

**LAPORAN TUGAS AKHIR**  
**ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF**  
**PADA NY P USIA 21 TAHUN DENGAN MAKROSOMIA**  
**DI BPM ANIK ROHANJARWATI Amd. Keb PAKIS**



**Oleh :**

**THOYIBATUL ALIFIYAH**

**NIM : 1413.15401.970**

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

**2017**

**LAPORAN TUGAS AKHIR**  
**ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF**  
**PADA NY P USIA 21 TAHUN DENGAN MAKROSOMIA**  
**DI BPM ANIK ROHANJARWATI Amd. Keb PAKIS**



Di Ajukan Sebagai Syarat Menyelesaikan  
Pendidikan Tinggi Program Studi Diploma 3 Kebidanan

**Oleh :**

**THOYIBATUL ALIFIYAH**

**NIM : 1413.15401.970**

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

**2017**

# LEMBAR PERSETUJUAN

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

Husada :

**LAPORAN TUGAS AKHIR ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA  
NY P USIA 21 TAHUN DENGAN MAKROSOMIA  
DI BPM ANIK ROHANJARWATI Amd. Keb PAKIS**

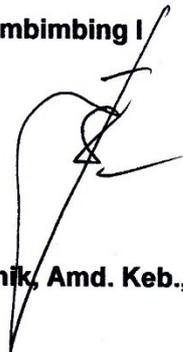
**THOYIBATUL ALIFIYAH**

**NIM 1413.15401.970**

**Malang, 21 Agustus 2017**

**Menyetujui,**

**Pembimbing I**



**(Yuliyani, Amd. Keb., S. KM. M. Biomed.)**

**Pembimbing II**



**(Indah Dwi Jayanti., S. ST)**

## LEMBAR PENGESAHAN

Laporan Tugas Akhir ini telah diperiksa dan dipertahankan di hadapan Tim  
Penguji Laporan Tugas Akhir Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Widyagama  
Husada Pada Tanggal 28 Agustus 2017

**LAPORAN TUGAS AKHIR ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA  
NY P USIA 21 TAHUN DENGAN MAKROSOMIA  
DI BPM ANIK ROHANJARWATI Amd. Keb PAKIS**

**THOYIBATUL ALIFIYAH**

**NIM 1413.15401.970**

**dr. Moch. Yunus, M.Kes**

**Penguji I**

(  )

**Yuliyani, Amd.Keb., S.KM., M.Biomed**

**Penguji II**

(  )

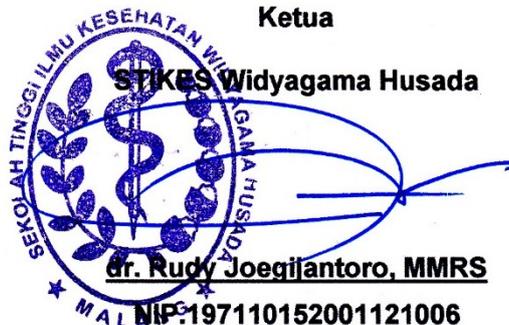
**Indah Dwi Jayanti, S.ST**

**Penguji III**

(  )

**Mengetahui,**

**Ketua**



## KATA PENGANTAR

Puji syukur kepada Allah SWT, yang telah memberikan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir yang berjudul "Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny P Usia 21 Tahun Dengan Makrosomia di BPM Anik Rohanjarwati Amd. Keb Pakis" sebagai salah satu persyaratan akademik dalam rangka menyelesaikan pendidikan Program Studi D3 Kebidanan STIKES Widyagama Husada Malang. Penulis sampaikan terimakasih dan penghargaan kepada yang terhormat:

1. dr. Rudy Joegijantoro, MMRS selaku Ketua STIKES Widyagama Husada Malang.
2. dr. Wira Daramatasia, M.Biomed, selaku Wakil Bidang I Bidang Akademik dan Kemahasiswaan STIKES Widyagama Husada.
3. Yuniar Angelia P., S.SiT, M.Kes selaku Ketua Program Studi D3 Kebidanan STIKES Widyagama Husada.
4. dr. Moch. Yunus, M.Kes selaku Penguji yang telah memberikan bimbingan dan ilmunya.
5. Yuliyani, Amd.Keb, S.KM, M.Biomed selaku dosen Pembimbing I yang telah memberikan bimbingan, arahan, masukan dan saran sehingga terwujudnya Laporan Tugas Akhir ini.
6. Indah Dwi Jayanti, S.ST selaku dosen Pembimbing II yang telah memberikan bimbingan, arahan, masukan dan saran sehingga terwujudnya Laporan Tugas Akhir ini.
7. Anik Rohanjarwati, Amd. Keb selaku bidan di BPM yang telah memberikan izin untuk melakukan asuhan pada pasiennya.
8. Ny. P yang telah bersedia menjadi responden untuk saya berikan asuhan dalam pelaksanaan Tugas Akhir ini.

9. Kedua orang tua saya ayahanda Nur Alief dan Ibunda Sunaiyah yang telah memberikan dukungan moril, materil dan doa yang tulus.
10. Teman – teman serta sahabat yang terus memberikan motivasi dan semangat selama ini.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini masih jauh dari sempurna. Oleh karena itu, kritik dan saran yang bersifat membangun diperlukan untuk penyempurnaan dalam penyusunan selanjutnya, semoga Laporan Tugas Akhir ini berguna dan bermanfaat.

Malang, Agustus 2017

Penulis

## RINGKASAN

**Alifiyah, Thoyibatul. 2017. Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny "P" Usia 21 Tahun di BPM Anik Rohanjarwati, Amd. Keb Pakis Malang. Tugas Akhir. D3 Kebidanan STIKes Widyagama Husada Malang. Pembimbing: 1). Yulianik, Amd.Keb., S.KM., M.Biomed 2). Indah Dwi Jayanti, S.ST.**

Di Kabupaten Malang tahun 2016, Angka Kematian Ibu (AKI) sebesar 21 per 100.000 kelahiran hidup dan Angka Kematian Bayi (AKB) sebesar 180 per 1000 kelahiran hidup. Tujuan dilakukan asuhan kebidanan ini adalah untuk memberikan Asuhan Kebidanan Komprehensif secara *Continuity of Care* (COC) pada ibu sejak kehamilan trimester III, bersalin, nifas, bayi baru lahir, dan KB dengan menggunakan manajemen kebidanan SOAP untuk membantu pemerintah menurunkan AKI dan AKB di Kabupaten Malang.

Metode asuhan kebidanan diberikan pada Ny."P" usia 21 tahun G<sub>1</sub> P<sub>0000</sub> Ab<sub>000</sub> di BPM Anik Rohanjarwati, Amd. Keb pada bulan April sampai Agustus 2017. Asuhan secara *Continuity of Care* (COC) pada Ny."P" dengan cara melakukan kunjungan rumah sebanyak 12 kali, terdiri dari 4 kunjungan kehamilan, 1 kunjungan persalinan, 4 kunjungan nifas, 2 kunjungan bayi baru lahir, dan 2 kunjungan KB. Pada kunjungan kehamilan didapatkan hasil skor KSPR 2. Dalam persalinan dan nifas didapatkan hasil normal dan fisiologis. Bayi laki-laki dalam keadaan sehat, tidak mengalami gangguan adaptasi dengan berat badan 4.600 gram dan panjang badan 50 cm. Ibu menggunakan KB suntik 3 bulanan sebagai alat kontrasepsi Keluarga Berencana dan tidak memiliki keluhan pada saat evaluasi.

Secara keseluruhan pada Asuhan Kebidanan Komprehensif yang telah diberikan pada Ny."P" tidak terdapat komplikasi dan semuanya berjalan fisiologis. Pada saat penatalaksanaan terjadi kesenjangan antara teori dengan praktek, karena ketika persalinan tidak dilakukan 24 penapisan dan pada saat kala IV tidak diberikan vitamin A. Diharapkan kepada bidan untuk lebih sering melakukan pendekatan pada pasien dan juga keluarga agar lebih mudah untuk melakukan asuhan. Pasien dan keluarga juga harus memiliki kesadaran yang sangat tinggi dalam hal kesehatan dan tetap memberikan dukungan sejak masa kehamilan hingga Keluarga Berencana.

**Referensi : 25 referensi (2010-2016)**

**Kata Kunci : Kehamilan, Persalinan, Nifas, Bayi Baru Lahir, KB.**

## SUMMARY

**Alifiyah, Thoyibatul. 2017. *Comprehensive Midwifery Care to Mrs. "P" 21 Years Old in Anik Rohanjarwati, Amd. Keb Midwife Practitioner Pakis Malang*. Final Task. D3 Midwifery Study Program of Widyagama Husada School of Health Malang. Advisors: 1). Yulianik, Amd.Keb., S.KM., M.Biomed 2). Indah Dwi Jayanti, S.ST.**

Based on the data of Malang Health Departement in 2016, Maternal Mortality Rate (MMR) is 21 per 100,000 live births and Infant Mortality Rate (IMR) is 180 per 1000 live births. The purpose of the upbringing in this study is to provide Comprehensive Midwifery Care for women in the third trimester of pregnancy until family planning by using SOAP obstetric management in order to help the government project to lower MMR and IMR in the regency of Malang.

Midwifery care method given to Mrs. "P" 21 years old G<sub>1</sub> P<sub>0000</sub> Ab<sub>000</sub> at Anik Rohanjarwati, Amd. Keb Midwife Practitioner since April until August 2017 by using Continuity of Care (COC). It was done by 12 home visits included four pregnancy visits, one labor visit, four parturition visits, two newborn visits, and two Family Planning visits. At the pregnancy period it was known that the score of KSPR 2, meant that it was a normal state of pregnancy. The process of labor and parturition were physiological. The baby boy was in normal and health condition with a weight of 4,600 grams, 50 cm height and no adaption disorder. At the time of Family Planning mother used 3 month injection as contraception and there was no complication.

Overall the care that has been given to Mrs. "P" has no complication and all goes physiologically. The family are expected to be more concerned about pregnant women, labor, parturition, newborn, and Family Planning. It is expected that midwife often give approach the patients and families for better care. Patients and families should also have a very high awareness in terms of health, especially during all process of Comprehensive Midwife Care.

**Reference : 25 references (2010-2016)**

**Keywords : Pregnancy, Labor, Parturition, Newborn, Family Planning.**

## DAFTAR ISI

LAPORAN TUGAS AKHIR .....	ii
LEMBAR PERSETUJUAN.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN .....	iii
KATA PENGANTAR .....	iv
RINGKASAN .....	v
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL .....	xii
DAFTAR GAMBAR .....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN .....	x
DAFTAR SINGKATAN .....	xi
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1. Latar Belakang .....	1
1.2. Tujuan.....	3
1.2.1. Tujuan Umum.....	3
1.2.2. Tujuan Khusus .....	3
1.3. Ruang Lingkup .....	4
1.3.1. Sasaran .....	4
1.3.2. Tempat .....	4
1.3.3. Waktu .....	4
1.4. Manfaat.....	4
1.4.1. Bagi Institusi Pendidikan.....	4
1.4.2. Bagi Penulis .....	4
1.4.3. Bagi Lahan Praktik .....	4
1.4.4. Bagi Klien .....	5
1.4.5. Bagi Penyusun LTA Selanjutnya .....	5

BAB II TINJAUAN PUSTAKA .....	6
2.1. Konsep Kehamilan .....	6
2.1.1 Definisi.....	6
2.1.2 Proses Terjadinya Kehamilan .....	6
2.1.3 Tanda-Tanda Kehamilan .....	9
2.1.4. Menentukan Usia Kehamilan .....	11
2.1.5. Perubahan Dan Adaptasi Psikologis Pada Kehamilan Trimester III 13	
2.1.6. Tanda Bahaya Kehamilan.....	14
2.1.7. Konsep Dasar Asuhan Antenatal.....	15
2.1.8. Kartu Skor Poedji Rochjati .....	19
2.2. Konsep Persalinan .....	21
2.2.1. Definisi.....	21
2.2.2. Sebab-Sebab Mulainya Persalinan .....	22
2.2.3. Mekanisme Persalinan.....	23
2.2.4. Tanda-Tanda Mulainya Persalinan.....	25
2.2.5. Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan .....	26
2.2.6. Persalinan Kala I .....	32
2.2.7. Persalinan Kala II .....	35
2.2.8. Persalinan Kala III .....	37
2.2.9. Persalinan Kala IV.....	39
2.3. Konsep Nifas .....	42
2.3.1. Definisi.....	42
2.3.2. Tahapan Masa Nifas .....	42
2.3.3. Perubahan Psikologis Masa Nifas .....	43
2.3.4. Perubahan Fisiologis Masa Nifas .....	43
2.3.5. Tujuan Masa Nifas .....	50

2.3.6.	Program Masa Nifas .....	50
2.3.7.	Tanda Bahaya Masa Nifas.....	52
2.4.	'Konsep Bayi Baru Lahir .....	54
2.4.1.	Definisi.....	54
2.4.2.	Ciri-ciri bayi baru lahir normal .....	54
2.4.3.	Pengkajian bayi baru lahir.....	55
2.4.4.	Adaptasi bayi baru lahir .....	61
2.4.5.	Tanda Bahaya bayi baru lahir .....	67
2.4.6.	Makrosomia.....	68
2.5.	Konsep Keluarga Berencana .....	71
2.5.1.	Definisi.....	71
2.5.2.	Tujuan KB.....	71
2.5.3.	Langkah-langkah Konseling KB.....	71
2.5.4.	KB Suntik 3 bulan ( <i>depo provera</i> ).....	72
2.6.	Konsep Manajemen Kebidanan .....	74
2.6.1.	Definisi Manajemen Kebidanan .....	74
2.6.2.	Prinsip Manajemen Kebidanan.....	74
2.6.3.	Langkah-langkah Manajemen Kebidanan.....	75
2.7.	Dokumentasi Asuhan Kebidanan.....	78
2.7.1.	Definisi.....	78
2.7.2.	Fungsi Dokumentasi .....	78
2.7.3.	Tujuan Dokumentasi .....	79
2.7.4.	Model Dokumentasi Asuhan Kebidanan .....	81
BAB III	KERANGKA KONSEP .....	83
3.1.	Kerangka konsep kegiatan.....	83
3.2.	Keterangan Kerangka Konsep.....	84
BAB IV	LAPORAN PELAKSANAAN ASUHAN .....	86

4.1 Laporan Pelaksanaan Asuhan Kehamilan .....	86
1. Kunjungan Kehamilan I .....	86
2. Kunjungan Kehamilan II .....	90
3. Kunjungan Kehamilan III .....	93
4. Kunjungan Kehamilan IV .....	95
4.2 Laporan Pelaksanaan Asuhan Persalinan .....	97
1. Asuhan Persalinan Kala I .....	97
2. Asuhan Persalinan Kala II .....	99
3. Asuhan Persalinan Kala III .....	100
4. Asuhan Persalinan Kala IV .....	102
4.3 Laporan Pelaksanaan Asuhan Nifas .....	104
1. Kunjungan Masa Nifas I .....	104
2. Kunjungan Nifas II .....	107
3. Kunjungan Nifas III .....	109
4. Kunjungan Nifas IV .....	111
4.4 Laporan Pelaksanaan Asuhan BBL .....	113
1. Kunjungan BBL I (2 jam) .....	113
2. Kunjungan BBL II (28 hari) .....	117
4.5 Laporan Pelaksanaan Asuhan KB .....	119
1. Kunjungan I KB .....	119
2. Kunjungan Evaluasi KB .....	120
BAB V PEMBAHASAN .....	122
5.1 Pembahasan Asuhan Kebidanan Kehamilan .....	122
5.2 Pembahasan Asuhan Kebidanan Persalinan .....	126
5.3 Pembahasan Asuhan Kebidanan Nifas .....	129
5.4 Pembahasan Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir .....	131
5.5 Pembahasan Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana .....	132

BAB VI PENUTUP .....	134
6.1 Kesimpulan.....	134
6.1.1 Asuhan Kebidanan pada Kehamilan.....	134
6.1.2 Asuhan Kebidanan pada Persalinan.....	134
6.1.3 Asuhan Kebidanan pada Masa Nifas.....	135
6.1.4 Asuhan Kebidanan pada Bayi Baru Lahir.....	135
6.1.5 Asuhan Kebidanan pada Keluarga Berencana.....	135
6.2 Saran .....	136
6.2.1 Bagi Institusi Pendidikan .....	136
6.2.2 Bagi Penulis.....	136
6.2.3 Bagi Lahan Praktik .....	136
6.2.4 Bagi Klien.....	137
6.2.5 Bagi Penyusun LTA Selanjutnya.....	137
DAFTAR PUSTAKA.....	
LAMPIRAN.....	

## DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 Tinggi Fundus Uteri .....	13
Tabel 2. 2 Diagnosis perdarahan antepartum .....	14
Tabel 2. 3 Pemberian Imunisasi TT .....	18
Tabel 2. 4 Kadar Hb ibu hamil dan ibu tidak hamil.....	18
Tabel 2. 5 Jenis Panggul .....	29
Tabel 2. 6 Bidang hodge.....	29
Tabel 2. 7 Frekuensi minimal penilaian dan intervensi dalam persalinan normal	32
Tabel 2. 8 Proses involusi uterus.....	44
Tabel 2. 9 Nilai <i>APGAR Score</i> .....	56
Tabel 2. 10 Ukuran muka belakang.....	60
Tabel 2. 11 Ukuran lingkaran Kepala .....	60
Tabel 2. 12 Ukuran melintang.....	60
Tabel 2. 13 Mekanisme Homeostatis atau Adaptasi bayi baru lahir.....	67

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Proses Terjadinya Kehamilan .....	6
Gambar 2. 2 Kartu skor Poedji Rochjati .....	21
Gambar 2. 3 Mekanisme Persalinan .....	23
Gambar 2. 4 Mekanisme kehilangan panas pada bayi .....	63

## DAFTAR LAMPIRAN

1. Jadwal Pelaksanaan LTA
2. Lembar Persetujuan Pembimbing
3. Surat Pengantar LTA
4. *Inform Consent*
5. Dokumentasi Laporan Pasien (Buku KIA, Partograf, Buku Kunjungan, dll)
6. Dokumentasi pelaksanaan asuhan kebidanan komprehensif
7. Lembar Konsultasi
8. Pernyataan Keaslian Tulisan
9. *Curriculum Vitae*

## DAFTAR SINGKATAN

AC	: Air Conditioner
AIDS	: <i>Acquire immune deficiency syndrome</i>
AKB	: Angka kematian bayi
AKBK	: Alat Kontrasepsi Bawah Kulit
AKDR	: Alat koontrasepsi dalam rahim
AKI	: Angka kematian ibu
AKN	: Angka Kematian Neonatus
ASI	: Air susu ibu
BAB	: Buang air besar
BAK	: Buang air kecil
BBLR	: Berat Badan Lahir Rendah
BMR	: <i>Basal metabolism rate</i>
BUH	: <i>Blood Urea Nitrogen</i>
CRT	: <i>Capillary Refill Time</i>
DJJ	: Denyut jantung janin
DM	: Diabetes mellitus
FSH	: <i>Follicle Stimulating Hormone</i>
Hb	: <i>Hemoglobin</i>
HCG	: <i>Human chorionic gonadotropin</i>
HIV	: Human immunodeficiency virus
HPHT	: Hari pertama haid terahir
HPL	: Hormon Plasenta
IMS	: Infeksi menular seksual
IMT	: Indeks Massa Tubuh
ISK	: Infeksi saluran kemih

KB	: Keluarga berencana
KRR	: Kehamilan Resiko Rendah
KRST	: Kehamilan Resiko Sangat Tinggi
KRT	: Kehamilan Resiko Tinggi
KSPR	: Kartu Skor Poedji Rochjati
LH	: <i>Luteinizing Hormone</i>
LTA	: Laporan tugas akhir
MAL	: Metode amenore laktasi
MDGs	: <i>Millenium development goals</i>
MOB	: <i>Metode Ovulasi Billing</i>
MSB	: Metode suhu basal
PAP	: Pintu atas panggul
PMS	: Penyakit Menular Seksual
PTT	: Penegangan Tali pusat Terkendali
SDGs	: <i>Sustainable development goals</i>
TBC	: <i>Tuberculosis</i>
TD	: Tekanan Darah
TFU	: Tinggi fundus uteri
TP	: Tafsiran persalinan
TTV	: Tanda - tanda vital
UK	: Usia kehamilan
UHC	: <i>Universa Health Care</i>
USG	: <i>Ultrasonografi</i>
VDRL	: <i>Veneral disease research laboratory</i>
VT	: <i>Vagina toucher</i>

# BAB I PENDAHULUAN

## 1.1. Latar Belakang

AKI adalah jumlah kematian ibu selama masa kehamilan, persalinan dan nifas yang disebabkan oleh kehamilan, persalinan, dan nifas atau pengelolaannya tetapi bukan karena sebab-sebab lain seperti kecelakaan, terjatuh, dll di setiap 100.000 kelahiran hidup. Upaya percepatan penurunan AKI dapat dilakukan dengan menjamin agar setiap ibu mampu mengakses pelayanan kesehatan ibu yang berkualitas, seperti pelayanan kesehatan ibu hamil, pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih di fasilitas pelayanan kesehatan, perawatan pasca persalinan bagi ibu dan bayi, perawatan khusus dan rujukan jika terjadi komplikasi, kemudahan mendapatkan cuti hamil dan melahirkan, dan pelayanan keluarga berencana. Peningkatan AKI yang signifikan yaitu menjadi 359 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup. Selain itu, Angka Kematian Bayi (AKB) juga menyita perhatian terhadap upaya penurunan angka kematian neonatal (0-28 hari) menjadi penting karena kematian neonatal memberi kontribusi terhadap 59% kematian bayi. Angka Kematian Neonatus (AKN) sebesar 19 per 1.000 kelahiran hidup (Kemenkes RI, 2015).

*Sustainable Development Goals* (SDGs) merupakan sebuah acuan dalam kerangka pembangunan dan perundingan negara-negara di dunia. Konsep SDGs melanjutkan konsep pembangunan *Millenium Development Goals* (MDGs), konsep itu sudah berakhir pada tahun 2015. Secara garis besar ada 17 tujuan SDGs. Sebagai tujuan kesehatan kesehatan anak dan remaja. Target capaian mengurangi angka kematian

global ibu kurang dari 70 per 100 000 kelahiran hidup pada tahun 2030, dan mengakhiri kematian dengan menurunkan angka kematian neonatal 12 per 1000 kelahiran hidup dan angka kematian balita setidaknya 25 per 1000 kelahiran hidup (Health, 2015).

Di Jawa Timur, capaian pada tahun 2014 Angka Kematian Ibu (AKI) dengan target 80 per 100.000 kelahiran hidup dan Angka Kematian Bayi (AKB) dengan target 29,5 per 100.000 kelahiran hidup pada cakupan tahun 2014, cakupan pelayanan konseling pada ibu hamil target 100%, persalinan oleh Tenaga Kesehatan (Linakes) sebesar 92,45%, kunjungan neonatus dengan target 95%, cakupan pelayanan KB aktif target 70% (Dinkes Jatim, 2014).

Laporan dari Dinas Kesehatan Kabupaten Malang tahun 2016, Angka kematian Ibu (AKI) sebesar 21 per 100.000 kelahiran hidup dan Angka Kematian Bayi (AKB) sebesar 180 per 1000 kelahiran hidup, cakupan kunjungan ibu hamil tahun 2016 sebesar 42.937, cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan sebesar 40.986, pemantauan masa nifas oleh nakes sebesar 40.986 (Dinkes, 2016).

Ny "P" berusia 21 Tahun  $G_1 P_{0000} Ab_{000}$  yang pernah memiliki riwayat penyakit typhoid pada awal kehamilannya. Dimana masa kehamilan sangat menentukan pada saat persalinan juga akan menentukan pada saat nifas dan bayi yang dilahirkan. Maka penulis tertarik untuk melakukan Asuhan Kebidanan Secara Komprehensif pada Ny "P" Usia 21 Tahun dari Kehamilan sampai KB di Wilayah Pakis Kab. Malang.

SDGs UHC (*Universa Health care*) reproduksi, ibu, bayi baru lahir, Rumusan Masalah

“Bagaimana asuhan kebidanan secara komprehensif pada Ny P usia 21 tahun G<sub>1</sub> P<sub>0000</sub> Ab<sub>000</sub> di BPM Anik Rohanjarwati, Amd. Keb dari masa kehamilan, bersalin, bayi baru lahir, nifas dan KB ?”

## **1.2. Tujuan**

### **1.2.1. Tujuan Umum**

Mampu melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif secara *continuity of care* dengan penerapan manajemen asuhan kebidanan pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir, dan keluarga berencana serta pendokumentasian menggunakan SOAP.

### **1.2.2. Tujuan Khusus**

1. Mahasiswa dapat melakukan pengkajian,menentukan diagnosa, menentukan rencana asuhan, melaksanakan implementasi, mengevaluasi, dan dokumentasi SOAP pada ibu hamil.
2. Mahasiswa dapat melakukan pengkajian,menentukan diagnosa, menentukan rencana asuhan, melaksanakan implementasi, mengevaluasi, dan dokumentasi SOAP pada ibu bersalin.
3. Mahasiswa dapat melakukan pengkajian,menentukan diagnosa, menentukan rencana asuhan, melaksanakan implementasi, mengevaluasi, dan dokumentasi SOAP pada ibu nifas.
4. Mahasiswa dapat melakukan pengkajian, menentukan diagnosa, menentukan rencana asuhan, melaksanakan implementasi, mengevaluasi, dan dokumentasi SOAP pada bayi baru lahir.
5. Mahasiswa dapat melakukan pengkajian, menentukan diagnosa, menentukan rencana asuhan, melaksanakan implementasi, mengevaluasi, dan dokumentasi SOAP pada ibu keluarga berencana (KB).

### **1.3. Ruang Lingkup**

#### **1.3.1. Sasaran**

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

#### **1.3.2. Tempat**

Tempat pelaksanaan dari laporan proposal ini yaitu di wilayah kerja BPM Anik Rohanjarwati, Amd. Keb Pakis Kab. Malang.

#### **1.3.3. Waktu**

Waktu pelaksanaan yang diperlukan penulis untuk melaksanakan proposal sampai dengan tugas akhir yaitu mulai bulan Maret sampai dengan bulan Agustus 2017.

### **1.4. Manfaat**

#### **1.4.1. Bagi Institusi Pendidikan**

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

#### **1.4.2. Bagi Penulis**

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

#### **1.4.3. Bagi Lahan Praktik**

Dapat dijadikan sebagai acuan untuk meningkatkan mutu pelayanan kebidanan.

**1.4.4. Bagi Klien**

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

**1.4.5. Bagi Penyusun LTA Selanjutnya**

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

## BAB II TINJAUAN PUSTAKA

### 2.1. Konsep Kehamilan

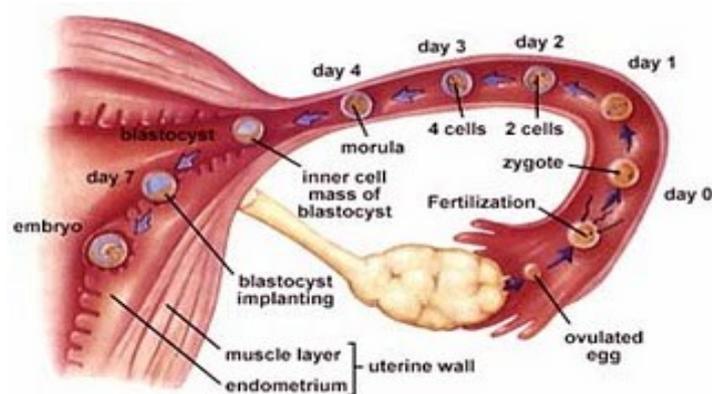
#### 2.1.1 Definisi

Kehamilan merupakan proses alamiah untuk menjaga kelangsungan peradaban manusia. Kehamilan baru bisa terjadi jika seorang wanita sudah mengalami pubertas yang ditandai dengan terjadinya menstruasi (Hani dkk, 2010).

Kehamilan adalah pertumbuhan dan perkembangan janin *intrauterine* mulai sejak konsepsi sampai permulaan persalinan (Vivian, 2011).

Proses kehamilan dimulai dengan terjadinya konsepsi. Konsepsi adalah bersatunya sel telur (*ovum*) dan *sperma*. Proses kehamilan (*gestasi*) berlangsung selama 40 minggu atau 280 hari dihitung dari hari pertama menstruasi terakhir (Kamariyah dkk, 2014).

#### 2.1.2 Proses Terjadinya Kehamilan



**Gambar 2. 1 Proses Terjadinya Kehamilan**

Sumber: Hani, dkk (2010)

Menurut Hani, dkk(2010) proses terjadinya kehamilan yaitu :

a. *Ovum*

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

b. *Sperma*

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

c. *Fertilisasi*

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

d. Pembelahan

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

#### e. Nidasi/Implantasi

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

#### 2.1.3 Tanda-Tanda Kehamilan

Menurut Hani,dkk (2010) Tanda – tanda kehamilan adalah sekumpulan tanda atau gejala yang timbul pada wanita hamil dan terjadi akibat adanya perubahan fisiologi dan psikologi pada masa kehamilan.

##### 1) Tanda tidak pasti (*presumptive sign*)

1. *Amenorea* (berhenti menstruasi)
2. Mual (*nausea*) dan muntah (*emesis*)
3. Ngidam (menginginkan makanan tertentu)
4. *Syncope* ( pingsan )

5. Kelelahan
6. Payudara tegang
7. Sering miksi
8. Konstipasi atau obstipasi
9. Pigmentasi kulit

Terjadi akibat pengaruh hormon *kortikosteroid plasenta* yang merangsang *melanofor* dan kulit. *Pigmentasi* ini meliputi tempat – tempat berikut ini :

- a. Sekitar pipi : *cloasma gravidarum*
- b. Sekitar leher
- c. Dinding perut: *striae livideal gravidarum*, *striae nigra*, dan *linea griseal nigra*.
- d. Sekitar payudara: *hiperpigmentasi* aerola mammae dan kelenjar montgomeri menonjol.
- e. Sekitar pantat dan paha atas, terdapat *striae* akibat pembesaran bagian tersebut

10. *Varises* atau penampakan pembuluh darah vena.

2) Tanda kemungkinan (*probability sign*)

1. Pembesaran perut

2. Tanda *hegar*

Pelunakan dan dapat ditekannya isthmus uteri.

3. Tanda *goodel*

Perlunakan *serviks* seperti bibir.

4. Tanda *chadwicks*

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

5. Tanda *piscasek*

Pembesran uterus yang tidak simetris.

6. Kontraksi *braxton hicks*

Merupakan peregangan sel – sel otot uterus, akibat meningkatnya actomysin di dalam otot uterus, biasanya timbul pada kehamilan delapan minggu, tetapi baru dapat diamati dari pemeriksaan abdominal pada trimester ketiga.

7. Teraba *ballotement*.

8. Pemeriksaan tes biologis kehamilan (planotest) positif.

Pemeriksaan ini adalah untuk mendeteksi adanya *human chorionic gonadotropin* (HCG) yang diproduksi selama kehamilan.

