

**LAPORAN TUGAS AKHIR**  
**ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF**  
**PADA NY. E USIA 32 TAHUN**  
**DI BPM SOEMIDJAH IPUNG, Amd. Keb**  
**KOTA MALANG**



Oleh :

**MARIA TRISNA MALO**

**NIM.1413.151401.923**

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

**LAPORAN TUGAS AKHIR**  
**ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF**  
**PADA NY. E USIA 32 TAHUN**  
**DI BPM SOEMIDJAH IPUNG, Amd. Keb**  
**KOTA MALANG**



Diajukan Sebagai Syarat Untuk Menyelesaikan  
Pendidikan Tinggi Program Studi D3 Kebidanan

Oleh :

**MARIA TRISNA MALO**

**NIM.1413.15401.923**

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

**2017**

## LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Tugas Akhir ini disetujui untuk dipertahankan dihadapan Tim penguji

Laporan Tugas Akhir Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Widyagama Husada :

ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY "E" USIA 32 TAHUN

DI BPM SOEMIDJAH IPUNG, Amd. Keb

KOTA MALANG

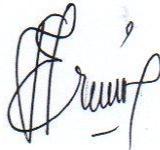
MARIA TRISNA MALO

NIM.1413.15401.923

Malang,.....

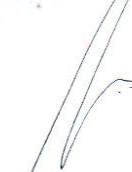
Menyetujui,

Pembimbing I



(Ervin Rufaindah, S.ST. M. Keb.)

Pembimbing II



(Waifti Amalia, S.ST, M. Keb)

**LEMBAR PENGESAHAN**

Laporan Tugas Akhir ini telah disetujui untuk dipertahankan dihadapan Tim  
Penguji Laporan Tugas Akhir Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Widyagama  
Husada pada tanggal tanggal.....2017

ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY "E" USIA 32 TAHUN DI  
BPM SOEMIDYAH IPUNG, Amd.Keb.

Malang

MARIA TRISNA MALO

1413.15401.923

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

(.....)

Ervin Rufaindah, S.ST.M. Keb  
Pembimbing I

(.....)

Waifti Amalia, S.ST.M. Keb  
Pembimbing II

(.....)

Mengetahui,  
Ketua STIKES Widyagama Husada Malang

Dr. Rudy Joegijantoro, MMRS  
NIP. 197110152001121006

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Tuhan Yang Maha Kuasa yang telah melimpahkan Rahmat dan Hidayat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini dengan judul Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny. E di BPM Soemidjah Ipung, Amd. Keb

Laporan Tugas Akhir ini merupakan salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan Program Studi D3 Kebidanan Stikes Widyagama Husada Malang. Dalam Laporan Tugas Akhir ini dilakukan asuhan secara komprehensif pada ibu hamil TM III, ibu bersalin, nifas, bayi baru lahir dan KB. Pada kesempatan ini kami menyampaikan terima kasih dan penghargaan penuh kepada ibu Ervin Rufaindah, S.ST. M. Keb. selaku pembimbing I dan ibu Waifti Amalia, S.ST, M.Keb selaku pembimbing II yang telah memberikan bimbingan, koreksi dan saran sehingga terwujudnya Laporan Tugas Akhir ini. Terima kasih dan penghargaan saya sampaikan pula kepada yang terhormat :

1. Dr. Rudy Joegijantoro, MMRS selaku Ketua STIKES Widyagama Husada
2. Dr. Wira Daramatasia, M. Biomed selaku Wakil Bidang I Akademik dan Kemahasiswaan STIKES Widyagama Husada
3. Yuniar Agelia P, S,SiT, M.Kes selaku Ketua Program Studi D3 Kebidanan STIKES Widyagama Husada
4. Soemidjah Ipung, Amd. Keb. yang telah memberikan ijin untuk lokasi asuhan kebidanan komprehensif
5. Ny. "E" selaku responden yang bersedia diberikan asuhan kebidanan komperhensif
6. Kedua orang tua kami yang telah memberikan dukungan baik moral maupun materil
7. Untuk teman-teman yang selalu memberi semangat dan dukungan

Semoga Tuhan senantiasa memberikan Berkah dan Rahmat atas segala amal yang telah diberikan dan semoga Laporan Tugas Akhir ini dapat bermanfaat baik bagi diri sendiri maupun bagi pihak lain yang memanfaatkannya.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa penulisan Laporan Tugas Akhir ini masih banyak kekurangan, untuk itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun guna memperbaiki di waktu yang akan datang.

Malang, April 2017

Penulis

## RINGKASAN

**Malo, Maria Trisna. 2017. *Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny"E" Usia 32 tahun di BPM Soemidjah, Amd. Keb di Arjosari Malang. Laporan Tugas Akhir. D3 Kebidanan Sekolah Tinggi Kesehatan Widyagama Husada Malang. Pembimbing : (1) Ervin Rufaindah, S.ST.M.Keb (2) Waifti Amalia, S.ST.M.Keb***

Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) di Indonesia masih tinggi. Hasil survei demografi dan kesehatan Indonesia (SDKI) pada tahun 2012, menyebutkan bahwa AKI di Indonesia mencapai 359 meninggal per 100.000 kelahiran hidup. Angka Kematian Bayi (AKB) di Indonesia menjadi 32 per 1000 kelahiran hidup. Di Malang pada tahun 2016 tercatat 87 bayi meninggal dari 1000 kelahiran. Salah satu upaya untuk menurunkan AKB dan AKI dilakukan dengan Metode *Continuity of Midwifery Care*. Dengan memberikan asuhan kebidanan secara komprehensif untuk menunjang kesehatan ibu dan bayi. Tujuan asuhan ini adalah untuk melaksanakan asuhan komprehensif dengan penerapan manajemen asuhan kebidanan pada ibu hamil hingga keluarga berencana

Asuhan kebidanan pada Ny "E" dilakukan mulai bulan Mei – Agustus 2017 sejak trimester ketiga dari masa kehamilan, bersalin, nifas, bayi baru lahir sampai dengan pelayanan program Keluarga berencana, dalam memberikan Asuhan kebidanan secara berkesinambungan dilakukan kunjungan sebanyak 12 kali, Asuhan yang diberikan kepada Ny"E" merupakan asuhan kebidanan *Continuity of care (COC)* yaitu dilakukan 4 kali pada saat hamil, 1 kali saat bersalin, 4 kali pada saat nifas, 2 kali pada bayi baru lahir, satu kali pada saat Keluarga berencana. Semua proses didokumentasikan dengan SOAP.

Saat asuhan Antenatal Care (ANC) peneliti mendapatkan data dari buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) dengan skor KSPR 2 yang berarti kehamilan fisiologis, dengan kunjungan pertama ibu mengeluh nyeri punggung. Sedangkan pada kunjungan pertama Intranatal Care yang diberikan memantau persalinan dengan menggunakan partograf mulai kala I sampai 4. Saat berlangsungnya kala II dilakukan episiotomi karena perinium kaku. Selama kunjungan masa nifas, bayi baru lahir, dan keluarga berencana, asuhan yang diberikan yaitu pemeriksaan tanda – tanda vital, fisik dan pemberian konseling.

Selama proses kehamilan sampai keluargaberencana tidak ada komplikasi atau masalah yang berat, semua hasil pemeriksaan masih dalam batas normal. Berdasarkan hasil penelitian ini diharapkan bidan dapat meningkatkan pengetahuan dan keterampilan agar dalam memberikan asuhan secara komprehensif pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir, Keluarga berencana dapat mencegah terjadinya komplikasi. Dengan demikian upaya ini diharapkan dan mampu membantu menurunkan AKI dan AKB.

**Referensi : 32 Referensi (2010-2016)**

**Kata kunci : Kehamilan, Persalinan, Nifas, Bayi Baru Lahir, Keluarga Berencana**

## SUMMARY

**Malo, Maria Trisna. 2017. *Comprehensive Midwifery Care to Mrs. "E" 32 Years Old in Soemidyah Amd. Keb. Midwife Practitioner Arjosari Malang City.* Final Task Report. D3 Midwifery Study Program of Widyagama Husada School of Health Malang. Advisors:(1) Ervin Rufaindah, S.ST.M.Keb (2) Waifti Amalia, S.ST.M.Keb**

Maternal Mortality Rate (MMR) and Infant Mortality Rate (IMR) is still high now. SDKI (Indonesia Demographic and Health Survey) has researched in 2012 that Maternal Mortality Rate (MMR) in Indonesia reached 359 mother died at 100.000 live birth. Malang recorded 87 baby infant died in 2016 at 1000 live birth. Based One effort to decrease IMR and MMR is done by Continuity of Midwifery Care Method. By providing comprehensive care of midwifery to support the health of mother and baby. The purpose of this care is to implement comprehensive care with the implementation of midwifery care management in pregnant women to family planning

Midwifery care for Ny "E" was conducted from May - August 2017 since the third trimester of pregnancy, labor, postpartum, newborns to family planning program services, Midwifery care for Mrs."E" had been conducted through 12 continuous visits. Continuity of Care (COC) for Mrs."E" was 4 visits conducted during pregnancy, 1 visit during labor, 4 visits during postpartum, 2 visits in newborn period, and 1 visit for Family Planning. All the processes were documented using SOAP.

When the Antenatal Care (ANC) researcher got the data from the book Mother and Child Health (KIA) with KSPR score 2 which means physiological pregnancy, with the first visit the mother complained of back pain. While on the first visit Intranatal Care provided monitoring labor by using partograf from stage I for IV. During the second stage of episiotomy performed because the stiff perinium. During the postpartum, newborn, and family planning visit, the care provided the examination of vital signs, physical and counseling.

During pregnancy until family planning there were not any complications or severe problems, all examination results were still within normal limits. Based on the results of this study, it is to be expected that midwives can improve knowledge and skills in order to provide comprehensive care to pregnant women, labor, newborn, family planning and it can prevent complications. Thus, this effort is expected and to be able to help to reduce Maternal Mortality Rate (MMR) and Infant Mortality Rate (IMR).

**References : 32 references (2010-2016)**

**Keywords : Pregnancy, Labor, Postpartum, Neonatal, Family Planning**

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN JUDUL .....</b>	<b>i</b>
<b>LEMBAR PERSETUJUAN .....</b>	<b>ii</b>
<b>LEMBAR PENGESAHAN.....</b>	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>iv</b>
<b>RINGKASAN .....</b>	<b>vi</b>
<b>DAFTAR ISI .....</b>	<b>viii</b>
<b>DAFTAR TABEL.....</b>	<b>xi</b>
<b>DAFTAR GAMBAR .....</b>	<b>xii</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN.....</b>	<b>xiii</b>
<b>DAFTAR SINGKATAN .....</b>	<b>xiv</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
1.1    Latar Belakang.....	1
1.2    Rumusan Masalah .....	4
1.3    Tujuan.....	4
1.4    Manfaat.....	5
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>6</b>
2.1    Konsep Dasar .....	6
2.1.1    Konsep Dasar Kehamilan .....	6
2.1.2    Konsep Persalinan .....	30
2.1.3    Konsep Dasar Nifas.....	45
2.1.4    Konsep Bayi Baru Lahir .....	65

2.1.5	Konsep Dasar KB .....	85
2.2	Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Manajemen Varney .....	93
2.3	Konsep Dasar Dokumentasi Mengacu SOAP.....	95
<b>BAB III KERANGKA KONSEP KEGIATAN ASUHAN .....</b>		<b>100</b>
3.1	Kerangka Konsep Asuhan Kebidanan Komperhensif.....	100
3.2	Keterangan Kerangka Konsep .....	101
<b>BAB IV PELAKSANAAN ASUHAN KEBIDANAN .....</b>		<b>102</b>
4.1	Asuhan Kehamilan .....	102
4.1.1	Asuhan Kebidanan Antenatal I .....	102
4.1.2	Asuhan Kebidanan Antenatal II .....	106
4.1.3	Asuhan Kebidanan Antenatal III .....	109
4.1.4	Asuhan Kebidanan Antenatal IV .....	110
4.2	Asuhan Kebidanan Persalinan Normal.....	112
4.2.1	Asuhan Persalinan Kala I .....	112
4.2.2	Asuhan Persalinan Kala II .....	117
4.2.3	Asuhan Persalinan Kala III .....	118
4.2.4	Asuhan Persalinan Kala IV .....	119
4.3	Asuhan Kebidanan Masa Nifas .....	121
4.3.1	Asuhan Masa Nifas Kunjungan I.....	121
4.3.2	Asuhan Masa Nifas Kunjungan II.....	124
4.3.3	Asuhan Masa Nifas Kunjungan III.....	127
4.3.4	Asuhan Masa Nifas Kunjungan IV .....	129

4.4	Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir.....	131
4.4.1	Asuhan Kebidanan Neonatal I.....	131
4.4.2	Asuhan Kebidanan Neonatal II.....	135
4.5	Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana .....	137
4.5.1	Asuhan Kebidanan KB Kunjungan.....	137
<b>BAB V PEMBAHASAN.....</b>		<b>139</b>
5.1	Kehamilan .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
5.2	Persalinan .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
5.3	Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas (PNC) .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
5.4	Pembahasan Asuhan Bayi Baru Lahir.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
5.5	Keluarga Berencana .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
<b>BAB IV KESIMPULAN DAN SARAN .....</b>		<b>161</b>
6.1	Kesimpulan .....	161
6.2	Saran.....	162
6.2.1	Bagi Tempat Peneliti.....	162
6.2.2	Bagi Institusi Pendidikan.....	163
6.2.3	Bagi Penelitian.....	163
6.2.4	Bagi Pasien.....	163
6.2.5	Peneliti Selanjutnya .....	163
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>		
<b>LAMPIRAN</b>		

## DAFTAR TABEL

No	Judul Tabel	Halamanan
	Tabel 2.1 Perkiraan TFU terhadap umur kehamilan .....	11
	Tabel 2.2 Pemberian Imunisasi TT .....	13
	Tabel 2.3 Indikator Penilaian IMT .....	19
	Tabel 2.4 Ukuran panggul yang ditentukan .....	28
	Tabel 2.5 Bidang Hodge .....	37
	Tabel 2.6 Ukuran Penting Kepala Janin .....	30
	Tabel 2.7 Ukuran Circumferensia .....	30
	Tabel 2.8 18 Penapisan .....	34
	Tabel 2.9 Kunjungan Masa Nifas .....	38
	Tabel 2.10 Involusi Pada Masa Nifas .....	46
	Tabel 2.11 Nilai APGAR Score .....	53
	Tabel 2.12 Jadwal Imunisasi .....	98

## DAFTAR GAMBAR

No	Judul Gambar	Halaman
	Gambar 2.1 Senam Hamil .....	15
	Gambar 2.2 Score Poedji Rochjati.....	23
	Gambar 2.3 Anatomi panggul(Sulistyawati dan Nugraheny, 2010). .....	27
	Gambar 2.4 Bidang Hodge Panggul.....	37
	Gambar 2.5 Mekanisme Proses Persalinan .....	34
	Gambar 2.6 Struktur Anatomi Payudara(Ambarwati, 2010).....	39
	Gambar 2.7 Reflek Let down (Vivian, 2011).....	42
	Gambar 2.8 Reflek menghisap pada bayi (Vivian, 2011).....	43
	Gambar 2.9 KBE dan KBI (Dewi dkk, 2013).....	50
	Gambar 2.10 Mekanisme Kehilangan Panas (Marmi & Rahardjo, 2012).....	57

## DAFTAR LAMPIRAN

- | No | Lampiran  |
|----|---|
| 1. | Jadwal Penatalaksanaan LTA  |
| 2. | Surat Pengantar LTA   |
| 3. | <i>Infrom Consent</i>   |
| 4. | Dokumentasi Laporan Pasien (Buku KIA, Patograf, Bukti Kunjungan, Kartu ibu) |
| 5. | Dokumentasi Pelaksanaan Asuhan Kebidanan Komprehensif                       |
| 6. | Lembar Konsultasi Laporan   |
| 7. | <i>Curriculum Vitae</i>   |

## DAFTAR SINGKATAN

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

# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Kematian yang terjadi pada ibu dan bayi merupakan salah satu indikator dari perkembangan derajat kesehatan yaitu untuk menilai keberhasilan pelayanan kesehatan serta pembangunan kesehatan lainnya (Dinkes, 2010). *World Health Organization* (WHO) memperkirakan 800 perempuan meninggal setiap harinya akibat komplikasi kehamilan dan proses kelahiran. Sekitar 99% dari seluruh kematian ibu terjadi di negara berkembang. Sekitar 80% kematian maternal merupakan komplikasi selama kehamilan, persalinan dan nifas. Menurut laporan WHO tahun 2014 AKI di dunia yaitu 289.000 jiwa (WHO, 2014)

Salah satu program pemerintah dibidang kesehatan untuk menurunkan AKI adalah *Sustainable Development Goals* (SDGs) yaitu sebuah dokumen yang akan menjadi sebuah acuan dalam kerangka pembangunan dan perundingan negara di dunia. Cakupan tujuan dari SDGs yang terdiri dari 17 *Global Goals* salah satu tujuannya dibidang kesehatan adalah menurunkan AKI sampai dengan angka 70 per 100.000 kelahiran hidup dan menurunkan AKB 12 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2030 (Kementrian Kesehatan RI 2015). Status kesehatan ibu dan bayi di Indonesia masih jauh dari target yang diharapkan. Hasil survey demografis dan kesehatan Indonesia (SDKI) pada tahun 2012, AKI di Indonesia mencapai 359/100.000 kelahiran hidup, dan AKB mencapai 32/100.000 kelahiran hidup, dengan demikian angka ini masih jauh dari target Rencana Strategis (Renstra) dan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2010-2014 (Kementrian Kesehatan RI, 2015). AKI dan AKB di Jawa Timur telah mengalami penurunan dari tahun 2011 dengan jumlah AKI

104,3/100.000 kelahiran hidup, turun pada tahun 2012 menjadi 97,43/100.000 kelahiran hidup, sedangkan jumlah AKB tahun 2010 29,9/1000 kelahiran hidup, pada tahun 2011 jumlah AKB turun menjadi 29,4/1000 kelahiran hidup dan tahun 2012 jumlah AKB menjadi 28,3/1000 kelahiran hidup (Dinkes Provinsi Jawa Timur 2013).

Berdasarkan data Dinas Kesehatan Kota Malang, Angka Kematian Ibu (AKI) tercatat 20 orang pada tahun 2013, 13 orang pada tahun 2014, 8 orang tahun 2015 dan 9 orang pada tahun 2016. Pada tahun 2013 sampai dengan 2015 AKI mengalami penurunan akan tetapi 2015 sampai dengan 2016 terjadi kenaikan, sedangkan hasil survei data dari Dinkes Kota Malang 2016 meliputi ibu hamil oleh tenaga kesehatan 17757 jiwa pencapaian 95,11%, persalinan Nakes 11976 jiwa pencapaian 93,58%, nifas Nakes 11668 jiwa pencapaian 91,18%, keluarga berencana Nakes 10693 jiwa pencapaian 73,43%. Angka Kematian Bayi (AKI) tahun 2013 di Kota Malang tercatat 209 orang dari 1000 kelahiran hidup, tahun 2014 tercatat 219 orang, tahun 2015 mulai menurun tercatat 116 orang dan tahun 2016 tercatat 87 dari 1000 kelahiran (Dinkes Kota Malang, 2016)

Rendahnya kesadaran masyarakat tentang kesehatan ibu hamil turut menjadi faktor mempengaruhi angka kematian ibu. Meskipun masih banyak faktor yang harus diperhatikan untuk menangani masalah ini, kematian ibu dapat disebabkan oleh berbagai faktor. Persoalan kematian yang terjadi diakibatkan karena; perdarahan 28%, eklamsia 24% (kejang bisa terjadi pada pasien dengan tekanan darah tinggi yang tidak terkontrol), infeksi 11%. Pada persalinan diakibatkan karena partus lama, komplikasi keguguran, emboli, komplikasi masa nifas dan lain-lain. Penyebab utama kematian bayi baru lahir atau neonatal antara lain bayi prematur, sepsis, asfiksia, pnemonia, dan trauma (Depkes, 2012)

Berdasarkan masalah diatas dampak yang akan timbul jika tidak dilakukan asuhan COC, maka tidak melakukan deteksi dini terhadap penyakit/penyulit yang

menyerta kehamilan sehingga semakin meningkatnya angka kematian ibu dan angka kematian bayi, oleh karena itu diperlukan tenaga kesehatan yang berkompeten untuk membantu program pemerintah menurunkan angka kematian ibu dan angka kematian bayi. Salah satu upaya untuk menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) yang sudah dilakukan oleh pemerintah dan tenaga kesehatan terkait adalah dengan memberikan asuhan secara COC (*Continuity Of Care*) dengan meningkatkan asuhan kebidanan yang bermutu dan menyeluruh kepada ibu dan bayi terutama pertolongan persalinan, kegawat daruratan obstetric serta asuhan bayi baru lahir dan melakukan pelatihan pengembangan *soft skill* dan dapat dilakukan deteksi secara dini terhadap adanya komplikasi seperti preeklamsi, anemia, solusio plasenta, plasenta previa (Kemenkes RI, 2013)

Menurut studi pendahuluan yang telah dilakukan di BPM Soemidjah Ipung, Amd, Keb Malang pada tahun 2016 didapatkan data jumlah pemeriksaan ANC sebanyak 1.447 orang, dari data tersebut yang memeriksakan kehamilannya pada trimester I 373 orang, pada TM II 470 orang dan TM III 602 orang . Jumlah ibu bersalin sebanyak 328 orang, Ibu bersalin normal sebanyak 329 orang, jumlah neonatus 327 orang dan 1 neonatus lainnya dirujuk karena BBLR, dan jumlah pasien bersalin yang dirujuk 8 orang yang disebabkan karena letak sungsang, partus macet, pre-eklamsia dan KPD, Jumlah akseptor KB sebanyak 2.524 orang dengan akseptor baru 919 orang dan akseptor lama 1605 orang. Untuk jumlah akseptor KB ini perlu diapresiasi karena menunjukkan kesadaran masyarakat akan pentingnya KB, dan untuk permasalahan rujukan yang terjadi maka harapan kedepannya kinerja dan asuhan harus benar-benar diterapkan pada ibu seminimal mungkin sehingga dapat mencegah komplikasi pada ibu dan bayi. Oleh karena itu, penulis berminat untuk memberikan asuhan *contunity of care* berdasarkan pengkajian yang dilakukan pada tanggal 17 Mei 2017 pada

Ny. "E" usia 32 tahun UK 30 mg 4 hari dengan skor KSPR 2 ini merupakan kehamilan pertama dikhawatirkan terjadi komplikasi. Dengan diberikannya asuhan berkesinambungan dari kehamilan sampai KB dapat membantu ibu untuk memahami pentingnya pelayanan dari tenaga kesehatan.

## 1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana asuhan kebidanan komprehensif pada Ny "E" usia 32 tahun di BPM Soemidjah Ipung, Amd. Keb. dari masa kehamilan, bersalin, bayi baru lahir, nifas dan KB ?

## 1.3 Tujuan

### 1.3.1 Tujuan Umum

Memberikan asuhan kebidanan secara komprehensif pada Ny. "E" usia 32 tahun yang didokumentasikan melalui manajemen kebidanan dalam bentuk SOAP

### 1.3.2 Tujuan Khusus

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

5. Melaksanakan pengkajian, menentukan diagnosa kebidanan, melakukan perencanaan, melaksanakan asuhan kebidanan, evaluasi dan dokumentasi pada akseptor KB.

#### **1.4 Manfaat**

##### 1.4.1 Penulis

Menambah pengetahuan, pengalaman dan wawasan kebidanan tentang *continuity of care*, terhadap ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir dan pelayanan kontrasepsi.

##### 1.4.2 Bagi Pasien

Dapat dilakukan deteksi secara dini bagi ibu yang dilakukan *continuity of care* karena dilakukan asuhan kebidanan secara berkesinambungan dari kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir dan KB

##### 1.4.3 Bagi Institusi Pendidikan

Dapat dijadikan sebagai masukan untuk pengembangan materi yang telah diberikan baik dalam proses perkuliahan maupun praktik lapangan agar mampu menerapkan secara langsung dan berkesinambungan pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir, dan KB dengan pendekatan manajemen kebidanan yang sesuai dengan standar pelayanan kebidanan

##### 1.4.4 Bagi Lahan Praktik

Sebagai masukan untuk dapat meningkatkan mutu pelayanan kebidanan terutama asuhan pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir, dan KB

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Dasar**

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

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

Kehamilan adalah serangkaian proses yang diawali dari konsepsi atau pertemuan antara ovum dan sperma sehat dan dilanjutkan dengan fertilisasi, nidasi dan implantasi (Sulistyawati, 2012).

Kehamilan adalah suatu proses merantai yang berkesinambungan dan terdiri dari ovulasi pelepasan sel telur, migrasi spermatozoa dan ovum, konsepsi dan pertumbuhan zigot, nidasi (implantasi) pada uterus, pembentukan plasenta, dan tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm (Manuaba, 2010).

Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin (280/40 minggu atau 9 bulan 7 hari (Nugroho, 2014). Ditinjau dari usia kehamilan, kehamilan dibagi menjadi 3 bagian, yaitu kehamilan triwulan pertama (0-12 minggu), triwulan kedua (12-28 minggu), dan kehamilan triwulan ketiga (28-40 minggu) (Prawirohardjo, 2010)

###### **2. Proses Kehamilan**

Proses kehamilan adalah mata rantai yang berkesinambungan. Setiap bulan wanita melepaskan satu sampai dua sel telur dari indung telur (*ovulasi*) yang di tangkap oleh umbai-umbai fimbriae dan masuk ke dalam sel telur. Waktu persetubuhan, cairan semen tumpah ke dalam vagina dan berjuta-juta sel mani(*sperma*) bergerak memasuki rongga

rahim lalu masuk ke sel telur. Pembuahan sel telur oleh sperma biasa terjadi di bagian yang mengembang dari tuba falopi. Pada sekeliling sel telur banyak berkumpul sperma yang mengeluarkan ragi untuk mencairkan zat yang melindungi ovum kemudian pada tempat yang paling mudah dimasuki, masuklah satu sel mani dan kemudian bersatu dengan sel telur. Peristiwa ini disebut pembuahan (konsepsi = *ferfilisasi*) (Nugroho, 2014).

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

### 3. Tanda – Tanda Kehamilan

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

#### a. Tanda Dugaan Hamil

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

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

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

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

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

##### 4) *Syincope* (pingsan)

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

5) Sering miksi

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

6) Konstipasi atau obstipasi

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

7) Pigmentasi kulit

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

8) Varises

Pengaruh *estrogen* dan *progesteron* menyebabkan pelebaran pembuluh darah.

9) Mammae membesar, tegang dan sedikit nyeri.

Disebabkan oleh pengaruh *estrogen* dan *progesteron* yang merangsang duktus dan alveoli payudara.

b. Tanda Kemungkinan Hamil

1) Pembesaran perut

Akibat pembesaran uterus, terjadi pada bulan keempat kehamilan.

2) Tanda *hegar*

Pelunakan dan dapat ditekannya isthmus uteri.

3) Tanda *goodel* (pelunakan serviks)

4) Tanda *chadwicks*

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

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

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

7) Teraba *ballotement*

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

8) Pemeriksaan tes biologis kehamilan (*planotest*) positif.c. Tanda Pasti Kehamilan (*positive sign*)

## 1) Gerakan janin dalam rahim

## 2) Denyut jantung janin

## 3) Bagian-bagian janin

## 4) Kerangka janin

**4. Perubahan Anatomi dan Adaptasi Fisiologis Ibu Hamil**

## a. Sistem Reproduksi

## 1) Uterus

Ukuran rahim membesar, berat dari 30 gram menjadi 1000 gram pada akhir kehamilan posisi rahim pada permulaan kehamilan, dalam letak *antefleksi* atau *retrofleksi*. Pada 4 bulan kehamilan, rahim tetap berada dalam rongga pelvis. Setelah itu, mulai memasuki rongga perut yang dalam pembesarannya dapat mencapai batas hati. Serviks uteri bertambah vaskularisasinya dan menjadi lunak, kondisi ini yang disebut dengan tanda *goodell*. Kelenjar *endoservikal* membesar dan banyak mengeluarkan cairan

mukus, oleh karena itu penambahan dan pelebaran pembuluh darah, warnanya menjadi *livid* dan ini disebut dengan tanda *chadwick*. Vagina dan vulva oleh karena pengaruh *estrogen*, terjadi hipervaskularisasi pada vagina dan vulva, sehingga pada bagian tersebut terlihat lebih merah atau kebiruan, kondisi ini disebut dengan tanda *chadwick*. (Vivian, 2011).

## 2) Payudara

Menurut Sulistyawati(2014), payudara bertambah besar, tegang dan berat, dapat teraba nodul-nodul, akibat *hipertropi* kelenjar *alveoli*, *Glandula montgomery* makin tampak menonjol di permukaan *aerola mammae*, hiperpigmentasi pada areola dan puting susu, terdapat kolustrum.

## 3) Sistem kardiovaskuler

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

## 4) Sistem urinaria

Selama kehamilan, ginjal bekerja lebih berat. Ginjal menyaring darah yang volumenya meningkat (sampai 30-50% atau lebih), yang puncaknya terjadi pada usia kehamilan 16-24 minggu sampai saat sebelum persalinan (pada saat ini aliran darah ke ginjal berkurang akibat penekanan rahim yang membesar). Pada akhir kehamilan, peningkatan aktifitas ginjal yang lebih besar terjadi saat wanita hamil yang tidur miring. Tidur miring mengurangi tekanan dari rahim pada vena yang membawa darah dari tungkai sehingga terjadi perbaikan aliran darah yang selanjutnya akan meningkatkan aktivitas ginjal dan curah jantung.

