

ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF *CONTINUITY OF CARE/COC* PADA NY “M” DI PRAKTEK MANDIRI BIDAN NY “A” KECAMATAN TEGALAMPEL KABUPATEN BONDOWOSO

LAPORAN TUGAS AKHIR



Oleh :

Ela Felawati

NIM.15.01.0302

**AKADEMI KEBIDANAN
DHARMA PRAJA BONDOWOSO**

2018

ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF *CONTINUITY OF CARE/COC* PADA NY “M” DI PRAKTEK MANDIRI BIDAN NY “A” KECAMATAN TEGALAMPEL KABUPATEN BONDOWOSO

LAPORAN TUGAS AKHIR

Diajukan Dalam Rangka Memenuhi Persyaratan Menyelesaikan
Ujian Akhir Pendidikan Diploma III Kebidanan
Akademi Kebidanan Dharma Praja



Oleh :

Ela Felawati

NIM.15.01.0302

**AKADEMI KEBIDANAN
DHARMA PRAJA BONDOWOSO**

2018

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Ela Felawati

NIM : 15.01.0302

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa laporan yang saya tulis ini, adalah hasil karya saya sendiri dan bukan merupakan pengambilan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan laporan ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi dari perbuatan tersebut.

Bondowoso, 21 Februari 2019

Yang Membuat Pernyataan,



Ela Felawati
NIM.15.01.0302

Mengetahui,

Pembimbing I

Ira Martin Pramivana, SST., MPH.
NIDN. 0713038701

Pembimbing II

Agustin Ika Wulandari, SST
NIP. 19790817 200604 2 031

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Tugas Akhir (LTA) Asuhan Kebidanan Komprehensif (*Continuity of Care CoC*) pada Ny "M" di Praktek Mandiri Bidan "A" Kecamatan Tegalampel Kabupaten Bondowoso yang disusun oleh Ela Felawati NIM. 15.01.0302 telah kami setujui untuk diseminarkan dihadapan tim penguji Laporan Tugas Akhir Akademi Kebidanan Dharma Praja Bondowoso pada tanggal 21 Februari 2019

Bondowoso, 21 Februari 2019

Pembimbing I



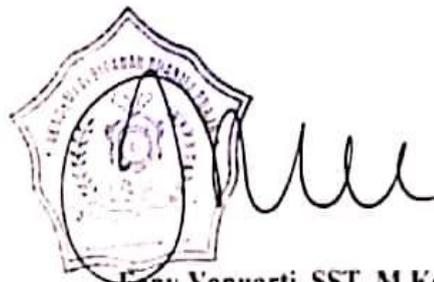
Ira Martin Premivana, SST., MPH.
NIDN. 0713038701

Pembimbing II



Agustin Ika Wulandari, SST
NIP. 19790817 200604 2 031

Mengetahui,
Akademi Kebidanan Dharma Praja Bondowoso
Ketua Program Studi



Fany Yanuarti, SST., M.Keb
NIDN. 0718018903

LEMBAR PENGESAHAN I

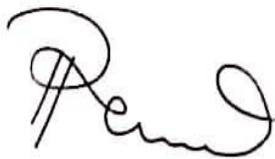
Laporan Tugas Akhir (LTA) Asuhan Kebidanan Komprehensif (*Continuity of Care CoC*) pada Ny "M" di Praktek Mandiri Bidan "A" Kecamatan Tegalmepel Kabupaten Bondowoso disusun oleh Ela Felawati NIM 15 01 0302 telah diseminarkan pada tanggal 21 Februari 2019 dihadapan tim penguji Laporan Tugas Akhir Akademi Kebidanan Dharma Praja Bondowoso, dan telah diperbaiki

Bondowoso, 21 Februari 2019

Mengesahkan

Tim Penguji:

Ketua Penguji



Ratna Puspitasari, SST., MPH
NIDN. 0716078701

Anggota Penguji I



Ira Martin Pramiyana, SST., MPH.
NIDN. 0713038701

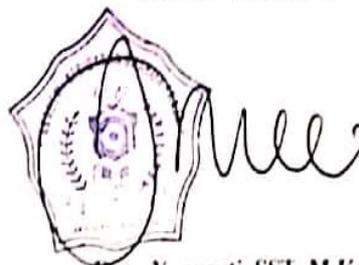
Anggota Penguji II



Agustin Ika Wulandari, SST
NIP. 19790817 200604 2 031

Mengetahui,

Akademi Kebidanan Dharma Praja Bondowoso
Ketua Program Studi



Fany Yanuarti, SST., M.Keb
NIDN. 0718018903

LEMBAR PENGESAHAN II

Laporan Tugas Akhir (LTA) Asuhan Kebidanan Komprehensif (*Continuity of Care CoC*) pada Ny "M" di Praktek Mandiri Bidan "A" Kecamatan Tegalampel Kabupaten Bondowoso disusun oleh Ela Felawati NIM : 15.01.0302 telah diseminarkan pada tanggal 21 Februari 2019 dihadapan tim penguji Laporan Tugas Akhir Akademi Kebidanan Dharma Praja Bondowoso, dan telah diperbaiki

Bondowoso, 21 Februari 2019

Mengesahkan
Tim Penguji:

Ketua Penguji

Ratna Puspitasari, SST., MPH
NIDN. 0716078701

Anggota Penguji I

Ira Martin Pramirana, SST., MPH
NIDN. 0713038701

Anggota Penguji II

Agustin Ika Wulandari, SST
NIP. 19790817 200604 2 031

Mengetahui,
Akademi Kebidanan Dharma Praja Bondowoso
Direktur,

Novita Sari Eka Diantini, SST., M.Keb
NIDN. 0727118703

RINGKASAN

ELA FELAWATI

Asuhan Kebidanan Komprehensif (*Continuity of Care/CoC*) pada Ny “M” di Praktek Mandiri Bidan “A” Kecamatan Tegalampel Kabupaten Bondowoso.

Program studi D-III Akademi Kebidanan Dharma Praja Bondowoso.

Sekitar 160 juta ibu hamil pertahun berlangsung dengan aman, hal ini merupakan proses alamiah akan tetapi harus diwaspadai terjadi patologi atau abnormal, seperti pre-eklampsia/eklampsia, perdarahan, infeksi, sepsis, emboli, dan abortus yang merupakan salah satu penyebab maternal. Komplikasi ini dapat mengakibatkan angka kematian lebih dari setengah juta ibu dan bayi setiap tahunnya. Berdasarkan data Dinas Kesehatan Bondowoso tahun 2016 jumlah kematian ibu mencapai 20 orang. Tahun 2017 sampai bulan Agustus mencapai 13 orang. Jumlah kematian bayi tahun 2016 sebanyak 178 orang, dan pada tahun 2017 sebanyak 90 orang. Tingginya kematian ibu dan bayi akibat komplikasi selama masa kehamilan, persalinan, nifas, dan bayi baru lahir. Upaya yang dilakukan dengan *Continuity Of Care (COC)* bertujuan untuk meningkatkan kualitas pelayanan yang membutuhkan hubungan terus menerus antara pasien dan tenaga kesehatan, yaitu memantau kondisi ibu hamil mulai dari awal kehamilan sampai proses persalinan ke tenaga kesehatan, pemantauan bayi baru lahir dari tanda infeksi, komplikasi pasca lahir serta fasilitator untuk pasangan usia subur dalam pelayanan keluarga berencana, pendekatan yang dilakukan yaitu dalam bentuk deskriptif dimana peneliti mengumpulkan data dan mendiskripsikan proses asuhan kebidanan secara komprehensif berbasis *Continuity Of Care (COC)* pada ibu hamil trimester III, bersalin, nifas, bayi baru lahir, dan keluarga berencana melalui pendekatan varney dan SOAP. Asuhan kebidanan Ny “M” pada kehamilan terdapat kesenjangan yaitu didapatkan skor ibu dalam skor resiko tinggi yaitu 10 dan tidak tercapainya K4, untuk proses persalinan, nifas, bayi baru lahir, dan keluarga berencana tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan kasus.

SUMMARY

ELA FELAWATI

Continuity of Care / CoC for "M" in the Independent Practice "A" Midwife in Tegalampel District, Bondowoso Regency.D-III Midwifery Academy Praja Bondowoso D-III study program.

About 160 million annual pregnant women take place safely, this is a natural process but must be aware of pathological or abnormal occurrence, such as pre-eclampsia / eclampsia, bleeding, infection, sepsis, embolism, and abortion which is one of the maternal causes. This complication can result in the death rate of more than half a million mothers and babies each year. Based on data from the Bondowoso Health Office in 2016 the number of maternal deaths reached 20 people. 2017 to August reaches 13 people. The number of infant deaths in 2016 was 178 people, and in 2017 there were 90 people. The high maternal and infant mortality due to complications during pregnancy, childbirth, and newborns. Efforts made by Continuity Of Care (COC) aim to improve the quality of services that require continuous relationships between patients and health workers, namely monitoring the condition of pregnant women from the beginning of pregnancy to labor to health workers, monitoring newborns from signs of infection, post-birth complications and facilitators for couples of childbearing age in family planning services, the approach taken is in descriptive form where the researcher collects data and describes the process of comprehensive midwifery care based on Continuity Of Care (COC) in third trimester pregnant women, maternity, postpartum, infants newborn, and family planning through the varney and SOAP approach. There is a discrepancy between midwifery care in "M" and the mother score in high risk scores, 10 and not achieving K4, for labor, childbirth, newborns, and family planning, there is no discrepancy between theory and case.

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT, yang telah melimpahkan rahmat, hidayah serta inayah-Nya sehingga dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini sebagai persyaratan Pendidikan Akademik dalam menyelesaikan program D-III Kebidanan di Akademi Kebidanan Dharma Praja Bondowoso.

Penulisan Laporan Tugas Akhir ini tidak lepas dari bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak secara langsung maupun tidak langsung. Pada kesempatan ini ucapan terima kasih yang sedalam-dalamnya kami sampaikan kepada :

1. Novita Sari Eka Diantini, SST, M.Keb selaku Direktur Akademi Kebidanan Dharma Praja Bondowoso yang telah memberikan ijin penelitian.
2. Ratna Puspitasari, SST., MPH selaku Pembantu Direktur I Akademi Kebidanan Dharma Praja Bondowoso dan selaku penguji yang telah memberikan waktu untuk menguji dan membimbing penulis dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini.
3. Fany Yanuarti, SST., M.Keb selaku ketua program studi Akademi Kebidanan Dharma Praja Bondowoso
4. Ira Martin Pramiyana, SST., MPH selaku pembimbing I yang telah memberikan bimbingan serta petunjuk bagi penulis dari awal hingga akhir penulisan Laporan Tugas Akhir ini.
5. Agustin Ika Wulandari, SST selaku pembimbing II yang telah memberikan bimbingan serta petunjuk bagi penulis dari awal hingga akhir penulisan Laporan Tugas Akhir ini.

Besar harapan saya semoga Laporan Tugas Akhir ini berguna bagi penulis selanjutnya dan juga diharapkan mampu mencapai tujuan yaitu memberikan kontribusi bagi kemajuan program kesehatan. Namun demikian penulis menyadari bahwa masih banyak kekurangan. Oleh karena itu demi kesempurnaan, penulis mengharapkan adanya kritik dan saran dari semua pihak, untuk menyempurnakannya.

Penulis

MOTTO

Your future depends on your imagination. Throw away your fear, we can do it, it's
okay
And this will pass



**AKADEMI KEBIDANAN
DHARMA PRAJA BONDOWOSO**

PERSEMBAHAN

Dalam setiap langkah saya berusaha mewujudkan harapan-harapan yang kalian impikan, meski semua itu belum bisa saya capai. Namun Allhamdulillah atas dukungan, do'a, serta ikhtiar semua pihak mimpi itu insyaallah akan tercapai seiring dengan selesainya Laporan Tugas Akhir ini, untuk itu saya persembahkan ungkapan terima kasih kepada:

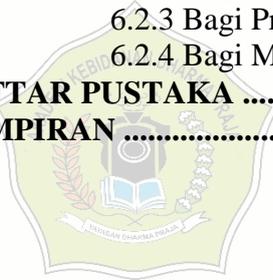
1. Keluarga tercinta, terutama yang ada di Brebes (bapak, mama, dan kembaran saya Ely) yang telah mendukung, berdo'a dan memfasilitasi dana dalam penyusunan laporan, serta keluarga di Bondowoso (mba Erna, mas Andi, Reyhan, dan Lisa) yang selalu memberi dorongan dan semangat untuk menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.
2. Teman-teman yang berada di Brebes (Aenun, Walmuriah, Desi, Ely dan semua alumni MKM) dan teman-teman yang lain yang tidak bisa saya sebutkan, saya ucapkan terima kasih dalam semua perhatian, waktu, dukungan, dan motivasi dalam penyusunan laporan ini.
3. Untuk tingkat 3+ saya ucapkan terima kasih banyak telah menjadi teman, sahabat, sekaligus keluarga selama 3 tahun lebih, untuk partner ter-julid, (Agel) dan berbagai pihak yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu saya ucapkan terima kasih yang telah banyak membantu baik doa, dukungan, dan fasilitas yang diberikan sehingga terselesainya Laporan Tugas Akhir ini.

DAFTAR ISI

	<i>Halaman</i>
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN SAMPUL DEPAN	ii
PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN	iii
LEMBAR PERSETUJUAN	iv
LEMBAR PENGESAHAN I	v
LEMBAR PENGESAHAN II	vi
RINGKASAN	vii
SUMMARY	viii
KATA PENGANTAR	ix
MOTTO	x
PERSEMBAHAN	xi
DAFTAR ISI	xii
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR GAMBAR	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
DAFTAR SINGKATAN DAN ARTI LAMBANG	xvi
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Batasan Masalah	3
1.3 Tujuan Penulisan	
1.3.1 Tujuan Umum	3
1.3.2 Tujuan Khusus	3
1.4 Manfaat Penulisan	
1.4.1 Manfaat Teoritis	3
1.4.2 Manfaat Praktis	4
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Teori Kehamilan	5
2.1.1 Pengertian	5
2.1.2 Klasifikasi usia kehamilan	5
2.1.3 Perubahan anatomi fisiologi ibu hamil	5
2.1.4 Perubahan psikologis pada ibu hamil	10
2.1.5 Masalah dan ketidaknyaman	11
2.1.6 Tanda-tanda dini bahaya/komplikasi	15
2.1.7 Standart ANC yang diprogramkan	16
2.1.8 Kartu Skort Poedji Rochjati (KSPR)	19
2.1.9 Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K)	21
2.1.10 Konsep Asuhan Kebidanan Teori Kehamilan	23
2.2 Konsep Teori Persalinan	31
2.2.1 Pengertian	31
2.2.2 Etiologi	32
2.2.3 Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan	33
2.2.4 Tanda-tanda persalinan	35
2.2.5 Tahap persalinan	35

2.2.6	Kebutuhan pada masa persalinan	40
2.2.7	Masalah dan penanganan	41
2.2.8	Pendokumentasian	42
2.2.9	Konsep Asuhan Kebidanan Teori Persalinan.....	46
2.3	Konsep Teori Nifas.....	53
2.3.1	Pengertian	53
2.3.2	Tahap masa nifas	53
2.3.3	Tujuan masa nifas	54
2.3.4	Perubahan psikologi masa nifas	54
2.3.5	Perubahan fisiologis masa nifas	55
2.3.6	Kebutuhan dasar ibu pada masa nifas	61
2.3.7	Tanda-tanda bahaya pada masa nifas	64
2.3.8	Deteksi dini komplikasi pada masa nifas	64
2.3.9	Kunjungan pada masa nifas	65
2.3.10	Konsep Asuhan Kebidanan Teori Nifas.....	67
2.4	Konsep Teori Bayi Baru Lahir	67
2.4.1	Pengertian	67
2.4.2	Ciri-ciri bayi baru lahir normal	68
2.4.3	Kebutuhan pada bayi baru lahir	68
2.4.4	Mendeteksi tanda-tanda bahaya pada bayi	70
2.4.5	Inisiasi Menyusui Dini (IMD)	70
2.4.6	Asuhan Segera Bayi Baru Lahir (BBL)	72
2.4.7	Kebutuhan istirahat tidur	74
2.4.8	Kunjungan Neonatal	75
2.4.9	Imunisasi	75
2.4.10	Konsep Asuhan Kebidanan Teori Bayi Baru Lahir ...	75
2.5	Konsep Teori KB.....	78
2.5.1	Pengertian	78
2.5.2	Tujuan program KB.....	78
2.5.3	Penapisan klien	79
2.5.4	Metode kontrasepsi	80
2.5.5	Konsep Asuhan Kebidanan Teori KB	91
BAB 3 METODE PENDEKATAN STUDI KASUS		
3.1	Jenis Pendekatan	93
3.2	Kerangka Operasional	93
3.3	Subjek Studi Kasus	95
3.4	Fokus Studi	95
3.5	Definisi Operasional Fokus Studi	95
3.6	Kriteria Subjek.....	95
3.7	Instrumen Penelitian	96
3.8	Lokasi dan Waktu Studi Kasus.....	96
3.9	Metode Pengumpulan Data.....	96
3.10	Etika Studi Kasus.....	97
BAB 4 ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF <i>CONTINUITY OF CARE</i> (COC)		
4.1	Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan Trimester III	98
4.2	Asuhan Kebidanan Pada Persalinan	110
4.3	Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas	119

4.4	Asuhan Kebidanan Pada Bayi Baru Lahir.....	128
4.5	Asuhan Kebidanan Pada Keluarga Berencana	139
BAB 5 PEMBAHASAN		
5.1	Analisis Asuhan Kebidanan Kehamilan	143
5.2	Analisis Asuhan Kebidanan Persalinan	146
5.3	Analisis Asuhan Kebidanan Nifas	147
5.4	Analisis Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir (BBL)	149
5.5	Analisis Asuhan Kebidanan Akseptor KB	150
BAB 6 PENUTUP		
6.1	Kesimpulan	151
	6.1.1 Kehamilan	151
	6.1.2 Persalinan	151
	6.1.3 Nifas	151
	6.1.4 Bayi Baru Lahir (BBL)	151
	6.1.5 Keluarga Berencana (KB)	151
6.2	Saran	151
	6.2.1 Bagi Pasien.....	151
	6.2.2 Bagi Institusi Pendidikan	152
	6.2.3 Bagi Praktek Mandiri Bidan.....	152
	6.2.4 Bagi Mahasiswa	152
DAFTAR PUSTAKA		153
LAMPIRAN		155



AKADEMI KEBIDANAN
DHARMA PRAJA BONDOWOSO

DAFTAR TABEL

	<i>Halaman</i>
Tabel 2.1 Masalah dan ketidaknyamanan pada kehamilan	12
Tabel 2.2 Penapisan Persalinan	45
Tabel 2.3 Tinggi Fundus Uteri Dan Berat Uterus Menurut Masa Involusi	56
Tabel 2.4 Kebutuhan Tidur Bayi	74
Tabel 2.5 Jadwal Imunisasi	75
Tabel 2.6 Daftar Tilik Penapisan Klien Metode Non Operatif	79



**AKADEMI KEBIDANAN
DHARMA PRAJA BONDOWOSO**

DAFTAR GAMBAR

	<i>Halaman</i>
Gambar 3.1 Kerangka Operasional	94



**AKADEMI KEBIDANAN
DHARMA PRAJA BONDOWOSO**

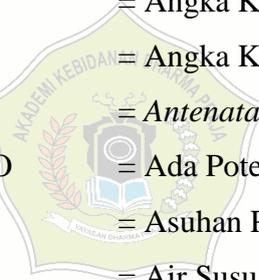
DAFTAR LAMPIRAN

	<i>Halaman</i>
Lampiran 1	Jadwal penyusunan LTA..... 155
Lampiran 2	<i>Curriculum vitae</i> 156
Lampiran 3	Permohonan ijin penelitian 157
Lampiran 4	Badan Kesatuan Bangsa dan Politik 158
Lampiran 5	Surat ijin dari dinas kesehatan 159
Lampiran 6	Permohonan persetujuan menjadi responden..... 160
Lampiran 7	Lembar <i>Informed consent</i> 161
Lampiran 8	Buku KIA 162
Lampiran 9	Catatan Kesehatan Ibu Hamil..... 163
Lampiran 10	Kartu Skor Poedji Rochjati 164
Lampiran 11	Lembar Penapisan 165
Lampiran 12	Lembar Partograf Depan 166
Lampiran 13	Lembar Partograf Belakang 167
Lampiran 14	Catatan Kesehatan Ibu Nifas..... 168
Lampiran 15	Catatan Kesehatan Bayi Baru Lahir..... 169
Lampiran 16	MTBM Depan Kunjungan Pertama 170
Lampiran 17	MTBM Belakang Kunjungan Pertama 171
Lampiran 18	MTBM Depan Kunjungan Kedua 172
Lampiran 19	MTBM Belakang Kunjungan Kedua 173
Lampiran 20	MTBM Depan Kunjungan Ketiga 174
Lampiran 21	MTBM Belakang Kunjungan Ketiga..... 175
Lampiran 22	Lembar P4K 176
Lampiran 23	Catatan Kesehatan Nifas Dan BBL 177
Lampiran 24	Penapisan KB 178
Lampiran 25	Lembar Depan Kartu KB 179
Lampiran 26	Lembar Belakang Kartu KB..... 180
Lampiran 27	Dokumentasi 181
Lampiran 28	Pernyataan Kesedian Pembimbing I 183
Lampiran 29	Pernyataan Kesedian Pembimbing II..... 184
Lampiran 30	Pengajuan Ujian 185
Lampiran 31	Lembar Konsultasi Pembimbing I 186
Lampiran 32	Lembar Konsultasi Pembimbing II 188
Lampiran 33	Lembar Revisi Penguji Utama 190
Lampiran 34	Lembar Revisi Penguji I 191
Lampiran 35	Lembar Revisi Penguji II 192

DAFTAR SINGKATAN DAN ARTI LAMBANG

Daftar Singkatan

AIDS	= <i>Acquired immuno Deficiency Syndrome</i>
Ab	= <i>Abortus</i>
AKDR	= Alat Kontrasepsi Dalam Rahim
AGO	= Ada Gawat Obstetrik
AGDO	= Ada Gawat Darurat Obstetrik
Ah	= Anak Hidup
AKB	= Angka Kematian Bayi
AKI	= Angka Kematian Ibu
ANC	= <i>Antenatal Care</i>
APGO	= Ada Potensi Gawat Obstetrik
APN	= Asuhan Persalinan Normal
ASI	= Air Susu Ibu
Askes	= Asuransi Kesehatan
BAB	= Buang Air Besar
BB	= Berat Badan
BAK	= Buang Air Kecil
BBL	= Bayi Baru Lahir
BBLR	= Berat Bayi Lahir Rendah
BCG	= <i>Bacillus Camette Guerin</i>
BH	= <i>Bustehouder</i>
BPJS	= Badan Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan
BPM	= Bidan Praktek Mandiri
C	= Celcius
CC	= Cubic Centimetre
cm	= centi meter
CO ₂	= Karbon Dioksida
CoC	= <i>Continuity of Care</i>



AKADEMI KEBIDANAN
DHARMA PRAJA BONDOWOSO

CPD	= <i>Cephalopelvic Dispropotion</i>
D	= Darah
DJJ	= Denyut Jantung Janin
DM	= <i>Diabetes Melitus</i>
DMPA	= <i>Depo Medroxy Progesterone Asetat</i>
DO	= Data Obyektif
DPT	= <i>Difteri Pertusis dan Tetanus</i>
DS	= Data Subyektif
DTT	= Desinfeksi Tigkat Tinggi
DX	= Diagnosa
Eks	= <i>Ekstermitas</i>
Eff	= <i>Effacement</i>
EP	= <i>Early Postpartum Insertion</i>
Fe	= Zat Besi
G	= Gravida
g	= gram
GEBRAK	= Gerakan Bersama Amankan Kehamilan
HB	= Hepatitis B
Hb	= <i>Hemoglobin</i>
hCG	= <i>Human Chorionic Gonadotropin</i>
HIV	= <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
HMT	= <i>Hematokrit</i>
HPHT	= Hari Pertama Haid Terakhir
HPL	= Hari Perkiraan Lahir
HPP	= <i>Hemorargi Post Partum</i>
IM	= Intra Muskular
IMS	= Infeksi Menular Seksual
IMD	= Inisiasi Menyusu Dini
INC	= <i>Intra Natal Care</i>
INP	= <i>Interval Insertion</i>
IUD	= <i>Intrauterine Device</i>
IPP	= <i>Immediate Postplacentl Insertion</i>



AKADEMI KEBIDANAN
DHARMA PRAJA BONDOWOSO

ISK	= Infeksi Saluran Kecil
IV	= Intravena
J	= Jernih
JNPK-KR	= Jaringan Nasional Pelatihan Klinik Kesehatan Reproduksi
K	= Kering
KB	= Keluarga Berencana
KEK	= Kurang Energi Kronik
KF	= Kunjungan Nifas
KIA	= Kesehatan Ibu dan Anak
KIE	= Komunikasi Informasi Edukasi
Kg	= Kilogram
KKaL	= Kilokalori
KN	= Kunjungan Neonatal
KU	= Keadaan Umum
KPD	= Ketuban Pecah Dini
KRR	= Kehamilan Resiko Ringan
KRT	= Kehamilan Resiko Tinggi
KRST	= Kehamilan Resiko Sangat Tinggi
KSPR	= Kartu Skor Poedji Rochjati
LAB	= <i>Laboratorium</i>
LILA	= Lingkar Lengan Atas
LIKA	= Lingkar Kepala
LIDA	= Lingkar Dada
LH	= <i>luteinizing Hormone</i>
LTA	= Laporan Tugas Akhir
M	= Meconium
MAL	= Metode Amenorhea Laktasi
MDGs	= <i>Millennium Development Goals</i>
mL	= mili Liter
mG	= mili Gram
MgSO ₄	= Magnesium Sulfate
MmHg	= mili meter Hidro gram

MP-ASI	= Makanan Pendamping Air Susu Ibu
MTBM	= Manajemen Terpadu Bayi Muda
N	= Nadi
NET-EN	= <i>Norethindrone Enanthate</i>
NKB-SMK	= Neonatus Kurang Bulan Sesuai Masa Kehamilan
NR	= <i>Non Reaktif</i>
U	= Utuh
UK	= Usia Kehamilan
UUK	= Ubun-Ubun Kecil
USG	= <i>Ultrasonography</i>
VT	= <i>Vaginal Touch</i>
O ₂	= Oksigen
P	= Para
PAP	= Pintu Atas Panggul
PB	= Panjang Badan
PONED	= Pelayanan Obstetri Emergensi Dasar
PONEK	= Perawatan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif
PRP	= Penyakit Radang Panggul
PWS-KIA	= Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak
P4K	= Program Perencanaan Persalinan Pencegahan Komplikasi
PMB	= Praktek Mandiri Bidan
PP	= Post Partum
PP Tes	= Pemeriksaan Tes Kehamilan
PUS	= Pasangan Usia Subur
PUKI	= Punggung Kiri
PUKA	= Punggung Kanan
RR	= <i>Respiration Rate</i>
RS	= Rumah Sakit
RPR	= <i>Rapid Plasma Reagin</i>
S	= Suhu
SC	= <i>Sectio Caesarea</i>
SDKI	= Survey Demografi Kesehatan Indonesia

SDGs	= Sustainable Development Goals
SDM	= Sel Darah Merah
SPK	= Standart Pelayanan Kebidanan
SUPAS	= Survei Penduduk Antar Sensus
TD	= Tekanan Darah
TB	= Tinggi Badan
TB	= <i>Tubercle Bacillus</i>
TBC	= <i>Tuberkulosis</i>
TBJ	= Taksiran Berat Janin
TFU	= Tinggi Fundus Uteri
TT	= <i>Tetanus Toxoid</i>
TTV	=Tanda- Tanda Vital
TM	= Trimester
TM I	= Trimester 1
TM II	= Trimester II
TM III	= Trimester III
VDLR	= <i>Venereal Disease Research Laboratory</i>

Daftar Arti Lambang

<	= Kurang Dari
×	= Kali
±	= Kurang Lebih
%	= Persen
/	= Atau
⊖	= Penurunan kepala
∅	= Pembukaan



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kehamilan adalah fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Menurut kalender internasional, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan atau 9 bulan bila dihitung dari fertiliasi sampai cukup bulan/aterm. Kehamilan terbagi menjadi 3 trimester, dimana trimester kesatu berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 15 minggu (minggu ke-13 sampai ke-28), dan trimester ketiga 13 minggu (minggu ke-29 hingga ke-40) (Prawirohardjo, 2011).

Sekitar 160 juta ibu hamil pertahun berlangsung dengan aman dan merupakan proses alamiah, akan tetapi hal ini dapat terjadi patologi/abnormal, seperti pre-eklampsia/eklampsia, perdarahan, infeksi, sepsis, emboli, dan abortus yang merupakan salah satu penyebab kematian materal. Sedangkan untuk neonatus dapat terjadi kematian dengan penyebabnya seperti Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR), asfiksia, tetanus neonatorum, kelainan kongenital, dan trauma lahir. Komplikasi ini dapat mengakibatkan angka kematian lebih dari setengah juta ibu dan bayi setiap tahunnya (Prawirohardjo, 2011)

Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia tahun 2015 yaitu sebesar 99% disebabkan oleh perdarahan (35%), pre-eklampsia/eklampsia (18%), penyebab tidak langsung (18%), perilaku kesehatan ibu hamil (11%), aborsi (9%), dan sepsis/keracunan darah (8%), serta emboli (1%) (Profil Kesehatan Indonesia, 2016). AKI di Jawa Timur mencapai 91,00 per 100.000 kelahiran hidup. Angka ini mengalami peningkatan dibanding pada tahun 2015 mencapai 89,6 per 100.000 kelahiran hidup. Penyebab tingginya kematian ibu pada tahun 2016 adalah pre-eklampsia/eklampsia yaitu sebesar 30,90%, perdarahan sebanyak 24,72%, jantung sebanyak 10,86%, infeksi sebanyak 4,87%, dan penyebab lainnya sebanyak 28,65%. Dilihat dari penyebab AKI tahun 2015-2016 mengalami kenaikan yang tidak signifikan, akan tetapi dari

grafik penyebab kematian ibu, menunjukkan pre-eklampsia/eklampsia masih mendominasi dalam tiga tahun terakhir (Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur, 2016). AKI di Bondowoso tercatat sebanyak 20 kasus, dan Angka Kematian Bayi (AKB) pada tahun 2016 sebanyak 178 kasus. Sedangkan pada tahun 2017 sampai bulan Agustus AKI mencapai 13 kasus, dan AKB sebanyak 90 kasus. dimana penyebab AKI masih di dominasi oleh pre-eklampsia/eklampsia, perdarahan, infeksi, emboli, dan abortus. dan penyebab AKB masih didominasi oleh asfiksia, BBLR, kelainan bawaan dan lain-lain. (Dinas Kesehatan Kabupaten Bondowoso, 2016).

Adanya program MDGs (*Millennium Development Goals*) masih tidak dapat menurunkan AKI dan AKB, maka pemerintah melanjutkan program MDGs dengan SDGs (*Sustainable Developments Goals*). Hal ini bertujuan untuk menanggulangi AKI dan AKB di Indonesia yang masih tinggi. Upaya yang dilakukan oleh pemerintah khususnya daerah Jawa Timur menganjurkan untuk memberdayakan keluarga dengan menggunakan Buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) serta dengan Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K). Selain itu dengan penempatan bidan pada setiap daerah terpencil atau terpelosok untuk memastikan ibu dapat bersalin pada tenaga kesehatan yang tersedia (Kementrian RI, 2015), selain itu dilakukan juga deteksi dini kasus resiko tinggi dengan menggunakan Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR), diharapkan kelompok Kehamilan Resiko Rendah (KRR), Kehamilan Resiko Tinggi (KRT), Kehamilan Resiko Sangat Tinggi (KRST), dapat segera ditangani sehingga AKI di Indonesia dapat diturunkan (Prawirohardjo, 2011).

Dari penjelasan tersebut, penulis tertarik untuk membuat laporan tugas akhir yang berisi Asuhan Kebidanan secara *Continuity of Care* (CoC), dimana CoC adalah perawatan yang berkesinambungan antara pasien dan tenaga kesehatan, CoC bertujuan untuk meningkatkan kualitas pelayanan yang membutuhkan hubungan terus menerus antara pasien dengan tenaga kesehatan pada masa hamil, proses persalinan, BBL, masa nifas, neonatus, dan KB, ibu dapat terpantau dengan baik oleh tenaga kesehatan (Profil Kesehatan Indonesia, 2013)

1.2 Batasan Masalah

Batasan masalah dalam laporan ini penulis membahas tentang asuhan yang diberikan kepada Ny."M" pada masa kehamilan, proses bersalin, bayi baru lahir, masa nifas, sampai pemilihan untuk menggunakan alat kontrasepsi di PMB Ny."A" Kecamatan Tegalampel Kabupaten Bondowoso secara komprehensif berbasis CoC.

1.3 Tujuan Penulisan

1.3.1 Tujuan Umum

Diharapkan mahasiswa mampu mendokumentasikan asuhan kebidanan yang diberikan pada Ny."M" yaitu sejak kehamilan TM III, persalinan, nifas, neonatus, dan KB secara CoC dengan menggunakan manajemen Varney yang mengkaji data subyektif, obyektif, analisa, penatalaksanaan (SOAP) secara komprehensif di PMB Ny."A" Kecamatan Tegalampel Kabupaten Bondowoso.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Menganalisis asuhan kebidanan kehamilan menggunakan manajemen varney dan SOAP
2. Menganalisis asuhan kebidanan persalinan menggunakan manajemen SOAP
3. Menganalisis asuhan kebidanan nifas menggunakan manajemen SOAP
4. Menganalisis asuhan kebidanan bayi baru lahir menggunakan manajemen SOAP
5. Menganalisis asuhan kebidanan pada akseptor KB menggunakan manajemen SOAP

1.4 Manfaat Penulisan

1.4.1 Manfaat Teoritis

Dapat menambah ilmu pengetahuan khususnya dibidang kebidanan dan sebagai bahan materi Asuhan Pelayanan Kebidanan yang berbasis CoC pada ibu hamil, bersalin, nifas BBL, dan KB.

1.42 Manfaat Praktis

1. Bagi Tempat Penelitian

Dapat sebagai bahan acuan untuk mempertahankan mutu pelayanan dalam memberikan Asuhan Kebidanan secara CoC pada ibu hamil, bersalin, nifas, BBL, dan KB. Serta sebagai sumber informasi bagi masyarakat.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Dapat sebagai bahan kajian materi Asuhan Kebidanan dan materi yang diberikan kepada mahasiswa secara CoC pada ibu hamil, bersalin, nifas, BBL, dan KB.

3. Bagi Mahasiswa

Dapat dijadikan sebagai bahan penelitian terhadap materi Asuhan Kebidanan secara CoC pada ibu hamil, bersalin, nifas, BBL, dan KB.



