

**ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF (*CONTINUITY OF CARE/COC*) PADA NY "I" DI PRAKTIK MANDIRI
BIDAN "R" DI KECAMATAN TENGGARANG
KABUPATEN BONDOWOSO
TAHUN 2017-2018**

LAPORAN TUGAS AKHIR



Oleh :

Mukrimah
NIM. 15.01.0308

**AKADEMI KEBIDANAN DHAMA PRAJA
KABUPATEN BONDOWOSO
2017-2018**

**ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF (*CONTINUITY OF CARE/COC*) PADA NY “I” DI PRAKTIK MANDIRI
BIDAN “R” DI KECAMATAN TENGGARANG
KABUPATEN BONDOWOSO
TAHUN 2017-2018**

LAPORAN TUGAS AKHIR

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



Oleh :

Mukrimah
NIM. 15.01.0308

**AKADEMI KEBIDANAN DHAMA PRAJA
KABUPATEN BONDOWOSO
2017-2018**

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Mukrimah

NIM : 15.01.0308

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, 26 Februari 2019

Yang Membuat Pernyataan,



Mukrimah
NIM. 15.01.0308

Mengetahui,

Pembimbing I

Miftahurrahmah, SST., MPH
NIDN.0727018801

Pembimbing II

Rubiah, S.Tr.Keb
NIP.19701220 1991022001

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Tugas Akhir (LTA) Asuhan Kebidanan Komprehensif (*Continuity Of Care/COC*) pada Ny. "I" di PMB Bidan "R" Kecamatan Tenggarang Kabupaten Bondowoso yang disusun oleh Mukrimah NIM.15.01.0308 telah kami setujui untuk diseminarkan dihadapan tim penguji Laporan Tugas Akhir Akademi Kebidanan Dharma Praja Bondowoso pada tanggal : 26 Februari 2019

Bondowoso, 26 Februari 2019

Pembimbing I



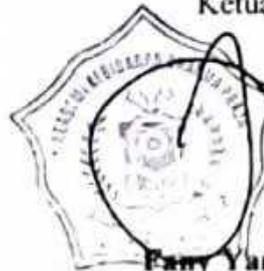
Miftahus Saadah, SST., M.PH
NIDN.0727018801

Pembimbing II



Rubiah, S.Tr.Keb
NIP.19701220 1991022001

Mengetahui,
Akademi Kebidanan Dharma Praja Bondowoso
Ketua Program Studi,



Ferry Yanuarti, SST., M.Keb
NIK. 074115.180819

LEMBAR PENGESAHAN I

Laporan Tugas Akhir Asuhan Kebidanan Komprehensif (*Continuity Of Care/COC*) pada Ny. "I" di PMB Bidan "R" Kecamatan Tenggarang Kabupaten Bondowoso disusun oleh Mukrimah NIM.15.01.0308 telah diseminarkan pada tanggal 26 Februari 2019 dihadapan tim penguji Laporan Tugas Akhir Akademi Kebidanan Dharma Praja Bondowoso, dan telah diperbaiki.

Bondowoso, 26 Februari 2019

Mengesahkan,

Tim Penguji

Ketua Penguji

Anggota Penguji I

Anggota Penguji II



Ayu Sukma Pratiwi, SST., M.Kes
NIDN.0716078402

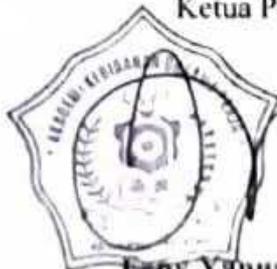


Miftahus Saadah, SST., MPH
NIDN.0727018801



Rubiah, S.Tr.Keb
NIP.19701220 1991022001

Mengetahui,
Akademi Kebidanan Dharma Praja Bondowoso
Ketua Program Studi,



Fany Yauarti, SST., M.Keb
NIK. 074115.180819

LEMBAR PENGESAHAN II

Laporan Tugas Akhir Asuhan Kebidanan Komprehensif (*Continuity Of Care/COC*) pada Ny. "I" di PMB Bidan "R" Kecamatan Tenggarang Kabupaten Bondowoso disusun oleh Mukrimah NIM.15.01.0308 telah diseminarkan pada tanggal 26 Februari 2019 dihadapan tim penguji Laporan Tugas Akhir Akademi Kebidanan Dharma Praja Bondowoso, dan telah diperbaiki.

Bondowoso, 26 Februari 2019

Mengesahkan,

Tim Penguji

Ketua Penguji



Ayu Sukma Pratiwi, SST., M.Kes
NIDN.0716078402

Anggota Penguji I



Miftahus Saadah, SST., MPH
NIDN.0727018801

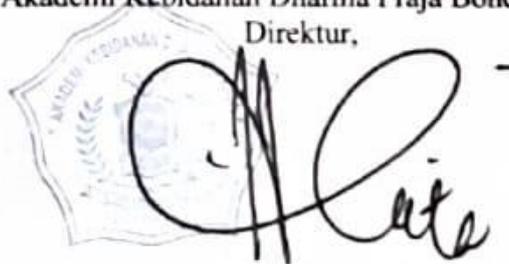
Anggota Penguji II



Rubiah, S.Tr.Keb
NIP.19701220 1991022001

Mengetahui,

Akademi Kebidanan Dharma Praja Bondowoso
Direktur,



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

RINGKASAN

MUKRIMAH

Asuhan Kebidanan Komprehensif (*Continuity Of Care/ COC*) pada Ny "I" di Praktek Mandiri Bidan "R" Kecamatan Tenggarang Kabupaten Bondowoso.

Kehamilan dan persalinan bukan merupakan proses abnormal tetapi merupakan kondisi normal yang dapat menjadi abnormal dan akan dialami oleh perempuan secara alamiah. Dalam menurunkan angka kematian ibu dan bayi dapat dilakukan dengan pemberian asuhan yang berkesinambungan sejak pra konsepsi sampai ibu menggunakan kontrasepsi. Berdasarkan data yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Bondowoso pada tahun 2017 jumlah kematian ibu mencapai 17 orang sedangkan angka kematian bayi tahun 2017 mencapai 113 orang. Penyebab tertinggi kematian ibu diantaranya pre-eklamsi/eklamsi, perdarahan, infeksi, emboli, dan abortus. Sedangkan penyebab tingginya kematian bayi di Bondowoso yaitu BBLR, asfiksi, sepsis, tetanus neonatorum, kelainan kongenital dan trauma lahir. Upaya yang dilakukan yaitu dengan asuhan kebidanan yang berbasis *Continuity Of Care* (COC) yang merupakan asuhan berkesinambungan antara pasien dengan tenaga kesehatan yang bertujuan untuk mencapai suatu pelayanan yang berkualitas yang dilakukan secara terus-menerus. Pelayanan yang diberikan mulai dari prakonsepsi, kehamilan, setiap trimester, kelahiran, enam minggu melahirkan, bayi baru lahir serta perencanaan kontrasepsi. Jenis pendekatan yang di ambil yaitu pendekatan studi kasus yang dilakukan selama masa hamil trimester III, bersalin, nifas, bayi baru lahir sampai menggunakan kontrasepsi. Dan didapatkan kesimpulan bahwa dalam kasus Ny "I" terdapat kesenjangan pada masa kehamilan namun dapat tertangani sehingga dapat mencegah komplikasi pada saat persalinan, nifas, bayi baru lahir sampai ibu menggunakan kontrasepsi.

SUMMARY

MUKRIMAH

Continuity of Care (COC) in Mrs. "I" in the Independent Practice of "R" Midwife in Tenggarang Subdistrict, Bondowoso Regency.

Pregnancy and childbirth are not abnormal processes but are normal conditions that can become abnormal and will be experienced by women naturally. In reducing maternal and infant mortality rates can be done by providing continuous care from pre-conception until the mother uses contraception. Based on data obtained from Bondowoso Health Office in 2017 the number of maternal deaths reached 17 people while the 2017 infant mortality rate reached 113 people. The highest causes of maternal mortality include preeclampsia/ eclampsia, bleeding, infection, embolism, and abortion. While the causes of high infant mortality in Bondowoso are low birth weight (LBW), asphyxiation, sepsis, neonatal tetanus, congenital abnormalities and birth trauma.

Efforts are made, namely with midwifery care based on Continuity Of Care (COC) which is continuous care between patients and health workers who aim to achieve a quality service that is carried out continuously. Services provided range from preconception, pregnancy, every trimester, birth, six weeks of delivery, newborns and contraceptive planning. The type of approach taken is a case study approach carried out during the third trimester of pregnancy, maternity, postpartum, newborns to use contraception. And it was concluded that in the case of Ny "I" there was a gap during pregnancy but it could be handled so that it could prevent complications during labor, childbirth, newborns to mothers using contraception.

MOTTO

“Ilmu pengetahuan itu bukanlah yang dihafal, melainkan yang memberi manfaat”

(Imam Syafi’i)



PERSEMBAHAN

Puji syukur ku persembahkan kehadiran Sang Ilahi Robbi Allah SWT, karena berkat rahmat dan hidayah-Nya yang telah memberikan nikmat sehat dan tak mudah putus asa sehingga saya dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini. Saya persembahkan Laporan Tugas Akhir ini kepada :

1. Kedua pahlawanku, ayah dan ibuku yang tak pernah lelah membanting tulang hanya demi melihat sang anak meraih cita-citanya.
2. Suami Limited Editionku, yang tak pernah bosan dalam menemani keseharianku, yang selalu menjadi tempat berkeluh kesah dan yang selalu memberikan kata-kata penyemangat agar tak mudah putus asa dalam hal apapun
3. Pembimbing Akademikku, Ibu Miftahus Saadah., SST., MPH yang selalu sabar dalam menghadapi kurang tahuanku dalam bidang akademik maupun hal lainnya. Ibu Rubiah., S.Tr.Keb yang selalu memberikan pengalaman yang baru bagiku.
4. Sahabat sekaligus teman seperjuanganku yang terkadang menjengkelkan, mengesalkan dan selalu mengajak ribut, tapi lebih dari itu yang selalu bisa menciptakan suasana nyaman dan menyenangkan sehingga dapat mengusir jauh-jauh rasa jenuh yg ada.

Rasa terima kasih saja mungkin takkan cukup untuk menggantikan apa yang telah kalian semua berikan. Terima kasih untuk semuanya.

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya sehingga dapat menyelesaikan Proposal Laporan Tugas Akhir ini sebagai Persyaratan Pendidikan Akademik dalam menyelesaikan program DIII kebidanan di Akademik Kebidanan Dharma Praja Bondowoso.

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

1. Novita Sari Eka Diantini, SST., M.Keb. selaku Direktur Akademi Kebidanan Dharma Praja Bondowoso yang telah mengesahkan Proposal LTA ini.
2. Ratna Puspitasari, SST., MPH selaku Pembantu Direktur I Akademi Kebidanan Dharma Praja Bondowoso dan Ketua penguji yang telah memberikan bimbingan dan arahan dalam penyusunan LTA ini.
3. Fany Yanuarti, SST., M.Keb. selaku Ketua Program Studi Akademi Kebidanan Dharma Praja Bondowoso yang telah memberikan ijin penelitian LTA ini.
4. Miftahus Saadah, SST., MPH, selaku Pembimbing I yang telah memberikan bimbingan dari awal sampai akhir penulisan LTA ini.
5. Rubiah, S.Tr.Keb Selaku Pembimbing II yang telah memberikan bimbingan serta petunjuk bagi penulis dari awal hingga akhir penulisan Proposal Laporan Tugas Akhir ini.
6. Ayah dan ibu, suami serta teman-teman yang telah ikut mendukung dan memberi semangat dalam proses penyelesaian LTA ini.

Penulis mengharapkan semoga Proposal Laporan Tugas Akhir ini berguna bagi penulis dan pembaca. 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

DAFTAR ISI

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
MOTTO	ix
PERSEMBAHAN	x
KATA PENGANTAR	xi
DAFTAR ISI	xii
DAFTAR TABEL	xiv
DAFTAR GAMBAR	xv
DAFTAR LAMPIRAN	xvi
DAFTAR SIMBOL DAN SINGKATAN	xvii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Tujuan	3
1.21 Tujuan Umum	3
1.22 Tujuan Khusus	3
1.3 Manfaat	3
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	4
2.1 Konsep Teori Kehamilan	4
2.1.1 Asuhan Kebidanan Teori Kehamilan	20
2.2 Konsep Teori Persalinan	27
2.2.1 Asuhan Kebidanan Teori Persalinan.....	38
2.3 Konsep Teori Nifas	44
2.3.1 Asuhan Kebidanan Teori Nifas	53
2.4 Konsep Teori Bayi Baru Lahir.....	58

2.4.1 Asuhan Kebidanan Teori Bayi Baru Lahir.....	67
2.5 Konsep Teori KB	72
2.5.1 Asuhan Kebidanan Teori KB	79
BAB 3 METODE PENDEKATAN KASUS	80
3.1 Jenis Pendekatan	80
3.2 Kerangka Operasional.....	80
3.3 Subjek Studi Kasus	82
3.4 Fokus Studi	82
3.5 Definisi Operasional Fokus Studi.....	82
3.6 Kriteria Subjek	83
3.7 Instrumen Penelitian.....	83
3.8 Lokasi dan Waktu Studi Kasus	83
3.9 Metode Pengumpulan Data.....	84
3.10 Etika Studi Kasus	84
BAB 4 TINJAUAN KASUS.....	85
4.1 Asuhan Kebidanan Kehamilan Trimester III.....	85
4.2 Asuhan Kebidanan Pada Persalinan.....	94
4.3 Asuhan Kebidanan Nifas.....	104
4.4 Asuhan Kebidanan Pada Neonatus	112
4.5 Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana.....	119
BAB 5 PEMBAHASAN.....	121
5.1 Kehamilan	121
5.2 Persalinan	124
5.3 Nifas	128
5.4 Bayi Baru Lahir (BBL)	130
5.5 Keluarga Berencana	131
BAB 6 PENUTUP.....	133
6.1 Kesimpulan	133
6.2 Saran.....	134
DAFTAR PUSTAKA	135
LAMPIRAN.....	136

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 TFU Menurut Perubahan Per Tiga Jari	5
Tabel 2.2 Bentuk Uterus Berdasarkan Usia Kehamilan.....	6
Tabel 2.3 Skrining Imunisasi TT	16
Tabel 2.4 Interval Dan Masa Perlindungan TT.....	17
Tabel 2.5 Tinggi Fundus Uteri Dan Berat Uterus Menurut Masa Involusi ..	45
Tabel 2.6 Frekuensi Kunjungan Masa Nifas.....	52
Tabel 2.7 Perubahan Sirkulasi Darah Janin Ketika Lahir	59
Tabel 2.8 Reflek Pada Bayi Baru Lahir.....	61
Tabel 2.9 Jadwal Imunisasi	64



DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1 Kerangka Operasional 81



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Jadwal Penyusunan LTA	136
Lampiran 2 <i>Curriculum Vitae</i>	137
Lampiran 3 Pernyataan Kesiapan Membimbing	138
Lampiran 4 Pernyataan Kesiapan Membimbing	139
Lampiran 5 Permohonan Ijin / <i>Ethnical Clearance</i> Penelitian	140
Lampiran 6 Permohonan Persetujuan Menjadi Responden	141
Lampiran 7 Lembar Persetujuan Setelah Mendapat Penjelasan	142
Lampiran 8 Lembar Konsultasi Pembimbing I.....	143
Lampiran 9 Lembar Konsultasi Pembimbing II.....	145
Lampiran 10 Surat Permohonan Data	146
Lampiran 11 Surat Rekomendasi Pengambilan Data dari Bakesbang.....	147
Lampiran 12 Surat Rekomendasi Pengambilan Data dari Dinkes.....	148
Lampiran 13 Laporan Data	149
Lampiran 14 Catatan Kesehatan Ibu Hamil	150
Lampiran 15 Kartu Skor Poedji Rochdjati (KSPR)	151
Lampiran 16 Lembar Penapisan.....	152
Lampiran 17 Lembar Partograf.....	153
Lampiran 18 Lembar Belakang Partograf.....	154
Lampiran 19 Catatan Kesehatan Ibu Nifas	155
Lampiran 20 Catatan Kesehatan Bayi Baru Lahir	156
Lampiran 21 MTBM.....	157
Lampiran 22 Kartu KB.....	163
Lampiran 23 Dokumentasi	164
Lampiran 24 Pengajuan Ujian.....	165
Lampiran 25 Lembar Revisi.....	166

DAFTAR SINGKATAN DAN ARTI LAMBANG

Daftar Singkatan

ACTH	: <i>Adrenocorticotropic Hormone</i>
AGDO	: Ada Gawat Darurat Obstetrik
AGO	: Ada Gawat Obstetrik
AIDS	: <i>Acquired Immuno Deficiency Syndrome</i>
AKB	: Angka Kematian Bayi
AKDR	: Alat Kontrasepsi Dalam Rahim
AKI	: Angka Kematian Ibu
ANC	: <i>Antenatal Care</i>
APGAR	: <i>Appearance, Pulse, Grimace, Activity, Respiratory</i>
APGO	: Ada Potensi Gawat Obstetrik
APN	: Asuhan Persalinan Normal
ASI	: Air Susu Ibu
BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
BB	: Berat Badan
BBL	: Bayi Baru Lahir
BBLR	: Berat Badan Lahir Rendah
BCG	: <i>Bacillus Calmette-Guerin</i>
C	: <i>Celsius</i>
cc	: <i>Centimeter Cubic</i>
cm	: <i>Centimeter</i>
COC	: <i>Continuity Of Care</i>
CPD	: <i>Cephalo Pelvic Disproportion</i>
DJJ	: Denyut Jantung Janin
Dkk	: Dan Kawan Kawan
Dll	: Dan Lain-Lain
DM	: Diabetes Militus
DMPA	: <i>Depot Medroxy Progesterone Asetat</i>
DTT	: Desinfeksi Tingkat Tinggi



DPT/DT	: Difter, Pertusis, Tetanus/ Difteri Tetanus
Do	: Data Objektif
Ds	: Data Subjektif
Dx	: Diagnosa
FR	: Faktor Resiko
G	: Gravida
Gilut	: Gigi Mulut
Gr	: Gram
Hb	: Hemoglobin
HbsAg	: <i>Hepatitis B surface Antigen</i>
HIV	: <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
HPHT	: Hari Pertama Haid Terakhir
HPP	: <i>Hemoragik Post Partum</i>
HR	: <i>Heart Rate</i>
HT	: Hipertensi
INC	: <i>Intra Natal Care</i>
IM	: Intra Muskular
IMD	: Inisiasi Menyusui Dini
IMS	: Infeksi Menular Seksual
IU	: <i>International Unit</i>
IUD	: <i>Intra Uterine device</i>
IV	: Intra Vena
JNPK-KR	: Jaringan Nasional Pelatihan Klinik-Kesehatan Reproduksi
KB	: Keluarga Berencana
KEK	: Kurang Energi Kronis
Kg	: Kilogram
KH	: Kelahiran Hidup
KIA	: Kesehatan Ibu dan Anak
KIE	: Konseling, Informasi, Edukasi
KMS	: Kartu Menuju Sehat
KN	: Kunjungan Neonatus
KRR	: Kehamilan Resiko Rendah



KRT	: Kehamilan Resiko Tinggi
KRST	: Kehamilan Resiko Sangat Tinggi
LILA	: Lingkar Lengan Atas
LH	: <i>Luteinizing Hormone</i>
Mg	: Miligram
MgSO ₄	: Magnesium Sulfat
MI	: Mili Liter
mmHg	: Milimeter Hiktogram
MP ASI	: Makanan Pendamping Air Susu Ibu
N	: Nadi
NET-EN	: <i>Novethindrone Enathate</i>
NS	: <i>Natrium Sulfate</i>
NTE	: <i>Natural Termal Environtment</i>
OPV	: <i>Oral Polio Vaccine</i>
P	: Persalinan
P4K	: Program Perencanaan Persalinan Dan Pencegahan Komplikasi
PB	: Panjang Badan
pH	: <i>Power Of Hydrogen</i>
PP	: Post Partum
PMB	: Praktek Mandiri Bidan
PTT	: Penegangan Tali Pusat Terkendali
PUP	: Pendewasaan Usia Perkawinan
Px	: <i>Prosesus Xiphoideus</i>
R	: Rasional
Renstra	: Rencana Strategi
RL	: <i>Ringer Lactate</i>
RR	: <i>Respiration Rate</i>
S	: Suhu
SD	: Sekolah Dasar
SC	: <i>Sectio Cesarea</i>
SDKI	: Survei Demografi Kesehatan Indonesia
SSP	: Sistem Saraf Pusat



SUPAS	: Survei Penduduk Antar Sensus
TB	: Tinggi Badan
TBC	: <i>Tuberculosis</i>
TBJ	: Tafsiran Berat Janin
TD	: Tekanan Darah
TFU	: Tinggi Fundus Uteri
TM	: Trimester
TT	: Tetanus Toksoid
TTV	: Tanda-Tanda Vital
UU	: Undang-Undang
UK	: Usia Kehamilan
USG	: <i>Ultrasonografi</i>
VT	: <i>Vaginal Touch</i>
WIB	: Waktu Indonesia Barat
WUS	: Wanita Usia Subur



Daftar Arti Lambang

(: Buka Kurung
)	: Tutup Kurung
%	: Persen
>	: Lebih
<	: Kurang
=	: Sama Dengan
/	: Per
×	: Kali
°C	: Derajat <i>Celcius</i>
±	: Kurang Lebih
≤	: Kurang Dari Sama Dengan
≥	: Lebih Dari Sama Dengan

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kehamilan dan persalinan bukan merupakan proses abnormal tetapi merupakan kondisi normal yang dapat menjadi abnormal dan akan dialami oleh perempuan secara alamiah. Pre-eklamsi/eklamsi, perdarahan, infeksi, emboli dan abortus merupakan salah satu keadaan abnormal yang menjadi penyebab kematian pada maternal. Sedangkan BBLR, Asfiksi, Tetanus neonatorum, kelainan kongenital dan trauma lahir merupakan penyebab kematian pada neonatus (Profil Kesehatan Jawa Timur Tahun 2016).

Angka kematian ibu merupakan salah satu indikator keberhasilan pembangunan daerah dan digunakan sebagai salah satu pertimbangan dalam menentukan indeks pembangunan manusia (IPM) (Profil Kesehatan Jawa Timur 2016).

Profil Kesehatan Indonesia tahun 2016 mengemukakan bahwa Angka Kematian Ibu di Indonesia sebanyak 305/100.000 KH, sedangkan Angka Kematian Bayi sebanyak 22,23/1000 KH. Adapun AKI di Jawa Timur menurut Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur tahun 2016 sebanyak 91,00/100.000 KH dan AKB sebanyak 23,6/1000 KH. Adapun jumlah kematian ibu di Bondowoso pada tahun 2016 berdasarkan data yang diperoleh dari Dinas Kesehatan yaitu sebanyak 20 orang sedangkan pada tahun 2017 sebanyak 17 orang. Jumlah kematian bayi di Bondowoso pada tahun 2016 sebanyak 178 orang sedangkan tahun 2017 sebanyak 113 orang. Di Kecamatan Tenggarang jumlah kematian ibu tahun 2016 sebanyak 1 orang dan di tahun 2017 tidak ditemukan kematian ibu. Jumlah kematian bayi di tahun 2017 sebanyak 8 orang dan di tahun 2017 sebanyak 5 orang.

Penyebab tertinggi kematian ibu di Indonesia 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 (Profil Kesehatan Indonesia, 2016). Di Bondowoso penyebab

kematian ibu yang paling dominan diantaranya pre-eklamsi/eklamsi, perdarahan, infeksi, emboli, dan abortus. Sedangkan penyebab tingginya kematian bayi di Bondowoso yaitu BBLR, asfiksi, sepsis, tetanus neonatorum, kelainan kongenital dan trauma lahir (Dinas Kesehatan Bondowoso Tahun 2017).

Melihat tingginya AKI dan AKB di Indonesia, pemerintah mengupayakan penurunan AKI dan AKB dengan beberapa program seperti GERMAS (gerakan masyarakat) serta kunjungan ibu hamil K4 seperti yang sudah tertera dalam Undang-Undang nomor 36 tentang kesehatan mengamanatkan bahwa upaya kesehatan ibu ditujukan untuk menjaga kesehatan ibu sehingga mampu melahirkan generasi yang sehat dan berkualitas, serta dapat mengurangi angka kematian ibu dan bayi yang menjadi salah satu indikator Renstra. Upaya tersebut meliputi promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif (Profil Kesehatan Jawa Timur Tahun 2016). Adapun beberapa program di Kabupaten Bondowoso yang dilakukan dalam upaya menurunkan AKI dan AKB diantaranya Posyandu (pos pelayanan terpadu), kelas ibu hamil dan stop berduka.

Salah satu upaya pemerintah dalam menurunkan AKI dan AKB yaitu Asuhan Kebidanan yang berbasis *Continuity Of Care* (COC). *Continuity Of Care* (COC) merupakan asuhan yang berkesinambungan antara pasien dengan tenaga kesehatan yang bertujuan untuk mencapai suatu pelayanan yang berkualitas yang dilakukan secara terus-menerus. Pelayanan yang diberikan mulai dari prakonsepsi, kehamilan, setiap trimester, kelahiran, enam minggu melahirkan, bayi baru lahir serta perencanaan kontrasepsi (Diana, 2017).

Peneliti bermaksud untuk melakukan asuhan kebidanan yang berbasis COC yang dimulai dari masa kehamilan (Trimester III), persalinan, asuhan neonatus serta perencanaan alat kontrasepsi di PMB Bidan "R" Kecamatan Tenggarang Kabupaten Bondowoso.

1.2 Tujuan

1. Tujuan Umum

Mampu melaksanakan dan mendokumentasikan asuhan kebidanan

komprehensif yang berbasis COC yang diberikan pada Ny.”I” yaitu sejak masa kehamilan TM III, persalinan, nifas, neonatus serta KB dengan menggunakan manajemen Varney dari data subjektif, objektif, analisa dan Penatalaksanaan (SOAP) di PMB Bidan “R” Kecamatan Tenggarang Kabupaten Bondowoso.

2. Tujuan Khusus

- a. Mendokumentasikan dan menganalisis asuhan kebidanan pada ibu hamil TM III dengan manajemen Varney dan SOAP.
- b. Mendokumentasikan dan menganalisis asuhan kebidanan pada ibu bersalin dengan manajemen SOAP.
- c. Mendokumentasikan dan menganalisis asuhan kebidanan pada ibu nifas dengan manajemen SOAP.
- d. Mendokumentasikan dan menganalisis asuhan kebidanan pada neonatus dengan manajemen SOAP.
- e. Mendokumentasikan dan menganalisis asuhan kebidanan pada ibu yang menggunakan alat kontrasepsi dengan manajemen SOAP.

1.3 Manfaat

1. Bagi Penulis

Mampu melaksanakan dan menyusun asuhan kebidanan komprehensif yang berbasis COC pada ibu hamil TM III, ibu bersalin, ibu nifas, neonatus dan KB.

2. Bagi Masyarakat

Mendapatkan asuhan kebidanan yang sesuai standar berbasis COC sejak hamil TM III, bersalin, nifas, neonatus sampai KB.

3. Bagi Pendidikan

Menambah sumber referensi bagi mahasiswa lain dan menambah referensi di perpustakaan serta sebagai bahan ajar tambahan dalam bimbingan asuhan kebidanan komprehensif yang berbasis COC pada ibu hamil TM III, ibu bersalin, ibu nifas, neonatus dan KB.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Teori Kehamilan

1. Pengertian Kehamilan

Kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau sepuluh bulan menurut kalender internasional.

Masa kehamilan di hitung sejak hari pertama haid terakhir (HPHT) sampai dimulainya persalinan. Kehamilan terbagi dalam 3 trimester, dimana trimester satu berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 15 minggu (minggu ke-13 hingga ke-27), dan trimester ketiga 13 minggu (minggu ke-28 hingga ke-40) (Prawirohardjo, 2010).

2. Perubahan Fisik Pada Masa Kehamilan

a. Sistem Reproduksi

1) Uterus

Selama kehamilan uterus akan beradaptasi untuk menerima dan melindungi hasil konsepsi (janin, plasenta, amnion) sampai persalinan. Pada perempuan tidak hamil uterus mempunyai berat 70 gram dan kapasitas 10 ml atau kurang. Selama kehamilan, uterus akan berubah menjadi suatu organ yang mampu menampung janin, plasenta dan cairan amnion rata-rata pada akhir kehamilan volume totalnya mencapai 5 liter bahkan dapat mencapai 20 liter atau lebih dengan berat rata-rata 1100 gram (Prawirohardjo, 2011).

Pada trimester pertama penebalan uterus distimulasi terutama oleh hormon estrogen dan sedikit hormon progesteron. Pada minggu-minggu pertama kehamilan uterus masih seperti bentuk aslinya seperti buah avokad. Seiring dengan perkembangan kehamilannya, daerah fundus dan uterus akan

membulat. Panjang uterus akan bertambah lebih cepat dibandingkan dengan lebarnya sehingga akan berbentuk oval (Prawirohardjo, 2011). Rahim membesar akibat hipertropi dan hiperplasi otot polos rahim, serabut-serabut kolagennya menjadi higroskopik, dan endometrium menjadi desidua (Jannah, 2012). Posisi rahim pada permulaan kehamilan berada dalam posisi antefleksi dan retrofleksi.

Pada trimester kedua usia 4 bulan kehamilan, rahim masih tetap berada di rongga pelvik, setelah itu baru memasuki rongga perut yang dalam pembesarannya dapat mencapai batas hati. Berat rahim juga akan mengalami perubahan yang biasanya hanya 30 gram menjadi 1000 gram pada akhir kehamilan (Mochtar, 2011).

Pada trimester ketiga yaitu usia kehamilan cukup bulan, ukuran uterus adalah 30x25x20 cm dengan kapasitas lebih dari 4000 cc (Jannah, 2012).

Tabel 2.1 TFU Menurut Perubahan Per Tiga Jari

Usia Kehamilan (Minggu)	Tinggi Fundus Uteri (TFU)
12	3 jari di atas simfisis
16	Pertengahan pusat-simfisis
20	3 jari dibawah simfisis
24	Setinggi pusat
28	3 jari di atas pusat
32	Pertengahan pusat-prosesus xiphoideus (px)
36	3 jari di bawah prosesus xiphoideus (px)
40	Pertengahan pusat-prosesus xiphoideus (px)

Sumber : Buku Ajar Asuhan Kebidanan : Kehamilan, 2012.