5) Sistem *gastrointestinal*

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

6) Sistem Metabolisme Indek Massa Tubuh (IMT)

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

7) Sistem *muskuloskeletal*

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

8) Kulit

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

9) Sistem pernapasan

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

#### 10) Sistem saraf

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

#### 5. Kebutuhan Fisik Ibu Hamil Trimester III

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

#### 6. Perubahan Psikologis Pada ibu hamil

##### a. Trimester ketiga

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

## 7. Menentukan Usia Kehamilan

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

- a. Menggunakan suatu alat khusus (skala yang sudah disesuaikan)
  - 1) Tentukan terlebih dulu hari pertama haid terakhir (HPHT).
  - 2) Lihat dalam skala, akan terlihat usia kehamilan sekaligus hari perkiraan lahirnya (HPL).
- b. Menggunakan cara manual (menghitung)
  - 1) Tentukan HPHT terlebih dahulu.
  - 2) Tentukan tanggal pemeriksaan hari ini.
  - 3) Buat daftar jumlah minggu dan kelebihan hari tiap bulan.
  - 4) Daftar jumlah minggu dan hari dibuat mulai dari sisa hari dalam bulan HPHT sampai dengan jumlah minggu dan hari di bulan saat pasien melakukan pemeriksaan.
  - 5) Setelah daftar di buat, jumlahkan minggu dan harinya, hasil akhirnya dikonversikan dalam jumlah minggu.
- c. Cara menentukan kehamilan yaitu:
  - 1) Dihitung dari gerakan fetus pertama yang pada umumnya dirasakan pada usia kehamilan 20 minggu.
  - 2) Dihitung saat denyut jantung janin mulai dapat didengar baik dengan menggunakan *leanec* (20 minggu) maupun dopler (16 minggu).
  - 3) Perkiraan tingginya fundus uteri

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

**Tabel 2.1 Perkiraan TFU terhadap umur kehamilan**

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

(Sumber : Hani & dkk, 2014)

#### 4) Menentukan HPL

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

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

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

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

## 8. Jadwal Pemeriksaan Kehamilan

Jadwal pemeriksaan kehamilan dan pelayanan asuhan kehamilan yaitu :

### a. Jadwal pemeriksaan kehamilan

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

### b. Pelayanan asuhan standar antenatal

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

#### 1) Timbang berat badan

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

#### 2) Ukur tekanan darah

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

#### 3) Ukur TFU (Tinggi Fundus Uterus)

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

#### 4) Imunisasi TT

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

**Tabel 2.2 Pemberian Imunisasi TT**

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

(Sumber : Romauli, 2011)

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

#### 6) Pemeriksaan HB

Pemeriksaan Hb pada ibu hamil harus dilakukan pada kunjungan pertama dan minggu ke 28, bila kadar Hb < 11 gr% ibu hamil

dinyatakan *anemia*, maka harus diberi suplemen 60 mg Fe dan 0,5 mg asam folat hingga Hb menjadi 11 gr% atau lebih.

7) Pemeriksaan protein urine

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

8) Pengambilan darah untuk pemeriksaan VDRL (*Veneral Disease Research Lab*) test terhadap PMS (Penyakit Menular Seksual).

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

9) Pemeriksaan urine reduksi

Untuk ibu hamil dengan riwayat *diabetes militus* bila hasil positif maka perlu diikuti pemeriksaan gula.

10) Perawatan payudara

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

11) Senam ibu hamil

12) Pemberian obat malaria

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

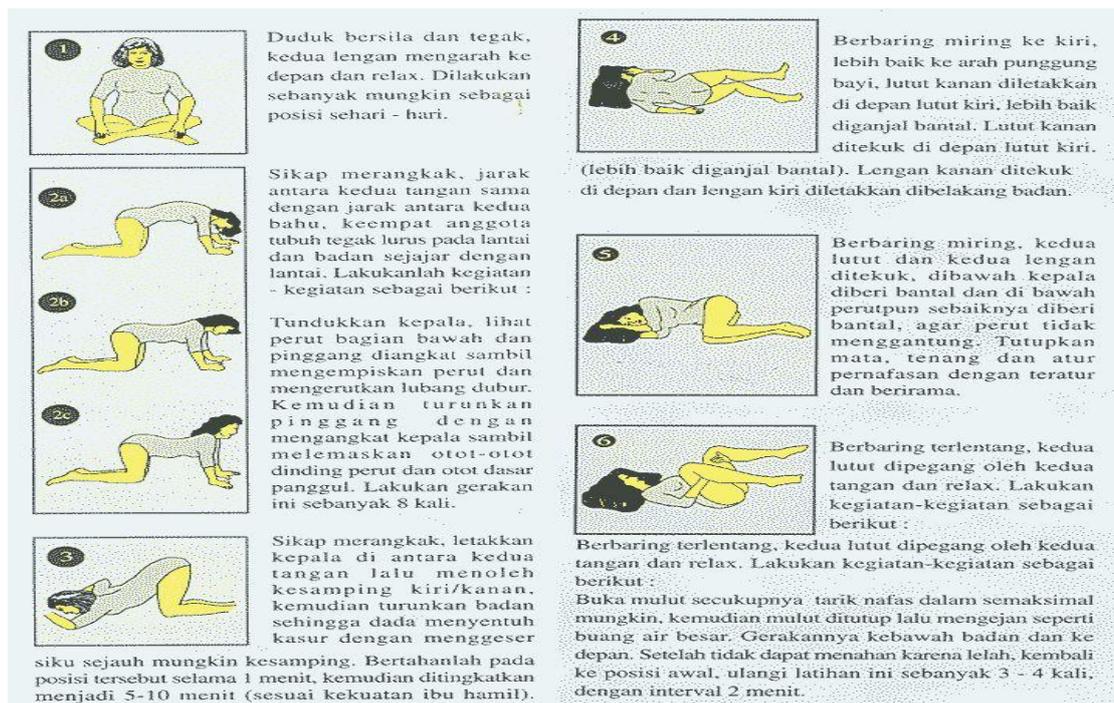
13) Pemberian kapsul minyak beryodium

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

#### 14) Temu wicara

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

Senam hamil pada kehamilan normal dapat dinilai pada kehamilan kurang lebih 16–38 minggu. Pelaksanaan senam hamil sedikitnya seminggu sekali dan menggunakan pakaian yang sesuai dan longgar. Lakukan selalu pemanasan dan pendinginan setiap kali senam. Intensitas senam harus disesuaikan dengan kondisi tubuh. Bila dilantai, gunakan kasur atau matras saat melakukan senam. Jangan mendadak berdiri saat usai senam, tetapi lakukan secara perlahan untuk menghindari pusing



Gambar 2.1 Senam Hamil

Manfaat senam hamil adalah

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

Akan tetapi senam hamil sebaiknya dilakukan saat trimester 3 dan hentikan melakukan senam hamil apabila terjadi kram perut, perdarahan, demam, dan tidak enak badan. Bagi ibu yang mempunyai riwayat abortus atau kelahiran *premature* bisa mengkonsultasikan dulu dengan dokter sebelum melakukan senam hamil. Senam hamil bisa dilakukan 1 kali dalam seminggu secara rutin. Setiap langkah gerakan dilakukan minimal 10 kali (Dewi, 2012)

## 9. Asuhan Kehamilan TM III

Asuhan kunjungan awal yaitu :

- a. Tujuan kunjungan
  - 1) Menentukan tingkat kesehatan ibu dengan melakukan pengkajian riwayat lengkap dan uji skrining yang tepat.
  - 2) Menetapkan catatan dasar tentang tekanan darah, urinalisis, nilai darah, serta pertumbuhan dan perkembangan janin yang dapat digunakan sebagai standar pembandingan sesuai kemajuan kehamilan.

- 3) Mengidentifikasi faktor resiko dengan mendapatkan riwayat detail kebidanan masa lalu dan sekarang.
- 4) Memberi kesempatan pada ibu dan keluarga untuk mendiskusikan adanya kekhawatiran tentang kehamilan saat ini dan kehamilan yang lalu, proses persalinan serta nifas.
- 5) Mengajukan adanya pemeliharaan kesehatan masyarakat dalam upaya mempertahankan kesehatan ibu dan perkembangan bayinya.
- 6) Membangun hubungan saling percaya karena ibu dan bidan adalah mitra dalam asuhan

#### **10. Tanda – Tanda Bahaya Kehamilan**

Berdasarkan judul jurnal pengetahuan tentang tanda-tanda bahaya kehamilan, oleh Indri Astuti Purwanti dan Nurina Dyah Larasaty bahwa angka kematian ibu AKI di kota Semarang mengalami peningkatan pada tahun 2014 sampai 2015 peringkat 7, sedangkan tahun 2015 menduduki peringkat 5 se Jawa- Tengah. Penyebab utama kematian ibu yang berupa:

- a. Perdarahan per vaginam
- b. Abortus imminens
- c. Abortus insipiens
- d. Abortus inkomplete
- e. Abortus komplete
- f. Kehamilan ektopik
- g. Mola hidatidosa
- h. Sakit kepala yang hebat dan menetap
- i. Perubahan visual secara tiba-tiba atau pandangan kabur

- j. Nyeri abdomen yang hebat
- k. Bengkak pada muka dan mata
- l. Bayi kurang bergerak seperti biasa

## **11. Kebutuhan Dasar Ibu Hamil Sesuai Tahap Perkembangannya Trimester I,II, dan III**

### **a. Status gizi**

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

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

Menurut konsep evidence bahwa pemakaian asam folat pada masa dan perikonsepsi menurunkan resiko kerusakan otak, kelainan neural, spina bifida anensepalus baik pada ibu hamil normal maupun beresiko. Asam folat juga berperan untuk memproduksi sel darah merah. Sintesis DNA pada janin dan pertumbuhan plasenta. Pemberian multivitamin saja tidak terbukti efektif untuk mencegah kelainan neural. Minimal pemberian suplemen asam folat untuk preventif adalah 500

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

## 2) Energi

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

## 3) Protein

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

## 4) Zat besi (Fe)

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

#### 5) Kalsium

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

#### 6) Vitamin D

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

#### 7) Yodium

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

#### 8) Vitamin A

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

#### 9) Mineral

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

Pada wanita hamil dengan gizi buruk, perlu mendapatkan gizi yang adekuat baik jumlah maupun susunan menu atau kualitasnya serta mendapat askes pendidikan kesehatan tentang gizi. Akibat mal nutrisi pada kehamilan yaitu berat otak dan bagian-bagian otak kurang dari normal. Setelah lahir akan menjadi intelegensia (IQ) dibawah rata-rata. Karena adanya malnutrisi pada ibu hamil. Volume darah jadi berkurang , aliran darah ke uterus dan plasenta berkurang, ukuran plasenta berkurang, dan transfer nutrien melalui plasenta berkurang sehingga janin tumbuh lambat atau terganggu (IUGR). Ibu hamil dengan 85 kekurangan gizi cenderung melahirkan prematur atau BBLR. Rata-rata kenaikan berat badan selama hamil adalah 10-20 kg atau 20,5 dari berat badan ideal sebelumnya. Proporsi kenaikan berat badan selama hamil adalah sebagai berikut :

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

Gizi sangat berpengaruh pada tumbuh kembang otak. Pertumbuhan otak yang pesat terjadi 2 fase, fase pertama adalah usia kehamilan 15-20 minggu dan fase kedua adalah 30 minggu

sampai 18 bulan setelah bayi lahir (perinatal). Pada umur 0-1 tahun terjadi pertumbuhan otak 25 % dari saat hamil. Pada usia 2 tahun pertumbuhan otak kurang dari 10 %. Berat otak pada saat lahir 25 % otak dewasa, pada saat 5 tahun 90 % otak dewasa dan pada umur 10 tahun 95 % otak dewasa. Pengaturan komposisi makanan terdiri dari protein 10-15 %, lemak 20 % dan karbohidrat 60-70 %. Penilaian status gizi ibu hamil adalah :

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

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

**Tabel 2.3 Indikator penilaian IMT**

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

(Sumber : Romauli, 2011)

(2) Ukuran Lingkar Lengan Atas (LILA)

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

(3) Kadar hemoglobin (Hb)

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

b. *Personal Hygiene*

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

c. Istirahat

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

## 12. Konsep Dasar Primi Tua Skunder

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

- a. Primi muda, yaitu ibu hamil pertama pada umur < 16 tahun rahim dan panggul seringkali belum tumbuh mencapai ukuran dewasa. Akibatnya diragukan keselamatan dan kesehatan janin dalam

kandungan. Selain itu mental ibu belum cukup dewasa sehingga diragukan keterampilan perawatan dini dan bayinya.

Bahaya yang dapat terjadi antara lain :

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

Kebutuhan pertolongan medik, bila terdapat kelainan yaitu :

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

b. Primi tua dibagi lagi menjadi :

- 1) Primi tua, lama perkawinan > 4 tahun.

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

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

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

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

Kebutuhan pertolongan medik :

- (1) Perawatan antenatal yang teratur.
- (2) Memberikan rujukan kehamilan dan bisa memberi pengobatan.

(3) Pengamatan persalinan ketat terhadap adanya gawat janin, 1 jam bayi tidak lahir dilakukan tindakan atau operasi sesar.

c. Primi tua pada ibu umur > 35 tahun

Ibu yang hamil pertama pada umur > 35 tahun. Pada usia tersebut mudah terjadi penyakit pada ibu dan organ kandungan menua. Jalan lahir juga tambah kaku. Ada kemungkinan lebih besar ibu hamil mendapatkan anak cacat, terjadi persalinan macet dan pendarahan, bahaya yang dapat terjadi :

- 1) Hipertensi
- 2) Pre-eklamsi
- 3) Ketuban Pecah Dini (KPD)
- 4) Persalinan macet
- 5) Pendarahan Post Partum
- 6) BBL < 2500 gram

d. Anak terkecil umur < 2 tahun

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

- 1) Pendarahan post partum.
- 2) Bayi prematur.
- 3) BBLR < 2500 gram

e. Primi tua sekunder

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

- 1) Anak pertama mati, janin didambakan dengan nilai sosial tinggi
- 2) Anak terkecil hidup umur 10 tahun lebih, ibu tidak ber-KB.

Bahaya yang dapat terjadi:

- a) Persalinan dapat berjalan tidak lancar
- b) Perdarahan pasca persalinan
- c) Penyakit ibu: Hipertensi (tekanan darah tinggi).

### 13. Kartu Skor Poedji Rochjati

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

Berdasarkan jumlah skor kehamilan dibagi menjadi tiga kelompok:

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



Gambar 2.2 Score Poedji Rochjati

Sumber : Buku KIA

2.1.2 Konsep Persalinan

1. Pengertian

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

Persalinan normal adalah proses kelahiran bayi yang terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (lebih dari 37 minggu) tanpa adanya penyulit yaitu dengan tenaga ibu sendiri tanpa bantuan alat – alat serta tidak melukai bayi dan ibu. Partus spontan umumnya berlangsung 24 jam (Ari Sulistyawati, 2012).

Persalinan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37- 42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput ketuban dari tubuh ibu, tanpa komplikasi baik ibu maupun janin (Nurasiah, dkk., 2012)

## 2. Tanda – Tanda Persalinan

Menurut (Kuswanti & Melina, 2014) sebelum terjadi persalinan sebenarnya beberapa minggu sebelumnya wanita memasuki kala pendahuluan (prepatory stage of labour) yang memberikan tanda-tanda sebagai berikut:

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

## 3. Sebab – Sebab Mulainya Persalinan

Menurut (Kuswanti & Melina, 2014) banyak factor yang memegang peranan dan bekerja sama sehingga terjadi persalinan diantaranya :

- a. Teori penurunan hormon

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

b. Teori distensi rahim

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

c. Teori iritasi mekanik

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

d. Teori plasenta menjadi tua

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

e. Indikasi partus

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

f. Penurunan kadar *progesterone*

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

g. Teori *oxytocin*

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

h. Ketegangan otot-otot

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

i. Pengaruh janin / *fetal cortisol*

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

j. Teori *prostaglandin*

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

#### 4. Faktor – Fator Yang Mempengaruhi Persalinan

a. Power (kekuatan/tenaga)

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

1) His (kontraksi uterus)

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

- a) Kontraksi yang simetris.
- b) Fundus dominan, yaitu kekuatan paling tinggi berada di fundus uteri.
- c) Kekuatan seperti meremas rahim.

- d) Setelah adanya kontraksi, diikuti dengan adanya relaksasi.
- e) Pada setiap his menyebabkan terjadinya perubahan pada serviks, yaitu menipis dan membuka.

2) Pembagian dan sifat-sifat his :

a) His pendahuluan

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

b) His pembukaan

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

c) His pengeluaran

Sangat kuat, teratur, simetris, terkoordinasi dan lama, merupakan his untuk mengeluarkan janin. Koordinasi bersama antara his kontraksi otot perut, kontraksi diafragma dan ligament.

d) His pelepasan uri (kala III)

Kontraksi sedang untuk melepaskan dan melahirkan plasenta.

e) His pengiring

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

b. Passage (Jalan lahir)

1) Panggul

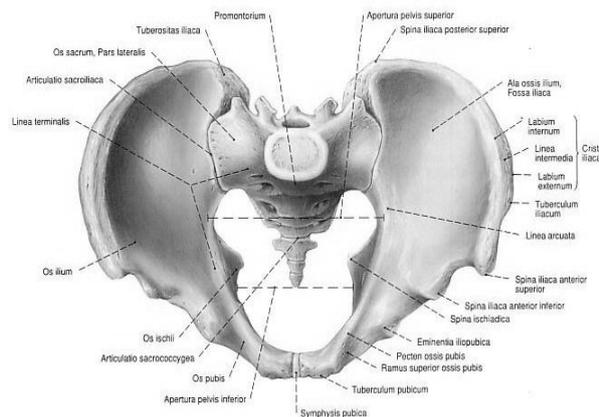
a) *Tulang koksigis*

(1) Tulang ilium (tulang usus)

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

(b) Bagian atas merupakan penebalan tulang yang disebut *krista iliaka*.

- (c) Ujung depan dan belakang *krista iliaka* yang menonjol: *spina iliaca anterior superior* dan *spina iliaca postesuperior*.
- (d) Terdapat tonjolan tulang memanjang dibagian dalam tulang ilium yang membagi pelvis *major* dan *minor*, disebut *linea inominata (linea terminalis)*.
- (e) Linea terminalis merupakan bagian dari pintu atas panggul.
- (f) Tulang ishium (tulang duduk)
- (g) Terdapat disebelah bawah tulang usus
- (h) Pinggir belakangnya menonjol : *spina isciadica*
- (i) Pinggir bawah tulang duduk sangat tebal (*tuber isciadicium*), berfungsi menopang saat duduk.



**Gambar 2.3 Anatomi panggul(Sulistiyawati dan Nugraheny, 2010)**

## 2) Kavum Pelvik

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

- a) *Bidang dengan ukuran terbesar (bidang terluas tanggul)*
- b) Merupakan yang terluas dan bentuknya hampir seperti lingkaran.

- (1) Batas-batas :
- (a) Anterior : titik tengah permukaan belakang tulang pubis.
  - (b) Lateral : sepertiga bagian atas dan tengah foramen obturatorium.
  - (c) Posterior: hubungan antara *vertebra sakralis* kedua dan ketiga.
- (2) Diameter-diameter penting.
- (a) Diameter anteroposterior adalah jarak antara titik tengah permukaan belakang tulang pubis dengan hubungan antara *vertebra sakralis* kedua dan ketiga panjangnya adalah 12,75 cm.
  - (b) Diameter transversa adalah jarak terbesar tepi lateral kanan dan kiri bidang tersebut, panjangnya 12,5

**Tabel 2.4 Ukuran panggul yang ditentukan**

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

(Sumber : Kuswanti & Melina, 2014)

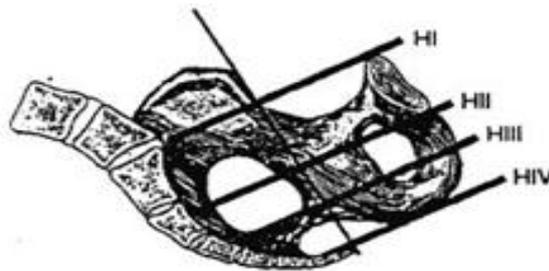
### 3) Bidang Hodge

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

**Tabel 2.5 Bidang Hodge**

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

(Sumber : Hani &amp; dkk, 2014)

**Gambar 1.4 Bidang Hodge Panggul**

## c. Passenger (janin dan plasenta)

Passenger terdiri dari:

## 1) Janin

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

- a) Kelainan bentuk dan besar janin *anasefalus*, *hydrosefalus*, janin *makrosomia*.
- b) Kelainan pada retak kepala presentasi puncak, presentasi muka
- c) Presentasi dahi dan kelainan occiput.
- d) Selain letak janin: letak sungsang, letak lintang, letak mengelak, presentasi rangkap (kepalan tangan, kepalan tali pusat).

e) Kepala janin (bayi) merupakan bagian penting dalam proses persalinan memiliki ciri sebagai berikut:

- (1) Untuk kepala oval sehingga setelah bagian besar lahir, maka bagian lainnya mudah lahir
- (2) Persendian kepala terbentuk kogel sehingga dapat digerakkan kesegala arah dan memberikan kemungkinan untuk melakukan pemutaran paksi dalam.
- (3) Letak persendian kepala sedikit kebelakang sehingga kepala melakukan fleksi untuk putaran paksi dalam.

**Tabel 2.6 Ukuran Penting Kepala Janin**

Diameter	Panjang Normal	Presentasi
Sub oksipito bregmatika	9,5 cm	Fleksi maksimal
Sub oksipito frontalis	12 cm	Fleksi tak lama
Oksipito frontalis	12 cm	Puncak dahi
Mento oksipitalis	13,5 cm	Dahi
Sub mento bregmatika	9,5 cm	Deteksi maksimal
Diameter biparietalis	9,25 cm	
Diameter bitemporalis	8 cm	

(Sumber : Kuswanti & Melina, 2014).

**Tabel 2.7 Ukuran Circumferensia**

Circumferensia	Ukuran Normal
Cir. Fromto occipitalis	34 cm
Cir. Mento occipitalis	35 cm
Cir. Sub oksipito bregmatika	32 cm

(Sumber : Kuswanti & Melina, 2014)

## 2) Plasenta

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

## 3) Tali pusat merupakan bagian yang sangat penting untuk kelangsungan hidup janin meskipun tidak menutup kemungkinan

bahwa tali pusat juga dapat menyebabkan penyulit persalinan misal lilitan tali pusat

#### 4) Air ketuban

Sebagai cairan pelindung dalam pertumbuhan dan perkembangan janin, air ketuban berfungsi sebagai 'bantalan' untuk melindungi janin terhadap trauma dari luar, tidak hanya itu saja, air ketuban juga berfungsi melindungi janin dari infeksi, menstabilkan perubahan suhu dan menjadi sarana yang memungkinkan janin bergerak bebas. Kekurangan cairan ketuban bisa disebabkan berbagai hal diantaranya menurunnya fungsi plasenta akibat kehamilan yang melebihi waktu, ketuban yang bocor atau kelainan janin yang berhubungan dengan penyumbatan kandung kemih.

Letak janin dalam rahim di bedakan menjadi :

##### a) Letak membujur (*longitudinal*).

- (1) Letak kepala
- (2) Letak fleksi (letak belakang kepala).
- (3) Letak defleksi (letak puncak kepala, letak dahi, letak muka).

##### b) Letak sungsang.

- (1) Letak bokong sempurna (*complete breech*).
- (2) Letak bokong (*frank breech*).
- (3) Letak bokong tidak sempurna (*incomplete breech*).

##### c) Letak lintang (*transversi lie*).

##### d) Letak miring (*oblique lie*).

- (1) Letak kepala mengolak.
- (2) Letak bokong mengolak (Kuswanti dan Melina 2014).

## 5. Tahapan Persalinan

### 1. Kala I

Proses membukanya serviks dibagi dalam 2 macam :

#### a. Fase laten

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

#### b. Fase aktif.

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

1) Fase akselerasi.

Dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm.

2) Fase dilatasi maksimal.

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

3) Fase deselerasi.

Pembukaan menjadi lambat, dalam waktu 2 jam pembukaan dari 9 cm menjadi lengkap. Fase-fase tersebut dijumpai pada primigravida. Pada multigravida pun terjadi demikian, namun fase laten, fase aktif terjadi lebih pendek.

c. Kala II

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

d. Kala III

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

e. Kala IV

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

## 6. Mekanisme Persalinan Normal

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

a. Turunnya kepala janin

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

b. *Fleksi*

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

c. *Putaran paksi dalam*

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

d. *Ekstensi*

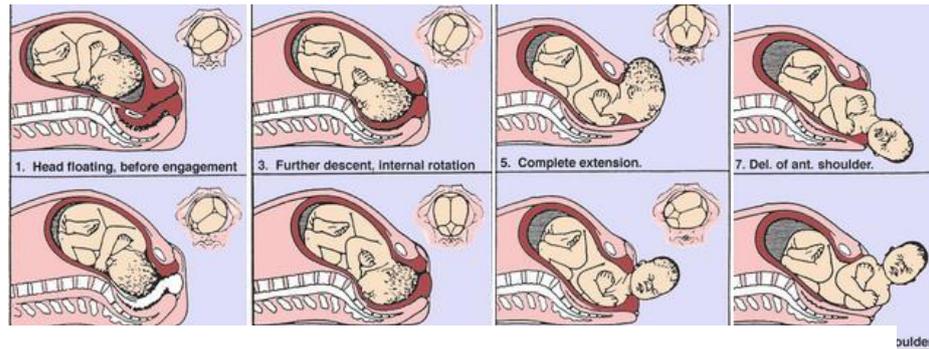
Kepala sampai di dasar panggul dan terjadi *ekstensi* atau *defleksi* kepala. Hal ini disebabkan oleh gaya tahan di dasar panggul yang membentuk lengkungan *carus*, dengan *ekstensi sub oksiput* bertindak sebagai *hipomoklion* (sumbu putar).

e. Putar paksi luar

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

f. *Ekspulsi*

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



**Gambar 2.5 Mekanisme Proses Persalinan**

## 7. Tanda – Tanda Bahaya Kala 1

Berdasarkan judul jurnal faktor resiko komplikasi persalinan ibu melahirkan di Kabupaten Gorontalo Utara Tahun 2012, oleh Yuliana & kk bahwa AKI mengalami peningkatan yang cukup tinggi yang disebabkan karena komplikasi persalinan yang tidak ditangani dengan baik. Menurut Walyani, dkk (2012), pengkajian ibu bersalin yang harus dilakukan dengan menggunakan adanya 18 penapisan terdapat di tabel berikut

## 8. Tabel 2.8 18 Penapisan

Menurut Walyani, dkk (2012), pengkajian ibu bersalin yang harus dilakukan dengan menggunakan adanya 24 penapisan terdapat di tabel berikut:

**Tabel 2.8 24 penapisan ibu hamil**

No.	Temuan/anamnesis	Diagnosa	Rencana asuhan
1.	Riwayat bedah operasi.	Bedah caesar.	a. Segera rujuk ke fasilitas kesehatan. b. Dampingi ibu ke tempat rujukan.
2.	Perdarahan pervaginam	A. <i>Plasenta previa</i> . B. <i>Solusio plasenta</i> .	A. Jangan melakukan pemeriksaan dalam. B. Baringkan ibu ke sisi kiri. C. Pasang infus NS. D. Rujuk ke fasilitas yang dapat bedah sesar. E. Dampingi ibu ke tempat rujukan.
3.	Uk <37 minggu.	<i>Premature</i> .	A. Segera rujuk ke fasilitas PGDON. B. Dampingi ibu ke tempat rujukan.
4.	Ketuban pecah di sertai dengan mekonium.	Ketuban pecah dini.	A. Baringkan ibu ke posisi kiri. B. DJJ.

			C. Rujuk ke tempat rujukan bawa partus set.
5.	Ketuban pecah >24 jam.	Ketuban pecah dini.	Segera rujuk
6.	Ketuban pecah pada persalinan kurang bulan.	Ketuban pecah dini.	Segera rujuk
7.	Demam, suhu >38 °C.	Infeksi.	A. Baringkan ibu ke posisi kiri. B. Infus NS.
8.	<i>Sistolik &gt; 160 mmHg, Distolik &gt;110 mmHg.</i>	<i>Preeklampsia.</i>	A. Baringkan ibu ke posisi kiri. B. Infus NS. C. Mgso4 20% IV. D. Mgso4 15% IM. E. Segera rujuk.
9.	TFU <20 cm / >40 cm.	A. <i>Polihidramnion.</i> B. <i>Gemeli.</i> C. <i>Hidrocephalus.</i>	A. Baringkan ibu posisi kiri. B. DJJ. C. Rujuk ke tempat rujukan bawa partus set.
10	DJJ >120 < 100x/menit.	Gawat janin.	A. Baringkan ibu posisi kiri. B. Infus NS. C. Teknik relaksasi. D. Segera rujuk.
11	<i>Primipara</i> penurunan kepala 5/5 bagian.	<i>CPD.</i>	A. Baringkan ibu posisi kiri. B. Segera rujuk
12	Presentasi ganda/majemuk.	A. Sungsang. B. Lintang.	A. Baringkan ibu posisi kiri. B. Segera rujuk.
13	Saat periksa dalam ada bagian kecil mengikuti.	Tali pusat menumbung.	Periksa dengan sarung tangan DTT, jauhkan kepala janin dari tali pusat
14	Pembukaan > 8 jam.	Fase laten memanjang.	A. Baringkan ibu posisi kiri. B. Segera rujuk.
15	<i>Sklera kuning.</i>	<i>Ikterus.</i>	A. Baringkan ibu posisi kiri. B. Segera rujuk.
16	Hb < 7 gr.	<i>Anemia berat.</i>	A. Baringkan ibu posisi kiri. B. Segera rujuk.
17	Pembukaan serviks mengarah ke sebelah kanan partograf, pembukaan serviks < 1cm /1jam.	<i>Partus lama</i>	A. Baringkan ibu posisi kiri. B. Segera rujuk.
18	Nadi >110x/menit, pusing, keringat, dingin, nafas >30x/menit.	<i>Syok</i>	A. Baringkan ibu posisi kiri. B. Posisi <i>trendelenburg.</i> C. Infus RL/NS. D. Segera rujuk.
19	Bumil TKI		
20	Suami Pelayasan		
21	Suami/bumil Bertato		
22	HIV/AIDS		
23	PMS		
24	Anak Mahal		

## 9. Partograf

### a. Pengertian partograf

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

b. Fungsi Partograf

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

c. Partograf digunakan harus pada kondisi sebagai berikut:

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

d. Kriteria pasien yang dapat dipantau menggunakan partograf

- 1) Persalinan diperkirakan spontan.
- 2) Janin tunggal
- 3) Usia kehamilan 36-42 minggu.
- 4) Presentasi kepala.
- 5) Tidak ada penyulit persalinan.
- 6) Persalinan sudah masuk dalam kala I fase aktif.

e. Kriteria pasien yang tidak perlu dipantau menggunakan partograf

- 1) Tinggi badan pasien kurang dari 145 cm
- 2) Ada perdarahan antepartum
- 3) Mengalami pre-eklamsi atau eklamsi
- 4) Anemia
- 5) Adanya kelainan letak janin
- 6) Persalinan *premature*
- 7) Adanya induksi persalinan
- 8) Gemeli

Adanya rencana persalinan SC, misalkan sudah diketahui adanya panggul sempit/DKP.

## 2.13 Konsep Dasar Nifas

### 1. Pengertian Nifas

Masa nifas dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil yang berlangsung kira-kira 6 minggu (Taufan Nugroho, dkk.,2014)

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

Masa nifas atau *puerperium* adalah masa setelah *partus* selesai sampai pulihnya kembali alat-alat kandungan seperti sebelum hamil. Lamanya masa nifas ini yaitu kira-kira 6-8 minggu (Abidin, 2011).

## 2. Tujuan Asuhan Pada Masa Nifas

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

## 3. Tahapan Masa Nifas

Beberapa tahapan masa nifas adalah sebagai berikut.

- a. Puerperium dini  
Yaitu kepedulian dimana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan, serta menjalankan aktivitas layaknya wanita normal lainnya.
- b. Puerperium *Intermedial*  
Yaitu kepulihan menyeluruh alat-alat genitalia yang lamanya 6-8 minggu.
- c. *Remote* Puerperium  
Adalah waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama apabila ibu selama hamil atau persalinan mempunyai komplikasi.

