

**LAPORAN TUGAS AKHIR
ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY.“D”
UMUR 27 TAHUN DENGAN KETUBAN PECAH DINI
DI BLIMBING
KOTA MALANG**



**Oleh :
DWI RETNO MARGIANINGTYAS
NIM : 1413.15401.894**

**PROGRAM STUDI D3 KEBIDANAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
WIDAGAMA HUSADA
MALANG
2017**

**LAPORAN TUGAS AKHIR
ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY.“D”
UMUR 27 TAHUN DENGAN KETUBAN PECAH DINI
DI BLIMBING
KOTA MALANG**



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

Oleh :

DWI RETNO MARGIANINGTYAS

NIM : 1413.15401.894

**PROGRAM STUDI D3 KEBIDANAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
WIDAGAMA HUSADA
MALANG
2017**

LEMBAR PERSETUJUAN

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

ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY."D" USIA 27 TAHUN
DENGAN KETUBAN PECAH DINI
DI BLIMBING
KOTA MALANG

DWI RETNO MARGIANINGTYAS

NIM.1413.15401.894

Malang,

Menyetujui

Pembimbing I



(Ari Christiana, Amd.Keb.,S.KM.,M.Kes)

Pembimbing II



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

LEMBAR PENGESAHAN

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

ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY."D" USIA 27 TAHUN
DENGAN KETUBAN PECAH DINI
DI BLIMBING
KOTA MALANG

DWI RETNO MARGIANINGTYAS

NIM.1413.15401.894

DR.dr. Asih Tri R.,MM

()

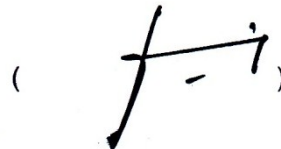
Penguji I

Ari Christiana, Amd.Keb.,S.KM.,M.Kes

()

Penguji II

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

()

Penguji III

Mengetahui,

Ketua STIKES Widyagama Husada



dr. Rudy Joegijantoro, MMRS
NIP. 197110152001121006

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kepada Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga dapat terselesaikan Laporan Tugas Akhir dengan judul “ASUHAN KEBIDANAN PADA Ny.“D” UMUR 27 TAHUN MULAI DARI MASA HAMIL SAMPAI KB DENGAN PENDEKATAN CONTINUITY OF CARE DI BLIMBING, sebagai salah satu persyaratan Akademis dalam rangka menyelesaikan kuliah di Program Studi D3 Kebidanan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Widyagama Husada.

Dalam Laporan Tugas Akhir ini dijabarkan bagaimana pelaksanaan asuhan pada pasien mulai hamil hingga masa nifas selesai, meliputi asuhan selama kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, dan asuhan keluarga berencana.

Pada kesempatan ini kami sampaikan terima kasih dan penghargaan yang penuh kepada yang terhormat Ari Christiana, Amd.Keb.,S.KM.,M.Kes., selaku pembimbing 1 dan Yuniar Angelia P,S.SiT.,M.Kes., selaku pembimbing 2 yang telah memberikan petunjuk, koreksi, serta saran sehingga terwujudnya Proposal Tugas Akhir ini.

Terima kasih dan penghargaan kami sampaikan pula kepada yang terhormat :

1. dr. RudyJoegijantoro, MMRS, selaku Ketua STIKES Widyagama Husada Malang.
2. dr. Wira Daramatasia, M. Biomed selaku Wakil Ketua I STIKES Widyagama Husada.
3. DR.dr. Asih Tri R.,MM., selaku penguji utama pada ujian seminar Laporan Tugas Akhir.
4. Ari Christiana, Amd.Keb.,S.KM.,M.Kes., selaku dosen pembimbing I yang telah memberikan masukan dan saran dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini.
5. Yuniar Angelia P,S.SiT.,M.Kes., selaku pembimbing II yang telah memberikan pengarahan dari awal sampai akhir penyusunan Laporan Tugas Akhir ini.
6. Ny. “D” selaku pasien, yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan laporan ini.

7. Kedua orang tua dan keluarga yang senantiasa memberikan dorongan, bantuan, doa dan dukungan spiritual maupun material selama penelitian ini.
8. Serta orang – orang terdekat penulis dan teman – teman yang telah memberikan dorongan dan semangat kepada penulis dalam menyelesaikan pendidik di Widyagama Husada Malang.

Semoga Allah SWT memberikan balasan setimpal atas segala amal yang telah diberikan. Penulis menyadari sepenuhnya bahwa dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini masih jauh dari sempurna. Oleh karena itu, kritik dan saran yang bersifat membangun menjadi sumber penyempurnaan dalam penyusunan selanjutnya. Semoga Laporan Tugas Akhir ini dapat berguna, baik bagi diri kami sendiri maupun pihak lain yang memanfaatkannya.

Malang, Juli 2017

Penulis

RINGKASAN

Margianingtyas, Dwi Retno. 2017. *Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny."D" usia 27 tahun dengan Ketuban Pecah Dini (KPD) di Blimbing Kota Malang*. Laporan Tugas Akhir. Program Studi D3 Kebidanan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Widyagama Husada Malang. Pembimbing (1) : Ari Christiana, Amd.Keb.,S.KM.,M.Kes. Pembimbing (2) : Yuniar Angelia P.,S.SiT.,M.Kes.

Tahun 2007, Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia turun menjadi 228/100.000 kelahiran hidup, kemudian naik pada tahun 2012 menjadi 307/100.000 kelahiran hidup, kemudian turun lagi pada tahun 2015 menjadi 305/100.000 kelahiran hidup berdasarkan Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS tahun 1991-2015).Komplikasi pada proses kehamilan, persalinan dan nifas merupakan salah satu penyebab kematian ibu dan kematian bayi.

Asuhan Kebidanan Komprehensif yang dilakukan dengan tujuan untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan pada ibu dan bayi serta mendeteksi dan merencanakan solusi secara dini adanya komplikasi yang dapat terjadi. Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny."D" dilakukan sebanyak 14 kali, yaitu saat kehamilan 4 kali, saat persalinan 1 kali, bayi baru lahir 2 kali, nifas 5 kali dan Keluarga Berencana (KB) 2 kali.

Selama proses Asuhan Komprehensif pada Ny."D", saat asuhan *Antenatal Care* (ANC) tidak ditemukan adanya kondisi yang patologis, sedangkan saat asuhan *Intranatal Care* (INC) sempat mengalami keadaan yang patologis pada kala I persalinan yaitu Ketuban Pecah Dini (KPD) dan dirujuk ke Rumah Sakit Saiful Anwar, tetapi hal tersebut dapat diatasi dengan baik, Ny."D" dapat bersalin normal dan lancar sesuai dengan asuhan persalinan normal dan sesuai dengan teori yang ada, saat asuhan *Post Natal Care* (PNC), Bayi Baru Lahir (BBL) serta Keluarga Berencana (KB) juga tidak ditemukan adanya kondisi yang patologis. Bidan diharapkan dapat menganalisa, mendeteksi dini komplikasi yang mungkin terjadi dan memberikan asuhan yang sesuai standar dan kondisi pasien.

Kepustakaan : 26 Kepustakaan (2009-2016)

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

SUMMARY

Margianingtyas, Dwi Retno. 2017. *Comprehensive Midwifery Care to Mrs."D" age 27 years old with Premature Rupture of Membranes in Blimbing - Malang*. Final Task. D3 Midwifery Program of Widyagama Husada School of Health Malang. Advisors : (1) Ari Christiana, Amd.Keb.,S.KM.,M.Kes. (2) Yuniar Angelia P.,S.SiT.,M.Kes.

In 2007, Maternal Mortality Rate (MMR) Indonesia decrease 228/100.000 life birth, then increase at 2012 become 307/100.000 life birth, and decrease again at 2015 as 305/100.000 life birth based on Survey of the Population Between Census at 1991 until 2015. The complication during pregnancy, labor and postpartum was one of the causes maternal and infant mortality.

Comprehensive Midwifery Care conducted the aim to increase the quality of health care to mother and baby and also to detect and to plan the best solution earlier of complication that can occur. Comprehensive Midwifery Care to Mrs."D" did as much 14 visits, which was 4 visits during pregnancy, 1 visit during labor, 2 visits during newborn, 5 visits during postpartum and 2 visits during family planning.

During the process of Comprehensive Midwifery Care to Mrs."D", during Antenatal Care did not reveal any condition that pathological, but during Labor Care had experienced a condition which was not physiological in the labor process which is premature rupture of membranes and referred to Saiful Anwar Hospital but it can be overcome with good way, Mrs."D" can deliver normally and smoothly in accordance with the normal labor care and accordance with the existing theory also during Postpartum Care, Newborn Care and Family Planning did not reveal any condition that pathological. Midwife was expected to analyze, to detect the complication that can occur earlier and to provide care that customize with standard care and condition of the client.

References : 26 References (2009-2016)

Key Words : Antenatal Care, Labor Care, Postpartum Care, Newborn Care, Family Planning.

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
RINGKASAN.....	vi
SUMMARY	vii
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR SINGKATAN.....	xiv
BAB I.....	1
PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	4
1.3 Tujuan Penyusunan Proposal.....	4
1.3.1 Tujuan Umum.....	4
1.3.2 Tujuan Khusus	4
1.4. Ruang Lingkup.....	5
1.4.1 Sasaran.....	5
1.4.2 Tempat.....	5
1.4.3 Waktu	5
1.5. Manfaat	5
1.5.1 Bagi Tempat Penelitian	5
1.5.2 Bagi STIKES Widyagama Husada Malang	5
1.5.3 Bagi Penulis.....	6
1.5.4 Bagi Pasien	6
1.5.5 Bagi Penulis Selanjutnya.....	6
BAB II.....	7
TINJAUAN TEORI.....	7
2.1 Konsep Dasar	7
2.1.1 Konsep Dasar Kehamilan	7
1. Pengertian Kehamilan.....	7
2. Diagnosis Kehamilan	8

3.	Klasifikasi Kehamilan Berdasarkan Lama Kehamilan	10
4.	Menentukan Usia Kehamilan	10
5.	Perubahan Fisik Selama Kehamilan	11
6.	Perubahan Psikologis Wanita Hamil	15
7.	Asuhan Antenatal	15
b.	Melengkapi Pemeriksaan Fisik Umum	18
c.	Melengkapi Pemeriksaan Fisik Obstetri	18
d.	Melakukan Pemeriksaan Penunjang	21
e.	Memberikan Suplemen dan Pencegahan Penyakit	21
f.	Memberikan Materi Konseling, Informasi, dan Edukasi (KIE)	23
g.	Identifikasi Komplikasi Dan Melakukan Rujukan	25
2.1.2	Konsep Dasar Persalinan	26
1.	Pengertian	26
2.	Sebab-Sebab Mulainya Persalinan	27
3.	Tanda-Tanda Dimulainya Proses Persalinan	28
4.	Mekanisme Persalinan	29
5.	Penatalaksanaan Tiap Kala	31
2.1.3	Konsep Dasar Masa Nifas	42
1.	Pengertian	42
2.	Perubahan Fisiologis Masa Nifas	43
3.	Asuhan Ibu Selama Masa Nifas	45
2.1.4	Konsep Dasar <i>Neonatus</i>	46
1.	Pengertian <i>Neonatus</i>	46
2.	Tujuan Asuhan Bayi Baru Lahir	47
3.	Adaptasi Fisiologi Bayi Baru Lahir Terhadap Lingkungan Di Luar Uterus	47
4.	Penanganan Bayi Baru Lahir	49
5.	Pemeriksaan Fisik Bayi Baru Lahir	51
6.	Tanda-Tanda Bahaya Pada Bayi	55
7.	Imunisasi	56
2.1.5	Konsep Dasar KB (Keluarga Bencana)	60
1.	Pengertian KB	60
2.	Tujuan Program KB	60

3. Jenis Alat Kontrasepsi.....	60
2.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Manajemen Varney	70
1. Pengertian	70
2. Prinsip–Prinsip Manajemen Kebidanan Dalam Memberikan Asuhan Kebidanan	70
3. Langkah – langkah Manajemen Kebidanan.....	71
2.3 Konsep Dasar Dokumentasi Mengacu pada SOAP	74
1. Pengertian	74
2. Pembagian SOAP	74
3. Pentingnya Pendokumentasian SOAP	75
BAB III.....	76
KERANGKA KONSEP	76
3.1 Kerangka Konsep	76
Gambar 3. 1 Kerangka Konsep.....	76
3.2 Keterangan Kerangka Konsep.....	77
BAB IV	78
LAPORAN HASIL ASUHAN KEBIDANAN.....	78
4.1 Laporan Pelaksanaan Asuhan Kehamilan	78
4.2 Pelaksanaan Asuhan Kebidanan pada Persalinan	86
Kala I	86
KALA II.....	87
KALA III.....	88
KALA IV	89
4.3 Laporan Pelaksanaan Asuhan Nifas	90
4.4 Laporan Pelaksanaan Asuhan Bayi Baru Lahir	96
4.5 Laporan Pelaksanaan Asuhan KB.....	99
BAB V	102
PEMBAHASAN.....	102
5.1 Pembahasan Asuhan Kehamilan	102
5.2 Pembahasan Asuhan Persalinan	105
5.3 Pembahasan Asuhan Nifas	108
5.4 Pembahasan Asuhan Bayi Baru Lahir	109
5.5 Pembahasan Asuhan KB.....	111

BAB VI	113
PENUTUP	113
6.1 Kesimpulan	113
6.2 Saran	114
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	
DOKUMENTASI	

DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 Usia Kehamilan berdasarkan Tinggi Fundus Uteri	11
Tabel 2. 2 Penambahan Berat Badan Selama Kehamilan	13
Tabel 2. 3 Kunjungan ANC	16
Tabel 2. 4 Riwayat Medis yang harus diisi pada Kunjungan Pertama	17
Tabel 2. 5 Waktu Pemberian Imunisasi TT pada Ibu Hamil.....	22
Tabel 2. 6 Waktu Pemberian Imunisasi pada Ibu yang sudah pernah di Imunisasi	23
Tabel 2. 7 Penatalaksanaan Asuhan Antenatal setiap Trimester	25
Tabel 2. 8 Penilaian dan Intervensi selama Kala 1	32
Tabel 2. 9 Derajat Robekan atau Laserasi	39
Tabel 2. 10 Jadwal Imunisasi Bayi	60

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Pengukuran Tinggi Fundus Uteri.....	19
Gambar 2. 2 Tinggi Fundus Uteri berdasarkan Usia Kehamilan	20
Gambar 2. 3 Cara Melakukan Palpasi Abdomen dengan Leopold I-IV	20
Gambar 2. 4 Mekanisme Penurunan Kepala Janin	31
Gambar 3. 1 Kerangka Konsep	76

DAFTAR SINGKATAN

ANC	: <i>Antenatal Care</i>
AKABA	: Angka Kematian Balita
AKI	: Angka Kematian Ibu
AKB	: Angka Kematian Bayi
AKDR	: Alat Kontrasepsi Dalam Rahim
AKN	: Angka Kematian Neonatus
ASI	: Air Susu Ibu
BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
BB	: Berat Badan
BBL	: Bayi Baru Lahir
BBLR	: Berat Badan Lahir Rendah
BCG	: <i>Bacille Calmette-Guerin</i>
COC	: <i>Continuity Of Care</i>
DMPA	: <i>Depo Medroxyprogesterone Asetat</i>
DPT	: Difteri Pertusis Tetanus
DJJ	: Denyut Jantung Janin
DM	: Diabetes Militus
FSH	: <i>Folicle Stimulating Hormone</i>
HB	: Hemoglobin
HCG	: <i>Human Chorionic Gonadotropin</i>
HDK	: Hipertensi Dalam Kehamilan
HIV	: <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
HPHT	: Hari Pertama Haid Terakhir
IMS	: Infeksi Menular Seksual
IU	: <i>International Unite</i>
KB	: Keluarga Berencana
KN1	: Kunjungan Neonatal 1
KPD	: Ketuban Pecah Dini
KSPR	: Kartu Skor Poedji Rochjati
LH	: <i>Luteinizing Hormone</i>
MDGs	: <i>Millenium Development Goals</i>
MTBM	: Manajemen Terpadu Bayi Muda

OPV	: Oral Polio Vaksin
PB	: Panjang Badan
RPJMN	: Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional
SDKI	: Survei Demografi Kesehatan Indonesia
SUPAS	: Survei Penduduk Antar Sensus
TFU	: Tinggi Fundus Uteri
TP	: Tafsiran Persalinan
TT	: Tetanus Toksoid
UHC	: <i>Universal Health Care</i>
UK	: Usia Kehamilan
USG	: <i>Ultrasonography</i>
WHO	: <i>World Health Organization</i>

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Keberhasilan upaya kesehatan ibu, di antaranya dapat dilihat dari indikator Angka Kematian Ibu (AKI). AKI adalah jumlah kematian ibu selama masa kehamilan, persalinan dan nifas yang disebabkan oleh kehamilan, persalinan, dan nifas atau pengelolaannya tetapi bukan karena sebab-sebab lain seperti kecelakaan, terjatuh dan lain-lain di setiap 100.000 kelahiran hidup (Kemenkes RI, 2016).

Indikator ini tidak hanya mampu menilai program kesehatan ibu, terlebih lagi mampu menilai derajat kesehatan masyarakat, karena sensitifitasnya terhadap perbaikan pelayanan kesehatan, baik dari sisi aksesibilitas maupun kualitas. Jumlah angka Kematian Ibu (AKI) melahirkan di Indonesia dari tahun ke tahun mengalami fluktuasi, mulai tahun 1991-2007 AKI di Indonesia terus menurun tetapi kemudian naik pada tahun 2012 lalu turun lagi pada tahun 2015.

Tahun 1991, jumlah AKI 390/100.000 kelahiran hidup, tahun 1997 sebesar 334/100.000 kelahiran hidup dan tahun 2002 sebesar 307/100.000 kelahiran hidup. Kemudian pada tahun 2007, angka kematian Ibu melahirkan turun menjadi 228/100.000 kelahiran hidup, tahun 2012 sebesar 307/100.000 kelahiran hidup dan pada tahun 2015 sebesar 305/100.000 kelahiran hidup berdasarkan hasil Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) (BPS, SDKI 1991-2015).

Komplikasi pada proses kehamilan, persalinan dan nifas merupakan salah satu penyebab kematian ibu dan kematian bayi. Komplikasi kebidanan adalah kesakitan pada ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas, dan atau janin dalam kandungan, baik langsung maupun tidak langsung, termasuk penyakit menular dan tidak menular yang dapat mengancam jiwa ibu dan atau janin (Kemenkes RI, 2016).

Lima penyebab kematian ibu terbesar yaitu perdarahan, hipertensi dalam kehamilan (HDK), infeksi, partus lama/macet, dan abortus. Kematian ibu di Indonesia masih didominasi oleh tiga penyebab utama kematian yaitu perdarahan, hipertensi dalam kehamilan (HDK) dan infeksi.

Namun proporsinya telah berubah, dimana perdarahan dan infeksi cenderung mengalami penurunan sedangkan HDK proporsinya semakin meningkat. Lebih dari 25% kematian ibu di Indonesia pada tahun 2013 disebabkan oleh HDK (Kemenkes RI, 2016). Status kesehatan masyarakat di Indonesia pada khususnya bagian kesehatan ibu dan anak dapat dilihat dari data nasional tahun 2015 bahwa, cakupan K1 pada ibu hamil mengalami peningkatan dari tahun sebelumnya yaitu dari 94,99% pada tahun 2014 menjadi 95,75% pada tahun 2015. Cakupan pertolongan persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan (PN) mencapai 79,72% dari target 75%. Cakupan akseptor Keluarga Berencana (KB) aktif mencapai 86,54%. Cakupan peserta KB baru terhadap pasangan usia subur di Indonesia pada tahun 2015 sebesar 13,46%, angka ini lebih rendah dibandingkan capaian tahun 2014 yang sebesar 16,51%. Cakupan Kunjungan *Neonatal 1* (KN1) lengkap sebesar 97% pada tahun 2014 sudah memenuhi target 84% (Kemenkes RI, 2016).

Capaian cakupan K1 di provinsi Jawa Timur mencapai 91,24% dari target pencapaian 75%. Capaian cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan 88,55%, angka ini lebih rendah dibandingkan capaian tahun 2014 yang sebesar 90,88%. Cakupan peserta Keluarga Berencana (KB) baru mencapai 10,80%. Cakupan Kunjungan *Neonatal 1* (KN1) lengkap mencapai 100,41% dari target pencapaian 75% (Dinkes Jatim, 2015).

Indikator angka kematian yang berhubungan dengan anak yakni Angka Kematian Neonatal (AKN), Angka Kematian Bayi (AKB), dan Angka Kematian Balita (AKABA). Perhatian terhadap upaya penurunan angka kematian neonatal (0-28 hari) menjadi penting karena kematian neonatal memberi kontribusi terhadap 59% kematian bayi. Berdasarkan hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012, Angka Kematian Neonatus (AKN) pada tahun 2012 sebesar 19 per 1.000 kelahiran hidup. Angka ini sama dengan AKN berdasarkan SDKI tahun 2007 dan hanya menurun 1 poin dibanding SDKI tahun 2002-2003 yaitu 20 per 1.000 kelahiran hidup (Kemenkes RI, 2016).

Hasil Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) 2015 menunjukkan AKB sebesar 22,23 per 1.000 kelahiran hidup, yang artinya sudah mencapai target MDG 2015 sebesar 23 per 1.000 kelahiran hidup. Begitu pula dengan Angka Kematian Balita (AKABA) hasil SUPAS 2015 sebesar 26,29 per 1.000 kelahiran hidup, juga sudah memenuhi target MDG's 2015 sebesar 32 per 1.000 kelahiran hidup (Kemenkes RI, 2016).

Kunjungan Neonatal Pertama (KN1) adalah cakupan pelayanan kesehatan bayi baru lahir (umur 6 - 48 jam) di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu yang ditangani sesuai standar oleh tenaga kesehatan terlatih di seluruh sarana pelayanan kesehatan. Pelayanan yang diberikan saat kunjungan neonatal yaitu pemeriksaan sesuai standar Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM) dan konseling perawatan bayi baru lahir termasuk ASI eksklusif dan perawatan tali pusat. Pada kunjungan neonatal pertama (KN1), bayi baru lahir mendapatkan vitamin K1 injeksi dan imunisasi Hepatitis B₀ (bila belum diberikan pada saat lahir) (Kemenkes RI, 2016).

Capaian KN1 Indonesia pada tahun 2015 sebesar 83,67%. Capaian ini sudah memenuhi target Renstra tahun 2015 yang sebesar 75%. Terdapat 24 provinsi yang telah memenuhi target tersebut. Capaian KN lengkap di Indonesia pada tahun 2015 sebesar 77,31%. Capaian tertinggi terdapat di Provinsi Jawa Tengah, diikuti oleh Jawa Timur, dan Kepulauan Bangka Belitung (Kemenkes RI, 2016).

Pelayanan kebidanan yang kontinyu (*Continuity of Care*) mulai dari ANC, INC, Asuhan postpartum, Asuhan Neonatus dan Pelayanan KB yang berkualitas. Pelayanan Kebidanan Kontinyu (*Continuity of Care*) sangat penting bagi wanita untuk mendapatkan pelayanan dari seorang profesional yang sama atau dari satu team kecil tenaga profesional, sebab dengan begitu maka perkembangan kondisi mereka setiap saat akan terpantau dengan baik (Depkes, 2014).

Continuity of care merupakan pelayanan yang dilakukan dan terjalin hubungan yang terus menerus antara seorang wanita dan bidan. Asuhan yang berkesinambungan berkaitan dengan kualitas kesehatan dari waktu ke waktu yang bertujuan untuk mengetahui kondisi ibu dan janin. Dari data tersebut dapat dilihat bahwa pencapaian cakupan kurang memenuhi target sehingga ditemukan suatu masalah mengenai kesehatan ibu dan anak. Upaya yang dapat dilakukan untuk meningkatkan pelayanan kesehatan yang bersifat menyeluruh dan bermutu kepada ibu dan bayi dalam lingkup kebidanan adalah melakukan asuhan kebidanan secara komprehensif (Depkes, 2014).

Berdasarkan uraian data diatas, hasil survei dan data mengenai masih banyaknya angka kematian ibu dan angka kematian bayi, maka penulis ingin memberikan asuhan kebidanan komprehensif pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir, dan KB.

Dilaksanakan penulis pada Ny."D" usia 27 tahun, dengan alasan jarak kehamilan yang kedua ini juga cukup dari anak pertamanya yang sudah berusia 5 tahun, Ny."D" juga tidak mempunyai riwayat penyakit berat yang dapat mengganggu kehamilannya, skor KSPR Ny."D" termasuk resiko tinggi yaitu 6, tetapi skor ini masih bisa ditangani oleh bidan yang berkolaborasi dengan dokter dapat bertempat di Puskesmas/Polindes/Rumah Sakit, Ny."D" juga rajin memeriksakan kehamilannya yang dapat dilihat pada pemeriksaan ANC di buku KIA, selama kehamilannya ini ia juga rajin mengkonsumsi makanan yang bergizi. Sejak awal masa pendampingan ibu sangat kooperatif untuk diajak bekerjasama, ibu aktif bertanya mengenai masalah-masalah fisiologis maupun patologis seputar kehamilan atau yang terkadang ia alami sendiri. Melalui proses pendampingan ini diharapkan dapat mendeteksi komplikasi secara dini yang dapat membahayakan bagi ibu dan bayi sejak kehamilan, persalinan, nifas sampai KB, agar jika memang ada komplikasi yang akan terjadi kita sudah bisa mempersiapkan solusinya.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana asuhan kebidanan secara *continuity of care* pada Ny."D" menggunakan alur pikir varney pada pendekatan manajemen kebidanan dengan pendokumentasian SOAP ?

1.3 Tujuan Penyusunan Proposal

1.3.1 Tujuan Umum

Melakukan asuhan kebidanan secara *continuity of care* pada ibu hamil, bersalin, nifas, neonatus, dan KB menggunakan alur pikir Varney pada pendekatan manajemen kebidanan dengan pendokumentasian SOAP.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melaksanakan pengkajian, diagnosa kebidanan, perencanaan, penatalaksanaan, evaluasi dan dokumentasi kebidanan pada ibu hamil dengan metode SOAP.

2. Melaksanakan pengkajian, diagnosa kebidanan, perencanaan, penatalaksanaan, evaluasi dan dokumentasi kebidanan pada ibu bersalin dengan metode SOAP.
3. Melaksanakan pengkajian, diagnosa kebidanan, perencanaan, penatalaksanaan, evaluasi dan dokumentasi kebidanan pada ibu nifas dengan metode SOAP.
4. Melaksanakan pengkajian, diagnosa kebidanan, perencanaan, penatalaksanaan, evaluasi dan dokumentasi kebidanan pada BBL dengan metode SOAP.
5. Melaksanakan pengkajian, diagnosa kebidanan, perencanaan, penatalaksanaan, evaluasi dan dokumentasi asuhan kebidanan pada ibu calon akseptor KB dengan metode SOAP.

1.4. Ruang Lingkup

1.4.1 Sasaran

Sasaran asuhan kebidanan ditujukan kepada Ny.“D” dengan memperhatikan *continuity of care* mulai hamil, bersalin, nifas, neonatus, dan KB.

1.4.2 Tempat

Lokasi yang dipilih untuk memberikan asuhan kebidanan pada Ny.“D” adalah di wilayah Blimbing Kota Malang.

1.4.3 Waktu

Waktu yang diperlukan mulai dari penyusunan proposal sampai memberikan asuhan kebidanan pada bulan Maret – Juni tahun 2017.

1.5. Manfaat

1.5.1 Bagi Tempat Penelitian

Mengembangkan ilmu kebidanan secara nyata dilapangan dan sesuai teori yang ada, serta dapat dijadikan sebagai bahan bacaan dan referensi untuk lahan praktek.

1.5.2 Bagi STIKES Widyagama Husada Malang

Mengembangkan ilmu kebidanan secara nyata dilapangan, serta dapat dijadikan sebagai bahan referensi untuk pendidikan.

1.5.3 Bagi Penulis

Menambah pengetahuan, pengalaman dan wawasan, serta bahan dalam penerapan asuhan kebidanan dalam batas *Continuity of Care*, terhadap ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir dan pelayanan kontrasepsi.

1.5.4 Bagi Pasien

Meningkatkan pengetahuan pasien atau klien tentang kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir dan kontrasepsi bagi wanita dan betapa pentingnya pemeriksaan kehamilan serta pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan.

1.5.5 Bagi Penulis Selanjutnya

Sebagai salah satu pustaka yang dapat digunakan sebagai referensi untuk peneliti selanjutnya dalam melakukan asuhan kebidanan *Continuity of Care*.

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1 Konsep Dasar

2.1.1 Konsep Dasar Kehamilan

1. Pengertian Kehamilan

Menurut Federasi Obstetri Ginekologi Internasional, kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum, dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi, dihitung dari saat fertilisasi sampai kelahiran bayi, kehamilan normal biasanya berlangsung dalam waktu 40 minggu (Prawirohardjo, 2014).

Usia kehamilan tersebut dibagi menjadi 3 trimester yang masing-masing berlangsung dalam beberapa minggu. Trimester 1 selama 12 minggu, trimester 2 selama 15 minggu (minggu ke-13 sampai minggu ke-27), dan trimester 3 selama 13 minggu (minggu ke-28 sampai minggu ke-40) (Prawirohardjo, 2014).

Kehamilan merupakan proses alamiah untuk menjaga kelangsungan peradaban manusia. Kehamilan baru bisa terjadi jika seorang wanita sudah mengalami pubertas yang ditandai dengan terjadinya menstruasi. Kehamilan merupakan proses alamiah (normal) dan bukan proses *patologis* tetapi kondisi normal dapat menjadi patologis/abnormal (Hanni, 2011).

Kehamilan adalah penyatuan *sel sperma* dan *sel ovum*. Kehamilan adalah masa di mulai dari konsepsi sampai janin lahir, lama hamil normal adalah 280 hari atau 9 bulan 7 hari yang dihitung dari hari pertama haid terakhir (Jannah, 2012).

Periode antepartum adalah periode kehamilan yang di hitung sejak hari pertama haid terakhir (HPHT) sampai di mulainya persalinan. Periode ini di bagi menjadi tiga trimester yang masing–masing terdiri dari 13 minggu (Asrinah, dkk, 2010).

Kehamilan merupakan mata rantai yang bersinambungan terdiri dari ovulasi, migrasi spermatozoa, dan ovum, konsepsi, pembelahan, nidasi pada uterus, pembentukan pada plasenta dan tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm (Manuaba, 2010).

2. Diagnosis Kehamilan

a. Tanda – tanda kehamilan

Tanda dan gejala kehamilan menurut Romauli (2011), dibagi menjadi 3 bagian, yaitu:

1) Tanda Mungkin Kehamilan

a) Uterus membesar

Terjadi perubahan dalam bentuk, besar, dan konsistensi dari rahim. Pada pemeriksaan dalam dapat diraba bahwa uterus membesar dan bentuknya makin lama makin bundar.

b) Tanda *Hegar*

Konsistensi rahim dalam kehamilan berubah menjadi lunak, terutama daerah *ismust*.

c) Tanda *Chadwick*

Perubahan warna menjadi kebiruan atau keunguan pada vulva, vagina, dan serviks.

d) Tanda *Piscaseck*

Pembesaran uterus yang tidak simetris karena ovum berimplantasi pada daerah dekat dengan *kornu* sehingga daerah tersebut berkembang lebih dulu.

e) Tanda *Braxton-Hicks*

Merupakan peregangan sel otot uterus karena peningkatan *actomysin* dalam otot uterus. Kontraksi ini tidak ritmik, tidak nyeri dan timbul pada minggu ke-8

f) Teraba *Ballotemen*

Merupakan fenomena bandul atau pantulan balik. Ini adalah tanda adanya janin di dalam uterus.

g) Reaksi Kehamilan Positif

Cara khas yang dipakai dengan menentukan adanya *human chorionic gonadotropin* pada kehamilan muda adalah air kencing pertama pada pagi hari.

2) Tanda Tidak Pasti Kehamilan

a) *Amenorea*

Konsepsi dan *nidasi* menyebabkan tidak terjadinya pembentukan *folikel de graaf* dan *ovulasi* sehingga *menstruasi* tidak terjadi.

b) Mual (*nausea*) dan muntah (*emesis*)

Pengaruh estrogen dan progesteron sehingga meningkatkan asam lambung. Biasa terjadi pada bulan-bulan pertama kehamilan hingga akhir *triwulan* pertama. Sering terjadi pada pagi hari disebut "*morning sickness*".

c) Mengidam (ingin makanan khusus)

Sering terjadi pada bulan-bulan pertama kehamilan, akan tetapi menghilang dengan makin tuanya kehamilan.

d) Pingsan (*syncope*)

Terjadi karena gangguan *sirkulasi* ke daerah *sentral* yang menyebabkan *iskemia* syaraf pusat. Biasanya hilang sesudah kehamilan 16 minggu.

e) *Anoreksia* (tidak ada selera makan)

Hanya berlangsung pada *triwulan* pertama kehamilan, tetapi setelah itu nafsu makan timbul lagi.

f) Payudara

Mammae menjadi tegang dan membesar. Keadaan ini disebabkan pengaruh hormon estrogen dan progesteron yang merangsang *duktus* dan *alveoli* payudara.

g) *Miksi*

Disebabkan karena kandung kemih tertekan oleh uterus yang mulai membesar. Gejala ini akan hilang pada *triwulan* kedua kehamilan. Pada akhir kehamilan, gejala ini kembali karena kandung kemih ditekan oleh kepala janin.

h) *Konstipasi* atau *obstipasi*

Ini terjadi karena tonus otot usus menurun yang disebabkan oleh pengaruh hormon *steroid* yang dapat menyebabkan kesulitan untuk buang air besar.

i) *Pigmentasi* (perubahan warna kulit)

Pada *areola mammae*, genital, *cloasma*, *linea alba*, *striae nigra* menjadi lebih hitam, melebar dan bertambah gelap terdapat pada perut bagian bawah.

j) *Epulis*

Hipertrofi papilla gingivae (gusi berdarah). Sering terjadi pada *triwulan* pertama.

k) *Varises* (pemekaran vena-vena)

Karena pengaruh dari hormon estrogen dan progesteron terjadi penampakan pembuluh darah vena. Penampakan pembuluh darah itu terjadi disekitar genetalia eksterna, kaki betis, dan payudara.