**AKADEMI KEBIDANAN
DHARMA PRAJA BONDOWOSO**

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Teori Kehamilan

2.1.1 Pengertian

Kehamilan menurut Manuaba (2010), kehamilan merupakan hasil konsepsi sampai aterm yang berkesinambungan dan terdiri dari ovulasi, migrasi spermatozoa dan ovum, konsepsi dan pertumbuhan zigot, nidasi (implantasi) pada uterus, pembentukan plasenta, hingga tumbuh dan berkembangnya.

2.1.2 Klasifikasi usia kehamilan

Kehamilan terbagi menjadi 3 trimester, dimana trimester kesatu berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 16 minggu (minggu ke-13 sampai ke-28), dan trimester ketiga 12 minggu (minggu ke-29 hingga ke-40) (Prawirohardjo, 2011).

2.1.3 Perubahan anatomi dan fisiologi

Perubahan anatomi dan fisiologi pada ibu hamil menurut W. Ferrial (2013) dalam bukunya yang berjudul Biologi Reproduksi yaitu :

1. Sistem reproduksi

a. Uterus

Uterus yang semula hanya seberat 30 gram akan mengalami hipertrofi dan hyperplasia, sehingga menjadi seberat 1000 gram saat akhir kehamilan. Otot rahim mengalami hyperlapsia dan hipertrofi menjadi lebih besar, lunak, dan dapat mengikuti pembesaran rahim karena pertumbuhan janin. Estrogen menyebabkan hyperplasia jaringan, progesterone berperan untuk elastisitas/kelenturan uterus.

1) Berat naik 20 x 50 gram.

2) Volume 10 ml.

- 3) Kontraksi *braxton hicks* terjadi pada minggu ke-6 dengan teregangnya uterus karena pengaruh estrogen dan progesteron.
- 4) Posisi uterus bergeser kanan, dan teraba pada usia 12 minggu.
- 5) Taksiran kasar pembesaran uterus pada pembesaran tinggi fundus uteri seperti berikut ini:
 - a) Tidak hamil/normal : sebesar telur ayam (± 30 g).
 - b) 8 minggu : telur bebek.
 - c) 12 minggu : telur angsa.
 - d) 16 minggu : pertengahan simfisis ke pusat.
 - e) 20 minggu : pinggir bawah pusat.
 - f) 24 minggu : pinggir atas pusat.
 - g) 28 minggu : sepertiga pusat ke xyphoid.
 - h) 32 minggu : pertengahan pusat ke xyphoid.
 - i) 36-42 minggu : 3 sampai 1 jari di bawah xyphoid

b. Ismus uteri

Bagian dari serviks, batas anatominya menjadi sulit di tentukan.

- 1) 0-12 minggu : Ismus uteri memanjang dan lebih kuat.
- 2) 6 minggu : Ismus uteri menjadi satu bagian dengan korpus.
- 3) 32 minggu : Ismus uteri menjadi segmen bawah uterus.

c. Serviks

Pada saat kehamilan organ ini mengalami hipervaskularasi akibat stimulasi estrogen dan per lunakan akibat progesterone (tanda hegar), warna menjadi livide/kebiruan. Sekresi lendir serviks meningkat saat kehamilan sehingga memberikan gejala keputihan.

d. Ovarium

Pada usia kehamilan 16 minggu, fungsi ovarium diambil alih oleh plasenta terutama fungsi produksi progesteron dan estrogen sehingga pada saat kehamilan tidak terjadi kematangan ovum.

e. Payudara

- 1) Payudara menjadi lebih besar, kenyal dan terasa tegang.

- 2) Terjadi hiperpigmentasi kulit serta hipertrofi kelenjar montgomery, terutama di daerah areola dan papilla akibat pengaruh melanofor.
- 3) Bertambahnya sel-sel asinus payudara, serta meningkatnya produksi zat-zat kasein, laktoalbumin, laktoglobulin, sel-sel lemak, dan kolostrum karena hormone somatomotrofin.
- 4) Papila mammae makin membesar/menonjol.

f. Vulva dan vagina

Vulva dan vagina mengalami hipervaskularisasi karena pengaruh progesteron dan estrogen berwarna kebiruan (tanda chadwick) yang dimana akibat adanya peningkatan pembuluh darah.

2. Sistem muskuloskeletal pada ibu hamil

Menurut Prawirohardjo (2014) dalam bukunya yang berjudul Ilmu Kebidanan, antara lain:

- a. Pembesaran payudara dan rotasi anterior panggul memungkinkan untuk terjadinya lordosis.
- b. Sendi sakroiliaka, sakrokogsigis dan pubis akan meningkat mobilitasnya, yang diperkirakan karena faktor hormonal. Mobilitas tersebut dapat mengakibatkan perubahan sikap ibu dan pada akhirnya menyebabkan perasaan tidak enak pada bagian bawah punggung terutama pada akhir kehamilan

3. Sistem respirasi pada ibu hamil

Menurut Manuaba (2010) pada kehamilan, terjadi perubahan sistem respirasi untuk dapat memenuhi kebutuhan O_2 . Disamping itu, terjadi desakan diafragma karena dorongan rahim yang membesar pada kehamilan 32 minggu, sebagai kompensasi terjadinya desakan rahim dan kebutuhan O_2 yang meningkat, maka ibu hamil akan bernafas lebih dalam sekitar 20-25% dari pada biasanya.

4. Sistem kardiovaskuler pada ibu hamil yaitu:

a. Tekanan darah

Peredaran darah ibu dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain:

- 1) Meningkatnya sirkulasi darah sehingga dapat memenuhi kebutuhan dan perkembangan kebutuhan janin.
- 2) Terjadi hubungan langsung antara arteri dan vena pada sirkulasi retroplasenter.
- 3) Pengaruh hormon estrogen dan progesterone makin meningkat.

b. Volume dan komposisi darah

Volume darah meningkat dan jumlah serum darah lebih besar dari pertumbuhan sel darah, sehingga terjadi pengenceran darah (hemodilusi), dengan puncaknya usia kehamilan 32 minggu. Volume darah bertambah sebesar 25-35%, sedangkan sel darah bertambah sekitar 20%. Protein darah dalam bentuk albumin dan gamaglobulin dapat menurun pada triwulan pertama, sedangkan fibrinogen meningkat.

c. Curah jantung

Curah jantung meningkat 30% bertambahnya hemodilusi darah mulai tampak sekitar 16 minggu, sehingga penderita penyakit jantung harus berhati-hati untuk hamil beberapa kali. Kehamilan selalu memberatkan kerja jantung sehingga wanita hamil dengan sakit jantung dapat mengalami dekompensasi kordis.

5. Sistem endokrin pada ibu hamil

Menurut Prawirohardjo (2011) sistem endokrin pada ibu hamil antara lain:

a. Kelenjar Adrenal

Pada kehamilan hormon ini akan mengecil, sedangkan hormon androstenodion, testosterone dioksikortikosteron, aldosterone, dan kartisol akan meningkat.

b. Kelenjar Hipofisis

Kelenjar ini akan membesar \pm 135%. Akan tetapi kelenjar ini tidak begitu penting dalam kehamilan.

c. Kelenjar Tyroid

Dalam kehamilan, normalnya ukuran kelenjar tyroid akan mengalami pembesaran kira – kira 13% akibat adanya hiperflasi

dari jaringan glandula dan peningkatan vaskularitas. Pada saat kehamilan terjadi peningkatan ambilan iodine sebagai kompensasi kebutuhan ginjal terhadap iodine yang meningkatkan laju filtrasi glomerulus, sehingga terjadi hipertiroid pada ibu hamil (Jannah, 2012).

6. Sistem perkemihan

Ureter membesar, dan tonus otot saluran kemih menurun akibat pengaruh estrogen dan progesterone. Kencing lebih sering (poliuria), laju filtrasi meningkat hingga 60%-150%, dinding saluran kemih bisa tertekan oleh pembesaran uterus, namun ini dianggap normal (W.Ferrial, 2013)

7. Sistem pencernaan

Karena pengaruh hormon estrogen pengeluaran asam lambung meningkat sehingga menyebabkan:

- a. Pengeluaran air liur berlebihan (*hipersalivasi*)
- b. Lambung terasa panas
- c. Terjadi mual dan sakit kepala terutama pagi hari (*morning sickness*)
- d. Muntah (*emesis gravidarum*)
- e. Muntah berlebihan sehingga mengganggu kehidupan sehari-hari (*hiperemesis gravidarum*)
- f. Progesterone menimbulkan gerak usus makin berkurang dan dapat menyebabkan obstipasi

8. Sistem integument (kulit)

Menurut Manuaba (2010) pada kulit terjadi perubahan deposit pigmen dan hiperpigmentasi karena pengaruh kelenjar suprarenalis. Hiperpigmentasi terjadi pada striae gravidarum lividae atau alba, areolla mammae, papilla mammae, linea nigra, cloasma gravidarum. Setelah persalinan hiperpigmentasi akan menghilang.

9. Berat badan

Berat badan ibu hamil akan bertambah antara 6,5 sampai 16,5 kg selama hamil atau terjadi kenaikan berat badan sekitar 0,5 kg/minggu. Perkiraan peningkatan berat badan:

- a. Berat janin : 3-3,5 kg
- b. Plasenta : 0,5 kg
- c. Air ketuban : 1 kg
- d. Rahim : 1 kg
- e. Timbunan lemak : 1,5 kg
- f. Timbunan protein : 2 kg
- g. Retensi air garam : 1,5 kg

2.1.4 Perubahan psikologis

Menurut Jannah (2012), dalam bukunya yang berjudul Buku Ajar Asuhan Kebidanan Kehamilan, Perubahan psikologis pada ibu hamil yaitu:

1. Perubahan psikologis trimester I (periode penyesuaian)
 - a. Ibu merasa tidak sehat dan kadang merasa benci dengan kehamilannya.
 - b. Kadang muncul penolakan, kekecewaan, kecemasan, dan kesedihan, kadang ibu berharap agar dirinya tidak hamil saja.
 - c. Ibu akan selalu mencari tanda-tanda apakah ia benar-benar hamil, hal ini dilakukan sekadar untuk meyakinkan dirinya.
 - d. Setiap perubahan yang terjadi dalam dirinya akan selalu mendapat perhatian dengan seksama.
 - e. Oleh karena perutnya masih kecil, kehamilan merupakan rahasia seorang ibu yang mungkin akan diberitahukannya kepada orang lain atau malah mungkin merahasiakannya.
 - f. Hasrat untuk melakukan hubungan seks berbeda-beda pada tiap wanita, tetapi kebanyakan akan mengalami penurunan.
2. Perubahan psikologis trimester II (periode kesehatan yang baik)
 - a. Ibu merasa sehat, tubuh ibu sudah terbiasa dengan kadar hormon yang tinggi.
 - b. Ibu sudah bisa menerima kehamilannya.
 - c. Merasakan gerakan bayi.
 - d. Merasa terlepas dari ketidaknyamanan dan kekhawatiran.
 - e. Libido meningkat.

- f. Menuntut perhatian dan cinta.
 - g. Merasa bahwa bayi sebagai individu yang merupakan bagian dari dirinya.
 - h. Hubungan sosial meningkat dengan wanita hamil lainnya atau pada orang lain yang baru menjadi ibu.
 - i. Ketertarikan dan aktivitasnya terfokus pada kehamilan, kelahiran dan persiapan untuk peran baru.
3. Perubahan psikologis trimester III (periode penantian dengan penuh kewaspadaan)
- a. Rasa tidak nyaman timbul kembali, merasa dirinya jelek, aneh, dan tidak menarik.
 - b. Merasa tidak menyenangkan ketika bayi tidak lahir tepat waktu.
 - c. Takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang timbul pada saat melahirkan, khawatir akan keselamatannya
 - d. Khawatir bayi akan dilahirkan dalam keadaan tidak normal, bermimpi yang mencerminkan perhatian dan kekhawatirannya
 - e. Merasa sedih karena akan terpisah dari bayinya
 - f. Merasa kehilangan perhatian
 - g. Perasaan mudah terluka atau sensitif
 - h. Libido menurun

2.1.5 Masalah dan ketidaknyamanan

Selama periode ini banyak hal-hal ketidaknyamanan yang akan dialami ibu akibat pertumbuhan janin. Berikut masalah dan ketidaknyamanan ibu selama kehamilan.

Tabel 2.1 Masalah dan ketidaknyamanan pada kehamilan

Ketidaknyamanan (keluhan)	Muncul pada UK	Penyebab	Cara meringankan / Mencegah	Tanda bahaya
Sering Buang Air Kecil (BAK) terutama dimalam hari (nokturia)	TM 1 dan TM 3	a. Tekanan uterus/rahim pada kandung kemih b. Kadar natrium meningkat di dalam tubuh c. Air dan natrium tertahan dikaki selama siang hari, Pada malam hari terdapat aliran darah balik vena sehingga meningkatkan jumlah urine.	a. Segera berkemih jika terasa ingin kencing b. Perbanyak minum air putih disiang hari c. Jangan kurangi minum dimalam hari, kecuali jika sudah mengganggu tidur dan menyebabkan keletihan.	Terdapat tanda infeksi saluran kemih (sakit ketika berkemih (disuria), kencing sedikit (oliguria <30 cc/jam)
Keputihan	Selama kehamilan	a. Menebalnya selaput lendir (mukosa) vagina b. Peningkatan produksi lendir dan kelenjar organ kewanitaan (endoservikal) karena peningkatan hormon estrogen	a. Tingkatkan kebersihan dengan mandi setiap hari b. Cuci kemaluan setiap selesai berkemih dan defekasi dengan air yang bersih dari atas kebawah c. Ganti celana dalam setiap terasa lembab atau basah d. Kenakan celana dalam yang terbuat dari katun	a. Jika sangat banyak, berbau busuk dan berwarna kuning/abu-abu/hijau b. Disertai pengeluaran cairan bening (air ketuban) c. Bercampur darah d. Gatal-gatal pada vagina yang mengganggu
Konstipasi	TM II dan III	a. Peningkatan kadar progesteron yang menyebabkan	a. Tingkatkan pemasukan cairan dan	a. Rasa nyeri hebat diperut b. Tidak dapat

		<p>peristaltik usus mengembang</p> <p>b. Peningkatan aktivitas usus karena relaksasi usus halus</p> <p>c. Penyerapan air di kolon meningkat</p> <p>d. Tekanan dari uterus yang membesar pada usus</p>	<p>serat didalam diet</p> <p>b. Banyak minum air putih</p> <p>c. Lakukan latihan senam hamil</p>	<p>buang angin (flatus)</p> <p>c. Terasa nyeri diperut dikanan bawah (apendik)</p> <p>d. Tidak defekasi lebih dari 5 hari</p>
Bengkak pada kaki	TM II dan III	<p>a. Peningkatan kadar natrium disebabkan oleh pengaruh hormonal</p> <p>b. Peningkatan sirkulasi darah pada ekstremitas bawah (kaki)</p> <p>c. Tekanan dari pembesaran uterus pada vena pelviks ketika duduk atau vena kava inferior ketika berbaring</p>	<p>a. Hindari posisi berbaring telentang</p> <p>b. Hindari posisi berdiri untuk yang lama</p> <p>c. Ketika duduk usahakan kaki tidak menggantung</p>	<p>a. Muncul pada muka dan tangan (dikhawatirkan terjadi pre-eklampsia darah tinggi)</p> <p>b. Jika disertai gejala anemia, protein urine dan hipertensi</p>
Susah tidur (insomnia)	TM 2 dan TM 3	<p>a. Perubahan pola tidur</p> <p>b. Bangun tengah malam akibat ketidaknyamanan pembesaran rahim, berkemih di malam hari, sesak nafas, rasa panas di perut, kram dan cemas</p>	<p>a. Sebelum tidur lakukan senam hamil</p> <p>b. Mandi air hangat, minum-minuman hangat (susu atau teh)</p> <p>c. Tidur dengan posisi miring ke kiri</p>	<p>a. Keletihan yang berlebihan</p> <p>b. Lesu, murung dan tidak bersemangat</p> <p>d. Tidak bisa beraktivitas</p>
Jantung berdebar debar	Selama kehamilan	<p>a. Peningkatan pompa jantung (curah jantung)</p> <p>b. Gangguan sistem saraf simpati</p>	<p>a. Hindari kelelahan</p> <p>b. Segera beristirahat duduk atau berbaring miring ke kiri</p>	<p>Berdebar terus-menerus, parah atau yang mendahului pingsan atau jatuh.</p>

Nyeri perut bagian bawah	TM 3	Tekanan bayi yang berada di bawah	<ul style="list-style-type: none"> a. Tekuk lutut ke arah abdomen b. Mandi air hangat c. Gunakan bantal untuk menopang rahim dan bantal lainnya letakkan di antara lutut sewaktu dalam posisi berbaring miring 	
Hemoroid	TM 2 dan TM 3	<ul style="list-style-type: none"> a. Pembuluh darah vena di daerah anus membesar b. Tekanan kepala terhadap vena di rektum 	<ul style="list-style-type: none"> a. Hindari konstipasi b. Makan makanan yang berserat dan banyak minum c. Gunakan kompres es atau air hangat d. Secara perlahan masukkan kembali anus setiap selesai BAB 	
Nafas sesak	TM 2 dan TM 3	<ul style="list-style-type: none"> a. Tekanan bayi yang berada di bawah diafragma menekan paru ibu b. Akibat pembesaran uterus yang menghalangi pengembangan paru-paru secara maksimal 	<ul style="list-style-type: none"> a. Dorong agar secara sengaja mengatur laju dan dalamnya pernapasan pada kecepatan normal yang terjadi b. Merentangkan tangan di atas kepala serta menarik napas panjang c. Mendorong 	

			postur tubuh yang baik, melakukan pernapasan interkostal	
			d. Anjurkan untuk menarik nafas dalam dan lama	

Sumber: Asrinah dkk, 2010

2.1.6 Tanda-tanda dini bahaya/komplikasi

Tanda-tanda dini bahaya/komplikasi ibu dan janin masa kehamilan lanjut, yaitu:

1. Sakit kepala yang hebat

Sakit kepala yang hebat selama kehamilan, dan seringkali merupakan ketidaknyamanan yang normal dalam kehamilan. Sakit kepala yang menunjukkan adanya masalah yang serius adalah sakit kepala hebat yang menetap dan tidak hilang dengan beristirahat.

Kadang-kadang dengan sakit kepala yang hebat tersebut, ibu mungkin menemukan bahwa penglihatannya menjadi kabur atau berbayang. Sakit kepala yang hebat dalam kehamilan adalah gejala dari pre-eklampsia.

2. Penglihatan kabur

Biasanya akibat pengaruh hormonal, ketajaman penglihatan ibu berubah selama kehamilan. Perubahan yang ringan adalah normal, tetapi apabila masalah penglihatan ini terjadi secara mendadak ataupun tiba-tiba, misalnya pandangan yang tiba-tiba menjadi kabur atau berbayang, perlu diwaspadai karena bisa mengacu pada tanda bahaya kehamilan.

3. Bengkak di wajah dan jari-jari tangan

Pada saat kehamilan, hampir seluruh ibu akan mengalami bengkak yang normal pada kaki, biasanya muncul pada sore hari dan hilang setelah beristirahat atau meniggikan kaki. Bengkak biasanya menunjukkan adanya masalah serius apabila muncul pada muka dan tangan, tidak hilang setelah beristirahat, dan disertai keluhan fisik lain.

4. Gerakan janin tidak terasa

Ibu mulai merasakan gerakan bayi selama bulan ke-5 atau ke-6. Beberapa ibu dapat merasakan gerakan bayinya lebih awal. Jika bayi tidur gerakannya akan melemah. Bayi harus bergerak paling sedikit 3 kali dalam 1 jam jika ibu berbaring atau beristirahat, dan bila ibu makan dan minum dengan baik.

5. Nyeri perut yang hebat

Nyeri abdomen yang tidak berhubungan dengan persalinan normal adalah tidak normal. Nyeri abdomen yang mungkin menunjukkan masalah yang mengancam keselamatan jiwa adalah nyeri yang hebat, menetap, dan tidak hilang setelah beristirahat. Ini bisa berarti adanya appendiksitis, kehamilan ektopik, aborsi, penyakit radang pelviks, persalinan preterm, gastritis, penyakit kantong empedu, iritasi uterus, abrupsio placenta, infeksi saluran kemih atau infeksi lainnya.

2.1.7 Standart ANC yang di programkan

Berdasarkan Profil Kesehatan Indonesia Tahun (2015), standar pelayanan ANC meliputi standar 10T, sehingga ibu hamil yang datang memperoleh pelayanan komprehensif dengan harapan *ante natal care* dengan standar 10T dapat sebagai daya ungkit pelayanan kehamilan dan diharapkan ikut andil dalam menurunkan angka kematian ibu.

Menurut Midwifery Update (2016), dalam melakukan pemeriksaan antenatal, tenaga kesehatan harus memberikan pelayanan yang berkualitas sesuai standart (10T) terdiri dari:

1. Timbang berat badan dan ukur tinggi badan.

Penimbangan berat badan setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya gangguan pertumbuhan janin. Penambahan berat badan yang kurang dari 9 kg selama kehamilan atau kurang dari 1 kg setiap bulannya menunjukkan adanya gangguan pertumbuhan janin. Sedangkan tinggi badan yang kurang dari 145 cm meningkatkan resiko untuk terjadinya *Chepalo Pelvic Dispropotion* (CPD).

2. Ukur tekanan darah

Pengukuran tekanan darah pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya hipertensi (tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg) pada kehamilan dan preeklamsia (hipertensi disertai edema wajah dan atau tungkai bawah dan atau proteinuria).

3. Nilai status gizi (Ukur Lingkar Lengan Atas / LILA)

Pengukuran LILA hanya dilakukan pada kontak pertama oleh tenaga kesehatan di trimester I untuk skrining ibu hamil berisiko KEK. Kurang energi kronik disini maksudnya ibu hamil yang mengalami kekurangan gizi dan telah berlangsung lama (beberapa bulan/tahun) dimana LILA kurang dari 23,5 cm. Ibu hamil dengan KEK akan dapat melahirkan bayi berat lahir rendah (BBLR).

4. Ukur tinggi fundus uteri (TFU)

Pengukuran tinggi fundus pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi pertumbuhan janin sesuai atau tidak dengan umur kehamilan. Jika tinggi fundus tidak sesuai dengan umur kehamilan, kemungkinan ada gangguan pertumbuhan janin. Peningkatan tinggi fundus uteri 1-2 cm setiap minggu. Standar pengukuran menggunakan pita pengukur setelah kehamilan 24 minggu.

5. Tentukan presentasi janin dan Denyut Jantung Janin (DJJ)

Menentukan presentasi janin dilakukan pada akhir trimester II dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. Pemeriksaan ini dimaksudkan untuk mengetahui letak janin. Jika, pada trimester III bagian bawah janin bukan kepala, atau kepala janin belum masuk ke panggul berarti ada kelainan letak, panggul sempit atau ada masalah lain. Penilaian DJJ dilakukan pada akhir trimester I dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. DJJ lambat kurang dari 120 kali/menit atau DJJ cepat lebih dari 160 kali/menit menunjukkan adanya gawat janin.

6. Skrining status imunisasi tetanus dan berikan imunisasi tetanus toksoid (TT) bila diperlukan

Untuk mencegah terjadinya tetanus neonatorum, ibu hamil harus mendapat imunisasi TT. Pada saat kontak pertama, ibu hamil diskriming imunisasi T-nya. Pemberian imunisasi pada ibu hamil disesuaikan dengan status imunisasi TT ibu saat ini. Ibu hamil minimal memiliki status imunisasi T2 agar mendapat perlindungan terhadap infeksi tetanus. Ibu hamil dengan status imunisasi T5 (*TT Long Life*) tidak perlu diberikan imunisasi lagi.

7. Beri tablet tambah darah (tablet besi)

Untuk mencegah anemia gizi besi, setiap ibu hamil harus mendapat tablet tambah darah (tablet besi) dan Asam Folat minimal 90 tablet selama kehamilan yang diberikan sejak kontak pertama.

8. Periksa laboratorium

Pemeriksaan laboratorium yang dilakukan pada ibu hamil adalah pemeriksaan laboratorium rutin dan khusus. Pemeriksaan laboratorium yang harus dilakukan pada setiap ibu hamil yaitu golongan darah, hemoglobin darah, rotein urine, dan pemeriksaan spesifik daerah endemis/epidemi (malaria, Infeksi Menular Seksual (IMS), *Human Immunodeficiency Virus* (HIV), dll). Sementara pemeriksaan laboratorium lain yang dilakukan atas indikasi pada ibu hamil yang melakukan kunjungan antenatal.

9. Tatalaksana/penanganan kasus

Setiap kelainan yang ditemukan pada ibu hamil harus ditangani sesuai dengan standar dan kewenangan bidan. Kasus-kasus yang tidak bisa ditangani dirujuk sesuai dengan sistem rujukan.

10. Temu wicara (konseling)

Temu wicara (konseling) dilakukan pada setiap kunjungan antenatal yang meliputi kesehatan ibu, perilaku hidup sehat, peran suami/keluarga dalam kehamilan dan perencanaan persalinan, tanda dan bahaya pada kehamilan, persalinan, nifas, serta kesiapan menghadapi komplikasi, asupan gizi seimbang, gejala penyakit menular dan tidak menular, penawaran untuk melakukan tes HIV, Inisiasi Menyusui Dini (IMD) dan pemberian ASI eksklusif, KB

paska persalinan, imunisasi, peningkatan kesehatan intelegensia pada kehamilan.

2.1.8 Kartu Skort Poejdi Rochjati (KSPR)

Menurut Prawirohardjo (2011), kartu skor adalah alat sederhana dengan format:

1. Daftar faktor resiko dengan gambar yang cukup komunikatif, mudah dimengerti, diterima, digunakan oleh ibu hamil, suami, keluarga dan masyarakat pedesaan.
2. Sistem skoring dengan nilai skor untuk tiap faktor resiko dan kode warna untuk pemetaan ibu risti.

Resiko adalah suatu ukuran statistik epidemiologik dari kemungkinan terjadinya suatu keadaan gawatdarurat obstetrik yang tidak diinginkan pada masa mendatang yaitu perkiraan/prediksi akan terjadinya komplikasi dalam persalinan dengan dampak kematian/kesakitan pada ibu dan bayi.

Ukuran resiko diberi nilai dituangkan dalam angka yang disebut skor. Skor merupakan bobot dari resiko akan kemungkinan komplikasi dalam persalinan. Sistem skoring berdasarkan analisis statistik epidemiologik didapatkan skor 2 sebagai skor awal untuk semua umur dan paritas. Skor 8 untuk bekas operasi sesar, letak sungsang, letak lintang, pre-eklamsia berat/ eklamsia, perdarahan antepartu sedangkan skor 4 untuk faktor resiko yang lain.

Kelompok faktor resiko dikelompokkan dalam 3 kelompok antara lain:

a. Kelompok faktor resiko I

Ada Potensi Gawat Obstetrik/APGO dengan 7 Terlalu dan 3 Pernah

1) Tujuh Terlalu, meliputi:

- a) Primi muda
- b) Primi tua
- c) Primi tua sekunder

- d) Umur ≥ 35 tahun
 - e) Grande multi
 - f) Anak terkecil umur < 2 tahun
 - g) Tinggi badan rendah ≤ 145 cm
- 2) Tiga pernah, meliputi:
- a) Riwayat obstetri yang jelek
 - b) Persalinan lalu mengalami perdarahan pascapersalinan dengan infus/transfusi, uri manual, tindakan pervaginam,
 - c) Bekas operasi *Caesar*.

b. Kelompok faktor resiko II

Ada Gawat Obstetrik/AGO antara lain:

- 1) Penyakit ibu seperti TBC, kurang darah, malaria, penyakit jantung dan sebagainya
- 2) Pre-eklampsia ringan
- 3) Hamil kembar
- 4) Letak lintang
- 5) Hidramnion
- 6) Serotinus
- 7) Letak sungsang
- 8) IUFD

c. Kelompok faktor resiko III

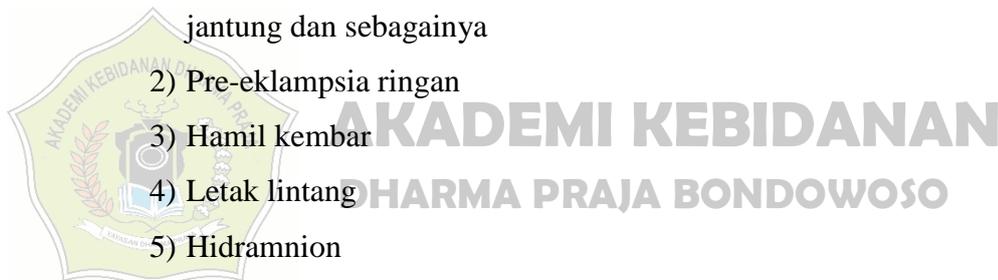
Ada Gawat Darurat Obstetrik/AGDO meliputi:

- 1) Perdarahan Antepartum
- 2) Pre eklampsia berat/Eklampsia

Berdasarkan jumlah skor pada tiap kotak, ada 3 kelompok resiko yaitu:

a) Kehamilan Resiko Rendah (KRR)

Jumlah skor 2 dengan kode warna hijau, selama hamil tanpa faktor resiko, rencana bersalin boleh ditolong oleh dan tempat persalinan di BPM atau dipolindes.



b) Kehamilan Resiko Tinggi (KRT)

Jumlah skor 6-10 dengan kode warna kuning, selama hamil terdapat faktor resiko terjadinya komplikasi pada persalinan lebih besar, rencana bersalin boleh di tolong oleh bidan atau dokter dan tempat persalinan di polindes, puskesmas, atau rumah sakit.

c) Kehamilan Resiko Sangat Tinggi (KRST)

Jumlah skor sama dengan atau lebih 12 dengan kode warna merah, ibu hamil dengan resiko ganda atau lebih yang dapat mengancam nyawa ibu atau janin, rencana bersalin hanya boleh ditolong oleh dokter dan tempat persalinan di rumah sakit.

2.1.9 Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K)

Menurut Midwifery Update (2016), P4K dengan stiker yang merupakan suatu kegiatan yang difasilitasi oleh bidan di desa dalam rangka peningkatan peran aktif suami, keluarga, dan masyarakat dalam merencanakan persalinan yang aman dan persiapan menghadapi komplikasi bagi ibu hamil, termasuk perencanaan penggunaan KB pasca persalinan dengan menggunakan stiker sebagai media notifikasi sasaran dalam rangka meningkatkan cakupan dan mutu pelayanan kesehatan bagi ibu dan bayi baru lahir.

1. Tujuan P4k

- a. Terdatanya status ibu hamil dan terpasangnya stiker P4K di setiap rumah ibu hamil yang memuat informasi tentang:
 - 1) Lokasi tempat tinggal ibu hamil
 - 2) Identitas ibu hamil
 - 3) Taksiran persalinan
 - 4) Penolong persalinan, pendamping persalinan, dan fasilitas tempat persalinan
 - 5) Calon donor darah, transportasi yang akan digunakan serta pembiayaan.

- b. Adanya perencanaan persalinan, termasuk pemakaian metode KB pasca persalinan yang sesuai dan disepakati ibu hamil, suami, keluarga, dan bidan.
- c. Terlaksananya pengambilan keputusan yang cepat dan tepat bila terjadi komplikasi selama kehamilan, persalinan, dan nifas.
- d. Meningkatnya keterlibatan tokoh masyarakat baik formal maupun non formal, dukun/pendamping persalinan dan kelompok masyarakat dalam perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi dengan stiker dan KB pasca salin sesuai dengan perannya masing-masing.

2. Manfaat P4K

- a. Mempercepat berfungsinya desa siaga
- b. Meningkatnya cakupan pelayanan ANC sesuai standar
- c. Meningkatnya cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan terampil
- d. Meningkatnya kemitraan bidan dan dukun
- e. Tertanganinya kejadian komplikasi secara dini
- f. Meningkatnya peserta KB pasca persalinan
- g. Terpantaunya kesakitan dan kematian ibu dan bayi
- h. Menurunnya kejadian dan kematian ibu serta bayi.

3. Peran bidan dalam P4K

- a. Masa kehamilan
 - 1) Melakukan pemeriksaan ibu hamil (ANC) sesuai standar minimal 4 kali selama hamil
 - 2) Melakukan penyuluhan dan konseling pada ibu hamil dan keluarga
 - 3) Melakukan kunjungan rumah
 - 4) Melakukan pencatatan pada kartu ibu, kohort ibu, dan buku KIA
 - 5) Membuat laporan PWS-KIA
 - 6) Memberdayakan unsur-unsur masyarakat termasuk suami, keluarga, dan kader untuk terlibat aktif dalam P4K.

b. Masa persalinan

- 1) Memberikan pertolongan persalinan sesuai standar
- 2) Mempersiapkan sarana prasarana persalinan aman termasuk pencegahan infeksi.
- 3) Memantau kemajuan persalinan sesuai partograf
- 4) Melakukan asuhan persalinan normal sesuai standar
- 5) Melakukan manajemen aktif kala III
- 6) Melaksanakan inisiasi menyusui dini (IMD)
- 7) Melakukan perawatan bayi baru lahir
- 8) Melakukan tindakan apabila mengalami komplikasi
- 9) Melakukan rujukan bila diperlukan
- 10) Melakukan pencatatan persalinan paasa kartu ibu, kartu bayi, kohort ibu dan bayi, register persalinan, dan buku KIA
- 11) Membuat pelaporan PWS-KIA dan AMP

c. Masa nifas

- 1) Melakukan kunjungan nifas (KF1, KF2, KF lengkap), (KN1, KN2,)
- 2) Melakukan penyuluhan dan konseling pada ibu, keluarga dan masyarakat
- 3) Melakukan rujukan bila diperlukan
- 4) Melakukan pencatatan pada kohort bayi dan buku KIA
- 5) Membuat laporan PWS-KIA dan AMP.

2.1.10 Konsep Asuhan Kebidanan Teori Kehamilan

ASUHAN KEBIDANAN TEORI

Pada Ny. “....” G... P...UKMinggu Dengan
Kehamilan Normal Janin/ Tunggal/ Hidup

- Tanggal/waktu : Untuk mengetahui tanggal dan waktu pengkajian
Tempat pengkajian : Untuk mengetahui tempat pengkajian
Pengkaji : Untuk mengetahui siapa nama pengkajianya

I. Pengkajian

A. Data subyektif

1. Identitas

- a) Nama : untuk memudahkan, memanggil atau menghindari kekeliruan
- b) Umur : untuk mengetahui apakah ibu termasuk berisiko tinggi atau tidak
- c) Agama : untuk mengetahui kepercayaan yang dianut ibu
- d) Pendidikan : untuk memudahkan pemberian KIE
- e) Pekerjaan : untuk mengetahui tingkat sosial ekonomi
- f) Alamat : untuk memudahkan komunikasi dan kunjungan rumah (Sulistyawati, 2009).