#### 4. Kunjungan Masa Nifas

**Tabel 2.9 Kunjungan Masa Nifas**

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

#### 5. Proses Laktasi Dan Menyusui

##### a. Anatomi payudara

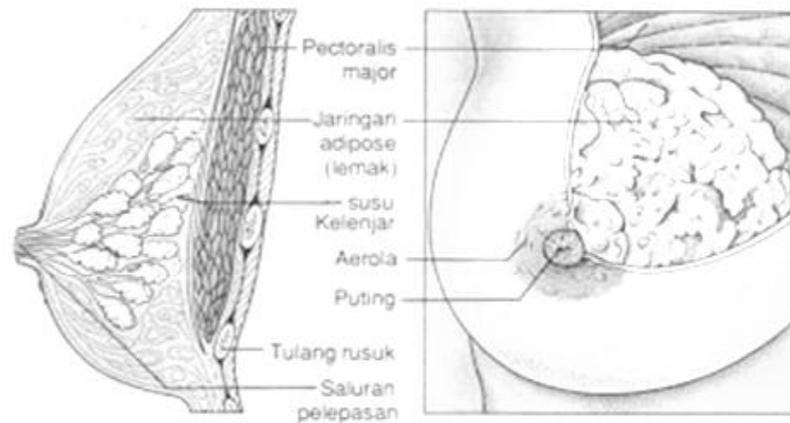
Payudara (*mammae*) adalah kelenjar yang terletak dibawah kulit, diatas otot dada. Fungsi dari payudara adalah memproduksi susu untuk nutrisi bayi. Manusia mempunyai sepasang kelenjar payudara, yang beratnya kurang lebih 200 gram, saat hamil 600 gram, dan saat menyusui 800 gram, letak setiap payudara terletak pada sternum dan

meluas tinggi *costa* kedua dan keenam. Payudara ini terletak pada *fascia superficialis* dinding rongga dada yang disangga oleh *ligamentum suspensorium*. Bentuk masing – masing payudara berbentuk tonjolan setengah bola dan mempunyai ekor dari jaringan yang meluas ke ketiak atau aksila(Vivian, 2011).

## b. Struktur makroskopis payudara

### 1) Cauda aksilaris

Jaringan payudara yang meluas kearah aksila



**Gambar 2.6 Struktur Anatomi Payudara(Ambarwati, 2010)**

### 2) Areola

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

### 3) *Papilla mammae*

Terletak setinggi interkosta IV, tetapi berhubung adanya variasi bentuk dan ukuran payudara, maka letaknya akan bervariasi. Pada

tempat ini terdapat lubang – lubang kecil yang merupakan muara dari *duktus laktiferus*, ujung – ujung saraf, pembuluh darah, pembuluh getah bening serat – serat otot polos yang tersusun secara sirkuler sehingga bila ada kontraksi duktus laktiferus akan memadat dan menyebabkan puting susu ereksi, sedangkan otot – otot yang longitudinal akan menarik kembali puting susu tersebut. Bentuk puting ada 4 macam yaitu bentuk yang normal, pendek/datar, panjang dan terbenam.

c. Struktur mikroskopis

1) Alveoli

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

2) *Duktus laktiferus*

Saluran sentral yang merupakan muara beberapa tubulus laktiferus

3) *Ampulla*

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

d. Fisiologi laktasi

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

1) Pembentukan kelenjar payudara

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

2) Pembentukan air susu

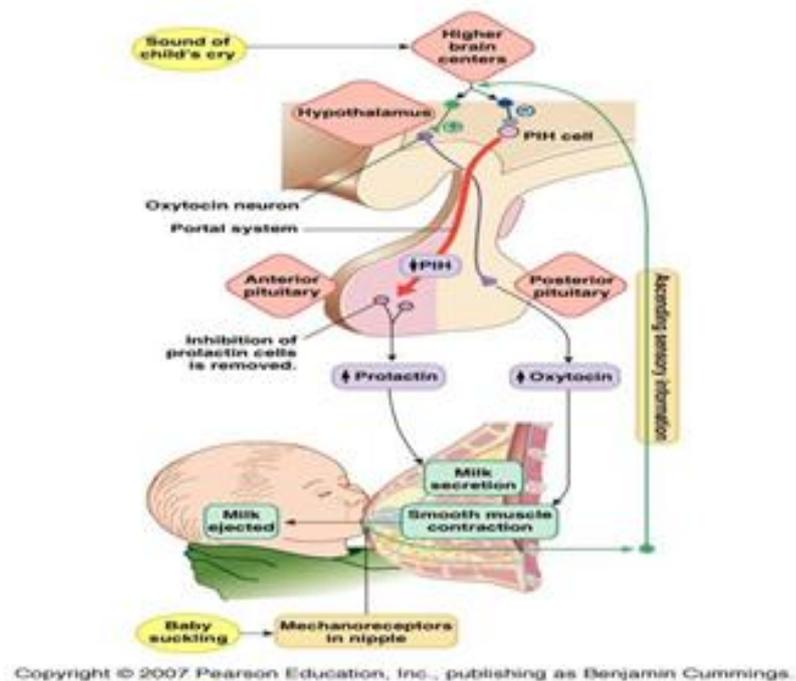
a) Reflek prolaktin

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

b) Reflek *let down*

Bersama dengan pembentukan prolaktin oleh hipofisis anterior, rangsangan yang berasal dari isapan bayi ada yang dilanjutkan kehipofisis posterior (*neurohipofisis*) yang kemudian dikeluarkan oksitosin. Melalui aliran darah, hormone ini diangkat menuju uterus yang dapat menimbulkan kontraksi pada uterus sehingga terjadi involusi dari organ tersebut. Kontraksi dari sel akan memeras air susu yang telah diproduksi keluar dari alveoli dan masuk ke system duktus laktiferus masuk ke mulut bayi. Faktor-faktor yang meningkatkan reflek *let down* adalah dengan melihat bayi, mendengarkan suara bayi, mencium bayi dan memikirkan untuk menyusui bayi.

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



**Gambar 2.7 Reflek Let down (Vivian, 2011)**

### 3) Pemeliharaan pengeluaran air susu

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

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



**Gambar 2.8 Reflek menghisap pada bayi (Vivian, 2011)**

- 5) Komposisi ASI

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

Cairan pertama yang diperoleh bayi pada ibunya adalah kolustrum, yang mengandung kaya akan protein, mineral, dan antibody. Kolustrum merupakan cairan dengan viskositas kental, lengket, dan berwarna kekuningan.
  - b) ASI transisi/peralihan

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

- c) ASI matur disekresi pada hari ke-10 dan seterusnya (Vivian, 2011).
- 7) Tanda bayi cukup ASI
- a) Bayi minum ASI tiap 2-3 jam atau dalam 24 jam minimal mendapat ASI 8 kali pada 2 sampai 3 minggu pertama.
  - b) Kotoran berwarna kuning dengan frekuensi sering dan warna menjadi lebih muda pada hari kelima setelah lahir.
  - c) Bayi akan BAK paling tidak 6-8 kali/hari.
  - d) Ibu dapat mendengarkan pada saat bayi menelan ASI .
  - e) Payudara terasa lebih lembek yang menandakan ASI telah habis.
  - f) Warna bayi merah dan kulit terasa kenyal.
  - g) Pertumbuhan berat badan BB dan tinggi badan TB bayi sesuai dengan grafik pertumbuhan.
  - h) Perkembangan motorik bayi (bayi aktif dan motoriknya sesuai dengan rentang usianya.
  - i) Bayi kelihatan puas sewaktu-waktu akan lapar akan bangun dan tidur dengan cukup.
- 8) Masalah dalam pemberian asi
- a) Puting susu datar atau terbenam  
Tindakan yang paling efisien untuk memperbaiki keadaan ini adalah isapan bayi yang kuat.
  - b) Puting susu lecet
    - (1) Teknik menyusui salah.
    - (2) Puting susu terpapar sabun, krim, alcohol, ataupun zat iritan lain saat ibu membersihkannya.
    - (3) Moniliasis pada mulut bayi yang menular pada puting susu.

- (4) Bayi dengan tali lidah pendek.
  - (5) Cara menghentikan menyusui yang kurang tepat.
- c) Tindakan untuk mengatasi puting susu lecet
- (1) Cari penyebab puting susu lecet.
  - (2) Selama puting susu diistirahatkan sebaiknya tetap dikeluarkan dengan cara diperah, tidak menggunakan pompa.
  - (3) Olesi puting dengan susu ASI akhir (*hind milk*), tidak menggunakan sabun atau yang lainnya untuk membersihkan payudara.
  - (4) Menyusui lebih sering (8-12 kali dalam 24 jam).
  - (5) Puting susu yang sakit diistirahatkan kurang lebih 1 x 24 jam, dan biasanya sembuh sendiri sekitar 2 x 24 jam.
  - (6) Cuci payudara sehari sekali tanpa menggunakan sabun.
  - (7) Posisi menyusui harus benar dan secara bergantian.
  - (8) Keluarkan sedikit ASI dan oleskan ke puting lecet dan biarkan kering
  - (9) Penggunaan bra yang menyangga.
  - (10) Bila terasa sangat sakit boleh minum obat pengurang rasa sakit.
  - (11) Jika penyebabnya *monilia*, diberi pengobatan dengan tablet nystatin.
  - (12) Puting melesak ( masuk ke dalam )
  - (13) Jika puting susu melesak diketahui sejak masa kehamilan, hendaknya ditarik-tarik dengan minyak kelapa 2-3 kali sehari. Jika diketahui setelah persalinan bisa menggunakan bantuan tudung puting (*nipple hoot*).

9) Payudara bengkak

Ciri-cirinya oedema, sakit, puting kencang, kulit mengkilap walau tidak merah, bila diisap atau diperiksa ASI tidak keluar. Badan bisa demam setelah 24 jam. Penyebabnya karena menyusui tidak kontinu sehingga ASI terkumpul di duktus. Hal ini terjadi karena ASI meningkat, terlambat menyusukan dini, perlekatan kurang baik, mungkin kurang sering ASI dikeluarkan, dan mungkin juga ada pembatasan waktu menyusui. Hal ini dapat terjadi pada hari ketiga setelah melahirkan. Selain itu karena penggunaan bra yang terlalu ketat serta keadaan puting susu yang tidak bersih sehingga terjadi penyumbatan pada duktus.

10) Abses payudara (*mastitis*)

Peradangan pada payudara. Payudara menjadi merah, bengkak, terkadang nyeri dan panas, serta suhu tubuh meningkat. Pada bagian dalam terasa ada masa padat (*lump*), dan diluarnya menjadi nifas 1-3 minggu setelah persalinan yang diakibatkan oleh sumbatan saluran susu yang berlanjut. Keadaan ini disebabkan kurangnya ASI yang diisap/dikeluarkan atau pengisapan yang tidak efektif, dapat juga karena kebiasaan menekan payudara dengan jari atau karena tekanan baju/bra, serta pengeluaran ASI yang kurang baik, ada dua jenis *mastitis*, yaitu yang terinfeksi milk stasis disebut *Non-Infektive Mastitis* dan yang telah terinfeksi bakteri disebut *infective mastitis*. Lecet pada puting dan trauma pada kulit juga dapat mengundang infeksi bakteri(Vivian,2011).

## 6. Perubahan Fisik Masa Nifas

### a. Uterus

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

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

**Tabel 2.10 Involusi Pada Masa Nifas**

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

(Sumber : Ambarwati, 2010)

### b. Perubahan ligament

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

c. Serviks

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

d. Lochea

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

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

e. Vulva dan vagina

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

f. Perineum

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

g. Payudara

Kadar prolactin yang disekresikan oleh kelenjar *hypofisis anterior* meningkat secara stabil selama kehamilan, tetapi *hormone* plasenta menghambat produksi ASI. Setelah kelahiran plasenta, konsentrasi *estrogen* dan *progesterone* menurun, prolactin dilepaskan dan sintesis ASI dimulai. Suplai darah ke payudara meningkat dan menyebabkan pembengkakan vaskuler sementara. Air susu saat diproduksi, disimpan di alveoli dan harus dikeluarkan dengan efektif dengan cara diisap oleh bayi untuk pengadaaan dan keberlangsungan laktasi.

h. System perkemihan

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

i. System *Gastrointestinal*

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

j. System endokrin

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

k. *System musculoskeletal*

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

l. *System integument*

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

## 7. Adaptasi Psikologi Masa Nifas

a. *Fase taking in*

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

Gangguan psikologi yang dirasakan pada fase ini:

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

5) *Post Partum Blues*

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

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

*b. Fase taking hold*

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

*c. Fase letting go*

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

## **8. Tanda Bahaya Masa Nifas**

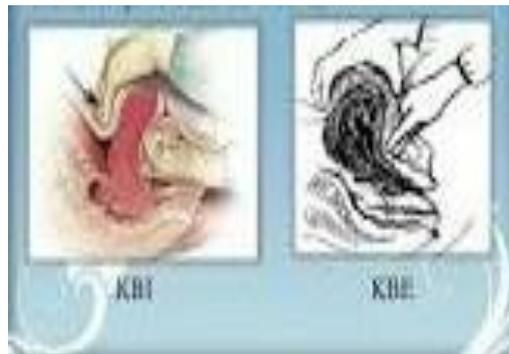
Berdasarkan judul jurnal tingkat pengetahuan ibu nifas tentang tanda bahaya nifas di ruang eva Rumah Sakit Rardi Rahayu Kudus bahwa tingkat pengetahuan ibu nifas tentang tanda bahaya nifas oleh Lisa & dkk 2012 adalah cukup, dari Kesimpulan rata-rata ibu nifas di Indonesia masih sangat diperlukan pengetahuan tentang tanda-tanda bahaya nifas untuk mencegah hal buruk yang terjadi pada ibu nifas, berikut beberapa komplikasi atau tanda bahaya ibu nifas beserta penatalaksanaannya:

a. Perdarahan pasca persalinan primer

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

1) Perdarahan kala III.

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



**Gambar 2.9 KBE dan KBI (Dewi dkk, 2013)**

a) Perdarahan Pasca Persalinan Primer.

- (1) Periksa apakah *plasenta* lengkap.
- (2) *Masase fundus uteri*.
- (3) Pasang infus RL dan berikan *uterotonik* (*oksitosin, methergin* atau *misoprostol*)
- (4) Bila perdarahan > 1 pertimbangkan tranfusi.
- (5) Periksa faktor pembekuan darah.

- (6) Bila kontraksi *uterus* baik dan perdarahan terus terjadi, periksa kembali kemungkinan adanya *laserasi* jalan lahir.
- (7) Bila perdarahan terus berlangsung, lakukan *kompresi bimanual*
- (8) Bila perdarahan terus berlangsung, pertimbangkan *ligasi arteri hipogastrika*.

b) Perdarahan Pasca Persalinan Sekunder.

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

b. Endometritis

Jenis infeksi yang paling sering ialah endometris. Kuman-kuman yang memasuki endometrium, biasanya melalui bekas insersio plasenta, dan dalam waktu singkat mengikutsertakan seluruh endometrium.

Tanda gejala endometritis adalah sebagai berikut:

- a) Peningkatan suhu tubuh hingga 40 derajat celcius.
- b) *Takikardi* (nadi cepat).
- c) Menggigil dengan infeksi berat.
- d) Nyeri tekan *uteri* menyebar secara lateral.
- e) Nyeri panggul dan pemeriksaan bimanual.
- f) *Subinvolutio*.
- g) *Lochea* sedikit, tidak berbau, atau berbau tidak sedap, *lochea seropurelenta*.

Penanganannya, dengan obat *antimikroba spektrum-luas* termasuk *sefalosporin* (misalnya: *cefoxitin*, *cefotetan*) dan *penisilin spektrum luas*, atau *inhibitor kombinasi penicillin/betalaktamase*. Kombinasi

*klindasimin* dan *gentamisin* juga dapat digunakan, seperti *metronidazol* jika ibu tidak menyusui.

c. *Parametritis*

*Parametritis* adalah infeksi jaringan *pelvis* yang dapat terjadi melalui beberapa cara: penyebaran melalui *limfe* dari luka *serviks* yang terinfeksi atau dari *endometritis*, penyebaran langsung dari luka pada *serviks* yang meluas sampai ke dasar ligamentum, serta penyebaran sekunder dari tromboflebitis. Penderita tampak sakit, nadi cepat, dan perut nyeri.

d. Infeksi Trauma pada *vulva, perineum, vagina, dan serviks*

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

e. Infeksi Saluran Kemih

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

f. *Mastitis*

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

g. *Hematoma*

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

- 1) Pelahiran operatif.
- 2) *Laserasi* sobekan pembuluh darah yang tidak dijahit selama injeksi lokal, atau selama penjahitan *episiotomi* atau *laserasi*.
- 3) Kegagalan hemostatis lengkap sebelum penjahitan *laserasi* atau *episiotomi*.
- 4) Pembuluh darah di atas *apeks insisi* atau *laserasi* tidak dibendung, atau kegagalan melakukan jahitan pada titik tersebut

- 5) Penanganan kasar pada jaringan *vagina* kapanpun atau pada *uterus* selama *masase*

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

#### **2.1.4 Konsep Bayi Baru Lahir**

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

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

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

##### **2. Penilaian Bayi Baru Lahir**

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

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

Tabel 2.11 Nilai APGAR Score

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

(Sumber: Maryuni &amp;Eka, 2013)

### 3. Adaptasi Bayi Baru Lahir

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

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

#### a. Sistem Pernafasan

Perkembangan sistem pulnomer terjadi sejak masa embrio, tepatnya pada umur kehamilan 24 hari. Pada umur kehamilan 24 hari ini bakal paru-paru terbentuk. Pada umur kehamilan 26-28 hari kedua bronchi membesar. Pada umur kehamilan 6 minggu terbentuk segmen bronchus. Pada umur kehamilan 12 minggu terjadi deferensiasi lobus. Pada umur kehamilan 24 minggu terbentuk alveoulus. Pada umur kehamilan 28 minggu terbentuk surfaktan. Pada umur kehamilan 34-36

minggu struktur paru-paru matang, artinya paru-paru sudah bisa mengembangkan system alveoli. Selama dalam uterus, janin mendapatkan oksigen dari pertukaran gas melalui plasenta. Setelah bayi lahir, pertukaran gas harus melalui paru-paru bayi. Pernafasan pertama bayi normal terjadi dalam 30 menit pertama sesudah lahir.

#### b. Jantung dan Sirkulasi Darah

##### 1) Peredaran darah janin

Di dalam rahim darah yang kaya oksigen dan nutrisi berasal dari plasenta yang masuk ke dalam tubuh janin melalui plasenta umbilikalis, sebagian masuk vena kava inferior melalui duktus venosus aranti. Darah dari vena kava inferior masuk ke atrium kanan dan bercampur dengan vena kava superior. Darah dari atrium kanan sebagian melalui foramen ovale masuk ke atrium kiri bercampur dengan darah yang bercampur dengan vena pulmonalis. Darah dari atrium kiri selanjutnya ke ventrikel kiri yang kemudian akan dipompakan ke aorta, selanjutnya melalui arteri koronaria darah mengalir ke bagian kepala, ekstremitas kanan dan ekstremitas kiri.

##### 2) Peredaran darah neonatus

Aliran darah dari plasenta berhenti pada saat tali pusat diklem. Tindakan ini menyebabkan suplai oksigen ke plasenta menjadi tidak ada dan menyebabkan serangkaian reaksi selanjutnya. Karena tali pusat diklem, sistem bertekanan rendah yang berada pada unit janin plasenta terputus sehingga berubah menjadi sistem sirkulasi tertutup, bertekanan tinggi dan berdiri sendiri. Efek yang terjadi segera setelah tali pusat diklem adalah peningkatan tahanan pembuluh darah sistemik.

c. Saluran Pencernaan

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

d. Hepar

Hepar janin pada kehamilan empat bulan mempunyai peranan dalam metabolisme hidrat arang, dan glikogen mulai disimpan di dalam hepar, setelah bayi lahir simpanan glikogen cepat terpakai, vitamin A dan D juga sudah disimpan dalam hepar. Fungsi hepar janin dalam kandungan dan segera setelah lahir masih dalam keadaan imatur (belum matang), hal ini dibuktikan dengan ketidakseimbangan hepar untuk meniadakan bekas penghancuran dalam peredaran darah.

e. Metabolisme

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

f. Produksi Panas (Suhu Tubuh)

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

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

1) Konduksi

Panas dihantarkan dari tubuh bayi ke benda di sekitarnya yang kontak langsung dengan tubuh bayi. Contohnya ialah menimbang bayi tanpa alas timbangan, tangan penolong yang dingin memegang bayi baru lahir, menggunakan stetoskop dingin untuk pemeriksaan bayi baru lahir.

2) Konveksi

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

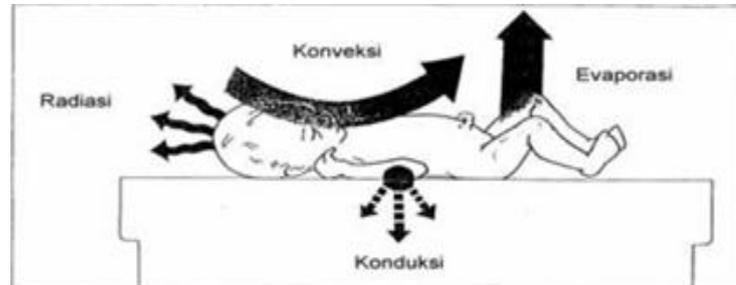
3) Radiasi

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

4) Evaporasi

Panas hilang melalui proses penguapan tergantung kepada kecepatan dan kelembaban udara (perpindahan panas dengan cara merubah cairan menjadi uap). Evaporasi dipengaruhi jumlah panas yang dipakai, tingkat kelembaban udara, aliran udara yang

melewati. Contohnya ialah penguapan cairan ketuban pada permukaan tubuh bayi.



**Gambar 2.10 Mekanisme Kehilangan Panas (Marmi & Rahardjo, 2012).**

g. Endokrin

Adapun penyesuaian pada system endokrin (Rohani & Marisah, 2011) adalah :

- 1) Kelenjar thyroid berkembang selama minggu ke 3 dan 4.
- 2) Sekresi-sekresi *thyroxin* dimulai pada minggu ke 8 *thyroxin* maternal dalam bisa memintasi plasenta sehingga fetus yang tidak memproduksi *hormone thyroid* akan lahir dengan *hypothyroidism* konginital jika tidak ditangani akan menyebabkan reterdasi mental berat.
- 3) Kortek adrenal dibentuk pada minggu ke 6 dan menghasilkan hormone pada minggu ke 8 dan minggu ke 9.
- 4) Pancreas dibentuk dari foregut pada minggu ke 5 sampai minggu ke 8 dan pulau *langerhans* berkembang selama minggu ke 12 serta insulin diproduksi pada minggu ke 20 pada infant dengan ibu DM dapat menghasilkan fetal hyperglikemi yang dapat merangsang hyperinsulinemia dan sel-sel pulau *hyperplasia* hal ini menyebabkan ukuran fetus berlebih.

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

#### h. Keseimbangan Cairan dan Fungsi Ginjal

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

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

#### 4) Keseimbangan Asam Basa

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

#### 5) Susunan Syaraf

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

Beberapa reflek pada bayi :

1. Reflek *Moro*
2. Reflek *Rooting*
3. Reflek *sucking*
4. Reflek batuk dan bersin

5. Reflek *grabs*
6. Reflek *Walking* dan *Stapping*
7. Reflek *Tonic Neck*
8. Reflek *Babinsky*
9. Reflek Membengkokkan Badan (Reflek *Galant*)
- 10 Reflek *Bauer* / Merangkak

i. Imunologi

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

Berikut beberapa contoh kekebalan alami :

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

(Rohani & Marisah, 2011)

#### 4. Penanganan Bayi Baru Lahir

Tujuan utama perawatan bayi segera sesudah lahir menurut (Asuhan Persalinan Normal, 2010) adalah :

- a. Membersihkan jalan nafas

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

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

b. Memotong dan merawat tali pusat

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

c. Mempertahankan suhu tubuh

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

d IMD (Inisiasi Menyusu Dini)

(Marmi & Rahardjo, 2012)

## 5. Pemeriksaan Fisik BBL

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

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

### Pemeriksaan Fisik

- 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 *anensefali*, *mokrosefali*, *kraniotabes* dan sebagainya.

2) Wajah

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

3) Mata

Periksa jumlah, posisi atau letak mata. Periksa adanya strabismus yaitu koordinasi mata yang belum sempurna. Periksa adanya glaucoma congenital, mulanya akan tampak sebagai pembesaran kemudian sebagai kekeruhan pada kornea, periksa adanya secret pada mata, konjungtivitis oleh kuman gonokokus dapat menjadi panoftalmia dan menyebabkan kebutaan. Apabila ditemukan epichantus melebar kemungkinan bayi mengalami *syndrome down*.

4) Hidung

(a) bentuk dan lebar hidung, pada bayi cukup bulan lebarnya harus lebih dari 2,5 cm

(b) Bayi harus bernapas dengan hidung, jika melalui mulut kemungkinan adanya obstruksi jalan napas karena atresiakoana bilateral, fraktur tulang hidung atau ensefalokel yang menonjol ke nasofaring.

(c) Periksa adanya secret yang mukopurulen yang terkadang berdarah, hal ini memungkinkan adanya sifilis congenital.

(d) Periksa adanya pernapasan cuping hidung, jika cuping hidung mengembang menunjukkan adanya gangguan pernapasan

## 5) Leher

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

## 6) Tangan

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

## 7) Dada

- a) Periksa kesimetrisan gerakan dada saat bernapas. Apabila tidak simetris kemungkinan bayi mengalami pneumotoraks, paresis diafragma atau hernia diafragmatika. Pernapasan

yang normal dinding dada dan abdomen bergerak secara bersamaan. Tarikan sternum atau interkostal pada saat bernapas perlu diperhatikan.

- b) Pada bayi cukup bulan, puting susu sudah terbentuk dengan baik dan tampak simetris
  - c) Payudara dapat tampak membesar tetapi ini normal.
- 8) Abdomen
- a) Abdomen harus tampak bulat dan bergerak secara bersamaan dengan gerakan dada saat bernapas. Kaji adanya pembengkakan.
  - b) Jika perut sangat cekung kemungkinan terdapat hernia diafragmatika.
  - c) Abdomen yang membuncit kemungkinan karena *hepatosplenomegali* atau tumor lainnya.
  - d) Jika perut kembung kemungkinan adanya *eterokilitis vesikalis*, *omfalokel* atau *ductus omfaloentrikus persisten*.
- 9) Genetalia
- a) Pada bayi laki-laki panjang penis 3-4 cm dan lebar 1-1,3 cm. Periksa lubang uretra. Prepusium tidak boleh ditarik karena menyebabkan fimosis.
  - b) Periksa adanya hipospadia dan epispadia.
  - c) Skrotum harus dipalpasi untuk memastikan testis ada dua.
  - d) Pada bayi perempuan cukup bulan labia mayora menutupi labia minora.
  - e) Lubang uretra terpisah dengan lubang vagina.

f) Terkadang tampak adanya secret yang berdarah dari vagina, hal ini disebabkan oleh pengaruh hormone ibu (*withdrawl bleeding*, 2013).

10) Anus dan rectum

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

11) Tungkai

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

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

c) Periksa adanya polidaktili atau sidaktili pada jari kaki.

12) Spinal

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

13) Kulit

Perhatikan kondisi kulit bayi.

a) Periksa adanya ruam dan bercak atau tanda lahir.

b) Periksa adanya pembengkakan.

c) Perhatikan adanya vernik kaseosa.

d) Perhatikan adanya lanugo, jumlah yang terdapat pada bayi kurang bulan (Marmi & Rahardjo, 2012).

## 6. Manfaat Pemberian ASI

Menurut Suci Pujiyanti dengan judul jurnal pengaruh pemberian air susu ibu (ASI), konsumsi zat gizi, dan kelengkapan kartu menuju sehat (KMS) Terhadap status gizi bayi. Zat gizi memiliki peranan yang sangat penting bagi kelangsungan tumbuh kembang anak dan kesehatannya. Zat gizi yang terbaik dan paling lengkap untuk bayi di kehidupan pertamanya adalah Air Susu Ibu (ASI) sampai dengan usia bayi 6 bulan. Komposisi ASI terdiri dari zat-zat gizi yang struktur dan kualitasnya sangat cocok untuk bayi dan mudah diserap oleh bayi. ASI juga mengandung zat antibodi yang berguna untuk melindungi bayi dari infeksi. Usia bayi yang lebih dari 6 bulan dapat diberikan MPASI secara bertahap mulai dari makanan yang lumat halus, lumat, lunak sampai dengan makanan padat. Saat anak (usia 24 bulan), anak tersebut benar-benar bisa lepas dari konsumsi air susu ibunya dan digantikan dengan mengonsumsi makanan dan minuman minuman yang gizinya seimbang untuk persiapan tumbuh kembang selanjutnya. Konsumsi yang seimbang terdiri dari makanan dan minuman yang di dalamnya mengandung karbohidrat, protein, lemak, vitamin, mineral, serta jumlahnya mencukupi kebutuhan tubuh individu.

Menurut Nanny (2013), ASI adalah makanan yang terbaik untuk bayi. ASI tidak hanya memberikan manfaat untuk bayi saja, melainkan untuk ibu, keluarga dan negara. Manfaat ASI untuk bayi adalah sebagai berikut :

- a. *Nutrien* (zat gizi) dalam ASI sesuai dengan kebutuhan bayi.
- b. ASI mengandung zat protektif:
  - 1) *Laktobasilus bifidus*, mengubah *laktosa* menjadi *asam laktat* dan *asam asetat*, yang membantu memberikan keasaman pada

pencernaan sehingga menghambat pertumbuhan mikroorganisme.

- 2) *Laktoferin*, mengikat zat besi sehingga membantu menghambat pertumbuhan kuman.
- 3) *Lisozim*, enzim yang memecah dinding bakteri dan *anti inflamatori* bekerja sama dengan *peroksida* dan *skorbat* untuk menyerang *E.coli* dan *Salmonella*.

- c. Pada saat bayi kontak dengan ibunya, maka akan timbul rasa aman dan nyaman bagi bayi.
- d. ASI akan membuat bayi memiliki tumbuh kembang yang baik, dapat dilihat dari kenaikan berat badan dan kecerdasan otak balik.
- e. Mengurangi kejadian *karies dentis*.
- f. Mengurangi kejadian *maloklusi* (kebiasaan lidah yang mendorong kedepan akibat menyusui dengan botol/dot)

## 7. Imunisasi

Berdasarkan judul jurnal analisis faktor-faktor yang berhubungan dengan imunisasi dasar lengkap pada balita di Desa Botubarani oleh Fitriyanti, dkk. 2013 bahwa hasil analisis menunjukkan urutan faktor yang paling berhubungan adalah pengetahuan ibu, sikap ibu, dukungan keluarga dan pelayanan petugas kesehatan, oleh karena itu diharapkan petugas kesehatan setempat untuk memberikan informasi lebih kepada masyarakat agar masyarakat mengetahui lebih banyak tentang imunisasi.

