

**LAPORAN TUGAS AKHIR**  
**ASUHAN KEBIDANAN SECARA KOMPREHENSIF PADA**  
**NY. “A” USIA 24 TAHUN**  
**DI BPM SOEMIDYAH IPUNG Amd.Keb**  
**KOTA MALANG**



**OLEH**  
**DELSIANA ETI GOMES DIAS**  
**1413.15401.888**

**PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN**  
**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN WIDYAGAM HUSADA**  
**MALANG**  
**2017**

**LAPORAN TUGAS AKHIR**  
**ASUHAN KEBIDANAN SECARA KOMPREHENSIF PADA**  
**NY. “A” USIA 24 TAHUN**  
**DI BPM SOEMIDYAH IPUNG Amd.Keb**  
**KOTA MALANG**



Diajukan Sebagai Syarat untuk Menyelesaikan  
Pendidikan Tinggi Program Studi D3 Kebidanan

**Oleh :**

**DLESIANA ETI GOMES DIAS**

**NIM 1413.15401.888**

**PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN**  
**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN WIDYAGAMA HUSADA**  
**MALANG**  
**2017**

## 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."A" USIA 24 TAHUN

DI BPM SOEMIDYAH IPUNG Amd.Keb

KOTA MALANG

DELSIANA ETI GOMES DIAS

NIM. 1413.15401.888

Malang, Agustus 2017

Menyetujui,

Pembimbing I



(Patemah S.SiT. M.Kes)

Pembimbing II



(Nicky Danur Jayanti,S.ST)

## 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."A" USIA 24 TAHUN

DI BPM SOEMIDYAH IPUNG Amd.Keb

KOTA MALANG

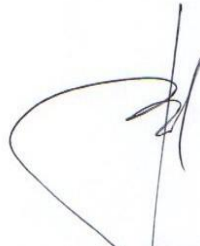
DELSIANA ETI GOMES DIAS

NIM. 1413.15401.888

Malang, Agustus 2017

Menyetujui,

Pembimbing I



(Patemah S.SiT. M.Kes)

Pembimbing II



(Nicky Danur Jayanti,S.ST)

## KATA PENGANTAR

Puji syukur Penulis panjatkan pada Tuhan Yang Maha Esa karena atas rahmatNya penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir yang berjudul "Asuhan Kebidanan Secara Komprehensif Pada Ny."A" Usia 24 Tahun DI BPM SOEMIDYAH IPUNG Amd.Keb sebagai salah satu persyaratan akademik dalam rangka penyelesaian kuliah di program studi D3 Kebidanan di STIKES Widyagama Husada Malang.

Dalam penulisan Laporan Tugas Akhir ini banyak mendapat bimbingan dan bantuan, baik secara materi maupun secara moril, Maka dari itu penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. dr. Rudy Joegijantoro, MMRS selaku Direktur Stikes Widyagama Husada Malang.
2. Yuniar Angelia P, S.SiT., M.Kes selaku Kaprodi D3 Kebidanan Stikes Widyagama Husada Malang.
3. dr. Benny Marcel Pandango, SpOG selaku penguji pertama yang telah banyak membantu dan memberikann bimbingan.
4. Patemah S.SiT. M.Kes Selaku Pembimbing Pertama yang telah banyak membantu dan memberikan bimbingan.
5. Nicky Danur Jayanti, S.ST selaku Pembimbing kedua yang telah banyak memberikan bimbingan.
6. Kedua Orang tuaku tercinta,kakak-kakakku, serta keluarga penulis yang telah memberikan dukungan materil, semangat dan mengajarkan arti perjuangan serta selalu rendah hati dan percaya diri.

7. Teman-teman penulis yang selalu hadir di saat suka dan duka, memberi semangat, kasih sayang, dan selalu mengingatkan penulis tentang arti perjuangan dan selalu dekat dengan Tuhan Yang Maha Esa.

Penulis menyadari bahwa penyusunan Laporan Tugas Akhir ini masih banyak kekurangan, maka dari itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun demi perbaikan yang akan datang. Semoga Asuhan kebidanan ini dapat bermanfaat bagi semua pihak yang membaca dan yang membutuhkan khususnya bermanfaat bagi penulis.

Malang, Agustus 2017

Penulis

## SUMMARY

**Eti Gomes Dias, Delsianai. 2017. Comprehensive Midwifery Care to Ny. "A" 24 Years Old at BPM Soemidyah Amd.Keb Malang. Final Task. D3 Midwifery Study Program of Widyagama Husada School of Health Malang Advisors : (1) Patemah S.SiT.M.Kes (2) Nicky Danur Jayanti, S.ST**

Maternal Mortality Rate (MMR) is 359 / 100.000 and Infant Mortality (IMR) is 32 /1000 in Indonesia is still very high and it has not reached Millennium Development Goals (MDGs) target 2015. One effort to overcome this incident is applied comprehensively midwifery care to mother and baby. The general purpose of this study is to provide midwifery care to pregnant women to family planning using Varney's mindset documented through the SOAP obstetric management approach.

Methods of care provided from the third trimester, childbirth, newborn, post partum and family planning start April to August 2017. Midwifery care was done as many as 4 visits during the pregnancy the mother suffered from back pain, often tired and contraction. 1 visits during delivery, and the labor run smoothly and there was not complications. 4 visits during the post partum, the mother felt hard sleep because she must provide breastmilk. 2 visits to the newborn care, baby experienced spit on the first week after birth. 1 visits the family planning, mother used condom contraception. After doing continuity of care by providing counseling to overcome the complaints, the mother is cooperative

the results of the assessment during pregnancy to service family planning program can be concluded that the process of pregnancy, childbirth, post partum, newborn and family planning in physiological conditions. It is expected that midwives can improve the quality of midwifery services, so, the patients have awareness to the importance of pregnancy, labor, post partum, newborn and family planning. The comprehensive midwifery care can reduce Maternal Mortality Rate (MMR) and Infant Mortality (IMR) in Indonesia.

**Reference: 23 references (2011-2015)**

**Key words: Pregnancy, Childbirth, Post partum, Newborn, Family Planning**

## DAFTAR ISI

<b>LEMBAR PERSETUJUAN</b> .....	Error! Bookmark not defined.
<b>LEMBAR PENGESAHAN</b> .....	<b>ii</b>
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	<b>iii</b>
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>vii</b>
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	<b>x</b>
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	<b>xi</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN</b> .....	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Tujuan Penyusunan .....	4
1.2.1 Tujuan Umum .....	4
1.2.2 Tujuan Khusus.....	5
1.3 Ruang lingkup.....	5
1.3.1 Sasaran.....	5
1.3.2 Tempat.....	5
1.3.3 Waktu.....	6
1.4 Manfaat Laporan Tugas Akhir.....	6
1.4.1 Bagi Institusi Pendidikan .....	6
1.4.2 Bagi Penulis .....	6
1.4.3 Bagi Lahan Praktik .....	6
1.4.4 Bagi Klien.....	6
1.4.5 Bagi penyusun LTA Selanjutnya .....	6
<b>BAB II TINJAUAN TEORI</b> .....	<b>12</b>
2.1 Konsep Teori .....	12



2.1.1 Konsep Dasar Kehamilan .....	12
2.1.2 Konsep Persalinan .....	37
2.1.3 Konsep Masa Nifas .....	54
2.1.4 Konsep Bayi Baru Lahir .....	69
2.1.5 Konsep KB.....	83
2.2 Konsep Manajemen Kebidanan.....	87
2.3 Konsep Dokumentasi Dalam Kebidanan .....	95
<b>BAB III KERANGKA KONSEP KEGIATAN ASUHAN .....</b>	<b>98</b>
3.1 Kerangka konsep kegiatan.....	98
<b>BAB IV TINJAUAN KASUS LAPORAN ASUHAN KEBIDANAN .....</b>	<b>100</b>
4.1 Asuhan Kebidanan pada Kehamilan .....	100
4.1.1 Kunjungan ANC 1.....	100
4.1.2 Kunjungan ANC 2.....	105
4.1.3 Kunjungan ANC 3.....	107
4.1.4 Kunjungan ANC 4.....	109
4.2 Asuhan Kebidanan Pada Persalinan .....	111
4.2.1 Kunjungan INC .....	111
4.3 Asuhan Kebidanan pada Masa Nifas .....	120
4.3.1 Kunjungan PNC 1 .....	120
4.3.2 Kunjungan PNC 2.....	123
4.3.3 Kunjungan PNC 3.....	125
4.3.4 Kunjungan PNC 4.....	127
4.4 Asuhan Kebidanan pada Bayi Baru Lahir.....	129
4.4.1 Kunjungan BBL 1.....	129
4.4.2 Kunjungan BBL 2.....	133
4.5 Asuhan Kebidanan pada Keluarga Berencana .....	135
4.5.1 Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana 1 .....	135

4.5.2 Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana 2.....	137
<b>BAB V PEMBAHASAN .....</b>	<b>139</b>
5.1 Kehamilan.....	139
5.2 Persalinan.....	143
5.3 Masa Nifas.....	149
5.4 Bayi Baru Lahir .....	153
5.5 Pembahasan Keluarga Berencana.....	157
<b>BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>159</b>
6.1 Kesimpulan.....	159
6.2 Saran .....	160
6.2.1 Bagi Mahasiswa.....	160
6.2.2 Bagi Institusi Pendidikan .....	160
6.2.3 Bagi Pasien .....	161
6.2.4 Peneliti Selanjutnya.....	161
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	
<b>LAMPIRAN</b>	

## DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 Perkiraan TFU terhadap umur kehamilan .....	19
Tabel 2. 2 Pemberian Imunisasi TT .....	25
Tabel 2. 3 Indikator penilaian IMT .....	32
Tabel 2. 4 Ukuran panggul yang ditentukan.....	43
Tabel 2. 5 Bidang Hodge .....	44
Tabel 2. 6 Tabel 2.6 Ukuran penting kepala janin.....	45
Tabel 2. 7 Ukuran Circumferensia .....	45
Tabel 2. 8 Kebijakan program nasional masa nifas .....	56
Tabel 2. 9 Involusi pada masa nifas .....	65
Tabel 2. 10 Nilai APGAR Score.....	70
Tabel 2. 11 Jadwal Imunisasi .....	83

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Senam Hamil .....	27
Gambar 2. 2 Anatomi panggul.....	42
Gambar 2. 3 Bidang Hodge Panggul.....	44
Gambar 2. 4 Mekanisme Persalinan Normal .....	50
Gambar 2. 5 Partograf .....	54
Gambar 2. 6 Struktur Anatomi Payudara .....	57
Gambar 2. 7 Reflek Letdown .....	60
Gambar 2. 8 Reflek menghisap pada bayi .....	61

## DAFTAR LAMPIRAN

### No. Lampiran

---

1. Jadwal Pelaksanaan LTA
2. Surat Pengantar LTA
3. *Inform Consent*
4. Dokumentasi Laporan Pasien (Buku KIA, Bukti Kunjungan, Kartu ibu)
5. Dokumentasi Pelaksanaan Asuhan Kebidanan Komprehensif
6. Lembar Konsultasi Laporan
7. *Curriculum Vitae*

## DAFTAR SINGKATAN

AKB	: Angka Kematian Bayi
AKDR	: Alat Kontrasepsi Dalam Rahim
AKI	: Angka Kematian Ibu
ASI	: Air Susu Ibu
BBLR	: Berat Badan Lahir Rendah
COC	: <i>Continuity of care</i>
DJJ	: Denyut Jantung Janin
DM	: Diabetes Militus
DMPA	: <i>Depo Medroxy Progesterone</i>
DPT	: <i>Difteri, Pertusis, tetanus</i>
HB	: Hemoglobin
HPHT	: Hari Pertama Haid Terakhir
HPL	: Hari Perkiraan Lahir
IMT	: Indeks Masa Tubuh
ISK	: Infeksi Saluran Kemih
KIE	: Konseling, Informasi, Edukasi
MAL	: Metode Amenore Laktasi
PAP	: Pintu Atas Panggul
PMS	: Penyakit Menular Seksual
PN	: Persalinan Tenaga Kesehatan
TFU	:Tinggi Fundus Uteri
TM III	:Trimester III
TT	: <i>Tetanus Toxoid</i>
VDRL	: <i>Veneral Disease Research Lab</i>

# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, dan KB merupakan suatu keadaan yang fisiologis. Namun dalam prosesnya terdapat beberapa kemungkinan atau suatu keadaan yang dapat mengancam jiwa ibu dan bayi baru lahir bahkan bisa menyebabkan terjadinya suatu kematian. Oleh karena itu masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir dan KB harus ditangani oleh tenaga kesehatan yang berkompeten dan terampil demi peningkatan kesehatan dan keselamatan Ibu dan Bayi (Kepmenkes, 2015).

*Sustainable Development Goal's* (SDGs) merupakan kesepakatan pembangunan baru melanjutkan program Millennium Development Goal's (MDG's). Rencana program ini dibuat sampai tahun 2030. salah satu program SDG's menurunkan AKI dan AKB. Target AKI yang harus dicapai 70/100.000 kelahiran hidup dan AKB 12/1000 kelahiran hidup. Di Indonesia sudah menargetkan pada tahun 2015-2019 untuk AKI dan AKB adalah target untuk AKI dengan data acuan 346/100.000 kelahiran hidup pada tahun 2014 menjadi 306/100.000 kelahiran hidup pada tahun 2019. Sedangkan untuk target AKB dengan data acuan 32/1000 kelahiran hidup pada tahun 2014 menjadi 24/1000 kelahiran hidup pada tahun 2019 (kemenkes RI,2015).

Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) merupakan salah satu indikator utama derajat kesehatan suatu negara. AKI dan AKB juga mengindikasikan kemampuan dan kualitas pelayanan kesehatan, kapasitas pelayanan kesehatan, kualitas pendidikan dan pengetahuan masyarakat,

kualitas kesehatan lingkungan, sosial budaya serta hambatan dalam memperoleh akses terhadap pelayanan kesehatan (Dinkes, 2014).

Target RPJMN 2015–2019 AKI 306/100.000 kelahiran hidup dan AKB 24/ 1000 kelahiran hidup. Sementara itu berdasarkan Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012, AKI sebesar 359 per 100.000 kelahiran hidup. Sedangkan untuk Angka Kematian Bayi (AKB) di Indonesia menjadi 32/1000 kelahiran hidup. Laporan Kinerja Instansi Pemerintah Provinsi Jawa Timur Tahun 2014 target untuk AKI 80/100.000 kelahiran hidup dan target AKB 29,5/100.00 kelahiran hidup.

Provinsi Jawa Timur (kota Malang) telah terealisasi AKI 93,53/100.000 kelahiran hidup AKB 25,95/100.000 kelahiran hidup. Pada tahun 2014, target AKB di kota Malang dibawah 9 per 1.000 kelahiran hidup dan target AKI 135 per 100.000 kelahiran hidup. Dan hingga akhir tahun angka kematian bayi di kota Malang mencapai 15,68 per 1.000 kelahiran hidup, angka kematian ibu sekarang mencapai 95,11 per 100.000 kelahiran hidup (Dinkes, 2016). Menurut data Departemen Kesehatan (2012) menunjukkan distribusi persentase penyebab kematian ibu melahirkan, berdasarkan data tersebut bahwa tiga faktor utama penyebab kematian ibu melahirkan yakni, pendarahan, hipertensi saat hamil atau preeklamsia dan infeksi. Pendarahan menempati persentase tertinggi penyebab kematian ibu (28%), anemia dan kekurangan energi kronis (KEK) pada ibu hamil menjadi penyebab utama terjadinya pendarahan dan infeksi yang merupakan faktor kematian utama ibu. Sedangkan penyebab terbanyak angka kematian bayi adalah berat bayi lahir rendah (BBLR), asfiksia dan trauma lahir.

Salah satu upaya untuk menurunkan AKI dan AKB adalah dengan melakukan asuhan secara komprehensif. Asuhan komprehensif adalah asuhan yang berkesinambungan mulai dari kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas sampai KB. *Sustainable Development Goal's* (SDGs) merupakan kesepakatan pembangunan baru melanjutkan program Millennium Development Goal's (MDG's). Rencana program ini dibuat sampai tahun 2030. salah satu program SDG's menurunkan AKI dan AKB.



Target AKI yang harus dicapai 70/100.000 kelahiran hidup dan AKB 12/1000 kelahiran hidup. Di Indonesia sudah menargetkan pada tahun 2015-2019 untuk AKI dan AKB adalah target untuk AKI dengan data acuan 346/100.000 kelahiran hidup pada tahun 2014 menjadi 306/100.000 kelahiran hidup pada tahun 2019. Sedangkan untuk target AKB dengan data acuan 32/1000 kelahiran hidup pada tahun 2014 menjadi 24/1000 kelahiran hidup pada tahun 2019 (kemenkes RI, 2015).

Penolong persalinan yang normal di Indonesia dilakukan oleh bidan dengan wewenangnya. Bidan adalah ujung tombak perkembangan masyarakat Indonesia terutama perkembangan kesehatan ibu dan anak. Pelayanan yang diberikan oleh bidan adalah pelayanan yang paling dasar yang bisa dijangkau oleh seluruh masyarakat.

Jumlah ANC di BPM Soemidyah Amd.Keb dalam setahun sekitar 650 orang, jumlah INC dalam setahun sekitar 110 orang dengan persalinan normal sekitar 100 orang dan yang dirujuk 15 orang, jumlah KN dan kontrol nifas dalam setahun sekitar 300 orang, jumlah kunjungan KB suntik 3 bulan dan satu bulan sekitar 2284 orang dalam setahun dan akseptor KB pil sekitar 100 orang.

Data di atas maka penulis menyusun asuhan komperenshif di BPM bidan Soemidyaha Amd.Keb dan berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan pada tanggal 18 Maret 2017 didapatkan bahwa Ny."A" UK 32-33 Minggu usia 24 tahun merupakan kehamilan fisiologis yang diketahui dari nilai KSPR 2 dan hasil pemeriksaan di buku KIA tidak terdapat indikasi yang mengarah ke patologis, usia kehamilan ny."A" juga terdapat dalam target responden yang diinginkan serta kurangnya pengetahuan ibu tentang kehamilan, persalinan, nifas dan bayi baru lahir yang mendorong penulis untuk membuat proposal tugas akhir ini. Oleh sebab itu, dilakukan asuhan kebidanan untuk memantau perkembangan ke hamilan, mengenali gejala dan tanda bahaya, menyiapkan persalinan dan kesediaan menghadapi

komplikasi. Bidan yang merupakan ujung tombak atau orang yang berada di garis terdepan berhubungan langsung dengan perempuan memberikan asuhan kebidanan mulai dari masa kehamilan, bersalin, nifas, neonatus, dan KB sesuai dengan standar pelayanan *antenatal care*. Bidan melakukan kunjungan rumah dan memberikan pelayanan sedikitnya 4 kali kunjungan *antenatal* untuk memberikan penyuluhan, motivasi ibu, dan memotivasi suami dan keluarga agar mendorong ibu untuk memeriksakan kehamilannya secara teratur serta memberikan saran yang tepat pada *trimester* ketiga untuk memastikan bahwa persiapan persalinan telah direncanakan dengan baik, bersih, aman, di samping persiapan transportasi dan biaya untuk merujuk bila sewaktu-waktu terjadi keadaan darurat. Apabila hal tersebut benar-benar dilakukan oleh bidan maka deteksi dini faktor penyebab AKI dan AKB dapat diketahui dan segera ditangani.

Berdasarkan uraian di atas, penulis ingin memberikan asuhan kebidanan komprehensif pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir dan KB yang penulis laksanakan pada Ny. "A" Usia 24 Tahun G<sub>11</sub>P<sub>1001</sub>Ab<sub>000</sub> di BPM Soemidyaha Amd.Keb.

## **1.2 Tujuan Penyusunan**

### **1.2.1 Tujuan Umum**

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

### 1.2.2 Tujuan Khusus

- 1 Melaksanakan pengkajian, menentukan diagnosa kebidanan, melakukan perencanaan, melaksanakan asuhan kebidanan, evaluasi, dan dokumentasi pada ibu hamil.
- 2 Melaksanakan pengkajian, menentukan diagnosa kebidanan, melakukan perencanaan, melaksanakan asuhan kebidanan, evaluasi, dan dokumentasi pada ibu bersalin.
- 3 Melaksanakan pengkajian, menentukan diagnosa kebidanan, melakukan perencanaan, melaksanakan asuhan kebidanan, evaluasi, dan dokumentasi pada ibu nifas.
- 4 Melaksanakan pengkajian, menentukan diagnosa kebidanan, melakukan perencanaan, melaksanakan asuhan kebidanan, evaluasi, dan dokumentasi pada *neonatus* (bayi baru lahir).
- 5 Melaksanakan pengkajian, menentukan diagnosa kebidanan, melakukan perencanaan, melaksanakan asuhan kebidanan, evaluasi, dan dokumentasi pada akseptor KB.

## 1.3 Ruang lingkup

### 1.3.1 Sasaran

Sasaran dari penulisan Laporan Tugas Akhir ini adalah Ny "A" usia 24 tahun G<sub>1</sub>P<sub>0000</sub>Ab<sub>000</sub> dari kehamilan, bersalin, nifas, neonatus dan KB.

### 1.3.2 Tempat

Tempat pelaksanaan dari Laporan Tugas Akhir ini yaitu di Kota Malang.

### **1.3.3 Waktu**

Waktu pelaksanaan yang diperlukan penulis untuk melaksanakan asuhan pada ibu selama kehamilan, bersalin, nifas, bayi baru lahir dan KB yaitu mulai bulan maret 2017 sampai bulan april 2017.

## **1.4 Manfaat Laporan Tugas Akhir**

### **1.4.1 Bagi Institusi Pendidikan**

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

### **1.4.2 Bagi Penulis**

Dapat menambah wawasan dan pengetahuan serta dapat menerapkan asuhan kebidanan secara *Continuity of Care* dari hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir dan KB.

### **1.4.3 Bagi Lahan Praktik**

Dapat dijadikan sebagai acuan untuk meningkatkan asuhan kebidanan secara *Continuity of Care* yang lebih berkualitas dan lebih baik.

### **1.4.4 Bagi Klien**

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

### **1.4.5 Bagi penyusun LTA 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 Teori**

##### **2.1.1 Konsep Dasar Kehamilan**

###### **1. Pengertian**

Kehamilan adalah suatu proses bertemunya sel telur dan sel sperma kemudian terjadi konsepsi dan berakhir dengan persalinan, dimana lamanya kehamilan 9 bulan 10 hari atau 280 hari.(Walyani, 2015).

Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin (280 hari/ 40 minggu atau 9 bulan 7 hari. (Nugroho, 2014).

###### **2. Proses terjadinya menstruasi**

Haid merupakan hal yang alamiah bagi wanita yang sehat. Dimana pada setiap bulannya seorang wanita akan mengalami perdarahan yang disebut menstruasi. Proses menstruasi adalah peluruhan dinding Rahim (endometrium) yang disertai dengan terjadinya perdarahan. Proses menstruasi umumnya tidak terjadi pada ibu hamil. Menstruasi biasanya akan terjadi setelah terjadinya perubahan pada fisik di masa pubertas yang ditandai dengan payudara mulai membesar, rambut tumbuh diseperti alat kemaluan, di aksila dan vagina mengeluarkan cairan keputih-putihan.

Siklus haid yang normal berkisar antara 28 - 29 hari. Ada beberapa perempuan yang masa siklusnya berlangsung dari 20 sampai 35 hari masih dianggap normal. Menstruasi bervariasi bagi setiap wanita dan hampir 90% wanita memiliki siklus haid 25-35 hari dan sekitar 10-15 % yang memiliki siklus haid 28 hari. Namun, beberapa wanita memiliki siklus yang tidak teratur dan hal ini bisa menjadi indikasi adanya masalah kesuburan. Menstruasi ini merupakan

siklus yang berulang-ulang pada organ reproduksi perempuan. Normalnya menstruasi berlangsung selama 3 - 7 hari.

Setelah pubertas, ovarium memiliki korteks tebal yang mengelilingi suatu medula yang mengandung banyak pembuluh darah. Pada saat lahir korteks mengandung sejumlah *folikel primer ovarium*. Setelah pubertas, setiap bulan beberapa folikel berkembang membentuk *folikel vesikular ovarium* (folikel graaf) yang biasanya menjadi matur dan ruptur, kemudian mengeluarkan ovum. Proses ini disebut ovulasi. Ovum melewati tuba uterin sepanjang ujung fimbriae dan dapat difertilasi oleh sperma pria. Fertilasi terjadi biasanya pada segitiga lateral tuba uterin.. Ada beberapa hormon yang mempengaruhi terjadinya menstruasi yaitu:

1. Hormon GnRH (Gonadotropin Releasing Hormon)
2. FSH (Follicle Stimulating Hormone)
3. LH (Luteinizing Hormone)
4. Estrogen dan progesterone

Seorang wanita memiliki dua ovarium dimana masing-masing menyimpan sekitar 200.000 hingga 400.000 folikel/sel telur yang belum matang. Normalnya, hanya satu atau beberapa sel telur yang tumbuh setiap periode menstruasi dan sekitar hari ke 14 sebelum menstruasi berikutnya, ketika sel telur tersebut telah matang maka ovum tersebut akan dilepaskan dari ovarium dan kemudian berjalan menuju Tubafalopi untuk kemudian dibuahi. Proses pelepasan ini di sebut dengan "Ovulasi".

Hormon GnRH dikeluarkan dari Hipotalamus yang kemudian memicu hipofisis anterior untuk mengeluarkan hormon FSH,

hormon FSH ini akan terus memicu pematangan folikel ovarium sehingga terjadi sintesis Estrogen dalam jumlah yang besar.

Proses ini akan mengakibatkan proliferasi sel endometrium/penebalan.

Estrogen yang tinggi akan memberi tanda kepada hipofisis untuk mengeluarkan hormon LH, hormon ini akan mengakibatkan Ovulasi dan memicu korpus luteum untuk mensintesis Progesteron. Hormon progesteron sendiri menyebabkan perubahan sekretorik pada endometrium sehingga terjadilah fase sekresi/fase luteal. Fase sekresi ini tetap berlangsung 14 hari, meskipun dalam siklus haid yang bervariasi.

Fase terjadinya Menstruasi:

a. Fase Menstruasi

Pada fase ini dinding rahim akan mengalami peluruhan dan keluar melalui vagina dalam bentuk darah dengan kadar kekentalan yang berbeda-beda. Terkadang terdapat juga gumpalan-gumpalan darah dalam proses tersebut. Fase ini berlangsung selama 3 sampai dengan 4 hari.

b. Fase Pasca Menstruasi

Selama kurang lebih 4 hari luka akibat peluruhan dinding rahim tersebut akan sembuh secara perlahan.

c. Fase Proliferasi atau pra-ovulasi

Fase ini terjadi setelah penyembuhan berhasil. Pada fase ini dinding rahim mengalami penebalan dengan tebal kurang lebih 3.5 mm. Fase ini berlangsung dari hari 5 sampai dengan hari ke 14.

Pada fase ini leher rahim akan

mengeluarkan lendir yang bersifat basa untuk menetralkan sifat asam yang dihasilkan oleh vagina. Penetralkan ini terjadi untuk

memperpanjang hidup sperma sehingga pembuahan lebih mudah terjadi.

d. Fase Sekresi atau ovulasi

Fase ini terjadi pada hari ke 14 atau yang di kenal dengan masa subur. Pada fase ini sel endometrium mengeluarkan glikogen dan kapur yang nantinya digunakan sebagai bahan makanan untuk telur yang sudah di buahi. Pada fase ini ovum di matangkan dan siap untuk di buahi.

e. Fase Pascaovulasi

Jika ovum tidak dibuahi maka hormone progesterone dan hormon estrogen mengalami kemunduran sehingga fase menstulasi terjadi kembali.

### 3 Proses Kehamilan

Proses kehamilan adalah mata rantai yang berkesinambungan. Setiap bulan wanita melepaskan satu sampai dua sel telur dari indung telur (*ovulasi*) yang di tangkap oleh umbai-umbaifimbrae dan masuk ke dalam sel telur. Waktu persetubuhan, cairan semen tumpah ke dalam vagina dan berjuta-juta sel mani (*sperma*) bergerak memasuki rongga rahim lalu masuk ke sel telur. Pembuahan sel telur oleh sperma biasa terjadi di bagian yang mengembang dari tuba falopi. Pada sekeliling sel telur banyak berkumpul sperma yang mengeluarkan rasi untuk mencairkan zat yang melindungi ovum kemudian pada tempat yang paling mudah dimasuki, masuklah satu sel mani dan kemudian bersatu dengan sel telur. Peristiwa ini disebut pembuahan(konsepsi = *ferfilisas*)(Nugroho, 2014).



Ovum yang telah di buahi ini segera membelah diri sambil bergerak oleh rambut gtar tuba menuju ruang rahim kemudian melekat pada mukosa rahim untuk kemudian bersarang di ruang rahim. Peristiwa ini disebut nidasi (implantasi). Pembuahan sampai nidasi diperlukan waktu kira-kira enam sampai tujuh hari untuk menyuplai darah dan zat- zat makanan. (Vivian, 2011).

#### **4 Tanda -Tanda Kehamilan**

Menurut (Hani & dkk, 2014) Untuk dapat menegakan kehamilan ditetapkan dengan melakukan penilaian terhadap beberapa tanda dan gejala kehamilan.

##### **a. Tanda Dugaan hamil**

###### 1) *Amenorrea* (berhentinya menstruasi)

Konsepsi dan nidasi menyebabkan tidak terjadi pembentukan folikel de graf dan ovulasi sehingga menstruasi tidak terjadi.

###### 2) Mual (*nausea*) dan muntah (emesis)

Pengaruh *estrogen* dan *progesteron* terjadi pengeluaran asam lambung yang berlebihan dan menimbulkan mual muntah yang terjadi terutama pada pagi hari yang disebut *morning sicknes*.

###### 3) Ngidam (menginginkan makanan tertentu )

###### 4) *Syncope* (pingsan)

Terjadi gangguan sirkulasi ke daerah kepala (sentral) menyebabkan *iskemia* susunan saraf pusat dan menimbulkan *syncope* atau pingsan.

###### 5) Sering miksi

Desakan rahim yang semakin besar menyebabkan kandung kemih tertekan sehingga menyebabkan sering berkemih.

## 6) Konstipasi atau obstipasi

Pengaruh *progesteron* dapat menghambat peristaltik usus (tonus otot menurun) sehingga kesulitan untuk BAB

## 7) Pigmentasi kulit

Pigmentasi terjadi pada usia kehamilan lebih dari 12 minggu. Akibat pengaruh hormon *kortikosteroid* plasenta yang merangsang *melanofor* dan kulit. Meliputi sekitar pipi (*cloasma gravidarum*), sekitar leher, dinding perut, sekitar payudara, sekitar pantat dan paha atas.

## 8) Varises

Pengaruh estrogen dan progesteron menyebabkan pelebaran pembuluh darah.

**b. Tanda kemungkinan hamil**

## 1) Pembesaran perut

Akibat pembesaran uterus, terjadi pada bulan keempat kehamilan.

2) Tanda *hegar*

Pelunakan dan dapat ditekannya isthmus uteri.

3) Tanda *goodell* : pelunakan serviks.4) Tanda *chadwicks*

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

5) Tanda *piscaseck* : pembesaran uterus yang tidak simetris.6) Kontraksi *Braxton Hicks*

Peregangan sel-sel otot uterus akibat meningkatnya actomysin didalam otot uterus.

7) Teraba *ballotement*

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

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

**c. Tanda Pasti Kehamilan (*positive sign*)**

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

**2 Menentukan Usia Kehamilan**

Menurut (Hani dan dkk,2014) Cara menentukan usia kehamilan ada dua cara yang dapat dilakukan untuk menentukan usia kehamilan yaitu sebagai berikut

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

c. Cara menentukan kehamilan yaitu:

- 1) Dihitung dari gerakan fetus pertama yang pada umumnya dirasakan pada usia kehamilan 20 minggu.
- 2) Dihitung dari saat denyut jantung janin mulai dapat didengar baik dengan menggunakan *leanec* (20 minggu) maupun dopler (16 minggu).
- 3) Perkiraan tingginya fundus uteri

Mempergunakan tinggi fundus uteri untuk memperkirakan usia kehamilan terutama pada kehamilan pertama. Pada kehamilan kedua dan seterusnya perkiraan ini kurang tepat.

