

**ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF (*CONTINUITY OF CARE/ COC*) PADA NY “I” DI PRAKTIK MANDIRI BIDAN NY “S” KECAMATAN CURAHDAMI
KABUPATEN BONDOWOSO
TAHUN 2018**

LAPORAN TUGAS AKHIR



Oleh:

Mardiatul Hasanah
NIM: 15.01.0307

**AKADEMI KEBIDANAN
DHARMA PRAJA BONDOWOSO
2018**

**ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF (*CONTINUITY OF CARE/ COC*) PADA NY “I” DI PRAKTIK MANDIRI BIDAN NY “S” KECAMATAN CURAHDAMI
KABUPATEN BONDOWOSO
TAHUN 2018**

LAPORAN TUGAS AKHIR

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



Oleh:

Mardiatul Hasanah

NIM: 15.01.0307

**AKADEMI KEBIDANAN
DHARMA PRAJA BONDOWOSO
2018**

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Mardiatul Hasanah

NIM : 15.01.0307

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Laporan Tugas Akhir yang saya tulis ini, adalah hasil karya saya sendiri dan bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Laporan Tugas Akhir ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Bondowoso, November 2018

Yang Membuat Pernyataan,



Mardiatul Hasanah
Mardiatul Hasanah
NIM. 15.01.0307

Mengetahui,

Pembimbing I

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

Pembimbing II

Siswati
Siswati, SST
NIP. 19731121 200604 2 014

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Tugas Akhir (LTA) Asuhan Kebidanan Komprehensif (*Continuity Of Care/COC*) pada Ny. "I" di PMB Ny. "S" Kecamatan Curahdami Kabupaten Bondowoso yang disusun oleh Mardiatul Hasanah NIM.15.01.0307 telah disetujui untuk diseminarkan dihadapan tim penguji Laporan Tugas Akhir Akademi Kebidanan Dharma Praja Bondowoso pada November 2018

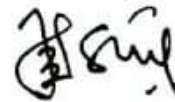
Bondowoso, November 2018

Pembimbing I



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

Pembimbing II



Siswati, SST
NIP. 19731121 200604 2 014

Mengetahui,
Akademi Kebidanan Dharma Praja Bondowoso
Ketua Program Studi



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

LEMBAR PENGESAHAN I

Laporan Tugas Akhir Asuhan Kebidanan Komprehensif (*Continuity Of Care/COC*) pada Ny. "I" di PMB Ny. "S" Kecamatan Curahdami Kabupaten Bondowoso disusun oleh Mardiatul Hasanah NIM.15.01.0307 telah diseminarkan pada November 2018 dihadapan tim penguji Laporan Tugas Akhir Akademi Kebidanan Dharma Praja Bondowoso, dan telah diperbaiki

Bondowoso, November 2018

Mengesahkan,

Tim Penguji

Ketua Penguji



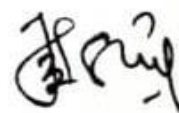
Novita Sari Eka Diantini, SST., M.Keb
NIDN. 0727118703

Anggota Penguji I



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

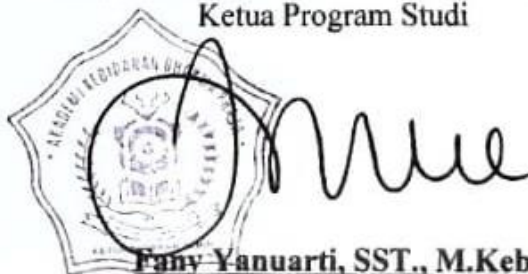
Anggota Penguji II



Siswati, SST
NIP. 19731121 200604 2 014

Mengetahui,

Akademi Kebidanan Dharma Praja Bondowoso
Ketua Program Studi



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

LEMBAR PENGESAHAN II

Laporan Tugas Akhir Asuhan Kebidanan Komprehensif (*Continuity Of Care/COC*) pada Ny. "I" di PMB Ny. "S" Kecamatan Curahdami Kabupaten Bondowoso disusun oleh Mardiatul Hasanah NIM.15.01.0307 telah diseminarkan pada November 2018 dihadapan tim penguji Laporan Tugas Akhir Akademi Kebidanan Dharma Praja Bondowoso, dan telah diperbaiki

Bondowoso, November 2018

Mengesahkan,

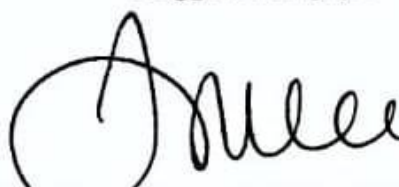
Tim Penguji

Ketua Penguji



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

Anggota Penguji I



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

Anggota Penguji II

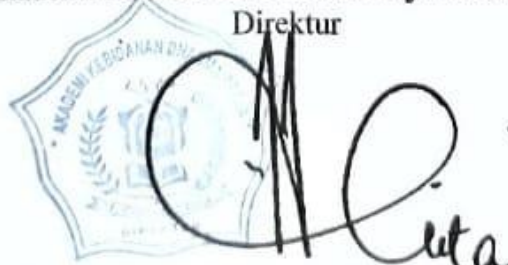


Siswati, SST
NIP. 19731121 200604 2 014

Mengetahui,

Akademi Kebidanan Dharma Praja Bondowoso

Direktur



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

RINGKASAN

Mardiatul Hasanah

Asuhan Kebidanan Komprehensif (*Continuity Of Care/COC*) pada Ny. "I" di PMB Bidan "S" Kecamatan Curahdami Kabupaten Bondowoso. Program studi D-III Akademi Kebidanan Dharma Praja Bondowoso.

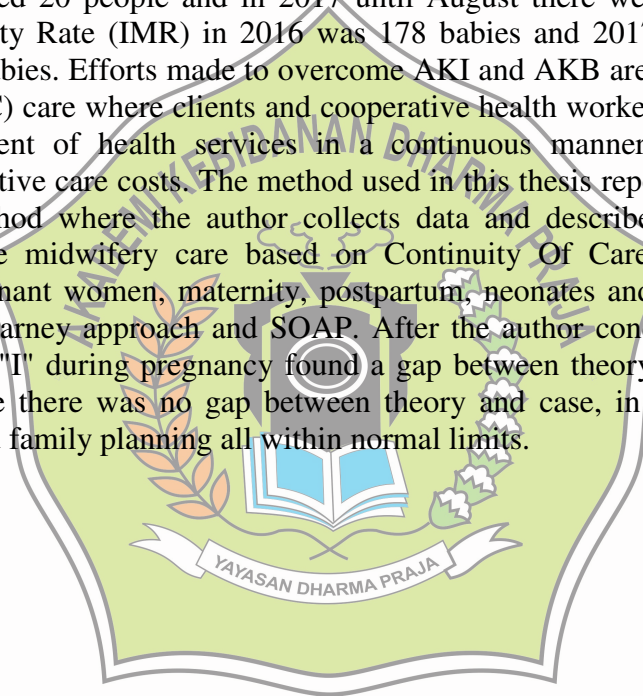
Tingginya Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) masih menjadi pekerjaan rumah yang harus diselesaikan Indonesia saat ini. Berdasarkan hasil data Dinas Kesehatan (Dinkes) Kabupaten Bondowoso Angka Kematian Ibu (AKI) pada tahun 2016 mencapai 20 orang dan tahun 2017 sampai bulan Agustus sebanyak 17 orang, Angka Kematian Bayi (AKB) pada tahun 2016 yaitu 178 bayi dan tahun 2017 sampai bulan Agustus sebanyak 90 bayi. Upaya yang dilakukan untuk mengatasi AKI dan AKB adalah menggunakan asuhan *Continuity Of Care (COC)* dimana klien dan tenaga kesehatan yang kooperatif terlibat dalam manajemen pelayanan kesehatan secara berlanjut menuju pelayanan yang berkualitas, biaya perawatan yang efektif. Metode yang dilakukan pada laporan tugas akhir ini adalah metode pendekatan studi kasus dimana penulis mengumpulkan data dan mendeskripsikan proses asuhan kebidanan komprehensif berbasis *Continuity Of Care (COC)* pada ibu hamil trimester III, bersalin, nifas, neonatus dan keluarga berencana (KB) melalui pendekatan Varney dan SOAP. Setelah penulis melakukan asuhan kebidanan pada Ny. "I" selama kehamilan ditemukan adanya kesenjangan antara teori dan kasus, namun pada asuhan persalinan tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan kasus, pada asuhan nifas, bayi baru lahir, dan keluarga berencana semua dalam batasan normal.

SUMMARY

Mardiatul Hasanah

Continuity Of Care (COC) to Mrs. "I" in PMB Mrs. "S", Curahdami District, Bondowoso Regency. Study program D-III Midwifery Academy Dharma Praja Bondowoso.

The high Maternal Mortality Rate (MMR) and Infant Mortality Rate (IMR) is still a homework that Indonesia must complete at this time. Based on the results of data from the Bondowoso District Health Office, the Maternal Mortality Rate (MMR) reached 20 people and in 2017 until August there were 17 people, the Infant Mortality Rate (IMR) in 2016 was 178 babies and 2017 until August as many as 90 babies. Efforts made to overcome AKI and AKB are using Continuity Of Care (COC) care where clients and cooperative health workers are involved in the management of health services in a continuous manner towards quality services, effective care costs. The method used in this thesis report is a case study approach method where the author collects data and describes the process of comprehensive midwifery care based on Continuity Of Care (COC) in third trimester pregnant women, maternity, postpartum, neonates and family planning through the Varney approach and SOAP. After the author conducted midwifery care for Mrs. "I" during pregnancy found a gap between theory and case, but in childbirth care there was no gap between theory and case, in postpartum care, newborns, and family planning all within normal limits.



KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, yang telah melimpahkan rahmat, hidayah serta inayah-Nya sehingga dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini sebagai persyaratan Pendidikan Akademik dalam menyelesaikan program DIII 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. Ibu Novita Sari Eka Diantini, SST., M.Keb. selaku Direktur Akademi Kebidanan Dharma Praja Bondowoso yang telah mengesahkan LTA ini dan selaku ketua penguji yang telah memberikan arahan dan bimbingan dalam menyempurnakan penulisan Laporan Tugas Akhir ini.
2. Ibu Fany Yanuarti, SST., M.Keb. selaku Ketua Program Studi Akademi Kebidanan Dharma Praja Bondowoso dan pembimbing 1 yang telah memberikan ijin penelitian LTA ini.
3. Ibu Siswati, SST. selaku Pembimbing II yang telah memberikan bimbingan serta petunjuk yang sangat berharga bagi penulis dari awal hingga akhir penulisan Laporan Tugas Akhir ini.
4. Berbagai pihak yang tidak dapat kami sebutkan satu persatu yang telah banyak membantu hingga terselesaikannya Laporan Tugas Akhir ini.

Besar harapan kami 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

Jangan pernah menyesali hal-hal yang telah kau pilih untuk dilakukan, apapun keputusan yang telah kau buat, kau hanya perlu untuk bertanggung jawab atas keputusan itu.



PERSEMBAHAN

Puji syukur kupersembahkan kepada ALLAH yang maha kuasa, berkat dan rahmat detak jantung, denyut nadi, nafas dan hidayah yang diberikan-Nya hingga saat ini saya dapat mempersembahkan laporan tugas akhirku pada orang-orang tersayang :

Kedua orang tua ku Bapak (Nawawi), Ibu ku (Suparmi) tercinta yang tidak pernah lelah membesarkanku dengan penuh kasih sayang, serta memberi dukungan, perjuangan, motivasi dan pengorbanan dalam hidup ini. Terimakasih Bapak, Ibu.

Kakakku ku dan Adik ku yang selalu memberikan dukungan, semangat, motivasi, dan selalu mengisi hari-hariku dengan canda tawa dan kasih sayangnya. Terimakasih buat Kakakku dan Adik ku.

Pembimbing Akademik (Ibu Fany Yanuarti, SST., M.Keb), Bidan Pembimbing (Siswati, S.Tr.Keb) dan juga ketua penguji (Ibu Novita Sari Eka Diantini, SST., M.Keb) yang telah membimbing saya dengan baik sampai selesai mengerjakan laporan tugas akhir saya, serta memberi dukungan dan motivasi untuk saya. Terimakasih untuk semuanya.

Sahabat seperjuanganku yang selalu memberi semangat dan dukungan serta canda tawa yang sangat mengesankan selama perkuliahan, susah senang dirasakan bersama dan sahabat-sahabat seperjuanganku yang lain yang tidak bisa disebut satu persatu. Terimakasih buat kalian semua.

DAFTAR ISI

	Halaman
COVER DEPAN	i
COVER DALAM	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	xv
DAFTAR GAMBAR	xvi
DAFTAR LAMPIRAN	xvii
DAFTAR SIMBOL DAN SINGKATAN	xix
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Batasan Masalah	3
1.3 Tujuan Penulisan	4
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus	4
1.4 Manfaat Penulisan	4
1.4.1 Manfaat Teoritis	4
1.4.2 Manfaat Praktis	5
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	6
2.1 Konsep Teori Kehamilan	6
2.1.1 Konsep Asuhan Kebidanan Teori Kehamilan	6
2.1.2 Asuhan Kebidanan Teori Kehamilan	29

2.2 Konsep Teori Persalinan	36
2.2.1 Konsep Asuhan Kebidanan Teori Persalinan	36
2.2.2 Asuhan Kebidanan Teori Persalinan	49
2.3 Konsep Teori Nifas	58
2.3.1 Konsep Asuhan Kebidanan Teori Nifas	58
2.3.2 Asuhan Kebidanan Teori Nifas	63
2.4 Konsep Teori Bayi Baru Lahir	65
2.4.1 Konsep Asuhan Kebidanan Teori Bayi Baru Lahir	65
2.4.2 Asuhan Kebidanan Teori Bayi Baru Lahir	77
2.5 Konsep Teori KB	80
2.5.1 Konsep Asuhan Kebidanan Teori KB	80
2.5.2 Asuhan Kebidanan Teori KB	86
BAB 3 METODE PENDEKATAN KASUS	89
3.1 Jenis Pendekatan	89
3.2 Kerangka Operasional	89
3.3 Subjek Studi Kasus	91
3.4 Fokus Studi	91
3.5 Definisi Operasional Fokus Studi	91
3.6 Kriteria Subjek	92
3.7 Instrumen Penelitian	92
3.8 Lokasi dan Waktu Studi Kasus	93
3.9 Metode Pengumpulan Data	93
3.10 Etika Studi Kasus	93
BAB 4 TINJAUAN KASUS	95
4.1 Asuhan Kebidanan pada kehamilan Trimester III	95
4.2 Asuhan Kebidanan pada Persalinan	118
4.3 Asuhan Kebidanan pada masa Nifas	128
4.4 Asuhan Kebidanan pada Neonatus	135
4.5 Asuhan Kebidanan pada Keluarga Berencana	142
BAB 5 PEMBAHASAN	145
5.1 Analisis Asuhan Kebidanan Kehamilan	145
5.2 Analisis Asuhan Kebidanan Persalinan	147

5.3 Analisis Asuhan Kebidanan Nifas	149
5.4 Analisis Asuhan Kebidanan Neonatus	151
5.5 Analisis Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana	153
BAB 6 PENUTUP	156
6.1 Kesimpulan	156
6.2 Saran	157
DAFTAR PUSTAKA	158
LAMPIRAN	160



DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1 Skrining Imunisasi TT	17
Tabel 2.1 Jadwal Imunisasi TT	17
Tabel 2.3 Tinggi Fundus Uteri dan Berat Uterus Menurut Masa Involusi	58
Tabel 2.4 Reflek pada Bayi Baru Lahir	67
Tabel 2.5 Jadwal Imunisasi Dasar Lengkap	75
Tabel 3.1 Definisi Operasional Fokus Studi	91



DAFTAR GAMBAR

Halaman

Gambar 3.1 Kerangka Konsep Kegiatan Asuhan Kebidana Komprehensif90



DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1 Jadwal Penyusunan LTA	160
Lampiran 2 Curriculum Vitae	161
Lampiran 3 Pernyataan Kesiediaan Membimbing	162
Lampiran 4 Pernyataan Kesiediaan Membimbing	163
Lampiran 5 Permohonan Ijin / <i>Ethical Clearance Penelitian</i>	164
Lampiran 6 Permohonan Persetujuan Menjadi Responden	165
Lampiran 7 Lembar Persetujuan Setelah Mendapat Penjelasan	166
Lampiran 8 Surat Ijin Bakesbang	167
Lampiran 9 Surat Ijin Dinas Kesehatan	168
Lampiran 10 Buku KIA	169
Lampiran 11 Menyambut Persalinan	170
Lampiran 12 Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR)	171
Lampiran 13 Catatan Kesehatan Ibu Hamil	172
Lampiran 14 Lembar belakang Catatan Kesehatan Ibu Hamil	173
Lampiran 15 Hasil USG	174
Lampiran 16 Keterangan Lahir	175
Lampiran 17 Lembar Penapisan	176
Lampiran 18 Lembar Partograf	177
Lampiran 19 Catatan Ibu Bersalin dan Bayi Baru Lahir	179
Lampiran 20 Catatan Kesehatan Ibu Nifas	180
Lampiran 21 Catatan Kesehatan Bayi Baru Lahir	182
Lampiran 22 Imunisasi	183
Lampiran 23 MTMB	184
Lampiran 24 Lembar Inform Consent KB	190
Lampiran 25 Kartu KB	191
Lampiran 26 Dokumentasi	192
Lampiran 27 Lembar Konsultasi Pembimbing 1	193
Lampiran 28 Lembar Konsultasi Pembimbing 2	195
Lampiran 29 Lembar Pengajuan Ujian	197

Lampiran 30 Lembar Revisi Ketua Penguji	198
Lampiran 31 Lembar Revisi Pembimbing 1	200
Lampiran 32 Lembar Revisi Pembimbing 2	201



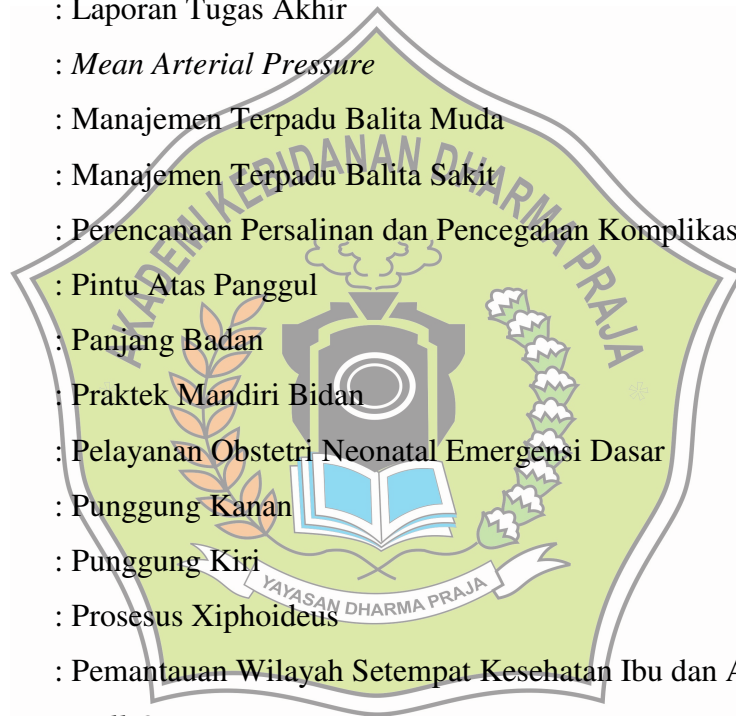
DAFTAR SINGKATAN DAN ARTI LAMBANG

Daftar Singkatan

AKB	: Angka Kematian Bayi
AKI	: Angka Kematian Ibu
AKDR	: Alat Kontrasepsi Dalam Rahim
AKN	: Angka Kematian Neonatal
AMP	: <i>Audit Maternal Perinatal</i>
ANC	: <i>Ante Natal Care</i>
AGO	: Ada Gawat Obstetri
AGDO	: Ada Gawat Darurat Obstetri
APGO	: Ada Potensi Gawat Obstetri
APN	: Asuhan Persalinan Normal
ASI	: Air Susu Ibu
BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
BB	: Berat Badan
BBL	: Bayi Baru Lahir
BBLR	: Bayi Berat Lahir Rendah
COC	: <i>Continuity Of Care</i>
DJJ	: Denyut Jantung Janin
DM	: Diabetes Melitus
DTT	: Dekontaminasi Tingkat Tinggi
HB	: Hemoglobin
HIV	: <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
HPHT	: Hari Pertama Haid Terakhir
IMD	: Inisiasi Menyusui Dini
IMS	: Infeksi Menular Seksual
INC	: <i>Intra Natal Care</i>
JK	: Jenis Kelamin
KB	: Keluarga Berencana
KF	: Kunjungan Nifas



KIA	: Kesehatan Ibu dan Anak
KIE	: Konseling Informasi dan Edukasi
KN	: Kunjungan Neonatus
KRR	: Kehamilan Resiko Rendah
KRST	: Kehamilan Resiko Sangat Tinggi
KRT	: Kehamilan Resiko Tinggi
KSPR	: Kartu Skor Poedjirohjati
LILA	: Lingkar Lengan Atas
LTA	: Laporan Tugas Akhir
MAP	: <i>Mean Arterial Pressure</i>
MTBM	: Manajemen Terpadu Balita Muda
MTBS	: Manajemen Terpadu Balita Sakit
P4K	: Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi
PAP	: Pintu Atas Panggul
PB	: Panjang Badan
PMB	: Praktek Mandiri Bidan
PONED	: Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar
PUKA	: Punggung Kanan
PUKI	: Punggung Kiri
PX	: Prosesus Xiphoideus
PWS-KIA	: Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak
ROT	: <i>Roll Over Test</i>
SC	: <i>sectio Caesarea</i>
SOAP	: Subjektif, Objektif, Analisa, Penatalaksanaan
SUPAS	: Survei Penduduk Antar Sensus
TBC	: <i>Tuberculosis</i>
TBJ	: Tafsiran Berat Janin
TFU	: Tinggi Fundus Uteri
T/H	: Tunggal Hidup
TM	: Trimester
TT	: <i>Tetanus Toxoid</i>
TTV	: Tanda-Tanda Vital



UK : Usia Kehamilan
UKBM : Upaya Kesehatan Bersumberdaya Manusia
USG : *Ultra Sonografi*
VT : *Vaginal Touch*

Daftar Arti Simbol

% : persen
> : lebih
< : kurang
≥ : lebih dari
≤ : kurang dari
± : kurang lebih
® : Registered Merk
°c : derajat celcius
x : kali
/ : atau/ per
' : menit
" : detik
Cm : *centimeter*
Cc : *cubic centimeter*
g : gram
iu : *international unit*
Kg : kilogram
Kkal : kilo kalori
Mg : miligram
Mm : milimeter



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Proses kehamilan merupakan mata rantai yang berkesinambungan dan terdiri dari ovulasi, migrasi spermatozoa dan ovum, konsepsi dan pertumbuhan zigot, nidasi (implantasi) pada uterus, pembentukan plasenta, hingga tumbuh dan berkembangnya hasil konsepsi sampai aterm. Proses tersebut dalam perkembangannya tidak selalu fisiologis namun juga dapat berubah menjadi patologi (Manuaba, 2010). Setiap tahun sekitar 160 juta perempuan di seluruh dunia hamil. Sebagai besar kehamilan berlangsung aman. Namun 15% mengalami komplikasi yang berat yang sepertiganya merupakan komplikasi yang dapat mengancam jiwa ibu (Prawirohadjo, 2014).

Berdasarkan hasil Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) tahun 2015, AKI di Indonesia tahun 2016 masih belum diketahui jumlahnya akan tetapi AKI di Indonesia pada tahun 2015 mengalami penurunan yaitu 305 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup. Dari hasil SUPAS tahun 2016, target untuk AKI sebesar 305 per 100.000 kelahiran hidup. Profil Kesehatan Jawa Timur Tahun (2016), menyatakan bahwa Angka Kematian Ibu di Jawa Timur meningkat lagi dibandingkan tahun sebelumnya. Hal ini bukan berarti menunjukkan hasil kinerja yang menurun tetapi adanya faktor dukungan baik dari segi manajemen program KIA maupun sistem pencatatan dan pelaporan yang semakin membaik. Pada tahun 2016, AKI Provinsi Jawa Timur meningkat yaitu 91,00 per 100.000 kelahiran hidup. Angka kematian mengalami peningkatan dibandingkan tahun 2015 yang mencapai 89,6 per 100.000 kelahiran hidup.

Dalam Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur (2016), Angka Kematian Bayi (AKB) dan Angka Kematian Neonatal (AKN) yang diperoleh dari laporan rutin relatif sangat kecil. Namun bila dihitung angka kematian absolut masih tinggi yaitu sebanyak 4.722 bayi meninggal

pertahun dan sebanyak 5.196 balita meninggal pertahun. Dalam satu hari berarti sebanyak 13 bayi meninggal dan 14 balita meninggal. Masalah yang terkait dengan KIA, bahwa proporsi kematian bayi masih banyak terjadi pada periode neonatal (0 – 28 hari) dan ini terjadi pada setiap tahunnya. Pada tahun 2016 AKB pada posisi 23,6 per 1.000 KH (angka dari BPS Provinsi) AKB Jatim sampai dengan tahun 2016 masih diatas target Nasional (SUPAS).

Angka Kematian Ibu (AKI) tahun 2017 di Kabupaten Bondowoso mengalami penurunan di dibandingkan dengan tahun 2016. Pada tahun 2017 terdapat 15 kematian ibu sedangkan pada tahun 2016 terdapat 20 orang. Sedangkan AKI di Kecamatan Curahdami juga mengalami penurunan pada tahun 2016 sebanyak 1 orang, dan tahun 2017 tidak ada kematian ibu. Angka Kematian Bayi (AKB) di Kabupaten Bondowoso mengalami penurunan dari tahun sebelumnya yang berjumlah 178 kematian bayi menjadi 140 kematian bayi. Angka Kematian Bayi (AKB), di Kecamatan Curahdami sebanyak 3 kematian bayi, angka ini mengalami penurunan dari tahun sebelumnya yang berjumlah 6 kematian bayi (Dinas Kesehatan Bondowoso, 2017).

Profil Kesehatan Jawa Timur Tahun (2016) menyebutkan penyebab tertinggi kematian ibu pada tahun 2016 adalah pre eklamsi/eklamsi yaitu sebesar 30,90% atau sebanyak 165 orang. Sedangkan penyebab paling kecil adalah infeksi sebesar 4,87% atau sebanyak 26 orang. Dari grafik tren penyebab kematian ibu menunjukkan bahwa penyebab kematian ibu oleh karena pre eklamsi/eklamsi cenderung meningkat dalam tiga tahun terakhir, demikian juga dengan penyebab lain-lain. Penyebab AKI di Kabupaten Bondowoso pada tahun 2017 disebabkan oleh komplikasi kehamilan, persalinan, dan nifas, sedangkan penyebab AKB disebabkan oleh asfiksia, BBLR, kelainan bawaan, tetanus neonatorum, sepsis, kongenital, trauma lahir dan penyebab lain-lain. (Dinas Kesehatan Bondowoso, 2017).

Dinas Kesehatan Bondowoso (2016), melakukan upaya dalam menurunkan kematian ibu dan bayi yaitu melakukan pengembangan

Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM) yaitu adanya Posyandu di desa/kelurahan serta adanya Desa Siaga. Pada hakekatnya posyandu merupakan kegiatan yang tumbuh dari, oleh dan untuk masyarakat, sehingga pemenuhan kebutuhan sarana dan prasarana posyandu menjadi tanggung jawab bersama, yaitu pelayanan *Ante Natal Care* (ANC) pada ibu hamil yang mendapatkan pelayanan K1 sampai K4, pelayanan gizi, dan pelayanan komplikasi kebidanan. Komplikasi pada proses kehamilan, persalinan dan nifas juga merupakan salah satu penyebab kematian ibu dan kematian bayi, untuk itu perlu penguatan Puskesmas PONED agar cakupan komplikasi kebidanan dapat ditangani dapat mencapai target selanjutnya, serta melakukan pemeriksaan bayi baru lahir dengan melakukan Kunjungan Neonatal (KN) lengkap, dan peningkatan pelayanan keluarga berencana (KB).

Continuity of care dalam bahasa Indonesia dapat diartikan sebagai perawatan yang berkesinambungan. Perawatan berkesinambungan adalah strategi kesehatan yang efektif primer memungkinkan perempuan untuk berpartisipasi dalam pengambilan keputusan tentang kesehatan mereka dan perawatan kesehatan mereka (Diana, 2017).

Berdasarkan penjelasan di atas, penulis tertarik untuk melakukan asuhan kebidanan yang komprehensif berbasis *Continuity Of Care* (COC) yang di mulai dari masa kehamilan, persalinan, nifas, neonatus, hingga perencanaan keluarga berencana pada Ny “I” di Praktek Mandiri Bidan Ny. “S” Kecamatan Curahdami Kabupaten Bondowoso.

1.2 Batasan Masalah

Batasan asuhan tugas ahir ini penulis membahas mengenai asuhan yang diberikan pada Ny. “I” yaitu sejak kehamilan, persalinan, nifas, neonatus dan KB secara *COC* dengan menggunakan manajemen Varney yang mengkaji data Subjektif, Objektif, Analisa, Penatalaksanaan (SOAP) secara komprehensif di Bidan Praktik Mandiri Ny. “S” Kecamatan Curahdami Kabupaten Bondowoso.

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Mampu memberikan pelayanan asuhan kebidanan yang diberikan pada Ny.”I” yaitu sejak kehamilan, persalinan, nifas, neonatus dan KB secara *COC* dengan menggunakan manajemen Varney yang mengkaji data subjektif, objektif, analisa, penatalaksanaan (SOAP) secara komprehensif di Praktik Mandiri Bidan Ny. “S” Kecamatan Curahdami Kabupaten Bondowoso.

