LAPORAN TUGAS AKHIR

ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY.”K”

USIA 32 TAHUN DI PMB ANIK ROHANJARWATI, AMD.KEB

PAKIS KABUPATEN MALANG

Oleh:
SULISTYORINI
NIM.1615 15401 1104

PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN WIDYAGAMA

HUSADA MALANG

2019

LAPORAN TUGAS AKHIR

ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY.”K”

USIA 32 TAHUN DI PMB ANIK ROHANJARWATI, AMD.KEB

PAKIS KABUPATEN MALANG

Diajukan Sebagai Syarat Menyelesaikan

Pendidikan Tinggi program Studi DIII Kebidanan

Oleh:
SULISTYORINI
NIM.1615 15401 1104

PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN WIDYAGAMA

HUSADA MALANG

2019

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Tugas Akhir ini disetujui untuk dipertahankan dihadapan Tim Penguji Laporan Tugas Akhir Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Widyagama Husada :

ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY."K" USIA 32 TAHUN DI PMB ANIK ROHANJARWATI, AMD.KEB PAKIS KABUPATEN MALANG

SULISTYORINI
NIM.1615.15401.1104

Malang, 26 - 08 - 2019

Menyetujui ,

Pembimbing I	pembimbing II
Ervin Rufaindah, S.ST.,M.Keb	Jiarti Kusbandiyah, S.SiT.,M.Kes

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 27 - 08 - 2019

ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY."K" USIA 32 TAHUN DI PMB ANIK ROHANJARWATI, AMD.KEB PAKIS KABUPATEN MALANG

SULISTYORINI
NIM.1615.15401.1104

dr. Benny Marcel Pandango, SpOGK (.....)
Tgl : 26 / 08 / 2019

Ervin Rufaindah, S.ST.,M.Keb (.....)
Tgl : 26 / 08 / 2019

Jiarti Kusbandiyah, S.SiT.,M.Kes (.....)
Tgl : 26 / 08 / 2019

Mengetahui
Ketua
STIKES Widyagama Husada

dr. RUDY JOEGIANTORO, MMRS
NIP.197110152001121006

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan pada Tuhan Yang Maha Esa karena atas rahmatNya penulis dapat menyelesaikanLaporan Tugas Akhir yang berjudul "Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny."K" Usia 32 tahunDi PMB Anik Rohanjarwati Pakis Malang" sebagai salah satu persyaratan akademik dalam rangka penyelesaian kuliah di program studi DIII Kebidanan di STIKES Widyagama Husada. Dalam Laporan Tugas Akhir akan dijabarkan sebagai konsep mengenai Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ibu Hamil sampai KB Pada Ny."K" di Wilayah kabupaten Malang sehingga hasil dari penelitian ini dapat dijadikan rujukan dalam meningkatkan asuhan kebidanan pada ibu hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas dan KB.

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

1. dr. Rudy Joegijantoro, MMRS selaku Ketua STIKES Widyagama Husada Malang.
2. Yuniar Angelia P,S.SiT., M.KES selaku Ketua Program Studi DIII Kebidan an STIKES Widyagama Husada Malang
3. dr. Benny S.pOG(K) selaku penguji I Laporan Tugas Akhir
4. Ervin Rufaindah, S.ST., M.Keb selaku penguji II Laporan Tugas Akhir
5. Jiarti Kusbandiyah, S.SiT., M.Kes selaku penguji III Laporan Tugas Akhir
6. Kedua Orang Tua yang selalu memberikan dukungan dan semangat kepada penulis

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

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

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

Malang, Agustus 2019

Penullis

RINGKASAN

Sulistyorini. 2019. *Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny."K" Usia 32 Tahun Di PMB Anik Rohanjarwati, Amd.Keb. Pakis Malang.* Laporan Tugas Akhir.D3.Program Studi Kebidanan STIKES Widyagama Husada Malang. Pembimbing 1: Ervin Rufaindah, S.ST.,M.Keb. Pembimbing 2: Jiarti Kusbandiyah, S.SiT.,M.Kes.

Angka Kematian Ibu (AKI) di Kabupaten Malang Jawa Timur tahun 2017 sebesar 102 per 100.000 KH, sedangkan Angka Kematian Bayi (AKB) 17 per 1000 KH. Dari data tersebut menunjukkan masih tinggi tingkat AKI (Angka Kematian Ibu) dan AKB (Angka Kematian Bayi). Dalam rangka menurunkan AKI (Angka Kematian Ibu) dan AKB (Angka Kematian Bayi) perlu dilakukan upaya dengan cara penerapan Asuhan Kebidanan Komprehensif. Tujuan penelitian ini adalah memberikan Asuhan Kebidanan Komprehensif dengan pendekatan *Continuity of Care.* Asuhan kebidanan *Continuity of Care* dilakukan sejak masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, dan pelayanan keluarga berencana dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan.

Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny."K" Usia 32 tahun di Praktek Mandiri Bidan Anik Rohanjarwati, Amd.Keb.kecamatan Pakis kabupaten Malang dilakukan sebanyak 12 kali kunjungan: 4 kali kunjungan pada masa kehamilan, 1 kali kunjungan pada saat persalinan, 4 kali kunjungan selama masa nifas, 2 kali kunjungan pada Bayi Baru Lahir, dan 1 kali kunjungan untuk Program Keluarga Berencana. Asuhan kebidanan komprehensif dilakukan secara *Continuity of* Care dengan melakukan anamnesa dan konseling, kehamilan fisiologis dengan keluhan yang wajar dirasakan oleh ibu hamil. Pada asuhan persalinan diberikan intervensi tertentu yang sesuai dengan keadaan pasien sehingga proses persalinan lancar. Asuhan Bayi Baru Lahir meliputi pemantauan bayi untuk mendapatkan Air Susu Ibu dan pencegahan infeksi pada bayi, kondisi bayi dalam keadaan sehat dan normal. Pada asuhan nifas, ditemukannya keluhan kram pada perut sehingga diberikan penatalaksanaan kompres air hangat dan mobilisasi senam nifas ringan dengan demikian keluhan ibu dapat teratasi. Pada asuhan pelayanan Keluarga Berencana diberikan konseling tentang jenis – jenis kontrasepsi dan ibu memutuskan memilih kontrasepsi suntik 3 bulanan agar tidak mempengaruhi produksi Air Susu Ibu.

Berdasarkan Asuhan Kebidanan Komprehensif yang telah dilakukan, dapat disimpulkan bahwa kehamilan, persalinan, nifas, Bayi Baru Lahir dan pelayanan Keluarga Berencana fisiologis. Bidan diharapkan dapat mempertahankan kualitas layanan kebidanan dan pasien memiliki kesadaran untuk menjaga kesehatan mereka dengan melakukan pemeriksaan rutin di Pusat Kesehatan Masyarakat (PUSKESMAS).

Kepustakaan : Kepustakaan 15 Kepustakaan
Kata Kunci : Kehamilan, Persalinan, Nifas, Bayi Baru Lahir, Keluarga Berencana.

SUMMARY

Sulistyorini. 2019. *Comprehensive Midwifery Care to Mrs. "K" 32 years old in Anik Rohanjarwati, Amd.Keb. Midwife Practitioner Malang*. Final Task. D3.Midwifery Study Program of Widyagama Husada School of Health Malang. Advisors 1: Ervin Rufaindah, S.ST., M.Keb. Advisors 2: Jiarti Kusbandiyah, S.SiT., M.Kes.

Malang Maternal Mortality Rate (MMR) in 2017 was 102 per 100,000 live births, while Infant Mortality Rate (IMR) 17 per 1000 live births. From these data it shows that the MMR (Maternal Mortality Rate) and IMR (Infant Mortality Rate) are still high. The efforts to reduce MMR (Maternal Mortality Rate) and IMR (Infant Mortality Rate) is made by implementing Comprehensive Midwifery Care. The aim of this study is providing Comprehensive Midwifery Care with the Continuity of Care approach aimed at providing midwifery care since pregnancy, childbirth, newborns, puerperium and family planning services using the obstetric management approach.

Comprehensive Midwifery Care to Mrs. "K" 32 years old at PMB (Independent Midwife Practice) Anik Rohanjarwati, Amd.Keb. Pakis Subdistrict Malang regency conducted 12 visits: 4 visits pregnancy, 1 visit at delivery, 4 visits the puerperium, 2 visits to the Newborn, and 1 visit to the Family Planning Program. *Continuity of* Care carried out by anamnesa and counseling. There was a reasonable complaints of physiological pregnancy. Childbirth care was given certain interventions so the delivery process smoothly. Newborn care included monitoring the baby in order to get breast milk to prevent infection, the baby was healthy and normal . There was a puerperal complaint that cramps stomach, the patient must be cared by management of warm water compresses while mild puerperal exercise, it could decrease patient complaints. Family planning services was given by counseling the types of contraception and the mother decided to choose 3-month injection and it did not affect the production of breast milk.

Based on the comprehensive midwifery care, it can be concluded that pregnancy, childbirth, newborn, peurperal, and family planning was physiologically. Midwives expected to be able to maintain the quality of midwifery services and patients have the awareness to take care of their health by carrying out routine checks to the community health centers.

References : 15 references
Keywords : Antenatal care, intranatal care, postnatal care, neonatal care, family planning

DAFTAR ISI

LAPORAN TUGAS AKHIR i
LAPORAN TUGAS AKHIR ii
LEMBAR PERSETUJUAN iii
KATA PENGANTAR v
RINGKASAN vii
SUMMARY viii
DAFTAR ISI ix
DAFTAR TABEL xi
DAFTAR GAMBAR xii
DAFTAR LAMPIRAN xiii
BAB I 1
PENDAHULUAN 1
1.1. Latar Belakang 1
1.2. Rumusan Masalah 5
1.3. Tujuan penyusunan 5
1.4. Ruang Lingkup 6
1.5. Manfaat Laporan Tugas Akhir 7
BAB II 8
TINJAUAN TEORI 8
2.1. Konsep Dasar 8
2.2. Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Manajemen Varney 105
2.3. Konsep Dasar Dokumentasi Mengacu SOAP 107
BAB III 110
KERANGKA KONSEP *CONTIUNITY OF CARE* 110
3.1. Kerangka Konsep Kegiatan 110
3.2. Penjelasan Kerangka Konsep 111
BAB IV 112
LAPORAN PELAKSANAAN ASUHAN 112
4.1 Asuhan Kehamilan 112
4.2 Asuhan Persalinan 124
4.3 Asuhan Nifas 129

4.4 Asuhan Bayi Baru Lahir 136
4.5 Asuhan Keluarga Berencana 140
BAB V 144
PEMBAHASAN 144
5.1. Pembahasan Asuhan Kehamilan 144
5.2. Pembahasan Asuhan Persalinan 148
5.3. Pembahasan Asuhan Nifas 151
5.4. Pembahasan Asuhan Bayi Baru Lahir 153
5.5. Pembahasan Asuhan Keluarga Berencana 155
BAB VI 157
PENUTUP 157
6.1. Kesimpulan 157
6.2. Saran 158
Daftar Pustaka 160
LAMPIRAN 161

DAFTAR TABEL

No	Judul Tabel	Halaman
1.	Tahapan Persalinan	33
2.	Posisi dalam persalinan	40
3.	Nilai APGAR	78
4.	Standart kunjungan neonatus	81

DAFTAR GAMBAR

No	Judul gambar	Halaman
1.	Preoses terjadinya kehamilan	7
2.	Mekanisme persalinan	34
3.	Halaman depan partograf	44
4.	Halaman belakang partograf	44
5.	Perubahan Involusi Uteri	47
6.	Fisiologi laktasi	63

DAFTAR LAMPIRAN

No	Lampiran
1	Jadwal Pelaksanaan Laporan Tugas Akhir (LTA)
2	Surat izin LTA bagian 1
3	Surat izin LTA bagian 2
4	Surat Balasan Bidan
5	Surat kesediaan pembimbing 1
6	Surat kesediaan pembimbing 2
7	Inform Consent
8	Biodata ibu hamil
9	Catatan kesehatan ibu hamil
10	Kartu Skor Poedji Rochdjati
11	Kartu ibu hamil bagian depan
12	Kartu ibu hamil bagian belakang
13	Lembar Partograf Bagian Depan
14	Lembar Partograf Bagian Belakang
15	24 Penapisan
16	Lembar Kendali Mahasiswa
17	Lembar Konsul pembimbing 1
18	Lembar Konsul Pembimbing 2
19	Lembar Konsultasi Ringkasan
20	Dokumentasi
21	Lembar Rekomendasi
22	Surat Pernyataan Keaslian Tulisan
23	Curiculum Vitae

DAFTAR SINGKATAN

AKABA : Angka Kematian Balita

AKB : Angka Kematian Bayi

AKDR : Alat Kontrasepsi Dalam Rahim

AKI : Angka Kematian Ibu

AKN :Angka Kematian Neonatus

ANC : *Antenatal Care*

ASEAN : *Association of Southeast Asian Nations*

ASI : Air Susu Ibu

BAB : Buang Air Besar

BAK : Buang Air Kecil

BB : Berat Badan

BBLR : Berat Badan Lahir Rendah

COC : *Continuity of Care*

DJJ : Detak Jantung Janin

DVT : *Deep Vein Thrombosis*

FSH : *Folikel Stimulating hormone*

HB : Hemoglobin

HPHT : Hari Pertama Haid Terakhir

HPL : Hari Perkiraan Lahir

IMT : Indeks Masa Tubuh

INC : *Intranatal Care*

IUD : *Intra Uterine Device*

IUFD : *Intra Uterine Fetal Death*

KB : Keluarga Berencana

KIE : Komunikasi, Informasi, Edukasi

KRR : Kehamilan Resiko Rendah

KRT : Kehamilan Resiko Tinggi

KSPR : Kartu Skor Poedji Rochjati

LH : *Luthenizing Hormone*

LILA : Lingkar Lengan Atas

MAL : Metode Aminore Laktasi

MDG'S : *Millenium Development Goals*

N : Nadi

PAP : Pintu Atas Panggul

PMB : Praktek Mandiri Bidan

PMS : Penyakit Menular Seksual

PNC : Postnatal Care

RR : Respirasi

S : Suhu

SC : *Secsario Secsaria*

SDG'S : *Siustainable Development Goals*

SDKI : Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia

Supas : Survey Penduduk Antar Sensus

TBC : Tubercolosis

TBJ : Taksiran Berat Janin

TD	: Tekanan Darah
TFU	: Tinggi Fundus Uteri
TM	: Trimester
TT	: Tetanus Toxoid
UK	: Usia Kehamilan
USG	: *Ultrasonograpy*
VDRL	: *Veneral Disease Research Lab*
VT	: *Vaginal Touch*
WHO	: World Health Organitation

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Ilmu kebidanan atau *Obstetri* adalah bagian dari ilmu kedokteran yang mempelajari tentang soal yang bersangkutan dengan kelahiran bayi. Objek ilmu ini ialah kehamilan, persalinan, nifas serta bayi yang baru dilahirkan (Sarwono, 2010). Asuhan kebidanan merupakan sebuah asuhan yang diberikan oleh bidan meliputi ANC (Antenatal Care), INC (Intranatal care), PNC (Postnatal care), dan *childbirth care* berdasarkan filosofi kebidanan. Asuhan kebidanan ini diberikan dengan tujuan untuk menurunkan angka kematian ibu dan perinatal, sedangkan kesejahteraannya ditentukan oleh penerimaan gerakan keluarga berencana. Bidan menduduki posisi terdepan yang sangat penting karena peranya sebagai jembatan dalam upaya meningkatkan sumber daya manusia melalui kemampuannya untuk melakukan pengawasan, pertolongan, dan pengawasan neonatus dan pada ibu bersalin (Manuaba, 2013).

SDG's (*Suistainable Development Goals*) merupakan sebuah kesepakatan pembangunan baru sebagai acuan dalam kerangka dan pembangunan Negara – Negara di dunia melanjutkan dari program MDG's (*Millenium Development Goals*) untuk AKI dan AKB. Pada tahun 2030 mendatang SDG's menargetkan untuk mengurangi AKI 70 per 100.000 kelahiran hidup dan AKB 12 per 1000 kelahiran hidup. SDG's merupakan pedoman Indonesia dalam pembangunan, sesuai dengan program dan prioritas dalam Nawacita dan RPJMN (Rencana Pembangunan Jangka Menengah) (Panuluh & Fitri, 2016).

Status kesehatan ibu dan anak yang dinyatakan dalam AKI (Angka kematian ibu) dan AKB (Angka kematian bayi) di Indonesia saat ini tinggi dan termasuk tinggi bila dibandingkan dengan Negara ASEAN (*Association of Southeast Asian Nations*) lainnya. Berdasarkan Depkes RI tahun 2017 AKI (Angka kematian ibu) di Indonesia tercatat 171 per 100.000 kelahiran hidup. Sedangkan menurut target SDG's (*Siustainable Development Goals*) pada tahun 2016, AKI adalah 102 per 100.000 kelahiran hidup. Dengan demikian target AKI di Indonesia dapat dikatakan belum berhasil dan tidak sesuai dengan target SDG's (*Siustainable Development Goals*) (Depkes RI, 2017). Angka kematian anak sendiri di Indonesia dari tahun ke tahun menunjukkan penurunan. Hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2017 menunjukkan AKN (Angka Kematian Neonatus) sebesar 15 per 1000 kelahiran hidup, AKB (Angka Kematian Bayi) 24 per 1.000 kelahiran hidup, dan AKABA (Angka Kematian Balita) 32 per 1000 kelahiran hidup.

Di Jawa Timur didapatkan AKI (Angka Kematian Ibu) cenderung meningkat pada dua tahun terakhir. Menurut (Supas, 2016) target untuk AKI sebesar 305 per 100.000 kelahiran hidup. Pada tahun 2017, AKI Provinsi Jawa Timur mencapai 91,92 per 100.000 kelahiran hidup. Angka ini mengalami peningkatan dari tahun 2016 yang mencapai 91 per 100.000 kelahiran hidup. Keadaan AKB dan AKN yang diperoleh dari laporan rutin relatif sangat kecil, namun bila dihitung angka kematian *absolute* masih tinggi yaitu sebanyak 4.059 bayi meninggal pertahun dan sebanyak 4.464 balita meninggal pertahun. Angka Kematian Bayi pada posisi 23,1 per 1000 kelahiran hidup (angka estimasi dari BPS Provinsi), Angka Kematian Bayi Jatim sampai dengan tahun 2017 masih diatas target Nasional (Supas, 2016).

Di Kabupaten Malang pada tahun 2017 AKI mengalami penurunan dibandingkan dengan tahun sebelumnya, yaitu dari 21 orang pada tahun 2016 menjadi 18 orang pada tahun 2017. Begitu juga untuk AKB sudah terlihat mengalami penurunan, pada tahun 2017. Yakni dari 274 kasus pada 2016 kini menjadi 146 kasus pada 2017 (DPPKB, 2018).Namun demikian AKI dan AKB di Indonesia masih tinggi belum dapat mencapai target SDG's tahun 2016, yakni AKI sebesar 102 kematian per 100.000 kelahiran hidup dan AKB sebesar 17 kematian per 1.000 kelahiran hidup.Berdasarkan data diatas tingginya AKI yang terjadi disebabkan oleh beberapa faktor, di Indonesia tingginya AKI disebabkan oleh perdarahan (30,3%), hipertensi (27,1%), infeksi (7,3%), partus lama (1,8%). Abortus (1,6%) serta faktor lainnya (31,9%) dan penyebab AKB yaitu asfiksia (29%), BBLR/prematuritas (27%), tetanus (13%), masalah pemberian ASI (10%), masalah hematologi (9%) serta infeksi (7%) (Dinkes, 2016).

PMB atau Bidan Praktek Mandiri atau praktek pelayanan bidan perorangan merupakan penyedia layanan kesehatan yang memiliki kontribusi cukup besar dalam memberikan pelayanan khususnya dalam meningkatakan kesehatan serta kesejahteraan ibu dan anak (Elisabeth, 2014). Salah satu upaya untuk menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) yang sudah dilakukan oleh pemerintah dan tenaga kesehatan terkait adalah dengan memberikan asuhan secara *continuity of care* dengan meningkatkan asuhan kebidanan yang bermutu dan menyeluruh kepada ibu dan bayi terutama pertolongan persalinan, kegawat daruratan obstetric serta asuhan bayi baru lahir dan melakukan pelatihan pengembangan *soft skill*. Dengan melakukan *continuity of care*, pelayanan yang dicapai yaitu terjalin hubungan yang terus menerus antara seorang wanita dan bidan. Asuhan yang berkelanjutan berkaitan

dengan kualitaspelayanan dari waktu ke waktu pasti membutuhkan hubungan yang terus menerus antara pasien dan tenaga kesehatan (Dinkes,2015).

Hasil survey di PMB Anik Rohanjarwati mulai dari Desember 2018 sampai dengan Februari 2019 terdapat data kunjungan kehamilan awal sebanyak 131 orang. Persalinan berkisar 83 orang, rujuk sekitar 20 orang, akibat letak sungsang 7 orang, preeklamsi sekitar 6 orang, IUFD sekitar 2 orangdan abortus 5 orang. Bayi Baru Lahir sekitar 63. Akseptor KB sebanyak 185, Suntik 130 (70.7 %), IUD 10 (6,3%), Implant 15 (8,5%), Pil25(14.5%).

Dari hasil pemeriksaan bidan danhasil kunjungan penulis didapatkan hasil perkembangan kesehatan ibu dan anak yang fisiologis, maka penulis melaksanakan Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny "K" usia 32 tahun tahun G_I P_{0000} Ab_{000}dengan Skor KSPR 2di rumah Ny."K" Ampeldento Pakis. Alasan Penulis mengambil pasien atas nama Ny "K" dikarenakan pasien termasuk kehamilan resiko rendah dimana walaupun ibu dengan kehamilan resiko rendah, tidak menutup kemungkinan di masa mendatang tidak akan ada komplikasi yang terjadi. Semua ibu hamil memiliki resiko yang bisa mengancam jiwanya. Upaya yang dapat penulis lakukan yaitu mengacu pada asuhan COC (*Continuity Of Care*) yaitu asuhan berkesinambungan mulai dari hamil, bersalin, nifas, neonatus sampai dengan KB. Pelayanan pada ibu hamil diberikan sekurang – kurangnya 4x selama kehamilan dengan waktu yang terjadwal minimal 1x pada Trimester I, 1x pada Trimester II, dan 2x pada Trimester III. Standart waktu pelayanan tersebut diharapkan untuk menjamin

perlindungan terhadap ibu dan janin yang di kandung berupa deteksi dini faktor resiko, pencegahan dan penanganan dini komplikasi kebidanan.

Asuhan Kebidanan pada Ny."K" usia 32 tahun G_I P_{0000} Ab_{000} Usia Kehamilan 36 minggu 2 hari diberikan asuhan secara komprehensif dengan pendokumentasian mulai dari hamil sampai dengan KB di PMB Anik Rohanjarwati Amd.Keb Kecamatan Pakis Kabupaten Malang.

1.2. Rumusan Masalah

Rumusan masalah dalam Tugas Akhir ini adalah ''Bagaimana melakukan asuhan kebidanan komprehensif pada Ny."K" Usia 32 tahun $G_IP_{0000}Ab_{000}$ dari masa hamil sampai KB?"

1.3. Tujuan penyusunan

1.3.1. Tujuan Umum

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

1.3.2. Tujuan Khusus

Adapun tujuan Khusus dalam penyusunan asuhan kebidanan secara *continuity of care* yaitu sebagai berikut:

1. Melakukan pengkajian, diagnosa, merencanakan, melaksanakan, melakukan evaluasi, dan melakukan pendokumentasian pada Ibu hamil.
2. Melakukan pengkajian, diagnosa, merencanakan, melaksanakan, melakukan evaluasi, dan melakukan pendokumentasian pada Ibu bersalin.

3. Melakukan pengkajian, diagnosa, merencanakan, melaksanakan, melakukan evaluasi, dan melakukan pendokumentasian pada Ibu nifas.
4. Melakukan pengkajian, diagnosa, merencanakan, melaksanakan, melakukan evaluasi, dan melakukan pendokumentasian pada neonatus.
5. Melakukan pengkajian, diagnosa, merencanakan, melaksanakan, melakukan evaluasi, dan melakukan pendokumentasian pada Akseptor KB.

1.4. Ruang Lingkup

1.4.1 Sasaran

Sasaran Asuhan Kebidanan ditujukan kepada ibu dengan memperhatikan *continuity of care* mulai hamil, bersalin, nifas, neonatus dan KB

1.4.2 Tempat

Lokasi yang dipilih untuk memberikan asuhan kebidanan pada ibu hamil adalah BPM Anik Rohanjarwati Pakis dan Rumah Pasien

1.4.3 Waktu

Waktu yang diperlukan mulai dari penyusunan asuhan sampai memberikan asuhan kebidanan di semester IV yaitu pada bulan Maret sampai Agustus 2018

1.5. Manfaat Laporan Tugas Akhir

1.5.1. Bagi Tempat Penelitian

Meningkatkan mutu pelayanan kebidanan terutama asuhan pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir dan KB.

1.5.2. Bagi STIKES Widyagama Husada Malang

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

1.5.3. Bagi Peneliti

Penyusunan laporan ini sangat bermanfaat untuk menambah pengetahuan, pengalaman dan wawasan kebidanan dalam batas *Continuity of Care,* terhadap ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir dan pelayanan KB.

1.5.4. Bagi Bidan

Sebagai salah satu media untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan secara menyeluruh mulai dari ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir, dan pelayanan KB.

1.5.5. Bagi Peneliti Selanjutnya

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

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1. Konsep Dasar

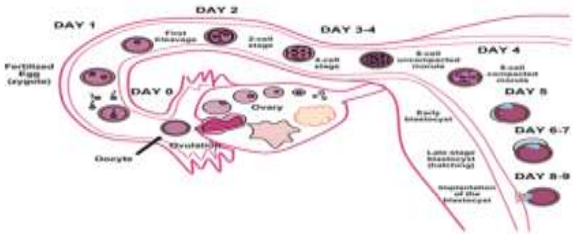
2.1.1. Konsep Dasar Kehamilan

1. Pengertian

Kehamilan merupakan pertumbuhan dan perkembangan janin intrauterine mulai sejak konsepsi berakhir sampai permulaan persalinan (Prawirohardjo, 2013).

Kehamilan merupakan hasil persatuan antara sperma dan sel telur. Dalam proses perjalan sperma menuju sel telur, sperma betul-betul penuh perjuangan untuk sampai pada sel telur. Hanya sedikit sekali yang mampu mencapai ke sel telur, dari sekitar 20 sampai 40 juta sperma yang di keluarkan pada saat ejakulasi. Dari jumlah yang sedikit sekali itu, hanya satu saja yang mampu membuahi sel telur (Elisabeth, 2015).

2. Proses Terjadinya Kehamilan



Gambar 1 Proses Terjadinya Kehamilan

Sumber: Hani, dkk (2014)

a. *Ovum*

1) Bisa dibuahi jika sudah melewati proses *oogenesis.*

2) Dikeluarkan oleh ovarium saat fase *ovulasi*, satu kali setiap siklus haid dan akan habis jika sudah masuk masa *menoupause*.
3) *Ovum* mempunyai waktu hidup 24-48 jam setelah dikeluarkan dari *ovarium*.
4) Mempunyai lapisan pelindung yaitu sel-sel granulosa dan zona pellusida yang harus bisa ditembus oleh sperma untuk dapat terjadi suatu kehamilan.

b. Sperma

1) Dikeluarkan oleh testis dan peristiwa pematangannya disebut *spermatogenesis.*
2) Jumlahnya akan berkurang, tetapi tidakakan habis seperti pada *ovum* dan tetap berproduksi meskipun pada lansia.
3) Kemampuan *fertilisasi* selama 2-4 hari, rata-rata 3 hari.
4) Terdapat 100 juta sperma pada setiap mililiter air mani yang dihasilkan, rata-rata 3 cc tiap ejakulasi.
5) Mengeluarkan *enzim hialuronidase* untuk melunakkan korona radiata atau sel-sel granulosa.
6) Mempunyai *morfologi* yang sempurna,yaitu kepala: berbentuk lonjong agak gepeng berisi inti *(nukleus),* diliputi lagi oleh *akrosom* dan membran plasma. Leher: menghubungkan kepala dengan bagian tengah. Ekor: panjang kurang lebih 10 kali bagian kepala dan dapat bergetar sehingga sperma dapat bergerak dengan cepat.

c. Fertilisasi

Bertemunya sel telur dan sperma. Saat terjadi *ejakulasi*, kurang lebih 3cc sperma yang dikeluarkan dari organ reproduksi

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

d. Pembelahan

Setelah melalui tahap pertama yaitu *fertilisasi* yang sudah membentuk zigot maka setelah 30 jam *zigot* akan membelah mejadi 2 tingkat sel, 4 sel, 8 sel sampai dengan 16 sel selama 3 hari dan akan membentuk sebuah gumpalan bersusun longgar. Setelah 3 hari sel-sel akan membelah dan membentuk buah arbei dan 16 sel disebut *Morula* (4 hari). Hari ke 4½-5 mulai terbentuk *blastokista* yaitu ruang antar sel menyatu dan membentuk rongga. Hari ke 5½-6 *zona pellusida* menghilang sehingga trofoblas memasuki dinding rahim (*endometrium*) dan siap *berimplantasi* dalam bentuk *blastokista* tingkat lanjut.

e. *Nidasi/Implantasi*

Nidasi atau *implantasi* merupakan penanaman sel telur yang sudah dibuahi ke dalam dinding uterus pada awal

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

3. Tanda dan Gejala Awal Kehamilan

Tanda dan gejala awal kehamilan menurut Jannah (2011), adalah sebagai berikut :

a. Tanda Tidak Pasti/Tanda *Presumtif*

Tanda tidak pasti/tanda *presumtif* adalah berubahan yang dirasakan oleh ibu (subjektif) dan muncul saat kehamilan. Yang termasuk tanda tidak pasti/tanda *presumtif* adalah:

1) *Amenorhoe* (tidak dapat haid)

Haid teratur akan dirasakan pada wanita sehat, *amenorhoe* merupkan salah satu tanda kemungkinan wanita tersebut hamil. Gejala ini sangat penting, karena umumnya

bagi wanita yang hamil akan mengalami *amenorhoe* (tidak dapat haid). Tetapi ada beberapa penyebab *amenorhoe* dapat terjadi pada wanita yang menderita penyakit TBC, *thypus,* anemia atau karena pengaruh psikis.

2) Mual (*nausea*) dan Muntah (*emesis*)

Pada umumnya, *nausea* akan terjadi pada awal-awal kehamilan terkadang juga di sertai dengan *emesis*. *Nausea* sering terjadi pada pagi hari, tetapi tidak semua wanita hamil akan merasakan hal ini. Oleh karena itu, hal ini lazim dan disebut dengan *morning sickness.* Dalam masa kehamilan hal ini adalah keadaan yang fisiologis, akan tetapi jika terlampau sering akan mengganggu kesehatan dan biasa disebut dengan *hiperemesis gravidarum*.

3) Mengidam (menginginkan makanan atau minuman tertentu)

Keadaaan ini lazim terjadi pada saat triwulan pertama dan akan menghilang seiring dengan bertambahnya usia kehamilan.

4) Mammae menjadi tegang dan membesar

Keadaan ini dikarenakan hormon yang meningkat pada saat kehamilan yaitu hormone esterogen dan progesterone. Kedua hormone tersebut akan merangsang duktus dan alveoli pada mammae sehingga glanula montglomery tampak lebih jelas.

5) *Anoreksia* (tidak ada nafsu makan)

Keadaan ini akan terjadi pada bulan-bulan pertama kehamilan, dan nafsu makan akan kembali setelah bulan-bulan pertama kehamilan.

6) Sering buang air kecil

Keadaan ini akan dirasakan pada triwulan pertama dikarenakan tertekannya kandung kemih oleh uterus yang mulai membesar. Pada triwulan kedua ketidaknyamanan ini akan hilang dengan sendirinya sebab kandung kemih keluar dari rongga panggul. Tetapi, akan muncul lagi pada triwulan ketiga, hal ini dikarena janin sudah mulai masuk ke panggul dan akan kembali mekan kandung kemih.

7) Obstipasi

keadaan ini terjadi karena pengaruh hormon steroid yang mengakibatkan tonus otot turun.

8) Pigmentasi Kulit

Keadaan ini terjadi pada triwulan kedua keatas. Terkadang akan tampak deposit pigmen yang berlebihan pada pipi, hidung, dan dahi yang biasa dikenal dengan sebutan cloasma gravidarum (topeng kehamilan). Hal ini juga terjadi pada areola mame, daerah leher, beserta juga linea alba. Kondisi ini juga terjadi karena pengaruh hormon kortoki steroid placenta yang merangsang melanofor dan kulit.

9) Epulis

Keadaan ini suatu hipertrofi papilla gangguvae yang sering terjadi pada pada tiga bulan pertama kehamilan.

10) *Varises* (penekanan vena-vena)

Kondisi ini sering dijumpai pada kehamilan tiga bulan terakhir, dan kondisi ini akan terdapat pada genetalia eksterna, fossa poplitea, kaki, dan betis. Pada wanita multigravida biasanya varises ditemukan pada kehamilan yang lalu dan

akan krmbali muncul pada triwulan pertama kehamilan. Terkadang juga timbulnya keadaan ini menjadi tanda pertama kehamilan muda.

b. Tanda Kemungkinan Hamil

Tanda kemungkinan hamil adalah tanda yang dapat dianalisis oleh pemeriksa (bersifat objektif), namun hanya berupa dugaan kehamilan saja. Semakin bnyak tanda-tanda yang didapatkan, akan semakin besar pula kemungkinan kehamilan terjadi. Yang termasuk tanda kemungkinan kehamilan adalah:

1) Pembesaran Uterus

Pada keadaan ini, perubahan akan terjadi pada bentuk, besar, dan juga konsistensi rahim. Pada saat pemeriksaan dalam, maka rahim dapat diraba dan dirasakan, bahwa rahim akan semakin besar dan juga bulat.

2) Tanda *Hegar*

Pada keadaan ini keadaan rahim menjadi lebih lunak, terutama pada bagian ismus. Ismus uteri akan mengalami hipertrofi seperti korpus uteri, ini akan terjadi pada minggu-minggu pertama. Hipertrofi ismus pada tiga bulan pertama kehamilan akan mengakibatkan ismus akan menjadi lebih panjang, dan juga lebih lunak, sehingga kalau diletakkan dua jari dalam fornix posterior, dan tangan satunya pada dinding perut diatas simpisis maka ismus ini tidak akan teraba seolah-olah korpus uteri sama sekali terpisah dari uterus.

3) Tanda *Chadwick*

Keadaan ini akan mengakibatkan vagina dan vulva menjadi lebih merah dan agak kebiru-biruan (*livide*)

dikarenakan adanya *hipervaskularisasi.* Warna porsiopun tampak livide. Hal ini disebabkan oleh pengaruh hormone esterogen.

4) Tanda *Piscaseck*

Keadaan ini ditandai dengan terjadinya pembesaran pada uterus, terkadang pembesaran ini tidak merata, tetapi pada daerah telur bernidasi akan cepat tumbuhnya. Hal ini akan menyebabkan pembesaran uterus menuju ke salah satu jurusan pembesaran tersebut.

5) Tanda *Braxton Hicks*

Keadaaan ini akan mengakibatkan kontraksi pada uterus, apabila uterus dirangsang. Pada saat melakukan palpasi uterus yang awal mulanya lunak, akan menjadi keras karena berkontraksi. tanda ini merupakan tanda yang khas untuk uterus dalam masa kehamilan.

6) Goodell Sign

Pada saat keadaan belum hamil, serviks konsisten keras, kerasnya seperti merasakan ujung hidung. Tetapi adasaat keadaan hamil serviks akan berubah menjadi lunak, seperti merasakan bibir, atau ujung bawah daun telinga.

7) Reaksi Kehamilan Positif

Keadaan ini merupakan cara yang sangat mudah untuk menentukan kehamilan sedini mungkin, dengan menentukan adanya *human chorionic gonadotropin* pada kehamilan muda yakni air seni pertama di pagi hari.

c. Tanda Pasti Kehamilan

Tanda ini merupakan tanda yang didapatkan oleh pemeriksa, dan juga dapat digunakan untuk menegakkan diagnosa pada kehamilan. Yang termasuk tanda pasti kehamilan adalah:

1) Terasa gerakan janin

Gerakan janin ini akan dirasakan pada usia kehamilan ke 18 minggu untuk primigravida, dan akan dirasakan 16 minggu pada multigravida karena telah berpengalaman dari kehamilan sebelumnya. Pada bulan keempat dan kelima kehamilan, janin yang diraskan akan berukuran kecil jika dibandingkan dengan banyaknya air ketuban, maka jika rahim didorong atau di goyangkan, akan terasa melenting di dalam rahim.