**Tabel 2. 1 Perkiraan TFU terhadap umur kehamilan**

Umur Kehamilan	Ukuran	Panjang Uterus
12 minggu	1/3 di atas simfisis atau 3 jari di atas simfisis	
16 minggu	½ simfisis – pusat	
20 minggu	2/3 di atas simfisis atau 3 jari dibawah pusat	20 cm
24 minggu	Setinggi pusat	23 cm
28 minggu	1/3 di atas pusat atau 3 jari di atas pusat	26 cm
32 minggu	½ pusat – procesus xipodeus	30 cm
36 minggu	Setinggi procesus xipodeus	33 cm
40 minggu	Dua jari (4 cm) dibawah px	

(Sumber : Hani & dkk, 2014)

4) Menentukan HPL

Cara menentukan HPL yaitu dihitung sejak hari pertama haid terakhir (HPHT) sampai sekarang dengan metode kalender menggunakan rumus neagle  $:+7-3+1$ . Rumus ini digunakan bila menstruasi terakhir. Rumus tidak dapat dipakai jika:

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

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

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

- (1) Kehamilan trimester I (0 - 12 minggu)
- (2) Kehamilan trimester II (12 - 28 minggu)
- (3) Kehamilan trimester III (28 - 40 minggu)

### 3 Perubahan Anatomi Dan Adaptasi Fisiologis Ibu Hamil

#### a. Sistem Reproduksi

##### 1) Uterus

Ukuran rahim membesar, Berat dari 30 gram menjadi 1000 gram pada akhir kehamilan. Posisi rahim Pada permulaan kehamilan, dalam letak antefleksi atau retrofleksi. Pada 4 bulan kehamilan, rahim tetap berada dalam rongga pelvis. Setelah itu, mulai memasuki rongga perut yang dalam pembesarannya dapat mencapai batas hati. Serviks uteri Bertambah vaskularisasinya dan menjadi lunak, kondisi ini yang disebut dengan tanda *goodell*. Kelenjar endoservikal membesar dan banyak mengeluarkan cairan mukus, oleh karena itu penambahan dan pelebaran pembuluh darah, warnanya menjadi lividdan ini disebut dengan tanda *chadwick*. Vagina dan vulva oleh karena pengaruh *estrogen*, terjadi hipervaskularisasi pada vagina dan vulva, sehingga pada bagian tersebut terlihat lebih merah atau kebiruan, kondisi ini disebut dengan tanda *chadwick*. (Vivian, 2011)

##### 2) Payudara

Menurut (Sulistiyawati(2014), payudara bertambah besar, tegang dan berat, Dapat teraba nodul-nodul, akibat *hipertropi* kelenjar *alveoli*, *Glandula*

*montgomery* makin tampak menonjol di permukaan *aerola mammae*, Hiperpigmentasi pada areola dan puting susu, terdapat kolustrum.

### 3) Sistem *kardiovaskuler*

Hipertropi atau dilatasi ringan jantung mungkin disebabkan oleh peningkatan volume darah dan curah jantung.

### 4) Sistem *urinaria*

Selama kehamilan, ginjal bekerja lebih berat. Ginjal menyaring darah yang volumenya meningkat (sampai 30-50% atau lebih), yang puncaknya terjadi pada usia kehamilan 16- 24 minggu sampai sesaat sebelum persalinan (pada saat ini aliran darah ke ginjal berkurang akibat penekanan rahim yang membesar).

Pada akhir kehamilan, peningkatan aktifitas ginjal yang lebih besar terjadi saat wanita hamil yang tidur miring. Tidur miring mengurangi tekanan dari rahim pada vena yang membawa darah dari tungkai sehingga terjadi perbaikan aliran darah yang selanjutnya akan meningkatkan aktivitas ginjal dan curah jantung.

### 5) Sistem *Gastrointestinal*

Rahim yang semakin membesar akan menekan rektum dan usus bagian bawah, sehingga terjadi sembelit atau konstipasi. Sembelit semakin berat karena gerakan otot di dalam usus diperlambat oleh tingginya kadar progesteron.

### 6) Sistem Metabolisme Indek Massa Tubuh (IMT)

Janin membutuhkan 30-40 gram kalsium untuk pembentukan tulangnya dan ini terjadi ketika trimester terakhir. Oleh karena itu, peningkatan asupan kalsium sangat diperlukan untuk menunjang kebutuhan. Peningkatan kebutuhan kalsium mencapai 70% dari diet biasanya. Kebutuhan zat besi wanita hamil kurang lebih 1000 mg, 500 mg

#### 7) Sistem *muskuloskeletal*

Estrogen dan progesteron memberi efek maksimal pada relaksasi otot dan ligamen pelvis pada akhir kehamilan. Relaksasi ini digunakan oleh pelvis untuk meningkatkan kemampuannya menguatkan posisi janin pada akhir kehamilannya pada saat kelahiran.

#### 8) Kulit

Terdapat *cloasma gravidarum*, peningkatan pigmentasi juga terjadi di sekeliling puting susu, sedangkan perut bagian bawah bagian tengah biasanya tampak garis gelap, yaitu *spider angioma* disebut sebagai *linea nigra* (Sulistyawati, 2014).

#### 9) Sistem pernapasan

Dorongan rahim yang membesar terjadi desakan diafragma. Terjadi desakan rahim dan kebutuhan O<sub>2</sub> meningkat, bumil akan bernafas lebih cepat 20 -25 % dari biasanya.

#### 10) Sistem saraf

Perubahan fisiologis spesifik akibat kehamilan dapat terjadi timbulnya gejala neurologis dan neuromuskular yaitu Kompresi syaraf panggul atau statis vaskular akibat pembesaran uterus dapat menyebabkan perubahan sensori di tungkai bawah, *Lordosis dorsolumbal* dapat menyebabkan nyeri akibat tarikan pada syaraf atau kompresi akar syaraf, edema yang melibatkan syaraf perifer dapat menyebabkan *carpal tunnel syndrome* selama trimester akhir kehamilan, *Akroestesia* (rasa gatal di tangan) yang timbul akibat posisi tubuh yang membungkuk berkaitan dengan tarikan pada segmen *fleksus bicipitalis* (Nugroho, 2014).

#### **4 Kebutuhan Fisik Ibu Hamil Trimester III**

Kebutuhan fisik ibu hamil Trimester III yaitu : Oksigen, nutrisi, personal hygiene, pakaian, eliminasi, seksual, mobilisasi, bodi mekanik, senam hamil, istirahat atau tidur, traveling, persiapan laktasi, memantau kesejahteraan janin (Nugroho, 2014).

#### **5 Perubahan Psikologis Pada ibu hamil**

##### **a. Trimester ketiga**

Trimester ketiga sering kali disebut periode menunggu atau waspada sebab pada saat itu ibu merasa tidak sabar menunggu kelahiran bayinya. Gerakan bayi dan membesarnya perut merupakan 2 hal yang mengingatkan ibu akan bayinya. Kadang-kadang ibu merasa khawatir bahwa bayinya akan lahir sewaktu-waktu, ini menyebabkan ibu meningkatkan kewaspadaan akan timbulnya tanda dan gejala akan terjadi persalinan, ibu sering kali merasa khawatir atau kalau bayi yang akan dilahirkannya tidak normal(Sulistiyawati, 2014).

#### **6 Jadwal Pemeriksaan Kehamilan**

Jadwal pemeriksaan kehamilan dan pelayanan asuhan kehamilan yaitu :

##### **a. Jadwal pemeriksaan Kehamilan**

- 1) 1 kali pada trimester 1 (usia kehamilan 0-13 minggu)
- 2) 1 kali pada trimester II (usia kehamilan 14-27 minggu)
- 3) 2 kali pada trimester III (28- 40 minggu)

##### **b. Pelayanan asuhan standar antenatal**

Menurut Sulistiyawati (2014) pelayanan ANC minimal 5T, meningkat menjadi 7T, dan sekarang menjadi 12T, sedangkan untuk daerah gondok dan endemik malaria menjadi 14T,yakni :



1) Timbang berat badan

Dalam keadaan normal kenaikan berat badan ibu dari sebelum hamil dihitung dari TM I sampai TM III yang berkisar anatar 9-13,9 kg dan kenaikan berat badan setiap minggu yang tergolong normal adalah 0,4 - 0,5 kg tiap minggu mulai TM II. Pengukuran tinggibadan ibu hamil dilakukan untuk mendeteksi faktor resiko terhadap kehamilan yang sering berhubungan dengan keadaan rongga panggul.

2) Ukur tekanan darah

Tekanan darah yang normal 110/80 - 140/90 mmHg, bila melebihi 140/90 mmHg perlu diwaspadai adanya Preeklampsi.

3) Ukur TFU (Tinggi Fundus Uterus)

Tujuan pemeriksaan TFU menggunakan tehnik *Mc. Donald* adalah menentukan umur kehamilan berdasarkan minggu dan hasilnya bisa di bandingkan dengan hasil anamnesis hari pertama haid terakhir (HPHT) dan kapan gerakan janin mulai dirasakan. TFU yang normal harus sama dengan UK dalam minggu yang dicantumkan dalam HPHT.

4) Imunisasi TT

Tujuan pemberian imunisasi TT adalah untuk melindungi janin dari *tetanus neonatorum*, pemberian imunisasi TT menimbulkan efek perlindungan bila diberikan sekurang-kurangnya 2 kali dengan interval minimal 4 minggu, kecuali bila sebelumnya ibu telah mendapatkan TT 2 kali pada kehamilan yang lalu atau pada masa calon pengantin, maka TT cukup diberikan satu kali (TT ulang).

**Tabel 2. 2 Pemberian Imunisasi TT**

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

(Sumber : Romauli, 2011)

5) Pemberian tablet Fe (minimum 90 tablet selama kehamilan)

6) Pemeriksaan HB

Pemeriksaan Hb pada Bumil harus dilakukan pada kunjungan pertama dan minggu ke 28. bila kadar Hb < 11 gr% Bumil dinyatakan *anemia*, maka harus diberi suplemen 60 mg Fe dan 0,5 mg As. Folat hingga Hb menjadi 11 gr% atau lebih.

7) Pemeriksaan protein urine

Dilakukan untuk mengetahui apakah pada urine mengandung protein atau tidak untuk mendeteksi gejala *Preeklampsi*.

8) Pengambilan darah untuk pemeriksaan VDRL (*Veneral Disease Research Lab*) Test terhadap PMS

Pemeriksaan dilakukan pada saat ibu hamil datang pertama kali daambil spesimen darah vena kurang lebih 2 cc. apabila hasil test positif maka dilakukan pengobatan dan rujukan.

9) Pemeriksaan uine reduksi

Untuk ibu hamil dengan riwayat Diabetes Melitus hasil positif maka perlu diikuti pemeriksaan gula.

10) Perawatan payudara

Perawatan payudara untuk ibu hamil, dilakukan 2 kali sehari sebelum mandi dimulai pada usia kehamilan 6 Minggu.

## 11) Senam ibu hamil

## 12) Pemberian obat malaria

Diberikan kepada ibu hamil pendatang dari daerah endemis malaria, serta kepada ibu hamil dengan gejala malaria, yaitu panas tinggi disertai mengigil dan hasil tes darah yang positif.

## 13) Pemberian kapsul minyak beyodium

Diberikan pada kasus gangguan akibat kekurangan Yodium di daerah endemis yang dapat berefek buruk terhadap Tumbuh kembang Manusia.

## 14) Temu wicara

Selain melakukan pemeriksaan sesuai standart asuhan pada ibu hamil, dianjurkan pada ibu hamil untuk tetap melakukan aktifitas tetapi bukan aktifitas berat seperti contoh melakukan senam hamil.

Manfaat Senam Hamil adalah :

- a) Memperbaiki sirkulasi darah.
- b) Mengurangi trauma bengkak kaki.
- c) Meningkatkan keseimbangan otot-otot.
- d) Mengurangi gangguan gastrointestinal.
- e) Mengurangi kejang kaki atau kram.
- f) Mempercepat penyembuhan setelah kehamilan.
- g) Memperbaiki posisi janin.

Akan tetapi senam hamil sebaiknya dilakukan saat trimester 3 dan hentikan melakukan senam hamil apabila terjadi kram perut, perdarahan, demam, dan tidak enak badan. Bagi ibu yang mempunyai riwayat abortus atau kelahiran premature bisa mengkonsultasikan dulu dengan dokter sebelum melakukan senam hamil. Senam hamil bisa dilakukan 1 kali

dalam seminggu secara rutin. Setiap langkah gerakan dilakukan minimal 10 kali ( Han, dkk, 2014)



**Gambar 2. 1 Senam Hamil**

(Sumber : romauli,2011)

## 7 Asuhan Kehamilan TM III

Asuhan kunjungan awal yaitu :

### a. Tujuan kunjungan

- 1) Menentukan tingkat kesehatan ibu dengan melakukan pengkajian riwayat lengkap dan uji skrining yang tepat.
- 2) Menetapkan catatan dasar tentang tekanan darah, urinalisis, nilai darah, serta pertumbuhan dan perkembangan janin yang dapat digunakan sebagai standar pembandingan sesuai kemajuan kehamilan.
- 3) Mengidentifikasi faktor resiko dengan mendapatkan riwayat detail kebidanan masa lalu dan sekarang.
- 4) Memberi kesempatan pada ibu dan keluarga untuk mengekspresikan dan mendiskusikan adanya kekhawatiran

tentang kehamilan saat ini dan kehamilan yang lalu, proses persalinan serta nifas.

- 5) Menganjurkan adanya pemeliharaan kesehatan masyarakat dalam upaya mempertahankan kesehatan ibu dan perkembangan bayinya.
- 6) Membangun hubungan saling percaya karena ibu dan bidan adalah mitra dalam asuhan

## **8 Kebutuhan Dasar Ibu Hamil Sesuai Tahap Perkembangannya**

### **Trimester I,II, dan III**

#### **a. Status gizi**

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

#### **1) Asam Folat**

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

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

## 2) Energi

Diet pada ibu hamil tidak hanya difokuskan pada tinggi proteinnya saja tetapi pada susunan gizi seimbang energi dan juga protein. Hal ini juga efektif untuk menurunkan kelahiran BBLR dan kematian perinatal. Kebutuhan energi ibu hamil adalah 285 kalori untuk proses tumbuh kembang janin dan perubahan pada ibu.

## 3) Protein

Bagi ibu hamil protein sangat berguna untuk menambah jaringan tubuh ibu. Seperti jaringan dalam payudara dan rahim. Protein digunakan untuk pembuatan cairan ketuban. Protein bagi ibu hamil diperoleh antara lain dari susu, telur, dan keju sebagai sumber protein terlengkap.

## 4) Zat besi (Fe)

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

## 5) Kalsium

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

6) Vitamin D

Vitamin D berkaitan dengan zat kapur. Vitamin ini dapat memasuki tubuh bayi. Jika ibu hamil kekurangan vitamin D, maka anak akan kekurangan zat kapur. Pembentukan gigi geriginya tidak normal, dan lapisan gigi anak tampak buruk.

7) Yodium

Yodium mencegah gondongan dan masalah lain pada orang dewasa. Kurangnya yodium pada wanita hamil dapat menyebabkan janin menderita kretenisme. Sebuah ketidakmampuan yang mempengaruhi pikiran.

8) Vitamin A

Vitamin A mencegah rabun ayam, kebutaan dan membantu tubuh melawan infeksi. Seorang wanita memerlukan banyak vitamin A selama kehamilan dan menyusui.

9) Mineral

Semua mineral dapat terpenuhi dengan makanan sehari-hari yaitu : buah-buahan, sayur-sayuran, dan susu. Hanya zat besi yang tidak dapat terpenuhi dengan makanan sehari-hari. Kebutuhan besi pada pertengahan kedua kehamilan kira-kira 17 mg/hari. Untuk memenuhi kebutuhan ini dibutuhkan suplemen besi 30 mg/hari, untuk kehamilan kembar dan anemia dibutuhkan 60-100 mg/ hari.

Pada wanita hamil dengan gizi buruk, perlu mendapatkan gizi yang adekuat baik jumlah maupun susunan menu atau kualitasnya serta mendapat askes pendidikan kesehatan tentang gizi. Akibat malnutrisi pada kehamilan yaitu berat otak dan bagian-bagian otak kurang dari normal. Setelah lahir akan menjadi intelegensia (IQ) dibawah rata-rata. Karena adanya malnutrisi pada ibu hamil. Volume darah jadi berkurang , aliran darah ke uterus dan plasenta berkurang, ukuran plasenta berkurang,

dan transfer nutrisi melalui plasenta berkurang sehingga janin tumbuh lambat atau terganggu (IUGR). Ibu hamil dengan kekurangan gizi cenderung melahirkan prematur atau BBLR. Rata-rata kenaikan berat badan selama hamil adalah 10-20 kg atau 20,5% dari berat badan ideal sebelumnya. Proporsi kenaikan berat badan selama hamil adalah sebagai berikut :

a) Kenaikan berat badan trimester I lebih kurang 1 kg karena berat badan hampir

seluruhnya merupakan kenaikan berat badan ibu .

b) Kenaikan berat badan trimester II adalah 3 kg atau 0,3 kg/minggu. Sebesar 60% kenaikan berat badan ini karena pertumbuhan jaringan pada ibu.

c) Kenaikan berat badan trimester III adalah 6 kg atau 0,3-0,5 kg/minggu. Sebesar 60% kenaikan berat badan ini karena pertumbuhan janin. Timbunan pada ibu lebih kurang 3 kg.

Gizi sangat berpengaruh pada tumbuh kembang otak. Pertumbuhan otak yang pesat terjadi 2 fase, fase pertama adalah usia kehamilan 15-20 minggu dan fase kedua adalah 30 minggu sampai 18 bulan setelah bayi lahir (perinatal). Pada umur 0-1 tahun terjadi pertumbuhan otak 25% dari saat hamil. Pada usia 2 tahun pertumbuhan otak kurang dari 10%.

Berat otak pada saat lahir 25% otak dewasa, pada saat 5 tahun 90% otak dewasa dan pada umur 10 tahun 95% otak dewasa. Pengaturan komposisi makanan terdiri dari protein 10-15%, lemak 20% dan karbohidrat 60-70%. Penilaian status gizi ibu hamil adalah :



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

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

**Tabel 2. 3 Indikator penilaian IMT**

Nilai IMT	Kategori
Kurang dari 20	Underweight /dibawah normal
20-24,9	Disirable /normal
25-29,9	Moderate / lebih dari normal
Over 30	Severe obesity /sangat gemuk

(Sumber : Romauli, 2011)

## (2) Ukuran Lingkar Lengan Atas (LILA)

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

## (3) Kadar hemoglobin (Hb)

Nilai normal kadar hemoglobin pada ibu hamil 11-14,0 gr %. Dikatakan normal apabila kadar Hb lebih dari 10,5 gr %.

*a. Personal Hygiene*

Kebersihan harus dijaga pada masa hamil. Mandi dianjurkan sedikitnya dua kali sehari karena ibu hamil cenderung untuk mengeluarkan banyak keringat, menjaga kebersihan diri terutama lipatan kulit (ketiak, bawah buah dada, dan daerah genetalia) dengan cara dibersihkan dengan air dan dikeringkan. Kebersihan gigi dan mulut perlumendapat perhatian karena seringkali mudah terjadi gigi berlubang, terutama pada ibu yang kekurangan kalsium. Rasa mual selama masa hamil dapat mengakibatkan pemburukan hygiene mulut dan dapat menimbulkan karies gigi.

b. Istirahat

Wanita hamil dianjurkan untuk merencanakan istirahat yang teratur khususnya seiring kemajuan kehamilannya. Jadwal istirahat dan tidur perlu diperhatikan dengan baik, karena istirahat dan tidur yang teratur dapat meningkatkan kesehatan jasmani dan rohani untuk kepentingan perkembangan dan pertumbuhan janin. Tidur pada malam hari kurang lebih 8 jam dan istirahat (Romauli, 2011).

## 9 Konsep Dasar Primi Tua Skunder

Menurut Poedji Rochjati (2003) dalam Prilia Detiana (2011) Primi adalah pertama kali. Primi gravida adalah wanita yang pertama kali hamil. Primi disini dibagi dalam beberapa kelompok yaitu :

a. Primi muda, yaitu ibu hamil pertama pada umur < 16 tahun rahim dan panggul seringkali belum tumbuh mencapai ukuran dewasa. Akibatnya diragukan keselamatan dan kesehatan janin dalam kandungan. Selain itu mental ibu belum cukup dewasa sehingga diragukan keterampilan perawatan dini dan bayinya.

Bahaya yang dapat terjadi antara lain :

1. Bayi lahir belum cukup bulan.
2. Pendarahan dapat terjadi sebelum bayi lahir.
3. Pendarahan dapat terjadi sesudah bayi lahir.

Kebutuhan pertolongan medik, bila terdapat kelainan yaitu :

1. Janin tidak dapat lahir normal, biasa dengan tenaga ibu sendiri.
2. Persalinan membutuhkan kemungkinan operasi sesar.
3. Bayi yang lahir kurang bulan membutuhkan perawatan khusus.

b. Primi tua dibagi lagi menjadi :

1. Primi tua, lama perkawinan > 4 tahun.

Ibu hamil pertama setelah kawin 4 tahun atau lebih dengan kehidupan perkawinan biasa :

- a) Suami istri tinggal serumah.
- b) Suami istri tidak sering keluar kota.
- c) Tidak memakai alat kontrasepsi (KB).

Keluarga sangat membutuhkan anak, bayi dengan nilai sosial tinggi, "Anakmahal", bahaya yang mungkin terjadi pada primi tua ini antara lain :

- a) Selama hamil dapat timbul masalah, faktor resiko lain oleh karena kehamilannya, misalnya : pre eklamsi, persalinan tidak lancar.

Kebutuhan pertolongan medik :

- (a) Perawatan antenatal yang teratur.
- (b) Memberikan rujukan kehamilan dan bisa memberi pengobatan.
- (c) Pengamatan persalinan ketat terhadap adanya gawat janin, 1 jam bayi tidak lahir dilakukan tindakan atau operasi sesar.

2. Primi tua pada ibu umur > 35 tahun

Ibu yang hamil pertama pada umur > 35 tahun. Pada usia tersebut mudah terjadi penyakit pada ibu dan organ kandungan menua.

Jalan lahir juga tambah kaku. Ada kemungkinan lebih besar ibu hamil mendapatkan anak cacat, terjadi persalinan macet dan pendarahan, bahaya yang dapat terjadi :

- a) Hipertensi
- b) Pre-eklamsi
- c) Ketuban Pecah Dini (KPD)
- d) Persalinan macet

e) Pendarahan Post Partum

f) BBL < 2500 gram

### 3. Anak terkecil umur < 2 tahun

Ibu hamil yang jarak kelahiran dengan anak terkecil kurang dari 2 tahun. Kesehatan fisik dan rahim ibu masih butuh cukup istirahat. Ada kemungkinan ibu masih menyusui. Selain itu anak tersebut masih butuh asuhan dan perhatian orang tuanya. Bahaya yang dapat terjadi pada ibu hamil antara lain :

a) Pendarahan post partum.

b) Bayi prematur.

c) BBLR < 2500 gram

### 4. Primi tua sekunder

Ibu hamil dengan persalinan terakhir  $\geq$  10 tahun yang lalu. Ibu dalam kehamilan dan persalinan ini seolah-olah menghadapi persalinan yang pertama lagi. Kehamilan ini bisa terjadi pada:

a) Anak pertama mati, janin didambakan dengan nilai sosial tinggi

b) Anak terkecil hidup umur 10 tahun lebih, ibu tidak ber-KB

Bahaya yang dapat terjadi:

a) Persalinan dapat berjalan tidak lancar

b) Perdarahan pasca persalinan

c) Penyakit ibu: Hipertensi (tekanan darah tinggi)

## 10 Kartu Skor Poedji Rochjati

Menurut sulistyawati (2013), skor Poedji Rochjati adalah suatu cara untuk mendeteksi dini kehamilan yang memiliki risiko lebih besar dari biasanya (baik bagi ibu maupun bayinya), akan terjadinya penyakit atau kematian sebelum maupun sesudah persalinan. Ukuran risiko dapat dituangkan dalam bentuk angka disebut skor. Skor merupakan bobot

prakiraan dari berat atau ringannya risiko atau bahaya. Jumlah skor memberikan pengertian tingkat risiko yang dihadapi oleh ibu hamil.

Berdasarkan jumlah skor kehamilan dibagi menjadi tiga kelompok

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

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

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

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

**PENYULUHAN KEHAMILAN/PERSALINAN AMAN - RUJUKAN TERENCANA**

JML. SKOR	KEL. RISIKO	PERSALINAN DENGAN RISIKO					
		KEHAMILAN	PERA WATAN	RUJUKAN	TEMPAT	PEND LONJ	RUJUKAN
2	KRR	BIDAN	BIDAN	BIDAN	BIDAN	BIDAN	BIDAN
6-10	KRT	BIDAN	BIDAN	BIDAN	BIDAN	BIDAN	BIDAN
12-20	KRST	DOKTER	DOKTER	DOKTER	DOKTER	DOKTER	DOKTER

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

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

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

Persalinan : Melahirkan tanggal : .....

**RUJUKAN DARI :** 1. Sendiri  
 2. Dukun  
 3. Bidan  
 4. Puskesmas

**RUJUKAN KE :** 1. Bidan  
 2. Puskesmas  
 3. Rumah Sakit

**RUJUKAN :**  
 1. Rujukan Diri Berencana (RDB) / Rujukan Dalam Rahim (RDR)  
 2. Rujukan Tepat Waktu (RTW)  
 3. Rujukan Terlambat (RTL)

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

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

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

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

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

**PASCA PERSALINAN :**

<b>IBU :</b> 1. Hidup 2. Mati, dengan penyebab : a. Perdarahan b. Preklampsia/Eklampsia c. Partus lama d. Inteksi e. Lain-2	<b>TEMPAT KEMATIAN IBU :</b> 1. Rumah Ibu 2. Rumah Bidan 3. Polindes 4. Puskesmas 5. Rumah Sakit 6. Perjalanan
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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

**KEADAN IBU SELAMA MASA NIFAS (42 Hari Pasca Salin)**  
 1. Sehat 2. Sakit 3. Masih penyebab  
 Pemberian ASI : 1. Ya 2. Tidak

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

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

Gambar 2.2 Score Poedji Rochjati

Sumber : Buku KIA

## 2.1.2 Konsep Persalinan

### 1. Pengertian

Persalinan adalah serangkaian kejadian yang berakhir dengan pengeluaran bayi yang cukup bulan atau hampir cukup bulan yang disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin dari tubuh ibu (Kuswanti & Melina, 2014).

Persalinan adalah proses pergerakan keluarnya janin, plasenta, dan membran dari dalam rahim melalui jalan lahir. Proses ini berawal dari pembukaan dan dilatasi serviks akibat kontraksi uterus dengan frekuensi, durasi, dan kekuatan yang teratur (Rohani, 2011).

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain dengan buatan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri). Dimulai dengan adanya kontraksi persalinan sejati, yang ditandai dengan perubahan serviks secara progresif dan diakhiri dengan kelahiran plasenta (Sulistiyawati & Esti, 2014).

### 2. Macam-macam Persalinan

#### a. Persalinan spontan

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

#### b. Persalinan buatan

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

#### c. Persalinan anjuran

Yaitu terjadi apabila bayi sudah cukup besar untuk hidup diluar, tetapi tidak sedemikian besarnya sehingga menimbulkan kesulitan

dalam persalinan, misal dengan induksi persalinan (Kuswanti & Melina, 2014).

### **3. Tanda-tanda Persalinan**

Sebelum terjadi persalinan sebenarnya beberapa minggu sebelumnya wanita memasuki kala pendahuluan (prepatory stage of labour) yang memberikan tanda-tanda sebagai berikut :

- a. Lightening atau setting atau opping yaitu kepala turun memasuki pintu atas panggul terutama pada primigravida. Pada multipara tidak begitu terlihat.
- b. Perut kelihatan lebih melebar, fundus uteri turun.
- c. Perasaan sering atau susah kencing (polakisuria) karena kandung kemih tertekan oleh bagian bawah janin.
- d. Perasaan sakit diperut dan pinggang oleh adanya kontraksi-kontraksi lemah dari uterus, kadang- kadang disebut labor pains.
- e. Serviks melembek mulai mendatar dan sekresinya mulai bertambah, bisa bercampur darah (bloody show). (Kuswanti & Melina, 2014).

### **4. Sebab-sebab mulainya persalinan**

Banyak factor yang memegang peranan dan bekerja sama sehingga terjadi persalinan diantaranya :

- a. Teori penurunan hormon

Satu sampai dua minggu sebelum persalinan terjadi penurunan kadar estrogen dan progesterone, progesterone mengakibatkan relaksasi otot-otot rahim, sedangkan estrogen meningkatkan kerentanan otot Rahim. Selama kehamilan terjadi keseimbangan antara kadar estrogen dan progesterone, tetapi akhir kehamilan terjadi penurunan kadar progesterone sehingga timbul his.

b. Teori distensi Rahim

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

c. Teori iritasi mekanik

Dibelakang serviks terletak ganglion sevikalis, bila ganglion ini ditekan oleh kepala janin maka akan timbul kontraksi uterus.

Teori plasenta menjadi tua

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

d. Indikasi partus

Partus dapat ditimbulkan dengan pemberian oksitosin drips, menurut tetesan perinfus dan pemberian gagang laminaria ke dalam kanalis sevikalis dengan tujuan merangsang pleksus frankenhauser, sehingga timbul kontraksi dan melakukan amniotomi.

e. Penurunan kadar progesterone

Progesterone menimbulkan otot-otot rahim, sebaliknya estrogen meninggikan kerenggangan otot rahim. Selama kehamilan terdapat keseimbangan antara kadar progesterone dan estrogen di dalam darah, tetapi pada akhir kehamilan kadar progesterone menurun sehingga timbul his.

f. Teori *oxytocin*

Pada akhir kehamilan kadar *oxytocin* bertambah oleh karena itu timbul kontraksi-kontraksi otot rahim.



g. Ketegangan otot-otot

Seperti halnya dengan kandungan kencing dan lambung, bila dindingnya terenggang oleh karena isinya.

h. Pengaruh janin / fetal cortisol

Hypofise dan kelenjar suprarenal janin rupa-rupanya juga memegang peranan, oleh karena itu pada anencheplus kehamilan sering lebih lama dari biasa.

i. Teori *prostaglandin*

Prostaglandin yang dihasilkan oleh desidua, disangka menjadi salah satu penyebab permulaan persalinan hasil dari percobaan menunjukkan bahwa prostaglandin F2 atau E2 yang diberikan secara intravena, intra dan ekstra amnial menimbulkan kontraksi myometrium pada setiap umur kehamilan. Hal ini juga disokong dengan adanya kadar prostaglandin yang tinggi baik dalam air ketuban maupun darah perifer pada ibu-ibu hamil sebelum melahirkan atau selama persalinan (Kuswanti & Melina, 2014).

a. Power (kekuatan/tenaga)

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

1. His (Kontraksi Uterus)

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

- 1) Kontraksi yang simetris.
- 2) Fundus dominan, yaitu kekuatan paling tinggi berada di fundus uteri.
- 3) Kekuatan seperti meremas rahim.
- 4) Setelah adanya kontraksi, diikuti dengan adanya relaksasi.

5) Pada setiap his menyebabkan terjadinya perubahan pada serviks, yaitu menipis dan membuka.

## 2. Pembagian dan sifat-sifat his :

### 1) His pendahuluan

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

### 2) His pembukaan

His pembukaan serviks sampai terjadi pembukaan 10 cm, mulai

kuat, teratur dan terasa sakit atau nyeri.

### 3) His pengeluaran

Sangat kuat, teratur, simetris, terkoordinasi dan lama.

Merupakan his untuk mengeluarkan janin. Koordinasi bersama antara his kontraksi otot perut, kontraksi diafragma dan ligament.

### 4) His pelepasan uri (kala III)

Kontraksi sedang untuk melepaskan dan melahirkan plasenta

### 5) His pengiring

Kontraksi lemah, masih sedikit nyeri, pengecilan rahim dalam beberapa jam atau hari (Kuswanti & Melina, 2014).

## b. Passage (Jalan lahir)

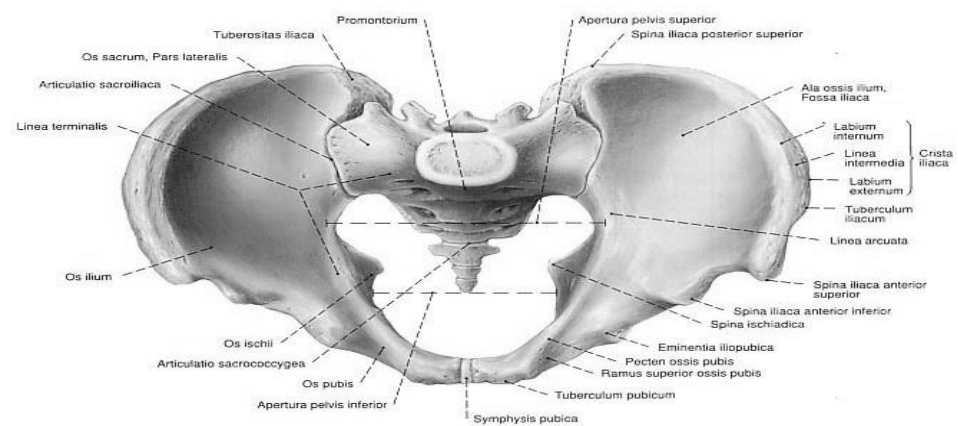
### 1. Panggul

#### a. *Tulang koksigis*

### 1) Tulang ilium (tulang usus)

a) Merupakan tulang terbesar dari panggul yang membentuk bagian atas dan belakang panggul.

- b) Bagian atas merupakan penebalan tulang yang disebut krista iliaka.
  - c) Ujung depan dan belakang krista iliaka yang menonjol: spina iliaka anteriorsuperior dan spina iliaka postesuperior.
  - d) Terdapat tonjolan tulang memanjang dibagian dalam tulang ilium yang membagi pelvis mayor dan minor, disebut *linea inominata (linea terminalis)*.
  - e) Linea terminalis merupakan bagian dari pintu atas panggul.
- 2) Tulang iskiium (tulang duduk)
- a) Terdapat disebelah bawah tulang usus
  - b) Pinggir belakangnya menonjol : spina isciadica
  - c) Pinggir bawah tulang duduk sangat tebal (*tuber isciadicium*), berfungsi menopang saat duduk



**Gambar 2. 2 Anatomi panggul**

**Sumber : Sulistyawati dan Nugraheny, 2010).**

## 2. Kavum Pelvik

Kavum pelvik berada diantara PAP dan PBP, terdiri dari dua bagian penting :

- a. *Bidang dengan Ukuran Terbesar (Bidang Terluas Panggul)*
- b. Merupakan yang terluas dan bentuknya hampir seperti lingkaran.