3) Tanda Pasti kehamilan

- a) Teraba gerakan janin dalam rahim (dirasakan usia kehamilan 20 minggu)
- b) Terdengar denyut jantung janin (hamil 12 minggu dengan *Doppler*, 18-20 minggu dengan *funduskop*)
- c) Pemeriksaan *rontgen* terdapat kerangka janin
- d) Pemeriksaan *ultrasonografi*

3. Klasifikasi Kehamilan Berdasarkan Lama Kehamilan

Menurut Dewi & Sunarsih (2011), lama kehamilan berlangsung sampai persalinan *aterm* sekitar 280 hari sampai 300 hari dengan perhitungan sebagai berikut :

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

4. Menentukan Usia Kehamilan

Cara menghitung usia kehamilan menurut Hani, dkk (2011) dapat dilakukan dengan beberapa cara yaitu : menghitung berdasarkan HPHT, dengan mengukur tinggi *fundus uteri*, dengan mengetahui pergerakan janin serta dengan USG.

a. Rumus *Naegele*

Usia kehamilan dihitung 280 hari. Patokan HPHT atau TP (tafsiran persalinan). HPHT adalah hari pertama haid terakhir seorang wanita sebelum hamil. HPHT yang tepat adalah tanggal dimana ibu baru

mengeluarkan darah *menstruasi* dengan frekuensi dan lama seperti *menstruasi* biasa. TP adalah tanggal taksiran perkiraan persalinan ibu. Bisa ditentukan setelah HPHT ditetapkan.

Berikut rumus yang digunakan :

- 1) Cara Maju : Menghitung hari yang sudah di lalui (HPHT ke Tanggal Periksa)
- 2) Cara Mundur : Menghitung hari yg belum di lalui (tanggal periksa ke TP)
- 3) Perkiraan Tanggal Persalinan :
 - a) +7 +9 (untuk bulan Januari – Maret)
 - b) +7 -3 +1 (untuk bulan April – Desember).

b. Gerakan pertama *fetus*

Diperkirakan terjadi gerakan pertama *fetus* pada usia kehamilan 16 minggu terdapat perbedaan. Namun perkiraan ini tidak tepat karena perbedaan merasakan gerakan antara primigravida dengan multigravida. Pada primigravida biasanya dirasakan pada usia 28 minggu ,sedangkan pada multigravida sekitar 16 minngu (Romauli, 2011).

c. Perkiraan Tinggi Fundus

Menurut Dewi & Sunarsih (2011), tinggi fundus uteri akan di sajikan pada tabel berikut.

Tabel 2. 1 Usia Kehamilan berdasarkan Tinggi Fundus Uteri

Tinggi Fundus Uteri	Umur Kehamilan
$\frac{1}{3}$ diatas simfisis	12 minggu
$\frac{1}{2}$ simfisis – pusat	16 minggu
$\frac{2}{3}$ diatas simfisis (20 cm)	20 minggu
Setinggi pusat (23 cm)	22 minggu
$\frac{1}{3}$ diatas pusat (26 cm)	28 minggu
$\frac{1}{2}$ pusat – <i>prosesus xifoideus</i> (30 cm)	34 minggu
Setinggi <i>prosesus xifoideus</i> (33 cm)	36 minggu
2 jari (4 cm) dibawah <i>prosesus xifoideus</i>	41 minggu

5. Perubahan Fisik Selama Kehamilan

Seiring berkembangnya janin, tubuh sang ibu juga mengalami perubahan-perubahan yang dimaksudkan untuk keperluan tumbuh dan

kembang sang bayi. Perubahan tersebut difasilitasi oleh adanya perubahan kadar hormon estrogen dan progesteron selama kehamilan. Baik dari segi anatomis maupun fisiologis, perubahan yang ditimbulkan terjadi secara menyeluruh pada organ tubuh ibu yang berjalan seiring dengan usia kehamilan dalam Trimester 3. Menurut Mochtar (2011), perubahan-perubahan tersebut meliputi :

a. Sistem Reproduksi

Dinding vagina mengalami banyak perubahan sebagai persiapan untuk persalinan yang seringnya melibatkan peregangan vagina. Ketebalan mukosa bertambah, jaringan ikat mengendor dan sel otot polos mengalami hipertrofi. Juga terjadi peningkatan volume sekresi vagina yang berwarna keputihan dan lebih kental.

Pada minggu-minggu akhir kehamilan, prostaglandin mempengaruhi penurunan konsentrasi serabut kolagen pada serviks. Serviks menjadi lunak dan lebih mudah berdilatasi pada waktu persalinan.

Isthmus uteri akan berkembang menjadi segmen bawah uterus pada trimester akhir. Otot-otot uterus bagian atas akan berkontraksi sehingga segmen bawah uterus akan melebar dan menipis, hal itu terjadi pada masa-masa akhir kehamilan menjelang persalinan. Batas antara segmen atas yang tebal dan segmen bawah yang tipis disebut lingkaran retraksi fisiologis.

b. Payudara / *Mammae*

Pembentukan lobules dan alveoli memproduksi dan mensekresi cairan yang kental kekuningan yang disebut Kolostrum. Pada trimester 3 aliran darah di dalamnya lambat dan payudara menjadi semakin besar.

c. Kulit

Pada bulan-bulan akhir kehamilan umumnya dapat muncul garis-garis kemerahan, kusam pada kulit dinding abdomen dan kadang kadang juga muncul pada daerah payudara dan paha. Perubahan warna tersebut sering disebut sebagai *striae gravidarum*. Pada wanita multipara, selain *striae* kemerahan itu seringkali ditemukan garis garis mengkilat keperakan yang merupakan sikatrik dari *striae* kehamilan sebelumnya.

d. Perubahan Metabolik dan Kenaikan Berat Badan

Pertambahan berat badan ibu pada masa ini dapat mencapai 2 kali lipat bahkan lebih dari berat badan pada awal kehamilan. *Pitting edema* dapat timbul pada pergelangan kaki dan tungkai bawah akibat akumulasi cairan tubuh ibu. Akumulasi cairan ini juga disebabkan oleh peningkatan tekanan vena di bagian yang lebih rendah dari uterus akibat oklusi parsial vena kava. Penurunan tekanan osmotik koloid interstisial juga cenderung menimbulkan edema pada akhir kehamilan.

Tabel 2. 2 Penambahan Berat Badan Selama Kehamilan

Jaringan dan cairan	10 minggu (gr)	20 minggu (gr)	30 minggu (gr)	40 minggu (gr)
Janin	5	300	1500	3400
Plasenta	20	170	430	650
Cairan amnion	30	350	750	800
Uterus	140	320	600	970
Mammae	45	180	360	405
Darah	100	600	1300	1450
Cairan ekstraseluler	0	30	80	1480
Lemak	310	2050	3480	3345
Total	650	4000	8500	12500

e. Perubahan Hematologis

Konsentrasi hematokrit dan hemoglobin yang sedikit menurun selama kehamilan menyebabkan viskositas darah menurun pula. Perlu diperhatikan kadar hemoglobin ibu terutama pada masa akhir kehamilan, bila konsentrasi Hb < 11,0 g/dl, hal itu dianggap abnormal dan biasanya disebabkan oleh defisiensi besi.

f. Sistem Kardiovaskuler

Selama trimester terakhir, kelanjutan penekanan aorta pada pembesaran uterus juga akan mengurangi aliran darah uteroplasenta ke ginjal. Pada posisi terlentang ini akan membuat fungsi ginjal menurun jika dibandingkan dengan posisi miring.

g. Sistem pernafasan

Pergerakan diafragma semakin terbatas seiring pertambahan ukuran uterus dalam rongga abdomen. Setelah minggu ke 30,

peningkatan volume tidal, volume ventilasi per menit, dan pengambilan oksigen per menit akan mencapai puncaknya pada minggu ke 37. Wanita hamil akan bernafas lebih dalam sehingga memungkinkan pencampuran gas meningkat dan konsumsi oksigen meningkat 20%. Diperkirakan efek ini disebabkan oleh meningkatnya sekresi progesteron.

h. Sistem Urinaria

Pada akhir kehamilan, kepala janin mulai turun ke pintu atas panggul menyebabkan penekanan uterus pada vesica urinaria. Keluhan sering berkemih pun dapat muncul kembali. Selain itu, terjadi peningkatan sirkulasi darah di ginjal yang kemudian berpengaruh pada peningkatan laju filtrasi glomerulus dan *renal plasma flow* sehingga timbul gejala poliuria. Pada ekskresi akan dijumpai kadar asam amino dan vitamin yang larut air lebih banyak.

i. Sistem Muskuloskeletal

Akibat pembesaran uterus ke posisi anterior, umumnya wanita hamil memiliki bentuk punggung cenderung lordosis. Sendi sacroiliaca, sacrococcigis, dan pubis akan meningkat mobilitasnya diperkirakan karena pengaruh hormonal. Mobilitas tersebut dapat mengakibatkan perubahan sikap pada wanita hamil dan menimbulkan perasaan tidak nyaman pada bagian bawah punggung.

j. Sistem Persarafan

Adanya penurunan memori terkait kehamilan yang terbatas pada trimester tiga. Penurunan ini disebabkan oleh depresi, kecemasan, kurang tidur atau perubahan fisik lain yang dikaitkan dengan kehamilan. Penurunan memori yang diketahui hanyalah sementara dan cepat pulih setelah kelahiran.

k. Sistem Pencernaan

Perubahan yang paling nyata adalah adanya penurunan motilitas otot polos pada organ digestif dan penurunan sekresi asam lambung. Akibatnya, tonus *sphincter* esofagus bagian bawah menurun dan dapat menyebabkan refluks dari lambung ke esofagus sehingga menimbulkan keluhan seperti *heartburn*. Penurunan motilitas usus juga memungkinkan penyerapan nutrisi lebih banyak,

tetapi dapat muncul juga keluhan seperti konstipasi. Sedangkan mual dapat terjadi akibat penurunan asam lambung.

6. Perubahan Psikologis Wanita Hamil

Selain menimbulkan perubahan fisik, kehamilan juga menimbulkan perubahan dan adaptasi psikologis bagi ibu hamil. Membesarnya janin dalam kandungan mengakibatkan calon ibu letih, tidak nyaman, tidak dapat tidur nyenyak, sering mendapat kesulitan bernapas dan beban fisik lainnya. Semua pengalaman ini mengakibatkan timbulnya kecemasan, ketegangan, konflik batin dan lain-lain. Selain itu, adanya resiko perdarahan, rasa sakit pada saat melahirkan, bahaya kematian pada dirinya sendiri maupun bayi yang akan dilahirkan juga menambah kecemasan dan ketakutan bagi ibu hamil (Lia, 2011).

Menurut Nirwana dan Hamilton (2011), perubahan psikologis yang dialami ibu hamil pada trimester 3, yaitu pergerakan bayi akan semakin sering dirasakan oleh calon ibu pada trimester ketiga. Perasaan tersebut menimbulkan kecemasan tersendiri bagi seorang ibu seperti takut kalau sewaktu-waktu bayinya lahir, apakah bayinya akan terlahir normal, dan hal-hal lain terkait kondisi bayinya. Seorang ibu juga akan memikirkan tentang proses persalinan yang akan dialami dan bahaya fisik yang akan timbul pada saat persalinan.

Trimester ketiga inilah ibu memerlukan ketenangan dan dukungan dari suami, keluarga serta tenaga kesehatan. Penelitian dari Aprianawati (2007) tentang hubungan antara dukungan keluarga terhadap tingkat kecemasan ibu primigravida menjelang persalinan. Hasil dari penelitian menyatakan bahwa ada hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan kecemasan ibu hamil, dimana ibu hamil yang mendapat dukungan yang besar dari keluarganya, akan mengalami kecemasan yang rendah dalam menghadapi persalinannya.

7. Asuhan Antenatal

Tujuan asuhan kebidanan dalam kehamilan pada prinsipnya adalah memberikan layanan atau bantuan untuk meningkatkan kesehatan ibu hamil dalam rangka mewujudkan kesehatan keluarga. Kegiatan yang dilakukan di dalam pelayanan kebidanan dapat berupa upaya

peningkatan, pencegahan, penyembuhan dan pemulihan (Hani, dkk. 2010).

Tujuan utama asuhan antenatal adalah sebagai berikut:

- a. Untuk memfasilitasi hasil yang sehat dan positif bagi ibu maupun bayinya dengan cara membina hubungan saling percaya dengan ibu.
- b. Mendeteksi komplikasi-komplikasi yang dapat mengancam jiwa.
- c. Mempersiapkan kelahiran.
- d. Memberikan pendidikan (Hani, dkk. 2010).

Tujuan lain diantaranya, yaitu untuk menghindari risiko komplikasi pada kehamilan dan persalinan, anjurkan setiap ibu hamil untuk melakukan kunjungan antenatal komprehensif yang berkualitas minimal 4 kali, termasuk minimal 1 kali kunjungan diantar suami atau anggota keluarga. Selain itu, anjurkan ibu untuk memeriksakan diri ke dokter setidaknya satu kali untuk deteksi kelainan medis secara umum.

Untuk memantau kehamilan ibu, gunakan buku KIA. Buku diisi setiap kali ibu melakukan kunjungan antenatal, lalu berikan kepada ibu untuk disimpan dan dibawa kembali pada kunjungan berikutnya. Berikan informasi mengenai perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi (P4K) kepada ibu serta anjurkan ibu mengikuti Kelas Ibu.

Tabel 2. 3 Kunjungan ANC

Trimester	Jumlah Kunjungan Minimal	Waktu Kunjungan yang Dianjurkan
I	1 kali	Sebelum minggu ke 16
II	1 kali	Antara minggu ke 24-28
III	2 kali	Antara minggu ke 30-32
		Antara minggu ke 36-38

- a. Melengkapi Riwayat Medis

Pada kunjungan pertama, lengkapi riwayat medis ibu seperti tertera pada tabel di bawah ini. Pada kunjungan berikutnya, selain memperhatikan catatan pada kunjungan sebelumnya, tanyakan keluhan yang dialami ibu selama kehamilan berlangsung.

Tabel 2. 4 Riwayat Medis yang harus diisi pada Kunjungan Pertama

IDENTITAS	RIWAYAT KEHAMILAN SEKARANG
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nama ▪ Usia ▪ Nama suami (jika ada) ▪ Alamat ▪ No. Telepon ▪ Tahun menikah (jika sudah menikah) ▪ Agama ▪ Suku 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hari pertama haid terakhir, siklus haid ▪ Taksiran waktu persalinan ▪ Perdarahan pervaginam ▪ Keputihan ▪ Mual dan muntah ▪ Masalah/kelainan pada kehamilan ini ▪ Pemakaian obat dan jamu-jamuan ▪ Keluhan lainnya
RIWAYAT KONTRASEPSI	RIWAYAT MEDIS LAINNYA
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Riwayat kontrasepsi terdahulu ▪ Riwayat kontrasepsi terakhir sebelum kehamilan ini 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Penyakit jantung ▪ Hipertensi ▪ Diabetes melitus (DM) ▪ Penyakit hati seperti hepatitis ▪ HIV (jika diketahui) ▪ Infeksi menular seksual (IMS) ▪ Tuberkulosis (TB) ▪ Alergi obat/ makanan ▪ Penyakit ginjal kronik ▪ Talasemia dan gangguan hematologi lainnya ▪ Malaria ▪ Asma ▪ Epilepsi ▪ Alergi (obat, makanan) ▪ Riwayat penyakit kejiwaan ▪ Riwayat operasi ▪ Obat yang rutin dikonsumsi ▪ Status imunisasi tetanus ▪ Riwayat transfusi darah ▪ Golongan darah ▪ Riwayat penyakit di keluarga: diabetes, hipertensi, kehamilan ganda, dan kelainan kongenital ▪ Riwayat kecelakaan (trauma)
RIWAYAT OBSTETRI LALU	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jumlah kehamilan ▪ Jumlah persalinan ▪ Jumlah persalinan cukup bulan ▪ Jumlah persalinan prematur ▪ Jumlah anak hidup, berat lahir, serta jenis kelamin ▪ Cara persalinan ▪ Jumlah keguguran ▪ Jumlah aborsi ▪ Perdarahan pada kehamilan, persalinan, dan nifas terdahulu ▪ Adanya hipertensi dalam kehamilan pada kehamilan terdahulu ▪ Riwayat berat bayi < 2,5 kg atau > 4 kg ▪ Riwayat kehamilan sungsang ▪ Riwayat kehamilan ganda ▪ Riwayat pertumbuhan janin terhambat ▪ Riwayat penyakit dan kematian perinatal, neonatal, dan kematian janin 	

RIWAYAT OBSTETRI LALU	RIWAYAT MEDIS LAINNYA
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Adanya masalah lain selama kehamilan, persalinan dan nifas terdahulu ▪ Durasi menyusui eksklusif 	
RIWAYAT SOSIAL EKONOMI	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Usia ibu saat pertama menikah ▪ Status perkawinan, berapa kali menikah dan lama pernikahan ▪ Respon ibu dan keluarga terhadap kehamilan dan kesiapan persalinan ▪ Jumlah keluarga di rumah yang membantu ▪ Siapa pembuat keputusan dalam keluarga ▪ Kebiasaan atau pola makan minum ▪ Kondisi rumah, sanitasi, listrik, dan alat masak 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kebiasaan merokok, menggunakan obat-obatan, dan alkohol ▪ Pekerjaan dan aktivitas sehari-hari ▪ Pekerjaan pasangan ▪ Pendidikan ▪ Penghasilan (bila mungkin) ▪ Kehidupan seksual dan riwayat seksual pasangan ▪ Kekerasan dalam rumah tangga ▪ Pilihan tempat untuk melahirkan ▪ Pilihan pemberian makanan bayi

b. Melengkapi Pemeriksaan Fisik Umum

Pemeriksaan fisik umum pada kunjungan pertama :

- 1) Tanda vital: (tekanan darah, suhu badan, frekuensi nadi, frekuensi napas)
- 2) Berat badan
- 3) Tinggi badan
- 4) Lingkar lengan atas (LILA)
- 5) Muka : apakah ada edema atau terlihat pucat
- 6) Status generalis atau pemeriksaan fisik umum lengkap, meliputi: kepala, mata, higiene mulut dan gigi, karies, tiroid, jantung, paru, payudara (apakah terdapat benjolan, bekas operasi di daerah areola, bagaimana kondisi puting), abdomen (terutama bekas operasi terkait uterus), tulang belakang, ekstremitas (edema, varises, refleks patella), serta kebersihan kulit

Pemeriksaan fisik umum pada kunjungan berikutnya:

- 1) Tanda vital: (tekanan darah, suhu badan, frekuensi nadi, pernafasan napas)
- 2) Berat badan
- 3) Edema
- 4) Pemeriksaan terkait masalah yang telah teridentifikasi pada kunjungan sebelumnya.

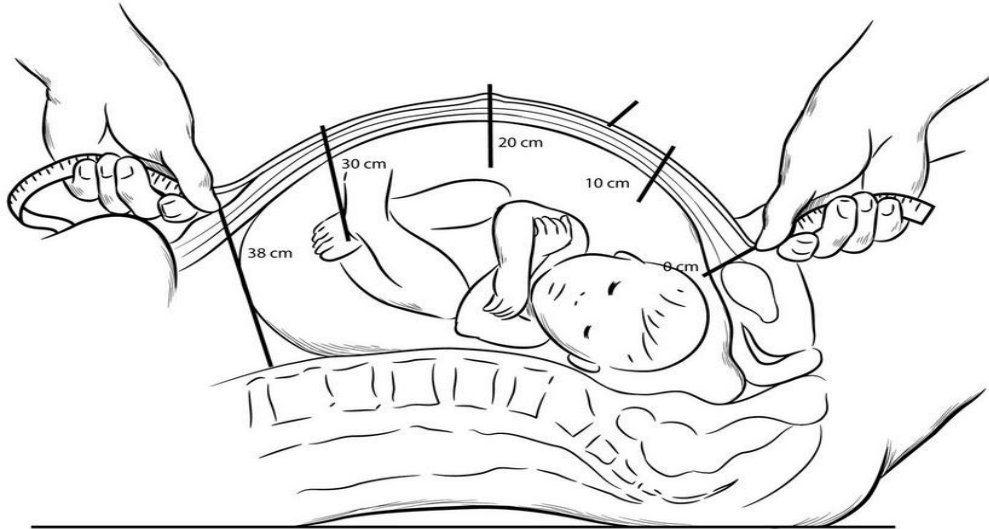
c. Melengkapi Pemeriksaan Fisik Obstetri

Pemeriksaan fisik obstetri pada kunjungan pertama:

- 1) Tinggi fundus uteri (menggunakan pita ukur bila usia kehamilan > 20 minggu).
- 2) Vulva/perineum untuk memeriksa adanya varises, kondiloma, edema, hemoroid, atau kelainan lainnya (bila usia kehamilan < 2 minggu).
- 3) Pemeriksaan dalam untuk menilai: serviks, uterus, adneksa, kelenjar bartholin, kelenjar skene, dan uretra.

- 4) Pemeriksaan inspekulo untuk menilai: serviks, tanda-tanda infeksi, dan cairan dari ostium uteri.

Gambar 2. 1 Pengukuran Tinggi Fundus Uteri



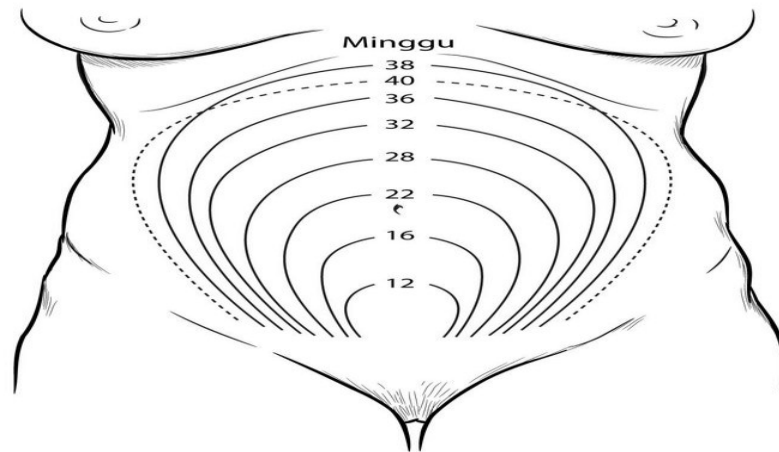
Pemeriksaan fisik obstetri pada setiap kunjungan berikutnya:

- 1) Pantau tumbuh kembang janin dengan mengukur tinggi fundus uteri. Sesuaikan dengan grafik tinggi fundus (jika tersedia), atau lihat gambar berikut:
- 2) Palpasi abdomen menggunakan manuver Leopold I-IV:
 - a) Leopold I : menentukan tinggi fundus uteri dan bagian janin yang terletak di fundus uteri (dilakukan sejak awal trimester I)
 - b) Leopold II : menentukan bagian janin pada sisi kiri dan kanan ibu (dilakukan mulai akhir trimester II)
 - c) Leopold III : menentukan bagian janin yang terletak di bagian bawah uterus (dilakukan mulai akhir trimester II)
 - d) Leopold IV : menentukan berapa jauh masuknya janin ke pintu atas panggul (dilakukan bila usia kehamilan > 36 minggu).

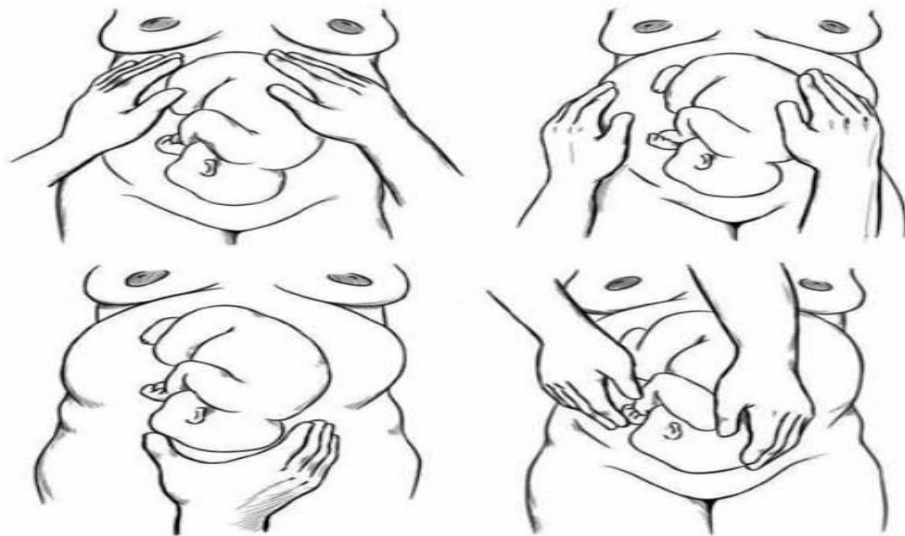
- 3) Auskultasi denyut jantung janin menggunakan fetoskop atau doppler (jika usia kehamilan > 16 minggu)

Tinggi fundus uteri yang normal untuk usia kehamilan 20-36 minggu dapat diperkirakan dengan rumus : **(usia kehamilan dalam minggu + 2) cm**

Gambar 2. 2 Tinggi Fundus Uteri berdasarkan Usia Kehamilan



Gambar 2. 3 Cara Melakukan Palpasi Abdomen dengan Leopold I-IV



d. Melakukan Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang untuk ibu hamil meliputi pemeriksaan laboratorium (rutin maupun sesuai indikasi) dan pemeriksaan ultrasonografi. Lakukan pemeriksaan laboratorium rutin (untuk semua ibu hamil) pada kunjungan pertama:

- 1) Kadar hemoglobin
- 2) Golongan darah ABO dan rhesus
- 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.

Lakukan pemeriksaan laboratorium sesuai indikasi:

- 1) Urinalisis (terutama protein urin pada trimester kedua dan ketiga) jika terdapat hipertensi
- 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) Tes sifilis
- 5) Gula darah puasa
- 6) Lakukan pemeriksaan ultrasonografi (USG)

Pemeriksaan USG direkomendasikan:

- a) 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
- b) Pada usia kehamilan sekitar 20 minggu untuk deteksi anomali janin
- c) Pada trimester ketiga untuk perencanaan persalinan
- d) Lakukan rujukan untuk pemeriksaan USG jika alat atau tenaga kesehatan tidak tersedia.

e. Memberikan Suplemen dan Pencegahan Penyakit

- 1) Beri ibu 60 mg zat besi elemental segera setelah mual/muntah berkurang, dan 400 µg asam folat 1x/hari sesegera mungkin selama kehamilan.
 - a. Catatan: 60 mg besi elemental setara 320 mg sulfas ferosus.

- 2) Efek samping yang umum dari zat besi adalah gangguan saluran cerna (mual, muntah, diare, konstipasi).
- 3) Tablet zat besi sebaiknya tidak diminum bersama dengan teh atau kopi karena mengganggu penyerapan.
- 4) Jika memungkinkan, idealnya asam folat sudah mulai diberikan sejak 2 bulan sebelum hamil (saat perencanaan kehamilan).
- 5) Di area dengan asupan kalsium rendah, suplementasi kalsium 1,5-2 g/hari dianjurkan untuk pencegahan preeklampsia bagi semua ibu hamil, terutama yang memiliki risiko tinggi (riwayat preeklampsia di kehamilan sebelumnya, diabetes, hipertensi kronik, penyakit ginjal, penyakit autoimun, atau kehamilan ganda)
- 6) Pemberian 75 mg aspirin tiap hari dianjurkan untuk pencegahan preeklampsia bagi ibu dengan risiko tinggi, dimulai dari usia kehamilan 20 minggu
- 7) Beri ibu vaksin tetanus toksoid (TT) sesuai status imunisasinya. Pemberian imunisasi pada wanita usia subur atau ibu hamil harus didahului dengan skrining untuk mengetahui jumlah dosis (dan status) imunisasi tetanus toksoid (TT) yang telah diperoleh selama hidupnya. Pemberian imunisasi TT tidak mempunyai interval (selang waktu) maksimal, hanya terdapat interval minimal antar dosis TT.
- 8) Jika ibu belum pernah imunisasi atau status imunisasinya tidak diketahui, berikan dosis vaksin (0,5 ml IM di lengan atas) sesuai tabel berikut.

Tabel 2. 5 Waktu Pemberian Imunisasi TT pada Ibu Hamil

PEMBERIAN	SELANG WAKTU MINIMAL
TT1	Saat kunjungan pertama (sedini mungkin pada kehamilan)
TT2	4 minggu setelah TT1 (pada kehamilan)
TT3	6 bulan setelah TT2 (pada kehamilan, jika selang waktu minimal terpenuhi)
TT4	1 tahun setelah TT3
TT5	1 tahun setelah TT4

Dosis booster mungkin diperlukan pada ibu yang sudah pernah diimunisasi. Pemberian dosis booster 0,5 ml IM disesuaikan dengan jumlah vaksinasi yang pernah diterima sebelumnya seperti pada tabel berikut:

Tabel 2. 6 Waktu Pemberian Imunisasi pada Ibu yang sudah pernah di Imunisasi

Pernah	Pemberian dan selang waktu minimal
1 kali	TT2, 4 minggu setelah TT1 (pada kehamilan)
2 kali	TT3, 6 bulan setelah TT2 (pada kehamilan, jika selang waktu minimal terpenuhi)
3 kali	TT4, 1 tahun setelah TT3
4 kali	TT5, 1 tahun setelah TT4
5 kali	Tidak perlu lagi

Vaksin TT adalah vaksin yang aman dan tidak mempunyai kontra indikasi dalam pemberiannya. Meskipun demikian imunisasi TT jangan diberikan pada ibu dengan riwayat reaksi berat terhadap imunisasi TT pada masa lalunya (contoh: kejang, koma, demam $>40^{\circ}\text{C}$, nyeri atau bengkak ekstensif di lokasi bekas suntikan). Ibu dengan panas tinggi dan sakit berat dapat diimunisasi segera setelah sembuh.

f. Memberikan Materi Konseling, Informasi, dan Edukasi (KIE)

Buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) wajib dimiliki oleh setiap ibu hamil, karena materi konseling dan edukasi yang perlu diberikan tercantum di buku tersebut. Pastikan bahwa ibu memahami hal-hal berikut:

- 1) Persiapan persalinan, termasuk:
 - a) Siapa yang akan menolong persalinan
 - b) Dimana akan melahirkan
 - c) Siapa yang akan membantu dan menemani dalam persalinan
 - d) Kemungkinan kesiapan donor darah bila timbul permasalahan
 - e) Metode transportasi bila diperlukan rujukan
 - f) Dukungan biaya
 - g) Pentingnya peran suami atau pasangan dan keluarga selama kehamilan dan persalinan.
- 2) Tanda-tanda bahaya yang perlu diwaspadai:
 - a) Sakit kepala lebih dari biasa
 - b) Perdarahan per vaginam

- c) Gangguan penglihatan
 - d) Pembengkakan pada wajah/tangan
 - e) Nyeri abdomen (epigastrium)
 - f) Mual dan muntah berlebihan
 - g) Demam
 - h) Janin tidak bergerak sebanyak biasanya
- 3) Pemberian makanan bayi, air susu ibu (ASI) eksklusif, dan inisiasi menyusui dini (IMD).
- Catatan: Konseling pemberian makanan janin sebaiknya dimulai sejak usia kehamilan 12 minggu dan dimantapkan sebelum kehamilan 34 minggu.
- 4) Penyakit yang dapat mempengaruhi kesehatan ibu dan janin misalnya hipertensi, TBC, HIV, serta infeksi menular seksual lainnya.
 - 5) Perlunya menghentikan kebiasaan yang berisiko bagi kesehatan, seperti merokok dan minum alkohol.
 - 6) Program KB terutama penggunaan kontrasepsi pascasalin
 - 7) Informasi terkait kekerasan terhadap perempuan
 - 8) Kesehatan ibu termasuk kebersihan, aktivitas, dan nutrisi
 - 9) Menjaga kebersihan tubuh dengan mandi teratur dua kali sehari, mengganti pakaian dalam yang bersih dan kering, dan membasuh vagina
 - 10) Minum cukup cairan
 - 11) Peningkatan konsumsi makanan hingga 300 kalori/hari dari menu seimbang. Contoh: nasi tim dari 4 sendok makan beras, ½ pasang hati ayam, 1 potong tahu, wortel parut, bayam, 1 sendok teh minyak goreng, dan 400 ml air.
 - 12) Latihan fisik normal tidak berlebihan, istirahat jika lelah.
 - 13) Hubungan suami-istri boleh dilanjutkan selama kehamilan (dianjurkan memakai kondom).