3) Tanda pasti (*positive sign*)

1. Gerakan Janin

2. Denyut jantung janin

Denyut jantung janin biasanya terdengar dengan alat bantu *funandoskop* atau *dopler*.

3. Bagian – bagian janin

4. Kerangka janin

Kerangka janin dapat dilihat dengan foto *rontgen* maupun USG

#### 2.1.4. Menentukan Usia Kehamilan

Cara menghitung usia kehamilan dan tafsiran persalinan menurut Sulistyawati (2014) yaitu :

1. Rumus *Naegele*

Yaitu untuk menghitung HPHT (Hari Pertama Haid Terakhir), usia kehamilan, dan TP (Tafsiran Persalinan).

HPHT adalah hari pertama haid terakhir seorang wanita sebelum hamil. Cara menentukan HPHT adalah dengan melakukan anamnesa pada ibu secara tepat. HPHT yang tepat adalah tanggal dimana ibu baru mengeluarkan darah menstruasi dengan frekuensi dan lama seperti menstruasi biasa. TP adalah tanggal taksiran perkiraan persalinan ibu. Bisa ditentukan setelah HPHT didapatkan.

Berikut rumus yang digunakan :

- a. Jika bulan 4-12

TP = Tanggal HPHT ditambahkan 7

Bulan HPHT dikurangi 3

Tahun HPHT ditambah 1

- b. Jika bulan 1-3

TP = Tanggal HPHT ditambahkan 7

Bulan HPHT ditambah 9

Tahun HPHT ditambah 0

Untuk menghitung usia kehamilan :

- a. Jika dari HPHT

Dihitung secara rinci hari-hari yang sudah dilalui dimulai dari HPHT sampai tanggal pemeriksaan atau tanggal penghitungan

- b. Jika dari TP

Dihitung secara rinci hari-hari yang belum dilalui secara mundur dimulai dari TP sampai tanggal pemeriksaan atau tanggal penghitungan, kemudian mengurangi dari 40 minggu (bulan *aterm*) dengan hasil hitungan.

## 2. Perkiraan Tinggi Fundus Uteri

**Tabel 2. 1 Tinggi Fundus Uteri**

<b>TINGGI FUNDUS UTERI</b>	<b>UMUR KEHAMILAN</b>
1/3 diatas simfisis	12 minggu
1/2 simfisis- pusat	16 minggu
2/3 di atas simfisis 20cm)	20 minggu
Setinggi pusat (23cm)	22 minggu
1/3 di atas pusat (26cm)	28 minggu
1/2 pusat-prosesus xifoideus (30cm)	34 minggu
Setinggi prosesus xifoideus (33cm)	36 minggu
2 jari (4cm) di bawah prosesus xifoideus	40 Minggu

Sumber : Vivian, 2011

### 2.1.5. Perubahan Dan Adaptasi Psikologis Pada Kehamilan Trimester III

Trimester ketiga sering kali disebut periode menunggu/penantian dan waspada sebab pada saat itu ibu merasa tidak sabar menunggu kelahiran bayinya. Trimester III adalah waktu untuk mempersiapkan kelahiran dan kedudukan sebagai orang tua seperti terpusatnya perhatian pada kelahiran bayi.

Gerakan bayi dan membesarnya perut merupakan dua hal yang mengingatkan ibu akan bayinya. Kadang-kadang ibu merasa khawatir bahwa bayinya akan lahir sewaktu-waktu. Ini menyebabkan ibu meningkatkan kewaspadaannya akan timbulnya tanda dan gejala akan terjadinya persalinan. Ibu sering kali merasa khawatir atau cemas apakah bayi yang akan dilahirkannya normal. Kebanyakan ibu juga akan bersikap melindungi janinnya dan akan menghindari orang atau benda apa saja yang dianggapnya membahayakan janinnya. Seorang ibumungkin mulai merasa takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang akan timbul pada waktu melahirkan. Rasa tidak nyaman akibat kehamilan timbul kembali pada trimester ketiga dan banyak ibu merasa dirinya aneh dan jelek.

Disamping itu ibu mulai merasa sedih karena akan berpisah dari janinnya dan kehilangan perhatian khusus yang diterima selama hamil. Pada trimester inilah ibu memerlukan penjelasan dan dukungan dari suami, keluarga, dan bidan.

Trimester ketiga merupakan saat persiapan aktif untuk kelahiran bayi yang akan dilahirkan dan bagaimana rupanya. Mungkin nama bayi yang akan dilahirkan juga sudah dipilih. Trimester ketiga adalah saat persiapan aktif untuk kelahiran bayi dan menjadi orang tua. Keluarga mulai menduga-duga tentang jenis kelamin bayinya (apakah laki-laki atau perempuan) dan akan mirip siapa (Dewi & Sunarsih, 2011).

#### 2.1.6. Tanda Bahaya Kehamilan

Tanda bahaya ibu dan janin pada masa kehamilan lanjut menurut Hani, dkk (2010) dalam bukunya sebagai berikut:

**Tabel 2. 2 Diagnosis perdarahan antepartum**

GEJALA DAN TANDA UTAMA	FAKTOR PREDISPOSISI	PENYULIT LAIN	DIAGNOSIS
1. Perdarahan tanpa nyeri, usai gestasi > 22 mg 2. Darah segar/kehitaman dengan bekuan 3. Perdarahan dapat terjadi setelah miksi atau defekasi, aktifitas fisik, kontraksi Braxton hicks atau koitus	Grande multipara	1. Syok 2. Perdarahan setelah koitus 3. Tidak ada kontraksi uterus 4. Bagian terendah janin tidak masuk PAP 5. Kondisi janin normal atau terjadi gawat janin	Plasenta previa
1. Perdarahan dengan nyeri intermitten atau menetap 2. Warna darah kehitaman atau cair, tapi mungkin ada bekuan jika solusio relative baru	Hipertensi Versi luar Trauma abdomen Polihidramnion Gemeli Defisiensi gizi	1. Syok yang tidak sesuai dengan jumlah darah yang keluar (tiper tersembunyi) 2. Anemia berat 3. Melemah atau hilangnya gerak janin 4. Gawat janin/	Solusio plasenta

3. Jika ostium terbuka, terjadi perdarahan merah segar			hilangnya DJJ	
			5. Uterus tegang dan nyeri	
1. Perdarahan intraabdominal atau vaginal	1. Riwayat SC	1. Syok atau takikardia		Rupture uteri
2. Nyeri hebat sebelum perdarahan dan syok yang kemungkinan hilang setelah terjadi regangan hebat pada perut bawah (kondisi ini tidak khas)	2. Partus lama atau kasip (lewat waktunya)	2. Adanya cairan bebas intraabdominal		
	3. Disproporsi kepala/fetopelvis	3. Hilangnya gerak dan DJJ		
	4. Kelainan ketak atau presentasi	4. Bentuk uterus abnormal atau konturnya tidak jelas		
	5. Persalinan traumatic	5. Nyeri raba atau tekan dinding perut dan bagian-bagian janin mudah dipalpasi		
1. Perdarahan berwarna merah	1. Solusio plasenta	1. Perdarahan gusi		Gangguan pembekuan darah
2. Uji pembekuan darah tidak menunjukkan adanya bekuan darah setelah tujuh menit	2. Janin mati dalam rahim	2. Gambaran memar bawah kulit		
3. Rendahnya factor pembekuan darah, fibrinogen, trombosit, fragmentasi sel darah merah	3. Ekkampsia	3. Perdarahan dari tempat suntikan dan jarum infus		
	4. Emboli air ketuban			

Sumber: Hani dkk, 2010

### 2.1.7. Konsep Dasar Asuhan Antenatal

#### a. Pengertian

Asuhan antenatal adalah upaya preventif program pelayanan kesehatan obstetrik untuk optimalisasi luaran maternal dan neonatal melalui serangkaian kegiatan pemantauan (Prawirohardjo, 2011).

#### b. Tujuan asuhan antenatal

Menurut Hani, dkk (2010) tujuan asuhan antenatal sebagai berikut:

- 1) Membangun rasa saling percaya antara klien dan tenaga kesehatan

- 2) Mengupayakan terwujudnya kondisi terbaik bagi ibu dan bayi yang dikandungnya
- 3) Memperoleh informasi dasar tentang kesehatan ibu dan kehamilannya
- 4) Mengidentifikasi dan menata laksana kehamilan resiko tinggi
- 5) Memberikan pendidikan kesehatan yang diperlukan dalam menjaga kualitas kehamilan dan merawat bayi
- 6) Menghindarkan gangguan kesehatan selama kehamilan yang akan membahayakan keselamatan ibu hamil dan bayinya.

c. Jadwal Kunjungan

Menurut Romauli (2011) sedikitnya ada 4 kali kunjungan selama masa kehamilan yaitu :

- 1) Trimester I (sebelum 14 minggu) 1 kali kunjungan
- 2) Trimester II (antara 14-28 minggu) 1 kali kunjungan
- 3) Trimester III (antara 28-36 minggu)
- 4) Trimester III (sesudah 36 minggu).

d. Standart Asuhan Kehamilan

Menurut Walyani (2015) pelayanan standar asuhan, yaitu 14 T :

- 1) Timbang berat badan dan tinggi badan

Tinggi badan ibu dikategorikan adanya resiko apabila hasil pengukuran < 145 cm. Berat badan ditimbang setiap ibu datang atau berkunjung untuk mengetahui kenaikan BB dan penurunan BB. Kenaikan BB ibu hamil normal rata-rata 6,5 kg sampai 16 kg. Kenaikan berat badan setiap wanita hamil berbeda, tergantung dari tinggi badan dan berat badannya sebelum kehamilan, ukuran bayi dan plasenta, dan kualitas diet makan sebelum dan selama kehamilan. Cara yang dipakai untuk menemukan berat

badan menurut tinggi badan adalah dengan menggunakan indeks massa tubuh (IMT) dengan rumus berat badan sebelum hamil 52 kg dan tinggi badan 1,57 meter. Maka IMT nya adalah  $52/(1,57)^2 = 21,1$ . Nilai IMT mempunyai rentang sebagai berikut : Total peningkatan berat badan yang diharapkan selama kehamilan menurut WHO

- a. >30 obesitas-kegemukan 6-9 kg
- b. 25-29,9 berat badan berlebihan 6-11 kg
- c. 18,5-24,9 berat badan ideal 11-15 kg
- d. <18,5 berat badan kurang 12-18 kg

2) Tekanan darah

Tekanan darah yang normal 110/80-120/90 mmHg, bila tekanan darah yang cenderung naik perlu diwaspadai adanya *Preeklampsia*.

3) Pengukuran tinggi fundus uteri (TFU)

Menggunakan pita sentimeter, letakkan titik nol pada tepi atas simpisis dan rentangkan sampai fundus uteri (fundus tidak boleh ditekan)

4) Pemberian tablet tambah darah (Tablet Fe)

Untuk memenuhi kebutuhan volume darah pada ibu hamil dan nifas, karena masa kehamilan kebutuhan meningkat seiring dengan pertumbuhan janin . pemberian tablet Fe sebanyak 90 tablet selama kehamilan.

5) Pemberian imunisasi TT

Untuk melindungi dari tetanus neonatorum. Efek samping TT yaitu nyeri, kemerah-merahan dan bengkak untuk 1-2 hari pada tempat penyuntikan.

**Tabel 2. 3 Pemberian Imunisasi TT**

<b>ANTI GEN</b>	<b>INTERVAL (SELANG WAKTU MINIMAL)</b>	<b>LAMA PERLINDUNGAN</b>	<b>%PERLINDUNGAN</b>
TT1	Pada kunjungan antenatal pertama	-	-
TT2	4 minggu setelah TT1	3 tahun	80
TT3	6 bulan setelah TT2	5 tahun	95
TT4	1 tahun setelah TT3	10 tahun	99
TT5	1 tahun setelah TT4	25 tahun/seumur hidup	99

Sumber: Hani dkk, 2010

6) Pemeriksaan Hb

Pemeriksaan Hb dilakukan pada kunjungan ibu hamil yang pertama kali, lalu diperiksa lagi menjelang persalinan. Pemeriksaan Hb adalah salah satu upaya untuk mendeteksi anemia pada ibu hamil.

**Tabel 2. 4 Kadar Hb ibu hamil dan ibu tidak hamil**

<b>Ibu Hamil</b>	<b>Wanita biasa</b>	<b>Ket</b>
Hb > 11 gr%	Hb 10 gr% - 13 gr %	Tidak anemia
Hb 9 gr% - 10 g %	Hb 8 gr% - 9,9 gr%	Anemia ringan
Hb 7 gr% - 8 gr%	Hb 6 gr% - 7,9 gr%	Anemia sedang
Hb > 7 gr%	Hb < 6 gr%	Anemia berat

Sumber : Tarwoto, 2007

7) Pemeriksaan protein urine

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

8) Pemeriksaan VDRL (*Veneral Disease Research Lab*)

Pemeriksaan VDRL untuk mengetahui adanya troponema pallidum/penyakit menular seksual, antara lain syphilis.

9) Pemeriksaan urine reduksi

Dilakukan pemeriksaan urin reduksi hanya kepada ibu dengan indikasi penyakit diabetes melitus atau riwayat penyakit gula pada keluarga ibu dan suami.

10) Perawatan payudara

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

11) Senam ibu hamil

Bermanfaat membantu ibu dalam persalinan dan mempercepat pemulihan setelah melahirkan.

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

Kekurangan yodium dipengaruhi oleh faktor-faktor lingkungan dimana tanah dan air tidak mengandung unsur yodium. Akibat kekurangan yodium dapat mengakibatkan gondok dan kretin

14) Temu wicara

Menurut Hani, dkk, (2010) temu wicara mengenai persiapan tentang segala sesuatu yang kemungkinan terjadi selama kehamilan penting dilakukan. Hal ini penting karena bila terjadi komplikasi dalam kehamilan, ibu dapat segera mendapat pertolongan secara tepat.

#### **2.1.8. Kartu Skor Poedji Rochjati**

Menurut Nugroho (2014), Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR), yaitu berupa kartu skor yang digunakan sebagai alat skrining antenatal berbasis keluarga guna menemukan faktor risiko ibu hamil, yang selanjutnya dilakukan upaya terpadu untuk menghindari dan mencegah kemungkinan terjadinya upaya komplikasi obstetrik pada saat persalinan.

Manfaat KSPR adalah dapat menemukan faktor resiko ibu hamil, digunakan untuk menentukan kelompok resiko ibu hamil, dan sebagai alat pencatat kondisi ibu hamil. Berdasarkan jumlah skor kehamilan dibagi menjadi tiga kelompok:

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

Cara Memberikan Sistem skoring/ cara pemberian :

- a. Skor 2: Kehamilan Risiko Rendah (KRR)  
Diberikan sebagai skor awal, untuk umur dan paritas pada semua ibu hamil.
- b. Skor 4: Kehamilan Risiko Tinggi (KRT)  
Diberikan untuk setiap faktor risiko pada klasifikasi KRT.
- c. Skor 8: Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST)  
Diberikan pada ibu hamil dengan bekas operasi sesar, letak sungsang, letak lintang, perdarahan antepartum dan preeklamsia berat/ eklamsia.

Berdasarkan hasil skoring menggunakan KSPR, maka dapat direncanakan persalinan pada kehamilan sekarang, dengan kriteria:

- a. Ibu hamil dengan skor 6 atau lebih: dianjurkan bersalin dengan tenaga kesehatan.
- b. Ibu hamil dengan skor 12 atau lebih: dianjurkan bersalin di rumah sakit atau dengan dokter spesialis kandungan (Sp.OG.).

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

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

KEL. F.R.	No	Masalah / Faktor Risiko	SKOR	Tribulan		
				I	II	III
		Skor Awal Ibu Hamil	2			
I	1	Tertalu muda hamil (< 16 th)	4			
	2	a. Tertalu lambat hamil 1, namun > 4th b. Tertalu tua, hamil 1 > 35 th	4			
	3	Tertalu cepat hamil lagi (< 2 th)	4			
	4	Tertalu lama hamil lagi (> 10 th)	4			
	5	Tertalu banyak anak, 4 / lebih	4			
	6	Tertalu tua, umur > 35 tahun	4			
	7	Tertalu pendek < 145 Cm	4			
	8	Pemah gagal kehamilan	4			
	9	Pemah melahirkan dengan : a. Tarikan tang / vakum b. Uti drogga c. Diben infus/Transfus	4			
	10	Pemah Operasi Sesar	8			
II	11	Penyakit pada ibu hamil : a. Kuning darah b. Malaria c. TBC Paru d. Payah jantung e. Kencing Manis (Diabetes) f. Penyakit Menular Seksual	4			
	12	Bengkak pada muka / tungkai dan Tekanan darah tinggi	4			
	13	Hamil kembar 2 atau lebih	4			
	14	Hamil kembar air (Hydrannon)	4			
	15	Bayi mati dalam kandungan	4			
	16	Kehamilan lebih bulan	4			
	17	Lebak Sungsang	8			
	18	Lebak Lintang	8			
	19	Pendarahan dalam kehamilan ini	6			
	20	Preeklampsia Berat / Kejang-2	8			
JUMLAH SKOR						

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

JML. SKOR	KEHAMILAN		PERSALINAN DENGAN RISIKO			
	PERA BAHAN	RUJUKAN	TEMPAT	PEND LUNG	RUJUKAN	RUJUKAN
2	KBB	BIKUN	TIDAK TERENCANA	RUJUKAN	RUJUKAN	RUJUKAN
6-10	KRT	BIKUN	BIKUN	POLINDES	BIKUN	RUJUKAN
20-18	KBB	BIKUN	BIKUN	RUJUKAN	RUJUKAN	RUJUKAN

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

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

Tempat Perawatan Kehamilan : 1. Polindes 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 4. Puskesmas

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

**Gawat Obstetrik :**      **Gawat Darurat Obstetrik :**  
**Kel. Faktor Risiko I & II**      • **Kel. Faktor Risiko III**  
 1. .... 1. Pendarahan antepartum  
 2. .... 2. Eklampsia  
 3. .... • **Komplikasi Obstetrik**  
 4. .... 3. Pendarahan postpartum  
 5. .... 4. Uti Tertinggal  
 6. .... 5. Persalinan Lama  
 7. .... 6. Pemas Tinggi

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

**PASCA PERSALINAN :**      **TEMPAT KEMATIAN IBU :**  
**IBU :** 1. Hidup 1. Rumah Ibu  
 2. Mati, dengan penyebab : 2. Rumah bidan  
 a. Pendarahan b. Preeklampsia/Eklampsia 3. Polindes  
 c. Partus lama d. Infeksi e. Lain-2 4. Puskesmas

**BAYI :**  
 1. Berat lahir : .... gram, Laki-2/Perempuan 6. Perjalanan  
 2. Lahir hidup : Appar Skor : ..... 7. Lain-2  
 3. Lahir mati, penyebab :  
 4. Mati sesudah, umur : .. hr, penyebab :  
 5. Kelahiran bawaan : tidak ada / ada

**KEADAN 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 : .....

Gambar 2. 2 Kartu skor Poedji Rochjati

Sumber: Nugroho (2014)

## 2.2. Konsep Persalinan

### 2.2.1. Definisi

Persalinan dimulai sejak uterus berkontraksi, sehingga menyebabkan perubahan pada serviks (membuka dan menipis) dan berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap (Rohani, 2013).

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri) (Sulistiyawati dan Nugraheny, 2013).

Persalinan adalah proses pengeluaran (kelahiran) hasil konsepsi yang dapat hidup diluar *uterus* melalui vagina ke dunia luar. Proses tersebut dapat dikatakan spontan atau normal jika bayi yang dilahirkan

berada pada posisi letak belakang kepala dan berlangsung tanpa bantuan alat-alat atau pertolongan, serta tidak melukai ibu dan bayi. Pada umumnya proses ini berlangsung pada waktu kurang dari 24 jam (Sondakh, 2013).

### **2.2.2. Sebab-Sebab Mulainya Persalinan**

Banyak faktor yang memegang peranan dan bekerja sama sehingga terjadi persalinan diantaranya menurut Kuswanti (2014):

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. Pada 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 plasenta menjadi tua

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

d. Teori prostaglandin

Prostaglandin yang dihasilkan oleh desidua menjadi sebab permulaan persalinan karena menyebabkan kontraksi pada myometrium pada setiap umur kehamilan.

e. Penurunan kadar *progesterone*

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

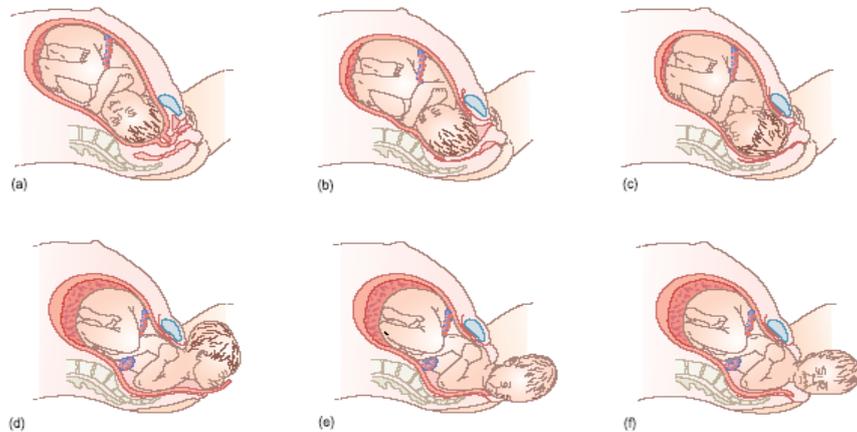
f. Teori oxytocin

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

g. 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.

### 2.2.3. Mekanisme Persalinan



**Gambar 2. 3 Mekanisme Persalinan**

Sumber: Rohani, 2011

Menurut Rohani (2011) 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 simpisis.

d. Ekstensi

Kepala sampai di dasar panggul dan terjadi ekstensi atau defleksi kepala. Hal ini disebabkan oleh gaya tahanan di dasar

panggul yang membentuk lengkungan *carus*. Dengan ekstensi suboksiput 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 simpisis dan menjadi hipomoklion untuk kelahiran bahu belakang dengan cara fleksi lateral dan selanjutnya tubuh bayi lahir searah dengan paksi jalan lahir.

#### 2.2.4. Tanda-Tanda Mulainya Persalinan

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

1. Terjadinya his persalinan

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

2. Pengeluaran lendir dengan darah

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

### 3. Pengeluaran cairan

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

### 4. Hasil-hasil yang didapatkan pada pemeriksaan dalam

- a. Perlunakan *serviks*
- b. Pendataran *serviks*
- c. Pembukaan *serviks*

## 2.2.5. Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan

### a. *Power* (Tenaga/Kekuatan)

Menurut Sondakh (2013) *power* merupakan tenaga yang dikeluarkan untuk melahirkan janin, yaitu kontraksi uterus atau his dari tenaga mengejan ibu.

#### 1) His (kontraksi Uterus)

His adalah kontraksi otot-otot rahim pada persalinan, pada bulan terakhir dari kehamilan dan sebelum persalinan dimulai, sudah ada kontraksi rahim yang disebut his. His dibedakan sebagai berikut,

- a) His pendahuluan atau his palsu (*false labor pains*), yang sebetulnya hanya merupakan peningkatan dari kontraksi *Braxton hicks*. His pendahuluan ini bersifat tidak teratur dan menyebabkan nyeri di perut bagian bawah dan lipatan paha, tidak menyebabkan nyeri yang memancar dari pinggang ke perut bagian bawah seperti his persalinan. Lamanya kontraksi pendek dan tidak bertambah kuat bila ibu berjalan, bahkan sering

berkurang. His pendahuluan tidak bertambah kuat dengan majunya waktu, bertentangan dengan his persalinan yang makin lama makin kuat. Hal ini yang paling penting adalah his pendahuluan tidak mempunyai pengaruh pada *serviks*.

- b) His persalinan, his ini pada awalnya timbul perlahan tapi teratur. Makin lama makin bertambah kuat, sampai pada puncaknya ialah yang paling kuat, cepat, dan teratur, sesuai dengan proses persalinan sampai bayi dilahirkan. Hal ini yang harus diobservasi dengan menghitung his pada waktu tertentu biasanya per 10 menit, amplitude atau intensitas adalah kekuatan his diukur dalam mmHg. Sedangkan durasi his adalah lamanya setiap his berlangsung diukur dengan detik, misalnya selam 40 detik,
- c) His pembukaan, adalah his yang menimbulkan pembukaan *serviks* sampai terjadi pembukaan lengkap 10 cm. biasanya di tandai dengan adanya rasa nyeri yang mulai kuat, teratur dan sakit.
- d) His pengeluaran, adalah his yang mendorong bayi keluar. Sangat kuat, teratur, dan simetris, terkoordinasi dan lama, biasanya koordinasi terjadi antara his kontraksi otot perut, kontraksi diafragma dan ligament.
- e) His pelepasan plasenta, adalah his dengan kontraksi sedang untuk melepaskan dan melahirkan plasenta.

f) His pengiring, yaitu kontraksi lemah, masih sedikit nyeri, menyebabkan pengecilan rahim dalam beberapa jam atau hari.

## 2) Tenaga Meneran (Kekuatan Sekunder)

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

### b. *Passage* (Jalan Lahir)

Jalan lahir terdiri atas dua jenis yaitu jalan lahir lunak dan jalan lahir keras.

1) Bagian keras merupakan tulang panggul tersusun atas empat tulang, yakni dua tulang koksa, sacrum dan tulang koksigid yang dihubungkan oleh tiga sendi. Os koksa dibagi menjadi Os. Ilium, Os. Iksium dan Os. Pubis. Bidang-bidang panggul atau hodge adalah bidang semu sebagai pedoman untuk menentukan kemajuan persalinan, yaitu seberapa jauh penurunan kepala melalui pemeriksaan dalam atau vaginal toucher (VT).

**Tabel 2. 5 Jenis Panggul**

JENIS PANGGUL	CIRI-CIRI
Ginekoid	Bentuk paling ideal, berbentuk bulat, terdapat sekitar 45% wanita.
Android	Jenis panggul pria, berbentuk segitiga, terdapat pada sekitar 15% wanita.
Anthropoid	Berbentuk lonjong seperti telur, mirip panggul kera, terdapat pada sekitar 35% wanita.
Platipeloid	Menyempit pada arah muka dan belakang (panggul pipi).

Sumber: Sondakh, 2013

**Tabel 2. 6 Bidang hodge**

Bidang <i>Hodge</i> I	Setinggi pintu atas panggul (PAP) yang dibentuk oleh promontorium, artikulasio iliaka, sayap sarkum, linea inominata, rumus superior os pubis, tepi atas simpisis pubis.
Bidang <i>hodge</i> II	Setinggi pinggir bawah simpisis pubis, berhimpit dengan PAP ( <i>Hodge</i> I).
Bidang <i>Hodge</i> III	Setinggi spina ichiadicca berhimpit dengan PAP ( <i>Hodge</i> I)
Bidang <i>Hodge</i> IV	Setinggi ujung koksigis berhimpit dengan PAP ( <i>Hodge</i> I)

Sumber : Sondakh (2013)

2) Bagian lunak terdiri atas *serviks*, *vagina*, dan otot rahim.

1) *Serviks*

Saat kehamilan *serviks* dalam keadaan menutup panjang, serta lunak. Pada saat mendekati persalinan *serviks* masih lunak dengan konsistensi seperti pudding, mengalami sedikit penipisan (*effacement*), dan kemungkinan sedikit dilatasi. *Serviks* pada ibu primigravida umumnya akan mengalami penipisan sebesar 50-60% dan membuka selebar ujung jari sampai 1cm sebelum mencapai persalinan. Pembukaan ini terjadi akibat kontraksi *Braxton hicks* sebelum proses

persalinan dimulai. Peristiwa awal pembukaan dan penipisan inilah yang merupakan ciri – ciri dari kematangan *serviks*.

## 2) *Vagina*

*Vagina* bersifat elastis dan berfungsi sebagai jalan lahir dalam persalinan normal.

## 3) Otot Rahim

Tersusun atas tiga lapis, yang berasal dari kedua tanduk Rahim, yaitu longitudinal (memanjang), melingkar dan miring. Segera setelah persalinan susunan otot tersebut akan mengondisikan pembuluh darah menutup untuk menghindari terjadinya perdarahan dari tempat implantasi plasenta.

### c. *Passanger* (Penumpang)

#### 1) Janin

Janin merupakan *passenger* utama dan dapat mempengaruhi jalannya persalinan karena besar dan posisinya. Bagian janin yang paling penting adalah kepala karena mempunyai ukuran yang paling besar. Kelainan – kelainan yang sering menjadi factor penghambat dari *passenger* adalah kelainan bentuk ukuran kepala janin, seperti hidrosefalus dan anensefalus; kelainan letak seperti letak muka ataupun dahi serta kelainan kedudukan anak seperti lintang ataupun sungsang (Sondakh, 2013).

Persalinan dapat berjalan normal apabila posisi janin memanjang dengan posisi kepala dibawah dengan bagian terendah adalah ubun-ubun kecil (Rohani, 2013).

## 2) Plasenta

Berbentuk bundar atau hampir bundar dengan diameter 15-20 cm, dan tebal 2-2,5 cm. berat rata-rata 500 gram. Letak plasenta umumnya di depan atau dibelakang dinding uterus, agak ke atas kearah fundus. Terdiri dari 2 bagian antara lain : pars maternal adalah bagian plasenta yang menempel pada desidua, terdapat kotiledon ( rata-rata 20 kotiledon). Di bagian ini tempat terjadinya pertukrn drah ibu dan janin. Pars fetal merupakan bagian terdapat tali pusat (insersio atau penanaman tali pusat). insersio sentralis merupakan penanaman tali pusat di tengah plasenta. Insersio marginalis merupakan penanaman tali pusat di pinggir plasenta. Insersio velamentosa merupakan penanaman tali pusat di selaput janin atau selaput amnion. Fungsi plasenta adalah memberi makan kepada janin, ekskresi *hormone*, respirasi janin, membentuk *hormone* estrogen, menyalurkan sebagai antibody dari ibu.

## 3) Air ketuban

Merupakan cairan yang mengisi ruangan yang dilapisi oleh selaput janin (*amnion* dan *korion*). Pada kehamilan aterm selaput *amnion* adalah *membrane* yang kuat dan ulet tetapi lentur. Selaput ini adalah jaringan yang menentukan hampir semua kekuatan regangan *membran* rahim. Dengan demikian pembentukan komponen amnion yang mencegah *rupture* atau robekan sangatlah penting bagi keberhasilan kehamilan (Sondakh, 2013).

### 2.2.6. Persalinan Kala I

Sujiyati, dkk (2011) mengatakan persalinan pada kala I yaitu :

#### 1. Pengertian

Kala I dimulai dari saat persalinan mulai (pembukaan nol) sampai pembukaan lengkap (10 cm).