2. Alasan datang/ Keluhan utama

Keluhan utama ditulis singkat jelas, dua atau tiga kata yang merupakan keluhan yang membuat klien meminta bantuan pelayanan kesehatan (Rohmah,2012)

3. Riwayat kesehatan

a) Riwayat kesehatan sekarang

Riwayat kesehatan sekarang meliputi: penyakit jantung, hipertensi, DM, TBC, ginjal, Asma, Epilepsi, ati, Malaria, penyakit kelamin, HIV/AIDS (Rohmah,2012)

b) Riwayat kesehatan yang lalu

Riwayat kesehatan sekarang meliputi: penyakit jantung, hipertensi, DM, TBC, ginjal, Asma, Epilepsi, ati, Malaria, penyakit kelamin, HIV/AIDS (Rohmah,2012)

c) Riwayat penyakit keluarga

Riwayat kesehatan sekarang meliputi: penyakit jantung, hipertensi, DM, TBC, ginjal, Asma, Epilepsi, ati, Malaria, penyakit kelamin, HIV/AIDS serta riwayat keturunan kembar (Jannah, 2012)

4. Riwayat Menstruasi

Riwayat menstruasi meliputi: *Menarche*, HPHT, siklus haid, volume, perdarahan pervagina, dan *flour albus* (keputihan) (Sulistyawati, 2009)

5. Riwayat Obstetri

Riwayat Obstetri (Gravida(G)... Para(P)... Abortus(Ab)... Anak Hidup(Ah)..) meliputi : perdarahan pada kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu, hipertensi dalam kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu, BB lahir bayi <2500 gram atau >4000 gram serta masalah selama kehamilan, persalinan, dan nifas yang lalu (Prawirohardjo, 2011)

6. Riwayat hamil ini

Riwayat kehamilan ini meliputi: Riwayat ANC, gerakan janin, tanda-tanda bahaya/penyulit, keluhan utama, obat yang dikonsumsi, termasuk jamu, kekhawatiran ibu (Prawirohardjo, 2011)

7. Riwayat KB

Riwayat KB meliputi: jenis metode yang dipakai, waktu, tenaga, dan tempat saat pemasangan dan berhenti, keluhan atau alasan berhenti (Prawirohardjo, 2011)

8. Riwayat Perkawinan

Riwayat perkawinan terdiri atas status perkawinan, perkawinan ke, usia ibu saat perkawinan, dan lama perkawinan (Prawirohardjo, 2011)

9. Pola kebutuhan sehari-hari

Pola kebiasaan sehari-hari meliputi: pola nutrisi (makan dan minum), Eliminasi (BAB dan BAK), personal hygiene, aktivitas dan istirahat (Jannah, 2012)

10. Riwayat Psikososial

Riwayat Psikososial meliputi: pengetahuan dan respon ibu terhadap kehamilan dan kondisi yang dihadapi saat ini, jumlah keluarga di rumah, respon keluarga terhadap kehamilan,



AKADEMI KEBIDANAN
DHARMA PRAJA BONDOWOSO

dukungan keluarga, pengambilan keputusan dalam keluarga, tempat melahirkan dan penolong yang diinginkan ibu (Jannah, 2012)

B. Data Obyektif

1. Pemeriksaan umum

a) Kesadaran Umum

Kesadaran umum meliputi: tingkat energi, keadaan emosi dan postur badan ibu selama pemeriksaan, Tinggi Badan (TB), Berat Badan (BB) (Muslihatun dkk, 2009).

b) Kesadaran

Kesadaran merupakan suatu pemeriksaan fisik yang bertujuan untuk memperoleh data dan sebagai dasar dalam menegakkan diagnosa. Penilaiannya dapat secara kualitatif (*composmentis, apatis, somnolen, sopor, koma, delirium*) dan kuantitatif (diukur menurut skala koma) (Rohmah,2012).

c) Tanda-tanda Vital (TTV)

Tanda-tanda vital: tekanan darah (90/70-130/90 mmHg), suhu badan (36,5-37,5°C), frekuensi denyut nadi (N: 60-100×/menit), dan pernafasan (16-28x/menit) (Rohmah,2012).

2. Pemeriksaan fisik

- a) Kepala : Meliputi oedema wajah, cloasma dan muka gravidarum
- b) Mata : mata (kelopak mata pucat, warna sklera)
- c) Hidung : Perlu dikaji untuk mengetahui apakah ada pembesaran polip pada hidung yang dapat berpengaruh pada jalan nafas.
- d) Telinga : Perlu dikaji untuk mengetahui keadaan telinga apakah terdapat serumen atau tidak karena bisa berpengaruh pada pendengaran.
- e) Gilut : Mulut (rahang pucat, kebersihan), keadaan gigi (karies, karang, tonsil)

- f) Leher : Perlu dikaji untuk mengetahui adanya pembesaran kelenjar tyroid, pembesaran kelenjar limfe, pembesaran vena jugularis.
- g) Payudara : Meliputi bentuk dan ukuran, hiper pigmentasi areola, keadaan puting susu, kolostrum atau cairan lain, retraksi, massa dan pembesaran kelenjar limfe
- h) Abdomen : Adanya bekas luka, hiperpigmentasi (linea nigra, stiae gravidarum), tinggi fundus uteri (TFU) dengan tangan jika usia kehamilan 12 minggu, dan dengan pita ukuran jika usia kehamilan lebih dari 22 minggu. Palpasi abdomen untuk mengetahui letak, presentasi, posisi (usia kehamilan lebih dari 36 minggu), DJJ janin dengan fetoskop jika usia kehamilan lebih dari 18 minggu.



AKADEMI KEBIDANAN
DHARMA PRAJA

(Jannah, 2012)

Mengukur TFU normalnya

- TM I : 12 minggu : 3 jari di atas di
shympisis.
- TM II : 16 minggu : Pertengahan
shympisis-
pusat
- 20 minggu : 3 jari dibawah
pusat
- 24 minggu : Setinggi pusat
- TM III : 28 minggu : 3 jari diatas
pusat
- 32 minggu : Pertengahan
pusat-prosesus
xiphoideus
(PX)

36 minggu : 3 jari di bawah
prosesus
xiphoideus
(PX)

40 minggu : Pertengahan
pusat-prosesus
xiphoideus
(PX)

(Jannah, 2012)

Leopold I : Menentukan TFU dan
bagian atas yang ada
difundus.

Leopold II : Menentukan batas
samping/ bagian kanan
dan kiri rahim ibu dan
menentukan letak
punggung janin.

Leopold III : Menentukan bagian
terbawah janin

Leopold IV : Menentukan bagian
terbawah janin dan
seberapa masuknya
(Jannah, 2012)

TBJ : Dilakukan untuk
(Tafsiran mengetahui berat badan
Berat Janin) janin.

Pemeriksaan : Dilakukan untuk
DJJ mengetahui Denyut
Jantung Janin. Dalam
keadaan normal 120-160
x/menit (Jannah, 2012)

i) Genetalia : Luka, varises, kondiloma, cairan (warna,



AKADEMI KEBIDANAN
DHARMA PRAJA BONGWOSO

konsistensi, jumlah, bau), keadaan kelenjar bartolini (pembekakan, cairan, kista), nyeri tekan.

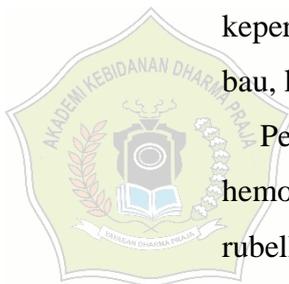
- j) Anus : Perlu dikaji adakah haemoroid atau tidak.
- k) Ekstermitas : Oedema kaki dan tangan, pucut pada kuku jari, varises, reflek patella

3. Pemeriksaan penunjang

a) Pemeriksaan laboratorium

Pemeriksaan laboratorium yang bisa dilakukan pada ibu hamil, adalah pemeriksaan sempel urin maupun sempel darah. Pemeriksaan urine pada ibu hamil antara lain untuk keperluan pemeriksaan tes kehamilan (PP Tes), warna urine, bau, kejernihan, protein dan glukosa urine.

Pemeriksaan darah ibu hamil, antara lain pemeriksaan hemoglobin, golongan darah, hematokrit darah, faktor resus, rubella, VDRL/RPR dan HIV. Pemeriksaan HIV harus dilakukan dengan persetujuan ibu hamil.



II. Identifikasi diagnosa atau masalah

- Ds : Data subjektif merupakan data yang berhubungan dengan masalah dari sudut pandang pasien atau anamnesa. Ekspresi pasien mengenai kekhawatiran dan keluhannya yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang berhubungan langsung dengan diagnosis
- Do : Data objektif merupakan data yang diperoleh dari hasil observasi yang jujur, hasil pemeriksaan pasien, pemeriksaan laboratorium atau pemeriksaan diagnostik lain
- Dx : Diagnosa merupakan pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif (Muslihatun dkk, 2009).

III. Merumuskan diagnosa / masalah potensial

Pada langkah ini, bidan mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial. Diagnosis atau masalah potensial diidentifikasi berdasarkan diagnosis atau masalah yang sudah teridentifikasi. Langkah ini penting dalam melakukan asuhan yang aman (Muslihatun dkk, 2009).

IV. Mengidentifikasi dan Menetapkan Kebutuhan yang Memerlukan Penanganan Segera

Diperlukan untuk melakukan konsultasi, kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain berdasarkan kondisi pasien (Muslihatun dkk, 2009).

V. Merencanakan Asuhan Kebidanan yang menyeluruh

Langkah ini ditentukan oleh hasil pengkajian data pada langkah sebelumnya. Jika ada informasi atau data yang tidak lengkap bisa dilengkapi. Juga bisa mencerminkan rasional yang benar atau valid. Pengetahuan teori yang salah atau tidak memadai atau suatu data dasar yang tidak lengkap bisa dianggap valid dan akan menghasilkan asuhan pasien yang tidak cukup dan berbahaya (Muslihatun dkk, 2009).

VI. Pelaksanaan asuhan kebidanan

Pada langkah ini bidan mengarahkan atau melaksanakan rencana asuhan secara efektif dan aman. Penatalaksanaan asuhan ini sebagian dilakukan oleh bidan, sebagian oleh klien sendiri atau oleh petugas kesehatan lainnya. Walau bidan tidak melaksanakan seluruh asuhan sendiri, tetapi dia tetap memiliki tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya (misalnya memantau rencananya benar-benar telaksanan).

Bila perlu berkolaborasi dengan dokter misalnya karena adanya komplikasi manajemen yang efisien berhubungan dengan waktu, biaya, serta peningkatan mutu asuhan. Kaji ulang apakah semua rencana telah dilaksanakan (Muslihatun dkk, 2009).

VII. Evaluasi

Jam :

Tanggal :

S : data yang diperoleh dari pasien dan keluarga

O : hasil pemeriksaan fisik beserta pemeriksaan diagnostik dan penunjang atau pendukung lain, serta catatan medik

A : kesimpulan dari data subjektif dan objektif

P : merupakan gambaran pendokumentasian dari tindakan evaluatif (Rohmah, 2012)

2.2 Konsep Teori Persalinan

2.2.1 Pengertian

Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit. Persalinan dimulai (inpartu) sejak menipis dan berakhirnya plasenta secara lengkap. Ibu belum inpartu jika kontraksi uterus tidak mengakibatkan perubahan serviks (JNPK-KR, 2014).

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

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun kedalam jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu) (Asih, 2016).

2.2.2 Etiologi

Teori kemungkinan terjadinya persalinan, antara lain:

1. Teori penurunan progesterone

Kadar hormon progesteron akan mulai menurun pada kira-kira 1-2 minggu sebelum persalinan dimulai. Proses penuaan plasenta terjadi mulai umur kehamilan 28 minggu, dimana terjadi penimbunan jaringan ikat, pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu. *Villi Chorialis* mengalami perubahan dan produksi progesterone mengalami penurunan, sehingga otot rahim mulai berkontraksi setelah mencapai tingkat penurunan progesterone tertentu (Sondakh, 2013)

2. Teori keregangan

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

3. Teori oksitosin interna

Hipofisis posterior menghasilkan hormon oksitosin. Adanya perubahan keseimbangan antara estrogen dan progesteron dapat mengubah sensitifitas otot rahim dan akan mengakibatkan terjadinya kontraksi uterus yang disebut *Braxton Hicks*. Penurunan kadar progesteron karena kehamilan yang sudah tua akan mengakibatkan aktifitas oksitosin meningkat (Sondakh, 2013).

4. Teori plasenta menjadi tua

Seiring matangnya usia kehamilan *villi chorialis* dalam mengalami beberapa perubahan hal ini menyebabkan turunnya kadar estrogen dan progesteron yang mengakibatkan tegangnya pembuluh darah sehingga akan menimbulkan kontraksi uterus (Sulistyawati, 2009).

5. Teori distensi rahim

a. Otot rahim memiliki kemampuan meregang dalam batas tertentu.

- b. Setelah melewati batas tersebut akhirnya terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai.
 - c. Contohnya pada kehamilan gemeli, sering terjadi kontraksi karena uterus teregang oleh ukuran janin ganda, sehingga kadang kehamilan gemeli mengalami persalinan yang lebih dini.
6. Teori iritasi mekanis
- Dibelakang serviks terletak gangglion servikalis (fleksus frankenhauser), bila gangglion ini digeser dan ditekan (misalnya oleh kepala janin), maka akan timbul kontraksi uterus.
7. Teori hipotalamus-pituitari dan glandula suprenalis
- a. Glandula suprenalis merupakan pemicu terjadinya persalinan.
 - b. Teori ini menunjukkan, pada kehamilan dengan bayi anensefalus sering terjadi kelambatan persalinan karena terbentuknya hipotalamus.
8. Teori prostaglandin
- Menurut Sulistyawati (2009) prostagladin yang dihasilkan oleh desidua disangka sebagai salah satu sebab permulaan persalinan. Hasil percobaan menunjukkan bahwa prostagladin F₂ yang diberikan secara intravena menimbulkan kontraksi miometrium pada setiap usia kehamilan. Hal ini juga disokong dengan adanya kadar prostagladin yang tinggi baik dalam air ketuban maupun darah periver pada ibu hamil sebelum melahirkan atau selama proses persalinan.

2.2.3 Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan

Menurut Sondakh (2013) faktor-faktor yang dapat mempengaruhi proses persalinan adalah:

1. Penumpang (*Passanger*)

Penumpang dalam persalinan adalah janin dan plasenta. Hal-hal yang perlu di perhatikan mengenai janin adalah ukuran kepala, presentasi, letak, sikap, dan posisi janin sedangkan yang perlu di perhatikan pada plasenta adalah letak, besar dan luasnya.

2. Jalan lahir (*Passage*)

Jalan lahir di bagi atas dua yaitu jalan lahir keras, dan jalan lahir lunak. Hal-hal yang perlu di perhatikan dari jalan lahir keras adalah ukuran dan bentuk tulang panggul sedangkan yang perlu diperhatikan pada jalan lahir lunak adalah segmen bawah uterus yang dapat meregang serviks, otot besar panggul, vagina, introitus vagina.

3. Kekuatan (*Power*)

Faktor kekuatan dalam persalinan dibagi atas dua yaitu:

a. Kekuatan primer (kontraksi involunter)

Kontraksi berasal dari segmen atas uterus yang menebal dan dihantarkan ke uterus bawah dalam bentuk gelombang. Istilah yang digunakan yang menggambarkan kontraksi involunter ini antara lain frekuensi, durasi, dan intensitas kontraksi. Kekuatan primer mengakibatkan serviks menipis dan berdilatasi sehingga janin turun.

b. Kekuatan sekunder (kontraksi volunter)

Pada kekuatan ini diafragma dan abdomen ibu berkontraksi dan mendorong keluar isi ke jalan lahir sehingga menimbulkan tekanan intra abdomen. Tekanan ini menekan uterus pada semua sisi dan menambah kekuatan dalam mendorong keluar. Kekuatan sekunder tidak mempengaruhi dilatasi serviks, tetapi setelah dilatasi serviks lengkap, kekuatan ini cukup penting dalam usaha untuk mendorong keluar dari uterus dan vagina.

4. Ibu (*Positioning*)

Posisi ibu dapat mempengaruhi adaptasi anatomi dan fisiologi persalinan. Perubahan posisi yang diberikan pada ibu bertujuan menghilangkan rasa letih, memberi rasa nyaman, dan memperbaiki sirkulasi. Posisi tegak (contoh posisi berdiri, berjalan, duduk, jongkok) memberi sejumlah keuntungan, salah satunya adalah memungkinkan gaya gravitasi membantu penurunan janin. Selain itu, posisi ini dianggap dapat mengurangi kejadian penekanan tali pusat.

5. Respon psikologi (*Psychology response*)

Respon psikologi ibu dapat di pengaruhi oleh:

- a. Dukungan ayah bayi/pasangan selama proses persalinan.
- b. Dukungan kakek-nenek (saudara dekat) selama persalinan.
- c. Saudara kandung bayi selama persalina

2.2.4 Tanda- tanda persalinan

Beberapa tanda-tanda dimulainya proses persalinan menurut Sondakh (2013) sebagai berikut:

1. Terjadinya his persalinan

Sifat his persalinan adalah:

- a. Pinggang terasa sakit dan menjalar ke depan
- b. Sifatnya teratur, interval makin pendek, dan kekuatan makin besar.
- c. Makin beraktivitas (jalan), kekuatan makin bertambah.

2. Pengeluaran lendir dengan darah

Terjadinya his persalinan mengakibatkan terjadinya perubahan pada serviks yang akan menimbulkan:

- a. Pendataran dan pembukaan.
- b. Pembukaan menyebabkan lendir yang terdapat pada kanalis servikalis lepas.
- c. Terjadi perdarahan karena kapiler pembuluh darah pecah

3. Pengeluaran cairan

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

2.2.5 Tahapan persalinan

Menurut Sondakh (2013), tahapan dari persalinan terdiri atas kala 1 (kala pembukaan), kala II (kala pengeluaran janin), kala III (pelepasan plasenta), dan kala IV (kala pengawasan/observasi).

1. Kala I (kala pembukaan)

Kala I di mulai saat persalinan mulai (pembukaan nol) sampai pembukaan lengkap (10 cm). Proses ini dibagi menjadi 2 fase, yaitu:

a. Fase laten

Berlangsung selama 8 jam, serviks membuka sampai 3 cm.

b. Fase aktif

Berlangsung selama 7 jam, serviks membuka dari 4cm sampai 10cm, kontraksi lebih kuat dan sering, dibagi dalam 3 fase:

1) Fase akselerasi dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4cm

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

3) Fase deselerasi pembukaan menjadi lambat sekali, dalam waktu 2 jam pembukaan 9 cm menjadi lengkap.

Proses diatas terjadi pada primigravida ataupun multigravida, tetapi pada multigravida memiliki jangka waktu yang lebih pendek. Pada primigravida, kala I berlangsung ± 12 jam, sedangkan pada multigravida ± 8 jam.

2. Kala II (kala pengeluaran janin)

Menurut Sondakh (2013) gejala kala II adalah sebagai berikut:

a. His semakin kuat dengan interval 2-3 menit dengan durasi 50-100 detik.

b. Menjelang akhir kala I ketuban pecah yang ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak.

c. Ketuban pecah pada pembukaan mendekati lengkap diikuti keinginan mengejan akibat tertekannya pleksus frankenhauser.

d. Kedua kekuatan his dan mengejan lebih mendorong kepala bayi sehingga terjadi:

1. Kepala membuka pintu

2. Subocciput bertindak sebagai hipomoklion, kemudian secara berturut-turut lahir ubun-ubun besar, dahi, hidung dan muka serta kepala seluruhnya

- e. Kepala lahir seluruhnya dan diikuti oleh putar paksi luar yaitu penyesuaian kepala pada punggung
- f. Setelah putar paksi luar berlangsung maka persalinan bayi ditolong dengan cara:
 - 1) Kepala dipegang pada os occiput dan dibawah dagu, kemudian dipegang secara biparietal kebawah untuk melahirkan bahu dan keatas untuk melahirkan bahu belakang.
 - 2) Setelah kedua bahu lahir, ketika dikait untuk melahirkan sisa badan bayi.
 - 3) Bayi lahir diikuti oleh air sisa ketuban.
- g. Lamanya kala II untuk primigravida 1,5 -2 jam dan multigravida 1,5- 1 jam.

3. Kala III (pelepasan plasenta)

a. Pengertian

Menurut Sondakh (2013) gejala kala III dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta, yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Proses lepasnya plasenta dapat diperkirakan dengan mempertahankan tanda-tanda dibawah ini, yaitu:

- 1) Uterus menjadi bundar.
- 2) Uterus terdorong keatas karena plasenta dilepas ke segmen bawah rahim.
- 3) Tali pusat bertambah panjang.
- 4) Terjadi semburan darah tiba-tiba.

b. Cara mengeluarkan plasenta

Cara melahirkan plasenta adalah menggunakan tehnik dorso-kranial. Selaput janin biasanya lahir dengan mudah, namun kadang-kadang masih ada bagian plasenta yang tertinggal. Bagian tertinggal tersebut dapat dikeluarkan dengan cara :

- 1) Menarik pelan-pelan
- 2) Memutar atau memilinnya seperti tali
- 3) Memutar pada klem
- 4) Manual atau digital

Plasenta dan selaput ketuban harus diperiksa secara teliti setelah dilahirkan apakah setiap bagian plasenta lengkap atau tidak lengkap. Bagian plasenta yang diperiksa yaitu permukaan maternal yang pada normalnya memiliki 6-20 kotiledon, permukaan fetal, dan apakah terdapat tanda-tanda plasenta suksenturia. Jika plasenta tidak lengkap, maka disebut ada sisa plasenta. Keadaan ini dapat menyebabkan perdarahan yang banyak dan infeksi.

c. Tahapan fase pada kala III

1) Fase pelepasan plasenta

Beberapa pelepasan plasenta antara lain:

a) Schultze

Proses lepasnya plasenta seperti menutup payung. Cara ini merupakan cara yang sering terjadi (80%). Bagian yang lepas terlebih dahulu adalah bagian tengah, lalu terjadi *retroplacental hematoma* yang menolak plasenta mula-mula bagian tengah. Menurut cara ini, perdarahan biasanya tidak ada sebelum plasenta lahir dan berjumlah banyak setelah plasenta lahir.

b) Duncan

Berbeda dengan sebelumnya pada cara ini lepasnya plasenta dimula dari pinggir (20%). Darah akan mengalir keluar antara selaput ketuban. Pengeluarannya juga serempak dari tengah dan pinggir plasenta (Sondakh, 2013).

2) Fase pengeluaran plasenta

Perasat-Perasat untuk mengetahui lepasnya plasenta:

a) Kustner

Dengan meletakkan tangan disertai diatas simfisis, tali pusat di tegangkan, maka bila tali pusat masuk berarti belum lepas. Jika diam atau maju berarti sudah lepas.



b) Klein

Sewaktu ada his, rahim didorong sedikit. Bila tali pusat kembali berarti belum lepas, diam atau turun berarti lepas (cara ini tidak dilakukan lagi).

c) Strassman

Tegangkan tali pusat dan ketok pada fundus, bila tali pusat bergetar berarti tali pusat belum lepas, tidak bergetar berarti sudah lepas. Tanda-tanda plasenta sudah lepas adalah rahim menonjol ke atas simfisis, tali pusat bertambah panjang, rahim bundar dan keras serta keluar darah secara tiba-tiba (Sondakh, 2013).

4. Kala IV (kala pengawasan/observasi /pemulihan)

Menurut Sondakh (2013) gejala kala IV dimulai dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam post partum. Kala ini terutama bertujuan untuk melakukan observasi karena perdarahan post partum paling sering terjadi pada 2 jam pertama.

Darah yang keluar selama perdarahan harus diperhatikan dengan baik, kehilangan darah pada persalinan biasanya disebabkan oleh luka pada saat pelepasan plasenta dan robekan serviks dan perineum. Rata-rata perdarahan yang dikatakan normal adalah 250cc, biasanya 100-300cc. Jika perdarahan lebih dari 500cc, maka sudah dianggap abnormal, dengan demikian harus dicari penyebabnya.

Penting untuk diingat: jangan meninggalkan wanita bersalin 1 jam sesudah bayi dan plasenta lahir. Sebelum pergi meninggalkan ibu yang baru melahirkan, periksa ulang terlebih dahulu dan perhatikanlah 7 pokok penting:

- a. Kontraksi rahim: baik atau tidaknya pemeriksaan palpasi jika perlu dilakukan masase dan berikan uterotonika seperti meterghin, atau emetrin dan oksitosin.
- b. Perdarahan: ada atau tidak, banyak atau biasa
- c. Kandung kemih: harus kosong, jika penuh, ibu dianjurkan berkemih dan kalau tidak bisa, lakukan kateter.

- d. Luka-luka: jahitannya baik atau tidak, ada perdarahan atau tidak.
- e. Plasenta dan selaput ketuban harus lengkap.
- f. Keadaan umum ibu, tekanan darah, nadi, pernapasan, dan masalah lain.
- g. Bayi dalam keadaan baik.

2.2.6 Kebutuhan pada masa persalinan

Keinginan dasar ibu dalam melahirkan telah diperkenalkan oleh perawat *Lesser* dan *Keane*, menurut *Sondakh* (2013) yaitu:

1. Makan dan minuman per oral

Jika pasien dalam situasi yang memungkinkan untuk makan, biasanya pasien akan makan sesuai dengan keinginannya, namun ketika masuk dalam persalinan masa aktif biasanya ibu hanya menginginkan cairan.

2. Akses intravena

Akses intravena adalah tindakan pemasangan infus pada pasien, kebijakan ini diambil dengan pertimbangan sebagai jalur obat, cairan, atau darah untuk mempertahankan keselamatan jika sewaktu-waktu terjadi keadaan darurat dan untuk mempertahankan suplemen cairan pada pasien.

3. Posisi dan ambulasi

Posisi yang nyaman saat persalinan sangat diperlukan bagi pasien. Selain mengurangi ketegangan dan rasa nyeri, posisi tertentu justru akan membantu proses penurunan kepala janin sehingga persalinan dapat berjalan lebih cepat (selama tidak ada kontraindikasi dari keadaan pasien). Beberapa posisi yang dapat diambil antara lain rekumben lateral (miring), lutut–dada, tangan-lutut, duduk, berdiri, jalan, dan jongkok.

4. Kebutuhan eliminasi

a. Buang Air Kecil (BAK)

Selama proses persalinan pasien mengalami poliuri sehingga penting untuk difasilitasi agar kebutuhan eliminasi dapat terpenuhi.

b. Buang Air Besar (BAB)

Pasien akan merasa sangat tidak nyaman ketika merasakan dorongan untuk BAB. Namun rasa khawatir kadang lebih mendominasi dari pada perasaan tidak nyaman.

5. Kebersihan tubuh

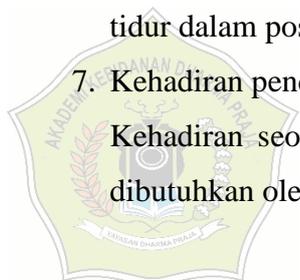
Sebagian pasien yang akan menjalani proses persalinan tidak begitu menganggap kebersihan tubuh sebagai suatu kebutuhan, karena ibu lebih terfokus terhadap rasa sakit akibat his terutama pada primipara.

6. Istirahat

Istirahat sangat penting untuk pasien karena akan membuat rileks. Jika pasien benar-benar tidak dapat tidur terlelap karena sudah mulai merasakan his, minimal upayakan untuk berbaring di tempat tidur dalam posisi miring ke kiri untuk beberapa waktu.

7. Kehadiran pendamping

Kehadiran seorang yang sangat penting dan dapat dipercaya sangat dibutuhkan oleh ibu yang akan menjalani proses bersalin



2.2.7 Masalah dan penanganan

1. Nyeri Persalinan

Rasa nyeri pada persalinan adalah manifestasi dari adanya kontraksi (pemendekan) otot rahim. Kontraksi inilah yang menimbulkan rasa sakit pada pinggang, daerah perut dan menjalar ke arah paha. Kontraksi ini menyebabkan adanya pembukaan mulut rahim (serviks). Dengan adanya pembukaan serviks inilah akan terjadi persalinan rasa nyeri yang di alami selama persalinan bersifat unik pada setiap ibu yang dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain budaya, takut, cemas, atau ketakutan, pengalaman persalinan sebelumnya dan dukungan.

- a. Berikan penjelasan pada ibu tentang penyebab nyeri.
- b. Ajarkan pada ibu teknik relaksasi dan diastraksi.
- c. Berikan sentuhan dan massase dengan menggosok-gosok punggung ibu dan minta pendamping ibu untuk memperagakannya.

- d. Berikan lingkungan yang tenang, anjurkan ibu istirahat jika his sudah mereda.
2. Cemas dalam menghadapi proses persalinan
 - a. Berikan informasi pada klien tentang proses persalinan.
 - b. Libatkan keluarga dalam memberikan dukungan mental dan spiritual
 - c. Jelaskan pada ibu tentang proses dan kemajuan persalinan
 - d. Beri kesempatan pada ibu untuk memilih posisi nyaman
3. Ketidaktahuan ibu tentang cara meneran yang benar
 - a. Ajari ibu cara meneran yang benar dengan mengangkat kepala, tempelkan dagu di dada, tekanan dirasakan di perut dan jalan lahir.
 - b. Motivasi ibu meneran jika ada dorongan

2.2.8 Pendokumentasian

1. Partograf

Partograf adalah alat bantu untuk memantau kemajuan kala satu persalinan dan informasi untuk membuat keputusan klinik (JNPK-KR, 2014). Jika digunakan dengan tepat dan konsisten, partograf akan membantu penolong persalinan untuk:

- a. Mencatat kemajuan persalinan
- b. Mencatat kondisi ibu dan janinnya
- c. Mencatat asuhan yang diberikan selama persalinan dan kelahiran
- d. Menggunakan informasi yang tercatat untuk identifikasi dini penyulit persalinan
- e. Menggunakan informasi yang tersedia untuk membuat keputusan klinik yang sesuai dan tepat waktu (JNPK-KR, 2014).

Partograf harus digunakan pada semua ibu bersalin fase aktif kala I dan merupakan elemen penting dari asuhan kebidanan, semua tempat bersalin dan semua penolong persalinan. Pencatatan selama fase aktif persalinan yaitu informasi ibu yang meliputi:

a. Informasi tentang ibu

Seperti: nama, umur, gravid, para, abortus, tanggal dan waktu dirawat serta pecahnya selaput ketuban (JNPK-KR, 2014).

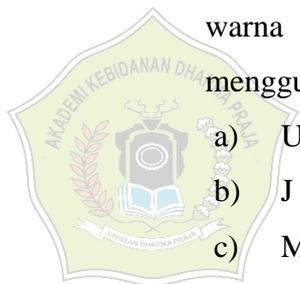
b. Kondisi janin

1) Denyut Jantung Janin (DJJ)

Dinilai dan dicatat setiap 30 menit (lebih sering jika terjadi tanda gawat janin). Kisaran normal DJJ terpapar pada partograf diantara garis 180-100, nilai normal sekitar 120-160x/menit, apabila ditemukan DJJ dibawah 120 atau diatas 160 maka penolong harus waspada (JNPK-KR, 2014).

2) Warna dan adanya air ketuban

nilai ketuban setiap melakukan pemeriksaan dalam dan nilai warna air ketuban jika selaput ketuban pecah dengan menggunakan lambang seperti berikut:



- a) U : selaput ketuban utuh (belum pecah)
- b) J : selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban jernih
- c) M : air ketuban bercampur mekonium
- d) D : air ketuban bercampur darah
- e) K : air ketuban kering (JNPK-KR, 2014).

3) Penyusupan/ molase tulang kepala janin

Setiap melakukan pemeriksaan dalam, nilai penyusupan antara tulang (molase) kepala janin dengan lambing berikut:

- a) 0 : Tulang-tulang kepala terpisah, sutura mudah dipalpasi
- b) 1 : Tulang-tulang kepala janin hanya saling bersentuhan
- c) 2 : Tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih dan masih dapat diisahkan
- d) 3 : Tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih dan tidak dapat diisahkan (JNPK-KR, 2014).

c. Kemajuan persalinan

1) Pembukaan serviks

Nilai dan catat pembukaan serviks setiap 4 jam (lebih sering dilakukan jika ada tanda-tanda penyulit). Saat berada difase aktif catat pada partograf dengan memberi tanda X pada garis waspada sesuai dengan hasil pemeriksaan dalam (JNPK-KR, 2014).

2) Penurunan bagian terbawah janin

Cantumkan hasil pemeriksaan penurunan kepala (perlimaan) yang menunjukkan seberapa jauh bagian terbawah janin telah memasuki rongga panggul. Berikan tanda O untuk penurunan kepala pada garis waktu yang sesuai dari garis 0-5 (JNPK-KR, 2014).

d. Garis waspada dan garis bertindak

Garis waspada dimulai dari pembukaan serviks 4 cm dan berakhir pada titik dimana pembukaan sudah lengkap diharapkan pembukaan 1 cm setiap jam. Garis bertindak tertera sejajar dan disebelah kanan (berjarak 4 jam) dari garis waspada jika pembukaan serviks telah melampaui dan berada disebelah kanan maka hal ini menunjukkan perlu dilakukan tindakan untuk menyelesaikan persalinan (JNPK-KR, 2014).

e. Waktu dan jam

1) Waktu mulainya fase aktif

Dibagian bawah partograf terdapat kotak-kotak yang diberi angka 1-12. Setiap kotak menyatakan satu jam sejak dimulainya fase aktif persalinan.

2) Kontraksi uterus

Raba dan catat jumlah kontraksi dalam 10 menit dan lamanya kontraksi dalam satuan detik (JNPK-KR, 2014).

f. Obat dan cairan yang diberikan

1) Oksitosin

2) Obat-obatan lain serta cairan IV yang diberikan

g. Kondisi ibu

1) Nadi, tekanan darah, dan suhu tubuh

Catat nadi setiap 30 menit, tekanan darah setiap 4 jam dan suhu tubuh setiap 2 jam.

2) Volume urine.

Catat jumlah produksi urin setiap 2 jam, jika ibu berkemih lakukan pemeriksaan protein dalam urin.

h. Pencatatan dalam lembar belakang partograf

Digunakan untuk mencatat hal-hal yang terjadi selama proses persalinan dan kelahiran, serta tindakan-tindakan yang dilakukan sejak persalinan kala I hingga kala IV (termasuk bayi baru lahir). Bagian ini disebut sebagai catatan persalinan, lakukan penilaian dan pencatatan asuhan yang diberikan selama masa nifas terutama pada kala IV untuk memungkinkan penolong persalinan mencegah terjadinya komplikasi dan membuat keputusan klinik yang sesuai (JNPK-KR, 2014).

2. Lembar penapisan persalinan

Menurut JNPK-KR (2014), pada saat memberikan asuhan bagi ibu bersalin, penolong harus selalu waspada terhadap kemungkinan timbulnya masalah atau penyulit. Selama anamnesa dan pemeriksaan fisik, tetap waspada pada indikasi yang tertera pada lembar penapisan.

