yang normal.

Selama melaksanakan asuhan antenatal, semua asuhan yang diberikan pada klien dapat terlaksana dengan baik klien, suami, dan keluarga bersifat kooperatif sehingga tidak terjadi kesulitan dalam memberikan asuhan. Berdasarkan dari hasil data yang ada semua masih dalam batas normal, tidak di temukan adanya komplikasi atau masalah selama kehamilan.

5.2 Pembahasan Asuhan Persalinan

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri) (wati dan Nugraheny, 2013). Persalinan terbagi menjadi IV kala. Yaitu kala I (pembukaan), kala II (pengeluaran), kala III (pengeluaran uri) serta kala IV (pengawasan). 3 Faktor utama yang mempengaruhi persalinan yaitu *power*, *passage*, *passanger*. Adapun tanda mulainya persalinan yaitu adanya his, pengeluaran lendir campur darah, serta pengeluaran cairan (Wati dan Nugraheny, 2013).

Menurut Sondakh (2013) kala I dimulai dari saat persalinan mulai (pembukaan 0) sampai pembukaan lengkap (10 cm). Proses ini dibagi menjadi

2fase yaitu fase laten dan fase aktif. Pada tanggal 10 April 2017 pukul 10.00 WIB klien datang kerumah bidan dengan mengeluh kencing-kencing yang dirasakan sudah bertambah kuat, ibu merasakan kencing-kencing sejak jam 07.30 pagi. Pemeriksaan yang dilakukan yaitu pemeriksaan fisik, dan tanda-tanda dalam keadaan normal. Dalam pemeriksaan dalam didapatkan pembukaan lengkap pukul 12.00 wib dan berdasarkan Kurve Friedman perhitungan pembukaan primigravida 1 jam 1 cm, dan pada multigravida 2 cm per 1 jam (Wati, 2013).

Kala II dimulai dari pembukaan lengkap sampai dengan lahirnya bayi. Pada primigravida kala II berlangsung selama 2 jam dan pada multigravida berlangsung 1 jam (Sondakh, 2013). Setelah dilakukan pemeriksaan dan didapatkan hasil pembukaan lengkap, dilakukan pertolongan persalinan sesuai dengan asuhan persalinan normal (APN). Kala II berlangsung dengan lancar, his yang adekuat serta cara mengejan ibu yang baik mempermudah proses kala II. Kala II pada klien hanya berlangsung 30 menit karena dipengaruhi oleh faktor *power*, *passage*, serta *passenger* yang baik. *Power* yaitu berasal dari his serta tenaga mengejan ibu yang sangat baik. *Passage* yaitu jalan lahir yang meliputi jalan lahir lunak dan keras yang pernah dilalui oleh janin pada persalinan pertama sehingga mempermudah proses kala II, dan *passenger* yaitu janin, dari pengukuran TFU diperkirakan berat janin 2.325 gram. Berat yang tidak terlalu besar mempermudah proses pengeluaran. Terdapat keterkaitan antara derajat ruptur perineum dengan berat badan bayi baru lahir, semakin besar bayi yang dilahirkan meningkatkan risiko terjadinya ruptur perineum (Rofiasari, 2013). Pada klien tidak terdapat ruptur pada perineum.

Saat bayi lahir dilakukan penilaian selintas yaitu tangisan, gerakan serta warna kulit bayi, hasilnya bayi menangis kuat, gerakan aktif serta kulit kemerahan

dan dilakukan penjepitan serta pemotongan tali pusat serta dilakukan manajemen bayi baru lahir.

Kala III dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta, yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Proses lepasnya plasenta dapat diperkirakan dengan mempertahankan tanda-tanda tali pusat memanjang, uterus globuler serta terdapat semburan darah. Cara pelepasan plasenta terdiri dari 2 yaitu *schutze* serta *Duncan* (Sondakh, 2013). Setelah bayi lahir, terdapat semburan darah tiba-tiba, tali pusat memanjang dan uterus globuler, diinjeksikan oksitosin 1 ampul di paha kanan luar, dilakukan PTT dan dorso kranial. Pukul 12.35 WIB plasenta lahir lengkap. Dilakukan masase uterus selama 15 detik, ada robekan jalan lahir, perdarahan \pm 350 cc. Proses pengeluaran plasenta berlangsung dengan baik, yaitu dengan cara Schultze yaitu pelepasan dimulai pada bagian tengah plasenta. Dengan dilakukannya Manajemen Aktif Kala III (MAK III) yaitu injeksi oksitosin 10 IU, peregangan tali pusat terkendali serta masase fundus uteri sehingga plasenta dapat lahir dengan lengkap serta mencegah terjadinya perdarahan karena atonia uteri. Sesuai dengan teori, oksitosin diberikan setelah memastikan tidak ada bayi lain (*undiagnosed twin*) di dalam uterus karena oksitosin dapat menyebabkan uterus berkontraksi yang dapat menurunkan pasokan oksigen pada bayi. Tujuan pemberian suntikan oksitosin ialah dapat menyebabkan uterus berkontraksi dengan kuat dan efektif sehingga dapat membantu pelepasan plasenta dan mengurangi kehilangan darah (Kuswanti, 2013).

Menurut Sondakh (2013) Kala IV mulai dari lahirnya plasenta sampai 2 jam *postpartum*. Kala ini terutama bertujuan untuk melakukan observasi karena perdarahan *postpartum* paling sering terjadi pada 2 jam pertama. Kala IV pada klien dimulai pada pukul 14.30 WIB, dilakukan pemantauan selama 2 jam yaitu tanda-tanda vital, tinggi fundus uteri, kontraksi, kandung kemih serta jumlah

perdarahan. Tanda-tanda vital dalam batas normal, TFU 2 jari dibawah pusat sesuai dengan teori dari Dewi dan Sunarsih (2012) yang mengatakan TFU normal setelah bayi baru lahir yaitu 2 jari dibawah pusat, kontraksiuterus baik dan ibu diajari melakukan masase sendiri untuk meminimalisir terjadinya atonia uteri, pemeriksaan kandung kemih untuk memastikan kandung kemih kosong atau penuh, penuhnya kandung kemih akan mempengaruhi kontraksi uterus. Pengecekan perdarahan sangat penting, untuk mengetahui jumlah darah yang hilang. Dikatakan perdarahan jika jumlah darah yang hilang lebih dari 500 cc (APN, 2012).