#### 2. Persalinan kala I dapat dibagi menjadi 2 fase:

##### 1) Fase laten

a) Dimulai dari awal kontraksi hingga pembukaan mendekati 4 cm

b) Kontraksi mulai teratur tetapi lamanya masih diantara 20-30 detik

c) Tidak terlalu mules

##### 2) Fase aktif

a) Kontraksi di atas 3 kali dalam 10 menit

b) Lama kontraksi 40 detik atau lebih dan mules

c) Pembukaan dari 4 cm sampai lengkap (10 cm)

**Tabel 2. 7 Frekuensi minimal penilaian dan intervensi dalam persalinan normal**

<b>PARAMETER</b>	<b>FREKUENSI PADA FASE LATEN</b>	<b>FREKUENSI PADA FASE AKTIF</b>
Tekanan darah	Setiap 4 jam	Setiap 4 jam
Suhu badan	Setiap 4 jam	Setiap 2 jam
Nadi	Setiap 30-60 menit	Setiap 30-60 menit
Denyut jantung janin	Setiap 1 jam	Setiap 30 menit
Kontraksi	Setiap 1 jam	Setiap 30 menit
Pembukaan serviks	Setiap 4 jam	Setiap 4 jam
Penurunan	Setiap 4 jam	Setiap 4 jam

Sumber: Sujiyati, dkk. 2011

### 3. Periksa dalam

Pemeriksaan dalam sebaiknya dilakukan setiap 4 jam selama kala I persalinan dan selaput ketuban pecah. Beberapa hal yang harus menjadi perhatian pada pemeriksaan dalam adalah:

- a) Tentukan keadaan *vulva* dan *uretra*
- b) Nilai kondisi dinding vagina
- c) Tentukan konsistensi dan pendataran serviks (termasuk kondisi jalan lahir)
- d) Mengukur besarnya pembukaan
- e) Menilai selaput ketuban, warna cairan *amnion*
- f) Menentukan presentasi dan seberapa jauh bagian terbawah telah melalui jalan lahir.

### 4. Persalinan sesungguhnya

- a) Serviks menipis dan membuka
- b) Rasa nyeri dengan interval teratur
- c) Interval antara rasa nyeri yang secara perlahan semakin pendek
- d) Waktu dan kontraksi semakin bertambah
- e) Rasa nyeri terasa dibagian dan menyebar kedepan
- f) Ada hubungan antara tingkat kekuatan kontraksi dengan intensitas rasa nyeri
- g) Lendir darah sering tampak
- h) Ada penurunan bagian kepala
- i) Kepala janin sudah terfikasi di PAP di antara kontraksi.

### 5. Persalinan semu

- a) Tidak ada perubahan pada serviks
- b) Rasa nyeri tidak teratur

- c) Tidak ada perubahan interval antara rasa nyeri yang satu dengan yang lain
- d) Tidak ada perubahan pada waktu dan kekuatan kontraksi
- e) Kebanyakan rasa nyeri dibagian depan
- f) Tidak ada perubahan rasa nyeri dibagian depan
- g) Tidak ada perubahan rasa nyeri dengan berjalannya waktu
- h) Tidak ada hubungan antara tingkat kekuatan kontraksi dengan intensitas rasa nyeri.

6. Tanda bahaya kala I

- a) Riwayat bedah sesar
- b) Perdarahan pervaginam selain dari lendir bercampur darah
- c) Kurang dari 37 minggu (persalinan kurang bulan)
- d) Ketuban pecah disertai dengan keluarnya *mekonium* kental
- e) Ketuban pecah bercampur dengan sedikit *mekonium* disertai tanda-tanda gawat janin
- f) Ketuban telah pecah (lebih dari 24 jam) atau ketuban pecah pada kehamilan kurang bulan (usia kehamilan kurang dari 37 minggu)
- g) Tanda-tanda atau gejala-gejala infeksi
- h) Tekanan darah lebih dari 160/110 dan/atau terdapat protein urine (preeklamsia berat)
- i) Tinggi fundus 40 cm atau lebih (*makrosomia, polihidramniosis, kehamilan ganda*)
- j) DJJ kurang dari 100 atau lebih dari 180 kali/menit pada 2x penilaian dengan jarak 5 menit (gawat janin)
- k) Primipara dalam persalinan fase aktif dengan palpasi kepala janin masih 5/5

- l) Presentasi bukan belakang kepala (sungsang, letak lintang dll)
  - m) Presentasi ganda (*majemuk*) (adanya bagian janin, seperti misalnya lengan atau tangan, bersamaan dengan presentasi belakang kepala)
  - n) Tali pusat menumbung (jika tali pusat masih berdenyut).
7. Tanda-tanda gejala syok:
- a) Tanda-tanda gejala persalinan dengan fase *laten* yang memanjang
  - b) Tanda dan gejala belum *inpartu*
  - c) Tanda dan gejala *partus* lama

#### 2.2.7. Persalinan Kala II

Mulyani, dkk (2015) mengatakan persalinan pada kala II sebagai berikut :

##### 1. Pengertian

Kala II persalinan adalah proses pengeluaran buah kehamilan sebagai hasil pengenalan proses dan penatalaksanaan kala pembukaan, batasan kala II di mulai ketika pembukaan *serviks* sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan kelahiran dengan kelahiran bayi, kala II juga di sebut sebagai kala pengeluaran bayi.

Lamanya durasi kala II pada persalinan spontan tanpa komplikasi adalah sekitar 40 menit pada *primigravida* dan 15 menit pada *multipara*. Kontraksi selama kala dua adalah sering, kuat dan sedikit lebih lama yaitu kira-kira 2 menit yang berlangsung 60-90 detik dengan interaksi tinggi dan sifatnya semakin ekspulsi.

## 2. Tanda-tanda kala II

- a) Ibu merasa ingin meneran
- b) Perineum menonjol
- c) *Vulva vagina* membuka
- d) danya tekanan pada *spincter* anus
- e) Jumlah pengeluaran air ketuban meningkat
- f) Meningkatnya pengeluaran darah dan lendir.

## 3. Beberapa hal yang perlu diperhatikan pada kala II

### a. Pemantauan ibu

- 1) Periksa nadi ibu setiap 30 menit
- 2) Pantau frekuensi dan lama kontraksi dan lama kontraksi setiap 30 menit
- 3) Memastikan kandung kemih kosong
- 4) Penuhi kebutuhan hidrasi dan nutrisi
- 5) Pemeriksaan penurunan kepala bayi
- 6) Upaya meneran ibu
- 7) Apakah ada presentasi majemuk atau tali pusat disamping kepala
- 8) Putaran paksi luar segera setelah bayi lahir
- 9) Adanya kehamilan kembar setelah bayi pertama lahir

### b. Pemantauan janin

- 1) Lakukan pemeriksaan DJJ setiap selesai meneran atau setiap 5-10 menit
- 2) Amati warna air ketuban jika selaputnya pecah
- 3) Periksa kondisi kepala, *vertex*, *caput*, *molding*.

#### 4. Penatalaksanaan kala II

- a. Setelah pembukaan lengkap, pimpin ibu untuk meneran apabila timbul dorongan spontan untuk melakukan hal itu
- b. Anjurkan ibu untuk beristirahat bila tidak ada kontraksi
- c. Berikan posisi yang nyaman bagi ibu
- d. Pantau kondisi janin
- e. Bila ibu ingin meneran tapi pembukaan belum lengkap, anjurkan ibu untuk bernafas cepat atau biasa, atur posisi agar nyaman dan upayakan untuk tidak meneran hingga pembukaan lengkap.

#### 2.2.8. Persalinan Kala III

Sujiyati, dkk (2011) mengatakan persalinan pada kala III yaitu sebagai berikut.

##### 1. Pengertian

Kala III adalah waktu dari keluarnya bayi hingga pelepasan dan pengeluaran uri (*plasenta*) yang akan berlangsung tidak lebih dari 30 menit.

##### 2. Batasan fisiologi kala III

Kala III persalinan umumnya berlangsung rata-rata antara 5-10 menit. Akan tetapi, kisaran normal kala III sampai 30 menit. Resiko perdarahan akan meningkat apabila kala III lebih lama dari 30 menit, terutama pada 30-60 menit.

##### 3. Kala III yang normal dapat dibagi ke dalam 4 fase, yaitu:

- a) Fase *laten*, ditandai oleh menebalnya dinding uterus yang bebas tempat plasenta, namun dinding uterus tempat plasenta melekat masih tipis

- b) Fase kontraksi, ditandai oleh menebalnya dinding uterus tempat plasenta melekat (dari ketebalan kurang dari 1 cm menjadi > 2 cm)
  - c) Fase pelepasan plasenta, fase dimana plasenta menyempurnakan pemisahannya dari dinding uterus dan lepas. Tidak ada hematoma yang terbentuk antara dinding uterus dengan plasenta.
  - d) Fase pengeluaran, dimana plasenta bergerak meluncur. Saat plasenta bergerak turun, daerah pemisahan tetap tidak berubah dan sejumlah kecil darah terkumpul di dalam rongga rahim. Lama kala III pada persalinan normal ditentukan oleh lamanya fase kontraksi.
4. Penatalaksanaan aktif kala III meliputi:
- a) Memberi *oksitosin* untuk merangsang *uterus* berkontraksi yang juga mempercepat pelepasan plasenta.
  - b) Lakukan peregangan tali pusat terkendali atau PTT
  - c) Begitu plasenta terlepas keluarkan dengan menggerakkan tangan atau klem pada tali pusat mendekati *plasenta*, keluarkan *plasenta* dengan gerakkan ke bawah ke atas sesuai dengan jalan lahir.
  - d) Segera setelah *plasenta* dan selaputnya dikeluarkan, *masase fundus* agar menimbulkan kontraksi.
  - e) Jika menggunakan menegemen aktif dan plasenta *plasenta* belum juga lahir dalam waktu 15 menit, berikan oksitosin 10 U IM, dalam jarak waktu 15 menit dari pemberian *oksitosin* dosis pertama.

- f) Periksa ibu tersebut secara seksama dan jahit semua robekan pada *serviks* atau *vagina* atau perbaiki *episiotomi*.
5. Evaluasi berkelanjutan pada ibu
- a) Tekanan darah: tekanan darah sistolik dan diastolik mulai kembali ke tingkat sebelum persalinan
  - b) Nadi: secara bertahap mulai kembali ke tingkat sebelum persalinan
  - c) Suhu: mulai meningkat perlahan
  - d) Pernafasan: kembali bernafas normal
  - e) *Aktivitas gastrointestinal*: jika tidak berpengaruh obat-obatan, motilitas lambung dan *absorpsi* mulai kembali ke aktivitas normal. Wanita yang mengalami mual dan muntah selama kala III adalah tidak wajar.
6. Komplikasi pada kala III perdarahan post partum
- a) Perdarahan post partum (hilangnya 500 ml atau lebih darah setelah anak lahir)
  - b) *Retensio plasenta* dan sisa *plasenta*
  - c) *Plasenta* manual
  - d) Syok *hemoragik*

#### **2.2.9. Persalinan Kala IV**

Sujiyati, dkk (2011) mengatakan persalinan pada kala III yaitu sebagai berikut.

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

Kala IV adalah kala pengawasan dari 1-2 jam setelah bayi dan plasenta lahir untuk memantau kondisi ibu.

## 2. Evaluasi *uterus*

Setelah kelahiran plasenta, periksa kelengkapan dari plasenta dan selaput ketuban. Jika masih ada sisa plasenta dan selaput ketuban yang tertinggal dalam uterus akan mengganggu kontraksi uterus sehingga menyebabkan perdarahan. Jika dalam waktu 15 menit uterus tidak berkontraksi dengan baik, maka akan terjadi atonia uteri. Oleh karena itu, diperlukan tindakan rangsangan taktil (*massage*) fundus uteri dan bila perlu dilakukan *kompresibimanual*.

## 3. Nasehat untuk ibu

- a) Menjaga perineum ibu selalu dalam keadaan kering dan bersih
- b) Menghindari penggunaan obat-obat tradisional pada lukanya
- c) Mencuci perineum dengan air sabun dan air bersih sesering mungkin
- d) Menyarankan ibu mengonsumsi makanan dengan gizi yang tinggi
- e) Menganjurkan banyak minum
- f) Kunjungan ulang dilakukan 1 minggu setelah melahirkan untuk memeriksa luka jahitan.

## 4. Bentuk tindakan dalam kala IV

- a) Mengikat tali pusat
- b) Memeriksa tinggi *fundus uteri*
- c) Menganjurkan ibu untuk cukup nutrisi dan hidrasi
- d) Membersihkan ibu dari kotoran
- e) Memberikan cukup istirahat
- f) Menyusui segera
- g) Membantu ibu ke kamar mandi

- h) Mengajari ibu dan keluarga tentang pemeriksaan fundus dan tanda bahaya baik bagi ibu maupun bayi.

5. Pemantauan lanjut kala IV

- a) Vital sign: tekanan darah normal <149/90 mmHg, bila TD < 90/60 mmHg, N > 100x/menit (terjadi masalah) masalah yang timbul kemungkinan adalah demam atau perdarahan
- b) Suhu: suhu > 38<sup>0</sup> C (identifikasi masalah) kemungkinan terjadi dehidrasi ataupun infeksi
- c) Nadi
- d) Pernafasan
- e) Tonus *uterus* dan tinggi fundus uteri: kontraksi tidak baik maka *uterus* terba lembek, TFU normal sejajar dengan pusat atau dibawah pusat, uterus lembek (lakukan *masase uterus*, bila perlu berikan injeksi *oksitosin* atau *methergin*)
- f) Perdarahan: perdarahan normal selama 6 jam pertama yaitu satu pembalut atau seperti darah haid yang banyak. Jika lebih dari normal identifikasi penyebab (dari jalan lahir, kontraksi atau kandung kencing).
- g) Kandung kencing: bila kandung kencing penuh uterus berkontraksi dengan tidak baik.

6. Tanda bahaya kala IV

- a) Darah banyak
- b) Bau busuk dari vagina
- c) Pusing, demam
- d) Perdarahan aktif
- e) Bekuan darah
- f) Lemas luar biasa

## 2.3. Konsep Nifas

### 2.3.1. Definisi

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

Masa nifas adalah masa dimulai beberapa jam sesudah lahirnya plasenta sampai 6 minggu setelah melahirkan.(Nugroho dkk, 2014)

Masa nifas (*puerperium*) adalah masa yang dimulai setelah plasenta keluar dan berakhir ketika alat – alat kandungan kembali seperti keadaan semula (sebelum hamil). Masa nifas berlangsung selama kira – kira 6 minggu (Sulistyawati, 2015).

### 2.3.2. Tahapan Masa Nifas

Sulistyawati (2015) Menyatakan bahwa, Masa Nifas dibagi menjadi 3 tahap yaitu :

- a. *Puerperium* dini, yaitu kepulihan dimana ibu diperbolehkan berdiri dan berjalan – jalan.
- b. *Puerperium intermedial*, yaitu masa kepulihan menyeluruh alat-alat genitalia yang lamanya sekitar 6-8 minggu.
- c. *Puerperium remote*, merupakan waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutam apabila ibu selama hamil atau persalinan mempunyai komplikasi.

### 2.3.3. Perubahan Psikologis Masa Nifas

Tahapan –tahapan adaptasi psikologis ibu masa nifas antara lain :

#### 1. Fase *taking in*

*Fase taking in* merupakan periode ketergantungan. Berlangsung pada hari pertama sampai hari kedua *postpartum*. Pada fase ini ibu fokus pada diri sendiri dan sering menceritakan pengalaman proses persalinan.

#### 2. Fase *taking hold*

Fase ini berlangsung antara 3-10 hari. Pada fase ini ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggungjawabnya merawat bayi, mudah tersinggung, dan memerlukan dukungan untuk menerima berbagai penyuluhan.

#### 3. Fase *letting go*

Fase dimana ibu menerima tanggungjawab akan peran barunya. Berlangsung 10 hari *postpartum*. Ibu sudah mulai menyesuaikan diri dan keinginan untuk merawat bayi meningkat (Dewi dan Sunarsih, 2012).

### 2.3.4. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

#### 1. Perubahan sistem reproduksi

##### a. Uterus

Pada uterus terjadi proses involusi. Involusi uterus adalah proses kembalinya uterus ke keadaan sebelum hamil baik dalam bentuk maupun posisi. Proses involusi uterus berlangsung sekitar 6 minggu. Uterus akan mengalami perubahan baik berat dan ukuran (Dewi dan Sunarsih, 2012).

Sedangkan pada dinding uterus, terjadi perubahan berupa timbulnya trombosis, degenerasi dan nekrosis. Jaringan-jaringan

di tempat implantasi plasenta akan mengalami degenerasi dan kemudian terlepas. Tidak ada pembentukan jaringan parut karena pelepasan jaringan ini berlangsung lengkap (Maritalia, 2012).

**Tabel 2. 8 Proses involusi uterus**

Involusi	Tinggi Fundus Uteri	Berat uterus (gr)	Diameter bekas melekat plasenta	Keadaan servix
<b>Bayi lahir</b>	Setinggi pusat	1000		
<b>Uri lahir</b>	2 jari dibawah pusat	750	12,5	Lembek
<b>Satu minggu</b>	Pertengahan pusat – simpisis	500	7,5	Beberapa hari setelah
<b>Dua minggu</b>	Tak teraba di atas simpisis	350	3 – 4	postpartum dapat dilalui 2 jari
<b>Enam minggu</b>	Bertambah kecil	50 – 60	1 – 2	Akhir minggu pertama dapat dimasuki 1 jari
<b>Delapan minggu</b>	Sebesar normal	30		

Sumber : Dewi dan Sunarsih ,2012

#### b. *Lochea*

*Lochea* adalah eksresi cairan rahim selama masa nifas.*Lochea* mengandung darah dan sisa jaringan desidua dan jaringan nekrotik dalam uterus.*Lochea* yang berbau tidak sedap menandakan adanya infeksi.

Proses keluarnya lochea ada 4 tahapan :

##### a. Rubra

*Lochea* ini muncul pada hari 1-4 masa nifas. Cairan keluar berwarna merah berisi darah segar,sisa jaringan,lemak bayi,lanugo dan mekonium. Jika lochea tidak berubah, hal ini menunjukkan adanya tanda-tanda perdarahan sekunder yang mungkin disebabkan oleh tertinggalnya selaput atau sisa plasenta.

b. Sanguilenta

Cairan yang keluar berupa lendir bercampur darah, berwarna merah kecoklatan. Berlangsung hari ke 4-7 postpartum.

c. Serosa

Cairan yang keluar berwarna kuning kecoklatan karena mengandung serum, leukosit, dan robekan plasenta. Muncul pada hari ke 7-14 postpartum.

d. Alba

Cairan berwarna putih karena mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lender servik dan serabut jaringan yang sudah mati. Berlangsung 2 sampai 6 minggu postpartum.

c. Serviks

Serviks mengalami involusi bersama-sama dengan uterus. Beberapa hari setelah persalinan, ostium eksternum dapat dilalui oleh 2 jari, pinggirnya tidak rata, tetapi retak-retak karena robekan dalam persalinan. Pada akhir minggu pertama hanya dapat dilalui oleh satu jari saja, dan lingkaran retraksi berhubungan dengan bagian atas dari kanalis servikalis (Astuti dan dkk, 2015).

d. Ovarium

Setelah kelahiran plasenta estrogen dan progesteron menurun sehingga menimbulkan mekanisme timbal balik dari siklus menstruasi dan dimulai kembali proses ovulasi.

e. Vulva dan vagina

Vulva dan vagina akan mengalami penekanan serta peregangan yang besar saat proses persalinan dan akan kembali secara bertahap dalam 6-8 minggu postpartum.

## 2. Perubahan Sistem Pencernaan

Pada ibu yang melahirkan dengan cara operasi biasanya membutuhkan waktu sekitar 1-3 hari agar fungsi saluran cerna dan nafsu makan dapat kembali normal. Ibu yang melahirkan secara spontan biasanya lebih cepat lapar karena telah mengeluarkan energi yang begitu banyak pada saat proses melahirkan.

Buang air besar biasanya mengalami perubahan pada hari 1-3 hari pertama *postpartum*. Hal ini disebabkan terjadinya penurunan tonus otot selama proses persalinan. Selain itu, enema sebelum melahirkan, kurang asupan nutrisi dan dehidrasi serta dugaan terhadap timbulnya rasa nyeri di sekitar anus/perineum setiap kali akan buang air besar juga mempengaruhi defekasi secara spontan. Faktor-faktor tersebut sering menyebabkan timbulnya konstipasi pada ibu nifas dalam minggu pertama. Kebiasaan defekasi yang teratur perlu dilatih kembali setelah tonus otot kembali normal (Maritalia, 2012)

## 3. Perubahan sistem perkemihan

Terjadi penurunan fungsi ginjal selama masa postpartum akibat penurunan hormon steroid. Fungsi ginjal kembali normal dalam waktu satu bulan setelah melahirkan. Terdapat tiga hal yang dapat dinilai selama masa nifas dari sistem perkemihan, yaitu :

### a. Komponen urin

Laktosuria positif pada ibu nifas merupakan hal yang normal. *Blood Urea Nitrogen* (BUN) yang meningkat selama pascapartum merupakan akibat autolisis uterus yang berinvolusi. Pemecahan kelebihan protein di dalam sel otot uterus juga menyebabkan proteinuria ringan (+1) selama 1-2 hari setelah wanita melahirkan.

#### b. Diuresis Postpartum

Dalam 12 jam postpartum, ibu mulai membuang kelebihan cairan yang terjadi selama masa hamil dengan cara diuresis yang disebabkan oleh penurunan kadar estrogen, hilangnya peningkatan tekanan vena, dan hilangnya peningkatan volume darah akibat kehamilan. Kehilangan cairan melalui keringat dan peningkatan jumlah urin menyebabkan penurunan berat badan sekitar 2,5 kg selama masa postpartum.

#### c. Uretra dan kandung kemih

Terjadi penurunan refleks berkemih akibat dari trauma kelahiran, peningkatan kapasitas kandung kemih, rasa nyeri pada panggul, laserasi vagina, atau episiotomi. Peurunan refleks berkemih ini dapat menyebabkan perdarahan berlebih karena keadaan ini bisa menghambat uterus berkontraksi dengan baik. Oleh karena itu, hal ini dapat dicegah dengan mengosongkan kandung kemih secara adekuat, tonus kandung kemih biasanya akan pulih kembali dalam lima sampai tujuh hari setelah bayi lahir (Maritalia, 2012).

#### 4. Perubahan sistem endokrin

Saat plasenta terlepas dari dinding uterus kadar HCG, HPL secara berangsur menurun dan normal setelah 7 hari postpartum.

##### a. Hormon plasenta (HPL)

Hormon plasenta menurun dengan cepat setelah persalinan. Penurunan HPL, estrogen, progesteron, dan plasental enzim insulin membalik efek diabetogenik kehamilan sehingga kadar gula menurun secara drastis. HCG menurun dengan cepat dan menetap sampai 10% dalam 3 jam sampai minggu ke 7 postpartum.

b. Hormon pituitary

Prolaktin meningkat dengan cepat, pada wanita tidak menyusui menurun dalam waktu 2 minggu. FSH dan LH meningkat pada fase folikuler pada minggu ke 3 dan LH tetap rendah hingga terjadi ovulasi.

c. Hormon Oksitosin

Oksitosin bekerja terhadap otot uterus dan jaringan payudara. Menyebabkan pelepasan plasenta saat kala III dan mencegah perdarahan. Pada wanita menyusui isapan bayi merangsang oksitosin sehingga membantu proses involusi uterus.

d. Hormon pituitary ovarium

Wanita yang menyusui memperoleh menstruasi selama 6 minggu dan setelah 12 minggu (Maritalia, 2012)

5. Perubahan tanda-tanda vital

a. Suhu

24 jam postpartum suhu akan naik ( $37,5^{\circ}\text{C}$  -  $38^{\circ}\text{C}$ ) akibat kerja keras saat persalinan, kehilangan cairan, kelelahan. Pada hari ke 3 suhu badan naik akibat pembentukan ASI. Apabila suhu tidak turun kemungkinan terjadinya infeksi.

b. Nadi

Denyut nadi normal 60-80 kali permenit. Setelah proses persalinan denyut nadi biasanya akan lebih cepat

c. Tekanan darah

Biasanya tidak berubah, tekanan darah rendah setelah ibu melahirkan karena ada perdarahan. Tekanan darah tinggi dapat menandakan preeklamsi postpartum.

#### d. Pernafasan

Keadaan pernafasan selalu berhubungan dengan suhu dan nadi. Jika nadi dan suhu abnormal pernafasan akan mengikuti kecuali ada gangguan khusus pada sistem pernafasan (Dewi dan Sunarsih, 2012).

#### 6. Perubahan integument

Perubahan kulit selama hamil berupa hiperpigmentasi pada wajah (*cloasma grvidaum*), leher, mammae, dinding perut dan beberapa lipatan sendi karena pengaruh hormon, akan menghilang selama masa nifas (Maritalia, 2012).

#### 7. Sistem Muskuloskeletal

Setelah persalinan selesai , dinding perut akan menjadi longgar , kendur, dan melebar selama beberapa minggu atau bahkan sampai beberapa bulan akibat peregangan yang begitu lama selama hamil. Mobilisasi dini dan senam nifas sangat dianjurkan untuk mengatasi hal tersebut (Maritalia, 2012).

#### 8. Sistem Kardiovaskuler

Tiga perubahan fisiologi pasacapartum yang terjadi pada wanita antara lain, hilangnya sirkulasi uteroplacental yang mengurangi pembuluh darah maternal 10-15%, hilangnya fungsi endokrin plasenta yang menghilangkan stimulus vasodilatasi, terjadinya mobilisasi air ekstrasvaskuler yang disimpan selama wanita hamil. Curah jantung meningkat lebih tinggi selama 30-60 menit pasca melahirkan (Dewi dan Sunarsih, 2012)

### 2.3.5. Tujuan Masa Nifas

Menurut Maritalia (2012) tujuan masa nifas antara lain:

1. Menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik fisik maupun psikologis.
2. Melaksanakan skrining secara komprehensif, deteksi dini, mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayi.
3. Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, KB, cara dan manfaat menyusui, pemberian imunisasi serta perawatan bayi sehari-hari.
4. Memberikan pelayanan keluarga berencana
5. Mendapatkan kesehatan emosi

### 2.3.6. Program Masa Nifas

Walyani, dkk (2015) mengatakan program masa nifas ada empat kali kunjungan yaitu :

1. Kunjungan pertama (6-8 jam setelah persalinan).
  - a. Mencegah terjadinya perdarahan pada masa nifas
  - b. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan dan memberikan rujukan bila perdarahan berlanjut.
  - c. Memberikan konseling kepada ibu atau salah satu anggota keluarga mengenai bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri
  - d. Pemberian ASI pada masa awal menjadi ibu
  - e. Mengajarkan ibu untuk mempererat hubungan antara ibu dan bayi baru lahir
  - f. Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah *hipotermi*.

2. Kunjungan kedua (6 hari setelah persalinan)
  - a. Memastikan involusi uteri berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilicus tidak ada perdarahan abnormal, dan tidak ada bau.
  - b. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau kelainan pasca melahirkan
  - c. Memastikan ibu untuk mendapat cukup makan, cairan, dan istirahat
  - d. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak ada tanda-tanda penyulit
  - e. Memberikan konseling kepada ibu mengenai asuhan pada bayi, cara merawat tali pusat, dan menjaga bayi agar tetap hangat
3. Kunjungan ketiga (2 minggu setelah persalinan)
  - a. Memastikan *involusi* uteri berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilicus tidak ada perdarahan *abnormal*, dan tidak ada bau
  - b. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau kelainan pasca melahirkan
  - c. Memastikan ibu untuk mendapat cukup makanan, cairan, dan istirahat
  - d. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak ada tanda-tanda penyulit
  - e. Memberikan konseling kepada ibu mengenai asuhan pada bayi, cara merawat tali pusat, dan menjaga bayi agar tetap hangat

4. Kunjungan keempat (6 minggu setelah persalinan)
  - a. Menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang dialami atau bayinya
  - b. Memberikan konseling untuk KB secara dini

#### 2.3.7. Tanda Bahaya Masa Nifas

Purwoastuti (2015) menjelaskan terdapat tanda-tanda bahaya pada ibu nifas diantaranya adalah :

1. Perdarahan postpartum

Perdarahan postpartum didefinisikan sebagai hilangnya darah 500 ml atau lebih dari organ-organ reproduksi setelah selesainya kala III persalinan. Perdarahan postpartum adalah penyebab penting kematian ibu.  $\frac{1}{4}$  dari kematian ibu yang disebabkan oleh perdarahan yaitu (placenta previa, solusio placenta, kehamilan ektopik, abortus, dan ruptur uteri).

Perdarahan postpartum dapat diklasifikasikan sebagai berikut:

- 1) Perdarahan *postpartum primer*

Perdarahan *postpartum primer* yaitu perdarahan pasca persalinan yang terjadi dalam 24 jam pertama kelahiran. Penyebab utama perdarahan postpartum primer adalah *atonia uteri*, *retensio placenta*, sisa placenta, robekan jalan lahir, dan *inversion uteri*.

- 2) Perdarahan *postpartum sekunder*

Perdarahan *postpartum sekunder* yaitu perdarahan pasca persalinan yang terjadi setelah 24 jam pertama kelahiran. Perdarahan *postpartum sekunder* disebabkan oleh infeksi, penyusutan rahim yang tidak baik, atau sisa placenta yang tertinggal.

## 2. *Endometritis*

Tanda gejala *endometritis* adalah sebagai berikut :

- a) Peningkatan demam secara persisten hingga 40<sup>0</sup>C.
- b) Takikardi.
- c) Menggigil dengan infeksi berat.
- d) Nyeri tekan uteri menyebar secara lateral.
- e) Nyeri panggul dengan pemeriksaan bimanual.
- f) *Sub-involusi*.
- g) Lochea sedikit, tidak berbau, atau berbau tidak sedap, serta lochea seropurulenta.

## 3. *Tromboflebitis*

*Tromboflebitis* adalah penjarangan infeksi melalui vena yang merupakan penyebab kematian karena infeksi *puerpularis*. Dua vena yang terlibat adalah vena-vena dinding rahim dan *ligament latum* (*vena ovarica, vena uterina, dan vena hipogastrika*). Vena tungkai (*vena femoralis, vena poplitea, vena saphena*).

## 4. Emboli masa nifas

Emboli adalah penyumbatan mendadak pada pembuluh darah arteri oleh bekuan atau benda asing yang terbawa oleh aliran darah. Resiko trombosis vena selama 6 minggu pertama setelah persalinan sangat tinggi dibandingkan dengan keseluruhan resiko kehamilan. Pada minggu-minggu pertama setelah melahirkan thrombosis kemungkinan disebabkan oleh perubahan koagulasi karena operasi/pembedahan, infeksi postnatal, atau imobilisasi.

#### 5. Infeksi saluran kemih (ISK)

Infeksi saluran kemih (ISK) merupakan salah satu penyakit yang sering terjadi pada ibu postpartum dan memiliki angka morbiditas yang tinggi hingga 95%. Penyebabnya antara lain trauma jalan lahir selama persalinan, inkontinensia urin, pemasangan instrument kateter urin, anastesi yang menyebabkan ibu postpartum tidak bias berkemih secara normal.