Tabel 2.2 Penapisan Persalinan

Rujuk ibu :	
Apabila didapati salah satu atau lebih penyulit seperti berikut:	
1.	Riwayat bedah sesar
2.	Perdarahan per vaginam
3.	Persalinan kurang bulan (usia kehamilan kurang dari 37 minggu)
4.	Ketuban pecah disertai mekonium yang kental
5.	Ketuban pecah lama (lebih dari 24 jam)
6.	Ketuban pecah pada persalinan kurang bulan (usia kehamilan kurang dari 37 minggu)
7.	Ikhterus
8.	Anemia berat
9.	Tanda/gejala infeksi
10.	Pre-eklampsia/hipertensi dalam kehamilan
11.	Tinggi fundus 40 cm atau lebih
12.	Gawat janin

13.	Primipara dalam fase aktif kala I persalinan dan kepala janin masih 5/5
14.	Presentasi bukan belakang kepala
15.	Presentasi ganda (majemuk)
16.	Kehamilan ganda atau gemeli
17.	Tali pusat menubung
18.	Syok

Sumber: JNPK-KR, 2014

3. Lembar observasi

Menurut JNPK-KR (2014), jika pembukaan serviks kurang dari 4 cm, berarti ibu berada dalam fase laten dan semua asuhan, pengamatan dan pemeriksaan harus dicatat di lembar observasi, yaitu DJJ, kontraksi, nadi setiap 30 menit dan pembukaan serviks, penurunan kepala, tekanan darah, suhu dan produksi urine setiap 4 jam. Rujuk segera ke fasilitas kesehatan yang sesuai jika fase laten berlangsung lebih 8 jam.

2.2.9 Konsep Asuhan Kebidanan Teori Persalinan

ASUHAN KEBIDANAN TEORI
 Pada Ny. "...." G... P...UKMinggu Inpartu Kala...Fase...Dengan
 PersalinanNormal

Catatan perkembangan INC

Jam :

Tanggal :

S : Data subjektif merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Hellen Varney langkah pertama (pengkajian data), terutama data yang diperoleh dari anamnesisi. Data ini berhubungan dengan masalah dari sudut pandang pasien atau anamnesa. Ekspresi pasien mengenai kekhawatiran dan keluhannya yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang berhubungan langsung dengan diagnosis (Asih, 2016).

O : Data objektif merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Hellen Varney langkah pertama (pengkajian data), yang diperoleh dari hasil observasi yang jujur, hasil pemeriksaan pasien, pemeriksaan laboratorium atau pemeriksaan diagnostik lain

(Asih,2016).

- A : Analisis atau assesment, merupakan pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif (Asih, 2016).
- P : Planning atau perencanaan adalah membuat rencana asuhan saat ini dan yang akan datang. Rencana asuhan disusun berdasarkan hasil analisis dan interpretasi data (Asih, 2016).

Jika pembukaan sudah lengkap. Lakukan asuhan persalinan normal 58 langkah sesuai APN

- 1) Mendengar dan melihat adanya tanda gejala kala dua. (Ibu merasa ada dorongan kuat dan meneran, tekanan yang semakin meningkat pada rectum dan vagina, perenium tampak menonjol, vulva dan spingter ani membuka).
- 2) Memastikan kelengkapan alat, bahan dan obat-obatan esensial pertolongan persalinan dan menatalaksana komplikasi ibu dan bayi baru lahir. Untuk asfiksia → tempat datar dan keras, 2 kain, 1 handuk, lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm dari tubuh bayi (menggelar kain di atas meja resusitasi, dan menyiapkan ganjal bahu, menyiapkan oksitosin dan alat suntik dalam partus set)
- 3) Memakai celemek plastik, kaca mata pelindung, penutup kepala, sepatu boots.
- 4) Melepaskan aksesoris/perhiasan, mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir.
- 5) Menggunakan sarung tangan DTT pada tangan kanan yg akan digunakan untuk pemeriksaan dalam.
- 6) Memasukkan oksitoksin ke dalam tabung suntik (gunakan tangan yang memakai sarung tangan DTT dan steril) pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik.
- 7) Membersihkan vulva dan perineum menyeka dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan kapas basah yang telah dibasahi oleh air matang (DTT). (Membersihkan perineum jika terkontaminasi tinja dari arah depan ke belakang, membuang kapas/kasa pada tempat yang

telah disediakan, mengganti sarung tangan jika terkontaminasi dan rendam dalam larutan klorin 0,5%)

- 8) Melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan sudah lengkap dan selaput ketuban sudah pecah, (jika belum pecah dilakukan amniotomi).
- 9) Mencilupkan tangan kanan yang bersarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, membuka sarung tangan dalam keadaan terbalik dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5%.
- 10) Memeriksa denyut jantung janin setelah kontraksi uterus selesai dan memastikan DJJ dalam batas normal (120-160 x/menit). (Mengambil tindakan sesuai jika DJJ tidak normal, dokumentasi hasil pemeriksaan pada partograf)
- 11) Memberi tahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik dan bantu ibu menemukan posisi nyaman sesuai keinginannya (memantau kondisi ibu dan janin dan mengikuti pedoman penatalaksanaan fase aktif dan dokumentasi dalam partograf, menjelaskan peran keluarga dalam memberi semangat untuk ibu meneran).
- 12) Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran (Pada saat ada his, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan merasa nyaman).
- 13) Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran (Membimbing ibu untuk meneran dengan benar, memberi dukungan dan perbaiki jika meneran tidak sesuai, membantu mencari posisi nyaman ibu, menganjurkan untuk istirahat saat tidak ada kontraksi, menganjurkan keluarga memberi semangat pada ibu, memberi asupan per-oral, memeriksa DJJ saat tidak ada kontraksi, merujuk jika bayi tidak lahir dalam waktu 120 menit/2 jam pada primigravida dan 6 menit/1 jam pada multigravida).
- 14) Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit.

- 15) Meletakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm.
- 16) Meletakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian bawah bokong ibu.
- 17) Membuka tutup partus set dan memperhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan.
- 18) Memakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.
- 19) Saat kepala janin tampak pada vulva dengan diameter 5-6 cm, maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu untuk meneran perlahan atau bernafas cepat dan dangkal.
- 20) Cek apakah ada lilitan tali pusat atau tidak.
- 21) Menunggu hingga kepala janin selesai melakukan putaran paksi luar secara spontan.
- 22) Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang secara biparental. Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakan kepala kearah bawah dan distal hingga bahu depan muncul dibawah arkus pubis dan kemudian gerakan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.
- 23) Setelah bahu lahir, geser tangan bawah kearah perineum ibu untuk menyanggah kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang tangan dan siku sebelah atas.
- 24) Setelah badan dan lengan lahir, tangan kiri menyusuri punggung kearah bokong dan tungkai bawah janin untuk memegang tungkai bawah (selipkan jari telunjuk tangan kiri diantara kedua lutut janin).
- 25) Melakukan penilaian selintas:
 - a. Apakah bayi menangis kuat dan atau bernapas tanpakesulitan?
 - b. Apakah bayi bergerak aktif?
- 26) Mengeringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan handuk/kain yang kering. Membiarkan bayi atas perut ibu (JNPK, 2014).

Catatan Perkembangan kala III

Jam :

Tanggal :

S : Data subjektif merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Hellen Varney langkah pertama (pengkajian data), terutama data yang diperoleh dari anamnesisi. Data ini berhubungan dengan masalah dari sudut pandang pasien atau anamnesa. Ekspresi pasien mengenai kekhawatiran dan keluhannya yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang berhubungan langsung dengan diagnosis.

O : Data objektif merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Hellen Varney langkah pertama (pengkajian data), yang diperoleh dari hasil observasi yang jujur, hasil pemeriksaan pasien, pemeriksaan laboratorium atau pemeriksaan diagnostik lain.

A : Analisis atau assesment, merupakan pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif.

P : Planning atau perencanaan adalah membuat rencana asuhan saat ini dan yang akan datang. Rencana asuhan disusun berdasarkan hasil analisis dan interpretasi data (Asih, 2016).

- 27) Memeriksa uterus dan pastikan janin tunggal/ tidak ada janin lain
- 28) Memberitahu ibu bahwa akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi dengan baik.
- 29) Menyuntikan oxytosin 10 IU secara IM agar uterus berkontraksi dengan baik setelah 1 menit bayi lahir (lakukan aspirasi dahulu)
- 30) Menjepit tali pusat setelah 2 menit bayi lahir dengan jarak 3 cm dari perut bayi dan 2 cm dari klem pertama
- 31) Melakukan pemotongan talpus dan ikat dengan benang DTT
- 32) Melakukan kontak kulit pada ibu dengan meletakkan bayi di dada/perut ibudengan posisi diantara payudara dan berada di bawah puting ibu
- 33) Menyelimuti ibu dan bayi dalam satu selimut, dan pasang topi bayi

- 34) Memindahkan klem dengan jarak 5-10 cm dari vulva
- 35) Meletakkan tangan diatas perut yang dilapisi kain untuk mendeteksi kontraksi dan tangan yang lain melakukan penegangan
- 36) Melakukan penegangan talpus dengan dorso-kranial secara hati-hati
- 37) Melakukan penegangan hingga plasenta terlepas dengan dorongan dorso-kranial (memindahkan klem jika bertambah panjang, jika tidak lahir dalam 15 menit, lakukan dosis ulang oksitosin 10 unit/IM, kateterisasi jika penuh, menyiapkan rujukan, mengulangi penegangan 15 menit berikutnya, lakukan plasenta manual jika tidak segera lahir dalam 30 menit)
- 38) Melahirkan plasenta pukul... WIB. Kemudian cek kelengkapan plasenta (JNPK, 2014).

Catatan perkembangan kala IV

Jam :

Tanggal :

S : Data subjektif merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Hellen Varney langkah pertama (pengkajian data), terutama data yang diperoleh dari anamnesisi. Data ini berhubungan dengan masalah dari sudut pandang pasien atau anamnesa. Ekspresi pasien mengenai kekhawatiran dan keluhannya yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang berhubungan langsung dengan diagnosis (Asih, 2016).

O : Data objektif merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Hellen Varney langkah pertama (pengkajian data), yang diperoleh dari hasil observasi yang jujur, hasil pemeriksaan pasien, pemeriksaan laboratorium atau pemeriksaan diagnostik lain (Asih, 2016).

A : Analysis atau assesment, merupakan pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif (Asih, 2016).

P : Planning atau perencanaan adalah membuat rencana asuhan

saat ini dan yang akan datang. Rencana asuhan disusun berdasarkan hasil analisis dan interpretasi data (Asih, 2016).

- 39) Melakukan masase uterus selama 15 detik
- 40) Memeriksa kelengkapan plasenta dari sisi ibu dan janin, masukan dalam tempat yang telah disediakan
- 41) Memeriksa kemungkinan laserasi dan segera lakukan penjahitan jika menyebabkan perdarahan aktif
- 42) Memastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.
- 43) Membiarkan bayi tetap melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam.
- 44) Setelah satu jam, lakukan penimbangan/pengukuran bayi, beri tetes mata antibiotik profilaksis, dan vitamin K1 1 mg intra muskuler di masasepaha kiri anterolateral.
- 45) Setelah satu jam pemberian vitamin K1 berikan suntikan imunisasi Hepatitis B di paha kanan anterolateral.
- 46) Melanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam.
- 47) Mengajarkan ibu/keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi.
- 48) Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.
- 49) Memeriksa nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pasca persalinan.
- 50) Memeriksa kembali bayi untuk memastikan bahwa bayi bernafas dengan baik.
- 51) Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah dekontaminasi.
- 52) Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.

- 53) Membersihkan ibu dengan menggunakan air DDT. Membersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah. Bantu ibu memakai pakaian bersih dan kering.
- 54) Memastikan ibu merasa nyaman dan beritahu keluarga untuk membantu apabila ibu ingin minum.
- 55) Dekontaminasi tempat persalinan dengan larutan klorin 0,5%.
- 56) Membersihkan sarung tangan di dalam larutan klorin 0,5% melepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5%.
- 57) Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir.
- 58) Melengkapi partograf (JNPK, 2014).

2.3 Konsep Teori Nifas

2.3.1 Pengertian

Masa nifas adalah masa pemulihan kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti sebelum hamil. Masa nifas disebut masa postpartum atau puerperium adalah masa atau waktu sejak bayi dilahirkan dan placenta keluar lepas dari rahim, sampai enam minggu berikutnya, disertai dengan pulihnya kembali organ-organ yang berkaitan dengan kandungan, yang mengalami perubahan seperti perlukaan dan lain sebagainya berkaitan saat melahirkan (Asih,2016).

2.3.2 Tahapan masa nifas

Nifas dibagi dalam 3 periode (Kemenkes RI, 2015) yaitu:

1. Periode pasca salin segera (0-24 jam)

Masa segera setelah plasenta lahir sampai dengan 24 jam PP.

Pada masa ini sering banyak masalah, misalnya pendarahan karena atonia uteri. Oleh sebab itu, tenaga kesehatan harus dengan terarur melakukan pemeriksaan kontraksi uterus, pengeluaran lochea, tekanan darah, dan suhu.

2. Periode pasca salin awal (24 -1 minggu)

Pada periode ini yang diperiksa adalah memastikan involusi uteri dalam keadaan normal, tidak ada pendarahan, lochea tidak berbau busuk, tidak demam, ibu cukup mendapatkan cairan dan makanan yang cukup, serta ibu dapat menyusui bayinya dengan baik.

3. Periode pasca salin lanjut (1-6 minggu)

Pada masa ini tenaga kesehatan tetap melakukan perawatan dan pemeriksaan sehari-hari serta konseling KB (Asih,2016).

2.3.3 Tujuan masa nifas

1. Menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik fisik maupun psikologis.
2. Melaksanakan skrining yang komprehensif, deteksi dini, mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayinya.
3. Memberikan pendidikan kesehatan pada ibu tentang gizi, menyusui, pemberian imunisasi kepada bayinya, perawatan bayi sehat dan KB (Asih,2016).



AKADEMI KEBIDANAN
DHARMA PRAJA BONDOWOSO

2.3.4 Perubahan psikologi masa nifas

Menurut Asih (2016) perubahan psikologis masa nifas yaitu:

1. Riwayat psikososial

a. *Taking in*

Fase ini merupakan periode ketergantungan, yang berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Ibu terfokus pada dirinya sendiri, sehingga cenderung pasif pada lingkungannya. Ketidaknyamanan yang di alami antara lain rasa mules, nyeri pada luka jahitan, kurang tidur, kelelahan. Hal yang perlu diperhatikan dalam hal ini adalah istirahat cukup, komunikasi yang baik dan asupan nutrisi.

Gangguan psikologis yang dapat di alami ibu pada fase ini adalah:

- 1) Kekecewaan pada bayinya
- 2) Ketidaknyamanan sebagai akibat perubahan fisik yang di alami
- 3) Rasa bersalah karna belum bisa menyusui bayinya

4) Kritikan suami atau keluarga tentang perawatan bayinya

b. *Taking hold*

Periode ini berlangsung selama 3-10 hari postpartum. Pada fase ini ibu timbul rasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Ibu mempunyai perasaan yang sangat sensitif sehingga mudah tersinggung dan gampang marah. Dukungan moril sangat diperlukan untuk menumbuhkan kepercayaan diri ibu. Bagi petugas kesehatan fase ini merupakan kesempatan yang baik untuk memberikan berbagai penyuluhan dan pendidikan kesehatan yaitu cara merawat bayinya, cara menyusui yang benar, mengganti popok, cara merawat luka jahitan, dan senam nifas.

c. *Letting go*

Periode menerima tanggung jawab akan peran barunya. Fase ini berlangsung 10 hari setelah melahirkan, ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya, dukungan suami dan keluarga masih terus diperlukan ibu. Ibu memerlukan istirahat yang cukup sehingga mendapatkan kondisi fisik yang bagus untuk dapat merawat bayinya

2.3.5 Perubahan fisiologis masa nifas

1. Perubahan berat badan

Ibu nifas kehilangan 5-6 kg pada waktu melahirkan, 3-5 kg selama minggu pertama masa nifas. Faktor-faktor yang memengaruhi percepatan penurunan berat badan adalah:

- a. Peningkatan berat badan selama kehamilan
- b. Terganggunya pola istirahat
- c. Ibu nifas dengan bekerja

2. Perubahan sistem reproduksi

a. Involusi uterus

Ukuran uterus pada masa nifas akan mengecil seperti sebelum hamil. Perubahan-perubahan normal pada uterus selama postpartum adalah sebagai berikut:

Tabel 2.3 Tinggi Fundus Uteri Dan Berat Uterus Menurut Masa Involusi

Involusi	Tinggi Fundus Uteri	Berat Uterus	Diameter Uterus	Palpasi Serviks
Bayilahir	Setinggi pusat	1000 gram	12,5 cm	Lunak
Uri lahir	2 jari bawah pusat	750 gram	12,5cm	Lunak
1 minggu	Pertengahanpusatsympisis	500 gram	7,5 cm	2 cm
2 minggu	Tidak teraba diatas sympisis	350 gram	5 cm	1 cm
6 minggu	Bertambah kecil	50 gram	2,5 cm	Menyempit
8 minggu	Sebesar normal	30 gram		

Sumber: Asih, 2016

b. Involusi tempat plasenta

Setelah plasenta keluar normalnya uterus akan berkontraksi sehingga volume ruang tempat plasenta berkurang atau berubah cepat dan satu hari setelah persalinan berkerut sampai diameter 7,5 cm. Setelah 10 hari persalinan, diameter plasenta \pm 2,5 cm. Setelah ahir minggu ke 5-6 ephitelial menutup dan meregenerasi secara sempurna akibat dari ketidak seimbangan volume darah plasma dan sel darah merah (Asih, 2016)

3. Perubahan ligament

Setelah bayi lahir ligament dan diagfragma pelvis fasia yang meregang sewaktu kehamilan dan saat melahirkan, kembali seperti sedia kala. Perubahan ligament yang dapat terjadi pasca melahirkan, yaitu ligament rotundum menjadi kendur yang menyebabkan letak uterus menjadi retrofleksi, ligament fasia jaringan penunjang alat genetalia menjadi agak kendur (Asih, 2016).

4. Perubahan pada vulva, vagina dan perineum

Selama proses persalinan vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan, setelah beberapa hari persalinan kedua organ ini

kembali dalam keadaan kendur. Rugae timbul kembali pada minggu ke tiga. Himen tampak sebagai tonjolan kecil. Ukuran vagina akan selalu lebih besar dibandingkan keadaan sehat sebelum persalinan pertama. Perubahan pada perineum pasca persalinan terjadi pada saat perineum mengalami robekan. Robekan jalan lahir dapat terjadi secara spontan ataupun dilakukan episiotomi dengan indikasi tertentu. Meskipun demikian, latihan otot perineum dapat mengembalikan tonus tersebut dan dapat mengencangkan vagina hingga tingkat tertentu. Hal ini dapat dilakukan pada akhir puerperium dengan latihan harian (Asih, 2016).

5. Lochea

Lochea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas mempunyai reaksi basa/alkalis yang dapat membuat organisme berkembang lebih cepat. Lochea memiliki bau anyir dan volumenya tiap wanita berbeda-beda. Selain itu, lochea juga mengalami perubahan karena proses involusi yaitu:

a. *Lochea rubra*

Berwarna merah segar bersumber dari tempat implantasi plasenta dan serabut daridesidua dan chorion. Biasanya muncul pada hari perama sampai hari ke-2 *Post Partum* (PP).

b. *Lochea sanguinolenta*

Berwarna kecoklatan, berisi darah dan lendir pada hari ke 3-7 PP.

c. *Lochea serosa*

Berwarna kuning, cairan tidak berdarah lagi, pada hari 7-14 PP

d. *Lochea alba*

Berwarna putih kekuningan mengandung leukosit, selaput lendir serviks, dan serabut jaringan yang mati. Biasanya setelah 2-6 minggu PP.

e. *Lochea purulenta*

Terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk.

f. *Lochea stasis*

Lochea tidak lancar keluaranya (Asih,2016).

6. Serviks

Setelah persalinan bentuk serviks agak menganga seperti corong, berwarna merah kehitaman. Konsistensinya lunak, kadang-kadang terdapat perlukaan-perlukaan kecil. Setelah bayi lahir, tangan masih bisa dimasukkan ke rongga rahim, setelah 2 jam dapat dilalui oleh 2-3 jari, dan setelah 7 hari hanya dapat dilalui 1 jari (Asih, 2016).

7. Perubahan sistem pencernaan

Pasca melahirkan biasanya ibu merasa lapar sehingga diperbolehkan untuk mengkonsumsi makanan setelah 1-2 jam PP. Pemulihan nafsu makan diperlukan waktu 3-4 hari sebelum faal usus kembali normal. Meskipun kadar progesterone menurun setelah melahirkan, asupan makanan juga mengalami penurunan selama satu atau dua hari.

Pasca melahirkan, ibu sering mengalami konstipasi. Hal ini disebabkan tonus otot usus menurun selama proses persalinan dan awal masa pasca partum, diare sebelum persalinan, kurang makan, dehidrasi, hemoroid ataupun laserasi jalan lahir. Sistem pencernaan pada masa nifas membutuhkan waktu untuk kembali normal (Asih,2016).

8. Perubahan sistem perkemihan

Setelah proses persalinan berlangsung, biasanya ibu akan sulit untuk buang air kecil dalam 24 jam pertama. Kemungkinan penyebab keadaan ini adalah terdapat *spasmesfinkter* dan *edema* leher kandung kemih sesudah bagian ini mengalami kompresi (tekanan) antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan berlangsung.

Urine dalam jumlah besar akan dihasilkan dalam 12-36 jam *postpartum*. Kadar hormon yang bersifat menahan air akan mengalami penurunan yang mencolok. Keadaan tersebut disebut “diuresis”. Uretra yang berdilatasi akan kembali normal dalam 6 minggu.

Dinding kandung kemih memperlihatkan *odem* dan *hyperemia*, kadang-kadang *odemtrigonum* yang menumbulkan *alostaksi* dari uretra sehingga menjadi retensio urine. Kandung kemih dalam masa nifas menjadi kurang sensitif dan kapasitas bertambah sehingga setiap kali

kencing masih tertinggal urine residual (normal kurang lebih 15 cc). Dalam hal ini sisa urine dan trauma pada kandung kemih sewaktu persalinan yang dapat menyebabkan infeksi (Asih, 2016).

9. Perubahan sistem musculoskeletal

Setelah persalinan maka otot-otot uterus akan berkontraksi sehingga pembuluh-pembuluh darah yang berada di antara anyaman otot-otot uterus terjepit, proses ini akan menghentikan pendarahan setelah plasenta lahir. Ligamen-ligamen, *diafragma pelvis*, serta fascia yang meregang pada waktu persalinan, secara berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali sehingga tak jarang uterus jatuh kebelakang dan menjadi retrofleksi karena *ligamentum rotundum* menjadi kendur.

Tidak jarang pula wanita mengeluh “kandungannya turun” setelah melahirkan karena ligamen, fascia, jaringan penunjang alat genitalia menjadi kendur. Stabilisasi secara sempurna terjadi pada 6-8 minggu setelah persalinan. Sebagai akibat putusnya serat-serat elastik kulit dan distensi yang berlangsung lama akibat besarnya uterus pada waktu hamil, dinding abdomen masih agak lunak dan kendur untuk sementara waktu.

Untuk memulihkan kembali jaringan-jaringan penunjang alat genitalia, serta otot-otot dinding perut dan dasar panggul, dianjurkan untuk melakukan latihan-latihan tertentu. Pada 2 hari *postpartum*, sudah dapat fisioterapi (Asih, 2016).

10. Perubahan sistem kardiovaskuler

Selama kehamilan, volume darah normal digunakan untuk menampung aliran darah yang meningkat, yang diperlukan oleh plasenta dan pembuluh darah uteri. Penarikan kembali esterogen menyebabkan diuresis yang terjadi secara cepat sehingga mengurangi volume plasma kembali pada proporsi normal. Aliran ini terjadi dalam 2-4 jam pertama setelah kelahiran bayi. Selama masa ini, ibu mengeluarkan banyak sekali jumlah urine. Hilangnya progesteron membantu mengurangi retensi cairan yang melekat dengan

meningkatnya vaskuler pada jaringan tersebut selama kehamilan bersama-sama dengan trauma masa persalinan. Pada persalinan vagina mengeluarkan darah sekitar 200-500 ml, sedangkan pada persalinan dengan SC, pengeluaran darah dua kali lipatnya. Perubahan terdiri dari volume darah dan kadar haematokrit.

Setelah persalinan, *shunt* akan hilang dengan tiba-tiba. Volume darah ibu relatif akan bertambah. Keadaan ini akan menyebabkan beban pada jantung dan akan menimbulkan *decompensation cordis* pada pasien *vitum cordio*. Keadaan ini dapat di atasi dengan mekanisme kompensasi dengan tumbuhnya haemokonsetrasi sehingga volume darah akan kembali seperti sediakala. Umumnya ini terjadi 3-5 hari *post partum* (Sulistyawati, 2009).

11. Perubahan sistem hematologi

Selama minggu-minggu terakhir kehamilan, kadar *fibrinogen* dan plasma serta faktor-faktor pembekuan darah makin meningkat. Pada hari pertama *post partum*, kadar *fibrinogen* dan plasma akan sedikit menurun, tetapi darah akan mengental sehingga meningkatkan faktor pembekuan darah. Leukositosis yang meningkat dengan jumlah sel darah putih dapat mencapai 15.000 selama proses persalinan akan tetap tinggi dalam beberapa hari *post partum*. Jumlah sel darah tersebut masih dapat naik lagi sampai 25.000-30.000 tanpa adanya kondisi patologis jika wanita tersebut mengalami persalinan yang lama.

Jumlah Hb, Hematokrit, dan *erytrosit* sangat bervariasi pada saat awal-awal masa *post partum* sebagai akibat volume darah, plasenta, dan tingkat volume darah yang berubah-ubah. Semua tingkatan ini akan dipengaruhi oleh status gizi dan hidrasi wanita tersebut. Selama kelahiran dan *post partum*, terjadi kehilangan darah sekitar 200-500 ml. Penurunan tersebut dan peningkatan sel darah pada kehamilan diasosiasikan dengan peningkatan Hematokrit dan Hb pada hari ke-3 sampai hari ke-7 *post partum*, yang akan kembali normal dalam 4-5 minggu *post partum*.

12. Perubahan komponen darah

Pada masa nifas terjadi perubahan komponen darah, misalnya jumlah sel darah putih akan bertambah banyak. Jumlah sel darah merah dan Hb akan berfluktuasi, namun dalam 1 minggu pasca persalinan biasanya semuanya akan kembali pada keadaan semula. Curah jantung atau jumlah darah yang dipompa oleh jantung akan tetap tinggi pada awal nifas dan dalam 2 minggu akan kembali pada keadaan normal (Sulistyawati, 2009).

2.3.6 Kebutuhan dasar ibu pada masa nifas

1. Kebutuhan gizi ibu menyusui

Kualitas dan jumlah yang dikonsumsi sangat mempengaruhi produksi ASI. Adapun kebutuhan gizi pada saat masa nifas adalah:

- a. Konsumsi 500 kalori tambahan tiap hari
- b. Makanan dengan diet berimbang untuk mendapatkan protein, mineral, dan vitamin yang cukup
- c. Konsumsi sedikitnya 3 liter air setiap hari
- d. Tablet zat besi untuk menambah zat gizi setidaknya selama 40 hari PP (Asih, 2016)

2. Ambulasi dini

Setelah persalinan ibu akan merasa lelah, oleh karena itu, ibu harus istirahat. Mobilisasi yang dilakukan tergantung pada komplikasi persalinan, nifas dan sembuh luka. Ambulasi dini (*early ambulation*) adalah mobilisasi segera setelah ibu melahirkan dengan membimbing ibu untuk bangun dari tempat tidurnya dan eliminasi (buang air kecil dan besar).

Pada ibu dengan partus normal ambulasi dini dilakukan paling tidak 6-12 jam post partum. Pada ibu dengan partus *section secarea* ambulasi dini paling tidak setelah 12 jam PP.

Tahapan ambulasi yaitu, miring kiri atau kanan terlebih dahulu, kemudian duduk, jika ibu cukup kuat untuk berdiri maka ajarkan ibu untuk berjalan. Manfaat ambulasi dini yaitu, memperlancar sirkulasi

darah dan mengeluarkan cairan vagina (lochea) dan mempercepat mengembalikan tonus otot dan vena (Asih, 2016)

3. Kebutuhan eliminasi

a. Buang air kecil

Dalam 6 jam pertama post partum, pasien sudah harus dapat buang air kecil. Semakin lama urine tertahan dalam kandung kemih maka dapat mengakibatkan kesulitan pada organ perkemihan, misalnya infeksi. Biasanya, pasien menahan air kencing karena takut akan merasakan sakit pada luka jalan lahir. Bidan harus dapat menyakinkan pada pasien bahwa kencing sesegera mungkin setelah melahirkan akan mengurangi komplikasi postpartum. Berikan dukungan mental pada pasien bahwa dia pasti mampu menahan sakit pada luka jalan lahir akibat terkena air kencing karena ia pun sudah berhasil berjuang melahirkan bayinya (Asih, 2016).

b. Buang air besar

Dalam 24 jam pertama, pasien juga sudah harus dapat buang air besar karena semakin lama feses tertahan dalam usus maka akan sulit baginya untuk buang air besar secara lancar. Feses yang tertahan lama dalam usus akan mengeras karena cairan yang tergantung dalam feses akan selalu terserap oleh usus. Bidan harus dapat menyakinkan pasien untuk tidak takut saat mau buang air besar karena buang air besar tidak akan menambah parah luka jalan lahir. Untuk meningkatkan volume feses, anjurkan pasien untuk makan tinggi serat dan banyak minum air putih (Asih, 2016).

4. Kebersihan diri dan perineum

Kebersihan diri berguna untuk mencegah terjadinya infeksi baik pada luka jahitan maupun kulit, hal yang harus di perhatikan adalah:

a. Perawatan perineum

Mengajarkan ibu untuk membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air, bersihkan di daerah vulva terlebih dahulu, daridepan ke belakang, baru kemudian di sekitar anus (Asih, 2016).

b. Perawatan payudara

Tujuannya untuk melancarkan sirkulasi darah dan mencegah tersumbatnya saluran susu sehingga memperlancar pengeluaran ASI.

Perawatan payudara pada ibu nifas antara lain:

- 1) Menjaga payudara tetap bersih dan kering terutama puting susu
- 2) Menggunakan BH yang menyokong payudara
- 3) Apabila puting susu lecet oleskan colostrum atau ASI pada sekitar puting setiap kali selesai menyusui
- 4) Apabila terjadi pembendungan ASI, lakukan tindakan berikut:
 - a) Kompres payudara menggunakan air hangat selama 5 menit
 - b) Urut payudara dari arah pangkal ke puting
 - c) Keluarkan ASI sehingga puting susu menjadi lunak
 - d) Susukan bayi setiap 2-3 jam
 - e) Kompres dingin setelah menyusui (Asih, 2016).

c. Kebersihan kulit

Setelah persalinan, ekstra cairan tubuh yang di butuhkan saat hamil akan di keluarkan melalui air seni dan keringat untuk menghilangkan pembengkakan pada wajah, kaki, betis dan tangan ibu. Oleh karena itu dalam minggu-minggu pertama setelah melahirkan ibu akan mengeluarkan keringat yang lebih banyak dari biasanya, usahakan mandi lebih sering dan jaga kulit agar tetap kering (Asih, 2016)

5. Hubungan suami istri

Hubungan seksual dilakukan begitu darah berhenti, namun demikian hubungan seksual dilakukan tergantung dengan suami istri tersebut. Selama periode nifas, hubungan seksual juga dapat berkurang. Hal yang menyebabkan pola seksual selama nifas berkurang yaitu gangguan rasa ketidaknyaman fisik, kelelahan, ketidakseimbangan hormon, kecemasan berlebih (Asih, 2016)

6. Program KB

Program KB sebaiknya dilakukan ibu setelah nifas selesai atau 40 hari (6 minggu), dengan tujuan menjaga kesehatan ibu. Pada dasarnya

ibu menyusui eksklusif tidak mengalami ovulasi selama ibu belum mendapat haid. Untuk mencegah kehamilan yang tidak direncanakan, nasehatkan pasangan untuk menggunakan kontrasepsi ketika mulai aktifitas seksual, meskipun siklus ibu belum kembali (Asih,2016).

2.3.7 Tanda- tanda bahaya pada masa nifas

Menurut buku KIA (2015) beberapa tanda bahaya masa nifas, yaitu:

1. Perdarahan pervagina

Apabila pendarahan lebih 500cc pasca PP dalam 24 jam setelah bayi dan plasenta lahir

2. Keluar cairan berbau dari jalan lahir

Dimungkinkan karena terdapat infeksi nifas, faktor predisposisi infeksi nifas:

- a. Partus lama
- b. Tindakan operasi persalinan
- c. Infeksi nosocomial
- d. Ketidak sterilan peralatan
- e. Bakteri colli

3. Demam nifas

Kenaikan suhu tubuh $\geq 38^{\circ}\text{C}$ selama 2 hari dan pada 10 hari pertama PP.

4. Bengkak di muka, tangan, atau kaki, disertai sakit kepala dan atau kejang

5. Nyeri atau panas di daerah tungkai

6. Payudara bengkak, berwarna kemerahan, dan sakit

7. Puting susu lecet

8. Ibu mengalami depresi (antara lain menangis tanpa sebab dan tidak peduli pada bayinya) (Asih, 2016).

2.3.8 Deteksi dini komplikasi pada masa nifas

Komplikasi pada masa nifas biasanya jarang ditemukan selama pasien mendapatkan asuhan yang berkualitas, mulai dari masa kehamilan sampai

dengan persalinannya. Beberapa kemungkinan komplikasi masa nifas yang dapat bidan deteksi secara dini, yaitu:

1. Perdarahan per vagina/perdarahan post partum/post partum hemoragi, adalah kehilangan darah sebanyak 500cc atau lebih dari traktus genitalia setelah melahirkan. Perdarahan ada 2 yaitu perdarahan post partum primer (perdarahan yang terjadi dalam 24 jam pertama setelah melahirkan), dan perdarahan post partum sekunder (perdarahan yang terjadi antara 24 jam setelah kelahiran bayi dan 6 minggu masa post partum), disebabkan oleh faktor 4T yaitu:

- a. Atonia uteri (Tonus)
- b. Robekan jalan lahir (Trauma)
- c. Retensio plasenta/ sisa plasenta (Tissue)
- d. Kelainan pembekuan darah (Trombin)

2. Infeksi masa nifas

a. Vulvitis

Infeksi bekas luka sayatan atau episiotomi, atau luka perineum. Tepi luka menjadi bengkak dan memerah, dan mengeluarkan pus.

b. Vaginitis

Infeksi ini dapat terjadi secara langsung pada luka vagina atau melalui perineum

c. Servisititis

Luka pada bagian serviks, biasanya jika luka sampai pada dasar ligamentum latum dapat menyebabkan infeksi yang menjalar ke parametrium.

d. Endometritis

Terjadi pada luka tempat implantasi plasenta dan dalam waktu singkat menjalar ke seluruh lapisan endometrium.