Secara keseluruhan persalinan dari kala I sampai IV berlangsung secara fisiologis, tidak terdapat perbedaan antara teori dan lapangan yang terjadi dari kala I sampai kala IV. Keterampilan penolong dalam melakukan pertolongan persalinan menjadi salah satu point penting, seperti halnya dalam menahan kepala agar tidak terjadi defleksi yang cepat yang dapat menimbulkan rupture serta melakukan dorsokranial saat melahirkan plasenta sehingga tidak terjadi inversio uteri.serta pengamatan selama 2 jam postpartum sangat penting untuk mencegah terjadinya masalah yang terjadi(Sondakh, 2013).

5.3 Pembahasan Asuhan Masa Nifas

Masa nifas atau masa puerperium adalah masa dimana tubuh ibu melakukan adaptasi pasca persalinaan, meliputi perubahan kondisi tubuh ibu hamil kembali ke kondisi sebelum hamil, yaitu selam 6 minggu atau 42 hari (Astuti dkk,2015).

Menurut Wulandari (2011) tujuan asuhan masa nifas ini adalah memulihkan kesehatan ibu baik fisik maupun psikologis, mendapatkan kesehatan emosi,mencegah terjadinya infeksi dan komplikasi masa nifas, memperlancar pembentukan ASI, dan agar ibu dapat melakukan perawatan diri dan bayi sendiri.

Asuhan Kebidanan Pada klien P₁₀₀₁Ab₀₀₀ post partum fisiologis dilakukan kunjungan sebanyak 4 kali yaitu kunjungan pertama pada 6-8 jam pertama post partum, kunjungan kedua dilakukan 6 hari post partum, kunjungan ketiga 2 minggu post partum dan kunjungan keempat 6 minggu post partum. Pada kunjungan awal secara keseluruhan keadaan ibu baik, tetapi ibu masih merasa mules. Memberikan KIE bahwa perut ibu terasa ules adalah hal yang fisiologis dikarenakan rahim masih berkontraksi untuk mencegah pendarahan.

Kunjungan kedua ibu mengatakan masih terasa nyeri pada luka jahitan saat buang air besar. Setelah dilakukan pemeriksaan di temukan luka jahitan sudah kering akan tetapi ibu belum mengatakan belum berani untuk jongkok. Memberikan KIE ibu untuk belajar jongkok. Menurut Yanti dkk (2011), senam adalah senam yang dilakukan sejak hari pertama melahirkan sampai hari kesepuluh.

Kunjungan ketiga ibu mengatakan tidak ada keluhan dan sudah bisa jongkok. Setelah dilakukan evaluasi penatalaksanaan sebelumnya ibu sudah melakukan dan bisa jongkok. Kunjungan keempat menjelaskan macam-macam KB, kekurangan dan kelebihan, serta efek samping.

5.4 Pembahasan Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir disebut juga dengan neonatus merupakan individu yang sedang bertumbuh dan baru saja mengalami trauma kelahiran serta harus dapat melakukan penyesuaian diri dari kehidupan intrauterin ke kehidupan ekstrauterin (Dewi, 2013). Berat badan 2500-4000 gram. Adapun ciri-ciri BBL yaitu panjang badan 48-52 cm, lingkar dada 30-38 cm, lingkar kepala 33-35 cm, frekuensi jantung 120-160 x/menit, pernapasan 40-60x/menit (Dewi, 2013).

Bayi Ny. "S" lahir secara spontan, dengan BBL 3500 gram, PB 48 cm, LIDA 31 cm, LIKA 31,5 cm, LILA 11 cm, serta tanda-tanda vital normal. Dilakukan asuhan bayi baru lahir pada bayi Ny. "S" pada jam-jam pertama kelahiran dengan dilakukan pemeriksaan fisik guna mengetahui kelainan atau masalah yang terjadi pada BBL seperti adanya kelainan kongenital dan dari pemeriksaan fisik tidak ditemukan masalah, pemeriksaan antropometri, pencegahan terjadinya hipotermi, menyuntikkan vitamin K, pemberian salep mata Oxytetracycline 1%. Di BPM Mar'atus sholikhah, Amd.Keb menerapkan prinsip rawat gabung antara ibu dan bayi sehingga memberikan keleluasaan pada ibu untuk bisa melihat serta menyusui bayinya.

Bayi Ny. "S" setelah lahir diberikan salep mata, hal ini sesuai dengan teori (Marmi & Rahardjo, 2012) bahwa pemberian salep mata ini bertujuan untuk pengobatan profilaktik mata yang resmi untuk *Neisseria gonorrhoea* yang dapat menginfeksi bayi baru lahir selama proses persalinan melalui jalan lahir. Pemberian Vit K dilakukan setelah pemberian salep mata yaitu dengan cara disuntikkan dipaha kiri. Dosis pemberian Vit K adalah 0,5 ml yang mengandung Vit K 1 mg. Menurut teori penyuntikan Vit K bertujuan untuk mencegah perdarahan yang bisa muncul karena kadar protombin yang rendah pada beberapa hari pertama kehidupan bayi, rendahnya Vit K pada bayi juga disebabkan karena fungsi hati yang belum matang (Marmi & Rahardjo, 2012)

Imunisasi Hepatitis B diberikan pada usia 1 jam. Hal ini sesuai dengan teori, bahwa pemberian imunisasi Hepatitis B pada usia 0-7 hari. Setelah penyuntikan tidak ada pembengkakan pada paha bayi. Tujuan imunisasi Hepatitis B adalah untuk mencegah penyakit hepatitis B yaitu penyakit infeksi yang dapat merusak hati (Marmi & Rahardjo, 2012).

Pengukuran antropometri dan pemeriksaan reflex pada bayi secara umum hasilnya normal. Pengukuran antropometri pada bayi bertujuan untuk mengetahui pertumbuhan bayi apakah fisiologis. Pemeriksaan refleksi berfungsi menguji kondisi umum bayi serta kenormalan sistem saraf pusatnya (Marmi & Rahardjo, 2012).

