LAPORAN TUGAS AKHIR

ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY. "A"

USIA 23 TAHUN DENGAN KETUBAN PECAH DINI

DI PMB DILLAH SOBIRIN, AMd.Keb

PAKIS MALANG

Oleh :

KARTIKA SARI
NIM.1615.15401.1087

PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN WIDYAGAMA

HUSADA MALANG

2019

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Tugas Akhir ini disetujui untuk dipertahankan dihadapan

Tim Penguji Laporan Tugas Akhir

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Widyagama Husada:

LAPORAN TUGAS AKHIR

ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY. "A" 23 TAHUN

DI PMB DILLAH SOBIRIN, Amd.Keb

PAKIS MALANG

KARTIKA SARI

1615.15401.1087

Malang, Agustus 2019

Menyetujui,

Pembimbing I	Pembimbing II
(Senditya Indah M, S.SiT., M.Kes)	(Yuniar Angelia P, S.SiT., M.Kes)

LEMBAR PENGESAHAN

Laporan Tugas Akhir ini telah diperiksa dan dipertahankan di hadapan Tim Penguji Laporan Tugas Akhir Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Widyagama Husada Pada Tanggal 29 Agustus 2019

LAPORAN TUGAS AKHIR

ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF

PADA NY. "A" USIA 23 TAHUN DENGAN KETUBAN PECAH DINI

DI PMB DILLAH SOBIRIN, AMd.Keb

PAKIS MALANG

KARTIKA SARI

NIM. 1615.15401.1087

Penguji I

(dr. Retno Harjanti, SpOG) ( )

Penguji II

(Senditya Indah M, S.SiT., M.Kes) ( )

Penguji III

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

Mengetahui,

Ketua

STIKES Widyagama Husada

(dr. Rudy Joegijantoro, MMRS)

NIP.197110152001121006

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan pada Tuhan Yang Maha Esa karena atas rahmatNya penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir yang berjudul Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny.”A” Usia 23 tahun Dengan Ketuban Pecah Dini Di PMB Dillah Sobirin, AMd.Keb sebagai salah satu persyaratan akademik dalam rangka penyelesaian kuliah di program studi DIII Kebidanan di STIKES Widyagama Husada. Dalam Laporan Tugas Akhir akan dijabarkan sebagai konsep mengenai Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ibu Hamil sampai KB Pada Ny.”A” di Wilayah Kota Malang sehingga hasil dari penelitian ini dapat dijadikan rujukan dalam meningkatkan asuhan kebidanan pada ibu hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas dan KB.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa dalam rangkaian kegiatan penulisanLaporan Tugas Akhir ini tidak akan terlaksana tanpa adanya bantuan dari beberapa pihak yang turut berperan dalam penyelesaian Laporan Tugas Akhir ini. Pada kesempatan ini penulis sampaikan terima kasih dan penghargaan kepada yang terhormat :

1. dr. Rudy Joegijantoro, MMRS selaku Ketua STIKES Widyagama Husada Malang.
2. Yuniar Angelia P,S.SiT., M.KES selaku Ketua Program Studi DIII Kebidan an STIKES Widyagama Husada Malang, pembimbing II, sekaligus sebagai penguji III yang telah memberikan bimbingan.
3. dr. Retno Harjanti, Sp.OG, Selaku Penguji I yang telah memberikan bimbingan
4. Senditya Indah M, S.SiT., M.Kes selaku pembimbing I, sekaligus sebagai penguji II yang telah memberikan bimbingan.

5. Kedua Orang Tua yang selalu memberikan dukungan dan semangat kepada penulis.
6. Bidan Dillah Sobirin, AMd.Keb yang telah memberikan ijin untuk lokasi pelaksanaan asuhan.
7. Pasien yang selalu kooperatif selama melakukan asuhan.
8. Teman-teman yang sudah memberikan dukungan dan semangat kepada penulis.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa penulisan Laporan Tugas Akhir ini masih jauh dari kesempurnaan. Hal ini disebabkan karena keterbatasan penulis sendiri sebagai manusia yang tak luput dari kesalahan.

Penulis mengharap kritik dan saran yang membangun dari semua pihak untuk perbaikanLaporan Tugas Akhir ini di kemudian hari, sehingga hasil dari penyusunan Laporan Tugas Akhir dapat bermanfaat untuk menambah pengetahuan bagi para pembaca pada umumnya dan penulis pada khususnya

Malang, Maret 2019

Penulis

RINGKASAN

Sari, Kartika. 2019. *Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny "A" Usia 23 Tahun dengan Ketuban Pecah Dini di PMB Dillah Sobirin, AMd. Keb Malang*. Laporan Tugas Akhir Program Studi D3 Kebidanan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Widyagama Husada Malang. Pembimbing : (1) Senditya Indah M.,S.SiT.,M.Kes Pembimbing : (2) Yuniar Angelia P.,S.SiT.,M.Kes

Derajat kesehatan menjadi standar kualitas negara tersebut. Derajat kualitas kesehatan suatu negara dilihat dari angka kematian ibu dan angka kematian bayi. Di Indonesia jumlah kasus kematian bayi turun dari 32.007 pada tahun 2016, dan di tahun 2017 sebanyak 10.294 kasus. Angka kematian ibu turun dari 4.912 menjadi 1712 kasus di tahun 2017. Upaya pemerintah dalam menurunkan angka kematian ibu dan angka kematian bayi ditingkatkan dengan memperbaiki kualitas pelayanan. Salah satunya dengan memberikan asuhan kebidanan secara komprehensif atau *continuity of care* mulai dari kehamilan sampai pelayanan keluarga berencana. Tujuan penelitian ini adalah agar bidan mampu memberikan asuhan kebidanan komprehensif untuk menurunkan angka kematian ibu dan angka kematian bayi.

Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny. "A" usia 23 tahun di PMB Dillah Sobirin, Amd.Keb Pakis Kabupaten Malang sejak Juni sampai Agustus 2019 dilakukan secara *Continuty of Care* dimulai pada kehamilan trimester III hingga pelayanan keluarga berencana. Terdapat 13 kunjungan yang terdiri 4 kali kunjungan kehamilan, 1 kali kunjungan persalinan, 4 kali kunjungan masa nifas, 2 kali kunjungan bayi baru lahir dan 2 kali kunjungan pelayanan keluarga berencana yang dilakukan sesuai standar asuhan kebidanan dengan menggunakan manajemen Varney dan pendokumentasian SOAP (Subjektif, Objektif, Assesment, Penatalaksanaan).

Hasil asuhan kebidanan komprehensif yang diberikan kepada Ny. "A" adalah kehamilan fisiologis dengan keluhan nyeri pinggang dan sering buang air kecil dapat diatasi dengan asuhan sesuai standar, namun persalinan patologis yaitu ketuban pecah dini yang diatasi dengan tindakan drip oksitosin dengan dosis 5 IU/500cc. Proses persalinan kala II bayi lahir berjenis kelamin perempuan sehat, langsung menangis dengan APGAR score 8-9. Pada kala III dan IV tidak ditemukan adanya komplikasi. Proses asuhan nifas fisiologis. Permasalahan pada asuhan bayi baru lahir yaitu pada 1 mingggu pertama bayi diberikan susu formula karena air susu ibu belum keluar, setelah diberikan asuhan dan motivasi, ibu berhasil menerapkan program air susu ibu eksklusif. Pada asuhan 6 minggu nifas ibu menentukan pilihan untuk menggunakan kontrasepsi suntik 3 bulan. Tidak ada efek samping pasca penggunaan kontrasepsi. Penulis dapat menyimpulkan bahwa ada kesenjangan antara teori dan praktek asuhan kebidanan komprehensif pada Ny. A yaitu standar operasional prosedur pemberian drip oksitosin oleh bidan, dan penulis menyarankan untuk lebih meningkatkan asuhan sesuai dengan standar, sehingga dapat mencegah komplikasi dan kematian pada ibu dan bayi.

Kepustakaan : 21 Kepustakaan (2010-2018)
Kata Kunci : Asuhan kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, keluarga berencana.

SUMMARY

Sari, Kartika. 2019. *Comprehensive Midwifery Care to Mrs. "A" 23 Years Old Premature Rupture of Membranes at PMB Dillah Sobirin, Amd. Keb Malang*. Final Task of D3 Midwifery Study Program in Widyagama Husada College of Health Sciences Malang. Advisor: (1) Senditya Indah M., S.SiT., M.Kes. Advisor: (2) Yuniar Angelia P., S.SiT., M.Kes

Health status is the country's quality standard. The degree of health quality of a country can be seen from the maternal and infant mortality rate. In Indonesia the number of cases of infant mortality fell from 32.007 in 2016, and in 2017 there were 10.294 cases. The maternal mortality rate has dropped from 4.912 to 1712 cases in 2017. Government efforts to reduce maternal mortality and infant mortality have been increased by improving the quality of services. The care is providing comprehensive midwifery care or continuity of care from pregnancy to family planning services. The purpose of this study is that midwives are able to provide comprehensive midwifery care to reduce maternal mortality and infant mortality.

Comprehensive Midwifery Care to Mrs. "A" 23 years old at PMB Dillah Sobirin, Amd. Keb Pakis Malang Regency conducted in June to August 2019 was carried out by Continuty of Care starting in the third trimester of pregnancy to family planning services. There were 13 visits consisting of 4 pregnancy visits, 1 childbirth visit, 4 childbirth visits, 2 newborn visits and 2 family planning service visits that were carried out according to midwifery care standards using Varney management and SOAP documentation (Subjective, Objectives, Assessment, Management).

The results of comprehensive midwifery care given to Mrs. "A" is a physiological pregnancy with complaints of low back pain and frequent urination can be treated with care according to the standard, the pathological delivery was premature rupture of membranes treated by providing drip oxytocin at a dose of 5 IU / 500cc. The second stage of childbirth was born to a healthy female baby, immediately cried APGAR score of 8-9. In the stage III and IV there were no complications. The process of puerperal physiological care. The newborn problem care was the first week the baby was given formula milk because breast milk had not yet come out, after being given care and motivation, the mother successfully implemented an exclusive breastfeeding program. On the 6 weeks postpartum care the mother determined used 3-month injection contraception. There were not side effects after using of contraception. The writer can conclude that there was a gap between the theory and practice of comprehensive midwifery care to Mrs. A is a standard operational procedure for administering drip oxytocin by the midwife, and the writer suggests to the further enhance care in accordance with the standards, to prevent complications and death in mother and baby.

References : 21 references (2010-2018)
Keywords : Antenatal care, intranatal care, postnatal care, neonatal care, family planning.

DAFTAR ISI

LAPORAN TUGAS AKHIR .....**Error! Bookmark not defined.**
LEMBAR PERSETUJUAN.....**Error! Bookmark not defined.**
LEMBAR PENGESAHAN i
KATA PENGANTAR ii
RINGKASAN .....**Error! Bookmark not defined.**
DAFTAR ISI.....vii
DAFTAR TABEL x
DAFTAR GAMBAR xi
DAFTAR SINGKATAN.....xii
DAFTAR LAMPIRAN xiv
BAB IPENDAHULUAN..... 1
1.1 Latar Belakang 1
1.2 Rumusan Masalah 5
1.3 Tujuan..... 5
1.2.1 Tujuan Umum..... 5
1.2.2 Tujuan Khusus 5
1.4 Manfaat..... 6
1.2.3 Bagi Penulis 6
1.2.4 Bagi Pasien 6
1.2.5 Bagi Institusi Pendidikan..... 6
1.2.6 Bagi Lahan Praktik..... 7
1.2.7 Bagi Penyusun LTA Selanjutnya 7
BAB IITINJAUAN PUSTAKA 8
2.1 Konsep Dasar..... 8
2.1.1 Konsep Dasar Kehamilan 8
2.1.2 Konsep Dasar Persalinan 34
2.1.3 Konsep Dasar Bayi Baru Lahir 59
2.1.4 Masa Nifas 69
2.1.5 Konsep Dasar Keluarga Berencana 85
2.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Manajemen Varney..... 95
2.3 Konsep Dasar Dokumentasi Mengacu SOAP 98
BAB IIIKERANGKA KONSEP CONTIUNITY OF CARE..... 100

3.1 Kerangka Konsep Kegiatan 100
3.2 Penjelasan Kerangka Konsep 101
DAFTAR PUSTAKA 171
BAB IVPELAYANAN ASUHAN KEBIDANAN 105
4.1 Kunjungan ANC 105
4.1.1 Kunjungan ANC 1 105
4.1.2 Kunjungan ANC 2 110
4.1.3 Kunjungan ANC 3 112
4.1.4 Kunjungan ANC 4 114
4.2 Kunjungan Intranatal Care 117
4.2.1 Asuhan Kebidanan Persalinan Kala I 117
4.2.2 Asuhan Asuhan Kebidanan Persalinan Kala I 119
4.2.3 Asuhan Asuhan Kebidanan Persalinan Kala I 121
4.2.4 Kebidanan Persalinan Kala II 122
4.2.5 Asuhan Kebidanan Persalinan Kala III 123
4.2.6 Asuhan Kebidanan Persalinan Kala IV 124
4.3 Kunjungan Post Partum 126
4.3.1 Kunjungan Post Partum I (6 jam pp) 126
4.3.2 Kunjungan Post Partum II 128
4.3.3 Kunjungan Post Partum III 130
4.3.4 Kunjungan Post Partum IV 131
4.4 Kunjungan Neonatus 134
4.4.1 Kunjungan Kebidanan Neonatus I 134
4.4.2 Kunjungan Kebidanan Neonatus II 136
4.5.1 Kunjugan KB I 138
4.5.2 Kunjungan KB II (Evaluasi KB) 140
BAB VPEMBAHASAN 142
5.1 Pembahasan Asuhan Kebidanan Kehamilan 142
5.2 Pembahasan Asuhan Kebidanan Persalinan 149
5.3 Pembahasan Asuhan Kebidanan Masa Nifas 155
5.4 Pembahasan Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir 160
5.5 Pembahasan Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana 164
BAB VIPENUTUP 167
6.1 Kesimpulan 167
6.2 Saran 169

6.2.1 Bagi Institusi Pendidikan 169
6.2.2 Bagi Peneliti 169
6.2.3 Bagi Tempat Peneliti 169
6.2.4 Bagi Pasien 169
6.2.5 Peneliti Selanjutnya 170
LAMPIRAN 107

DAFTAR TABEL

No	Judul Tabel	Halaman
Tabel 2. 1	Perkiraan TFU terhadap umur Kehamilan	20
Tabel 2. 2	Nilai APGAR	59
Tabel 2. 3	Kunjungan Masa Nifas	67

DAFTAR GAMBAR

No	Judul Gambar	Halaman
Gambar 2. 1	Genetalia Eksterna Wanita	9
Gambar 2. 2	Genetalia Eksterna Wanita	10
Gambar 2. 3	Proses Kehamilan	15
Gambar 2. 4	Mekanisme Persalinan	39
Gambar 2. 5	Jenis-Jenis Panggul	41
Gambar 2. 6	Ukuran Panggul Dalami	42
Gambar 2.7	Partograf Halaman Depan	51
Gambar 2.8	Partograf Halaman Belakang	51
Gambar 2.9	Macam-Macam KB	102

DAFTAR SINGKATAN

AKB : Angka Kematian Bayi

AKI : Angka Kematian Ibu

AIDS : *Acquired Immune Deficiency Syndrome*

AKBK : Alat Kontrasepsi Bawah Kulit

AKDR : Alat Kontrasepsi Dalam Rahim

ANC : *Antenatal Care*

APGAR : *Appreance, Pulse, Grimace, Activity, Respiratory*

ASI : Air Susu Ibu

BAB : Buang Air Besar

BAK : Buang Air Kecil

BBL : Bayi Baru Lahir

BBLR : Berat Badan Lahir Rendah

BCG : *Bacillus Calmette Guerine*

BKKBN : Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional

BPM : Bidan Praktek Mandiri

COC : *Continuity of Care*

DJJ : Denyut Jantung Janin

DM : *Diabetes Mellitus*

DMPA : *Depo Medroxy Progesterone*

DPT : *Difteri, Pertusis, Tetanus*

Hb : Hemoglobin

HCG : *Hormone Corionic Gonadotropic*

HIV : *Human Immuno Deficiency Virus*

HPHT : Hari Pertama Haid Terakhir

HPL : Hari Perkiraan Lahir

HPL :*Hormone Plasenta Lactogene*

IUFD : *Intra Uterine Fetal Death*

INC *: Intranatal Care*

IMS : Infeksi Menular Seksual

KB : Keluarga Berencana

KIE : Konseling, Informasi dan Edukasi

KSPR : Kartu Skor Poedji Rohjati

LH : *Luthenishing Hormone*

MAL : Metode Amenore Laktasi

MDG's : *Millenium Development Goals*

$MgSO_4$: Magnesium Sulfat

MOP : Metode Operatif Pria

MOW : Metode Operatif Wanita

O_2 : Oksigen

PAP : Pintu Atas Panggul

pH :*power of hydrogen*

PMS : Penyakit Menular Seksual

PNC : *Postnatal Care*

Px : *Processus xipoideus*

Renstra : Rencana Strategi

SC : *Sectio Caesarea*

SDKI : Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia

TFU : Tinggi Fundus Uteri

TM : Trimester

TT : Tetanus Toxoid

USG : *Ultrasonografi*

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Jadwal Pelaksanaan Laporan Tugas Akhir (LTA)

Lampiran 2 Surat Pengantar ke PMB Dillah Sobirin, Amd. Keb

Lampiran 3 Surat Kesediaan Pembimbing 1

Lampiran 4 Surat Kesediaan Pembimbing 2

Lampiran 5 *Informed Consent*

Lampiran 6 Biodata

Lampiran 7 Catatan Kesehatan Ibu

Lampiran 8 Kartu Skor Poeji Rochjati

Lampiran 9 Kartu Ibu Hamil

Lampiran 10 Lembar Partograf

Lampiran 11 Lembar 24 Penapisan

Lampiran 12 Lembar Kendali Mahasiswa

Lampiran 13 Lembar Konsultasi Pembimbing 1

Lampiran 14 Lembar Konsultasi Pembimbing 2

Lampiran 16 Lembar Konsultasi Ringkasan

Lampiran 17 Dokumentasi

Lampiran 18 Lembar Rekomendasi

Lampiran 19 Surat Pernyataan Keaslian Tulisan

Lampiran 20 Curriculum Vate

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Pembangunan kesehatan merupakan upaya untuk meningkatkan kualitas suatu Negara. Derajat kesehatan menjadi tolak ukur kualitas Negara tersebut. Derajat kualitas kesehatan suatu negara dilihat dari AKI (Angka Kematian Ibu) dan AKB (Angka Kematian Bayi). Di Indonesia jumlah kasus kematian Bayi turun dari 33.278 di tahun 2015 menjadi 32.007 pada tahun 2016, dan di tahun 2017 di semester I sebanyak 10.294 kasus. Demikian pula dengan angka kematian Ibu turun dari 4.999 tahun 2015 menjadi 4912 di tahun 2016 dan di tahun 2017 (semester I) sebanyak 1712 kasus (Kementerian Kesehatan RI, 2017).

Pada tahun 2012 Kementerian Kesehatan RI mengadakan sebuah program untuk menurunkan AKI dan AKB. Program ini dilaksanakan di provinsi dan kabupaten dengan jumlah kematian ibu dan neonatal yang besar, yaitu Sumatera Utara, Banten, Jawa Barat, Jawa Tengah, Jawa Timur, dan Sulawesi Selatan. Dasar pemilihan provinsi tersebut disebabkan 52,6% dari jumlah total kejadian kematian ibu di Indonesia berasal dari enam provinsi tersebut. Jawa Timur merupakan salah satu provinsi dengan AKI dan AKB tertinggi di Indonesia. Menurut Supas tahun 2016, target untuk AKI sebesar 305 per 100.000 kelahiran hidup. Pada tahun 2017, AKI Provinsi Jawa Timur mencapai 91,92 per 100.000 kelahiran hidup. Angka ini mengalami peningkatan dibandingkan tahun 2016 yang mencapai 91 per 100.000 kelahiran

hidup. Walaupun capaian AKI di Jawa Timur sudah memenuhi target Renstra (Rencana Strategi), AKI harus tetap diupayakan menurun. Tahun 2017 Angka Kematian Bayi pada posisi 23,1 per 1.000 kelahiran hidup (angka estimasi dari BPS Provinsi), Angka Kematian Bayi Jawa timur sampai dengan tahun 2017 masih diatas target Nasional yaitu 24 per 1.000 kelahiran hidup (Profil Kesehatan Jawa Timur, 2017).

Di Kota Malang AKI pada tahun 2017 kasus kematian ibu meningkat dari tahun 2016 yaitu sebanyak 14 kasus, sedangkan tahun 2016 sebanyak 9 kasus. Adapun AKI dilaporkan pada tahun 2017 mencapai 115,72 per 100.000 kelahiran. Artinya dalam setiap 100.000 kelahiran hidup terjadi kematian ibu antara 115–116 kasus. Angka ini meningkat jika dibandingkan dengan tahun 2016 yang mencapai 75,29 per 100.000 kelahiran. Disisi lain AKB Kota Malang mencapai 6,28 per 1.000 kelahiran hidup. Artinya dalam setiap 1.000 kelahiran yang dilaporkan, terdapat kematian bayi antara 6 hingga 7 bayi. Selama tahun 2017 terjadi 12.098 kelahiran hidup. Dari seluruh kelahiran 76 kasus lahir mati dan kasus kematian bayi sebanyak 76 kasus. Kasus ini menurun jika dibandingkan dengan kasus tahun 2016 yang mencapai 114 kasus juga.

Peningkatan derajat kesehatan difokuskan pada pelayanan kesehatan ibu dan anak. Pelayanan kesehatan ibu dan anak dimulai dari masa kehamilan. Melakukan pemeriksaan kehamilan secara teratur merupakan tindakan yang paling tepat dalam mengidentifikasi secara dini sesuai dengan resiko yang dialami oleh ibu hamil (Saifudin, 2011). Pelayanan tersebut ditinjau dari cakupan K1 dan K4. Cakupan K1 di kota Malang pada tahun 2017 mencapai 99,43% dari 13.308 sasaran ibu hamil, atau sebanyak 13.232 ibu hamil. Sedangkan cakupan K4 pada

tahun 2017 mencapai 89,98% atau sebanyak 11.975 ibu hamil. Artinya ibu hamil yang memeriksakan kehamilannya hingga 4 kali ke pelayanan kesehatan mencapai 89,98% atau sebanyak 11.975 ibu hamil (Profil Kesehatan Kota Malang, 2017).

Berdasarkan data diatas tingginya AKI yang terjadi disebabkan oleh beberapa faktor, di Indonesia tingginya AKI disebabkan oleh perdarahan (30,3%), hipertensi (27,1%), infeksi (7,3%), partus lama (0%), abortus (0%) serta faktor lainnya (40,8%). Tingginya AKB di Indonesia juga disebabkan oleh beberapa faktor yaitu asfiksia (29%), BBLR/prematuritas (27%), tetanus (10%), masalah pemberian ASI (10%), masalah hematologi (6%) serta infeksi (5%) (Dinas Kesehatan, 2016).

Upaya pemerintah untuk terus menurunkan AKI dan AKB ditingkatkan dengan terus memperbaiki kualiatas pelayanan di fasilitas kesehatan terdekat. Peningkatan derajat kesehatan dapat dicapai dengan kemauan serta kesadaran masyarakat tentang perilaku hidup sehat dan juga pemeriksaan kesehatan rutin di fasilitas kesehatan. Sehingga peran dan tanggung jawab bidan untuk mencegah kematian ibu pada masa kritis ini adalah dengan memberikan asuhan kebidanan yang aman dan efektif serta sesuai dengan standar. Salah satunya dengan memberikan asuhan secara komprehensif atau *continuity of care* mulai dari kehamilan sampai dengan KB. Hal ini merupakan Renstra dari Kementrian Kesehatan untuk meningkatkan derajat kesehatan melalui asuhan komprehensif pada ibu dan bayi (Kementerian Kesehatan RI, 2010).

BPM dillah merupakan salah satu Rumah Bersalin yang berada di Kecamatan Pakis Kabupaten Malang dengan cakupan pelayanan ANC,

persalinan, nifas, KB, imunisasi, dan anak sakit. Dalam kurun waktu Januari sampai Maret 2019 total ANC ada 940 ibu yang periksa, pada bulan Januari 312 ibu ANC, Februari 301 ibu ANC, dan Maret 327 ibu ANC. Total persalinan kurun waktu Januari sampai Maret 2019 ada 110 persalinan, bulan Januari 38 ibu bersalin, Februari 43 ibu bersalin, dan Maret 29 ibu bersalin. Dengan total ibu bersalin yang dirujuk kurun waktu Januari sampai Maret ada 15 rujukan, Januari 6 rujukan, Februari 5 rujukan, dan Maret 4rujukan. Kemudian untuk ibu berKB dalam kurun waktu Januari sampai Maret 2019 terdapat 710 ibu berKB, Januari 238 ibu berKB, Februari 243 ibu berKB, dan Maret 229 ibu berKB. Dengan persentase KB suntik 3 bulan (43%), suntik 1 bulan (36%), IUD (15%), dan Implan (6%). Kemudian untuk cakupan Imunisasi bulan Januari sampai Maret 2019 ada 357 bayi dan balita yang melakukan imunisasi. Januari 228 imunisasi, Februari 182 imunisasi, dan Maret 180 imunisasi. Dengan jenis imunisasi Hb_0 (21%), BCG (21%), Pentavalen 3+Polio 4+IPV (16%), Pentavalen 1+Polio 2 (15%), Pentavalen 2+Polio 3 (12%), Campak (12%), dan Polio (3%).

Berdasarkan hal diatas, penulis mengambil Ny. A usia 23 tahun dengan skor KSPR 2 di PMB Dillah Sobirin, AMd.Keb untuk dilakukan asuhan kebidanan komprehensif sebanyak 13 kali kunjungan mulai kehamilan sampai KB. Skor 2 dalam KSPR termasuk kehamilan resiko rendah. Skor 2 tersebut didapatkan dari skor awal hamil ini. Alasan penulis mengambil pasien Ny. A karena termasuk kehamilan resiko rendah yang dapat ditolong oleh bidan. Walaupun Ny. A termasuk kehamilan resiko rendah, namun Ny. A tetap perlu adanya pendampingan dalam memberikan asuhan untuk memastikan dalam proses kehamilan

sampai dengan KB dapat berjalan fisiologis. Selain itu, ibu dan keluarga sangat kooperatif sehingga asuhan komprehensif ini dapat dilakukan.

1.2. Rumusan Masalah

Rumusan masalah dalam Tugas Akhir ini adaalah ‘’Bagaimana melakukan asuhan kebidanan komprehensif pada Ny.”A” Usia 23 tahun dari masa hamil sampai KB?

1.3. Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu memberikan asuhan kebidanan secara *continuity of care* dengan penerapan manajemen asuhan kebidanan pada ibu hamil, bersalin, nifas, asuhan bayi baru lahir dan KB menggunakan alur pikir VARNEY yang didokumentasikan melalui manajemen kebidanan dalam bentuk SOAP**.**

1.3.2 Tujuan Khusus

Adapun tujuan Khusus dalam penyusunan asuhan kebidanan secara *continuity of care* yaitu sebagai berikut :

1. Melakukan pengkajian, diagnosa, merencanakan, melaksanakan, melakukan evaluasi, dan melakukan pendokumentasian secara SOAP pada Ibu hamil Trimester III.
2. Melakukan pengkajian, diagnosa, merencanakan, melaksanakan, melakukan evaluasi, dan melakukan pendokumentasian secara SOAP pada Ibu bersalin.

3. Melakukan pengkajian, diagnosa, merencanakan, melaksanakan, melakukan evaluasi, dan melakukan pendokumentasian secara SOAP pada Ibu nifas.
4. Melakukan pengkajian, diagnosa, merencanakan, melaksanakan, melakukan evaluasi, dan melakukan pendokumentasian secara SOAP pada bayi baru lahir.
5. Melakukan pengkajian, diagnosa, merencanakan, melaksanakan, melakukan evaluasi, dan melakukan pendokumentasian secara SOAP pada Ibu berKB.

1.4. Manfaat

1.4.1 Bagi Penulis

Penyusunan laporan ini sangat bermanfaat untuk menambah pengetahuan, pengalaman dan wawasan kebidanan dalam batas *Continuity of Care,* terhadap ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir dan pelayanan KB.

1.4.2 Bagi Pasien

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

1.4.3 Bagi Institusi Pendidikan

Mengembangkan materi yang telah diberikan baik dalam proses perkuliahan maupun praktik lapangan agar mampu menerapkan secara langsung dan berkesinambungan pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi

baru lahir dan KB dengan pendekatan manajemen kebidanan yang sesuai dengan standar pelayanan kebidanan.

1.4.4 Bagi Lahan Praktik

Meningkatkan mutu pelayanan kebidanan terutama asuhan pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir 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, bayi baru lahir dan KB

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar

2.1.1 Konsep Dasar Kehamilan

1. Anatomi Fisiologi Organ Reproduksi Wanita

a. Genetalia Eksterna

Genetalia eksterna adalah organ reproduksi wanita yang dapat dilihat dari luar bila wanita dalam posisi *litotomi*, fungsinya adalah untuk kopulasi. Bagian bagian genetalia eksterna adalah sebagai berikut :

1) Mons Veneris

Adalah daerah yang menggunung di atas simfisis, yang akan ditumbuhi rambut kemaluan (pubis) apabila wanita beranjak dewasa. Rambut ini membentuk sudut lengkung (pada wanita), sedangkan pada pria membentuk sudut runcing ke atas.

2) *Labia Mayora* (Bibir Besar)

Bagian yang berada pada kanan dan kiri, berbentuk lonjong, dimana pada wanita menjelang dewasa akan ditumbuhi rambut lanjutan dari *mons veneris*, bertemunya *labia mayora* membentuk komisura posterior.

3) *Labia Minora* (Bibir Kecil)

Bagian dalam dari bibir besar yang berwarna merah jambu. Bagian ini merupakan suatu lipatan kanan dan kiri bertemu di atas *preputium klitoridis*, serta dibawah *klitoris*. Bagian belakang bagian

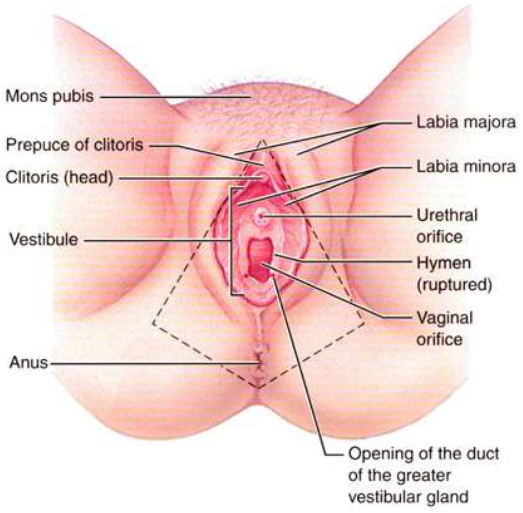
kedua lipatan setelah mengelilingi *orifisium* vagina bersatu disebut *faurchet* (hanya Nampak pada wanita yang belum melahirkan).

4) *Klitoris* (Kelentit)

Identik dengan penis pria, kira-kira sebesar kacang hijau sampai cabai rawit dan ditutupi *frenulum klitorodis*. *Glans klitoris* berisi jaringan yang dapat berereksi, sifatnya amat sensitive karena banyak memiliki serabut syaraf.

5) Vestibulum

Merupakan rongga yang dibatasi oleh kedua *labia minora* pada bagian lateral, bagian anterior oleh *klitoris*, dan bagian *dorsal* oleh *faurchet* pada *vestibulum* juga bermuara *uretra*, 2 buah kelenjar *skene*, dan 2 buah kelenjar *bartholin*, dimana kelenjar ini akan mengeluarkan secret pada waktu koitus. Selain itu, *introitus vagina* juga terdapat pada bagian ini.



Gambar 2.1 Genetalia eksterna wanita

Sumber : Iksan, 2012

6) *Hymen* (Selaput Dara)

Merupakan selaput yang menutupi *introitus* vagina, biasanya berlubang membentuk *semilunaris, anularis*, tapisan, *septata*, atau

fimbria. Bila tidak berlubang disebut *atresia himenalis* atau *hymen imperforata. Hymen* akan robek pasa saat koitus, terlebih setelah bersalin (hymen ini disebut *karunkulae mirtiformis*). Lubang-lubang pada hymen berfungsi sebagai tempat keluarnya secret dan darah *menstruasi.*

7) Perineum

Terletak diantara vulva dan anus. Panjang sekitar 4 cm.

8) Vulva

Bagian dari organ reproduksi wanita yang berbentuk lonjong, berukuran panjang mulai dari klitoris, kanan dan kiri di atas bibir kecil, sampai ke belakang dibatasi perineum.

b. Genetalia Interna

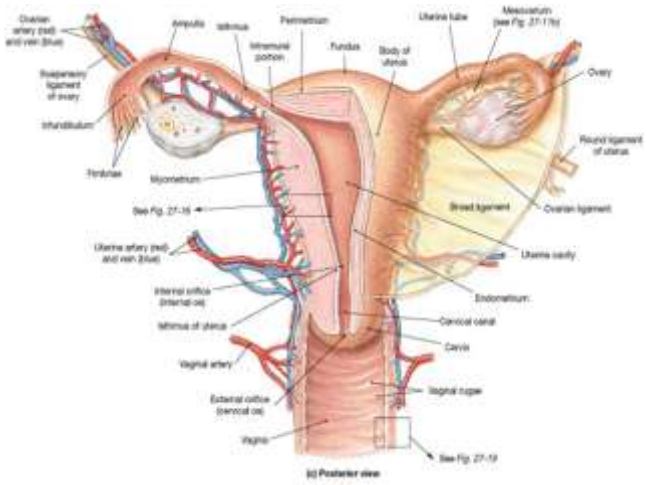
Genetalia interna merupakan organ reproduksi wanita yang tidak dapat dilihat dari luar, terletak di sebelah dalam dan hanya dapat dilihat dengan alat khusus atau dengan pembedahan.

1) Vagina (Liang Senggama)

Merupakan liang atau saluran yang menghubungkan vulva dan rahim, terletak di antara kandung kemih dan rectum. Dinding depan vagina memiliki panjang 7-9 cm dan dinding belakang 9-11 cm. Dinding vagina berlipat-lipat berjalan sirkuler disebut *rugae*, dimana pada bagian tengahnya terdapat bagian yang lebih keras disebut *kolumna rugarum*. Dinding vagina terdiri atas 3 lapisan yaitu : lapisan mukosa yang merupakan kulit, lapisan otot, dan lapisan jaringan ikat. Berbatasan dengan serviks membentuk ruangan lengkung, antara lain forniks lateral kanan kiri, serta forniks anterior dan posterior. Bagian dari serviks yang menonjol

ke dalam vagina disebut *portio*. Suplai darah vagina diperoleh dari arteria uterine, arteria vesikalis inferior, arteria hemoroidalis mediana, dan arteria pudendus interna. Fungsi penting vagina adalah sebagai berikut :

a) Saluran keluar untuk mengalirkan darah haid dan sekret lain dari rahim.
b) Alat untuk bersenggama
c) Jalan lahir pada waktu bersalin



Gambar 2.2 Genetalia interna wanita

Sumber : Mufdilah dkk, 2012

2) Uterus (Rahim)

Merupakan suatu struktur otot yang cukup kuat, dimana bagian luarnya ditutupi oleh peritoneum, sedangkan rongga didalamnya dilapisi oleh mukosa rahim. Dalam keadaan tidak hamil, rahim terletak dalam rongga panggul kecil di antara kandung kemih dan rectum. Bentuknya seperti bola lampu yang gepeng atau buah alpukat yang terdiri atas 3 bagian yaitu sebagai berikut :

a) Badan rahim (korpus uteri) berbentuk segitiga
b) Leher rahim (serviks uteri) berbentuk silinder
c) Rongga rahim (kavum uteri)

Bagian rahim antara kedua pangkal tuba disebut fundus uteri, merupakan bagian proksimal rahim. Besarnya rahim berbeda-beda, tergantung pada usia dan pernah melahirkan anak atau belum. Ukurannya kira-kira sebesar telur ayam kampung. Serviks uteri terbagi atas 2 bagian yaitu pars supravaginal dan pars vaginal (portio). Saluran yang menghubungkan orifisium uteri interna (OUI) dan orifisium uteri eksterna (OUE) disebut *kanalis servikalis*. Bagian rahim antara serviks dan korpus disebut istmus atau segmen bawah rahim (SBR). Dinding rahim terdiri atas tiga lapisan yaitu sebagai berikut :

a) Lapisan serosa (lapisan peritoneum) pada bagian luar
b) Lapisan otot (lapisan miometrium) pada bagian tengah
c) Lapisan mukosa (endometrium) pada bagian dalam

Dalam siklus menstruasi yang selalu berubah adalah lapisan endometrium. Sikap dan letak uterus dalam rongga panggul terfiksasi dengan baik karena disokong dan dipertahankan oleh hal-hal berikut ini.

a) Tonus rahim sendiri
b) Tekanan intraabdominal
c) Otot-otot dasar panggul
d) Ligamen-ligamen

Ligamen-ligamen uterus adalah sebagai berikut :

(1) Ligament Latum
(2) Ligament Rotundum (Ligamentum Teres Uteri)

(3) Ligament Infundibulo Pelvikum (Ligamen Suspensorium)

(4) Ligament Kardinale (*Lateral Pelvic ligament/Mackenrodt's ligament*)

(5) Ligament Sakro Uterinum

(6) Ligament Vesiko Uterinum

3) Parametrium

Jaringan ikat yang terdapat diantara kedua lembar ligamentum latum disebut parametrium. Parametrium ini dibatasi oleh bagian-bagian berikut:

a) Bagian atas terdapat tuba fallopi dengan mesosalphinx

b) Bagian depan mengandung ligamentum teres uteri

c) Bagian kaudal berhubungan dengan mesometrium

d) Bagian belakang terdapat ligamentum ovarii propium

e) Ke arah samping berjalan ligamentum suspensorium ovarii..

Pertumbuhan alat genetalia wanita berasal dari duktus Muller (tuba fallopi, uterus, vagina bagian atas) dan kloaka (vagina bagian bawah, hymen, kandung kemih, dan anus)

2. Fisiologi Siklus Menstruasi

Menstruasi adalah suatu keadaan fisiologis dimana terjadinya peristiwa pengeluaran darah, lendir dan sisa-sisa sel secara berkala yang berasal dari mukosa uterus dan terjadi relatif teratur mulai dari menarche sampai menopause, kecuali pada masa hamildan laktasi. Lama menstruasi bervariasi pada setiap orang, pada umumnya 3-7 hari, tapi 2-9 hari masih dianggap fisiologis. Menurunnya kadar estrogen dan progesterone akibat gagal atau tidak terjadinya proses fertilisasi menyebabkan terjadinya menstruasi. Dengan berkurangnya kadar kedua

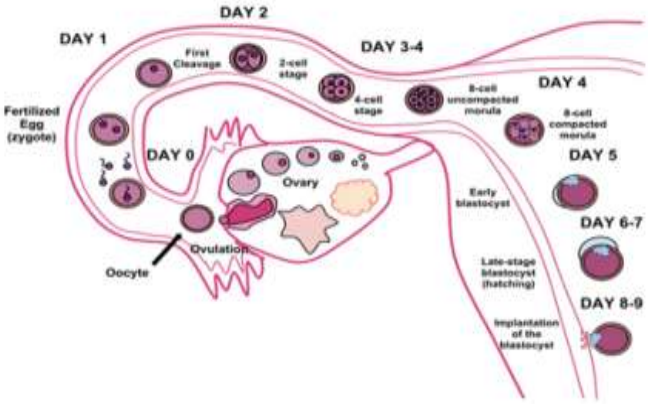
hormon tersebut, maka lapisan endometrium yang nekrotik dapat luruh disertai dengan perdarahan yang normal. Bagian pertama siklus menstruasi ovarium menghasilkan sebagian hormon estrogen. Hormon estrogen ini yang akan menyebabkan tumbuhnya lapisan jaringan endometrium. Di pertengahan siklus, terjadi proses ovulasi yaitu ovarium melepas sel telur. Bagian kedua siklus menstruasi, yaitu antara pertengahan sampai akan datangnya menstruasi selanjutnya, hormon progesterone meningkat sebagai persiapan uterus untuk kehamilan.

3. Pengertian Kehamilan

Kehamilan adalah pertumbuhan dan perkembangan janin intrauterine mulai sejak konsepsi sampai permulaan persalinan (Manuaba, 1998). Menurut Federasi Obstetri dan Ginekologi Internasional, kehamilan adalah fertilisasi atau penyatuan antara sperma dan ovum yang mana hasil konsepsi tersebut kemudian mengalami proses nidasi atau implantasi. Dari fase pembuahan hingga kelahiran bayi, kehamilan fisiologis berlangsung selama 40 minggu. Masa kehamilan dibagi menjadi tiga semester yatu trimester pertama yang berlangsung dalam 13 minggu pertama, trimester kedua berlangsung antara minggu ke-14 sampai minggu ke-27, dan trimester ketiga berlangsung dari minggu ke-28 hingga akan proses persalinan (Evayanti, 2015)

4. Proses Terjadinya Kehamilan

Menurut Hani, dkk (2010), proses terjadinya suatu kehamilan sebagai berikut :



Gambar 2. 3 Proses Kehamilan

Sumber : Hani dkk,2014

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 *menoupause*.
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 tidakakan habis seperti pada *ovum* dan tetap berproduksi 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 getetalia interna wanita melalui *tuba fallopi* dan bertemu dengan ovum di daerah ampula 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 kromoson diploid.

d. Pembelahan

Setelah melalui tahap pertama yaitu *fertilisasi* yang sudah membentuk zigot maka setelah 30 jam *zigot* akan membelah mejadi 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 sampai 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*.

