

LAPORAN TUGAS AKHIR
ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY”S” USIA 26 TAHUN
DI BPM SOEMIDYAH IPUNG, Amd.Keb
MALANG



Oleh :
DYAH HERDIANA
NIM 1312.15401.762

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

LAPORAN TUGAS AKHIR
ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY”S” USIA 26 TAHUN
DI BPM SOEMIDYAH IPUNG, Amd.Keb
MALANG



**Diajukan Sebagai Syarat Untuk Menyelesaikan Pendidikan Tinggi Program
Studi D3 Kebidanan**

Oleh :

DYAH HERDIANA

NIM 1312.15401.762

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

LEMBAR PERSETUJUAN

Tugas Akhir ini telah di setujui untuk dipertahankan dihadapan

Tim Penguji Laporan Tugas Akhir

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Widyagama Husada :

ASUHAN KEBIDANAN KHOMPREHENSIF PADA NY "S" USIA 26 TAHUN
GIIP₁₀₀₁Ab₀₀₀

DI BPM SOEMIDYAH IPUNG, Amd.Keb

MALANG

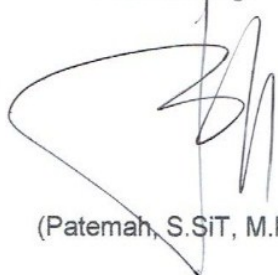
DYAH HERDIANA

1312.15401.762

Malang, 12 - 08 - 2017

Menyetujui,

Pembimbing I



(Patemah, S.SiT, M.Kes)

Pembimbing II



(Nicky DJ, S.SiT)

LEMBAR PENGESAHAN

Tugas Akhir ini telah diperiksa dan dipertahankan dihadapan

Tim Penguji Laporan Tugas Akhir

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Widyagama Husada :

ASUHAN KEBIDANAN KHOMPREHENSIF PADA NY "S" USIA 26 TAHUN
GIIP₁₀₀₁Ab₀₀₀

DI BPM SOEMIDYAH IPUNG, Amd.Keb

MALANG

DYAH HERDIANA

1312.15401.762

Penguji I

Jiarti Kusbandiyah, S.SiT, M.Kes

26 - 08 - 2017

()

Penguji II

Patemah, S.SiT, M.Kes

26 - 08 - 2017

()

Penguji III

Nicky DJ, S.SiT


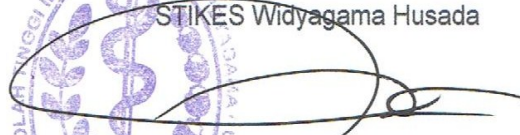
26 - 08 - 2017

()

Mengetahui,

Ketua

STIKES Widyagama Husada



dr. RUDY JOEGIJANTORO, MMRS
NIP. 197110152001121006

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa yang telah melimpahkan rahmat, hidayah, dan inayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir yang berjudul “Laporan Tugas Akhir Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny.“S” Usia 26 Tahun”. Dalam Laporan Tugas Akhir dijabarkan bagaimana perkembangan ibu mulai dari masa kehamilan sampai dengan KB sebagai salah satu persyaratan akademis dalam rangka menyelesaikan kuliah Diploma III Kebidanan STIKES Widyagama Husada Malang.

Dalam menyusun Laporan Tugas Akhir ini tidak sedikit kesulitan dan hambatan yang penulis alami, namun berkat bimbingan, bantuan, dan dukungan dari berbagai pihak maka penulis dapat menyelesaikannya. Oleh karena itu pada kesempatan ini penulis mengucapkan terimakasih sedalam-dalamnya kepada :

1. Ketua STIKES Widyagama Husada dr.Rudy Joegijantoro, MMRS
2. Ketua Kaprodi Ketua Kaprodi Kebidanan Yuniar Angelia P, S.SiT, M.Keb.
3. Ibu Jiarti Kusbandiyah, S.SiT, M.Kes selaku penguji I.
4. Ibu Patemah, S.SiT, M.Kes selaku penguji III.
5. Ibu Nicky DJ, S.SiT selaku penguji II.
6. BPM Soemidyah Ipung, Amd.Keb yang telah memberikan izin penulis untuk melakukan Asuhan Kebidanan Komprehensif.
7. Ny “S” yang telah bersedia menjadi responden.
8. Orang yang sangat berarti Ayah Suparnun Pranoto dan Ibu Wanti, yang telah menjadi motivasi untuk penulis.
9. Kakak Afan Hendratmoko, Ria yusfita dan Adik Yunita Rahayu P, yang telah memberikan doa dan dukungan kepada penulis.

10. Untuk seseorang yang telah membantu dalam menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini serta telah bersedia mendengarkan keluhan-keluhan saat penulis mengalami masalah Aditya K, terimakasih atas semuanya.

11. Sahabat Penulis Maha Dhena, Martha Putri, Tira terimakasih penulis ucapkan karena selalu memberi motivasi kepada penulis mulai awal kuliah hingga terselesaikannya Laporan Tugas Akhir ini.

Penulis menyadari bahwa masih banyak kekurangan dalam Laporan Tugas Akhir ini. Oleh karena itu segala kritik dan saran yang membangun akan penulis terima dengan baik.

Malang, 2017

Dyah Herdiana

RINGKASAN

Herdiana, Dyah. 2017. *Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny. "S" Usia 26 Tahun di BPM Soemidyah Ipung, Amd.Keb. Kota Malang.* Laporan Tugas Akhir. Progam Studi D3 Kebidanan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Widyagama Husada Malang. Pembimbing: (1) Patemah, S. SiT. M.Kes ,(2) Nicky DJ S.SiT.

Hasil survey Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2012 menunjukkan Angka Kematian Ibu (AKI) sebesar 346 per 100.000 kelahiran hidup dan Angka Kematian Bayi (AKB) sebesar 32 per 1000 kelahiran hidup. Angka ini masih cukup tinggi jika di dibandingkan dengan negara-negara tetangga di ASEAN (Health Statistic, 2015). Jumlah ibu hamil di kota Malang tahun 2015 adalah 17.757, jumlah AKI 9, jumlah neonatus adalah 11.953, jumlah AKB 87. Salah satu upaya yang dapat dilakukan untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan pada ibu dan anak adalah dengan melakukan asuhan kebidanan secara komprehensif, sehingga bidan dapat memantau serta mendeteksi secara dini adanya komplikasi yang dapat terjadi. Tujuan umum tugas akhir ini adalah mahasiswa mampu menerapkan asuhan kebidanan secara komprehensif pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir, dan Keluarga Berencana sesuai dengan standar asuhan kebidanan.

Asuhan Kebidanan yang diberikan kepada Ny" S" dilakukan dengan 12 kali kunjungan secara komprehensif dari masa kehamilan sampai dengan KB. Pada trimester III dilakukan 4 kali kunjungan, persalinan dilakukan 1 kali kunjungan, nifas dilakukan 4 kali kunjungan dan asuhan bayi baru lahir dilakukan 2 kali kunjungan dan sampai ibu kembali KB dilakukan 1 kali kunjungan. Asuhan didokumentasikan melalui manajemen kebidanan dalam bentuk SOAP.

Hasil asuhan kebidanan komprehensif *Antenatal Care* menunjukkan semua hasil pemeriksaan normal. Persalinan berlangsung secara normal. Nifas normal, BBL normal dan pasien menggunakan KB IUD. Hasil dari Asuhan Kebidanan yang diberikan pada Ny "S" mulai dari proses kehamilan sampai dengan KB semuanya berlangsung fisiologis. Diharapkan petugas kesehatan mampu mempertahankan dan meningkatkan pelayanan sesuai standar asuhan kebidanan untuk mengurangi jumlah AKI dan AKB di Indonesia.

Kepustakaan : 21 Kepustakaan (2010-2015)
Kata kunci : Asuhan kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, Keluarga Berencana.

SUMMARY

Herdiana, Dyah. 2017. *Comprehensive Midwifery Care to Mrs "S" 26 Years Old in Soemidyah Ipung, Amd.Keb. Midwife Practitioner Malang City. Final Task. D3 Midwifery Study Program of Widyagama Husada School of Health Malang. Advisors: (1) Patemah, S. SiT. M.Kes ,(2) Nicky DJ S.SiT.*

The result of Indonesian demographic and health survey in 2012 indicated that Maternal Mortality Rate (MMR) reached 346 every 1000 live birth, and Infant Mortality Rate (IMR) was 32 every 1000 live birth. The rate was still quite high compared with neighboring countries in ASEAN (Health Statistic, 2012). The number of pregnant women in Malang city in 2015 was 17.757, the MMR was 9, number of neonatus were 11.953, and IMR was 87. One effort that can be done to improve the quality of health services for the mother and children is conducting midwifery care comprehensively so that midwife can monitor and detect early complication that may occur. The general objectives of the final task was the student was able to apply comprehensive midwifery care to pregnant women, labor, postpartum, newborn baby and Family Planning in accordance with standard of midwifery care.

The midwifery care was given to Mrs. "S" during 12 visits that were conducted comprehensively from pregnancy until Family Planning. In the third trimester there were 4 visits, 1 visit during labor, 4 visits in postpartum, 2 visits in newborn baby, and 1 visit in Family Planning program. The care was documented using SOAP midwifery management.

Comprehensive midwifery care results in *Antenatal Care* visit indicated normal examination results. The labor was normal. Postpartum and newborn period were also normal. The mother used IUD as her Family Planning. The results of midwifery care given to Mrs. "S" from pregnancy until Family Planning were physiological. It is expected that health workers can maintain and improve services according to midwifery care standards to reduce the number of maternal and infant mortality in Indonesia.

References :21 references (2010-2015)

Keywords :Antenatal care, intranatal care, newborn baby, postnatal care, Family Planning program.

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
RINGKASAN	vi
SUMMARY	vii
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Tujuan	4
1.1.1 Tujuan Umum	4
1.2.2 Tujuan Khusus.....	4
1.3 Ruang Lingkup.....	5
1.2.2 Sasaran.....	5
1.2.2 Waktu.....	5
1.2.3 Tempat.....	5
1.3 Manfaat	5
1.3.1 Bagi Mahasiswa.....	5
1.3.2 Bagi Klien.....	6
1.3.3 Bagi Institusi Pendidikan	6
1.3.4 Bagi Lahan Praktek	6
BAB II TINJAUAN TEORI	7
2.1 Konsep Dasar Teori.....	7

2.1.1 Konsep Dasar Kehamilan.....	7
2.1.2 Konsep Dasar Persalinan.....	36
2.1.3 Konsep Dasar Nifas.....	49
2.1.4 Konsep Dasar Neonatus dan Bayi Baru Lahir	70
2.1.5 Konsep Dasar Kontrasepsi.....	87
2.1.7 Konsep Dokumentasi Kebidanan.....	102
BAB III KERANGKA KONSEP.....	107
3.1 Kerangka Konsep Asuhan Kebidanan <i>Continuity Of Care</i>	107
3.2 Keterangan Kerangka Konsep	108
BAB IV ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF	109
4.1 Asuhan Kebidanan pada Kehamilan	109
4.2 Asuhan Kebidanan pada Persalinan	119
4.3 Asuhan Kebidanan pada Masa Nifas	126
4.4 Kunjungan pada BBL.....	132
4.5 Kunjungan KB	137
BAB V PEMBAHASAN	139
5.1 Pembahasan Asuhan Kehamilan	139
5.2 Pembahasan Asuhan Persalinan	141
5.3 Pembahasan Asuhan Nifas	144
5.4 Pembahasan Asuhan Bayi Baru Lahir	146
5.5. Pembahasan Keluarga Berencana	148
BAB VI PENUTUP	150
6.1 KESIMPULAN	150
6.2 SARAN.....	151
DAFTAR PUSTAKA.....	151
LAMPIRAN	195

DAFTAR TABEL

- Tabel 2. 1 Klarifikasi Kehamilan menurut Triwulan Kehamilan
- Tabel 2. 2 Tanda-tanda kehamilan
- Tabel 2. 3 Perkiraan TFU terhadap umur kehamilan
- Tabel 2. 4 Bentuk dan konsistensi uterus
- Tabel 2. 5 Komponen
- Tabel 2. 6 Nilai Normal HB
- Tabel 2. 7 Hasil pemeriksaan Urine Reduksi
- Tabel 2. 8 Diagnosa Kehamilan
- Tabel 2. 9 Tanda Bahaya Kehamilan
- Tabel 2. 10 Penatalaksanaan menurut Trimester
- Tabel 2. 11 Standar Asuhan Kebidanan
- Tabel 2. 12 Senam Hamil
- Tabel 2. 13 Konsep 18 Penapisan
- Tabel 2. 14 Involusi Uterus
- Tabel 2. 15 Jadwal Kunjungan Rumah
- Tabel 2. 16 Penyuluhan kepada Ibu Masa Nifas
- Tabel 2. 17 Sistem Pernafasan Pada Bayi Baru Lahir
- Tabel 2. 18 Perkembangan Sistem Pulmoner
- Tabel 2. 19 Tanda Bahaya dan Penatalaksanaan Neonatus dan Bayi
- Tabel 2. 20 Neonatus dan jejas persalinan
- Tabel 2. 21 Resiko Tinggi Bayi Baru Lahir
- Tabel 2. 22 Neonatus dan Kelainan Konginetal
- Tabel 2. 23 Komplikasi Tubektomi

DAFTAR GAMBAR

2. 1 Proses terjadinya kehamilan
2. 2 Pemeriksaan Leopold
2. 3 Mekanisme Persalinan Normal
2. 4 Bidang Hodge
2. 5 Posisi dalam melahirkan
2. 6 Cara Duncan dan Schulzate
2. 7 Proses Laktasi
2. 8 Posisi Menyusui yang benar
2. 9 Posisi Perlekatan
2. 10 Penatalaksanaan Perdarahan
2. 11 Sirkulasi peredaran Darah
2. 12 Sirkulasi Peredaran Darah Pada Janin
2. 13 KB IUD
2. 14 KB Implant

DAFTAR LAMPIRAN

1. Surat Studi Pendahuluan
2. Surat Balasan Bidan
3. Surat Kesiediaan Pembimbing I & II
4. Identitas Keluarga
5. Catatan Kesehatan Ibu Hamil
6. Hasil Pemeriksaan Laboratorium
7. KSPR
8. Kartu Ibu Hamil
9. Dokumentasi

DAFTAR SINGKATAN

AKI	: Angka Kematian Ibu
AKB	: Angka Kematian Bayi
COC	: <i>Continuity of care</i>
SC	: <i>Sectio Caesarea</i>
UK	: Usia Kehamilan
ASI	: Air Susu Ibu
KB	: Keluarga Berencana
PAP	: Pintu Atas Panggul
IUD	: <i>Intra Uterine Device</i>
AKDR	: Alat Kontrasepsi Dalam Rahim
MOW	: Metode Operatif Wanita
MOP	: Metode Operatif Pria
IMS	: Infeksi Menular Seksual
BBL	: Bayi Baru Lahir
KN	: Kunjungan Neonatal
KF	: Kunjungan Nifas
TTV	: Tanda-Tanda Vital
PTT	: Peregangan Tali Pusat Terkendali
HPHT	: Hari Pertama Haid Terakhir
HB	: Hemoglobin
LILA	: Lingkaran Lengan Atas
PMT	: Pendamping Makanan Tambahan
KSPR	: Kartu Skor Poedji Rochjati
KRR	: Kehamilan Resiko Rendah
VT	: Vagina Toucher

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) baru saja meluncurkan program pembangunan berkelanjutan yang diberi nama *Sustainable Development Goals* (SDGs), menggantikan program sebelumnya *Millennium Development Goals* (MDGs) yang akan otomatis berlaku bagi negara-negara maju dan berkembang untuk 15 tahun ke depan. Berdasarkan hasil sementara identifikasi calon indikator menurut *Sustainable Development Goals* (SDGs) untuk sektor kesehatan khusus bagian KIA, pada 2030 mengurangi angka kematian ibu hingga di bawah 70 per 100.000 kelahiran hidup. Dengan data acuan 346 per 100.000 kelahiran hidup (Kemenkes, 2012) yang akan ditargetkan pada 2019 menjadi 306 per 100.000 kelahiran hidup. Berdasarkan data acuan angka kematian neonatal 19 per 1000 kelahiran hidup (SDKI, 2012) dan akan ditargetkan pada tahun 2025 menjadi 9 per 1000 kelahiran hidup (Kemenkes, 2015). Berdasarkan *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia* (SDKI) tahun 2012. AKI sebesar 346 per 100.000 kelahiran hidup, sedangkan untuk angka kematian bayi (AKB) Di Indonesia menjadi 32 per 1000 kelahiran hidup. Angka ini masih cukup tinggi jika di bandingkan dengan negara-negara tetangga di ASEAN (Health Statistic, 2015).

Pencapaian program pemerintah dalam menurunkan AKI dan AKB yang cukup tinggi dan berperan serta dalam perwujudan target SDGs, sehingga ditemukan suatu masalah yaitu mengenai kesehatan ibu dan anak. Salah satu strategi atau upaya yang dapat dilakukan untuk menurunkan AKI dan AKB adalah dengan meningkatkan pelayanan kebidanan yang bermutu dan

menyeluruh kepada ibu dan bayi dalam ruang lingkup kebidanan terutama pertolongan persalinan, kegawatdaruratan obstetri dan neonatal serta melakukan asuhan kebidanan secara komprehensif. Dengan melakukan asuhan kebidanan *Continuity Of Care* bidan dapat memantau dan mendeteksi secara dini terhadap kemungkinan adanya komplikasi yang mungkin saja dapat terjadi pada ibu dan bayi (Dinkes Jatim, 2012).

Berdasarkan data Kementerian Kesehatan RI penyebab kematian ibu yaitu perdarahan 30,3 %, hipertensi 27,1 %, infeksi 7,3 %, partus lama 1,8 %, abortus 1,6 % dan lain-lain 31,9 % seperti penyakit kanker, ginjal, jantung, tuberkulosis atau penyakit lain yang diderita ibu (Profil Kesehatan Indonesia, 2014). Sedangkan penyebab kematian bayi yaitu Kelainan kongenital 1%, ikterus 6%, hipotermi 7%, sepsis 12%, prematur 34%, gangguan pernafasan 37% (Kemenkes,2009). Komplikasi-komplikasi tersebut dapat di cegah dengan melakukan asuhan kebidanan secara komprehensif.

Cakupan Kunjungan (K1) pada ibu hamil mengalami penurunan dari tahun sebelumnya yaitu dari 96,84% pada tahun 2012 menjadi 95,25% pada tahun 2013. Cakupan pertolongan persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan (PN) mencapai 90,88% dari target 89%. Cakupan akseptor Keluarga Berencana (KB) aktif mencapai 76,73%. Cakupan *kunjungan neonatal* (KN) lengkap mengalami penurunan dari 87,79% pada tahun 2012 menjadi 87,23% pada tahun 2013, namun tetap memenuhi target 84% (Kemenkes, 2014).

Capaian cakupan K4 mencapai 87,36% dari target pencapaian 93% di wilayah provinsi Jawa Timur. Capaian cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan 97,53% dari target pencapaian 89%. Cakupan peserta Keluarga

Berencana (KB) aktif mencapai 78,98%. Cakupan *kunjungan neonatal* (KN) lengkap mencapai 89,08% dari target pencapaian 84% (Dinkes Jatim, 2014).

Jumlah ibu hamil di kota Malang adalah 17.757, capaian k1 95,11%. Jumlah AKI 9, sedangkan untuk jumlah neonatus yang hidup adalah 11.953 dan yang meninggal 87. Jumlah ibu nifas 11.668, capainnya 91.18%. Jumlah akseptor KB adalah 10.693, capaian 73.43%. Jumlah persalinan oleh tenaga kesehatan adalah 11.976, capaiannya 93.58%. (DinKes Kota Malang, 2016)

Continuity Of Care merupakan pelayanan yang dicapai ketika terjalin hubungan yang terus-menerus antara seorang wanita dan bidan. Asuhan yang berkelanjutan berkaitan dengan kualitas pelayanan dari waktu ke waktu yang membutuhkan hubungan terus menerus antara pasien dengan tenaga kesehatan. Adapun manfaat melakukan kebidanan secara *Contuinity Of Care* yaitu untuk memantau dan melakukan deteksi dini adanya komplikasi yang dapat terjadi asuhan secara berkelanjutan berkaitan dengan kualitas pelayanan dari waktu-waktu yang membutuhkan hubungan terus –menerus antara pasien dengan tenaga kesehatan (Depkes, 2014). Apabila asuhan *Contuinity Of Care* dalam kebidanan tidak diterapkan maka bidan atau tenaga kesehatan lainnya akan kesulitan untuk melakukan deteksi dini adanya penyulit yang dapat mengancam jiwa sehingga memperburuk kualitas kesehatan (Depkes, 2014). Alasan memilih pasien Ny "S" dalam Laporan Tugas Akhir ini karena pasien dalam penilaian KSPR (Kartu Skor Poedji Rochjati) masuk dalam kriteria KRR (Kehamilan Resiko Rendah) dengan nilai skor 2 yang artinya penolong dilakukan oleh bidan.

Oleh karena itu, penulis melakukan asuhan kebidanan pada masa kehamilan, bersalin, nifas, neonatus dan keluarga berencana dengan

menggunakan asuhan kebidanan secara komprehensif sebagai laporan tugas akhir dengan judul Asuhan kebidanan secara komprehensif dari TM III sampai KB pada Ny”S” usia 25 tahun GIIP₁₀₀Ab₀₀₀ dengan kehamilan fisiologis di BPM Soemidiyah Ipung, Amd.Keb.

1.2 Tujuan

1.1.1 Tujuan Umum

1.

1.1.

1.1.

Diharapkan mahasiswa mampu menerapkan Asuhan Kebidanan yang Komprehensif pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir, dan keluarga berencana sesuai dengan standar Asuhan Kebidanan dengan menggunakan pendokumentasian SOAP dengan pendekatan manajemen kebidanan.

1.2.2 Tujuan Khusus

1.

1.1.

1.2.

1.2.1.

1. Dapat melakukan pengkajian data, analisa, penatalaksanaan, evaluasi dan dokumentasi pada ibu hamil.
2. Dapat melakukan pengkajian data, analisa, penatalaksanaan, evaluasi dan dokumentasi pada ibu bersalin.
3. Dapat melakukan pengkajian data, analisa, penatalaksanaan, evaluasi dan dokumentasi pada ibu nifas
4. Dapat melakukan pengkajian data, analisa, penatalaksanaan, evaluasi dan dokumentasi pada neonatus.

5. Dapat melakukan pengkajian data, analisa, penatalaksanaan, evaluasi dan dokumentasi pada akseptor KB.

1.3 Ruang Lingkup

1.2.2 Sasaran

Tempat sasaran asuhan di tunjukkan pada ibu hamil dengan memperhatikan *Continuity Of Care* mulai kehamilan trimester 3, persalinan, nifas, KB, dan neonatus. Asuhan Kebidanan ini merupakan penerapan fungsi dan kegiatan yang menjadi tanggung jawab dalam memberikan pelayanan kepada klien yang mempunyai masalah dalam bidang kesehatan ibu pada masa kehamilan, persalinan, nifas, Bayi Baru Lahir, Keluarga Berencana. Berencana pada Ny "S" Usia 25 Tahun GIIP₁₀₀₁Ab₀₀₀.

1.2.2 Waktu

Tugas Akhir di lakukan pada bulan april sampai bulan agustus 2017

1.2.3 Tempat

Proposal Laporan Tugas Akhir ini di laksanakan dan mengambil tempat di BPM Soemidyah Ipung, Amd.Keb Kota Malang.

1.3 Manfaat

1.3.1 Bagi Mahasiswa

Menambah pengetahuan, menambah wawasan, meningkatkan pemahaman, dan menambah pengalaman yang nyata tentang Asuhan Kebidanan serta COC (*Continuity Of Care*) pada ibu hamil, bersalin, nifas, neonatus dan kontrasepsi dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan.

1.3.2 Bagi Klien

1.2.

1.3.

1.3.1.

Dapat di lakukan deteksi secara dini bagi ibu yang di lakukan COC (*Continuity Of Care*) karena di lakukan Asuhan Kebidanan secara menyeluruh dan berkesinambungan.

1.3.3 Bagi Institusi Pendidikan

Dapat di jadikan bahan pembelajaran terutama bagi mahasiswa kebidanan dalam proses belajar mengajar di perkuliahan maupun di lahan praktek tentang studi khusus proses masa kehamilan, persalinan, neonatus, nifas, dan kontrasepsi.

1.3.4 Bagi Lahan Praktek

Sebagai masukan untuk dapat meningkatkan mutu layanan kebidanan terutama Asuhan Kebidanan pada ibu hamil, bersalin, nifas, neonatus, dan kontrasepsi.

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1 Konsep Dasar Teori

2.1.1 Konsep Dasar Kehamilan

2.1.1.1 Definisi

Kehamilan adalah proses alamiah, dan baru terjadi pada wanita yang sudah pubertas dimulai dari hari pertama haid terakhir (HPHT) sampai permulaan per salinan biasanya berlangsung 280 hari, 40 minggu, 9 bulan 7 hari (Hani,dkk. 2011) namun harus diwaspadai bahwa kondisi yang semula normal dapat tiba tiba menjadi tidak normal. (Romauli,2011).

Menurut Ida Bagus Gede Manuaba dalam buku asuhan kebidanan kehamilan, Kehamilan adalah pertumbuhan dan perkembangan janin intra uterine mulai sejak konsepsi sampai permulaan persalinan. (Dewi,2011). Usia kehamilan yang muda memiliki keluhan yang bervariasi begitupun juga usia kehamilan yang sudah tua karena alasan tersebut beberapa sumber buku kehamilan mengklasifikasikan kehamilan menjadi beberapa macam ada pada Tabel 2.1.

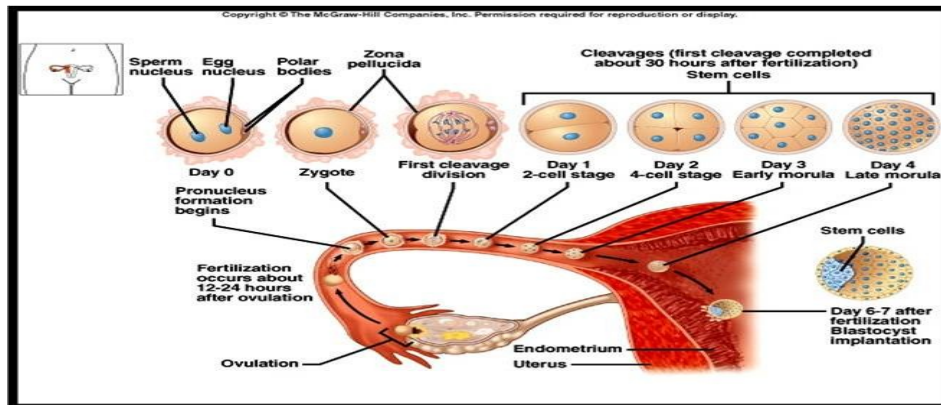
Tabel 2.1. Klasifikasi Kehamilan menurut Triwulan Kehamilan

No	Klasifikasi	Definisi
1.	Trimester pertama	Dimulai dari terjadinya kehamilan sampai dengan usia kehamilan 12 minggu.
2.	Trimester kedua	Sejak usia kehamilan 13 minggu sampai dengan kehamilan 28 minggu.
3.	Trimester ketiga	Mulai dari usia kehamilan 29 minggu sampai dengan 36 minggu.

Sumber: Hani,dkk.

2.1.1.2 Proses Terjadinya Kehamilan

Menurut (Hani, dkk 2011) proses kehamilan adalah proses bertemunya sel telur dan sel sperma kemudian melewati beberapa fase yaitu fertilisasi, pembelahan serta nidasi sehingga terjadi kehamilan.



Gambar 2.1 Proses Terjadinya Kehamilan.

Sumber : Hani dkk, 2011

Dari gambar di atas dapat di jelaskan sebelum sperma bertemu dengan ovum akan melewati banyak rintangan terlebih dahulu diantaranya lendir vagina yang bersifat asam, lendir serviks yang kental serta rambut silia. Ovum akan dikeluarkan dari ovarium sebanyak satu setiap bulannya yang disebut sebagai ovulasi kemudian di tangkap oleh fimbriae dan berjalan menuju tuba fallopi. Sebelum sperma dan ovum bertemu di ampula tuba maka akan melewati 3 fase terlebih dahulu yaitu penembusan korona radiata, penembusan *zona pellucida* dan penyatuan oosit dan membran sel sperma. Kemudian terjadilah proses pembelahan dimana zigot akan membelah menjadi 2 sel, 4 sel, 8 sel sampai 16 sel atau yang disebut Blastomer, setelah membentuk blastomer dalam waktu 3 hari sel-sel tersebut akan membelah membentuk morula, kemudian morula akan memasuki rongga rahim setelah sehingga trofoblas bisa memasuki endometrium dan siap berimplantasi, biasanya sekitar hari ke 20 sampai 24 daur menstruasi. Tahap selanjutnya adalah proses nidasi/penanaman sel telur yang sudah dibuahi

kedalam dinding uterus pada awal kehamilan biasanya terjadi pada pars superior korpus uteri bagian anterior/posterior (Cunningham, 2005;Hani, dkk,2011)

2.1.1.3 Tanda-tanda Kehamilan

Tabel 2.2.Tanda-tanda Kehamilan

No	Tanda-tanda kehamilan	Definisi	Fisiologi
Tanda Tidak pasti (presumptive sign)			
1.	Amenorhea (Berhentinya Menstruasi)	Wanita tidak menstruasi 2 bulan berturut-turut, Lama nya Amernorea dapat di konfirmasi dengan memastikan hari pertama haid terakhir (HPHT)	Konsepsi dan nidasi menyebabkan tidak terjadi pembentukan folikel de graff dan ovula sehingga menstruasi tidak terjadi. Amenorhea dapat digunakan untuk menentukan usia kehamilan dan taksiran persalinan dengan perhitungan rumus naegle ,tetapi Amenorhea juga dapat disebabkan karena penyakit kronik tertentu, tumor pituitary dll
2	Mual (Nausea) dan muntah (emesis)	Biasanya terjadi pada ibu dengan usia kehamilan yang muda 6-8 minggu yang sering disebut <i>morning sickness</i>	Karena pengaruh estrogen dan progesterone terjadi pengeluaran asam lambung yang berlebihan, tetapi bila terlampaui sering dapat menyebabkan <i>hyperemesis gravidarum</i>
3	Ngidam (menginginkan makanan tertentu)	Biasanya terjadi pada usia kehamilan yang masih muda	Biasanya karena ibu ingin diperhatikan saat kehamilan dan akan menghilang dengan semakin tua nya kehamilan.
4	<i>Syncope</i> (pingsan)	Kehilangan kesadaran pada diri seseorang dalam beberapa waktu	Disebabkan oleh gangguan sirkulasi ke daerah kepala (sentral) menyebabkan iskemia susunan saraf pusat.
5	Kelelahan (<i>Fatigue</i>)	Perasaan lelah pada ibu hamil yang sering terjadi pada trimester 1.	Disebabkan penurunan kecepatan <i>basal metabolisme rate</i> akibat aktivitas hamil konsepsi dan akan meningkat seiring bertambahnya usia kehamilan

6	Payudara tegang (<i>mastodinia</i>)	Perasaan tegang dan nyeri pada ibu hamil di 2 bulan pertama kehamilan	Hormon estrogen meningkatkan perkembangan sistem duktus, progesterone menstimulasi perkembangan alveolar bersama somatotropin, hormon-hormon inilah yang menimbulkan pembesaran payudara dan perasaan tegang.
7	Sering miksi (<i>Disuria</i>)	Frekuensi miksi yang sering dan terjadi pada trimester 1 dan 3	Pada trimester 1 terjadi karena desakan uterus terhadap kandung kemih, trimester 2 keluhan sering miksi akan berkurang karena uterus yang membesar keluar dari rongga panggul, pada trimester 3 gejala ini muncul karena janin mulai masuk kerongga panggul dan menekan kandung kemih.
8	Konstipasi/obstipasi	Kesulitan buang air besar (BAB)	Pengaruh progesterone yang menghambat peristaltik usus (tonus otot yang menurun)
9	Pigmentasi kulit	Biasanya terjadi pada kehamilan lebih dari 12 minggu meliputi : a. Sekitar pipi : <i>chloasma gravidarum</i> (penghitaman pada daerah dahi, hidung, pipi dan leher) b. Sekitar leher ; tampak lebih hitam c. Dinding perut: <i>striae gravidarum</i> (terdapat pada seorang primigravida, warnanya membiru), <i>striae nigra</i> , <i>linea alba</i> menjadi hitam (<i>linea nigra</i>)	Disebabkan karena pengaruh hormon kortikosteroid plasenta yang merangsang melanofor dan kulit.
10	Epulis	Hipertrofi papilla gingivae /gusi	Biasanya karena hygiene yang kurang bersih sehingga menyebabkan terjadinya epulis.
11	Varises (penampakan pembuluh darah vena)	Biasanya vena nampak terlihat jelas terutama bagi wanita yang mempunyai bakat dan terjadi biasanya pada triwulan terakhir.	Karena pengaruh estrogen dan progesterone menyebabkan pelebaran pembuluh darah, biasanya dapat terjadi di sekitar genitalia eksterna, kaki dan betis serta payudara dan dapat hilang setelah selesai persalinan.

Tanda kemungkinan (<i>probability sign</i>)			
12	Pembesaran perut	Uterus mengalami perubahan bentuk, ukuran, dan konsistensi berubah menjadi lunak dan bentuknya globuler.	Karena perkembangan janin yang terus bertambah maka menyebabkan uterus berubah ukuran.
13	Tanda Hegar	Pelunakan dan dapat ditekan pada daerah Isthmus Uteri	Karena adanya janin yang berkembang secara bertahap di dalam Rahim
14	Tanda Goodell	Pelunakan serviks dan dapat diketahui ketika pemeriksaan bimanual	Pada wanita hamil melunak seperti bibir, pada wanita tidak hamil serviks seperti ujung hidung
15	Tanda Piskaseck	Pembesaran uterus yang tidak simetris atau ke salah satu tempat diperut dan terlihat jelas.	Disebabkan karena ovum berimplantasi pada daerah dekat kornus sehingga daerah tersebut berkembang lebih dulu
16	Tanda Chadwick	Perubahan warna menjadi keunguan pada vulva dan mukosa vagina termasuk juga porsio dan serviks.	Adanya hipervaskularisasi (pelebaran pembuluh darah) mengakibatkan vagina dan vulva tampak lebih merah agak kebiruan.
17	Kontraksi Braxton hicks	Merupakan peregangan sel-sel otot uterus	Disebabkan meningkatnya aktivitas di dalam otot uterus sehingga uterus menjadi regang.
18	Teraba <i>Ballotement</i>	Biasanya pada awal kehamilan ketika dipalpasi akan terasa keras dan bulat	Ketukan yang mendadak pada uterus menyebabkan janin bergerak dalam cairan ketuban yang dapat dirasakan oleh tangan pemeriksa.
Tanda pasti (<i>positive sign</i>)			
19	Gerakan janin dalam rahim	Janin yang bergerak didalam uterus	Gerakan ini harus dapat diraba oleh tangan pemeriksa namun gerakan janin baru dapat dirasakan pada usia kehamilan 20 minggu

29	Denyut jantung janin	Suara detak jantung janin yang berada didalam rahim	Dapat didengar pada usia 12minggu dengan menggunakan alat fetal electrocardiograf (misalnya dopler). Dengan stetoskop Laenac baru dapat didengar pada usia kehamilan 18-20 minggu
30	Bagian-bagian janin	Bagian-bagian janin yaitu bagian besar janin (kepala dan boks) serta bagian kecil janin (lengan dan kaki) dapat diraba jelas pada usia kehamilan tua	Bagian bagian janin ini dapat terlihat jelas dengan pemeriksaan USG.
31	Kerangka janin	Bentuk tubuh janin	Dapat dilihat jelas dengan foto rontgen maupun USG

Sumber: Walyani, 2015

2.1.1.4 Perubahan Anatomi dan Fisiologi Ibu Hamil

A. Sistem Reproduksi

a. Uterus

1. Ukuran: Pada kehamilan cukup bulan, ukuran uterus adalah 30 x 25 x 20 cm dengan kapasitas lebih dari 4.000cc. Hal ini memungkinkan bagi adekuatnya akomodasi pertumbuhan janin. Pada saat ini rahim membesar akibat hipertropi dan hiperplasi otot polos rahim, serabut-serabut kologennya menjadi higroskopik, dan endometrium menjadi desidua. (ari, 2013)

Tabel 2.3.Perkiraan TFU terhadap umur kehamilan

Umur kehamilan	Tinggi fundus uteri	Tinggi fundus (Cm)	Berat badan janin
12 minggu	1/3 di atas simpisis atau 3 jari di atas simpisis		14 gr
16 minggu	½ simpisis – pusat		100 gr
20 minggu	2/3 di atas simpisis atau 3 jari di bawah pusat	20 cm	300 gr

24 minggu	Setinggi pusat	23 cm	600 gr
28 minggu	1/3 di atas pusat atau 3 jari atas pusat	26 cm	1005 gr
32 minggu	½ pusat – prosesus xipoideus	30 cm	1702 gr
36 minggu	Setinggi prosesus xipoideus	33 cm	2622 gr
40 minggu	2 jari di bawah Px		3462 gr

Sumber : Hani, dkk.2011;Walyani, 2015

2. Berat : Berat uterus naik secara luar biasa, dari 30 gram menjadi 1000 gram pada akhir bulan.

Tabel 2.4. Bentuk dan konsistensi uterus

Usia kehamilan	Bentuk dan Konsistensi Uterus
Bulan Pertama	Seperti buah alpukat. Isthemus rahim menjadi hipertropi dan bertambah panjang sehingga bila di raba terasa lebih lunak, keadaan ini yang di sebut dengan <i>tanda hegar</i> .
2 Bulan	Sebesar telur bebek.
3 Bulan	Sebesar telur angsa
4 Bulan	Berbentuk bulat
5 Bulan	Rahim teraba seperti berisi cairan ketuban, rahim terasa tipis, itulah sebabnya mengapa bagian-bagian janin ini dapat di rasakan melalui rabaandinding perut.