Menurut Dewi (2010) 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. Jadwal imunisasi (PPI) adalah BCG, polio, hepatitis B, DPT dan campak.

a. BCG

BCG (Becille Calmette-Guarin), perlindungan penyakit: TBC/Tuberkulosis. Vaksin BCG tidak dapat mencegah infeksi tuberkulosis, namun dapat mencegah komplikasinya atau tuberkulosis berat.

1) Kandungan

*Mycobacterium bovis* yang dilemahkan

2) Waktu pemberian

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

3) Kontraindikasi

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

4) Efek samping

Kebanyakan bayi menderita panas pada waktu sore hari setelah mendapat 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

1) Pengertian

Perlindungan penyakit: *HepatitisB*

2) Waktu dan dosisi pemberian

Minimal diberikan sebanyak 3 kali *imunisasi* pertama diberikan segera setelah lahir *interval* antara dosis pertama dan dosis 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 paracetamol 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 Perfusis (batuk rejan), Tetanus dan Hepatitis B. Imunisasi ini

pertama kali diberikan saat bayi berusia 2 (dua) bulan. Imunasi berikutnya berjarak waktu 4 minggu. Pada saat ini pemberian imunisasi DPT dan Hepatitis B dilakukan bersamaan dengan vaksin DPT-HB, tetapi panas akan turun dan hilang dalam waktu 2 hari. Sebagaimana 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 ( $>38,5$  oc) 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* ang menyeluruh.

2) Penyebab

Campak disebabkan oleh virus campak yang termasuk dalam family *Paramyxovirus*. Virus ini sensitif terhadap panas, dan sangat mudah rusak pada suhu 37 °c.

3) Waktu Pemberian

Pemberian diberikan pada umur 9 bulan, secara subcutan, walaupun demikian dapat diberikan secara intramuskular

4) Efek samping

Efek samping pemberian imunissi campak berupa demam > 39,5<sup>0</sup>c 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

**Tabel 2.12 Jadwal Imunisasi**

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

Sumber : Marmi & Rahardjo, (2012)

### 2.1.5 Konsep Dasar KB

#### 1. Pengertian

Keluarga Berencana (*family planning/planned parenthood*) merupakan suatu usaha menjarangkan atau merencanakan jumlah dan jarak kehamilan dengan menggunakan kontrasepsi (Sulistiyawati, 2014). Keluarga Berencana adalah upaya peningkatan kepedulian dan peran serta masyarakat melalui pendewasaan usia perkawinan (PUP), pengaturan kelahiran, pembinaan ketahanan keluarga, peningkatan kesejahteraan keluarga kecil, bahagia dan sejahtera (Handayani, 2011).

#### 2. Tujuan Program KB

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

( Handayani, 2011 )

### 3. Sasaran Program KB

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

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

### 4. Macam-Macam KB

Menurut Siti dengan judul jurnal analisis persepsi ibu tentang program keluarga berencana KB dengan penggunaan kontrasepsi di Desa Sumberdadi 2014 bahwa munculnya persepsi negatif tentang alat kontrasepsi. Berbagai rumor yang berkembang dimasyarakat seringkali menyebabkan masyarakat menjadi takut untuk mengikuti cara metode kontrasepsi yang ada dalam program Keluarga Berencana. Dari hasil penelitian disimpulkan bahwa responden tergantung dari apa yang responden ketahui sehingga akan berdampak pada respon dan perilaku dalam penggunaan kontrasepsi tersebut. Hal ini bisa disebabkan karena responden dan memilih untuk menggunakan berfikir dan memilih alat kontrasepsi yang cepat, praktis dan murah. Beberapa macam-macam KB:

- a. Metode Amenorhea laktasi

Yaitu kontrasepsi yang mengandalkan pemberian ASI (Air susu ibu)

Cara kerja :

1) Penundaan atau penekanan evaluasi perlu persiapan sejak peraan kehamilan agar segera menyusui 30 menit pasca persalinan, mungkin sulit dilaksanakan karena kondisi social, hanya digunakan sampai 6 bulan, tidak melindungi dari IMS

b. Metode keluarga berencana alamiah

Cara kerja :

Tidak melakukan senggama pada masa subur yaitu pada fase siklus menstruasi dimana kemungkinan terjadi konsepsi atau kehamilan

Keterbatasan:

Keefektifan tergantung dari kemauan dan disiplin pasangan untuk mengikuti intruksi, perlu pelatih / guru NBA (bukan tenaga medis), perlu pencatatan setiap hari, infeksi vagina membuat lendir servik sulit dinilai

c. Senggama terputus

Cara kerja :

Penarikan penis dari vagina sebelum terjadi ejakulasi, dengan demikian air mani sengaja ditumpahkan diluar liang senggama untuk mencegah sel mani memasuki area fertilisasi.

Efek samping :

Menyebabkan penyakit ginekologi, neurologoy kejiwaan, keluhan prostate, dll

d. Kondom

Cara kerja :

Kondom menghalangi terjadinya pertemuan sperma dan ovum dengan cara mengemas sperma diujung selubung karet yang dipasang dipenis sehingga sperma tidak tercurah ke dalam saluran reproduksi wanita

Efek samping :

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

e. Pil Kontrasepsi

Cara kerja : Menekan ovulasi, mencegah ovulasi, lendir serviks mengental, sehingga sulit dimasuki sperma.

Cara pemakaian pil KB : Setiap saat selagi haid, untuk menyakinkan kalau perempuan tersebut tidak hamil, hari pertama sampai hari ke 7 siklus haid

1) Setelah melahirkan :

Setelah 6 bulan pemberian ASI siklus , setelah 3 bulan dan tidak menyusui , Pasca keguguran (segera atau dalam waktu 7 hari)

2) Petunjuk pemakaian pil KB :

Minumlah pil KB dengan teratur, bila lupa maka pil KB yang harus diminum menjadi 2 buah, bila perdarahan tidak memerlukan perhatian karena belum beradaptasi, gangguan ringan dalam berbentuk : mual, muntah, sebaiknya diatasi

3) Keuntungan Pil KB :

a) Bila diminum sesuai dengan aturan diamin berhasil 100 %

b) Dapat dipakai pengobatan beberapa masalah:

Ketegangan menjelang menstruasi, perdarahan menstruasi yang tidak teratur, nyeri saat menstruasi, pengobatan pasangan yang mandul, pengobatan penyakit *endometriosis*, dapat meningkatkan libido

## 4) Kerugian Pil KB

Harus minum pil secara teratur, dalam waktu panjang menekan fungsi ovarium, penyakit ringan, berat badan bertambah, rambut rontok, tumbuh jerawat, mual sampai muntah

## f. Suntik KB

Cara kerja

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

## 1) Jadwal waktu suntikan

- a) *Depoprovera* : interval 12 minggu
- b) *Cycloperm* : interval 4 minggu

Keuntungan

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

Kerugian :

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

Suntikan KB dapat diberikan :

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

## g. Susuk KB (norplant atau implant)

Cara kerja

Lendir serviks menjadi kental, mengganggu proses pembentukan endometrium sehingga sulit terjadi implantasi

1) Jenis :

a) Implanon

Terdiri dari satu batang putih lentur dengan panjang kira-kira 40 mm dan diameter 2 mm, yang diisi dengan 68 ,h3 *ketodesogestrel* dan lama kerjanya 3 tahun

b) Jadena dan indopion

Terdiri dari 2 barang yang diisi dengan 75 mg. *Levenorgstrel* dengan lama kerja 3 tahun

c) Keuntungan

Daya guna tinggi, perlindungan jangka panjang, tidak memerlukan pemeriksaan dalam, bebas dari pengaruh estrogen, tidak mengganggu kegiatan senggama, tidak mengganggu ASI, dapat dicabut setiap saat sesuai dengan kebutuhan

d) Kerugian

Menyebabkan perubahan berupa perdarahan bercak (spoting) hipermenorea, meningkat jumlah darah haid serta amenorea, ekspulsi, infeksi pada daerah insersi, berat badan naik / turun

e) Tempat pemasangan susuk KB

Susuk KB dipasang pada lengan kiri atas dan pemasangan seperti kipas mekar dengan jumlah kapsul yang tersedia

h. AKDR / IUD

Cara kerja

Menghambat kemampuan sperma untuk masuk ketuban fallopimempengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai ovum

bertemu, memungkinkan untuk mencegah implantasi telur dalam uterus.

1) Jenis

- a) AKDR CUT-380A kecil, kerangka dari plastic yang fleksibel, berbentuk huruf T diselubungi oleh kawat halus yang terbuat dari tembaga (Cu). Tersedia di Indonesia dan terdapat dimana-mana
- b) AKDR lain yang beredar di Indonesia ialah NOVAT (*Schering*)
- c) Selanjutnya yang akan dibahas adalah khusus CUT-380A

2) Keuntungan

Metode jangka panjang (10 tahun proteksi dan CUT-380 A dan tidak perlu diganti), sangat efektif karena tidak perlu lagimengingat-ingat, tidak mempengaruhi hubungan seksual, meningkat kenyamanan seksual karena tidak perlu takut untuk hamil, tidak mempengaruhi kualitas dan volume ASI, dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesudah abortus (apabila tidak terjadi infeksi).

3) Kerugian

Perubahan siklus haid (umumnya pada 3 bulan pertama dan akan berkurang setelah 3 bulan), haid lebih lama dan banyak, saat haid lebih sakit, tidak baik digunakan pada perempuan dengan IMS atau perempuan yang sering bergantian pasangan, sedikit nyeri dan perdarahan (spotting terjadi segera setelah pemasangan AKDR. Biasanya menghilang dalam 1 sampai 2 hari.

#### 4) Waktu penggunaan

Setiap waktu dalam siklus haid, yang dipastikan klien tidak hamil, hari pertama sampai hari ke-7 siklus haid, segera setelah melahirkan, selama 48 jam pertama atau setelah 4 minggu pasca persalinan. Perlu diingat, angka ekspulsi tinggi pada pemasangan segera atau selama 4 jam pasca persalinan, setelah menderita abortus, selama 1-5 hari setelah senggama yang tidak dilindungi.

#### i. Tubektomi

Dengan mengoklusi tuba falopi (mengikat dan memotong atau memasang cincin), sehingga sperma tidak dapat bertemu dengan ovum.

##### 1) Jenis

Minilaparotomi

Laparaskopi

##### 2) Keuntungan

Sangat efektif (0,24-4 kehamilan per 100 perempuan selama tahun pertama penggunaan) Permanen, tidak mempengaruhi proses menyusui (Breast feeding), tidak tergantung pada faktor senggama, baik bagi klien apabila kehamilan akan menjadi resiko kesehatan yang serius, pembedahan sederhana, dapat dilakukan dengan anastesi lokal, tidak ada efek samping dalam jangka panjang, tidak ada perubahan dalam fungsi seksual (tidak ada efek pada reproduksi hormon ovarium).

##### 3) Keterbatasan

Harus dipertimbangkan sifat permanen metode kontrasepsi ini (tidak dapat dipulihkan kembali), kecuali dengan

operasirekanulasi, klien dapat menyesal di kemudian hari, resiko komplikasi kecil (meningkat apabila digunakan anastesi umum), rasa sakit ketidaknyamanan dalam jangka pendek setelah tindakan, dilakukan oleh dokter yang terlatih, tidak melindungi diri dari IMS, termasuk HBV dan HIV/AIDS

j. Vasektomi

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

1) Keuntungan :

Sangat efektif dan permanen, tidak ada efek samping jangka panjang, tindak bedah yang aman dan sederhana, efektif setelah 20 ejakulasi atau 3 bulan

2) Indikasi

Vasektomi merupakan upaya untuk menghentikan fertilitas dimana fungsi reproduksi merupakan ancaman atau gangguan terhadap kesehatan pria dan pasangannya serta melemahkan ketahanan dan kualitas keluarga.

## **2.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Manajemen Varney**

### **2.2.1 Pengertian Manajemen Kebidanan**

Menurut Mufdillah, 2012 Manajemen kebidanan merupakan pendekatan yang digunakan oleh bidan dalam menerapkan metode pemecahan masalah secara sistematis, mulai dari pengkajian, analisa data, diagnose kebidanan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

Menurut Sulistyawati, 2014 Manajemen Kebidanan adalah pendekatan yang digunakan oleh bidan dalam menerapkan metode pemecahan masalah secara sistematis mulai dari pengkajian, analisis data, diagnosis kebidanan, perencanaan, pelaksanaan.

### 2.2.2 Prinsip Manajemen Kebidanan

Menurut Hani (2013), dalam melakukan manajemen kebidanan terdapat prinsip manajemen kebidanan yang harus dipatuhi yaitu:

- a. Secara sistematis mengumpulkan dan memperbaharui data yang lengkap dan *relevan* dengan melakukan pengkajian yang *komprehensif*.
- b. Mengidentifikasi masalah dan membuat *diagnose* berdasarkan *interpretasi* data dasar.
- c. Mengidentifikasi kebutuhan terhadap asuhan kebidanan dalam penyelesaian masalah dan merumuskan tujuan asuhan kebidanan bersama klien.
- d. Memberi informasi dan *support* terhadap klien agar klien dapat bertanggung jawab terhadap keputusan kesehatannya.
- e. Membuat rencana asuhan yang komprehensif bersama klien.
- f. Secara pribadi bertanggung jawab terhadap implementasi rencana asuhan.
- g. Melakukan konsultasi, perencanaan dan melaksanakan manajemen dengan kolaborasi dan merujuk klien untuk mendapat asuhan selanjutnya.
- h. Merencanakan manajemen terhadap komplikasi tertentu, dalam situasi darurat dan bila ada penyimpangan dari keadaan normal.

- i. Melakukan evaluasi bersama klien terhadap pencapaian asuhan kebidanan dan merevisi rencana asuhan dengan kebutuhan.

## **2.3 Konsep Dasar Dokumentasi Mengacu SOAP**

### **2.3.1 Pengertian Dokumentasi Kebidanan**

Mufdillah (2012), mengatakan dokumentasi asuhan kebidanan merupakan pencatatan yang lengkap dan akurat terhadap kejadian yang dilihat dan dilakukan dalam pelaksanaan asuhan kebidanan (proses asuhan kebidanan).

### **2.3.2 Fungsi dan Prinsip Dokumentasi Kebidanan**

Mufdillah (2012), mengatakan penulisan dokumentasi kebidanan memiliki tujuan dan prinsip. Adapun tujuan penulisan dokumentasi kebidanan adalah sebagai berikut:

1. Sebagai bukti sah atas asuhan.
2. Sebagai saran komunikasi.
3. Sebagai sumber data yang memberikan gambaran tentang kronologis kejadian dan kondisi.
4. Sebagai sumber data penting untuk pendidikan dan penelitian.

Selain itu, dalam melakukan dokumentasi bidan harus menerapkan prinsip dokumentasi kebidanan. Prinsip dokumentasi kebidanan adalah sebagai berikut:

1. Mencantumkan nama jelas pasien pada setiap lembar.
2. Menulis dengan tinta hitam.
3. Menuliskan tanggal, jam, pemeriksaan, tindakan atau *observasi* yang dilakukan.

4. Tuliskan nama jelas pada setiap pesanan, hasil *observasi* dan pemeriksaan oleh orang yang melakukan.
5. Hasil temuan digambarkan secara jelas.
6. Interpretasi data objektif harus didukung hasil pemeriksaan.
7. Kolom tidak dibiarkan kosong tetapi dibuat tanda penutup.
8. Bila ada kesalahan menulis, tidak diperkenankan menghapus (ditutup atau di tipp'ex).

### 2.3.3 Model Dokumentasi Asuhan Kebidanan

Menurut Mufdillah (2012), mengatakan model dokumentasi kebidanan yang digunakan adalah dalam bentuk catatan perkembangan, karena asuhan yang diberikan berkesinambungan dan menggunakan proses yang terus menerus. Dokumentasi asuhan kebidanan yang digunakan adalah *SOAP notes*. *SOAP notes* meliputi:

1. S (subjektif), berisi tentang informasi yang subjektif (catatan hasilanamnesa).
2. O (objektif), berisi tentang informasi objektif (meliputi hasilobservasi dan hasil pemeriksaan).
3. A (analisa), catatan hasil analisa atau diagnose kebidanan. *Diagnosa* kebidanan meliputi:
  - a) Diagnosa atau masalah.
  - b) Diagnosa atau masalah potensial dan antisipasinya.
  - c) Perlunya tindakan segera.
4. P (pelaksanaan dan evaluasi), yaitu mencatat tentang seluruh pelaksanaan (tindakan antisipasi, tindakan segera, tindakan rutin, penyuluhan, *support*, kolaborasi, rujukan dan evaluasi dan *follow up*).

Menurut Sulistyawati (2013), mengatakan langkah-langkah manajemen kebidanan meliputi :

1. Langkah I: Pengumpulan data dasar

Pengumpulan data dasar merupakan kegiatan menghimpun informasi tentang klien atau orang yang meminta asuhan. Data yang tepat adalah data yang relevan dengan situasi yang dialami klien. Teknik pengumpulan data ada 3 yaitu:

- a. *Observasi*, dilakukan dengan mengamati klien melalui *indera* seperti penglihatan, pendengaran, penciuman, dan *indera* peraba.
- b. Wawancara, yaitu pembicaraan terarah terhadap data yang relevan.
- c. Pemeriksaan, dilakukan dengan menggunakan *instrument* atau alat pengukur.

Secara garis besar, data dibedakan menjadi *data subjektif* dan *data objektif*. *Data subjektif* meliputi antara lain: biodata klien, keluhan klien, riwayat kesehatan sekarang dan kesehatan yang lalu dan riwayat *obstetric*. Sedangkan *data objektif* meliputi antara lain: mengamati ekspresi dan perilaku klien, pemeriksaan fisik klien baik *inspeksi*, *palpasi*, *auskultasi* dan *perkusi*, serta menggunakan teknik pemeriksaan yang benar dan terarah sesuai dengan keluhan klien.

2. Langkah II: *Interpretas Data Dasar*

Pada langkah ini dilakukan identifikasi yang benar terhadap *diagnose* atau kebutuhan klien berdasarkan *interpretasi* sesuai dengan data-data yang telah dikumpulkan. Langkah awal penentuan masalah atau diagnosa adalah dengan menganalisa data, yaitu dengan menghubungkan setiap data yang diterima sehingga

tergambar fakta. *Diagnose* merupakan masalah yang ditegakkan oleh bidan dalam lingkup praktik kebidanan dan memenuhi standar *nomenklatur diagnose* kebidanan, standar *nomenklatur* kebidanan adalah sebagai berikut:

- a. Diakui dan telah disahkan oleh profesi.
  - b. Berhubungan langsung dengan praktik kebidanan.
  - c. Memiliki ciri khas kebidanan.
  - d. Didukung oleh *clinical judgement* dalam praktik kebidanan.
  - e. Dapat diselesaikan dengan pendekatan dalam praktik kebidanan.
3. Langkah III: Mengidentifikasi *Diagnose* Atau Masalah *Potensial*
- Pada tahap ini bidan dituntut untuk dapat mengidentifikasi masalah atau diagnosa *potensial* yang mungkin terjadi. Identifikasi dilakukan berdasarkan rangkaian masalah atau *diagnose* yang telah didapat. Langkah ini membutuhkan antisipasi dan pencegahan serta pengamatan keadaan klien dan kesiapan apabila masalah *potensial* ini benar terjadi.
4. Langkah IV: Mengidentifikasi dan Menetapkan Kebutuhan Yang Memerlukan Penanganan Segera.
- Beberapa data yang telah didapat menunjukkan kondisi darurat yang memerlukan tindakan segera demi keselamatan. Identifikasi dilakukan untuk menentukan kebutuhan klien yang harus didahulukan. Langkah ini mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan.
5. Langkah V: Merencanakan Asuhan Yang *Komprehensif* Atau Menyeluruh.
- Pada langkah ini membuat dan mendiskusikan tentang rencana asuhan menyeluruh yang akan diberikan. Langkah ini merupakan

pengembangan rencana yang sesuai dengan identifikasi kondisi klien, setiap masalah yang berkaitan, gambaran besar tentang apa yang terjadi berikutnya, konseling dan rujukan. Setiap rencana harus disetujui oleh petugas kesehatan dan klien serta keluarga.

6. Langkah VI: Melaksanakan Perencanaan Atau *Implementasi*

Pada langkah ini rencana asuhan menyeluruh dilaksanakan secara efisien dan aman. Pelaksanaan kegiatan dilakukan oleh bidan atau anggota tim kesehatan lainnya. Pelaksanaan yang efisien dapat menyingkat waktu dan biaya serta dapat meningkatkan mutu asuhan.

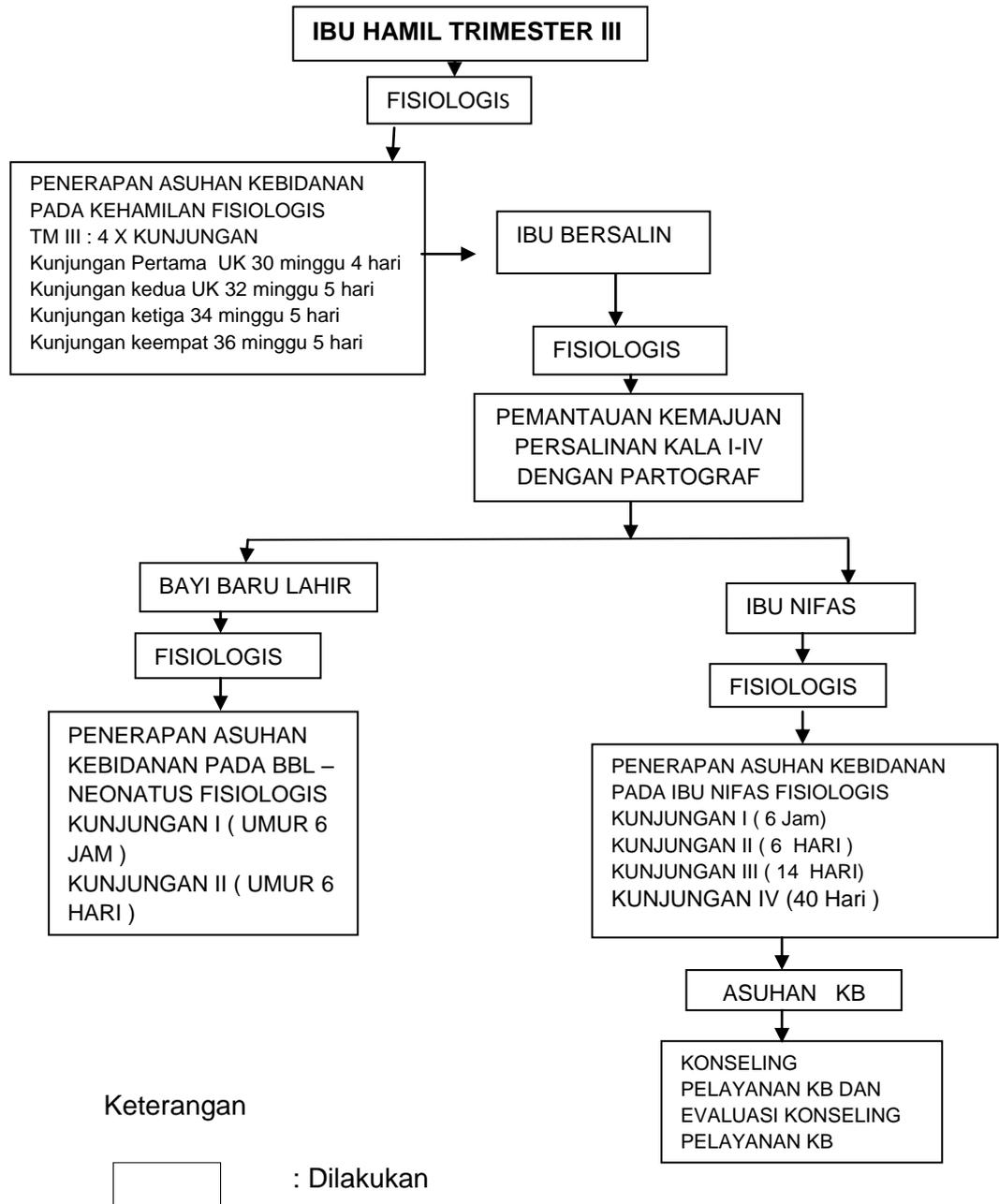
7. Langkah VII: Evaluasi

Pada langkah ini dilakukan evaluasi atau penilaian terhadap keefektifan dari asuhan yang telah diberikan. Evaluasi yang dilakukan meliputi pemenuhan kebutuhan klien sesuai identifikasi masalah apakah telah terpenuhi. Rencana dianggap efektif dan pelaksanaan dianggap berhasil apabila kebutuhan klien terpenuhi.

## BAB III

### KERANGKA KONSEP KEGIATAN ASUHAN

#### 3.1 Kerangka Konsep Asuhan Kebidanan Komperhensif



**Gambar 3.1 Kerangka Konsep**

### 3.2 Keterangan Kerangka Konsep

Berdasarkan gambar asuhan kebidanan komprehensif pada Ny "E" usia 37 tahun, dilaksanakan asuhan kebidanan fisiologis yang komprehensif dengan melakukan asuhan kehamilan selama 4 kali kunjungan rumah. Kunjungan pertama pada tanggal 17 Mei 2017 di rumah Ny "E" dilakukan anamnesa dan pemeriksaan kehamilan pada usia kehamilan 30 minggu 4 hari di dapatkan keadaan normal, kunjungan kedua pada tanggal 1 Juni 2017 di rumah Ny "E" di lakukan pemeriksaan ulang di usia kehamilan 32 minggu 5 hari dan di dapatkan keadaan fisiologis, kunjungan ke tiga di lakukan pada tanggal 15 Juni di rumah Ny "E" Usia kehamilan 34 minggu 5 hari di lakukan pemeriksaan kehamilan dan di dapatkan keadaan normal, kunjungan antenatal terakhir pada tanggal 29 Juni 2017 di rumah Ny "E" di lakukan pemeriksaan kehamilan pada usia kehamilan 36 minggu 5 hari dan di dapatkan hasil semua masih normal. Satu kali asuhan persalinan normal di BPM Soemdjah, Amd. Keb pada tanggal 5 Juli 2017.

Asuhan nifas fisiologis dilakukan 6 jam pertama setelah persalinan pada tanggal 6 Juli 2017 jam 01.30 WIB, dan tiga kali kunjungan rumah, yang pertama pada tanggal 11 Juli 2017 di rumah Ny "E" pada 6 hari post partum, kunjungan kedua pada tanggal 19 Juli 2017 jam 13.00 WIB pada 2 minggu post partum, kunjungan nifas terakhir yaitu pada tanggal 14 Agustus 2017 jam 18.00 di rumah pasien pada 40 hari post partum fisiologis. Asuhan pada bayi baru lahir fisiologis pada 6 jam pertama bayi lahir pada tanggal 6 Juli 2017 dan kunjungan rumah satu kali pada tanggal 11 Juli 2017 pada bayi usia 6 hari, dan asuhan keluarga berencana akan dilanjutkan pada tanggal 21 Agustus 2017 ibu menggunakan KB Suntik 3 bulan. Asuhan kebidanan ini dilaksanakan pada pasien yang fisiologis.

## BAB IV

### PELAKSANAAN ASUHAN KEBIDANAN

#### 4.1 Asuhan Kehamilan

##### 4.1.1 Asuhan Kebidanan Antenatal I

Tanggal pengkajian : 17 Mei 2017

Jam : 08.00 WIB

Nama pengkaji : Maria Trisna Malo

Tempat : Rumah pasien

#### A. PENGKAJIAN

IDENTITAS	ISTRI	SUAMI
Nama	: Ny. "E"	Nama suami : Tn. "H"
Umur	: 32 Tahun	Umur : 37 Tahun
Suku	: Jawa	Suku : Jawa
Agama	: Islam	Agama : Islam
Pendidikan	: SMU	Pendidikan : SMP
Pekerjaan	: Pedagang	Pekerjaan : Pedagang
Alamat	: Jl. Damun no 23 Beji	

#### B. DATA SUBJEKTIF

##### 1. Keluhan Utama

Ibu mengatakan ini merupakan kehamilannya yang ke 3, usia kehamilan sekarang 7 bulan lebih, dengan keluhan nyeri punggung.