Tabel 2. 7 Penatalaksanaan Asuhan Antenatal setiap Trimester

Pemeriksaan dan tindakan	I	II	III
Anamnesis			
Riwayat medis lengkap (tabel 2.1.2)	✓		
Catatan pada kunjungan sebelumnya		✓	✓
Keluhan yang mungkin dialami selama hamil		✓	✓
Pemeriksaan fisik umum			
Pemeriksaan fisik umum lengkap	✓		
Kedaaan umum	✓	✓	✓
Tekanan darah	✓	✓	✓
Suhu tubuh	✓	✓	✓
Tinggi badan	✓		
Berat badan	✓	✓	✓
LILA	✓		
Gejala anemia (pucat, nadi cepat)	✓	✓	✓
Edema	✓	✓	✓
Tanda bahaya lainnya (sesak, perdarahan, dll)	✓	✓	✓
Pemeriksaan terkait masalah yang ditemukan pada kunjungan sebelumnya		✓	✓
Pemeriksaan fisik obstetric			
Vulva/perineum	✓		
Pemeriksaan inspekulo	✓		
Tinggi fundus		✓	✓
Pemeriksaan obstetri dengan manuver Leopold		✓	✓
Denyut jantung janin		✓	✓
Pemeriksaan penunjang			
Golongan darah ABO dan rhesus	✓		
Kadar glukosa darah	*	*	*
Kadar Hb	✓	*	✓

Catatan:

- a) Tabel di atas adalah pedoman untuk ibu yang menjalani asuhan antenatal sesuai jadwal.
 - b) Jika ada jadwal kunjungan yang terlewatkan, lengkapi tatalaksana yang terlewatkan pada kunjungan berikutnya.
 - c) Lakukan rujukan sesuai indikasi jika menemukan kelainan pada pemeriksaan terutama jika kelainan tersebut tidak membaik pada kunjungan berikutnya.
 - d) (= rutin, (*) = sesuai indikasi, (*) = rutin untuk daerah endemis.
- g. Identifikasi Komplikasi Dan Melakukan Rujukan

Rujukan harus dilakukan pada kondisi di luar kehamilan normal, untuk kehamilan dengan kondisi kegawatdaruratan yang membutuhkan rujukan :

- 1) Rujuk ke dokter untuk konsultasi
- 2) Bantu ibu menentukan pilihan yang tepat untuk konsultasi (dokter puskesmas, dokter spesialis obstetri dan ginekologi)
- 3) Lampirkan kartu kesehatan ibu hamil berikut surat rujukan
- 4) Minta ibu untuk kembali setelah konsultasi dan membawa surat dengan hasil dari rujukan

- 5) Teruskan pemantauan kondisi ibu dan bayi selama kehamilan
- 6) Lakukan perencanaan dini jika ibu perlu bersalin di fasilitas kesehatan rujukan:
 - a) Menyetujui rencana kelahiran di antara pengambil keputusan dalam keluarga (terutama suami dan ibu atau ibu mertua)
 - b) Mempersiapkan/mengatur transportasi ke tempat persalinan, terutama pada malam hari atau selama musim hujan
 - c) Merencanakan pendanaan untuk biaya transportasi dan perawatan
 - d) Mempersiapkan asuhan bayi setelah persalinan jika dibutuhkan

Untuk kehamilan dengan kondisi kegawatdaruratan yang membutuhkan rujukan segera:

- 1) Rujuk segera ke fasilitas kesehatan terdekat di mana tersedia pelayanan kegawatdaruratan obstetri yang sesuai.
- 2) Sambil menunggu transportasi, berikan pertolongan awal kegawatdaruratan, jika perlu berikan pengobatan.
- 3) Mulai berikan cairan infus intravena
- 4) Temani ibu hamil dan anggota keluarganya
- 5) Bawa obat dan kebutuhan-kebutuhan lain
- 6) Bawa catatan medis atau kartu kesehatan ibu hamil, surat rujukan, dan pendanaan yang cukup.

2.1.2 Konsep Dasar Persalinan

1. Pengertian

Persalinan adalah proses pengeluaran (kelahiran) hasil konsepsi yang dapat hidup diluar uterus melalui vagina ke dunia luar. Proses tersebut dapat dikatakan normal atau spontan jika bayi yang dilahirkan berada pada posisi letak belakang kepala dan berlangsung tanpa bantuan alat-alat pertolongan, serta tidak melukai ibu dan bayi (Sondakh, 2013).

Persalinan dan kelahiran dikatakan normal, jika :

- a) Usia kehamilan cukup bulan (37- 40 minggu)
- b) Persalinan terjadi spontan
- c) Presentasi belakang kepala
- d) Berlangsung tidak lebih dari 18 jam
- e) Tidak ada komplikasi pada ibu maupun janin

Pada persalihan normal, terdapat beberapa fase :

a) Kala I dibagi menjadi 2 :

Fase laten : pembukaan serviks 1 hingga 3 cm, sekitar 8 jam.

Fase aktif : pembukaan serviks 4 hingga lengkap (10 cm), sekitar 6 jam.

b) Kala II : pembukaan lengkap sampai bayi lahir, 2 jam pada primigravida, 1 jam pada multigravida.

c) Kala III : segera setelah bayi lahir sampai plasenta lahir lengkap, sekitar 30 menit.

d) Kala IV : segera setelah lahirnya plasenta hingga 2 jam post-partum.

2. Sebab-Sebab Mulainya Persalinan

Sondakh (2013) mengatakan terdapat beberapa teori yang berkaitan dengan mulai terjadinya kekuatan his sehingga menjadi awal mula terjadinya proses persalinan, walaupun hingga kini belum dapat diketahui dengan pasti penyebab terjadinya persalinan, yaitu :

a. Teori penurunan progesteron

Kadar hormon progesteron akan mulai menurun pada kira-kira 1-2 minggu sebelum persalinan dimulai. Terjadinya kontraksi otot polos uterus pada persalinan akan menyebabkan rasa nyeri yang hebat yang belum diketahui secara pasti penyebabnya, tetapi terdapat beberapa kemungkinan, yaitu:

- 1) *Hipoksia* pada *miometrium* yang sedang berkontraksi.
- 2) Adanya penekanan ganglia saraf di serviks dan uterus bagian bawah otot-otot yang saling bertautan.
- 3) Peregangan *serviks* pada saat dilatasi atau pendataran serviks, yaitu pemendekan saluran *serviks* dari panjang sekitar 2 cm menjadi hanya berupa muara melingkar dengan tepi hampir setipis kertas.
- 4) *Peritoneum* yang berada di atas *fundus* mengalami peregangan.

b. Teori keregangan

Ukuran *uterus* yang makin membesar dan mengalami penegangan akan mengakibatkan otot-otot uterus mengalami iskemia sehingga mungkin dapat menjadi faktor yang dapat mengganggu sirkulasi *uteroplasenta* yang pada akhirnya membuat plasenta mengalami *degenerasi*. Ketika *uterus* berkontaksi dan menimbulkan tekanan pada selaput ketuban, tekanan *hidrostatik* kantong *amnion* akan melebarkan saluran *serviks*.

c. Teori oksitosin interna

Hipofisis posterior menghasilkan hormon oksitosin. Adanya perubahan keseimbangan antara *estrogen* dan progesteron dapat mengubah tingkat sensitivitas otot rahim dan akan mengakibatkan terjadinya kontaksi uterus yang disebut *braxton hicks*. Penurunan kadar *progesteron* karena usia kehamilan yang sudah tua akan mengakibatkan *oksitosin* meningkat.

3. Tanda-Tanda Dimulainya Proses Persalinan

Sondakh (2013) mengatakan ada beberapa tanda-tanda dimulainya proses persalinan, yaitu :

a. Terjadinya his persalinan

Sifat his persalinan adalah pinggang terasa sakit dan menjalar ke depan, sifatnya teratur, interval makin pendek, dan kekuatan semakin besar makin beraktivitas (jalan), kekuatan akan makin bertambah.

b. Pengeluaran lendir dengan darah

Terjadinya his persalinan mengakibatkan terjadinya perubahan pada *serviks* yang akan menimbulkan pendataran dan pembukaan menyebabkan lendir yang terdapat pada *kanalis servikalis* lepas, terjadi perdarahan karena kapiler pembuluh darah pecah.

c. Pengeluaran cairan

Pada beberapa kasus persalinan akan terjadi pecah ketuban. Sebagian besar, keadaan ini terjadi menjelang pembukaan lengkap. Setelah adanya pecah ketuban, diharapkan proses persalinan akan berlangsung kurang dari 24 jam.

- d. Hasil-hasil yang didapatkan pada pemeriksaan dalam
- 1) Perlunakan *serviks*
 - 2) Pendataran *serviks*
 - 3) Pembukaan *serviks*

4. Mekanisme Persalinan

Marmi, dkk (2012) Mekanisme persalinan normal adalah putaran dan penyesuaian yang terjadi pada proses kelahiran manusia. Ada tujuh gerakan kondisi presentasi puncak kepala pada mekanisme persalinan, yaitu :

a. *Engagement*

Kepala dikatakan telah menancap (*engagement*) pada pintu atas panggul apabila dimana diameter biparietal kepala melewati pintu atas panggul. Pada *nulipara* hal ini terjadi sebelum persalinan aktif di mulai karena otot-otot *abdomen* masih tegang sehingga bagian presentasi terdorong ke panggul. Pada *multipara* yang otot-otot *abdomennya* lebih kendur kepala sering kali masih bisa di gerakan di atas permukaan panggul sampai persalinan dimulai.

b. *Descent* (penurunan)

Pada *primigravida*, masuknya kepala ke pintu atas panggul sudah terjadi pada akhir kehamilan, namun pada *multigravida* baru terjadi pada permulaan persalinan. Masuknya kepala ke kedalam Pintu Atas Panggul (PAP), biasanya *sutura sagitalis* melintang dan dengan fleksi ringan. Masuknya kepala melewati Pintu Atas Panggul (PAP), dalam keadaan sinklitismus yaitu bila sutura sagitalis terdapat di tengah-tengah jalan lahir tepat di antara *simpisis* dan *promontorium*.

Penurunan kepala lebih lanjut terjadi pada kala I dan kala II persalinan. Hal ini disebabkan karena adanya kontraksi dan retraksi dari segmen bawah rahim, yang menyebabkan tekanan langsung fundus pada bokong janin. Dalam waktu bersamaan terjadi relaksasi dari segmen bawah rahim, sehingga terjadi penipisan dan dilatasi *servik*. Penurunan kepala bayi di sebabkan karena tekanan cairan intra uterine, kekuatan mengentjan atau adanya kontraksi otot-otot abdomen.

c. Fleksi

Dengan majunya kepala biasanya juga fleksi bertambah hingga ubun-ubun kecil jelas lebih rendah dari ubun-ubun besar. Keuntungan dari bertambahnya fleksi ialah ukuran kepala yang lebih kecil melalui jalan lahir, yaitu diameter *suboccipito bregmatika* (9,5 cm). *Fleksi* ini di sebabkan karena janin di dorong maju dan sebaliknya mendapat tahanan dari pinggir atas panggul, *cerviks*, dinding panggul atau dasar panggul.

d. Putar paksi dalam

Putar paksi dalam adalah pemutaran dari bagian depan yang memutar ke depan ke bawah *sympisis*. Putar paksi sangat penting untuk kelahiran kepala karena putaran paksi merupakan usaha untuk menyesuaikan posisi kepala dengan bentuk jalan lahir khususnya bentuk bidang tengah dan pintu bawah panggul. Sebab-sebab terjadinya putar paksi dalam, yaitu :

- 1) Pada letak *fleksi*, bagian belakang kepala merupakan bagian terendah dari kepala.
- 2) Bagian terendah kepala mencari tahanan yang paling sedikit terdapat di sebelah depan atas di mana terdapat *meatus genetalis* antara *muskulus levator ani* kiri dan kanan.
- 3) Ukuran terbesar dari bidang tenggah panggul adalah diameter *antero posterior*.

e. *Ekstensi*

Setelah putar paksi dalam selesai dan kepala sampai di dasar panggul terjadilah *ekstensi* dari kepala. Hal ini di sebabkan karena sumbu jalan lahir pada pintu bawah panggul mengarah ke depan dan atas sehingga kepala harus mengadakan *ekstensi* untuk melaluinya.

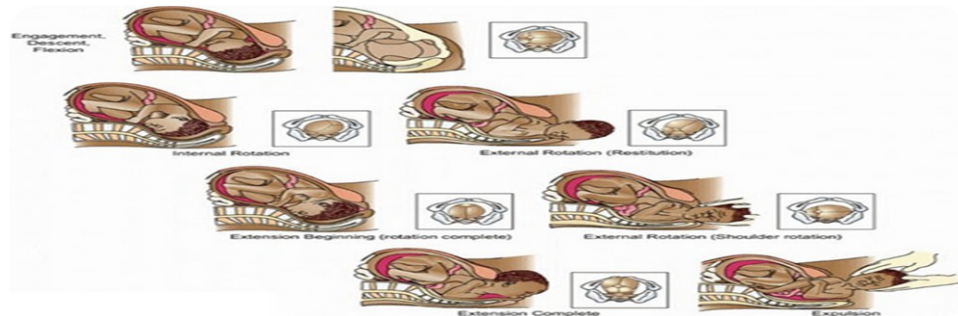
f. Putar paksi luar

Setelah kepala bayi lahir, amak kepala bayi memutar kembali ke arah punggung bayi untuk menghilangkan *torsi* pada leher yang terjadi karena putaran paksi dalam. Gerakan ini di sebut putaran *restitusi*. Selanjutnya putaran di teruskan hingga belakang kepala berhadapan dengan *tuber ischiadicum*.

g. Ekspulsi

Setelah putar paksi luar bahu depan sampai di bawah *sympisis* dan menjadi *hypomochlion* untuk melahirkan bahu belakang. Kemudian bahu depan menyusul dan selanjutnya seluruh badan bayi lahir searah dengan paksi jalan lahir (K, Icesmi, dkk. 2012).

Gambar 2. 4 Mekanisme Penurunan Kepala Janin



5. Penatalaksanaan Tiap Kala

a. Kala 1

- 1) Beri dukungan dan dengarkan keluhan ibu
- 2) Jika ibu tampak gelisah/kesakitan:
- 3) Biarkan ia berganti posisi sesuai keinginan, tapi jika di tempat tidur sarankan untuk miring kiri.
- 4) Biarkan ia berjalan atau beraktivitas ringan sesuai kesanggupannya
- 5) Anjurkan suami atau keluarga memijat punggung atau membasuh muka ibu
- 6) Ajari teknik bernapas
- 7) Jaga privasi ibu. Gunakan tirai penutup dan tidak menghadirkan orang lain tanpa seizin ibu.
- 8) Izinkan ibu untuk mandi atau membasuh kemaluannya setelah buang air kecil/besar.
- 9) Jaga kondisi ruangan sejuk. Untuk mencegah kehilangan panas pada bayi baru lahir, suhu ruangan minimal 25⁰C dan semua pintu serta jendela harus tertutup.
- 10) Beri minum yang cukup untuk menghindari dehidrasi.
- 11) Sarankan ibu berkemih sesering mungkin.
- 12) Pantau parameter berikut secara rutin dengan menggunakan partograf.

13) Pasang infus intravena untuk pasien dengan:

- a) Kehamilan lebih dari 5
- b) Hemoglobin ≤ 9 g/dl atau hematokrit $\leq 27\%$
- c) Riwayat gangguan perdarahan
- d) Sungsang
- e) Kehamilan ganda
- f) Hipertensi
- g) Persalinan lama
- h) Isi dan letakkan partograf di samping tempat tidur atau di dekat pasien.
- i) Lakukan pemeriksaan kardiokografi jika memungkinkan.
- j) Persiapkan rujukan jika terjadi komplikasi.

Tabel 2. 8 Penilaian dan Intervensi selama Kala 1

Parameter	Frekuensi pada kala I laten	Frekuensi pada kala I aktif
Tekanan darah	Tiap 4 jam	Tiap 4 jam
Suhu Tiap 4 jam	Tiap 2 jam	
Nadi	Tiap 30-60 menit	Tiap 30-60 menit
Denyut jantung janin	Tiap 1 jam	Tiap 30 menit
Kontraksi Tiap 1 jam	Tiap 30 menit	
Pembukaan serviks	Tiap 4 jam*	Tiap 4 jam*
Penurunan kepala	Tiap 4 jam*	Tiap 4 jam*
Warna cairan amnion	Tiap 4 jam*	Tiap 4 jam*

Selain kondisi di atas, ada beberapa tindakan yang sering dilakukan namun sebenarnya tidak banyak membawa manfaat bahkan justru merugikan, sehingga tidak dianjurkan melakukan hal-hal berikut:

- 1) Kateterisasi kandung kemih rutin: dapat meningkatkan risiko infeksi saluran kemih. Lakukan hanya jika ada indikasi.
- 2) Posisi terlentang: dapat mengurangi detak jantung dan penurunan aliran darah uterus sehingga kontraksi melemah
- 3) Mendorong abdomen: menyakitkan bagi ibu, meningkatkan risiko ruptura uteri
- 4) Mengedan sebelum pembukaan serviks lengkap: dapat menyebabkan edema dan/atau laserasi serviks
- 5) Enema
- 6) Pencukuran rambut pubis
- 7) Membersihkan vagina dengan antiseptik selama persalinan

b. Kala II, III, dan IV

Tatalaksana pada kala II, III, dan IV tergabung dalam 58 langkah APN yaitu:

Mengenali tanda dan gejala (**Kala II**)

1) Memeriksa tanda berikut:

- a) Ibu mempunyai keinginan untuk meneran.
- b) Ibu merasa tekanan yang semakin meningkat pada rektum atau vaginanya.
- c) Perineum menonjol dan menipis.
- d) Vulva-vagina dan sfingter ani membuka.

2) Menyiapkan pertolongan persalinan

- a) Pastikan kelengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial.
- b) Klem, gunting, benang tali pusat, penghisap lendir steril/DTT siap dalam wadahnya
- c) Semua pakaian, handuk, selimut dan kain untuk bayi dalam kondisi bersih dan hangat
- d) Timbangan, pita ukur, stetoskop bayi, dan termometer dalam kondisi baik dan bersih
- e) Patahkan ampul oksitosin 10 unit dan tempatkan spuit steril sekali pakai di dalam partus set/wadah DTT
- f) Untuk resusitasi: tempat datar, rata, bersih, kering dan hangat, 3 handuk atau kain bersih dan kering, alat penghisap lendir, lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm diatas tubuh bayi.
- g) Persiapan bila terjadi kegawatdaruratan pada ibu: cairan kristaloid, set infus

3) Kenakan baju penutup atau celemek plastik yang bersih, sepatu tertutup kedap air, tutup kepala, masker, dan kaca mata.

4) Lepas semua perhiasan pada lengan dan tangan lalu cuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih kemudian keringkan dengan handuk atau tisu bersih.

5) Pakai sarung tangan steril/DTT untuk pemeriksaan dalam.

- 6) Ambil spuit dengan tangan yang bersarung tangan, isi dengan oksitosin 10 unit dan letakkan kembali spuit tersebut di partus set/wadah DTT atau steril tanpa mengontaminasi spuit, memastikan pembukaan lengkap dan keadaan janin baik
- 7) Bersihkan vulva dan perineum, dari depan ke belakang dengan kapas atau kasa yang dibasahi air DTT.
- 8) Lakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap. Lakukan amniotomi bila selaput ketuban belum pecah, dengan syarat: kepala sudah masuk ke dalam panggul dan tali pusat tidak teraba.
- 9) Dekontaminasi sarung tangan dengan mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, kemudian lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Cuci kedua tangan setelahnya.
- 10) Periksa denyut jantung janin (DJJ) segera setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120–160 kali/menit). Ambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal.
Menyiapkan ibu dan keluarga untuk Membantu proses bimbingan Meneran
- 11) Beritahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik.
- 12) Minta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran.
 - a) Bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan dia merasa nyaman.
 - b) Posisi setengah duduk
 - c) Anjurkan ibu untuk cukup minum.
- 13) Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran.
 - a) Perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai.
 - b) Nilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai.
- 14) Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit.

- a) Segera hubungi dokter spesialis obstetri dan ginekologi jika bayi belum atau tidak akan segera lahir setelah 120 menit (2 jam) meneran (untuk primigravida) atau 60 menit (1 jam) meneran (untuk multigravida). Jika dokter spesialis obstetri dan ginekologi tidak ada, segera persiapkan rujukan.
 - b) Mempersiapkan pertolongan kelahiran bayi
- 15) Jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, letakkan handuk bersih di atas perut ibu untuk mengeringkan bayi.
 - 16) Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian di bawah bokong ibu.
 - 17) Buka tutup partus set dan perhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan.
 - 18) Pakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan.
Membantu lahirnya kepala
 - 19) Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain bersih dan kering, sementara tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala.
Anjurkan ibu meneran sambil bernapas cepat dan dangkal.
 - 20) Periksa lilitan tali pusat dan lakukan tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi.
 - a) Jika lilitan tali pusat di leher bayi masih longgar, selipkan tali pusat lewat kepala bayi.
 - b) Memeriksa lilitan tali pusat
 - c) Jika lilitan tali pusat terlalu ketat, klem tali pusat di dua titik lalu gunting di antaranya. Jangan lupa untuk tetap lindungi leher bayi.
 - d) Menggunting tali pusat
 - 21) Tunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.
 - 22) Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang secara biparental. Anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakkan kepala ke arah bawah dan distal hingga bahu depan muncul di bawah arkus pubis. Melahirkan bahu depan, gerakkan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang. Melahirkan bahu belakang, membantu lahirnya badan dan tungkai.

23) Setelah kedua bahu lahir, geser tangan yang berada di bawah ke arah perineum ibu untuk menyangga kepala, lengan dan siku sebelah bawah.

Gunakan tangan yang berada di atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.

24) Setelah tubuh dan lengan bayi lahir, lanjutkan penelusuran tangan yang berada di atas ke punggung, bokong, tungkai dan kaki bayi.

Pegang kedua mata kaki (masukkan telunjuk di antara kaki dan pegang masing-masing mata kaki dengan ibu jari dan jari-jari lainnya).

Penanganan bayi baru lahir

25) Lakukan penilaian selintas dan jawablah tiga pertanyaan berikut untuk menilai apakah ada asfiksia bayi:

a) Apakah kehamilan cukup bulan?

b) Apakah bayi menangis atau bernapas/tidak megap-megap?

c) Apakah tonus otot bayi baik/bayi bergerak aktif?

Bila ada jawaban "Tidak", bayi mungkin mengalami asfiksia. Segera lakukan resusitasi bayi baru lahir (lihat bab 3.3) sambil menghubungi dokter spesialis anak. Bila dokter spesialis anak tidak ada, segera persiapkan rujukan. Pengisapan lendir jalan napas pada bayi tidak dilakukan secara rutin.

26) Bila tidak ada tanda asfiksia, lanjutkan manajemen bayi baru lahir normal.

a) Keringkan dan posisikan tubuh bayi di atas perut ibu

b) Keringkan bayi mulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lainnya, kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks.

c) Ganti handuk basah dengan handuk yang kering

d) Pastikan bayi dalam kondisi mantap di atas dada atau perut ibu

27) Periksa kembali perut ibu untuk memastikan tidak ada bayi lain dalam uterus (hamil tunggal).

Manajemen Aktif (Kala III)

28) Beritahukan kepada ibu bahwa penolong akan menyuntikkan oksitosin untuk membantu uterus berkontraksi baik.

29) Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, berikan suntikan oksitosin 10 unit IM di sepertiga paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin).

Jika tidak ada oksitosin:

- a) Rangsang puting payudara ibu atau minta ibu menyusui untuk menghasilkan oksitosin alamiah.
- b) Beri ergometrin 0,2 mg IM. Namun tidak boleh diberikan pada pasien preeklampsia, eklampsia, dan hipertensi karena dapat memicu terjadi penyakit serebrovaskular.

30) Dengan menggunakan klem, 2 menit setelah bayi lahir, jepit tali pusat pada sekitar 3 cm dari pusat (umbilikus) bayi (kecuali pada asfiksia neonatus, lakukan sesegera mungkin). Dari sisi luar klem penjepit, dorong isi tali pusat ke arah distal (ibu) dan lakukan penjepitan kedua pada 2 cm distal dari klem pertama.

31) Potong dan ikat tali pusat.

- a) Dengan satu tangan, angkat tali pusat yang telah dijepit kemudian gunting tali pusat di antara 2 klem tersebut (sambil lindungi perut bayi).
- b) Ikat tali pusat dengan benang DTT/steril pada satu sisi kemudian lingkarkan kembali benang ke sisi berlawanan dan lakukan ikatan kedua menggunakan simpul kunci.
- c) Lepaskan klem dan masukkan dalam larutan klorin 0,5%.
- d) Jangan membungkus puntung tali pusat atau mengoleskan cairan/bahan apapun ke puntung tali pusat.

32) Tempatkan bayi untuk melakukan kontak kulit ibu ke kulit bayi. Letakkan bayi dengan posisi tengkurap di dada ibu. Luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel dengan baik di dinding dada-perut ibu. Usahakan kepala bayi berada di antara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting payudara ibu.

33) Selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan kering dan pasang topi pada kepala bayi.

34) Pindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva.

- 35) Letakkan satu tangan di atas kain yang ada di perut ibu, tepat di tepi atas simfisis dan tegangkan tali pusat dan klem dengan tangan yang lain.
- 36) Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah dorso-kranial secara hati-hati, seperti gambar berikut, untuk mencegah terjadinya inversio uteri.
- Jika uterus tidak segera berkontraksi, minta ibu, suami atau anggota keluarga untuk menstimulasi puting susu.
 - Melakukan peregangan tali pusat terkendali
 - Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan ulangi prosedur di atas.
- 37) Lakukan penegangan dan dorongan dorso-kranial hingga plasenta terlepas, lalu minta ibu meneran sambil menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian ke arah atas, mengikuti poros jalan lahir dengan tetap melakukan tekanan dorso-kranial, seperti gambar berikut.
- Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva dan lahirkan plasenta
 - Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat:
 - Beri dosis ulangan oksitosin 10 unit IM
 - Lakukan kateterisasi (aseptik) jika kandung kemih penuh
 - Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan
 - Ulangi penegangan tali pusat 15 menit berikutnya
 - Segera rujuk jika plasenta tidak lahir dalam 30 menit setelah bayi lahir
 - Bila terjadi perdarahan, lakukan plasenta manual.
- 38) Saat plasenta terlihat di introitus vagina, lanjutkan kelahiran plasenta dengan menggunakan kedua tangan.
- Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput

Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus dengan meletakkan telapak tangan di fundus dan lakukan masase dengan gerakan melingkar secara lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras).

a) Lakukan tindakan yang diperlukan jika uterus tidak berkontraksi setelah 15 detik melakukan rangsangan taktil/ masase.

b) Menilai perdarahan

39) Periksa kedua sisi plasenta baik yang menempel ke ibu maupun janin dan pastikan bahwa selaputnya lengkap dan utuh.

40) Evaluasi adanya laserasi pada vagina dan perineum dan lakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan aktif.

Tabel 2. 9 Derajat Robekan atau Laserasi

Derajat	Penjelasan
1	Laserasi epitel vagina atau laserasi pada kulit perineum saja
2	Melibatkan kerusakan pada otot-otot perineum, tetapi tidak melibatkan kerusakan sfingter ani
3	Kerusakan pada otot sfingter ani
	3a: robekan < 50% sfingter ani eksterna
	3b: robekan > 50% sfingter ani eksterna
	3c: robekan juga meliputi sfingter ani interna
4	Robekan stadium tiga disertai robekan epitel anus

Melakukan Asuhan pasca persalinan (**Kala IV**)

41) Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam

42) Mulai IMD dengan memberi cukup waktu untuk melakukan kontak kulit ibu-bayi (di dada ibu minimal 1 jam).

a) Biarkan bayi mencari dan menemukan puting dan mulai menyusu

b) Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan inisiasi menyusu dini dalam waktu 60-90 menit. Menyusu pertama biasanya berlangsung pada menit ke-45-60, dan berlangsung selama 10-20 menit. Bayi cukup menyusu dari satu payudara.

c) Tunda semua asuhan bayi baru lahir normal lainnya dan biarkan bayi berada di dada ibu selama 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusu.

d) Bila bayi harus dipindah dari kamar bersalin sebelum 1 jam atau sebelum bayi menyusu, usahakan ibu dan bayi dipindah bersama dengan mempertahankan kontak kulit ibu dan bayi.

- e) Jika bayi belum menemukan puting ibu – IMD dalam waktu 1 jam, posisikan bayi lebih dekat dengan puting ibu dan biarkan kontak kulit dengan kulit selama 30-60 menit berikutnya.
 - f) Jika bayi masih belum melakukan IMD dalam waktu 2 jam, pindahkan ibu ke ruang pemulihan dengan bayi tetap di dada ibu. Lanjutkan asuhan perawatan neonatal esensial lainnya (menimbang, pemberian vitamin K1, salep mata) dan kemudian kembalikan bayi kepada ibu untuk menyusui.
 - g) Kenakan pakaian pada bayi atau tetap diselimuti untuk menjaga kehangatannya.
 - h) Tetap tutupi kepala bayi dengan topi selama beberapa hari pertama. Bila suatu saat kaki bayi terasa dingin saat disentuh, buka pakaiannya kemudian telungkupkan kembali di dada ibu dan selimuti keduanya sampai bayi hangat kembali.
 - i) Tempatkan ibu dan bayi di ruangan yang sama. Bayi harus selalu dalam jangkauan ibu 24 jam dalam sehari sehingga bayi bisa menyusui sesering keinginannya.
- 43) Setelah kontak kulit ibu-bayi dan IMD selesai:
- a) Timbang dan ukur bayi.
 - b) Beri bayi salep atau tetes mata antibiotika profilaksis (tetrakislin 1% atau antibiotika lain).
 - c) Suntikkan vitamin K1 1 mg (0,5 mL untuk sediaan 2 mg/mL) IM di *paha kiri* anterolateral bayi.
 - d) Pastikan suhu tubuh bayi normal (36,5 – 37,5°C).
 - e) Berikan gelang pengenalan pada bayi yang berisi informasi nama ayah, ibu, waktu lahir, jenis kelamin, dan tanda lahir jika ada.
 - f) Lakukan pemeriksaan untuk melihat adanya cacat bawaan (bibir sumbing/langitan sumbing, atresia ani, defek dinding perut) dan tanda-tanda bahaya pada bayi.
 - g) Bila menemukan tanda bahaya, hubungi dokter spesialis anak. Bila dokter spesialis anak tidak ada, segera persiapkan rujukan.
- 44) Satu jam setelah pemberian vitamin K1, berikan suntikan imunisasi hepatitis B di paha kanan bayi.

- a) Letakkan bayi di dalam jangkauan ibu agar sewaktu-waktu bisa disusukan.
 - b) Letakkan kembali bayi pada dada ibu bila bayi belum berhasil menyusu di dalam satu jam pertama dan biarkan sampai bayi berhasil menyusu.
- 45) Lanjutkan pemantauan kontraksi dan pecegahan perdarahan pervaginam:
- a) Setiap 2-3 kali dalam 15 menit pertama pascasalin.
 - b) Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pascasalin.
 - c) Setiap 20-30 menit pada jam kedua pascasalin.
 - d) Lakukan asuhan yang sesuai untuk menatalaksana atonia uteri jika uterus tidak berkontraksi dengan baik.
- 46) Ajarkan ibu/keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi, mewaspadaai tanda bahaya pada ibu, serta kapan harus memanggil bantuan medis.
- 47) Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.
- 48) Periksa tekanan darah, nadi, dan keadaan kandung kemih ibu setiap 15 menit selama 1 jam pertama pascasalin dan setiap 30 menit selama jam kedua pascasalin.
- a) Periksa temperatur ibu sekali setiap jam selama 2 jam pertama pascasalin.
 - b) Lakukan tindakan yang sesuai untuk temuan yang tidak normal
- 49) Periksa kembali kondisi bayi untuk memastikan bahwa bayi bernafas dengan baik (40-60 kali/menit) serta suhu tubuh normal (36,5–37,5⁰C).
- Tunda proses memandikan bayi yang baru saja lahir hingga minimal 24 jam setelah suhu stabil.
- 50) Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah didekontaminasi.
- 51) Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.

- 52) Bersihkan badan ibu menggunakan air DTT. Bersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
- 53) Pastikan ibu merasa nyaman.
 - a) Bantu ibu memberikan ASI.
 - b) Anjurkan keluarga untuk memberi ibu minuman dan makanan yang diinginkannya.
- 54) Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%.
- 55) Celupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, balikkan bagian dalam keluar dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
- 56) Cuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih mengalir kemudian keringkan dengan tisu atau handuk yang kering dan bersih.
- 57) Lengkapi partograf (halaman depan dan belakang), periksa tanda vital dan asuhan kala IV.

2.1.3 Konsep Dasar Masa Nifas

1. Pengertian

Masa nifas dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil, masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu (Roito.J, dkk. 2013). Masa nifas adalah masa yang dimulai beberapa jam setelah lahirnya plasenta sampai 6 minggu setelah melahirkan (Dr.Taufan N, dkk. 2014).

Masa nifas merupakan masa selama persalinan dan segera setelah kelahiran yang meliputi minggu-minggu berikutnya pada waktu saluran reproduksi kembali ke keadaan sebelum hamil (Nurrezki, dkk. 2014). Masa nifas adalah masa setelah seorang ibu melahirkan bayi yang digunakan untuk memulihkan kesehatannya kembali yang umumnya memerlukan waktu 6 minggu (Wilis, dkk. 2014).

Masa nifas atau *puerperium* adalah masa setelah partus selesai sampai pulihnya kembali alat-alat kandungan seperti sebelum hamil. Lamanya masa nifas ini yaitu kira-kira 6-8 minggu.

Masa nifas adalah masa sesudah persalinan, masa perubahan, pemulihan, penyembuhan dan pengembalian alat-alat kandungan, proses masa nifas berkisar antara 6 minggu atau 40 hari (Dewi, 2013).

2. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

Menurut Fraser (2009), Terlepasnya plasenta dari dinding Rahim menimbulkan perubahan fisiologis pada jaringan otot dan jaringan ikat, karena disebabkan menurunnya kadar estrogen dan progesteron dalam tubuh, perubahan-perubahan fisiologis itu meliputi :

a. Sistem Reproduksi

Segera setelah pengeluaran plasenta, fundus uteri yang berkontraksi tersebut terletak sedikit di bawah umbilikus. Dua hari setelah kelahiran, uterus mulai mengalami pengerutan hingga kembali ke ukuran sebelum hamil yaitu 100g atau kurang (Cunningham, 2014). Perubahan uterus dalam keseluruhannya disebut *invulusi uteri* (Rukiyah, 2010). Selain uterus, serviks juga mengalami *invulusi* bersamaan dengan uterus, hingga 6 minggu setelah persalinan serviks menutup (Trisnawati, 2012).

Pada masa nifas dari jalan lahir ibu mengeluarkan cairan mengandung darah dan sisa jaringan desidua yang nekrotik dari dalam uterus (*Lochia*). *Lochia* berbau amis atau anyir dengan volume yang berbeda-beda pada setiap wanita . Pengeluaran *lochia* berlangsung pada hari pertama setelah persalinan hingga 6 minggu setelah persalinan dan mengalami perubahan warna serta jumlahnya karena proses *invulusi* (Mansyur, 2014).