2) Teraba Bagian-Bagian Janin

Keadaan ini secara objektif akan diketahui oleh pemeriksa melalui cara palpasi menurut *leopold* pada kahir trimester kedua.

3) Denyut Jantung Janin

DJJ akan diketahui oleh pemeriksa dengan menggunkan:

a) *Fetal electrocardiograph* pada kehamilan 12 minggu.
b) Sistem *doppler* pada kehamilan 12 minggu.
c) Stetoskop *laenec* pada kehamilan 18-20 minggu.

4) Akan terlihat bagian janin pada saat pemeriksaan rontgen.
5) Dengan menggunkan USG akan memperluhatkan gambaran janin, ukuran kantong janin, panjang janin, dan juga diameter bipateralis sehingga dengan pemeriksaan ini dapat memperkirakan tuanya usia kehamilan.

4. Klasifikasi Kehamilan

Menurut (Astuti P, 2012) ditinjau dari tuanya kehamilan dibagi menjadi 3 bagian yaitu :

a. Trimester I (Sebelum 14 minggu)

Mendeteksi masalah yang dapat ditangani sebelum membahayakan jiwa, mencegah masalah misal : tetanus neonatal, anemia, kebiasaan tradisional (pijat oyok), membangun hubungan yang saling percaya, memulai persiapan kelahiran dan kesiapan menghadapi komplikasi, mendorong perilaku hidup sehat seperti olahraga, nutrisi dan kebersihan.

b. Trimester II (14-28 minggu)

Mendeteksi masalah yang dapat ditangani sebelum membahayakan jiwa, mencegah masalah misal : tetanus neonatal, anemia, kebiasaan tradisional (pijat oyok), membangun hubungan yang saling percaya, memulai persiapan kelahiran dan kesiapan menghadapi komplikasi, mendorong prilaku hidup sehat seperti olahraga, nutrisi dan kebersihan, ditambah dengan kewaspadaan khusus terhadap hipertensi kehamilan (deteksi gejala preklamsia, pantau TD, evaluasi edema, dan proteinuria).

c. Trimester III (28-36 minggu dan Setelah 36 minggu)

1) 28-36 minggu

Mendeteksi masalah yang dapat ditangani sebelum membahayakan jiwa, mencegah masalah misal : tetanus neonatal, anemia, kebiasaan tradisional (pijat oyok), membangun hubungan yang saling percaya, memulai persiapan kelahiran dan kesiapan menghadapi komplikasi, mendorong prilaku hidup sehat seperti olahraga, nutrisi dan

kebersihan, ditambah dengan kewaspadaan khusus terhadap hipertensi kehamilan (deteksi gejala *preklamsia,* pantau TD, evaluasi edema, dan *proteinuria*) serta deteksi kehamilan ganda.

2) Setelah 36 minggu

Mendeteksi masalah yang dapat ditangani sebelum membahayakan jiwa, mencegah masalah misal : tetanus *neonatal*, *anemia,* kebiasaan tradisional (pijat oyok), membangun hubungan yang saling percaya, memulai persiapan kelahiran dan kesiapan menghadapi komplikasi, mendorong prilaku hidup sehat seperti olahraga, nutrisi dan kebersihan, ditambah dengan kewaspadaan khusus terhadap hipertensi kehamilan (deteksi gejala preklamsia, pantau TD, evaluasi edema, dan *proteinuria*), deteksi kehamilan ganda, deteksi kelainan letak atau kondisi yang memerlukan persalinan di RS.

menurut (Hanin dkk, 2014) Klasifikasi Kehamilan Berdasarkan Lama Kehamilanberlangsung sampai persalinan aterm sekitar 280 hari sampai 300 hari dengan perhitungan sebagai berikut :

1. *Abortus* : kehamilan sampai usia 16-20 minggu
2. *Immatur* : kehamilan sampai usia 21-28 minggu
3. *Prematur* : kehamilan sampai usia 29-36 minggu
4. *Aterm* : kehamilan sampai usia 37-42 minggu
5. *Postdate* : kehamilan melebihi usia 42 minggu

5. Waktu Kunjungan Kehamilan

Menurut Saifuddin (2011), setiap wanita hamil menghadapi risiko komplikasi yang bisa mengancam jiwanya. Oleh karena itu, setiap wanita hamil memerlukan sedikitnya 4 kali kunjungan selama periode antenatal, yaitu:

a. 1 kali kunjungan selama trimester pertama (sebelum minggu ke 14)
b. 1 kali kunjungan selama trimester kedua (antara minggu 14-28)
c. 2 kali kunjungan selama trimester ketiga (antara minggu 28-36 dan sesudah minggu ke 36)

6. Asuhan Standart Kehamilan

Asuhan kehamilan termasuk dalam “14 T”, yaitu:

a. Timbang berat badan dan tinggi badan (T1)

   Pengukuran berat badan dan timbang badan perlu dilakukan pada masa kehamilan. Pemeriksaan ini bertujuan untuk mengetahui kenaikan ideal berat badan hamil. Kenaikan ideal pada ibu hamil dengan IMT (Indeks Masa Tubuh) dibawah 18,5 (BB dibawah normal) dianjurkan menaikkan BB 12,7 – 18,1 kg selama hamil. IMT normal 18,5 – 22,9 (ideal) dianjurkan menaikkan BB 11,3 – 15,19 kg selama hamil. IMT sekitar 23 (kelebihan berat badan) dianjurkan menikkan berat badan 6,8 – 11,3 kg selama hamil. IMT diatas 25 (obesitas) dianjurkan menaikkan berat badan 5,0 – 9,1.

b. Ukur tekanan darah (T2)

   Tekanan darah merupakan indikasi khusus ibu hamil untuk skreening adanya tanda – tanda Hipertensi ataupun Preeklamsia. Tekanan darah normal ibu hamil dengan sistolik 90 – 120 mmHg

dan tekanan diastolic 60 – 80 mmHg. Dengan kata lain tekanan darah ibu hamil normal berkisar 90/60 – 120/80 mmHg.

c. Ukur tinggi fundus uteri (T3)

Pengukuran tinggi funsus uteri atau TFU bertujuan untuk mengetahui perkembangan janin dan menghitung usia kehamilan ibu. Pemeriksaan biasanya dilakukan setiap kali ibu hamil periksa kehamilannya.

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

Pemberian tablet fe bertujuan untuk membantu pemenuhan zat besi pada ibu hamil, mengingat selama hamil ibu harus berbagi nutrisi dengan janin maka ibu hamil diberikan tablet fe minimal 60 tablet selama hamil sebagai komponen untuk menambah asupan nutrisi pada janin, mencegah anemia defisiensi zat besi, mencegah perdarahan saat persalinan dan menurunkan resiko naiknya AKI (Angka Kematian Ibu).

e. Pemberian imunisasi TT (T5)

Memberikan kekebalan pasif kepada ibu hamil terhadap tetanus, karena vaksinasi selama hamil juga ikut membantu bayinya menghindari tetanus selama beberapa minggu setelah lahir, Mencegah terjadinya penyakit tetanus pada ibu saat hamil, bersalin dan nifas, Melindungi bayi baru lahir dari tetanus neonatorum misalnya akibat infeksi tali pusat pada proses persalinan

f. Pemeriksaan Hb (T6)

Hemoglobin merupakan protein di dalam sel darah merah yang berfungsi untuk mengangkut oksigen ke seluruh tubuh. Maka, hemoglobin memiliki peran yang sangat penting dalam tubuh

manusia. Fungsi hemoglobin menjadi sangat krusial bagi ibu hamil. Selain menentukan kesehatan ibu, hemoglobin juga sangat menentukan kehidupan janin di dalam kandungan. Untuk itu, setiap ibu hamil sebaiknya memeriksakan kadar hemoglobinnya secara teratur.Menurut Ali Sungkar, Spesialis Kandungan dan Kebidanan, sekaligus Ketua Umum Perkumpulan Perinatologi Indonesia (PERINASIA), normalnya kadar hemoglobin (hb) ibu hamil sebaiknya berada pada angka 11 g/dl. Bila kurang dari angka tersebut, ibu hamil dinyatakan mengalami anemia.

g. Pemeriksaan VDRL *(Veneral Disease Research Lab)* (T7)

Idealnya tes dilakukan pada trimester pertama begitu positif hamil. Tujuannya untuk mengenali status kesehatan bumil dan infeksi yang ada bisa segera mendapat terapi. Pada awal trimester ketiga sebaiknya beberapa pemeriksaan dicek ulang seperti hematologi, tes glukosa darah dan urinalisa. Hal ini untuk mengevaluasi ulang karena pada trimester ketiga beberapa penyakit bisa muncul seperti diabetes dan preeklamsia. Selain itu kondisi anemia bisa muncul kembali akibat hemodilusi pada tubuh bumil.Jika ditemukan adanya kelainan seperti pembawa thalassemia pada bumil, maka harus dilakukan pemeriksan apakah suami juga pembawa thalassemia sehingga berisiko janin penderita thalassemia. Jika terdapat anemia saat persalinan juga dapat diantisipasi dengan menyediakan darah untuk transfusi.Jika diketahui setelah tes ditemukan kelainan, maka perlu diberi obat-obatan tertentu atau dieksplorasi lebih lanjut ke arah penyakit yang dicurigai diderita pasien.

h. Pemeriksaan protein urine (T8)

Pemeriksaan protein urine bertujuan untuk mendeteksi adanya preeklamsi pada kehamilan. Tanda – tanda lain yaitu Hipertensi dan pembengkakan pada ekstremitas sampai dengan wajah.

i. Pemeriksaan urine reduksi (T9)

Pemeriksaan reduksi urine merupakan pemeriksaan urine yang bertujuan untuk mengetahui kadar gula pada tubuh. Kadar gula yang melebihi normal merupakan keadaan dimana ibu hamil mengalami Diabetes Gestational.

j. Perawatan payudara (T10)

Perawatan payudara secara dini saat hamil akan sangat membantu pada saat nanti proses laktasi. Manfaat perawatan payudara saat hamil dapat melancarkan produksi ASI, memperlancar proses menyusui serta dapat menghindari terjadinya hal – hal patologis pada saat masa nifas.

k. Senam hamil (T11)

*Stretching*pada saat hamil merupakan salah satu cara untuk mengurangi nyeri saat persalinan. Pada ibu hamil yang melakukan senam hamil memiliki efek baik yakni otot menjadi lebih lentur terutama pada otot perineum dimana hal ini akan menghindari terjadinya rupture perineum saat persaliinan. Efek baik lainnya yaitu kesehatan ibu dan janin akan jauh lebih baik karena senam hamil juga dapat melancarkan sirkulasi darah dari ibu menuju calon bayi.

l. Pemberian obat malaria (T12)

Obat malaria diberikan pada ibu hamil di daerah endemis yang mempunyai resi terkena penyakit Malaria. Hal ini bertujuan untuk

mencegah terjadinya kelainan pada calon bayi nantinya. Gejala klinis penderita malaria yang penting diperhatikan ialah demam, anemia, hipoglikemia, edema paru akut dan malaria berat lainnya. Pemerian obat malaria memiliki fungsi sebagai barier untuk janin agar tidak dapat tertular penyakit tersebut.

m. Pemberian kapsul minyak yodium (T13)

Kebutuhan yodium sangat penting, pendapat itu dipertegas dari penelitian yang dilakukan di Australia, bahwa selama kehamilan dan enam bulan pasca melahirkan seringkali kekurangan yodium, meskipun dalam jumlah yang sedikit. Yodium adalah jenis mineral yang akan berdampak pada perkembangan neurologis janin, sehingga penting untuk dicukupi kebutuhannya. Perlu anda ingat meskipun kebutuhan yodium harus dipenuhi bukan berarti konsumsinya berlebih dikarenakan kelebihan yodium justru akan menimbulkan masalah kesehatan pada ibu hamil. Organisasi kesehatan dunia, WHO merekomendasikan pada ibu hamil untuk mendapatkan yodium sebanyak 220 mikrogram untuk menjaga kondisi kesehatan ibu dan janin selama kehamilan dan setelah persalinan.

n. Temu wicara atau konseling (T14)

Temu wicara dan konseling untuk ibu hamil dilakukan oleh tenaga kesehatan pada saaat pemeriksaan kehamilan. KIE (Komunikasi, Informasi dan Edukasi) merupakan cara terbaik untuk memberikan asuhan pada ibu hamil. Asuhan yang diberikan berupa berkomunikasi dengan ibu hamil mngetahui keluhan dan informasi mengenai ibu hamil dan kehamilan, memberikan ibu informasi

terkait kehamilannya sekarang serta memberikan ibu hamil edukasi secara dini pada kehamilan.

7. Perubahan Fisiologis dan Psikologis Kehamilan

a. Perubahan fisiologis ibu hamil

1) Rahim atau uterus

Rahim yang membesar sejempol atau beratnya 30 gram akan menjadi 1000 gram saat akhir kehamilan (Rustam Mochtar, 2010).

2) Vagina (liang senggama)

Vagina dan vulva akan mengalami peningkatan pembuluh darah karena pengaruh esterogen sehingga tampak makin merah dan kebiru-biruan.

3) Ovarium

Dengan terjadinya kehamilan, indung telur yang mengandung korpus luteum gravidarum akan meneruskan fungsinya sampai terbentuknya plasenta yang sempurna pada umur kehamilan 16 minggu.

4) Payudara

Payudara menjadi lebih besar, glandula Montgomery makin tampak, areola payudara makin hiperpigmentasi (menghitam) putting susu makin menonjol.

5) Sirkulasi darah

Sel darah akan makin meningkat jumlahnya untuk mengimbangi pertumbuhan janin dalam rahim. Serum darah (volume darah) meningkat sebesar 25-30% sedangkan sel darah bertambah sekitar 20%(Manuaba, 2010).

6) Berat badan ibu hamil bertambah

Berat badan ibu hamil akan bertambah antara 6,5-16,5 kg selama hamil atau terjadi kenaikan berat badan sekitar 0,5 kg/minggu. (Rustam Mocthar, 2008)

b. Perubahan psikologis ibu hamil

1) Perubahan psikologis trimester I

Pada trimester pertama seorang ibu akan selalu mencari tanda-tanda untuk lebih meyakinkan bahwa dirinya memang hamil. Setiap perubahan yang terjadi pada tubuhnya akan selalu diperhatikan dengan seksama, karena perutnya masih kecil, kehamilan merupakan rahasia seorang ibu yang mungkin diberitahukannya pada orang lain atau dirahasiakannya (Pusdiknakes, 2010).

2) Perubahan psikologis trimester II

Trimester kedua biasanya adalah saat ibu merasa sehat. Tubuh ibu sudah terbiasa dengan kadar hormon yang lebih tinggi dan rasa tidak nyaman karena hamil sudah berkurang. Perut ibu belum terlalu besar sehingga belum dirasakan sebagai beban. Ibu sudah menerima kehamilannya dan sudah mulai dapat menggunakan energi dan pikirannya secara lebih konstruktif. Pada trimester ini pula ibu dapat merasakan gerakan bayinya dan ibu sudah mulai merasakan kehadiran bayinya bagi seorang diluar dari dirinya sendiri. Banyak ibu yang merasa terlepas dari rasa kecemasan, rasa tidak nyaman seperti yang dirasakan pada trimester pertama dan merasakan meningkatnya libido.

3) Perubahan psikologis trimester III

Trimester ketiga sering kali disebut periode menunggu dan waspada sebab pada saat itu ibu merasa tidak sabar menunggu kelahiran bayinya. Seorang ibu mungkin mulai merasakan takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang akan timbul pada waktu melahirkan. Rasa tidak nyaman akibat kehamilan timbul kembali pada trimester ketiga dan banyak ibu yang merasa dirinya aneh dan jelek. Disamping itu ibu mulai mersa sedih akan berpisah dengan bayinya dan kehilangan perhatian khusus yang diterima selama hamil. Pada trimester ini ibu memerlukan dukungan dari suami, keluarga, dan bidan.

8. Kebutuhan Fisik dan Psikologis Kehamilan

Menurut Bobak (2012), kebutuhan ibu hamil, yaitu :

a. Kebutuhan Fisik Ibu Hamil

1) Kebutuhan oksigen

Selama kehamilan kebutuhan oksigen ibu hamil meningkat sebanyak 20%. Hal ini disebabkan karena selama kehamilan pembesaran uterus dapat menekan diafragma sehingga tinggi diafragma bergeser 4cm dan kapasitas total (paru-paru berkurang 5%).

2) Kebutuhan nutrisi

Pada prinsipnya nutrisi selama kehamilan adalah makanan sehat dan seimbang yang harus dikonsumsi ibu selama masa kehamilannya meliputi karbohidrat, protein, lemak, vitamin, dan mineral.

3) Kebutuhan personal hygiene

Macam-macam personal hygiene ibu hamil meliputi mandi, gosok gigi dan mulut, perawatan kulit, perawatan payudara, dan pakaian.

4) Kebutuhan eliminasi

a) Eliminasi urine dapat meningkat pada kehamilan trimester I dan trimester III karena adanya penekanan pada kandung kemih oleh uterus.

b) Eliminasi alvi cenderung tidak teratur karena adanya relaksasi otot polos dan kompresi usus bawah oleh uterus yang membesar pada kehamilan dan serta karena adanya aksihormonal yang dapat mengurangi gerakan peristaltik usus.

5) Kebutuhan seksual

Biasanya gairah seksual ibu hamil akan menurun pada trimester I dan trimester III, sedangkan pada trimester II gairah ibu akan kembali.

6) Kebutuhan mobilitas

Ibu hamil boleh melakukan olahraga asal tidak terlalu capek atau ada risiko cidera bagi ibu atau janin. Ibu hamil dapat melakukan mobilitas misalnya berjalan-jalan. Hindari gerakan melonjak, meloncat atau mencapai benda yang lebih tinggi.

7) Kebutuhan istirahat dan tidur

Anjurkan ibu untuk istirahat cukup, setidaknya 1,5 jam pada siang hari dan 8-11 jam pada malam hari.

8) Imunisasi

Imunisasi TT perlu diberikan pada ibu hamil untuk mencegah terjadinya penyakit tertentu, misalnya tetanus neonatorum.

9) Persiapan persalinan dan kelahiran bayi

Diberikan pada trimester I sampai trimester III meliputi persiapan fisik atau fisiologis, persiapan psikologis, persiapan keuangan, persiapan tempat melahirkan, persiapan transportasi, dan persiapan barang-barang kebutuhan ibu dan bayi.

b. Kebutuhan Psikologis Ibu Hamil

1) Support keluarga

Meliputi motivasi suami, keluarga, dan usaha untuk mempererat ikatan keluarga. Sebaiknya keluarga menjalin komunikasi yang baik, dengan itu untuk membantu ia untuk menyesuaikan diri dan menghadapi masalah selama kehamilannya karena sering kali merasa ketergantungan atau butuh pantauan orang-orang disekitarnya.

2) Support dari tenaga kesehatan

Dalam hal ini petugas kesehatan membantu ibu beradaptasi selama ibu hamil, membantu mengatasi ketidaknyamanan yang dialami ibu dan mengenal serta menghindari kemungkinan komplikasi. Selain itu, petugas kesehatan juga berperan dalam membantu untuk mempersiapkan untuk menjadi orang tua dan dalam mewujudkan kesehatan yang optimal.

3) Persiapan menjadi orang tua

Dapat dilakukan dengan memberikan pendidikan antenatal untuk membantu menyelesaikan ketakutan dan kekhawatiran yang dialami para calon orang tua.

4) Persiapan sibling

Dipersiapkan untuk orang tua yang sudah memiliki anak hal ini bertujuan untuk memudahkan anak sebelumnya beradaptasi dan menerima kenyataan terhadap kehidupan atau suasana lingkungan mereka yang baru.

9. Tanda Bahaya Kehamilan

Menurut Yeyeh (2014), pada ibu hamil ada enam bahaya dalam kehamilan, meliputi:

a. Perdarahan vagina pada awal kehamilan, perdarahan yang tidak normal adalah merah, perdarahan banyak, atau perdarahan dengan nyeri.
b. Sakit kepala yang hebat. Sakit kepala yang menunjukkan suatu masalah yang serius adalah sakit kepala hebat, yang menetap, dan tidak hilang dengan istirahat. Dengan sakit kepala yang hebat, penglihatan ibu menjadi kabur atau terbayang. Sakit kepala yang hebat dalam kehamilan adalah gejala dari preeklamsi.
c. Nyeri abdomen yang hebat. Nyeri abdomen yang hebat menetap, dan tidak hilang setelah beristirahat. Hal ini seperti appendicitis, persalinan preterm, kehamilan ektopik, aborsi, penyakit radang panggul, gastritis, penyakit kantong empedu, abrupsi plasenta, infeksi saluran kemih, dan infeksi lain.

d. Perubahan vital secara tiba-tiba (pandangan kabur, rabun senja). Masalah visual yang mengindikasikan keadaan yang mengancam jiwa adalah perubahan visual yang mendadak.

e. Bengkak pada muka atau tangan. Bengkak bisa mewujudkan masalah yang serius jika muncul pada muka dan tangan, tidak hilang setelah beristirahat, dan disertai dengan keluhan fisik yang lain.

f. Bayi kurang bergerak seperti biasa. Ibu mulai merasakan gerakan bayinya pada bulan ke-5 atau ke-6, beberapa ibu dapat merasakan gerakan bayinya lebih awal. Jika bayi tidur gerakannya akan melemah.

10. Asuhan Antenatal Care

a) Pengertian

Menurut (Manuba, 2014) pemeriksaan *antenatal care* (ANC) adalah pengawasan kehamilan untuk mengetahui kesehatan umum ibu, menegakan secara dini penyakit yang menyertai kehamilan, menegakan secara dini komplikasi kehamilan, dan menetapkan resiko kehamilan.

Menurut (Sarwono, 2014)Kehamilan merupakan *fertilisasi* atau penyatuan dari *spermatozoa* dan *ovum* dan dilanjutkan dengan *nidasi* atau i*mplantasi*. Bila dihitung dari saat *fertilisasi* hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam 40 minggu atau 10 bulan atau 9 bulan menurut kalender internasional.

b) Tujuan Antenatal Care

Menurut (Yulifah R, 2014) tujuan *antenatal care* dibagi menjadi 5 yaitu:

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

11. Skrining Kehamilan

Ibu hamil dibagi dalam 3 kelompok, yaitu:

a. Kehamilan Resiko Rendah (KRR) skor 2 hijau

Kehamilan normal tanpa masalah atau resiko.Kemungkinan besar: persalinan normal, tetap waspada komplikasi persalinan ibu dan bayi baru lahir hidup sehat.

b. Kehamilan Resiko Tinggi (KRT) skor 6-10 kuning

Kehamilan dengan factor resiko, baik dari ibu dan atau janin dapat menyebabkan komplikasi persalinan. Dampak kematian atau kesakitan atau kecacatan pada ibu dan bayi baru lahir.

c. Kehamilan Resiko Sangat Tinggi (KRST) skor ≥ 12 merah

Kehamilan dengan faktor resiko ganda 2 lebih baik dari ibu dan atau janinnya yang dapat menyebabkan:

1) Lebih besar risiko atau bahaya komplikasi persalinan
2) Lebih besar dampak kematian ibu dan atau bayi

2.1.2. Konsep Dasar Persalinan

1. Pengertian

Menurut (Saifuddin, 2015) persalinan normal dan kelahiran normal adalah suatu proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir secara spontan dengan presentasi belakang kepala, dan berlangsung selama 18 jam, tanpa komplikasi apapun baik pada bayi maupun pada ibu.

Menurut (Nurasiah, 2012) persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi yang sudah dapat hidup diluar *uterus* melalui vagina ke dunia luar. Proses kelahiran tersebut dapat dikatakan normal jika pada waktu lahir posisi letak bayi adalah belakang kepala dan dapat berlangsung tanpa bantuan alat apapun, serta tidak akan melukai bayi maupun ibu, dan biasanya proses ini akan berlangsung selama kurang dari 24 jam.

Menurut (JNPK-KR, 2010) persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi (bayi, plasenta, dan selaput ketuban) dari uterus pada kehamilan cukup bulan (umur kehamilan lebih dari 37 minggu) tanpa disertai penyulut.

2. Jenis-jenis Persalinan

Menurut (Rukmawati, 2014) ada 2 jenis-jenis persalinan, yaitu berdasarkan bentuk persalinan dan menurut usia kehamilan:

a. Jenis Persalinan Berdasarkan Bentuk Persalinan

1) Persalinan Spontan

Persalinan seluruhnya berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri.

2) Persalinan Buatan

Persalinan dengan bantuan tenaga dari luar.

3) Persalinan Anjuran

Persalinan ditimbulkan dari luar dengan jalan rangsangan yang dilakukan atas anjuran dokter atau bidan karena adanya indikasi yang dapat mebahayakan ibu.

b. Jenis Persalinan Menurut Usia Kehamilan

1) Abortus

Pengeluaran buah kehamilan sebelum usia kehamilan 20 minggu dengan berat badan janin kurang dari 500 gram.

2) Partus Immatur

Pengeluaran buah kehamilan antara usia kehamilan 20 minggu sampai 28 minggu dengan berat badan janin anatara 500 gram dan kurang dari 1000 gram.

3) Partus Prematur

Pengeluaran buah kehamilan antara usia kehamilan 28 minggu sampai <37 minggu dengan berat badan janin anatara 1000 gram dan kurang dari 2500 gram.

4) Partus Matur atau Partus Aterm

Pengeluaran buah kehamilan antara usia kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dengan berat badan janin lebih dari 2500 gram.

5) Partus *Serotinus* atau Partus *Postmatur*

Pengeluaran buah kehamilan lebih dari 42 minggu.

3. Tahapan Persalinan

No	Tahapan	Tanda Persalinan	Berlangsung selama		Asuhan yang diberikan
			Primigravida	Multigravida	
1	Inpartu kala 1	Adanya pembukaan, keluarnya cairan dari jalan lahir (lendir bercampur darah), adanya kontraksi	Fase laten :2-6 jam Fase aktif :4-8 jam	Fase laten: 1-4 jam Fase aktif:4-5 jam	Tenaga kesehatan memeberikan asuhan berupa menganjurkan ibu untuk jalan jalan kecil, tidur miring ke kiri, relaksasi dengan mengatur pernafasan serta memenuhi kebutuhan nutrisi ibu
2	Inpartu kala 2	Pembukaan lengkap (10 cm), dorongan ingin meneran, tekanan pada anus, perineum menonjol, vulva / vagina membuka. His menjadi lebih kuat, peningkatan pengelluaran lender bercampur darah.	2 jam	1 jam	Memberikan ibu posisi untuk meneran, memberikan ibu kesempatan untuk didampingi keluarga saat persalinan, menolong persalinan sera memberikan asuhan pada bayi baru lahir
3	Inpartu kala 3	Semburan darah tiba-tiba, talipusat memanjang, uterus globuler.	< 30 menit	< 30 menit	Menolong melahirkan plasenta dengan MAK 3(manajemen aktif kala 3) sesuai standart
4	Inpartu kala 4	Plasenta lahir *intact*/ lengkap	2 jam	2 jam	Observasi keadaan ibu pasca melahirkan selama 2 jam Postpartum melputi TTV, perdarahan, keadaan umum ibu, kontraksi uterus dll.

4. Mekanisme Persalinan

Gambar 2 Mekanisme Persalinan

Sumber : Kuswanti, dkk (2014)

a. *Engagement*

Masuknya kepala ke pintu atas panggul, pada primi terjadi pada bulan terakhir kehamilan dan pada multi terjadi pada permulaan persalinan(Dwi, Cristine, 2012).

b. Turunnya kepala

Penurunan kepala lebih lanjut terjadi pada kala satu dan kala dua persalinan. Hal ini disebabkan karena adanya kontraksi dan retraksi dari segmen atas rahim, yang menyebabkan tekanan langsung pada fundus pada bokong janin. Dalam waktu yang bersamaan terjadi relaksasi dari segmen bawah rahim,sehingga terjadi penipisan dan dilatasi *serviks*. Keaadaan ini menyebabkan bayi terdorong kejalan lahir.

c. *Fleksi*

Merupakan gerakan kepala janin yang menunduk ke depan sehingga dagunya menempel pada dada. Keuntungan dari bertambah *fleksi* ialah bahwa ukuran kepala yang lebih kecil melalui jalan lahir: diameter *suboksipito bregmatika* (9,5 cm) menggantikan diameter *suboksipito frontalis* (11 cm).*Fleksi* ini disebabkan karena anak didorong maju dan sebaliknya mendapat tahanan dari pinggir pintu atas panggul, *serviks*, dinding panggul atau dasar panggul. Akibat dari kekuatan ini adalah terjadinya *fleksi* karena moment yang menimbulkan *fleksi* lebih besar dari moment yang menimbulkan *defleksi* (Lockhart. 2014).

d. Rotasi *interna* (putaran paksi dalam)

Yang dimaksud dengan putaran paksi dalam adalah pemutaran dari bagian depan sedemikian rupa sehingga bagian terendah dari bagian depan memutar ke depan ke bawah *symphisis*. Pada

presentasi belakang kepala bagian yang terendah ialah daerah ubun-ubun kecil dan bagian inilah yang akan memutar ke depan dan ke bawah *symphysis*.Sebab-sebab terjadinya putaran paksi dalam adalah:

a. Pada letak *fleksi*, bagian belakang kepala merupakan bagian terendah dari kepala.
b. Bagian terendah dari kepala ini mencari tahanan yang paling sedikit terdapat sebelah depan atas dimana terdapat *meatus genitalis* antara *muskulus levator ani* kiri dan kanan.
c. ukuran terbesar dari bidang tengah panggul ialah diameter *antero posterior*.

e. *Ekstensi*

Setelah putaran paksi selesai dan kepala sampai di dasar panggul, terjadilah *ekstensi* atau *defleksi* dari kepala. Hal ini disebabkan karena sumbu jalan lahir pada pintu bawah panggul mengarah ke depan atas, sehingga kepala harus mengadakan *ekstensi* untuk melaluinya(Dwi, Cristine. 2011).

f. Rotasi *eksterna* (putaran paksi luar)

Setelah kepala lahir, maka kepala anak memutar kembali ke arah punggung anak untuk menghilangkan torsi pada leher yang terjadi karena putaran paksi dalam. Gerakan ini disebut putaran *restitusi* (putaran balasan= utaran paksi luar)(Lockhart. 2014).

g. Ekspulsi

Mengacu kepada kelahiran bagian tubuh bayi yang lain dan peristiwa ini menandai akhir dari kala dua persalinan (Lockhart2014).

5. Faktor yang Mempengaruhi Persalinan

Menurut (Sumarah, 2009) faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan yaitu *power*, *passage*, *passanger*, posisi ibu dan *psikologis*.Menurut (Bandiyah, 2009) faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan adalah *power*, *passage*, *passanger, psycian, psikologis*.

a. *Power* (Kekuatan)

Kekuatan terdiri dari kemampuan ibu melakukan kontraksi *involunter* dan *volunteer* secara bersamaan untuk mengeluarkan janin dan plasenta dari *uterus*. Kontraksi *involunter* disebut juga kekuatan *primer*, menandai dimulainya persalinan. Apabila *servik* berdilatasi, usaha *volunteer* dimulai untuk mendorong, yang disebut kekuatan *sekunder*, dimana kekuatan ini memperbesar kekuatan kontraksi *involunter* .

b. *Passage* (Jalan Lahir)

Jalan lahir terdiri dari panggul ibu, yakni bagian tulang padat, dasar panggul, vagina, dan introitus (lubang luar vagina). Meskipun jaringan lunak, khususnya lapisan-lapisan otot dasar panggul ikut menunjang keluarnya bayi, tetapi panggul ibu jauh lebih berperan dalam proses persalinan. Janin harus berhasil menyesuaikan dirinya terhadap jalan lahir yang relatif kaku.Jalan lahir/panggul keras:

1) 2 tulang pangkal paha (os coxae) terdiri dari os ilium (tulang usus), os ischium (tulang duduk) dan os pubis (tulang kemaluan).
2) 1 tulang kelangkang (os sacrum).
3) 1 tulang ekor (os cocsygis).

Bidang-bidang hodge adalah bidang semu sebagai pedoman untuk menentukan kemajuan persalinan yaitu seberapa jauh penurunan

kepala melalui pemeriksaan dalam/vagina toucher (VT).Adapun bidang hodge sebagai berikut:

1) Hodge I : Bidang yang setinggi pintu atas panggul (PAP) yang di bentuk oleh promotorium, artikulasio, sakro-iliaca, sayap sacrum, linea inominata, ramus superior os pubis, tepi atas symfisis pubis.
2) Hodge II : Bidang setinggi pinggir bawah symfisis pubis berhimpit dengan PAP (Hodge I)
3) Hodge III : Bidang setinggi spina ischikadika berhimpit dengan PAP (Hodge II)Hodge IV : Bidang setinggi ujung os soccygis berhimpit dengan PAP (Hodge III)

Bagian lunak panggul

Bagian ini tersusun atas segmen bawah uterus, servik uteri, vagina,muskulus dan ligamentum yang menyelubungi dinding dalam dan bawah panggul.

c. *Passanger* (Janin Dan Plasenta)

Janin bergerak sepanjang jalan lahir merupakan akibat interaksi beberapa faktor, yakni ukuran kepala janin, presentasi, letak, dan posisi janin. Karena plasenta juga harus melewati jalan lahir, maka ia dianggap juga sebagai bagian dari passenger yang menyertai janin. Namun plasenta jarang menghambat proses persalinan pada kehamilan normal.

1) Ukuran Kepala Janin

   Diameter, *sub occipito brekmatika* 9,5cm, *occipito frontalis* 12cm, *mento occipitalis* 13,5cm, *submento bregmatika* 9,5cm. Ukuran circumferensia (keliling), Fronto occipitalis 34cm, mento occipitalis 35cm, sub occipito bregmatika 32cm.

2) Presentasi Janin

Presentasi adalah bagian janin yang pertama kali memasuki pintu atas panggul dan terus melalui jalan lahir saat persalinan mencapai aterem.

3) Letak janin

Letak adalah hubungan antara sumbu panjang (punggung) janin terhadap sumbu panjang (punggung ibu). Ada dua macam letak yaitu memanjang atau vertikal, dan melintang atau horizontal.

4) Sikap janin

Sikap adalah hubungan bagian tubuh janin yang satu dengan bagian tubuh yang lain. Janin mempunyai postur yang khas (sikap) saat berada dalam rahim.

5) Posisi janin

Posisi adalah hubungan antara bagian perentasi (*oksiput, sacrum,* mentum/dagu, sinsiput/puncak kepala yang *defleksi*/menengah)terhadap empat kuadran ibu. Yaitu posisi *oksipito anterior* kanan, *oksipito tranversal* kanan, *oksipito posterior* kanan, *oksipito posterior* kiri, *oksipito tranversal* kiri, *oksipito anterior*.

d. *Psyche* (Psikologis)

Faktor psikologis ketakutan dan kecemasan sering menjadi penyebab lamanya persalinan, his menjadi kurang baik, pembukaan menjadi kurang lancar.

Perasaan takut dan cemas merupakan faktor utama yang menyebabkan rasa sakit dalam persalinan dan berpengaruh terhadap kontraksi rahim dan dilatasi serviks sehingga persalinan menjadi lama.

e. Penolong

Memilih penolong persalian yang berkompeten, seperti: bidan, dokter, perawat atau tenaga kesehatan yang terlatih.

f. Posisi Saat Bersalin

Posisi yang paling baik dalam bersalin adalah posisi *semi fowler*.

6. Penapisan Ibu Bersalin

a. Riwayat bedah *SC*.

b. Perdarahan pervagina.

c. Persalinan kurang bulan

d. Ketuban pecah dengan mekonium yang kental.

e. Ketuban pecah lama (lebih dari 24 jam).

f. Ketuban pecah pada persalinan kurang bulan.

g. Ikterus.

h. Anemia berat.

i. Tanda atau gejala infeksi.

j. Preeklamsi atau hipertensi dalam kehamilan.

k. Tinggi fundus uteri 40cm atau lebih.

l. Gawat janin.

m. Primipara dalam fase aktif persalinan dengan palpasi kepala janin masih 5/5.

n. Presentasi bukan belakang kepala.

o. Presentasi majemuk.

p. Kehamilan gemeli.

q. Tali pusat menumbung.

r. Syock.

7. Posisi Dalam Persalinan

Bagian dari pelaksanaan asuhan sayang ibu adalah membiarkan pasien memilih posisi untuk meneran selain posisi telentang atau litotomi.