2.3.9 Kunjungan pada masa nifas

Kunjungan pada masa nifas adalah KF 1-KF 3, dengan menganjurkan ibu untuk melakukan kontrol atau kunjungan masa nifas setidaknya 3 kali

(Depkes RI, 2016). Adapun frekuensi kunjungan, waktu dan tujuan kunjungan masa nifas adalah:

1. Kunjungan pertama, waktu 6 jam – 3 hari setelah persalinan.

Tujuan:

- a. Memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilicus dan tidak ada tanda-tanda pendarahan abnormal.
- b. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi pendarahan abnormal
- c. Memastikan ibu mendapat istirahat yang cukup
- d. Memastikan ibu mendapat makanan yang bergizi
- e. Memastikan ibu dapat menyusui dengan baik
- f. Memberikan konseling kepada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, dan menjaga agar tetap hangat.

2. Kunjungan ke dua, waktu 4 hari -28 hari PP

Tujuan:

- a. Memastikan involusi uterus berjalan dengan normal
- b. Evaluasi adanya tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal.
- c. Memastikan ibu cukup makan, minum dan istirahat.
- d. Memastikan ibu menyusui dengan benar dan tidak ada tanda adanya penyulit.
- e. Memberikan konseling pada ibu mengenai hal yang berkaitan dengan asuhan pada bayi.

3. Kunjungan ke tiga, waktu 29 hari -42 hari PP

- a. Menanyakan penyulit yang ibu alami
- b. Memberikan konseling untuk KB secara dini, imunisasi, senam nifas, dan tanda bahaya ibu dan bayi
- c. Memastikan tanda-tanda vital ibu dalam keadaan normal
- d. Konseling mengenai suasana emosi yang di rasakan mengenai perlakuan keluarga, pasangan, dan masyarakat untuk perawatan bayinya.

2.3.9 Konsep Asuhan Kebidanan Teori Nifas

Catatan perkembangan PNC

Jam :

Tanggal :

S : Data subjektif merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Hellen Varney langkah pertama (pengkajian data), terutama data yang diperoleh dari anamnesisi. Data ini berhubungan dengan masalah dari sudut pandang pasien atau anamnesa. Ekspresi pasien mengenai kekhawatiran dan keluhannya yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang berhubungan langsung dengan diagnosis.

O : Data objektif merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Hellen Varney langkah pertama (pengkajian data), yang diperoleh dari hasil observasi yang jujur, hasil pemeriksaan pasien, pemeriksaan laboratorium atau pemeriksaan diagnostik lain.

A : Analysis atau assesment, merupakan pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif.

Ny “....” P..... Dalam Nifas Hari ke.....

P : Planning atau perencanaan adalah membuat rencana asuhan saat ini dan yang akan datang. Rencana asuhan disusun berdasarkan hasil analisis dan interpretasi data (Muslihatun dkk, 2009).

2.4 Konsep Teori Bayi Baru Lahir

2.4.1 Pengertian

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dalam presentasi belakang kepala melalui vagina tanpa memakai alat, pada usia kehamilan genap 37 minggu sampai dengan 42 minggu, dengan berat badan 2500-4000 gram, nilai APGAR > 7 dan tanpa cacat bawaan (Rukiyah, 2010).

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir cukup bulan, 38-42

minggu dengan berat badan sekitar 2500-3000 gram dan panjang badan sekitar 50-55 cm (Sondakh, 2013).

2.4.2 Ciri-ciri Bayi Baru Lahir Normal:

1. Berat badan 2500-4000 gram.
2. Panjang badan 48-50 cm.
3. Lingkar dada 32-34 cm.
4. Lingkar kepala 33-35 cm.
5. Lingkar lengan 11-12 cm.
6. Bunyi jantung dalam menit pertama ± 180 x/menit, kemudian turun sampai 120-140 x/menit pada saat bayi berumur 30 menit.
7. Pernafasan cepat pada menit-menit pertama kira-kira 80x/menit disertai pernafasan cuping hidung, retraksi suprasternal interkostal, serta rintihan hanya berlangsung 10-15 menit.
8. Kulit kemerah merahan dan licin karena jaringan subcutan cukup terbentuk dan dilapisi verniks kaseosa.
9. Rambut lanugo sudah hilang rambut kepala tumbuh baik.
10. Kuku telah agak panjang dan lemas.
11. Genetalia: Testis sudah turun (pada bayi laki-laki) dan labia mayora telah menutupi labia minora (pada bayi perempuan).
12. Reflek hisap, menelan, dan morro telah terbentuk.
13. Eliminasi, urine, dan mekonium normalnya keluar pada 24 jam pertama.

2.4.3 Kebutuhan pada bayi baru lahir

1. Pemenuhan nutrisi pada bayi

Salah satu minuman pokok yang hanya boleh dikonsumsi bayi baru lahir dan diberikan secara cepat/ dini adalah Air Susu Ibu (ASI), karena ASI merupakan makanan yang terbaik bagi bayi. ASI diketahui mengandung zat gizi yang paling sesuai kualitas dan kuantitasnya untuk pertumbuhan dan perkembangan bayi.

Berikan ASI sesering mungkin sesuai keinginan bayi (*on demand*) atau sesuai keinginan ibu (jika payudara penuh) atau sesuai kebutuhan bayi setiap 2-3 jam (paling sedikit setiap 4 jam), berikan ASI dari salah satu payudara sampai payudara benar-benar kosong, setelah itu apabila masih kurang baru diganti dengan payudara sebelahnya.

Berikan ASI saja (ASI eksklusif) sampai bayi berumur 6 bulan. Selanjutnya pemberian ASI diberikan hingga anak berusia 2 tahun, dengan penambahan makanan lunak atau padat yang disebut MP-ASI (Makan Pendamping ASI) (Sondakh, 2013)

2. Menjaga kebersihan kulit bayi

Memandikan bayi setiap harinya harus dilakukan diruang yang hangat, bebas dari hembusan angin langsung dan tergantung dengan kondisi udara, jangan memandikan bayi langsung saat bayi baru bangun tidur, karena sebelum adanya aktifitas dan pembakaran energi dikuatirkan terjadi hipotermi dan bayi masih kedinginan, prinsip memandikan bayi adalah cepat dan hati-hati, lembut, pada saat memandikan membasahi bagian-bagian tubuh tidak langsung sekaligus.

- a. Bagian kepala: lap muka bayi dengan waslap lembut, tidak usah memakai sabun, kemudian lap dengan handuk lalu basahi kepala dengan air kemudian pakaikan shampo kalau rambut kotor, kemudian dibilas dan dikeringkan dengan handuk.
- b. Bagian tubuh: buka pembungkus, pakaian, popok bayi, kalau bayi BAB, bersihkan terlebih dahulu, kemudian lap tubuh bayi dengan cepat dan lembut memakai waslap yang telah diberi air dan sabun mulai dari leher, dada, perut, punggung, kaki dengan cepat, kemudian angkat tubuh bayi dan celupkan ke bak mandi yang telah diisi air dengan hangat $\pm 37^{\circ}\text{C}$
- c. Angkat tubuh bayi lalu keringkan dengan handuk, keringkan dengan handuk, pakaikan minyak telon dengan dada, perut dan punggung jangan pakaikan bedak, lalu pakaikan baju, kemudian bayi dibungkus agar hangat dan dekapkan ketubuh ibu.

2.4.4 Mendeteksi tanda-tanda bahaya pada bayi

Jika menemukan hal seperti ini harus segera dilakukan pertolongan dan orang tua harus mengetahuinya seperti:

- a. Pernafasan sulit atau lebih dari 60 x/menit, normalnya 40-60 kali/menit.
- b. Terlalu hangat ($>38^{\circ}\text{C}$) atau terlalu dingin ($<36^{\circ}\text{C}$).
- c. Kulit bayi kering (terutama 24 jam pertama), biru, pucat atau memar.
- d. Hisapan bayi saat menyusui lemah rewel, sering muntah, mengantuk berlebihan.
- e. Tali pusat merah, bengkak, keluar cairan, berbau busuk, berdarah.
- f. Tidak BAB dalam 3 hari, tidak BAK dalam 24 jam, tinja lembek/encer, sering berwarna hijau tua, ada lendir atau darah.
- g. Menggigil, rewel, lemas, mengantuk, kejang, tidak bisa tenang, menangis terus menerus.
- h. Tanda-tanda infeksi seperti suhu tubuh meningkat, merah, bengkak, bau busuk, keluar cairan, pernafasan sulit (Deslidel, 2011)

2.4.5 Inisiasi Menyusui Dini (IMD)

1. Pengertian

Inisiasi menyusui dini atau permulaan menyusui dini adalah bayi mulai menyusui sendiri segera setelah lahir. Ini dilakukan agar terciptanya ikatan antara ibu ke anak, biasanya bayi akan mencari payudara ibu dengan sendirinya. Cara bayi melakukan IMD dinamakan *the brest crawl* (Sondakh, 2013)

2. Prinsip menyusui atau pemberian ASI

Beberapa prinsip pemberian ASI yaitu:

- a. Segera setelah bayi lahir letakan di atas dada ibu
- b. Bayi diberi topi dan diselimuti
- c. Beri ibu dukungan untuk mengenali saat bayi siap untuk menyusui
- d. Memberikan kolostrum pada bayi
- e. Tidak memberikan makanan pralaktal seperti air gula, atau air tajin pada bayi baru lahir sebelum ASI keluar, tetapi mengusahakan bayi menghisap untuk merangsang produksi ASI

- f. Menyusui bayi dari kedua payudara secara bergantian sampai tetes terakhir, masing-masing 15 menit-25 menit
- g. Memberikan ASI saja selama 4-6 bulan pertama (*on demand*)
- h. Memperhatikan posisi tubuh bayi saat menyusui dan cara bayi menghisap dimana puting dan areola mammae masuk seluruhnya ke dalam mulut untuk menghindari puting lecet
- i. Setelah umur 6 bulan selain ASI, MP-ASI sampai anak usia 2 tahun
- j. Berikan ASI terlebih dahulu kemudian MP-ASI
- k. Setelah berusia 2 tahun menyapih dilakukan secara bertahap (Sondakh, 2013)

3. Manfaat IMD

a. Keuntungan kontak kulit dari ibu ke bayi

- 1) Kehangatan dada ibu dapat mencegah bayi *hipotermia*
- 2) Timbulnya keterikatan antara bayi dan ibu, sehingga bayi akan lebih tenang dan mengurangi stress, sehingga pernafasan dan detak jantung lebih stabil
- 3) Bayi mendapat kolostrum yang penting untuk pertahanan antibodi tubuh bayi
- 4) Membuat rahim berkontraksi sehingga dapat membantu mengeluarkan plasenta dan mengurangi pendarahan
- 5) Merangsang hormone lain sehingga ibu menjadi tenang, rileks, dan dapat mencintai bayinya
- 6) Merangsang pengeluaran ASI
- 7) Menunda ovulasi (Sondakh,2013)

b. Keuntungan IMD untuk bayi

- 1) Makanan dengan kualitas dan kuantitas optimal, mendapatkan kolostrum segera, dan dapat disesuaikan dengan kebutuhan bayi
- 2) Segera memberikan kekebalan pasif pada bayi, karena kolostrum adalah imunisasi pertama bayi
- 3) Meningkatkan kecerdasan
- 4) Membantu bayi mengkoordinasikan kemampuan menghisap, menelan, dan bernafas

- 5) Meningkatkan jalinan kasih sayang antara ibu dan bayi
- 6) Mencegah kehilangan panas
- 7) Meningkatkan berat badan (Sondakh,2013)

2.4.6 Asuhan segera Bayi Baru Lahir (BBL)

1. Pertolongan Saat Bayi Lahir

Sambil menilai pernapasan secara cepat, letakan bayi dengan handuk diatas perut ibu. Dengan kain yang bersih dan kering atau kasa bersihkan darah atau lender dari wajah bayi agar jalan udara tidak terhalang. Periksa ulang pernapasan bayi, sebgaiian besar bayi akan menangis atau bernapas secara spontan dalam waktu 30 detik setelah lahir (Sondakh, 2013)

2. Perawatan Mata

Obat mata eritromisin 0,5% atau tetrasiklin 1% dianjurkan untuk mencegah penyakit mata akibat klamidia (penyakit menular seksual). Obat perlu diberikan pada 1 jam pertama setelah lahir. Pengobatan yang umumnya dipakai adalah larutan perak nitrat atau Neosporin yang langsung diteteskan pada mata bayi segera setelah bayi lahir (Sondakh, 2013)

3. Pemeriksaan Fisik Bayi

Pemeriksaan fisik bayi antara lain:

- a. Kepala: pemeriksaan terhadap ukuran, bentuk, sutura menutupi atau melebar, adanya caput succedaneum, cephal hematoma, kraniotabes, dan sebagainya
- b. Mata: pemeriksaan terhadap pendarahan, subkonjungtiva, tanda-tanda infeksi (pus)
- c. Hidung dan mulut: pemeriksaan terhadap labioskisis, labiolapalaskisis, dan reflek hisap (dinilai dengan mengamati bayi saat menyusu)
- d. Telinga: pemeriksaan terhadap kelainan daun/bentuk telinga
- e. Leher: pemeriksaan terhadap hematoma *sternocleidomastoideus*, *ductus thyroglossalis*, *hygroma colli*.
- f. Dada: pemeriksaan terhadap bentuk, pembesaran buah dada, pernapasan, reraksi intercostal, subcotal sifoid, merintih, pernapasa cuping hidung, serta bunyi paru-paru (sonor, vesikular, bronkial, dan lain-lain).

- g. Jantung: pemeriksaan terhadap pulsasi, frekuensi buyi jantung, kelainan bunyi jantung.
- h. Abdomen: pemeriksaan terhadap membuncit (pembesaran hati, limpa, tumor aster), scaphoid (kemungkinan bayi menderita diafragma atau atresia esophagus tanpa fistula).
- i. Tali pusat: pemeriksaan terhadap pendarahan, jumlah darah pada tali pusat, warna dan besar tali pusat, hernia ditali pusat atau diselangkangan.
- j. Alat kelamin: pemerksaan terhadap testis apakah berada didalam skrotum, penis pada ujung (pada bayi laki-laki), vagina berlubang, apakah labia mayora mnutupi labia minora (pada bayi perempuan).
- k. Lain-lain: mekonium harus keluar dalam 24 jam sesudah lahir, bila tidak harus waspada terhadap atresia ani atau obstruksi usus. Selain itu, urin harus keluar dalam 24 jam. Kadang pengeluaran urin tidak diketahui karena pada saat bayi lahir, urin keluar bercampur dengan air ketuban. Bila urin tidak keluar dalam 24 jam, maka harus diperhatikan kemungkinan adanya obstruksi kandung kemih (Sondakh, 2013).

4. Perawatan Lain-Lain

- a. Perawatan tali pusat

Pertahankan sisa tali pusat dalam keadaan terbuka agar terkena udara dan ditutupi dengan kassa bersih secara longgar. Jika tali pusa terkena kotoran atau tinja, dicuci dengan air bersih, kemudian dikeringkan sampai benar-benar kering.
- b. Dalam waktu 24 jam dan sebelum ibu dan bayi dipulangkan kerumah, diberikan imunisasi BCG, polio, dan hepatitis B.
- c. Orang tua diajarkan tanda-tanda bahaya bayi dan mereka diberitahu agar merujuk bayi dengan segera untuk perawatan lebih lanjut jika ditemui hal-hal berikut:
 - 1) Pernafasan: sulit atau lebih dari 60x/menit
 - 2) Warna: kuning (terutama pada 24 jam perama), biru, atau pucat
 - 3) Tali pusat: merah, bengkak, keluar cairan, bau busuk, berdarah

- 4) Infeksi: suhu meningkat, merah, bengkak, keluar cairan (nanah) bau busuk, pernafasan sulit
- 5) Feses atau kemih: tidak berkemih dalam 24 jam, feses lembek, sering kejang, tidak bisa tenang, menangis terus-menerus.
- 6) Orang tua diajarkan cara merawat bayi dan melakukan perawatan harian untuk bayi baru lahir, meliputi:
 - a) Pemberian ASI sesuai dengan kebutuhan setiap 2-3 jam, mulai dari hari pertama
 - b) Menjaga bayi dalam keadaan bersih, hangat dan kering, serta mengganti popok
 - c) Menjaga tali pusat dalam keadaan bersih dan kering
 - d) Menjaga keamanan bayi terhadap trauma dan infeksi

(Sondakh, 2013)

2.4.7 Kebutuhan istirahat tidur

Dalam dua minggu pertama setelah lahir, bayi normalnya sering tidur. Neonatus sampai 3 bulan rata-rata tidur sekitar 16 jam sehari. Pada umumnya bayi mengenal malam hari pada usia 3 bulan. Sediakan selimut dan ruangan yang hangat pastikan bayi tidak terlalu panas atau terlalu dingin. Jumlah total tidur bayi akan berkurang seiring dengan bertambahnya usia bayi, pola ini dapat terlihat pada table berikut. Total istirahat tidur bayi sesuai usia bayi perhari (Rukiyah, 2010).

Tabel 2.4 Kebutuhan Tidur Bayi

Usia	Lama tidur
1 minggu	16,5 jam
1 tahun	14 jam
2 tahun	13 jam
5 tahun	11 jam
9 tahun	10 jam

Sumber: Desidel, 2011

2.4.8 Kunjungan Neonatal

Menurut Depkes RI (2016), kunjungan neonatus yaitu:

1. KN 1 : 6-48 jam
2. KN 2 : 3-7 hari
3. KN 3 : 8-28 hari

2.4.9 Imunisasi

Imunisasi adalah suatu cara memproduksi imunitas aktif buatan untuk melindungi diri untuk melawan penyakit tertentu dengan memasukkan suatu zat kedalam tubuh melalui penyuntikan atau secara oral

Tabel 2.5 Jadwal Imunisasi

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

Sumber: DepKes RI,2016

2.4.10 Konsep Asuhan Kebidanan Teori Bayi Baru Lahir

Catatan perkembangan neonatus

Jam :

Tanggal :

S : Data subjektif merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Hellen Varney langkah pertama (pengkajian data), terutama data yang diperoleh dari anamnesis. Data ini berhubungan dengan masalah dari sudut pandang pasien atau anamnesa. Ekspresi pasien mengenai kekhawatiran dan keluhannya yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang berhubungan langsung dengan diagnosis (Sondakh,2013)

O : Data objektif merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Hellen Varney langkah pertama (pengkajian data), yang diperoleh dari hasil observasi yang jujur, hasil pemeriksaan pasien, pemeriksaan laboratorium atau pemeriksaan diagnostik lain (Sondakh,2013)

1. Pemeriksaan umum

Kesadaran : Composmentis
 Suhu : normal (36,5-37⁰ C)
 Pernapasan : 40-60 kali/menit
 Denyut jantung : 130-160 kali/menit
 Berat badan : 2500-4000 gram
 Panjang badan : antara 48-52 cm

2. Pemeriksaan fisik

Kepala : adakah caput succedaneum,cephal hematoma, keadaan ubun-ubun tertutup.
 Muka : warna kulit merah
 Mata : sklera putih, tidak ada perdarahan subconjungtiva
 Hidung : lubang simetris, bersih, tidak ada sekret
 Mulut : reflek menghisap baik, tidak ada palatokisis
 Telinga : simetris, tidak ada serumen
 Leher : tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, pembesaran bendungan vene jugularis
 Dada : simetris, tidak ada retraksi dada
 Tali pusat : bersih, tidak ada perdarahan, terbungkus kasa
 Abdomen : simetris, tidak ada massa, tidak ada infeksi
 Genetalia : untuk bayi laki-laki testis sudah turun, untuk bayi perempuan, labia mayora sudah menutupi labia minora
 Anus : tidak atresia ani
 Ekstremitas : tidak terdapat polidaktil dan syndaktil

3. Pemeriksaan neurologis

a. Reflek moro/terkejut : apabila bayi diberi sentuhan mendadak

terutama dengan jari dan tangan, maka akan menimbulkan gerak terkejut

- b. Refleks menggenggam : apabila telapak tangan bayi disentuh dengan jari pemeriksa, maka ia akan berusaha menggenggam jari pemeriksa
- c. Refleks rooting/mencari : apabila pipi bayidisentuh oleh jari pemeriksa, maka ia kan menoleh dan mencari sentuhan itu
- d. Reflek menghisap/sucking refleks : apabila bayi diberi puting/dot, maka ia berusaha untuk menghisap
- e. Glabella refleks : apabila bayi disentuh dibagian os grabella dngan jari tangan pemeriksa, maka ia kan megerutkan keningnya dan mengedipkan matanya
- f. Gland refleks : apabila bayi disentuh pada lipatan paha kanan dan kiri, maka ia berusaha mengangkat kedua pahanya
- g. Tonick neck refleks : apabila bayi diangkat dari tempat tidur (digendong) maka ia akan berusaha mengangkat kepalanya

4. Pemeriksaan Antropometri

- a. Berat badan : BB bayi normal 2500-4000 gram
- b. Panjang Badan : panjang badan bayi lahir normal 48-52 cm
- c. Lingkar Kepala : lingkar kepala bayi normal 33-38 cm
- d. Lingkar Lengan Atas : normal 10-11 cm
- e. Ukuran Kepala :
 - 1) Diameter suboksipitobregmatika : antara foramen magnum dan ubun-ubun besar (9,5 cm)
 - 2) Diameter suboksipitofrontalis : antara foramen magnum ke pangkal hidung (11 cm)
 - 3) Dimeter frontooksipitalis : antara titik pangkal hidung ke jarak terjauh belakang kepala (12 cm)
 - 4) Diameter Mentooksipitalis : antara dgu ke titik terjauh belakang kepala (13,5 cm)
 - 5) Diameter Submentobregmatika : antara os hyoid ke ubun-ubun besar (9,5 cm)

6) Diameter Biparietalis : antara dua tulang biparietalis (9 cm)

7) Diameter bitemporalis : antara dua tulang temporalis (8 cm) (Sondakh, 2013).

A : Analysis atau assesment, merupakan pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif (Sondakh,2013)

Pada Bayi baru lahir “....” Usia.....jam Dengan

P : Planning atau perencanaan adalah membuat rencana asuhan saat ini dan yang akan datang. Rencana asuhan disusun berdasarkan hasil analisis dan interpretasi data (Muslihatun dkk, 2009).

1. Mempertahankan suhu tubuh bayi dengan tidak memandikan bayi setidaknya 6 jam setelah bayi lahir.

2. Membungkus bayi dengan kain kering, bersih, dan hangat agar tidak infeksi dan hipotermi

3. Menganjurkan ibu untuk melakukan perawatan bayi dengan metode kanguru

4. Menganjurkan pada ibu untuk segera memberikan ASI (Sondakh, 2013).



2.5 Konsep Teori KB

2.5.1 Pengertian

Menurut UU No.10 tahun 1992 tentang perkembangan kependudukan dan pembangunan keluarga sejahtera adalah upaya peningkatan kepedulian dan peran serta masyarakat melalui pendewasaan usia perkawinan (PUP), pengaturan kelahiran, pembinaan ketahanan keluarga, peningkatan kesejahteraan keluarga kecil, bahagia dan sejahtera (Sujiatini,2011)

2.5.2 Tujuan program KB

1. Untuk memenuhi perintah masyarakat akan pelayanan KB dan kesehatan reproduksi yang berkualitas, menurunkan tingkat/angka kematian ibu dan bayi, dan anak serta penanggulangan masalah

kesehatan reproduksi dalam rangka membangun keluarga kecil berkualitas

2. Menjaga kesehatan ibu dan anak.
 3. Membatasi kehamilan jika jumlah anak sudah mencukupi
- (Sujiyatini, 2011)

2.5.3 Penapisan klien

Tujuan utama panapisan klien sebelum pemberian suatu metode kontrasepsi, untuk menentukan apakah ada:

1. Kehamilan

Klien tidak hamil apabila:

- a. Tidak senggama sejak haid terakhir
- b. Sedang memakai metode efektif secara baik dan benar
- c. Sekarang didalam 7 hari pertama haid terakhir
- d. Di dalam 4 minggu pasca persalinan
- e. Dalam 7 hari pasca keguguran
- f. Menyusui dan tidak haid

2. Keadaan yang membutuhkan perhatian khusus

3. Masalah (misalnya: diabetes, tekanan darah tinggi) yang membutuhkan pengamatan dan pengelolaan lebih lanjut (Affandi dkk, 2012).

Tabel 2.6 Daftar Tilik Penapisan Klien Metode Non Operatif

Metode hormonal (pil kombinasi, pil progestin, suntikan, dan susuk)	Ya	Tidak
Apakah hari pertama haid terakhir 7 hari yang lalu atau lebih Apakah anda menyusui dan kurang dari 6 minggu pascapersalinan		
Apakah mengalami perdarahan/perdarahan bercak antara haid setelah senggama		
Apakah pernah ikterus pada kulit atau mata Apakah pernah nyeri kepala hebat atau gangguan visual Apakah pernah nyeri hebat pada betis, paha atau dada, atau tungkai bengkak (edema)		
Apakah pernah tekanan darah di atas 160 mmHg (sistolik) atau 90 mmHg (diastolik)		
Apakah ada massa atau benjolan pada payudara Apakah anda sedang minum obat-obatan anti kejang (epilepsi)		
AKDR (semua jenis pelepas tembaga dan progestin)		

Apakah hari pertama haid terakhir 7 hari yang lalu		
Apakah klien (atau pasangan) mempunyai pasangan seks lain		
Apakah pernah mengalami infeksi menular seksual (IMS)		
Apakah pernah mengalami penyakit radang panggul atau kehamilan ektopik		
Apakah pernah mengalami haid banyak (lebih 1-2 pembalut tiap 4 jam)		
Apakah pernah mengalami haid lama (lebih dari 8 hari)		
Apakah pernah mengalami disminnoea berat yang membutuhkan analgetikadan/atau istirahat baring		
Apakah pernah mengalami perddarahan/perdarahan bercak antara haid atau setelah senggama		
Apakah pernah mengalami gejala penyakit jantung vaskuler atau konginetal		

Sumber: Affandi dkk, 2012

4. Menyusui

- a. Apabila klien menyusui dan kurang dari 6 minggu pasca persalinan maka pil kombinasi adalah metode pilihan terakhir.
- b. Tidak cocok untuk pil progestin (minipil), suntikan DMPA atau NET-EN), atau susuk.
- c. Tidak cocok untuk suntikan progestin (DMPA atau NET-EN) (Affandi dkk, 2012).

2.5.4 Metode Kontrasepsi

1. MAL (Metode Amenore Laktasi)

a. Pengertian

Metode Amenore Laktasi (MAL) adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian ASI secara eksklusif, artinya hanya diberikan ASI tanpa makanan tambahan atau minuman apa pun lainnya (Sujiyatini, 2011). Cara kerjanya yaitu sebagai penundaan atau penekanan ovulasi.

b. Syarat kontrasepsi MAL

MAL hanya dapat di pakai sebagai kontrasepsi bila:

- 1) Menyusui secara penuh (*Full Brest Feading*). Lebih efektif bila pemberian lebih 8x / hari.
- 2) Belum menstruasi

- 3) Efektif sampai 6 bulan
 - 4) Harus dilanjutkan dengan pemakaian metode kontrasepsi lainnya.
- c. Keuntungan kontrasepsi antara lain:
- a) Keefektifan tinggi (keberhasilan 98% pada enam bulan pasca persalinan).
 - b) Segera efektif.
 - c) Tanpa biaya
- d. Keuntungan non kontrasepsi:
- 1) Untuk bayi
 - a) mendapat kekebalan pasif (mendapatkan perlindungan antibodi dari ASI)
 - b) sumber asupan gizi yang terbaik dan sempurna untuk tumbuh kembang bayi yang optimal
 - c) terhindar dari keterpaparan terhadap kontaminasi dari air, susu lain atau formula, atau alat minum yang dipakai
 - 2) Untuk ibu
 - a) mengurangi perdarahan pasca bersalin
 - b) mengurangi resiko anemia
 - c) meningkatkan hubungan psikologis ibu dan bayi.
- e. Kekurangan metode MAL
- 1) perlu persiapan sejak perawatan kehamilan agar segera menyusui dalam 30 menit pasca persalinan
 - 2) mungkin sulit dilaksanakan karena kondisi sosial
 - 3) efektivitas tinggi hanya sampai kembalinya haid atau sampai dengan 6 bulan
 - 4) tidak melindungi terhadap IMS termasuk virus hepatitis B dan HIV/AIDS (Sujiyatini,2011)

2. Metode barrier

a. Kondom

Kondom merupakan selubung/sarung karet yang dapat terbuat dari berbagai bahan yang dipasang pada penis saat berhubungan

seksual. kondom terbuat dari karet sintetis yang tipis, berbentuk silinder, dengan muaranya berpinggir tebal, yang bila digulung berbentuk rata atau mempunyai bentuk seperti puting susu. Berbagai bahan telah ditambahkan kepada kondom baik untuk menambah efektifitasnya (misalnya dengan tambahan spermisida) maupun sebagai aksesoris aktifitas seksual. Standar kondom dilihat pada ketebalan, pada umumnya standar ketebalan adalah 0,02 mm.

Kondom tidak hanya mencegah kehamilan, tetapi juga mencegah IMS termasuk HIV/AIDS. Efektif jika dipakai dengan baik dan benar, dapat dipakai bersama dengan kontrasepsi yang lain untuk mencegah IMS (Sujiyatini,2011)

3. Kontrasepsi progestin

a. Pil progestin

Menurut Sujiyatini (2011) minipil digunakan oleh perempuan yang ingin menggunakan kontrasepsi oral tetapi menyusui atau untuk perempuan yang harus menghindari esterogen oleh sebab apapun. Tingkat keefektifan dari minipil yaitu 98,5%, pada penggunaan minipil jangan sampai terlupa satu atau dua tablet atau jangan sampai terjadi gangguan gastrointestinal (mual, muntah), karna akibatnya keefektifannya akan berkurang.

1) Adapun Profil dari mini pil yaitu:

- a) Cocok untuk perempuan menyusui yang ingin memakai pil KB.
- b) Sangat efektif pada masa laktasi dan tidak menurunkan produksi ASI.
- c) Tidak memberikan efek samping esterogen.
- d) Efek samping yang utama adalah perdarahan tidak teratur atau perdarahan bercak.
- e) Dapat dipakai sebagai kontrasepsi darurat.
- f) Dosis rendah

2) Adapun cara kerja mini pil yaitu:

- a) Menekan sekresi gonadotropin dan sintesis steroid ses di ovarium

- b) Endometrium mengalami transformasi lebih awal sehingga sehingga implantasi lebih sulit
 - c) Mengentalkan lender serviks sehingga menghambat penetrasi sperma
 - d) Mengubah motilitas sperma sehingga transportasi sperma menjadi terganggu
- 3) Keterbatasan Minipil
- a) Hampir 30-60% mengalami gangguan haid (pendarahan, spotting, amenorea)
 - b) Peningkatan /penurunan berat badan
 - c) Harus digunakan setiap hari dan dalam waktu yang sama
 - d) Bila lupa satu pil saja kegagalan menjadi lebih besar
 - e) Payudara menjadi tegang, mual, pusing, dermatitis, atau jerawat
 - f) Efektifitasnya menjadi rendah bila digunakan bersamaan dengan obat tuberculosi dan epilepsi
 - g) Tidak melindungi dari IMS dan HIV/AIDS
- 4) Cara penggunaan Minipil
- a) Mulai hari pertama sampai hari ke lima siklus mens
 - b) Dapat digunakan setiap saat asal tidak terjadi kehamilan. Bila menggunakannya setelah hari ke lima siklus haid, jangan melakukan hubungan seksual selama lima hari, atau gunakan metode KB yang lainnya
 - c) Dapat diminum setelah 6 minggu dan 6 bulan pasca persalinan dan tidak haid
 - d) Dapat diminum pasca keguguran
 - e) Bila sebelumnya menggunakan KB suntikan, maka minipil di berikan pada jadwal suntikan berikutnya, tanpa menunggu siklus haid
 - f) Jika sebelumnya menggunakan KB hormonal, diberikan pada hari 1-5 siklus haid, jika sebelumnya menggunakan KB AKDR, maka cara pemberiannya sama.

b. Suntikan progestin

Suntikan progestin sangat efektif, aman, dapat dipakai oleh semua perempuan dalam usia reproduksi, kembalinya kesuburan lebih lambat rata-rata 4 bulan, cocok untuk masa laktasi karena tidak menekan produksi ASI (Affandi dkk, 2012). Tingkat keefektifannya, 0,1-0,4 kehamilan per 1000 perempuan.

1) Jenis suntik progestin

- a) DMPA (*Depo Medroxy Progesterone Asetat*) atau *Depo Provera*, diberikan sekali setiap 3 bulan dengan dosis 150 mg disuntikkan secara intramuscular didaerah bokong.
- b) NET-EN (*Norethindrone Enanthate*) atau *noristerat*, diberikan dalam dosis 200 mg sekali setiap 8 minggu atau setiap 8 minggu untuk 6 bulan pertama, kemudian selanjutnya sekali setiap 12 minggu. (Affandi dkk, 2012).

2) Mekanisme kerja suntikan progestin

- a) mencegah ovulasi
- b) lendir serviks menjadi kental dan sedikit sehingga menurunkan kemampuan penetrasi spermatozoa
- c) membuat endometrium tipis dan atrofi sehingga kurang baik untuk implantasi ovum yang telah dibuahi
- d) mempengaruhi kecepatan transport ovum oleh tuba fallopi

3) kerugian kontrasepsi progestine

- a) terjadi perubahan pada pola haid seperti haid tidak teratur, bercak, spotting
- b) mual, sakit kepala, nyeri payudara ringan, tapi keluhan ini akan menghilang setelah suntikan ke-2 atau ke-3
- c) ketergantungan terhadap pelayanan kesehatan
- d) efektifitasnya berkurang bila digunakan bersamaan dengan obat epilepsi atau obat TB
- e) penambahan berat badan
- f) pengembalian kesuburan terlambat

4) waktu penggunaan

- a) suntikan pertama diberikan pada hari ke-7 siklus haid, akan tetapi tidak boleh menggunakan hubungan seksual selama 7 hari
- b) dapat di berikan pasca persalinan 6 bulan, belum haid,dan tidak hamil
- c) dalam waktu 7 hari pasca keguguran (Sujiyatini,2011)

c. Implant

Implant adalah metode kontrasepsi hormonal yang efektif, tidak permanen dan dapat mencegah terjadinya kehamilan antara 3 hingga 5 tahun. Metode ini dikembangkan oleh *the population council*, yaitu suatu organisasi Internasional yang didirikan tahun 1952 untuk mengembangkan teknologi kontrasepsi (Affandi dkk, 2012).