### **2.4. 'Konsep Bayi Baru Lahir**

#### **2.4.1. Definisi**

Bayi baru lahir disebut juga dengan neonatus merupakan individu yang sedang bertumbuh dan baru saja mengalami trauma kelahiran serta harus dapat melakukan penyesuaian diri dari kehidupan intrauterine ke kehidupan ekstrasuterin (Dewi, 2013)

Bayi baru lahir (*Neonatus*) adalah bayi yang baru mengalami proses kelahiran, berusia 0-28 hari. Bayi baru lahir memerlukan penyesuaian fisiologis berupa maturasi, adaptasi (menyesuaikan diri dari kehidupan intrauterin ke kehidupan ekstruterine) dan toleransi bagi BBL untuk dapat hidup dengan bayi (Marmi, 2015).

#### **2.4.2. Ciri-ciri bayi baru lahir normal**

Marmi (2015) mengatakan Bayi Baru Lahir memiliki ciri-ciri khusus yang berbeda dengan bayi yang telah berusia lebih tua. Ciri-ciri bayi baru lahir normal sebagai berikut:

- a. Berat badan 2500 – 4000 gram
- b. Panjang badan 48 – 52 cm
- c. Lingkar dada 30 – 38 cm

- d. Lingkar kepala 33 – 35 cm
- e. Frekuensi jantung 120 -160x/menit
- f. Pernafasan 40 – 60x/menit
- g. Kulit kemerahan
- h. Rambut lanugo tidak terlihat
- i. Genetalia:  
Perempuan labia mayora sudah menutupi labia minora  
Laki – laki testis sudah turun, skrotum sudah ada
- j. Reflek hisap dan menelan sudah baik
- k. Reflek morro atau gerak memeluk bila dikagetkan sudah baik
- l. Reflek graps atau menggenggam sudah baik
- m. Eliminasi baik, meconium akan keluar dalam 24 jam pertama, berwarna hitam kecoklatan.

#### **2.4.3. Pengkajian bayi baru lahir**

Muslihatun, (2010) menyatakan bahwa, pengkajian pada bayi baru lahir dan neonatus adalah :

##### **a. Pemeriksaan TTV**

- 1) Pemeriksaan frekuensi napas dihitung selama satu menit penuh dengan mengamati naik turun perut bayi. Bayi dalam keadaan tenang, laju napas normalnya 40-60 kali permenit.
- 2) Periksa frekuensi jantung dengan menggunakan stetoskop dan dihitung selama satu menit. Laju jantung normal 120-160 dnyut per menit.
- 3) Suhu tubuh bayi baru lahir normalnya 36,5-37,2°C di ukur didaerah aksila selama lima menit dengan menggunakan termometer.

Tabel 2. 9 Nilai APGAR Score

Aspek pengamatan bayi baru lahir	SKOR		
	0	1	2
Appearance ( warna kulit)	Pucat/ biru seluruh tubuh	Tubuh merah ekstermitas biru	Seluruh tubuh kemerahan
Pulse (denyut jantung)	Tidak ada	< 100	>100
Grimace (tonus otot )	Tidak ada	Ekstermitas sedikitfleksi	Gerakan aktif
Activity (aktivitas)	Tidak ada	Sedikit gerak	Langsung menangis
Respiratorion (pernafasan)	Tidak ada	Lemah atau tidak teratur	Menangis

Sumber : Marmi, 2015

## b. Pemeriksaan Fisik

## 1) Kepala

- a) Ubun-ubun berukuran bervariasi dan tidak ada standar. Ubun-ubun merupakan titik lembut pada bagian kepala bayi di tempat tulang tengkorak yang belum sepenuhnya bertemu. Sutura, molase. Perubahan bentuk kepala janin (molding atau molase) terbagi atas 0: sutura terpisah, 1:sutura (pertemuan dua tulang tengkorak) yang tepat bersesuaian, 2: sutura tumpang tindih tetapi dapat diperbaiki, 3: sutura tumpang tindih dan tidak dapat diperbaiki. Tulang tengkorak baru menyatu pada umur satu tahun.
- b) Penonjolan atau daerah cekung. Periksa adanya kelainan baik karena trauma persalinan (kaput suksedeneum, sefalo hematoma) atau adanya cacat kongenital (hidrosefalus)
- c) Ukur lingkar kepala untuk mengukur ukuran frontal oksipitalis kepala bayi.

## 2) Wajah

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

## 3) Mata

Lihat kedua mata bayi, perhatikan apakah kedua matanya tampak normal dan apakah bergerak bersama, lakukan pemeriksaan dengan melakukan penyinaran pada pupil bayi. Normalnya, jika disinari pupil akan mengecil.

## 4) Hidung

Bentuk dan lebar hidung, pola pernapasan, kebersihan, adakah pernapasan cuping hidung.

## 5) Mulut

Bentuk simetris/tidak, mukosa mulut kering/basah, lidah, bercak putih pada gusi, refleks menghisap, trush, dan sianosis.

## 6) Abdomen

Penjolan sekitar tali pusat pada saat menangis, perdarahan tali pusat, jumlah pembuluh darah pada tali pusat, dinding perut dan adanya benjolan, distensi, gastroskisis, omfalokel, bentuk simetris/tidak.

## 7) Genetalia

Bayi laki-laki, normalnya ada dua testis dalam skrotum, kemudian pada ujung penis terdapat lubang. Bayi perempuan, normalnya labia mayora menutupi labia minora, pada vagina

terdapat lubang, pada uretra terdapat lubang dan mempunyai klitoris.

8) Tungkai dan kaki

Gerakan, bentuk simetris atau tidak, jumlah jari dan pergerakan

9) Anus

Berlubang atau tidak, posisi, fungsi spinter ani, adanya atresia ani, meconium plug syndrom, megacolon.

10) Kulit

Pada kulit yang perlu diperhatikan verniks (cairan keputihan, keabu-abuan, kekuning-kuningan, berminyak, dan berlendir yang berfungsi melindungi kulit bayi agar tidak tenggelam oleh air ketuban selama ia berada didalam rahim, warna, pembengkakan atau bercak hitam, dan tanda lahir.

11) Refleks

Menurut Sudarti dan Khairunnisa, (2010) Refleks adalah gerakan naluriah yang berguna untuk melindungi bayi dan juga berfungsi menguji kondisi umum bayi serta kenormalan system saraf pustanya. Refleks pada bayi baru lahir yaitu:

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

b) *Reflek shucking*

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

c) *Refleks rooting*

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

d) *Refleks grasping*

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

e) *Refleks Babinski*

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

f) *Refleks morro*

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

g) *Refleks toniknek*

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

## 12) Antropometri

a) Berat badan normalnya 2500-4000gram jika  $\leq 2500$  gram bayi prematur, sindrom rubella jika lebih maka biasanya diabetes maternal atau herediter.

b) Panjang badan normalnya 45-55 cm jika kurang atau lebih maka terjadi penyimpangan kromosom atau herediter.

c) Lingkar kepala normalnya 32-35cm jika  $\leq 32$  cm maka terjadi rubella, toksoplasmosis jika lebih besar maka hidrosefalus.

- d) Lingkar dada normalnya 30-33cm jika lebih kecil berarti premature.
- e) Ukuran-ukuran kepala bayi

**Tabel 2. 10 Ukuran muka belakang**

<b>NAMA</b>	<b>UKURAN</b>	<b>CARA PENGUKURAN</b>
Diameter suboksipito bregmatika	9,5 cm	Diukur dari foramen magnum ke ubun ubun besar
Diameter suboksipito frontalis	11 cm	antara foramen magnum ke pangkal hidung.
Diameter fronto oksipitalis	12 cm	antara pangkal titik hidung kejarak terjauh belakang kepala.
Diameter mentookspitalis	13.5 cm	antara dagu ketitik terjauh belakang kepala.
Diameter submento bregmatika	9 cm	antara os hyoid ke ubun-ubun besar

Sumber: Muslihatun (2010)

**Tabel 2. 11 Ukuran lingkaran Kepala**

<b>NAMA</b>	<b>UKURAN</b>	<b>CARA PENGUKURAN</b>
Sirkumferensia Suboksipito bregmatika	32 cm	
Sirkumferensia Frontookspitalis	34 cm	melalui jalan lahir pada letak puncak kepala
Sirkumferensia Mentookspitalis	35 cm	melalui jalan lahir pada letak dahi

Sumber: Muslihatun (2010)

**Tabel 2. 12 Ukuran melintang**

<b>NAMA</b>	<b>UKURAN</b>
Diameter biparietalis antara kedua parietalis	9 cm
Diameter bitemporalis antara kedua tulang temporalis	8 cm

Sumber: Muslihatun (2010)

#### 2.4.4. Adaptasi bayi baru lahir

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

Adapun adaptasi bayi baru lahir menurut (Marmi, 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.

##### b. Jantung dan Sirkulasi Darah

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.

c. peredaran darah bayi baru lahir

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.

d. 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.

e. 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.

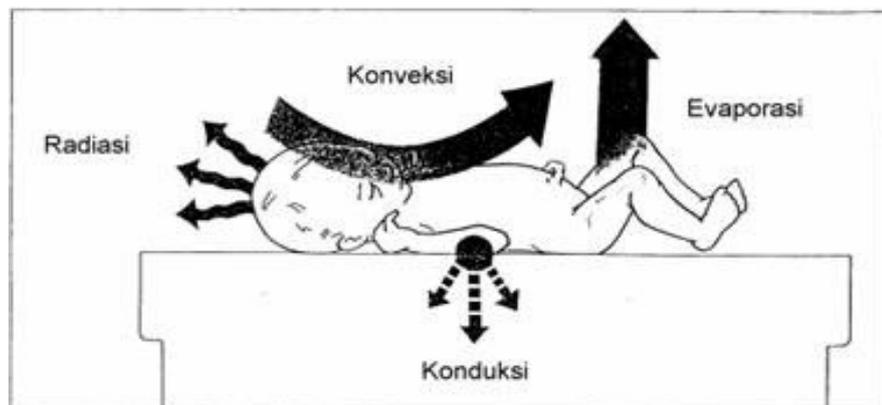
f. Metabolisme

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.

g. 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, 2015)



**Gambar 2. 4 Mekanisme kehilangan panas pada bayi**

Sumber: Marmi (2015)

a) 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.

b) 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.

c) Radiasi

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

d) 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.

#### h. Endokrin

Adapun penyesuaian pada system endokrin adalah :

- a) Kelenjar *thyroid* berkembang selama minggu ke 3 dan 4. 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.
- b) Kortek adrenal dibentuk pada minggu ke 6 dan menghasilkan hormone pada minggu ke 8 dan minggu ke 9.
- c) 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.
- d) *Hyperinsulinemia* dapat memblok maturasi paru sehingga dapat menyebabkan janin dengan resiko tinggi distress pernapasan.

#### i. 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 :

- a) Jumlah nefron matur belum sebanyak orang dewasa.
- b) Tidak seimbang antara luas permukaan glomerulus dan volume tubulus proksimal.
- c) 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.

j. Keseimbangan Asam Basa

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

k. 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.

l. 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 :

- a. Perlindungan dari membrane mukosa
- b. Fungsi saringan saluran nafas
- c. Pembentukan koloni mikroba di kulit dan usus
- d. Perlindungan kimia oleh lingkungan asam lambung

**Tabel 2. 13 Mekanisme Homeostatis atau Adaptasi bayi baru lahir**

<b>SYSTEM RESPIRASI ATAU SIRKULASI</b>	<b>INTRAUTERINE</b>	<b>EKSTRAUTERINE</b>
<b>Pernafasan volunteer</b>	Belum berfungsi	Berfungsi
<b>Alveoli</b>	Kolaps	Berkembang
<b>Vaskularisasi paru</b>	Belum aktif	Aktif
<b>Resistensi paru</b>	Tinggi	Rendah
<b>Intake oksigen</b>	Dari plasenta ibu	Dari paru bayi sendiri
<b>Pegeluaran CO<sub>2</sub></b>	Di plasenta	Di paru
<b>Sirkulasi paru</b>	Tidak berkembang	Berkembang banyak
<b>Sirkulasi sistematik</b>	Resistensi perifer	Resistensi perifer
<b>Denyut jantung</b>	Rendah, lebih cepat	Tinggi, lebih lambat
<b>SALURAN CERNA</b>		
<b>Absorbs nutrient</b>	Belum aktif	Aktif
<b>Kolonisasi kuman</b>	Belum	Segera
<b>Feses</b>	Mekonium	<hari ke-4, feses biasa
<b>Enzim pencernaan</b>	Belum aktif	Aktif

Sumber: Marmi (2015)

#### 2.4.5. Tanda Bahaya bayi baru lahir

Berikut tanda – tanda bahaya bayi menurut Marmi (2015) dibagi menjadi dua yaitu:

1. Tanda – tanda bahaya yang harus dikenali oleh ibu yaitu :
  - 1) Pemberian ASI sulit, sulit menghisap, atau hisapan lemah.
  - 2) Kesulitan bernafas, yaitu pernafasan cepat >60/menit atau menggunakan otot nafas tambahan.
  - 3) Letargi : bayi terus - menerus tidur tanpa bangun untuk makan.
  - 4) Warna abnormal : kulit atau bibir biru (sianosis) dan bayi sangat kuning.

- 5) Suhu terlalu panas (febris) atau terlalu dingin (hipotermia).
  - 6) Tanda dan perilaku abnormal atau tidak biasa.
  - 7) Gangguan gastrointestinal, misalnya tidak bertinja selama 3 hari pertama setelah lahir, muntah terus menerus, muntah dan perut bengkak, tinja hijau tua atau berdarah atau lendir. Mata bengkak atau mengeluarkan cairan.
2. Tanda – tanda bahaya yang harus di waspadai pada bayi baru lahir:
- 1) Pernafasan sulit atau lebih dari 60 kali permenit.
  - 2) Kehangatan terlalu panas  $>38^{\circ}\text{C}$  atau terlalu dingin  $<36^{\circ}\text{C}$ .
  - 3) Warna kuning (terutama pada 24 jam pertama), biru atau pucat, memar.
  - 4) Pemberian makan, hisapan lemah, mengantuk berlebihan, banyak muntah.
  - 5) Tali pusat merah, bengkak, keluar cairan (nanah), bau busuk, pernafasan sulit.
  - 6) Tinja atau kemih - tidak berkemih dalam 24 jam, tinja lembek, sering, hijau tua, ada lender dan darah pada tinja.
  - 7) Aktivitas – mengigil atau tangis tidak biasa, sangat mudah tersinggung, lemas, tidak mengantuk, lunglai, kejang, kejang halus, tidak bisa tenang, menangis terus menerus (Marmi, 2015).

#### **2.4.6. Makrosomia**

##### **a. Pengertian**

Makrosomia adalah bila berat badannya lebih dari 4000 gram. Berat neonatus pada umumnya kurang dari 4000 gram dan jarang melebihi 5000 gram. Frekuensi berat badan lahir lebih dari

4000 gram adalah 5,3% dan yang lebih dari 4500 gram adalah 0,4%.

b. Etiologi

Beberapa keadaan pada ibu dapat menyebabkan terjadinya kelahiran bayi besar / baby giant. Faktor-faktor dari bayi tersebut diantaranya :

1. Bayi dan ibu yang menderita diabetes sebelum hamil dan bayi dari ibu yang menderita diabetes selama kehamilan. Sering memiliki kesamaan, mereka cenderung besar dan montok akibat bertambahnya lemak tubuh dan membesarnya organ dalam, mukanya sembab dan kemerahan (*plethonic*) seperti bayi yang sedang mendapat kortikosteroid. Bayi dari ibu yang menderita diabetes memperlihatkan insiden sindrom kegawatan pernafasan yang lebih besar dari pada bayi ibu yang normal pada umur kehamilan yang sama. Insiden yang lebih besar mungkin terkait dengan pengaruh antagonis antara kortisol dan insulin pola sintesis surfakton.
2. Terjadinya obesitas pada ibu juga dapat menyebabkan kelahiran bayi besar (bayi giant).
3. Pola makan ibu yang tidak seimbang atau berlebihan juga mempengaruhi kelahiran bayi besar.

c. Tanda dan gejala

- 1) Berat badan lebih dari 4000 gram pada saat lahir
- 2) Wajah menggembung, pletoris (wajah tomat)
- 3) Besar untuk usia gestasi
- 4) Riwayat intrauterus dari ibu diabetes dan polihidramnion.

- d. Pemeriksaan diagnostik
  - 1) Pemantauan glukosa darah, kimia darah, analisa gas darah
  - 2) Hemoglobin (hb), hematokrit (ht).

- e. Komplikasi

Bayi besar yang sedang berkembang merupakan suatu indikator dari efek ibu. Yang walaupun dikontrol dengan baik dapat timbul pada janin, maka sering disarankan persalinan yang lebih dini sebelum aterm. Situasi ini biasanya dinilai pada sekitar kehamilan 38 minggu. Penilaian yang seksama terhadap pelvis ibu. tingkat penurunan kepala janin dan diatas serviks. Bersama dengan pertimbangan terhadap riwayat kebidanan sebelumnya.

- f. Penatalaksanaan medis

Pemeriksaan klinik dan ultrasonografi yang seksama terhadap janin yang sedang tumbuh, disertai dengan faktor-faktor yang diketahui merupakan predisposisi terhadap makrosomia (bayi besar) memungkinkan dilakukannya sejumlah kontrol terhadap pertumbuhan yang berlebihan. Peningkatan resiko bayi besar jika kehamilan dibiarkan hingga aterm harus diingat dan seksio sesarea efektif harus dilakukan kapan saja persalinan pervaginam.

- 1) Pemantauan glukosa darah
- 2) (pada saat datang atau umur 3 jam, kemudian tiap 6 jam sampai 24 jam atau bila kadar glukosa  $\geq 45$  gr% dua kali berturut-turut.
- 3) Pemantauan elektrolit
- 4) Pemberian glukosa parenteral sesuai indikasi
- 5) Bolus glukosa parenteral sesuai indikasi

## **2.5. Konsep Keluarga Berencana**

### **2.5.1. Definisi**

Keluarga berencana adalah usaha untuk mengukur jumlah dan jarak anak yang diinginkan. Agar dapat mencapai hal tersebut , maka dibuatlah beberapa cara atau alternatif untuk mencegah ataupun menunda kehamilan (Sulistyawati, 2014).

### **2.5.2. Tujuan KB**

Sulistyawati (2014) Tujuan umum program keluarga berencana yaitu membentuk keluarga kecil sesuai dengan kekuatan sosial ekonomi suatu keluarga, dengan cara pengaturan kelahiran anak agar diperoleh suatu keluarga bahagia dan sejahtera yang dapat memenuhi kebutuhan hidupnya. Tujuan lain meliputi :

- a. Pengaturan kelahiran
- b. Pendewasan usia perkawinan
- c. Peningkatan ketahanan dan kesejahteraan keluarga

### **2.5.3. Langkah-langkah Konseling KB**

Dalam memberikan konseling menurut Sulistyawati (2015) hendaknya diterapkan 6 langkah yang dikenal dengan kata SATU TUJU. Kata kunci ini digunakan untuk memudahkan petugas mengingat langkah-langkah yang perlu dilakukan tetapi dalam penerapannya tidak harus dilakukan secara berurutan. Kata kunci SATU TUJU sebagai berikut:

- a. SA : sapa dan salam kepada klien secara sopan dan terbuka.

Memberikan tempat yang nyaman saat berbicara untuk menjamin privasi dan keyakinan klien untuk membangun rasa percaya diri

- b. T : Tanya klien untuk mendapatkan informasi tentang dirinya dan bantu klien untuk lebih aktif
- c. U : uraikan kepada klien mengenai pilihannya dan beritahu apa pilihan kontrasepsi yang paling mungkin untuk klien
- d. TU : bantulah klien untuk memilih kontrasepsi yang paling sesuai dengan keadaan dan kebutuhannya.
- e. J : jelaskan secara lengkap tentang kontrasepsi pilihannya setelah klien memilih kontrasepsinya
- f. U : perlunya dilakukan kunjungan ulang untuk pemeriksaan lanjutan atau permintaan kontrasepsi lainnya.

#### 2.5.4. KB Suntik 3 bulan (*depo provera*)

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

##### a) Mekanisme kerja

- 1) Menekan *ovulasi*
- 2) Mengentalkan lendir servik
- 3) Menghalangi *implantasi*
- 4) Mempengaruhi transport ovum di tuba

##### b) Keuntungan

- 1) Sangat efektif dan mempunyai efek pencegahan kehamilan jangka panjang
- 2) Tidak berpengaruh terhadap hubungan suami istri
- 3) Tidak mengandung estrogen sehingga tidak berdampak serius terhadap penyakit jantung dan gangguan pembekuan darah
- 4) Tidak mempengaruhi ASI

- 5) Efek samping sedikit
- 6) Mencegah *kanker endometrium* dan *kehamilan ektopik*
- 7) Menurunkan kejadian penyakit jinak payudara
- 8) Menurunkan krisis *anemia bulan sabit*
- 9) Mencegah beberapa penyakit radang panggul

c) Keterbatasan

- 1) Pola haid tidak teratur
- 2) Pada waktu tertentu harus kembali untuk mendapat suntikan
- 3) Tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu sebelum suntikan berikutnya
- 4) Peningkatan berat badan
- 5) Tidak melindungi terhadap penyakit infeksi menular seksual, HIV/AIDS
- 6) Setelah pemakaian suntikan kesuburan terlambat kembali karena pelepasan suntikan sebelumnya belum habis

d) Indikasi

- 1) Usia reproduksi, *nulipara* dan yang telah memiliki anak
- 2) Menghendaki kontrasepsi jangka panjang dan efektivitas tinggi
- 3) Menyusui dan membutuhkan kontrasepsi
- 4) Setelah melahirkan dan tidak menyusui
- 5) Setelah *abortus*
- 6) Telah mempunyai banyak anak tetapi belum menginginkan *tubektomi*
- 7) Perokok
- 8) Tekanan darah 180/110 mmHg

- 9) Menggunakan obat untuk *epilepsy*
  - 10) Sering lupa minum pil kontrasepsi
  - 11) *Anemia defisiensi besi*
- e) Kontraindikasi
- 1) Hamil atau dicurigai hamil
  - 2) Perdarahan pervaginam yang belum jelas
  - 3) Tidak dapat menerima terjadinya gangguan pola haid terutama *amenorea*
  - 4) Menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara
  - 5) *Diabetes mellitus* disertai komplikasi
  - 6) Kanker pada *traktus genitalia*

## **2.6. Konsep Manajemen Kebidanan**

### **2.6.1. Definisi Manajemen Kebidanan**

Manajemen kebidanan merupakan pendekatan yang digunakan oleh bidan dalam menerapkan metode pemecahan masalah secara sistematis, mulai dari pengkajian, analisis data, diagnosa kebidanan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi (Mufdlilah, 2012).

### **2.6.2. Prinsip Manajemen Kebidanan**

Prinsip manajemen kebidanan menurut Mufdlilah (2012) antara lain:

1. Secara sistematis mengumpulkan dan memperbaharui data yang lengkap dan relevan dengan melakukan pengkajian yang komprehensif.
2. Mengidentifikasi masalah dan membuat diagnosa berdasarkan interpretasi data dasar.
3. Mengidentifikasi kebutuhan terhadap asuhan kebidanan dalam penyelesaian masalah dan merumuskan tujuan asuhan kebidanan bersama klien.

4. Memberi informasi dan support terhadap klien agar klien dapat bertanggung jawab terhadap keputusan kesehatannya.
5. Membuat rencana asuhan yang komprehensif bersama klien.
6. Secara pribadi bertanggung jawab terhadap implementasi rencana asuhan.
7. Melakukan konsultasi, perencanaan dan melaksanakan manajemen dengan kolaborasi dan merujuk klien untuk mendapat asuhan selanjutnya.
8. Merencanakan manajemen terhadap komplikasi tertentu, dalam situasi darurat dan bila ada penyimpangan dari keadaan normal.
9. Melakukan evaluasi bersama klien terhadap pencapaian asuhan kebidanan dan merevisi rencana asuhan sesuai dengan kebutuhan.

1.

2.

2.1.

2.2.

2.3.

2.4.

2.5.

2.5.1.

### **2.6.3. Langkah-langkah Manajemen Kebidanan**

Langkah-langkah manajemen kebidanan menurut Mufdillah (2012) 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 tiga, 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 instrumen 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 obstetri. 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: interpretasi data dasar

Pada langkah ini dilakukan identifikasi yang benar terhadap diagnosa 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.

Diagnosa merupakan masalah yang ditegakan oleh bidan dalam lingkup praktik kebidanan dan memenuhi standar nomenklatur diagnosa 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 manajemen kebidanan.

3. Langkah III: mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial

Pada tahap ini bidan dituntut untuk dapat mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial yang mungkin terjadi. Identifikasi dilakukan berdasarkan rangkaian masalah atau diagnosa 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 meningkatkan 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 telah terpenuhi.

### **2.7. Dokumentasi Asuhan Kebidanan**

#### **2.7.1. Definisi**

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

#### **2.7.2. Fungsi Dokumentasi**

Penulisan dokumentasi kebidanan memiliki tujuan dan prinsip. Adapun tujuan penulisan dokumentasi kebidanan menurut Mufdillah (2010) 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 menurut Mufdillah (2012) adalah sebagai berikut:

1. Mencantumkan nama jelas pasien pada setiap lembaran.
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).

### **2.7.3. Tujuan Dokumentasi**

Adapun tujuan dokumentasi kebidanan menurut Mufdillah (2012) adalah sebagai berikut:

1. Sebagai sarana komunikasi. Komunikasi terjadi dalam tiga arah :
  - a. Ke bawah untuk melakukan instruksi.
  - b. Ke atas untuk memberi laporan.
  - c. Ke samping (Lateral) untuk memberi saran

Dokumentasi yang dikomunikasikan secara akurat dan lengkap dapat berguna untuk:

- a. Membantu koordinasi asuhan kebidanan yang diberikan oleh tim kesehatan.
- b. Mencegah informasi yang berulang terhadap pasien atau anggota tim kesehatan atau mencegah tumpang tindih, bahkan sama

sekali tidak dilakukan untuk mengurangi kesalahan dan meningkatkan ketelitian dalam memberikan asuhan kebidanan pada pasien.

- c. Membantu tim bidan dalam menggunakan waktu sebaik-baiknya.
2. Sebagai sarana tanggung jawab dan tanggung gugat. Sebagai upaya untuk melindungi pasien terhadap kualitas pelayanan keperawatan yang diterima dan perlindungan terhadap keamanan perawat dalam melaksanakan tugasnya, maka perawat/bidan diharuskan mencatat segala tindakan yang dilakukan terhadap pasien.
3. Sebagai sarana informasi statistic  
Data statistik dari dokumentasi kebidanan dapat membantu merencanakan kebutuhan di masa mendatang, baik SDM, sarana, prasarana dan teknis.
4. Sebagai sarana pendidikan  
Dokumentasi asuhan kebidanan yang dilaksanakan secara baik dan benar akan membantu para siswa kebidanan maupun siswa kesehatan lainnya dalam proses belajar mengajar untuk mendapatkan pengetahuan dan membandingkannya, baik teori maupun praktek lapangan.
5. Sebagai sumber data penelitian
6. Informasi yang ditulis dalam dokumentasi dapat digunakan sebagai sumber data penelitian.
7. Sebagai jaminan kualitas pelayanan kesehatan  
Melalui dokumentasi yang dilakukan dengan baik dan benar, diharapkan asuhan kebidanan yang berkualitas dapat dicapai, karena jaminan kualitas merupakan bagian dari program pengembangan pelayanan kesehatan.

8. Sebagai sumber data perencanaan asuhan kebidanan berkelanjutan  
Dengan dokumentasi akan didapatkan data yang aktual dan konsisten mencakup seluruh asuhan kebidanan yang dilakukan.

#### **2.7.4. Model Dokumentasi Asuhan Kebidanan**

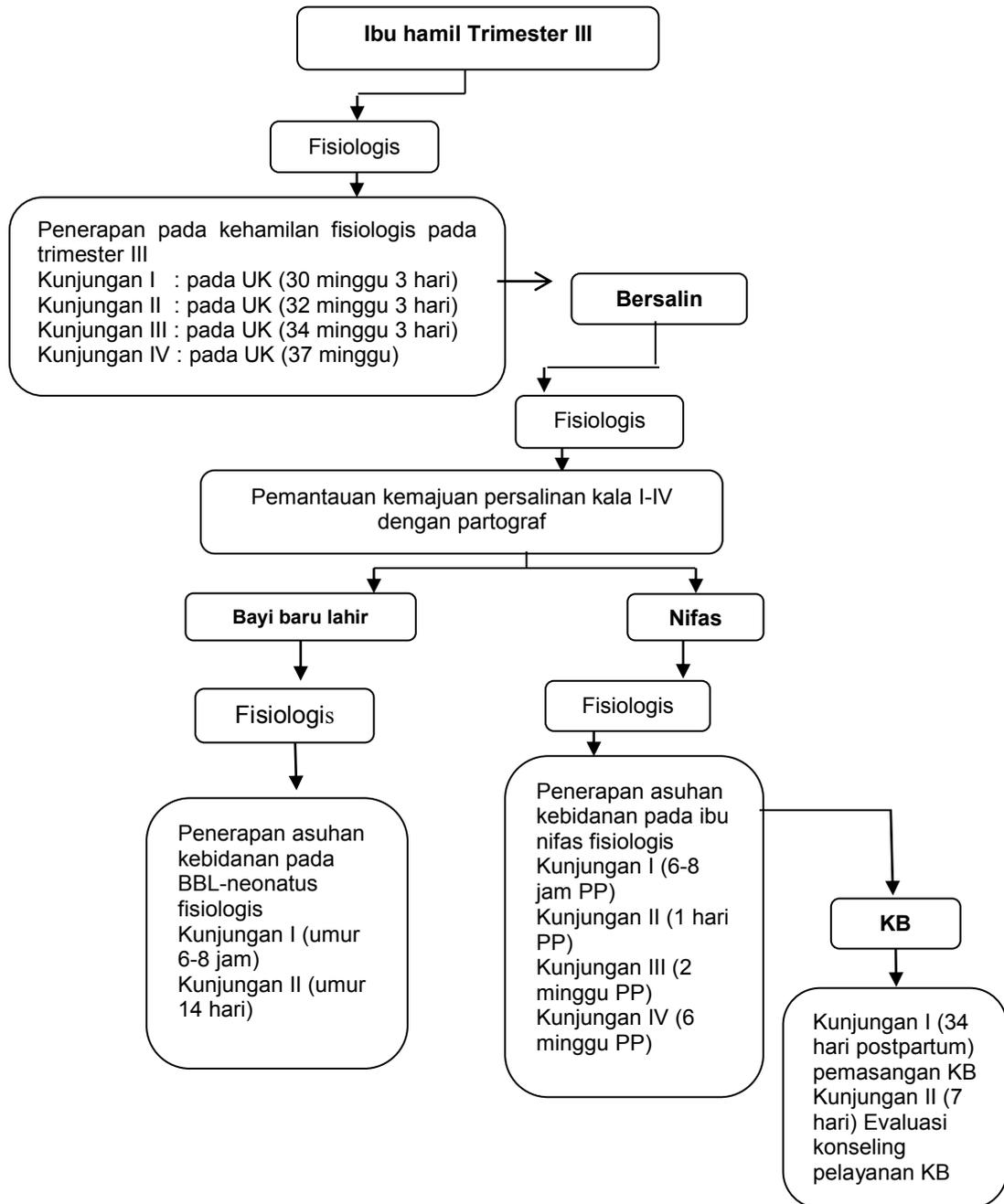
Menurut Mufdillah (2012) model dokumentasi kebidanan yang digunakan adalah dalam bentuk catatan perkembangan, karena asuhan yang diberikan berkesinambungan dan menggunakan proses yang terus menerus. Dokumentasi asuhan kebidanan yang digunakan adalah SOAP notes. SOAP notes meliputi:

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



## BAB III KERANGKA KONSEP

### 3.1. Kerangka konsep kegiatan



**Gambar 3. 1 Kerangka Konsep**

### 3.2. Keterangan Kerangka Konsep

Pemberian asuhan kebidanan komprehensif dengan pendekatan continuity of care merupakan kegiatan pemberian asuhan kebidanan kepada klien secara menyeluruh dan berkelanjutan. Asuhan diberikan pada saat ibu hamil hingga menggunakan KB dan bayi baru lahir yang berkelanjutan. Asuhan yang diberikan merupakan asuhan yang sesuai dengan kebutuhan klien. Pada proses laporan tugas akhir ini, klien merupakan ibu hamil trimester III.