### 1) Batas-batas :

- (a)Anterior : titik tengah permukaan belakang tulang pubis.
- (b)Lateral : sepertiga bagian atas dan tengah foramen obturatorium.
- (c)Posterior : hubungan antara vertebra sakralis kedua dan ketiga.

### 2) Diameter-diameter penting.

- (a)Diameter anteroposterior adalah jarak antara titik tengah permukaan belakang tulang pubis dengan hubungan antara vertebra sakralis kedua dan ketiga panjangnya adalah 12,75 cm.
- (b)Diameter transversa adalah jarak terbesar tepi lateral kanan dan kiri bidang tersebut, panjangnya 12,5.

**Tabel 2. 4 Ukuran panggul yang ditentukan**

Ukuran panggul	Batas ukuran	Nilai normal
<b>Diameter antero posterior, conjugate vera</b>	Dari <i>promontorium</i> ke pinggir atas <i>sympisis</i>	11 cm
<b>Diameter transversa</b>	Ukuran terbesar antara <i>linea innominate</i> diambil tegak lurus lurus pada <i>conjugate vera</i>	12,5 – 13 cm
<b>Diameter oblique</b>	Dari <i>articulation sacro iliaca</i> ke <i>tuberculum pubium</i> dari belahan panggul yang bertentangan	13 cm

(Sumber : Kuswanti & Melina, 2014).

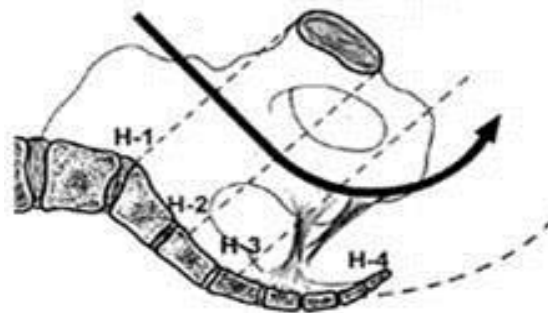
### 3. Bidang *Hodge*

Menurut (Sulistyawati dan Nugraheny, 2010), Bidang-bidang hodge adalah untuk menentukan sampai dimana bagian terendah janin turun ke panggul pada proses persalinan. Bidang hodge tersebut antara lain:

**Tabel 2. 5 Bidang Hodge**

Hodge	Bidang	Batas
Hodge I		Dibentuk pada lingkaran PAP dengan bagian atas symphysis dan promontorium.
Hodge II		Sejajar dengan hodge I setinggi pinggir symphysis
Hodge III		Sejajar dengan hodge I dan II setinggi spina ischiadica kanan dan kiri.
Hodge IV		Sejajar dengan hodge I,II,dan III setinggi os. Coccygis

(Sumber : Hani & dkk, 2014)



**Gambar 2. 3 Bidang Hodge Panggul**

**Sumber : sulistyawati & Esti,2014**

#### c. Passenger (Janin dan Plasenta)

Passenger terdiri dari:

##### 1. Janin

Selama janin dan plasenta berada dalam rahim belum tentu pertumbuhannya normal, adanya kelainan genetik dan kebiasaan ibu yang buruk dapat menjadikan pertumbuhannya tidak normal antara lain

- a) Kelainan bentuk dan besar janin anasefalus, hydrosefalus, janinmakrosomia.
- b) Kelainan pada retak kepala perentasi puncak, presentasi muka, presentasi dahi dan kelainan occiput.
- c) Selain letak janin: letak sungsang, letak lintang, letak mengelak, presentasi rangkap, (kepala tangan, kepala kaki, kepala tali pusat).
- d) Kepala janin (bayi) merupakan bagian penting dalam proses persalinan memiliki ciri sebagai berikut :
- (1) Untuk kepala oval sehingga setelah bagian besar lahir, maka bagian lainnya mudah lahir.
  - (2) Persendian kepala terbentuk kogel sehingga dapat digerakkan ke segala arah dan memberikan kemungkinan untuk melakukan pemutaran paksi dalam.
  - (3) Letak persendian kepala sedikit kebelakang sehingga kepala melakukan fleksi untuk putaran paksi dalam

**Tabel 2. 6 Tabel 2.6 Ukuran penting kepala janin**

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

(Sumber : Hani & dkk, 2014)

**Tabel 2. 7 Ukuran Circumferensia**

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

(Sumber : Hani & dkk, 2014)

## 2. Plasenta

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

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

## 4. Air ketuban

Sebagai cairan pelindung dalam pertumbuhan dan perkembangan janin, air ketuban berfungsi sebagai 'bantalan' untuk melindungi janin terhadap

trauma dari luar, tidak hanya itu saja, air ketuban juga berfungsi melindungi janin dari infeksi, menstabilkan perubahan suhu dan menjadi sarana yang memungkinkan janin bergerak bebas.

Kekurangan cairan ketuban bisa disebabkan berbagai hal diantaranya menurunnya fungsi plasenta akibat kehamilan yang melebihi waktu, ketuban yang bocor atau kelainan janin yang berhubungan dengan penyumbatan kandung kemih.

Letak Janin Dalam Rahim di bedakan menjadi :

a) Letak membujur (*longitudinal*).

(1) Letak kepala

(2) Letak fleksi (letak belakang kepala).

(3) Letak defleksi (letak puncak kepala, letak dahi, letak muka).

b) Letak sungsang.

(1) Letak bokong sempurna (*complete breech*).

(2) Letak bokong (*frank breech*).

(3) Letak bokong tidak sempurna (*incomplete breech*).

c) Letak lintang (*transversi lie*).

d) Letak miring (*oblique lie*).

(1) Letak kepala mengolok.

(2) Letak bokong mengolok (Kuswanti dan Melina 2014).

## 5. Tahapan Persalinan

a. Kala I

Proses membukanya serviks dibagi dalam 2 macam :

a) Fase laten

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

b) Fase aktif.

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

1) Fase akselerasi.

Dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm.

2) Fase dilatasi maksimal.

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

3) Fase deselerasi.

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

Fase-fase tersebut dijumpai pada primigravida. Pada multigravida pun terjadi demikian, namun fase laten, fase aktif terjadi lebih pendek.



b. Kala II

Ini disebut juga sebagai kala pengeluaran. Kala dimulai dari pembukaan lengkap sampai lahirnya janin. Pada kala ini his menjadi lebih kuat dan lebih cepat, kira-kira 2 sampai 3 menit sekali. Dalam fase ini dirasakan tekanan pada otot-otot dasar panggul yang dapat menimbulkan rasa mengedan. Pada primigravida kala II berlangsung rata-rata 1,5 jam dan pada multigravida rata-rata 0,5 jam

c. Kala III

Kala III ini disebut juga sebagai kala uri. Setelah bayi lahir, uterus teraba keras dengan fundus uteri agak di atas pusat. Beberapa menit kemudian uterus berkontraksi lagi untuk melepaskan plasenta dari dindingnya. Biasanya plasenta lepas dalam 6 sampai 15 menit setelah bayi lahir dan keluar spontan atau dengan tekanan pada fundus uteri. Pengeluaran plasenta disertai dengan pengeluaran darah, kira-kira 100-200 cc.

d. Kala IV

Kala IV adalah pengawasan selama 1-2 jam setelah bayi dan uri lahir untuk mengamati keadaan ibu terutama terhadap perdarahan postpartum. (Kuswanti dan Melina 2014).

## 6. Mekanisme Persalinan Normal

Mekanisme persalinan sebenarnya mengacu pada bagaimana janin menyesuaikan dan meloloskan diri dari panggul ibu, yang meliputi gerakan :

a. Turunnya kepala janin

Kepala janin mengalami penurunan terus-menerus dalam jalan lahir sejak kehamilan *trimester* III, antara lain masuknya bagian terbesar janin atau *diameter biparietal* janin ke dalam pintu atas panggul yang pada *primigravida* 38 minggu atau selambat-lambatnya awal kala II

b. *Fleksi*

Pada permulaan persalinan kepala janin biasanya berada dalam sikap *fleksi*. Dengan adanya *his* dan tahanan dari dasar panggul yang makin besar, maka kepala janin makin turun dan semakin *fleksi* sehingga dagu janin menekan pada dada dan belakang kepala (*oksiput*) menjadi bagian bawah. Untuk melewati panggul kepala janin yang awalnya masuk dengan ukuran *diameter oksipito frontalis* (11,5 cm) harus *fleksi* secara maksimal menjadi *diameter oksipito bregmatika* (9,5 cm).

c. *Putaran paksi dalam*

Makin turunnya kepala janin dalam jalan lahir, kepala janin akan berputar sedemikian rupa sehingga diameter terpanjang rongga panggul atau *diameter anterior posterior* kepala janin akan bersesuaian dengan diameter terkecil *antero posterior* pintu bawah panggul. Bahu tidak berputar dan kepala akan membentuk sudut 45 dalam keadaan ini ubun-ubun kecil berada di bawah *sympisis*.

d. *Ekstensi*

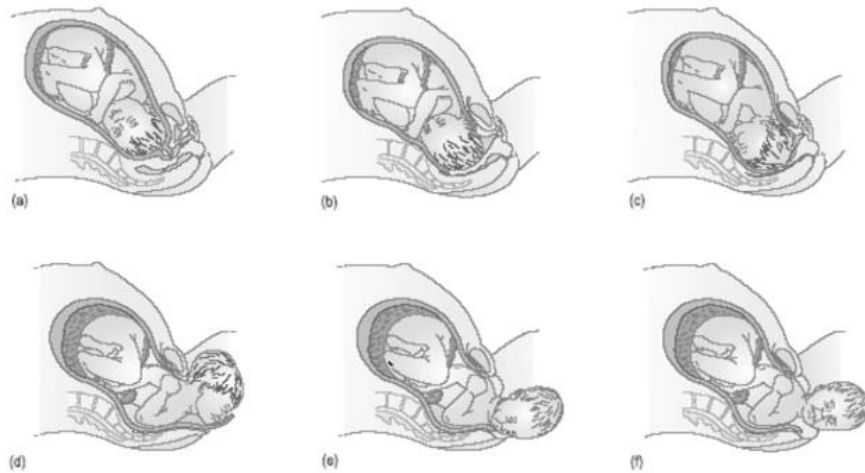
Kepala sampai di dasar panggul dan terjadi *ekstensi atau defleksi* kepala. Hal ini disebabkan oleh gaya tahan di dasar panggul yang membentuk lengkungan *carus*. Dengan *ekstensi sub. oksiput* bertindak sebagai *hipomoklion* (sumbu putar)

e. *Putar paksi luar*

Pada putaran paksi luar kepala janin menyesuaikan kembali dengan sumbu bahu sehingga sumbu panjang bahu dengan sumbu panjang kepala janin berada pada satu garis lurus.

#### f. Ekspulsi

Setelah putar paksi luar bahu *posterior* berada di bawah *sympisis* dan menjadi *hipomoklion* untuk kelahiran bahu belakang dengan cara *fleksi lateral* dan selanjutnya tubuh bayi lahir searah dengan paksi jalan lahir



**Gambar 2. 4 Mekanisme Persalinan Normal**

**Sumber : Purwoastuti, 2015**

### 7. Kebutuhan Dasar Selama Persalinan

#### a. Asuhan tubuh dan fisik.

Asuhan ini berorientasikan pada tubuh ibu selama proses persalinan, hal ini juga yang akan menghindarkan ibu dari infeksi. Adapun asuhan yang dapat diberikan diantaranya adalah :

##### 1. Menjaga kebersihan diri

Menganjurkan ibu untuk membasuh sekitar kemaluannya sesudah BAK/BAB dan menjaga agar tetap bersih dan kering

##### 2. Perawatan mulut meliputi menggosok gigi, mencuci mulut pemberian gliserin, dll

b. Kehadiran Seorang Pendamping.

Adapun dukungan yang dapat diberikan oleh pendamping diantaranya adalah mengusap keringat, menemani/membimbing, jalan-jalan, memberikan makan dan minum, merubah posisi dll.

c. Pengurangan rasa nyeri.

1. Pengaturan posisi
2. Relaksasi dan latihan pernafasan
3. Usapan dipunggung / abdominal
4. Pengosongan kandung kemih

**8. Lima Benang Merah Dalam Asuhan Persalinan Dan Kelahiran Bayi**

- a. Membuat keputusan klinik.
- b. Asuhan sayang ibu dan sayang bayi.
- c. Pencegahan infeksi.
- d. Pencatatan (rekam medik) asuhan persalinan.
- e. Rujukan.

**9. Asuhan Intrapartum**

Asuhan intrapartum penting untuk tujuan meningkatkan jalan lahir yang aman bagi ibu dan bayi, meminimalkan risiko pada ibu dan bayi, dan meningkatkan hasil kesehatan yang baik dan pengalaman yang positif. Setiap ibu bersalin layak mendapatkan simpati, kasih sayang, dan dukungan saat ibu menjalani proses melahirkan (Kuswanti, 2014).

**10. Tujuan Asuhan Intrapartum**

- a. Memberikan lingkungan yang aman bagi ibu dan janin.
- b. Mendukung ibu dan keluarganya melewati pengalaman persalinan dan melahirkan.
- c. Memenuhi keinginan dan pilihan ibu selama persalinan, ketika memungkinkan.

- d. Memberikan tindakan rasa nyaman pada ibu.
- e. Memberikan ketenangan dan informasi, yang disertai dengan perhatian terhadap kebutuhan budaya ibu dan keluarga

## 11. Partograf

### a. Pengertian partograf

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

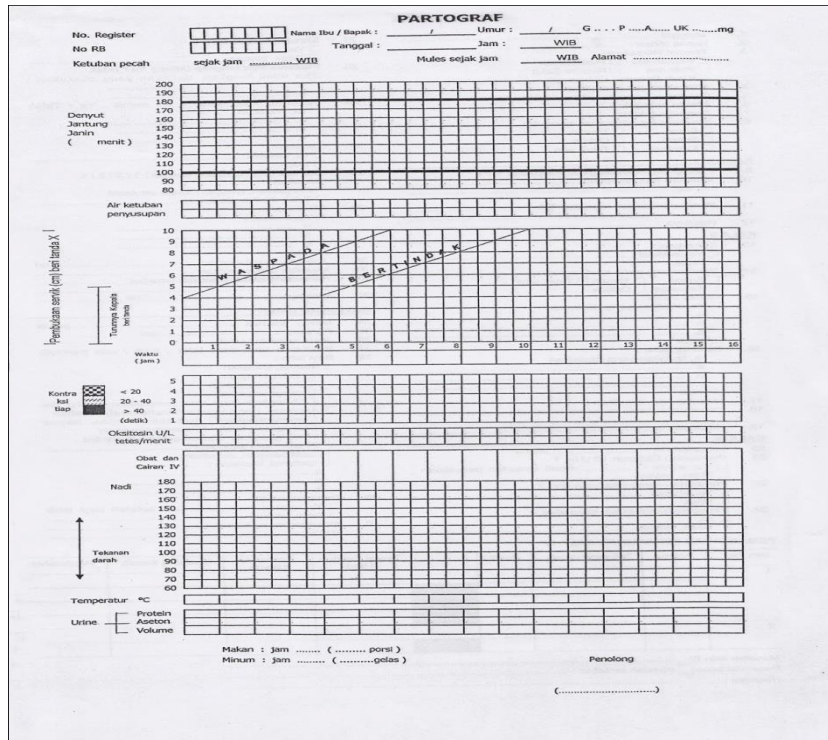
### b. Fungsi Partograf

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

### c. Partograf digunakan harus pada kondisi sebagai berikut:

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

- 3) Persalinan yang memberikan asuhan kepada ibu selama persalinan dan kelahiran (spesialis kandungan, bidan, dokter umum, residen dan mahasiswa kedokteran)
- d. Kriteria pasien yang dapat dipantau menggunakan partograf
- 1) Persalinan diperkirakan spontan.
  - 2) Janin tunggal
  - 3) Usia kehamilan 36-42 minggu.
  - 4) Presentasi kepala.
  - 5) Tidak ada penyulit persalinan.
  - 6) Persalinan sudah masuk dalam kala I fase aktif.
- e. Kriteria pasien yang tidak perlu dipantau menggunakan partograf
- 1) Tinggi badan pasien kurang dari 145 cm
  - 2) Ada perdarahan antepartum
  - 3) Mengalami pre-eklampsi atau eklampsi
  - 4) Anemia
  - 5) Adanya kelainan letak janin
  - 6) Persalinan premature
  - 7) Adanya induksi persalinan
  - 8) Gemeli
  - 9) Adanya rencana persalinan SC, misalkan sudah diketahui adanya panggul sempit/DKP.



Gambar 2. 5 Partograf  
Sumber : BUKU KIA

### 2.1.3 Konsep Masa Nifas

#### 1. Pengertian

Masa nifas (*puerperium*) adalah masa pulih kembali alat-alat kandungan seperti saat pra hamil kira-kira 6-8 minggu. Masa nifas adalah masa setelah keluarnya plasenta sampai kembalinya alat-alat reproduksi wanita seperti sebelum hamil yang secara normal berlangsung selama 6 minggu atau 40 hari (Wulandari,2011).

Masa nifas (*puerperium*) adalah masa setelah keluarnya plasenta sampai alat-alat reproduksi pulih seperti sebelum hamil dan secara normal masa nifas berlangsung selama 6 minggu atau 40 hari (Ambarwati, 2010).

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 (Abidin, 2011).

## **2. Tujuan Asuhan Pada Masa Nifas**

- a. Mendeteksi adanya perdarahan masa nifas
- b. Menjaga kesehatan ibu dan bayinya
- c. Memberikan pendidikan kesehatan diri meliputi perawatan diri, nutrisi KB, menyusui, pemberian imunisasi kepada bayinya, dan perawatan bayi sehat.
- d. Memberikan pendidikan mengenai laktasi dan perawatan payudara.
- e. Konseling mengenai KB

## **3. Tahapan Masa Nifas**

Beberapa tahapan masa nifas adalah sebagai berikut.

### a) Puerperium dini

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

### b) Puerperium *Intermedial*

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

### c) *Remote* Puerperium

Adalah waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama apabila ibu selama hamil atau persalian mempunyai komplikasi.



#### 4. Kebijakan Program Nasional Masa Nifas

Pada kebijakan program nasional masa nifas paling sedikit 4 kali kunjungan yang dilakukan. Hal ini untuk menilai status ibu dan bayi baru lahir serta untuk mencegah, mendeteksi dan menangani masalah-masalah yang terjadi antara lain sebagai berikut

**Tabel 2. 8 Kebijakan program nasional masa nifas**

Kunjungan	Waktu	Tujuan
1	2-6 jam setelah persalinan	Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri, Mendeteksi dan merawat penyebab lain. jika terjadi perdarahan segera melakukan rujukan dan bila perdarahan berlanjut, Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri, Pemberian ASI awal, Melakukan hubungan antara ibu dan bayi barulahir, Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermia dan Jika petugas kesehatan penolong persalinan, maka ia harus tinggal dengan ibu dan bayi lahir untuk 2 jam pertama setelah kelahiran, atau sampai ibu dan bayi dalam keadaan stabil.
2	6 hari setelah persalinan	Memastikan involusi uterus berjalan dengan normal, uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau, Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal, memastikan ibu mendapat cukup makan cairan istirahat, memastikan ibu menyusui dengan baik dan tak memperlihatkan tanda-tanda infeksi, memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.
3	2 minggu setelah persalinan	Sama seperti di atas (6hari peralinan), Memastikan rahim sudah kembali normal dengan mengukur dan meraba bagian rahim, Menanyakan pada ibu tentang penyakit-penyakit yang ia atau bayi alami, Memberikan konseling untuk kb secara dini.
4	6 minggu setelah persalinan	Menanyakan pada ibu tentang penyakit-penyakit yang ia atau bayi alami, Memberikan konseling untuk kb.

(Sumber : Purwoastuti, 2015)

## 5. Proses Laktasi Dan Menyusui

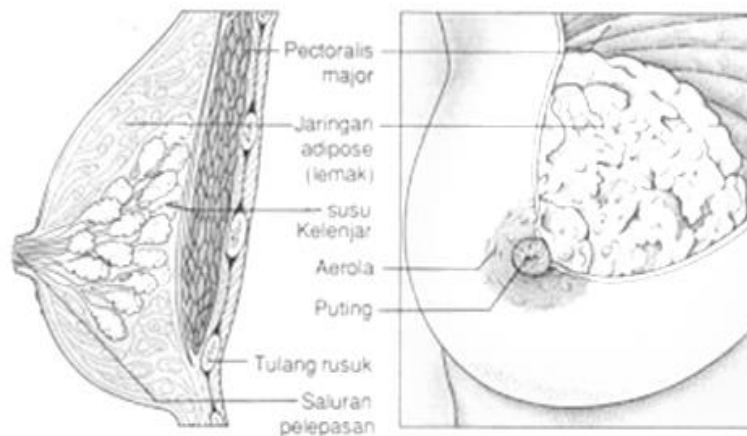
### a. Anatomi payudara

Payudara (mammas) adalah kelenjar yang terletak dibawah kulit, diatas otot dada. Fungsi dari payudara adalah memproduksi susu untuk nutrisi bayi. Manusia mempunyai sepasang kelenjar payudara, yang beratnya kurang lebih 200 gram, saat hamil 600 gram, dan saat menyusui 800 gram, letak setiap payudara terletak pada sternum dan meluas tinggi costa kedua dan keenam. Payudara ini terletak pada fascia superficialis dinding rongga dada yang disangga oleh ligamentum suspensorium. Bentuk masing – masing payudara berbentuk tonjolan setengah bola dan mempunyai ekor dari jaringan yang meluas ke ketiak atau aksila(Vivian, 2011).

### b. Struktur makroskopis payudara

#### a) Cauda aksilaris

Jaringan payudara yang meluas kearah aksila



**Gambar 2. 6 Struktur Anatomi Payudara**

**Sumber : Ambarwati,2010**

b) Areola

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

c) Papilla mammae

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

c.. Struktur mikroskopis

1) Alveoli

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

2) Duktus laktiferus

Saluran sentral yang merupakan muara beberapa tubulus laktiferus

### 3) Ampulla

Bagian dari duktus laktiferus yang melebar, merupakan tempat penyimpanan air susu, ampulla terletak dibawah areola

### c) Fisiologi laktasi

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

#### 1) Pembentukan kelenjar payudara

Pada trimester kedua kehamilan, laktogen plasenta mulai merangsang untuk pembuatan kolostrum.

#### 2) Pembentukan air susu

##### (a) Reflek prolaktin

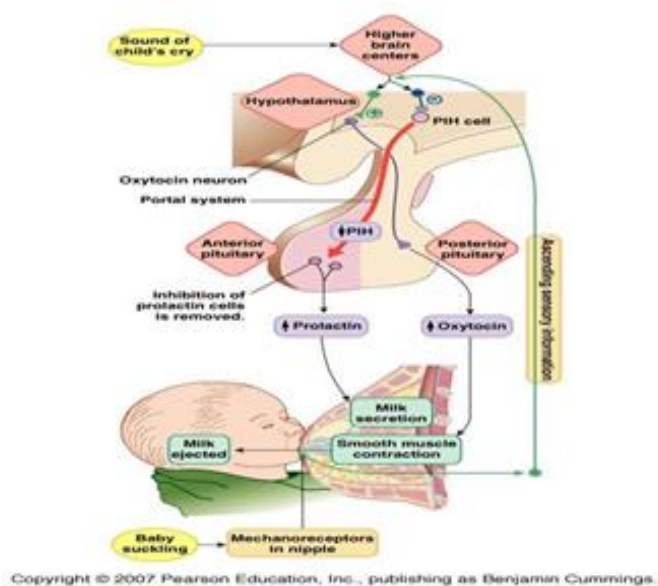
Setelah partus, lepasnya plasenta dan kurang berfungsinya korpus luteum membuat estrogen dan progesteron sangat berkurang, ditambah dengan adanya isapan bayi yang merangsang puting susu dan kalang payudara yang akan merangsang ujung-ujung saraf sensoris yang berfungsi sebagai reseptor mekanik. Rangsangan ini dilanjutkan ke hipotalamus melalui medulla spinalis hipotalamus yang akan menekan pengeluaran factor-faktor yang menghambat sekresi prolaktin dan sebaliknya merangsang pengeluaran factor-faktor yang memacu sekresi prolaktin. Factor-faktor yang memacu sekresi prolaktin akan merangsang hipofise anterior sehingga keluar prolaktin. Hormone ini merangsang sel-sel alveoli yang berfungsi untuk membuat air susu.

(b) Reflek *let down*

Bersama dengan pembentukan prolaktin oleh hipofisis anterior, rangsangan yang berasal dari isapan bayi ada yang dilanjutkan ke hipofisis posterior (neurohipofisis) yang kemudian dikeluarkan oksitosin melalui aliran darah, hormone ini diangkat menuju uterus yang dapat menimbulkan kontraksi pada uterus sehingga terjadi involusi dari organ tersebut. Kontraksi dari sel akan memeras air susu yang telah diproduksi keluar dari alveoli dan masuk ke system duktus laktiferus masuk ke mulut bayi.

Faktor-faktor yang meningkatkan reflek *let down* adalah dengan melihat bayi, mendengarkan suara bayi, mencium bayi dan memikirkan untuk menyusui bayi.

Faktor-faktor yang menghambat reflex *let down* adalah stress, seperti keadaan bingung/pikiran kacau, takut, dan cemas



**Gambar 2. 7 Reflek Letdown**

**Sumber : Vivian, 2011**

### 3) Pemeliharaan pengeluaran air susu

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

### 4) Mekanisme menyusui

- a) Reflex mencari (*rooting reflex*)
- b)Reflek menghisap (*sucking reflex*)
- c)Reflek menelan (*swallowing reflex*).



**Gambar 2. 8 Reflek menghisap pada bayi**

**Sumber : Vivian, 2011**

## 5) Komposisi ASI

ASI mengandung zat gizi yang lebih lengkap, dalam ASI terkandung Protein, karbohidrat, lemak, mineral, air dan vitamin yang baik untuk pertumbuhan dan perkembangan bayi(Vivian, 2011).

## 6) Stadium ASI

### a) Kolustrum

Cairan pertama yang diperoleh bayi pada ibunya adalah kolustrum, yang mengandung kaya akan protein, mineral, dan antibody. Kolustrum merupakan cairan dengan viskositas kental, lengket, dan berwarna kekuningan.

### b) ASI transisi/peralihan

ASI peralihan adalah ASI yang keluar setelah kolustrum sampai sebelum ASI matang, yaitu sejak hari ke-4 sampai hari ke-10.

### c) ASI matur disekresi pada hari ke-10 dan seterusnya (Vivian, 2011).

## 7) Tanda bayi cukup ASI

a) Bayi minum ASI tiap 2-3jam atau dalam 24 jam minimal mendapat ASI 8 kali pada 2 sampai 3 minggu pertama.

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

c) Bayi akan BAK paling tidak 6-8 kali/hari.

d) Ibu dapat mendengarkan pada saat bayi menelan ASI .

e) Payudara terasa lebih lembek yang menandakan ASI telah habis.

f) Warna bayi merah dan kulit terasa kenyal.

g) Pertumbuhan berat badan BB dan tinggi badan TB bayi sesuai dengan grafik pertumbuhan.

h) Perkembangan motorik bayi (bayi aktif dan motoriknya sesuai dengan rentang usianya).

i) Bayi kelihatan puas sewaktu-waktu akan lapar akan bangun dan tidur dengan cukup.

8) Masalah dalam pemberian asi

a) Puting susu datar atau terbenam

Tindakan yang paling efisien untuk memperbaiki keadaan ini adalah isapan bayi yang kuat.

b) Puting susu lecet

(1) Teknik menyusui salah.

(2) Puting susu terpapar sabun, krim, alcohol, ataupun zat iritan lain saat membersihkannya.

(3) Moniliasis pada mulut bayi yang menular pada puting susu.

(4) Bayi dengan tali lidah pendek.

(5) Cara menghentikan menyusui yang kurang tepat.

c) Tindakan untuk mengatasi puting susu lecet

1. Cari penyebab puting susu lecet.

2. Selama puting susu diistirahatkan sebaiknya tetap dikeluarkan dengan cara diperah, tidak menggunakan pompa.

3. Olesi puting dengan susu ASI akhir (hind milk), tidak menggunakan sabun atau yang lainnya untuk membersihkan payudara.

4. Menyusui lebih sering (8-12 kali dalam 24 jam).

5. Puting susu yang sakit diistirahatkan kurang lebih 1 x 24 jam, dan biasanya sembuh sendiri sekitar 2 x 24 jam.

6. Cuci payudara sehari sekali tanpa menggunakan sabun.

7. Posisi menyusui harus benar dan secara bergantian.

8. Keluarkan sedikit ASI dan oleskan ke puting lecet dan biarkan kering.



9. Penggunaan bra yang menyangga.
10. Bila terasa sangat sakit boleh minum obat pengurang rasa sakit.
11. Jika penyebabnya monilia, diberi pengobatan dengan tablet nystatin.
12. Putting melesak ( masuk ke dalam )
13. Jika putting susu melesak diketahui sejak masa kehamilan, hendaknya ditarik-tarik dengan minyak kelapa 2-3 kali sehari. Jika diketahui setelah persalinan bisa menggunakan bantuan tudung putting (nipple hoot).

d) Payudara bengkak

Ciri-cirinya oedema, sakit, putting kencang, kulit mengkilap walau tidak merah, bila diisap atau diperiksa ASI tidak keluar. Badan bisa demam setelah 24 jam.

Penyebabnya karena menyusui tidak kontinu sehingga ASI terkumpul di duktus. Hal ini terjadi karena ASI meningkat, terlambat menyusukan dini, perlekatan kurang baik, mungkin kurang sering ASI dikeluarkan, dan mungkin juga ada pembatasan waktu menyusui. Hal ini dapat terjadi pada hari ketiga setelah melahirkan. Selain itu arena penggunaan bra yang terlalu ketat serta keadaan putting susu yang tidak bersih sehingga terjadi penyumbatan pada duktus.

e) Abses payudara (mastitis)

Peradangan pada payudara. Payudara menjadi merah, bengkak, terkadang nyeri dan panas, serta suhu tubuh meningkat. Pada bagian dalam terasa ada masa padat (lump), dan diluarnya menjadi nifas 1-3 minggu setelah persalinan yang diakibatkan oleh sumbatan saluran susu yang berlanjut. Keadaan ini disebabkan kerangnya ASI diisap/dikeluarkan atau pengisapan yang tidak efektif, dapat juga

karena kebiasaan menekan payudara dengan jari atau karena tekanan baju/bra, serta pengeluaran ASI yang kurang baik. ada dua jenis mastitis, yaitu yang terinfeksi milk stasis disebut Non-Infektive Mastitis dan yang telah terinfeksi bakteri disebut infective mastitis. Lecet pada puting dan trauma pada kulit juga dapat mengundang infeksi bakteri (Vivian,2011).

## 6. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

### a. Uterus

Pada uterus terjadi proses involusi. Proses involusi adalah kembalinya uterus ke keadaan sebelum hamil setelah melahirkan. Proses ini dimulai segera setelah lahirnya plasenta.

**Subinvolusi adalah kegagalan uterus untuk kembali pada keadaan tidak hamil. Penyebab yang paling sering adalah tertahannya fragmen plasenta dan infeksi.**

**Tabel 2. 9 Involusi pada masa nifas**

Involusi	TFU	Berat Uterus (g)	Diameter bekas melekat plasenta (cm)
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000	
Uri lahir	2 jari dibawah pusat	750	12.5
Satu minggu	Pertengahan pusat-simfisis	500	7.5
Dua minggu	Tak teraba diatas simfisis	350	3-4
Enam minggu	Bertambah kecil	50-60	1-2
Delapan minggu	Sebesar normal	30	

(Sumber : Ambarwati, 2010)

### b. Perubahan ligament

Ligament-ligamen dan diafragma pelvis, serta fasia yang meregang sewaktu kehamilan dan partus, setelah jalan lahir, berangsur-angsur menciut kembali seperti sediakala. Tidak jarang ligamentum rotundum menjadi kendur yang mengakibatkan letak uterus menjadi retrofleksi(Vivian dan Tri,2012).

#### c. Serviks

Serviks mengalami involusi bersama-sama uterus. Setelah persalinan ostium eksterna dapat dimasuki 2 sampai 3 jari. Setelah 6 minggu persalinan, serviks menutup.

#### d. Lochea

Lochea adalah cairan secret yang berasal dari cavum uteri dan vagina dalam masa nifas. Macam-macam lochea:

- 1) Lochea rubra (cruenta): berisi darah segar dan sisa selaput ketuban, serta desidua, vernik kaseosa, lanugo, dan meconium, selama 2 hari post partum.
- 2) Locheasanguinolenta: berwarna kuning berisi darah dan lender, hari ke-3 sampai 7 postpartum.
- 3) Lochea serosa: berwarna kuning cairan tidak berdarah lagi, hari ke-7 sampai 14 postpartum.
- 4) Lochea alba: cairan putih, setelah 2 minggu.
- 5) Lochea purulenta: terjadi infeksi, keluar cairan berupa nanah berbau busuk.
- 6) Locheastasis: lochea tidak lancar keluarannya.

#### e. Vulva dan vagina

Setelah proses persalinan kedua organ ini masih mengendur akibat proses melahirkan bayi. Setelah 3 minggu vulva dan vagina kembali kekeadaan tidak hamil dan rugae dalam vagina berangsur muncul, sedangkan labia menjadi lebih menonjol.