Pada masa hamil arteri uterin dan ovarika bertambah dalam diameter, panjang serta pembuluh vena juga bertambah. Dengan bertambahnya vaskularisasi arteri uterine mempengaruhi serviks uteri dan menjadi lunak, yang biasa disebut dengan tanda

goodell. Kelenjar endoservikal membesar dan mengeluarkan banyak cairan mukus. Pertambahan dan pelebaran pembuluh darah menyebabkan serviks uteri berubah warna menjadi livid yang disebut dengan tanda chadwick (Mochtar, 2011).

Tabel 2.2 Bentuk Uterus Berdasarkan Usia Kehamilan

Usia Kehamilan	Bentuk Dan Konsistensi Uterus
Bulan pertama	Seperti buah alpukat. Ismusk rahim menjadi hipertropi dan bertambah panjang sehingga bila diraba terasa lebih lunak (tanda hegar)
2 bulan	Sebesar telur bebek
3 bulan	Sebesar telur angsa
4 bulan	Berbentuk bulat
5 bulan	Rahim teraba seperti terisi cairan ketuban, rahim terasa tipis. Itulah sebabnya mengapa bagian-bagian janin ini dapat dirasakan melalui perabaan dinding perut.

Sumber : Buku Ajar Kebidanan : Kehamilan, 2011

2) Ovarium

Pada masa kehamilan proses ovulasi akan terhenti dan pematangan folikel baru juga di tunda. Hanya terdapat satu korpus luteum yang dapat ditemukan di ovarium. Folikel ini akan berfungsi maksimal 6-7 minggu awal kehamilan dan setelah itu akan berperan sebagai penghasil progesteron dalam jumlah yang relatif minimal (Prawirohardjo, 2011).

3) Vagina dan Vulva

Terjadi hipervaskularisasi pada vagina dan vulva disebabkan karena pengaruh estrogen, sehingga pada bagian vulva dan vagina menjadi merah atau kebiruan, ini disebut tanda chadwick. Selain itu, juga terjadi peningkatan volume sekresi vagina, dimana sekresi akan berwarna keputihan, menebal, dan pH antara 3,5- 6 yang merupakan hasil dari peningkatan produksi

asam laktat dan glikogen yang di hasilkan oleh epitel vagina karena adanya *Lactobacillus acidophilus* (Prawirohardjo, 2011).

b. Payudara

Estrogen menyebabkan pertumbuhan *tubulus lactiferus* dan *ductus*, juga menyebabkan penyimpanan lemak. Progesteron menyebabkan tumbuhnya lobus, alveoli lebih tervascularisasi dan mampu bersekresi. Hormon pertumbuhan dan glukokortikoid juga mempunyai peranan penting dalam perkembangan ini. Prolaktin merangsang produksi kolostrum dan air susu, sehingga menyebabkan payudara menjadi lebih besar pada masa kehamilan. Karena adanya suplai darah di bawah pengaruh aktivitas hormon, areola mammae juga akan membesar dan berwarna kehitaman (Jannah, 2012).

c. Sistem Pencernaan

Pada trimester pertama terjadi hipersalivasi yang disebabkan karena pengaruh meningkatnya hormon estrogen. Meningkatnya hormon estrogen ini juga menyebabkan gusi menjadi lunak dan mudah berdarah meski terkena luka ringan saja.

Pada trimester 2 dan 3 terjadi penurunan tonus dan motilitas usus yang menimbulkan pemanjangan waktu pengosongan lambung dan transit usus. Ini disebabkan karena jumlah progesteron yang besar selama proses kehamilan dan menurunnya kadar motalin, yaitu suatu peptida hormonal yang diketahui mempengaruhi otot-otot halus atau keduanya. Selain itu, perut kembung juga terjadi karena adanya tekanan uterus yang membesar dalam rongga perut yang mendesak organ-organ dalam perut khususnya saluran pencernaan, usus besar, ke arah atas dan lateral. Wasir (hemoroid) cukup sering pada kehamilan sebagian besar akibat konstipasi dan naiknya tekanan vena-vena di bawah uterus termasuk vena hemoroid. Juga terjadi panas di perut (*heart burn*) karena aliran balik asam gastrik ke dalam esophagus bagian bawah (Jannah, 2012).

d. Sistem Muskuloskeletal

Pada trimester I, meningkatnya kadar hormon estrogen dan progesteron menyebabkan terjadinya relaksasi dari jaringan ikat, kartilago, dan ligament. Ini menyebabkan meningkatnya fleksibilitas dan mobilitas persendian.

Pada trimester kedua dan ketiga seiring dengan bertambahnya umur kehamilan, terjadi lordosis yang progresif. Lordosis menggeser pusat daya berat ke belakang ke arah dua tungkai. Meningkatnya mobilitas dapat menyebabkan perasaan tidak enak pada bagian bawah punggung (Jannah, 2012).

e. Sistem kardiovaskuler

Volume darah akan meningkat secara progresif pada trimester pertama yaitu mulai minggu ke 6-8 kehamilan. Dan mencapai puncak pada trimester ketiga yaitu pada minggu ke-32 sampai minggu ke-34.

Peredaran darah ibu dipengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain :

- 1) Meningkatnya kebutuhan sirkulasi darah sehingga dapat memenuhi kebutuhan perkembangan dan pertumbuhan janin dalam rahim.
- 2) Terjadi hubungan langsung antara arteri dan vena pada sirkulasi retroplasenter.
- 3) Pengaruh hormon estrogen dan progesteron makin meningkat (Jannah, 2012).

Karena faktor tersebut ditemukan beberapa perubahan peredaran darah yaitu :

- 1) Volume darah

Meningkatnya volume darah dan jumlah serum darah yang lebih besar dari pertumbuhan sel darah sehingga terjadi hemodilusi (pengenceran darah) dengan puncaknya pada usia kehamilan 32 minggu. Curah jantung akan semakin meningkat

sekitar 30% akibat bertambahnya volume darah (Manuaba, 2010).

2) Sel darah

Untuk mengimbangi pertumbuhan janin dalam rahim, sel darah merah akan mengalami peningkatan. Tetapi penambahan sel darah tidak seimbang dengan peningkatan volume darah sehingga terjadi hemodilusi yang disertai anemia fisiologis. Jumlah sel darah putih meningkat hingga mencapai 10.000/ml.

f. Sistem Endokrin

1) Kelenjar tiroid

Saat masa kehamilan, kelenjar tiroid mengalami pembesaran kira-kira 13% karena adanya hiperplasia dari jaringan glandula dan peningkatan vaskularisasi (Jannah, 2012).

2) Kelenjar hipofisis

Kelenjar hipofisis anterior beratnya akan mengalami peningkatan sampai 30-50%. Hal ini yang dapat menyebabkan rasa pusing pada saat hamil. Produksi hormon perangsang folikel dan LH dihambat oleh estrogen dan progesteron plasenta. Sedangkan sekresi hormon prolaktin meningkat akan mengakibatkan tertekannya produksi hormon estrogen dan progesteron pada masa kehamilan (Jannah, 2012).

3) Kelenjar adrenal

Karena adanya hormon estrogen, kelenjar adrenal memproduksi lebih banyak kortisol plasma bebas dan kortikosteroid termasuk ACTH dan hal ini terjadi pada usia kehamilan 12 minggu sampai aterm. Peningkatan konsentrasi kortisol bebas juga menyebabkan hiperglikemia pada saat setelah makan. Juga dapat menyebabkan kegemukan di bagian-bagian tertentu karena adanya penyimpanan lemak dan juga merangsang adanya striae gravidarum (Jannah, 2012).

g. Sistem Pernafasan

Karena semakin bertambahnya usia kehamilan, menyebabkan

uterus semakin membesar menyebabkan paru-paru berfungsi sedikit berbeda dari biasanya. Karena adanya janin dalam rahim sehingga membuat wanita hamil bernafas lebih cepat dan lebih dalam (Jannah, 2012).

h. Sistem Integumen

Karena tingginya sistem hormonal pada masa kehamilan sehingga menyebabkan terjadinya hiperpigmentasi karena pengaruh *melanophore stimulating hormone* lobus hipofisis anterior dan pengaruh kelenjar suprarenalis. Hiperpigmentasi ini terjadi pada striae gravidarum livide atau albican, areola mammae, papilla mammae, linea nigra, linea alba, dan pipi (*Cloasma Gravidarum*). Akan menghilang setelah persalinan (Jannah, 2012).

3. Perubahan Psikologi Pada Ibu Hamil

a. Trimester I

Pada trimester I seorang ibu akan mencari tanda-tanda untuk meyakinkan bahwa dirinya hamil. Ibu akan memperhatikan setiap perubahan yang terjadi pada tubuhnya. Banyak ibu hamil yang merasakan kekecewaan, penolakan, kecemasan dan kesedihan terhadap kehamilannya. Hal itu terkadang disebabkan oleh peningkatan hormon progesteron dan estrogen yang menimbulkan ketidaknyamanan pada tubuh seperti mual dan muntah, lemah, lelah dan pembesaran payudara. Pada trimester ini libido ibu menurun karena dipengaruhi oleh rasa mual, kelelahan dan kekhawatiran (Jannah, 2012).

b. Trimester II

Pada trimester ini ibu sudah mulai dapat menerima kehamilannya dan mulai mengharapkan bayinya. Ibu sudah mulai dapat menggunakan pikirannya secara lebih konstruktif. Pada trimester ini libido ibu sudah mulai meningkat karena merasa lepas dari kecemasan dan rasa tidak nyaman seperti pada trimester I (Jannah, 2012).

c. Trimester III

Trimester ini merupakan periode menunggu dan waspada, karena ibu merasa tidak sabar menunggu kelahiran bayinya. Pada trimester ini rasa ketidaknyamanan muncul kembali, seperti merasa dirinya aneh dan jelek serta gangguan *body image*. Akan tetapi ada beberapa wanita yang menikmati kehamilannya tanpa memperhatikan *body image* (Jannah, 2012).

4. Masalah Ketidaknyamanan Pada Kehamilan

a. Sering Buang Air Kecil

Biasa terjadi pada trimester 1 dan trimester 3, disebabkan karena :

- 1) Tekanan uterus atau rahim pada kandung kemih
- 2) Kadar natrium yang meningkat dalam tubuh
- 3) Air dan natrium yang tertahan dikaki selama siang hari, terdapat aliran darah balik vena sehingga meningkatkan jumlah urine.

Upaya yang dapat dilakukan untuk meringankan dan mencegah seringnya buang air kecil yaitu :

- 1) Segera berkemih jika terasa ingin kencing
- 2) Perbanyak minum air putih disiang hari
- 3) Jangan kurangi minum di malam hari, kecuali jika sudah mengganggu tidur dan menyebabkan kelelahan.

Sering buang air kecil akan menjadi tanda bahaya jika terdapat tanda infeksi seperti rasa sakit saat berkemih (disuria), kencing sedikit (oliguria <30 cc per jam) (Asrinah, 2010).

b. Keputihan

Terjadi selama kehamilan, disebabkan karena menebalnya selaput lendir (mukosa) vagina dan peningkatan produksi lendir dan kelenjar organ kewanitaan (endoservikal) karena peningkatan hormon estrogen.

Upaya yang dapat dilakukan untuk menangani rasa ketidaknyamanan ini yaitu dengan meningkatkan *personal hygiene* dengan mandi setiap hari dan dengan mencuci kemaluan setiap

selesai berkemih dan defekasi dengan air yang bersih dari atas ke bawah, mengganti celana dalam yang terbuat dari katun (Asrinah, 2010).

Keputihan akan menjadi tanda bahaya jika :

- 1) Sangat banyak, berbau busuk dan berwarna kuning/abu-abu/hijau
- 2) Disertai pengeluaran cairan bening (air ketuban)
- 3) Bercampur darah
- 4) Gatal-gatal pada vagina yang mengganggu

c. Konstipasi

Biasa terjadi pada trimester II dan trimester III, disebabkan oleh :

- 1) Peningkatan kadar progesteron yang menyebabkan peristaltik usus mengembang
- 2) Peningkatan aktivitas usus karena relaksasi usus halus.
- 3) Penyerapan air di kolon meningkat
- 4) Tekanan dari uterus yang membesar pada usus

Upaya untuk menangani masalah konstipasi dapat dilakukan dengan meningkatkan pemasukan cairan dan serat didalam diet, memperbanyak minum air dan melakukan latihan senam hamil. Konstipasi akan membahayakan jika timbul rasa nyeri hebat diperut, tidak dapat buang angin (flatus), terasa nyeri di perut kanan bawah (apendik) dan tidak dapat buang air besar lebih dari 5 hari (Asrinah, 2010).

d. Odema Pada Kaki

Odema pada kaki terjadi karena peningkatan kadar natrium disebabkan oleh pengaruh hormonal, sehingga membuat sirkulasi darah pada kaki mengalami peningkatan. Tekanan dari pembesaran uterus pada vena pelviks ketika duduk atau vena kava inferior ketika berbaring juga dapat menyebabkan odema pada kaki.

Biasanya untuk menghindari dan menangani odema ini ibu hamil tidak dianjurkan untuk berbaring terlentang, berdiri yang

terlalu lama dan ketika duduk tidak membiarkan kaki tidak menggantung.

Odema pada kaki akan menjadi abnormal jika muncul pada muka dan tangan, disertai gejala anemia, protein urine dan hipertensi karena dikhawatirkan terjadi pre-eklamsia/eklamsia (Asrinah, 2010).

e. Susah Tidur (Insomnia)

Insomnia biasanya muncul pada trimester 2 dan trimester 3 karena disebabkan perubahan pola tidur. Juga bisa disebabkan karena ketidaknyamanan pembesaran rahim, berkemih di malam hari, sesak nafas, rasa panas di perut, kram dan cemas. Cara mengantisipasi terjadinya insomnia dapat dilakukan dengan mandi air hangat sebelum tidur, minum-minuman hangat seperti susu atau teh. Tidur dengan posisi miring ke kiri.

Insomnia yang abnormal jika kelelahan yang berlebihan, lesu, murung, tidak bersemangat dan tidak bisa beraktivitas (Asrinah, 2010).

f. Jantung Berdebar-Debar

Pada masa kehamilan akan terjadi peningkatan pompa jantung (curah jantung). Ini disebabkan karena bertambahnya volume darah dalam tubuh ibu. Upaya yang dapat dilakukan untuk mengurangi gangguan ketidaknyamanan ini yaitu dengan menghindari kelelahan dan segera beristirahat duduk atau berbaring miring ke kiri. Ketidaknyamanan ini bisa menjadi tanda bahaya apabila berdebar-debar terus-menerus, parah atau yang mendahului pingsan atau jatuh (Asrinah, 2010).

g. Nyeri Perut Bagian Bawah

Sering terjadi pada usia kehamilan trimester 3, disebabkan karena tekanan bayi yang berada di bawah. Untuk menangani atau mengurangi ketidaknyamanan ini dengan menekuk lutut ke arah abdomen, mandi dengan air hangat, atau menggunakan bantal untuk menopang rahim dan bantal lainnya diletakkan di antara lutut sewaktu dalam posisi berbaring miring (Asrinah, 2010).

d. Hemoroid

Hemoroid ini terjadi pada trimester 2 dan trimester 3, penyebabnya merupakan pembesaran pada pembuluh darah di daerah anus dan tekanan kepala terhadap vena di rektum. Pencegahan terjadinya hemoroid yaitu dengan menghindari konstipasi, makan makanan yang berserat dan memperbanyak minum. Dapat juga menggunakan kompres es. Dianjurkan juga secara perlahan masukkan kembali anus setiap selesai BAB (Asrinah, 2010).

e. Nafas Sesak

Terjadi pada usia kehamilan trimester 2 dan trimester 3, disebabkan karena tekanan bayi yang berada dibawah diafragma menekan paru-paru ibu. Juga akibat pembesaran uterus yang menghalangi pengembangan paru-paru secara maksimal. Untuk mengurangi rasa sesak yang ada ibu hamil dianjurkan untuk menarik nafas dalam dan lama bisa juga dengan merentangkan tangan di atas kepala serta menarik napas panjang (Asrinah, 2010).

5. Pelayanan Antenatal Care

Dalam melakukan pemeriksaan antenatal, tenaga kesehatan harus memberikan pelayanan yang berkualitas sesuai standar (10 T) yang terdiri dari :

a. Timbang Berat Badan Dan Ukur Tinggi Badan

Menurut Jannah (2012), proporsi kenaikan berat badan selama hamil yaitu pada trimester I lebih kurang 1 kg. Kenaikan berat badan ini hampir seluruhnya merupakan kenaikan berat badan ibu. Pada trimester II adalah 3 kg atau 0,3 kg/minggu. Sebesar 60% kenaikan berat badan ini karena pertumbuhan jaringan pada ibu. Pada trimester III adalah 6 kg atau 0,3-0,5 kg/minggu. Sekitar 60% kenaikan berat badan ini dikarenakan pertumbuhan jaringan pada janin. Timbunan lemak pada ibu lebih kurang 3 kg. Penimbangan berat badan pada setiap kunjungan 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. Menurut Asrinah dalam bukunya yang berjudul *Asuhan Kebidanan Masa Kehamilan tahun 2010*, Total penambahan berat badan sebaiknya tidak melebihi 10-12 kg selama hamil. Pengukuran tinggi badan pada pertama kali kunjungan dilakukan untuk menapis adanya faktor resiko pada ibu hamil. Tinggi badan ibu hamil kurang dari 145 cm meningkatkan resiko untuk terjadinya CPD (*Cephalopelvic disproportion*).

b. 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 preeklampsia (hipertensi disertai odema wajah atau tungkai bawah dan atau proteinuria). Tekanan darah di pengaruhi oleh usia, posisi ibu, kecemasan ibu, dan ukuran manset saat pengukuran tekanan darah. Selama masa hamil, tekanan sistolik dan diastolik menurun 5-10 mmHg, kemungkinan hal ini disebabkan vasodilatasi perifer akibat perubahan hormonal (Hutahean, 2013).

c. Status Nilai Gizi (Ukur Lingkar Lengan Atas/LiLA)

Pengukuran LiLA hanya dilakukan pada kunjungan pertama oleh tenaga kesehatan di trimester I untuk skrining ibu hamil yang mengalami KEK. Kurang energi kronis maksudnya adalah 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 dengan berat badan lahir rendah (BBLR).

d. Ukuran Tinggi Fundus Uteri

Pengukuran tinggi fundus dilakukan pada tiap kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi pertumbuhan janin sesuai atau tidaknya dengan umur kehamilan. Jika tinggi fundus tidak sesuai dengan umur kehamilan, kemungkinan ada gangguan pertumbuhan janin. Standar pengukuran menggunakan pita pengukur setelah 24

minggu, sedangkan kurang dari 24 minggu dengan menggunakan ukuran jari.

e. 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 120x/menit atau DJJ cepat lebih dari 160x/menit menunjukkan adanya gawat janin.

f. Skrining Status Imunisasi Tetanus Dan Berikan Imunisasi Tetanus Toksoid (TT)

Untuk mencegah terjadinya tetanus neonatorum, ibu hamil harus mendapat imunisasi TT. Pada saat kunjungan pertama ibu hamil diskriminng status imunisasi TT-nya. Pemberian imunisasi TT 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 TT lagi.

Tabel 2.3 Skrining Imunisasi TT

Riwayat Imunisasi Ibu Hamil	Imunisasi Yang Di Dapat	Status Imunisasi
Imunisasi dasar lengkap	DPT-Hb 1 DPT-Hb 2 DPT-Hb 3	T1 dan T2
Anak sekolah kelas 1 SD	Dt (<i>Difteria Tetanus</i>)	T3
Kelas 2 SD	Td (<i>Tetanus Difteria</i>)	T4
Kelas 3 SD	Td (<i>Tetanus Difteria</i>)	T5
Calon pengantin masa hamil	TT (<i>Tetanus Toksoid</i>)	Jika ada status T di atas yang tidak terpenuhi, lanjutkan urutan T yang belum terpenuhi

		Perhatikan interval pemberian
--	--	-------------------------------

Sumber : *Midwifery Update, 2016*

Tabel 2.4 Interval Dan Masa Perlindungan TT

Imunisasi		Interval	Masa Perlindungan
TT WUS	T1	-	-
	T2	4 minggu setelah T1	3 tahun
	T3	6 bulan setelah T2	5 tahun
	T4	1 tahun setelah T3	10 tahun
	T5	1 tahun setelah T4	25 tahun

Sumber : *Midwifery Update, 2016*

g. Beri Tablet Tambah Darah (Zat Besi)

Untuk mencegah anemia gizi besi, setiap ibu hamil harus mendapat tablet tambah darah (tablet zat besi) dan asam folat minimal 90 tablet selama kehamilan. Pemberian tablet tambah darah dapat diberikan sejak minggu ke-12 kehamilan sebesar 30-60 gram setiap hari selama kehamilan dan enam minggu setelah kelahiran untuk mencegah anemia postpartum. Pemberian tablet tambah darah juga perlu diikuti dengan pemantauan cara minum yang benar karena dapat mempengaruhi efektivitas penyerapan zat besi. Vitamin C dan protein hewani merupakan elemen yang sangat membantu dalam penyerapan zat besi, sedangkan kopi, teh, garam kalsium, magnesium dan fitat (terkandung dalam kacang-kacangan) akan menghambat penyerapan zat besi.

h. Periksa Laboratorium (Rutin Dan Khusus)

Pemeriksaan laboratorium yang dilakukan pada ibu hamil adalah pemeriksaan laboratorium yang rutin dan khusus. Pemeriksaan laboratorium rutin adalah pemeriksaan yang harus dilakukan pada setiap ibu hamil yaitu golongan darah, hemoglobin darah, protein urine dan pemeriksaan spesifik daerah endemis/epidemi (malaria, IMS, HIV, sifilis dan lain-lain).

i. Tatalaksana Penanganan Kasus

Berdasarkan hasil pemeriksaan antenatal di atas dan hasil pemeriksaan laboratorium, setiap kelainan ditemukan pada ibu hamil harus ditangani sesuai dengan standar dan kewenangan bidan. Kasus-kasus yang tidak dapat ditangani dirujuk sesuai dengan sistem rujukan.

j. Temu Wicara (Konseling)

Temu wicara atau konseling dilakukan pada setiap kunjungan antenatal yang diantaranya meliputi kesehatan ibu, perilaku hidup bersih dan sehat, peran suami dan keluarga dalam kehamilan dan perencanaan persalinan, tentang tanda bahaya kehamilan, persalinan dan nifas serta kesiapan menghadapi komplikasi, asupan gizi seimbang, KB pasca persalinan, imunisasi, inisiasi menyusui dini (IMD) dan lainnya (*Midwifery Update*, 2016).

6. Kunjungan Masa Kehamilan

Pada masa kehamilan dilakukan minimal 4 kali kunjungan antara lain :

- 1) Kunjungan pertama pada usia kehamilan 16 minggu
- 2) Kunjungan kedua pada usia 24-28 minggu
- 3) Kunjungan ketiga pada usia kehamilan 32 minggu
- 4) Kunjungan ke empat pada usia kehamilan 36 minggu (Jannah, 2012).

7. Kartu Skor Poedji Rochjati

Kartu skor adalah alat sederhana dengan format :

- 1) Daftar faktor resiko/FR dengan gambar yang cukup komunikatif, mudah dimengerti, diterima, digunakan oleh ibu hamil, suami, keluarga dan masyarakat pedesaan.
- 2) Sistem skoring dengan nilai skor untuk tiap faktor resiko dan kode warna untuk pemetaan ibu risti (Prawirohardjo, 2011).

Resiko adalah suatu ukuran statistik epidemiologik dari kemungkinan terjadinya suatu keadaan gawat-darurat-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 antepartum, 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 Tujuh terlalu, meliputi :

- a) Primi muda
- b) Primi tua
- c) Primi tua sekunder
- d) Umur ≥ 35 tahun
- e) Grande multi
- f) Anak terkecil umur < 2 tahun
- g) Tinggi badan rendah ≤ 145 cm

Tiga pernah, meliputi :

- a) Riwayat obstetri yang jelek
- b) Persalinan lalu mengalami perdarahan pascapersalinan dengan infus/transfusi, uri manual, tindakan pervaginam
- c) 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 eklamsia 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/ Eklamsia

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 di polindes.
- 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 (Prawirohardjo, 2011).

2.1.1 Konsep Asuhan Kebidanan Teori Kehamilan

ASUHAN KEBIDANAN TEORI

Pada Ny. “....” G... P... A...UKMinggu dengan

Kehamilan Normal

Nama Pengkaji :

Jam/Tanggal :

Tempat :

I. Pengkajian

A. Data subyektif

1. Identitas

- a. Nama : untuk memudahkan, memanggil atau menghindari kekeliruan
- b. Umur : untuk mengetahui apakah ibu termasuk berisiko tinggi atau tidak
- c. Agama : untuk mengetahui kepercayaan yang dianut ibu
- d. Pendidikan : untuk memudahkan pemberian KIE
- e. Pekerjaan : untuk mengetahui tingkat sosial ekonomi
- f. Alamat : untuk memudahkan komunikasi dan kunjungan rumah (Sondakh, 2013).

2. Alasan datang/Keluhan utama

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

3. Riwayat Kesehatan

a. Riwayat kesehatan sekarang

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

b. Riwayat kesehatan yang lalu

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

c. Riwayat penyakit keluar

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

4. Riwayat Menstruasi

Riwayat menstruasi meliputi : HPHT, siklus haid, perdarahan pervaginam, dan *fluor albus* (keputihan).

5. Riwayat Obstetri

Riwayat obstetri (Gravida, Para, Abortus, Anak Hidup)

meliputi : perdarahan pada kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu, hipertensi dalam kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu, BB lahir bayi <2500 gram atau >4000 gram serta masalah selama kehamilan, persalinan, dan nifas yang lalu.

6. Riwayat Hamil Ini

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

7. Riwayat KB

Riwayat KB meliputi : jenis metode yang dipakai, waktu, tenaga, dan tempat saat pemasangan dan berhenti, keluhan atau alasan berhenti.

8. Riwayat Perkawinan

Riwayat perkawinan terdiri atas status perkawinan, perkawinan ke, usia ibu saat perkawinan, dan lama perkawinan.

9. Pola Kebiasaan Sehari-Hari

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

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 (Muslihatun, 2009).

B. Data Obyektif

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) (Muslihatun, 2009).

b. Kesadaran

Kesadaran merupakan suatu pemeriksaan fisik yang bertujuan untuk memperoleh data dan sebagai dasar dalam menegakkan diagnosa. Penilaiannya dapat secara kualitatif (*composmentis, apatis, somnolen, sopor, koma, delirium*) dan kuantitatif (diukur menurut skala koma) (Uliyah, 2008).

c. Tanda-tanda Vital (TTV)

Tanda-tanda vital :

- 1) Tekanan darah normalnya 90/70-130/90 mmHg,
- 2) Suhu badan normal yaitu 36,5-37,5°C
- 3) Frekuensi denyut nadi normal adalah 60-100x/menit
- 4) Pernafasan normalnya 16-28x/menit.

2. Pemeriksaan fisik

a. Kepala dan muka

Meliputi oedema wajah, cloasma gravidarum.

b. Mata

Meliputi mata (kelopak mata pucat, warna sklera)

c. Hidung

Perlu dikaji untuk mengetahui apakah ada pembesaran polip pada hidung yang dapat berpengaruh pada jalan nafas.

d. Telinga

Perlu dikaji untuk mengetahui keadaan telinga apakah terdapat serumen atau tidak karena bisa berpengaruh pada pendengaran.

e. Gilut

Mulut (rahang pucat, kebersihan), keadaan gigi (karies, karang, tonsil)

f. Leher

Pembesaran kelenjar tiroid, pembuluh limfe

g. Payudara

Meliputi bentuk dan ukuran, hiperpigmentasi areola, keadaan puting susu, kolostrum atau cairan lain, retraksi, massa dan pembesaran kelenjar limfe.

h. Abdomen

Adanya bekas luka, hiperpigmentasi (linea nigra, striae gravidarum), tinggi fundus uteri (TFU) dengan tangan jika usia kehamilan 12 minggu, dan dengan pita ukuran jika usia kehamilan lebih dari 22 minggu. Palpasi abdomen untuk mengetahui letak, presentasi, posisi (usia kehamilan lebih dari 36 minggu), DJJ janin dengan fetoskop jika usia kehamilan lebih dari 18 minggu (Muslihatun, 2009).

Pemeriksaan palpasi :

1) Leopold 1

Untuk menentukan TFU dan bagian atas yang ada difundus.

2) Leopold 2

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

3) Leopold 3

Menentukan bagian terbawah janin

4) Leopold 4

Menentukan bagian terbawah janin dan seberapa masuknya (Amru, 2013).

Menghitung TBJ (tafsiran berat janin) dilakukan untuk mengetahui berat badan janin. Pemeriksaan DJJ Dilakukan untuk mengetahui bunyi jantung janin. Dalam keadaan normal 120 – 160x/menit (Amru, 2013).

i. Genetalia

Dilihat adakah luka, varises, kondiloma, cairan (warna konsistensi, jumlah, bau), keadaan kelenjar bartolini (pembekakan, cairan, kista), nyeri tekan.

j. Anus

Perlu dikaji adakah hemoroid atau tidak.

k. Ekstremitas

Oedema kaki dan tangan, pucat pada kuku jari, varises, reflek patella.

3. Pemeriksaan penunjang

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

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

II. Identifikasi Diagnosa Atau Masalah

Ds : Data subjektif merupakan Data yang berhubungan dengan masalah dari sudut pandang pasien atau anamnesa. Ekspresi pasien mengenai kekhawatiran dan keluhannya yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang berhubungan langsung dengan diagnosis.

Do : Data objektif merupakan data yang diperoleh dari hasil observasi yang jujur, hasil pemeriksaan pasien, pemeriksaan laboratorium atau pemeriksaan diagnostik lain.

Dx : Diagnosa merupakan pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif (Muslihatun, 2009).

III. Merumuskan Diagnosa/Masalah Potensial

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

IV. Mengidentifikasi Dan Menetapkan Kebutuhan Yang Memerlukan Penanganan Segera

Diperlukan untuk melakukan konsultasi, kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain berdasarkan kondisi pasien. Langkah ini sebagai

cerminan keseimbangan dari proses manajemen kebidanan (Muslihatun, 2009).

V. Merencanakan Asuhan Kebidanan Yang Menyeluruh

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

VI. Pelaksanaan Asuhan Kebidanan

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

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

VII. Evaluasi

Jam :

Tanggal :

S : Data yang diperoleh dari pasien dan keluarga

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

A : Kesimpulan dari data subjektif dan objektif

P : Gambaran pendokumentasian dari tindakan evaluatif (Sondakh, 2013).