Pemeriksaan dilakukan pada ibu hamil trimester III dengan usia kehamilan 30 minggu 3 hari. Pemeriksaan dilakukan dengan mendatangi rumah klien atau saat klien priksa kehamilan dibidan. Pemeriksaan minimal dilakukan 4 kali kunjungan. Kunjungan pertama dilakukan saat klien periksa dibidan. Kunjungan kedua dan selanjutnya dilakukan degan rentan waktu 2 minggu setelah kunjungan sebelumnya.

Pada saat klien bersalin dilakukan pemeriksaan dan pendampingan. Pemeriksaan dan pendampingan tersebut dilakukan di tempat klien bersalin. Pemeriksaan dan pemantauan persalinan selalu di dokumentasikan mulai dari kala I sampai kala IV. Setelah ibu bersalin akan dilakukan kunjungan bayi baru lahir.

Pengawasan dan kunjungan nifas diberikan minimal 4 kali kunjungan. Kunjungan pertama dilakukan pada saat ibu nifas 6 jam - 3 hari post partum. Kunjungan kedua dilakukan pada 4-7 hari post partum. Kunjungan ketiga dilakukan pada 8-14 hari post partum. Kunjungan keempat dilakukan pada 14 hari post partum atau lebih.

Kunjungan bayi baru lahir dilakukan sebanyak 2 kali kunjungan. Kunjungan ini dilakukan untuk mengetahui keadaan bayi pada sat

dirumah dengan keluarga. Kunjungan pertama dilakukan saat bayi berusia 6 jam – 7 hari. Kunjungan kedua dilakukan pada saat bayi berusia 8 – 28 hari.

Pada saat nifas juga akan dilakukan 2 kali kunjungan KB. Kunjungan pertama pada 34 hari post partum untuk konseling tentang KB dan pemasangan KB. Kunjungan kedua pada 40 hari post partum untuk evaluasi pasca penggunaan KB.

## BAB IV LAPORAN PELAKSANAAN ASUHAN

### 4.1 Laporan Pelaksanaan Asuhan Kehamilan

#### 1. Kunjungan Kehamilan I

Hari/Tanggal : Sabtu, 08 April 2017  
 Jam : 15.00 WIB  
 Tempat : BPM Anik Rohanjarwati, Amd.Keb Pakis  
 Oleh : Thoyibatul Alifiyah

#### DATA SUBYEKTIF

##### 1. IDENTITAS

Nama klien	: Ny."P"	Nama suami	: Tn."A"
Usia	: 21 Tahun	Usia	: 23 Tahun
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Penidikan	: SMU	Pendidikan	: SMP
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Swasta
Alamat	: Bamban RT 08 RW 05 Asrikaton Pakis		

##### 2. KELUHAN UTAMA

Ibu mengatakan saat ini sedang batuk pilek dan panas sejak kemarin.

##### 3. RIWAYAT MENSTRUASI

Siklus : 28 hari  
 Teratur/Tidak : teratur  
 Flour Albus : tidak  
 Disminorea : jarang

##### 4. RIWAYAT OBSTETRI YANG LALU

Hamil Ke	Kehamilan		Persalinan				Anak			Nifas		KB	
	UK	Penyulit	Jenis	Penolong	Tempat	Penyulit	JK	BB/PB	H/M	Lama	Penyulit	Jenis	Lama
1	HAMIL INI												

## 5. RIWAYAT PERNIKAHAN

Pernikahan ke : 1 (satu)

Lama menikah : 1 tahun

Usia saat menikah : 20 tahun

## 6. RIWAYAT KEHAMILAN SEKARANG

HPHT : 07 – 09 -2016

## 7. RIWAYAT PERIKSA ANC

Ibu mengatakan sudah memeriksakan kehamilannya di bidan sebanyak 4 kali.

## 8. RIWAYAT KESEHATAN IBU DAN KELUARGA

Ibu mengatakan ibu dan keluarga tidak memiliki penyakit diabetes, darah tinggi, jantung, asma, penyakit kuning, HIV, AIDS, dan tidak memiliki keturunan kembar. Tapi ibu pernah dirawat di rumah sakit pada bulan November 2016 karena penyakit typhus.

## 9. RIWAYAT PSIKOLOGI

Ibu memberikan respon dengan baik saat berbicara tentang kehamilannya, karena kehamilan ini merupakan kehamilan yang sudah direncanakan, suami juga sangat antusias dengan kehamilan ibu.

## 10. POLA KEBIASAAN SEHARI – HARI

### 1. Nutrisi

a) Sebelum hamil : makan 3 kali sehari, jenis makanan nasi, lauk, sayur dan kadang ditambah buah. Minum 7 – 8 gelas sehari.

b) Selama hamil : makan 3 kali sehari, jenis makanan nasi, lauk, sayur dan kadang ditambah buah. Minum 7 – 8 gelas sehari

## 2. Pola istirahat

- a) Sebelum hamil : ibu mengatakan tidak pernah tidur siang karena bekerja, tidur malam 8 jam sehari dan tidak mempunyai gangguan tidur.
- b) Selama hamil : ibu mengatakan tidur siang 2 jam, tidur malam 8 jam sehari dan tidak memiliki gangguan tidur.

## 3. Pola eliminasi

- a) Sebelum hamil : BAB 1 kali sehari, BAK  $\pm$  4 kali sehari
- b) Selama hamil : BAB 1 kali sehari, BAK  $\pm$  6 kali sehari

## 4. Pola aktifitas

- a) Sebelum hamil : ibu melakukan pekerjaan rumah tangga (memasak, menyapu, mengepel, mencuci, dan mengurus keluarga) kemudian bekerja.
- b) Selama hamil : ibu tetap melakukan pekerjaan rumah tangga, tetapi tidak terlalu berat dan sudah berhenti bekerja.

## 5. *Personal hygiene*

- a) Sebelum hamil : mandi 2 kali sehari, ganti pakaian dan celana dalam setelah mandi.
- b) Selama hamil : mandi 2 kali sehari, ganti pakaian setelah mandi, ganti celana dalam setelah mandi dan apabila terasa basah

### **DATA OBJEKTIF**

#### PEMERIKSAAN UMUM

Keadaan umum : baik

Kesadaran : composmentis

TP : 14 – 06 – 2017

TTV: TD : 110/70 mmHg      BB Sebelum hamil : 52 kg

N : 80x/menit      BB Selama hamil : 63 kg

RR : 20x/menit                      TB                                              : 160 cm  
 S : 36,5 °C                              LILA                                           : 26 cm

#### PEMERIKSAAN FISIK

Muka : tidak oedema, tidak terdapat cloasma gravidarum  
 Mata : konjungtiva merah muda, sclera putih, tidak minus.  
 Leher : tidak teraba pembengkakan kelenjar tyroid, tidak teraba bendungan vena jugularis.  
 Payudara : bersih, hyperpigmentasi areola, papilla mammae menojol, tidak teraba benjolan abnormal, tidak ada nyeri tekan, colostrum -/- (ASI belum keluar pada payudara kiri dan payudara kanan)  
 Abdomen : tidak ada luka bekas operasi, tidak ada striae albican, terdapat linea nigra, pada fundus teraba keras dan lunak (bokong), TFU 1/3 diatas pusat (28 cm), pada bagian kanan ibu teraba keras dan memanjang seperti papan (punggung), PUKA, pada bagian kiri ibu teraba bagian kecil janin, kepala belum masuk PAP, DJJ 138x/menit, TBJ : (28-13) x 155 = 2325 gram.  
 Ekstremitas : Atas : tidak oedema, turgor kulit baik, CRT ≤ 2 detik  
 Bawah : Reflek patella +/+, tidak terlihat varises, tidak oedema

#### ANALISA

G<sub>1</sub>P<sub>0000</sub> Ab<sub>000</sub> UK 30 minggu 3 hari T/H Letkep dengan kehamilan fisiologis.

#### PENATALAKSANAAN

1. Membina hubungan saling percaya dengan pasien, ibu kooperatif dan bersedia dengan tindakan serta rencana yang akan dilakukan

2. Memberitahukan hasil pemeriksaan kepada ibu, ibu memahami
3. Memberikan KIE untuk mengurangi makanan dan minuman yang manis dan dingin serta sering mengonsumsi minuman hangat untuk mengatasi batuk dan pilek, ibu mengerti.
4. Mengingatkan ibu untuk tidak telat makan serta mengurangi makanan yang pedas dan asam supaya typusnya tidak kambuh, ibu mengerti.
5. Memberikan KIE tentang pola aktifitas agar tidak mengangkat barang yang terlalu berat saat mengerjakan pekerjaan rumah, ibu mengerti.
6. Memberikan KIE tentang pola istirahat pada ibu saat jam tidur siang dan tidur malam, ibu mengerti.
7. Memberikan KIE tentang *personal hygiene* pada ibu, mandi 3 kali sehari, rajin sikat gigi sesudah makan dan mengganti celana dalam 3 kali sehari atau pada saat ibu sudah merasa basah, ibu mengerti.
8. Memberikan KIE tanda bahaya kehamilan pada Trimester 3 seperti sakit kepala yang berkunang-kunang, perdarahan pervaginam dan bengkak pada bagian ekstremitas maupun wajah, ibu mengerti.
9. Mengingatkan ibu untuk meminum tablet Fe, ibu mengerti
10. Menyetujui jadwal kunjungan ulang yaitu pada tanggal 22 April 2017.

## **2. Kunjungan Kehamilan II**

Hari/Tanggal : Sabtu, 22 April 2017

Jam : 11.00 WIB

Tempat : Bamban RT 08 RW 05 Asrikaton Pakis

Oleh : Thoyibatul Alifiyah

### **DATA SUBJEKTIF**

Ibu mengatakan saat ini sering merasa nyeri pinggang.

**DATA OBJEKTIF**

Pemeriksaan umum

Keadaan umum : baik

Kesadaran : composmentis

TTV: TD	: 110/60 mmHg	BB Sebelum hamil	: 52 kg
N	: 78x/menit	BB Selama hamil	: 63 kg
RR	: 22x/menit	TB	: 154 cm
S	: 36,5 °C	LILA	: 26 cm

Pemeriksaan fisik

Mata : konjungtiva merah muda, sclera putih, tidak minus

Payudara : bersih, hyperpigmentasi areola, papilla mammae menojol, tidak teraba benjolan abnormal, tidak ada nyeri tekan, colostrum +/- (ASI belum keluar pada payudara kanan dan kiri)

Abdomen : tidak ada luka bekas operasi, tidak ada striae albican, terdapat linea nigra, pada fundus teraba keras dan lunak (bokong), TFU 2 jari diatas pusat (30 cm), pada bagian kanan ibu teraba keras dan memanjang (punggung), PUKA, pada bagian kiri ibu teraba bagian kecil janin, kepala belum masuk PAP, DJJ 134x/menit, TBJ : (30–13) x 155 = 2635 gram.

Ekstremitas Atas : tidak oedema

Bawah : tidak oedema

**ANALISA**

G<sub>1</sub>P<sub>0000</sub> Ab<sub>000</sub> UK 32 minggu 3 hari T/H Letkep dengan kehamilan fisiologis.

## **PENATALAKSANAAN**

1. Memberitahukan hasil pemeriksaan kepada ibu dan rencana asuhan yang akan diberikan, ibu memahami.
2. Memberikan KIE tentang mengatasi nyeri pinggang pada ibu dengan cara melakukan masase pada bagian pinggang serta menganjurkan ibu untuk tidur miring dan mandi dengan air hangat serta menjelaskan bahwa nyeri pinggang yang dialami ibu merupakan hal yang fisiologis karena bertambah besarnya janin maka bertambah pula tenaga pada pinggang ibu untuk menahan, ibu mengerti.
3. Memberikan KIE tentang pola istirahat terutama pada saat jam tidur siang, ibu mengerti.
4. Memberikan KIE tentang *personal hygiene*, mandi 3 kali sehari, rajin sikat gigi dan mengganti celana dalam sehari 3 kali sehari atau saat ibu merasa basah, ibu mengerti.
5. Memberikan KIE tentang tanda bahaya kehamilan seperti pusing kepala yang berkunang-kunang, perdarahan pervaginam, bengkak pada kaki tangan dan wajah, ibu mengerti
6. Mengingatkan kepada ibu tentang pentingnya untuk minum tablet Fe, ibu mengerti.
7. Menyepakati jadwal kunjungan ulang yaitu pada tanggal 06 Mei 2017.

### 3. Kunjungan Kehamilan III

Hari/Tanggal : Sabtu, 06 Mei 2017  
 Jam : 09.00 WIB  
 Tempat : Bamban RT 08 RW 05 Asrikaton Pakis  
 Oleh : Thoyibatul Alifiyah

#### DATA SUBYEKTIF

Ibu mengatakan saat ini sering kencing terutama pada malam hari.

#### DATA OBJEKTIF

Pemeriksaan umum

Keadaan umum : baik

Kesadaran : composmentis

TTV: TD	: 110/80 mmHg	BB Sebelum hamil	: 52 kg
N	: 81x/menit	BB Selama hamil	: 64 kg
RR	: 23x/menit	TB	: 154 cm
S	: 36,5 °C	LILA	: 26 cm

Pemeriksaan fisik

Mata : konjungtiva merah muda, sclera putih, tidak minus

Payudara : bersih, hyperpigmentasi areola, papilla mammae menonjol, tidak teraba benjolan abnormal, tidak ada nyeri tekan, colostrum -/- (belum keluar pada payudara kanan dan payudara kiri)

Abdomen : tidak ada luka bekas operasi, tidak ada luka bekas operasi, tidak ada striae albican, terdapat linea nigra, pada fundus teraba keras dan lunak (bokong), TFU  $\frac{1}{2}$  pusat-px (32 cm), pada bagian kanan ibu teraba keras dan memanjang (punggung), PUKA, pada bagian kiri ibu

teraba bagian kecil janin, kepala belum masuk PAP, DJJ 144x/menit, TBJ (32–13)x155 = 2945 gram.

#### Ekstremitas

Atas : tidak oedema

Bawah : tidak oedema

### **ANALISA**

G<sub>1</sub>P<sub>0000</sub> Ab<sub>000</sub> UK 34 minggu 3 hari T/H Letkep dengan kehamilan fisiologis.

### **PENATALAKSANAAN**

1. Memberitahukan hasil pemeriksaan kepada ibu dan rencana asuhan yang akan diberikan, ibu memahami
2. Memberikan KIE untuk mengurangi minum teh terutama pada malam hari dan menjelaskan bahwa sering kencing merupakan hal yang fisiologis karena kepala janin semakin turun sehingga menekan kandung kemih.
3. Memberikan KIE tentang pola nutrisi yaitu dengan mengurangi porsi karbohidrat, memperbanyak sayur hijau, menghindari makan pada malam hari, dan menghindari tidur setelah makan, minimal 2 jam setelah makan baru ibu diperbolehkan untuk tidur.
4. Memberikan KIE tentang pola istirahat pada ibu terutama pada siang hari, ibu mengerti.
5. Memberikan KIE tentang *personal hygiene* pada ibu, mandi 2 kali sehari, sikat gigi setiap selesai makan dan mengganti celana dalam 3 kali sehari atau pada saat ibu sudah merasa basah, ibu mengerti.
6. Mengingatkan kepada ibu, pentingnya untuk minum tablet Fe, ibu mengerti
7. Menepakati jadwal kunjungan ulang yaitu pada tanggal 24 Mei 2017.

#### 4. Kunjungan Kehamilan IV

Hari/Tanggal : Rabu, 24 Mei 2017  
 Jam : 16.00 WIB  
 Tempat : Bamban RT 08 RW 05 Asrikaton Pakis  
 Oleh : Thoyibatul Alifiyah

#### DATA SUBYEKTIF

Ibu mengatakan saat ini sering pusing dan kadang merasa seperti kenceng-kenceng.

#### DATA OBJEKTIF

Pemeriksaan umum

Keadaan umum : baik

Kesadaran : composmentis

TTV: TD	: 120/80 mmHg	BB Sebelum hamil	: 52 kg
N	: 80x/menit	BB Selama hamil	: 65 kg
RR	: 21x/menit	TB	: 154 cm
S	: 36,5 °C	LILA	: 26 cm

Pemeriksaan fisik

Mata : konjungtiva merah muda, sclera putih, tidak minus

Payudara : bersih, hyperpigmentasi areola, papilla mammae menojol, tidak teraba benjolan abnormal, tidak ada nyeri tekan, colostrum -/- (belum keluar pada payudara kanan dan payudara kiri)

Abdomen : tidak ada luka bekas operasi, tidak ada luka bekas operasi, tidak ada striae albican, terdapat linea nigra, pada fundus teraba keras dan lunak (bokong), TFU 2 jari

dibawah px (34 cm), pada bagian kanan ibu teraba keras dan memanjang (punggung) PUKA, pada bagian kiri ibu teraba bagian kecil janin, kepala sudah masuk PAP, teraba 4/5 bagian, DJJ 132 x/menit, TBJ (34–12)x155 = 3410 gram.

#### Ekstremitas

Atas : tidak oedema

Bawah : tidak oedema

#### PEMERIKSAAN PENUNJANG

Golongan Darah : O

Hemoglobin : 11,5 gr %

Albumin : Negatif

Reduksi : Negatif

#### ANALISA

G<sub>1</sub>P<sub>0000</sub> Ab<sub>000</sub> UK 37 minggu T/H Letkep dengan kehamilan fisiologis.

#### PENATALAKSANAAN

1. Memberitahukan hasil pemeriksaan kepada ibu dan rencana asuhan yang akan diberikan, ibu memahami
2. Memberikan KIE untuk istirahat yang cukup terutama pada siang hari.
3. memberikan KIE bahwa kenceng-kenceng yang dirasakan ibu termasuk his palsu yang memang sering terjadi pada ibu hamil yang mulai memasuki waktu persalinan.
4. Memberikan KIE pola nutrisi untuk kebutuhan ibu dan bayi, ibu mengerti.

5. Memberikan KIE tentang nutrisi yang mengandung zat besi untuk meningkatkan kadar hemoglobin seperti tahu, tempe, kacang-kacangan, buah naga dan sayur bayam, ibu mengerti.
6. Memberikan KIE tentang persiapan persalinan dan tanda-tanda persalinan seperti keluarnya lendir bercampur darah, kontraksi yang sering dan keluarnya cairan, ibu mengerti.
7. Mengingatkan kepada ibu, pentingnya untuk minum tablet Fe, ibu mengerti.
8. Menganjurkan ibu untuk segera ke tenaga kesehatan jika mengalami tanda-tanda persalinan, ibu bersedia.

#### **4.2 Laporan Pelaksanaan Asuhan Persalinan**

Hari/Tanggal : Kamis, 22 Juni 2017  
 Jam : 11.00 WIB  
 Tempat : BPM Anik Rohanjarwati, AMd.Keb Pakis  
 Oleh : Thoyibatul Alifiyah

##### **1. Asuhan Persalinan Kala I**

Nama klien	: Ny."P"	Nama suami	: Tn."A"
Umur	: 21 tahun	Umur	: 23 tahun
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: SMU	Pendidikan	: SMP
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Swasta
Alamat	: Bamban RT 08 RW 05 Asrikaton Pakis Malang		

### **DATA SUBJEKTIF**

Ibu mengatakan perutnya kenceng – kenceng sejak jam 03.00 WIB dan semakin sakit serta mengeluarkan lendir bercampur darah. Ini merupakan kehamilan pertama. Ibu mengatakan ingin meneran. HPHT: 07 – 09 – 2016  
TP: 14 – 06 – 2017

### **DATA OBJEKTIF**

Keadaan umum	: baik	Kesadaran	: composmentis
TTV	: TD : 120/80 mmHg	RR	: 24x/menit
	N : 80x/menit	S	: 36,5°C

Pemeriksaan fisik :

VT jam 11.00 Ø 4 cm, effisement 50%, ketuban utuh, bagian terdahulu kepala, tidak ada bagian kecil yang mengikuti bagian terdahulu, bagian terendah UUK jam 12, Hodge II, Molase 0, DJJ 135x/menit, His 3.10'35"

### **ANALISA**

G<sub>1</sub>P<sub>0000</sub> Ab<sub>000</sub> UK 41 Minggu T/H/I dengan Inpartu Kala I Fase Aktif

### **PENATALAKSANAAN**

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan pada ibu, ibu mengerti
2. Mengajarkan ibu teknik relaksasi yang benar, seperti tarik nafas yang dalam dari hidung, dihembuskan perlahan dari mulut, ibu mengerti
3. Menganjurkan ibu untuk berjalan – jalan bila masih kuat, ibu melakukan
4. Menganjurkan ibu untuk tidak menahan BAK dan BAB, ibu melakukan.
5. Memenuhi kebutuhan nutrisi ibu, seperti makan dan minum untuk mempersiapkan tenaga ibu pada saat bersalin, nutrisi terpenuhi
6. Memberikan motivasi pada ibu, ibu mengerti

7. Memantau kesejahteraan ibu dan janin dengan menggunakan partograf
8. Menyiapkan partus set.

## 2. Asuhan Persalinan Kala II

Hari/Tanggal : Kamis, 22 Juni 2017  
Jam : 16.00 WIB  
Tempat : BPM Anik Rohanjarwati, AMd.Keb Pakis  
Oleh : Thoyibatul Alifiyah

### DATA SUBJEKTIF

Ibu mengatakan ingin BAB tidak bisa ditahan lagi dan merasakan ketubannya telah pecah.

### DATA OBJEKTIF

Terlihat lendir bercampur darah, dorongan ingin meneran, tekanan pada anus, perenium menonjol, vulva dan vagina membuka. VT jam 16.00 Ø 10 cm, effisement 100%, ketuban pecah spontan jernih, bagian terdahulu kepala, tidak ada bagian kecil yang mengikuti bagian terdahulu, bagian terendah UUK jam 12, Hodge III, Molase 0, DJJ 135x/menit, His 3.10'35"

### ANALISA

G<sub>I</sub>P<sub>0000</sub> Ab<sub>000</sub> T/H/I dengan Inpartu Kala II

### PENATALAKSANAAN

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan pada ibu, ibu mengerti
2. Mengenali tanda gejala kala II, terlihat dorongan ingin meneran, tekanan pada anus, perenium menonjol, vulva dan vagina membuka

3. Menyiapkan pertolongan persalinan, alat – alat dan obat sudah tersedia
4. Memakai celemek dan APD, APD lengkap sudah dipakai
5. Memastikan pembukaan lengkap dan keadaan janin baik, VT dan pemantauan DJJ sudah dilakukan
6. Menyiapkan ibu dan keluarga untuk membantu proses bimbingan meneran, posisi yang nyaman sudah diberikan dan suami menemani dalam proses persalinan
7. Mempersiapkan pertolongan kelahiran bayi, alat sudah disiapkan
8. Penanganan bayi baru lahir, mengeringkan bayi, membebaskan jalan nafas, memotong tali pusat, dan melakukan IMD telah terlaksana
9. Bayi lahir spontan, belakang kepala jam 16.50 WIB, Jenis kelamin ♂, BB: 4600 gram, PB: 50 cm, anus (+), cacat (-), IMD (+)
10. Memeriksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus, bayi tunggal
11. Menyuntikkan oksitosin 10 IU secara IM di 1/3 paha kanan atas, sudah terlaksana.

### **3. Asuhan Persalinan Kala III**

Hari/Tanggal : Kamis, 22 Juni 2017  
Jam : 16.50 WIB  
Tempat : BPM Anik Rohanjarwati, AMd.Keb Pakis  
Oleh : Thoyibatul Alifiyah

#### **DATA SUBJEKTIF**

Ibu mengatakan perutnya mulas dan lega atas kelahiran bayinya

**DATA OBJEKTIF**

Terlihat tali pusat memanjang, semburan darah, uterus globuler

**ANALISA**

P<sub>1001</sub> Ab<sub>000</sub> dengan inpartu kala III

**PENATALAKSANAAN**

1. Memindahkan klem 5 – 10 cm didepan vulva, sudah terlaksana
2. Melakukan PTT saat ada kontraksi sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah belakang atas (dorso kranial), plasenta lahir lengkap pukul 17.00 WIB
3. Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat maka berikan dosis ulang oksitosin 10 IU, lakukan kateterisasi bila kandung kemih penuh, meminta keluarga untuk menyiapkan rujukan, ulangi penegangan tali pusat 15 menit berikutnya, jika plasenta tidak lahir 30 menit setelah bayi lahir segera lakukan plasenta manual
4. Jika selaput plasenta robek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput ketuban kemudian gunakan jari – jari tangan atau klem DTT atau steril untuk mengeluarkan bagian selaput yang tertinggal
5. Melakukan masase uterus dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi, fundus teraba keras.
6. Memeriksa kedua sisi plasenta baik bagian maternal maupun fetal, selaput ketuban lengkap dan utuh
7. Mengevaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perenium, terdapat robekan jalan lahir derajat 2 (mukosa vagina, otot perineum dan kulit perineum) dan dilakukan heacting untuk mencegah perdarahan.

#### 4. Asuhan Persalinan Kala IV

Hari/Tanggal : Kamis, 22 Juni 2017  
 Jam : 17.00 WIB  
 Tempat : BPM Anik Rohanjarwati, AMd.Keb Pakis  
 Oleh : Thoyibatul Alifiyah

#### DATA SUBJEKTIF

Ibu mengatakan senang atas kelahiran bayinya, dan mengatakan perutnya masih mules.

#### DATA OBJEKTIF

TTV : TD : 100/70 mmHg	TFU	: 2 jari ↓ pusat
N : 78x/menit	Kontraksi	: baik
S : 36°C	Kandung kemih	: kosong
RR: 24x/menit	Perdarahan	: ±100cc

#### ANALISA

P<sub>1001</sub> Ab<sub>000</sub> dengan Inpartu kala IV

#### PENATALAKSANAAN

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan, ibu mengerti
2. Setelah 1 jam bayi kontak kulit dengan ibunya, bayi diberikan salep mata dan injeksi Vit K pada paha kiri, sudah terlaksana
3. Mengajarkan ibu dan keluarga cara melakukan masase uterus, ibu dan keluarga dapat melakukan
4. Evaluasi dan estimasi jumlah perdarahan, kontraksi uterus baik, perdarahan ± 100 cc

5. Melanjutkan pemantauan kontraksi, mencegah perdarahan, dan melakukan pemeriksaan TTV setiap 15 menit selama 1 jam pertama, setiap 30 menit pada jam kedua pasca persalinan, jika uterus tidak berkontraksi lakukan asuhan yang sesuai untuk penatalaksanaan atonia uteri
6. Memeriksa kembali keadaan bayi dan pantau setiap 15 menit untuk memastikan bahwa bayi dapat bernafas dengan baik, jika bayi retraksi rujuk, jika bayi bernafas terlalu cepat rujuk, jika kaki teraba dingin segera hangatkan
7. Menempatkan semua peralatan bekas pakai kedalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi selama 10 menit, cuci dan bilas, sudah dilakukan
8. Membuang bahan – bahan terkontaminasi ketempat sampah yang sesuai, sudah dilakukan
9. Membersihkan ibu dengan menggunakan air DTT, sudah dilakukan
10. Memastikan ibu merasa nyaman dan memberikan ASI pada bayinya, sudah terlaksana
11. Menganjurkan keluarga untuk memberikan makan dan minum pada ibu, keluarga mengerti
12. Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir, sudah terlaksana
13. Melengkapi partograf, sudah terlengkapi
14. Kolaborasi dengan bidan dalam pemberian terapi obat asam mefenamat (500mg), amoxilin (500mg) 3x1, Vit B Complex 1x1

### 4.3 Laporan Pelaksanaan Asuhan Nifas

#### 1. Kunjungan Masa Nifas I

Hari/Tanggal : Kamis, 22 Juni 2017  
 Jam : 23.00 WIB  
 Tempat : BPM Anik Rohanjarwati, Amd.Keb Pakis  
 Oleh : Thoyibatul Alifiyah

Nama	: Ny."P"	Nama	: Tn."A"
Umur	: 21 tahun	Umur	: 23 tahun
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: SMU	Pendidikan	: SMP
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Swasta
Alamat	: Bamban RT 08 RW 05 Asrikaton Pakis Kab. Malang		

#### DATA SUBJEKTIF

Ibu mengatakan perutnya masih mules dan masih lemas. Ibu merasa senang karena telah lahir bayi laki – laki pada tanggal 22 Juni 2017 pukul 16.50 WIB secara normal. Ibu belum BAK dan belum BAB. Sudah mobilisasi miring kiri.