#### f. Perineum

Setelah melahirkan perineum pun juga akan mengendur. Pada hari ke 5 akan kembali sekalipun tetap lebih kendur daripada sebelum melahirkan.

g. Payudara

Kadar prolactin yang disekresikan oleh kelenjar hypofisis anterior meningkat secara stabil selama kehamilan, tetapi hormone plasenta menghambat produksi ASI. Setelah kelahiran plasenta, konsentrasi estrogen dan progesterone menurun, prolactin dilepaskan dan sintesis ASI dimulai.

Suplai darah ke payudara meningkat dan menyebabkan pembengkakan vaskuler sementara. Air susu saat diproduksi, disimpan di alveoli dan harus dikeluarkan dengan efektif dengan cara diisap oleh bayi untuk pengadaaan dan keberlangsungan laktasi.

h. System perkemihan

Buang air kecil sering sulit selama 24 jam pertama. Kemungkinan terdapat spasme sfingter dan edema leher buli-buli sesudah bagian inimegalami kompresi antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan. Urine dalam jumlah yang besar akan dihasilkan dalam waktu 12-36 jam sesudah melahirkan.

i. System Gantroitestinal

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

j. System endokrin

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

#### k. System musculoskeletal

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

#### l. System integument

Penurunan melanin umumnya setelah persalinan menyebabkan berkurangnya hyperpigmentasi kulit. Perubahan pembuluh darah yang tampak pada kulit karena kehamilan dan akan menghilang pada saat estrogen menurun (Elisabet, 2013).

### 7. Adaptasi Psikologi Masa Nifas

#### a. Fase taking in

Yaitu periode ketergantungan yang berlangsung pada hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan.

Gangguan psikologi yang dirasakan pada fase ini:

- 1) Kecewa kerana tidak mendapatkan apa yang diinginkan tentang bayinya, Misalkan : jenis kelamin tertentu, warna kulit, dan sebagainya.
- 2) Ketidaknyamanan misalnya : rasa mules akibat kontraksi rahim, payudara bengkak, luka jahitan, dll.
- 3) Rasa bersalah karena belum bisa menyusui bayinya.
- 4) Suami dan keluarga mengkritik ibu tentang cara merawat bayinya dan cenderung melihat bayinya saja tidak ikut membantu. Padahal hal tersebut bukan hanya tanggung jawabnya tetapi juga tanggung jawab bersama.

#### 5) *Post Partum Blues*

*Post partum blues* atau sering disebut *maternity blues* atau sindrom ibu baru, dimengerti sebagai suatu sindrom gangguan efek ringan

pada minggu pertama setelah persalinan dengan ditandai gejala reaksi depresi/sedih, sering menangis, mudah tersinggung, cemas, labilitas perasaan, cenderung menyalahkan diri, gangguan tidur, dan gangguan nafsu makan, kelelahan, mudah sedih, cepat marah, mood mudah berubah, perasaan terjebak dan juga marah terhadap pasangannya, serta bayinya, perasaan bersalah dan pelupa.

*b. Fase taking hold*

Berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Fase ini ibu khawatir tidak mampu merawat bayinya. Ibu sangat sensitive sehingga mudah tersinggung dan gampang marah sehingga kita perlu berhati-hati dalam berkomunikasi dengannya.

*c. Fase letting go*

Merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah bisa menyesuaikan diri, merawat diri dan bayinya, serta percaya dirinya sudah meningkat. Dukungan dari suami dan keluarga sangat diperlukan.

## **2.1.4 Konsep Bayi Baru Lahir**

### **1. Pengertian**

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

Menurut (Donna, 2003) dalam Marmi & Rahardjo (2012) Bayi baru lahir adalah bayi dari lahir sampai usia 4 minggu. Lahirnya biasanya dengan usia gestasi 38-42 minggu.

Menurut Saifuddin (2002) dalam Marmi & Rahardjo (2012) Bayi baru lahir adalah bayi yang baru lahir selama satu jam pertama kelahiran.

Menurut (Marmi & Rahardjo, 2012) Bayi baru lahir (neonatus) adalah bayi yang baru mengalami proses kelahiran, berusia 0 – 28 hari. BBL memerlukan penyesuaian fisiologis berupa maturasi, adaptasi (menyesuaikan diri dari kehidupan intrauterine ke kehidupan ekstra uterine) dan toleransi bagi BBL untuk memerlukan kehidupan yang baik.

## 2. Penilaian Bayi Baru Lahir

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

- a. Apakah bayi cukup bulan ?
- b. Apakah air ketuban jernih, tidak bercampur mekonium ?
- c. Apakah bayi menangis atau bernapas ?
- d. Apakah tonus otot bayi baik ?

**Tabel 2. 10 Nilai APGAR Score**

Tanda	0	1	2
<i>Appearance colour</i> (warna kulit)	Biru atau pucat	Tubuh kemerahan, ekstremitas biru	Seluruh tubuh kemerahan
<i>Pulse (Heart Rate)</i> frekuensi jantung	Tidak ada	Dibawah 100x/mnt	Diatas 100x/mnt
<i>Grimace</i> (reaksi terhadap rangsangan)	Tidak ada	Sedikit gerakan mimik	Menangis, baik atau bersin
<i>Activity onus otot)</i>	Lumpuh	Ekstremitas dalam fleksi sedikit	Gerakan aktif
<i>Respiration</i> (usaha nafas)	Tidak ada	Lemah, tidak teratur	Menangis kuat

(Sumber : Maryuni & Eka, 2013)

### 3. Penanganan Bayi Baru Lahir

Tujuan utama perawatan bayi segera sesudah lahir menurut

(Asuhan Persalinan Normal, 2010) adalah :

#### a. Membersihkan jalan nafas

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

- 1) Letakkan bayi pada posisi terlentang di tempat yang keras dan hangat.
- 2) Gulung kain dan letakkan dibawah bahu sehingga leher bayi lebih lurus dan kepala tidak menekuk. Posisi kepala diatur lurus sedikit tengadah kebelakang.
- 3) Bersihkan hidung, rongga mulut dan tenggorokan bayi dengan jari tangan yang membungkus dengan kassa steril.
- 4) Tepuk kedua telapak kaki bayi sebanyak 2-3 kali atau gosok kulit bayi dengan kain kering. Dengan rangsangan ini biasanya bayi segera menangis.

#### b. Memotong dan merawat tali pusat

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

#### c. Mempertahankan suhu tubuh

Pada waktu baru lahir, bayi belum mampu mengatur tetap suhu badannya, dan membutuhkan pengaturan dari luar untuk membantunya tetap hangat. Bayi baru lahir harus dibungkus hangat setelah IMD, suhu tubuh bayi



merupakan tolak ukur kebutuhan akan tempat tidur yang hangat sampai suhu tubuhnya sudah stabil, suhu bayi harus dicatat.

d. IMD (Inisiasi Menyusu Dini)

#### **4. Adaptasi Bayi Baru Lahir**

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

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

##### **a. Sistem Pernafasan**

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

##### **b. Jantung dan Sirkulasi Darah**

###### **1) Peredaran darah janin**

Di dalam rahim darah yang kaya oksigen dan nutrisi berasal dari plasenta yang masuk ke dalam tubuh janin melalui plasenta umbilikalis,

sebagian masuk vena kava inferior melalui duktus venosus aranti. Darah dari vena kava inferior masuk ke atrium kanan dan bercampur dengan vena kava superior. Darah dari atrium kanan sebagian melalui foramen ovale masuk ke atrium kiri bercampur dengan darah yang bercampur dengan vena pulmonalis. Darah dari atrium kiri selanjutnya ke ventrikel kiri yang kemudian akan dipompakan ke aorta, selanjutnya melalui arteri koronaria darah mengalir ke bagian kepala, ekstremitas kanan dan ekstremitas kiri.

## 2) Peredaran darah neonatus

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

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

## c. Saluran Pencernaan

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

## d. Hepar

Hepar janin pada kehamilan empat bulan mempunyai peranan dalam metabolisme hidrat arang, dan glikogen mulai disimpan di dalam hepar, setelah bayi lahir simpanan glikogen cepat terpakai, vitamin A dan D juga sudah disimpan dalam hepar. Fungsi hepar janin dalam kandungan dan

segera setelah lahir masih dalam keadaan imatur (belum matang), hal ini dibuktikan dengan ketidakseimbangan hepar untuk meniadakan bekas penghancuran dalam peredaran darah.

e. Metabolisme

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

f. Produksi Panas (Suhu Tubuh)

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

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

1) Konduksi

Panas dihantarkan dari tubuh bayi ke benda di sekitarnya yang kontak langsung dengan tubuh bayi.

Contohnya ialah menimbang bayi tanpa alas timbangan, tangan penolong yang dingin memegang bayi baru lahir, menggunakan stetoskop dingin untuk pemeriksaan bayi baru lahir.

2) Konveksi

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

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

### 3) Radiasi

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

### 4) Evaporasi

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

## g. Endokrin

Adapun penyesuaian pada system endokrin adalah :

- 1) Kelenjar thyroid berkembang selama minggu ke 3 dan 4.
- 2) Sekresi-sekresi thyroxin dimulai pada minggu ke 8 thyroxin maternal adalah bisa memintasi plasenta sehingga fetus yang tidak memproduksi hormone thyroid akan lahir dengan hypothyroidism konginital jika tidak ditangani akan menyebabkan reterdasi mental berat.
- 3) Kortek adrenal dibentuk pada minggu ke 6 dan menghasilkan hormone pada minggu ke 8 dan minggu ke 9.
- 4) Pancreas dibentuk dari foregut pada minggu ke 5 sampai minggu ke 8 dan pulau langerhans berkembang selama minggu ke 12 serta insulin

diproduksi pada minggu ke 20 pada infant dengan ibu DM dapat menghasilkan fetal hyperglikemi yang dapat merangsang hyperinsulinemia dan sel-sel pulau hyperplasia hal ini menyebabkan ukuran fetus berlebih.

- 5) Hyperinsulinemia dapat memblok maturasi paru sehingga dapat menyebabkan janin dengan resiko tinggi distress pernapasan.

#### h. Keseimbangan Cairan dan Fungsi Ginjal

Tubuh neonatus mengandung relatif lebih banyak air dan kadar natrium relatif lebih besar karena ruangan ekstraseluler luas. Pada neonatus fungsi ginjal belum sempurna hal ini karena :

- 1) Jumlah nefron matur belum sebanyak orang dewasa.
- 2) Tidak seimbang antara luas permukaan glomerulus dan volume tubulus proksimal.
- 3) Aliran darah ginjal pada neonatus relatif kurang bila dibandingkan dengan orang dewasa. Hingga bayi berumur tiga hari ginjalnya belum dipengaruhi oleh pemberian air minum, sesudah lima hari barulah ginjalnya memproses air yang didapatkan setelah lahir.

#### 4) Keseimbangan Asam Basa

Derajat kesamaan (pH) darah pada waktu lahir rendah, karena glikolisis anaerobic. Dalam 24 jam neonates telah mengkompensi asidosis.

#### 5) Susunan Syaraf (Rohani & Marisah, 2011)

Sistem neurologis bayi secara anatomic atau fisiologis belum berkembang sempurna. Bayi baru lahir menunjukkan gerakan-gerakan tidak terkoordinasi, pengaturan suhu yang labil, control otot yang buruk, mudah terkejut, dan tremor pada ekstremitas. Beberapa reflek pada bayi

- (1) Reflek *Moro*
- (2) Reflek *Rooting*
- (3) Reflek *sucking*
- (4) Reflek batuk dan bersin
- (5) Reflek *grabs*
- (6) Reflek *Walking* dan *Stapping*
- (7) Reflek *Tonic Neck*
- (8) Reflek *Babinsky*
- (9) Reflek Membengkokkan Badan (Reflek *Galant*)
- (10) Reflek *Bauer* / Merangka

i. Immunologi

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

Berikut beberapa contoh kekebalan alami :

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

(Rohani & Marisah, 2011)

## 5. Pemeriksaan Fisik BBL

Pengkajian fisik pada bayi baru lahir merupakan suatu proses yang dilakukan di kamar bersalin setelah bayi lahir dan pengkajian ini merupakan bagian dari prosedur perawatan segera bayi baru lahir. Menurut (Marmi & Rahardjo, 2012). Tujuan dari pemeriksaan fisik pada bayi baru lahir adalah untuk memastikan normalitas dan mendeteksi adanya penyimpangan normal. Dalam pelaksanaannya harus diperhatikan agar bayi tidak kedinginan, dan dapat ditunda apabila suhu tubuh bayi rendah atau bayi tampak tidak sehat.

Adapun pemeriksaan fisik pada bayi baru lahir menurut (Marmi & Rahardjo, 2012) adalah :

- a. Pengukuran antropometri
  - a) Penimbangan berat badan
  - b) Pengukuran panjang badan
  - c) Ukur lingkar kepala
  - d) Ukur lingkar dada
- b. Pemeriksaan Fisik (Marmi & Rahardjo, 2012).
  - (1) Kepala
    - a. Raba sepanjang garis sutura dan fontanel, apakah ukuran dan tampilannya normal. sutura yang berjarak lebar mengindikasikan bayi preterm, moulding yang buruk atau hidrosefalus
    - b. Periksa adanya trauma kelahiran misalnya caput suksedaneum, sefal hematoma, perdarahan subapneurotik atau fraktur tulang tengkorak
    - c. Perhatikan adanya kelainan congenital seperti anansefali, mokrosefali, kraniotabes dan sebagainya.

(2) Wajah

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

(3) Mata

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

Apabila ditemukan epichantus melebar kemungkinan bayi mengalami syndrome down.

(4) Hidung

- a) bentuk dan lebar hidung, pada bayi cukup bulan lebarnya harus lebih dari 2,5 cm
- b) Bayi harus bernapas dengan hidung, jika melalui mulut kemungkinan adanya obstruksi jalan napas karena atresiakoana bilateral, fraktur tulang hidung atau ensefalokel yang menonjol ke nasofaring.
- c) Periksa adanya secret yang mukopurulen yang terkadang berdarah, hal ini memungkinkan adanya sifilis congenital.
- d) Periksa adanya pernapasan cuping hidung, jika cuping hidung mengembang menunjukkan adanya gangguan pernapasan



(5) Leher

- a) Leher bayi biasanya pendek dan harus diperiksa kesimetrisannya. Pergerakan harus baik. Jika terdapat keterbatasan gerakan kemungkinan adanya kelainan tulang leher.
- b) Periksa adanya trauma leher yang menyebabkan kerusakan pada fleksus brakhialis.
- c) Lakukan perabaan untuk mengidentifikasi adanya pembengkakan. Periksa adanya pembesaran kelenjar tyroid dan vena jugularis
- d) Adanya lipatan kulit yang berlebihan di bagian belakang leher menunjukkan adanya kemungkinan trisomi 21.

(6) Tangan

- a) Kedua tangan harus sama panjang, periksa dengan cara meluruskan kedua lengan ke bawah.
- b) Kedua lengan harus bebas bergerak, jika gerakan kurang kemungkinan adanya kerusakan neurologis atau fraktur.
- c) Periksa jumlah jari. Periksa adanya polidaktili atau sidaktili.
- d) Telapak tangan harus dapat terbuka, garis tangan yang hanya satu buah berkaitan dengan abnormalitas kromosom seperti trisomi 21.
- e) Periksa adanya paronisia pada kuku yang dapat terinfeksi atau tercabut sehingga menimbulkan luka dan perdarahan.

(7) Dada

- a) Periksa kesimetrisan gerakan dada saat bernapas. Apabila tidak simetris kemungkinan bayi mengalami pneumotoraks paresis diafragma atau hernia diafragmatika. Pernapasan yang normal dinding dada dan abdomen bergerak secara bersamaan. Tarikan sternum atau interkostal pada saat bernapas perlu diperhatikan.

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

(8) Abdomen

- a) Abdomen harus tampak bulat dan bergerak secara bersamaan dengan gerakan dada saat bernapas. Kaji adanya pembengkakan.
- b) Jika perut sangat cekung kemungkinan terdapat hernia diafragmatika.
- c) Abdomen yang membuncit kemungkinan karena hepatosplenomegali atau tumor lainnya.
- d) Jika perut kembung kemungkinan adanya enterokolitis vesikalis, omfalokel atau ductus omfalotrikus persisten.

(9) Genetalia

- a) Pada bayi laki-laki panjang penis 3-4 cm dan lebar 1-1,3 cm. Periksa lubang uretra. Prepusium tidak boleh ditarik karena menyebabkan fimosis.
- b) Periksa adanya hipospadia dan epispadia.
- c) Skrotum harus dipalpasi untuk memastikan testis ada dua.
- d) Pada bayi perempuan cukup bulan labia mayora menutupi labia minora.
- e) Lubang uretra terpisah dengan lubang vagina.
- f) Terkadang tampak adanya secret yang berdarah dari vagina, hal ini disebabkan oleh pengaruh hormone ibu (withdrawl bleeding, 2013).

(10) Anus dan rectum

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

(11) Tungkai

- a) Periksa kesimetrisan tungkai dan kaki. Periksa panjang kedua kaki dengan meluruskan keduanya dan bandingkan.
- b) Kedua tungkai harus dapat bergerak bebas. Kurangnya gerakan berkaitan dengan adanya trauma, misalnya fraktur, kerusakan neurologis.
- c) Periksa adanya polidaktili atau sidaktili pada jari kaki.

(12) Spinal

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

(13) Kulit

Perhatikan kondisi kulit bayi.

- a) Periksa adanya ruam dan bercak atau tanda lahir.
- b) Periksa adanya pembengkakan.
- c) Perhatikan adanya vernik kaseosa.
- d) Perhatikan adanya lanugo, jumlah yang terdapat pada bayi kurang bulan

## 6. Imunisasi

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

**Tabel 2. 11 Jadwal Imunisasi**

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

(Sumber : Marmi & Rahardjo, 2012)

### 2.1.5 Konsep KB

#### 1. Pengertian

Keluarga Berencana adalah upaya peningkatan kepedulian dan peran serta masyarakat melalui pendewasaan usia perkawinan (PUP), pengaturan kelahiran, pembinaan ketahanan keluarga, peningkatan kesejahteraan keluarga kecil, bahagia dan sejahtera (Handayani, 2011).

Keluarga Berencana (*family planning/planned parenthood*) merupakan suatu usaha menjarangkan atau merencanakan jumlah dan jarak kehamilan dengan menggunakan kontrasepsi (Sulistyawati, 2014).

Menurut Depkes, 1999 dalam buku Dewi Vivian tahun (2011) Program KB adalah bagian yang terpadu (integral) dalam program pembangunan nasional dan bertujuan untuk menciptakan

kesejahteraan ekonomi, spiritual dan social budaya penduduk Indonesia agar dapat dicapai keseimbangan yang baik dengan kemampuan produksi nasional (Dewi, dkk, 2014).

## **2. Tujuan Program KB**

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

## **3. Sasaran Program KB**

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

- a. Sasaran langsungnya adalah pasangan usia subur ( PUS ) yang bertujuan untuk menurunkan tingkat kelahiran dengan cara penggunaan kontrasepsi secara berkelanjutan.
- b. Sasaran tidak langsungnya adalah pelaksanaan dan pengelolaan KB, dengan tujuan menurunkan tingkat kelahiran melalui pendekatan, kebijaksanaan kependudukan terpadu dalam rangka mencapai keluarga yang berkualitas, keluarga sejahtera (Handayani, 2011)

## **4. Macam-macam KB**

### **a. Metode Amenorhea laktasi**

Yaitu kontrasespi yang mengandalkan pemberian ASI (Air susu ibu)

### **b. Metode keluarga berencana alamiah**

yaitu KB tanpa alat atau salah satu metode yang memiliki peran dalam mengendalikan populasi penduduk yang sangat sederhana tanpa menggunakan alat

### c. Senggama terputus

yaitu metode keluarga berencana tradisional, di mana pria mengeluarkan alat kelaminnya (penis) dari vagina sebelum pria mencapai ejakulasi.

### d. Pil Kontrasepsi

Yaitu alat kontrasepsi hormonal yang berupa obat dalam bentuk pil yang dimasukkan melalui mulut (minum), berisi hormon estrogen dan progesteron

### e. Suntik KB

Cara kerja

Menekan ovulasi , membuat lender serviks menjadi kental, perubahan pada *endometrium (atrofi)*, menghambat transportasi gamet oleh tuba

1) Jadwal waktu suntikan

a. *Depoprovera* :interval 12 minggu

b. *Cyclopem* : interval 4 minggu

Keuntungan

Pemberiannya sederhana setiap 8 – 12 minggu, Tingkat efektifitas sangat tinggi , hubungan seks dengan suntikan KB bebas, pada KB *cyciofem* KB akan mendapatkan menstruasi

Kerugian

Perdarahan yang tidak menentu , terjadi amenorhea berkepanjangan , terjadi kemungkinan hamil

Suntikan KB dapat diberikan :

- a) Pasca persalinan : segera ketika dirumah sakit dan jadwal suntikan berikutnya.
- b) Pasca abortus : segera setelah perawatan dan jadwal waktu suntikan diperhitungkan
- c) Interval : hari kelima mensturasi dan jadwal waktu suntikan diperhitungkan.

#### **g. Susuk KB (norplant atau implant)**

yaitu adalah cara untuk mencegah terjadinya kehamilan dengan melalui suntikan hormonal.

#### **h. AKDR / IUD**

IUD (Intras Uterin Devices) atau nama lain adalah AKDR (Alat Kontrasepsi Dalam Rahim) disebut juga spiral, alat ini dipasang dalam rahim wanita. IUD atau AKDR adalah suatu alat kontrasepsi yang efektif, aman, dan nyaman bagi banyak wanita. Alat ini merupakan metode kontrasepsi reversibel yang paling sering digunakan diseluruh dunia dengan pemakai saat ini mencapai sekitar 100 juta wanita. AKDR memiliki efektifitas lebih dari 99% dalam mencegah kehamilan pada pemakaian 1 tahun atau lebih. (Anna, 2011)

#### **i. TUBEKTOMI**

yaitu prosedur bedah sukarela untuk menghentikan fertilitas (kesuburan) seorang perempuan yang dilakukan dengan cara eksisi atau menghambat tuba fallpoi membawa ovum dari ovarium ke uterus. Tindakan ini mencegah ovum dibuahi oleh sperma di tuba fallopi.

### **j. Vasektomi**

Vasektomi adalah prosedur klinik untuk menghentikan kapasitas reproduksi pria dengan jalan melakukan oklusi vasdeferensia sehingga alur transportasi sperma terhambat dan proses fertilisasi tidak terjadi.

## **5. Kondom**

### **a. Sejarah Kondom**

Sejak jaman Mesir Kuno, ide untuk mencegah penyakit menular seksual (PMS) dan tindakan mencegah kehamilan sudah ada. Pada jaman tersebut, para pria menggunakan menggunakan "kondom" yang terbuat dari kandung kemih binatang.

Memang belum ada fakta apakah "kondom" pada jaman Mesir Kuno itu sebagai alat kontrasepsi atau keperluan ritual agama. Tapi, bisa dikatakan kondom adalah alat kontrasepsi tertua yang dikenal umat manusia.

Tahun 1564, Gabrielle Fallopio, seorang ahli anatomi, menulis bahkan dia telah menciptakan sebuah sarung untuk penis yang terbuat dari bahan linen. Menurutnya, sarung tersebut bisa mencegah penularan penyakit seksual.

Ide Fallopio ternyata sangat menarik bagi Raja Charles II beberapa tahun kemudian. Pada tahun 1600-an, menurut cerita, sang raja memerintahkan Dr. Condom untuk mencari cara agar dirinya tidak tertular penyakit seksual atau memiliki anak yang tidak diinginkan. Solusi yang diberikan Dr. Condom adalah penggunaan sarung dari usus hewan.



Sampai saat ini, masih terjadi perdebatan apakah penggunaan nama Kondom (Condom) diambil dari nama Dr. Condom atau Bahasa Latin, "condun", yang artinya "melindungi". Sayangnya, "kondom" yang digunakan Raja Charles II ini tidak efektif.

Kondom modern muncul pada tahun 1839, saat itu Charles Goodyear menemukan proses vulkanisasi. Proses ini memungkinkan karet menjadi elastis dan tahan lama. Berkat hal tersebut, kondom mulai diproduksi massal tahun 1844.

Tahun 1912, Julius Fromm menemukan cara pembuatan kondom dengan cetakan kaca. Cetakan kaca ini dicelupkan berkali-kali ke larutan karet mentah lalu dikeringkan dengan udara panas. Kondom yang dihasilkan pun lebih tipis, lebih elastis dan tidak memiliki lapisan di kedua sisinya. Inilah pertama kalinya dibuat kondom sekali pakai. Sekarang ini, kebanyakan kondom dibuat dari lateks atau plastik. Variasi kondom pun makin banyak bermunculan seperti penambahan aroma buah. Sampai saat ini pun, kondom dipercaya bisa mencegah penularan penyakit menular seks dan HIV. Kondom juga digunakan sebagai alat kontrasepsi.

#### b. Pengertian

Kondom adalah alat kontrasepsi keluarga berencana yang terbuat dari karet dan pemakaiannya dilakukan dengan cara disarungkan pada kelamin laki-laki ketika akan bersenggama. (diknas.go.id) Kondom adalah alat kontrasepsi atau alat untuk mencegah kehamilan atau penularan penyakit kelamin pada saat bersenggama. Kondom biasanya dibuat dari bahan karet latex dan dipakaikan pada alat kelamin pria atau wanita pada keadaan ereksi sebelum bersenggama (bersetubuh) atau berhubungan suami-istri.

c. Mekanisme Kerja

Menghalangi masuknya sperma ke dalam vagina, sehingga pembuahan dapat dicegah. Yaitu mencegah sperma masuk ke dalam alat reproduksi wanita. Manfaat, keterbatasan maupun efek samping yang ditimbulkan kondom wanita, hampir sama dengan kondom lelaki. Tingkat efektifitas kondom wanita akan tinggi, apabila cara menggunakannya benar. Angka kegagalan kontrasepsi kondom sangat sedikit yaitu 2-12 kehamilan per 100 perempuan per tahun.

d. Keuntungan KB kondom

1. Efektif bila digunakan dengan benar
2. Tidak mengganggu produksi ASI.
3. Tidak mengganggu kesehatan klien.
4. Tidak mempunyai pengaruh sistemik.
5. Murah dan dapat dibeli secara umum.
6. Tidak perlu resep dokter atau pemeriksaan kesehatan khusus.
7. Metode kontrasepsi sementara bila metode kontrasepsi lainnya harus ditunda

e. Kerugian KB kondom

1. Penurunan kenikmatan seks
2. Pada awal menggunakan alat ini, proses pemasangannya agak sulit
3. Kadang-kadang dapat terdorong seluruhnya ke dalam vagina.

f. Efek samping KB kondom

Kondom tertinggal dalam vagina selama beberapa waktu menyebabkan wanita mengeluh keputihan dan infeksi ringan.

g. Indikasi

Semua pasangan usia subur yang ingin berhubungan seksual dan

belum menginginkan kehamilan. Selain itu, untuk perlindungan maksimum terhadap infeksi menular seksual (IMS)

h. Kontraindikasi KB kondom

1. Apabila secara psikologis pasangan tidak dapat menerima metoda ini.
2. Apabila salah satu dari pasangan alergi terhadap karet
3. Malforasi penis

i. Petunjuk pemakaian kondom

Tahap 1 : Kondom dipasang saat penis ereksi, dan sebelum melakukan hubungan badan.

Tahap 2 :Buka kemasan kondom secara hati-hati dari tepi, dan arah robekan ke arah tengah. Jangan menggunakan gigi, benda tajam saat membuka kemasan.

Tahap 3:Tekan ujung kondom dengan jari dan jempol untuk menghindari udara masuk ke dalam kondom. Pastikan gulungan kondom berada di sisi luar.

Tahap 4: Buka gulungan kondom secara perlahan ke arah pangkal penis, sambil menekan ujung kondom. Pastikan posisi kondom tidak berubah selama coitus, jika kondom menggulung, tarik kembali gulungan ke pangkal penis

Tahap 5:Setelah ejakulasi, lepas kondom saat penis masih ereksi. Hindari kontak penis dan kondom dari pasangan Anda

. Tahap 6:Buang dan bungkus kondom bekas pakai ke tempat yang aman.

## **2.2 Konsep Manajemen Kebidanan**

### **1. Pengertian**

Manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, penemuan-penemuan, ketrampilan dalam rangkaian atau tahapan yang logis untuk pengambilan suatu keputusan yang berfokus pada klien. (Helen Varney, 1997 dalam buku Sulistyawati, 2014)

Manajemen Kebidanan adalah pendekatan yang digunakan oleh bidan dalam menerapkan metode pemecahan masalah secara sistematis mulai dari pengkajian, analisis data, diagnosis kebidanan, perencanaan, pelaksanaan (Buku 50 tahun IBI, 2007 dalam buku Dewi & Sunarsih, 2013)

Manajemen kebidanan adalah metode dan pendekatan pemecahan masalah ibu dan khusus dilakukan oleh bidan dalam memberikan asuhan kebidanan pada individu, keluarga dan masyarakat.

### **1. Prinsip – prinsip Manajemen Kebidanan Dalam Memberikan Asuhan Kebidanan**

- a. Meminimalkan rasa tidak nyaman baik fisik maupun emosi
- b. Menjaga privasi klien
- c. Adaptasikan pola pendekatan ke klien dengan tepat
- d. Beri kesempatan kepada klien untuk bertanya
- e. Beri kesempatan kepada klien untuk mendapatkan dukungan
- f. Saling bertukar informasi
- g. Dukung hak klien untuk membuat dan bertanggung jawab terhadap setiap keputusan mengenai perawatan

- h. Komunikasi dengan tim kesehatan lain
- i. Terima tanggung jawab dalam membuat keputusan dan konsekuensinya
- j. Kembangkan lingkungan saling menghargai disetiap interaksi nasional(Nugroho, 2014)

### **3. Langkah – langkah Manajemen Kebidanan**

#### **a. Langkah I (pertama) : Pengumpulan Data Dasar**

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

- 1) Riwayat kesehatan
- 2) Pemeriksaan fisik pada kesehatan
- 3) Meninjau catatan terbaru atau catatan sebelumnya
- 4) Meninjau data laboratorium dan membandingkan dengan hasil studi

Pada langkah pertama ini dikumpulkan semua informasi yang akurat dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien. Bidan mengumpulkan data dasar awal yang lengkap. Bila klien mengalami komplikasi yang perlu dikonsultasikan kepada dokter dalam manajemen kolaborasi bidan akan melakukan konsultasi.

#### **b. Langkah II (kedua): Interpretasi Data Dasar**

Pada langkah ini dilakukan interpretasi data yang benar terhadap diagnosa atau masalah dan kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan. Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga ditemukan masalah atau diagnosa yang spesifik. Masalah sering berkaitan dengan pengalaman wanita yang diidentifikasi oleh

bidan. Masalah ini sering menyertai diagnosa. Sebagai contoh yaitu wanita pada trimester ketiga merasa takut terhadap proses persalinan dan persalinan yang sudah tidak dapat ditunda lagi. Perasaan takut tidak termasuk dalam kategori “nomenklatur standar diagnosa” tetapi tentu akan menciptakan suatu masalah yang membutuhkan pengkajian lebih lanjut dan memerlukan suatu perencanaan untuk mengurangi rasa sakit.

c. Langkah III (ketiga): Mengidentifikasi diagnosa atau masalah Potensial

Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosa yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan, sambil mengamati klien, bidan diharapkan dapat bersiap-siap bila diagnosa atau masalah potensial benar-benar terjadi.

d. Langkah IV (keempat): Mengidentifikasi dan Menetapkan Kebutuhan yang Memerlukan Penanganan segera Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan/atau untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai kondisi klien.

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

Data baru mungkin saja perlu dikumpulkan dan dievaluasi. Beberapa data mungkin mengindikasikan situasi yang gawat

dimana bidan harus bertindak segera untuk kepentingan keselamatan jiwa ibu atau anak (misalnya, perdarahan kala III atau perdarahan segera setelah lahir, distocia bahu, atau nilai APGAR yang rendah).

Dari data yang dikumpulkan dapat menunjukkan satu situasi yang memerlukan tindakan segera sementara yang lain harus menunggu intervensi dari seorang dokter, misalnya prolaps tali pusat. Situasi lainnya bisa saja tidak merupakan kegawatan tetapi memerlukan konsultasi atau kolaborasi dengan dokter.

e. Langkah V(kelima) : Merencanakan Asuhan yang menyeluruh

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya.

Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnosa atau masalah yang telah diidentifikasi atau diantisipasi, pada langkah ini informasi/ data dasar yang tidak lengkap dapat dilengkapi.

Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap masalah yang berkaitan tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap wanita tersebut seperti apa yang diperkirakan akan terjadi berikutnya apakah diberikan penyuluhan, konseling, dan apakah merujuk klien bila ada masalah-masalah yg berkaitan dengan sosial ekonomi, kultur atau masalah psikologis.

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

f. Langkah VI(keenam) : Melaksanaan perencanaan

Pada langkah keenam ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah ke 5 dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan ini bisa dilakukan oleh bidan atau sebagian dilakukan oleh bidan dan sebagian lagi oleh klien, atau anggota tim kesehatan yang lain. Jika bidan tidak melakukannya sendiri ia tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya. Manajemen yang efisien akan menyingkat waktu dan biaya serta meningkatkan mutu dari asuhan klien

g. Langkah VII(Terakhir) : Evaluasi

Pada langkah ke-7 ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan sebagaimana telah diidentifikasi didalam masalah dan diagnosa. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar efektif dalam pelaksanaannya. Ada kemungkinan bahwa sebagian rencana tersebut telah efektif sedang sebagian belum efektif.