Pada bayi baru lahir biasanya akan BAB atau buang air besar dalam 24 jam pertama dan di dua hari pertama BAB bayi berbentuk seperti aspal lembek. Pada bayi Ny. "S", BAB terjadi pada usia 0 hari dan berwarna hitam serta lengket. Hal ini normal, sesuai dengan teori warna hitam pada feses merupakan produk dari sel-sel yang diproduksi dalam saluran cerna selama bayi berada dalam kandungan (Marmi & Rahardjo, 2012)

Pemberian KIE terkait tentang ASI Eksklusif, pencegahan terjadinya hipotermi, tanda bahaya pada bayi serta perawatan pada BBL diantaranya yaitu dengan menganjurkan pada ibu untuk menjemur bayinya pada pagi hari serta tetap melakukan perawatan tali pusat pada bayi untuk mencegah terjadinya infeksi tali pusat sangat penting untuk diberikan pada ibu. Pada kunjungan kedua, dilakukan pemeriksaan fisik serta penimbangan BB 3800 gram. Pada kunjungan kedua tidak ditemukan masalah pada bayi.

Berdasarkan asuhan yang telah diberikan 2 kali kunjungan baik dari pengkajian dan pemeriksaan tidak terdapat perbedaan antara teori dan lapangan, bayi baru lahir seharusnya diberikan ASI eksklusif 6 bulan.

5.5 Pembahasan Asuhan KB

Keluarga Berencana adalah upaya peningkatan kepedulian dan peran serta masyarakat melalui Pendewasaan Usia Perkawinan (PUP), pengaturan kelahiran, pembinaan ketahanan keluarga, peningkatan kesejahteraan

keluarga kecil, bahagia dan sejahtera (Handayani, 2011). Kunjungan keluarga berencana dilakukan dua kali, yaitu setelah 6 minggu post partum dan setelah diberikan konseling tentang macam-macam KB dan klien memutuskan untuk menggunakan KB PIL.

Pada kunjungan awal menjelaskan pada ibu keuntungan dan kerugian KB PIL. Menurut Mulyani (2013), efek samping yang dapat terjadi amenorea, spotting, mual, peningkatan berat badan, moody, nyeri kepala dan payudara.

Pada kunjungan kedua dilakukan anamnesa dan didapatkan hasil ibu tidak memiliki keluhan. Penatalaksanaan yang dilakukan oleh penulis sesuai dengan teori yaitu memberitahu ibu efek samping dari KB PIL yaitu. Hasil yang didapatkan dari asuhan kebidanan pada Ny "S" yaitu tidak ada kesenjangan antara asuhan yang ada di lapangan sesuai dengan apa yang ada di teori. Petugas sudah melakukan tindakan sesuai dengan prosedur.

BAB VI

PENUTUP

6.1 Kesimpulan

Setelah melaksanakan pengkajian, menentukan diagnose, merencanakan, melaksanakan asuhan, mengevaluasi, dan dokumentasi SOAP pada ibu hamil, bersalin, nifas, neonatus, dan KB pada Ny. "S" di BPM Mar'atus Sholikhah, Amd. Keb dan di rumah pasien Muharto 3 5B RT 10 RW, maka dapat disimpulkan :

1. Asuhan kebidanan pada kehamilan

Selama kehamilan didapatkan hasil pemeriksaan normal. Asuhan Antenatal diberikan selama 4 kali kunjungan pada umur kehamilan 36-38 minggu. Keluhan yang dirasakan dalam batas fisiologis dan penatalaksanaan yang dilakukan sudah sesuai dengan teori. Dari 14 T yang tidak dilakukan adalah pemberian imunisasi TT, tablet fe, pemberian obat malaria, dan pemberian kapsul minyak beryodium. Sedangkan yang dilakukan adalah ukur tekanan darah, ukur tinggi fundus, pemeriksaan HB, senam hamil, perawatan payudara.

2. Asuhan kebidanan pada persalinan

Selama persalinan didapatkan hasil pemeriksaan normal. Pada asuhan intranatal mulai dari kala I sampai kala IV sesuai dengan asuhan persalinan normal, ibu dan bayi lahir tanpa ada penyulit maupun komplikasi. Pada penatalaksanaannya tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan praktek.

3. Asuhan kebidanan pada masa nifas

Selama masa nifas didapatkan hasil pemeriksaan normal. Keluhan yang dirasakan masih dalam batas fisiologis dan penatalaksanaan yang dilakukan sudah sesuai dengan teori. Asuhan yang dilakukan sesuai dengan tujuan pengawasan masa nifas diantaranya menjaga kesehatan bayinya baik fisik maupun psikologi, melaksanakan skrining yang komprehensif, mendeteksi masalah, memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, KB, menyusui, sehingga tidak ada kesenjangan antara teori dengan penatalaksanaan yang dilakukan dilapangan.

4. Asuhan kebidanan pada bayi baru lahir

Selama masa nifas didapatkan hasil pemeriksaan normal. Asuhan kebidanan pada bayi baru lahir tidak menimbulkan komplikasi, dan penatalaksanaan bayi baru lahir sesuai dengan asuhan persalinan normal, Hasil yang didapatkan jenis kelamin laki-laki, berat badan lahir 3500 gram, panjang 48 cm, anus (+), kelainan (-), A-S : 8-9. Dan sejauh ini bayi Ny. "S" dalam keadaan sehat.

5. Asuhan pada akseptor KB

Selama masa nifas didapatkan hasil pemeriksaan normal. Tidak didapatkan kesenjangan dimana dilakukan dengan pemberian konseling, informasi tentang keluarga berencana baik efektivitas, kekurangan, maupun kelebihan. KB yang dipilih ibu setelah 6 minggu PP adalah KB PIL.

6.2 Saran

1. Bagi mahasiswa

Bagi mahasiswa diharapkan dapat mengembangkan Laporan Tugas Akhir ini dengan menambah atau mencari referensi-referensi perkembangan asuhan kebidanan terbaru tentang asuhan yang dilakukan dalam masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, dan KB serta dimohon untuk lebih meningkatkan pengetahuan dan keterampilan sehingga komplikasi yang dapat terjadi pada ibu selama kehamilan, persalinan, nifas, dan bayi baru lahir dapat terdeteksi sedini mungkin. Serta diharapkan bagi mahasiswa penyusun LTA selanjutnya untuk memiliki sendiri alat-alat yang dibutuhkan dalam pemberian asuhan kebidanan.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Laporan tugas akhir ini diharapkan institusi pendidikan dapat meningkatkan kualitas pendidikan bagi mahasiswa dengan penyediaan fasilitas sarana dan prasarana yang mendukung peningkatan kompetensi mahasiswa sehingga dapat menghasilkan bidan yang berkualitas sehingga mampu menerapkan asuhan kebidanan secara langsung dan berkesinambungan pada ibu hamil, bersalin, nifas dan bayi baru lahir dengan pendekatan manajemen kebidanan yang sesuai dengan standar pelayanan kebidanan.