#### DATA OBJEKTIF

Pemeriksaan Umum

Keadaan umum : baik  
 Kesadaran : composmentis  
 TTV : TD : 120/80 mmHg  
           N : 81x/menit  
           S : 35°C  
           RR : 23x/menit

**Pemeriksaan Fisik**

- Muka dan mata : tidak pucat, tidak oedema, sclera putih, konjungtiva merah muda.
- Leher : tidak terdapat pembesaran kelenjar tyroid, tidak terdapat bendungan vena jugularis.
- Payudara : Asimetris, hiperpigmentasi areola mama, hipervaskularisasi, puting susu menonjol, pengeluaran ASI +/- (sudah keluar pada payudara kanan dan payudara kiri).
- Abdomen : tidak ada luka bekas operasi, terdapat line alba dan striae albican, TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih kosong.
- Genetalia : terdapat luka jahitan masih basah tertutup kasa steril, pengeluaran lochea rubra, perdarahan sedikit dan tidak ada tanda-tanda infeksi.
- Ekstremitas : tidak oedema, tidak varises, reflek patella +/- (kaki kanan dan kaki kiri tidak oedema)

**ANALISA**

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

**PENATALAKSANAAN**

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan
2. Memberikan KIE proses involusi, dan mules yang dialami adalah normal, ibu mengerti

3. KIE tentang nutrisi agar ibu tidak takut makan dan makan makanan yang mengandung protein seperti telur, ayam, daging, tempe, tahu, sayur – sayuran, dan minum banyak air putih, ibu mengerti
4. KIE personal hygiene seperti mandi 3 kali sehari, mengganti pembalut pada saat setelah mandi atau bila sudah tidak nyaman, cara cebok yang benar yaitu dari depan kebelakang, cebok yang bersih agar tidak terjadi infeksi pada luka jahitan, tidak menahan BAK dan BAB ibu mengerti.
5. KIE tentang pola istirahat yaitu menganjurkan ibu untuk cukup tidur, usahakan ibu ikut tidur saat bayinya tidur, sehingga saat bayinya ingin menyusui ibu siap menyusui, ibu mengerti
6. Memberikan KIE cara menyusui yang benar dan menyusui setiap 2 jam sekali atau sesering mungkin (*on demand*), ibu mengerti
7. Memberikan KIE tentang cara perawatan payudara yaitu untuk tidak mencuci puting dengan sabun, cukup dengan menggunakan air hangat, ibu mengerti
8. KIE tanda bahaya masa nifas seperti pandangan kabur, sakit kepala yang hebat, bengkak pada kaki dan tangan, serta demam tinggi, bila ibu mengalami salah satu tanda gejala tersebut segera periksa ke tenaga kesehatan, ibu mengerti
9. Menganjurkan ibu agar tidak beraktifitas terlalu berat terlebih dahulu, ibu memahami
10. Menyepakati kunjungan ulang tanggal 23 Juni 2017

## 2. Kunjungan Nifas II

Hari/Tanggal : Jum'at, 23 Juni 2017  
Waktu : 16.00 WIB  
Tempat : Bamban RT 08 RW 05 Asrokaton Pakis  
Oleh : Thoyibatul Alifiyah

### DATA SUBJEKTIF

Ibu mengatakan keadaanya dan bayinya baik baik saja.

### DATA OBJEKTIF

#### Pemeriksaan Umum

Keadaan umum : baik  
Kesadaran : composmentis  
TTV: TD : 120/80 mmHg  
N : 82x/menit  
S : 36,5°C  
RR : 22x/menit

#### Pemeriksaan Fisik

Muka dan mata : tidak pucat, tidak oedema, sclera putih, konjungtiva merah muda.  
Leher : tidak terdapat pembesaran kelenjar tyroid, tidak terdapat bendungan vena jugularis.  
Payudara : Asimetris, hiperpygmentasi areola mama, hiypervaskularisasi, putting susu menonjol, pengeluaran ASI +/- (sudah keluar pada payudara kanan dan payudara kiri).

- Abdomen : tidak ada luka bekas operasi, terdapat line alba dan striae albican, TFU pertengahan simpisis pusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih kosong.
- Genetalia : terdapat luka jahitan masih basah tertutup kasa steril, pengeluaran lochea rubra, perdarahan sedikit dan tidak ada tanda-tanda infeksi
- Ekstremitas : tidak oedema, tidak varises, reflek patella ++ (kaki kanan dan kaki kiri tidak oedema)

### **ANALISA**

P<sub>1001</sub> Ab<sub>000</sub> dengan 1 hari post partum fisiologis

### **PENATALAKSANAAN**

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan, ibu mengerti
2. Mengingatkan kembali tentang pola nutrisi, ibu tidak terek makan
3. Mengingatkan kembali tentang personal hygiene, ibu menjaga personal hygiene dengan baik
4. Mengingatkan kembali tentang pola istirahat, ibu cukup istirahat
5. Mengingatkan kembali tentang cara menyusui yang benar, cara ibu menyusui bayi sudah benar
6. Mengingatkan kembali tentang cara perawatan payudara, ibu membersihkan payudara menggunakan handuk dan air hangat
7. Mengingatkan ibu untuk tidak beraktifitas yang berat terlebih dahulu, ibu mengerti
8. Mengingatkan kembali tentang tanda bahaya masa nifas, ibu dapat menyebutkan tanda bahaya Mengingatkan ibu untuk tidak beraktifitas yang berat terlebih dahulu, ibu mengerti

9. Mengajarkan ibu senam nifas, ibu kooperatif
10. Memberi contoh ibu bagaimana cara memandikan bayi, ibu mengerti
11. Mengingatkan ibu untuk kontrol dengan bayinya teratur sesuai jadwal yang telah ditentukan bidan, ibu mengerti
12. Menyepakati jadwal kunjungan kembali pada tanggal 06 Juli 2017

### **3. Kunjungan Nifas III**

Hari/Tanggal : Kamis, 06 Juli 2017  
Jam : 10.00 WIB  
Tempat : Bamban RT 08 RW05 Asrikaton Pakis  
Oleh : Thoyibatul Alifiyah

#### **DATA SUBJEKTIF**

Ibu mengatakan keadaannya sudah sehat dan ibu sudah melakukan aktifitas seperti biasa.

#### **DATA OBJEKTIF**

Pemeriksaan Umum

Keadaan umum : baik  
Kesadaran : composmentis  
TTV: TD : 120/80 mmHg  
N : 80x/menit  
S : 36°C  
RR : 24x/menit

Pemeriksaan Fisik

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

- Leher : tidak terdapat pembesaran kelenjar tyroid, tidak terdapat bendungan vena jugularis.
- Payudara : Asimetris, hiperpygmentasi areola mama, hiypervaskularisasi, putting susu menonjol, pengeluaran ASI +/- (sudah keluar pada payudara kanan dan payudara kiri).
- Abdomen : tidak ada luka bekas operasi, terdapat line alba dan striae albican, TFU tidak teraba, kandung kemih kosong.
- Genetalia : terdapat luka jahitan sudah kering, pengeluaran lochea serosa, perdarahan sedikit.
- Ekstremitas : tidak oedema, tidak varises, reflek patella +/- (kaki kanan dan kaki kiri tidak oedema)

## **ANALISA**

P<sub>1001</sub> Ab<sub>000</sub> dengan 14 hari post partum fisiologis

## **PENATALAKSANAAN**

1. Memberitahukan hasil pemeriksaan, ibu mengerti
2. Mengevaluasi cara menyusui ibu, dan cara memandikan bayi, ibu sudah melakukan dengan benar
3. Mengingatkan kembali tentang tanda bahaya masa nifas, pola nutrisi, pola istirahat, personal hygiene, dan senam nifas ibu memahami dan melakukan
4. Memberikan KIE mengenai macam – macam KB pada ibu, dan KB yang dapat digunakan untuk ibu menyusui, ibu memahami dan akan mendiskusikan dengan suami

5. Menganjurkan ibu dan bayinya untuk kontrol sesuai jadwal, ibu memahami
6. Menyepakati jadwal kunjungan kembali pada tanggal 26 Juli 2017.

#### **4. Kunjungan Nifas IV**

Hari/Tanggal : Rabu, 26 Juli 2017  
Jam : 20.00 WIB  
Tempat : BPM Anik Rohanjarwati, Amd.Keb Pakis  
Oleh : Thoyibatul Alifiyah

#### **DATA SUBJEKTIF**

Ibu mengatakan keadaanya sudah sehat dan ibu sudah melakukan aktifitas seperti biasa.

#### **DATA OBJEKTIF**

##### Pemeriksaan Umum

Keadaan umum : baik  
Kesadaran : composmentis  
TTV: TD : 120/80 mmHg  
N : 82x/menit  
S : 36,5°C  
RR : 22x/menit

##### Pemeriksaan Fisik

Muka dan mata : tidak pucat, tidak oedema, sclera putih, konjungtiva merah muda.  
Leher : tidak terdapat pembesaran kelenjar tyroid, tidak terdapat bendungan vena jugularis.

- Payudara : Asimetris, hiperpigmentasi areola mama, hipervaskularisasi, puting susu menonjol, pengeluaran ASI +/- (sudah keluar pada payudara kanan dan payudara kiri).
- Abdomen : tidak ada luka bekas operasi, terdapat line alba dan striae albican, TFU tidak teraba, kandung kemih kosong.
- Genetalia : terdapat luka jahitansudah kering, perdarahan sedikit.
- Ekstremitas : tidak oedema, tidak varises, reflek patella +/- (kaki kanan dan kaki kiri tidak oedema)

## **ANALISA**

P<sub>1001</sub> Ab<sub>000</sub> dengan 34 hari post partum fisiologis

## **PENATALAKSANAAN**

1. Memberitahukan hasil pemeriksaan, ibu mengerti
2. Mengevaluasi cara menyusui ibu, dan cara memandikan bayi, ibu sudah melakukan dengan benar
3. Mengingatn kembali tentang tanda bahaya masa nifas, pola nutrisi, pola istirahat, personal hygiene, dan senam nifas ibu memahami dan melakukan
4. Mengingatn kembali tentang KB yang akan dipilih oleh ibu, ibu sudah memilih untuk menggunakan KB suntik 3 bulan.
5. Menganjurkan ibu dan bayinya untuk kontrol sesuai jadwal, ibu memahami
6. Mengingatn ibu untuk control apabila ada keluhan dan mengalami tanda bahaya masa nifas, ibu memahami.

#### 4.4 Laporan Pelaksanaan Asuhan BBL

##### 1. Kunjungan BBL I (2 jam)

Hari/Tanggal : Kamis, 22 Juni 2017  
 Jam : 19.00 WIB  
 Tempat : BPM Anik Rohanjarwati Amd.Keb Pakis Kab. Malang  
 Oleh : Thoyibatul Alifiyah

Nama Bayi : By.Ny."P"  
 Tanggal/Waktu lahir : 22 Juni 2017/ 16.50 WIB  
 Jenis Kelamin : Laki – Laki  
 Umur : 2 jam  
 BB/PB : 4600 gram/ 50cm  
 Anak ke : I (Pertama)  
 Apgar Score : 7-9

Nama	: Ny."P"	Nama	: Tn."A"
Umur	: 21 tahun	Umur	: 23 tahun
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: SMU	Pendidikan	: SMP
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Swasta
Alamat	: Bambang RT 08 RW 05 Asrikaton Pakis Kab. Malang		

#### DATA SUBJEKTIF

Bayi lahir secara normal di BPM Anik Rohanjarwati Amd.Keb pada tanggal 22 Juni 2017 pukul 16.50 WIB dengan jenis kelamin laki – laki.

**DATA OBJEKTIF**

## Pemeriksaan Umum

Keadaan umum : bergerak aktif, menangis spontan, warna kulit  
kemerahan

TTV: AS : 7-9  
N : 137x/menit  
S : 36,5°C  
RR : 40x/menit

Nutrisi : ASI, gumoh (-), muntah (-)

Eliminasi : BAB (meconium 1x) konsistensi hitam kehijauan

Aktifitas : menangis, bergerak aktif

Warna kulit : kemerahan

## Pemeriksaan Fisik

Kepala : simetris , tidak oedema, tidak ada cephalhematoma, tidak ada  
capu tsucedaneum.

Mata : simetris, sclera putih, conjungtiva merah muda

Hidung : simetris, bersih, tidak ada pernafasan cuping hidung

Telinga : simetris, tidak ada pengeluaran serumen.

Mulut : Tidak ada labio skisis, tidak ada labiopalatoskisis, lidah bersih,  
gusi merah muda.

Dada : simetris, tidak ada retraksi dinding dada, tidak terdengar ronchi  
dan wheezing.

Abdomen : Tidak meteorismus, tali pusat belum lepas tertutup kassa steril  
dan tidak ada tanda – tanda infeksi tali pusat.

Genetalia : testis sudah turun.

Ekstremitas : simetris, gerak aktif, tidak oedema, turgor kulit baik

### Pemeriksaan reflek

- Reflek glabella : ketika bayi diberikan cahaya terang bayi dapat memberikan respon berupa kedipan mata
- Reflek rooting : ketika bayi didekatkan ke puting ibu, mulut bayi mencari puting saat akan menyusui
- Reflek sucking : ketika menyusui, bayi tampak menghisap puting dengan baik
- Reflek swallowing : ketika menyusui, bayi tampak menelan ASI dengan baik
- Reflek tonicneck : ketika bayi diberikan reflek pada leher, atau kepala diputar kesuatu sisi, maka bayi dapat mengembalikan kepala yang diputar.
- Reflek grasping : ketika petugas kesehatan meletakkan jari telunjuknya ketelapak tangan bayi, bayi merasa geli dan melakukan genggaman.
- Reflek morro : ketika dikagetkan, bayi merespon seperti memeluk
- Reflek babinsky : ketika telapak kaki bayi digores menggunakan jari, bayi merasa geli dan melakukan gerakan seperti mencengkram

### Pemeriksaan antropometri

BB : 4600 gram LK : 36 cm

PB : 50 cm LD : 35 cm

LILA : 12 cm

Sirkumferensia suboksipito bregmatika : 33 cm

Sirkumferensia frontooksipitalis : 35 cm

Sirkumferensia mentooksipitalis : 36 cm

Sirkumferensia submentobregmatika : 31 cm

## **ANALISA**

By.Ny."P" usia 2 jam NCB SMK

## **PENATALAKSANAAN**

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan pada ibu bahwa bayinya dalam keadaan normal, ibu mengerti
2. Memberikan KIE mengenai perawatan tali pusat yaitu dengan cara mengganti kassa yang baru setelah mandi atau apabila kassa terkontaminasi, dan tidak memberikan bubuhan apapun, ibu mengerti
3. Memberikan KIE cara perawatan bayi sehari – hari yaitu memandikan bayi 2x sehari, segera mengganti popok bayi bila bayi BAK dan BAB, menjemur bayi setiap pagi selama 15 menit dengan menutup mata bayi dan bayi hanya menggunakan popok saja, ibu mengerti
4. Memberikan KIE pentingnya ASI dan cara menyusui yang benar yaitu dengan cara perut bayi menempel pada perut ibu, mengolesi puting dengan ASI terlebih dahulu, menyusui bayi sesering mungkin (*on demand*), dan bila bayi tidur bangunkan setiap 2 jam sekali untuk menyusui.
5. Memberikan KIE pentingnya imunisasi yaitu pemberian antibody terhadap suatu penyakit, menganjurkan ibu untuk imunisasi sesuai jadwal, ibu memahami
6. Memberikan KIE tanda bahaya pada bayi, seperti bayi kuning, bayi tidak mau menyusui, bayi panas, menganjurkan untuk segera ketenaga kesehatan bila bayi mengalami salah satu tanda gejala, ibu mengerti
7. Mengingatkan ibu untuk control dengan bayinya secara rutin sesuai jadwal, ibu mengerti.

## 2. Kunjungan BBL II (14 hari)

Hari/Tanggal : Kamis, 06 Juli 2017  
 Jam : 10.00 WIB  
 Tempat : JL.Santoso RT 03 RW 04 Kedung Kandang  
 Oleh : Thoyibatul Alifiyah

### DATA SUBJEKTIF

Ibu mengatakan bayinya menyusu dengan kuat dan menangis setiap haus, BAK, dan BAB.

### DATA OBJEKTIF

#### Pemeriksaan Umum

Keadaan umum : bergerak aktif, menangis spontan, warna kulit  
 kemerahan

TTV: N : 140x/menit

S : 36,5°C

RR : 41x/menit

Nutrisi : ASI, gumoh (-), muntah (-)

Eliminasi : BAB 2x (kekuningan)

Aktifitas : menangis, bergerak aktif

Warna kulit : kemerahan

#### Pemeriksaan Fisik

Kepala : simetris , tidak oedema, tidak ada cephalhematoma, tidak ada  
 caput succedaneum.

Mata : simetris, sclera putih, conjungtiva merah muda

Hidung : simetris, bersih, tidak ada pernafasan cuping hidung

Telinga : simetris, tidak ada pengeluaran serumen.

Mulut : Tidak ada labio skisis, tidak ada labiopalatoskisis, lidah bersih,  
 gusi merah muda.

Dada : simetris, tidak ada retraksi dinding dada, tidak terdengar ronchi dan wheezing.

Abdomen : Tidak meteorismus, tidak ada tanda – tanda infeksi tali pusat.

Genetalia : testis sudah turun.

Ekstremitas : simetris, gerak aktif, tidak oedema, turgor kulit baik, tidak ada polidaktil, tidak ada sindaktil.

pemeriksaan Antropometri

BB : 4600 gram LK : 36 cm

PB : 50 cm LD : 38 cm

LILA : 12 cm

## **ANALISA**

By.Ny."P" usia 14 hari NCB SMK

## **PENATALAKSANAAN**

1. Menginformasikan pada ibu bahwa bayi dalam keadaan normal, ibu mengerti
2. Menanyakan dan mengingatkan kembali, apakah ibu mengalami kesulitan dalam melakukan KIE yang telah diberikan, ibu dapat melakukan apa yang telah di KIE yang telah diberikan
3. Mengingatkan ibu untuk tetap menjaga kehangatan dan nutrisi bayi sesuai dengan usianya, ibu mengerti.
4. Mengingatkan jadwal imunisasi selanjutnya sesuai jadwal yang diberikan bidan, ibu mengerti.
5. Mengingatkan ibu untuk control ke tenaga kesehatan sesuai jadwal, atau apa bila ada tanda – tanda bahaya pada bayi seperti warna kulit kuning,

demam tinggi, kejang, tidak mau menyusui dan ubun-ubun cekung, ibu mengerti

#### **4.5 Laporan Pelaksanaan Asuhan KB**

##### **1. Kunjungan I KB**

Hari/Tanggal : Rabu, 26 Juni 2017  
 Jam : 20.00 WIB  
 Tempat : BPM Anik Rohanjarwati Ampeldento Pakis  
 Oleh : Thoyibatul Alifiyah

##### **DATA SUBJEKTIF**

Ibu mengatakan ingin menggunakan KB suntik 3 bulan. Ibu dalam masa nifas hari ke-34.

##### **DATA OBJEKTIF**

###### **Pemeriksaan Umum**

Keadaan umum : baik  
 Kesadaran : composmentis  
 TTV : TD : 110/80 mmHg  
           N : 81x/menit  
           S : 35°C  
           RR : 23x/menit  
           BB : 55 Kg

###### **Pemeriksaan Fisik**

Muka dan mata : tidak pucat, tidak oedema. Sclera putih, konjungtiva merah muda.  
 Dada : simetris, tidak terlihat retraksi dinding dada.  
 Payudara : simetris, puting susu menonjol, pengeluaran ASI +/-.  
 Abdomen : tidak ada luka bekas operasi.  
 Ekstremitas : tidak oedema, tidak varises, reflek patella +/-

## **ANALISA**

P<sub>1001</sub> Ab<sub>000</sub> dengan Akseptor Baru KB suntik 3 bulan

## **PENATALAKSANAAN**

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan, ibu mengerti
2. Memberikan KIE kembali tentang pilihan KB ibu, yaitu keuntungan dan kerugian KB suntik 3 bulan, ibu mengerti
3. Melakukan inform consent untuk melakukan tindakan
4. Melakukan injeksi deponeo secara IM dengan teknik aseptik di bokong kanan yakni 1/3 sias-koksigis, telah dilakukan.
5. Menyetujui jadwal kunjungan ulang pada tanggal 8 Oktober 2017

## **2. Kunjungan Evaluasi KB**

Hari/Tanggal : Selasa, 01 Agustus 2017  
 Jam : 11.00 WIB  
 Tempat : Bamban RT 08 RW 05 Asrikaton Pakis  
 Oleh : Thoyibatul Alifiyah

## **DATA SUBJEKTIF**

Ibu mengatakan tidak ada keluhan.

## **DATA OBJEKTIF**

Pemeriksaan Umum

Keadaan umum : baik

Kesadaran : composmentis

TTV : TD : 110/80 mmHg

N : 83x/menit

S : 35,2°C

RR : 24x/menit

BB : 55 Kg

#### Pemeriksaan Fisik

Muka dan mata : tidak pucat, tidak oedema. Sclera putih, konjungtiva merah muda.

Dada : simetris, tidak terlihat retraksi dinding dada.

Payudara : simetris, puting susu menonjol, pengeluaran ASI +/+.

Abdomen : tidak ada luka bekas operasi.

Ekstremitas : tidak oedema dan tidak varises

#### **ANALISA**

P<sub>1001</sub> Ab<sub>000</sub> dengan evaluasi KB suntik 3 bulan

#### **PENATALAKSANAAN**

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan, ibu mengerti
2. Mengingatkan kembali tentang efek samping Kb suntik 3 bulan, ibu mengerti
3. Memberitahukan jika sewaktu-waktu ada keluhan segera ke tenaga kesehatan, ibu mengerti dan berjanji jika sewaktu-waktu ada keluhan segera ke tenaga kesehatan
4. Mengingatkan ibu untuk control apabila ibu ada keluhan, dan mengingatkan ibu untuk suntik ulang pada tanggal 8 Oktober 2017, ibu memahami.

## **BAB V PEMBAHASAN**

### **5.1 Pembahasan Asuhan Kebidanan Kehamilan**

Kehamilan merupakan proses alamiah untuk menjaga kelangsungan peradaban manusia. Kehamilan baru bisa terjadi jika seorang wanita sudah mengalami pubertas yang ditandai dengan terjadinya menstruasi (Hani dkk, 2010). Asuhan Kebidanan secara *continuity of care* sangat perlu dilakukan untuk meminimalisasi terjadinya komplikasi pada ibu maupun bayi karena sudah dideteksi secara dini pada masa kehamilan. Asuhan kehamilan ini dilakukan pada ibu hamil trimester III dengan melakukan 4 kali kunjungan dan didokumentasikan menggunakan metode SOAP.

Asuhan pada masa kehamilan trimester tiga, dilakukan sebanyak empat kali kunjungan. Kunjungan pertama dilakukan pada tanggal 08 April 2017 pada usia kehamilan 30 minggu 3 hari. Kunjungan pertama dilakukan anamnese berdasarkan asuhan kebidanan komprehensif dengan *continuity of care* dan didokumentasikan dalam bentuk SOAP.

Tujuan dilakukan anamnese adalah mendapatkan riwayat yang lebih lengkap dari pasien. Kunjungan pertama didapatkan ibu mengeluh batuk, pilek dan panas sejak kemarin, hal ini bisa terjadi karena perubahan cuaca dan banyaknya aktifitas ibu serta pola makan yang kurang dijaga.

Pemeriksaan yang dilakukan menggunakan KSPR jumlah skor 2, oleh sebab itu ibu boleh melahirkan dibidan. Seperti yang dijelaskan pada teori bahwa KSPR digunakan untuk menggolongkan ibu pada resiko rendah, resiko tinggi, dan resiko sangat tinggi. Menurut Poedji Rochjati (2011), kartu skor "Poedji Rochjati" (KSPR), digunakan sebagai alat rekam kesehatan dari ibu hamil berbasis keluarga. Format KSPR disusun sebagai kombinasi antara

ceklist factor resiko dan system skor. Jumlah factor resiko (FR) ada 20, yang terbagi dalam tiga kelompok yaitu FR I,II, dan III, masing – masing terdiri dari 10, 8, dan 2 faktor resiko ada 20. Kelompok I terdiri dari 10 faktor resiko, kelompok II terdiri dari 8 faktor resiko, dan kelompok III terdiri dari 2 faktor resiko.

Status imunisasi TT ibu adalah TT5, pemeriksaan TTV, pemeriksaan fisik, pengukuran LILA dengan hasil 26 cm, dan penimbangan berat badan dengan hasil 63 kg. Hasil dari pemeriksaan pada kunjungan pertama didapatkan kenaikan berat badan ibu normal. Menurut walyani (2015), kenaikan berat badan pada ibu hamil berkisar antara 9-19 kg. Pemeriksaan abdomen didapatkan hasil posisi bayi letak kepala, belum masuk PAP, dan TFU 28 cm dengan TBJ 2325 gram. Asuhan kebidanan yang diberikan yaitu pola aktifitas, tanda bahaya kehamilan trimester III, senam hamil, dan KIE sesuai keluhan ibu.

Kunjungan kedua dilakukan pada tanggal 22 April 2017 dengan usia kehamilan 32 minggu 3 hari. Ibu mengatakan sering merasa nyeri pinggang. Hal ini dikarenakan semakin besarnya perut ibu karena semakin bertambah besar bayi maka semakin besar pula tenaga tulang pinggang untuk menumpu.

Pemeriksaan yang dilakukan meliputi pemeriksaan TTV, pemeriksaan fisik, penimbangan berat badan dengan hasil 63 kg, TFU 30 cm dengan TBJ 2635 gram. Asuhan kebidanan yang diberikan adalah mengingatkan kembali mengenai pola nutrisi, tanda bahaya trimester III, dan KIE keluhan ibu.

Kunjungan ketiga dilakukan pada tanggal 6 Mei 2017 dengan usia kehamilan 34 minggu 3 hari. Pada kunjungan ini ibu mengalami keluhan lebih sering kencing dan sulit tidur di malam hari. Menurut Kartika (2014) peningkatan frekuensi berkemih disebabkan oleh tekanan uterus, karena

turunya bagian bawah janin sehingga kandung kemih tertekan dan mengakibatkan frekuensi berkemih meningkat. Gangguan tidur yang dialami oleh ibu hamil yaitu karena ibu sering kencing, pembesaran uterus yang semakin membuat ibu tidak nyaman, dan gerak janin (Kartika, 2014).

Pemeriksaan yang dilakukan adalah pemeriksaan TTV, pemeriksaan fisik, penimbangan berat badan dengan hasil 65 kg, TFU 32 cm dengan TBJ 2945 gram. Menurut Vivian (2011), tinggi fundus uteri adalah puncak tertinggi rahim sesuai usia kehamilan. Biasanya pengukuran ini dilakukan saat pemeriksaan abdomen tepatnya saat melakukan Leopold I. Ukuran TFU normal untuk usia kehamilan 32 minggu adalah 28 cm, sedangkan TFU Ny."P" adalah 32 cm, hal ini berarti bahwa TFU Ny."P" tidak normal. Asuhan kebidanan yang diberikan adalah memberikan KIE tentang pola nutrisi (yaitu dengan mengurangi porsi karbohidrat, memperbanyak sayur hijau, menghindari makan pada malam hari, dan menghindari tidur setelah makan, minimal 2 jam setelah makan, baru ibu diperbolehkan untuk tidur), tanda – tanda persalinan, dan memberikan KIE sesuai dengan keluhan ibu.

Kunjungan keempat dilakukan pada tanggal 24 Mei 2017 pada usia kehamilan 37 minggu. Pada kunjungan ini ibu mengeluh sering pusing dan susah tidur. Kenceng – kenceng kadang kadang sudah mulai dirasakan. Terjadinya his palsu memang sering terjadi pada usia kehamilan mendekati persalinan. Tanda – tanda his palsu seperti rasa nyeri ringan dibagian bawah, datangnya tidak teratur, tidak ada perubahan pada serviks/kemajuan tanda – tanda persalinan, durasinya pendek, tidak bertambah bila beraktivitas, oleh karena itu menjelaskan pada ibu mengenai perbedaan his palsu dan his efektif, dan menganjurkan ibu teknik relaksasi serta minum air the hangat yang berguna untuk merengangkan otot – otot sehingga ibu terasa nyaman (Walyani, 2015).

Pemeriksaan yang dilakukan adalah pemeriksaan TTV, pemeriksaan fisik dengan hasil berat badan 65 kg, TFU 34 cm dengan TBJ 3410 gram.. Pemeriksaan Hb didapatkan hasil 11,5 gr %, protein urine (-), dan golongan darah ibu O. Menurut Walyani (2015) nilai normal hemoglobin pada ibu hamil adalah 11 g/dL. Fungsi dari pemeriksaan hemoglobin yaitu agar mengetahui atau mendeteksi apakah ibu termasuk anemia atau tidak. Tingginya kadar protein urin pada ibu hamil dapat mengindikasikan terjadinya preeklamsi. Preeklamsi ialah penyakit dengan tanda – tanda hipertensi hingga pusing yang berlebihan, pandangan kabur, oedema pada muka dan kaki. Asuhan kebidanan yang diberikan yaitu memberikan KIE mengenai istirahat yang cukup dan persiapan persalinan serta tanda-tanda persalinan.

Selama melakukan asuhan kebidanan pada Ny."S" berjalan lancar karena pasien sangat kooperatif, jika ada sesuatu yang tidak dimengerti ibu segera bertanya. Ibu rutin memeriksakan kehamilannya ketenaga kesehatan. Dari hasil pemeriksaan yang dilakukan didapatkan hasil yang normal pada pemeriksaan TTV dan pemeriksaan penunjang.

Penatalaksanaan yang dilakukan pada asuhan kebidanan selama kehamilan dari kunjungan pertama hingga keempat dilakukang dengan menggunakan standart asuhan 14T. menurut Walyani (2015) standart 14T terdiri atas timbang ukur berat badan dan tinggi badan, ukur tekanan darah, ukur tinggi fundus uteri, pemberian tablet Fe sebanyak 90 tablet selama kehamilan, pemberian imunisasi TT, pemeriksaan Hb, pemeriksaan VDRL (*Veneral Disease Research Lab*), pemeriksaan protein urine, pemeriksaan urine reduksi, peraaan payudara, senam hamil, pemberian obat malaria dan pemberian kapsul yodium (khusus daerah *endemic*), dan temu wicara/konseling.

Ada beberapa standart asuhan kebidanan 14T yang tidak diberikan diantaranya adalah pemberian obat malaria dan kapsul minyak yodium, karena tidak masuk dalam daerah *endemic*. Pemeriksaan VDRL juga tidak dilakukan karena Ny."P" tidak ada indikasi yang mendukung untuk melakukan pemeriksaan tersebut. Pemeriksaan VDRL dilakukan pada penderita PMS. Pemberian asuhan kebidanan pada Ny."P" sudah sesuai dengan teori, dimana pemberian KIE disesuaikan dengan keluhan yang dialami pasien. Ny."P" juga sudah memenuhi standart minimal kunjungan ANC dimana Ny."P" rutin memeriksakan kehamilannya tiap bulan atau jika ada keluhan.

## **5.2 Pembahasan Asuhan Kebidanan Persalinan**

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri) (Sulistyawati dan Nugraheny, 2013). Ny."P" melahirkan bayinya pada tanggal 22 Juni 2017 jam 16.50 WIB di BPM Anik Rohanjarwati Amd.Keb Pakis.