Sumber : Hani, dkk. 2011

3. Posisi rahim dalam kehamilan

Pada pemulaan kehamilan, dalam posisi antafleksi atau retrofleksi. Pada empat bulan kehamilan, rahim tetap berada pada rongga pelvis. Setelah itu, mulai memasuki rongga perut yang dalam pembesarannya dapat mencapai batas hati.

Pada ibu hamil, rahim biasanya *mobile*. Lebih mengisi rongga abdomen kanan dan kiri.

4. Vaskularisasi : Arteri uterine dan ovaria bertambah dalam diameter, panjang, dan anak-anak cabangnya, pembuluh darah vena berkembang dan bertambah.
5. Servik Uteri : Bertambah vaskularisasinya dan menjadi lunak, kondisi ini yang di sebut dengan *tanda goodell*. Kelenjar endoservikal membesar dan mengeluarkan banyak cairan mukus. Oleh karena pertambahan dan pelebaran pembuluh darah, warnannya menjadi livid, dan ini di sebut dengan *tanda chadwick*.

b. Ovarium

Ovulasi berhenti namun masih terdapat korpus luteum graviditas sampai terbentuknya plasenta yang akan mengambil alih pengeluaran estrogen dan progesteron.

c. Vagina dan vulva

Oleh karena pengaruh estrogen, terjadi hipervaskularisasi pada vagina dan vulva, sehingga pada bagian tersebut terlihat lebih merah atau kebiruan, kondisi ini di sebut dengan *tanda chadwick*. (Ari, 2013)

B. Sistem Kardiovaskuler

Selama kehamilan, jumlah darah yang di pompa oleh jantung setiap menitnya atau biasa di sebut sebagai curah jantung (*cardiac output*) meningkat smpai 30-50%. Peningkatan ini mulai terjadi pada usia kehamilan 6 minggu dan mencapai puncakna pada usia kehamilan 16-28 minggu. Oleh karena curah jantung yang meningkat, maka denyut jantung pada saat istirahat juga meningkat (Dalam keadaan normal 70 kali/menit menjadi 80-90 kali/menit). Pada ibu hamil dengan penyakit jantung, ia dapat jatuh dalam keadaan *decompensate cordis*.

Setelah mencapai kehamilan 30 minggu, curah jantung agak menurun karena embesaran rahim menekan vena yang membawa darah dari tungkaike

jantung. Selama persalinan, curah jantung meningkat sebesar 30%, setelah persalinan curah jantung menurunsampai 15-25% di atas batas kehamilan, lalu secara perlahan kembali ke batas kehamilan.

Peningkatan curah jantung selama kehamilan kemungkinan terjadi karena adanya perubahan dalam aliran darah ke rahim. Janin yang terus tumbuh, menyebabkan darah lebih banyak dikirim ke rahim ibu. Pada akhir usia kehamilan, rahim menerima seperlima dari seluruh darah ibu.

Saat ibu melakukan aktivitas/olahraga, curah jantung, denyut jantung, dan laju pernafasan lebih tinggi di dibandingkan wanita yang sedang tidak hamil. Rotgen dada dan EKG menunjukkan sejumlah perubahan dalam jantung, dan terkadang terdengar mur-mur jantung tertentu serta ketidak teraturan irama jantung. Semua perubahan tersebut adalah normal terjadi pada masa kehamilan, tetapi beberapa kelainan irama jantung mungkin akan memerlukan pengobatan khusus.

Selama trimester kedua biasanya tekanan darah menurun tetapi akan kembali normal pada trimester ketiga. Selama kehamilan, volume darah dalam peredaran meningkat sampai 50%, tetapi jumlah sel darah merah yang mengangkut oksigen hanya meningkat sebesar 25-30%.

Untuk alasan yang belum jelas, jumlah sel darah putih (yang berfungsi melindungi tubuh terhadap infeksi) agak meningkat selama kehamilan, saat persalinan, dan beberapa hari setelah persalinan. Protein darah (gambaran protein dalam serum) berubah. Jumlah protein, albumin, dan gamaglobin menurun pada trimester satu dan meningkat bertahap sampai akhir kehamilan. Beta-gloubin dan fibrinogen terus meningkat.

Pada hitung dan jenis Hb ditemukan adanya hematrokrit yang cenderung menurun karena kenaikan relatif volume plasma darah. Jumlah eritrosit cenderung meningkat untuk memenuhi kebutuhan transportasi O₂ yang

sangat diperlukan selama kehamilan. Konsentrasi Hb terlihat menurun, walupun sebenarnya lebih besar di bandingkan dengan Hb pada orang yang tidak hamil, kondisi ini di sebut dengan anamia fisiologis. Anemia fisiologis ini disebabkan oleh meningkatnya volume plasma darah.

Pada ibu hamil, nadi dan tekanan darah arteri cenderung menurun terutama selama trimester II, kemudian akan naik lagi seperti masa pra-kehamilan. Tekanan vena pada ekstremitas atas dan bawah dalam batas-batas normal, namun cenderung naik setelah trimester pertama. Nadi biasanya naik menjadi 84 kali/menit. (Ari, 2013)

C. Sistem Urinaria

Selama kehamilan ginjal bekerja lebih cepat. 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).

Dalam keadaan normal, aktivitas ginjal meningkat ketika berbaring dan menurun ketika berdiri. Keadaan ini semakin menguat pada saat kehamilan, karena itu wanita hamil sering merasa ingin berkemih ketika mereka mencoba untuk berbaring/tidur. Pada akhir kehamilan, peningkatan aktivitas 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. (Ari, 2013)

D. Sistem Gastrointestinal

Rahim yang semakin membesar akan menekan rektum dan usus bagian bawah, sehingga terjadi sembelit atau konstipasi. Sembelit semakin

berat karena gerakan otot didalam usus diperlambat oleh tingginya kadar progesteron.

Wanita hamil sering mengalami panas di dada (*heartburn*) dan sendawa, yang kemungkinan terjadi makanan lebih lama berada di dalam lambungdan karena relaksasi sfingter di kerongkongan bagian bawah yang memungkinkan isi lambung mengalir kembali ke kerongkongan.

Ulkus gastrikum jarang ditemukan pada wanita hamil dan jika sebelumnya menderita ulkus gastrikum biasanya akan membaik karena asam lambung yang di hasilkan lebih sedikit. (Ari,2013)

E. Sistem Metabolisme

Janin membutuhkan 30-40 gram kalsium untuk pembentukan tulangnya dan ini terjadi ketika trimester terakhir. Oleh karena itu, peningkatan asupan kalsium sangat di perlukan untuk menunjang kebutuhan. Peningkatan kebutuhan kalsium mencapai 70% dari diet biasanya. Penting bagi ibu hamil untuk selalu sarapan karena kadar glukosa darah ibu sangat berperan dalam perkembangan janin, dan berpuasa saat kehamilan akan memproduksi lebih banyak ketosis yang di kenal dengan “cepat merasakan lapar” yang mungkin berbahaya pada janin.

Kebutuhan zat besi wanita hamil kurang lebih 1.000 mg, 500 mg di butuhkan unntuk meningkatkan massa sel darah merah dan 300 mg untuk trasportasi ke fetus ketika kehamilan memasuki usia 12 minggu, 200 mg sisanya untuk menggantikan cairan yang keluar dari tubuh. Wanita hamil membutuhkan zat besi rata-rata 3,5 mg/hari.

Pada metabolisme lemak terjadi peningkatan kadar kolestrol sampai 350 mg atau lebih per 100 cc. Hormon somatotropin mempunyai peranan dalam pembentukan lemak pada payudara. Deposit lemak lainnya tersimpan di badan, perut, paha, dan lengan.

Pada metabolisme mineral yang terjadi menurut (Ari, 2013) adalah sebagai berikut.

- a. Kalsium. Di butuhkan rata-rata 1,5 gram sehari, sedangkan untuk pembentukan tulang terutama di trimester akhir di butuhkan 30-40 gram.
- b. Fosfor. Dibutuhkan rata-rata 2 gr/hari
- c. Wanita hamil cenderung mengalami retensi air.

F. 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 kehamilan dan pada saat persalinan. Ligamen pada simfisis pubis dan sakroiliaka akan menghilang karena berelaksasi sebagai efek dari estrogen. Simfisis pubis melebar sampai 4 mm pada usia kehamilan 32 minggu dan sakrokoksigeus tidak teraba, diikuti terabanya koksigsis sebagai pengganti bagian belakang.

Adanya sakit punggung dan ligamen pada kehamilan tua di sebabkan oleh meningkatnya pergerakan pelvis akibat pembesaran uterus. Bentuk tubuh selalu berubah menyesuaikan dengan pembesaran uterus ke depan karena tidak adanya abdomen.

Bagi wanita yang kurus lekukan lumbalnya lebih dari normal dan menyebabkan lordosis dan gaya beratnya berpusat ada kaki bagian belakang. Hail ini menyebabkan rasa sakit yang berulang terutama di bagian punggung. Oleh karena rasa sakit ini membutuhkan waktu yang cukup lama untuk relaksasi, biasanya wanita hamil menganggap apa yang ia rasakan adalah suatu penderitaan yang kadang mempengaruhi suasana psikologisnya. Selain sikap posisi tubuh yang lordosis, gaya berjalan juga berbeda di bandingkan

ketika tidak hamil, yang kelihatan seperti akan jatuh dan tertatih-tatih.
(Ari,2013)

G. Kulit

Topeng kehamilan (*cloasma gravidarum*) adalah bintik-bintik pigmen kecoklatan yang tampak di kulit kening dan pipi. Peningkatan pigmentasi juga terjadi di sekeliling puting susu, sedangkan di perut bawah bagian tengah biasanya tampak garis gelap, yaitu *spider angioma* (Pembuluh darah kecil yang memberi gambaran seperti laba-laba) bisa muncul di kulit, dan biasanya di atas pinggang. Pelebaran pembuluh darah kecil yang berdinding tipis sering kali tampak di tungkai bawah.

Pembesaran rahim menimbulkan peregangan dan menyebabkan robeknya serabut elastis di bawah kulit, sehingga menimbulkan *striae gravidarum/striae lividae*. Bila terjadi peregangan yang hebat, misalnya pada hidramnion dan gemeli, dapat terjadi diastasisi rekti bahkan hernia. Kulit perut pada linea alba bertambah pigmentasinya dan di sebut sebagai *linea nigra*. Adanya vasodilatasi kulit menyebabkan ibu mudah berkeringat. (Ari, 2013)

H. Payudara

Payudara sebagai organ target untuk proses laktasi mengalami banyak perubahan sebagai persiapan setelah janin lahir. Beberapa perubahan yang data diamati oleh Ibu sebagai berikut :

- a. Selama kehamilan payudara bertambah besar, tegang, dan berat.
- b. Dapat teraba nodul-nodul, akibat hipertropi kelenjar aveoli.
- c. Bayang vena – vena lebih membiru.
- d. Hiperpigmentasi pada aerola dan puting susu.
- e. Kalau diperas keluar air susu jolong (kolostrum) berwarna kuning.

I. Sistem Endokrin

Selama siklus menstruasi normal, hipofisis anterior memproduksi LH dan FSH. *Folikel stimulating hormone* (FSH) merangsang folikel de graaf untuk menjadi matang dan berpindah ke permukaan ovarium dimana ia dilepaskan. Folikel yang kosong dikenal sebagai korpus luteum dirangsang oleh LH untuk memproduksi progesteron. Progesteron dan esterogen merangsang proliferasi dari desidua (lapisan dalam uterus) dalam upaya mempersiapkan implanisasi jika terjadi kehamilan. Plasenta, yang terbentuk secara sempurna dan berfungsi 10 minggu setelah pembuahan terjadi, akan mengambil alih korpus luteum untuk memproduksi progesteron dan esterogen. (Ari,2013)

J. Indeks Massa Tubuh (IMT) dan Berat Badan

Cara yang dipakai menentukan berat badan menurut tinggi badan adalah dengan menggunakan indeks massa tubuh (IMT) dengan rumus berat badan dibagi tinggi badan pangkat 2. Contoh, wanita dengan berat badansebelum hamil 51 kg dan tinggi badan 1,57 meter. Maka IMT nya adalah $51/(1,57)^2 = 20,7$. Nilai IMT mempunyai rentang sebagai berikut :

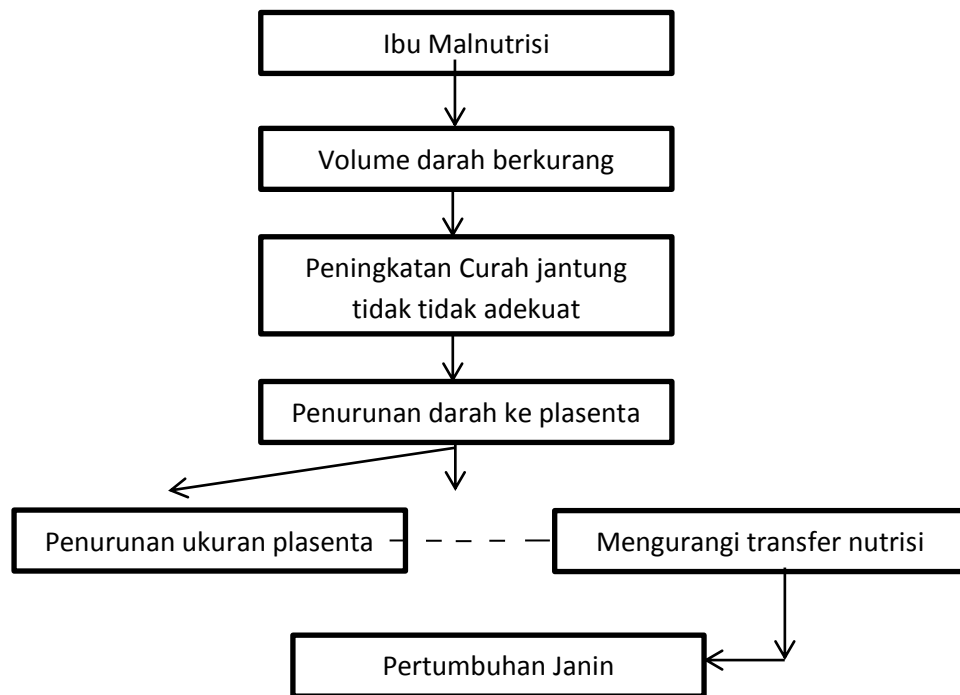
19,8 – 26,6 : Normal

< 19,8 : *Underweight*

26,6 -29,0 : *Overweight*

>29,0 : *Obese*

Pertambahan berat badan ibu hamil menggambarkan status gizi selama hamil, oleh karena itu perlu di pantau setiap bulan. Jika terdapat kelambatan dalam penambahan berat badan ibu, ini dapat mengindikasikan adanya malnutrisi sehingga dapat menyebabkan pertumbuhan janin intra – uteri (Intra-uterin Growth Retardation – IUGR



mekanisme kemungkinan plasenta dan pertumbuhan janin terhambat.

Sumber : Ari 2013

Disarankan pada ibu primigravida untuk tidak menaikkan berat badannya lebih dari 1 Kg/bulan. Perkiraan peningkatan berat badan yang dianjurkan.

- a. 4 Kg pada kehamilan trimester satu
- b. 0,5 Kg/minggu pada kehamilan trimester dua sampai tiga
- c. Total sampai 15 – 16

Tabel 2.5.Komponen

Komponen	Jumlah (dalam Kg)
Jaringan ekstrauterin	1
Janin	3 – 3,8
Cairan amnion	1
Plasenta	1 -1,1
Payudara	0,5 – 2
Tambahan darah	2 – 2,5
Tambahan cairan jaringan	1,5 – 2,5
Tambahan jaringan lemak	2 – 2,5
Total	11,5 – 16

Sumber : Hani dkk, 2011

K. Sistem Pernapasan

Ruang abdomen yang membesar oleh karena meningkatnya ruang rahim dan pembentukan hormon progesteron menyebabkan paru – paru berfungsi sedikit berbeda dari biasanya. Wanita hamil lebih cepat bernafas lebih dalam karena memerlukan lebih banyak oksigen untuk janin dan untuk dirinya. Lingkar dada wanita hamil agak membesar. Lapisan saluran pernapasan menerima lebih banyak darah dan menjadi agak tersumbat oleh pembentukan darah (kongesti). Kadang hidung dan tenggorokan mengalami penyumbatan parsial akibat kongesti ini.tekanan dan kualitas suara wanita hamil agak berubah. (Ari, 2013)

2.1.1.5 Diagnosa Kehamilan

Diagnosa kehamilan adalah pemeriksaan yang bertujuan untuk membantu analisa dari pengamatan tanda-tanda kehamilan diatas kita dapat mendiagnosa kehamilan melalui:

A. Anamnesis

Menurut (Ari 2013.), pada anamnesis atau wawancara pertama bertujuan membina hubungan terapeutik antara ibu dan petugas kesehatan. Dalam hal ini yang petugas kesehatan mengobservasi postur, bahasa tubuh, warna kulit, tanda-tanda fisik dan tanda emosional lainnya. Pada anamnesis mencatat tujuan utama suatu kunjungan menggunakan kata-kata pasien sendiri membantu personel lain melihat kebutuhan utama pasien.

Evaluasi awal meliputi riwayat kesehatan komperehensif misalnya kehamilan saat ini, biasanya pasien datang berkunjung karena adanya tanda mungkin hamil dan bagaimana pasien menanganinya sehingga membantu

perawat mengumpulkan data dasar, lalu riwayat obstetrik menurut (Bobak, dkk.2005; Hani, dkk.2011). seperti :

- a. Riwayat menstruasi, anamnesis haid memberikan kesan tentang alat reproduksi/kandungan meliputi frekuensi, jarak/siklus jika normal, lamanya, jumlah darah keluar, karakteristik darah misalnya bergumpal, HPHT, dismenorhea, perdarahan uterus disfungsi misal nya *spotting*, penggunaan produk sanitari misal nya celana dalam dan pembalut.
- b. Riwayat ginekologi dapat dikaji apakah pasien infertilitas, infeksi vagina, penyakit menular seksual, servitis kronis, infeksi panggul.
- c. Riwayat seksual mengkaji tentang bagaimana pola hubungan seksual pasien, masalah seksual, frekuensi berhubungan dan lain-lain.
- d. Riwayat kehamilan terdahulu serta riwayat medis yang dapat mempengaruhi perjalanan kehamilan atau dipengaruhi kehamilan. Dapat dikaji tentang bagaimana persalinan sebelumnya, SC(*section caesarea*) atau tidak, lalu dalam kehamilan apakah mengalami riwayat hipertensi, apakah juga pernah abortus dan lain-lain.
- e. Riwayat nutrisi sangat penting untuk dikaji karena memiliki efek langsung terhadap pertumbuhan dan perkembangan janin. Pengkajian ini dapat mengungkap data praktik diet khusus, alergi makanan, dan perilaku makanan

B. Pemeriksaan Fisik

- a. Pemeriksaan Umum menurut (Hani, dkk. 2011)

1. Tekanan darah

Saat kehamilan tekanan darah pada ibu hamil dapat meningkat dan biasa disebut hipertensi dalam kehamilan biasanya jika hipertensi pada kehamilan > 20 minggu, pada persalinan atau dalam 48 jam sesudah persalinan, diagnosis nya adalah hipertensi dalam kehamilan.

Jika hipertensi terjadi pada kehamilan < 20 minggu diagnosisnya adalah hipertensi kronik. Nyeri kepala, kejang, hiperefleksia, oliguria (<400ml/24 jam). Nyeri abdomen atas (epigastrium) dan hilangnya kesadaran sering berhubungan dengan hipertensi dalam kehamilan, jika didukung proteinuria yang mana hasilnya positif berarti mengarah kearah preeklampsia. Tekanan darah ibu hamil tidak boleh mencapai 140/90mmHg (Hani, dkk.2011).

2. Muka

Pada muka diperiksa apakah ada chloasma gravidarum jika iya maka kembali ke perubahan fisiologis pada ibu hamil. Mata diperiksa apakah sklera tidak kuning, jika sclera kuning kemungkinan ibu mengalami hiperbilirubinemia atau ada masalah pada hati lalu periksa apakah konjungtiva tidak pucat/merahmuda jika konjungtiva pucat kemungkinan ibu mengalami anemia yang dapat berakibat buruk jika ibu lahir secara normal karena ibu akan kehilangan banyak darah.

3. Hidung diperiksa apa tidak ada secret atau tidak ada pernapasan cuping hidung jika ada pernafasan cuping hidung kemungkinan ibu mengalami sesak nafas.

4. Mulut

Pada mulut dikaji apakah bibir tidak pucat, tidak ada gigi berlubang atau apakah stomatitis jika semuanya iya berarti ibu kurang menjaga personal hygiene.

5. Leher

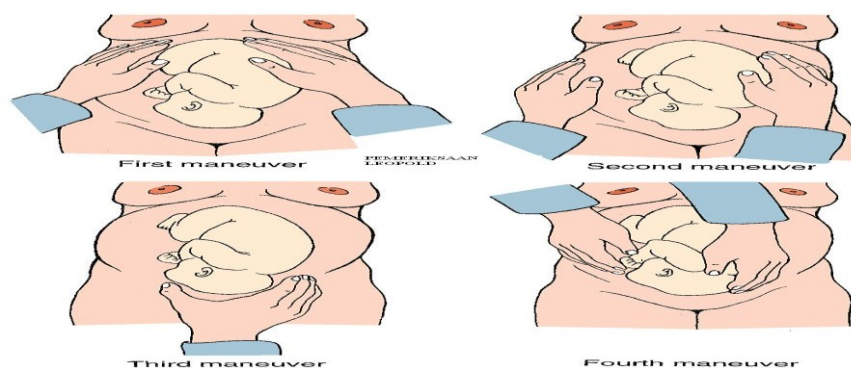
Pasa leher dikaji apakah tidak terlihat pembesaran kelenjar tyroid dan vena jugularis.

6. Payudara

Pada dikaji apakah payudara bersih, hiperpigmentasi aerola mammae, puting susu menonjol lalu apakah ASI sudah keluar. Pemeriksaan ginekologi dilakukan dengan mula-mula memeriksa payudara untuk menetapkan data dasar tentang keadaan normal. Pemeriksaan payudara mandiri bagi ibu hamil tidak dapat diandalkan karena payudara mengalami perubahan selama masa hamil.

7. Perut

Pada perut kaji apakah tidak ada bekas operasi, pembesaran perut sesuai usia kehamilan (UK) terdapat linea nigra, terdapat striae gravidarum. Jika terdapat luka bekas SC berarti ibu sebelumnya pernah melakukan SC kaji lebih lanjut tentang riwayat persalinan yang dulu lalu jika pembesaran perut tidak sesuai UK kemungkinan berat bayi rendah.. Pemeriksaan abdomen dilakukan dengan hati-hati. Pengkajian kulit diperlukan untuk memperoleh gambaran umum, warna, ruam, lesi, jaringan parut, striae, turgor tekstur, lalu pemeriksaan leopard dimana untuk mengetahui letak janin, apakah janin sudah masuk PAP (Pintu Atas Panggul), apakah pembesaran perut sesuai usia kehamilan.



Gambar 2.2 Pemeriksaan Leopold

Sumber : Hani, dkk. 2011

8. Genetalia, pada genetalia kaji apakah genetalia bersih, tidak ada oedem, tidak ada varises, tidak ada condiloma (jenger ayam) jika ada kemungkinan ibu menderita PMS (Penyakit menular seksual), tidak ada lendir dan darah. jika ada kemungkinan ibu memasuki fase persalinan.
9. Ekstremitas pada ekstremitas kaji apakah tidak oedema atau tidak ada varises jika odema maka kemungkinan ibu menderita hipertensi.

C. Pemeriksaan Laboratorium pemeriksaan penunjang untuk ibu hamil meliputi pemeriksaan laboratorium (rutin maupun sesuai indikasi) dan pemeriksaan ultrasonografi.

a. Lakukan pemeriksaan laboratorium rutin (untuk semua ibu hamil) pada kunjungan pertama:

1. Kadar hemoglobin

Hemoglobin adalah molekul di dalam eritrosit (sel darah merah) dan bertugas untuk mengangkut oksigen. Kualitas darah dan warna merah pada darah ditentukan oleh kadar Hemoglobin. Nilai normal Hb pada ibu hamil berbeda dengan orang tidak hamil yaitu 11gr/dl.

Tabel 2.6. Nilai Normal HB

Hb	Hasil
11 gr %	tidak anemia
9-10 gr %	anemia ringan
7-8 gr %	anemia sedang
< 7 gr %	anemia berat

Sumber : Hani, dkk, 2011

2. Golongan darah ABO dan rhesus tujuannya menemukan janin yang memiliki resiko eritoblastosis fetalis atau hiperbilirubinemia pada periode neonatus

3. Tes HIV: ditawarkan pada ibu hamil di daerah epidemi meluas dan terkonsentrasi, sedangkan di daerah epidemi rendah tes HIV ditawarkan pada ibu hamil dengan IMS dan TB.
 4. *Rapid test* atau apusan darah tebal dan tipis untuk malaria: untuk ibu yang tinggal di atau memiliki riwayat bepergian ke daerah endemik malaria dalam 2 minggu terakhir
- b. Melakukan pemeriksaan laboratorium sesuai indikasi (Hani, dkk, 2011):
1. Urinalisis (terutama protein urin pada trimester kedua dan ketiga) jika terdapat hipertensi, diabetes mellitus yang tidak diduga, infeksi kehamilan
 2. Kadar hemoglobin pada trimester ketiga terutama jika dicurigai anemia
 3. Pemeriksaan sputum bakteri tahan asam (BTA): untuk ibu dengan riwayat defisiensi imun, batuk > 2 minggu atau LILA < 23,5 cm
 4. Toleransi Glukosa satu jam skrining diabetes gestasional dilakukan pada kunjungan pertama untuk wanita beresiko tinggi, dilakukan untuk wanita usia kehamilan minggu ke 28.
 5. Pemeriksaan Urine Reduksi.
Untuk memeriksa kadar gula dalam urine. Bila ada glukosa dalam urine maka harus dianggap sebagai gejala diabetes mellitus .

Tabel 2.7. Hasil Pemeriksaan Urine Reduksi

Hasil	Keterangan
Negatif (-)	Warna biru sedikit kehijau-hijauan dan sedikit keruh
Positif 1 (+)	Hijau kekuning-kuningan dan agak keruh
Positif 2 (++)	Kuning keruh
Positif 3 (+++)	Jingga keruh
Positif 4 (++++)	Merah keruh

Sumber : Hani, dkk, 2011

6. Melakukan pemeriksaan ultrasonografi (USG) Pemeriksaan USG di rekomendasikan :
7. Pada awal kehamilan (idealnya sebelum usia kehamilan 15 minggu) untuk menentukan usia gestasi, viabilitas janin, letak dan jumlah janin, serta deteksi abnormalitas janin yang berat.
8. Pada usia kehamilan sekitar 20 minggu untuk deteksi anomali janin
9. Pada trimester ketiga untuk perencanaan persalinan
10. Melakukan rujukan untuk pemeriksaan USG jika alat atau tenaga kesehatan tidak tersedia.
11. Diagnosa Banding
Menurut (Hani, dkk. 2011). Diagnosa banding adalah diagnosa yang mungkin bukan kehamilan tetapi mengarah ke tanda-tanda kehamilan.

Tabel 2.8. Diagnosa Kehamilan

No.	Tanda	Diagnosa banding	Penjelasan
1.	Mual, muntah	Hamil palsu (kehamilan spuria)	Terjadi pembesaran pada perut seperti wanita hamil tetapi tidak merasakan gerakan janin. Dengan pemeriksaan alat cangih dan tes biologis tidak menunjukkan kehamilan.
2.	Pembesaran perut	Mioma uteri	Terdapat pembesaran uterus tetapi tidak disertai tanda hamil, bentuk pembesaran tidak merata dan perdarahan banyak saat menstruasi.
3.	Pembesaran perut	Kista ovarium	Terdapat pembesaran perut tetapi tidak disertai tanda hamil, menstruasi tetap berlangsung serta pembesaran perut melampaui umur kehamilan. Pemeriksaan tes biologis menunjukkan hasil negatif.
4.	Amenorhea	Hematometra	Terlambat datang bulan yang melampaui usia kehamilan dan perut terasa sakit setiap bulan karena uterus membesar berisi darah yang disebabkan himen imperforata, stenosis vagina atau serviks

5.	Vesika urinaria dengan retensio urine	Kandung penuh kemih	Dengan melakukan kateterisasi, maka pembesaran perut akan menghilang.
----	---------------------------------------	---------------------	---

Sumber (Hani, dkk.2011)

2.1.1.6 Tanda Bahaya Kehamilan dan Penatalaksanaannya

Tanda bahaya kehamilan adalah tanda yang dirasakan ibu yang dapat menyebabkan komplikasi sehingga harus segera ke tenaga kesehatan karena jika segera tidak dibawa akan berakibat buruk dan membahayakan bagi ibu dan bayi. (Hani, dkk.2011).

Ketakutan ibu menghadapi persalinan terutama primigravida, berkaitan dengan emosi ibu yang berpengaruh pada proses persalinan. Kecemasan persalinan pertama merupakan perasaan atau kondisi psikologis yang tidak menyenangkan dikarenakan adanya perubahan fisiologis yang menyebabkan ketidakstabilan kondisi psikologis. (Wibowo, 2012)

Tabel 2.9. Tanda Bahaya Kehamilan

No.	Tanda	Kemungkinan diagnosa	Kemungkinan komplikasi
1.	Perdarahan pervaginam	Kehamilan ektopik, molahidatidosa plasenta previa, solusio plasenta	Abortus
2.	Sakit kepala yang hebat dan meneta p.	Hipertensi kronik	Preeklamsi dan eklamsi
4.	Nyeri perut bagian bawah	Kista ovarium, apendisitis, sistitis	Ektopik dan abortus
3.	Penglihatan kabur	Hipertensi kronik	Preeklamsi berat
5.	Bengkak pada muka dan tangan	Oedem	Anemia, preeklasi, gagal jantung
6.	Bayi kurang berge rak sperti biasan ya	Gawat janin	IUFD, IUGR

(Sumber: Hani, dkk.2011)

A. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan saat kehamilan adalah cara yang dilakukan untuk mencegah wanita hamil dari ketidaknyamanan yang akan mengarah kekomplikasi sehingga mengancam kehamilan (Hani, dkk.2011)

Penatalaksanaan menurut trimester akan di jelaskan pada tabel berikut :

Tabel 2.10.Penatalaksanaan Menurut Trimester

No.	Klasifikasi	Ketidnyamanan	Penatalaksanaan
1.	Trimester I	Mual,muntah (morning sickness)	<ul style="list-style-type: none"> a. Menghindari bau dan faktor penyebab lainnya. b. Makan roti kering atau biskuit sebeleum bangun dari tempat tidur dan bangun secara perlahan-lahan. c. Makan porsi kecil tetapi sering d. Duduk tegak setiap kali selesai makan. e. Menghindari makanan berminyak dan berbau menyengat. f. Mengonsumsi makanan kering diantar waktu malam. g. Jangan langsung gosok gigi setelah makan. h. .istrhat seperlunya. i. Jika terlalu parah berikan terapi b6.
		Ginggivitas dan epulis	<ul style="list-style-type: none"> a. Menjaga kebersihan gigi dan mulut. b. Diet seimbang protein,sayur dan buah.
		Sesak nafas	<ul style="list-style-type: none"> a. Menganjurkan untuk menghirup udara segar di pagi hari. b. posisi berbaring semifowler c. Latihan pernapasan dan senam hamil.
		Sering BAK	<ul style="list-style-type: none"> a. Mengurangi atau membatasi pemasukan cairan sebelum tidur. b. Latihan kegel. c. Perbanyak minumpada siang hari. d. Hindari minum kopi dan teh e. Berbaring miring kiri saat tidur untuk meningkatkan diuresis.
		Perubahan pada mammae dan nyeri	<ul style="list-style-type: none"> a. Menggunakan BH yang menyokong dan menyerap keringat b. Basuh dengan air hangat

	Lelah,lemas dan kurang tenaga	<ul style="list-style-type: none"> a. Menganjurkan istirahat dan diet seimbang untuk mencegah anemia b. Memberikan suport, melibatkan suami dan keluarga. 	
	Keputihan	<ul style="list-style-type: none"> a. Meningkatkan kebersihan dengan mandi tiap hari. b. Menggunakan pakaian dalam yang menyerap keringat, bersih, nyaman. c. Cara cebok yang benar yaitu dari arah vagina ke belakang. d. Ganti celana dalam setiap kali basah. e. Tidak menggunakan pembersih kewanitaan. 	
2.	Trimester II	Konstipasi	<ul style="list-style-type: none"> a. Tingkatkan intake cairan b. Mengkonsumsi makanan yang kaya serat (sayur,buah) c. Olah raga teratur terutama senam hamil.
		Kelelahan	<ul style="list-style-type: none"> a. Sering beristirahat b. Tidur berbaring miring kiri/kanan c. Latihan relaksasi dan pernapasan d. Olah raga ringan
		Kram otot	<ul style="list-style-type: none"> a. Sering istirahat b. Jangan berdiri terlalu lama. c. Selam kram kaki harus difleksikan d. Pengurutan daerah betis. e. Mengkonsumsi suplemen kalsium dan magnesium.
3.	Trimester III	Sesak nafas	<ul style="list-style-type: none"> a. Sikap tubuh yang benar b. Tidur dengan bantal ekstra c. Makan jangan terlalu banyak,porsi kecil tapi sering
		Insomnia	<ul style="list-style-type: none"> a. Minum susu hangat atau mandi air hangat sebelum tidur b. Topang bagian tubuh dengan bantal
		Oedem	<ul style="list-style-type: none"> a. Memakai stocking b. Saat istirahat kaki dan paha di tinggikan. c. Menghindari sendal atau sepatu hak tinggi.

Haemoroid	<ul style="list-style-type: none"> a. Makan makan yang kaya akan serat b. Banyak minum air putih c. Jangan duduk terlalu lama d. Tidur miring kiri e. Kompres air dingin atau hangat
Varises	<ul style="list-style-type: none"> a. Saat istirahat kaki dan paha di tinggikan b. Jangan terlalu lama berdiri c. Menggunakan stocking
Sakit punggung	<ul style="list-style-type: none"> a. Duduk dengan penyangga pinggang/punggung b. Kompres air hangat. c. Menghindari sepatu hak tinggi dan pekerjaan dengan beban yang berat d. Menggunakan bantal waktu tidur untuk meluruskan punggung. e. Melakukan masase daerah punggung f. Senam hamil
Sering BAK	<ul style="list-style-type: none"> a. Batasi intake cairan di malam hari b. Perbanyak intake cairan di siang hari c. Senam kegel
Kontraksi hicks braxton	<ul style="list-style-type: none"> a. Istirahat yang cukup, atur posisi b. Usap-usap punggung
Kram kaki	<ul style="list-style-type: none"> a. Istirahat yang cukup b. Pengurutan daerah betis

(Sumber: Hani,dkk 2011;Romauli, 2011)

Penatalaksanaan Dalam Kebidanan (Hani, dkk.2011).

a. Menganjurkan ibu untuk tetap memenuhi kebutuhan nutrisinya.

Makan makan yang yang memiliki gizi seimbang seperti sayur , ikan, buah serta banyak inum air putih dan susu.

b. Istirahat yang cukup

Pada malam hari kurang lebih 7-8 jam/hari dan menganjurkan untuk istirahat pada siang hari kurang lebih 1-2 jam.

c. Menjaga personal *hygiene*

Untuk mencegah berbagai masalah yang akan timbul sehingga wanita hamil harus menjaga kebersihan dengan cara,mandi setiap hari, sering

mengganti celana dalam, mengeringkan daerah genitalia setelah BAK atau BAB, mencukur bulu pubis.

d. Imunisasi TT

Melengkapi imunisasi TT untuk memberikan kekebalan agar mencegah ibu atau wanita hamil dari penyakit tetanus. Dilakukan berapa kali sebanyak 3 kali, apabila ibu belum pernah mendapat imunisasi TT, maka ibu mendapatkan minimal 2 kali injeksi selama kehamilan (pertama saat kunjungan antenatal pertama dan kedua, empat minggu setelah kunjungan pertama). Dan dosis terakhir di berikan sebelum 2 minggu persalinan untuk mendapatkan efektivitas dari obat.

e. Mengajari ibu cara mengetahui janinnya bergerak dengan aktif

f. Bila terjadi gerakan bayi selama 10 gerakan dalam waktu 20 menit sampai 2 jam berarti normal, untuk mengamatinya di lakukan saat ibu dalam kondisi istirahat. Standar asuhan kehamilan menurut Kepmenkes RI nomor 828/Menkes/SK/IX/2008.