Tabel 1 Posisi Dalam Persalinan

Posisi meneran	Keuntungan	Gambar
Jongkok	Memaksimalkan sudut dalam lengkungan carus yang memungkinkan bahu turun panggul dan bukan terhalang (macet) di atas simfisis pubis.	
Setengah duduk	Membantu dalam penurunan janin dengan kerja gravitasi,menurunkan janin ke panggul dan terus ke dasar panggul. Lebih mudah bagi bidan untuk membimbing kelahiran kepala bayi dan mengamati/mensupport perineum.	
Berdiri	pasien bisa lebih megosongkan kandung kemihnya dan kandung kemih yang kosong akan memudahkan penurunan kepala, memperbesar ukuran panggul, menambah 28% ruang outletnya.	
Merangkang	membantu kesehatan janin dalam penurunan lebih dalam ke panggul. Baik untuk persalinan dengan punggung yang sakit, membantu janin dalam melakukan rotasi, peregangan minimal pada perineum.	
Miring ke kiri	oksigenasi janin maksimal karena dengan miring kiri sirkulasi darah ibu ke janin lebih lancar, memberi rasa santai bagi ibu yang letih, mencegah terjadinya laserasi.	

Sumber : Sulistyawati dan Nugraheny (2013)

8. Partograf

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

a. Kegunaan partograf

Partograf sangat berguna dalam proses persalinan dalam hal:

1) Mengamati dan mencatat informasi kemajuan persalinan danmemeriksa dilatasi serviks
2) Menentukan apakah persalinan berjalan normal dan mendeteksi dini persalinan lama sehingga bidan dapat membuat deteksi dinimengenai kemungkinan persalinan lama
3) Mencatat kondisi ibu dan janin

b. Pencatatan halaman depan partograf

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

c. Pencatatan kondisi ibu dan janin

1) Denyut jantung setiap ½ jam
2) Frekuensi dan lamannya kontraksi uterus setiap ½ jam
3) Tekanan darah dan suhu setiap 4 jam
4) Penurunan kepala setiap 4 jam
5) Produksi urine, aseton dan protein setiap 2 -4 jam

d. Penggunaan simbol

1) U: ketuban utuh

2) J: ketuban pecah warna jernih

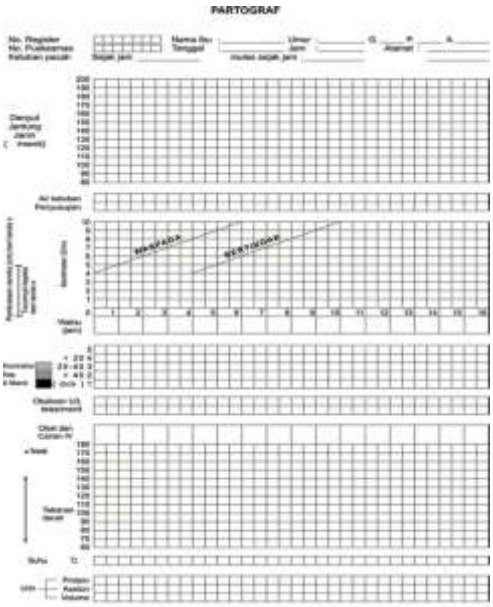
3) M: ketuban pecah, ketuban bercampur mekonium

4) D: ketuban pecah bercampur darah

5) K: ketuban pecah kering

e. Pencatatan pada lembar belakang partograf

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



Gambar 3 Halaman Depan Partograf

Sumber: Dewi, dkk (2011)

Gambar 4 Halaman Belakang Partograf

Sumber: Dewi, dkk (2011)

9. Partus Presipitatus

a. Definisi

Partus presipitatus adalah persalinan yang berlangsung sangat cepat, dimana terjadi kemajuan cepat dari persalinan yang berakhir kurang dari 3 jam dari kelahiran. Partus presipitatus apabila terjadi di luar rumah sakit adalah situasi kedaruratan yang dapat meningkatkan resiko komplikasi dan atau hasil yang tidak baik bagi klien/janin (Doenges, 2007).

b. Etiologi

1). Abnormalitas tahanan yang rendah pada bagian jalan lahir

2). Abnormalitas kontraksi uterus dan rahim yang terlalu kuat

3). Pada keadaan yang sangat jarang dijumpai oleh tidak adanya rasa nyeri pada saart his sehingga ibu tidak menyadari adanya proses-proses persalinan yang sangat kuat itu (Doengess, 2007).

c. Akibat Pada Ibu

partus presipitatus jarang disertai dengan komplikasi maternal yang serius jika serviks mengadakan penipisan serta dilatasi dengan mudah, vagina sebelumnya sudah teregang dan perineum dalam keadaan lemas (relaksasi). Namun demikian, kontraksi uterus yang kuat disertai serviks yang panjang serta kaku, dan vagina, vulva atau laserasi yang luas pada serviks, vagina, vulva, atau perineum. Dalam keadaan yang terakhir, emboli cairan ketuban yang langka itu besar kemungkinannya untuk terjadi. Uterus yang mengadakan kontraksi dengan kekuatan yang tidak lazim sebelum proses persalinan bayi, kemungkinan akan menjadi hipotonik setelah proses persalinan tersebut dan sebagai konsekuensinya, akan disertai dengan perdarahan dari tempat implantasi plasenta (Sarwono, 2006).

d. Akibat Pada Bayi

Mortalitas dan mordibitas perinatal akibat partus presipitatus dapat meningkat cukup tajam karena beberapa hal. Pertama, kontraksi uterus yang amat kuat dan sering dengan interval relaksasi yang sangat singkat akan menghalangi aliran darah uterus dan oksigenasi darah janin. Kedua, tahanan yang diberikan oleh jalan lahir terhadap proses ekspulsi kepala janin dapat menimbulkan trauma intracranial meskipun keadaan ini seharusnya jarang terjadi. Ketiga, pada proses persalinan yang tidak didampingi, bayi

bisa jatuh ke lantai dan mengalami cidera atau memerlukan resusitasi yang tidak segera tersedia (Sarwono, 2006).

e. Penanganan Partus Presipitatus

Kontraksi uterus yang spontan dan tidak lazim, tidak mungkin dapat diubah menjadi derajat kontraksi yang bermakna oleh pemberi anastesi. Jika tindakan anastesi tidak dicoba, takarannya harus sedemikian rupa sehingga keadaan bayi yang akan dilahirkan itu tidak bertambah buruk dengan pemberian anstesi kepada ibunya. Penggunaan anastesi umum dengan preparat yang bisa menggagu kemampuan kontraksi rahim, seperti haloton dan isofluran, seringkali merupakan tindakan yang terlalu berani. Tentu saja setiap preparat oksitasik yang sudah diberikan harus dihentikan dengan segera. Preparat tokolitik seperti litrodrin dan magnesium sulfat parenteral, terbukti efektif. Tindakan mengunci tungkai ibu atau menahan kepala bayi secara langsung dalam upaya untuk memperlambat persalinan tidak akan bisa dipertahankan. Perasat semacam ini dapat merusak otak bayi tersebut (Sarwono,2006).

2.1.3. Konsep Dasar Masa Nifas

1. Pengertian

Masa nifasdimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil yang berlangsung kira-kira 6 minggu(Abdul Bari,2010).

Menurut (Dewi dan Sunarsih, 2013) masa nifas (*puerperium*) adalah masa setelah keluarnya placenta sampai alat-alat reproduksi pulih seperti sebelum hamil dan secara normal masa nifas

berlangsung selama 6 minggu atau 40 hari.Masa nifas adalah masa sesudah persalinan dan kelahiran bayi, plasenta, serta selaput yang diperlukan untuk memulihkan kembali organ kandungan seperti sebelum hamil dengan waktu kurang lebih 6 minggu.Masa nifas atau puerperium adalah masa setelah partus selesai sampai pulihnya kembali alat-alat kandungan seperti sebelum hamil. Lamanya masa nifas ini yaitu kira-kira 6-8 minggu. Masa nifas adalah masa sesudah persalinan, masa perubahan, pemulihan, penyembuhan dan pengembalian alat-alat kandungan. Proses masa nifas berkisar antara 6 minggu atau 40 hari.

Menurut (Yanti dan Dian, 2014) masa nifas dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil yang berlangsung kira-kira 6minggu.

Masa nifas merupakan masa selama persalinan dan segera setelah kelahiran yang meliputi minggu-minggu berikutnya pada waktu saluran reproduksi kembali ke keadaan tidak hamil yang normal.

2. Tahapan Masa Nifas

Menurut (Mochtar, 2010), tahapan masa nifas di bagi menjadi 3, yaitu:

a. *Puerpuriumdini* yaitu kepulihan dimana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan – jalan.
b. *Puerperium intermedial* yaitu suatu masa dimana kepulihan menyeluruh organ-organ reproduksi yang lamanya 6 – 8 minggu.
c. *Remote puerperium* yaitu waktu yang diperlukan untuk pulih kembali dan sehat sempurna baik selama hamil atau sempurna

berminggu–minggu, berbulan – bulan atau tahunan, terutama bagi ibu hamil atau waktu persalinan mengalami komplikasi.

3. Kunjungan Masa Nifas

Adapun kunjungan program Nasional Masa Nifas menurut (Dewi dan Sunarsih, 2013) dibagi menjadi :

a. 6-8 jam setelah persalinan
   1) Mencegah perdarahan akibat *atonia uteri.*
   2) Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, rujuk bila perdarahan berlanjut.
   3) Memberikan konseling pada ibu atau anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan kaena *atonia uteri.*
   4) Pemberian ASI awal.
   5) Melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir.
   6) Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah *hipotermi*.
b. 6 hari setelah persalinan
   1) Memastikan *involusi uterus* berjalan normal, *uterus* berkontraksi, *fundus* di bawah *umbilicus*, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau.
   2) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, dan perdarahan abnormal.
   3) Memastikan ibu mendapat cukup makanana, cairan, dan istirahat.
   4) Memastikan ibu menyeusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit.

5) Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi dan tali pusat, serta menjaga bayi tetap hangat, dan merawat bayi sehari-hari.

c. 2 minggu setelah persalinan

Memastikan rahim sudah kembali normal dengan mengukur dan meraba bagian rahim.

d. 6 minggu setelah persalinan

1) Menanyakan pada ibu tentang penyulit yang ibu atau alami bayi.
2) Memberikan konseling untuk KB secara dini.

4. Perubahan Fisiologis Pada Masa Nifas

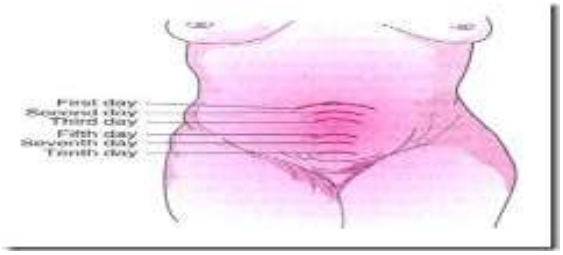
Adapun perubahan fisiologi pada masa nifas menurut (Dewi dan Sunarsih, 2013):

a. Perubahan Sistem Reproduksi

1) *Corpus uterus*

Setelah placenta lahir, uterus berangsur-angsur menjadi kecil sampai akhirnya kembali seperti sebelum hamil. Tinggi fundus uterus dan berat uterus menurut masa involusi

a) Bayi lahir : Setinggi pusat (1000 gr)
b) Uri lahir : 2 jari di bawah pusat (750 gr)
c) 1 minggu : Pertengahan pusat sympisis (500 gr)
d) 2 minggu : Tak teraba diatas sympisis (350 gr)
e) 6 minggu : Bertambah kecil (50gr)
f) 8 minggu : Sebesar normal (30 gr)



Gambar 5 Perubahan Involusi Uteri
Sumber: Ambarwati (2011)

2) *Endometrium*

Perubahan–perubahan endometrium ialah timbulnya trombosis degenerasi dan nekrosis di tempat inplantasi plasenta.

a) Hari pertama: *endometrium* setebal 2-5 mm dengan permukaan yang kasar akibat pelepasan desidua dan selaput janin.

b) Hari ke dua: permukaan mulai rata akibat lepasnya sel – sel dibagian yang mengalami degenerasi.

3) Involusi tempat plasenta

Uterus pada bekas implantasi plasenta merupakan luka yang kasar dan menonjol ke dalam cavum uteri. Segera setelah plasenta lahir, penonjolan tersebut dengan diameter 7,5 cm, sesudah 2 minggu diameternya menjadi 3,5 cm dan 6 minggu telah mencapai 24 mm.

4) Perubahan pada pembuluh darah uterus

Pada saat hamil arteri dan vena yang mengantar darah dari dan ke uterus khususnya ditempat implantasi plasenta menjadi besar setelah post partum otot – otot berkontraksi, pembuluh – pembuluh darah pada uterus akan terjepit, proses ini akan menghentikan darah setelah plasenta lahir.

5) Perubahan *servix*

Segera setelah post partum, *servix* agak menganga seperti corong, karena *corpus uteri* yang mengadakan kontraksi. Sedangkan *servix* tidak berkontraksi, sehingga perbatasan antara *corpus* dan *servix uteri* berbentuk seperti cincin. Warna *servix* merah kehitam–hitaman karena pembuluh darah. Segera setelah bayi dilahirkan, tangan pemeriksa masih dapat dimasukan 2–3 jari saja dan setelah 1 minggu hanya dapat dimasukan 1 jari ke dalam *cavum uteri*.

6) Vagina dan pintu keluar panggul

Vagina dan pintu keluar panggul membentuk lorong berdinding lunak dan luas yang ukurannya secara perlahan mengecil. Pada minggu ke–3 post partum, *hymen* muncul beberapa jaringan kecil dan menjadi *corunculac mirtiformis*.

7) Perubahan di peritoneum dan dinding abdomen

Ligamen-ligamen dan *diafragma pelvis* serta fasia yang meregang sewaktu kehamilan dan partus, setelah janin lahir berangsur-angsur ciut kembali. *Ligamentum latum* dan *rotundum* lebih kendor dari pada kondisi sebelum hamil.

8) *Lochea*

Lochea, hasil pengeluaran jaringan desidua yang terus-menerus menimbulkan secret vagina yang berbeda-beda. *Lochea* dibagi menjadi:

a) *Lochea Rubra*: berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, *vernix caseosa*, lanugo dan mekonium, terdapat selama 3 hari pasca persalinan.

b) *Lochea Sanguinolenta*: berwarna merah kekuningan, berisi darah dan lendir, terjadi pada hari ke 3–7 pasca persalinan.

c) *Lochea Serosa*: berwarna kuning, cairan tidah berdarah lagi, terjadi pada hari ke- 7–14 pasca persalinan.

d) *Lochea Alba*: berwarna putih terjadi setelah 2 minggu.

e) *Lochea Purulenta*: jika terjadi infeksi cairan seperti nanah dan berbau.

f) *Lochiostatis*: lochea yang keluarnya tidak lancar.

b. Perubahan Sistem Pencernaan

Kerap kali diperlukan waktu 3-4 hari sebelum faal usus kembali normal. Meskipun kadar *progesterone* menurun setelah melahirkan, namun asupan makanan juga mengalami penurunan selama satu atau dua hari, gerak tubuh berkurang dan usus bagian bawah sering kosong jika sebelum melahirkan diberikan enema.

Kerja usus besar setelah melahirkan dapat juga terganggu oleh rasa sakit pada *perineum*, *hemoroid* yang menjadi *prolaps* dan bengkak selama kala 2 persalinan atau kurangnya privasi pada ruang perawatan pasca natal.

c. Perubahan Sistem Perkemihan

Kandung kencing masa nifas mempunyai kapasitas yang bertambah besar dan relatif tidak sensitif terhadap tekanan cairan *intravesika*. Urin dalam jumlah besar akan dihasilkan dalam waktu 12-36 jam setelah melahirkan.

Fungsi ginjal kembali normal dalam waktu satu bulan setelah wanita melahirkan. Urin dalam jumlah yang besar akan dihasilkan dalam waktu 12-36 jam sesudah melahirkan.

Ibu *postpartum* dianjurkan segera buang air kecil, agar tidak mengganggu proses involusi uteri dan ibu merasa nyaman. Namun demikian, pasca melahirkan ibu merasa sulit buang air kecil.

Bila wanita pasca persalinan tidak dapat berkemih dalam waktu 24 jam pasca persalinan mungkin ada masalah dan sebaiknya segera dipasang *dower kateter* selama 24 jam. Bila kemudian keluhan tak dapat berkemih dalam waktu 4 jam, lakukan katerisasi dan bila jumlah residu > 200 ml maka kemungkinan ada gangguan proses urinasinya. Maka kateter tetap terpasang dan dibuka 4 jam kemudian, bila volume urin < 200 ml, kateter dibuka dan pasien diharapkan dapat berkemih sperti biasa.

d. Perubahan Sistem *Muskuloskeletal* atau *Diastasis Recti Abdominalis*

Adaptasi sistem *muskuluskeletal* ibu yang terjadi mencakup hal-hal yang dapat membantu relaksasi dan mobilitas sendi dan perubahan pusat berat ibu akibat pembesaran uterus. Stabilisasi sendi lengkap akan terjadi pada minggu ke-6 sampai ke-8 satelah wanita melahirkan.

e. Perubahan Sistem *Endokrin*

Adanya perubahan dari hormon plasenta yaitu *estrogen* dan *progesteron* yang menurun. Hormon-hormon *pituitary* mengakibatkan *prolaktin* meningkat, *FSH* menurun, dan *LH* menurun. Produksi ASI mulai pada hari ke 3 pospartum yang mempengaruhi hormon *prolaktin*, *oksitosin,* reflek *let down* dan reflek *sucking*. Selama proses kehamilan dan persalinan terhadap perubahan pada sistem *endokrin*. Hormon – hormon yang berperan pada proses tersebut, antara lain :

1) Hormon Plasenta

Pengeluaran plasenta menyebabkan penurunan hormon yang diproduksi oleh plasenta. Hormon plasenta menurun dengan cepat pasca persalinan. Penurunan hormon plasenta (*human placental lactogen*) menyebabkan kadar gula darah menurun pada masa nifas. Human *chorionic gonadotropin* atau *HCG* menurun dengan cepat dan menetap sampai 10% dalam 3 jam hingga hari ke-7 pospartum dan sebagai onset pemenuhan *mamae* pada hari ke-3 pospartum.

2) Hormon *Pituitary*

Hormon *pituitary* antara lain: hormon *prolaktin*, *FSH*, dan *LH*. Hormon *prolaktin* darah meningkat dengan cepat, pada wanita tidak menyusui menurun dalam waktu 2 minggu. Hormon *prolaktin* berperan dalam pembesaran payudara untuk merangsang produksi susu, *FSH* dan *LH* meningkat pada fase konsentrasi folikuler pada minggu ke-3, dan *LH* tetap rendah hingga ovulasi terjadi.

3) *Hipotalamik Pituary Ovarium*

Hipotalamik pituary ovarium akan mempengaruhi lamanya mendapatkan menstruasi pada wanita yang menyusui maupun tidak menyusui. Pada wanita yang menyusui mendapatkan menstruasi pada 6 minggu pasca melahirkan berkisar 16 % dan 45 % setelah 12 minggu pasca melahirkan. Sedangkan pada wanita yang tidak menyusui, akan mendapatkan menstruasi berkisar 40 % setelah 6 minggu pasca melahirkan dan 90% setelah 24 minggu.

4) Hormon *Oksitosin*

Hormon *oksitosin* disekresikan dari kelenjar otak bagian belakang, bekerja terhadap otot uterus dan jaringan payudara. Selama tahap ketiga persalinan,hormon *oksitosin* berperan dalam pelepasan plasenta dan mempertahankan kontraksi, sehingga mencegah perdarahan. Isapan bayi dapat merangsang produksi ASI dan sekresi *oksitosin*, sehingga dapat membantu *involusi uteri*.

5) Hormon *Esterogen* dan *Progesteron*

Volume darah normal selama kehamilan, akan meningkat. Hormon *estrogen* yang tinggi memperbesar hormon anti diuretik yang dapat meningkatkan volume darah. Sedangkan hormon *progesteron*mempengaruhi otot halus yang mengurangi perangsangan dan peningkatan pembuluh darah. Hal ini mempengaruhi saluran kemih, ginjal, usus, dinding vena, dasar panggul, perinium dan vulva serta vagina.

f. Perubahan Sistem *Kardiovaskuler*

Kehilangan darah pada persalinan pervaginam sekitar 300-400cc,sedangkan kehilangan darah dengan persalinan *seksio-sesaria* menjadi dua kali lipat. Perubahan yang terjadi terdiri dari volume darah dan hemokonsentrasi. Pada persalinan pervaginam, hemokonsentrasi akan naik dan pada persalinan *seksio sesaria*, hemokonsentrasi cenderung stabil dan kembali normal setelah 4-6 minggu.

g. Perubahan Sistem Pernafasan

Selama kehamilan *sirkumferensiatorak* akan bertambah ±6cm, tetapi tidak mencukupi penurunan kapasitas residu fungsional dan volume residu paru-paru karena pengaruh diafragma yang naik ±4cm selama kehamilan.Frekuensi pernafasan normal pada orang dewasa

adalah 16-24 kali per menit. Pada ibu post partum umumnya pernafasan lambat atau normal. Hal ini dikarenakan ibu dalam keadaan pemulihan atau dalam kondisi istirahat. Keadaan pernafasan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Bila suhu nadi tidak normal, pernafasan juga akan mengikutinya, kecuali apabila ada gangguan khusus pada saluran nafas. Bila pernafasan pada masa post partum menjadi lebih cepat, kemungkinan ada tanda-tanda syok. Perubahan ini akan mencapai puncaknya pada minggu ke 37 dan akan kembali hampir seperti sediakala dalam 24 minggu setelah persalinan.

h. Perubahan Sistem *Hematologi*

Pada ibu masa nifas 72 jam pertama biasanya akan kehilangan volume plasma daripada sel darah, penurunan plasma ditambah peningkatan sel darah pada waktu kehamilan diasosiasikan dengan peningkatan *hematoktir*, dan *haemoglobin* pada hari ketiga sama tujuh hari setelah persalinan. Jumlah sel darah putih atau *leukosit* selama 10 sampai 12 setelah persalinan umumnya berkisar antara 20.000 sampai 25.000/mm,faktor pembekuan darah akan terjadi ekstensif setelah persalinan yang bersama dengan pergerakan,trauma atau sepsis bisa menyebabkan trombo emboli. Keadaan produksi tertinggi dan pemecahan fibrin mungkin akibat pengeluaran tempat pelepasan plasenta.

5. Adaptasi Psikologis Pada Masa Nifas

Menurut Zufrias Riaty (2009), adaptasi psikologis pada ibu nifas dibagi menjadi tiga, yaitu:

a. Fase dependen (*taking-inthase*)

Periode ini terjadi 1-2 hari sesudah melahirkan. Ibu baru biasanya bersifat pasif dan ketergantungan ibu menonjol. Saat ini ibu berharap segal kebutuhanya dapat dipenuhi orang lain yang merupakan respon ibu terhadap kebutuhan istirahat dan makanan. Fase *dependen* ialah suatu waktu yang penuh kegembiraan dan kebanyakn orang tua sangat suka mengkomunikasikanya. Mereka merasa perlu menyampaikan pengalaman mereka tentang kehamilan dan persalinan dengan kata-kata. Kecemasan ibu akan peran barunya akan mempersempit persepsi ibu, sehingga informasi yang akan diberikan perlu diulang.

b. Dependen mandiri (*taking-hold*)

Fase ini berlangsung 2-4 hari melahirkan. Dengan fase *dependen*-mandiri ibu, secara bergantian akan muncul kebutuhan untuk mendapat perwatan dan penerimaan dari orang lain serta keinginan untuk malakukan segala sesuatu secara mandiri. Ibu berusaha untuk terampil dala perawatan bayinya (memeluk,menyusui ASI atau dengan botol, memandikan dan menganti popok). Beberapa wanita mungkin sulit menyesuikan diri atau tidak suka dengan tanggung jawab dirumah dan merawat bayi adalah ibu primi para yang belum berpengalaman, wanita karier, ibu-ibu yang tidak banyak teman atau keluarga untuk berbagi rasa, ibu dengan usia remaja, wanita yang tidak bersuami. Keletihan setelah melahirkan akan diperburuk oleh tuntutan bayi yang banyak mudah terjadi perasaan depresi pasca partum ringan (*baby blues*).

c. Fase interdependen (*letting go*)

Periode ini umumnya terjadi setelah ibu kembali kerumah. Ibu menerima tanggung jawab untuk perawatan bayi, beradaptasi

terhadap kebutuhan ketergantungan bayinya dan beradaptasi terhadap penurunan ekonomi, kemadirian, dan interaksi social. Merupakan fase yang penuh stress bagi orang tua. Kesenangan dan kebutuhan sering terbagi dengan masa ini. Orang tua harus mampu menjalankan peranya dalam mengasuh anak, mengatur rumah dan membina karier.

6. Kebutuhan Dasar Ibu Masa Nifas

Menurut Sunarsih (2013), kebutuhan dasar ibu masa nifas antara lain:

a. Nutrisi dan cairan

Makanan dikonsumsi ibu berguna untuk melakukan aktivitas, metabolisme, cadangan dalam tubuh, proses produksi ASI, serta sebagai ASI itu sendiri yang akan dikonsumsi bayi untuk pertumbuhan dan perkembangan. Makanan yang juga perlu memenuhi syarat, seperti susunannya harus seimbang, porsinya cukup dan teratur, tidak terlalu asin, pedas, atau berlemak, serta tidak mengandung alkohol, nikotin, bahan pengawet, dan pewarna. Ibu memerlukan 20 gr protein di atas kebutuhan normal. Protein diperlukan untuk pertumbuhan dan penggantian sel-sel yang rusak atau mati. Sumber protein dapat diperoleh dari telur, daging, ikan, kacang-kacagan, dan lain-lain.Ibu dianjurkan untuk minum setiap kali menyusui dan menjaga kebutuhan hidrasi sedikitnya 3 liter setiap hari, dalam bentuk air putih, susu, dan jus buah. Tablet tambah besi tetap diminum, minimal sampai 40 hari *postpartum*. Vitamin A (200.000 IU) sebanyak dua kali yaitu pada 1 jam setelah melairkan dan 24 jam setelahnya untuk mempercepat

proses penyembuhan pascasalin dan mentransfernya ke bayi melalui ASI.

b. Ambulasi

Pada persalinan nomal, ibu tidak terpasang infus, dan kateter serta tanda-tanda vital berada dalam batas normal sebaiknya ambulasi dikerjakan setelah 2 jam, ibu boleh miring ke kiri atau ke kanan untuk mencegah adanya thrombosis vena atau *Deep Vein Thrombosis*(DVT). Namun sebelumnya ibu diminta untuk latihan menarik nafas yang dalam serta latihan tungkai sederhana dengan cara mengayunkan tungkainya di tepi tempat tidur.

Perawatan mobilisasi dini mempunyai keuntungan, yaitu :

1) Melancarkan pengeluaran lochea dan mengurangi infeksi puerperium.
2) Mempercepat involusi uterus.
3) Melancarkan fungsi alat gastrointestinal dan alat kelamin
4) Meningkatkan kelancaran peredaran darah sehingga mempercepat fungsi ASI dan pengeluaran sisa metabolisme.

c. Eliminasi

Memasuki masa nifas, ibu diharapkan untuk berkemih dalam 6-8jam pertama. Miksi disebut normal bila dapat buang air kecil (BAK) spontan setiap 3-4 jam. Ibu diusahakan mampu BAK sendiri, bila tidak, maka dilakukan tindakan berikut:

1) Dirangsang dengan mengalirkan air keran di dekat klien.
2) Mengompres air hangat di atas simfisis.
3) Saat *site bath* (berendam air hangat) klien disuruh BAK.
4) Bila tidak berhasil dengan tindakan di atas dilakukan kateterisasi.

Buang Air Besar (BAB) harus ada dalam 3 hari *postpartum* . biasanya 2-3 hari *postpartum* masih susah BAB, maka sebaiknya diberikan supositoria dan minum air hangat.

Berikut adalah cara agar dapat BAB dengan teratur :

1) Diet teratur
2) Pemberian cairan yang banyak
3) Ambulasi yang baik
4) Bila tidak berhasil dapat diberi supositoria.

d. Kebersihan Diri

Bagian tubuh yang paling penting untuk dijaga kebersihannya adalah vulva, vagina, dan puting susu karena vulva dan vagina merupakan bagian jalan lahir, apabila tidak terjaga kebersihannya dengan baik dapat menimbulkan infeksi yang dapat meluas sampai ke rahim.Untuk menjaga kebersihan vulva dan vagina pada masa nifas dapat diakukan dengan cara:

1) Setiap selesai BAB atau BAK basuh mulut vagina dengan air bersih dari arah depan ke belakang hingga tidak ada sisa kotoran yang tersisa.
2) Bila keadaan vagina terlalu kotor dan keadaan luka perineum terlalu luas atau ibu dilakukan episiotomi, upaya yang dilakukan adalah duduk berendam dalam cairan antiseptik selama 10 menit setelah BAB atau BAK.
3) Mengganti pembalut setiap selesai membersihkan vagina.
4) Keringkan vagina dengan tisu atau handuk lembut setiap kali selesai membasuh vulva.

Sedangkan puting susu harus diperhatikan kebersihannya dan luka pecah (*rhagade*) harus segera diobati karena kerusakan puting susu

merupakan jalan masuk mikroorganisme dan dapat menyebabkan mastitis. Air susu yang menjadi kering akan berkerak dan dapat merangsang kulit sehingga timbul *enzema*. Oleh karena itu sebaiknya puting susu dibersihkan dengan air yang telah dimasak, tiap kali sebelum dan sesudah menyusui bayi.

e. Istirahat

Pola tidur akan kembali mendekati normal dalam 2 sampai 3 minggu postpartum. Kebutuhan tidur rata-rata pada orang dewasa adalah 7-8 jam setiap 24 jam. Bila ibu nifas kurang tidur, dapat menyebabkan:

1) Berkurangnya produksi ASI.
2) Memperlambat proses involusi uterus dan meningkatkan perdarahan.
3) Menyebabkan depresi dan ketidakmampuan untuk merawat diri dan bayinya.

f. Seksual

Waktu yang aman untuk memulai hubungan seksual adalah dalam waktu 6-8 minggu atau 40 hari. Secara fisik aman untuk melakukan hubungan seksual begitu darah merah berhenti, dan ibu dapat memasukkan 1 atau 2 jari ke dalam vagina tanpa rasa nyeri.

g. Keluarga Berencana

Kontrasepsi yang cocok untuk ibu nifas adalah *Metode Amenorhea Laktasi* (MAL), pil *progestin* (mini pil), suntikan *progestin* , kontrasepsi implant, dan alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR).

h. Latihan senam nifas

Setelah persalinan terjadi *involusi* pada hampir seluruh organ tubuh wanita. *Involusi* ini sangat jelas terlihat pada alat-alat kandungan. Sebagai akibat kehamilan dinding perut menjadi lembek dan lemas

disertai adanya *striae gravidarum* yang membuat keindahan tubuh akan sangat terganggu. Oleh karena itu, mereka akan selalu berusaha untuk memulihkan dan mengencangkan keadaan dinding perut yang sudah tidak indah lagi. Cara untuk mengembalikan bentuk tubuh menjadi indah dan langsing seperti semula adalah dengan melakukan latihan dan senam nifas.

7. Deteksi Dini Komplikasi Pada Masa Nifas

Menurut Maryunani (2013), deteksi dini komplikasi pada masa nifas yakni:

a. Pendarahan

Perdarahan pervaginam yang melebihi 500 ml setelah bersalin didefinisikan sebagai perdarahan pasca persalinan. Terdapat beberapa masalah mengenai definisi ini, yaitu:

Perkiraan kehilangan darah biasanya tidak sebanyak yang sebenarnya, kadang-kadang hanya setengah dari biasanya . Darah tersebut bercampur cairan amnion atau urine. Darah tersebar pada spon, handuk, dan kain didalam ember dan lantai.

Volume darah yang hilang juga bervariasi. Kekurangan darah dapat diketahui dari kadar *hemoglobin* ibu. Seorang ibu dengan kadar Hb normal dapat menyesuaikan diri terhadap kehilangan darah yang mungkin dapat menyebabkan anemia. Seorang ibu yang sehat dan tidak anemia pun dapat mengalami akibat fatal dari kehilangan darah.

Perdarahan dapat terjadi secara lambat dalam jangka waktu beberapa jam dan kondisi ini mungkin tidak dikenali sampai terjadi syok.

Penilaian risiko pada saat antenatal tidak dapat memperkirakan terjadinya perdarahan pasca persalinan. Penanganan akut kala III sebaiknya dilakukan pada semua wanita yang bersalin. Hal ini dapat menurunkan insiden perdarahan pasca persalinan akibat atonia uteri. Semua ibu pasca persalinan harus dipantau dengan ketat untuk kemungkinan perdarahan fase persalinan.

Penyebab perdarahan pada masa nifas adalah sebagai berikut :

1) Sisa plasenta dan polip plasenta

   Sisa plasenta dalam nifas menyebabkan perdarahan dan infeksi. Perdarahan yang banyak dalam nifas hampir selalu disebabkan oleh sisa plasenta. Jika pada pemeriksaan plasenta ternyata jaringan plasenta tidak lengkap,maka harus dilakukan eksplorasi dari *cavum uteri*. Potongan-potongan plasenta yang ketinggalan tanpa diketahui biasanya menimbulkan perdarahan postpartum lambat.

2) *Endometritis puerperalis*

   Pada infeksi dengan kuman yang tidak seberapa patogen, radang terbatas pada *endometrium*. Jaringan desidua bersama-sama dengan bekuan darah menjadi nekrosis dan mengeluarkan getah berbau yang terdiri atas keping-keping nekrosis serta cairan. Pada batas antara daerah yang meradang dan daerah sehat terdapat lapisan yang banyak terdapat *leukosit-leukosit*. Perdarahan biasanya tidak banyak, pengobatannya diberi obat antibiotik.

3) Infeksi masa nifas

   Infeksi *puerperalis* adalah infeksi pada *traktus genitalia* setelah persalinan, biasanya dari *endometrium* bekas insersi plasenta. Pada umumnya disebabkan oleh bakteri *aerob* dan *anaerob*, yaitu:

a) *Streptococcus haemolyticus aerobicus*

b) *Staphylococcus aereus*

c) *Escherichia coli*

d) *Clostridium welchii*

Infeksi *puerperalis* dibagi dalam dua golongan yaitu sebagai berikut:

a) Infeksi terbatas, Infeksi yang terbatas pada *perineum*, vulva, vagina, *serviks*, dan *endometrium*.

b) Infeksi yang menyebar, penyebaran infeksi ini dapat melalui pembuluh darah, *limfe*, dan permukaan *endometrium* (*tromboflebitis, parametritis, salpingitis,* dan *peritonitis*).

b. Sakit kepala, nyeri *epigastrik*, dan penglihatan kabur

Wanita yang baru melahirkan sering mengeluh sakit kepala hebat atau penglihatan kabur. Penanganan terhadap gangguan ini meliputi :

1) Jika ibu sadar, periksa nadi, tekanan darah, dan pernapasan.

2) Jika ibu tidak bernapas, periksa dan lakukan ventilasi dengan masker dan balon. Lakukan *intubasi* jika perlu. Dan jika pernapasan dangkal, periksa dan bebaskan jalan napas serta beri oksigen 4 sampai 6 liter per menit.

3) Jika pasien tidak sadar/koma, bebaskan jalan napas, baringkan miring, ukur suhu, periksa apakah ada kaku tengkuk.

c. Pembengkakan wajah atau ekstremitas

Bila terjadi gejala ini, periksa adanya varises, periksa kemerahan pada betis, dan periksa apakah tulang kering, pergelangan kaki, atau kaki mengalami edema (perhatikan adanya edema puting, jika ada).

d. Demam, mual muntah, dan nyeri berkemih

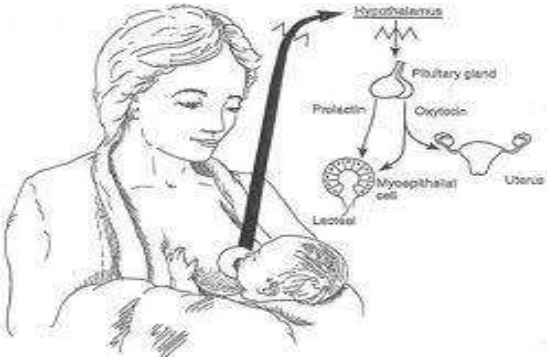
Organisme yang menyebabkan infeksi saluran kemih berasal dari flora normal perineum. Telah terdapat bukti bahwa beberapa galur *Escherichia coli* memiliki pili yang meningkatkan virulensinya.