Ny."P" merasakan mulas sejak tanggal 22 Juni 2017 pukul 03.00 WIB. Pada tanggal 22 April 2017 pada jam 11.00 WIB berangkat memeriksakan diri. Dari hasil pemeriksaan didapatkan hasil yang baik, dimana tekanan darah ibu normal, DJJ 135x/menit, serta kontraksi yang timbul sekitar 3.10'35". hasil VT  $\Theta$  4 cm, effisement 50%, ketuban utuh, bagian terdahulu kepala, tidak ada bagian kecil yang mengikuti bagian terdahulu, bagian terendah UUK jam 12, Hodge II, Molase 0. Dilakukan pemantauan DJJ, nadi, dan kontraksi setiap setengah jam sekali, tekanan darah dan suhu setiap 2 jam sekali, dan pembukaan setiap 4 jam sekali.

Setelah pemberian amoxicillin dan Vit B1 secara oral pada pukul 09.30 WIB kontraksi terus meningkat. ketuban pecah spontan pada pukul 16.00 WIB kontraksi Ny."P" terus meningkat disertai dengan penambahan dalam pembukaan serviks. Kala I pada Ny."P" berlangsung selama  $\pm$  5 jam. Asuhan yang diberikan yaitu mengajarkan teknik relaksasi saat ada his, menganjurkan ibu untuk berjalan – jalan bila masih kuat, tidur miring kiri, dan memenuhi kebutuhan nutrisi, memberikan motivasi pada ibu, menyiapkan peralatan dan obat – obat yang dibutuhkan.

Pada kala II Ny."P" mengatakan perutnya semakin sakit dan ingin meneran, hasil pemeriksaan pada pukul 16.00 WIB VT  $\Theta$  10 cm, effisement 100%, ketuban pecah spontan jernih, bagian terdahulu kepala, tidak ada bagian kecil yang mengikuti bagian terdahulu, bagian terendah UUK jam 12, Hodge II, Molase 0. Hasil pemeriksaan TTV, pemeriksaan fisik normal. Kontraksi adekuat dan teratur 5.10'45". asuhan kebidanan yang diberikan pada kala II yaitu memastikan tanda gejala kala II, memimpin persalinan, menolong persalinan sesuai langkah APN, dan melakukan penilaian segera bayi baru lahir serta melakukan IMD. Kala II berlangsung selama 50 menit.

Pada kala III ibu mengeluh perutnya mulas, dari hasil pemeriksaan diperoleh pemeriksaan TTV normal dan janin tunggal, kontraksi uterus keras, TFU setinggi pusat, kandung kemih penuh. Penatalaksanaan yang diberikan pada kala III yaitu memberikan injeksi oksitosin dan melakukan PTT, plasenta lahir lengkap 10 menit setelah injeksi oksitosin. Setelah plasenta lahir, melakukan masase fundus 15 detik dengan hasil keras. Hasil pemeriksaan pada genetalia didapatkan adanya laserasi derajat 2 dan segera dilakukan heacting, lochea rubra dan estimasi jumlah perdarahan  $\pm$  100 cc. Dekontaminasi peralatan, serta pemeriksaan pada bayi baru lahir.

Pada kala IV dilakukan pemantauan 2 jam setelah plasenta lahir. Ny."P" mengeluh lemas dan perutnya mulas, ibu merasa seperti banyak darah yang keluar ketika pindah posisi. Hasil dari pemeriksaan yang dilakukan selama 2 jam pemeriksaan TTV dan pemeriksaan fisik normal. Kontraksi uterus keras, TFU 2 jari dibawah pusat, kandung kemih kosong, estimasi perdarahan 60 cc. Pentalaksanaan yang dilakukan pada kala IV yaitu pemantauan TTV, kontraksi, TFU, kandung kemih, serta perdarahan. Selain itu juga dilakukan konseling kepada ibu tentang perawatan payudara, cara pemberian ASI eksklusif, personal hygiene, dan perawatan bayi baru lahir serta mengajarkan ibu mobilisasi dini dan cara masase uterus guna mencegah terjadinya perdarahan.

Asuhan kebidanan pada saat proses persalinan berjalan dengan lancar. Asuhan yang diberikan sesuai dengan langkah APN. Ibu tetap kooperatif selama proses persalinan berlangsung. Kala II berlangsung lancar dan membutuhkan waktu 50 menit. Kala III berlangsung selama 10 menit, dimana plasenta lahir 10 menit setelah injeksi oksitosin dan terdapat laserasi derajat 2 serta dilakukan *heacting* dengan anastesi lokal. Saat dilakukan *heacting* bayi dalam posisi IMD sehingga perhatian ibu terfokus pada bayinya. Pengawasan pada Ny."P" pada kala IV berlangsung dengan baik, dimana tidak ditemukan kendala seperti perdarahan dan atonia uteri, namun pada saat kala IV tidak diberikan vitamin A.

Menurut Depkes RI (2009) Vitamin A sangat penting bagi kesehatan kulit, kelenjar, serta fungsi mata. Sekalipun pada waktu lahir bayi memiliki simpanan vitamin A, ASI tetap menjadi sumber penting dari vitamin A dan karoten (zat gizi yang banyak terdapat secara alami dalam buah-buahan dan sayur – sayuran). Karena tidak tersedianya vitamin A di lahan praktik, hal ini disebabkan karena pemberian vitamin A dari pemerintah yang masih sangat

terbatas, sehingga digantikan dengan pemberian vitamin lain sebagai pelancar ASI. Pemeriksaan bayi baru lahir dilakukan 1 jam setelah bayi IMD dan dimandikan 6 jam kemudian.

Setelah melakukan asuhan kebidanan persalinan pada Ny."P" didapatkan hasil dimana kala I Ny."P" berlangsung selama  $\pm$  5 jam dimulai saat ibu datang ke bidan, pada teori primigravida pada kala I biasanya berlangsung selama 12 jam. Hal ini dipengaruhi oleh kontraksi ibu yang adekuat yaitu dengan frekuensi, durasi dan kekuatan yang teratur. Pertolongan persalinan pada Ny."P" sesuai dengan langkah APN, dan tidak ditemukan kendala dalam proses persalinannya.

### **5.3 Pembahasan Asuhan Kebidanan Nifas**

Masa nifas (*puerperium*) adalah masa yang dimulai setelah plasenta keluar dan berakhir ketika alat – alat kandungan kembali seperti keadaan semula (sebelum hamil). Masa nifas berlangsung selama kira – kira 6 minggu (Sulistyawati, 2015).

Asuhan kebidanan pada Ny."P" selama masa nifas dengan melakukan 4 kali kunjungan. Kunjungan nifas pertama dilakukan pada 2 jam postpartum, ibu mengeluh perutnya terasa mulas dan terasa nyeri pada luka jahitan, dan ASI nya belum keluar. Asuhan yang dilakukan pada kunjungan nifas 1 yaitu dengan melakukan pemeriksaan TTV dan didapatkan hasil normal serta pemeriksaan fisik dan didapatkan hasil normal, dimana kontraksi keras, TFU 2 jari dibawah pusat, kandung kemih kosong dan pada genetalia luka jahitan masih basah, tidak terdapat tanda – tanda infeksi dan lochea rubra ( $\pm$  3 cc). Asuhan yang dilakukan pada kunjungan nifas 1 meliputi mengajarkan ibu untuk masase guna mencegah perdarahan, evaluasi cara menyusui, memberikan KIE tentang tanda bahaya masa nifas, pola nutrisi, pola istirahat, personal hygiene dan menyepakati kunjungan ulang pada 19 April 2016.

Pada kunjungan nifas 2 ibu mengatakan tidak memiliki keluhan dan tali pusat bayinya belum lepas. Pemeriksaan yang dilakukan meliputi pemeriksaan TTV dengan hasil normal dan pemeriksaan fisik dengan hasil ASI sudah keluar pada kedua payudara ibu, TFU 2 pertengahan simpisis pusat. Kandung kemih kosong, pada pemeriksaan genetalia tidak didapatkan tanda – tanda infeksi pada luka jahitan, jahitan sudah mulai kering dan lochea sanguinolenta. Asuhan yang dilakukan meliputi evaluasi cara menyusui, memberikan KIE personal hygiene, pola nutrisi, pola istirahat, dan tanda bahaya masa nifas.

Kunjungan nifas 3 dilakukan pada 14 hari postpartum. Ibu mengatakan tidak mempunyai keluhan dan sudah berani memandikan bayinya. Serta tali pusat bayinya sudah lepas. Pemeriksaan yang dilakukan yaitu meliputi pemeriksaan TTV dengan hasil normal serta pemeriksaan fisik dengan hasil TFU 2 jari diatas simpisis, kandung kemih kosong, serta pada pemeriksaan genetalia didapatkan jahitan sudah kering, tidak ada tanda – tanda infeksi dan lochea yang keluar adalah lochea serosa. Penatalaksanaan yang dilakukan meliputi evaluasi cara perawatan bayi baru lahir, memberikan KIE mengenai macam – macam jenis KB.

Pada kunjungan nifas 4 yaitu 28 hari post partum, ibu mengatakan tidak memiliki keluhan. Pemeriksaan yang dilakukan yaitu pemeriksaan TTV dengan hasil normal, serta pemeriksaan fisik dengan hasil TFU sudah tidak teraba, kandung kemih kosong, serta pada pemeriksaan genetalia luka jahitan sudah kering dan tidak terdapat tanda – tanda infeksi, dan lochea yang keluar adalah lochea alba. Asuhan yang dilakukan yaitu mengevaluasi apakah ada penyulit selama masa nifas dan menjelaskan kembali mengenai macam macam KB, ibu memilih menggunakan KB suntik 3 bulan.

#### 5.4 Pembahasan Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir (*Neonatus*) adalah bayi yang baru mengalami proses kelahiran, berusia 0-28 hari. Bayi baru lahir memerlukan penyesuaian fisiologis berupa maturasi, adaptasi (menyesuaikan diri dari kehidupan intrauterin ke kehidupan ekstruterine) dan toleransi bagi BBL untuk dapat hidup dengan bayi (Marmi, 2015). Berat badan 2500 – 4000 gram, Panjang badan 48 – 52 cm, Lingkar dada 30 – 38 cm, Lingkar kepala 33 – 35 cm, Frekuensi jantung 120 -160x/menit, Pernafasan 40 – 60x/menit, Kulit kemerahan, Rambut lanugo tidak terlihat.

Bayi Ny “P” lahir secara spontan pada tanggal 22 Juni 2017 dengan BBL 4600 gram, PB 50 cm, LD 37 cm, LK 35 cm, pemeriksaan TTV dalam batas normal, pemeriksaan fisik pada bayi tidak ditemukan kelainan bawaan. Pada jam-jam pertama kelahiran dilakukan perawatan bayi baru lahir seperti pencegahan hipotermi, perawatan tali pusat, penyuntikan vitamin K, pemberian salep mata Oxytetracycline 1% dan pemberian imunisasi Hb0 1 jam setelah pemberian vitamin K. selain itu, pemeriksaan antropometri dan pemeriksaan reflek juga dilakukan untuk mengetahui apakah ada kelaian bawaan yang menyertai. Di BPM Anik Rohanjarwati menerapkan prinsip rawat gabung, sehingga mempermudah ibu untuk lebih leluasa dalam memberikan ASI dan mulai belajar merawat bayinya.

Hasil pemeriksaan ini bertentangan dengan teori Wahyuni (2012), dimana bayi Ny “P” memiliki berat badan yang lebih dari nilai normal yakni lebih dari 4000 gram. Hal ini menunjukkan bayi Ny “P” dalam keadaan besar atau makrosomia. Bayi besar atau Makrosomia adalah bayi yang lahir dengan berat badan lebih dari 4000 gram. Hal ini dikarenakan saat hamil Ny “P” sering mengkonsumsi minuman dingin dan pola nutrisi karbohidrat yang

berlebihan. Namun, lingkaran kepala dan lingkaran dada sesuai dengan teori yang diterapkan.

Pada kunjungan kedua tanggal 06 Juli 2017 pada usia 14 hari didapatkan hasil pemeriksaan, berat badan bayi 4500 gram, PB 50 cm, tali pusat sudah lepas sejak umur 8 hari, bayi menyusu dengan sangat kuat setiap 2 jam sekali dan sudah diberikan imunisasi BCG pada tanggal 05 Juli 2017. Ibu mengatakan leher bayi seperti luka gatal dan sering gumoh. Luka gatal pada bagian leher akibat terkena ASI saat menyusu, sehingga ibu dianjurkan untuk daerah leher dengan menggunakan handuk dan air hangat setelah menyusu, kemudian di keringkan dan di jaga agar tidak lembab. Untuk mengatasi gumoh ibu dianjurkan untuk menepuk punggung bayi setelah menyusu sampai bayi sendawa.

#### **5.5 Pembahasan Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana**

Keluarga berencana adalah usaha untuk mengukur jumlah dan jarak anak yang diinginkan. Agar dapat mencapai hal tersebut, maka dibuatlah beberapa cara atau alternatif untuk mencegah ataupun menunda kehamilan (Sulistiyawati, 2014). Suntik KB 3 bulan digunakan untuk kontrasepsi parenteral mempunyai efek progesterone yang sangat kuat dan efektif. KB suntik 3 bulan mempunyai mekanisme kerja diantaranya menekan ovulasi, mengentalkan lendir serviks, menghalangi implantasi dengan keuntungan sangat efektif untuk mencegah kehamilan jangka panjang, tidak mempengaruhi terhadap hubungan suami istri, serta tidak mengandung estrogen yang dapat menurunkan produksi ASI.

Asuhan kebidanan keluarga berencana pada Ny "P" usia 21 tahun dilakukan pada tanggal 26 Juli 2017 (35 hari post partum). Sebelumnya sudah dijelaskan tentang macam-macam KB beserta keuntungan dan kerugiannya. Dari hasil penjelasan yang diberikan, ibu dan suami sudah

menyepakati untuk menggunakan KB suntik 3 bulan. KB suntik 3 bulan (deponeo) 1 ml diberikan melalui suntikan secara IM di 1/3 sias-koksigis. Sebelum pulang, pasien diberikan konseling untuk Jadwal suntik KB ulang 3 bulan pada tanggal 08 September 2017. Pada tanggal 01 Agustus 2017 dilakukan kunjungan ulang untuk melakukan evaluasi KB yang telah diberikan. Dari hasil pemeriksaan ibu tidak memiliki keluhan apapun setelah penyuntikan KB 3 bulan dan TTV dalam batas normal.

## **BAB VI PENUTUP**

### **6.1 Kesimpulan**

Setelah melakukan asuhan kebidanan komprehensif dengan *continuity of care* pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir dan KB kepada Ny."P" di BPM Anik Rohanjarwati,. Amd.Keb Kabupaten Malang dengan menggunakan alur pikir varney pada pendekatan manajemen kebidanan dengan pendokumentasian SOAP, maka disimpulkan :

#### **6.1.1 Asuhan Kebidanan pada Kehamilan**

Setelah melakukan pengkajian, penyusunan diagnosa, merencanakan asuhan, melakukan evaluasi asuhan kebidanan pada Ny."P" 21 tahun G<sub>1</sub> P<sub>0000</sub> Ab<sub>000</sub> didapatkan hasil pemeriksaan normal. Asuhan antenatal dilakukan pada Ny."P" selama 4 kali kunjungan pada usia kehamilan trimester III. Selama melakukan asuhan keluhan yang dialami Ny."P" masih dalam batas fisiologis dan penatalaksanaan yang dilakukan sudah sesuai dengan teori serta mendokumentasikan asuhan kebidanan dengan SOAP. Pada pelaksanaannya tidak ditemukan kesenjangan antara teori dengan keadaan dilapangan.

#### **6.1.2 Asuhan Kebidanan pada Persalinan**

Setelah melakukan pengkajian, penyusunan diagnosa, merencanakan asuhan, melakukan evaluasi asuhan kebidanan pada Ny."P" 21 tahun didapatkan hasil bahwa pada asuhan intranatal mulai dari kala I sampai kala IV sesuai dengan asuhan persalinan normal, namun pada saat penatalaksanaan tidak dilakukan 24 penapisan dan pemberian vitamin A pada kala IV sehingga terjadi kesenjangan antara teori dengan praktik di

lapangan. Ibu dan bayi tidak ada penyulit maupun komplikasi dan didokumentasikan asuhan kebidanan dengan SOAP

### **6.1.3 Asuhan Kebidanan pada Masa Nifas**

Setelah melakukan pengkajian, penyusunan diagnosa, merencanakan asuhan, melakukan evaluasi asuhan kebidanan pada Ny."P" 21 tahun didapatkan hasil bahwa pada asuhan masa nifas didapatkan hasil normal. Asuhan pada ibu nifas dilakukan sebanyak 4 kali. Selama melakukan asuhan tidak ada keluhan yang dirasakan oleh Ny."P" dan penatalaksanaan yang dilakukan sudah sesuai dengan teori. Asuhan yang dilakukan sesuai dengan tujuan pengawasan masa nifas diantaranya menjaga kesehatan bayinya baik fisik maupun psikologi, melaksanakan skrining yang komprehensif, mendeteksi masalah, memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, menyusui, dan KB. Dalam pelaksanaannya tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan penatalaksanaan yang dilakukan dilapangan dan didokumentasikan dengan SOAP.

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

Setelah melakukan pengkajian, penyusunan diagnosa, merencanakan asuhan, melakukan evaluasi asuhan kebidanan pada bayi baru lahir mulai dari 6 jam - 3 hari, maka dapat disimpulkan bahwa bayi dalam keadaan sehat tanpa komplikasi apapun. Dalam pelaksanaannya tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan penatalaksanaan yang dilakukan dilapangan dan didokumentasikan dengan SOAP.

### **6.1.5 Asuhan Kebidanan pada Keluarga Berencana**

Setelah melakukan pengkajian, penyusunan diagnosa, merencanakan asuhan, melakukan evaluasi asuhan kebidanan pada Ny."P" didapatkan hasil bahwa Ny."P" usia 21 tahun dengan follow up KB suntik 3 bulan sudah

melakukan suntik KB pada tanggal 26 Juli 2017 di BPM Anik Rohanjarwati Amd.Keb Kabupaten Malang dan didokumentasikan dengan SOAP. Dalam penatalaksanaan tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan keadaan dilapangan.

## **6.2 Saran**

### **6.2.1 Bagi Institusi Pendidikan**

Diharapkan dapat memfasilitasi dan prasarana seperti menyediakan buku – buku dengan referensi terbaru dan jurnal – jurnal, terutama yang berhubungan dengan asuhan kebidanan komprehensif secara *continuity of care* sebagai masukan dan bahan pustaka dalam penyusunan tugas akhir.

### **6.2.2 Bagi Penulis**

Dengan penulisan laporan tugas akhir ini diharapkan penulis telah memenuhi kompetensi dan lebih aktif dalam menambah pengetahuan, wawasan, keterampilan, dan mendeteksi secara dini komplikasi dalam melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif secara *Continuity Of Care* (COC) pada masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, dan KB.

### **6.2.3 Bagi Lahan Praktik**

Dari laporan tugas akhir ini diharapkan lahan praktik lebih meningkatkan asuhan kebidanan komprehensif dengan *continuity of care* terutama asuhan pada ibu hamil, bersalin, nifas, dan bayi baru lahir agar dapat mendeteksi dini komplikasi – komplikasi yang mungkin terjadi. Dapat juga melakukan kunjungan rumah sehingga dapat meningkatkan derajat pelayanan kesehatan ibu dan anak untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian.

#### **6.2.4 Bagi Klien**

Dari hasil asuhan yang diberikan, diharapkan klien lebih menambah pengetahuan tentang asupan nutrisi yang diperlukan terutama pada ibu hamil, sehingga tidak terjadi asupan nutrisi yang berlebihan pada janin.

#### **6.2.5 Bagi Penyusun LTA Selanjutnya**

Diharapkan bagi penulis selanjutnya dapat meningkatkan jumlah referensi yang digunakan untuk menyelesaikan Laporan Tugas Akhir dan Laporan Tugas Akhir ini dapat digunakan sebagai data dasar untuk melakukan penelitian lebih lanjut dan juga untuk menambah kepustakaan bagi yang membutuhkan dalam bidang asuhan kebidanan komprehensif.

## DAFTAR PUSTAKA

- Dewi, V. N., & Sunarsih, T. 2011. *Asuhan Kehamilan Untuk Kebidanan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Dewi, V. N. 2013. *Asuhan Neonatus Bayi dan Anak Balita*. Jakarta : Salemba Medika.
- Dewi, V. N., & Sunarsih, T. 2012. *Asuhan Kebidanan pada Ibu Nifas*. Jakarta: Salemba Medika.
- Dinkes. 2016. *Kinerja Tahunan Dinas Kesehatan Kota Malang*. Malang
- Dinkes, Jatim. 2014. *Laporan Kinerja Instansi Pemerintah*. Surabaya
- Hani, Ummi dkk. 2010. *Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan Fisiologis*. Jakarta: Salemba Medika
- Kamariyah, dkk. 2014. *Buku Ajar Kehamilan ( Untuk Mahasiswa Dan Praktisi keperawatan Serta Kebidanan)*. Jakarta: Salemba Medika.
- Kemenkes, RI. 2015. *Jurnal profil kesehatan Indonesia*. Jakarta
- Kuswanti dan Meliha. 2014. *Askeb II Persalinan*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- Maritalia, D. (2012). *Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Marmi, & Rahardjo, K. 2015. *Asuhan Neonatus, Bayi, Balita, dan Anak Prasekolah Cetaka Ketiga* . Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Mufdilah, dkk. 2012. *Konsep Kebidanan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Muslihatun. 2010. *Asuhan Neonatus Bayi dan Balita*. Yokyakararta: Fitramaya.
- Nugroho, Taufan dkk. 2014. *Buku Ajar Askeb 1 Kehamilan*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Nugroho, Taufan. 2014. *Asuhan Kebidanan Nifas*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Prawirohardjo, S. 2011. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: PT Bina Pustaka.
- Profil Kesehatan Provinsi Jawa timur. 2014. *Jurnal Profil Kesehatan Jawa Timur*.

- Purwoastuti, dkk. 2015. *Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas*. Jakarta: Pustaka Baru Press
- Rohani, dkk. 2013. *Asuhan Kebidanan Pada Masa Persalinan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Romauli, S. 2011. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan 1 Konsep Dasar Asuhan Kehamilan*. Yogyakarta: Muha Medika.
- Sudarti dan Khairunnisa Endang. 2010. *Asuhan Kebidanan Neonatus, Bayi, Dan Anak Balita*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Sulistyawati, A. 2014. *Asuhan Kebidanan Pada Masa Kehamilan*. Jakarta: Salemba Medika
- Sulistyawati dan Nugraheny. 2013. *Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin*. Jakarta: Salemba Medika.
- Sulistyawati, A. 2015. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas*. Jakarta: Salemba Medika.
- Sulistyawati, A. 2014. *Pelayanan Keluarga Berencana*. Jakarta : Salemba Medika.
- Sujiyati. dkk. 2011. *Asuhan Kebidanan II (Persalinan)*. Yogyakarta: Rohima Press.
- Sondakh, J. dkk. 2013. *Asuhan Kebidanan Persalinan Dan Bayi Baru Lahir*. Jakarta: Erlangga.
- Walyani. 2015. *Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan*. Yogyakarta : Pustaka Baru Press.
- Walyani, dkk. 2015. *Asuhan Kebidanan Masa Nifas Dan Menyusui*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.



## LAMPIRAN 2 Surat Kesediaan Pembimbing 1



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

**WIDYAGAMA HUSADA**

Terakreditasi BAN-PT

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

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

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Yuliyani  
Jabatan : Dosen  
Alamat : Perum Taman Kusuma Kaw. 28  
No Telp : 081334334796

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

Nama : Thayibatul Alifiyah  
NIM : 1413.15401.970  
Alamat : Jl. Pesawahan 01/01 Petung Panceneh Brelik  
Judul LTA : ASUHAN KEBIDANAN SECARA KOMPREHENSIF  
PADA H T Usia 31 TAHUN DARI KEHAMILAN  
SAMPAI KB

Malang, 28 April 2017  
Pembimbing LTA,

Jusuficus, M. Biomed

\*) Coret yang tidak perlu

## LAMPIRAN 2 Surat Kesediaan Pembimbing 2



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

**WIDYAGAMA HUSADA**

Terakreditasi BAN-PT

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

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

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Indah Dwi Jayanti, S.ST

Jabatan : Pembimbing II

Alamat : Jl. Martorejo No.90 - Batu

No Telp : -

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

Nama : Thoyibatul Alifiyah

NIM : A13.15401.970

Alamat : Jln. Pesawahan RT.01 RW.01 Petong Pameng Gserik

Judul LTA : Asuhan Kebidanan Komprehensif pada My.P

Usia 21 tahun dan kehamilannya sampai KB  
di BPM Anik Rohaunawati Amd.keb Pakis

Malang,  
Pembimbing LTA,

Indah Dwi Jayanti

\*) Coret yang tidak perlu

## LAMPIRAN 3 Surat Izin Peneliihan Bangkesbangpol



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

Terakreditasi

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

Nomor : 254 /A-1/STIKES/III/2017  
Lampiran : -  
Perihal : Studi Pendahuluan

Malang, 30 Maret 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 ljin kepada mahasiswi kami dibawah ini untuk melakukan Studi Pendahuluan Laporan Tugas Akhir.

Adapun nama mahasiswi dan judul Laporan Tugas Akhir sebagai berikut:

Nama : Thoyibatul Alifiyah  
NIM : 1413.15401.970  
Judul TA : Asuhan Kebidanan Komprehensif dari kehamilan sampai KB di  
BPM Sofiana Indriati, Amd.Keb, Kel. Gadang Kec. Sukun Kota  
Malang  
Tujuan Surat : BPM Sofiana Indriati, 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

## LAMPIRAN 3 Surat Izin Penelitian Di BPM



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

Terakreditasi

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

Nomor : 254/A-1/STIKES/III/2017  
Lampiran : -  
Perihal : Studi Pendahuluan

Malang, 30 Maret 2017

Kepada Yth:  
BPM Sofiana Indriati, Amd.Keb  
Di-  
Kota Malang

Dengan hormat,

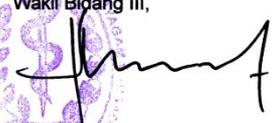
Mahasiswi Program Studi D3 Kebidanan STIKES Widyagama Husada akan menyusun Laporan Tugas Akhir (LTA) Tahun Akademik 2016/2017, untuk itu diperlukan data-data pendukung sebagai syarat yang harus ditempuh.

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

Adapun nama mahasiswi dan judul Laporan Tugas Akhir sebagai berikut:

Nama : Thoyibatul Alifyah  
NIM : 1413.15401.970  
Judul TA : Asuhan Kebidanan Komprehensif dari kehamilan sampai KB di  
BPM Sofiana Indriati, Amd.Keb, Kel. Gadang Kec. Sukun Kota  
Malang

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

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

## LAMPIRAN 3 Surat Balasan Laporan Tugas Akhir

### SURAT BALASAN LTA

Saya atas nama Anik Rohanjarwati, Amd.Keb dengan surat ini telah bersedia untuk menerima dan membimbing mahasiswa dari STIKES Widyagama Husada Malang untuk melakukan penelitian Tugas Akhir di BPM saya dari kehamilan sampai dengan KB. Mahasiswa yang saya setuju untuk melakukan penelitian di BPM saya.

**NAMA** : THOYIBATUL ALIFIYAH  
**NIM** : 1413.15401.970  
**RESPONDEN** : NY "P" USIA 21 TAHUN

Demikian surat ini saya sampaikan untuk membalas hasil perizinan mahasiswa dalam melakukan penelitian. Terima kasih.

Malang,

A blue circular stamp with the text "STIKES WIDYAGAMA HUSADA MALANG" around the perimeter and "ANIK ROHANJARWATI, AMD.KEB" in the center. A handwritten signature in black ink is written over the stamp.

(Anik Rohanjarwati, Amd.Keb)

## LAMPIRAN 4 Surat Kesediaan Responden



**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 PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN (INFORMED CONSENT)

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : PUPUT DUWI PURWATI  
Umur : 21 TAHUN  
Jenis Kelamin : PEREMPUAN  
Alamat : BAMBAN RT 8 RW 5 ASRIKATON PAKIS

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

**"BERSEDIA/ ~~TIDAK BERSEDIA~~"**

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

Nama : AKBAR MA'RUF  
Umur : 23 TAHUN  
Jenis Kelamin : LAKI-LAKI  
Alamat : BAMBAN RT 8 RW 5 ASRIKATON PAKIS

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

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

Saksi

  
(AKBAR MA'RUF)

Malang,  
yang membuat pernyataan

  
PUPUT DUWI P

\*) isi dengan jelas dan coret yang tidak perlu

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



LAMPIRAN 5 Kartu Skor Poedji Rochjati

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

Nama : Puput Dwi P  
 Hamil ke 1 Hajd terakhir tgl: 7-9-16 Umur Ibu : 21 Th.  
 Pendidikan ibu : SMK Suami Akbar Muruf Perkiraan persalinan tgl: 14-6-17  
 Pekerjaan ibu : IRT Suami Swasta

I KEL. F.R.	II NO.	III Masalah/Faktor Risiko	SKOR	IV Tribulan			
				I	II	III	III.2
		Skor Awal Ibu Hamil	2			2	2
I	1	Terlalu muda, hamil ≤ 16 Th	4			0	0
	2	a. Terlalu lambat hamil I, kawin ≥ 4 Th	4			0	0
		b. Terlalu tua, hamil 1 ≥ 35 Th	4			0	0
	3	Terlalu cepat hamil lagi (< 2 Th)	4			0	0
	4	Terlalu lama hamil lagi (≥ 10 Th)	4			0	0
	5	Terlalu banyak anak, 4/lebih	4			0	0
	6	Terlalu tua, umur ≥ 35 Th	4			0	0
	7	Terlalu pendek ≤ 145 cm	4			0	0
	8	Pemah gagal kehamilan	4			0	0
	9	Pemah melahirkan dengan				0	0
	a. Tarikan tang/vakum	4			0	0	
	b. Uri dirogoh	4			0	0	
	c. Diberi infus/Transfusi	4			0	0	
	10	Pemah Operasi Sesar	8			0	0
II	11	Penyakit pada Ibu hamil				0	0
		a. Kurang darah	4			0	0
		b. Malaria	4			0	0
		c. TBC Paru	4			0	0
		d. Payah jantung	4			0	0
		e. Kencing Manis (Diabetes)	4			0	0
		f. Penyakit Menular Seksual	4			0	0
	12	Bengkak pada muka/tungkai dan tekanan darah tinggi	4			0	0
	13	Hamil kembar 2 atau lebih	4			0	0
	14	Hamil kembar air (hydraminon)	4			0	0
15	Bayi mati dalam kandungan	4			0	0	
16	Kehamilan lebih bulan	4			0	0	
17	Letak sungsang	8			0	0	
18	Letak lintang	8			0	0	
III	19	Pendarahan dalam kehamilan ini	8			0	0
	20	Pre-eklampsia Berat/Kejang-kejang	8			0	0
JUMLAH SKOR						2	2

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

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

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

TAMBAHAN

LAMPIRAN 5 Buku KIA

Nomor Registrasi : 355 / 2016.  
Nomor Urut : 34  
Tanggal menerima buku KIA : 30-12-16  
Nama & No. Telp. Tenaga Kesehatan: .....