2.2 Konsep Teori Persalinan

1. Pengertian

Persalinan merupakan proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus. Persalinan dianggap normal jika terjadi pada usia cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit. Persalinan dimulai (inpartu) sejak menipis dan berakhirnya plasenta secara lengkap. Ibu belum inpartu jika kontraksi uterus tidak mengakibatkan perubahan pada serviks (JNPK-KR, 2008).

2. Pembagian kala pada persalinan

a. Kala I

Dimulai dari saat persalinan mulai sampai pembukaan lengkap (10 cm). Proses ini terbagi dalam dua fase, fase laten (8 jam) serviks membuka sampai 3 cm dan fase aktif (7 jam) serviks membuka sampai 10 cm. Kontraksi lebih kuat dan sering selama fase aktif.

b. Kala II

Dimulai dari pembukaan lengkap (10 cm) sampai bayi lahir. Proses ini biasanya berlangsung 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida.

c. Kala III

Dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta, yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit.

d. Kala IV

Dimulai dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama postpartum (Prawirohardjo, 2009).

3. Sebab-sebab yang menimbulkan Persalinan

- a. Teori penurunan hormon : 1-2 minggu sebelum partus mulai terjadi penurunan kadar hormon estrogen dan progesteron. Progesteron bekerja sebagai penenang otot-otot polos rahim. Karena itu akan terjadi kekejangan pembuluh darah yang menimbulkan his jika kadar progesteron turun.

- b. Teori plasenta menjadi tua : penuaan plasenta akan menyebabkan turunnya kadar estrogen dan progesteron sehingga terjadi kekejangan pembuluh darah. Hal tersebut akan menimbulkan kontraksi pada rahim.
 - c. Teori distensi rahim : rahim yang menjadi besar dan meregang menyebabkan iskemia otot-otot rahim sehingga mengganggu sirkulasi utero plasenta.
 - d. Teori iritasi mekanik : dibelakang serviks, terletak ganglion servikale (pleksus Frankenhauser). Apabila ganglion tersebut digeser dan ditekan, misalnya oleh kepala janin, akan menimbulkan kontraksi.
 - e. Induksi partus (*induction of labour*) : partus dapat pula ditimbulkan dengan :
 - 1) Gagang laminaria : beberapa laminaria dimasukkan ke dalam kanalis servisis dengan tujuan merangsang pleksus frankenhausen
 - 2) Amniotomi : pemecahan ketuban
 - 3) Tetesan oksitosin : pemberian oksitosin melalui tetesan per-infus.
4. Tanda- tanda persalinan
- Gejala fisik tanda persalinan dapat mencakup :
- a. Sakit dibagian punggung bawah dan ketidaknyamanan di pelvis saat bayi memasuki pelvis.
 - b. Sakit perut
 - c. Keluarnya lendir (*show*), biasanya jernih bercampur darah (Champman, 2013).
 - d. Lightning atau setting atau dropping yaitu kepala turun memasuki pintu atas panggul terutama pada primigravida. Pada multipara hal tersebut tidak begitu jelas
 - e. Perut kelihatan lebih melebar, fundus uteri turun
 - f. Sering buang air kecil atau sulit berkemih (polakisuria) karena kandung kemih tertekan oleh bagian bawah janin
 - g. Servik menjadi lembek, mulai mendatar dan sekresinya bertambah, mungkin bercampur darah (*bloody show*) (Mochtar, 2011).

5. Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi persalinan

a. Penumpang (*Passanger*)

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

b. Jalan lahir (*Passage*)

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

c. Kekuatan (*Power*)

Faktor kekuatan dalam persalinan dibagi atas dua yaitu :

1) Kekuatan primer (kontraksi involunter)

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

2) Kekuatan sekunder (kontraksi volunter)

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

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. Posisi tegak (contoh posisi berdiri, berjalan, duduk, jongkok) memberi sejumlah keuntungan, salah satunya adalah memungkinkan gaya gravitasi membantu penurunan janin. Selain itu, posisi ini dianggap dapat mengurangi kejadian penekanan tali pusat.

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 (Sondakh, 2013).

6. Kebutuhan dasar ibu bersalin

Menurut Lesser dan Keane, ada lima kebutuhan dasar ibu bersalin :

a. Asuhan fisik dan psikologis

Bertujuan untuk memberikan rasa aman dan nyaman serta menghindari ibu dari infeksi, meliputi :

- 1) Personal Hygiene
- 2) Berendam
- 3) Perawatan mulut
- 4) Memberikan informasi dan penjelasannya
- 5) Memberikan asuhan dalam persalinan dan kelahiran hingga ibu merasa aman dan percaya diri
- 6) Memberikan dukungan dan empati
- 7) Mengupayakan komunikasi yang baik
- 8) Kebutuhan nutrisi
- 9) Eliminasi (Nurasiah, 2014).

b. Kehadiran seorang pendamping secara terus-menerus

c. Pengurangan rasa sakit

Rasa sakit selama melahirkan dan persalinan disebabkan oleh ketegangan emosional, tekanan pada ujung saraf, regangan pada jaringan dan persendian, serta hipoksia otot uterus selama dan setelah kontraksi yang panjang.

Metode persalinan secara alami dirancang untuk mengurangi ketakutan dan mengontrol rasa sakit yang berhubungan saat persalinan. Menggunakan latihan peregangan otot dan teknik relaksasi merupakan metode untuk menyiapkan ibu untuk melahirkan. Teknik relaksasi digunakan untuk membantu memberikan rasa nyaman pada ibu

- d. Mendapat jaminan tujuan yang aman bagi dirinya dan bayinya
- e. Mendapat perhatian yang menerima sikap pribadi dan perilakunya selama persalinan (Sondakh, 2013).

7. Komplikasi dan Penanganan

Adapun komplikasi yang sering terjadi pada persalinan antara lain :

a. Kala I dan Kala II

1) Persalinan lama

Persalinan telah berlangsung selama 12 jam/lebih tanpa kelahiran bayi. Dilatasi serviks di kanan garis waspada pada partograf. Fase laten lebih dari 8 jam. Disebabkan oleh beberapa faktor:

- a) Kecemasan dan ketakutan.
- b) Pemberian analgetik yang kuat atau pemberian analgetik yang terlalalu cepat pada persalinan dan pemberian anastesi sebelum fase aktif.
- c) Abnormalitas pada tenaga ekspulsi.
- d) Abnormalitas pada panggul.
- e) Kelainan pada letak dan bentuk janin.

Penanganan Umum :

- a) Nilai dengan segera keadaan umum ibu hamil dan janin (termasuk tanda vital dan tingkat hidrasinya). Dan perbaiki keadaan umum.
- b) Dukungan, perubahan posisi (sesuai dengan penanganan persalinan normal).
- c) Periksa kandung kemih, upayakan kencing.
- d) Kaji kembali partograf, tentukan apakah pasien berada dalam persalinan.
- e) Nilai frekuensi dan lamanya his.

2) Persalinan palsu/belum in partu (False Labor)

Periksa apakah ada ISK atau ketuban pecah, jika didapatkan adanya infeksi, obati secara adekuat, jika tidak ada pasien boleh rawat jalan.

a) Fase laten memanjang (*Prolonged Latent Phase*)

Diagnosa fase laten memanjang dibuat secara retrospektif, jika his berhenti. Pasien disebut belum inpartu/persalinan palsu. Jika his makin teratur dan pembukaan makin bertambah lebih dari 4 cm, pasien masuk dalam fase laten.

- (1) Jika fase laten lebih dari 8 jam dan tidak ada tanda-tanda kemajuan lakukan penilaian ulang terhadap serviks.
- (2) Jika tidak ada perubahan pada pendataran atau pembukaan serviks dan tidak ada gawat janin, mungkin pasien belum inpartu.
- (3) Jika ada kemajuan dalam pendataran atau pembukaan serviks lakukan amniotomi dan induksi persalinan dengan oksitosin atau prostaglandin.
- (4) Lakukan penilaian ulang setiap 4 jam.
- (5) Lakukan rujukan.

b) Fase Aktif Memanjang

Jika tidak ada tanda-tanda CPD atau obstruksi, dan ketuban masih utuh, pecahkan ketuban.

- (1) Nilai His jika his tidak adekuat (jika his adekuat >3 kali dalam 10 menit dan lamanya >40 detik) pertimbangkan disproporsi, obstruksi, malposisi/mal presentasi.
- (2) Lakukan penanganan umum untuk memperbaiki his dan mempercepat kemajuan persalinan (posisi).
- (3) Apabila tidak ada perkembangan lakukan rujukan.

3) Partus Presipitatus

Partus presipitatus adalah kejadian dimana ekspulsi janin berlangsung kurang dari 3 jam setelah awal persalinan. Partus presipitatus sering berkaitan dengan solusio placenta (20%), Aspirasi

mekonium, perdarahan post partum. Komplikasi maternal jarang terjadi bila dilatasi servik dapat berlangsung secara normal. Bila servik panjang dan jalan lahir kaku, akan terjadi robekan servik dan jalan lahir yang luas, emboli air ketuban (jarang), atonia uteri dengan akibat HPP.

Terjadi karena kontraksi uterus yang terlalu kuat akan menyebabkan asfiksia intrauterine, trauma intrakranial akibat tahanan jalan lahir. Kejadian ini biasanya berulang, sehingga perlu informasi dan pengawasan yang baik pada kehamilan yang sedang berlangsung. Hentikan pemberian oksitosin drip bila sedang diberikan.

b. Kala III dan Kala IV

1) Perdarahan pada kala III

Perdarahan pada kala III umum terjadi dikarenakan terpotongnya pembuluh-pembuluh darah dari dinding rahim bekas implantasi placenta/karena sinus-sinus maternalis ditempatkan insersinya.

Pada dinding uterus terbuka biasanya perdarahan itu tidak banyak, sebab kontraksi dan retraksi otot-otot uterus menekan pembuluh-pembuluh darah yang terbuka sehingga lumennya tertutup, kemudian pembuluh darah tersumbat oleh bekuan darah. Jumlah darah yang umum keluar tidak lebih dari 500cc atau setara dengan 2,5 gelas belimbing. Apabila setelah lahirnya bayi darah yang keluar melebihi 500cc maka dapat dikategorikan mengalami perdarahan pasca persalinan primer.

Kala IV dimulai dari lahirnya placenta selama 1-2 jam. Pada kala IV dilakukan observasi terhadap perdarahan pasca persalinan, paling sering terjadi pada 2 jam pertama. Observasi dilakukan yaitu:

- a) Tingkat kesadaran pasien
- b) Pemeriksaan tanda-tanda vital : tekanan darah, nadi, suhu, pernafasan
- c) Kontraksi uterus

d) Terjadinya perdarahan. Perdarahan dianggap masih normal bila jumlahnya tidak melebihi 400-500 cc (Sulistiyawati, 2010).

Perdarahan primer terjadi dalam 24 jam pertama dan sekunder sesudah itu. Hal-hal yang menyebabkan perdarahan post partum adalah :

a) Atonia uteri

Atonia uteri adalah keadaan lemahnya tonus atau kontraksi uterus yang tidak mampu menutup perdarahan dari tempat implantasi placenta setelah bayi dan placenta lahir (Prawirohardjo, 2011).

Faktor predisposisinya adalah :

- (1) Regangan rahim berlebihan karena kehamilan gemeli, polihidramnion, anak terlalu besar.
- (2) Kelelahan karena persalinan lama atau persalinan kasep.
- (3) Kehamilan grande-multipara.
- (4) Ibu dengan keadaan umum yang jelek, anemis, atau menderita penyakit menahun.
- (5) Mioma uteri yang mengganggu kontraksi rahim.
- (6) Infeksi intra uterin (karioamnionitis).
- (7) Riwayat atonia uteri.

Diagnosis ditegakkan bila setelah bayi dan placenta lahir ternyata perdarahan masih aktif dan banyak, bergumpal dan bila di palpasi di dapatkan fundus uteri masih setinggi pusat atau lebih dengan kontraksi yang lembek. Perlu diperhatikan pada saat atonia uteri di diagnosis, maka pada saat itu juga masih ada darah sebanyak 500-1000cc yang sudah keluar dari pembuluh darah, tetapi masih terperangkap dalam uterus dan harus diperhitungkan dalam kalkulasi pemberian darah pengganti. Gejala:

- (1) Nadi serta pernafasan menjadi lebih cepat
- (2) Tekanan darah menurun
- (3) Syok karena perdarahan
- (4) Kala III: perdarahan baru liang senggama 500-1000 cc.

Terapi terbaik adalah pencegahan :

- (1) Melakukan secara rutin manajemen aktif kala III pada semua wanita yang bersalin karena dapat menurunkan insidens perdarahan pasca persalinan akibat dari atonia uteri.
- (2) Pemberian misoprostol peroral 2-3 tablet (400-600 µg) segera setelah bayi lahir.

b) Retensio Placenta

Retensio Placenta adalah placenta tetap tertinggal dalam uterus setengah jam setelah anak lahir (Prawirohardjo, 2011).

Placenta yang sukar dilepaskan dengan pertolongan aktif kala III yang bisa di sebabkan adesi yang kuat antara placenta dan uterus. Disebut placenta akreta bila implantasi menembus desidua basalis, disebut sebagai placenta inkreta bila placenta menembus miometrium dan disebut placenta perkreta bila vili korialis sampai menembus perimetrium.

- (1) Faktor predisposisi retensio placenta adalah:
 - (a) Placenta Previa
 - (b) Bekas seksio sesarea
 - (c) Pernah kuret berulang
 - (d) Multiparitas
- (2) Diagnosa retensio placenta, yaitu:
 - (a) Pada pemeriksaan luar fundus/korpus ikut tertarik apabila tali pusat ditarik.
 - (b) Pada pemeriksaan dalam sulit ditentukan tepi placenta karena implantasi yang dalam.
- (3) Penanganan retensio placenta

Apabila sudah dilakukan penanganan PTT dengan baik, 15 menit pertama diberikan oksitosin 10 unit secara IM. Lakukan PTT kembali, tetapi placenta belum lahir setelah 15 menit kemudian, perhatikan apakah ada darah

yang keluar, apabila ada lakukan placenta manual. Apabila tidak ada lakukan rujukan perbaiki keadaan umum ibu.

c) Inversio Uteri

Inversio uteri adalah keadaan dimana lapisan dalam uterus (endometrium) turun dan keluar lewat ostium uteri eksternum, yang bersifat inkomplit sampai komplit (Prawirohardjo, 2011).

(1) Faktor presdiposisi inversio uteri adalah:

- (a) Adanya atonia uteri.
- (b) Serviks yang masih terbuka lebar.
- (c) Adanya kekuatan menarik fundus ke bawah (misalnya karena placenta akreta, inkreta, perkreta, yang tali pusatnya ditarik keras kebawah).
- (d) Ada tekanan pada fundus uteri dari atas (manuver crede) atau tekanan intra abdominal yang keras dan tiba-tiba (misalnya batuk dan bersin).

(2) Tanda-tanda inversio uteri :

- (a) Syok karena kesakitan
- (b) Perdarahan banyak bergumpal
- (c) Di vulva tampak endometrium terbalik dengan atau tanpa placenta yang masih melekat
- (d) Bila baru terjadi, maka prognosis cukup baik akan tetapi bila terjadinya cukup lama, maka jepitan serviks yang mengecil akan membuat uterus mengalami iskemia, nekrosis, dan infeksi

(3) Penanganan :

- (a) Memanggil bantuan anestesi dan memasang infus untuk cairan atau darah pengganti dan pemberian obat.
- (b) Berikan $MgSO_4$ untuk melemaskan uterus yang terbalik sebelum dilakukan reposisi manual yaitu mendorong miometrium ke atas masuk kedalam vagina dan terus melewati serviks sampai tangan masuk kedalam uterus pada posisi normanya.

- (c) Di dalam uterus dilepaskan secara manual bila berhasil dikeluarkan dari rahim dan sambil memberikan uterotonika lewat infus atau IM tangan tetap di pertahankan agar konfigurasi uterus kembali normal dan tangan operator baru di lepaskan.
- (d) Pemberian antibiotika dan transfusi darah sesuai dengan keperluannya.
- (e) Intervensi bedah dilakukan bila karena jepitan serviks yang keras menyebabkan manuver di atas tidak bisa dikerjakan, maka dilakukan laparotomi untuk reposisi dan kalau terpaksa dilakukan histerektomi bila uterus sudah mengalami infeksi dan nekrosis.

8. Pendokumentasian

a. Partograf

Partograf adalah alat bantu untuk memantau kemajuan kala satu persalinan dan informasi untuk membuat keputusan klinik (JNPK-KR, 2014). Tujuan dari penggunaan partograf yaitu :

- 1) Mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan servik dengan pemeriksaan dalam
- 2) Mendeteksi apakah persalinan berjalan normal
- 3) Data pelengkap yang terkait dengan pemantauan kondisi ibu, kondisi bayi, grafik kemajuan proses persalinan, bahan dan medikamentosa yang diberikan, pemeriksaan laboratorium, membuat keputusan klinik dan asuhan atau tindakan yang diberikan dimana semua itu dicatatkan secara rinci pada status atau rekam medik ibu bersalin dan bayi baru lahir.

b. Lembar Penapisan Persalinan

Menurut JNPK-KR (2010), 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.

c. Lembar Observasi

Selama fase laten semua asuhan, pengamatan dan pemeriksaan harus dicatat. Hal ini dapat di rekam secara terpisah di catatan kemajuan persalinan maupun di kartu menuju ibu sehat (KMS) ibu hamil (JNPK-KR, 2014).

Menurut JNPK-KR (2010) pada fase laten semua asuhan, pengamatan dan pemeriksaan harus dicatat di lembar observasi, yaitu Denyut Jantung Janin (DJJ), kontraksi, nadi setiap 30 menit dan pembukaan serviks, penurunan kepala, tekanan darah, suhu dan produksi urine setiap 4 jam. Rujuk segera ke fasilitas kesehatan yang sesuai jika fase laten berlangsung lebih 8 jam.

2.2.1 Konsep Asuhan Kebidanan Teori Persalinan



ASUHAN KEBIDANAN TEORI

Pada Ny... G...P...A...UK...Minggu Inpartu Kala...Fase...

Janin Tunggal Hidup Dengan Persalinan Normal

Tempat Pelaksanaan :

Tanggal/Jam

Pengkaji

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

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

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

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

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

1. Mendengar dan melihat adanya tanda gejala kala II
 - a. Ibu merasa ada dorongan kuat dan meneran
 - b. Ibu merasa ada tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan vagina
 - c. Perineum tampak menonjol
 - d. Vulva dan sfingter ani membuka
2. Memastikan kelengkapan alat, bahan obat-obatan essensial serta tempat resusitasi
3. Memakai alat pelindung diri
4. Melepas dan menyimpan semua perhiasan yang digunakan, mencuci tangan dengan sabun dan mengeringkannya dengan handuk bersih dan kering
5. Menggunakan sarung tangan DTT pada tangan kanan yang akan melakukan pemeriksaan dalam
6. Memasukkan oksitosin kedalam tabung suntik (gunakan tangan yang memakai sarung tangan kanan dan steril, pastikan tidak terjadi kontaminasi pada tabung suntik)
7. Membersihkan vulva dan perineum dengan kapas basah yang telah dibasahi dengan air DTT
8. Melakukan pemeriksaan dalam, pastikan pembukaan sudah lengkap dan selaput ketuban sudah pecah. Jika belum pecah maka lakukan amniotomi
9. Mendekontaminasi sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5 % selama 10 menit

10. Memeriksa DJJ setelah kontraksi uterus selesai untuk memastikan DJJ dalam batas normal (120-160x/menit)
11. Memberitahu ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik, menganjurkan ibu untuk meneran jika ada rasa ingin meneran
12. Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran (jika ada kontraksi, bantu ibu ke posisi setengah duduk dan pastikan ibu merasa nyaman)
13. Melakukan pimpinan meneran saat ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran
14. Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan kuat untuk meneran dalam waktu 60 menit
15. Meletakkan handuk bersih diatas peut ibu (untuk menerangkan tubuh bayi) jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm
16. Meletakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu
17. Membuka tutup partus set dan memastikan kelengkapan alat dan bahan
18. Memakai sarung tangan pada kedua tangan
19. Setelah kepala janin tampak pada vulva dengan diameter 5-6 cm, maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan posisi defleksi kepala bayi. Anjurkan ibu bernafas cepat dan dangkal
20. Memeriksa adanya lilitan tali pusat
21. Menunggu kepala melakukan putar paksi luar secara spontan
22. Setelah kepala melakukan putar paksi luar, Pegang secara biparietal. Menganjurkan ibu untuk meneran saat ada kontraksi. Dengan lembut gerakan kepala kearah bawah dan dista hingga bahu depan muncul dibawah arkus pubis dan kemudian gerakan kearah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.
23. Setelah keua bahu lahir, geser tangan bawah ke arah 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 menyusuri punggung, bokong, tungkai dan kaki (masukkan jari telunjuk diantara kaki dan pegang masing-masing kaki dengan ibu jari dan jari-jari lainnya)
25. Melakukan penilaian selintas :
- Apakah bayi menangis kuat dan/ bernapas tanpa kesulitan ?
 - Apakah bayi bergerak aktif ?
26. Mengeringkan tubuh bayi mulai dari wajah, kepala dan badan kecuali bagian telapak tangan tanpa membersihkan verniks. Mengganti handuk yang basah dengan handuk yang kering. Membiarkan bayi tetap diatas perut ibu.

Catatan Perkembangan Kala III

Jam :

Tanggal:

- S : Data subjektif merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Hellen Varney langkah pertama (pengkajian data), terutama data yang diperoleh dari anamnesisi. Data ini berhubungan dengan masalah dari sudut pandang pasien atau anamnesa. Ekspresi pasien mengenai kekhawatiran dan keluhannya yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang berhubungan langsung dengan diagnosis.
- O : Data objektif merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Hellen Varney langkah pertama (pengkajian data), yang diperoleh dari hasil observasi yang jujur, hasil pemeriksaan pasien, pemeriksaan laboratorium atau pemeriksaan diagnostik lain.
- A : Analisis atau assesment, merupakan pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif.
- P : Penatalaksanaan adalah membuat rencana asuhan saat ini dan yang akan datang. Rencana asuhan disusun berdasarkan hasil analisis dan interpretasi data (Muslihatun, 2009).

27. Memeriksa kembali uterus untuk memastikan tidak adanya bayi kedua
28. Memberi tahu ibu bahwa ibu akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi dengan baik
29. Menyuntikkan oksitosin 10 IU secara IM agar uterus berkontraksi dengan baik
30. Menjepit tali pusat setelah 2 menit bayi lahir kira-kira 3 cm dari pusat bayi, mendorong isi tali pusat kearah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm dari klem yang pertama.
31. Melakukan pemotongan tali pusat dan pengikatan tali pusat dengan benang DTT
32. Meletakkan bayi agar melakukan kontak kulit ke kulit ibu.
33. Menyelimuti ibu dan bayi. Memasang topi di kepala bayi
34. Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva
35. Meletakkan satu tangan di atas kain di perut ibu, di tepi atas simpisis untuk mendeteksi, tangan yang lain menegangkan tali pusat
36. Menegangkan tali pusat saat uterus berkontraksi
37. Melakukan penegangan tali pusat dan dorongan dorso kranial sampai plasenta terlepas
38. Melahirkan plasenta dengan kedua tangan pada saat plasenta muncul di introitus vagina, memutar plasenta hingga selaput ketuban terpelin
39. Melakukan masase fundus uteri 15x dalam 15 detik

Catatan perkembangan kala IV

Jam :

Tanggal :

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

O : Data objektif merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan

menurut Hellen Varney langkah pertama (pengkajian data), yang diperoleh dari hasil observasi yang jujur, hasil pemeriksaan pasien, pemeriksaan laboratorium atau pemeriksaan diagnostik lain.

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

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

40. Memeriksa kelengkapan plasenta dan selaput ketuban. Memastikan plasenta dan selaput ketuban lengkap dan utuh. Memasukkan plasenta ke tempat yang sudah di sediakan
41. Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum
42. Memastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam
43. Membiarkan bayi tetap melakukan kontak kulit ke kulit ibu paling sedikit 1 jam
44. Melakukan penimbangan, pemeriksaan fisik pada bayi. Memberikan salep mata antibiotic profilaksis, dan vitamin K1 1 mg intramuscular di paha kiri anterolateral.
45. Menyuntikkan imunisasi HB Uniject dipaha kanan anterolateral setelah satu jam pemberian vitamin K1
46. Melanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam
47. Mengajarkan ibu/keluarga cara masase uterus serta menilai kontraksi
48. Melakukan evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah
49. Memeriksa nadi ibu dan 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 dalam keadaan baik

51. Meletakkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5%. Merendamnya selama 10 menit
52. Membuang bahan-bahan bekas pakai ke tempat sampah yang sesuai
53. Membersihkan ibu dengan air DTT. Membersihkan sisa cairan ketuban, lendir, dan darah. Membantu ibu mengganti pakaian dengan pakaian yang bersih
54. Menganjurkan keluarga untuk memberikan makanan yang diinginkan ibu dan memastikan ibu merasa nyaman
55. Mendekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%
56. Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara merendamnya dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit
57. Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir
58. Melengkapi partograf

2.3 Konsep Teori Masa Nifas

1. Pengertian

Masa nifas (puerperium) adalah masa pemulihan kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti pra-hamil (Mochtar, 2012).

2. Tahapan masa nifas

Tahapan masa nifas terbagi atas 3 periode yaitu :

- a. Puerperium dini yaitu kepulihan saat ibu sudah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan.
- b. Puerperium intermediet yaitu kepulihan menyeluruh alat-alat genitalia yang lamanya 6-8 minggu.
- c. Puerperium lanjut yaitu waktu yang diperlukan untuk pulih kembali sehat sempurna, terutama jika selama hamil atau sewaktu persalinan timbul komplikasi. Waktu untuk mencapai kondisi sehat sempurna bisa mencapai berminggu-minggu, bulanan atau tahunan.

3. Tujuan asuhan masa nifas

- a. Pencegahan, diagnosis dini, dan pengobatan komplikasi pada ibu
- b. Perujukan ibu untuk asuhan tenaga ahli bila perlu

- c. Dukungan bagi ibu dan keluarganya dalam penyesuaian terhadap anggota keluarga yang baru (bayi) (Astuti, 2015).

4. Perubahan psikologi masa nifas

Tahapan adaptasi psikologi pada masa postpartum menurut Reva Rubin antara lain :

a. Fase taking in (fase ketergantungan)

Lamanya 3 hari pertama setelah melahirkan. Fokus pada diri ibu sendiri tidak pada bayi, ibu membutuhkan waktu untuk tidur dan istirahat. Pasif ibu mempunyai ketergantungan dan tidak bisa membuat keputusan. Ibu memerlukan bimbingan dalam merawat bayinya yang baru lahir.

b. Fase taking hold (fase independen)

Akhir hari ke-3 sampai hari ke-10. Aktif, mandiri, dan bisa membuat keputusan. Memulai aktivitas perawatan diri, fokus pada perut, dan kandung kemih. Fokus pada bayi dan menyusui. Merespons instruksi tentang perawatan bayi dan perawatan diri, dapat mengungkapkan kurangnya kepercayaan diri dalam merawat bayi.

c. Letting go (fase interdependen)

Terakhir hari ke-10 sampai 6 minggu postpartum. Ibu sudah mengubah peran barunya. Menyadari bayi merupakan bagian dari dirinya. Ibu sudah dapat menjalankan perannya (Astuti, 2015).

5. Perubahan fisiologis masa nifas

a. Uterus

Pada masa nifas uterus akan berangsur-angsur menjadi kecil (berinvolusi) hingga akhirnya kembali seperti sebelum hamil. Proses kembalinya uterus seperti sebelum hamil dinamakan involusi uterus (Mochtar, 2012).

Tabel 2.5 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 di bawah pusat	750 gram
1 minggu	Pertengahan pusat simpisis	500 gram

2 minggu	Tidak teraba di atas simpisis	350 gram
6 minggu	Bertambah kecil	50 gram
8 minggu	Sebesar normal	30 gram

Sumber : Sinopsis Obstetri, 2012

b. Bekas implantasi uri

Plasenta bed mengecil karena kontraksi dan menonjol ke kavum uteri dengan diameter 7,5 cm. Sesudah 2 minggu menjadi 3,5 cm, pada minggu ke enam 2,4 cm, dan akhirnya pulih.

c. Luka-luka pada jalan lahir

Luka-luka disebabkan saat melahirkan akan sembuh dalam 6-7 hari apabila tidak disertai dengan infeksi.

d. Rasa nyeri

Rasa nyeri setelah melahirkan biasa disebut after pains (meriang atau mulas-mulas) disebabkan kontraksi rahim, biasanya berlangsung 2-4 hari pasca persalinan.

e. Lochea

Lochea merupakan cairan sekresi yang berasal dari kavum uteri dan vagina dalam masa nifas.

Lochea terbagi menjadi :

- 1) Lochea rubra (*cruenta*) : berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, verniks kaseosa, lanugo, dan mekonium. Lochea rubra berlangsung selama 2 hari pasca persalinan
- 2) Lochea sanguinolenta : berwarna merah kuning, berisi darah dan lendir. Lochea sanguinolenta berlangsung selama 3-7 hari pasca persalinan
- 3) Lochea serosa : berwarna kuning, cairan tidak berdarah lagi, biasanya berlangsung selama 7-14 hari pasca persalinan
- 4) Lochea alba : cairan putih, biasanya berlangsung setelah 2 minggu pasca persalinan
- 5) Lochea purulenta : lochea purulenta merupakan lochea yang abnormal yang mengidentifikasi terjadinya infeksi. Biasanya keluar cairan seperti nanah dan berbau busuk

6) Lokio statis yaitu lochea yang keluaranya tidak lancar (Mochtar, 2012).

f. Sistem jantung dan pembuluh darah

Pada saat masa kehamilan terjadi peningkatan volume darah yang dapat mencapai 40% dari volume darah sebelum hamil. Sesaat setelah bayi lahir, dalam keadaan normal uterus akan berkontraksi kuat secara kontinu (spastik) yang menyebabkan terjepitnya percabangan arteri arkuata hingga arteri basalis sehingga sirkulasi darah ke rahim berkurang drastis.