5. Tanda -Tanda Kehamilan

Menurut Elisabeth Siwi Walyani, 2015 untuk dapat menegakan kehamilan ditetapkan dengan melakukan penilaian terhadap beberapa tanda dan gejala kehamilan.

a. Tanda Dugaan hamil

1) *Amenorea* (berhentinya menstruasi)
2) Konsepsi dan nidasi menyebabkan tidak terjadi pembentukan folikel de graf dan ovulasi sehingga menstruasi tidak terjadi.
3) Mual (*nausea*) dan muntah (*emesis*)
4) Pengaruh estrogen dan progestron terjadi pengeluaran asam lambung yang berlebian dan menimbulkan mual muntah yang terjadi terutama pada pagi hari yang disebut morning sicknes.
5) Ngidam (menginginkan makanan tertentu)
6) *Syncope* (pingsan)
7) Terjadi gangguan sirkulasi ke daerah kepala (sentral) menyebabkan iskemia susunan saraf pusat dan menimbulkan syncope atau pingsan.
8) Kelelahan
9) Sering terjadi pada trimester pertama, akaibat dari penurunan kecepatan basal metabolisme (basal metabolisme rate- BMR) pada kehamilan yang akan meningkat seiring pertambahan usia.
10) Payudara tegang
11) Estrogen meningkatkan perkembangan sistem duktus pada payudara, sedangkan progesterone menstimulasi perkembagan sistem alveolar payudara.
12) Sering miksi penuh dan sering miksi

13) Desakan rahim ke depan menyebabkan kandung kemih cepat terus.
14) Konstipasi atau obstipasi
15) Pengaruh progesteron dapat menghambat peristaltik usus (tonus otot menurun) sehingga kesulitan untuk BAB.
16) Pigmentasi kulit
17) Pigmentasi terjadi pada usia kehamilan lebih dari 12 minggu.
18) Epulsi
19) *Hipertropipapilaginggivae*/ gusi, sering terjadi pada triwulan pertama.
20) *Varises*
21) Pengaruh estrogen dan progesteron menyebabkan pelebaran pembuluh darah.

b. Tanda kemungkinan hamil
   1) Pembesaran perut
   2) Tanda *Hegar* : pelunakan dan dapat ditekannya isthmus uteri
   3) Tanda *Goodel* : pelunakan serviks
   4) Tanda *Chadwicks*: perubahan warna menjadi keunguan pada vulva dan mukosa vagina termasuk porsio dan servik.
   5) Tanda *Piscaseck* : pembesaran uterus yang tidak simetris.
   6) Kontraksi *Braxton Hicks*
   7) Teraba *ballottement*
   8) Pemeriksaan tes biologis kehamilan (*Planotest*) positif

c. Tanda Pasti Kehamilan (*Positive sign*)

   Tanda pasti adalah tanda yang menunjukan langsung keberadaan janin, yang dapat dilihat langsung oleh pemeriksa. Tanda pasti kehamilan terdiri atas hal- hal berikut ini:

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

6. Menentukan Usia Kehamilan

Menurut Sulistyawati (2014) cara menentukan usia kehamilan ada dua yang dapat dilakukan yaitu sebagai berikut :

a. Menggunakan sesuatu alat khusus (skala yang sudah disesuaikan)
   1) Tentukan terlebih dahulu hari pertama haid terakhir (HPHT)
   2) Lihat dalam skala,akan terlihat usia kehamilan sekaligus HPLnya

b. Menggunakan cara manual (menghitung)
   1) Tentukan HPHT terlebih dahulu
   2) Tentukan tanggal pemerikasaan hari ini
   3) Buat daftar jumlah minggu dan kelebihan hari tiap bulan.
   4) Daftar jumlah minggu dan hari dibuat mulaidari sisa hari dalam bulan HPHT sampai dengan jumlah minggu dan hari di bulan saat pasien melakukan pemeriksaan
   5) Setelah daftar di buat, jumlahkan minggu dan harinya, hasil akhirnya dikonversikan dalam jumlah minggu.

Tabel 2. 1 Perkiraan TFU terhadap umur Kehamilan

Umur Kehamilan	Tinggi Fundus Uteri
12 minggu	1/3 diatas simfisis atau 3 jari diatas simfisis
16 minggu	½ simfisis – pusat
20 minggu	2/3 di atas simfisis atau 3 jari dibawah pusat
24 minggu	Setinggi pusat
28 minggu	1/3 di atas pusat atau 3 jari di atas pusat
32 minggu	½ pusat – procesus xipoideus
36 minggu	Setinggi Procesus xipoideus
40 minggu	Dua jari (4 cm) di bawah px

Sumber : Hani, dkk (2014)

Menurut Nugroho (2014), Menentukan HPL. Cara menentukan HPL yaitu dihitung sejak hari pertama haid terakhir (HPHT) sampai sekarang dengan metode kalender menggunakan rumus *neagle* :+7 hari, -3, +1 tahun.

Rumus ini digunakan bila menstruasi terakhir. Rumus tidak dapat dipakai jika:

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

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

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

7. Perubahan Fisiologis Selama Kehamilan

a. Sistem Reproduksi

1) Uterus

Ibu hamil uterusnya tumbuh membesar akibat pertumbuhan isi konsepsi intrauterin. Hormon Estrogen menyebabkan hiperplasi jaringan, hormon progesteron berperan untuk elastisitas atau kelenturan uterus. Taksiran kasar pembesaran uterus pada perabaan tinggi fundus:

a) Tidak hamil/normal : sebesar telur ayam (+ 30 g)
b) Kehamilan 8 minggu : telur bebek

c) Kehamilan 12 minggu : telur angsa
d) Kehamilan 16 minggu : pertengahan simfisis-pusat
e) Kehamilan 20 minggu : pinggir bawah pusat
f) Kehamilan 24 minggu : pinggir atas pusat
g) Kehamilan 28 minggu : sepertiga pusat-xyphoid
h) Kehamilan 32 minggu : pertengahan pusat-xyphoid
i) Kehamilan 40 minggu : 3 sampai 1 jari bawah xyphoid

Ismus uteri, bagian dari serviks, batas anatomik menjadi sulit ditentukan pada kehamilan trimester I memanjang dan lebih kuat. Pada kehamilan 16 minggu menjadi satu bagian dengan korpus, dan pada kehamilan akhir, di atas 32 minggu menjadi segmen bawah uterus. Serviks uteri mengalami hipervaskularisasi akibat stimulasi estrogen dan perlunakan akibat progesteron (tanda Goodell). Sekresi lendir serviks meningkat pada kehamilan memberikan gejala keputihan. Ismus uteri mengalami hipertropi kemudian memanjang dan melunak yang disebut tanda Hegar. Berat uterus perempuan tidak hamil adalah 30 gram, pada saat mulai hamil maka uterus mengalami peningkatan sampai pada akhir kehamilan (40 minggu)mencapai 1000 gram (1 kg)

2) Vagina / vulva.

Pada ibu hamil vagina terjadi hipervaskularisasi menimbulkan warna merah ungu kebiruan yang disebut tanda Chadwick. Vagina ibu hamil berubah menjadi lebih asam, keasaman (pH) berubah dari 4 menjadi 6.5 sehingga menyebabkan wanita hamil lebih rentan terhadap infeksi vagina terutama infeksi jamur. Hypervaskularisasi pada vagina dapat menyebabkan hypersensitivitas sehingga dapat meningkatkan libido atau

keinginan atau bangkitan seksual terutama pada kehamilan trimester dua.

3) Ovarium

Sejak kehamilan 16 minggu, fungsi diambil alih oleh plasenta, terutama fungsi produksi progesteron dan estrogen. Selama kehamilan ovarium tenang/beristirahat. Tidak terjadi pembentukan dan pematangan folikel baru, tidak terjadi ovulasi, tidak terjadi siklus hormonal menstruasi.

b. Payudara

Akibat pengaruh hormon estrogen maka dapat memacu perkembangan duktus (saluran) air susu pada payudara. sedangkan hormon progesterone menambah sel-sel asinus pada payudara. Hormon laktogenik plasenta (diantaranya somatomammotropin) menyebabkan hipertrofi dan pertambahan sel-sel asinus payudara, serta meningkatkan produksi zat-zat kasein, laktoalbumin, laktoglobulin, sel-sel lemak, kolostrum. Pada ibu hamil payudara membesar dan tegang, terjadi hiperpigmentasi kulit serta hipertrofi kelenjar Montgomery, terutama daerah areola dan papilla akibat pengaruh melanofor, puting susu membesar dan menonjol. Puting susu akan mengeluarkan kolostrum yaitu cairan sebelum menjadi susu yang berwarna putih kekuningan pada trimester ketiga.

c. Sistem Endokrin

1) Progesteron

Pada awal kehamilan hormon progesteron dihasilkan oleh corpus luteum dan setelah itu secara bertahap dihasilkan oleh plasenta. Kadar hormon ini meningkat selama hamil dan

menjelang persalinan mengalami penurunan. Produksi maksimum diperkirakan 250 mg/hari. Aktivitas progesteron diperkirakan :

a) Menurunkan tonus otot polos:
b) Motilitas lambung terhambat sehingga terjadi mual
c) Aktivitas kolon menurun sehingga pengosongan berjalan lambat, menyebabkan reabsorbsi air meningkat, akibatnya ibu hamil mengalami konstipasi.
d) Tonus otot menurun sehingga menyebabkan aktivitas menurun.
e) Tonus vesica urinaria dan ureter menurun menyebabkan terjadi statis urine.
f) Menurunkan tonus vaskuler yaitu menyebabkan tekanan diastolik menurun sehingga terjadi dilatasi vena.
g) Meningkatkan suhu tubuh
h) Meningkatkan cadangan lemak
i) Memicu over breathing yaitu tekanan CO2 (Pa CO2) arterial dan alveolar menurun.
j) Memicu perkembangan payudara

2) Estrogen

Pada awal kehamilan sumber utama estrogen adalah Ovarium. Selanjutnya estrone dan estradiol dihasilkan oleh plasenta dan kadarnya meningkat beratus kali lipat, out put estrogen maksimum 30 –40 mg/hari. Kadar terus meningkat menjelang aterm. Aktivitas estrogen adalah :

a) Memicu pertumbuhan dan pengendalian fungsi uterus
b) Bersama dengan progesterone memicu pertumbuhan payudara

c) Merubah konsitusi komiawi jaringan ikat sehingga lebih lentur dan menyebabkan servik elastic, kapsul persendian melunak, mobilitas persendian meningkat.

d) Retensi air

e) Menurunkan sekresi natrium.

3) Kortisol

Pada awal kehamilan sumber utama adalah adreanal maternal dan pada kehamilan lanjut sumber utamanya adalah plasenta. Produksi harian 25 mg/hari. Sebagian besar diantaranya berikatan dengan protein sehingga tidak bersifat aktif. Kortisol secara simultan merangsang peningkatan produksi insulin dan meningkatkan resistensi perifer ibu pada insulin, misalnya jaringan tidak bisa menggunakan insulin. Hal ini mengakibatkan tubuh ibu hamil membutuhkan lebih banyak insulin. Sel-sel beta normal Langerhans pada pankreas dapat memenuhi kebutuhan insulin pada ibu hamil yang secara terus menerus tetap meningkat sampai aterm. Ada sebagian ibu hamil mengalami peningkatan gula darah hal ini dapat disebabkan karena resistensi perifer ibu hamil pada insulin.

4) Human Chorionic gonadotropin (HCG)

Hormon HCG ini diproduksi selama kehamilan. Pada hamil muda hormon ini diproduksi oleh trofoblas dan selanjutnya dihasilkan oleh plasenta. HCG dapat untuk mendeteksi kehamilan dengan darah ibu hamil pada 11 hari setelah pembuahan dan mendeteksi pada urine ibu hamil pada 12–14 hari setelah kehamilan. Kandungan HCG pada ibu hamil mengalami puncaknya pada 8-11 minggu umur kehamilan. Kadar HCG tidak

boleh dipakai untuk memastikan adanya kehamilan karena kadarnya bervariasi, sehingga dengan adanya kadar HCG yang meningkat bukan merupakan tanda pasti hamil tetapi merupakan tanda kemungkinan hamil. Kadar HCG kurang dari 5 mIU/ml dinyatakan tidak hamil dan kadar HCG lebih 25 mIU/ml dinyatakan kemungkinan hamil. Apabila kadar HCG rendah maka kemungkinan kesalahan HPHT, akan mengalami keguguran atau kehamilan ektopik. Sedangkan apabila kadar HCG lebih tinggi dari standart maka kemungkinan kesalahan HPHT, hamil Mola Hydatidosa atau hamil kembar. HCG akan kembali kadarnya seperti semula pada 4-6 mg setelah keguguran, sehingga apabila ibu hamil baru mengalami keguguran maka kadarnya masih bisa seperti positif hamil jadi hati–hati dalam menentukan diagnosa, apabila ada ibu hamil yang mengalami keguguran untuk menentukan diagnosa tidak cukup dengan pemeriksaan HCG tetapi memerlukan pemeriksaan lain.

5) Human Placental Lactogen

Kadar HPL atau Chorionic somatotropin ini terus meningkat seiring dengan pertumbuhan plasenta selama kehamilan. Hormon ini mempunyai efek laktogenik dan antagonis insulin. HPL juga bersifat diabetogenik sehingga menyebabkan kebutuhan insulin pada wanita hamil meningkat.

6) Relaxin

Dihasilkan oleh corpus luteum, dapat dideteksi selama kehamilan, kadar tertinggi dicapai pada trimester pertama. Peran fisiologis belum jelas, diduga berperan penting dalam maturasi servik.

7) Hormon Hipofisis.

Terjadi penekanan kadar FSH dan LH maternal selama kehamilan, namun kadar prolaktin meningkat yang berfungsi untuk menghasilkan kolostrum. Pada saat persalinan setelah plasenta lahir maka kadar prolaktin menurun, penurunan ini berlangsung terus sampai pada saat ibu menyusui. Pada saat ibu menyusui prolaktin dapat dihasilkan dengan rangsangan pada puting pada saat bayi mengisap puting susu ibu untuk memproduksi ASI.

d. Sistem Peredaran Darah

Sirkulasi darah ibu dalam kehamilan dipengaruhi oleh adanya sirkulasi ke plasenta, uterus yang membesar dengan pembuluh-pembuluh darah yang membesar pula. Volume darah ibu dalam kehamilan akan bertambah secara fisiologi dengan adanya pencairan darah yang disebut *hidremia*. Volume darah akan bertambah banyak, kira – kira 25% dengan puncak kehamilan 32 minggu.

e. Sistem Kekebalan

Pada ibu hamil terjadi perubahan pH pada vagina, sekresi vagina berubah dari asam menjadi lebih bersifat basa sehingga pada ibu hamil lebih rentan terhadap infeksi pada vagina. Mulai kehamilan 8 minggu sudah kelihatan gejala terjadinya kekebalan dengan adanya limfosit–limfosit. Semakin bertambahnya umur kehamilan maka jumlah limfosit semakin meningkat. Dengan tuanya kehamilan maka ditemukan sel–sel limfoid yang berfungsi membentuk molekul imunoglobulin. Imunoglobulin yang dibentuk antara lain :

1) Gamma–A immunoglobulin

Dibentuk pada kehamilan dua bulan dan baru banyak ditemukan pada saat bayi dilahirkan.

2) Gamma–G immunoglobulin

Pada janin diperoleh dari ibunya melalui plasenta dengan cara pinositosis, hal ini yang disebut kekebalan pasif yang diperoleh dari ibunya. Pada janin ditemukan sedikit tetapi dapat dibentuk dalam jumlah banyak pada saat bayi berumur dua bulan.

3) Gamma–M immunoglobulin

Ditemukan pada kehamilan 5 bulan dan meningkat segera pada saat bayi dilahirkan.

f. Sistem Pernapasan

Wanita hamil sering mengeluh sesak napas yang biasanya terjadi pada umur kehamilan 32 minggu lebih, hal ini disebabkan oleh karena uterus yang semakin membesar sehinggamenekan usus dan mendorong keatas menyebabkan tinggi diafragma bergeser 4 cm sehingga kurang leluasa bergerak. Kebutuhan oksigen wanita hamil meningkat sampai 20%, sehingga untuk memenuhi kebutuhan oksigen wanita hamil bernapas dalam. Peningkatan hormon estrogen pada kehamilan dapat mengakibatkan peningkatan vaskularisasi pada saluran pernapasan atas.

g. Sistem Perkemihan

Hormon estrogen dan progesteron dapat menyebabkan ureter membesar, tonus otot-otot saluran kemih menurun. Kencing lebih sering (poliuria), laju filtrasi glumerulus meningkat sampai 69 %. Dinding saluran kemih dapat tertekan oleh pembesaran uterus yang terjadi pada trimester I dan III, menyebabkan hidroureter dan mungkin hidronefrosis sementara. kadar kreatinin, urea dan asam urat dalam darah mungkin menurun namun hal ini dianggap normal.

h. Sistem Kulit

Kulit mengalami hiperpigmentasi yang biasa terdapat pada dahi, hidung yang dikenal sebagai cloasma gravidarum. Pada areola mammae, linea alba dikenal dengan linea nigra. Hal ini disebabkan karena terjadinya peningkatan *melanophore stimulating hormone* (MSH).

i. Sistem Pencernaan

Estrogen dan HCG meningkat dengan efek samping mual dan muntah-muntah, Apabila mual muntah terjadi pada pagi hari disebut Morning Sickness. Selain itu terjadi juga perubahan peristaltic dengan gejala sering kembung, dan konstipasi. Pada keadaan patologik tertentu dapat terjadi muntah-muntah banyak sampai lebih dari 10 kali per hari (hiperemesis gravidarum). Aliran darah ke panggul dan tekanan vena yang meningkat dapat mengakibatkan hemoroid pada akhir kehamilan. Ibu hamil trimester pertama sering mengalami nafsu makan menurun, hal ini dapat disebabkan perasaan mual dan muntah yang sering terjadi pada kehamilan muda.

j. Pertambahan Berat Badan

Peningkatan berat badan ibu selama kehamilan menandakan adaptasi ibu terhadap pertumbuhan janin. Berat badan wanita hamil akan naik kira kira antara 6,5 kg -10 kg selama kehamilan atau terjadi kenaikan berat badan sekitar 1,5 kg per minggu

8. Perubahan Psikologis Selama Kehamilan

Perubahan psikologis yang terjadi selama masa kehamilan adalah sebagai berikut:

a. Trimester Pertama

Pada trimester pertama (13 minggu pertama kehamilan) sering timbul rasa cemas bercampur rasa bahagis, rasa sedih, rasa kecewa, sikap penolakan, ketidakyakinan atau ketidakpastian, sikap ambivalen (bertentangan), perubahan seksual, fokus pada diri sendiri, stres dan goncangan psikologis sehingga menimbulkan rasa tidak nyaman dan pertengkaran. (Janiwarty dan Pieter, 2013)

b. Trimester Kedua

Bentuk perubahan psikologi ibu hamil pada trimester kedua seperti rasa khawatir, perubahan emosional dan terjadi peningkatan libido. Trimester kedua kehamilan dibagi menjadi dua fase, yaitu pre-quickening(sebelum gerakan janin dirasakan oleh ibu) dan post-quickening(setelah gerakan janin dirasakan oleh ibu). Fase pre-quickeningmerupakan fase untuk mengetahui hubungan interpersonal dan dasar pengembangan interaksi sosial ibu dengan janin, perasaan menolak dari ibu yang tampak dari sikap negatif seperti tidak mempedulikan dan mengabaikan, serta ibu yang sedang mengembangkan identitas keibuannya. sedangkan, fase post-quikeningmerupakan fase dimana identitas keibuan semakin jelas. Ibu akan fokus pada kehamilannya dan lebih mempersiapkan diri untuk menghadapi peran baru sebagai seorang ibu. Pada fase ini, sifat ketergantungan ibu hamil terhadap pasangannya semakin meningkat seiring dengan pertumbuhan janin.(Janiwarty dan Pieter, 2013)

c. Trimester Ketiga

Pada trimester ketiga kehamilan, beberapa kondisi psikologis yang terjadi, seperti perubahan emosional dan rasa tidak nyaman,

sehingga ibu hamil membutuhkan dukungan dari suami, keluarga dan tenaga medis. Perubahan emosi tersebut akibat dari adanya perasaan khawatir, rasa takut, bimbang dan ragu dengan kondisi kehamilannya. (Janiwarty dan Pieter, 2013)

9. Tanda Bahaya Kehamilan

Menurut Pillitteri (2010), tanda bahaya kehamilan yang dapat muncul antara lain perdarahan pervagina, edema pada wajah dan tangan, demam tinggi, ruftur membran, penurunann pergerakan janin, dan muntah persistens (Isdiaty, Nur, 2013: 19).

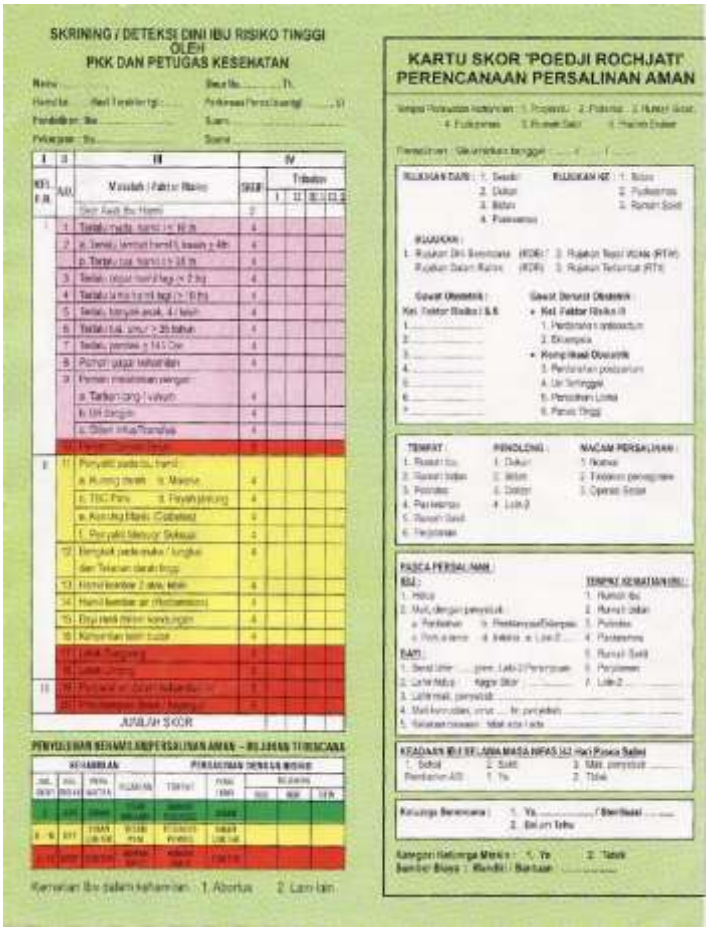
Tanda bahaya kehamilan, menurut Yuni dkk (2010) diantaranya terdapat perdarahan pervaginam,mengalami sakit kepala yang berat,penglihatan mata kabur, terdapat bengkak di wajar dan jari-jari tangan, keluarnyacairan pervaginam, gerakan janin tidak terasa, dan nyeri abdomen yang hebat (Sartika, 2016: 15).

10. Kartu Skor Poedji Rochjati

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

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 ≥ 12.



Gambar 2.4 KSPR

Sumber : Sulistyawati, 2013

11. Asuhan *Antenatal Care*

Menurut Manuba(2014) pemeriksaan *antenatal care* (ANC) adalah pengawasan kehamilan untuk mengetahui kesehatan umum ibu, menegakan secara dini penyakit yang menyertai kehamilan, menegakan secara dini komplikasi kehamilan, dan menetapkan resiko kehamilan.

Menurut Sarwono (2014) Kehamilan merupakan *fertilisasi* atau penyatuan dari *spermatozoa* dan *ovum* dan dilanjutkan dengan *nidasi* atau *implantasi*. Bila dihitung dari saat *fertilisasi* hingga lahirnya bayi,

kehamilan normal akan berlangsung dalam 40 minggu atau 10 bulan atau 9 bulan menurut kalender internasional.

12. Tujuan *Antenatal Care*

Menurut (Yulifah R, 2014) tujuan *antenatal care* dibagi menjadi 5 yaitu

a. Memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang bayi.
b. Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental, dan sosial ibu dan bayi.
c. Mengenali secara dini adanya ketidaknormalan atau komplikasi yang mungkin terjadi selama hamil, termasuk riwayat penyakit secara umum, kebidanan dan pembedahan.
d. Mempersiapkan persalinan cukup bulan, melahirkan dengan selamat, Ibu maupun bayinya dengan trauma seminimal mungkin.
e. Mempersiapkan peran Ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang secara normal.

13. Standar Asuhan Kehamilan

a. Timbang berat badan
b. Ukur tekanan darah
c. Ukur tinggi fundus uteri
d. Imunisasi TT
e. Pemberian tablet Besi (FE)
f. Pemeriksaan HB
g. Pemeriksaan Protein urine

h. Pemeriksaan darah untuk pemeriksaan VDRL

i. Pemeriksaan urine reduksi

j. Senam ibu hamil

k. Perawatan payudara

l. Pemberian obat malaria

m. Pemberian kapsul minyak beryodium

n. Temu wicara dalam rangka persiapan rujukan

2.1.2 Konsep Dasar Persalinan

1. Pengertian Persalinan

Menururt Elisabeth dan Endang (2015) Persalinan dan kelahiran adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37 - 42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala tanpa komplikasi baik ibu maupun janin.

Menurut Sulistyawati dan Nugraheny (2014) 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). Dimulai dengan adanya kontraksi persalinan sejati, yang ditandai dengan perubahan serviks secara progresif dan diakhiri dengan kelahiran plasenta.

Menurut Rohani (2011) Persalinan merupakan proses keluarnya janin, plasenta, dan membran dari dalam rahim melalui jalan lahir. Proses ini berawal dari pembukaan dan dilatasi servik sebagai akibat kontraksi uterus dengan frekuensi, durasi, dan kekuatan yang teratur. Mula-mula yang mucul kecil, kemudian terus meningkat sampai pada puncakknya

pembukaan serviks lengkap sehingga siap untuk pengeluaran janin dari rahim ibu.

2. Macam – Macam Persalinan

a. Persalinan spontan yaitu persalinan yang berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri dan melalui jalan lahir.
b. Persalinan buatan yaitu persalinan yang dibantu dari luar misalnya vacum ekstraksi, forceps, SC.
c. Persalinan anjuran yaitu terjadi apabila bayi sudah cukup besar untuk hidup diluar, tetapi tidak sedemikian besarnya sehingga menimbulkan kesulitan dalam persalinan, misal dengan induksi persalinan.

3. Tanda – Tanda Persalinan

Menurut Kuswanti dan Melina (2014) tanda-tanda persalinan yaitu :

a. Rasa sakit oleh adanya his yang datang lebih kuat, sering dan teratur.
b. Keluar lender bercampur darah (show) yang lebih banyak karena robekan-robekan kecil pada serviks.
c. Terkadang ketuban pecah dengan sendirinya.
d. Pada pemeriksaan dalam, serviks mendatar dan pembukaan telah ada

4. Sebab – sebab Mulainya Persalinan

Menurut Kuswanti dan Melina (2014) banyak faktor yang memegang peranan dan bekerja sama sehingga terjadi persalinan di antaranya :

a. Teori penurunan hormon.

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

b. Teori distensi rahim

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

c. Teori iritasi mekanik

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

d. Teori plasenta menjadi tua

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

e. Teori prostaglandin

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

f. Indikasi partus

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

g. Penurunan kadar *progesterone*

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

h. Teori oksitosin

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

i. Ketegangan otot-otot

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

j. 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.

k. Teori prostaglandin

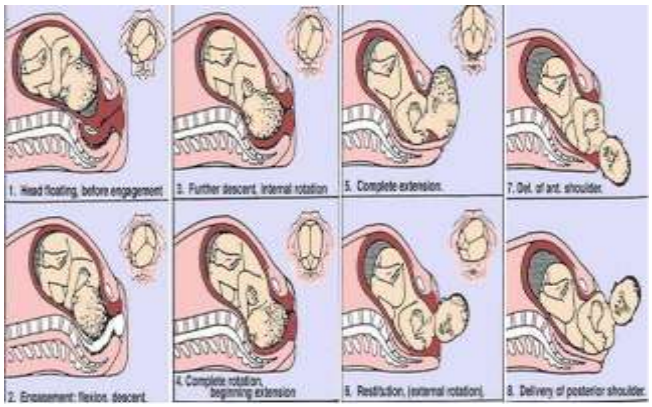
Prostaglandin yang dihasilkan oleh desidua, disangka menjadi salah satu penyebab permulaan persalinan hasil dari percobaan menunjukkan bahwa prostaglandin F2 atau E2 yang diberikan secara intravena, intra dan ekstra amnial menimbulkan kontraksi *myometrium* pada setiap umur kehamilan. Hal ini juga disokong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

5. Mekanisme Persalinan

Mekanisme persalinan yaitu proses keluarnya janin melalui jalan lahir dan penyesuaian ukuran janin dengan ukuran panggul saat kepala melewati panggul dan terjadi beberapa tahap yaitu :

a. *Engagement* adalah peristiwa ketika diameter biparietal melewati pintu atas panggul dengan sutura sagitalis melintang dalam jalan lahir dan sedikit fleksi. Pada primigravida terjadi padabulan terakhir kehamilan, sedangkan pada multigravida dapat terjadi pada awal persalinan.
b. Penurunan kepala terjadi bersamaan dengan mekanisme lainnya. Kekuatan yang mendukung yaitu tekanan cairan amnion, tekanan langsung fundus pada bokong janin, kontraksi otot abdomen, ekstensi dan penelusuran badan janin atau tulang belakang.
c. Fleksi (Gerakan fleksi) disebabkan karena janin didorong maju, tetapi kepala janin terhambat oleh serviks, dindng panggul atau dasar panggul. Pada pemeriksaan dalam ubun-ubun kecil lebih jelas teraba daripada ubun-ubun besar.
d. Rotasi Dalam atau putar paksi dalam adalah pemutaran bagian terendah janin dari posisi sebelumnya ke arah depan sampai di bawah simpisis.
e. Ekstensi merupakan gerak dimana oksiput berhimpit langsung pada margo inferior simpisis pubis karena sumbu jalan lair pada pintu bawah panggul mengarah kedepan dan atas sehingga kepala menyesuaikan dengan cara ekstensi agar dapat melaluinya.
f. Rotasi Luar merupakan gerakan memutar ubun-ubun kecil ke arah punggung janin, muka janin menghadap salah satu paha ibu.

g. Ekspulsi yaitu kelahiran bahu belakang, kemudian setelah kedua bahu lahir disusul lahirlah trochanter depan dan belakang sampai lahir janin



Gambar 2.4 Mekanisme Persalinan

Sumber : Kuswantidkk, 2014

6. Faktor yang Mempengaruhi Proses Persalinan

Menurut Kuswanti dan Melina (2014) faktor yang mempengaruhi proses persalinan yaitu :

a. *Power* (kekuatan/tenaga)

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

b. *His* (Kontraksi Uterus)

His adalah kontraksi otot - otot rahim pada persalinan. Sifat his yang baik dan sempurna yaitu : Kontraksi yang simetris, fundus dominan, yaitu kekuatan paling tinggi berada di fundus uteri, kekuatan seperti meremas rahim, setelah adanya kontraksi, diikuti dengan adanya relaksasi, pada setiap his menyebabkan terjadinya perubahan pada serviks, yaitu menipis dan membuka.Pembagian dan sifat-sifathis :

1) *His* pendahuluan

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

2) His pembukaan

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

3) *His* pengeluaran

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

4) *His* pelepasan uri (kala III)

Kontraksi sedang untuk melepaskan dan melahirkan plasenta.

5) His pengiring

Kontraksi lemah, masih sedikit nyeri, pengecilan rahim dalam beberapa jam atau hari.

c. *Passage* (jalan lahir)

Dalam obsterik dikenal ada empat macam bentuk panggul menurut Caldwell dan Moloy dengan masing-masing berciri sebagai berikut:

1) Jenis *Ginekoid*

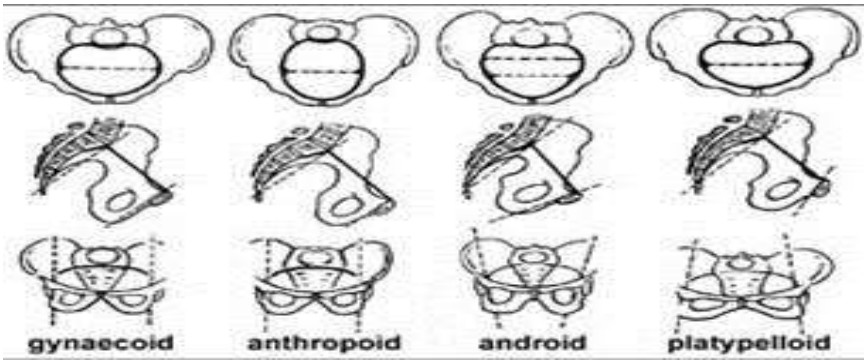
Panggul jenis ini merupakan bentuk paling baik, karena dengan bentuk panggul yang hampir bulat seperti ini memungkinkan kepala bayi mengadahkan penyesuaian saat proses persalinan.

2) Jenis *Android*

Ciri jenis ini adalah bentuk pintu atas panggulnya hampir seperti segitiga. Panggul jenis ini umumnya dimiliki pria, namun ada juga wanita yang mempunyai panggul jenis ini.

3) Jenis *Platipeloid*

Panggul jenis ini seperti panggul jenis ginekoid, hanya mengalami penyempitan pada arah muka belakang. Jenis *Antropoid.* Panggul jenis ini mempunyai ciri berupa bentuknya yang lonjong seperti telur.



Gambar 2. 5 Jenis – Jenis Panggul

Sumber :Sulistyawati, 2010

4) Ukuran-ukuran panggul

Ukuran panggul digunakan untuk menemukan garis besar bentuk dan ukuran panggul apabila dikombinasikan dengan pemeriksaan dalam.Ukuran-ukuran panggul luar :

a) *Distansia Spinarum*

Jarak antara kedua spina iliaka anterio superior sinistra dan dekstra, jaraknya 24-26 cm.

b) *Distansia Kristarum*

Jarak terpanjang antara dua tempat yang simetris pada *krista iliaka* kanan dan kiri, jaraknya 28-30 cm.

c) *Konjugata eksterna*/ *boudelogue*

Merupakan jarak bagian atas simpisis dan proseus spinosus lumbal 5, jaraknya 18-20 cm.

d) *Distansia Intertrokantrik*

Merupakan jarak antara kedua trokanter mayor.

e) *Distansia Tuberum*

Jarak antara tuber ischii kanan dan kiri. Untuk mengukurnya dipakai jangka panggul Osceander, jaraknya 10,5 cm.

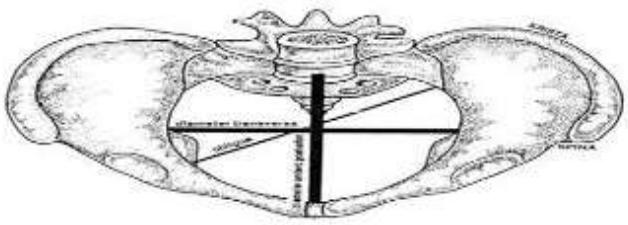
Bidang Hodge adalah bidang - bidang ini dipelajari untuk menentukan sampai mana bagian terendah janin turun ke panggul pada proses persalinan. Bidang *Hodge* tersebut antara lain :

a) *Hodge* I : Bidang yang dibentuk pada lingkaran PAP dengan bagian atas simpisis dan promontorium

b) *Hodge* II : Bidang yang sejajar *Hodge* I setinggi bagian bawah simpisis

c) *Hodge* III : Bidang yang sejajar *Hodge* I setinggi *spina ischiadik*

d) *Hodge* IV : Bidang yang sejajar *Hodge* I setinggi tulang coccygis



Gambar 2. 6 Ukuran panggul dalam

Sumber : Sulistyawati, 2010

d. *Passenger* (Janin, Plasenta Ketuban)

Pesengger terdiri dari:

1) Janin

Janin sebagai passenger sebagian besar adalah mengenai ukuran kepala janin, karena kepala adalah bagian terbesar dari janin dan paling sulit untuk dilahirkan.Ukuran-ukuran penting kepala janin :

a) Diameter *suboccipito bregmatika* (10cm)
b) Diameter *suboccipito frontalis* (11cm)
c) Diameter *occipito mento vertikalis* (13cm)
d) Diameter *submento bregmatika* (10cm)
e) Diameter *biparientalis* (9,5cm)
f) Diameter *bitemporalis* (8cm)

2) Plasenta

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

3) Air ketuban

Sebagai cairan pelindung dalam pertumbuhan dan perkembangan janin, air ketuban berfungsi sebagai 'bantalan' untuk melindungi janin terhadap trauma dari luar, tidak hanya itu saja, air ketuban juga berfungsi melindungi janin dari infeksi, menstabilkan perubahan suhu dan menjadi sarana yang memungkinkan janin bergerak bebas.

7. Tahapan Persalinan

Menurut Kuswanti dan Melina (2014) tahapan persalinan yaitu :

a. Kala I

Proses kala I yaitu proses membukanya serviks yang dibagi dalam 2 fase :

1) Fase laten

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

2) Fase aktif

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

a) Fase akselarasi, dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm.

b) Fase dilatasi maksimal, dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat, dari 4 cm menjadi 9 cm.

c) Fase deselarasi, pembukaan menjadi lambat, dalam waktu 2 jam pembukaan dari 9 cm menjadi lengkap.

b. Kala II

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

c. Kala III

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

d. Kala IV

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

8. Penapisan Ibu Bersalin

a. Riwayat bedah *SC*.
b. Perdarahan pervagina.
c. Persalinan kurang bulan
d. Ketuban pecah dengan mekonium yang kental.
e. Ketuban pecah lama (lebih dari 24 jam).
f. Ketuban pecah pada persalinan kurang bulan.
g. Ikterus.
h. Anemia berat.
i. Tanda atau gejala infeksi.
j. Preeklamsi atau hipertensi dalam kehamilan.
k. Tinggi fundus uteri 40cm atau lebih.
l. Gawat janin.
m. Primipara dalam fase aktif persalinan dengan palpasi kepala janin masih 5/5.
n. Presentasi bukan belakang kepala.
o. Presentasi majemuk.
p. Kehamilan gemeli.
q. Tali pusat menumbung.
r. Syock.
s. Bumil TKI

t. Suami pelayaran

u. Suami/bumil bertato

v. HIV/AIDS

w. PMS

x. Anak mahal

9. Kebutuhan Dasar Selama Persalinan

Menurut Elisabeth dan Endang (2015), kebutuhan ibu nifas selama persalinan yaitu :

a. Dukungan fisik dan psikologis

Setiap ibu yang memasuki masa persalinan maka akan muncul perasaan taku, khawatir, ataupun cemas terutama pada ibu primipara. Perasaan takut dapat meningkatkan nyeri, otot – otot akan menjadi tegang dan ibu menjadi cepat lelah dan pada akhirnya akan menghambat proses persalinan. Dukungan dapat diberikan oleh orang – orang terdekat pasien, (suami, keluarga, teman, perawat, bidan maupun dokter). Bidan harus mampu memberikan perasaan kehadiran :

1) Selama bersama pasien, bidan harus konsentrasi penuh untuk mendengarkan dan melakukan observasi
2) Membuat kontak fisik : mencuci muka pasien, menggosok punggung dan memegang tangan pasien
3) Menempatkan pasien dalam keadaan yakin (bidan bersikap tenang dan menenangkan pasien)

b. Kebutuhan makanan dan cairan

Makanan padat tidak boleh diberikan selama persalinan aktif, oleh karena makan padat lebih lama tinggal dalam lambung dari pada

makanan cair, sehingga proses pencernaan lebih lambat selama persalinan. Untuk mencegah dehidrasi pasien dapat diberikan banyak minum segar (jus buah, sup, air putih, teh manis).

c. Kebutuhan Eliminasi

Kandung kemih harus dikosongkan setiap 2 jam selama proses persalinan. Bila pasien tidak dapat berkemih sendiri dapat dilakukan katerisasi karena kandung kemih yang penuh akan menghambat penurunan bagian terbawah janin, selain itu juga dapat meningkatkan rasa tidak nyaman yang tidak dikenali pasien karena bersama kontraksi uterus. Rektum yang penuh akan mengganggu penurunan bagian terbawah janin, namun bila pasien ingin BAB, bidan harus memastikan kemungkinan adanya tanda dan gejala masuk pada kala II.

d. Posisioning dan Aktifitas

Bidan memberitahukan ibu untuk tidak perlu terlentang terus menerus dalam masa persalinan, bidan bisa menganjurkan untuk miring kiri, berdiri, atau berjalan – jalan. Posisi untuk persalinan : duduk atau setengah duduk, posisi merangkak, berjongkok atau berdiri, berbaring miring ke kiri

e. Pengurangan Rasa Sakit

Pendekatan – pendekatan untuk mengurangi rasa sakit : adanya seseorang untuk mendukung dalam persalinan, mengatur posisi, relaksasi dan latihan pernapasan, istirahat, sentuhan dan massase.