##### 2. Riwayat Obstetri

Riwayat Kehamilan Sekarang : Hamil ini

HPHT : 15-10-2016

TP : 22-7-2017

Gerakan janin : Aktif

Keluhan saat hamil muda : Mual, muntah

Imunisasi TT : Lengkap

Riwayat Haid

Menarche : 12 tahun

Siklus : 28 hari

Lamanya : 7 hari

Banyaknya : 1 hari ganti pembalut 2-3 kali

### 3. Riwayat Kehamilan, Nifas dan Persalinan yang Lalu

Hamil Ke	Usia Kehamilan	Jenis Partus	Penolong	Penyulit Kehamilan & Persalihan	Anak					Nifas		KB	
					J K P/L	BB	H	M	ASI	Lama	Penyulit	KB	Lama
1	Abortus												
2	9 bulan	Normal	Bidan	-	L	3,2 kg	6 th	-	+	40 hr	-	Suntik 3bulan	4 tahun
3	HAMIL INI												

### 4. Riwayat KB

KB sebelum hamil : Suntik 3 bulan

Lama : 4 tahun

### 5. Riwayat Penyakit Lainnya

Ibu tidak memiliki riwayat penyakit menurun, menahun, dan menular

### 6. Pola Nutrisi

a. Sebelum hamil: Makan; 3x/hari (teratur) dengan; nasi, tahu, tempe, sayur, ikan, telur

- b. Selama hamil : Makan; 3x/hari (teratur) dengan; nasi, tahu, tempe, telur, daging dan tidak ada pantang makan

#### 7. Pola Eliminasi

- a. Sebelum hamil :BAB ; 1 x/hari  
BAK ; 4-5x/hari
- b. Selama hamil :BAB ; 1 x/hari  
BAK ; 5-7x/hari

#### 8. Data Sosial

Dukungan suami dan keluarga: Suami senang atas kehamilan ini dan keluarga sangat mendukung kehamilan ini

### C. DATA OBJEKTIF

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

#### Tanda - Tanda Vital

TD : 110/70 mmHg

Nadi : 80 x/menit

Suhu : 36<sup>0</sup>c

Respirasi : 20 x/menit

TB : 150 cm

BB sebelum hamil : 43 kg

BB sekarang : 53 kg

LILA : 27,5 cm

#### Pemeriksaan Fisik

Muka : Tidak pucat, tidak oedem, tidak ada cloasma gravidarum

Mata : Konjungtiva merah muda, sclera putih

Hidung : Tidak ada pengeluaran cairan/secret, tidak ada polip

Mulut : Bersih, tidak kering

- Telinga : Bersih, tidak ada pengeluaran cairan
- Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada bendungan vena jugularis.
- Payudara : Tampak simetris, puting susu menonjol, hiperpigmentasi aerola mammae.
- Abdomen : Tidak ada luka bekas operasi, ada striae alba, ada linea nigra.
- Leopold I : TFU 28 cm, teraba bokong dibagian atas
- Leopold II : Teraba datar keras di kanan ibu (PUKA)
- Leopold III : Teraba kepala, belum masuk PAP
- TBJ :  $(28-13) \times 155 = 2325$  gram
- DJJ : 132x/menit
- Ekstremitas : Simetris, tidak oedem -/-, tidak ada varises -/- atas & bawah

#### **D. ANALISA**

G<sub>III</sub> P<sub>1001</sub> Ab<sub>100</sub> 30 minggu 4 hari, T/H/Letkep dengan kehamilan fisiologis

#### **E. PENATALAKSANAAN**

1. Memberitahukan ibu bahwa hasil pemeriksaan ibu dan janin sehat, ibu memahami.
2. Menjelaskan kepada ibu bahwa nyeri punggung yang sedang ibu rasakan adalah hal yang fisiologis, ibu mengerti.
3. KIE:
  - a. Menganjurkan ibu kompres dengan menggunakan air hangat pada bagian punggung yang sakit atau meminta bantuan suami untuk pijat di bagian punggung, ibu mengerti dan mau melakukan yang dianjurkan

- b. Mengajarkan ibu minum tablet Fe yang diberikan bidan untuk mencegah terjadinya anemia, sudah diminum ibu setiap malam hari sebelum tidur
  - c. Mengajarkan ibu untuk makan-makanan yang banyak mengandung zat besi, protein, vitamin, seperti daging, ikan, sayur bayam, dan buah-buahan, ibu mau melakukan
  - d. Mengajarkan ibu untuk istirahat yang cukup pada siang hari dan mengurangi pekerjaan yang berat, ibu memahami
  - e. Menjelaskan pada ibu tanda-tanda bahaya trimester III seperti pusing yang berlebihan sampai pandangan kabur, perdarahan, kaki atau wajah bengkak. Ibu memahami
  - f. Mengajarkan ibu untuk mengganti celana dalam sehari 3 kali atau jika merasa lembab, dan mengajarkan ibu untuk cebok dari depan kebelakang. Ibu mengerti
  - g. Mengajarkan ibu untuk melakukan cek Hb di Puskesmas, ibu mau melakukan cek Hb
4. Menyetujui dengan ibu untuk kunjungan ulang atau sewaktu-waktu ada keluhan ibu langsung ke tenaga kesehatan. Ibu memahami dan menyetujui

#### **4.1.2 Asuhan Kebidanan Antenatal II**

Tanggal pengkajian : 1 Juni 2017  
Jam : 17.00 WIB  
Tempat : Rumah pasien  
Oleh : Maria Trisna Malo

**DATA SUBYEKTIF**

Ibu mengatakan sudah tidak nyeri punggung lagi dan sekarang tidak ada keluhan

**DATA OBYEKTIF**

Keadaan umum : Baik  
 Kesadaran : Composmentis  
 TTV TD : 110/70 mmHg  
 Nadi : 81 x/menit  
 Suhu : 36 °c  
 RR : 22 x/menit  
 BB : 54 kg

**Pemeriksaan Fisik**

Muka : Tidak pucat, tidak oedem, tidak ada cloasma gravidarum  
 Mata : Konjungtifa merah muda, sclera putih  
 Leher : tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, dan tidak ada bendungan vena jugularis  
 Payudara :Tampak puting susu menonjol, terdapat hiperpigmentasi aerola mammae  
 Abdomen : Tidak ada luka bekas operasi, ada striae alba, ada linea nigra, TFU 30 cm, teraba bokong dibagian atas, teraba datar keras di kanan ibu (PUKA), teraba kepala, belum masuk PAP, TBJ (30-13) x 155 = 2635 gram, DJJ= 136x/menit  
 Ekstremitas : Simetris, tidak oedem -/-, tidak ada varises - / -.  
 atas & bawah

Data Penunjang (LABORATORIUM) pada tanggal: 22 Mei 2017

a. Pemeriksaan darah

Hb : 12,2 gram%

Golongan darah : B

b. Pemeriksaan urine

Protein : (-) negative

Reduksi : (-) negative

**ANALISA**

G<sub>III</sub> P<sub>1001</sub> Ab<sub>100</sub> 32 minggu 5 hari T/H/Letkep dengan kehamilan fisiologis

**PENATALAKSANAAN**

1. Memberitahu ibu bahwa hasil pemeriksaan ibu dan janin sehat, ibu memahami
2. Menanyakan ke ibu tentang tablet Fe apakah sudah habis diminum dan sekarang sisanya berapa, ibu sudah minum dan sudah habis diminum
3. Menganjurkan ibu untuk makan-makanan yang banyak mengandung zat besi, protein, vitamin, seperti daging, ikan, sayur bayam, dan buah-buahan, serta minum susu sehari 1 kali. Sudah dilakukan
4. Menyarankan ibu untuk banyak minum air putih serta istirahat yang cukup pada siang hari. Ibu mengerti
5. Menjelaskan kepada ibu tentang senam hamil, dan mengajarkan senam hamil, ibu mengerti dan mau melakukan gerakan yang diajarkan
6. Menganjurkan ibu untuk kontrol ulang lagi atau sewaktu – waktu ada keluhan, ibu memahami dan menyetujui.

#### 4.1.3 Asuhan Kebidanan Antenatal III

Tanggal pengkajian : 15 Juni 2017  
 Jam : 17.00 WIB  
 Tempat : Rumah pasien  
 Oleh : Maria Trisna Malo

#### DATA SUBYEKTIF

Ibu mengatakan tidak ada keluhan

#### DATA OBYEKTIF

Keadaan umum : Baik  
 Kesadaran : Composmentis  
 TTV TD : 110/70 mmHg  
 Nadi : 81 x/menit  
 Suhu : 35,5 °c  
 RR : 22 x/menit  
 BB : 54 kg

#### Pemeriksaan Fisik

Muka : Tidak pucat, tidak oedem, tidak ada cloasma gravidarum  
 Mata : Konjungtifa merah muda, sclera putih  
 Leher : tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, dan tidak ada bendungan vena jugularis  
 Payudara :Tampak puting susu menonjol, terdapat hiperpigmentasi aerola mammae.  
 Abdomen : Tidak ada luka bekas operasi, ada striae alba, ada linea nigra, TFU 31 cm, teraba bokong dibagian atas teraba datar keras di kiri ibu (PUKI), teraba kepala, belum masuk PAP, TBJ (31 - 13) x 155 = 2790 gram, DJJ =136x/menit  
 Ekstremitas : Simetris, tidak oedem -/-, tidak ada varises -/-

atas & bawah

### **ANALISA**

G<sub>III</sub> P<sub>1001</sub> Ab<sub>100</sub> 34 minggu 5 hari T/H/Letkep dengan kehamilan fisiologis

### **PENATALAKSANAAN**

1. Memberitahukan ibu bahwa hasil pemeriksaan ibu dan janin sehat, ibu memahami
2. Memberitahukan ibu untuk tetap makan makanan yang bergizi dan sehat, seperti sayur, buah, susu, makanan yang mengandung karbohidrat dan protein. Ibu mengerti dan sudah dilakukan
3. Menyarankan ibu untuk banyak istirahat, sudah dilakukan
4. Menjelaskan kembali pada ibu tanda-tanda bahaya trimester III seperti pusing yang berlebihan sampai pandangan kabur, perdarahan, kaki muka tangan bengkak. Ibu mengerti
5. Menganjurkan ibu untuk kontrol ulang lagi atau sewaktu – waktu ada keluhan, ibu memahami dan menyetujui.

#### **4.1.4 Asuhan Kebidanan Antenatal IV**

Tanggal pengkajian : 29 Juni 2017

Jam : 12.00 WIB

Tempat : Rumah pasien

Oleh : Maria Trisna Malo

#### **DATA SUBYEKTIF**

Ibu mengatakan tidak ada keluhan

#### **DATA OBYEKTIF**

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

TTV TD : 100/60 mmHg

Nadi : 82 x/menit  
 Suhu : 36 °c  
 RR : 22 x/menit  
 BB : 55 kg

#### Pemeriksaan Fisik

Muka : Tidak pucat, tidak oedem, tidak ada cloasma gravidarum  
 Mata : Konjungtifa merah muda, sclera putih  
 Leher : tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, dan tidak ada  
 bendungan vena jugularis  
 Payudara :Tampak puting susu menonjol, terdapat hiperpigmentasi  
 aerola mammae.  
 Abdomen : Tidak ada luka bekas operasi, ada striae alba, ada linea  
 nigra, TFU 33 cm, teraba bokong dibagian atas teraba  
 datar keras di kiri ibu (PUKI), teraba kepala, belum masuk  
 PAP, TBJ (33 - 12) x 155 = 3255 gram, DJJ= 140x/menit  
 Ekstremitas : Simetris, tidak oedem -/-, turgor kulit baik, tidak ada  
 atas & bawah varises -/-

#### ANALISA

G<sub>III</sub> P<sub>1001</sub> Ab<sub>100</sub> 36 minggu 5 hari T/H/Letkep dengan kehamilan fisiologis

#### PENATALAKSANAAN

1. Memberitahukan ibu bahwa hasil pemeriksaan ibu dan janin sehat, ibu memahami
2. KIE:
  - a. Mengingatnkan kembali pada ibu tanda – tanda bahaya trimester III seperti pusing yang berlebihan sampai pandangan kabur, perdarahan, kaki dan mengingatnkan kembali ibu untuk makan

- dengan pola gizi seimbang seperti sayur, buah, ikan, telur, daging.  
Ibu memahami dan sudah dilakukan ibu
- b. Menganjurkan ibu untuk istirahat yang cukup pada siang hari. Ibu memahami dan sudah dilakukan
  - c. Menganjurkan ibu untuk menjaga kebersihannya, mandi 2x sehari seperti cebok dari depan kebelakang, mengganti celana dalam apabila terasa lembab atau minimal 2x sehari. Ibu memahami
3. Menganjurkan ibu untuk berjalan-jalan dipagi hari. Ibu mengerti
  4. Mengingatkan ibu tentang tanda-tanda persalinan serta menyarankan ibu untuk tetap menyiapkan perlengkapan persalinan sebelum timbulnya tanda persalinan, ibu mengerti dan sudah menyiapkan perlengkapan untuk persalinan.
  5. Memberitahukan ibu jika sewaktu-waktu ada tanda-tanda persalinan langsung ke tenaga kesehatan, ibu mengerti dan mau melakukan

## 4.2 Asuhan Kebidanan Persalinan Normal

### 4.2.1 Asuhan Persalinan Kala I

Tanggal Pengkajian : 5 Juli 2017  
 Jam : 13.50 WIB  
 Tempat : Ruang bersalin BPM Soemidyah, Amd,Keb  
 Oleh : Maria Trisna Malo

#### BIODATA

Nama Istri	: Ny " E "	Nama Suami	: Tn " S "
Umur	: 32 Tahun	Umur	: 37 Tahun
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: SMU	SD	: SMP
Pekerjaan	: Pedagang	Pekerjaan	: Pedagang

Alamat : Jln. Damun no. 23 Beji

### **DATA SUBYEKTIF**

Ibu mengatakan merasa kenceng–kenceng tidak teratur dan tidak adekuat sejak pukul 08.00 WIB, dan mengeluarkan lendir bercampur darah sejak jam 13.00 WIB. Hari pertama haid terakhir 15 Oktober 2016. Ibu makan dan minum terakhir pada jam 12.00 Wib.

### **DATA OBYEKTIF**

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

TTV TD : 110/80 mmHg

N : 80x/menit

S : 36,0°c

RR : 24x/menit

Pemeriksaan Fisik :

Muka : Tidak pucat, tidak oedem

Mata : Sclera putih, Konjungtiva merah muda

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

Payudara :Bersih, hiperpigmentasi areola mammae, putting susu menonjol, ASI sudah keluar +/+

Abdomen :Tidak ada luka bekas operasi, tidak ada striae albican, ada linea nigra, TFU 32 cm (teraba bokong), Puka, letak kepala, penurunan 3/5 bagian, TBJ = ( 32 – 11 ) x 155 = 3255 gram, DJJ = 136x/menit, His = 2x10'25"

Genitalia VT :Ada lendir darah, VT tanggal 5 Juli 2017 jam 13.30 WIB, Ø 2 cm, eff 25 %, ketuban utuh (+), bagian

terdahulu kepala, bagian terkecil disamping kepala (-),  
bagian terendah UUK 11, molase 0

Ekstremitas :Tidak ada oedema, tidak ada varises

### **ANALISA**

G<sub>III</sub> P<sub>1001</sub> Ab<sub>100</sub> UK 38 minggu 6 hari T/H Letkep dengan inpartu kala I fase laten

### **PENATALAKSANAAN**

- (13.51) Memberitahukan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga, ibu dan keluarga memahami bahwa ibu dan bayi dalam keadaan baik, dan saat ini ibu sudah memasuki fase persalinan.
- (13.52) Menjelaskan kepada ibu bahwa nyeri yang dirasakan ibu merupakan hal yang wajar dialami ibu pada proses persalinan pembukaan terjadi karena adanya kontraksi, ibu memahami
- (13.52) Melarang ibu untuk mengejan sebelum pembukaan lengkap, ibu mengerti dan bersedia melakukan sesuai anjuran
- (13.53) Memberitahukan untuk melakukan relaksasi dengan cara menarik napas panjang dengan cara menarik napas panjang lewat hidung dan menghembuskan lewat mulut disaat ibu merasa kencang-kencang, agar mengurangi rasa sakit.
- (13.54) Menganjurkan ibu untuk miring kiri agar kepala bayi cepat turun, ibu mengerti dan bersedia melakukan
- (13.58) Memfasilitasi kebutuhan nutrisi ibu untuk mempersiapkan tenaga saat proses persalinan, ibu makan-makanan yang disediakan BPM Soemidyah sampai habis dan minum minum teh manis dan air mineral.

(14.50) Melakukan observasi kemajuan persalinan yang terdiri dari TTV, His, DJJ, dan tetap memantau agar tidak masuk dalam 24 penapisan, telah dilakukan dan terlampil

### Lembar Observasi

Jam	DJJ	VT	Kontraksi	Nadi	TD
13.50	136	V/V lendir darah, Ø 2 cm, eff 25 %, ketuban utuh (+), bagian terdahulu kepala, tidak ada bagian terkecil disamping kepala, bagian terendah UUK 11, H <sub>I</sub> , molase 0	2x10'25	80	110/80
14.50	140	-	2x10'30	84	
15.50	130	-	3x10'35	82	
16.50	138	-	3x10'35	85	
17.00	145	v/v lendir darah, Ø 7 cm, eff 50 %, ketuban pecah spontan (-) jernih, bagian terdahulu kepala, tidak ada bagian terkecil disamping kepala, bagian terendah UUK 11, H <sub>II</sub> , molase 0	3x10,38	85	110/70

### Catatan Perkembangan

Tanggal : 5 Juli 2017

Jam : 17.00 WIB

### DATA SUBYEKTIF

Ibu mengatakan kenceng – kencengnya semakin kuat dan ketuban pecah spontan jam 17.00 WIB

### DATA OBYEKTIF

Keadaan umum: Baik, Kesadaran: Composmentis, TD: 110/80 mmH, N:82x/menit, S: 36,2°C, RR: 20x/menit, DJJ: 140x/menit, His: 3.10'.38". (17.00 WIB) VT: Terdapat Blood show , Ø 7 cm, eff 50 %, ketuban (-) jernih, letkep, tidak ada bagian kecil disamping kepala, uuk jam 11, hodge II, molase 0

### ANALISA

G<sub>III</sub> P<sub>100I</sub> Ab<sub>100</sub> UK 38 minggu 6 hari dengan inpartu kala I Fase Aktif

**PENATALAKSANAAN**

- (17.00) Memberitahu ibu hasil pemeriksaan bahwa kondisi ibu dan janin dalam keadaan baik, ibu memahami
- (17.05) Menjelaskan kepada ibu bahwa nyeri yang dirasakan ibu merupakan hal yang wajar dialami ibu pada proses persalinan pembukaan terjadi karena adanya kontraksi, ibu memahami
- (17.10) Melarang ibu untuk mengejan sebelum pembukaan lengkap, ibu mengerti dan bersedia melakukan sesuai anjuran
- (17.15) Memberitahukan untuk melakukan relaksasi dengan cara menarik napas panjang dengan cara menarik napas panjang lewat hidung dan menghembuskan lewat mulut disaat ibu merasa kencang-kencang, agar mengurangi rasa sakit.
- (17.16) Menganjurkan ibu untuk miring kiri agar kepala bayi cepat turun, ibu mengerti dan bersedia melakukan
- (17.18) Menyiapkan partus set dan resusitasi , sudah disiapkan
- (17.20) Memberitahukan kepada ibu dan keluarga untuk segera mempersiapkan keperluan persalinan ibu dan perlengkapan bayi, ibu dan keluarga segera menyiapkan perlengkapan persalinan
- (17.21) Menganjurkan ibu untuk tidak menahan BAK, ibu mengerti
- (17.30) Mengobservasi secara berkala TTV, DJJ, Pembukaan, kontraksi dipartograf. Hasil terlampir di partograf

### Lembar Observasi

Jam	DJJ	VT	Kontraksi	Nadi	TD
17.30	144	-	3x10'40	82	
18.00	145	-	3x10'40	82	
18.30	143	-	4x10'42	83	
19.00	150	v/v lendir darah, Ø 10 cm, eff 100%, ketuban (-), bagian terdahulu kepala, tidak ada bagian terkecil disamping kepala, bagian terendah UUK, H <sub>III</sub> , molase 0	4x10'45	83	110/70

#### 4.2.2 Asuhan Persalinan Kala II

Tanggal : 5 Juli 2017

Jam : 19.00 WIB

S : Ibu mengatakan kenceng-kenceng semakin kuat dan ingin meneran

O : Terlihat tekanan pada anus, perineum menonjol, vulva membuka,

(19.00) VT: Terdapat Blood show, Ø 10 cm, eff 100%, letak kepala, tidak ada bagian kecil disamping kepala, hodge III, molase 0

#### ANALISA

G<sub>III</sub> P<sub>100I</sub> Ab<sub>100</sub> UK 38 minggu 6 hari T/H Letkep dengan inpartu kala II

#### PENATALAKSANAAN

- (19.00) Memberitahu ibu hasil pemeriksaan bahwa kondisi ibu dan janin dalam keadaan baik, ibu memahami
- (19.01) Menganjurkan salah satu keluarga mendampingi ibu bersalin, suaminya mendampingi ibu saat bersalin dan menganjurkan ibu memilih posisi persalinan yang nyaman, ibu memilih posisi yang setengah duduk atau dorsal recumbent dan litotomi.
- (19.01) Mengajarkan cara meneran yang benar yaitu tarik napas panjang dari hidung dan dihembuskan lewat mulut, dagu menempel pada dada, mengejan seperti orang BAB, ibu mampu meneran dengan benar

- (19.02) Berkolaborasi dengan bidan dan memimpin ibu untuk meneran saat ada kontraksi, ibu memahami dan melakukan
- (19.20) Melakukan episiotomi karena perineum kaku dan dilakukan ketika ada kontraksi, terlihat perineum sudah di epis derajat 2 mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum, otot perineum
- (19.25) Menolong persalinan normal sesuai dengan APN, Ceklis terlampir
- (19.30) Bayi lahir spontan pada tanggal : 5 Juli 2017, Pukul : 19.30 WIB, langsung menangis kuat, bergerak aktif, warna kulit kemerahan, jenis kelamin : perempuan, Cacat (-), Anus : (+), A – S = 7 – 9

#### 4.2.3 Asuhan Persalinan Kala III

Tanggal : 5 Juli 2017

Jam : 19.30 WIB

S : Ibu mengatakan merasa senang dan lega karena bayinya sudah lahir.

Saat ini ibu mengatakan perutnya terasa mules

O : Terdapat kontraksi, uterus globuler, genitalia terdapat semburan darah, tali pusat semakin memanjang, terdapat luka episiotomi.

A : P<sub>2002</sub> Ab<sub>100</sub> dengan inpartu kala III

P :

1. Memberitahukan kepada ibu dan suami hasil pemeriksaan yang telah dilakukan, ibu dan suami mengatakan merasa lega karena kondisinya saat ini baik dan sehat.
2. Melakukan jepit-jepit-potong tali pusat dan langsung Inisiasi Menyusu Dini selama 1 jam, sudah dilakukan dan bayi terlihat mencari puting susu ibunya
3. Memeriksa fundus dan memastikan kehamilan tunggal, telah dilakukan kehamilan tunggal

4. Melakukan manajemen aktif kala III:
  - a. Melakukan injeksi oksitosin 10 IU IM, bidan menyuntikan oksitosin di paha luar ibu secara IM.
  - b. Melakukan PTT. Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva, melakukan penegangan tali pusat terkendali dan lakukan dorso cranial, sudah dilakukan plasenta lahir pukul 19.40 WIB
  - c. Melakukan massase 15 kali atau 15 detik, dan mengecek kelengkapan plasenta, plasenta lengkap ( kotiledon 16, terdapat selaput amnion dan korion, panjang tali pusat  $\pm$  45 cm).
5. Memeriksa perdarahan, perdarahan normal  $\pm$  150 cc, mengecek laserasi, terdapat laserasi derajat II : mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum, otot perineum, dilakukan *heacting* dengan menggunakan anastesi pada luka episiotomi, sudah dilakukan dan keadaan jahitan masih basah

#### 4.2.4 Asuhan Persalinan Kala IV

Tanggal : 5 Juli 2017

Jam : 19.55 WIB

##### DATA SUBYEKTIF

Ibu mengatakan kondisinya sehat dan sudah lega atas kelahiran bayinya.

Saat ini ibu mengeluh nyeri pada luka jahitan dan terasa mulas.

##### DATA OBYEKTIF

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

TTV            TD        : 110/80 mmHg  
                   N         : 78x/menit  
                   S         : 36,6° c  
                   RR        : 20x/menit

**Pemeriksaan fisik :**

Muka            :Tidak pucat, tidak oedem.  
 Mata            : Konjungtiva merah muda, sclera putih.  
 Payudara        :Bersih, tidak ada benjolan abnormal, puting susu menonjol dan tidak lecet, kolostrum sudah keluar +/-  
 Abdomen         :Tidak ada luka bekas operasi, tidak ada striae albican, ada linea nigra, TFU 2 jari bawah pusat, kontraksi uterus baik/keras, kandung kemih kosong  
 Genetalia        :Tidak ada varises, luka jahitan masih basah, Lochea rubra  
 Ekstremitas Atas : Simetris, tidak oedem  
                   Bawah    : Simetris, tidak oedem, tidak ada varises

**ANALISA**

P<sub>2002</sub> Ab<sub>100</sub> dengan 2 jam Post Partum Fisiologis

**PENATALAKSANAAN**

1. Memberitahukan hasil pemeriksaan kepada ibu dan suami, ibu dan suami mengatakan merasa lega karena kondisi ibu dan bayi sehat.
2. Memberitahukan dan menjelaskan kepada ibu bahwa nyeri luka jahitan yang dialaminya adalah hal yang fisiologis, ibu mengerti
3. Mengajarkan ibu untuk melakukan masase sendiri, ibu mampu melakukannya dengan baik.

4. Membersihkan tubuh ibu dan membantu mengganti pakaian dan pembalut ibu, sudah dilakukan dan saat ini ibu dalam keadaan bersih.
5. Melakukan dekontaminasi alat-alat dan mencuci tangan, sudah dilakukan.
6. Membawa bayi setelah IMD ke ruang bayi, sudah dilakukan
7. Melakukan observasi 2 jam post partum yaitu TTV, kontraksi, TFU, kandung kemih, perdarahan, sudah dilakukan observasi setiap 15 menit di 1 jam pertama dan setiap 30 menit di 1 jam kedua menggunakan partograf.

Jam Ke	Waktu	TD	Nadi	Suhu	TFU	Kontraksi	Vu	Perdarahan
1.	19.55	110/70	78	36,2 <sup>0</sup> c	2 jari bawah pusat	Baik/keras	Kosong	± 80 cc
	20.10	110/70	80		2 jari bawah pusat	Baik/keras	Kosong	
	20.25	110/70	80		2 jari bawah pusat	Baik/keras	Kosong	
	20.40	110/70	79		2 jari bawah pusat	Baik/keras	Kosong	
2	21.10	110/70	80	36,0° C	2 jari bawah pusat	Baik/keras	Kosong	
	21.40	110/70	80		2 jari bawah pusat	Baik/keras	Kosong	

8. Mengajarkan dan menganjurkan ibu untuk mobilisasi dini yaitu mulai dari miring kiri-kanan, duduk, kemudian berdiri dan berjalan, ibu mengerti dan bersedia mencoba melakukan sesuai anjuran.
9. Memberikan KIE mengenai tanda bahaya masa nifas, ibu mengerti dan akan mampu mengulang KIE yang telah diberikan.

### 4.3 Asuhan Kebidanan Masa Nifas

#### 4.3.1 Asuhan Masa Nifas Kunjungan I

Tanggal Pengkajian : 6 Juli 2017

Jam : 01.30 WIB

Tempat : Rumah Ny " E "

Oleh : Maria Trisna Malo

**DATA SUBYEKTIF**

Nama	: Ny “ E “	Nama Suami	: Tn “ S “
Umur	: 32 Tahun	Umur	: 37 Tahun
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: SMU	Pendidikan	: SMP
Pekerjaan	: Pedagang	Pekerjaan	: Pedagang
Alamat	: Jl. Damun no 23 Beji		

Ibu mengatakan telah melahirkan anaknya yang ke dua secara normal pada tanggal 5 Juli 2017 pukul 19.30 WIB dengan jenis kelamin perempuan, ASI sudah keluar +/+. Ibu mengeluh luka jahitannya masih terasa nyeri dan terasa mules.

**DATA OBYEKTIF**

Keadaan Umum	: Baik
Kesadaran	: Composmentis
TTV	TD : 110/70 mmHg
	N : 80x/menit
	S : 36,0°C
	RR : 20x/menit

Pemeriksaan fisik :

Muka : Tidak pucat, tidak oedem.

Mata : Konjungtiva merah muda, sclera putih.

Payudara : Bersih, tidak ada benjolan abnormal, puting susu menonjol dan tidak lecet, kolostrum sudah keluar +/+

Abdomen : Tidak ada luka bekas operasi, tidak ada striae albican, ada linea nigra, TFU 2 jari bawah pusat, kontraksi uterus baik/keras, kandung kemih kosong

Genetalia : Bersih, tidak ada varises, luka jahitan masih basah, Lochea rubra, perdarahan normal  $\pm \frac{1}{4}$  softex

Anus : Tidak terdapat hemoroid

Ekstremitas Atas : Tidak oedem - / -, tidak ada varises - / -.

Bawah : Tidak oedem - / -, tidak ada varises - / -.

### **ANALISA**

P<sub>2002</sub> Ab<sub>100</sub> dengan 6 jam Post partum fisiologis

### **PENATALAKSANAAN**

1. Memberitahukan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga, ibu dan keluarga mengatakan merasa lega
2. Memberitahu ibu bahwa keluhan yang dialami saat ini merupakan suatu hal yang normal pada ibu dengan luka jahitan dan perut mulas dikarenakan terjadi kontraksi untuk proses pengembalian uterus pada ukuran semula, ibu memahami.
3. Menganjurkan ibu untuk menyusui bayinya sesering mungkin atau tiap 2 jam sekali, ibu mengerti dan mau melakukan.
4. Menganjurkan ibu untuk tidak tarak makan terutama makanan yang mampu melancarkan pengeluaran ASI seperti daun katuk dan makanan yang mengandung protein seperti telur tahu tempe daging agar mempercepat penyembuhan luka jahitan kecuali makananan yang pedas, ibu dan keluarga memahami dan akan melakukan sesuai dengan anjuran.
5. Memberikan KIE tentang mobilisasi dan menganjurkan ibu untuk latihan duduk, dan jalan-jalan, ibu memahami dan bersedia melakukan

6. Memberikan KIE tentang tanda bahaya masa nifas seperti demam tinggi, pusing, kejang dan lain-lain, ibu memahami.
7. Menjelaskan pada ibu tentang manfaat ASI dan menganjurkan ibu untuk menyusui bayinya sesering mungkin, ibu bersedia melakukan.
8. Mengajarkan ibu cara menyusui yang benar, ibu memahami dan mampu mempraktekan dengan benar.
9. Menganjurkan ibu untuk tetap menjaga personal hygiene ibu dengan mengganti pembalut ibu bila penuh dan mengganti kassa pada luka episiotomi setelah mandi BAB dan BAK dan melakukan cebok dari depan kebelakang, ibu memahami dan mau melakukan.
10. Berkolaborasi dengan bidan dalam pemberian terapi.

Terapi oral:

Solpenox 500 mg = 3 x 1 sehari

Freedol = 3 x 1 sehari

11. Menyetujui untuk kunjungan ulang 1 minggu lagi atau sewaktu-waktu ada masalah langsung ketenaga kesehatan, ibu menyetujui.

#### **4.3.2 Asuhan Masa Nifas Kunjungan II**

Tanggal : 11 Juli 2017  
Jam : 12.30 WIB  
Tempat pengkajian : Rumah Ny " E "  
Oleh : Maria Trisna Malo

#### **DATA SUBYEKTIF**

Ibu mengatakan kondisinya sudah agak membaik dan selama ini ibu tidak terek makan. Namun pada malam hari, ibu tidak bisa tidur karena anaknya rewel pingin disusui dan BAB BAK lancar

**DATA OBYEKTIF**

Keadaan Umum : Baik  
 Kesadaran : Composmentis  
 TTV TD : 110/70 mmHg  
 N : 78x/menit  
 S : 36,0°c  
 RR : 20x/menit

**Pemeriksaan Fisik :**

Muka : Tidak pucat, tidak oedem,  
 Mata : Konjungtiva pucat, sclera putih  
 Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada bendungan vena jugularis  
 Payudara : Tidak ada tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan abnormal, puting susu menonjol dan tidak lecet, pengeluaran ASI lancar  
 Abdomen : Tidak ada luka bekas operasi, TFU 3 jari diatas simpisis, kandung kemih kosong  
 Genitalia : Luka jahitan sudah agak kering, tidak ada infeksi, lochea sanguinolenta (cairan berwarna kuning masih berisi darah dan lendir) .  
 Anus : Tidak terdapat hemoroid  
 Ekstremitas Atas: Tidak oedem - / -, tidak ada varises - / -.  
 Bawah : Oedem + / +, tidak ada varises - / -.