Tabel 2.11. Standart Asuhan Kebidanan.

No.	Standart Asuhan	Fisiologi
1.	Timbang BB	Secara perlahan BB ibu hamil akan mengalami kenaikan sekitar 0,5 kg per minggu atau 2 kg dalam 1 bulan. Biasanya terjadi kenaikan BB pada TM2. BB bertambah normalnya pada ibu hamil sekitar 9 kg-19 kg. Maka dari itu perlu dilakukan pemantauan BB tiap kali ibu periksa.
2.	Tekanan Darah	Apabila Tekanan Darah tinggi dapat menyebabkan berbagai masalah saat hamil karena pada saat hamil aliran darah ke plasenta juga akan terganggu dan menyebabkan asupan oksigen ke janin terganggu sehingga beresiko menyebabkan IUFD dsb.
3.	Tinggi Fundus Uteri	Uterus semakin hari semakin membesar dengan penambahan usia kehamilan, pemeriksaan TFU dapat dilakukan dengan membandingkan HPHT (hari pertama haid terakhir), dan diukur dengan menggunakan palpasi. Uterus kira-kira bertambah 2 jari per bulan.
4.	TT (Imunisasi)	Imunisasi TT perlu diberikan pada ibu hamil guna memberikan kekebalan pada janin terhadap infeksi tetanus (tetanus neonatorum) pada saat persalinan, maupun postnatal.

5.	Tablet Besi	Selama hamil ibu harus mendapat minimal 90 tablet tambah darah (Fe), karena sulit untuk mendapat zat besi dengan jumlah yang cukup dari makanan. Zat besi penting untuk mengompensasi peningkatan volume darah yang terjadi selama kehamilan dan untuk memastikan pertumbuhan serta perkembangan janin yang adekuat.
6.	Tes laboratorium (rutin dan khusus)	Pemeriksaan laboratorium rutin mencakup pemeriksaan hemoglobin, protein urine, gula darah, dan hepatitis B. Pemeriksaan dilakukan khusus di daerah prevalensi tinggi dan atau kelompok terhadap HIV, sifilis, malaria, tuberkulosis, cacangan dan thalasemia.
7.	Temu Wicara	Temu wicara diperlukan untuk persiapan segala sesuatu yang kemungkinan terjadi selama kehamilan karena apabila ada komplikasi dalam kehamilan ibu segera mendapat pertolongan secara cepat karena kematian ibu sering terjadi karena 3T yaitu terlambat mengenali bahaya, terlambat untuk dirujuk, terlambat mendapat pertolongan yang memadai.
8.	Teknik Senam hamil	Senam hamil prenatal merupakan terapi latihan gerak yang diberikan pada ibu hamil untuk mempersiapkan dirinya, baik persiapan fisik maupun mental untuk menghadapi dan mempersiapkan persalinan yang tepat, aman dan spontan.
9	Teknik Perawatan payudara	Perawatan payudara dilakukan sejak awal kehamilan untuk persiapan kelancaran pemberian ASI.
10	Test Urine Reduksi	Pemeriksaan ini merupakan cara efektif apabila ibu hamil mempunyai indikasi penyakit diabetes melitus, gestasional.
11	Test Protein Urine	Merujuk bahwa persiapan rutin protein urine merupakan cara efektif untuk mendeteksi pre eklamsi.
12	Test Hb	(a) Hb 11 gr % : tidak anemia (b) Hb 9 gr % - 10 gr % : anemia ringan (c) Hb 7 gr % - 8 gr % : anemia sedang (d) Hb < 7 gr % : anemia berat
13	Test TPHA	Treponema Pallidum Him Aglutinasi Tes ini adalah tes darah yang dilakukan untuk penyakit kelamin "sifilis".
14	Test Yodium	Tes ini dilakukan untuk mengetahui apabila ibu kekurangan yodium. Sehingga nanti dapat diketahui adanya penyakit gondok atau tidak

Sumber : Depkes RI (2010)

2.1.1.7 Melakukan Senam Hamil

Senam hamil merupakan salah satu kegiatan dalam pelayanan selama kehamilan atau *prenatal care* yang bertujuan untuk mempersiapkan dan melatih otot sehingga dapat dimanfaatkan secara optimal dalam persalinan

normal.(Wibowo, Pengaruh Keikutsertaan Senam Hamil Terhadap Kecemasan Primigravida Trimester Ketiga Dalam Menghadapi Persalinan menurut (Hani dkk, 2011)

Senam Hamil adalah senam yang dilakukan saat trimester 3 dan banyak sekali manfaat dari senam hamil yakni sebagai relaksasi lalu menguatkan otot jalan lahir .Di bawah ini ada beberapa gambar gerakan senam hamil, yaitu;

Tabel 2.12.Senam Hamil

No	Gambar	Keterangan
1		Duduk bersila dan tegak kedua tangan diletakkan didepan dan rileks.
2		Sikap merangkak lalu melihat kebawah. Lakukanlah seperti gambar.
3		Sikap merangkak lalu letakkan kepala diantara kedua tangan lalu menoleh kesamping kiri dan kanan.
4		Berbaring miring kekiri lakukan seperti pada gambar.
5		Berbaring miring dan letakkan kaki dan tekuk kaki

6



Kaki diangkat keatas dan ditekuk. Lakukan seperti pada gambar.

Sumber (Hani, dkk.2011)

2.1.2 Konsep Dasar Persalinan

2.1.2.1 Definisi

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan dan dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lahir lain dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri). (Ai Nuraisah dkk, 2014)

2.1.2.2 Jenis-jenis Persalinan

Menurut (Ai Nuraisah dkk, 2014) Ada dua jenis ersalinan, yaitu berdasarkan bentuk persalinan dan menurut usia kehamilan :

A. Jenis persalinan berdasarkan bentuk persalinan

a. Persalinan spontan

Adalah proses persalinan seluruhnya berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri.

b. Persalinan buatan

Adalah proses persalinan dengan bantuan tenaga dari luar.

c. Persalinan anjuran

Adalah bila kekuatan yang di perlukan untuk persalinan di timbulkan dari luar dengan jalan rangsangan.

B. Jenis persalinan menurut usia kehamilan

a. Abortus

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

b. Partus immatur

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

c. Partus prematur

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

d. Partus matur atau partus aterm

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

e. Partus serotinus atau partus postmatur

Pengeluaran buah kehamilan lebih dari 42 minggu.

2.1.2.3 Sebab Mulannya Persalinan

Menurut (Ai nuraniyah dkk, 2014)

a. Penurunan hormon progesteron

Pada akhir kehamilan kadar progesteron menurun menjadikan otot rahim sensitif sehingga menimbulkan his.

b. Keregangan otot-otot

Otot rahim akan meregang dengan majunya kehamilan, oleh karena isinya bertambah maka timbul kontraksi untuk mengeluarkan isinya atau mulai persalinan.

c. Peningkatan hormon oksitosin

Pada akhir kehamilan hormon oksitosin bertambah sehingga dapat menimbulkan his.

d. Pengaruh janin

Hypofise dan kelenjar suprarenal pada janin memegang peran dalam proses persalinan, oleh karena itu pada anencepalus kehamilan lebih lama dari biasanya.

e. Teori prostaglandin

Prostaglandin yang di hasilkan dari desidua saat umur kehamilan 15 minggu. Hasil percobaan menunjukkan bahwa prostaglandin menimbulkan kontraksi myometrium pada setiap umur kehamilan.

f. Plasenta menjadi dua

Dengan tuanya kehamilan plasenta menjadi dua, Vili corialis mengalami perubahan sehingga kadar progesteron dan estroge menurun.

2.1.2.4 Tahap-tahap Persalinan

A. Persalinan Dibagi Menjadi Beberapa Kala (Kuswanti, dkk, 2013).

a. Kala 1

Pada kala ini menurut adalah kala pembukaan. Kala 1 adalah serviks membuka sampai terjadi pembukaan 10 cm. Proses membukanya serviks dibagi menjadi 2 macam yaitu

1. Fase laten

Berlangsung sampai 7-8 jam, terjadi sangat lambat sampai mencapai ukuran diameter 3 cm

2. Fase aktif

Fase ini berlangsung 6 jam dan dibagi 3 macam

1) Fase akselerasi

Dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm – 4cm

2) Fase dilatasi maksimal

Dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat dari 4cm-9cm

3) Fase deselerasi

Pembukaan menjadi lambat dalam waktu 2 jam pembukaan dari 9 cm menjadi lengkap. Pada primigravida kala 1 berlangsung kira-kira 13 jam dan pada multigravida kira-kira berlangsung selama 7 jam.

b. Kala 2

Kala 2 biasanya juga disebut kala pengeluaran. Kala ini dimulai dari pembukaan lengkap sampai lahirnya janin. Pada kala ini biasanya his menjadi lebih kuat dan lebih cepat kira-kira 2-3 menit sekali. Dalam fase ini ibu ingin mengedan karena tekanan pada otot-otot dasar panggul juga merasa ingin bab karena tekanan pada dasar rectum, labia mulai membuka dan tampak kepala janin di vulva ketika his. Pada primigravida kala 2 berlangsung rata-rata 1,5 jam dan pada multigravida 0.5 jam

c. Kala 3

Kala 3 disebut juga kala uri. Setelah bayi lahir uterus teraba keras dengan fundus uteri agak diatas pusat. Beberapa menit kemudian uterus berkontraksi lagi untuk melepaskan plasenta dari dindingnya. biasanya plasenta lepas dalam 6-15 menit setelah bayi lahir dan keluar spontan atau dengan tekanan pada fundus uteri. Pengeluaran plasenta disertai dengan darah kira-kira 100-200 cc

d. Kala 4

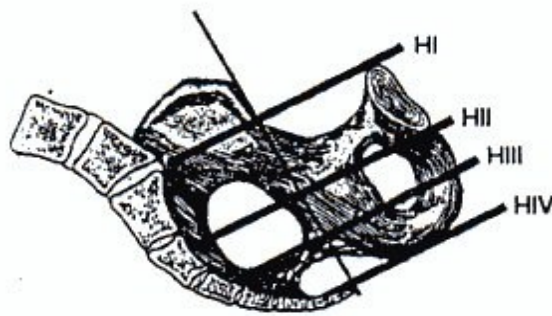
Kala 4 adalah pengawasan 1-2 jam setelah bayi dan uri lahir untuk mengamati keadaan ibu terutama terhadap bahaya perdarahan postpartum .Pada primigravida lama kala 1 yaitu 13 jam, kala 2 yaitu 1 jam, kala 3 yaitu ½ jam .lama persalinan yaitu 14 ½ jam.Pada multigravida lama kala satu yaitu 7 jam,kala 2 yaitu ½ jam ,kala 3 yaitu ¼ jam ,lama persalinan ¾ jam

2.1.2.5 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Persalinan

A. *Passage* (jalan lahir)

Bidang Hodge. Bidang-bidang ini dipelajari untuk menentukan sampai mana bagian terendah janin turun ke panggul pada proses persalinan. Bidang Hodge tersebut antara lain :

- a. Hodge I : Bidang yang dibentuk pada lingkaran PAP dengan bagian atas simpisis dan promontorium.
- b. Hodge II : Bidang yang sejajar Hodge I setinggi bagian bawah simpisis.
- c. Hodge III : Bidang yang sejajar Hodge I setinggi spina ischiadika.
- d. Hodge IV : Bidang yang sejajar Hodge I setinggi tulang koksigis.



Gambar 2.4 Bidang Hodge

Sumber : Kuswanti, dkk. 2013

B. *Power* (Kekuatan Ibu)

Tenaga meneran pasien akan semakin menambah kekuatan kontraksi uterus. Pada saat pasien meneran, diafragma dan otot-otot dinding abdomen akan berkontraksi. Kombinasi antara his dan tenaga meneran pasien akan meningkatkan tekanan intrauterus sehingga janin akan semakin terdorong ke luar. Dorongan meneran akan semakin meningkat ketika pasien dalam posisi yang nyaman, misalnya setengah duduk, jongkok, berdiri, atau miring ke kiri.

C. Passenger (Isi kehamilan)

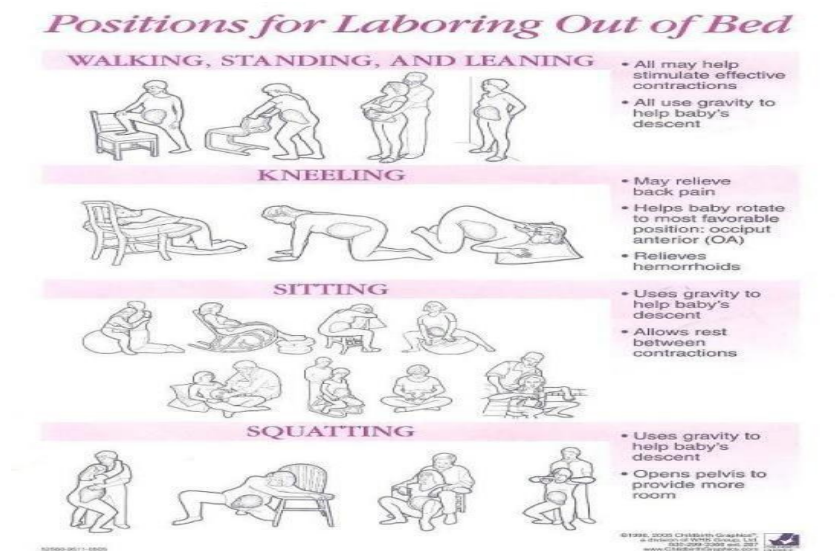
- a. Janin
- b. Plasenta

D. Psyche (Psikologis)

Faktor psikologis ketakutan dan kecemasan sering menjadi penyebab lamanya persalinan, his menjadi kurang baik, pembukaan menjadi kurang lancar. Menurut Pritchard, dkk. (2012) perasaan takut dan cemas merupakan faktor utama yang menyebabkan rasa sakit dalam persalinan dan berpengaruh terhadap kontraksi rahim dan dilatasi serviks sehingga persalinan menjadi lama.

E. Posisi

Saat persalinan ibu di sarankan memilih posisi litotomi karena memberikan rasa nyaman dan ibu bisa beristirahat jika tidak ada kontraksi di samping itu juga dapat mengurangi adanya laserasi jalan lahir. Biasanya posisi genu pectoral tidak di anjurkan karena mengakibatkan laserasi jalan lahir dan tidak memeberikan rasa nyaman bagi ibu



Gambar 2.5 Posisi dalam melahirkan

Sumber : Kuswanti, dkk, 2013

F. Penolong

Peran dari penolong persalinan adalah mengantisipasi dan menangani komplikasi yang mungkin terjadi ibu pada ibu dan janin. Dalam proses tergantung dari kemampuan skill dan kesiapan penolong dalam menghadapi proses persalinan. Memilih penolong persalinan yang berkompeten, seperti: bidan, dokter, perawat atau tenaga kesehatan yang terlatih (Walyani, dkk. 2015).

2.1.2.6 Diagnosa Persalinan

Persalinan bisa di diagnosa dengan melakukan pengkajian dan beberapa pemeriksaan, mulai dari anemnese, pemeriksaan TTV, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang. Pemeriksaan yang dilakukan pada ibu pada waktu inpartu untuk menentukan persalinan berdasarkan yang dikeluhkan ibu bersalin. Berikut tabel hasil pemeriksaan persalinan pada setiap kala.

A. Kala I

Pada Kala ini tekanan darah diperiksa satu jam, nadi satu jam, suhu 4 jam atau 2 jam jika ketuban pecah jika tekanan darah meningkat periksa kembali apakah manset terpasang dengan benar jika sudah periksa 30 menit lagi setelah wanita berelaksasi. Ibu hamil juga diharuskan miring kiri agar mencegah *hipotensi supine* dan distress janin. Suhu juga harus dipantau dan awasi tanda –tanda kemungkinan adanya infeksi.

Jika ibu mengeluh kenceng-kenceng makin sering periksa abdomen atau periksa his dengan cara palpasi pada fundus uteri dilihat selama 10 menit ada berapa kali his dan lamanya. Pada abdomen juga dilakukan leopold untuk melihat presentasi, letak lalu sikap janin lalu jumlah janin serta seberapa

jauh penurunan janin ke panggul juga detak jantung janin kemungkinan jika kenceng-kenceng semakin sering ibu sudah akan memasuki Kala 2.

Selanjutnya pemeriksaan dalam yang bertujuan untuk memastikan perubahan yaitu (dilatasi, ketuban, molase, bagian terdahulu, bagian terendah, tidak atau adanya bagian kecil disamping bagian terdahulu, hodge), lalu untuk mengkaji kembali kemajuan jika persalinan berlangsung lebih lama dari yang diperkirakan (Bobak, dkk. 2005).

B. Kala II

a. Kontraksi

Pada kala II kontraksi uterus menjadi lebih kuat dan lebih cepat yaitu setiap 2 menit sekali dengan durasi > 40 detik, dan intensitas semakin lama semakin kuat. Karena biasanya pada tahap ini kepala janin sudah masuk dalam ruang panggul, maka pada his dirasakan adanya tekanan pada otot-otot dasar panggul yang secara reflex menimbulkan rasa ingin meneran, pasien merasakan adanya tekanan pada rectum dan merasa seperti ingin BAB. Pemantauan kontraksi yang dilakukan antara lain :

1. Palpasi kontraksi uterus (control tiap 10 menit)
2. Frekuensi setiap 30 menit selama fase aktif.
3. Lamanya kontraksi yang terjadi dalam 10 menit observasi.
4. Kekuatan kontraksi dalam detik.

Saat ada his, uterus teraba sangat keras karena seluruh ototnya berkontraksi. Proses ini akan efektif jika his bersifat fundal dominan, yaitu kontraksi didominasi oleh otot fundus yang menarik otot bawah rahim ke atas sehingga akan menyebabkan pembukaan servik dan dorongan janin ke bawah secara alami. Tanda-Tanda Kala Dua Persalinan, Pada kala II ini bidan harus dapat mengidentifikasi keadaan mengenai tanda-tanda yang khas dari kala II sebagai patokan untuk melaksanakan asuhan persalinan

kalall yang tepat. Kepastian dari diagnosis persalinan kala II sangat menentukan proses persalinan kala II itu sendiri. Pemantauan Janin harus dilakukan yaitu :

1. Saat bayi belum lahir

1) Frekuensi denyut jantung janin

Frekuensi yang dipantau pada janin sebelum lahir adalah frekuensi denyut jantung janin, karena inilah satu-satunya indicator yang menunjukkan kesejahteraan janin dalam uterus. Denyut jantung janin diperiksa jika kontraksi mereda atau tidak ada .

2) Bagian terendah janin

Bidan sangat perlu untuk melakukan pemantauan terhadap bagian terendah janin, hal ini berkaitan dengan posisi ubun-ubun kecil jika janin dengan presentasi kepala, letak muka, atau ubun-ubun besar yang mengindikasikan kemungkinan akanada kesulitan dalam proses kelahiran kepala.Pemantauan molase harus dilakukan untuk menilai apakah proses penyesuaian kepala janin dengan jalan lahir berlangsung baik.

3) Penurunan bagian terendah janin

Pemantauan ini berkaitan dengan proses kemajuan persalinan mulai dari penurunan sampai dengan lahirnya kepala. Penurunan kepala yang lambat disertai dengan frekuensi denyut jantung janin abnormal yang mengidentifikasi adanya lilitan tali pusat(jika kondisi ini belum teridentifikasi melalui pemeriksaan USG pada kunjungan kehamilan).

2. Saat Bayi Lahir

Penilaian sekilas sesaat setelah bayi lahir, sesaat setelah bayi lahir bidan melakukan penilaian sekilas untuk menilai kesejahteraan bayi

secara umum. Aspek yang dinilai adalah warna kulit, tangis bayi, jika warna kulit adalah kemerahan dan bayi dapat menangis spontan maka ini sudah cukup untuk dijadikan data awal bahwa bayi dalam kondisi baik.

C. Kala III

Pengelolaan Aktif persalinan kala tiga terdiri atas intervensi yang digunakan untuk mempercepat pelepasan plasenta dengan meningkatkan kontraksi uterus dan untuk mencegah perdarahan pasca persalinan serta menghindari atonia uteri. (Purwanti, Kajian Pengaruh Manajemen Aktif Kala III, 2012)

Berbeda dengan Pengelolaan Aktif, Pengelolaan Menunggu (Konservatif / fisiologis) adalah menunggu tanda – tanda bahwa plasenta sudah lepas dari dinding uterus (tali pusat bertambah panjang, uterus globuler dan semburan mendadak dan singkat, dan membiarkan plasenta lahir secara spontan. Pengelolaan menunggu juga merupakan cara pertolongan pada sebagian besar kelahiran di rumah di Negara – Negara berkembang. (Purwanti, 2012)

a. Sebab – sebab terlepasnya plasenta :

Waktu bayi dilahirkan rahim sangat mengecil. Oleh karena itu, tempat perlekatan plasenta juga ikut mengecil maka plasenta akan berlipat-lipat bahkan ada bagian – bagian yang terlepas dari dinding rahim atau tempat insersinya, karena tidak dapat mengikuti pengecilan dari dasarnya. Jadi secara singkat, bagian yang paling penting dalam pelepasan plasenta adalah *retraksi dan k* (Purwanti, Kajian Pengaruh Manajemen Aktif Kala III, 2012) *ontraksi otot – otot* rahim.

1. tempat – tempat yang lepas terjadi perdarahan ialah antara plasenta dan desidua basalis dan karena hematoma ini membesar, maka seolah

– olah plasenta terangkat dari dasarnya oleh hematoma tersebut sehingga daerah pelepasan meluas.

2. Tanda –tanda lepasnya plasenta mencakup beberapa hal :

- 1) Perubahan bentuk dan tinggi fundus
- 2) Tali pusat memanjang
- 3) Semburan darah mendadak dan singkat

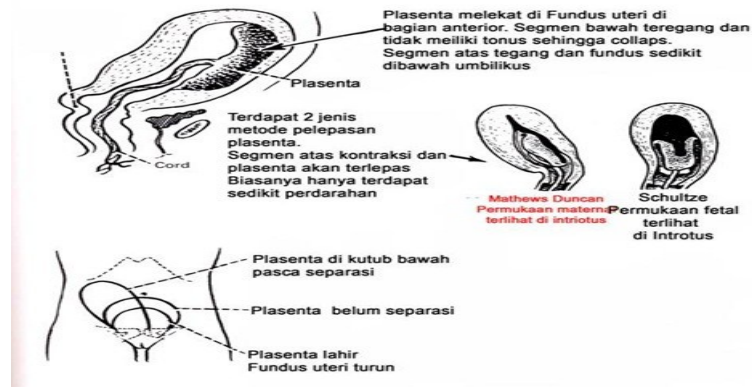
b. Macam pelepasan plasenta (Sulistyawati, dkk.2010) terdiri dari dua yaitu:

1. Secara Schultze

Pelepasan dimulai pada bagian tengah dari plasenta dan di sini terdapat *hematoma retro plasentair* yang selanjutnya mengangkat plasenta dari dasarnya. Plasenta dengan hematoma di atasnya sekarang jatuh ke bawah atau menarik lepas selaput janin. Bagian plasenta yang nampak dalam vulva ialah permukaan fetal, sedangkan hematoma sekarang terdapat dalam kantong yang terputar balik. Pelepasan secara Schultze paling sering dijumpai.

2. Secara Duncan

Pada pelepasan secara Duncan, pelepasan dimulai dari pinggir plasenta. Darah mengalir keluar antara selaput janin dan dinding rahim, jadi perdarahan sudah ada sejak sebagian dari plasenta terlepas dan terus berlangsung sampai seluruh plasenta lepas. Plasenta lahir dengan pinggirnya terlebih dahulu. Pelepasan secara Duncan terutama terjadi plasenta letak rendah.



Gambar 2.6 Cara Duncan dan Schultze

Sumber : kuswanti, dkk, 2013

c. Fase pengeluaran uri

Uri yang sudah terlepas oleh kontraksi rahim akan didorong kebawah yang oleh rahim dianggap sebagai benda asing. Hal ini dibantu pula oleh tekanan abdominal atau mengejan, maka uri akan dilahirkan, 20% secara spontan, dan selebihnya memerlukan pertolongan.

2.1.2.7 Konsep 18 Penapisan

Saat persalinan ada beberapa hal yang tidak boleh ditangani oleh bidan tapi bidan harus memahami pertolongan pertama yang harus dilakukan sebelum melakukan rujukan dan dirangkum dalam 18 penapisan yaitu:

Tabel 2.13. Konsep 18 Penapisan.

No	Temuan/anamnesis	Diagnosa	Rencana asuhan
1.	Riwayat bedah operasi	Bedah sesar	a. Segera rujuk ke fasilitas kesehatan b. Dampingi ibu ke tempat rujukan
2.	Perdarahan pervaginam	a. Plasenta previa b. Solusio plasenta	a. Jangan melakukan pemeriksaan dalam b. Baringkan ibu ke sisi kiri c. Pasang infus NS d. Rujuk ke fasilitas yang dapat bedah sesar e. Dampingi ibu ke tempat rujukan

3.	Uk > 37 minggu	Premature		a. Segera rujuk ke fasilitas PGDON b. Dampingi ibu ke tempat rujukan
4.	Ketuban pecah di sertai dengan mekonium	Ketuban pecah dini		a. Baringkan ibu posisi kiri b. DJJ c. Rujuk ke tempat rujukan bawa partus set
5.	Ketuban pecah > 24 jam	Ketuban pecah dini		Segera rujuk
6.	Ketuban pecah pada persalinan kurang bulan	Ketuban pecah dini		Segera rujuk
7.	Demam, suhu > 38 °C	Infeksi		a. Baringkan ibu posisi miring kiri b. Infus NS
8.	Sistolik > 160 distolik > 110 mmhg	Preeklampsia		a. Baringkan ibu posisi miring kiri b. Infus NS c. Mgso4 20% iv d. Mgso4 15% im e. Segera rujuk
9.	TFU < 20 cm > 40 cm	Polihidranion, Gemeli, Hidrocephalus		a. Baringkan ibu posisi kiri b. DJJ c. Rujuk ke tempat rujukan bawa partus set
10	DJJ > 120 < 100x/menit	Gawat janin		a. Baringkan ibu posisi kiri b. Infus NS c. Tehnik relaksasi d. Segera rujuk
11	Primipara penurunan kepala 5/5 bagian	CPD		a. Baringkan ibu posisi kiri b. Segera rujuk
12	Presentasi ganda/majemuk	Sunsang, Lintang		a. Baringkan ibu posisi kiri b. Segera rujuk
13	Saat periksa dalam ada bagian kecil mengikuti	Talipusat menumbung		Periksa dengan sarung tangan DTT, jauhkan kepala janin dari tali pusat
14	Pembukaan > 8 jam	Fase memanjang	laten	a. Baringkan ibu posisi kiri b. Segera rujuk
15	Seklera kuning	Ikterus		a. Baringkan ibu posisi kiri b. Segera rujuk
16	Hb > 7 gr	Anemia berat		a. Baringkan ibu posisi k iri b. Segera rujuk
17	Pembukaan serviks men garah sebelah kanan partograf Pembukaan serviks > 1cm /1jam	Partus lama		a. Baringkan ibu posisi ki ri b. Segera rujuk
18	Nadi > 110x/menit Pusing, keringat dinginnapas > 30x/menit	Syok		a. Baringkan ibu posisi kiri b. Posisi trendelebug c. Infus RL/NS d. Segera rujuk

2.1.3 Konsep Dasar Nifas

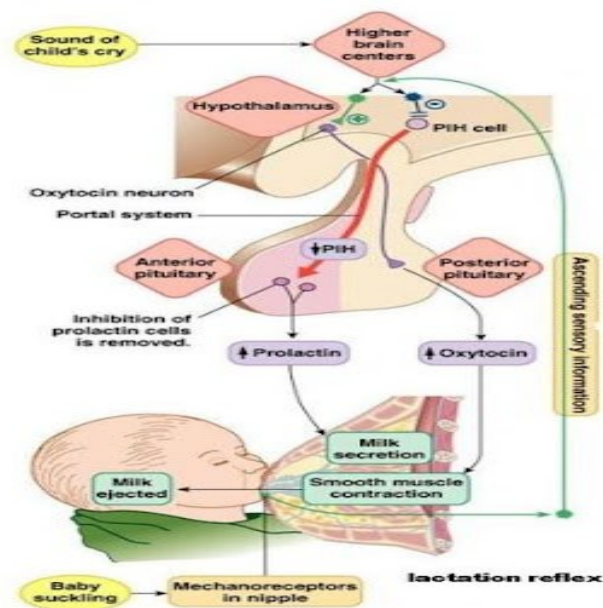
2.1.3.1 Definisi

Masa nifas (puerperium) dimulai setelah kelahiran dan berakhir ketika alat-alat reproduksi / kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas atau puerperium dimulai sejak 2 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (42 hari) setelah itu Menurut (Dewi,dkk, 2013). masa nifas dibagi menjadi 3 tahap yaitu :

- a. *Puerperium* dini, yaitu kepulihan dimana ibu diperbolehkan berdiri dan berjalan, serta menjalankan aktifitas layaknya wanita normal lainnya.
- b. *Puerperium intermediate*, yaitu suatu kepulihan menyeluruh alat-alat genitalia yang lamanya sekitar 6-8 minggu.
- c. *Puerperium remote*, waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutam apabila ibu selama hamil atau persalinan mempunyai komplikasi.

2.1.3.2 Proses Laktasi dan Menyusui

Pengeluaran ASI merupakan suatu interaksi yang sangat kompleks antara rangsangan mekanik, saraf, dan bermacam-macam hormon



Gambar 2.7 Proses Laktasi

Sumber : Dewi, dkk, 2013

Pengaturan hormon terhadap pengeluaran ASI, dapat dibedakan menjadi 3 bagian, yaitu sebagai berikut (Dewi,dkk, 2013) :

A. Pembentukan kelenjar payudara

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

B. Pembentukan air susu

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

- a. Refleks prolaktin : hormon prolaktin berperan untuk membuat kolostrum, namun jumlahnya terbatas karena dihambat oleh estrogen dan progesteron

yang kadarnya memang tinggi, setelah partus, lepasnya plasenta dan kurangnya fungsi dari korpus luteum membuat estrogen dan progesteron sangat berkurang, ditambah dengan isapan bayi yang merangsang puting susu akan merangsang ujung-ujung saraf sensoris yang berfungsi sebagai reseptor mekanik.

- b. Refleks *let down* : bersama dengan pembentukan prolaktin oleh hipofisis anterior, rangsangan yang berasal dari isapan bayi ada yang dilanjutkan ke hipofisis posterior yang kemudian dikeluarkan oksitosin. Hormon ini diangkat menuju uterus yang dapat menimbulkan kontraksi. Kontraksi dari sel akan memeras air susu yang telah diproduksi. Faktor yang mempengaruhi refleks let down : melihat bayi, mendengarkan suara bayi, mencium bayi, memikirkan untuk menyusui bayi. Faktor yang menghambat : stres, takut, cemas, seperti keadaan bingung

C. Pemeliharaan pengeluaran air susu.

Hubungan yang utuh antara hipotalamus dan hipofisis akan mengatur kadar prolaktin dan oksitosin dalam darah. Hormon-hormon ini sangat perlu untuk pengeluaran permulaan dan pemeliharaan penyediaan air susu selama menyusui.

D. Mekanisme menyusui

a. Refleks mencari

Payudara ibu yang menempel pada pipi atau daerah sekeliling mulut merupakan rangsangan yang menimbulkan refleks mencari pada bayi, keadaan ini menyebabkan bayi berputar menuju puting susu yang menempel diikuti mulut membuka kemudian puting susu ditarik masuk ke dalam mulut.

b. Refleksi menghisap

Puting susu yang sudah masuk ke dalam mulut dengan bantuan lidah ditarik lebih jauh dan rahang menekan kalang payudara dibelakang puting susu yang pada saat itu sudah terletak di langit-langit keras.

c. Refleksi menelan

Pada saat air susu keluar, akan disusul dengan gerakan mengisap yang ditimbulkan oleh otot-otot pipi sehingga pengeluaran air susu akan bertambah dan diteruskan dengan mekanisme menelan masuk ke lambung (Dewi,dkk, 2013).

E. Manfaat pemberian ASI (Dewi,dkk, 2013).

ASI adalah makanan yang terbaik untuk bayi. ASI tidak hanya memberikan manfaat untuk bayi saja, melainkan untuk ibu, keluarga dan negara.

Manfaat ASI untuk bayi adalah sebagai berikut :

a. Nutrien (zat gizi) dalam ASI sesuai dengan kebutuhan bayi

b. ASI mengandung zat protektif

1. *Laktobacilus bifidus*, mengubah laktosa menjadi asam laktat dan asam aetat, yang membantu memberikan keasaman pada pencernaan sehingga menghambat pertumbuhan mikroorganisme
2. Laktoferin, mengikat zat besi sehingga membantu menghambat pertumbuhan kuman
3. Lisozim, enzim yang memecah dinding bakteri dan anti inflamatori bekerja sama dengan peroksida dan skorbat untuk menyerang *E.coli* dan *Salmonella*.

c. Pada saat bayi kontak dengan ibunya, maka akan timbul rasa aman dan nyaman bagi bayi.

- d. ASI akan membuat bayi memiliki tumbuh kembang yang baik, dapat dilihat dari kenaikan berat badan dan kecerdasan otak balik.
- e. Mengurangi kejadian karies dentis.
- f. Mengurangi kejadian maloklusi (kebiasaan lidah yang mendorong kedepan akibat menyusui dengan botol / dot)

Setelah melahirkan merupakan masa kritis dalam pemberian ASI karena masalah menyusui itu muncul, dengan adanya konseling laktasi yang intensif membantu ibu untuk meningkatkan kemampuan dan ketrampilan dalam menghadapi kesulitan dalam pemberian ASI. Konseling membantu ibu untuk memperoleh bukan saja kemampuan, minat dan kesempatan melainkan juga emosi dan sikap yang bisa mempengaruhi dalam menentukan pilihan dan pengambilan keputusan. Adanya perhatian dan pemberian motivasi dalam bentuk kunjungan rumah setelah melahirkan oleh konselor terhadap ibu menjadi dukungan dalam pemberian ASI eksklusif. Kunjungan rumah, kelompok pertemuan, sesi monitoring pertumbuhan dan sesi memasak merupakan peluang yang baik untuk berbagi informasi dan untuk konseling individu. (Ria Ambarwati 1, 2013)

F. Komposisi Gizi dalam ASI (Dewi,dkk, 2013).

Kandungan gizi dari ASI sangat khusus dan sempurna, serta sesuai dengan kebutuhan tumbuh kembang bayi.

- a. Protein
- b. Karbohidrat
- c. Lemak
- d. Mineral
- e. Air
- f. Vitamin : Vit. A,D,E,K,B, dan C

ASI dibedakan dalam tiga stadium yaitu sebagai berikut :

1. Kolostrum : cairan pertama yang diperoleh bayi pada ibunya adalah kolostrum, yang mengandung campuran kaya akan protein, mineral, dan antibodi daripada ASI yang telah matang.
2. ASI transisi : ASI peralihan yang keluar setelah kolostrum sampai sebelum ASI matang, yaitu sejak hari ke 4 sampai ke 10.
3. ASI matur : ASI matur disekresi pada hari ke 10 dan seterusnya.

G. Upaya Memperbanyak ASI (Ambarwati, 2010)

Beberapa hal yang mempengaruhi produksi ASI adalah sebagai berikut :

- a. Makanan : makanan yang dikonsumsi ibu menyusui hendaknya yang mengandung cukup gizi dan pola makan yang teratur.
- b. Ketenangan jiwa dan pikiran : kondisi kejiwaan ibu harus tenang, keadaan psikologis ibu yang tertekan, sedih akan menurunkan volume ASI.
- c. Penggunaan Alat Kontrasepsi : perlu diperhatikan agar tidak mengurangi produksi ASI. Seperti kondom, IUD, pil khusus menyusui, kb suntik hormonal 3 bulan.
- d. Perawatan payudara : bermanfaat merangsang payudara sehingga mempengaruhi hipofisis untuk mengeluarkan hormon prolaktin dan oksitosin.
- e. Pola istirahat : pola istirahat ibu juga harus diperhatikan, jika ibu terlalu capek, kurang istirahat maka ASI juga berkurang.