Dampak berkurangnya aliran darah ini menyebabkan terjadinya peningkatan volume darah balik (*venous return*) ke serambi jantung kanan melalui vena cava inferior sehingga memaksa jantung untuk bekerja lebih keras, dan menyebabkan peningkatan kekuatan kontraksi dan frekuensi denyut jantung (Astuti, 2015).

g. Sistem pernafasan

Saat usia kehamilan mencapai usia cukup bulan, ibu hamil akan sering mengeluh sesak dan cepat lelah dikarenakan uterus yang semakin menekan pada rongga dada. Saat bersalin, respirasi akan meningkat akibat ketegangan atau stres karena nyeri kontraksi. Pada kala dua persalinan akan terjadi pernafasan cepat dan dangkal, dan akan menurun pada kala tiga dan empat (Astuti, 2015).

h. Sistem berkemih

Pada masa nifas, produksi urine akan meningkat karena adanya peningkatan sirkulasi darah selama hamil sehingga menyebabkan peningkatan laju filtrasi glomerulus pada ginjal. Keadaan ini di butuhkan untuk mengeluarkan kelebihan cairan intravaskular akibat redistribusi cairan dari ekstrasvaskular ke intravaskular dalam tubuh ibu. Volume dan frekuensi berkemih akan kembali ke keadaan normal dalam 2 minggu saja (Astuti, 2015).

6. Kebutuhan dasar ibu pada masa nifas

a. Kebutuhan gizi ibu menyusui

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

- 1) Konsumsi 500 kalori tambahan tiap hari
- 2) Makanan dengan diet berimbang untuk mendapatkan protein, mineral, dan vitamin yang cukup
- 3) Konsumsi sedikitnya 3 liter air setiap hari
- 4) Tablet zat besi untuk menambah zat gizi setidaknya selama 40 hari postpartum (Asih, 2016).
- 5) Mengonsumsi vitamin A 200000 iu, Pemberian vitamin A dalam bentuk suplementasi dapat meningkatkan daya tahan tubuh dan meningkatkan kelangsungan hidup anak. Pada bulan-bulan pertama kehidupan bayi bergantung pada vitamin A yang terkandung dalam ASI.

b. Ambulasi dini

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

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

Tahapan ambulasi yaitu, miring kiri atau kanan terlebih dahulu, kemudian duduk, jika ibu cukup kuat untuk berdiri maka ajarkan ibu untuk berjalan. Manfaat ambulasi dini yaitu, memperlancar sirkulasi darah dan mengeluarkan cairan vagina (lochea) dan mempercepat mengembalikan tonus otot dan vena (Asih, 2016).

c. Kebutuhan eliminasi

1) Buang air kecil

Dalam 6 jam pertama post partum, pasien sudah harus dapat buang air kecil. Semakin lama urine tertahan dalam kandung kemih maka dapat mengakibatkan kesulitan pada organ

perkemihan, misalnya infeksi. Biasanya, pasien menahan air kencing karena takut akan merasakan sakit pada luka jalan lahir. Bidan harus dapat menyakinkan pada pasien bahwa kencing sesegera mungkin setelah melahirkan akan mengurangi komplikasi postpartum. Berikan dukungan mental pada pasien bahwa ia pasti mampu menahan sakit pada luka jalan lahir akibat terkena air kencing karena ia pun sudah berhasil berjuang melahirkan bayinya.

2) Buang air besar

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

d. Kebersihan diri dan perineum

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

1) Perawatan perineum

Mengajarkan ibu untuk membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air, bersihkan daerah vulva terlebih dahulu, dari depan ke belakang, baru kemudian di sekitar anus.

2) Perawatan payudara

Tujuannya untuk melancarkan sirkulasi darah dan mencegah tersumbatnya saluran susu sehingga memperlancar pengeluaran ASI. Perawatan payudara pada ibu nifas antara lain:

- a) Menjaga payudara tetap bersih dan kering terutama puting susu

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

3) Kebersihan kulit

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

e. Latihan senam nifas

Organ tubuh wanita akan kembali seperti semula sekitar 6 minggu. Oleh karena itu, ibu akan berusaha memulihkan dan mengencangkan bentuk tubuhnya. Hal tersebut dapat dilakukan dengan cara latihan senam nifas. Manfaat dilakukan senam nifas antara lain :

- 1) Mengurangi rasa sakit pada otot.
- 2) Memperbaiki peredaran darah.
- 3) Mengencangkan otot-otot panggul, perut dan perineum.
- 4) Melancarkan pengeluaran lochea.
- 5) Mempercepat involusi.
- 6) Mengurangi kelainan dan komplikasi masa nifas (Nugroho, 2014).

f. Hubungan suami istri

Hubungan seksual dilakukan begitu darah berhenti. Namun demikian hubungan seksual dilakukan tergantung dengan suami istri

tersebut. Selama periode nifas, hubungan seksual juga dapat berkurang. Hal yang menyebabkan pola seksual selama nifas berkurang yaitu gangguan rasa ketidaknyaman fisik, kelelahan, ketidakseimbangan hormon, kecemasan berlebih (Asih, 2016).

g. Program KB

Program KB sebaiknya dilakukan ibu setelah nifas selesai atau 40 hari (6 minggu), dengan tujuan menjaga kesehatan ibu. Pada dasarnya ibu menyusui eksklusif tidak mengalami ovulasi selama ibu belum mendapat haid. Untuk mencegah kehamilan yang tidak direncanakan, anjurkan pasangan untuk menggunakan kontrasepsi ketika mulai aktivitas seksual, meskipun siklus ibu belum kembali.

7. Komplikasi pada masa nifas

a. Sub involusi uterus

Sub involusio adalah kemacetan atau keterlambatan involusio yang disertai pemanjangan periode pengeluaran lochea dan kadang-kadang oleh perdarahan yang banyak. Biasanya uterus akan teraba lebih besar dan lebih lunak daripada keadaan normalnya.

Penyebab terjadinya sub involusi pada uterus antara lain karena ada infeksi pada endometrium, terdapat sisa plasenta dan selaputnya, terdapat bekuan darah atau terdapat mioma uteri.

Penanganan yang harus dilakukan yaitu merujuk pasien ke fasilitas yang memiliki fasilitas yang lebih lengkap misal seperti puskesmas atau rumah sakit (Sujiyatini, 2009).

b. Perdarahan nifas sekunder

Perdarahan sekunder pada masa nifas yaitu perdarahan yang terjadi setelah 24 jam pertama pasca persalinan.

Faktor-faktor penyebab terjadinya perdarahan sekunder pada masa nifas yaitu :

- 1) Endometritis
- 2) Sub involusio uteri
- 3) Terdapat sisa plasenta dalam uterus
- 4) Mioma uteri

- 5) Kelainan uterus
- 6) Inversio uteri
- 7) Pemberian estrogen untuk menekan laktasi

Gejala klinis perdarahan sekunder yaitu :

- 1) Terjadi perdarahan berkepanjangan melampaui patrum pengeluaran lochea normal
- 2) Terjadi perdarahan yang cukup banyak
- 3) Rasa sakit di daerah uterus
- 4) Palpasi : fundus uteri masih dapat diraba lebih besar dari seharusnya
- 5) Pada VT : didapatkan uterus yang membesar, lunak, dan dari ostium uteri keluar darah (Sujiyatini, 2009).

8. Kunjungan masa nifas

Tabel 2.6 Frekuensi Kunjungan Masa Nifas

Kunjungan	Waktu	Tujuan
1	Kunjungan I (pertama)	<ol style="list-style-type: none"> a. Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri b. Mendeteksi penyebab lain perdarahan serta melakukan rujukan jika perdarahan berlanjut c. Melakukan konseling kepada ibu dan keluarga jika terjadi masalah d. Memfasilitasi ibu untuk pemberian ASI awal e. Memfasilitasi, mengajarkan cara hubungan ibu dan bayi (<i>Bounding Attachment</i>) f. Menjag bayi tetap sehat dan hangat dengan cara mencegah hipotermia g. Memastikan ibu merawat bayi dengan baik (perawatan tali pusat, perawatan bayi)
2	Kunjungan II (kedua)	<ol style="list-style-type: none"> a. Memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi baik, tinggi fundus uteri dibawah pusat (<i>Umbilicus</i>), tidak ada perdarahan, lochea tidak berbau b. Mendeteksi tanda-tanda : demam, perdarahan abnormal, sakit kepala hebat dan lainnya c. Memastikan ibu mendapatkan asupan nutrisi, hidrasi, dan istirahat yang cukup d. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda

		penyulit e. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari f. Memastikan ibu untuk melakukan pemeriksaan bayi ke pelayanan kesehatan terdekat
3	Kunjungan ke III (ketiga)	a. Sama dengan kunjungan kedua
4	Kunjungan VI (keempat) 29 hari-42 hari setelah persalinan	a. Menanyakan kepada ibu adakah masalah/penyulit yang dialami baik ibu maupun bayinya b. Memastikan ibu untuk memilih kontrasepsi efektif/ sesuai kebutuhan

Sumber : Midwifery Update, 2016

2.31 Konsep Asuhan Teori Nifas



ASUHAN KEBIDANAN

Pada Ny "...." P...A... Hari Ke.... Postpartum

Dengan Postpartum Normal

Tempat :

Tanggal :

Waktu :

DATA SUBYEKTIF

1. Identitas

- Nama ibu : untuk memudahkan, memanggil atau menghindari kekeliruan
- Nama Bayi : untuk memudahkan, memanggil atau menghindari kekeliruan
- Umur : untuk mengetahui apakah ibu termasuk berisiko tinggi atau tidak
- Agama : untuk mengetahui kepercayaan yang dianut ibu
- Pendidikan : untuk memudahkan pemberian KIE
- Pekerjaan : untuk mengetahui tingkat sosial ekonomi

Alamat : untuk memudahkan komunikasi dan kunjungan rumah (Sondakh, 2013).

2. Keluhan Utama

Kondisi yang dirasakan tidak nyaman, rasa sakit yang dialami oleh ibu saat ini, bahkan adanya kelainan serta keluhan baik secara fisik maupun psikologis, seperti kecemasan dan rasa takut (Susanti, 2015).

3. Riwayat Penyakit

Mencakup penyakit yang pernah di derita pada masa lalu, lamanya penyakit diderita, bagaimana cara pengobatan yang dijalani (dirawat atau tidak), apakah menjalani operasi, dimana mendapat pertolongan, serta apakah penyakit tersebut diderita sampai saat ini atau kambuh berulang-ulang. Selain itu dikaji pula tentang riwayat minum obat, diantaranya konsumsi obat tradisional, herbal, vitamin atau suplemen.

4. Riwayat Kesehatan Keluarga

Mengkaji adakah anggota keluarga yang menderita penyakit yang diturunkan secara genetik, mengalami kelainan kongenital, ataupun pernah menderita atau sedang mengalami penyakit menular ataupun gangguan kejiwaan.

5. Riwayat obstetri

Meliputi tanggal persalinan, masalah selama hamil, bersalin, dan nifas yang lalu.

6. Riwayat Kehamilan

Meliputi berapa jumlah kehamilan, jumlah persalinan, dan jumlah abortus, serta berapa kali dilakukan ANC. Hasil laboratorium mencakup pemeriksaan USG, darah, dan urine. Selain itu, dikaji pula keluhan selama kehamilan termasuk kondisi emosional dan upaya mengatasi keluhan, tindakan, dan pengobatan yang di peroleh (Astuti, 2015).

7. Kebiasaan Sehari-hari

Data kebiasaan sehari-hari merupakan aktivitas pokok perawatan diri untuk memenuhi kebutuhan atau tuntutan hidup sehari-hari, meliputi :

- a. Pola nutrisi, meliputi nafsu makan, pola menu makan, jumlah makan dan minum, jenis makanan, frekuensi makan.
 - b. Pola istirahat dan tidur, meliputi lamanya tidur, waktu tidur (siang dan malam), hal-hal yang mengganggu istirahat, penggunaan selimut, posisi saat tidur.
 - c. Pola eliminasi, meliputi apakah ibu mengalami deuresis setelah melahirkan, adakah inkontinensia (hilangnya kontrol pengeluaran urin), apakah terjadi retensi urine karena takut akibat luka episiotomi, apakah perlu alat atau tindakan saat BAK, serta pola BAB.
 - d. Personal hygiene, meliputi pola mandi, kebersihan mulut dan gigi, penggunaan pembalut, kebersihan genitalia, pola berpakaian, serta tata rias rambut dan wajah.
 - e. Aktivitas, meliputi kemampuan mobilisasi beberapa saat setelah melahirkan, seperti melakukan senam nifas, merawat diri dan lainnya
 - f. Rekreasi dan hiburan, meliputi mengkaji kegiatan yang pernah dilakukan yang membuat segar dan relaks, serta situasi atau tempat yang menyenangkan.
 - g. Pola hubungan seksual, mengkaji bagaimana pola interaksi dan hubungan dengan pasangan meliputi frekuensi koitus atau hubungan intim, pengetahuan pasangan tentang seks, serta kontinuitas hubungan seksual.
8. Riwayat KB dan perencanaan keluarga
- Meliputi pengkajian tentang pengetahuan ibu dan pasangannya tentang kontrasepsi, jenis kontrasepsi yang pernah digunakan, rencana kontrasepsi yang nanti akan digunakan, ataupun rencana penambahan anggota keluarga di masa mendatang.
9. Riwayat Perkawinan
- Mengkaji riwayat pernikahan, seperti pernikahan ke berapa, bertujuan dalam memberikan konseling dan perawatan bayi baru lahir serta asuhan dalam perubahan psikologis terutama pada kehamilan yang

tidak diinginkan, seperti hasil pemerkosaan, hamil diluar nikah atau tidak direstui orang tua.

10. Riwayat psikososial dan budaya

Mengkaji adaptasi psikologi ibu setelah melahirkan, meliputi pengalaman tentang melahirkan, adakah masalah perkawinan dan ketidakmampuan merawat bayi baru lahir, pola koping, hubungan dengan suami, hubungan dengan bayi, hubungan dengan anggota keluarga lain, dukungan sosial, dan pola komunikasi termasuk potensi keluarga untuk memberikan perawatan kepada bayi dan ibu.

DATA OBJEKTIF

1. Pemeriksaan umum

Keadaan umum : Mengkaji bagaimana perasaan ibu, termasuk mood tentang perasaannya tentang peran sebagai orang tua, mangkaji apakah ada masalah atau hal-hal yang dikhawatirkan (Astuti, 2015).

Kesadaran : Kesadaran merupakan suatu pemeriksaan fisik yang bertujuan untuk memperoleh data dan sebagai dasar dalam menegakkan diagnosa. Penilaiannya dapat secara kualitatif (*composmentis, apatis, somnolen, sopor, koma, delirium*) dan kuantitatif (diukur menurut skala koma) (Uliyah, 2008).

Pemeriksaan tanda vital : Mencakup pemeriksaan suhu, nadi, tekanan darah, respirasi. Hasilnya dijelaskan kepada ibu (Astuti, 2015)

2. Pemeriksaan fisik

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

- Leher : Pembesaran kelenjar tiroid, pembuluh limfe
- Payudara : Inspeksi payudara (kontur tidak ada dimpling, tidak terlihat adanya benjolan, kulit licin, tidak ada kerutan, tidak kemerahan, perhatikan adakah kelainan)
 Palpasi (adakah nyeri tekan, apakah terasa keras atau tegang, apakah terdapat pembesaran kelenjar getah bening, apakah puting lecet, apakah puting keluar kolostrum) (Astuti, 2015)
- Abdomen : Inspeksi adakah bekas luka, palpasi uterus untuk mengetahui TFU, pemeriksaan kandung kemih, pemeriksaan diastasis rekti
- Kulit : Adakah tampak luka atau memar bekas kekerasan dalam rumah tangga
- Ekstremitas : Inspeksi untuk melihat adanya kemerahan pada betis, palpasi untuk melihat adanya vena varises, periksa adanya oedema, periksa ada tidaknya nyeri pada kaki (tanda homan)
- Genetalia : Periksa luka jahitan jika ada, vena varises, cairan vagina (lochea), adanya bau atau tidak (Sujiyatini, 2015).

ANALISA

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).

PENATALAKSANAAN

Jam :.....

Tanggal:.....

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

2.4 Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

1. Pengertian

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir pada usia kehamilan 37-42 minggu dengan berat lahir antara 2500-4000 gram (Sondakh, 2013). Bayi baru lahir di katakan normal jika termasuk dalam kriteria sebagai berikut :

- a. Berat badan bayi baru lahir antara 2500-4000 gram
- b. Panjang badan bayi 48-52 cm
- c. Lingkar dada bayi 32-34 cm
- d. Lingkar kepala bayi 33-35 cm
- e. Bunyi jantung dalam menit pertama \pm 180x/menit, kemudian turun sampai 140-120x/menit pada saat bayi berumur 30 menit
- f. Pernapasan cepat pada menit-menit pertama kira-kira 80x/menit disertai pernapasan cuping hidung, reaksi suprasternal dan interkostal, serta rintihan hanya berlangsung 10-15 menit
- g. Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan cukup terbentuk dan dilapisi verniks kaseosa
- h. Rambut lanugo telah hilang, rambut kepala tumbuh baik
- i. Kuku telah agak panjang dan lemas
- j. Genetalia : testis sudah turun pada bayi laki-laki dan labia mayora telah menutupi labia minora pada bayi perempuan
- k. Reflek isap, menelan dan moro telah terbentuk
- l. Eliminasi, urin, dan mekonium normalnya keluar pada 24 jam pertama. Mekonium memiliki karakteristik hitam kehijauan dan lengket (Sondakh, 2013).

2. Adaptasi fisiologi bayi baru lahir

Konsep mengenai adaptasi bayi baru lahir adalah sebagai berikut :

- a. Memulai segera pernafasan dan perubahan dalam pola sirkulasi. Konsep ini merupakan hal yang esensial pada kehidupan ektrauterin.
- b. Dalam 24 jam setelah lahir, sistem ginjal, gastrointestinal, hematologi, metabolik, dan sistem neurologis bayi baru lahir harus

berfungsi secara memadai untuk mempertahankan kehidupan ekstrasuteri.

Adapun adaptasi yang dialami bayi baru lahir antara lain :

a. Adaptasi pernafasan

Pernafasan awal pada bayi normal terjadi dalam waktu 30 detik sesudah kelahiran. Faktor-faktor yang memicu pernafasan awal antara lain, faktor-faktor fisik, sensorik dan kimia. Semua itu menyebabkan perangsangan pusat pernafasan dalam otak yang melanjutkan rangsangan tersebut untuk menggerakkan diafragma, serta otot-otot pernafasan lainnya. Tekanan rongga dada bayi pada saat melalui jalan lahir pervaginam mengakibatkan paru-paru kehilangan 1/3 dari cairan yang terdapat didalamnya, sehingga tersisa 80-100 ml. Setelah bayi lahir, cairan yang hilang tersebut akan diganti dengan udara.

b. Adaptasi kardiovaskular

Dengan berkembangnya paru-paru pada alveoli akan terjadi peningkatan tekanan oksigen. Sebaliknya, tekanan karbon dioksida akan mengalami penurunan. 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 dari plasenta terhenti dan foramen ovale tertutup.

Tabel. 2.7 Perubahan Sirkulasi Darah Janin Ketika Lahir

Struktur	Sebelum Lahir	Setelah Lahir
Vena umbilikalis	Membawa darah arteri ke hati dan jantung	Menutup, menjadi ligamentum teres hepatis
Arteri umbilikalis	Membawa darah arteriovenosa ke plasenta	Menutup, menjadi ligamentum venosum
Duktus venosus	Pirau darah arteri kedalam vena cava inferior	Menutup, menjadi ligamentum arteriosum
Foramen ovale	Menghubungkan atrium kanan dan kiri	Biasanya menutup, kadang-kadang terbuka
Paru-paru	Tidak mengandung udara dan sangat sedikit mengandung darah berisi cairan	Berisi udara dan disuplai darah dengan baik
Arteri pulmonalis	Membawa sedikit darah ke paru-paru	Membawa banyak darah ke paru-paru

Aorta	Menerima darah dari dua ventrikel	Menerima darah hanya dari ventrikel kiri
Vena kava inferior	Membawa darah vena dari tubuh dan darah arteri dari plasenta	Membawa darah hanya dari atrium kanan

Sumber : Asuhan Sondakh, 2013

c. Perubahan termoregulasi dan metabolik

Pada saat sesudah bayi lahir, suhu tubuh bayi akan mengalami penurunan beberapa derajat karena lingkungan eksternal yang lebih dingin daripada lingkungan pada uterus. Bayi dapat kehilangan panas melalui evaporasi, konveksi, konduksi dan radiasi. Maka dari itu bayi harus tetap dijaga kehangatannya.

Bayi baru lahir dapat mempertahankan suhu tubuhnya dengan mengurangi konsumsi energi, serta merawatnya di dalam *Natural Thermal Environment* (NTE), yaitu suhu lingkungan rata-rata di mana produksi panas, pemakaian oksigen, dan kebutuhan nutrisi untuk pertumbuhan adalah minimal agar suhu tubuh menjadi normal.

Penurunan berat badan pada BBL terjadi akibat perpindahan cairan dari intraseluler menuju ekstraseluler. Peningkatan cairan ekstraseluler menyebabkan diuresis garam dan air dalam 48- 72 jam pertama. Pengeluaran cairan ekstraseluler berlebih mengakibatkan penurunan berat badan fisiologis pada minggu pertama kehidupan.. Penurunan berat badan lebih dari 10% dari berat badan lahir menjadi perhatian khusus. Penurunan berat badan normal tidak terjadi pada usia setelah 5- 7 hari dan berat badan bertambah pada usia 12- 14 hari

d. Adaptasi neurologis

Sistem neurologis bayi secara anatomik atau fisiologik masih belum sempurna, bayi baru lahir menunjukkan gerakan-gerakan yang masih tidak terkoordinasi, pengaturan suhu yang labil, kontrol otot yang buruk, mudah terkejut, dan tremor pada ekstremitas. Adapun reflek bayi baru lahir merupakan indikator penting perkembangan normal bayi.

Adapun macam-macam reflek pada bayi sebagai berikut :

Tabel. 2.8 Reflek Pada Bayi Baru Lahir

Refleks	Respons Normal	Respons Abnormal
Rooting dan menghisap	Bayi baru lahir menolehkan kepala ke arah stimulus, membuka mulut, dan mulai menghisap bila pipi, bibir, atau sudut mulut bayi disentuh dengan jari atau puting	Respon yang lemah atau tidak ada respons terjadi pada prematuritas, penurunan atau cedera neurologis, atau depresi sistem saraf pusat (SSP)
Menelan	Bayi baru lahir menelan berkoordinasi dengan menghisap bila cairan ditaruh dibelakang lidah	Muntah, batuk, atau regurgitasi cairan dapat terjadi, kemungkinan berhubungan dengan sianosis sekunder karena prematuritas atau cedera neurologis terutama terlihat setelah laringoskopi
Ekstruksi	Bayi baru lahir menjulurkan lidah keluar bila ujung lidah disentuh jari atau puting	Ekstruksi lidah secara kontinu atau menjulurkan lidah yang berulang-ulang terjadi pada kelainan SSP dan kejang
Moro	Apabila bayi diberi sentuhan mendadak terutama dengan jari dan tangan, maka akan menimbulkan gerak terkejut	Respon asimetris terlihat pada cedera saraf perifer (pleksus brakialis) atau fraktur klavikula atau fraktur tulang panjang lengan atau kaki
Melangkah	Bayi akan melangkah dengan satu kaki dan kemudian kaki lainnya dengan gerakan berjalan bila satu kaki disentuh pada permukaan yang rata.	Respon asimetris terlihat pada cedera saraf SSP atau perifer atau fraktur tulang panjang kaki.
Merangkak	Bayi akan berusaha untuk merangkak kedepan dengan kedua tangan dan kaki bila diletakkan telungkaup dipermukaan datar	Respon asimetris terlihat pada cedera saraf SSP dan gangguan neurologis
Tonik neck atau fencing	Ekstremitas pada satu sisi dimana saat kepala di tolehkan akan ekstensi, dan ekstremitas yang berlawanan akan fleksi bila kepala bayi di tolehkan ke satu sisi selagi beristirahat	Respon persisten setelah bulan ke empat dapat menandakan cedera neurologis. Respon menetap tampak pada cedera SSP dan gangguan neurologis
Glabellar	Bayi akan berkedip bila dilakukan 4/5 ketuk pertama pada batang hidung saat mata terbuka	Terus berkedip dan gagal berkedip merupakan tanda kemungkinan gangguan neurologis

Palmar grasp	Jari bayi melekuk sekeliling benda dan menggengamnya seketika bila jari diletakkan di tangan bayi	Berkurang pada prematuritas. Asimetris terjadi pada kerusakan saraf perifer (pleksus brakhialis) atau fraktur humerus. Tidak ada respon yang terjadi pada defisit neurologis yang berat
Plantar grasp	Jari bayi akan mellekuk di sekeliling benda seketika bila jari diletakkan ditelapak kaki bayi	Respon akan berkurang pada prematuritas. Tidak ada respon yang terjadi pada defisit neurologis yang berat
Tanda babinski	Jari-jari kaki bayi akan hiperekstensi dan terpisah seperti kipas dari dorsofleksi ibu jari kaki bila satu sisi kaki digosok dari tumit ke atas melintasi bantalan kaki	Tidak ada respons yang terjadi pada defisit SSP

Sumber : *Asuhan Kebidanan Persalinan Dan Bayi Baru Lahir, 2013*

e. Adaptasi gastrointestinal

- 1) Enzim-enzim digestif aktif saat lahir dan dapat menyokong kehidupan ekstrauterin pada kehamilan 36-38 minggu
- 2) Perkembangan otot dan refleks yang penting untuk menghantarkan makanan sudah terbentuk sejak lahir
- 3) Pencernaan protein dan karbohidrat telah tercapai, pencernaan dan absorpsi lemak kurang baik karena tidak adekuatnya enzim-enzim pankreas dan lipase
- 4) Kelenjar saliva imatur saat lahir, sedikit saliva diolah sampai bayi berusia 3 bulan
- 5) Pengeluaran mekonium yaitu feses yang berwarna hitam kehijauan, lengket dan mengandung darah samar, diekskresikan dalam 24 jam pada 90% bayi baru lahir normal (Sondakh, 2013).

f. Adaptasi ginjal

Laju filtrasi glomerulus rendah pada saat lahir disebabkan oleh tidak adekuatnya area permukaan kapiler glomerulus, ini menyebabkan terhambatnya kapasitas bayi untuk berespon terhadap stressor.

Sebagian besar bayi baru lahir berkemih dalam 24 jam pertama setelah lahir dan 2-6 kali sehari pada 1-2 hari pertama, setelah itu mereka berkemih 5-20 kali dalam 24 jam.

g. Adaptasi hati

Selama neonatus hati memproduksi zat yang esensial untuk pembekuan darah. Penyimpanan zat besi ibu cukup memadai bagi bayi sampai 5 bulan kehidupan ekstra uterin, pada saat ini, bayi baru lahir menjadi rentan terhadap defisiensi zat besi. Hati juga mengontrol jumlah bilirubin tak terkonjugasi yang bersirkulasi, pigmen berasal dari hemoglobin dan dilepaskan bersamaan dengan pemecahan sel-sel darah merah. Bilirubin tak terkonjugasi dapat meninggalkan sistem vaskular dan menembus jaringan ekstrasvaskular lainnya seperti kulit, sklera dan lainnya mengakibatkan warna kuning yang disebut ikterus.

3. Imunisasi

a. Imunisasi BCG

Imunisasi BCG adalah prosedur memasukkan vaksin BCG yang bertujuan memberikan kekebalan tubuh terhadap kuman *mycobacterium tuberculosis* dengan menghambat penyebaran kuman.

b. Imunisasi polio

Imunisasi polio adalah tindakan memberikan vaksin polio (dalam bentuk oral) atau dikenal dengan nama *oral polio vaccine* (OPV) yang bertujuan memberikan kekebalan dari penyakit poliomyelitis. Imunisasi dapat diberikan empat kali dengan interval 4-6 minggu.

c. Imunisasi DPT/DT

Imunisasi DPT/DT merupakan tindakan imunisasi dengan memberikan vaksin DPT (difteri, pertussis, tetanus)/DT (difteri, tetanus) pada anak yang bertujuan memberi kekebalan dari kuman penyakit difteri, tetanus, pertussis. Pemberian vaksin pertama pada usia 2 bulan dan berikutnya dengan interval 4-6 minggu (kurang lebih 3 kali) selanjutnya ulangan pertama satu tahun dan ulangan berikutnya 3 tahun sampai usia 8 tahun. Imunisasi ini tidak

dianjurkan untuk bayi kurang dari 2 bulan mengingat immunogen pertussis yang sangat reaktogenik dan adanya hambatan tanggap kebal karena pengaruh antibodi maternal untuk immunogen difteri atau tetanus.

d. Imunisasi hepatitis B

Imunisasi hepatitis B adalah tindakan imunisasi dengan pemberian vaksin hepatitis B ketubuh yang bertujuan memberi kekebalan dari penyakit hepatitis. Ibu anak dengan hepatitis B jika HbsAg negatif, anak dapat diberikan sesuai dosis yang ada. Kemudian dilanjutkan pada usia 1-2 bulan, dan yang ketiga pada usia 6 bulan. Jika ibu HbsAg positif, dapat diberikan dalam waktu 12 jam setelah bayi lahir, kemudian suntikan kedua paha pada usia 1-2 bulan, dan ketiga serta ulangan dapat dilakukan 5 tahun kedepan.

e. Imunisasi campak

Imunisasi campak adalah tindakan imunisasi dengan memberi vaksin campak pada anak yang bertujuan memberi kekebalan dari penyakit campak. Imunisasi dapat diberikan pada usia 9 bulan secara subkutan, kemudian ulangan dapat diberikan dalam waktu interval 6 bulan atau lebih setelah suntikan pertama (Karwati dkk, 2011).

Tabel 2.9 Jadwal Imunisasi

Umur	Jenis Imunisasi
0 bulan	HB Uniject/HB 0
1 bulan	BCG, Polio 1
2 bulan	DPT/HB1, Polio 2
3 bulan	DPT/HB2, Polio 3
4 bulan	DPT/HB3, Polio 4
9 bulan	Campak

Sumber : Buku Kesehatan Ibu Dan Anak, 2012

3. Masalah Pada Bayi Baru Lahir

a. Ikterus

Ikterus adalah menguningnya sklera, kulit atau jaringan lainnya akibat penimbunan bilirubin dalam tubuh. Ikterus pada bayi baru

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 2x24 jam 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%.

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 bercak-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 mengeringkan 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.