**ANALISA**

P<sub>2002</sub> Ab<sub>100</sub> dengan 6 hari post partum fisiologis

**PENATALAKSANAAN**

1. Memberitahukan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga, ibu dan keluarga mengatakan merasa lega dan rasa khawatir sudah cukup berkurang
2. Menganjurkan ibu untuk istirahat yang cukup pada siang hari ketika bayinya tidur ibu dianjurkan untuk tidur juga 1-2 jam agar tidak terlalu capek. Ibu mengerti
3. Menganjurkan ibu untuk menyusui anaknya sesering mungkin atau 2 jam sekali, ibu bersedia melakukan sesuai anjuran.
4. Menganjurkan ibu untuk tetap makan sayur buah, ikan dan tidak tarak makan agar luka jahitannya cepat sembuh, kering dan pengeluaran Asinya lancar, ibu mengerti dan sudah dilakukan tiap hari makan telur, tahu, tempe, daging dan sayur
5. Mengingatkan ibu untuk tetap menjaga personal hygiene dengan mengganti pembalut ibu bila penuh dan cebok dari depan kebelakang, ibu mengerti dan sudah dilakukan.
6. Menganjurkan ibu untuk tetap memberikan ASI eksklusif selama 6 bulan tanpa diberikan susu formula, menganjurkan ibu untuk menyusui bayinya tiap 2 jam sekali. Ibu mengerti dan mau melakukan
7. Menjelaskan kembali tanda bahaya masa nifas, ibu memahami dan dapat menyebutkan salah satu tanda bahaya masa nifas.
8. Menyepakati kunjungan ulang selanjutnya atau jika ada masalah sewaktu-waktu ibu bisa langsung ke tenaga kesehatan. Ibu menyepakati

### 4.3.3 Asuhan Masa Nifas Kunjungan III

Tanggal : 19 Juli 2017  
 Jam : 13.00 WIB  
 Tempat pengkajian : Rumah Ny “ E “  
 Oleh : Maria Trisna Malo

#### DATA SUBYEKTIF

Ibu mengatakan tidak ada keluhan, pada malam hari ibu sudah bisa istirahat dan bayinya sudah tidak rewel.

#### DATA OBYEKTIF

Kedadaan Umum: Baik

Kesadaran : Composmentis

TTV TD : 110/70 mmHg

N : 80x/menit

S : 36,2°c

RR : 19x/menit

Pemeriksaan Fisik :

Muka : Tidak pucat, tidak oedem,

Mata : Konjungtiva merah muda, sclera putih

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

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

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

Genitalia : Bersih, luka jahitan sudah kering, lochea serosa

Anus : Tidak terdapat hemoroid

Ekstremitas Atas : Tidak oedem - / -, tidak ada varises - / -.

Bawah : Tidak oedem + / +, tidak ada varises - / -.

### **ANALISA**

P<sub>2002</sub> Ab<sub>100</sub> Post partum partum hari 14 fisiologis

### **PENATALAKSANAAN**

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan, ibu memahami
2. Memastikan involusi uterus berjalan normal, TFU sudah tidak teraba
3. Mengevaluasi apakah luka jahitan ibu ada infeksi atau tidak. Luka jahitan sudah kering dan tidak ada tanda-tanda infeksi
4. Mengingatkan kembali ibu untuk pada siang hari ketika bayinya tidur dianjurkan ibu juga tidur, sudah dilakukan
5. Menganjurkan ibu untuk tetap makan-makanan yang bergizi dan mengandung protein, sayuran, buah-buahan, dan sayuran, sudah dilakukan serta menganjurkan ibu untuk istirahat yang cukup dan banyak minum air putih agar produksi ASI nya lancar. Ibu mengerti
6. Mengingatkan kembali dan memotivasi ibu agar selalu memberikan ASI nya tanpa diselingi dengan susu formula. Ibu tetap memberikan ASI pada bayinya
7. Menjelaskan pada ibu tentang jenis-jenis KB yang dapat digunakan setelah persalinan dan tidak mengganggu produksi ASI seperti MAL, AKDR, mini pil, suntik 3 bulan, dan implan. Ibu rencana menggunakan KB Suntik 3 bulan
8. Memberikan penjelasan tentang keuntungan dan kerugian KB suntik 3 bulan. Ibu memahami
9. Menganjurkan pada ibu untuk mendiskusikan lagi dengan suami tentang KB yang dipilih. Ibu bersedia.

10. Menyepakati pertemuan selanjutnya dengan ibu atau sewaktu-waktu jika ibu ada keluhan ibu langsung ke tenaga kesehatan. Ibu menyepakati

#### 4.3.4 Asuhan Masa Nifas Kunjungan IV

Tanggal : 14 Agustus 2017  
 Jam : 18.00 WIB  
 Tempat pengkajian : Rumah Ny “ E “  
 Oleh : Maria Trisna Malo

##### DATA SUBYEKTIF

Ibu mengatakan tidak ada keluhan

##### DATA OBYEKTIF

Keadaan Umum: Baik

Kesadaran : Composmentis

TTV TD : 120/80 mmHg

N : 80x/menit

S : 36,2°c

RR : 19x/menit

Pemeriksaan Fisik :

Muka : Tidak pucat, tidak oedem,

Mata : Konjungtiva merah muda, sclera putih

Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada

Payudara : Simetris, tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan abnormal, puting susu menonjol, puting tidak lecet,

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

Genitalia : Bersih, luka jahitan sudah kering

Anus : Tidak terdapat hemoroid

Ekstremitas Atas : Tidak oedem - / -, tidak ada varises - / -.

Bawah : Tidak oedem + / +, tidak ada varises - / -.

### **ANALISA**

P<sub>2002</sub> Ab<sub>100</sub> 40 hari Post partum fisiologis

### **PENATALAKSANAAN**

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan ibu bahwa keadaannya baik, ibu mengerti dan memahami
2. Mengingatkan kembali ibu untuk pada siang hari ketika bayinya tidur dianjurkan ibu juga tidur, sudah dilakukan
3. Menganjurkan ibu untuk tetap makan-makanan yang bergizi dan mengandung protein, sayuran, buah-buahan, dan sayuran, sudah dilakukan serta menganjurkan ibu untuk istirahat yang cukup dan banyak minum air putih agar produksi ASI nya lancar. Ibu mengerti
4. Mengingatkan kembali dan memotivasi ibu agar selalu memberikan ASI nya, sudah dilakukan.
5. Memberikan penjelasan kembali tentang keuntungan dan kerugian KB suntik 3 bulan, Ibu mengerti dan memahami
6. Menyepakati pertemuan selanjutnya dengan ibu atau sewaktu-waktu jika ibu ada keluhan ibu langsung ke tenaga kesehatan. Ibu menyepakati

#### 4.4 Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir

##### 4.4.1 Asuhan Kebidanan Neonatal I

Tanggal Pengkajian : 6 Juli 2017  
 Jam : 01.30 WIB  
 Tempat : Rumah Ny"E"  
 Oleh : Maria Trisna Malo

#### DATA SUBYEKTIF

##### Biodata bayi

Nama Bayi : By Ny " E "  
 Tanggal lahir : 5 Juli 2017  
 Jam : 19.30 WIB  
 Umur : 6 jam  
 Jenis kelamin : Perempuan  
 Anak ke : II ( Dua )

##### Biodata Orang tua

Nama ibu	: Ny " E "	Nama Ayah	: Tn " S "
Umur	: 32 Tahun	Umur	: 37 Tahun
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: SMU	Pendidikan	: SMP
Pekerjaan	: Pedagang	Pekerjaan	: Peadagang
Alamat	: Jln. Damun no. 23 Beji		

Ibu mengatakan telah melahirkan anaknya yang ke dua secara normal pada tanggal 5 Juli 2017 pukul 19.30 WIB langsung menangis, bergerak aktif, jenis kelamin perempuan, BB = 3200 gram, PB = 49 cm, cacat (-), Anus (+). Sudah BAK dan BAB (mekonium) dan tanpa ada cacat apapun

**DATA OBYEKTIF**

Keadaan Umum	:	Baik
Kesadaran	:	Composmentis
TTV	N	: 134x/menit
	S	: 36,5°C
	RR	: 42x/menit
Laporan persalinan		
Lahir	:	Normal
UK	:	38 minggu 6 hari
Hari/Tanggal	:	Rabu, 5 Juli 2017
Jam	:	19.30 WIB
Dibantu oleh	:	Bidan
Jenis kelamin	:	Perempuan
BB	:	3200 gram
PB	:	49 cm
A – S	:	7 – 9
LK	:	35
LIDA	:	34 cm
LL	:	11
Air ketuban	:	Jernih
BAK/BAB	:	( + / - )

Injeksi Vitamin K di paha kiri luar, dan pemberian Salep mata, sudah dilakukan setelah bayi IMD 1 jam pada pukul 20.30 WIB. Injeksi Hepatitis B di paha kanan luar, sudah dilakukan setelah 1 jam pemberian Hepatitis B pada pukul 21.30 WIB

Antropometri :

- a. *Sirkumferensia sub oksipito bregmatika* = 32 cm
- b. *Sirkumferensia fronto oksipitalis* = 34 cm
- c. *Sirkumferensia mento oksipitalis* = 35 cm
- d. *Sirkumferensia submento bregmatika* = 32 cm

Pemeriksaan Fisik :

Kepala :Tidak ada *caput suscadaneum*, tidak terdapat *cephal hematoma*

Muka :Tidak pucat, tidak oedem

Mata :Konjungtiva merah muda, sclera putih

Hidung :Tidak terdapat pernafasan cuping hidung, tidak ada secret

Mulut :Lidah bersih, tidak ada *oral trush*

Leher :Tidak ada bendungan vena jugularis

Dada :Tidak terdapat retraksi dinding dada, tidak ada *wheezing*, tidak ada *ronchy*

Abdomen :Tidak ada tanda – tanda infeksi, tali pusat masih basah, tidak ada perdarahan tali pusat, tali pusat di bungkus kassa kering

Genitalia : Bersih,tampak labia mayor sudah menutupi labia minor

Ekstremitas Atas : Simetris, tonus otot baik, gerakan aktif, tidak ada polidaktil/syndaktil

Bawah : Simetris, tonus otot baik, gerakan aktif, tidak ada polidaktil/syndaktil

Pemeriksaan Neurologis

*Reflek glabela* : +

*Reflek rooting* : +

<i>Reflek sucking</i>	: +
<i>Reflek swallowing</i>	: +
<i>Reflek grasping</i>	: +
<i>Reflek babinsky</i>	: +
<i>Reflek moro</i>	: +

### **ANALISA**

By Ny " E " Usia 6 jam dengan Bayi baru lahir fisiologis

### **PENATALAKSAAN**

1. Memberitahukan hasil pemeriksaan bayinya kepada ibu dan keluarga, ibu dan keluarga mengatakan merasa lega dan senang bayinya dalam keadaan sehat.
2. Memenuhi kebutuhan nutrisi pada bayi dengan menganjurkan ibu untuk menyusui bayinya dengan ASI saja tanpa diberikan susu formula. Ibu mengerti
3. Memberitahu ibu untuk menyusui bayinya setiap 2 jam sekali dan membangunkan bayinya apabila tidur untuk menyusu, ibu dan keluarga memahami dan akan melakukan sesuai anjuran.
4. Mengajarkan pada ibu dan keluarga cara melakukan perawatan tali pusat dengan cara menutupi kassa kering dan steril, ibu dan keluarga memahami dan sudah bisa melakukan secara mandiri.
5. Menganjurkan ibu untuk menjemur bayinya di pagi hari tanpa baju dan hanya mengenakan popok dan penutup mata bayi agar selama 15 menit, ibu dan keluarga akan melakukan sesuai dengan anjuran.
6. Menjelaskan pada ibu untuk mengganti popok bayi ketika BAB atau BAK, ibu dan keluarga memahami dengan bersedia melakukan sesuai anjuran.

7. Menjelaskan kepada ibu dan keluarga mengenai tanda bahaya pada bayi baru lahir, ibu dan keluarga memahami dengan mampu menjelaskan kembali apa yang sudah dijelaskan.
8. Memberitahukan ibu untuk tetap kontrol kepada bidan setempat sesuai jadwal atau saat ada keluhan, ibu bersedia untuk melakukan.

#### **4.4.2 Asuhan Kebidanan Neonatal II**

Tanggal pengkajian : 11 Juli 2017  
 Jam : 12.30 WIB  
 Tempat : Rumah Ny " E "  
 Oleh : Maria Trisna Malo

#### **DATA SUBYEKTIF**

Nama Bayi : By " A "  
 Tanggal lahir : 5 Juli 2017  
 Jam : 19.30 WIB  
 Umur : 6 Hari  
 Jenis kelamin : Perempuan  
 Anak ke : II ( Dua )

Ibu mengatakan anaknya dalam keadaan sehat, menyusu kuat, bergerak aktif, menangis jika lapar dan BAK atau BAB.

#### **DATA OBYEKTIF**

Keadaan umum : Baik  
 Kesadaran : Composmentis  
 TTV HR : 140x/menit  
 S : 36,8°c  
 RR : 40x/menit  
 BB : 3300 gram

**Pemeriksaan Fisik :**

Muka	:Tidak oedem, tidak pucat
Mata	:Konjungtiva merah muda, sclera putih
Hidung	:Bersih, tidak ada pernafasan cuping hidung,tidak ada secret
Mulut	:Bersih, tidak ada oral trush
Leher	:Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada bendungan vena jugularis
Dada	:Tidak terdapat retraksi dinding dada, tidak ada weezing, tidak ada ronchy
Abdomen	:Tidak ada tanda – tanda infeksi, tidak kembung, tali pusat sudah lepas pada hari ke 5
Genitalia	:Bersih, labia mayor sudah menutupi labia minor.
Ekstremitas atas	:Simetris, gerakan aktif, tonus otot baik, tidak ada polidaktil/syndaktil
Bawah	:Simetris, gerakan aktif, tonus otot baik, tidak ada polidaktil/syndaktil

**ANALISA**

By “ A “ Usia 6 hari dengan Bayi Baru Lahir fisiologis

**PENATALAKSANAAN**

1. Memberitahukan hasil pemeriksaan bayinya kepada ibu dan keluarga, ibu dan keluarga mengatakan merasa lega dan senang bayinya dalam keadaan sehat.
2. Mengingatkan ibu untuk tetap memberikan ASI sesering mungkin pada bayi yaitu minimal 8 kali dalam 24 jam atau 2 jam sekali, menganjurkan

ibu untuk menjemur bayinya tiap pagi untuk mencegah bayi kuning, ibu biasanya menjemur bayinya didepan rumah selama  $\pm$  15 menit

3. Menjelaskan kembali tanda bahaya bayi baru lahir seperti hipotermi, hipertermi, bayi kuning, kejang, bayi malas menyusui disertai letih dan menangis merintih. Ibu mengerti dan memahami
4. Menjelaskan pada ibu tentang pentingnya imunisasi dasar yaitu imunisasi BCG, DPT, POLIO, HB, dan Campak.
5. Menyetujui kunjungan ulang 1 minggu lagi atau jika sewaktu-waktu ada masalah ketenaga kesehatan. Ibu menyetujui.

#### **4.5 Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana**

##### **4.5.1 Asuhan Kebidanan Kunjungan Keluarga Berencana**

Tanggal / jam pengkajian : 14 Agustus 2017/ 18.00 WIB

Tempat pengkajian : Rumah pasien

Nama pengkaji : Maria Trisna Malo

#### **DATA SUBJEKTIF**

Ibu mengatakan sudah suntik Kb 3 bulan pada tanggal 10 Agustus 2017.

Saat ini ibu tidak ada keluhan..

#### **DATA OBJEKTIF**

Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

TD : 120/80 mmHg

Nadi : 80 x/menit

Suhu : 36 °C

RR : 19 x/menit

BB : 45 kg

Pemeriksaan Fisik :

- Muka : tidak pucat, tidak oedem.
- Mata : konjungtiva merah muda, sclera putih.
- Payudara : Tidak ada nyeri tekan dan benjolan abnormal pada payudara, puting susu menonjol dan tidak lecet, ASI keluar lancar
- Abdomen : Tidak ada pembesaran pada abdomen
- Ekstermitas : tidak odema, turgor kulit baik.

### **ANALISA**

P<sub>2002</sub> Ab<sub>100</sub> dengan akseptor baru KB suntik 3 bulan.

### **PENATALAKSANAAN**

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan bahwa keadaan ibu dalam keadaan baik, ibu mengerti
2. Mengingatkan kembali tentang efek samping dari KB suntik 3 bulan yaitu kenaikan berat badan, spotting, nyeri kepala atau pusing, ibu memahami
3. Menganjurkan ibu untuk rutin suntik 3 bulan setiap 3 bulan sekali sesuai tanggal yang ditentukan. Ibu mengerti
4. Mengingatkan kembali kepada ibu untuk makan makanan yang bergizi seperti sayuran, buah, daging, ikan, tahu, tempe dan banyak minum air putih, ibu memahami dan mau melakukan
5. Menganjurkan ibu untuk istirahat yang cukup dan tetap menjaga kebersihan diri. Sudah dilakukan
6. Mengingatkan ibu untuk kontrol atau sewaktu-waktu ada keluhan, ibu mengerti.

## **BAB V**

### **PEMBAHASAN**

Asuhan kebidanan yang diberikan pada Ny "E" sejak hamil trimester III sampai pada keluarga berencana dilakukan secara berkala mulai bulan Mei 2017 sampai Agustus 2017 di BPM Soemidyah, Amd. Keb dan *homecare* di rumah pasien. Asuhan kebidanan ini, dilakukan oleh mahasiswa D3 kebidanan STIKES Widyagama Husada Malang, sebagai salah satu syarat kelulusan. Berikut pembahasan secara rinci.

#### **5.1 Kehamilan**

Data Kehamilan diperoleh secara sekunder yaitu dimana data tersebut dikumpul atau diambil berdasarkan yang tercatat di buku KIA ibu selama ibu melakukan pemeriksaan kehamilannya di tenaga kesehatan.

Pada tanggal 17 Mei 2017 kunjungan pertama di TM III kehamilan pada usia kehamilan 30 minggu 4 hari. Tujuan dari ini adalah untuk mengumpulkan informasi mengenai ibu hamil sehingga dapat membantu bidan dalam mendeteksi dini komplikasi yang mungkin terjadi. (Ai Yeyeh, 2011).

Menurut Hani dkk (2014), untuk menerima manfaat yang maksimum dari kunjungan – kunjungan *antenatal* ini maka sebaiknya ibu tersebut memperoleh sedikitnya 4 kali kunjungan selama kehamilan, yang terdistribusi dalam 3 trimester, yaitu 1 kali pada trimester 1 (usia kehamilan 0-13 minggu), 1 kali pada trimester II (usia kehamilan 14-27 minggu) dan 2 kali pada trimester III (28- 40 minggu).

Berdasarkan dalam pengkajian ANC penulis juga melakukan skrining pada ibu untuk mendeteksi dan mengenali kemungkinan risiko yang terjadi

dengan menggunakan Kartu Skor Poedji Rochyati atau yang biasanya disingkat dengan KSPR. Untuk melihat tingkat resiko dituangkan kedalam skor yang dibagi dalam tiga kelompok yakni kehamilan resiko rendah dengan jumlah skor 2, kehamilan resiko tinggi dengan jumlah skor 6-10 dan kehamilan resiko sangat tinggi dengan jumlah skor  $\geq 12$  (Poedji Rochyati, 2012). Jumlah skor yang diperoleh ibu adalah 2 diantaranya skor awal ibu hamil 2, dimana masih bisa ditolong bidan dan tempat yang bisa dilakukan persalinan di Polindes, Puskesmas, BPM, dan RS.

Hasil pemeriksaan LILA di buku KIA yaitu 27,5 cm. Menurut Arisman (2011) menyatakan bahwa normal LILA pada ibu hamil yaitu 23,5 cm, seorang ibu hamil yang mengalami pengukuran LILAnya kurang dari normal maka akan berdampak anemia dan BBLR, yang dikarenakan anemia adalah HB yang menurun dimana didalam HB mengikat nutrisi dan oksigen didalam darah sehingga jika ibu mengalami anemia maka janin yang didalam rahim ibupun akan sedikit mendapatkan nutrisi dan oksigen dan akan berdampak ke BBLR (Menurut Rukiyah, 2012) maka disini akan diberikan penatalaksanaan berupa konseling kepada ibu hamil untuk mengkonsumsi makanan yang bergizi seperti sayuran dan buah-buahan serta ikan, telur, daging yang mengandung protein.

Berdasarkan di buku KIA dilihat dari hasil pemeriksaan 4 kali kunjungan didapatkan TFU pada kunjungan pertama 28 cm, TBJ 2325 gr dengan usia kehamilan 30 minggu 4 hari, kunjungan kedua 30 cm, TBJ 2635 gr pada UK 32 minggu 5 hari, kunjungan ketiga 31 cm TBJ 2790 gr pada UK 34 minggu 5 hari, dan kunjungan keempat 33 cm TBJ 3255 gr pada UK 36 minggu 5 hari, dari hasil tersebut Tinggi fundus uterinya sesuai dengan teori dalam usia kehamilan. Menurut Slistyowati, 2011, apabila TFU nya tidak sesuai usia kehamilan maka akan berdampak pada berat badan janin yang dikarenakan

kurang gizi pada ibu hamil. Bila ibu mengalami kekurangan gizi maka gizi pada janin pun akan berkurang yang mengakibatkan BBLR dan mempengaruhi pertumbuhan bayi sehingga bayinya kecil (IUGR), dan juga kemungkinan ketuban sedikit, dampak pada ibu yaitu nutrisi ibu kurang (KEK), perdarahan pada persalinan, dan TFU lebih besar mungkin ibu mengalami polihidramnion dan juga akan berdampak ke bayi besar.

Berdasarkan data di buku KIA berat badan ibu sebelum hamil adalah 43 kg, selama hamil ibu mengalami kenaikan badan 12 kg. Dalam hal ini tidak terdapat kesenjangan karena kenaikan berat badan yang ideal ibu hamil 19,1 kg (untuk ibu yang gemuk) dan jika kenaikan berat badan lebih dari normal, dapat menimbulkan komplikasi keracunan kehamilan (*pre-eklamsia*), anak yang terlalu besar sehingga menimbulkan kesulitan persalinan. Faktor yang mempengaruhi berat badan pada ibu hamil antara lain pengetahuan tentang gizi, faktor sosial, kepadatan penduduk, dan kemiskinan. (Hani, Kusbandiyah, & Yulifah, 2014).

Kunjungan pertama pada tanggal 17 Mei 2017 didapatkan hasil pemeriksaannya normal dan keluhan pada kunjungan pertama yaitu nyeri punggung. Nyeri punggung merupakan nyeri yang terjadi pada area lumbosakral. Nyeri punggung biasanya akan meningkat intensitasnya seiring dengan pertambahan usia kehamilan karena nyeri ini merupakan akibat pergeseran pusat gravitasi dan perubahan postur tubuhnya janin (Varney, 2008). Perubahan ini disebabkan oleh berat uterus yang membesar, membungkuk yang berlebihan, berjalan tanpa istirahat, dan angkat beban. Gejala nyeri punggung ini juga disebabkan oleh hormon estrogen dan progesteron yang mengendurkan sendi, ikatan tulang dan otot dipinggul (Tiran, 2008), Pada kasus tersebut penulis menganjurkan untuk memberikan kompres air hangat atau dingin pada area tersebut atau memberikan gosok

punggung (Bobak, 2004). Hal tersebut dapat meningkatkan kenyamanan ibu hamil, dimana sesuai dengan teori *Comfort* dari Kolcaba (2011).

Pemeriksaan penunjang yang dilakukan adalah pemeriksaan Hemoglobin, dengan hasil 12,2 gram% pada tanggal 22 Mei 2017 di RS Permata Bunda dimana tujuannya untuk mengetahui ibu mengalami anemia atau tidak, anemia atau kurang darah merupakan suatu kondisi dimana kadar hemoglobin dalam sel darah merah berada dibawah normal. Fungsi HB dalam darah yaitu untuk mengikat dan mengangkut oksigen dan nutrisi dari paru-paru keseluruh tubuh. Ibu hamil baru dikatakan menderita anemia apabila kosentrasi HB dalam darahnya kurang dari 11 gram%. Menurut Walyani, 2012 ibu yang mengalami anemia akan berdampak pada kerusakan otak, gangguan fungsi jantung bahkan kematian dan juga kelahiran premature memperburuk proses persalinan bisa saja terjadi kelelahan pada ibu serta bisa menyebabkan kerusakan dan gangguan pertumbuhan otak janin.

Berdasarkan keseluruhan asuhan antenatal yang dilakukan, sesuai data dari buku KIA mulai dari kunjungan pertama sampai kunjungan keempat tidak terdapat kesenjangan antara teori dan praktek dimana asuhan kehamilan yang dilakukan sudah sesuai dengan standart asuhan kehamilan dimana menurut Sulistyawati, 2014, Standar Asuhan Pelayanan Antenatal (14 T) merupakan standar yang dilakukan sebagai bentuk peningkatan pelayanan kesehatan kepada ibu hamil. Standar 14 T meliputi timbang berat badan,ukur tekanan darah, ukur Tinggi Fundus Uteri (TFU), perawatan payudara, senam ibu hamil, dan temu wicara, dari 14 T penulis tidak melakukan pemberian imunisasi TT dan pemberian tablet Fe karena ibu sudah mendapatkan di bidan. Pengambilan darah untuk pemeriksaan VDRL (*Veneral Disease Research Lab*), pemberian obat malaria, dan pemberian

kapsul minyak beryodium juga tidak dilakukan karena sarana dan fasilitas tidak tersedia dan juga untuk pemeriksaan VDRL tidak dilakukan karena ibu tidak mempunyai tanda gejala terhadap PMS

## 5.2 Persalinan

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

### Kala I

Kala I adalah serviks membuka sampai terjadi pembukaan 10 cm. (Rohani d. , Asuhan Masa Persalinan, 2011). Lama kala I pada persalinan ibu berlangsung sekitar 5 jam 10 menit. Hal tersebut fisiologis karena *Kala I* persalinan pada *primigravida* kira-kira 12-13 jam (Kuswanti, 2013) . Kala I berlangsung cepat karena asuhan yang diberikan saat kala I yaitu mengajarkan teknik relaksasi saat ada kontraksi, dukungan emosional pada ibu seperti membantu ibu bernafas saat ada kontraksi, menganjurkan posisi yang nyaman yaitu miring kiri serta mengucapkan kata-kata yang memberikan semangat pada ibu. Hal tersebut sesuai dengan teori pemberian nutrisi saat kala I dapat memberikan kekuatan pada ibu dan mempengaruhi dorongan saat mendedan ditambah his yang semakin kuat sebagai salah satu faktor yang mempengaruhi persalinan dapat mempercepat bayi lahir. Dukungan emosional pada ibu dapat mendorong rasa percaya diri lebih besar lalu berbaring miring kiri berguna untuk memberikan oksigenasi yang baik bagi bayi (Eriyati, 2012).

Ibu datang ke BPM Soemidyah, Amd. Keb pada tanggal 5 Juli 2017 pukul 13.50 WIB dengan keluhan mules disertai dengan keluarnya lendir

bercampur darah dari kemaluannya sejak pukul 13.00 WIB. Menurut Rohani (2011) tanda dan gejala inpartu yaitu timbul rasa sakit oleh adanya his yang datang lebih kuat, sering, dan teratur, keluar lendir bercampur darah, kadang-kadang ketuban pecah dengan sendirinya, serviks mendatar dan pembukaan telah ada serta kontraksi uterus mengakibatkan perubahan pada serviks, dari hasil pemeriksaan diperoleh keadaan ibu baik, dan hasil pemeriksaannya normal his 3 kali dalam 10 menit lamanya 25 detik, Ø 2 cm, eff 25 %, ketuban (+), Hodge I. Dilakukan observasi secara berkala dengan memantau TTV, DJJ, His dan pembukaan dengan memfasilitasi makan dan minum, pemantauan observasi dilakukan dengan menggunakan partograf. Pada Pukul 17.00 WIB ketuban pecah spontan jernih dan dilakukan pemeriksaan dalam dengan hasil VT Ø 7 cm, eff 50%, teraba kepala, UUK, kepala ↓ H<sub>II</sub>, tidak teraba bagian kecil janin.

Dapat diasumsikan bahwa fase laten yang berlangsung pada ibu kurang lebih 3 jam 10 menit adalah hal yang fisiologis. Menurut Kuswanti, dkk. 2014 periode kala 1 pada fase laten 7-8 jam, dan kala 1 pada primigravida lebih lama ( $\pm 20$  jam) dibandingkan multipara ( $\pm 14$  jam) karena pematangan dan pelunakan serviks pada fase laten primigravida memerlukan waktu lebih lama sedangkan pada multipara ostium internum dan eksternum membuka bersamaan (inspekulo ostium tampak berbentuk seperti garis lebar) sedangkan fase aktif berlangsung 6 jam. Pada fase aktif berlangsung 2 jam. Hal ini sesuai dalam teori dan tidak ada kesenjangan.

## **Kala II**

Kala II dimulai dari pembukaan lengkap sampai lahirnya bayi. Kala II pada ibu berlangsung selama 30 menit. Menurut Kuswanti, 2014 pada primigravida kala II berlangsung rata-rata 90 menit dan pada multigravida rata-rata 30 menit. Kala II yang berlangsung sesuai teori yang dipengaruhi

oleh power, passage, passanger, psikologi, posisi dan penolong (Kuswanti, dkk. 2014).

Power dimana his yang begitu adekuat pada ibu dan kekuatan mengejan ibu yang bagus, kekuatan mengejan dipengaruhi oleh nutrisi yang diperoleh selama kala II karena ibu tetap makan dan minum. Passage karena jalan lahir yang telah dilewati sebelumnya dan ibu juga sudah tiga kali melahirkan bayi dengan berat lahir yang lebih dari 3.200 gram sehingga mempermudah kepala bayi untuk keluar. Passanger karena posisi kepala janin yang sudah masuk pintu atas panggul, letak plasenta yang normal dan bagian terendah janin yaitu UUK yang sudah teraba di dasar panggul. Menurut Manuaba 2010, kepala janin merupakan bagian penting dalam proses persalinan dan memiliki ciri bentuk kepala oval, sehingga setelah bagian besarnya lahir, maka bagian lainnya akan mudah lahir, persendian kepala berbentuk kogel sehingga dapat digerakkan kesegala arah dan memberikan kemungkinan untuk melakukan putar paksi dalam. Letak persendian kepala sedikit kebelakang, sehingga kepala melakukan fleksi untuk putar paksi dalam. Faktor Psikologi berupa dukungan suami saat persalinan juga bisa membantu mempercepat proses persalinan. Menurut Kuswanti, 2014 selama proses persalinan ibu akan mengalami rasa takut dan cemas yang akan berpengaruh pada lamanya persalinan, his kurang baik, dan pembukaan yang kurang lancar sehingga ibu membutuhkan dukungan dari suami dan keluarga untuk mendapatkan rasa nyaman dan tenang pada masa persalinan. Perasaan ini dapat membantu mempercepat proses persalinan.

Posisi saat persalinan, selama persalinan ibu memilih posisi dorsal recumben. Menurut Rohani, dkk, 2011 dan Sulistyawati, Ari, dkk, 2010 posisi ini mempunyai keuntungan diantaranya adalah memudahkan melahirkan kepala bayi, membuat ibu nyaman, jika merasa lelah ibu bisa beristirahat

dengan mudah, membantu dalam penurunan janin dengan kerja gravitasi menurunkan janin ke dasar panggul, lebih mudah bagi bidan untuk membimbing kelahiran kepala bayi dan mengamati perineum. Faktor lainnya adalah penolong, penolong persalinan yang dapat menciptakan hubungan saling mengenal sehingga mencerminkan adanya *inform concent*. Dalam hal ini penolong mampu membantu ibu dalam persalinan dengan metode yang telah ditetapkan sehingga ibu mendapatkan asuhan sayang ibu (Varney, 2009).