H. Cara Menyusui yang Benar (Sri Handayani, dan Wulandari. 2011)

Persiapan memperlancar pengeluaran ASI dilaksanakan dengan jalan sebagai berikut:

- a. Membersihkan puting susu dengan air atau minyak sehingga epitel yang lepas tidak menumpuk

- b. Putting susu ditarik-tarik setiap mandi sehingga menonjol untuk memudahkan isapan bayi



Gambar 2.8 Posisi Menyusui yang benar
Sumber : Dewi, dkk, 2013

- c. Bila puting susu belum menonjol dapat memakai pompa susu atau dengan jalan operasi
- I. Cara Pengamatan Teknik Menyusui yang Benar

Menyusui dengan teknik yang tidak benar dapat mengakibatkan puting susu menjadi lecet dan ASI tidak keluar secara optimal sehingga mempengaruhi produksi ASI selanjutnya bayi akan enggan menyusui. Apabila bayi telah menyusui dengan benar, menurut (Dewi,dkk, 2013) maka akan memperlihatkan tanda-tanda sebagai berikut :

- Bayi tampak tenang
- Badan bayi menempel pada perut ibu
- Mulut bayi terbuka lebar
- Dagu bayi menempel pada payudara ibu
- Sebagian areola masuk ke dalam mulut bayi
- Hidung bayi mendekati dan kadang-kadang menyentuh payudara
- Bayi tampak mengisap kuat dengan irama perlahan
- Putting susu tidak terasa nyeri
- Kepala bayi agak menengadah



Gambar 2.9 Posisi Perlekatan

Sumber : Dewi, dkk, 2013

2.1.3.3 Perubahan Fisiologi Masa Nifas

A. Perubahan Sistem Reproduksi(Dewi,dkk, 2013).

a. Uterus

Pada uterus terjadi involusi, yaitu proses kembalinya uterus ke dalam keadaan semula sebelum hamil setelah melahirkan. Proses involusi uterus adalah sebagai berikut :

1. Iskemia miometrium, disebabkan oleh kontraksi dan retraksi yang terus-menerus dari uterus setelah pengeluaran plasenta.
2. Autolisis, merupakan proses penghancuran diri sendiri yang terjadi di dalam otot uterus. Hal ini disebabkan oleh menurunnya hormon estrogen dan progesteron.
3. Efek oksitosin, menyebabkan terjadinya kontraksi dan retraksi otot uterin sehingga akan menekan pembuluh darah yang mengakibatkan berkurangnya suplai darah ke uterus. Perubahan uterus ini berhubungan erat dengan perubahan-perubahan pada miometrium. Pada miometrium terjadi perubahan-perubahan yang bersifat proteolisis. Hasil dari proses ini dialirkan melalui pembuluh getah bening.

Tabel 2.14. Involusi Uterus

Involusi	Tinggi fundus uteri	Berat uterus (gr)	Diameter bekas melekat plasenta (cm)	Keadaan serviks
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000		
Uri lahir	2 jari bawah pusat	750	12,5	Lembek
1 minggu	Pertengahan simfisis – pusat	500	7,5	Beberapa hari setelah postpartum dapat dilalui 2 jari akhir minggu pertama dapat dimasuki 1 jari
2 minggu	Tak teraba diatas simfisis	350	3-4	
6 minggu	Bertambah kecil	50-60	1-2	
8 minggu	Sebesar normal	30		

(Sumber : Dewi,dkk. 2013)

4. Involusi tempat plasenta

Setelah persalinan, tempat plasenta merupakan tempat dengan permukaan kasar, tidak rata, dan kira-kira sebesar telapak tangan. Dengan cepat luka ini mengecil, pada akhir minggu ke 2 hanya sebesar 3-4 cm dan pada akhir nifas 1-2 cm.

5. Perubahan Ligamen

Ligamen-ligamen dan diafragma pelvis, serta fasia yang meregang sewaktu kehamilan dan partus, setelah janin lahir, berangsur-angsur menciut kembali seperti sediakala. Tidak jarang ligamentum rotundum menjadi kendur yang mengakibatkan letak uterus menjadi retrofleksi.

B. Perubahan pada serviks (Dewi,dkk, 2013).

Serviks mengalami involusi bersama-sama uterus. Perubahan-perubahan yang terdapat pada serviks postpartum adalah bentuk serviks yang akan menganga seperti corong. Bentuk ini disebabkan oleh korpus uteri yang dapat

mengadakan kontraksi, sedangkan serviks tidak berkontraksi sehingga seolah-olah pada perbatasan antara korpus dan serviks uteri terbentuk semacam cincin.

a. Lochea

Dengan adanya involusi uterus, maka lapisan luar dari desidua yang mengelilingi situs plasenta akan menjadi nekrotik. Campuran antara darah dan desidua tersebut dinamakan lochea, yang biasanya berwarna merah muda atau putih pucat. Pengeluaran Lochea dapat dibagi berdasarkan waktu dan warnanya diantaranya sebagai berikut:

1. Lochea rubra : muncul pada hari pertama sampai hari ketiga postpartum, warnanya biasanya merah.
2. Lochea sanguinolenta : berwarna merah kuning berisi darah dan lendir, muncul pada hari ke 3-5 hari postpartum
3. Lochea serosa : muncul pada hari ke 5-9 postpartum, warnanya kekuningan atau kecoklatan.
4. Lochea alba : muncul lebih dari 10 hari postpartum, warnanya lebih pucat, putih kekuningan, serta lebih banyak mengandung leukosit, selaput lendir serviks, dan serabut jaringan yang mati.

C. Perubahan pada vagina dan perinium

Estrogen pascapartum yang menurun berperan dalam penipisan mukosa vagina dan hilangnya rugae. Vagina yang semula sangat teregang akan kembali secara bertahap pada ukuran sebelum hamil selama 6-8 minggu setelah bayi lahir.

D. Perubahan tanda-tanda vital

- a. Suhu badan : 1 hari postpartum suhu badan akan naik sedikit (37,5-38 derajat celcius) sebagai akibat kerja keras waktu melahirkan, kehilangan cairan, dan kelelahan.

- b. Nadi : denyut nadi setelah melahirkan biasanya akan lebih cepat (normalnya 60-80x/menit)
 - c. Tekanan darah : biasanya tidak berubah, kemungkinan darah akan rendah disebabkan perdarahan pasca melahirkan, tekanan darah tinggi setelah melahirkan menandakan preeklamsia postpartum.
 - d. Pernafasan : keadaan pernafasan berhubungan dengan keadaan nadi dan suhu, bila suhu dan nadi tidak normal, pernafasan juga akan mengikutinya, kecuali memang ada gangguan khusus pada saluran nafas.
- E. Perubahan sistem kardiovaskuler (Dewi,dkk, 2013).
- a. Volume darah
 - b. Perubahan volume darah bergantung pada beberapa faktor, misalnya kehilangan darah selama melahirkan dan mobilisasi, serta pengeluaran cairan ekstravaskuler. Kehilangan darah merupakan akibat penurunan volume darah total yang cepat, tetapi terbatas.
 - c. Curah jantung
 - d. Denyut jantung, volume sekuncup, dan curah jantung meningkat sepanjang masa hamil. Segera setelah wanita melahirkan, keadaan ini meningkat bahkan lebih tinggi selama 30-60 menit karena darah yang biasanya melintasi sirkulasi uteroplasenta tiba-tiba kembali ke sirkulasi umum.
- F. Perubahan sistem hematologi
- Selama minggu-minggu kehamilan, kadar fibrinogen dan plasma, serta faktor-faktor pembekuan darah meningkat. Pada hari pertama postpartum, kadar fibrinogen dan plasma akan sedikit menurun, tetapi darah lebih mengental dengan peningkatan viskositas sehingga meningkatkan faktor pembekuan darah

G. Sistem pencernaan pada masa nifas

a. Nafsu makan

Ibu biasanya merasa lapar segera setelah melahirkan sehingga ia boleh mengonsumsi makanan ringan. Ibu sering kali cepat lapar setelah melahirkan dan siap makan pada 1-2 jam post-primodial, dan dapat ditoleransi dengan diet yang ringan.

b. Pengosongan usus

Buang air besar secara spontan bisa tertunda selama 2-3 hari setelah melahirkan. Keadaan ini bisa disebabkan karena tonus otot usus menurun selama proses persalinan dan pada awal masa postpartum, diare sebelum persalinan, kurang makan, atau dehidrasi.

H. Sistem urinarius

Perubahan hormonal pada masa hamil turut menyebabkan peningkatan fungsi ginjal, fungsi ginjal kembali normal dalam waktu 1 bulan setelah melahirkan. Diperlukan kira-kira 2-8 minggu supaya hipotonia pada kehamilan serta dilatasi ureter dan pelvis ginjal kembali ke keadaan sebelum hamil.

I. Diuresis Postpartus

Dalam 12 jam pasca melahirkan, ibu mulai membuang kelebihan cairan yang tertimbun di jaringan selama hamil. Salah satu mekanisme untuk mengurangi cairan yang terentesi selama masa hamil ialah diaforesis luas, terutama pada malam hari, selama 2-3 hari pertama setelah melahirkan.

2.1.3.4 Adaptasi Psikologis Masa Nifas

Pengalaman menjadi orang tua khususnya menjadi seorang ibu tidaklah selalu merupakan suatu hal yang menyenangkan bagi setiap wanita atau pasangan suami istri. Dalam menjalani adaptasi setelah melahirkan, ibu akan mengalami fase-fase sebagai berikut :

a. Fase *taking in*

Fase ini adalah periode ketergantungan yang berlangsung pada hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Pada saat itu, fokus perhatian ibu terutama pada dirinya sendiri. Pengalaman selama proses persalinan berulang kali diceritakannya.

b. Fase *taking hold*

Fase ini adalah fase yang berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Pada fase ini, ibu merasa khawatir akan ketidakmampuannya dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi.

c. Fase *letting go*

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

2.1.3.5 Penatalaksanaan

Bidan dapat menggunakan berbagai metode untuk tetap dapat berhubungan dengan ibu dan bayi antara periode segera pascapartum dan pemeriksaan 4-6 minggu pascapartum. Beberapa bidan melakukan panggilan per telepon, ada juga yang melakukan kunjungan rumah, dan beberapa ada yang meminta ibu dan bayi kembali lagi untuk kunjungan 2 minggu pascapartum. Berikut jadwal kunjungan rumah bagi ibu nifas :

Tabel 2.15 Jadwal Kunjungan Rumah.

1.	Kunjungan I (hari ke 1-7)	<ul style="list-style-type: none"> a. Bidan menganjurkan pasien untuk memberikan ASI eksklusif b. Mengkaji warna dan banyaknya jumlah perdarahan c. Mengkaji TFU, dan kontraksi uterus, dan menjelaskan pada ibu tentang involusi uterus d. Bidan mendorong ibu untuk memperkuat
----	---------------------------	--

		ikatan batin antara ibu dan bayi
		e. Memberikan penyuluhan tentang tanda bahaya nifas maupun tanda bahaya pada bayi
2.	Kunjungan II (hari ke 8-28)	<p>a. Memberikan informasi mengenai makanan yang seimbang, mengandung protein, berserat, dan banyak minum air putih 8-10 gelas/hari</p> <p>b. Menganjurkan untuk menjaga kebersihan diri, terutama puting dan perinium</p> <p>c. Mengajarkan senam kegel, dan senam nifas</p> <p>d. Menganjurkan ibu untuk istirahat yang cukup</p> <p>e. Mengkaji adanya tanda-tanda post partum blues</p> <p>f. Membicarakan tentang kembalinya masa subur, melanjutkan hubungan seksual setelah selesai masa nifas, kebutuhan pengendalian kehamilan</p>
3.	Kunjungan III (hari ke 29-42)	<p>a. Menganjurkan ibu untuk memenuhi kecukupan diet makan makanan yang bergizi</p> <p>b. Menentukan rencana KB</p> <p>c. Keterampilan membesarkan dan membina anak</p> <p>d. Rencana untuk check-up dan imunisasi bayi</p>

(Sumber : Dewi,dkk. 2013)

Memberikan penyuluhan kepada ibu nifas yang bertujuan untuk memberikan informasi agar mencegah terjadinya komplikasi masa nifas.

Penyuluhan yang diberikan adalah sebagai berikut:

Tabel 2.16.Penyuluhan Kepada Ibu Masa Nifas.

1.	Nutrisi	Bila kebutuhan energi wanita usia reproduksi sebesar 2.100 kkal/hari, seorang ibu menyusui memerlukan asupan rata-rata 2.700 kkal dalam sehariannya.
2.	ASI dan Puting Susu	Untuk mendapatkan ASI yang banyak, sebaiknya ibu sudah mengonsumsi sayuran hijau, kacang-kacangan, dan minum sedikitnya 8-10 gelas per/hari sejak si bayi masih dalam kandungan. Hal ini merupakan langkah awal yang baik untuk mendapatkan ASI yang banyak.
3.	Istirahat	Istirahat sangat diperlukan, menganjurkan ibu untuk tidur jika si bayi tidur, agar tidak terlalu lelah ketika menyusui bayinya nanti.
4.	Senam Nifas	Senam ini dilakukan sejak hari pertama setelah melahirkan hingga hari ke sepuluh. Hal ini dapat memperlancar proses involusi uteri.

5.	Psikologi Ibu Nifas	Mendorong pasien mampu meredakan segala ketegangan emosi, minta bantuan suami dan keluarga untuk perawatan bayi sehari-hari agar ibu tidak merasa kelelahan
6.	Miksi dan Defekasi	Miksi harus secepatnya dan dilakukan sendiri, jika kandung kemih penuh dan tidak dapat miksi maka perlu dilakukan kateterisasi. Defekasi harus ada dalam 3 hari postpartum, bila terjadi obstipasi maka dilakukan mobilisasi sedini mungkin, tidak jarang kesulitan defekasi dapat diatasi.
7.	Kontrasepsi KB	Memberikan konseling tentang alat kontrasepsi pasca melahirkan dan cocok untuk ibu nifas yang sedang menyusui.
8.	Hubungan seksual setelah melahirkan	Memberikan konseling tentang hubungan seksual setelah melahirkan kepada ibu dan suami.

(Sumber : Dewi, dkk, 2013)

2.1.3.6 Bahaya Masa Nifas dan Penatalaksanaannya

Menurut Dewi,dkk. (2013)dan Wulandari, dkk. (2011) deteksi dini komplikasi pada masa nifas harus dilakukan untuk mencegah hal buruk yang terjadi pada ibu nifas,perdarahan postpartum adalah suatu kejadian mendadak dan tidak dapatdiramalkan. Bukti – bukti (evidence based) saat ini menunjukkan bahwa jika petugaskesehatan yang terlatih ada, peralatan tersedia dan keamanan menyuntik terjamin danmelakukan pengelolaan aktif kala III akan mengurangi perdarahan postpartum secara bermakna. Kasus – kasus yang tidak dapat dicegah memerlukan intervensi segera darifasilitas pelayanan kesehatan terlengkap.(Purwanti, 2013)Berikut beberapa komplikasi atau tanda bahaya ibu nifas beserta penatalaksanaannya:

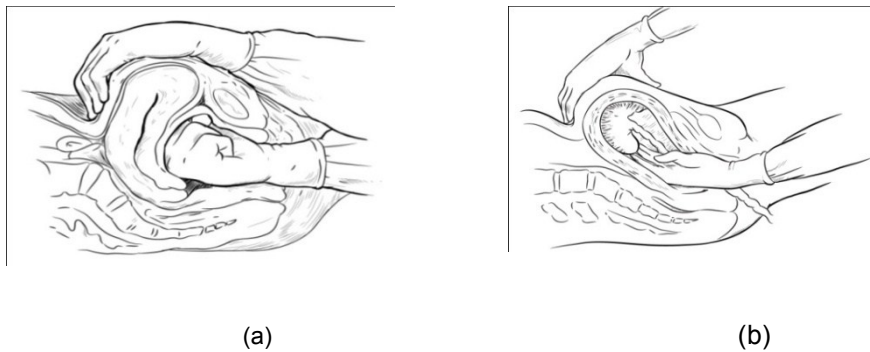
A. Perdarahan pasca persalinan primer

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

Penatalaksanaannya :

a. Perdarahan kala III

Masase fundus uteri untuk memicu kontraksi uterus disertai dengan tarikan tali pusat terkendali. Bila perdarahan terus terjadi meskipun uterus telah berkontraksi dengan baik, periksa kemungkinan laserasi jalan lahir atau ruptura uteri. Bila plasenta belum dapat dilahirkan, lakukan plasenta manual.



Gambar 2.10 Penatalaksanaan perdarahan

Sumber : Hani, dkk, 2013

b. Penatalaksanaan perdarahan pasca persalinan primer

1. Periksa apakah plasenta lengkap.
2. Masase fundus uteri.
3. Pasang infus RL dan berikan uterotonik (oksitosin, methergin atau misoprostol).
4. Bila perdarahan > 1 lt pertimbangkan tranfusi
5. Periksa faktor pembekuan darah
6. Bila kontraksi uterus baik dan perdarahan terus terjadi, periksa kembali kemungkinan adanya laserasi jalan lahir
7. Bila perdarahan terus berlangsung, lakukan kompresi bimanual

B. Perdarahan Pasca Persalinan Sekunder

Proses *reepitalisasi* plasental site yang buruk (80 %). Sisa konsepsi atau gumpalan darah. Penatalaksanaannya, terapi awal yang dilakukan adalah memasang infus dan memberikan uretonika (methergin 0,5 mg IM), antiipiretika, dan antibiotika. Kuretase hanya dilakukan bila terdapat sisa konsepsi.

C. Endometritis

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

- a. Peningkatan suhu tubuh hingga 40 derajat celcius
- b. Takikardi (nadi cepat)
- c. Menggigil dengan infeksi berat
- d. Nyeri tekan uteri menyebar secara lateral
- e. Nyeri panggul dan pemeriksaan bimanual
- f. Subinvolisio
- g. Lochea sedikit, tidak berbau, atau berbau tidak sedap, lochea seropurelenta. Penanganannya, dengan obat antimikroba spektrum-luas termasuk sefalosporin (misalnya : cefoxitin, cefotetan) dan penisilin spektrum-luas, atau inhibitor kombinasi penicillin/betalaktamase. Kombinasi klindasimin dan gentamisin juga dapat digunakan, seperti metronidazol jika ibu tidak menyusui.

D. Parametritis

Parametritis adalah infeksi jaringan pelvis yang dapat terjadi melalui beberapa cara : penyebaran melalui limfe dari luka serviks yang terinfeksi atau dari endometritis, penyebaran langsung dari luka pada serviks yang

meluas sampai ke dasar ligamentum, serta penyebaran sekunder dari tromboflebitis. Penderita tampak sakit, nadi cepat, dan perut nyeri.

E. Infeksi trauma vulva, perinium, vagina, dan serviks

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

F. Infeksi Saluran Kemih

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

G. Mastitis

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

pada payudara, penyangga payudara yang baik tanpa konstriksi, membersihkan hanya dengan air dan tanpa agen pengering.

H. Hematoma

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

- a. Pelahiran operatif
- b. Laserasi sobekan pembuluh darah yang tidak dijahit selama injeksi lokal atau pudendus, atau selama penjahitan episiotomi atau laserasi
- c. Kegagalan hemostatis lengkap sebelum penjahitan laserasi atau episiotomi
- d. Pembuluh darah di atas apeks insisi atau laserasi tidak dibendung, atau kegagalan melakukan jahitan pada titik tersebut
- e. Penanganan kasar pada jaringan vagina kapanpun atau pada uterus selama masase

Tanda gejalanya adalah, pembengkakan yang tegang dan berdenyut, perubahan warna jaringan kebiruan atau biru kehitaman. Penanganannya adalah pemantauan perdarahan secara terus-menerus dengan melakukan pemeriksaan laboratorium hematokrit, insisi untuk mengevaluasi darah dan bekuan darah, serta penutupan rongga, dan perlunya intervensi pembedahan lain, penggantian darah, atau antibiotik

2.1.3.7 Senam Nifas

Langkah senam nifas yaitu;

- a. Berbaring dengan lutut di tekuk. Tempatkan tangan diatas perut di bawah area iga-iga. Napas dalam dan lambat melalui hidung dan kemudian keluarkan melalui mulut, kencangkan dinding abdomen



- b. Berbaring telentang, lengan dikeataskan diatas kepala, telapak terbuka keatas. Kendurkan lengan kiri sedikit dan regangkan lengan kanan. Pada waktu yang bersamaan rilekskan kaki kiri dan regangkan kaki kanan sehingga ada regangan penuh pada seluruh bagian kanan tubuh.



- c. Kontraksi vagina. Berbaring telentang. Kedua kaki sedikit diregangkan. Tarik dasar panggul, tahan selama tiga detik dan kemudian rileks.



- d. Memiringkan panggul. Berbaring, lutut ditekuk. Kontraksikan/kencangkan otot-otot perut sampai tulang punggung mendatar dan kencangkan otot-otot bokong tahan 3 detik kemudian rileks.



- e. Berbaring telentang, lutut ditekuk, lengan dijulurkan ke lutut. Angkat kepala dan bahu kira-kira 45 derajat, tahan 3 detik dan rilekskan dengan perlahan.



- f. Tidur telentang, kedua lengan di bawah kepala dan kedua kaki diluruskan. angkat kedua kaki sehingga pinggul dan lutut mendekati badan semaksimal mungkin. Lalu luruskan dan angkat kaki kiri dan kanan vertical dan perlahan-lahan turunkan kembali ke lantai.



- g. Tidur telentang dengan kaki terangkat ke atas, dengan jalan meletakkan kursi di ujung kasur, badan agak melengkung dengan letak pada dan kaki bawah lebih atas. Lakukan gerakan pada jari-jari kaki seperti mencakar dan meregangkan. Lakukan ini selama setengah menit.



- h. Gerakan ujung kaki secara teratur seperti lingkaran dari luar ke dalam dan dari dalam keluar. Lakukan gerakan ini selama setengah menit.



- i. Lakukan gerakan telapak kaki kiri dan kanan ke atas dan ke bawah seperti gerakan menggergaji. Lakukan selama setengah menit.



2.1.4 Konsep Dasar Neonatus dan Bayi Baru Lahir

2.1.4.1 Definisi

Bayi baru lahir (neonatus) adalah bayi yang baru mengalami proses kelahiran berusia 0-28 hari (Marmi dan Rahardjo, 2012).

1.

2.1.4.2 Perubahan System pada Bayi Baru Lahir

Menurut Marmi dan Raharjo (2012) bayi baru lahir memiliki fungsi homeostatis segera setelah lahir. Homeostatis adalah kemampuan mempertahankan fungsi-fungsi vital, bersifat dinamis dipengaruhi oleh tahap pertumbuhan dan perkembangan termasuk masa pertumbuhan dan perkembangan intrauterine. Setelah lahir, akan perubahan system yang berbeda dari intra uterine ke ekstrauterin.

Tabel 2.17. Sistem Pernafasan Pada Bayi Baru Lahir.

Sistem	Intrauterin	Ekstrauterin
A. Respirasi/Sirkulasi		
Pernafasan volunteer	Belum berfungsi	Berfungsi
Alveoli	Kolaps	Berkembang
Vaskularisasi paru	Belum aktif	Aktif
Resistensi paru Intake oksigen	Tinggi Dari plasenta ibu	Rendah Dari paru bayi sendiri
Pengeluaran CO ₂	Di plasenta	Di paru
Sirkulasi paru	Tidak berkembang	Berkembang banyak
Sirkulasi sistematik	Resistensi perifer	Resistensi perifer
Denyut jantung	Rendah	Tinggi

B. Saluran Cerna		
Absorpsi nutrient	Belum aktif	Aktif
Kolonisasi kuman	Belum	Segera
Feses	Mekonium	<hari ke 4, feses biasa
Enzim pencernaan	Belum Aktif	Aktif

(Sumber: Marmi dan Rahardjo.2012)

A. Sistem Pernafasan

Masa yang paling kritis pada bayi baru lahir adalah ketika mengalami resistensi paru. Pada umur kehamilan 24 hari ini bakal paru-paru terbentuk.

Tabel 2.18. Perkembangan Sistem Pulmoner.

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

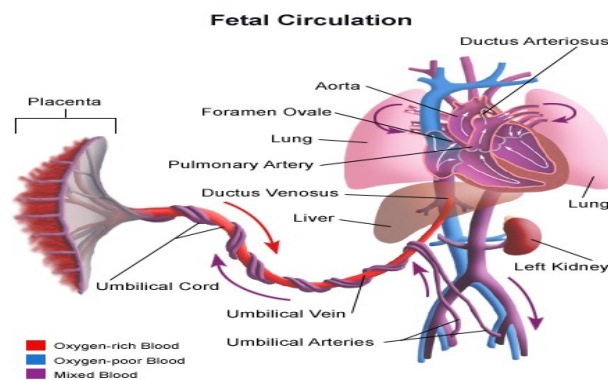
Sumber : (Marmi dan Rahardjo.2012)

Menurut Marmi dan Raharjo.(2012) rangsangan untuk gerakan pernafasan pertama kali pada neonatus disebabkan karena adanya :

- a. Tekanan mekanis pada torak sewaktu melalui jalan lahir.
- b. Penurunan tekanan oksigen dan kenaikan tekanan karbondioksida merangsang kemoreseptor pada sinus karotis (stimulasi kimiawi).
- c. Rangsangan dingin didaerah muka dapat merangsang permulaan gerakan (stimulasi sensorik).

B. Jantung dan sirkulasi darah

Peredaran darah janin dari vena kava inferior masuk keatrium kanan dan bercampur dengan darah dari vena kava inferior .Darah dari atrium kanan sebagian melalui foramen ovale masuk ke atrium kiri bercampur dengan darah yang berasal dari vena pulmonalis. Darah dari atrium kiri selanjutnya keventrikel kiri yang akan dipompakan ke aorta selanjutnya melalui arteri koronia darah mengalir ke bagian kepala, ekstremitas kanan dan kiri.



Gambar 2.11 Sirkulasi Peredaran Darah Pada Janin

Sumber : Marmi dan Raharjo 2012

Perubahan pada neonatus yaitu

- Aliran darah menuju paru dari ventrikel kanan bertambah
- Tekanan darah pada atrium kirimeningkat sehingga secara fungsional foramen ovale tertutup
- Penutupan secara anatomis berlangsung lama sekitar 2-3 bulan
- Pada saat pemotongan tali pusat aliran darah vena umbilikalिस menuju vena umbilikalिस menuju vena kava inferior akan berhenti total.

C. Saluran pencernaan

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

- Pada hari ke 10 kapasitas lambung menjadi 100 cc

b. Kelenjar lidah berfungsi saat lahir tetapi kebanyakan tidak mengeluarkan ludah sampai usia bayi 2-3 bulan

c. Difisiensi lipase pada pancreas menyebabkan terbatasnya absorbs lemak

D. Hepar

Hepar masih belum berfungsi pada neonatus sehingga mengakibatkan icterus fisiologis

E. Produksi panas suhu tubuh

Bayi baru lahir memiliki kecenderungan untuk mengalami stress fisik akibat perubahan suhu diluar uterus .Dibawah ini akan dijelaskan mekanisme kehilangan panas bayi baru lahir :

a. Konduksi

Panas dihantarkan dari tubuh bayi ketubuh benda disekitarnya contohnya menimbang bayi tanpa alas timbangan

b. Konveksi

Panas hilang dari bayi ke udara sekitar yang sedang bergerak contohnya membiarkan bayi baru lahir diruangan yang terpasang kipas angin

c. Radiasi

Panas dipancarkan dari bayi baru lahir contohnya bayi baru lahir dibiarkan telanjang dll.

d. Evaporasi

Panas hilang melalui proses penguapan tergantung kepada kecepatan dan kelembabapan udara (perpindahan panas dengan cara merubah cairan menjadi uap).

F. Kelenjer endokrin.

Kelenjer endokrin adalah kelenjar didalam tubuh seperti contohnya kelenjer tiroid Penyesuaian pada system endokrin adalah :

- a. Kelenjer tyroid berkembang selama minggu ke 3 dan ke 4
- b. Sekresi-sekresi thyroxin dimulai pada minggu ke 8.
- c. Kortek adrenal dibentuk pada minggu ke 6 dan menghasilkan hormon pada minggu ke 8 dan ke 9
- d. Pankreas dibentuk dari foregut pada minggu ke 5

G. Keseimbangan cairan dan fungsi ginjal

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

H. Keseimbangan asam basa

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

I. Susunan syaraf

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

J. Imunologi

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

2.1.4.3 Pengkajian Pada Bayi Baru Lahir dan Neonatus

A. Pemeriksaan TTV

Pemeriksaan TTV (Tanda-tanda Vital pada bayi) meliputi DJ atau denyut jantung normalnya 120-160x/menit jika diatas ≥ 160 maka bayi mengalami takikardia sedangkan jika dibawah ≤ 100 bayi mengalami bradikardia yang dapat mengakibatkan blok jantung konginetal.Suhu normalnya 36,5-37,2 jika

suhu tidak stabil dapat mengakibatkan dehidrasi, infeksi, dll biasanya bayi akan stabil 8-10 jam. Pada pernafasan normalnya 30-60x/menit pada bayi jika ≥ 15 kali/menit bayi biasanya cepat menjadi hangat atau dingin biasanya pada bayi prematur jika ≤ 25 x/menit (bradipnea) biasanya bayi yang memiliki trauma lahir jika ≥ 60 kali/menit (Takipnea) biasanya terjadi hernia difragmatika, sindrom aspirasi dll. Pada pemeriksaan tekanan darah normalnya 78/42 (pada waktu lahir sistolik 60-80 mmHg sedangkan diastolic 40-50 mmHg setelah 10 hari Sistolik 95-100 mmHg diastolic sedikit meningkat jika rendah kemungkinan terjadi sepsis jika tinggi kemungkinan terjadi koarktasio aorta (Marmi dan Raharjo.2012)

a. Kepala

Pada pemeriksaan kepala raba sepanjang garis sutura dan fontanel, apakah ukuran dan tampilannya normal. Sutura yang berjarak lebar mengindikasikan bayi preterm, moulding yang buruk atau hidrocefalus. Pada kepala apakah tidak ada caput succedenum dan cephal hematoma jika terjadi misalnya adanya caput succedenum maka memberitahukan kepada ibu ataupun keluarga bahwa bayi tidak memerlukan perawatan khusus karena caput akan hilang sendiri dalam beberapa hari, apakah ada kelainan konginetal seperti anensefali, mikrocefali jika misalnya ditemukan anensefali maka diperlukan perawatan yang insetif (Marmi dan Rahardjo, 2012).

b. Wajah

Memperhatikan kelainan wajah yang khas seperti sindrom down, apakah wajah nampak kuning jika kuning kemungkinan bayi mengalami gejala icterus, memperhatikan jika bayi tampak aneh misalnya telinga letak rendah dan gangguan struktur lain berarti bayi mengalami penyimpangan kromosom, atau gangguan herediter (Sudarti dan Khairunnisa. 2011).

c. Mata

Padamata apakah ada strabismus yaitu koordinasi mata yang belum sempurna jika ada mata seperti sayu berarti disebabkan adanya peningkatan tekanan intrakranial, jika ujung mata sebelah dalam berdempetan digaris tengah berarti ada sindrom cornelia de lange, apakah sklera ikterus jika iya maka bayi mengalami hiperbilirubinemia, periksa adanya secret pada mata konjungtivitis oleh kuman gonokokus dapat menyebabkan kebutaan (Bobak, dkk, 2005).

d. Hidung

Pada Hidung apakah ada pernafasan cuping hidung jika ada berarti karena distress pernafasan, apakah ada malformasi pada hidung seperti tampak tidak ada tulang hidung, datar dan lebar jika ada disebabkan karena gangguan kromosom atau sifilis konginetal.

e. Leher

Pada leher apakah bayi mampu menggerakkan kepala secara bebas jika tidak mampu bayi bisa saja premature atau sindrom down, apakah ada pembengkakan kelenjar tyroid dan vena jugularis.

f. Dada

Pada dada apakah simetris atau tidak jika dada cembung lalu gerakan tidak sama maka terjadi pneumotoraks atau pneumomediastinum, apakah terdapat retraksi dinding dada atau tidak jika ada retraksi atau tanpa distress pernafasan bayi berarti bayi premature atau RDS.

g. Abdomen

Pada abdomen kaji apakah tali pusat masih basah atau sudah kering jika disekitar tali pusat kemerahan kemungkinan ada infeksi, Kaji bunyi usus terdengar satu sampai dua jam setelah lahir dan mekonium keluar 24-48

jam setelah lahir jika tidak terdengar terjadi skafoid disertai bunti usus di dada dan distress pernafasan (hernia difragmatika)

h. Genetalia

Pada genetalia kaji apakah ada kelainan testis sudah turun jika belum bayi prematur, pada bayi perempuan cukup bulan labia mayor menutupi labia minor jika belum bayi kemungkinan premature atau kurang bulan.

i. Anus dan rektum

Memeriksa apakah ada kelainan seperti pengeluaran feses dari vagina pada wanita atau meatus urinarius pada pria jika iya berarti terjadi fistula rekti, mekonium tidak boleh keluar lebih dari 48 jam jika feses tidak keluar berarti ada obstruksi jika keluaranya sering dan cair berarti ada infeksi.

j. Ekstremitas

Pada ekstremitas apakah gerakan aktif jika tidak terjadi gangguan SSP (Sistem Saraf Pusat) atau malformasi, apakah ada kelainan misalnya jari-jari memiliki selaput jala berarti *sindaktil*.

B. Refleks pada bayi

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

a. Refles mengedip (glabella) yaitu bayi akan mengedipkan mata pada 4-5 ketukan pertama pada daerah pangkal hidung saat mata terbuka

b. Reflek hisap (shucking)

Benda menyentuh bibir disertai reflex menelan. Tekanan pada mulut bayi pada langit dalam gusi atas timbul isapan yang kuat dan cepat. Hal ini terlihat saat bayi menyusu.

c. Refleks rooting (mencari)

Bayi menoleh ke arah benda yang menyentuh bayi misalnya mengusap pipi bayi dengan lembut.

d. Refleks genggam (palmar grasp)

Pada telapak tangan bayi jika ditekan bayi akan mengepalkan tangannya dengan kuat.

e. Refleks Babinski

Menggores telapak kaki bayi dimulai dari tumit lalu gerakkan jari sepanjang kaki. Bayi akan menunjukkan respon berupa semua jari kaki hyperekstensi dengan ibu jari dorso fleksi.

f. Refleks moro

Timbulnya pergerakan tangan yang simetris apabila tiba-tiba bayi dikejutkan dengan bertepuk tangan.

g. Reflex melangkah

Saat memegang lengannya sedangkan kakinya dibiarkan menyentuh permukaan yang keras dan rata membuat bayi menggerakkan tungkainya dalam suatu gerakan.

h. Refleks *toniknek*

Ekstremitas pada satu sisi dimana kepala ditolehkan akan ekstensi dan ekstremitas yang berlawanan akan fleksi bila kepala bayi ditolehkan disatu sisi selagi istirahat.

i. Refleks Ekstruksi

Bayi baru lahir menjulurkan lidah ke luar bila ujung lidah ketika disentuh dengan jari atau puting (Marmi dan Rahardjo, 2012).

C. Pemeriksaan Antropometri

- a. Berat badan normalnya 2500-4000gram jika ≤ 2500 gram bayi prematur, sindromubella jika lebih maka biasanya diabetes maternal atau herediter.

- b. Panjang badan normalnya 45-55 cm jika kurang atau lebih maka terjadipenyimpangan kromosom atau herediter.
- c. Lingkar kepala normalnya 32-35cm jika ≤ 32 cm maka terjadi rubella, toksoplasmosis jika lebih besar maka hidrosefalus.
- d. Lingkar dada normalnya 30-33cm jika lebih kecil berarti premature.
- e. Ukuran-ukuran kepala bayi

1. Ukuran kepala belakang

- 1) Diameter suboksipito bregmatika normalnya 9,5 cm dari foramen magnum ke ubun ubun besar.
- 2) Diameter suboksipito frontalis normalnya 11 cm antara foramen magnum ke pangkal hidung.
- 3) Diameter fronto oksipitalis normalnya 12 cm antara pangkal titik hidung ke jarak terjauh belakang kepala.
- 4) Diameter mentooksipitalis 13.5 cm antara dagu ketitik terjauh belakang kepala.
- 5) Diamoeter submento bregmatika 9 cm antara os hyoid ke ubun-ubun besar.

2. Ukuran lingkaran

- 1) Sirkumferensia Suboksipito bregmatika 32 cm
- 2) Sirkumferensia Frontooksipitalis normalnya 34 cm melalui jalan lahir pada letak puncak kepala
- 3) Sirkumferensia Mentooksipitalis 35 cm melalui jalan lahir pada letak dahi

3. Ukuran melintang

- 1) Diameter biparietalis antara kedua parietalis dengan ukuran 9 cm.