### **1.3 Konsep Dokumentasi Dalam Kebidanan**

#### **1. Pengertian**

Catatan yang bersifat sederhana, jelas, logis, dan tertulis. Metode 4 langkah yang dinamakan SOAP ini disarikan dari proses pemikiran penatalaksaaan kebidanan. Dipakai untuk mendokumenkan asuhan pasien dalam rekaman medis pasien sebagai catatan kemajuan. Model SOAP sering digunakan dalam catatan perkembangan pasien. Seorang bidan hendaknya menggunakan SOAP setiap kali dia bertemu dengan pasiennya. Selama antepartum, seorang bidan bisa menulis satu



catatan SOAP untuk setiap kunjungan, sementara dalam masa intrapartum.

## **2. Pembagian Soap**

Metode 4 langkah yang dinamakan SOAP ini disarikan dari proses pemikiran penatalaksanaan kebidanan. Dipakai untuk mendokumentasikan asuhan pasien dalam rekaman medis pasien sebagai catatan kemajuan. Bentuk SOAP umumnya digunakan untuk pengkajian awal pasien, dengan cara penulisannya adalah sebagai berikut

b. S (Subjektif) :

Merupakan data yang didapatkan dari anamnesis (Wawancara) yang merupakan ungkapan langsung.

c. O (Objektif) :

Merupakan data yang di dapatkan dari suatu pemeriksaan yang dilakukan dari hasil observasi maupun pemeriksaan fisik

d. A (assessment) :

Analisis dan interpretasi data berdasarkan data yang terkumpul kemudian dibuat kesimpulan yang meliputi diagnosis, antisipasi potensial, serta perlu tidaknya dilakukan tindakan segera.

e. P (Planning)

Perencanaan yang merupakan suatu tindakan yang akan diberikan termasuk asuhan mandiri, kolaborasi, diagnosis atau laboratorium, dan konseling untuk tindak lanjut.

## **3. Pentingnya Pendokumentasian Soap**

- a. Menciptakan catatan permanen tentang asuhan kebidanan yang diberikan kepada pasien.
- b. Kemungkinan berbagai informasi diantara pemberi asuhan.
- c. Memfasilitasi pemberian asuhan yang berkesinambungan

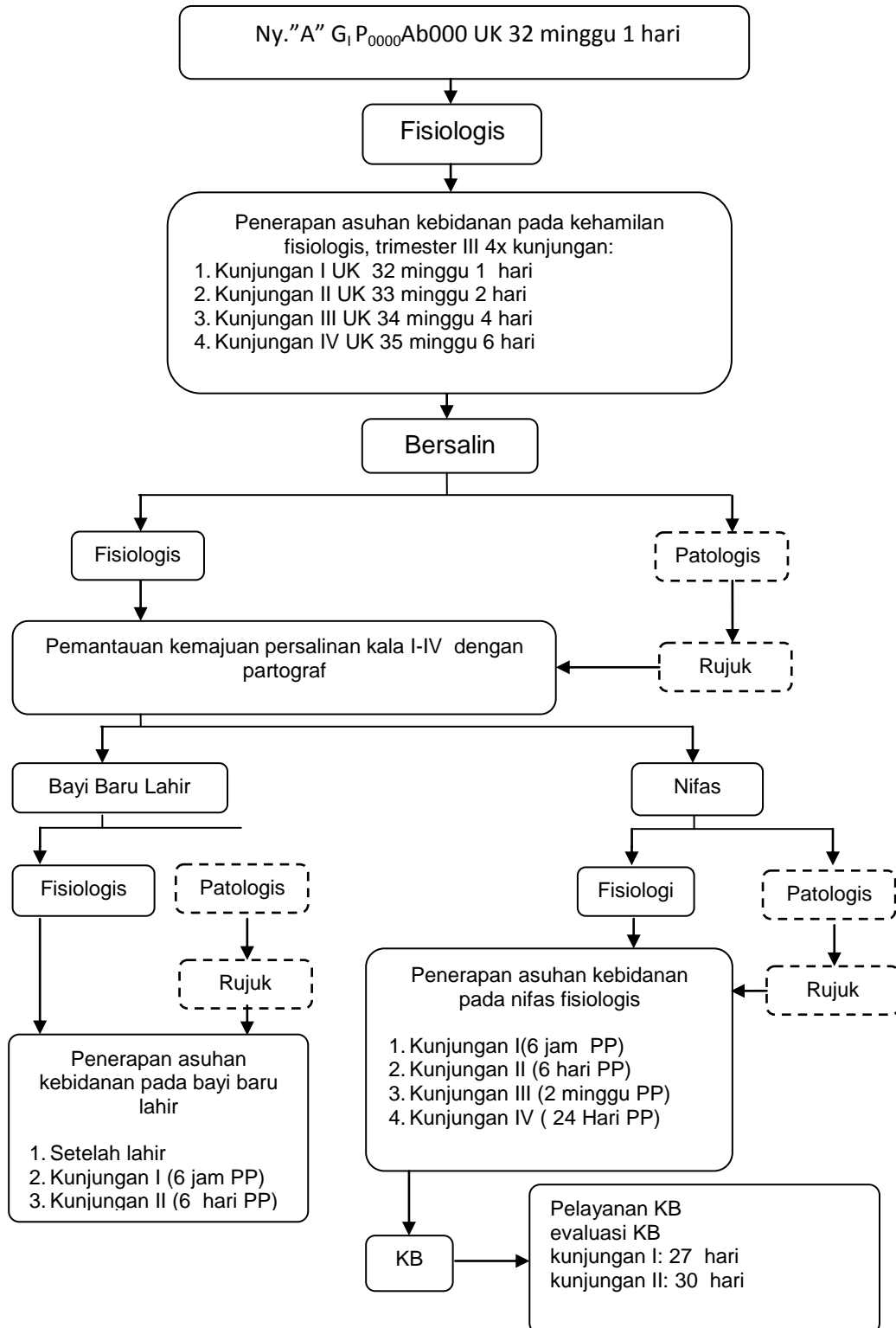
- d. Memungkinkan pengevaluasian dari asuhan yang diberikan.
- e. Memberikan data untuk catatan nasional, riset, dan statistic mortalitas morbiditas.
- f. Meningkatkan pemberi asuhan yang lebih aman , bermutu pada klien.

# BAB III

## KERANGKA KONSEP KEGIATAN ASUHAN

### Continuity Of Care (COC)

#### 3.1 Kerangka konsep kegiatan



### 3.2 Keterangan Kerangka Konsep

Kerangka konsep dalam asuhan kebidanan komprehensif ini adalah melakukan pengkajian pada ibu hamil fisiologis TM III, dengan melakukan kunjungan ulang sebanyak 4 kali. Pada kunjungan pertama usia kehamilan 32 minggu 1 hari, pada kunjungan kedua usia kehamilan 33 minggu 2 hari, pada kunjungan ketiga usia kehamilan uk 34 minggu 4 hari, kunjungan keempat usia kehamilan 35 minggu 6 hari , setelah diberikan asuhan selama kehamilan responden mengalami hal yang fisiologis

Asuhan pada ibu bersalin, melakukan pemantauan kemajuan persalinan kala I – IV dengan menggunakan partograf, setelah diberikan asuhan responden mengalami hal yang fisiologis

Asuhan pada bayi baru lahir dilakukan 2 kali kunjungan pada 6 jam pertama setelah pertama bayi lahir dan kunjungan kedua pada saat bayi berusia 6 hari.

Penerapan asuhan kebidanan pada ibu nifas fisiologis dilakukan 4 kali kunjungan, yakni kunjungan 1 dilakukan pada 6 jam postpartum, kunjungan 2 dilakukan 6 hari postpartum, kunjungan 3 dilakukan 2 minggu postpartum dan kunjungan 4 dilakukan 24 Hari postpartum.

Asuhan pada ibu KB dilakukan 2 kali kunjungan. Kunjungan pertama pada saat pelaksanaan KB dengan memberikan konseling, kunjungan ke dua setelah 3 hari pelaksanaan KB dengan di lakukan evaluasi pelayanan KB.

## BAB IV

### TINJAUAN KASUS

#### LAPORAN ASUHAN KEBIDANAN

##### 4.1 Asuhan Kebidanan pada Kehamilan

###### 4.1.1 KUNJUNGAN ANC I

Tanggal pengkajian : Senin, 10 april 2017  
Waktu : 16.00 WIB  
Tempat : Rumah pasien  
Oleh : Delsiana Eti Gomes Dias

##### A. DATA SUBJEKTIF

###### 1. Biodata

Nama ibu	: Ny "A"	Nama Suami	: Tn "A"
Umur	: 24Tahun	Umur	: 25 Tahun
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: SD	Pendidikan	: SD
Pekerjaan	:IRT	Pekerjaan	: Swasta
Alamat	: Jl. Plaosan Timur No.106		

###### 2. Keluhan Utama

Ibu mengatakan beberapa hari ini ibu merasa pinggangnya sakit,  
Berat badan sebelum hamil 46 kg.

### 3. Riwayat Haid

Menarche	: 14 Tahun
Siklus	: 28 Hari
Lama	: 7 hari
Flour Albus	: Ada, sebelum dan setelah menstruasi
Disminorhea	: Selalu

### 4. Riwayat Perkawinan

- a. Pernikahan Ke : 1
- b. Usia Waktu Menikah : 18 tahun
- c. Lama Pernikahan : 5 tahun

### 5. Riwayat Kehamilan Sekarang

Ibu mengatakan ini merupakan kehamilannya yang pertama usia kehamilan 32-33 minggu, saat ini ibu belum melakukan pemeriksaan kehamilannya, ibu periksa terakhir bulan maret.

### 5. Riwayat obtetrik

Riwayat kehamilan sekarang : Hamil ini

HPHT : 23-9-2016

HPL : 30-6-2017

Gerakan janin : Aktif

Keluhan saat hamil muda : Pusing dan mual muntah

### 6. Riwayat Kontrasepsi

ibu mengatakan sebelumnya pernah memakai KB suntik 1 bulan setelah menikah sekitar 5 bulan dan KB suntik 3 bulan setelah melahirkan anak pertamanya selama 3,5 tahun

## 7. Riwayat Kesehatan Sekarang

Ibu mengatakan sekarang ibu dalam keadaan sehat, tidak sedang mengalami penyakit yang serius seperti asma, jantung, tekanan darah tinggi, kencing manis dan lainnya.

## 8. Riwayat sosial ekonomi

Ibu mengatakan respon ibu dan keluarga terhadap kehamilan sekarang sangat baik, pengambilan keputusan dalam keluarga biasanya suami, gizi yang dikonsumsi ibu sangat baik, ibu tidak pernah mengonsumsi minuman keras, ibu biasa minum jamu kadang sebulan sekali. Suaminya merokok dan biasa merokok kalau berada diluar rumah.

## 9. Pola kebiasaan sehari-hari

1. Pola nutrisi :
  - a. Sebelum hamil : Makan : 2-3x/hari ( Teratur ) dengan : Nasi, tahu, tempe, sayur, ikan , telur
  - b. Selama hamil : Makan : 3x/hari ( Teratur ) dengan : Nasi, tahu, tempe, sayur, ikan , telur, dan tidak ada pantang makan.
2. Pola Eliminasi :
  - a. Sebelum hamil : BAB : 1-2 x/hari  
BAK : 4-5 x/hari
  - b. Selama hamil : BAB: 1-2x/hari  
BAK: 5-7 x/hari
3. Pola istirahat
 

Malam	: ± 8 Jam
Siang	: ± 1-2 Jam
4. Pola aktivitas
 

Ibu sering melakukan aktivitas rumah tangga ( masak, menyapu dan kadang mengepel lantai )

## 5. Persona hygiene

Selama hamil ibu mandi 2 kali sehari, ganti pakaian setelah selesai mandi, ganti celana dalam setiap kali mandi atau sudah basah

**B. DATA OBJEKTIF**

Keadaan Umum : Baik  
 Kesadaran : Composmentis  
 TTV  
 TD : 120/80  
 S : 36,2°C  
 N : 80X/M  
 RR : 20X/M  
 BB sekarang : 55 kg  
 TB : 156 cm  
 TP : 30 – 06 – 2017  
 Lila : 24 cm

**Pemeriksaan Fisik**

Muka : tidak pucat, tidak oedema  
 Mata : Konjungtiva merah muda, sclera putih.  
 Abdomen : pembesaran sesuai UK tidak ada bekas luka operasi, ada linea nigra dan striae.

Leopold I : TFU 25 cm (Teraba Lunak)

TBJ : (TFU-12) x 155

= (25-12) x 155

= 2.015 gram

Leopold II : PUKA (DJJ 136 x/m)

Leopold III : Bagian Terendah Kepala (belum



masuk PAP)

Leopold IV : -

Ekstremitas : Pergerakannya bebas, tidak oedema, tidak ada varises

### C. Analisa

Ny "A" Usia 24 tahun G<sub>1</sub> P<sub>0000</sub> Ab<sub>000</sub> UK 32 Minggu 1 hari dengan Kehamilan Fisiologis.

### D. Penatalaksanaan

1. Memberitahukan hasil pemeriksaan dan rencana asuhan kepada ibu.  
Ibu mengerti
2. Menjelaskan kepada ibu bahwa keluhan sakit pinggang yang dialami ibu merupakan hal yang wajar untuk ibu dengan kehamilan tua dan menganjurkan ibu untuk tidak kerja yang berat – berat agar bisa menghindari kecapaian dan istirahat yang cukup. Ibu mengerti dan mau melakukan
3. KIE tentang nutrisi, istirahat dan personal hygiene. Ibu dapat mengulang kembali apa yang telah dianjurkan
4. Menganjurkan ibu untuk olahraga ringan seperti jalan – jalan di pagi atau sore hari dan anjurkan ibu untuk senam ibu hamil juga, ibu mengerti dan mau melakukan.
5. Menjelaskan kepada ibu tanda – tanda bahaya kehamilan trimester III dan anjurkan ibu untuk segera menghubungi tenaga kesehatan terdekat jika terjadi tanda bahaya tersebut. Ibu mengerti dan mau melakukan
6. Membuat janji dengan ibu untuk melakukan kunjungan ulang. ibu memahami dan menyetujui
7. Dokumentasi

## ii. KUNJUNGAN II ANC

Tanggal pengkajian : 28 April 2017  
 Waktu : 10.30 WIB  
 Tempat : Rumah pasien  
 Oleh : Delsiana Eti Gomes Dias

### A. Subjektif

1. Keluhan Utama : Ibu mengatakan saat ini ibu tidak mempunyai keluhan.

### B. Objektif

Keadaan Umum : Baik  
 Kesadaran : Composmentis  
 BB sekarang : 55,5 kg  
 TTV : TD: 120/80 mmhg  
       N: 80X/menit  
       S: 36<sup>0</sup> C  
 TP : 30-06-2017  
 Pemeriksaan Fisik  
 Muka : tidak pucat, tidak oedema  
 Mata : Konjungtiva merah muda, sclera putih.  
 Abdomen : pembesaran sesuai UK tidak ada bekas luka operasi, ada linea nigra dan striae.  
 Leopold I : TFU 26 cm (bokong)  
           TBJ = (TFU-12) x 155  
               = (26-12) x 155 = 2170 gram  
 Leopold II : PUKA (DJJ 136 x/m)  
 Leopold III : Bagian Terendah Kepala (belum masuk PAP)  
 Leopold IV : -

Ekstremitas : Pergerakannya bebas, tidak oedema, tidak ada varises

### **C. Analisa**

Ny "A" Usia 24 tahun G<sub>1</sub> P<sub>0000</sub> Ab<sub>000</sub> UK 33 Minggu 2 hari T/H Letkep dengan Kehamilan Fisologis.

### **D. Penatalaksanaan**

- 1) Memberitahukan hasil pemeriksaan kepada ibu bahwa ibu dan janinnya dalam keadaan baik – baik saja. Ibu mengerti
- 2) Mengevaluasi keluhan ibu. Ibu mengatakan keluhan sakit pinggang minggu lalu sudah berkurang
- 3) Mengingatkan ibu untuk tidak bekerja yang berat – berat agar terhindar dari kecapaian. Ibu mengerti dan sudah banyak beristirahat jika sudah merasa capek ketika bekerja
- 4) Mengingatkan ibu untuk tetap olahraga ringan seperti jalan – jalan di pagi atau sore hari dan mengingatkan kembali ibu untuk senam ibu hamil seperti yang sudah dilakukan ibu sebelumnya, ibu mengerti dan mau melakukan.
- 5) Menjelaskan kepada ibu tanda – tanda bahaya kehamilan trimester III. Ibu memahami dan dapat mengulang kembali semua dengan benar
- 6) Membuat janji dengan ibu untuk melakukan kunjungan ulang satu minggu lagi.
- 7) Dokumentasi

### 4.1.3 KUNJUNGAN III ANC

Tanggal pengkjian : 07 Mei 2017

Waktu : 16.00 WIB

Tempat : Rumah pasien

Oleh : Delsian Eti Gomes Dias

#### A. Data Subjektif

1. Keluhan Utama : ibu mengatakan bahwa saat ini ibu tidak mempunyai  
Keluhan

#### B. Data Objektif

Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

BB sekarang : 56 kg

TD : 120/80 mmhg

N : 80X/menit

S : 36,4<sup>0</sup> C

RR : 24x/menit

TP : 30- 06 - 2017

Pemeriksaan Fisik

Muka : tidak pucat, tidak oedema

Mata : Konjungtiva merah muda, sclera putih.

Abdomen : pembesaran sesuai UK tidak ada bekas luka operasi, ada linea nigra dan striae.

Leopold I : TFU 27 cm ( (Teraba Bokong)

TBJ = (27-12) x 155

= 15 x 155

= 2325 gram

Leopold II : PUKA (DJJ 140 x/m)

Lepold III : Bagian Terendah Kepala (BELUM masuk PAP)

Lepolda IV : -

Ekstremitas : Pergerakannya bebas, tidak oedema, tidak ada varises

### C. Analisa

Ny "A" Usia 24 tahun G<sub>1</sub> P<sub>0000</sub> Ab<sub>000</sub> UK 34 Minggu 4 hari T/H Letkep dengan Kehamilan Fisologis.

### D. Penatalaksanaan

- 1) Memberitahukan hasil pemeriksaan kepada ibu bahwa ibu dan janinnya dalam keadaan baik – baik saja. Ibu mengerti
- 2) Mengingatkan ibu untuk makan – makanan yang bergizi. Ibu mau melakukan
- 3) Mengingatkan ibu untuk tidak bekerja yang berat – berat agar menghindari menghindari kecapaian dan istirahat yang cukup. Ibu mengerti dan mau melakukan
- 4) Mengingatkan ibu untuk olahraga ringan seperti jalan – jalan di pagi atau sore hari dan mengingatkan kembali ibu untuk senam ibu hamil seperti yang sudah dilakukan ibu sebelumnya, ibu mengerti dan mau melakukan.
- 5) Membuat janji dengan ibu untuk melakukan kunjungan ulang satu minggu lagi. Ibu memahami dan menyetujui

#### 4.1.4 KUNJUNGAN IV ANC

Tanggal pengkjian : 16 Mei 2017

Waktu : 15.30 WIB

Tempat : Rumah pasien

Oleh : Delsiana Eti Gomes Dias

##### A. Subjektif

1. Keluhan Utama : -

##### B. Objektif

Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

BB sekarang : 56,5 kg

TD : 120/80 mmhg

N : 80x/menit

S : 36,1<sup>0</sup> C

RR : 20x/menit

TP : 30 – 06 – 2017

Pemeriksaan Fisik

Muka : tidak pucat, tidak oedema

Mata : Konjungtiva merah muda, sclera putih.

Abdomen : pembesaran sesuai UK tidak ada bekas luka operasi, ada linea nigra dan striae.

Leopold I : TFU 28 cm (Teraba Lunak)

$$\begin{aligned} \text{TBJ} &= (28-11) \times 155 \\ &= 17 \times 155 \\ &= 2635 \text{ gram} \end{aligned}$$

Leopold II	: PUKA (DJJ 146 x/m)
Lepold III	: Bagian Terendah Kepala (sudah masuk PAP)
Lepolda IV	: 4/5 bagian
Ekstremitas	: Pergerakannya bebas, tidak oedema, tidak ada varises

### C. Analisa

Ny "A" Usia 24 tahun G<sub>1</sub> P<sub>0000</sub> Ab<sub>000</sub> UK 35 Minggu 6 hari T/H Letkep dengan Kehamilan Fisologis.

### D. Penatalaksanaan

- 1) Memberitahukan hasil pemeriksaan kepada ibu bahwa ibu dan janinnya dalam keadaan baik – baik saja. Ibu mengerti
- 2) KIE tentang tanda-tanda Bahaya trimester III, dan tanda – tanda persalinan,persiapan persalinan. Ibu memahami dan dapat mengulang kembali semua penjelasan yg telah diberikan dengan benar.
- 3) Mengingatkan ibu untuk tidak bekerja yang berat – berat agar menghindari menghindari kecapaian dan istirahat yang cukup. Ibu mengerti dan mau melakukan
- 4) Mengingatkan ibu untuk olahraga ringan seperti jalan – jalan di pagi atau sore hari dan mengingatkan kembali ibu untuk senam ibu hamil seperti yang sudah dilakukan ibu sebelumnya, ibu mengerti dan mau melakukan.
- 5) Membuat janji dengan ibu untuk melakukan kunjungan ulang satu minggu lagi
- 6) Dokumentasi

## 4.2 Asuhan Kebidanan pada Persalinan

### 4.2.1 KUNJUNGAN INC

Hari/ tanggal pengkajian : 04 Juli 2017  
 Waktu : 09.00 WIB  
 Tempat : BPM soemidyah Amd.keb  
 Oleh : Delsian eti gomes Dias

#### 1. DATA SUBYEKTIF

Nama ibu	: Ny. "A"	Nama suami	: Tn. "A"
Usia	: 24 tahun	Usia	: 25 tahun
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: S1	Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: swasta	Pekerjaan	: Swasta
Alamat	: Jl. Plaosan Timur No.106		

Ibu mengatakan merasa kenceng-kenceng sejak jam 05.00 WIB dan mengeluarkan lendir sejak jam 06.00, ketuban belum pecah.

#### 2. DATA OBJEKTIF

Pemeriksaan umum

K/u : Baik

Kesadaran : Composmentis

TD : 120/80 mmHg

BB : 58 Kg

TP : 30-06-2017



## Pemeriksaan fisik

Muka : Tidak pucat, tidak oedema

Mata : Sclera putih, konjungtiva merah muda

Abdomen : Tidak ada bekas luka operasi

Leopold I : TFU 31 cm (3 jari dibawah px)  
(Teraba Lunak)

$$\begin{aligned} \text{TBJ} &= (\text{TFU}-11) \times 155 \\ &= (31-11) \times 155 \\ &= 20 \times 155 \\ &= 3100 \text{ gram} \end{aligned}$$

Leopold II : PUKA (DJJ 140 x/m)

Lepold III : Bagian Terendah Kepala (sudah masuk PAP)

Lepolda IV : 3/5 (2 bagian sudah masuk PAP)

Genetalia : Lendir darah (+), VT tanggal 04 juli 2017 jam 09.30  
WIB, Ø3 cm, eff 50%, ketuban (+), bagian terdahulu kepala, bagian terendah UUK, Tidak ada bagian kecil disamping bagian terdahulu Hodge II, molase 0

Ekstremitas : Tidak ada odema, tidak ada varises,

### 3. ANALISA

Ny "A" G<sub>1</sub>P<sub>0000</sub> Ab<sub>000</sub> UK 39 Minggu T/H/Letkep dengan inpartu kala I fase laten

#### 4. PENATALAKSANAAN

**Jam 09.00 WIB/04-07-2017**

- 09.00 Menginformasikan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga, ibu dan keluarga memahami bahwa ibu dan bayi dalam keadaan baik, dan saat ini ibu sudah memasuki fase persalinan
- 09.05 Memberitahukan kepada ibu dan keluarga untuk segera mempersiapkan keperluan persalinan ibu dan perlengkapan bayi, ibu dan keluarga segera menyiapkan perlengkapan persalinan.
- 09.10 Menganjurkan ibu untuk makan dan minum, agar ibu kuat mengedan pada saat proses persalinan.
- 09.15 Menganjurkan ibu untuk tidur miring kiri untuk mempercepat penurunan kepala
- 09.20 Memberitahukan ibu untuk tidak mengedan melainkan melakukan relaksasi dengan cara menarik napas lewat hidung dan menghembuskan lewat mulut disaat ibu merasakan kenceng – kenceng, agar mengurangi rasa sakit.
- Melakukan observasi kemajuan persalinan yang terdiri dari TTV, HIS, DJJ, telah dilakukan dan telampir

## Catatan perkembangan Kala I

pukul 13.30 Wib

### A. Data subjektif

Ibu mengatakan bahwa mulesnya semakin lama semakin sering dan teratur

### B. Data objektif

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : compasmentis

TTV

TD : 120/80 mmHg

N : 80x/menit

S : 36,2<sup>0</sup> C

RR : 20x/menit

Genetalia :lendir darah (+), VT tanggal 04-07-2017 jam 13.23, Ø 5 cm, eff 75%, ketuban (+), bagian terdahulu kepala, tidak ada bagian kecil disamping bagian terdahulu, bagian terendah UUK, Hodge II, molase 0 dan DJJ : 140x/menit

### C. Analisa

Ny "A" G<sub>I</sub>P<sub>0000</sub> Ab<sub>000</sub> UK 39 Minggu T/H/ Letkep dengan inpartu kala I fase aktif

#### **D. Penatalaksanaan**

1. Memberitahukan hasil pemeriksann kepada ibu dan keluarga bahwa keadaan ibu,janin dalam keadaan normal dan sudah penambahan pembukaan, keluarga merasa senang
2. Menganjurkan ibu untuk makan dan minum diselah;selah kontraksi, ibu mau makan dan minum
3. Menganjurkan ibu untuk miring kiri agar mempercepat penurunan kepala, ibu mau melakukan
4. Menganjurkan ibu untuk napas panjang waktu ada kontraksi, ibu mau melakukan
5. Memberikan support terhadap ibu8u dengan cara selalu beradda dosamping ibu
6. Melakukan observasi TTV, TD : 120/80 mmHg N : 80x/menit  
S : 36,2<sup>0</sup> C RR : 20x/menit
7. Memantau persalinan menggunakan patograf

#### 4.2.2 KALA II

Hari/ tanggal : Minggu 25 Juni 2017

Jam : 15.25 WIB

S : ibu mengatakan ingin meneran dan merasa seperti ingin BAB

O : K/u : Baik

Kesadaran : Composmentis

Genetalia : terlihat perineum menonjol, vulva membuka, lendir darah (+), VT tanggal 04-07-2017 jam 03.20, Ø 10 cm, eff 100%, ketuban (+), bagian terdahulu kepala, bagian terendah UUK, tidak ada bagian kecil disamping bagian terdahulu, Hodge III+, molase 0

Anus : terlihat tekanan pada anus

A : G<sub>I</sub>P<sub>0000</sub> Ab<sub>000</sub> dengan inpartu kala II

P :

15.25 Menginformasikan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga bahwa ibu sudah waktunya bersalinan dan melakukan amniotomi, ketuban pecah jernih. ibu memahami.

15.30 Menganjurkan salah satu keluarga mendampingi ibu bersalin, suami mendampingi ibu saat bersalin.

Menganjurkan ibu memilih posisi persalinan yang nyaman, ibu memilih posisi setengah duduk atau dorsal recumbent dan litotomi.

15.35 Mengajarkan cara meneran yang benar yaitu tarik napas panjang dari hidung dan dihembuskan lewat mulut, dagu menempel pada dada, mengejan seperti orang BAB, ibu mampu meneran dengan benar.

- 15.45 Berkolaborasi dengan bidan dalam melakukan asuhan persalinan normal, asuhan persalinan normal sudah dilakukan bayi lahir jam 05.20 WIB, langsung menangis, bergerak aktif, jenis kelamin laki – laki
- 15.50 Melakukan perawatan bayi baru lahir, mengeringkan, menghangatkan dan melakukan IMD.

#### 4.2.3 KALA III

Hari/ tanggal : 04 Juli 2017

Jam : 16.00 WIB

S : Ibu mengatakan perutnya mules dan masih lelah

O : Ada semburan darah, tali pusat memanjang, uterus globuler, kandung kemih kosong.

A : P<sub>1001</sub> Ab<sub>000</sub> dengan kala III

P :

- 16.00 Menginformasikan hasil pemeriksaan kepada ibu bahwa ibu akan melahirkan plasenta, ibu memahami
- 16.02 Melakukan Manajemen aktif kala III
- 16.04 Menyuntikan oksitosin 10 IU, IM, fundus uteri berkontraksi dengan kuat
- 16.06 melakukan penegangan tali pusat terkendali dengan meletakkan tangan kiri di atas symfisis, menegangkan tali pusat dengan tangan kanan, mendorong uterus ke arah dorso kranial, placenta lahir lengkap pukul 05.30 WIB,.
- 16.11 Melakukan massase uterus selama 15 detik atau 15 kali, uterus

- teraba keras
- 16.13 Memeriksa kelengkapan plasenta, dengan jumlah kotiledon 15, selaput yang lengkap tebal 3 cm, diameter  $\pm$  18 cm, panjang tali pusat  $\pm$  50 cm.
- 16.15 Mengecek kemungkinan laserasi, tidak ada laserasi pada vagina dan perineum
- 16.16 Memastikan uterus berkontraksi dengan baik, kontraksi uterus baik
- 16.18 Membersihkan dan merapikan ibu, ibu sudah dibersihkan dan ganti baju.
- 16.23 Mengajarkan ibu cara memeriksa kontraksi uterus dan massase fundus, perdarahan  $\pm$ 150 cc
- 16.25 Melakukan dekontaminasi alat 10 menit, cuci bilas, dan sterilisasi. Alat sudah dibersihkan dan dirapikan.
- 16.28 Melakukan pemeriksaan fisik pada bayi baru lahir, hasil suhu  $36,8^{\circ}$  C, Nadi 148x/menit, RR 56x/menit, kulit kemerahan dan tidak ada retraksi dinding dada
- 16.33 Melakukan penyuntikan vit K1 1 mg dan pemberian salep mata, bayi menangis saat penyuntikan
- 16.43 Menyelimuti dan memakaikan topi, bayi tidak kedinginan

#### 4.2.4 KALA IV

Hari/ tanggal : 04 Juli 2017

Jam : 17.50 WIB

S : ibu mengatakan perutnya masih terasa mules dan lega atas kelahiran bayinya

O : k/u : baik

Kesadaran : composmentis

TD : 120/80 mmHg

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

Genetalia : ada Luka jahitan perineum, lochea rubra, perdarahan 15 cc

A : P<sub>1001</sub> Ab<sub>000</sub> dengan kala IV

P :

- 17.50 Melakukan pemeriksaan TTV, kontraksi, perdarahan, kandung kemih, hasil terlampir di partograf.
- 17.55 Memberitahukan hasil pemeriksaan kepada ibu
- 18.00 Menjelaskan kepada ibu tentang mules yang dirasakan merupakan hal yang normal karena kontraksi rahim, ibu memahami.
- 18.05 Menjelaskan kepada ibu tentang tanda bahaya masa nifas pada ibu dan keluarga apabila ibu merasa keluar darah banyak, nyeri kepala hebat sampai pengelihatn kabur, bengkak pada kaki,tangan dan muka maka keluarga harus segera memanggil petugas kesehatan, ibu dan keluarga bersedia
- 18.10 Menganjurkan ibu untuk tetap memenuhi kebutuhan nutrisi ibu, ibu makan ½ porsi dan minum 1 gelas susu.



- 18.15 Menganjurkan ibu untuk istirahat karena ibu kelelahan setelah persalinan, ibu memahami.
- 18.20 Menganjurkan ibu untuk mobilisasi dini miring kanan dan miring kiri, ibu bersedia melakukan mobilisasi dini
- 18.25 Menganjurkan ibu dan keluarga menghubungi petugas bila membutuhkan bantuan, ibu dan keluarga memahami.

### **4.3 Asuhan Kebidanan pada Masa Nifas**

#### **4.3.1 KUNJUNGAN PNC 1**

Hari/ tanggal pengkajian : 05 Juli 2017

Waktu : 21.45. WIB

Tempat : BPM soemidyah Amd.keb

Oleh : Delsiana Eti Gomes Dias

#### **1. DATA SUBYEKTIF**

Ibu mengatakan merasa senang dengan kelahiran putrinya. Ibu melahirkan secara normal pada tanggal 04 Juli 2017 jam 15.45 WIB. Ibu mengatakan bahwa badannya masih terasa lemas dan capek karena melewati proses persalinannya,ASI nya sudah keluar tapi belum lancar,iuka jahitan masih terasa nyeri, hemoroid ibu sakit ,dan darah yang keluar masih banyak berwarna merah segar.

#### **2. DATA OBJEKTIF**

Pemeriksaan umum

K/u : Baik

Kesadaran : Composmentis

TD : 120/80 mmHg

N : 86x/menit

S : 36,8<sup>o</sup> C

RR : 20x/menit

#### Pemeriksaan fisik

Muka : Tidak pucat, tidak oedema

Mata : Sclera putih, konjungtiva merah muda

Payudara : Tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan abnormal, puting menonjol, ASI sudah keluar.