Pukul 19.00 WIB ibu mengatakan ingin mencedan, terlihat tekanan pada anus, perineum menonjol, vulva dan sfingter ani membuka. Dilakukan pemeriksaan dalam dengan hasil VT Ø 10 cm, eff 100%, ketuban (-) jernih pecah spontan, teraba kepala, tidak teraba bagian kecil di samping bagian terdahulu, UUK, kepala ↓ HIII, molase 0, tidak teraba bagian kecil janin. Kemudian pimpin ibu untuk mencedan, namun kepala bayi masih belum keluar karena perineum kaku dan akhirnya dilakukan episiotomi ketika saat adanya his.

Menurut Benson dan Pernoll, 2009 episiotomi adalah insisi pudendum / perineum untuk melebarkan orifisium ( lubang / muara ) vulva sehingga mempermudah jalan keluar bayi, alasan dilakukan episiotomi karena perineum kaku sehingga diharapkan dengan melakukan episiotomi mengurangi luka yang lebih luas di perineum, pada persalinan anak besar, sehingga untuk mencegah robekan perineum yang dapat terjadi akibat tidak mampu beradaptasi terhadap regangan yang berlebihan, jika terjadi gawat janin dan persalinan mungkin harus diselesaikan dengan bantuan alat (ekstraksi cunam atau vakum), dimana episiotomi merupakan bagian dari persalinan yang dibantu dengan forsep atau vakum, pada persalinan prematur dimana untuk melindungi kepala janin yang prematur dari perineum

yang ketat sehingga tidak terjadi cedera dan pendarahan intrakranial, pada kasus letak / presentasi abnormal (bokong, muka, ubun-ubun kecil di belakang) dengan menyediakan tempat yang luas untuk persalinan yang aman untuk mencegah kerusakan jaringan pada ibu dan bayi, adanya Jaringan parut pada perineum atau vagina yang memperlambat kemajuan persalinan.

Pada pukul 19.30 WIB bayi lahir langsung menangis kuat, bergerak aktif, kulit kemerahan, jenis kelamin perempuan, cacat (-), anus (+), Apgar Score 7-9. Saat bayi lahir langsung dilakukan IMD. Inisiasi Menyusui Dini (IMD) dilakukan selama 30 menit setelah bayi lahir. Bayi bisa menemukan puting ibu < 30 menit. Kontak kulit bayi dengan ibu ini sebaiknya dilakukan 30 sampai 1 jam, bertujuan untuk mempercepat proses ikatan antara orang tua dan anak (*bounding attachment*), *body warmth* (kehangatan tubuh) juga reflek menghisap yang dilakukan dini dan lain-lain. Dampak jangka panjang jika IMD dilakukan kurang dari 30 menit kemungkinan besar bayi akan menggunakan susu formula dikarenakan kontak dini dengan ibu hanya sebentar. (Abidin, 2011)

### **Kala III**

Menurut Kuswanti, dkk. 2014 kala III disebut juga sebagai kala uri, biasanya berlangsung 5-30 menit setelah bayi lahir dan keluar spontan atau dengan tekanan pada fundus uteri. Segera setelah melakukan asuhan pada bayi baru lahir, maka manajemen aktif kala III segera dilakukan. Tujuan dilakukan manajemen aktif kala III adalah mempersingkat kala III, mempercepat lahirnya plasenta, mengurangi jumlah kehilangan darah, mengurangi kejadian retensio plasenta, dengan langkah dari manajemen aktif kala III yaitu pemberian suntikan oksitosin, penegangan tali pusat terkendali, dan masase fundus uteri (Yeyeh Rukiyah, 2012).

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

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

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

Pada perineum terjadi laserasi derajat 2 yaitu pada mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum dan otot perineum sesuai dengan teori dilakukan penjahitan dengan teknik jelujur memakai benang catgut, teknik jelujur memiliki keuntungan yaitu memiliki sedikit jahitan juga mudah dipelajari sementara benang catgut adalah benang yang dapat diserap karena bahan utamanya terdiri dari kolagen (Sulistyawati, 2011).

#### **Kala IV**

Menurut Kuswanti Kala IV adalah pengawasan selama 1-2 jam setelah bayi dan uri lahir untuk mengamati keadaan ibu terutama terhadap perdarahan postpartum. Selama kala IV kebutuhan eliminasi ibu berlangsung baik karena ibu selalu mengosongkan kandung kemih, dan ibu mau melakukan mobilisasi dini dengan miring kiri-miring kanan dan jalan-jalan. Dalam pemantauan tanda-tanda vital hasil yang didapatkan adalah normal, kontraksi fundus uteri keras. Pada saat dilakukan pengukuran TFU dengan menggunakan jari didapatkan 2 jari dibawah pusat ini merupakan hal yang fisiologis (Dewi, dkk., 2013).

Kontraksi yang keras tersebut karena ibu mau melakukan masase dan IMD yang berhasil. IMD adalah permulaan menyusui dalam 1 jam pertama setelah bayi lahir dengan meletakkan bayi di atas dada ibu (Roesli, 2009).

Saat bayi menghisap payudara ibu akan merangsang pengeluaran hormon oksitosin yang akan mampu meningkatkan proses kontraksi uterus (Sudarti,2010). Kontraksi yang keras dan IMD yang berhasil tersebut mengurangi jumlah darah yang keluar. Saat uterus berkontraksi dengan baik maka pembuluh-pembuluh darah yang berada di sekitar otot-otot rahim akan terjepit sehingga tidak terjadi perdarahan. Jumlah perdarahan sampai dengan 2 jam post partum  $\pm$  80 cc yang dinamakan lochea rubra.

Alat-alat yang digunakan juga harus dijaga kesterilannya selama proses persalinan dan selalu menjalankan pencegahan infeksi untuk mengurangi mikroorganisme dari luar, teknik pencegahan infeksi dilakukan dengan cuci tangan, menggunakan teknik aseptik atau aseptis, memproses alat bekas pakai, menangani peralatan tajam dengan aman, menjaga kebersihan. Dari hasil pemantauan tidak ditemukan komplikasi (24 penapisan), keadaan ibu baik secara keseluruhan persalinan Ny."E" berlangsung normal tanpa ada penyulit.

### **5.3 Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas (PNC)**

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, 6 hari, 2 minggu dan 6 minggu. (Vivian,2011)

Asuhan Kebidanan Pada ibu post partum fisiologis dilakukan kunjungan sebanyak 4 kali kunjungan yaitu kunjungan pertama pada 6-8 jam pertama post partum, kunjungan kedua dilakukan 6 hari post partum, kunjungan ketiga 2 minggu post partum dan kunjungan keempat 30 hari post partum.

Kunjungan pertama (6-8 jam) dilakukan pada tanggal 6 Juli 2017 pukul 01.30 WIB. Hasil pemeriksaan keadaan umum baik, TFU 2 jari dibawah pusat, (menurut Ambarwati 2010), setelah uri lahir 2 jari dibawah pusat. Kontraksi uterus baik, terdapat luka jahitan perineum dan tidak terjadi perdarahan, lochea rubra. Setelah memantau semua berjalan dengan normal dan lancar. Penurunan TFU pada 6 jam yaitu 2 jari di bawah pusat, hari ke-6 pertengahan pusat simpisis, 2 minggu TFU tidak teraba, dan 6 minggu TFU tidak teraba. Sesuai teori yaitu uri lahir TFU 2 jari di bawah pusat, 1 minggu pertengahan pusat simpisis, 2 minggu tak teraba di atas simpisis, 6 minggu bertambah kecil dan 8 minggu sebesar normal. (Dewi & Sunarsih, 2012). Tidak terdapat kesenjangan teori pada kasus ini.

Selain tinggi fundus uteri dan kontraksi uterus, proses involusi dikatakan normal jika pengeluaran lochea sesuai dengan waktu dan warna lochea normal. Pada 0-3 hari locheanya adalah lochea rubra berwarna merah yang berasal dari robekan atau luka pada plasenta. Pengeluaran lochea akan terus berlanjut sampai berakhirnya masa nifas. Pada pemeriksaan 6 jam post Pospartum didapatkan lochea berwarna merah, terdapat darah  $\pm \frac{1}{4}$  softex. Pada kunjungan kedua 6 hari post partum lochea berwarna merah kecoklatan. Pada kunjungan ketiga 14 hari post postpartum lochea berwarna putih agak kekuningan. Pada kunjungan keempat lochea berwarna putih. Selama masa nifas ibu tidak ditemukan adanya perdarahan pada 24 jam post Partum maupun setelah 24 jam post partum Berdasarkan hasil pemeriksaan dan dibandingkan dengan teori dari (Nanny, dkk., 2013) maka dapat disimpulkan bahwa proses involusi ibu adalah normal. Involusi normal didukung oleh nutrisi yang baik yaitu dengan mengkonsumsi makanan yang bergizi tanpa ada pantangan, istirahat yang cukup, melakukan aktivitas ringan.

Keluhan yang dirasakan yaitu nyeri pada luka jahitannya. Nyeri perineum merupakan nyeri yang diakibatkan oleh robekan yang terjadi pada perineum, vagina, serviks, atau uterus dapat terjadi secara spontan maupun akibat tindakan manipulatif pada pertolongan persalinan. ( Menurut Prawirohardjo, 2010), mengatasi rasa nyeri dapat dilakukan dengan metode farmakologi dan non-farmakologi. Metode farmakologi yang yang sering digunakan untuk meredakan nyeri luka perineum pada ibu nifas biasanya adalah analgesik, pada ibu diberikan bidan obat freedol dan Solpenox yang berfungsi untuk mengurangi nyeri tersebut, serta penulis juga memberikan KIE nutrisi ibu untuk makan makanan yang mengandung protein agar lukannya cepat sembuh, serta Istirahat yang cukup.

Ny "E" melakukan perawatan luka perineumnya dengan baik, sehingga pada kunjungan 2 yaitu 6 hari postpartum, luka jahitannya sudah agak kering dan tidak ada tanda-tanda infeksi. Luka bekas jahitan ini bila tidak dirawat dapat menjadi pintu masuk kuman dan menimbulkan infeksi, ibu menjadi panas, luka basah dan jahitan terbuka, bahkan ada yang mengeluarkan bau busuk dari jalan lahir (vagina). Luka jahitan rata-rata akan kering dan baik dalam waktu kurang dari satu minggu. Namun proses penyembuhan sempurna luka Episiotomi biasanya berlangsung 3-6 bulan (Bahiyatun, 2008). Perawatan sesegera mungkin setelah melahirkan serta ganti pembalut sesering mungkin, Untuk proses ceboknya pun harus diperhatikan, yaitu lakukan cebok dari arah depan ke belakang dengan air bersih, karena bila terbalik cara ceboknya, justru akan mengumpulkan bakteri *Escherichia Coli* dari anus ke vagina sehingga bisa menyebabkan infeksi. Setelah 6 jam dari persalinan normal, Ibu akan dilatih dan dianjurkan untuk mulai bergerak duduk dan latihan berjalan. Bila ibu hanya berbaring terus menerus dan takut bergerak karena rasa nyeri, maka hal tersebut

sebenarnya akan menghambat proses penyembuhan, karena sirkulasi darah pada luka menjadi tidak lancar, dan gizi seimbang yang banyak mengandung protein sehingga mempengaruhi terhadap proses penyembuhan luka pada perineum karena penggantian jaringan sangat membutuhkan protein. (Saleha, 2009)

Pada masa nifas perlu diperhatikan proses laktasi karena kebanyakan ibu-ibu memilih memberikan susu formula sebelum bayi berusia 6 bulan dengan alasan pengeluaran ASI tidak lancar atau ASI tidak keluar. Menurut (Nanny, dkk., 2013) menyusui dengan teknik yang tidak benar dapat mengakibatkan puting susu menjadi lecet dan ASI tidak keluar secara optimal sehingga mempengaruhi produksi ASI. Oleh karena itu pada masa nifas perlu juga diperhatikan proses laktasi. Proses laktasi pada ibu nifas berdampak positif terhadap proses involusi. Dimana pada puting susu terdapat saraf-saraf sensorik yang jika mendapat rangsangan (isapan bayi) maka timbul impuls menuju hipotalamus kemudian disampaikan padakelenjar hipofisis bagian depan dan belakang. Pada kelenjar hipofisis bagian depan akan mempengaruhi pengeluaran hormon prolaktin yang berperan dalam peningkatan produksi ASI, sedangkan kelenjar hipofisis bagian belakang akan mempengaruhi pengeluaran hormon oksitosin. Hormon ini berfungsi memacu kontraksi otot polos yang ada di dinding alveolus dan dinding saluran, sehingga ASI dipompa keluar serta memacu kontraksi otot rahim sehingga involusi uterus berlangsung lebih cepat dari biasanya (Vivian, 2013).

Mulai dari 6 jam post partum ibu sudah bisa menyusui bayinya dengan benar dan pada kunjungan berikutnya ASI sudah lancar. Keberhasilan proses laktasi dilihat dari peningkatan berat badan bayi, ikterus atau tidak, pola eliminasi bayi dan tumbuh kembang (Nanny, dkk, 2013). Berat badan

bayi selama kunjungan selalu mengalami peningkatan, bayi tidak mengalami ikterus, BAB dan BAK bayi teratur dan tidak ditemukan masalah. Selama kunjungan masa nifas tidak ditemukan adanya masalah pada payudara seperti puting datar atau terbenam, puting lecet dan payudara bengkak. Hasil pemeriksaan ini sesuai dengan teori (Nanny, dkk., 2013) yaitu masalah-masalah dalam pemberian ASI antara lain puting susu datar, puting susu lecet, payudara bengkak karena bendungan ASI. Setelah melahirkan ibu tidak di berikan vitamin A karena di tempat persalinan tidak tersedianya vit A. Menurut Depkes, 2009. Vitamin A merupakan salah satu zat penting yang larut dalam lemak dan dalam hati, tidak dapat dibuat oleh tubuh, sehinggah harus dipenuhi dari luar (essensial), berfungsi untuk penglihatan, pertumbuhan dan meningkatkan daya tahan tubuh terhadap penyakit serta fungsi meningkatkan kandungan vitamin A dalam air susu ibu (ASI), bayi lebih kebal dan jarang kena penyakit infeksi, dan kesehatan ibu lebih cepat pulih setelah melahirkan. Untuk memenuhi vitamin A dalam tubuh penulis menganjurkan ibu untuk makan makanan seperti sayur, ikan telur. Sesuai teori (menurut Rijal, 2012) vitamin A juga terkandung dalam bahan pangan seperti mentega, kuning telur, daun hijau, wortel.

Kunjungan kedua (6 hari) dilakukan pada tanggal 11 Juli 2017 pukul 12.30 WIB. Hasil pemeriksaannya normal, dengan keluhan kurang istirahat pada malam hari karena anaknya rewel minta disusui. Ibu dianjurkan untuk istirahat di siang hari ketika anaknya tidur ibu juga tidur. Selama masa nifas ibu tidak tarak makan dan banyak mengkonsumsi nasi, sayuran hijau, kacang-kacangan, buah, daging, ikan dan susu. Kebutuhan nutrisi terpenuhi sehingga zat pembangun atau protein untuk menggantikan sel-sel yang rusak selama terjadinya proses persalinan dan selama masa nifas cukup tinggi, serta melakukan mobilisasi. Mobilisasi dini ibu sudah bisa melakukan

aktifitas yang ringan, jalan-jalan disekitar rumah, dan bisa mandi sendiri, dengan mobilisasi kontraksi uterus akan baik sehingga fundus uteri keras, maka resiko perdarahan yang abnormal dapat dihindarkan. Kontraksi akan membentuk penyempitan pembuluh darah yang terbuka.

Dari asuhan yang dilakukan pada ibu dari kunjungan pertama sampai keempat juga perlu mengkaji dan mendeteksi secara dini adanya komplikasi pada masa nifas seperti perdarahan, infeksi pada payudara maupun pada luka jahitan yang ditandai dengan panas tinggi, luka jahitan tampak kemerahan dan berbau, dan bengkak pada payudara (Nanny, dkk., 2013). Selama kunjungan masa nifas Ny E tidak ditemukan adanya masalah atau bahaya pada masa nifas. Maka dapat disimpulkan bahwa masa nifas ibu berlangsung normal. Hasil pemeriksaan yang dijelaskan dari kunjungan pertama sampai keempat mendapatkan respon yang baik dari ibu dan keluarga, ibu antusias dalam mendengarkan penjelasan mau bertanya dan mampu menjelaskan kembali asuhan yang telah diberikan, ibu sangat kooperatif sehingga proses pengambilan data dan pemberian asuhan berjalan lancar.

#### **5.4 Pembahasan Asuhan Bayi Baru Lahir**

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

Bayi Ny "E" lahir normal pada pukul 19.30 WIB, menangis spontan, warna kulit kemerahan, *apgar score* 7-9, jenis kelamin perempuan pada usia kehamilan 38 minggu 6 hari, didapatkan hasil pemeriksaan BB 3200 gram, PB 49 cm, anus ada, tidak ada cacat bawaan, bayi dilakukan IMD selama 1 jam di atas dada ibu, IMD berhasil karena bayi dapat menemukan puting susu ibu. Inisiasi menyusui dini adalah memberikan kesempatan pada bayi untuk mulai menyusu segera setelah bayi dilahirkan. Begitu lahir, bayi tidak dipisahkan, tetapi langsung diletakan didada ibu. Penghisapan oleh bayi segera setelah lahir dapat membantu mempercepat pengeluaran ASI dan memastikan kelangsungan pengeluaran ASI, dapat mencegah paparan terhadap substansi/zat dari makanan atau minuman yang dapat mengganggu fungsi normal saluran pencernaan, kolostrum dapat memicu pematangan saluran cerna dan memberi perlindungan terhadap infeksi karena kaya akan zat kekebalan, kehangatan tubuh bayi saat proses menyusui (Sarwono prawihardjo, 2014).

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

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

Asuhan yang diberikan selanjutnya adalah imunisasi HB0 yang dilakukan 1 jam pemberian vit K, hal ini sesuai dengan teori, bahwa pemberian

imunisasi HB0 pada usia 0 hari sampai 7 hari, tujuan imunisasi HB0 adalah untuk mencegah penyakit hepatitis B yaitu penyakit infeksi yang dapat merusak hati. (Marmi, 2012).

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

Pada Bayi didapatkan pemeriksaan BB lahir 3200 gram, PB 49 cm, LK 35 LD 34 cm, Lingkar kepala circumferentia suboksipito bregmatika : 32 cm, circumferentia fronto oksipitalis: 34 cm, circumferentia submento bregmatika: 35 cm, circumferentia mento oksipitalis: 32 cm, pada pemeriksaan neurologis yaitu reflek *babinsky*, *graps*, *morro*, *sucking*, *swallowing*, *rotting*, *glabella*, semuanya hasilnya positif (baik), bayi diberikan ASI, asuhan yang diberikan pada yaitu pemberian ASI awal, melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir, menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermia. Pencegahan kehilangan panas pada bayi dilakukan diantaranya dengan mengeringkan tubuh bayi sesegera mungkin, meletakkan bayi di tubuh ibu, menyelimuti dan memakai topi, serta tidak memandikan bayi sebelum 6 jam setelah lahir. Karena bahaya dari hipotermi adalah menurunnya simpanan glikogen sehingga bisa menyebabkan hipoglikemia dan penanganannya dengan IMD karena bayi harus diberi ASI sedikit-sedikit sesering mungkin dan pada saat IMD bayi akan mendapatkan kolostrum

yang berisi protein, lemak, dan karbohidrat yang akan membuat glukosa darah stabil (Prawirahardjo, 2009).

Menurut Walyani, *et al* (2014) kotoran yang dikeluarkan oleh bayi baru lahir pada hari pertama kehidupannya adalah berupa mekonium, hari pertama bayi akan buang air besar 1 kali. Bayi sudah BAK dan BAB berwarna kehitaman, hal ini adalah normal karena warna mekonium adalah kehitaman, lembut, terdiri atas mukus, sel epitel, cairan amnion yang tertelan, asam lemak dan pigmen empedu dapat berubah kuning dengan sendirinya beberapa hari kemudian. Pada kunjungan kedua dilakukan saat bayi berusia 6 hari, dari hasil keseluruhan bayi dalam keadaan yang normal dan sehat, tali pusat sudah lepas pada hari ke 5, antara kunjungan pertama ke kunjungan kedua kenaikan berat badan sebesar 100 gram, kenaikan tersebut masih dalam batas normal. Menurut WHO, (2012) Berat badan bayi umumnya naik 100-220 gram per minggu atau 450 – 900 gram per bulan selama beberapa bulan pertama, hal tersebut dikarenakan bayi telah mendapatkan asupan nutrisi dari ibu yaitu ASI.

Asuhan yang dilakukan kepada Ny. "E" tentang perawatan BBL sehari-hari, memberikan KIE yaitu menganjurkan ibu untuk menjemur bayinya tiap pagi ± 15-30 menit untuk mencegah bayi kuning, menjelaskan kepada ibu tentang imunisasi dasar dan manfaat imunisasi dasar untuk memberikan kekebalan pada tubuh bayi, menganjurkan pada ibu untuk tetap memberikan ASI sesering mungkin pada bayi yaitu minimal 8 kali dalam 24 jam atau 2 jam sekali, menjelaskan tanda bahaya bayi baru lahir seperti hipotermi, hipertemi, bayi kuning, kejang, bayi malas menyusu disertai letih dan menangis merintih.

Setelah memberikan asuhan bayi baru lahir pada bayi Ny "E" selama asuhan tidak ditemukan adanya masalah, intervensi yang diberikan sudah sesuai, hasilnya baik, proses bayi baru lahir berlangsung secara fisiologis.

## 5.5 Keluarga Berencana

Keluarga Berencana (*family planning/planned parenthood*) merupakan suatu usaha menjarangkan atau merencanakan jumlah dan jarak kehamilan dengan menggunakan kontrasepsi (Sulistyawati d>S.,2014), sebelum menggunakan kontrasepsi KB biasa akan dilakukan seleksi atau tes. Seleksi yang dilakukan melakukan pengukuran tekanan darah, tes kehamilan(plano tes) Menurut Meila, dkk. 2012.

Asuhan KB dilakukan sebanyak 1 kali kunjungan, kunjungan KB tanggal 21 Agustus 2017 pukul 13.00 WIB. Ibu mengatakan sebelum di suntik bidan melakukan pengukuran tekanan darah dan hasilnya 110/70 mmHg. Hal ini sesuai teori Meila, dkk. 2012. Adalah hal yang fisiologis. Hasil pemeriksaan ibu normal dan Ibu sudah menggunakan KB suntik 3 bulan DMPA (*Depo medroxy progesterone*). Ny "E" ingin menggunakan KB suntik 3 bulan karena cocok ibu menyusui dan tidak perlu mengingat-ingat untuk minum pil KB. Adapun manfaatnya yaitu cocok untuk perempuan menyusui yang ingin memakai KB suntik 3 bulan tidak mempengaruhi ASI, sangat efektif pada masa laktasi, dosis rendah, tidak menurunkan produksi ASI, efek samping utama adalah meningkat atau menurunnya berat badan, gangguan haid ( amenore), bila perdarahan terus berlanjut maka klien dianjurkan untuk mengganti kontrasepsi lain. Terdapat 2 jenis KB suntik 3 bulan yaitu: 1) DMPA (*depo medroxy progesterone asetat*) yang diberikan tiap 3 bulan. Dengan dosis 150 miligram yang disuntik secara intramuskular, 2) Depo noristerat diberikan tiap 2 bulan dengan dosis 200 mg *noritendron*

*enantot*. Cara kerjanya: 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. Keuntungan kontrasepsi: sangat efektif bila digunakan secara benar, tidak mengganggu hubungan seksual, tidak mempengaruhi Asi, tidak perlu repot mengingat untuk mengkonsumsi pil, dapat memberikan perlindungan terhadap kanker rahim dan penyakit radang panggul.( Sulistyawati A., 2014)

Setelah melakukan asuhan kebidanan pada Ny "E" didapatkan hasil tidak ada kesenjangan antara asuhan yang ada di lapangan sesuai dengan apa yang ada di teori. Petugas sudah melakukan tindakan sesuai dengan prosedur. Sebelum dan sesudah melakukan tindakan penyuntikan petugas menggunakan cairan antiseptik untuk pencegahan infeksi.

## BAB IV

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### 6.1 Kesimpulan

Setelah penulis melaksanakan asuhan kebidanan selama hamil, bersalin, nifas dan bayi baru lahir serta KB pada Ny "E" usia 32 tahun di BPM Soemidyah Ipung, Amd. Keb. Kota Malang yang dimulai pada usia kehamilan 30 minggu 4 hari sampai KB dapat diambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Setelah melaksanakan pengkajian, mendiagnosa, merencanakan, melaksanakan, dan mengevaluasi asuhan kehamilan pada Ny " E " didapatkan hasil fisiologis. Asuhan kehamilan dilakukan selama 4 kali kunjungan dan didapatkan kesenjangan antara teori dan praktik yaitu standart 14T tidak dilaksanakan sepenuhnya, kemudian setelah melakukan asuhan dilakukan pendokumentasian dengan SOAP.
2. Setelah melaksanakan pengkajian, mendiagnosa, merencanakan, melaksanakan, mengevaluasi pada proses persalinan pada Ny. " E " dari kala I sampai kala IV berlangsung dengan normal dan lancar, tidak terjadi perdarahan yang abnormal. Bayi lahir pukul 19.30 WIB, jenis kelamin perempuan, berat badan 3200 gr, panjang badan 49 cm, bayi dalam keadaan sehat. Setelah dilakukan asuhan tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan praktik, kemudian setelah melakukan asuhan dilakukan pendokumentasian dengan SOAP.
3. Setelah melaksanakan pengkajian, mendiagnosa, merencanakan, melaksanakan, mengevaluasi pada masa nifas tidak terjadi perdarahan dan infeksi yang ditandai dengan tidak ada keluarnya lochea yang berlebihan dan tidak berbau, pada payudara tidak ada kelainan dan

tidak ada tanda bahaya infeksi ataupun bendungan ASI, masa involusi dan penurunan fundus uteri pada Ny. " E " berlangsung dengan baik. Setelah melaksanakan asuhan tidak terdapat kesenjangan antara teori dengan di lapangan dimana ASI keluar lancar, kemudian setelah melakukan asuhan dilakukan pendokumentasian dengan SOAP.

4. Setelah melaksanakan pengkajian, mendiagnosa, merencanakan, melaksanakan, mengevaluasi pada bayi baru lahir tidak terjadi komplikasi atau masalah yang serius yang di alami bayi, bayi tidak diberikan susu formula, hanya diberikan ASI saja dan bayi dalam keadaan sehat. Setelah dilaksanakan asuhan tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan praktik kemudian setelah melakukan asuhan dilakukan pendokumentasian dengan SOAP.
5. Setelah melaksanakan pengkajian, mendiagnosa, merencanakan, melaksanakan, mengevaluasi, ibu memilih menggunakan KB suntik 3 bulan (Tryclofem) yang mengandung Progestine, telah dilakukan pada tanggal 15 Juli 2016 di BPM Soemidyah, Amd. Keb. setelah melaksanakan asuhan tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan praktik kemudian setelah melakukan asuhan dilakukan pendokumentasian dengan SOAP.

## **6.2 Saran**

### **6.2.1 Bagi Tempat Peneliti**

Asuhan yang sudah diberikan pada klien sudah cukup baik dan hendaknya lebih meningkatkan mutu pelayanan 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 dengan teori dari mulai kehamilan, persalinan, nifas, BBL dan KB.

### **6.2.2 Bagi Institusi Pendidikan**

Diharapkan dapat meningkatkan kualitas pendidikan bagi mahasiswa dengan penyediaan fasilitas sarana dan prasarana yang mendukung peningkatan kompetensi mahasiswa sehingga dapat menghasilkan bidan yang berkualitas.

### **6.2.3 Bagi Penelitian**

Sebaiknya setiap peneliti dapat terus menerapkan manajemen dan asuhan kebidanan yang telah dimiliki serta terus mengikuti kemajuan dan perkembangan dalam dunia kesehatan khususnya dalam dunia kebidanan dan dapat melakukan peningkatan dalam pemberian asuhan pada ibu mulai masa hamil, bersalin, nifas, dan bayi baru lahir serta KB, khususnya peningkatan dalam pemberian pendidikan kesehatan.

### **6.2.4 Bagi Pasien**

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

### **5.2.5 Peneliti Selanjutnya**

Diharapkan penelitian ini selanjutnya melakukan asuhan kebidanan secara Komprehensif mulai masa hamil sampai dengan KB secara lebih mendalam lagi

## DAFTAR PUSTAKA

- Asuhan Persalinan Normal*. (2010). Jakarta: JNPK-KR.
- Abidin, M. Z. (2011). *Asuhan Postnatal Care*. Dipetik Maret 2015, dari [www.masbied.com/search/pembagian-umur-menurut-masa-reproduksi](http://www.masbied.com/search/pembagian-umur-menurut-masa-reproduksi)
- Ambarwati, E. (2010). *Asuhan Kebidanan Nifas*. Yogyakarta: Nuha medika.
- Asrinah, e. (2010). *Asuhan Kebidanan Pada Masa Kehamilan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Depkes. (2012). *Profil Kesehatan Indonesia*. Jakarta: Depkes RI.
- Dewi, v. n. (2011). *asuhan neonatus bayi dan anak balita*. Jakarta: salemba medika.
- Dinkes kota malang. (2013). *Profil Kesehatan Indonesia*. Jakarta: Dinkes Jatim RI.
- Edyanti, d. b., & Indrawati, r. (2014). Faktor Pada Ibu yang Berhubungan dengan Kejadian Komplikasi Kebidanan. *jurnal boimetrika dan kependudukan*, 1-8.
- Eriyati. (2012). *Asuhan Kebidanan Pada Persalinan*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Handayani, S. (2011). *Buku Ajar Pelayanan Keluarga Berencana*. Yogyakarta: Pustaka Rihanna.
- Hani, U., Kusbandiyah, J., & Yulifah, R. (2014). *Asuhan Kebidanan pada Kehamilan Fisiologis*. Jakarta: Salemba Medika.
- indonesia, k. k. (2014, april 28). *jadilah kartini indonesia yang tidak mati muda (perencanaan kampanye peduli kesehatan ibu 2014)*. Diambil kembali dari [///D:/Kementerian%20Kesehatan%20Republik%20Indonesia.html](http://D:/Kementerian%20Kesehatan%20Republik%20Indonesia.html)
- Kemenkes RI. (2013). *Profil Kesehatan Indonesia*. Jakarta: Kementrian Kesehatan RI.

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

Vivian, N. (2011). *Asuhan Kehamilan Untuk Kebidanan*. Jakarta: Salemba Medika.