- 2) Diameter bitemporalis antara kedua tulang temporalis dengan ukuran 8 cm

2.1.4.4. Tanda Bahaya dan Penatalaksanaan Neonatus

A. Tanda Bahaya Pada Neonatus dan Bayi Dengan Masalah Penyerta

Tabel 2.19. Tanda Bahaya dan Penatalaksanaan Neonatus dan Bayi

No	Masalah Penyerta	Penatalaksanaan
1	Bercak Mongol (bintik Mongolia, daerah pigmentasi biru-kehitaman)	Biasanya menghilang dalam beberapa tahun pertama atau pada 1-4 tahun pertama sehingga tidak perlu penanganan khusus
2	Hemangioma (proliferasi dari pembuluh darah yang tidak normal dan dapat terjadi pada setiap jaringan pembuluh darah)	Ada 2 cara pengobatan yaitu a. Cara konservatif Hemangioma superfisial atau hemangioma strawberry sering tidak diterapi dan dibiarkan hilang sendiri hasilnya kulit terlihat normal. b. Cara aktif Hemangioma yang mengalami perdarahan, hemangioma yang mengalami ulserasi, hemangioma yang mengalami infeksi, hemangioma yang berada di organ vital. dll memerlukan terapi secara aktif a) Pembedahan b) Radiasi c) Kortikosteroid d) Obat skelotik e) Elektrokoagulasi f) Pembekuan g) Antibiotic
3	Muntah dan gumoh (muntah adalah jika volum banyaknya diatas 10cc, gumoh jika volum bnyaknya , 10 cc)	a) Bayi harus disendawakan dengan cara menepuk-nepuk lembut punggung bayi secara berulang jika nayimulai rewel saat menyusu maka hentikan sebentar lalu ganti posisi menyusui b) Tidak perlu memberikan obat anti muntah
4	Oral Trush(kandidiasis selaput,lender mulut biasanya mukosa dan lidah.	a) Medic memberikan obat anti jamur misalnya a. Miconazol 25ml ml dalam gel bebas gula b. Nystatin b) Keperawatan Masalah oral trush bayi sukar minum dan resiko diare.tatalaksananya yaitu mencuci bersih botol dan dot susu setelah itu direbus hingga mendidih sebelum dipakai.Di dalam mulut selesai minum susu diberikan 1-2 sendok the air matang untuk membilas sisa susu. Jika sudah

		terjadi memberikan makanan yang lunak sedikit tapi sering
5	Diaper Rash (ruam popok)	<ol style="list-style-type: none"> 1) Daerah yang terkena diaper rash tidak boleh terkena air dan harus terbuka 2) Untuk membersihkan kulit yang iritasi gunakan kapas yang mengandung minyak 3) Segera dibersihkan bila anak kencing atau berak 4) Pampers diselang seling dengan popok tradisional yang hanya dari kain. 5) Posisi tidur anak diatur supaya tidak menekan kulit atau daerah yang iritasi 6) Usaha memberikana makanan TKTP 7) Memelihara kebersihan pakaian dan alat-alatnya
6	Seborhea (peradangan pada kulit kepala bagian atas yang menyebabkan timbulnya sisik pada kulit kepala,wajah)	Berkonsultasi oleh dokter spesialis kulit
7	Bisulan (jerawat kecil-kecil)	<ol style="list-style-type: none"> a) Bila biang keringat muncul tanpa kemerahan dan kering bayi cukup diberi bedak tabor atau bedak kocok segera setelah mandi. b) Jika biang keringat menjadi luka yang basah jangan dibedaki karena akan menyebabkan infeksi c) Untuk keluhan yang parah,gatal,pedih,luka atau lecet ,rewel dan sulit tidur ,segera bawa ke dokter d) Bila timbul bisul jangan dipijit karena akan menyebar ke permukaan tubuh yang lain
8	Diare (pengeluaran tinja yang tidak normal dan cair)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pemeberian cairan yang terdiri dari oralit,larutan gula garam,larutan air tajin,larutan tepung beras garam. 2. Cairan parenteral <ol style="list-style-type: none"> a. RL g(1 bagian Ringer laktat + 1 bag glukosa 5%) b. RL c. RLg 1:3 (a bagian ringer laktat + 3 bag glikosa 5-10%) 3. Jalan pemberian cairan Peroral untuk dehidrasi ringan .sedang dan tanpa dehidrasi dan bila anak mau minum dan kesadaran baik, Intravenavena untukdehidrasi berat

9	Obstipasi/konstipasi(sulit BAB)	<ul style="list-style-type: none"> a. Bayi 0-6 bulan sebaiknya hanya diberikan ASI Eksklusif karena zat yang dikandung ASI lebih mudah dicerna .Selain itu bayi yang mendapatkan ASI Mempunyai kadar hormon motilon (hormon yang membantu pergerakan usus)lebih tinggi b. Bayi diatas 6 bulan diberikan sayur dan buah-buahan kecuali pisang dan wortel dan dapat disajikan dalam bentuk jus c. Mandikan bayi dengan air hangat agar bayi tinja lebih mudah keluar d. Baringkan bayi kemudian gerakkan kakinya seperti mengayuh sepeda
10	Sindrom kematian mendadak (SIDS)	Menidurkan bayinya dalam posisi terlentang atau miring (terutama kekanan)
11	Infeksi atau sepsis neonatorum (infeksi bakteri berat yang menyebar keseluruhan tubuh bayi baru lahir)	Antibiotik diberikan melalui infus .Pada kasus tertentu diberikan antibody yang dimuenikan atau sel darah putih.
12	Batuk dan pilek	<ul style="list-style-type: none"> a. Diberikan pengobatan simptomatis misalnya ekspentosa untuk mengatasi batuk, sedative, untuk menenangkan pasien dan antipiretik untuk menurunkan demam b. Memberikan obat gosok dapat membuat bayi merasa hangat c. Misalnya obat dimuntahkan dalam 4 jam pemberian obat harus diulang caranya diencerkan 1-2 sendok dengan sirup atau madu

Sumber : Marmi dan Rahardjo, 2012

B. Neonatus dengan Jejas Persalinan

Tabel 2.20 .Neonatus dengan jejas persalinan

No	Kelainan karena trauma persalinan	Penatalaksanaan
1	Caput suksedanum (Benjolan yang difus dikepala terletak pada presentasi kepala pada waktu bayi lahir .)	Kaput suksadenum akan hilang sendiri dalam waktu 2 sampai 3 hari dan umumnya tidak memerlukan pengobatan khusus
2	Cephal hematoma (Suatu perdarahan subperiostal tula ng tengkorak berbatas tegas pada tulang yang bersangkut an dan tidak melewati sutura)	Sefal hematoma tidak memerlukan penanganan yang khusus biasanya mengalami resolusi sendiri dalam 2-8 minggu tergantung dari besar-kecilnya benjolan

3	Trauma pada flexus brachialis ada 4 jenis yaitu :	<ul style="list-style-type: none"> a. Paralisis Erb-duchene (kelumpuhan lengan untuk fleksi,abduksi,dan memutar lengan keluar) b. Paralisis klumpke (bayi tidak dapat meng epal) c. Paralisis nervus frenikus (Elevasi diafragma yang sakit serta pergeseran mediastinum dan jantung) d. Kerusakan medulla spinalis e. Paralisis pita suara
		<p>Melakukan fiksasi dalam beberapa hari atau 1-2 minggu dilanjutkan mobilisasi dan latihan</p> <p>Memasang bidang pada telapak tangan dan sendiri tangan yang sakit pada posisi netral yang selanjutnya diusahakan program latihan</p> <p>Melakukan tindakan bedah sebelumnya diberikan terapi O2</p> <p>Berkonsultasi dengan bagian neurologi</p> <p>Menghilang setelah 4-6 minggu tetapi yang berat memerlukan tindakan trakeostomi</p>
	Fraktur Tulang humerus	<ul style="list-style-type: none"> a. Imobilisasi selama 2-4 minggu dengan fiksasi bidai b. Daya penyembuhan bagi yang berupa fraktur tulang tumpang tindih dengan deformitas umumnya akan baik

C. Neonatus dengan resiko tinggi dan penatalaksanaanya

Tabel 2.21. Resiko tinggi Bayi Baru Lahir

No	Resiko tinggi	Penatalaksanaan
----	---------------	-----------------

1	BBLR (Berat bayi lahir rendah <2500 gram)	<ul style="list-style-type: none"> a. Pengaturan suhu tubuh pada bayi dimana harus dirawat didalam incubator. Mencegaha kehilangan panas dengan keringkan permukaan tubuh bayi, selimuti bayi, tutupi kepala bayi,metode kangguru,tidak memandikan bayi baru lahir, rangsangan taktil. b. Makanan bayi premature yaitu ASI dengan cara diberikan 3 jam setelah lahir dan didahului dengan menghisap cairan lambung lalu dengan ASI disendoki perlahan – lahan atau dengan memasang son de. c. Icterus dengan cara dijemur selama 30 menit mulai dari jam 7 pagi d. Pern-afasan ,bayi harus diraw at diinkubator ,terlentang atau tengkurap e. Hipoglikemi ,pemeriksaan gula darah secara teratur
2	Asfiksia neonaturum (keadaan dimana bayi tidakdapat bernafas secara spontan dan teratur segera setelah bayi lahir)	Tindakan untuk bayi yang asfiksia adalah dengan resusitasi segera setelah bayi lahir ,resusitasi adalah upaya untuk untuk membuka jalan nafas .
3	Sindrom gangguan pernafasan	<ul style="list-style-type: none"> a. Mempertahankan ventilasi dan oksigenasi adekuat b. Mempertahankan keseimbangan asam basa c. Mempertahankan suhu lingku ngan netral d. Mempertahankan perfusi jarin gan adekuat e. Mencegah hipotermia f. Mempertahankan cairan yang elektrolit dan adekuat
4	Ikterus (warna kuning pada bagian tubuh tertentu akibat penumpukan bilirubin)	<ul style="list-style-type: none"> a. Mempercepat metabolisme dan penegeluaran bilirubin dengan cara early feeding (pemeberian makanan secara dini), pemberian agar-agar ,pemberian fenobarbital,menyusui bayi dengan ASI b. Terapi sinar matahari dilakuk an antara jam7-9 pagi dan menutup mata bayi agar tidak terjadi kerusakan pada mata c. Terapi sinar dilakukan selama 24 jam da nada dirumah sakit

5	Perdarahan tali pusat	<ul style="list-style-type: none"> a. Penanganan disesuaikan dengan penyebab perdarahan dari tali pusat b. Melakukan tindakan pencegahan infeksi pada tali pusat c. Segera melakukan informed consent dan informed choice pada keluarga pasien untuk dilakukan rujukan.
6	Kejang	<ul style="list-style-type: none"> a. Mengatasi kejang secepat mungkin b. Pengobatan penunjang c. Bebaskan jalan nafas, tidurkan pada posisi terlentang, pemberian oksigen, segera turunkan suhu badan dengan pemberian antipiretik.
7	Hipotermi (bayi dengan suhu tubuh dibawah normal, 36,5 C)	Bayi diletakkan di radiant warmer, keringkan untuk menghilangkan panas melalui evaporasi, tutup kepala, bungkus tubuh segera, bila stabil rawat gabung dengan ibu.
8	Hipertemi (suhu tubuh yang tinggi >37,5 C)	<ul style="list-style-type: none"> a. Letakkan bayi di ruangan dengan suhu lingkungan normal (25°C-28°C) b. Lepaskan sebagian atau seluruh pakaian bayi c. Bila suhu sangat tinggi (<39°C) bayi dikompres atau dimandikan selama 10-15 menit dalam air yang suhunya 4°C lebih rendah dari suhu tubuh bayi. d. Anjurkan ibu untuk menyusui bayinya e. Bila terdapat tanda dehidrasi, tangani dehidrasinya
9	Hipoglikemii (suatu keadaan dimana kadar gula dalam darah rendah)	Penatalaksanaan Hipoglikemi : berikan bayi air gula 30 cc setiap kali pemberian dan observasi, pertahankan suhu tubuh bayi, segera berikan ASI, observasi TTV, Refleksi dan gejala hipotermi. Bila dalam 24 jam tidak ada perubahan lakukan rujukan.
10	Tetanus Neonatorum	<ul style="list-style-type: none"> a. Antibiotik (penisilinprokain, ampicilin, tetrasiklin, metronidazol,) b. Netralisasi toksin c. Perawatan luka d. Terapi suportif

D. Neonatus dengan Kelainan Kongenital

Tabel 2.22. Neonatus dan Kelainan Konginetal

1	Labioskisis dan labiopalatoskisis (kelainan konginetal yang berupa adanya kelainan bentuk pada struktur wajah)	Tatalaksananya yaitu dengan cara operasi. Operasi ini dilakukan setelah bayi berusia 2 bulan dengan berat badan yang meningkat dan bebas dari infeksi oral pada saluran pernafasan
2	Atresia esophagus (Kelainan yang mempengaruhi saluran pencernaan)	<ol style="list-style-type: none"> a. Kantong esophagus harus secara teratur dikosongkan dengan pompa untuk mencegah aspirasi secret b. Foto thoraks c. Foto abdomen d. Tindakan bedah
3	Atresia rekti dan ani (ostruksi pada rectum (sekitar 2 cm dari bats kulit dan anus)	Tindakan bedah
4	Hirschprung (suatu kelainan konginetal yang ditandai penyumbatan usus besar)	Pengobatan bersifat simptomatis atau denitif .Pada keadaan gawat darurat mungkin diperlukan koreksi cairan dan keseimbangan cairan elektrolit.
5	Omfalokel (Isi perut keluar dari kantong peritoneum	<ol style="list-style-type: none"> a. Bila kantong belum pecah diberikan merkurokrom yang bertujuan untuk penebalan selaput yang menutupi kantong b. Pembedahan
6	Hernia diafragmatik	<ol style="list-style-type: none"> a. Memberikan diit RKTP b. Memberikan Extracorporeal Membrane Oxygenation (EMCO) c. Tindakan pembedahan d. Terapi repair diafragma transabdominal
7	Atresia Duodeni (Obstruksi lumen usus oleh membrane utuh)	<ol style="list-style-type: none"> a. Tuba orogastrik dipasang b. Memberikan cairan elektrolit melalui infus intravena c. Pembedahan
8	Meningokel dan ensefalokel (adanya defek pada penutupan spina yang berhubungan dengan pertumbuhan yang abnormal korda spinalis dan penutupannya)	Pembedahan
9	Hidrocefalus	Periksa ABC, Melakukan pemasangan selang dari rongga otak ke rongga perut atau VP Shunt dan dipasang seumur hidup bila tidak ada komplikasi, Farmakologis, Pembedahan .

10	Fimosis (kulit penis melekat pada bagian glans penis)	Menjaga personal hygiene dan Sirkumsisi atau khitan
11	Hipospadia (Lubang uretra terdapat dibagian bawah penis bukan diujung penis)	Tindakan operatif
12	Kelainan metabolic dan endokrin	-
13	Kelainan kelenjer tyroid	Diit Rendah garam

(Sumber;Marmi dan Rahardjo.2012

2.1.5 Konsep Dasar Kontrasepsi

2.1.5.1 Definisi

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

Menurut Pinem. (2011) Pelayanan kontrasepsi mempunyai 2 tujuan yaitu:

- a. Tujuan umum: pemberian dukungan dan pemantapan penerimaan gagasan KB yaitu dihayatinya NKKBS.
- b. Tujuan Pokok: penurunan angka kelahiran yang bermakna.

2.1.5.2 Jenis-jenis Kontrasepsi

Menurut Mulyani, dkk, (2013) dan BKKBN, (2012) ada berbagai macam alat kontrasepsi yang dapat digunakan oleh ibu pasca persalinan. Beberapa jenis kontrasepsi tersebut antara lain, yaitu:

A. Metode KB Non Hormonal

Beberapa metode kontrasepsi non hormonal dapat digunakan oleh ibu dalam masa menyusui. Metode ini tidak mengganggu proses laktasi dan tidak beresiko terhadap tumbuh kembang bayi.

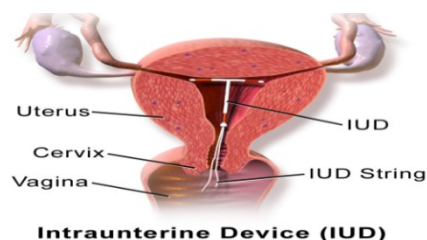
- a. Metode Amenore laktasi (MAL)

Metode Amenore laktasi (MAL) adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif. MAL dapat dipakai sebagai kontrasepsi bila: 1) menyusui secara penuh (full breast feeding); lebih efektif bila pemberian ≥ 8 x sehari, belum haid, umur bayi < 6 bulan; 2) efektif sampai 6 bulan. Metode ini bekerja dengan menekan ovulasi. Pada saat laktasi/ menyusui hormon yang berperan adalah prolaktin dan oksitosin. Semakin sering menyusui, maka kadar prolaktin meningkat dan hormon gonadotrophin melepaskan hormon penghambat (inhibitor), hormon penghambat akan mengurangi kadar estrogen, sehingga tidak terjadi ovulasi. (Saifuddin, 2011)

Ibu post partum tidak bisa lagi menggunakan metode ini jika telah mendapat haid setelah melahirkan, ibu tidak menyusui bayinya secara eksklusif, usia bayi lebih dari 6 bulan, ibu yang bekerja dan terpisah dari bayinya lebih dari 6 jam. Cara menggunakan metode ini yakni ibu harus menyusui bayinya secara eksklusif (6 bulan), bayi disusui secara on demand (sesuai kebutuhan bayi), waktu antara pengosongan payudara tidak lebih dari 4 jam. Metode ini tidak memiliki efek samping (BKKBN.2012; Nina Siti Mulyani,dkk.2013).

B. AKDR (Alat Kontrasepsi Dalam Rahim)

AKDR adalah alat kontrasepsi yang dipasang dalam rahim dengan menjepit kedua saluran yang menghasilkan indung telur sehingga tidak terjadi pembuahan.



Gambar 2.12 KB IUD

Sumber : Mulyani, dkk, 2013

a. Cara kerja AKDR (Alat Kontrasepsi Dalam Rahim) Menurut Mulyani, dkk. (2013) dan Pinem. (2011) yakni:

1. Mencegah terjadinya fertilisasi, tembaga pada AKDR menyebabkan reaksi toksik untuk sperma sehingga sperma tidak mampu untuk fertilisasi.
2. Menghambat kemampuan sperma untuk masuk kedalam tuba fallopi, mencegah pertemuan sperma dan ovum
3. Mempengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai kavum uteri
4. Memungkinkan untuk mencegah implantasi telur dalam uterus

b. Alat Kontrasepsi Dalam Rahim(AKDR) ada banyak macamnya yaitu:

1. Un-Medicated Devices: Generasi pertama seperti Lippes Loop, Merguliescoil dll.
2. Medicated Devices: Generasi Kedua.
 - 1) Yang mengandung logam yaitu: AKDR-CU Generasi pertama seperti: CuT-200 = Tatum , Cu-7 = Gravigard, MLCu-250.
 - 2) AKDR-CU Generasi kedua seperti: Cut-380A = Para Gard, Cut-380Ag, Cut220C, Nova-T, Delta-T, ML Cu-375. Mengandung hormon: progesteron atau levonorgestrel.

c. Efek samping AKDR yaitu: spotting (perdarahan diantara haid), haid semakin banyak,lama dan rasa sakit selama 3 bulan pertama pemakaian (Saifuddin, 2011).

Kontraindikasi AKDR (Alat Kontrasepsi Dalam Rahim), Menurut Mulyani, dkk. (2013) dan Pinem(2011), yakni:

1. Ibu dengan kemungkinan hamilbu pasca melahirkan 2-28 hari, AKDR hanya boleh dilakukan 48 jam dan 40 hari pasca melahirkan
2. Ibu dengan resiko IMS (infeksi menular seksual), terdapat perdarahan vagina yang tak diketahui

3. 3 bulan terakhir sedang mengalami penyakit radang panggul.
 4. Kelainan bawaan uterus yang abnormal atau tumor jinak rahim yang dapat mempengaruhi kavum uteri.
 5. Sedang mengalami infeksi alat genital seperti vaginitis, servisititis
 6. Dalam 3 bulan terakhir mengalami PRP atau abortus septik
 7. Sedang menderita penyakit trofoblas ganas
 8. Sedang menderita kanker alat genital
 9. Ukuran rahim kurang 5 cm
- d. Menurut Pinem. (2011), waktu pemasangan AKDR yang tepat bagi ibu yang menyusui adalah:
1. Setiap waktu dalam siklus haid, hari pertama sampai hari ketujuh siklus haid
 2. Segera setelah melahirkan, dalam 48 jam pertama atau setelah 4 minggu pascapersalinan. Setelah 6 bulan bila menggunakan Metode Amenore Laktasi (MAL).
 3. Setelah mengalami abortus (segera atau dalam waktu 7 hari) bila tidak ditemukan gejala infeksi
 4. Selama 1-5 hari setelah senggama yang tidak dilindungi.
- e. Petunjuk bagi klien
1. Kembali memeriksakan diri setelah 4 sampai 6 minggu pemasangan AKDR
 2. Selama bulan pertama penggunaan AKDR, periksalah benang AKDR secara rutin, terutama setelah haid.
 3. Setelah bulan pertama pemasangan, hanya perlu memeriksa keadaan benang setelah haid apabila mengalami:
 - 1) Kram/kejang di perut bagian bawah.
 - 2) Perdarahan/spooting diantara haid atau setelah senggama.

- 3) Nyeri setelah senggama atau apabila pasangan mengalami tidak nyaman selama melakukan hubungan seksual.
- 4) Copper T-380A perlu dilepas setelah 10 tahun pemasangan, tetapi dapat dilakukan lebih awal apabila diinginkan.

f. Kembali ke klinik apabila:

1. Tidak dapat meraba benang AKDR.
2. Merasa bagian yang keras dari AKDR.
3. AKDR terlepas.
4. Terjadi pengeluaran cairan dari vagina yang mencurigakan.
5. Adanya infeksi (BKKBN, 2012)

C. Metode Kontrasepsi Mantap (Tubektomi dan Vasektomi)

Tubektomi

Tubektomi (Metode Operatif Wanita/MOW) adalah setiap tindakan pada kedua saluran telur wanita yang mengakibatkan orang yang bersangkutan tidak bisa mendapatkan keturunan lagi. Cara kerja tubektomi adalah dengan mengikat dan memotong atau memasang cincin pada tuba fallopi sehingga sperma tidak dapat bertemu ovum.

Tabel 2.23. Komplikasi Tubektomi

Komplikasi	Penanganan
Infeksi luka	Mengobati dengan antibiotik, bila terdapat abses, melakukan drainase.
Demam pasca operasi	Mengobati infeksi berdasarkan apa yang telah ditemukan
Hematoma	Menggunakan packs yang hangat dan lembab di tempat tersebut. Biasanya akan berhenti dengan seiring waktu.

Sumber: (Nina Siti Mulyani, dkk.2013)

Kontraindikasi metode ini adalah pasangan yang tidak yakin tidak menginginkan anak kembali. Syarat tubektomi antara lain adalah: Usia > 26

tahun, paritas > 2 anak, yakin telah mempunyai besar keluarga yang sesuai dengan kehendaknya, pasca persalinan, pasca keguguran, paham dan secara sukarela setuju dengan prosedur.

a. Waktu pemasangan yaitu:

1. setiap waktu selama siklus menstruasi apabila diyakini secara rasional klien tersebut tidak hamil.
2. hari ke-6 hingga ke-13 dari siklus menstruasi (fase proliferasi).
3. pascapersalinan: - Minilap: di dalam waktu 2 hari atau setelah 6 minggu atau 12 minggu, -Laparoskopi: tidak tepat untuk klien-klien pascapersalinan.
4. Pasca keguguran, Triwulan pertama: dalam waktu 7 hari sepanjang tidak ada bukti infeksi pelvik (minilap atau laparoskopi), - Triwulan kedua: dalam waktu 7 hari sepanjang tidak ada bukti infeksi pelvik (minilap saja).

b. Persiapan pre-operatif metode kontrasepsi tubektomi Menurut Pinem. (2011), yakni:

1. Memberikan konseling perihal kontrasepsi dan menjelaskan hak pasien untuk berubah pikiran setiap waktu sebelum prosedur dilakukan
2. Menanyakan riwayat medis yang mempengaruhi keputusan pelaksanaan operasi atau anastesi meliputi: penyakit pelvis, riwayat diabetes mellitus, riwayat penyakit paru-paru, alergi dan pengobatan yang dijalani saat ini.
3. Pemeriksaan fisik meliputi kondisi-kondisi yang mungkin mempengaruhi keputusan pelaksanaan operasi atau anastesi
4. Pemeriksaan laboratorium meliputi pemeriksaan darah lengkap, pemeriksaan urine dan pap smear
5. Meminta *informed consent* pada suami atau keluarga pasien

c. Konseling pasca tubektomi :

1. Menjaga luka operasi tetap kering hingga pembalut dilepaskan. Mulai lagi aktivitas normal secara bertahap (sebaiknya dapat kembali ke aktivitas normal di dalam waktu 7 hari setelah pembedahan).
2. Menghindari hubungan intim hingga merasa cukup nyaman. Setelah mulai kembali melakukan hubungan intim, hentikanlah bila ada perasaan kurangnyaman.
3. Menghindari mengangkat benda-benda berat dan bekerja keras selama 1 minggu
4. Kalau sakit, minumlah 1 atau 2 tablet analgesik (penghilang rasa sakit) setiap 4 hingga 6 jam.
5. Jadwalkanlah sebuah kunjungan pemeriksaan secara rutin antara 7 dan 14 hari setelah pembedahan. (petugas akan memberi tahu tempat layanan ini akan diberikan).
6. Kembalilah setiap waktu apabila anda menghendaki perhatian tertentu, atau tanda-tanda gejala yang tidak biasa

Vasektomi

Vasektomi adalah tindakan operasi ringan cara mengikat dan memotong saluran sperma sehingga sperma tidak dapat lewat dan air mani tidak mengandung spermatozoa (Nina Siti Mulyani, dkk.2013).

a. Cara kerja vasektomi adalah:

Vasektomi merupakan operasi kecil dan merupakan operasi yang lebih ringan dari pada sunat/khitanan pada pria. Bekas operasi hanya berupa satu luka di tengah atau luka kecil di kanan kiri kantong zakar (kantong buah pelir) atau scrotum. Vasektomi berguna untuk menghalangi transport spermatozoa (sel mani) di pipa-pipa sel mani pria (saluran mani pria) (BKKBN, 2012).

b. Kemungkinan penyulit dan cara mengatasinya

1. Perdarahan

Apabila perdarahan sedikit, cukup dengan pengamatan saja, bila banyak, hendaknya dirujuk segera kefasilitas kesehatan yang lain yang lebih lengkap. Disini akan dilakukan operasi kembali dengan anastesi umum, membuka luka, mengeluarkan bekuan-bekuan darah dan kemudian mencari sumber perdarahan serta menjepit dan mengikatnya.

2. Hematoma

Dapat terjadi setelah tindakan atau beberapa hari kemudian akibat dari diberi beban yang berlebihan, misalnya naik sepeda, duduk terlalu lama dan kendaraan dengan jalanan yang rusak dan sebagainya.

3. Infeksi

Infeksi pada kulit skrotum cukup diobati dengan antibiotika, apabila basah lakukan kompres (dengan zat yang tidak merangsang).apabila kering obati dengan salep antibiotika.

4. Granuloma sperma

Dapat terjadi pada ujung proksimal vas atau pada epididimis. Gejalanya merupakan benjolan kenyal dengan kadang-kadang keluhan nyeri. Granuloma sperma dapat terjadi 1-2 minggu setelah vasektomi. Pada keadaan ini dilakukan eksisi granuloma dan mengikat kembali vas deferens.

5. Antibodi sperma

Sepuluh sampai dua pertiga akseptor vasektomi akan membentuk antibodi terhadap sperma. Sampai kini tidak pernah terbukti adanya penyulit yang disebabkan adanya antibodi tersebut

c. Kontraindikasi dari metode ini Menurut Pinem. (2011) adalah, Infeksi kulit lokal di daerah operasi, Infeksi traktus genetalia, Kelainan skrotum dan

sekitarnya seperti: hernia inguinalis, luka parut bekas operasi hernia, skrotum yang sangat tebal, massa intraskrotalis, Penyakit sistemik yang dapat mengganggu kondisi kesehatan klien seperti penyakit jantung koroner yang baru, diabetes meilitus, penyakit-penyakit perdarahan.

d. Persiapan pre-operatif menurut Pinem. (2011) yakni:

1. Memberikan konseling tentang vasektomi, bahwa vasektomi tidak mengganggu hormon pria atau menyebabkan perubahan kemampuan atau kepuasan seksual
2. Meminta informed consent (persetujuan tindakan medis) pada pasien maupun keluarga pasien

Perawatan post-operasi menurut Pinem tahun 2011 yakni:

1. Menganjurkan pasien untuk istirahat 1-2 jam terlebih dahulu
2. Menganjurkan pasien untuk mempertahankan band aid selama 3 hari
3. Menganjurkan pasien untuk menghindari pekerjaan berat selama 2-3 hari
4. Menganjurkan untuk melakukan kompres dingin pada skrotum
5. Memberikan terapi obat analgesik seperti: parasetamol atau ibuprofen tiap 4-5 jam
6. Pasien boleh bersenggama sesudah hari ke 2- 3, untuk mencegah kehamilan selama 3 bulan atau sampai ejakulasi 15-20 kali

D. Metode KB Hormonal

Metode kontrasepsi yang sesuai bagi ibu pasca melahirkan yakni yang berisi progestin saja, sebab progestin tidak mengganggu produksi ASI serta tumbuh kembang bayi.

a. Mini Pil

Mini Pil adalah pil KB yang hanya mengandung hormon progesteron dalam dosis rendah. Dosis progestin yang digunakan 0,03-0,05 mg per tablet. Mini pil di minum setiap hari pada saat yang sama.

1. Mini pil dibagi dalam 2 jenis yaitu:

- 1) mini pil dengan isi 28 pil dan mengandung 75 µg noretindron.
- 2) mini pil dengan isi 35 pil dan mengandung 300-350 µg noretindron.

2. Cara kerja mini pil adalah :

- 1) menghambat ovulasi.
- 2) mencegah implantasi.
- 3) mengentalkan lendir serviks sehingga menghambat penetrasi sperma.
- 4) mencegah motilitas tuba sehingga transportasi sperma menjadi terganggu.

3. Kontraindikasi mini pil yaitu:

- 1) Wanita usia tua dengan perdarahan yang tidak diketahui penyebabnya (lebih dari 35 tahun)
- 2) Wanita di duga hamil, tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid
- 3) Riwayat kehamilan ektopik, riwayat kanker payudara
- 4) Wanita pelupa sehingga sering tidak minum pil
- 5) Gangguan tromboemboli aktif
- 6) Ikterus
- 7) Wanita dengan mioma uterus
- 8) Riwayat stroke
- 9) Menderita tekanan darah tinggi <math><180/110\text{ mmhg}</math> atau dengan masalah pembekuan darah

4. Mini pil memiliki beberapa efek samping, berikut adalah efek samping yang dapat terjadi beserta penanganannya:

1) Amenorhea

Penanganan: memastikan ibu hamil atau tidak, bila tidak hamil hanya di berikan konseling saja. Bila hamil, menghentikan penggunaan pil.

2) Spotting

Penanganan: bila menimbulkan masalah, ibu dianjurkan untuk memilih kontrasepsi lain. Cara minum pil mini yaitu Pil pertama diminum pada hari kelima haid, seterusnya berturut-turut setiap hari satu pil. Khusus untuk pil-pil dengan kemasan khusus dimulai pada hari pertama haid sesuai dengan petunjuk padaemasannya. Pil harus diminum rutin setiap hari 1 kapsul

5. Konseling yang diberikan pada akseptor mini pil yakni:

1) Menganjurkan klien menggunakan metode kontrasepsi lain bila klien berniat bersenggama pada 48 jam berikutnya, Bila setelah minum pil klien muntah dalam waktu 2 jam

2) Menganjurkan klien menggunakan paket pil yang baru segera setelah paket pil yang lama telah habis

3) Menganjurkan klien segera ke petugas klinik bila haidnya tidak teratur

4) Mini pil dapat digunakan setiap saat, bila klien menyusui antara 6 minggu dan 6 bulan pasca persalinan dan tidak mendapat haid. Bila klien sudah lebih dari 6 minggu pasca persalinan dan klien sudah haid, mini pil dapat dimulai pada hari ke 1-5 siklus haid

5) Bila sebelumnya menggunakan kontrasepsi hormonal lain dan ingin menggantinya dengan mini pil, maka mini pil dapat segera diminum

- 6) Bila sebelumnya menggunakan kontrasepsi berupa suntikan, mini pil diminum pada jadwal suntikan berikutnya
- 7) Bila sebelumnya menggunakan kontrasepsi non-hormonal, mini pil dapat diminum pada hari ke 1-5 siklus haid
- 8) Bila sebelumnya menggunakan AKDR, mini pil dapat diminum pada hari ke 1-5 siklus haid

e. KB suntik 3 bulan

KB suntik 3 bulan adalah metode kontrasepsi yang diberikan secara intramuskular setiap tiga bulan.

1. Terdapat 2 jenis KB suntik 3 bulan yaitu:

- 1) DMPA (depo Medroxy Progesterone) yang diberikan tiap 3 bulan dengan dosis 150 miligram yang disuntik secara intramuskular.
- 2) depo noristerat diberikan tiap 2 bulan dengan dosis 200 mg noretrindron enantat.

2. Cara kerja :

- 1) Menghalangi terjadinya ovulasi dengan menekan pembentukan releasing factor dan hipotalamus.
- 2) leher serviks bertambah kental sehingga menghambat penetrasi sperma melalui serviks uteri, menghambat implantasi ovum dalam endometrium.

3. Cara penggunaan Kb suntik 3 bulan antara lain:

- 1) Kontrasepsi suntikan DMPA diberikan setiap 3 bulan dengan cara disuntik intramuskuler dalam di daerah pantat. Apabila suntikan diberikan terlalu dangkal, penyerapan kontrasepsi suntikan akan lambat dan tidak bekerja segera dan efektif. Suntikan diberikan setiap 90 hari.

- 2) Bersihkan kulit yang akan disuntik dengan kapas alkohol yang dibasahi oleh etil/isopropil alkohol 60-90 %. Biarkan kulit kering sebelum disuntik . setelah kulit kering baru disuntik.
- 3) Kocok dengan baik, dan hindarkan terjadinya gelembung-gelembung udara. Kontrasepsi suntik tidak perlu didinginkan. Bila terdapat endapan putih pada dasar ampul, upayakan menghilangkannya dengan menghangatkannya.

d. Kontraindikasi metode ini adalah :

1. ibu yang dinyatakan hamil atau diduga hamil.
2. ibu yang menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara.
3. diabetes mellitus yang disertai komplikasi
4. perdarahan pervaginam yang belum tau penyebabnya.(Nina Siti Mulyani, dkk.2013)

e. Waktu mulai penggunaan kontrasepsi suntik 3 bulan:

1. Setiap saat selama siklus haid, asalkan ibu diyakini tidak hamil, mulai hari pertama sampai hari ke-7 siklus haid
2. Pada ibu yang tidak haid, asalkan ibu diyakini tidak hamil, suntikan pertama diberikan setiap saat. Selama 7 hari setelah suntikan tidak boleh bersenggama
3. Perempuan yang menggunakan kontrasepsi hormonal lain dan ingin mengganti dengan kontrasepsi suntikan, maka dapat segera menggunakan kontrasepsi suntik
4. Ibu yang menggunakan kontrasepsi non-hormonal dan ingin menggantinya dengan kontrasepsi hormonal, maka dapat segera menggunakan kontrasepsi suntikan.

f. Terdapat beberapa efek samping dari kb suntik 3 bulan, berikut adalah efek samping kb suntik 3 bulan beserta penatalaksanaannya:

1. Meningkat atau menurunnya berat badan

2. Gangguan haid (Amenorhea)

Bila terjadi kehamilan maka dihentikan pemberian suntik kb 3 bulan

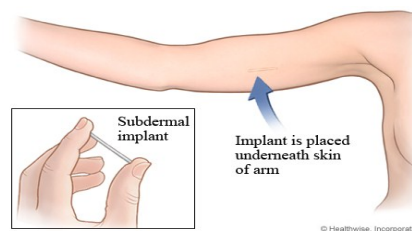
3. Perdarahan

Bila pendarahan terus berlanjut maka klien dianjurkan untuk mengganti kontrasepsi lain

a. Kontrasepsi Implant

Kontrasepsi implant adalah alat kontrasepsi yang dipasang dibawah kulit.

Mengandung levonorgestrel yang dibungkus dalam kapsul *silastic silicon* (*polydimethylsiloxane*).



Gambar 2.13 KB Implant

Sumber : Nina, dkk, 2013

1. Cara kerja implant yaitu :

- 1) mengentalkan lendir serviks.
- 2) menghambat proses pembentukan endometrium sehingga sulit terjadi implantasi.
- 3) melemahkan transportasi sperma, dan menekan ovulasi.

2. Kontraindikasi metode ini adalah

- 1) Wanita yang dinyatakan hamil atau diduga hamil.
- 2) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya.
- 3) Wanita dengan kanker payudara atau riwayat kanker payudara.
- 4) Tidak dapat menerima perubahan pola haid yang terjadi.
- 5) wanita dengan riwayat hipertensi dan diabetes mellitus.