Berdasarkan waktu dan warnanya pengeluaran *lochia* dibagi menjadi 4 jenis:

- 1) *Lochia rubra*, *lochia* ini muncul pada hari pertama sampai hari ketiga masa *postpartum*, warnanya merah karena berisi darah segar dari jaringan sisa-sisa plasenta.
- 2) *Lochia sanginolenta*, berwarna merah kecoklatan dan muncul di hari keempat sampai hari ketujuh.
- 3) *Lochia serosa*, *lochia* ini muncul pada hari ketujuh sampai hari keempat belas dan berwarna kuning kecoklatan.
- 4) *Lochia alba*, berwarna putih dan berlangsung 2 sampai 6 minggu *postpartum* (Marmi, 2012 dan Mansyur, 2014).

b. Sistem Pencernaan

Biasanya ibu mengalami obstipasi setelah persalinan. Hal ini terjadi karena pada waktu melahirkan sistem pencernaan mendapat

tekanan menyebabkan kolon menjadi kosong, kurang makan, dan laserasi jalan lahir (Trisnawati, 2012).

c. Sistem Perkemihan

Diuresis postpartum normal terjadi dalam 24 jam setelah melahirkan sebagai respon terhadap penurunan estrogen. Kemungkinan terdapat spasme sfingter dan edema leher buli-buli sesudah bagian ini mengalami tekanan kepala janin selama persalinan. Protein dapat muncul di dalam urine akibat perubahan otolitik di dalam uterus (Rukiyah, 2010).

d. Sistem Muskuloskeletal

Ligamen, fasia, dan diafragma pelvis yang meregang pada waktu persalinan, setelah bayi lahir berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali (Mansyur, 2014).

e. Sistem Hematologi

Selama kelahiran dan masa postpartum terjadi kehilangan darah sekitar 200-500 ml. Penurunan volume dan peningkatan sel darah pada kehamilan diasosiasikan dengan peningkatan hematokrit dan hemoglobin pada hari ke 3-7 postpartum dan akan kembali normal dalam 4-5 minggu postpartum (Trisnawati, 2012).

f. Sistem Endokrin

Human Chorionic Gonadotropin (HCG) menurun dengan cepat dan menetap sampai 10 % dalam 3 jam hingga hari ke-7 postpartum (Mansyur, 2014).

g. Sistem Kardiovaskuler

Setelah persalinan volume darah ibu relatif akan bertambah. Keadaan ini akan menimbulkan beban pada jantung, dapat menimbulkan decompensation cordia pada penderita vitum cordia (Rukiyah, 2010).

h. Tanda-tanda Vital

Pada ibu masa nifas terjadi perubahan tanda-tanda vital, meliputi:

1) Suhu tubuh

Setelah 24 jam melahirkan suhu badan naik sedikit (37,50C-380C) sebagai dampak dari kerja keras waktu melahirkan, kehilangan cairan yang berlebihan dan kelelahan (Trisnawati,2012).

2) Nadi

Sehabis melahirkan biasanya denyut nadi akan lebih cepat dari denyut nadi normal orang dewasa (60-80x/menit).

3) Tekanan darah

Biasanya tidak berubah, kemungkinan bila tekanan darah tinggi atau rendah karena terjadi kelainan seperti perdarahan dan preeklamsia (Mansyur, 2014).

4) Pernafasan

Frekuensi pernafasan normal orang dewasa adalah 16-24 kali per menit. Pada ibu post partum umumnya pernafasan lambat atau normal. Bila pernafasan pada masa post partum menjadi lebih cepat, kemungkinan ada tanda-tanda syok (Rukiyah, 2010).

3. Asuhan Ibu Selama Masa Nifas

- a. Anjurkan ibu untuk melakukan kontrol/kunjungan masa nifas setidaknya 4 kali yaitu:
 - 1) 6-8 jam setelah persalinan (sebelum pulang)
 - 2) 6 hari setelah persalinan
 - 3) 2 minggu setelah persalinan
 - 4) 6 minggu setelah persalinan
- b. Periksa tekanan darah, perdarahan pervaginam, kondisi perineum, tanda infeksi, kontraksi uterus, tinggi fundus, dan temperatur secara rutin
- c. Nilai fungsi berkemih, fungsi cerna, penyembuhan luka, sakit kepala, rasa lelah, dan nyeri punggung.
- d. Tanyakan ibu mengenai suasana emosinya, bagaimana dukungan yang didapatkannya dari keluarga, pasangan, dan masyarakat untuk perawatan bayinya
- e. Tatalaksana atau rujuk ibu bila ditemukan masalah
- f. Lengkapi vaksinasi tetanus toksoid bila diperlukan
- g. Minta ibu segera menghubungi tenaga kesehatan bila ibu menemukan salah satu tanda berikut:
 - 1) Perdarahan berlebihan
 - 2) Sekret vagina berbau
 - 3) Demam

- 4) Nyeri perut berat
 - 5) Kelelahan atau sesak
 - 6) Bengkak di tangan, wajah, tungkai, atau sakit kepala atau pandangan kabur
 - 7) Nyeri payudara, pembengkakan payudara, luka atau perdarahan puting
- h. Berikan informasi tentang perlunya melakukan hal-hal berikut:
- 1) Kebersihan diri
 - 2) Membersihkan daerah vulva dari depan ke belakang setelah buang air kecil atau besar dengan sabun dan air
 - 3) Mengganti pembalut dua kali sehari
 - 4) Mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelamin
 - 5) Menghindari menyentuh daerah luka episiotomi atau laserasi.
- i. Istirahat
Beristirahat yang cukup
- j. Kembali melakukan rutinitas rumah tangga secara bertahap
- k. Latihan
- l. Gizi
- m. Menyusui dan merawat payudara
- n. Senggama
Senggama aman dilakukan setelah darah tidak keluar dan ibu tidak merasa nyeri ketika memasukan jari ke dalam vagina. Keputusan bergantung pada pasangan yang bersangkutan.
- o. Kontrasepsi dan keluarga berencana
Jelaskan kepada ibu mengenai pentingnya kontrasepsi dan keluarga berencana setelah bersalin.

2.1.4 Konsep Dasar Neonatus

1. Pengertian Neonatus

Asuhan segera pada bayi baru lahir adalah asuhan yang diberikan pada bayi baru lahir satu jam pertama sampai 24 jam setelah kelahiran. Sebagian besar bayi baru lahir menunjukkan usaha pernapasan spontan dengan sedikit bantuan atau gangguan.

Bayi baru lahir (neonatus) adalah bayi yang baru mengalami proses kelahiran berusia 0-28 hari. BBL memerlukan penyesuaian

fisiologis berupa maturasi, adaptasi (menyesuaikan diri dari kehidupan intra uterin ke kehidupan ekstra uterin) dan toleransi bagi BBL untuk dapat hidup dengan baik. Neonatus dapat didefinisikan sebagai bayi (*infant*) dalam empat minggu pertama kehidupan (Deslidel, 2011).

Masa neonatal adalah masa sejak lahir sampai dengan 4 minggu (28 hari) sesudah kelahiran. Neonatus adalah bayi berumur 0 (baru lahir) sampai dengan usia 1 bulan sesudah lahir. Neonatus dini adalah bayi berusia 0-7 hari. Neonatus lanjut adalah bayi berusia 7-28 hari (Muslihatun, 2014)

Sehingga dapat disimpulkan bahwa bayi baru lahir adalah nyawa hasil konsepsi yang dilahirkan melalui proses persalinan yang siap hidup di luar rahim yang berusia 0-28 hari.

2. Tujuan Asuhan Bayi Baru Lahir

Mengetahui derajat vitalitas dan mengukur reaksi bayi terhadap tindakan resusitasi. Derajat vitalitas bayi adalah kemampuan sejumlah fungsi tubuh yang bersifat esensial dan kompleks untuk berlangsungnya kelangsungan hidup bayi seperti pernafasan, denyut jantung, sirkulasi darah dan reflek-refleks primitive seperti menghisap dan mencari puting susu (Marmi dan Kuku, 2012).

3. Adaptasi Fisiologi Bayi Baru Lahir Terhadap Lingkungan Di Luar Uterus

Adaptasi *neonatal* adalah proses penyesuaian fungsional *neonatus* dari kehidupan di dalam uterus ke luar uterus. *Homeostasis* adalah kemampuan mempertahankan fungsi-fungsi vital bersifat dinamis dipengaruhi oleh tahap pertumbuhan dan perkembangan termasuk masa pertumbuhan dan perkembangan *intrauterine* (Muslihatun, 2014).

Menurut Deslidel (2011), bayi yang lahir akan mengalami adaptasi sehingga yang semula bersifat bergantung kemudian menjadi mandiri secara fisiologis karena:

- a. Mendapatkan oksigen melalui sistem sirkulasi pernafasannya yang baru
- b. Mendapatkan nutrisi oral untuk mempertahankan kadar gula darah yang cukup
- c. Dapat mengatur suhu tubuh

d. Dapat melawan setiap penyakit dan infeksi

Menurut Muslihatun (2014), mekanisme hemostatis atau adaptasi bayi baru lahir, yaitu:

a. Sistem Kardiovaskuler

Sistem kardiovaskuler sudah mengalami perubahan sejak tarikan napas paling awal yang membuat paru-paru mengembang dan resistensi vascular pulmonal menurun. Penjepitan tali pusat meningkatkan resistensi vascular sistemik dan tekanan atrium kiri sehingga secara fisiologis akan terjadi penutupan foramen ovale (terjadinya fibrosis memerlukan waktu dari beberapa minggu hingga satu tahun).

b. Sistem Respiratorius

Sistem respiratorius juga mulai berubah pada tarikan napas yang pertama. Pernapasan neonatus merupakan suatu refleks yang terpicu dalam merespon terhadap bunyi, cahaya dan perubahan suhu serta tekanan. Udara dengan segera akan menggantikan cairan yang mengisi paru-paru sebelum bayi dilahirkan.

c. Sistem Renal

Sistem renal baru memiliki fungsi yang sempurna setelah bayi berusia antara dua dan tiga tahun; sebagai akibatnya, neonatus tersebut memiliki batas-batas kimia dan keamanan yang sangat minimal. Keterbatasan kemampuan neonatus dalam mengekskresikan obat yang ditambah lagi dengan kehilangan cairan yang berlebihan dalam periode neonatus dapat dengan cepat menimbulkan asidosis dan gangguan keseimbangan cairan.

d. Gastrointestinal

Sistem gastrointestinal juga belum berkembang sempurna karena bakteri normal belum terdapat dalam traktus GI neonatus. Usus sebelah distal berisi meconium pada saat lahir; meconium pertama (yang steril, berwarna hitam kehijauan, dan viscous) biasanya sudah dikeluarkan dari usus dalam waktu 24 jam (Meyering, 2014).

e. Termoregulasi

Termoregulasi adalah kemampuan untuk menyeimbangkan antara produksi panas dan hilangnya panas dalam rangka menjaga suhu tubuh dalam keadaan normal, kemampuan ini sangatlah terbatas

pada BBL. Suhu normal pada BBL 36-36,5⁰C. Suhu basal tubuh (rektal) antara 36,5-37,5⁰C. Suhu aksila bisa 0,5-1⁰C lebih rendah dari suhu rektal. Suhu tubuh normal terjadi jika ada keseimbangan antara produksi panas dan hilangnya panas (Kosim, dkk., 2012).

Bayi baru lahir mempunyai kecenderungan untuk mengalami stres fisik akibat perubahan suhu di luar uterus. *Fluktuasi* suhu di dalam uterus rentang maksimal 0,6⁰C. Menurut Deslide, dkk. (2011), terdapat empat mekanisme hilangnya panas tubuh dari bayi baru lahir :

1) *Konduksi*

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

2) *Konveksi*

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

3) *Radiasi*

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

4) *Evaporasi*

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

4. Penanganan Bayi Baru Lahir

Tujuan utama perawatan bayi segera sesudah lahir adalah :

a. Membersihkan jalan nafas

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

- 1) Letakkan bayi pada posisi terlentang di tempat yang keras dan hangat.
- 2) Gulung kain dan letakkan dibawah bahu sehingga leher bayi lebih lurus dan kepala tidak menekuk. Posisi kepala diatur lurus sedikit tengadah kebelakang.
- 3) Bersihkan hidung, rongga mulut dan tenggorokan bayi dengan jari tangan yang membungkus dengan kassa steril.

- 4) Tepuk kedua telapak kaki bayi sebanyak 2-3 kali atau gosok kulit bayi dengan kain kering. Dengan rangsangan ini biasanya bayi segera menangis.
- b. Memotong dan merawat tali pusat

Tali pusat dipotong 2-3 cm dari dinding perut bayi dengan menggunakan gunting steril dan diikat dengan pengikat steril, tali pusat dibersihkan dan dirawat dengan kassa steril.
 - c. Mempertahankan suhu tubuh

Pada waktu baru lahir, bayi belum mampu mengatur tetap suhu badannya, dan membutuhkan pengaturan dari luar untuk membantunya tetap hangat. Bayi baru lahir harus dibungkus hangat setelah IMD, suhu tubuh bayi merupakan tolak ukur kebutuhan akan tempat tidur yang hangat sampai suhu tubuhnya sudah stabil, suhu bayi harus dicatat.
 - d. IMD (Inisiasi Menyusu Dini)
 - 1) Pengertian IMD

Inisiasi Menyusu dini (*early initiation*) adalah permulaan kegiatan menyusu dalam 1 jam pertama setelah bayo lahir. Bayi menyusu pada ibunya, bukan disusui ibunya ketika baru saja lahir, yang dapat diartikan sebagai cara bayi menyusu 1 jam pertama setelah lahir dengan usaha sendiri bukan disusui. Cara bayi melakukan inisiasi menyusu dini ini dinamakan "*the breast crawl*" atau merangkak mencari payudara (Astuti, S., dkk. 2015).
 - 2) Tahapan Perilaku Bayi Sebelum Menyusui

Untuk mencari payudara, bayi merangkak melalui beberapa tahapan, yaitu:

 - a) Dalam menit pertama : istirahat siaga, sekali-kali melihat ibunya, menyesuaikan dengan lingkungannya.
 - b) 30 - 40 menit : mengeluarkan suara, gerakan menghisap, memasukan tangan ke mulut.
 - c) Mengeluarkan air liur
 - d) Kaki menekan-nekan perut ibu untuk bergerak kearah payudara.
 - e) Menjilat-jilat kulit ibu, menyentuh puting susu dan tangannya
 - f) Menghentakan kepala ke dada ibu, menoleh ke kanan dan kiri

- g) Menemukan puting, menjilat, mengulum puting susu.
 - h) Membuka mulut lebar dan melekat dengan baik serta menghisap dengan kuat pada puting susu ibu.
- 3) Manfaat IMD menurut Astuti, S., dkk (2015) :
- a) Dada ibu menghangatkan bayi dengan tepat.
 - b) Ibu dan bayi merasa tenang.
 - c) Bayi memperoleh bakteri yang tidak berbahaya (bakteri baik) dari ASI.
 - d) Bayi mendapatkan kolostrum (ASI pertama), yaitu cairan berharga yang kaya antibody (zat kekebalan tubuh) dan factor pertumbuhan sel usus.
 - e) Antibodi dalam ASI penting untuk ketahanan terhadap infeksi, sehingga menjamin kelangsungan hidup sang bayi.
 - f) Bayi yang menyusu dini akan lebih berhasil menyusu ASI Eksklusif dan mempertahankan menyusu setelah 6 bulan.
 - g) Pada menit-menit ketika bayi merayap diperut dan dada ibunya, bayi mulai mengecap-ngecapkan bibir dan menjilat permukaan kulit ibunya sebelum ia berhasil menghisap puting, ini merupakan cara alami bayi untuk mengumpulkan bakteri yang ia perlukan untuk membangun sistem kekebalan tubuhnya layaknya suatu imunisasi alami.
 - h) Memelihara kemampuan untuk mempertahankan diri (*survival*).
 - i) Sentuhan, emutan, jilatan pada puting merangsang pengeluaran hormon oksitosin, penting untuk :
 1. Kontraksi rahim, membantu mengurangi pendarahan.
 2. Merangsang hormon lain membuat ibu tenang, rileks, mencintai bayinya, lebih kuat menahan sakit atau nyeri dan menimbulkan rasa suka cita atau bahagia.
 3. Merangsang pengeluaran ASI

5. Pemeriksaan Fisik Bayi Baru Lahir

Pengkajian fisik pada bayi baru lahir merupakan suatu proses yang dilakukan di kamar bersalin setelah bayi lahir dan pengkajian ini merupakan bagian dari prosedur perawatan segera bayi baru lahir.

Menurut Marmi dan Kuku (2012), tujuan dari pemeriksaan fisik pada bayi baru lahir adalah untuk memastikan normalitas dan mendeteksi adanya penyimpangan normal. Dalam pelaksanaannya harus diperhatikan agar bayi tidak kedinginan, dan dapat ditunda apabila suhu tubuh bayi rendah atau bayi tampak tidak sehat.

Adapun pemeriksaan fisik pada bayi baru lahir menurut Marmi dan Kuku (2012), adalah :

a. Pengukuran antropometri

- 1) Penimbangan berat badan
- 2) Pengukuran panjang badan
- 3) Ukur lingkar kepala
- 4) Ukur lingkar dada

b. Pemeriksaan fisik menurut withdrawal bleeding (2013), antara lain:

1) Kepala

- a) Raba sepanjang garis sutura dan fontanel, apakah ukuran dan tampilannya normal. sutura yang berjarak lebar mengindikasikan bayi preterm, moulding yang buruk atau hidrosefalus
- b) Periksa adanya trauma kelahiran misalnya caput suksedaneum, sefal hematoma, perdarahan subapneurotik atau fraktur tulang tengkorak
- c) Perhatikan adanya kelainan congenital seperti anansefali, mikrosefali, kraniotabes dan sebagainya.

2) Wajah

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

3) Mata

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

ditemukan epichantus melebar kemungkinan bayi mengalami syndrome down.

4) Hidung

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

c. Leher

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

d. Klavikula

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

e. Tangan

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

- d) Telapak tangan harus dapat terbuka, garis tangan yang hanya satu buah berkaitan dengan abnormalitas kromosom seperti trisomi 21.
 - e) Periksa adanya paronisia pada kuku yang dapat terinfeksi atau tercabut sehingga menimbulkan luka dan perdarahan.
- f. Dada
- a) Periksa kesimterisan gerakan dada saat bernapas. Apabila tidak simetris kemungkinan bayi mengalami pneumotoraks paresis diafragma atau hernia diafragmatika. Pernapasan yang normal dinding dada dan abdomen bergerak secara bersamaan. Tarikan sternum atau interkostal pada saat bernapas perlu diperhatikan.
 - b) Pada bayi cukup bulan, puting susu sudah terbentuk dengan baik dan tampak simetris
 - c) Payudara dapat tampak membesar tetapi ini normal.
- g. Abdomen
- a) Abdomen harus tampak bulat dan bergerak secara bersamaan dengan gerakan dada saat bernapas. Kaji adanya pembengkakan.
 - b) Jika perut sangat cekung kemungkinan terdapat hernia diafragmatika
 - c) Abdomen yang membuncit kemungkinan karena hepatosplenomegali atau tumor lainnya.
 - d) Jika perut kembung kemungkinan adanya eterokilitis vesikalis, omfalokel atau ductus omfaloentrikus persisten.
- h. Genetalia
- a) Pada bayi laki-laki panjang penis 3-4 cm dan lebar 1-1,3 cm. Periksa lubang uretra. Prepusium tidak boleh ditarik karena menyebabkan fimosis.
 - b) Periksa adanya hipospadia dan epispadia.
 - c) Skrotum harus dipalpasi untuk memastikan testis ada dua.
 - d) Pada bayi perempuan cukup bulan labia mayora menutupi labia minora.
 - e) Lubang uretra terpisah dengan lubang vagina.

f) Terkadang tampak adanya secret yang berdarah dari vagina, hal ini disebabkan oleh pengaruh hormon ibu.

i. Anus dan rectum

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

j. Tungkai

a) Periksa kesimetrisan tungkai dan kaki. Periksa panjang kedua kaki dengan meluruskan keduanya dan bandingkan.

b) Kedua tungkai harus dapat bergerak bebas. Kurangnya gerakan berkaitan dengan adanya trauma, misalnya fraktur, kerusakan neurologis.

c) Periksa adanya polidaktili atau sidaktili pada jari kaki.

k. Spinal

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

l. Kulit

Perhatikan kondisi kulit bayi.

a) Periksa adanya ruam dan bercak atau tanda lahir.

b) Periksa adanya pembengkakan.

c) Perhatikan adanya vernik kaseosa.

d) Perhatikan adanya lanugo, jumlah yang terdapat pada bayi kurang bulan.

6. Tanda-Tanda Bahaya Pada Bayi

Menurut Marmi dan Rahardjo (2012), tanda-tanda bahaya bayi dibagi menjadi dua yaitu:

a. Tanda – tanda bahaya yang harus dikenali oleh ibu yaitu :

1) Pemberian ASI sulit, sulit menghisap, atau hisapan lemah.

2) Kesulitan bernafas, yaitu pernafasan cepat >60/menit atau menggunakan otot nafas tambahan.

3) Letargi, bayi terus-menerus tidur tanpa bangun untuk makan.

- 4) Warna abnormal kulit atau bibir biru (sianosis) dan bayi sangat kuning.
 - 5) Suhu terlalu panas (febris) atau terlalu dingin (hipotermia).
 - 6) Tanda dan perilaku abnormal atau tidak biasa.
 - 7) Gangguan gastrointestinal, misalnya tidak bertinja selama 3 hari pertama setelah lahir, muntah terus menerus, muntah dan perut bengkak, tinja hijau tua atau berdarah atau lender. Mata bengkak atau mengeluarkan cairan.
- b. Tanda tanda bahaya yang harus di waspadai pada bayi baru lahir:
- 1) Pernafasan sulit atau lebih dari 60 kali permenit.
 - 2) Kehangatan terlalu panas $>38^{\circ}\text{C}$ atau terlalu dingin $<36^{\circ}\text{C}$.
 - 3) Warna kuning (terutama pada 24 jam pertama), biru atau pucat, memar.
 - 4) Pemberian makan, hisapan lemah, mengantuk berlebihan, banyak muntah.
 - 5) Tali pusat merah, bengkak, keluar cairan (nanah), bau busuk, pernafasan sulit.
 - 6) Tinja atau kemih-tidak berkemih dalam 24 jam, tinja lembek, sering, hijau tua, ada lender dan darah pada tinja.
 - 7) Aktivitas-mengigil atau tangis tidak biasa, sangat mudah tersinggung, lemas, tidak mengantuk, lunglai, kejang, kejang halus, tidak bisa tenang, menangis terus menerus.

7. Imunisasi

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

a. BCG

1) Pengertian

BCG (*Bacille Calmette-Guerin*), Perlindungan penyakit : TBC/Tuberkulosis. Vaksin BCG tidak dapat mencegah *infeksi*

tuberkulosis, namun dapat mencegah komplikasinya atau tuberkulosis berat.

2) Kandungan

Mycobacterium bovis yang dilemahkan.

3) Waktu pemberian

Umur : usia < 2 bulan, apabila BCG diberikan diatas usia 3 bulan, sebaiknya dilakukan uji tuberkulin terlebih dahulu. Vaksin BCG diberikan apabila uji *tuberkulin* negatif.

4) Kontraindikasi

Reaksi uji tuberkulin > 5 mm. Menderita inveksi *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) atau dengan resiko tinggi *infeksi* HIV
Menderita gizi buruk Menderita demam tinggi.

2) Efek samping

Kebanyakan bayi menderita panas pada waktu sore hari setelah mendapatkan imunisasi DPT, tetapi panas akan turun dan hilang dalam waktu 2 hari. Sebagian besar merasa nyeri, sakit, merah, atau bengkak di tempat suntikan. Keadaan ini tidak berbahaya dan tidak perlu mendapatkan pengobatan khusus, akan sembuh sendiri. Bila gejala tersebut tidak timbul tidak perlu diragukan bahwa imunisasi tersebut tidak memberikan perlindungan dan imunisasi tidak perlu diulang. Jika demam pakailah pakaian yang tipis, bekas suntikan yang nyeri dapat dikompres air dingin, jika demam berikan parasetamol 15 mg/kgbb setiap 3-4 jam bila diperlukan.

b. Hepatitis B

1) Pengertian

Perlindungan Penyakit: *Hepatitis B*

2) Waktu dan dosis pemberian

Minimal diberikan sebanyak 3 kali *Imunisasi* pertama diberikan segera setelah lahir *Interval* antara dosis pertama dan kedua minimal 1 bulan. Dosis ketiga merupakan penentu respons antibodi karena merupakan dosis *booster* (3-6 bulan).

3) Efek samping

Kejadian pasca imunisasi pada hepatitis B jarang terjadi, segera setelah imunisasi dapat timbul demam yang tidak tinggi, pada tempat penyuntikan timbul kemerahan, pembengkakan, nyeri, rasa

mual, dan nyeri sendi. Orang tua/pengasuh dianjurkan untuk memberikan minum lebih banyak (ASI atau air buah), jika demam pakailah pakaian yang tipis, bekas suntikan yang nyeri dapat dikompres air dingin, jika demam berikan parasetamol 15 mg/kg bb setiap 3-4 jam bila diperlukan, boleh mandi atau cukup diseka dengan air hangat. Jika reaksi tersebut menjadi berat dan menetap, atau jika orang tua merasa khawatir, bawalah bayi/anak ke dokter.

c. DPT

1) Pengertian

Imunisasi DPT-HB 3 (tiga) kali untuk mencegah penyakit *Difteri*, *Pertusis* (batuk rejan), *Tetanus* dan Hepatitis B. *Imunisasi* ini pertama kali diberikan saat bayi berusia 2 (dua) bulan. *Imunisasi* berikutnya berjarak waktu 4 minggu. Pada saat ini pemberian *imunisasi* DPT dan Hepatitis B dilakukan bersamaan dengan vaksin DPT-HB. Kebanyakan bayi menderita panas pada sore hari setelah imunisasi DPT, tetapi panas akan turun dan hilang dalam waktu 2 hari.

Sebagian besar merasa nyeri, sakit, merah atau bengkak di tempat suntikan. Keadaan ini tidak berbahaya dan tidak perlu mendapatkan pengobatan khusus, dan akan sembuh sendiri. Bila gejala tersebut tidak timbul, tidak perlu diragukan bahwa imunisasi tersebut tidak memberikan perlindungan, dan imunisasi tidak perlu diulang.

d. Polio

1) Pengertian

Perlindungan Penyakit: *Poliomyelitis/Polio* (lumpuh layuh).

2) Waktu Pemberian

Vaksin polio oral diberikan pada bayi baru lahir sebagai Dosis awal, kemudian diteruskan dengan *imunisasi* dasar mulai umur 2-3 bulan yang diberikan tiga dosis terpisah berturut-turut dengan interval waktu 6-8 minggu.

3) Kontraindikasi

Demam ($>38.5^{\circ}\text{C}$) Muntah atau diare Keganasan, HIV (*Human Immunodeficiency Virus*). Efek samping Diperkirakan terdapat 1 kasus *poliomyelitis paralitik* yang berkaitan dengan vaksin terjadi

setiap 2,5 juta dosis OPV (*Oral Polio Vaksin*) yang diberikan. Resiko terjadi paling sering pada pemberian pertama dibandingkan dengan dosis-dosis berikutnya. Setelah vaksinasi sebagian kecil resipien dapat mengalami gejala pusing, diare ringan, dan nyeri otot.

e. Campak

1) Pengertian

Penyakit campak adalah penyakit akut yang disebabkan oleh virus campak yang sangat menular pada anak-anak, ditandai dengan panas, batuk, pilek, *konjungtivitis*, dan ditemukan spesifik enanitem (*Koplik's spot*) diikuti dengan *erupsi mukopapular* yang menyeluruh.

2) Penyebab

Campak disebabkan oleh virus campak yang termasuk dalam family *Paramyxovirus*. Virus ini sensitif terhadap panas, dan sangat mudah rusak pada suhu 370c.

3) Waktu pemberian

Pemberian diberikan pada umur 9 bulan, secara subkutan, walaupun demikian dapat diberikan secara *intramuskular*.

4) Efek samping

Efek samping pemberian imunisasi campak berupa demam > 39,50C yang terjadi pada 5-15% kasus dijumpai pada hari ke 5-6 setelah imunisasi dan berlangsung selama 2 hari. Ruam dapat dijumpai pada 5% *resipien*, timbul pada hari ke 7-10 berlangsung selama 2-4 hari.

Reaksi yang berat dapat ditemukan gangguan fungsi sistem saraf pusat seperti ensefalitis dan ensefalopati timbul pada 30 hari setelah imunisasi.

Menurut Marmi & Rahardjo (2012), jadwal imunisasi akan di sajikan pada tabel berikut.

Tabel 2. 10 Jadwal Imunisasi Bayi

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

2.1.5 Konsep Dasar KB (Keluarga Bencana)

1. Pengertian KB

Keluarga Berencana menurut UU No. 10 tahun 1992 adalah upaya untuk peningkatan kepedulian dan peran serta masyarakat melalui pendewasaan usia perkawinan (PUP), pengaturan kelahiran, pembinaan ketahanan keluarga, peningkatan kesejahteraan keluarga kecil, bahagia, dan sejahtera. (Marmi, 2016).

Kontrasepsi merupakan bagian dari pelayanan kesehatan reproduksi untuk pengaturan kehamilan, dan merupakan hak setiap individu sebagai makhluk seksual (Affandi, dkk., 2015).

2. Tujuan Program KB

Menurut Marmi (2016) , tujuan program KB adalah :

- a. Memperbaiki kesehatan dan kesejahteraan ibu, anak, keluarga dan bangsa.
- b. Mengurangi angka kelahiran untuk menaikkan taraf hidup rakyat dan bangsa.
- c. Menurunkan angka kematian ibu, bayi, dan anak serta penanggulangan masalah kesehatan reproduksi.