3. Bagi Institusi Lahan Praktik

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

4. Bagi Pasien

Diharapkan ibu hamil dapat meningkatkan pengetahuannya tentang kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir dan KB serta lebih meningkatkan pemeriksaan *antenatal* secara teratur ke tenaga kesehatan minimal 4 kali kunjungan agar dapat terdeteksi sedini mungkin komplikasi yang mungkin terjadi.

DAFTAR PUSTAKA

- Affandi, B., & George. (2011). *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi*. Jakarta: PT. Bina Pustaka .
- Ambarwati, S. (2011). *Asuhan pada Masa Nifas*. Yogyakarta: Fitramaya.
- Andri, A. (2013). Kebutuhan Selama Masa Nifas. *Jurnal Kesehatan Volume 1 No. 2* , 16-22.
- Ariani, N., & Meiliasari. (2013). Kebutuhan Ibu Melahirkan untuk Mengatasi Nyeri Selama Proses Persalinan. *Jurnal Keperawatan Maternitas Volume 1 No. 02* , 102-108.
- Chapman, V. (2014). *Persalinan dan Kelahiran*. Jakarta: EGC.
- Dewi, d. (2011). *Asuhan Kehamilan untuk Kebidanan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Edyanti, d. b., & Indawati, r. (2014). Faktor Pada Ibu yang Berhubungan dengan Kejadian Komplikasi Kebidanan. *jurnal boimetrika dan kependudukan* , 1-8.
- Edyanti, d. b., & Indawati, R. (2014). Faktor Pada Ibu yang Berhubungan dengan Kejadian Komplikasi Kebidanan. *Jurnal Boimetrika dan Kependudukan* , 1-8.
- Glasier, A., & Gebbie, A. (2012). *Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi*. Jakarta: EGC.
- Handayani, S., & Wulandari. (2012). *Asuhan Nifas*. Jakarta: Nusa Medika.
- Hani, D. (2010). *Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan Fisiologis*. Jakarta: Salemba Medika.
- Kemenkes. (2013). *Buku Saku Pelayanan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan*. Jakarta: World Healt Organization.

- Kuswanti. (2014). *Ilmu Kebidanan Patologi dan Fisiologi Persalinan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Kuswanti, I., & Melina, F. (2014). *Askeb II Persalinan*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Manuaba, I. B. (2010). *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan Keluarga Berencana untuk Pendidikan Bidan*. Jakarta : EGC.
- Marmi, L. (2012). *Asuhan Neonatus, Bayi dan Anak Balita*. Bogor : Puspa Aswara.
- Meilani, N., & Rinawati. (2013). Metode Amenore Laktasi sebagai Alat Kontrasepsi. *Jurnal Kesehatan Volume 1 No.02* , 11-14.
- Mochtar, R. (2012). *Asuhan Persalinan Normal*. Bandung: Eleman.
- Muslihatun, W. N. (2010). *Asuhan Neonatus Bayi dan Balita*. Yogyakarta: Fitramaya.
- Nugroho, T. (2012). *Buku Ajar Askeb 1 Kehamilan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Prawirohardjo, S. (2010). *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: PT. Bina Pustaka.
- Romlah, I. (2014). Pengaruh Kontraksi Terhadap Kejadian Perdarahan Masa Nifas. *Jurnal Kesehatan Maternal Volume 1* , 56-61.
- Saifuddin, A. B. (2010). *Maternal dan Neonatal*. Jakarta: PT. Bina Pustaka.
- Setyowati, H. (2011). Terapi Nyeri Non Farmakologis. *Jurnal Keperawatan dan Kesehatan Universitas Muhammadiyah Semarang* , 13-19.
- Sulistyawati. (2011). *Persalinan Normal*. Yogyakarta: Andi.
- Sulistyawati, A. (2013). *Asuhan Kebidanan pada Masa Kehamilan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Sulistyawati, A. d. (2010). *Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin*. Jakarta: Salemba Medika.