8. Proses Laktasi dan Menyusui

a. Definisi

Menurut (Sondakh, 2013) Laktasi adalah proses produksi, sekresi, dan pengeluaran ASI.

b. Fisiologi Laktasi



Gambar 6 Fisiologi laktasi

Sumber : Sondakh (2013)

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 dalam payudara untuk memproduksi ASI dari globul-globul lemak dalam darah. Saat bayi menghisap puting susu ibu akan dibentuk reflek *neurohormonal*. Refleks 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.

c. Langkah –Langkah Menyusui Yang Benar

1) Cuci angan dengan air bersih dan sabun, kemudian dikeringkan.
2) Sebelum menyusui, ASI dikeluarkan sedikit kemudian dioleskan pada puting susu dan *areola*.
3) Bayi diletakkan menghadap perut ibu/payudara. Bayi dipegang dengan satu lengan, kepala bayi terletak pada lengkung siku ibu dan bokong bayi terletak pada lengan. Kepala bayi tidak boleh tertengadah dan bokong bayi ditahan dengan telapak tangan ibu. Telinga dan lengan bayi terletak pada satu garis lurus. Ibu menatap bayi dengan kasih sayang.
4) Payudara dipegang dengan ibu jari di atas dan jari yang lain menopang di bawah, jangan menekan puting susu atau *areola*nya saja.
5) Bayi diberi rangsangan untuk membuka mulut dengan cara menyentuh pipi dengan puting susu, menyentuh sisi mulut. Setelah mulut bayi terbuka lebar, dengan cepat kepala bayi didekatkan ke payudara ibu dengan puting serta areola dimasukkan ke mulut bayi. Sebagian besar areola diusahaka dapat masuk ke dalam mulut bayi, sehingga puting susu berada di bawah langit-langit dan lidah bayi akan menekan ASI keluar dari tempat penampungan di bawah areola. Setelah bayi mulai mengisap, payudara tidak perlu dipegang atau disangga lagi.

   Cara pengamatan teknik menyusui yang benar:

   a) Bayi tampak tenang
   b) Badan bayi menempel pada perut ibu
   c) Telinga dan lengan bayi terletak pada satu garis lurus
   d) Mulut bayi terbuka lebar

e) Dagu bayi menempel pada payudara ibu

f) Sebagian areola masuk ke dalam mulut bayi, dan areola bagian bawah lebih banyak yang masuk

g) Kepala agak menengadah

h) Bayi tampak mengisap kuat dengan irama perahan

i) Puting susu tidak nyeri.

Bayi akan berhenti menyusu dengan sendirinya jika ia merasa kenyang dan puas. Bayi pun akan tertidur pulas dan nyaman dalam dekapan ibu. Jika posisi atau perlekatan mulut bayi tidak tepat, sebaiknya ibu menghentikan menyusui bayi.Cara melepaskan payudara yang baik saat bayi menyusu adalah dengan memasukkan kelingking ke ujung mulut bayi untuk melepaskan tekanan negatif dari bayi.Menyendawakan bayi penting untuk mengeluarkan udara dari lambung supaya bayi tidak muntah (gumoh) setelah menyusui(Astuti dkk, 2015).

d. Tanda bayi cukup ASI

1) Bayi minum ASI setiap 2-3 jam atau dalam 24 jam minimal mendapatkan ASI 8 kali pada 2-3 minggu pertama.

2) Kotoran berwarna kuning dengan frekuensi sering dan warna menjadi lebih muda pada hari kelima setelah lahir.

3) Bayi akan BAK paling tidak 6-8 kali sehari.

4) Ibu dapat mendengarkan pada saat bayi menelan ASI.

5) Payudara terasa lebih lembek.

6) Warna kulit bayi kemerahan dan kulit terasa kenyal.

7) Pertumbuhan berat badan dan tingi badan sesuai dengan grafik pertumbuhan.

8) Perkembangan motorik baik

9) Bayi kelihatan puas.
10) Bayi menyusu dengan kuat kemudian mengantuk dan tertidur pulas.

e. Manfaat ASI

1) Manfaat ASI untuk bayi
   a) ASI mengandung semuat zat gizi dan cairan yang dibutuhkan untuk memenuhi seluruh gizi bayi pada 6 bulan pertama.
   b) ASI mengurangi resiko infeksi obesits, tekanan darah tinggi, dan menurunkan kadar kolesterol tinggi di kemudian hari.
   c) ASI mengandung zat protektif *(laktobasillus bifidus, laktoferin, lisozim).*
   d) Bayi ASI lebih bisa menghadapi efek kuning (*jaundice*).
   e) Memberikan kedekatan antara ibu dan bayi.
   f) Mudah dicerna oleh bayi.
   g) Menyebaban pertumbuhan dan perkembangan bayi menjadi baik.
   h) Mengurangi kejadian *maloklusi*(Dewi dan Sunarsih, 2012).
2) Manfaat untuk ibu
   a) Hisapan bayi membuat produksi hormon oksitosin meningkatsehingga rahim berkontraksi dan dapat menurunkan resiko perdarahan selama masa postpartum.Walaupun tidak selalu, ASI *eksklusif* membantu menunda proses menstruasi dan ovulasi selama kira-kira 20-30 minggu atau lebih, sehingga dapat dijadikan sebagai *Metode Amenore Laktasi* (MAL).

b) ASI dapat meningkatkan kedekatan ibu dan bayi.

c) Penelitian menunjukkan bahwa ibu yang menyusui memiliki risiko lebih rendah terhadap kanker *ovarium* dan kanker payudara.

3) Manfaat ASI bagi keluarga

a) Tidak perlu uang untuk membeli susu formula dan botol susu.

b) Bayi sehat berarti keluarga mengeluarkan biaya sedikit.

c) Penjarangan kelahiran karena efek *kontrasepsi MAL* dan ASI ekslusif.

d) Lebih praktis saat akan bepergian, tidak perlu membawa botol susu, air panas.

4) Untuk masyarakat dan Negara

a) Menghemat devisa negara karena tidak perlu mengimpor susu formula dan peralatan lain.

b) Mengurangi subsidi untuk rumah sakit.

c) Meningkatkan kualitas generasi penerus bangsa.

d) Terjadi penghematan pada sektor kesehatan karena jumlah bayi sakit lebih sedikit.

e) Memperbaiki kelangsungan hidup anak dengan menurunkan kematian.

f. Cara Memerah ASI

1) Dengan mengguakan tangan

a) Cuci tangan yang bersih, kemudian siapkan wadah yang bermulut lebar yang mempunyai tutup dan telah direbus(dicuci dengan air mendidih).

b) Ibu melakukan masase dengan telapak tangan dari pangkal ke areola, minta ibu mengulangi pemijatan ini pada sekeliling payudara secara merata.

c) Bentuk jari telunjuk dan ibu jari seperti membentuk huruf C dan letakkan di batas areola mamae. Gerakan perah dan lepas dilakukan berulang .

2) Dengan mengguakan pompa

a) Baca petunjuk penggunaan dan pompa cuci dengan bersih sebelum digunakan.

b) Cuci tangan dengan air dan sabun sampai bersih.

c) Keluarkan sedikit ASI sebelum pemompaan.

d) Tekan bola karet untuk mengeluarkan udara.

e) Letakkan ujung lebar tabung pada payudara dengan puting susu tepat di tengah, dan tabung benar-benar melekat pada kulit.

f) Lepaskan bola karet sehingga puting dan areola tertarik ke dalam.

g) Tekan dan lepas beberapa kali, sehingga ASI keluar dan terkumpul pada tabung.

h) Setelah selesai, ASI dapat langsung diberikan atau disimpan dalam lemari pendingin.

i) Frekuensi memompa untuk bayi prematur yaitu 8 kali atau lebih dalam waktu 24 jam. Lama memompanya yaitu 10-15 menit bila menggunakan pompa listrik, dan 10-20 menit bila memerah dengan pimpa manual. Bila pompa menggunakan baterai lama memompanya adalah 7-15 menit.

g. Cara Menyimpan ASI

1) Penyimpanan ASI dalm lemari es pembeku (*freezer*)

   ASI disimpan dalam wadah plastik atau botol kaca dengan tutup dari karet, kemudian diberi label yang berisi tanggal kapan mulai disimpan secara berurutan. ASI dikeluarkan dengan sistem *First in-first out,* yaitu ASI yang digunakan adalah yang lebih dahulu disimpan. ASI dapat bertahan sampai 6 bulan.

2) Penyimpanan ASI pada rak lemari pendingin

   Sama dengan lemari pembeku. Sebaiknya ASI terpisah dari bahan makanan lain yang ada di lemari pendingin. ASI dapat bertahan selama 24 jam dalam lemari pendingin 4 derajat Celsius.

3) Penyimpanan ASI pada suhu ruangan atau udara terbuka

   Jika ruagan ber-AC tidak lebih dari 4 jam, dan suhu ruangan harus stabil (Astuti dkk, 2015).

h. Cara Pemberian ASI

1) ASI yang sudah disimpan di lemari pendingin dihangatkan dengan merendamnya dalam air panas, sebaiknya tidak digunakan lagi setelah 2 hari.
2) ASI yang sudah dihangatkan jika sisa tidak boleh di kembalikan ke dalam lemari es.
3) ASI yang disimpan dilemari pembeku dipindahkan dilemari pendingin untuk dicairkan.
4) ASI diberikan dengan menggunakan sendok atau cangkir.

i. Upaya untuk memperbanyak ASI

1) Pada minggu-minggu pertama harus lebih sering menyusui untuk merangsang produksinya.

2) Berikan bayi, kedua belah dada ibu tiap kali menyusui, juga untuk merangsang produksinya.
3) Biarkan bayi menghisap lama pada tiap buah dada. Makin banyak dihisap makin banyak rangsangannya.
4) Jangan terburu-buru memberisusu formula bayi sebagai tambahan. Perlahan-lahan ASI akan cukup diproduksi.
5) Ibu dianjurkan minum yang banyak (8-10 gelas/hari) baik berupa susu maupun air putih, karena ASI yang diberikan pada bayi mengandung banyak air.
6) Makanan ibu sehari-hari harus cukup dan berkualitas, baik untuk menunjang pertumbuhan dan menjaga kesehatan bayinya.
7) Ibu harus banyak istrahat dan banyak tidur, keadaan tegang dan kurang tidur dapat menurunkan produksi ASI.
8) Jika jumlah ASI yang diproduksi tidak cukup, maka dapat dicoba dengan pemberian obat pada ibu, seperti tablet Moloco B12B untuk menambah produksi ASI nya.

2.1.4. Konsep DasarBayi Baru lahir

1. Pengertian

Bayi baru lahir adalah bayi yang pada usia kehamilan 37-42 minggu dan beraat badan 2500 – 4000 gram (Vivian N.L.D., 2014). Bayi baru lahir (neonatus) adalah bayi yang baru lahir sampai usia 4 minggu, lahir biasanya dengan umur gestasi 38 minggu sampai 42 minggu (Wong, D.L., 2013).Neonatus merupakan masa bayi baru lahir sampai usia 28 hari (wewenang maternitas adalah 0-40 hari). Periode neonatal atau neonatus adalah bulan pertama kehidupan. Selama

periode neonatal bayi mengalami pertumbuhan dan perubahan yang amat manakjubkan (Mary Hamilton, 2014).

2. Etiologi

1) Respirasi

Perubahan yang penting pada neonatus adalah respirasi.Pada saat *intarauterin*, paru-paru berisi ± 20 cc/KgBB. Pada saat lahir, cairan tersebut digantikan dengan udara.Dengan kelahiran pervaginam, cairan tersebut dikeluarkan melalui trakea dan paru-paru.Nafas yang pertama merupakan reflek dari perubahan tekanan, perubahan suhu, suara dan sensasi fisik pada saat kelahiran dengan permukaan yang relative kasar.Disisi lain, kemoreseptor di aorta berespon terhadap penurunan PO_2 (dari 80 mmHg ke 15 mmHg), peningkatan CO_2 (dari 40 mmHg ke 70 mmHg) dan penurunan pH arteri.Depresi pernafasan tersebut terjadi karena terputusnya tali pusat.Nafas pertama bersifat dangkal dan tidak teratur ± 30-60 x/menit disertai periode apnea pendek (<15”).Bayi baru lahir lebih menyukai bernafas melalui hidung. Saat mengalami pembuntuan, reflek yang digunakan adalah membuka mulut, tetapi kemampuan tersebut baru dimiliki setelah usia 3 minggu, oleh karena itu bayi mudah mengalami cyanosis jika mengalami obstruksi hidung.

b. Sirkulasi

System sirkulasi mengalami perubahan saat lahir, foramen ovale, duktus arteriosus dan duktus venosus menutup.*Arteri* dan *vena umbilical* serta arteri hepatica menjadi ligament.Tekanan arteri pulmonal menurun menyebabkan penurunan tekanan artrium kanan.Peningkatan aliran darah yang kembali kesisi kiri

jantung meningkatkan tekanan atrium kiri.Perubahan tekanan ini menyebabkan penutupan foramen ovale.Selama beberapa hari, menangis menyebabkan pengembalian aliran darah melalui foramen ovale dan menyebabkan *cyanosis*.Saat level PO2 arteri mendekati 50 mmHg, *duktus arteriosus* menutup kemudian duktus tersebut menjadi ligament.Dengan pematangan tali pusat, arteri dan vena umbilical serta *duktus venosus* menutup cepat dan menjadi ligament.

c. Termoregulasi

Pengendalian panas adalah cara kedua untuk menstabilkan fungsi pernafasan dan sirkulasi bayi. *Termoregulasi* adalah upaya mempertahankan keseimbangan antara produksi dan pengeluaran panas.Bayi bersifat *homeothemic* yang artinya berusaha menstabilkan suhu badan internal dalam rentang yang pendek.Hipotermi dan kehilangan panas yang berlebihan merupakan kejadian yang membahayakan. Termogenesis pada bayi dipenuhi oleh *brown fat* dan meningkatkan aktifitas metabolisme otak, jantung dan liver. *Brown fat* terletak pada antara kedua *scapula* dan *axila*, serta didalam pintu masuk dada, sekitar ginjal dan *vertebra*. Lemak tersebut mengandung banyak pembuluh darah dan saraf daripada lemak biasa.

Bayi baru lahir belum dapat mengatur suhu tubuh mereka, sehingga akan mengalami stres dengan adanya perubahan-perubahan lingkungan.

Mekanisme kehilangan panas pada bayi baru lahir menurut Depkes (2011) dapat melalui:

1) *Evaporasi*, adalah cara kehilangan panas utama pada tubuh bayi. Kehilangan panas terjadi karena menguapnya cairan ketuban pada permukaan tubuh bayi setelah lahir karena bayi tidak langsung dikeringkan atau terjadi setelah bayi dimandikan.
2) *Konduksi*, adalah kehilangan panas melalui kontak langsung antara tubuh bayi dengan permukaan yang dingin, misal bayi yang diletakkan diatas meja, tempat tidur atau timbangan yang dingin cepat mengalami kehilangan panas tubuh melalui konduksi.
3) *Konveksi*, adalah kehilangan panas yang terjadi saat bayi terpapar dengan udara disekitar yang relatif dingin (25°C atau kurang), bayi yang dilahirkan diruangan yang dingin cepat mengaami kehilangan panas. Kehilangan panas terjadi jika ada tiupan kipas angin, aliran udara atau penyejuk ruangan.
4) *Radiasi*, adalah kehilangan panas yang terjadi saat bayi ditempatkan dekat tempat yang mempunyai temperatur tubuh lebih rendah dari temperatur tubuh bayi, bayi akan kehilangan panas melalui cara ini. Benda yang lebih dingin tersebut tidak bersentuhan langsung dengan panas bayi.

d. Hematologi

Hb bayi lebih banyak dari orang dewasa yaitu 14,5-22,5 g/dl, tetapi merupakan HbF yaitu Hb yang usianya lebih pendek dari orang dewasa (40-90 hari). Dengan simpanan Fe selama dalam kandungan, bayi akan membuat Hb yang baru. Simpanan Fe dapat dipertahankan sampai usia 5 bulan.

e. Sistem Renal

Pada usia kehamilan empat bulan, ginjal bayi sudah terbentuk dan sudah bisa memproduksi urine. Urin akan dikeluarkan kedalam cairan amnion. Fungsi renal seperti orang dewasa baru bisa dipenuhi saat bayi berusia 2 bulan.Cairan yang diberikan pada hari 1 sebanyak 60 ml/kg BB setiap hari ditambah sehingga pada hari ke 14 dicapai 200 ml/kg BB sehari.Saat lahir biasanya bayi akan BAK sedikit dan kemudian tidak BAK selam 12-24 jam, kemudian akan BAK 6-10 x/menit. Urin berwarna kuning, berjumlah 15-60 cc/KgBB.

f. Gastrointestinal

Bayi *aterm* sudah bisa menelan, mencerna dan mengolah serta menyerap protein dan karbohidrat sederhana serta mengemulsi lemak sederhana. Bayi yang hidrasinya baik, mukosa mulutnya basah, merah muda. Setelah lahir ada sedikit *mucus* yang tersisa dimulut bayi. Kemampuan bayi baru lahir cukup bulan untuk menelan dan mencerna makanan masih terbatas, juga hubungan antara *osephagus* bawah dan lambung masih belum sempurna yang mengakibatkan gumoh pada bayi baru lahir dan bayi muda. Kapasitas lambung sendiri sangat terbatas kurang dari 30 cc. *Faeces* pertama bayi adalah hitam kehijauan, tidak berbau, substansi yang kental disebut mekonium. Faeces ini mengandung sejumlah cairan amnion, verniks, sekresi saluran pencernaan, empedu, dan zat sisa dari jaringan tubuh. Pengeluaran ini akan berlangsung sampai hari ke 2-3. pada hari ke 4-5 warna tinja menjadi coklat kehijauan.Dalam hari-hari pertama berat badan akan turun oleh karena pengeluaran (meconium, urine, keringat) dan masuknya cairan belum mencukupi. Turunnya berat badan

tidak lebih dari 10%. Berat badan akan naik lagi pada hari ke 4 sampai hari ke 10.

g. Sistem *Hepatika*

Liver dan *gall blader* dibentuk usia kehamilan 4 bulan. *Liver* dapat diraba pada bayi baru lahir 1 cm dibawah *costa* kanan karena *liver* memenuhi ±40% kavitas abdomen.50 % bayi aterm mengalami *hyperbilirubinemia* yang fisiologis sebagai akibat dari frekuensi produksi bilirubin yang tinggi dari pemecahan RBC yang lebih banyak dari dewasa, selain itu ada sejumlah bilirubin yang diserap kembali dari usus halus.

h. Sistem *Imunologi*

System *imunologi* pada bayi baru berkembang pada fase awal *ekstrauterin* dan belum aktif sampai dengan beberapa bulan.Selama tiga bulan pertama, bayi dilindungi oleh imunitas pasif dari ibu.

i. Sistem *integument*

Vernix caseosa, suatu lapisan putih seperti keju, menutupi bayi saat lahir, fungsinya masih belum jelas. Dalam 24 jam *vernix caseosa* akan diabsorsi kulit dan hilang seluruhnya, jadi tidak perlu dibersihkan.

j. Sistem Reproduksi

1) Perempuan:

a) Ovarium sudah berisi ribuan sel-sel primitive (*folikel primordial*).

b) Peningkatan *estrogen* selama kehamilan didikuti dengan penurunan yang tiba-tiba saat kelahiran menyebabkan

terjadinya pengeluaran darah atau *mucus* dari vagina disebut *pseudomenstruasi*.

c) Genetalia eksterna edema dan hiperpigmentasi.

d) Labia mayor dan minor sudah menutupi *vestibulum*.

e) Vernix *caseosa* terdapat dikedua labia.

2) Laki-laki:

a) Testis sudah turun kedalam *scrotum* pada 90 % bayi.

b) *Spermatogenesis* belum terjadi, baru terjadi saat pubertas.

c) Sering terjadi *hidriceles* yaitu akumulasi cairan disekitar testis, bisa sembuh sendiri.

k. Sistem *Muskuloskeletal*

Pertumbuhan tulang terjadi *cephalocaudal*.Kepala mempunyai panjang ¼ dari panjang badan bayi, dengan lengan lebih panjang sedikit dari kaki.Ukuran dan bentuk kepala dapat sedikit berubah akibat penyesuaian dengan jalan lahir disebut molding.

2. Penatalaksanaan Bayi baru lahir

Menurut Prawirohardjo (2010) tujuan utama perawatan bayi baru lahir adalah:

a. Membersihkan jalan nafas

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

1) Letakkkan bayi pada posisi telentang ditempat yang keras dan hangat.

2) Gulung sepotong kain dan letakkan dibawah bahu sehingga leher bayi lebih bayi lebih lurus dan kepala tidak menekuk. Posisi kepala diatur lurus sedikit tengadah ke belakang.
3) Bersihkan rongga hidung, rongga mulut dan tenggorokan bayi dengan jari tangan yang dibungkus kasa steril.
4) Tepuk kedua telapak kaki bayi sebanyak 2 – 3 kali atau gosok kulit bayi dengan kain kering dan kasar. Dengan rangsangan ini biasanya bayi akan segera menangis.
5) Kekurangan zat asam pada bayi baru lahir dapat menyebabkan kerusakan otak. Oleh karena itu segera bersihkan mulut dan hidung bayi baru lahir. Observasi warna kulit, adanya *meconium* dalam hidung atau mulut.
6) Bantuan untuk memulai pernafasan diperlukan untuk mewujudkan ventilasi yang adekuat.
7) Dokter atau tenaga medis hendaknya melakukan pemompaan setelah 1 menit bayi tidak menangis.

b. Penilaian bayi waktu lahir (*assessmant at birth*)

Keadaan umum bayi dimulai 1 menit setelah lahir dengan penggunaan nilai APGAR. Penilaian ini perlu untuk mengetahui apakah bayi menderita asfiksia atau tidak. Setiap penilaian diberi angka 0,1 dan 2 dari hasil penilaian tersebut apakah bayi normal (*vigorous baby*=nilai apgar 7-10), asfiksia sedang-ringan (nilai apgar 4-6) atau asfiksia berat (nilai apgar 0-3). Bila nilai apgar dalam 2 menit belum mencpai nilai 7, maka harus dilakukan tindakan resasitasi lebih lanjut. Oleh karena bila bayi menderita asfiksia lebih dari 5 menit, kemungkinan terjadi gejala-gejala *neurologik* lanjutan kemudian hari lebih besar. Berhubungan

dengan itu, menurut apgar dilakukan selain pada umur 1 menit juga pada umur 5 menit.

Tabel 2 Nilai APGAR

	0	1	2
Apperance (Warna Kulit)	Pucat	Badan merah, ekstremitas biru	Seluruh tubuh kemerah-merahan
Pulse Rate (Frek. Nadi)	Tidak ada	Kurang dari 100	Lebih dari 100
Grimance (Reaksi Rangsangan)	Tidak ada	Sedikit gerakan mimik (grimance)	Batuk/bersih
Activity (Tonus Otot)	Tidak ada	Ekstrimitas dalam sedikit flexi	Garakan aktif
Respiration (Pernafasan)	Tidak ada	Lemah/tidak teratur	Baik/menangis

c. Memotong dan merawat tali pusat.

Tali pusat dipotong sebelum atau sesudah plasenta lahir tidak menentukan dan mempengaruhi bayi, kecuali bayi kurang bulan. Apabila bayi lahir tidak menangis maka tali pusat segera dipotong untuk memudahkan melakukan tindakan resusitasi pada bayi. Tali pusat dipotong 5 cm dari dinding perut bayi dengan gunting steril dan diikat dengan pengikat steril. Apabila masih terjadi perdarahan dapat dibuat ikatan baru. Pembalut tersebut diganti setiap hari dan setiap basah atau kotor. Sebelum memotong tali pusa, pastikan bahwa tali pusat sudah diklem dengan baik untuk mencegah terjadinya perdarahan.

d. Mempertahankan suhu tubuh bayi.

Pada waktu bayi baru lahir, bayi belum mampu mengatur tetap suhu badannya dan membutuhkan pengaturan dari luar untuk

membuatnya tetap hangat. Bayi baru lahir di bungkus hangat. Suhu tubuh bayi merupakan tolok ukur kebutuhan akan tempat tidur yang hangat sampai suhu tubuhnya stabil. Suhu tubuh bayi harus dicatat.

e. Memberikan vitamin K.

Pemberian vitamin K dilakukan untuk mencegah terjadinya perdarahan karena defisiensi vitamin K. Vitamin K diberikan peroral1 mg/hari selama 3 hari, sedangkan bayi yang beresiko tinggi diberi vitamin K parenteral dengan dosis 0,5 –1 mg IM.

f. Memberikan obat tetes atau salep mata.

Setiap bayi lahir perlu diberikan tetes mata atau salep mata segera setelah bayi lahir untuk mencegah terjadinya penyakit mata karena klamidia. Tetes atau salep mata yang diberikan adalah *eritromisin* 0,5% atau *tetrasiklin* 1%.

g. Identifikasi bayi baru lahir.

Peralatan identifikasi bayi baru lahir harus selalu tersedia ditempat penerimaan klien. Kamar bersalin dan ruang rawat bayi. Peralatan yang digunakan hendaknya kebal air dengan tepi yang halus dan tidak melukai, tidak mudah robek dan tidak mudah lepas. Pada gelang atau alat identifikasi harus tercantum:

1) Nama (bayi, nyonya)
2) Tanggal lahir.
3) Nomor bayi.
4) Jenis kelamin.
5) Unit.
6) Nama lengkap ibu. Disetiap tempat tidur harus diberi tanda dengan mencantumkan nama, tanggal lahir, nomor identifikasi.

Ukurlah berat lahir, panjang bayi, lingkar kepala, lingkar perut dan catat dalam rekam medik.

h. Mencegah terjadinya infeksi.

Dapat dilakukan dengan perawatan tali pusat yang aseptik dan antiseptik. Pemberian tetes atau salep mata untuk mencegah infeksi pada mata.

3. Pemantauan Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir dilakukan untuk mengetahui aktivitas bayi normal atau tidak dan identifikasi masalah kesehatan bayi baru lahir yang memerlukan perhatian. Yang perlu dipantau pada bayi baru lahir adalah:

a. Suhu badan dan lingkungan.

Suhu badan bayi perlu diukur dan dicatat secara teratur untuk mengetahui adanya peningkatan suhu tubuh sehingga dapat segera dilakukan tindakan yang tepat dan cepat.

b. Tanda – tanda vital.

1) Suhu tubuh bayi diukur melalui ketiak atau dubur bayi.
2) Nadi dapat dipantau di semua titik – titik nadi perifer.
3) Pernafasan yang normal pada bayi baru lahir adalah perut dan dada bergerakbersamaan tanpa adanya retraksi, tanpa terdengar adanya suara pada waktu inspirasi maupun ekspirasi. Gerak pernafasan 30–50 kali permenit.
4) Tekanan darah dipantau bila ada indikasi.

c. Mandi dan perawatan kulit.

Dalam keadaan normal kulit bayi baru lahir adalah kemerahan dan terjadi pengelupasan ringan. Mandi pada bayi baru lahir sangat

1) Pakaian pada bayi dapat menjaga kehangatan suhu tubuh bayi. Sehingga bayi tidak jatuh pada keadaan hipotermia. Pakaian

juga dapat melindungi kulit bayi dari resiko cidera atau tergores.

2) Perawatan tali pusat.

Perawatan tali pusat dilakukan secara aseptik dan antiseptik untuk mencegah terjadinya infeksi pada tali pusat

4. Standart Kunjungan Neonatus

Kunjungan	Penatalaksanaan
kunjungan neonatal ke-1 (KN 1) dilakukan dalam kurun waktu 6-48 jam setelah bayi lahir	1) Mempertahannkan suhu tubuh 2) Memeriksa fisik bayi mulai dari kaki sampai dengan kepala guna memeriksa apakah ada kelainan pada tubuh bayi.
Kunjungan neonatal ke-2 (KN 2) dilakukan pada kurun waktu hari ke 3 sampai dengan hari ke 7 setelah bayi lahir.	1) Memeriksa fisik bayi seperti pad kunjungan pertama 2) Menjaga kebersihan bayi, mendeteksi adanya tanda tanda infeksi pada bayi, seperti kemungkinan infeksi bakteri, virus, diare, berat badan rendah, dan masalah pemberian ASI 3) Konseling kepada ibu tenng pemberian ASI Eksklusif 4) Penanganan dan rujukan kasus bila diperlukan
Kunjungan neonatal ke – 3 (KN 3) dilakukan pada kurun waktu hari ke 8 sampai dengan hari ke 28 setelah lahir.	1) Memeriksa fisik bayi seperti pad kunjungan pertama 2) Menjaga kebersihan bayi, mendeteksi adanya tanda tanda infeksi pada bayi, seperti kemungkinan infeksi bakteri, virus, diare, berat badan rendah, dan masalah pemberian ASI 3) Konseling kepada ibu tenng pemberian ASI Eksklusif Penanganan dan rujukan kasus bila diperlukan 4) Memeeritahukan ibu tentang Imunisasi BCG 5) Penanganan kasus dan rujukan bila diperlukan.

Tabel 4. Standart kunjungan neonatus
Sumber Buku Saku Pelayanan Kesehatan Neonatal Esensial

2.5.1. Konsep Dasar Keluarga Berencana

1. Pengertian

KB adalah tindakan yang membantu individu atau pasangan suami istri untuk mendapatkan obyek tertentu, menghindari kelahiran yang tidak diinginkan, mengatur interval diantara kehamilan,

mengontrol waktu saat kelahiran dalam hubungan dengan suami istri dan menentukan jumlah anak dalam keluarga (WHO, 2015).

KB dimaksudkan untuk pengaturan kehamilan bagi pasangan usia subur untuk membentuk generasi penerus yang sehat dan cerdas dan pemerintah bertanggung jawab dan menjamin ketersediaan tenaga, fasilitas pelayanan, alat dan obat dalam memberikan Pelayanan KB yang aman, bermutu dan terjangkau oleh masyarakat (Kemenkes RI, 2013).

2. Ruang Lingkup Keluarga Berencana

Menurut Sulistyawati (2014) ruang lingkup program KB mencakup sebagai berikut:

a. Ibu

Dengan jalan mengatur jumlah dan jarak kelahiran.Adapun manfaat yang diperoleh oleh ibu adalah sebagai berikut:

1) Tercegahnya kehamilan yang berulang kali dalam jangka waktu yang terlalu pendek, sehingga kesehatan ibu dapat terpeliharanya terutama kesehatan organ reproduksinya.
2) Meningkatkan kesehatan mental dan sosial yang dimungkinkan oleh adanya waktu yang cukup untuk mengasuh anak-anak dan beristrirahat yang cukup karena kehadiran akan anak tersebut memang diinginkan.

b. Suami

Dengan memberikan kesempatan suami agar dapat melakukan hal berikut:

1) Memperbaiki kesehatan fisik.
2) Mengurangi beban ekonomi keluarga yang ditanggungnya.

c. Seluruh keluarga

Dilaksanakannya program KB dapat meningkatkan kesehatan fisik, mental dan sosial setiap anggota keluarga, dan bagi anak dapat memperoleh kesempatan yang lebih besar dalam hal pendidikan serta kasih saying orang tuannya.

3. Tujauan KB secara Fisiologis

Menurut (Setyaningrum, 2016) tujuan KB seccara fisiologis antara lain:

a. Meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak serta mewujudkan keluarga kecil yang bahagia dan sejahtera (NKKBS) yang menjadi dasar terwujudnya masyarakat yang sejahtera dengan mengendalikan kelahiran sekaligus menjamin terkendalinnya pertumbuhan penduduk.
b. Terciptanya penduduk yan berkualitas, sumber daya manusia yang bermutu dan meningkatkan kesejahteraan keluarga.

4. Dampak Progam KB Terhadap Pencegahan Kelahiran

Dampak progam KB terhadap pencegahan Kelahiran Menurut (Setiyaningrum, 2016) yaitu :

a. Bagi ibu yaitu dengan jalan mengatur jumlah dan jarak kelahirannya maka manfaatnya:
    1) Perbaikan kesehatan badan karena tercegahnya kehamilan yang berulang kali dalam janka waktu yang terlalu pendek.
    2) Peningkatan kesehatan mental dan social yang dimungkinkan oleh adanya waktu yang cukup untuk mengasuh anak, beristirahat dan menikmati waktu luang serta melakukan kegiatan yang lainnya.

b. Bagi anak- anak yang dilahirkan, manfaatnya:

1) Anak dapat tumbuh secara wajar karena ibu yang mengandungnya dalam keadaan sehat.

2) Sesudah lahir, anak mendapat perhatian, pemeliharaan dan makanan yang cukup karena kehadiran anak tersebut memang diinginkan dan direncanakan.

c. Bagi anak –anak yang lain, manfaatnya:

1) Memberi kesempatan kepada anak agar perkembangan fisiknya lebih baik lagi.

2) Perkembangan mental dan sosialnya lebih sempurna karena pemeliharaan yang lebih baik dan lebih banyak waktu yang dapat diberikan oleh ibu untuk setiap anak.

3) Perencanaan kesempatan pendidikan yang lebih baik karena sumber sumber pendapatan keluarga tidak habis untuk mempertahankan hidup semata mata.

d. Bagi ayah, memberi kesempatan kepadanya agar dapat:

1) Memperbaiki fisiknya.

2) Memperbaiki kesehatan mental dan sosial karena kecemasan berkurang serta lebih banyak waktu terulang untuk keluarganya.

5. Jenis – Jenis Alat Kontrasepsi

a. Kontrasepsi Tanpa Alat/Obat

1) Senggama terputus *(coitus interuptus)*

Senggama terputus adalah metode keluarga berencanatradisional,dimana pria mengeluarkan alat kelaminnya (penis) dari vagina sebelum pria mencapai ejakulasi sehingga sperma

tidak masuk ke dalam vagina sehingga tidak ada pertemuan antara sperma dan ovum, dan kehamilan dapat dicegah.

1) Keuntungan kontrasepsi
   - Efektif bila dilaksanakan dengan benar
   - Tidak mengganggu ASI
   - Dapat digunakan sebagai pendukung metode KB lainnya
   - Tidak ada efek samping
   - Dapat digunaka setiap waktu
   - Tidak membutuhkan biaya
2) Keuntungan non kontrasepsi
   - Meningkatkan keterlibatan suami dalam keluarga berencana
   - Untuk pasangan memungkinkan hubungan lebih dekat dan pengertian yang sangat dalam
3) Keterbatasan
   - Angka kegagalan cukup tinggi yaitu 4-27kehamilan per 100 perempuan per tahun
   - Efektifitas menurun apabila sperma dalam 24 jam sejak ejakulasi masih melekat pada penis
   - Memutus kenikmatan dalam hubungan seksual
4) Kontraindikasi
   - Suami dengan pengalaman ejakulasi dini
   - Suami sulit melakukan senggama terputus
   - Suami memiliki kelainan fisik atau psikologis
   - Suami sulit bekerjasama
   - Pasangan yang kurang komunikasi
   - Pasangan tidak bersedia melakukan metode ini

b. **Metoda *Amenorhea Laktasi (*MAL*)***

Menurut penelitian (BKKBN dkk, 2015) *MAL* adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian ASI secara eksklusif. MAL dapat dipakai sebagai kontrasepsi bila menyusui secara penuh ≥8x sehari, belum haid, umur bayi kurang dari 6 bulan.Cara kerja metode ini yaitu dengan menunda atau menekan ovulasi.

1) Keuntungan kontrasepsi

   Efektivitas tinggi sebesar 98% pada 6 bulan pertama setelah melahirkan, segera efektif, tidak mengganggu senggama, tidak ada efek samping,tidak perlu pengawasan medis dan tidak perlu alat atau obat,tanpa biaya.

2) Keuntungan Non kontrasepsi

   Untuk bayi mendapat asupan gizi yang terbaik, mendapatkan kekebalan pasif (antibodi).Untuk ibu dapat mengurangi perdarahan saat *postpartum*, mengurangi resiko anemia,meningkatkan hubungan psikologi ibu dan bayi.

3) Keterbatasan

   a) Perlu persiapan perawatan kehamilan agar segera menyusui dalam 30 menit pasca persalinan
   b) Sulit dilakukan karena kondisi social
   c) Efektivitas tinggi hanya sampai kembalinya haid atau sampai dengan 6 bulan
   d) Tidak melindungi terhadap IMS,hepatitis B dan HIV/AIDS

4) Kontraindikasi

   a) Ibu yang tidak meyusui eksklusif
   b) Ketika haid sudah kembali
   c) Ibu yang bayinya sudah berusia lebih dari 6 bulan

d) Bekerja dan terpisah dari bayi lebih lama dari 6 jam

c. Metode kalender

Menurut penelitian (BKKBN dkk, 2015) metode ini dilakukan dengan cara menentukan masa subur. Senggama dihindari pada masa subur yaitu dekat dengan pertengahan siklus haid atau terdapat tanda-tanda adanya kesuburan yaitu keluarnya lendir encer dari liang vagina.Untuk perhitungan masa subur dipakai rumus siklus terpanjang dikurangi 11. Siklus terpendek dikurangi 18. Antara kedua waktu senggama dihindari.