3. Jenis Alat Kontrasepsi

- a. Metode Alamiah
 - 1) Metode Amenorea Laktasi (MAL)

a) Mekanisme

Kontrasepsi MAL mengandalkan pemberian ASI secara eksklusif untuk menekan ovulasi, artinya hanya diberikan ASI tanpa tambahan makanan atau minuman apa pun lainnya. Metode ini memiliki 3 syarat yang harus dipenuhi:

- (1) Menyusui secara penuh, lebih efektif bila pemberian $\geq 8x$ sehari
- (2) Ibu belum mengalami haid lagi
- (3) Umur bayi kurang dari 6 bulan

b) Efek Samping : Tidak ada

c) Keuntungan Kontrasepsi

- (1) Efektifitas tinggi (keberhasilan 98% pada 6 bulan pascapersalinan)
- (2) Segera efektif
- (3) Tidak mengganggu senggama
- (4) Tidak perlu pengawasan medis

d) Keuntungan non kontrasepsi

(1) Bagi bayi

- (a) Mendapat kekebalan pasif (mendapatkan antibodi perlindungan lewat ASI)
- (b) Sumber asupan gizi yang terbaik dan sempurna untuk tumbuh kembang bayi yang optimal

(2) Bagi ibu

- (a) Mengurangi perdarahan pascapersalinan
- (b) Meningkatkan hubungan antara ibu dan bayi

e) Keterbatasan

- (1) Tidak melindungi dari penyakit IMS
- (2) Hanya efektif selama 6 bulan atau sebelum haid

2) Metode Kalender

a) Mekanisme

Metode kalender adalah metode alamiah dengan menghindari senggama pada masa subur.

b) Efek samping : Tidak ada

c) Keuntungan kontrasepsi

- (1) Dapat digunakan untuk menghindari kehamilan

- (2) Tidak adak resiko kesehatan yang berhubungan dengan kontrasepsi
 - (3) Murah atau tanpa biaya
 - d) Keuntungan non kontrasepsi
 - (1) Mempererat hubungan antara suami dan istri
 - (2) Menambah pengetahuan tentang sistem reproduksi pada suami dan istri
 - e) Keterbatasan
 - (1) Keefektifan tergantung dari kemauan dan disiplin pasangan untuk mengikuti instruksi
 - (2) Perlu adanya pelatihan
 - (3) Perlu pencatatan setiap hari
 - (4) Perlu pantang selama masa subur untuk menghindari kehamilan
- 3) Senggama Terputus
- a) Mekanisme

Senggama terputus adalah metode keluarga berencana tradisonal, dimana pria mengeluarkan alat kelaminnya (penis) dari vagina sebelum pria mencapai ejakulasi.
 - b) Efek samping : Tidak ada
 - c) Keuntungan kontrasepsi
 - (1) Efektif bila dilaksanakan dengan benar
 - (2) Tidak mengganggu produksi ASI
 - (3) Dapat digunakan sebagai pendukung metode KB lainnya
 - (4) Dapat digunakan setiap waktu
 - d) Keuntungan nonkontrasepsi
 - (1) Meningkatkan kerjasama anata suami dan istri
 - (2) Tidak membutuhkan biaya
 - e) Keterbatasan
 - (1) Efektifitas sangat bergantung pada kesediaan pasangan untuk melakukan senggama terputus setiap melaksanakannya.
 - (2) Memutus kenikmatan dalam berhubungan seksual
- b. Penghalang
- 1) Kondom

- a) Mekanisme
 - Kondom menghalangi terjadinya pertemuan sperma dan sel telur dengan cara mengemas sperma diujung selubung karet yang dipasang pada penis sehingga sperma tersebut tidak tercurah kedalam saluran reproduksi perempuan
 - b) Efek samping : Tidak ada
 - c) Keuntungan kontrasepsi
 - (1) Efektif bila digunakan dengan benar
 - (2) Tidak mengganggu produksi ASI
 - (3) Tidak perlu resep dokter atau pemeriksaan kesehatan khusus
 - (4) Metode kontrasepsi sementara bila metode kontrasepsi lainnya harus ditunda
 - d) Keuntungan non kontrasepsi
 - (1) Dapat mencegah penularan penyakit IMS
 - (2) Memberi dorongan kepada suami untuk ikut ber-KB
 - e) Keterbatasan
 - (1) Cara penggunaan sangat mempengaruhi keberhasilan kontrasepsi
 - (2) Agak mengganggu hubungan seksual
 - (3) Harus selalu tersedia setiap kali berhubungan seksual
 - (4) Beberapa klien malu untuk membeli kondom di tempat umum
- 2) Diafragma
- a) Mekanisme
 - Diafragma adalah kap berbentuk bulat cembung, terbuat dari lateks (karet) yang dimasukkan kedalam vagina sebelum berhubungan seksual dan menutup serviks
 - b) Efek samping : Iritasi vagina dan penis, lesi divagina
 - c) Keuntungan kontrasepsi
 - (1) Efektif bila digunakan dengan benar
 - (2) Tidak mengganggu produksi ASI
 - d) Keuntungan non kontrasepsi
 - (1) Salah satu perlindungan terhadap IMS
 - (2) Bila digunakan saat haid, menampung darah menstruasi

- e) Keterbatasan
 - (1) Keberhasilan sebagai kontrasepsi bergantung pada kepatuhan mengikuti cara penggunaan
 - (2) Pada 6 jam pascaberubangan seksual, alat masih harus berada di posisinya
- c. Kontrasepsi hormonal
 - 1) Pil kombinasi
 - a) Mekanisme

Pil kombinasi, menekan ovulasi, mencegah implantasi, mengentalkan lender serviks sehingga sulit untuk dilalui sperma. Pil ini diminum setiap hari
 - b) Efek samping
 - (1) Pada bulan-bulan pertama terasa pusing, mual dan perdarahan bercak yang tidak berbahaya dan segera akan hilang
 - (2) Perubahan berat badan
 - (3) Jerawat (dapat membaik, atau memburuk)
 - c) Keuntungan
 - (1) Tidak mengganggu hubungan seksual
 - (2) Dapat digunakan sejak usia remaja sampai menopause
 - (3) Mudah digunakan setiap saat
 - (4) Kesuburan segera kembali setelah penggunaan pil dihentikan
 - (5) Siklus haid menjadi teratur, banyaknya darah haid berkurang (mencegah anemia)
 - d) Keterbatasan
 - (1) Mual terutama pada pemakaian bulan-bulan pertama
 - (2) Tidak boleh diberikan pada ibu yang menyusui
 - (3) Harus diminum setiap saat
 - (4) Tidak mencegah IMS
 - 2) Suntikan kombinasi
 - a) Mekanisma

Suntikan kombinasi menekan ovulasi, mengentalkan lender serviks sehingga penetrasi sperma terganggu, atrofi

pada endometrium sehingga implantasi terganggu. Suntikan diberikan setiap bulan

- b) Efek samping :
 - (1) Terjadi perubahan pola haid (haid jadi sedikit, haid tidak teratur, haid memanjang, atau tidak haid)
 - (2) Perubahan berat badan
 - c) Keuntungan kontrasepsi
 - (1) Tidak mempengaruhi hubungan seksual
 - (2) Tidak perlu pemeriksaan dalam
 - (3) Klien tidak perlu menyimpan obat suntik
 - (4) Jangka panjang
 - d) Keuntungan non kontrasepsi
 - (1) Mengurangi nyeri saat haid
 - (2) Melindungi klien dari jenis-jenis tertentu penyakit radang panggul
 - e) Keterbatasan
 - (1) Ketergantungan klien terhadap tenaga kesehatan. Klien harus kembali setiap bulan untuk mendapatkan suntikan
 - (2) Kemungkinan terlambatnya pemulihan kesuburan setelah penghentian pemakaian
- 3) Suntikan progestin
- a) Mekanisme

Suntikan progestin mencegah ovulasi, mengentalkan lender serviks sehingga penetrasi sperma terganggu, menjadikan selaput rahim tipis dan atrofi, dan menghambat transportasi gamet oleh tuba. Suntikan diberikan tiap 3 bulan sekali (DMPA)
 - b) Efek samping:
 - (1) Perubahan berat badan
 - (2) Pada penggunaan jangka panjang dapat menurunkan libido, sakit kepala.
 - c) Keuntungan kontrasepsi
 - (1) Sangat efektif
 - (2) Pencegahan kehamilan jangka panjang
 - (3) Tidak mengganggu hubungan seksual

- (4) Tidak mempengaruhi produksi ASI
 - d) Keuntungan non kontrasepsi
 - (1) Tidak diperlukan pemeriksaan dalam
 - (2) Klien tidak perlu menyimpan obat suntik
 - e) Keterbatasan
 - (1) Klien sangat bergantung pada tempat sarana pelayanan kesehatan (harus kembali untuk mendapatkan suntikan)
 - (2) Terlambatnya kembali kesuburan setelah penghentian pemakaian
 - (3) Tidak memberi perlindungan terhadap penyakit IMS
- 4) Pil progestin (mini pil)
- a) Mekanisme

Mini pil menekan sekresi gonadotropin dan sintesis steroid seks di ovarium, endometrium mengalami transformasi lebih awal sehingga implantasi lebih sulit, mengentalkan lender serviks sehingga menghambat penetrasi sperma mengubah motilitas tuba sehingga transformasi sperma terganggu. Pil ini diminum setiap hari.
 - b) Efeksamping :
 - (1) Perubahan berat badan
 - (2) Perubahan pola haid
 - (3) Payudara menjadi tegang, mual, pusing, dermatitis atau jerawat
 - c) Keuntungan kontrasepsi
 - (1) Sangat efektif bila digunakan secara benar
 - (2) Tidak mengganggu hubungan seksual
 - (3) Tidak mempengaruhi ASI
 - (4) Nyaman dan mudah digunakan
 - (5) Dapat dihentikan setiap saat
 - d) Keuntungan non kontrasepsi
 - (1) Mengurangi nyeri haid
 - (2) Mengurangi jumlah darah haid
 - (3) Melindungi dari penyakit radang panggul
 - e) Keterbatasan
 - (1) Harus digunakan setiap hari dan pada waktu yang sama

(2) Bila lupa 1 pil saja, kegagalan menjadi lebih besar

(3) Tidak melindungi diri dari penyakit IMS

5) Implant

a) Mekanisme

Kontrasepsi implant menekan ovulasi, mengentalkan lender serviks, menjadikan selaput rahim tipis dan atrofi, dan mengurangi transportasi sperma, implant dimasukkan dibawah kulit dan dapat bertahan hingga 3-7 tahun tergantung jenisnya.

b) Efek samping

(1) Perubahan pola haid (pada beberapa bulan pertama: haid sedikit dan singkat, haid tidak teratur lebih dari 8 hari, haid jarang, atau tidak haid setelah setahun)

(2) Perubahan berat badan

(3) Jerawat (dapat membaik atau memburuk)

c) Keuntungan kontrasepsi

(1) Sangat efektif bila digunakan dengan benar

(2) Tidak mengganggu hubungan seksual

d) Keuntungan non kontrasepsi

(1) Metode jangka panjang

e) Keterbatasan

(1) Diperlukan bedah minor, yang dilakukan oleh petugas kesehatan

(2) Tidak melindungi dari penyakit IMS

d. Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

1) AKDR

a) Mekanisme

AKDR dimasukkan kedalam uterus, AKDR menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba falopi, mempengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai kavum uteri, mencegah sperma dan ovum bertemu, mencegah implantasi telur didalam uterus.

b) Efek samping

(1) Perubahan pola haid (umumnya pada 3 bulan pertama dan akan berkurang setelah 3 bulan)

(2) Haid lebih lama dan banyak

- (3) Saat haid lebih sakit
 - c) Keuntungan kontrasepsi
 - (1) Efektifitas tinggi
 - (2) AKDR segera efektif setelah pemasangan
 - (3) Tidak mempengaruhi hubungan seksual
 - (4) Dapat digunakan sampai menopause
 - (5) Tidak mempengaruhi produksi ASI
 - d) Keuntungan non kontrasepsi
 - (1) Sangat efektif karena tidak perlu mengingat-ingat
 - (2) Tidak ada interaksi dengan obat-obat
 - (3) Meningkatkan kenyamanan karena tidak perlu takut hamil
 - e) Keterbatasan
 - (1) Tidak mencegah IMS
 - (2) Diperlukan pemeriksaan dalam
 - (3) Tidak baik digunakan pada perempuan yang IMS atau perempuan yang sering berganti pasangan
- 2) AKDR dengan progestin
- a) Mekanisme

AKDR dengan progestin membuat endometrium mengalami transformasi yang ireguler, epitel atrofi sehingga mengganggu implantasi, mencegah terjadinya pembuahan dengan memblok bersatunya ovum dengan sperma, mengurangi jumlah sperma yang mencapai tuba falopi, dan mengaktifkan sperma.
 - b) Efek samping

Perubahan pola haid (haid sedikit singkat, haid tidak teratur, haid jarang, haid memanjang, atau tidak haid), sakit kepala, perubahan suasana perasaan.
 - c) Keuntungan kontrasepsi
 - (1) Efektif dengan proteksi jangka panjang
 - (2) Tidak mengganggu hubungan suami istri
 - (3) Tidak mempengaruhi produksi ASI
 - (4) Kesuburan segera kembali setelah AKDR diangkat
 - d) Keuntungan non kontrasepsi

(1) Merupakan kontrasepsi pilihan utama pada perempuan perimenopause

e) Keterbatasan

(1) Diperlukan pemeriksaan dalam

(2) Diperlukan tenaga terlatih untuk pemasangan dan pencabutan AKDR

(3) Kejadian kehamilan ektopik relative tinggi

(4) Mahal

(5) Klien tidak dapat menghentikan sendiri setiap saat, sehingga sangat bergantung pada tenaga kesehatan

e. Kontrasepsi Mantap

1) Tubektomi

a) Mekanisme

Menutup tuba falopi (mengikat dan memotong atau memasang cincin) sehingga sperma tidak dapat bertemu dengan ovum

b) Efek samping: Tidak ada

c) Keuntungan kontrasepsi

(1) Sangat efektif

(2) Tidak mempengaruhi proses menyusui

(3) Baik bagi klien apabila kehamilan akan menjadi risiko kesehatan yang serius

(4) Tidak ada perubahan dalam fungsi seksual

(5) Tidak menghambat hubungan seksual

d) Keuntungan nonkontrasepsi

(1) Berkurangnya risiko kanker ovarium

e) Keterbatasan

(1) Harus dipertimbangkan sifat permanen metode kontrasepsi ini (tidak dapat dipulihkan kembali)

(2) Klien dapat menyesal di kemudian hari

(3) Tidak melindungi diri dari IMS

(4) Dilakukan oleh dokter yang terlatih

2) Vasektomi

a) Mekanisme

Menghentikan kapasitas produksi pria dengan jalan melakukan oklusi vasa deferens sehingga alur transportasi sperma terhambat dan proses fertilisasi tidak terjadi

- b) Efek samping : Tidak ada
- c) Keuntungan kontrasepsi
 - (1) Sangat efektif
 - (2) Tidak menghambat hubungan seksual
- d) Keuntungan nonkontrasepsi
 - (1) Hanya sekali aplikasi dan efektif dalam jangka panjang
- e) Keterbatasan
 - (1) Permanes, dan timbul masalah bila klien menikah lagi
 - (2) Bila tak siap ada kemungkinan penyesalan dikemudian hari
 - (3) Diperlukan pembedahan kecil
 - (4) Perlu tenaga pelaksana terlatih
 - (5) Tidak melindungi dari IMS
 - (6) Ada nyeri/rasa tak nyaman pascabedah

2.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Manajemen Varney

1. Pengertian

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

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

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

2. Prinsip–Prinsip Manajemen Kebidanan Dalam Memberikan Asuhan Kebidanan

Menurut Nugroho, dkk. (2014), tentang prinsip-prinsip manajemen kebidanan dalam memberikan asuhan kebidanan, yaitu:

- a. Meminimalkan rasa tidak nyaman baik fisik maupun emosi
- b. Menjaga privasi klien
- c. Adaptasikan pola pendekatan ke klien dengan tepat
- d. Beri kesempatan kepada klien untuk bertanya
- e. Beri kesempatan kepada klien untuk mendapatkan dukungan
- f. Saling bertukar informasi
- g. Dukung hak klien untuk membuat dan bertanggung jawab terhadap setiap keputusan mengenai perawatan
- h. Komunikasi dengan tim kesehatan lain
- i. Terima tanggung jawab dalam membuat keputusan dan konsekuensinya
- j. Kembangkan lingkungan saling menghargai disetiap interaksi nasional.

3. Langkah – langkah Manajemen Kebidanan

Menurut Purwoastuti & Walyani (2014), langkah – langkah manajemen kebidanan, yaitu:

a. Langkah I (pertama) : Pengumpulan Data Dasar

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

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

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

b. Langkah II (kedua) : Interpretasi Data Dasar

Pada langkah ini dilakukan interpretasi data yang benar terhadap diagnosa atau masalah dan kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan. Datadasar yang sudah dikumpulkan di interpretasikan sehingga ditemukan masalah atau diagnosa yang spesifik. Masalah sering berkaitan dengan pengalaman

wanita yang di identifikasikan oleh bidan. Masalah ini sering menyertai diagnosa.

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

- b. Langkah III (ketiga) : Mengidentifikasi Diagnosa atau Masalah Potensial

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

- d. Langkah IV (keempat): Mengidentifikasi dan Menetapkan Kebutuhan yang Memerlukan Penanganan Segera

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan/atau untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai kondisi klien. Langkah keempat mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan. Jadi manajemen bukan hanya selama asuhan primer periodik atau kunjungan prenatal saja, tetapi jugaselama wanita tersebut bersama bidan terus menerus, misalnya pada waktu wanita tersebut dalam persalinan.

Data baru mungkin saja perlu dikumpulkan dan dievaluasi. Beberapa data mungkin mengindikasikan situasi yang gawat dimana bidan harus bertindak segera untuk kepentingan keselamatan jiwa ibu atau anak (misalnya, perdarahan kala III atau perdarahan segera setelah lahir, distocia bahu, atau nilai APGAR yang rendah).

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

- e. Langkah V (kelima) : Merencanakan Asuhan yang Menyeluruh

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

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

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

f. Langkah VI (keenam) : Melaksanakan Perencanaan

Pada langkah keenam ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah ke 5 dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan ini bisa dilakukan oleh bidan atau sebagian dilakukan oleh bidan dan sebagian lagi oleh klien, atau anggota tim kesehatan yang lain.

Jika bidan tidak melakukannya sendiri ia tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya. Manajemen yang efisien akan menyingkat waktu dan biaya serta meningkatkan mutu dari asuhan klien.

g. Langkah VII(Terakhir) : Evaluasi

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

2.3 Konsep Dasar Dokumentasi Mengacu pada SOAP

1. Pengertian

Dokumentasi dalam kebidanan adalah catatan yang bersifat sederhana, jelas, logis, dan tertulis. Metode 4 langkah yang dinamakan SOAP ini disarikan dari proses pemikiran penatalaksanaan kebidanan. Dipakai untuk mendokumentasikan asuhan pasien dalam rekaman medis pasien sebagai catatan kemajuan. Model SOAP sering digunakan dalam catatan perkembangan pasien. Seorang bidan hendaknya menggunakan SOAP setiap kali dia bertemu dengan pasiennya. Selama antepartum, seorang bidan bisa menulis satu catatan SOAP untuk setiap kunjungan, sementara dalam masa intrapartum (Sulistiyawati, 2014).

2. Pembagian SOAP

Metode 4 langkah yang dinamakan SOAP ini disarikan dari proses pemikiran penatalaksanaan kebidanan. Dipakai untuk mendokumentasikan asuhan pasien dalam rekaman medis pasien sebagai catatan kemajuan. Bentuk SOAP menurut Kepmenkes nomor 938 (2007) umumnya digunakan untuk pengkajian awal pasien, dengan cara penulisannya adalah sebagai berikut :

a. S (Subjektif) :

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

b. O (Objektif) :

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

c. A (assessment) :

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

d. P (Penatalaksanaan)

Penatalaksanaan yang merupakan mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan komprehensif; penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/follow up dan rujukan.

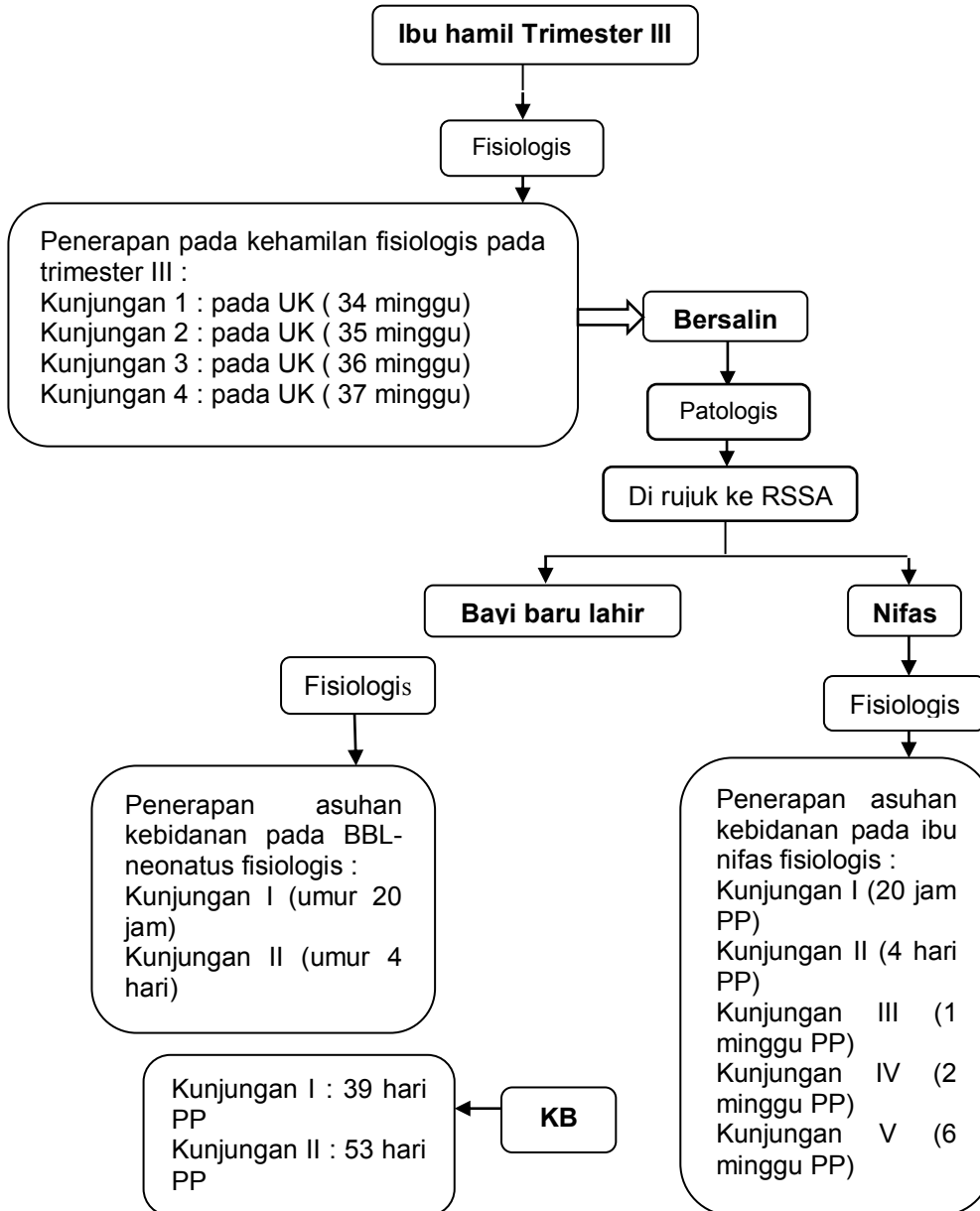
3. Pentingnya Pendokumentasian SOAP

- a. Menciptakan catatan permanen tentang asuhan kebidanan yang diberikan kepada pasien.
- b. Kemungkinan berbagai informasi diantara para pemberi asuhan
- c. Memfasilitasi pemberian asuhan yang berkesinambungan.
- d. Memungkinkan pengevaluasian dari asuhan yang diberikan.
- e. Memberikan data untuk catatan nasional, riset, dan statistic mortalitas morbiditas
- f. Meningkatkan pemberi asuhan yang lebih aman, bermutu tinggi pada klien.

BAB III KERANGKA KONSEP

3.1 Kerangka Konsep

Gambar 3. 1 Kerangka Konsep



Keterangan :

: Asuhan Yang dilakukan

3.2 Keterangan Kerangka Konsep

Berdasarkan kerangka konsep asuhan kebidanan komprehensif, akan dilaksanakan asuhan kebidanan fisiologis pada Ny“D“ usia 27 tahun, yaitu dengan melakukan asuhan kehamilan selama 4 kali kunjungan rumah yaitu kunjungan I usia kehamilan 34 minggu, kunjungan II usia kehamilan 35 minggu, kunjungan III usia kehamilan 36 minggu dan kunjungan IV usia kehamilan 37 minggu.

Asuhan kebidanan pada ibu bersalin, dilakukan pemantauan kemajuan persalinan mulai kala I–IV, pada saat bersalin Ny“D“ terjadi hal patologis maka Ny“D“ segera dirujuk dengan indikasi KPD dengan tetap mendampingi dan dilakukan pemantauan sampai ibu melahirkan. Satu kali asuhan persalinan normal dalam waktu 20 jam PP di rumah pasien.

Asuhan kebidanan pada ibu nifas fisiologis dilakukan lima kali kunjungan rumah, yakni kunjungan pertama dilakukan pada 20 jam masa nifas ibu, kunjungan kedua dilakukan 4 hari masa nifas ibu, kunjungan ketiga dilakukan 1 minggu masa nifas ibu, kunjungan keempat dilakukan 2 minggu masa nifas ibu dan kunjungan kelima dilakukan pada 6 minggu masa nifas ibu.

Asuhan kebidanan pada bayi baru lahir fisiologis dalam kurun waktu 20 jam pertama setelah bayi lahir dan kunjungan rumah satu kali saat usia 4 hari. Asuhan kebidanan pada ibu KB dengan memberikan konseling KB dan memantau pada saat implementasi atau penatalaksanaan KB, asuhan keluarga berencana dilanjutkan pada 39 hari masa nifas ibu serta pada 1 minggu berikutnya dilakukan evaluasi KB.

BAB IV

LAPORAN HASIL ASUHAN KEBIDANAN

4.1 Laporan Pelaksanaan Asuhan Kehamilan

Lampiran :

4.1.1 Kunjungan ANC I

Hari/Tanggal pengkajian : Selasa, 21 Maret 2017
Jam : 15.15 WIB
Tempat : Rumah pasien
Oleh : Dwi Retno Margianingtyas

1) Subjektif

a. Biodata

Nama Ibu	: Ny. "D"	Nama suami	: Tn "I"
Umur	: 27 Tahun	Umur	: 37 Tahun
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: SMP	Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Karyawan Bulog
Alamat	: Jl.A Yani 42 C RT.03 RW.09 Blimbing		

b. Keluhan utama

Ibu mengatakan saat ini tidak merasa ada keluhan apapun.

c. Riwayat kehamilan, persalinan, dan KB

Ini merupakan kehamilan ibu yang kedua, pada kehamilan anak pertamanya ibu mengatakan tidak pernah mengalami keluhan yang berlebihan, semua keluhan yang dirasakan masih termasuk normal, seperti mual muntah pada trimester 1, sakit punggung dan sering BAK pada trimester 3, begitu juga dengan kehamilannya yang sekarang. Persalinan pertamanya berlangsung normal ditolong oleh bidan di Puskesmas Polowijen dengan jenis kelamin perempuan, BB 3500 gr dan PB 49 cm dan sekarang sudah berusia 5 tahun. Setelah kelahiran anak pertamanya ibu pernah menggunakan KB suntik 3 bulan selama 2 tahun.

d. Riwayat kehamilan sekarang

HPHT : 25-07-2016
Menarche : 14 Tahun
Siklus haid : Teratur

Lama Haid : 7 hari

Ibu mengatakan ini kehamilan yang kedua sekarang usia kehamilannya sudah 8 bulan, ibu rajin memeriksakan kehamilannya ke bidan sejak trimester 1 sampai trimester 3 setiap bulannya, ibu juga sudah memeriksakan kehamilannya dengan USG sejak masuk di trimester 3 kehamilannya.

e. Riwayat pernikahan

Berapa kali nikah : 1 kali

Lama nikah : 7 tahun

Usia pertama nikah : 20 tahun

f. Riwayat kesehatan sekarang

Ibu mengatakan sekarang dalam keadaan sehat tidak sedang menderita penyakit seperti tekanan darah tinggi, TBC, asma, kencing manis, serta penyakit yang menurun, menular dan menahun.

g. Riwayat kesehatan yang lalu

Ibu mengatakan tidak pernah menderita penyakit seperti tekanan darah tinggi, TBC, asma, kencing manis, serta penyakit yang menurun, menular dan menahun.

h. Riwayat kesehatan keluarga

Ibu mengatakan dalam keluarganya maupun suami tidak ada yang menderita penyakit menurun, menular dan menahun seperti tekanan darah tinggi, TBC, asma, kencing manis, dan tidak ada riwayat keturunan kembar.

i. Pola kebiasaan sehari-hari

Pola Kebiasaan	Sebelum Hamil	Sesudah Hamil
Nutrisi	Makan 2-3 kali sehari, 1 porsi habis dengan variasi menu 1 piring nasi, lauk pauk, dan sayur kadang di tambah buah, minum air putih 8-9 gelas sehari.	Saat trimester 1 nafsu makan berkurang karena mual muntah, setelah mual muntah ibu berkurang di trimester 2 pola makan ibu kembali seperti semula dan ditrimester ke 3 pola makan ibu semakin bertambah kadang sampai 4 kali dalam sehari .
Pola istirahat	Tidak ada gangguan tidur, tidur siang \pm 1 jam, tidur malam 7-8 jam sehari	Tidur siang \pm 1 jam, tidur malam \pm 8 jam sehari pada trimester ke 3 ini ibu sering terbangun karena merasa gerah dan merasa ingin BAK
Pola eliminasi	BAK \pm 4-5 kali sehari, BAB 1 kali sehari	BAK \pm 9-10 kali sehari, BAB 1 kali sehari
Pola aktivitas	Ibu biasanya mengerjakan pekerjaan rumah tangga	Ibu tetap mengerjakan pekerjaan rumah tangga yang ringan
Pola hygiene	Ibu mandi 2 kali sehari, ganti pakian setiap selsai mandi, ganti celana dalam setelah mandi atau ketika basah.	Ibu mandi 2 kali sehari, ganti pakian setiap selsai mandi, ganti celana dalam setelah mandi atau ketika basah

j. Riwayat psikososial

Ibu merasa senang dengan kehamilan sekarang, suami dan keluarga mendukung kehamilannya

k. Riwayat sosial

Hubungan ibu, suami, keluarga dan masyarakat baik

l. Riwayat spiritual

Ibu mengatakan melaksanakan sholat 5 waktu dan kadang juga mengaji.

2) Obyektif

Keadaan Umum : Baik
 Kesadaran : Komposmentis
 TTV :
 TD : 120/80 mmHg
 S : 36°C
 N : 78 x/menit
 RR : 22 x/menit

BB sebelum hamil : 45 Kg

BB sekarang : 55 kg

TB : 142 cm

UK : 34 minggu

Skor KSPR : 6

Lila : 26 cm

TP : 1 Mei 2017

Pemeriksaan fisik :

Muka tidak pucat, tidak oedem

Konjungtiva merah muda, sklera putih

Tidak ada pernafasan cuping hidung

Mulut bersih tidak ada stomatitis, tidak ada karies gigi

Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid dan bendungan vena jugularis

Payudara tidak simetris, hiperpigmentasi areola mammae, tidak ada nyeri tekan, kolostrum -/-.

Abdomen

Leopold I : Pembesaran abdomen sesuai UK, teraba lunak (bokong), TFU 3 jari di bawah PX (29 cm)

Leopold II : Puki

Leopold III : Letkep, kepala belum masuk PAP

DJJ (+) 140 x/menit, TBJ : $(29-13) \times 155 = 2480$ gram

Ekstrimitas atas : Simetris, pergerakan bebas

Eksteremitas bawah : Simetris, tidak oedem, tidak ada varises, refleks patela +/+

Pemeriksaan Penunjang :

USG

Hemoglobin (Hb) : 9,5 gr% (Di BPM Soemidyah,Amd.Keb pada tanggal 21 Maret 2017)

3) Analisa

Asuhan kebidanan pada Ny "D" usia 27 tahun G_{II}P₁₀₀₁Ab₀₀₀ 34 minggu T/H//Letkep dengan kehamilan fisiologis

4) Penatalaksanaan

1. Menginformasikan dan menjelaskan hasil pemeriksaan yang sudah dilakukan. Ibu memahami penjelasan hasil pemeriksaan.
2. Memberi KIE tentang nutrisi, pola aktivitas, pola istirahat, personal hygiene, tanda-tanda bahaya kehamilan, pentingnya pemeriksaan kehamilan, dan perencanaan persalinan. Ibu memahami
3. Menyetujui dengan ibu untuk kunjungan ulang atau sewaktu-waktu jika ada keluhan ibu langsung ke tenaga kesehatan. Ibu bersedia

4.1.2 Kunjungan ANC II

Hari/Tanggal pengkajian : Selasa, 28 Maret 2017

Jam : 15.30 WIB

Tempat : Rumah pasien

Oleh : Dwi Retno Margianingtyas

1) Subjektif

Ibu mengatakan saat ini ibu sedang tidak ada keluhan.

2) Objektif

Kedadaan Umum : Baik

Kesadaran : Komposmentis

TTV :

TD : 110/70 mmHg

S : 36°C

N : 76 x/menit

RR : 20 x/menit

BB : 55 kg

Pemeriksaan fisik :

Muka tidak pucat, tidak oedem, konjungtiva merah muda, sklera putih.

Payudara kolostrum -/-.

Abdomen

Leopold I : Pembesaran abdomen sesuai UK, teraba lunak (bokong), TFU 3

jari di bawah PX (29 cm)

Leopold II : Puki

Leopold III : Letkep, kepala belum masuk PAP

DJJ (+) 132 x/menit,

TBJ : $(29-13) \times 155 = 2480$ gram

Ekstrimitas bawah : tidak oedem, tidak ada varises

3) Analisa

Ny "D" usia 27 tahun G_{II}P₁₀₀₁Ab₀₀₀ 35 minggu T/H/I/Letkep dengan kehamilan fisiologis

4) Penatalaksanaan

1. Menginformasikan dan menjelaskan hasil pemeriksaan yang sudah dilakukan. Ibu memahami penjelasan hasil pemeriksaan.
2. Menganjurkan dan mengajari ibu perawatan payudara dengan cara mempraktikkannya. Ibu memahami dan akan melakukannya.
3. Mengingatkan kembali KIE tentang pola aktivitas, pola istirahat, personal hygiene, tanda-tanda bahaya kehamilan, dan pentingnya pemeriksaan kehamilan. Ibu memahami.
4. Menyepakati dengan ibu untuk kunjungan ulang atau sewaktu-waktu jika ada keluhan ibu langsung ke tenaga kesehatan. Ibu bersedia.

4.1.3 Kunjungan ANC III

Hari/Tanggal pengkajian : Selasa, 4 April 2017

Jam : 15.50 WIB

Tempat : Rumah pasien

Oleh : Dwi Retno Margianingtyas

1) Subjektif

Ibu mengatakan akhir-akhir ini pinggangnya sering terasa sakit dan Ibu juga sering BAK.

2) Objektif

Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Komposmentis

TTV :

TD : 110/80 mmHg

S : 36,4°C

N : 78 x/menit

RR : 19 x/menit,

BB : 58 kg

Pemeriksaan Fisik :

Muka tidak pucat, tidak oedem, konjungtiva merah muda, sklera putih.

Payudara kolostrum -/-.

Abdomen

Leopold I : Pembesaran abdomen sesuai UK, teraba lunak (bokong), TFU 2 jari di bawah PX (30 cm)

Leopold II : Puki

Leopold III : Letkep, kepala sudah masuk PAP

Leopold IV: Teraba 4/5 bagian

DJJ (+) 142 x/menit,

TBJ : $(30-12) \times 155 = 2790$ gram

Ekstrimitas bawah : tidak oedem, tidak ada varises

3) Analisa

Ny "D" usia 27 tahun G_{II}P₁₀₀₁Ab₀₀₀ 36 minggu T/H/I/Letkep dengan kehamilan fisiologis

4) Penatalaksanaan

1. Menginformasikan dan menjelaskan hasil pemeriksaan yang sudah dilakukan. Ibu memahami penjelasan hasil pemeriksaan.
2. Menjelaskan pada ibu bahwa keluhan yang di alami ibu seperti sering BAK dan nyeri pinggang merupakan keluhan yang fisiologis di alami saat kehamilan. Ibu memahami.
3. Menganjurkan ibu untuk memperbanyak konsumsi air di siang hari dan mengurangi asupan air di malam hari. Ibu memahami dan akan melakukannya.
4. Menganjurkan ibu untuk mengelus-elus halus pinggangnya saat terasa sakit, lalu saat tidur atau berbaring ibu bisa berbaring kea rah kiri dan ibu juga bisa mengompres pinggangnya dengan air hangat untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan. Ibu memahami dan akan melakukannya.
5. Mengingatkan kembali KIE tentang pola aktivitas, pola istirahat, dan tanda-tanda persalinan. Ibu memahami
6. Menyepakati dengan ibu untuk kunjungan ulang atau sewaktu-waktu jika ada keluhan ibu langsung ke tenaga kesehatan. Ibu bersedia

4.1.4 Kunjungan ANC IV

Hari/Tanggal pengkajian : Selasa, 11 April 2017
 Jam : 14.00 WIB
 Tempat : Rumah pasien
 Oleh : Dwi Retno Margianingtyas

1) Subjektif

Saat ini ibu mengatakan sedang tidak ada keluhan.

2) Objektif

Keadaan Umum : Baik
 Kesadaran : Komposmentis
 TTV :
 TD : 110/70 mmHg
 S : 36,5°C
 N : 80 x/menit
 RR : 20 x/menit
 BB : 58 kg

Pemeriksaan Fisik:

Muka tidak pucat, tidak oedem, konjungtiva merah muda, sklera putih.