10. Kebutuhan Psikologi Ibu Bersalin

a. Pemberian Sugesti

Pemberian sugesti bertujuan untuk memberikan pengaruh pada ibu dengan pemikiran yang dapat diterima secara logis. Sugesti yang diberikan berupa sugesti positif yang mengarah pada tindakan memotivasi ibu untuk melalui proses persalinan sebagaimana mestinya. Menurut psikologis sosial individu, orang yang mempunyai keadaan psikis labil akan lebih mudah dipengaruhi/mendapatkan sugesti. Demikian juga pada wanita bersalin yang mana keadaan psikisnya dalam keadaan kurang stabil, mudah sekali menerima sugesti/pengaruh. Sugesti positif yang dapat diberikan bidan pada ibu bersalin diantaranya adalah dengan mengatakan pada ibu bahwa proses persalinan yang ibu hadapi akan berjalan lancar dan normal, ucapkan hal tersebut berulang kali untuk memberikan keyakinan pada ibu bahwa segalanya akan baik-baik saja. Contoh yang lain, misal saat terjadi his/kontraksi, bidan membimbing ibu untuk melakukan teknik relaksasi dan memberikan sugestibahwa dengan menarik dan menghembuskan nafas, seiring dengan proses pengeluaran nafas, rasa sakit ibu akan berkurang. Sebaiknya bidan selalu mengucapkan kata-kata positif yang dapat memotivasi ibu untuk tetap semangat dalam menjalani proses persalinan. Inti dari pemberian sugesti ini adalah pada komunikasi efektif yang baik. Bidan juga dituntut untuk selalu bersikap ramah dan sopan, dan menyenangkan hati ibu dan suami/keluarga. Sikap ini akan menambah besarnya sugesti yang telah diberikan.

b. Mengalihkan Perhatian

Mengalihkan perhatian dari rasa sakit yang dihadapi selama proses persalinan berlangsung dapat mengurangi rasa sakit yang sebenarnya. Secara psikologis, apabila ibu merasakan sakit, dan

bidan tetap fokus pada rasa sakit itu dengan menaruh rasa empati yang besar, maka rasa sakit justru akan bertambah. Upaya yang dapat dilakukan bidan dan pendamping persalinan untuk mengalihkan perhatian ibu dari rasa sakit selama persalinan misalnya adalah dengan mengajaknya berbicara, sedikit bersenda gurau, mendengarkan musik kesukaannya atau menonton televisi/film. Saat kontraksi berlangsung dan ibu masih tetap merasakan nyeri pada ambang yang tinggi, maka upaya-upaya mengurangi rasa nyeri misal dengan teknik relaksasi, pengeluaran suara, dan atau pijatan harus tetap dilakukan.

c. Membangun Kepercayaan

Kepercayaan merupakan salah satu poin yang penting dalam membangun citra diri positif ibu dan membangun sugesti positif dari bidan. Ibu bersalin yang memiliki kepercayaan diri yang baik, bahwa dia mampu melahirkan secara normal, dan dia percaya bahwa proses persalinan yang dihadapi akan berjalan dengan lancar, maka secara psikologis elah mengafirmasi alam bawah sadar ibu untuk bersikap dan berperilaku positif selama proses persalinan berlangsung sehingga hasil akhir persalinan sesuai dengan harapan ibu. Untuk membangun sugesti yang baik, ibu harus mempunyai kepercayaan pada bidan sebagai penolongnya, bahwa bidan mampu melakukan pertolongan persalinan dengan baik sesuai standar, didasari pengetahuan dasar dan keterampilan yang baik serta mempunyai pengalaman yang cukup. Dengan kepercayaan tersebut, maka dengan sendirinya ibu bersalin akan merasa aman dan nyaman selama proses persalinan berlangsung.

11. Partograf

Menurut Dewi, dkk, 2011 partograf merupakan alat untuk mencatat informasi berdasarkan observasi, anamnese dan pemeriksaan fisik ibu dalam persalinan dan sangat penting khususnya untuk membuat keputusan klinis selama kala I

a. Kegunaan partograf

Partograf sangat berguna dalam proses persalinan dalam hal:

1) Mengamati dan mencatat informasi kemajuan persalinan dan memeriksa dilatasi serviks
2) Menentukan apakah persalinan berjalan normal dan mendeteksi dini persalinan lama sehingga bidan dapat membuat deteksi dini mengenai kemungkinan persalinan lama
3) Mencatat kondisi ibu dan janin

b. Pencatatan halaman depan partograf

c. Nomor catatan

d. Tanggal dan waktu mulai darurat

e. Waktu pecahnya selaput ketuban

f. Pencatatan kondisi ibu dan janin

1) Denyut jantung setiap ½ jam
2) Frekuensi dan lamannya kontraksi uterus setiap ½ jam
3) Tekanan darah dan suhu setiap 4 jam
4) Penurunan kepala setiap 4 jam
5) Produksi urine, aseton dan protein setiap 2 -4 jam

g. Penggunaan simbol

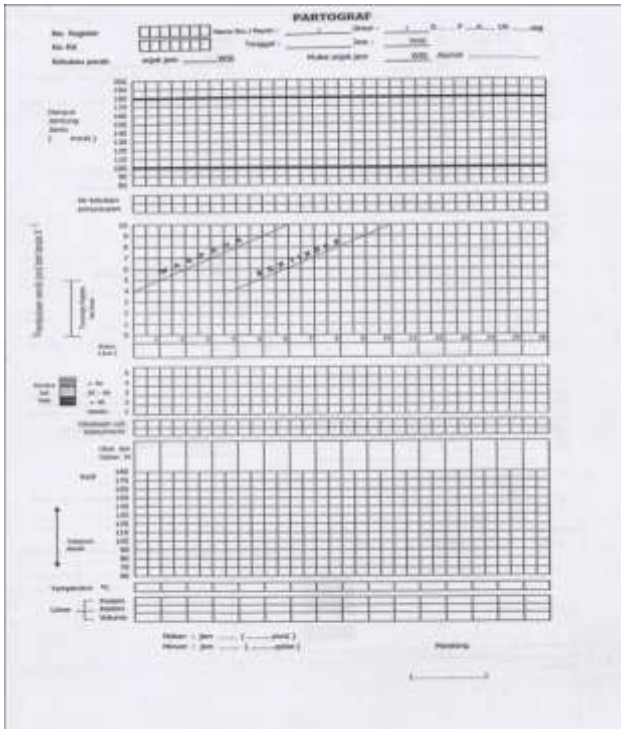
1) U: ketuban utuh
2) J: ketuban pecah warna jernih
3) M: ketuban pecah, ketuban bercampur mekonium

4) D: ketuban pecah bercampur darah

5) K: ketuban pecah kering

h. Pencatatan pada lembar belakang partograf

Halaman belakang partograf merupakan bagian terpenting untuk mencatat hal-hal yang terjadi selama proses persalinan dan kelahiran, serta tindakan-tindakan yang dilakukan sejak persalinan kala I kala II, kala III hingga kala IV (termasuk baru lahir).



Gambar 2. 7 Partograf Halaman Depan

Sumber : Dewi dkk, 2011

Gambar 2. 8 Partograf Halaman Belakang

Sumber : Dewi dkk, 2011

12. Ketuban Pecah Dini (KPD)

a. Definisi

Ketuban pecah dini (KPD) didefinisikan sebagai kebocoran spontan cairan dari kantung amnion sebelum adanya tanda-tanda inpartu. Kejadian KPD dapat terjadi sebelum atau sesudah masa kehamilan 40 minggu. Berdasarkan waktunya, KPD dapat terjadi pada kehamilan preterm atau kehamilan kurang bulan terjadi sebelum minggu ke-37 usia kehamilan, sedangkan pada kehamilan aterm atau kehamilan cukup bulan terjadi setelah minggu ke-37 dari usia kehamilan. Pada KPD kehamilan preterm dan KPD kehamilan aterm kemudian dibagi menjadi KPD awal yaitu kurang dari dua belas jam setelah pecah ketuban dan KPD berkepanjangan yang terjadi dua belas jam atau lebih setelah pecah ketuban.

b. Epidemiologi

Pada tahun 2005, WHO memperkirakan 12,9 juta kelahiran (9,6%) di seluruh dunia adalah prematur. Sekitar 11 juta (85%) dari kelahiran prematur tersebut terkonsentrasi di Afrika dan Asia. Sekitar 45-50% penyebab dari kelahiran prematur adalah idiopatik, 30% terkait dengan KPD dan 15-20% dikaitkan dengan indikasi medis. Menurut Eastman, insidensi ketuban pecah dini ini berkisar 12 % dari semua kehamilan normal. Sekitar 70% kasus ketuban pecah dini terjadi pada kehamilan di aterm, namun di pusat rujukan, lebih dari 50% kasus dapat terjadi pada kehamilan preterm. Angka kejadian KPD di Indonesia sendiri masih cukup tinggi. Data yang diperoleh dari RSUD Dr. H. Soewondo menyebutkan kejadian KPD pada tahun 2011 sebanyak 445 sedangkan pada tahun 2012 meningkat sebanyak 542 penderita.

c. Faktor Risiko (Nugroho, 2010)

1) Inkompetensia servik
2) Polihidramnion
3) Malpresentasi janin
4) Kehamilan kembar
5) Vaginitis/servisitis, Infeksi Menular Seksual seperti Clamydia dan Gonore
6) Riwayat persalinan premature
7) Perokok (Pasif/aktif) selama kehamilan
8) Perdarahan pervaginam
9) Penyebab yang tidak diketahui
10) Sosial ekonomi (minimnya ANC)

d. Patogenesis

Kekuatan selaput ketuban ditentukan oleh keseimbangan sintesa dan degradasi matriks ekstraseluler. Bila terjadi perubahan di dalam selaput ketuban, seperti penurunan kandungan kolagen, perubahan sruktur kolagen dan peningkatan aktivitas kolagenolitik maka KPD dapat terjadi. Degradasi kolagen yang terjadi diperantarai oleh Matriks Metalloproteinase (MMP) dan dihambat oleh Penghambat Matriks Metalloproteinase (TIMP) serta penghambat protease. Keutuhan selaput ketuban terjadi karena kombinasi dari aktivitas MMP yang rendah dan konsentrasi TIMP yang relatif lebih tinggi. Mikroorganisme yang menginfeksi host dapat membentuk enzim protease disertai respon imflamasi dari host sehingga mempengaruhi keseimbangan MMP dan TIMP yang menyebabkan melemahnya ketegangan selaput ketuban dan pecahnya selaput ketuban.

e. Diagnosis

Diagnosis KPD secara tepat sangat penting untuk menentukan penanganan selanjutnya. Cara-cara yang dipakai untuk menegakkan diagnosis adalah:

1) Anamnesis Pasien merasakan adanya cairan yang keluar secara tiba-tiba dari jalan lahir atau basah pada vagina. Cairan ini berwarna bening dan pada tingkat lanjut dapat disertai mekonium.
2) Pemeriksaan inspekulo Terdapat cairan ketuban yang keluar melalui bagian yang bocor menuju kanalis servikalis atau forniks posterior, pada tingkat lanjut ditemukan cairan amnion yang keruh dan berbau.
3) Pemeriksaan USG Ditemukan volume cairan amnion yang berkurang / oligohidramnion, namun dalam hal ini tidak dapat

dibedakan KPD sebagai penyebab oligohidramnion dengan penyebab lainnya.

4) Pemeriksaan Laboratorium Untuk menentukan ada atau tidaknya infeksi, kriteria laboratorium yang digunakan adalah adanya Leukositosis maternal (lebih dari 15.000/uL), adanya peningkatan C-reactive protein cairan ketuban serta amniosentesis untuk mendapatkan bukti yang kuat (misalnya cairan ketuban yang mengandung leukosit yang banyak atau bakteri pada pengecatan gram maupun pada kultur aerob maupun anaerob). Tes lakmus (Nitrazine Test) merupakan tes untuk mengetahui pH cairan, di mana cairan amnion memiliki pH 7,0-7,5 yang secara signifikan lebih basa daripada cairan vagina dengan pH 4,5-5,5. jika kertas lakmus merah berubah menjadi biru menunjukkan adanya air ketuban. Normalnya pH air ketuban berkisar antara 7-7,5. Namun pada tes ini, darah dan infeksi vagina dapat menghasilkan positif palsu.

f. Komplikasi

Berbagai komplikasi yang dapat terjadi terkait dengan KPD meliputi :

1) Komplikasi Maternal
   a) Infeksi
   b) tidak adanya kemajuan persalinan
2) Komplikasi Neonatal
   a) Infeksi
   b) Fetal distress
   c) Asfiksia

g. Penanganan

1) Penanganan Bidan pada KPD adalah sebagai berikut:

a) Pada umumnya lebih baik untuk membawa semua pasien dengan KPD ke rumah sakit dan melahirkan bayi yang berumur >37 minggu dalam 24 jam dari pecahnya ketuban untuk meminimalkan risiko infeksi intrauterin (Fadlun, 2012).
b) Tindakan konservatif dilakukan melalui kolaborasi dengan dokter spesialis kandungan dan kebidanan diantaranya dalam pemberian antibiotik Penisilin atau Ampisilin (Syaifuddin, 2009).
c) Batasi periksa dalam secara ketat untuk mengurangi insidens *korioamnionitis*, terutama pada pasien yang memilih penatalaksanaan konservatif. Melibatkan pasien dalam proses pengambilan keputusan yaitu penatalaksanaan konservatif atau penatalaksanaan aktif.

2) Penanganan KPD di rumah sakit adalah sebagai berikut
   a) Rawat inap di Rumah sakit
   b) Jika ada perdarahan pervagina disertai nyeri perut, pikirkan adanya abrupsio plasenta
   c) Jika ada tanda-tanda infeksi (demam, cairan vagina berbau) berikan antibiotika sama halnya pada amnionitis
   d) Jika tidak ada tanda infeksi dan kehamilan < 37 minggu:
      (1) Berikan antibiotika ampisilin 4 x 500 mg selama 7 hari ditambah eritromisin 3 x 250 mg peroral selama 7 hari
      (2) Berikan kortikosteroid untuk pematangan paru
   e) Lakukan persalinan pada kehamilan 37 minggu
      (1) Jika terdapat his dan lendir darah, kemungkinan terjadi persalinan prematur
      (2) Jika tidak terdapat infeksi dan kehamilan > 37 minggu:

(a) Jika ketuban sudah pecah > 18 jam, berikan antibiotik profilaksis

(b) Ampisilin 2 gram IV setiap 6 jam

(c) Atau penisilin G 2 juta unit IV setiap 6 jam hingga persalinan terjadi

(d) Jika tidak ada infeksi pasca persalinan, hentikan antibiotika

f) Nilai serviks

(1) Jika serviks sudah matang, lakukan induksi persalinan dengan oksitosin

(2) Jika serviks belum matang, matangkan serviks dengan prostaglandin dan infus oksitosin atau lahirkan dengan seksio sesarea

h. Indikasi Induksi Persalinan (Oxford, 2013)

1) Ketuban pecah dini
2) Kehamilan lewat waktu
3) Oligohidramnion
4) Korioamnionitis
5) Hipertensi akibat kehamilan
6) *Intrauterine fetal death* (IUFD)
7) Pertumbuhan janin terhambat (PJT)
8) Insufisiensi plasenta
9) Perdarahan antepartum
10) *umbilical* abnormal arteridoppler

i. Kontraindikasi Induksi Persalinan

1) Terdapat distosia persalinan
2) Panggul sempit atau *sefalopelvis disproportion*

3) Kelainan posisi kepala janin

4) Terdapat kelainan letak janin dalam rahim

5) Kesempitan panggul absolut (*Conjugata Diagonalis* < 5,5 cm)

6) Perkiraan bahwa berat janin >4.000 gram

j. Syarat Tatalaksana Induksi

1) Janin mendekati aterm

2) Tidak terdapat kesempitan panggul atau *sefalopelvik disproportion*

3) Memungkinkan untuk lahir pervaginam

4) Janin dalam presentasi belakang kepala

5) Kepala janin harus sudah masuk panggul

Penilaian Serviks Untuk Induksi Persalinan.

FAKTOR	SKOR			
	0	1	2	3
• Bukaan (cm)	Tertutup	1 – 2 cm	3 – 4 cm	Lebih dari 5
• Panjang serviks (cm)	> 4	3 – 4 cm	1 – 2	< 1
• Konsistensi	Kenyal	Rata-rata	Lunak	-
• Posisi	Posterior	Tengah	Anterior	-
• Turunnya kepala (cm dari spina ishiadika)	- 3	- 2	- 1	+ 1, + 2
• Turunnya kepala (dengan palpasi abdominal menurut sistim perlimaan)	4/5	3/5	2/5	1/5

Gambar 2.9 Bishop Pelvik Skor

Sumber : Dewi dkk, 2011

6) Jka skor pelvik <5 maka lakukan pematangan serviks
7) Jika skor pelvik >5 lakukan induksi

2.1.3 Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

1. Pengertian Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir adalah bayi yang pada usia kehamilan 37-42 minggu dan berat badan 2500 – 4000 gram (Vivian N.L.D., 2010). Bayi baru lahir (neonatus) adalah bayi yang baru lahir sampai usia 4 minggu, lahir biasanya dengan umur gestasi 38 minggu sampai 42 minggu (Wong, D.L., 2013).Neonatus merupakan masa bayi baru lahir sampai usia 28 hari (wewenang maternitas adalah 0-40 hari). Periode neonatal atau neonatus adalah bulan pertama kehidupan. Selama periode neonatal bayi mengalami pertumbuhan dan perubahan yang amat manakjubkan.(Mary Hamilton, 2010).

2. Adaptasi Fisiologis Bayi Baru Lahir

a. Respirasi

Perubahan yang penting pada neonatus adalah respirasi.Pada saat intarauterin, paru-paru berisi ± 20 cc/KgBB. Pada saat lahir, cairan tersebut digantikan dengan udara. Dengan kelahiran pervaginam, cairan tersebut dikeluarkan melalui trakea dan paru-paru. Nafas yang pertama merupakan reflek dari perubahan tekanan, perubahan suhu, suara dan sensasi fisik pada saat kelahiran dengan permukaan yang relative kasar. Disisi lain, kemoreseptor di aorta berespon terhadap penurunan PO_2 (dari 80 mmHg ke 15 mmHg), peningkatan CO_2 (dari 40 mmHg ke 70 mmHg) dan penurunan pH

arteri. Depresi pernafasan tersebut terjadi karena terputusnya tali pusat. Nafas pertama bersifat dangkal dan tidak teratur ± 30-60 x/menit disertai periode apnea pendek (<15”). Bayi baru lahir lebih menyukai bernafas melalui hidung. Saat mengalami pembuntuan, reflek yang digunakan adalah membuka mulut, tetapi kemampuan tersebut baru dimiliki setelah usia 3 minggu, oleh karena itu bayi mudah mengalami cyanosis jika mengalami obstruksi hidung.

b. Sirkulasi

Sistem sirkulasi mengalami perubahan saat lahir, foramen oval, duktus arteriosus dan duktus venosus menutup. Arteri dan vena umbilical serta arteri hepatica menjadi ligament.Tekanan arteri pulmonal menurun menyebabkan penurunan tekanan artrium kanan. Peningkatan aliran darah yang kembali ke sisi kiri jantung meningkatkan tekanan atrium kiri. Perubahan tekanan ini menyebabkan penutupan foramen ovale. Selama beberapa hari, menangis menyebabkan pengembalian aliran darah melalui foramen ovale dan menyebabkan cyanosis. Saat level PO2 arteri mendekati 50 mmHg, duktus arteriosus menutup kemudian duktus tersebut menjadi ligament.Dengan pematangan tali pusat, arteri dan vena umbilical serta duktus venosus menutup cepat dan menjadi ligament.

c. Termoregulasi

Pengendalian panas adalah cara kedua untuk menstabilkan fungsi pernafasan dan sirkulasi bayi. Termoregulasi adalah upaya mempertahankan keseimbangan antara produksi dan pengeluaran panas. Bayi bersifat homeothemic yang artinya berusaha menstabilkan suhu badan internal dalam rentang yang pendek. Hipotermi dan kehilangan panas yang berlebihan merupakan

kejadian yang membahayakan. Termogenesis pada bayi dipenuhi oleh *brown fat* dan meningkatkan aktifitas metabolisme otak, jantung dan liver. *Brown fat* terletak pada antara kedua scapula dan axila, serta didalam pintu masuk dada, sekitar ginjal dan vertebra. Lemak tersebut mengandung banyak pembuluh darah dan saraf daripada lemak biasa.

Bayi baru lahir belum dapat mengatur suhu tubuh mereka, sehingga akan mengalami stres dengan adanya perubahan-perubahan lingkungan. Mekanisme kehilangan panas pada bayi baru lahir menurut Depkes (2000) dapat melalui:

1) Evaporasi, adalah cara kehilangan panas utama pada tubuh bayi. Kehilangan panas terjadi karena menguapnya cairan ketuban pada permukaan tubuh bayi setelah lahir karena bayi tidak langsung dikeringkan atau terjadi setelah bayi dimandikan.
2) Konduksi, adalah kehilangan panas melalui kontak langsung antara tubuh bayi dengan permukaan yang dingin, misal bayi yang diletakkan diatas meja, tempat tidur atau timbangan yang dingin cepat mengalami kehilangan panas tubuh melalui konduksi.
3) Konveksi, adalah kehilangan panas yang terjadi saat bayi terpapar dengan udara disekitar yang relatif dingin (25°C atau kurang), bayi yang dilahirkan diruangan yang dingin cepat mengaami kehilangan panas. Kehilangan panas terjadi jika ada tiupan kipas angin, aliran udara atau penyejuk ruangan.
4) Radiasi, adalah kehilangan panas yang terjadi saat bayi ditempatkan dekat tempat yang mempunyai temperatur tubuh lebih rendah dari temperatur tubuh bayi, bayi akan kehilangan

panas melalui cara ini. Benda yang lebih dingin tersebut tidak bersentuhan langsung dengan panas bayi.

d. Hematologi

Hb bayi lebih banyak dari orang dewasa yaitu 14,5-22,5 g/dl, tetapi merupakan HbF yaitu Hb yang usianya lebih pendek dari orang dewasa (40-90 hari). Dengan simpanan Fe selama dalam kandungan, bayi akan membuat Hb yang baru. Simpanan Fe dapat dipertahankan sampai usia 5 bulan.

e. Sistem Renal

Pada usia khamilan empat bulan, ginjal bayi sudah terbentuk dan sudah bisa memproduksi urine. Urin akan dikeluarkan kedalam cairan amnion. Fungsi renal seperti orang dewasa baru bisa dipenuhi saat bayi berusia 2 bulan. Cairan yang diberikan pada hari 1 sebanyak 60 ml/kg BB setiap hari ditambah sehingga pada hari ke 14 dicapai 200 ml/kg BB sehari.Saat lahir biasanya bayi akan BAK sedikit dan kemudian tidak BAK selam 12-24 jam, kemudian akan BAK 6-10 x/menit. Urin berwarna kuning, berjumlah 15-60 cc/KgBB.

f. Gastrointestinal

Bayi aterm sudah bisa menelan, mencerna dan mengolah serta menyerap protein dan karbohidrat sederhana serta mengemulsi lemak sederhana. Bayi yang hidrasinya baik, mukosa mulutnya basah, merah muda. Setelah lahir ada sedikit mucus yang tersisa dimulut bayi. Kemampuan bayi baru lahir cukup bulan untuk menelan dan mencerna makanan masih terbatas, juga hubungan antara osephagus bawah dan lambung masih belum sempurna yang mengakibatkan gumoh pada bayi baru lahir dan bayi muda. Kapasitas lambung sendiri sangat terbatas kurang dari 30 cc. Faeces

pertama bayi adalah hitam kehijauan, tidak berbau, substansi yang kental disebut mekonium. Faeces ini mengandung sejumlah cairan amnion, verniks, sekresi saluran pencernaan, empedu, dan zat sisa dari jaringan tubuh. Pengeluaran ini akan berlangsung sampai hari ke 2-3. pada hari ke 4-5 warna tinja menjadi coklat kehijauan. Dalam hari-hari pertama berat badan akan turun oleh karena pengeluaran (meconium, urine, keringat) dan masuknya cairan belum mencukupi. Turunnya berat badan tidak lebih dari 10%. Berat badan akan naik lagi pada hari ke 4 sampai hari ke 10.

g. Sistem Hepatika

Liver dan gall blader dibentuk usia kehamilan 4 bulan. Liver dapat diraba pada bayi baru lahir 1 cm dibawah costa kanan karena liver memenuhi ± 40 % kavitas abdomen. 50 % bayi aterm mengalami hyperbilirubinemia yang fisiologis sebagai akibat dari frekuensi produksi bilirubin yang tinggi dari pemecahan RBC yang lebih banyak dari dewasa, selain itu ada sejumlah bilirubin yang diserap kembali dari usus halus.

h. Sistem Imunologi

Sistem imunologi pada bayi baru berkembang pada fase awal ekstrauterin dan belum aktif sampai dengan beberapa bulan.Selam tiga bulan pertama, bayi dilindungi oleh imunitas pasif dari ibu.

i. Sistem integument

Vernix caseosa, suatu lapisan putih seperti keju, menutupi bayi saat lahir, fungsinya masih belum jelas. Dalam 24 jam vernix caseosa akan diabsorsi kulit dan hilang seluruhnya, jadi tidak perlu dibersihkan.

j. Sistem Reproduksi

Perempuan :

1) Ovarium sudah berisi ribuan sel-sel primitive (folikel primordial).
2) Peningkatan estrogen selama kehamilan didikuti dengan penurunan yang tiba-tiba saat kelahiran menyebabkan terjadinya pengeluaran darah atau mucus dari vagina disebut pseudomenstruasi.
3) Genetalia eksterna edema dan hiperpigmentasi.
4) Labia mayor dan minor sudah menutupi vestibulum.
5) Vernix caseosa terdapat dikedua labia.

Laki-laki :

1) Testis sudah turun kedalam scrotum pada 90 % bayi.
2) Spermatogenesis belum terjadi, baru terjadi saat pubertas.
3) Sering terjadi hidriceles yaitu akumulasi cairan disekitar testis, bisa sembuh sendiri.

k. Sistem Muskuloskeletal

Pertumbuhan tulang terjadi cephalocaudal.Kepala mempunyai panjang ¼ dari panjang badan bayi, dengan lengan lebih panjang sedikit dari kaki.Ukuran dan bentuk kepala dapat sedikit berubah akibat penyesuaian dengan jalan lahir disebut molding.

3. Penatalaksanaan Bayi baru lahir

Menurut Prawirohardjo (2010) tujuan utama perawatan bayi baru lahir adalah :

a. Membersihkan jalan nafas.

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

1) Letakkkan bayi pada posisi telentang ditempat yang keras dan hangat.
2) Gulung sepotong kain dan letakkan dibawah bahu sehingga leher bayi lebih bayi lebih lurus dan kepala tidak menekuk. Posisi kepala diatur lurus sedikit tengadah ke belakang.
3) Bersihkan rongga hidung, rongga mulut dan tenggorokan bayi dengan jari tangan yang dibungkus kasa steril.
4) Tepuk kedua telapak kaki bayi sebanyak 2 – 3 kali atau gosok kulit bayi dengan kain kering dan kasar. Dengan rangsangan ini biasanya bayi akan segera menangis.
5) Kekurangan zat asam pada bayi baru lahir dapat menyebabkan kerusakan otak. Oleh karena itu segera bersihkan mulut dan hidung bayi baru lahir. Observasi warna kulit, adanya meconium dalam hidung atau mulut.
6) Bantuan untuk memulai pernafasan diperlukan untuk mewujudkan ventilasi yang adekuat.
7) Dokter atau tenaga medis hendaknya melakukan pemompaan setelah 1 menit bayi tidak menangis.

b. Penilaian bayi waktu lahir (assessmant at birth)

Keadaan umum bayi dimulai 1 menit setelah lahir dengan penggunaan nilai APGAR. Penilaian ini perlu untuk mengetahui apakah bayi menderita asfiksia atau tidak. Setiap penilaian diberi angka 0,1 dan 2 dari hasil penilaian tersebut apakah bayi normal (vigorous baby = nilai apgar 7-10), asfiksia sedang-ringan (nilai apgar 4-6) atau asfiksia berat (nilai apgar 0-3). Bila nilai apgar dalam 2 menit belum mencpai nilai 7, maka harus dilakukan tindakan resasitasi lebih lanjut. Oleh karena bila bayi menderita asfiksia lebih

dari 5 menit, kemungkinan terjadi gejala-gejala neurologik lanjutan kemudian hari lebih besar.

Tabel 2.2 Nilai APGAR

	0	1	2
Apperance (Warna Kulit)	Pucat	Badan merah, ekstremitas biru	Seluruh tubuh kemerah-merahan
Pulse Rate (Frek. Nadi)	Tidak ada	Kurang dari 100	Lebih dari 100
Grimance (Reaksi Rangsangan)	Tidak ada	Sedikit gerakan mimik (grimance)	Batuk/bersih
Activity (Tonus Otot)	Tidak ada	Ekstrimitas dalam sedikit flexi	Garakan aktif
Respiration (Pernafasan)	Tidak ada	Lemah/tidak teratur	Baik/menangis
Jumlah			

Sumber : Kurniarum, 2016

c. Memotong dan merawat tali pusat.

Tali pusat dipotong sebelum atau sesudah plasenta lahir tidak menentukan dan mempengaruhi bayi, kecuali bayi kurang bulan. Apabila bayi lahir tidak menangis maka tali pusat segera dipotong untuk memudahkan melakukan tindakan resusitasi pada bayi. Tali pusat dipotong 5 cm dari dinding perut bayi dengan gunting steril dan diikat dengan pengikat steril. Apabila masih terjadi perdarahan dapat dibuat ikatan baru. Luka tali pusat dibersihkan dan dirawat dengan alkohol 70 % atau povidon iodin 10 % serta dibalut kasa steril. Pembalut tersebut diganti setiap hari dan setiap basah atau kotor.

Sebelum memotong tali pusat . pastikan bahwa tali pusat sudah diklem dengan baik untuk mencegah terjadinya perdarahan.

d. Mempertahankan suhu tubuh bayi.

Pada waktu bayi baru lahir, bayi belum mampu mengatur tetap suhu badannya dan membutuhkan pengaturan dari luar untuk membuatnya tetap hangat. Bayi baru lahir di bungkus hangat. Suhu tubuh bayi merupakan tolok ukur kebutuhan akan tempat tidur yang hangat sampai suhu tubuhnya stabil. Suhu tubuh bayi harus dicatat.

e. Memberikan vitamin K.

Pemberian vitamin K dilakukan untuk mencegah terjadinya perdarahan karena defisiensi vitamin K. Vitamin K diberikan peroral 1 mg/ hari selama 3 hari, sedangkan bayi yang beresiko tinggi diberi vitamin K parenteral dengan dosis 0,5 – 1 mg I.M.

f. Memberikan obat tetes atau salep mata.

Setiap bayi lahir perlu diberikan tetes mata atau salep mata setelah 5 jam bayi lahir untuk mencegah terjadinya penyakit mata karena klamidia. Tetes atau salep mata yang diberikan adalah eritromisin 0,5 % atau tetrasiklin 1 %.

g. Identifikasi bayi baru lahir.

Peralatan identifikasi bayi baru lahir harus selalu tersedia ditempat penerimaan klien. Kamar bersalin dan ruang rawat bayi. Peralatan yang digunakan hendaknya kebal air dengan tepi yang halus dan tidak melukai, tidak mudah robek dan tidak mudah lepas. Pada gelang atau alat identifikasi harus tercantum :

1) Nama (bayi, nyonya)
2) Tanggal lahir.
3) Nomor bayi.

4) Jenis kelamin.
5) Unit.
6) Nama lengkap ibu. Disetiap tempat tidur harus diberi tanda dengan mencantumkan nama, tanggal lahir, nomor identifikasi. Ukurlah berat lahir, panjang bayi, lingkar kepala, lingkar perut dan catat dalam rekam medik.
7) Mencegah terjadinya infeksi.

4. Pemantauan Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir dilakukan untuk mengetahui aktivitas bayi normal atau tidak dan identifikasi masalah kesehatan bayi baru lahir yang memerlukan perhatian. Yang perlu dipantau pada bayi baru lahir adalah :

a. Suhu badan dan lingkungan.

Suhu badan bayi perlu diukur dan dicatat secara teratur untuk mengetahui adanya peningkatan suhu tubuh sehingga dapat segera dilakukan tindakan yang tepat dan cepat.

b. Tanda – tanda vital.

1) Suhu tubuh bayi diukur melalui ketiak atau dubur bayi.
2) Nadi dapat dipantau di semua titik – titik nadi perifer.
3) Pernafasan yang normal pada bayi baru lahir adalah perut dan dada bergerakbersamaan tanpa adanya retraksi, tanpa terdengar adanya suara pada waktu inspirasi maupun ekspirasi. Gerak pernafasan 30 – 50 kali permenit.
4) Tekanan darah dipantau bila ada indikasi.

c. Mandi dan perawatan kulit.

Dalam keadaan normal kulit bayi baru lahir adalah kemerahan dan terjadi pengelupasan ringan. Mandi pada bayi baru lahir sangat

diperlukan untuk merawat kebersihan kulit dan menjaga kelembaban kulit dan suhu tubuh.

d. Pakaian.

Pakaian pada bayi dapat menjaga kehangatan suhu tubuh bayi. Sehingga bayi tidak jatuh pada keadaan hipotermia. Pakaian juga dapat melindungi kulit bayi dari resiko cidera atau tergores.

e. Perawatan tali pusat.

Perawatan tali pusat dilakukan secara aseptik dan antiseptik untuk mencegah terjadinya infeksi pada tali pusat

2.1.4 Masa Nifas

1. Pengertian Masa Nifas

Masa nifas (puerperium) adalah dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. masa nifas berlangsung kira-kira 6 minggu, akan tetapi, seluruh alat genital baru pulih kembali seperti keadaan sebelum hamil dalam waktu 3 bulan (Prawirohardjo, 2009; Saifuddin, 2002). Masa nifas (puerperium) adalah masa pulih kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti prahamil. Lama masa nifas 6-8 minggu (Mochtar, 2010). Dari berbagai pendapat dari para ahli yang menjelaskan tentang pengertian masa nifas, dapat disimpulkan bahwa masa nifas adalah dimulai setelah persalinan selesai dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil yang berlangsung selama 6 minggu.

2. Tujuan Asuhan Masa Nifas

Tujuan asuhan kebidanan selama masa nifas dan menyusui adalah sebagai berikut:

a. Menjaga kesehatan ibu dan bayinya baik fisik maupun pisikologis dimana dalam asuhan pada masa ini peranan keluarga sangat penting, dengan pemberian nutrisi, dukungan psikologi maka kesehatan ibu dan bayi selalu terjaga.
b. Melaksanakan skrining yang komprehensif (menyeluruh) dimana bidan harus melakukan manajemen asuhan kebidanan pada ibu masa nifas secara sistematis yaitu mulai pengkajian, interpretasi data dan analisa masalah, perencanaan, penatalaksanaan dan evaluasi. Sehingga dengan asuhan kebidanan masa nifas dan menyusui dapat mendeteksi secara dini penyulit maupun komplikasi yang terjadi pada ibu dan bayi.
c. Melakukan rujukan secara aman dan tepat waktu bila terjadi penyulit atau komplikasi pada ibu dan bayinya, ke fasilitas pelayanan rujukan.
d. Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan nifas dan menyusui, kebutuhan nutrisi, perencanaan pengaturan jarak kelahiran, menyusui, pemberian imunisasi kepada bayinya, perawatan bayi sehat serta memberikan pelayanan keluarga berencana, sesuai dengan pilihan ibu.

3. Tahapan Masa Nifas

Tahapan pada masa nifas adalah sebagai berikut:

a. Periode immediate postpartum

Masa segera setelah plasenta lahir sampai dengan 24 jam. Pada masa ini merupakan fase kritis, sering terjadi insiden perdarahan postpartum karena atonia uteri. Oleh karena itu, bidan perlu

melakukan pemantauan secara kontinu, yang meliputi; kontraksi uterus, pengeluaran lokia, kandung kemih, tekanan darah dan suhu.

b. Periode early postpartum (>24 jam-1 minggu)

Pada fase ini bidan memastikan involusi uteri dalam keadaan normal, tidak ada perdarahan, lokia tidak berbau busuk, tidak demam, ibu cukup mendapatkan makanan dan cairan, serta ibu dapat menyusui dengan baik.

c. Periode late postpartum (>1 minggu-6 minggu)

Pada periode ini bidan tetap melakukan asuhan dan pemeriksaan sehari-hari serta konseling perencanaan KB.

d. Remote puerperium

Periode ini adalah waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat terutama bila selama hamil atau bersalin memiliki penyulit atau komplikasi.

4. Kebijakan-Kebijakan Dalam Pelayanan Kebidanan Pada Masa Nifas

Kebijakan program nasional pada masa nifas dan menyusui sebagai berikut.

a. Menilai kondisi kesehatan ibu dan bayi.
b. Melakukan pencegahan terhadap kemungkinan-kemungkinanadanya gangguan kesehatan ibu nifas dan bayinya.
c. Mendeteksi adanya komplikasi atau masalah yang terjadi pada masa nifas.
d. Menangani komplikasi atau masalah yang timbul dan mengganggu kesehatan ibu nifas maupun bayinya.

5. Komponen Esensial Masa Nifas

Menurut Kemenkes RI (2013) beberapa komponen esensial dalam asuhan kebidanan pada ibu selama masa nifas adalah sebagai berikut:

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

h. Berikan informasi tentang perlunya melakukan hal-hal berikut:

1) Kebersihan diri

a) Membersihkan daerah vulva dari depan ke belakang setelah buang air kecil atau besar dengan sabun dan air.

b) Mengganti pembalut minimal dua kali sehari, atau sewaktu-waktu terasa basah atau kotor dan tidak nyaman.

c) Mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelamin.

d) Menghindari menyentuh daerah luka episiotomi atau laserasi.

2) Istirahat

a) Beristirahat yang cukup, mengatur waktu istirahat pada saat bayi tidur, karena terdapat kemungkinan ibu harus sering terbangun pada malam hari karena menyusui.

b) Kembali melakukan rutinitas rumah tangga secara bertahap.

3) Latihan (exercise)

a) Menjelaskan pentingnya otot perut dan panggul.

b) Mengajarkan latihan untuk otot perut dan panggul

4) Gizi

a) Mengkonsumsi tambahan 500 kalori/hari

b) Diet seimbang (cukup protein, mineral dan vitamin)

c) Minum minimal 3 liter/hari

d) Tablet Fe diminum setidaknya selama 3 bulan pascasalin, terutama di daerah dengan prevalensi anemia tinggi.

e) Suplemen vitamin A sebanyak 1 kapsul 200.000 IU diminum segera setelah persalinan dan 1 kapsul 200.000 IU diminum 24 jam kemudian.

5) Menyusui dan merawat payudara

a) Jelaskan kepada ibu mengenai cara menyusui dan merawat payudara.

b) Jelaskan kepada ibu mengenai pentingnya ASI eksklusif.

c) Jelaskan kepada ibu mengenai tanda-tanda kecukupan ASI dan tentang manajemen laktasi.

6) Senggama

a) Senggama aman dilakukan setelah darah tidak keluar dan ibu tidak merasa nyeri ketika memasukkan jari ke dalam vagina.

b) Keputusan tentang senggama bergantung pada pasangan yang bersangkutan.

7) Kontrasepsi dan KB Jelaskan kepada ibu mengenai pentingnya kontrasepsi dan keluarga berencana setelah bersalin.

6. Asuhan Selama Kunjungan Masa Nifas

Tabel 2.3 Kunjungan masa nifas

Kunjungan	Waktu	Asuhan
I	6-8 jam post partum	- Mencegah perdarahan masa nifas oleh karena atonia uteri. - Mendeteksi dan perawatan penyebab lain perdarahan serta melakukan rujukan bila perdarahan berlanjut. - Memberikan konseling pada ibu dan keluarga tentang cara mencegahperdarahan yang disebabkan atonia uteri. - Pemberian ASI awal. - Mengajarkan cara mempererat hubungan antara ibu dan bayi baru lahir. - Menjaga bayi tetap sehat melalui pencegahan hipotermi. Setelah bidan melakukan pertolongan persalinan, maka bidan harus menjaga ibu dan bayi untuk 2 jam pertama setelah kelahiran atau sampai keadaan ibu dan bayi baru lahir dalam keadaan baik.
II	6 hari post partum	- Memastikan involusi uterus barjalan dengan normal, uterus berkontraksi dengan baik, tinggi fundus uteri di bawah umbilikus, tidak ada perdarahanabnormal. - Menilai adanya tanda-tanda demam,

		infeksi dan perdarahan. Memastikan ibu mendapat istirahat yang cukup. - Memastikan ibu mendapat makanan yang bergizi dan cukup cairan. - Memastikan ibu menyusui dengan baik dan benar serta tidak ada tanda-tanda kesulitan menyusui. - Memberikan konseling tentang perawatan bayi baru lahir.
III	2 minggu post partum	Asuhan pada 2 minggu post partum sama dengan asuhan yang diberikan pada kunjungan 6 hari post partum.
IV	6 minggu post partum	- Menanyakan penyulit-penyulit yang dialami ibu selama masa nifas. - Memberikan konseling KB secara dini.