Abdomen : Tidak ada bekas luka operasi, terdapat striae, linea nigra, kontraksi uterus baik, TFU : 2 jari dibawah pusat, kandung kemih kosong.

Genetalia : Pengeluaran lochea rubra, ada jahitan di perinium

Anus : hemoroid ada dan sakit

Ekstremitas : Tidak odema, tidak ada varises

### 3. ANALISA

Ny "A" P<sub>1001</sub> Ab<sub>000</sub> dengan 6 jam post partum fisiologis

### 4. PENATALAKSAN

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan bahwa ibu dalam keadaan baik, ibu mengetahui bahwa saat ini ibu dalam keadaan baik.
2. Mengobservasi TTV, kontraksi, kandung kemih dan perdarahan
3. Menjelaskan kepada ibu tentang sakit yang dirasakan ibu pada rahim ketika menyusui merupakan hal yang normal karena kontraksi rahim untuk pemulihan dan pengembalian organ tubuh seperti sebelum hamil. Ibu mengerti

4. Mengajarkan ibu untuk menghindari makanan yang pedas, susah dicerna sebaiknya makan makanan yang mudah dicerna seperti pisang, bubur dan minum air yang banyak untuk mengurangi sakit pada hemoroidnya ibu. Ibu memahami dan mau melakukan yang dianjurkan
5. Mengajarkan ibu untuk mobilisasi dini dengan cara miring kanan, miring kiri, duduk, berdiri, kemudian berjalan, ibu sudah bisa miring kanan, miring kiri, duduk, berdiri, dan berjalan dengan sendiri tanpa bantuan.
6. Memberikan KIE cara menyusui yaitu ibu duduk tegak, kaki tidak boleh menggantung, mengeluarkan sedikit ASI dan mengoleskan pada areola, perut bayi menempel pada perut ibu, mulut bayi mencakup sebagian atau seluruh areola, siku ibu menopang kepala bayi dan telapak tangan pada bokong bayi, bayi menyusu perlahan dan tenang, serta membantu ibu untuk menyusui bayinya, ibu dapat melakukan cara menyusui dengan benar.
7. Menjelaskan kepada ibu untuk tidak takut makan dan mengajarkan ibu untuk makan – makanan bergizi dan mengandung protein dan minum air putih yang banyak. Ibu mengerti dan mau melakukan
8. Menjelaskan kepada ibu untuk tetap menjaga kebersihan terutama pada daerah genitalia dan mengajarkan kepada ibu cara cebok yang benar yaitu dari arah depan ke arah belakang, ibu memahami dan akan melakukan anjuran.
9. Mengajarkan ibu untuk cukup istirahat tidur siang 1-2 jam, tidur malam 6-8 jam, atau tidur jika bayi sudah tidur, ibu memahami dan bersedia untuk melakukan anjuran.

10. Memberikan KIE tanda bahaya nifas seperti perdarahan banyak, bengkak pada muka, tangan dan kaki, pusing yang menetap, demam tinggi dan lain-lain, ibu dapat mengulang sebagian tanda-tanda bahaya nifas.
11. Menganjurkan ibu dan keluarga menghubungi petugas bila membutuhkan bantuan, ibu dan keluarga memahami.

#### **4.3.2 KUNJUNGAN PNC 2**

Hari/ tanggal pengkajian : Sabtu, 10 juli 2017  
Waktu : 10.00 WIB  
Tempat : Rumah Ny. "A"  
Oleh : Delsiana Eti Gomes Dias

#### **1. DATA SUBYEKTIF**

Ibu mengatakan kalau malam sering begadang karena bayinya rewel dan harus sering menyusui, ASI sudah lancar, tapi ibu belum menyusui langsung bayinya ibu menggunakan cara pompa ASI ke dot dan diberikan melalui dot dengan alasan putting susu ibu terasa sakit jika diisap bayi, luka jahitan ibu masih nyeri dan hemoroid ibu masih sakit sampai sekarang.

#### **2. DATA OBJEKTIF**

Pemeriksaan umum  
K/u : Baik  
Kesadaran : Composmentis  
TD : 110/80 mmHg

Pemeriksaan fisik

Muka : Tidak pucat, tidak odema

Mata : Sclera putih, konjungtiva merah muda

Payudara : Tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan abnormal, puting menonjol, pengeluaran ASI lancar

Abdomen : Tidak ada bekas luka operasi, tidak ada striae, linea nigra, kontraksi uterus baik, TFU : 3 jari dibawah pusat, kandung kemih kosong.

Genitalia : Pengeluaran lochea sanguilenta, tidak terdapat luka jahitan perineum

anus : ada hemoroid

Ekstremitas : tidak ada odema, tidak ada varises,

### 3. ANALISA

Ny "A" P<sub>1001</sub> Ab<sub>000</sub> dengan 6 hari post partum fisiologis

### 4. PENATALAKSANAAN

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan bahwa ibu dalam keadaan baik, ibu mengetahui bahwa saat ini ibu dalam keadaan baik.
2. Menjelaskan kepada ibu tentang manfaat ASI dan menganjurkan ibu untuk memberikan ASI pada bayinya sampai 6 bulan tanpa dikasih makanan tambahan apapun, ibu memahami dan mau melakukan.
3. Menganjurkan pada ibu untuk belajar memberikan ASI menggunakan payudara secepatnya agar bayi belajar mengisap ASI dengan baik, ibu mau melakukan
4. Memastikan involusi uterus, kontraksi, perdarahan, luka jahitan, involusi uterus berjalan normal, kontraksi uterus baik, tidak ada perdarahan dan luka jahitan masih basah

5. Mengajarkan pada ibu untuk makan makanan bergizi seperti sayur-sayuran, ikan, telur, dan lain-lain, dan minum air putih yang banyak minimal 8 gelas sehari, ibu memahami dan ibu sudah melakukan apa yang dianjurkan.
6. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, merawat tali pusat, menjaga bayi tetap hangat. Ibu mau melakukan
7. Mengajarkan ibu untuk menghindari makanan yang pedas, susah dicerna/keras sebaiknya makan makanan yang mudah dicerna seperti pisang, bubur dan minum air yang banyak untuk mengurangi sakit pada hemoroidnya ibu. ibu memahami dan mau melakukan yang dianjurkan
8. Mengingatkan ibu untuk istirahat yang cukup terutama pada siang hari jika bayinya tidur ibu juga harus tidur agar pada malam hari bisa begadang bersama – sama, ibu memahami dan sudah mencoba apa yang dianjurkan.
9. Menjelaskan kepada ibu untuk tetap menjaga kebersihan terutama pada daerah genitalia, ibu mengerti
10. Mengajarkan ibu untuk periksa rutin kebidan sesuai dengan yang sudah dianjurkan, ibu memahami dan bersedia periksa rutin ke bidan.

#### **4.3.3 KUNJUNGAN PNC 3**

Tanggal : 18 juli 2016  
Jam : 16.30 WIB  
Tempat pengkajian : Rumah Ny “ A “  
Oleh : Delsiana Eti Gomes Dias

#### **DATA SUBYEKTIF**

Ibu mengatakan tidak ada keluhan

**DATA OBYEKTIF**

Keadaan Umum: Baik

Kesadaran : Composmentis

TTV TD : 110/80 mmHg

N : 80x/menit

S : 36°C

RR : 20x/menit

Pemeriksaan Fisik :

Muka : Tidak pucat, tidak oedem,

Mata : Konjungtiva merah muda, sclera putih

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

Payudara : Simetris, tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan abnormal,  
putting susu menonjol, puting tidak lecet, pengeluaran ASI  
lancar

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

Genitalia : Bersih, luka jahitan sudah kering, lochea serosa

Anus : terdapat hemoroid

Ekstremitas Atas : Tidak oedem - / -, turgor kulit baik - / -

Bawah : Tidak oedem + / +, turgor kulit baik

**ANALISA**

Ny.A. Umur 24 Tahun P<sub>1001</sub> Ab<sub>000</sub> Post partum partum hari 14 fisiologis

## **PENATALAKSANAAN**

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan, ibu memahami
2. Memastikan involusi uterus berjalan normal, TFU sudah tidak teraba
3. Mengevaluasi apakah luka jahitan ibu ada infeksi atau tidak. Luka jahitan mulai mengering dan tidak ada tanda-tanda infeksi
4. Menganjurkan ibu untuk tetap makan-makanan yang bergizi dan mengandung protein, buah-buahan, dan sayuran. Ibu tidak terek makan. Ibu mau melakukan
5. Menganjurkan ibu untuk istirahat yang cukup dan banyak minum air putih agar produksi ASInya lancar. Ibu mengerti
6. Memberikan KIE tentang jenis-jenis KB yang sesuai dengan ibu menyusui, ibu berencana untuk mengikuti program KB kondom.
7. Memotivasi ibu agar selalu memberikan ASInya tanpa diselingi dengan susu formula. Ibu tetap memberikan ASI pada bayinya

### **4.3.4 KUNJUNGAN PNC IV**

Hari/ tanggal pengkajian : Selasa, 28 juli 2017  
 Waktu : 16.00 WIB  
 Tempat : Rumah Ny. "A"  
 Oleh : Delsiana Eti Gomes Dias

#### **1 DATA SUBYEKTIF**

Saat ini ibu tidak ada keluhan, ASInya tetap lancar, ibu makan 3x sehari, istirahat siang 1-2 jam, malam 6-7 jam, BAB 1x sehari, BAK 3-4x sehari. Di rumah ibu selain menjaga anaknya ibu juga bekerja sebagai ibu rumah tangga. Perkembangan bayinya sudah bisa melakukan hal – hal seperti menatap ibu, mengeluarkan suara o..o..o.., tersenyum dan menggerakkan kaki dan tangan. Ibu berencana menggunakan KB kondom.



## 2) DATA OBJEKTIF

Pemeriksaan umum

K/u : Baik

Kesadaran : Composmentis

TD : 110/80 mmHg

Pemeriksaan fisik

Muka : Tidak pucat, tidak oedema

Mata : Sclera putih, konjungtiva merah muda

Payudara : Tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan abnormal, puting menonjol, pengeluaran ASI lancar

Abdomen : Tidak ada bekas luka operasi, tidak terdapat striae, linea nigra, TFU tidak teraba, kandung kemih kosong.

Genetalia : Terdapat pengeluaran lochea alba

Ekstremitas : tidak ada odema, tidak ada varises

## 3) ANALISA

Ny "A" usia 24 tahun P<sub>1001</sub> Ab<sub>000</sub> dengan 25 hari post partum fisiologis

## 4) PENATALAKSANAAN

- 1 Menginformasikan hasil pemeriksaan bahwa ibu dalam keadaan baik, ibu mengetahui bahwa saat ini ibu dalam keadaan baik.
- 2 Mengingatkan ibu untuk tetap memberikan ASI saja kepada bayinya sampai usia 6 bulan. Ibu memahami dan bersedia melakukan.
- 3 Mengingatkan ibu untuk makan makanan bergizi seperti sayur-sayuran, ikan, telur, dan lain-lain, dan minum air putih yang banyak minimal 8 gelas sehari, ibu memahami dan ibu sudah melakukan apa yang dianjurkan.
- 4 Mengingatkan ibu untuk istirahat dan cukup tidur agar ibu tidak kelelahan, ibu memahami dan sudah melakukan apa yang dianjurkan.
- 5 Menganjurkan ibu untuk membawa bayinya ke posyandu sesuai dengan jadwal posyandu, ibu memahami dan berencana membawa bayinya ke posyandu.

#### **4.4 Asuhan Kebidanan pada Bayi Baru Lahir**

##### **4.4.1 KUNJUNGAN BBL 1**

Hari/ tanggal pengkajian : 04 Juli 2017  
Waktu : 21.25 WIB  
Tempat : BPM Soemidyah Amd.keb  
Oleh : Delsiana Eti Gomes Dias

### **1. IDENTITAS**

Nama By : By. Ny. "A"  
Umur : 6 jam  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Tanggal Lahir : 25 Juni 2017/ 05.20 WIB

### **2. SUBJEKTIF**

Ibu melahirkan anak pertama pada tanggal 04 juli 2017 jam 03.45\ WIB secara Normal. Bayi langsung menangis, gerakan aktif, jenis kelamin laki – laki, berat badan lahir 3000 gram, panjang 49 cm, terdapat lubang anus, tidak ada kelainan kongenital, Bayi sudah BAB, BAK belum

### **3. OBJEKTIF**

KU : Baik  
TTV : DJJ : 148 x/menit  
RR : 56 x/menit  
S : 36,7<sup>0</sup> C

## Pemeriksaan Fisik

- Kepala : Simetris, tidak ada caput succedaneum dan cephal haematoma
- Muka : Tidak pucat, kulit kemerahan, sclera putih, conjungtiva merah muda
- Hidung : Simetris, terdapat dua lubang hidung, tidak ada pernafasan cuping hidung
- Mulut : Normal, tidak ada kelainan kongenital seperti labioskisis dan palatoskisis
- Telinga : Simetris, ada lubang telinga, tidak ada cairan abnormal
- Dada : Simetris, tidak ada retraksi dinding dada, puting susu simetris
- Abdomen : Tidak ada pembesaran abnormal, tali pusat segar tertutup kassa kering, tidak ada perdarahan, dan tidak ada tanda-tanda infeksi
- Genetalia : Testis ada, scrotum sudah turun
- Anus : (+)
- Ekstremitas : Simetris, tidak ada oedema, tidak sianosis, kulit kemerahan, kering.

## Pemeriksaan Antropometri

- BBL : 3000 gram                      PB : 49 cm
- LK : 34 cm                              LD : 35 cm
- LILA : 11 cm
- Circumferentia suboksipito bregmatika : 32 cm
- Circumferentia fronto oksipitalis : 34 cm
- Circumferentia submento bregmatika : 32 cm

Circumferentia mento oksipitalis : 35

Reflek

Reflek Glabella	Baik (Mata berkedip saat diberi rangsangan di mata)
Reflek Moro	Baik (abduksi dan ekstensi simetris lengan ; jari-jari mengembang seperti kipas dan membentuk huruf C dengan ibu jari dan jari telunjuk mungkin terlihat adanya sedikit tremor, lengan teraduksi dalam gerakan memeluk dan kembali dalam posisi fleksi dan gerakan yang rileks. Tungkai dapat mengikuti pola respons yang sama)
Reflek Rooting	Baik (Mencari sumber rangsangan tangan di mulut)
Reflek Sucking	Baik (Bayi menghisap dengan baik)
Reflek Swallowing	Baik (Bayi bisa menelan susu formula dengan baik)
Reflek Grasping	Baik (Tangan bayi menggenggam saat dirangsang)

#### 4. ANALISA

Bayi Ny "A" usia 6 jam fisiologis

#### 5. PENATALAKSANAAN

- 1 Menginformasikan kepada ibu hasil pemeriksaan bahwa kondisi bayi dalam keadaan sehat, ibu mengerti
- 2 Melakukan pemeriksaan berat badan, membersihkan bayi, dan mengeringkan, sudah dilakukan
- 3 Melakukan pemeriksaan antropometri, sudah dilakukan
- 4 Melakukan perawatan tali pusat seperti membalut tali pusat dengan kassa steril tanpa memberikan apapun pada tali pusat, Sudah dilakukan

- 5 Menjaga suhu tubuh agar tetap hangat dengan cara bayi dibedong, memberi topi kepada bayi dan diberikan alas yang hangat pada cup, sudah dilakukan
- 6 Menjelaskan kepada keluarga untuk menjemur bayinya setiap pagi selama  $\pm 15 - 30$  menit, keluarga mengerti
- 7 Menjelaskan kepada keluarga tentang tanda bahaya bayi baru lahir seperti tidak mau menyusu, demam, kejang, warna kemerahan pada tali pusat hingga dinding perut, pada tali pusat berbau menyengat dan keluar darah pada tali pusat, nampak kuning pada hari pertama ( $< 24$  jam setelah lahir),  $> 14$  hari nampak kuning pada telapak tangan dan kaki, apabila ibu menemukan salah satu tanda bahaya tersebut pada bayinya, bayi segera dibawa ke tenaga kesehatan terdekat, keluarga mengerti.
- 8 Menganjurkan ibu menyusui bayinya setiap 2 jam sekali atau setiap kali bayi menginginkan dan menganjurkan memberikan bayinya hanya ASI sampai usia 6 bulan, ibu mengerti
- 9 Menganjurkan ibu untuk datang ke petugas kesehatan jika ada keluhan atau masalah, Ibu menyetujui akan datang segera jika ada keluhan atau masalah

#### 4.4.2 KUNJUNGAN BBL 2

##### 1. IDENTITAS

Nama By : By. "A"

Umur : 6 Hari

Jenis Kelamin : Perempuan

Tanggal Lahir : 10 Juli 2017

##### 2. SUBJEKTIF

Ibu mengatakan saat ini bayinya dalam kondisi sehat, menyusui sering yaitu ASI tapi, asih menggunakan cara sebelumnya. Tali pusatnya belum lepas. Bayi BAB 1-2 kali/hari, BAK sering. Bayinya bergerak aktif dan BB 3100 gram

##### 3. OBJEKTIF

KU : Baik

TTV : N : 136 x/menit

RR : 46 x/menit

Pemeriksaan Fisik

Muka : Tidak pucat, kulit kemerahan, sclera putih, conjungtiva merah muda

Hidung : Lubang simetris, bersih, tidak ada sekret

Mulut : Refleks menghisap baik, tidak ada oral thrush

Telinga : Bersih, tidak ada serumen

Leher : Gerakkan bebas, tidak ada benjolan abnormal

Dada : Simetris, tidak ada retraksi dinding dada

Abdomen : Tidak meteorismus, tali pusat belum lepas, dan tidak ada tanda-tanda infeksi

Genetalia : labia mayor sudah menutupi labia minor

Ekstremitas : Tidak sianosis, gerak aktif

#### 4. ANALISA

Bayi baru lahir usia 6 hari fisiologis

#### 5. PENATALAKSANAAN

- 1) Menginformasikan kepada ibu hasil pemeriksaan bahwa kondisi bayi dalam keadaan sehat, ibu mengerti
- 2) Mengingatkan kembali pada ibu untuk selalu menjemur bayinya ± 15 - 30 menit dan memberikan ASI sesering mungkin, ibu mengerti
- 3) Menganjurkan ibu menyusui bayinya setiap 2 jam sekali atau setiap kali bayi menginginkan dan menganjurkan memberikan bayinya hanya ASI sampai usia 6 bulan, ibu mengerti
- 4) Menjelaskan kepada ibu tanda-tanda bahaya pada bayinya, , demam, kejang, warna kemerahan pada tali pusat hingga dinding perut, pada tali pusat berbau menyengat dan keluar darah pada tali pusat, apabila ibu menemukan salah satu tanda bahaya tersebut pada bayinya, ibu segera membawa bayinya ke tenaga kesehatan terdekat, ibu mengerti.
- 5) Menjelaskan pada ibu tentang pentingnya imunisasi dasar dan macam-macam imunisasi dasar yaitu imunisasi BCG, DPT, Polio, Hepatitis B, Campak, ibu mengerti.

## 4.5 Asuhan Kebidanan pada Keluarga Berencana

### 4.5.1 KUNJUNGAN KB

Hari/ tanggal pengkajian : Sabtu, 29 Juli 2017  
 Waktu : 09.00 WIB  
 Tempat : Rumah Pasien  
 Oleh : Delsiana Eti Gomes Dias

#### 1. SUBJEKTIF

Saat ini ibu tidak ada keluhan apapun. Ibu belum menstruasi. Ibu dan suami ingin menggunakan KB kondom, karena ibu masih takut untuk menggunakan KB lainnya. Ibu dan suami tidak memiliki riwayat penyakit yang terinfeksi seperti gonore. Makan teratur 3x sehari, minum  $\pm$  7-8 gelas, BAB 1 kali sehari, BAK 3-5 kali sehari, tidur siang  $\pm$  1 jam, tidur malam  $\pm$  6-7 jam. ASInya lancar dan tetap sering menyusui.

#### 2. OBJEKTIF

KU : Baik  
 Kesadaran : Composmentis  
 TTV : TD = 120/80 mmHg  
 Pemeriksaan Fisik :  
 Muka : Tidak pucat, tidak oedema  
 Mata : Konjungtiva merah muda, sclera putih.  
 Abdomen : TFU tidak teraba, tidak terdapat benjolan abnormal  
 Ekstremitas : Tidak oedem dan tidak varises.

#### 3. ANALISA

Ny "A" Usia 24 tahun P<sub>1001</sub> Ab<sub>000</sub> hari ke 25 Akseptor KB Kondom



#### 4. PENATALAKSANAAN

Tanggal 29 juli 2017

Pukul 09.00 WIB

- 1) Menjelaskan hasil pemeriksaan kepada ibu, bahwa keadaan ibu baik-baik saja. Ibu mengerti
- 2) Memberikan KIE kepada ibu dan suami mengenai alat kontrasepsi kondom adalah alat selubung karet yang dipasang di penis saat hubungan seksual. Ibu dan suami mengerti
- 3) Memberikan KIE kepada ibu dan suami tentang efek samping, keuntungan dan kerugian kondom. Ibu mengerti
- 4) Membantu klien mengambil keputusan yang tepat sesuai dengan kebutuhan ibu dan suami. Ibu dan suami mengerti dan memilih kontrasepsi kondom
- 5) Menjelaskan kepada ibu dan suami cara menggunakan kondom. Ibu dan suami mengerti
- 6) Menjelaskan kepada ibu dan suami bahwa kondom hanya bisa digunakan 1 kali saja dan langsung dibuang. Ibu dan suami mengerti
- 7) Menyepakati jadwal kunjungan ulang evaluasi KB 3 hari lagi yaitu pada tanggal 01-08-2017

#### 4.5.2 Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana II

Tanggal : 01 Agustus 2017  
Waktu : 15.00 WIB  
Tempat : Rumah Pasien  
Oleh : Delsiana Eti Gomes Dias

##### 1. SUBJEKTIF

Suami menggunakan KB kondom pada saat berhubungan pada tanggal 30 juli 2017 dengan cara memasukan penis ke dalam kondom pada saat ereksi dan tidak mengalami kesulitan. Saat ini ibu dan suami tidak ada keluhan. Makan teratur 3x sehari, minum  $\pm$  7-8 gelas, BAB 1 kali sehari, BAK 3-5 kali sehari, tidur siang  $\pm$  1 jam, tidur malam  $\pm$  6-7 jam. ASInya lancar dan tetap sering menyusui.

##### 2. OBJEKTIF

KU : Baik  
Kesadaran : Composmentis  
TTV : TD = 110/80 mmHg  
Pemeriksaan Fisik  
Muka : Tidak pucat, tidak oedema  
Mata : Konjungtiva merah muda, sclera putih.  
Payudara : Puting susu menonjol, tidak ada benjolan abnormal,  
tidak ada nyeri tekan, ASI keluar banyak  
Ekstremitas: Tidak oedem dan tidak varises.

##### 3. ANALISA

Ny "A" usia 24 tahun P<sub>1001</sub> Ab<sub>000</sub> Akseptor Kb kondom.

#### 4. PENATALAKSANAAN

Tanggal 1 Juli 2017

Pukul 15.00 WIB

1. Memberitahukan hasil pemeriksaan kepada ibu, ibu mengerti
2. KIE tentang :
  - a. Menjelaskan kembali tentang keuntungan dan kerugian KB kondom, serta efek samping dan cara penggunaan KB kondom, ibu dan suami mengerti
  - b. Mengingatkan kembali tentang efek samping KB kondom dan penyebab terjadinya kegagalan (bocor), ibu dan suami mengerti
  - c. Menganjurkan ibu untuk kontrol sewaktu- waktu bila ada keluhan, ibu bersedia.

## **BAB V**

### **PEMBAHASAN**

Berdasarkan hasil asuhan kebidanan komprehensif yang dilakukan pada Ny."A" di BPM Soemidyah AMd. Keb dan di rumah pasien di Jln. Plaosan Timur No.106 kota Malang. Asuhan Kebidanan ini diberikan kepada ibu hamil trimester III oleh mahasiswa D3 kebidanan STIKES Widyagama Husada Malang, sebagai salah satu syarat kelulusan. Berikut pembahasan secara rinci

#### **5.1 Kehamilan**

Asuhan Kebidanan pada Ny. "A" usia 24 tahun G<sub>1</sub> P<sub>0000</sub> Ab<sub>000</sub> UK 32 minggu 1 hari T/H/Letkep dengan kehamilan fisiologis dilakukan sebanyak 4 kali kunjungan

Dalam pengkajian ANC penulis juga melakukan skrining pada ibu untuk mendeteksi dan mengenali kemungkinan resiko yang terjadi dengan menggunakan Kartu Skor Poedji Rochyati (KSPR). Untuk melihat tingkat resiko dituangkan kedalam skor yang dibagi dalam tiga kelompok yakni kehamilan resiko rendah dengan jumlah skor 2, kehamilan resiko tinggi dengan jumlah 6-10 dan kehamilan resiko sangat tinggi dengan jumlah skor  $\geq 12$  (Poedji Rochyati, 2009). Jumlah skor yang diperoleh dari Ny "F" didapatkan hasil skor 2 dari skor awal. Jumlah skor 2 merupakan kehamilan resiko rendah dan dapat ditolong oleh bidan yang berada di polindes, puskesmas, atau di BPM.

Menurut Walyani, 2015 standar pelayanan ANC (14 T) merupakan standar yang dilakukan sebagai bentuk peningkatan pelayanan kesehatan kepada ibu hamil. Standar 14 T meliputi timbang berat badan,

ukur tekanan darah, ukur Tinggi Fundus Uteri (TFU), pemeriksaan Hb, pemberian tablet Fe, pemeriksaan protein urine, pemeriksaan VDRL (*Veneral Disease Research Lab*), pemeriksaan urine reduksi, pemberian imunisasi TT, perawatan payudara, pemberian tablet beryodium, pemberian obat malaria, senam ibu hamil dan temu wicara.

Dari 14 T, penulis tidak melakukan pemberian imunisasi TT dan pemberian tablet Fe karena Ny. "A" sudah mendapatkan di bidan, tidak dilakukan pemberian obat malaria kepada ibu hamil karena lingkungan tempat tinggal ibu bukan daerah endemic malaria. Pemberian kapsul minyak beryodium tidak diberikan karena lingkungan tempat tinggal ibu bukan daerah endemic gondok. Pemeriksaan Hb dan urine sudah dilakukan di puskesmas hasil 12,5 gr, Reduksi dan Protein urine (-). Pemeriksaan Tes sipilis dan HIV/AIDS tidak dilakukan karena tidak ada indikasi kearah penyakit menular seksual ditandai dengan tidak ada keluhan keputihan berbau dan gatal serta tidak adanya sarana dan fasilitas yang tersedia.

Berat badan Ny. "A" sebelum hamil adalah 46 kg selama hamil ibu mengalami kenaikan badan 12 kg. Dalam hal ini tidak terdapat kesenjangan karena kenaikan berat badan yang ideal ibu hamil 7 kg (untuk ibu yang gemuk) dan 11,5-16 kg jika kenaikan berat badan lebih dari normal, dapat menimbulkan komplikasi keracunan kehamilan (*pre-eklamsia*), anak yang terlalu besar sehingga menimbulkan kesulitan persalinan. Faktor yang mempengaruhi berat badan pada ibu hamil antara lain pengetahuan tentang gizi, faktor sosial, kepadatan penduduk, dan kemiskinan. (Hani, Kusbandiyah, & Yulifah, 2014)

Pengukuran tinggi fundus uteri adalah untuk menentukan umur kehamilan berdasarkan minggu dan hasilnya disesuaikan dengan HPHT

(hari pertama haid terakhir). TFU yang normal harus sesuai dengan usia kehamilan dalam minggu yang dicantumkan HPHT (Sulistyawati, 2014). Pada pemeriksaan TFU yang dilakukan selama 4 kali kunjungan didapatkan TFU lebih kecil dari usia kehamilan. Pemeriksaan TFU pada Ny "A" saat kunjungan ketiga didapatkan hasil pengukuran 27 cm dengan usia kehamilan 34 minggu 6 hari berdasarkan perhitungan HPHT. Menurut Hanni, dkk., 2011 usia kehamilan 34 minggu 6 hari seharusnya TFU  $\frac{1}{2}$  pusat-PX ( 32 cm ). Rendahnya TFU pada hal ini dapat disebabkan oleh beberapa hal diantaranya setelah dilakukan pengkajian pada Ny "A" didapatkan nafsu makan ibu berkurang dikarenakan ibu membaca dan mendengar informasi dari org lain bahwa makan banyak akan menyebabkan bayi besar sehingga nafsu makan ibu berkurang karna takut akan hal itu. Menurut Nugroho, 2014 selama hamil ibu membutuhkan banyak nutrisi untuk pertumbuhan dan perkembangan janinnya, nutrisi yang baik bagi ibu hamil diantaranya adalah kebutuhan akan kalori, asam folat, protein, kalsium, vitamin A, zat besi, vitamin C dan vitamin D. Jika kebutuhan nutrisi pada ibu hamil tidak terpenuhi maka akan menyebabkan malnutrisi, BBLR, down sindrome, pertumbuhan dan perkembangan janin menjadi terhambat, KEK dan anemia. Peningkatan berat badan juga erat kaitannya dengan peningkatan TFU. Ketidaksesuaian TFU dengan usia kehamilan Ny "A" dilihat dari posisi dan presentase kepala janin. Pada Primiigravida namun disebabkan panggul ibu yang besar cenderung kepala bayi mudah untuk masuk lebih kedalam sehingga usia kehamilan 35 minggu kepala sudah masuk pintu atas panggul yang menyebabkan ukuran TFU menjadi kecil.

Dengan adanya kehamilan, maka akan terjadi perubahan fisik maupun psikologis yang menyebabkan ketidaknyamanan pada ibu hamil.

Sehingga sering muncul keluhan-keluhan pada saat hamil. Keluhan Ny "A" selama kehamilan mulai dari trimester 1 hingga trimester 3 merupakan keluhan fisiologis, yaitu pada trimester 1 ibu mengeluh mual muntah. Menurut Hani, dkk., 2011 mual muntah merupakan ketidaknyamanan fisiologis akibat perubahan pada organ pencernaan yaitu lambung. Pada kehamilan terjadi peningkatan hormon estrogen dan progesteron. Peningkatan kedua hormon ini menyebabkan hormon HCG meningkat sehingga menyebabkan ibu hamil merasakan mual dan muntah. Pada trimester 2 Ny "A" sering mengeluh pusing, kadang kecapaian dan pada trimester 3 Selama melakukan kunjungan 4 kali pada pasien Ny"A" ibu mengeluh sakit pinggang pada kunjungan pertama dan berdasarkan keluhan tersebut dijelaskan bahwa keluhan tersebut merupakan keadaan yang fisiologis yang sering dialami ibu hamil pada Trimester III salah satu penyebabnya karena ibu sering melakukan aktivitas yang berat dan tidak melakukan senam hamil (Hani & dkk, 2014).

Berdasarkan keluhan tersebut dapat diberikan KIE yaitu mengajarkan ibu senam hamil ringan yang bisa dilakukan ibu dirumah, menganjurkan untuk melakukan senam hamil, menganjurkan ibu untuk tidak melakukan pekerjaan yang membuat ibu cepat kelelahan , serta istirahat yang cukup. Menyepakati kunjungan ulang.

Pemeriksaan laboratorium pada ibu hamil terdiri dari pemeriksaan hemoglobin (Hb), protein urine, dan urine reduksi. Menurut WHO, 2014 Pemeriksaan Hb yaitu untuk mengetahui jumlah hemoglobin dalam darah. Menurut Sulistyawati, 2014 pemeriksaan protein urine dilakukan untuk mendeteksi gejala preeklamsi jika hasilnya positif maka terdapat gejala preeklamsi. Sedangkan pemeriksaan urine reduksi dilakukan untuk mengecek kadar glukosa dalam tubuh. Bila hasil positif maka perlu

dilakukan pemeriksaan gula darah untuk mengetahui apakah ibu memiliki penyakit *Diabetes Militus*. Hasil pemeriksaan laboratorium Ny "A yang dilakukan di Puskesmas Bangil didapatkan hasil pemeriksaan Hb adalah 12,09 gr/dl. WHO telah memberikan patokan berapa kadar Hb normal pada ibu hamil sekaligus memberikan batasan kategori untuk anemia ringan dan berat selama kehamilan Hb yang normal pada ibu hamil  $11 > \text{gr/dl}$ , anemia ringan  $10-10,9 \text{ gr/dl}$ , anemia sedang  $7-9,9 \text{ gr/dl}$  dan  $<6 \text{ gr/dl}$  anemia berat. Sedangkan hasil pemeriksaan protein urine dan urine reduksi adalah negatif. Berdasarkan hasil tersebut maka disimpulkan kadar hb dalam darah ibu normal, dan tidak ada gejala preeklamsie dan penyakit *Diabetes Militus*.

## 5.2 Persalinan

Persalinan pada Ny"A" berakhir pada usia kehamilan 39 minggu dimana berlangsung secara fisiologis dari kala I - IV. Hal tersebut di lihat dari penjabaran secara umum masing-masing kala

Menurut Rohani (2013) Kala I persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus dan pembukaan serviks, hingga mencapai pembukaan lengkap (10cm). Persalinan kala I dibagi menjadi dua fase, yaitu fase laten dan fase aktif, fase Laten dimana pembukaan serviks berlangsung lambat dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan secara bertahap sampai pembukaan 3 cm, berlangsung dalam 7-8 jam, fase Aktif yaitu pembukaan serviks dari 4-10 cm. Kala 1 pada primigravida berlangsung 13 jam sedangkan pada multigravida berlangsung 7 jam.