1) Jenis – jenis dari implan antara lain :

- a) Norplant terdiri dari 6 kapsul yang secara total bermuatan 216 mg levonorgestrel. Panjang kapsul 3,4 mm dengan diameter 2,4 mm. Kapsul terbuat dari bahan silastik medik (polydimethylsiloxane) yang fleksibel dimana kedua ujungnya ditutup dengan penyumbat sintetik yang tidak mengganggu kesehatan klien. Enam kapsul norplant dipasang menurut konfigurasi kipas dilapisan subdermal lengan atas dengan lama kerja 5 tahun (Sujiyatini,2011)
- b) Jedelle (Norplant 2 kapsul) yaitu implan yang terdiri dari 2 kapsul dan biasa disebut implan-2. Implan-2 memakai levonorgestrel 150 mg dalam kapsul 43 mm dan diameter 2,5 mm. Pelepasan harian hormon levonorgestrel dari implan-2 hampir sama dengan norplant dan secara teoritis, masa kerjanya menjadi 40% lebih singkat. Lama kerjanya juga 5 tahun sama seperti norplant (Sujiyatini,2011)
- c) Implanon adalah kontrasepsi yang mengandung 68 mg etonogestrel, panjangnya 40 mm, dan diameternya 2 mm. merupakan metabolik desogestrel yang efek androgeniknya

lebih rendah dan aktifitas progesteron yang lebih tinggi dari levonorgestrel. Kapsul polimer mempunyai tingkat pelepasan hormon yang lebih stabil dari kapsul silastik norplant. Implanon lama kerjanya 3 tahun (Sujiyatini,2011)

2) Mekanisme kerja:

- a) Menekan ovulasi, lebih dari 80% pemakaian norplant pada tahun-tahun pertama tidak mengalami ovulasi.
- b) Mengentalkan lendir serviks sehingga menghambat pergerakan sperma.
- c) Membuat endometrium tidak siap menerima kehamilan.

3) Keuntungan implant

- a) Daya guna tinggi (kegagalan 0,2 per 100 wanita).
- b) Memberi perlindungan jangka panjang.
- c) Tingkat kesuburan cepat kembali setelah implan di cabut.
- d) Tidak perlu melakukan pemeriksaan dalam.
- e) Dapat dicabut setiap saat menurut kebutuhan.
- f) Tidak mengganggu kegiatan senggama dan tidak mengganggu produksi ASI
- g) Tidak mengandung estrogen yang menyebabkan berbagai efek samping pada pemakaian pil kontrasepsi

4) Kerugian :

- a) Mengalami efek samping gangguan siklus haid berupa perdarahan tidak teratur, perdarahan bercak, dan amenorea (Prawirohardjo, 2011).
- b) Tidak memberikan perlindungan terhadap penyakit hepatitis B, infeksi IMS dan AIDS.
- c) Tingginya resiko terjadinya kehamilan ektopik 20-30%.
- d) Sakit kepala.
- e) Perubahan berat badan (biasanya meningkat).
- f) Perubahan suasana hati (gugup/gelisah).
- g) Nyeri payudara

5) Waktu pemasangan implan:

- a) Selama haid (dalam waktu 7 hari pertama siklus haid).
- b) Pasca persalinan (3-4 minggu).
- c) Pasca keguguran (segera atau dalam 7 hari pertama).
- d) Sedang menyusukan bayinya secara eksklusif (lebih dari 6 minggu pasca persalinan dan sebelum 6 bulan pasca persalinan)

4. Kontrasepsi kombinasi

a. Pil kombinasi

- 1) Harus diminum tiap hari
- 2) Pada bulan-bulan pertama efek samping berupa mual dan perdarahan bercak yang tidak berbahaya dan segera akan hilang
- 3) Dapat dipakai oleh semua ibu usia reproduksi, baik yang sudah mempunyai anak, maupun belum.
- 4) Dapat mulai diminum setiap saat bila yakin jika tidak sedang hamil.
- 5) Tidak dianjurkan pada ibu yang menyusui.
- 6) Dapat dipakai sebagai kontrasepsi darurat

Cara kerja pil kombinasi, yaitu menekan ovulasi, mencegah implantasi, lendir serviks mengental sehingga sulit dilalui oleh sperma, pergerakan tuba terganggu sehingga transportasi telur dengan sendirinya akan terganggu pula (Sujiyatini,2011).

b. Suntik kombinasi

Jenis suntikan kombinasi adalah 25mg depo medrogsiprogesteron asetat dan 5mg estradiol sipionad yang diberikan injeksi IM sebulan sekali (cyclofem), dan 50mg nurentindronenatat dan 5 mg estradiol falerat yang diberikan injeksi IM sebulan sekali

Cara kerja:

- 1) Menekan ovulasi
- 2) Membuat lendir serviks menjadi kental sehingga penetrasi sperma terganggu

3) Perubahan pada endometrium (aprofi) sehingga implantasi terganggu

4) Menghambat transportasi gamet oleh tuba (Affandi dkk, 2012).

Efektifitas sangat efektifitas (0,1-0,4 kehamilan per 100 perempuan) selama tahun pertama penggunaan (Affandi dkk, 2012).

5. Alat Kontrasepsi dalam Rahim (AKDR)

Alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR) adalah suatu alat plastik atau logam kecil yang dimasukkan ke uterus melalui kanalis servikalis yang bertujuan untuk pencegahan kehamilan yang sangat efektif, berjangka panjang, aman dan reversibel bagi wanita tertentu, terutama yang tidak terjangkau PMS dan sudah pernah melahirkan.

a. Jenis AKDR:

1) AKDR CuT-380A

Kecil kerangka dari plastik yang fleksibel, berbentuk huruf T diselubungi oleh kawat halus yang terbuat dari tembaga (Cu).

Tersedia di Indonesia dan terdapat dimana-mana.

b) AKDR lain yang beredar di Indonesia ialah NOVA T (Schering) (Sujiyatini,2011).

2) Efektivitas AKDR

Dipengaruhi oleh karakteristik alat, keterampilan penyedia layanan (dalam memasang alat), dan karakteristik pemakai (misalnya usia dan paritas).

3) Cara Kerja AKDR

a) Menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba falopii.

b) Mempengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai kavum uteri.

c) AKDR bekerja terutama mencegah sperma dan ovum bertemu, walaupun AKDR membuat sperma sulit masuk ke dalam alat reproduksi perempuan dan mengurangi kemampuan sperma untuk fertilisasi.

d) Memungkinkan untuk mencegah implantasi telur dalam uterus (Sujiyatini,2011).

4) AKDR pasca plasenta

AKDR pasca plasenta adalah AKDR yang dipasang dalam waktu 10 menit setelah lepasnya plasenta dalam persalinan pervaginam maupun persalinan dengan *sectio caesaria*.

Pemasangan AKDR pasca plasenta berdasarkan pemasangan dapat dibedakan menjadi :

- a) *Immediate Postplacent Insertion* (IPI) yaitu AKDR dipasang dalam waktu 10 menit setelah plasenta dilahirkan
- b) *Early Postpartum Insertion* (EPI) yaitu AKDR dipasang antara 10 menit sampai 72 jam postpartum
- c) *Interval Insertion* (INP) yaitu AKDR dipasang setelah 6 minggu postpartum.

Cara kerja AKDR/IUD pasca plasenta langsung bekerja secara efektif segera setelah pemasangan selesai. IUD Post Plasenta memiliki beberapa keuntungan, yang diantaranya adalah :

- a) Langsung bisa didapatkan oleh ibu yang melahirkan ditempat pelayanan kesehatan
- b) Efektif dan tidak berefek pada produksi ASI
- c) Kesuburan dapat segera kembali setelah dilepaskan
- d) Resiko terjadinya infeksi rendah
- e) Kejadian perforasi rendah
- f) Kasus perdarahan lebih sedikit daripada IUD yang dipasang saat menstruasi

Kelemahan dari IUD pasca plasenta ialah:

- a) Angka keberhasilannya ditentukan oleh waktu pemasangan, tenaga kesehatan yang memasang, teknik pemasangannya.
- b) Waktu pemasangan dalam 10 menit setelah keluarnya plasenta memungkinkan angka ekspulsinya lebih kecil ditambah dengan ketersediaan tenaga kesehatan yang terlatih (Dokter atau Bidan) dan teknik pemasangan sampai ke fundus juga dapat meminimalisir kegagalan pemasangan (Sujiyatini, 2011)

6. MOW (Tubektomi)

a. Pengertian

Kontrasepsi mantap adalah satu metode kontrasepsi yang dilakukan dengan cara mengikat atau memotong saluran telur (pada perempuan). Kontrasepsi mantap (Kontap) wanita atau merupakan metode sterilisasi pada wanita dikenal dengan MOW atau tubektomi.

Kontrasepsi ini bisa disebut juga tubektomi, yaitu tindakan memotong tuba fallopi/tuba uterin. Tubektomi merupakan tindakan medis berupa penutupan tuba intra uteruin dengan maksud tertentu untuk tidak mendapatkan keturunan dalam jangka panjang atau seumur hidup.

b. Kelebihan dari tubektomi

- 1) Efektifitas hampir 100%
- 2) Tidak mempengaruhi libido seksual
- 3) Kegagalan dari pihak pasien tidak ada
- 4) Tidak mempengaruhi proses menyusui
- 5) Tidak bergantung pada factor senggama
- 6) Bagi klien apabila hamil akan mejadi resiko kesehatan yang serius
- 7) Pembedahan sederhana, dapat dilakukan anastesi local
- 8) Tidak ada efek samping dalam jangak panjang
- 9) Lebih aman, lebih praktis, lebih efektif

c. Kekurangan dari tubektomi

- 1) Resiko dan efek samping dari pembedahan
- 2) Kadang-kadang sedikit merasakan nyeri pada saat operasi
- 3) Infeksi mungkin saja terjadi, bila prosedur operasi tidak benar
- 4) Kesuburan sulit kembali

d. Indikasi dari tubektomi.

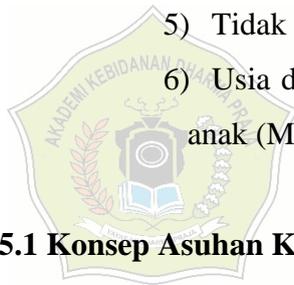
Seminar Kuldoskopi Indonesia pertama di Jakarta (18-19 Desember 1972) untuk mengambil kesimpulan, sebaiknya tubektomi sukarela dilakukan pada wanita yang memenuhi syarat-

syarat berikut:

- 1) Umur termuda 25 tahun dengan 4 anak hidup
- 2) Umur sekitar 30 tahun dengan 3 anak hidup
- 3) Umur sekitar 35 tahun dengan 2 anak hidup
- 4) Pada konferensi khusus perkumpulan untuk sterilisasi sukarela Indonesia di medan (3-5 Juni 1976) dinjurkan pada umur antara 25-40 tahun.

e. Kontraindikasi dari tubektomi

- 1) Hamil
- 2) Perdarahan pervagina yang belum terjelaskan
- 3) Infeksi sistemik atau pelvic yang akut
- 4) Belum memberikan persetujuan tertulis
- 5) Tidak boleh menjalani proses pembedahan
- 6) Usia dibawah 30 tahun yang belum dan masih ingin memliki anak (Marmi, 2016)



**AKADEMI KEBIDANAN
DHARMA PRAJA BONDOWOSO**

2.5.1 Konsep Asuhan Kebidanan Teori KB

Catatan perkembangan KB

Jam :

Tanggal :

S : Data subjektif merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Hellen Varney langkah pertama (pengkajian data), terutama data yang diperoleh dari anamnesa. Data ini berhubungan dengan masalah dari sudut pandang pasien atau anamnesa. Ekspresi pasien mengenai kekhawatiran dan keluhannya yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang berhubungan langsung dengan diagnosis.

O : Data objektif merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Hellen Varney langkah pertama (pengkajian data), yang diperoleh dari hasil observasi yang jujur, hasil pemeriksaan pasien, pemeriksaan laboratorium atau pemeriksaan diagnostik lain.

A : Analisis atau assesment, merupakan pendokumentasian hasil

analisis dan interpretasi dari data subjektif dan objektif.

Ny “...” P..... dengan calon akseptor KB

- P : Planning atau perencanaan adalah membuat rencana asuhan saat ini dan yang akan datang. Rencana asuhan disusun berdasarkan hasil analisis dan interpretasi data (Muslihatun dkk, 2009).

Catatan perkembangan KB

Jam :

Tanggal :

- S : Data subjektif merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Hellen Varney langkah pertama (pengkajian data), terutama data yang diperoleh dari anamnesisi. Data ini berhubungan dengan masalah dari sudut pandang pasien atau anamnesa. Ekspresi pasien mengenai kekhawatiran dan keluhannya yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang berhubungan langsung dengan diagnosis (Muslihatun dkk, 2009).

- O : Data objektif merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Hellen Varney langkah pertama (pengkajian data), yang diperoleh dari hasil observasi yang jujur, hasil pemeriksaan pasien, pemeriksaan laboratorium atau pemeriksaan diagnostik lain (Muslihatun dkk, 2009).

- A : Analysis atau assesment, merupakan pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif (Muslihatun dkk, 2009).

Ny “...” P..... dengan akseptor baru/tidak KB.....

- P : Planning atau perencanaan adalah membuat rencana asuhan saat ini dan yang akan datang. Rencana asuhan disusun berdasarkan hasil analisis dan interpretasi data (Muslihatun dkk, 2009).

BAB 3

METODE PENDEKATAN STUDI KASUS

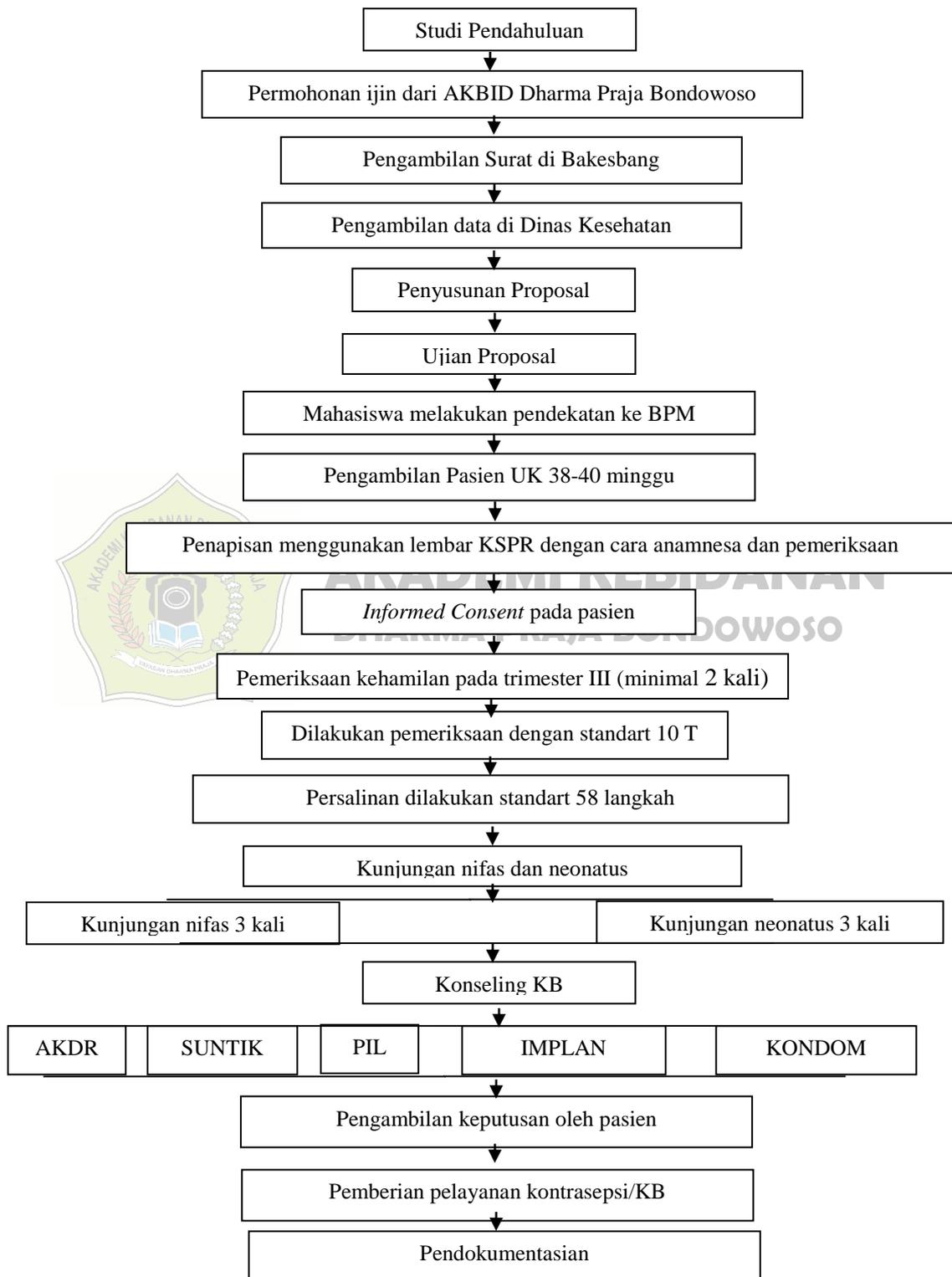
3.1 Jenis pendekatan

Metode jenis pendekatan Laporan Tugas Akhir ini dilakukan dalam bentuk deskriptif karena berupa kata-kata tertulis dalam asuhan kebidanan secara komprehensif berbasis *Continuity Of Care* (COC) pada ibu hamil trimester III, bersalin, nifas, neonatus, dan Keluarga Berencana (KB). Mahasiswa mengumpulkan data dan mendeskripsikan proses asuhan kebidanan secara komprehensif berbasis *Continuity Of Care* (CoC) melalui pendekatan SOAP

3.2 Kerangka Operasional

Kerangka operasional adalah langkah-langkah dari aktivitas ilmiah, mulai dari penetapan populasi, sampel, dan seterusnya, yaitu kegiatan sejak awal dilaksanakannya studi kasus. Dalam hal ini dilakukan dengan tanya jawab terhadap pasien untuk mendapatkan data yang diperlukan dan dilanjutkan dengan observasi pasien sesuai dengan asuhan kebidanan komprehensif yang berbasis CoC.

Observasi terhadap pasien dilakukan selama masa kehamilan, persalinan, kunjungan nifas, kunjungan neonatus, dan KB sesuai standart yang ada. Hasil obsevasi di dokumentasi dengan metode SOAP.



Gambar 3.1 Kerangka Kerja Operasional Asuhan Kebidanan Komprehensif *Continuity of Care* (CoC) Pada Ny. "M" di Bidan Praktik Mandiri Bidan "A" Kecamatan Tegalampel Kabupaten Bondowoso

3.3 Subjek Studi Kasus

Penelitian ini menggunakan data dari pasien, baik dari data subjektif maupun objektif dan data tambahan dari dokumen yang telah dilengkapi. Subjek studi kasus ini adalah ibu hamil usia kehamilan 38-40 minggu yang mengalami peristiwa bersalin, nifas, bayi yang dilahirkan / neonatus, dan ibu nifas dengan akseptor KB.

3.4 Fokus Studi

Fokus studi dalam studi kasus ini berupa asuhan kebidanan kehamilan (*antenatal care*), asuhan kebidanan persalinan (*intranatal care*), asuhan kebidanan nifas (*postnatal care*), asuhan kebidanan neonatal, dan asuhan kebidanan KB secara komprehensif berbasis CoC.

3.5 Definisi Operasional Fokus Studi

Definisi Operasional dalam Laporan Tugas Akhir ini adalah :

1. Kehamilan adalah proses yang diawali dengan konsepsi yang mengalami pertumbuhan selama 9 bulan
2. Persalinan adalah ibu bersalin dari Kala I sampai Kala IV melalui pendekatan SOAP
3. Nifas adalah ibu nifas dimulai dari hari pertama sampai minggu ke enam
4. Neonatus adalah bayi baru lahir normal usia 0-28 hari melalui pendekatan SOAP
5. Akseptor KB adalah ibu yang menggunakan alat kontrasepsi saat/setelah masa nifas melalui pendekatan SOAP

3.6 Kriteria Subjek

Kriteria subyektif dalam LTA ini adalah :

1. Ibu hamil dengan resiko rendah (KSPR) usia kehamilan 38-40 minggu
2. Persalinan normal dan bersedia bersalin di BPM yang sudah ditetapkan
3. Nifas normal
4. Bayi Baru Lahir Normal (neonatus)
5. Bersedia memakai KB

3.7 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian adalah alat yang digunakan untuk mengumpulkan data atau informasi penelitian secara akurat.

1. Buku KIA
2. KSPR
3. Lembar partograf
4. Lembar penapisan
5. MTBM
6. Lembar penapisan KB

3.8 Lokasi dan Waktu Studi Kasus

1. Lokasi
 - a. BPM Ny. Agustin Ika Wulandari, SST
 - b. Rumah pasien Ny. "M" RT 01/ 01 Taman Krocok
2. Waktu : Juni-Juli 2018

3.9 Metode Pengumpulan Data

1. Primer (sumber langsung)

Penulis menggunakan data dari sumber langsung dimana data–data didapat dengan cara wawancara secara langsung kepada klien, dokumentasi (Buku KIA), serta observasi langsung melalui cara anamnesis, pemeriksaan fisik (inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi) pemeriksaan penunjang, dan observasi.

2. Sekunder (sumber tidak langsung)

Penulisan laporan tugas akhir ini disusun berdasarkan telaah pustaka dimana pembahasannya didapatkan dari literatur–literatur yang berkaitan dengan judul penulisan yaitu tentang kehamilan, persalinan, nifas, neonatal dan KB. Dimana sumber yang didapat berasal dari buku dan internet.

3.10 Etika Studi Kasus

1. Lembar persetujuan (*inform consent*)

Lembar persetujuan menjadi pasien (*informed concent*) diberikan sebelum studi kasus agar pasien mengetahui maksud dan tujuan studi kasus.

2. Tanpa nama (*anonymity*)

Dalam menjaga kerahasiaan identitas pasien, penulis tidak mencantumkan nama pasien pada lembar pengumpulan data dan cukup dengan memberikan ini sial.

3. Kerahasiaan (*confidential*)

Kerahasiaan informasi yang telah dikumpulkan dari pasien dijamin oleh peneliti.



**AKADEMI KEBIDANAN
DHARMA PRAJA BONDOWOSO**

BAB 4

ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF *CONTINUITY OF CARE*(COC)

4.1 Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan Trimester III

Asuhan Kebidanan

Pada Ny”M” G_{IV} P₂₁₀₀₁ UK 39 Minggu 3 Hari Dengan Kehamilan Resiko Tinggi, Janin/ Tunggal/ Hidup

I. PENGKAJIAN DATA

Tanggal : 10 Juni 2018 Waktu : 09.00 WIB
Tempat pengkajian : Rumah Pasien Ny”M”
Pengkaji : Ela Felawati

A. DATA SUBYEKTIF

1. Biodata

Nama : Ny. “M” Nama Suami : Tn. “M”
Umur : 38 tahun Umur : 38 tahun
Suku / Bangsa : Madura Suku / Bangsa : Madura
Agama : Islam Agama : Islam
Pendidikan : SD Pendidikan : SD
Pekerjaan : IRT Pekerjaan : Buruh
Alamat : Pagan RT 01/01 Taman Krocok
No Telp : -

2. Keluhan Utama

Ibu mengatakan hamil anak ke 4 dengan usia kehamilan 9 bulan, saat ini ibu mengalami keluhan nyeri perut bagian bawah.

3. Riwayat Kesehatan

a) Sekarang

Ibu mengatakan saat ini tidak sedang mengalami penyakit kronis/ menular dan penyakit yang dapat mempengaruhi keadaan bayinya,

seperti jantung, ginjal, asma, TBC, hepatitis, diabetes melitus, hipertensi.

b) Dahulu (yang lalu)

Ibu mengatakan sebelumnya tidak pernah mengalami penyakit kronis/ menular dan penyakit yang dapat mempengaruhi keadaan bayinya, seperti jantung, ginjal, asma, TBC, hepatitis, diabetes melitus, hipertensi.

c) Keluarga

Ibu mengatakan di dalam keluarga tidak ada yang menderita penyakit keturunan seperti darah tinggi, darah rendah, penyakit kuning, batuk darah, kencing manis, ataupun penyakit kronis seperti jantung, dan tidak memiliki riwayat keturunan kembar dari pihak suami/istri

4. Riwayat Menstruasi

Haid pertama (menarche) : 12 tahun
 Siklus haid : 30 hari
 Teratur / tidak : Tidak teratur
 Lama haid : 3-4 hari
 Volume : 3x ganti pembalut
 Sifat darah : Encer, warna merah, berbau amis
 Dismenorrhea : Tidak ada
 Flour albus : Ada, sedikit, putih, tidak bau, tidak gatal.
 HPHT : 09-09-2017

5. Riwayat Obstetri Lalu

Kehamilan			Persalinan				Anak					Nifas		Laktasi	
Ke	UK	Komp	Jenis Persalinan	Peno Long	Tempat Bersalin	Komp	JK	PB/BB	H/M	T/G	Usia	Lama	Komp	Lama	Komp
1	9bln	-	Spt	Bidan	BPM	-	P	2700 Gr	M	T	2th	40hr	-	2th	-
2	9bln	-	Spt	Bidan	BPM	-	L	3000 Gr	H	T	16th	40hr	-	2th	-

3	7bln	-	Spt	Bidan	RS	IUFD	P	1900 Gr	M	T	-	40hr	-	-	-
4	9bln	-	HAMIL INI												

6. Riwayat KB

Setelah menikah ibu tidak menggunakan KB apapun, karena menginginkan keturunan. Setelah melahirkan anak pertama, ibu menggunakan KB suntik 3 bulan selama \pm 2 tahun, dan berhenti karena menginginkan keturunan. Setelah melahirkan anak ke 2, ibu menggunakan KB suntik 3 bulan selama \pm 7 tahun, dan berhenti karena menginginkan keturunan. Setelah melahirkan anak ke 3, ibu menggunakan KB suntik 3 bulan selama \pm 6 tahun, kemudian berhenti karena menginginkan keturunan. Setelah melahirkan anak ke 4, ibu berencana menggunakan KB suntik 3 bulan.

7. Riwayat Kehamilan Sekarang

TM	Keluhan	Pergerakan janin	Tempat Periksa	Frekuensi	Pemeriksaan	Konseling	Terapi
I	-	-	-	-	-	-	-
II	Pusing	Aktif sejak usia 4 bulan	PMB, PSY	3x	Bidan	Kontrol teratur, pro USG, periksa rutin	Fe 1x1 Kalk 1x1
III	Nyeri perut bagian bawah	Janin bergerak lebih dari 12x	PMB, PSY	7x	Bidan	Istirahat cukup, tanda-tanda persalinan	Fe 1x1 Kalk 1x1

8. Riwayat Imunisasi TT

Ibu mengatakan imunisasi sudah lengkap (T5), ibu mengatakan mengikuti imunisasi waktu SD (T3), hamil anak 1 (T4), dan hamil anak ke 2 (T5).

9. Pola Kehidupan Sehari-hari

POLA	SEBELUM HAMIL	SELAMA HAMIL
NUTRISI		
1. Pola makan	3x per hari	3x per hari
2. Nafsu makan	Baik	cukup
3. Jenis makanan	Nasi, lauk, sayur	Nasi, lauk, sayur
4. Porsi makanan	Sedang	Sedang
5. Minum		
a. Air putih	8 gelas per hari	7-8 gelas per hari
b. Teh manis	-	1-2 gelas per hari
6. Alergi makanan	-	-
ELIMINASI		
1. BAK	5x per hari	7-8x per hari
a. Konsistensi	Cair	Cair
b. Warna & Bau	Kuning & amoniak	Kuning & amoniak
c. Banyaknya	Sedang	Sedang
2. BAB	1x per hari	1x per hari
a. Konsistensi	Lunak	Lunak
b. Warna & Bau	Kuning & khas	Kuning & khas
c. Banyaknya	Sedang	Sedang
ISTIRAHAT		
1. Siang	1 jam per hari	2 jam per hari
2. Malam	7-8 jam per hari	8-9 jam per hari
PERSONAL HYGIENE		
1. Mandi	2x per hari	2x per hari
2. Keramas	3x per minggu	3x per minggu
3. Sikat gigi	3x per hari	3x per hari
4. Ganti CD	3x per hari	3x per hari
5. Tempat mandi+BAB	Kamar mandi	Kamar mandi
POLA SEKSUAL	-	-
KEBIASAAN		
1. Merokok	-	-
2. Miras	-	-
3. Jamu	-	-
4. Kopi	-	-

10. Riwayat Psikososial dan Budaya

a. Riwayat Perkawinan

1) Usia pertama menikah : 17 tahun

- 2) Usia kedua menikah : 22 tahun
 - 3) Status perkawinan : Sah
 - 4) Kawin : 2x
- b. Lama Perkawinan
1. Pernikahan I : ± 4 tahun
 2. Pernikahan II : ± 17 tahun
- c. Keadaan Psikososial
- 1) Kehamilan ini : Direncanakan
 - 2) Respon ibu dan keluarga : Mendukung
 - 3) Persepsi ibu terhadap respon keluarga, yaitu ibu senang terhadap semua dukungan dari keluarga
 - 4) Pengambil keputusan dalam keluarga : Suami dan keluarga
- d. Rencana Persalinan
- 1) Tempat : PMB Bidan "A"
 - 2) Penolong : Bidan + Mahasiswa pendamping
 - 3) Persiapan biaya persalinan: Umum
 - 4) Persiapan kendaraan : Motor sendiri
 - 5) Pendamping persalinan : Suami

B. DATA OBJEKTIF

1. Pemeriksaan Umum

- a). KU : Baik
- b). Kesadaran : Composmentis
- c). Tanda-tanda Vital
 - 1) Tekanan darah : 90/70 mmHg
 - 2) Nadi : 85x/menit
 - 3) Suhu : 36,5⁰C
 - 4) Pernafasan : 20x/menit
- d). BB sebelum hamil : 44 Kg
- e). BB sekarang : 55 Kg
- f). TB : 151 cm
- g). LILA : 22 cm

- h). IMT : $\frac{44}{1,51 \times 1,51} = \frac{44}{2,28} = 20$
 : $\frac{55}{1,51 \times 1,51} = \frac{55}{2,28} = 24$
- i). KSPR : 10
- j). TP : 16-06-2018

2. Pemeriksaan Fisik

- a) Kepala : Rambut hitam, bersih, tidak terdapat benjolan
- b) Wajah : Tidak pucat, ada cloasma gravidarum
- c) Mata : Simetris, sklera putih, konjungtiva merah muda
- d) Hidung : simetris, tidak ada polip, tidak ada epistaksis, tidak ada sekret,
- e) Mulut : Tidak ada stomatitis, bibir lembab, warna bibir merah muda, tidak ada caries, tidak ada ginggivitis, tidak ada tonsilitis, lidah tidak pucat
- f) Telinga : Simetris, tidak ada serumen, tidak ada perdarahan dan pendengaran baik
- g) Leher : Tidak ada pembesaran vena jugularis
 Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid,
 tidak ada pembesaran kelenjar limfe
- h) Payudara : Kedua payudara simetris, tampak pembesaran payudara, ada hiperpigmentasi pada puting dan areola mammae Tidak ada benjolan abnormal, tidak ada colostrum yang keluar pada ke 2 payudara



AKADEMI KEBIDANAN
 DHARMA PRAJA BONDOWOSO

- i) Abdomen : Pembesaran memanjang, pembesaran sesuai dengan usia kehamilan, tidak ada luka bekas operasi, terlihat gerakan janin, tidak ada striae lividae, ada linea alba, ada linea nigra, kandung kemih kosong.
- Leopold I : Teraba bulat, lunak, kurang melenting (bokong), TFU: 3 jari dibawah PX (*Prosesus Xyphoideus*), Mac Donald: 30 cm
- Leopold II : Teraba keras, memanjang disebelah kiri ibu (PUKI), teraba bagian kecil di sisi kanan perut ibu (ekstremitas janin)
- Leopold III : Bagian terendah janin teraba bulat, keras, melenting (preskep), kepala diatas PAP, kepala mudah digerakan
- Leopold IV :  5/5 bagian (Konvergent)
- TBJ : $(30-12) \times 155 = 2.790$ gram
- DJJ : 154x/menit
- j) Genetalia : Tidak terkaji
- k) Ekstremitas Atas : Simetris, lengkap, tidak oedema
- l) Ekstremitas Bawah : Simetris, lengkap, tidak oedema, tidak varises, ada reflek patella

3. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan Laboratprium

- Golongan Darah : O
- Hb : 11,5 gr% → (01 Jan 2018)
- Protein urine : Negatif (-)
- HIV : NR (Non Reaktif)

II. INTERPRETASI DATA DASAR

Ds : Ibu mengatakan hamil anak ke 4 dengan usia kehamilan 9 bulan, saat ini ibu mengalami keluhan nyeri perut bagian bawah.

Do :

KU : Baik
 Kesadaran : Composmentis
 TTV : TD : 90/70 mmHg
 : N : 85x/menit
 : S : 36,5 °C
 : RR : 20x/menit

TB : 151 cm

BB sebelum hamil : 44 kg

BB saat hamil : 55 kg

LILA : 22 cm

IMT : 20

Mata : Simetris, sklera putih, konjungtiva merah muda

Payudara : Kedua payudara simetris, tampak pembesaran payudara, ada hiperpigmentasi pada puting dan areola mammae Tidak ada benjolan abnormal, tidak ada colostrum yang keluar pada ke 2 payudara

Abdomen : Pembesaran memanjang, pembesaran sesuai dengan usia kehamilan, tidak ada luka bekas operasi, terlihat gerakan janin, tidak ada striae lividae, ada linea alba, ada linea nigra, kandung kemih kosong.