Sumber: (Kemenkes RI, 2013)

7. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

b. Involusi

Involusi adalah kembalinya uterus pada ukuran, tonus dan posisi sebelum hamil. Adapun mengenai proses terjadinya involusi dapat digambarkan sebagai berikut (Medforth, Battersby, Evans, Marsh, & Walker, 2002).

1) Iskemia

Otot uterus berkontraksi dan beretraksi, membatasi aliran darah di dalam uterus.

2) Fagositosis

Jaringan elastik dan fibrosa yang sangat banyak dipecahkan.

3) Autolisis

Serabut otot dicerna oleh enzim-enzim proteolitik (lisosim).

4) Semua produk sisa masuk ke dalam aliran darah dan dikeluarkan melalui ginjal.

5) Lapisan desidua uterus terkikis dalam pengeluaran darah pervaginam dan endometrium yang baru mulai terbentuk dari sekitar 10 hari setelah kelahiran dan selesai pada minggu ke 6 pada akhir masa nifas.
6) Ukuran uterus berkurang dari 15 cm x 11 cm x 7,5 cm menjadi 7,5 cm x 5 cm x 2,5 cm pada minggu keenam.
7) Berat uterus berkurang dari 1000 gram sesaat setelah lahir, menjadi 60 gram pada minggu ke-6.
8) Kecepatan involusi

   Terjadi penurunan bertahap sebesar 1 cm/hari. Di hari pertama, uteri berada 12 cm di atas simfisis pubis dan pada hari ke-7 sekitar 5 cm di atas simfisis pubis. Pada hari ke-10, uterus hampir tidak dapat dipalpasi atau bahkan tidak terpalpasi.
9) Involusi akan lebih lambat setelah seksio sesaria. 10.2xInvolusi akan lebih lambat bila terdapat retensi jaringan plasenta atau bekuan darah terutama jika dikaitkan dengan infeksi. Struktur uterus sebagian besar tersusun atas otot, pembuluh darah, dan jaringan ikat, serta letaknya dalam keadaan tidak hamil berada cukup dalam di panggul. Struktur ini memungkinkan terjadinya pembesaran substansial pada kehamilan saat uterus dapat dipalpasi secara abdominal seiring dengan berkembangnya janin (Cunningham et al., 2012). Aktivitas uterus selama persalinan normal melibatkan otot uterus di segmen atas uterus yang berkontraksi dan beretraksi secara sistematis, yang menyebabkan pemendekan secara bertahap seiring dengan kemajuan persalinan (Cunningham et al., 2012).

c. Pengeluaran lochea atau pengeluaran darah pervaginam

Darah adalah komponen mayor dalam kehilangan darah pervaginam pada beberapa hari pertama setelah melahirkan. Sehingga produk darah merupakan bagian terbesar pada pengeluaran pervaginam yang terjadi segera setelah kelahiran bayi dan pelepasan plasenta. Seiring dengan kemajuan proses involusi, pengeluaran darah pervaginam merefleksikan hal tersebut dan terdapat perubahan dari perdarahan yang didominasi darah segar hingga perdarahan yang mengandung produk darah yang tidak segar, lanugo, verniks dan debris lainnya produk konsepsi, leukosit dan organisme. Lochea berasal dari bahasa Latin, yang digunakan untuk menggambarkan perdarahan pervaginam setelah persalinan (Cunningham et al., 2012). Menjelang akhir minggu kedua, pengeluaran darah menjadi berwarna putih kekuningan yang terdiri dari mukus serviks, leukosit dan organisme. Proses ini dapat berlangsung selama tiga minggu, dan hasil penelitian telah menunjukkan bahwa terdapat variasi luas dalam jumlah darah, warna, dan durasi kehilangan darah/cairan pervaginam dalam 6 minggu pertama postpartum.

8. Kebutuhan Dasar Masa Nifas

a. Kebutuhan Nutrisi Dan Eliminasi

1) Kebutuhan nutrisi

Nutrisi atau gizi adalah zat yang diperlukan oleh tubuh untuk keperluan metabolismenya. Kebutuhan nutrisi pada masa postpartum dan menyusui meningkat 25%, karena berguna untuk proses penyembuhan setelah melahirkan dan untuk produksi ASI untuk pemenuhan kebutuhan bayi. Kebutuhan nutrisi akan

meningkat tiga kali dari kebutuhan biasa (pada perempuan dewasa tidak hamil kebutuhan kalori 2.000-2.500 kal, perempuan hamil 2.500-3.000 kal, perempuan nifas dan menyusui 3.000-3.800 kal).

Nutrisi yang dikonsumsi berguna untuk melakukan aktifitas, metabolisme, cadangan dalam tubuh, proses memproduksi ASI yang diperlukan untuk pertumbuhan dan perkembangan bayi. Pada 6 bulan pertama postpartum, peningkatan kebutuhan kalori ibu 700 kalori, dan menurun pada 6 bulan ke dua postpartum yaitu menjadi 500 kalori.

Ibu nifas dan menyusui memerlukan makan makanan yang beraneka ragam yang mengandung karbohidrat, protein hewani, protein nabati, sayur, dan buah-buahan. Menu makanan seimbang yang harus dikonsumsi adalah porsi cukup dan teratur, tidak terlalu asin, pedas atau berlemak, tidak mengandung alkohol, nikotin serta bahan pengawet atau pewarna. Disamping itu, makanan yang dikonsumsi ibu postpartum juga harus mengandung:

a) Sumber tenaga (karbohidrat)
b) Sumber pembangun (protein)
c) Sumber pengatur dan pelindung (air, mineral dan vitamin)

2) Kebutuhan eliminasi

Mengenai kebutuhan eliminasi pada ibu postpartum adalah sebagai berikut.

a) Miksi

Seorang ibu nifas dalam keadaan normal dapat buang air kecil spontan setiap 3-4 jam. Ibu diusahakan buang air kecil sendiri,

bila tidak dapat dilakukan tindakan dirangsang dengan mengalirkan air kran di dekat klien, mengompres air hangat di atas simpisis (apabila tindakan di atas tidak berhasil, yaitu selama selang waktu 6 jam tidak berhasil, maka dilakukan kateterisasi. Namun dari tindakan ini perlu diperhatikan risiko infeksi saluran kencing).

b) Defekasi

Agar buang air besar dapat dilakukan secara teratur dapat dilakukan dengan diit teratur, pemberian cairan banyak, makanan yang cukup serat dan olah raga. Jika sampai hari ke 3 post partum ibu belum bisa buang air besar, maka perlu diberikan supositoria dan minum air hangat.

b. Kebutuhan Ambulasi, Istirahat, Dan Exercise Atau Senam Nifas

Mobilisasi dini pada ibu postpartum disebut juga early ambulation, yaitu upaya sesegera mungkin membimbing klien keluar dari tempat tidurnya dan membimbing berjalan. Klien diperbolehkan bangun dari tempat tidur dalam 24-48 jam post partum. Keuntungan yang diperoleh dari Early ambulation adalah:

1) Klien merasa lebih baik, lebih sehat, dan lebih kuat.
2) Faal usus dan kandung kencing lebih baik.
3) Sirkulasi dan peredaran darah menjadi lebih lancar.

Early ambulation akan lebih memungkinkan dalam mengajari ibu untuk merawat atau memelihara anaknya, seperti memandikan bayinya. Namun terdapat kondisi yang menjadikan ibu tidak bisa melakukan Early ambulation seperti pada kasus klien dengan penyulit misalnya anemia, penyakit jantung, penyakit paru, dll.

Seorang ibu nifas biasanya mengalami sulit tidur, karena adanya perasaan ambivalensi tentang kemampuan merawat bayinya. Ibu akan mengalami gangguan pola tidur karena beban kerja bertambah, ibu harus bangun malam untuk meneteki bayinya, mengganti popok dsb. Anjurkan ibu untuk istirahat cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan. Ibu dapat mulai melakukan kegiatan rumah tangga secara perlahan-lahan, dan ibu pergunakan waktu istirahat dengan tidur di siang hari. Kurang istirahat akan mempengaruhi ibu dalam beberapa hal antara lain mengurangi jumlah ASI yang diproduksi, memperlambat proses involusi uteri dan memperbanyak perdarahan, menyebabkan depresi dan ketidakmampuan untuk merawat bayi dan dirinya. Mengenai kebutuhan exercise atau senam nifas, mempunyai banyak manfaat yang esensinya untuk memulihkan kesehatan ibu, meningkatkan kebugaran, sirkulasi darah dan juga bisa mendukung ketenangan dan kenyamanan ibu.Secara umum, manfaat senam nifas adalah sebagai berikut.

1) Membantu penyembuhan rahim, perut, dan otot pinggul yang mengalami trauma serta mempercepat kembalinya bagian-bagian tersebut ke bentuk normal.
2) Membantu menormalkan sendi-sendi yang menjadi longgar diakibatkan kehamilan.
3) Menghasilkan manfaat psikologis menambah kemampuan menghadapi stress dan bersantai sehingga mengurangi depresi pasca persalinan.

Mengenai manfaat secara spesifik atau khusus latihan perineal adalah sebagai berikut.

1) Membantu menghindari terjadinya turunnya organ-organ pinggul.

2) Mengatasi masalah seksual. Manfaat secara spesifik atau khusus latihan perut adalah sebagai berikut.
   a) Mengurangi risiko sakit punggung dan pinggang
   b) Mengurangi varises vena.
   c) Mengatasi kram kaki.
   d) Memperlancar peredaran darah.

Jadwal atau ketentuan pelaksanaan senam nifas Jadwal atau ketentuan pelaksanaan senam nifas adalah sebagai berikut.

1. Latihan tahap pertama: 24 jam setelah persalinan.
2. Latihan tahap kedua: 3 hari pasca persalinan.
3. Latihan tahap ketiga: setelah pemeriksaan pasca persalinan, latihan ini dilakukan setiap hari selam 3 bulan.

Kontraindikasi senam nifas Kondisi umum yang dihadapi ibu postpartum sebagai akibat dari stress selama kehamilan dan kelahiran, bidan perlu mengkaji dan kemudian menentukan apakah ada kontraindikasi atau tidak untuk memulai senam nifas tersebut. Kontraindikasi tersebut diantaranya mencakup keadaan berikut ini.

1) Pemisahan simphisis pubis.
2) Coccyx (tulang sulbi) yang patah atau cidera.
3) Punggung yang cidera.
4) Sciatica.
5) Ketegangan pada ligamen kaki atau otot.
6) Trauma perineum yang parah atau nyeri luka abdomen (operasi caesar).

Langkah senam nifas Berikut adalah 14 langkah senam nifas pasca persalinan:

1) Berbaringlah terlentang, tubuh dan kaki lurus. Lakukan kontraksi pada otot perut dan tekankan punggung bagian bawah anda ke lantai. Bertahanlah pada posisi ini, lalu rileks. Ulangi 5 kali. Fungsi dari langkah ini adalah untuk mengatasi permasalahan yang terkait seksual.
2) Berbaringlah terlentang, kedua tungkai ditekuk, kedua tangan di atas perut, tarik nafas dengan mulut mencucu, kencangkan otot perut dan dubur kembali lemas. Ulangi 8 kali.
3) Berbaringlah terlentang, kedua lengan di samping badan, silangkan tungkai kanan ke atas tungkai kiri, tarik nafas kemudian keluarkan melalui celah bibir. Kempiskan perut dan kerutkan dubur, lemaskan kembali, ulangi 8 kali kemudian ganti tungkai kiri sebanyak 8 kali.
4) Berbaringlah terlentang, kedua lengan disamping badan kemudian putar kedua kaki kiri 4 kali, ke kanan 4 kali, dorong kaki kanan dan kiri ke depan dan gerakkan ke belakang, ulangi 8 kali.
5) Berbaringlah terlentang, silangkan kedua tangan pada dada Anda. Angkatlah bagian atas tubuh ke posisi duduk. Bila anda merasa fit, letakkan tangan di belakang kepala dan angkat tubuh ke posisi duduk.
6) Berbaringlah di lantai, angkat lutut Anda dan kedua telapak kaki lantai. Angkatlah bagian tubuh dari pundak dan lakukan kontraksi pada otot pantat.
7) Berbaringlah di lantai, ke dua lengan dibentangkan, lalu angkatlah kedua lengan Anda hingga bersentuhan satu sama yang lain, perlahan-lahan turunkan kembali ke lantai.

8) Berbaringlah terlentang, lipatkan salah satu kaki Anda dan angkatlah lutut setinggi mungkin, hingga telapak kaki menyentuh pangkal paha.
9) Berbaringlah terlentang, angkat kepala Anda dan usahakan agar dagu menyentuh dada. Tubuh dan kaki tetap pada tempatnya.
10) Berbaringlah terlentang, kedua tangan disisi tubuh. Angkatlah salah satu kaki anda dengan tetap lurus hingga mencapai 90 derajat. Ulangi dengan kaki yang lain. Bila Anda merasa lebih kuat, cobalah dengan bersamaan.
11) Berbaringlah terlentang kedua tungkai ditekuk, letakkan kedua lengan di samping badan, tarik lutut kiri ke dada pelan-pelan, luruskan tungkai dan kaki kiri, tekuk kaki kiri ke belakang ke arah punggung, turunkan perlahan kembali pada posisi awal, ulangi 4 kali, ganti dengan tungkai kanan, ulangi kembali 4 kali. Berlututlah, kedua lutut terpisah, letakkan dada dilantai sedekat mungkin kepada kedua lutut. Jagalah agar tubuh tetap diam dan kaki sedikit terpisah.
12) Pada posisi duduk, kepala menunduk dan rileks, putar kepala ke kiri 4 kali kemudian kepala ke kanan 4 kali.
13) Pada posisi duduk, kedua tangan saling memegang pergelangan tangan, angkat setinggi bahu, geserkan tangan ke siku sekuat-kuatnya, kemudian geser ke posisi awal pelan-pelan, ulangi 8 kali.

d. Kebutuhan Personal Higiene Dan Seksual

11) Personal Higiene

Kebutuhan personal higiene mencakup perawatan perinium dan perawatan payudara.

a) Perawatan perineum

Setelah buang air besar ataupun buang air kecil, perinium dibersihkan secara rutin. Caranya adalah dibersihkan dengan sabun yang lembut minimal sekali sehari. Membersihkan dimulai dari arah depan ke belakang sehingga tidak terjadi infeksi. Ibu postpartum harus mendapatkan edukasi tentang hal ini. Ibu diberitahu cara mengganti pembalut yaitu bagian dalam jangan sampai terkontaminasi oleh tangan. Pembalut yang sudah kotor diganti paling sedikit 4 kali sehari. Ibu diberitahu tentang jumlah, warna, dan bau lochea sehingga apabila ada kelainan dapat diketahui secara dini. Sarankan ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminnya. Apabila ibu mempunyai luka episiotomi atau laserasi, sarankan kepada ibu untuk menghindari menyentuh daerah luka. b. Perawatan payudara Menjaga payudara tetap bersih dan kering dengan menggunakan BH yang menyokong payudara. Apabila puting susu lecet oleskan kolostrum atau ASI yang keluar pada sekitar puting susu setiap selesai menyusui. Menyusui tetap dilakukan dimulai dari puting susu yang tidak lecet agar ketika bayi dengan daya hisap paling kuat dimulai dari puting susu yang tidak lecet. Apabila puting lecet sudah pada tahap berat dapat diistirahatkan selama 24 jam, ASI dikeluarkan dan diminumkan dengan menggunakan sendok. Untuk menghilangkan nyeri ibu dapat diberikan paracetamol 1 tablet 500 mg setiap 4-6 jam sehari.

b) Seksual Hubungan

Seksual dapat dilakukan apabila darah sudah berhenti dan luka episiotomi sudah sembuh. Koitus bisa dilakukan pada 3-4 minggu post partum. Libido menurun pada bulan pertama postpartum, dalam hal kecepatan maupun lamanya, begitu pula orgasmenya. Ibu perlu melakukan fase pemanasan (exittement) yang membutuhkan waktu yang lebih lama, hal ini harus diinformasikan pada pasangan suami isteri. Secara fisik aman untuk melakukan hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat melakukan simulasi dengan memasukkan satu atau dua jari ke dalam vagina, apabila sudah tidak terdapat rasa nyeri, maka aman untuk melakukan hubungan suami istri. Meskipun secara psikologis ibu perlu beradaptasi terhadap berbagai perubahan postpartum, mungkin ada rasa ragu, takut dan ketidaknyamanan yang perlu difasilitasi pada ibu. Bidan bisa memfasilitasi proses konseling yang efektif, terjaga privasi ibu dan nyaman tentang seksual sesuai kebutuhan dan kekhawatiran ibu.

2.1.5 Konsep Dasar Keluarga Berencana

1. Pengertian

Menurut Handayani (2012) Keluarga Berencana adalah upaya peningkatan kepedulian dan peran serta masyarakat melalui pendewasaan usia perkawinan (PUP), pengaturan kelahiran, pembinaan ketahanan keluarga, peningkatan kesejatahteraan keluarga kecil, bahagia dan sejahtera.

Menurut sulistyawati (2014) Keluarga Berencana (*family planning/pla nned parenthood*) merupakan suatu usaha menjarangkan atau merencanakan jumlah dan jarak kehamilan dengan menggunakan kontrasepsi.

Menurut Depkes (1999),program KB adalah bagian yang terpadu (integral) dalam program pembangunan nasional dan bertujuan untuk menciptakan kesejahteraan ekonomi, spiritual dan sosial budaya penduduk Indonesia agar dapat dicapai keseimbangan yang baik dengan kemampuan produksi nasional. (Dewi, dkk, 2014).

2. Tujuan KB

Menurut Handayani (2011), tujuan KB sebagai berikut :

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

3. Dampak Progam KB Terhadap Pencegahan Kelahiran

Dampak progam KB terhadap pencegahan Kelahiran Menurut (Setiyaningrum, 2016) yaitu :

a. Bagi ibu yaitu dengan jalan mengatur jumlah dan jarak kelahirannya maka manfaatnya :
    1) Perbaikan kesehatan badan karena tercegahnya kehamilan yang berulang kali dalam janka waktu yang terlalu pendek.

2) Peningkatan kesehatan mental dan social yang dimungkinkan oleh adanya waktu yang cukup untuk mengasuh anak, beristirahat dan menikmati waktu luang serta melakukan kegiatan yang lainnya.

2. Bagi anak- anak yang dilahirkan, manfaatnya :
   1) Anak dapat tumbuh secara wajar karena ibu yang mengandungnya dalam keadaan sehat.
   2) Sesudah lahir, anak mendapat perhatian, pemeliharaan dan makanan yang cukup karena kehadiran anak tersebut memang diinginkan dan direncanakan.
3. Bagi Anak –anak yang lain, manfaatnya :
   1) Memberi kesempatan kepada anak agar perkembangan fisiknya lebih baik lagi
   2) Perkembangan mental dan sosialnya lebih sempurna karena pemeliharaan yang lebih baik dan lebih banyak waktu yang dapat diberikan oleh ibu untuk setiap anak.
   3) Perencanaan kesempatan pendidikan yang lebih baik karena sumber sumber pendapatan keluarga tidak habis untuk mempertahankan hidup semata mata.
4. Bagi ayah, memberi kesempatan kepadanya agar dapat :
   1) Memperbaiki fisiknya
   2) Memperbaiki kesehatan mental dan sosial karena kecemasan berkurang serta lebih banyak waktu terulang untuk keluarganya.

4. Langkah – Langkah Konseling KB

Menurut Setyaningrum (2016) dalam memberikan konseling hendaknya diterapkan 6 langkah yang dikenal dengan kata SATU

TUJU.Kata kunci ini digunakan untuk memudahkan petugas mengigat 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. Tanyakan apa yang perlu dibantu dan jelaskan pelayanan apa yang dapat diperolehnya.
b. T : Tanya klien untuk mendapatkan informasi tentang dirinya dan bantu klien untuk lebih aktif untuk bertanya masah KB dan kesehatan reproduksi, Tanyakan kontrasepsi apa yang ingin digunakan.
c. U : uraikan kepada klien mengenai pilihannya dan beritahu apa pilihankontrasepsi yang paling mungkin untuk klien, bantu klien pada jenis kontrasepsi yang paling ingin digunakan serta jelaskan jenis yang lain.
d. TU : bantulah klien untuk memilih kontrasepsi yang paling sesuai dengan keadaan dan kebutuhannya, tanyakan apakah pasangan mendukung pilihan klien.
e. J : jelaskan secara lengkap tentang kontrasepsi pilihannya setelah klien memilih kontrasepsinya, jelaskan bagaiman penggunaanya, dan jelaskan manfaat ganda dari kontrasepsi.
f. U : perlunya dilakukan kunjungan ulang untuk pemeriksaan lanjutan atau permintaan kontrasepsi lainnya.

5. Syarat-Syarat Suatu Metode Kontrasepsi

a. Aman, artinya tidak akan menimbulkan komplikasi berat bila digunakan.
b. Berdaya guna, dalam arti bila digunakan sesuai dengan aturan akan dapat mencegah terjadinya kehamilan.
c. Dapat diterima, bukan hanya oleh klien melainkan juga oleh lingkungan budaya di masyarakat.
d. Terjangkau harganya oleh masyarakat
e. Bila metode tersebut dihentikan penggunaannya, klien akan segera kembali kesuburannya, kecuali untuk kontrasepsi mantap (Setyaningrum, 2016)

6. Faktor – Faktor Dalam Memilih Metode Kontrasepsi

Menurut (Setyaningrum, 2016) faktor faktor memilih metode kotrasepsi :

a. Faktor pasangan
    1) Umur
    2) Gaya hidup
    3) Frekwensi senggama
    4) Jumlah keluarga yang diinginkan
    5) Pengalaman dengan kontrasepsi yang lain
    6) Sikap kewanitaan dan kepriaan
b. Faktor Kesehatan
    1) Status kasehatan
    2) Riwayat haid
    3) Pemeriksaan fisik

4) Pemeriksaan panggul

c. Faktor metode kontrasepsi

1) Efektifitas

2) Efek samping minor

3) Kerugian

4) Komplikasi-komplikasi yang potensial

5) Biaya

7. Jenis – Jenis Alat Kontrasepsi

a. Kontrasepsi Tanpa Alat/Obat

1) Senggama terputus *(coitus interuptus)*

Senggama terputus adalah metode keluarga berencanatradisional,dimana priamengeluarkan alat kelaminnya (penis) dari vagina sebelum pria mencapaiejakulasi sehingga sperma tidak masuk ke dalam vagina. Angka kegagalan cukup tinggi yaitu 4-27kehamilan per 100 perempuan per tahun. Efektifitas menurun apabila sperma dalam 24 jam sejak ejakulasi masih melekat pada penis

2) *Metode Amenorhea Laktasi (MAL)*

Menurut penelitian (BKKBN dkk, 2015) *MAL* adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian ASI secara eksklusif.Efektivitas tinggi sebesar 98% pada 6 bulan pertama setelah melahirkan, segera efektif, tidak mengganggu senggama, tidak ada efek samping,tidak perlu pengawasan medis dan tidak perlu alat atau obat,tanpa biaya.

3) Metode kalender

Menurut penelitian (BKKBN dkk, 2015) metode ini dilakukan dengan cara menentukan masa subur. Sebagai kontasepsi sedang (9-20 kehmilan per 100 perempuan selama tahun pertama pemakaian). Keefektifan tergantung dari kemauan dan disiplin pasangan untuk mengikuti instruksi

4) Metode suhu basal

Peninggian suhu badan basal 0,2-0,5 C waktu ovulasi. Peningkatan suhu badan basal disebabkan oleh peningkatan kadar hormon progesteron mulai 1-2 hari setelah ovulasi. Efektivitas kegagalan 0,3-6,6 kehamilan pada 100 wanita pertahun.

5) Metode lendir servik atau *metode ovulasi billing (MOB)*

Masa subur dapat dipantau mealalui lendir servik yang keluar dari vagina pengamatan sepanjang hari dan ambil kesimpulan pada malam hari.

b. Metode barrier

1. Kondom

Merupakan sarung atau selubung karet yang berbentuk silinder yang digunakan untuk menghalangi masuknya *spermatozoa* ke dalam saluran reproduksi perempuan.

2. Diafragma

Menurut BKKBN (2015) merupakan kap berbentuk bulat cembung terbuat dari lateks yang diinsersikan dalam vagina sebelum berhubungan seksual dan menutup serviks.Efektivitas sedang (bila digunakan dengan spermisida angka kegagalan 6-16 kehamilan per 100 perempuan per tahun pertama)

c. Kontrasepsi Hormon Steroid

1) Pil oral kombinasi

Pil kombinasi mengandung estrogen dan progesteron yang harus diminum setiap hari.

2) Kontasepsi pil yang berisi progestin saja (mini pil)

Mini pil digunakan oleh perempuan yang ingin menggunakan kontrasepsi oral tetapi menyusui.

d. Kontrasepsi suntikan

Menurut penelitianBKKBN(2015) kontrasepsi suntik dibagi menjadi 2 yaitu :

1) 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)Mencegah ovulasi

(2)Mengentalkan lendir servik

(3)Menjadikan selaput lendir rahim tipis dan atrofi

(4)Menghambat transportasi gamet oleh 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) Permasalahan 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

(2) Nulipara dan yang telah memiliki anak

(3) Menghendkaki kontrasepsi jangka panjang dan efektivitas tinggi

(4) Menyusui dan membutuhkan kontrasepsi

(5) Setelah melahirkan dan tidak menyusui

(6) Setelah abortus

(7) Telah mempunyai banyak anak tetapi belum menginginkan tubektomi

(8) Perokok

(9) Tekanan darah 180/110 mmHg, dengan masalah gangguan pembekuan darah atau anemia bulan sabit

(10) Sering lupa minum pil kontrasepsi

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.

2) Suntikan 1 bulan *(monthly injectable)*

Suntik bulanan mengandung 2 hormon progestin dan estrogen seperti hormon alami pada tubuh.Mekanisme kerjanya adalah menekan ovulasi, membuat lender servik menjadi kental, perubahan pada *endometrium (atrofi)* sehingga implantasi terganggu, menghambat transportasi gamet oleh tuba. Efektivitas tergantung saat kembalinya untuk mendapatkan suntikan,bila tepat waktu angka kehamilannya 0,1-0,4 per 100 perempuan.

e. Alat kontrasepsi dalam Rahim

Menurut BKKBN (2015),AKDR (IUD) adalah alat kontrasepsi yang dimasukkan ke dalamuterus untuk tujuan mencegah kehamilan. Jenis –jenis AKDR yangumum adalah *CuT-380A, NOVA T.*Efektivitasnya tinggi, dapat efektif segera setelah pemasangan, dapat digunakan sampai menopause (1 tahun atau lebih setelah haid terakhir)

f. Alat Kontrasepsi Bawah Kulit (AKBK)

Menurut (BKKBN dkk, 2015) Implan merupakan metode kontrasepsi hormonal yang efetif,tidak permanen,dan dapat mencegah terjadinya kehamilan antara tiga sampai lima tahun.Daya guna tinggi (kegagalan 0,2-1 kehamilan per 100 perempuan)

g. Kontrasepsi Mantap

1) Vasektomi

Merupakan metode kontrasepsi untuk laki-laki yang tidak ingin anak lagi. Perlu prosedur bedah untuk melakukan *vasektomi.*

2) Tubektomi

Merupakan metode kontrasepsi untuk perempuan yag tidak inginanak lagi.perlu prosedur bedah untuk melakukan *tubektomi*.

Gambar 2. 9Macam-macam KB

Sumber : Handayani, 2011

2.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Manajemen Varney

Manajeman kebidanan 7 langkah: pengumpulan data, interpretasi data untuk diagnosa dan atau masalah actual, menentukan diagnosa potensial dan antisipasi diagnosa potensial, identifikasi kebutuhan tindakan segera, menyusun rencana tindakan, melaksanakan tindakan sesuai rencana, melaksanakan evaluasi asuhan yang telah dilaksanakan (Depkes RI, 2011).

1. Langkah I: Pengumpulan Data Dasar

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

a. Riwayat kesehatan
b. Pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhannya
c. Meninjau catatan terbaru atau catatan sebelumnya
d. Meninjau data laboratorium dan membandingkannya dengan hasil studi

Pada langkah ini dikumpulkan semua informasi yang akurat dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien.

2. Langkah II: Interpretasi Data Dasar

Pada langkah ini dilakukan identifikasi yang benar terhadap diagnosis atau masalah dan kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar atas data dasar yang telah dikumpulkan. Data dasar yang telah dikumpulkan diinterprestasikan sehingga ditemukan masalah atau diagnosis yang spesifik, diagnosis kebidanan yang ditegakkan oleh bidan dalam lingkup praktek kebidanan yang memenuhi standar nomenklatur (tata nama) diagnosis kebidanan. Standar nomenklatur tersebut adalah:

a. Diakui dan telah disahkan oleh profesi
b. Berhubungan langsung dengan praktis 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 Diagnosis atau Masalah Potensial

Pada langkah ini bidan mengidentifikasi masalah atau diagnosis potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosis yang telah diidentifikasi, langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan

dilakukan pencegahan, sambil mengamati klien, bidan diharapkan bersiap–siap bila diagnosis/masalah potensial ini benar-benar terjadi.

4. **Langkah IV: Mengidentifikasi dan Menetapkan Kebutuhan yang Memerlukan Penanganan Segera**

   Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien.

5. **Langkah V: Merencanakan Asuhan yang Menyeluruh**

   Pada langkah ini dilakukan perencanaan yang menyeluruh yang telah ditentukan oleh langkah–langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnosis atau masalah yang telah diidentifikasi atau diantisipasi. Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa saja yang sudah teridentifikasidari kondisi klien, tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap klien tersebut seperti apa yang diperkirakan akan terjadi berikutnya, apakah dibutuhkan konseling, merujuk klien bila ada masalah sosial ekonomi kultural atau masalah psikologi, setiap rencana asuhan harus disetujui olehkedua belah pihak (bidan dan klien) agar dapat dilaksanakan dengan efektif.

6. **Langkah VI: Melaksanakan Perencanaan**

   Pada langkah ini, rencana asuhan yang menyeluruh dari langkah kelima harus dilaksanakan secara efesien dan aman, pelaksanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebahagian dilakukan oleh bidan dan sebahagian lagi dilakukan oleh pasien.

7. **Langkah VII: Evaluasi**

   Pada langkah ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan sebagaimana telah diidentifikasi dalam masalah dan

diagnosis, rencana tersebut dapat dianggap efektif bila benar – benar efektif dalam pelaksanaannya.

2.3 Konsep Dasar Dokumentasi Mengacu SOAP

Metode dokumentasi yang paling sering digunakan yaitu metode SOAP. Mungkin sebagian besar dari Anda sudah familiar dengan metode dokumentasi ini karena metode ini lebih umum dan lebih sering digunakan dalam pendokumentasian layanan kebidanan. Di dalam metode SOAP, S adalah data subjektif, O adalah data objektif, A adalah analysis, P adalah planning. Metode ini merupakan dokumentasi yang sederhana akan tetapi mengandung semua unsur data dan langkah yang dibutuhkan dalam asuhan kebidanan, jelas, logis. Prinsip dari metode SOAP adalah sama dengan metode dokumntasi yang lain seperti yang telah dijelaskan diatas. Langkah pendokumentasian dengan SOAP adalah sebagai berikut:

1. **Data Subjektif**

   Data subjektif ini berhubungan dengan masalah dari sudut pandang klien. Ekspresi klien mengenai kekhawatiran dan keluhannya yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang akan berhubungan langsung dengan diagnosis. Pada klien yang menderita tuna wicara, dibagian data dibagian data dibelakang hruf “S”, diberi tanda huruf “O” atau”X”. Tanda ini akan menjelaskan bahwa klien adalah penderita tuna wicara. Data subjektif ini nantinya akan menguatkan diagnosis yangakan disusun.

2. **Data Objektif**

   Data objektif merupakan pendokumentasian hasil observasi yang jujur, hasil pemeriksaan fisik klien, hasil pemeriksaan laboratorium catatan medik dan informasi dari keluarga atau orang lain dapat

dimasukkan dalam data objektif ini sebagai data penunjang. Data ini akan memberikan bukti gejala klinis klien dan fakta yang berhubungan dengan diagnosis.

3. Analysis

Langkah selanjutnya adalah analysis. Langkah ini merupakan pendokumentasian hasil analisis dan intrepretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif. Karena keadaan klien yang setiap saat bisa mengalami perubahan, dan akan ditemukan informasi baru dalam data subjektif maupun data objektif, maka proses pengkajian data akan menjadi sangat dinamis. Analisis data adalah melakukan intrepretasi data yang telah dikumpulkan, mencakup diagnosis, masalah kebidanan, dan kebutuhan.

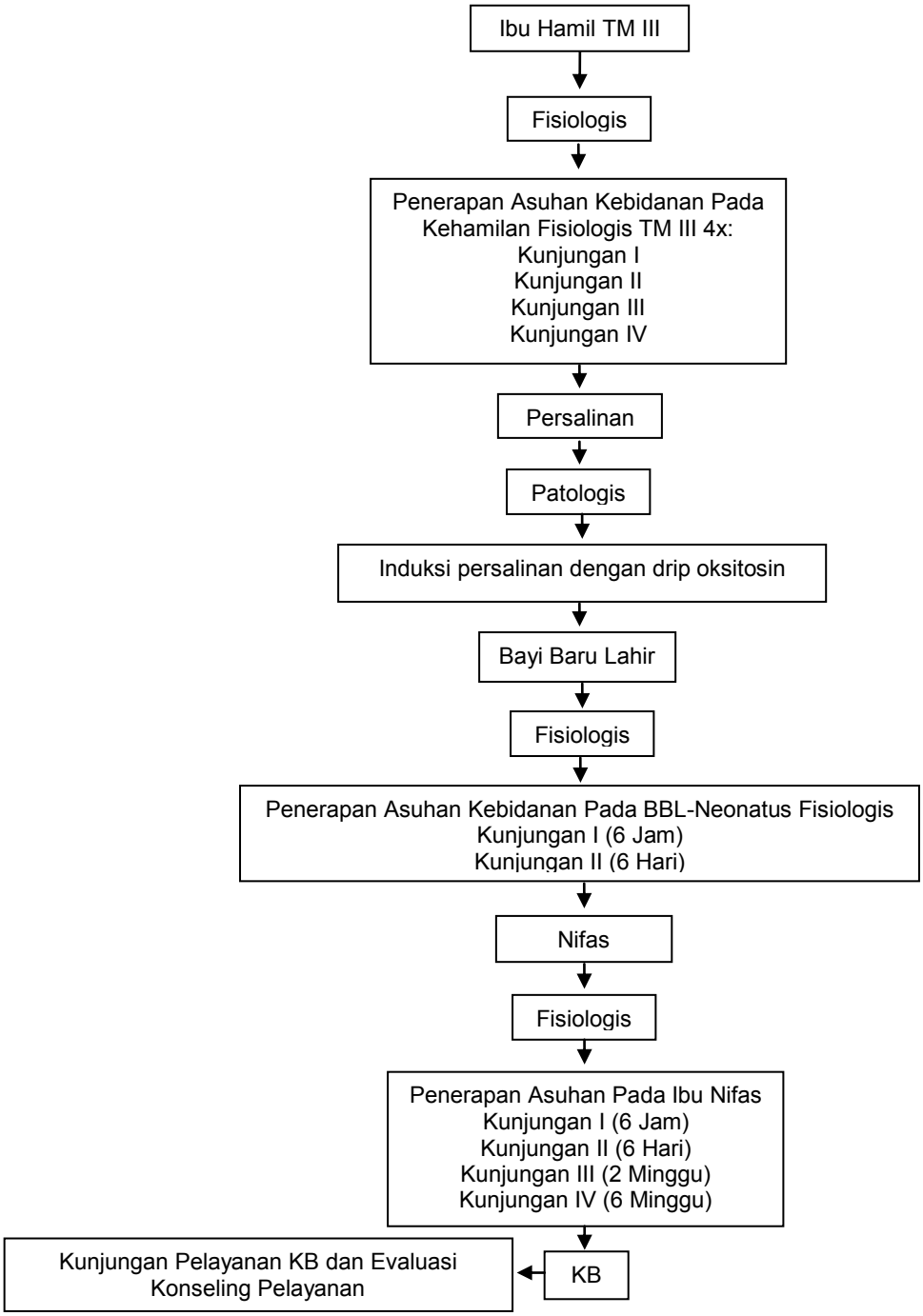
4. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan adalah mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif; penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/follow up dan rujukan. Tujuan penatalaksanaan untuk mengusahakan tercapainya kondisi pasien seoptimal mungkin dan mempertahankan kesejahteraanya.

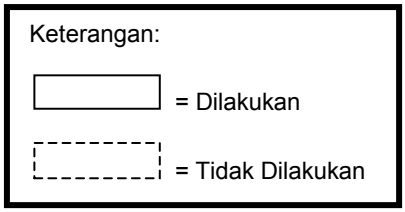
BAB III

KERANGKA KONSEP CONTIUNITY OF CARE

3.1 Kerangka Konsep Kegiatan



Gambar 3. 1 Kerangka Konsep Kegiatan



3.2 Penjelasan Kerangka Konsep

Pelaksanaanlaporan tugas akhir penulis melakukan asuhan kebidanan pada Ny.”A” usia 23 tahun yang komprehensif dimulai dari hamil trimester III, bersalin, neonatus, nifas, dan sampai KB dengan melakukan kunjungan rumah minimal 12 kali. Pertama penulis melakukan informed consent dengan klien dan keluarga, sebagai bukti lembar persetujuan asuhan yang akan diberikan. Pada kehamilan fisiologis penulis memberikan asuhan kebidanan secara komprehensif dan melakukan kunjungan rumah sebanyak 4 kali selama masa kehamilan yaitu kunjungan I (33 Minggu 4 Hari), kunjungan II (34 Minggu 4 Hari), kunjungan III (35 Minggu 4 Hari), dan kunjungan IV (36 Minggu 4 Hari).

Saat memasuki proses persalinan pasien patologis. Didapatkan ketuban pecah sebelum masuk persalinan. Penulis melakukan pengkajian dan asuhan mulai kala I persalinan sampai kala IV. Dilakukan penangan pada kasus KPD dengan induksi persalinan melalui drip oksitosin. Pada Penulis melakukan pemantauan dengan media partograf untuk mengetahui kemajuan persalinan klien.

Setelah bayi lahir, penulis melakukan penerapan asuhan kebidanan pada bayi baru lahir fisiologis dengan 2 kali kunjungan, yaitu: kunjungan I (6 Jam), kunjungan II (6 Hari). Saat memasuki masa pada nifas fisiologis penulis melakukan asuhan kebidanan selama 6 minggu post partum dengan 4 kali kunjungan: kunjungan I (6 Jam), kunjungan II (6 Hari),

kunjungan III (2 Minggu), dan kunjungan IV (6 Minggu). Selama proses kunjungan nifas penulis juga memberikan asuhan bayi baru lahir dan keluarga berencana. Setelah proses nifas selesai penulis melakukan konseling pelayanan KB suntik 3 bulan dan evaluasi konseling pelayanan KB suntik 3 bulan.

BAB IV

PELAYANAN ASUHAN KEBIDANAN

4.1 Kunjungan ANC

4.1.1 Kunjungan ANC 1

Hari/Tanggal pengkajian : Senin, 3 Juni 2019

Jam : 13.00 WIB

Tempat : Rumah Pasien

Oleh : Kartika Sari

DATA SUBJEKTIF

1. Biodata

Nama Ibu	: Ny.”A”	Nama Suami	: Tn.”A”
Umur	: 23 tahun	Umur	: 20 tahun
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: SMA	Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: Swasta	Pekerjaan	: Swasta

Alamat : Jl. Potok rejo RT. 04 RW. 02, Pakisjajar

2. Keluhan Utama

Ibu mengatakan saat ini tidak ada keluhan

3. Riwayat Kehamilan, Persalinan dan KB

No	Kehamilan			Persalinan							Nifas	KB
	Suami ke-	UK	Penyulit	Jenis	Penolong	Sex	Tempat	BB	H/M	Umur	Penyulit	
1	1	H	A	M	I	L		I	N	I		-

4. Riwayat Kehamilan Sekarang

   HPHT : 1-10-2018

   Menarche : 13 th

   Siklus Haid : 28 hari

   Lama Haid : 5 hari

   Ibu mengatakan ini merupakan kehamilan pertama. Kehamilan saat ini memasuki bulan ke-9.

   TM I : 2x ANC, keluhan : mual muntah, KIE : penyebab mual, makan sedikit tapi sering, nutrisi, seksual. Terapi : asam folat (1x1), B6 (1x1), kalk (1x1)

   TM II : 3x ANC, keluhan : kram perut. KIE : nutrisi, anc rutin, pola aktivitas dan istirahat. Terapi : Fe (1x1), vitamin (1x1), kalk (1x1)

5. Riwayat Pernikahan

   Berapa Kali Menikah : 1 kali

   Lama Menikah : 1 tahun

   Usia Pertama Menikah : 22 tahun

6. Riwayat Kesehatan Sekarang

   Ibu mengatakan saat ini dalam keadaan sehat tidak menderita penyakit apapun kecuali keluhan pada kehamilan.

7. Riwayat Kesehatan yang Lalu

   Ibu mengatakan tidak pernah menderita penyakit apapun seperti Hipertensi, TBC, Asma, Diabetes dll.

8. Riwayat Kesehatan Keluarga

   Ibu mengatakan dalam keluarganya maupun suami tidak ada yang menderita penyakit menurun, menular dan menahun seperti Hipertensi, TBC, Asma, Diabetes dll.