Pada kasus Ny.A. Kala I mulai dari fase laten Lama kala I pada persalinan Ny."A" berlangsung 6 jam 45 menit. Hal tersebut fisiologis karena *Kala I* persalinan pada *primigravida* kira-kira 12-13 jam



(Kuswanti, 2013) . Kala I berlangsung cepat karena asuhan yang diberikan saat kala I yaitu mengajarkan teknik relaksasi saat ada kontraksi, dukungan emosional pada ibu seperti membantu ibu bernafas saat ada kontraksi, menganjurkan posisi yang nyaman yaitu miring kiri serta mengucapkan kata-kata yang memberikan semangat pada ibu. Hal tersebut sesuai dengan teori pemberian nutrisi saat kala I dapat memberikan kekuatan pada ibu dan mempengaruhi dorongan saat mengedan ditambah his yang semakin kuat sebagai salah satu faktor yang mempengaruhi persalinan dapat mempercepat bayi lahir. Dukungan emosional pada ibu dapat mendorong rasa percaya diri lebih besar lalu berbaring miring kiri berguna untuk memberikan oksigenasi yang baik bagi bayi (Eriyati, 2012).

Ibu datang ke BPM Soemidyah Amd. Keb pada tanggal 04 Juli 2017 pukul 09.00 WIB dengan keluhan mules disertai keluarnya lendir dari kemaluannya sejak pukul 06.00 WIB. Dari hasil pemeriksaan diperoleh keadaan umum ibu baik, TD 120/80 mmHg, N: 80x/menit, S 36,4°C, R 24x/menit, TFU 31 cm, DJJ 138x/menit, His 2 kali dalam 10 menit lamanya 30 detik, Ø 3 cm, eff 50 %, ketuban (+), teraba kepala, tidak teraba bagian kecil dibagian terdahulu, UUK Hodge I Molase 0. Dilakukan observasi secara berkala dengan memantau TTV, DJJ, His dan pembukaan dengan memfasilitasi makan dan minum, pemantauan observasi dilakukan dengan menggunakan partograf. Pada Pukul 13.30 WIB dilakukan pemeriksaan dalam dengan hasil VT Ø 5 cm, eff 75%, ketuban utuh, teraba kepala, tidak teraba bagian kecil janin disamping bagian terdahulu, UUK, Hodge II, Molase 0

Menurut Kuswanti (2014) kala II dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala II pada primigravida berlangsung rata-rata 1 -2 jam dan pada multigravida berlangsung sekitar 0,5-1 jam. Pada Ny "A" kala II berlangsung selama 15 menit dari pembukaan lengkap sampai lahirnya bayi. Kala II yang berlangsung cepat pada Ny "A" dipengaruhi oleh power, passage, passanger, psikologi, posisi dan penolong (Kuswanti, dkk. 2014) power dimana his yang begitu adekuat pada ibu dan kekuatan mengejan ibu yang bagus, kekuatan mengejan dipengaruhi oleh nutrisi yang diperoleh selama kala II karena ibu tetap makan dan minum. Passage karena jalan. Passanger karena posisi kepala janin yang sudah masuk pintu atas panggul, letak plasenta yang normal dan bagian terendah janin yaitu UUK yang sudah teraba di dasar panggul. Menurut Manuaba 2010, kepala janin merupakan bagian penting dalam proses persalinan dan memiliki ciri bentuk kepala oval, sehingga setelah bagian besarnya lahir, maka bagian lainnya akan mudah lahir, persendian kepala berbentuk kogel sehingga dapat digerakkan ke segala arah dan memberikan kemungkinan untuk melakukan putar paksi dalam. Letak persendian kepala sedikit ke belakang, sehingga kepala melakukan fleksi untuk putar paksi dalam. Faktor psikologi berupa dukungan suami saat persalinan juga bisa membantu mempercepat proses persalinan.

Menurut Kuswanti, 2014 selama proses persalinan ibu akan mengalami rasa takut dan cemas yang akan berpengaruh pada lamanya persalinan, his kurang baik dan pembukaan yang kurang lancar sehingga membutuhkan dukungan dari suami dan keluarga untuk mendapatkan

rasa nyaman dan tenang pada masa persalinan. Perasaan ini dapat membantu mempercepat proses persalinan.

Selama persalinan ibu memilih posisi dorsal recumben. Posisi dorsal recumben merupakan posisi pasien di tempatkan pada posisi terlentang di tempat tidur dengan kedua lutut fleksi diatas tempat tidur. Menurut (Rohani, dkk, 2011 dan Sulistyawati, Ari, dkk, 2010) posisi ini mempunyai keuntungan diantaranya mempermudah penolong melahirkan kepala, membuat ibu nyaman, jika merasa lelah ibu bisa beristirahat dengan mudah, membantu dalam penurunan janin dengan kerja gravitasi menurunkan janin ke dasar panggul, lebih mudah bagi bidan untuk membimbing kelahiran kepala bayi dan mengamati perineum. Kerugiannya dorsal recumbent laserasi lebih luas,meningkatkan kehilangan darah. Faktor lainnya adalah penolong, penolong persalinan yang dapat menciptakan hubungan saling mengenal sehingga mencerminkan adanya *informed consent*. Dalam hal ini penolong mampu membantu ibu dalam persalinan dengan metode yang telah ditetapkan sehingga ibu mendapatkan asuhan sayang ibu (Varney, 2009).

Pukul 15.30 WIB ibu merasa ingin mengedan, terlihat tekanan pada anus, perineum menonjol, vulva dan sfingter ani membuka. Dilakukan pemeriksaan dalam dengan hasil VT Ø 10 cm,eff 100%, ketuban (-) jernih pecah spontan, teraba kepala, tidak teraba bagian kecil di samping bagian terdahulu, UUK, kepala ↓ HIII, molase 0.

Kemudian dipimpin mengedan, bayi lahir pukul 15.45 WIB menangis kuat, bergerak aktif, kulit kemerahan, jenis kelamin laki-laki, BB 3000 gram, PB 49 cm, cacat (-), anus (+), Apgar Score 7-9.

Inisiasi Menyusui Dini (IMD) dilakukan selama 1 jam setelah bayi lahir. Bayi bisa menemukan puting ibu < 30 menit. Kontak kulit bayi

dengan ibu ini sebaiknya dilakukan 30 sampai 1 jam, bertujuan untuk mempercepat proses ikatan antara orang tua dan anak (*bounding attachment*), *body warmth* (kehangatan tubuh) juga reflek menghisap yang dilakukan dini dan lain-lain. Dampak jangka panjang jika IMD dilakukan kurang dari 30 menit kemungkinan besar bayi akan menggunakan susu formula dikarenakan kontak dini dengan ibu hanya sebentar. (Abidin, 2011)

Kala III disebut juga sebagai kala uri. Setelah bayi lahir, uterus teraba keras dengan posisi fundus uteri setinggi pusat. Pelepasan plasenta normalnya dalam 5-30 menit setelah bayi lahir dan secara spontan. Pengeluaran plasenta disertai dengan pengeluaran darah kira-kira 100 - 200 cc. (Kuswanti, 2013)

Kala III Ny "F" berlangsung 10 menit setelah bayi lahir, hal ini dipengaruhi saat penyuntikan oksitosin 10 IU IM pada 1/3 paha bagian luar. Oksitosin berfungsi merangsang fundus uteri untuk berkontraksi dengan kuat dan efektif sehingga akan mempercepat pelepasan plasenta dan mengurangi kehilangan darah. Hal lain yang membantu mempercepat pelepasan plasenta yaitu proses IMD. Hisapan bayi pada payudara akan merangsang pelepasan oksitosin alamiah yang menyebabkan uterus berkontraksi. Dari kontraksi yang kuat tersebut akan terjadi penyusutan rongga uterus setelah lahirnya bayi. Penyusutan ukuran ini yang menyebabkan berkurangnya ukuran tempat perlekatan plasenta. Tempat perlekatan menjadi semakin kecil sedangkan ukuran plasenta tidak berubah maka plasenta akan terlipat, menebal kemudian lepas dari dinding uterus. Setelah lepas, plasenta akan turun ke bawah uterus atau ke dalam vagina (Selvia, 2012).

Saat adanya tanda pelepasan plasenta maka dilanjutkan dengan peregangan tali pusat terkendali dengan memindahkan klem 5-10 cm depan vulva. Tangan kiri diletakkan di atas perut ibu untuk memeriksa adanya kontraksi uterus. Saat ada kontraksi tangan kiri di atas perut ibu dan melakukan gerakan dorso cranial dengan sedikit tekanan dan tangan kanan sambil meregangkan tali pusat. Ketika plasenta tampak di introitus vagina, kemudian melahirkan plasenta dengan kedua tangan melakukan curam bawah dan curam atas sanggah dan diputar dengan hati – hati searah dengan jarum jam. Hal ini dilakukan untuk mencegah tertinggalnya selaput plasenta. Gerakan dorso cranial yang dilakukan mempunyai fungsi untuk mendorong korpus uteri ke arah belakang sehingga korpus uteri bergerak ke atas dan tali pusat semakin menjulur menandakan plasenta telah lepas (Selvia, 2012).

Dengan cepat ketika plasenta lahir langsung dilakukan massase selama 15 detik atau 15 kali dengan menggosok uterus pada abdomen dengan gerakan melingkar untuk menjaga agar uterus tetap keras dan berkontraksi dengan baik serta untuk mendorong setiap gumpalan darah agar keluar. Proses ini dilakukan untuk mencegah perdarahan pada ibu. Pada saat dilakukan pemijatan pada fundus uteri maka akan merangsang kontraksi uterus dan saat kontraksi pembuluh – pembuluh darah disekitar otot rahim akan terjepit (Selvia, 2012)

Kala IV pada Ny “A” berlangsung fisiologis di lihat dari pemeriksaan TTV dalam batas normal, kontraksi uterus keras, TFU 1 jari bawah pusat, perdarahan  $\pm$  15 cc, kandung kemih kosong, ibu sudah mencoba menyusui bayinya. Menurut Rohani, (2013) Kala IV dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir 2 jam setelah proses tersebut. Hal

ini termasuk normal karena ibu rutin melakukan mobilisasi seperti miring kanan kiri, duduk, berdiri, dan ibu berjalan ke kamar mandi.

Kontraksi yang keras tersebut karena ibu mau melakukan massase dan IMD berhasil. IMD adalah pemulaan menyusui dalam 1 jam pertama setelah bayi lahir dengan meletakkan bayi di atas dada ibu (Roesli, 2009). Saat bayi menghisap payudara ibu akan merangsang pengeluaran hormon oksitosin yang akan mampu meningkatkan proses kontraksi uterus (Prabowo, 2010). Kontraksi yang keras dan IMD yang berhasil tersebut mengurangi jumlah darah yang keluar. Saat uterus berkontraksi dengan baik maka pembuluh – pembuluh darah yang berada di sekitar otot – otot rahim akan terjepit sehingga tidak terjadi perdarahan sampai dengan 2 jam post partum  $\pm$  15 cc yang dinamakan lochea rubra, terdapat luka jahitan pada perinium derajat 2, ASI sudah keluar sedikit-sedikit dan ibu megeluh perutnya masih mules.

### **5.3 Masa Nifas**

Proses involusi uteri adalah proses kembalinya uterus ke dalam keadaan seperti sebelum hamil. Proses ini dimulai segera setelah plasenta keluar dan terjadi akibat kontraksi otot-otot polos (Nanny, dkk., 2013). Proses involusi dikatakan normal apabila penurunan fundus uteri sesuai dengan waktu nifas normal. Pemeriksaan fundus uteri yang dilakukan pada 6 jam post Postpartum pada Ny "A" didapatkan TTV normal, TFU 1 jari di bawah pusat, kontraksi teraba keras dan bulat, lochea rubra ( darah merah segar ), terdapat luka jahitan pada perineum, payudara sudah mengeluarkan dan ibu mengeluh perutnya masih terasa mules dan nyeri pada luka jahitan. pada kunjungan kedua 6 hari post postpartum TTV normal, TFU 1/2 pusat simpisis, fundus uteri teraba keras, *lochea sanguinolenta* (berwarna kuning berisi darah dan lender),

luka jahitan masih basah, ASI sudah keluar banyak, dan ibu mengeluh sakit pada hemoroidnya. hemoroid adalah pembengkakan yang berisi pembuluh darah yang membesar. Pembuluh darah yang terkena wasir berada di dalam atau di sekitar bokong, yaitu di dalam rektum atau di dalam anus ( Ferri Fazwi, 2015). Sehingga diberikan KIE seperti menghindari makanan yang tidak mudah dicerna, sebaliknya menganjurkan ibu untuk makan makanan yang mudah dicerna seperti buah-buahan dan sayur-sayuran. pada kunjungan ketiga 14 hari post partum TTV normal, TFU sudah tidak teraba, *lochea serosa* ( berwarna kuning cairan tidak berdarah lagi), luka jahitan sudah kering, ASI semakin hari semakin banyak dan ibu sering menyusui bayinya minimal 2 jam atau sewaktu-waktu bayi haus. Penurunan fundus uteri Ny."A" berjalan normal sesuai dengan teori Nanny, dkk., 2013 yaitu setelah plasenta lahir TFU 1 jari di bawah pusat, kontraksi uterus keras dan bulat yang menunjukkan bahwa proses involusi berjalan normal. TFU akan terus mengalami penurunan dan tidak akan lagi teraba pada 14 hari post partum.

Selain tinggi fundus uteri dan kontraksi uterus, proses involusi dikatakan normal jika pengeluaran *lochea* sesuai dengan waktu dan warna *lochea* normal. Pada 0-3 hari *locheanya* adalah *lochea rubra* berwarna merah yang berasal dari robekan atau luka pada plasenta. Pengeluaran *lochea* akan terus berlanjut sampai berakhirnya masa nifas. *Lochea* yang tidak lancar akan terus berwarna merah sampai 2 minggu dan berbau (Nanny, dkk., 2013). Pada pemeriksaan 6 jam post Pospartum didapatkan *lochea* berwarna merah, terdapat darah  $\pm$  2 softex. Pada kunjungan kedua 6 hari post partum *lochea* berwarna merah kecoklatan kurang lebih  $\frac{1}{2}$  softek. Pada kunjungan ketiga 14 hari post postpartum *lochea* berwarna putih agak kekuningan dan kunjungan

keempat belum dilakukan. Selama masa nifas Ny. "F" tidak ditemukan adanya perdarahan pada 24 jam post Partum maupun setelah 24 jam post partum. Berdasarkan hasil pemeriksaan dan dibandingkan dengan teori dari Nanny, dkk., 2013 maka dapat disimpulkan bahwa proses involusi Ny "A" adalah normal. Involusi normal didukung oleh nutrisi yang baik yaitu dengan mengkonsumsi makanan yang bergizi tanpa ada pantangan, istirahat yang cukup, melakukan aktivitas ringan serta melakukan senam nifas secara teratur.

Pada masa nifas perlu diperhatikan proses laktasi karena kebanyakan ibu-ibu memilih memberikan susu formula sebelum bayi berusia 6 bulan dengan alasan pengeluaran ASI tidak lancar atau ASI tidak keluar. Menurut Nanny, dkk., 2013 menyusui dengan teknik yang tidak benar dapat mengakibatkan puting susu menjadi lecet dan ASI tidak keluar secara optimal sehingga mempengaruhi produksi ASI. Oleh karena itu pada masa nifas perlu juga diperhatikan proses laktasi. Ny."A" sudah bisa menyusui pada 6 jam post partum namun ASInya keluar sedikit pada kunjungan berikutnya ASI sudah lancar namun ibu belum menyusui bayinya secara langsung karena dengan alasan pada saat bayi mengisap payudara ibu merasa payudaranya sakit sehingga diberikan KIE untuk ibu agar secepat mungkin menyusui bayinya secara langsung agar bayinya belajar mengisap ASI dari payudara dan agar tidak bingung putting pada saat diberikan ASI melalui payudara. Selama kunjungan masa nifas tidak ditemukan adanya masalah pada payudara seperti puting datar atau terbenam, puting lecet dan payudara bengkak. Hasil pemeriksaan ini sesuai dengan teori (Nanny, dkk., 2013) yaitu masalah-masalah dalam pemberian ASI antara lain puting susu datar, puting susu lecet, payudara bengkak karena bendungan ASI.



Realisasi tanggung jawab sebagai seorang ibu setelah melahirkan bayi sering kali menimbulkan konflik dalam diri seorang wanita dan merupakan faktor pemicu munculnya gangguan emosi, dan tingkah laku pada seorang wanita. Perubahan peran seorang ibu memerlukan adaptasi yang harus dijalani. Dalam menjalani adaptasi tersebut ibu akan mengalami beberapa fase yaitu fase *taking in*, fase *taking hold*, dan fase *letting go* (Nanny, dkk., 2013). Adaptasi masa nifas pada 6 jam post partum adalah normal sesuai dengan teori Nanny, dkk., 2013 yaitu pada fase *taking in* ibu hanya fokus terhadap dirinya sendiri dan berulang kali menceritakan pengalamannya selama proses persalinan. Oleh sebab itu diperlukan dukungan dari suami, keluarga maupun tenaga kesehatan untuk memberikan dukungan moril dan menyediakan waktu untuk mendengarkan semua yang disampaikan ibu.

Pada kunjungan kedua 6 hari post partum ibu bertanya tentang cara merawat bayinya, ibu tampak memperhatikan cara membedong bayi, dan mengatakan belum bisa memandikan bayinya. Menurut Nanny, dkk., 2013 pada fase *taking hold* ibu merasa mampu dan memiliki rasa tanggung jawabnya yang besar dalam merawat bayinya karena ini merupakan anaknya yang kedua jadi, ibu tidak mengalami kesulitan dalam merawat bayinya. Pada fase ini sebagai petugas kesehatan tetap memberi penjelasan tentang perawatan ibu dan bayinya. Berdasarkan teori tersebut maka pada kunjungan kedua ibu banyak diberikan konseling seperti, cara merawat bayi sehari-hari, gizi, pola istirahat, pola aktivitas personal hygien serta senam nifas. Pada kunjungan ketiga ibu sudah bisa memandikan bayinya sendiri, ibu tampak sehat dan senang dapat mengurus anaknya sendiri, ibu terus menceritakan tentang kebiasaan bayinya dan perubahan tingkah laku bayinya. Proses adaptasi

ini sesuai dengan teori Nanny, dkk., 2013 bahwa pada fase *letting go* ibu dapat menyesuaikan diri, merawat diri dan bayinya, serta kepercayaan dirinya sudah meningkat. Pada fase ini ibu masih membutuhkan dukungan dari suami dan keluarga untuk membantu merawat bayi dan mengerjakan pekerjaan dirumah karena ibu memerlukan istirahat yang cukup untuk mendapatkan kondisi fisik yang baik sehingga ibu bisa merawat bayinya.

Pada saat kunjungan masa nifas tenaga kesehatan juga perlu mengkaji dan mendeteksi secara dini adanya komplikasi pada masa nifas seperti perdarahan, pusing berlebihan dan infeksi pada payudara. Tromboflebitis yang ditandai dengan oedema pergelangan kaki, tungkai dan paha serta nyeri saat penekanan betis (Nanny, dkk., 2013). Selama kunjungan masa nifas pada Ny. F tidak ditemukan adanya keluhan pusing, keluar darah banyak melalui jalan lahir serta bengkak pada kaki. Maka dapat disimpulkan bahwa masa nifas Ny "F" berlangsung normal.

#### **5.4 Bayi Baru Lahir**

Secara keseluruhan kunjungan pada bayi di lakukan sebanyak dua kali, dari kunjungan 1-2 tidak di dapatkan keluhan yang abnormal yang di lihat dari: Bayi Ny."A" lahir normal pada tanggal 04 juli 2017 pukul 03.45 WIB, menangis spontan, warna kulit kemerahan, *apgar score* 7-8, jenis kelamin perempuan pada usia kehamilan 32-42 minggu 6 hari didapatkan hasil pemeriksaan BB 3000 gram, PB 49 cm, anus ada, tidak ada cacat bawaan, TTV Normal bayi diberikan salep mata, injeksi Vit.K pada paha kiri 1 cc.

Perawatan bayi segera setelah lahir sudah dilakukan sesuai standar yang ditetapkan adalah pencegahan infeksi karena bayi baru lahir sangat

rentan terhadap infeksi mikroorganisme selama proses persalinan berlangsung maupun beberapa saat segera setelah lahir. Sehingga penulis selalu mencuci tangan sebelum dan sesudah bersentuhan dengan bayi dan memastikan semua pakaian maupun perlengkapan bayi dalam keadaan bersih. Perawatan tali pusat dilakukan untuk mencegah infeksi. Hal yang diperhatikan penulis dengan mencuci tangan sebelum dan sesudah merawat tali pusat, menjaga tali pusat tetap kering dan bersih, membungkus tali pusat dengan kassa (Prawirahardjo, 2009).

Pelaksanaan IMD, penghisapan oleh bayi segera setelah lahir dapat membantu mempercepat pengeluaran ASI dan memastikan kelangsungan pengeluaran ASI, dapat mencegah paparan terhadap substansi/zat dari makanan/minuman yang dapat mengganggu fungsi normal saluran pencernaan, kolostrum dapat memicu pematangan saluran cerna dan memberi perlindungan terhadap infeksi karena kaya akan zat kekebalan, kehangatan tubuh saat proses menyusui dapat mencegah kematian bayi akibat kedinginan (Prawihardjo, 2014).

Bayi Ny."A" setelah lahir diberikan salep mata tetrasiklin 1%, hal ini sesuai dengan teori bahwa pemberian salep mata ini bertujuan untuk pengobatan profilaktik mata yang resmi untuk *Neisseria gonorrhoea* yang dapat menginfeksi bayi baru lahir selama proses persalinan melalui jalan lahir (Marmi, 2012).

Pemberian Vit K dilakukan setelah pemberian salep mata yaitu dengan cara disuntikkan dipaha kiri. Dosis pemberian Vit K adalah 1 ml yang mengandung Vit K 1 mg. Menurut teori penyuntikan Vit K bertujuan untuk mencegah perdarahan yang bisa muncul karena kadar protombin yang rendah pada beberapa hari pertama kehidupan bayi (Marmi, 2012). Vit k diberikan pada bayi baru lahir diperlukan untuk mencegah perdarahan.

Asuhan yang diberikan selanjutnya adalah imunisasi Hb0 yang dilakukan 1 jam setelah pemberian vit K, tetapi imunisasi Hb0 diberikan setelah 24 jam bayi lahir jadi dalam hal ini ada kesenjangan antara APN dan praktik, dimana sebaiknya Hb0 diberikan setelah satu jam pemberian Vit K, jika pemberian Hb0 diberikan lebih dari satu jam pemberian Vit maka dampak yang dapat terjadi pada bayi yaitu resiko tertular hepatitis B pada bayi lebih Tinggi.

Dari pemeriksaan fisik di dapatkan hasil yang normal salah satu contoh pada kunjungan pertama dilakukan pemeriksaan fisik mulai dari kepala sampai ekstremitas dan didapatkan hasil yang normal, tidak ada kelainan pada bayi Ny."A" dilakukan pemeriksaan abdomen tidak ada meteorismus, tali pusat bayi masih basah, tertutup kasa steril, tidak ada tanda-tanda infeksi dan tidak ada perdarahan pada tali pusat, pada pemeriksaan antropometri ciri-ciri bayi lahir normal yaitu normal berat badan bayi baru lahir yaitu 2500 – 4000 gram, panjang badan yaitu 48-52 cm, lingkar dada 30-38 cm, semua reflek baik (Walyani, 2014).

Pada By.Ny. "A" didapatkan pemeriksaan BB lahir 3000 gram, PB 49 cm, LD 34 cm, Lingkar kepala circumferentia suboksipito bregmatika:32cm, circumferentia fronto oksipitalis: 34 cm, circumferentia submento bregmatika: 32 cm, circumferentia mento oksipitalis: 35 cm, pada pemeriksaan neurologis yaitu reflek *babinsky, graps, morro, sucking, swallowing, rotting, glabella, tonick neck* semuanya hasilnya positif (baik), bayi diberikan ASI, asuhan yang diberikan pada bayi Ny."A" yaitu pemberian ASI awal, melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir, menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermia.

Menurut Walyani (2014) kotoran yang dikeluarkan oleh bayi baru lahir pada hari pertama kehidupannya adalah berupa mekonium, hari pertama bayi akan buang air besar 1 kali. Pada bayi Ny."A" bayi sudah BAB berwarna kehitaman,

hal ini adalah normal karena warna mekonium adalah kehitaman, lembut, terdiri atas mukus, sel epitel, cairan amnion yang tertelan, asam lemak dan pigmen empedu dapat berubah kuning dengan sendirinya.

Pada kunjungan kedua yang dilakukan pada tanggal 10 Juli 2017 Berdasarkan hasil anamnesa yang didapatkan ibu mengatakan bahwa bayi sudah dimandikan. Dari hasil pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan hasil normal.

By Ny "A" Berat Badan pada kunjungan kedua mengalami kenaikan dari 3000 gram menjadi 3100 gram. (Menurut Marmi,dkk, 2012) menyatakan bahwa normal kenaikan berat badan pada bayi setiap minggu adalah 100 gram. untuk proses eliminasi tidak mengalami masalah BAK  $\pm 6-7$  kali perhari dan BAB  $\pm 2-3$  kali perhari hanya di berikan ASI tanpa makanan tambahan. Hal ini bila di kaitkan dengan teori menurut marmi (2012) normalnya BAK pada bayi lebih dar 5 kali dan BAB 2-3 kali sehari. Pada tali pusar tidak ada masalah, tidak ada tanda-tanda infeksi, belum lepas perawatan menggunakan kassa kering dan alkohol kemudian menganjurkan kepada ibu untuk berhenti melakukan perawatan tali pusar bayi menggunakan alkohol karena jika menggunakan alkohol maka kasa akan lembap dan menyebabkan tali pusar lama kering. By. Ny "A" menyusui 8-9 kali dalam sehari namun bayi menyusui ASI melalui dot yang telah dipompa oleh ibu, disebabkan ibu merasa puttingnya sakit saat diisap bayi, lalu diberikan KIE agar ibu menyusui bayinya menggunakan payudara agar bayi tidak bingung putting..

Pada kunjungan pertama yaitu 6 jam dan kunjungan kedua 6 hari postpartum penulis tidak menemukan adanya tanda ikterus pada bayi. Ikterus fisiologis muncul lebih dari 24 jam setelah lahir dan menghilang dalam waktu 1 minggu dan ikterus patologis terjadi pada 24 jam pertama (Marmi, dkk., 2012). Untuk mencegah ikterus ibu diberikan KIE untuk menjemur bayinya di pagi

hari dengan tidak memakai baju, dilakukan kurang lebih 15-30 menit ketika matahari pertama muncul. Sinar matahari pagi mengandung spektrum sinar biru yang dapat membantu memecah bilirubin kembali normal dan pada akhirnya efek kuning pada bayi dapat menghilang. Cara lain adalah dengan terus memberikan ASI, karena protein dalam ASI akan melapisi mukosa usus dan menurunkan penyerapan kembali bilirubin (Suradi, 2010).

### **5.5 Pembahasan Keluarga Berencana**

KB adalah suatu usaha menjarangkan atau merencanakan jumlah dan jarak kehamilan dengan menggunakan kontrasepsi (Sulistyawati, 2014). Salah satu jenis dari alat kontrasepsi yaitu kondom, kondom merupakan alat kontrasepsi atau alat untuk mencegah kehamilan atau penularan penyakit kelamin pada saat bersenggama. Kondom biasanya terbuat dari bahan karet latex dan dipakai pada alat kelamin pria pada keadaan ereksi sebelum bersenggama atau berhubungan suami istri. Mekanisme kerja dari KB kondom adalah menghalangi masuknya sperma ke dalam vagina, sehingga pembuahan dapat dicegah dan mencegah penularan mikroorganisme (IMS termasuk HBV dan HIV/AIDS) dari satu pasang kepada pasangan kepada pasangan yang lain (khusus kondom yang terbuat dari lateks dan vinil)..

Pada asuhan kebidanan yang terakhir yaitu pada ibu akseptor KB, saat kunjungan sebelumnya pada tanggal 15 juli 2017 telah memberi KIE mengenai berbagai jenis KB, mekanisme kerja, efek samping, keuntungan dan kerugian dari masing-masing alat kontrasepsi, dimana saat itu Ny."F" dan suami masih belum memutuskan untuk memilih alat kontrasepsi yang akan digunakan. Pada kunjungan ini Ny."F" dan suami telah memutuskan untuk menggunakan alat kontrasepsi kondom dengan alasan Ny."F" masih takut untuk menggunakan alat kontrasepsi hormonal dimana pada umumnya dapat

mempengaruhi siklus menstruasi, kenaikan berat badan dan juga efektifitas untuk kembali ke masa subur.

Kontrasepsi kondom adalah KB yang cocok untuk Ny "A" karena ibu masih takut untuk memilih KB yang lainnya. Efektivitas dari kondom ini cukup efektif bila dipakai secara benar pada setiap kali berhubungan seksual. Pada beberapa pasangan, pemakaian kondom tidak efektif karena tidak dipakai secara konsisten. Secara ilmiah didapatkan hanya sedikit angka kegagalan kondom yaitu 2-12 kehamilan per 100 perempuan per tahun (Sulistyawati, 2014).

Menurut Sulistyawati, 2014 ada beberapa dampak penggunaan kondom yaitu nyeri alergi yang terjadi pada saat berhubungan atau usai berhubungan yang disebabkan oleh pelumas kondom maupun bahan utama kondom yang berupa plastik atau lateks. Macam pengaruh psikologis yang dialami adalah ketidaknyamanan bagi pengguna kondom, terutama pada pria. Bahan kondom yang terbuat dari plastik tetap saja menghalangi pergerakan otot penis meskipun dinilai sudah fleksibel. Kondisi ini yang menyebabkan adanya pengaruh psikologis berupa berkurangnya kenikmatan yang dirasakan terutama pada pria. Pada Ny "F" dan suami setelah melakukan hubungan dengan menggunakan kondom ibu dan suami tidak mempunyai keluhan apapun.

Saat kunjungan evaluasi KB pada tanggal 25 Juli 2017 asuhan yang diberikan adalah menanyakan apakah ada keluhan dalam menggunakan KB kondom saat berhubungan, lalu menjelaskan kembali kepada ibu dan suami mengenai efek samping dan tingkat efektifitas dari penggunaan KB kondom.

## BAB VI

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### 6.1 KESIMPULAN

Setelah melakukan Asuhan kebidanan secara komperhensif pada Ny "A" usia 24 Tahun di BPM Soemidyah AMd.Keb Kota Malang yang dimulai pada usia kehamilan 32-33 minggu sampai KB dengan menggunakan alur piker Varney pada pendekatan manajemen kebidanan dengan pemdokumentasian SOAP, maka dapat disimpulkan

1. Asuhan Kebidanan Antenatal Care

Asuhan kehamilan dilakukan kepada Ny"A" sebanyak 4 kali kunjungan pada umur kehamilan 32-42 minggu didapatkan hasil pemeriksaan normal hanyah mengeluh keluhan fisiologis pada Trimester III sakit pinggang.

2. Asuhan Kebidanan Intranatal Care

Persalinan pada Ny. " A " dari kala I sampai kala IV berlangsung dengan normal dan lancar, tidak terjadi perdarahan yang abnormal. Bayi lahir pukul 15.45 WIB, jenis kelamin perempuan, berat badan 3000 gr, panjang badan 49 cm, bayi dalam keadaan sehat. Setelah dilakukan asuhan tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan praktik,.

3. Asuhan Kebidanan Prenatal Care

Selama melakukan asuhan pada masa nifas tidak terjadi perdarahan dan infeksi yang ditandai dengan tidak ada keluarnya lochea yang berlebihan dan tidak berbau, pada payudara tidak ada kelainan dan tidak ada tanda bahaya infeksi ataupun bendungan ASI, masa involusi dan penurunan fundus uteri pada Ny. " A " berlangsung dengan baik. Setelah



melaksanakan asuhan tidak terdapat kesenjangan antara teori dengan di lapangan dimana ASI keluar lancar,

4. Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir

Setelah melaksanakan pengkajian, mendiagnosa, merencanakan, melaksanakan, mengevaluasi pada bayi baru lahir tidak terjadi komplikasi atau masalah yang serius yang di alami bayi, bayi tidak diberikan susu formula, hanya diberikan ASI saja dan bayi dalam keadaan sehat. Setelah dilaksanakan asuhan tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan praktik.

5. Asuhan pada Akseptor KB

Pada KB ibu memilih menggunakan KB kondom. Setelah dievaluasi 3 Hari setelah menggunakan KB kondom pasien tidak ada keluhan.

## **6.2 SARAN**

### **6.2.1 Bagi Mahasiswa**

Mahasiswa diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan dan keterampilan dalam melakukan asuhan kebidanan secara komprehensif terhadap klien

### **6.2.2 Bagi Institusi Pendidikan**

Diharapkan dapat meningkatkan kualitas pendidikan bagi mahasiswa dengan penyediaan fasilitas sarana dan prasarana seperti menambahkan buku-buku kebidanan di perpustakaan dan Laboratorium kebidanan yang bisa digunakan mendukung peningkatan kompetensi mahasiswa sehingga dapat menghasilkan bidan yang berkualitas.