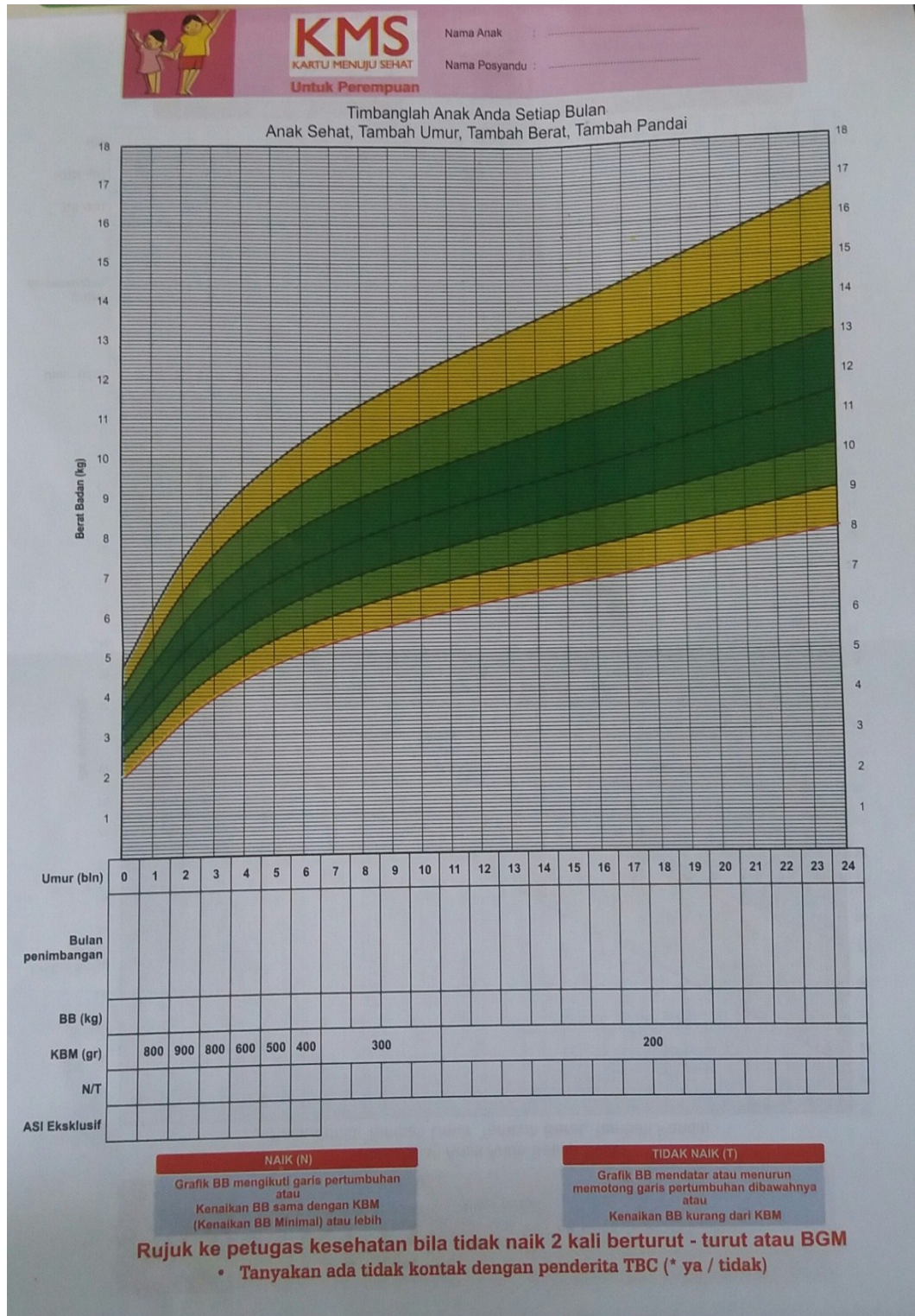
Sulistyawati, E. (2014). *Asuhan Manajemen Kebidanan*. Jakarta: PT. Bina Pustaka.

Surbekti, E. L. (2013). Adaptasi Bayi Baru lahir Terhadap Kehidupan Luar. *Jurnal Kesehatan Volume 02* , 1-6.

Walyani, E. S. (2015). *Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan Yogyakarta*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.

LAMPIRAN

KMS (Kartu Ibu Hamil)



KARTU SKOR "POEDJI ROCHJATI"

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

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

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

PENYULUHAN KEHAMILAN/PERSALINAN AMAN ~ RUJUKAN TERENCANA

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

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

KARTU SKOR 'POEDJI ROCHJATI' PERENCANAAN PERSALINAN AMAN

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

Persalinan : Melahirkan tanggal : / /

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

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

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

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

TEMPAT : 1. Rumah Ibu 2. Rumah bidan 3. Polindes 4. Puskesmas 5. Rumah Sakit 6. Perjalanan
PENOLONG : 1. Dukun 2. Bidan 3. Dokter 4 Lain-2
MACAM PERSALINAN : 1. Normal 2. Tindakan pervaginam 3. Operasi Sesar

PASCA PERSALINAN :
IBU : 1. Hidup 2. Mati, dengan penyebab : a. Perdarahan b. Preeklampsia/Eklampsia c. Partus lama d. Infeksi e. Lain-2
TEMPAT KEMATIAN IBU : 1. Rumah ibu 2. Rumah bidan 3. Polindes 4. Puskesmas 5. Rumah Sakit 6. Perjalanan 7. Lain-2
BAYI : 1. Berat lahir : gram, Laki-2/Perempuan 2. Lahir hidup : Apgar Skor : 3. Lahir mati, penyebab 4. Mati kemudian, umur hr, penyebab 5. Kelainan bawaan : tidak ada / ada

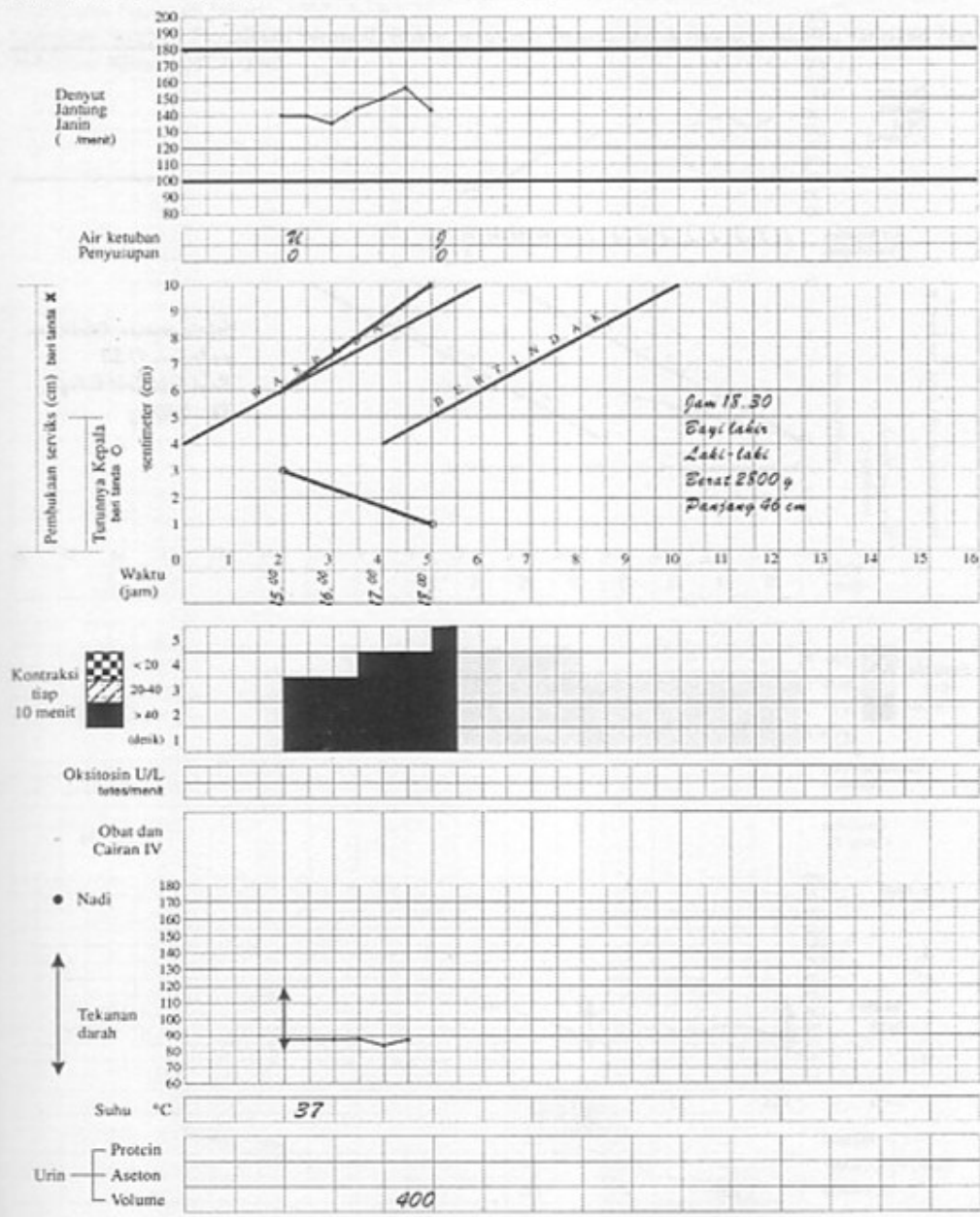
KEADAAN IBU SELAMA MASA NIFAS (42 Hari Pasca Salin)
 1. Sehat 2. Sakit 3. Mati, penyebab
 Pemberian ASI : 1. Ya 2. Tidak