1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus Laporan Tugas Akhir ini antara lain:

1. Mampu menganalisis asuhan kebidanan kehamilan pada Ny “I” di Praktik Mandiri Bidan Ny. “S” dengan manajemen Varney dan SOAP
2. Mampu menganalisis asuhan kebidanan persalinan pada Ny “I” di Praktik Mandiri Bidan Ny. “S” dengan manajemen SOAP
3. Mampu menganalisis asuhan kebidanan nifas pada Ny “I” di Praktik Mandiri Bidan Ny. “S” dengan manajemen SOAP
4. Mampu menganalisis asuhan kebidanan bayi baru lahir pada Ny “I” di Praktik Mandiri Bidan Ny. “S” dengan manajemen SOAP
5. Mampu menganalisis asuhan kebidanan KB Ny “I” di Praktik Mandiri Bidan Ny. “S” dengan manajemen SOAP

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Menambah pengetahuan dan mendapatkan pengalaman serta dapat menerapkan teori yang tengah di terima dan di dapat dalam perkuliahan ke dalam kasus nyata dalam melaksanakan asuhan kebidanan sesuai dengan standar dan mutu secara komprehensif berbasis *COC* pada ibu hamil, bersalin, nifas, neonatus dan KB.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Bagi masyarakat

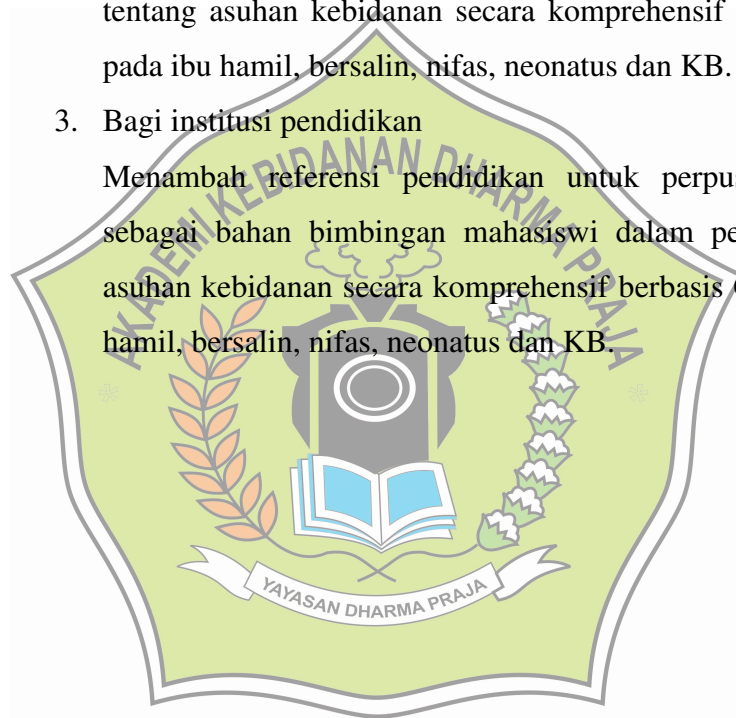
Manfaat bagi masyarakat khususnya klien dan keluarga, dapat memperoleh asuhan kebidanan yang sesuai dengan standar pelayanan secara komprehensif berbasis COC pada ibu hamil, bersalin, nifas, neonatus dan KB.

2. Bagi klinik

Sebagai bahan masukan atau informasi mengenai pengetahuan tentang asuhan kebidanan secara komprehensif berbasis COC pada ibu hamil, bersalin, nifas, neonatus dan KB.

3. Bagi institusi pendidikan

Menambah referensi pendidikan untuk perpustakaan, serta sebagai bahan bimbingan mahasiswi dalam penatalaksanaan asuhan kebidanan secara komprehensif berbasis COC pada ibu hamil, bersalin, nifas, neonatus dan KB.



BAB 2

TINJAUAN TEORI

2.1 Konsep Dasar Teori Kehamilan

2.1.1 Konsep Kehamilan

1. Pengertian

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

Kehamilan adalah proses penyatuan antara ovum dan spermatozoa yang biasanya berlangsung di ampulla tuba dan diteruskan dengan nidasi atau implantasi. Lamanya kehamilan yaitu 280 hari atau 40 minggu atau 10 bulan (Mochtar, 2012).

2. Klasifikasi Usia Kehamilan

Menurut Mochtar (2012), mengemukakan bahwa klasifikasi usia kehamilan terdiri dari:

a. Trimester I (TM I)

Trimester I yaitu dari usia kehamilan 0-12 minggu.

b. Trimester II (TM II)

Trimester II yaitu dari usia kehamilan 12-28 minggu.

c. Trimester III (TM III)

Trimester III yaitu dari usia kehamilan 28-40 minggu.

3. Tanda dan Gejala Kehamilan

Menurut Jannah (2012), tanda dan gejala kehamilan sebagai berikut:

a. Tanda presumtif/tanda tak pasti

Tanda presumtif/tanda tak pasti adalah perubahan yang dirasakan oleh ibu yang timbul selama kehamilan. Tanda presumtif terdiri dari :

1) Amenorrhoe

Pada wanita sehat dengan haid yang teratur, amenorrhoe menandakan kemungkinan kehamilan. Gejala ini sangat penting bagi wanita hamil untuk mengingat tanggal hari pertama haid terakhir supaya dapat ditentukan tuanya kehamilan dan tafsiran tanggal persalinan menggunakan rumus.

2) Mual dan Muntah

Gejala ini sering terjadi pada bulan-bulan pertama kehamilan sampai akhir trimester pertama, sering terjadi pada pagi hari yang biasa di sebut *Morning Sickness*.

3) Mengidam

Menginginkan makanan atau minuman tertentu.

4) Mamae Menjadi Tegang dan Membesar

Keadaan ini disebabkan oleh pengaruh hormon estrogen dan progesteron yang merangsang duktus dan alveoli pada mamae, sehingga *glandula montgomery* tampak lebih jelas.

5) Sering kencing

Karena kandung kemih tertekan oleh rahim yang membesar. Gejala ini akan menghilang pada triwulan kedua kehamilan. Pada akhir kehamilan, gejala ini timbul kembali karena kandung kemih tertekan oleh kepala janin.

6) Obstipasi

Terjadi karena tonus otot menurun yang disebabkan oleh pengaruh hormon steroid

7) Pigmentasi kulit oleh hormon kortikosteroid plasenta, dijumpai dimuka (*cloasma gravidarum*) areola payudara, leher, dan dinding perut (linea nigra)

b. Tanda Kemungkinan Hamil

1) Uterus membesar

Terjadi perubahan bentuk, besar, dan konsistensi rahim.

2) Tanda hegar

Konsistensi rahim dalam kehamilan berubah menjadi lunak, terutama daerah ismus. Pada minggu-minggu pertama ismus uteri mengalami hipertrofi seperti korpus uteri. Hipertrofi ismus yang terjadi pada minggu pertama mengakibatkan ismus menjadi lebih panjang dan lebih lunak.

3) Tanda chadwick

Warna kebiruan pada serviks, vagina, dan vulva. Hal ini disebabkan oleh pengaruh hormon estrogen.

4) Tanda piskacek

Tanda piskacek yaitu pembesaran uterus ke salah satu arah sehingga menonjol jelas ke arah pembesaran tersebut

5) Braxton hicks

Bila uterus dirangsang dengan diraba maka akan mudah berkontraksi.

6) Goodell sign

Diluar kehamilan konsistensi serviks keras, kerasnya seperti kita merasa ujung hidung, dalam kehamilan serviks menjadi lunak perabaan selunak bibir atau ujung bawah daun telinga.

c. Tanda Pasti Hamil

1) Terasa gerakan janin

Gerakan janin pada primigravida dapat dirasakan pada kehamilan 18 minggu, sedangkan pada multigravida dapat dirasakan pada kehamilan 16 minggu karena telah berpengalaman dari kehamilan terdahulu.

2) Teraba bagian-bagian janin

Dapat diketahui oleh pemeriksa dengan cara palpasi menurut Leopold pada akhir trimester kedua.

3) Denjut jantung janin

Dapat diketahui oleh pemeriksa menggunakan:

- a) Fetal elektrokardiograph pada kehamilan 12 minggu
- b) Sistem doppler pada kehamilan 12 minggu

- c) Stetoskop laenec pada kehamilan 18-20 minggu
 - 4) Terlihat kerangka janin pada pemeriksaan sinar rontgen
 - 5) Dengan menggunakan USG dapat terlihat gambaran janin berupa ukuran kantong janin, panjang janin, dan diameter biparentalis hingga dapat diperkirakan tuanya kehamilan.
4. Perubahan Anatomi dan Adaptasi Fisiologi Pada ibu Hamil
- a. Sistem Reproduksi

1) Uterus

a) Ukuran

Selama kehamilan uterus akan beradaptasi untuk menerima dan melindungi hasil konsepsi sampai persalinan. Uterus mempunyai kemampuan untuk bertambah besar selama kehamilan dan kembali seperti semula setelah beberapa minggu persalinan. Sebelum hamil uterus mempunyai berat 70 g dan kapasitas ± 10 ml, pada akhir kehamilan volume uterus totalnya 5 l bahkan dapat mencapai 20 l dengan berat rata-rata 110 g (Prawirahadjo, 2011).

b) TFU menurut penambahan per tiga jari yang di kutip dari Jannah (2012), meliputi:

- (1) 12 minggu : 3 jari di atas simpisis
- (2) 16 minggu : pertengahan pusat simpisis
- (3) 20 minggu : 3 jari di bawah pusat
- (4) 24 minggu : setinggi pusat
- (5) 28 minggu : 3 jari di atas pusat
- (6) 32 minggu : pertengahan pusat-*prosesus xiphoides* (px)
- (7) 36 minggu : 3 jari di bawah *prosesus xiphoides*
- (8) 40 minggu : pertengahan pusat-*prosesus xiphoides* (px)

2) Serviks uteri

Bertambah vaskularisasinya dan menjadi lunak, kondisi ini disebut tanda goodell. Kelenjar endoservikal membesar dan mengeluarkan banyak cairan mucus (Jannah, 2012).

3) Ovarium

Ovulasi berhenti namun masih terdapat korpus luteum graviditas sampai terbentuknya plasenta yang akan mengambil alih pengeluaran estrogen dan progesteron (Jannah, 2012),

4) Vagina dan vulva

Oleh karena pengaruh estrogen, terjadi hipervaskularisasi pada vagina dan vulva sehingga pada bagian tersebut terlihat lebih merah atau kebiruan, kondisi ini disebut tanda *chadwick* (Jannah, 2012).

b. Payudara

- 1) Payudara menjadi lebih besar, kenyal dan terasa tegang.
- 2) Areolla mengalami hiperpigmentasi.
- 3) Glandula montgomeri makin tampak.
- 4) Papila mammae makin membesar/menonjol.

Pengeluaran ASI belum berlangsung karena prolaktin belum berfungsi (Jannah, 2012).

c. Sistem Muskuloskeletal

Pengaruh hormon estrogen dan progesteron sehingga terjadi relaksasi dari ligamen-ligamen dalam tubuh menyebabkan peningkatan mobilitas dari sambungan/otot terutama otot-otot pada *pelvic*.

Bersamaan dengan membesarnya uterus menyebabkan perubahan yang drastis pada kurva tulang belakang yang biasanya menjadi salah satu ciri pada ibu hamil. Perubahan tersebut dapat meningkatkan ketidaknyamanan dan rasa sakit pada bagian tulang belakang yang bertambah seiring dengan penambahan umur kehamilan.

Sejak trimester 1 akibat peningkatan kadar hormon estrogen dan progesteron, terjadi relaksasi dari jaringan ikat, kartilago dan ligament juga meningkatkan jumlah cairan synovial. Persamaan dua keadaan tersebut, terjadi peningkatan fleksibilitas dan mobilitas persendian.

Pada trimester II dan III hormon progesteron dan hormon relaxing menyebabkan relaksasi jaringan ikat dan otot-otot. Hal ini terjadi maksimal pada satu minggu terakhir kehamilan. Proses relaksasi ini memberikan kesempatan pada panggul untuk meningkatkan kapasitasnya sebagai persiapan proses persalinan, tulang pubik melunak menyerupai tulang sendi, sambungan sendi *sacroccigis* mengendur membuat tulang *coccigis* bergeser ke arah belakang sendi panggul yang tidak stabil. Pada ibu hamil hal ini menyebabkan sakit pinggang. Postur tubuh wanita secara bertahap akan berubah karena janin membesar dalam abdomen sehingga untuk mengkompensasi penambahan berat badan ini. Bahu lebih tertarik ke belakang dan tulang lebih melengkung, sendi tulang belakang lebih lentur dan dapat menyebabkan nyeri punggung pada beberapa wanita (Jannah, 2012).

d. Sistem kardiovaskuler

Pada kehamilan denyut nadi istirahat meningkat sekitar 10 sampai 15 denyut per menit karena diafragma semakin naik terus selama kehamilan, jantung digeser ke kiri dan ke atas.

1) Trimester I

Sirkulasi darah ibu dalam kehamilan di pengaruhi oleh adanya sirkulasi ke plasenta. Uterus yang membesar dengan pembuluh-pembuluh darah yang membesar pula, mammae dan alat-alat lainnya yang memang berfungsi berlebihan dalam kehamilan. Suplai darah ke rahim harus meningkat seiring dengan perkembangan rahim dan memenuhi kebutuhan plasenta yang mulai berfungsi.

2) Trimester II

Ukuran jantung membesar karena ada peningkatan beban kerja yang di sebabkan oleh meningkatnya *cardiac output*. Cardiac output jantung yang meningkat mengakibatkan sedikit daya tahan tubuh. Dinding-dinding pembuluh darah mengalami relaksasi dan membesar akibat pengaruh hormon progesteron.

Kapasitas pembuluh darah dan kapiler juga bertambah, curah jantung akan bertambah sekitar 30%. Bertambahnya hemodilusi darah mulai tampak sekitar umur kehamilan 16 minggu, volume darah meningkat tetapi tekanan darah cenderung akan menurun (Jannah, 2012).

3) Trimester III

Volume darah semakin meningkat dimana jumlah darah lebih besar dari pertumbuhan sel darah sehingga terjadi semacam pengenceran darah. Hemodilusi mencapai puncaknya pada umur kehamilan 32 minggu, serum darah volume darah bertambah sebesar 25 sampai 30%. Selama kehamilan dengan adanya peningkatan volume darah pada semua organ dalam tubuh sehingga terlihat adanya perubahan yang signifikan pada sistem kardiovaskuler (Jannah, 2012).

e. Sistem endokrin

1) Hormon Plasenta

Sekresi hormon plasenta dan HCG dari plasenta janin mengubah organ endokrin secara langsung. Peningkatan kadar estrogen menyebabkan produksi globulin meningkat dan menekan produksi tiroksin, kortikosteroid dan steroid, dan akibatnya plasma yang mengandung hormon-hormon ini akan meningkat jumlahnya.

2) Kelenjar tyroid

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

hiperflasi dari jaringan glandula dan peningkatan vaskularitas. walau kadang – kadang mungkin menuju hipertyroid, fungsi tyroid biasanya normal (Jannah, 2012).

f. Sistem pernafasan

Selam kehamilan sirkumferensia torak akan bertambah ± 6 cm, tetapi tidak mencukupi penurunan kapasitas residua fungsional dan volume residu paru-paru karena pengaruh diafragma yang naik ± 4 cm selama kehamilan. Frekuensi pernafasan hanya mengalami sedikit perubahan selama kehamilan, tetapi volume tidal, volume ventilasi per menit dan pengambilan oksigen per menit akan bertambah secara signifikan pada kehamilan lanjut. Perubahan ini akan mencapai puncaknya pada minggu ke-37 dan akan kembali hampir seperti sedia kala dalam 24 minggu setelah persalinan (Prawirohardjo, 2011).

5. Perubahan Psikologis Dalam Masa Kehamilan

Menurut Jannah (2012), perubahan psikologis selama kehamilan sebagai berikut:

a. Perubahan psikologis TM I

- 1) Ibu merasa tidak sehat dan kadang merasa benci dengan kehamilannya.
- 2) Kadang muncul penolakan, kekecewaan, kecemasan, dan kesedihan, baik kadang ibu berharap agar dirinya tidak hamil saja.
- 3) Ibu akan selalu mencari tanda-tanda apakah ia benar-benar hamil. Hal ini dilakukan sekadar untuk meyakinkan dirinya.
- 4) Setiap perubahan yang terjadi dalam dirinya akan selalu mendapat perhatian dengan seksama.
- 5) Hasrat untuk melakukan hubungan seks berbeda-beda pada tiap wanita, tetapi kebanyakan akan mengalami penurunan.

b. Perubahan Psikologis TM II

- 1) Ibu mulai merasa sehat dan mengharapkan bayinya

- 2) Sudah menerima kehamilannya dan mulai dapat menggunakan energi dan pikirannya secara lebih konstruktif.
 - 3) Mulai merasa kehadiran bayinya sebagai seseorang di luar dari dirinya sendiri.
 - 4) Pengenalan pada pergerakan janin.
- c. Perubahan psikologis TM III
- 1) Ibu merasa tidak sabar menunggu kehadiran bayinya.
 - 2) Merasa khawatir bayinya akan lahir sewaktu-waktu yang menyebabkan ibu meningkatkan kewaspadaan akan timbulnya tanda dan gejala persalinan serta ketidaknormalan bayinya.
 - 3) Rasa tidak nyaman akibat kehamilan timbul kembali, merasa dirinya jelek dan aneh serta gangguan body image.
6. Kebutuhan Ibu Hamil
- Menurut Jannah (2012), kebutuhan ibu selama hamil yaitu:
- a. Kebutuhan nutrisi
- Kebutuhan makanan bagi ibu hamil lebih banyak dari kebutuhan wanita yang tidak hamil, karena ibu mengandung bayinya yang sama-sama memerlukan nutrisi yang cukup. Ibu hamil harus makan dalam porsi yang cukup namun perlu diwaspadai adanya kenaikan berat badan yang berlebihan.
- 1) Kebutuhan energi
 - a) TM I : penambahan energi 180 kkal/hari
 - b) TM II : penambahan 300 kkal/hari
 - 2) Sumber protein
 - a) Berfungsi membentuk jaringan tubuh yang menyusun struktur organ seperti tulang dan otot.
 - b) Protein dibutuhkan juga untuk tumbuh kembang janin agar tumbuh secara optimal.
 - c) Pembentukan sel darah merah dalam tubuh janin.
 - d) Kebutuhan protein bertambah 17 gram lebih banyak.

3) Sumber Lemak

- a) Merupakan sumber energi yang vital untuk pertumbuhan jaringan plasenta dan janin.
- b) Membantu pembentukan ASI
- c) Asam lemak tak jenuh seperti omega 3 dan omega 6 merupakan asam lemak esensial yang penting untuk proses tumbuh kembang sek syaraf dan sel otak janin

4) Sumber Karbohidrat

- a) Merupakan sumber tambahan energi yang di butuhkan bagi pertumbuhan dan perkembangan janin selama di dalam kandungan.
- b) TM I : untuk pembentukan sel darah merah.
- c) TM II dan III : persiapan tenaga ibu dalam proses persalinan.

5) Sumber Vitamin

a) Vitamin A

Berperan dalam pergantian sel baru pada semua jaringan tubuh dan sel saraf, pembentukan tulang, gigi, mencegah cacat bawaan, sistem kekebalan tubuh ibu hamil. Kira-kira 300 RE/hari dari sebelum hamil.

b) Vitamin C

- (1) Berfungsi penyerapan Fe untuk mencegah anemia.
- (2) Memperkuat pembuluh darah mencegah perdarahan.
- (3) Ibu hamil di anjurkan menambah asupan vitamin C 10mg/hari.

c) Vitamin D

Diperlukan untuk penyerapan kalsium dapat di peroleh dari pancaran sinar matahari.

6) Sumber Mineral

- a) Kalsium untuk pembentukan tulang dan gigi. Kebutuhan kalsium ibu hamil adalah sebesar 500 mg/hari
- b) Seng

c) Yodium

d) Zat besi pemberian tablet Fe secara rutin adalah untuk membangun cadangan besi, sintesa sel darah merah dan sintesa darah otot. Setiap tablet Fe mengandung FeSO_4 320 mg (zat besi 30 mg), minimal 90 tablet selama kehamilan.

e) Serat

b. Kebutuhan Personal Hygiene

Perawatan kebersihan selama kehamilan tidak jauh berbeda dengan saat tidak hamil, akan tetapi saat kehamilan ibu hamil rentan terkena infeksi akibat penularan bakteri dan jamur. Tubuh ibu hamil sangatlah perlu dijaga kebersihannya mulai dari kepala sampai kaki termasuk halnya pakaian ibu hamil senantiasa dijaga kebersihannya.

Mengganti pakaian dalam sesering mungkin sangatlah dianjurkan karena selama kehamilan keputihan pada vagina meningkat dan jumlahnya bertambah disebabkan kelenjar leher rahim bertambah jumlahnya.

c. Kebutuhan Seksual

Jika kehamilan ibu normal serta tidak mempunyai kecenderungan melahirkan prematur dan abortus maka senggama dapat dilakukan dengan frekuensi yang normal untuk pasangan tersebut.

d. Imunisasi

Imunisasi selama kehamilan sangat penting dilakukan untuk mencegah penyakit yang bisa menyebabkan kematian ibu dan janin. Jenis imunisasi yang diberikan adalah Tetanus Toxoid (TT) yang dapat mencegah penyakit tetanus. Imunisasi TT pada ibu hamil harus terlebih dahulu ditentukan status kekebalan/imunisasinya.

Screening status imunisasi TT harus dilakukan sebelum pemberian vaksin. Pemberian imunisasi TT tidak perlu dilakukan bila hasil *screening* menunjukkan wanita usia subur telah

mendapatkan imunisasi TT5 yang harus dibuktikan dengan buku KIA, rekam medis, dan atau kohort. Kelompok ibu hamil yang sudah mendapatkan TT2 sampai dengan TT5 dikatakan mendapatkan imunisasi TT2+ (Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2016).

Tabel 2.1 Skrining Imunisasi TT

Riwayat imunisasi ibu hamil	Imunisasi yang didapat	Status imunisasi
Imunisasi dasar lengkap	DPT-Hb 1 DPT-Hb 2 DPT-Hb 3	T1 & T2
Anak sekolah kelas 1 SD	DT	T3
Anak sekolah kelas 2 SD	Td	T4
Anak sekolah kelas 3 SD	Td	T5
Calon pengantin, Masa hamil	TT	Jika status T diatas yang tidak dipenuhi lanjutkan urutan T yang belum terpenuhi, perhatikan interval pemberian

Sumber: PPIBI, 2016

Tabel 2.2 Jadwal Imunisasi TT

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

Sumber: Jannah, 2012

7. Asuhan Antenatal Care (ANC)

Menurut Manuaba (2010), konsep dasar teori ANC adalah sebagai berikut:

a. Pengertian ANC

Antenatal care adalah pelayanan yang diberikan oleh ibu hamil secara berkala untuk menjaga kesehatan ibu dan bayinya.

Pelayanan antenatal ini meliputi pemeriksaan kehamilan, upaya koreksi terhadap penyimpangan intervensi dasar yang dilakukan.

b. Tujuan ANC

- 1) Memantau kemajuan untuk memastikan kesehatan ibu dan tubuh kembang anak.
- 2) Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental dan sosial budaya ibu dan bayi.
- 3) Mengenali secara dini adanya ketidaknormalan atau komplikasi yang mungkin terjadi selama kehamilan termasuk riwayat penyakit secara umum, kebidanan, pembedahan.
- 4) Mempersiapkan persalinan cukup bulan, melahirkan dengan selamat ibu maupun bayinya dengan trauma seminimal mungkin.
- 5) Mempersiapkan ibu agar masa nifas berjalan normal dan pemberian ASI eksklusif.
- 6) Mempersiapkan peranan ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang secara normal.

c. Frekuensi kunjungan ANC

- 1) Minimal 1 kali pada trimester I
- 2) Minimal 1 kali pada trimester II
- 3) Minimal 2 kali pada trimester III

d. Tempat pelayanan ANC

Ibu hamil dapat melaksanakan pemeriksaan kehamilan disarana kesehatan seperti Rumah Sakit, Puskesmas, Posyandu, Bidan Praktek Swasta dan Dokter Praktik.

e. Standar ANC yang diprogramkan

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

Menurut PP IBI (2016), dalam melakukan pemeriksaan antenatal, tenaga kesehatan harus memberikan pelayanan berkualitas sesuai standar 10T terdiri dari:

1) Timbang berat badan dan ukur tinggi badan

Penimbangan berat badan pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya gangguan pertumbuhan janin. Penambahan berat badan yang kurang dari 9 kilogram selama kehamilan atau kurang dari 1 kilogram setiap bulannya menunjukkan adanya gangguan pertumbuhan janin. Pengukuran tinggi badan pada pertama kali kunjungan dilakukan untuk menapis adanya faktor pada ibu hamil. Tinggi badan ibu hamil kurang dari 145 cm meningkatkan resiko untuk terjadinya *CPD* (*Cephalo Pelvic Disproportion*).

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, protein urine, dan pemeriksaan spesifik daerah endemis / epidemi (malaria, IMS, HIV, dll). Sementara pemeriksaan laboratorium lain yang dilakukan atas indikasi pada ibu hamil yang melakukan kunjungan antenatal.

9) Tatalaksana/penanganan kasus

Berdasarkan hasil pemeriksaan antenatal diatas dan hasil pemeriksaan laboratorium, 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.

8. MAP dan ROT

a. Pengertian MAP

Tekanan arteri rata – rata adalah tekanan yang mendorong darah maju menuju jaringan siklus jantung. MAP didefinisikan sebagai tekanan darah arteri rata – rata selama satu siklus jantung yang mencerminkan tekanan perfusi hemodinamik dari organ vital.

Tekanan ini harus dijaga karena jika terlalu lemah, aliran darah tidak akan adekuat ke organ atau jaringan. Sementara apabila berlebihan jantung akan bekerja terlalu keras serta peningkatan risiko kerusakan vaskular maupun rupturnya pembuluh darah kecil (Sherwood, 2014).

Mean arterial pressure (MAP) adalah nilai rata-rata tekanan arteri yang dinilai dengan mengukur tekanan diastole dan sistol, kemudian menentukan nilai rata-rata arteri dengan menggunakan rumus MAP. MAP dikatakan positif jika hasilnya > 90 mmHg, negatif jika hasilnya <90 mmHg (Norontoko, 2015).

b. Rumus MAP

Tekanan arteri rerata dapat ditentukan dengan rumus berikut (Sherwood, 2014).

$$\text{Tekanan arteri rerata (mmHg)} = \frac{\text{tekanan sistole} + 2 \text{ tekanan diastole}}{3}$$

Mean Arterial Pressure mampu menjadi prediktor hipertensi dalam kehamilan, MAP adalah alat yang ampuh untuk memprediksi pre eklamsia pada trimester awal kehamilan dan menghasilkan tingkat deteksi yang tinggi (72%). Sesuai dengan teori MAP yaitu tekanan arteri rata – rata normal sepanjang siklus jantung adalah 95 mmHg. MAP ditentukan oleh volume stroke, jika volume stroke tinggi maka nilai MAP akan meningkat dan bila volume stroke menurun maka akan di ikuti dengan turunnya nilai MAP. MAP paling prediktif untuk menjadi parameter jika pemeriksaan dilakukan pada trimester kedua kehamilan. Ini disebabkan karena pada trimester pertama, tekanan darah sistolik dan diastolik mengalami peningkatan yang fisiologis sehingga menunjukkan akurasi yang buruk sebagai prediktor pre eklamsia. Sejalan dengan penelitian bahwa kombinasi riwayat ibu dan MAP pada usia kehamilan 13-20 minggu mampu menjadi prediktor pre eklamsia.

c. Pengertian ROT

Roll Over Test (ROT) adalah pengukuran tekanan darah pada dua posisi yang berbeda, yaitu pada posisi tidur sisi kiri dan posisi tidur

terlentang. ROT dikatakan positif jika terjadi perubahan/peningkatan tekanan darah diastolik antara posisi tidur samping dan terlentang ≥ 15 mmHg dan negatif saat perubahan diastol < 15 mmHg (Norontoko, 2015).

d. Prosedur kerja pengukuran MAP dan ROT

Untuk mengukur *Mean Arterial Pressure* (MAP) dan *Roll Over Test* (ROT). Intensitas MAP dan ROT diukur menggunakan data rasio satuan milimeter air raksa (mmHg). Adapun prosedur kerja pengukuran MAP adalah sebagai berikut :

- 1) Memastikan ibu hamil dalam keadaan relaks, punggung bersandar, kaki harus nyaman dan menapak ke lantai.
- 2) Memastikan bahwa angka *sphygmomanometer* dapat terlihat, dan posisi pemeriksa juga harus nyaman.
- 3) Memasang manset pada lengan kiri ibu hamil dengan pipa sejajar dengan arteri brakhialis.
- 4) Memastikan denyut nadi pada arteri brakhialis dan memulai memompa sampai tidak terabanya denyut dan tandai tekanan yang didapat.
- 5) Meletakkan bell stetoskop di atas arteri brakhialis.
- 6) Memutar klep searah jarum jam, sampai klep pada pemompa karet tertutup rapat.
- 7) Manset dipompa sampai tekanan 30 mmHg hingga denyut arteri brakhialis tidak lagi teraba.
- 8) Selanjutnya secara perlahan memutar klep balon pemompa karet dan mendengarkan tekanan sistole dan diastole
- 9) Mencatat hasil dan menghitung nilai MAP dengan menggunakan rumus : $MAP = \frac{[Tekanan\ Sistole + 2 (Diastole)]}{3}$

Prosedur kerja pengukuran ROT adalah sebagai berikut :

- 1) Mempersilahkan ibu hamil untuk naik keatas tempat tidur dan mengarahkan ibu untuk tidur dengan posisi miring ke kiri dan dalam keadaan relaks selama 15 menit.

- 2) Memastikan bahwa angka *sphygmomanometer* dapat terlihat dan posisi pemeriksa juga harus nyaman.
- 3) Memasang manset pada lengan kiri ibu hamil dengan pipa sejajar dengan arteri brakhialis.
- 4) Memastikan denyut nadi pada arteri brakhialis dan memulai memompa sampai tidak terabanya denyut dan tandai tekanan yang didapat.
- 5) Meletakkan bell stetoskop di atas arteri brakhialis.
- 6) Memutar klep searah jarum jam, sampai klep pada pemompa karet tertutup rapat.
- 7) Manset dipompa sampai tekanan 30 mmHg hingga denyut arteri brakhialis tidak lagi teraba.
- 8) Selanjutnya secara perlahan memutar klep balon pemompa karet dan mendengarkan tekanan sistole dan diastole.
- 9) Mencatat hasil pengukuran tekanan darah miring kiri.
- 10) Mempersilahkan ibu hamil untuk mengubah posisi tidur menjadi posisi terlentang dan dalam keadaan relaks selama 15 menit.
- 11) Memastikan denyut nadi pada arteri brakhialis dan memulai memompa sampai tidak terabanya denyut dan tandai tekanan yang didapat.
- 12) Meletakkan bell stetoskop di atas arteri brakhialis.
- 13) Memutar klep searah jarum jam, sampai klep pada pemompa karet tertutup rapat.
- 14) Manset dipompa sampai tekanan 30 mmHg hingga denyut arteri brakhialis tidak lagi teraba.
- 15) Selanjutnya secara perlahan memutar klep balon pemompa karet dan mendengarkan tekanan sistole dan diastole.
- 16) Mempersilahkan dan mendampingi ibu untuk turun dari atas tempat tidur.
- 17) Mencatat hasil pengukuran tekanan darah terlentang.
- 18) Menghitung dan mencatat selisih tekanan darah diastole posisi miring kiri dengan posisi terlentang.