Leopold I : Teraba bulat, lunak, kurang melenting (bokong), TFU: 3 jari dibawah PX (*Prosesus Xyphoideus*), Mac Donald: 30

Leopold II : cm
 Teraba keras, memanjang disebelah kiri ibu (PUKI), teraba bagian kecil di sisi kanan perut ibu (ekstremitas janin)
 Bagian terendah janin teraba bulat, keras,



AKADEMI KEBIDANAN
 DHARMA PRAJA

Leopold III	: melenting (preskep), kepala diatas PAP, kepala mudah digerakan. _O_ 5/5 bagian (Konvergent)
Leopold IV	154x/menit
DJJ	2.790 gram
TBJ	Simetris, lengkap, tidak oedema
Ekstremitas Atas	Simetris, lengkap, tidak oedema, tidak
Ekstremitas Bawah	varises, ada reflek patella

Pemeriksaan Laboratorium

Golda	: O
Hb	: 11,5 gr%
Protein Urine	: Negatif (-)
HIV	: NR (Non Reaktif)

Dx : Ny "M" G_{IV} P₂₁₀₀₁ UK 39 Minggu 3 hari dengan kehamilan resiko tinggi, Janin/ Tunggal/ Hidup

III. IDENTIFIKASI MASALAH POTENSIAL

-

IV. IDENTIFIKASI KEBUTUHAN SEGERA

-

V. RENCANA TINDAKAN DAN RASIONAL (INTERVENSI)

Tanggal : 10 Juni 2018

Waktu : 10.00 WIB

1. Jelaskan pada ibu dan keluarga hasil pemeriksaan yang telah dilakukan
R/ Persamaan persepsi antara pasien dan bidan sehingga memudahkan tindakan yang akan dilakukan dan ibu menjadi tenang
2. Jelaskan pada ibu dan keluarga mengenai tanda bahaya kehamilan pada TM III
R/ Mempercepat penanganan dan mengurangi resiko
3. Anjurkan ibu untuk minum tablet tambah darah (obat yang diberikan) 1x/hari diminum secara rutin

- R/ Mencegah anemia sedang dan berat, serta mengurangi resiko perdarahan saat persalinan
4. Anjurkan ibu untuk mengkonsumsi makanan bergizi
R/ Pemenuhan kebutuhan nutrisi pada ibu dan janin
 5. Konseling persiapan persalinan dan kesiagaan kegawatdaruratan
 - a) Anjurkan ibu untuk bersalin di tenaga kesehatan
R/persalinan yang aman sehingga ibu dan bayi sehat
 - b) Anjurkan ibu untuk mulai mempersiapkan kebutuhan persalinan
R/memudahkan proses persalinan
 - c) Jelaskan tanda-tanda persalinan
R/pengenalan tanda-tanda persalinan
 6. Konseling macam-macam alat kontrasepsi/KB, tentukan KB yang akan digunakan setelah melahirkan
R/ Menentukan kemantapan ibu dalam memilih KB
 7. Jelaskan kepada ibu keluhan saat ini masih dalam kondisi normal dan ajari ibu teknik distraksi dan relaksasi saat ada nyeri
R/ Mengetahui kondisinya dan dapat mengurangi dan mengalihkan perhatian dari rasa nyeri
 8. Anjurkan ibu untuk datang pemeriksaan 1 minggu lagi (17 Juni 2018) atau setiap saat jika ada keluhan
R/ Pemantauan kondisi ibu dan janin serta pencegahan komplikasi dini

VI. PELAKSANAAN / IMPLEMENTASI

HARI/TGL	JAM	KEGIATAN	PARAF
Minggu, 10-06-2018	09.15 WIB	1. Menjelaskan pada ibu dan keluarga hasil pemeriksaan yang telah dilakukan. TTV: TD: 90/70mmHg, N: 85x/menit, S: 36,5 ⁰ C, RR: 20x/menit	
		2. Memberi ibu KIE tentang tanda bahaya kehamilan pada TM III seperti perdarahan, sakit kepala yang hebat, bengkak pada kaki, tangan ataupun wajah disertai sakit kepala atau kejang, demam atau panas, gerak janin berkurang/tidak terasa. Dianjurkan ibu untuk periksa ke bidan atau tenaga kesehatan terdekat atau tempat pelayanan kesehatan untuk segera diberikan penanganan lebih lanjut	
	3. Menganjurkan ibu untuk minum tablet tambah darah (obat yang diberikan) 1x/hari diminum secara rutin, diminum pada mala hari untuk mengurangi efek mual, diminum dengan air putih atau yang mengandung vit C (air jeruk), dan tidak diminum dengan teh manis, atau kopi		
	4. Menganjurkan ibu untuk mengonsumsi makanan bergizi seperti: buah, sayur, ikan, daging, telur, tahu, tempe		
	5. Memberikan konseling persiapan persalinan dan kesiagaan kegawatdaruratan. a) Menganjurkan ibu untuk bersalin di tenaga kesehatan untuk mendapatkan pelayanan yang aman, sehat dan berkualitas. b) Menganjurkan ibu dan keluarga untuk mempersiapkan kebutuhan untuk persalinan seperti, dana, pakaian ibu dan bayi, sewek, softex, dan kain panjang, dll c) Menjelaskan tanda-tanda persalinan seperti: kontraksi palsu, sakit/nyeri pada punggung atau kram pada bagian perut, keluar lendir bercampur darah pada jalan lahir, dan keluarnya cairan/ketuban		
	6. Mengkonseling macam-macam alat kontrasepsi/ KB yang bisa digunakan dan tidak mengganggu pengeluaran ASI dan disarankan ibu menggunakan kontrasepsi jangka panjang seperti: implant/susuk, IUD/spiral dikarenakan ibu dalam status		

		resiko tinggi. (Ibu memilih kontrasepsi suntik KB 3 bulan sama seperti sebelumnya, karena ibu merasa takut untuk menggunakan kontrasepsi susuk dan spiral)	
		7. Menjelaskan kondisi dalam keluhan normal dan mengajari ibu teknik distraksi dan relaksasi saat ada nyeri dengan cara tidur berbaring menghadap arah yang berlawanan dari nyeri, bergerak secara perlahan-lahan, perbanyak istirahat	
		8. Menganjurkan ibu untuk datang pemeriksaan 1 minggu lagi (17 Juni 2018) atau jika ada keluhan	

VII. EVALUASI

Tanggal : 10 Juni 2018

Waktu : 10.00 WIB

S : Ibu mengerti terhadap penjelasan bidan dan bersedia melakukan anjuran bidan dan memutuskan untuk bersalin di tenaga kesehatan

O : Ibu mampu mengulang kembali penjelasan yang telah diberikan bidan

A : Ny "M" G_{IV} P₂₁₀₀₁ UK 39 Minggu 3 Hari Dengan Kehamilan Resiko Tinggi, Janin/ Tunggal/ Hidup

P : 1. Anjurkan ibu untuk banyak beristirahat dan tidak bekerja berat
2. Ingatkan ibu untuk minum tablet tambah darah secara rutin
3. Ingatkan ibu tanda-tanda persalinan dan bersalin ditenga kesehatan/ bidan
4. Ingatkan ibu untuk kunjungan ulang 1 minggu (17 Juni 2018) atau jika ada keluhan

4.2 Asuhan Kebidanan pada Persalinan

ASUHAN KEBIDANAN

PADA NY”M” G_{IV} P₂₁₀₀₁ UK 40 MINGGU 3 HARI INPARTU KALA I

FASE AKTIF DISELERASI, JANIN/ TUNGGAL/ HIDUP

Tanggal / waktu pengkajian : 21 Juni 2018 Waktu : 19.00 WIB
 Tempat pengkajian : PMB Bidan Agustin
 Pengkaji : Ela Felawati

1. Data Subyektif (Data Fokus)

Ibu mengatakan saat ini kenceng-kenceng sejak pukul 16.00 WIB (21 Juni 2018). Ibu datang ke rumah bidan pukul 19.00 WIB (21 Juni 2018) dengan mengeluh kenceng-kenceng disertai keluarnya lendir dan darah dari jalan lahir.

2. Data Obyektif (Data Fokus)

a. KU : Baik
 b. Kesadaran : Composmentis
 c. TTV : TD : 110/90 mmHg
 : N : 86x/ menit
 : S : 36,6 °C
 : RR : 25x/ menit
 : BB : 55 kg
 : TB : 151 cm

Mata : Simetris, sklera putih, konjungtiva merah muda

Payudara : Kedua payudara simetris, tampak pembesaran payudara, ada hiperpigmentasi pada puting dan areola mammae, tidak ada benjolan abnormal, tidak ada colostrum yang keluar pada ke 2 payudara

Abdomen : Pembesaran memanjang, pembesaran sesuai dengan usia kehamilan, tidak ada

luka bekas operasi, terlihat gerakan janin, tidak ada striae lividae, ada linea alba, ada linea nigra, kandung kemih kosong.

Leopold I : Teraba bulat, lunak, kurang melenting (bokong), TFU: pertengahan pusat dan PX, Mac Donald: 29 cm

Leopold II : Teraba keras, memanjang disebelah kiri ibu (PUKI), teraba bagian kecil di sisi kanan perut ibu (ekstremitas janin)

Leopold III : Bagian terendah janin teraba bulat, keras, melenting (preskep), bagian terbesar kepala sudah masuk PAP, sulit digerakan.



Leopold IV : \ominus 2/5 bagian (Divergent)

: 130x/menit

: $(29-11) \times 155 = 2.790$ gram

: 4×10 menit x 45 detik

: Vulva vagina tampak lendir dan darah, tidak odem, tidak varises, tidak ada bekas jahitan perineum

Pemeriksaan Dalam (21 Juni 2018, pukul: 19.05 WIB) : Portio tidak teraba, eff 100%, \emptyset 10cm, ketuban utuh \rightarrow amniotomi (ketuban jernih), presentasi kepala, denominator UUK, Moulage (0), hodge III+, tidak ada tali pusat menumbung, tidak terdapat bagian terkecil disamping kepala janin kanan kiri

Ekstremitas Atas : Simetris, lengkap, tidak oedema

Ekstremitas Bawah : Simetris, lengkap, tidak oedema, tidak varises, ada reflek patella

3. ANALISIS

Ny”M” G_{IV} P₂₁₀₀₁ UK 40 minggu 3 hari Inpartu Kala II dengan persalinan normal Janin Tunggal/ Hidup

4. PENATALAKSANAAN

Tanggal : 21 Juni 2018

Waktu : 19.05 WIB

Jam	No	Penatalaksanaan
21-06-18 (19.05)	I	<i>MENGENALI GEJALA DAN TANDA KALA II</i>
	1	Melihat adanya tanda persalinan kala II a. Ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran. b. Ibu merasakan tekanan yang semakin meningkat pada rektum. c. Perineum tampak menonjol. d. Vulva dan sfingter ani membuka. <i>Terdapat tanda dan gejala kala II</i>
	II	<i>MENYIAPKAN PERTOLONGAN PERSALINAN</i>
	2	Memastikan kelengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan tatalaksana komplikasi ibu dan bayi baru lahir. Untuk asfiksia tempat datar dan keras, 2 kain dan 1 handuk bersih dan kering, lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm dari tubuh bayi. a. Menggelar ditempat resusitasi, serta ganjal bahu bayi. b. Menyiapkan oksitosin 10 unit dan alat suntik steril sekali pakai di dalam partus set. <i>Peralatan telah lengkap</i>
	3	Memakai alat pelindung diri. <i>Alat pelindung diri telah dipakai.</i>
	4	Mencuci tangan dengan sabun. <i>Tangan telah bersih.</i>
	5	Memakai sarung tangan steril pada tangan yang akan digunakan periksa dalam. <i>Sarung tangan telah digunakan.</i>
	6	Memasukkan oksitosin ke dalam spuit steril. <i>Oksitosin telah disiapkan</i>
	III	<i>MEMASTIKAN PEMBUKAAN LENGKAP DAN</i>

		KEADAAN JANIN BAIK
	7	Melakukan vulva hygiene. <i>Ibu bersikap kooperatif.</i>
	8	Melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan lengkap. <i>porsio tidak teraba, pembukaan 10 cm, eff 100%, ket (+) → amniotomi (jernih), presentasi kepala, H-III+, denominator UUK jam 12, Molase 0, tidak ada bagian terkecil di samping kanan dan kiri kepala janin, tidak ada tali pusat menubung.</i>
	9	Merendam sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5% kemudian dalam keadaan terbalik dalam larutan 0,5% selama 10 menit. <i>Sarung tangan telah terendam.</i>
	10	Memeriksa DJJ untuk memastikan DJJ dalam batas normal. <i>DJJ = 130x/menit</i>
	IV	MENYIAPKAN IBU DAN KELUARGA UNTUK MEMBANTU PROSES BIMBINGAN MENERAN
	11	Memberitahu ibu dan keluarga bahwa pembukaan sudah lengkap. <i>Ibu bersikap kooperatif.</i>
	12	Menganjurkan ibu memilih posisi yang nyaman. <i>Ibu sudah dalam posisi nyaman</i>
	13	Mengajarkan cara meneran yang benar. <i>Ibu bersikap kooperatif</i>
	14	Memimpin ibu meneran pada saat kontraksi. <i>Ibu bersikap kooperatif.</i>
	V	PERSIAPAN PERTOLONGAN KELAHIRAN BAYI
	15	Meletakkan handuk bersih diperut ibu, setelah kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm. <i>Handuk telah dipasang</i>
	16	Meletakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu. <i>Kain telah terpasang</i>
	17	Membuka tutup partus set dan memastikan kembali kelengkapan alat dan bahan. <i>Alat-alat lengkap.</i>
	18	Memakai sarung tangan DTT pada kedua tangan. <i>Sarung tangan terpasang</i>
	VI	PERSIAPAN PERTOLONGAN KELAHIRAN BAYI
		Lahirnya kepala
	19	Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva, lindungi perineum dengan tangan

		kanan, tangan kiri mempertahankan kepala bayi dalam posisi fleksi. Menganjurkan ibu untuk meneran perlahan atau bernafas cepat dan dangkal. <i>Ibu bersikap kooperatif, kepala bayi lahir.</i>
	20	Memeriksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat. <i>Tidak ada lilitan tali pusat</i>
	21	Menunggu hingga kepala bayi melakukan putar paksi luar secara spontan. <i>Kepala bayi melakukan putar paksi secara spontan.</i>
		<i>Lahirnya bahu</i>
	22	Setelah kepala melakukan putar paksi luar, memegang secara biparietal. Anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakan kepala kearah bawah dan distal hingga bahu depan muncul dibawah arkus pubis dan kemudian gerakan kearah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang. <i>Ibu bersikap kooperatif, bahu depan dan belakang lahir.</i>
		<i>Lahirnya badan dan tungkai</i>
	23	Setelah kedua bahu lahir, menggeser tangan bawah kearah perineum ibu untuk menyangga kepala, lengan, dan siku sebelah bawah, menggunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas. <i>Telah dilakukan sanggah susur.</i>
	24	Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukan telunjuk diantara kaki dan pegang masing-masing mata kaki dengan ibu jari dan jari-jari lainnya). <i>Bayi lahir spontan langsung menangis, jam 19.30 WIB (21-06-2018), perempuan. Meletakkan bayi diatas ibu.</i>
	VII	<i>PENANGANAN BAYI BARU LAHIR</i>
	25	Melakukan penilaian selintas. <i>Bayi menangis kuat, tonus otot baik, bernafas normal</i>
	26	Mengeringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Mengganti handuk yang basah dengan handuk yang kering. Membiarkan bayi diatas perut ibu. <i>Bayi telah dikeringkan dan bayi tetap berada diatas perut ibu.</i>

CATATAN PERKEMBANGAN

Asuhan kebidanan

Pada Ny”M” P₃₁₀₀₂ Inpartu Kala II

Tanggal : 21-06-2018

Jam : 19.30 WIB

S : Ibu mengatakan senang dan lega bayinya telah lahir. Ibu mengatakan masih merasa mulas

O : K/U: baik, TFU: setinggi pusat, kontraksi: baik, palpasi: tidak terdapat janin kedua

A : Ny “M” P₃₁₀₀₂ Inpartu Kala III

Jam	No	Penatalaksanaan
	VIII	PENATALAKSANAAN AKTIF KALA III
	27	Perisa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus (hamil tunggal) <i>Tidak ada bayi ke dua</i>
	28	Memberitahu ibu bahwa akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi baik. <i>Ibu bersikap kooperatif.</i>
21-06-18 (19.31)	29	Menyuntikkan oksitosin 10 unit secara IM. <i>Oksitosin telah disuntikkan</i>
21-06-18 (19.32)	30	Setelah 2 menit pasca persalinan, jepit tali pusat dengan 2 klem dengan jarak 3 cm dari pusat. Mendorong isi tali pusat kearah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama. <i>Tali pusat telah diklem.</i>
	31	Memotong tali pusat diantara 2 klem dan mengikat tali pusat dengan benang DTT. <i>Tali pusat telah dipotong dan diikat</i>
	32	Meletakkan bayi di dada ibu. <i>Bayi berada di dada ibu.</i>
	33	Menyelimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan memasang topi bayi. <i>Bayi sudah diselimuti dan telah dipasang topi.</i>
	34	Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva. <i>Klem telah dipindahkan.</i>
	35	Meletakkan satu tangan diatas kain pada perut

		ibu, di tepi atas simfisis, untuk mendeteksi. Tangan lain menegangkan tali pusat. <i>Tali pusat telah ditegangkan.</i>
	36	Setelah uterus berkontraksi, menegangkan tali pusat ke arah bawah. <i>Tali pusat telah ditegangkan.</i>
		Mengeluarkan plasenta
	37	Melakukan penegangan dan dorso kranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian ke arah atas, mengikuti poros jalan lahir. <i>Ibu bersikap kooperatif.</i>
21-06-18 (19.35)	38	Saat plasenta muncul di introitus vagina, melahirkan plasenta dengan kedua tangan hingga selaput ketuban terpinil. <i>Plasenta lahir spontan jam 19.35 WIB</i>

CATATAN PERKEMBANGAN



Asuhan kebidanan Pada Ny "M" P₃₁₀₀₂ Inpartu kala VI

AKADEMI KEBIDANAN
DHARMA PRAJA BONDOWOSO

Tanggal : 21-06-2018

Jam : 19.35 WIB

- S** : Ibu mengatakan masih merasa lelah dan ada mulas sedikit
- O** : K/U: baik, TD: 100/70mmHg, N: 80x/menit, S: 36,5⁰C, RR: 22x/menit, TFU: 2 jari di bawah pusat, kontraksi: baik, kandung kemih: kosong, perdarahan: normal, lochea: rubra, perineum: utuh, tidak ada laserasi
- A** : Ny "M" P₃₁₀₀₂ Inpartu Kala IV

P :

No	Jam	Penatalaksanaan
		Rangsangan taktil (masase) uterus
	39	Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, letakan telapak tangan di fundus dan lakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras) selama 15 detik. <i>Masase telah dilakukan dan uterus berkontraksi dengan baik.</i>
	IX.	MENILAI PERDARAHAN

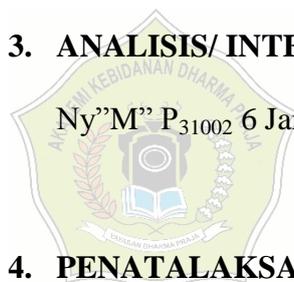
	40	Memeriksa kedua sisi plasenta baik bagian ibu maupun bayi dan pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. <i>Plasenta dan selaput ketuban utuh. Dan telah dimasukan pada tempatnya</i>
	41	Mengevaluasi adanya laserasi. <i>Tidak terdapat laserasi</i>
	X.	MELAKUKAN PROSEDUR PASCA PERSALINAN
	42	Memastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam. <i>Uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam</i>
	43	Melanjutkan IMD selama ± 1 jam. <i>IMD telah dilakukan.</i>
21-06-18 (20.35)	44	Setelah 1 jam, melakukan penimbangan atau pengukuran bayi, memberi tetes mata antibiotik profilaksis, dan vitamin K1 mg intramuskular di paha kiri anterolateral. <i>Telah dilakukan antropometri dan diberi tetes mata dan injeksi Vit K1 mg.</i>
21-06-18 (21.35)	45	Setelah 1 jam pemberian vitamin K1, memberikan suntikan imunisasi Hepatitis B dipaha kanan anterolateral. <i>Imunisasi telah diberikan</i>
		EVALUASI
	46	Mengecek TFU, kandung kemih, kontraksi uterus. <i>TFU 2 jari di bawah pusat, kandung kemih kosong, kontraksi uterus baik.</i>
	47	Mengajarkan ibu dan keluarga cara masase uterus. <i>Ibu dan keluarga dapat melakukan masase uterus</i>
	48	Memeriksa jumlah perdarahan. <i>Perdarahan $\pm 100cc$.</i>
	49	Memeriksa nadi dan kandung kemih setiap 15 menit (pada jam pertama), setiap 30 menit (pada jam kedua). <i>Nadi = 80x/menit dan kandung kemih kosong</i>
	50	Memantau tanda-tanda bahaya pada bayi setiap 15 menit. <i>Tidak ada tanda-tanda bahaya pada bayi.</i>
		Kebersihan dan keamanan
	51	Meletakkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Mencuci peralatan setelah di dekontaminasi.

		<i>Alat telah diletakkan dalam larutan clorin 0,5% selama 10 menit kemudian dicuci.</i>
	52	Membuang bahan-bahan habis pakai ke tempat sampah yang sesuai. <i>Bahan habis pakai telah dibuang.</i>
	53	Membersihkan ibu dari ketuban, lendir dan darah dengan menggunakan air DTT. <i>Ibu bersikap kooperatif</i>
	54	Menganjurkan keluarga untuk memberikan makanan sesuai keinginan ibu. Dan bantu ibu memberikan ASI <i>Keluarga memberi makan pada ibu. Dan ibu memberikan ASI pada bayinya</i>
	55	Mendekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%. <i>Tempat bersalin telah dibersihkan</i>
	56	Merendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit dan mencuci sarung tangan. <i>Sarung tangan telah dicuci.</i>
	57	Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir. <i>Tangan sudah bersih.</i>
		<i>Dokumentasi</i>
	58	Melengkapi partograf (halaman depan dan belakang), periksa tanda vital dan asuhan kala IV. <i>Partograf telah terisi</i>

Abdomen	:	Tidak ada luka bekas operasi, tidak ada striae lividae, ada linea alba, ada linea nigra, diastase recti 2 jari, kontraksi uterus, TFU 2 jari di bawah pusat keras kandung kemih kosong.
Genetalia	:	Tidak ada varises, tidak oedema, tampak darah, (Rubra \pm 10cc, merah segar, bau amis), tidak ada jahitan perineum
Ekstremitas Atas	:	Simetris, lengkap, tidak oedema
Ekstremitas Bawah	:	Simetris, lengkap, tidak oedema, tidak varises, ada reflek patella

3. ANALISIS/ INTERPRETASI DATA

Ny”M” P₃₁₀₀₂ 6 Jam post partum dengan nifas normal



AKADEMI KEBIDANAN
DHARMA PRAJA BONDOWOSO

4. PENATALAKSANAAN

Tanggal : 22 Juni 2018

Waktu : 02.05 WIB

1. Menjelaskan pada ibu dan keluarga hasil pemeriksaan yang telah dilakukan. Keadaan ibu baik, TD: 100/70 mmHg, TFU: 2 jari di bawah pusat.

Ibu mengerti penjelasan bidan dan mengetahui kondisinya.

2. Memberikan KIE penyebab perut mules setelah melahirkan merupakan hal normal karena rahim berkontraksi untuk pemulihan/ menyusutan ke bentuk normal seperti sebelum hamil, ini terjadi selama seminggu pertama setelah melahirkan. Dibutuhkan sekitar 6 minggu untuk rahim kembali ke bentuk normal. Ketika awal menyusui dapat memicu produksi oksitosin yang merangsang kontraksi rahim. Maka dianjurkan ibu untuk memberikan ASI untuk proses pemulihan.

Ibu mengerti penjelasan bidan, dan memberikan ASI pada bayinya

3. Menganjurkan ibu untuk melakukan mobilisasi dini, untuk memperlancar pengeluaran darah (lochea), mempercepat pengembalian bentuk rahim.

Ibu mengerti dan sudah bisa berjalan sendiri ke kamar mandi

4. Mengajari ibu dan keluarga untuk menilai kontraksi uterus yang baik yaitu dengan cara memijat dan melakukan gerakan memutar searah jarum jam sampai uterus teraba bundar dan keras.

Ibu dan keluarga mengerti dan melakukan masase uterus sendiri, ibu merasa uterusnya bulat dan keras

5. Memberitahu ibu untuk menjaga kebersihan dengan mengganti pembalut sesering mungkin, cara cebok yang benar, menyabuni setelah BAB/BAK (dari depan ke belakang).

Ibu mengerti dan bersedia melakukannya

6. Memberitahu ibu untuk mengkonsumsi makanan bergizi seperti: sayur, ikan, daging, buah, tahu, tempe, telur dan tidak terekam selama ibu tidak memiliki alergi pada makanan.

Ibu mengerti dan bersedia melakukannya, ibu tidak memiliki alergi pada makanan

7. Memberikan ibu terapi Vitamin A (200.000 IU) dengan dosis aturan minum dalam kurun waktu 2 hari berturut-turut pada masa nifas, 1 kapsul diminum segera setelah melahirkan, 1 kapsul vitamin ke 2 diminum pada hari berikutnya di jam yang sama ibu minum vitamin A yang pertama (24jam) dan pemberian tablet zat besi selama 40 hari masa nifas.

Ibu mengerti penjelasan bidan dan ibu telah meminumnya

8. Mengajarkan ibu cara menyusui yang benar yaitu ibu harus menyangga seluruh badan bayi, sebagian besar areola masuk ke dalam mulut bayi (mulut terbuka lebar, bibir bawah melengkung ke luar), dan dagu bayi menyentuh payudara ibu.

Ibu mengerti dan bisa menyusui bayi dengan benar

9. Mengajari ibu saat menyusui bayinya, ASI dikeluarkan terlebih dahulu dan dioleskan pada puting susu ibu dan setelah menyusui bayinya

oleskan kembali ASI pada puting susu ibu agar tidak terjadi puting susu lecet

Ibu mengerti dan bersedia melakukannya

10. Memberitahu ibu tanda bahaya nifas, yaitu perdarahan lewat jalan lahir, keluar cairan berbau dari jalan lahir, demam tinggi, bengkak pada wajah, tangan dan kaki, disertai sakit kepala atau kejang, nyeri atau panas di daerah tungkai.

Ibu mengerti tanda bahaya nifas

11. Mengajari ibu dan keluarga cara merawat bayi yaitu bayi selalu dalam kondisi hangat, bayi disusui sesering mungkin (minimal 2 jam sekali/ ketika bayi nangis), menjaga kebersihan bayi, dan merawat tali pusat (gunakan kassa steril saja).

Ibu dan keluarga mengerti.

12. Memberikan konseling pada ibu untuk tetap memberikan ASI eksklusif selama 6 bulan tanpa memberikan makanan atau minuman tambahan, memberikan konseling mengenai manfaat ASI yang mengandung zat antibodi yang sangat diperlukan oleh bayi, mudah dicerna, memberikan perlindungan terhadap infeksi, selalu segar, bersih, siap untuk minum, dan hemat biaya di susui setiap 2 jam sekali jika bayi tidur maka harus di bangunkan.

Ibu mengerti penjelasan dan akan memberikan ASI selama 6 bulan

13. Menentukan tanggal kunjungan ulang pada 6 hari lagi yaitu tanggal 28 Juni 2018 atau jika ada keluhan.

Ibu bersedia melakukan kunjungan ulang

- Genetalia : oedema, tidak ada jahitan perineum, darah nifas: merah kekuningan (Sanguilenta \pm 3cc)
- Ekstremitas Atas : Simetris, lengkap, tidak oedema
- Ekstremitas Bawah : Simetris, lengkap, tidak oedema, tidak varises, ada reflek patella, tidak ada human sign

3. ANALISIS/ INTERPRETASI DATA

Ny”M” P₃₁₀₀₂ hari ke 6 Post partum dengan Nifas Normal

4. PENATALAKSANAAN

Tanggal : 28 Juni 2018

Waktu : 08.15 WIB

1. Memberitahu hasil pemeriksaan bahwa kondisi ibu baik, TD: 110/70 mmHg, TFU: pertengahan pusat dan sympisis.

Ibu mengerti penjelasan bidan dan mengetahui kondisinya.

2. Mengingatkan ibu kembali untuk memberikan ASI secara eksklusif selama 6 bulan sesering mungkin dan tidak memberikan bayi makanan atau minuman tambahan selain ASI.

Ibu memahami dan akan melakukan anjuran tersebut

3. Mengingatkan kembali kebutuhan nutrisi masa nifas dengan mengkonsumsi makanan yang mengandung gizi seimbang terutama protein untuk memenuhi nutrisi bayi dan menganjurkan ibu untuk tidak mutih.

Ibu bersedia melakukan anjuran bidan dn tidak akan mutih.

4. Menjelaskan kembali tanda bahaya nifas, yaitu perdarahan lewat jalan lahir, keluar cairan berbau dari jalan lahir, demam tinggi, bengkak pada wajah, tangan, disertai sakit kepala atau kejang, nyeri atau panas di daerah tungkai, payudara bengkak, berwarna kemerahan, dan sakit, puting lecet.

Ibu mengerti dan paham tanda bahaya nifas

5. Mengkonseling kepada ibu macam-macam kontrasepsi yang digunakan setelah masa nifas, dan tidak mengganggu pengeluaran ASI, seperti: IUD/spiral, implant/susuk, mini pil (mengandung hormone progesteron), dan suntik 3 bulan, dan menentukan kemandirian ibu terhadap kontrasepsi yang akan dipakai setelah masa nifas

Ibu mantap memilih kontrasepsi suntik KB 3 bulan setelah masa nifas seperti biasanya

6. Memberitahu ibu untuk menjaga kebersihan dengan mengganti pembalut sesering mungkin, cara cebok yang benar, menyabuni setelah BAB/BAK (dari depan ke belakang).

Ibu mengerti dan sudah melakukannya

7. Menganjurkan ibu untuk istirahat cukup saat bayi tertidur

Ibu mengerti dan masih mencoba melakukannya

8. Mengajari ibu cara merawat pusat setelah tali pusat lepas. Bersihkan pusat dengan kain yang dibasahi dengan air hangat dan mengelap/mengusap pusat secara perlahan, sambil memperhatikan kondisi pusat bayi, lakukan 2x/hari setelah mandi

Ibu mengerti dan sudah melakukannya

9. Mengingatkan ibu untuk di imunisasi bayinya dengan lengkap

Ibu mengerti, dan akan melakukannya

10. Mengingatkan ibu untuk rutin ke posyandu, untuk mengetahui pertumbuhan dan perkembangan bayi

Ibu mengerti, dan akan melakukannya

11. Memberitahu tanggal kunjungan ulang pada 4 minggu lagi atau tanggal 25 Juli 2018 atau jika ada keluhan

Ibu mengetahui tanggal kunjungan

Genetalia : oedema, darah nifas : tidak ada

Ekstremitas Atas : Simetris, lengkap, tidak oedema

Ekstremitas Bawah : Simetris, lengkap, tidak oedema, tidak varises, tidak ada human sign

3. ANALISIS/ INTERPRETASI DATA

Pada Ny”M” P₃₁₀₀₂ hari ke 33 post partum dengan nifas normal

4. PENATALAKSANAAN

Tanggal : 25 Juli 2018

Waktu : 16.15 WIB

1. Memberitahukan hasil pemeriksaan bahwa ibu dalam keadaan baik, TD : 100/70 mmHg, N : 82x/menit, S : 36,5⁰C, TFU tidak teraba dan darah nifas tidak ada (bersih).

Ibu mengerti dan mengetahui kondisinya

2. Mengingatkan ibu kembali untuk memberikan ASI secara eksklusif selama 6 bulan sesering mungkin dan tidak memberikan bayi makanan atau minuman tambahan selain ASI

Ibu memahami dan akan melakukan anjuran tersebut

3. Menganjurkan ibu untuk rutin membawa bayinya ke posyandu.

Ibu mengerti dan aktif ke posyandu

4. Mengingatkan kembali kebutuhan nutrisi ibu menyusui dengan mengkonsumsi makanan yang mengandung bergizi seimbang untuk memenuhi nutrisi ibu dan bayi serta memperlancar ASI.

Ibu sudah melakukan anjuran bidan

5. Menganjukan ibu untuk istirahat cukup

Ibu mngerti dan melakukannya

6. Menganjurkan ibu untuk menggunakan KB, dan memantapkan keputusan ibu untuk memilih kontrasepsi

Ibu berencana dan mantap menggunakan KB suntik 3 bulan

7. Memberitahu ibu untuk datang jika terdapat keluhan atau penyulit yang di alami. *Ibu mengerti dan akan melakukannya*

	Circumferensia Fronto Occipitalis : 32cm
	Circumferensia Bregma Suboccipitalis : 32cm
Mata	: Simetris, sklera putih, konjungtiva merah muda
Hidung	: Bersih, tidak ada polip, tidak ada secret, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada epistaksis
Mulut	: Lembab, lidah bersih, tidak ada labioschizis, tidak ada palatoschizis
Dada	: Tidak ada retraksi dinding dada, tidak ada wheezing, tidak ada rhonchi, denyut jantung 120x/menit, Lingkar Dada : 32cm
Abdomen	: Tali pusat bersih, terbungkus kasa, tidak ada perdarahan
Genetalia	: Ada labia mayor, ada labia minor, ada lubang vagina, ada lubang uretra, BAK \pm 2 X
Anus	: Ada lubang anus , BAB (-)
Ekstermitas atas	: Simetris, tidak ada polidaktil/sindaktil, kuku panjang melebihi bantalan kuku
Ekstermitas bawah	: Simetris, tidak ada polidaktil/sindaktil, kuku melebihi bantalan kuku,
Integumen	: Kulit tidak kering, tidak ada lesi, turgor kulit < 2 detik
Pemeriksaan Neorologis	: Reflek rooting : positif Reflek Sucking : positif Reflek Swallowing : positif Reflek Morrow : positif Babynsky Reflek : positif



Pemeriksaan antropometri : BB : 2800 gram PB : 50 cm
 LIKA : 32 cm LIDA : 32 cm
 LiLA : 13 cm

3. ANALISIS

Bayi Ny, "M" Usia 6 Jam dengan Neonatus Cukup Bulan Sesuai Masa Kehamilan

4. PENATALAKSANAAN

Tanggal : 22 Juni 2018

Waktu : 02.30 WIB

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan bahwa keadaan bayinya lahir cukup bulan dengan berat badan dan panjang badan normal, dan tidak cacat

Ibu mengetahui keadaan bayinya

2. Memberikan salep mata (*Tetrasiklin 1%*) pada mata kiri dan kanan. vitamin K1 1 mg (0,1cc) secara IM pada paha kiri 1 jam setelah bayi lahir, serta Hb 0 di paha kanan setelah 1 jam pemberian vitamin K. *Pemberian salep mata, Vitamin K 1 mg dan Imunisasi HBo 0.5ml telah dilakukan*

3. Memberitahu ibu dan keluarga tanda bahaya bayi sakit berat yaitu tidak dapat menyusu, mengantuk atau tidak sadar, nafas cepat / lebih dari 60 kali permenit, merintih, tampak biru pada ujung jari tangan dan kaki atau bibir, kejang, tali pusat kemerahan sampai dinding perut segera membawa untuk periksa di bidan/ pelayanan kesehatan.

Ibu dan keluarga mengetahui tanda bahaya, dan akan memantau terus kondisi bayi

4. Memberikan konseling pada ibu untuk tetap memberikan ASI eksklusif dari bayi baru lahir sampai usia 6 bulan tanpa memberikan makanan atau minuman tambahan, memberikan konseling mengenai manfaat ASI yang mengandung zat antibodi dan merupakan imunisasi dini pertama kali yang diberikan untuk perlindungan terhadap infeksi

atau penyakit. Berikan ASI setiap 2 jam sekali dan bagunkan bayi untuk menyusu bila bayi tidur.

Ibu mengerti penjelasan dan akan memberikan ASI selama 6 bulan dan akan melakukannya

5. Memberitahu ibu bahwa setelah menyusui bayinya untuk menepuk punggung bayi (menyendawakan bayinya)

Ibu mengerti dan bersedia melakukannya

6. Mengajari ibu dan keluarga perawatan pada bayi yaitu mengganti popok bayi sesering mungkin ketika bayi BAB/BAK agar tidak terjadi ruam pada kulit bayi

Ibu dan keluarga mengerti dan bersedia melakukannya

7. Memberitahu ibu dan keluarga untuk menjaga tali pusat agar selalu bersih dan kering dan dibungkus dengan kassa steril saja (ramuan apapun), dang anti kassa 2x/hari setelah bayi mandi, atau jika kotor bersihkan dengan kain bersih yang dibasahi.