9. Pola kebiasaan sehari-hari

Pola Nutrisi	Ibu makan 2-3x sehari dengan nasi, sayur dan lauk pauk tahu, tempe, ayam, atau ikan. Minum 5-6 gelas perhari air putih, terkadang teh manis. Tidak ada gangguan pola nafsu makan selama kehamilan.
Pola Eliminasi	BAB 1x sehari BAK 5-6x perhari
Pola Istirahat	Tidur malam 8 jam, Ibu tidur siang 2 jam
Pola Aktivitas	Ibu melakukan pekerjaan rumah dibantu orang tuanya
Personal Hygiene	Mandi 2-3x perhari, ganti pakaian setiap selesai mandi, ganti celana dalam setiap kali terasa lembab, keramas 3 hari sekali.

10. Riwayat Psikososial Pasien dan Keluarga

    a. Penerimaan Pasien Terhadap Kehamilan

       Ibu mengatakan senang dengan kehamilannya saat ini.

    b. Penerimaan Keluarga Terhadap Kehamilan.

       Ibu mengatakan keluarganya juga senang, membantu, memotivasi,dan mendukung kehamilan ibu.

    c. Budaya dan Adat

       a. Ibu mengatakan selama hamil tidak pernah melakukan pijat oyog, minum jamu, merokokdll.
       b. Ibu mengatakan pernah mengadakan selamatan waktu usia kehamilan 7 bulan *(mitoni)*.

DATA OBJEKTIF

Pemeriksaan Umum

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

TTV TD : 100/80 mmHg

N : 82x / menit

S : 36,2 °C

RR : 21x / menit

BB sebelum hamil : 35 kg

BB sekarang : 41 kg

TB : 147 cm

UK : 33 minggu 4 hari

Skor KSPR : 2

LILA : 24 cm

TP : 08-07-2019

Pemeriksaan Fisik

Muka / Mata : tidak pucat, tidak ada oedema, sclera putih, konjungtiva merah muda

Leher : tidak ada massa abnormal

Payudara : simetris, putting menonjol, kotor, tidak ada pengeluaran ASI

Abdomen Leopold I : teraba lunak (bokong), TFU 26 cm

Leopold II : puki

Leopold III : teraba kepala, belum masuk PAP

Leopold IV : 5/5 bagian

DJJ : (+) 144x / mnt, Punctum Maximum dibawah pusat sebelah kiri

HIS : (-)

GerakJanin : Aktif

TBJ : 2.015 gr (26-13x155)

Ekstremitas : Simetris, oedem, Reflek Patella (+).

Pemeriksaan Penunjang (dilakukan pada tgl. 06 – 12 – 2019 di Puskesmas Pakis)

HB : 11,5 g/dl

HIV : Non Reaktif (-)

HbsAg : Non Reaktif (-)

Gol.da : O

ANALISA

Ny.”A” usia 23 tahun G_I P_{0000} Ab_{000} UK 33 minggu 4 hari Janin T / H ,Letkep dengan kehamilan fisiologis

PENATALAKSANAAN

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan kepada ibu. Ibu mengerti
2. Memberikan KIE tentang minum air putih yang banyak di siang hari minimal 8 gelas sehari dan menjaga pola nutrisi serta rutin mengkonsumsi tablet Fe. Ibu mengerti
3. Menjelaskan pada Ibu bahwa putting susu yang kotor pada payudara dapat menghambat pengeluaran ASI. Ibu mengerti
4. Menganjurkan serta mengajarkan ibu untuk melakukan perawatan payudara dengan membersihkan putting susu menggunakan air hangat dengan kain lembut atau saat mandi. Ibu mengerti dan mau melakukannya. Ibu mengerti
5. Memberikan ibu KIE tentang tanda bahaya kehamilan seperti
    a. Muntah terus dan tidak nafsu makan,
    b. Demam tinggi,
    c. kaki tangan dan wajah bengkak,
    d. janin dirasakan kurang bergerak seperti sebelumnya,
    e. perdarahan dari jalan lahir,

f. cairan ketuban keluar sebelum waktunya,

Ibu mengerti

6. Menjelaskan pada ibu manfaat senam hamil yaitu untuk melancarkan peredaran darah, mempercepat kepala janin masuk ke panggul, serta merilekskan otot-otot. Ibu mengerti.
7. Mengajarkan ibu teknik senam hamil. Ibu mau melakukannya
8. Menyepakati dengan ibu untuk kunjungan ulang pada tanggal 7 April 2019 atau sewaktu – waktu jika ibu ada keluhan. Ibu bersedia

4.1.2 Kunjungan ANC 2

Hari/Tanggal pengkajian : Senin, 10 Juni 2019

Jam : 16.00 WIB

Tempat : Rumah Pasien

Oleh : Kartika Sari

DATA SUBJEKTIF

Ibu mengatakan nyeri pinggang

DATA OBJEKTIF

Pemeriksaan umum

Keadaan umum		: Baik
Kesadaran		: Composmentis
TTV	TD	: 110/70 mmHg
	N	: 84x / menit
	S	: 36 °C
	RR	: 21x / menit
BB sekarang		: 43 kg
UK		: 34 minggu 4 hari

Pemeriksaan Fisik

Muka / Mata		: tidak pucat, tidak ada oedema, sclera putih, konjungtiva tidak pucat
Leher		: tidak ada massa abnormal
Payudara		: simetris, putting menonjol, bersih, tidak ada pengeluaran ASI
Abdomen	Leopold I	: teraba lunak (bokong), TFU 27 cm
	Leopold II	: puki
	Leopold III	: teraba kepala, belum masuk PAP
	Leopold IV	: 5/5 bagian
	DJJ	: (+)138x/mnt, Punctum Maximum dibawah pusat sebelah kiri
	HIS	: (-)
	Gerak Janin	: Aktif
	TBJ	: 2170 gr (27-13x155)
Ekstremitas		: Simetris, oedema, Reflek Patella (+).

ANALISA

Ny."A" usia 23 tahun G_I P_{0000} Ab_{000} UK 34 minggu 4 hari. Janin T / H, Letkep dengan kehamilan fisiologis

PENATALAKSANAAN

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan kepada ibu. Ibu mengerti
2. Menjelaskan pada ibu bahwa nyeri pinggang merupakan keluhan yang fisiologis pada TM III. Penyebab nyeri pinggang yaitu karena perut ibu yang membesar membuat posisi duduk ibu menjadi lebih condong ke depan sehingga menyebabkan sering nyeri pinggang. Ibu mengerti

3. Menganjurkan pada ibu untuk mengompres punggng ibu dengan air hangat, kemudian saat duduk diganjal bantal pada bagian punggung. Ibu mengerti dan bersedia
4. Mengingatkan kembali ibu untuk rutin mengkonsumsi tablet Fe. Ibu mengerti
5. Mengingatkan kembali ibu untuk mengatur pola istirahat. Ibu mengerti
6. Mengingatkan kembali ibu untuk melakukan senam hamil. Ibu bersedia
7. Mengingatkan kembali ibu tentang tanda bahaya kehamilan. Ibu mengerti
8. Menjelaskan pada ibu tentang tanda-tanda persalinan. Ibu mengerti.
9. Menjelaskan pada ibu tentang persiapan persalinan. Ibu mengerti
10. Menyepakati dengan ibu untuk kunjungan ulang pada tanggal 17 Juni 2019 atau sewaktu – waktu jika ibu ada keluhan. Ibu bersedia

4.1.3 Kunjungan ANC 3

Hari/Tanggalpengkajian : Senin, 17 Juni 2019

Jam : 15.00 WIB

Tempat : Rumah Pasien

Oleh : Kartika Sari

DATA SUBJEKTIF

Ibu mengatakan saat ini tidak ada keluhan

DATA OBJEKTIF

Pemeriksaan umum

Keadaan umum		: Baik
Kesadaran		: Composmentis
TTV	TD	: 100/70 mmHg
	N	: 84x / menit
	S	: 36 °C

RR : 21x / menit

BB sekarang : 43 kg

UK : 35 minggu 4 hari

Pemeriksaan Fisik

Muka / Mata : tidak pucat, tidak ada oedema, sclera putih, konjungtiva merah muda

Leher : tidak ada massa abnormal

Payudara : simetris, putting menonjol,bersih, tidak ada pengeluaran ASI

Abdomen Leopold I : teraba lunak (bokong), TFU 29 cm

Leopold II : puki

Leopold III : teraba kepala, sudah masuk PAP

Leopold IV : 4/5 bagian

DJJ : (+) 138x / mnt, Puctum Maximum dibawah pusat sebelah kiri

HIS : (-)

GerakJanin : Aktif

TBJ : 2635 gr (29-12x155)

Ekstremitas : Simetris, oedema, Reflek Patella (+).

Pemeriksaan Penunjang USG (pada tanggal 12-06-2019 di PMB Dillah Sobirin, AMd. Keb)

Jumlah : tunggal DJJ : (+) 138x/menit

Letak : kepala TBJ : 2560 gr

Gerak janin : (+) TP : 18-07-2019

ANALISA

Ny."A" usia 23 tahun G_I P_{0000} Ab_{000} UK 35 minggu 4 hari. Janin T / H, Letkep dengan kehamilan fisiologis

PENATALAKSANAAN

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan kepada ibu. Ibu mengerti
2. Mengingatkan kembali ibu mengkonsumsi tablet Fe dan konsumsi sayuran hijau serta hati ayam. Ibu mengerti
3. Mengingatkan kembali ibu untuk mengatur pola istirahat. Ibu mengerti
4. Mengingatkan kembali ibu untuk melakukan senam hamil. Ibu bersedia
5. Mengingatkan kembali ibu tentang tanda bahaya kehamilan. Ibu mengerti
6. Mengingatkan kembali pada ibu tanda-tanda persalinan. Ibu mengerti
7. Mengingatkan kembali ibu tentang persiapan persalinan. Ibu dan keluarga telah menyiapkan semua keperluan
8. Menyepakati dengan ibu untuk kunjungan ulang pada tanggal 24 Juni 2019 atau sewaktu – waktu jika ibu ada keluhan. Ibu mengerti

4.1.4 Kunjungan ANC 4

Hari/Tanggal pengkajian : Minggu, 24 Juni 2019

Jam : 16.00 WIB

Tempat : Rumah Pasien

Oleh : Kartika Sari

DATA SUBJEKTIF

Ibu mengeluhkan nyeri pinggang

DATA OBJEKTIF

Pemeriksaan umum

Keadaan umum : Baik

Kesadaran		: Composmentis
TTV	TD	: 100/80 mmHg
	N	: 84x / menit
	S	: 36 °C
	RR	: 23x / menit
BB sekarang		: 44 kg
UK		: 36 minggu 4 hari
Pemeriksaan Fisik		
Muka / Mata		: tidak pucat, tidak ada oedema, sclera putih, konjungtiva merah muda
Leher		: tidak ada massa abnormal
Payudara		: simetris, putting menonjol, bersih, kolostrum (-)
Abdomen	Leopold I	: teraba lunak (bokong), TFU 31 cm
	Leopold II	: puki
	Leopold III	: teraba kepala, sudah masuk PAP
	Leopold IV	: 3/5 bagian
	DJJ	: (+) 142x / mnt, Puctum Maximum dibawah pusat sebelah kiri
	HIS	: (-)
	Gerak Janin	: Aktif
	TBJ	: 2945 gr (31-12x155)
Ekstremitas		: Simetris, tidak oedema, Reflek Patella (+).

ANALISA

Asuhan Kebidanan pada Ny."A" usia 23 tahun G_I P_{0000} Ab_{000} UK 36 minggu 4 hari. Janin T / H, Letkep dengan kehamilan fisiologis

PENATALAKSANAAN

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan kepada ibu. Ibu mengerti
2. Menjelaskan pada ibu bahwa nyeri pinggang merupakan keluhan yang fisiologis pada TM III. Penyebab nyeri pinggang yaitu karena kepala janin yang sudah masuk panggul menyebabkan tulang belakang ibu tertekan oleh kepala janin, kemudian disebabkan juga oleh perut ibu yang membesar membuat posisi duduk ibu menjadi lebih condong ke depan sehingga menyebabkan sering nyeri pinggang. Ibu mengerti
3. Menganjurkan pada ibu untuk mengompres punggng ibu dengan air hangat, kemudian saat duduk diganjal bantal pada bagian punggung. Ibu mengerti dan bersedia
4. Mengingatkan ibu untuk mengkonsumsi tablet Fe Ibu mengerti
5. Mengingatkan kembali ibu untuk mengatur pola istirahat. Ibu mengerti
6. Mengajarkan ibu senam hamil untuk mengurangi nyeri pinggang serta mempercepat penurunan kepala. Ibu bersedia
7. Menjelaskan pada ibu bahawa tafsiran berat janin saat ini sudah mencukupi sehingga ibu dianjurkan untuk mengurangi makanan yang bersifat manis
8. Mengingatkan kembali ibu tentang tanda bahaya kehamilan. Ibu mengerti
9. Mengingatkan kembali pada ibu tentang tanda-tanda persalinan. Ibu mengerti.
10. Mengingatkan kembali pada ibu tentang persiapan persalinan. Ibu mengerti
11. Menyepakati dengan ibu untuk kunjungan ulang pada tanggal 1 Juli 2019 atau sewaktu – waktu jika ibu ada keluhan. Ibu bersedia
12.

4.2 Kunjungan Intranatal Care

Hari / tanggal : Jumat, 28 Juni 2019

Tempat : PMB Ngadillah Amd.Keb

Waktu : 23.30 WIB

Pengkaji : Kartika Sari

4.2.1 Asuhan Kebidanan Persalinan Kala I

DATA SUBJEKTIF

Ibu mengatakan keluar cairan dari jalan lahir dan merasa kenceng-kenceng sesaat setelah keluar cairan tersebut sejak jam 23.00

DATA OBJEKTIF

Keadaan umum : Tampak kesakitan

Kesadaran : ComposmentiS

TTV TD : 100/80 mmHg

N : 83x/menit

S : 36.5°C

RR : 23x/menit

Pemeriksaan Fisik

Muka / Mata : Tidak pucat, tidak oedema, sclera putih konjungtiva merah muda.

Leher : Tidak ada pembengkakan abnormal

Payudara : simetris, puting menonjol, belum ada pengeluaran ASI

Abdomen Leopold I : Teraba lunak (bokong), TFU 31 cm

Leopold II : Puki

Leopold III : Teraba kepala, sudah masuk PAP

Leopold IV : 3/5 bagian

DJJ : 133x/menit

HIS : 2.10’20”

Gerak Janin : Aktif

Ekstremitas : Simetris, tidak ada oedema, tidak ada varises

Pemeriksaaan Dalam (pukul 23.30 WIB)

Bloodslym(+), Ø 1 cm, effisement 25%, ketuban (+) merembes, bagian terdahulu kepala, tidak ada bagian kecil disamping bagian terdahulu, bagian terendah UUK, Hodge I, Moulase 0.

ANALISA

Ny.”A” usia 23 tahun G_I P_{0000} Ab_{000} UK 37 minggu 2 hari janin T/Hinpartu kala 1 fase laten dengan ketuban pecah dini

PENATALAKSANAAN

1. Menyampaikan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga.Ibu mengerti hasil pemeriksaan.
2. Memberikan KIE pada ibu tentang hal yang harus dilakukan ibu saat persalinan dan manfaatnya. Ibu mengerti
3. Menganjurkan ibu tidur miring kiri.Ibu melakukan.
4. Mengajarkan ibu cara melakukan pernafasan relaksasi saat terjadi kontraksi serta menganjurkan ibu untuk menerapkan teknik tersebut setiap terjadi kontraksi.Ibu melakukan
5. Menganjurkan ibu untuk istirahat dan tidak jalan-jalan dikarenakan cairan ketuban yang sudah merembes. Ibu mengerti
6. Mengajurkan ibu untuk makan dan minum. Ibu melakukan
7. Memberikan motivasi pada ibu dalam menghadapi persalinan
8. Mempersiapkan alat, partrus set, perlengkapan ibu dan bayi
9. Pemantauan kemajuan persalinan.

CATATAN PERKEMBANGAN KALA I FASE LATEN

Tanggal/jam	HIS	DJJ	TD	N	S	VT	Ket
28/6/2019 23.30 WIB	2.10'20''	133x/mnt	100/80	83	36.5	Bloodslym(+), Ø 1 cm, efissement 25%, ketuban (+) merembes, bagian terdahulu kepala, tidak ada bagian kecil disamping bagian terdahulu, bagian terendah UUK, Hodge I, Moulase 0.	
29/6/2019 00.30 WIB	2.10'25''	142x/mnt		85			
01.30	3.10'25''	138x/mnt		84			
02.30	3.10'25''	140x/mnt		84			
03.30	3.10'30''	139	100/80	84	36.6	Bloodslym(+), Ø 1 cm, effisement 50%, ketuban (+) merembes, bagian terdahulu kepala, tidak ada bagian kecil disamping bagian terdahulu, bagian terendah UUK, Hodge I, Moulase 0.	Dilakukan drip oksitosin 5IU dengan infus D5 dengan tetesan berkala setiap 15 menit (8, 12, 16, 20, 24 tpm)
04.30	3.10'40''	132x/mnt		85			
05.30	4.10'45''	140x/mnt		84			

4.2.2 Asuhan Asuhan Kebidanan Persalinan Kala I

Tanggal : 29 Juni 2019

Waktu : 03.30 WIB

SUBJEKTIF

Ibu mengatakan masih kenceng kenceng seperti sebelumnya

OBJEKTIF

VT : Ø 1 cm, efissement 25%, ketuban (+) merembes, bagian terdahulu kepala, tidak ada bagian kecil disamping bagian terdahulu, bagian terendah UUK, Hodge I, moulase 0, His : 2x10'25", Djj : 139x/menit.

ANALISA

Ny."A" usia 23 tahun G_I P_{0000} Ab_{000} UK 37 minggu 2 hari janin T/H inpartu kala I dengan ketuban pecah dini

PENATALAKSANAAN

1. Menyampaikan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga. Ibu dan keluarga mengerti
2. Menjelaskan pada ibu bahwa pembukaan tidak ada kemajuan sedangkan ketuban sudah pecah sehingga akan dilakukan pemasangan infus dan drip oksitosin. Ibu mengerti
3. Menjelaskan pada ibu bahwa efek drip oksitosin akan menambah kontraksi yang semakin kuat dan sering sehingga ibu dianjurkan untuk menerapkan teknik relaksasi seperti yang sudah diajarkan. Ibu mengerti
4. Melakukan informed consent
5. Melakukan pemasangan infus D5 dan drip oksitosin 5IU dengan tetesan berkala dimulia dari 8 tetes/menit kemudian setiap 15 menit, jumlah tetesan ditambah 4 tetes sampai dengan 24 tetes/menit untuk batas akhir.
6. Mengingatkan kembali ibu untuk tidur miring kiri. Ibu melakukan
7. Mengingatkan kembali ibu untuk makan dan minum. Ibu melakukan
8. Memantau kemajuan persalinan.

4.2.3 Asuhan Asuhan Kebidanan Persalinan Kala I

Tanggal : 29 Juni 2019

Waktu : 06.00 WIB

SUBJEKTIF

Ibu mengatakankenceng kenceng semakin sering dan semakin sakit

OBJEKTIF

VT : Ø 9 cm, efissement 75%, ketuban (-), bagian terdahulu kepala, tidak ada bagian kecil disamping bagian terdahulu, bagian terendah UUK, Hodge III

His : 4x10'45", Djj : 146x/menit.

ANALISA

Ny."A" usia 23 tahun G_I P_{0000} Ab_{000} UK 37 minggu 2 hari janin T/H inpartu kala I dengan ketuban pecah dini

PENATALAKSANAAN

1. Menyampaikan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga. Ibu dan keluarga mengerti
2. Menjelaskan pada ibu bahwa pembukaan sudah 9 cm dan masih kurang 1 cm lagi sehingga ibu masih harus menerapkan pernafasan relaksasi dan belum boleh untuk mengeran
3. Mengingatkan kembali ibu untuk istirahat baring miring kiri untuk mempercepat penurunan kepala. Ibu mengerti

2. Mengecek kembali partus set, heacting set, serta perlengkapan persalinan lainnya
3. Memantau kemajuan persalinan.

4.2.4 Kebidanan Persalinan Kala II

Tanggal : 29 Juni 2019

Waktu : 06.30 WIB

SUBJEKTIF

Ibu mengatakan kenceng kenceng semakin sering dan lama serta rasa ingin meneran.

OBJEKTIF

Doran, Teknus, Perjol, Vulka

VT : Ø 10 cm, efissement 100%, ketuban (+) merembes, bagian terdahulu kepala, tidak ada bagian kecil disamping bagian terdahulu, bagian terendah UUK, Hodge III+,. His : 4x10'45", Djj : 139x/menit.

ANALISA

Ny."A" usia 23 tahun G_I P_{0000} Ab_{000} UK 37 minggu 2 hari janin T/Hinpartu kala II dengan ketuban pecah dini

PENATALAKSANAAN

1. Menyampaikan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga.Ibu dan keluarga mengerti
2. Membantu ibu memilih posisi persalinan yang nyaman. Ibu melakukan posisi litotomi.
3. Mengajarkan ibu teknik meneran yang benar, yaitu dimulai dengan mengambil nafas terlebih dahulu lalu mengeran dengan caradagu menempel ke dada, ibu meneran dengan mata terbuka dan tidak bersuara.Ibu melakukan dengan baik dan benar.
4. Memimpin ibu untuk meneran. Melakukan asuhan persalinan normal.

5. Melakukan episiotomi karena perineum kaku, kemudian memimpin kembali ibu untuk meneran
6. Bayi lahir spontan UUK pukul 06.45 WIB menangis kuat, gerak aktif, kulit kemerahan BB 2900 gr, PB 49 cm, jenis kelamin perempuan, AS: 9.
7. Memastikan bahwa janin tunggal. Suntik oksitosin 10 IU pada paha sebelah kiri secara IM.
8. Melakukan asuhan bayi baru lahir normal
9. Melakukan IMD (menaruh bayi di dada ibu dengan teknik skin to skin) selama 1 jam. Bayi mencoba mencari puting ibu dan berhasil mendapatkan putting ibu

4.2.5 Asuhan Kebidanan Persalinan Kala III

Tanggal : 29 Juni 2019

Waktu : 06.45 WIB

SUBJEKTIF

- Ibu senang dan lega dengan kelahiran bayinya
- Ibu mengatakan perut terasa mules

OBJEKTIF

Uterus globuler, TFU setinggi pusat,semburan darah tiba tiba, terdapat talipusat memanjang

ANALISA

Ny.”A” usia 23 tahun P_{1001} Ab_{000} dengan inpartu kala III.

PENATALAKSANAAN

1. Menyampaikan hasil pemeriksaan. Ibu mengerti dengan hasil pemeriksaan.
2. Melakukan penanganan MAK 3 (Manajemen Aktif Kala III). Penegangan talipusat terkendali, melakukan dorso cranial. Pukul 06.55 WIB plasenta lahir.

3. Masase fundus uteri 15x. kontraksi baik
4. Mengecek kelengkapan plasenta. Plasenta lengkap
5. Mengecek laserasi jalan lahir dan jumlah perdarahan. Laserasi derajat II dan perdarahan ±150 cc

4.2.6 Asuhan Kebidanan Persalinan Kala IV

Tanggal : 29 Juni 2019

Waktu : 06.55 WIB

SUBJEKTIF

Ibu mengatakan masih merasakan mules

OBJEKTIF

TTV TD : 90/70 mmHg N: 86x/menit S:36,2°C RR: 23x/menit. Kontraksi uterus baik, kandung kemih kosong, TFU 2 jari dibawah pusat, ruptur perineum derajat II, perdarahan 150 cc.

ANALISA

Ny.”A” usia 23 tahun P_{1001} Ab_{000} dengan inpartu kala IV.

PENATALAKSANAAN

1. Menyampaikan hasil pemeriksaan.Ibu mengerti
2. Melakukan hecting laserasi perineum derajat II. Dengan anastesi Lidocain 1 ampul.
3. Mengatur tetesan infus menjadi 8 tetesan per menit.
4. Memberikan ibu rasa aman dan nyaman (menyeka ibu, mengganti baju dan memakaikan pembalut ibu, memenuhi kebutuhan nutrisi ibu)
5. Dekontaminasi alat dan tempat bersalin.

6. Memberikan KIE tentang masa nifas dan mobilisasi dini. Miring ke kanan dan ke kiri, duduk kemudian berdiri.

   Evaluasi : Ibu mengerti dan melakukan dengan baik

7. Memberikan ibu terapi oral
   - Fe 1x1
   - Vitamin 2x1
   - Asam Mefenamat 3x1
   - Amoxicillin 3x1
8. Observasi 2 jam postpartum.
9. Dokumentasi

4.3 Kunjungan Post Partum

4.3.1 Kunjungan Post Partum I (6 jam pp)

Hari / tanggal : Sabtu, 29 juni 2019

Waktu : 13.00 WIB

Tempat : Rumah Pasien

Pengkaji : Kartika Sari

DATA SUBJEKTIF

- Ibu mengatakan tubuhnya lemas
- Ibu mengatakan mengatakan mules pada perut seperti haid.
- Ibu mengatakan sudah BAK setelah 2 jam pasca persalinan

DATA OBJEKTIF

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

TTV TD : 90/70 mmHg

S : 36,4°C

RR : 24x/menit

Pemeriksaan Fisik

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

Payudara : simetris, puting menonjol, ASI (-)

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

Genetalia : Lochea Rubra, jumlah perdarahan ±10 cc, terdapat luka jahitan.

Ekstremitas : Simetris, tidak ada pembengkakan, tidak ada varises.

ANALISA

Ny.”A” usia 23 tahun P_{1001} Ab_{000} dengan 6 jam postpartum.

PENATALAKSANAAN

1. Menyampaikan hasil pemeriksaan kepada ibu. Ibu mengerti.
2. Memberikan KIE tentang masa nifas. Ibu mengerti
3. Menjelaskan pada ibu penyebab ibu lemas karena tidak makan selama proses persalinan dan juga banyak tenaga yang keluar ssat persalinan. Ibu mengerti
4. Menganjurkan ibu untuk makan segera serta istirahat yang cukup. Ibu mengerti
5. Menjelaskan pada ibu bahwa rasa mulas yang dirasakan ibu merupakan kontraksi pada rahim karena proses pengembalian rahim seperti sebelum hamil memerlukan adanya kontraksi. Apabila kontraksi tersebut tidak ada maka dapat terjadi perdarahan. Ibu mengerti
6. Menganjurkan ibu untuk tarak makan dengan nasi, sayur, dan lauk pauk seperti telur, ikan, ayam, atau tempe tahu. Menjelaskan pada ibu bahwa makanan tersebut dapat mempercepat proses penyembuhan luka jahitan. Ibu mengerti
7. Menganjurkan ibu untuk istirahat pada saat bayi sedang tidur sehingga pada saat ibu dapat menyusui tanpa kekurangan waktu istirahat. Ibu mengerti
8. Menganjurkan ibu untuk melakukan aktivitas secara bertahap mulai dari yang ringan-ringan atau dibantu suami atau keluarga. Kemudian apabila sedang duduk pada kaki ibu diberi tumpuan agar tidak menggantung untuk mencegah kaki bengkak. Ibu mengerti
9. Menganjurkan ibu untuk menjaga kebersihan daerah genetalia, menganjurkan ibu untuk tidak takut BAB dan BAK, mengajarkan ibu

caramembersihkan daerah genetalia yang benar, menganjurkan ibu untuk mengganti pembalut bila lembap atau terasa tidak nyaman. Ibu mengerti

10. Mengajarkan ibu cara perawatan luka jahitan. Ibu mengerti
11. Menganjurkan ibu untuk ASI ekslusif tanpa tambahan apapun, menyusui 2 jam sekali atau sesering mungkin, mengajarkan cara menyusui yang benar, mengajarkan cara menyendawakan bayi setelah meyusu. Ibu mengerti dan bisa melakukan dengan benar
12. Memberikan KIE tentang perawatan bayi dirumah. Ibu mengerti.
13. Memberikan KIE tentang tanda bahaya masa nifas. Ibu mengerti
14. Memberitahu ibu untuk kunjungan ulang tanggal 4 Juli 2019 atau sewaktu-waktu ada keluhan. Ibu mengerti.

4.3.2 Kunjungan Post Partum II

Hari / tanggal : Kamis, 4 Juli 2019

Waktu : 09.30 WIB

Tempat : Rumah Pasien

Pengkaji : Kartika Sari

DATA SUBJEKTIF

- Ibu mengatakan sering merasa lelah
- Ibu mengatakan masih membatasi aktifitasnya karena masih takut pada jahitan
- Ibu sudah bisa BAB pada hari ke-3 postpartum
- Ibu mengatakan ASI nya lancar namun bayinya masih diberi dampingan susu formula

DATA OBJEKTIF

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

TTV TD : 100/80 mmHg

N : 83x/menit

S : 35,9°C

RR : 23x/menit

Pemeriksaan Fisik

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

Payudara : simetris, putting menonjol, ASI (+) lancar.

Abdomen : 2 jari diatas sympisis, kontraksi uterus baik.

Genetalia : Lochea sanguinolenta, luka jahitan sedikit basah, tidak ada tanda-tanda infeksi.

Ekstremitas : simetris, tidak ada pembengkakan, tidak ada varises.

ANALISA

Ny."A" usia 23 tahun P_{1001} Ab_{000} dengan 6 hari postpartum.

PENATALAKSANAAN

1. Menyampaikan hasil pemeriksaan kepada ibu. Ibu dan mengerti
2. Menganjurkan ibu untuk mengatur pola istirahat. Ibu mengerti
3. Menganjurkan ibu untuk lebih sering mengkonsumsi makanan yang mengandung protein tinggi seperti telur, ikan, atau daging. Kemudian menganjurkan ibu untuk lebih sering mengganti pembalut agar keadaan luka jahitan dapat segera kering.
4. Mengingatkan kembali tentang kebutuhan dasar masa nifas mulai dari nutrisi, istirahat, aktivitas, personal hygiene, serta ASI ekslusif.Ibu mengerti.
5. Memberikan KIE tentang tanda bahaya masa nifas. Ibu mngerti.
6. Mengingatkan kembali tentang perawatan bayi dirumah.Ibu mengerti.

7. Mengajarkan ibu senam nifas dan menjelaskan manfaat senam nifas.Ibu mengerti dan mampu menirukan dengan baik.
8. Memberitahu ibu jadwal kunjungan selanjutnya pada tanggal 12 Juli 2019 atau sewaktu-waktu ada keluhan.Ibu mengerti.

4.3.3 Kunjungan Post Partum III

Hari / tanggal : Jumat, 12 Juli 2019

Waktu : 15.00 WIB

Tempat : Rumah pasien

Pengkaji : Kartika Sari

DATA SUBJEKTIF

Ibu mengatakan tidak ada keluhan

DATA OBJEKTIF

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

TTV TD : 110/70 mmHg

S : 35,9°C

N : 84x/menit

RR : 22x/menit

Pemeriksaan Fisik

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

Payudara : simetris, putting menonjol, ASI lancar

Abdomen : TFU tidak teraba

Genetalia : Lochea serosa, luka jahitan sudah mengering.

Ekstremitas : simetris, tidak ada pembengkakan, tidak ada varises.

ANALISA

Ny.”A” usia 23 tahun P_{1001} Ab_{000} dengan 2 minggu postpartum.

PENATALAKSANAAN

1. Menyampaikan hasil pemeriksaan kepada ibu. Ibu dan mengerti
2. Mengingatkan kembali tentang kebutuhan dasar masa nifas mulai dari nutrisi, istirahat, aktivitas, personal hygiene, serta ASI ekslusif. Ibu mengerti.
3. Memberikan KIE tentang tanda bahaya masa nifas. Ibu mngerti.
4. Mengingatkan kembali tentang perawatan bayi dirumah. Ibu mengerti.
5. Mengingatkan kembali ibu senam nifas. Ibu mengerti dan mampu menirukan dengan baik.
6. Memberitahu ibu jadwal kunjungan selanjutnya pada tanggal 7 Agustus 2019 atau sewaktu-waktu ada keluhan. Ibu mengerti.

4.3.4 Kunjungan Post Partum IV

Hari / tanggal : Rabu, 07 Agustus 2019

Waktu : 09.00 WIB

Tempat : Rumah Pasien

Pengkaji : Kartika Sari

DATA SUBJEKTIF

- Ibu mengatakan saat ini tidak ada keluhan
- selama masa nifas ini penyulit yang ibu rasakan terjadi pada minggu-minggu pertama masa nifas karena merupakan pengalaman pertama seperti kesulitan berjalan karena nyeri jahitan, belajar menyusui serta merawat bayinya

- ibu ingin menggunakan KB namun masih kekurangan informasi mengenai KB

DATA OBJEKTIF

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

TTV TD : 120/80 mmHg

RR : 24x/menit

Pemeriksaan Fisik

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

Payudara : simetris, putting menonjol, ASI lancar

Abdomen : TFU sudah tidak teraba, kandung kemih kosong.

Genetalia : Lochea alba, luka jahitan sudah mengering.

Ekstremitas : Simetris, tidak ada pembengkakan, tidak ada varises.

ANALISA

Ny.”A” usia 23 tahun P_{1001} Ab_{000} dengan masa nifas 6 minggu.

PENATALAKSANAAN

1. Menyampaikan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga
2. Menanyakan kepada ibu, apa saja penyulit yang dirasakan selama masa nifas. Ibu mengatakan penyulit terjadi pada awal nifas karena merupakan pengalaman pertama serta ibu sudah dapat beradaptasi dan melakukan tanggung jawabnya.
3. Mengingatkan kembali ibu tentang perawatan bayi dirumah. Ibu mengerti
4. Mengingatkan kembali ibu tentang ASI eksklusif. Ibu mengerti dan masih menerapkan ASI eksklusif

5. Memberikan KIE kepada ibu tentang macam-macam KB untuk ibu menyusui serta keuntungan dan kekurangan dari masing-masing KB. Ibu mengerti dan memilih KB suntik 3 bulan
6. Memberikan KIE kepada ibu untuk segera datang ketenaga kesehatan apabila sewaktu-waktu ada keluhan pada ibu dan bayi. Ibu mengerti.

4.4 Kunjungan Neonatus

4.4.1 Kunjungan Kebidanan Neonatus I

Hari / Tanggal : Sabtu, 29Juni 2019

Waktu : 13.00 WIB

Tempat : Rumah Pasien

Pengkaji : Kartika Sari

DATA SUBJEKTIF

- Ibu mengatakan khawatir dengan benjolan pada kepala bayi.
- Pada saat ini pola eliminasi sudah baik, bayi sudah dapat BAK dan BAB.
- Bayi diberi susu formula karena ASI belum keluar namun sudah belajar untuk menyusu.

DATA OBJEKTIF

Keadaan umum : Baik

TTV N :132x/menit

S : 36,8°C

RR : 48x/menit

BB : 2900 gr

PB : 49 cm

LILA : 10,7 cm

Pemeriksaan fisik

Kepala : tidak terdapat capput succaedeum atau cephal

- Circumferensia Fronto oksipitalis : 34 cm
- Circumferensia Mento occipitalis : 33 cm
- Circumferensia Sub mento bregmatica : 33 cm
- CircumferensiaSub occipito bregmatica : 32 cm

Muka / mata : tidak pucat, tidak kuning, sclera putih, konjungtiva merah muda.

Hidung : tidak ada pernafasan cuping hidung

Mulut : tidak ada kelainan, reflek rooting (+), reflek sucking (+), reflek swallowing (+).

Dada : tidak ada retraksi dinding dada, tidak ada bunyi nafas tambahan.Lingkar dada 33 cm.

Abdomen : tidak ada kelainan, talipusat terbungkus kassa steril, tidak ada perdarahan aktif.

Ekstremitas Atas : normal tidak ada kelainan, reflek grasping (+).

Bawah : normal tidak ada kelainan, reflek babinski (+).

Genetalia : Labia mayor menutupi labia minor, tidak ada kelainan.

Anus : Berlubang, tidak ada kelainan, pola eliminasi baik (bayi sudah BAB).

ANALISA

Bayi Ny. A usia 6 jam dengan neonatus cukup bulan sesuai masa kehamilan

PENATALAKSANAAN

1. Menyampaikan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga.Ibu dan keluarga mengerti.
2. Memberikan KIE tentang perawatan bayi baru lahir kepada ibu dan keluarga meliputi menjaga kehangatan bayi, menjaga kebersihan bayi, memenuhi kebutuhan nutrisi untuk bayi.Ibu mengerti.
3. Memberikan KIE tentang perawatan talipusat, dibungkus dengan kasa steril tanpa dibubuhi apapun.Ibu mengerti.
4. Memberikan KIE tentang pentingnya pemberian ASI ekslusif kepada bayi.Ibu mengerti

5. Memberikan KIE tentang menjemur bayi di pagi hari dengan cara bayi hanya dipakaikan popok/pampers dan mata ditutup. Ibu mengerti
6. Memberikan KIE tentang tanda bahaya pada bayi. Ibu mengerti
7. Menganjurkan ibu untuk membawa bayinya kontrol 6 hari lagi atau apabila ada keluhan.Ibu mengerti.

4.4.2 Kunjungan Kebidanan Neonatus II

Hari / tanggal : Kamis, 4 Juli 2019

Waktu : 09.00 WIB

Tempat : PMB Dillah Sobirin, AMd. Keb

Pengkaji : Kartika Sari

DATA SUBJEKTIF

- Ibu mengatakan talipusat bayi sudah kering namun belum lepas
- Bayi BAK 7-9 x sehari dan BAB 2-4x sehari.
- Bayi minum ASI dengan dampingan susu formula karena ibu merasa kurang bila ASI saja.

DATA OBJEKTIF

Keadaan umum : Baik

TTV N :120x/menit

S : 36,7°C

RR : 47x/menit

BB Saat Ini : 3100 gr

Pemeriksaan fisik

Kepala : tidak terdapat capput succaedeum atau cephal

Muka / mata : tidak pucat, tidak kuning, sclera putih, konjungtiva merah muda.

Hidung : tidak ada pernafasan cuping hidung

Mulut : tidak ada kelainan, reflek rooting (+), reflek sucking (+), reflek swallowing (+).

Dada : tidak ada retraksi dinding dada, tidak ada bunyi nafas tambahan.

Abdomen : tidak ada kelainan, talipusat kering belum lepas

Ekstremitas Atas : normal tidak ada kelainan, reflek grasping (+).

Bawah : normal tidak ada kelainan, reflek babinski (+).

Genetalia : Labia mayor menutupi labia minor.

Anus : Berlubang, tidak ada kelainan, pola eliminasi normal

ANALISA

Bayi Ny. A usia 6 hari dengan neonatus cukup bulan sesuai masa kehamilan

PENATALAKSANAAN

1. Menyampaikan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga.Ibu dan keuarga mengerti hasil pemeriksaan.
2. Mengingatkan kembali tentang perawatan bayi kepada ibu dan keluarga.Ibu mengerti.
3. Memberikan KIE tentang pentingnya pemberian ASI Eksklusif serta menjelaskan tentang proses ASI yang mudah dicerna pada bayi sehingga bayi cepat merasa haus serta perbedaannya dengan susu formula.Ibu mengerti.
4. Memberikan KIE tentang tanda bahaya pada bayi.Ibu mengerti.
5. Menganjurkan ibu untuk membawa bayinya kontrol ke bidan pada saat usia 1 bulan untuk imunisasi BCG atau apabila ada keluhan.Ibu mengerti.

4.5 Kunjungan KB

4.5.1 Kunjungan KB I

Hari / tanggal : Rabu, 07 Agustus 2019

Waktu : 10.00 WIB

Tempat : PMB Dillah Sobirin, Amd. Keb

Pengkaji : Kartika Sari

DATA SUBJEKTIF

Ibu mengatakan ingin menggunakan KB suntik 3 bulan usai melahirkan pada tanggal 29Juni 2019.

DATA OBJEKTIF

Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

TTV TD : 120/70 mmHg

RR : 23 x/menit

BB : 37 kg

Pemeriksaan fisik

Muka : Tidak pucat, tidak ada oedema.

Mata : Sklera putih, konjungtiva merah muda.

Leher : Tidak ada pembengkakan abnormal.

Abdomen : TFU tidak teraba, tidak ada benjolan abnormal.

Ekstremitas : Tidak ada oedema, tidak ada varises.

ANALISA

Ny.”A” usia 23 tahun P1001 Ab000 dengan akseptor baru KB suntik 3 bulan

PENATALAKSANAAN

1. Menyampaikan hasil pemeriksaan kepada ibu bahwa ibu dalam keadaan sehat dan dalam masa sedang menyusui, maka ibu diperbolehkan untuk menggunakan KB suntik 3 bulan. Ibu mengerti
2. Menjelaskan kepada ibu mengenai efek samping KB hormon dalam jangka panjang dapat meningkatkan tekanan darah, dapat menyebabkan ketidak teraturan pada siklus haid, serta kenaikan berat badan. Keluhan tersebut merupakan efek samping dan wajar terjadi, oleh karena itu ibu tidak perlu khawatir dan harus tetap teratur melakukan KB ulang. Ibu mengerti tentang penjelasan yang diberikan.
3. Melakukan informed consent. Ibu menyetujui tindakan
4. Mempersiapkan alat:
   a. Spuit 3 cc
   b. Kapas alkohol
   c. Cairan injeksi (Depo 3 cc)

   Alat siap dan ibu siap dilakukan tindakan.
5. Melakukan penyuntikkan di bokong sebelah kanan 1/3 bagian SIAS dan Os.Cocsigis secara IM. Tindakan telah dilakukan dan tidak ada efek samping setelah penyuntikan.
6. Menginformasikan jadwal untuk kembali suntik yaitu pada tanggal 26 oktober 2019.Ibu bersedia untuk kembali pada tanggal yang ditetapkan, atau sewaktu-waktu bila ada keluhan.
7. Melakukan dokumentasi di kartu akseptor KB.