9. Kartu Skor Poedji Rochjati

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

- a. Daftar faktor resiko dengan gambar yang cukup komunikatif, mudah dimengerti, diterima, digunakan oleh ibu hamil, suami, keluarga dan masyarakat pedesaan.
- b. 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 :

1) Kelompok faktor resiko I

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

a) Tujuh Terlalu, meliputi :

- (1) Primi muda
- (2) Primi tua
- (3) Primi tua sekunder
- (4) Umur \geq 35 tahun
- (5) Grande multi
- (6) Anak terkecil umur $<$ 2 tahun
- (7) Tinggi badan rendah \leq 145 cm

b) Tiga pernah, meliputi :

- (1) Riwayat obstetri yang jelek
- (2) Persalinan lalu mengalami perdarahan pasca persalinan dengan infus/transfusi, uri manual, tindakan pervaginam,
- (3) Bekas operasi sesar.

2) Kelompok Faktor resiko II

Ada Gawat Obstetrik/AGO antara lain :

a) Penyakit ibu seperti TBC, kurang darah, malaria, penyakit jantung dan sebagainya

b) Pre eklampsia ringan

c) Hamil kembar

d) Letak lintang

e) Hidramnion

f) Serotinus

g) Letak sungsang

h) IUFD

3) Kelompok faktor resiko III

Ada Gawat Darurat Obstetrik/AGDO meliputi :

a) Perdarahan Antepartum

b) Pre eklampsia berat/Eklampsia

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

1) Kehamilan Resiko Rendah/KRR

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

2) 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 bisa di tolong oleh bidan atau dokter dan tempat persalinan di polindes, puskesmas, atau rumah sakit.

3) 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 bisa ditolong oleh dokter dan tempat persalinan di rumah sakit.

9. Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K)

Menurut PP IBI (2016), P4K dengan stiker adalah kepanjangan dari program perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi 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.

a. Tujuan P4K

- 1) Terdatanya status ibu hamil dan terpasangnya stiker P4K di setiap rumah ibu hamil yang memuat informasi tentang:
 - a) Lokasi tempat tinggal ibu hamil
 - b) Identitas ibu hamil
 - c) Taksiran persalinan
 - d) Penolong persalinan, pendamping persalinan, dan fasilitas tempat persalinan
 - e) Calon donor darah, transportasi yang akan digunakan serta pembiayaan.
- 2) Adanya perencanaan persalinan, termasuk pemakaian metode KB pasca persalinan yang sesuai dan disepakati ibu hamil, suami, keluarga, dan bidan.
- 3) Terlaksananya pengambilan keputusan yang cepat dan tepat bila terjadi komplikasi selama kehamilan, persalinan, dan nifas.
- 4) 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.

b. Manfaat P4K

- 1) Mempercepat berfungsinya desa siaga
- 2) Meningkatnya cakupan pelayanan ANC sesuai standar
- 3) Meningkatnya cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan terampil
- 4) Meningkatnya kemitraan bidan dan dukun
- 5) Tertanganinya kejadian komplikasi secara dini
- 6) Meningkatnya peserta KB pasca persalinan
- 7) Terpantaunya kesakitan dan kematian ibu dan bayi
- 8) Menurunnya kejadian dan kematian ibu serta bayi.

c. Peran bidan dalam P4K

- 1) Masa kehamilan
 - a) Melakukan pemeriksaan ibu hamil (ANC) sesuai standar minimal 4 kali selama hamil
 - b) Melakukan penyuluhan dan konseling pada ibu hamil dan keluarga
 - c) Melakukan kunjungan rumah
 - d) Melakukan pencatatan pada kartu ibu, kohort ibu, dan buku KIA
 - e) Membuat laporan PWS-KIA
 - f) Memberdayakan unsur-unsur masyarakat termasuk suami, keluarga, dan kader untuk terlibat aktif dalam P4K.
- 2) Masa persalinan
 - a) Memberikan pertolongan persalinan sesuai standar
 - b) Mempersiapkan sarana prasarana persalinan aman termasuk pencegahan infeksi
 - c) Memantau kemajuan persalinan sesuai partograf
 - d) Melakukan asuhan persalinan normal sesuai standar
 - e) Melakukan manajemen aktif kala III
 - f) Melaksanakan inisiasi menyusui dini (IMD)

- g) Melakukan perawatan bayi baru lahir
- h) Melakukan tindakan apabila mengalami komplikasi
- i) Melakukan rujukan bila diperlukan
- j) Melakukan pencatatan persalinan paasa kartu ibu, kartu bayi, kohort ibu dan bayi, register persalinan, dan buku KIA
- k) Membuat pelaporan PWS-KIA dan AMP

3) Masa nifas

- a) Melakukan kunjungan nifas (KF1, KF2, KF lengkap), (KN1, KN2, KN lengkap)
- b) Melakukan penyuluhan dan konseling pada ibu, keluarga dan masyarakat
- c) Melakukan rujukan bila diperlukan
- d) Melakukan pencatatan pada kohort bayi dan buku KIA
- e) Membuat laporan PWS-KIA dan AMP.

2.1.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Teori Masa Kehamilan

ASUHAN KEBIDANAN TEORI
 Pada Ny. "..." G... P.... UK Minggu dengan
 Kehamilan Normal, Janin T/H

Nama Pengkaji :

Tanggal / Jam :

Tempat Pengkajian :

I. Pengkajian

A. Data Subyektif

1. Identitas

- a. Nama : Untuk memanggil nama ibu dan untuk mencegah kekeliruan bila ada nama yang sama.
- b. Usia : untuk mengetahui apakah ibu termasuk berisiko tinggi atau tidak
- c. Agama : Berhubungan dengan perawatan penderitanya yang berkaitan dengan

- ketentuan agama
- d. Suku : Untuk mengetahui kondisi sosial budaya ibu yang dapat mempengaruhi perilaku kesehatan
- e. Pendidikan : Untuk tingkat pendidikan mempengaruhi sikap perilaku kesehatan
- f. Pekerjaan : untuk mengetahui taraf hidup dan sosial ekonomi agar nasihat kita sesuai
- g. Alamat : Untuk mengetahui ibu tinggal di mana, dan bila mengadakan kunjungan kepada penderita.

(Diana, 2017)

2. Keluhan utama

Mengetahui alasan pasien datang apakah ada keluhan atau hanya sekedar periksa kehamilannya (Sulistiyawati, 2011).

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.

b. Riwayat kesehatan dahulu

Riwayat kesehatan dahulu meliputi penyakit jantung, hipertensi, DM, TBC, ginjal, Asma, Epilepsi, ati, Malaria, penyakit kelamin, HIV/AIDS.

c. Riwayat penyakit keluarga

Riwayat kesehatan keluarga meliputi penyakit jantung, hipertensi, DM, TBC, ginjal, Asma, Epilepsi, ati, Malaria, penyakit kelamin, HIV/AIDS serta riwayat keturunan kembar.

4. Riwayat menstruasi

Riwayat menstruasi terdiri dari manarche, silkus, banyak darah yang keluar, keputihan, HPHT.

5. Riwayat obstetri

Kehamilan			Persalinan				Anak				Nifas		Laktasi		
Ke	Uk	Komp	Jenis	Tempat	Penolong	Komp	Jk	PB/BB	H/M	T/G	Usia	Lama	Komp	Lama	Komp

6. Riwayat kehamilan ini

Riwayat kehamilan ini meliputi riwayat ANC, gerakan janin, tanda-tanda bahaya/penyulit, keluhan utama, obat yang dikonsumsi, termasuk jamu.

7. Status perkawinan

Penting untuk mengkaji gambaran mengenai suasana rumah tangga dengan pasangan yang meliputi usia pertama menikah, lama menikah, status pernikahan, dan pernikahan ke berapa.

8. Riwayat KB

Meliputi jenis metode yang dipakai, waktu, tenaga dan tempat saat pemasangan dan berhenti, keluhan/alasan berhenti

9. Pola kebiasaan sehari-hari

No	Jenis	Sebelum hamil	Saat hamil
1.	Nutrisi Jenis makanan Pola makan Nafsu makan Porsi Minum	Nasi, sayur, lauk 3x/hari Baik Sedang 6 gelas/hari	Nasi, sayur, lauk, buah 3x/hari Baik Sedang 8 gelas/hari
2.	Eliminasi BAB BAK	1x/hari 3x/hari	1x/hari 6x/hari
3.	Istirahat Siang Malam	1 jam/hari 7 jam/hari	2 jam/hari 8 jam/hari
4.	Personal Hygiene Mandi Gosok gigi Ganti CD Keramas	2x/hari 2x/hari 2x/hari 2x/minggu	2x/hari 2x/hari 3x/hari 2x/minggu
5.	Kebiasaan Jamu	Ya atau Tidak	Ya atau Tidak

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, dukungan keluarga, pengambilan keputusan dalam keluarga, tempat melahirkan dan penolong yang diinginkan ibu.

B. Data Obyektif

1. Pemeriksaan umum

a. Keadaan umum

Data ini didapat dengan mengamati keadaan pasien secara keseluruhan. Hasil pengamatan yang dilaporkan kriterianya adalah sebagai berikut.

- 1) Baik. Jika pasien memperlihatkan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, serta secara fisik pasien tidak mengalami katergantungan dalam berjalan.
- 2) Lemah. Pasien dimasukkan dalam kriteria ini jika ia kurang atau tidak memberikan respons yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, dan pasien sudah tidak mampu berjalan sendiri.

(Sulistyawati, 2011)

b. Kesadaran

Untuk dapat melakukan pengkajian derajat kesadaran pasien mulai dari keadaan composmentis sampai dengan koma.

c. Tanda-tanda vital

Tanda-tanda vital : tekanan darah (90/70-130/90 mmHg), suhu badan (36,5-37,5⁰C), frekuensi denyut nadi (N: 60-100x/menit), dan pernafasan (16-28x/menit)

2. Pemeriksaan fisik

- a. Kepala : Bentuk kepala, rambut lurus/keriting, bersih/tidak, rontok/tidak
- b. Wajah : edema wajah, cloasma gravidarum.

- c. Mata : Meliputi simetris, konjuktiva, sclera
- d. Hidung : Mengkaji apakah polip /tidak, adakah cuping hidung/tidak
- e. Gilut : Bibir pucat/tidak, bibir kering/tidak, stomatitis/tidak, caries gigi/tidak.
- f. Leher : Adakah pembesaran kelenjar tyroid, kelenjar limfe, dan vena jugularis
- g. Payudara : Bentuk, hiperpigmentasi areola, keadaan puting menonjol/tidak, kolostrum, adakah benjolan atau tidak.
- h. Abdomen : Adanya bekas luka *Sectio Caesarea* (SC), hiperpigmentasi linea nigra, striae gravidarum, TFU. Palpasi abdomen untuk mengetahui letak, presentasi, posisi (usia kehamilan >36 minggu), DJJ dengan funduskop jika usia kehamilan >18 minggu.

Pemeriksaan Leopold

Leopold I : Menentukan TFU dan bagian janin yang berada di fundus.

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.

TBJ : Dilakukan untuk mengetahui berat badan janin.

Rumus TBJ (TFU - n) x 155: gram

N: posisi kepala masih diatas spina ischiadika atau di bawah. Bila diatas – 12, bila sudah masuk dibawah -11

(Jannah, 2012).

- DJJ : Dilakukan untuk mengetahui jantung janin.
- i. Genetalia : Luka, varises, cairan(warna, konsisten, jumlah, bau), keadaan kelenjar bartolini, dan nyeri tekan.
- j. Anus : Hemoroid atau tidak.
- k. Ekstremitas : Edema kaki dan tangan, varises, refleksi patela.

(Sulistyawati, 2011)

3. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan laboratorium yang bisa dilakukan pada ibu hamil adalah pemeriksaan melalui sampel urine pada ibu hamil antara lain untuk keperluan pemeriksaan tes kehamilan (PP test), warna urine, bau, kejernihan, protein dan glukosa urine. Pemeriksaan darah ibu hamil, antara lain bertujuan untuk pemeriksaan hemoglobin, golongan darah, faktor resus, rubella, dan HIV. Pemeriksaan HIV harus dilakukan dengan persetujuan ibu hamil.

II. Interpretasi Data Dasar

- 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 diagnosa.
- 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, 2009)

III. Merumuskan Diagnosa/Masalah Potensial

Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial lain berdasarkan rangkaian masalah yang lain. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila mungkin dilakukan pencegahan, sambil terus memantau kondisi pasien dan diharapkan dapat melakukan asuhan yang aman (Sulistyawati, 2011).

IV. Mengidentifikasi dan Menetapkan Kebutuhan yang Memerlukan Penanganan Segera

Dalam pelaksanaan asuhan terkadang dihadapkan pada beberapa situasi yang memerlukan penanganan segera yang mengharuskan untuk melakukan konsultasi dan kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain sesuai dengan kondisi pasien (Sulistyawati, 2011).

V. Merencanakan Asuhan Kebidanan

pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh berdasarkan langkah sebelumnya. Semua perencanaan harus dibuat sesuai dengan pertimbangan yang tepat meliputi pengetahuan, teori yang *up to date*, perawatan berdasarkan bukti (*evidence based care*, serta divalidasikan dengan asumsi mengenai apa yang diinginkan dan tidak diinginkan oleh pasien (Sulistyawati, 2011).

VI. Pelaksanaan Asuhan Kebidanan

pada langkah ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah sebelumnya dilaksanakan secara efisien dan aman. Relialisasi perencanaan dapat dilakukan oleh bidan, pasien atau keluarga, meskipun bidan tidak melakukannya sendiri bidan tetap

memikul tanggung jawab atas terlaksananya seluruh perencanaan (Sulistyawati, 2011).

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 : Gambar pendokumentasian dari tindakan evaluatif.

(Sulistyawati, 2011)

2.2 Konsep Dasar Teori Persalinan

2.2.1 Konsep Persalinan

1. Pengertian

Persalinan merupakan kejadian fisiologi yang normal dalam kehidupan. Kelahiran seorang bayi juga merupakan peristiwa sosial bagi ibu dan keluarga. Peranan ibu adalah melahirkan bayinya, sedangkan peranan keluarga adalah memberikan dukungan pada ibu ketika terjadi proses persalinan (Sumarah, 2009).

Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan di anggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai penyulit (JNPK-KR, 2014).

Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi (janin+uri) yang dapat hidup ke dunia luar, dari rahim melalui jalan lahir atau dengan jalan lain (Mochtar, 2012).

2. Sebab-sebab Mulainya Persalinan

Menurut Sumarah (2009), menyebutkan beberapa teori yang memungkinkan terjadinya proses persalinan yaitu:

a. Teori keregangan

Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu. Setelah melewati batas tersebut terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat mulai. Keadaan uterus yang terus membesar dan menjadi tegang mengakibatkan iskemia otot-otot uterus. Hal ini mungkin merupakan faktor yang dapat mengganggu sirkulasi *uteroplasenta* sehingga plasenta mengalami degenerasi. Pada kehamilan ganda seringkali terjadi kontraksi setelah keregangan tertentu, sehingga menimbulkan proses persalinan.

b. Teori penurunan progesteron

Proses penuaan plasenta terjadi mulai umur kehamilan 28 minggu, dimana terjadi penimbunan jaringan ikat, pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu. *Villi korialis* mengalami perubahan-perubahan dan produksi progesteron mengalami penurunan, sehingga otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesteron tertentu.

c. Teori oksitosin internal

Oksitosin di keluarkan oleh *kelenjar hipofise pars posterior*. Perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron dapat mengubah sensitivitas otot rahim, sehingga sering terjadi kontraksi *braxton hicks*. Menurunnya konsentrasi progesteron akibat tuanya kehamilan maka oksitosin dapat meningkatkan aktivitas, sehingga persalinan dimulai.

d. Teori prostaglandin

Konsentrasi prostaglandin meningkat sejak umur kehamilan 15 minggu, yang di keluarkan oleh desidua. Pemberian prostaglandin pada saat hamil menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga terjadi persalinan. Prostaglandin dianggap dapat merupakan pemicu terjadinya persalinan.

e. Teori plasenta menjadi tua

Penuaan plasenta akan menyebabkan turunnya kadar estrogen dan progesteron sehingga terjadi kekejangan pembuluh darah. Hal tersebut menimbulkan kontraksi (Mochtar, 2012).

f. Teori iritasi mekanik

Dibelakang serviks terletak ganglion servikalis (*fleksus frankenhauser*), bila ganglion ini digeser dan ditekan (misalnya oleh kepala janin), maka akan timbul kontraksi uterus (Mochtar, 2012).

3. Tanda dan Gejala Inpartu

Berdasarkan JNPK-KR (2014), tanda dan gejala inpartu yaitu:

- a. Penipisan dan pembukaan serviks.
- b. Kontraksi uterus yang mengakibatkan perubahan pada serviks (frekuensi minimal 2 kali dalam 10 menit).

Cairan lendir bercampur darah (“*show*”) melalui vagina.

4. Faktor yang mempengaruhi persalinan

Sumarah (2009) menjelaskan bahwa faktor yang mempengaruhi persalinan terdiri dari:

a. Passage (jalan lahir)

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.

b. Passenger (janin dan plasenta)

Passenger atau janin bergerak sepanjang jalan lahir merupakan akibat interaksi beberapa faktor, yakni ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap, dan posisi janin. Karena plasenta juga harus melewati jalan lahir, maka dianggap sebagai bagian dari passenger yang menyertai janin.

c. Power (kekuatan)

Faktor kekuatan dalam persalinan dibagi atas dua yaitu:

1) Kekuatan primer (kontraksi involunter)

Kekuatan primer berasal dari titik pemicu tertentu yang terdapat pada penebalan lapisan otot di segmen uterus bagian bawah, dari titik pemicu kontraksi di antar ke uterus bagian

bawah dalam bentuk gelombang. Dalam kekuatan primer ada frekuensi yaitu waktu antar kontraksi, durasi yaitu lama kontraksi dan intensitas yaitu kekuatan kontraksi. Kekuatan primer mengakibatkan serviks menipis dan berdilatasi sehingga janin turun.

2) Kekuatan sekunder (kontraksi volunter)

Pada kekuatan ini diafragma dan abdomen 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.

a) 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.

b) Respon Psikologi (*psychology Response*)

Respon psikologi ibu dapat di pengaruhi oleh:

- (1) Dukungan ayah bayi/pasangan selama proses persalinan.
- (2) Dukungan kakek-nenek (saudara dekat) selama persalinan.
- (3) Saudara kandung bayi selama persalinan

5. Tahapan Persalinan

Persalinan dibagi menjadi 4 tahap yaitu kala I dinamakan juga kala pembukaan serviks dari 0-10 cm, kala II disebut juga kala pengeluaran oleh karena kekuatan his dan kekuatan mencedan, janin di orong keluar sampai lahir, kala III yaitu kala uri, plasenta terlepas dari dinding uterus dan dilahirkan, kala IV mulai dari lahirnya plasenta

sampai 2 jam kemudian. Dalam kala tersebut diobservasi apakah terjadi perdarahan *post partum* (Sumarah, 2009).

a. Kala I (Pembukaan)

Kala satu persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus yang teratur dan meningkat (frekuensi dan kekuatannya) hingga serviks membuka lengkap 10 cm. Kala I terdiri dari dua fase yaitu fase laten dan fase aktif (JNPK-KR, 2014).

1) Fase laten

Pembukaan serviks yang berlangsung lambat dari pembukaan 0 sampai 3 belangsung selama 8 jam

2) Fase aktif

Berlangsung selama 6 jam dan di bagi menjadi 3 fase yaitu:

a) Fase akselerasi berlangsung selama 2 jam pembukaan menjadi 4 cm

b) Fase dilatasi maksimal selama 2 jam, pembukaan berlangsung cepat menjadi 9 cm

c) Fase deselerasi berlangsung lambat dalam waktu 2 jam menjadi pembukaan 10 cm (lengkap)

(Mochtar, 2012))

Mekanisme pembukaan serviks berbeda antara primigravida dan multigravida. Pada primigravida ostium uteri internum akan membuka terlebih dahulu, sehingga serviks mendatar dan menipis, kemudian ostium uteri eksternum membuka. Pada multigravida ostium uteri internun sudah membuka sedikit, sehingga ostium uteri internum dan eksternumserta penipisan dan pendataran serviks terjadi dalam waktu yang bersamaan (Sumarah, 2009).

b. Kala II (Kala Pengeluaran)

Pada kala pengeluaran janin, his terkoordinasi, kuat, cepat, dan lebih lama, kira-kira 2-3 menit sekali. Kepala janin telah turun dan masuk ke ruang panggul sehingga terjadilah tekanan pada otot-otot dasar panggul. Karena tekanan pada rektum, ibu merasa seperti mau buang air besar, dengan tanda anus terbuka pada waktu

his, kepala janin mulai kelihatan, vulva membuka, dan perineum meregang. Dengan his dan mendedan yang terpimpin, akan lahir kepala diikuti oleh seluruh badan janin. Kala II pada primigravida berlangsung selama 1 ½ - 2 jam, pada multigravida ½ - 1 jam (Mochtar, 2012).

c. Kala III (Kala Pengeluaran Uri)

Persalinan kala tiga dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban. Tanda-tanda lepasnya plasenta mencakup beberapa atau semua hal-hal dibawah ini:

- 1) Perubahan bentuk dan tinggi fundus.
- 2) Tali pusat memanjang.
- 3) Semburan darah mendadak dan singkat (JNPK-KR, 2014).

Cara melahirkan plasenta adalah menggunakan tehnik dorso kranial. Pengeluaran selaput ketuban. Selaput janin biasanya lahir dengan mudah, namun kadang-kadang masih ada bagian plasenta yang tertinggal. Bagian tertinggal tersebut dapat dikeluarkan dengan cara menarik pelan-pelan, memutar atau memilinnya seperti tali, memutar pada klem, 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 placenta suksenturia. Jika plasenta tidak lengkap, maka disebut ada sisa plasenta. Keadaan ini dapat menyebabkan perdarahan yang banyak dan infeksi.

Menurut Mochtar (2012), kala III terdiri dari dua fase yaitu:

a) Fase Pelepasan Plasenta

Beberapa pelepasan plasenta antara lain :

(1) Schultze

Cara ini merupakan cara yang sering terjadi (80%).

Proses lepasnya plasenta seperti menutup payung. Bagian

yang lepas terlebih dahulu adalah bagian tengah, lalu terjadi hematoma retroplasenta yang menolak plasenta mula-mula bagian tengah. Menurut cara ini, perdarahan biasanya tidak ada sebelum plasenta lahir dan berjumlah banyak setelah plasenta lahir.

(2) Duncan

Lepasnya plasenta dimulai dari pinggir plasenta lebih dulu. Darah akan mengalir keluar antara selaput ketuban. Pengeluarannya juga serempak dari tengah dan pinggir plasenta. Cara ini terjadi pada 20% kasus.

b) Fase pengeluaran plasenta

(1) Kustner

Dengan meletakkan tangan disertai tekanan pada/diatas simfisis, tali pusat di tegangkan. Jika tali pusat masuk kembali berarti belum lepas. Jika diam atau maju berarti sudah lepas.

(2) Klein

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

(3) Strassman

Tegangkan tali pusat dan ketok pada fundus, jika tali pusat bergetar berarti tali pusat belum lepas, sedangkan jika tali pusat tidak bergetar berarti sudah lepas.

d. Kala IV

Kala IV adalah dimulai dari lahirnya plasenta dan berakhir 2 jam setelah bayi lahir (JNPK-KR, 2014).

Menurut Mochtar (2012), sebelum pergi meninggalkan ibu yang baru melahirkan, periksa ulang terlebih dahulu dan perhatikan 7 pokok penting:

- 1) Kontraksi rahim: baik atau tidaknya pemeriksaan palpasi jika dilakukan masase dan berikan uterotonika seperti metergin, ergomertrin dan oksitosin.
 - 2) Perdarahan: ada atau tidak, banyak atau biasaa.
 - 3) Kandung kemih: harus kosong, jika penuh, ibu dianjurkan berkemih dan kalau tidak bisa, lakukan kateter.
 - 4) Luka-luka: jahitannya baik atau tidak, ada perdarahan atau tidak.
 - 5) Plasenta dan selaput ketuban harus lengkap.
 - 6) Keadaan umum ibu, tekanan darah, nadi, pernapasan, dan masalah lain.
 - 7) Bayi dalam keadaan baik.
6. Kebutuhan Pada Masa Persalinan
- Berdasarkan Sumarah (2009), kebutuhan ibu pada masa kehamilan yaitu:
- a. Kebutuhan psikologis
 - 1) Oksigen
 - 2) Makan dan minum
 - 3) Istirahat selama tidak ada his
 - 4) Kebersihan badan terutama genetalia
 - 5) Buang air kecil dan bunag air besar
 - 6) Pertolongan persalinan yang standar
 - 7) Penjahitan perineum bila perlu
 - b. Kebutuhan rasa aman
 - 1) Memilih tempat dan penolong persalinan
 - 2) Informasi tentang proses persalinan atau tindakan yang akan dilakukan
 - 3) Posisi tidur yang di kehendaki ibu
 - 4) Pendampingan oleh keluarga
 - 5) Panutan selama persalinan
 - 6) Intervensi yang di perlukan

c. Kebutuhan dicinta dan mencintai

- 1) Pendampingan oleh suami atau keluarga
- 2) Kontak fisik (memberi sentuhan ringan)
- 3) Masase untuk mengurangi rasa sakit
- 4) Berbicara dengan suara yang lemah lembut dan sopan

d. Kebutuhan harga diri

- 1) Merawat bayi sendiri dan menetekinya
- 2) Asuhan kebidanan dengan memperhatikan privacy ibu
- 3) Pelayanan yang bersifat empati dan simpati
- 4) Informasi bila akan melakukan tindakan
- 5) Memberikan pujian pada ibu terhadap tindakan positif yang ibu lakukan

7. Pendokumentasian

a. Lembar observasi

Selama fase laten semua asuhan, pengamatan dan pemeriksaan harus di catat di lembar observasi. Hal yang harus di catat yaitu:

- 1) Denyut jantung janin : setiap ½ jam
- 2) Frekuensi dan lamanya kontraksi teratur setiap ½ jam
- 3) Nadi : setiap ½ jam
- 4) Pembukaan serviks : setiap 4 jam
- 5) Penurunan bagian terbawah janin: setiap 4 jam
- 6) Tekanan darah dan tempratur tubuh : setia 4 jam
- 7) Produksi urine, aseton dan protein : 2-4 jam

Rujuk segera ke fasilitas kesehatan yang sesuai jika fase laten berlangsung lebih 8 jam (JNPK-KR, 2014).

b. Partograf

Berdasarkan JNPK-KR (2014), partograf adalah alat bantu untuk memantau kemajuan kala satu persalinan dan informasi untuk membuat keputusan klinik

Jika digunakan dengan tepat dan konsisten, partograf akan membantu penolong persalinan untuk:

- 1) Mencatat kemajuan persalinan
- 2) Mencatat kondisi ibu dan janinnya
- 3) Mencatat asuhan yang diberikan selama persalinan dan kelahiran
- 4) Menggunakan informasi yang tercatat untuk identifikasi dini penyulit persalinan
- 5) Menggunakan informasi yang tersedia untuk membuat keputusan klinik yang sesuai dan tepat waktu.

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 tentang ibu yang meliputi:

a) Informasi tentang ibu

Informasi tentang ibu meliputi nama, umur, gravida, para, abortus, tanggal dan waktu dirawat, serta waktu pecahnya ketuban.

b) Kondisi janin

(1) Denyut jantung janin (DJJ)

Denyut jantung janin di nilai 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 sampai dengan 160, apabila ditemukan DJJ di bawah 120 atau diatas 160 maka penolong harus waspada.

(2) Warna dan adanya air ketuban

Nilai air ketuban setiap kali melakukan pemeriksaan dalam dan nilai warna air ketuban jika selaput ketuban pecah dengan menggunakan lambang-lambang sebagai berikut:

(a) U : selaput ketuban utuh (belum pecah).

(b) J : selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban

jernih.

(c) M : selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur mekonium.

(d) D : selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur darah.

(e) K : selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban tidak mengalir lagi.

(3) Penyusupan / molase tulang kepala janin

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

(a) 0 : tulang-tulang kepala janin terpisah, sutura dengan mudah dapat dipalpasi.

(b) 1 : tulang-tulang kepala janin hanya saling bersentuhan.

(c) 2 : tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih tetapi masih dapat dipisahkan.

(d) 3 : tulang-tulang kepala janin tumpang tindih dan tidak dapat dipisahkan.

c) Kemajuan persalinan

(1) Pembukaan serviks

Nilai dan catat pembukaan serviks setiap 4 jam (lebih sering dilakukan jika ada tanda-tanda penyulit). Saat berada pada fase aktif catat pada partograf dengan memberi tanda X pada garis waspada sesuai dengan hasil pemeriksaan dalam. Hasil selanjutnya dituliskan sesuai pemeriksaan dan dihubungkan dengan garis lurus tanpa terputus.

(2) Penurunan 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.

(3) Garis waspada dan garis bertindak

Garis waspada dimulai pada 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 garis bertindak mal hai ini menunjukkan perlu dilakukan tindakan untuk menyelesaikan persalinan.

d) Waktu dan jam

(1) Waktu mulainya fase aktif

Dibagian bawah partograf tertera 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.

e) Obat-obatan dan cairan yang diberikan

(1) Oksitosin

(2) Obat-obatn lain dan cairan IV

f) Kondisi ibu

(1) Nadi, tekanan darah, dan suhu tubuh

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

(2) Volume urin dan protein

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

Pencatatan pada 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 catat asuhan yang diberikan selama masa nifas terutama pada kala IV untuk memungkinkan penolong persalinan mencegah terjadinya komplikasi dan membuat keputusan klinik yang sesuai.

c. Lembar penapisan

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. Rujuk ibu apabila didapati salah satu atau penyulit seperti berikut:

- 1) Riwaya bedah sesar
- 2) Perdarahan pervaginam
- 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 menumbung

18) Syok

2.2.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan pada Persalinan

ASUHAN KEBIDANAN TEORI

Pada Ny... G... P... UK ... Minggu Inpartu Kala ... Fase ... Dengan
Persalinan Normal, Janin T/H

Jam :

Tanggal :

S : Data subjektif merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Hellen Varney langkah pertama (pengkajian data), yang berisi tentang data pasien melalui anamnesis (wawancara) yang merupakan ungkapan langsung dari pasien (Asih, 2016).

O : Data objektif merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Hellen Varney langkah pertama (pengkajian data), yang didapat dari hasil observasi melalui pemeriksaan pasien, pemeriksaan laboratorium, dan pemeriksaan diagnostik lainnya (Asih, 2016).

1. Pemeriksaan umum

a. Keadaan umum

Data ini didapat dengan mengamati keadaan pasien secara keseluruhan

b. Kesadaran merupakan suatu pemeriksaan fisik yang bertujuan untuk memperoleh data dan sebagai dasar dalam menegakkan diagnosis. Penilaiannya dapat secara kualitatif (composmentis, apatis, samnolen, sopor, koma, delirium) dan kuantatif (diukur menurut skala koma).

c. Tanda-Tanda Vital (TTV)

Tanda-tanda vital : tekanan darah, suhu badan, frekuensi denyut nadi, dan pernafasan.