Ibu dan keluarga mengerti, serta bersedia untuk menjaga tali pusat tetap bersih

8. Memberitahu ibu dan keluarga untuk menjaga bayi tetap hangat dengan menyelimuti dan memberikan topi, di hindarkan dari paparan udara dan angin dari jendela atau kipas angin, memandikan bayi dengan air hangat setelah 6 jam bayi lahir.

Ibu dan keluarga mengerti dan bersedia melakukannya

9. Mengingatkan ibu untuk mengimunisasikan dasar lengkap dan imunisasi lanjutan, untuk memperkuat daya tahan tubuh terhadap penyakit

Ibu bersedia melakukannya dan akan mengikuti saran bidan

10. Menganjurkan bayi untuk dihangatkan dibawah sinar matahari saat pagi pukul 08.00WIB atau pukul 10.00 WIB selama ± 5 menit, yang bertujuan mengurangi kadar bilirubin pada tubuh (penyakit kuning) dan mengaktifkan vit. D dalam tubuh untuk pembentukan tulang

Ibu mengerti dan akan melakukannya

11. Memberitahu ibu bahwa akan kunjungan rumah 6 hari lagi, tanggal 28 Juni 2018 atau jika ada keluhan, untuk memastikan bayi dalam kondisi baik dan sehat.

Ibu mengerti



**AKADEMI KEBIDANAN
DHARMA PRAJA BONDOWOSO**

Abdomen	:	Tali pusat mongering, terlepas, tidak ada perdarahan
Genetalia	:	Ada labia mayor, ada labia minor, ada lubang vagina, ada lubang uretra, BAK \pm 5-6 x/hari
Anus	:	Ada lubang anus, BAB \pm 2 x/hari
Ekstermitas atas	:	Simetris, lengkap, kuku panjang melebihi bantalan kuku
Ekstermitas bawah	:	Simetris, lengkap, kuku melebihi bantalan kuku
Integumen	:	kulit tidak kering, tidak ada lesi, turgor kulit < 2 detik
Pemeriksaan Neorologis	:	Reflek rooting : positif Reflek Sucking : positif Reflek Swallowing : positif Reflek Morrow : positif Babynsky Reflek : positif
Pemeriksaan antropometri	:	BB : 2500 gram PB : 50 cm LIKA : 32 cm LIDA : 32 cm LiLA : 13 cm



AKADEMI KEBIDANAN
DHARMA PRAJA SONDOWOSO

3. ANALISIS

Bayi Ny "M" Usia 6 Hari dengan Neonatus Normal

4. PENATALAKSANAAN

Tanggal : 28 Juni 2018

Waktu : 09.15WIB

1. Menjelaskan hasil pemeriksaan bayi bahwa keadaan bayinya dalam keadaan baik dan sehat dengan tali pusar sudah terlepas.

Ibu mengerti dan mengetahui kondisi bayinya.

2. Melakukan pemeriksaan dengan menggunakan panduan MTBM dan memberitahu kepada ibu bahwa hasil pemeriksaan dalam keadaan baik.

Ibu mengerti dan mengetahui kondisi bayinya.

3. Mengingatkan ibu untuk tetap memberikan ASI secara eksklusif setiap 2 jam sampai bayi berusia 6 bulan tanpa memberikan makanan atau minuman apapun.

Ibu mengerti dan bersedia melakukannya

4. Mengajarkan ibu dan keluarga cara merawat tali pusar yang telah lepas dengan membersihkan pusat menggunakan kain yang telah dibasahi dengan air hangat secara perlahan, dilakukan 2x/hari setelah bayi mandi.

Ibu mengerti dan bersedia melakukannya

5. Mengajari ibu untuk membersihkan lidah bayi dengan cara menggunakan kasa yang dibasahi air hangat lalu bersihkan lidah bekas ASI secara perlahan.

Ibu mengerti dan akan melakukannya

6. Memotong kuku bayi jika kuku sudah panjang agar tidak melukai wajah dan tubuh bayi secara hati-hati

Kuku telah dipotong, ibu bersedia melakukannya

7. Mengingatkan ibu untuk selalu menjaga kehangatan bayi.

Ibu mengerti, bayi dalam keadaan digedong dan memakai topi

8. Mengingatkan kembali ibu dan keluarga tanda bahaya bayi sakit berat yaitu tidak dapat menyusu, mengantuk atau tidak sadar, nafas cepat / lebih dari 60 kali per-menit, merintih, tampak biru pada ujung jari tangan dan kaki atau bibir, kejang, tali pusar kemerahan sampai dinding perut dan membawa untuk periksa jika terdapat salah satu tanda tersebut.

Ibu dan keluarga mengetahui tanda bahaya sakit berat dan akan segera membawa periksa jika terdapat salah satu tanda tersebut

9. Mengingatkan ibu agar bayi di imunisasi lengkap

Ibu mngerti dan akan melakukannya

Mulut	: Lembab, ada bekas ASI
Dada	: Tidak ada retraksi dinding dada, tidak ada wheezing, tidak ada rhonchi, denyut jantung 120x/menit
Abdomen	: Pusat bersih, tidak ada benjolan abnormal, Perut tidak kembung
Genetalia	: Ada labia mayor, ada labia minor, ada lubang vagina, ada lubang uretra, BAK \pm 8x/hari
Anus	: Ada lubang anus BAB 2-3x/hari
Ekstermitas atas	: Simetris, lengkap, kuku pendek terpotong rapi
Ekstermitas bawah	: Simetris, lengkap, kuku pendek terpotong rapi
Integumen	: Kulit tidak kering, tidak ada lesi, turgor kulit < 2 detik
Pemeriksaan Neorologis	: Reflek rooting : positif Reflek Sucking : positif Reflek Swallowing : positif Reflek Morrow : positif Babynsky Reflek : positif
Pemeriksaan antropometri	: BB : 4.100 gram PB : 55 cm LIKA : 35 cm LIDA : 36 cm

3. ANALISIS

Bayi Ny "M" Usia 25 Hari dengan Neonatus Normal

4. PENATALAKSANAAN

Tanggal : 14 Juli 2018

Waktu : 09.45 WIB

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan, bahwa keadaan bayi baik dan sehat.

Ibu mengerti dan mengetahui kondisi bayinya.

2. Mengingatkan ibu untuk tetap memberikan ASI eksklusif setiap 2 jam sampai bayi berusia 6 bulan tanpa memberikan makanan atau minuman apapun.

Ibu mengerti dan bersedia melakukannya

3. Mengingatkan ibu datang keposyandu untuk memeriksakan bayi, mendapatkan imunisasi, dan memantau tumbuh kembang bayi.

Ibu mengerti dan bersedia melakukannya

4. Mengingatkan ibu agar menjaga kehangatan bayi

Ibu mengerti dan memasang topi bayi (bayi dalam keadaan hangat)

5. Mengingatkan ibu untuk menjaga kebersihan bayi

Ibu mengerti dan melakukannya

6. Memberitahu KIE tentang macam-macam imunisasi dasar pada bayi beserta waktu imunisasi. Jenis imunisasi BCG + Polio 1(1bulan), DPT/HB 1 + Polio2(2 bulan), DPT/HB 2 + Polio 3(3 bulan), DPT/HB 3 + Polio 4 (4 bulan), dan campak (9 bulan). Mengajukan ibu untuk imunisasi bayinya saat bayi berusia 1 bulan.

Ibu mengerti dan bersedia melakukannya.

7. Mengajukan ibu untuk membawa bayinya periksa ke bidan atau pelayanan kesehatan terdekat jika ada keluhan. *Ibu mengerti dan bersedia membawa bayinya periksa jika ada keluhan.*

4.4 Asuhan Kebidanan Pada Keluarga Berencana

Asuhan Kebidanan

Pada Ny. "M" P₃₁₀₀₂ Akseptor KB Suntik 3 Bulan

Tanggal / waktu pengkajian : 25 Juli 2018 Waktu : 16.25 WIB
 Tempat pengkajian : PMB Bidan A
 Pengkaji : Ela Felawati

A. DATA SUBYEKTIF (S)

1. Biodata

Nama : Ny. "M" Nama Suami : Tn. "M"
 Umur : 38 tahun Umur : 38 tahun
 Suku / Bangsa : Madura Suku / Bangsa : Madura
 Agama : Islam Agama : Islam
 Pendidikan : SD Pendidikan : SD
 Pekerjaan : IRT Pekerjaan : Buruh
 Alamat : Pagan RT 01/01 Taman Krocok
 No Telp : -

2. Keluhan utama

Ibu ingin menggunakan KB suntik 3 bulan, saat ini ibu sedang menyusui, ibu memenuhi syarat penapisan penggunaan kontrasepsi KB suntik 3 bulan.

3. Riwayat obstetri

Kehamilan	Persalinan	Anak	Nifas	Laktasi
-----------	------------	------	-------	---------

Ke	UK	Komp	Jenis Persalinan	Peno Long	Tempat Bersalin	Komp	JK	PB/BB	H/M	T/G	Usia	Lama	Komp	Lama	Komp
1	9bln	-	Spt	Bidan	BPM	-	P	2700 gr	M	T	2th	40hr	-	2th	-
2	9bln	-	Spt	Bidan	BPM	-	L	3000 gr	H	T	16th	40hr	-	2th	-
3	7bln	-	Spt	Bidan	RS	IUFD	P	1900 gr	M	T	-	40hr	-	-	-
4	9bln	-	Spt	Bidan	PMB	-	P	2800 gr	H	T	-	33hr	-	-	-

B. DATA OBYEKTIF (O)

1. Pemeriksaan umum

KU : Baik

Kesadaran : Composmentis

2. Pemeriksaan Fisik

TTV : TD : 100/70

: N : 80x/menit

: RR : 19x/menit

: S : 36,6⁰ C

: BB : 48 kg

Inspeksi dan Palpasi

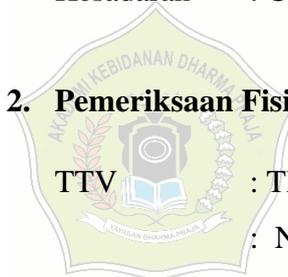
Kepala : Rambut bersih, warna rambut hitam, tidak rontok, tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan

Wajah : Tidak pucat, tidak oedema

Mata : Simetris, sklera putih, konjungtiva merah muda

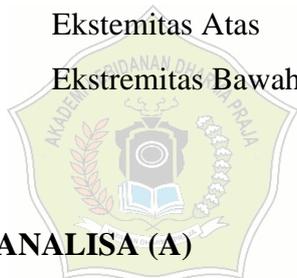
Hidung : Lubang simetris, tidak ada polip, tidak ada epistaksis, tidak ada sekret

Mulut-gigi : Bibir lembab, warna bibir merah muda, tidak ada caries, tidak ada stomatitis, lidah tidak pucat



AKADEMI KEBIDANAN
DHARMA PRAJA BONDOWOSO

- Telinga : Simetris, tidak ada serumen, tidak ada perdarahan
- Leher : Tidak ada pembesaran vena jugularis, tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembesaran kelenjar limfe
- Payudara : Payudara simetris, ada hiperpigmentasi pada puting dan areola mammae, tidak ada benjolan abnormal, ASI keluar dari ke-dua payudara
Tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan,
- Abdomen : tidak ada pembesaran uterus, tidak ada ballotement, kandung kemih kosong
- Genetalia : Tidak dikaji
- Ekstremitas Atas : Simetris, lengkap, tidak oedema
- Ekstremitas Bawah : Simetris, lengkap, tidak oedema, tidak varises



AKADEMI KEBIDANAN
DHARMA PRAJA BONDOWOSO

C. ANALISA (A)

Ny. "M" P₃₁₀₀₂ Akseptor KB Suntik 3 Bulan

D. PENATALAKSANAAN (P)

Tanggal : 25 Juli 2018

Waktu : 16.25 WIB

JAM	KEGIATAN	PARAF
16.25 WIB	1. Menjelaskan hasil pemeriksaan kepada ibu bahwa ibu dalam keadaan baik dan bisa menggunakan KB suntik 3 bulan. TD : 100/70 mmHg RR : 19x/menit N : 80x/menit S : 36,6 ⁰ C <i>Ibu mengerti dan merasa senang</i>	
16.27 WIB	2. Mencuci tangan dan menyiapkan alat dan obat yang akan digunakan dan kapas alkohol, Triclofem (dosis 150 mg) pada spit 3 cc dengan tangan bersih, <i>Alat dan obat telah disiapkan.</i>	
16.30 WIB	3. Menyuntikan KB suntik 3 bulan secara IM (<i>intramuscular</i>) di bokong, sebelumnya lakukan aspirasi	

16.33 WIB	<p><i>Ibu kooperatif</i></p> <p>4. Membuang sampah pada tempat yang telah disediakan</p> <p><i>Sampah medis dan non medis terbuang</i></p>	
16.35 WIB	<p>5. Mencuci tangan dan menjelaskan efek samping dari KB suntik 3 bulan yaitu gangguan siklus haid, penambahan berat badan, pusing.</p> <p><i>ibu mengerti dan sudah memahaminya</i></p>	
16.40 WIB	<p>6. Mengingatnkan ibu untuk suntik ulang tanggal (07 Oktober 2018)</p> <p><i>Ibu mengerti dan bersedia</i></p>	



**AKADEMI KEBIDANAN
DHARMA PRAJA BONDOWOSO**

BAB 5

PEMBAHASAN

Pembahasan ini akan diuraikan mengenai asuhan kebidanan yang telah dilaksanakan secara berkesinambungan (*Continuity of Care*) dan membahas ada tidaknya kesenjangan antara tinjauan pustaka dengan pelaksanaan. Pembahasan yang dilakukan sesuai manajemen kebidanan dengan menggunakan metode SOAP yaitu pengkajian data subjektif, objektif dan menentukan analisa data dan penatalaksanaan asuhan kebidanan beserta dengan evaluasi.

Kesimpulan serta solusi dari kesenjangan teori yang ada dengan praktek, merupakan pembahasan yang diambil sehingga dapat digunakan sebagai tindak lanjut dalam penerapan asuhan kebidanan yang tepat, efektif dan efisien khususnya pada pasien Ny."M" G_{IV} P₂₁₀₀₁ dengan manajemen asuhan kebidanan pada masa hamil, bersalin, nifas, dan asuhan bayi baru lahir, serta pelayanan KB.

Asuhan yang dilakukan kepada Ny."M" sejak 10 Juni 2018 sampai 25 Juli 2018 atau sejak masa kehamilan Ny."M" berusia 39 minggu 3 hari (masa hamil), bersalin sampai ± 5 minggu post partum, asuhan neonatus (bayi baru lahir) 0 - 28 hari, dan pelayanan KB didapatkan hasil sebagai berikut:

5.1 Analisis Asuhan Kebidanan Kehamilan Pada Ny "M" di (PMB) Bidan "A"

Kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Kehamilan dibagi menjadi 3 trimester, yaitu trimester pertama (0-12 minggu), trimester kedua (13-28 minggu), trimester ketiga (29-40 minggu). Lama kehamilan berlangsung sampai persalinan aterm adalah sekitar 40 minggu (Prawirohardjo, 2014).

Menurut Manuaba (2010), frekuensi kunjungan pemeriksaan kehamilan terbagi menjadi 3 yaitu, 1 kali pada trimester pertama, 1 kali pada trimester kedua, dan 2 kali pada trimester ketiga. Pada kasus Ny. "M" telah dilakukan pemeriksaan kehamilan oleh penulis pada usia kehamilan 39 minggu 3 hari dan pada usia kehamilan 40 minggu 3 hari. Selama kehamilan Ny "M" melakukan pemeriksaan sebanyak 10 kali yaitu, pada trimester pertama tidak

dilakukan/terlewat, 3x pada trimester kedua, dan 7x pada trimester ketiga. Berdasarkan teori dan kasus di atas terdapat kesenjangan antara teori dan kasus, yaitu tidak tercapainya K4 pada Ny."M" dikarenakan ibu memeriksakan kehamilan pertamanya pada TM 2. Dalam pemeriksaan kehamilan di perbolehkan melebihi standar kunjungan yang telah di tentukan, lebih sering pemantauan yang dilakukan, maka lebih baik untuk kesehatan ibu dan janin.

Dalam melakukan pemeriksaan antenatal, tenaga kesehatan harus memberikan pelayanan sesuai standar 10T yaitu, timbang BB (BB naik 0,5 tiap minggu) dan ukur tinggi badan (TB normal \geq 145cm), ukur tekanan darah (90/70-130/90 mmHg), ukur LILA (23,5cm), ukur tinggi fundus uteri, tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin, skrining status imunisasi tetanus dan berikan imunisasi Tetanus Toksoid (TT) bila diperlukan, berikan tablet tambah darah, test laboratorium (rutin dan khusus, seperti tes Hb normalnya 11g%), tata laksana kasus, temu wicara (konseling), termasuk Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) serta KB pasca persalinan (Midwifery Update, 2016). Dalam bukunya Ilmu Kebidanan mengemukakan bahwa skor pada ibu hamil yang normal adalah 2, Skor tersebut dibagi menjadi 3 kategori yaitu: Kehamilan Resiko Rendah (KRR), Kehamilan Resiko Tinggi (KRT), Kehamilan Resiko Sangat Tinggi (KRST) (Prawirohardjo, 2014)

Pada kasus Ny."M" mendapatkan semua pelayanan sesuai standart (10T), pada pemeriksaan ANC pertama dengan usia kehamilan 39 minggu 3 hari di dapatkan hasil pemeriksaan, Ny."M" dengan TB 151 cm, berat badan sebelum hamil 44 kg setelah hamil 55 kg dengan kenaikan berat badan sebanyak 11 kg selama hamil, lingkar lengan atas Ny."M" 22 cm, Denyut Jantung Janin dalam batas normal (146x/m), Ny."M" telah mendapatkan imunisasi TT sebanyak 5 kali jadi status imunisasi Ny."M" adalah T5, dan ibu rutin minum tablet tambah darah sebanyak \pm 90 tablet, dilakukan pemeriksaan Hb tanggal 01 Maret 2018 dengan hasil 11,5 gram%, pada kunjungan kehamilan ibu memilih perencanaan persalinan di PMB Ny "A", untuk pemilihan KB dilakukan konseling kepada ibu dengan macam-macam

jenis kontrasepsi yang tidak mengganggu produksi ASI, dengan kondisi saat ini ibu dalam resiko tinggi disarankan untuk menggunakan Alat Kontrasepsi Jangka Panjang (AKJP), namun ibu tetap memilih menggunakan kontrasepsi KB suntik 3 bulan seperti biasanya. Skor awal ibu hamil adalah 2, skor terlalu tua umur ≥ 35 tahun adalah 4 dan terlalu banyak anak 4/ lebih dengan skor 4, maka didapatkan hasil dari skor tersebut adalah 10. Didapatkan jumlah skor 10 pada Ny. "M" maka ibu termasuk kategori Kehamilan Resiko Tinggi (KRT).

Secara teori untuk menentukan usia kehamilan dilakukan dengan pemeriksaan Leopold. Didapatkan palpasi Leopold TFU sesuai dengan usia kehamilan (32-42 minggu pertengahan pusat-*Prosesus Xyphoideus* (PX), Leopold I, digunakan untuk menentukan usia kehamilan dan bagian apa yang ada di fundus. Leopold II, digunakan untuk menentukan letak punggung dan bagian terkecil janin. Leopold III, untuk menentukan bagian terbawah janin dan untuk melihat apakah sudah masuk panggul. Leopold VI, untuk menentukan seberapa masuk bagian bawah kedalam rongga panggul (Musrifatul, 2008).

Pada study kasus Ny "M" Pada pemeriksaan Leopold, ditemukan TFU 30cm (3 jari di bawah prosesus xyfoid), bagian fundus teraba bulat, lunak, dan tidak melenting (bokong), Leopold II perut bagian kiri ibu teraba keras, memanjang seperti papan (punggung) janin (PUKI), dan perut bagian kanan teraba bagian terkecil janin (ekstrimitas janin). Leopold III bagian terendah janin teraba bulat, keras, melenting (letkep), dan belum masuk PAP, Leopold IV kepala belum masuk PAP 5/5 bagian dan masih bisa digerakan (konvergent). Pada kunjungan usia kehamilan 39 minggu 3 hari ibu mengeluh nyeri perut bagian bawah, hal ini merupakan kondisi yang fisiologis akibat tekanan bayi yang berada dibawah. (Asrinah dkk,2010).

Berdasarkan pemaparan di atas Ny "M" telah ditemukan beberapa aspek yang tidak terpenuhi seperti: tidak tercapainya K4, skor ibu hamil 10 (KRT). Dengan demikian asuhan pada Ny "M" ditemukan kesenjangan antara teori dan kasus.

5.2 Analisis Asuhan Kebidanan Persalinan Pada Ny “M” di (PMB) Bidan “A”

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

Kala I di mulai saat persalinan mulai (pembukaan nol) sampai pembukaan lengkap (10 cm). Proses ini dibagi menjadi 2 fase, yaitu:

a. Fase laten

Berlangsung selama 8 jam, serviks membuka sampai 3 cm.

b. Fase aktif

Berlangsung selama 7 jam, serviks membuka dari 4cm sampai 10cm, kontraksi lebih kuat dan sering, dibagi dalam 3 fase:

- 1) Fase akselerasi dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm
- 2) Fase dilatasi maksimal dalam waktu 2 jam pembukaan langsung sangat cepat dari 4 cm menjadi 9 cm.
- 3) Fase deselerasi pembukaan menjadi lambat sekali, dalam waktu 2 jam pembukaan 9 cm menjadi lengkap.

Proses diatas terjadi pada primigravida ataupun multigravida, tetapi pada multigravida memiliki jangka waktu yang lebih pendek. Pada primigravida, kala I berlangsung ± 12 jam, sedangkan pada multigravida ± 8 jam (Sondakh, 2013)

Persalinan kala II dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berahir dengan lahirnya bayi biasanya di tandai dengan tanda gejala kala II seperti doran, teknus, perjol, vulka. Hal berlangsung 1,5-2 jam pada primigravida dan 0,5-1 jam pada multigravida. Pada kala III dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta, yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Kala IV dimulai dari lahirnya plasenta sampai 2 jam setelah itu (Sondakh, 2013).

Pada studi kasus Ny.”M” G_{IV} P₂₁₀₀₁ UK 40 minggu, ibu merasa perutnya kenceng-kenceng sejak pukul 16.00 WIB (21 Juni 2018), serta

keluar darah dan lendir dari kemaluan pada pukul 16.00 WIB (21 Juni 2018). Ibu datang ke PMB pukul 19.00 WIB (21 Juni 2018), dan dilakukan pemeriksaan dalam (VT) dengan hasil: portio tidak teraba, effacement 100%, pembukaan 10cm, ketuban utuh (amniomi → ketuban jernih), presentasi kepala, denominator UUK, mouldage (o), hodge III, tidak ada tali pusat menubung, tidak terdapat bagian terkecil disamping kanan kiri. TD: 110/70 mmHg, N: 84x/menit, S: 36,6 °C, RR: 20 x/menit, DJJ: 130x/menit. Pada pukul 19.30 WIB (21 Juni 2018) bayi lahir perempuan, spontan, menangis kuat, kulit kemerahan, tonus otot baik. Segera setelah lahir bayi langsung dilakukan IMD, IMD berhasil dilakukan dengan waktu 1 jam. Pada pukul 19.35 WIB (21 Juni 2018) plasenta lahir lengkap, setelah terdapat tanda-tanda pelepasan plasenta sebelumnya, berlangsung 5 menit, dan darah yang keluar yaitu ±100 cc berwarna merah segar. Setelah plasenta lahir sampai 2 jam post partum dilakukan observasi TTV di dapatkan TD: 100/70 mmHg, N: 80x/menit, S: 36,5 °C, RR: 22 x/menit (tekanan darah, nadi, suhu, pernapasan) setiap 15 menit pada jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua serta perdarahan pervaginam, PPV yaitu ±100 cc, kontraksi uterus baik (teraba keras) dan ibu termasuk kondisi dalam batas normal dan tidak ada temuan yang tidak normal pada ibu.

Dengan demikian dapat disimpulkan proses persalinan Ny. "M" yang berlangsung di PMB Ny "A" berjalan normal dan lancar, karena pada kasus Ny. "M" pada kala I yang dialami dalam batas normal dan tidak ada temuan yang tidak normal, kala II berlangsung selama ±30 menit dan masih dalam batas normal serta tidak ada temuan yang tidak normal pada kala II, kala III berlangsung selama 5 menit plasenta lahir spontan, kala IV hasil pemeriksaan dalam batas normal, atau tidak ada kesenjangan.

5.3 Analisis Asuhan Kebidanan Nifas Pada Ny "M" di (PMB) Bidan "A"

Masa nifas adalah masa pemulihan kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti pra hamil. Lama masa nifas yaitu 6-8 minggu. Pada pemeriksaan palpasi penurunan TFU segera setelah bayi lahir setinggi pusat, uri lahir 2 jari dibawah pusat, 1 minggu

pertengahan pusat symphysis, 2 minggu tidak teraba diatas symphysis, 6 minggu bertambah kecil, 8 minggu sebesar normal (Yusariasih, 2016).

Pada pemeriksaan dinding abdomen, diastasis recti dengan lebar dua jari dapat kembali pulih setelah post partum minggu ke-6. Sedangkan pemeriksaan Human signe bertujuan untuk melihat ada tidaknya thrombosis yang mengancam dari vena ekstermitas inferior, untuk memeriksa tanda human, klien di baringkan dengan posisi supine, tungkai diangkat dan kaki dalam keadaan dorsofleksi, bila terdapat nyeri pada bagian betis selama proses pemeriksaan berarti human (+) (Muttaqin A, 2010).

Waktu kunjungan pada masa nifas minimal sebanyak 3x. KF 1 (6 jam – 3 hari post partum), KF 2 (4 – 28 hari post partum), KF 3 (29 – 42 hari post partum) (Yusariasih, 2016)

Pada pemeriksaan pertama tanggal 21 Juni 2018 (pukul: 20.00 WIB), ibu mengeluh perut masih terasa mulas, didapatkan TD : 100/70 mmHg, N : 80x/menit, RR : 20x/menit, S : 36,5°C, ASI : lancar (+/+), TFU teraba 2 jari dibawah pusat, diastasi recti 2 cm, kandung kemih kosong, perdarahan ± 20cc lochea rubra (merah segar), human sign (-/-).

Pemeriksaan kedua pada tanggal 28 Juni 2018 (pukul: 08.00). Saat dilakukan kunjungan ibu tidak mengalami penyulit atau keluhan apapun. Didapatkan TD : 100/80 mmHg, N : 82x/menit, RR : 22x/menit, S : 36,5°C, ASI : lancar (+/+), TFU pertengahan pusat symphysis, lochea sanguinolenta, diastasi recti 1 cm, human sign (-/-). Melakukan konseling kembali untuk pemilihan alat kontrasepsi yang akan digunakan setelah masa nifas, dengan menganjurkan ibu untuk memilih dan menggunakan alat kontrasepsi jangka panjang (AKJP), tetapi ibu sudah mantap memilih kontrasepsi KB suntik 3 bulan.

Pemeriksaan ketiga pada tanggal 25 Juli 2018 (pukul: 08.00). Saat dilakukan kunjungan ibu tidak mengalami penyulit atau keluhan apapun. TD : 110/70 mmHg, N : 82x/menit, RR : 22x/menit, S : 36,5°C, ASI : lancar (+/+), TFU tidak teraba di atas symphysis, lochea alba, diastasi recti tidak teraba, human sign (-/-).

Keluhan mulas yang di rasakan ibu, merupakan hal fisiologis yang

dialami ibu post partum setelah proses persalinan karena adanya kontraksi dan relaksasi yang terus menerus dari uterus dan sifatnya intermitten (selang-seling) setelah bayi lahir (Sulistyawati, 2012). Untuk mengatasi keluhan perut mules dan supaya ibu tetap merasa nyaman, sarankan ibu agar mengosongkan kandung kemih jika penuh. Untuk pemilihan kontrasepsi disarankan menggunakan alat kontrasepsi jangka panjang, namun ibu tidak bersedia. Berdasarkan teori dan kasus di atas dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kasus.

5.4 Analisis Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir (BBL) bayi Ny “M” di (PMB) Bidan Ny “A”

Pada bayi baru lahir normal, memiliki ciri/ tanda-tanda yaitu, berat badan 2500-4000 gr, panjang badan 48-50cm, lingkar dada 32-34cm, lingkar kepala 33-35cm, frekuensi jantung 120-160 kali/menit, pernapasan 40-60 kali/menit, kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan *subkutan* cukup, rambut lanugo tidak terlihat, rambut kepala biasanya tumbuh baik, kuku agak panjang dan lemas, genetalia perempuan labia mayora sudah menutupi labia minora, laki-laki testis sudah turun, skrotum sudah ada, refleks isap dan menelan sudah terbentuk dengan baik, reflek *morrow* atau gerak memeluk bila dikagetkan sudah baik, refleks grasps atau mengenggam sudah baik, eliminasi baik, mekonium akan keluar dalam 24 jam pertama (Sondakh, 2013).

Pada study kasus Bayi Ny.”M” lahir pada jam 19.30WIB, tanggal 21 Juni 2018 menangis kuat, kulit kemerahan, tonus otot kuat dengan apgar skor 7-8, Jenis kelamin perempuan BB : 2.800 gram, PB :50 cm, LK:32 cm, LD: 32cm. Pemeriksaan TTV bayi, S: 36,7°C, N: 120x/menit, RR: 48x/menit, kuku bayi agak panjang, dan telah mengeluarkan mekonium. 1 jam bayi lahir diberikan salep mata, kemudian Vitamin K diinjeksikan pada paha kiri secara IM dosis 0,1 ml kemudian 1 jam setelah pemberian vitamin K diberikan imunisasi HB O secara IM. Pada Kunjungan pertama sampai kunjungan ke 3 juga berjalan dengan lancar, keadaan bayi baik, TTV dalam batas normal, tidak ikterus, tidak terdapat tanda-tanda infeksi, tali pusat sudah lepas pada

hari ke enam, bayi menyusu dengan baik, reflek bayi dan tumbuh kembang sesuai dengan usia bayi. Asuhan yang diberikan adalah menganjurkan ibu untuk tetap memberikan ASI eksklusif setiap 2 jam sampai bayi berusia 6 bulan, tanpa memberikan makanan atau minuman apapun, memberitahu cara perawatan bayi dirumah, menganjurkan ibu untuk rutin datang ke posyandu untuk mengetahui pertumbuhan dan perkembangan bayi.

Kunjungan Neonatal (KN) bayi Ny "M" dilakukan sebanyak 3x yaitu, KN 1 usia 6 jam, KN 2 usia 4 hari, KN 3 usia 25 hari. Hal ini sesuai standart menurut Depkes RI (2016), kunjungan neonatus yaitu KN 1 : 6-48 jam, KN 2 : 3-7 hari, KN 3 : 8-28 hari. Kunjungan berjalan lancar tidak terdapat tanda infeksi, tidak terdapat tanda bahaya, bayi menyusu dengan baik, bayi mendapat ASI eksklusif, reflek bayi baik dan pergerakan aktif. Berdasarkan paparan kasus dan teori dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kasus pada bayi Ny"M".

5.5 Analisis Asuhan Kebidanan Akseptor KB pada Ny "M" di (PMB) Bidan Ny "A"

Pada study kasus Ny"M" telah dilakukan konseling KB sebanyak 2x. konseling pertama diawal kunjungan kehamilan dan ke 2 dilakukan ketika melakukan kunjungan nifas hari ke 6 tanggal 28 Juni 2018 (pukul: 08.00 WIB), dengan menggunakan media lembar balik. Dalam konseling tersebut ibu memilih menggunakan alat kontrasepsi suntik 3 bulan, ibu merasa cocok karena selain efisien KB suntik 3 bulan juga tidak mempengaruhi produksi ASI, dan ibu sudah terbiasa menggunakan KB suntik 3 bulan.

Sebelum dilakukan penyuntikan KB suntik, ibu di lakukan pemeriksaan menggunakan lembar penapisan klien dengan hasil pemeriksaan normal dan ibu di perbolehkan menggunakan KB suntik 3 bulan. Pada tanggal 25 Juli 2018 (pukul : 16.00 WIB) ibu sudah mulai menggunakan KB suntik 3 bulan di PMB Ny."A". Berdasarkan paparan kasus dan teori dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kasus Ny"M", yaitu Ny."M" memilih menggunakan KB suntik 3 bulan untuk mengatur jarak anak.

BAB 6

PENUTUP

6.1 Kesimpulan

6.1.1 Kehamilan

Asuhan kebidanan Ny “M” pada masa kehamilan telah dilakukan pada tanggal 10-06-2018 sampai tanggal 25-07-2018. Dan ditemukan kesenjangan yaitu skor ibu dalam skor resiko tinggi, skor ibu adalah 10 (KRT) dan tidak tercapainya K4.

6.1.2 Persalinan

Asuhan kebidanan Ny “M” pada masa persalinan telah dilakukan pada tanggal 21-06-2018 dan tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan kasus.

6.1.3 Nifas

Asuhan kebidanan Ny “M” pada masa nifas telah dilakukan pada tanggal 22-06-2018 sampai tanggal 25-07-2018 dan tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan kasus.

6.1.4 Bayi Baru Lahir (BBL)

Asuhan kebidanan By Ny “M” pada masa BBL telah dilakukan pada tanggal 22-06-2018 sampai tanggal 14-07-2018 dan tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan kasus yaitu BB dan PB bayi dalam batas normal, BB bayi 4.100 gram, PB bayi adalah 55cm. Hal ini sesuai dengan teori.

6.1.5 Keluarga Berencana (KB)

Asuhan kebidanan Ny “M” pada akseptor KB dengan konseling KB telah dilakukan pada tanggal 25-07-2018 dan tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan kasus.

6.2 Saran

6.2.1 Bagi Pasien

Dengan adanya Laporan Tugas Akhir ini, diharapkan dapat memberikan informasi dan pengetahuan tentang kehamilan, persalinan, nifas, merawat bayi baru lahir, dan keluarga berencana

sehingga suami dan keluarga dapat memberikan dukungan kepada ibu.

6.2.2 Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan sebagai institusi yang berperan dalam mencetak tenaga kesehatan dan melayani masyarakat khususnya bidan, mampu memantau kemampuan SKILL yang dimiliki oleh mahasiswa agar memperoleh kelulusan yang berkompeten dalam bidangnya.

6.2.3 Bagi Bidan Praktek Mandiri

Diharapkan sebagai tenaga kesehatan yang bekerja di bidan praktek mandiri mampu lebih meningkatkan kesehatan masyarakat misalnya dengan melakukan pengkajian yang mendetail terutama dalam menanyakan tentang Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT) ibu, mengadakan kelas ibu hamil, dan penyuluhan pada masyarakat agar masyarakat selalu memeriksakan keadaannya pada tenaga kesehatan sehingga masyarakat dapat mengetahui apakah kehamilan mereka termasuk dalam resiko atau tidak.

6.2.4 Bagi Mahasiswa

Diharapkan mahasiswa dapat memberikan dan melaksanakan asuhan kebidanan sesuai dengan teori karena teori mendasari setiap praktek. Sehingga antara teori dan praktik tidak ada kesenjangan serta dapat dijadikan bahan refrensi.