Payudara kolostrum +/-.

Abdomen

Leopold I : Pembesaran abdomen sesuai UK, teraba lunak (bokong), TFU 2 jari di bawah PX (30 cm)

Leopold II : Puki

Leopold III : Letkep, kepala sudah masuk PAP

Leopold IV: Teraba 4/5 bagian

DJJ (+) 134 x/menit, TBJ : $(29-11) \times 155 = 2790$ gram

Ekstrimitas bawah : tidak oedem, tidak ada varises

Pemeriksaan Penunjang :

Hemoglobin (Hb) : 10,9 gr% (Di Puskesmas Polowijen pada tanggal 4 April 2017)

3) Analisa

Ny "D" usia 27 tahun G_{II}P₁₀₀₁Ab₀₀₀ 37 minggu T/H/I/Letkep dengan kehamilan fisiologis

4) Penatalaksanaan

1. Menginformasikan dan menjelaskan hasil pemeriksaan yang sudah dilakukan. Ibu memahami penjelasan hasil pemeriksaan.
2. Mengingatkan kembali KIE tentang tanda-tanda persalinan, persiapan persalinan, dan IMD. Ibu memahami
3. Menyepakati dengan ibu untuk kunjungan ulang atau sewaktu-waktu jika ada keluhan ibu langsung ke tenaga kesehatan, Ibu bersedia.

4.2 Pelaksanaan Asuhan Kebidanan pada Persalinan

Berdasarkan data Sekunder dari Rumah Sakit

Kala I

Pengkajian

Tanggal : 13 April 2017
 Jam : 07.00 WIB
 Tempat : Rumah Sakit Saiful Anwar
 Oleh : dr.M.Nooryanto,Sp.OG-K

Data Subjektif

Ibu merasakan kenceng–kenceng disertai keluarnya cairan bening yang tidak bias ditahan sejak jam 18.00 WIB tanggal 12 April 2017, HPHT : 25 Juli 2016

Data Objektif

KU : Baik
 Kesadaran : Komposmentis
 TTV :
 TD : 110/70 mmHg
 RR : 20 x/menit
 Nadi : 84 x/menit
 Suhu : 36,6°C
 Muka : Tidak pucat, tidak oedema
 Mata : Konjungtiva merah muda, sklera putih
 Abdomen : TFU 30 cm, teraba bokong, puki, letkep, sudah masuk PAP teraba 2/5 bagian
 TBJ = (30–11) x 155 = 2.945 gram
 DJJ : 150 x/menit
 HIS : 2.10'.30"
 Genetalia : Tidak ada varises, tidak oedema, blood show (+), VT Ø 3 cm, eff 25%, ketuban (-) jernih, bagian terdahulu kepala, tidak ada bagian

kecil disamping bagian terdahulu, UUK teraba jam 11, Hodge I, molase 0.

Ekstremitas : Atas : Pada tangan kanan terpasang infus RL 24 tpm
Bawah : Tidak oedema, tidak varises

Analisa

Ny."D" usia 27 tahun G₁₁P₁₀₀₁Ab₀₀₀ 37 minggu 2 hari T/H/I letkep inpartu kala I fase laten dengan PROM (*Prelabor Rupture of the Membrane*)

Penatalaksanaan

- 1) Memberitahukan hasil pemeriksaan , ibu mengerti.
- 2) Mengobservasi tanda-tanda vital, HIS, DJJ, USG, NST, pemeriksaan Hb dan protein urine, serta melakukan pendokumentasian kemajuan persalinan pada lembar partograf, dengan hasil :
 - a. NST (Non-Stress Test) :

Baseline	: 145 bpm
Variability	: 5-20 bpm
FAD	: 15 bpm
 - b. USG (Ultrasonography) :

BPD (Biparietal Diameter)	: 92 mm (37 w 3 d)
AC (Abdominal Circumferencial)	: 316 mm
FL (Femur Length)	: 72,8 mm (37 w 2 d)
FW (Fetal Weight)	: 2.978 gr
 - c. Hb : 11,5 g/dl
 - d. Protein urine : (-)
- 3) Mengajarkan ibu teknik relaksasi dan menganjurkan ibu untuk miring kiri, serta makan dan minum, ibu mengerti dan mau melakukan.
- 4) Melakukan inform consent untuk dilakukan induksi persalinan dengan cara melarutkan oksitosin 5 IU kedalam cairan infus RL 500 cc lalu mengatur tetesan pukul 08.45 WIB dimulai dengan 8 tpm lalu ditambah 4 tpm setiap 15 menit sampai pada 24 tpm ibu sudah merasa kenceng-kencengnya bertambah dan DJJ tetap normal kemudian terus memantau kondisi ibu dan kemajuan persalinannya, ibu bersedia dan sudah dilakukan.

KALA II

Data Subjektif

Pada pukul 14.45 WIB ibu mengatakan semakin sakit di daerah punggung hingga menjalar keperut, ibu merasa ingin BAB dan ingin meneran.

Data Objektif

KU : Baik

Kesadaran : Komposmentis

TTV :

TD : 110/70 mmHg

Nadi : 86 x/menit

RR : 24 x/menit

Suhu : 36,8⁰C

Genetalia : Ada dorongan untuk meneran, tekanan pada anus, perineum menonjol, vulva dan vagina membuka.

VT : V/v : blood show (+), Ø 10 cm , eff 100% , ketuban (-) jernih, bagian terdahulu kepala, tidak ada bagian kecil disamping bagian terdahulu, UUK teraba jam 12, Hodge III , Molase 0

DJJ : 152 x/menit

HIS : 4.10'.45"

Analisa

Ny."D" usia 27 tahun G_{II}P_{100I}Ab₀₀₀ dengan inpartu kala II

Penatalaksanaan

- 1) Memastikan tanda gejala kala II, doran, teknus, perjol, vulka.
- 2) Memeriksa kelengkapan alat dan obat-obatan, sudah tersedia.
- 3) Menganjurkan ibu untuk meneran saat ada kontraksi dan istirahat relaksasi disertai pemantauan DJJ, ibu mau melakukan.
- 4) Melakukan pertolongan persalinan APN sesuai prosedur, bayi lahir pukul 15.00 WIB bayi menangis spontan, gerakan aktif, kulit kemerahan, jenis kelamin perempuan, tidak ada kelainan kongenital, dengan BB : 2806 gr, PB : 50 cm, lingkaran dada : 33 cm, lingkaran lengan : 11 cm, lingkaran kepala : 32 cm.
- 5) Melakukan inisiasi menyusui dini (IMD) selama 1 jam, sudah dilakukan.

KALA III

Data Subjektif

Ibu mengatakan bahagia dan sangat bersyukur karena bayinya sudah lahir, ibu merasa nyeri dan mules pada bagian perut.

Data Objektif

Abdomen : TFU setinggi pusat, kontraksi uterus baik
 Genetalia : Ada semburan darah, tali pusat memanjang

Analisa

Ny."D" usia 27 tahun P₂₀₀₂Ab₀₀₀ dengan inpartu kala III

Penatalaksanaan

- 1) Melakukan Manajemen aktif kala III, plasenta lahir lengkap pada jam 15.10 WIB.
- 2) Memeriksa adanya laserasi, terdapat laserasi derajat 2 serta melakukan penjahitan pada luka laserasi.
- 3) Memeriksa estimasi pendarahan, perdarahan ± 150 cc. .
- 4) Dekontaminasi alat, tempat persalinan dan membersihkan ibu.

KALA IV

Data Subjektif

Ibu mengatakan merasa lemas dan masih merasa nyeri pada bagian perutnya.

Data Objektif

KU : Baik

Kesadaran : Komposmentis

TTV :

TD : 100/70 mmHg

Nadi : 82 x/menit

RR : 22 x/menit

Suhu : 36,7°C

Muka : Tidak pucat, tidak oedema

Mata : Sklera putih, konjungtiva merah muda

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

Genetalia : Lochea rubra, ± 50 cc, ada luka jahitan

Analisa

Ny."D" usia 27 tahun P₂₀₀₂Ab₀₀₀ dengan 2 jam PP.

Penatalaksanaan

- 1) Memberitahukan hasil pemeriksaan, ibu mengerti.
- 2) Mengobservasi TFU, kontraksi, kandung kemih dan perdarahan, sudah terlampir di partograf.
- 3) Menganjurkan ibu makan dan minum, ibu mau makan dan minum.

- 4) Mengajarkan ibu untuk masase uterus, melakukan mobilitas dini miring kiri miring kanan, ibu mau melakukan.
- 5) Memberi KIE tentang nutrisi, pola istirahat, personal hygiene, ibu mengerti.
- 6) Berkolaborasi dengan dokter untuk memberikan terapi obat oral :
 - Cefadroxil : 2x1 dengan dosis 500 mg
 - Asam Mefenamat : 3x1 dengan dosis 500 mg
 - Metergin : 3x1 dengan dosis 125 mg
- 7) Setelah mengobservasi kondisi ibu dan bayi selama 19 jam, ibu dan bayi diperbolehkan pulang pada tanggal 14 April 2017 pukul 10.00 WIB, mengingatkan ibu untuk melakukan kontrol ulang satu minggu kemudian dan memberikan terapi obat oral untuk dirumah, yaitu :
 - Amoxilyn : 3x1 dengan dosis 500 mg
 - Asam Mefenamat : 3x1 dengan dosis 500 mg

4.3 Laporan Pelaksanaan Asuhan Nifas

Kunjungan PNC I

Pengkajian

Tanggal : 14 April 2017
 Jam : 11.00 WIB
 Tempat : Rumah ibu
 Oleh : Dwi Retno Margianingtyas

Data Subjektif

Ibu mengatakan nyeri pada luka jahitan dan merasakan mules pada perutnya, ibu sudah bisa duduk, berdiri, ibu sudah bisa BAK dan belum bisa BAB.

Data Objektif

KU : Baik
 Kesadaran : Komposmentis
 TTV :
 TD : 110/70 mmHg
 RR : 20 x/menit
 Nadi : 80 x/menit
 Suhu : 36,7°C
 Muka : Tidak pucat, tidak oedema
 Mata : Sklera putih, konjungtiva merah muda

- Payudara : Tidak ada benjolan abnormal, tidak ada nyeri tekan, ASI +/-
- Abdomen : TFU 2 jari dibawah pusat, kandung kemih kosong, kontraksi baik
- Genetalia : Terdapat luka jahitan, tidak ada tanda-tanda infeksi, lochea rubra ± 10cc
- Ekstremitas : Atas : Simetris, pergerakan bebas
Bawah : Simetris, pergerakan bebas, turgor kulit baik, tidak oedema, tidak varises.

Analisa

Ny."D" usia 27 tahun P₂₀₀₂Ab₀₀₀ dengan 20 jam post partum fisiologis

Penatalaksanaan

- 1) Memberitahukan hasil pemeriksaan kepada ibu, ibu mengerti.
- 2) Menjelaskan tentang keluhan yang ibu rasakan, seperti nyeri luka jahitan dan mules pada perutnya adalah hal yang fisiologis, akan berkurang dan hilang dengan sendirinya, ibu memahami.
- 3) Memberikan konseling kepada ibu dan keluarga cara mencegah perdarahan masa nifas yaitu dengan masase fundus uteri, ibu dan keluarga mengerti dan mau melakukan.
- 4) Memberikan KIE kepada ibu tentang tanda-tanda bahaya masa nifas, personal hygiene, nutrisi, perawatan payudara, cara menyusui yang benar dan ASI eksklusif, ibu mengerti.
- 5) Menyetujui kunjungan ulang pada tanggal 18 April 2017, ibu menyetujuinya.

Kunjungan PNC II

Pengkajian

Tanggal : 18 April 2017

Jam : 12.00 WIB

Tempat : Rumah ibu

Oleh : Dwi Retno Margianingtyas

Data Subjektif

Ibu mengatakan mengeluh masih merasa sedikit nyeri pada luka jahitan, ASI nya lancar, ibu sudah bisa BAK dan BAB. Ibu sudah bisa melakukan aktifitas sehari-hari, ibu tidak terek makan, tidak minum jamu dan sudah bisa menyusui bayinya.

Data Objektif

KU : Baik

Kesadaran : Komposmentis
 TTV :
 TD : 110/80 mmHg
 RR : 20 x/menit
 Nadi : 80 x/menit
 Suhu : 36,6°C
 Muka : Tidak pucat, tidak oedema
 Mata : Konjungtiva merah muda , sklera putih

 Payudara : Puting tidak lecet, tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan, ASI
 +/
 Abdomen : TFU 3 jari dibawah pusat, kandung kemih kosong, kontraksi baik
 Genetalia : Bersih, luka jahitan masih basah, lochea sanguinolenta, tidak
 ada tanda–tanda infeksi
 Ekstremitas : Atas : Simetris, pergerakan bebas
 Bawah : Simetris, pergerakan bebas, turgor kulit baik, tidak
 oedema, tidak varises

Analisa

Ny."D" usia 27 tahun P₂₀₀₂Ab₀₀₀ dengan 4 hari post partum fisiologis

Penatalaksanaan

- 1) Memberitahukan hasil pemeriksaan kepada ibu, ibu mengerti
- 2) Mengingatkan kepada ibu bahwa nyeri luka jahitan adalah hal yang fisiologis dan akan menghilang dengan sendirinya, ibu mengerti.
- 3) Memberitahu ibu jika menggunakan korset atau gurita tidak boleh terlalu kencang agar kaki ibu tidak bengkak, ibu mengerti.
- 4) Menganjurkan dan mengajari ibu senam nifas, ibu mau melakukannya.
- 5) Mengingatkan kembali kepada ibu untuk membersihkan puting susu setiap akan menyusui dan mengolesi dengan ASI di sekitar areola serta kaki ibu tidak boleh menggantung saat menyusui agar kaki ibu tidak bengkak, ibu mengerti dan mau melakukan.
- 6) Mengingatkan kembali kepada ibu KIE tentang tanda-tanda bahaya masa nifas, personal hygiene, nutrisi, perawatan payudara, cara menyusui yang benar dan ASI eksklusif, ibu mengerti dan bisa mengulangi penjelasan.
- 7) Mengingatkan ibu untuk kontrol ke RS dan menyepakati kunjungan ulang pada tanggal 21 April 2017, ibu menyetujuinya.

Kunjungan PNC III

Pengkajian

Tanggal : 21 April 2017
 Jam : 15.00 WIB
 Tempat : Rumah ibu
 Oleh : Dwi Retno Margianingtyas

Data Subjektif

Ibu mengatakan nyeri pada luka jahitannya semakin berkurang, ASI nya lancar, ibu sudah bisa BAK dan BAB, ibu tidak terek makan, tidak minum jamu dan bayinya kuat menyusui.

Data Objektif

KU : Baik
 Kesadaran : Komposmentis
 TTV :
 TD : 110/70 mmHg
 RR : 19 x/menit
 Nadi : 78 x/menit
 Suhu : 36,4°C
 Muka : Tidak pucat, tidak oedema
 Mata : Konjungtiva merah muda , sklera putih
 Payudara : Puting tidak lecet, tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan abnormal, ASI +/-
 Abdomen : TFU sudah tidak teraba
 Genitalia : Bersih, luka jahitan sudah kering, lochea sanguinolenta, tidak ada tanda -tanda infeksi
 Ekstremitas : Atas : Simetris, pergerakan bebas
 Bawah : Simetris, pergerakan bebas, turgor kulit baik, tidak oedema, tidak varises

Analisa

Ny."D" usia 27 tahun P₂₀₀₂Ab₀₀₀ dengan 7 hari post partum fisiologis

Penatalaksanaan

- 1) Memberitahu hasil pemeriksaan kepada ibu, ibu mengerti

- 2) Mengingatkan kembali kepada ibu KIE tentang senam nifas dan tanda-tanda bahaya masa nifas, personal hygiene, nutrisi, perawatan payudara, cara menyusui yang benar, ASI eksklusif, ibu mengerti dan bisa mengulangi penjelasan.
- 3) Menyetujui kunjungan ulang pada tanggal 28 April 2017, ibu menyetujuinya.

Kunjungan PNC IV

Pengkajian

Tanggal : 28 April 2017
 Jam : 16.00 WIB
 Tempat : Rumah ibu
 Oleh : Dwi Retno Margianingtyas

Data Subjektif

Ibu mengatakan saat ini tidak ada keluhan, ASI nya lancar, ibu sudah bisa BAB dan BAK, ibu sudah bisa melakukan aktifitas sehari-hari, ibu tidak terek makan, istirahat ibu cukup.

Data Objektif

KU : Baik
 Kesadaran : Komposmentis
 TTV :
 TD : 110/70 mmHg
 RR : 20 x/menit
 Nadi : 79 x/menit
 Suhu : 36,2°C
 Muka : Tidak pucat, tidak oedema
 Mata : Konjungtiva merah muda , sklera putih
 Payudara : Tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan, ASI +/-
 Abdomen : TFU sudah tidak teraba
 Genetalia : Luka jahitan sudah kering, lochea serosa, tidak ada tanda- tanda infeksi
 Ekstremitas : Atas : Simetris, pergerakan bebas
 Bawah : Simetris, pergerakan bebas, turgor kulit baik, tidak oedema, tidak varises

Analisa

Ny."D" usia 27 tahun P₂₀₀₂Ab₀₀₀ dengan 14 hari post partum fisiologis

Penatalaksanaan

- 1) Memberitahukan hasil pemeriksaan, ibu mengerti
- 2) Mengingatkan kembali kepada ibu tentang ASI eksklusif, personal hygiene, pola nutrisi, pola istirahat, senam nifas, tanda-tanda bahaya masa nifas, ibu mengerti dan bisa mengulangi penjelasan.
- 3) Memberikan konseling tentang KB, ibu berencana menggunakan KB suntik 3 bulan.
- 4) Menyetujui kunjungan ulang 2 minggu lagi atau jika ibu merasa ada keluhan, ibu menyetujuinya.

Kunjungan PNC V

Pengkajian

Tanggal : 21 Mei 2017

Jam : 15.30 WIB

Tempat : Rumah ibu

Oleh : Dwi Retno Margianingtyas

Data Subjektif

Ibu mengatakan tidak ada keluhan, ASI nya lancar, istirahat cukup.

Data Objektif

KU : Baik

Kesadaran : Komposmentis

TTV :

TD : 110/80 mmHg

RR : 21 x/menit

Nadi : 79 x/menit

Suhu : 36,5°C

Muka : Tidak pucat, tidak oedema

Mata : Konjungtiva merah muda, sklera putih

Payudara : Tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan abnormal, ASI +/-

Abdomen : TFU sudah tidak teraba

Genetalia : Luka jahitan sudah kering, lochea alba, tidak ada tanda- tanda infeksi

Ekstremitas : Atas : Simetris, pergerakan bebas

Bawah : Simetris, pergerakan bebas, turgor kulit baik, tidak oedema, tidak varises

Analisa

Ny."D" usia 27 tahun P₂₀₀₂Ab₀₀₀ dengan 5 minggu post partum fisiologis

Penatalaksanaan

- 1) Memberitahukan hasil pemeriksaan kepada ibu, ibu mengerti.
- 2) Mengingatkan kembali kepada ibu tentang perawatan payudara, ibu mengerti dan bisa mengulangi penjelasan.
- 3) Menanyakan kembali kepada ibu mengenai KB yang akan ibu gunakan nanti, ibu sudah yakin untuk menggunakan KB suntik 3 bulan.

4.4 Laporan Pelaksanaan Asuhan Bayi Baru Lahir

Kunjungan Neonatus I

Pengkajian

Tanggal : 14 April 2017

Jam : 11.00 WIB

Tempat : Rumah ibu

Oleh : Dwi Retno Margianingtyas

Data Subjektif

Nama Bayi : Bayi Ny."D"

Umur : 20 jam

Tanggal Lahir : 15 April 2017, pukul 15.00 WIB

Jenis Kelamin : Perempuan

Alamat : Jl. A.Yani III 42 D RT 09 RW 03 Blimbing

Bayi lahir Spontan pada tanggal 15 April 2017, pukul 15.00 WIB, jenis kelamin perempuan, BB : 2800 gram, PB : 50 cm, bayi sudah mendapatkan imunisasi Vit.K dan salep mata, bayi sudah BAB dan BAK dan sudah bisa menyusu.

Data Objektif

KU : Baik

TTV :

N : 143 x/menit

RR : 45 x/menit

Suhu : 37,5°C

BB : 2806 gram

PB : 50 cm

- Tangisan : (+)
- Warna Kulit : Tidak kuning dan tidak pucat
- Gerakan : Aktif
- Pemeriksaan Fisik**
- Kepala : Tidak terdapat Caput Succedaneum dan Cepalhematoma
- Muka : Tidak pucat, tidak oedema
- Mata : Sklera putih, konjungtiva merah muda
- Dada : Tidak ada retraksi dinding dada
- Abdomen : Tidak meteorismus, tali pusat masih basah, tidak terdapat perdarahan dan tanda- tanda infeksi
- Genetalia : Labia mayor sudah menutupi labia minor, anus +, BAB +, BAK +
- Ekstremitas : Atas : Simetris, pergerakan bebas
Bawah : Simetris, pergerakan bebas, turgor kulit baik

Pemeriksaan Antropometri

- Lingkar Dada : 33 cm
- Lingkar Lengan : 11 cm
- Lingkar Kepala :
- Sirkumferensial Suboksipitobregmatika : 32 cm
 - Sirkumferensial Submento Bregmatika : 32 cm
 - Sirkumferensial Fronto Occipitalis : 34 cm
 - Sirkumferensial Mento Occipitalis : 35 cm

Pemeriksaan Neurologi

- Reflek *Glabella* : Bayi merespon dengan mengedipkan matanya
- Reflek *Rooting* : Bayi merespon dengan mengikuti arah rangsangan
- Reflek *Sucking* : Bayi dapat menghisap ASI pada payudara ibu dengan baik saat menyusui
- Reflek *Swallowing* : Bayi dapat menelan ASI yang telah dihisap dari payudara ibu
- Reflek *Tonic Neck* : Bayi merespon dengan mencoba untuk menahan kepala walaupun belum kuat saat bahunya diangkat
- Reflek *Moro* : Bayi merespon dengan menggerakkan seluruh tubuh seperti orang terkejut
- Reflek *Grasping* : Bayi dapat menggenggamkan tangannya saat diberi rangsangan
- Reflek *Babinsky* : Bayi menggerakkan kakinya saat diberi rangsangan

Analisa

Bayi Ny."D" usia 20 jam dengan NCB – SMK.

Penatalaksanaan

- 1) Memberitahukan hasil pemeriksaan kepada ibu, ibu mengerti.
- 2) Menjaga kehangatan bayi dengan cara membedong bayi, sudah dilakukan.
- 3) Menganjurkan ibu untuk menjemur bayinya di pagi hari, tanpa menggunakan pakaian, maksimal 45 menit dari jam 06.30–07.15 WIB, ibu mengerti dan mau melakukannya.
- 4) Memberitahu ibu untuk segera mengganti popok bayinya apabila bayi BAK atau BAB, ibu mengerti.
- 5) Memberikan KIE kepada ibu tentang pemberian ASI sedini mungkin, cara menyusui yang benar, perawatan tali pusat, tanda bahaya pada bayi dan imunisasi. Ibu mengerti.
- 6) Menyepakati kunjungan ulang tanggal 18 April 2017, ibu menyetujuinya.

Kunjungan Neonatus II

Pengkajian

Tanggal : 18 April 2017

Jam : 12.00 WIB

Tempat : Rumah ibu

Oleh : Dwi Retno Margianingtyas

Data Subjektif

Ibu mengatakan sering memberikan ASInya dan bayi kuat menyusu, bayi hanya diberikan ASI dan tidak diberikan makanan tambahan, bayi BAB +, BAK +, bayi sudah mendapatkan imunisasi Hb₀.

Data Objektif

KU : Baik

TTV :

N : 130 x/menit

RR : 45 x/menit

Suhu : 37,6°C

BB : 3000 gram

Pemeriksaan fisik

Muka : Tidak pucat, tidak oedema

Mata : Konjungtiva merah muda, sklera putih
 Dada : Tidak ada retraksi dinding dada
 Abdomen : Tidak meteorismus, tali pusat belum kering dan belum lepas
 Genetalia : Bersih , BAB +, BAK +
 Ekstremitas : Atas : Simetris, pergerakan bebas
 Bawah : Simetris, pergerakan bebas, turgor kulit baik

Analisa

Bayi Ny."D" usia 4 hari dengan NCB - SMK

Penatalaksanaan

- 1) Memberitahukan hasil pemeriksaan kepada ibu, ibu mengerti
- 2) Mengajarkan kepada ibu tentang perawatan BBL sehari-hari, ibu mengerti dan mau melakukan
- 3) Memberikan KIE tentang ASI eksklusif yaitu menyusui ASI saja tanpa makanan tambahan apapun sampai berusia 6 bulan, ibu mengerti dan mau memberikan ASI secara eksklusif.
- 4) Mengajukan kepada ibu untuk menyusui bayinya setiap 2 jam sekali, ibu mengerti.
- 5) Mengingatkan kembali kepada ibu KIE tentang tanda–tanda bahaya pada bayi, ibu mengerti dan bisa mengulangi penjelasan
- 6) Mengingatkan jadwal imunisasi pada tanggal 2017, ibu menyetujuinya.

4.5 Laporan Pelaksanaan Asuhan KB

Kunjungan I

Pengkajian

Tanggal : 23 Mei 2017
 Jam : 09.00 WIB
 Tempat : PKM Cisadea
 Oleh : Dwi Retno Margianingtyas

Data Subjektif

Ibu mengatakan ingin suntik KB 3 bulan, ibu baru saja selesai dari masa nifasnya dan ibu tidak sedang hamil.

Data Objektif

KU : Baik
 Kesadaran : Komposmentis
 TTV :

TD : 110/80 mmHg
RR : 19 x/menit
Nadi : 80 x/menit
Suhu : 36,5°C
BB : 55 kg

Pemeriksaan fisik

Muka : Tidak pucat, tidak oedema
Mata : Konjungtiva merah muda, sklera putih
Payudara : Tidak ada benjolan abnormal, tidak ada nyeri tekan, ASI +/-
Abdomen : Tidak ada benjolan abnormal, tidak ada nyeri tekan
Ekstremitas : Atas : Simetris, pergerakan bebas
Bawah : Simetris, pergerakan bebas, turgor kulit baik, tidak oedema, tidak varises

Analisa

Ny. "D" usia 27 tahun P₂₀₀₂Ab₀₀₀ dengan akseptor baru KB suntik 3 bulan

Penatalaksanaan

- 1) Memberitahukan hasil pemerisaan kepada ibu, ibu mengerti
- 2) Menjelaskan kembali kepada ibu tentang efek samping dari KB suntik 3 bulan dan prosedur yang akan dilakukan, seperti penambahan berat badan, haid tidak teratur, ibu mengerti dan setuju untuk disuntik.
- 3) Mengoleskan kapas DTT sebagai antiseptik, menyuntikkan Depo Neo dengan dosis 1 cc pada sepertiga jarak antara SIAS dan os koksigis secara IM, telah dilakukan tindakan sesuai prosedur.
- 4) Memberitahukan kepada ibu apabila sewaktu-waktu ada keluhan segera kontrol ke tenaga kesehatan, ibu mengerti
- 5) Menyepakati kunjungan untuk suntik KB ulang pada tanggal 2017, ibu menyetujuinya.

Kunjungan II

Pengkajian

Tanggal : 6 Juni 2017
Jam : 13.00 WIB
Tempat : Rumah Pasien
Oleh : Dwi Retno Margianingtyas

Data Subjektif

Ibu mengatakan saat ini ibu tidak ada keluhan setelah menggunakan KB suntik 3 bulan.

Data objektif

KU : Baik
 Kesadaran : Komposmentis
 TTV :
 TD : 120/80 mmHg
 RR : 20 x/menit
 Nadi : 80 x/menit
 Suhu : 37°C

Pemeriksaan Fisik

Muka : Tidak pucat, tidak oedema
 Mata : Konjungtiva merah muda , sklera putih
 Payudara : Tidak ada benjolan abnormal, tidak ada nyeri tekan, ASI +/-
 Abdomen : Tidak ada benjolan abnormal, tidak ada nyeri tekan
 Ekstremitas : Atas : Simetris, pergerakan bebas
 Bawah : Simetris, pergerakan bebas, turgor kulit baik, tidak oedema, tidak varises

Analisa

Ny. "D" usia 27 tahun P₂₀₀₂Ab₀₀₀ dengan akseptor baru KB suntik 3 bulan

Penatalaksanaan

- 1) Memberitahukan hasil pemeriksaan kepada ibu, ibu mengerti.
- 2) Mengingatkan kembali kepada ibu mengenai efek samping dari KB suntik 3 bulan, ibu mengerti.
- 3) Mengingatkan ibu untuk kembali suntik pada tanggal 12 Agustus 2017, ibu bersedia.
- 4) Memberitahukan kepada ibu bila ada keluhan segera periksa ke tenaga kesehatan, ibu bersedia.

BAB V

PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil asuhan kebidanan komprehensif yang dilakukan dari masa kehamilan sampai keluarga berencana kepada Ny."D" di rumah pasien Jl.A.Yani III 42D RT 09 RW 03 Blimbing, didapatkan hasil sebagai berikut :

5.1 Pembahasan Asuhan Kehamilan

Kehamilan adalah penyatuan sel sperma dan sel ovum. Kehamilan adalah masa di mulai konsepsi sampai janin lahir, lama hamil normal adalah 208 hari atau 9 bulan 7 hari di hitung dari hari pertama haid terakhir (Jannah, 2012). Kunjungan antenatal care pada trimester III dilakukan minimal 2 kali Walyani (2015). Kunjungan antenatal yang telah dilakukan pada Ny. "D" trimester III sebanyak 4 kali.

Kunjungan pertama sampai keempat pada Ny. "D" dari usia kehamilan 34 minggu 4 hari sampai 37 minggu didapatkan hasil yang normal. Kunjungan pertama dan kedua ibu tidak ada keluhan. Kunjungan ketiga ibu mengeluhkan sering BAK dan sakit pinggang yang mana keduanya merupakan hal yang fisiologis pada ibu hamil di trimester III. Kunjungan keempat ibu mengatakan tidak ada keluhan. Asuhan kehamilan yang diberikan selama 4 kali kunjungan hampir sama meliputi pemeriksaan umum, tanda-tanda vital, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang seperti pemeriksaan hemoglobin dan USG.

Berdasarkan hasil pengkajian dan pemeriksaan pada Ny."D" maka disimpulkan bahwa kehamilan Ny."D" merupakan kehamilan fisiologis. Didasarkan dan dimulai dari pemeriksaan tekanan darah. Menurut Hanni, dkk., (2011) manfaat pengukuran tekanan darah pada kehamilan adalah untuk mendeteksi adanya hipertensi pada kehamilan yang merupakan salah satu tanda tanda bahaya kehamilan. Ukuran normal tekanan darah pada kehamilan adalah 90/60 hingga 140/90 mmHg. Hasil pemeriksaan tekanan darah Ny."D" mulai kunjungan pertama sampai akhir kehamilan berkisar antara 110/70 hingga 120/80 mmHg. Maka dapat disimpulkan bahwa tekanan darah ibu merupakan tekanan darah normal.

Menurut Walyani, (2015) standar asuhan 14T yaitu timbang berat badan, ukur tekanan darah, ukur Tinggi Fundus Uteri (TFU), imunisasi *Tetanus Toxoid* (TT), pemberian tablet Fe (minimum 90 tablet selama kehamilan), pemeriksaan

Hemoglobin (HB), pemeriksaan protein urine, pengambilan darah untuk pemeriksaan VDRL (*Veneral Disease Research Lab*), pemeriksaan urine reduksi, perawatan payudara, senam ibu hamil, pemberian obat malaria, pemberian kapsul minyak beryodium, temu wicara. Standar asuhan yang dilakukan pada Ny."D" hanya 9 T yaitu timbang berat badan dan ukur tinggi badan, ukur tekanan darah, ukur TFU, pemeriksaan Hemoglobin, pemberian tablet Fe, pemeriksaan protein urine, perawatan payudara, senam hamil dan temu wicara. Standar asuhan yang tidak dilakukan yaitu pengambilan darah untuk pemeriksaan VDRL (*Veneral Disease Research Lab*), pemberian obat malaria, pemberian kapsul minyak beryodium karena sarana dan fasilitas tidak tersedia, pemeriksaan Tes sifilis dan HIV/AIDS tidak dilakukan karena tidak ada indikasi kearah penyakit menular seksual ditandai dengan tidak ada keluhan keputihan berbau dan gatal serta tidak adanya sarana dan fasilitas yang tersedia.

Skrining atau deteksi adanya komplikasi menggunakan Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR) didapatkan hasil skor KSPR = 6 yang di dapatkan dari skor awal ibu hamil Tinggi Badan yang kurang dari 145 termasuk dalam resiko tinggi yang memiliki resiko kegawatdaruratan tetapi tidak darurat dan masih boleh di tolong oleh bidan. Menurut Sulistyawati (2014) pengukuran tinggi badan ibu hamil dilakukan untuk mendeteksi faktor resiko terhadap kehamilan yang sering berhubungan dengan keadaan rongga panggul. Pada pengukuran tinggi badan didapatkan tinggi badan Ny."D" adalah kurang dari 145 cm yaitu 142 cm dimana pada ibu hamil yang memiliki tinggi badan kurang dari 145 cm resiko mengalami panggul yang cenderung sempit sehingga kepala bayi tidak dapat lewat. Resiko saat persalinan kemungkinan besar menyebabkan kesulitan bila dilakukan persalinan normal. Tetapi saat melahirkan anak pertamanya Ny."D" melakukan persalinan normal, hal ini dapat membuktikan bahwa Ny."D" tidak memiliki masalah panggul sempit.