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

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

PARTOGRAF

No. Register Nama Ibu: Shanti Umur: 27 th G: 2 P: 1 A: 0
 No. Puskesmas Tanggal: 21-5-2001 Jam: 15.00
 Ketuban pecah sejak jam _____ Mules sejak jam 12.00



Gambar 24-4. Pengisian partograf pada persalinan normal (contoh 1). Parturien ibu Shanti, 27 th, G2 P1-1, partus normal, bayi laki-laki, BB = 2800 gram, panjang = 46 cm. Perdarahan kurang lebih 150 cc².

CATATAN PERSALINAN

1. Tanggal :
2. Nama bidan :
3. Tempat Persalinan :
 Rumah Ibu Puskesmas
 Polindes Rumah Sakit
 Klinik Swasta Lainnya :
4. Alamat tempat persalinan :
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
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 :menit
21. Pemberian Oksitosin 10 U im ?
 Ya, waktu : menit sesudah persalinan
 Tidak, alasan
22. Pemberian ulang Oksitosin (2x) ?
 Ya, alasan
23. Penegangan 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							
2							

Masalah kala IV :

Penatalaksanaan masalah tersebut :

Hasilnya :

24. Masase fundus uteri ?
 Ya.
 Tidak, alasan
25. Plasenta lahir lengkap (*intact*) Ya / Tidak
Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan :
a.
b.
26. Plasenta tidak lahir > 30 menit : Ya / Tidak
 Ya, tindakan :
a.
b.
c.
27. Laserasi :
 Ya, dimana
28. Jika laserasi perineum, derajat : 1 / 2 / 3 / 4
Tindakan :
 Penjahitan, dengan / tanpa anestesi
 Tidak dijahit, alasan
29. Atoni uteri :
 Ya, tindakan
a.
b.
c.
 Tidak
30. Jumlah perdarahan : ml
31. Masalah lain, sebutkan
32. Penatalaksanaan masalah tersebut :
33. Hasilnya :

BAYI BARU LAHIR :

34. Berat badangram
35. Panjang 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
39. Cacat bawaan, sebutkan :
 Hipotermi, tindakan :
a.
b.
c.
39. Pemberian ASI
 Ya, waktu :jam setelah bayi lahir
 Tidak, alasan
40. Masalah lain,sebutkan :
- Hasilnya :

Surat Studi Pendahuluan



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

WIDYAGAMA HUSADA

Terakreditasi

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

Nomor : 251 /A-1/STIKES/IV/2017
Lampiran : -
Perihal : Studi Pendahuluan

Malang, 12 April 2017

Kepada Yth:

Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik (Bakesbangpol)

Di-

Kota Malang

Dengan hormat,

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

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

Adapun nama mahasiswi dan judul Laporan Tugas Akhir sebagai berikut:

Nama : Ayu Anita Sumbara Wati Mukamal
NIM : 1413.15401.883
Judul TA : Asuhan Kebidanan Komprehensif dari kehamilan sampai KB di
BPM Mar'atus Sholikhah, Amd.Keb, Kelurahan Buring, Kecamatan
Kedungkandang Kota Malang
Tujuan Surat : BPM Mar'atus Sholikhah, Amd.Keb

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

STIKES Widyagama Husada
Wakil Bidang III,

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

Surat Balasan Bidan

SURAT BALASAN PENELITIAN

Dengan Hormat:

Saya yang bertanda tangan dibawah ini, Mar'atus Sholikhah, Amd. Keb
Menyatakan bahwa mahasiswa Program Studi D3 Kebidanan Sekolah Tinggi
Ilmu Kesehatan Widyagama Husada Malang.

Nama : Ayu Anita Sumbara Wati Mukamal

Nim : 1413.15401.883

Saya izinkan untuk mengadakan Penelitian di tempat kami. Demikian surat
pernyataan ini saya buat untuk dapat dipergunakan oleh yang bersangkutan.

Malang, 23 juli 2017



(Mar'atus Sholikhah, Amd. Keb)



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

WIDYAGAMA HUSADA

Terakreditasi BAN-PT

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

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ayu Anita Sumbara Wati Mukamal

NIM : 1413. 15401. 883

Program Studi : D3 Kebidanan

STIKES Widyagama Husada

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

Malang, _____

Mengetahui

Kaprodi _____

Penulis

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



(Ayu Anita Sumbara Wati Mukamal)



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

WIDYAGAMA HUSADA

Terakreditasi BAN-PT

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

**LEMBAR REKOMENDASI
PERBAIKAN LAPORAN TUGAS AKHIR
PROGRAM STUDI D3 KEBIDANAN
STIKES WIDYAGAMA HUSADA
MALANG**

Nama Mahasiswa : AYU ANITA SUMBARA WATI MUKAMAL
NIM : 1413.15401.883
Judul LTA : LAPORAN TUGAS AKHIR ASUHAN KEBIDANAN
KOMPREHENSIF PADA NY. "S" USIA 20 TAHUN DI BPM MAR'ATUS
SHOLIKHAH, Amd. Keb KOTA MALANG