1) Manfaat kontasepsi
   a) Dapat digunakan untuk menghindari atau mencapai kehamilan
   b) Tidak ada resiko kesehatan yang berhubungan dengan kontrasepsi
   c) Tidak ada efek samping sistemik
   d) Murah atau tanpa biaya
2) Manfaat nonkontrasepsi
   a) Meningkatkan keterlibatan suami dalam keluarga berencana
   b) Menambah pengetahuan tentang sistem reproduksi pada suami dan istri
   c) Memungkinkan mengeratkan relasi/hubungan melalui peningkatan komunikasi antara suami istri
3) Keterbatasan
   a) Sebagai kontasepsi sedang (9-20 kehmilan per 100 perempuan selama tahun pertama pemakaian)
   b) Keefektifan tergantung dari kemauan dan disiplin pasangan untuk mengikuti instruksi
   c) Perlu pantang selama masa subur untuk menghindara kehamilan
   d) Tidak terlindung dari IMS termasuk HBV (virus Hepatitis B) dan HIV/AIDS

4) Indikasi

a) Semua perempuan semasa reproduksi

b) Semua perempuan dengan paritas berapa pun termasuk nulipara

c) Perempuan kurus ataupun gemuk

d) Perempuan yang merokok

e) Perempuan yang tidak dapat menggunakan metode lain

5) Kontraindikasi

a) Perempuan sebelum mendapat haid (menyusui,segera setelah abortus)

b) Perempuan dengan siklus haid yang tidak teratur

c) Perempuan yang pasangannya tidak mau bekerja sama (berpantang) selama waktu tertentu dalam siklus haid.

d. Metode *suhu basal*

Peninggian suhu badan basal 0,2-0,5 C waktu ovulasi. Peningkatan suhu badan basal disebabkan oleh peningkatan kadar hormon progesteron mulai 1-2 hari setelah ovulasi. Efektivitas kegagalan 0,3-6,6 kehamilan pada 100 wanita pertahun. Kerugian utama metode suhu badan basal adalah berpantang sudah harus dilakukan pada masa *pra-ovulasi*.Usaha ini dilakukan sewaktu bangun pagi sebelum menjalankan kegiatan apapun dengan memasukkan *thermometer* dalam *rektum* atau *sublingual* selama 5 menit**.**

e. Metode lendir servik atau *metode ovulasi billing (MOB)*

Menurut (BKKBN dkk, 2015) perubahan lendir serviks yang terjadi karena perubahan kadar *estrogen*. Masa subur dapat dipantau mealalui lendir servik yang keluar dari vagina pengamatan sepanjang hari dan ambil kesimpulan pada malam hari.

1) Ciri-ciri lendir servik pada berbagai fase dari siklus haid 30 hari

i. Fase 1: haid hari 1-5, lendir ada atau tidak dan tertutup oleh darah

ii. Fase 2: pasca haid hari 6-10 tidak ada lendir atau sedikit

iii. Fase 3: awal pra *ovulasi* hari 11-13, lendir keruh,kuning atau putih. Wanita merasa lembab.

iv. Fase 4: segera sebelum pada saat dan sesudah *ovulasi*hari ke 14-17. Lendir bersifat jernih,licin dapat diregangkan seperti putih telur.

v. Fase 5: pasca *ovulasi* hari ke 18-21 lendir sedikit keruh dan wanita merasa lembab.

vi. Fase 6:akhir pasca *ovulasi* atau segera pra haid, hari ke 27-30 lendir jernih seperti air.

2) Penyulit metode lendir serviks

a) Sekresi vagina karena rangsangan seksual

b) Infeksi vagina,serviks,penyakit dan pemakaian obat

c) Stress fisik dan emosional

f. Metode barrier

1) Kondom

Merupakan sarung atau selubung karet yang berbentuk silinder yang digunakan untuk menghalangi masuknya *spermatozoa* ke dalam saluran reproduksi perempuan.Prinsip kerja kondom ialah sebagai perisai dari penis sewaktu melakukan *coitus* dan mencegah pengumpulan sperma dalam vagina.Keuntungankondom selain untuk memberi perlindungan terhadap penyakit kelamin juga dapat digunakan untuk tujuan *kontasepsi*. Kekurangannya adalah ada kalanya pasangan yang mempergunakannya merasakan selaput karet tersebut sebagai penghalang dalam kenikmatan saat *coitus.* Yang boleh menggunakan kondomadalah laki-laki dengan penyakit genetalia,penis sensitif terhadap sekret vagina,ejakulasi dini. Sebagai kontrasepsi sementara.

2) Diafragma

Menurut (BKKBN dkk, 2015) merupakan kap berbentuk bulat cembung terbuat dari lateks yang diinsersikan dalam vagina sebelum berhubungan seksual dan menutup serviks. Cara kerjanya dengan menahan sperma agar tidak masuk ke saluran reproduksi bagian atas (*uterus* dan *tuba fallopi*) dan sebagai alat tempat *spermisida*.

a) Keuntungan

i. Efektif bila digunakan dengan benar
ii. Tidak mengganggu produksi ASI
iii. Tidak mengganggu hubungan seksual
iv. Tidak mengganggu kesehatan klien
v. Tidak mempunyai pengaruh sitemik
vi. Salah satu perlindungan terhadap IMS/HIV/AIDS, khususnya apabila digunakan dengan spermisida

b) Keterbatasan

i. Efektivitas sedang (bila digunakan dengan spermisida angka kegagalan 6-16 kehamilan per 100 perempuan per tahun pertama)
ii. Keberhasilan sebagai kontrasepsi bergantung pada kepatuhan mengikuti cara penggunaan
iii. Pemeriksaan pelvik oleh petugas kesehatan terlatih diperlukan untuk memastikan ketepatan pemasangan
iv. Pada beberapa pengguna menjadi penyebab infeksi saluran uretra
v. Pada 6 jam pasca berhubungan seksual, alat harus masih ada diposisinya.

c) Indikasi

i. Tidak menyukai metode hormonal, usia diatas 35 tahun, perokok

ii. Tidak meyukai penggunaan AKDR

iii. Memerlukan perlindungan terhadap IMS

iv. Memerlukan metode sedrhana

d) Kontraindikasi

i. Infeksi saluran uretra

ii. Tidak stabil secara psikis

iii. Mempunyai riwayat *sindrom syok toksik*

iv. Ingin metode KB efektif

g. Kontrasepsi Hormon Steroid

1) Pil oral kombinasi

Pil kombinasi mengandung *estrogen* dan *progesteron* yang harus diminum setiap hari.

a) Jenis –jenisnya:

i. *Monofasik*: pil tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif (E/P) dalam dosis yang sama dengan 7 tablet tanpa hormon aktif.

ii. *Bifasik* : pil tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif E/P dalam dua dosis berbeda dan 7 tablet tanpa hormon aktif

iii. *Trifasik* : pil tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif E/P dengan 3 dosis yang berbeda dan 7 tablet tanpa hormon aktif.

b) Efek samping

i. Mual pada 3 bulan pertama

ii. *Spotting*

iii. Pusing

iv. Berat badan naik

v. Nyeri payudara

vi. *Amenorrhea*

vii. Mengurangi produksi ASI

c) Indikasi

i. Usia reproduksi

ii. Telah atau sudah memiliki anak

iii. Menginginkan kontrasepsi efektivitas tinggi

iv. Setelah melahirkan tidak meyusui

v. Nyeri haid,siklus haid tidak teratur

vi. Riwayat*ektopik*

vii. Kelainan jinak payudara

d) Kontraindikasi

i. Hamil atau dicurigai hamil

ii. Memberi ASI eksklusif

iii. Perdarahan pervaginam

iv. *Hepatitis*

v. Riwayat penyakit jantung dan *hipertensi*

2) Kontasepsi Pil Yang Berisi *Progestin* Saja (Mini Pil)

Mini pil digunakan oleh perempuan yang ingin menggunakan kontrasepsi oral tetapi menyusui.

a) Cara Kerja

i. Menekan sekresi gonadotropin dan sistesis steroid seks ovarium (tidak begitu kuat).

ii. Endometrium mengalami tranformasi lebih awal sehingga implantasi lebih sulit

iii. Mengentalkan lendir servik sehingga menghambat penetrasi sperma

iv. Perubahan pada motilitas tuba sehingga transportasi sperma terganggu

b) Indikasi

i. Usia reproduksi

ii. Ingin menggunakan kontrasepsi yang efektif selama menyusui

iii. Pasca persalinan atau pasca keguguran

iv. Menderita hipertensi asal <180/110 mmHg

v. Sensitif terhadap estrogen

c) Kontraindikasi

i. Hamil atau diduga hamil

ii. Perdarahan pervaginam

iii. Menggunakan obat TBC

iv. Kanker payudara

v. Sering lupa minum pil

vi. Miom uterus progestin memicu pertumbuhan miom uterus

vii. Riwayat stroke progestin menyebabkan spasme pembuluh darah

d) Keuntungan kontrasepsi

i. Sangat efektif bila digunakan dengan benar

ii. Tidak mengganggu hubungan seksual

iii. Tidak mempengaruhi ASI

iv. Kesuburan cepat kembali

v. Nyaman dan mudah digunakan

vi. Sedikit efek samping

vii. Dapat dihentikan setiap saat

viii. Tidak mengandung estrogen yang menyebabkan efek samping seperti rasa mual, hipertensi, nyeri tungkai bawah, sakit kepala, dan kloasma.

e) Kentungan non kontrasepsi

i. Mengurangi nyeri haid

ii. Menurunkan keadaan anemia

iii. Mencegah kanker endometrium

iv. Melindungi dari penyakit radang panggul

v. Tidak meningkatkan pembekuan darah

vi. Dapat diberikan pada penderita *endometritis*

vii. Kurang menyebabkan peningkatan tekanan darah, nyeri kepala dan depresi

f) Kerugian

i. Mengalami gangguan haid seperti *spotting*, perdarahan menyerupai haid, variasi panjang siklus haid, dan kadang-kadang amenorea.

ii. Harus diminum setiap hari pada waktu yang sama.

iii. Bila lupa satu pil saja,kegagalan menjadi lebih besar.

iv. Payudara tegang,mual,pusing,*dermatitis*,jerawat.

v. Tidak memberi perlindungan terhadap infeksi menular seksual atau HIV/AIDS.

vi. Resiko kehamilanektopikcukup tinggi.

vii. Efekvitas menjadi rendah bila digunakan bersamaan dengan obat *tuberculosis*.

h. Kontrasepsi suntikan

Menurut penelitian(BKKBN dkk, 2015) kontrasepsi suntik dibagi menjadi 2 yaitu :

1) Suntik 3 bulan *(depo provera)*

Digunakan untuk kontrasepsi parenteral mempunyai efek progesteron yang kuat dan efektif.Noristerat termasuk golongan kontrasepsi suntikan.

1) Mekanisme kerja
   a) Mencegah ovulasi
   b) Mengentalkan lendir servik
   c) Menjadikan selaput lendir rahim tipis dan atrofi
   d) Menghambat transportasi gamet oleh tuba
2) Keuntungan
   a) Sangat efektif dan mempunyai efek pencegahan kehamilan jangka panjang
   b) Tidak berpengaruh terhadap hubungan suami istri
   c) Tidak mengandung estrogen sehingga tidak berdampak serius terhadap penyakit jantung dan gangguan pembekuan darah
   d) Tidak mempengaruhi ASI
   e) Efek samping sedikit
   f) Mencegah *kanker* endometrium dan kehamilan ektopik
   g) Menurunkan kejadian penyakit jinak payudara
   h) Menurunkan krisis anemia bulan sabit
   i) Mencegah beberapa penyakit radang panggul
3) Keterbatasan
   a) Pola haid tidak teratur
   b) Pada waktu tertentu harus kembali untuk mendapat suntikan

c) Tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu sebelum suntikan berikutnya
d) Permasalahan berat badan
e) Tidak melindungi terhadap penyakit infeksi menular seksual, HIV/AIDS
f) Setelah pemakaian suntikan kesuburan terlambat kembali karena pelepasan suntikan sebelumnya belum habis

4) Indikasi
a) Usia reproduksi
b) Nuliparadan yang telah memeliki anak
c) Menghendkaki kontrasepsi jangka panjang dan efektivitas tinggi
d) Menyusui dan membutuhkan kontrasepsi
e) Setelah melahirkan dan tidak menyusui
f) Setelah abortus
g) Telah mempunyai banyak anak tetapi belum menginginkan *tubektomi*
h) Perokok
i) Tekanan darah 180/110 mmHg, dengan masalah gangguan pembekuan darah atau anemia bulan sabit
j) Sering lupa minum pil kontrasepsi

5) Kontraindikasi
a) Hamil atau dicurigai hamil
b) Perdarahan pervaginam yang belum jelas
c) Tidak dapat menerima terjadinya gangguan pola haid terutama amenorea

d) Menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara

e) *Diabetes mellitus* disertai komplikasi.

2) Suntikan 1 bulan *(monthly injectable)*

Suntik bulanan mengandung 2 hormon *progestin* dan *estrogen* seperti hormon alami pada tubuh.Mekanisme kerjanya adalah menekan ovulasi, membuat lender servik menjadi kental, perubahan pada *endometrium (atrofi)* sehingga implantasi terganggu, menghambat transportasi gamet oleh tuba. Efektivitas tergantung saat kembalinya untuk mendapatkan suntikan,bila tepat waktu angka kehamilannya 0,1-0,4 per 100 perempuan.

3) Alat kontrasepsi dalam Rahim

Menurut (BKKBN dkk, 2015) AKDR (IUD) adalah alat kontrasepsi yang di masukkan ke dalamuterus untuk tujuan mencegah kehamilan. Jenis –jenis AKDR yangumum adalah *CuT-380A, NOVA T.*

a. Keuntungan

a. Efektivitasnya tinggi

b. Dapat efektif segera setelah pemasanga

c. Tidak menimbulkan efek sistemik

d. Reversibel dan jangka panjang

e. Tidak mempengaruhi produksi ASI

f. Dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesudah abortus (bila tidak terjadi infeksi)

g. Dapat digunakan sampai menopause (1 tahun atau lebih setelah haid terakhir)

h. Tidak ada interaksi dengan obat-obatan

b. Efek samping

i. Haid lebih lama dan banyak

ii. Perdarahan (*spotting*) antar menstruasi

iii. Saat haid lebih sakit

c. Indikasi

1) Usia reproduktif

2) Nulipara

3) Ingin kontrasepsi jangka panjang

4) Setelah melahirkan

5) Setelah mengaami keguguran

6) Tidak menyukai metode hormonal

d. Kontraindikasi

1) Hamil atau sedang hamil

2) Perdarahan pervaginam yang tidak diketahui

3) Mengalamin infeksi genital

4) Dalam 3 bulan terakhir mengalami PRP atau *abortus septik*

5) Kelainan uterus

6) Kanker alat genital

7) Rahim kurang dari 5 cm

8) Diketahui menderita TBC pelvik

e. Waktu pemasangan

a. Setiap waktu dalam siklus haid, hari pertama sampai hari ketujuh siklus haid

b. Segera setelah melahirkan dalam 48 jam pertama atau setelah 4 minggu pascapersalinan. Setelah 6 bulan bila menggunakan *metode amenorea laktasi*

c. Setelah mengalami *abortus* (segera atau dalam waktu 7 hari bila tidak ditemukan gejala infeksi

d. Selama 1-5 hari setelah sanggama yang tidak dilindungi

f. Petunjuk bagi klien

1) Kembali memeriksakan diri setelah 4 sampai 6 minggu pemasangan AKDR

2) Selama bulan pertama periksalah benang AKDR secara rutin terutama setelah haid

3) *CuT-380A* perlu dilepas setelah 10 tahun pemasangan, tetapi dapat juga dilakukan lebih awal bila diinginkan

4) Kembali ke klinik bila tidak dapat meraba benang AKDR, AKDR terlepas, merasakan bagian keras dari AKDR, siklus haid terganggu, ada pengeluaran cairan melalui vagina yang mencurigakan, ada infeksi.

4) Alat Kontrasepsi Bawah Kulit (AKBK)

Menurut (BKKBN dkk, 2015) Implan merupakan metode kontrasepsi hormonal yang efetif,tidak permanen,dan dapat mencegah terjadinya kehamilan antara tiga sampai lima tahun.

a. Jenis-jenisimplant

a. *Norplant* terdiri 6 kapsul dengan 216 mg *levonogastrel* dengan lama kerja 5 tahun

b. *Implanon* merupakan kontrasepsi subdermal kapsul tunggal yang mengandung *etonogestrel* (3-*ketodesogestrel)* dengan lama kerja 3 tahun.

c. *Jadelle (norplant II*) dan indoplant terdiri dari 2 batang dengan 150 mg *lenovogastrel* dengan lama kerja 5 tahun

b. Cara Kerja

   a. Mengentalkan lendir serviks
   b. Menekan ovulasi
   c. Endometrium menjadi atrofi
   d. Menghambat transportasi gamet oleh tuba

c. Keuntungan Kontrasepsi

   a. Daya guna tinggi (kegagalan 0,2-1 kehamilan per 100 perempuan)
   b. Perlindungan jangka panjang
   c. Tidak mengganggu hubungan suami istri
   d. Kesuburan cepat kembali
   e. Tidak perlu periksa dalam
   f. Tidak mengganggu ASI
   g. Bebas dari pengaruh estrogen
   h. Dapat dicabut setiap saat

g. Keuntungan non kontraseptif

   a. Mengurangi nyeri haid dan jumlah perdarahan
   b. Memperbaiki anemia
   c. Merupakan kontrasepsi pilihan utama pada perempuan perimenopause

h. Kerugian

   a. Nyeri kepala,pening, dan pusing
   b. Peningkatan atau penurunan berat badan
   c. Nyeri payudara
   d. Perubahan *mood* dan kegelisahan
   e. Tidak memberi perlindungan terhadap PMS dan HIV/AIDS
   f. Terjadi kehamilan ektopik lebih tinggi

i. Indikasi

a. Usia reproduksi

b. Menginginkan kontrasepsi jangka panjang

c. Menyusui dan memerlukan kontrasepsi

d. Pasca persalinan dan tidak menyusui

e. Pasca keguguran

j. Kontraindikasi

a. Hamil atau diduga hamil

b. Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya

c. Tromboflebitis

d. Penyakit hati akut atau tumor hati

e. Benjolan, karsioma payudara

f. Mioma uteri dan kanker payudara

k. Waktu Pemasangan

a. Pada saat siklus haid kedua sampai hari ke tujuh atau jangan melewati 5-7 hari setelah haid

b. Setiap saat asal ibu dipastikan tidak hamil

c. Pasca persalinan antara 6-8 minggu.

5) Kontrasepsi Mantap

a. *Vasektomi*

Merupakan metode kontrasepsi untuk laki-laki yang tidak ingin anak lagi. Perlu prosedur bedah untuk melakukan *vasektomi.*

1) Indikasi

Pada dasarnya indikasi untuk melakukan vasektomi ialah bahwa pasangan suami istri tidak menghendaki kehamilan lagi dan pihak suami bersedia bahwa tindakan kontrasepsi dilakukan pada dirinya.

2) Kontraindikasi

Sebetulnya tidak ada kontraindikasi untuk vasektomi hanya apabila ada kelainan lokal atau umum yang dapat mengganggu sembuhnya luka operasi kelainan itu harus disembuhkan dulu.

3) Keuntungan

a) Tidak menimbulkan kelainann baik fisik maupun mental

b) Efektif dalam jangka panjang

4) Komplikasi Vasektomi

Infeksi pada sayatan, rasa nyeri atau sakit,terjadinya *hematoma intraskrotal*.

b. *Tubektomi*

Merupakan metode kontrasepsi untuk perempuan yag tidak inginanak lagi.perlu prosedur bedah untuk melakukan *tubektomi*.

1) Indikasi

a) Pasangan yang tidak ingin menambah anak lagi

b) Ibu pasca persalinan

c) Ibu menyusui

d) Perempuan dengan gangguan kesehatan yang bertambah berat jika terjadi kehamilan

e) Pengguna kontrasepsi yang menimbulkan gangguan pola haid

f) Usia lebih dari 26 tahun,paritas >2

g) Paham dan secara sukarea setuju dengan prosedur ini

2) Kontraindikasi

a) Hamil atau di duga hamil

b) Perdarahan pervaginam

c) Infeksi sistemik atau pelvik yang akut

d) Tidak boleh menjalani pembedahan

e) Belum memberikan persetujuan medis

3) Waktu pelaksanaan

i. Setiap waktu dan klien tidak hamil

ii. Hari ke 6 atau hari ke 13 siklus haid

iii. Pasca persalinan

iv. Pasca keguguran

2.2. Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Manajemen Varney

Manajeman kebidanan 7 langkah:pengumpulan data, interpretasi data untuk diagnosa dan atau masalah aktual, menentukan diagnosa potensial dan antisipasi diagnosa potensial, identifikasi kebutuhan tindakan segera, menyusun rencana tindakan, melaksanakan tindakan sesuai rencana, melaksanakan evaluasi asuhan yang telah dilaksanakan(Depkes RI, 2011).

1. Langkah I: Pengumpulan Data Dasar

Pada langkah ini dilakukan pengkajian dengan mengumpulkan semua data yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan klien secara lengkap yaitu:

a. Riwayat kesehatan

b. Pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhannya

c. Meninjau catatan terbaru atau catatan sebelumnya

d. Meninjau data laboratorium dan membandingkannya dengan hasil studi

Pada langkah ini dikumpulkan semua informasi yang akurat dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien.

2. **Langkah II: Interpretasi Data Dasar**

   Pada langkah ini dilakukan identifikasi yang benar terhadap diagnosis atau masalah dan kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar atas data dasar yang telah dikumpulkan. Data dasar yang telah dikumpulkan diinterprestasikan sehingga ditemukan masalah atau diagnosis yang spesifik, diagnosis kebidanan yang ditegakkan oleh bidan dalam lingkup praktek kebidanan yang memenuhi standar nomenklatur (tata nama) diagnosis kebidanan. Standar nomenklatur tersebut adalah:

   a. Diakui dan telah disahkan oleh profesi
   b. Berhubungan langsung dengan praktis 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 Diagnosis atau Masalah Potensial**

   Pada langkah ini bidan mengidentifikasi masalah atau diagnosis potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosis yang telah diidentifikasi, langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan, sambil mengamati klien, bidan diharapkan bersiap–siap bila diagnosis/masalah potensial ini benar-benar terjadi.

4. **Langkah IV: Mengidentifikasi dan Menetapkan Kebutuhan yang Memerlukan Penanganan Segera**

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

5. **Langkah V: Merencanakan Asuhan yang Menyeluruh**

Pada langkah ini dilakukan perencanaan yang menyeluruh yang telah ditentukan oleh langkah–langkah sebelumnya.Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnosis atau masalah yang telah diidentifikasi atau diantisipasi. Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa saja yang sudah teridentifikasidari kondisi klien, tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap klien tersebut seperti apa yang diperkirakan akan terjadi berikutnya, apakah dibutuhkan konseling, merujuk klien bila ada masalah sosial ekonomi kultural atau masalah psikologi, setiap rencana asuhan harus disetujui olehkedua belah pihak (bidan dan klien) agar dapat dilaksanakan dengan efektif.

6. **Langkah VI: Melaksanakan Perencanaan**

Pada langkah ini, rencana asuhan yang menyeluruh dari langkah kelima harus dilaksanakan secara efesien dan aman, pelaksanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebahagian dilakukan oleh bidan dan sebahagian lagi dilakukan oleh pasien.

7. **Langkah VII: Evaluasi**

Pada langkah ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan sebagaimana telah diidentifikasi dalam masalah dan diagnosis, rencana tersebut dapat dianggap efektif bila benar – benar efektif dalam pelaksanaannya.

2.3. Konsep Dasar Dokumentasi Mengacu SOAP

Metode dokumentasi yang paling sering digunakan yaitu metode SOAP. Mungkin sebagian besar dari Anda sudah familiar dengan metode dokumentasi ini karena metode ini lebih umum dan lebih sering digunakan dalam pendokumentasian layanan kebidanan. Di dalam metode SOAP, S

adalah data subjektif, O adalah data objektif, A adalah analysis, P adalah planning. Metode ini merupakan dokumentasi yang sederhana akan tetapi mengandung semua unsur data dan langkah yang dibutuhkan dalam asuhan kebidanan, jelas, logis. Prinsip dari metode SOAP adalah sama dengan metode dokumntasi yang lain seperti yang telah dijelaskan diatas. Langkah pendokumentasian dengan SOAP adalah sebagai berikut:

1. **Data Subjektif**

   Data subjektif ini berhubungan dengan masalah dari sudut pandang klien. Ekspresi klien mengenai kekhawatiran dan keluhannya yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang akan berhubungan langsung dengan diagnosis. Pada klien yang menderita tuna wicara, dibagian data dibagian data dibelakang hruf “S”, diberi tanda huruf “O” atau”X”. Tanda ini akan menjelaskan bahwa klien adalah penderita tuna wicara. Data subjektif ini nantinya akan menguatkan diagnosis yangakan disusun.

2. **Data Objektif**

   Data objektif merupakan pendokumentasian hasil observasi yang jujur, hasil pemeriksaan fisik klien, hasil pemeriksaan laboratorium catatan medik dan informasi dari keluarga atau orang lain dapat dimasukkan dalam data objektif ini sebagai data penunjang. Data ini akan memberikan bukti gejala klinis klien dan fakta yang berhubungan dengan diagnosis.

3. **Analysis**

   Langkah selanjutnya adalah analysis. Langkah ini merupakan pendokumentasian hasil analisis dan intrepretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif. Karena keadaan klien yang setiap saat bisa mengalami perubahan, dan akan ditemukan informasi baru dalam data

subjektif maupun data objektif, maka proses pengkajian data akan menjadi sangat dinamis. Analisis data adalah melakukan intrepretasi data yang telah dikumpulkan, mencakup diagnosis, masalah kebidanan, dan kebutuhan.

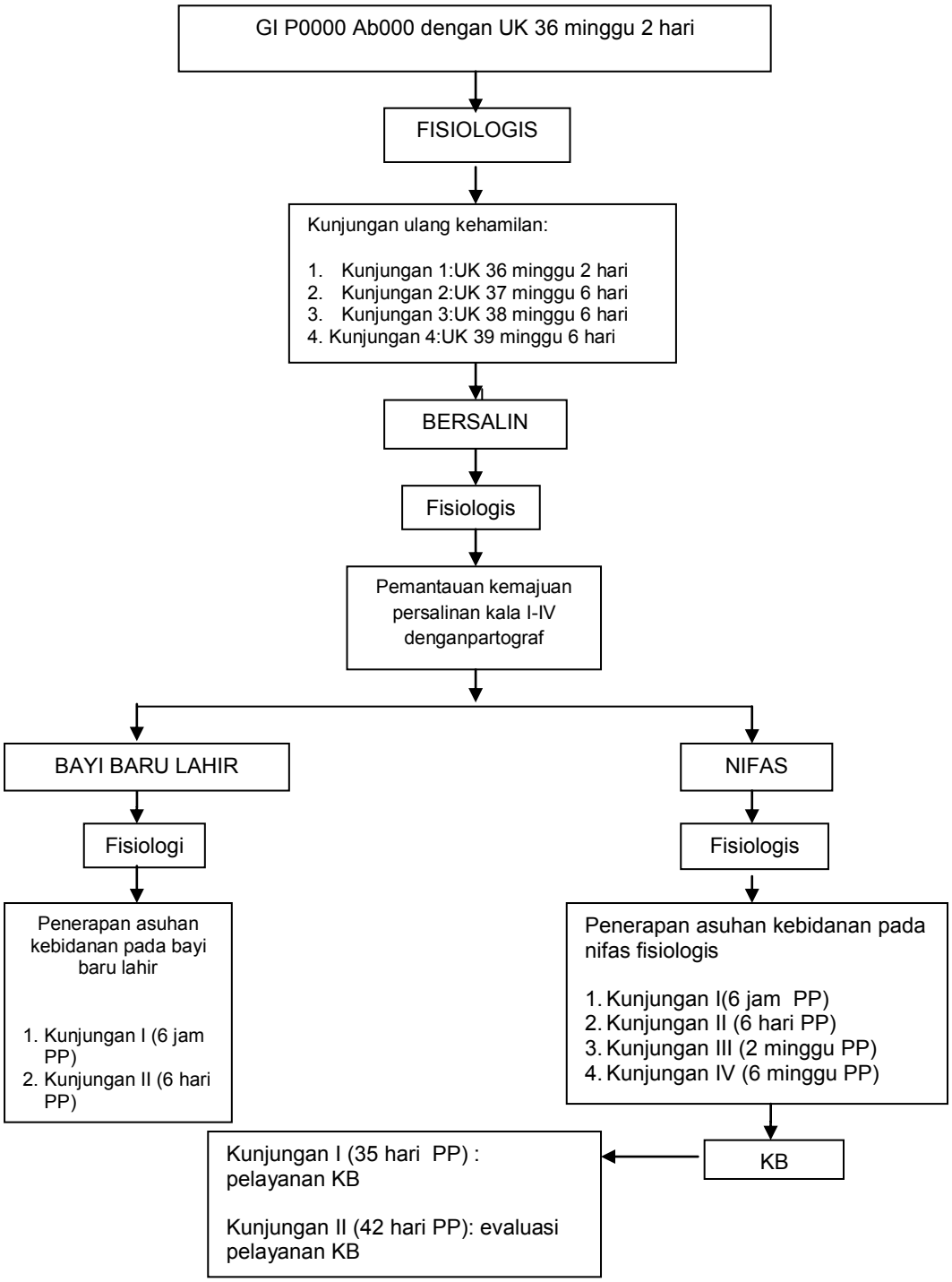
4. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan adalah mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif; penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/follow up dan rujukan. Tujuan penatalaksanaan untuk mengusahakan tercapainya kondisi pasien seoptimal mungkin dan mempertahankan kesejahteraanya.

BAB III

KERANGKA KONSEP *CONTIUNITY OF CARE*

3.1. Kerangka Konsep Kegiatan



Gambar 3. 1 Kerangka Konsep Kegiatan

3.2. Penjelasan Kerangka Konsep

Pelaksanaan proposal laporan tugas akhir penulis akan melakukan asuhan kebidanan pada ibu hamil trimester III, bersalin, neonatus, nifas, dan sampai KB dengan melakukan kunjungan rumah minimal 12 kali. Pertama penulis bertatap muka dengan klien dan keluarga untuk mengetahui bahwa klien tersebut bersedia atau tidak dijadikan sebagai responden. Pada kehamilan fisiologis penulis memberikan asuhan kebidanan secara komprehensif dan melakukan kunjungan rumah sebanyak 4 kali yaitu kunjungan I (dilakukan pada tanggal 24 maret 2019 dalam UK 36 minggu 2 hari), kunjungan II (dilakukan pada tanggal 4 april 2019 dalam UK 37 minggu 6 hari), kunjungan III (dilakukan pada tanggal 11 april 2019 dalam UK 38 minggu 6 hari), dan kunjungan IV (dilakukan pada tanggal 18 april 2019 dalam UK 39 minggu 6 hari). Kehamilan ibu berlangsung fisiologis.

Saat memasuki proses persalinan pasien fisiologis penulis melakukan pengkajian dan asuhan mulai kala I persalinan sampai kala IV. Penulis melakukan pemantauan dengan media partograf untuk mengetahui kemajuan persalinan klien. Persalinan ibu berlangsung fisiologis. Setelah bayi lahir, penulis melakukan penerapan asuhan kebidanan pada bayi baru lahir fisiologis dengan 2 kali kunjungan, yaitu: kunjungan I, kunjungan II. Saat memasuki masa pada nifas fisiologis penulis melakukan asuhan kebidanan selama 6 minggu post partum dengan 4 kali kunjungan: kunjungan I, kunjungan II, kunjungan III, dan kunjungan IV. Selama proses kunjungan nifas penulis juga memberikan asuhan bayi baru lahir dan keluarga berencana. Setelah proses nifas selesai penulis melakukan konseling pelayanan KB dan evaluasi konseling pelayanan KB.

BAB IV

LAPORAN PELAKSANAAN ASUHAN

4.1 Asuhan Kehamilan

1. Kunjungan Antenatal I

Hari/Tanggal pengkajian : Minggu, 24 Maret 2019

Jam : 18.30 WIB

Tempat : Rumah Pasien

Oleh : Sulistyorini

A. Subjektif

a. Biodata

Nama Ibu	: Ny.”K”	Nama Suami	: Tn.”A”
Umur	: 32 th	Umur	: 42 th
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: S2	Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: Guru	Pekerjaan	: Swasta
Alamat	: Jl. Sunan Ampel – Dami Rt 09/03 Pakis - Malang		

b. Keluhan Utama

Ibu mengatakan saat ini mengalami keputihan encer berwarna putih sejak 1 bulan terakhir. Sering kencing kurang lebih setiap 2 jam sekali. Serta nyeri punggung sejak memasuki kehamilan trimester III.

c. Riwayat Kehamilan, Persalinan dan KB

Ibu mengatakan ini merupakan kehamilan pertamanya. Ibu tidak menggunakan alat kontrasepsi apapun sebelum hamil.

d. Riwayat Kehamilan Sekarang

HPHT : 13-07-2019

Menarche : 15 th

Siklus Haid : 28 hari

Lama Haid : 7 hari

Ibu mengatakan ini merupakan kehamilan pertamanya. Kehamilan saat ini berusia 8 bulan. Ibu rajin memeriksakan kehamilannya mulai dari trimester I ke dokter dan Bidan. Dalam kehamilan ini keluhan yang dirasakan ibu terhitung normal seperti sering BAK, nyeri pinggang, letih dll. Saat ini ibu juga sudah melakukan pemeriksaan USG dan pemeriksaan Laboratorium.

e. Riwayat Pernikahan

Berapa Kali Menikah : 1 kali

Lama Menikah : 1 tahun

Usia Pertama Menikah : 31 tahun

f. Riwayat Kesehatan Sekarang

Ibu mengatakan saat ini dalam keadaan sehat tidak menderita penyakit apapun kecuali keluhan pada kehamilan.

g. Riwayat Kesehatan yang Lalu

Ibu mengatakan tidak pernah menderita penyakit apapun seperti Hipertensi, TBC, Asma, Diabetes dll.

h. Riwayat Kesehatan Keluarga

Ibu mengatakan dalam keluarganya maupun suami tidak ada yang menderita penyakit menurun, menular dan menahun seperti Hipertensi, TBC, Asma, Diabetes dll.

i. Pola kebiasaan sehari-hari

Pola Nutrisi	Ibu makan 2-3x sehari, minum 4-6 gelas perhari. Tidak ada gangguan pola nafsu makan selama kehamilan.
Pola Eliminasi	BAB 1x sehari BAK 6-7x perhari
Pola Istirahat	Tidur malam 8 jam sering terbangun karena BAK dan nyeri punggung. Tidur siang 1 jam, terkadang tidak tidur.
Pola Aktivitas	Ibu melakukan pekerjaan mengajar sampai dengan usia kehamilan 7,5 bulan. Selebihnya ibu hanya melakukan pekerjaan rumah.
Personal Hygiene	Mandi 2-3x perhari, ganti pakaian setiap selesai mandi, ganti celana dalam setiap kali terasa lembab, keramas 2 hari sekali.

j. Pola Kebiasaan Lain

Ibu mengatakan selama hamil tidak pernah melakukan pijat oyog, minum jamu, merokook dll.

B. Objektif

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

TTV TD : 120/80 mmHg

N : 84x / menit

S : 36,7 °C

RR : 23x / menit

BB sebelum hamil : 47 kg

BB sekarang : 60 kg

TB : 148 cm

UK : 36 minggu 2 hari

Skor KSPR : 2

LILA : 26 cm

TP : 20-04-2019

Pemeriksaan Fisik

Muka / Mata : tidak pucat, tidak ada oedema, sclera putih, konjungtiva merah muda

Leher : tidak ada pembengkakan Abnormal

Payudara : Asimetris, putting menonjol, tidak ada pengeluaran ASi

Abdomen Leopold I : teraba lunak (bokong), TFU 30 cm (3 jari dibawah px)

Leopold II : puka

Leopold III : teraba kepala, sudah masuk PAP

Leopold IV : 4/5 bagian

DJJ : (+) 144x / mnt, Puctum Maximum dibawah pusat sebelah kanan

HIS : (-)

Gerak Janin: Aktif

TBJ : 2.790 gr

Ekstremitas : Simetris, tidak ada pembengkakan, tidak ada varises, Reflek Patella (+).