- 6) Tromboflebitis aktif.
 - 7) Ibu dengan penyakit hati akut.
 - 8) Gangguan toleransi glukosa.
 - 9) Mioma uterus.
3. Waktu pemasangan KB implant yang tepat bagi ibu yang menyusui atau pasca persalinan adalah (Nina Siti Mulyani, dkk.2013) :
- 1) Saat siklus haid hari kedua sampai hari ke tujuh
 - 2) Insersi dapat dilakukan setiap saat, asalkan diyakini tidak terjadi kehamilan. Bila insersi setelah hari ke 7 siklus haid, klien sebaiknya tidak melakukan hubungan seksual
 - 3) Bila menyusui antara 6 minggu- 6 bulan pasca persalinan, insersi dapat dilakukan setiap saat, bila menyusui penuh klien tidak perlu memakai kontrasepsi lain
 - 4) Bila setelah 6 minggu melahirkan dan telah terjadi haid kembali insersi dapat dilakukan setiap saat, tetapi sebaiknya tidak melakukan hubungan seksual selama 7 hari atau menggunakan metode kontrasepsi lain selama 7 hari
 - 5) Bila klien menggunakan kontrasepsi hormonal dan ingin menggantinya dengan implan, insersi dapat dilakukan setiap saat asal diyakini klien tersebut tidak hamil atau klien menggunakan kontrasepsi terdahulu dengan benar
 - 6) Bila kontrasepsi sebelumnya adalah kontrasepsi suntik, implan dapat diberikan saat jadwal kontrasepsi suntikan tersebut
 - 7) Bila kontrasepsi sebelumnya adalah kontrasepsi no-hormonal kecuali akdr, dan klien ingin menggantinya dengan norpalnt, insersi dapat dilakukan setiap saat asal diyakini klien tidak hamil dan tidak perlu menunggu sampai datangnya haid berikutnya.

- 8) Bila kontrasepsi sebelumnya adalah akdr dan klien ingin mnegganti dengan implan, dapat di insersikan pada hari ke 7, dan klien tidak melakukan hubungan seksual selama 7 hari atau gunakan metode kontrasepsi untuk 7 hari saja dan akdr segera dicabut
- 9) Pasca keguguran implan dapat segera di insersikan
Efek samping penggunaan implant adalah perubahan pola haid yang berupa spotting, hipermenorea atau meningkatnya jumlah darah haid, Amenorhea.

2.1.7 Konsep Dokumentasi Kebidanan

2.1.6.1 Definisi

Dokumentasi kebidanan adalah suatu pencatatan dan pelaporan tentang informasi dan kondisi perkembangan kesehatan klien dan semua kegiatan yang dilakukan petugas kesehatan misalnya dokter, bidan, perawat dan petugas kesehatan lainnya yang menunjang kesehatan kliennya. (Rukiyah, 2014)

2.1.6.2 Tujuan Dokumentasi

Semua kegiatan pendokumentasian untuk menunjang tertib administrasi dan format yang digunakan sesuai dengan ketentuan masing-masing instansi dimana bidan bekerja selama format tersebut telah mengacu pada standar yang ada, sehingga dari pendokumentasian yang telah dilakukan mengandung maksud dan tujuan antara lain (Iyer & Camp, 2011) :

- a. Sebagai sarana komunikasi
- b. Sebagai sarana tanggung jawab dan tanggung gugat
- c. Sebagai sarana informasi statistik
- d. Sebagai sarana pendidikan
- e. Sebagai sumber data penelitian

- f. Sebagai jaminan kualitas pelayanan kesehatan
- g. Sebagai sumber data perencanaan asuhan kebidanan berkelanjutan
- h. Sebagai dokumen yang sah sebagai bukti atas asuhan yang telah diberikan.
- i. Sebagai sumber data yang memberikan gambaran tentang kronologis kejadian kondisi yang terobservasi untuk mengikuti perkembangan dan evaluasi respon pasien terhadap asuhan yang telah diberikan.

2.1.6.3 Manfaat Dan Pentingnya Dokumentasi

Dokumentasi sangat penting dilakukan karena dapat digunakan sebagai acuan untuk menuntut tanggung jawab dan tanggung gugat dari berbagai permasalahan yang mungkin dialami oleh klien berkaitan dengan pelayanan yang diberikan. Manfaat dan pentingnya dokumentasi yaitu (Rukiyah, 2014) :

- a. Nilai hukum – catatan informasi tentang klien / pasien merupakan dokumentasi resmi dan mempunyai nilai hukum jika terjadi suatu masalah yang berkaitan dengan pelanggaran etika & moral profesi , dokumentasi dapat merupakan barang bukti tentang tindakan yang telah dilakukan bidan sekaligus sebagai bahan pertimbangan dalam memberikan sanksi.
- b. Jaminan mutu (quality control) – pencatatan yang lengkap & akurat dapat menjadi tolak – ukur dalam menilai asuhan yang telah diberikan dan menentukan tindak lanjut berikutnya.
- c. Alat komunikasi – merupakan alat “ perekam “ terhadap masalah yang terkait dengan klien / pasien atau tenaga kesehatan lain. Dapat dilihat apa yang telah terjadi / dilakukan terhadap pasien / klien, terutama pada keadaan dimana pasien perlu dirujuk atau dikonsultasikan ke dokter /ahli gizi dsb.

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

2.1.6.4 Metode Pendokumentasian

Metode pendokumentasian yaitu dengan menggunakan metode SOAPIER, SOPIED, SOAPIE dan SOAP. Semua metode dokumentasi memiliki kesamaan dalam pengkajiannya, tetapi dari semua metode tersebut yang dipakai dalam pendokumentasian asuhan kebidanan pada saat ini, yaitu memakai metode SOAP (Rukiyah, 2014)

- S : Data Subjektif, Menggambarkan pendokumentasian hanya pengumpulan data klien melalui anamnesa sebagai langkah 1 Varney. Tanda gejala subjektif yang diperoleh dari hasil bertanya dari pasien, suami. Catatan ini berhubungan dengan masalah sudut pandang pasien. Ekspresi pasien mengenai kekhawatiran dan keluhannya dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang berhubungan dengan diagnosa. atau keluarga
- O : Data Objektif, Menggambarkan pendokumentasian hasil analisa dan fisik klien, hasil lab, dan test diagnostic lain yang dirumuskan dalam data focus

untuk mendukung. Tanda gejala objektif yang diperoleh dari hasil pemeriksaan (tanda KU, Fital sign, Fisik, khusus, kebidanan, pemeriksaan dalam, laboratorium dan pemeriksaan penunjang). Pemeriksaan dengan inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi. Data ini memberi bukti gejala klinis pasien dan fakta yang berhubungan dengan diagnosa sebagai langkah 1 Varney.

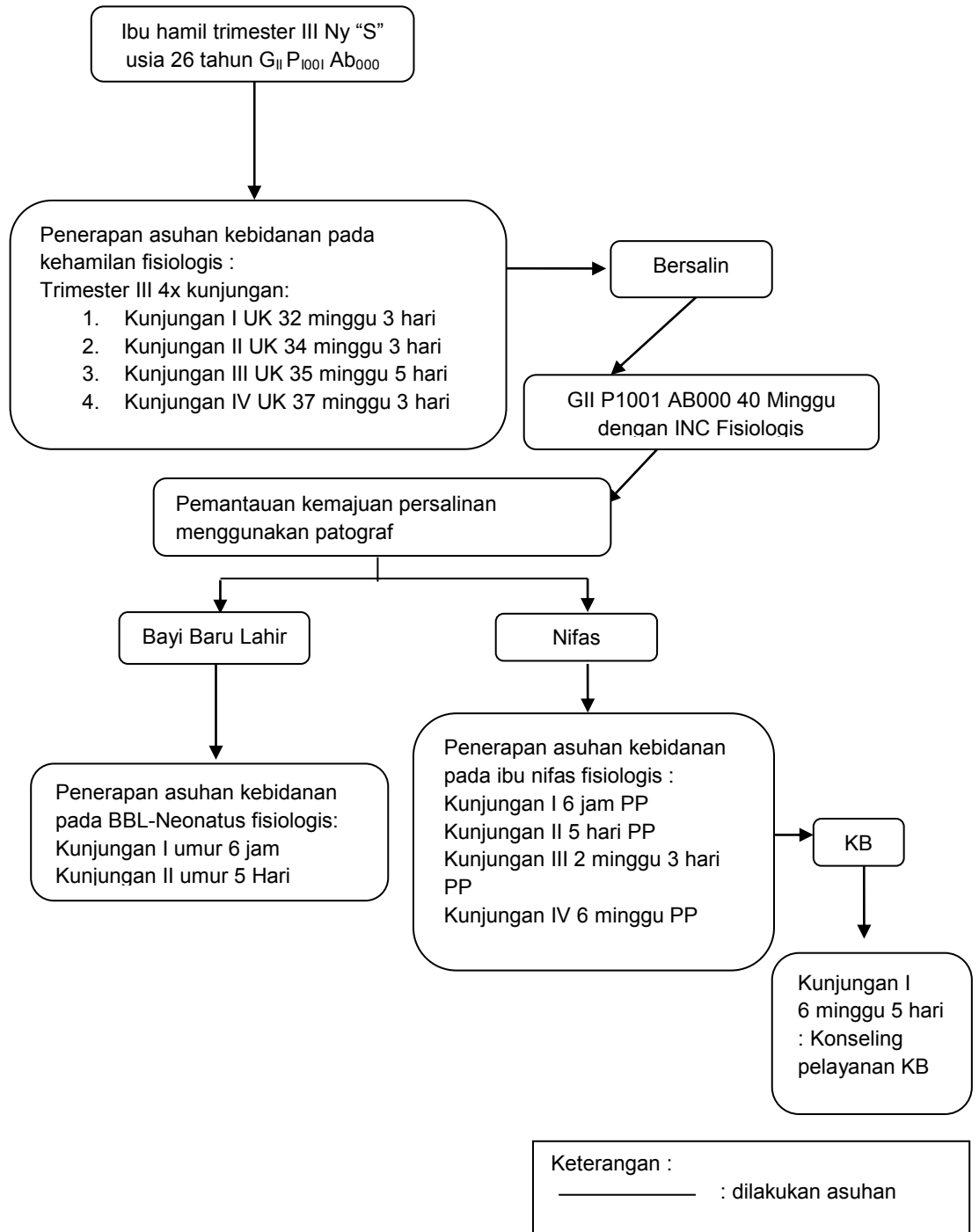
A : Analisa/ Assessment, Masalah atau diagnosa yang ditegaskan berdasarkan data atau informasi subjektif maupun objektif yang dikumpulkan atau disimpulkan. Karena keadaan pasien terus berubah dan selalu ada informasi baru baik subjektif maupun objektif, dan sering diungkapkan secara terpisah-pisah, maka proses pengkajian adalah suatu proses yang dinamik. Sering menganalisa adalah sesuatu yang penting dalam mengikuti perkembangan pasien dan menjamin suatu perubahan baru cepat diketahui dan dapat diikuti sehingga dapat diambil tindakan yang tepat sebagai langkah 2, 3 dan 4 Varney.

P : Plan/ Planning/ Perencanaan, Membuat rencana tindakan saat itu atau yang akan datang. Untuk mengusahakan tercapainya kondisi pasien yang sebaik mungkin atau menjaga mempertahankan kesejahteraannya. Proses ini termasuk kriteria tujuan tertentu dari kebutuhan pasien yang harus dicapai dalam batas waktu tertentu, tindakan yang diambil harus membantu pasien mencapai kemajuan dalam kesehatan dan harus sesuai sebagai langkah 5, 6 dan 7. Alasan pemakaian SOAP dalam pendokumentasian asuhan kebidanan, yaitu, karena SOAP merupakan pencatatan yang memuat kemajuan informasi yang sistemis, mengorganisasikan penemuan kesimpulan sehingga terbentuk suatu rencana asuhan, SOAP merupakan intisari dari manajemen kebidanan untuk penyediaan pendokumentasian dan SOAP merupakan urutan-urutan yang dapat membantu bidan

mengorganisasikan pikiran dalam pemberian asuhan yang bersifat komprehensif.

BAB III
KERANGKA KONSEP

3.1 Kerangka Konsep Asuhan Kebidanan *Continuity Of Care*



Gambar 3. 1 Kerangka Konsep

3.2 Keterangan Kerangka Konsep

Dalam pelaksanaan tugas akhir penulis melakukan asuhan kebidanan pada Ny”S” usia 26 tahun GIIP₁₀₀₁AB₀₀₀ mulai hamil trimester III sampai KB. Pertama penulis melakukan informed consent terhadap klien dan keluarga sebagai bukti lembar persetujuan terhadap asuhan yang akan penulis berikan. Selanjutnya penulis melakukan kunjungan rumah sebanyak 4x selama masa kehamilan yaitu : kunjungan ke 1 (UK 32 minggu 3 hari), kunjungan ke 2 (UK 34 minggu 3 hari), kunjungan ke 3 (UK 35 minggu 5 hari) dan kunjungan 4 (UK 37 minggu 3 hari). Saat memasuki proses kelahiran Ny “S” GIIP₁₀₀₁Ab₀₀₀ dengan usia kehamilan 40 minggu penulis melakukan pengkajian dan asuhan mulai kala 1 persalinan sampai kala 4. Penulis melakukan pemantauan dengan media partograf untuk mengetahui kemajuan persalinan klien.

Saat memasuki masa nifas penulis melakukan asuhan kebidanan selama 6 minggu post partum/PP dengan jadwal kunjungan : kunjungan 1 (6 jam PP), kunjungan 2 (5 hari PP), kunjungan 3 (2 minggu pp), Kunjungan 4 (40 hari PP) selama proses kunjungan nifas penulis juga memberikan asuhan Bayi Baru Lahir dengan 2 x kunjungan : kunjungan 1 (usia 6 jam), kunjungan 2 (usia 5 hari) dan keluarga berencana 1 x kunjungan (47 hari PP). Selama proses masa kehamilan , persalinan, masa nifas, Bayi Baru Lahir, dan KB didapatkan hasil yang fisiologis.

BAB IV

ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF

Asuhan Kebidanan Komprehensif mulai dari kehamilan sampai keluarga berencana pada Ny "S" 26 tahun di BPM Soemidyah Ipung Amd.Keb, Plaosan Barat, Kota Malang telah dilakukan dan didapatkan hasil sebagai berikut :

4.1 Asuhan Kebidanan pada Kehamilan

4.1.1 Kunjungan 1

Tanggal Pengkajian : 17 April 2017

Waktu : 18.30 WIB

Oleh : Dyah Herdiana

Tempat : Rumah Ny"S"

A. Data Subjektif

Identitas

Nama Istri : Ny "S" Nama suami : Tn"R"

Umur : 26 Tahun Umur : 32 Tahun

Agama : Islam Agama : Islam

Pendidikan : SMA Pendidikan : SMA

Pekerjaan : Wiraswasta Pekerjaan : Wiraswasta

Alamat : Jl.Kalpataru gg VII no.15 Malang

Keluhan utama : Ibu hamil 8 bulan dan tidak ada keluhan

HPHT : 2-9-2016

Riwayat Menstruasi

Siklus : 28 hari.

Teratur/tidak : Teratur.

Flour Albus : iya

Riwayat obstetri yang lalu

NO	Kehamilan		Persalinan				Anak			Nifas		Ket
	Suami ke	UK	Penyulit	Penolong	Jenis	Tempat	Penyulit	L/P	BB/PB	H/M	Penyulit	
1	1	39-40 mgg	-	Bidan	Spt	BPM	-	P	3000 gr/50 cm	H	-	2 Th
2	HAMIL INI											

Riwayat Pernikahan

Kawin ke : 1

Berapa lama : 6 Tahun

Nikah umur : 20 Tahun.

Riwayat Kehamilan Sekarang

HPHT : 2-9-2016

HPL : 9-6-2017

Keluhan :

a. Trimester I

Pada trimester I ibu mengeluh mual muntah tetapi tidak berlebihan ibu dianjurkan makan sedikit-sedikit tapi sering, terapi oral yang diberikan : Asam Folat 1x1, prenatal 1x1,

b. Trimester II

Pada trimester II ibu mengeluh Flu, menganjurkan ibu untuk istirahat. Terapi oral yang diberikan : Asam Folat 1x1, Novabion 1x1.

c. Trimester III

Pada trimester III ibu tidak mengeluh apa-apa.

Riwayat Pemeriksaan ANC :

Trimester I ibu melakukan kunjungan 2 kali, Trimester II ibu melakukan kunjungan 3 kali, dan Trimester III ibu melakukan kunjungan 2 kali.

Riwayat Kesehatan Ibu

Ibu dan keluarga tidak pernah menderita sakit tekanan darah tinggi, diabetes, jantung, dan asma.

Riwayat Psikologi

Ibu sangat merespon jika diajak berbicara tentang kehamilannya ini. Ibu senang dengan kehamilannya saat ini.

Pola Kebutuhan Sehari-Hari

- a. Pola Nutrisi : Ibu makan 3x sehari dengan nasi, lauk, sayur, ikan. Ibu juga tidak terek makan. Minum \pm 5 gelas setiap hari.
- b. Pola Eliminasi : Ibu mengatakan BAB \pm 1 kali sehari dan BAK 5-7 kali sehari dan tidak ada masalah eliminasi selama kehamilan.
- c. Pola Istirahat : Ibu juga mengatakan saat bekerja istirahat siang 1 jam di gunakan untuk tidur 30 menit dan tidur malam \pm 7 - 8 jam dan tidak ada masalah pada saat istirahat.
- d. Pola Aktivitas : ibu mengerjakan pekerjaan rumah tangga, dan ibu juga bekerja sebagai karyawan di sebuah toko.
- e. Pola Personal Hygiene: ibu mandi 2 kali sehari dan sering ganti celana dalam.
- f. Pola Kebiasaan : ibu tidak merokok, tidak minum minuman keras, tidak mengkonsumsi jamu dan tidak pijat perut.

B. Data Objektif

Keadaan umum : baik

Kesadaran : Composmentis

TTV : TD : 120/80 mmHg suhu : 36,9°C

Nadi : 81 x/menit RR : 21 X/menit

BB sebelum/ sesudah hamil : 55/65 kg

LILA : 28 cm

TB : 155 cm

UK : 32 minggu 3 hari

Pemeriksaan Fisik

- a. Muka : Tidak pucat, tidak odema
- b. Mata : Sklera putih, konjungtiva merah muda
- c. Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid dan tidak ada bendungan vena jugalaris
- d. Payudara : simetris, bersih, puting susu menonjol, tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan abnormal, Kolostrum -/-.
DJJ : 136x/menit
- e. Abdomen : tidak ada luka bekas operasi, tidak ada striae gravidarum, pembesaran abdomen sesuai dengan usia kehamilan, TFU 30 cm ,pada bagian fundus teraba lunak dan tidak melenting (bokong), bagian samping kanan teraba keras seperti papan (PUKA), bagian terbawah teraba bulat, keras,melenting (letkep), kepala janin belum masuk PAP,
TBJ : (30-11) x 155
= 19 x 155
= 2.945 gr
- f. Vagina : bersih, tidak keluar cairan abnormal, tidak ada perdarahan, dan tidak berbau
- g. Ekstremitas :
Atas : simetris, tidak odema, tidak varises, turgor kulit baik
Bawah : simetris, tidak odema, tidak varises, turgor kulit baik, reflek patella +/+

C. Analisa

Ny"S" 26 tahun G_{II}P₁₀₀₁ Ab₀₀₀ 33 minggu 4 hari T/ H/ Letkep dengan kehamilan fisiologis.

D. Penatalaksanaan

1. Memberitahukan hasil pemeriksaan kepada ibu dan rencana asuhan yang akan diberikan, ibu memahami.
2. Mengajarkan ibu cara perawatan payudara pada masa kehamilan, ibu bersedia melakukan.
3. Menyepakati dengan ibu untuk melakukan kunjungan ulang pada tanggal 1 mei 2017 untuk mengetahui perkembangan kehamilannya , ibu menyepakati kunjungan ulang.

4.1.2 Kunjungan 2

Pengkajian

Tanggal : 1 Mei 2017

Jam : 18.30 WIB

Tempat : Rumah ny "s"

Oleh : Dyah Herdiana

A. Data Subjektif

Ibu mengatakan pinggangnya terasa nyeri.

B. Data Objektif

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

TTV : TD : 100/70 mmHg RR : 23 X/menit

Nadi : 80 x/menit Suhu : 36⁰ C

BB : 66 kg

UK : 34 Minggu, 3 hari

Pemeriksaan Fisik

- a. Muka : Tidak pucat, tidak odema
- b. Mata : Sklera putih, konjungtiva merah muda
- c. Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid dan tidak ada bendungan vena jugalaris
- d. Payudara : simetris, bersih, puting susu menonjol, tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan abnormal, Kolostrum -/-.
DJJ : 139x/menit
TBJ : $(31-11) \times 155$
 $= 20 \times 155$
 $= 3.100$
- e. Abdomen : tidak ada luka bekas operasi, tidak ada striae gravidarum, pembesaran abdomen sesuai dengan usia kehamilan, TFU 31 cm ,pada bagian fundus teraba lunak dan tidak melenting (bokong), bagian samping kanan teraba keras seperti papan (PUKA), bagian terbawah teraba bulat, keras,melenting (letkep), kepala janin belum masuk PAP,
- f. Vagina : bersih, tidak keluar cairan abnormal, tidak ada perdarahan, dan tidak berbau
- g. Ekstremitas :
Atas : simetris, tdak odema, tidak varises, turgor kulit baik
Bawah : simetris, tdak odema, tidak varises, turgor kulit baik, reflek patella +/+

C. Analisa

Ny" S" 26 tahun G₁₁P₁₀₀₁ Ab₀₀₀ 34 minggu 3 hari T/ H Letkep dengan kehamilan fisiologis.

D. Penatalaksanaan

1. Memberitahukan kepada ibu tentang hasil pemeriksaan dan rencana asuhan yang akan di berikan, ibu mengerti
2. KIE mengenai nyeri pinggang, ibu mengerti.
3. Mengajarkan ibu senam nifas, ibu mengerti dan bersedia melakukan.
4. Menyepakati kunjungan ulang dengan ibu pada tanggal 9 mei 2017 untuk mengetahui perkembangan kehamilannya , ibu menyepakati kunjungan ulang.

4.1.3 Kunjungan 3

Pengkajian

Tanggal : 9 Mei 2017

Jam : 18.30 WIB

Tempat : Rumah ny "s"

Oleh : Dyah Herdiana

A. Data Subjektif

Ibu mengatakan tidak mengeluhkan apa-apa

B. Data Objektif

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

TTV : TD : 100/60 mmHg RR : 23 X/menit

Nadi : 85 x/menit Suhu : 36⁰ C

BB : 66 kg

UK : 35 Minggu, 5 Hari

Pemeriksaan Fisik

a. Muka : Tidak pucat, tidak odema

b. Mata : Sklera putih, konjungtiva merah muda

- c. Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid dan tidak ada bendungan vena jugalaris
- d. Payudara : simetris, bersih, puting susu menonjol, tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan abnormal, Kolostrum -/-.
- e. Abdomen : tidak ada luka bekas operasi, tidak ada striae gravidarum, pembesaran abdomen sesuai dengan usia kehamilan, TFU 32 cm ,pada bagian fundus teraba lunak dan tidak melenting (bokong), bagian samping kanan teraba keras seperti papan (PUKA), bagian terbawah teraba bulat, keras, melenting (letkep), kepala janin belum masuk PAP,
 DJJ : 140 x/menit
 TBJ : $(32-11) \times 155$
 $= 21 \times 155$
 $= 3.255$
- f. Vagina : bersih, tidak keluar cairan abnormal, tidak ada perdarahan, dan tidak berbau
- g. Ekstremitas :
- Atas : simetris, tdak odema, tidak varises, turgor kulit baik
- Bawah : simetris, tdak odema, tidak varises, turgor kulit baik, reflek patella +/-

C. Analisa

Ny" S" 26 tahun G₁₁P₁₀₀₁ Ab₀₀₀ 35 minggu 5 hari T/ H/ Letkep dengan kehamilan fisiologis.

D. Penatalaksanaan

1. Memberitahukan kepada ibu tentang hasil pemeriksaan dan rencana asuhan yang akan di berikan, ibu mengerti
2. KIE tanda-tanda bahaya selama kehamilan. Ibu mengerti dan bisa menjelaskan kembali.

3. Menyepakati kunjungan ulang dengan ibu pada tanggal 19 Mei 2017 untuk mengetahui perkembangan kehamilannya, ibu menyepakati kunjungan ulang.

4.1.4 Kunjungan 4

Pengkajian

Tanggal : 19 Mei 2017

Jam : 18.30 WIB

Tempat : Rumah ny "s"

Oleh : Dyah Herdiana

b. Data Subjektif

Ibu mengatakan tidak mengeluhkan apa-apa

c. Data Objektif

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

TTV : TD : 110/70 mmHg RR : 23 X/menit

Nadi : 81 x/menit Suhu : 36,2⁰ C

BB : 66,5 kg

UK : 37 Minggu 3 Hari

Pemeriksaan Fisik

- a. Muka : Tidak pucat, tidak odema
- b. Mata : Sklera putih, konjungtiva merah muda
- c. Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid dan tidak ada bendungan vena jugalaris
- d. Payudara : simetris, bersih, puting susu menonjol, tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan abnormal, Kolostrum -/-.

- e. Abdomen : tidak ada luka bekas operasi, tidak ada striae gravidarum, pembesaran abdomen sesuai dengan usia kehamilan, TFU 33 cm ,pada bagian fundus teraba lunak dan tidak melenting (bokong), bagian samping kanan teraba keras seperti papan (PUKA), bagian terbawah teraba bulat, keras,melenting (letkep), kepala janin belum masuk PAP, DJJ : 143 x/menit

$$\text{TBJ} : (34-11) \times 155$$

$$= 23 \times 155$$

$$= 3.565$$

- f. Vagina : bersih, tidak keluar cairan abnormal, tidak ada perdarahan, dan tidak berbau

- g. Ekstremitas :

Atas : simetris, tdak odema, tidak varises, turgor kulit baik

Bawah :simetris, tdak odema, tidak varises, turgor kulit baik, reflek patella +/+

Pemeriksaan penunjang :

HB : 11,9 gr HbsAg : -

Reduksi Urine : - B24 : -

Protein Urine : -

d. **Analisa**

Ny" S" 26 tahun G₁₁P₁₀₀₁ Ab₀₀₀ 38 Minggu 3 Hari T/ H/ Letkep dengan kehamilan fisiologis.

e. **Penatalaksanaan**

1. Memberitahukan kepada ibu tentang hasil pemeriksaan dan rencana asuhan yang akan di berikan, ibu mengerti
2. Mengajarkan senam hamil kepada ibu, ibu bersedia melakukan.
3. KIE Tanda-tanda persalinan, ibu bisa menjelaskan kembali.

4. Menganjurkan ibu untuk menjaga pola istirahat, ibu bersedia.
5. Menganjurkan ibu untuk mempersiapkan kebutuhan persalinan, ibu bersedia.

4.2 Asuhan Kebidanan pada Persalinan

4.2.1 Persalinan Kala I

Tanggal pengkajian : 9 Juni 2017

Waktu : 18.30 WIB

Oleh : Dyah Herdiana

Tempat : BPM Soemidyah Ipung, Amd.Keb

A. Data Subjektif

Ibu mengatakan perutnya terasa kenceng-kenceng mulai pagi jam 07.00 WIB dan sedikit mengeluarkan lendir bercampur darah.

B. Data Objektif

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

TTV

TD : 110/70 mmHg N : 79 x/menit

RR : 21 x/menit S : 36.6^oC

Pemeriksaan fisik

a. Muka : Tidak pucat, tidak oedema.

b. Mata : Sklera putih, konjungtiva merah muda.

c. Payudara : Tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan abnormal, putting menonjol, pengeluaran kolostrum +/-

d. Abdoment : TFU 34 cm, punggung kanan, letkep, kepala sudah masuk PAP, teraba 3/5 bagian, HIS : 1x10'.40", DJJ:14o x/menit,

e. Genetalia :Terdapat pengeluaran lendir bercampur darah, pemeriksaan VT :Ø4 cm, eff 25 %, ketuban (-) , bagian terdahulu kepala, tidak ada bagian kecil disamping bagian terdahulu bagian terendah UUK , Hodge II, Molase 0.

f. Ekstremitas :

Atas : Tidak oedema.

Bawah : Tidak oedema, Reflek patella +/-

C. Analisa

G_{II}P₁₀₀₁ Ab₀₀₀ 40 minggu 0 hari T/H/ Letkep inpartu kala I fase aktif.

D. Penatalaksanaan Jam : 18.30 WIB

- 1) Menginformasikan hasil pemeriksaan bahwa ibu dan janinnya dalam keadaan baik, ibu memahami.
- 2) Menganjurkan ibu untuk jalan-jalan dan ketika sedang baring dianjurkan untuk miring kiri agar sirkulasi pernapasan dari ibu kebayinya tidak terhambat, dan mempercepat proses persalinan, ibu bersedia melakukan.
- 3) Mengajarkan ibu cara relaksasi dengan cara tarik nafas panjang apabila ada kontraksi, ibu bersedia melakukan.
- 4) Menganjurkan ibu untuk makan dan minum, ibu bersedia.
- 5) Memantau DJJ, his, TTV, dan kemajuan persalinan dan hasil terlampir dalam bentuk partograf.
- 6) Menyiapkan partus set dan perlengkapan ibu dan bayi.

4.2.2 Persalinan Kala II

Tanggal pengkajian : 9 Juni 2017

Waktu : 22.30 WIB

Oleh : Dyah Herdiana

Tempat : BPM Soemidyah Ipung, Amd.Keb

A. Data Subjektif

Ibu mengatakan ingin buang air besar dan mengejan.

B. Data Objektif

K/u : Baik

Kesadaran : Composmentis

TTV

TD : 110/70 mmHg N : 82 x/menit

RR : 20 x/menit S : 37,1°C

Pemeriksaan fisik

- a. Muka : Tidak pucat, tidak oedema.
- b. Mata : Sklera Putih, Konjungtiva merah muda.
- c. Abdoment : Letkep, kepala sudah masuk PAP, teraba 1/5 bagian, HIS : 4x10'.45", DJJ : 144 x/menit.
- d. Genetalia : Ketuban pecah spontan jernih, perineum menonjol, ada tekanan pada vulva dan vagina, anus membuka,
VT :Ø 10cm, eff 100%, ketuban + (jernih), bagian terdahulu kepala, tidak ada bagian kecil disamping bagian terdahulu, bagian terendah UUK, Hodge III, molase 0.

C. Analisa

G_{II} P₁₀₀₁ Ab₀₀₀ 40 minggu T/H/Letkep inpartu kala II

D. Penatalaksanaan Jam 18 : 35 WIB

- 1) Menginformasikan hasil pemeriksaan bahwa ibu dan janinnya dalam keadaan baik, ibu memahami.
- 2) Menganjurkan ibu untuk meneran saat ada kontraksi, dan istirahat jika tidak ada kontraksi, ibu bersedia melakukan.
- 3) Memberikan makan dan minum saat tidak ada kontraksi, ibu bersedia.

- 4) Menganjurkan ibu untuk tarik napas panjang dan mengejan seperti orang buang air besar saat ada kontraksi, ibu melakukan dengan baik.
- 5) Memimpin persalinan sesuai dengan APN
- 6) Bayi lahir spontan pada jam 22.45 WIB. Jenis kelamin perempuan, bergerak aktif, menangis kuat, dan kulit kemerahan.
- 7) Melakukan IMD pada bayi, ibu bersedia bayi berhasil melakukan IMD dengan menghisap kuat pada payudara ibu.
- 8) Persiapan *management* aktif kala III

4.2.3 Persalinan Kala III

Tanggal pengkajian : 9 Juni 2017
Waktu : 22.50 WIB
Oleh : Dyah Herdiana
Tempat : BPM Soemidyah Ipung

A. Data Subjektif

Ibu mengatakan perutnya masih mulas.

B. Data Objektif

K/U : Baik

Kesadaran : Composmentis

TTV

TD : 110/70 S : 36⁰ C

RR : 22 x/menit N : 78 x/menit

Pemeriksaan fisik

- a. Muka : Tidak pucat, tidak oedema.
- b. Mata : Sklera putih, konjungtiva merah muda.
- c. Abdomen : Uterus tampak globuler, kontraksi baik
- d. Genitalia : Terdapat semburan darah ± 80 cc dan tali pusat memanjang

C. Analisa

P₂₀₀₂ Ab₀₀₀ dengan inpartu kala III.

D. Penatalaksanaan Jam 22: 55 WIB

- 1) Menginformasikan hasil pemeriksaan bahwa ibu dalam keadaan baik, ibu mengerti.
- 2) Mengecek fundus, kehamilan tunggal.

- 3) Melakukan suntik oxytosin 10 IU atau 1 cc secara IM di paha kanan ibu.
- 4) Melakukan dorsokranial dengan cara tangan kiri dorsokranial dan tangan kanan melakukan penegangan talipusat, plasenta lahir lengkap.
- 5) Melakukan masasse fundus sebanyak 15x dalam 15 detik, kontraksi uterus baik, TFU 2 jari dibawah pusat.
- 6) Memeriksa ada tidaknya robekan jalan lahir, setelah dicek ada robekan jalan lahir.
- 7) Melakukan menyeka pada ibu dan membersihkan tempat tidur dan mencuci alat yang sudah direndam dengan larutan klorin.

4.2.4 Persalinan Kala IV

Tanggal pengkajian : 9 Juni 2017

Waktu : 00.45 WIB

Oleh : Dyah Herdiana

Tempat : BPM Soemidyah Ipung, Amd.Keb

A. Data Subjektif

Ibu mengatakan senang dengan kelahiran bayinya.

B. Data Objektif

K/u : Baik

Kesadaran : Composmentis

TTV

TD : 100/70 mmHg N : 79 x/menit

RR : 20 x/menit S : 37°C

Pemeriksaan fisik

a. Muka : Tidak pucat, tidak oedema.

b. Mata : Konjungtiva merah muda, sklera putih.

- c. Payudara : Tidak ada benjolan abnormal, puting susu menonjol,
Pengeluaran Kolostrum +/-
- d. Abdomen : TFU 2 jari di bawah pusat, kontraksi baik, kandung kemih
kosong.
- e. Genitalia : Perdarahan \pm 150 cc, terdapat robekan.
- f. Ekstremitas
 - Atas : Tidak oedema
 - Bawah : Tidak oedema.

C. Analisa

G_{II} P₁₀₀₁ Ab₀₀₀ dengan inpartu kala IV.

D. Penatalaksanaan Jam 00 : 50 WIB

- 1) Menginformasikan hasil pemeriksaan kepada ibu, ibu memahami.
- 2) Melakukan pemantauan pada 2 jam setelah melahirkan yaitu meliputi TTV, TFU, kontraksi, kandung kemih, dan perdarahan. Melakukan rawat gabung ibu dengan bayinya serta menganjurkan ibu menyusui bayinya setiap 2 jam sekali, ibu bersedia dan bayinya menyusui kuat .
- 3) Menganjurkan ibu makan dan minum, ibu bersedia makan dan minum.
- 4) Memberikan KIE tentang mobilisasi dini yaitu menganjurkan ibu untuk miring kanan dan miring kiri apabila ibu tidak pusing dapat dilanjutkan dengan duduk, berdiri, dan berjalan perlahan, ibu bersedia dan mengikuti anjuran bidan.
- 5) Memberikan KIE tentang personal hygiene yaitu menjaga kebersihan diri dengan mandi 2x sehari, mengganti celana dalam apabila dirasa tidak nyaman dan mengajarkan cara cebok yang benar, ibu memahami dan bersedia mengikuti anjuran yang disampaikan bidan.
- 6) Memberikan KIE tentang ASI eksklusif yaitu menganjurkan ibu untuk menyusui bayinya selama 6 bulan tanpa tambahan apapun hanya ASI

saja, disusukan sesering mungkin, apabila anak tidur maka bangunkan setiap 2 jam, ibu bersedia dan hanya menyusui bayinya selama 6 bulan.

- 7) Memberikan KIE tentang cara menyusui yang benar dan cara merawat payudara, ibu bersedia dan bisa menyusui dengan cara yang benar.
- 8) Memberikan KIE kepada ibu untuk menjemur bayinya dipagi hari selama 10-15 menit dan dijemurnya dibawah jam 09.00 pagi, ibu bersedia .
- 9) Memberikan KIE tentang tanda bahaya masa nifas seperti perdarahan yang masih keluar banyak, demam tinggi, dan darah nifas yang berbau, ibu dapat mengulang yang sudah disebutkan oleh bidan.

4.3 Asuhan Kebidanan pada Masa Nifas

4.3.1 Kunjungan 6 Jam PP

Tanggal Pengkajian : 10 Juli 2017

Waktu : 07.00 WIB

Oleh : Dyah Herdiana

Tempat : BPM Soemidyah Ipung, Amd.Keb

A. Subjektif

Ibu merasa senang dengan kelahiran bayinya dan ibu mengatakan perutnya masih terasa mules.

B. Objektif

KU : baik

Kesadaran : Composmetris

TTV

TD : 110/80 mmHg RR : 21 x/menit

Nadi : 79 x/menit Suhu : 37.1°C

Pemeriksaan fisik

Muka : Tidak pucat, tidak oedema

Mata : Sklera putih, konjungtiva merah muda

Payudara : Puting susu menonjol, tidak bengkak, tidak lecet, dan tidak nyeri tekan, ASI (+/+)

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

Genetalia : Terdapat pengeluaran lochea rubra \pm 45 cc, luka jahitan masih basah, tidak berbau, tidak ada tanda-tanda infeksi.