IDENTITAS KELUARGA

Nama Ibu : Ny. Puji Dwi P.  
Tempat/Tgl lahir : 26th  
Kehamilan ke : I Anak Terakhir umur: ..... tahun  
Agama : Islam.  
Pendidikan : Tidak Sekolah/SD/SMP/SMU/Akademi/Perguruan Tinggi\*  
Golongan Darah : O.  
Pekerjaan : -  
No. JKN : -

Nama Suami : M. Akbar Maruf Nur  
Tempat/Tgl lahir : 22th  
Agama : Islam  
Pendidikan : Tidak Sekolah/SD/SMP/SMU/Akademi/Perguruan Tinggi\*  
Golongan Darah : -  
Pekerjaan : swasta.

Alamat Rumah : Rt 08 RWS Bumban Asrikan  
Kecamatan : Pakis  
Kabupaten/Kota : Malang  
No. Telpn yang bisa dihubungi : 089 621 988 543

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

\* Lingkari yang sesuai

LAMPIRAN 5 Buku KIA pemeriksaan ANC

Diisi oleh petugas kesehatan

Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT), tanggal: 15-10-16 / 27-9-2016  
 Hari Taksiran Persalinan (HTP), tanggal: 22-7-17 / 14-6-2017  
 Lingkar Lengan Atas: ..... cm; KEK ( ) Non KEK ( ) Tinggi Badan: 154 cm  
 Golongan Darah: B  
 Penggunaan kontrasepsi sebelum kehamilan ini: .....  
 Riwayat Penyakit yang diderita ibu: typhus, ptdan, msp, is  
 Riwayat Alergi: .....

Tgl	Keluhan Sekarang	Tekanan Darah (mmHg)	Berat Badan (kg)	Umur Kehamilan (Minggu)	Tinggi Fundus (cm)	Letak Janin Kepl/Su/Li	Denyut Jantung Janin / Menit
20/6	mual, muntah	110/70	52	10-12	25	GeL	
1/7	Susah tidur	120/80	57	20-22	24	ball (D)	
11/7	Kram tangan	120/80	61	24-26	24	U	100
20/7	Pusing	120/80	63	30-32	24	U	100
2/8	Sakit pinggang	120/80	65	34-36	24	U	100
7/8	leucous	120/80	65	38-39	24	U	100
21/8	Kering	120/80	65	40-41	24	U	110

Diisi oleh petugas kesehatan

Hamil ke ..... Jumlah persalinan ..... Jumlah keguguran ..... G.I. P200 A1000  
 Jumlah anak hidup ..... Jumlah lahir mati .....  
 Jumlah anak lahir kurang bulan ..... anak  
 Jarak kehamilan ini dengan persalinan terakhir ..... [bulan/tahun]  
 Status imunisasi TT terakhir .....  
 Penolong persalinan terakhir .....  
 Cara persalinan terakhir\* : [ ] Spontan / Normal [ ] Tindakan

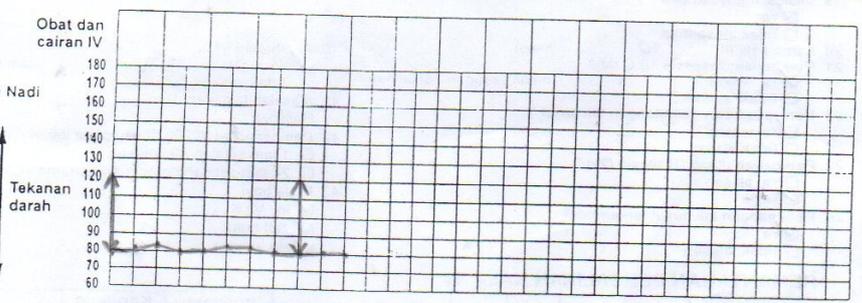
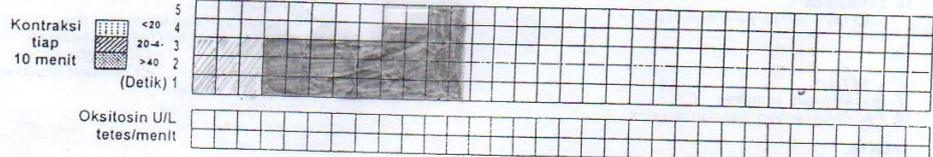
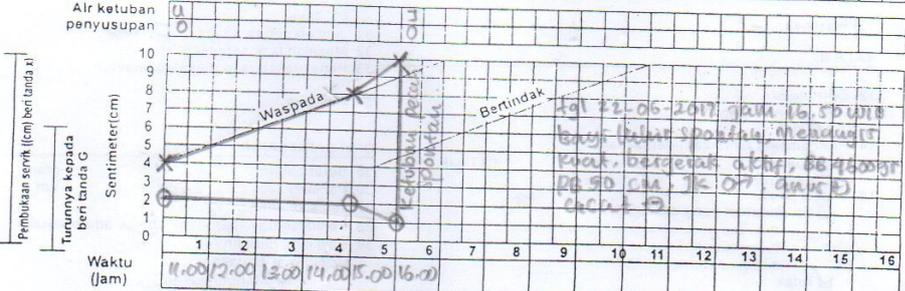
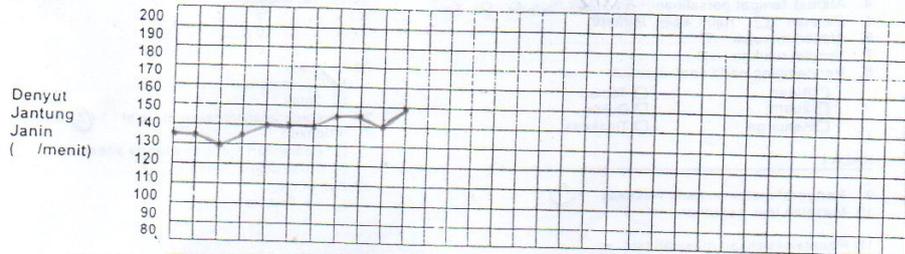
Kaki Bengkak	Hasil Pemeriksaan Laboratorium	Tindakan (pemberian TT, Fe, terapi, rujukan, umpan balik)	Nasihat yang disampaikan	Keterangan Tempat Pelayanan - Nama Pemeriksa (Paraf)	Kapan Harus Kembali
-/+		ETabio 700 mg	Minum susu BuMil		18/1
-/+		Setelah 10 hari	Leumak		-
-/+		Setelah 10 hari	Mijumdar 1000 mg 2x sehari		18/1
-/+		Amoxinof 1000 mg	Setelah 10 hari		18/1
-/+		Vitale	Utrakt		18/1
-/+	Doc	Vitonalibi	Vitonalibi pda m		19/8
-/+	Doc	Vitale	Doc		Sore 29/6/17
-/+					
-/+					
-/+					
-/+					

\* Beri tanda (✓) pada kolom yang sesuai

# LAMPIRAN 5 Lembar Partograf

## PARTOGRAF

No. Registrasi  Nama ibu: Mu "P" Umur: 21 th G: I P: 000 A: 000  
 No. Puskesmas  Tanggal: 22-06-2017 Jam: 09.00 WIB  
 Ketuban pecah sejak jam: 16.00 22/17 Mules sejak jam: 22-06-2017 / 03.00 WIB



Suhu °C 36.0

Urin — Protein

— Aseton

— Volume

Minum Susp 1 gelas

Makan Rok 1 potong

# LAMPIRAN 5 Lembar Partograf

## CATATAN PERSALINAN

- 1 Tanggal : 22-6-2017
- 2 Nama bidan :
- 3 Tempat persalinan :
  - Rumah ibu
  - Polindes
  - Klinik Swasta
  - Puskesmas
  - Rumah Sakit
  - Lainnya
- 4 Alamat Tempat persalinan : Ampeldeno, pakit
- 5 Catatan  rujuk, kala I/II/III/IV
- 6 Alasan merujuk :
- 7 Tempat rujukan :
- 8 Pendamping pada saat merujuk :
  - Bidan
  - Suami
  - Keluarga
  - Teman
  - Dukun
  - Tidakada

### KALA I

- 9 Partograf melewati garis waspada  Ya
- 10 Masalah lain, sebutkan :
- 11 Penatalaksanaan masalah tsb
- 12 Hasilnya

### KALA II

- 12 Episiotomi
  - Ya, indikasi
  - Tidak
- 14 Pendamping pada saat persalinan :
  - Suami
  - Keluarga
  - Gawat janin :
    - Ya, tindakan yang dilakukan :
      - a. ....
      - b. ....
      - c. ....
    - Tidak
- 16 Distosia bahu
  - 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 Pengangan tali pusat terkendali ?
  - Ya
  - Tidak, alasan

### PEMANTAUAN PERSALINAN KALA IV

Jam ke	Waktu	Tekanan Darah	Nadi	Suhu	Tinggi fundus uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Pencacagan
1	17.15	110/80	80	36.0	2 jr & pit	Keras	Kotong	10 ml
	17.30	110/80	80		2 jr & pit	Keras	Kotong	10 ml
	17.45	110/80	82		2 jr & pit	Keras	Kotong	10 ml
	18.00	110/80	86		2 jr & pit	Keras	Kotong	10 ml
2	18.30	110/80	80	36.6	2 jr & pit	Keras	Kotong	10 ml
	19.00	110/80	82		2 jr & pit	Keras	Kotong	5 ml

- Masalah Kala IV :  
 Penatalaksanaan masalah tersebut :  
 Hasilnya :

- 25 Manase fundus uteri
    - Ya
    - Tidak alasan
  - 26 Plasenta lahir lengkap (intact) : Ya / Tidak
    - Jika tidak lengkap tindakan yang dilakukan :
      - a. ....
      - b. ....
      - c. ....
  - 27 Plasenta tidak lahir > 30 menit : Ya / Tidak
    - Ya, tindakan :
      - a. ....
      - b. ....
      - c. ....
    - Tidak
  - 28 Laserasi
    - Ya, dimana
    - Tidak
  - 29 Jika laseransipireneum, derajat : 1 / 2 / 3 / 4
    - Tindakan :
      - Penjahitan, dengan / tanpa anestesi
      - Tidak dijahit, alasan
  - 30 Atonia uteri
    - Ya, tindakan :
      - a. ....
      - b. ....
      - c. ....
    - Tidak
  - 31 Jumlah pendarahan : ± 100 ml
  - 32 Masalah lain, sebutkan
  - 33 Penatalaksanaan masalah tersebut
  - 34 Hasilnya
- ### BAYI BARU LAHIR
- 35 Berat badan : 4600 gram
  - 36 Panjang : 50 cm
  - 37 Jenis kelamin L / P
  - 38 Penilaian bayi baru lahir : baik / ada penyulit
  - 39 Bayi lahir dengan A/S : 7-9
    - Normal, tindakan :
      - Meringkan
      - Menghangatkan
      - Rangsang taktil
      - Bungkus bayi dan tempatkan disisi ibu
    - Asfiksia ringan / pucat / biru / lemas / tindakan :
      - Meringkan
      - 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 : 1 jam setelah bayi lahir
    - Tidak, alasan
  - 41 Masalah lain, sebutkan : 60
    - Hasilnya
  - 42 Pemberian vit. A 200.000 IU pada ibu
    - 1 jam setelah melahirkan
    - 24 jam setelah pemberian pertama
  - 43 Pada bayi :
    - Inj. Vit K : 1 jam setelah lahir
    - zalf mata : 1 jam setelah lahir
    - Hb unycek : 2 jam setelah lahir

LAMPIRAN 5 Surat Keterangan Lahir

**KETERANGAN LAHIR**

No : 22/11/17

Yang bertandatangan di bawah ini, menerangkan bahwa;  
Pada hari ini KAMIS, tanggal 22-6-17, Pukul 16.00 WIB  
telah lahir seorang bayi:

Jenis Kelamin : Laki-laki/Perempuan\*  
Jenis Kelahiran Tunggal/Kembar 2/Kembar 3/Lainnya\*  
Kelahiran ke : I (SATU)  
Berat lahir : 4600 gram  
Panjang Badan : 49 cm  
di Rumah Sakit/Puskesmas/Rumah Bersalin/Polindes/Rumah Bidan/di\*

Alamat : AMPEDENTO - PAKIS  
Diberi nama :

Ahmad Firmino AL Akbar

Dari Orang Tua;  
Nama Ibu : PUPUT DWI P Umur : 20 tahun  
Pekerjaan : IRT  
KTP/NIK No. :  
Nama Ayah : AKBAR MARJUF Umur : 23 tahun  
Pekerjaan : SWASTA  
KTP/NIK No. :  
Alamat : DAMBAW RT 8 RW 5  
Kecamatan : PAKIS  
Kab./Kota : MALANG

MALANG, Tanggal, 22-6-17

Saksi I  


Saksi II  
(.....)

Penolong persalinan  
  
ANIK R. AMB. Keb  
AMPEDENTO - PAKIS

\* Lingkari yang sesuai  
\*\* Tanda tangan, nama lengkap, nomor induk pegawai, nama instansi

# LAMPIRAN 5 Jadwal Imunasi

### CATATAN IMUNISASI ANAK

Umur (bulan)	0	1	2	3	4	5
Vaksin	Tanggal Pemberian Imunisasi					
HB-0 (0-7hari)	22/6/19					
BCG	5/7/19					
Polio 1	5/7/19					
DPT-HB-Hib 1						
*Polio 2						
*DPT-HB-Hib 2						
*Polio 3						
*DPT-HB-Hib 3						
*Polio 4						
*IPV						
Campak						

### CATATAN IMUNISASI ANAK

Umur (bulan)	5	6	7	8	9	10	11	12+
Vaksin	Tanggal Pemberian Imunisasi							
HB-0 (0-7hari)								
BCG								
Polio 1								
DPT-HB-Hib 1								
*Polio 2								
*DPT-HB-Hib 2								
*Polio 3								
*DPT-HB-Hib 3								
*Polio 4								
*IPV								
Campak								

### CATATAN IMUNISASI ANAK

Umur (bulan)	18	24	30	****36+
Vaksin	Tanggal Pemberian Imunisasi			
***DPT-HB-Hib Lanjutan				
****Campak Lanjutan				

### CATATAN IMUNISASI ANAK

Umur (bulan)	5	6	7	8	9	10	11	12+
Vaksin	Tanggal Pemberian Imunisasi							
***DPT-HB-Hib Lanjutan								
****Campak Lanjutan								

\* Jarak antara (interval) pemberian vaksin DPT-HB-Hib minimal 4 minggu (1 bulan)  
 Jarak antara pemberian vaksin Polio minimal 4 minggu (1 bulan)

\*\* Anak di atas 1 tahun (12 bulan) yang belum lengkap imunisasinya tetap harus diberikan imunisasi dasar lengkap. Sakit ringan seperti baluk, pilek, diare, demam ringan, dan sakit kulit bukan halangan untuk imunisasi

Tambahan	Vaksin	Tanggal Pemberian

Tambahan	Vaksin	Tanggal Pemberian

Jadwal tepat pemberian imunisasi dasar lengkap  
  Waktu yang masih diperbolehkan untuk pemberian imunisasi dasar lengkap  
  Waktu yang tidak diperbolehkan untuk pemberian imunisasi dasar lengkap  
  Waktu pemberian imunisasi bagi anak diatas 1 tahun yang belum lengkap

  Pemberian imunisasi: DPT-HB-Hib lanjutan diberikan minimal 12 bulan setelah pemberian imunisasi DPT-HB-Hib 3 dan dapat diberikan dalam rentang usia 18-36 bulan  
  Pemberian imunisasi campak lanjutan diberikan minimal 6 bulan setelah pemberian immunisasi campak terakhir dan dapat diberikan dalam rentang usia 24-36 bulan  
  Anak di atas 3 tahun (36 bulan) yang belum lengkap imunisasinya tetap harus diberikan imunisasi dasar lengkap

LAMPIRAN 5 Kartu KB Suntik 3 Bulan

**PENERUS PRODUK ORIGINATOR  
DENGAN 3 KEUNGGULAN**

**BIODATA AKSEPTOR**

Nama Akseptor : Ny puput Dwi P  
Tanggal Lahir : 20 thn  
Nama Suami : Tu Akbar Maruf  
Alamat : Bantaran Arrikaton Rt 8 RWS  
Telp :  
Tanggal Mulai KB : 26-7-2017

-NEO-

40/80  
JST

**TANGGAL PEMERIKSAAN ULANG  
TRICLOFEM®**

Tgl/ Bln	Berat Badan	Tensi	Keterangan*
8-10-17			

\* diisi oleh Dokter/ Bidan

## LAMPIRAN 5 Lembar Kunjungan

LEMBAR KENDALI MAHASISWA  
KUNJUNGAN MAHASISWA KERUMAH PASIEN

KUNJUNGAN KE-	HARI DAN TANGGAL/JAM DATANG	JAM PULANG	ASUHAN PADA PASIEN	DOKUMENTASI		TTD PASIEN	TTD DOSEN
				SOAP	FOTO		
1	Sabtu, 8 April 2017 Jam 15.00 WIB	16.00 WIB	ATC				
2	Sabtu, 22 April 2017 Jam 09.00 WIB	12.00 WIB	ATC				
3	Sabtu, 6 Mei 2017 Jam 09.00 WIB	10.00 WIB	ATC				
4	Senin, 15 Mei 2017 Jam 16.00 WIB	17.00 WIB	ATC				
5	Kamis, 22 Juni 2017	19.00 WIB	INC + BBL				

KUNJUNGAN KE-	HARI DAN TANGGAL/JAM DATANG	JAM PULANG	ASUHAN PADA PASIEN	DOKUMENTASI		TTD PASIEN	TTD DOSEN
				SOAP	FOTO		
6	Kamis, 22 Juni 2017 Jam 23.00 WIB		PHC				
7	Jumat, 23 Juni 2017 Jam 09.00 WIB	10.00 WIB	PHC				
8	Kamis, 06 Juli 2017 Jam 10.00 WIB	11.00 WIB	PHC				
9	Kamis, 06 Juli 2017 Jam 10.00 WIB	11.00 WIB	BBL				
10	Rabu, 26 Juli 2017 Jam 20.00 WIB	21.00 WIB	PHC				

KUNJUNGAN KE-	HARI DAN TANGGAL/JAM DATANG	JAM PULANG	ASUHAN PADA PASIEN	DOKUMENTASI		TTD PASIEN	TTD DOSEN
				SOAP	FOTO		
11	Rabu, 26 Juli 2017 Jam 20.00 WIB	21.00 WIB	KB				
12	Selasa, 01 Agustus 2017 Jam 11.00 WIB	12.00 WIB	KB				

**LAMPIRAN 6 Dokumentasi Kunjungan**

**DOK. KUNJUNGAN ANTENATAL CARE**



Anamnesa Data Pasien



Pemeriksaan Tekanan Darah



Pemeriksaan Berat Badan



Pemeriksaan TFU



KIE keluhan dan tanda bahaya kehamilan

**LAMPIRAN 6 Dokumentasi Kunjungan**

**DOK. KUNJUNGAN POSTNATAL CARE**



**DOK. KUNJUNGAN NEONATAL**



## LAMPIRAN 6 Leaflet Tanda Bahaya Ibu hamil



Periksalah ke tenaga kesehatan minimal 4 kali selama kehamilan

Semua ibu pasti menginginkan proses kelahirannya berjalan dengan lancar dan sempurna. Dengan itu bagi ibu yang hamil harus mengetahui beberapa tanda bahaya pada kehamilan supaya bisa segera mencari sebuah pertolongan medis.

### TANDA BAHAYA PADA IBU HAMIL

APA ITU TANDA BAHAYA ????



Tanda bahaya pada kehamilan adalah tanda gejala yang menunjukkan ibu atau bayi yang dikandungnya dalam keadaan bahaya. Gangguan tersebut dapat terjadi secara mendadak, dan biasanya tidak dapat diperkirakan sebelumnya.

STIKes Widyagama Husada Malang



1

Perdarahan pada hamil muda maupun hamil tua.



3

Demam atau panas tinggi.



5

Bayi di kandungan gerakannya berkurang atau tidak bergerak.



2

Bengkak di kaki, tangan, atau wajah disertai sakit kepala adak atau kejang.



4

Air ketuban keluar sebelum waktunya.



6

Muntah terus, tidak Mau Makan, muntah sampai mengganggu aktivitas ibu.

## LAMPIRAN 6 Leaflet KB

# KB

## AMAN DAN NYAMAN

### MENGAPA KB BERMANFAAT BAGI IBU...?

Secara fisik dan mental ibu yang berusia kurang dari 20 tahun belum siap untuk hamil dan melahirkan, sedangkan bagi ibu yang berusia lebih dari 30 tahun memerlukan perhatian yang lebih khusus karena kesehatan ibu secara fisik mulai menurun. Artinya bahwa ibu yang melahirkan dengan usia kurang dari 20 tahun atau di atas 30 tahun akan membawa resiko tinggi atau komplikasi kehamilan, bahkan mungkin kematian bagi maupun bayinya. Keluarga berencana merupakan upaya pelayanan kesehatan preventif yang paling dasar dan utama. Untuk mengoptimalkan manfaat KB bagi kesehatan, pelayanannya digabung dengan pelayanan kesehatan reproduksi.

Pencegahan kematian dan kesakitan ibu merupakan alasan utama diperlukannya pelayanan kesehatan. Masih banyak alasan lain diperlukannya KB misalnya :

- membebaskan wanita dari rasa khawatir terhadap terjadinya kehamilan yang tidak diinginkan
- terjadinya gangguan fisik atau psikologis akibat abortus yang tidak aman
- tuntutan perkembangan sosial terhadap seorang perempuan di masyarakat.

Berikut ini adalah jenis alat atau obat kontrasepsi

#### 1. PIL KB



- >> Kelebihan memakai Pil KB
1. mudah diperoleh dan dapat digunakan oleh ibu hamil.
  2. Bila meminum pil sesuai dengan aturan dijamin berhasil 100%
  3. dapat digunakan untuk pengobatan berbagai macam masalah antara lain :
    - ketegangan menjelang menstruasi
    - pendarahan menstruasi yang tidak teratur
    - nyeri saat menstruasi
    - pengobatan pasangan mandul
  4. Dapat meningkatkan Libido (gairah seksual)

- >> Kekurangan memakai Pil KB
1. Harus meminum pil secara teratur
  2. Berat badan bertambah
  3. Rambut rontok
  4. Tumbuh Jerawat
  5. Mual sampai muntah
  6. Mempengaruhi fungsi hati dan ginjal
  7. Terkadang muncul sakit kepala

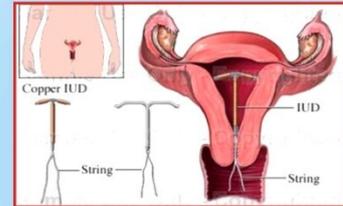
#### 2. KB SUNTIK

- >> Kelebihan
1. suntikan progestin (tiap 3 bulan) hanya mengandung hormon gestogen saja. Bisa digunakan untuk menyusui
  2. suntikan terpadu (tiap 1 bulan) tidak mempengaruhi siklus haid
  3. pengawasan lebih ringan
  4. hubungan seks dengan suntikan KB bebas
  5. tingkat efektivitasnya tinggi

>> Kekurangan

1. suntikan progestin (tiap 3 bulan) efek samping antara lain :
  - pendarahan tidak teratur
  - berat badan bertambah
  - haid tidak datang
  - kembalinya kesuburan lebih lambat setelah dihentikan pemakaian
2. suntikan terpadu (tiap 1 bulan) efek samping antara lain
  - tidak bisa dipakai oleh ibu menyusui

#### 3. ALAT KONTRASEPSI DALAM RAHIM (IUD)



>> kelebihan

1. pemasangan tidak sulit
2. kontrol medis yang ringan
3. penyulit tidak terlalu berat
4. pulihnya setelah AKDR dicabut berlangsung baik
5. angka perlindungan lebih tinggi

>> kekurangan

1. terdapat pendarahan
2. lubang senggama terasa lebih basah
3. dapat terjadi infeksi radang pinggul
4. tingkat akhir infeksi menimbulkan kemandulan

tali AKDR dapat mengganggu hubungan senggama

1

#### 4. KONDOM PRIA



- >> kelebihan kondom pria
1. murah
  2. mudah didapat
  3. tidak perlu pengawasan
  4. cukup efektif bila digunakan dengan benar

- >> kekurangan
1. kenikmatan terganggu
  2. kemungkinan alergi terhadap karet atau jeli yang terdapat pada kondom
  3. ada resiko sobek
  4. digunakan hanya untuk satu kali pakai
  5. angka kegagalan tinggi

#### 5. KONDOM WANITA



- >> kelebihan kondom wanita
1. didesain untuk mencegah kehamilan dan penyakit menular seksual
  2. tidak ada hubungan dengan kondisi medis pemakai
  3. tidak menimbulkan reaksi alergi

- >> kekurangan
1. harga relatif mahal

#### 6. KB SUSUK

- >> kelebihan
1. dipasang selama 5 tahun
  2. kontrol medis ringan
  3. penyulit tidak terlalu tinggi
  4. biaya ringan
  5. bisa digunakan oleh wanita yang menjalani pengobatan untuk kekejangkan

- >> kekurangan
1. menimbulkan gangguan menstruasi yaitu tidak mendapatkan menstruasi dan terjadi pendarahan yang tidak teratur
  2. berat badan bertambah
  3. menimbulkan jerawat
  4. lubang senggama terasa kering
  5. susuk lebih gampang dipasang daripada dicabut

#### 7. SPERMICIDE



Spermicide adalah zat kimia yang dapat melumpuhkan sampai mematikan spermatozoa yang digunakan menjelang hubungan seks

- >> Kelebihan
1. tidak didapat efek samping sistemik atau pada tubuh
  2. mudah didapat

- >> kekurangan
1. merepotkan menjelang hubungan senggama
  2. nilai kepuasan berkurang
  3. dapat menimbulkan iritasi dan alergi
  4. kejadian hamil tinggi karena pemasangan tidak terlalu sempurna atau terlalu cepat melakukan senggama
  5. dapat menimbulkan gatal-gatal atau lecet

7. mual dan muntah
8. menimbulkan sakit kepala

#### 8. DIAFRAGMA



Diafragma berbentuk mangkuk biasanya terbuat dari karet yang bisa menutupi lubang rahim

- >> kelebihan
1. dapat dipakai berkali-kali
  2. melindungi dari kehamilan dan penyakit menular seksual, hepatitis B, HIV/AIDS
  3. tidak mempengaruhi ASI dan tidak ada pengaruh dengan hormon

- >> kekurangan
1. sulit dipasang
  2. angka kegagalan tinggi
  3. efektivitasnya bergantung pada cara pemasangan
  4. membutuhkan ukuran yang berbeda setelah melahirkan
  5. penyimpanan harus baik untuk mencegah diafragma rusak atau berlubang

#### 9. KONTRASEPSI MANTAP (KONTAP) / STERILISASI

- >> kelebihan
1. masa rawat inap pendek
  2. tidak banyak memerlukan pengawasan setelah operasi
  3. dapat dilakukan secara masal
- >> kekurangan
1. memerlukan keterampilan khusus
  2. biaya relatif mahal bila jumlah operasi sedikit
  3. metode penutupan tuba terbatas

2



LAMPIRAN 7 Lembar Konsultasi Pembimbing 2

Form 9: CATATAN KONSULTASI PEMBIMBING 2

NO.	TANGGAL	KEGIATAN DAN SARAN	PARAF PEMBIMBING
1	24-6-17	Revisi SOAP INC	
2	8-8-17	Revisi bab I U	
3	11-8-17	Revisi bab V	
4	14-8-17	Revisi bab U	
5	16-8-17	ACC Wi LTA	

Form 8: CATATAN KONSULTASI PEMBIMBING 2

NO.	TANGGAL	KEGIATAN DAN SARAN	PARAF PEMBIMBING
1.	27-4-2017	Revisi bab 1, 2	
2.	08-5-2017	Revisi bab 2, 3 dan dokumentasi SOAP	
3.	15-5-2017	Revisi bab 1, III, IV & lampiran	
4.	18-5-2017	Revisi bab III, IV & lampiran, PPT	
5	24-5-2017	ACC Taju proposal.	

LAMPIRAN 7 Lembar Konsultasi Bahasa Inggris

Form 11:  
CATATAN KONSULTASI RINGKASAN BAHASA  
INGGRIS

NO.	TANGGAL	KEGIATAN DAN SARAN	PARAF PEMBIMBING
1.	13-07-17	Kebahasaan & Isi	<i>[Signature]</i>
2.	18-07-17	_____	<i>[Signature]</i>
3.	24-07-17	_____	<i>[Signature]</i>
4.	14-08-17	Gramant	<i>[Signature]</i>
5.	28-08-17	Grammar & writing	<i>[Signature]</i>
6.	30-08-17	Acc.	<i>[Signature]</i>

## LAMPIRAN 8 Pernyataan Keaslian Tulisan



**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

### PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Thoyibatul Alifiyah

NIM : 1413. 15401. 970

Program Studi : D3 Kebidanan STIKES Widyagama Husada Malang

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.

### Mengetahui

Kaprodi D3 Kebidanan

( Yuniar Angelia P., S.Si.T, M. Kes )

Penulis



( Thoyibatul Alifiyah )



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

Nama Mahasiswa : Thoyibatul Alifiyah  
NIM : 1413.15401.970  
Judul LTA : Laporan Tugas Akhir Asuhan Kebidanan  
Komprehensif Pada Ny. P Usia 21 Tahun Dengan  
Makrosomi Di BPM Anik Rohanjarwati Amd. Keb Pakis  
– Kab. Malang

No.	Nama Penguji	Rekomendasi	TTD
1.	Dr. Moch. Yunus., M. Kes	<ul style="list-style-type: none"><li>- BAB II perbaiki tehnik penulisan tabel</li><li>- BAB IV perbaiki tehnik penulisan</li><li>- BAB V perbaiki pembahasan ketidakseimbangan antara TBJ dengan BBL bayi</li></ul>	
2.	Yuliyani., Amd. Keb, S. KM, M. Biomed	<ul style="list-style-type: none"><li>- Perbaiki penulisan Kata pengantar</li><li>- Perbaiki penulisan daftar isi</li><li>- Perbaiki penulisan SOAP</li></ul>	
3.	Indah Dwi Jayanti., S. ST	<ul style="list-style-type: none"><li>- Lengkapi Daftar Pustaka</li><li>- Rapikan Lampiran</li></ul>	

**LAMPIRAN 9**

**CURRICULUM VITAE**



**THOYIBATUL ALIFIYAH**  
**Gresik, 26 Desember 1995**

**Motto: “ Berusaha, Bersyukur, Berdo’a ”**

**Riwayat Pendidikan**

**RAM 079 Tarbiyatus Shibyan Petung Panceng Gresik Lulus Tahun 2002**

**MI Tarbiyatus Shibyan Petung Panceng Gresik Lulus Tahun 2008**

**MTs Assa’adah II Sampurnan Bungah Gresik Lulus Tahun 2011**

**SMA Assa’adah Sampurnan Bungah Gresik Lulus Tahun 2014**

**D-III Kebidanan STIKES Widyagama Husada**