4.5.2 Kunjungan KB II (Evaluasi KB)

Hari / tanggal : Rabu, 14 Agustus 2019

Waktu : 07.00 WIB

Tempat : Rumah pasien

Pengkaji : Kartika Sari

DATA SUBJEKTIF

Ibu mengatakan saat ini tidak ada keluhan dan belum ada efek yang muncul setelah menggunakan KB suntik 3 bulan.

DATA OBJEKTIF

Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

TTV TD : 120/80 mmHg

RR : 23 x/menit

Pemeriksaan fisik

Muka : Tidak pucat, tidak ada oedema.

Mata : Sklera putih, konjungtiva merah muda.

Leher : Tidak ada pembengkakan abnormal.

Abdomen : TFU tidak teraba, tidak ada benjolan abnormal.

Ekstremitas : Tidak ada oedema, tidak ada varises.

ANALISA

Ny.”A” usia 23 tahun P1001 Ab000 dengan evaluasi akseptor baru KB suntik 3 bulan

PENATALAKSANAAN

1. Menyampaikan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga. Ibu mengerti.

2. Menanyakan keluhan yang dirasakan setelah penggunaan KB suntik 3 bulan. Ibu mengatakan tidak ada keluhan.
3. Menginformasikan kembali efek samping KB suntik 3 bulan, seperti tekanan darah akan meningkat, ketidak teraturan pada siklus haid, kenaikan berat badan. Ibu mengerti
4. Mengingatkan kembali untuk segera datang ke tenaga kesehatan terdekat (bidan), apabila sewaktu-waktu ada keluhan. Ibu mengerti.
5. Mengingatkan kembali untuk suntik KB berikutnya sesuai jadwal yaitu pada tanggal 26 Oktober 2019. Ibu bersedia untuk datang kembali pada tanggal yang telah ditetapkan.

BAB V

PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil asuhan kebidanan komprehensif yang dilakukan penulis dari masa kehamilan sampai keluarga berencana kepada Ny. “A” di PMB Dillah Sobirin AMd.Keb dan di rumah pasien di Jl. Potok rejo RT. 04 RW.02, Pakisjajar. Asuhan Kebidanan ini diberikan kepada ibu hamil trimester III sampai dengan KB oleh mahasiswa DIII kebidanan STIKES Widyagama Husada Malang.

5.1 Pembahasan Asuhan Kebidanan Kehamilan

Menurut Federasi Obstetri dan Ginekologi Internasional, kehamilan adalah fertilisasi atau penyatuan antara sperma dan ovum yang mana hasil konsepsi tersebut kemudian mengalami proses nidasi atau implantasi. Dari fase pembuahan hingga kelahiran bayi, kehamilan fisiologis berlangsung selama 40 minggu. Masa kehamilan dibagi menjadi tiga semester yatu trimester pertama yang berlangsung dalam 13 minggu pertama, trimester kedua berlangsung antara minggu ke-14 sampai minggu ke-27, dan trimester ketiga berlangsung dari minggu ke-28 hingga akan proses persalinan (Evayanti, 2015)

Pengkajian dilakukan dengan menggunakan manajemen varney dengan pendokumentasian SOAP untuk kunjungan pertama, kedua, ketiga dan keempat. Hasil pengkajian pada Ny. “A” untuk kujungan ANC pertama, kedua, dan ketiga, didapatkan dari data sekunder ibu yang berasal dari riwayat pemeriksaan ibu di buku KIA. Sedangkan pada kunjungan keempat didapatkan dari hasil pengkajian langsung pada kunjungan rumah. Pada saat kunjungan didapatkan hasil pemeriksaan ibu hamil meliputi identitas ibu hamil dan suami, keluhan yang dirasakan,

riwayat kehamilan sekarang, riwayat kesehatan, riwayat menstruasi, riwayat psiko-sosial dan aktifitas sehari-hari serta melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital,pemeriksaan fisik *head to toe*dan pemeriksaan penunjang yaitu berupa pemeriksaan lab di fasilitas kesehatan dan skrining ibu hamil menggunakan KSPR (Kartu Skor Poedji Rochjati).

Dari penghitungan KSPR total skor 2 dimana skor 2 tersebut didapatkan dari skor awal ibu hamil, Ibu masuk ke dalam penggolongan Kehamilan Resiko Rendah (KRR) yang dapat ditolong oleh bidan serta dapat ditolong difasilitas kesehatan seperti rumah dan polindes. Skrining ibu hamil menggunakan KSPR ini sesuai dengan teori menurut Sulistyawati (2013), Skor Poedji Rochjati adalah suatu cara untuk mendeteksi dini kehamilan yang memiliki risiko lebih besar dari biasanya (baik bagi ibu maupun bayinya), akan terjadinya penyakit atau kematian sebelum maupun sesudah persalinan. Ukuran risiko dapat dituangkan dalam bentuk angka disebut skor.Skor merupakan bobot prakiraan dari berat atau ringannya risiko atau bahaya.Jumlah skor memberikan pengertian tingkat risiko yang dihadapi oleh ibu hamil.

Menurut (Hani, 2015) ketidaknyamanan yang dialami pada trimester III antara lain : sesak nafas, insomnia, sering kencing, kontraksi Braxton his, odema, kram kaki dan nyeri punggung. Pada Ny “A” selama 4x kunjungan kehamilan didapatkan keluhan fisiologis diantaranya nyeri punggung dan sering kencing. Menurut (Hani, 2015) nyeri punggung disebabkan oleh Rahim dan janin yang membesar, keadaan yang alamiah ini kemudian mendorong sikap ibu sedikit menekukkan kedepan tulang belakangnya sehingga otot tulang punggungnya memendek atau terus melakukan kontraksi. Meningkatnya hormon kehamilan yaitu saat

hamil hormon estrogen dan progesteron membuat persendian tulang-tulang panggul meregang, postur tubuh yang salah dan terlalu sering duduk. Penatalaksanaan nyeri punggung yaitu dapat dilakukan kompres air hangat, kompres air hangat dapat bermanfaat untuk meningkatkan suhu kulit lokal, melancarkan sirkulasi darah dan menstimulasi darah, mengurangi spasme otot dan meringankan ambang nyeri, menghilangkan sensasi rasa nyeri dan terbukti dapat mengurangi nyeri punggung yang dirasakan selama kehamilan, selain itu dengan memperbaiki posisi tidur dengan mengganjal bantal di bagian punggung juga terbukti bisa meredakan nyeri punggung. Keluhan lainnya yaitu sering kencing, dimana hal tersebut terjadi akibat pembesaran uterus yang terus meningkatkan menyebabkan tekanan lebih pada vesika urinaria sesuai dengan teori yang disebutkan oleh Yulifah (2014). Penatalaksanaan dari keluhan tersebut yaitu mengurangi minum di malam hari namun diperbanyak pada pagi dan siang hari agar kebutuhan cairan tetap terpenuhi serta memilih posisi tidur miring untuk mengurangi tekanan pada kandung kemih.

Menurut (Walyani, 2015) standar asuhan kebidanan pada kehamilan menggunakan standar antenatal 14 T yaitu timbang berat badan, ukur tekanan darah, ukur tinggi fundus uteri (TFU), imunisasi tetanus toxoid (TT), pemberian tablet Fe, pemeriksaan Hemoglobin, pemeriksaan protein urin, pengambilan darah untuk pemeriksaan VDRL (*Veneral Disease Research Lab*), pemeriksaan urin reduksi, perawatan payudara, senam ibu hamil, pemberian obat malaria, pemberian kapsul minyak beryodium, temu wicara. Pada Ny. A ini tidak dilakukan beberapa asuhan karena bukan wewenang untuk melakukan pemeriksaan. Beberapa standar ANC yang tidak dilakukan yaitu pemberian obat malaria dan kapsul minyak beryodium dikarenakan wilayah tempat tinggal ibu bukan

wilayah endemis sehingga kemungkinan terjangkit penyakit malaria sangat kecil sekali.Standar asuhan kebidanan pada kehamilan yang dilakukan oleh penulis sendiri yaitu 6T meliputi timbang berat badan, ukur tekanan darah, ukur tinggi fundus uteri (TFU), perawatan payudara, senam ibu hamil, temu wicara.

Menurut (Hani, 2014) Pemeriksaan tanda – tanda vital dalam batasan normal sangat berpengaruhpada ibu hamil, tekanan darah yang cenderung tinggi dan rendah dapat beresiko pada ibu hamil. Pada pengukuran tekanan darah Ny "A" normal yaitu sistol antara 100-110 dan diastol antara 70-80 mmHg. Dari hasil pemeriksaan tekanan darah ibu dalam batas normal.

Berat badan Ny. A sebelum hamil sampai akhir kehamilan mengalami kenaikan sebanyak 8 kg. Kenaikan berat badan ibu dari sebelum hamil sampai akhir kehamilan dalam batas normal sesuai dengan teori menurut Wiknjosastro (2010) kenaikan berat badan normal ibu hamil berkisar 6.5-16kg selama kehamilan. Nutrisi yang cukup pada Ny. A selama hamil juga ditunjukkan dari hasil pengukuran LILA adalah 24 cm. Ukuran LILA standar minimal pada wanita dewasa atau usia reproduksi adalah 23,5 cm jika kurang maka interperstasinya adalah kurang energy kronis (KEK). Dalam hal ini ibu dalam kategori normal menurut Saryono (2010).

Para ahli dari pusat kesehatan di Universitas Harvard bahwa terdapat hubungan antara ukuran tinggi badan ibu dengan kesehatan bayi. Saryono (2010) menyebutkan bahwa terdapat pengaruh tinggi badan ibu hamil <145 cm dengan resiko yang mungkin timbul pada ibu hamil, faktor tersebut berdampak pada ukuran panggul ibu hamil itu sendiri. Tinggi badan wanita yang <145 cm akan menyebabkan beberapa komplikasi selama kehamilan dan mempengaruhi perkembangan bayi dalam Rahim.

Hasil pemeriksaan pengukuran tinggi badan Ny. A di dapatkan 147 cm, ukuran tersebut dalam batas normal.

Pemeriksaan fisik pada ibu hamil meliputi pemeriksaan payudara, leopold, dan ekstremitas. Perawatan payudara adalah perawatan yang dilakukan semasa ibu hamil usia 7-9 bulan. Perawatan payudara merupakan suatu tindakan untuk merawat payudara terutama pada masa kehamilan untuk persiapan dan memperlancar pengeluaran ASI. Selama kehamilan ibu hamil dianjurkan untuk memelihara kebersihan payudara agar tidak terjadi sumbatan pada lobus (Maritalia, 2014). Pemeriksaan pada Ny. A didapatkan hasil hiperpigmentasi areola, putting susu ibu kurang bersih dan kolostrum belum keluar. Asuhan yang dianjurkan untuk pasien yaitu mengajarkan cara perawatan payudara serta menganjurkan untuk membersihkan putting susu namun tidak terlalu sering karena usia kehamilan saat itu masih memasuki 33 minggu 4 hari untuk menghindari timbulnya kontraksi.

Pada pemeriksaan Tinggi Fundus Uteri (TFU) dari 4x kunjungan terjadi peningkatan TFU, ini sesuai dengan teori bahwa TFU akan meningkat seiring dengan bertambahnya usia kehamilan (Hani,2014). Pada kasus Ny. “A” TFU pada usia kehamilan 36 minggu yaitu 31 cm, ini sesuai dengan teori *MC. Donal’s* yaitu TFU harus sama dengan usia kehamilan dalam minggu yang ditentukan berdasarkan HPHT, jika pengukuran berbeda 1-2 cm masih bisa ditoleransi, tetapi jika deviasi lebih kecil 2cm dari usia kehamilan, kemungkinan ada gangguan pertumbuhan janin, sedangkan bila deviasi lebih besar dari 2cm kemungkinan terjadi bayi kembar, polihidramnion, janin besar.Berat badan janin bisa dideteksi dengan pengukuran TFU sehingga berat badan janin akan meningkat seiring dengan bertambahnya TFU (Hani,

2014). Dalam hal ini terjadi peningkatan TBJ namun kenaikannya tidak drastis karena ibu menjaga pola makan setiap hari agar tafsiran berat badan janin masih dalam batas normal. Pada Ny. “A” didapatkan hasil perhitungan TBJ pada kunjungan terakhir adalah 2945 gr dengan pengukuran berat badan bayi saat lahir yaitu 2900 gr maka pengukuran TFU sudah sesuai karena antara pengukuran TBJ dan berat lahir bayi hanya terdapat sedikit perbedaan.

Pada kasus Ny. “A” terdapat posisi teraba lunak (bokong), TFU 31 cm, punggung kiri, DJJ 142x/menit, letkep dan sudah terjadi penurunan kepala pada usia kehamilan 36 minggu. Dalam hal ini Ny. “A” dalam kategori normal karena pada primigravida penurunan kepala terjadi pada saat usia 36 minggu.

Pada pemeriksaan ekstremitas atas dan bawah dilakukan pemeriksaan reflek patella karena untuk mengetahui bahwa ibu hamil yang mempunyai reflek patella negatif kemungkinan ibu hamil tersebut mengalami kekurangan vitamin B1. Selain itu tidak adanya atau penurunan reflek patella dikenal juga sebagai tanda westphal. Tanda westphal menunjukkan bahwa ada masalah di saraf tulang belakang pasien atau saraf perifer. Sehingga seorang bidan mengetahui asuhan kebidanan yang tepat pada ibu hamil tersebut jika reflek patelanya negatif. Jika dihubungkan dengan nantinya saat persalinan, ibu hamil yang reflek patellanya negatif pada pasien preeklampsia/eklampsia tidak dapat diberikan MgS04 pada pemberian ke-2, karena syarat dari pemberian ke-2 dilihat dari reflek patella. Jika reflek negatif ada kemungkinan ibu mengalami keracunan MgS04. Pemeriksaan odema ini sangat penting dikarenakan odema ini juga dapat memicu adanya tanda tanda preeklampsi pada ibu hamil, namun tidak semua odema mengarah

ke preeklampsi. Odema atau pembengkakan kaki saat kehamilan disebabkan peningkatan volume darah selama kehamilan dan tekanan dari rahim ke pembuluh darah di kaki, odema kaki ringan sering terjadi selama kehamilan. Namun, komplikasi serius kehamilan seperti thrombosis pembuluh darah dalam dan preeklampsi juga bisa menimbulkan odema. Didapatkan hasil Ny "A" tidak mengalami odema pada kehamilannya.

Pada pemeriksaan laboratorium dilakukan pemeriksaan Hb hasilnya 11,5 gr %, menunjukan masih batas normal karena selama kehamilan Ny. "A" minum tablet Fe dan selalu makan makanan bergizi, ini sesuai dengan teori bahwa Hb normal pada ibu hamil adalah 11 gr% (Hani, 2014). Pemeriksaan Hb ini digunakan untuk mengecek tingkat Hbnya jika dibawah 11 gr% akan mengganggu perkembangan janinnya dan dapat menimbulkan resiko pendarahan pada ibu saat bersalin. Protein urine hasilnya negatif (-) dan glukosa hasilnya negatif (-). Pemeriksaan ini dilakukan untuk memeriksa fungsi ginjal ibu hamil sekaligus memeriksa kadar protein urine sebab bila hasilnya positif maka mengarah pada preeklampsi yang berbahaya dan pemeriksaan gula darah bertujuan untuk mengetahui diabetes pada ibu hamil, HIV Rapid (Non Reaktif), Hepatitis B (Non Reaktif). Pemeriksaan ini dilakukan untuk mengetahui apakah ibu memiliki penyakit HIV dan Hepatitis B agar dapat dilakukan rencana tindakan Sectio Caesaria pada persalinannya untuk menghindari komplikasi pada bayi.

Selama melaksanakan asuhan antenatal, semua asuhan yang diberikan pada Ny. "A" dapat terlaksana dengan baik.Ny. "A", suami, dan keluarga bersifat kooperatif sehingga tidak terjadi kesulitan dalam memberikan asuhan.Berdasarkan dari hasil data yang ada semua masih

dalam batas normal, tidak ditemukan adanya kesenjangan antara teori dan praktek selama memberikan asuhan kehamilan.

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). Persalinan terbagi menjadi IV kala.Yaitu kala I (pembukaan), kala II (pengeluaran), kala III (pengeluaran uri) serta kala IV (pengawasan).3 Faktor utama yang mempengaruhi persalinan yaitu*power, passage, passanger.*Adapun tanda mulainya persalinan yaitu adanya his, pengeluaran lendir campur darah, serta pengeluaran cairan.

Menurut (Sujiyati, 2011) kalaI dimulai dari saat persalinan mulai pembukaan 1 sampai pembukaan lengkap (10 cm). Proses ini dibagi menjadi 2fase yaitu fase laten dan fase aktif (Kuswanti, 2014). Pada tanggal 28 juni 2018 pukul 23.30 WIB Ny. “A” datang kerumah bidan dengan mengeluh mengeluarkan cairan dari jalan lahir pada pukul 23.00 WIB, ibu merasakan kenceng-kenceng sejak jam 00.00 WIB. Dilakukan pemeriksaan diantara tanda-tanda vital, pemeriksaan fisik, serta pemeriksaan dalam Ø 1 cm, effisement 25% ketuban merembes serta bagian terdahulu kepala, DJJ 133 x/menit. Dari hasil pemeriksaan didapatkan bahwa ketuban merembes melalui pemeriksaan menggunakan kertas lakmus merah yang berubah menjadi biru karena cairan ketuban memiliki pH 7-7,5. Berdasarkan pemeriksaan tersebut, Ny. “A” sudah memasuki persalinan berdasarkan tanda-tandanya (Kuswanti,

2014). Diagnosa yang ditegakkan pada kasus ini yaitu ketuban pecah dini (KPD) adalah pecahnya selaput sebelum terdapat tanda-tanda persalinan mulai dan ditunggu satu jam belum terjadi inpartu terjadi pada pembukaan< 4 cm yang dapat terjadi pada usia kehamilan cukup waktu atau kurang waktu.(Winkjosastro, 2011)

Kejadian ketuban pecah dini dapat menyebabkan komplikasi pada ibu dan bayi. Pada bayi dapat terjadi infeksi, hipoksia sampai dengan asfiksia. Pada ibu dapat terjadi infeksi, tidak adanya kemajuan persalinan (Sarwono, 2010). Pada pukul 23.30 WIB dilakukan pemeriksaan Ø 1 cm memasuki Kala I fase laten. Selanjutnya pemeriksaan dilakukan pukul 03.30 WIB Ø 1 cm, pembukaan tetap.Kerja hidrostatik selaputketuban janinsalah satunya untuk menimbulkan pendataran dan dilatasi serviks. Bila selaput ketuban pecah bagian terbawah janin yang menempel ke serviks dan membentuk segmen bawah uterus berfungsi sama sehingga akan mengakibatkan proses persalinan berlangsung lama. Dalam hal ini KPD sangatmempengaruhi waktu atau lamanya persalinan(Cunningham, 2006).

Pada Ny. “A” diberikan asuhan kebidanan pada kala I fase laten kepada Ny “A” yaitu mengajarkan ibu teknik relaksasi dengan cara menarik nafas panjang melalui hidung dan dikeluarkan melewati mulut, menganjurkan ibu untuk tidur miring dan tidak jalan jalan karena ketuban ibu yang sudah pecah, observasi setiap 1 jam sekali. Untuk penanganan KPD, Ny. “A” diberikan antibiotika amoxicillin 500 mg per oral serta dilakukan induksi dengan drip oksitosin 5IU/500 cc dengan tetesan 8 tetes/menit dan setiap 15 menit dinaikkan 4 tetes, tetesan diatur sampai dengan 24 tetes/menit.

Induksi persalinan mungkin diperlukan untuk menyelamatkan janin dari lingkungan intra uteri yang potensial berbahaya pada kehamilan lanjut untuk berbagai alasan atau karena kelanjutan kehamilan membahayakan ibu (Llewellyn, 2002). Penatalaksanaan ketuban pecah dini dibagi pada kehamilan aterm dan pretem. Dilakukan induksi pada ketuban pecah dini yang sudah masuk inpartu (Ababi, 2008). Adapun indikasi induksi persalinan yaitu ketuban pecah dini, kehamilan lewat waktu, oligohidramnion, korioamnionitis, hipertensi akibat kehamilan, IUFD, perdarahan antepartum (Oxford, 2013). Fungsi dilakukannya induksi adalah menambah kontraksi agar meminimalisir kemungkinan untuk terjadi infeksi. Namun, tatalaksana yang dilakukan di lapangan tidak tepat dimana induksi dilakukan pada 4 jam setelah ketuban pecah. Menurut teori pada kasus KPD dilakukan observasi setelah 24 jam apabila tidak ada kemajuan persalinan dan tindakan konservatif melalui kolaborasi dengan dokter SpOG. Kala I pada Ny. “A” berlangsung ±6,5 jam dihitung dari his yang teratur dirasakan mulai pukul 00.00 WIB sampai pembukaan lengkap pukul 06.30 WIB. Pada primigravida kala I berlangsung ±12 jam (Sondakh,2013).

Walaupun salah satu penanganan KPD adalah induksi pesalinan, namun tindakan yang dilakukan saat dilapangan merupakan tindakan yang tidak sesuai dengan teori dan standar serta kewenangan klinis bidan. Dimana tindakan tersebut berpengaruh pada persalinan ibu yang berlangsung cepat yang disebut Partus presipitatus adalah persalinan berlangsung sangat cepat. Kemajuan cepat dari persalinan berakhir kurang dari 3 jam adalah situasi kegawatdaruratan yang dapat membahayakan pasien karena dapat terjadi komplikasi dari induksi tersebut seperti ruptur uteri.

Kala II dimulai dari pembukaan lengkap sampai dengan lahirnya bayi. Pada primigravida kala II berlangsung selama 2 jam dan pada multigravida berlangsung 1 jam (Sondakh, 2013). Setelah dilakukan pemeriksaan dan didapatkan hasil pembukaan lengkap, dilakukan pertolongan persalinan sesuai dengan asuhan persalinan normal (APN) pada Ny. “A”. Kala II berlangsung dalam waktu 15 menit dengan his yang adekuat mempercepat proses kala II. Bayi lahir tanggal 29 Juni 2019, jam 06.45 WIB, bayi lahir menangis kuat, gerakan aktif, kemerahan, jenis kelamin perempuan, anus (+), tidak cacat bawaan dengan BB 2900 gram PB 48 cm. Kala II pada Ny. “A” hanya berlangsung 15 menit karena dipengaruhi oleh faktor *power*yaitu kekuatan ibu mengeran dan his yang dipengaruhi oleh drip oksitosin*, passage*yaitu jalan lahir yang cukup untuk dilewati janin*,* serta *passenger* yaitu janin yang tidak terlalu besar serta dilakukannya episiotomi mempermudah proses kala II. Episiotomi tidak diwajibkan pada setiap persalinan, namun pada Ny. “A” didapatkan pemeriksaan perineum kaku. Ciri-ciri dari perineum kaku adalah pada saat kepala bayi berukuran normal akan melewati introitus vagina jalan lahir tidak melebar sesuai dengan ukuran kepala (Sartono, 2015).Saat persalinan kondisi ibu kelelahan dikarenakan ibu banyak meneran saat kala I, namun bidan selalu memberikan arahan dan dorongan semangat dalam proses persalinan sehingga ibu terus berusaha bersalin dengan baik, untuk nutrisi ibu sangat cukup sebelum persalinan ibu makan banyak dan minum susu, saat persalinan ibu terus didukung dan ditemani oleh suaminya sehingga ibu tidak merasa sendirian.

Posisi saat persalinan juga sangat berperan penting karena posisi yang dipilih ibu adalah litotomi dan posisi ini diperbolehkan. Keuntungan dari posisi ini yaitu mempermudah penolong dan membantu proses

persalinan. Jalan lahir menghadap ke depan, sehingga penolong persalinan dapat lebih mudah mengukur perkembangan pembukaan, waktu persalinan bisa diprediksi lebih akurat. Begitu juga posisi kepala bayi yang relatif lebih gampang dipegang dan diarahkan. Hal ini sesuai dengan teori Sulistyawati (2013)

Saat bayi lahir dilakukan penilaian selintas yaitu tangisan, gerakan serta warna kulit bayi, hasilnya bayi menangis kuat, gerakan aktif serta kulit kemerahan, APGAR skor 8-9 dan dilakukan penjepitan serta pemotongan tali pusat serta dilakukan manajemen bayi baru lahir.Inisiasi Menyusu Dini (IMD) adalah proses membiarkan bayi dengan nalurinya sendiri dapat menyusu segera dalam satu jam pertama setelah bayi lahir. Pada bayi Ny. “A” setelah dilakukan pemotongan tali pusat kemudian dilakukan IMD selama 1 jam dan bayi berhasil menemukan puting susu ibu. IMD dapat meningkatkan *bounding* atau ikatan kasih sayang antara ibu dan bayi (Rosita,2008)

Kala III dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta, yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit, kontraksi yang adekuat menyebabkan plasenta lahir cepat. Proses lepasnya plasenta dapat diperkirakan dengan mempertahankan tanda-tanda tali pusat memanjang, uterus globuler serta terdapat semburan darah. Cara pelepasan plasenta terdiri dari 2 yaitu *schultze* serta *Duncan* (Sondakh, 2013). Setelah bayi lahir, terdapat semburan darah tiba-tiba, tali pusat memanjang dan uterus globuler, diinjeksikan oksitosin 1 ampul di paha kanan luar, dilakukan PTT dan dorso kranial. Pukul 06.55 WIB plasenta lahir lengkap. Dilakukan masase uterus selama 15 detik, terdapat luka laserasi derajat II, perdarahan ± 100 cc. Proses pengeluaran plasenta berlangsung dengan baik, yaitu dengan cara *Schultze* yaitu pelepasan dimulai pada bagian

tengah plasenta. Dengan dilakukannya Manajemen Aktif Kala III (MAK III) yaitu injeksi oksitosin 10 IU, peregangan tali pusat terkendali serta masase fundus uteri sehingga plasenta dapat lahir dengan lengkap serta mencegah terjadinya perdarahan karena atonia uteri. Sesuai dengan teori APN (JNPK-KR, 2013)oksitosin diberikan setelah memastikan tidak ada bayi lain*(undiagnosed twin)* di dalam uterus karena oksitosin dapat menyebabkan uterus berkontraksi yang dapat menurunkan pasokan oksigen pada bayi. Tujuan pemberian suntikan oksitosin ialah dapat menyebabkan uterus berkontraksi dengan kuat dan efektif sehingga dapat membantu pelepasan plasenta dan mengurangi kehilangan darah.

Menurut Sondakh (2013) Kala IV mulai dari lahirnya plasenta sampai 2 jam *postpartum*. Kala ini terutama bertujuan untuk melakukan observasi karena perdarahan *postpartum* paling sering terjadi pada 2 jam pertama. Kala IV pada Ny. “A” dimulai pada pukul 06.55 WIB, dilakukan pemantauan selama 2 jam yaitu tanda-tanda vital, tinggi fundus uteri, kontraksi, kandung kemih serta jumlah perdarahan. Tanda-tanda vital pada Ny. “A” yaitu tekanan darah 100/70 pada 1 jam pertama postpartum dikarenakan faktor kelelahan, pemeriksaan fisik TFU 2 jari dibawah pusat sesuai dengan teori Dewi (2012) yang mengatakan TFU normal setelah bayi baru lahir yaitu 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik dan ibu diajari melakukan masase sendiri untuk meminimalisir terjadinya atonia uteri, pemeriksaan kandung kemih untuk memastikan kandung kemih kosong atau penuh, penuhnya kandung kemih akan mempengaruhi kontraksi uterus.

Pengecekan perdarahan sangat penting, untuk mengetahui jumlah darah yang hilang. Dikatakan perdarahan jika jumlah darah yang hilang lebih dari 500 cc (APN, 2012). Estimasi jumlah darah yang keluar salah

satunya terdapat laserasi jalan lahir. Pada Ny. “A” laserasi terdapat pada perineum akibat episiotomi. Laserasi tersebut termasuk derajat II dimana robekan tersebut terjadi pada mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum dan otot perineum (JNPK-KR, 2013). Dari laserasi tersebut dilakukan anestesi lokal dan *hecting. Hecting* perineum adalah suatu cara untuk menyatukan kembali jaringan tubuh (dalam hal perineum) dan mencegah kehilangan darah yang tidak perlu dan mempertahankan integritas dasar panggul ibu (Kuswanti, 2013). Macam-macam teknik *hecting*yaitu teknik satu-satu, teknik jelujur, teknik matras, serta teknik feston. Namun, teknik yang sering digunakan adalah teknik satu-satu dan jelujur karena lebih mudah diterapkan. Pada Ny “A” dilakukan hecting menggunakan teknik jelujur. Keuntungan teknik jelujur yaitu mudah dipelajari, tidak nyeri, sedikit jahitan, lebih cepat dibuat, lebih kuat dan pembagian tekanannya lebih rata bila dibandingkan dengan jahitan terputus. Kelemahannya jika benang putus / simpul terurai seluruh tepi luka akan terbuka.

Secara keseluruhan persalinan dari kala I sampai IV pada Ny. “A” berlangsung secara fisiologis, tidak terdapat perbedaan antara teori dan lapangan yang terjadi dari kala I sampai kala IV. Keterampilan penolong dalam melakukan pertolongan persalinan menjadi salah satu poin penting.

5.3 Pembahasan Asuhan Kebidanan Masa Nifas

Masa nifas (*puerperium*) adalah masa setelah keluarnya placenta sampai alat-alat reproduksi pulih seperti sebelum hamil dan secara normal masa nifas berlangsung selama 6 minggu atau 40 hari (Dewi, 2012). Asuhan Kebidanan Pada Ny. ”A”$P_{1001}Ab_{000}$*postpartum* fisiologis

dilakukan kunjungan sebanyak 4 kali kunjungan yaitu kunjungan pertama pada 6 jam pertama *postpartum*, kunjungan kedua dilakukan 6 hari *postpartum*, kunjungan ketiga 2 minggu *postpartum* dan kunjungan keempat 6 minggu *postpartum* (Kemenkes RI, 2013)

Pada saat kunjungan pertama didapatkan ibu mengeluh perutnya mules seperti nyeri haid dan nyeri pada luka jahitan. Keluhan yang dirasakan Ny. “A” merupakan keluhan yang fisiologis sesuai dengan teori yang di kemukakan oleh para ahli. Nyeri pada perut yang dirasakan ibu merupakan kontraksi pada uterus untuk proses involusi. Setelah persalinan, oksitosin disekresikan dari kelenjar hipofisis posterior dan bekerja pada otot-otot uterus untuk membantu pengeluaran plasenta, setelah pelepasan plasenta, rongga uterusakan menyusut kedalam dinding uterus yang berada didepannya menekan sisi penempelan plasenta yang baru saja terbuka, dan secara efektif menutup ujung pembuluh darah besar yang terbuka (Cunningham et al., 2012). Sulistyo (2013) mengatakannyeri supervisial adalah nyeri yang disebabkan stimulus kulit. Karakteristik dari nyeri berlangsung sebentar dan berlokalisasi. Nyeri biasanya terasa sebagai sensasi yang tajam. Contohnya tertusuk jarum suntik dan luka potong kecil atau laserasi.Nyeri luka pada daerah genetalia yang dirasakan Ny. “A” merupakan keadaan yang fisiologis karena nyeri tersebut timbul akibat ada kerusakan jaringan akibat tindakan episiotomi pada perineum ibu.

ASI pada Ny. “A” keluar pada hari ke-2. Namun, hal ini masih fisiologis. Kolostrum merupakan sekresi payudara yang bersifat alkali, yang mungkin mulai dihasilkan selama bulan-bulan terakhir kehamilan dan pada 2-4 hari pertama setelah melahirkan (Merenstein, 2011).Dilakukan asuhan dengan memberikan KIE terkait nutrisi yang baik

bagi ibu nifas, selain nutrisi yang baik, frekuensi hisapan bayi serta kondisi psikologis ibu juga mempengaruhi produksi ASI. Semakin sering bayi menghisap maka akan merangsang produksi hormon oksitosin untuk pengeluaran ASI, meningkatkan kontraksi untuk involusi uterus dan dapat menurunkan resiko perdarahan selama masa *postpartum*, serta ASI dapat meningkatkan kedekatan ibu dan bayi(Astuti dkk, 2012). Selain itu dilakukan pijat oksitosin Pijatan ini berfungsi untuk meningkatkan hormon oksitosin yang dapat menenangkan ibu, sehingga ASI pun keluar (Yohmi, 2009).Fungsi ASI sampai dengan 6 bulan untuk ibu nifas adalah dengan adanya isapan bayi membuat produksi hormon oksitosin meningkat.Manfaat ASI sampai dengan 6 bulan bagi bayi yaitu memberikan kekebalan tubuh pada bayi yang terkandung dalam kolostrum, sehingga tidak mudah terserang penyakit.

Dalam 4 kali kunjungan terjadi perubahan pada ukuran TFU, pada kunjungan pertama yaitu pada 6 jam post partum ukuran TFU 2 jari dibawah pusat, pada kunjungan ke 2 yaitu 6 hari post partum ukuran TFU ½ pusat simpisis, dan pada kunjungan ke 3 dan 4 TFU sudah tidak teraba. Dalam hal ini perubahan TFU atau involusi uterus sudah sesui dengan teori bahwa saat bayi lahir ukuran TFU 2 jari di bawah pusat dan ½ pusat simpisis pada 1 minggu *postpartum* (Dewi dan Sunarsih, 2012).

Pemeriksaan pada genetalia yaitu pengeluaran lochea serta keaadan luka jahitan. Pengeluaran lochea pada Ny.”A” juga termasuk normal sesuai dengan teori lochea yang muncul selama nifas pada hari pertama sampai hari ketiga postpartum, yaitu rubra warnanya merah, pada hari ke 3-5 hari postpartum yaitu lochea sanguinolenta berwarna merah kekuningan berisi darah dan lendir, pada hari ke 5-9 postpartum yaitu lochea serosa, warnanya kekuningan atau kecoklatan dan lebih dari 10

hari *postpartum* yaitu lochea alba, warnanya lebih pucat, putih kekuningan (Vivian dan Sunarsih, 2014). Pada kunjungan kedua didapatkan bahwa keadaan luka jahitan sudah kering, namun masih ada bagian jahitan masih yang sedikit basah pada komisura posterior. Ny. “A” diberikan asuhan menjaga perineum ibu selalu dalam keadaan kering dan bersih, menghindari penggunaan obat-obat tradisional pada lukanya, mencuci perineum dengan air sabun dan air bersih sesering mungkin, menyarankan ibu mengkonsumsi makanan dengan gizi yang tinggi, menganjurkan banyak minum.

Pemeriksaan ekstremitas pada masa nifas untuk melihat adanya odema pada ibu nifas. Pemeriksaan ini dilakukan berkaitan dengan peredaran darah yang berhubungan dengan kebiasaan penggunaan gurita, korset, ataupun centing yang terlalu ketat. Hal ini dapat mengganggu peredaran darah ke jantung sehingga terjadi penumpukan cairan pada daerah ekstremitas. Hal ini wajar terjadi pada ibu nifas, namun apabila dibiarkan dapat mengganggu proses involusi uterus karena aliran darah ke uterus juga terhambat.

Menurut Saleha (2009) pada Ibu nifas nutrisi dan cairan sangat diperlukan untuk pemulihan kondisi kesehatan setelah melahirkan, cadangan tenaga serta untuk memenuhi produksi ASI. Ibu nifas dianjurkan untuk memenuhi kebutuhan akan gizi seperti karbohidrat, protein, lemak, sayuran hijau dan buah. Pada Ny “A” pola nutrisi baik, tidak tarak makan, semua makanan dimakan, ibu tidak meminum jamu.

Kebutuhan dasar ibu selama masa nifas lainnya adalah eliminasi yang terdiri dari miksi dan defekasi. Seorang ibu nifas dalam keadaan normal dapat buang air kecil spontan setiap 3-4 jam. Ibu diusahakan buang air kecil sendiri, bila tidak dapat dilakukan tindakan dirangsang

dengan mengalirkan air kran di dekat klien, mengompres air hangat di atas simpisis (apabila tindakan di atas tidak berhasil, yaitu selama selang waktu 6 jam tidak berhasil, maka dilakukan kateterisasi. Hasil pengkajian didapatkan bahwa Ny. “A” dapat berkemih secara mandiri pada 2 jam postpartum tanpa tindakan bantuan. Buang air besar pertama kali pada ibu nifas normalnya terjadi pada hari ke 1-3 postpartum. Jika sampai hari ke-3 post partum ibu belum bisa buang air besar, maka perlu diberikan supositoria dan minum air hangat. Ny. “A” dapat buang air besar pada hari ke-3 dikarenakan ibu khawatir akan berpengaruh pada luka jahitan. Diberikan KIE tentang luka jahitan serta diit teratur, pemberian cairan banyak, makanan yang cukup serat (Maritalia, 2014).

Ambulasi yang dilakukan pada Ny.“A” mempercepat proses involusi uterus, selain ambulasi senam pada nifas juga merupakan latihan yang tepat untuk memulihkan tubuh ibu dan bermanfaat juga untuk memulihkan keadaan ibu baik fisiologis maupun psikologis (Astuti dkk, 2015).Pada Ny. “A” ambulasi dilakukan setelah 2 jam post partum yaitu dengan miring kiri dan kanan, kemudian duduk, dan berdiri dan berjalan dilakukan pada saat 2 jam post partum.

Menurut Ambarwati (2009) adaptasi psikologis Ibu masa nifas terjadi selama masa nifas. Pada periode ini kecemasan seorang wanita dapat bertambah. Perubahan peran seorang ibu memerlukan adaptasi. Tanggung jawab ibu mulai bertambah sehingga peran keluarga sangat mendukung motivasi ibu dalam perawatan bayinya. Peran suami dan keluarga Ny “A” sangat mendukung dan membantu sekali dalam perawatan ibu dan bayi sehari-hari. Suami dan keluarga selalu memotivasi ibu.

Pada kunjungan terakhir yaitu 6minggu post partum didapatkan hasil dari pemeriksaan semua dalam batas yang normal. Pasien tidak ada keluhan apapun, penulis memberikan konseling tentang macam-macam KB yang diperbolehkan untuk ibu menyusui seperti implan, suntik 3 bulan, AKDR, MAL, Kondom, *coitus interuptus*, asuhan yang diberikan sudah sesuai dengan kebijakan masa nifas.

Dalam hal ini penulis melakukan kunjungan nifas sesuai dengan program yaitu selama 4 kali dan hasilnya masa nifas Ny. “A” berlangsung secara normal tanpa ada komplikasi. Asuhan yang dilakukan sesuai dengan tujuan pengawasan masa nifas diantaranya menjaga kesehatan bayinya baik fisik maupun psikologi, mendeteksi masalah, memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, ASI ekslusif dan KB. Selama perawatan masa nifas baik ibu dan bayi tidak ada kesenjangan antara teori dengan penatalaksanaan yang dilakukan dilapangan.

5.4 Pembahasan Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir

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 intrauterin ke kehidupan ekstrauterin (Dewi, 2013).Berat badan 2500-4000 gram. Adapun ciri-ciri BBL yaitu panjang badan 48-52 cm, lingkar dada 30-38 cm, lingkar kepala 33-35 cm, frekuensi jantung 120-160 x/menit, pernapasan 40-60x/menit.

Bayi Ny. “A” lahir secara spontan, dengan berat lahir 2900 gram, PB 49 cm, LIDA 33 cm, LIKA 34 cm, dari hasil pemeriksaan tanda-tanda vital dalam batasan normal (Vivian, 2010). Dilakukan pengukuran antropometri

dan pemeriksaan reflex pada bayi secara umum hasilnya normal tidak ada kelainan pada pemeriksaan ini. Pengukuran antropometri pada bayi bertujuan untuk mengetahui pertumbuhan bayi apakah fisiologis.Pemeriksaan refleks berfungsi menguji kondisi umum bayi serta kenormalan sistem saraf pusatnya(Marmi & Rahardjo, 2014).

Antara kunjungan pertama ke kunjungan kedua kenaikan berat badan sebesar 200 gram. Menurut teori yang mengatakan bahwa pada usia 0-6 bulan berat badan mengalami peningkatan pada setiap minggu sekitar 100-200 gram (Sacharin, 2009). Pada bayi Ny. “A” terjadi peningkatan berat badan karena Ny. “A” sering menyusui bayinya.

Pada bayi baru lahir biasanya akan BAB atau buang air besar dalam 24 jam pertama dan di dua hari pertama BAB bayi berwarna kehitaman dengan konsistensi lembek. Pada bayi Ny. “A”, BAB terjadi pada usia 0 hari dan berwarna hitam serta lengket. Hal ini normal, sesuai dengan teori warna hitam pada feses merupakan produk dari sel-sel yang diproduksi dalam saluran cerna selama bayi berada dalam kandungan (Marmi & Rahardjo, 2014).