Ekstermitas

Atas : Tidak ada oedema, turgor kulit baik

Bawah : Tidak ada oedema, Varices (-)

C. Analisa

P₂₀₀₂ Ab₀₀₀ dengan 6 jam post partum

D. Penatalaksanaan

- 1) Memberitahukan seluruh hasil pemeriksaan, ibu mengerti.
- 2) menjelaskan kepada ibu bahwa keluhan yang dirasakan mules adalah normal, karena rahim yang keras dan sakit menandakan rahim sedang berkontraksi, ibu mengerti.
- 3) Memberikan konseling untuk memakai gurita tetapi tidak terlalu ketat, karena akan mengganggu sirkulasi darah. Ibu bersedia.
- 4) Memberikan KIE tentang cara menjaga kehangatan bayi yaitu dengan memakaikan bayi topi dan membedong bayi. ibu bersedia dan sudah melakukan.
- 5) Memberikan KIE tentang cara merawat tali pusat yaitu tidak boleh dibubuhi apapun. Ibu mengerti dan dapat mengulangi penjelasan.

- 6) Memberitahu ibu bahwa bayi sudah dimandikan di bidan setelah 6 jam ibu melahirkan, ibu memahami bahwa bayi sudah dimandikan oleh bidan.
- 7) Menyetujui kunjungan ulang di rumah 5 hari berikutnya pada tanggal 14 Juli 2017, ibu menyetujui.

4.3.2 Kunjungan 5 Hari PP

Tanggal Pengkajian : 14 Juni 2017

Waktu : 09.00 WIB

Oleh : Dyah Herdiana

Tempat : Rumah Pasien

A. Subjektif

Ibu mengatakan pengeluaran ASI nya lancar, bayinya menetek dengan kuat

B. Objektif

KU : Baik

TTV

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

Nadi : 81 x/menit Suhu : 36,8°C

Pemeriksaan fisik

Muka : Tidak pucat, tidak oedema

Mata : Sklera putih, konjungtiva merah muda

Payudar : Puting susu menonjol, tidak bengkak, tidak lecet, dan tidak nyeri tekan, ASI (+/+)

Perut :TFU 3 jari diatas simfisis., kontraksi baik, kandung kemih kosong

Genetalia :Tidak ada perdarahan abnormal, Terdapat pengeluaran merah kekuningan yaitu lochea sanguinolenta \pm 15 cc, luka jahitan sudah mulai mengering, tidak berbau, tidak ada tanda-tanda infeksi.

Ekstermitas

Atas : Tidak oedema, turgor kulit baik

Bawah : Tidak ada oedema, tidak ada varices.

C. Analisa

P₂₀₀₂ Ab₀₀₀ dengan 5 hari post partum

D. Penatalaksanaan

- 1) Memberitahukan seluruh hasil pemeriksaan, Ibu mengerti
- 2) Memberikan KIE tentang asupan nutrisi yaitu agar ibu tidak tarak makan, ibu mengerti dan mau semua makanan.
- 3) Memberikan KIE Senam Nifas, ibu bersedia melakukan.
- 4) Memberikan KIE tentang pola istirahat, yaitu ibu istirahat apabila bayinya tidur, ibu mengerti dan dapat menjelaskan kembali penjelasan yang disampaikan.
- 5) Memberikan KIE personal hygiene, agar tetap menjaga kebersihan tubuhnya dengan mandi 2x sehari dan mengganti celana dalam apabila dirasakan lembab dan tidak nyaman. Ibu mengerti dan bersedia melakukannya dirumah.
- 6) Memberikan KIE tentang tanda bahaya masa nifas seperti pusing yang terus menerus dan tidak reda meski sudah beristirahat, perut terasa lembek saat dimasaase, demam tinggi, keluar darah banyak melalui jalan lahir dan jika bayi tidak mau menyusui, bayinya terlihat kuning, tali pusat berbau dan kemerahan disekitarnya. Ibu dan keluarga mengerti jika terjadi seperti diatas ibu akan segera kebidan.

7) Menyetujui kunjungan ulang dengan 2 minggu kedepan yaitu pada tanggal 28 Juli 2017, ibu menyetujui.

4.3.3 Kunjungan 2 Minggu PP

Tanggal pengkajian : 23 Juli 2017

Waktu : 09.00 WIB

Oleh : Dyah Herdiana

Tempat : Rumah Pasien

A. Subjektif

Ibu mengatakan tidak ada keluhan .

B. Objektif

KU : Baik

Kesadaran : Composmetris

TTV

TD : 100/80 mmHg RR : 21 x/menit

Nadi : 81 x/ menit Suhu : 36,2°C

Pemeriksaan fisik

Muka : Tidak pucat, tidak oedema

Mata : Sklera putih, konjungtiva merah muda

Payudara : Puting susu menonjol, tidak ada benjolan,tidak bengkak, tidak ada nyeri tekan, tidak lecet, pengeluaran ASI (+/+)

Perut : TFU sudah tidak teraba, kontraksi baik, kandung kemih kosong

Genitalia : Terdapat pengeluaran lochea alba jumlahnya sedikit dengan warna bening dan berupa lendir, luka jahitan

Ekstermitas

Atas : Tidak oedema, turgor kulit baik

Bawah : Tidak ada oedema, tidak ada varises.

C. Analisa

P₂₀₀₂ Ab₀₀₀ dengan 2 minggu post partum

D. Penatalaksanaan

- 1) Memberitahukan seluruh hasil pemeriksaan, Ibu mengerti
- 2) Memberikan KIE tentang perawatan payudara, ibu mengerti dan siap melakukan.
- 3) Memberikan ibu susu ibu nifas dengan menganjurkan diminum sehari 2 x atau 3 x, ibu bersedia dan mau minum susu khusus ibu nifas.
- 4) Mengingatkan ibu untuk tetap melakukan senam nifas yang sudah diajarkan sebelumnya, ibu bersedia dan ibu sudah menerapkannya.
- 5) Menyepakati kunjungan ulang pada tanggal 21-Juli-2017, ibu bersedia.

4.3.4 Kunjungan 6 Minggu Post Partum

Tanggal pengkajian : 21-Juli-2017

Waktu : 09.00 WIB

Oleh : Dyah Herdiana

Tempat : Rumah Pasien

A. Subjektif

Ibu mengatakan tidak ada keluhan.

B. Objektif

KU : Baik

Kesadaran : Composmetris

TTV

TD : 110/80 mmHg RR : 21 x/menit

Nadi : 80 x/menit Suhu : 36.5°C

Pemeriksaan fisik

Muka : Tidak pucat, tidak oedema.

Mata : Sklera putih, konjungtiva merah muda.

Payudara : Puting susu menonjol, tidak ada benjolan, tidak lecet, tidak ada nyeri tekan, pengeluaran ASI (+/+)

Perut :TFU sudah tidak teraba, kontraksi baik, kandung kemih kosong

Genetalia :Terdapat pengeluaran lochea alba jumlahnya sedikit warnanya bening lendir, luka jahitan sudah mengering tidak ada tanda-tanda infeksi.

Ekstermitas

Atas : Tidak oedema, turgor kulit baik

Bawah : Tidak ada oedema, tidak ada varises.

C. Analisa

P₂₀₀₂Ab₀₀₀ dengan 4 minggu Post Partum

D. Penatalaksanaan

- 1) Memberitahukan seluruh hasil pemeriksaan, Ibu mengerti
- 2) Memberitahukan kepada ibu cara penyimpanan ASI di kulkas karena ibu 3 bulan setelah melahirkan sudah kembali bekerja dan diharapkan ibunya dapat tetap memberikan ASI, ibu memahami dan mengikuti anjuran yang telah disampaikan bidan
- 3) Mengingatkan ibu untuk tetap rutin melakukan imunisasi pada bayinya di bidan, ibu bersedia.

4.4 Kunjungan pada BBL

4.4.1 Kunjungan BBL 6 JAM PP

Tanggal pengkajian : 10 Juni 2017

Waktu : 07.00 WIB

Oleh : Dyah Herdiana

Tempat : BPM Soemidyah Ipung, Amd.Keb

A. Subjektif

Ibu mengatakan sangat senang atas kelahiran putrinya.

B. Objektif

KU : Baik

Frekuensi jantung bayi : 152 x/menit

RR : 48 x/menit

S : 36,7⁰C

PB : 50 cm

BB : 4000 gram

Apgar Score : 8

Jenis Kelamin : Perempuan

Anus :(+)

Kelainan :(-)

Pemeriksaan Antropometri

Suboksipito bregmatika : 34 cm

Fronto oksipitalis : 33 cm

Mento oksipitalis : 35 cm

Submento bregmatika : 34 cm

Lingkar Dada : 32 cm

Pemeriksaan fisik

Kepala : Tidak ada caput succedaneum dan cephal hematoma

Muka : Tidak oedema, warna kemerahan.

Mata : Sklera putih, konjungtiva merah muda.

Hidung : Bersih, simetris, tidak ada pernapasan cuping hidung.

Telinga : Bersih, tidak ada pengeluaran cairan abnormal.

- Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, dan tidak ada bendungan vena jugularis.
- Dada : Tidak ada retraksi dinding dada, tidak ada ronchi maupun wheezing.
- Abdomen : Tidak ada meteorismus, Tidak ada perdarahan tali pusat, talipusat basah dan terbungkus kasa steril, tidak ada tanda-tanda infeksi.
- Genetalia : Labia mayor menutupi labia minor, BAK (+)
- Anus : Tidak ada kelainan, BAB (+)
- Ekstremitas : Gerakan aktif, turgor kulit baik

Pemeriksaan reflek

- Reflek sucking : Baik
- Reflek swallowing : Baik
- Reflek rooting : Baik
- Reflek graps : Baik
- Reflek glabella : Baik
- Reflek babinsky : Baik
- Reflek Morro : Baik

C. Analisa

Bayi Ny. "S" usia 6 jam dengan Bayi Baru Lahir Normal.

D. Penatalaksanaan

- 1) Menginformasikan pada ibu dan keluarga tentang semua hasil pemeriksaan, ibu mengerti.
- 2) Menganjurkan ibu agar menjaga bayi tetap kering dan hangat untuk menjaga suhu tubuh bayi agar tetap hangat. Ibu mengerti.
- 3) Memberikan KIE pada ibu tentang ASI eksklusif, bahwa pemberian ASI selama enam bulan pertama baik untuk bayi karena sesuai dengan

kebutuhan nutrisi yang dibutuhkan oleh bayi atau 2 jam sekali, ibu mengerti dan dapat melakukannya.

- 4) Memberikan KIE tentang perawatan bayi sehari-hari, seperti memandikan bayi, memelihara tali pusat agar tetap kering, dan rutin menjemur bayinya setiap pagi selama 10 atau 15 menit dibawah jam 9. ibu mengerti dan dapat menjelaskan kembali penjelasan yang telah diberikan.
- 5) Memberikan KIE tentang tanda bahaya pada bayi baru lahir seperti tali pusat menjadi kemerahan, terdapat bintik – bintik disekitar talipusat, bayi demam tinggi, bayi menjadi kuning, bayi tidak menyusui dengan kuat, bayi tidur terus dan bayi kejang, Ibu mengerti dan dapat mengulangi penjelasan yang diberikan.
- 6) Memberitahukan kepada ibu bahwa bayi sudah diberi salep mataerlamycetin 10 mg chloramphenicol base, suntikan vit K 10 mg, ibu memahami dan sudah menyetujui bahwa anaknya telah diberikan suntikan.
- 7) Menyetujui kunjungan 5 hari lagi pada tanggal 14 Juni 2017, ibu menyetujui.

4.4.2 Kunjungan Neonatus hari ke 5

Tanggal pengkajian : 14 Juni 2017

Waktu : 09.00 WIB

Oleh : Dyah Herdiana

Tempat : Rumah Pasien

A. Subjektif

Ibu mengatakan bayinya sehat, menetek dengan kuat.

B. Objektif

KU : Baik
 Frekuensi jantung bayi : 148 x/menit
 RR : 46 x/menit
 S : 36,9°C
 FO (Fronto oksipitalis) : 34 cm

Pemeriksaan fisik

Kepala : Tidak ada caput succedaneum dan cephal hematoma
 Muka : Tidak pucat, tidak oedema, warna kemerahan.
 Mata : Sklera putih, konjungtiva merah muda.
 Hidung : bersih, tidak ada pernapasan cuping hidung.
 Telinga : Bersih, tidak ada pengeluaran cairan abnormal.
 Dada : Tidak ada retraksi dinding dada, tidak ada ronchi maupun wheezing.
 Abdomen : Tidak Meteorismus, tidak ada perdarahan tali pusat, tali pusat sudah kering namun belum lepas, tidak ada tanda- tanda infeksi.
 Genetalia : Labia mayor menutupi labia minor, BAK (+)
 Anus : BAB kurang lebih 2x dalam sehari
 Ekstremitas: Gerakan aktif, turgor kulit baik.

Pemeriksaan reflek

Reflek sucking :Baik
 Reflek swallowing :Baik
 Reflek rooting :Baik

C. Analisa

Bayi Ny. "S" usia 5 hari dengan Bayi Baru Lahir Normal

D. Penatalaksanaan

- 1) Menginformasikan pada ibu dan keluarga tentang semua hasil pemeriksaan, ibu mengerti
- 2) Memberikan KIE kepada ibu untuk tetap memberikan ASI dan menganjurkan agar bayi ASI eksklusif, ibu bersedia dan dapat memberikan ASI kepada bayinya.
- 3) Memberikan KIE kepada ibu untuk tetap menjemur bayinya dipagi hari dibawah jam 9 dan sekitar 10-15 menit bayi dijemur. Ibu bersedia dan mau menjemur bayinya agar tidak kuning.
- 4) Memberikan KIE kepada ibu agar makan sehari 3 x minum susu, sayur, lauk, nasi, dan buah buahan agar ASI nya lancar, ibu bersedia dan mau semua makanan.
- 5) Menganjurkan pada ibu untuk segera datang ketenaga kesehatan jika ada keluhan pada ibu dan bayinya, ibu bersedia jika bayinya ada masalah ibu akan segera kebidan.
- 6) Mengingatkan kepada ibu agar bayi nya rutin diberikan imunisasi sesuai jadwal yang diberikan kepada bidan, ibu bersedia dan mau hadir saat bayinya akan diimunisasi.

4.5 Kunjungan KB

Tanggal Pengkajian : 26 Juli 2017
Waktu : 09.00 WIB
Oleh : Dyah Herdiana
Tempat : Rumah pasien

A. Subjektif

Ibu mengatakan telah memakai KB IUD

B. Objektif

KU : Baik

TTV

TD : 110/80 mmHg RR : 22 x/menit

Nadi : 80 x/menit Suhu : 36,9°C

Pemeriksaan fisik

Muka : Tidak pucat, tidak oedema

Mata : Sklera putih, konjungtiva merah muda

Payudara : Puting susu menonjol, tidak ada benjolan, konsistensi keras, tidak ada nyeri tekan, pengeluaran ASI (+/+)

Genetalia : bersih, luka jahitan sudah mengering, tidak berbau, tidak ada tanda-tanda infeksi

Ekstermitas : Atas : Tidak oedema, turgor kulit baik

Bawah : Tidak ada oedema, tidak ada varises.

C. Analisa

P₂₀₀₂ Ab₀₀₀ dengan akseptor KB IUD

D. Penatalaksanaan

- 1) Memberitahukan seluruh hasil pemeriksaan, Ibu mengerti
- 2) Menjelaskan efek samping KB IUD, ibu mengerti dan bisa menjelaskan kembali.
- 3) Menganjurkan Ibu untuk kontrol ke bidan sewaktu-waktu jika ada keluhan.

BAB V

PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil dari asuhan kebidanan yang dilakukan oleh penulis kepada Ny"S" usia 26 tahun dari masa hamil sampai dengan KB di BPM Soemidyah Ipung, Amd.Keb dan di rumah pasien yang beralamat di Jl.Kalpataru gg VII No 15 Malang Didapatkan hasil sebagai berikut :

5.1 Pembahasan Asuhan Kehamilan

Asuhan kebidanan antenatal care 14T yaitu imunisasi TT), pemeriksaan Hemoglobin (HB), pemeriksaan protein urine, pengambilan darah untuk pemeriksaan VDRL (Veneral Disease Research Lab), pemeriksaan urine reduksi, pemberian obat malaria, pemberian kapsul minyak beryodium, (Sulistyawati A. , Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan, 2014). Tidak semua dapat dilakukan oleh penulis dikarenakan keterbatasan sarana dan fasilitas, yang tidak dilakukan yaitu pemberian imunisasi TT karena TT ibu sudah lengkap, pengambilan darah untuk pemeriksaan VDRL (Veneral Disease Research Lab) atau tes PMS tidak dilakukan karena tidak ada indikasi kearah penyakit menular seksual dan pemeriksaan Hb dilakukan di tempat bidan, pemeriksaan protein urine di tempat bidan. serta tidak dilakukan pemberian obat malaria, pemberian kapsul minyak beryodium karena lingkungan Ny. "S" tidak endemik malaria dan tidak endemik gondok selain itu tidak tersedianya sarana dan fasilitas.

Kunjungan pada kehamilan Ny "S" dengan usia kehamilan 32 minggu 3 hari dengan keluhan nyeri pinggang. Keluhan nyeri pinggang yang di rasakan ibu karena adanya perubahan pada fisik ibu hamil (Anik dkk, 2011), KIE yang di berikan yaitu mengajarkan senam hamil untuk mengurangi rasa nyeri yang di rasakan oleh ibu.

Ny "S" dengan hasil KSPR 2, KSPR 2 menunjukkan bahwa kehamilan Ny"S" termasuk dalam Kehamilan Resiko Rendah (KRR), untuk umur dan paritas pada semua ibu hamil untuk skor awal bernilai 2, untuk Kehamilan Resiko Tinggi (KRT) jika skor bernilai 4 untuk tiap faktor resiko, dan untuk Kehamilan Resiko Sangat Tinggi (KRST) jika skor bernilai 8 untuk bekas SC, letak sungsang, letak lintang perdarahan antepartum dan preeklamsia berat/preeklamsia ringan (Poedji Rochjati, 2003).

BB sebelum hamil 55 pada saat usia kehamilan 34 minggu BB 67, kenaikan BB Ny "S" dari sebelum hamil dan sesudah hamil termasuk normal jika di hitung dari Rumus Menghitung BMI (Body Mass Index) didapatkan hasil 22.84, BMI antara 18.5-24.9 Normal kenaikan BB yang ideal saat hamil antar 11.5-29.9 kg. Penimbangan BB pada umur kehamilan trimester III bertujuan untuk mengetahui berat badan ibu sebelum dan sesudah hamil (Sofian, 2011). TBJ : 3.100 gr.

TFU 31 cm atau $\frac{1}{2}$ pusat -Procesus Xipoidesus pada saat usia kehamilan 34 minggu 3 hari, kehamilan 34 minggu dengan TFU 31 Cm termasuk normal,Ukuran uterus pada saat kehamilan cukup bulan adalah 30x25x20 cm dengan kapasitas lebih dari 4.000 cc (Hani dkk, 2011).

Hasil pemeriksaan LAB Hb 11,6, karena ibu rajin mengonsumsi makanan yang mengandung zat besi, anemia pada ibu hamil jika Hb kurang dari 9 gr (Hani dkk, 2011).

Dapat disimpulkan analisa pada Ny "S" yaitu GII P1001 Ab000 UK 34 minggu 3 hari T/H/I Letkep dengan kehamilan fisiologis. Tidak terdapat kesenjangan antara teori dan praktek keluhan yang di rasakan karena adanya perubahan pada fisik ibu hamil (Anik dkk, 2011), mengajarkan senam hamil untuk mengurangi rasa nyeri yang di rasakan oleh ibu.

Setelah melakukan asuhan kebidanan pada Ny."S" usia 26 tahun GII P1001 Ab000 pada usia kehamilan 32 minggu 3 hari sampai 37 minggu 2 hari melalui tahap pengumpulan data dengan anamnesa menggunakan manajemen varney pada kunjungan awal dan dokumentasi SOAP pada kunjungan selanjutnya, observasi pemeriksaan umum, pemeriksaan fisik, analisa dan penatalaksanaan. Setelah dilakukan kunjungan sebanyak 4 kali dapat disimpulkan bahwa Ny "S" dalam masa kehamilan yang fisiologis.

Selama melaksanakan asuhan ANC, semua asuhan yang diberikan pada Ny "S", dapat terlaksana dengan baik, Ny "S", suami dan keluarga sangat kooperatif dan sangat antusias atas kehamilan ini sehingga tidak terjadi kesulitan dalam memberikan asuhan. Dibuktikan dengan ibu yang didampingi suami atau keluarga melakukan kunjungan selama kehamilan dari trimester 1 sampai 3 ibu kontrol di BPM Soemidyah Ipung sebanyak 11 kali, pada trimester 1 satu kali, trimester 2 empat kali, dan trimester 3 dilakukan 6 kali kunjungan.

5.2 Pembahasan Asuhan Persalinan

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan dan dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lahir lain dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri). (Ai Nuraisah dkk, 2014)

Persalinan kala I adalah kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan nol sampai pembukaan lengkap. Pada permulaan his kala pembukaan berlangsung tidak begitu kuat sehingga ibu/ wanita masih dapat berjalan-jalan. Klinis dapat dinyatakan mulai terjadi partus jika timbul his dan wanita tersebut mengeluarkan lendir yang bersemu darah (blood show). Proses ini berlangsung kurang lebih 18-24 jam, yang terbagi menjadi 2 fase,yaitu fase laten 8 jam dari pembukaan 0 cm sampai 3 cm, dan fase aktif ini masih dibagi menjadi 3 fase lagi yaitu: fase akselerasi, dimana dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm

menjadi 4 cm, fase dilatasi maksimal, yakni dalam waktu 2 jam pembukaan 4 cm menjadi 9 cm, dan fase deselerasi, dimana pembukaan menjadi lambat kembali, dalam waktu 2 jam pembukaan 9 cm menjadi 10 cm (Sumarah, dkk. 2010).

Pada tanggal 9 Juni 2017 jam 18.30 WIB Ny "S" ibu mengeluh kenceng-kenceng dan telah mengeluarkan lendir bercampur darah mulai pagi jam 07.00 WIB. Kemudian dilakukan pemeriksaan dan pembukaan serviks sudah 4 cm, penipisan 25%, ketuban belum pecah, bagian terdahulu kepala, tidak ada bagian kecil disamping bagian terdahulu, bagian terendah UUK, Hodge II, moulase 0. Keluhan yang dirasakan oleh Ny "S" termasuk dalam tanda tanda persalinan yaitu rasa sakit oleh adanya his yang datang lebih kuat, sering dan teratur, keluar lendir bercampur darah yang lebih banyak karena robekan jalan lahir, terkadang ketuban pecah dengan sendirinya, pada pemeriksaan dalam, serviks mendatar dan pembukaan telah ada (Kuswanti, 2014).

Kemudian dilakukan asuhan pada Ny "S" yaitu mengobservasi tanda-tanda vital, HIS, DJJ, menganjurkan ibu untuk miring kiri, serta memenuhi kebutuhan nutrisi yaitu makan dan minum, memberikan dukungan dan semangat pada Ny "S" untuk menghadapi persalinan, mengajarkan teknik relaksasi yaitu bernapas lewat hidung dan mengeluarkan udara lewat mulut.

Pada Kala II yaitu kala pengeluaran. Kala II 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 (Kuswanti, 2014). Dimulai dari pembukaan lengkap sampai bayi lahir. Proses ini berlangsung 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida (Sumarah, dkk. 2010).

Pada jam 22.30 WIB Ny "S" mengatakan ingin BAB dan ingin mengejan. Pada saat dilakukan pemeriksaan dalam hasilnya Ø 10 cm , eff 100%, ketuban +

(jernih), bagian terdahulu kepala, tidak ada bagian kecil disamping bagian terdahulu, bagian terendah UUK, hodge III, molase 0, tekanan pada anus, perineum menonjol, vulva vagina membuka. Asuhan yang diberikan yaitu membantu Ny "S" untuk menentukan posisi melahirkan yang paling nyaman. Memeriksa kelengkapan alat dan obat-obatan, mengajarkan ibu untuk meneran saat ada kontraksi dan istirahat relaksasi disertai pemantauan DJJ dan disertai dengan minum, kemudian melakukan Asuhan Persalinan Normal sesuai prosedur. Pada proses persalinan bayi mengalami mekanisme persalinan yaitu Enggagement , penurunan, Fleksi, rotasi dalam rotasi dalam atau putar paksi dalam, ekstensi, rotasi luar dan ekspulsi (Walyani, 2015). Pada kala II ibu melahirkan bayinya dengan waktu 15 menit. Bayi lahir spontan pukul 22.45 WIB dengan menangis kuat, gerakan aktif, jenis kelamin perempuan, berat badan 4000 gr, panjang badan 50 cm, anus (+), cacat (-), tidak ada kelainan kongenital. Kala II berlangsung selama 15 menit, terdapat robekan pada jalan lahir, perdarahan ± 100 cc, Dilakukan IMD selama 1 jam (berhasil), manfaat IMD bagi ibu merangsang produksi oksitosin dan prolaktin, meningkatkan produksi ASI, meningkatkan jalinan kasih sayang ibu dan bayi (Ambarwati,2009).

Kala III yaitu kala pengeluaran uri, biasanya berlangsung 5-30 menit. Setelah bayi lahir, uterus teraba keras dengan fundus uteri agak di atas pusat, (Kuswanti, 2014). Ny "S" mengatakan merasa senang dengan kelahiran bayinya, ibu mengatakan perutnya masih mulas. Kemudian dilakukan pemeriksaan yaitu pada bagian abdomen TFU setinggi pusat, kontraksi uterus baik, uterus globuler, pada daerah genetalia ada semburan darah, tali pusat memanjang. Kemudian dilakukan asuhan pada Ny "S" yaitu melakukan Manajemen aktif kala III dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikkan oksitosin 10 unit IM (intramuscular) di 1/3 paha atas bagian distal lateral, lakukan penanganan tali pusat terkendali dan pada jam 22:50 WIB plasenta lahir lengkap, melakukan massase dan kontraksi

uterus baik, memeriksa adanya laserasi, memeriksa estimasi pendarahan, membersihkan ibu, tempat persalinan dan dekontaminasi alat. Kala III berlangsung selama 5 menit dengan perdarahan \pm 100 cc.

Kala IV adalah pengawasan selama 1-2 jam setelah bayi dan uri lahir untuk mengamati keadaan ibu terutama terhadap perdarahan postpartum. (Kuswanti, 2014). Asuhan yang diberikan yaitu mamantau kondisi Ny "S" selama 2 jam diantaranya yaitu melakukan observasi tingkat kesadaran pasien, melakukan pemantauan tanda-tanda vital dan hasilnya normal, perdarahan \pm 50 cc dan menilai kontraksi fundus uteri dan kontraksi baik. Pemeriksaan yang dilakukan oleh penulis sesuai dengan teori yaitu observasi 2 jam post partum dengan penatalaksanaan kala IV yang pertama adalah periksa fundus setiap 15 menit pada jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua, periksa TD, nadi, kandung kemih, perdarahan tiap 15 menit pada jam pertama dan 30 menit pada jam kedua, usahakan ibu minum untuk menghindari dehidrasi, bersihkan ibu dan kenakan pakaian bersih dan kering, dan biarkan ibu beristirahat (Kuswanti, 2014).

Dari hasil pemantauan tersebut didapatkan keadaan ibu baik secara keseluruhan persalinan Ny "S" berlangsung normal tanpa ada penyulit. Pada proses persalinan di temukan adanya kesenjangan antara teori dengan praktek, penggunaan APD yang hanya sarung tangan, clemek dan sepatu, hal ini tidak sesuai SOP dimana APD yang digunakan yaitu topi, sarung tangan, kaca mata, clemek, sepatu (DepKes RI, 2010).

5.3 Pembahasan Asuhan Nifas

Masa nifas (puerperium) dimulai setelah kelahiran dan berakhir ketika alat-alat reproduksi/kandung kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas atau puerperium dimulai sejak 2 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (42 hari) setelah itu (Dewi, dkk, 2013).

Ibu mengatakan perutnya masih terasa mules, keluhan yang dirasakan oleh karena uterus berkontraksi hal ini akan berlangsung 2 hingga 3 hari setelah melahirkan (Rukiyah dkk, 2011),.

TFU 2 jari di bawah pusat, involusi uterus merupakan suatu proses kembalinya uterus ke keadaan sebelum lahir dengan berat sekitar 60 gr, proses ini di mulai segera setelah plasenta lahir akibat kontraksi otot-otot polos uterus (Ambarwati 2010).

Lochea rubra, ini merupakan hal yang fisiologis, lochea ini muncul pada hari ke 1-4 hari post partum, cairan yang keluar berwarna merah karena berisi darah segar, jaringan sisa-sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, dan mekonium (Ambarwati, 2010), luka jahitan masih basah sehingga, tidak berbau, tidak ada tanda-tanda infeksi, KIE yang diberikan personal, hygiene, menganjurkan ibu lebih sering ganti pembalut.

ASI lancar, hal ini mampu merangsang produksi oksitosin dan prolaktin, meningkatkan produksi ASI, meningkatkan jalinan kasih sayang ibu dan bayi (Ambarwati,2009).

Ny "S" mengatakan merasa senang dengan kelahiran bayinya, Fase taking in pada hari pertama Ny "S" masih bergantung pada suami karena keterbatasan gerak, Fase taking hold, pada hari ke 7 Ny "S" sudah mulai bisa merawat bayinya, karena pengalaman dari anak pertama. Fase taking go pada hari ke 14 ibu sudah bisa bertanggung jawab dan merawat bayinya dengan baik karena pengalaman dari anak pertama serta dukungan yang penuh dari suami dan keluarga. Fase taking in merupakan priode ketergantungan yang berlangsung pada hari pertama sampai kedua post partum, Fase taking hold ibu merasa khawatir tidak bisa merawat bayinya biasanya berlangsung 3-10 hari, Fase taking go ibu sudah bisa menerima bayinya dan berani merawat bayinya (Armini Wayan, 2012).

Setelah melakukan anamnesa dan pemeriksaan pada Ny "S" dengan keluhan perut yang terasa masih mules, tidak di temukan kesenjangan antara teori dan praktek keluhan yang dirasakan oleh ibu karena uterus berkontraksi hal ini akan berlangsung 2 hingga 3 hari setelah melahirkan (Rukiyah dkk, 2011), KIE yang dapat di berikan yaitu mengajarkan ibu cara massase fundus uterus.

Dalam hal ini penulis melakukan kunjungan nifas sesuai dengan Kebijakan Program Nasional Masa Nifas yaitu melakukan kunjungan sebanyak 4 kali, kunjungan pertama 6 jam PP, kunjungan kedua 6 hari PP, kunjungan ketiga 2 minggu PP, kunjungan keempat 6 minggu setelah persalinan (Suherni, 2009). Dan hasilnya masa nifas Ny "S" berlangsung secara normal tanpa ada komplikasi. Selama melakukan asuhan penulis melakukannya sesuai dengan tujuan pengawasan masa nifas diantaranya menjaga kesehatan bayinya baik fisik maupun psikologi, melaksanakan skrining yang komprehensif, mendeteksi masalah, memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, KB, menyusui. Sehingga tidak ada kesenjangan antara teori dengan penatalaksanaan yang dilakukan dilapangan.

5.4 Pembahasan Asuhan Bayi Baru Lahir

Masa neonatal adalah masa sejak lahir sampai dengan 4 minggu Bayi baru lahir (neonatus) adalah bayi yang baru mengalami proses kelahiran berusia 0-28 hari (Marmi dan Rahardjo, 2012).

Bayi Ny "S" lahir spontan pada tanggal 9 Juni 2017 pukul 22:45 WIB pada usia kehamilan 40 minggu, menangis kuat, gerakan aktif, jenis kelamin perempuan, kulit kemerahan dan tidak ada cacat congenital dengan berat badan 4000 gram dan panjang 50 cm.

Kunjungan pertama dilakukan penulis pada tanggal 10 Juni 2017 jam 07:00 WIB di BPM Soemidyah Ipung pada usia 6 jam. Bayi melakukan IMD selama satu jam, Ibu dan bayi diberi kesempatan yang menguntungkan dengan

melakukan kontak kulit kekulit dengan meletakkan bayi baru lahir diatas perut ibu atau dada ibunya minimal 30 menit sampai bayi mencari puting susu ibunya dan langsung menyusui. Bayi tidak boleh dipisahkan dulu dari ibu dan tidak melakukan prosedur atau tindakan rutin salam waktu satu jam yang dikenal dengan inisiasi menyusui dini (Astuti, Sri, dkk. 2015). BAB 1x, BAK 1x. Pemeriksaan reflek sucking : Baik, swallowing : baik, rooting : baik, graps : baik, glabella : baik, babinsky : baik, morro : baik. Kemudian bayi sudah mendapatkan imunisasi Vit K dan salep mata erlamycetin. Asuhan yang diberikan pada Bayi Ny"S" sudah sesuai dengan teori. Memberikan konseling untuk menyusui bayinya setiap 2 jam sekali agar nutrisi bayi terpenuhi. Bayi yang sehat dapat mengosongkan satu payudara ibu sekitar 5-7 menit dan ASI dalam lambung bayi akan kosong dalam waktu 2 jam (Astuti, 2015).

Kunjungan kedua dilakukan penulis pada tanggal 14 Juni 2017 jam 09:00 WIB di rumah Ny "S" pada usia bayi 5 hari. Pada kunjungan kedua didapatkan tali pusat belum terlepas sudah mengering, tidak ada tanda-tanda infeksi. BB By Ny"S" naik 100 gr, dari lahir dengan Berat Badan 4000 menjadi 4100 gr, kenaikan Berat Bada By Ny "S" termasuk normal usia 0-6 bulan pertumbuhan berat badan akan mengalami pertumbuhan setiap minggu sekitar 140-200 gr (Hidayat, 2008) menetek kuat, ttv normal, KIE kepada ibu agar tetap rutin menyusui bayinya dan menjemur bayinya di pagi hari.

Setelah melakukan asuhan kebidanan pada By Ny "S" imunisasi Hb 0, di berikan saat kunjungan pertama pada bayi berusia 7 hari, berdasarkkan status HbsAg ibu saat melahirkan, Jika status ibu tidak diketahui imunisasi diberikan dalam 12 jam setelah lahir. Apabila semula status HbsAg ibu tidak diketahui, dan pada perjalanannya ternyata ibu positif HbsAg, maka dapat diberikan sebelum bayi berumur 7 hari. (Wafi, 2010). Jadi tidak didapatkan kesenjangan antara teori

dengan penatalaksanaan di lapangan karena asuhan kebidanan yang diberikan sudah sesuai dengan prosedur.

5.5. Pembahasan Keluarga Berencana

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

Pelayanan KB pasca persalinan yang dilakukan oleh bidan, mengacu pada peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1464/MENKES/Per/IX/2010, Pasal 12 tentang ijin dan penyelenggaraan praktik bidan, dimana dinyatakan bahwa bidan dapat : 1) memberikan penyuluhan dan konseling kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana. 2) memberikan alat kontrasepsi oral dan kondom, dan dalam Pasal 13 dinyatakan bahwa bidan berwenang memberikan pelayanan : 1) pemberian alat kontrasepsi suntikan, alat kontrasepsi dalam rahim dan memberikan alat 22 kontrasepsi bawah kulit. 2) pelayanan tersebut hanya dapat diberikan oleh bidan yang terlatih (Kemenkes RI, 2014).

Pada asuhan keluarga berencana tanggal 9-06-2017, ibu mengatakan telah menggunakan Kb IUD Post Partum, Alat Kontrasepsi Dalam rahim (AKDR) atau IUD pasca plasenta, yakni pemasangan dalam 10 menit pertama sampai 48 jam setelah plasenta lahir (atau sebelum penjahitan uterus/rahim pada pasca persalinan dan pasca keguguran di fasilitas kesehatan, dari ANC sampai dengan persalinan terus diberikan penyuluhan pemilihan metode kontrasepsi. Sehingga ibu yang setelah bersalin atau keguguran, pulang ke rumah sudah menggunakan salah satu kontrasepsi (BkkbN, 2014).

Ada 3 macam IUD yang biasanya digunakan yaitu Copper T 380A, Multiload Copper 375, dan IUD dengan levonorgestrel. IUD jenis Copper T 380A sangat banyak tersedia dan pada program pilihan KB Pascapersalinan, jenis IUD

Copper T 380A ini paling banyak digunakan karena selain karakteristiknya yang baik, harga IUD jenis ini juga lebih terjangkau dibanding dengan jenis IUD yang lain. IUD dengan levonorgestrel (misal Mirena) belum terlalu banyak tersedia dan jika tersedia harganya mahal, dan IUD jenis ini biasanya tidak direkomendasikan sebagai IUD post partum (Category 3 in WHO's medical eligibility criteria, 2010).

Indikasi pemasangan IUD Usia reproduktif, keadaan multipara, menginginkan penggunaan kontrasepsi jangka panjang, menyusui dan menginginkan menggunakan kontrasepsi, tidak menyusui bayinya, setelah mengalami abortus dan tidak terlihat adanya infeksi, resiko rendah dari IMS, tidak menghendaki metode hormonal, tidak menyukai untuk mengingat -ingat minum pil setiap hari (Arum, 2011).