Pengukuran tinggi fundus uteri adalah untuk menentukan umur kehamilan berdasarkan minggu dan hasilnya disesuaikan dengan HPHT (Hari Pertama Haid Terakhir). TFU yang normal harus sesuai dengan usia kehamilan dalam minggu yang dicantumkan HPHT (Sulistyawati, 2014). Pemeriksaan TFU pada Ny."D" saat kunjungan pertama didapatkan hasil pengukuran dengan menggunakan jari tinggi fundus uteri adalah 2 jari di bawah *prosesus xiphoides* (*px*) sedangkan pengukuran menggunakan metline tinggi fundus uteri adalah 30 cm dengan usia kehamilan 37 berdasarkan perhitungan HPHT. Dalam hal ini TFU yang didapat

saat melakukan pemeriksaan pada Ny."D" sesuai dengan teori serta memberikan konseling tentang nutrisi yang sesuai dengan usia kehamilan tersebut.

Pengukuran berat badan pada saat pemeriksaan kunjungan pertama mengalami kenaikan 10 kg dibandingkan dengan berat badan sebelum hamil. Pada saat kunjungan ketiga ibu mengalami kenaikan berat badan 3 kg, hal itu disebabkan meningkatnya nafsu makan ibu. Namun, pada pemeriksaan kunjungan keempat ibu tidak mengalami penurunan ataupun kenaikan berat badan dikarenakan ibu diberikan konseling untuk diet rendah lemak karena kenaikan berat badan selama hamil ibu sesuai dengan teori. Maka total kenaikan berat badan ibu dari awal kehamilan sampai akhir kehamilan adalah 13 kg dan berat badan ini merupakan kenaikan berat badan normal pada ibu hamil sesuai dengan teori Sulistyawati (2014) yaitu dalam keadaan normal kenaikan berat badan ibu hamil dari sebelum hamil dihitung dari trimester I sampai trimester III berkisar antara 9-13,9 kg.

Setiap penambahan berat badan ibu hamil harus dikontrol agar kenaikan berat badan ibu ideal, yakni tidak kurang dan tidak lebih. Berat badan ideal untuk ibu hamil sendiri tergantung dari IMT (Indeks Masa Tubuh) ibu sebelum hamil. Indeks massa tubuh (IMT) adalah hubungan antara tinggi badan dan berat badan. Rumus untuk menghitung IMT yaitu $\text{Berat Badan (kg)} \div \text{bagi Tinggi Badan (cm)}^2$. Setelah menghitung IMT Ny."D" meliputi berat badan Ny."D" sebelum hamil, yaitu 45 kg dan tinggi badan yaitu 142 cm, hasilnya yaitu 22,31 termasuk IMT kategori Berat Badan Ideal.

Dengan adanya kehamilan, maka akan terjadi perubahan fisik maupun psikologis yang menyebabkan ketidaknyamanan pada ibu hamil. Sehingga sering muncul keluhan-keluhan pada saat hamil. Pada trimester III Ny."D" sering mengeluh sering miksi dan nyeri punggung. Menurut Hani, dkk. (2011), sering miksi disebabkan semakin besar kehamilan kepala semakin menekan kandung kemih. Sedangkan nyeri punggung disebabkan karena ligamentum dan otot tulang belakang mendapat tekanan karena pembesaran uterus. Sehingga dapat disimpulkan bahwa keluhan pada Ny."D" merupakan keluhan yang fisiologis yang dapat teratasi setelah diberikan konseling dan terapi ringan untuk mengurangi ketidaknyamanan tersebut.

Saat melakukan temu wicara melakukan anamnesa pada saat kunjungan pertama serta melakukan pemeriksaan guna mendeteksi apakah ada tanda

bahaya pada kehamilan, memberikan asuhan tentang persiapan persalinan, dan mendokumentasikan setiap kunjungan (Sulistyawati, 2014).

5.2 Pembahasan Asuhan Persalinan

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil *konsepsi* (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri) (Sulistyawati A. d., 2013). Kala I terdiri dari fase laten berlangsung selama 7-8 jam. Pembukaan terjadi sangat lambat sampai mencapai ukuran diameter 3 cm. Fase aktif berlangsung selama 6 jam dari pembukaan 4-9 cm (Kuswanti, 2014). Kala II yaitu kala pengeluaran, dimulai dari pembukaan lengkap sampai lahirnya janin. Fase ini dirasakan tekanan pada otot-otot dasar panggul yang dapat menimbulkan rasa mencedas (Kuswanti, 2014).

Mekanisme persalinan dimulai dari *Descent* (penurunan), *Engagement* (penguncian), kepala Fleksi, *Internal rotation* (Putar paksi dalam), *Extensio* (ekstensi), *Restitusi External rotation* (putar paksi luar) dan kemudian lahirnya bahu dan seluruh anggota badan badan bayi (Sulistyawati, 2010). Pada primigravida kala II berlangsung rata-rata 1 jam dan pada multigravida rata-rata 0,5 jam (Rohani, Saswita, & Marisah, 2013).

Kala III disebut juga sebagai kala ari. Segera setelah bayi lahir, uterus teraba keras dengan fundus uteri agak di atas pusat, beberapa menit kemudian uterus berkontraksi lagi untuk melepaskan plasenta dari dindingnya. Biasanya plasenta lepas dalam 6 sampai 15 menit setelah bayi lahir dan keluar spontan atau dengan tekanan pada fundus uteri. Pengeluaran plasenta disertai dengan pengeluaran darah, kira-kira 100-200 cc (Kuswanti & Melina, 2014).

Tanda-tanda pelepasan plasenta yaitu uterus menjadi menjadi berbentuk bundar, uterus terdorong keatas karena plasenta dilepas ke segmen bawah rahim, tali pusat bertambah panjang, terjadi perdarahan (Sulistyawati, 2010). Kala IV adalah pengawasan selama 1-2 jam setelah bayi dan uri lahir untuk mengamati keadaan ibu terutama terhadap perdarahan postpartum (Kuswanti, 2014).

Menurut Dewi, (2011) perdarahan pasca persalinan adalah perdarahan per vaginam yang melebihi 500 ml. Pemeriksaan yang dilakukan yaitu observasi 2 jam post partum diantaranya observasi tingkat kesadaran pasien, pemeriksaan tanda-tanda vital meliputi tekanan darah, nadi dan pernafasan, kontraksi uterus,

terjadinya perdarahan dan perdarahan dianggap normal bila jumlahnya tidak melebihi 400-500 cc (Kuswanti & Melina, 2014).

Pada kala I yaitu pada tanggal 12 April 2017 pukul 18.00 Ny."D" merasakam ada cairan bening yang keluar dari jalan lahirnya dan tidak bisa ditahan disertai dengan pengeluaran lendir darah. Ny"D" dan suami segera menuju ke Puskesmas Polowijen, kemudian dilakukan pemeriksaan oleh bidan dengan hasil pembukaan 3 cm, penipisan 25%, ketuban (-) bening. Keluhan yang dirasakan oleh Ny."D" termasuk dalam sebagian tanda-tanda persalinan yaitu adanya pengeluaran lendir bercampur darah, ketuban pecah dengan sendirinya, pada pemeriksaan dalam telah ada pembukaan (Kuswanti, 2014).

Asuhan yang dilakukan pada Ny."D" yaitu mengobservasi tanda-tanda vital, HIS, DJJ serta kemajuan persalinan. Mengajarkan Ny."D" teknik relaksasi yaitu bernapas lewat hidung dan mengeluarkan udara lewat mulut dan menganjurkan ibu untuk miring kiri, serta memenuhi kebutuhan nutrisi yaitu makan dan minum, menganjurkan suami untuk memberikan dukungan dan semangat pada Ny."D" untuk menghadapi persalinan.

Setelah 12 jam observasi tidak ditemukan adanya kemajuan dari pembukaan Ny."D" yaitu tetap pada 3 cm, maka Ny."D" dirujuk ke Rumah Sakit pada tanggal 13 April 2017 pukul 06.40 WIB dan dipasang infus dengan cairan RL 24 tpm dengan diagnosa Ketuban Pecah Dini (KPD). Menurut Nugroho (2010), Ketuban Pecah Dini (KPD) adalah pecahnya ketuban sebelum waktu melahirkan yang terjadi pada akhir kehamilan atau sebelumnya. Tanda dan gejala dari KPD, yaitu keluarnya cairan ketuban merembes dari vagina dengan aroma cairan yang berbau amis dan saat dilakukan pemeriksaan dengan kertas lakmus berubah menjadi warna biru (basa) yaitu air ketuban (Manuaba, 2009), hal ini sesuai dengan yg terjadi pada Ny."D".

Pada ketuban pecah dini jalan lahir sudah terbuka sehingga tidak boleh terlalu sering diperiksa dalam karena dapat terjadi *infeksi intrapartum* (pada 6 jam pertama setelah ketuban pecah tingkat infeksi meningkat 1 kali dan pada 24 jam setelah ketuban pecah resiko infeksi akan meningkat menjadi dua kali lipatny). Selain itu dapat dijumpai juga *infeksi puerperalis* (nifas), *peritonitis*, *septicemia*, dan *dry labor* atau partus kering (Mochtar, 2010). Tatalaksana umum dan khusus untuk kasus KPD, yaitu rujuk ke fasilitas yang memadai, di RS rujukan untuk UK \geq 34 minggu lakukan induksi persalinan dengan oksitosin bila tidak ada kontraindikasi (Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar

dan Rujukan, 2013). Tindakan rujukan yang dilakukan pada Ny."D" sudah sesuai dengan teori, pertolongan persalinan harus dilakukan sebelum 24 jam ketuban pecah untuk meminimalkan resiko infeksi yang dapat menyebabkan komplikasi pada ibu dan janin. Komplikasi yang dapat terjadi pada ibu, yaitu partus lama, perdarahan postpartum, atonia uteri dan infeksi nifas. Sedangkan komplikasi yang dapat terjadi pada janin, yaitu prematuritas, infeksi, mal presentasi, prolapse tali pusat dan mortalitas perinatal (Prawirohardjo, 2011).

Ny."D" tiba dirumah sakit pada pukul 07.00 WIB, kemudian dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital, pemeriksaan penunjang, USG dan NST yang hasilnya normal, setelahnya dilakukan induksi persalinan pada Ny."D" pukul 08.45 WIB dengan cara melarutkan 5 IU oksitosin kedalam infus RL 500 cc dimulai dengan 8 tpm kemudian ditambah 4 tpm setiap 15 menit sampai pada 24 tpm ibu sudah merasa kenceng-kencengnya semakin sering dan DJJ tetap normal kemudian terus melakukan observasi kondisi ibu dan kemajuan persalinannya. Induksi persalinan dimaksudkan sebagai stimulasi kontraksisebelum mulai terjadi persalinan spontan, dengan atau tanpa *rupture membrane*. Augmentasi mengarah pada stimulasi terhadap kontraksi spontan yang dianggap tidak adekuat karena kegagalan dilatasi serviks dan penurunan janin (Cunningham, 2013). Salah satu indikasi dilakukannya induksi persalinan yaitu ketuban pecah dini (Oxford,2013), hal ini sesuai dengan kondisi yang dialami oleh Ny."D" yaitu ketuban pecah dini dan his yang tidak adekuat sehingga perlu dilakukan induksi persalinan.

Setelah 6 jam sejak dimulainya induksi persalinan pada pukul 14.45 WIB Ny."D" menunjukkan tanda-tanda kala II persalinan, seperti ada dorongan untuk meneran, tekanan pada anus, perineum menonjol, vulva dan vagina membuka. Saat dilakukan pemeriksaan dalam didapatkan hasil, yaitu Ø 10 cm , eff 100% , ketuban (-) jernih. Kala II ini berlangsung selama 15 menit, bayi Ny."D" lahir tepat pada pukul 15.00 WIB bayi menangis spontan, gerakan aktif, kulit kemerahan, jenis kelamin perempuan, tidak ada kelainan kongenital, dengan BB : 2806 gr, PB : 50 cm, setelah penjepitan, pemotongan dan pengikatan tali pusat dilakukan proses IMD selama 1 jam. Dilanjutkan Kala III selama 10 menit, plasenta Ny."D" lahir lengkap pada pukul 15.10 WIB lalu dilanjutkan dengan kala IV sampai pukul 17.15 WIB.

5.3 Pembahasan Asuhan Nifas

Masa nifas dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu (H, Noor, & Mardiah, 2013). Pengawasan masa nifas berdasarkan kebijakan program nasional masa nifas yaitu dilakukan untuk menilai keadaan ibu dan bayi baru lahir serta untuk mencegah, mendeteksi, dan menangani masalah-masalah yang terjadi, dimana bidan harus melakukan kunjungan dan pengawasan paling sedikit 4 kali yaitu dalam 6-8 jam, 2-6 hari, 2 minggu dan 6 minggu (H, Noor, & Mardiah, 2013).

Menurut H, Noor, & Mardiah (2013), asuhan yang diberikan pada kunjungan pertama 6-8 jam yaitu mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri, mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan rujuk bila perdarahan berlanjut, memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri. Asuhan yang juga diberikan adalah ASI awal, melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir, jika petugas kesehatan penolong persalinan, ia harus tinggal dengan ibu dan bayi lahir untuk 2 jam pertama setelah kelahiran, atau sampai ibu dan bayi dalam keadaan stabil.

Hasil pemeriksaan yang dilakukan pada Ny, "D", kunjungan nifas sesuai dengan program yaitu selama 5 kali dan hasilnya masa nifas Ny. "D" berlangsung secara normal tanpa ada komplikasi. Keluhan yang dialami ibu selama masa nifas dari kunjungan pertama sampai kelima masih termasuk fisiologis seperti ibu mengeluh nyeri luka jahitan, karena di lihat dari hasil pemeriksaan tanda-tanda vital dan pemeriksaan fisik ibu secara keseluruhan normal.

Konseling perawatan payudara dilakukan dengan tujuan untuk memperlancar pengeluaran ASI saat masa menyusui serta mencegah terjadinya masalah pada payudara seperti masalah bendungan ASI serta puting lecet (Dewi dan Sunarsih, 2012). Selama kunjungan Ny."D" tidak memiliki masalah untuk pengeluaran ASI dan tidak ada masalah selama menyusui dikarenakan Ny."D" sudah memiliki pengalaman sebelumnya pada anak pertamanya dan Ny."D" rajin mengkonsumsi sayuran, terutama daun katuk dimana dalam jurnal yang mengatakan bahwa kandungan daun katuk dapat meningkatkan produksi ASI, karena mengandung senyawa seskuiterpena. Terdapat perbedaan produksi ASI antara ibu yang mengonsumsi ekstrak daun katuk dengan yang tidak (Suryaningsih, 2012).

Ambulasi yang dilakukan pada Ny."D" mempercepat terjadinya involusi uterus, selain ambulasi senam pada nifas juga merupakan latihan yang tepat untuk memulihkan tubuh ibu dan bermanfaat juga untuk memulihkan keadaan ibu baik fisiologis maupun psikologis (Asih dan Risneni, 2016). Secara keseluruhan selama kunjungan tidak ada masalah, involusi berjalan dengan sangat baik, jika dikaji dari teori menurut (Dewi dan Sunarsih, 2012) penurunan TFU menjadi 3 jari dibawah pusat pada hari ke-4. Hal ini dikarenakan mobilisasi yang dilakukan Ny."D" yang sangat baik.

Selama kunjungan asuhan yang diberikan sudah sesuai dengan keluhan ibu dan asuhan yang dilakukan sesuai dengan tujuan pengawasan masa nifas diantaranya menjaga kesehatan bayinya baik fisik maupun psikologi, melaksanakan skrining yang komprehensif, mendeteksi masalah, memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, KB, dan menyusui.

5.4 Pembahasan Asuhan Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir (neonatus) adalah bayi yang baru mengalami proses kelahiran berusia 0-28 hari. BBL memerlukan penyesuaian fisiologis berupa maturasi, adaptasi (menyesuaikan diri dari kehidupan intra uterin ke kehidupan ekstra uterin) dan toleransi bagi BBL untuk dapat hidup dengan baik (Marmi & Kuku, 2012). Pada bayi baru lahir dilakukan kunjungan selama 2 kali sesuai dengan kebijakan nasional yaitu pada kunjungan pertama usia 6 jam dan pada kunjungan kedua bayi usia 6 hari (Dewi, 2011).

Bayi Ny."D" lahir spontan pada tanggal 14 April 2017 pukul 15.00 WIB, menangis keras dan warna kulit kemerahan, jenis kelamin perempuan, tidak ada cacat kongenital. Kunjungan pertama dilakukan pada bayi Ny."D" saat berusia 20 jam dan kunjungan kedua pada saat berusia 7 hari. Pemeriksaan By Ny."D" pada 20 jam setelah lahir didapatkan hasil berat badan lahir 2806 gram, panjang badan 50 cm, lingkar dada 33 cm, dan lingkar kepala 32 cm. Hasil pemeriksaan ini sesuai dengan teori Marmi, dkk. (2012) yaitu ciri-ciri bayi baru lahir normal antara lain berat badan 2500-4000 gram, panjang badan 48-52 cm, lingkar dada 30-38 cm dan lingkar kepala 33-35 cm.

Pada kunjungan masa nifas didapatkan hasil pemeriksaan proses laktasi berjalan normal. Saat dilakukan kunjungan ibu mengatakan setiap 2 jam sekali ibu memberikan ASI pada bayi dan ibu tidak memberikan tambahan lainnya,

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

Proses pemberian ASI tersebut akan berpengaruh pada peningkatan berat badan bayi. Pada kunjungan pertama berat badan bayi 2806 gram ini merupakan berat badan lahir, dan pada kunjungan kedua berat badan bayi mengalami kenaikan menjadi 3000 gram. Dan berdasarkan pemeriksaan dengan menggunakan kartu menuju sehat kenaikan berat badan ini masih dalam garis normal. Antara kunjungan pertama ke kunjungan kedua kenaikan berat badan sebesar 200 gram, kenaikan tersebut masih dalam batas normal. Menurut WHO, (2012) Berat badan bayi umumnya naik 170-220 gram per minggu atau 450-900 gram per bulan selama beberapa bulan pertama.

Pemeriksaan kepala pada bayi Ny."D" ditemukan wajah simetris dan tidak ada tanda kelainan seperti sindrom down. Pemeriksaan mata sclera putih dan konjungtiva merah muda, posisi dan letaknya tepat yaitu sedikit lebih tinggi dari letak telinga. Bayi Ny."D" tidak memiliki pernapasan cuping hidung, bayi bernapas melalui hidung dan pernapasannya teratur. Berdasarkan teori dari Marmi, dkk. (2012) maka dapat disimpulkan bahwa bayi Ny."D" tidak memiliki kelainan pada kepala, wajah, mata, dan hidung dan juga tidak ditemukan bahwa bayi mengalami ikterus di karenakan Ny."D" sangat rajin memberikan ASI dan memberikan vitamin D melalui sinar matahari, ibu menjemur bayi pada saat pagi di mulai sebelum jam 08.00 WIB.

Asuhan yang dilakukan yaitu pemeriksaan tanda-tanda vital, pemeriksaan antropometri, dan pemeriksaan fisik, didapatkan hasil keseluruhan normal dan tidak terdapat komplikasi. Bayi tidak kuning, tidak terdapat perdarahan atau infeksi pada tali pusat dan pada kunjungan kedua saat bayi berusia 7 hari tali pusat sudah lepas. Menurut Musrifatul (2011), pemeriksaan tali pusat normal apabila tali pusat berwarna putih kebiruan pada hari ke-1 dan mulai mengering atau mengecil, kemudian lepas pada hari ke-7 hingga ke-10.

KIE yang diberikan meliputi ASI eksklusif yaitu menyusui ASI saja tanpa makanan tambahan apapun sampai berusia 6 bulan, menganjurkan kepada Ny."D" untuk menyusui bayinya setiap 2 jam sekali. Memberikan KIE tentang tanda-tanda bahaya pada bayi, perawatan bayi sehari-hari, perawatan tali pusat, dan imunisasi.

5.5 Pembahasan Asuhan KB

Keluarga Berencana (*family planning/planned parenthood*) merupakan suatu usaha menjarangkan atau merencanakan jumlah dan jarak kehamilan dengan menggunakan kontrasepsi (Sulistyawati A, 2014). Kunjungan pertama yaitu 5 minggu post partum Ny."D" telah sepakat ingin menggunakan KB suntik 3 bulan setelah mendapatkan KIE tentang macam-macam KB, KB yang cocok untuk ibu menyusui, kelebihan dan kekurangan dari penggunaan KB tersebut, cara kerja metode ini yaitu menghalangi terjadinya ovulasi dengan menekan pembentukan releasing factor dan hipotalamus, leher serviks bertambah kental sehingga menghambat penetrasi sperma melalui serviks uteri, menghambat implantasi ovum dalam endometrium dan KB suntik 3 bulan hanya mengandung progesterin saja sehingga tidak mempengaruhi produksi ASI (Pinem, 2011).

Alasan Ny."D" memilih untuk menggunakan KB suntik 3 bulan adalah untuk menjaga jarak kehamilan dan karena ibu ingin tetap memberikan ASI sampai bayinya berumur 2 tahun. KB suntik 3 bulan juga dapat digunakan oleh ibu menyusui karena menurut Handayani (2010), KB suntik 3 bulan tidak memiliki hormon estrogen yang dapat meningkatkan hormon LH sehingga hipotalamus mengeluarkan hormon PIH yaitu hormon penghambat prolaktin dan menyebabkan penurunan produksi ASI. Berdasarkan pengkajian tersebut maka KB yang paling tepat adalah KB suntik 3 bulan.

Menurut Sulistyawati (2014), bahwa suntikkan dapat diberikan pada wanita yang tidak haid, suntikkan pertama dapat diberikan setiap saat, dengan syarat tidak hamil, dan selama 7 hari setelah suntikkan tidak boleh melakukan hubungan seksual. Konseling tentang efek samping yang diberikan pada Ny."D" yaitu menstruasi kadang teratur atau tidak teratur, darah menstruasi terkadang banyak atau hanya bercak-bercak, peningkatan berat badan, sakit kepala dan nyeri payudara, sesuai dengan teori dari Sulistyawati (2014).

Selain pemberian konseling dan pengkajian tentang metode kontrasepsi perlu juga diperhatikan riwayat penyakit yang pernah atau sedang diderita ibu sebagai indikasi dan kontraindikasi penggunaan KB suntik 3 bulan. Ny."D" tidak memiliki riwayat penyakit sakit kepala berkepanjangan, kencing manis, riwayat kanker payudara, tidak memiliki riwayat perdarahan pervaginam, dan tidak memiliki riwayat tekanan darah tinggi. Hasil ini sesuai dengan teori Sulistyawati (2014) klien yang tidak boleh menggunakan kontrasepsi suntikkan yaitu hamil atau dicurigai hamil, memiliki riwayat perdarahan pervaginam yang belum jelas

penyebabnya, tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid, menderita atau memiliki riwayat kanker payudara, dan menderita diabetes disertai komplikasi. Sedangkan yang boleh menggunakan KB suntik 3 bulan yaitu menyusui dan membutuhkan kontrasepsi yang sesuai, sering lupa menggunakan pil kontrasepsi, menghendaki kontrasepsi jangka panjang dan yang memiliki efektivitas tinggi. Maka dapat disimpulkan bahwa Ny."D" bisa menggunakan KB suntik 3 bulan dan sesuai dengan kebutuhannya.

Pada tanggal 23 Mei 2017 sebelum ibu mendapatkan suntik KB 3 bulan diperoleh hasil pemeriksaan ibu dalam keadaan baik TD : 110/80 mmHg, N : 80 x/menit, RR : 19 x/menit, BB: 55 kg. Penatalaksanaan yang dilakukan sudah sesuai dengan teori yaitu Kontrasepsi suntikan DMPA diberikan setiap 3 bulan dengan cara disuntik intramuskuler dalam di daerah bokong, apabila suntikan diberikan terlalu dangkal, penyerapan kontrasepsi suntikan akan lambat dan tidak bekerja segera dan efektif. Suntikan diberikan setiap 90 hari, bersihkan kulit yang akan disuntik dengan kapas DTT, biarkan kulit kering sebelum disuntik, setelah kulit kering baru disuntik, kocok dengan baik dan hindarkan terjadinya gelembung-gelembung udara (Pinem, 2011).

Kunjungan kedua dilakukan evaluasi setelah klien menggunakan KB, hasilnya klien tidak terdapat keluhan dan klien merasa nyaman setelah menggunakan KB serta mengingatkan klien untuk melakukan suntik KB ulang pada tanggal 12 Agustus 2017.

BAB VI

PENUTUP

6.1 Kesimpulan

Setelah melakukan asuhan kebidanan komprehensif pada ibu hamil, bersalin, nifas, neonatus, dan KB kepada Ny. "D" di rumah pasien Jl.A.Yani III 42D RT 09 RW 03 Blimbing, dengan menggunakan alur pikir Varney pada pendekatan manajemen kebidanan dan pendokumentasian SOAP *note*, maka dapat disimpulkan :

1. Asuhan kebidanan pada kehamilan

Selama dilakukan Asuhan Kebidanan dalam 4 kali kunjungan pada usia kehamilan 34 minggu sampai usia kehamilan 37 minggu kepada Ny. "D" didapatkan hasil pemeriksaan normal. Saat asuhan antenatal, keluhan yang dirasakan masih dalam batas fisiologis dan penatalaksanaan yang dilakukan sudah sesuai dengan teori dan pendokumentasian asuhan kebidanan dengan SOAP *note*.

2. Asuhan kebidanan pada persalinan

Selama dilakukan Asuhan Kebidanan pada Ny. "D" didapatkan hasil bahwa pada asuhan intranatal mulai dari kala I selama \pm 20 jam dimana hal ini termasuk tidak fisiologis secara teori karena his yang tidak adekuat sehingga dibutuhkan tindakan tambahan seperti induksi persalinan untuk membantu memperkuat his dan proses persalinan berjalan normal dan lancar sesuai dengan asuhan persalinan normal, ibu dan bayi lahir tanpa ada penyulit maupun komplikasi, kala II berlangsung selama 15 menit, kala III berlangsung selama 10 menit dan kala IV sampai 2 jam PP.

3. Asuhan kebidanan pada masa nifas

Selama dilakukan Asuhan Kebidanan pada Ny. "D" dalam 5 kali kunjungan didapatkan hasil normal. Saat melakukan asuhan keluhan yang dirasakan masih dalam batas fisiologis dan penatalaksanaan yang dilakukan sudah sesuai dengan teori. Sehingga tidak ada kesenjangan antara teori dengan penatalaksanaan yang dilakukan dilapangan dan mendokumentasikan asuhan kebidanan dengan SOAP *note*.

4. Asuhan kebidanan pada bayi baru lahir

Selama dilakukan Asuhan Kebidanan pada bayi Ny. "D" selama 2 kali kunjungan mulai dari usia 20 jam dan 4 hari, maka dapat disimpulkan bahwa

bayi dalam keadaan sehat tanpa komplikasi apapun, serta tidak ada kesenjangan antara teori dengan penatalaksanaan yang dilakukan di lapangan dan mendokumentasikan asuhan kebidanan dengan SOAP *note*.

5. Asuhan pada akseptor KB

Selama dilakukan Asuhan Kebidanan dalam 2 kali kunjungan pada Ny. "D" didapatkan hasil normal. Awal kunjungan saat mulai menggunakan program KB dengan metode suntik KB 3 bulan pada tanggal 23 Mei 2017 di Puskesmas Polowijen dan kunjungan evaluasi 1 minggu setelah mulai menggunakan program KB.

6.2 Saran

1. Bagi mahasiswa

Mahasiswa dapat meningkatkan pengetahuan dan keterampilan dalam melakukan asuhan kebidanan secara komprehensif pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir dan keluarga berencana sehingga mahasiswa mendapatkan pengalaman dalam mempelajari kasus-kasus pada saat praktik dalam bentuk manajemen SOAP serta menerapkan asuhan sesuai standar pelayanan kebidanan yang telah ditetapkan sesuai dengan kewenangan bidan yang telah diberikan kepada profesi bidan.

2. Bagi Institusi Pendidikan

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

3. Bagi Institusi Lahan Praktik

Laporan tugas akhir ini diharapkan lahan praktik lebih meningkatkan mutu pelayanan kebidanan agar dapat memberikan asuhan yang lebih baik sesuai dengan standar asuhan kebidanan serta dapat mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan kesehatan agar dapat menerapkan setiap asuhan kebidanan sesuai dan dengan melakukan *Continuity Of Care*

terutama asuhan pada ibu hamil, bersalin, nifas dan bayi baru lahir untuk mendeteksi dini komplikasi-komplikasi yang mungkin terjadi sehingga dapat meningkatkan derajat pelayanan kesehatan ibu dan anak untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian.

4. Bagi Pasien

Agar pasien memiliki kesadaran pentingnya melakukan pemeriksaan kehamilan agar keadaan kehamilannya secara teratur sehingga akan merasa lebih yakin dan nyaman karena mendapatkan gambaran tentang pentingnya pengawasan pada saat hamil, bersalin, nifas dan bayi baru lahir dengan melakukan pemeriksaan rutin di pelayanan kesehatan sehingga dapat mengetahui secara dini komplikasi-komplikasi yang mungkin terjadi.

DAFTAR PUSTAKA

- Affandi, B., Adriaansz, G., Gunardi, E. R., & Koesno, H. 2015. *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi*. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Astuti, S., dkk. 2015. *Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui*. Jakarta : Erlangga.
- Deslidel, dkk. 2012. *Buku Ajar Neonatus, Bayi dan Balita*. Jakarta : EGC.
- Dewi, V. N., & Sunarsih, T. 2011. *Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas*. Jakarta: Salemba Medika.
- Dinas Kesehatan Jawa Timur. 2016. *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2015*. Jawa Timur : Dinas Kesehatan Jawa Timur.
- Hani, U., Kusbandaiyah, J., Marjati, & Yulifah, R. 2011. *Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan Fisiologis*. Jakarta : Salemba Medika.
- Kepmenkes R.I. 2007. *Keputusan Menteri Kesehatan R.I Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007*. Jakarta : Kepmenkes R.I.
- Kemenkes R.I. 2013. *Buku Saku Pelayanan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan*. Jakarta : World Health Organization.
- Kemenkes R.I. 2016. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2015*. Jakarta: Kemenkes R.I.
- Kuswanti, I., & Melina, F. 2014. *Askeb II Persalinan*. Yogyakarta: Pustaka Belajar.
- Marmi, & Kukuh, R. 2012. *Asuhan Neonatus, Bayi, Balita, dan Anak Prasekolah*. Yogyakarta : Pustaka Pelajar.
- Meyering, J. 2014. *Catatan Ringkas Maternal-Neonatal*. Tangerang Selatan: Binarupa Aksara.
- Muslihatun. 2010. *Asuhan Neonatus Bayi dan Balita*. Yogyakarta. Fitramaya.
- Nugroho, T., Nurrezki, Warnaliza, D., & Wilis. 2014. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan I (Kehamilan)*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Nugroho, T., dkk. 2014. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Nifas (Ask*
Yogyakarta : Nuha Medika.
- Oxorn, Harry., & R.Forte, William. 2010. *Ilmu Kebidanan: Patologi & Fisiologi Persalinan*. Yogyakarta: Yayasan Essentia Medica (YEM).
- Purwoastuti, E., & Walyani, E. S. 2015. *Asuhan Kebidanan Persalinan&Bayi Baru Lahir*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.

- Prawirohardjo, S. 2014. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta : PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Roito, J., dkk. 2013. *Asuhan Kebidanan Ibu Nifas dan Deteksi Dini Komplikasi*. Jakarta : EGC.
- Romauli, S. 2011. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan 1 Konsep Dasar Asuhan Kehamilan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Saifuddin Bari, A. 2012. *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirahardjo.
- Saleha. 2009. *Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas*. Jakarta: Salemba Medika.
- Sastrawinata, S. 2011. *Obstetri Fisiologis*. Bandung: ELEMEN.
- Siti, A., & Aini, O. *Perbedaan Kejadian Ketuban Pecah Dini Antara Primipara dan Multipara*. 2012. Lamongan : Universitas Islam Lamongan.
- Sulistiyawati, A. 2014. *Asuhan Kebidanan Pada Masa Kehamilan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Yayan, A. & Christopher, A.P. 2009. *Induksi Persalinan*. Riau : Fakultas Kedokteran Universitas Riau.

Lampiran 2 Surat Balasan dari Rumah Sakit



PEMERINTAH PROVINSI JAWA TIMUR
RUMAHSAKIT UMUM DAERAH Dr. SAIFUL ANWAR
TERAKREDITASI KARS VERSI 2012 TINGKAT PARIPURNA



24 Februari 2015 s.d. 23 Februari 2018
Jl. Jaksa Agung Suprpto No.2 MALANG 65111
Telp. (0341) 362101, Fax. (0341) 369384
E-mail : staf-rsu-drsaifulanwar@jatimprov.go.id
Website : www.rsusaifulanwar.jatimprov.go.id



Nomor : 070 / 1182 / 302 / 2017
Sifat : Biasa
Lampiran : -
Perihal : Izin Penelitian
a.n Dwi Retno Margianingtyas

Malang, 24 MAY 2017
Kepada
Yth. Wakil Bidang III
Stikes Widyagama Husada
Jl. Taman Borobudur Indah 3A
di-

MALANG

Menindaklanjuti surat Saudara nomor : 332/A-1/STIKES/IV/2017 tanggal 25 April 2017, perihal sebagaimana tersebut pada pokok surat, dengan ini kami sampaikan bahwa pada prinsipnya kami dapat menyetujui permohonan dimaksud. Selain itu ada beberapa hal yang perlu kami informasikan sebagai berikut :

1. Mahasiswa wajib menaati peraturan dan tata tertib yang berlaku di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang yaitu :
 - Memakai jas almamater;
 - Tidak mengenakan pakaian dari bahan jeans dan kaos;
 - Kartu Tanda Pengenal harus selalu dipakai selama kegiatan di RSSA;
 - Mengenakan pakaian yang sopan dan layak pakai;
2. Penelitian bisa dilakukan pada bulan Mei s/d Juni 2017 di Bidang Rekam Medik & Evapor RSUD Dr. Saiful Anwar Malang;
3. Menyerahkan pas foto berwarna ukuran 4 x 6 cm sebanyak 1 (satu) lembar untuk pembuatan Kartu Tanda Pengenal;
4. Besaran biaya:
 - Penelitian : Rp. 200.000,-/orang/bulan/satker;
 - Kartu Pengenal : Rp. 30.000,-/orang;
 - Surat Keterangan Selesai Penelitian : Rp. 10.000,-/orang;
 - Peminjaman Status RM : Rp. 6.000,-/orang/DRM;
 - Pelayanan Data Medik : Rp. 10.000,-/orang/bulan;
5. Laporan hasil penelitian, agar diserahkan ke Bidang Diklit dan satuan kerja yang dituju di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang, sebanyak 2 (dua) expl dan 1 (satu) keping CD.