2. Pemeriksaan fisik

a. Muka : Meliputi edema wajah, cloasma

- gravidarum.
- b. Mata : Kelopak mata pucat/tidak, warna sklera
- c. Hidung : Untuk mengetahui apakah ada pembesaran polip pada hidung yang dapat berpengaruh pada jalan nafas.
- d. Telinga : Untuk mengetahui keadaan telinga apakah terdapat serumen atau tidak karena bisa berpengaruh pada pendengaran.
- e. Gilut : Mulut (bibir pucat, kemerahan), keadaan gigi (caries).
- f. Leher : Pembesaran kelenjar tyroid, pembesaran kelenjar limfe, pembesaran vena jugularis.
- g. Payudara : Simetris, hiperpigmentasi areola, keadaan puting, kolostrum.
- h. Abdomen : Adanya bekas luka SC, hiperpigmentasi linea nigra, striae gravidarum, TFU. Palpasi abdomen untuk mengetahui letak, presentasi, posisi (usia kehamilan >36 minggu), DJJ dengan funandoskop jika usia kehamilan >18 minggu.



Pemeriksaan Leopold

- Leopold I : Menentukan TFU dan bagian janin yang berada di fundus.
- 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.
 TBJ : Dilakukan untuk mengetahui berat badan janin.
 DJJ : Dilakukan untuk mengetahui detak jantung janin. Dalam keadaan normal 120-160x/menit

Pemeriksaan dalam

- Vulva vagina : Ada lendir darah atau tidak
 Portio : Teraba lunak atau tidak teraba
 Effacement : Mengetahui berapa % penipisan ostium uteri eksternum
 Pembukaan : Untuk mengetahui pembukaan berapa cm
 Ketuban : Masih utuh atau sudah pecah, berwarna jernih atau keruh atau mekonial, jam berapa pecah
 Presentasi : Kepala, bokong, dahi, kaki
 Denominator : Ubun-ubun kecil atau besar, jam berapa, os sacrum
 Molase : 0, 1, 2, 3
 Penyulit : Ada/tidak bagian kecil janin disamping kanan kiri kepala janin
 Hodge : I,II,III,IV
 Perineum : Perlu dikaji apakah adanya bekas jahitan perineum atau tidak

A : Analysis atau assesment merupakan kesimpulan dari data yang telah terkumpul meliputi diagnosis, antisipasi diagnosis atau masalah potensial, serta perlu tidaknya dilakukan tindakan segera (Asih, 2016).

P : Penatalaksanaan merupakan rencana atau tindakan yang akan

diberikan yang termasuk asuhan mandiri, kolaborasi , tes diagnosis atau laboratorium serta konseling untuk tindak lanjut (Asih, 2016).

Jika pembukaan sudah lengkap, lakukan asuhan persalinan normal 58 langkah sesuai dengan 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, perineum tampak menonjol, vulva dan spingteri ani membuka).
2. Memastikan kelengkapan alat, bahan dan obat – obatan esensial pertolongan persalinan termasuk mematahkan ampul oksitosin & memasukan alat suntik ke dalam partus set.
3. Memakai celemek plastik.
4. Memastikan lengan tidak memakai perhiasan, mencuci tangan dengan sabun & 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 dengan kapas basah yang telah dibasahi oleh air matang (DTT), dengan gerakan vulva ke perineum.
8. Melakukan pemeriksaan dalam – pastikan pembukaan sudah lengkap dan selaput ketuban sudah pecah, jika belum pecah di lakukan amniotomi.
9. Mencecupkan 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 – pastikan DJJ dalam batas normal (120 – 160 x/menit).

11. Memberi tahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik, meminta ibu untuk meneran saat ada his apabila ibu sudah merasa ingin 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.
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. Setelah 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. Periksa 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 kedua 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 (masukkan jari telunjuk diantara kaki dan pegang masing-masing kaki dengan ibu jari dan jari-jari lainnya).
25. Melakukan penilaian selintas :
 - a. Apakah bayi menangis kuat dan atau bernapas tanpa kesulitan?
 - 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-KR, 2014).

Catatan Perkembangan kala III

ASUHAN KEBIDANAN TEORI

Pada Ny P Inpartu Kala

Jam :

Tanggal :

S : Data subjektif merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Hellen Varney langkah pertama (pengkajian data), yang berisi tentang data pasien melalui anamnesis (wawancara) yang merupakan ungkapan langsung dari pasien (Asih, 2016).

O : Data objektif merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Hellen Varney langkah pertama (pengkajian data), yang didapat dari hasil observasi melalui pemeriksaan pasien, pemeriksaan laboratorium, dan pemeriksaan diagnostik lainnya (Asih, 2016).

A : Analysis atau assesment merupakan kesimpulan dari data yang telah terkumpul meliputi diagnosis, antisipasi diagnosis atau

masalah potensial, serta perlu tidaknya dilakukan tindakan segera (Asih, 2016).

P : Penatalaksanaan merupakan rencana atau tindakan yang akan diberikan yang termasuk asuhan mandiri, kolaborasi , tes diagnosis atau laboratorium serta konseling untuk tindak lanjut (Asih, 2016).

27. Memeriksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada bayi kedua
28. Memberitahu ibu bahwa akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi
29. Menyuntikan oxytosin 10 IU secara IM agar uterus berkontraksi dengan baik
30. Setelah 2 menit bayi lahir, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi, mendorong isi tali pusat kearah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm dari klem pertama
31. Penegangan tali pusat terkendali
32. Letakkan bayi agar ada kontak kulit ibu ke kulit bayi
33. Menyelimuti ibu dan dengan kain hangat dan pasang topi di kepala bayi
34. Pindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva
35. Letakkan satu tangan di atas kain diperut ibu, ditepi atas simpisis untuk mendeteksi tangan lain menegangkan tali pusat
36. Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat secara dorso-kranial
37. Melakukan penegangan dan dorongan dorso-kranial samapai plasenta terlepas.
38. Setelah plasenta muncul di intoitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan, sampai selaput ketuban terpinlin.
39. Massase fundus uterus selama 15 detik (JNPK-KR, 2014).

Catatan Perkembangan kala IV

ASUHAN KEBIDANAN TEORI

Pada Ny P Inpartu Kala

Jam :

Tanggal :

S : Data subjektif merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Hellen Varney langkah pertama (pengkajian data), yang berisi tentang data pasien melalui anamnesis (wawancara) yang merupakan ungkapan langsung dari pasien (Asih, 2016).

O : Data objektif merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Hellen Varney langkah pertama (pengkajian data), yang didapat dari hasil observasi melalui pemeriksaan pasien, pemeriksaan laboratorium, dan pemeriksaan diagnostik lainnya (Asih, 2016).

A : Analisis atau assesment merupakan kesimpulan dari data yang telah terkumpul meliputi diagnosis, antisipasi diagnosis atau masalah potensial, serta perlu tidaknya dilakukan tindakan segera (Asih, 2016).

P : Penatalaksanaan merupakan rencana atau tindakan yang akan diberikan yang termasuk asuhan mandiri, kolaborasi , tes diagnosis atau laboratorium serta konseling untuk tindak lanjut (Asih, 2016).

40. Memeriksa kelengkapan plsentia dan selaput ketuban dan pastikan lengkap dan utuh. Masukkan kedalam kantong plastik

41. Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Melakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan.

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 intramaskuler di paha 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 di 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

2.3 Konsep Dasar Teori Nifas

2.3.1 Konsep Nifas

1. Pengertian

Masa nifas adalah masa pemulihan kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti prahamil. Lama masa nifas yaitu 6-8 minggu (Mochtar, 2012).

Masa nifas atau puerperium di mulai sejak 1 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu atau 42 hari (Prawirohardjo, 2011).

2. Tahapan Masa Nifas

Menurut Mochtar (2012), tahapan masa nifas terdiri dari 3 periode yaitu:

- a. Puerperium dini yaitu kepulihan saat ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan
- b. Puerperium intermediat, yaitu kepulihan menyeluruh alat-alat genitalia yang lamanya 6-8 minggu.
- c. Puerperium lanjut yaitu waktu yang diperlukan untuk pulih dan kembali sehat sempurna, terutama jika selama hamil dan proses persalinan timbul komplikasi, waktu yang di butuhkan dapat berminggu-minggu, bulanan, atau tahunan.

3. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

a. Uterus

Uterus secara berangsur-angsur menjadi kecil (berinvolusi) hingga akhirnya kembali seperti sebelum hamil.

Tabel 2.3 Tinggi fundus uteri dan berat uterus menurut masa involusi

Involusi	Tinggi Fundus Uteri	Berat Uterus
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000 gram
Uri lahir	2 jari bawah pusat	750 gram
1 minggu	Pertengahan pusat simpisis	500 gram
2 minggu	Tidak teraba diatas simpisis	350 gram
6 minggu	Bertambah kecil	50 gram
8 minggu	Sebesar normal	30 gram

Sumber: Mochtar, 2012

b. Serviks

Setelah persalinan bentuk serviks agak menganga seperti corong, berwarna merah kehitaman. Konsistensinya lunak, kadang-kadang

terdapat perlukaan kecil. Setelah bayi lahir tangan masih bisa dimasukkan ke dalam rongga rahim, setelah 2 jam dapat dilalui oleh 2-3 jari, dan setelah 7 hari hanya dapat dilalui jari.

c. Ligamen-ligamen

Ligamen, fascia, dan diafragma pelvis yang meragang pada waktu persalinan setelah bayi lahir seara berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali.

d. Lochea

Menurut Mochtar (2012), lochea adalah cairan sekret yang berasal dari kavum uteri dan vagina dalam masa nifas :

- 1) Lochea rubra berisi darah segar dan sisa – sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, verniks kaseosa, lanugo, dan mekonium, selama 2 hari pasca persalinan.
- 2) Lochea sanguinolenta berwarna merah kuning, berisi darah dan lendir pada hari ke 3-7 pasca persalinan.
- 3) Lochea serosa berwarna kuning, cairan tidak berdarah lagi, pada hari 7-14 pasca persalinan.
- 4) Lochea alba cairan putih, setelah 2 minggu.
- 5) Lochea purulenta terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk.
- 6) Lokioistatis lochea tidak lancar keluaranya

e. Perubahan sistem pencernaan

Pasca melahirkan ibu biasanya merasa lapar sehingga diperbolehkan untuk mengkonsumsi makanan. Pemulihan nafsu makan diperlukan 3-4 hari sebelum faal usus kembali normal.

Pasca melahirkan, ibu sering mengalami konstipasi. Hal ini disebabkan tonus otot usus menurun selama proses persalinan dan awal masa post partum, diare sebelum persalinan, kurang makan, dehidarasi, hemoroid ataupun laserasi jalan lahir (Asih, 2016)

f. Perubahan sistem perkemihan

Terjadi diuresis yang sangat banyak dalam hari-hari pertama pierperium. Diuresis yang banyak mulai segera setelah persalinan

sampai 5 hari postpartum. Dinding saluran kencing memperlihatkan oedema dan *hyper anemia*. Kadang-kadang oedema dari trigonum, menimbulkan obstruksi dari uretra sehingga terjadi retensio urin. Kandung kemih dalam puerperium kurang sensitif dan kapasitasnya bertambah, sehingga kandung kemih penuh atau sesudah kencing masih tinggal urin residual. Sisa urin ini dan trauma pada kandung kemih waktu persalinan memudahkan terjadinya infeksi. Dilatasi ureter dan *pyelum*, normal kembali dalam 2 minggu (Asih, 2016).

4. Perubahan psikologi masa nifas

Menurut Asih (2016), perubahan masa nifas yaitu:

a. Riwayat psikososial

Adaptasi psikososial ibu nifas dibagi menjadi 3 fase, yaitu:

1) Taking in

Periode ini terjadi 1-2 hari sesudah melahirkan. Pada fase ini, ibu sedang fokus pada dirinya sendiri. Perhatian tertuju pada kekhawatiran akan tubuhnya, kemungkinan akan mengulang-ulang waktu dan pengalaman melahirkan. Ketidaknyamanan fisik yang dialami ibu pada fase ini seperti mulas, nyeri pada jahitan, kurang tidur, rasa bersalah karena belum bisa menyusui bayinya, kekecewaan karena mendapatkan apa yang tidak diinginkan tentang bayinya.

2) Taking hold

Periode ini berlangsung selama 3-10 hari post partum. 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.

3) 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.

5. Pelayanan kesehatan ibu nifas

Menurut Asih (2016), kunjungan pada masa nifas yaitu paling sedikit tiga kali melakukan kunjungan pada masa nifas dengan tujuan untuk:

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

Masa nifas dimulai dari enam jam sampai dengan 42 hari pasca persalinan. Jenis pelayanan kesehatan ibu nifas yang diberikan terdiri dari :

- a. Kunjungan nifas pertama (KF 1) adalah kunjungan nifas pada masa 6 jam sampai dengan 3 hari setelah melahirkan. Asuhan yang diberikan antara lain:
 - 1) Mencegah perdarahan masa nifas karena persalinan
 - 2) Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan dan rujuk jika perdarahan berlanjut
 - 3) Pemberian ASI awal
 - 4) Melakukan hubungan antara ibu dan bayi
 - 5) Memberikan ibu terapi vitamin A 200.000 iu sebanyak 2 kapsul yang berfungsi untuk mencegah pandangan mata kabur, tablet FE sebanyak 30 tablet 1x1 untuk mencegah anemia pada ibu nifas, Amoxilin 3x1 yang berfungsi sebagai profilaksis jika terjadi infeksi.
 - 6) Memberikan konseling kepada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari
- b. Kunjungan nifas kedua (KF 2), adalah kunjungan nifas dalam kurun waktu hari ke 4 sampai hari ke 28 setelah persalinan. Asuhan yang diberikan yaitu:

- 1) Memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi dengan baik, fundus pertengahan pusat-*symphysis*, tidak ada tanda-tanda perdarahan abnormal
 - 2) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, dan perdarahan abnormal
 - 3) Memastikan ibu cukup mendapatkan istirahat yang cukup
 - 4) Memastikan ibu cukup mendapatkan makanan yang bergizi
 - 5) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak ada tanda-tanda penyulit
 - 6) Memberikan konseling pada ibu mengenai hal yang berkaitan dengan asuhan pada bayi
- c. Kunjungan nifas ketiga (KF 3), adalah kunjungan nifas dalam kurun waktu hari ke 29 sampai dengan hari ke 42 setelah persalinan. Asuhan yang diberikan antara lain:
- 1) Menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang dialami
 - 2) Memberikan konseling untuk KB secara dini, imunisasi
 - 3) Tanyakan ibu mengenai suasana emosinya, bagaimana dukungan yang didapatkannya dari keluarga, pasangan, dan masyarakat untuk perawatan bayinya
6. Jadwal kunjungannya masa nifas
- Menurut Kemenkes RI (2015), kunjungan masa nifas minimal 3 kali yaitu:
- a. Kunjungan nifas pertama pada masa 6 jam sampai dengan 3 hari setelah persalinan
 - b. Kunjungan nifas kedua dalam waktu 4 hari sampai dengan 28 hari setelah persalinan
 - c. Kunjungan nifas ketiga dalam waktu hari ke 29 sampai dengan hari ke 42 setelah persalinan

2.3.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Teori Masa Nifas

ASUHAN KEBIDANAN TEORI

Ny P Nifas Hari Ke dengan Nifas Normal

Nama pengkaji :

Tanggal / Jam :

Tempat :

S : Data subjektif merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Hellen Varney langkah pertama (pengkajian data), yang berisi tentang data pasien melalau anamnesis (wawancara) yang merupakan ungkapan langsung dari pasien. 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 didapat dari hasil observasi melalui pemeriksaan pasien, pemeriksaan laboratorium, dan pemeriksaan diagnostik lainnya

1. Pemeriksaan umum

a. Keadaan umum

Keadaan umum meliputi : tingkat energi, keadaan emosi (Muslihatun dkk, 2009).

b. Kesadaran

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

c. Tanda-tanda Vital (TTV)

Tanda-tanda vital : tekanan darah, suhu badan, frekuensi

denyut nadi dan pernafasan.

2. Pemeriksaan fisik

- a. Muka : Meliputi oedema wajah, cloasma gravidarum
- b. Mata : Simetris/tidak, warna sklera, warna conjungtiva
- c. Payudara : Bentuk dan ukuran, hiperpigmentasi areola, keadaan puting, kolostrum, massa
- d. Abdomen : Adanya bekas luka SC, tinggi fundus uteri (TFU) dengan tangan, diastasis recti
- e. Genetalia : Luka, varises, cairan (warna, konsistensi, jumlah, bau), keadaan kelenjar bartoline (pembengkakan, cairan, kista), nyeri tekan, lochea
- f. Ekstremitas : Oedema kaki dan tangan, pucat pada kuku jari, varises, reflek patella, human sign

A : Analysis atau assesment merupakan kesimpulan dari data yang telah terkumpul meliputi diagnosis, antisipasi diagnosis atau masalah potensial, serta perlu tidaknya dilakukan tindakan segera

Ny P Nifas Hari Ke Dengan

P : Penatalaksanaan merupakan rencana atau tindakan yang akan diberikan yang termasuk asuhan mandiri, kolaborasi , tes diagnosis atau laboratorium serta konseling untuk tindak lanjut.

1. Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital
2. Mencegah terjadinya perdarahan nifas akibat persalinan
3. Memberikan konseling mengenai asuhan pada bayi

4. Memberikan konseling keluarga berencana secara dini
 5. Meanyakan penyulit-penyulit yang dialami selama masa nifas
- (Asih, 2016).

2.4 Konsep Dasar Neonatus

2.4.1 Konsep Neonatus

1. Pengertian

Bayi lahir normal adalah bayi yang cukup bulan, 38-42 minggu dengan berat badan sekitar 2500-3000 gram dan panjang badan sekitar 50-55 cm (Sondakh, 2013).

2. Kriteria Bayi Baru Lahir Normal

Menurut Sondakh (2013), kriteria bayi baru lahir normal sebagai berikut:

- a. Berat badan 2500-4000 gram, panjang badan lahir 42-52 cm, lingkar dada 30-38 cm, lingkar kepala 33-35 cm.
- b. Frekuensi jantung dalam menit pertama \pm 180x/menit, kemudian menurun sampai 120-140x/menit pada saat bayi berumur 30 menit.
- c. Pernapasan pada beberapa menit pertama cepat, kira-kira 80x/menit di sertai cuping hidung, retraksi supraternal, interkostal, dan rintihan yang berlangsung sekitar 10-15 menit.
- d. Kulit kemerahan dan licin karena jaringan subkutan cukup terbentuk dan lapisan vernik kaseosa
- e. Rambut lanugo tidak terlihat, rambut kepala biasanya terlihat sempurna.
- f. Kuku telah agak panjang dan lemas.
- g. Genetalia: pada perempuan ditandai dengan labia mayor sudah menutupi labia minor, pada laki-laki testis sudah turun.
- h. Refleks sucking (hisap dan menelan) sudah terbentuk dengan baik.
- i. Refleks morrow (jika terkejut bayi akan memperlihatkan gerakan tangan seperti memeluk) sudah baik.
- j. Refleks grasping (menggenggam) baik.

k. Eliminasi baik urine dan mekonium akan keluar dalam 24 jam pertama.

3. Adaptasi Fisiologi BBL terhadap Kehidupan di Luar Uterus

a. Adaptasi pernafasan

Pernafasan pertama bayi baru lahir normal terjadi dalam waktu 30 detik sesudah kelahiran. Pernafasan ini timbul sebagai akibat aktivitas normal sistem saraf pusat dan perifer yang dibantu oleh beberapa rangsangan lainnya. Semua ini menyebabkan rangsangan pusat pernafasan dalam otak dan melanjutkan rangsangan tersebut untuk menggerakkan diafragma, serta otot-otot pernafasan lainnya.

Tekanan pada rongga bayi saat melalui jalan lahir per vaginam mengakibatkan paru-paru kehilangan $\frac{1}{3}$ dari cairan yang terdapat di dalamnya, sehingga tersisa 80-100 ml, setelah lahir cairan yang hilang tersebut akan digantikan dengan udara.

b. Adaptasi kardiovaskular

1) Berbagai perubahan anatomi yang berlangsung setelah bayi lahir, beberapa perubahan terjadi dengan begitu cepat dan sebagian lagi terjadi seiring berjalannya waktu.

2) Sirkulasi perifer lambat, yang menyebabkan akrosianosis (pada tangan, kaki, dan sekitar mulut)

3) Denyut nadi berkisar 120-160 kali/menit saat bangun dan 100 kali/menit saat tidur

4) Rata-rata tekanan darah adalah 80/46 mmHg dan bervariasi sesuai dengan ukuran dan tingkat aktivitas bayi.

Dengan berkembangnya paru-paru pada alveoli akan terjadi peningkatan tekanan oksigen, sebaliknya tekanan karbondioksida menurun. Hal ini mengakibatkan terjadinya penurunan resistansi pembuluh darah dari arteri pulmonalis mengalir ke paru-paru dan ductus arteriosus tertutup. Setelah tali pusat dipotong aliran darah dan plasenta terhenti dan foramen ovale tertutup.

c. Perubahan termoregulasi dan metabolik

- 1) Suhu badan bayi baru lahir dapat turun beberapa derajat karena lingkungan eksternal lebih dingin daripada lingkungan di uterus
- 2) Suplai lemak subkutan yang terbatas dan area permukaan kulit yang besar dibandingkan dengan berat badan bayi menyebabkan bayi mudah menghantarkan panas pada lingkungan
- 3) Kehilangan panas yang cepat dalam lingkungan yang dingin terjadi melalui konduksi, konveksi, radiasi, dan evaporasi
- 4) Trauma dingin (hipotermi) pada bayi baru lahir dalam hubungannya dengan asidosis metabolik dapat bersifat mematikan bahkan pada bayi cukup bulan yang sehat.

d. Perubahan neurologis

- 1) Sistem neurologis bayi secara anatomik masih belum berkembang secara sempurna
- 2) Bayi baru lahir menunjukkan gerakan ang tidak terarah/ tidak terkoordinasi, pengaturan tubuh yang labil, kontrol otot yang buruk, mudah terkejut, dan tremor pada ekstremitas
- 3) Perkembangan neonatus sangat cepat. Saat bayi tumbuh, perilaku yang lebih kompleks
- 4) Refleks bayi baru lahir merupakan indikator penting perkembangan bayi.

Tabel 2.4 Reflek pada bayi baru lahir

Refleks	Respon
Rooting dan menghisap	Bayi baru lahir menolehkan kepalanya ke arah stimulus, membuka mulut dan mulai menghisap bila pipi, bibir atau sudut mulut bayi di sentuh dengan jari atau puting
Menelan	Bayi baru lahir menelan berkoordinasi dengan menghisap bila cairan di letakkan di belakang lidah
Ekstrusi	Bayi baru lahir menjulurkan lidah keluar apabila ujung lidah di sentuh dengan jari atau outing

Moro	Ekstensi simetris bilateral dan abduksi seluruh ekstremitas, dengan ibu jari dan jari telunjuk membentuk “C”, diikuti dengan adduksi ekstremitas dan kembali fleksi relaks jika posisi bayi berubah tiba-tiba atau jika bayi diletakkan terlentang pada permukaan yang datar
Melangkah	Bayi akan melangkah dengan satu kaki dan kemudian kaki lainnya dengan gerakan berjalan bila satu kaki di sentuh pada permukaan rata
Merangkak	Bayi akan berusaha untuk merangkak ke depan dengan kedua tangan dan kaki bila diletakkan telungkup pada permukaan yang datar
Tonik leher	Ekstremitas pada satu sisi di mana saat kepala di tolehkan akan ekstensi dan ekstremitas yang berlawanan akan fleksi bila kepala bayi ditolehkan ke satu sisi selagi beristirahat
Terkejut	Bayi melakukan abduksi dan fleksi seluruh ekstremitas dan dapat mulai menangis bila mendapat gerakan mendadak atau suara keras
Ekstensi silang	Kaki bayi yang berlawanan akan fleksi dan kemudian ekstensi dengan cepat seolah-olah berusaha untuk memindahkan stimulus ke kaki yang lain bila diletakkan telentang, bayi akan mengekstensikan satu kaki sebagai respons terhadap stimulus pada telapak kaki
Glabellar “blink”	Bayi akan berkedip bila lakukan 4 atau 5 ketuk pertama pada batang hidung saat mata terbuka
Palmar grasp	Jari bayi akan melekuk di sekeliling benda dan menggengamnya seketika bila jari diletakkan di tangan bayi
Plantar grasp	Jari bayi akan melekuk di sekeliling benda ketika jari diletakkan di telapak kaki bayi
Babinski	Jari-jari kaki bayi akan hiperekstensi dan terpisah seperti kipas dari dorsofleksi ibu jari kaki bila satu sisi kaki digosok dari tumit keatas melintasi bantalan kaki

Sumber: Sondakh, 2013

e. Adaptasi ginjal

Janin membuang toksin dan homeostasis cairan/elektrolit melalui plasenta. Setelah lahir ginjal berperan dalam homeostatis cairan/elektrolit, lebih dari 90% bayi berkemih dalam usia 24 jam,

dan memproduksi urine 1-2 ml/kg/jam. Pematangan ginjal berkembang sampai usia gestasi 36 minggu.

4. Kebutuhan Bayi Baru Lahir

Menurut Deslidel (2011), kebutuhan bayi baru lahir sebagai berikut:

a. Nutrisi

Pemberian makanan bayi di mulai sejak masih di dalam rahim ibu. Oleh karena ini makanan yang baik selama kehamilan sangat penting sehingga bayi lahir dengan gizi yang baik. Setelah bayi lahir usahakan kontak dini antara ibu dan bayi untuk memungkinkan pemberian ASI.

ASI adalah yang terbaik untuk bayi karena selalu segar, sangat aman dan bebas infeksi, di buat secara ilmiah untuk bayi, mudah dicerna, suhu tepat, mengandung beberapa antibodi, dan menolong bayi menerima kasih sayang dari ibu.

Pemberian ASI dilakukan pada satu jam pertama setelah lahir, beri ASI sesering mungkin sesuai kebutuhan bayi 2-3 jam sekali jangan di batasi, jangan beri empeng pada bayi yang di beri ASI, karena dapat membuat bayi bingung puting atau bias sehingga bayi tidak mau diberi ASI lagi, jangan memberi makanan lain selain ASI sampai berusia 6 bulan.

b. Eliminasi

Pada masa bayi, buang air kecil/besar merupakan proses yang involunter tanpa terkontrol. Kapan dan dimana saja dapat berkemih. Bayinya biasanya mulai berkemih dalam 48 jam pertama kelahirannya. Keluarnya urine sangat bervariasi tergantung pada usia gestasi, asupan cairan dan larutan, kemampuan ginjal dalam mengosentrasikan. Keluarnya urine meningkat pada masa neonatal kerana bayi yang mendapat ASI akan mengeluarkan urine 20 cc selama 24 jam pertama, kemudian meningkat menjadi 200 cc pada hari ke-10. Biasanya urine dikeluarkan secara teratur dalam jumlah yang sedikit dan pada minggu kedua bayi dapat membasahi popok. Dalam sehari bayi buang air besar 1-3 kali/hari. Yang perlu

di perhatikan setiap bayi selesai buang air besar/kecil harus segera di bersihkan untuk mengurangi resiko lecet dan ruam popok pada kulit bayi.

c. Personal hygiene

Bayi harus selalu dijaga agar tetap segar, hangat dan kering. Ada beberapa cara untuk menjaga kulit bayi bersih yaitu dengan memandikan bayi, mengganti popok atau pakaian bayi sesuai dengan keperluan, dan menjaga kebersihan pakaian dan hal-hal yang bersentuhan dengan bayi.

d. Keamanan

Bayi harus selalu di jaga baik dari trauma maupun dari infeksi, baik dari infeksi karena ketidaksterilan ataupun infeksi nosokomial. Bayi harus dijaga dari trauma dengan tidak meletakkan bayi sendiri tanpa pengaman, dan tidak meletakkan barang-barang yang mungkin membahayakan di dekat bayi

Pencegahan infeksi dilakukan dengan mencuci tangan sebelum memegang bayi, memastikan semua peralatan sudah di desinfeksi tingkat tinggi atau steril, memasikan pakaian bayi dalam keadaan bersih.

5. Masalah Pada Bayi Baru Lahir

Menurut Deslidel (2011), masalah pada bayi baru lahir yaitu:

a. Ikterus

Ikterus adalah mengunngnya sklera, kulit atau jaringan lainnya akibat penimbunan bilirubin dalam tubuh. Ikterus pada bayi bau lahir terdapat pada 25-50% neonatus cukup bulan dan lebih tinggi lagi pada neonatus kurang bulan. Klasifikasi ikterus yaitu:

1) Ikterus fisiologis

Ikterus yang timbul pada hari ke-2 dan ke-3 dengan kadar bilirubin indirek sesudah 2 x 24 jan tidak melewati 15 mg% pada neonatus kurang bulan dan 10 mg% pada neonatus cukup bulan, peningkatan kadar bilirubin tidak melebihi 5 mg% per hari, kadar bilirubin direk tidak melebihi 1 mg%.

Penatalaksanaannya yaitu dengan menjemur bayi pada pagi hari agar terkena sinar matahari dalam keadaan telanjang, mata ditutup.

2) Ikterus patologis

Ikterus yang timbul dalam 24 jam pertama dan berlangsung lebih dari 2 minggu dengan kadar bilirubin > 15 mg/dl, bilirubin direk > 2 mg/dl. Ikterus ini dapat berkembang menjadi kernikterus (kerusakan otak akibat peningkatan kadar bilirubin indirek pada otak).

b. Gumoh

Gumoh adalah keluarnya susu yang telah ditelan ketika atau beberapa saat setelah minum ASI. Penyebabnya adalah bayi sudah kenyang, posisi bayi saat menyusui salah, atau terburu-buru waktu menyusui. Untuk mengatasinya yaitu dengan cara memperbaiki teknik menyusui, setelah makan/minum usahakan anak bersendawa, bayi menyusui dengan bibir yang mencakup rapat seluruh puting susu ibu.

c. Oral trush

Oral trush adalah infeksi jamur yang terjadi pada area hangat dan basah yang ditandai dengan berca-bercak membran berwarna putih, mirip sisa-sisa susu di selaput lendir bibir, pipi, lidah palatum, dan faring. Untuk mencegah oral trush yaitu dengan membersihkan dan mengering segera daerah mulut dan sekitarnya setelah selesai menyusui serta menjaga kebersihan ibu dan bayi.

d. *Seborea*

Seborea adalah sebum lemak yang berlebihan, terjadi pada 3 bulan pertama kehidupan. Gejala klinisnya berupa ruam merah mengelupas pada kulit kepala, alis mata, lipatan leher, ketiak, lipatan paha, dan daerah popok. Penyakit menetap selama beberapa minggu sampai beberapa bulan, kemudian sembuh dengan spontan.

e. *Diaper rash*

Diaper rash disebut juga ruam popok merupakan kondisi yang lazim yang dialami pada bayi dan di perlukan perhatian khusus untuk menjaga daerah popok tetap bersih dan kering sehingga ruam tidak berkembang. Penyebabnya yaitu kebersihan yang kurang terjaga, jarang ganti popok setelah buang air kecil, udara/suhu yang terlalu panas. Untuk mengatasinya dengan mengganti popok setiap popok basah atau kotor, seka daerah kemaluan dengan popok yang bersih lalu oleskan losion bayi yang sebelumnya dikeringkan dengan lembut.

6. Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM)

MTBS adalah suatu pendekatan yang terintegrasi atau terpadu dalam tata laksana balita sakit dengan fokus pada kesehatan anak usia 0-59 bulan (balita) secara menyeluruh. MTBS bukan merupakan suatu program kesehatan tetapi pendekatan atau cara penatalaksanaan balita sakit. MTBS juga mencakup balita umur kurang dari 2 bulan, baik dalam keadaan sehat maupun sakit. Umur 2 bulan tidak termasuk pada bayi muda tetapi kedalam kelompok 2 bulan sampai dengan 5 tahun (Depkes RI, 2008).

Bayi muda mudah sekali sakit, cepat menjadi berat dan serius bahkan meninggal terutama ppada satu minggu pertama kehidupan bayi. Penyakit yang terjadi pada satu minggu pertama kehidupan bayi hampir selalu terkait dengan kahamilan dan persalinan. Keadaan tersebut merupakan karakteristik khusus yang harus dipertimbangkan pada saat membuat klasifikasi penyakit. Pada bayi yang lebih tua pola penyakitnya sudah merupakan campuran dengan pola penyakit pada anak. Sebagian besar ibu memunyai kebiasaan untuk tidak membawa bayi muda ke fasilitas kesehatan guna mengantisipasi kondisi tersebut program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) memberikan pelayanan kesehatan pada bayi baru lahir melalui kunjungan rumah oleh petugas kesehatan (Depkes RI, 2008).

- a. Pelaksanaan Manajemen Terpadu Balita Muda (MTBM) pada bayi umur kurang dari 2 bulan.

Proses manajemen kasus disajikan dalam bagan yang memperlihatkan urutan langkah-langkah dan penjelasan cara pelaksanaannya:

- 1) Penilaian dan klasifikasi
- 2) Tindakan dan pengobatan
- 3) Konseling bagi ibu
- 4) Pelayanan tindak lanjut

Pendekatan MTBS tersedia formulir pencatatan “untuk bayi muda dan untuk kelompok umur 2 bulan sampai 5 tahun. Kedua formulir pencatatan ini mempunyai cara pengisian yang sama:

- (a) Penilaian berarti melakukan penilaian dengan cara anamnesis dan pemeriksaan fisik
- (b) Klasifikasi membuat keputusan mengenai kemungkinan penyakit atau masalah serta tingkat keparahannya dan merupakan suatu kategori untuk menentukan kegiatan bukan sebagai diagnosis penyakit
- (c) Tindakan dan pengobatan berarti menentukan tindakan dan memberi pengobatan di fasilitas kesehatan sesuai dengan setiap klasifikasi
- (d) Konseling juga merupakan menasehati ibu yang mencakup bertanya, mendengar jawaban ibu, memuji, memberi nasehat relefan, membantu memecahkan masalah
- (e) Pelayanan tindak lanjut berarti menentukan tindakan dan pengobatan pada saat anak datang untuk kunjungan ulang

Menanyakan kepada ibu mengenai masalah bayi muda. Tentukan pemeriksaan ini merupakan kunjungan atau kontak pertama dengan bayi muda atau kunjungan ulang untuk masalah yang sama. Kunjungan pertama lakukan pemeriksaan berikut:

- (1) Periksa bayi muda kemungkinan PENYAKIT SANGAT BERAT ATAU INFEKSI BAKTERI, seperti bayi tidak mau

minum atau memuntahkan semuanya, ada riwayat kejang, bayi bergerak jika hanya dirangsang, tarikan dada kedalam, bayi merintih, suhu tubuh $> 37,5^{\circ}\text{C}$, suhu tubuh $< 35,5^{\circ}\text{C}$, mata bernanah, pusar kemerahan meluas sampai dinding perut, dan ada pustul di kulit. Kemudian dibuat klasifikasi berdasarkan tanda dan gejala yang ditemukan.

- (2) Menanyakan pada ibu apakah bayi DIARE, jika diare periksa tanda dan gejalanya yang terkait, seperti gelisah/rewel, mata cekung, cubitan kulit perut kembalinya sangat lambat (> 2 detik) atau lambat, ada darah dalam tinja tanpa disertai gangguan saluran cerna. Kemudian klasifikasikan berdasarkan tanda dan gejalanya.
- (3) Periksa semua bayi muda untuk IKHTERUS, seperti bayi kuning pada hari pertama setelah lahir (< 24 jam), kuning ditemukan pada umur > 14 jam sampai < 14 hari, kuning ditemukan pada umur > 14 hari, kuning sampai telapak tangan dan telapak kaki, tinja berwarna pucat. Kemudian klasifikasikan berdasarkan gejala yang ada.
- (4) Periksa bayi kemungkinan BERAT BADAN RENDAH DAN ATAU MASALAH PEMBERIAN ASI. Tanyakan pada ibu apakah IMD dilakukan?, apakah ibu mengalami kesulitan pemberian ASI?, apakah bayi diberi ASI?, berapa kali dalam sehari?, apakah bayi diberi minuman selain ASI?. Kemudian klasifikasikan bayi muda berdasarkan tanda dan gejala yang ditemukan.
- (5) Menanyakan kepada ibu apakah bayinya sudah di IMUNISASI? Tentukan status imunisasi
- (6) Menanyakan status pemberian vitamin K
- (7) Menanyakan kepada ibu keluhan atau masalah lain yang terkait dengan kesehatan bayinya.

Jika bayi muda membutuhkan rujukan, segera lanjutkan pemeriksaan secara tepat. Tidak perlu melakukan penilaian pemberian ASI karena akan memperlambat rujukan.

(Depkes RI, 2008)

7. Imunisasi

Imunisasi adalah suatu upaya untuk menimbulkan/ meningkatkan kekebalan seseorang secara aktif terhadap suatu penyakit tertentu, sehingga bila suatu saat terpapar dengan penyakit tersebut tidak akan sakit atau hanya mengalami sakit ringan.

Tabel 2.5 Jadwal Imunisasi

Umur	Jenis imunisasi
0-7 hari	HbO
1 bulan	BCG, polio
2 bulan	DPT/HB1, Polio 2
3 bulan	DPT/HB2, Polio 3
4 bulan	DPT/HB3, Polio 4
9 bulan	Campak

Sumber: Departemen kesehatan RI, 2016

8. Kunjungan Neonatal

Menurut Depkes RI (2016), kunjungan neonatus yaitu:

KN 1 : 6-48 jam

KN 2 : 3-7 hari

KN 3 : 8-28 hari

9. Pelayanan Kunjungan Neonatus

a. Kunjungan neonatus pertama (KN 1), pada 6 jam sampai 48 jam setelah bayi lahir. Asuhan yang diberikan yaitu:

- 1) Memberikan salep mata kepada bayi untuk mencegah terjadinya infeksi.
- 2) Mencegah terjadinya perdarahan dan injeksi Hb Uniject 1 jam setelah penyuntikkan Vit. K untuk mencegah penyakit hepatitis B di paha kanan.
- 3) Menjaga kehangatan bayi agar terhindar dari hipotermi atau kedinginan
- 4) Mengajarkan ibu cara menyusui yang benar

- 5) Menjelaskan kepada ibu untuk memberikan ASI secara eksklusif setiap 2 jam selama 6 bulan agar pemenuhan gizi bayi tercukupi
 - 6) Menganjurkan ibu untuk menyendawakan bayi sesudah minum ASI agar bayi tidak gumoh
 - 7) Mengajarkan ibu cara perawatan tali pusat yaitu mengganti kassa sesudah mandi/ketika basah dan tidak dibubuhi apapun
 - 8) Menjelaskan kepada ibu untuk mengganti popok bayi sesering mungkin untuk mencegah terjadinya ruam popok
 - 9) Menganjurkan kepada ibu untuk datang ke tenaga kesehatan bila ada masalah pada bayinya
- b. Kunjungan neonatus kedua (KN 2), pada hari ke 3 sampai dengan hari ke 7 bayi lahir. Asuhan yang diberikan antara lain:
- 1) Melakukan tindakan pencegahan infeksi seperti mencuci tangan sebelum menetek bayi
 - 2) Menjaga kebersihan bayi seperti sering mengganti popok untuk mencegah terjadinya ruam popok
 - 3) Menjaga kebutuhan nutrisi bayi seperti memberikan ASI setiap 2-3 jam untuk pemenuhan gizi (120-150 ml/Kg BB)
 - 4) Menjelaskan pada ibu tanda bahaya bayi baru lahir seperti ikhterus, muntah, gumoh, diare dan oral thrush
 - 5) Menganjurkan ibu untuk membawa bayi ke petugas kesehatan apabila mendapatkan salah satu tanda diatas
 - 6) Menjelaskan pada ibu tentang imunisasi, tujuan dan manfaat dari imunisasi
 - 7) Menganjurkan ibu untuk rutin memeriksakan bayinya setiap bulan pada kegiatan posyandu
- c. Kunjungan neonatus ketiga (KN 3), pada hari ke 8 sampai dengan hari ke 28 bayi lahir. Asuhan yang diberikan antara lain:
- 1) Memberitahu hasil pemeriksaan pada ibu

- 2) Mengajukan ibu untuk memberikan imunisasi sesuai umurnya
- 3) Mengajukan ibu untuk memberikan hanya ASI selama 6 bulan
- 4) Mengajukan ibu untuk menjaga kebersihan bayinya dengan mandi setidaknya 2x/hari
- 5) Mengajukan ibu untuk membawa bayi ke petugas kesehatan apabila bayi mengalami gangguan kesehatan
- 6) Mengajukan ibu untuk rutin mengikuti kegiatan posyandu setiap bulan

2.4.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Teori Masa Neonatus

ASUHAN KEBIDANAN TEORI

Bayi Ny Usia Hari Dengan

Nama Pengkaji :

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.

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.

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. Pemeriksa fisik

Kepala : adakah caput succedaneum, cephal hematoma,
 keadaan ubun-ubun tertutup.

Muka : warna kulit merah

Mata : sklera putih, tidak ada perdarahan subconjunctiva

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 vena 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 : Atresia ani / tidak

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 bayi disentuh oleh jari pemeriksa, maka ia akan 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. Pemeiksaan 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 sub oksipito bregmatika : antara foramen magnum dan ubun-ubun besar (9,5 cm)
 - 2) Diameter sub oksipito frontalis : ntara foramen magnum ke pangkal hidung (11 cm)
 - 3) Dimeter fronto oksipitalis : antara titik pangkal hidung ke jarak terjauh belakang kepala (12 cm)
 - 4) Diameter Mento oksipitalis : antara dagu ke titik terjauh belakang kepala (13,5 cm)
 - 5) Diameter Sub mento bregmatika : 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 interprestasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif

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

P : Penatalaksanaan adalah membuat rencana asuhan saat ini dan yang akan datang. Rencana asuhan disusun berdasarkan hasil analisis dan interpretasi data.

1. Mempertahankan suhu tubuh bayi dengan tidak memandikan bayi setidaknya 6 jam
2. Membungkus bayi dengan kain kering, bersih, dan hangat agar tidak infeksi dan hipotermi
3. Mengajarkan ibu untuk melakukan perawatan bayi dengan metode kanguru
4. Mengajarkan pada ibu untuk segera memberikan ASI

(Sondakh, 2013).

2.5 Konsep Dasar Keluarga Berencana (KB)/Pelayanan Kontrasepsi

2.5.1 Konsep Keluarga Berencana (KB)/Pelayanan Kontrasepsi

1. Pengertian

Kontrasepsi adalah suatu usaha untuk mencegah bertemunya sperma dan ovum, sehingga tidak terjadi pembuahan yang mengakibatkan kehamilan (Koes Irianto, 2012).

2. Metode Kontrasepsi

Menurut Koes Irianto (2012), macam-macam metode kontrasepsi sebagai berikut:

a. Metode Barrier

1) Kondom

Kondom merupakan selubung/sarung karet yang dapat terbuat dari berbagai bahan diantaranya lateks (karet), plastik (vinil), atau bahan alami (produksi hewani) yang dipasang pada penis saat berhubungan seksual. Kondom terbuat dari karet sintesis yang tipis, berbentuk silinder, dengan muaranya berpinggir tebal, yang bila digulung berbentuk rata atau mempunyai bentuk seperti puting susu. Berbagai bahan telah ditambahkan pada kondom baik untuk menambah

efektifitasnya (misalnya dengan tambahan spermisida) maupun sebagai aksesoris aktifitas seksual. Modifikasi tersebut dengan berbagai bentuk, warna, pelumas, ketebalan dan bahan. Standar ketebalan adalah 0,02 mm.

Cara kerja kondom menghalangi terjadinya pertemuan sperma dan sel telur dengan cara mengemas sperma di ujung selubung karet yang dipasang pada penis sehingga sperma tidak tercurah ke dalam saluran reproduksi wanita, serta kondom dapat mencegah penularan mikroorganisme (IMS termasuk AIDS).

b. Kontrasepsi Pil

Menurut Arum dan Sujiyantini (2011), Pil kombinasi terdiri dari 2 jenis yaitu:

1) Kontrasepsi Pil Kombinasi

Kontrasepsi pil kombinasi adalah pil yang mengandung hormon esterogen dan progesteron dengan dosis tertentu. Mekanisme utama pil kombinasi untuk mencegah terjadinya kehamilan adalah dengan menghambat keluarnya sel telur (ovum) dari indung telur (ovarium). Jenis pil kombinasi:

- a) Monofasik : pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif esterogen/progesteron (E/P) dalam dosis sama, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif.
- b) Bifasik : pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon esterogen/progesteron (E/P), dalam dua dosis yang berbeda, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif.
- c) Trifasik : pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif esterogen/progesteron (E/P) dalam tiga dosis yang berbeda, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif.

Efek samping atau masalah yang terjadi :

- a) Amenore (tidak ada perdarahan atau spotting)
- b) Mual, pusing, atau muntah (akibat reaksi anafilaktik)

c) Perdarahan pervaginam/spotting.

2) Kontrasepsi Pil Progestin

Kontrasepsi pil progestin atau minipil adalah pil yang mengandung progestin dalam dosis yang sangat rendah. Jenis pil progestin diantaranya norgestrel 0,075 mg (overette), dan norethindron 0,35 mg (micronor, camila, NOR-QD). Jenis pil :

- a) Kemasan dengan isi 35 pil : 300 µg levonogestrel atau 350 µg noretindron.
- b) Kemasan dengan isi 28 pil : 75 µg desogestrel.

Efek samping dari pil progestin :

- a) Gangguan frekuensi dan lamanya haid
- b) Sefalgia (Migren)

c. Kontrasepsi Suntikan

Menurut Arum (2011), jenis kontrasepsi suntikan yaitu:

1) Kontrasepsi Suntik Kombinasi

Kontrasepsi Suntik Kombinasi (KSK) terdiri dari dua hormone yaitu progestin dan estrogen seperti hormon alami pada tubuh seorang perempuan. Suntikan kombinasi dipasarkan dengan nama dagang Ciclofem, Ciclofemina, Cyclofem, Cyclo-provera, dll.

Efektifitas :

- a) Sangat efektif (0,1-0,4 kehamilan per 100 perempuan) selama satu tahun pertama penggunaan.
- b) Resiko kehamilan lebih besar jika perempuan terlambat disuntik atau terlewatkan satu atau beberapa kali suntikan.

Efek samping dari suntik kombinasi :

- a) Amenore (tidak ada perdarahan atau spotting)
- b) Mual, pusing atau muntah (akibat reaksi anafilaktik)
- c) Perdarahan pervaginam/spotting

Tanda-tanda yang harus diwaspadai pada penggunaan suntikan kombinasi :

- a) Nyeri dada hebat atau nafas pendek. Kemungkinan ada bekuan darah di paru atau serangan jantung.
- b) Sakit kepala hebat, atau gangguan penglihatan. Kemungkinan terjadi stroke, hipertensi atau migren.
- c) Nyeri tungkai hebat. Kemungkinan terjadi sumbatan pembuluh darah pada tungkai.
- d) Tidak terjadi perdarahan atau spotting selama 7 hari sebelum suntikan berikutnya, kemungkinan terjadi kehamilan.

b. Kontrasepsi Suntik Progestin

Kontrasepsi suntik progestin yang umum digunakan adalah Depo Medroxyprogesteron Acetat (DMPA) dan Norethisterone Enanthate (Net-En) yang merupakan derivet progesterone alamiah yang ada di dalam tubuh seorang perempuan. Kontrasepsi progestin, tidak mengandung estrogen sehingga dapat digunakan pada masa laktasi dan perempuan yang tidak menggunakan kontrasepsi yang mengandung estrogen.

Efektifitas suntikan progestin memiliki efektifitas yang tinggi (3 kehamilan per 1000 perempuan) pada tahun pertama penggunaan, asal penyuntikannya dilakukan secara teratur sesuai jadwal yaitu setiap 12 minggu.

Efek samping dari suntikan progestin :

- 1) Amenore
- 2) Perdarahan Ireguler
- 3) Kenaikan berat badan
- 4) Perut kembung dan tidak nyaman
- 5) Perdarahan banyak atau berkepanjangan
- 6) Sefalgia (migren)

d. Implant

Implant adalah alat kontrasepsi berbentuk kapsul silastik berisi hormon progesteron yang ditanamkan dibawah kulit lengan bagian atas (Irianto, 2012).

1) Jenis implant

- a) Terdiri dari 6 kapsul sintetik,, dimana setiap kapsul berisi *levonorgestrel* sebanyak 36 mg (norplant)
- b) Terdiri dari satu kapsul silastik berisi 68 mg 3-*ketodesgestrel* dan 66 mg kopolimer EVA (implanon)
- c) Terdiri dari 2 kapsul silastik berisi *levonorgestrel* 75 mg (jadena)

2) Cara kerja

- a) Menekan ovulasi yang akan mencegah lepasnya sel telur dari indung telur
- b) Mengentalkan lendir serviks sehingga sperma tidak bisa masuk ke dalam rahim
- c) Menipiskan endometrium sehingga tidak siap untuk nidasi

3) Keuntungan

- 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
- 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).

e. 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 terjangkit PMS dan sudah pernah melahirkan.

1) Jenis AKDR

- a) IUD yang mengandung hormon steroid seperti IUD *progestasert*® yang mengandung progesteron dan yang baru di kembangkan IUD *Levo Nova*® mengandung *levonorgestral*.
- b) IUD yang mengandung tembaga seperti *Copper T* (CUT 380 A dan 200 C), multiload (ML CU 250 dan 375), dan *Nova T*.

2) Jangka waktu pemakaian IUD

pemakaian *IUD Copper T 380 A* mempunyai jangka waktu penyimpanan selama 10 tahun jika lebih efektifitasannya akan menurun.

3) Waktu pemasangan IUD

- a) Setiap saat pada siklus haid bila sudah dipastikan tidak hamil
- b) Pasca persalinan : segera setelah persalinan 48 jam pertama setelah persalinan atau 6-8 minggu setelah persalinan.

Perhatian hindari pemasangan setelah 1 minggu atau 6 minggu karena resiko perforasi saat pemasangan sangat besar

c) Setelah abortus spontan bila tidak ada infeksi.

2.5.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Teori Keluarga Berencana

ASUHAN KEBIDANAN TEORI

Pada Ny. ... P Akseptor KB

Nama pengkaji :

Tanggal / Jam :

Tempat :

S : Data subjektif merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Hellen Varney langkah pertama (pengkajian data), yang berisi tentang data pasien melalui anamnesis (wawancara) yang merupakan ungkapan langsung dari pasien (Asih, 2016).

O : Data objektif merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Hellen Varney langkah pertama (pengkajian data), yang didapat dari hasil observasi melalui pemeriksaan pasien, pemeriksaan laboratorium, dan pemeriksaan diagnostik lainnya (Asih, 2016).

1. Pemeriksaan Umum

a. Keadaan Umum

Kesadaran umum meliputi: tingkat energi, keadaan emosi dan postur badan ibu selama pemeriksaan, tinggi badan (TB), berat badan (BB).

b. Kesadaran

Kesadaran merupakan suatu pemeriksaan fisik yang bertujuan untuk memperoleh data dan sebagai dasar dalam menegakkan diagnosa. Penilainnya dapat secara kualitatif (composmentis, apatis, sannolen, sopor, koma, delirium) dan kuantatif (diukur menurut skala koma).

c. Tanda-Tanda Vital (TTV)

Tanda-tanda vital: tekanan darah, suhu badan, frekuensi denyut nadi, dan pernafasan (Muslihatun, 2009).

2. Pemeriksaan Fisik

Muka : Meliputi oedema wajah,
cloasma gravidarum

Mata : Kelopak mata pucat/tidak,
warna sclera

Payudara : Bentuk dan ukuran,
hiperpigmentasi areola,
keadaan puting, kolostrum,
massa

Abdomen : Adanya bekas luka SC, TFU
dengan tangan

Genetalia : Luka, varises, cairan (warna,
konsistensi, jumlah, bau),
keadaan *bartoline*
(pembengkakan, kista), nyeri
tekan.

Ekstermitas : Odema kaki dan tangan, pucat
pada kuku, varises, reflek
patella.

A : Analysis atau assesment merupakan kesimpulan dari data yang telah terkumpul meliputi diagnosis, antisipasi diagnosis atau masalah potensial, serta perlu tidaknya dilakukan tindakan segera (Asih, 2016).

Ny. P dengan calon Akseptor KB

P : Penatalaksanaan merupakan rencana atau tindakan yang akan diberikan yang termasuk asuhan mandiri, kolaborasi , tes diagnosis atau laboratorium serta konseling untuk tindak lanjut.

1. Melakukan konseling tentang macam-macam alat kontrasepsi pada ibu.

2. Melakukan *informed consent* pada ibu.
3. Mempersiapkan ibu serta memberitahu langkah-langkah yang akan dilakukan.
4. Melakukan asuhan keluarga berencana.
5. Melakukan pencatatan dan memberitahu ibu untuk kunjungan ulang pada tanggal, atau jika ada keluhan.

(Muslihatun, 2009).



BAB 3

KERANGKA KONSEP

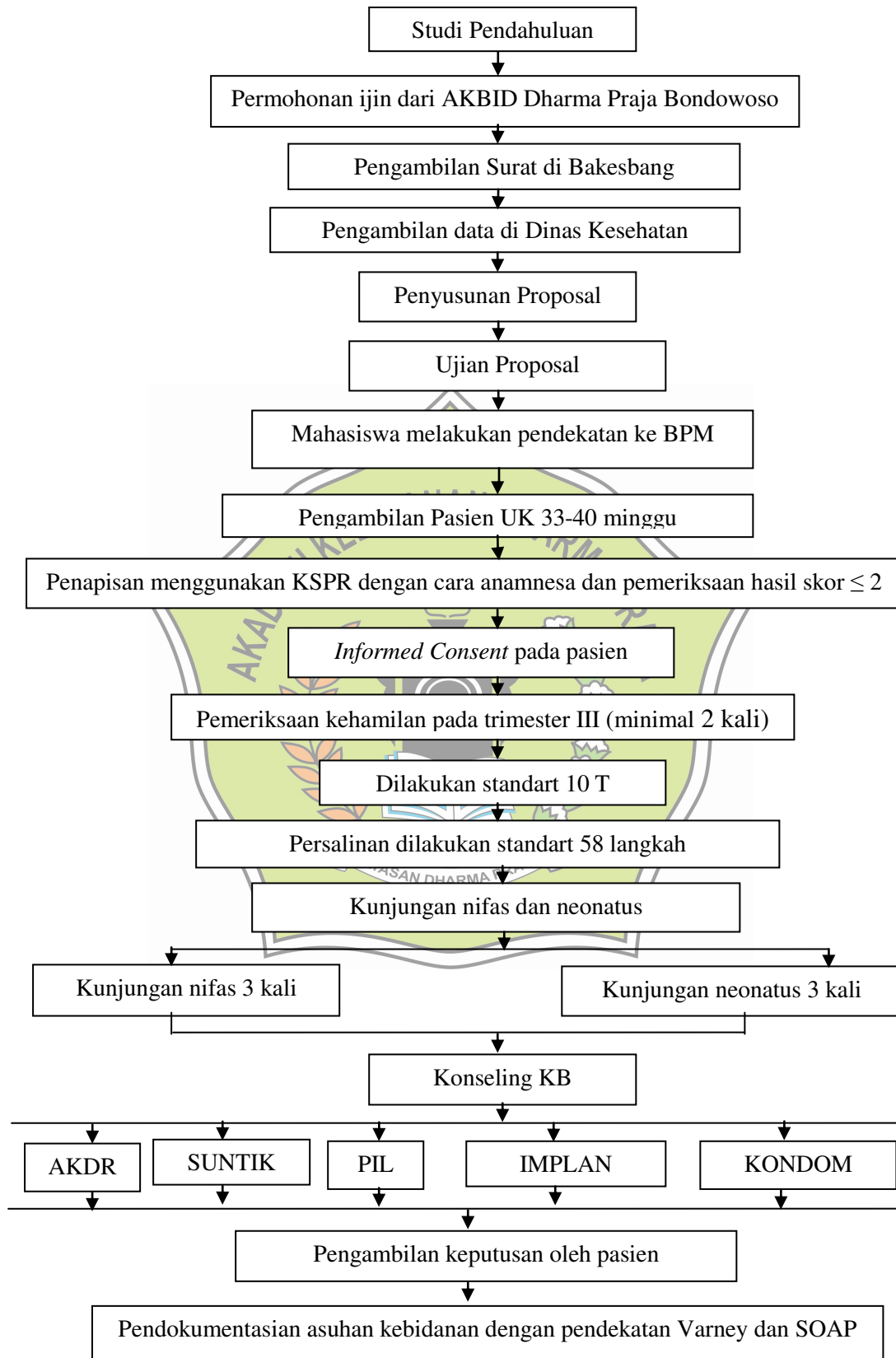
3.1 Jenis Pendekatan

Metode jenis pendekatan laporan tugas akhir ini dilakukan dalam bentuk studi kasus karena dalam penyusunannya diawali dengan pengumpulan data dan menguraikan proses pengamatan dalam bentuk asuhan kebidanan secara komprehensif berbasis *Continuity of Care (COC)* pada ibu hamil, bersalin, nifas, neonatus dan KB melalui pendekatan Varney dan SOAP.

3.2 Kerangka Operasional

Kerangka operasional adalah penjelasan tentang variabel-variabel apa saja yang diturunkan dari konsep-konsep terpilih dan bagaimana hubungan diantara variabel-variabel tersebut, serta hal-hal apa saja yang di jadikan indikator untuk mengukur variabel-variabel yang bersangkutan (Hamdi, 2014).

Kerangka operasional adalah langkah-langkah dari aktivitas ilmiah, mulain dari penetapan populasi, sampel, dan seterusnya, yaitu kegiatan sejak awal dilaksanakannya penelitian (Nursalam, 2008).



Gambar 3.1 Kerangka Operasional

3.3 Subjek Studi Kasus

Penelitian ini menggunakan data yang bersumber dari pasien, baik dari data subjektif maupun objektif yang dilengkapi dengan data tambahan dan dokumen. Lebih tepatnya metode ini adalah metode yang tidak menggunakan angka atau kualitas (Prawirohardjo, 2009).

Subjek studi kasus yaitu ibu hamil dengan usia kehamilan 33-40 minggu yang mengalami peristiwa bersalin, nifas, bayi yang dilahirkan/neonatus, serta perencanaan keluarga berencana.

3.4 Fokus Studi (variabel)

Fokus studi (variabel) adalah suatu atribut atau sifat nilai dari orang, obyek atau kegiatan yang mempunyai variasi tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2007).

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 *Continuity of Care (COC)*.

3.5 Definisi Operasional Fokus Studi

Definisi operasioanal fokus studi adalah berfungsi untuk membatasi ruang lingkup atau pengertian variabel-variabel yang diamati atau diteliti.

Definisi operasional berfungsi untuk mengetahui cara mengukur suatu variabel sehingga seseorang dapat mengetahui baik buruknya suatu pengukuran (Usman, 2008).

Tabel 3.1 Definisi Operasional Fokus Studi

Fokus studi	Definisi operasional
Kehamilan	: Kehamilan merupakan mata rantai yang berkesinambungan dan terdiri dari ovulasi, migrasi spermatozoa dan ovum, konsepsi dan pertumbuhan zigot, nidasi (implantasi) pada uterus, pembentukan plasenta, hingga tumbuh dan berkembangnya hasil konsepsi sampai aterm

Persalinan	:	adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi (janin+uri) yang dapat hidup ke dunia luar, dari rahim melalui jalan lahir atau dengan jalan lain
Nifas	:	masa pemulihan kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti prahamil. Lama masa nifas yaitu 6-8 minggu
Neonatal	:	bayi baru lahir normal usia 0-28 hari
Kontrasepsi (KB)	:	suatu usaha untuk mencegah bertemunya sperma dan ovum, sehingga tidak terjadi pembuahan yang mengakibatkan kehamilan

Sumber: Manuaba, 2010; Mochtar, 2012; Sondakh, 2013; Irianto, 2012.

3.6 Kriteria Subjek

1. Ibu hamil dengan resiko rendah (KSPR) usia kehamilan 33-40 minggu.
2. Persalinan normal dan bersedia bersalin di PMB yang sudah ditetapkan.
3. Nifas normal.
4. Bayi Baru Lahir Normal (Neonatus).
5. KB.
6. Bersedia menjadi pasien.
7. Berada di wilayah kerja puskesmas Curahdami

3.7 Instrument Penelitian

Menurut Fajar (2009), Instrument penelitian adalah alat yang digunakan untuk mengumpulkan data atau informasi penelitian secara akurat. Instrument harus memenuhi syarat *reliabilitas* (keterandalan) dan *validitas* (kesesuaian).

Dalam penelitian ini instrument yang digunakan yaitu:

1. Buku KIA
2. KSPR
3. Hb
4. Pemeriksaan Fisik Set
5. Patrograf
6. Penapisan
7. Partus Set
8. MTBM
9. ABPK
10. Penapisan KB

3.8 Lokasi dan Waktu Studi Kasus

Lokasi studi kasus ini berada di PMB Ny. “S” di Desa Sumber Suko, Kecamatan Curahdami dan penelitian dimulai pada bulan Maret Sampai Juni 2018

3.9 Metode Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data merupakan suatu tehnik untuk mengumpulkan data. Tehnik pengumpulan data terdiri dari observasi (*observation*), wawancara (*interview*), angket (*questionary*), dan dokumentasi (*documentation*) (Usman, 2011).