Dilakukan asuhan bayi baru lahir pada bayi Ny. “A” pada jam-jam pertama kelahiran dengan dilakukan pemeriksaan fisik guna mengetahui kelainan atau masalah yang terjadi pada BBL seperti adanya kelainan *congenital* dan dari pemeriksaan fisik tidak ditemukan masalah, pemeriksaan antropometri, pencegahan terjadinya hipotermi, menyuntikkan vitamin K, pemberian salep mata gentamycin 1% serta pemberian imunisasi Hb0.

Bayi Ny. “A” setelah lahir diberikan salep mata, hal ini sesuai dengan teori bahwa pemberian salep mata ini bertujuan untuk pengobatan profilaktik mata yang resmi untuk *Neisseria gonorrhea*yang dapat

menginfeksi bayi baru lahir selama proses persalinan melalui jalan lahir. Pemberian Vit K dilakukan setelah pemberian salep mata yaitu dengan cara disuntikkan dipaha kiri. Dosis pemberian Vit K adalah 0,5 ml yang mengandung Vit K 1 mg. Menurut teori penyuntikan Vit K bertujuan untuk mencegah perdarahan yang bisa muncul karena kadar protrombin yang rendah pada beberapa hari pertama kehidupan bayi, rendahnya Vit K pada bayi juga disebabkan karena fungsi hati yang belum matang (Marmi & Rahardjo, 2012)

Asuhan yang diberikan selanjutnya adalah imunisasi Hepatitis B yang diberikan setelah 1 jam pemberian suntikan vit. K . Hal ini sesuai dengan teori, bahwa pemberian imunisasi Hepatitis B pada usia 0-7 hari. Tujuan imunisasi Hepatitis B adalah untuk mencegah penyakit hepatitis B yaitu penyakit infeksi yang dapat merusak hati (Marmi & Rahardjo, 2012).

Pemberian KIE terkait tentang ASI Eksklusif, pencegahan terjadinya hipotermi, pencegahan ikterus, tanda bahaya pada bayi serta perawatan pada BBL diantaranya yaitu dengan menganjurkan pada ibu untuk menjemur bayinya pada pagi hari serta tetap melakukan perawatan tali pusat pada bayi untuk mencegah terjadinya infeksi tali pusat sangat penting untuk dberikan pada ibu. Pemberian ASI Eksklusif adalah bayi hanya diberi ASI selama 6 bulan tanpa makanan pendamping apapun (Prasetyono, 2009). ASI Eksklusif terbukti dapat mencegah terjadi ikterus, selain itu ASI Eksklusif juga mampu membantu pemulihan organ reproduksi ibu.

Pada kunjungan pertama dan kedua, diakukan anamnese dan hasilnya Ny “A” tidak menerapkan ASI Eksklusif, bayi masih diberikan susu formula untuk tambahan ASI. Bayi baru lahir seharusnya diberikan ASI sajaselama 6 bulan, akan tetapi Ny. “A” sering memberikan ASI

namun ditambah dengan susu formula karena ibu merasa kurang bila diberi ASI saja sehingga sempat diberikan susu formula. Ny. “A” diberikan penjelasan tentang proses metabolisme ASI dalam tubuh bayi dan tetap memberikan motivasi kepada ibu untuk memberikan ASI saja sampai 6 bulan tanpa makanan pendamping pada bayinya.Pada susu formula mengandung lebih banyak kasein sehingga sulit dicerna oleh bayi dan menyebabkan saluran pencernaan bayi bekerja dengan sangat keras. Dalam ASI mengandung lipase sehingga mudah dicerna dan kandungan vitamin yang lebih banyaksehingga lebih mudah diserap dibandingkan susu formula. Hal ini yang menyebabkan bayi lebih mudah haus bila minum ASI (Naomi, 2018). Akibatnya payudara menjadi bengkak sehingga ibu kesakitan, dan akhirnya produksi ASI memang betul menjadi kurang. Belum lagi akibat pemberian susu formula, masalah medis lain yang mungkin timbul adalah perubahan flora usus, terpapar antigen dan kemungkinan meningkatnya sensitivitas bayi terhadap susu formula (alergi) dan bayi kurang mendapat perlindungan kekebalan dari kolostrum yang keluar justru di hari hari pertama kelahiran (IDAI, 2013).

Di PMBDillah Shobirin Amd. Keb menerapkan prinsip rawat gabung antara ibu dan bayi sehingga memberikan keleluasaan pada ibu untuk bisa melihat serta menyusui bayinya. Hal ini sesuai teori rawat gabung yaitu suatu cara perawatan dimana ibu dan bayi yang baru dilahirkan tidak dipisahkan, melainkan di tempatkan dalam sebuah ruangan kamar atau tempat bersama-sama selama 24 jam penuh dalam seharinya (Maryuni, 2009).

Asuhan yang diberikan pada bayi Ny. “A” ini terdapat kesenjangan antara teori dan praktek dalam hal penerapan ASI Eksklusif. Dengan diberikannya penjelasan yang lebih banyak tentang ASI eksklusif serta

dukungan dari suami dan keluarga dapat dilaksanakannya pemberian ASI saja selama 6 bulan tanpa makanan pendamping apapun. Namun, pada asuhan lainnya tidak terdapat kesenjangan antara teori dan praktek.

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 (Sulistyawati, 2013). Suntik KB 3 bulan digunakan untuk kontrasepsi parenteral mempunyai efek progesteron 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 (BKKBN, 2015).

Sebagai calon akseptor baru kontrasepsi, Ny. “A” diberikan KIE tentang macam-macam alat kontrasepsi yang diperbolehkan untuk ibu menyusui seperti implan, suntik 3 bulan, AKDR, MAL, Kondom, *coitus interuptus* serta keuntungan dan kelebihan dari masing-masing kontrasepsi Proses yang diberikan dalam KIE, salah satunya adalah konseling. Melalui konseling pemberian pelayanan membantu klien memilih cara KB yang cocok dan membantunya untuk terus menggunakan cara tersebut dengan benar. Konseling adalah proses pertukaran informasi dan interaksi positif antara klien-petugas untuk membantu klien mengenali kebutuhannya, memilih solusi terbaik dan

membuat keputusan yang paling sesuai dengan kondisi yang sedang dihadapi (Kemenkes, 2014).

Setelah diberikan konseling, Ny. “A” memilih KB suntik 3 bulan. Mulyani dkk (2016) menyebutkan bahwa efek samping KB suntik 3 bulan seperti gangguan menstruasi, kenaikan berat badan, lendir serviks menjadi lebih kental dan banyak, dapat menimbulkan flek pada wajah. Namun, efek yang timbul pada setiap orang akan berbeda. Setelah dijelaskan lebih rinci mengenai KB suntik 3 bulan, ibu dan suami memutuskan tetap memilih kontrasepsi tersebut. Kemudian dilakukan informed consent atas kontrasepsi yang dipilih. Hal ini sesuai dengan manajemen pelayanan KB menurut Kemenkes (2014).

Sebelum dilakukan tindakan penyutikkan, terlebih dahulu dilakukan pemeriksaan pada Ny. “A”. Setelah dilakukan pemeriksaan pada Ny “A” dengan hasil normal dan boleh dilakukan penyuntikan KB suntik 3 bulan Depo progestin 3 ml. konseling pasca penyuntikkan adalah menunda hubungan seksual sampai 7 hari setelah penggunaan KB (Wiknjosastro, 2010), memberitahukan kepada ibu apabila sewaktu-waktu ada keluhan segera kontrol ke tenaga kesehatan,menyepakati kunjungan ulang pada tanggal 26-10-2018.

Pada kunjungan kedua yaitu evaluasi 1 minggu pasca penggunaan KB dilakukan pemeriksaan tekanan darah dan penimbangan berat badan serta mengkaji keluhan yang dirasakan ibu. Efek dari KB suntik 3 bulan masih belum muncul di minggu pertama. Namun hal tersebut normal. Efek tersebut dapat muncul pada periode menstruasi berikutnya tergantung dari reaksi tubuh masing-masing orang sehingga ibu diberikan KIE agar tidak khawatir dalam menghadapi efek yang akan muncul.

Hasil yang didapatkan dari asuhan kebidanan pada Ny. “A” yaitu tidak ada kesenjangan antara asuhan yang ada dilapangan sesuai dengan apa yang ada di teori. Petugas sudah melakukan tindakan sesuai dengan prosedur.

BAB VI

PENUTUP

6.1 Kesimpulan

Setelah penulis melaksanakan asuhan kebidanan selama hamil, bersalin, nifas dan bayi baru lahir serta KB pada Ny. “A” usia 23 tahun di PMBDillah Shobirin, Amd. Keb Pakis - Kabupaten Malang yang dimulai pada usia kehamilan 33 minggu 4 hari sampai KB dapat diambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Setelah melaksanakan pengkajian, mendiagnosa, merencanakan, melaksanakan, mengevaluasi serta mendokumentasikan asuhan kehamilan pada Ny. “A“ didapatkan hasil fisiologis. Terdapat masalah keluhan pada Ny. “A” yaitu nyeri punggung dan sering BAK. Penatalaksanaan yang dilakukan penulis sudah sesuai dengan teori dan ibu melaksanakan asuhan yang diberikan.
2. Setelah melaksanakan pengkajian, mendiagnosa, merencanakan, melaksanakan, mengevaluasi serta mendokumentasikan asuhan pada proses persalinan pada Ny. “A” dari kala I sampai kala IV didapatkan masalah ketuban pecah dini. Asuhan yang diberikan pada Ny. “A” melalui induksi drip oksitosin tidak sesuai dengan teori serta standar syarat penanganan KPD. Sehingga pada persalinan Ny.A berlangsung sangat cepat. Hal tersebut dapat menimbulkan perdarahan akibat ruptur uteri, pecahnya *vasa previa* dengan tanda perdarahan, prolapsus bagian kecil janin terutama tali pusat, gejala terjadinya ruptur uteri immenens atau ruptur uteri, terjadinya *fetal*

distress karena gangguan sirkulasi retro-plasenta pada tetani uteri atau solusio plasenta.

3. Setelah melaksanakan pengkajian, mendiagnosa, merencanakan, melaksanakan, mengevaluasi serta mendokumentasikan asuhan pada masa nifas. Setelah melaksanakan asuhan keluhan yang dirasakan oleh Ny. "A" serta hasil pemeriksaan masih dalam batas fisiologis, Ibu melakukan asuhan yang sesuai diajarkan bidan dan penulis. Penatalaksanaan yang dilakukan penulis sudah sesuai dengan teori seperti memberikan KIE terkait nutrisi, perawatan payudara.
4. Setelah melaksanakan pengkajian, mendiagnosa, merencanakan, melaksanakan, mengevaluasi serta melakukan pendokumentasian pada bayi baru lahir mulai dari 6 jam dan 6 hari, maka dapat disimpulkan bahwa bayi dalam keadaan sehat. Setelah dilaksanakan asuhan terdapat kesenjangan antara teori dan praktek dalam hal penerapan ASI Eksklusif. Dengan diberikannya penjelasan yang lebih banyak tentang ASI eksklusif serta dukungan dari suami dan keluarga dapat dilaksanakannya pemberian ASI saja selama 6 bulan tanpa makanan pendamping apapun.
5. Setelah melaksanakan pengkajian, mendiagnosa, merencanakan, melaksanakan, mengevaluasi serta melakukan pendokumentasian asuhan keluarga berencana. Ibu memilih menggunakan KB suntik 3 bulan, dilakukan setelah selesai masa nifas di PMB Dillah Shobirin, Amd. Keb. Setelah melaksanakan asuhan tidak ditemukan perbedaan antara teori dan praktik.

6.2 Saran

6.2.1 Bagi Institusi Pendidikan

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

6.2.2 Bagi Peneliti

Asuhan yang sudah diberikan pada klien tidak sesuai standar kewenangan bidan. Sehingga sebaiknya setiap peneliti dapat menerapkan manajemen dan asuhan kebidanan yang sesuai dengan prosedur serta dapat melakukan peningkatan dalam pemberian asuhan pada ibu mulai masa hamil, bersalin, nifas, dan bayi baru lahir serta KB, khususnya peningkatan dalam pemberian pendidikan kesehatan.

6.2.3 Bagi Tempat Peneliti

Asuhan yang sudah diberikan pada klien tidak sesuai standar kewenangan bidan. diharapkan dapat melakukan asuhan kebidanan sesuai standar dan kewenangan sesuai profesi serta dapat mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan kesehatan agar dapat menerapkan setiap asuhan kebidanan sesuai dengan teori dari mulai kehamilan, persalinan, nifas, BBL dan KB.

6.2.4 Bagi Pasien

Kerjasama serta penerimaan pasien yang baik sehingga memudahkan mahasiswa dalam memberikan asuhan, di era sekarang ini yang penggunaan internet semakin canggih dapat dimanfaatkan dengan sebaik-baiknya

6.2.5 Peneliti Selanjutnya

Diharapkan penelitian selanjutnya melakukan asuhan kebidanan secara komprehensif mulai masa hamil sampai dengan KB dengan baik, sesuai standar dan kewenangannya sehingga dapat memberikan asuhan kepada pasien secara maksimal dan mencegah terjadinya komplikasi serta memberikan kemudahan serta penambahan pengetahuan pada pasien. Memperbanyak jurnal penelitian terkait dengan ANC, INC, PNC, BBL, serta KB sangat bagus untuk nenambah wawasan dalam memberikan KIE kepada pasien.

DAFTAR PUSTAKA

BKKBN, & dkk. 2015. *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi.* Jakarta: Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

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. 2018. Profil Kesehatan Jawa Timur Tahun 2017.

Dinkes.2018.Buku Saku Profil Kesehatan Kabupaten Malang Tahun 2017.

Hani, U., & dkk. 2014. *Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan Fisiologis.* Jakarta: Salemba Medika.

Kemenkes. 2015. *Buku Saku Pelayanan Kesehatan Neonatal Esensial.* Jakarta: Direktorat Jendral Bina Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak.

Kemenkes. 2013. *buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan.* Jakarta: Kemenkes.

Kemenkes. 2016. *Profil Kesehatan Indonesia 2015.* Jakarta: Kemenkes RI.

Maritalia, D. 2014. *Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui.* Yogyakarta: Pustaka Pelajar.

Marmi. dkk. 2014. *Asuhan Neonatus Bayi Balita Dan Anak Prasekolah*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.

Maryunani, A. 2013. *Asuhan Kegawatdaruratan Maternal & Neonatal.* Jakarta: Trans Info Medika.

Mufdilah, dkk. 2012. *Konsep Kebidanan*. Yogyakarta: Nuha Medika.

Rohani, d. 2014. *Asuhan Pada Masa Persalinan.* Jakarta: Salemba Medika.

Romauli, S. 2014. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan 1 Konsep Dasar Asuhan Kehamilan.* Yogyakarta: Muha Medika.

Sondakh, J. J. 2013. *Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir.* jakarta: Erlangga.

Sujiyati. dkk. 2011. *Asuhan Kebidanan II (Persalinan).* Yogyakarta: Rohima Press.

Sulistyawati, A., & Nugraheny, E. (2013). *Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin.* Jakarta: Salemba Medika.

LAMPIRAN

Lampiran 1

Jadwal Pelaksanaan LTA

JADWAL PELAKSANAAN LAPORAN TUGAS AKHIR

PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN

STIKES WIDYAGAMA HUSADA MALANG

2019

No	Kegiatan	Bulan																	
		Maret				April				Mei				Juni					
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
1.	Penyusunan Proposal																		
2.	Seminar Proposal																		
3.	Revisi																		
4.	Pelaksanaan Asuhan																		
5.	Penyusunan LTA																		
6.	Pelaksanaan Ujian LTA																		
7.	Revisi																		
8.	Pengumpulan Laporan LTA																		

Lampiran 2

Surat Pengantar Ke PMB Dillah Sobirin, Amd. Keb

YAYASAN PEMBINA PENDIDIKAN INDONESIA WIDYAGAMA MALANG (YPPIWM)
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKES)
WIDYAGAMA HUSADA
SK MENDIKNAS RI NOMOR: 130/D/0/2007
Program Studi : * D-3 Kebidanan * S-1 Kesehatan Lingkungan * S-1 Ilmu Keperawatan * Profesi Ners

Nomor : 80 /A-2/STIKES/III/2019
Lampiran : 1 (satu) lembar
Perihal : **Permohonan Ijin Memberikan Asuhan Kebidanan**

Kepada Yth. : BPM Ngadillah,Amd.Keb
Di –
Malang

Program Studi DIII Kebidanan STIKES Widyagama Husada telah memasuki Tahun Akademik 2018 – 2019 Semester VI (enam) , untuk menyelesaikan Laporan Tugas Akhir (LTA) kami mengajukan permohonan kepada ibu agar berkenan memberi ijin kepada mahasiswa kami untuk Memberikan Asuhan Kebidanan.

Adapun tujuan dari Laporan Tugas Akhir (LTA) sebagai syarat kelulusan Program Studi DIII Kebidanan STIKES Widyagama Husada, segala sesuatu yang berhubungan dengan ini kami serahkan pada kebijaksanaan Ibu.

Demikian permohonan ini kami sampaikan, atas kesediaan dan kerjasamanya kami sampaikan terima kasih.

Malang, 14 Maret 2019
Kaprodi DIII Kebidanan,

Yenik Angelia P.S.SiT.,M.Kes
NDP. 2003.05

Lampiran 3

Informed consent

SURAT PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya telah membaca lembar permohonan persetujuan asuhan kebidanan dan mendapatkan penjelasan mengenai tujuan dan manfaat asuhan yang berjudul "Asuhan Kebidanan Komprehensif".

Saya mengerti bahwa saya akan diminta untuk menjadi subjek pelaksanaan asuhan kebidanan.

Saya mengerti bahwa catatan mengenai data penelitian ini akan dirahasiakan. Informasi mengenai identitas saya tidak akan ditulis pada instrument penelitian dan akan disimpan secara terpisah serta terjamin kerahasiaannya.

Saya mengerti saya berhak menolak untuk berperan atau mengundurkan diri dari penelitian setiap saat tanpa adanya sanksi atau kehilangan hak – hak saya.

Saya telah diberi kesempatan untuk bertanya mengenai peran serta saya dalam penelitian ini, dan telah dijawab serta dijelaskan secara memuaskan. Saya secara sukarela dan sadar menyatakan bersedia berperan serta dengan menandatangani Surat Persetujuan Menjadi Subyek Penelitian.

Malang, Maret 2019

Mahasiswa,

(KALTIKA SARI)

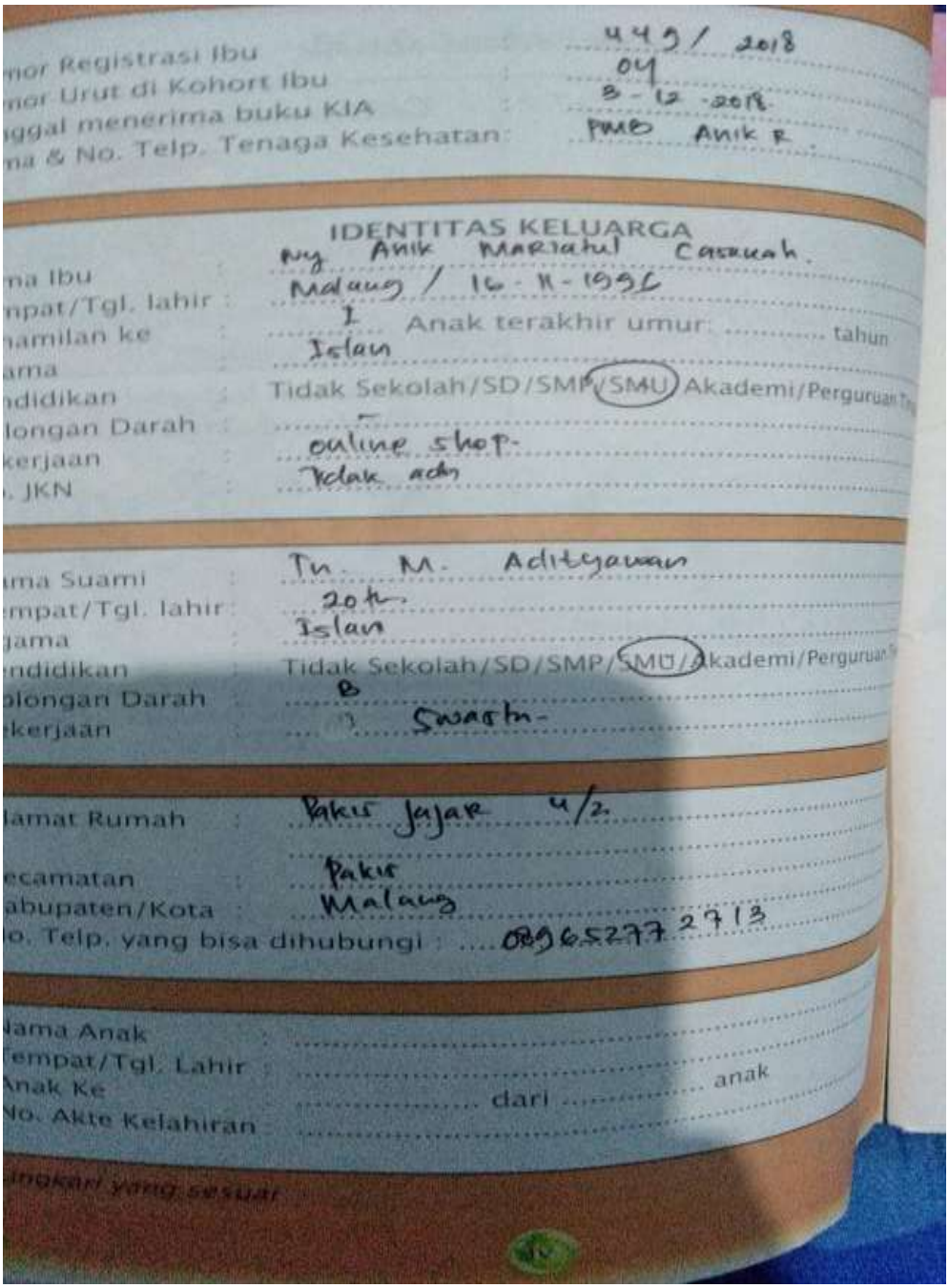
Subjek Penelitian

METERAI TEMPEL 6000

(SRIMULYATI D.P.)

Lampiran 4

Biodata



nor Registrasi Ibu : 449 / 2018
nor Urut di Kohort Ibu : 04
ggal menerima buku KIA : 3 - 12 - 2018
na & No. Telp. Tenaga Kesehatan : PMB Anik R.

IDENTITAS KELUARGA

na Ibu : Ny Anik Mariatul Casanah.
mpat/Tgl. lahir : Malang / 16 - 11 - 1995
amilan ke : 1 Anak terakhir umur: ..... tahun
ama : Islam
ndidikan : Tidak Sekolah/SD/SMP/(SMU)/Akademi/Perguruan T
longan Darah : -
kerjaan : online shop
. JKN : Tidak ada

ma Suami : Tn. M. Adityawan
mpat/Tgl. lahir : 20 th
jama : Islam
ndidikan : Tidak Sekolah/SD/SMP/(SMU)/Akademi/Perguruan T
longan Darah : B
kerjaan : Swasta

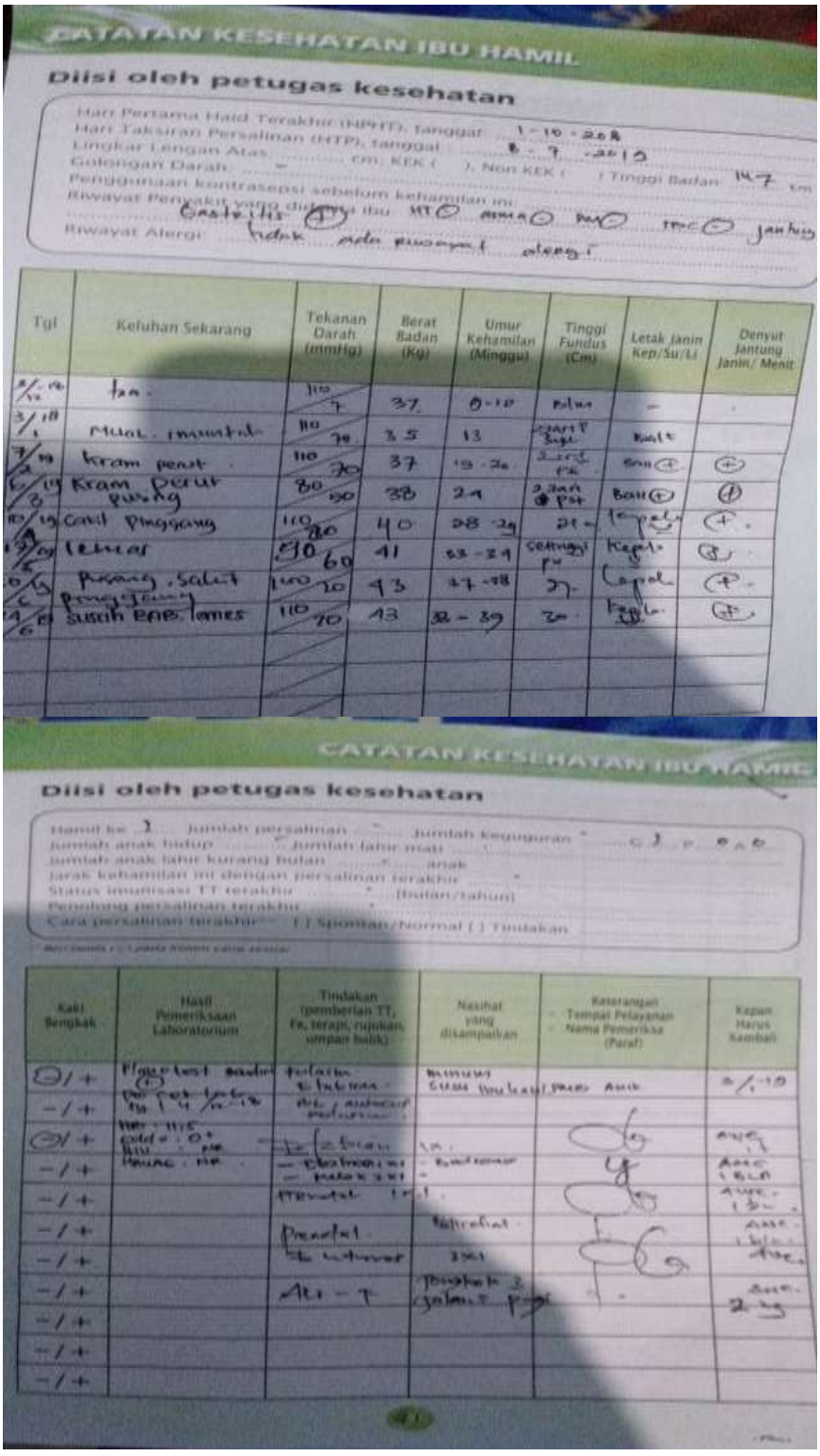
lamat Rumah : Pakis Jajar 4/2
ecamatan : Pakis
abupaten/Kota : Malang
lo. Telp. yang bisa dihubungi : 089652772713

lama Anak :
empat/Tgl. Lahir :
nak Ke ..... dari ..... anak
No. Akte Kelahiran :

ingkari yang sesuai

Lampiran 5

Catatan Kesehatan Ibu



CATATAN KESEHATAN IBU HAMIL

Diisi oleh petugas kesehatan

Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT), tanggal 1-10-208
Hari Taksiran Persalinan (HTP), tanggal 8-7-2019
Lingkar Lengan Atas ..... cm; KEK ( ), Non KEK ( ) Tinggi Badan 147 cm
Golongan Darah .....
Penggunaan kontrasepsi sebelum kehamilan ini:
Riwayat Penyakit yang diderita ibu: HT ( ) anemia ( ) PMS ( ) TBC ( ) jantung
Riwayat Alergi: tidak ada riwayat alergi

Tgl	Keluhan Sekarang	Tekanan Darah (mmHg)	Berat Badan (Kg)	Umur Kehamilan (Minggu)	Tinggi Fundus (Cm)	Letak Janin Kep/Su/Li	Denyut Jantung Janin/ Menit
2/12	Tidak	110/70	37	8-10	Belum	-	-
3/1	Mual, muntah	110/70	35	13	Diatas Sipsi	Kepala	
7/1	Kram perut	110/70	37	19-20	2 jari Px	Bokong (+)	(+)
6/1	Kram perut pusing	80/50	38	24	2 jari Px	Bokong (+)	(+)
10/1	Cairan Pinggang	110/80	40	28-29	2 jari	Tempat	(+)
5/1	Lemas	80/60	41	33-34	Setinggi Px	Kepala	(+)
10/1	Pusing, Sakit pinggang	100/70	43	37-38	2 jari	Kepala	(+)
4/2	Susah BAB, lemas	110/70	43	38-39	2 jari	Kepala	(+)

CATATAN KESEHATAN IBU HAMIL

Diisi oleh petugas kesehatan

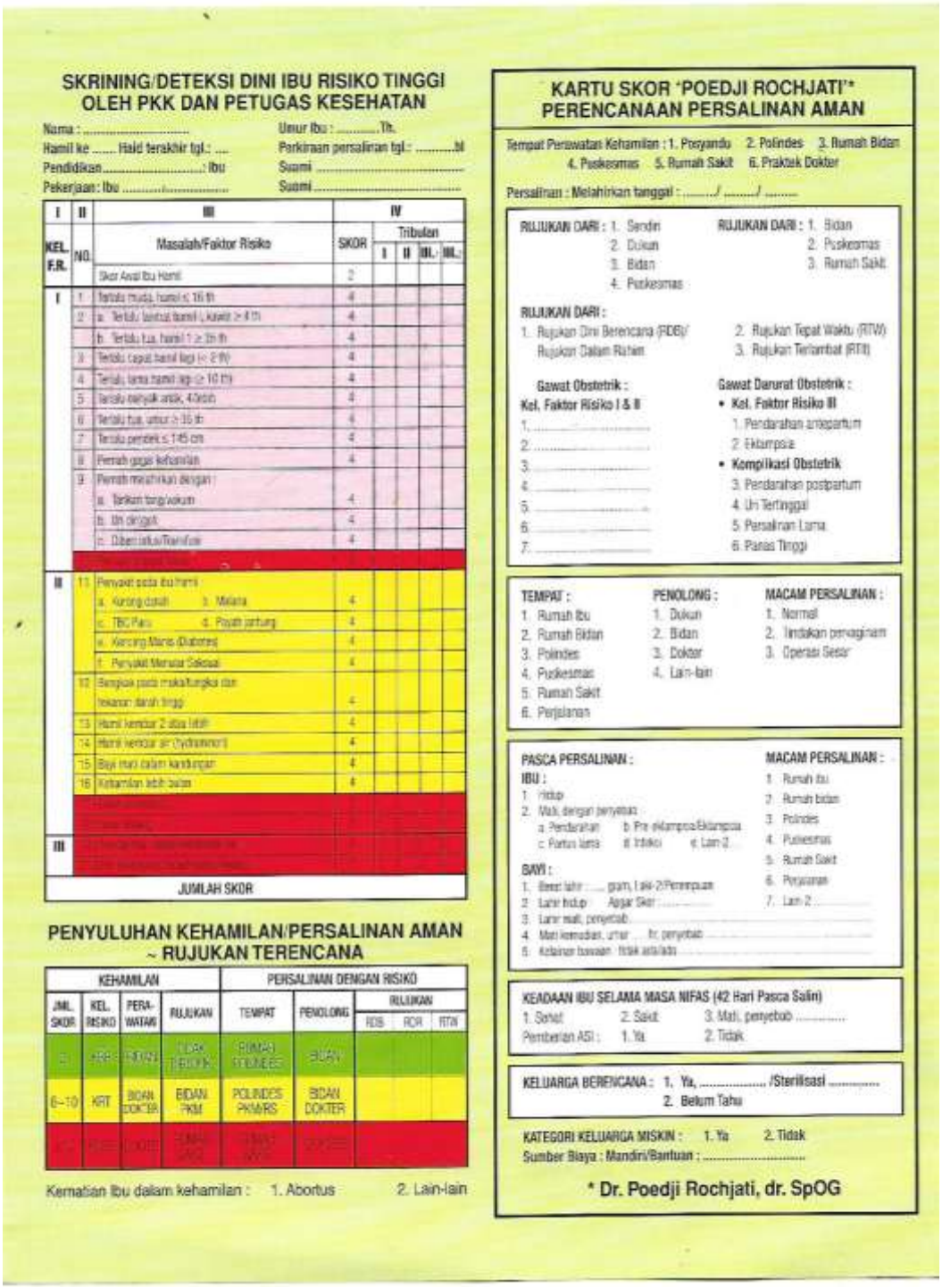
Hamil ke 1 Jumlah persalinan - Jumlah keguguran 0 P 0 A 0
Jumlah anak hidup - Jumlah lahir mati -
Jumlah anak lahir kurang bulan - anak
Jarak kehamilan ini dengan persalinan terakhir -
Status imunisasi TT terakhir - (bulan/tahun)
Penolong persalinan terakhir -
Cara persalinan terakhir ( ) Spontan/Normal ( ) 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
(-)/+	Protein (+)	Fe 1 x 1	Minum obat teratur	Bidan Anik	2/1-19
-/+					
(-)/+					
-/+					
-/+					
-/+					
-/+					
-/+					
-/+					
-/+					

41

Lampiran 6

Skor Poeji Rochjati



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

Nama : ..... Umur Ibu : ..... Th.
Hamil ke ..... Hasil terakhir tgl.: .... Perkiraan persalinan tgl.: ..... bl
Pendidikan ..... : Ibu Suami .....
Pekerjaan : Ibu ..... Suami .....

I	II	III	IV				
KEL. F.R.	NO.	Masalah/Faktor Risiko	SKOR	Tribulan I	II	III	III
		Skor Awal Ibu Hamil	2				
I	1	Terlalu muda, hamil ≤ 16 th	4				
	2	a. Terlalu tua hamil I, umur ≥ 4 th	4				
		b. Terlalu tua, hamil 1 ≥ 10 th	4				
	3	Terlalu cepat hamil lagi (< 2 th)	4				
	4	Terlalu lama hamil lagi (≥ 10 th)	4				
	5	Terlalu banyak anak, 4/lebih	4				
	6	Terlalu tua, umur ≥ 35 th	4				
	7	Terlalu pendek ≤ 145 cm	4				
	8	Pernah gagal kehamilan	4				
	9	Pernah melahirkan dengan :					
		a. Tarikan tang/vakum	4				
		b. Uri dirogoh	4				
		c. Diberi infus/Transfusi	4				
II	11	Penyakit pada ibu hamil					
		a. Kurang darah b. Malaria	4				
		c. TBC Paru d. Payah jantung	4				
		e. Kencing Manis (Diabetes)	4				
		f. Penyakit Menular Seksual	4				
	12	Bengkak pada muka/tungkai dan tekanan darah tinggi	4				
	13	Hamil kembar 2 atau lebih	4				
	14	Hamil kembar air (hydramnion)	4				
	15	Bayi mati dalam kandungan	4				
	16	Kehamilan lebih bulan	4				
III							
		JUMLAH SKOR					

PENYULUHAN KEHAMILAN/PERSALINAN AMAN ~ RUJUKAN TERENCANA

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

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

KARTU SKOR 'POEDJI ROCHJATI'* PERENCANAAN PERSALINAN AMAN

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

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

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

RUJUKAN DARI : 1. Bidan 2. Puskesmas 3. Rumah Sakit

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

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

Gawat Darurat Obstetrik :
- Kel. Faktor Risiko III
  1. Perdarahan antepartum
  2. Eklampsia
- Kompilasi Obstetrik
  3. Perdarahan postpartum
  4. Uri Tertinggal
  5. Persalinan Lama
  6. Panas Tinggi

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

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

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

PASCA PERSALINAN :
IBU :
1. Hidup
2. Mati, dengan penyebab :
   a. Perdarahan b. Pre eklampsia/Eklampsia
   c. Partus lama d. Infeksi e. Lain 2

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

MACAM PERSALINAN :
1. Rumah ibu
2. Rumah bidan
3. Polindes
4. Puskesmas
5. Rumah Sakit
6. Perjalanan
7. Lain 2 .....

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

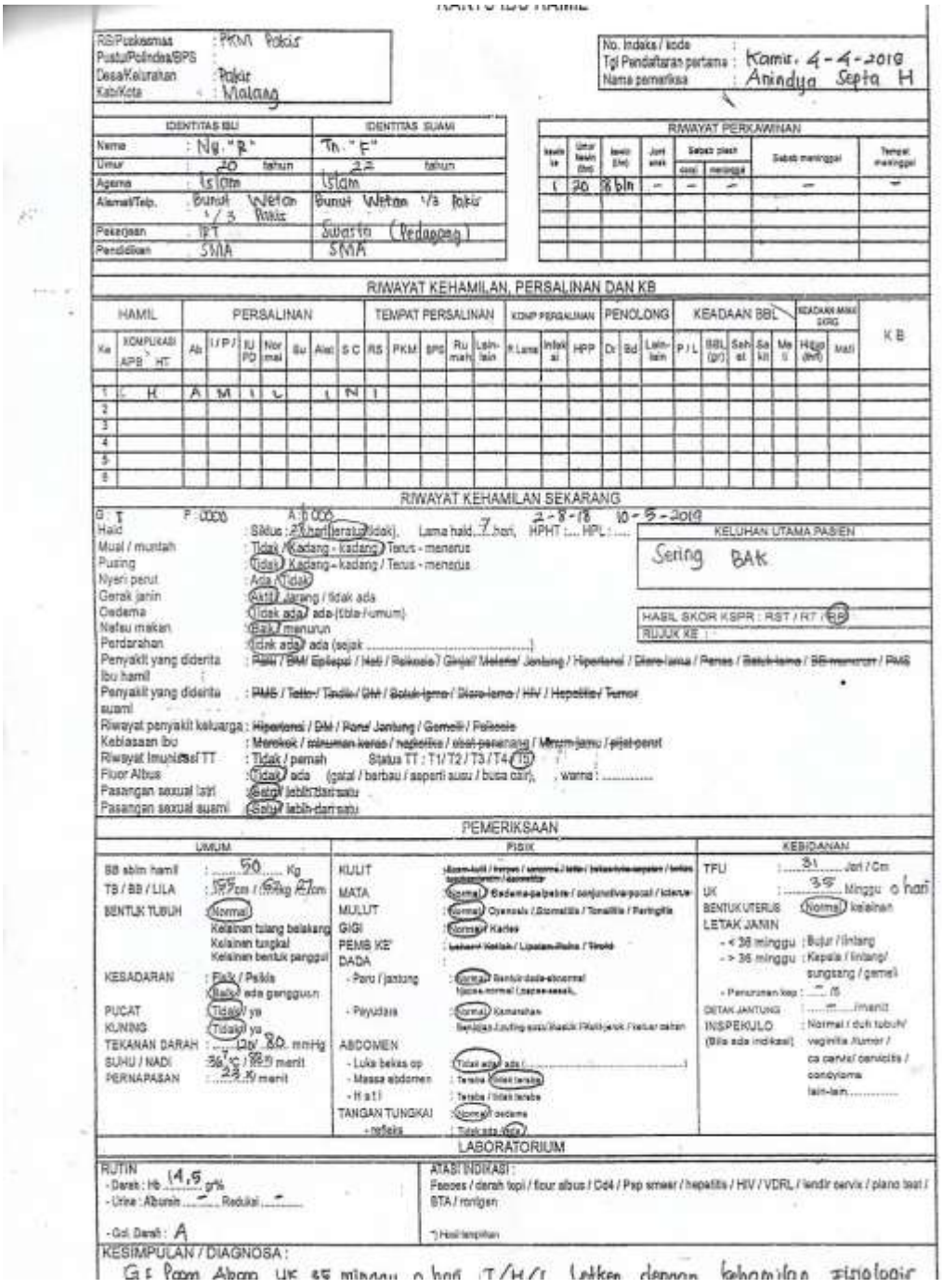
KELUARGA BERENCANA : 1. Ya, ... /Sterilisasi .....
2. Belum Tahu

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

*** Dr. Poedji Rochjati, dr. SpOG**

Lampiran 7

Kartu Ibu Hamil



KARTU IBU HAMIL

RS/Puskesmas : PKM Pakis
Pustu/Polindes/BPS :
Desa/Kelurahan : Pakis
Kab/Kota : Malang

No. Indeks / kode :
Tgl Pendaftaran pertama : Kamis, 4-4-2019
Nama pemeriksa : Anindya Septa H

IDENTITAS IBU		IDENTITAS SUAMI	
Nama	: Ny. "R"		Tn. "F"
Umur	: 20 tahun		22 tahun
Agama	: Islam		Islam
Alamat/Telp.	: Bunut Wetan 1/3 Pakis		Bunut Wetan 1/3 Pakis
Pekerjaan	: IRT		Swasta (Pedagang)
Pendidikan	: SMA		SMA

RIWAYAT PERKAWINAN

Kawin ke	Umur kawin (thn)	Lama kawin (thn)	Jml anak	Sebab plasenta: cerai	Sebab plasenta: meninggal	Sebab meninggal	Tempat meninggal
1	20	8 bln	-	-	-	-	-

RIWAYAT KEHAMILAN, PERSALINAN DAN KB

HAMIL: Ke	HAMIL: KOMPLIKASI APB / HT	PERSALINAN: Ab	I / P /	IU PD	Normal	Bu	Aks	SC	TEMPAT PERSALINAN: RS	PKM	BPS	Rumah	Lain-lain	KOMP PERSALINAN: Lama	Infeksi	HPP	PENOLONG: Dr	Bd	Lain-lain	KEADAAN BBL: P / L	BBL (gr)	Sehat	Sakit	Mati	KEADAAN MAKE SURG: Hidup (thn)	Mati	KB
1	L H	A	M	I	C		1	N	1																	
2																										
3																										
4																										
5																										
6																										

RIWAYAT KEHAMILAN SEKARANG

G 1 P 0000 A 0 000 2-8-18 10-5-2019

Haid : Siklus : 28 hari (teratur/tidak). Lama haid : 7 hari, HPHT : ... HPL : ...
Mual / muntah : Tidak / Kadang - kadang / Terus - menerus
Pusing : Tidak / Kadang - kadang / Terus - menerus
Nyeri perut : Ada / Tidak
Gerak janin : Aktif / Jarang / tidak ada
Oedema : Tidak ada / ada (tibia-lumum)
Nafsu makan : Baik / menurun
Perdarahan : tidak ada / ada (sejak .....)
Penyakit yang diderita ibu hamil : ~~Asma~~ / ~~DM~~ / ~~Epilepsi~~ / ~~Hati~~ / ~~Psikosis~~ / Ginjal / ~~Malaria~~ / Jantung / ~~Hipertensi~~ / ~~Diare lama~~ / ~~Penyakit kelamin~~ / ~~Batuk lama~~ / ~~BB menurun~~ / ~~PMS~~
Penyakit yang diderita suami : ~~PMS~~ / ~~Tetter~~ / ~~Tendiu~~ / ~~DM~~ / ~~Batuk lama~~ / ~~Diare lama~~ / ~~HIV~~ / ~~Hepatitis~~ / ~~Tumor~~
Riwayat penyakit keluarga : ~~Hipertensi~~ / ~~DM~~ / ~~Penyakit Jantung~~ / ~~Gemelli~~ / ~~Psikosis~~
Kebiasaan ibu : ~~Merokok~~ / ~~minuman keras~~ / ~~narkotika~~ / ~~obat-obatan~~ / ~~Minum jamu~~ / ~~pijat perut~~
Riwayat Imunisasi TT : Tidak / pernah Status TT : T1 / T2 / T3 / T4 (T5)
Fluor Albus : Tidak / ada (gatal / berbau / seperti susu / buih cair), warna : .....
Pasangan sexual lain : Satu / lebih dari satu
Pasangan sexual suami : Satu / lebih dari satu

KELUHAN UTAMA PASIEN: Sering BAK

HASIL SKOR KSPR : RST / RT / RR
RUJUK KE :

PEMERIKSAAN

UMUM

BB sblm hamil : 50 Kg
TB / BB / LILA : 155 cm / 62 kg / 27 cm
BENTUK TUBUH : Normal / Kelainan tulang belakang / Kelainan tungkai / Kelainan bentuk panggul
KESADARAN : Baik / Pasien / Baik / ada gangguan
PUCAT : Tidak / ya
KUNING : Tidak / ya
TEKANAN DARAH : 120/80 mmHg
SUHU / NADI : 36°C / 88 menit
PERNAPASAN : 23 x/ menit

FISIK

KULIT : ~~Sawo matang~~ / ~~kering~~ / ~~sianosis~~ / ~~ikterik~~ / ~~kebiruan~~ / ~~pucat~~ / ~~lembab~~ / ~~dermatitis~~
MATA : Normal / ~~Oedema palpebra~~ / ~~conjunctiva pucat~~ / ~~ikterik~~
MULUT : Normal / ~~Oyanosis~~ / ~~Stomatitis~~ / ~~Tonsilitis~~ / ~~Perdangitis~~
GIGI : Normal / ~~Caries~~
PEMB KE : ~~Lebam~~ / ~~Ketiak~~ / ~~Lipatan-Paha~~ / ~~Tiroid~~
DADA :
- Paru / jantung : Normal / ~~Bentuk dada abnormal~~ / ~~Tidak normal (cepat-sesak)~~
- Payudara : Normal / ~~Kemerahan~~ / ~~Benjolan~~ / ~~Lecet~~ / ~~Nyeri tekan~~
ABDOMEN
- Luka bekas op : Tidak ada / ada (.....)
- Massa abdomen : Teraba / Tidak teraba
- Hati : Teraba / Tidak teraba
TANGAN TUNGKAI : Normal / oedema
- refleks : Tidak ada / ada

KEBIDANAN

TFU : 31 Jari / Cm
UK : 35 Minggu 0 hari
BENTUK UTERUS : Normal / kelainan
LETAK JANIN
- < 36 minggu : Bujur / lintang
- > 36 minggu : Kepala / lintang / sungsang / gemeli
- Penurunan kep : ... /5
DETAK JANTUNG : ... x/menit
INSPEKULO (Bila ada indikasi) : Normal / duh tubuh / vegnitis /tumor / ca cervix/ cervicitis / condyloma / lain-lain .....