4. Kunjungan Neonatal

Dalam Buku Kesehatan Ibu Dan Anak (2017), kunjungan neonatal terbagi atas tiga kali kunjungan, yaitu :

a) Kunjungan I (6-8 jam setelah bayi lahir)

Kunjungan pertama dilakukan pada 6-8 jam setelah bayi lahir. Pada kunjungan pertama pemeriksaan yang dilakukan diantaranya penimbangan berat badan, pengukuran panjang badan, menanyakan pada ibu apakah bayi sedang sakit atau tidak., memeriksa kemungkinan adanya penyakit yang sangat berat atau infeksi bakteri, menghitung frekuensi nafas dan frekuensi denyut jantung, memeriksa adanya diare, memeriksa adanya ikterus, memeriksa kemungkinan berat badan rendah dan/ masalah pemberian ASI, memeriksa status vitamin K 1, memeriksa status imunisasi HB 0, memeriksa adanya keluhan lain dan keluhan ibu. Pemeriksaan kunjungan neonatal menggunakan formulir Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM).

b) Kunjungan II (3-7 hari setelah bayi lahir)

Pada kunjungan kedua pemeriksaan yang dilakukan sama dengan

pemeriksaan pada kunjungan kedua kecuali pada pemeriksaan status pemberian vitamin K 1 dan imunisasi Hb 0

c) Kunjungan III (8-28 hari setelah bayi lahir)

Pada kunjungan ketiga ini pemeriksaan yang dilakukan sama dengan pemeriksaan pada kunjungan kedua.

2.41 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Pada Bayi baru lahir Normal

Asuhan Kebidanan

Pada Bayi Ny... Usia ... Dengan Neonatus Cukup Bulan Sesuai Masa Kehamilan

Tanggal :

Jam :

Tempat :

A. Data Subjektif

1. Biodata

Nama bayi : Untuk menghindari kekeliruan

Tanggal lahir : Untuk mengetahui usia neonatus

Jenis kelamin : Untuk mengetahui jenis kelamin bayi

Umur : Untuk mengetahui usia bayi

Alamat : Untuk memudahkan kunjungan rumah

Nama ibu : Untuk memudahkan memanggil/menghindari kekeliruan

Umur : Untuk mengetahui apakah ibu termasuk beresiko tinggi/tidak

Pekerjaan : Untuk mengetahui tingkat sosial ekonomi

Pendidikan : Untuk memudahkan pemberian KIE

Agama : Untuk mengetahui kepercayaan yang di anut ibu

Alamat : Untuk memudahkan komunikasi dan kunjungan rumah

Nama suami : Untuk menghindari terjadinya kekeliruan

Umur : Untuk mengetahui usia suami

- Pekerjaan : Untuk mengetahui tingkat sosial ekonomi
 Pendidikan : Untuk memudahkan pemberian KIE
 Alamat : Untuk memudahkan komunikasi dan kunjungan rumah

2. Keluhan Utama

Ibu mengatakan telah melahirkan bayinya pada tanggal..... jam.....WIB. Kondisi bayi sehat.

3. Riwayat Kehamilan dan persalinan

a. Riwayat Prenatal

Anak beberapa, riwayat kehamilan yang memengaruhi BBL adalah kehamilan yang tidak disertai komplikasi seperti diabetes mellitus (DM), hepatitis, jantung, asma, hipertensi (HT), TBC, frekuensi *antenatal care* (ANC), dimana keluhan-keluhan selama hamil, HPHT dan kebiasaan-kebiasaan ibu selama hamil.

b. Riwayat natal

Berapa usia kehamilan, jam berapa waktu persalinan, jenis persalinan, lama kala I, lama kala II, BB bayi, denyut nadi, respirasi, suhu, bagaimana ketuban, ditolong oleh siapa, komplikasi persalinan dan berapa nilai APGAR untuk BBL.

c. Riwayat Postnatal

- 1) Observasi TTV
- 2) Keadaan tali pusat
- 3) Apakah telah diberi injeksi vit K
- 4) Minum ASI/MPASI, berapa cc setiap berapa jam.

4. Kebutuhan Dasar

a. Pola nutrisi

Setelah bayi lahir, segera susukan pada ibunya, apakah ASI keluar sedikit, kebutuhan minum hari pertama 60cc/kgBB, selanjutnya ditambah 30 cc/kgBB untuk hari berikutnya.

b. Pola eliminasi

Proses pengeluaran defekasi dan urine terjadi 24 jam pertama setelah lahir, konsistensinya agak lembek, berwarna hitam

kehijauan. Selain itu, diperiksa juga urin normalnya berwarna kuning.

c. Pola istirahat

Pola tidur normal bayi baru lahir adalah 14-18 jam/hari.

d. Pola aktivitas

Pada bayi seperti menangis, BAK, BAB, serta memutar kepala untuk mencari puting susu.

e. Riwayat psikososial

Kesiapan keluarga menerima anggota baru dan kesanggupan ibu menerima dan merawat anggota baru.

B. Data Objektif

1. Pemeriksaan fisik umum

Kesadaran : composmentis.

Suhu : Normal (36,5-37°C)

Pernapasan : Normal (40-60x/m)

Denyut jantung : Normal (130-160x/m)

2. Pemeriksaan Antropometri

Berat badan : berat badan bayi normal yaitu 2500-4000 gram

Panjang badan : panjang badan bayi lahir normal 48-52 cm

Lingkar kepala : lingkar kepala bayi normal 33-38 cm

Lingkar lengan atas : normalnya 10-11 cm

Ukuran kepala :

- a. Diameter sub oksipito bregmatika, antara foramen manum dan ubun-ubun besar (9,5 cm)
- b. Diameter sub oksipito frontalis, antara foramen magnum ke pangkal hidung (11 cm)
- c. Diameter fronto oksipitalis, antara titik pangkal hidung ke jarak terjauh belakang kepala (12 cm)
- d. Diameter mento oksipitalis, antara dagu ke titik terjauh belakang kepala (13,5 cm)
- e. Diameter sub mento bregmatika, antara os hyoid ke ubun-ubunbesar (9,5cm)

- f. Diameter biparietalis, antara dua tulang parietalis (9 cm)
- g. Diameter bitemporalis, antara dua tulang temporalis (8 cm)

3. Pemeriksaan fisik

- Kepala : Adakah caput succedaneum, chepal hematoma, keadaan ubun-ubun tertutup.
- Muka : Warna kulit merah.
- Mata : Sklera putih, tidak ada perdarahan subonjungtiva
- 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, tidak ada 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 : Tidak terdapat atresia ani
- Ekstremitas : Tidak terdapat polidaktil dan sindaktil

4. Pemeriksaan Neurologi

a. Reflek moro/terkejut

Apabila bayi diberi sentuhan mendadak terutama dengan jari dan tangan, maka akan menimbulkan gerak terkejut.

b. Reflek menggenggam

Apabila telapak bayi disentuh dengan jari pemeriksa, maka ia akan berusaha menggenggam jari pemeriksa.

c. Reflek Rooting/mencari

Apabila pipi bayi disentuh oleh pemeriksa, maka ia akan menoleh dan mencari sentuhan itu.

d. Reflek Mengisap/Sucking Reflek

Apabila bayi diberi puting/dot, maka ia akan berusaha untuk mengisap.

e. Glabella Reflek

Apabila bayi disentuh pada daerah os glabella dengan jari tangan pemeriksa, maka bayi akan mengerutkan keningnya dan mengedipkan matanya.

f. Gland Reflek

Apabila bayi disentuh pada lipatan paha kanan dan kiri, maka ia akan berusaha untuk mengangkat kedua pahanya

g. Tonick Neck reflek

Apabila bayi diangkat dari tempat tidur (digendong), maka ia akan berusaha mengangkat kepalanya.

5. Pemeriksaan Tingkat Perkembangan

a. Adaptasi sosial : sejauh mana bayi dapat beradaptasi sosial secara baik dengan orang tua, keluarga maupun orang lain.

b. Bahasa : kemampuan bayi untuk mengungkapkan perasaannya melalui tangisan untuk menyatakan rasa lapar, BAK, BAB, dan kesakitan

c. Motorik halus : kemampuan bayi untuk menggerakkan bagian kecil dari anggota badannya

d. Motorik kasar : kemampuan bayi untuk melakukan aktivitas dengan menggerakkan anggota tubuhnya

6. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang adalah pemeriksaan yang dapat menunjang.

C. ANALISA

Analisis atau assesment merupakan pendokumentasian hasil analisis dan interprestasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif

D. PENATALAKSANAAN

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. Menganjurkan ibu untuk melakukan perawatan bayi dengan metode kanguru
4. Menganjurkan pada ibu untuk segera memberikan (Sondakh, 2013).

2.5 Konsep Dasar KB

1. Pengertian program KB

Pengertian keluarga berencana menurut UU No. 10 Tahun 1992 tentang perkembangan kependudukan dan pembangunan keluarga sejahtera adalah upaya peningkatan kepeduliannya dan peran serta masyarakat melalui pendewasaan usia perkawinan (PUP), pengaturan kelahiran, pembinaan ketahanan keluarga, peningkatan kesejahteraan keluarga kecil, bahagia dan sejahtera.

Tujuan utama program KB nasional adalah untuk memenuhi perintah masyarakat akan pelayanan KB dan kesehatan reproduksi yang berkualitas, menurunkan tingkat/angka kematian ibu, bayi, dan anak serta penanggulangan masalah kesehatan reproduksi dalam rangka membangun keluarga kecil berkualitas (Arum, 2011).

Kontrasepsi berasal dari kata “kontra” artinya melawan dan “konsepsi” artinya pembuahan. Jadi kontrasepsi dapat diartikan sebagai mencegah bertemunya sperma dengan ovum, sehingga tidak terjadi pembuahan yang mengakibatkan kehamilan (Irianto, 2012).

2. Kontrasepsi hormonal

a. Pil progestin

Mini pil dapat digunakan oleh perempuan yang ingin menggunakan kontrasepsi oral tetapi menyusui atau untuk

perempuan yang harus menghindari esterogen oleh sebab apapun. mini pil sangat cocok untuk perempuan menyusui yang ingin memakai pil KB, Sangat efektif pada masa laktasi dan tidak menurunkan produksi ASI, dan Tidak memberikan efek samping esterogen. Efek samping yang utama adalah perdarahan tidak teratur atau perdarahan bercak. Mini pil ini juga dapat dipakai sebagai kontrasepsi darurat (Affandi, 2012).

b. Suntikan Progestin

Suntikan progestin sangat efektif, aman, dapat dipakai oleh semua perempuan dalam usia reproduksi, kembalinya kesuburan lebih lambat rata-rata 4 bulan, cocok untuk masa laktasi karena tidak menekan produksi ASI. Terdapat 2 jenis kontrasepsi suntikan yang mengandung progestin, yaitu :

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

Mekanisme kerja suntikan progestin diantaranya :

- 1) Mencegah ovulasi,
- 2) Membuat lendir serviks menjadi kental dan sedikit sehingga menurunkan kemampuan penetrasi spermatozoa,
- 3) Membuat endometrium tipis dan atrofi sehingga kurang baik untuk implantasi ovum yang telah dibuahi,
- 4) Mempengaruhi kecepatan transport ovum oleh tuba fallopi.

Efektivitas dari suntikan progestin yaitu 0,3 kehamilan /100 perempuan per tahun, asal penyuntikannya dilakukan secara teratur sesuai jadwal yang telah ditentukan.

Keuntungan dari suntikan progestin antara lain :

- 1) Sangat efektif dalam mencegah terjadinya kehamilan,

- 2) Pencegahan kehamilan jangka panjang,
- 3) Tidak berpengaruh pada hubungan suami istri,
- 4) Tidak mengandung estrogen sehingga tidak berdampak serius terhadap gangguan penyakit jantung dan pembekuan darah,
- 5) Tidak memiliki pengaruh terhadap ASI,
- 6) Memiliki sedikit efek samping,
- 7) Dapat digunakan oleh perempuan usia >35 tahun sampai menopause,
- 8) Menurunkan kejadian penyakit jinak payudara,
- 9) Mencegah beberapa penyebab penyakit radang panggul dan menurunkan krisis anemia bulan sabit (*sickle cell*).

Selain keuntungan, suntikan progestin juga memiliki keterbatasan yaitu :

- 1) Seringnya di temukan gangguan haid (amenore, spotting dan siklus haid yang memendek/memanjang),
- 2) Tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu sebelum suntikan berikutnya,
- 3) Permasalahan berat badan merupakan efek samping tersering,
- 4) Tidak menjamin perlindungan terhadap penularan IMS, hepatitis B virus/ virus HIV,
- 5) Terlambatnya kembali kesuburan setelah penghentian pemakaian.

Adapun yang dapat menggunakan suntikan progestin yaitu :

- 1) Wanita dengan usia produksi,
- 2) Nulipara dan yang telah memiliki anak,
- 3) Menghendaki kontrasepsi jangka panjang dan yang memiliki efektivitas tinggi,
- 4) Menyusui dan membutuhkan kontrasepsi yang sesuai,
- 5) Setelah melahirkan dan tidak menyusui,
- 6) Setelah keguguran, wanita perokok,
- 7) Wanita dengan tekanan darah > 180/110 mmHg,
- 8) Dengan masalah gangguan pembekuan darah atau anemia bulan sabit,

- 9) Wanita yang menggunakan obat epilepsi atau obat tuberculosi,
- 10) Wanita yang tidak dapat menggunakan kontrasepsi yang mengandung estrogen,
- 11) Sering lupa menggunakan pil kontrasepsi,
- 12) Wanita dengan anemia defisiensi besi dan
- 13) Wanita yang mendekati usia menopause yang tidak mau atau tidak boleh menggunakan pil kontrasepsi kombinasi.

Sedangkan yang tidak boleh menggunakan kontrasepsi suntikan progestin yaitu :

- 1) Hamil atau dicurigai hamil karena resiko cacat pada janin 7 per 100.000 kelahiran
- 2) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya
- 3) Tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid, terutama amenorea
- 4) Menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara
- 5) Menderita diabetes mellitus disertai komplikasi

Waktu yang dianjurkan untuk mulai menggunakan kontrasepsi suntikan progestin adalah :

- 1) Setiap saat selama siklus haid, asal ibu tersebut tidak hamil
- 2) Mulai hari pertama sampai hari ke-7 siklus haid
- 3) Pada ibu yang tidak haid, injeksi pertama dapat diberikan setiap saat asalkan ibu tersebut tidak hamil. Selama 7 hari setelah suntikan tidak boleh melakukan hubungan seksual
- 4) Jika sebelumnya menggunakan kontrasepsi hormonal lain dan ingin mengganti dengan kontrasepsi suntikan maka menunggu sampai haid berikutnya datang
- 5) Jika sebelumnya menggunakan kontrasepsi suntikan lain dan ingin menggantinya dengan suntikan progestin, maka suntikan dapat diberikan pada saat jadwal kontrasepsi suntikan yang sebelumnya (Arum dkk,2011).

c. Implant

Implant adalah metode kontrasepsi hormonal yang efektif, tidak

permanen dan dapat mencegah terjadinya kehamilan antara 3 hingga 5 tahun. Metode ini dikembangkan oleh *the population council*, yaitu suatu organisasi Internasional yang didirikan tahun 1952 untuk mengembangkan teknologi kontrasepsi. Jenis – jenis dari implan antara lain :

- a. Norplant terdiri dari 6 kapsul yang secara total bermuatan 216 mg levonorgestrel. Panjang kapsul 34 mm dengan diameter 2,4 mm. Kapsul terbuat dari bahan silastik medik (polydimethylsiloxane) yang fleksibel dimana kedua ujungnya ditutup dengan penyumbat sintetik yang tidak mengganggu kesehatan klien. Enam kapsul norplant dipasang menurut konfigurasi kipas dilapisan subdermal lengan atas dengan lama kerja 5 tahun (Affandi, 2012).
- b. Jedelle (Norplant 2 kapsul) yaitu implan yang terdiri dari 2 kapsul dan biasa disebut implan-2. Implan-2 memakai levonorgestrel 150 mg dalam kapsul 43 mm dan diameter 2,5 mm. Pelepasan harian hormon levonorgestrel dari implan-2 hampir sama dengan norplant dan secara teoritis, masa kerjanya menjadi 40% lebih singkat. Lama kerjanya juga 5 tahun sama seperti norplant (Affandi, 2012).
- c. Implanon adalah kontrasepsi yang mengandung etonogestrel, merupakan metabolik desogestrel yang efek androgeniknya lebih rendah dan aktifitas progestational yang lebih tinggi dari levonorgestrel. Kapsul polimer mempunyai tingkat pelepasan hormon yang lebih stabil dari kapsul silastik norplant. Implanon lama kerjanya 3 tahun (Affandi, 2012)

Mekanisme kerja :

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

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

Kerugian :

- a. Mengalami efek samping gangguan siklus haid berupa perdarahan tidak teratur, perdarahan bercak, dan amenorea (Prawirohardjo, 2010).
- 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 (Affandi, 2012).

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) (Affandi, 2012).

3. 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. Adapun jenis-jenis AKDR yaitu :

(a) AKDR CuT-380A

Kecil, kerangka dari plastik yang fleksibel, berbentuk huruf T diselubungi oleh kawat halus yang terbuat dari tembaga (Cu). Tersedia di Indonesia dan terdapat dimana-mana.

(b) NOVA T (Schering)

(Arum, 2011)

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

Cara Kerja:

- (a) Menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba falopii.
- (b) Mempengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai kavum uteri.
- (c) AKDR bekerja terutama mencegah sperma dan ovum bertemu, walaupun AKDR membuat sperma sulit masuk ke dalam alat reproduksi perempuan dan mengurangi kemampuan sperma untuk fertilisasi.
- (d) Memungkinkan untuk mencegah implantasi telur dalam uterus (Affandi, 2012).

2.51 Konserp Asuhan Dasar Teori Pada KB

ASUHAN KEBIDANAN TEORI

Pada Ny. “...” Usia ... Dengan Akseptor KB

Nama Pengkaji :

Jam / Tanggal :

Tempat :

- S : Data subjektif merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan. Menurut Hellen Varney merupakan langkah pertama (pengkajian data), yang berisi tentang data pasien melalui anamnesis (wawancara) yang merupakan ungkapan langsung dari pasien.
- O : Data objektif merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan yang menurut Hellen Varney merupakan langkah pertama (pengkajian data), yang didapat dari hasil observasi melalui pemeriksaan pasien, pemeriksaan laboratorium, dan pemeriksaan diagnostik lainnya.
- A : Analisis atau assesment merupakan kesimpulan dari data yang telah terkumpul meliputi diagnosis, antisipasi diagnosis atau masalah potensial, serta perlu tidaknya dilakukan tindakan segera.
- 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).

BAB 3

METODE PENDEKATAN KASUS

3.1 Jenis Pendekatan

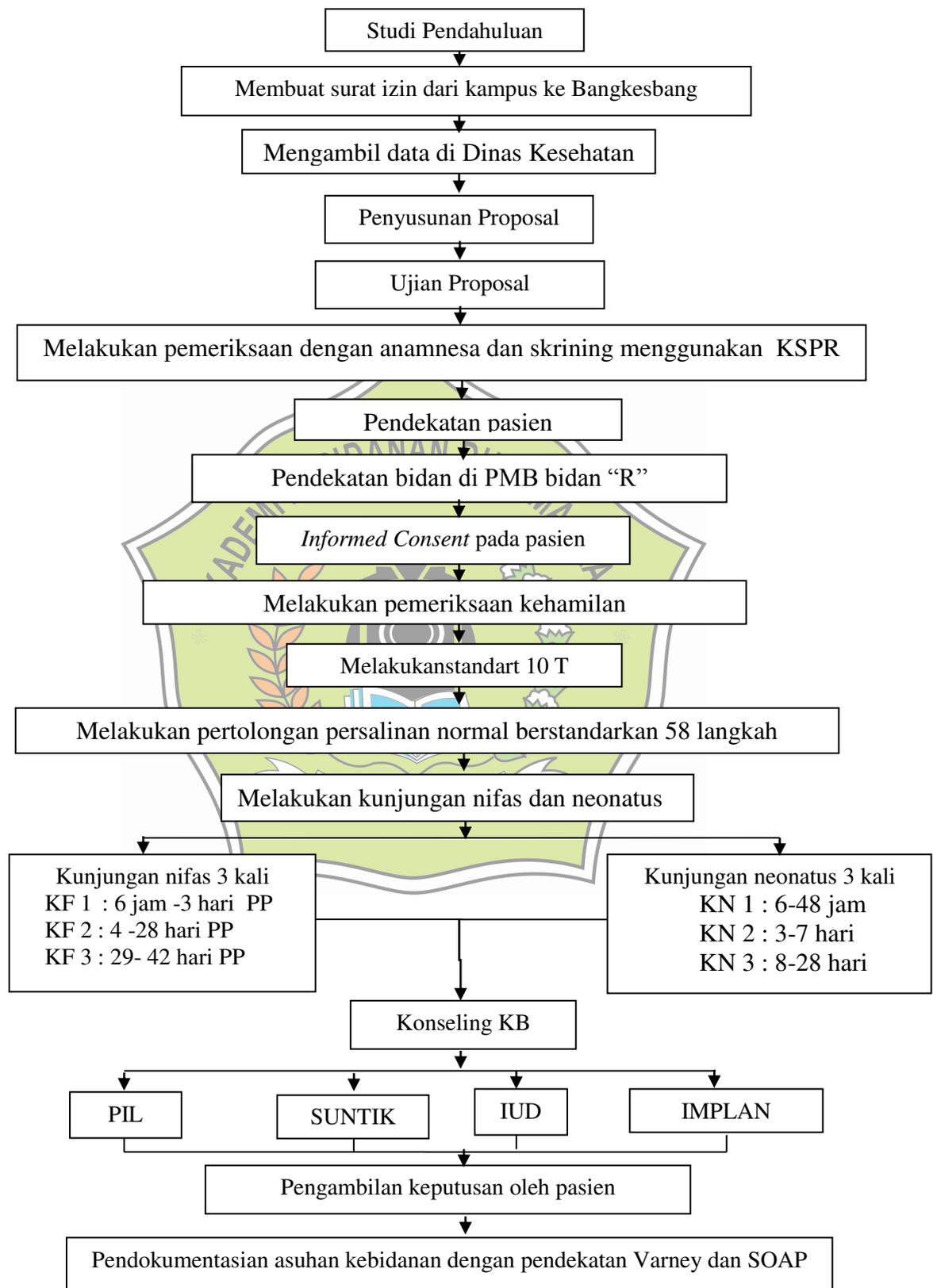
Laporan tugas akhir ini menggunakan jenis pendekatan studi kasus. Penyusunan laporan tugas akhir ini didasarkan pada asuhan komprehensif yang berbasis *Continuity Of Care*. *Continuity Of Care* dalam bahasa Indonesia dapat diartikan sebagai perawatan yang berkesinambungan. Perawatan berkesinambungan adalah strategi kesehatan yang efektif primer memungkinkan perempuan untuk berpartisipasi dalam pengambilan keputusan tentang kesehatan mereka dan perawatan kesehatan mereka (Diana, 2017).

3.2 Kerangka operasional

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

Pengumpulan data laporan tugas akhir ini diawali dengan melakukan tanya jawab terhadap pasien untuk mendapatkan data yang diperlukan kemudian di lanjutkan dengan mengobservasi pasien sesuai dengan asuhan kebidanan komprehensif yang berbasis COC (*Continuity Of Care*).

Observasi terhadap pasien dilakukan selama masa kehamilan (minimal 2 kali) sesuai standar yang ada yaitu 10 T, proses persalinan yang dilakukan dengan standar asuhan persalinan 58 langkah, masa nifas serta asuhan neonatus dengan melakukan kunjungan nifas (4 kali kunjungan untuk ibu nifas dan 3 kali kunjungan untuk neonatus) yang berbasis normal sampai pasien memutuskan untuk menggunakan alat kontrasepsi. Hasil yang didapat kemudian di dokumentasikan dengan menggunakan metode SOAP.



Gambar 3.1 Kerangka Operasional

3.3 Subjek Studi Kasus

Subjek studi kasus adalah penderita yang memenuhi kriteria dan bersedia mengikuti protokol penelitian (Budiarto, 2004). Subjek studi kasus yang digunakan untuk penyusunan laporan tugas akhir ini yaitu ibu hamil dengan usia kehamilan 32-40 minggu sampai mengalami persalinan dan masa nifas, serta perencanaan keluarga berencana. Bayi yang dilahirkan / neonatus oleh pasien tersebut.

3.4 Fokus Studi

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

Fokus studi kasus dalam laporan ini yaitu memberikan asuhan kehamilan, asuhan persalinan, asuhan masa nifas, asuhan neonates serta asuhan kebidanan terhadap keluarga berencana yang masih dalam batas normal.

3.5 Definisi Operasional

Menurut Husaini Usman dan purnomo (2011). Definisi operasional berfungsi untuk mengetahui cara mengukur suatu variable sehingga seseorang dapat mengetahui baik buruknya suatu pengukuran. Menurut Nursalam (2011), Definisi Operasional menjelaskan semua variable dan istilah yang akan digunakan dalam penelitian secara operasional, sehingga mempermudah pembaca / penguji dalam mengartikan makna penelitian.

Definisi operasional dalam laporan tugas akhir ini adalah :

1. Kehamilan adalah proses yang diawali dengan konsepsi yang mengalami pertumbuhan selama 9 bulan
2. Persalinan adalah proses pengeluaran konsepsi ada saat usia kehamilan sudah aterm (cukup bulan)
3. Nifas adalah masa dimana keadaan ibu akan mengalami pemulihan dari keadaan sebelumnya (hamil dan bersalin) ke keadaan yang seperti normal (sebelum hamil dan bersalin)

4. Neonatus adalah bayi yang baru dilahirkan yang masih berusia kurang dari 28 hari
5. Kontrasepsi adalah cara yang dilakukan untuk mencegah terjadinya suatu kehamilan

3.6 Kriteria Subjek

Kriteria adalah Suatu patokan sifat atau karakteristik yang ditetapkan sebagai alat pembanding bagi karakteristik-karakteristik lainnya (KBBI, 2016).

Adapun kriteria subjek dari penelitian ini diantaranya :

1. Ibu hamil dengan usia kehamilan 32- 40 minggu
2. Bersedia menjadi pasien
3. Berada di wilayah kecamatan Tenggarang
4. Ibu hamil yang dapat melahirkan secara normal dan bersedia melahirkan di tempat yang sudah ditetapkan
5. Nifas normal
6. Bayi baru lahir normal
7. Bersedia menggunakan alat kontrasepsi

3.7 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian adalah alat yang digunakan untuk mengumpulkan data atau informasi penelitian secara akurat. Instrumen harus memenuhi syarat *reliabilitas* (keterandalan) dan *validitas* (kesesuaian) (Fajar, Isman Amin, 2009). Instrumen yang digunakan yaitu:

1. Buku KIA
2. KSPR
3. Patrograf
4. Penapisan
5. MTBM
6. Penapisan KB

3.8 Lokasi dan Waktu Penelitian

Waktu penelitian adalah keseluruhan dari jalannya penelitian yang berkaitan dengan pengambilan data saat penelitian. Lokasi penelitian adalah tempat dimana penelitian dilakukan (Nursalam, 2011). Lokasi penelitian

dilakukan di PMB bidan “R” di Kecamatan Tenggarang Kabupaten Bondowoso. Waktu dilaksanakannya penelitian mulai dari tanggal 22 Oktober Sampai 25 Desember 2018.

3.9 Metode Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data merupakan suatu teknik untuk mengumpulkan data. Teknik pengumpulan data terdiri atas observasi, wawancara, dan angket. Wawancara yaitu tanya jawab secara lisan antara dua orang atau lebih secara langsung. Sedangkan observasi merupakan pengamatan dan pencatatan yang sistematis terhadap gejala-gejala yang diteliti (Usman, 2011).

Laporan tugas akhir ini menggunakan metode pengumpulan data dengan cara wawancara dan observasi yang di lakukan sesuai dengan asuhan kebidanan komprehensif yang berbasis COC (*Continuity Of Care*) yang kemudian di dokumentasikan dengan metode SOAP.

3.10 Etika Studi Kasus

1. Lembar persetujuan (*inform consent*)

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

2. Tanpa nama (*anonymity*)

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

3. Kerahasiaan (*confidential*)

Kerahasiaan informasi yang telah dikumpulkan dari pasien dijamin oleh peneliti.

BAB 4
TINJAUAN KASUS
LAPORAN PELAKSANAAN ASUHAN *CONTINUITY OF CARE* (COC)

4.1 Asuhan Kebidanan Kehamilan Trimester III

Asuhan Kebidanan

**Pada Ny “I” G_{IV}P₂A₁ UK 36- 37 Minggu dengan Kehamilan Resiko Tinggi
Janin/Tunggal/Hidup**

Tanggal Pengkajian : 01 April 2018

Pukul : 11.30 WIB

Tempat Pengkajian : Rumah pasien

Nama Pengkaji : Mukrimah

I. PENGKAJIAN DATA

A. Data Subyektif

1. Biodata

Nama Ibu	: Ny. I	Nama Suami	: Tn. I
Umur	: 36 tahun	Umur	: 38 tahun
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Suku/Bangsa	: Madura	Suku/Bangsa	: Madura
Pendidikan	: SMU	Pendidikan	: SMU
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Wiraswasta
Alamat	: Ds. Bataan RT/RW 18/ 06 Tenggarang		

2. Keluhan Utama

Ibu sedang hamil ke empat dengan usia kehamilan 9 bulan dan saat ini ibu tidak sedang mengalami keluhan apapun.

3. Riwayat Kesehatan Sekarang

Ibu saat ini tidak sedang menderita penyakit darah tinggi, kencing manis, penyakit ginjal, penyakit jantung, batuk darah, penyakit kuning dan penyakit menular seksual.

4. Riwayat Kesehatan Dahulu

Ibu sebelumnya tidak pernah menderita penyakit darah tinggi, kencing

manis, penyakit ginjal, penyakit jantung, batuk darah, penyakit kuning dan penyakit menular seksual.

5. Riwayat Kesehatan Keluarga

Di dalam keluarga ibu dan suami tidak ada yang menderita penyakit darah tinggi, kencing manis, penyakit ginjal, penyakit jantung, batuk darah, penyakit kuning dan penyakit menular seksual serta tidak ada riwayat keturunan kembar.