Pemeriksaan Penunjang (dilakukan pada tgl. 23 – 02 – 2019)

HB : 12,9 g/dl

HIV : Non Reaktif

HbsAg : Non Reaktif

Gol.da : B

C. Analisa

Asuhan Kebidanan pada Ny."K" usia 32 tahun G_I P_{0000} Ab_{000} UK 36 minggu 2 hari. Janin T / H / I , Letkep dengan kehamilan fisiologis.

D. Penatalaksanaan

a. Menginformasikan hasil pemeriksaan kepada ibu. Ibu mengerti
b. Memberikan KIE tentang mengurangi minum dimalam hari dan memperbanyak disiang hari. Ibu mengerti
c. Memberikan KIE tentang personal hygiene, menjaga kelembapan genetalia dan sesering mungkin mengganti celana dalam setiap kali kotor dan setiap kali mandi. Ibu mengerti
d. Memberikan KIE tentang mengurangi aktivitas berat serta melakukan masase atau kompres pada pinggang ibu oleh suami atau keluarga. Ibu mengerti
e. Memberikan KIE tentang makan makanan yang bergizi dan rutin mengkonsumsi tablet Fe. Ibu mengerti
f. Memberikan ibu KIE tentang tanda bahaya kehamilan seperti perdarahan, sakit kepala hebat, bengkak, nyeri perut hebat, dan gerak janin berkurang. Ibu mengerti
g. Memberikan ibu KIE tentang persiapan persalinan. Ibu mengerti
h. Menganjurkan ibu untuk melakukan plano test Protein Urine. Ibu mengerti
i. Menyepakati dengan ibu untuk kunjungan ulang pada tanggal 30 Maret 2019 atau sewaktu – waktu jika ibu ada keluhan. Ibu bersedia

2. Kunjungan Antenatal II

Hari / Tanggal pengkajian : Kamis, 04 April 2019

Jam : 10.00 WIB

Tempat : Rumah Pasien

Oleh : Sulistyorini

A. Subjektif

- Ibu mengatakan merasa kram pada perut bagian bawah sejak 5 hari yang lalu. 1 hari 1x kram disertai keluar keputihan dikarenakan aktivitas kerja ibu yang sering lembur.
- Ibu mengatakan masih mengeluarkan keputihan namun sudah ditangani dengan sering mengganti calana dalam dan menjaga alat genetalia tetap kering.
- Ibu masih sering BAK saat malam namun ibu telah mengurangi minum air saat malam. Ibu tidak begitu terganggu dengan hal tersebut dikarenakan ibu sering begadang saat sebelum hamil.
- Ibu mengatakan masih nyeri punggung, tetapi suami membantu meredakan nyeri dengan cara kompres ataupun me massase punggung ibu.

B. Objektif

Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

TTV TD : 110/70 mmHg

N : 85x / menit

S : 36,7°C

RR : 23x/ menit

UK : 37 minggu 6 hari

Pemeriksaan Fisik

Muka / Mata : tidak pucat, tidak oedema, sclera putih, konjungtiva merah muda

Leher : tidak ada pembengkakan Abnormal

Payudara : Asimetris, putting menonjol, tidak ada pengeluaran ASI

Abdomen Leopold I : teraba lunak (bokong), TFU 31 cm (2 jari dibawah px)

Leopold II : puka

Leopold III : teraba kepala, sudah masuk PAP

Leopold IV : 4/5 bagian

DJJ : (+) 131x / mnt, puctum maximum dibawah pusat sebelah kanan

HIS : (-)

TBJ : 2.945 gr

Gerak Janin : Aktif

Pemeriksaan Panggul

Distansia Spinarum : 25 cm

Distansia Kristarum : 28 cm

Konjunggata Eksterna : 26 cm

Lingkar Panggul : 95 cm

Ekstremitas : simetris, tidak ada oedema, tidak ada varises.

Pemeriksaan Penunjang

Protein Urine : (-)

Glucosa Urine : (-)

GDA : 72 mg/dL

C. Analisa

Asuhan Kebidanan pada Ny."K" usia 32 tahun G_I P_{0000} Ab_{000} UK 37 minggu 6 hari. Janin T / H / I, Letkep dengan kehamilan fisiologis.

D. Penatalaksanaan

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan kepada ibu. Ibu mengerti
2. Menginformasikan kepada ibu bahwa nyeri perut bagian bawah disebabkan oleh proses penurunan kepala janin menuju panggul. Ibu mengerti
3. Memberikan KIE tentang tetap mengurangi minum dimalam hari dan memperbanyak disiang hari serta ibu tidak dianjurkan untuk menahan BAK. Ibu mengerti
4. Memberikan KIE untuk tetap memijat atau kompres punggung ibu oleh suami atau keluarga. Ibu mengerti
5. Memberikan ibu KIE untuk tetap menjaga kebersihan alat genetalia seperti sering mengganti celana dalam dan menjaga kelembapan. Ibu mengerti
6. Menyepakati dengan ibu untuk kunjungan ulang pada tanggal 11 April 2019 atau sewaktu – waktu ada keluhan. Ibu bersedia

3. Kunjungan Antenatal III

Hari/ tanggal pengkajian : Kamis, 11 April 2019

Jam : 09.00 WIB

Tempat : Rumah pasien

Pengkaji : Sulistyorini

A. Subjektif

Ibu mengatakan merasa keceng kenceng mulai dari pukul 01.00 dini hari. Ibu mengatakan telah melakukan perjalanan dekat dengan menggunakan kendaraan mobil. Ibu saat ini belum mengeluarkan cairan apapun. Kenceng kenceng ibu disertai dengan nyeri pinggang. Ibu tidak ingin periksa ke bidan dengan alasan belum mengeluarkan cairan apapun dari jalan lahir.

B. Objektif

Keadaan Umum : tampak kesakitan

Kesadaran : Composmentis

TTV TD : 120/80 mmHg

N : 85x / menit

S : 36,7°C

RR : 23x/ menit

UK : 38 minggu 6 hari

Pemeriksaan Fisik

Muka / Mata : tidak pucat, tidak oedema, sclera putih, konjungtiva merah muda

Leher : tidak ada pembengkakan Abnormal

Payudara : Asimetris, putting menonjol, tidak ada pengeluaran ASI

Abdomen Leopold I : teraba lunak (bokong), TFU 32 cm (1 jari dibawah px)

Leopold II : puka

Leopold III : teraba kepala, sudah masuk PAP

Leopold IV : 2/5 bagian

DJJ : (+) 125x / mnt, puctum maximum dibawah pusat sebelah kanan

HIS : 2.10'.15''

TBJ : 3100 gr

Gerak Janin : Aktif

Ekstremitas : simetris, tidak ada oedema, tidak ada varises.

C. Analisa

Asuhan Kebidanan pada Ny."K" usia 32 tahun G_I P_{0000} Ab_{000} UK 38 minggu 6 hari. Janin T / H / I, Letkep dengan kehamilan fisiologis.

D. Penatalaksanaan

a. Menginformasikan hasil pemeriksaan kepada ibu. Ibu mengerti
b. Mengajarkan ibu teknik relaksasi, tarik nafas dari hidung keluarkan dari mulut. Ibu mengerti dan melakukan dengan baik
c. Menganjurkan ibu untuk jalan jalan kecil. Ibu melakukan
d. Menganjurkan ibu tidur miring ke kiri. Ibu melakukan
e. Menganjurkan ibu agar tidak menahan BAK dan BAB. Ibu mengerti
f. Memberikan KIE tentang tanda tanda persalinan seperti mengeluarkan cairan dari jalan lahir, mengeluarkan lendir bercampur darah, perut terasa kenceng lebih dari 2x dalam 10 menit lamanya 30 detik . Ibu mengerti
g. Memberikan KIE tentang persiapan persalinan. Ibu mengerti

   Menganjurkan ibu untuk periksa ke bidan apabila sudah mengeluarkan cairan dari jalan lahir. Ibu mengerti.

4. Kunjungan Antenatal IV

Hari/ tanggal pengkajian : Kamis, 18 April 2019

Jam : 09.00 WIB

Tempat : Rumah pasien

Pengkaji : Sulistyorini

A. Subjektif

Ibu mengatakan masih merasa keceng sejak pukul 01.00 dini hari. Ibu mengatakan telah melakukan aktivitas kerja sampai lembur di pilpres, sehingga ibu kurang beristirahat.

B. Objektif

Keadaan Umum : tampak kesakitan

Kesadaran : Composmentis

TTV TD : 120/80 mmHg

N : 83x / menit

S : 36,7°C

RR : 23x/ menit

UK : 39 minggu 6 hari

Pemeriksaan Fisik

Muka / Mata : tidak pucat, tidak oedema, sclera putih, konjungtiva merah muda

Leher : tidak ada pembengkakan Abnormal

Payudara : Asimetris, putting menonjol, tidak ada pengeluaran ASI

Abdomen Leopold I : teraba lunak (bokong), TFU 32 cm (1 jari dibawah px)

Leopold II : puka

Leopold III : teraba kepala, sudah masuk PAP

Leopold IV : 2/5 bagian

DJJ : (+) 125x / mnt, puctum maximum dibawah pusat sebelah kanan

HIS : 2.10'.15''

TBJ : 3100 gr

Gerak Janin : Aktif

Ekstremitas : simetris, tidak ada oedema, tidak ada varises.

C. Analisa

Asuhan Kebidanan pada Ny."K" usia 32 tahun $G_I P_{0000} Ab_{000}$ UK 39 minggu 6 hari. Janin T / H / I, Letkep dengan kehamilan fisiologis.

D. Penatalaksanaan

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan kepada ibu. Ibu mengerti
2. Mengajarkan ibu teknik relaksasi, tarik nafas dari hidung keluarkan dari mulut. Ibu mengerti dan melakukan
3. Menganjurkan ibu untuk tetap melakukan jalan jalan kecil. Ibu melakukan
4. Menganjurkan ibu untuk tetap tidur miring ke kiri. Ibu melakukan
5. Menganjurkan ibu agar tidak menahan BAK dan BAB. Ibu mengerti
6. Memberikan KIE tentang tanda tanda persalinan seperti mengeluarkan cairan dari jalan lahir, mengeluarkan lendir bercampur darah, perut terasa kenceng lebih dari 2x dalam 10 menit lamanya 30 detik. Ibu mengerti
7. Memberikan KIE tentang persiapan persalinan. Ibu mengerti
8. Menganjurkan ibu untuk periksa ke bidan apabila sudah mengeluarkan cairan dari jalan lahir. Ibu mengerti

4.2 Asuhan Persalinan

1. Asuhan Kebidanan Persalinan Kala I

Hari / tanggal : Jumat, 19 April 2019

Waktu : 05.15 WIB

A. Subjektif

Ibu merasa kenceng kenceng dan nyeri pinggang sejak 1 hari yang lalu. Serta mengeluarkan lendir bercampur darah pukul 03.00 WIB dini hari. Ibu terakhir makan pukul 08.00 WIB pagi kemarin. Minum air putih sedikit demisedikit namun sering. BAB terakhir kemarin pagi. BAK terakhir 2 jam yang lalu.

B. Objektif

Keadaan umum : tampak kesakitan

Kesadaran : Composmentis

TTV TD : 120/80 mmHg

N : 83x/menit

S : 36.7°C

RR : 24x/menit

Pemeriksaan Fisik

Muka / mata : tidak pucat, tidak oedema, sclera putih konjungtiva merah muda.

Leher : tidak ada pembengkakan abnormal

Payudara :Asimetris, puting menonjol, belum ada pengeluaran ASI

Abdomen Leopold I : teraba lunak (bokong), TFU 32 cm (2 jari dibawah px)

Leopold II : puka

Leopol III : teraba kepala, ada penurunan

Leopold IV : 1/5 bagian

DJJ : 133x/menit

HIS : 3.10'40"

Gerak Janin : Aktif

Ekstremitas : Simetris, tidak ada oedema, tidak ada varises

Pemeriksaaan Dalam (pukul 05.00 WIB)

Vulva/ vagina keluar lendir darah, Ø 3 cm, efissement 40%, ketuban (-), bagian terdahulu kepala, tidak ada bagian kecil disamping bagian terdahulu, bagian terendah UUK, Hodge III, Moulase 0.

C. Analisa

Ny."K" usia 32 tahun G_I P_{0000} Ab_{000} UK 40 minggu janin T/H/I dengan inpartu kala 1 fase laten.

D. Penatalaksanaan

1. Pukul 05.20 WIB. Menyampaikan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga
2. Pukul 05.20 WIB. Menganjurkan ibu untuk jalan jalan kecil. Ibu melakukan
3. Pukul 05.25 WIB. Menganjurkan ibu untuk tidur miring ke kiri agar kepala janin cepat turun. Ibu melakukan dengan baik
4. Pukul 05.25 WIB. Mengajarkan ibu teknik relaksasi. Ambil nafas dari hidung keluarkan dari mulut. Ibu melakukan dengan baik
5. Pukul 05.25 WIB. Menganjurkan ibu untuk istirahat, makan dan minum. Ibu mengerti
6. Mempersiapkan alat, partrus set, baju bayi dan baju ibu.

7. Pemantauan kemajuan persalinan.

   Evaluasi : pukul 05.45 keadaan umum ibu tampak lemas, lelah, tidak bersemangat dikarenakan dari sore kemarin ibu tidak makan.

   Intervensi : pasang infus RL (Ringer Lactat) 20 tpm pada tangan kiri.

2. Asuhan Kebidanan Persalinan Kala II

Hari / tanggal : Jumat, 19 April 2019

Waktu : 06.40 WIB

A. Subjektif

Ibu mengatakan kenceng kenceng semakin sering dan lama serta rasa ingin meneran.

B. Objektif

Pemeriksaan dalam : Ø 10 cm, efissement 100%, ketuban (-), Hodge III, Teknus, Perjol, Vulka. His : 4x10'45", Djj : 139x/menit.

C. Analisa

Ny."K" usia 32 tahun G_I P_{0000} Ab_{000} UK 40 minggu janin T/H/I dengan inpartu kala II.

D. Penatalaksanaan

1. Menyampaikan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga
2. Pukul 06.40 WIB. Memberikan ibu posisi untuk meneran, posisi meneran ibu litotomi
3. Pukul 06.42 WIB. Mengajarkan ibu teknik meneran yang benar, dagu menempel ke dada, ibu meneran dengan mata terbuka dan tidak bersuara. Ibu melakukan dengan baik dan benar.

4. Pukul 06.44 WIB. Mengajarkan ibu teknik relaksasi, mengambil nafas dari hidung dikeluarkan dari mulut. Ibu melakukan dengan baik
5. Pukul 06.44 WIB. Memimpin ibu untuk meneran. melakukan asuhan persalinan normal. Bayi lahir spontan pukul 06.52 WIB menangis keras, gerak aktif, BB 3.500 gr, PB 49 cm, jenis kelamin perempuan, anus (+), AS: 9.
6. Pukul 06.52 WIB. Memastikan bahwa janin tunggal. Suntik oksitosin 10 I.U pada paha sebelah kiri secara IM. Evaluasi : uterus globuler.
7. Pukul 06.52 WIB. Melakukan asuhan bayi baru lahir normal (mengeringkan, menghangatkan, rangsang taktil, injeksi vit K dan salep mata).
8. Pukul 06.55 WIB. Melakukan IMD (menaruh bayi di dada ibu dengan teknik skin to skin). Evaluasi : bayi mencoba mencari puting ibu.

3. Asuhan Kebidanan Persalinan Kala III

Hari / tanggal : Jumat. 19 April 2019

Waktu : 06.52 WIB

A. Subjektif

Ibu mengatakan perut terasa mules

B. Objektif

Uterus globuler, terdapat talipusat memanjang, semburan darah tiba tiba.

C. Analisa

Ny."K" usia 32 tahun P_{1001} Ab_{000} dengan inpartu kala III.

D. Penatalaksanaan

1. Pukul 06.52 WIB. Menyampaikan hasil pemeriksaan
2. Pukul 06.52 WIB. Melakukan penanganan MAK 3 (Manajemen Aktif Kala III). Penegangan talipusat terkendali, melakukan dorso cranial, cek tanda tanda pelepasan plasenta. Pukul 06.55 WIB plasenta lahir lengkap, perdarahan 150 cc, rupture perineum derajat II.
3. Pukul 06.55 WIB. Masase fundus uteri 15x dalam 15 detik. Hasil ukontraksi uterus baik, teraba keras, perdarahan normal.

4. Asuhan Kebidanan Persalinan Kala IV

Hati / tanggal : Jumat, 19 April 2019

Waktu : 06.55 WIB

A. Subjektif

Ibu mengatakan masih merasakan mules

B. Objektif

TTV TD : 110/70 mmHg N: 85x/menit S:36,7°C RR: 24x/menit. Kontraksi uterus naik, kandung kemih kosong, TFU 1 jari dibawah pusat.

C. Analisa

Ny."K" usia 32 tahun P_{1001} Ab_{000} dengan inpartu kala IV.

D. Penatalaksanaan

1. Pukul 06.57 WIB. Menyampaikan hasil pemeriksaan

2. Pukul 06.57 WIB. Melakukan asisten hecting laserasi perineum derajat II. Dengan anastesi Lidocain 1 ampul.
3. Pukul 07.05 WIB. Memberikan ibu rasa aman dan nyaman (menyeka ibu, mengganti baju dan memakaikan pembalut ibu, memenuhi kebutuhan nutrisi ibu)
4. Pukul 07.08 WIB. Memberikan KIE tentang masa nifas dan mobilisasii dini. Miring ke kanan dan ke kiri, duduk kemudian berdiri. Ibu mengerti dan melakukan dengan baik
5. Pukul 07.10 WIB. Memberikan ibu tx oral

   -. Etabion 1x1

   -. Amoxilin 3x1

   -. B Complex 1x1

6. Observasi 2 jam postpartum, dokumentasi dan dekontaminasi alat

4.3 Asuhan Nifas

1. Kunjungan Nifas I (6-8 jam)

Hari / tanggal : Jumat, 19 April 2019 (15.30 WIB)

Tempat : PMB Anik Basuki Amd.Keb

Pengkaji : Sulistyorini

A. Subjektif

Ibu mengatakan merasa mules dan kram pada perut.

B. Objektif

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

TTV TD : 110/70 mmHg

S : 36,7°C

RR : 24x/menit

Pemeriksaan Fisik

Muka / mata : tidak pucat, tidak oedema, konjungtiva merah muda, sclera putih.

Payudara : Asimetris, puting menonjol, belum ada pengeluaran ASI

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

Genetalia : Lochea Rubra, luka jahitan baik, perdarahan kurang lebih 10 cc sudah berkurang dari sebelumnya.

Ekstremitas : simetris, tidak ada pembengkakan, tidak ada varises.

C. Analisa

Ny."K" usia 32 tahun P_{1001} Ab_{000} dengan masa nifas 6 jam.

D. Penatalaksanaan

1. Menyampaikan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga
2. Memberikan KIE tentang kebutuhan dasar masa nifas mulai dari nutrisi, istirahat, aktivitas, personal hygiene, serta mobilisasi dini. Ibu mengerti.
3. Mengajarkan ibu untuk sering sering me massage uterus. Ibu mampu menirukan dengan baik.
4. Mengajarkan ibu untuk perawatan luka perineum dengan kasa steril. Ibu mampu menirukan dengan baik.
5. Menganjurkan ibu untuk mengkompres hangat pada perut yang terasa kram. Ibu mengerti.

6. Memberikan KIE tentang perawatan bayi dirumah seperti menjaga kehangatan bayi, kebersihan bayi dan pemenuhan nutrisi bayi. Ibu mengerti.
7. Memberikan KIE pada ibu tentang pentingnya pemberian ASI Eksklusif pada bayi. Ibu mengerti
8. Menganjurkan ibu untuk kembali kontrol 6 hari lagi. Ibu mengerti.

2. Kunjungan Nifas II (6 hari)

Hari / tanggal : Rabu, 24 April 2019 (08.30 WIB)

Tempat : PMB Anik Basuki Amd.Keb

Pengkaji : Sulistyorini

A. Subjektif

Ibu mengatakan masih merasakan kram pada perut. Ibu mengatakan kesulitan bergerak dikarenakan perut masih terasa kram. Ibu sudah tidak merasakan mules pada perut. Darah yang keluar semakin sedikit dan sudah berubah warnanya. Eliminasi ibu normal, ibu sudah bisa BAB dan BAK. Di keluarga ibu masih melarang ibu untuk banyak bergerak. Ibu dianjurkan untuk tetap meluruskan kakinya baik pada saat berjalan maupun tidur sehingga pergerakan ibu terbatas.

B. Objektif

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

TTV TD : 120/80 mmHg

Pemeriksaan Fisik

Muka / mata : tidak pucat, tidak oedema, konjungtiva merah muda, sclera putih.

Payudara : Asimetris, putting menonjol, ada pengeluaran ASI.

Abdomen : TFU 3 jari diatas syimpisis, kontraksi uterus baik, kandung kemih kosong.

Genetalia : Lochea sanguinolenta, luka jahitan baik sudah mengering.

Ekstremitas : simetris, tidak ada pembengkakan, tidak ada varises.

C. Analisa

Ny."K" usia 32 tahun P_{1001} Ab_{000} dengan masa nifas 6 hari.

D. Penatalaksanaan

1. Menyampaikan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga
2. Memberikan KIE tentang kebutuhan dasar masa nifas mulai dari nutrisi, istirahat, aktivitas, personal hygiene, serta mobilisasi dini. Ibu mengerti.
3. Memberikan KIE tentang tanda bahaya masa nifas dan tanda tanda infeksi. Ibu mngerti.
4. Memberikan KIE tentang perawatan bayi dirumah. Ibu mengerti.
5. Mengajarkan ibu senam nifas. Ibu mampu menirukan dengan baik.
6. Menganjurkan ibu untuk tetap mengkompres hangat pada perut yang terasa kram. Ibu mengerti.
7. Memberikan KIE pentingnya ASI eksklusif dan manfaatnya. Ibu mengerti.

8. Mengajarkan ibu posisi menyusui yang lain, ibu menyangga kepala bayi dan badannya berada di samping ibu. Ibu mampu menirukan dengan baik.
9. Menganjurkan ibu untuk kembali kontrol apabila ada keluhan. Ibu mengerti.

3. Kunjungan Nifas III (2 minggu)

Hari / tanggal : Jumat, 03 Mei 2019 (12.30 WIB)

Tempat : Rumah pasien

Pengkaji : Sulistyorini

A. Subjektif

Ibu mengatakan tidak ada keluhan. ASI lancar namun bayi diberi tambahan susu formula karena merasa ASI saja tidak mencukupi. , pola istirahat ibu saat ini sama dengan pola istirahat bayi.

B. Objektif

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

TTV TD : 110/70 mmHg

RR : 24x/menit

Pemeriksaan Fisik

Muka / mata : tidak pucat, tidak oedema, konjungtiva merah muda, sclera putih.

Payudara : Asimetris, putting menonjol, ada pengeluaran ASI

Abdomen : TFU 1 jari diatas simpisis, kontraksi uterus baik, kandung kemih kosong.

Genetalia : Lochea serosa, luka jahitan sudah mengering.

Ekstremitas : simetris, tidak ada pembengkakan, tidak ada varises.

C. Analisa

Ny."K" usia 32 tahun P_{1001} Ab_{000} dengan masa nifas 2 minggu.

D. Penatalaksanaan

1. Menyampaikan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga
2. Memberikan KIE tentang kebutuhan dasar masa nifas mulai dari nutrisi, istirahat, aktivitas, personal hygiene, serta mobilisasi dini. Ibu mengerti.
3. Mengajarkan ibu untuk sering sering me massage uterus. Ibu mampu menirukan dengan baik.
4. Mengajarkan ibu untuk perawatan luka perineum dengan kasa steril. Ibu mampu menirukan dengan baik.
5. Menganjurkan ibu untuk mengkompres hangat pada perut yang terasa kram. Ibu mengerti.
6. Memberikan KIE tentang perawatan bayi dirumah. Ibu mengerti.
7. Memberikan KIE pada ibu tentang pentingnya pemberian ASI Eksklusif pada bayi. Ibu mengerti
8. Menganjurkan ibu untuk kembali kontrol pada masa nifas 6 minggu. Ibu mengerti.

4. Kunjungan Nifas IV (6 minggu)

Hari / tanggal : Jum'at / 31 Mei 2019 (08.00 WIB)

Tempat : Rumah pasien

Pengkaji : Sulistyorini

A. Subjektif

Ibu mengatakan saat ini tidak ada keluhan. ASI lancar dan ibu melakukan pekerjaan rumah seperti biasanya, mengurus bayi dibantu dengan keluarga. Ibu saat ini belum haid dan darah nifas berwarna putih.

B. Objektif

Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

TTV TD : 120/80 mmHg

Pemeriksaan Fisik

Muka : tidak pucat, tidak ada oedema

Ekstremitas : simetris, tidak ada pembengkakan

C. Analisa

Ny. “K” usia 32 tahun P_{1001} Ab_{000} dengan masa nifas 6 minggu.

D. Penatalaksanaan

1. Menyampaikan hasil pemeriksaan kepada ibu bahwa keadaan ibu pada saat ini normal tidak ada masalah. Ibu mengerti
2. Menganjurkan ibu untuk tetap memberikan ASI kepada bayi nya sampai usia 6 bulan serta menjelaskan bahwa ASI saja cukup untuk memenuhi kebutuhan nutrisi dan gizi bayi usia 0-6 bulan. Ibu mengerti
3. Memberikan KIE kepada ibu untuk mengikuti jadwal KB suntik yang selanjutnya tanggal 3-8-2019. Ibu mengerti
4. Memberikan KIE kepada ibu untuk segera periksa apabila ada keluhan. Ibu mngerti.

4.4 Asuhan Bayi Baru Lahir

1. Kunjungan Neonatal 1 (6-48 jam)

Hari / tanggal : Jumat, 19 April 2019 (15.30 WIB)

Tempat : PMB Anik Basuki Amd.Keb

Pengkaji : Sulistyorini

A. Subjektif

Ibu mengatakan tidak ada keluhan pada bayinya. Pada saat ini pola eliminasi sudah baik, bayi sudah dapat BAK dan BAB. Untuk sementara ini bayi belum diberi ASI dikarenakan ibu masih mengeluhkan kram pada perut sehingga menghambat proses menyusui.

B. Objektif

Keadaan umum : Baik

TTV N :120x/menit

S : 36,8°C

RR : 48x/menit

Warna kulit : Kemerahan ,

Pemeriksaan fisik

Kepala : tidak ada capput succaedeum maupun cepal hematoma

Lingkar kepala

- Fronto oksipitalis : 34 cm
- Mento occipitalis : 35 cm
- Sub occipito bregmatica : 32 cm

Muka / mata : tidak pucat, tidak kuning, sclera putih, konjungtiva merah muda.

Hidung : tidak ada pernafasan cuping hidung

Mulut : tidak ada kelainan, reflek rooting (+), reflek sucking (+), reflek swallowing (+).

Dada : tidak ada retraksi dinding dada, tidak ada bunyi nafas tambahan. Lingkar dada 32 cm.

Abdomen : tidak ada kelainan, talipusat masih basah tidak ada perdarahan aktif.

Ekstremitas : Atas normal tidak ada kelainan, reflek grasping (+).Bawah normal tidak ada kelainan, reflek babinski (+).

Genetalia : labia mayor menutupi labia minor.

Anus : berlubang, tidak ada kelainan, pola eliminasi baik (bayi sudah BAB).

C. Analisa

Neonatus cukup bulan sesuai masa kehamilan usia 8 jam dengan kondisi baik.

D. Penatalaksanaan

1. Menyampaikan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga.
2. Memberikan KIE tentang perawatan bayi baru lahir kepada ibu dan keluarga meliputi menjaga kehangatan bayi, menjaga kebersihan bayi, memenuhi kebutuhan nutrisi untuk bayi. Ibu mengerti.
3. Memberikan KIE tentang perawatan talipusat, dibungkus dengan kasa steril tanpa dibumbui apapun. Ibu mengerti.

4. Memberikan KIE tentang pentingnya pemberian ASI kepada bayi. Ibu mengerti
5. Menganjurkan ibu untuk membawa bayinya kontrol 6 hari lagi atau apabila ada keluhan. Ibu mengerti.

2. Kunjungan Neonatal II (6 hari)

Hari / tanggal : Rabu, 24 April 2019 (08.30 WIB)

Tempat : PMB Anik Basuki Amd.Keb

Pengkaji : Sulistyorini

A. Subjektif

Ibu mengatakan tidak ada keluhan pada bayinya. Pada saat ini talipusat bayi telah terlepas, bayi BAK 7-9 x sehari dan BAB 2-4x sehari. Bayi minum ASI pada saat pagi sampai dengan sore, saat malam ditambah dengan susu formula. Berat badan bayi sekarang 3.700 gram.

B. Objektif

Keadaan umum : Baik

TTV N :120x/menit

S : 36,7°C

RR : 48x/menit

Pemeriksaan fisik

Kepala : tidak ada capput succaedeum maupun cepal hematoma

Muka / mata : tidak pucat, tidak kuning, sclera putih, konjungtiva merah muda.

Hidung : tidak ada pernafasan cuping hidung

Mulut : tidak ada kelainan, reflek rooting (+), reflek sucking (+),reflek swallowing (+).

Dada : tidak ada retraksi dinding dada, tidak ada bunyi nafas tambahan.

Abdomen : tidak ada kelainan, talipusat sudah lepas.

Ekstremitas : Atas normal tidak ada kelainan, reflek grasping (+). Bawah normal tidak ada kelainan, reflek babinski (+).

Genetalia : labia mayor menutupi labia minor.

Anus : berlubang, tidak ada kelainan, pola eliminasi normal

C. Analisa

Neonatus cukup bulan sesuai masa kehamilan usia 6 hari dengan kondisi baik.

D. Penatalaksanaan

1. Menyampaikan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga.
2. Memberikan KIE tentang perawatan bayi kepada ibu dan keluarga. Ibu mengerti.
3. Memberikan KIE tentang pentingnya pemberian ASI kepada bayi. Ibu mengerti.
4. Memberikan KIE tentang tanda tanda infeksi pada bayi. Ibu mengerti.
5. Menganjurkan ibu untuk membawa bayinya kontrol pada saat usia 1 bulan atau apabila ada keluhan. Ibu mengerti.

4.5 Asuhan Keluarga Berencana

1. Kunjungan KB I (36 hari)

Hari /. Tanggal : Jumat, 24 Mei 2019

Tempat : PMB Anik Rohanjarwati Amd.Keb

Pengkaji : Sulistyorini

A. Subjektif

Ibu mengatakan ingin menggunakan KB Suntik 3 bulan usai melahirkan pada tanggal 19 April 2019. Ibu ingin menggunakan KB suntik 3 bulan karena ingin menunda kehamilan. Ibu saat ini masih belum haid dan ibu masih mengeluarkan darah nifas berwarna putih. Ibu saat ini yakin bahwa tidak sedang menderita penyakit yang menjadi kontraindikasi KB suntik seperti Hipertensi.

B. Objektif

Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

TTV TD : 120/80 mmHg

N : -

S : -

R : 23x/menit

BB / TB : 50 Kg/ 148 cm

Pemeriksaan Fisik

Muka : tidak pucat, tidak ada oedema

Mata : sclera putih, konjungtiva merah muda

Leher : tidak ada pembengkakan Abnormal

Abdomen : TFU tidak teraba, tidak ada benjolan Abnormal

Ekstremitas : tidak ada oedema, tidak ada varises

C. Analisa

Ny."K" Usia 32 th P_{1001} Ab_{000} dengan Akseptor Baru KB Suntik 3 bulan

D. Penatalaksanaan

1. Menyampaikan hasil pemeriksaan kepada ibu bahwa ibu dalam keadaan sehat, ibu diyakinkan tidak sedang hamil, dan tidak menderita Hipertensi oleh karena itu boleh untuk menggunakan KB suntik 3 bulan. Ibu mengerti.
2. Menjelaskan kepada ibu mengenai efeksamping penggunaan KB hormon dalam jangka panjang dapat meningkatkan tekanan darah dan dapat menyebabkan ketidakteraturan pada siklus haid. Keluhan tersebut merupakan efek samping dan wajar terjadi, oleh karena itu ibu tidak perlu khawatir dan harus tetap teratur melakukan KB ulang. Ibu mengerti tentang penjelasan yang diberikan.
3. Mempersiapkan Alat:

   -. Spuit 3 cc

   -. Kapas Alkohol

   -. Cairan Injeksi (DepoNeo 1vial/1cc)

   Evaluasi : alat lengkap dan ibu bersedia dilakukannya tindakan
4. Melakukan penyuntikan dibokong sebelah kiri 1/3 SIAS dan Os.Cocsigis secara IM(IntraMuscular)

   Evaluasi : tindakan telah dilakukan dan tidak ada efek samping setelah penyuntikan.
5. Menginformasikan jadwal kembali suntik yaitu pada tanggal 16-7-2019.

Evaluasi : ibu bersedia kembali pada tanggal yang ditetapkan atau sewaktu-waktu apabila ada keluhan.

6. Melakukan Dokumentasi.

2. Kunjungan KB II (42 hari)

Hari / tanggal : Jum'at / 31 Mei 2019 (08.00 WIB)

Tempat : Rumah pasien

Pengkaji : Sulistyorini

A. Subjektif

Ibu telah melakukan suntik KB 3 bulan pada tanggal 24 Mei 2019. Ibu sekarang tidak memiliki keluhan.

B. Objektif

Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

TTV TD : 120/80 mmHg

Pemeriksaan Fisik

Muka : tidak pucat, tidak ada oedema

Ekstremitas : simetris, tidak ada pembengkakan

C. Analisa

Ny. "K" usia 32 tahun P_{1001} Ab_{000} dengan evaluasi KB suntik 3 bulan.

D. Penatalaksanaan

1. Menyampaikan hasil pemeriksaan kepada ibu.
2. Mengingatkan kembali tentang efek samping KB suntik 3 bulan, ibu mengerti
3. Memberikan KIE kepada ibu untuk mengikuti jadwal KB suntik yang selanjutnya pada tanggal 3-8-2019. Ibu mengerti

4. Memberikan KIE kepada ibu untuk segera periksa apabila ada keluhan. Ibu mngerti.

BAB V

PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil dari asuhan kebidanan komprehensif yang dilakukan oleh penulis mahasiswi DIII Kebidanan STIKes Widyagama Husada Malang kepada Ny."K" usia 32 tahun di PMB Anik Rohanjarwati Pakis-Malang dan di rumah pasien yang beralamat Dsn. Dami Rt 09/03 Ampeldento Pakis-Malang. Didapatkan hasil sebagai berikut:

5.1. Pembahasan Asuhan Kehamilan

Asuhan kebidanan *Continuity of Care* yang dilakukan pada ibu hamil trimester III dilakukan sebanyak 4 kali kunjungan. Pada kunjungan pertama didapatkan data berupa ibu terakhir menstruasi tanggal 13 Juli 2018 , dan tafsiran persalinan 20 April 2019. Pada kunjungan ini penulis melakukan anamnesa yang dilanjutkan dengan pemeriksaan.Anamnesa dibutuhkan untuk menggali kondisi pasien seperti riwayat kesehatan ibu dan keluarga, riwayat menstruasi, riwayat kehamilan/persalinan yang lalu, riwayat kehamilan sekarang, riwayat perkawinan, serta keluhan ibu saat itu, hal ini bertujuan untuk mengatahui komplikasi yang akan terjadi sedini mungkin.

Menurut Sulistyawati (2013), Skor Poedji Rochjati merupakan suatu cara untuk mendeteksi dini adanya resiko pada kehamilan. Ukuran resiko dapat dihitung dalam bentuk angka disebut skor. Skor merupakan bobot perkiraan dari berat atau ringannya resiko atau bahaya. Jumlah skor menunjukkan tingkat resiko yang dialami ibu hamil. Berdasarkan pengkajian dan pemeriksaan pada Ny."K" usia 32 th G_I P_{0000} Ab_{000} memiliki skor KSPR sejumlah 2 yaitu tergolong kehamilan Resiko Rendah. Skor tersebut didapatkan dari skor awal ibu hamil dengan arti ibu dapat bersalin di Bidan dan dapat ditong oleh Bidan dengan persalinan normal.