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 lansung 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 di dapatkan 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 (*informed 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 inisial

3. Kerahasiaan (*confidential*)

Kerahasiaan informasi yang telah dikumpulkan dari pasien dijamin oleh peneliti.



BAB 4
TINJAUAN KASUS
ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF
CONTINUITY OF CARE (COC)

4.1 Asuhan Kebidanan pada Kehamilan Trimester III

Asuhan Kebidanan

Pada Ny "T" GI P₀₀₀₀ UK 35 Minggu 4 Hari dengan Kehamilan Normal, Janin

T/H

4.1.1 PENGKAJIAN DATA

Tanggal : 21-03-2018 Pukul : 09.00 WIB
Tempat : Posyandu Sumber Suko
Petugas : Mardiatul Hasanah

A. Data subyektif

1. Biodata

Nama ibu	: Ny "T"	Nama Suami	: Tn "M"
Usia	: 26 tahun	Usia	: 34 tahun
Suku/Bangsa	: Madura	Suku/Bangsa	: Madura
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: Perguruan Tinggi	Pendidikan	: SMP
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Wiraswasta
Alamat	: Sumber Suko RT 02 Bondowoso		

2. Keluhan utama

Ibu hamil anak pertama dengan usia kehamilan 9 bulan dan saat ini tidak ada keluhan.

3. Riwayat kesehatan

Sekarang : Saat ini ibu tidak sedang menderita penyakit apa pun, seperti penyakit jantung, ginjal, asma, batuk darah, penyakit kuning, kencing manis, darah tinggi serta

penyakit menular seksual. Dan ibu tidak mempunyai alergi terhadap obat tertentu.

Dahulu : Sebelumnya ibu tidak pernah menderita penyakit apa pun seperti penyakit jantung, ginjal, asma, batuk darah, penyakit kuning, kencing manis, darah tinggi serta penyakit menular seksual.

Keluarga : Didalamnya keluarganya tidak ada yang menderita penyakit penyakit jantung, ginjal, asma, batuk darah, penyakit kuning, kencing manis, darah tinggi serta penyakit menular seksual dan tidak ada riwayat keturunan kembar.

4. Riwayat menstruasi

Menarche : 14 tahun
 Siklus : 28 hari
 Teratur/tidak : Teratur
 Lama : 6-7 hari
 Volume/banyak : 3x ganti pembalut
 Sifat darah : Encer, warna merah, berbau khas darah
 Disminorrhea : Hari pertama menstruasi
 Keputihan : Ada, sedikit, putih, tidak berbau, tidak gatal, sebelum dan setelah menstruasi
 HPHT : 14-07-2017

5. Riwayat obstetri

Kehamilan		Persalinan			Anak				Nifas	Laktasi					
Ke	UK	Komp	Jenis Persalinan	Tempat Persalinan	Penolong	Komp	JK	PB/BB	H/M	T/G	Usia	Lama	Komp	Lama	Komp
HAMIL SAAT INI															

6. Riwayat KB (Kontrasepsi)

Setelah menikah ibu tidak pernah menggunakan KB apapun karena

menginginkan anak.

7. Riwayat kehamilan sekarang

TM	Keluhan	Tempat Periksa	Fre k	Peme-Riksa	Konseling	Terapi
I	Badan lemes	Posyandu	1x	Bidan	Baca buku KIA Periksa laboratorium ke PKM	Fermia
II	Tidak ada keluhan	Posyandu	2x	Bidan	Gizi ibu hamil	Fe, Kalk
III	Tidak ada keluhan	Posyandu	6x	Bidan	Baca buku KIA tanda bahaya kehamilan	Fe, Kalk

8. Pola kehidupan sehari-hari

No	Pola	Sebelum hamil	Selama hamil
1.	NUTRISI Jenis makanan Pola makan Nafsu makan Porsi Minum	Nasi, sayur, lauk. 3x/hari Baik Sedang 8 gelas air putih/ hari	Nasi, sayur, lauk, 4x/hari Baik Sedang 8 gelas air putih/ hari
2.	ELIMINASI BAK BAB Keluhan	4-5 kali/hari 1 kali/hari Tidak ada	8-9 kali/ hari 1 kali/ hari Tidak ada
3.	AKTIVITAS Sehari-hari Olahraga	Melakukan pekerjaan rumah Tidak pernah	Melakukan pekerjaan rumah Tidak pernah
4.	ISTIRAHAT/ TIDUR Siang Malam	2 jam/hari 7-8 jam/hari	2 jam/hari 7-8 jam/hari
5.	SEKSUALITAS	3 kali/minggu	1 kali/minggu

6.	PERSONAL HYGIENE		
	Mandi	2 kali/hari	2 kali/hari
	Gosok gigi	2 kali/hari	2 kali/hari
	Keramas	2 kali/seminggu	2 kali/seminggu
	Ganti CD	3 kali/hari	3 kali/hari
	Tempat mandi + BAB	Kamar mandi+WC	Kamar mandi + WC

9. Riwayat psikososial dan budaya

a. Riwayat perkawinan

Usia pertama menikah: 25 tahun

Lama menikah : 9 bulan

Status perkawinan : sah

b. Keadaan psikososial

Kehamilan ini : direncanakan

Respon suami dan keluarga : mendukung

Pengambilan keputusan dalam keluarga : suami

c. Kebiasaan hidup sehat

Selama hamil selalu menerapkan pola kebiasaan sehat dan ibu juga tidak pernah merokok, minum-minuman keras, mengkonsumsi obat-obat terlarang, mengkonsumsi jamu-jamuan, dan jika sakit periksa di pelayanan kesehatan.

d. Rencana persalinan

Tempat persalinan : PMB Siswati, SST.

Penolong persalinan : Bidan Siswati

Persiapan biaya persalinan : BPJS

Persiapan kendaraan : Sepeda motor

Pendamping persalinan : Suami

KB pasca salin : Suntik 3 bulan

B. Data objektif

1. Pemeriksaan umum

Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

BB sebelum hamil : 40 kg
BB sekarang : 54,5 kg
TB : 144 cm
LILA : 24 cm
Tanda-tanda vital : Tekanan Darah : 120/80 mmHg
Nadi : 80x/menit
Suhu : 36,3⁰C
Pernafasan : 19x/menit

HPL/TP : 21-04-2018

Status TT : T5

KSPR : 6

2. Pemeriksaan fisik

Kepala : rambut tidak rontok, kulit kepala bersih, warna rambut hitam, tidak ada benjolan.

Wajah : tidak oedema, tidak pucat, tidak ada cloasma gravidarum.

Mata : simetris, sklera putih, konjungtiva merah muda, palpebra tidak oedema.

Hidung : lubang simetris, tidak ada sekret, tidak ada polip, tidak ada epistaksis, tidak ada pernapasan cuping hidung.

Gilut : simetris, bibir lembab, warna bibir merah muda, tidak ada stomatitis, tidak ada caries, tidak ada baselack.

Telinga : simetris, tidak ada serumen, tidak ada perdarahan, pendengaran baik.

Leher : tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran vena jugularis, tidak ada pembesaran kelenjar limfe.

Dada : Tidak ada retraksi dinding dada, denyut jantung reguler, tidak ada ronchi, tidak ada wheezing.

Payudara : simetris, bersih, payudara tampak membesar, menggantung, puting susu menonjol, tidak ada retraksi payudara, ada hiperpigmentasi areola, tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan, colostrum belum keluar.

Abdomen : tidak ada linea alba, ada linea nigra, tidak ada striae albican, tidak ada striae livide, pusat datar, pembesaran memanjang, pembesaran sesuai dengan usia kehamilan, tidak ada bekas SC, tampak gerakan janin.

Palpasi Leopold

Leopold I : TFU pertengahan px-pusat, teraba lunak, kurang bulat, kurang melenting (bokong).

Leopold II : teraba datar, keras, memanjang disisi kiri ibu (punggung) teraba bagian terkecil janin disisi kanan ibu (ekstermitas).

Leopold III : teraba keras, bulat, dapat digoyang (kepala)

Leopold IV : Convergent

DJJ : 142x/ menit

TBJ : $(27-12) \times 155 = 2325$ gram

Mc. Donald : TFU 28 cm

Eks. Atas : simetris, tidak oedema

Eks. Bawah : simetris, tidak oedema, tidak ada varises

3. Pemeriksaan panggul luar

Tidak terkaji

4. Pemeriksaan penunjang

Tes laboratorium

Golongan Darah : O

HB : 12,8 gr/dl

HIV : Non Reaktif

4.1.2 INTERPRESTASI DATADASAR

Ds : Ibu hamil anak pertama dengan usia kehamilan 9 bulan, saat ini tidak ada keluhan dengan kehamilannya.

HPHT : 14-07-2017

Do : KU : Baik

Kesadaran : Composmentis

Tekanan Darah : 120/80 mmHg

Nadi : 80x/menit

Suhu : 36,3^oC

Pernafasan : 19x/menit

HPL : 21-04-2017

Abdomen : tidak ada linea alba, ada linea nigra, tidak ada striae albican, tidak ada striae livide, pusat datar, pembesaran memanjang, pembesaran sesuai dengan usia kehamilan, tidak ada bekas SC, tampak gerakan janin.

Palpasi Leopold

Leopold I : TFU 2 jari dibawah px, teraba lunak, kurang bulat, kurang melenting (bokong).

Leopold II : teraba datar, keras, memanjang disisi kanan ibu (punggung) teraba bagian terkecil janin disisi kiri ibu (ekstermitas).

Leopold III : teraba keras, bulat,
dapat digoyang (kepala)

Leopold IV : Convergent

DJJ : 142x/menit

TBJ : $(27-12) \times 155 = 2325$ gram

Mc. Donald : TFU 27 cm

Dx : Ny "I" GI P₀₀₀₀ UK 35 Minggu 4 Hari dengan Kehamilan
Normal, Janin T/H

4.1.3 DIAGNOSA POTENSIAL

-

4.1.4 IDENTIFIKASI KEBUTUHAN SEGERA

4.1.5 RENCANA TINDAKAN DAN RASIONAL

1. Jelaskan pada ibu dan keluarga hasil pemeriksaan yang telah dilakukan.
R/ persamaan persepsi antara pasien dan bidan akan memudahkan tindakan yang akan dilakukan sehingga ibu tenang.
2. Anjurkan ibu untuk rutin mengkonsumsi tablet Fe dan Kalk
R/ mencegah anemia, untuk kekebalan tubuh ibu dan pertumbuhan tulang dan gigi bayi.
3. Berikan KIE tentang persiapan persalinan.
R/ ibu dapat mengerti dan mempersiapkan kebutuhan yang diperlukan dalam menghadapi persalinan.
4. Jelaskan tanda-tanda bahaya kehamilan
R/ ibu dapat mengetahui tanda bahaya kehamilan dan upaya untuk mendeteksi dini terjadinya komplikasi.
5. Jelaskan tanda-tanda mulainya persalinan
R/ dengan mengetahui tanda mulainya persalinan ibu tahu dan tidak cemas saat ada tanda-tanda persalinan.
6. Anjurkan ibu untuk memeriksakan kehamilannya 2 minggu lagi atau jika ada keluhan, tanda-tanda bahaya kehamilan, atau pun terdapat

tanda-tanda persalinan.

R/ upaya untuk mendeteksi dini dan meminimalisir terjadinya komplikasi pada kehamilan.

4.1.6 IMPLEMENTASI

Tanggal : 21-03-2018

Jam : 09. 15 WIB

JAM	KEGIATAN	PARAF
09.15	Menjelaskan hasil pemeriksaan pada ibu, bahwa kondisi ibu dan bayinya sehat. TD :120/80mmHg DJJ : 142x/menit <i>Ibu mengerti.</i>	
09.15	Menganjurkan ibu untuk minum Fe secara teratur 1 kali sehari sebelum tidur dengan dan Kalk 1 kali sehari pada pagi hari. Fe di minum untuk mencegah anemia pada ibu hamil sedangkan Kalk untuk kekebalan tubuh ibu, pertumbuhan tulang dan gigi bayi. <i>Ibu mengerti dan bersedia.</i>	
09.16	Memberikan KIE pada ibu dalam mempersiapkan menghadapi persalinan yaitu a. Menentukan penolong persalinan b. Sarana transportasi yang digunakan c. Persiapan dana persalinan d. Pembuat keputusan dalam keluarga e. Pendorong darah jika dibutuhkan donor darah f. Mempersiapkan baju dan kain panjang, baik baju untuk ibu maupun bayi. <i>Ibu mengerti dan bersedia.</i>	
09.18	Menjelaskan kepada ibu tentang tanda bahaya kehamilan seperti pusing sampai pandangan kabur, bengkak pada muka tangan atau kaki, keluar darah dari kemaluan, gerakan janin berkurang dari biasanya dan efek yang ditimbulkan apabila ibu tidak segera memeriksakan ke tenaga kesehatan dapat membahayakan ibu maupun janin. <i>Ibu mengerti dan bersedia.</i>	
09.20	Menjelaskan kepada ibu tentang tanda-tanda persalinan seperti kenceng-kenceng yang terus menerus, keluar cairan ketuban dari kemaluan, keluar lendir disertai darah dari kemaluan. <i>Ibu mengerti</i>	

09.22	Menganjurkan ibu untuk memeriksakan kehamilannya 2 minggu lagi atau terdapat keluhan, tanda-tanda bahaya kehamilan, atau pun terdapat tanda-tanda persalinan. <i>Ibu mengerti dan bersedia.</i>	
-------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

4.1.7 EVALUASI

Tanggal : 21-03-2018

Jam : 09.25 WIB

- S : Ibu mengerti penjelasan yang telah disampaikan.
- O : Ibu mampu mengulang kembali penjelasan yang telah diberikan.
- A : Ny. "T" GI P₀₀₀₀₀ UK 35 Minggu 4 Hari dengan kehamilan normal, Janin T/H
- P : 1. Ingatkan ibu untuk mengkonsumsi makanan bergizi
2. Ingatkan ibu minum tablet Fe secara rutin
3. Ingatkan ibu untuk kontrol ulang 2 minggu lagi

CATATAN PERKEMBANGAN

Asuhan Kebidanan

Pada Ny "T" GI P₀₀₀₀₀ UK 36 Minggu 3 Hari dengan Kehamilan Normal, Janin T/H

Tanggal : 29 Maret 2018

Tempat : Rumah Pasien

Petugas : Mardiatul Hasanah

A. DATA SUBJEKTIF (S)

Ibu hamil anak pertama dengan usia kehamilan 9 bulan saat ini tidak mengeluh apapun.

B. DATA OBJEKTIF (O)

1. Pemeriksaan umum

Keadaan Umum	: Baik
Kesadaran	: Composmentis
BB sebelum hamil	: 40 kg
BB sekarang	: 54,8 kg
TB	: 144 cm
LILA	: 24 cm
Tanda-tanda vital	: Tekanan Darah : 120/80 mmHg
	Nadi : 80x/menit
	Suhu : 36,4 ⁰ C
	Pernafasan : 19x/menit
HPL/TP	: 21-04-2018
KSPR	: 6

2. Pemeriksaan fisik

Kepala	: rambut tidak rontok, kulit kepala bersih, warna rambut hitam, tidak ada benjolan.
Wajah	: tidak oedema, tidak pucat, tidak ada cloasma gravidarum
Mata	: simetris, sklera putih, konjungtiva merah muda, palpebra tidak oedema.
Hidung	: lubang simetris, tidak ada sekret, tidak ada polip, tidak ada epistaksis, tidak ada pernapasan cuping hidung.
Gilut	: simetris, bibir lembab, warna bibir merah muda, tidak ada stomatitis, tidak ada caries, tidak ada baselack.
Telinga	: simetris, tidak ada serumen, tidak ada perdarahan, pendengaran baik.
Leher	: tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran vena jugularis, tidak ada pembesaran

kelenjar limfe.

Dada : Tidak ada retraksi dinding dada, denyut jantung reguler, tidak ada ronchi, tidak ada wheezing.

Payudara : simetris, bersih, payudara tampak membesar, menggantung, puting susu menonjol, tidak ada retraksi payudara, ada hiperpigmentasi areola, tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan, colostrum belum keluar.

Abdomen : tidak ada linea alba, ada linea nigra, tidak ada striae albican, tidak ada striae livide, pusat datar, pembesaran memanjang, pembesaran sesuai dengan usia kehamilan, tidak ada bekas SC, tampak gerakan janin.

Palpasi Leopold

Leopold I : TFU pertengahan px-pusat, teraba lunak, kurang bulat, kurang melenting (bokong).

Leopold II : teraba datar, keras, memanjang disisi kiri ibu (punggung) teraba bagian terkecil janin disisi kanan ibu (ekstermitas).

Leopold III : teraba keras, bulat, dapat digoyang (kepala)

Leopold IV : Convergent

DJJ : 138x/ menit

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

Mc. Donald : TFU 30 cm

Eks. Atas : simetris, tidak oedema

Eks. Bawah : simetris, tidak oedema, tidak ada varises

C. ANALISA (A)

Ny "I" GI P₀₀₀₀₀ UK 36 Minggu 3 Hari dengan Kehamilan Normal, Janin T/H

D. PENATALAKSANAAN (P)

JAM	KEGIATAN	PARAF
10:10	Menjelaskan hasil pemeriksaan pada ibu, bahwa kondisi ibu dan bayinya baik. TD : 120/80 mmHg DJJ : 138x/ menit <i>Ibu mengerti</i>	
10.12	Menganjurkan ibu istirahat cukup minimal 8 jam/hari agar ibu tidak kelelahan. <i>Ibu mengerti dan bersedia.</i>	
10.14	Menganjurkan ibu untuk rutin minum tablet FE 1x/ hari di malam hari untuk mencegah anemia. <i>Ibu mengerti dan bersedia.</i>	
10.18	Menganjurkan ibu untuk jalan-jalan di pagi hari untuk membantu penurunan kepala janin. <i>Ibu mengerti dan bersedia.</i>	
10.20	Menganjurkan ibu untuk mengkonsumsi makanan bergizi untuk memenuhi kebutuhan nutrisi ibu dan janin. <i>Ibu mengerti dan bersedia.</i>	

CATATAN PERKEMBANGAN

Asuhan Kebidanan

Pada Ny "I" GI P₀₀₀₀₀ UK 37 Minggu 6 Hari dengan Kehamilan Normal, Janin

T/H

Tanggal : 09 April 2018
Tempat : Rumah Pasien
Petugas : Mardiatul Hasanah

A. DATA SUBJEKTIF (S)

Ibu hamil anak pertama dengan usia kehamilan 9 bulan saat ini tidak mengeluh apapun.

B. DATA OBJEKTIF (O)

1. Pemeriksaan umum

Keadaan Umum	: Baik
Kesadaran	: Composmentis
BB sebelum hamil	: 40 kg
BB sekarang	: 54,8 kg
TB	: 144 cm
LILA	: 24 cm
Tanda-tanda vital	: Tekanan Darah : 110/70 mmHg
	Nadi : 80x/menit
	Suhu : 36,4 ⁰ C
	Pernafasan : 19x/menit
HPL/TP	: 21-04-2018
KSPR	: 6

2. Pemeriksaan fisik

Kepala	: rambut tidak rontok, kulit kepala bersih, warna rambut hitam, tidak ada benjolan.
Wajah	: tidak oedema, tidak pucat, tidak ada cloasma gravidarum
Mata	: simetris, sklera putih, konjungtiva merah muda, palpebra tidak oedema.
Hidung	: lubang simetris, tidak ada sekret, tidak ada polip, tidak ada epistaksis, tidak ada pernapasan cuping hidung.
Gilut	: simetris, bibir lembab, warna bibir merah muda, tidak ada stomatitis, tidak ada caries, tidak ada baselack.
Telinga	: simetris, tidak ada serumen, tidak ada perdarahan, pendengaran baik.
Leher	: tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran vena jugularis, tidak ada pembesaran

kelenjar limfe.

Dada : Tidak ada retraksi dinding dada, denyut jantung reguler, tidak ada ronchi, tidak ada wheezing.

Payudara : simetris, bersih, payudara tampak membesar, menggantung, puting susu menonjol, tidak ada retraksi payudara, ada hiperpigmentasi areola, tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan, colostrum belum keluar.

Abdomen : tidak ada linea alba, ada linea nigra, tidak ada striae albican, tidak ada striae livide, pusat datar, pembesaran memanjang, pembesaran sesuai dengan usia kehamilan, tidak ada bekas SC, tampak gerakan janin.

Palpasi Leopold

Leopold I : TFU pertengahan px-pusat, teraba lunak, kurang bulat, kurang melenting (bokong).

Leopold II : teraba datar, keras, memanjang disisi kiri ibu (punggung) teraba bagian terkecil janin disisi kanan ibu (ekstermitas).

Leopold III : teraba keras, bulat, dapat digoyang (kepala)

Leopold IV : Convergent

DJJ : 140x/ menit

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

Mc. Donald : TFU 30 cm

Eks. Atas : simetris, tidak oedema

Eks. Bawah : simetris, tidak oedema, tidak adavarises

C. ANALISA (A)

Ny "I" GI P₀₀₀₀₀ UK 37 Minggu 6 Hari dengan Kehamilan Normal, Janin T/H

D. PENATALAKSANAAN (P)

JAM	KEGIATAN	PARAF
10:10	Menjelaskan hasil pemeriksaan pada ibu, bahwa kondisi ibu dan bayinya baik. TD : 110/70 mmHg DJJ : 140x/ menit <i>Ibu mengerti</i>	
10.12	Menganjurkan ibu istirahat cukup minimal 8 jam/hari agar ibu tidak kelelahan. <i>Ibu mengerti dan bersedia.</i>	
10.14	Menganjurkan ibu untuk rutin minum tablet FE 1x/ hari di malam hari untuk mencegah anemia. <i>Ibu mengerti dan bersedia.</i>	
10.18	Menjelaskan kepada ibu tentang tanda-tanda persalinan seperti kencing-kencing yang terus menerus, keluar cairan ketuban dari kemaluan, keluar lendir disertai darah dari kemaluan. Jika ditemui tanda-tanda tersebut, maka ibu harus segera ke fasilitas kesehatan. <i>Ibu mengerti dan bersedia.</i>	
10.20	Menganjurkan ibu untuk menyiapkan perlengkapan persalinan seperti perlengkapan ibu dan bayi, kendaraan untuk menuju tempat persalinan, biaya persalinan atau kartu BPJS beserta persyaratannya. <i>Ibu mengerti dan akan menyiapkan kebutuhannya</i>	

CATATAN PERKEMBANGAN

Asuhan Kebidanan

Pada Ny "I" GI P₀₀₀₀₀ UK 39 Minggu 4 Hari dengan Kehamilan Normal, Janin

T/H

Tanggal : 18 April 2018
Tempat : Posyandu Sumber Suko
Petugas : Mardiatul Hasanah

A. DATA SUBJEKTIF (S)

Ibu hamil anak pertama dengan usia kehamilan 9 bulan saat ini tidak mengeluh apapun.

B. DATA OBJEKTIF (O)

1. Pemeriksaan umum

Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

BB sebelum hamil : 40 kg

BB sekarang : 53 kg

TB : 144 cm

LILA : 24 cm

Tanda-tanda vital : Tekanan Darah : 120/80 mmHg

Nadi : 80x/menit

Suhu : 36,4°C

Pernafasan : 19x/menit

HPL/TP : 21-04-2018

KSPR : 6

2. Pemeriksaan fisik

Kepala : rambut tidak rontok, kulit kepala bersih, warna rambut hitam, tidak ada benjolan.

Wajah : tidak oedema, tidak pucat, tidak ada cloasma gravidarum.

Mata : simetris, sklera putih, konjungtiva merah muda, palpebra tidak oedema.

Hidung : lubang simetris, tidak ada sekret, tidak ada polip, tidak ada epistaksis, tidak ada pernapasan cuping hidung.

Gilut : simetris, bibir lembab, warna bibir merah muda, tidak ada stomatitis, tidak ada caries, tidak ada baselack.

- Telinga : simetris, tidak ada serumen, tidak ada perdarahan, pendengaran baik.
- Leher : tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran vena jugularis, tidak ada pembesaran kelenjar limfe.
- Dada : Tidak ada retraksi dinding dada, denyut jantung reguler, tidak ada ronchi, tidak ada wheezing.
- Payudara : simetris, bersih, payudara tampak membesar, menggantung, puting susu menonjol, tidak ada retraksi payudara, ada hiperpigmentasi areola, tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan, colostrum belum keluar.
- Abdomen : tidak ada linea alba, ada linea nigra, tidak ada striae albican, tidak ada striae livide, pusat datar, pembesaran memanjang, pembesaran sesuai dengan usia kehamilan, tidak ada bekas SC, tampak gerakan janin.
- Palpasi Leopold
- Leopold I : TFU pertengahan px-pusat, teraba lunak, kurang bulat, kurang melenting (bokong).
- Leopold II : teraba datar, keras, memanjang disisi kiri ibu (punggung) teraba bagian terkecil janin disisi kanan ibu (ekstermitas).
- Leopold III : Teraba keras, bulat, dapat digoyang (kepala)
- Leopold IV : Convergent
- DJJ : 138x/ menit
- TBJ : $(31-12) \times 155 = 2945$ gram
- Mc. Donald : TFU 31 cm

Eks. Atas : simetris, tidak oedema
 Eks. Bawah : simetris, tidak oedema, tidak ada varises

3. Pemeriksaan Penunjang

Protein urine : negatif (-)
 Glukosa : negatif (-)
 ROT : negatif (-)
 MAP : negatif (-)

ANALISA (A)

Ny "I" GI P₀₀₀₀₀ UK 39 Minggu 4 Hari dengan Kehamilan Normal, Janin T/H

PENATALAKSANAAN (P)

JAM	KEGIATAN	PARAF
10:10	Menjelaskan hasil pemeriksaan pada ibu, bahwa kondisi ibu dan bayinya baik. TD : 120/80 mmHg DJJ : 138x/menit <i>Ibu mengerti</i>	
10:12	Menganjurkan ibu untuk melakukan pemeriksaan USG ke dokter Sp. OG <i>Ibu mengerti dan bersedia</i>	
10:14	Menganjurkan ibu untuk jalan-jalan kecil setiap pagi untuk membantu penurunan kepala janin. <i>Ibu mengerti dan bersedia</i>	
10:15	Menjelaskan kepada ibu tentang tanda-tanda persalinan seperti kenceng-kenceng yang terus menerus, keluar cairan ketuban dari kemaluan, keluar lendir disertai darah dari kemaluan. Jika ditemui tanda-tanda tersebut, maka ibu harus segera ke fasilitas kesehatan. <i>Ibu mengerti dan bersedia.</i>	
10:18	Menjelaskan kepada ibu tanda bahaya persalinan seperti perdarahan lewat jalan lahir, tali pusar atau tangan bayi keluar dari jalan lahir, ibu mengalami kejang, ibu tidak kuat mengejan, air ketuban keruh dan berbau, ibu gelisah atau mengalami kesakitan yang hebat. <i>Ibu mengerti</i>	

10.20	Menganjurkan ibu untuk menyiapkan perlengkapan persalinan seperti perlengkapan ibu dan bayi, kendaraan untuk menuju tempat persalinan, biaya persalinan atau kartu BPJS beserta persyaratannya. <i>Ibu mengerti dan akan menyiapkan kebutuhannya</i>	
-------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

CATATAN PERKEMBANGAN

Asuhan Kebidanan

Pada Ny "T" GI P₀₀₀₀₀ UK 39 Minggu 5 Hari dengan Kehamilan Normal, Janin

I/T/H

Tanggal : 19 April 2018
Tempat : PMB Siswati
Petugas : Mardiatul Hasanah

C. DATA SUBJEKTIF (S)

Ibu hamil anak pertama dengan usia kehamilan 9 bulan saat ini tidak mengeluh apapun.

D. DATA OBJEKTIF (O)

1. Pemeriksaan umum

Keadaan Umum : Baik
Kesadaran : Composmentis
BB sebelum hamil : 40 kg
BB sekarang : 53 kg
TB : 144 cm
LILA : 24 cm
Tanda-tanda vital : Tekanan Darah : 120/80 mmHg
Nadi : 80x/menit
Suhu : 36,4⁰C
Pernafasan : 19x/menit
HPL/TP : 21-04-2018
KSPR : 6

2. Pemeriksaan fisik

- Kepala : rambut tidak rontok, kulit kepala bersih, warna rambut hitam, tidak ada benjolan.
- Wajah : tidak oedema, tidak pucat, tidak ada cloasma gravidarum.
- Mata : simetris, sklera putih, konjungtiva merah muda, palpebra tidak oedema.
- Hidung : lubang simetris, tidak ada sekret, tidak ada polip, tidak ada epistaksis, tidak ada pernapasan cuping hidung.
- Gilut : simetris, bibir lembab, warna bibir merah muda, tidak ada stomatitis, tidak ada caries, tidak ada baselack.
- Telinga : simetris, tidak ada serumen, tidak ada perdarahan, pendengaran baik.
- Leher : tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran vena jugularis, tidak ada pembesaran kelenjar limfe.
- Dada : Tidak ada retraksi dinding dada, denyut jantung reguler, tidak ada ronchi, tidak ada wheezing.
- Payudara : simetris, bersih, payudara tampak membesar, menggantung, puting susu menonjol, tidak ada retraksi payudara, ada hiperpigmentasi areola, tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan, colostrum belum keluar.
- Abdomen : tidak ada linea alba, ada linea nigra, tidak ada striae albican, tidak ada striae livide, pusat datar, pembesaran memanjang, pembesaran sesuai dengan usia kehamilan, tidak ada bekas SC, tampak gerakan janin.

Palpasi Leopold

Leopold I : TFU pertengahan px-pusat, teraba lunak, kurang bulat, kurang melenting (bokong).

Leopold II : teraba datar, keras, memanjang disisi kiri ibu (punggung) teraba bagian terkecil janin disisi kanan ibu (ekstermitas).

Leopold III : Teraba keras, bulat, dapat digoyang (kepala)

Leopold IV : Convergent

DJJ : 139x/ menit

TBJ : $(31-12) \times 155 = 2945$ gram

Mc. Donald : TFU 31 cm

Eks. Atas : simetris, tidak oedema

Eks. Bawah : simetris, tidak oedema, tidak ada varises

3. Pemeriksaan Penunjang

USG : Gravida 36-37 minggu, preskep, laki-laki, plasenta di fundus, TBJ: 2600 gram

Tx dokter : Roboransia

Kunjungan ulang 2 minggu

ANALISA (A)

Ny "I" GI P₀₀₀₀ UK 39 Minggu 5 Hari dengan Kehamilan Normal, Janin I/T/H

PENATALAKSANAAN (P)

JAM	KEGIATAN	PARAF
10:10	Menjelaskan hasil pemeriksaan pada ibu, bahwa kondisi ibu dan bayinya baik. TD : 120/80 mmHg DJJ : 139x/ menit <i>Ibu mengerti</i>	
10.12	Memberitahu ibu tentang hasil USG bahwa keadaan ibu dan janin baik dan tunggu beberapa hari lagi.	