6. Riwayat Menstruasi

Menarche : 15 tahun

Siklus : 28 hari

Lama : 7 hari

Banyak : 2-3x ganti pembalut

Disminorhea : tidak ada

Keputihan : tidak ada

HPHT : 20 Juli 2017

7. Riwayat Obstetri

Kehamilan			Persalinan				Anak				Nifas		Laktasi		
Ke	UK	Komp	Jenis	Tempat	Penolong	Komp	JK	BB/PB	H/M	T/G	Usia	Lama	Komp	Lama	Komp
1	9 bulan	-	Spontan	BPM	Bidan	-	Laki-laki	2800 /50	H	T	12 tahun	40 hari	-	6 bulan	-
2	4 bulan	Hamil anggur	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3	9 bulan	-	Spontan	RS	Dokter	-	Laki-laki	2900/52	H	T	7 tahun	40 hari	-	6 bulan	-
HAMIL SAAT INI															

8. Riwayat Kehamilan Sekarang

TM	Keluhan	Tempat	Pemeriksa	Frekuensi	Terapi	Konseling
I	Mual	PMB	Bidan	1x	B6,	- Baca buku

					Fe, novak al	KIA hal 1-3 - ANC rutin
II	Mual	PMB	Bidan	2x	Fe, vit C Kalk	- Baca buku KIA hal 4-9 - Istirahat cukup
III	Pusing, Nyeri perut bagian bawah	PMB	Bidan	7x	Fe, Vit C, kalk	- Menjelaskan P4K - Baca buku KIA hal 10-13 - Tanda-tanda persalinan

9. Riwayat KB

Ibu setelah menikah tidak menggunakan alat kontrasepsi apapun karena ingin segera hamil, setelah melahirkan anak pertama ibu menggunakan alat kontrasepsi implant, kemudian berhenti menggunakan implant karena berat badannya naik, kemudian menggunakan suntik 1 bulan kemudian berhenti karena ingin hamil lagi, setelah keguguran anak kedua ibu menggunakan KB suntik 1 bulan kembali kemudian berhenti karena ingin punya anak perempuan.

10. Pola Kebiasaan Sehari-Hari

No	Jenis	Sebelum Hamil	Saat Hamil
1.	Nutrisi - Jenis makanan - Pola Makan - Nafsu makan - Porsi - Minum	Nasi, lauk, sayur 3x/hari Baik Sedang ± 6-7 gelas/hari	Nasi, lauk, sayur 3x/hari Baik Sedang ± 6 gelas/hari
2.	Eliminasi - Bak - Bab	± 4-5x/hari 1x/hari	± 5-6x/hari 1x/hari
3.	Istirahat - Siang - Malam	± 1 jam/hari ± 8-9 jam/hari	± 1 jam/hari ± 8-9 jam/hari
4.	Personal hygiene - Mandi - Gosok gigi - Keramas - Ganti CD - Tempat mandi/BAB	2x/hari 2x/hari 3x/minggu 2x/hari Kamar mandi/ WC	2x/hari 2x/hari 3x/minggu 2x/hari Kamar mandi/ WC

5.	Kebiasaan - Jamu	Tidak Minum	Tidak Minum
----	---------------------	-------------	-------------

11. Riwayat Pernikahan dan Budaya

- 1) Usia pertama menikah : 18 tahun
Lama menikah : 18 tahun 6 bulan
Status pernikahan : Sah, istri pertama dari pernikahan pertama
- 2) Riwayat Psikososial
Kehamilan ini : direncanakan
Respon suami dan keluarga : mendukung
Pengambilan keputusan dalam keluarga : suami
- 3) Kebiasaan hidup sehat
Ibu selalu menerapkan pola hidup sehat dan ibu tidak merokok juga tidak minum-minuman keras dan tidak mengkonsumsi obat-obatan terlarang serta tidak mengkonsumsi jamu-jamuan. Jika ibu sakit periksa di pelayanan kesehatan.
- 4) Rencana persalinan
Tempat persalinan : PMB Rubiah S.Tr.Keb
Penolong persalinan : Bidan Rubiah S.Tr.Keb
Persiapan Biaya Persalinan : BPJS
Persiapan kendaraan : Mobil
Pendamping persalinan : Suami dan keluarga
KB pasca salin : Suntik 3 bulan

B. Data Obyektif

1. Pemeriksaan Umum

KU : Baik

Kesadaran : Composmentis

TTV : TD : 110/70 mmHg RR : 20x/menit

N : 80x/menit S : 36,6°C

BB Sebelum Hamil : 54 kg

BB Saat ini : 65 Kg

TB : 147 cm

LILA : 31 cm

HPL : 27 April 2018

2. Pemeriksaan Fisik

- Kepala : Bersih, rambut tidak rontok, tidak ada benjolan
- Muka : Tidak pucat, tidak ada cloasma gravidarum, tidak odema
- Mata : Simetris, sklera putih, konjungtiva merah muda
- Hidung : Simetris, tidak ada secret, tidak ada epitaksis, tidak ada polip, tidak ada pernafasan cuping hidung
- Gilut : Simetris, bibir lembab, tidak ada stomatitis, tidak ada caries, tidak ada gingivitis
- Leher : Tidak ada pembesaran vena jugularis, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran kelenjar limfe
- Dada : Simetris, tidak ada bunyi ronkhi, tidak ada wheezing
- Payudara : Simetris, bersih, payudara menggantung, puting menonjol, ada hiperpigmentasi areola, tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan abnormal, ASI belum keluar
- Abdomen : Ada linea alba, ada linea nigra, ada striae livide, tidak ada bekas operasi, pembesaran memanjang sesuai usia kehamilan, kandung kemih kosong
- Leopold I : TFU 3 jari di bawah *prosesus xifoideus*, fundus teraba lunak, kurang bulat, kurang melenting (bokong) (Mc Donald = 31 cm)
- Leopold II : Teraba datar, keras, memanjang, rata, disisi kiri ibu (PUKI) dan teraba bagian kecil disisi kanan ibu
- Leopold III : Teraba keras, bulat, melenting (Kepala) sudah masuk PAP
- Leopold IV : Divergen (4/5 bagian)
- DJJ : 139x/ menit
- TBJ : $(31-11) \times 155 = 3100$ gram
- Eks. Atas : Simetris, tidak ada luka, tidak odema
- Eks. Bawah : Simetris, tidak ada luka, tidak ada varises, tidak ada odema

3. Pemeriksaan Penunjang

HB	: 12,5 gr/dl	Protein Urine	: Negatif
Reduksi urine	: Negatif	HIV	: Non Reaktif
Golongan Darah	: AB		

II. INTERPRETASI DATA DASAR

Ds : Ibu sedang hamil ke empat dengan usia kehamilan 9 bulan, dan saat ini ibu tidak mengalami keluhan apapun. HPHT : 20-07-2017

Do : KU : Baik

Kesadaran : Composmentis

TTV : TD : 110/70 mmHg

RR : 20x/menit

N : 80x/menit

S : 36,6°C

Pemeriksaan Fisik

Payudara : Simetris, bersih, payudara menggantung, puting menonjol, ada hiperpigmentasi areola, tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan abnormal, ASI belum keluar

Abdomen : Ada linea alba, ada linea nigra, ada striae livide, tidak ada bekas operasi, pembesaran memanjang sesuai usia kehamilan, kandung kemih kosong

Leopold I : TFU 3 jari di bawah *prosesus xifoideus*, fundus teraba lunak, kurang bulat, kurang melenting (bokong) (Mc Donald = 31 cm)

Leopold II : Teraba datar, keras, memanjang, rata, disisi kiri ibu (PUKI) dan teraba bagian kecil disisi

Leopold III : kanan ibu

Teraba keras, bulat, melenting (Kepala), sudah

Leopold IV : masuk PAP

divergen 4/5 bagian

DJJ : 139x/menit

TBJ : $(31-11) \times 155 = 3100$ gram
 Eks. Atas : Simetris, tidak ada luka, tidak ada odema
 Eks. Bawah : Simetris, tidak ada luka, tidak ada varises,
 tidak ada odema

Pemeriksaan Penunjang

Hb : 12,5 gr/dl

Reduksi urine : Negatif

Golongan Darah : AB

Protein Urine : Negatif

HIV : Non Reaktif

KSPR : 10

Dx : Ny "I" G_{IV}P₂A₁ UK 36- 37 Minggu dengan Kehamilan Resiko
 Tinggi Janin/Tunggal/Hidup

III. IDENTIFIKASI MASALAH POTENSIAL

-

IV. IDENTIFIKASI KEBUTUHAN SEGERA

-

V. INTERVENSI

1. Jelaskan hasil pemeriksaan kepada ibu
 R/ Ibu mengetahui kondisinya dan bayinya agar ibu tenang
2. Jelaskan pada ibu bahwa kehamilannya termasuk dalam kehamilan resiko tinggi
 R/ Ibu mengetahui kondisinya dan mempermudah bidan dalam mencegah terjadinya komplikasi pada saat kehamilan, persalinan, nifas dan pada janin
3. Anjurkan ibu makan makanan dengan gizi seimbang
 R/ Saat hamil kebutuhan nutrisi ibu lebih besar dibandingkan sebelum hamil, sebagai nutrisi ibu dan janin, juga sebagai persiapan tenaga ibu dalam proses persalinan
4. Beritahu ibu tanda-tanda persalinan
 R/ Pengetahuan akan tanda-tanda persalinan mempermudah ibu dalam merencanakan persalinannya serta pematapan mental ibu

5. Anjurkan ibu untuk tetap mengonsumsi Fe dari bidan secara rutin
R/ Tablet Fe mencegah terjadinya anemia pada trimester III karena terjadi hemodelusi pada darah ibu dan mencegah terjadinya perdarahan pada saat persalinan
6. Jelaskan kepada ibu tentang tanda- tanda bahaya/ komplikasi pada Trimester III
R/ Mempermudah ibu dalam mendeteksi adanya komplikasi pada kehamilannya dan dapat tertangani secara tepat
7. Informasikan kepada ibu tentang P4K (Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi)
R/ Persiapan persalinan yang aman

VI. IMPLEMENTASI

Tanggal : 1 April 2018

Jam: 12.00 WIB

1. Menjelaskan hasil pemeriksaan kepada ibu bahwa kondisi ibu dan janin baik. TD : 100/70 mmHg, N : 80x/menit, S : 36,6°C, R : 21x/menit, DJJ : 139x/ menit
2. Menjelaskan pada ibu bahwa kehamilannya termasuk kehamilan dengan resiko tinggi dengan nilai skor 10 yang didapat dari skor normal ibu hamil = 2, usia ibu \leq 35 tahun = 4, dan ibu pernah mengalami gagal kehamilan = 4.
3. Menganjurkan ibu makan makanan dengan gizi seimbang seperti daging, telur, sayuran hijau dan segelas susu.
4. Memberitahukan kepada ibu tanda-tanda persalinan seperti perut mulas- mulas yang teratur dan semakin lama semakin sering, keluar lendir bercampur darah atau air ketuban dari jalan lahir.
5. Menganjurkan ibu untuk tetap mengonsumsi Fe 1 kali sehari yaitu pada saat menjelang tidur dan tidak meminumnya bersamaan dengan teh, kopi dan susu karena dapat memperlambat proses penyerapan, Fe lebih baik diminum bersamaan dengan air jeruk karena dapat mempercepat proses penyerapan.

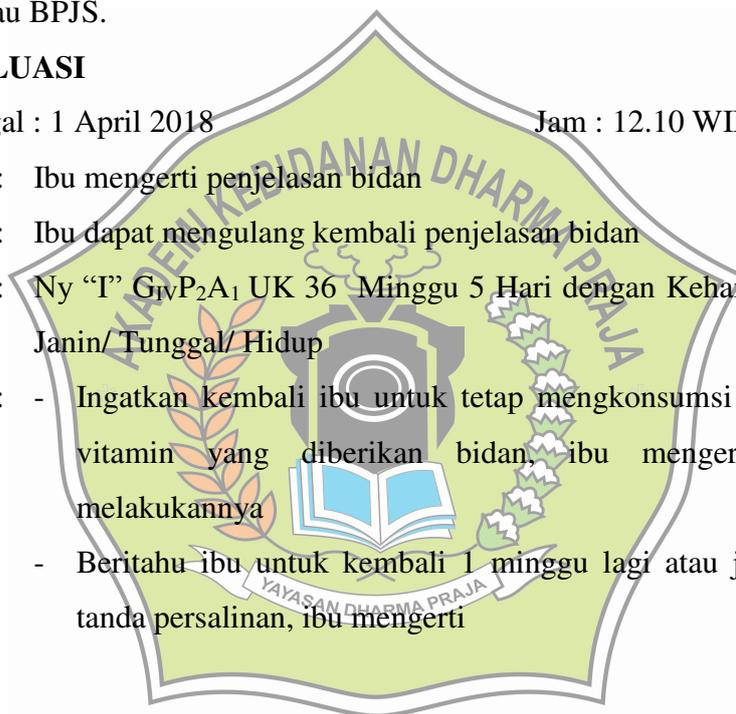
6. Menjelaskan kepada ibu tentang tanda- tanda bahaya/ komplikasi pada trimester III seperti bengkak pada kaki, tangan dan wajah, gerakan janin berkurang, demam, anemia dan kejang.
7. Menginformasikan kepada ibu tentang P4K (Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi), diantaranya rencana tempat persalinan seperti polindes dan puskesmas, penolong persalinan yaitu bidan atau dokter, kendaraan yang akan dipakai seperti sepeda motor atau mobil, pendonor darah, dan administrasi pada saat persalinan seperti KIS atau BPJS.

VII. EVALUASI

Tanggal : 1 April 2018

Jam : 12.10 WIB

- S : Ibu mengerti penjelasan bidan
- O : Ibu dapat mengulang kembali penjelasan bidan
- A : Ny "I" G_{IV}P₂A₁ UK 36 Minggu 5 Hari dengan Kehamilan Normal, Janin/ Tunggal/ Hidup
- P : - Ingatkan kembali ibu untuk tetap mengkonsumsi tablet Fe dan vitamin yang diberikan bidan, ibu mengerti dan mau melakukannya
 - Beritahu ibu untuk kembali 1 minggu lagi atau jika ada tanda tanda persalinan, ibu mengerti



4.2 Asuhan Kebidanan pada Persalinan

Asuhan Kebidanan Persalinan

Pada Ny "I" G_{IV}P₂A₁ UK 40 Minggu 4 Hari

Inpartu Kala I Fase Aktif Dilatasi Maksimal Janin/ Tunggal/ Hidup

Tanggal Pengkajian : 2 Mei 2018 Pukul : 05.22 WIB
 Tempat Pengkajian : PMB Bidan Rubiah S.Tr.Keb
 Nama Pengkaji : Mukrimah

A. DATA SUBYEKTIF

1. Biodata

Nama Ibu	: Ny. I	Nama Suami	: Tn. I
Umur	: 36 tahun	Umur	: 38 tahun
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Suku	: Madura	Suku	: Madura
Pendidikan	: SMU	Pendidikan	: SMU
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Wiraswasta
Alamat	: Ds Bataan RT/RW 18/ 06 Tenggarang		

2. Keluhan Utama

Ibu sedang hamil anak ke empat dengan usia kehamilan 9 bulan, mengeluh sakit pinggang menjalar ke perut dan keluar lendir darah serta cairan sejak jam 20.00 WIB (01/05/2018).

B. DATA OBYEKTIF

1. Pemeriksaan Umum

KU : Baik
 Kesadaran : Composmentis
 TTV : TD : 120/80 mmHg RR : 20x/menit
 N : 82x/menit S : 36,5°C

HPL : 27 April 2018

2. Pemeriksaan Fisik

Mata : Simetris, sklera putih, konjungtiva merah muda
 Leher : Tidak ada pembesaran vena jugularis, tidak ada

pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran kelenjar limfe

Payudara : Simetris, bersih, puting menonjol, ada hiperpigmentasi areola, tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan abnormal, ASI keluar sedikit

Abdomen : Ada linea alba, ada linea nigra, ada striae livide, tidak ada bekas operasi, kandung kemih kosong

Leopold I : TFU 3 jari di bawah *prosesus xifoideus*, fundus teraba lunak, kurang bulat, kurang melenting (bokong) (Mc donald = 30 cm)

Leopold II : Teraba datar, keras, memanjang, rata, disisi kanan ibu (PUKA) dan teraba bagian kecil disisi kiri ibu

Leopold III : Teraba keras, bulat, melenting (Kepala), sudah masuk PAP

Leopold IV : Divergen 3/5 bagian

DJJ : 148x/menit

TBJ : $(30-11) \times 155 = 29450$ gram

HIS : $3 \times 10 \times 35$ "

Eks. atas : Tidak ada odema

Eks. bawah : Ada odema, tidak ada varises

VT : Vulva/vagina tidak oedema, tidak ada varises, tidak ada kondiloma accuminata, ada lendir bercampur darah, portio teraba lunak, effecement 50%, pembukaan 5 cm, Hodge II, ketuban positif, presentasi kepala, denominator UUK arah jam 12, molase (0), tidak ada tali pusat menumbung, tidak ada bagian kecil disisi kepala janin.

C. ANALISA

Ny "P" G_{IV}P₂A₁ UK 40 Minggu 4 Hari Inpartu Kala I Fase Aktif Dilatasi Maksimal Janin/ Tunggal/ Hidup

D. PENATALAKSANAAN

Tanggal : 2 Mei 2018

Jam : 05.00 WIB

Kegiatan	Paraf
Memberitahu hasil pemeriksaan pada ibu bahwa keadaan ibu dan janin baik, TD 120/80 mmHg, pembukaan 5 cm, DJJ normal 148x/menit, <i>ibu mengerti dan mengetahui kondisi dirinya maupun bayinya</i>	
Menganjurkan keluarga ibu untuk memberikan asupan nutrisi dan minuman yang manis untuk memenuhi kebutuhan nutrisi ibu, <i>ibu minum air gula ± 200 ml</i>	
Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau tidur miring kiri untuk mempercepat pembukaan serta penurunan kepala, <i>ibu mengerti dan memilih tidur miring ke kiri.</i>	
menganjurkan ibu untuk tidak meneran sebelum pembukaan lengkap, <i>ibu mengerti dan ibu kooperatif</i>	
Menganjurkan ibu untuk berkemih apabila ibu merasa ingin BAK atau kandung kemih penuh, <i>ibu berkemih disaat ingin BAK</i>	
Menganjurkan suami dan keluarga untuk mendampingi ibu dan memberi semangat, <i>ibu didampingi dan sambil memijat punggung ibu.</i>	
Memeriksa nadi ibu, kontraksi dan DJJ setiap 30 menit, serta tekanan darah, pembukaan, dan penurunan kepala setiap 4 jam atau jika ada indikasi, <i>hasil terlampir pada partograf</i>	
Menyiapkan alat, lingkungan, dan petugas serta peralatan bayi dan ibu, <i>semua peralatan telah siap</i>	

CATATAN PERKEMBANGAN I

Tanggal : 02 Mei 2018

Jam : 08.10 WIB

S : Ibu merasa kenceng-kencengnya semakin sering dan ketuban pecah.**O** : KU : Baik

Kesadaran : Composmentis

TTV : TD : 120/80 mmHg

Nadi : 80x/menit

Suhu : 36,5°C

RR : 20x/menit

Palpasi Leopold

Leopold I : TFU 3 jari di bawah px, bokong

Leopold II : PUKI

Leopold III : kepala, sudah masuk PAP

Leopold IV : divergen (3/5 bagian)

HIS : 3x10x35

DJJ : 138x/menit

VT : V/V normal, porsio lunak, eff 90%, Ø 9 cm, ketuban negatif, preskep, UUK jam 12, molase 0, HII, tidak ada bagian kecil janin, tidak ada tali pusat menumbung.

A : Ny "I" G₄P₂A₁ UK 40 Minggu 4 Hari Inpartu Kala I Fase Aktif Deselerasi Janin/Tunggal/Hidup.

P :

Kegiatan	Paraf
Menjelaskan hasil pemeriksaan kepada ibu. Ø 9 cm, DJJ = 138x/menit, ketuban negatif, <i>ibu mengerti dan mengetahui keadaannya</i>	
Menganjurkan ibu untuk kembali ke posisi miring ke kiri, <i>ibu mengerti dan berbaring dengan posisi miring ke kiri</i>	
Menganjurkan ibu untuk tidak mengejan terlebih dahulu sebelum pembukaan lengka, <i>ibu mengerti dan melakukannya</i>	

Mengajari ibu cara relaksasi dengan cara menarik nafas panjang dan mengeluarkannya dari mulut, *ibu kooperatif dan melakukannya*

CATATAN PERKEMBANGAN II

Tanggal : 02 Mei 2018

Jam : 08.30 WIB

S : Ibu mengatakan merasa ingin meneran

O : KU : Baik

Kesadaran : Composmentis

TTV : TD : 120/80 mmHg

Nadi : 80x/menit

RR : 20x/menit

Suhu : 36,5 °C

Palpasi Leopold

Leopold I : TFU 3 jari di bawah Px, bokong

Leopold II : PUKI

Leopold III : Kepala

Leopold IV : Divergen (2/5 bagian)

HIS : 4x10'x55"

DJJ : 148x/menit

VT : V/V normal, persio tidak teraba, eff 100%, Ø10 cm, ketuban negatif, preskep, UUK jam 12, molase 0, HIII+, tidak ada bagian kecil janin, tidak ada tali pusat menumbung.

A : Ny "T" G_{IV}P₂A₁ UK 40 Minggu 4 Hari Inpartu Kala II Janin/Tunggal/Hidup

P :

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.

Terdapat tanda dan gejala kala II

II. Menyiapkan Pertolongan Persalinan

2. Memastikan kelengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial untuk

	<p>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.</p> <p>a. Menggelar kain diatas perut ibu dan tempat resusitasi, serta ganjal bahu bayi.</p> <p>b. Menyiapkan oksitosin 10 unit dan alat suntik steril sekali pakai di dalam partus set.</p> <p><i>Peralatan telah lengkap.</i></p>
3.	<p>Memakai alat pelindung diri.</p> <p><i>Alat pelindung diri telah dipakai.</i></p>
4.	<p>Mencuci tangan dengan sabun.</p> <p><i>Tangan telah bersih.</i></p>
5.	<p>Memakai sarung tangan steril pada tangan yang akan digunakan periksa dalam.</p> <p><i>Sarung tangan telah digunakan.</i></p>
6.	<p>Memasukkan oksitosin ke dalam spuit steril.</p> <p><i>Oksitosin telah disiapkan.</i></p>
III. Memastikan Pembukaan Lengkap Dan Keadaan Janin Baik	
7.	<p>Melakukan vulva hygiene.</p> <p><i>Ibu bersikap kooperatif.</i></p>
8.	<p>Melakukan periksa dalam untuk memastikan pembukaan lengkap.</p> <p><i>V/V normal, porsio tidak teraba, eff 100%, Ø10 cm, ketuban negatif, preskep, UUK jam 12, molase 0, HIII+, tidak ada bagian kecil janin, tidak ada tali pusat menubung, Ketuban pecah jam 08.10 WIB secara spontan, ketuban jernih.</i></p>
9.	<p>Merendam sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5% kemudian dalam keadaan terbalik dalam larutan 0,5% selama 10 menit.</p> <p><i>Sarung tangan telah terendam.</i></p>
10.	<p>Memeriksa DJJ untuk memastikan DJJ dalam batas normal.</p> <p><i>DJJ = 148x/menit</i></p>
IV. Menyiapkan Ibu Dan Keluarga Untuk Membantu Proses Bimbingan Meneran	
11.	<p>Memberitahu ibu dan keluarga bahwa pembukaan sudah lengkap.</p> <p><i>Ibu mengerti dengan kondisinya</i></p>
12.	<p>Menganjurkan ibu memilih posisi yang nyaman.</p> <p><i>Ibu memilih posisi litotomi dan merasa nyaman</i></p>
13.	<p>Mengajarkan cara meneran yang benar.</p> <p><i>Ibu bersikap kooperatif dan meneran secara benar</i></p>
14.	<p>Memimpin ibu meneran pada saat kontraksi.</p> <p><i>Ibu bersikap kooperatif.</i></p>
V. Persiapan Pertolongan Kelahiran Bayi	
15.	<p>Meletakkan handuk bersih diperut ibu, setelah kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm.</p> <p><i>Handuk telah dipasang.</i></p>
16.	<p>Meletakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu.</p> <p><i>Kain telah terpasang.</i></p>
17.	<p>Membuka tutup partus set dan memastikan kembali kelengkapan alat dan</p>

	bahan. <i>Alat-alat lengkap.</i>
18.	Memakai sarung tangan steril pada kedua tangan. <i>Sarung tangan terpasang.</i>
VI. Persiapan Pertolongan Kelahiran Bayi	
	<i>Lahirannya kepala</i>
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>
20.	Memeriksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat. <i>Tidak ada lilitan tali pusat.</i>
21.	Menunggu hingga kepala bayi melakukan putar paksi luar secara spontan. <i>Bayi melakukan putar paksi luar.</i>
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>
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>
24.	Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. <i>Bayi lahir spontan, JK: Perempuan</i>
VII. Penanganan Bayi Baru Lahir	
25.	Melakukan penilaian selintas. <i>Bayi menangis setelah beberapa saat, tonus otot baik, bernafas normal, kulit kemerahan</i>
26.	Mengeringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Mengganti handuk yang basah dengan handuk yang kering. Membiarkan bayi diatas perut ibu. <i>Bayi telah dikeringkan dan bayi tetap berada diatas perut ibu.</i>

CATATAN PERKEMBANGAN

Tanggal : 02 Mei 2018 Waktu : 09.00 WIB

S : Ibu mengatakan perutnya masih sedikit mulas.

O : KU : Baik

Kesadaran : Composmentis

Kontraksi Uterus : Baik

Palpasi abdomen : TFU setinggi pusat, tidak ada janin kedua

Genetalia : terdapat semburan darah, Tampak tali pusat di depan vulva

A : Ny "I" P₃A₁ Kala III

P :

VIII. Penatalaksanaan Aktif Kala III	
27.	Memeriksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada bayi kedua. <i>Tidak ada bayi kedua.</i>
28.	Memberitahu ibu bahwa akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi baik. <i>Ibu bersedia.</i>
29.	Menyuntikkan oksitosin 10 IU secara IM. <i>Oksitosin telah disuntikkan.</i>
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>
31.	Memotong tali pusat diantara 2 klem dan mengikat tali pusat dengan benang DTT. <i>Tali pusat telah dipotong dan diikat.</i>
32.	Meletakkan bayi di dada ibu. <i>Bayi berada di dada ibu.</i>
33.	Menyelimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan memasang topi bayi. <i>Ibu dan bayi sudah diselimuti dan telah dipasang topi.</i>
34.	Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva. <i>Klem telah dipindahkan.</i>
35.	Meletakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu, di tepi atas simfisis, untuk mendeteksi. Tangan lain menegangkan tali pusat. <i>Tali pusat telah ditegangkan.</i>
36.	Setelah uterus berkontraksi, menegangkan tali pusat kearah bawah. <i>Tali pusat telah ditegangkan.</i>
Mengeluarkan plasenta	
37.	Melakukan penegangan dan dorso kranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian ke arah atas, mengikuti poros jalan lahir. <i>Plasenta belum lepas setelah 15 menit penegangan tali pusat.</i>
38.	Menyuntikkan oksitosin 10 IU kedua serta memeriksa kandung kemih. <i>Oksitosin kedua sudah disuntikkan dan kandung kemih kosong</i>
39.	Mengulangi penegangan tali pusat pada 15 berikutnya. <i>Plasenta belum lepas dan terjadi perdarahan</i>
40.	Melakukan plasenta manual <i>Plasenta lahir lengkap secara manual</i>
41.	Melakukan masase uterus selama 15 detik agar uterus berkontraksi dengan baik. <i>Masase telah dilakukan dan uterus berkontraksi dengan baik.</i>
IX. Menilai Perdarahan	

42.	Memeriksa kedua sisi plasenta baik bagian ibu maupun bayi dan pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. <i>Plasenta dan selaput ketuban utuh.</i>
43.	Mengevaluasi adanya laserasi. <i>Tidak ada laserasi.</i>
X. Melakukan Prosedur Pasca Persalinan	
44.	Memastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam. <i>Uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.</i>
45.	Melanjutkan IMD selama \pm 1 jam. <i>IMD telah dilakukan dan berhasil</i>
46.	Setelah 1 jam, melakukan penimbangan atau pengukuran bayi, memberi tetes mata antibiotik profilaksis, dan vitamin K 1 mg intramuskular di paha kiri anterolateral. <i>Telah dilakukan pengukuran antropometri dan diberi tetes mata dan injeksi Vit K 1 mg.</i>
47.	Setelah 1 jam pemberian vitamin K, memberikan suntikan imunisasi HB0 dipaha kanan anterolateral. <i>Imunisasi telah diberikan.</i>

CATATAN PERKEMBANGAN

Tanggal : 02 Mei 2018

Waktu : 09.27 WIB

S : Ibu merasa senang atas kelahiran bayinya dan saat ini ibu masih merasa lelah

O : KU : Baik

Kesadaran : Composmentis

TTV : TD : 120/80 mmHg N : 86x/menit

S : 36,5°C RR : 20x/menit

Wajah : Tidak pucat, tidak odema

Mata : Simetris, sklera putih, konjungtiva merah muda.

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

Genetalia : Perdarahan pervaginam normal, perdarahan 30 cc, tidak terdapat laserasi.

A : Ny "T" P₃A₁ Kala IV

P :

XI. Evaluasi	
48.	Mengecek TFU, kandung kemih, kontraksi uterus.

	<i>TFU 2 jari di bawah pusat, kandung kemih kosong, kontraksi uterus baik.</i>
49.	Mengajarkan ibu dan keluarga cara masase uterus. <i>Ibu dan keluarga dapat melakukan masase uterus.</i>
50.	Memeriksa jumlah perdarahan. <i>Perdarahan ± 200cc.</i>
51.	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>
52.	Memantau tanda-tanda bahaya pada bayi setiap 15 menit. <i>Tidak ada tanda-tanda bahaya pada bayi.</i>
	<i>Kebersihan dan keamanan</i>
53.	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 klorin 0,5% selama 10 menit kemudian dicuci.</i>
54.	Membuang bahan-bahan habis pakai ke tempat sampah yang sesuai. <i>Bahan habis pakai telah dibuang.</i>
55.	Membersihkan ibu dari cairan ketuban, lendir dan darah dengan menggunakan air DTT. Mengganti pakaian ibu dengan pakaian yang bersih <i>Ibu telah berganti pakaian dan merasa nyaman</i>
56.	Menganjurkan keluarga untuk memberikan makanan sesuai keinginan ibu. <i>Keluarga memberikan ibu makanan</i>
57.	Mendekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%. <i>Tempat bersalin telah dibersihkan.</i>
58.	Mencuci sarung tangan. <i>Sarung tangan telah dicuci.</i>
59.	Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir. <i>Tangan sudah bersih.</i>
	<i>Dokumentasi</i>
60.	Melengkapi partograf (halaman depan dan belakang), periksa tanda vital dan asuhan kala IV.