Standart Asuhan 14T yang dapat penulis berikan kepada Ny.”K” usia 32 th G_I P_{0000} Ab_{000} meliputi timbang berat badan, mengukur tekanan darah, mengukur TFU (Tinggi Fundus Uteri), pemeriksaan protein *urine*, pemeriksaan *urine* reduksi, perawatan payudara, senam hamil, serta temu wicara. Sedangkan pada imunisasi TT tidak diberikan dikarenakan ibu sudah mendapatkan sebelumnya secara lengkap sampai T5, pemeriksaan PMS (Penyakit Menular Seksual) tidak dilakukan karena tidak ada indikasi pada ibu, pada lingkungan rumah ibu karena tidak termasuk daerah endemik malaria dan gondokpasien tidak perlu diberikan kapsul minyak yodium dan obat malaria.

Pada pemeriksaan Tinggi Fundus Uteri (TFU) dari 4x kunjungan terjadi peningkatan TFU, ini sesuai dengan teori bahwa TFU akan meningkat seiring dengan bertambahnya usia kehamilan (Hani,2014). Pada kasus Ny. “K” TFU pada usia kehamilan 39 minggu yaitu 32 cm, ini sesuai dengan teori *MC. Donal’s* yaitu TFU harus sama dengan usia kehamilan dalam minggu yang ditentukan berdasarkan HPHT, jika pengukuran berbeda 1-2 cm masih bisa ditoleransi.Pada kasus Ny. “K” terdapat posisi teraba lunak (bokong), TFU 32 cm, punggung kanan, DJJ 144x/menit, letkep dan penurunan kepala2/5 bagian pada usia kehamilan 39 minggu6 hari. Dalam hal ini Ny. “K” dalam kategori normal. TBJ (Tafsiran Berat Janin) pada saat ini adalah 3.255 gram hasil tersebut terlampaui dengan berat lahir bayi 3.500 gram. Menurut penulis hal ini dikatakan normal karena bisa saja pengukuran TFU keliru atau juga bisa karena kepala janin yang sudah semakin turun sehingga TFU juga semakin mengecil.

Selama kehamilan berat badan ibu bertambah sebanyak 13 kg. Menurut Hani, dkk (2011) secara perlahan berat badan ibu hamil akan

mengalami kenaikan antara 9-13 kg selama kehamilan berlangsung atau sama dengan 0,5 kg per minggu atau 2 kg dalam 1 bulan. Penambahan berat badan paling banyak terjadi pada trimester II kehamilan. Pengukuran LILA ibu juga terhitung normal yaitu 28 cm sedangkan resiko KEK (Kekurangan Energi Kronis) yaitu dengan LILA < 23,5 cm. Dengan demikian LILA ibu dinyatakan dalam batas normal. Serta pada perhitungan IMT ibu yang diukur dari BB sebelum hamil/TB^2 mendapatkan hasil 21.46. Status gizi Ny."K" termasuk dalam kategori badan ideal. Kenaikan BB ibu hamil dengan status gizi ideal adalah 11-16 kg sehingga kenaikan berat badan Ny."K" dalam batas normal.dan nutrisi ibu cukup untuk memenuhi kebutuhan ibu dan janinnya.

Selama kehamilan trimester I dan II ibu memiliki beberapa keluhan. Pada trimester III ibu mengeluhkan nyeri pinggang dan sering buang air kecil dimalam hari. Menurut Hani dkk (2014) hal ini wajar dialami ibu hamil dikarenakan janin yang semakin membesar sehingga menekan kandung kemih. Disebabkan kandung kemih tertekan oleh uterus yang mulai membesar. Gejala ini akan hilang pada trimester kedua kehamilan. Pada akhir kehamilan, gejala ini kembali muncul karena proses kepala janin yang semakin turun memasuki panggul. Keluhan akan bertambah pada pinggang yang terasa nyeri akibat menopang beban yang semakin berat. Asuhan yang dapat diberikan yaitu menganjurkan ibu mengurangi asupan cairan pada malam hari agar istirahat malam ibu tidak terganggu dan menggantinya pada siang hari. Pada nyeri pinggang, asuhan yang dapat diberikan yaitu menganjurkan suami ibu atau keluarga untuk mengkompres atau memijat halus pinggang ibu agar ibu merasakan rileks sehingga rasa nyeri akan berkurang. Keluhan lain yang dirasakan ibu yaitu ibu mengeluh

keputihan encer. Keputihan pada ibu hamil disebabkan oleh bakteri akibat ibu kurang menjaga kebersihan daerah kewanitaan. Keputihan yang berlebih hingga berbau serta gatal dapat memicu terjadinya KPD (Ketuban Pecah Dini), hal yang dapat diberikan sebagai asuhan yaitu menjelaskan kepada ibu bahwa asal keputihan adalah dari bakteri sehingga ibu perlu menjaga lebih ketat dalam kebersihan dan kelembapan alat genetalia dengan cara sering ganti celana dalam apabila terasa lembab, mengeringkan alat genetalia seusai buang air, dan menghindari celana yang ketat. Penyebab keputihan selain dari bakteri disebabkan juga oleh gangguan keseimbanganhormone, stress, kelelahan kronis, peradangan alat kelamin, benda asing dalam vagina, serta ada penyakit dalam organ reproduksi seperti kanker leher rahim (Fadilla dkk, 2012).

Pada kehamilan ibu merasakan keluhan perut terasa kenceng. Hal ini merupakan sesuatu yang wajar. Dilihat dari penyebabnya ibu usai melakukan perjalanan. Keluhan ini dinamakan kontraksi *Braxton Hiks*dimana keluhan ini normal dirasakan ibu hamil pada usia kehamilan memasuki akhir trimester III. Dengan semakin meningkatnya usia kehamilan, terjadi pula peningkatan frekuensi, lama, dan intensitas kontraksi braxton hicks. Mendekati usia kehamilan aterm, kontraksi ini menjadi lebih teratur dan reguler sehingga disalahartikan sebagai kontraksi persalinan. Persalinan palsu (false labor) sangat erat kaitannya dengan kontraksi braxton hickspada kehamilan aterm (Saifuddin, 2014). Kontraksi *Braxton Hiks*ini juga disebabkan oleh penurunan kepala janin yang menekan *ganglion servikale* dari *pleksus frankenhauser* yang terletak di belakang serviks. Apabila ganglion ini tertekan, kontraksi uterus akan timbul (Wiknjosastro, 2006).

Dengan demikian keluhan yang dirasakan ibu merupakan hal yang normal dan tidak memicu ke kegawatdaruratan atau komplikasi kehamilan.

Berdasarkan asuhan yang telah diberikan kepada ibu sebanyak empat kali kunujungan selama kehamilan baik dari pengkajian dan pemeriksaan tidak ditemukan adanya masalah. Masalah yang dirasakan ibu terbilang normal bagi ibu hamil trimester III. Hasil pemeriksaan mendapatkan respon yang baik dari ibu dan keluarga, ibu antusias mendengarkan dan mau melakukan apa yang sudah disarankan sehingga proses pengambilan data dan pemberian asuhan berjalan dengan lancar.

5.2. Pembahasan Asuhan Persalinan

Persalinan merupakan proses pergerakan pengeluaran janin, plasenta, dan membran dari rahim melalui jalan lahir. Proses ini diawali dengan pembukaan dan dilatasi serviks akibat kontraksi uterus dengan frekuensi, durasi, dan kekuatan yang teratur (Rohani, *et al.,* 2013).

Pada pengkajian Ny.”K” lama kala I berjalan 1 jam 40 menit. Pada teori menunjukkan bahwa persalinan pada primigravida normalnya kala I fase laten berlangsung sekitar 2-6 jam dan pada fase aktif berlangsung selama 4-8 jam (Saifuddin, 2009). Pada teori ini menunjukkan bahwa persalinan kala I pada Ny.”K” memiliki kesenjangan dengan teori yaitu pada Ny.”K” berlangsung lebih cepat namun hal ini juga tidak bisa dikatakan bahwa ini merupakan persalinan cepat (*partus presipitatus)*, karena *partus presipitatus* sendiri merupakan persalinan yang berlangsung cepat, dimana terjadi kemajuan persalinan yang berakhir kurang dari 3 jam dari kelahiran. Partus presipitatus apabila terjadi diluar rumah sakit adalah situasi kegawatdaruratan yang dapat meningkatkan resiko komplikasi seperti rupture atau perdarahan pasca persalinan (Doenges, 2007). Penulis tidak

dapat mengatakan bahwa Ny.”K” mengalami partus presipitatus karena pada pembukaan 1 cm tidak diketahui pada jam berapa dan juga tidak ada komplikasi yang menyertai pasca persalinan seperti perdarahan atau terjadinya rupture uteri. Proses dilatasi serviks apabila dikaitkan dengan cairan RL juga tidak mendukung. Pemberian cairan RL menurut Sunatrio (2000) bertujuan sebagai sumber elektrolit dan air untuk hidrasi. Dalam teori tidak dinyatakan bahwa cairan RL mempengaruhi dilatasi serviks melainkan bertujuan untuk mengembalikan tenaga ibu yang nantinya dibutuhkan pada saat meneran. Proses persalinan pada kala I juga dapat dipengaruhi oleh beberapa factor salah satunya yakni posisi ibu. Menurut Menurut Sulistyawati (2010) posisi berbaring miring adalah arah posisi ibu yang menyesuaikan arah ubun-ubun bayi. Jika berada di kiri , maka ibu dianjurkan mengambil posisi miring ke kiri sehingga bayi diharapkan bisa berputar, demikian sebaliknya. Apabila kepala janin segera berputar maka kepala akan turun sehingga akan menekan serviks dan terjadilah proses dilatasi serviks.

Kala II persalinan dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi, diagnosis kala II ditegakkan atas dasar pemeriksaan dalam yang menunjukkan pembukaan serviks telah lengkap dan terlihat kepala bayi pada introitus vagina (Rohani, 2013). Pada kasus Ny.”K” kala II ibu berlangsung selama 12 menit. Dalam teori mengatakan bahwa lama persalinan kala II pada primigravida berlangsung maksimal 2 jam lamanya (Saifuddin, 2009). Menurut teori tidak terdapat adanya batas minimal waktu persalinan sehingga dapat disimpulkan bahwa proses persalinan Ny.”K” pada kala II termasuk normal tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek. Pada persalinan kala II sendiri juga

terdapat beberapa faktor yang mampu mempengarungi yakni *power* (kekuatan his dan meneran), *passage* (jalan lahir), *passenger* (penumpang dalam rahim), psikis (psikologi ibu) dan penolong. Dari beberapa faktor tersebut tidak ditemukannya kendala selama proses persalinan berlangsung sehingga persalinan ibu berjalan lancar sampai dengan bayi lahir.

Persalinan kala III pada Ny."K" berlangsung 3 menit, dengan proses pengeluaran uri yang rata-rata berlangsung 5-10 menit lamanya (Saifuddin, 2009). Proses persalinan kala III ibu terhitung cepat jika dibandingkan dengan teori. Hal yang berperan penting dalam persalinan kala III yakni melakukan penanganan MAK III meliputi suntik oxytocin setelah memastikan janin tunggal, hal itu dilakukan untuk membantu kontraksi rahim yang akan melahirkan plasenta, kemudian PTT (peregangan talipusat terkendali) untuk memastikan bahwa tali pusat bertambah panjang dan masase uterus segera setelah plasenta lahir untuk menentukan kontraksi uterus baik. Tanda uterus berkontraksi dengan baik yaitu dengan teraba globuler pada uterus dan semakin mengecil atau turun serta tidak ada perdarahan.

Menurut Rohani, *et* al (2013) kala IV dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir 2 jam setelah proses tersebut, pada kala IV ditemukan adanya laserasi derajat II akibat posisi meneran yang kurang pas dan pada saat meneran ibu mengangkat pantatnya sehingga timbulah laserasi perineum. Ibu dilakukan heching dengan menggunakan anastesi local lidocain 1 ampul. Setelah dilakukannya hecting ibu diberikan asuhan kala IV meliputi memberikan rasa aman dan nyaman kepada ibu, menyeka ibu, mengganti baju dan pembalut. Observasi yang dilakukan pasa kala IV : tingkat kesadaran, pemeriksaaan tanda-tanda vital dengan hasil : TD 110/70 mmHg, N 87x/mnt, S 36,7°C, RR 23x/mnt.TFU 2 jari dibawah pusat,

kandung kemih ibu kosong, perdarahan ibu normal dan luka jahitan masih basah. Menurut Sondakh (2013) observasi perdarahan dilakukan selama 2 jam, 1 jam pertama setiap 15 menit dan 1 jam kedua setiap 30 menit. Observasi perdaran ini bertujuan untuk meminimalisir faktor penyebab komplikasi masa nifas seperti Atonia uteri, infeksi dan lain-lain. Selama observasi 2 jam pada Ny."K" tidak ditemukan hal yang abnormal, semua keadaan ibu pada kala IV terhitung normal,

Dari asuhan yang telah diberikan pada Ny."K" ditemukan adanya masalah pada kala I yakni keadaan umum ibu yang tidak baik namun sudah diberikan intervensi yang sesuai sehingga proses persalinan selanjutnya berjalan dengan lancar serta ibu dan keluarga kooperatif dalam menerima asuhan yang telah diberikan.

5.3. Pembahasan Asuhan Nifas

Menurut (Dewi dan Sunarsih, 2013) masa nifas (*puerperium*) adalah masa setelah keluarnya placenta sampai alat-alat reproduksi pulih seperti sebelum hamil dan secara normal masa nifas berlangsung selama 6 minggu atau 40 hari. Kebijakan program nasional masa nifas paling sedikit 4 kali kunjungan yang dilakukan. Hal ini untuk menilai status ibu dan bayi baru lahir, mendeteksi adanya komplikasi atau masalah yang terjadi pada masa nifas, menangani komplikasi atau masalah yang timbul dan mengganggu kesehatan ibu nifas maupun bayinya (Sulistyawati, 2015).

Proses involusi uterus pada Ny."K" tidak ditemukan adanya kendala. Meskipun ibu memiliki keluhan perut terasa kram usai melahirkan namun itu tidak mengganggu proses pengecilan rahim ibu. Proses pengecilan rahim dapat dibantu oleh proses laktasi atau menyusui, dimana pada saat

menyusui bayi produksi hormone oksitosin akan meningkat sehingga menimbulkan kontraksi pada rahim untuk proses involusi tersebut. Kontraksi pada rahim juga dapat membantu mengeluarkan lochea pada masa nifas. Pada keluhan ibu yang mengatakan kram pada perut disebabkan oleh cara meneran ibu yang salah pada saat proses persalinan. Cara meneran yang salah dapat mengakibatkan otot perut terlalu tegang sehingga otot terlalu maksimal dalam bekerja dan mengakibatkan timbul rasa kram. Keluhan ibu dapat diberikan penanganan dengan cara kompres hangat dan mobilisasi atau senam nifas. Faktor lain yang menghambat penyembuhan kram perut pada ibu yaitu terbatasnya mobilisasi ibu akibat pengaruh budaya setempat. Sedangkan dilakukannya mobilisasi dini pada ibu nifas bertujuan agar ibu merasa lebih sehat dan kuat dengan *early ambulation*, yaitu melakukan pergerakan sehingga otot-otot perut dan panggul akan kembali normal dan otot perut ibu menjadi kuat kembali, dan dapat mengurangi rasa sakit pada ibu, sehingga faal usus dan kandung kemih lebih baik. Bergerak juga dapat merangsang gerak peristaltik usus kembali normal, aktivitas ini membantu organ – organ tubuh bekerja seperti semula (Fefendi, 2008). Dengan demikian keluhan pada Ny.”K” dapat diberikan intervensi dengan cara mengajari ibu senam nifas ringan dan bertahap.

Pada kasus Ny.”K” masa nifas berlangsung selama 6 minggu. Proses menyusui berlangsung lancar,ibu tidak ada kesulitan pada saat menyusui. Produksi ASI ibu lancar karena ibu tidak tarak makan dan ibu makan – makanan yang bergizi. Ibu memberikan bayi susu formula pada saat malam hari dikarenakan ibu sering lelah. Namun frekuensi pemberian ASI lebih sering dari pada susu formula. Proses menyusui yang dilakukan ibu nifas sangat bermanfaat untuk menurunkan resiko terkena kanker

payudara, mencegah perdarahan dan mempercepat proses *involusi* (Saleha, 2009).

Menurut Elizabeth (2015), tahapan psikologis pada ibu setelah melahirkan yang pertama adalah fase *taking in* yaitu fase ketergantungan terjadi hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan, fase *taking hold* periode yang berlangsung 3-10 hari setelah melahirkan, pada fase ini ibu timbul rasa khawatir pada ibu akan ketidak mampuan merawat bayinya, *letting go* periode dimana ibu sudah mulai bisa menerima tanggung jawab akan bayinya terjadi setelah 6 hari ibu melahirkan. Pada fase pertama ibu sudah memasuki fase *taking hold*, karena ibu dan keluarga sangat menginginkan kehamilannya saat ini karena ini merupakan kehamilan pertamanya. Ibu focus merawat bayinya dan memeberikan ASI dengan rutin.

Dari asuhan yang telah diberikan kepada Ny.”K” tidak ditemukan adanya masalah atau bahaya masa nifas. Maka dapat disimpulkan bahwa masa nifas Ny.”K” berlangsung normal. Ibu dan keluarga sangat kooperatif dalam menerima asuhan yang telah diberikan, dan ibu bisa menjelaskan kembali apa yang telah dijelaskan sehingga proses pengambilan dan dan pemberian asuhan berjalan dengan lancar.

5.4. Pembahasan Asuhan Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir (*Neonatus*) adalah bayi yang baru mengalami proses kelahiran sampai berusia 0-28 hari. BBL memerlukan penyesuaian fisiologis berupa maturasi, adaptasi (menyesuaikan diri dari kehidupan *intrauterine* ke kehidupan *ekstrauterin*) dan toleransi bagi BBL untuk dapat hidup dengan baik (Marmi, *et al*., 2012). Pada bayi baru lahir dilakukan kunjungan selama

2 kali sesuai dengan kebijakan nasional yaitu pada kunjungan pertama usia 6 jam dan pada kunjungan kedua usia 6 hari (Dewi, 2011).

Bayi Ny.”K” lahir spontan pada pukul 06.52 WIB, menangis keras, gerak aktif, kulit kemerahan, *apgar score* 8-9, jenis kelamin perempuan pada usia kehamilan 40 minggu, didapatkan hasil pemeriksaan BB 3.500 gram PB 49 cm, anus (+) berlubang, tidak ada kelainan bawaan. Kemudian bayi dilakukan IMD selama 1 jam didada ibu.Hal ini bertujuan untuk mempercepat proses ikatan antar orang tua dan anak (*bounding attachment)*, *body warmth* (kehangatan tubuh) juga refleks menghisap yang dilakukan secara dini. Dampak jangka panjang apabila bayi tidak dilakukan IMD kurang dari 30 menit kemungkinan besar bayi akan menggunakan susu formula dikarenakan kontak dini dengan ibunya hanya sebentar (Abidin, 2011). Pada Ny.”K” proses IMD dinyatakan berhasil karena bayi dapat mencari puting ibu sendiri, setelah itu bayi diberikan salep mata. Salep mata diberikan pada bayi baru lahir bertujuan untuk pengobatan profilaktik mata yang resmi untuk *Neisseria Gonnorrhea* yang dapat menginfeksi bayi baru lahir selama proses bersalin melalui jalan lahir (Marmi, 2012).

Pada kunjungan neonatus dilakukan pemeriksaan fisik mulai dari kepala hingga ekstremitas, dan didapatkan hasil yang normal. Pada pemeriksaan Abdomen ditemukan talipusat bayi telah lepas pada hari ke 5 sedangkan menurut teori talipusat merupakan jaringan yang menghubungkan plasenta ibu dengan janinnya yang biasanya akan lepas dengan sendirinya pada hari ke 7-14 setelah bayi lahir (Marmi, 2012). Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa talipusat bayi memiliki kondisi normal karena lepas dengan waktu yang lebih cepat ini dikarenakan

perawatan ibu dan keluarga yang hanya dengan menggunakan kasa steril kering tanpa ditambahi ramuan apapun.

Pada By.Ny."K" didapatkan pemeriksaan BB lahir 3.500 gram. BB bayi memiliki kenaikan sebanyak 200 gram pada hari ke 6, kenaikan tersebut masih dalam batas normal. Menurut WHO, (2012) berat bayi lahir umumnya naik 170-220 gram per minggu atau 450-900 gram perbulan selama beberapa bulan pertama, hal tersebut dikarenakan bayi telah mendapatkan asupan nutrisi dari ibu yaitu ASI (Marmi, 2012).

Setelah memberikan asuhan bayi baru lahir pada By.Ny."K" selama asuhan tidak didapatkan adanya masalah, intervensi yang diberikan sudah sesuai dengan hasil yang baik, proses bayi baru lahir berlangsung secara fisiologis.

5.5. Pembahasan Asuhan Keluarga Berencana

Alat kontrasepsi merupakan factor yang penting dalam kehidupan seorang wanita sehingga dilakukan asuhan keluarga berencana guna meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak serta mewujudkan keluarga kecil yang bahagia dan sejahtera melalui pengendalian kelahiran dan pengendalian pertumbuhan penduduk Indonesia dan terciptanya penduduk yang berkualitas, sumber daya ,manusia yang bermutu, dan meningkatkan kesejahteraan keluarga (Setyo, R, W and Sri, H, 2011).

Kunjungan keluarga berencana dilakukan pada tanggal 24 Mei 2019 di PMB Anik Rohanjarwati, dari hasil pengkajian didapatkan bahwa ibu mengerti tentang jenis-jenis KB seperti Suntik, IUD, Implant, dan Pil. Pada pelaksanaan asuhan akseptor KB Suntik 3 bulan pada Ny."K" P_{1001} Ab_{000}, asuhan yang diberikan yaitu anamnesa, pemeriksaan fisik meliputi keadaan

umum ibu dan vital ibu, pemberian konseling, informasi dan edukasi mengenai alat kontrasepsi yang akan digunakan. Berdasarkan hasil anamnesa ibu telah mendiskusikan dengan suami KB apa yang akan digunakan, ibu mengatakan ingin menggunakan KB suntik 3 bulan sebagai alat kontrasepsi. Alasan ibu menggunakan KB ini karena KB suntik 3 bulan tidak menghambat proses menyusui serta ibu tidak memiliki riwayat hipertensi.

Menurut (Saifuddin, 2013), metode atau jenis kontrasepsi yang akan digunakan harus memperhatikan status kesehatan, efek samping, dan konsekuensi kegagalan. Dari beberapa factor yang telah dijelaskan tidak ada kesenjangan yang ditemukan pada Ny.”K”. Hasil pemeriksaan pada Ny.”K” dengan keadaan umum ibu baik, TD 110/70 mmHg, N 83x/mnt, S 36,7°C, R 23x/mnt BB 52 Kg. Status kesehatan Ny.”K” terbilang baik dan juga efek samping telah dijelaskan sejelas-jelasnya kepada pasien. Sehingga asuhan diberikan kepada Ny.”K” dengan pelayanan KB suntik 3 bulan.

Berdasarkan uraian diatas dapat disimpulkan bahwa asuhan yang telah diberikan pada Ny.”K” tidak didapatkan kesenjangan antara teori dan praktek dimana bidan memfasilitasi klien dengan memberikan informasi dan saran mengenai keluarga berencana yang baik serta membantu ibu dalam menentukan pilihan kontrasepsi yang sesuai dan cocok baginya.

BAB VI

PENUTUP

6.1. Kesimpulan

Setelah dilakukannya asuuhan kebidanan secara komprehensif kepada Ny.”K” usia 32 tahun dari masa kehamilan sampai dengan KB maka dapat disimpulkan :

6.1.1. Kehamilan

Kehamilan Ny.”K” berlangsung fisiologis. Keluhan yang dirasakan ibu masih terhitung normal yaitu sebatas ketidaknyamanan ibu hamil trimester III seperti sering BAK, nyeri punggung, keputihan, dan munculnya his palsu.

6.1.2. Persalinan

Persalinan Ny.”K” berlangsung selama 1 jam 40 menit pada kala I dengan pemberian caira IV RL sebagai intervensi, 12 menit pada kala II dan 3 menit pada kala III. Persalinan Ny.”K” terbilang lancar tanpa kendala dan komplikasi.

6.1.3. Nifas

Masa nifas Ny.”K” berlangsung fisiologis dan semua keluhan dapat ditangani dengan baik. Seperti pada keluhan keterbatasan mobilisasi akibat pengaruh budaya ibu.

6.1.4. Neonatus

Selama asuhan diberikan, tidak ditemukan adanya tanda bahaya pada bayi dan tidak ditemukan tanda infeksi. Pertumbuhan dan perkembangan bayi berlangsung fisiologis.

6.1.5. Keluarga berencana

Setelah diberikan asuhan KB, Ny."K" memilih untuk menggunakan KB Suntik 3 bulan. Hal ini tepat karena pada KB Suntik 3 bulan tidak mempengaruhi produktivitas ASI ibu, sehingga proses menyusui ibu lancar.

6.2. Saran

Dengan melihat hasil kesimpulan diatas, maka saran dari Laporan Tugas Akhir yakni sebagai berikut :

6.2.1. Bagi Institusi Pendidikan

Laporan Tugas Akhir ini diharapkan dapat menambah reverensi bagi institusi pendidikan khususnya Prodi DIII Kebidanan STIKES Widyagama Husada Malang dalam memberikan asuhan kebidanan pada ibu mulai dari masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi barulahir dan keluarga berencana. Serta diharapkan dapat memudahkan dalam meminjam alat yang dibutuhkan dalam asuhan kebidanan.

6.2.2. Bagi Penulis

Diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan serta menjadi pengalaman dalam pemberian asuhan kebidanan pada ibu selama masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, dan kelarga berencana

6.2.3. Bagi Lahan Praktik

Laporan Tugas Akhir ini diharapkan dapat memberikan masukan untuk mempertahankan dan meningkatkan pelayanan kebidanan pada ibu mulai dari kehamilan, persalinan, nifas, bayi

baru lahir dan keluarga berencana sesuai standart asuhan kebidanan. Serta memperhatikan budaya setempat yang berhubungan dengan asuhan yang diberikan.

6.2.4. Bagi Klien

Diharapkan ibu hamil dapat meningkatkan pengetahuan tentang kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir dan keluarga berencana serta lebih meningkatkan pemeriksaan antenatal secara teratur ke tenaga kesehatan agar dapat terdeteksi sedini mungkin komplikasi yang terjadi.

6.2.5. Bagi Penyusun LTA Selanjutnya

Penyusun LTA selanjutnya diharapkan dapat mengembangkan Laporan Tugas Akhir ini dengan menambah atau mencari riferensi-riferensi perkembangan asuhan kebidanan terbaru tentang asuhan yang dilakukan dalam masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, dan keluarga berencana serta dimohon untuk lebih meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan sehingga komplikasi yang dapat terjadi pada ibu selama kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir dan keluarga berencana dapat terdeteksi secara dini

Daftar Pustaka

Ambarwati. (2009). *Asuhan Kebidanan Nifas Edisi 3.* Yogyakarta: Mitra Cendekia Offset.

Benson, M. D. (2013). *Buku Saku Ilmu Kebidanan.* Tangerang: Binarupa Aksara.

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

Fefendi. (2008). *Dasar-Dasar Keperawatan Kesehatan Masyarakat.* Jakarta: Buku Kedokteran EGC.

Hani, K. d. (2010). *Asuhan Kebidanan pada Kehamilan Fisiologis.* Jakarta: Salemba Medika.

Ina Kuswanti, F. M. (2014). *Askeb II Persalinan.* Yogyakarta: Pustaka Pelajar.

Jannah, N. (2012). *Asuhan Kebidanan Kehamilan.* Jakarta: Salemba Medika.

Meyering, J. (2014). *Catatan Ringkas Maternal-Neonatal .* Jakarta: Binarupa Aksara.

RI, K. (2012). *Buku Saku Pelayanan Kesehatan Neonatal Esensial.* Jakarta: Direktorat Bina Kesehatan Anak.

Setyaningrum, E. (2016). *Pelayanan Keluarga Berencana.* Jakarta: CV. Trans Info Media.

Truswell, M. (2016). *Buku Ajar Ilmu Gizi (Essentials Of Human Nutrition) Edisi 4.* Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.

Vivian Nany, T. S. (2014). *Asuhan Kehamilan untuk Kebidanan.* Jakarta: Salemba Medika.

LAMPIRAN

Lampiran 1. Jadwal Pelaksanaan Ujian Laporan Tugas Akhir (LTA)

JADWAL PELAKSANAAN LAPORAN TUGAS AKHIR

PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN

STIKES WIDYAGAMA HUSADA MALANG

2019

No	Kegiatan	Bulan															
		Maret				April				Mei				Juni			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1.	Penyusunan Proposal																
2.	Seminar Proposal																
3.	Revisi																
4.	Pelaksanaan Asuhan																
5.	Penyusunan LTA																
6.	Pelaksanaan Ujian LTA																
7.	Revisi																
8.	Pengumpulan Laporan LTA																

Lampiran 2. Surat Izin LTA Bagian 1

YAYASAN PEMBINA PENDIDIKAN INDONESIA WIDYAGAMA MALANG (YPPIWM)
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKES)
WIDYAGAMA HUSADA
SK MENDIKNAS RI NOMOR: 130/D/0/2007
Program Studi : * D-3 Kebidanan * S-1 Kesehatan Lingkungan * S-1 Ilmu Keperawatan * Profesi Ners

Nomor : 883/A-2/STIKES/III/2019
Lampiran : 1 (satu) lembar
Perihal : **Permohonan Ijin Memberikan Asuhan Kebidanan**

Kepada Yth. : BPM. Anik Rohanjarwati Amd.Keb
Di –
Malang

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

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

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

Malang, 27 Maret 2019
Kaprodi DIII Kebidanan,

Yunlar Angelia P.S.SIT.,M.Kes
NDP. 2003.05

Kampus B (Kantor Pusat) : Jl. Taman Borobudur Indah 3A Malang
Kampus A Jl. Sudimoro 16, Malang, Jawa Timur
Telp (0341) 406180 Fax (0341) 471277
Website www.stikes-widyagama-husada.ac.id

Lampiran 3. Surat Izin LTA Bagian 2

YAYASAN PEMBINA PENDIDIKAN INDONESIA WIDYAGAMA MALANG (YPPIWM)
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKES)
WIDYAGAMA HUSADA
SK MENDIKNAS RI NOMOR: 130/D/0/2007
Program Studi : * D-3 Kebidanan * S-1 Kesehatan Lingkungan * S-1 Ilmu Keperawatan * Profesi Ners

SURAT KETERANGAN
NOMOR : 883/A-2/STIKES/III/2019

Yang bertandatangan di bawah ini :

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

Menerangkan mahasiswi yang bernama di bawah ini :

NO	NAMA MHASISWA	NIM
1.	Sulistyorini	1615.15401.1104
2.	Anindya Septa Hudana	1615.15401.1072

Diperbolehkan Memberikan Asuhan Kebidanan berikut :
7. Kehamilan
8. Persalinan
9. Bayi Baru lahir
10. Nifas
11. KB
12. Imunisasi

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

Demikian surat keterangan ini dibuat, dan dipergunakan sebagaimana mestinya.

Malang, 27 Maret 2019
Kaprodi DIII Kebidanan

Yuniar Angelia P,S.SiT.,M.Kes
NDP. 2003.06

Kampus B (Kantor Pusat) : Jl. Taman Borobudur Indah 3A Malang
Kampus A Jl. Sudimoro 16, Malang, Jawa Timur
Telp (0341) 406180 Fax (0341) 471277
Website www.stikes-widyagama-husada.ac.id

Lampiran 4. Surat Balasan Bidan

YAYASAN PEMBINA PENDIDIKAN INDONESIA WIDYAGAMA MALANG (YPPIWM)
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKES)
WIDYAGAMA HUSADA
SK MENDIKNAS RI NOMOR: 130/D/0/2007
Program Studi : * D-3 Kebidanan * S-1 Kesehatan Lingkungan * S-1 Ilmu Keperawatan * Profesi Ners

Dengan Hormat,

Saya yang bertanda tangan dibawah ini Ny. Anik Rohanjarwati, Amd. Keb. Menyatakan bahwa mahasiswi Program D3 Kebidanan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Widyagama Husada Malang yang bernama:

Nama : Sulistyorini

NIM : 1615 15401 1104

Judul Laporan : Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny."K" Usia 32 Tahun Gi P0000 Ab000 Di PMB Anik Rohanjarwati, Amd. Keb Pakis Malang

Saya izinkan untuk mengadakan Penelitian di tempat kami mulai dari Kehamilan, Persalinan, Nifas, Bayi Baru Lahir, dan KB. Demikian surat pernyataan ini saya buat untuk dapat digunakan oleh yang bersangkutan.

Malang, 28 Maret 2019

Anik Rohanjarwati, Amd. Keb

Kampus B (Kantor Pusat) : Jl. Taman Borobudur Indah 3A Malang
Kampus A Jl. Sudimoro 16, Malang, Jawa Timur
Telp (0341) 406180 Fax (0341) 471277

Lampiran 5. Surat Kesediaan Pembimbing 1

YAYASAN PEMBINA PENDIDIKAN INDONESIA WIDYAGAMA MALANG (YPPIWM)
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKES)
WIDYAGAMA HUSADA
SK MENDIKNAS RI NOMOR: 130/D/0/2007
Program Studi : * D-3 Kebidanan * S-1 Kesehatan Lingkungan * S-1 Ilmu Keperawatan * Profesi Ners

SURAT KESEDIAAN BIMBINGAN LAPORAN TUGAS AKHIR

PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN

STIKES WIDYAGAMA HUSADA

TAHUN AKADEMIK 2018/2019

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Ervin Rufaidah

Jabatan : Pembimbing 1

Alamat : Jl. Ikan Tambro barat no. 46

No. Telp : 081 357 276 465

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

Nama : Sucistyorini

NIM : 1615 . 1501 . 1104

Alamat : Sumbersuko RT 10/01 Kec. Dampit - Malang

Judul LTA : Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny. "K" Usia 32 tahun G1 Para0 Abo0 UK 36 minggu 2 hari dengan Kehamilan Fisiologis

Malang,

Pembimbing LTA

ERVIN RUFAIDAH S.ST., M.Keb

*) Coret yang tidak perlu

Kampus B (Kantor Pusat) : Jl. Taman Borobudur Indah 3A Malang
Kampus A Jl. Sudimoro 16, Malang, Jawa Timur
Telp (0341) 406150 Fax (0341) 471277

Lampiran 6. Surat Kesediaan Pembimbing 2

YAYASAN PEMBINA PENDIDIKAN INDONESIA WIDYAGAMA MALANG (YPPIWM)
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKES)
WIDYAGAMA HUSADA
SK MENDIKNAS RI NOMOR: 130/D/0/2007
Program Studi : * D-3 Kebidanan * S-1 Kesehatan Lingkungan * S-1 Ilmu Keperawatan * Profesi Ners

SURAT KESEDIAAN BIMBINGAN LAPORAN TUGAS AKHIR

PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN

STIKES WIDYAGAMA HUSADA

TAHUN AKADEMIK 2018/2019

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Jiarti Kusbandiyah

Jabatan : Pembimbing 2

Alamat : Perum Puri Kartika Asri J.91 Turjugsekar Malang

No. Telp : 085 204 309 135

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

Nama : Sulistyorini

NIM : 1615 . 15401 1104

Alamat : Sumbersuko RT 10/01 Kec. Dampit - Malang

Judul LTA : Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny. "K" Usia 32 tahun G1 P000 Abo00 UK 36 minggu 2 hari dengan Kehamilan Fisiologis.

Malang,

Pembimbing LTA

JIARTI KUSBANDIYAH S.SIT, M.Kes.

*) Coret yang tidak perlu

Kampus B (Kantor Pusat) : Jl. Taman Borobudur Indah 3A Malang
Kampus A Jl. Sudimoro 16, Malang, Jawa Timur
Telp (0341) 406150 Fax (0341) 471277

Lampiran 7. Informed Concent

YAYASAN PEMBINA PENDIDIKAN INDONESIA WIDYAGAMA MALANG (YPPIWM)
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKES)
WIDYAGAMA HUSADA
SK MENDIKNAS RI NOMOR: 130/D/0/2007
Program Studi : * D-3 Kebidanan * S-1 Kesehatan Lingkungan * S-1 Ilmu Keperawatan * Profesi Ners

SURAT PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

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

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

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

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

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

Malang, Maret 2019

Mahasiswa,	Subjek Penelitian
(...SULISTYORINI...)	(.....Kurnia Dyahyani)

Kampus B (Kantor Pusat) : Jl. Taman Borobudur Indah 3A Malang
Kampus A : Jl. Sudimoro 16, Malang, Jawa Timur
Telp : (0341) 406180 Fax : (0341) 471277
Website : www.stikes-widyagamahusada.ac.id

Lampiran 8. Biodata Ibu Hamil

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

IDENTITAS KELUARGA

Nama Ibu : Kurnia Dewi Anjani
Tempat/Tgl. lahir : Malang, 30 September 1987
Kehamilan ke : 1 Anak terakhir umur: - tahun
Agama : Islam
Pendidikan : Tidak Sekolah/SD/SMP/SMU/Akademi/Perguruan Tinggi*
Golongan Darah : B
Pekerjaan : Swasta
No. JKN : .....