### **6.2.3 Bagi Pasien**

Sebaiknya klien memiliki kesadaran untuk selalu memeriksakan keadaan kehamilannya secara teratur sehingga akan merasa lebih yakin dan nyaman karena mendapatkan gambaran tentang pentingnya pengawasan pada saat hamil, bersalin, nifas, neonatus dan KB dengan melakukan pemeriksaan rutin di pelayanan kesehatan.

### **6.2.4 Peneliti Selanjutnya**

Diharapkan penelitian selanjutnya melakukan asuhan kebidanan secara komprehensif mulai masa hamil sampai dengan KB secara lebih mendalam lagi dengan memperbanyak Refrensi dari jurnal dan buku-buku kebidanan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Asuhan Persalinan Normal*. (2010). Jakarta: JNPK-KR.
- Abidin, M. Z. (2011). *Asuhan Postnatal Care*. Dipetik Maret 2015, dari [www.masbied.com/search/pembagian-umur-menurut-masa-reproduksi](http://www.masbied.com/search/pembagian-umur-menurut-masa-reproduksi)
- ai yeyeh rukiyah S.SiT, M. D. (2013). *asuhan kebidanan patologi kebidanan 4*. jakarta: trans info media.
- Ambarwati, E. (2010). *Asuhan Kebidanan Nifas*. Yogyakarta: Nuha medika.
- Asrinah, (2010). *Asuhan Kebidanan Pada Masa Kehamilan*. yogyakarta: Graha Ilmu.
- Depkes. (2012). *Profil Kesehatan Indonesia* . Jakarta: Depkes RI.
- Dewi, (2011). *asuhan neonatus bayi dan anak balita*.Jakarta: salemba medika.
- Dinkes kota malang. (2013). *Profil Kesehatan Indonesia*. Jakarta: Dinkes Jatim RI.
- Edyanti, & Indrawati, r. (2014). Faktor Pada Ibu yang Berhubungan dengan Kejadian Komplikasi Kebidanan. *jurnal boimetrika dan kependudukan*.
- Eriyati. (2012). *Asuhan Kebidanan Pada Persalinan*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Handayani, S. (2011). *Buku Ajar Pelayanan Keluarga Berencana*. Yogyakarta: Pustaka Rihanna.
- Hani, U., Kusbandiyah, J., & Yulifah, R. (2014). *Asuhan Kebidanan pada Kehamilan Fisiologis*. Jakarta: Salemba Medika.
- indonesia, (2014, april 28). *jadilah kartini indonesia yang tidak mati muda (perencanaan kampanye peduli kesehatan ibu 2014)*. Diambil kembali dari [///D:/Kementerian%20Kesehatan%20Republik%20Indonesia.html](http://D:/Kementerian%20Kesehatan%20Republik%20Indonesia.html)
- Kemenkes RI. (2013). *Profil Kesehatan Indonesia*. Jakarta: Kementrian Kesehatan RI.

- Kuswanti, I., & Melina, F. (2014). *Askeb II Persalinan*. Yogyakarta: Puataka Pelajar.
- Manuba, I., & dkk. (2010). *Ilmu Kebidanan Penyakit Kandungan dan KB*. Jakarta: EGC.
- Marmi, & Rahardjo, K. (2012). *Asuhan Neonatus, Bayi, Balita dan Anak Pra Sekolah*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Maryuni, A., & Eka, P. (2013). *Asuhan Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: Trans infomedia.
- Nugroho, T. (2014). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan I*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Prawihardjo, S. (2012). *buku panduan praktis pelayanan kesehatan maternal dan neonatal*. jakarta: bina pustaka.
- Prawirohardjo, S. (2010). *Buku Acuhan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: Yayasan Bina Puataka.
- Rohani, S., & Marisah. (2011). *Asuhan Kebidanan Pada Masa Persalinan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Romauli, S. (2011). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan 1 Konsep Dasar Asuhan Kehamilan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Sondakh, J. (2013). *Asuhan Kebidanan & Persalinan Bayi Baru Lahir*. Jakarta: Erlangga.
- Sulistyawati, & Susanto, A. (2014). *Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Sulistyawati, A., & Esti, N. (2014). *Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin*. Jakarta: Salemba Medika.
- Suryati, r. (2011). *asuhan kebidanan pada masa perslinan*. jakarta: salemba medika.
- Vivian, N. (2011). *Asuhan Kehamilan Untuk Kebidanan*. Jakatra: Salemba Medika.

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

Wulandari, S. R. (2011). *Asuhan Kebidanan Ibu Masa Nifas*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.



## **SURAT PENDAHULUAN**

## SURAT BALASAN



BIDAN PRAKTEK MANDIRI  
SUKAENI SEDIJONO S.ST.,S.Psi  
JL. MUHARTO 27B KEL. KOTALAMA  
KEC. KEDUNGKANDANG  
KOTA MALANG  
NO. TELP : 081 945 594 101



### SURAT KETERANGAN

Memperhatikan surat direktur

Nomor : 125 /A-1 / STIKES /III /2017

Perihal permohonan izin penelitian dengan ini memberikan izin untuk mengadakan penelitian kepada mahasiswa :

Nama : DELSIANAN Eti GOMES DIAS  
NIM : 1413.15401.888  
Judul Penelitian : ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF DARI KEHAMILAN  
SAMPAI KB DI BPM KENNY SEDIJONO S.ST.,S.Psi  
KELURAHAN KOTALAMA KECAMATAN KEDUNGKANDANG

Dengan demikian surat keterangan ini dapat digunakan sebagaimana mestinya .

Malang, 31 MARET 2017



Sukaeni Sedijono S.ST.,S.Psi



# SURAT KESEDIAAN PEMBIMBING 1



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

**WIDYAGAMA HUSADA**

Terakreditasi BAN-PT

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

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

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Pakemah S.Si.T.M. Kes.  
Jabatan : Pembimbing I  
Alamat : Jl. Di Pongoro Rt. 04 Rw. 14 Ho. 12 Karanganyar, Pabelan  
No Telp : 085855456299

Dengan ini menyatakan bersedia/ tidak bersedia\*) menjadi pembimbing  
1/ pembimbing 2\*) Laporan Tugas Akhir Prodi D3 Kebidanan STIKES

Widyagama Husada bagi mahasiswa:

Nama : Deliana eti Ganes Djar  
NIM : 1413-15401-888  
Alamat : Candi Sari Utara Ho. 101  
Judul LTA : Asuhan kebidanan secara komprehensif pada Nif 1" Uta 1g tahun.

Malang,  
Pembimbing LTA,

Pakemah S.Si.T.M. Kes.

\*) Coret yang tidak perlu

## SURAT KESEDIAAN PEMBIMBING 2



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

**WIDYAGAMA HUSADA**

Terakreditasi BAN-PT

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

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

Yang bertanda tangan di bawah ini:

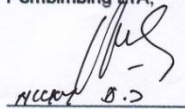
Nama : Hicky Danur Jayanti, S. ST  
Jabatan : Pembimbing II  
Alamat : Jl. Wendit Timur 25 Mangrovean - Patis  
No Telp : 082232111795

Dengan ini menyatakan bersedia/ tidak bersedia\*) menjadi pembimbing  
1/ pembimbing 2\*) Laporan Tugas Akhir Prodi D3 Kebidanan STIKES

Widyagama Husada bagi mahasiswa:

Nama : Delriana et Gomer Djar  
NIM : 1413.152101.888  
Alamat : Jl. Candjari Utara No. 101  
Judul LTA : Asuhan Kebidanan secara KonPerheersif Pada Ny<sup>a</sup> I<sup>a</sup> Umur 19 Tahun.

Malang,  
Pembimbing I/TA,

  
Hicky D. J.

\*) Coret yang tidak perlu

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

# INFORMED CONSENT



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

Terakreditasi BAN-PT

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

## LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN (INFORMED CONSENT)

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Hj. Ariani  
Umur : 24 tahun  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Alamat : Jl. Plosoan Barat Ho. 101.

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

### "BERSEDIA/ TIDAK BERSEDIA"

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

Nama : Hj. Agnes Rosa  
Umur : 45 tahun  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Alamat : Jl. Plosoan Barat Ho. 101.

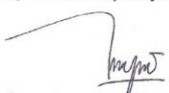
Yang tujuan, sifat dan perlunya asuhan tersebut diatas serta resiko yang dapat ditimbulkan telah cukup dijelaskan, maka saya akan bertanggung jawab atas pilihan saya sendiri dan tidak akan menuntut kemudian hari dan telah saya mengerti sepenuhnya.

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

Saksi

  
( Agnes Rosa Indah )

Malang, 2017  
yang membuat pernyataan

  
( Ariniyah Zulfa )

\*) isi dengan jelas dan coret yang tidak perlu

# KARTU IBU

KARTU IBU HAMIL																												
RS/Puskesmas : Pustu/Polindes/BPS : Kelurahan : Kota :					No indeks / kode : Tgl. Pendaftaran pertama : Nama pemeriksa :																							
IDENTITAS IBU					IDENTITAS SUAMI					RIWAYAT PERKAWINAN																		
Nama : <u>HYA</u> <u>TOA</u>					Umur : <u>27</u> tahun					Umur kawin (thn) : <u>2</u>																		
Umur : <u>27</u> tahun					Umur : <u>25</u> tahun					Jumlah anak : <u>2</u>																		
Agama : <u>Islam</u>					Agama : <u>Islam</u>					Sebab pindah cerai / meninggal																		
Alamat/Telp. : <u>Jl. Ploasan Timur</u>					Alamat/Telp. : <u>Jl. Ploasan Timur</u>					Sebab meninggal																		
Pekerjaan : <u>Swarta</u>					Pekerjaan : <u>Swarta</u>					Tempat meninggal																		
Pendidikan : <u>SI</u>					Pendidikan : <u>SI</u>																							
RIWAYAT KEHAMILAN, PERSALINAN DAN KB																												
HAMIL		PERSALINAN				TEMPAT PERSALINAN				KOMP PERSALINAN			PENOLONG			KEADAAN BBL			KEADAAN ANK SKRG		K B							
Ke	KOMPLIKASI APB HT	Ab	I/P	IU	Nor	Su	Alat	S	C	RS	PKM	BPS	Ru mah	Lain-lain	P. Lama	Infeksi	HPP	Dr	Bd	Lain-lain		P/L	BBL (gr)	Sehat	Sakit	Mati	Hidup (thn)	Mati
RIWAYAT KEHAMILAN SEKARANG																												
G : <u>1</u> P : <u>0000</u> A : <u>000</u>										KELUHAN UTAMA PASIEN																		
Haid : Siklus <u>30</u> hari (teratur/tidak), Lama haid : <u>5</u> hari, HPHT : <u>11/11/11</u>										<u>Pinggang sakit</u>																		
Mual / Muntah : <u>Tidak</u> / Kadang-kadang / Terus-menerus																												
Pusing : <u>Tidak</u> / Kadang-kadang / Terus-menerus																												
Nyeri perut : <u>Ada</u> / <u>Tidak</u>																												
Gerak janin : <u>Aktif</u> / Jarang / Tidak Ada																												
Oedema : <u>Tidak ada</u> / <u>ada</u> (tibia / Umum)										HASIL SKOR KSPR : RST / RT / RR																		
Nafsu makan : <u>Baik</u> / Menurun										RUJUK KE :																		
Perdarahan : <u>Tidak ada</u> / <u>ada</u> (sejak .....																												
Penyakit yang diderita Ibu hamil : <u>Paru/DM/Epilepsi/Hati/Psikosis/Ginjal/Malaria/Jantung/Hipertensi/Diare Lama/Panas/BatuK lama/BB menurun/PMS</u>																												
Penyakit yang diderita suami : <u>PMS / Tatto / Tindik / DM / BatuK Lama / Diare Lama / HIV / Hepatitis / Tumor</u>																												
Riwayat penyakit keluarga : <u>Hipertensi/DM/Paru/Jantung/Gemelli/Psikosis</u>																												
Kebiasaan Ibu : <u>Merokok / minuman keras / narkotika / obat penenang / minum jamu / pijat perut</u>																												
Riwayat Imunisasi TT : <u>Tidak pernah</u> Status TT : T1 / T2 / <u>T3</u> / T4 / T5																												
Fluor Albus : <u>Tidak ada</u> (gatal / berbau / seperti susu / busa cair), warna : .....																												
Pasangan seksual istri : <u>Satu</u> / lebih dari satu																												
Pasangan seksual suami : <u>Satu</u> / lebih dari satu																												
PEMERIKSAAN																												
UMUM					FISIK					KEBIDANAN																		
BB sbim hamil : <u>46</u> Kg					KULIT : Ruam kulit / herpes / sarkoma / tatto / bekas luka sayatan / bekas tusukan jarum / dermatitis					TFU : <u>25</u> Jari/Cm																		
TB / BB / LILA : <u>136</u> cm / <u>56</u> kg / <u>24</u> cm					MATA : <u>Normal</u> / Oedema palpebra / conjunctiva pucat / icterus					UK : <u>32</u> Minggu																		
BENTUK TUBUH : <u>Normal</u>					MULUT : <u>Normal</u> / Cyanosis / Stomatitis / Tonsillitis / Faringitis					BENTUK UTERUS : <u>Normal</u> / kelainan																		
KESADARAN : Fisik / Psikis					GIGI : <u>Normal</u> / Karies					LETAK JANIN : < 36 minggu : Bujur / lintang																		
PUCAT : <u>Tidak</u> / ya					PEMB KEL : Leher / Ketiak / Upatan Paha / Tiroid					- > 36 minggu : <u>Kepala</u> / lintang / sungsang / gemeli																		
KUNING : <u>Tidak</u> / ya					DADA : Paru / Jantung : <u>Normal</u> / Bentuk dada abnormal					- Penurunan kep : ..... / 5																		
TEKANAN DARAH : <u>120</u> / <u>80</u> mmHg					Napas normal / napas sesak					DETAK JANTUNG : ..... / menit																		
SUHU / NADI : <u>37</u> C / <u>134</u> / menit					Payudara : <u>Normal</u> / kemerahan					INSPEKULO : <u>Normal</u> / duh tubuhi																		
PERNAFASAN : <u>20</u> / menit					Benjolan / puting susu masuk / kulit jeruk / keluar cairan					(Bila ada indikasi) vaginitis / tumor / cervix / cervicitis / condyloma lain-lain.....																		
ABDOMEN : Luka bekas op : <u>Tidak ada/ada</u> (.....)																												
- Massa abdomen : <u>Teraba / tidak teraba</u>																												
- H a t i : <u>Teraba / tidak teraba</u>																												
TANGAN TUNGKAI : <u>Normal</u> / oedema																												
- refleks : <u>Tidak ada / ada</u>																												
LABORATORIUM																												
RUTIN							ATASI INDIKASI :																					
- Darah : Hb ..... gr%							Feaces/darah tepi/flour albus/Cd4/Pap smear/hepatitis/HIV/VDRL/indir cervix/piano test/																					
- Urine : Albumin ..... Reduksi .....							BTA/rontgen																					
- Gol Darah : <u>O</u>							*) Hasil lampirkan																					
KESIMPULAN / DIAGNOSA :																												
PEMBERIAN OBAT :																												

**BUKU KIA**

**CATATAN KESEHATAN IBU HAMIL**

**Diisi oleh petugas kesehatan**

Hamil ke ...1... Jumlah persalinan ..... Jumlah keguguran ..... G I... P 000A 000  
 Jumlah anak hidup ..... Jumlah lahir mati .....  
 Jumlah anak lahir kurang bulan ..... anak  
 Jarak kehamilan ini dengan persalinan terakhir .....  
 Status imunisasi Imunisasi TT terakhir ...1...3...[bulan/tahun]  
 Penolong persalinan terakhir .....  
 Cara persalinan terakhir\*\* : [ ] Spontan/Normal [ ] Tindakan .....

\*\* Beri 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
-/+	-	-	- sesuai hamil - nutrisi	Rumak Pagan. Delmana S.	
-/+	-	-	- memantau kehamilan - istirahat	Rumak Pagan Delmana S.	
-/+	-	-	- tidak angkat barang berat - istirahat	Rumak Pagan Delmana S.	
-/+	-	-	- Huteri - tenang	Rumak Pagan Delmana S.	
-/+					
-/+					
-/+					
-/+					
-/+					
-/+					
-/+					

## CATATAN KESEHATAN IBU HAMIL

### Diisi oleh petugas kesehatan

Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT), tanggal: 4-10-2016  
 Hari Taksiran Persalinan (HTP), tanggal: 11-7-2017  
 Lingkar Lengan Atas: ..... cm; KEK ( ) , Non KEK ( ) Tinggi Badan: 156 cm  
 Golongan Darah: ..... O .....  
 Penggunaan kontrasepsi sebelum kehamilan ini: ..... - .....  
 Riwayat Penyakit yang diderita ibu: ..... Tidak ada .....  
 Riwayat Alergi: ..... Tidak ada .....

Tgl	Keluhan Sekarang	Tekanan Darah (mmHg)	Berat Badan (Kg)	Umur Kehamilan (Minggu)	Tinggi Fundus (Cm)	Letak Janin Kep/Su/Li	Denyut Jantung Janin/ Menit
<u>10/11/17</u>	<u>Pinggang sakit</u>	<u>110/70</u>	<u>46 Kg</u>	<u>32-33</u>	<u>25 cm</u>	<u>H</u>	<u>136x</u>
<u>20/11/17</u>	<u>-</u>	<u>120/80</u>	<u>55,5 Kg</u>	<u>33-34</u>	<u>26 cm</u>	<u>H</u>	<u>140x</u>
<u>30/11/17</u>	<u>-</u>	<u>120/86</u>	<u>56 Kg</u>	<u>34-35</u>	<u>27 cm</u>	<u>H</u>	<u>138x</u>
<u>16/12/17</u>	<u>-</u>	<u>120/86</u>	<u>56,5 Kg</u>	<u>35-36</u>	<u>28 cm</u>	<u>H</u>	<u>+</u>

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

Nama: Huda Umur Ibu: 34 Th.  
 Hamil ke: 1 Haid Terakhir tgl: 16-10-16 Perkiraan Persalinan tgl: 11-11-16  
 Pendidikan: Ibu SLTP Suami SD  
 Pekerjaan: Ibu Jual-beli Suami 23 Tahun

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

**PENYULUHAN KEHAMILAN/PERSALINAN AMAN – RUJUKAN TERENCANA**

JML. SKOR RISIKO	KEL. RISKI	KEHAMILAN		PERSALINAN DENGAN RISIKO			
		PERA WATAN	RUJUKAN	TEMPAT	PEND. LANG.	RUJUKAN	
					RDR	RDR	RTW
0-5	Rendah	BIDAN	BIDAN	POLINDES	BIDAN		
6-10	KRT	BIDAN	BIDAN	POLINDES	BIDAN		
11-15	Rendah	BIDAN	BIDAN	POLINDES	BIDAN		
16-20	Rendah	BIDAN	BIDAN	POLINDES	BIDAN		
21-25	Rendah	BIDAN	BIDAN	POLINDES	BIDAN		
26-30	Rendah	BIDAN	BIDAN	POLINDES	BIDAN		
31-35	Rendah	BIDAN	BIDAN	POLINDES	BIDAN		
36-40	Rendah	BIDAN	BIDAN	POLINDES	BIDAN		

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

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

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

Persalinan : Melahirkan tanggal: ..../..../..

**RUJUKAN DARI :** 1. Sendiri 2. Dukun 3. Bidan 4. Puskesmas

**RUJUKAN KE :** 1. Bidan 2. Puskesmas 3. Rumah Sakit

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

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

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

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

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

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

**PASCA PERSALINAN :**

**IBU :** 1. Hidup 2. Mati, dengan penyebab:  
 a. Perdarahan b. Preeklampsia/Eklampsia  
 c. Partus lama d. Infeksi e. Lain-2

**TEMPAT KEMATIAN IBU :** 1. Rumah ibu 2. Rumah bidan 3. Polindes 4. Puskesmas 5. Rumah Sakit

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

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

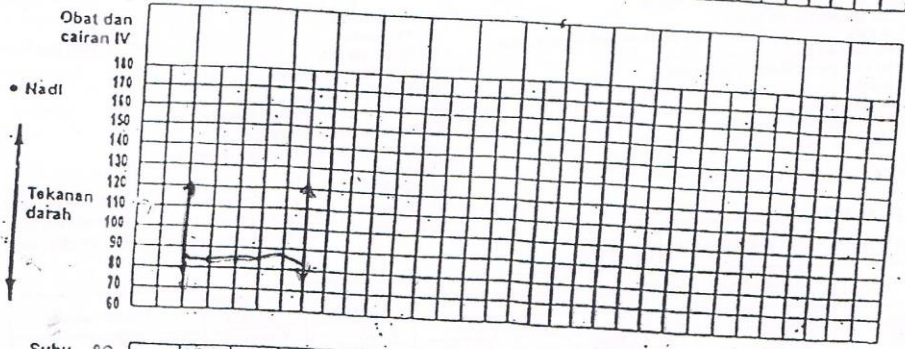
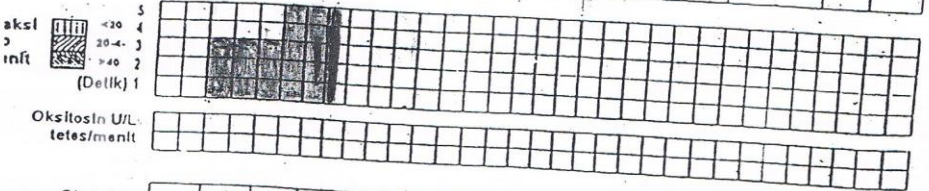
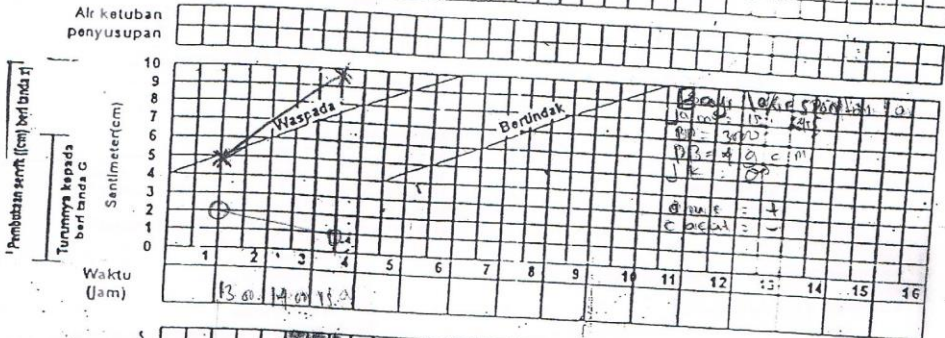
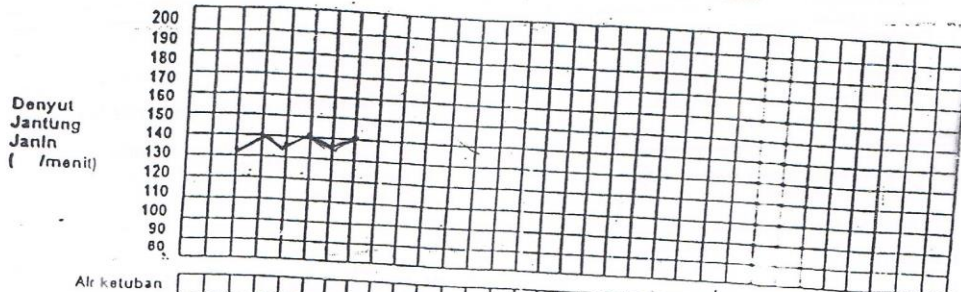
**Keluarga Berencana :** 1. Ya / Sterilisasi 2. Belum Tahu

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

# PATOGRAF

## PARTOGRAF

No. Registrasi:       Nama Ibu: Mly. A. Umur: 24 tahun P: 0000 A: 0000  
 No. Puskesmas:       Tanggal: 4-7-2017 Jam: 13.00  
 Ketuban pecah sejak Jam: Belum Mules sejak Jam: 05.00 wib.



Suhu  $^{\circ}\text{C}$  36,2

Protein selon

mpo

*[Handwritten signature]*



4 - Juli - 2017

2. Nama bidan : Delima E. Gunawan
3. Tempat persalinan :
- Rumah Ibu
  - Puskesmas
  - Polindes
  - Rumah Sakit
  - Klinik Swasta
  - Lainnya
1. Alasan tempat persalinan : Jl. Plojan Lorat
1. Catatan rujuk kala III/IV
1. Alasan merujuk :
1. Tempat rujukan :
1. Pendamping pada saat merujuk :
- Bidan
  - Teman
  - Suami
  - Dukun
  - Keluarga
  - Tidak ada

**ALAI**

- Partograf melewati garis waspada : Y
0. Masalah lain, sebutkan
1. Penatalaksanaan masalah tsb :
2. Hasilnya :

**ALAI II**

1. Episiotomi :
- Ya, Indikasi Permisio Kava
  - Tidak
1. Pendamping pada saat persalinan :
- Suami
  - Teman
  - Keluarga
  - Dukun
  - Tidak ada
- Gawat janin :
- Ya, tindakan yang dilakukan :
  - a. ....
  - b. ....
  - c. ....
  - Tidak
  - Pemantauan DJJ setiap 5-10 menit selama kala II, hasil :
  - Distosia bahu
  - Ya, tindakan yang dilakukan :
  - a. ....
  - b. ....
  - c. ....
  - Tidak
- Masalah lain, sebutkan :
- Penatalaksanaan masalah tersebut :

**ALAI III**

- Inisiasi menyusui dini
- Ya
  - Tidak, alasannya
- Lama kala III : 10 menit
- Pemberian Oksitosin 10 U IM ?
- Ya, waktu 1 menit sesudah persalinan
  - Tidak, alasan :
- Penjepitan dan pemotongan tali pusat ?
- Ya, waktu 1 menit
  - Tidak, alasan :
- Pemberian ulang Oksitosin (2x) ?
- Ya, alasan :
  - Tidak
- Pengangan tali pusat terkendali ?
- Ya
  - Tidak, alasan :

**PEMANTAUAN PERSALINAN KALA IV**

Jam ke	Waktu	Tekanan Darah	Nadi	Suhu	Tinggi fundus uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Pendarahan
1	17.45	110/70	80	36.2	2 jari d. Pubis	Berat	Kering	SD
	18.00	110/70	84		2 jari d. Pubis	Berat	Kering	SD
	18.15	110/80	84		2 jari d. Pubis	Berat	Kering	SD
2	18.30	120/80	84		2 jari d. Pubis	Berat	Kering	SD
	18.45	120/80	82	36.4	2 jari d. Pubis	Berat	Kering	SD
	19.00	120/80	82	36.4	2 jari d. Pubis	Berat	Kering	SD

Masalah Kala IV : .....

Penatalaksanaan masalah tersebut : .....

Hasilnya : .....

- Tidak alasan
26. Plasenta lahir lengkap (intact) Ya / Tidak
- Jika tidak lengkap tindakan yang dilakukan :
  - a. ....
  - b. ....
27. Plasenta tidak lahir > 30 menit : Ya / Tidak
- Ya, tindakan :
  - a. ....
  - b. ....
  - c. ....
28. Lakserasi :
- Ya, dimana Perineum
  - Tidak
29. Jika laceransipireneum, derajat 1/2/3/4
- Tindakan :
- Penjahitan, dengan / tanpa anestesi
  - Tidak dijahit, alasan :
30. Atonia uteri
- Ya, tindakan :
  - a. ....
  - b. ....
  - c. ....
- Tidak
31. Jumlah pendarahan : 150 ml
32. Masalah lain, sebutkan :
33. Penatalaksanaan masalah tersebut :
34. Hasilnya :

**BAYI BARU LAHIR :**

35. Berat badan 3.000 gram
36. Panjang 48 cm
37. Jenis kelamin L
38. Penilaian bayi baru lahir : baik / ada penyulit
39. Bayi lahir dengan AVS : 7-8
- Normal, tindakan :
  - Mengeringkan
  - Menghangatkan
  - Rangsang taktil
  - Bungkus bayi dan tempatkan disisi ibu
  - Asfiksia ringan / pucat / biru / lemas / tindakan :
  - Mengeringkan
  - Menghangatkan
  - Rangsang taktil
  - Bungkus bayi dan tempatkan disisi ibu
  - lain-lain, sebutkan :
- Cacat bawaan, sebutkan :
- Hipotermia, tindakan :
- a. ....
  - b. ....
  - c. ....
40. Pemberian ASI
- Ya, waktu 1 jam setelah bayi lahir
  - Tidak, alasan :
41. Masalah lain, sebutkan :
- Hasilnya :
42. Pemberian vit. A 200.000 iu pada ibu
- 1 jam setelah melahirkan
  - 24 jam setelah pemberian pertama
43. Pada bayi
- inj. Vit K 1 jam setelah lahir
  - zalf mata 1 jam setelah lahir
  - Hb. unjcek 2-4 jam setelah lahir

# LAMPIRAN LEMBAR KONSUL

Form 8:  
CATATAN KONSULTASI PEMBIMBING 2

NO.	TANGGAL	KEGIATAN DAN SARAN	PARAF PEMBIMBING
1	5/5 2017	Revisi Bab 1-3	Uy
2	6/5 2017	Revisi Bab 1-3	Uy
3	12/5 2017	Revisi Penulisan Bab 1-3 PPT	Uy
4	13/5 2017	Acc	Uy
5	24/7 2017	Revisi Bab 4	Uy
6	29/7 2017	Revisi Bab 4-5	Uy
7	7/8 2017	Revisi Bab 5	Uy
8	2/8 2017	Revisi Bab 5	Uy
9	2/8 2017	Concept Campiran	Uy

Form 9:  
CATATAN KONSULTASI PEMBIMBING 2

NO.	TANGGAL	KEGIATAN DAN SARAN	PARAF PEMBIMBING
	4/8 2017	Acc -> LTA	Uy
	20/8 11	Acc Pengkasan	Uy

Form 4:  
SEMINAR PROPOSAL YANG TELAH DIKUTI

NO	TANGGAL	JUDUL	NAMA MAHASISWA	PRODI	PARAF PEMBIMBING

Form 5:  
CATATAN KONSULTASI PEMBIMBING 1

NO.	TANGGAL	KEGIATAN DAN SARAN	PARAF PEMBIMBING
1	06/4/2017	Konsultasi Bab I	J
2	17/4/2017	Konsultasi Bab I	J
3	18/4/2017	Konsultasi Bab I dan Bab II	J
4	18/4/2017	Revisi dan konsultasi Bab II	J
5	27/4/2017	Konsultasi Bab IV (Tugas)	J
6	12/5/2017	Acc proposal, Revisi dan konsultasi	J
7	19/7/2017	Konsultasi Bab IV dan V	J
8	21/8/2017	Konsultasi 4, 5 dan 6	J
9	24/8/2017	Wawancara dengan dosen	J

Form 6:  
CATATAN KONSULTASI PEMBIMBING 1

NO.	TANGGAL	KEGIATAN DAN SARAN	PARAF PEMBIMBING
10	2/8/2017	Konsultasi Bab 2, Revisi - Elemen Bab II dan III	J
11	4/8/2017	Acc Muga Ujian CTA	J
12	20/8/2017	Acc Ringkasan	J

Form 7:  
CATATAN KONSULTASI PEMBIMBING 1

NO.	TANGGAL	KEGIATAN DAN SARAN	PARAF PEMBIMBING

Form 10:  
CATATAN KONSULTASI PEMBIMBING 2

NO.	TANGGAL	KEGIATAN DAN SARAN	PARAF PEMBIMBING




Form 11:  
CATATAN KONSULTASI RINGKASAN BAHASA  
INGGRIS

NO.	TANGGAL	KEGIATAN DAN SARAN	PARAF PEMBIMBING
1.	29/8/17.	Revisi	
2.	3/9/17	Revisi	
3.	4/9/17	Revisi	
4.	5/9/17	Revisi	
5.	5/9/17	Acc summary	

# LEMBAR REKOMENDASI

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

Nama Mahasiswa :Delsiana Eti Gomes Dias  
NIM :1413.154  
.01.888  
Judul LTA :Asuhan kebidanankomprehensif pada Ny." A"  
usia 24 Tahun di BPM soemidyah Ipung, Amd.  
Keb. Kota Malang

No.	Nama Penguji	Rekomendasi	TTD
	<b>Penguji I</b> dr. Benny Marcel Pandango, SpOG	Penulisan	
	<b>Penguji II</b> Patemah, S.SiT., M. Kes	Penulisan Kerangka Konsep pembahasan	
	<b>Penguji III</b> Nicky Danur Jayanti, S. ST	Penulisan Ringkasan Rata Kiri Kanan Pembahasan	

# SURAT KEASLIAN TULISAN



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

**WIDYAGAMA HUSADA**

Terakreditasi BAN-PT

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

## PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Delsian Eti Gomes Dias

NIM : 1413. 15401. 888

Program Studi : D3 Kebidanan

STIKES Widyagama Husada Malang

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

Malang, 18 Agustus 2017

Mengetahui

Kaprodi

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

Penulis



(Delsiana Eti Gomes Dias)

## Kunjungan ANC



## Kunjungan INC





## Kunjungan PNC



## Kunjungan KB



## **CURRICULUM VITAE**



**Delsiana Eti Gomes Dias**

**Atsabe, 23 Desember 1997**

**Motto :**

**“ Kesuksesan itu bukanlah akhir segalanya  
Tetapi hanya sebuah pencapaian”**

**Riwayat Pendidikan**

**SDN Haliwen Atambua Lulus Tahun 2008**

**SMP Hati Tersuci Maria Halilulik Lulus Tahun 2011**

**SMK St. Thomas Maumere Lulus Tahun 2014**

**D3 kebidanan Stikes Widayagama Husada Malang 2017**