Adapun untuk pelaksanaan selanjutnya, mohon mahasiswa yang bersangkutan berkoordinasi dengan Bidang Diklit RSUD Dr. Saiful Anwar Malang.

Demikian untuk menjadikan maklum, atas perhatian dan kerjasama Saudara diucapkan terima kasih.

a.n. Direktur RSUD Dr. Saiful Anwar Malang
Wadir. Pendidikan & Pengembangan Profesi



dr. MOCHAMAD BACHTAR BUDIANTO, Sp. B (K) Onk.

Pembina
NIP. 19670725 199603 1 003

Lampiran 3 Inform Consent

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN (INFORM CONSENT)

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Iwan Soesilo
Umur : 37
Jenis kelamin : Laki-Laki
Alamat : Jl A Yani III 42 C/g

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

("BERSEDIA / TIDAK BERSEDIA" *)

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

Nama : DEDEH. Salihat
Umur : 27
Jenis kelamin : Perempuan
Alamat : Jl A Yani III 42 C 3/g

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

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

Saksi

Malang, April 2017
Yang Membuat Pernyataan



(Iwan Soesilo)



(DEDEH. Salihat)

*) coret yang tidak perlu

Lampiran 4 Buku KIA Pasien

Nomor Registrasi :
Nomor Urut :
Tanggal menerima buku KIA : 8-10-2016
Nama & No. Telp. Tenaga Kesehatan: FB. Pement
.....

IDENTITAS KELUARGA

Nama Ibu : Dede H. Solihat / 26 t
Tempat/Tgl lahir : Bogor 6 Desember 1989
Kehamilan ke : 2 Anak Terakhir umur: tahun
Agama : Islam
Pendidikan : Tidak Sekolah/SD/SMP/SMU/Akademi/Perguruan Tinggi*
Golongan Darah :
Pekerjaan : Ibu rumah tangga
No. JKN :

Nama Suami : Iwan Soesilo / 36 t
Tempat/Tgl lahir : Malang
Agama : Islam
Pendidikan : Tidak Sekolah/SD/SMP/SMU/Akademi/Perguruan Tinggi*
Golongan Darah :
Pekerjaan : Karyawan Bulas

Alamat Rumah : Jl. A. Yani III 42 C
RT. 03 RW. 09
Kecamatan : Blimbings
Kabupaten/Kota : Malang
No. Telpn yang bisa dihubungi : 0857070027095

Nama Anak : Anisa Rahma Setiawan L/P*
Tempat/Tgl Lahir : Malang, 13 April 2017
Anak Ke : 2 dari 2 anak
No. Akte Kelahiran :

* Lingkari yang sesuai

CATATAN KESEHATAN IBU HAMIL

Diisi oleh petugas kesehatan

Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT), tanggal: 25-7-2016
 Hari Taksiran Persalinan (HTP), tanggal: 01-5-2017
 Lingkar Lengan Atas: 25 cm; KEK (), Non KEK () Tinggi Badan: 142 cm
 Golongan Darah: AB
 Penggunaan kontrasepsi sebelum kehamilan ini: -
 Riwayat Penyakit yang diderita ibu: -
 Riwayat Alergi: Alergi seafood

Tgl	Keluhan Sekarang	Tekanan Darah (mmHg)	Berat Badan (Kg)	Umur Kehamilan (Minggu)	Tinggi Fundus (Cm)	Letak Janin Kep/Su/Li	Denyut Jantung Janin/ Menit
8/10	pusing, mual	110/70	46	0/11		Bim teraba.	
9/10							
9/10	flu	110/70	46	13-14	23 ↑ Pyrophitis	Balokent.	⊕
9/10	tes	100/60	46	18g	1/2 pd	⊕	⊕
26/10	tes	100/60	46	26-	1/2 pd	⊕	⊕
1/11							
6/11	Selangkangan sakit	110/80	54	31-32	Pindah Post-pr	katkop	⊕ 140
10/11	Selangkangan masih sakit	110/60	53	31-32	1/2 pd	⊕	⊕
21/11	tes	110/60	53				

3

CATATAN KESEHATAN IBU HAMIL

Diisi oleh petugas kesehatan

Hamil ke II... Jumlah persalinan 1... Jumlah keguguran 0... G II... P 100! A 000
 Jumlah anak hidup 1... Jumlah lahir mati 0...
 Jumlah anak lahir kurang bulan 0... anak
 Jarak kehamilan ini dengan persalinan terakhir 4 1/2 th...
 Status imunisasi Imunisasi TT terakhir 0... [bulan/tahun]
 Penolong persalinan terakhir Bidan...
 Cara persalinan terakhir** : Spontan / Normal [] Tindakan

** Beri tanda (✓) pada kolom yang sesuai

Kaki Bengkak	Hasil Pemeriksaan Laboratorium	Tindakan (pemberian TT, Fe, terapi, rujukan, umpan balik)	Nasihat yang disampaikan	Keterangan - Tempat Pelayanan - Nama Pemeriksa (Paraf)	Kapan Harus Kembali
⊖/+	Plano fet ⊕	Atom polat 1ml	Baca hal 1, 5, 7	PRB	8/16
-/+					
⊖/+	Urs	obstranon nazovel	kearahat total TCTP	BPM Supidjah	16ln. Jember
-/+					
-/+		kalk 8	D.NH.	hani posy	
-/+		premet 1x1		hani	1 ket
-/+			(Mempunyai 6 st sumber)	(Analog)	1 ket
-/+					
⊖/+	—	met	Carleby	Angus	2 ket
-/+		Lang. vit. dr. bidan	↳ Lengkapi Periy. gampersal	↳ postkeskel.	10/17
-/+	Hb: 9,5 Protein: ⊖		Vitonal	hani	

Red ⊖ 21 II 1x1

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

Nama : NY. "D" Umur Ibu : 27 Th.
 Hamil ke 2 Haid terakhir tgl : Perkiraan persalinan tgl: 1bl 5 -2017
 Pendidikan ibu : SMP Suami : SMA
 Pekerjaan ibu : KRT Suami : Karyawan Bulog

I KEL. F.R.	II NO.	III Masalah/Faktor Risiko	SKOR	IV 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 I ≥ 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	4	4	4	4
	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	8	0	0	0	0
II	11	Penyakit pada ibu hamil	4	0	0	0	0
		a. Kurang darah b. Malaria					
		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/tangkai dan tekanan darah tinggi	4	0	0	0	0
	13	Hamil kembar 2 atau lebih	4	0	0	0	0
	14	hamil Kembar air (hidraminon)	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	8	0	0	0	0	
18	Letak lintang	8	0	0	0	0	
III	19	Pendarahan dalam kehamilan ini	8	0	0	0	0
	20	Pre-eklampsia Berat/Kejang-kejang	8	0	0	0	0
		JUMLAH SKOR		6	6	6	6

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

JML. SKOR	KEL. RISIKO	KEHAMILAN		PERSALINAN DENGAN RISIKO			RUJUKAN		
		PERA- WATAN	RUJUKAN	TEMPAT	PENOLONG		RDB	RDR	RTW
2	KRR	BIDAN	TINDAK RUJUK	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

Lampiran 5 Kartu Ibu

KARTU IBU

BPS / RB		No. Indeks / Kode	
Desa / Kelurahan		Tgl. Pendaftaran Pertama	
Kab / Kota : Malang		Nama Pemeriksa	
IDENTITAS IBU		IDENTITAS SUAMI	
Nama	: Rly. "D"	Nama	: M. "I"
Umur	: 27 tahun	Umur	: 36 tahun
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Alamat / Telp.	: Jl. A. Yani III 42C 3/9 / 085707027095	Alamat / Telp.	: Blimbing
Keluarga	: Blimbing	Keluarga	: Blimbing
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: karyawan BUIOG
Pendidikan	: SMP	Pendidikan	: SMA
Buku KIA	: (Punya) Belum, diberi tanggal :		
RIWAYAT PERKAWINAN			
Kawin ke.	Lama Kawin	Sebab Pisah	Sebab Meninggal
1	7 tahun	-	-

RIWAYAT KEHAMILAN, PERSALINAN DAN KB																													
K E	HAMIL		PERSALINAN				TEMPAT PERSALINAN		KOMPLIKASI PERSALINAN			PENOLONG		KEADAAN BBL SEKARANG			KEADAAN ANAK SEKARANG												
	K	B	A	M	I	L	S	R	P	B	R	Lain	P	I	H	D	B	Lain	P	B	S	S	M	H	M	K	A	S	
																													K
1																													
2	H	A	M	I	L															P	35								

RIWAYAT KEHAMILAN SEKARANG

Gestasi: P301A6000

Haid : Teratur / Tidak Teratur / Tidak HPHT : 25-7-2016 HPL : 1-5-2017

BB sebelum hamil : 45 Kg

Mual / Muntah : Tidak / Kadang-Kadang / Terus-menerus Tidak / Kadang-Kadang / Terus-menerus

Pusing : Tidak / Kadang-Kadang / Terus-menerus Tidak / Kadang-Kadang / Terus-menerus

Nyeri Perut : Ada / Tidak Ada / Tidak

Gerak Janin : Aktif / Jarang / Tidak ada Aktif / Jarang / Tidak ada

Cedema : Tidak ada / Ada (tibia/tumit) Tidak ada / Ada (tibia/tumit)

Nafsu Makan : Baik / Menurun Baik / Menurun

Pengarahannya : Tidak ada / Ada (sejak.....) Tidak ada / Ada (sejak.....)

Penyakit yang pernah terbita hamil : Paru / DM / Epilepsi / Hati / Psikosis / Ginjal / Malaria / Jantung / Hipertensi / Ashma / Diare Lama / PMS :

Rwayat penyakit keluarga : Hipertensi / DM / Paru / Jantung / Psikosis / Gemeli

Rokok / Obat : Merokok / Minuman Keras / Narkotika / Minum Jamu / Pijat Perut

Adakah Faktor Resiko HIV AIDS : Ada / Tidak, (Jika ada : Transfusi / Pengguna Narkoba Suntik / Multi Partner Sex / Tatto - Tindik)

KELUHAN UTAMA PASIEN

HASIL SKOR KSPR : RST (RT) RR

DETEKSI OLEH TENAGA KESEHATAN : +/-

DETEKSI OLEH MASYARAKAT : +/-

RUJUK KE :

Pemeriksaan		Rencana Persalinan	
TB	: <u>112</u> Cm IMT : <u>29</u> (Kg/m)	Gol. Darah Ibu :	AB
LILA	: <u>26.5</u> Cm	Penolong :	Stiker P4K :
BENTUK TUBUH	: <u>Normal</u> / Kelainan tl. Blkg / Kelainan tungkai / kelainan panggul	Tempat :	Dipasang tgl. :
KESADARAN	: <u>Baik</u> / ada gangguan	Pendamping :	
MUKA	: Pucat / Kuning	Calon donor :	
KULIT	: ruam kulit / herpes / sarcoma / tattoo / bekas luka sayatan / bekas tusukan jarum / dermatitis	KESIMPULAN / DIAGNOSA :	
MATA	: Normal / oedema palpebra / conjunctiva pucat / icterus		
MULUT	: <u>Normal</u> / Cyanosis / Stomatitis / Tonsilitis / Faringitis		
GIGI	: Normal / Karies		
PEMBESARAN KEL	: Leher / Ketiak / L. patah Paha / Tiroid		
DADA	: <u>Normal</u> / bentuk dada abnormal		
- Paru / Jantung	: Napas <u>Normal</u> / sesak		
- Jantung	: <u>Tidak</u> / ada keluhan / berdebar - debar / mudah sesak napas		
- Payudara	: <u>Normal</u> / Kemerahan		
	: Benjolan / puting susu masuk / Kulit jeruk / Keluar cairan		
TANGAN TUNGKAI	: <u>Normal</u> / Oedema		
- Refleks	: Tidak ada / <u>Ada</u>		

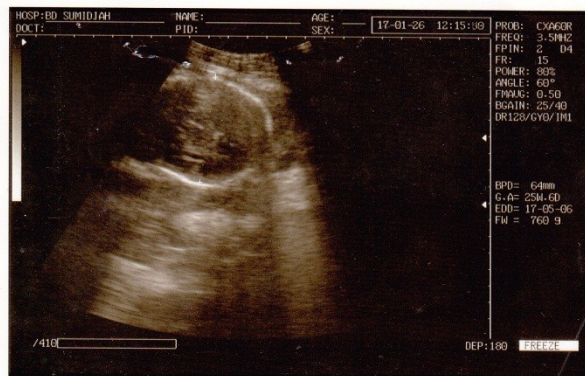
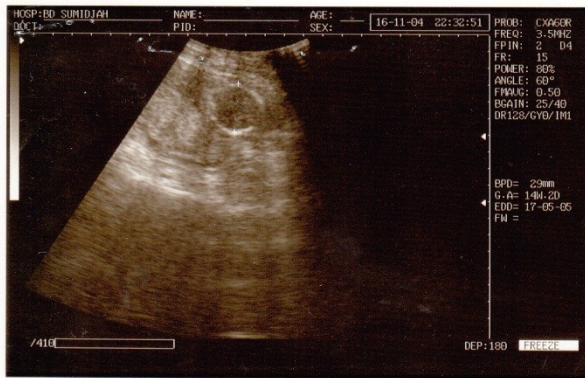
HASIL PELAYANAN ANC

Tanggal/ Jam	SUBYEK	OBYEK																ANALISA MASALAH	PENATALAKSANAAN										
		UMUM																	PENYULUHAN	Tempat	Rujuk Ke	Pemeriksaan / Paraf	Tgl Kembali						
		Keluhan	Bawa Bk. K/L	BB (kg)	TC (mmHg)	TD (mmHg)	Nadi R	R R	Abdomen	Codem Tunggal	TFU (Cm)	Lt Janin Kep/Su/L	D J	Gerak Janin		U K	LAB							SKOR					
Alir	Jarang																												
1	2		3	4	5	5	5	7	8	9	-10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23					
21-3-2017	10.00		✓	55	120/80	78	22				29	Letkep	✓	✓	34	16.95	6			nutrisi & tenaga									
15-15-2018	10.00		✓	55	110/70	76	20				29	Letkep	122	✓	35		6			nutrisi & tenaga									
28-3-2017	15.30		✓	58	110/80	78	18				30	Letkep	122	✓	36		6			gigit BAK & nyer									
15-8-2018	10.00		✓	58	110/70	80	20				30	Letkep	134	✓	37	16.10g	6			pinggung perdarahan pascatan IMD									
11-4-2017																													
14-08-18																													

INSPEKULO : Normal / duh tubuh / tumor / condyloma / (bila ada indikas)

Lampiran 6 Data Penunjang

KARTU HASIL CHECK LAB DARAH	
BPM Soemidyah Ipung, Amd. Keb	
Jl. Plaosan Barat 20 Blimbing Malang 0341-411837	
NAMA :	<i>A. Dede</i>
UMUR :	<i>27</i>
ALAMAT :	<i>Jl. Azaw 3/42C No 3 no 9</i>
HASIL	
- Hb Bumil :	<i>9,5</i>
- Alb/Red :	<i>- / -</i>
- Tensi :	
- Gula Darah :	(N: 70-104)
- Kolesterol :	(N: < 200)
- Asam Urat :	(Lk: 3-7/Pr: 2-6)



Lampiran 7 24 Penapisan

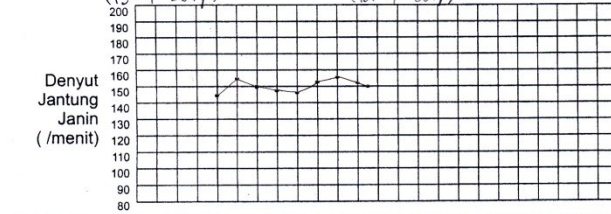
24 PENAPISAN

No	Keterangan	Ya	Tidak
1.	Riwayat bedah Caesar		√
2.	Perdarahan Pervaginam		√
3.	Kehamilan Kurang Bulan		√
4.	Ketuban Pecah dengan Mekoneum Kental		√
5.	Ketuban Pecah Lama (>24 jam)		√
6.	Ketuban Pecah Pada Kehamilan Kurang Bulan		√
7.	Ikterus		√
8.	Anemia Berat		√
9.	Tanda/Gejala Infeksi		√
10.	Pre Eklamsia/Hipertensi dalam Kehamilan		√
11.	TFU 40 cm atau lebih		√
12.	Gawat Janin		√
13.	Primipara dalam Fase Aktif Persalinan dengan Palpasi Kepala Janin masih 5/5		√
14.	Presentasi Bukan Belakang Kepala		√
15.	Presentasi Majemuk		√
16.	Kehamilan Gemeli		√
17.	Tali Pusat Menumbang		√
18.	Syock		√
19.	Bumil TKI		√
20.	Suami Pelayaran		√
21.	Suami/Bumil Bertato		√
22.	HIV/AIDS		√
23.	PMS		√
24.	Anak Mahal		√

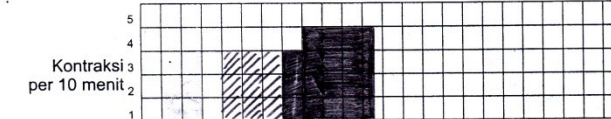
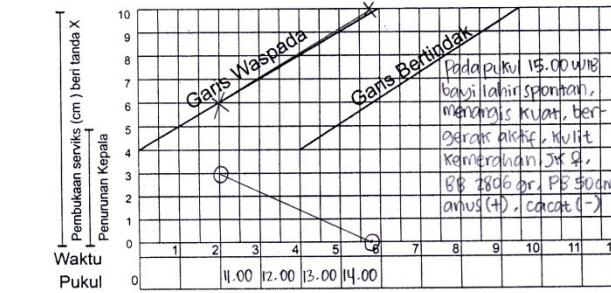
Lampiran 8 Partograf

PARTOGRAF

Nama : Ny. "D" Gravida : I Para : 0 Abortus : 0 No. Registrasi :
 Waktu saat masuk : 07.00 WIB (13-4-2017) Waktu mulai mulas : 18.00 WIB (12-4-2017) Waktu saat ketuban pecah : 18.00 WIB (12-4-2017)

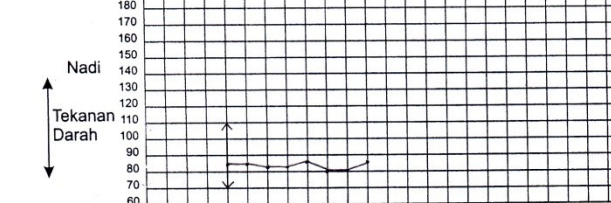


	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---



	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



	38											
--	----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Protein												
Aseton												
Volume	50cc											

Makan : Ibu makan satu buah roti
 Minum : Ibu minum setengah botol besar aqua

Kondisi Janin
Kondisi Persalinan
Kondisi Ibu

CATATAN PERSALINAN

- Tanggal : 13-4-2017
- Nama Bidan : dr. M. Flooryanto, Sp. Oga-K
- Tempat persalinan :
 - Rumah Ibu
 - Puskesmas
 - Polindes
 - Rumah Sakit
 - Klinik Swasta
 - Lainnya
- Alamat tempat persalinan :
- Catatan rujuk, Kala : I/II/III/IV
- Alasan merujuk :
- Tempat rujukan :
- Pendamping pada saat merujuk
 - Bidan
 - Teman
 - Suami
 - Dukun
 - Keluarga
 - Tidak ada
- Masalah dalam kehamilan / Persalinan ini :
 - Gawat Darurat
 - Pendarahan
 - HDK
 - Infeksi
 - PMTCT

KALA I

- Partograf melewati garis waspada : Tidak adekuat
- Masalah lain, sebutkan : His tidak adekuat
- Penatalaksanaan masalah tersebut : Induksi persalinan
- Hasilnya : Ada kemajuan persalinan

KALA II

- Episiotomi
 - Ya, Indikasi
 - Tidak
- Pendamping pada saat persalinan
 - Suami
 - Teman
 - Tidak Ada
 - Keluarga
 - Dukun
- Gawat Janin
 - Ya, tindakan yang dilakukan :
 -
 -
 - Tidak
- Pemantauan DJJ setiap 5-10 menit selama kala II, hasil : normal
- Distosia bahu :
 - Ya, tindakan yang dilakukan :
 - Tidak
- Masalah lain, penatalaksanaan masalah tsb dan hasilnya :

KALA III

- Injeksi menyusui Dini
 - Ya
 - Tidak, alasannya :
- Lama Kala III : 10 menit
- Pemberian Oksitosin 10 U im ?
 - Ya, waktu 1 menit sesudah bayi lahir
 - Tidak, alasan : Penjepitan tali pusat 2 menit setelah bayi lahir
- Pemberian ulang Oksitosin (2x) ?
 - Ya, alasannya
 - Tidak
- Penegangan tali pusat terkendali ?
 - Ya
 - Tidak, alasan

TABEL PEMANTUAN KALA IV

Jam Ke	Waktu	Tekanan Darah	Nadi	Suhu	Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Darah yg keluar
I	15.30	100/70	82	36,7	2 jari + pusat	Baik	Kosong	1/4 pembalut
	15.45	100/70	82		2 jari + pusat	Baik	Kosong	1/2 pembalut
	16.00	100/70	81		2 jari + pusat	Baik	Kosong	1/2 pembalut
	16.15	110/70	80		2 jari + pusat	Baik	Kosong	1 pembalut
II	16.45	110/70	81	36,8	2 jari + pusat	Baik	60 cc	1/2 pembalut
	17.15	110/70	80		2 jari + pusat	Baik	Kosong	1/2 pembalut

(ganti)

24. Masase fundus uteri ?

- Ya
- Tidak, alasan

- 25. Plasenta lahir lengkap (intact) (Ya) Tidak**
- Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan :
 -
 -

- 26. Plasenta tidak lahir > 30 menit**
- Tidak
 - Ya, tindakan

- 27. Laserasi :**
- Ya, dimana
 - Tidak

- 28. Jika laserasi perineum, derajat : 1 (2) 3 / 4**
- Tindakan :
- Penjahitan, dengan/ tanpa anestesi
 - Tidak dijahit, alasan

- 29. Aloni uteri :**
- Ya, tindakan :
 - Tidak

- 30. Jumlah darah yang keluar / perdarahan : + 150 cc ml**

- 31. Masalah dan Penatalaksanaan masalah tersebut :**
- Hasilnya :

KALA IV

- 32. Kondisi ibu : KU : Baik 100/70 TD : mmHg Nadi : 82 x/mnt Napas : 22 x/mnt**
- 33. Masalah dan penatalaksanaan masalah :**

BAYI BARU LAHIR

- 34. Berat badan : 2806 kg**
- 35. Panjang : 50 cm**
- 36. Jenis kelamin : L (P)**
- 37. Penilaian bayi baru lahir : baik / ada penyulit**


- 38. Bayi lahir**
- Normal, tindakan :
 - menghangatkan
 - mengeringkan
 - rangsangan taktil
 - memastikan IMD atau naluri menyusui segera
 - Asfiksia ringan / pucat / biru / lemas, tindakan :
 - menghangatkan
 - rangsangan taktil
 - bebaskan jalan nafas
 - pakaian/selimut bayi & tempakan disisi ibu
 - mengeringkan
 - lain - lain, sebutkan :
 - Cacat bawaan, sebutkan :
 - Hipotermia, tindakan :
 -
 -
 -

- 39. Pemberian ASI setelah jam pertama bayi lahir**
- Ya, waktu 1 1/3 jam setelah bayi lahir
 - Tidak, alasan

- 40. Masalah lain, sebutkan :**
- Hasilnya :

Lampiran 9 Kartu KB

KII/KBI/13



KARTU PESERTA KB

Nama Peserta KB : Dede Satriat
Nama Suami/Istri : Iwan Soesilo
Tgl. Lahir/Umur Istri : 06/289 / 27 th.
Alamat Peserta KB : Puskesmas Cisadea

Tahapan KS :

Status Peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) : Peserta JKN :
 Penerima Bantuan Iuran
 Bukan Penerima Bantuan Iuran
 Bukan Peserta JKN

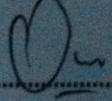
Nomor Seri Kartu : 37 17

Nama Faskes KB :

Nomor Kode Faskes KB :

Malang, 22 Mei 2017

Penanggung jawab Faskes KB/
Praktik Dokter/Praktik Bidan Mandiri,


(.....)

Halaman Depan

Metode Kontrasepsi : Depo
Tgl/Bln/Thn Mulai Dipakai :
Tgl/Bln/Thn Dicabut/Dilepas :
(Khusus Implan/IUD)

DIPESAN KEMBALI	KETERANGAN
12/18/17.	

Lampiran 10 Lembar Konsul Pembimbing

Form 4: SEMINAR PROPOSAL YANG TELAH DIKUTI

NO	TANGGAL	JUDUL	NAMA MAHASISWA	PRODI	PARAF PEMBIMBING
6	4/7 2017	ASKEB Komprehensif Pada Ny "M" umur 33 Tahun di Bim Sofiana Indrati Sukur - Malang	Maer Damayanti	02 Feb	
7	6/7 2017	ASKEB Komprehensif pada Ny "A" usia 30th di Bim Yeni S Amr. Kep. Malang	Vinda Melisa	03 Feb	

Form 5: CATATAN KONSULTASI PEMBIMBING 1

NO.	TANGGAL	KEGIATAN DAN SARAN	PARAF PEMBIMBING
	4/7 4	Revisi BAB I	
	11/7 4	Revisi BAB II dan III	
	17/7 4	Revisi BAB IV	
	19/7 4	Revisi PM	
	20/7 4	Revisi PM → acc yjian papa	
	13/7 6	Revisi BAB .iv, v	
	20/7 7	Revisi BAB 4, 5	
	21/7 7	Revisi Ringkasan, BAB 3, 5, 6	
	20/7 7	Revisi BAB 5	

Form 6: CATATAN KONSULTASI PEMBIMBING 1

NO.	TANGGAL	KEGIATAN DAN SARAN	PARAF PEMBIMBING
	29/11	Ada ujian Uik	<i>[Signature]</i>

Form 7: CATATAN KONSULTASI PEMBIMBING 1

NO.	TANGGAL	KEGIATAN DAN SARAN	PARAF PEMBIMBING

Form 8: CATATAN KONSULTASI PEMBIMBING 2

NO.	TANGGAL	KEGIATAN DAN SARAN	PARAF PEMBIMBING
1.	17/4/2017	Revisi bab 1-3 Eten umum	f-1
2.	25/4/2017	Revisi keseluruhan mengikuti lampiran	f-1
3.	27/4/2017	Revisi bab 1-3	f-1
4.	28/4/2017	Revisi ppt	f-1
5.	28/4/2017	Ace wayu pmp	f-1
6.	24/7/2017	Revisi bab 3-6	f-1
7.	29/7/2017	Revisi bab 3-6 Revisi Ringkasan	f-1
8.	1/8/2017	Revisi bab 3-6 Revisi Ringkasan	f-1
9.	2/8/2017	Revisi keseluruhan	f-1

Form 9: CATATAN KONSULTASI PEMBIMBING 2

NO.	TANGGAL	KEGIATAN DAN SARAN	PARAF PEMBIMBING
10.	3/8/2017	ace wayu lra	f-1

Lampiran 11 Lembar Kunjungan

LEMBAR KENDALI MAHASISWA
KUNJUNGAN MAHASISWA KERUMAH PASIEN

KUNJUNGAN KE-	HARI DAN TANGGAL/JAM DATANG	JAM PULANG	ASUHAN PADA PASIEN	DOKUMENTASI		TTD PASIEN	TTD DOSEN
				SOAP	FOTO		
1	Selasa, 21 Maret 2017/ 15.15 WIB ANC I	15.45 WIB	Melakukan pemeriksaan : - BB - Pemfis kepala - kaki - LILA - Leopold I-IV - DJJ Memberikan KIE: - nutrisi, tanda bahaya	BAB IV Laporan	Dokumen- tas Laporan		
2	Selasa, 28 Maret 2017/ 15.30 WIB ANC I	16.00 WIB	Melakukan pemeriksaan - BB - TT - Pemfis Memberikan KIE: - tanda-tanda persalinan, nutrisi	"	"		
3	Selasa, 4 April 2017/ 15.50 WIB ANC II	16.20 WIB	Melakukan pemeriksaan - BB - TT - Pemfis Memberikan KIE: - nyeri pinggang & sering BAB	"	"		
4	Selasa, 11 April 2017/ 14.00 WIB ANC IV	14.30 WIB	Melakukan pemeriksaan - BB - TT - Pemfis Memberikan KIE: - persiapan persalinan, IMD	"	"		
5	Kamis, 13 April 2017/ 07.00 WIB IMC		Berdasarkan dari data sekunder RS Saiful Anwar, Asuhan Persalinan normal + induksi persalinan	"	"		

LEMBAR KENDALI MAHASISWA

KUNJUNGAN MAHASISWA KERUMAH PASIEN

KUNJUNGAN KE-	HARI DAN TANGGAL JAM DATANG	JAM PULANG	ASUHAN PADA PASIEN	DOKUMENTASI		TTD PASIEN	TTD DOSEN
				SOAP	FOTO		
6	14 April 2017 / 11.00 WIB PTC I	12.00 WIB	TTV, Pemfis, observasi TFU, kontraksi, Perdarahan, ASI, KIE Hygien jahitan, masase fundus uteri, nutrisi, personal hygiene, cara menyusui, ASI eksklusif	BAG IV Laporan	Dokumentasi foto laporan	Jung	J
7	18 April 2017 / 18.00 WIB PTC II	12.45 WIB	TTV, Pemfis, observasi TFU, kontraksi, Perdarahan, ASI, KIE Penanganan korset, senam nafas, cara perawatan payudara	"	"	Jung	J
8	21 April 2017 / 15.00 WIB PTC III	15.30 WIB	TTV, Pemfis, observasi TFU, Perdarahan, ASI, luka jahitan, KIE nutri, personal hygiene, senam nafas, ASI eksklusif	"	"	Jung	J
9	28 April 2017 / 16.00 WIB PTC IV	16.30 WIB	TTV, Pemfis, observasi lochea, ASI, KIE KB	"	"	Jung	J
10	21 Mei 2017 / 15.30 WIB PTC V	16.00 WIB	TTV, Pemfis observasi lochea, ASI, KIE KB yang sudah mau pilih	"	"	Jung	J

**LEMBAR KENDALI MAHASISWA
KUNJUNGAN MAHASISWA KERUMAH PASIEN**

KUNJUNGAN KE-	HARI DAN TANGGAL/JAM DATANG	JAM PULANG	ASUHAN PADA PASIEN	DOKUMENTASI		TTD PASIEN	TTD DOSEN
				SOAP	FOTO		
11	14 April 2017/11.00 WIB BBL I	12.00 WIB	TTV, Pemfis, Pemeriksaan antropometri dan refleksi, KIE Perawatan BBL, talpus, ASI Eksklusif	BAB IV Laporan	Dokumentasi laporan		
12	18 April 2017/12.00 WIB BBL II	12.45 WIB	TTV, Pemfis, KIE ASI Eksklusif, imunitas, Tanda-tanda bahaya pada bayi.	"	"		
13	23 Mei 2017/09.00 WIB KB I	10.00 WIB	TTV, Pemfis, KIE prosedur Penyuntikkan KB, jadwal suntik ulang KB.	"	"		
14	6 Juni 2017/13.00 WIB KB II	13.30 WIB	TTV, Pemfis, evaluasi setelah Penyuntikkan KB	"	"		



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




WIDYAGAMA HUSADA

Terakreditasi BAN-PT

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

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

Nama Mahasiswa : Dwi Retno Margianingtyas
NIM : 1413.15401.894
Judul LTA : Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny."D" usia
27 tahun dengan Ketuban Pecah Dini di Blimbing
Kota Malang

No.	Nama Penguji	Rekomendasi	TTD
1.	DR.dr.Asih Tri R.,MM	<ul style="list-style-type: none">Perbaikan pembahasanPerbaikan kesimpulan	
2.	Ari Christiana, Amd.Keb.,S.KM.,M.Kes	<ul style="list-style-type: none">Perbaikan pembahasan	
3.	Yuniar Angelia P.,S.SiT.,M.Kes	<ul style="list-style-type: none">Perbaikan daftar pustakaPerbaikan lampiran	



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

WIDYAGAMA HUSADA

Terakreditasi BAN-PT

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

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Dwi Retno Margianingtyas

NIM : 1413.15401.894

Program Studi : D3 Kebidanan

STIKES Wudyagama Husada

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

Malang, Agustus 2017

Mengetahui,

**Kepala Program Studi
D3 Kebidanan**

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

Penulis

(Dwi Retno Margianingtyas)

DOKUMENTASI

Dokumentasi Kunjungan ANC :



Menimbang BB



Mengukur LILA



Memeriksa TTV



Mengukur TFU



Melakukan Leopold



Memeriksa DJJ



Memberikan KIE

Dokumentasi Kunjungan INC :



Dokumentasi Kunjungan PNC :



Dokumentasi Kunjungan Neonatus :



Dokumentasi Kunjungan KB :



CURRICULUM VITAE



DWI RETNO MARGIANINGTYAS

Samarinda, 24 Maret 1996

Motto : “*Hwa Yang Yeon Hwa*” that means the most beautiful moment in your life. Something can be beautiful because there’s something horrible. Life can be tough or it can be good, but if you can accept those hard time that can be part of beautiful moment in your life.

Riwayat Pendidikan

TK Aisyah Sangkulirang Lulus Tahun 2002

SD Negeri No.006 Sangkulirang Lulus Tahun 2008

SMP Negeri 1 Sangkulirang Lulus Tahun 2011

SMA Negeri 2 Sangatta Utara Lulus Tahun 2014