	<i>Ibu mengerti</i>	
10.15	Menganjurkan ibu untuk jalan-jalan kecil setiap pagi untuk membantu penurunan kepala janin. <i>Ibu mengerti dan bersedia</i>	
10.18	Menjelaskan kepada ibu tentang tanda-tanda persalinan seperti kenceng-kenceng yang terus menerus, keluar cairan ketuban dari kemaluan, keluar lendir disertai darah dari kemaluan. Jika ditemui tanda-tanda tersebut, maka ibu harus segera ke fasilitas kesehatan. <i>Ibu mengerti dan bersedia.</i>	
10.20	Menganjurkan ibu untuk menyiapkan perlengkapan persalinan seperti perlengkapan ibu dan bayi, kendaraan untuk menuju tempat persalinan, biaya persalinan atau kartu BPJS beserta persyaratannya. <i>Ibu mengerti dan akan menyiapkan kebutuhannya</i>	
10.21	Menganjurkan ibu untuk menghubungi bidan jika terdapat tanda-tanda persalinan. <i>Ibu mengerti dan bersedia melakukannya</i>	
10.22	Memberikan ibu nomer telepon yang bisa di hubungi. <i>Ibu menyimpan nomer telepon bidan</i>	



4.2 Asuhan Kebidanan pada Persalinan

Asuhan Kebidanan

Pada Ny "I" GI P₀₀₀₀₀ UK 41 Minggu

Inpartu Kala II, Janin I/T/H

Di PMB Ny. Siswati, SST

Tanggal : 02-05-2018 Pukul : 01.45 WIB
 Tempat : PMB Ny. Siswati, SST
 Petugas : Mardiatul Hasanah

4.2.1 DATA SUBJEKTIF (S)

1. Biodata

Nama ibu	: Ny "I"	Nama Suami	: Tn "M"
Usia	: 26 tahun	Usia	: 34 tahun
Suku/Bangsa	: Madura	Suku/Bangsa	: Madura
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: Perguruan Tinggi	Pendidikan	: SMP
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Wiraswasta
Alamat	: Sumber Suko RT 02 Bondowoso		

2. Keluhan utama

Ibu mengeluh kenceng-kenceng sejak pukul 14.00 WIB tanggal 01-05-2018 dan keluar cairan dari kemaluannya sejak pukul 01.30 WIB tanggal 02-05-2018 dan merasa ingin BAB.

4.2.2 DATA OBJEKTIF (O)

1. Pemeriksaan Umum

KU : Baik
 Kesadaran : Composmentis
 BB sekarang : 53 kg

Tanda-tanda Vital : TD : 120/80 mmHg
 N : 80x/menit
 S : 36,7⁰C
 RR : 20x/menit

2. Pemeriksaan Fisik

- Kepala : rambut tidak rontok, kulit kepala bersih, warna rambut hitam, tidak ada benjolan.
- Wajah : tidak oedema, tidak pucat, tidak ada cloasma gravidarum.
- Mata : simetris, sklera putih, konjungtiva merah muda, palpebra tidak oedema.
- Hidung : lubang simetris, tidak ada sekret, tidak ada polip, tidak ada epistaksis, tidak ada pernapasan cuping hidung.
- Gilut : simetris, bibir lembab, warna bibir merah muda, tidak ada stomatitis, tidak ada caries, tidak ada baselack.
- Telinga : simetris, tidak ada serumen, tidak ada perdarahan, pendengaran baik.
- Leher : tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran vena jugularis, tidak ada pembesaran kelenjar limfe.
- Dada : Tidak ada retraksi dinding dada, denyut jantung reguler, tidak ada ronchi, tidak ada wheezing.
- Payudara : simetris, bersih, payudara tampak membesar, menggantung, puting susu menonjol, tidak ada retraksi payudara, ada hiperpigmentasi areola, tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan, colostrum belum keluar.
- Abdomen : tidak ada linea alba, ada linea nigra, tidak ada striae albican, tidak ada striae livide, pusat datar, pembesaran memanjang, pembesaran sesuai dengan usia kehamilan, tidak ada bekas SC, tampak gerakan janin.
- Palpasi Leopold
- Leopold I : TFU pertengahan px-pusat, teraba

lunak, kurang bulat, kurang melenting (bokong)

Leopold II : teraba datar, keras, memanjang disisi kanan ibu (punggung) teraba bagian terkecil janin disisi kiri ibu (ekstermitas)

Leopold III : teraba keras, bulat, tidak dapat digoyang (kepala)

Lepold IV : divergent (0/5 bagian)

DJJ : 135x/menit

HIS : 3.10'.40"

TBJ : $(31-11) \times 155 = 3100$ gram

Mc. Donald : TFU 31 cm

VT : V/V bersih, tidak oedema, tidak ada varises, porsio tidak teraba, pembukaan 10 cm ,eff 100%, ket (-), 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

Eks. Atas : Simetris, tidak oedema

Eks. Bawah : Simetris, tidak oedema, tidak varises

4.2.3 ANALISA (A)

Diagnosa : Ny "I" GI P₀₀₀₀ UK 41 Minggu Inpartu Kala II, Janin I/T/H

4.2.4 PELAKSANAAN (P)

Tanggal : 02 Mei 2018

Jam :02.00 WIB

JAM	KEGIATAN	PARAF
02.00	I. MENGENALI GEJALA DAN TANDA KALA II	
	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>	
02.01	II. MENYIAPKAN PERTOLONGAN PERSALINAN	
	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 kain diatas perut ibu dan tempat 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>	
02.02	3. Memakai alat pelindung diri. <i>Alat pelindung diri telah dipakai.</i>	
02.02	4. Mencuci tangan dengan sabun. <i>Tangan telah bersih.</i>	
02.03	5. Memakai sarung tangan steril pada tangan yang akan digunakan periksa dalam. <i>Sarung tangan telah digunakan.</i>	
02.03	6. Memasukkan oksitosin ke dalam spuit steril. <i>Oksitosin telah disiapkan.</i>	
02.03	III. MEMASTIKAN PEMBUKAAN LENGKAP DAN KEADAAN JANIN BAIK	
20.04	7. Melakukan vulva hygiene. <i>Ibu bersikap kooperatif.</i>	
02.04	8. Melakukan periksa dalam untuk memastikan pembukaan lengkap. <i>V/V bersih, tidak oedema, tidak ada varises, porsio tidak teraba, pembukaan 10 cm, eff 100%, ket (-), 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 menumbung.</i>	

02.05	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>	
02.06	10.	Memeriksa DJJ untuk memastikan DJJ dalam batas normal. <i>DJJ = 140x/menit</i>	
02.07	IV. MENYIAPKAN IBU DAN KELUARGA UNTUK MEMBANTU PROSES BIMBINGAN MENERAN		
02.07	11.	Memberitahu ibu dan keluarga bahwa pembukaan sudah lengkap. <i>Ibu bersikap kooperatif.</i>	
02.08	12.	Menganjurkan ibu memilih posisi yang nyaman. <i>Ibu memilih posisi litotomi.</i>	
02.08	13.	Mengajarkan cara meneran yang benar. <i>Ibu bersikap kooperatif.</i>	
02.08	14.	Memimpin ibu meneran pada saat kontraksi. <i>Ibu bersikap kooperatif.</i>	
02.09	V. PERSIAPAN PERTOLONGAN KELAHIRAN BAYI		
02.10	15.	Meletakkan handuk bersih diperut ibu, setelah kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm. <i>Handuk telah dipasang.</i>	
02.11	16.	Meletakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu. <i>Kain telah terpasang.</i>	
02.12	17.	Membuka tutup partus set dan memastikan kembali kelengkapan alat dan bahan. <i>Alat-alat lengkap.</i>	
02.12	18.	Memakai sarung tangan DTT pada kedua tangan. <i>Sarung tangan terpasang.</i>	
03.15	VI. PERSIAPAN PERTOLONGAN KELAHIRAN BAYI		
		<i>Lahirnya kepala</i>	
03.15	19.	Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva, lindungi perineum dengan tangan kanan, tangan kiri menahan ringan kepala. Menganjurkan ibu untuk meneran perlahan atau bernafas cepat dan dangkal. <i>Ibu bersikap kooperatif.</i>	
03.25	20.	Memeriksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat. <i>Tidak ada lilitan tali pusat.</i>	
03.26	21.	Menunggu hingga kepala bayi melakukan putar paksi luar secara spontan. <i>Bayi melakukan putar paksi luar.</i>	

		<i>Lahirnya kepala</i>	
03.27	22.	Setelah kepala melakukan putar paksi luar, memegang secara biparietal. Anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi. <i>Ibu bersikap kooperatif.</i>	
		<i>Lahirnya bahu dan tungkai</i>	
03.28	23.	Setelah kedua bahu lahir, menggeser tangan bawah ke arah 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>	
03.30	24.	Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. <i>Bayi lahir spontan, JK : Lakik-laki</i>	
		VII. PENANGANAN BAYI BARU LAHIR	
03.31	25.	Melakukan penilaian selintas. <i>Bayi menangis kuat, tonus otot baik, bernafas normal.</i>	
03.31	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

Tanggal : 02 Mei 2018

Pukul: 03.31 WIB

S : Ibu mengatakan perutnya masih mulas.

O : KU : Baik

Kesadaran : Composmentis

Kontraksi Uterus : Baik

Palpasi abdomen : TFU setinggi pusat, tidak ada janin kedua

Genetalia : terdapat semburan darah, tali pusat terjulur di depan vulva.

A : Ny "T" P₁₀₀₀₁ dengan Kala III

P :

JAM	KEGIATAN		PARAF
03.31	VIII. PENATALAKSANAAN AKTIF KALA III		
03.31	27.	Memeriksa uterus untuk memastikan tidak ada bayi kedua. <i>Tidak ada bayi kedua.</i>	
03.32	28.	Memberitahuibu bahwa akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi baik. <i>Ibu bersikap kooperatif.</i>	
03.32	29.	Menyuntikkan oksitosin 10 iu secara IM. <i>Oksitosin telah disuntikkan.</i>	
03.34	30.	Setelah 2 menit, menjepit tali pusat dengan 2 klem, 3 cm dari pusat bayi dan 2 cm dari klem pertama. <i>Tali pusat telah diklem.</i>	
03.34	31.	Memotong tali pusat diantara 2 klem dan mengikat tali pusat dengan benang DTT. <i>Tali pusat telah dipotong dan diikat.</i>	
03.35	32.	Meletakkan bayi di dada ibu. <i>Bayi berada di dada ibu.</i>	
03.35	33.	Menyelimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan memasang topi bayi. <i>Bayi sudah diselimuti dan telah dipasang topi.</i>	
03.36	34.	Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva. <i>Klem telah dipindahkan.</i>	
03.37	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>	
03.38	36.	Setelah uterus berkontraksi, menegangkan tali pusat kearah bawah. <i>Tali pusat telah ditegangkan.</i>	
		Mengeluarkan plasenta	
03.8	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>	
03.40	38.	Saat plasenta muncul di introitus vagina, melahirkan plasenta dengan kedua tangan hingga selaput ketuban terpinil. <i>Plasenta lahir lengkap.</i>	
		Rangsangan taktil (masase) uterus	
03.40	39.	Melakukan masase uterus selama 15 detik agar uterus berkontraksi dengan baik. <i>Masase telah dilakukan dan uterus berkontraksi</i>	

		<i>dengan baik.</i>	
03.41	IX. MENILAI PERDARAHAN		
03.41	40.	Memeriksa kedua sisi plasenta baik bagian ibu maupun bayi dan pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. <i>Plasenta dan selaput ketuban utuh.</i>	
03.42	41.	Mengevaluasi adanya laserasi. <i>Terdapat laserasi derajat II dan dilakukan penjahitan dengan anastesi.</i>	

CATATAN PERKEMBANGAN

Tanggal : 02 Mei 2018

Pukul : 04.00 WIB

S : Ibu merasa senang bayinya lahir dan masih merasa lelah

O : KU : Baik

Kesadaran : Composmentis

TTV : TD : 120/80 mmHg

N : 81x/menit

S : 36,6°C

RR : 20x/menit

Wajah : Tidak pucat

Mata : Simetris, sklera putih, konjungtiva merah muda.

Palpasi abdomen : TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi baik, kandung kemih kosong

Genetalia : Perdarahan pervaginam normal, lochea rubra, terdapat laserasi derajat II dan dilakukan penjahitan.

A : Ny "I" P₁₀₀₀₁ dengan kala IV

P :

JAM	KEGIATAN		PARAF
	X. MELAKUKAN PROSEDUR PASCA PERSALINAN		
04.00	42.	Memastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam. <i>Uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.</i>	
04.05	43.	Melanjutkan IMD selama ±1 jam. <i>IMD telah dilakukan.</i>	

04.30	44.	Setelah 1 jam, melakukan penimbangan atau pengukuran bayi, memberi tetes mata antibiotik profilaksis, dan vitamin K 1mg intramuskular di paha kiri anterolateral. <i>Telah dilakukan antropometri dan diberi tetes mata dan injeksi Vit K 1 mg.</i>	
05.30	45.	Setelah 1 jam pemberian vitamin K, memberikan suntikan imunisasi hepatitis B dipaha kanan anterolateral. <i>Imunisasi telah diberikan.</i>	
X. EVALUASI			
05.35	46.	Mengecek TFU, kandung kemih, kontraksi uterus. <i>TFU 2 jari di bawah pusat, kandung kemih kosong, kontraksi uterus baik.</i>	
05.36	47.	Mengajarkan ibu dan keluarga cara masase uterus. <i>Ibu dan keluarga dapat melakukan masase uterus.</i>	
05.37	48.	Memeriksa jumlah perdarahan. <i>Perdarahan ±100cc.</i>	
05.38	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>	
05.40	50.	Memantau tanda-tanda bahaya pada bayi setiap 15 menit. <i>Tidak ada tanda-tanda bahaya pada bayi.</i>	
Kebersihan dan keamanan			
05.42	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>	
05.43	52.	Membuang bahan-bahan habis pakai ke tempat sampah yang sesuai. <i>Bahan habis pakai telah dibuang.</i>	
05.44	53.	Membersihkan ibu dairan ketuban, lendir dan darah dengan menggunakan air DTT. <i>Ibu bersikap kooperatif.</i>	
05.45	54.	Menganjurkan keluarga untuk memberikan makanan sesuai keinginan ibu. <i>Keluarga memberi makan pada ibu.</i>	
	55.	Mendekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%. <i>Tempat bersalin telah dibersihkan.</i>	
05.46	56.	Mencuci sarung tangan. <i>Sarung tangan telah dicuci.</i>	
05.47	57.	Mencucikedua tangan dengan sabun dan air	

		mengalir, melanjutkan evaluasi kala IV <i>Tangan sudah bersih.</i>	
		<i>Dokumentasi</i>	
05.50	58.	Melengkapi partograf (halaman depan dan belakang). <i>Hasil terlampir</i>	



4.3 Asuhan Kebidanan pada Masa Nifas

Asuhan Kebidanan

Pada Ny. "T" P₁₀₀₀₁ 6 Jam Post Partum dengan Nifas Normal

Tanggal : 02 Mei 2018 Pukul : 09.00 WIB
 Tempat : PMB Ny. Siswati, SST
 Petugas : Mardiatul Hasanah

4.3.1 DATA SUBYEKTIF (S)

1. Keluhan utama

Melahirkan 6 jam yang lalu, nyeri pada luka jahitan perineum, lemas.

2. Riwayat obstetri

Kehamilan		Persalinan				Anak			Nifas		Laktasi				
Ke	UK	Komp	Jenis	Tempat	Penolong	Komp	JK	PB/BB	H/M	T/G	Usia	Lama	Komp	Lama	Komp
I	9 bln	-	spon tan	PMB	Bidan	-	LK	49% 2700	H	T	0 hr	Saat ini		Saat ini	

4.3.2 DATA OBJEKTIF (O)

1. Pemeriksaan umum

KU : Baik

Kesadaran : Composmentis

TTV : TD : 110/70 mmHg

N : 78x/menit

S : 36,6°C

RR : 20x/menit

2. Pemeriksaan Fisik

Wajah : tidak pucat, tidak oedema

Mata : simetris, sklera putih, konjungtiva merah muda,

palpebra tidak oedema.

Payudara : simetris, bersih, payudara tampak membesar, menggantung, puting susu menonjol, tidak ada retraksi payudara, ada hiperpigmentasi areola, tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan, colostrum keluar, ASI lancar.

Abdomen TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi keras, diastasis recti 2 jari, kandung kemih kosong, tidak kembung.

Genetalia : tidak oedema, tidak varises, tidak ada peradangan, perdarahan pervaginam \pm 20 cc, lochea rubra, warna merah segar, bau amis, terdapat luka jahitan perineum.

Eks. Atas : Simetris, tidak oedema

Eks. Bawah : simetris, tidak oedema, tidak ada varises, tidak ada human sign.

4.3.3 ANALISA (A)

Ny "T" P₁₀₀₀₁ 6 Jam Post Partum dengan Nifas Normal

4.3.4 PELAKSANAAN (P)

Tanggal : 02 Mei 2018

Jam : 09.15 WIB

JAM	KEGIATAN	PARAF
09.15	Menjelaskan hasil pemeriksaan dan asuhan yang akan diberikan. TD : 120/80 mmHg <i>Ibu mengetahui kondisinya</i>	
09.15	Memberitahu ibu tentang bahaya nifas yaitu perdarahan lewat jalan lahir, keluar cairan berbau dari jalan lahir, demam tinggi, bengkak pada wajah, tangan dn tungkai, payudara bengkak dan kemerahan disertai rasa nyeri. <i>Ibu mengerti</i>	
09.16	Menjelaskan tentang pentingnya menjaga kebersihan genetalia dengan air mengalir, dengan cara membasuh kemaluan dari arah depan ke belakang agar kuman yang berada di anus tidak masuk ke dalam kemaluan ibu.	

	<i>Ibu mengerti.</i>	
09.16	Menganjurkan ibu untuk melakukan mobilisasi dini dengan cara miring kiri kanan terlebih dahulu, jika tidak pusing maka dilanjutkan duduk, setelah duduk maka dilanjutkan dengan jalan-jalan disekitar ruangan. <i>Ibu melakukan.</i>	
09.17	Menganjurkan ibu untuk makan makanan yang bergizi seimbang dan berprotein tinggi seperti ikan laut, telur daging, sayur dan buah-buahan untuk mempercepat proses pemulihan tenaga ibu dan dapat memperbanyak produksi ASI. <i>Ibu mengerti dan bersedia melakukan anjuran tersebut.</i>	
09.18	Memberikan konseling mengenai pentingnya dan manfaat ASI pertama/kolostrum bagi bayi yaitu kolostrum tinggi akan kandungan protein, mengandung kekebalan tubuh yang lengkap dan dibutuhkan oleh bayi dan memberikan perlindungan terhadap berbagai penyakit. <i>Ibu mengerti.</i>	
09.19	Mengajari ibu untuk melakukan perawatan tali pusat yaitu dengan cara membungkus tali pusat dengan kasa steril tanpa diberi apapun. <i>Ibu dapat melakukannya.</i>	
09.20	Memberitahu ibu untuk tidak membersihkan payudara dengan menggunakan alkohol atau sabun karena akan terhisap oleh bayi, tidak boleh mengikat perut terlalu kencang, tidak boleh menempelkan dedaunan pada kemaluan karena akan menimbulkan infeksi. <i>Ibu mengerti dan akan melaksanakan anjuran bidan.</i>	
09.21	Menganjurkan ibu untuk istirahat cukup pada saat bayinya tidur. <i>Ibu mengerti</i>	
09.22	Menganjurkan ibu untuk menyusui bayinya secara eksklusif, menyusui dengan ASI saja tanpa diberi apapun, seperti air gula, air putih, madu, dan susu formula selama 6 bulan setiap 2 jam sekali atau sesering mungkin. <i>Ibu mengerti dan akan melakukan anjuran bidan.</i>	
09.23	Memberikan ibu terapi vitamin A 200.000 iu sebanyak 2 kapsul diminum 1x selang waktu 24 jam, diminum dalam waktu yang sama, FE sebanyak 30 tablet 1x1 untuk mencegah anemia, Asam mefenamat diminum 3x sehari untuk mengurangi rasa nyeri pada luka jahitan dan	

	amoxilin 3x sehari sebagai antibiotik. <i>Ibu mengerti dan bersedia melakukan anjuran bidan.</i>	
09.24	Memperbolehkan ibu dan bayi untuk pulang dan menganjurkan ibu untuk kontrol 3 hari atau jika ada keluhan. <i>Ibu bersedia.</i>	

CATATAN PERKEMBANGAN

Asuhan Kebidanan

Pada Ny. "I" P₁₀₀₀₁ Post Partum Hari ke-7 dengan Nifas Normal

Tanggal : 08 Mei 2018

Pukul : 09.00 WIB

Tempat : Rumah Pasien

Petugas : Mardiatul Hasanah

S : Melahirkan 7 hari yang lalu pada tanggal 02-05-2018, mengeluh nyeri luka jahitan.

O : KU : Baik

Kesadaran : Composmentis

TTV : TD : 120/80 mmHg

N : 80x/ menit

S : 36,4°C

RR : 19x/ menit

Payudara : simetris, bersih, payudara tampak membesar, menggantung, puting susu menonjol, tidak ada retraksi payudara, ada hiperpigmentasi areola, tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan, ASI lancar.

Abdomen : TFU pertengahan pusat symphysis, kontraksi baik, kandung kemih kosong, diastasis recti 1 cm, tidak kembung.

Genitalia : perdarahan pervaginam sedikit, warna merah kekuningan, lochea sanguinolenta, luka jahitan

perineum kering.

A : Ny "I" P₁₀₀₀₁ Post Partum Hari Ke 7 dengan Nifas Normal

P :

JAM	KEGIATAN	PARAF
09.05	Melakukan pemeriksaan genitalia untuk memeriksa kondisi jahitan perineum. <i>Jahitan perineum kering</i>	
09.06	Memberitahu ibu hasil pemeriksaan, bahwa kondisi ibu dalam keadaan baik. TD :120/80 mmHg. <i>Ibu mengetahui kondisinya</i>	
09.07	Menganjurkan ibu untuk melakukan mobilisasi seperti berjalan, melakukan aktifitas seperti biasa seperti menyapu, memasak, mencuci, dan melakukan senam nifas. <i>Ibu mengerti dan bersedia melakukan</i>	
09.07	Mengajari ibu cara perawatan payudara, serta cara menyusui yang benar agar asi lancar, yaitu dengan cara memijat payudara dan memompa payudara untuk merangsang ASI. <i>Ibu mengerti dan bersedia</i>	
09.08	Menganjurkan ibu untuk tetap memberikan ASI secara eksklusif kepada bayinya setiap 2 jam sekali dan tidak memberikan makanan tambahan apapun. <i>Ibu bersedia</i>	
09.08	Mengajari ibu untuk melakukan perawatan payudara dengan cara membersihkan bagian areola menggunakan kapas yang diberi minyak kelapa atau baby oil, dibersihkan dengan air hangat, dilakukan masase pada payudara, kemudian bersihkan dengan air hangat dan air dingin secara bergantian. Lakukan setiap hari agar ASI lancar dan tidak terjadi pembengkakan pada payudara. <i>Ibu mengerti dan bersedia melakukan.</i>	
09.10	Menganjurkan ibu untuk menjaga kebersihan alat genitalianya, ganti CD 3x sehari serta ganti pembalut 4 jam sekali agar terhindar dari infeksi dan memberi kenyamanan pada ibu. <i>Ibu mengerti dan bersedia.</i>	
09.11	Mengingatkan ibu untuk mengkonsumsi makanan yang bergizi seimbang dan berprotein tinggi seperti ikan laut, telur daging, tempe, tahu, sayur, dan buah-buahan. <i>Ibu bersedia.</i>	

CATATAN PERKEMBANGAN

Asuhan Kebidanan

Pada Ny. "I" P₁₀₀₀₁ Nifas Hari Ke-30 dengan Nifas Normal

Tanggal : 02 Juni 2018 Pukul : 10.00 WIB
 Tempat : Rumah pasien
 Petugas : Mardiatul Hasanah

S : Melahirkan 4 minggu yang lalu 02 Mei 2018, kondisinya baik, saat ini tidak ada keluhan.

O : KU : Baik
 Kesadaran : Composmentis
 TTV : TD : 110/70 mmHg
 Nadi : 80x/ menit
 Suhu : 36°C
 Pernafasan : 19x/ menit
 Abdomen : TFU tidak teraba, kandung kemih kosong, diastasi recti 1 cm, tidak kembung.
 Genitalia : Lochea serosa, luka perineum sudah kering.

A : Ny "I" P₁₀₀₀₁ Nifas Hari Ke-30 dengan Nifas Normal

P :

JAM	KEGIATAN	PARAF
10.05	Memberitahu hasil pemeriksaan, bahwa kondisi ibu dalam keadaan baik TD: 110/70 mmHg. <i>Ibu mengerti</i>	
10.07	Mengingatkan ibu untuk tetap mengonsumsi makanan yang bergizi seimbang dan berprotein tinggi seperti ikan laut, telur daging, tempe, tahu, sayur, dan buah-buahan. <i>Ibu bersedia.</i>	
10.10	Mengingatkan ibu untuk memberikan ASI eksklusif sampai usai 6 bulan. <i>Ibu bersedia.</i>	

10.12	Memberikan konseling tentang kontrasepsi agar ibu menggunakan KB yang sesuai. <i>Ibu dan suami memilih KB suntik 3 bulan</i>	
10.16	Menjelaskan kembali keuntungan dan kerugian KB suntik 3 bulan. <i>Ibu mantap menggunakan KB suntik 3 bulan.</i>	



4.4 Asuhan Kebidanan pada Neonatus

Asuhan Kebidanan Neonatal

Neonatus Cukup Bulan Sesuai Masa Kehamilan Usia 0 Hari

Tanggal : 02 Mei 2018

Tempat : PMB Ny. Siswati, SST

Petugas : Mardiatul Hasanah

4.4.1 DATA SUBYEKTIF (S)

1. Identitas bayi

Nama : Bayi Ny. "I"
 Umur : 6 jam
 Jenis Kelamin : Laki-laki
 Tanggal lahir : 02 Mei 2018 / 03.30 WIB
 Anak ke : 1 (Pertama)

2. Identitas orang tua

Nama ibu	: Ny "I"	Nama Suami	: Tn "M"
Usia	: 26 tahun	Usia	: 34 tahun
Suku/Bangsa	: Madura	Suku/Bangsa	: Madura
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: Perguruan Tinggi	Pendidikan	: SMP
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Wiraswasta
Alamat	: Sumber Suko RT 02 Bondowoso		

3. Riwayat natal

Jenis persalinan : Spontan
 Ditolong oleh : Bidan
 Ketuban pecah : Spontan, jernih
 Keadaan bayi : Segera menangis, tonus otot kuat, kulit bayi kemerahan.

BB : 2700 gram
 PB : 49 cm
 Kompllikasi persalinan : 1) Ibu Tidak ada
 2) Bayi Tidak ada

4. Riwayat postnatal

Bayi sudah mendapatkan IMD, sudah di injeksi vitamin K, salep mata dan Hb 0, dan tidak ada komplikasi pada bayi.

5. Pola kebiasaan bayi

NO.	POLA	SAAT INI
1.	NUTRISI a. Jenis makanan b. Pola makan	ASI 2 kali
2.	ELIMINASI a. BAK b. BAB	1 kali 1 kali

4.4.2 DATA OBJEKTIF (O)

1. Pemeriksaan umum

KU : Baik
 TTV : N : 130x/ menit
 S : 36,7°C
 RR : 57x/ menit
 BB : 2700 gram
 PB : 49 cm

2. Pemeriksaan fisik

Kepala : Bentuk kepala simetris, rambut merata, warna rambut hitam, ubun-ubun datar, tidak ada pembengkakan sutura, tidak ada moulage, ada caput succedaneum, tidak ada cephal haematoma.

: Lingkar kepala

Cirkum ferensia mento-oksipitalis : 34 cm

Cirkum ferensia fronto-oksipitalis : 33 cm

Cirkum ferensia bregmatika- : 32 cm
suboksipitalis

- Mata : simetris, tidak ada secret, sklera putih, konjungtiva merah muda, tidak ikterus
- Hidung : simetris, bersih, tidak ada pengeluaran lendir.
- Mulut : bibir simetris, tidak sianosis, tidak ada labiopalatoschizis
- Teliga : simetris, tidak ada secret
- Leher : tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran vena jugularis
- Dada : bentuk simetris, tidak ada pembengkakan dan retraksi dinding dada, jantung reguler. Lingkar dada 32cm
- Abdomen : Simetris, tali pusat bersih dan terbungkus kassa, tidak ada perdarahan tali pusat, bising usus normal, tidak ada benjolan.
- Genetalia : testis sudah turun, scrotum berkerut, penis normal.
- Eks. Atas : simetris, jari tangan lengkap, tidak oedema, gerakan aktif.
- Eks.Bawah : simetris, jari kaki lengkap, tidak oedem, gerakan aktif
- Anus : ada lubang

3. Pemeriksaan neurologis /refleks

- Reflek glabellar : (+) baik, bayi berkedip pada pemunculan sinar terang yang tiba-tiba atau mengetuk diantara kedua mata.
- Reflekrooting : (+) baik, saat diberi rangsangan pada pipi,bayi langsung menoleh ke arah rangsangan
- Refleks sucking : (+) baik, bayi menghisap kuat saat diberi ASI
- Reflek grasping : (+) baik, pada saat telapak tangan disentuh bayi mengepal tangan petugas.