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

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

## LAMPIRAN

### Lampiran 1

#### JADWAL PELAKSANAAN LAPORAN TUGAS AKHIR (LTA)

#### PRODI D3 KEBIDANAN STIKES WIDYAGAMA HUSADA

#### TAHUN AKADEMIK 2016/2017

No	Nama Kegiatan	Bulan																																	
		Maret			April				Mei				Juni				Juli				Agustus				September										
		2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4							
1	Bimbingan Proposal LTA																																		
2	Seminar Proposal LTA																																		
3	Revisi Propasal LTA																																		
4	Kunjungan Pasien dan Bimbingan LTA																																		
5	Seminar LTA																																		
6	Revisi LTA																																		
7	Penyelesaian Administasi LTA																																		
8	Yudisium																																		

## 2. Surat Pengantar LTA



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

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

---

Nomor : 120 /A-1/STIKES/VII/2017  
Lampiran : -  
Perihal : Studi Pendahuluan

Malang, 14 Juli 2017

Kepada Yth:  
Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik (Bakesbangpol)  
Di-  
Kota Malang

Dengan hormat,

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

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

Adapun nama mahasiswi dan judul Laporan Tugas Akhir sebagai berikut:

Nama : Maria Trisna Malo  
NIM : 1413.15401.923  
Judul TA : Asuhan Kebidanan Komprehensif dari kehamilan sampai KB di BPM Soemidyah Ipung, Amd.Keb, Kelurahan Purwodadi, Kec. Blimbing, Kota Malang  
Tujuan Surat : BPM Soemidyah Ipung, Amd.Keb.

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

STIKES Widyagama Husada  
Wakil Bidang III,  
  
**Tiwi Yuniastuti, S.Si., M.Kes**  
NDP. 2012.247



**SURAT BALASAN PENELITIAN**

*Dengan Hormat:*

Saya yang bertanda tangan dibawah ini, Ny. Soemidyah Ipung, Amd. Keb.  
Menyatakan bahwa mahasiswa Program Studi D3 Kebidanan

STIKES WIDYAGAMA HUSADA MALANG

Nama: Maria Trisna Malo

Nim: 1413.15401.923

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

Malang. 5 Juli 2017



Soemidyah Ipung, Amd. Keb.  
Amd. Keb. (02001) 4111017 1010-10

(Soemidyah Ipung, Amd. Keb.)

**3. Infrom Consent**

**LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN**  
**(INFORMED CONSENT)**

Yang bertanda tangan dibawah ini

Nama : Ny. Ernawati  
Umur :32 Tahun  
Alamat : Jl. Damun no 23 Beji Batu

Setelah mendapatkan penjelasan tentang tujuan dan manfaat asuhan yang telah diberikan oleh mahasiswa STIKES WIDYAGAMA HUSADA MALANG atas Saudari Maria Trisna Malo, maka saya

**(BERSEDIA/TIDAK BERSEDIA)**

Untuk berperan serta sebagai responden dan diberikan asuhan mulai dari kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, dan KB. Tujuan sifat dan perlunya asuhan tersebut diatas serta resiko yang dapat ditimbulkan telah cukup dijelaskan, maka saya akan bertanggung jawab atas pilihan saya sendiri dan tidak akan menuntut dikemudian hari dan telah saya mengerti sepenuhnya.

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

Malang, Mei 2017

Mahasiswa



Maria Trisna Malo

Responden



Ernawati

#### 4. Dokumentasi Laporan Pasien

## a. Buku KIA

Nomor Registrasi Ibu	:	.....
Nomor Urut di Kohort Ibu	:	.....
Tanggal menerima buku KIA	:	.....
Nama & No. Telp. Tenaga Kesehatan:	:	085746988523

IDENTITAS KELUARGA	
Nama Ibu	: Ernawati
Tempat/Tgl. lahir	: 1 Juni 1985
Kehamilan ke	: 2 Anak terakhir umur: 5 tahun
Agama	: Islam
Pendidikan	: Tidak Sekolah/SD/SMP(SMU)Akademi/Perguruan Tinggi*
Golongan Darah	: .....
Pekerjaan	: Dagang
No. JKN	: .....

Nama Suami	: Suharsono
Tempat/Tgl. lahir	: 27 Maret 1980
Agama	: Islam
Pendidikan	: Tidak Sekolah/SD/SMP(SMU)Akademi/Perguruan Tinggi*
Golongan Darah	: .....
Pekerjaan	: Dagang

Alamat Rumah	: Jln. Damun no. 23 Beji
Kecamatan	: Junrejo
Kabupaten/Kota	: Batu
No. Telp. yang bisa dihubungi	: 082298614461

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

## CATATAN KESEHATAN IBU HAMIL

### Diisi oleh petugas kesehatan

Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT), tanggal: 5 Oktober 2016  
 Hari Taksiran Persalinan (HTP), tanggal: 12-7-2017  
 Lingkar Lengan Atas: 27.5 cm; KEK ( ), Non KEK ( ) Tinggi Badan: 150 cm  
 Golongan Darah: B  
 Penggunaan kontrasepsi sebelum kehamilan ini: Suntik 3 bulan  
 Riwayat Penyakit yang diderita ibu: H.T.C-), Asma (-), Gemelli (-), Santun (-)  
 Riwayat Alergi:

Tgl	Keluhan Sekarang	Tekanan Darah (mmHg)	Berat Badan (Kg)	Umur Kehamilan (Minggu)	Tinggi Fundus (Cm)	Letak Janin Kep/Su/Li	Denyut Jantung Janin/ Menit
14/16 10	mual muntah	100 70	43	5-6	-	-	-
10/16 12	t.a.a	100 60	44	8-9	-	-	-
2/17 3	t.a.a	100 70	47	16-17	3 ↓ pst	-	-
17/17 05	nyeri punggung	110 70	53	30-31	28cm	Letkep	(+) 132
1/17 06	t.a.a	110 70	54	32-33	30cm	Letkep	(+) 136
15/17 06	t.a.a	110 70	54	34-35	31cm	Letkep	(+) 136
29/17 06	t.a.a	100 60	55	36-37	33cm	Letkep	(+) 140

## CATATAN KESEHATAN IBU HAMIL

## Diisi oleh petugas kesehatan

Hamil ke III Jumlah persalinan 1 Jumlah keguguran 1 G III P 100 A 100  
 Jumlah anak hidup 1 Jumlah lahir mati -  
 Jumlah anak lahir kurang bulan - anak  
 Jarak kehamilan ini dengan persalinan terakhir 6 tahun  
 Status imunisasi Imunisasi TT terakhir IS (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
-/+	tes (+)			BPM Soemidjah	1 bn
0/+		( <sup>x</sup> <sub>1+1</sub> )		BPM soemidjah	1 bn
0/+		USG		Soemidjah	1 bn
0/+		lanjut vitamin	Nutrisi seimbang	BPM soemidjah	1 bn
0/+			Nutrisi istirahat	BPM soemidjah	1 bn
0/+			Nutrisi istirahat	BPM soemidjah	1 bn
0/+			Nutrisi istirahat	Soemidjah	1 bn
-/+					
-/+					
-/+					
-/+					

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

Nama : Ny. Ernawati Umur Ibu : 32 Th.  
 Hamil ke 5 Hasil Terakhir tgl : 15-10-2014 Perkiraan Persalinan tgl : 12-7-2017  
 Pendidikan : Ibu S.M.U Suami SMP  
 Pekerjaan : Ibu Pedagang Suami Pedagang

KEL. F.R.	NO.	Masalah / Faktor Risiko	SKOR	Tribulan			
				I	II	III	IV
		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 > 4th	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 tahun	4	0	0	0	0
	7	Terlalu pendek < 145 Cm	4	0	0	0	0
	8	Pernah gagal kehamilan	4	0	0	0	0
	9	Pernah melahirkan dengan : a. Tanjak tang / vakum b. Uti drogoh c. Diberi infus/Transfusi	4 4 4	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
II	10	Pernah Operasi Sesar	5	0	0	0	0
	11	Penyakit pada ibu hamil : a. Kurang darah b. Malaria c. TBC Paru d. Payah jantung e. Kencing Manis (Diabetes) f. Penyakit Menular Seksual	4 4 4 4 4	0 0 0 0 0	0 0 0 0 0	0 0 0 0 0	
	12	Bengkak pada muka / tungkai dan Tekanan darah tinggi	4	0	0	0	0
	13	Hamil kembar 2 atau lebih	4	0	0	0	0
	14	Hamil kembar air (Hydramnion)	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	Leher Tenggang	8	0	0	0	0
	18	Leher Lintang	8	0	0	0	0
	III	19	Pseudotumor dalam kehamilan ini	8	0	0	0
20		Pseudotumor Berat / Kelenjar 2	8	0	0	0	0
JUMLAH SKOR			2	2	2	2	

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

JML. SKOR	KEL. RISKI	KEHAMILAN		PERSALINAN DENGAN RISIKO			
		PERAWATAN	RUJUKAN	TEMPAT	PEND. LONG	RUJUKAN	
					RBG	ROR	RTW
2	KOR	BIDAN	RUJUKAN	TEMPAT	RBG	ROR	RTW
5-10	KRT	BIDAN	BIDAN	POLINDES			
12	DRB	DR. TER	DR. TER	DR. TER			

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

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

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

Persalinan : Melahirkan tanggal : / /

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

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

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

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

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

**PASCA PERSALINAN :**  
**IBU :**  
 1. Hidup 2. Mati, dengan penyebab :  
 a. Perdarahan b. Pre-eklampsia/Eklampsia c. Prolaps lama d. Infeksi e. Lain-2  
**BAYI :**  
 1. Berat lahir : gram, Laki-2/Perempuan 2. Lahir hidup : Aggar Skor :  
 3. Lahir mati, penyebab : 4. Mati kemudian, umur : hr, penyebab :  
 5. Kelainan bawaan : tidak ada / ada

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

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

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



**CATATAN PERSALINAN**

1. Tanggal : 08-07-2017
2. Nama bidan : Bu. Saemidjah, Iping, And. Kab.
3. Tempat persalinan :
  - Rumah ibu
  - Puskesmas
  - Polindes
  - Rumah Sakit
  - Klinik Swasta
  - Lainnya
4. Alamat Tempat persalinan : .....
5. Catatan  rujuk, kala I/II/III/IV
6. Alasan merujuk : .....
7. Tempat rujukan : .....
8. Pendamping pada saat merujuk :
  - Bidan
  - Teman
  - Suami
  - Dukun
  - Keluarga
  - Tidak ada

**KALA I**

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

**KALA II**

12. Episiotomi :
  - Ya, Indikasi : Perineum kaku
  - Tidak
14. Pendamping pada saat persalinan :
  - Suami
  - Teman
  - Keluarga
  - Dukun
  - Tidak ada
15. Gawat janin :
  - Ya, tindakan yang dilakukan :
    - a. ....
    - b. ....
    - c. ....
  - Tidak
16. Distasia bahu
  - Pemantauan DJJ setiap 5-10 menit selama kala II, hasil : 15.0 %/menit
  - Ya, tindakan yang dilakukan :
    - a. ....
    - b. ....
    - c. ....
  - Tidak
17. Masalah lain, sebutkan : .....
18. Penatalaksanaan masalah tersebut : .....

**KALA III**

19. Inisiasi menyusui dini
  - Ya
  - Tidak alasannya : .....
20. Lama kala III : 10 menit
21. Pemberian Oksitosin 10 U IM ?
  - Ya, waktu : 1 menit sesudah persalinan
  - Tidak, alasan : .....
22. Penjepitan dan pemotongan tali pusat ?
  - Ya, waktu : 2 menit
  - Tidak, alasan : .....
23. Pemberian ulang Oksitosin (2x) ?
  - Ya, alasan : .....
  - Tidak
24. Penegangan tali pusat terkendali ?
  - Ya
  - Tidak, alasan : .....

**PEMANTAUAN PERSALINAN KALA IV**

Jam ke	Waktu	Tekanan Darah	Nadi	Suhu	Tinggi fundus uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Pendarahan
1	18.55	110/70	78	36.2	2 jari dibawah pusat	Baik/keras	Kosong	± 10 cc
	20.10	110/70	80		2 jari dibawah pusat	Baik/keras	Kosong	± 10 cc
	20.25	110/70	80		2 jari di bawah pusat	Baik/keras	Kosong	± 10 cc
2	20.40	110/70	79		2 jari dibawah pusat	Baik/keras	Kosong	± 15 cc
	21.10	110/70	80	36	2 jari di bawah pusat	Baik/keras	Kosong	± 15
	21.40	110/70	80		2 jari dibawah pusat	Baik/keras	Kosong	± 20 cc

25. Manase fundus uteri
  - Ya
  - Tidak, alasan : .....
26. Plasenta lahir lengkap (intact)  Ya /  Tidak
  - Jika tidak lengkap tindakan yang dilakukan :
    - a. ....
    - b. ....
27. Plasenta tidak lahir > 30 menit  Ya /  Tidak
  - Ya, tindakan :
    - a. ....
    - b. ....
    - c. ....
28. Laserasi :
  - Ya, dimana : Mukosa Vagina, Kommissura posterior, kulit perineum, otot perineum
  - Tidak
29. Jika laserasi perineum, derajat : 1 (2) 3 / 4
  - Tindakan :
    - Penjahitan, dengan / tanpa anestesi
    - Tidak dijahit, alasan : .....
30. Atonia uteri
  - Ya, tindakan :
    - a. ....
    - b. ....
    - c. ....
  - Tidak
31. Jumlah pendarahan : ± 150 ml
32. Masalah lain, sebutkan : .....
33. Penatalaksanaan masalah tersebut : .....
34. Hasilnya : .....

**BAYI BARU LAHIR :**

35. Berat badan : 3200 gram
36. Panjang : 49 cm
37. Jenis kelamin L (P)
38. Penilaian bayi baru lahir baik / ada penyulit
39. Bayi lahir dengan A/S : 7/9
  - Normal, tindakan :
    - Meringankan
    - Menghangatkan
    - Rangsang taktil
    - Bungkus bayi dan tempatkan disisi ibu
  - Asfiksia ringan / pucat / biru / lemas / tindakan :
    - Meringankan
    - Menghangatkan
    - Rangsang taktil
    - lain-lain, sebutkan : .....
  - Bungkus bayi dan tempatkan disisi ibu
  - Cacat bawaan, sebutkan : .....
  - Hipotermia, tindakan :
    - a. ....
    - b. ....
    - c. ....
40. Pemberian ASI
  - Ya, waktu : segera setelah bayi lahir
  - Tidak, alasan : .....
41. Masalah lain, sebutkan : .....
- Hasilnya : .....
42. Pemberian vit. A 200.000 iu pada ibu
  - 1 jam setelah melahirkan
  - 24 jam setelah pemberian pertama
43. Pada bayi
  - Inj. Vit K : 1 jam setelah lahir
  - zalf mata : 1 jam setelah lahir
  - Ft.b. unieck : 2 jam setelah lahir

## 24 PENAPISAN PERSALINAN

NO	PENAPISAN PESALINAN	YA	TIDAK
1	Riwayat bedah caesar		✓
2	Perdarahan pervaginam		✓
3	Kehamilan kurang bulan		✓
4	Ketuban pecah dengan mekonium 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 eklampsia/hipertensi dalam kehamilan		✓
11	TFU 40 cm atau lebih		✓
12	Gawat janin		✓
13	Primipara dalam fase aktif persalinan dengan palpasi kepala janin 5/5		✓
14	Persentasi bukan belakang kepala		✓
15	Persentasi Majemuk		✓
16	Kehamilan Gemeli		✓
17	Tali pusat menumbung		✓
18	Syock		✓
19	Bumil TKI		✓
20	Suami Pelayaran		✓
21	Suami/Bumil Bertato		✓
22	HI/AIDS		✓
23	PMS		✓
24	Anak Mahai		✓

c. Bukti 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		
(ANC) 1 ANC	Rabu, 17-06-2017	08.00 WIB	09.30 WIB	- Melakukan pengkajian data (Biodata) - TTV - Pemeriksaan fisik - KIE tentang: nyeri punggung, nutrisi, tanda-tanda bahaya pada kehamilan, personal hygiene.	✓	✓	<i>[Signature]</i>	
(ANC) 2	Kamis, 1 Juni 2017	17.00 WIB	18.00 WIB	- Melakukan TTV, pengukuran BB - Melakukan pemeriksaan fisik - Memberikan KIE Cuyeri punggung, tablet Fe, Nutrisi, tanda-tanda bahaya persalinan.	✓	✓	<i>[Signature]</i>	
(ANC) 3	Kamis, 15 Juni 2017	17.00 WIB	16.00 WIB	- Melakukan TTV, pengukuran BB dan melakukan pemeriksaan fisik - Memberikan KIE Nutrisi, tablet Fe, istirahat	✓	✓	<i>[Signature]</i>	
(ANC) 4	Kamis, 29 Juni 2017	12.00 WIB	13.30 WIB	- Melakukan TTV, pengukuran BB - Melakukan pemeriksaan fisik - Memberikan KIE (nutrisi, tanda-tanda persalinan, mengingatkan untuk mempersiapkan persalinan).	✓	✓	<i>[Signature]</i>	
INC	5 Juli 2017	13.50 WIB	14.30	- Menanyakan keluhan, melakukan pemeriksaan fisik - <del>Memberikan</del> melakukan TTV, pemeriksaan dalam. - Mengobservasi DJJ, MD, kontraksi setiap 30 menit - Memberi nutrisi/makanan pada ibu - Melakukan /	✓	✓	<i>[Signature]</i>	

LEMBAR KENDALI MAHASISWA  
KUNJUNGAN MAHASISWA KERUMAH PASIEN

KUNJUNGAN KE.	HARI DAN TANGGAL	JAM DATANG	JAM PULANG	ASUHAN PADA PASIEN	DOKUMENTASI		TTD PASIEN	TTD DOSEN
					SOAP	FOTO		
PNC 1	6 Juli 2017	01.30	02.00	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melakukan pemeriksaan fisik &amp; TTV</li> <li>- Memberikan makan &amp; minum pada ibu</li> <li>- Memberikan KIE sesuai keluhan, nutrisi, tanda-tanda bahaya nifas.</li> </ul>	✓	✓	<i>[Signature]</i>	
PNC 2	Sesasa 11 Juli 2017	12.30 WIB	13.30 WIB	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Menanyakan keluhan</li> <li>- Melakukan TTV dan pemeriksaan fisik</li> <li>- Memberikan KIE (nutrisi, tanda-tanda bahaya masa nifas, personal hygiene mobilisasi)</li> </ul>	✓	✓	<i>[Signature]</i>	
PNC 3	Rabu 19 Juli 2017	13.00 WIB	14.00 WIB	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Menanyakan keluhan</li> <li>- Melakukan <del>keuhan</del> TTV, pemeriksaan fisik.</li> <li>- Memberikan KIE (nutrisi, tanda-tanda bahaya masa nifas, personal hygiene)</li> <li>- Menjelaskan macam-macam KB.</li> </ul>	✓	✓	<i>[Signature]</i>	
PNC 4	Senin 14 Agustus, 2017	12.30 WIB	14.00 WIB	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Menanyakan keluhan</li> <li>- Melakukan TTV dan pemeriksaan fisik</li> <li>- Menanyakan ibu rencana menggunakan KB apa dan menjelaskan kembali KB pilihan pasien.</li> </ul>	✓	✓	<i>[Signature]</i>	



## d. Kartu Ibu

KARTU IBU HAMIL																												
RS/Puskesmas : Pustu/Polindes/BPS : Kelurahan : Kota :										No Indeks / kode : Tgl. Pendaftaran pertama : Nama pemeriksa :																		
IDENTITAS IBU					IDENTITAS SUAMI					RIWAYAT PERKAWINAN																		
Nama : Ny. Ernawati In. Suhar Sano					Umur : 32 tahun 37 tahun					kawin : Umur kawin (thn) : Jumlah anak : Sebab pisah cerai / meninggal : Sebab meninggal : Tempat meninggal :																		
Agama : Islam Islam					Alamat/Telp. :																							
Pekerjaan : Pedagang Pedagang					Pendidikan : SIMU SMP																							
RIWAYAT KEHAMILAN, PERSALINAN DAN KB																												
HAMIL		PERSALINAN				TEMPAT PERSALINAN				KOMP PERSALINAN		PENOLONG		KEADAAN BBL		KEADAAN ANK SKRG		K B										
Ke	KOMPLIKASI APB HT	Ab	I/P	IU	Nor	Su	Alat	S C	RS	PKM	BPS	Ru mah	Lain- lain	P. Lama	Infek si	HPP	Dr		Bd	Lain- lain	P / L	BBL (gr)	Seh at	Sa kt	Ma ti	Hidup (thn)	Matl	
1																												
2																						3200						Suntik 3
3	Hamil 1/1																											
RIWAYAT KEHAMILAN SEKARANG																												
G : III P : 100 A : 100																												
Haid : Siklus 30 hari (erat/ tidak), Lama haid : 7 hari, HPHT 15.10.2016 HPL : 22.10.2016																												
Mual / Muntah : Tidak / Kadang-kadang / Terus-menerus																												
Pusing : Tidak / Kadang-kadang / Terus-menerus																												
Nyeri perut : Ada / Tidak																												
Gerak janin : Aktif / Jarang / Tidak Ada																												
Oedema : Tidak ada / ada (tibia / Umum)																												
Nafsu makan : Baik / Menurun																												
Perdarahan : Tidak ada / ada (sejak .....																												
Penyakit yang diderita ibu hamil : Paru/DM/Epilepsi/Hati/Psikosis/Ginjal/Malaria/Jantung/Hipertensi/Diare Lama/Penas/Batuk lama/BB menurun/PMS																												
Penyakit yang diderita suami : PMS / Tatto / Tindik / DM / Batuk Lama / Diare Lama / HIV / Hepatitis / Tumor																												
Riwayat penyakit keluarga : Hipertensi/DM/Paru/Jantung/Gemelli/Psikosis																												
Kebiasaan Ibu : Merokok / minuman keras / narkoba / obat-panasang / minum jamu / pijat-perut																												
Riwayat Imunisasi TT : Tidak / pernah Status TT : T1 / T2 / T3 / T4 / T5																												
Fluor Albus : Tidak ada / gatal / berbau / seperti susu / busa cair, warna : .....																												
Pasangan seksual istri : Satu / lebih dari satu																												
Pasangan seksual suami : Satu / lebih dari satu																												
PEMERIKSAAN																												
UMUM					FISIK					KEBIDANAN																		
BB sbilm hamil : 43 Kg					KULIT : Ruam kulit / herpes / varicela / tetta / bekas luka-sayatan / bekas tusukan jarum / dermatitis					TFU : ..... Jari/Cm																		
TB / BB / LILA : 150 cm / 55 kg / 22.5 cm					MATA : Normal / Oedema palpebra / conjunctiva pucat / icterus					UK : 30 Minggu 4 hari																		
BENTUK TUBUH : Normal					MULUT : Normal / Cyanosis / Stomatitis / Tonsilitis / Faringitis					BENTUK UTERUS : Normal / kelainan																		
KELAINAN tulang belakang					GIGI : Normal / Karies					LETAK JANIN : < 36 minggu : Bujur / lintang																		
KELAINAN tungkai					PEMB KEL : Leher / Ketiak / Lipatan Paha / Tiroid					> 36 minggu : Kepala / lintang / sungsang / gemeli																		
KELAINAN bentuk punggung					DADA : Paru / Jantung : Normal / Bentuk dada abnormal					- Penurunan kep : ..... / 5																		
KESADARAN : Fisik / Psikis					- Payudara : Normal / kemerahan					DETAK JANTUNG : 132 / menit																		
PUCAT : Tidak / ya					- Benjolan / puting susu masuk / kulit jeruk / keluar cairan					INSPEKULO : Normal / duh tubuhi																		
KUNING : Tidak / ya					ABDOMEN : Luka bekas op : Tidak ada / ada					(Bila ada indikasi) vaginitis / tumor / cervix / cervicitis / condyloma																		
TEKANAN DARAH : 110 / 70 mmHg					- Massa abdomen : Teraba / tidak teraba					lain-lain .....																		
SUHU / NADI : 36 C / 60 / menit					- H a t i : Teraba / tidak teraba																							
PERNAFASAN : 20 / menit					TANGAN TUNGKAI : Normal / oedema																							
					- refleks : Tidak ada / ada																							
LABORATORIUM																												
RUTIN										ATASI INDIKASI :																		
- Darah : Hb ..... gr%										Faeces/darah tepi/flour-albus/Cd4/Pap-smear/hepatitis/HIV/VDRL/andi-cervix/plano-test/																		
- Urine : Albumin ....., Reduksi .....										BTA/rontgen																		
- Gol Darah :										*) Hasil lampiran																		
KESIMPULAN / DIAGNOSA :																												
PEMBERIAN OBAT :																												
- Imunisasi TT :																												
- Pengobatan :																												
PENYULUHAN :																												
*) Materi lihat lembar belakang																												

## 5. Dokumentasi Pelaksanaan Asuhan Kebidanan Komprehensif

### a. Kunjungan INC



b. Kunjungan PNC dan BBL



c. Kunjungan KB



## 6. Lembar Konsultasi Laporan

Form 5:  
CATATAN KONSULTASI PEMBIMBING 1

NO.	TANGGAL	KEGIATAN DAN SARAN	PARAF PEMBIMBING
1	25 April 2017	- Bimbingan bab 1-2. - Perbaiki penulisan. - Tingkatkan pemahaman	<i>[Signature]</i>
2	26 April 2017	- Revisi bab 1, 2, & bab - perbaiki penulisan. - Tingkatkan pemahaman	<i>[Signature]</i>
3	9 Mei 2017	Revisi bab 1-4, perbaiki penulisan, responsi	<i>[Signature]</i>
4	16 Mei 2017	Revisi penulisan, responsi.	<i>[Signature]</i>
5	17 Mei 2017	ACC → ujian seminar proposal.	<i>[Signature]</i>
6	24/7 '17	Revisi bab 4, 5 buat bab 6.	<i>[Signature]</i>
7	26/7 '17	Revisi pembahasan	<i>[Signature]</i>
8	28/7 '17	Buat SOAP FB & pembahasan	<i>[Signature]</i>
9	22/8 '17	Lengkapi lampiran.	<i>[Signature]</i>

PANDUAN LTA  
D3 KEBIDANAN STIKES WIDYAGAMA HUSADA

86

Form 6:  
CATATAN KONSULTASI PEMBIMBING 1

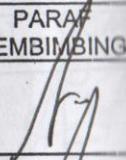
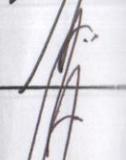
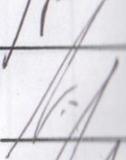
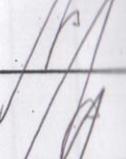
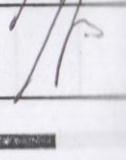
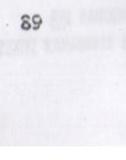
NO.	TANGGAL	KEGIATAN DAN SARAN	PARAF PEMBIMBING
10.	23/8/17.	ACC → sidang LTA.	[Signature]

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	11 Mei 2017	Revisi bab 1-2 Perbaiki penulisan	
2	22 April 2017	Revisi Bab 1-2 Perbaiki penulisan	
3	9 Mei 2017	Revisi bab 2 + 3,4 perbaiki penulisan dan ukuran /font	
4	10 Mei 2017	Revisi Bab 2 tabel	
5	16 Mei 2017	Acc <i>in</i> proposal	
6	25 / 7 2017	Revisi Soap Bab IV & V	
7	27 / 07 2017	Revisi Bab V Pembahasan	
8	28 / 07 2017	Revisi Judul hal. Daftar isi	
9	22 / 08 2017	Lengkapi Lampiran	

Form 9:

## CATATAN KONSULTASI PEMBIMBING 2

NO.	TANGGAL	KEGIATAN DAN SARAN	PARAF PEMBIMBING
10	23 / 7 2017	Acc <i>in</i> PLTA	





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

**WIDYAGAMA HUSADA**

Terakreditasi BAN-PT

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

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

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ervin Rupaindah, S.ST.M.Keb  
Jabatan : Dosen pembimbing 1  
Alamat : Malang  
No Telp : 081 357 276 465

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

Nama : MARIA TRISNA MALO  
NIM : 1413.15401.923  
Alamat : \_\_\_\_\_  
Judul LTA : Laporan Tugas Akhir Asuhan Kebidanan, Komprehensif

Pada Ny. E Usia 32 tahun di BPM Soemidjah Ipung. Amd.Keb

Malang,  
Pembimbing LTA,

\*) Coret yang tidak perlu



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

**WIDYAGAMA HUSADA**

Terakreditasi BAN-PT

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

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

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Wajati Amalia, S-ST. M. Keb  
Jabatan : Dosen pembimbing 2  
Alamat : Malang  
No Telp : 082 33312 123

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

Nama : MARIA TRISNA MALO  
NIM : 1413-15401-923  
Alamat : J  
Judul LTA : Laporan Tugas Akhir Asuhan Kebidanan Komprehensif  
pada Ny E, usia 32 tahun di BPM Sebmidjah Ipung, Amd. Keb.  
Malang,  
Pembimbing LTA,

\*) Coret yang tidak perlu



**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 : Maria Trisna Malo

NIM : 1413. 15401. 923

Program Studi : D3 Kebidanan

STIKES Wudyagama Husada

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

Malang, \_\_\_\_\_

**Mengetahui**

**Kaprodi**

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

**Penulis**

(Maria Trisna Malo)



**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 TUGAS AKHIR  
PROGRAM STUDI D3 KEBIDANAN  
STIKES WIDYAGAMA HUSADA  
MALANG**

Nama Mahasiswa : MARIA TRISNA MALO  
NIM : 1413. 15401. 923  
Judul LTA : ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY"E"  
USIA 32 TAHUN DI BPM SOEMIDJAH IPUNG KOTA  
MALANG

No.	Nama Penguji	Rekomendasi	TTD
1.	Yuniar Angelia P. S,SiT, M.Kes	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perbaiki Ringkasan dan daftar isi</li> <li>- Penulisan SOAP dan di pembahasan</li> <li>- Penambahan materi seleksi sebelum menggunakan KB</li> <li>- PR kala I fase aktif</li> </ul>	
2.	Ervin Rufindah, S.ST, M. Keb	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perbaiki daftar isi dan ringkasan</li> <li>- penulisan SOAP dan di pembahasan</li> </ul>	
3.	Waifti Amalia, S. ST, M. Keb	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perbaiki cover, dan penulisan</li> </ul>	

7. *Curriculum vitae*

**CURRICULUM VITAE**



**Maria Trisna Malo**

**Ende, 13 Mei 1995**

**Motto :**

**“ Buatlah hasil akhir menjadi hasil yang paling indah. Anda bukanlah orang sembarangan, dan bukan berada di tempat sembarangan, terus percaya pada kemampuan diri sendiri, tetap semangat, jangan pernah menyerah dan berputus asa apapun yang terjadi. Karena kerja keras tidak akan pernah mengkhianati hasil “**

**Riwayat Pendidikan :**

**TK Rereja 2 Lulus Tahun 2002**

**SD Roworeke 2 Lulus Tahun 2008**

**SMP Santa Ursula Ende Lulus Tahun 2011**

**SMK Mathilda Maumere Lulus Tahun 2014**

**D-3 Kebidanan STIKES Widyagama Husada Malang**