Nama Suami : Ahmad Jubaidi
Tempat/Tgl. lahir: Malang, 17 Desember 1976
Agama : Islam
Pendidikan : Tidak Sekolah/SD/SMP/SMU/Akademi/Perguruan Tinggi*
Golongan Darah : B
Pekerjaan : Swasta

Alamat Rumah : Dami RT 09 RW 3 - Ampelkonto
Kecamatan : Pakis
Kabupaten/Kota : Malang
No. Telp. yang bisa dihubungi : 081 334 155 551

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

* *Lingkari yang sesuai*

iv

Lampiran 9. Catatan Kesehatan Ibu Hamil

CATATAN KESEHATAN IBU HAMIL

Diisi oleh petugas kesehatan

Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT), tanggal: 13 - 7 - 2019
Hari Taksiran Persalinan (HTP), tanggal : 20 - 4 - 2019
Lingkar Lengan Atas: ..... cm; KEK ( ), Non KEK ( ) Tinggi Badan: 148 cm
Golongan Darah: B
Penggunaan kontrasepsi sebelum kehamilan ini: ⊖
Riwayat Penyakit yang diderita ibu: DM (-) TBC (-) Jantung (-) Ginjal (-)
Riwayat Alergi: obat (-), makanan (-)

Tgl	Keluhan Sekarang	Tekanan Darah (mmHg)	Berat Badan (Kg)	Umur Kehamilan (Minggu)	Tinggi Fundus (Cm)	Letak Janin Kep/Su/Li	Denyut Jantung Janin/ Menit
28 FEB 2019	[illegible]		[illegible]				
16/3/19	Kaki ngilu.	120/90	60	35-36	25	U	(+) 144

CATATAN KESEHATAN IBU HAMIL

Diisi oleh petugas kesehatan

Hamil ke 7 Jumlah persalinan - Jumlah keguguran - G I Post Abortus
Jumlah anak hidup - Jumlah lahir mati -
Jumlah anak lahir kurang bulan - anak
Jarak kehamilan ini dengan persalinan terakhir -
Status imunisasi TT terakhir -[bulan/tahun]
Penolong persalinan terakhir -
Cara persalinan terakhir** : [ ] Spontan/Normal [ ] Tindakan

** diberi tanda (√) pada kolom yang sesuai

Kaki Bengkak	Hasil Pemeriksaan Laboratorium	Tindakan (pemberian TT, Fe, terapi, rujukan, umpan balik)	Nasihat yang disampaikan	Keterangan - Tempat Pelayanan - Nama Pemeriksa (Paraf)	Kapan Harus Kembali
-/+					
-/+					
-/+					
-/+					
-/+	28-2-19 Hb : 12,9 Golda B	Etabion Calc	Kurang Pekerja	ANK R	16/19.
-/+	HIV Hepa YNR.				
-/+					
-/+					
-/+					
-/+					
-/+					

Lampiran 10. Kartu Skor Poedji Rochdjati

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

Nama : .....
Hamil ke ..... Haid terakhir tgl.: ....
Pendidikan..... Ibu
Pekerjaan: Ibu .....

Umur Ibu : .....Th.
Perkiraan persalinan tgl.: .....bl
Suami .....
Suami.....

I	II	III	IV				
KEL. F.R.	NO.	Masalah/Faktor Risiko	SKOR	Tribulan I	II	III.	III.
		Skor Awal Ibu Hamil	2				
I	1	Terlalu muda, hamil < 16 th	4				
	2	a. Terlalu lambat hamil, kawin > 4 th	4				
		b. Terlalu tua, hamil 1 ≥ 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 th	4				
	7	Terlalu pendek ≤ 145 cm	4				
	8	Pernah gagal kehamilan	4				
	9	Pernah melahirkan dengan :					
		a. Tarikan tang/vakum	4				
		b. Uri dengan	4				
		c. Diberi infus/Transfusi	4				
		[illegible]					
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 keluar 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				
		[illegible]					
III		[illegible]					
		JUMLAH SKOR					

PENYULUHAN KEHAMILAN/PERSALINAN AMAN – RUJUKAN TERENCANA

KEHAMILAN				PERSALINAN DENGAN RISIKO				
JML. SKOR	KEL. RISIKO	PERA-WATAN	RUJUKAN	TEMPAT	PENOLONG	RUJUKAN RDR	RDR	RTW
[illegible]	KRR	BIDAN	TIDAK TERJADI	RUMAH POLINDES	BIDAN			
6–10	KRT	BIDAN DOKTER	BIDAN PKM	POLINDES PKMRS	BIDAN DOKTER			
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]			

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 DARI : 1. Bidan 2. Puskesmas 3. Rumah Sakit

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

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

Gawat Darurat Obstetrik :
- Kel. Faktor Risiko III
  1. Pendarahan antepartum
  2. Eklampsia
- Komplikasi Obstetrik
  3. Pendarahan 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-lain

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

PASCA PERSALINAN :
IBU :
1. Hidup
2. Mati, dengan penyebab :
   a. Pendarahan b. Pre eklampsia/Eklampsia
   c. Partus lama d. Infeksi e. Lain-2 .....

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

MACAM PERSALINAN :
1. Rumah Ibu
2. Rumah bidan
3. Polindes
4. Puskesmas
5. Rumah Sakit
6. Perjalanan
7. Lain-2 .....

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

KELUARGA BERENCANA : 1. Ya, ... /Sterilisasi .....
2. Belum Tahu

KATEGORI KELUARGA MISKIN : 1. Ya 2. Tidak
Sumber Biaya : Mandiri/Bantuan : .....

* Dr. Poedji Rochjati, dr. SpOG

Lampiran 11. Kartu Ibu Hamil Bagian Depan

Kab/Kota :

Nama pemeriksa :

IDENTITAS IBU		IDENTITAS SUAMI	
Nama	: Kania Dwi A.	Ahmad Jubaidi	
Umur	: 32 tahun	42 tahun	
Agama	: Islam	Islam	
Alamat/Telp.	: Dusun Pl 09/06 Mojo 081 334 199 551	Dusun Pl 09/06 Mojo 081 334 199 551	
Pekerjaan	: Guru	Swasta	
Pendidikan	: S2	SMA	

RIWAYAT PERKAWINAN

Kawin ke	Umur kawin (tahun)	Lama (thn)	Jml anak	Sebab pisah cerai	Sebab pisah meninggal	Sebab meninggal	Tempat meninggal
1	21	11th	–	–	–	–	–

RIWAYAT KEHAMILAN, PERSALINAN DAN KB

HAMIL Ke	KOMPLIKASI APB HT	PERSALINAN Ab	I/P/H	IU FD	Normal	Su	TEMPAT PERSALINAN Alat	S C	RS	PKM	SPG	Rumah	Lain-lain	KOMP PERSALINAN P. Lama	Indeksi	HPP	PENOLONG Dr	Bd	Lain-lain	KEADAAN BBL P/L	BBL (gr)	Sehat	Sakit	Mati	KEADAAN MAK SKRG Hidup (ibu)	Mati	KB
1	HAMIL	Hi																									
2																											
3																											
4																											
5																											
6																											

RIWAYAT KEHAMILAN SEKARANG

G : 1 P : 0000 A : 000 13-07-2018 20-04-2019

Haid : Siklus : 28 hari (teratur/tidak), Lama haid : 7 hari, HPHT : .... HPL : ....

Mual / muntah : (Tidak) Kadang - kadang / Terus - menerus

Pusing : (Tidak) Kadang - kadang / Terus - menerus

Nyeri perut : Ada (Tidak)

Gerak janin : (Aktif) Jarang / tidak ada

Oedema : (tidak ada) ada (tibia / umum)

Nafsu makan : (Baik) menurun

Perdarahan : (tidak ada) / ada (sejak .....)

Penyakit yang diderita ibu hamil : Paru / BM / Epilepsi / Hati / Psikosis / Ginjal / Malaria / Jantung / Hipertensi / Diare lama / Panas / Batuk lama / BB menurun / PMS

Penyakit yang diderita suami : PMS / Tetu / Tindik / DM / Batuk lama / Diare lama / HIV / Hepatitis / Tumor

Riwayat penyakit keluarga : Hipertensi / Ginj / Paru / Jantung / Gemeli / Psikosis

Kebiasaan ibu : Merokok / minum kopi / narkotika / obat-penenang / Minum jamu / pijat perut

Riwayat Imunisasi TT : Tidak (Pernah) Status TT : T1/T2/T3/T4 (T5)

Fluor Albus : (tidak ada) (gatal / berbau / seperti susu / buss cair), warna : .....

Pasangan sexual istri : (Baik) tidak/diriwayat

Pasangan sexual suami : Baik / tidak/diriwayat

KELUHAN UTAMA PASIEN: Flueh punggung, sering BAK, keputhan

HASIL SKOR KSPR : RST / RT (RR)

RUJUK KE :

PEMERIKSAAN

UMUM		FISIK		KEBIDANAN	
BB sblm hamil	: 47 Kg	KULIT	: Bersih / herpes / varisma / luka / bekas luka / bekas cacar / jaundice	TFU	: 30 jari (Cm)
TB / BB / LILA	: 148 cm / 60kg / 26cm	MATA	: (Normal) / Edema palpebra / conjunctiva pucat / icterus	UK	: 36 - 37 Minggu
BENTUK TUBUH	: (Normal) Kelainan tulang belakang Kelainan tungkai Kelainan bentuk panggul	MULUT	: (Normal) Cyanosis / Stomatitis / Tonsilitis / Peringitis	BENTUK UTERUS	: Normal / kelainan
		GIGI	: (Normal) Karies	LETAK JANIN	
		PEMB KE	: Lebar / Kecil / Lipatan Paha / Tinggi	- < 36 minggu	: Bujur / lintang
KESADARAN	: Flak / Pakis (Baik) / ada gangguan	DADA		- > 36 minggu	: Kepala / lintang / sungsang / gemeli
		- Paru / jantung	: (Normal) Bentuk dada normal / tidak normal / tidak teratur	- Penurunan kep	: 4/5
PUCAT	: (Tidak) / ya	- Payudara	: (Normal) / Kelainan Bentuk / Luka / Bekas luka / Retraksi / kelur cairan	DETAK JANTUNG	: 144 /menit
KUNING	: (Tidak) / ya	ABDOMEN		INSPEKULO (Bila ada indikasi)	: (Normal) / dch tubuh / vagina / tumor / ca cervix / cervicitis / condyloma lain-lain .....
TEKANAN DARAH	: 120 / 80 mmHg	- Luka bekas op	: (Tidak ada) / ada (.....)		
SUHU / NADI	: 36°C / 84 / menit	- Masa abdomen	: (Teraba) / tidak teraba		
PERNAPASAN	: 23 / menit	- Hati	: Teraba / tidak teraba		
		TANGAN TUNGKAI	: (Normal) / oedema		
		- refleks	: Tidak ada / (ada)		

LABORATORIUM

RUTIN
- Darah : Hb 12,9 gr%
- Urine : Albumin ...-..., Reduksi ...-...
- Gol. Darah : B

ATASI INDIKASI :
Feses / darah lapi / fluor albus / Cd4 / Pap smear / hepatitis / HIV / VDRL / lendir cervix / plano test / BTA / rontgen

*) Hasil lampiran

KESIMPULAN / DIAGNOSA :
Ny. "K" Usia 32 th G Para0Abo0 UK 36-37 mgg Janin T/H/I Letkep Dengan Kehamilan Fisiologis

PEMBERIAN OBAT
- Imunisasi TT :
- Pengobatan :

PENYULUHAN

Lampiran 12. Kartu Ibu Hamil Bagian Belakang

RENCANA PERSALINAN

Penolong :
Tempat :

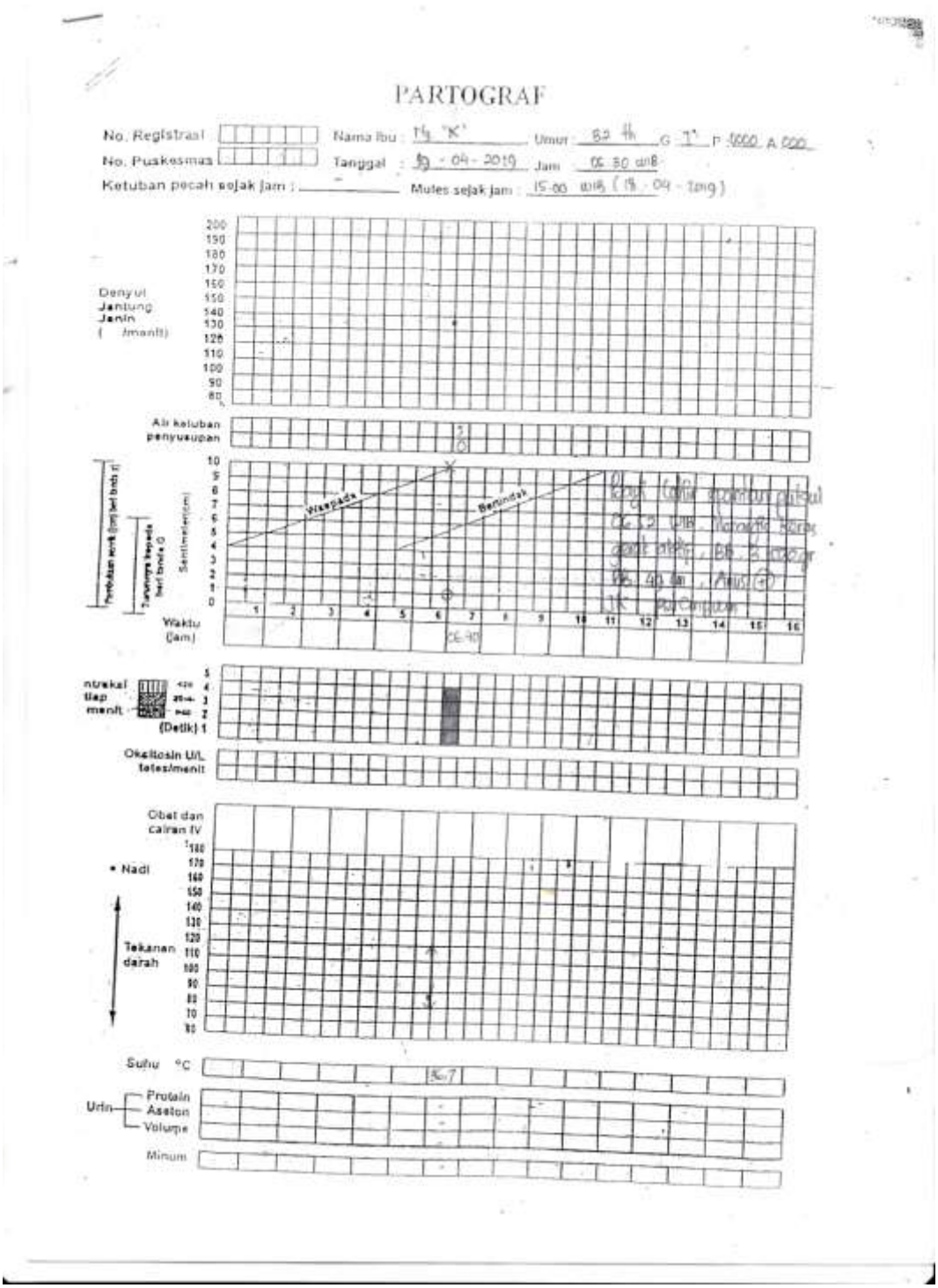
Pendamping : --
Calon donor :

KUNJUNGAN ULANGAN

Tanggal	KELUHAN	UMUM					KEBIDANAN							Penyuluhan *)	Dirujuk
		BB	T D	NADI	RR	Oedem Tungkai	TFU (jari/cm)	Letak Janin	D J J	GERAK JANIN Aktif	GERAK JANIN Jarang	Terapi / Pengobatan	Umur Kehamilan		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
24/19 /03 (16.30)	Nyeri punggung, sering BAK, Keputihan	60	120/80	84	23	-	30 cm	Letkep	144	✓		-	36 mgg 2 hari	- KIE Keluhan U - KIE Senam hai - KIE persiapan - pro cek Hare	
04/19 /04 (10.00)	Kram perut bagian bawah, keputihan, sering BAK, Nyeri punggung	60	110/70	85	28	-	31 cm	Letkep	131	✓		-	37 mgg 6 hari	- KIE Keluhan - KIE senam hai - KIE tanda ba - KIE tanda pe	
11/19 /04 (09.00)	Kencing - kencing sejak Rabu 01.00 wib diserta sangat nyeri punggung	-	120/80	86	24	-	32 cm	Letkep	125	✓		-	38 mgg 6 hari	- KIE Keluhan U - KIE persiapan - KIE tanda pe	

- Gizi (nutrisi ibu hamil) (01)
- Kebersihan (02)
- Pekerjaan dan perilaku sehari-hari (03)
- Olah raga (04)
- Perawatan Payudara dan Asi / PASI (05)
- Pentingnya pemeriksaan kehamilan (06)
- Tanda-tanda kehamilan resiko tinggi (07)
- Persalinan oleh tenaga kesehatan kompeten (08)
- KB setelah melahirkan (09)
- Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) (10)
- IMS / HIV - AIDS / PMTCT (ARV, SC, VCT) (11)
- IMD (12)

Lampiran 13. Lembar Partograf Bagian Depan



PARTOGRAF

No. Registrasi
No. Puskesmas
Ketuban pecah sejak jam :
Nama Ibu : Ny "K" Umur : 30 th G 1 P 0000 A 000
Tanggal : 19 - 04 - 2019 Jam : 06 30 WIB
Mules sejak jam : 15 00 WIB (19 - 04 - 2019)

Denyut Jantung Janin (/menit)
Air ketuban penyusupan
Waktu (jam)
Kontraksi tiap menit
(Detik)
Oksitosin U/L tetes/menit
Obat dan cairan IV
• Nadi
Tekanan darah
Suhu °C
Urin — Protein, Aseton, Volume
Minum

Lampiran 14. Lembar Partograf Bagian Belakang

CATATAN PERSALINAN

1. Tanggal : 19 - 04 - 2019
2. Nama bidan : Ani Bonto Ao. Kes
3. Tempat persalinan :
   - ☐ Rumah ibu ☐ Puskesmas
   - ☐ Polindes ☐ Rumah Sakit
   - ☑ Klinik Swasta ☐ Lainya
4. Alamat Tempat persalinan : Jl. Kapo Angel Bonto
5. Catatan ☐ rujuk, kala IIIIIIV
6. Alasan merujuk : -
7. Tempat rujukan : -
8. Pendamping pada saat merujuk
   - ☐ Bidan ☐ Teman
   - ☐ Suami ☐ Dukun
   - ☐ Keluarga ☐ Tidakada

KALA I

9. Partograf melewati garis waspada : Y/T
10. Masalah lain, sebutkan : -
11. Penatalaksanaan masalah tsb : -
12. Hasilnya : -

KALA II

12. Episiotomi :
    - ☐ Ya, indikasi
    - ☑ Tidak
14. Pendamping pada saat persalinan :
    - ☑ Suami ☐ Teman ☐ Tidak ada
    - ☐ Keluarga ☐ Dukun
15. Gawat janin :
    - ☐ Ya, tindakan yang dilakukan :
      - a. -
      - b. -
      - c. -
    - ☑ Tidak
    - ☐ Pemantauan DJJ setiap 5-10 menit selama kala II, hasil
16. Distosia bahu
    - ☐ Ya, tindakan yang dilakukan :
      - a. -
      - b. -
      - c. -
    - ☑ Tidak
17. Masalah lain, sebutkan : -
18. Penatalaksanaan masalah tersebut -

KALA III

19. Inisiasi menyusu dini
    - ☑ Ya
    - ☐ Tidak alasannya
20. Lama kala III : 3 menit
21. Pemberian Oksitosin 10 U IM ?
    - ☑ Ya, waktu 3 menit sesudah persalinan
    - ☐ Tidak, alasan :
22. Penjepitan dan pemotongan tali pusat ?
    - ☑ Ya, waktu 3 menit
    - ☐ Tidak alasan :
23. Pemberian ulang Oksitosin (2x) ?
    - ☐ Ya, alasan :
    - ☑ Tidak
24. Penegangan tali pusat terkendali ?
    - ☑ Ya
    - ☐ Tidak, alasan :
25. Manase fundus uteri
    - ☑ Ya
    - ☐ Tidak alasan :
26. Plasenta lahir lengkap (intact) Ya / Tidak
    - ☐ Jika tidak lengkap tindakan yang ditlakukan
      - a.
      - b.
27. Plasenta tidak lahir > 30 menit : Ya / Tidak
    - ☐ Ya, tindakan :
      - a. -
      - b. -
      - c. -
28. Laserasi :
    - ☑ Ya, dimana Fourchette ringan, kulit perineum, otot perineum
    - ☐ Tidak
29. Jika laserasi/episiotomi, derajat : 1 / 2 / 3 / 4
    Tindakan :
    - ☑ Penjahitan, dengan / tanpa anestesi
    - ☐ Tidak dijahit, alasan :
30. Atonia uteri
    - ☐ Ya, tindakan :
      - a.
      - b.
      - c.
    - ☑ Tidak
31. Jumlah pendarahan : 100 ml
32. Masalah lain, sebutkan : -
33. Penatalaksanaan masalah tersebut : -
34. Hasilnya : -

BAYI BARU LAHIR :

35. Berat badan 3.500 gram
36. Panjang 49 cm
37. Jenis kelamin L / P
38. Penilaian bayi baru lahir baik / ada penyulit
39. Bayi lahir dengan A/S : 8-9
    - ☑ Normal, tindakan :
      - ☑ Mengeringkan
      - ☑ Menghangatkan
      - ☑ Rangsang taktil
      - ☑ Bungkus bayi dan tempatkan dislsi ibu
    - ☐ Asfiksia ringan / pucat / biru / lemas / tindakan :
      - ☐ Mengeringkan ☐ Menghangatkan
      - ☐ Rangsang taktil ☐ lain-lain, sebutkan :
      - ☐ Bungkus bayi dan tempatkan dislsi ibu
    - ☐ Cacat bawaan, sebutkan :
    - ☐ Hipotermia, tindakan
      - a.
      - b.
      - c.
40. Pemberian ASI
    - ☑ Ya, waktu : 1 jam setelah bayi lahir
    - ☐ Tidak, alasan :
41. Masalah lain, sebutkan : -
    Hasilnya : -
42. Pemberian vit. A 200.000 iu pada ibu
    - ☑ 1 jam setelah melahirkan
    - ☐ 24 jam setelah pemberian pertama
43. Pada bayi
    - ☑ Inj. Vit K 1 jam setelah lahir
    - ☑ tetes mata 1 jam setelah lahir
    - ☑ Hb. unijeck 6 jam setelah lahir

PEMANTAUAN PERSALINAN KALA IV

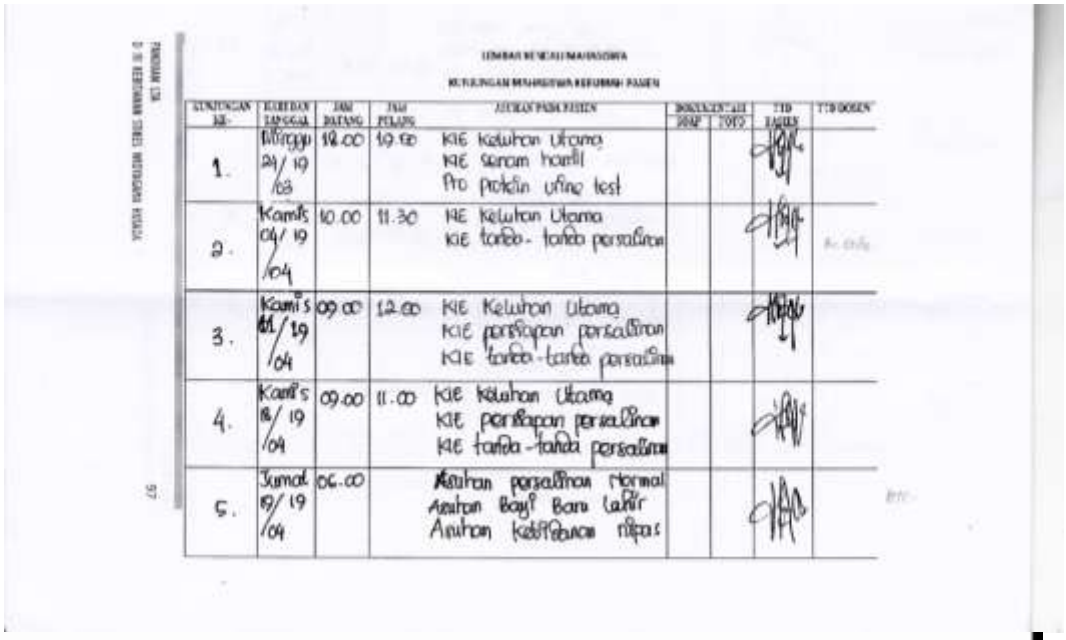
Jam ke	Waktu	Tekanan Darah	Nadi	Suhu	Tinggi fundus uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Pendarahan
1	06.50	110/70 mmHg	85	36.7	2 jr ↓ pusat	Baik	Kosong	10 cc
	07.10	110/70 mmHg	85	[redacted]	2 jr ↓ pusat	Baik	Kosong	-
	07.25	110/70 mmHg	86	[redacted]	2 jr ↓ pusat	Baik	Kosong	-
	07.40	110/70 mmHg	86	[redacted]	2 jr ↓ pusat	Baik	Kosong	-
2	08.10	110/80 mmHg	85	36.7	2 jr ↓ pusat	Baik	Kosong	200 cc
	08.40	110/80 mmHg	85	[redacted]	2 jr ↓ pusat	Baik	Kosong	-

Masalah Kala IV
Penatalaksanaan masalah tersebut -

Lampiran 15. 24 Penapisan

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

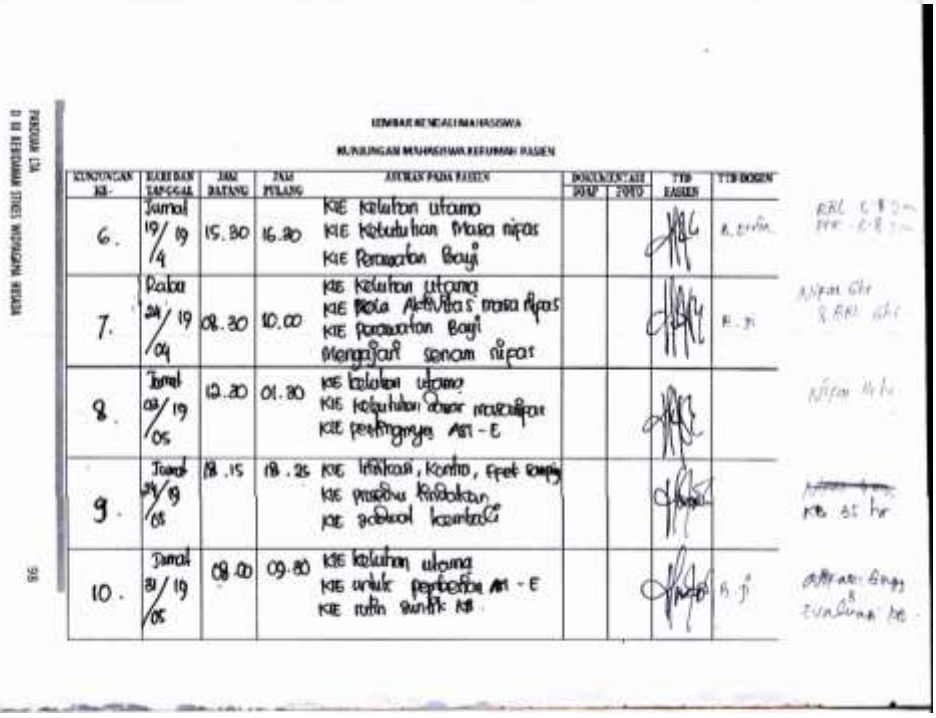
Lampiran 16. Lembar Kendali Mahasiswa



LEMBAR KENDALI MAHASISWA

KUNJUNGAN MAHASISWA KEPADA PASIEN

KUNJUNGAN KE-	HARI DAN TANGGAL	JAM DATANG	JAM PULANG	JENIS PASIEN	DOKUMENTASI		TTD PASIEN	TTD DOSEN
					DOKUMENTASI	TOTO		
1.	Jum'at 24/19/08	12.00	13.00	KIE Keluhan Utama KIE senam hamil Pro protein urine test				
2.	Kamis 04/19/04	10.00	11.30	KIE Keluhan Utama KIE tanda-tanda persalinan				
3.	Kamis 11/19/04	09.00	12.00	KIE Keluhan Utama KIE persiapan persalinan KIE tanda-tanda persalinan				
4.	Kamis 18/19/04	09.00	11.00	KIE Keluhan Utama KIE persiapan persalinan KIE tanda-tanda persalinan				
5.	Jumat 19/19/04	06.00		Asuhan persalinan Normal Asuhan Bayi Baru Lahir Asuhan kebidanan nifas				



LEMBAR KENDALI MAHASISWA

KUNJUNGAN MAHASISWA KEPADA PASIEN

KUNJUNGAN KE-	HARI DAN TANGGAL	JAM DATANG	JAM PULANG	JENIS PASIEN	DOKUMENTASI		TTD PASIEN	TTD DOSEN
					DOKUMENTASI	TOTO		
6.	Jumat 19/19/4	15.30	16.30	KIE Keluhan utama KIE Kebutuhan masa nifas KIE Perawatan Bayi				
7.	Rabu 24/19/04	08.30	10.00	KIE Keluhan utama KIE Pola Aktivitas masa nifas KIE Perawatan Bayi Mengajari senam nifas				
8.	Jumat 03/19/05	12.30	01.30	KIE keluhan utama KIE kebutuhan ibu menyusui KIE perkembangan ASI-E				
9.	Jumat 24/19/05	18.15	18.25	KIE Infeksi, Kontra, Efek samping KIE prosedur kindakan KIE jadwal kontrol				
10.	Jumat 31/19/05	08.00	09.30	KIE keluhan utama KIE untuk perbaikan ASI-E KIE rutin untuk KB				

Lampiran 17. Lembar Konsul Pembimbing 1

Form 5:

CATATAN KONSULTASI PEMBIMBING 1

NO.	TANGGAL	KEGIATAN DAN SARAN	PARAF PEMBIMBING
1.	25/03 2019 Senin	Konsul latar belakang, bab 1 & bab 2, pembahasan	
2.	Rabu, 27/03 2019.	Konsul latar belakang, bab 1, bab 3, SOAP	
3.	Senin, 01/04 2019.	Konsul latar belakang, bab 3, SOAP.	
4.	Selasa, 02/04 2019	Bab 1 & 3 ACC, bab 2 & SOAP revisi	
5.	Sabtu, 06/04 2019.	SOAP.	
6.	Sabtu, 13/04 2019.	ACC → revisi ppt sebang proposal.	
7.	Senin, 15/04 2019.	Konsul ppt.	
8.	Kamis, 11/07 2019.	Revisi perbahasan	
9.	Selasa, 30/07 2019.	Lengkapi lampiran. buat ppt.	

6

PANDUAN LTA
D III KEBIDANAN STIKES WIDYAGAMA HUSADA

86

Form 6:

CATATAN KONSULTASI PEMBIMBING 1

NO.	TANGGAL	KEGIATAN DAN SARAN	PARAF PEMBIMBING
10.	Kamis, 8/8 2019.	ACC → ujian LTA ppt ACC.	

PANDUAN LTA
D III KEBIDANAN STIKES WIDYAGAMA HUSADA

87

Lampiran 18. Lembar Konsul Pembimbing 2

Form 8:

CATATAN KONSULTASI PEMBIMBING 2

NO.	TANGGAL	KEGIATAN DAN SARAN	PARAF PEMBIMBING
1	26/3 2019	- Perbaiki Bab. 1, 2 & 3	
2	28/3 2019	Bab 1 & 2	
3.	2/4 2019	Bab 1, 3 ok Bab 2 & tambah 2 pribadi	
6	6/4 2019	Susun B. Fy. motivasi lengkapi → susun PPT	
5	14/4 2019	sebagaimana, PPT	
6	15/4 2019	Perbaiki PPT ace	
7	8/5 2019	Perbaiki Abstrak LBC Sut MPS Cek Sut	
8	24/6 2019	Perbaiki sistematika, Susun Pembahasan	
9.	22/7 2019	Perbaiki Abstrak dan pembahasan	

Form 9:

CATATAN KONSULTASI PEMBIMBING 2

NO.	TANGGAL	KEGIATAN DAN SARAN	PARAF PEMBIMBING
10	31/7 2019	Pembahasan Pesan & kesan : konsul lagi. Saran : lengkapi kelengkapan mana NIFAS, dll nya	
11.	1/8 2019	Lengkapi lagi + Abstrak PPT.	
12	9/8 2019	Abstrak → ace uji LTA	

Lampiran 19. Lembar Konsultasi Ringkasan

Form 11:

CATATAN KONSULTASI RINGKASAN BAHASA INGGRIS

NO.	TANGGAL	KEGIATAN DAN SARAN	PARAF PEMBIMBING
1.	12-8-2019	Draft I	
2.	19-8-2019	Draf II Revisi	
3.	26-8-2019	Penyerahan Draft III	
4.	27-8-2019	Revisi Draft II	
5	4-9-2019	final Draft ACC	

Lampiran 20. Dokumentasi Kegiatan

Pemantauan DJJ dengan Funandoscope

Palpasi Abdomen

Pengukuran TFU menggunakan Metlin

Pengukuran panggul luar dengan jangka panggul

Memandikan Bayi

Proses IMD

Lampiran 21. Lembar Rekomendasi

YAYASAN PEMBINA PENDIDIKAN INDONESIA WIDYAGAMA MALANG (YPPIWM)
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKES)
WIDYAGAMA HUSADA
SK MENDIKNAS RI NOMOR: 130/D/0/2007
Program Studi : * D-3 Kebidanan * S-1 Kesehatan Lingkungan * S-1 Ilmu Keperawatan * Profesi Ners

LEMBAR REKOMENDASI

PERBAIKAN LAPORAN TUGAS AKHIR

PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN

STIKES WIDYAGAMA HUSADA MALANG

Nama Mahasiswa : **SULISTYORINI**

NIM : **1615.15401.1104**

Judul LTA : **ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY."K" USIA 32 TAHUN DI PMB ANIK ROHANJARWATI, Amd.Keb, PAKIS KABUPATEN MALANG**

NO	NAMA PENGUJI	REKOMENDASI	TTD
1	dr. Benny Marcel Pandango, SpOGK	Perbaiki penulisan	
2	Ervin Rufaindah, S.ST.,M.Keb	Perbaiki penulisan dan urutan disesuaikan dengan buku pedoman	
3	Jiarti Kusbandiyah, S.SiT.,M.Kes	Perbaiki penulisan cover s/d ringkasan	

Kampus B (Kantor Pusat) : Jl. Taman Borobudur Indah 3A Malang
Kampus A : Jl. Sudimoro 16, Malang, Jawa Timur
Telp. (0341) 406150 Fax. (0341) 471277
Website : www.stikes-widyagamahusada.ac.id

Lampiran 22. Surat Pernyataan Keaslian Tulisan

YAYASAN PEMBINA PENDIDIKAN INDONESIA WIDYAGAMA MALANG (YPPIWM)
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKES)
WIDYAGAMA HUSADA
SK MENDIKNAS RI NOMOR: 130/D/0/2007

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Sulistyorini

NIM : 1615.15401.1104

Program Studi : DIII Kebidanan STIKES Widyagama Husada Malang

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

Malang, 26 Agustus 2019

Mengetahui,

Ketua Program Studi DIII_Kebidanan **Penulis**

(Yuniar Angelia Puspadewi, S.SiT.,M.Kes.) **(Sulistyorini)**

NDP. 2003.05

Kampus B (Kantor Pusat) : Jl. Taman Borobudur Indah 3A Malang
Kampus A : Jl. Sudimoro 16, Malang, Jawa Timur
Telp : (0341) 406159 Fax : (0341) 471277

Lampiran 23. Curiculum Vitae

SULISTYORINI

MALANG, 06 MARET 1997

MOTTO: “Lets other’s hate, The Important thing is Allah Ridhlo”

Riwayat Pendidikan :

SD NEGERI Dampit VI Malang

SMP NEGERI Dampit I Malang

SMK al-KHOZINI Gondanglegi Malang