No.	Nama Penguji	Rekomendasi	TTD
1.	Waiti Amalia, S. ST, M. Keb 03 Juli 2017	Perbaiki daftar isi, lembar pengesahan, kerangka konsep, soap, pembahasan	
2.	Patemah, S. SIT, M. Kes 03 Juli 2017	Perbaiki penulisan, tabel, kerangka konsep, catatan perkembangan	
3.	Bd. Wenny Rahmawati S. Keb 03 Juli 2017	Perbaiki penulisan dari awal sampai akhir	

KUNJUNGAN PASIEN

LEMBAR KENDALI MAHASISWA
KUNJUNGAN MAHASISWA KERUMAH PASIEN

KUNJUNGAN KE-	HARI DAN TANGGAL/JAM DATANG	JAM PULANG	ASUHAN PADA PASIEN	DOKUMENTASI		TTD PASIEN	TTD DOSEN
				SOAP	FOTO		
1	27 - 5 - 2017 / 10.00 WIB	11.05 WIB	Memberikan konseling tentang nutrisi, tanda bahaya kelainan, persiapan perawatan, pemakaian penutup, Personal hygiene.	✓	✓	<i>D. Sulfjan</i>	
2	01 - 4 - 2017 / 15.00 WIB	16.15 WIB	Memberikan konseling tentang perawatan payudara, penyebab sering buang air kecil.	✓	✓	<i>D. Sulfjan</i>	
3	08 - 4 - 2017 / 15.00 WIB	16.15 WIB	Memberi konseling tentang tanda bahaya perawatan, seram panam baik ASI.	✓	✓	<i>D. Sulfjan</i>	
4	10 - 4 - 2017 / 07.00 WIB		Memberikan konseling tentang kejang-kejang. Pada pukul 07.30 keluar kamar dan di bawa kebidan jam 10.00 WIB.	✓	✓	<i>D. Sulfjan</i>	
5	10 - 4 - 2017 / 15.30 WIB	17.00 WIB	Kunjungan pasien INC	✓	✓	<i>D. Sulfjan</i>	

**LEMBAR KENDALI MAHASISWA
KUNJUNGAN MAHASISWA KERUMAH PASIEN**

KUNJUNGAN KE-	HARI DAN TANGGAL/JAM DATANG	JAM PULANG	ASUHAN PADA PASIEN	DOKUMENTASI		TTD PASIEN	TTD DOSEN
				SOAP	FOTO		
6.	10-4-2017 / 07.00	08.30	Menjelaskan tentang cara mencuci, personal hygiene, nutrisi.	✓	✓	Asuhy	
7.	16-4-2017 / 11.00 WIB	12.00 WIB	Konseling tentang mengemas barang-barang pagi hari, mencuci makanan ikan, pola istirahat, belajar jangkak.	✓	✓	Asuhy	Alphita
8.	16-4-2017 / 11.00 WIB	12.00 WIB	Kunjungan Nemonani. Konseling mengenai bayi pagi hari, personal hygiene, nutrisi.	✓	✓	Asuhy	Alphita
9.	29-4-2017 / 11.00 WIB	11.45 WIB	Mengajarkan cara jangkak. Mengajarkan cara memandi. Kau bayi, nutrisi, Personal hygiene.	✓	✓	Asuhy	
10.	6-5-2017 / 09.00 WIB	09.35 WIB	Ibu bisa menjelaskan kembali Personal hygiene, membantu me wita ke.	✓	✓	Asuhy	

LEMBAR KONSULTASI

Form 4:
SEMINAR PROPOSAL YANG TELAH DIKUTI

NO	TANGGAL	JUDUL	NAMA MAHASISWA	PRODI	PARAF PEMBIMBING

Form 5:
CATATAN KONSULTASI PEMBIMBING 1

NO.	TANGGAL	KEGIATAN DAN SARAN	PARAF PEMBIMBING
1	06/01/2017	Konsultasi Outline	[Signature]
2	10/01/2017	Konsultasi Bab 1, 2, 3	[Signature]
3	17/01/2017	Konsultasi Bab 3, 4	[Signature]
4	21/01/2017	Konsultasi Bab 3, 4. Kegiatan & wawancara	[Signature]
5	28/01/2017	Langsung. Acar 28/01/2017 Konsultasi bab 3, 4, 5	[Signature]
6	07/02/2017	Konsultasi bab 4, 5	[Signature]
7	19/02/2017	Konsultasi bab 4, 5	[Signature]
8	21/2/2017	Konsultasi bab 4, 5	[Signature]
9	24/2/2017	Konsultasi bab 4, 5	[Signature]

Form 8:
CATATAN KONSULTASI PEMBIMBING 2

NO.	TANGGAL	KEGIATAN DAN SARAN	PARAF PEMBIMBING
1.	06-4-2017	Konsultasi. artikel.	<i>[Signature]</i>
2.	10-4-2017	Konsultasi. Bab 1, 2. Revisi.	<i>[Signature]</i>
3.	17-4-2017	Konsultasi: Bab 1, 2, 3 Soap. Revisi	<i>[Signature]</i>
4.	20-4-2017	Revisi bab 3 dan soap, paragraf	<i>[Signature]</i>
5.	24-4-2017	Revisi soap dan paragraf	<i>[Signature]</i>
6.	29-4-2017	Acc Mayor Sampre	<i>[Signature]</i>
7.	01-6-2017	Revisi Bab A dan s. soap.	<i>[Signature]</i>
8.	05-6-2017	Revisi soap.	<i>[Signature]</i>
9.	18-7-2017	Revisi pembahasan	<i>[Signature]</i>

Form 9:
CATATAN KONSULTASI PEMBIMBING 2

NO.	TANGGAL	KEGIATAN DAN SARAN	PARAF PEMBIMBING
10.	22/6/2017	Revisi pembahasan dan Revisi.	<i>[Signature]</i>
11.	27/7/2017	Acc Ujian CTA lengkap.	<i>[Signature]</i>

Pengantar Infrom Consent



YAYASAN PEMBINA PENDIDIKAN INDONESIA (YMPI) WIDYAGAMA

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKES)