4.3 Asuhan Kebidanan Nifas

Asuhan Kebidanan

Pada Ny. "I" P₃A₁ 6 Jam Post Partum Dengan Nifas Normal

Tanggal Pengkajian : 02 Mei 2018

Pukul : 13.55 WIB

Tempat Pengkajian : PMB Rubiah S.Tr.Keb

Nama Pengkaji : Mukrimah

A. DATA SUBYEKTIF

1. Keluhan Utama

Ibu senang atas kelahiran bayinya 6 jam yang lalu dan saat ini ibu masih merasa lelah ingin istirahat. Ibu mengatakan perutnya terasa sedikit mulas

2. Riwayat Obstetri

Kehamilan		Persalinan				Anak			Nifas	Laktasi					
Ke	UK	Komp	Jenis	Tempat	Paling	Komp	JK	BB/PB	H/M	T/G	Usia	Lama	Komp	Lama	Komp
1	9 bulan	-	Spontan	BPM	Bidan	-	Laki-laki	2800/50	H	T	12 tahun	40 hari	-	6 bulan	-
2	4 bulan	Hamil anggur	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3	9 bulan	-	Spontan	RS	Dokter	-	Laki-laki	2900/52	H	T	7 tahun	40 hari	-	6 bulan	-
4	9 bulan	-	Spontan	PMB	Bidan	-	Perempu	3400/52	H	T	6 jam	Nifas ini			

B. DATA OBYEKTIF

1. Pemeriksaan Umum

KU : Baik

Kesadaran : Composmentis

TTV : TD : 120/80 mmHg RR : 20x/menit
 N : 82x/menit S : 36,8°C
 BB saat hamil : 65 Kg
 BB saat ini : 57 Kg

2. Pemeriksaan Fisik

Kepala : Bersih, rambut tidak rontok, tidak ada benjolan
 Muka : Tidak pucat, tidak odema
 Mata : Simetris, sklera putih, konjungtiva merah muda
 Hidung : Simetris, tidak ada sekret, tidak ada epitaksis, tidak ada polip, tidak ada pernafasan cuping hidung
 Gilut : Simetris, bibir lembab, tidak ada stomatitis, tidak ada karies, tidak ada gingivitis, tidak ada tonsilitis
 Leher : Tidak ada pembesaran vena jugularis, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran kelenjar limfe
 Dada : Simetris, tidak ada ronchi, tidak ada wheezing, tidak ada retraksi dinding dada
 Payudara : Simetris, bersih, puting menonjol, ada hiperpigmentasi areola, tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan abnormal, ASI sudah keluar
 Abdomen : Ada linea alba, ada linea nigra, ada striae livide, tidak ada bekas operasi, kandung kemih kosong, TFU 2 jari dibawah pusat, Kontraksi uterus baik, diastasis rekti 2,5 cm
 Ekstermitas Atas : Simetris, tidak odema, tidak ada luka
 Ekstermitas Bawah : Simetris, tidak ada varises, ada odema, human sign negatif
 Genitalia : Bersih, lochea rubra, tidak odema, tidak varises, tidak ada luka jahitan perineum, perdarahan pervaginam \pm 30 cc.

C. ANALISA

Ny "I" P₃A₁ 6 Jam Post Partum dengan Nifas Normal

D. PENATALAKSANAAN

Tanggal : 2 Mei 2018

Jam : 14.00 WIB

Kegiatan	Paraf
<p>Memberitahu tentang hasil pemeriksaan pada ibu bahwa ibu dalam kondisi baik. TD 120/80x mmHg, perdarahan dalam batas normal \pm 30 cc, uterus teraba keras, kandung kemih kosong.</p> <p><i>Ibu mengerti dan mengetahui kondisinya</i></p>	
<p>Menjelaskan kepada ibu tanda bahaya pada masa nifas diantaranya perdarahan dari jalan lahir, keluar cairan berbau dari jalan lahir, bengkak di wajah, tangan dan kaki, demam lebih dari 2 hari, payudara bengkak.</p> <p><i>Ibu mengerti</i></p>	
<p>Mengajari ibu cara perawatan bayi di rumah, jaga bayi tetap hangat, perawatan tali pusat dengan tidak memberikan apapun pada tali pusat.</p> <p><i>Ibu mengerti dan mau melakukan</i></p>	
<p>Menganjurkan ibu untuk makan makanan bergizi, cukup kalori, makan makanan yang mengandung protein, vitamin dan mineral, seperti telur, ikan laut, sayur dan sebagainya serta untuk memperlancar keluarnya ASI</p> <p><i>Ibu mengerti dan mau mengkonsumsi makanan yang dianjurkan</i></p>	
<p>Menganjurkan ibu untuk tidak menahan BAK, untuk mencegah terjadinya perdarahan</p> <p><i>Ibu mengerti</i></p>	
<p>Memberikan KIE pada ibu cara menyusui yang benar yaitu sebagian besar areola (bagian hitam di sekitar puting) masuk ke dalam mulut bayi, mulut terbuka lebar, bibir bawah melengkung ke luar, dagu menyentuh payudara ibu.</p> <p><i>Ibu mengerti dan dilakukannya</i></p>	
<p>Memberikan terapi vitamin A untuk memelihara kesehatan ibu selama menyusui serta memperlancar ASI, dengan aturan</p>	

<p>minum 1x/hari diminum pada jam yang sama (jarak kapsul pertama dan kedua 24 jam, terapi tablet tambah darah (fe) 1 kali sehari untuk mencegah perdarahan dan anemia selama masa nifas sampai hari ke 40 dan obat antibiotic amoxilin 10 x 500 mg dengan aturan minum 3x/hari untuk mencegah terjadinya infeksi.</p> <p><i>Ibu mengerti dengan penjelasan bidan dan ibu telah meminumnya.</i></p>	
---	--

CATATAN PERKEMBANGAN

Asuhan Kebidanan

Pada Ny. "I" P₃A₁ Post Partum Hari Ke- 5 Dengan Nifas Normal

Tanggal Pengkajian : 06 Mei 2018 Pukul : 11.00WIB

Tempat Pengkajian : Rumah pasien

Nama Pengkaji : Mukrimah

S : Ibu melahirkan 5 hari yang lalu pada tanggal 02-05-2018 jam 08.55 WIB, ibu mengeluh kakinya masih bengkak

O : KU : Baik
Kesadaran : Composmentis

TTV : TD : 110/70 mmHg

N : 82x/ menit

S : 36,4°C

RR : 20x/ menit

BB : 57 kg

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

Abdomen : TFU pertengahan symphysis-pusat, kontraksi baik, kandung kemih kosong, diastasis recti 2 cm, tidak

kembung.

Genetalia : Perdarahan pervaginam sedikit, warnamerah kekuningan, lochea sanguinolenta.

Ekstremitas : Ekstremitas bawah terdapat odema

A : Ny "I" P₃A₁ Post Partum Hari ke- 5 dengan Nifas Normal

P :

Kegiatan	Paraf
Memberitahu hasil pemeriksaan pada ibu bahwa kondisi ibu baik, TD 110/70 mmHg, TFU pertengahan symphis-pusat, pengembalian rahim baik. <i>Ibu mengetahui kondisinya</i>	
Menjelaskan pada ibu bahwa bengkak pada kaki setelah melahirkan merupakan hal yang fisiologis kecuali bengkak pada seluruh tubuh yang disertai dengan darah tinggi serta adanya protein dalam air kencing. <i>Ibu menngerti dan merasa tenang dengan kondisinya</i>	
Menganjurkan ibu untuk tidak menggantung kakinya saat menyusui, untuk mengurangi bengkak pada kedua kaki dan menganjurkan ibu pada saat tidur kaki lebih tinggi dari kepala <i>Ibu mengerti dan akan melakukannya.</i>	
Menganjurkan ibu untuk istirahat yang cukup, apabila bayinya tidur ibu juga tidur agar stamina ibu tetap terjaga <i>Ibu mengerti dan akan melakukannya</i>	
Memberitahu ibu tentang kunjungan ulang 1 minggu lagi atau bila ada keluhan <i>Ibu mengerti dan tau kapan harus periksa kembali</i>	

CATATAN PERKEMBANGAN

Asuhan Kebidanan

Pada Ny. "I" P₃A₁ Post Partum Hari Ke- 16 Dengan Nifas Normal

Tanggal Pengkajian : 17 Mei 2018 Pukul : 09.00WIB
 Tempat Pengkajian : Rumah pasien
 Nama Pengkaji : Mukrimah

S : Ibu melahirkan 16 hari yang lalu pada tanggal 02-05-2018 jam 08.55 WIB, ibu tidak memiliki keluhan apapun.

O : KU : Baik

Kesadaran : Composmentis

TTV : TD : 110/70 mmHg

N : 80x/ menit

S : 36,6°C

RR : 19x/ menit

BB : 57 kg

Payudara : simetris, bersih, payudara tampak membesar, putting menonjol, tidak ada retraksi payudara, ada hiperpigmentasi areola, tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan abnormal, ASI lancar

Abdomen : TFU pertengahan simpisis-pusat, kontraksi baik, kandung kemih kosong, diastasis recti 2 cm, tidak kembung.

Genetalia : Perdarahan pervaginam sedikit, warna merah kekuningan, lochea sanguinolenta.

Ekstremitas : Ekstremitas bawah terdapat odema

A : Ny "I" P₃A₁ Post Partum Hari ke- 16 dengan Nifas Normal

P :

Kegiatan	Paraf
Memberitahu hasil pemeriksaan pada ibu bahwa kondisi ibu baik, TD 110/70 mmHg, TFU pertengahan sympisis-pusat, pengembalian rahim	

baik. <i>Ibu mengetahui kondisinya</i>	
Menganjurkan ibu untuk terus menyusui bayinya sampai 6 bulan tanpa tambahan makanan apapun. <i>Ibu menngerti dan mau melakukannya</i>	F
Menganjurkan ibu untuk istirahat yang cukup, apabila bayinya tidur ibu juga tidur agar stamina ibu tetap terjaga <i>Ibu mengerti dan mau melakukannya</i>	F
Memberitahu ibu tentang kunjungan ulang 1 minggu lagi atau bila ada keluhan <i>Ibu mengerti dan tau kapan harus periksa kembali</i>	F

CATATAN PERKEMBANGAN

Asuhan Kebidanan

Pada Ny. "I" P₃A₁ 28 Hari Post Partum Dengan Nifas Normal

Tanggal Pengkajian : 29 Mei 2018 Pukul : 09.00 WIB
 Tempat Pengkajian : Rumah pasien
 Nama Pengkaji : Mukrimah

S : Ibu melahirkan 4 minggu yang lalu 02 Mei 2018 jam 08.55 WIB, saat ini tidak memiliki keluhan apapun, ASI lancar.

O : KU : Baik
 Kesadaran : Composmentis
 TTV : TD : 110/70 mmHg
 Nadi : 80x/ menit
 Suhu : 36°C
 RR : 19x/ menit
 BB : 55 kg

Abdomen : TFU tidak teraba, kandung kemih kosong, diastasi recti 1 cm, tidak kembung.

Genetalia : Lochea alba.

A : Ny "T" P₃A₁ 28 Hari Post Partum dengan Nifas Normal

P :

KEGIATAN	PARAF
Memberitahukan hasil pemeriksaan, bahwa kondisi ibu baik TD : 110/70 mmHg, BB : 55 kg, TFU sudah tidak teraba <i>Ibu mengerti tentang keadaanya</i>	
Mengingatkan ibu untuk tetap mengkonsumsi makanan yang bergizi seimbang dan berprotein tinggi seperti ikan laut, telur daging, tempe, tahu, sayur, dan buah-buahan. <i>Ibu bersedia</i>	
Mengingatkan ibu untuk memberikan ASI eksklusif sampai usai 6 bulan tanpa tambahan makanan apapun. <i>Ibu bersedia</i>	
Memberikan konseling tentang kontrasepsi pasca salin. Contohnya pil menyusui, suntik 3 bulan, implant dan IUD <i>Ibu memilih KB suntik 3 bulan</i>	



4.4 Asuhan Kebidanan Pada Neonatus

Asuhan Kebidanan Neonatal

Pada Bayi Ny “I” Usia 6 Jam dengan Neonatus Cukup Bulan Sesuai Masa Kehamilan

Tanggal Pengkajian : 02 Mei 2018 Pukul : 14.06WIB
 Tempat Pengkajian : PMB Rubiah S.Tr.Keb
 Nama Pengkaji : Mukrimah

A. DATA SUBYEKTIF

1. Identitas Bayi

Nama : By. Ny. I
 Umur : 6 jam
 Tanggal lahir : 02 Mei 2018/08.55 WIB
 Jenis Kelamin : Perempuan
 Anak Ke : 3 (tiga)

2. Orang tua

Nama Ibu	: Ny. I	Nama Suami	: Tn. I
Umur	: 36 tahun	Umur	: 38 tahun
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Suku	: Madura	Suku	: Madura
Pendidikan	: SMU	Pendidikan	: SMU
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Wiraswasta
Alamat	: Ds Bataan RT/RW 18/06 Tenggarang		

3. Keluhan Utama

Bayi lahir spontan pada tanggal 02 Mei 2018 jam 08.55 WIB, secara normal, menangis kuat, warna kulit kemerahan dan bergerak aktif.

4. Riwayat Natal

UK : 40 minggu 4 hari
 Jenis Persalinan : Spontan
 Penolong : Bidan
 Ketuban : Jernih

Jenis Kelamin : Perempuan

Komplikasi persalinan : 1) Ibu : Tidak ada

2) Bayi : Tidak ada

5. Riwayat postnatal

Bayi sudah berhasil IMD, sudah di injeksi vitamin K, salep mata, mendapatkan suntikan Hb₀, dan tidak ada komplikasi pada bayi.

6. Pola kebiasaan bayi

No.	Pola	Saat Ini
1.	Nutrisi a. Jenis makanan b. Pola makan	ASI 2 kali
2.	Eliminasi a. BAK b. BAB	- -

B. DATA OBYEKTIF

1. Pemeriksaan Umum

KU : Baik

Kesadaran : Composmentis

TTV : N : 120 x/menit

RR : 52 x/menit

S : 36,9°C

BB : 3400 gram

PB : 52 cm

2. Pemeriksaan Fisik

Kulit : Kemerahan, verniks caseosa sedikit, ada lanugo

Kepala : Tidak ada caput succedaneum, tidak ada cephal hematoma

Lingkar Kepala :

Circumferentia Mento Occipitalis : 35 cm

Circumferentia Fronto Occipitalis : 33 cm

Circumferentia Suboccipito Bregmatika : 32 cm

Rambut : Hitam, bersih

Mata : Simetris, sklera putih, conjungtiva merah muda

Hidung : Tidak ada pernafasan cuping hidung, nafas spontan
 Telinga : Simetris, bentuk normal
 Mulut : Tidak sianosis, mukosa mulut bersih, ada refleks hisap
 Leher : Normal
 Dada : Simetris, tidak ada retraksi dinding dada, LIDA : 32 cm
 Genetalia : Ada lubang vagina, terdapat uretra
 Ekstermitas : Simetris, jari lengkap, tidak odema
 Anus : ada lubang anus, mekonium keluar

3. Pemeriksaan Refleks

Refleks rooting : (+) saat diberi rangsangan di pipi kanan/kiri maka bayi akan mengikuti arah rangsangan.
 Refleks sucking : (+) saat di beri minum/ dengan mendekatkan puting susu ibu ke dalam mulut bayi, bayi menghisap kuat.
 Reflek glabellar : (+) baik, bayi berkedip pada pemunculan sinar terang yang tiba-tiba atau mengetuk diantara kedua mata.
 Reflek grasping : (+) baik, pada saat telapak tangan disentuh bayi mengepal tangan petugas.

C. ANALISA

Bayi Ny. "I" Usia 6 Jam dengan Neonatus Cukup Bulan Sesuai Masa Kehamilan

D. PENATALAKSANAAN

Tanggal : 2 Mei 2018

Jam : 09.55 WIB

KEGIATAN	PARAF
Memberitahukan hasil pemeriksaan kepada ibu bahwa bayi dalam keadaan baik. BB : 3400 gram, PB : 52 cm <i>Ibu mengetahui keadaan bayinya</i>	
Memberikan salep mata tetrasiklin 1 % pada mata kiri dan kanan. <i>Salep mata telah diberikan.</i>	

<p>Memberikan vitamin K1 1 mg (0,1 cc) secara IM di paha kiri, serta Hb Uniject di paha kanan .</p> <p><i>Vitamin dan imunisasi telah diberikan</i></p>	
<p>Menjelaskan pada ibu tentang tanda- tanda bahaya pada bayi seperti bayi rewel, tali pusat berbau, bengkak dan berwarna merah, bayi kuning, tidak mau menyusu. Jika terjadi tanda- tanda tersebut, menganjurkan ibu membawa bayi ke fasilitas kesehatan secepatnya.</p> <p><i>Ibu mengerti dan mengetahui tentang tanda bahaya pada bayi dan akan segera memeriksakan bayinya melakukannya</i></p>	
<p>Menganjurkan ibu untuk tetap menjaga kehangatan bayinya agar terhindar dari hipotermi atau kedinginan dengan membedong bayi, memakaikan topi, menyelimuti bayi, dan memandikan bayi dengan air yang hangat</p> <p><i>Ibu mengerti dan bersedia melakukannya.</i></p>	
<p>Mengajarkan ibu cara menyusui yang benar yaitu sebagian besar areola (bagian hitam di sekitar puting) masuk ke dalam mulut bayi, mulut terbuka lebar, bibir bawah melengkung ke luar, dagu menyentuh payudara ibu.</p> <p><i>Ibu mengerti dan melakukannya.</i></p>	
<p>Menjelaskan kepada ibu untuk memberikan ASI secara eksklusif selama 6 bulan agar pemenuhan gizi bayi tercukupi.</p> <p><i>Ibu mengerti dan bersedia memberikan ASI.</i></p>	
<p>Memengajarkan ibu cara perawatan tali pusat yaitu mengganti kasa sesudah mandi/ ketika basah dan tidak dibubuhi apapun.</p> <p><i>Ibu mengerti dan bersedia melakukannya.</i></p>	

CATATAN PERKEMBANGAN

Asuhan Kebidanan Neoatal

Pada Bayi Ny "I" Usia 5 Hari dengan Neonatus Cukup Bulan Sesuai Masa Kehamilan

Tanggal Pengkajian : 06 Mei 2018 Pukul : 11.20 WIB
 Tempat Pengkajian : Rumah pasien
 Nama Pengkaji : Mukrimah

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

O : KU : Baik
 TTV : N : 110x/ menit
 S : 36,6°C
 RR : 41x/ menit
 BB : 3300 gram
 PB : 52 cm

Kulit : Kemerahan, tidak kebiruan, tidak ada ikterus
 Kepala : rambut bersih, rambut merata berwarna hitam
 Mata : simetris, tidak ada secret, sklera putih, konjungtiva merah muda, tidak ada ikterus
 Mulut : bibir simetris, bersih, tidak sianosis, tidak ada oral trush
 Abdomen : tali pusat belum lepas, kering, tidak ada tanda infeksi dan tidak kembung

A : Bayi Ny. I Usia 5 hari Dengan Neonatus Cukup Bulan Sesuai Masa Kehamilan

P :

KEGIATAN	PARAF
Memberitahukan hasil pemeriksaan kepada ibu bahwa bayi dalam keadaan baik, BB : 3300 gram, PB : 52 cm <i>Ibu mengerti</i>	

Menjelaskan kepada ibu bahwa penurunan berat badan 3 hari setelah bayi lahir merupakan hal yang fisiologis. <i>Ibu mengerti dengan penjelasan bidan</i>	
Memberitahukan dan mengajari ibu untuk menyendawakan bayi setelah selesai menyusui bayinya dengan menepuk punggung bayi secara halus untuk mengeluarkan udara dari lambung agar bayi tidak gumoh <i>Ibu mengerti dan bias melakukannya</i>	
Menjelaskan kepada ibu tentang perawatan payudara agar produksi ASI ibu lancar dan tidak terjadi bendungan ASI. <i>Ibu mengerti</i>	
Menganjurkan ibu untuk rutin memeriksakan bayinya setiap bulan pada kegiatan posyandu. <i>Ibu mengerti</i>	

Catatan Perkembangan Neonatus

Asuhan Kebidanan

Pada Bayi Ny "I" Usia 16 Hari dengan Neonatus Cukup Bulan Sesuai Masa

Kehamilan

Tanggal Pengkajian : 17 Mei 2018 Pukul : 11.00 WIB
 Tempat Pengkajian : Rumah pasien
 Pengkaji : Mukrimah

S : Kondisi bayi ibu baik. Tali pusat sudah lepas dan bayi tidak rewel

O : KU : Baik

TTV : N : 133x/ menit

S : 36,8°C

RR : 46x/ menit

BB : 3500 gram

PB : 55 cm

Mata : simetris, tidak ada sekret, sklera jernih, konjungtiva merah

muda, tidak ada ikterus

Mulut : bibir simetris, bersih, tidak sianosis, tidak ada oral thrush

Dada : tidak ada retraksi dinding dada

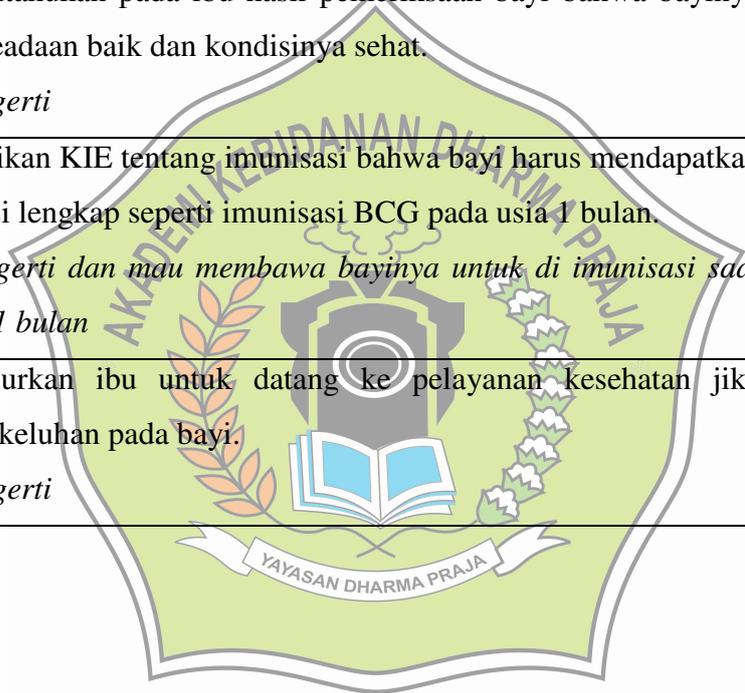
Abdomen : simetris, tali pusat sudah lepas, tidak kembung

A : Bayi Ny "T" usia 16 hari dengan Neonatus Cukup Bulan Sesuai Masa

Kehamilan

P :

KEGIATAN	PARAF
Memberitahukan pada ibu hasil pemeriksaan bayi bahwa bayinya dalam keadaan baik dan kondisinya sehat. <i>Ibu mengerti</i>	
Memberikan KIE tentang imunisasi bahwa bayi harus mendapatkan imunisasi lengkap seperti imunisasi BCG pada usia 1 bulan. <i>Ibu mengerti dan mau membawa bayinya untuk di imunisasi saat berusia 1 bulan</i>	
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 P₃A₁ Akseptor KB Suntik 3 Bulan

Tanggal Pengkajian : 24 Juni 2018

Pukul : 20.00 WIB

Tempat Pelaksanaan : PMB Rubiah S.Tr.Keb

Pengkaji : Mukrimah

S : Ibu telah melahirkan anak ke tiga pada tanggal 02 Mei 2018 di jam 08.55 WIB. Ibu ingin memakai KB suntik 3 bulan

O : 1. Pemeriksaan Umum

Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

TTV : TD : 120/80 mmHg

N : 80x/menit

RR : 19x/m

S : 36,7°C

BB : 57,6 kg

2. Pemeriksaan Fisik

Payudara : Simetris, menggantung, puting menonjol, tidak ada benjolan abnormal, tidak ada nyeri tekan, ASI lancar.

Abdomen : tidak ada bekas operasi, tidak ada benjolan abnormal, tidak ada nyeri tekan, kandung kemih kosong, TFU sudah tidak teraba

Genetalia : bersih, tidak ada lochea, tidak ada odema, tidak ada condiloma, tidak ada pembesaran kelenjar bartholini

A : Ny. "I" P₃A₁ Akseptor KB suntik 3 bulan

P :

KEGIATAN	Paraf
1. Menjelaskan pada ibu bahwa keadaan ibu baik dan bisa menggunakan KB suntik 3 bulan. TD : 110/70 mmHg, N :	

80x/menit, RR : 19x/m, S : 36,7°C. Ibu telah mengetahui kondisinya	
2. Memberikan KIE ulang tentang efek samping yang bisa terjadi seperti spotting/ flek, pusing, tidak haid, BB bertambah. Ibu mengerti dan mengetahui tentang efek samping dari KB suntik 3 bulan	
3. Melakukan penyuntikan KB 3 bulan (depo)secara IM di daerah bokong 1/3 sias. Ibu telah disuntik KB 3 bulan	
4. Memberitahu ibu untuk kembali suntik tanggal 10 September 2018/ segera jika ada keluhan. Ibu mengerti dan bersedia mengikuti anjuran dari bidan	



BAB 5

PEMBAHASAN

Dalam bab ini akan membahas tentang ada tidaknya kesenjangan dalam teori dan kasus. Asuhan kebidanan yang dibahas merupakan asuhan kebidanan secara berkesinambungan (*Continuity Of Care*) yang dilakukan dari masa hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir sampai ibu memakai alat kontrasepsi. Ini bertujuan untuk mendapatkan kesimpulan serta solusi yang tepat dalam menangani kesenjangan yang ada, terutama pada Ny "I" sejak hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir dan KB.

5.1 Kehamilan

Ny "I" melakukan pemeriksaan kehamilan sebanyak 10 kali selama hamil yaitu 1 kali pada trimester I, 2 kali pada trimester II dan 7 kali pada trimester III.

Menurut PP IBI (2016), Dalam standar asuhan kehamilan, pemeriksaan dan pemantauan *antenatal care* minimal dilakukan 4 kali pelayanan kehamilan. Satu kali pada trimester I, satu kali pada trimester II, dan dua kali pada trimester III.

Pemeriksaan ANC yang dilakukan lebih dari 4x selama hamil diperbolehkan untuk memantau kesehatan ibu dan janin dalam mendeteksi terjadinya komplikasi secara dini. Pada kasus Ny "I" standar kunjungan *antenatal care* telah terpenuhi karena pengetahuan ibu yang luas tentang pentingnya pemeriksaan pada masa hamil serta dari dukungan suami dan keluarga sehingga memotivasi ibu untuk rutin memeriksakan kehamilannya.

Pada trimester III, keluhan yang sering dialami Ny "I" yaitu nyeri perut bagian bawah.

Nyeri perut bagian bawah sering terjadi pada usia kehamilan trimester 3, disebabkan karena tekanan bayi yang berada di bawah. Untuk menangani atau mengurangi ketidaknyamanan ini dengan menekuk lutut ke arah abdomen, mandi dengan air hangat, atau menggunakan bantal untuk menopang rahim dan bantal lainnya diletakkan di antara lutut sewaktu dalam posisi berbaring miring (Asrinah, 2010).

Pada kasus Ny “I” nyeri perut bagian bawah merupakan ketidaknyamanan pada ibu hamil di trimester III. Bidan menganjurkan ibu untuk menekuk lutut ke arah perut, mandi dengan menggunakan air hangat, atau menggunakan bantal untuk menopang rahim dan meletakkan bantal lainnya diantara lutut sewaktu dalam posisi berbaring miring. Setelah mendapat penjelasan dari bidan ibu tidak merasa cemas dan mau mengikuti anjuran dari bidan.

Skrining Kartu Skor Poedji Rohjati (KSPR) pada kasus Ny “I” menghasilkan nilai 10 yaitu 2 untuk nilai normal ibu hamil, 4 untuk nilai terlalu tua yaitu umur ≥ 35 tahun dan 4 untuk nilai pernah mengalami hamil anggur.

Menurut Prawirohardjo (2011), dalam KSPR didapatkan skor 2 sebagai skor awal untuk semua umur dan paritas. Skor 8 untuk bekas operasi sesar, letak sungsang, letak lintang, preeklamsia berat/eklamsia dan perdarahan antepartum. Sedangkan skor 4 untuk factor resiko yang lain. Terdapat 3 kelompok faktor resiko antara lain kelompok faktor resiko I yang meliputi 7 terlalu (primi muda, primi tua, primi tua sekunder, umur ≥ 35 tahun, grande multi, anak terkecil umur < 2 tahun dan tinggi badan rendah ≤ 145 cm) dan 3 pernah (riwayat obstetri yang jelek, persalinan lalu mengalami perdarahan pascapersalinan dengan infus/transfusi, uri manual, tindakan pervaginam dan operasi sesar). Kelompok faktor resiko II meliputi penyakit ibu (TBC, kurang darah, malaria, penyakit jantung dsb), pre eklamsia ringan, hamil kembar, letak lintang, hidramnion, serotinus, letak sungsang dan IUFD. Kelompok factor resiko III meliputi perdarahan antepartum dan pre eklamsia berat/ eklamsia. Berdasarkan jumlah skor pada tiap kotak, ada 3 kelompok resiko yaitu kehamilan resiko rendah (KRR) dengan jumlah skor 2 dengan kode warna hijau, selama hamil tanpa faktor resiko, rencana bersalin bisa ditolong oleh bidan, tempat persalinan di BPM atau dipolindes, kehamilan resiko tinggi (KRT) dengan 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, kehamilan resiko sangat tinggi (KRST) dengan 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.

Berdasarkan kasus Ny "I" ditemukan adanya kesenjangan antara kasus dan teori mengenai jumlah skor KSPR. Ny "I" mendapatkan skor 10, dari 2 untuk skor awal pada setiap ibu hamil, skor 4 karena ibu termasuk kategori terlalu tua yaitu 36 tahun dan skor 4 karena ibu pernah mengalami hamil anggur sehingga kasus Ny "I" termasuk kehamilan dengan resiko tinggi (KRT) yang dapat ditolong oleh bidan atau dokter di polindes, puskesmas atau rumah sakit karena resiko komplikasi pada persalinannya lebih besar. Dalam kasus Ny "I" bidan menganjurkan untuk rutin dalam memeriksakan kehamilannya dan Ny "I" mau mengikuti anjuran dari bidan karena memiliki pengetahuan dan rasa ingin tau yang besar serta mendapat dukungan dari suami dan keluarganya. Pada kasus Ny "I" tidak ditemukan adanya tanda-tanda penyulit atau komplikasi dalam kehamilannya serta riwayat persalinan sebelumnya lahir secara normal sehingga Ny "I" dapat ditolong oleh bidan.