Pada saat melakukan evaluasi 47 hari pasca pemasangan Ibu mengatakan tidak ada keluhan, asuhan kebidanan pada Ny "S" yaitu memberikan KIE cara pemeriksaan IUD sendiri saat dirumah, melakukan anamnese dan menjelaskan keuntungan KB IUD Post Partum, langsung bisa di akses oleh ibu yang melahirkan di pelayanan kesehatan, kesuburan lebih cepat kembali setelah pelepasan, tidak mempengaruhi ASI, dan tidak mengganggu hubungan seksual (Shukla, Qureshi, Chandrawati, 2012).

Setelah melakukan asuhan kebidanan pada Ny "S" tidak ada kesenjangan antara teori dengan penatalaksanaan yang ada dilapangan, karena penatalaksanaan di lapangan sudah sesuai dengan teori. Petugas sudah melakukan tindakan sesuai dengan prosedur.

BAB VI

PENUTUP

6.1 KESIMPULAN

Berdasarkan Laporan Tugas Akhir tentang “Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny.”S” Usia 26 Tahun Dari Masa Kehamilan Sampai KB di BPM Soemidyah Ipung, Amd.Keb Kota Malang” yang dilakukan mulai bulan April sampai dengan bulan Juli 2017 dapat diambil kesimpulan :

1. Asuhan kebidanan selama kehamilan tidak ditemukan kesenjangan kesenjangan karena asuhan di lakukan sesuai dengan prosedur, dan selama kehamilan termasuk kehamilan yang fisiologis karena tidak ada penyulit selama masa kehamilan berlangsung.
2. Asuhan kebidanan selama persalinan ditemukan kesenjangan dalam pelaksanaan asuhan masa persalinan karena pemakaian APD yang tidak lengkap.
3. Asuhan kebidanan saat masa nifas tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan praktek karena kebijakan nasional kunjungan masa nifas dimana dilakukan kunjungan selama 4 kali kunjungan.
4. Asuhan kebidanan sudah dilakukan sesuai dan tidak di temukan kesenjangan karena asuhan yang di lakukan sesuai prosedur pada BBL dan sejauh ini dalam keadaan sehat.
5. Asuhan keluarga berencana tidak didapatkan kesenjangan dimana dilakukan dengan pemberian konseling, informasi, dan edukasi tentang keluarga berencana baik efektivitas, kekurangan, maupun kelebihan. KB yang dipilih ibu.

6.2 SARAN

Dengan melihat hasil kesimpulan diatas, maka saran dari penulis yakni sebagai berikut:

1. Bagi institusi pendidikan

Laporan Tugas Akhir ini diharapkan dapat menambah reverensi mengenai Asuhan Kebidanan pada ibu mulai dari masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, dan KB. Terutama bagi institusi pendidikan khususnya Prodi D3 Kebidanan STIKES Widyagama Husada

2. Bagi lahan praktik

Laporan Tugas Akhir ini diharapkan dapat memberikan masukan untuk mempertahankan dan meningkatkan pelayanan di BPM terutama pemakaian APD saat proses persalinan.

3. Bagi klien

Diharapkan ibu hamil dapat meningkatkan pengetahuannya tentang kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir dan KB serta lebih meningkatkan asupan nutrisi pada kehamilan selanjutnya

DAFTAR PUSTAKA

- Dewi, V, dan Sunarsih, T. 2011. *Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas*. Jakarta:Salemba Medika.
- Dr. Adi Skrisno. 2010. *Asuhan Patologis Kebidanan*
- Handayani, S, dan Wulandari, S. 2011. *Asuhan Kebidanan Ibu Masa Nifas*. Yogyakarta:Gosyen Publishing
- Hani, U, dkk. 2011. *Asuhan Kebidanan Fisiologis*. Jakarta:Salemba Medika.
- Ina Kuswanti, Fitri. 2014. *Askeb II Persalinan*
- Kementerian Kesehatan. 2014. *Buku Kesehatan Ibu dan Anak*. Jakarta:Kementerian Kesehatan.
- Kementerian Kesehatan. 2014. *Survey Demografi Kesehatan Indonesia*. 2014 Jakarta:Kementerian Kesehatan.
- Kementerian Kesehatan Kabupaten Malang. 2015
- Kuswanti, I., dan Melina, F. *Askeb Persalinan*. 2014. Yogyakarta:Pustaka Pelajar.
- Liu, David T.Y. 2005. *Manual Persalinan*
- Marmi dan Rahardjo, K. 2012. *Asuhtus Bayi Balita Dan Anak Pra Sekolah*. Yogyakarta:Pustaka Pelajar.
- Marmi. 2011. *Asuhan Kebidanan Pada Masa Antenatal*. Yogyakarta:Pustaka
- Pinem, S. 2011. *Kesehatan Reproduksi Dan Kontrasepsi*. Jakarta:TIM.
- Purwanti, Susiloningtyas dan Yanik. 2012. *Kajian Pengaruh Manajemen Aktif Kala III*
- Romauli, S. 2011. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan 1 Konsep Dasar Kehamilan*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Ria Ambarwati, dkk. 2013. *Pengaruh Konseling Laktasi Intensif Terhadap Pemberian Air Susu Ibu Eksklusif Sampai 3 bulan*
- Rukiyah, A.Y. 2014. *Dokumentasi Kebidanan*. Jakarta:CV Trans Info Media.


Saifudin, A.B., 2012. *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi*. Jakarta:Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

Sudarti dan Khoirunnisa, E. 2010. *Asuhan Kebidanan Neonatus, Bayi dan Anak Balita*. Yogyakarta:Nuha Medika.

Sulistyawati, A., dan Nugraheny, E. 2010. *Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin*. Jakarta:Salemba Medika.

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

LAMPIRAN
SURAT STUDI PENDAHULUAN

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

Nomor : /A-1/STIKES/V/2017	Malang, 12 Mei 2017
Lampiran : -	
Perihal : <u>Studi Pendahuluan</u>	

Kepada Yth:
BPM Soemidyah Ipung, Amd.Keb
Di-
Kota Malang

Dengan hormat,

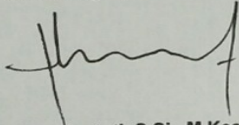
Mahasiswi Program Studi D3 Kebidanan STIKES Widyagama Husada akan menyusun Laporan Tugas Akhir (LTA) Tahun Akademik 2016/2017, untuk itu diperlukan data-data pendukung sebagai syarat yang harus ditempuh.

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

Adapun nama mahasiswi dan judul Laporan Tugas Akhir sebagai berikut:

Nama	: Dyah Herdiana
NIM	: 1312.15401.762
Judul TA	: Asuhan Kebidanan Komprehensif dari kehamilan sampai KB di BPM Soemidyah Ipung, Amd.Keb, Kelurahan Purwodadi, Kec. Blimbing, Kota Malang

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

<p>STIKES Widyagama Husada Wakil Bidang III,</p>  <p>Tiwi Yuniastuti, S.Si., M.Kes NDP. 2012.247</p>

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

KESEDIAAN PEMBIMBING I



**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

**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 : PATEMAN

Jabatan : Dosen

Alamat : Jl. Diponegoro No. 12^{39/19} Ds. Karanganyar Poncokusur

No Telp : 0858 55956 299

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

Nama : DYAH HERDIANA

NIM : 1312 - 15901 - 762

Alamat : Jl. Borobudur Agung No. 1 Malang

Judul LTA : ASUHAN KEBIDAMAN KHOMPREHENSIF

PADA NY "5" USIA 20 TAHUN

Malang,
Pembimbing/LTA,

KESEDIAAN PEMBIMBING II



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

WIDYAGAMA HUSADA

Terakreditasi BAN-PT

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

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

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : MICKY DJ

Jabatan : Dosen

Alamat : Jl. Klendit Timur No. 25 Manguwan Pakis

No Telp : 0822 3211 1785

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

Nama : DYAH HERDIANA

NIM : 1312.15901.762

Alamat : Jl. Borobudur Agung No. 1 Malang

Judul LTA : ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF

PADA NY "S" USIA 20 TAHUN

Malang,
Pembimbing LTA,

IDENTITAS KELUARGA

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

IDENTITAS KELUARGA		
Nama Ibu	:	Ny. Sherling
Tempat/Tgl lahir	:	Malang, 29-7-1991 / 25
Kehamilan ke	:	II Anak Terakhir umur: 5 tahun
Agama	:	Islam
Pendidikan	:	Tidak Sekolah/SD/SMP/SMU/Akademi/Perguruan Tinggi*
Golongan Darah	:	-
Pekerjaan	:	Swasta
No. JKN	:

Nama Suami	:	Tn. Muhammad Satri'i
Tempat/Tgl lahir	:	Malang, 14-1-1982 / 33
Agama	:	Islam
Pendidikan	:	Tidak Sekolah/SD/SMP/SMU/Akademi/Perguruan Tinggi*
Golongan Darah	:	-
Pekerjaan	:	Swasta

Alamat Rumah	:	Jl. Kalpataru 69 VII No. 15,
	:	Kel. Jatimulyo RT 3/RW 8
Kecamatan	:	Lowokwaru,
Kabupaten/Kota	:	Malang
No. Telpn yang bisa dihubungi	:	085 755 678 105

Nama Anak	: L/P*
Tempat/Tgl Lahir	:
Anak Ke	: dari anak

CATATAN KESEHATAN IBU HAMIL

Diisi oleh petugas kesehatan

Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT), tanggal: 2-9-2016
 Hari Taksiran Persalinan (HTP), tanggal: 9-6-2017
 Lingkar Lengan Atas: 38 cm; KEK (), Non KEK () Tinggi Badan: 156 cm
 Golongan Darah:
 Penggunaan kontrasepsi sebelum kehamilan ini: 14D
 Riwayat Penyakit yang diderita ibu:
 ROT: MAP: IMT:

Diisi oleh petugas kesehatan

Hamil ke. II Jumlah persalinan 1 Jumlah keguguran 0 Procur
 Jumlah anak hidup Jumlah lahir mati
 Jumlah anak lahir kurang bulan anak
 Jarak kehamilan ini dengan persalinan terakhir 5 th
 Status imunisasi Imunisasi TT terakhir (bulan/tahun)
 Penolong persalinan terakhir B. S. B. D.
 Cara persalinan terakhir: [] Spontan [] Normal [] Tindakan

Diisi oleh petugas kesehatan

Tgl	Keluhan Sekarang	Tekanan Darah (mmHg)	Berat Badan (Kg)	Umur Kehamilan (Minggu)	Tinggi Fundus (Cm)	Letak Janin Kep/Su/Li	Denyut Jantung Janin/Meat
12/10	tae.	100/70	55	6mgg	-	-	-
14/10	mul mntel	110/90	53	7mgg	2px	kep	⊕
17/10	tae	110/90	55	12y	3px	kep	⊕
19/10	tae	110/90	56	19mgg	3px	kep	⊕
15/11	tae	110/90	62	26-28	3px	u	⊕
14/11	tae	110/90	64	28	3px	u	⊕
14/11	tae	110/90	65	30-31	1/2 px	u	⊕

Diisi oleh petugas kesehatan

Kali Bengkok	Hasil Pemeriksaan Laboratorium	Tindakan (pemberian TT, Fe, terapi rujukan, umpan balik)	Nasihat yang disampaikan	Keterangan - Tempat Pelayanan - Nama Pemeriksa (Paral)	Kapan Harus Kembali
-/+		Procur	TKTP	B. Sumidjah	1 bl.
-/+					
-/+		Procur	TKTP	Sumud	1 bl
-/+					
-/+		Procur	TKTP	Sumud	1 bl
-/+					
-/+		Procur	TKTP	Sumud	1 bl
-/+		Procur	TKTP	Sumud	1 bl
-/+		Procur	TKTP	Sumud	1 bl
-/+		Procur	TKTP	Sumud	1 bl
-/+		Procur	TKTP	Sumud	1 bl

HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM

Bengkok	Pemeriksaan Laboratorium	Pemberian TT, Fe, terapi rujukan, umpan balik)	Nasihat yang disampaikan
-/+			Cealon 1x1
-/+	Hb: 11,6 G6G1red ⊕		Cealon 3x
-/+	Hb 8,6 G6G1red ⊕ B2y NR ⊕		1x1

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.1	III.2
		Skor Awal Ibu Hamil	2	2	2	2	2
I	1	Terlalu muda, hamil < 16 Th	4	0	0	0	0
	2	a. Terlalu lambat hamil, I, kawin > 4 Th	4	0	0	0	0
		b. Terlalu tua, hamil 1 > 35 Th	4	0	0	0	0
	3	Terlalu cepat hamil lagi (< 2 Th)	4	0	0	0	0
	4	Terlalu lama hamil lagi (> 10 Th)	4	0	0	0	0
	5	Terlalu banyak anak, 4/lebih	4	0	0	0	0
	6	Terlalu tua, umur > 35 Th	4	0	0	0	0
	7	Terlalu pendek < 145 cm	4	0	0	0	0
	8	Pernah gagal kehamilan	4	0	0	0	0
	9	Pernah melahirkan dengan		0	0	0	0
	a. Tarikan tang/vakum	4	0	0	0	0	
	b. Uri dirogoh	4	0	0	0	0	
	c. Diberi infus/Transfusi	4	0	0	0	0	
	10. Pernah Operasi Sesar	6	0	0	0	0	
II	11	Penyakit pada ibu hamil		0	0	0	0
		a. Kurang darah b. Malaria	4	0	0	0	0
		c. TBC Paru d. Payah jantung	4	0	0	0	0
		e. kencing Manis (Diabetes)	4	0	0	0	0
		f. Penyakit Menular Seksual	4	0	0	0	0
	12	Bengkak pada muka/tungkai dan tekanan darah tinggi	4	0	0	0	0
	13	Hamil kembar 2 atau lebih	4	0	0	0	0
	14	Hamil kembar air (hydraminon)	4	0	0	0	0
	15	Bayi mati dalam kandungan	4	0	0	0	0
	16	Kehamilan lebih bulan	4	0	0	0	0
17	Letak sungsang	6	0	0	0	0	
18	Letak lintang	6	0	0	0	0	
III	19	Pendarahan dalam kehamilan ini	6	0	0	0	0
	20	Pre-eklampsia Berat/Kejang kejang	6	0	0	0	0
JUMLAH SKOR							

PENYULUHAN KEHAMILAN/PERSALINAN AMAN ~ RUJUKAN TERENCANA

KEHAMILAN			PERSALINAN DENGAN RISIKO			
JML. SKOR	KEL. RISIKO	PERAWATAN	RUJUKAN	TEMPAT	PENOLONG	RUJUKAN
						RDB RDR RTW
2	KPR	BIDAN	TIDAK DIRUJUK	RUMAH POLINDES	BIDAN	
6-10	KRT	BIDAN DOKTER	BIDAN PKM	POLINDES PKM/RS	BIDAN DOKTER	
> 12	KRST	DOKTER	RUMAH SAKIT	RUMAH SAKIT	DOKTER	

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

KARTU SKOR 'POEDJI ROCHJATI'* PERENCANAAN PERSALINAN AMAN

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

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

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

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

Gawat Obstetrik : Kel. Faktor Risiko I & II

1.
 2.
 3.
 4.
 5.
 6.
 7.

Gawat Darurat Obstetrik : Kel. Faktor Risiko II
 1. Pendarahan antepartum
 2. Eklamsia
 3. Pendarahan postpartum
 4. Uri Tertinggal
 5. Persalinan Lama
 6. Panas Tinggi

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

PASCA PERSALINAN :
 IBU : 1. Hidup 2. Mati, dengan penyebab a. Pendarahan b. Pre-eklampsia/Eklampsia c. Partus lama d. Infeksi e. Lain-2
 TEMPAT PERSALINAN : 1. Rumah Ibu 2. Rumah bidan 3. Polindes 4. Puskesmas 5. Rumah Sakit 6. Perjalanan 7. Lain-2

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

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

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

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

* Dr. Poedji Rochjati, dr. SpOG

KARTU IBU HAMIL

KARTU IBU HAMIL																																																																																																																																																																																																																																								
RS/Puskesmas : Pustu/Polindes/BPS : Kelurahan : Kota : <u>Malang</u>					No Indeks / kode : Tgl. Pendaftaran pertama : <u>17-APR-2017</u> Nama pemeriksa : <u>Dyah Herdiana</u>																																																																																																																																																																																																																																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2">IDENTITAS IBU</th> <th colspan="2">IDENTITAS SUAMI</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nama</td> <td><u>Ny "S"</u></td> <td>Nama</td> <td><u>Tp. "M"</u></td> </tr> <tr> <td>Umur</td> <td><u>26</u> tahun</td> <td>Umur</td> <td><u>22</u> tahun</td> </tr> <tr> <td>Agama</td> <td><u>Islam</u></td> <td>Agama</td> <td><u>Islam</u></td> </tr> <tr> <td>Alamat/Telp.</td> <td><u>Jl. Kalipatru Gg VII Gg VII No.15 3/B</u></td> <td>Alamat/Telp.</td> <td><u>Jl. Kalipatru Gg VII No.15 3/B</u></td> </tr> <tr> <td>Pekerjaan</td> <td><u>Swasta</u></td> <td>Pekerjaan</td> <td><u>Swasta</u></td> </tr> <tr> <td>Pendidikan</td> <td><u>SMA</u></td> <td>Pendidikan</td> <td><u>SMA</u></td> </tr> </tbody> </table>					IDENTITAS IBU		IDENTITAS SUAMI		Nama	<u>Ny "S"</u>	Nama	<u>Tp. "M"</u>	Umur	<u>26</u> tahun	Umur	<u>22</u> tahun	Agama	<u>Islam</u>	Agama	<u>Islam</u>	Alamat/Telp.	<u>Jl. Kalipatru Gg VII Gg VII No.15 3/B</u>	Alamat/Telp.	<u>Jl. Kalipatru Gg VII No.15 3/B</u>	Pekerjaan	<u>Swasta</u>	Pekerjaan	<u>Swasta</u>	Pendidikan	<u>SMA</u>	Pendidikan	<u>SMA</u>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="7">RIWAYAT PERKAWINAN</th> </tr> <tr> <th>Kawin ke</th> <th>Umur kawin (thn)</th> <th>Kawin (thn)</th> <th>Jumlah anak</th> <th>Sebab pisah cerai / meninggal</th> <th>Sebab meninggal</th> <th>Tempat meninggal</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><u>1</u></td> <td><u>20</u></td> <td><u>6</u></td> <td><u>1</u></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					RIWAYAT PERKAWINAN							Kawin ke	Umur kawin (thn)	Kawin (thn)	Jumlah anak	Sebab pisah cerai / meninggal	Sebab meninggal	Tempat meninggal	<u>1</u>	<u>20</u>	<u>6</u>	<u>1</u>																																																																																																																																																																																	
IDENTITAS IBU		IDENTITAS SUAMI																																																																																																																																																																																																																																						
Nama	<u>Ny "S"</u>	Nama	<u>Tp. "M"</u>																																																																																																																																																																																																																																					
Umur	<u>26</u> tahun	Umur	<u>22</u> tahun																																																																																																																																																																																																																																					
Agama	<u>Islam</u>	Agama	<u>Islam</u>																																																																																																																																																																																																																																					
Alamat/Telp.	<u>Jl. Kalipatru Gg VII Gg VII No.15 3/B</u>	Alamat/Telp.	<u>Jl. Kalipatru Gg VII No.15 3/B</u>																																																																																																																																																																																																																																					
Pekerjaan	<u>Swasta</u>	Pekerjaan	<u>Swasta</u>																																																																																																																																																																																																																																					
Pendidikan	<u>SMA</u>	Pendidikan	<u>SMA</u>																																																																																																																																																																																																																																					
RIWAYAT PERKAWINAN																																																																																																																																																																																																																																								
Kawin ke	Umur kawin (thn)	Kawin (thn)	Jumlah anak	Sebab pisah cerai / meninggal	Sebab meninggal	Tempat meninggal																																																																																																																																																																																																																																		
<u>1</u>	<u>20</u>	<u>6</u>	<u>1</u>																																																																																																																																																																																																																																					
RIWAYAT KEHAMILAN, PERSALINAN DAN KB																																																																																																																																																																																																																																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Kehamilan</th> <th colspan="2">PERSALINAN</th> <th rowspan="2">TEMPAT PERSALINAN</th> <th rowspan="2">KOMP PERSALINAN</th> <th rowspan="2">PENOLONG</th> <th colspan="3">KEADAAN BBL</th> <th colspan="2">KEADAAN ANK SKRG</th> <th rowspan="2">KB</th> </tr> <tr> <th>Komplikasi APB HT</th> <th>Ad I/P/ IU Nor mal Su Alat SC RS PKM BPS Ru mah Lain-lain</th> <th>P/L BBL (gr) Sehat Sa kit Ma ti Hidup (thn) Mati</th> <th>Ma ti Hidup (thn) Mati</th> <th>Ma ti Hidup (thn) Mati</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><u>1</u></td> <td></td> <td><u>✓</u></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><u>✓</u></td> <td><u>3200</u></td> <td><u>✓</u></td> <td><u>-</u></td> <td><u>5</u></td> <td><u>-</u></td> <td><u>1UD</u></td> </tr> </tbody> </table>										Kehamilan	PERSALINAN		TEMPAT PERSALINAN	KOMP PERSALINAN	PENOLONG	KEADAAN BBL			KEADAAN ANK SKRG		KB	Komplikasi APB HT	Ad I/P/ IU Nor mal Su Alat SC RS PKM BPS Ru mah Lain-lain	P/L BBL (gr) Sehat Sa kit Ma ti Hidup (thn) Mati	Ma ti Hidup (thn) Mati	Ma ti Hidup (thn) Mati	<u>1</u>		<u>✓</u>				<u>✓</u>	<u>3200</u>	<u>✓</u>	<u>-</u>	<u>5</u>	<u>-</u>	<u>1UD</u>																																																																																																																																																																																																	
Kehamilan	PERSALINAN		TEMPAT PERSALINAN	KOMP PERSALINAN	PENOLONG	KEADAAN BBL			KEADAAN ANK SKRG		KB																																																																																																																																																																																																																													
	Komplikasi APB HT	Ad I/P/ IU Nor mal Su Alat SC RS PKM BPS Ru mah Lain-lain				P/L BBL (gr) Sehat Sa kit Ma ti Hidup (thn) Mati	Ma ti Hidup (thn) Mati	Ma ti Hidup (thn) Mati																																																																																																																																																																																																																																
<u>1</u>		<u>✓</u>				<u>✓</u>	<u>3200</u>	<u>✓</u>	<u>-</u>	<u>5</u>	<u>-</u>	<u>1UD</u>																																																																																																																																																																																																																												
RIWAYAT KEHAMILAN SEKARANG																																																																																																																																																																																																																																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2">Gestasi</th> <th colspan="2">P. Icool</th> <th colspan="2">A. 000</th> <th colspan="2">G. hari</th> <th colspan="2">HPHT</th> <th colspan="2">HPL</th> <th colspan="2">KELUHAN UTAMA PASIEN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Haid</td> <td><u>22 hari</u></td> <td><u>teratur</u></td> <td><u>Tidak</u></td> <td><u>Tidak</u></td> <td><u>Kadang-kadang</u></td> <td><u>Terus-menerus</u></td> <td><u>6</u></td> <td><u>hari</u></td> <td><u>9-16</u></td> <td><u>9-16</u></td> <td><u>9-17</u></td> <td colspan="2"><u>Tidak Ada</u></td> </tr> <tr> <td>Mual / Muntah</td> <td colspan="12"></td> </tr> <tr> <td>Pusing</td> <td colspan="12"></td> </tr> <tr> <td>Nyeri perut</td> <td colspan="12"></td> </tr> <tr> <td>Gerak janin</td> <td colspan="12"></td> </tr> <tr> <td>Oedema</td> <td colspan="12"></td> </tr> <tr> <td>Nafsu makan</td> <td colspan="12"></td> </tr> <tr> <td>Perdarahan</td> <td colspan="12"></td> </tr> <tr> <td>Penyakit yang diderita ibu hamil</td> <td colspan="12"></td> </tr> <tr> <td>Penyakit yang diderita suami</td> <td colspan="12"></td> </tr> <tr> <td>Riwayat penyakit keluarga</td> <td colspan="12"></td> </tr> <tr> <td>Kebiasaan ibu</td> <td colspan="12"></td> </tr> <tr> <td>Riwayat imunisasi TT</td> <td colspan="12"></td> </tr> <tr> <td>Fluor Albus</td> <td colspan="12"></td> </tr> <tr> <td>Pasangan seksual istri</td> <td colspan="12"></td> </tr> <tr> <td>Pasangan seksual suami</td> <td colspan="12"></td> </tr> </tbody> </table>										Gestasi		P. Icool		A. 000		G. hari		HPHT		HPL		KELUHAN UTAMA PASIEN		Haid	<u>22 hari</u>	<u>teratur</u>	<u>Tidak</u>	<u>Tidak</u>	<u>Kadang-kadang</u>	<u>Terus-menerus</u>	<u>6</u>	<u>hari</u>	<u>9-16</u>	<u>9-16</u>	<u>9-17</u>	<u>Tidak Ada</u>		Mual / Muntah													Pusing													Nyeri perut													Gerak janin													Oedema													Nafsu makan													Perdarahan													Penyakit yang diderita ibu hamil													Penyakit yang diderita suami													Riwayat penyakit keluarga													Kebiasaan ibu													Riwayat imunisasi TT													Fluor Albus													Pasangan seksual istri													Pasangan seksual suami												
Gestasi		P. Icool		A. 000		G. hari		HPHT		HPL		KELUHAN UTAMA PASIEN																																																																																																																																																																																																																												
Haid	<u>22 hari</u>	<u>teratur</u>	<u>Tidak</u>	<u>Tidak</u>	<u>Kadang-kadang</u>	<u>Terus-menerus</u>	<u>6</u>	<u>hari</u>	<u>9-16</u>	<u>9-16</u>	<u>9-17</u>	<u>Tidak Ada</u>																																																																																																																																																																																																																												
Mual / Muntah																																																																																																																																																																																																																																								
Pusing																																																																																																																																																																																																																																								
Nyeri perut																																																																																																																																																																																																																																								
Gerak janin																																																																																																																																																																																																																																								
Oedema																																																																																																																																																																																																																																								
Nafsu makan																																																																																																																																																																																																																																								
Perdarahan																																																																																																																																																																																																																																								
Penyakit yang diderita ibu hamil																																																																																																																																																																																																																																								
Penyakit yang diderita suami																																																																																																																																																																																																																																								
Riwayat penyakit keluarga																																																																																																																																																																																																																																								
Kebiasaan ibu																																																																																																																																																																																																																																								
Riwayat imunisasi TT																																																																																																																																																																																																																																								
Fluor Albus																																																																																																																																																																																																																																								
Pasangan seksual istri																																																																																																																																																																																																																																								
Pasangan seksual suami																																																																																																																																																																																																																																								
PEMERIKSAAN																																																																																																																																																																																																																																								
UMUM			FISIK				KEBIDANAN																																																																																																																																																																																																																																	
BB sbim hamil	<u>55</u> Kg		KULIT	<u>Normal</u> Ruam-kulit / herpes / sarkoma / tetto / forke luka-seyatan / bekas tusukan jarum / dermatitis				TFU	<u>36</u> Jari/Cm																																																																																																																																																																																																																															
TB / BB / LILA	<u>156</u> cm / <u>66</u> kg / <u>28</u> cm		MATA	<u>Normal</u> Oedema palpebra / conjunctiva pucat / icterus				UK	<u>22</u> Minggu																																																																																																																																																																																																																															
BENTUK TUBUH	<u>Normal</u>		MULUT	<u>Normal</u> Cyanosis / Stomatitis / Tonsillitis / Faringitis				BENTUK UTERUS	<u>Normal</u> kelainan																																																																																																																																																																																																																															
	Kelainan tulang belakang		GIGI	<u>Normal</u> Karies				LETAK JANIN	- < 36 minggu : <u>Bujur</u> / lintang																																																																																																																																																																																																																															
	Kelainan tungkai		PEMB KEL DADA	: Leher / Kettak / Lipatan-Paha / Tiroid				- > 36 minggu : <u>Kepal</u> / lintang / sungsang / gemeli	- Penurunan kep : <u>15</u>																																																																																																																																																																																																																															
KESADARAN	: Fisik / Psikis		DADA	: Peru / Jantung				DETAK JANTUNG	: <u>126</u> /menit																																																																																																																																																																																																																															
	: <u>Baik</u> ada gangguan			: Payudara				INSPEKULO	: <u>Normal</u> / duh tubuh/ (Bila ada indikasi)																																																																																																																																																																																																																															
PUCAT	<u>Tidak</u> ya		ABDOMEN	: Benjolan / puting susu masuk / kulit jeruk / keluar cairan					vaginits / tumor / cervix / cervicitis / condyloma lain-lain																																																																																																																																																																																																																															
KUNING	<u>Tidak</u> ya			: Luka bekas op																																																																																																																																																																																																																																				
TEKANAN DARAH	<u>120</u> / <u>80</u> mmHg			: Massa abdomen																																																																																																																																																																																																																																				
SUHU / NADI	<u>36.9</u> C / <u>89</u> menit			: H a t i																																																																																																																																																																																																																																				
PERNAPASAN	<u>21</u> x /menit			: Tangan Tungkai																																																																																																																																																																																																																																				
				: refleks																																																																																																																																																																																																																																				
LABORATORIUM																																																																																																																																																																																																																																								
RUTIN					ATASI INDIKASI :																																																																																																																																																																																																																																			
- Darah : Hb <u>11.6</u> gr%					Faeces/darah tepi/flour albus/Cd4/Pap smear/hepatitis/HIV/VDRL/lendir cervix/plano test/																																																																																																																																																																																																																																			
- Urine : Albumin <u>Reduksi</u>					BTA/rontgen																																																																																																																																																																																																																																			
- Gol Darah :					*) Hasil lampiran																																																																																																																																																																																																																																			
KESIMPULAN / DIAGNOSA : <u>Ny "S" 26 Tahun G1P1001A0000 T/H Latep dengan Kehamilan fisiologis</u>																																																																																																																																																																																																																																								
PEMBERIAN OBAT :																																																																																																																																																																																																																																								
- Imunisasi TT :																																																																																																																																																																																																																																								
- Pengobatan :																																																																																																																																																																																																																																								
PENYULUHAN																																																																																																																																																																																																																																								
*) Materi lihat lembar belakang																																																																																																																																																																																																																																								

RENCANA PERSALINAN

Penolong : Bialan
 Tempat : BPM Soemayah Rung

Pendamping : Suami
 Calon Donor :

KUNJUNGAN ULANGAN

Tanggal	KELUHAN	UMUM							KEBIDANAH							KETERANGAN	
		BB	TD	NADI	RR	Oedem Tungkai	TFU (anj/cm)	Leak Janin	DJJ	GERAK JANIN Aktif	Jarak	Terapi / Pengobatan	Umur Kehamilan	Perubahan *)	Dnyuk ke	Pemeriksa	Lain-lain
17/04	Tidak Ada	65	120/80	81 ² /m ² 1 ² /m	6	-	30 Cm	Leak KeP	130	✓	-	-	33 M. 4 H	-	-	-	-
1/05	Tidak Ada	66	100/70	80 ² /m ² 23 ² /m	-	-	31 Cm	Leak KeP	139	✓	-	-	34 M. 4 H	-	-	-	-
9/05	Tidak Ada	66	100/60	85 ² /m ² 23 ² /m	-	-	32 Cm	Leak KeP	140	✓	-	-	35 M. 5 H	-	-	-	-
17/05	Tidak Ada	66	110/60	80 ² /m ² 21 ² /m	-	-	32 Cm	Leak KeP	141	✓	-	-	36 M. 5 H	-	-	-	-

*) MATERI PENYULUHAN

- Gizi (nutrisi ibu hamil)
- Kebersihan
- Pekerjaan dan perilaku sehari-hari
- Olah raga
- Perawatan Payudara dan ASI / PASI
- Pentingnya pemeriksaan kehamilan

- (01)
- (02)
- (03)
- (04)
- (05)
- (06)

- Tanda-tanda kehamilan resiko tinggi
- Persalinan oleh tenaga kesehatan kompeten
- KB setelah melahirkan
- Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K)
- IMS / HIV - AIDS / PMTCT (ARV, SC, VCT)
- IMR

- (07)
- (08)
- (09)
- (10)
- (11)
-

DOKUMENTASI

Kunjungan ANC



Kunjungan INC



Kunjungan PNC dan BBL



Kunjungan KB



CATATAN PERSALINAN

- Tanggal : 9-06-2017
- Nama bidan : Sasmidyah, IPUNY
- Tempat persalinan :
 - Rumah ibu
 - Puskesmas
 - Polindes
 - Rumah Sakit
 - Klinik Swasta
 - Lainnya : RSM
- Alamat Tempat persalinan :
- Catatan rujuk, kala I/II/III/IV
- Alasan merujuk :
- Tempat rujukan :
- Pendamping pada saat merujuk :
 - Bidan
 - Teman
 - Suami
 - Dukun
 - Keluarga
 - Tidakada

KALA I

- Partograf melewati garis waspada : Y (T)
- Masalah lain, sebutkan :
- Penatalaksanaan masalah tsb :
- Hasilnya :

KALA II

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

KALA III

- Inisiasi menyusui dini
 - Ya
 - Tidak alasannya
- Lama kala III : menit
- Pemberian Oksitosin 10 U IM ?
 - Ya, waktu menit sesudah persalinan
 - Tidak, alasan :
- Penjepitan dan pemotongan tali pusat ?
 - Ya, waktu menit
 - Tidak alasan :
- Pemberian ulang Oksitosin (2x) ?
 - Ya, alasan :
 - Tidak
- Penegangan 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	22.45	110/70	79	37.0	2 jari J Pst	Baik	Kosong	20 cc
	23.00	110/70	80		2 jari J Pst	Baik	Kosong	20 cc
	23.15	110/70	80		2 jari J Pst	Baik	Kosong	20 cc
	23.30	110/70	78		2 jari J Pst	Baik	Kosong	20 cc
2	24.00	110/80	79		2 jari J Pst	Baik	Kosong	20 cc
	24.20	110/80	79		2 jari J Pst	Baik	Kosong	20 cc

Masalah Kala IV :
 Penatalaksanaan masalah tersebut :
 Hasilnya :

- Manase fundus uteri
 - Ya
 - Tidak alasan :
- Plasenta lahir lengkap (intact) : Ya / Tidak
 - Jika tidak lengkap tindakan yang dilakukan :
 -
 -
- Plasenta tidak lahir > 30 menit : Ya / Tidak
 - Ya, tindakan :
 -
 -
 -
- Laserasi :
 - Ya, dimana : Mutasa Vagina Perineum
 - Tidak
- Jika laserasi perineum, derajat : 1 / 2 / 3 / 4
 - Tindakan :
 - Penjahitan, dengan / tanpa anestesi
 - Tidak dijahit, alasan :
- Atonia uteri
 - Ya, tindakan :
 -
 -
 -
 - Tidak
- Jumlah pendarahan : ml
- Masalah lain, sebutkan :
- Penatalaksanaan masalah tersebut :
- Hasilnya :

BAYI BARU LAHIR :

- Berat badan : 4000 gram
- Panjang : 50 cm
- Jenis kelamin L / P
- Penilaian bayi baru lahir : baik / ada penyulit
- Bayi lahir dengan A/S :
 - Normal, tindakan :
 - Meringankan
 - Menghangatkan
 - Rangsang taktil
 - Bungkus bayi dan tempatkan disisi ibu
 - Asfiksia ringan / pucat / biru / lemas / tindakan :
 - Meringankan
 - Menghangatkan
 - Rangsang taktil
 - lain-lain, sebutkan :
 - Bungkus bayi dan tempatkan disisi ibu
 - Cacat bawaan, sebutkan :
 - Hipotermia, tindakan :
 -
 -
 -
- Pemberian ASI
 - Ya, waktu : 30 menit jam setelah bayi lahir
 - Tidak, alasan :
- Masalah lain, sebutkan :
 Hasilnya :
- Pemberian vit. A 200.000 iu pada ibu
 - 1 jam setelah melahirkan
 - 24 jam setelah pemberian pertama
- Pada bayi
 - Inj. Vit K jam setelah lahir
 - zalf mata jam setelah lahir
 - Hb. unijack jam setelah lahir



YAYASAN PEMBINA PENDIDIKAN INDONESIA (YPPI) WIDYAGAMA

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKES)

WIDYAGAMA HUSADA

Terakreditasi BAN-PT

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

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Dyah Herdiana

NIM : 1312.15401.762

Program Studi: D3 Kebidanan

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

Malang, 9 - 09 - 2017

Mengetahui

Kaprodi

Yuniar Angelia P, S.SiT, M.Kes

Penulis



Dyah Herdiana

CURICULUM VITAE



Ponorogo, 28 Februari 1995

Motto :

Jadikan kegagalan sebagai pelajaran

SDN Negeri 1 Banjarejo 2007

SMP Negeri Pudak 2010

SMA Negeri 1 Pulung 2013

Lulus D3 Kebidanan STIKES Widyagama Husada 2017