LABORATORIUM

RUTIN
- Darah : Hb 14,5 gr%
- Urine : Albumin ... Reduksi ...
- Gol. Darah : A

ATAS INDIKASI :
Pasces / darah tepi / four albus / Cd4 / Pap smear / hepatitis / HIV / VDRL / leadir cervix / plano test / BTA / rontgen
*) Hasil lampiran

KESIMPULAN / DIAGNOSA :
G1 P0 A0 UK 35 minggu 0 hari T/H/C Letkep dengan kehamilan fisiologis

CANA PERSALINAN

enolong : Bidan
empat : PMB

Pendamping : Suami
Calon donor :

KUNJUNGAN ULANGAN

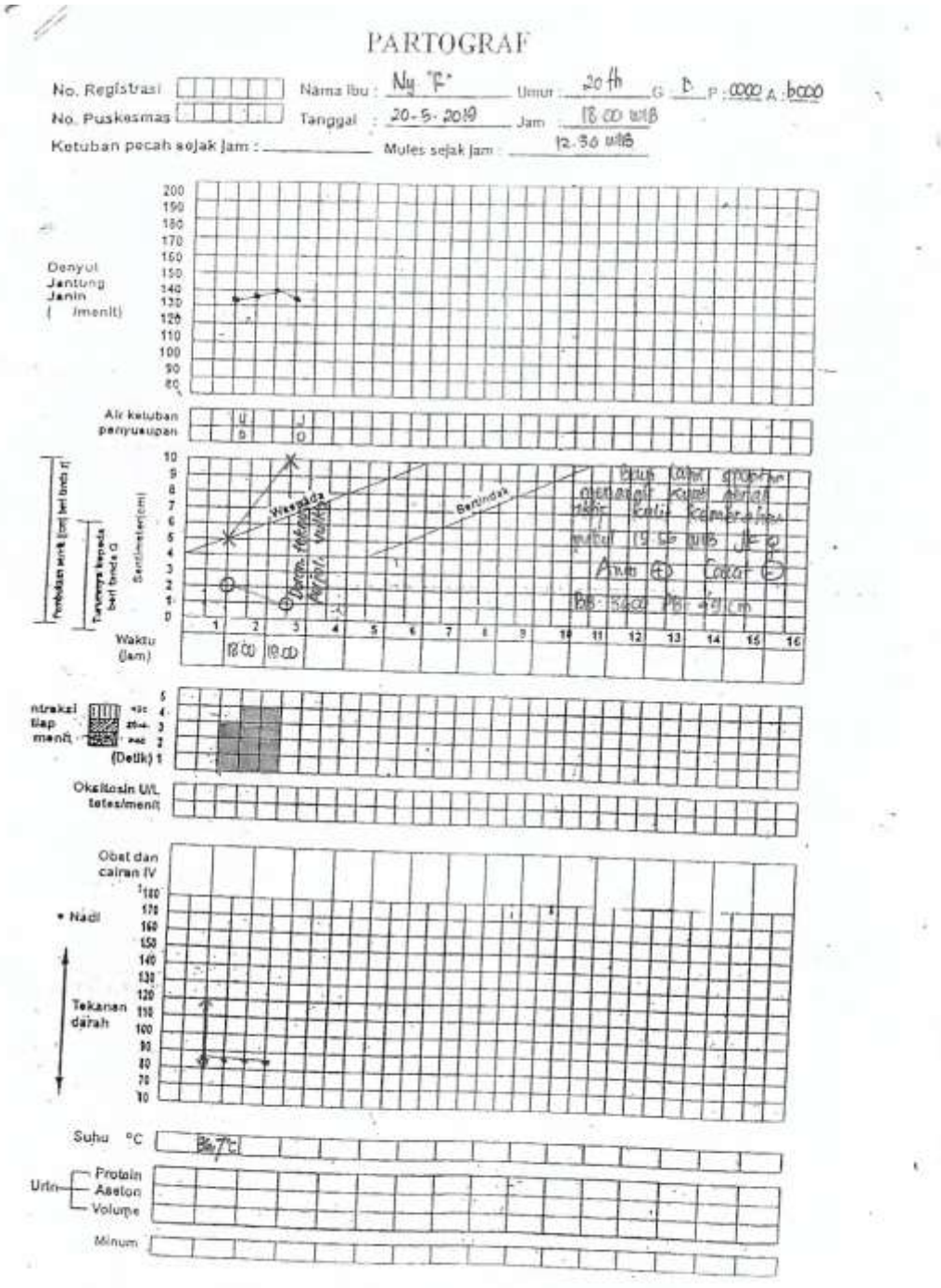
KELUHAN	UMUM					KEBIDANAN							Penyuluhan *)	Dirujuk ke	KET
	BB	TD	NADI	RR	Oedem Tungkai	TFU (jari/cm)	Letak Janin	DJJ	GERAK JANIN Aktif	GERAK JANIN Jarang	Terapi / Pengobatan	Umur Kehamilan			Pemeriksa
2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
ering BAK	62	120/80	88x/i	23x/i	-	31 cm	Kep	136	✓			39 mgg 0 hari	KIE Keluhan Utama KIE Senam Hamil		Anindya
ering BAK. Nyeri pada kemaluan	63	110/70	88x/i	23x/i	-	33 cm	Kep	135	✓			36 mgg 0 hari	KIE Keluhan Utama KIE persiapan persalinan		Anindya
Nyeri pada kemaluan	64	120/80	86x/i	24x/i	-	32 cm	Kep	148	✓			38 mgg 3 hari	KIE Keluhan Utama KIE Tanda2 persalinan		Anindya
usah Tidur	66	120/70	88x/i	23x/i	-	31 cm	Kep	145	✓			39 mgg 4 hari	KIE Keluhan Utama KIE Jalan pagi 30 menit. baik dlm rumah tangga.		Anindya

zi (nutrisi ibu hamil) (01)
bersihan (02)
kerjaan dan perilaku sehari-hari (03)
ah raga (04)
rawatan Payudara dan Asi / PASI (05)
ntingnya pemeriksaan kehamilan (06)

- Tanda-tanda kehamilan resiko tinggi (07)
- Persalinan oleh tenaga kesehatan kompeten (08)
- KB setelah melahirkan (09)
- Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) (10)
- IMS / HIV - AIDS / PMTCT (ARV, SC, VCT) (11)
- IMD (12)

Leampiran 8

Partograf



CATATAN PERSALINAN

1. Tanggal : 20-5-2018
2. Nama bidan : Ny. Amik Pelengarwati, Amd. Keb
3. Tempat persalinan :
   - ☐ Rumah ibu
   - ☐ Polindes
   - ☐ Klinik Swasta
   - ☐ Puskesmas
   - ☐ Rumah Sakit
   - ☑ Lainya Rumah Bidan
4. Alamat Tempat persalinan : Ds. Rowo Ampeldento
5. Catatan ☐ rujuk, kala I/II/III/IV
6. Alasan merujuk : -
7. Tempat rujukan : -
8. Pendamping pada saat merujuk :
   - ☐ Bidan
   - ☐ Teman
   - ☐ Suami
   - ☐ Dukun
   - ☐ Keluarga
   - ☐ Tidakada

KALA I

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

KALA II

12. Episiotomi :
    - ☐ Ya, indikasi
    - ☑ Tidak
14. Pendamping pada saat persalinan :
    - ☑ Suami
    - ☐ Teman
    - ☐ Tidak ada
    - ☐ Keluarga
    - ☐ Dukun
15. Gawat janin :
    - ☐ Ya, tindakan yang dilakukan :
      a. -
      b. -
      c. -
    - ☑ Tidak
    - ☐ Pemantauan DJJ setiap 5-10 menit selama kala II, hasil : 140 x/menit
16. Distosia bahu
    - ☐ Ya, tindakan yang dilakukan :
      a. -
      b. -
      c. -
    - ☐ Tidak
17. Masalah lain, sebutkan : Tidak ada
18. Penatalaksanaan masalah tersebut -

KALA III

19. Inisiasi menyusu dini
    - ☑ Ya
    - ☐ Tidak alasannya
20. Lama kala III : 4 menit
21. Pemberian Oksitosin 10 U IM ?
    - ☑ Ya, waktu 1 menit sesudah persalinan
    - ☐ Tidak, alasan : -
22. Penjepitan dan pemotongan tali pusat ?
    - ☑ Ya, waktu 1 menit
    - ☐ Tidak alasan : -
23. Pemberian ulang Oksitosin (2x) ?
    - ☐ Ya, alasan -
    - ☑ Tidak
24. Penegangan tali pusat terkendali ?
    - ☑ Ya
    - ☐ Tidak, alasan : -
25. Masase fundus uteri
    - ☑ Ya
    - ☐ Tidak alasan :
26. Plasenta lahir lengkap (intact) (Ya) Tidak
    - ☐ Jika tidak lengkap tindakan yang dilakukan :
      a. -
      b. -
27. Plasenta tidak lahir > 30 menit : Ya / (Tidak)
    - ☐ Ya, tindakan :
      a. -
      b. -
      c. -
28. Laserasi :
    - ☐ Ya, dimana Mukosa vagina, kulit perinium & otot perinium
    - ☐ Tidak -
29. Jika laserasi/episiotomi, derajat : 1 (2) / 3 / 4
    Tindakan :
    - ☑ Penjahitan, dengan / (tanpa anestesi)
    - ☐ Tidak dijahit, alasan :
30. Atonia uteri
    - ☐ Ya, tindakan :
      a. -
      b. -
      c. -
    - ☐ Tidak
31. Jumlah pendarahan : ± 150 cc
32. Masalah lain, sebutkan : Tidak ada
33. Penatalakaanaan masalah tersebut : -
34. Hasilnya : Kala IV normal

BAYI BARU LAHIR :

35. Berat badan 3600 gram
36. Panjang 49 cm
37. Jenis kelamin L/(P)
38. Penilaian bayi baru lahir : (baik) / ada penyulit
39. Bayi lahir dengan A/S : 9
    - ☑ Normal, tindakan :
      - ☑ Mengeringkan
      - ☑ Menghangatkan
      - ☑ Rangsang taktil
      - ☑ Bungkus bayi dan tempatkan disisi ibu
    - ☐ Asiksia ringan / pucat / biru / lemas / tindakan :
      - ☐ Mengeringkan
      - ☐ 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 : -
    Hasilnya : bbl normal
42. Pemberian vit. A 200.000 iu pada ibu
    - ☑ 1 jam setelah melahirkan
    - ☑ 24 jam setelah pemberian pertama
43. Pada bayi
    - ☑ Inj. Vit K segera setelah bayi lahir jam setelah lahir
    - ☑ zalf mata segera setelah bayi lahir jam setelah lahir
    - ☑ Hb. uniject 1 jam setelah lahir

PEMANTAUAN PERSALINAN KALA IV

Jam ke	Waktu	Tekanan Darah	Nadi	Suhu	Tinggi fundus uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Pendarahan
1	20.10	110/70	85	36.7	1 jari ↓ pusat	Baik	Kosong	± 200 cc
	20.25	110/70	85	[illegible]	1 jari ↓ pusat	Baik	Kosong	± 100 cc
	20.40	110/70	85	[illegible]	1 jari ↓ pusat	Baik	Kosong	± 100 cc
	20.55	110/70	85	[illegible]	1 jari ↓ pusat	Baik	Kosong	± 50 cc
2	21.25	110/70	85	36.7	2 jari ↓ pusat	Baik	Kosong	± 50 cc
	21.55	120/70	84	[illegible]	2 jari ↓ pusat	Baik	Kosong	± 50 cc

Masalah Kala IV
Penatalaksanaan masalah tersebut

Lampiran 9

24 Penapisan

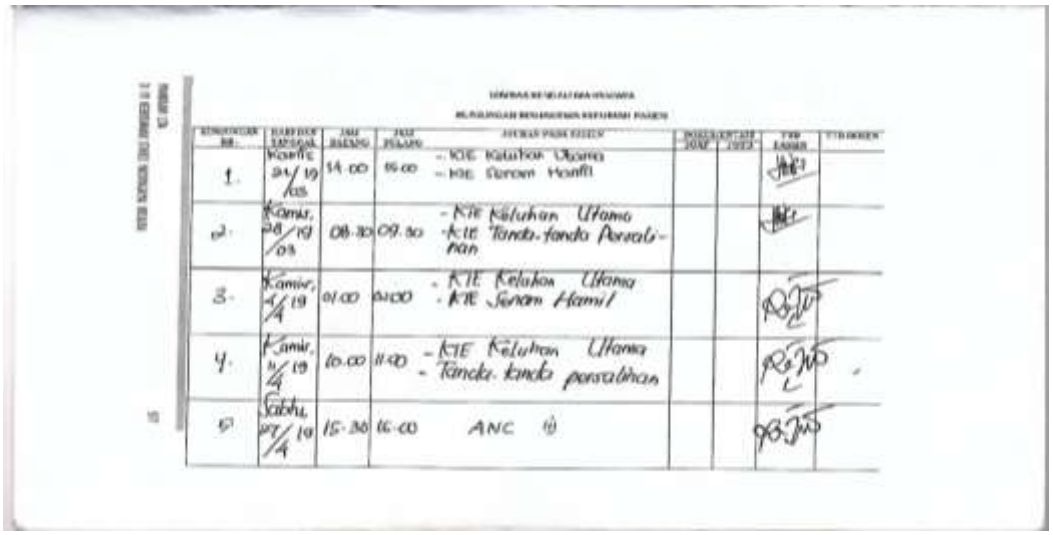
PENAPISAN IBU NERSALIN

DETEKSI KEMUNGKINAN KOMPLIKASI GAWAT

i. Riwayat bedah secar
ii. Perdarahan pervaginam
iii. Persalinan kurang bulan (<37 minggu)
iv. Ketuban pecah dengan mekonium kental
v. Ketuban pecah selama (>24 jam)
vi. Ketuban pecah pada persalinan kurang bulan (<37 minggu)
vii. Ikterus
viii. Anemia
ix. Tanda atau gejala infeksi
x. Preeklamsia/hipertensi dalam kehamilan
xi. Tinggi fundus 40 cm/lebih
xii. Gawat janin
xiii. Primipara dalam fase aktif ke[ala masih 5/5
xiv. Presentasi bukan belakang kepala
xv. Presentasi ganda (majemuk)
xvi. Kehamilan ganda atau gemelli
xvii. Tali pusat menumbung
xviii. Syok
xix. Bumil TKI
xx. Suami pelayaran
xxi. Suami atau bumil bertato
xxii. HIV/AIDS
xxiii. PMS
xxiv. Anak Mahal

Lampiran 10

Lembar Kendali Mahasiswa

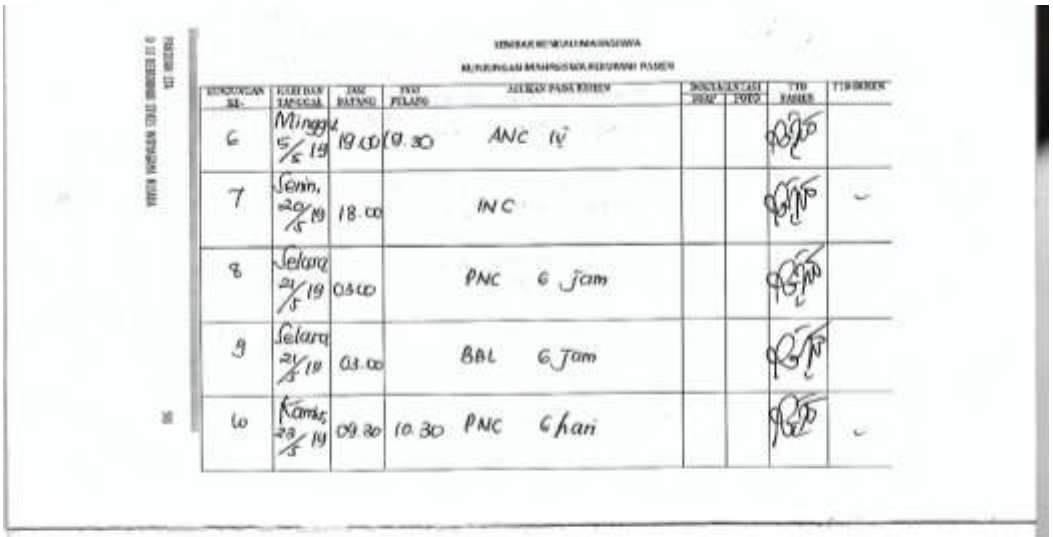


LEMBAR KENDALI MAHASISWA

MUNJUNGAN MAHASISWA KEPUNAN PASIEN

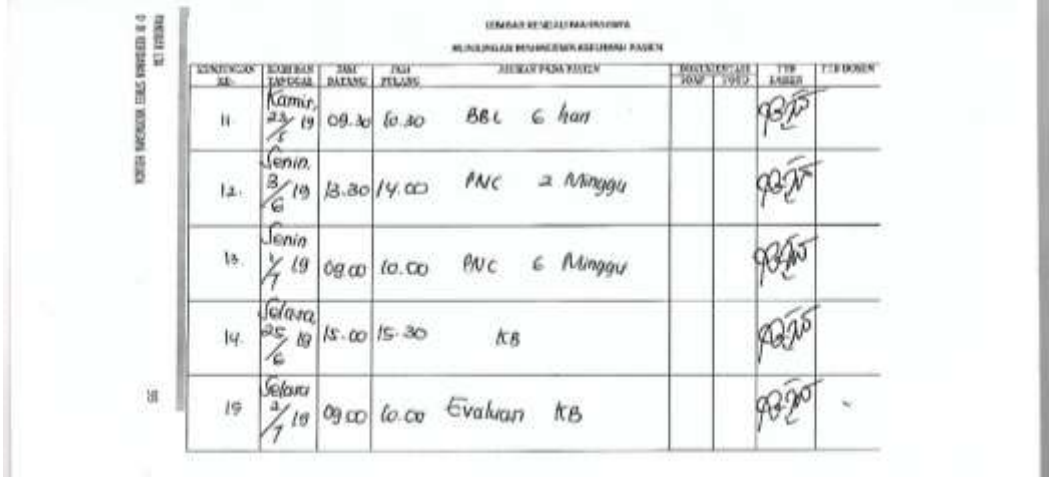
KUNJUNGAN KE.	HARI DAN TANGGAL	JAM DATANG	JAM PULANG	JALIKAN PADA PASIEN	DOKUMENTASI JOAP	DOKUMENTASI FOTO	TTD PASIEN	TTD DOSEN
1.	Kamis 21/19/03	14.00	16.00	- KIE Keluhan Utama - KIE Senam Hamil			[signature]	
2.	Kamis, 28/19/03	08.30	09.30	- KIE Keluhan Utama - KIE Tanda-tanda Persalinan			[signature]	
3.	Kamis, 4/19/4	01.00	02.00	- KIE Keluhan Utama - KIE Senam Hamil			[signature]	
4.	Kamis, 11/19/4	10.00	11.00	- KIE Keluhan Utama - Tanda-tanda persalinan			[signature]	
5	Sabtu, 27/19/4	15.30	16.00	ANC IV			[signature]	

LEMBAR KENDALI MAHASISWA



MUNJUNGAN MAHASISWA KEPUNAN PASIEN

KUNJUNGAN KE.	HARI DAN TANGGAL	JAM DATANG	JAM PULANG	JALIKAN PADA PASIEN	DOKUMENTASI JOAP	DOKUMENTASI FOTO	TTD PASIEN	TTD DOSEN
6	Minggu 5/5/19	19.00	19.30	ANC IV			[signature]	
7	Senin, 20/5/19	18.00		INC			[signature]	
8	Selasa 21/5/19	03.00		PNC 6 jam			[signature]	
9	Selasa 21/5/19	03.00		BBL 6 Jam			[signature]	
10	Kamis, 23/5/19	09.30	10.30	PNC 6 hari			[signature]	



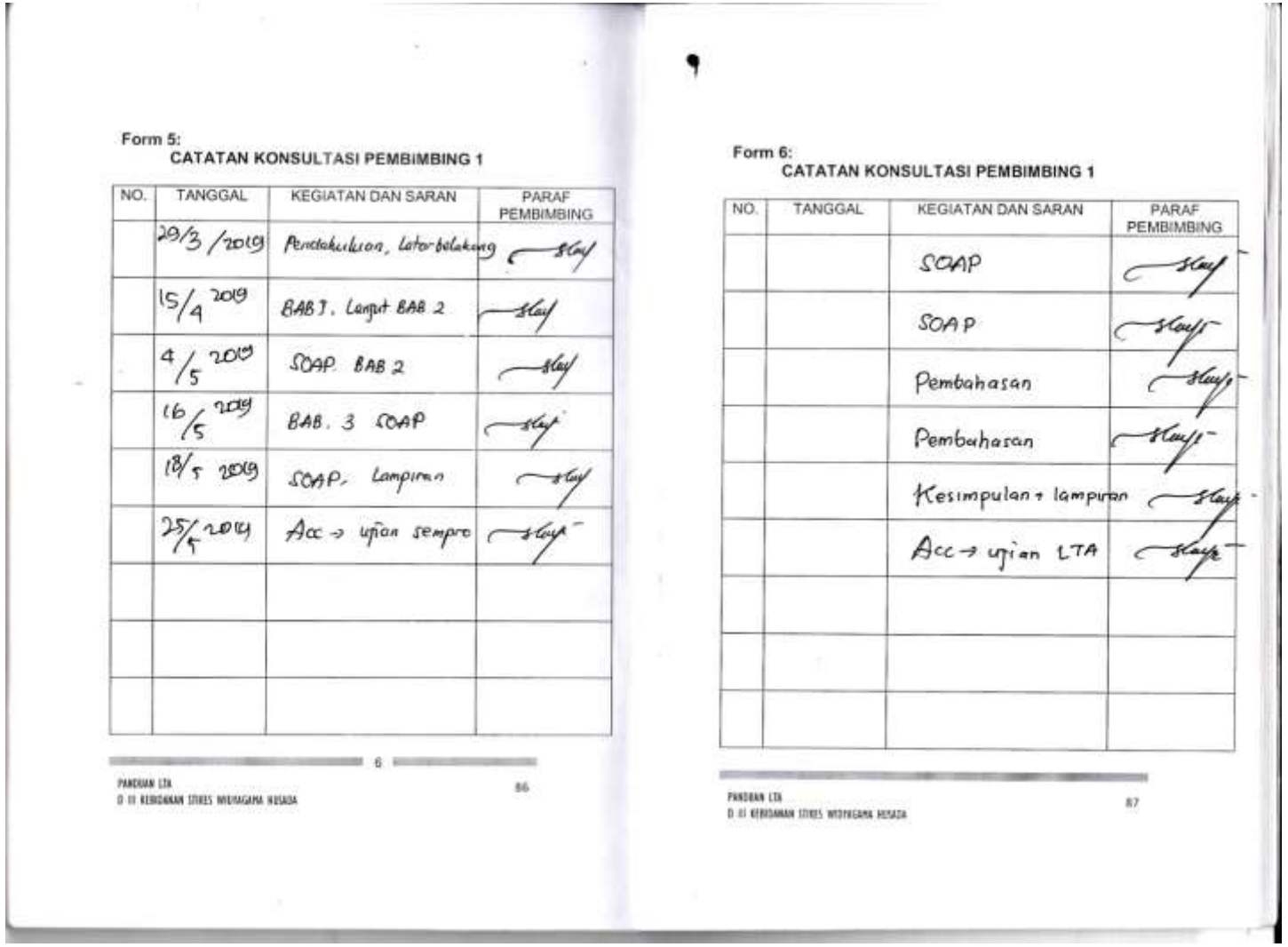
LEMBAR KENDALI MAHASISWA

MUNJUNGAN MAHASISWA KEPUNAN PASIEN

KUNJUNGAN KE.	HARI DAN TANGGAL	JAM DATANG	JAM PULANG	JALIKAN PADA PASIEN	DOKUMENTASI JOAP	DOKUMENTASI FOTO	TTD PASIEN	TTD DOSEN
11	Kamis, 23/5/19	09.30	10.30	BBL 6 hari			[signature]	
12.	Senin, 3/6/19	13.30	14.00	PNC 2 Minggu			[signature]	
13.	Senin 1/7/19	09.00	10.00	PNC 6 Minggu			[signature]	
14.	Selasa, 25/6/19	15.00	15.30	KB			[signature]	
15	Selasa 2/7/19	09.00	10.00	Evaluan KB			[signature]	

Lampiran 11

Lembar Konsultasi Pembimbing 1



Form 5:

CATATAN KONSULTASI PEMBIMBING 1

NO.	TANGGAL	KEGIATAN DAN SARAN	PARAF PEMBIMBING
	29/3/2019	Pendahuluan, Latar belakang	[signature]
	15/4 2019	BAB I. Lanjut BAB 2	[signature]
	4/5 2019	SOAP. BAB 2	[signature]
	16/5 2019	BAB. 3 SOAP	[signature]
	18/5 2019	SOAP. Lampiran	[signature]
	25/5 2019	Acc → ujian sempro	[signature]

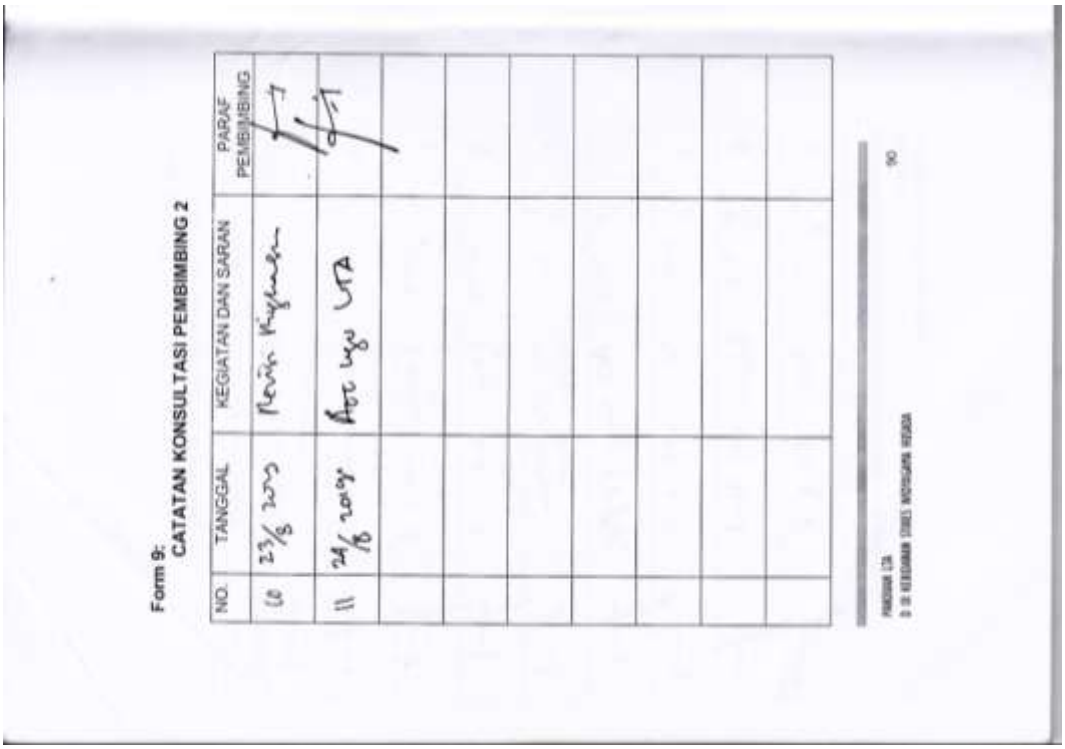
Form 6:

CATATAN KONSULTASI PEMBIMBING 1

NO.	TANGGAL	KEGIATAN DAN SARAN	PARAF PEMBIMBING
		SOAP	[signature]
		SOAP	[signature]
		Pembahasan	[signature]
		Pembahasan	[signature]
		Kesimpulan + lampiran	[signature]
		Acc → ujian LTA	[signature]

Lampiran 12

Lembar Konsultasi Pembimbing 2



Form 9:
CATATAN KONSULTASI PEMBIMBING 2

NO.	TANGGAL	KEGIATAN DAN SARAN	PARAF PEMBIMBING
10	23/8 2019	Revisi Riyalaan	
11	24/8 2019	Acc ugu UTA	

PANDUAN UTA
D III KEBIDANAN STIKES WIDYAGAMA HUSADA

90

Form 8:
CATATAN KONSULTASI PEMBIMBING 2

NO.	TANGGAL	KEGIATAN DAN SARAN	PARAF PEMBIMBING
1.		Acc pasien langitan lengkungan	
2.	15/4 2019	Revisi bab 1-3 Revisi sosap	
3.	4/5 2019	Revisi bab 1-3 Revisi sosap	
4.	16/5 2019	Revisi bab 1-3 Revisi sosap	
5.	18/5 2019	Cek kelaikan ⊕ten PPT	
6.	25/5 2019	Acc ungu proposal	
7.	1/8 2019	Revisi bab 4-5	
8.	19/8 2019	Revisi bab 4-6	
9.	20/8 2019	Revisi bab 4-6 Revisi Riyalaan	

PANDUAN UTA
D III KEBIDANAN STIKES WIDYAGAMA HUSADA

89

Lampiran 13

Lembar Konsultasi Ringkasan

Form 11:

CATATAN KONSULTASI RINGKASAN BAHASA INGGRIS

NO.	TANGGAL	KEGIATAN DAN SARAN	PARAF PEMBIMBING
1	22-8-2019	Penyerahan draft	
2.	30-8-2019	Revisi B. Indonesia & ACC judul	
3.	31-8-2019	Revisi II	
4.	4-9-2019	Revisi Englic Abs	
5.	5-9-2019	final draft ACC	

Lampiran 14

Dokumentasi

ANC

Pemeriksaan DJJ

Pemeriksaan TFU

INC

Menolong Bayi

Menolong Plasenta

PNC

Pemeriksaan TTV

Pemeriksaan TFU

BBL

Pemeriksaan Reflek

Mengajarkan Teknik Menyusui

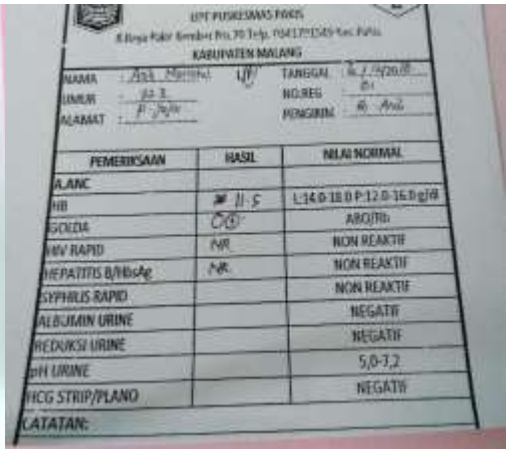
KB

Pemeriksaan TTV

Injeksi KB Suntik 3 Bulan

Pemeriksaan Penunjang

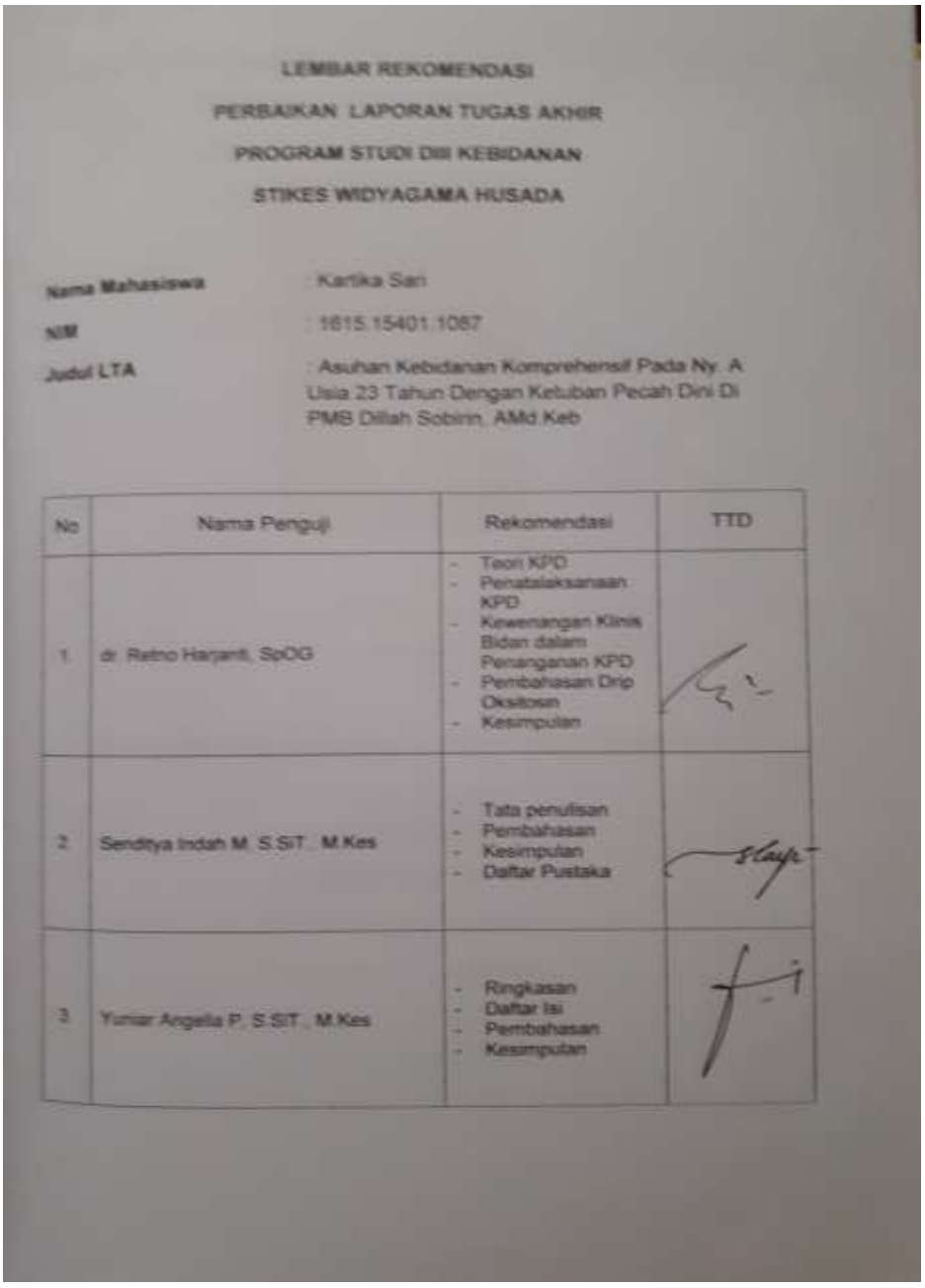
Hasil USG



Hasil Laboratorium

Lampiran 15

Lembar Rekomendasi



LEMBAR REKOMENDASI

PERBAIKAN LAPORAN TUGAS AKHIR

PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN

STIKES WIDYAGAMA HUSADA

Nama Mahasiswa : Kartika Sari

NIM : 1615.15401.1087

Judul LTA : Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny. A Usia 23 Tahun Dengan Ketuban Pecah Dini Di PMB Dillah Sobirin, AMd Keb

No	Nama Penguji	Rekomendasi	TTD
1.	dr. Retno Harjanti, SpOG	- Teori KPD - Penatalaksanaan KPD - Kewenangan Klinis Bidan dalam Penanganan KPD - Pembahasan Drip Oksitosin - Kesimpulan	
2.	Senditya Indah M, S.SiT., M.Kes	- Tata penulisan - Pembahasan - Kesimpulan - Daftar Pustaka	
3.	Yunar Angella P, S.SiT., M.Kes	- Ringkasan - Daftar Isi - Pembahasan - Kesimpulan	

Lampiran 16

Surat Pernyataan Keaslian Tulisan

YAYASAN PEMBINA PENDIDIKAN INDONESIA (YPPI) WIDYAGAMA
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKES)
WIDYAGAMA HUSADA
SK MENDIKNAS RI NOMOR 130/D/0/2007
Program Studi : * D3 Kebidanan * S1 KesehatanLingkungan * S1 IlmuKeperawatan * ProfesiNers

Pernyataan Keaslian Tulisan

Saya yang bertandatangan dibawah ini:

Nama : Kartika Sari

NIM : 1615.15401.1078

Prodi Studi : D3 Kebidanan STIKES Widyagama Husada

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Tugas Akhir yang saya tulis ini benar-benar hasil karya 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 bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Malang, 22 Agustus 2019

Mengetahui,

Kaprodi D3 Kebidanan

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

Penulis

(Kartika Sari)

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

Lampiran 17 Curiculum Vitae

KARTIKA SARI

Tarakan, 5 April 1997

MOTTO: “Menjauhi Kemalasan Akan Mendekatkan Kesuksesan”

Riwayat Pendidikan :

SD NEGERI 011 TARAKAN

SMP NEGERI 2 TARAKAN

SMA NEGERI 1 TARAKAN