WIDYAGAMA HUSADA

Terakreditasi

Program Studi : *D3 Kebidanan *S1 Keperawatan *S1 Kesehatan

Lingkungan *Profesi Ners

PENGANTAR INFORM CONSENT

Dengan hormat,

Saya yng bertandatangan dibawah ini :

Nama : Ayu Anita Sumbara Wati Mukamal

NIM : 1413.15401.883

Status : Mahasiswi Semesster VI Prodi D3 Kebidanan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Widyagama Husada Malang

Judul Asuhan : Asuhan Kebidanan pada Ny."S" usia 20 tahun GIP0000Ab000 dari masa Kehamilan, Persalinan, Bayi Baru Lahir, Nifas dan KB di BPM Mar'atus Solikhah jalan KH. Malik Dalam No. 63 RT 1 RW6 Buring. Malang

Dengan ini mengharapkan kesediaan Ny."S" untuk ikut serta membantu sebagai reesponden dari asuhan komprehensif ini. Adapun identitas dan hasil pemeriksaan Ny."S" akan kami jaga kerahasiaannya.

Demikian permohonan ini saya buat, atas perhatian dan kesedian waktunya, saya ucapkan terimakasih.

Malang, Maret 2017

Hormat saya

Ayu Anita Sumbara Wati Mukamal

1413.15401.883

Infrom Consent



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

WIDYAGAMA HUSADA

Terakreditasi BAN-PT

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

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN (INFORMED CONSENT)

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Shofia Kholida.
Umur : 20 tahun.
Jenis Kelamin : Perempuan.
Alamat : Jl. Mulyarto 5B RT 10 RW 06.

Setelah mendapatkan penjelasan tentang tujuan dan manfaat asuhan secara berkesinambungan (*continuity of care*) dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya telah

"BERSEDIA/ TIDAK BERSEDIA"

untuk berperan serta sebagai responden dan diberikan asuhan mulai dari kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, dan KB. Terhadap diri saya/ istri/ anak saya *)

Nama : Saifulah
Umur : 23 tahun.
Jenis Kelamin : Laki-Laki
Alamat : Jl. Mulyarto 5B RT10 RW06.

Yang tujuan, sifat dan perlunya asuhan tersebut diatas serta resiko yang dapat ditimbulkan telah cukup dijelaskan, maka saya akan bertanggung jawab atas pilihan saya sendiri dan tidak akan menuntut kemudian hari dan telah saya mengerti sepenuhnya.

Demikian pernyataan persetujuan ini saya buat dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan.

Saksi

Malang, Maret 2017
yang membuat pernyataan

Surat Kesediaan Bimbingan



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

WIDYAGAMA HUSADA

Terakreditasi **BAN-PT**

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

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

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Patepah, S.Si., M.Kes.

Jabatan : Pembien

Alamat : Jl. Diponegoro No. 12 RT 34 RW 4 Karanganyar, Ponorogo

No Telp : 082855406299

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

Nama : Ayu ANITA SUMBARA WATI MUKANAL

NIM : 1413.15401.883

Alamat : Jl. TAMAN BOROBUDUR INDAH No. 16

Judul LTA : ASUHAN KEBIDANAN SECARA KOMPREHENSIF PADA
NY. 'S' USIA 20 TAHUN MULAI DARI MASA KEHAMILAN
SAMPAI KB DI BPM HAR'ATUS SOLIKHAH, Amd. Keb

Malang,
Pembimbing LTA,

Patepah, S.Si., M.Kes.

*) Coret yang tidak perlu

Surat Kesiediaan Bimbingan II



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

WIDYAGAMA HUSADA

Terakreditasi BAN-PT

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

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

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Wenny Rahmawati

Jabatan : DOSEN

Alamat : _____

No Telp : 081357015236

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

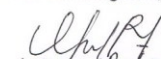
Nama : Ayu ANITA SUMBARA WATI MUFANAL

NIM : 141315401883

Alamat : Jl. TAMAN BOROBUDUR INDAH NO. 16

Judul LTA : ASUHAN KEBIDANAN SECARA KOMPREHENSIF PADA NY. "S"
USIA 20 TAHUN MULAI DARI MASA KEHAMILAN SAMPAI
KB DI BPM MAR'ATUS SOLIKHAH, Amd. keb

Malang,
Pembimbing LTA,


wenny Rahmawati

*) Coret yang tidak perlu

No	Tanggal	Hasil pemeriksaan
	23/1	<p>Ki Bilo-A.</p> <p>HPHT: 15-7-2016 TP: 22-4-2017 No: 67 T: 110/7 Tfu: Ura/spusat catk p U No 2 139 x fuel TX: Cimangrove IX 1</p> <p>KU: nyen' panti atas, velvet T: 110/7 B.B: 68.55g Tfu: 23 cm No 2: 100% cat: pep U TX: Hupaway, Luwatu, elatran No Cal tubo</p>

No	Tanggal	Hasil pemeriksaan
	24/17	<p>Kel: SffC T: 110/7 B.B: 69.15 Tfu: 26 cm No 2: 100% cat: pep U TX: EE, elatran U</p>

CATATAN PERKEMBANGAN

Tanggal	Jam	HIS dlm 10''		Djj	Tensi	Suhu	Nadi	Vt	Ket
		Berapa kali	lamanya						
10 April 2017	10.00 wib	3x	35''	130	110/70		78		
	10.00 wib	3x	35''	130	110/70		78		

KUNJUNGAN I



KUNJUNGAN II



KUNJUNGAN III





KUNJUNGAN IV



INC



Bayi baru lahir



Kunjungan awal PNC



Kunjungan ke II PNC



Kunjungan ke III PNC



Kunjungan ke IV PNC



Kunjungan awal KB



Kunjungan II KB



CURRICULUM VITAE



Ayu Anita Sumbara Wati Mukamal

Waikabubak, 28 Maret 1996

**Motto : “ kesuksesan akan dapat anda raih apabila anda kuat dan terbiasa
menghadapi masalah, tantangan dan hambatan secara mandiri ”**

Riwayat Pendidikan

TK Binatakwa Waikabubak Lulus Tahun 2002

SD Islam 5 Waikabubak Lulus Tahun 2008

SMP Negeri 3 Waikabubak Lulus Tahun 2011

SMA Negeri 1 Waikabubak Lulus Tahun 2014