Pemeriksaan kehamilan yang dilakukan dengan standar 10 T didapatkan hasil BB : 65 kg, TB : 147 cm, LiLA : 31 cm. Pemeriksaan TTV didapatkan hasil TD : 110/70 mmHg, S : 36,6°C, RR : 20x/menit, N : 80x/menit. Pemeriksaan TFU 3 jari dibawah *prosesus xifoideus*, presentasi janin dengan kepala berada dibagian terendah, denyut jantung janin 139x/menit, pemberian tablet tambah darah minimal 90 tablet, skrining status TT (*tetanus toksoid*) yaitu T5, pemeriksaan tes laboratorium didapatkan HB 12,5 gr/dl, reduksi urine negatif, protein urine negatif, tes HIV negatif dan golongan darah AB.

Dalam Buku *Midwifery Update* (2016), pelayanan Antenatal Care harus sesuai dengan standar 10 T yaitu timbang berat badan dan ukur tinggi badan, ukur tekanan darah, ukur LiLA, Ukur tinggi fundus uteri, tentukan presentasi janin dan DJJ, skrining status TT, beri tablet tambah darah

minimal 90 tablet selama hamil, periksa laborat (rutin dan khusus), tatalaksana penanganan kasus dan temu wicara (konseling).

Pemeriksaan kehamilan Ny "I" telah dilakukan sesuai dengan standar 10 T, hasil pemeriksaan dalam batas normal karena ibu mengikuti anjuran bidan untuk rutin memeriksakan kehamilannya serta suami dan keluarga yang memberi dukungan lebih kepada ibu.

5.2 Persalinan

Persalinan Ny "I" berlangsung pada tanggal 2 Mei 2018, pukul 05.22 WIB dengan usia kehamilan 40 minggu 4 hari. Ibu datang ke PMB dengan keluhan sakit pinggang menjalar ke perut dan keluar lendir darah serta cairan sejak pukul 22.00 WIB (01 Mei 2018). Hasil pemeriksaan dalam yaitu Vulva/vagina tidak oedema, tidak ada varises, tidak ada kondiloma accuminata, ada lendir bercampur darah, portio teraba lunak, effecement 50%, pembukaan 5 cm, Hodge II, ketuban positif, presentasi kepala, denominator UUK arah jam 12, molase (0), tidak ada tali pusat menumpang, tidak ada bagian kecil disisi kepala janin. Pukul 08.10 WIB di lakukan pemeriksaan dalam kembali dengan indikasi ketuban pecah, dengan hasil pemeriksaan porsio lunak, eff 90%, Ø 9 cm, ketuban negatif, preskep, UUK jam 12, molase (0), Hodge II, tidak ada bagian kecil janin, tidak ada tali pusat menumpang. 20 menit berikutnya ibu merasa ingin meneran dan terdapat tanda kala II.

Menurut JNPK-KR (2014), Persalinan dikatakan normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (37-40 minggu) tanpa disertai adanya penyulit. Kala I dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus yang teratur dan meningkat hingga serviks membuka lengkap (10 cm). Kala I terbagi atas 2 fase yaitu fase laten dan fase aktif. Fase laten dimulai sejak awal berkontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap hingga serviks membuka kurang dari 4 cm. pada fase laten kontraksi mulai teratur tetapi lamanya masih diantara 20-30 detik. Biasanya fase laten berlangsung kurang lebih 8 jam. Fase aktif dimulai dari pembukaan 4 cm hingga mencapai pembukaan lengkap atau pembukaan 10 cm yang terbagi dalam 3 fase, yaitu fase akselerasi berlangsung ± 2 jam dari

pembukaan 3-4 cm, fase dilatasi maksimal pembukaan berlangsung secara cepat dari pembukaan 4-9 cm selama ± 2 jam, dan fase deselerasi pembukaan berlangsung secara lambat dari pembukaan 9-10 cm selama ± 2 jam. Kecepatan pembukaan rata-rata 1 cm pada nulipara atau primigravida dan lebih dari 1 cm hingga 2 cm pada multipara atau multigravida. Pada fase aktif frekuensi dan lama kontraksi akan meningkat secara bertahap dan kontraksi dianggap adekuat/memadai jika terjadi 3x atau lebih dalam waktu 10 menit dan berlangsung selama 40 detik atau lebih. Dan pada fase aktif biasanya terjadi penurunan bagian terbawah janin. Fase aktif biasanya berlangsung kurang lebih 7 jam. Pemeriksaan dalam dilakukan untuk mengetahui maju atau tidaknya persalinan. Normalnya pemeriksaan dalam dilakukan setiap 4 jam sekali atau jika ada indikasi seperti ketuban pecah.

Pada kasus Ny "I" kala I berlangsung selama ± 10 jam yaitu 7 jam pada fase laten dan 3 jam pada fase aktif. Karena Ny "I" kooperatif dan mengikuti anjuran dari bidan sehingga kala I berlangsung secara normal dan lancar tanpa adanya penyulit.

Kala II dimulai sejak jam 08.30 WIB, terdapat dorongan meneran, tekanan pada rectum dan anus dan sfingter ani membuka. Pada jam 08.55 WIB bayi lahir secara spontan, menangis, kulit kemerahan, dan gerak aktif.

Menurut JNPK-KR (2014), Kala II dimulai dari pembukaan lengkap (10 cm) sampai bayi lahir, biasanya berlangsung 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida. Kala dua ditandai dengan adanya rasa ingin meneran yang bersamaan dengan kontraksi, adanya peningkatan tekanan pada rectum dan/atau vagina, perineum menonjol, vulva sfingter ani membuka dan meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah. Tanda pasti dari kala II ditentukan melalui pemeriksaan dalam dengan hasil pembukaan serviks telah lengkap atau terlihat bagian kepala bayi melalui introitus vagina.

Proses kala II pada persalinan Ny "I" berlangsung secara normal dan lancar serta tidak terdapat adanya penyulit karena ibu kooperatif dan mengikuti setiap anjuran dari bidan, ibu juga mendapat dukungan dari suami dan keluarga sehingga ibu dapat meneran dengan baik dan benar. Kala II

pada kasus Ny "I" berlangsung selama 25 menit sehingga termasuk dalam batas normal.

Kala III di mulai pada jam 09.00 WIB, pada jam 09.15 WIB plasenta belum lahir, kemudian di suntikkan oksitosin kedua, kandung kemih kosong. Jam 09.28 WIB terdapat semburan darah dan segera dilakukan plasenta manual. Jam 09.31 WIB plasenta lahir lengkap secara manual dan tidak terdapat perdarahan.

Menurut JNPK-KR (2014), kala III dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta, yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Setelah bayi lahir otot uterus akan mengalami penyusutan. Penyusutan ini menyebabkan berkurangnya ukuran tempat perlekatan plasenta, karena tempat perlekatan menjadi semakin kecil sehingga menyebabkan plasenta terlipat, menebal dan kemudian terlepas dari dinding uterus. Setelah lepas plasenta akan turun ke bagian bawah uterus atau ke dalam vagina. Tanda-tanda lepasnya plasenta yaitu perubahan bentuk dan tinggi fundus, tali pusat memanjang, dan terdapat semburan darah mendadak dan singkat. Dalam buku *Midwivery Update* tahun 2016 menjelaskan tentang manajemen aktif kala III yaitu meliputi tindakan pemberian uterotonika (oksitosin) profilaksis segera setelah bayi lahir, penegangan tali pusat terkendali untuk memastikan plasenta sudah lepas dan melahirkan plasenta, serta melakukan masase fundus segera setelah plasenta lahir. Penanganan yang diberikan jika plasenta tidak segera lahir setelah 15 menit menegangkan tali pusat yaitu segera beri dosis ulang oksitosin 10 unit secara IM, lakukan kateterisasi jika kandung kemih penuh, minta keluarga untuk menyiapkan rujukan, ulangi penegangan tali pusat 15 menit berikutnya. Jika plasenta tidak lahir dalam 30 menit setelah bayi lahir atau bila terjadi perdarahan, segera lakukan plasenta manual. Plasenta manual adalah tindakan untuk melepas plasenta secara manual (menggunakan tangan) dari tempat implantasinya dan kemudian melahirkannya keluar dari kavum uteri. Menurut Inayah (2010) dalam karya tulis ilmiahnya yang berjudul faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian komplikasi persalinan di RSIA Siti Fatimah Makassar mengemukakan bahwa retensio plasenta yaitu plasenta belum lahir dalam

waktu setengah jam. Penyebabnya ialah plasenta belum lepas dari dinding uterus atau plasenta sudah lepas, akan tetapi belum dilahirkan. Jika plasenta belum lepas sama sekali, tidak terjadi perdarahan. Jika lepas sebagian, terjadi perdarahan yang merupakan indikasi untuk mengeluarkannya. Plasenta belum lepas dari dinding uterus karena kontraksi uterus kurang kuat untuk melepaskan plasenta atau plasenta melekat erat pada dinding uterus oleh sebab vili korialis menembus desidua sampai miometrium atau sampai dibawah peritoneum (plasenta akreta).

Pada kasus Ny "I" telah dilakukan penanganan yang sesuai dengan prosedur yang ada dan ibu kooperatif sehingga mencegah terjadinya perdarahan pasca salin.

Kala IV di mulai pada jam 09.31 WIB dengan hasil pemeriksaan keadaan umum ibu baik, tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 86x/menit, suhu 36,6°C. TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi baik, kandung kemih kosong, perdarahan \pm 200 cc dan perineum utuh. Pada 6 jam berikutnya dilakukan pemeriksaan ulang dengan hasil TTV dalam batas normal, TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi baik, kandung kemih kosong dan perdarahan dalam batas normal.

Menurut JNPK-KR (2014) dalam bukunya Asuhan Persalinan Normal mengemukakan bahwa kala IV dimulai dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama postpartum. Pada kala IV Setelah plasenta lahir segera lakukan rangsangan taktil (masase) untuk merangsang agar uterus berkontraksi dengan baik, mengevaluasi tinggi fundus uterus yang normalnya setinggi pusat atau beberapa jari dibawah pusat, serta memperkirakan kehilangan darah secara keseluruhan. Perdarahan dikatakan normal tidak lebih dari 500-600 cc dalam 24 jam setelah anak dan plasenta lahir. Dalam Buku Acuan *Midwifery Update* yang disusun oleh PP IBI tahun 2016 menjelaskan bahwa sangat sulit untuk memperkirakan kehilangan darah secara tepat karena darah seringkali bercampur dengan cairan ketuban atau urine dan mungkin terserap handuk, kain atau sarung. Sedangkan meletakkan pispot dibawah bokong ibu tidak mencerminkan asuhan saying ibu karena menyebabkan rasa tidak nyaman dan menyulitkan ibu untuk

memegang dan menyusui bayinya. Adapun cara tak langsung untuk mengukur kehilangan darah adalah melalui penampakan gejala dan mengatur tanda vital (nadi dan tekanan darah). Apabila perdarahan menyebabkan ibu lemas, pusing, *tachicardi* dan hipotensi (sistolik turun ≥ 30 mmHg dari kondisi sebelumnya) maka telah terjadi perdarahan 500 ml–1000 ml. Bila ibu mengalami syok hipovolemik, maka ibu telah kehilangan darah 50% (2000-2500 ml). Penting sekali untuk selalu memantau keadaan umum ibu dan menilai jumlah kehilangan darah ibu selama kala IV melalui tanda vital, jumlah darah yang keluar dan kontraksi uterus.

Pada Kasus Ny “I” kala IV berjalan secara normal. Uterus berkontraksi dengan baik karena ibu melakukan anjuran dari bidan untuk melakukan masase pada uterus sehingga mencegah terjadinya perdarahan. Dalam waktu 6 jam postpartum ibu sudah mobilisasi karena motivasi dari suami dan keluarga.

5.3 Nifas

Pada Ny “I” dilakukan kunjungan sebanyak 4 kali yaitu pada 6 jam postpartum, 5 hari postpartum, 16 hari postpartum dan 28 hari postpartum. Pada 6 jam postpartum ibu mengeluh perutnya masih terasa mulas, TTV dalam batas normal, ASI keluar sedikit, kontraksi uterus baik, TFU teraba 2 jari dibawah pusat, diastatis rekti 2 cm, kandung kemih kosong dan pengeluaran darah pervaginam dalam batas normal, perdarahan 30 cc, perineum utuh, human sign negatif, terapi vitamin A 1x 24 jam selama 2 hari, tablet Fe 1x sehari dan Amoxilin 3x1/hari.

Kunjungan masa nifas terbagi atas 4 kunjungan diantaranya kunjungan ke-I pada 6 jam- 3 hari postpartum, kunjungan ke-II pada 4- 28 hari postpartum, dan Kunjungan ke-III pada 29- 42 minggu postpartum (PP IBI, 2016).

Menurut Mochtar (2012), meriang atau mulas-mulas setelah melahirkan disebabkan oleh kontraksi uterus, biasanya berlangsung 2-4 hari pasca persalinan. Pada masa nifas uterus akan berangsur-angsur menjadi kecil (berinvolusi) hingga akhirnya kembali seperti sebelum hamil.

Keluhan Ny "I" merupakan hal yang fisiologis dikarenakan proses kembalinya uterus seperti sebelumnya. Rasa mulas ibu akan berangsur-angsur menghilang setelah uterus kembali seperti sebelum hamil. Bidan menganjurkan ibu untuk mobilisasi, diet seimbang, minum suplemen besi secara rutin setidaknya sampai 3 bulan pasca salin untuk menjaga kesehatan ibu selama masa nifas. Ibu mau melakukan mobilisasi setelah mendapat nasehat dan anjuran dari bidan serta dukungan dari suami dan keluarganya.

Pada kunjungan kedua 5 hari postpartum ibu mengeluh kakinya bengkak, TTV dalam batas normal, ASI keluar dengan lancar, kontraksi uterus baik, TFU pertengahan simpisis-pusat, diastasis recti 1 cm, perdarahan dalam batas normal, lochea sanguinolenta, ekstremitas bawah odema, human sign negatif. Pada kunjungan ketiga 16 hari postpartum TTV dalam batas normal, ASI keluar dengan lancar, tidak terdapat bendungan ASI, TFU tidak teraba diatas simpisis, lochea serosa, ekstremitas tidak odema. Dan hasil dari kunjungan ke empat pada 28 hari postpartum TTV dalam batas normal, ASI keluar dengan lancar, TFU tidak teraba, lochea alba.

Menurut Asrinah (2009), Peningkatan kadar natrium yang disebabkan oleh pengaruh hormonal membuat sirkulasi darah pada kaki mengalami peningkatan sehingga menyebabkan bengkak pada kaki. Selain itu, tekanan dari pembesaran uterus pada vena pelviks ketika duduk atau vena kava inferior ketika berbaring juga dapat menyebabkan bengkak di kaki. Cara menangani hal tersebut dengan tidak membiarkan kaki menggantung saat duduk dan tidur dengan posisi kaki lebih tinggi dari kepala. Bengkak pada kaki akan menjadi abnormal jika bersamaan dengan bengkak pada wajah dan tangan, disertai protein urine dan hipertensi

Pada kasus Ny "I" bengkak di kaki ibu merupakan hal yang fisiologis. Bidan menganjurkan ibu untuk tidak membiarkan kaki dalam posisi menggantung saat duduk atau menyusui dan tidur dengan posisi kaki lebih tinggi dari kepala. Setelah mendapat penjelasan dari bidan ibu menjadi tenang dan mau mengikuti anjuran dari bidan.

5.4 Bayi Baru Lahir (BBL)

Bayi Ny^{”I”} lahir pada jam 08.55 WIB tanggal 02-05-2018. Bayi lahir secara spontan, menangis kuat, bergerak aktif dan kulit kemerahan. Jenis kelamin perempuan, BB : 3400 gram, PB : 50 cm, LiKA : 33 cm, LIDA : 32 cm, N : 120x/menit, S : 36,9°C, RR : 45x/menit. Bayi telah diberikan salep mata, telah dilakukan penyuntikan Vit K di paha kiri dan imunisasi HB0 di paha kanan. Pemeriksaan reflek saat diketuk pelan didaerah pangkal hidung bayi mengedipkan matanya, bayi menghisap dengan kuat saat menyusui, bayi menoleh ketika petugas mengusap pipinya dan menggenggam tangan petugas dengan kuat saat menyentuh tangannya.

Menurut PP IBI (2016) dalam bukunya mengemukakan bahwa berat badan lahir normal adalah 2500-4000 gram, panjang badan normal 45-50 cm, lingkar kepala normal 33-35 cm, lingkar dada normal 30-33 cm, pernafasan normal 40x-60x/menit, suhu normal 36,5-37,2°C, nadi normalnya 100-120x/menit.

Pemberian salep mata tetrasiklin 1% diberikan pada bayi baru lahir sebagai upaya untuk mencegah infeksi pada mata akibat klamidia. Salep antibiotika tersebut harus diberikan dalam waktu satu jam setelah bayi lahir. Upaya profilaksis infeksi mata tidak efektif jika diberikan lebih dari satu jam setelah kelahiran. Vitamin K1 juga harus diberikan sesegera mungkin untuk mencegah terjadinya perdarahan bayi baru lahir akibat defisiensi vitamin K yang dapat dialami oleh sebagian bayi baru lahir. Pemberian vitamin K1 dilakukan pada 1 jam setelah bayi lahir sedangkan pemberian HB0 pada satu jam kedua setelah bayi lahir. Imunisasi hepatitis B bermanfaat untuk mencegah infeksi virus hepatitis B terhadap bayi, terutama jalur penularan ibu-bayi (JNPK-KR,2014).

Hasil pemeriksaan bayi dalam batas normal dan asuhan pada bayi baru lahir telah dilakukan dan orang tua yang kooperatif sehingga komplikasi pada bayi dapat dihindari.

Pada bayi Ny “I” telah dilakukan kunjungan sebanyak 3 kali yaitu pada 6 jam pertama, usia 5 hari dan usia 16 hari. Pada kunjungan pertama neonatus usia 6 jam hasil pemeriksaan TTV dalam batas normal,

pemeriksaan fisik tidak terdapat kelainan, tidak terdapat pendarahan tali pusat, bayi sudah bisa menyusu, tidak ada ikterus dan bayi sudah BAB. Pada kunjungan neonatus hari ke-5, TTV dalam batas normal, terjadi penurunan berat badan dari 3400 gram menjadi 3300 gram, tali pusat belum kering, bayi tidak rewel, tidak ada tanda infeksi dan bayi diberi ASI secara eksklusif. Pada kunjungan neonatus hari ke-16, BB : 3500 gram, hasil pemeriksaan TTV dalam batas normal, bayi tidak malas menyusu dan tidak rewel, tali pusat sudah terlepas, tidak terdapat ikterus dan tanda-tanda infeksi.

Menurut PP IBI (2016), kunjungan neonatal terbagi atas kunjungan I pada 6-48 jam setelah lahir, kunjungan II pada 3-7 hari setelah lahir dan kunjungan III pada 8-28 hari setelah lahir.

Penurunan berat badan pada bayi baru lahir disebabkan karena bayi baru lahir dapat mempertahankan suhu tubuhnya dengan mengurangi konsumsi energi, serta merawatnya di dalam *Natural Thermal Environment* (NTE), yaitu suhu lingkungan rata-rata dimana produksi panas, pemakaian oksigen dan kebutuhan nutrisi untuk pertumbuhan adalah minimal agar suhu tubuh menjadi normal. Biasanya berat badan bayi mengalami penurunan pada 3 hari pertama setelah lahir karena proses adaptasi yang dilakukan oleh tubuh bayi terhadap lingkungannya untuk mencegah kehilangan panas pada tubuh bayi (Sondakh, 2013).

Pada kasus bayi Ny "I" penurunan berat badan yang terjadi merupakan hal yang fisiologis pada 3 hari pertama setelah lahir. Bidan menganjurkan pada ibu untuk terus menyusui bayinya secara on demand yaitu menyusui bayinya setiap bayi ingin menyusu untuk memenuhi nutrisi bayi sehingga berat badan bayi menjadi naik. Bayi mendapatkan ASI eksklusif dari ibu karena ibu mengetahui pentingnya ASI bagi tumbuh kembang bayinya serta lebih hemat dibandingkan dengan membeli susu formula.

5.5 Keluarga Berencana

Pada tanggal 29 Mei 2018 dilakukan konseling pada Ny "I" tentang macam-macam kontrasepsi, kelebihan dan kerugian masing-masing kontrasepsi serta efek samping dari masing-masing kontrasepsi. Dan Ny "I"

berencana untuk menggunakan suntik 3 bulan. Tanggal 24 Juni 2018 dilakukan pemeriksaan secara keseluruhan, TTV dalam batas normal, BB : 57,6 kg, ibu ingin menyusui bayinya secara eksklusif, ibu belum mendapat haid setelah masa nifas, ibu tidak pernah menderita kanker payudara ataupun memiliki riwayat kanker payudara, tidak memiliki penyakit DM dan lainnya.

Menurut PP IBI (2016), kontrasepsi suntik progestin yang umum digunakan adalah *Depo Medroxyprogesteron acetate* (DMPA) dan *Norethisteron enanthate* (Net-En) yang merupakan derivat progesterone alamiah yang ada didalam tubuh seorang perempuan. Kontrasepsi progestin tidak mengandung estrogen sehingga dapat digunakan pada masa laktasi dan perempuan yang tidak dapat menggunakan kontrasepsi yang mengandung estrogen. Efek samping dari suntik progestin diantaranya Amenore atau tidak mendapat haid, perdarahan ireguler yang akan berkurang setelah beberapa bulan penggunaan, kenaikan berat badan, perut kembung dan tidak nyaman, dan sefalgia. Menurut Saifudin (2010), Kontrasepsi suntik progestin dapat digunakan oleh wanita dengan usia reproduksi, nulipara, dan ibu menyusui. Sedangkan kontraindikasi dari suntikan progestin yaitu ibu hamil atau dicurigai hamil, perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya, tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid, menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara, DM disertai komplikasi.

Pada kasus Ny "I" tidak terdapat kontraindikasi dari suntik progestin sehingga Ny "I" dapat menggunakan KB suntik 3 bulan. Karena KB suntik 3 bulan yang tidak mengganggu produksi ASI maka dianjurkan untuk Ny "I" yang ingin menyusui bayinya secara eksklusif sehingga tidak menghambat proses pengeluaran ASI.

BAB 6

PENUTUP

6.1 Kesimpulan

Setelah melakukan asuhan kebidanan selama kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, dan kontrasepsi pada Ny "I" yang dimulai pada tanggal 01 April 2018 sampai tanggal 24 Juni 2018, penulis menyimpulkan sebagai berikut :

6.1.1 Asuhan Kebidanan Kehamilan Pada Trimester III

Kehamilan Ny "I" termasuk kedalam kehamilan dengan resiko tinggi (KRT) karena skor pada KSPR berjumlah 10 sehingga faktor resiko terjadinya komplikasi pada persalinan lebih besar. Akan tetapi karena pengetahuan ibu dan dukungan dari suami serta keluarga sehingga ibu rutin memeriksakan kehamilannya ke bidan. Dan ditemukan bahwa tidak terdapat adanya tanda-tanda penyulit atau komplikasi dalam kehamilannya.

6.1.2 Asuhan Kebidanan Persalinan

Proses persalinan pada Ny "I" kali I dan kala II berjalan secara normal dan tidak terdapat adanya penyulit. Pada kala III plasenta tidak segera lahir setelah 15 menit penegangan tali pusat. Akan tetapi karena penatalaksanaan yang dilakukan sudah sesuai dengan teori dan prosedur sehingga dapat mencegah terjadinya perdarahan. Kala IV berjalan secara normal karena ibu mengikuti anjuran dari bidan sehingga keadaan ibu lebih cepat menjadi lebih baik.

6.1.3 Asuhan Kebidanan Nifas

Kunjungan masa nifas pada Ny "I" berjalan dengan normal dan tidak terdapat adanya komplikasi. Ibu yang kooperatif dan mudah dalam menerima anjuran dari bidan sehingga masa nifas berjalan dengan lancar dan tidak terdapat adanya komplikasi.

6.1.4 Asuhan Kebidanan Pada Neonatus

Bayi Ny "I" telah lahir dengan normal dan lancar serta kunjungan telah dilakukan sesuai dengan teori yang ada dan tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kasus.

6.1.5 Asuhan Kebidanan KB

Tidak terdapat kesenjangan dalam penggunaan KB baik dalam kasus maupun teori. Karena pengetahuan ibu serta dukungan dari suami dan keluarga, ibu ingin menyusui bayinya secara eksklusif sehingga ingin menggunakan KB suntik 3 bulan. Dan tidak ditemukan adanya kontraindikasi pada ibu sehingga ibu dapat menggunakan KB suntik 3 bulan.

6.2 Saran

6.2.1 Secara Teoritis

Harapan penulis hasil dari studi kasus ini dapat bermanfaat dan memberikan tambahan dalam sumber kepustakaan serta pengetahuan tentang asuhan kebidanan secara komprehensif pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir dan KB.

6.2.2 Secara Praktis

1. Bagi Institusi Pendidikan

Studi kasus ini dapat menambah sumber kepustakaan dan pengetahuan tentang asuhan kebidanan pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir serta KB.

2. Bagi Tenaga Kesehatan

Hasil studi kasus ini dapat menjadi masukan dalam mendeteksi komplikasi pada kehamilan, persalinan, nifas, neonatus dan KB lebih dini sehingga dapat mengurangi angka kematian ibu dan bayi.

3. Bagi penulis

Dapat membandingkan antara tinjauan teori dengan kasus yang ada sehingga dapat memperluas pengetahuan penulis

4. Bagi Klien

Hasil studi kasus ini dapat di jadikan pengetahuan bagi klien untuk mendapatkan asuhan kebidanan secara komprehensif dan sesuai dengan standar pelayanan kebidanan.

DAFTAR PUSTAKA

- Affandi dkk. (2012). *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi*. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjo
- Amru S. (2013). *Sinopsis Obstetri*. Jakarta: EGC
- Arum, Dyah Noviawati Setya dan Sujiyatini. (2011). *Panduan Lengkap Pelayanan KB Terkini*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Asih, Y. (2016). *Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui*. Jakarta: Trans Info Media
- Asrinah, dkk. (2010). *Konsep kebidanan*. Yogyakarta: Graha Ilmu
- Astuti, Sri, dkk. (2015). *Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui*. Jakarta : Penerbit Erlangga
- Champman, Vicky Dan Cathy Charles. (2013). *Persalinan Dan Kelahiran*. Jakarta: EGC
- Budiarto, Eko. (2004). *Metodologi Penelitian Kedokteran*. Jakarta: EGC
- Diana, S. (2017). *Model Asuhan Kebidanan Continuity Of Care*. Surakarta: CV Kekata Group
- Dinas Kesehatan Bondowoso. (2017). *Profil Kesehatan Bondowoso Tahun 2016*. Bondowoso: Dinas Kesehatan Bondowoso
- Dinas Kesehatan Bondowoso. (2016). *Profil Kesehatan Bondowoso Tahun 2016*. Bondowoso: Dinas Kesehatan Bondowoso
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur. (2017). *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur 2016*. Surabaya: Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur
- Fajar, Ibnu dan Isman Amin. (2009). *Statistika Praktik Untuk Kesehatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu
- Hutahean, Serri. (2013). *Perawatan Antenatal*. Jakarta: Salemba Medika

- Inayah, Nur. (2010). *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Komplikasi Persalinan Di RSIA Siti Fatimah Makassar*. Bersumber dari : <http://repositori.uin-alauddin.ac.id> (diakses tanggal 24 oktober 2018)
- Irianto, Koes dan Yrama Widya. (2012). *Keluarga Berencana Untuk Paramedis Dan Nonmedis*. Bandung
- Jannah, Nurul. (2011). *Buku Ajar Kebidanan : Kehamilan*. Yogyakarta: Penerbit Andi
- JNPK-KR. (2014). *Asuhan Persalinan Normal & Inisiasi Menyusui Dini*. Jakarta: USAID
- Karwati, dkk. (2011). *Asuhan Kebidanan V (Kebidanan Komunitas)*. Jakarta: Penerbit Trans Info Media
- Kementrian Kesehatan RI. (2016). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2015*. Jakarta: Kementrian Kesehatan RI
- Kementrian Kesehatan RI. (2017). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2016*. Jakarta: Kementrian Kesehatan RI
- Manuaba. (2010). *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, Dan Kb Untuk Pendidikan Bidan Edisi 2*. Jakarta: EGC
- Mochtar, Rustam. (2012). *Sinopsis Obstetri : Obstetri Fisiologi, Obstetri Patologi Ed.3 Jilid 1*. Jakarta: EGC
- Muslihatun, dkk. (2009). *Dokumentasi Kebidanan*. Yogyakarta: Fitramaya
- Nurasiah, dkk. (2014). *Asuhan Persalinan Normal Bagi Bidan*. Bandung: PT. Refika Aditama
- Nursalam. (2008). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penerapan Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika
- PP IBI. (2016). *Midwifery Update*. Jakarta: Indonesia
- Prawirohardjo, S. (2009). *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: PT Bina Pustaka

- Prawirohardjo, S. (2011). *Ilmu Kebidanan Sarwono Prawirohardjo Edisi Ke 4*. Jakarta: PT. Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- Prawirohardjo, S. (2014). *Ilmu Kebidanan Sarwono Prawirohardjo Edisi Ke 4*. Jakarta: PT. Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- Saifuddin dkk. (2009). *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal Dan Neonatal*. Jakarta: PT. Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- Sondakh, Jenny j.s. 2013. *Asuhan Kebidanan Persalinan Dan Bayi Baru Lahir*. Jakarta: Penerbit Erlangga
- Sugiyono. (2007). *Statistika Untuk Penelitian*. Bandung: CV Alfabeta
- Sujiyatini dkk. (2009). *Asuhan Patologi Kebidanan*. Jogjakarta: Nuha litera offset
- Sulistiyawati, A. (2009). *Asuhan Kebidanan Pada Masa Kehamilan*. Jakarta: Salemba Medika
- Sulistiyawati, Ari. (2010). *Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas*. Jakarta: Salemba Medika
- Sulistiyawati, A dan Esti Nugraheni. (2010). *Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin*. Jakarta: Salemba Medika
- Uliyah, Musrifatul dan A. Azis Alimul Hidayat. (2008). *Keterampilan Dasar Praktik Klinik Untuk Kebidanan*. Jakarta: Salemba Medika
- Usman, H. (2011). *Metodelogi Penelitian Sosial*, Jakarta: Sinar Grafika Offset