4.4.3 ANALISA (A)

Diagnosa: Neonatus Cukup Bulan Sesuai Masa Kehamilan Usia 0 Hari

4.4.4 PENATALAKSANAAN (P)

Tanggal : 02 Mei 2018

Jam : 09.00 WIB

JAM	KEGIATAN	PARAF
09.00	Memberitahu ibu hasil pemeriksaan bayi bahwa bayinya lahir cukup bulan dengan BB :2700 gram dan PB : 49 cm. <i>Ibu mengerti kondisi bayinya.</i>	
09.05	Memberitahu ibu dan keluarga untuk menjaga bayi tetap hangat yaitu membedong bayi, memakaikan topi pada bayi, memandikan bayi dengan air hangat. <i>Ibu dan keluarga mengerti dan bersedia.</i>	
09.07	Memberikan konseling mengenai pemberian ASI eksklusif yaitu bayi diberi ASI saja hingga berusia 6 bulan pertama kelahiran, dimana bayi tidak boleh diberikan makanan atau minuman apapun kecuali ASI yang bermanfaat untuk pertahanan tubuh bayi, bayi disusui sesering mungkin, jika bayi tidur sebaiknya dibangunkan untuk disusui, minimal setiap 2 jam sekali. <i>Ibu mengerti dan bersedia.</i>	
09.09	Memberikan konseling mengenai tanda-tanda bahaya pada bayi, diantaranya bayi rewel, tali pusat berbau, bengkak dan berwarna merah, bayi kuning, tidak mau menyusu, jika terjadi tanda-tanda tersebut, diharapkan ibu membawa bayi ke fasilitas kesehatan secepatnya. <i>Ibu mengerti dan bersedia melakukan anjuran bidan.</i>	

CATATAN PERKEMBANGAN

Asuhan Kebidanan Neonatal

Neonatus Cukup Bulan Sesuai Masa Kehamilan Usia 7 Hari

Tanggal : 08 Mei 2018

Pukul : 09.30 WIB

Tempat : Rumah pasien

Petugas : Mardiatul Hasanah

S : Ibu mengatakan keadaan bayi baik, tidak rewel, tali pusat belum lepas dan tidak bau, menyusu dengan baik.

O : KU : Baik
 TTV : N : 136x/ menit
 S : 36,6°C
 RR : 41x/ menit
 BB : 2800 gram
 PB : 50 cm
 Kulit : Kemerahan, tidak biru
 Kepala : rambut bersih, rambut merata berwarna hitam, caput succedaneum sudah tidak ada.
 Mata : simetris, tidak ada secret, sklera putih, konjungtiva merah muda, tidak ikhterus
 Mulut : bibir simetris, bersih, tidak sianosis, tidak ada oral trush
 Abdomen : tali pusat belum lepas, kering dan tidak kembung
 A : Neonatus Cukup Bulan Sesuai Masa Kehamilan Usia 7 Hari
 P :

JAM	KEGIATAN	PARAF
09.30	Memberitahu pada ibu hasil pemeriksaan bayi bahwa bayinya dalam keadaan baik dan kondisinya sehat. <i>Ibu mengerti kondisi bayinya.</i>	
09.32	Mengingatkan ibu untuk tetap memberikan ASI secara eksklusif dan sesering mungkin. <i>Ibu mengerti dan bersedia.</i>	
09.34	Membimbing ibu untuk menyendawakan bayinya setiap selesai menyusu dengan menepuk punggung bayi secara halus untuk mengeluarkan udara yang masuk lambung agar bayi tidak gumoh. <i>Ibu mengerti dan dapat melakukan.</i>	
09.35	Menjelaskan kepada ibu untuk mengganti popok bayi setelah bayi BAB maupun BAK untuk mencegah terjadinya ruam popok. <i>Ibu mengerti dan bersedia melakukan.</i>	
09.36	Memberitahu pada keluarga untuk menjaga kebersihan lingkungannya, agar bayi tetap sehat, jika merokok tidak boleh didekat bayi. <i>Ibu mengerti dan bersedia.</i>	
09.38	Menganjurkan ibu untuk menjemur bayinya dibawah sinar matahari setiap pagi antara jam 7-8 selama 15 menit untuk mencegah kuning pada bayi. <i>Ibu mengerti.</i>	

09.40	Menganjurkan ibu untuk rutin memeriksakan bayinya setiap bulan ke posyandu. <i>Ibu mengerti dan bersedia.</i>	
-------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

CATATAN PERKEMBANGAN

Asuhan Kebidanan Neonatal

Neonatus Cukup Bulan Sesuai Masa Kehamilan Usia 15 Hari

Tanggal : 16 Mei 2018

Pukul : 10.00 WIB

Tempat : Rumah pasien

Petugas : Mardiatul Hasanah

S : Ibu mengatakan kondisi bayi baik, tidak rewel dan tali pusat sudah lepas.

O : KU : Baik
TTV : N : 133x/menit
S : 36,8°C
RR : 51x/menit

BB : 2900 gram

PB : 52 cm

Mata : simetris, tidak ada scret, sklera jernih, konjungtiva merah muda, tidak ikterus

Mulut : bibir simetris, bersih, tidak sianosis, tidak ada oral trust.

Dada : tidak ada retraksi

Abdomen : simetris, pusat kering

A : Neonatus Cukup Bulan Sesuai Masa Kehamilan Usia 15 Hari

P :

JAM	KEGIATAN	PARAF
10.05	Memberitahu pada ibu hasil pemeriksaan bayi bahwa bayinya dalam keadaan baik dan kondisinya sehat. <i>Ibu mengerti.</i>	

10.07	Menganjurkan ibu untuk memberikan rangsangan seperti mengajak bayi tersenyum, bicara dan mendengarkan musik untuk merangsang perkembangan bayi. <i>Ibu mengerti dan bersedia.</i>	
10.08	Memberikan KIE tentang imunisasi bahwa bayi harus mendapatkan imunisasi lengkap. Ibu mengerti dan akan membawa bayinya untuk diimunisasi BCG sesuai jadwal dan usia anak. <i>Ibu mengerti.</i>	
10.10	Menganjurkan ibu untuk datang ke pelayanan kesehatan jika terdapat keluhan pada bayi. <i>Ibu mengerti.</i>	



4.5 Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana

Asuhan Kebidanan

Pada Ny. "I" P₁₀₀₀₁ Calon Akseptor Baru KB Suntik 3 Bulan

Tanggal : 08 Juni 2018

Tempat : PMB Ny. Siswati, SST

Petugas : Mardiatul Hasanah

4.5.1 DATA SUBYEKTIF (S)

1. Keluhan utama

Ibu datang ingin menggunakan KB suntik 3 bulan

2. Riwayat obstetri

Kehamilan		Persalinan				Anak				Nifas		Laktasi			
Ke	UK	Komp	Jenis	Tempat	Penolong	Komp	JK	PB/BB	H/M	T/G	Usia	Lama	Komp	Lama	Komp
I	9 bln	-	sontan	PMB	Bidan	-	LK	49/2700	H	T	2 bln	Saat ini		Saat ini	

4.5.2 DATA OBYEKTIF (O)

1. Pemeriksaan umum

KU : Baik

Kesadaran : Composmentis

TTV : TD : 110/70 mmHg

N : 80x/menit

RR : 19x/menit

S : 36,5⁰ C

BB : 44 kg

2. Pemeriksaan Fisik

Wajah : tidak pucat, tidak oedema

Mata : simetris, sklera putih, konjungtiva merah muda, palpebra tidak oedema.

- Payudara : simetris, bersih, payudara tampak membesar, menggantung, puting susu menonjol, tidak ada retraksi payudara, ada hiperpigmentasi areola, tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan.
- Abdomen : Tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembesaran uterus.
- Eks. Atas : simetris, lengkap, tidak oedema.
- Eks. Bawah : simetris, tidak oedema, tidak ada varises

4.5.3 ANALISA (A)

Ny. "I" P₁₀₀₀₁ Calon Akseptor Baru KB Suntik 3 Bulan

4.5.4 PENATALAKSANAAN (P)

Tanggal : 08 Juni 2018

Jam : 18.15 WIB

JAM	KEGIATAN	PARAF
18.15	Menjelaskan macam-macam alat kontrasepsi kepada ibu <i>Ibu mengerti</i>	
18.17	Memberitahu ibu tentang keuntungan dan kerugian masing-masing alat kontrasepsi <i>Ibu mengerti</i>	
18.18	Menjelaskan efek samping dari masing-masing alat kontrasepsi <i>Ibu mengerti</i>	
18.20	Memberitahu ibu tentang jangka waktu penggunaan dari masing-masing alat kontrasepsi <i>Ibu mengerti</i>	
18.23	Menfasilitasi ibu dan suami untuk mendiskusikan alat kontrasepsi apa yang akan digunakan <i>Ibu mantap memilih alat kontrasepsi KB suntik 3 bulan</i>	
18.25	Menjelaskan kembali efek samping dari kb suntik 3 bulan yaitu gangguan siklus haid, penambahan berat badan, pusing, dll. <i>ibu mengerti</i>	
18.28	Menjelaskan kembali keuntungan dan kerugian dari kb suntik 3 bulan <i>Ibu mengerti</i>	
18.30	Menjelaskan hasil pemeriksaan kepada ibu bahwa kondisi baik.	

	TD : 110/70 mmHg N : 80x/menit	RR : 19x/menit S : 36,8 ⁰ C	
18.31	Menyiapkan alat dan obat yang akan digunakan <i>Alat dan obat telah disiapkan.</i>		
18.32	Menyuntikan kb suntik 3 bulan pada ibu <i>Ibu kooperatif</i>		
18.33	Mengingatkan ibu untuk suntik ulang tanggal 30-08-2018 <i>Ibu mengerti dan bersedia</i>		



BAB 5

PEMBAHASAN

Pada bab pembahasan ini akan diuraikan tentang asuhan kebidanan yang telah dilaksanakan secara berkesinambungan (*Continuity Of Care*) yang membahas tentang ada tidaknya kesenjangan antara tinjauan pustaka dengan pelaksanaan.

Pembahasan yang dilakukan sesuai dengan manajemen kebidanan dengan menggunakan metode varney dan SOAP yaitu pengkajian data subjektif, objektif, dan menentukan analisis data serta penatalaksanaan asuhan kebidanan beserta dengan evaluasi.

5.1 Analisis Asuhan Kebidanan Kehamilan Pada Ny. "I" di Praktik Mandiri Bidan Ny. "S"

Pada laporan studi kasus Ny. "I" di lakukan pemeriksaan sebanyak 9 kali selama kehamilan. Pada trimester pertama melakukan pemeriksaan sebanyak 1 kali, pada trimester kedua melakukan pemeriksaan sebanyak 2 kali, dan trimester ketiga melakukan pemeriksaan sebanyak 6 kali. Dalam pemeriksaan kehamilan peneliti melakukan pemeriksaan sebanyak 5 kali pada trimester tiga.

Menurut Manuaba (2010), frekuensi kunjungan pemeriksaan kehamilan sebaiknya dilakukan paling sedikit 4x selama kehamilan yaitu 1 kali pada usia kehamilan sebelum 3 bulan, 1 kali pada usia kehamilan 4-6 bulan, dan 2 kali pada usia kehamilan 7-9 bulan.

Kunjungan antenatal yang dilakukan pada Ny. "I" tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus. Dalam pemeriksaan kehamilan Ny. "I" diperbolehkan melebihi standar kunjungan yang telah di tentukan karena semakin sering melakukan kunjungan maka semakin baik untuk memantau kesehatan ibu dan janin selama hamil.

Pada pemeriksaan yang dilakukan Ny. "I" telah mendapatkan standar pelayanan 10T dengan hasil yaitu BB : 55 kg, TB : 144 cm, LILA : 24 cm, TD : 120/80 mmHg, Nadi : 80x/menit, S : 36,3°C, RR : 19x/menit. Pada

pemeriksaan Leopold, ditemukan TFU 28 cm (pertengahan pusat dan px), 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 (PUKA), Leopold III bagian terendah janin teraba bulat, keras, melenting (kepala), Leopold IV kepala belum masuk PAP, status TT5, pemberian tablet FE sebanyak 120 tablet, tes laboratorium didapatkan hasil Hb : 12 gr/dl, HIV : Non Reaktif, Protein Urine : Negatif (-), Golongan Darah : O, ROT : Negatif (-), MAP : Negatif (-), DJJ dalam batas normal 138x/menit, tatalaksana kasus dan temu wicara (konseling) dalam rangka rujukan.

Dalam melakukan pemeriksaan antenatal, tenaga kesehatan harus memberikan pelayanan sesuai standar 10T, diantaranya yaitu timbang BB (BB naik 1 kg tiap bulan), dan ukur tinggi badan (TB normal \geq 145 cm), ukur tekanan darah (90/70-130/90 mmHg), nilai status gizi (23,5 cm), ukur tinggi fundus uteri, tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin, skrining status imunisasi tetanus dan berikan imunisasi toksoid TT bila diperlukan, beri tablet penambah darah (minimal 90 tablet), test laboratorium (rutin dan khusus), tatalaksana kasus, temu wicara (konseling), termasuk perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi (P4K) serta KB pasca persalinan (PP IBI, 2016).

Berdasarkan hasil pemeriksaan di atas peneliti menyimpulkan tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus karena pemeriksaan telah dilakukan sesuai dengan standart pemeriksaan 10T, hanya saja ada penambahan pemberian tablet FE hal ini diperbolehkan karena pada masa kehamilan pemberian tablet FE 90 tablet merupakan batas minimal. Dalam kasus Ny. "I" mendapatkan tablet Fe sebanyak 120 tablet diperbolehkan untuk mencegah terjadinya anemia yang dapat menyebabkan komplikasi pada kehamilan dan persalinan.

Pada pemeriksaan tinggi badan Ny. "I" didapatkan hasil tinggi badan yaitu 144 cm kurang dari 145 cm dan termasuk kategori KRT dengan skor KSPR 6. Menurut Prawirohardjo (2011) skor pada ibu hamil yang normal adalah 2, Skor tersebut dibagi menjadi 3 kategori yaitu: Kehamilan Resiko

Rendah (KRR) yaitu skor 2 dengan kode warna hijau rencana bersalin dapat di tolong oleh bidan tempat bersalin di PMB atau Polindes. Kehamilan Resiko Tinggi (KRT) yaitu skor 6-10 dengan kode kuning selama hamil terdapat faktor resiko terjadinya komplikasi pada persalinan lebih besar, rencana bersalin bisa di tolong oleh bidan atau dokter dan tempat persalinan di polindes, puskesmas, atau rumah sakit. Kehamilan Resiko Sangat Tinggi (KRST) yaitu $\geq 12 / > 12$ dengan kode warna merah, ibu hamil dengan resiko ganda atau lebih yang dapat mengancam nyawa ibu atau janin, rencana bersalin hanya bisa ditolong oleh dokter dan tempat persalinan di rumah sakit.

Berdasarkan teori dan kasus di atas terdapat kesenjangan antara teori dan kasus, pada TB Ny. "I" di dapatkan hasil 144 cm, menurut teori di atas TB normal 145 cm jika kurang dari 145 cm dapat meningkatkan resiko untuk terjadinya *CPD (Cepalo Pelvic Disproportion)* dan pada KSPR skor ibu berjumlah 6, termasuk dalam kategori kehamilan resiko tinggi (KRT), selama kehamilan terdapat faktor resiko terjadinya komplikasi pada persalinan lebih besar. Namun pada Ny. "I" kehamilannya berjalan dengan normal dan tidak mengalami *CPD (Cepalo Pelvic Disproportion)*. Kehamilan dengan TB kurang dari 145 cm sebaiknya dilakukan pengukuran panggul untuk memastikan kondisi kehamilan pasien, agar tenaga kesehatan khususnya bidan dapat mendeteksi komplikasi persalinan yang akan terjadi.

5.2 Analisis Asuhan Kebidanan Persalinan Pada Ny. "I" di Praktik Mandiri Bidan Ny. "S"

Pada studi kasus Ny "I" GI P₀₀₀₀ UK 41 minggu, ibu merasa perutnya kenceng-kenceng sejak pukul 14.00 WIB (01 Mei 2018), serta keluar cairan dari kemaluan pada pukul 01.30 WIB (02 Mei 2018). Ibu datang ke rumah bidan pukul 01.45 WIB (02 Mei 2018). Setelah dilakukan pemeriksaan dalam (VT), didapatkan hasil bahwa portio tidak teraba, eff 100 %, pembukaan lengkap, ketuban pecah secara spontan, presentasi kepala, UUK jam 12, molase 0, tidak ada bagian terkecil di samping kanan dan kiri kepala janin, tidak ada tali pusat menumbung, H III+ serta tanda-tanda vital dalam batas normal, tidak mengalami kenaikan yang mengarah pada adanya

komplikasi. Pada jam 02.00 WIB dilakukan bimbingan meneran setelah 1 ½ jam meneran pada jam 03.30 WIB bayi lahir spontan dengan jenis kelamin laki-laki, menangis kuat, kulit kemerahan, tonus otot baik. Segera setelah lahir bayi langsung dilakukan IMD. Ibu merasa perutnya mulas dan dilakukan penegangan tali pusat setelah 5 menit penegangan tali pusat, plasenta lahir spontan dan mengecek adanya laserasi terdapat laserasi derajat II dilakukan penjahitan dengan anastesi. Selama 2 jam post partum dilakukan observasi untuk memantau kondisi ibu didapatkan hasil kondisi ibu dalam batas normal dengan hasil TD : 120/80 mmHg, N : 81x/menit, RR : 20x/menit, S : 36,6⁰C, kontraksi uterus baik, TFU 2 jari dibawah pusat, kandung kemih kosong, perdarahan ± 100 cc dan tidak ada temuan yang tidak normal pada ibu.

Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan di anggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai penyulit (JNPK-KR, 2014).

Menurut Mochtar (2012) Kala I dimulai sejak awal berkontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap, berlangsung hingga serviks membuka kurang dari 4 cm. Pada umumnya, fase laten berlangsung hampir atau hingga 8 jam. Frekuensi dan lama kontraksi uterus akan meningkat secara bertahap (kontraksi dianggap adekuat/memadai jika terjadi tiga kali lebih dalam waktu 10 menit, dan berlangsung selama 40 detik atau lebih), dari pembukaan 4 cm hingga mencapai pembukaan lengkap atau 10 cm, akan terjadi dengan kecepatan rata-rata 1 cm per jam (nulipara atau primigravida) atau lebih dari 1 cm hingga 2 cm (multipara) dan terjadi penurunan bagian terbawah janin . Persalinan kala II dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi serta adanya tanda-tanda gejala kala II seperti doran, tekus, perjol, vulka. Kala dua disebut juga sebagai kala pengeluaran bayi. Kala II pada primigravida berlangsung selama 1 ½ - 2 jam, pada multigravida ½ - 1 jam. Persalinan kala III dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban.

Persalinan kala IV dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam setelah itu.

Berdasarkan teori dan kasus di atas peneliti dapat menyimpulkan bahwa tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kasus, karena pada kasus Ny. "I" pada kala I yang dialami dalam batas normal dan tidak ada temuan yang tidak normal, kala II berlangsung selama 1 ½ jam 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.

5.3 Analisis Asuhan Kebidanan Nifas Pada Ny. "I" di Praktik Mandiri Bidan Ny. "S"

Pada study kasus Ny. "I" dilakukan pemeriksaan setelah melahirkan dengan kunjungan nifas yang dilakukan sebanyak 3 kali yaitu 6 jam, 7 hari, dan 30 hari post partum. Menurut Kemenkes RI (2015), kunjungan nifas dilakukan minimal 3 kali yaitu pada 6 jam – 3 hari post partum, 4 – 28 hari post partum, 29 – 42 hari post partum. Berdasarkan teori dan kasus peneliti menyimpulkan tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus karena kunjungan nifas Ny. "I" dilakukan sesuai dengan standart yang telah ditetapkan.

Pada kunjungan pertama 6 jam post partum didapatkan hasil pemeriksaan TD : 110/70 mmHg, N : 78x/menit, RR : 20x/menit, S : 36,6⁰C, ASI : lancar (+/+), TFU teraba 2 jari dibawah pusat, kontraksi baik, pengeluaran pervaginam lochea rubra (merah segar), diastasis recti 2 jari, tidak ada humagn sign. Pada kunjungan kedua 7 hari post partum didapatkan hasil tanda-tanda vital dalam batas normal, kontraksi uterus baik, TFU pertengahan simpisis dan pusat, warna darah merah kecoklatan (lochea sanguinolenta), ASI lancar pada kedua payudara, tidak ada tanda-tanda infeksi hanya saja ibu mengeluh nyeri luka jahitan perineum, tidak ada human sign, luka jahitan perineum kering. Pada kunjungan ketiga 30 hari post partum yaitu dalam pemeriksaan tanda-tanda vital dalam batas normal, TFU bertambah kecil, pengeluaran darah sudah berwarna putih (lochea

alba), ASI tetap lancar serta tidak ada komplikasi nifas.

Menurut Mochtar (2012), pada pemeriksaan palpasi penurunan TFU sesuai yaitu 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. Pemeriksaan diastasis recti normalnya $\leq 2,5\text{cm}$ dan tidak terdapat humagn sign atau humagn sign negative. Pada pemeriksaan lochea terdiri dari lochea rubra berisi darah segar dan sisa – sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, verniks kaseosa, lanugo, dan mekonium, selama 2 hari pasca persalinan, lochea sanguinolenta berwarna merah kuning, berisi darah dan lendir pada hari ke 3-7 pasca persalinan, lochea serosa berwarna kuning, cairan tidak berdarah lagi, pada hari 7-14 pasca persalinan, lochea alba cairan putih, setelah 2 minggu, lochea purulenta terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk, lokiostatis lochea tidak lancar keluaranya.

Berdasarkan teori dan kasus di atas dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kasus. Nyeri luka jahitan pada hari ke 7 normal karena masih dalam proses pemulihan dalam beberapa minggu luka jahitan akan mengering dan kembali seperti semula. Tatalaksana yang dilakukan menganjurkan ibu untuk melakukan mobilisasi serta menjaga kebersihan alat genitalia dengan sering mengganti pembalut dan celana dalam untuk mencegah terjadinya infeksi.

Pelayanan yang diberikan pada Ny. “T” pada kunjungan pertama 6 jam post partum yaitu pemberian terapi Vitamin A 200.000 iu sebanyak 2 kapsul, Fe 30 tablet 1x1, Amoxillin 3x1, Asam Mefenamat 3x1, melakukan pencegahan perdarahan, pemberian ASI awal, dan konseling tentang asuhan pada bayi. Pada kunjungan kedua memastikan involusi uterus berjalan normal, kontraksi uterus baik, penurunan TFU, dan menilai tanda-tanda terjadinya komplikasi. Pada kunjungan ketiga memberikan konseling tentang keluarga berencana secara dini, dan menanyakan penyulit yang dialami selama nifas.

Menurut Asih (2016), pelayanan kunjungan selama nifas pada kunjungan pertama melakukan pencegahan perdarahan masa nifas karena

persalinan, mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan dan rujuk jika perdarahan berlanjut, pemberian ASI awal, melakukan hubungan antara ibu dan bayi, memberikann ibu terapi vitamin A 200.000 iu sebanyak 2 kapsul yang berfungsi untuk mencegah pandangan mata kabur, tablet FE sebanyak 30 tablet 1x1 untuk mencegah anemia pada ibu nifas, Amoxilin 3x1 yang berfungsi sebagai profilaksis jika terjadi infeksi, memberikan konseling kepada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari. Pada kunjungan kedua memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi dengan baik, fundus pertengahan pusat-*symptisis*, tidak ada tanda-tanda perdarahan abnormal, menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, dan perdarahan abnormal, memastikan ibu cukup mendapatkan istirahat yang cukup, memastikan ibu cukup mendapatkan makanan yang bergizi, memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak ada tanda-tanda penyulit, memberikan konseling pada ibu mengenai hal yang berkaitan dengan asuhan pada bayi. Pada kunjungan ketiga menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang dialami, memberikan konseling untuk KB secara dini, imunisasi, menanyakan ibu mengenai suasana emosinya, bagaimana dukungan yang didapatkannya dari keluarga, pasangan, dan masyarakat untuk perawatan bayinya

Berdasarkan hasil pemeriksaan diatas tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kasus, pelayanan yang di berikan selama kunjungan masa nifas sudah sesuai dengan standart yang telah di tentukan.

5.4 Analisis Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir (BBL) bayi Ny. “I” di Praktik Mandiri Bidan Ny. “S”

Pada studi kasus by. Ny “I” dilakukan kunjungan neonatus sebanyak 3 kali yaitu pada 6 jam setelah bayi lahir, pada hari ke 7 dan pada hari ke 15 setelah bayi lahir. Menurut Depkes (2016), kunjungan neonatas minimal dilakukan sebanyak 3 kali yaitu 6 sampai 48 jam, 3 sampai 7 hari dan 8 sampai 28 hari setelah bayi lahir. Berdasarkan teori dan kasus di atas dapat disimpulkan tidak ada kesenjangan antara teori dann kasus karena

kunjungan neonatus yang dilakukan sudah sesuai dengan standart yang telah di tentukan.

Pada studi kasus by. Ny "I" kunjungan pertama didapatkan hasil pemeriksaan, bayi menangis kuat, kulit kemerahan, tonus otot kuat, jenis kelamin laki-laki, BB : 2700 gram, PB: 49 cm, LK: 33 cm, LD: 32 cm. Pemeriksaan TTV bayi, S: 36,7°C, N: 130x/menit, RR: 57x/menit, kuku bayi agak panjang, dan telah mengeluarkan mekonium. Pada kunjungan kedua keadaan bayi baik, tanda-tanda vital dalam batas normal, tidak ikterus, tidak terdapat tanda-tanda infeksi, tali pusat belum lepas, menyusu dengan baik. Pada kunjungan ketiga keadaan bayi baik, tanda-tanda vital dalam batas normal, tali pusat sudah terlepas kering, bayi menyusu dengan baik, tumbuh kembang sesuai dengan usia.

Pada bayi baru lahir normal, tandanya yaitu berat badan 2500-4000 gr, panjang badan 48-50cm, lingkar dada 30-38cm, lingkar kepala 33-35cm, frekuensi jantung 120-140 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 *graps* atau menggenggam sudah baik, eliminasi baik, mekonium akan keluar dalam 24 jam pertama (Sondakh, 2013).

Berdasarkan teori dan kasus dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kasus by. Ny "I". Hasil pemeriksaan yang dilakukan dalam batas normal, tidak ada temuan yang tidak normal, serta tumbang kembang bayi sesuai dengan usia.

Pelayanan yang diberikan pada by. Ny "I" pada kunjungan pertama 6 jam setelah bayi lahir yaitu bayi telah diberikan terapi salep mata, kemudian Vitamin K 1mg di injeksikan pada paha kiri secara IM dosis 0,1 ml kemudian 1 jam setelah pemberian vitamin K diberikan imunisasi HB O secara IM pada paha kanan. Pada kunjungan kedua melakukan penilai

menggunakan Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM), menilai tanda bahaya bayi baru lahir, serta menganjurkan ibu untuk memenuhi kebutuhan nutrisi bayi. Pada kunjungan ketiga melakukan penilai menggunakan Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM), menganjurkan ibu untuk memberikan imunisasi sesuai dengan umurnya dan rutin mengikuti kegiatan di posyandu.

Menurut Depkes RI (2016), pelayanan kunjungan neonatus pada kunjungan pertama yaitu pemberian terapi Vitamin K untuk mencegah terjadinya perdarahan, salep mata sebagai antibiotik profilaksis jika terjadi infeksi, imunisasi HB0 untuk mencegah terjadinya penyakit hepatitis B, menjaga bayi tetap hangat agar terhindar dari hipotermi. Pada kunjungan kedua melakukan penilaian menggunakan manajemen terpadu bayi muda (MTBM) untuk mengetahui tumbuh kembang bayi, menilai tanda bahaya pada bayi, dan melakukan perawatan tali pusat. Pada kunjungan ketiga memberikan konseling tentang imunisasi, pemberian ASI eksklusif, serta menganjurkan ibu aktif mengikuti kegiatan di posyandu.

Berdasarkan teori dan kasus di atas dapat disimpulkan bahwa tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus. By. Ny "I" telah mendapatkan Vitamin K dan imunisasi HB0 dan telah dilakukan manajemen terpadu bayi muda (MTBM) dalam tata laksana bayi sakit dan hasil pemeriksaan dalam batas normal.

5.5 Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana Pada Ny. "I" di Praktik Mandiri Bidan Ny. "S"

Pada studi kasus Ny. "I" telah dilakukan konseling pada awal kehamilan yaitu konseling P4K, salah satu isi dari konseling P4K adalah perencanaan KB pasca persalinan, dalam konseling tersebut ibu memilih KB suntik 3 bulan. Pada kunjungan nifas kunjungan ketiga dilakukan konseling kembali tentang macam-macam KB yang diperbolehkan untuk ibu menyusui serta efek samping, keuntungan dan kerugian dan ibu mantap memilih KB suntik 3 bulan. Pemasangan KB pada tanggal 8 Juni 2018 ibu tidak tidak memiliki kontra indikasi sebagai akseptor KB suntik 3 bulan

dengan hasil pemeriksaan tanda-tanda vital TD : 110/70 mmHg, N : 80x/menit, RR : 19x/menit, S : 36,5⁰C, pada pemeriksaan payudara tidak terdapat benjolan maupun nyeri tekan, pada pemeriksaan abdomen tidak terdapat benjolan maupun nyeri tekan serta tidak ada pembesaran uterus

Menurut Arum (2011), kontrasepsi yang sesuai untuk pasca salin yaitu kontrasepsi pil progestin atau mini pil yaitu pil yang mengandung progestin dalam dosis yang sangat rendah, KB suntik 3 bulan mengandung progestin sehingga dapat digunakan pada masa laktasi, Impalnt mengandung progestin yang tidak mengganggu produksi ASI serta IUD yang mengandung hormon progesteron. Pemeriksaan tanda-tanda vital yang boleh menggunakan KB yang mengandung hormon progesteron yaitu tekanan darah < 180/110 mmHg atau dengan masalah gangguan pembekuan darah serta hasil pemeriksaan fisik tidak terdapat tanda-tanda kehamilan dan tidak ada riwayat kanker payudara atau menderita kanker payudara.

Berdasarkan teori dan kasus diatas peneliti menyimpulkan tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus, pada Ny. "I" cocok menggunakan KB suntik 3 bulan karena semua hasil pemeriksaan menunjukkan tidak ada kontra indikasi pada Ny. "I" sehingga diperbolehkan menggunakan KB suntik 3 bulan.

Pada studi kasus Ny. "I" telah memilih KB suntik 3 bulan setelah mendapatkan konseling tentang macam-macam KB karena KB suntik 3 bulan tidak mengganggu produksi ASI dan sangat cocok untuk ibu menyusui, serta sangat efektif. Menurut Arum (2011), suntikan progestin yang berisi progesteron, mempunyai mekanisme kerja dengan menekan ovulasi, lendir servik menjadi kental dan sedikit, serta manfaatnya sangat efektif, cepat efektif, tidak mengganggu hubungan seksual dan tidak mempengaruhi produksi ASI, dan dapat digunakan oleh wanita dari semua usia subur atau paritas seperti sedang menyusui karena tidak menekan produksi ASI.

Pada kasus Ny "I" sudah memutuskan untuk menggunakan KB suntik 3 bulan setelah mendapatkan penjelasan tentang KB. Berdasarkan teori dan kasus diatas dapat disimpulkan tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus bahwa Ny. "I" menggunakan KB suntik 3 bulan karena KB suntik

3 bulan cocok untuk ibu menyusui dan tidak mengganggu produksi ASI selama ibu menyusui serta ibu tidak ada kontra indikasi dari penggunaan KB suntik 3 bulan.

